



Foto: HU Trachsel



Alterspolitik im Kanton Bern

Planungsbericht und Konzept
für die weitere Umsetzung der vom Grossen Rat mit
dem «Altersleitbild 2005» festgelegten Ziele

Dezember 2004

INHALT

2 EINLEITUNG

AUSGANGSLAGE UND HERAUSFORDERUNGEN

- 4 Demographische Entwicklung im Kanton Bern
- 4 Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit im Kanton Bern
- 4 Schätzung der Anzahl Pflege- und Betreuungsbedürftiger im Kanton Bern
- 5 Zunahme der Demenzerkrankungen
- 6 Soziale Beziehungen und Möglichkeiten zur Übernahme von Pflege- und Betreuungsaufgaben
- 6 Sicherstellen des professionellen Pflege- und Betreuungspersonals
- 6 Entwicklung der Werthaltungen in der Bevölkerung
- 7 Entwicklung der wirtschaftlichen Situation älterer Menschen
- 7 Feminisierung des Alters
- 8 Betagte Migrantinnen und Migranten
- 8 Exkurs in die Familienpolitik
- 8 Fazit

PARLAMENTARISCHE VORSTÖSSE

- 9 Parlamentarische Vorstösse im Bereich Alterspolitik

KANTONALE ALTERSPOLITIK

- 11 «Altersleitbild 2005»
- 12 Künftige Stossrichtung der Alterspolitik

ALTERSPOLITISCHE HANDLUNGSFELDER

- 13 **Handlungsfeld 1:**
Unterstützung der Selbstständigkeit und der Gesundheit im Alter
 - 13 Präventive Hausbesuche
 - 14 Beratungstätigkeit der Pro Senectute
 - 14 Prüfung von Geschäften anderer Direktionen auf Verträglichkeit mit der kantonalen Alterspolitik
- 15 **Handlungsfeld 2:**
Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause
 - 15 Unterstützung pflegender Angehöriger
 - 16 Pilotprojekt Übergangspflege unter Beteiligung der Spitex
 - 17 Stärkung der ambulanten Versorgung durch die Spitexdienste
 - 18 Umsetzung des Geriatriekonzepts
 - 19 Psychiatrieplanung
 - 19 Besuchsdienste
 - 20 Weitere Entlastungsangebote
- 21 **Handlungsfeld 3:**
Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsplätze
 - 21 Sanierungen und Anpassung der Heiminfrastruktur
 - 22 Überarbeitung des Rhythraumprogramms für Heimbauten
 - 22 Projekt Familienplatzierungen OGG
 - 23 Prüfung einer Anpassung der Baugesetzgebung
- 24 **Handlungsfeld 4:**
Angebote für demenzkranke Menschen
 - 25 Beratungsstelle für Institutionen, die demenzkranke Menschen betreuen
 - 25 Projekt «Schulung von Angehörigen Demenzkranker und freiwilligen Helferinnen und Helfern»
 - 26 Spezifische Institutionen für demenzkranke Menschen
 - 27 Information/Vermittlung von Angeboten für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen

28 Handlungsfeld 5:

Anstoss zur breiten Auseinandersetzung mit der Altersversorgung

- 28 Kommunale Altersplanungen
- 29 Anstoss zu Altersforen in den Regionen
- 29 Einbezug der Interessen älterer Menschen in den öffentlichen Diskurs

31 Handlungsfeld 6:

Bedarfsgerechtes Angebot an stationären Pflege- und Betreuungsplätzen

- 31 Pflegeheimplanung
- 33 Interkantonaler Vergleich des Angebots an Heimplätzen und der Heimkosten
- 34 Entlastungsbetten und Tagesstätten

36 Handlungsfeld 7:

Rekrutierung von Pflege- und Betreuungspersonal

- 36 Weiterführung der VAP-Massnahmen
- 37 Aus- und Weiterbildung im Bereich Pflege und Betreuung

38 Handlungsfeld 8:

Qualitätssicherung

- 38 Festlegung von Qualitätskriterien im Rahmen der Umsetzung der Heimverordnung

39 Handlungsfeld 9:

Überprüfung der Finanzierungsmechanismen

- 39 Anpassung der Heimfinanzierung
- 40 Finanzierung der Langzeitpflege durch die Krankenversicherung

41 Wichtige Themenbereiche, die mehrere Handlungsfelder betreffen

- 41 Freiwilligenarbeit
- 42 Förderung der Hausarztzubereitung
- 42 Palliativpflege und -betreuung
- 43 Ältere Migrantinnen und Migranten
- 44 **Abschliessende Bemerkungen zu den Massnahmen**

ZUSAMMENSPIEL UND AUSWIRKUNGEN DER MASSNAHMEN

- 45 Zusammenspiel der Massnahmen
- 46 Auswirkungen auf die Wirtschaft
- 46 Auswirkungen auf die Gemeinden
- 47 Zusammenfassung der finanziellen Auswirkungen
- 48 Rechtsgrundlagen
- 48 Auswirkungen beim Ausbleiben von Massnahmen

ZUSAMMENFASSUNG UND ANTRAG

49 Zusammenfassung und Antrag an den Grossen Rat

ANHANG

- 50 Zusammenfassung der Vernehmlassung
- 54 Arbeitsgruppen, die zur Entwicklung des Berichts beigetragen haben
- 55 Bisherige Veranstaltungen im Zusammenhang mit der Erarbeitung des Berichts
- 56 Empfehlungen für die stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Kanton Bern (Mai 2003)
- 60 Pilotprojekte im Rahmen der Alterspolitik im Kanton Bern

EINLEITUNG

Der Grosse Rat hat bereits 1993 das Leitbild «**Alterspolitik 2005**» praktisch einstimmig zur Kenntnis genommen und damit fortschrittliche **alterspolitische Ziele** für den Kanton Bern festgelegt, die bis heute nichts von ihrer Gültigkeit verloren haben. Deren Umsetzung ist eine von enormen Herausforderungen geprägte Daueraufgabe. Verschiedene Faktoren wie die demographische Entwicklung, der medizinische Fortschritt und der gesellschaftliche Wandel erfordern eine regelmässige Überprüfung und Anpassung der Massnahmen. Mit dem Bericht «**Alterspolitik im Kanton Bern**» liegt nun ein umfassendes und aktuelles **Konzept** für die weitere **Umsetzung** der alterspolitischen Ziele vor.

Die Menschen erleben das Älterwerden und das hohe Alter – wie jeden anderen Lebensabschnitt – sehr unterschiedlich. Viele haben heute die Möglichkeit, das Alter ganz nach den eigenen Bedürfnissen zu gestalten. Darin liegen **viele Chancen für ein positives persönliches Erleben** dieser Phase und für eine positive Einstellung der Gesellschaft zum Alter.

Dieser Bericht befasst sich jedoch bewusst schwergewichtig mit den **Risiken** des Älterwerdens und der entsprechenden Versorgungspolitik. Es ist die Aufgabe der Gesundheits- und Fürsorgedirektion, dort aktiv zu werden, wo ältere Menschen aus gesundheitlichen oder sozialen Gründen **auf Unterstützung angewiesen** sind und sich diese nicht aus eigener Kraft leisten können. Die demographischen und sozialen Veränderungen und das neue Selbstverständnis der gesunden älteren Bevölkerung sind für die Gesellschaft aber auch eine Chance. Dieser gesellschaftspolitisch äusserst wichtige Aspekt kann im Bericht nur am Rande behandelt werden.

Die hier vorgestellte Alterspolitik will die **Selbstständigkeit** der älteren Menschen fördern und die Unterstützung am bestehenden Wohnort ausbauen, damit ein **Pflegeheimtritt so spät wie möglich** erfolgt oder gar vermieden werden kann. Diese Politik entspricht dem **Bedürfnis der älteren Menschen**. Falls mit geeigneten Massnahmen erreicht werden kann, dass künftig anteilmässig noch weniger Menschen als heute in ein Pflegeheim eintreten und die bestehenden Heimplätze für eine qualitativ hochstehende Pflege insbesondere von schwerer Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen, führt dies voraussichtlich zu einer Reduktion der zu erwartenden Kostensteigerung. Um die Stossrichtung der Alterspolitik zu verstärken, sind **Anstrengungen** auf den verschiedensten Ebenen unumgänglich. Der vorliegende Bericht definiert **neun alterspolitische Handlungsfelder**, in denen etwas getan werden muss.

Angesichts des komplexen Zusammenspiels vieler Akteure im Bereich der Altersversorgung und der zum Teil nicht voraussehbaren Entwicklungen der medizinischen Möglichkeiten ist es nicht sinnvoll, langfristig eine starre Versorgungspolitik festzulegen. Vielmehr drängt sich eine **rollende Planung** auf, die im Rahmen der vorgegebenen Handlungsfelder rasch auf veränderte Bedingungen reagieren kann. Verschiedene der im Bericht aufgeführten Massnahmen sollen deshalb in Form von **Pilotprojekten** gestartet und laufend evaluiert werden. Es muss aber auch möglich sein, in den nächsten Jahren

neue, innovative Projekte in das alterspolitische Konzept aufzunehmen.

Eine grosse Herausforderung für die Altersversorgung stellt die **demographisch bedingte Zunahme** der älteren Bevölkerung dar. Wir müssen davon ausgehen, dass in den nächsten Jahren und Jahrzehnten der Bedarf an Dienstleistungen für die ältere Bevölkerung vor allem im Bereich Pflege und Betreuung steigen wird. Art und Ausmass der erforderlichen Ressourcen und Strukturen hängen jedoch von verschiedensten Faktoren ab. Mit den sich wandelnden Ansprüchen an das Leben im Alter, mit Fortschritten bei der Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten, mit der Veränderung von Familienstrukturen und mit der Verbesserung der wirtschaftlichen Lage älterer Menschen verändern sich immer auch die Anforderungen an das Versorgungssystem. Die **Planung** muss deshalb **möglichst flexibel** sein, damit relevante Entwicklungen innert nützlicher Frist berücksichtigt und das System veränderten Bedürfnissen angepasst werden kann.

Zentrale Pfeiler des heutigen Versorgungssystems sind die **stationäre Betreuung** (Alters-, Pflege- und Krankenhäuser) und die **ambulante Hilfe und Pflege zu Hause** (Spitex). Diese Bereiche werden auch künftig im Kanton Bern von grosser Bedeutung sein. In den nächsten Jahren soll aber auch die **Prävention** gestärkt werden, um den Pflege- und Betreuungsbedarf so weit wie möglich zu senken. Grosses Gewicht haben **Alternativen zum Heimaufenthalt**, während das stationäre Angebot mittelfristig stabilisiert und in Bezug auf den prozentualen Anteil von Langzeitbetten für die Bevölkerung ab 80 Jahren sogar reduziert wird. Diese Verlagerung des Schwerpunkts entspricht einem Bedürfnis der älteren Menschen und macht das ganze Versorgungssystem flexibler, reversibler und kostengünstiger, als dies bei einem einseitigen Ausbau des stationären Angebotes der Fall wäre.

Das Erarbeiten von neuen Wegen in der Altersversorgung braucht Zeit: Zeit zur Entwicklung von Lösungsvorschlägen, zum Durchführen von Pilotprojekten, zur Einführung von konkreten Massnahmen. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion geht davon aus, dass die nächsten fünf Jahre eine **Übergangsphase** bilden, in der intensiv und konkret an der Neugestaltung der Alterspolitik gearbeitet wird. Spätestens nach Abschluss dieser Übergangsphase soll die **Grundlage** für eine nachhaltige und finanziell tragbare Alterspolitik geschaffen sein, die für eine längere Zeit Gültigkeit hat. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist überzeugt, dass dazu das Zusammenspiel von verschiedensten Massnahmen auf mehreren Ebenen notwendig ist.

In diesem Sinn ist auch der vorliegende Bericht aufgebaut. Im **ersten Teil** werden die wichtigsten alterspolitischen Herausforderungen beschrieben und die Konsequenzen für den Kanton Bern aufgezeigt. Der **zweite Teil** umreist die verschiedenen Handlungsfelder, die den Rahmen der zukünftigen kantonalen Alterspolitik bestimmen. Innerhalb dieser Handlungsfelder werden zahlreiche **konkrete Massnahmen** festgehalten, die in den nächsten Jahren zu berücksichtigen

sind. Der Stand der Umsetzung ist sehr unterschiedlich. Bei einigen Massnahmen hat die Umsetzung bereits begonnen oder sie steht kurz bevor, bei anderen handelt es sich um erste Ideen, die in nächster Zeit zu vertiefen sind. Je nach Entwicklungsstand war es möglich, auch **finanzielle Konsequenzen** aufzuzeigen. Oft sind dies Schätzungen, die im Rahmen der entsprechenden Projekte präzisiert werden müssen.

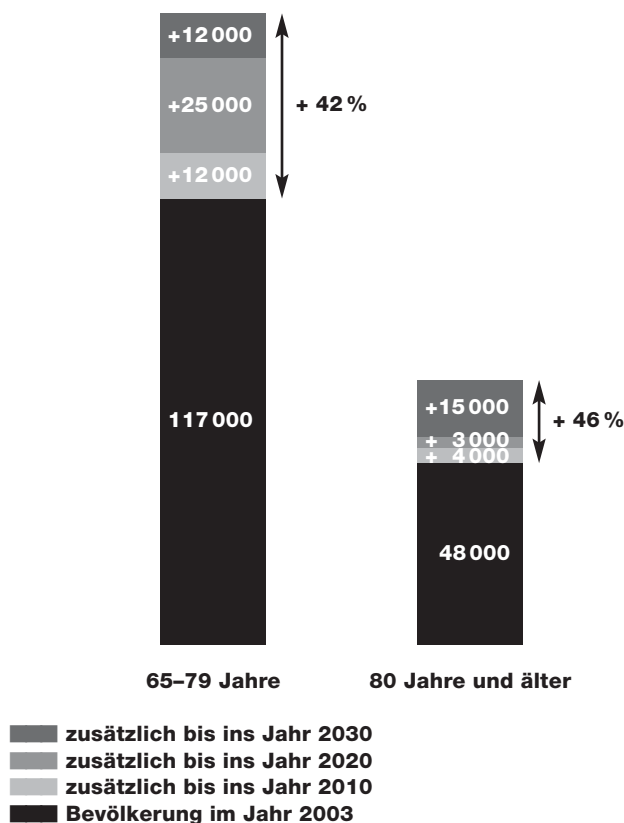
Die aufgeführten Massnahmen sind nicht abschliessend. Vielmehr hat der Kanton nach wie vor ein grosses Interesse an der Entwicklung von **innovativen Projekten** innerhalb des im Bericht vorgegebenen Rahmens. Die verschiedenen Partner des Kantons im Altersbereich – **Gemeinden, Verbände, Institutionen, Private** – sind deshalb weiterhin eingeladen und aufgefordert, zukunftsorientierte Projekte an den Kanton heranzutragen.

AUSGANGSLAGE UND HERAUSFORDERUNGEN

Demographische Entwicklung im Kanton Bern

In den nächsten Jahrzehnten wird die Zahl der älteren Menschen weiter stark ansteigen. Bevölkerungsprognosen für das Jahr 2030 gehen davon aus, dass im Kanton Bern der Anteil der 65–79-Jährigen um 49 000 und jener der über 80-Jährigen um 22 000 zunimmt.¹ Die Grafik zeigt die Zuwachsraten pro Jahrzehnt bis ins Jahr 2030.

Abbildung 1:
Zuwachs der älteren Bevölkerung im Kanton Bern bis 2030



¹ Die nachfolgenden Berechnungen basieren auf den aktuellsten kantonalen Bevölkerungsprojektionen, die das Bundesamt für Statistik 2004 veröffentlicht hat (Bundesamt für Statistik, Regionale Bevölkerungsszenarien, Szenario «Trend» [AA-00-2000]). Während der Vernehmlassung lagen diese noch nicht vor; die damaligen Berechnungen basierten deshalb auf der Übertragung von gesamtschweizerischen Prognosen auf den Kanton Bern.

² Vgl. Höpflinger F.; Hugentobler, V. (2003). Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Bern: Huber

Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit im Kanton Bern

Die Begriffe «Pflegebedürftigkeit» und «Betreuungsbedürftigkeit» lassen sich nicht klar voneinander trennen. Eine umfassende Pflege beinhaltet immer auch Aspekte von Betreuung. Deshalb wird im Bericht der Begriff «Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit» als Einheit verwendet. Als pflege- und betreuungsbedürftig gelten Personen, die wegen körperlicher, psychischer und/oder kognitiver Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, den normalen Alltag selbstständig zu bewältigen. Bei älteren Menschen ist die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit häufig nicht auf eine einzelne, sondern auf verschiedene alters- und krankheitsbedingte Ursachen zurückzuführen.

Schätzung der Anzahl Pflege- und Betreuungsbedürftiger im Kanton Bern

Obwohl im höheren Alter das Risiko zunimmt, pflege- und betreuungsbedürftig zu werden, dürfen Alter und Krankheit nicht gleichgesetzt werden. Die grosse Mehrheit der älteren Menschen ist heute bei guter Gesundheit. Wenn man die Annahmen über die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit in der Schweizer Bevölkerung von Höpflinger und Hugentobler² auf den Kanton Bern überträgt, sind maximal 6% der 65–79-Jährigen pflege- und betreuungsbedürftig (7 000 von 117 000). Bei der Bevölkerung ab 80 Jahren sind es maximal 27% (13 000 von 48 000).

Abbildung 2:
Anteil der pflege- und betreuungsbedürftigen Bevölkerung im Kanton Bern zwischen 65 und 79 Jahren

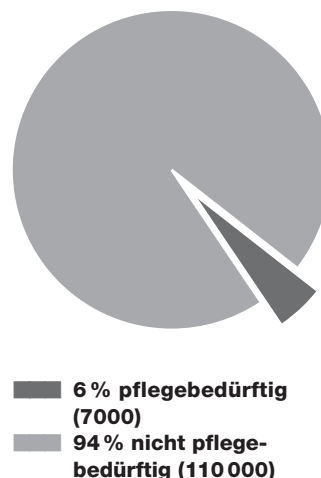
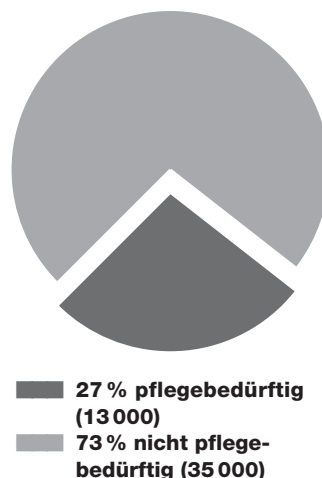
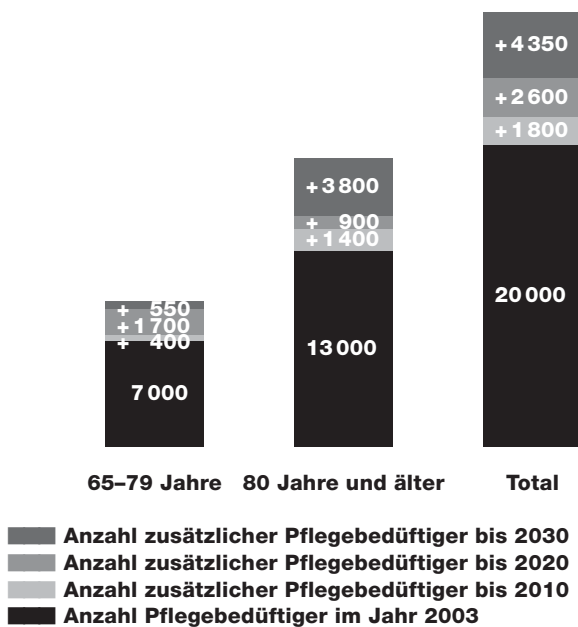


Abbildung 3:
Anteil der pflege- und betreuungsbedürftigen Bevölkerung im Kanton Bern ab 80 Jahren



Nimmt man weiter an, dass der Anteil Pflege- und Betreuungsbedürftiger gleich bleibt, ist bis 2030 mit zusätzlich 8750 pflege- und betreuungsbedürftigen älteren Menschen zu rechnen (Zunahme: 44%). Davon sind rund 2650 Personen 65- bis 79-jährig und rund 6100 über 80-jährig.

Abbildung 4:
Zuwachs der Pflege- und Betreuungsbedürftigen bei der älteren Bevölkerung bis ins Jahr 2030
(Annahme: gleicher Prozentanteil Pflege- und Betreuungsbedürftiger wie heute)

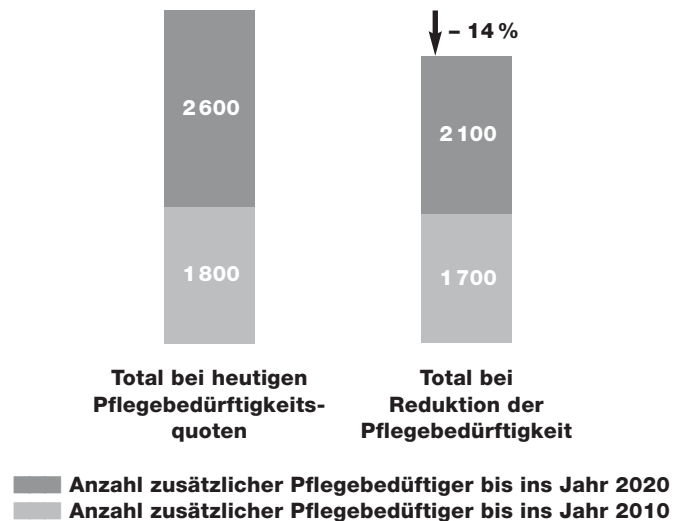


Verschiedene Faktoren könnten in Zukunft diesen massiven Zuwachs von pflege- und betreuungsbedürftigen Personen vermindern. Bei steigender Lebenserwartung hat sich bisher im Durchschnitt die Phase verkürzt, die von Gebrechlichkeit und Krankheit geprägt ist. Diese Tendenz dürfte sich aus zwei Gründen auch in Zukunft fortsetzen: Einerseits treten weniger Menschen aus Industriebberufen (mit vorzeitigen, irreversiblen körperlichen Einbussen) und mehr Menschen mit einer grundsätzlich verbesserten Gesundheitsbiografie ins Betagtenalter ein. Andererseits können Möglichkeiten im Bereich der Prävention und Rehabilitation, die zu einer Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquoten führen, noch wesentlich besser ausgeschöpft werden. Neuste Modellrechnungen zeigen, dass dies mit realistischen zusätzlichen Investitionen im Bereich der Gesundheitsförderung (z. B. präventive Hausbesuche, Gesundheitsförderungsprogramme, siehe Handlungsfeld 1) und rehabilitativen Anstrengungen (z. B. Übergangspflege, siehe Handlungsfeld 2) möglich wäre.³

³ Vgl. Höpflinger, F. Hugentobler, V. (2003). Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Bern: Huber 2003

⁴ Vgl. Schweizerische Alzheimervereinigung. Leben mit Demenz im Kanton Bern. Yverdon-les-Bains 2003.

Abbildung 5:
Geschätzte Reduktion des Zuwachses an Pflegebedürftigen (wenn realistische Möglichkeiten im Bereich der Prävention und der Rehabilitation umgesetzt werden können)



Zusammenfassend lässt sich feststellen: Der Pflege- und Betreuungsbedarf im Kanton Bern wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zunehmen. Mit einer weiteren Verkürzung der Lebensphase, die von Gebrechlichkeit oder Krankheit geprägt ist, kann sich dieser Zuwachs spürbar vermindern. Voraussetzung dafür sind allerdings weitere Fortschritte in der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Behandlung und der Rehabilitation. In diese Bereiche muss investiert werden, wenn die Zunahme des Pflege- und Betreuungsbedarfs in Grenzen gehalten werden soll. Es ist jedoch festzuhalten, dass auch unter günstigsten Bedingungen bis ins Jahr 2020 mit mindestens 3800 zusätzlichen pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen zu rechnen ist.

Zunahme der Demenzerkrankungen

Die demenziellen Erkrankungen älterer Menschen in ihren verschiedenen Formen – z. B. Alzheimer – sind ein zentrales Problem des Gesundheitswesens und der Altersversorgung. Im hohen Lebensalter ist ein wesentlicher Teil der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit auf Demenzerkrankungen zurückzuführen. Ein grosser Teil der im vorangehenden Kapitel erwähnten pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen im Kanton Bern leidet heute denn auch an einer demenziellen Erkrankung. Ihre Zahl wird im Kanton Bern aktuell auf rund 13300 geschätzt⁴, wobei das Bedürfnis nach Unterstützung und Pflege je nach Krankheitsbild und -stadium sehr unterschiedlich ist. Rund die Hälfte der demenzkranken Menschen im Kanton Bern lebt in Heimen, die andere Hälfte zu Hause. Wenn das Risiko gleich bleibt und auch in Zukunft rund 8% der über 65-Jährigen an einer Demenz erkranken, ist aufgrund der demographischen Entwicklung bis 2010 mit zusätzlich rund 1450 und bis 2030 mit zusätzlich rund 4000 demenz-

kranken Menschen zu rechnen. Wie bei der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit im Allgemeinen kann auch bei demenziellen Erkrankungen ein Fortschritt bei den Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten den demographisch bedingten Anstieg kranker Menschen beträchtlich abbremsen. Dazu braucht es jedoch zusätzliche Anstrengungen und Investitionen in den Bereichen Prävention und Behandlung – besonders im ambulanten und teilstationären Rahmen (siehe Handlungsfeld 4). Mit einer Verstärkung dieser Angebote könnte ein zusätzlicher Bedarf an Pflegeheimplätzen für demenzkranke Menschen zwar nicht vermieden, aber wahrscheinlich spürbar reduziert werden.

Soziale Beziehungen und Möglichkeiten zur Übernahme von Pflege- und Betreuungsaufgaben

Grundsätzlich gibt es keine Hinweise dafür, dass die Qualität der Beziehungen zwischen den Generationen schlechter geworden wäre. Hingegen wird wegen der zunehmenden geografischen Mobilität heute vielfach eine Beziehung auf Distanz gelebt. Dadurch haben die Möglichkeiten einer unmittelbaren Pflege und Betreuung durch Familienangehörige eher abgenommen. Weitere Gründe tragen dazu bei, dass die Möglichkeiten zur Pflege und Betreuung in der Familie auch in Zukunft tendenziell rückläufig sein werden:

- Die Zahl der Single-Haushalte ist in den letzten Jahren weiter gestiegen: zwischen 1990 und 2000 um 18 %, d. h. von rund 127 000 auf rund 150 000 Personen. 36 % aller Privathaushalte im Kanton Bern waren im Jahr 2000 Einpersonenhaushalte.⁵
- Weil der sinkende Anteil von Erwerbstätigen zu Problemen bei der Finanzierung der Sozialversicherungssysteme führt, wird der Druck zur Berufstätigkeit vor allem auf Frauen im erwerbsfähigen Alter zunehmen. Dabei spielt natürlich auch die Entwicklung des Arbeitsmarktes eine grosse Rolle. Da Frauen heute einen wesentlichen Teil der freiwilligen Betreuung und Pflege von Angehörigen leisten, wird bei einer steigenden Erwerbsquote von Bedeutung sein, in welchem Mass Männer einen Teil dieser Aufgabe übernehmen.

Sicherstellen des professionellen Pflege- und Betreuungspersonals

Während die Zahl der Pflege- und Betreuungsbedürftigen steigt, gibt es immer weniger erwerbsfähige Personen, die professionelle Pflege- und Betreuungsaufgaben übernehmen können. Die in den letzten Jahren häufig festgestellte Unzufriedenheit des Pflegepersonals und das dadurch angeschlagene Image des Pflegeberufs verstärken diese Problematik (siehe Handlungsfeld 7). Um den Personalbedarf für Pflege und Betreuung zu decken, muss auch das in verschiedenen Bevölkerungsgruppen durchaus noch vorhandene Potenzial besser ausgeschöpft werden:

- Durch bessere Integration vor allem der jugendlichen ausländischen Wohnbevölkerung (z. B. schulische Förderung, rasche Einbürgerung) könnten mehr Menschen für eine Tätigkeit im Pflege- und Betreuungsbereich gewonnen werden. Die zukünftige Ausländer- und Integrationspolitik ist deshalb von grosser Bedeutung für die Sicherstellung der notwendigen Ressourcen.
- Immer mehr Menschen leben länger, sind im Alter bei guter Gesundheit und motiviert für nachberufliche Tätigkeiten. Sie können zur Unterstützung und Entlastung des professionellen Personals beitragen, indem sie einen Teil der Aufgaben übernehmen, für die keine spezifische betreuende oder pflegerische Ausbildung erforderlich ist.

Entwicklung der Werthaltungen in der Bevölkerung

Die folgenden Aspekte des Wertewandels beeinflussen das zukünftige System der Altersversorgung:

- Der Wunsch, möglichst lange zu Hause zu leben und erst dann in eine stationäre Einrichtung einzutreten, wenn dies aufgrund der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit zwingend erforderlich wird, ist bei der heutigen älteren Generation sehr stark verankert und wird auch künftig von grosser Bedeutung sein. Zwar fehlt heute ein umfassender Überblick über das weitgehend durch private Initiative entstandene Angebot von alternativen Wohnformen wie Alterswohnungen und Wohngemeinschaften, die vor dem Bedarf nach stationärer Betreuung genutzt werden. Man kann aber davon ausgehen, dass dieses Angebot eher gering ist und somit eine echte Wahlfreiheit bei den Wohnformen im Alter nur beschränkt besteht. Die Tendenz, möglichst lange zu Hause zu bleiben, wird dadurch noch verstärkt.

⁵ Vgl. Bundesamt für Statistik, Anzahl Haushalte im Kanton Bern nach Haushaltstyp, 1990-2000, Neuchâtel 2003, auf Anfrage.

- Wohnformen, die einen flexiblen Übergang von der Selbstständigkeit zur Beanspruchung von Pflege- und Betreuungsleistungen ermöglichen, sind gefragt (siehe Handlungsfeld 3). Dies gilt besonders für Wohneinheiten, wo Paare auch bei Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit eines Partners weiterhin zusammen leben können.
- Beim Eintritt in ein Heim besteht heute vermehrt ein Anspruch auf Qualität und ein ausgewogenes Preis-Leistungsverhältnis. So genügen beispielsweise Mehrbettzimmer den Ansprüchen an die Wohnqualität nicht mehr. Die Zahl der Menschen, die im Alter finanziell gut bis sehr gut abgesichert sind, hat in den letzten Jahrzehnten wesentlich zugenommen und wird in Zukunft noch ansteigen (siehe nächstes Kapitel). Damit steigt auch die Zahl jener, die sich eine über die existenziellen Bedürfnisse hinausgehende Wohn-, Lebens- und allenfalls Betreuungsqualität leisten können und wollen.

Entwicklung der wirtschaftlichen Situation älterer Menschen

Das Dreisäulenprinzip hat in den letzten Jahrzehnten die Situation von älteren Menschen so deutlich verbessert, dass für sie kein überdurchschnittliches Armutsrisiko mehr besteht. Allerdings ist immerhin rund ein Viertel, also ein bedeutender Teil der AHV-Rentnerinnen und -Rentner, zwar nicht eigentlich arm, aber eher einkommensschwach. 22 % der über 65-jährigen Steuerpflichtigen⁶ im Kanton Bern erzielen ein steuerbares Einkommen von weniger als Fr. 10 000.–.⁷ Und 14 % versteuern ein Vermögen unter Fr. 80 000.–. Dabei ist zu bemerken, dass ein grosser Teil der heutigen Rentnerinnen und Rentner noch nicht die Möglichkeit hatte, eine umfassende Altersvorsorge aufzubauen, da die Säulen 2 und 3 des schweizerischen Systems erst seit den Achtzigerjahren entscheidend ausgebaut worden sind (BVG-Obligatorium, Steuerbegünstigungen Säule 3a).

Andererseits ist heute ein ebenfalls bedeutender Teil der Rentnergeneration (insbesondere die jungen Rentnerinnen und Rentner) ausreichend bis sehr gut wirtschaftlich abgesichert. 30 % der über 65-jährigen Steuerpflichtigen weisen ein steuerbares Einkommen von über Fr. 50 000.– aus, 5 % eines von über Fr. 100 000.–. 9 % der über 65-jährigen Steuerpflichtigen versteuert ein Vermögen von über 1 Mio. Franken.

⁶ Ehepaare werden in der Staatssteuerstatistik als Einheit geführt, es wird auf das Alter des Mannes abgestützt.

⁷ Vgl. Steuerverwaltung des Kantons Bern, Statistik Staatssteuer 2001, auf Anfrage

⁸ Vgl. Höpflinger, Stuckelberger, Demographische Alterung und individuelles Altern, Zürich 2000

In Zukunft werden mehr Rentnerinnen und Rentner mit höheren Rentenzahlungen rechnen können, weil sie die Möglichkeit hatten, eine vollumfängliche Altersvorsorge aufzubauen. Damit wird auch der Anteil jener steigen, welche die nötige Pflege und Betreuung über eine längere Zeit aus eigenen Mitteln finanzieren können.

Es wird aber auch weiterhin eine bedeutende Gruppe von Menschen geben, die im Alter nur mit geringer finanzieller Absicherung leben müssen. Zu dieser Risikogruppe gehören vor allem Personen, die vom Dreisäulenprinzip nicht über die gesamte Erwerbsdauer profitieren konnten, aber auch Menschen, die wegen einer langdauernden, hohen Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit ihr Vermögen aufgebraucht haben und auch über kein ausreichendes Einkommen verfügen, Menschen mit längeren Erwerbsausfällen und damit eingeschränkten Rentenleistungen sowie ausländische Frauen und Männer, die zudem im Durchschnitt eine schlechtere Gesundheit aufweisen.

Aus diesen Gründen wird die heute schon ausgeprägte ungleiche Verteilung der finanziellen Möglichkeiten vor allem auch innerhalb der älteren Bevölkerung noch verstärkt. Deshalb ist in Zukunft nicht nur die Solidarität zwischen jüngeren und älteren Menschen, sondern vermehrt auch die Solidarität zwischen wohlhabenden und einkommensschwachen älteren Menschen von Bedeutung.

Unter diesen Umständen und angesichts der beschränkten öffentlichen Mittel ist es besonders wichtig, Unterstützungsleistungen ziel- und bedarfsgerecht zu erbringen (siehe Handlungsfeld 9).

Feminisierung des Alters

Die höhere Lebenserwartung der Frauen hat zu einer «Feminisierung des Alters» geführt. Denn in der Schweiz sind zwei Drittel der über 80-Jährigen und vier Fünftel der über 100-Jährigen weiblich.⁸ Wegen der höheren Lebenserwartung (die auf verschiedenste Faktoren, darunter ein grösseres Gesundheitsbewusstsein, zurückzuführen ist) und aufgrund von sozialen Normen sind Frauen in verschiedener Hinsicht stärker von Fragen des Alterns betroffen als Männer. Frauen pflegen und betreuen häufig ihre (oft älteren) Partner. Frauen sind zwangsläufig auch häufiger vom Verlust des Partners betroffen, was nicht selten zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt. Weil mehr Frauen als Männer ein hohes Alter erreichen, ist die Mehrheit der unter Einsamkeit oder an Demenzerkrankungen leidenden Menschen weiblich.

Bei den nachfolgenden Massnahmen in den verschiedenen Handlungsfeldern ist deshalb immer auch zu prüfen, ob bei der Ausgestaltung eines Angebots auch geschlechtsspezifische Differenzierungen angezeigt sind.

Betagte Migrantinnen und Migranten

In der Schweiz wird in den nächsten Jahren die Zahl der älteren Migrantinnen und Migranten rasant steigen, vor allem der Anteil der Personen, die in den Fünfziger- und Sechzigerjahren zugewandert sind und nun das Rentenalter erreichen. Die Annahme, spätestens zu diesem Zeitpunkt werde sich der Grossteil der Migrantinnen und Migranten zur Rückkehr in die Heimat entschliessen, ist nur teilweise richtig. Anders als ursprünglich beabsichtigt, bleiben viele von ihnen in der Schweiz. Gemäss Schätzungen des Bundesamtes für Statistik wird sich die Zahl der pensionierten Migrantinnen und Migranten zwischen 1995 und 2010 fast verdoppeln, und zwar von 63 000 auf 122 000 Personen. Damit nimmt auch die Anzahl jener betagten Migrantinnen und Migranten zu, die im Alter auf Unterstützung angewiesen sind. Die häufig bestehenden sprachlichen Hindernisse und unterschiedliche soziale und kulturelle Bedürfnisse sind für die Vermittlung von Dienstleistungen und das Versorgungssystem im Altersbereich eine neue Herausforderung.

Diesen Herausforderungen und Problemstellungen wurde in der Altersarbeit bisher noch wenig Beachtung geschenkt. Es braucht eine stärkere Sensibilisierung für die Bedürfnisse von älteren Migrantinnen und Migranten innerhalb des gesamten Versorgungssystems. Die Zunahme der älteren Migrantinnen und Migranten ist aber auch eine Chance bei der Rekrutierung von Pflege- und Betreuungspersonal ausländischer Herkunft mit Wohnsitz in der Schweiz, das eine wichtigere Rolle bei der Bewältigung dieser Probleme übernehmen könnte.

Exkurs in die Familienpolitik

Alterspolitik und Familienpolitik sind eng miteinander verknüpft. Die Zunahme der älteren Bevölkerung dank verbesserter Gesundheit und höherer Lebenserwartung ist erfreulich. Die erwähnten Herausforderungen und Probleme sind vor allem auf eine zu erwartende Abnahme der erwerbstätigen Bevölkerung zurückzuführen. Die langfristige Sicherung der Sozialversicherungssysteme und der gesundheitlichen Versorgung kann nur gewährleistet werden, wenn in der Erwerbsarbeit und besonders in den Gesundheitsberufen genügend Nachwuchs vorhanden ist. Eine gezielte Zuwanderungspolitik und eine bessere Integration von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz (z. B. schulische Förderung, Einbürgerungsverfahren) können zur Bewältigung dieser Problematik beitragen. Handlungsbedarf besteht in diesem Zusammenhang auch bei der Familienpolitik. Vor allem Massnahmen im Bereich der familienexternen und -ergänzenden Betreuungsangebote wie Tagesschulen, Kinderkrippen usw. sind von grosser Bedeutung. Sie tragen dazu bei, dass beide Elternteile oder allein Erziehende einer Erwerbsarbeit nachgehen und Familie und Beruf miteinander vereinbaren können. Zudem wird eine bessere volkswirtschaftliche Nutzung teurer Ausbildungsinvestitionen erreicht. Kinderbetreuungsangebote ermöglichen individuelle

Lebensmodelle und machen Mut, eine Familie mit Kindern zu gründen.

Der Kanton Bern ist im Bereich der Familienpolitik bereits aktiv. Familienergänzende Betreuungsangebote werden auch in Zukunft mit Ermächtigungen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion von Gemeinden und Kanton über den Lastenausgleich unterstützt. Eine Verordnung zum Sozialhilfegesetz, die unter anderem auch bei familienergänzenden Angeboten die Bedarfsanalyse, die Angebotsplanung und die Grundlagen für Ermächtigungen an Gemeinden regelt, wird gegenwärtig erarbeitet. Sie soll am 1.1.2005 in Kraft treten. Weiter engagiert sich der Kanton Bern auch im Rahmen der von der Sozialdirektorenkonferenz (SODK) geführten Diskussionen zur Familienpolitik. Neben der Thematik der familienergänzenden Angebote werden dabei auch Fragen zur künftigen Gestaltung von Bedarfsleistungen für einkommensschwache Familien, zur Steuerpolitik sowie zur Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen in diesem Bereich behandelt.

Diese Arbeiten sind in Zukunft auch im Interesse der Alterspolitik intensiv weiterzuführen. Der vorliegende Bericht geht jedoch nicht ausführlicher auf diesen Themenbereich ein.

Fazit

Die verschiedenen alterspolitischen Herausforderungen zeigen, dass ein grosser Handlungsbedarf besteht, um auch in Zukunft die legitimen Bedürfnisse der älteren Menschen befriedigen zu können. Alterspolitische Massnahmen, auf die in diesem Bericht vertieft eingegangen wird, aber auch Massnahmen im Bereich der Migrations- und der Familienpolitik sind notwendig, um den Lebensstandard der älteren Bevölkerung aufrechtzuerhalten. Dieser Handlungsbedarf widerspiegelt sich auch in den parlamentarischen Vorstössen, die in den Jahren 2002–2004 im Grossen Rat des Kantons Bern zu diesem Thema eingereicht worden sind.

PARLAMENTERISCHE VORSTÖSSE IM BEREICH ALTERSPOLITIK

In den letzten zwei Jahren wurden im Grossen Rat des Kantons Bern verschiedene parlamentarische Vorstösse betreffend Alterspolitik eingereicht. Die darin aufgeworfenen Fragen werden im vorliegenden Bericht aufgenommen. Die Vorstösse unterstreichen den Bedarf, alterspolitische Massnahmen zu erarbeiten und umzusetzen.

Motion Bula vom 2.9.2002 (Sicherstellung von Langzeitpflegeplätzen für Alzheimer- und demenzkranke Menschen).

Die Motion beauftragt den Regierungsrat, im Zusammenhang mit der Psychiatrieplanung des Kantons Bern wirksame Lösungskonzepte zur Behandlung und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten, Alzheimer- und demenziell Erkrankten vorzuschlagen. Der Regierungsrat stellte in seiner Antwort fest, dass er sich der Problematik von demenzkranken Menschen bewusst sei und Massnahmen zur Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungssituation im Kanton Bern anstrebe. Er verwies dabei auf die in diesem Bericht dargestellten Arbeiten (siehe Handlungsfeld 4) und beantragte dem Grossen Rat die Annahme der Motion. Die Motion wurde mit 166:0 Stimmen angenommen.

Motion Heuberger vom 10.12.2002 (Umfassende Grundversorgung in Altersmedizin im Kanton Bern)

Die Motion beauftragt den Regierungsrat, für die Zukunft der geriatrischen Versorgung im Kanton Bern baldmöglichst ein geriatrisches Kompetenzzentrum zu schaffen, das neben geriatrischen Dienstleistungen auch verantwortlich ist für Lehre und Forschung in geriatrischen Fragen und die Weiterbildung der zukünftigen Grundversorger in diesem Gebiet. Weiter fordert die Motion, dass sich der Regierungsrat für die Schaffung von regionalen Geriatriezentren und eines Lehrstuhls für Geriatrie an der Universität Bern einsetzt. Der Regierungsrat stellte in seiner Antwort auf die Motion fest, dass eine vollständige und rasche Umsetzung der Forderungen der Motion bei der gegenwärtigen Finanzlage des Kantons kaum durchführbar seien. Die Forderungen seien aber zu prüfen und sollen so gut wie möglich im Rahmen der Umsetzung Alterspolitik 2005 und des Spitalversorgungsgesetzes SpVG berücksichtigt werden (siehe Handlungsfeld 2). Der Regierungsrat beantragte dem Grossen Rat die Annahme als Postulat. Die Motion wurde mit 119:0 Stimmen bei 1 Enthaltung angenommen. Am 17. Dezember 2003 hat der Regierungsrat die Schaffung einer ordentlichen Professur für Geriatrie an der Universitären Klinik für Geriatrie am Spital Bern Ziegler beschlossen. Der Lehrstuhl wurde im Laufe des Jahres 2004 besetzt.

Motion Heuberger vom 10. 2.2003 (Grounding der Hausarztmedizin?)

Die Motion beauftragt den Regierungsrat, gezielt Mittel so einzusetzen, dass in Zukunft die Ausbildung der Studierenden in Hausarztmedizin sichergestellt wird. Der Regierungsrat unterstützt das Anliegen der Motion, geht aber davon aus, dass diese Problematik im Rahmen der aktuell diskutierten gesamtschweizerischen Entwicklungen in der Medizinalausbildung angegangen werden muss. Er beantragte dem Grossen Rat die Ablehnung der Motion. Der Grosse Rat hat

der Motion mit 132:29 Stimmen bei 5 Enthaltungen zugestimmt.

Interpellation Morgenthaler «Umsetzung Alterspolitik 2005» vom 10.2.2003 (Fragen zum Stand der Umsetzung von Altersplanungen in den Gemeinden)

Gemäss Grossratsbeschluss vom 16. März 1993 («Alterspolitik 2005») sind die Gemeinden verpflichtet, kommunale Altersplanungen zu erarbeiten. Die Interpellantin erkundigt sich nach dem Stand der Erarbeitung und Umsetzung von alterspolitischen Massnahmen in den Gemeinden. Der Regierungsrat stellt in seiner Antwort zur Interpellation fest, dass etliche Gemeinden des Kantons diese Aufgabe noch nicht an die Hand genommen hätten. Diese Arbeit in den Gemeinden müsse in erster Linie durch Sensibilisierung für die Problematik gefördert werden. Eine Unterstützung von alterspolitischen Projekten in den Gemeinden durch den Kanton werde zukünftig nur noch auf der Grundlage einer kommunalen Altersplanung möglich sein (siehe Handlungsfeld 5). Die Interpellantin zeigte sich von der Antwort des Regierungsrates teilweise befriedigt.

Motion Bichsel vom 16. Juni 2003 (Erweiterungsbau Alzheimer-Heim in Belp)

Die Motion beauftragt den Regierungsrat, die kantonale Pflegeheimplanung im dem Sinne zu überarbeiten, dass das Projekt eines Erweiterungsbaus des Alzheimerheims in Belp in die Planung integriert wird. Der Regierungsrat anerkennt in seiner Antwort zur Motion den Bedarf an zusätzlichen Plätzen für demenzkranke Menschen. Diese Problematik sei jedoch im Rahmen des Gesamtpakets Alterspolitik – das hier vorliegt – anzugehen (siehe Handlungsfelder 4 und 6). Sowohl aus sachlicher wie auch aus finanzieller Sicht sei es nicht gerechtfertigt, vorgängig über den Erweiterungsbau des Heims Oberried zu entscheiden. Die Motion wurde mit 159:1 Stimmen bei 3 Enthaltungen (Punkt 1) bzw. 137:22 Stimmen bei 2 Enthaltungen (Punkt 2) als Postulat angenommen.

Postulat Morgenthaler vom 15. September 2003 (Förderung des alters- und behindertengerechten Wohnbaus, Festlegung eines Mindestanteils in den kommunalen Baureglementen)

Das Postulat fordert, mit verschiedenen Massnahmen den alters- und behindertengerechten Wohnbau zu fördern:

1. Hinwirkung darauf, dass mindestens 25 % der neu zu erstellenden Wohnungen alters- und behindertengerecht gebaut werden. Dieser Punkt wurde von der Postulantin anlässlich der Debatte im Grossen Rat zurückgezogen.
2. Gemeinden sollen angeregt werden, eine Anpassung der Baureglemente vorzunehmen (siehe Handlungsfeld 5). Dieser Punkt wurde mit 91:59 bei 5 Enthaltungen angenommen.
3. Der Kanton soll Einfluss auf verschiedene Planungsbereiche nehmen, die Einfluss auf den Altersbereich haben (Siedlungspolitik, Verkehrsplanung). Dieser Punkt wurde mit 70:87 Stimmen abgelehnt.
4. Der Kanton soll Gemeinden animieren, sich für altersgerechtes Wohnen einzusetzen. Dieser Punkt wurde mit 92:57 Stimmen bei 5 Enthaltungen angenommen.

**Motion Hofer vom 16. September 2003
(Rasche Umsetzung der Altersplanungen in
den Gemeinden)**

In Anlehnung auf die Antwort des Regierungsrates zur Interpellation Morgenthaler vom 10.2.2003 beauftragt diese Motion den Regierungsrat, möglichst umgehend zu prüfen, wo die Gemeinden und Regionen in der Erarbeitung von Altersplanungen stehen, und die fehlenden Altersplanungen innerhalb einer bestimmten Frist einzufordern (siehe Handlungsfeld 5). Die Motion wurde mit 129:0 Stimmen angenommen und anschliessend abgeschrieben.

**Interpellation Burkhalter-Reusser vom
16. September 2003
(Regionalisierung der Spitex im Kanton Bern)**

Die Interpellantin erkundigt sich nach der Notwendigkeit einer Spitexplanung in Ergänzung zur Spital-, Pflegeheim-, und Psychiatrieplanung, welche auch die Frage einer zukünftig noch verstärkten Zusammenarbeit der Spitexorganisationen in den Regionen angeht. Der Regierungsrat verweist in diesem Zusammenhang auf die Planungsverantwortung der Gemeinden. Er begrüsst und unterstützt jedoch die laufenden Bemühungen des Spitex-Verbands Bern, Mindestgrössen und Standards wie Einsatzzeiten, Erreichbarkeit und Reaktionszeit zu definieren, sowie auch die notwendigen strukturellen Anpassungen bei den Spitexorganisationen, um Vorgaben zu erfüllen. Die Interpellantin zeigt sich von der Antwort befriedigt.

**Dringliche Interpellation Schnegg vom 14. Juni 2004
(Vollzug der Heimverordnung vom 18. September
1996 im Zusammenhang mit dem Sozialhilfegesetz:
Vernehmlassung bis zum 31. Mai 2004)**

Der Interpellant erkundigt sich nach den Folgen und der Akzeptanz der geplanten Anpassung der Heimverordnung in Bezug auf die minimale Individualfläche für Bewohnerinnen und Bewohner von bernischen Alters- und Pflegeheimen. Der Regierungsrat führt in seiner Antwort aus, dass mit der geplanten Vorgabe von neu 16 m² Individualfläche eine Angleichung der heute bestehenden Vorgaben für private Heime (10 m²) und öffentliche Heime (28 m²) erfolgen soll. Eine Minderheit der heutigen Institutionen erfüllt diese Anforderungen nicht. Bei diesen sind nach der geplanten Verordnungsänderung innerhalb einer Übergangsfrist die entsprechenden Anpassungen vorzunehmen. Das geplante Vorgehen ist in der Vernehmlassung auf breite Unterstützung gestossen. Bis zum Inkrafttreten der entsprechenden Verordnungsänderung hat die Vorgabe einer minimalen Individualfläche von 16 m² empfehlenden Charakter. Der Interpellant zeigt sich von der Antwort befriedigt.

KANTONALE ALTERSPOLITIK

«Altersleitbild 2005»

Der Grosse Rat hat mit Beschluss vom 16. März 1993 mit grosser Mehrheit (122:2 Stimmen) das Leitbild «Alt werden im Kanton Bern» sowie die «Auflagen für die Altersplanung in den Gemeinden» zustimmend zur Kenntnis genommen. Er hat damit einen zukunftsorientierten alterspolitischen Wegweiser geschaffen, der bis heute nichts von seiner Aktualität eingebüsst hat. Der vorliegende Bericht baut auf den Zielsetzungen des Altersleitbilds 2005 auf, die im Folgenden kurz genannt werden.

Ziel 1: Selbstständigkeit und Selbsthilfe

Die Förderung und Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit ist das oberste Ziel der Alterspolitik 2005. So sollen Dienstleistungen für betagte Menschen immer in der Absicht erbracht werden, die noch vorhandenen Fähigkeiten zu erhalten und zu fördern und die betagten Menschen – auch wenn sie einmal schwer pflege- und betreuungsbedürftig sind – nicht zu entmündigen.

Ziel 2: Wahlfreiheit und Kontinuität

Die betagten Menschen sollen die Wahl zwischen verschiedenen Wohn- und Lebensformen im Alter haben. Mit dieser Wahlmöglichkeit soll auch die Kontinuität, also die möglichst lange Beibehaltung der gewohnten Lebensformen, erreicht werden.

Ziel 3: Solidarität

Solidarität und damit die Rücksichtnahme auf unterschiedliche Bedürfnisse der verschiedenen Generationen ist eine Grundvoraussetzung für das Gelingen einer guten Alterspolitik. Diese Solidarität kommt häufig im kleinen, nichtöffentlichen Rahmen zum Tragen, z. B. bei der enorm wichtigen familiären oder nachbarschaftlichen Unterstützung. Solidarität spielt aber auch dann eine bedeutende Rolle, wenn es darum geht, Mittel für bedürfnisgerechte Angebote für betagte Menschen bereitzustellen.

Ziel 4: Bürgernähe

Bürgernähe bedeutet, dass die Bevölkerung und vor allem die betagte Bevölkerung einbezogen wird, wenn es um die Frage geht, welche Angebote notwendig sind, was es in der Region braucht, was fehlt usw. Altersplanungen sollen deshalb nicht zentral erfolgen, sondern in den Gemeinden oder in Gemeindeverbänden.

Ziel 5: Vernetzung

Eine sorgfältige Vernetzung und Koordination von bestehenden und neuen Angeboten soll die optimale Nutzung des heutigen, vielfältigen Angebots und auch den effektiven Einsatz der knappen finanziellen Mittel ermöglichen.

Künftige Stossrichtung der Alterspolitik

Die kantonale Alterspolitik baut auf einem Menschenbild auf, das durch Autonomie, Selbstverantwortung und Selbstständigkeit geprägt ist. So unterschiedlich wie die Lebensentwürfe der Menschen im Erwerbsalter sind auch jene der älteren Menschen. Autonomie besteht auch in der Freiheit, das Leben im Rentenalter nach den persönlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten gestalten zu können. Diese Freiheit muss auch in Zukunft jederzeit gewährleistet sein. Es ist grundsätzlich nicht die Aufgabe der öffentlichen Hand, auf die individuellen Lebensentwürfe und die damit verbundenen Verhaltensweisen von älteren Menschen Einfluss zu nehmen.

Die Aufgabe des Kantons ist es jedoch, die Übersicht über die vielfältigen Bedürfnisse der älteren Bevölkerung und die bestehenden Strukturen zu gewinnen, die zur Befriedigung dieser Bedürfnisse beitragen. Und er muss dort Einfluss nehmen, wo ältere Menschen ihre Bedürfnisse in den Bereichen Wohnen, Gesundheit und soziale Kontakte nicht aus eigener Kraft oder nicht mit eigenen Mitteln befriedigen können.

Daraus ergibt sich die folgende alterspolitische Stossrichtung:

- Die Selbstständigkeit älterer Menschen soll möglichst lange erhalten werden, um den Zuwachs von Pflege- und Betreuungsbedürftigen zu reduzieren.
- Ein möglichst grosser Teil des zusätzlich entstehenden Pflege- und Betreuungsbedarfs soll durch ambulante Versorgungsangebote gedeckt werden. Ältere Menschen sollen so lange wie möglich im eigenen Zuhause leben können, weil dies in den meisten Fällen ihrem Bedürfnis entspricht. Damit soll der Bedarf nach massiven zusätzlichen Investitionen für Heimbauten verringert werden. Alters- und Pflegeheime bleiben ein zentraler Pfeiler der Altersversorgung im Kanton Bern. Keinesfalls bewertet die hier präsentierte Stossrichtung der kantonalen Alterspolitik – die insbesondere die Förderung von Alternativen zum Heimaufenthalt betont – den Heimaufenthalt als etwas grundsätzlich Negatives. Vielmehr ist der Kanton Bern auch in Zukunft auf die bestehenden Heime angewiesen, und die Bewohnerinnen und Bewohner sollen weiterhin auf eine hochstehende Wohn- und Dienstleistungsqualität zählen können. (siehe dazu auch Handlungsfeld 6, Seite 31).
- Private Ressourcen sollen optimal genutzt werden (Übernahme von Pflege- und Betreuungsaufgaben, Finanzierung).
- Für Menschen, die auf einen Aufenthalt in einem Heim angewiesen sind, soll ein quantitativ ausreichendes, qualitativ gutes und finanziell tragbares Angebot zur Verfügung stehen.

Die zukünftigen Herausforderungen in der Alterspolitik können nicht durch einzelne Massnahmen bewältigt werden. Vielmehr braucht es das Zusammenspiel von Massnahmen auf

verschiedensten Ebenen. Die folgenden Kapitel beschreiben in neun Handlungsfeldern die zukünftige Gestaltung einer nachhaltigen Alterspolitik. Die Darstellung erfolgt in der Logik der alterspolitischen Stossrichtung. An erster Stelle steht die Förderung der Selbstständigkeit im Alter. Kann diese nicht mehr aufrechterhalten werden, soll die Unterstützung zu Hause verstärkt werden. Schliesslich soll für jene Menschen, die nicht mehr zu Hause leben können, ein bedarfsgerechtes Heimangebot zur Verfügung stehen. Die Massnahmen in den Handlungsfeldern 1 bis 6 nehmen direkt Einfluss auf Angebot und Nachfrage in der Altersversorgung. Zur Sicherstellung von bedarfsgerechten Angeboten sind zudem flankierende Massnahmen zu treffen. Diese werden in den Handlungsfeldern 7 bis 9 beschrieben.

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, sind die in den Handlungsfeldern vorgeschlagenen Massnahmen weder abschliessend noch definitiv. Vielmehr besteht die Möglichkeit, dass in den nächsten Jahren zusätzliche innovative Projekte Aufnahme in das Massnahmenpaket finden. Gleichzeitig ist es auch denkbar, dass Projekte des heutigen Massnahmenpakets aufgrund von gemachten Erfahrungen nicht mehr weiterverfolgt werden. Alterspolitik ist nichts Statisches. Sie muss sich veränderten Bedingungen in der Praxis immer wieder anpassen können. Deshalb ermöglicht das hier gewählte Vorgehen eine rollende Planung.

Bei der Erarbeitung dieses Berichts wurden vor allem wegen der knappen finanziellen Mittel nur die dringendsten Aufgaben konzeptualisiert. Elemente der verwaltungsinternen Diskussion, die hier nicht ausführlicher dargestellt werden, könnten aber trotzdem zum Tragen kommen. Dabei handelt es sich um Ideen wie zum Beispiel eine spezielle Weiterbildung zur Geriatriepflegeperson, die Auswahl von so genannten Magnetheimen, die Schaffung eines Ferienheims, die Förderung von ethnographischen Studien über das Leben von Betagten in Gemeinden und Heimen sowie die Einführung eines Globalbudgets für die medizinische und pflegerische Versorgung von Betagten in einigen Gemeinden.

ALTERSPOLITISCHE HANDLUNGSFELDER

Handlungsfeld 1: Unterstützung der Selbstständigkeit und der Gesundheit im Alter

Beschreibung des Handlungsfelds

So unterschiedlich wie ihre Lebensentwürfe sind auch die Bedürfnisse der Menschen im Alter. Sie können und wollen ihr Leben selbstständig und selbstverantwortlich gestalten. Der Kanton unterstützt deshalb Projekte und Institutionen, die dazu beitragen, die Selbstständigkeit zu erhalten. Das Ziel ist, die mit der Selbstständigkeit verbundene Lebensqualität so gut wie möglich zu bewahren, den Bedarf nach Betreuung und Pflege zu verringern und so Kosten zu senken.

Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds

- Präventive Hausbesuche
- Beratungstätigkeit der Pro Senectute
- Prüfung von Geschäften anderer Direktionen auf Verträglichkeit mit der kantonalen Alterspolitik

Präventive Hausbesuche

Ausgangslage

Präventive Hausbesuche haben das Ziel, ältere Menschen mit einer individuellen Beratung über gesundheitliche Risiken im Alter und mögliche vorbeugende Massnahmen zu informieren. Damit soll erreicht werden, dass Pflege- und Betreuungsleistungen entweder gar nicht oder erst später und in einem geringeren Umfang beansprucht werden müssen und der Eintritt in ein Pflegeheim vermieden oder verzögert werden kann. Im Rahmen des nationalen Forschungsprogramms 32 zum Thema Alter wurde in der Stadt Bern zwischen 1992 und 1998 das Pilotprojekt EIGER (Erforschung innovativer geriatrischer Hausbesuche) durchgeführt und evaluiert. Die Ergebnisse des Pilotprojekts zeigen, dass die Intervention vor allem bei noch relativ gesunden älteren Menschen zu einer Abnahme sowohl der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit als auch der Pflegeheimweisungen führt.⁹

Im Rahmen des Projekts EIGER wurden auch die Kosten und das Sparpotenzial präventiver Hausbesuche ermittelt. Die Ergebnisse zeigen, dass ein solches Projekt in einer ersten Phase Investitionen erfordert und damit zusätzliche Kosten verursacht (Hausbesuche, mehr Hausarztkonsultationen). In einer späteren Phase kommt es jedoch zu Einsparungen, weil Pflegeheimweisungen abnehmen oder verzögert werden können. Während im ersten Projektjahr pro Person Investitionen von rund Fr. 700.– und im zweiten von rund Fr. 70.– nötig

waren, konnten im dritten Jahr Einsparungen von Fr. 2300.– pro Person erzielt werden.

Im Rahmen des Projekts SO!PRA («Solothurn! Prävention im Alter») wird aktuell, aufbauend auf den Erfahrungen aus dem Projekt EIGER, in verschiedenen Gemeinden der Kantone Solothurn und Bern ein Modell zur Umsetzung von präventiven Hausbesuchen evaluiert. Die Beratung durch Gesundheitschwestern und -pfleger basiert dabei auf einer standardisierten computergestützten Gesundheitsabklärung, welche die betroffene Person zusammen mit der Hausärztin/dem Hausarzt vornimmt. Diese Abklärung (Assessment) umfasst Themen wie körperliche Betätigung, Ernährung, Tabakkonsum, Gedächtnis, soziales Netz und Medikamenteneinnahme. Zwischenergebnisse zeigen, dass die Gesundheitsvorsorge der Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer deutlich verbessert werden konnte. Einzelne Projekte, welche die Einbettung der präventiven Hausbesuche in die bestehenden Versorgungsstrukturen untersuchen, stehen an (z. B. Durchführung der Hausbesuche durch Spitex). Im Rahmen der ordentlichen Spitalfinanzierung unterstützt die Gesundheits- und Fürsorgedirektion die Forschungsstelle Alter des Spitals Bern Ziegler, die mit ihren Arbeiten im Bereich der präventiven Hausbesuche bereits auf internationales Interesse gestossen ist.

Handlungsbedarf

Der Handlungsbedarf ergibt sich aus den bisherigen Ergebnissen und Erfahrungen mit präventiven Hausbesuchen. Diese zeigen deutlich, dass bei älteren Menschen der Gesundheitszustand und damit auch die Selbstständigkeit erhöht oder erhalten werden können. Gleichzeitig lassen sich langfristig Kosten für die Gesundheitsversorgung einsparen. Zukünftige Konzepte präventiver Hausbesuche sind weiterhin mit den Dienstleistungen von Hausärztinnen/Hausärzten, aber auch der Spitexdienste eng zu vernetzen.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion prüft, unter welchen Voraussetzungen und in welchen Strukturen präventive Hausbesuche flächendeckend angeboten werden können. Diese Arbeiten sollen rasch vorangetrieben werden. Die Praxisumsetzung muss im Rahmen von verschiedenen Pilotprojekten evaluiert werden. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützt entsprechende Arbeiten. Die Forschungsstelle Alter des Spitals Bern Ziegler, die Spitex (siehe Seite 17), die Pro Senectute (siehe Seite 14) und die Hausärztinnen/Hausärzte sind in die weiteren Überlegungen einzubeziehen.

Kosten

Die Kosten dieses Projekts können heute noch nicht abgeschätzt werden.

⁹ Weiter hat das Projekt aufgezeigt, dass die präventiven Wirkungen bei Personen mit bereits bestehender Pflegebedürftigkeit relativ gering sind.

Beratungstätigkeit der Pro Senectute

Ausgangslage

Im Kanton Bern erbringt die Pro Senectute für Menschen ab 60 Jahren Dienstleistungen in den Bereichen Sozialberatung, Bildung (Computerkurse, Mobilitätskurse usw.), Sport und Bewegung (Turnen, Wandern usw.) sowie Hilfen zu Hause (Putz- und Reinigungsdienst, Coiffeurdienst, Besuchsdienst usw.). Damit leistet die Pro Senectute einen bedeutenden Beitrag zur Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit und der Lebensqualität älterer Menschen.

Selbstverständlich bieten auch andere Organisationen Dienstleistungen in diesem Bereich an, so z. B. die Kirchen oder gemeinnützige Vereine (insbesondere Frauenvereine). Die Tätigkeiten von Pro Senectute sind an dieser Stelle als eigene Massnahme aufgeführt, weil diese mit einem einheitlichen, umfassenden und verbindlichen Angebot flächendeckend im ganzen Kanton Bern tätig und damit ein zentraler Partner der Gesundheits- und Fürsorgedirektion in Bezug auf die Unterstützung der Selbstständigkeit und Gesundheit im Alter ist. Damit ist jedoch eine mögliche Zusammenarbeit mit anderen Trägern und die Unterstützung von deren Angeboten im diesem Bereich nicht ausgeschlossen.

Ihre Dienstleistungen bietet die Pro Senectute dezentral und somit für alle Menschen leicht zugänglich an. Sie werden mit den Spitexorganisationen und den öffentlichen Sozialdiensten koordiniert, so dass es nicht zu Doppelspurigkeiten kommt.

Die Pro Senectute Kanton Bern hat auf den 1.1.2004 eine neue Organisationsform mit schlankeren und effizienteren Strukturen geschaffen und ihre Tätigkeit in fünf kantonalen Regionen zusammengefasst. Die Regionalisierung erfolgte nach dem Motto «Administrative Arbeit so zentral wie möglich – Dienstleistungen so dezentral wie möglich».

Pro Senectute Kanton Bern wird heute finanziert durch Beiträge des Bundes (Grundfinanzierung), Beiträge von Gemeinden, Beiträge von Personen, die ihre Dienstleistungen nutzen, sowie durch eigene Mittel (Vermögen, Erbschaften, Sammlungen). Da die Beiträge von Gemeinden in den Lastenausgleich fließen, beteiligt sich auch der Kanton an der Finanzierung der Pro Senectute Kanton Bern.

Handlungsbedarf

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion erachtet die bisher von Gemeinden und Kanton geleisteten Beiträge an Pro Senectute von rund Fr. 800 000.– pro Jahr als sinnvoll und unverzichtbar, um die äusserst wichtigen Dienstleistungen in der heutigen Qualität aufrechterhalten zu können. Handlungsbedarf besteht bei der Sensibilisierung der Gemeinden für dieses Angebot. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion muss die Voraussetzungen für die Zulassung der entsprechenden Leistungen zum Lastenausgleich sicherstellen.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützt die Ausrichtung von Beiträgen im genannten Umfang durch Gemeinden und Kanton. Ab 2005 erhält die Pro Senectute Kanton Bern aufgrund eines Leistungsvertrags direkte Beiträge von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion, während jene der Gemeinden wegfallen. Eine zusätzliche Unterstützung der Pro Senectute könnte sich im Rahmen einer Mitarbeit bei weiteren Massnahmen ergeben (Besuchsdienste, Schulung im Bereich Demenz usw.).

Kosten

Um das heutige Angebot der Pro Senectute aufrechtzuerhalten, ist mit Kosten für Kanton und Gemeinden von jährlich rund Fr. 840 000.– zu rechnen. Dabei handelt es sich nicht um zusätzliche Ausgaben, denn diese Beträge wurden bereits bisher ausgerichtet und über den Lastenausgleich finanziert. Zusätzliche Kosten ergeben sich allenfalls aus der Mitarbeit der Pro Senectute bei neuen Projekten.

Prüfung von Geschäften anderer Direktionen auf Verträglichkeit mit der kantonalen Alterspolitik

Ausgangslage

Die Umsetzung der Alterspolitik im Kanton Bern betrifft selbstverständlich auch Bereiche anderer Direktionen (Raumplanung, Verkehrsplanung, öffentliche Bauten usw.). Deshalb ist es von Bedeutung, dass Entscheide, die einen Einfluss auf die Altersversorgung oder auf die Gestaltung einer altersgerechten Umwelt haben können, auf die Verträglichkeit mit der in diesem Bericht formulierten Alterspolitik geprüft werden. Im Rahmen der Mitberichtsverfahren wird dies heute schon praktiziert.

Handlungsbedarf

Es besteht kein unmittelbarer Handlungsbedarf, da die entsprechenden Voraussetzungen für die Stellungnahme zu Geschäften anderer Direktionen bereits gegeben sind.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion führt im Rahmen von Mitberichten zu Geschäften anderer Direktionen konsequent eine Beurteilung der Verträglichkeit mit der kantonalen Alterspolitik durch. Damit wird längerfristig auch eine noch stärkere Sensibilisierung anderer Direktionen für die Anliegen der Alterspolitik erreicht.

Kosten

Diese Massnahme wird im Rahmen der ordentlichen Aufgaben der Gesundheits- und Fürsorgedirektion erfüllt. Es entstehen keine zusätzlichen Kosten.

Handlungsfeld 2: Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause

Beschreibung des Handlungsfelds

Die meisten älteren Menschen haben den Wunsch, auch nach Eintritt einer Pflege- oder Betreuungsbedürftigkeit möglichst lange zu Hause zu leben. Der Kanton unterstützt Projekte und Institutionen, die in diesem Bereich Wirkung entfalten. Dabei handelt es sich vor allem auch um Massnahmen, die zur Aufrechterhaltung der Betreuung und Pflege durch Angehörige beitragen, weil sie eine wichtige und für den Kanton günstige Ressource darstellen.

Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds

- Unterstützung pflegender Angehöriger
- Pilotprojekt Übergangspflege unter Beteiligung der Spitex
- Stärkung der ambulanten Versorgung durch die Spitexdienste
- Umsetzung Geriatriekonzept
- Psychiatrieplanung
- Besuchsdienste
- Weitere Entlastungsangebote

Unterstützung pflegender Angehöriger

Ausgangslage

Ein bedeutender Teil der pflegebedürftigen Menschen in der Schweiz und im Kanton Bern wird zu Hause von Angehörigen betreut und gepflegt. Heute leisten schätzungsweise rund 220 000 bis 250 000 Angehörige in der Schweiz tägliche Pflege- und Betreuungsarbeit im Wert von jährlich rund 10 bis 12 Milliarden Franken. Dabei sind es grossmehrheitlich Frauen, die diese Aufgaben innerhalb der Familie übernehmen. Die Pflege und Betreuung von Angehörigen ist oft mit zeitlichen, psychischen und körperlichen Belastungen verbunden. Erstreckt sich die Arbeit über Monate oder Jahre, führt dies in vielen Fällen dazu, dass die Angehörigen überfordert und manchmal sogar selber pflegebedürftig werden. Diese Problematik wird durch die steigenden Ansprüche an die Pflege infolge früherer Spitalentlassungen und der Zunahme chronischer Leiden noch verstärkt. Die Pflege von Angehörigen darf nicht als Selbstverständlichkeit gelten, sondern verdient die Anerkennung als gesellschaftlich besonders bedeutende Leistung.

Handlungsbedarf

Die durch Angehörige geleistete Pflege und Betreuung ist von enormer Bedeutung für die Altersversorgung im Kanton Bern. Sowohl aus personellen wie auch aus finanziellen Gründen könnte die Altersversorgung ohne das unentgeltliche Engagement von Angehörigen nicht aufrechterhalten werden. Gerade vor dem Hintergrund der zunehmenden Mobilität und der steigenden Erwerbstätigkeit der Frauen (siehe Seite 6) ist der Aufrechterhaltung dieses Engagements grosse

Bedeutung beizumessen. Pflegende Angehörige brauchen Unterstützung, damit sie die mit dieser Arbeit zwangsläufig verbundenen Belastungen bewältigen können.

In der Diskussion um die Unterstützung von pflegenden Angehörigen werden oft finanzielle Entschädigungen, fachliche Unterstützung sowie Entlastung gefordert.

Eine generelle finanzielle Entschädigung pflegender Angehöriger ist aus Gründen der Finanzknappheit im Kanton Bern, aber auch aufgrund des kaum zu bewältigenden Aufwands, der mit der Klärung einer Anspruchsberechtigung und der entsprechenden Kontrolle verbunden wäre, nicht realistisch. Wichtig ist, dass für Menschen, die sich in der Pflege und Betreuung von Angehörigen engagieren und damit gegebenenfalls auch einen Erwerbsausfall in Kauf nehmen, keine Nachteile in Bezug auf deren eigene Altersvorsorge entstehen. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützt Massnahmen mit diesem Ziel. Allerdings ist der Handlungsspielraum des Kantons Bern bei dieser auch auf Bundesebene zur Diskussion stehenden Problematik beschränkt.

Vermutlich hängt die Motivation zur Pflege und Betreuung durch Angehörige insbesondere auch davon ab, ob im Bedarfsfall fachliche Unterstützung und Entlastung rasch und einfach angefordert werden können. Dies muss gewährleistet sein, um auch in Zukunft auf pflegende Angehörige in der Altersversorgung zählen zu können.

Weiteres Vorgehen

Verschiedene Organisationen wie z.B. das Schweizerische Rote Kreuz, die Pro Senectute und verschiedene Patientenorganisationen tragen schon heute mit ihren Angeboten und Publikationen viel zur Entlastung von pflegenden Angehörigen bei. Diese Angebote gilt es in Zukunft zwingend beizubehalten bzw. auszubauen. Weiter zielen zahlreiche der nachfolgenden konkreten Massnahmen (siehe Seiten 15–20, 25f, 34f), vor allem auch die Massnahmen betreffend Freiwilligenarbeit (siehe Seite 41), ebenfalls auf die Unterstützung und Entlastung von pflegenden und betreuenden Angehörigen ab. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion wird die Umsetzung dieser Massnahmen rasch an die Hand nehmen. Sie ist zudem offen für die Unterstützung von neuen Massnahmen und Projekten, welche die Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen zum Ziel haben.

Pilotprojekt Übergangspflege unter Beteiligung der Spitex

Ausgangslage

Unter der Bezeichnung «Übergangspflege» werden heute unterschiedliche Behandlungsformen verstanden. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterscheidet zwischen einer Übergangspflege «Akutpatient» und einer Übergangspflege «Langzeitpatient».

Die Übergangspflege «Akutpatient» ist ein Angebot für Menschen, die nach einem Spitalaufenthalt noch für eine beschränkte Zeit stationäre Pflege brauchen, ohne dabei jedoch auf die gesamte medizinische Infrastruktur und das ärztliche Fachpersonal eines Akutspitals angewiesen zu sein. Eine entsprechende, auf 3 Wochen befristete Behandlung wird heute in den Spitälern Frutigen und Erlenbach angeboten und unter Federführung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion evaluiert.¹⁰

Bei der Übergangspflege «Langzeitpatient», die hier im Zentrum steht, liegen die Schwerpunkte der Behandlung anders. Sie hat in erster Linie das Ziel, bei Patientinnen und Patienten nach einem Akutspital- oder kurzzeitigen Pflegeheimaufenthalt (als Pflegenotfall) einen definitiven Pflegeheimtritt zu verhindern und die Rückkehr nach Hause vorzubereiten.

Dazu braucht es eine umfassende, von Fachpersonen durchgeführte Abklärung des Rehabilitationspotenzials der älteren Person während oder am Ende des Akutspitalaufenthalts und eine gezielte Zuweisung in die Übergangspflege. Die Bedeutung von geriatrischem Fachwissen vor Ort ist dabei zentral (siehe Seite 18). Es ist davon auszugehen, dass die Übergangspflege, die schwerpunktmässig für ältere Menschen gedacht ist und die Vermeidung eines Pflegeheimtritts zum primären Ziel hat, 3 bis 8 Wochen dauert. Denn ältere Menschen brauchen mehr Zeit, um Fortschritte bei der Rehabilitation zu erzielen. Vor einer Rückkehr nach Hause ist ausserdem die Tragfähigkeit des sozialen Umfeldes abzuklären, wofür ebenfalls genügend Zeit zur Verfügung stehen muss.

Da die Betreuung zu Hause die Kernaufgabe der Spitex ist und sie sich bei vielen der betroffenen Patientinnen und Patienten bereits an der Betreuung beteiligt, erscheint es sinnvoll und notwendig, die Spitex eng und frühzeitig in das Konzept der Übergangspflege «Langzeitpatient» einzubeziehen (siehe Seite 17).

Handlungsbedarf

Der Bedarf, die Wirkung und die exakten finanziellen Folgen einer Übergangspflege mit dem Ziel, den Pflegeheimtritt älterer Menschen zu vermeiden oder aufzuschieben, sind aufgrund bisheriger Erfahrungen (Spital Bern Ziegler) und im

Rahmen eines Pilotprojekts zu evaluieren. Handlungsbedarf besteht auch bei der Klärung der Schnittstellen eines solchen Angebots zum laufenden Pilotprojekt Übergangspflege «Akutpatient» und zur geriatrischen Rehabilitation, wie sie z. B. im Spital Bern Ziegler angeboten wird. Diese Fragen werden im Rahmen des Pilotprojekts beantwortet.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion steht bezüglich Konzeptualisierung und Durchführung eines Projekts Übergangspflege «Langzeitpatient» mit verschiedenen Institutionen im Gespräch (Langzeitabteilungen, Alters- und Pflegeheime, Krankenhäuser). In zwei oder drei dieser Institutionen sollen Pilotprojekte Übergangspflege «Langzeitpatient» durchgeführt werden. Aus Sicht der Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist dabei die Spitex an der Durchführung der Behandlung massgeblich oder federführend zu beteiligen. Die maximale Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten ist dabei auf zirka acht Wochen festzulegen, wobei die exakte Maximaldauer im Rahmen der Konzeptualisierung eruiert werden muss.

Zur Evaluation des Projekts werden sinnvollerweise die gleichen Instrumente angewendet, die im Rahmen des Pilotprojekts Übergangspflege «Akutpatient» zum Einsatz kommen.

Kosten

Aufgrund bisheriger Erfahrungen bei der Übergangspflege «Akutpatient» sowie der geriatrischen Rehabilitation kann man davon ausgehen, dass für die kostendeckende Finanzierung einer Übergangspflege «Langzeitpatient» mit einem Tagesansatz von mindestens Fr. 300.– zu rechnen ist (entspricht der Kostenobergrenze der GEF bei Stufe 5-6 des zentralen Einstufungssystems).

Beteiligte sind drei Institutionen mit je zehn Plätzen an einem Pilotprojekt Übergangspflege, sind bei einer 90-prozentigen Auslastung jährlich rund 10 000 Behandlungstage zu erwarten. Wegen der grösseren Fluktuation liegt die Auslastung mit Bestimmtheit tiefer als bei Dauerplätzen. Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von sechs Wochen ergäbe dies rund 220 Fälle pro Jahr.

Die Kosten belaufen sich bei diesen Voraussetzungen auf jährlich rund Fr. 3 Mio. Bei einer Dauer des Pilotprojekts von drei Jahren sind daher Kosten von insgesamt rund Fr. 9 Mio. zu erwarten.

Bei einer Beteiligung der Krankenversicherer von rund 50 % der Behandlungskosten ergeben sich für den Kanton geschätzte Kosten von rund Fr. 4,5 Mio. für das Pilotprojekt Übergangspflege «Langzeitpatient».

Auf Bundesebene wird zur Zeit die Pflegefinanzierung im Rahmen des KVG diskutiert. Allfällige Änderungen könnten sich auch auf die Finanzierung der hier vorgesehenen Übergangspflege auswirken.

¹⁰ Das Projekt Übergangspflege «Akutpatient» läuft seit dem 1.3.2003 und dauert bis zum 31.12.2004. Die Übergangspflege wird in den Spitälern Erlenbach und Frutigen angeboten, eine Kontrollgruppe wird im Spital Burgdorf evaluiert.

Stärkung der ambulanten Versorgung durch die Spitexdienste

Ausgangslage

2002 hat die gemeinnützige, subventionierte Spitex im Kanton Bern rund 1,26 Mio. Behandlungs- und Betreuungsstunden für die über 65-jährigen Bevölkerung geleistet. Wegen der Zunahme des Pflegebedarfs (siehe Seite 4) wird zwangsläufig auch die Nachfrage nach Spitexleistungen erheblich steigen.

Die Absicht, das Spitexangebot zusätzlich auszubauen, um Pflegeheimenintritte vermehrt zu verzögern oder zu vermeiden (siehe dazu auch Kantonale Alterspolitik und Handlungsfeld 6), führt zu einer weiteren Steigerung der Nachfrage. Die Angebotserweiterung erfordert, dass die Spitexdienste flächendeckend und bedarfsgerecht (z. B. erhöhte zeitliche Verfügbarkeit) erbracht werden. Gleichzeitig muss in verschiedenen Bereichen eine erhöhte Effizienz durch vermehrte Zusammenarbeit der immer noch sehr zahlreichen Spitexorganisationen im Kanton Bern erzielt werden. Grosse Spitexorganisationen könnten in Zukunft für kleinere Organisationen einen beträchtlichen Teil der Aufgaben übernehmen oder durch Absprachen zentraler regeln (z. B. EDV, Einkauf, Einsatzplanung, Weiterbildung).

Die Abdeckung eines erhöhten Betreuungsaufwands zu Hause durch die Spitex ist nur im Zusammenspiel mit Angehörigen oder Freiwilligen möglich, die den sozialen Kontakt zur betroffenen Person oder auch die Kontrolle des gesundheitlichen Zustands übernehmen. Professionelle Spitexorganisationen könnten noch vermehrt im Bereich der Schulung von Angehörigen oder Freiwilligen tätig werden. Keinesfalls darf aber ein Ausbau des Spitexdienstleistungen zur einem verminderten Engagement von Angehörigen oder Freiwilligen führen.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion strebt die Stärkung der Spitex im Kanton Bern sowohl in Bezug auf die geleisteten Pflege- und Betreuungsstunden als auch hinsichtlich einer Standardisierung der Dienstleistungen an. Sie fördert die dazu notwendige Reorganisation der Spitexorganisationen durch die finanzielle Beteiligung an zwei Projekten des kantonalen Spitex-Verbands. Das Projekt «Standards mit Indikatoren» definiert Minimalanforderungen bei der Erbringung von Spitexleistungen. Die Erfüllung dieser Anforderungen soll die Voraussetzung für künftige Betriebsbewilligungen an die Spitexdienste sein. Das Projekt «Regionalisierung» strebt eine engere Zusammenarbeit bzw. die Zusammenfassung der heutigen lokal

¹¹ Zur Zeit sind keine aussagekräftigen Vergleiche der Kosten zwischen Heimaufenthalt und Spitexbetreuung verfügbar. Eine entsprechende Berechnung ist äusserst komplex. So sind in eine Vergleichsrechnung nicht nur die bei diesen Leistungserbringern direkt anfallenden Kosten, sondern auch die indirekten Einsparungen einzubeziehen, die bei der Betreuung zu Hause durch ein längeres Selbstständigbleiben der Betroffenen und beim Heimaufenthalt durch das Ausbleiben von Hospitalisationen bei Krankheit oder Unfall erzielt werden können.

tätigen Spitexvereine an. Das Ziel ist eine Erhöhung der Effizienz im pflegerischen und administrativen Bereich, die einerseits den Klientinnen und Klienten der Spitex, aber auch der öffentlichen Hand zugute kommen soll.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion strebt im Rahmen verschiedener Projekte ausserdem die enge Zusammenarbeit mit lokalen Spitexdiensten an (z. B. präventive Hausbesuche, Übergangspflege).

Kosten

2002 beliefen sich bei der Spitex die durchschnittlichen Kosten pro verrechnete Stunde auf Fr. 80.–. Bei 1,26 Mio. Betreuungs- und Behandlungsstunden für die über 65-jährige Bevölkerung entstanden Gesamtkosten von rund Fr. 101 Mio. Davon trugen Kanton und Gemeinden 26 %, d. h. rund Fr. 26 Mio.

Zusätzliche Kosten entstehen in Zukunft nicht nur wegen der demographisch bedingten Zunahme der Pflege- und Betreuungsbedürftigen, die quantitativ zu einer erhöhten Nachfrage nach Spitexleistungen führt. Die angestrebte qualitative Angebotserweiterung, die es prozentual mehr Menschen als heute ermöglichen soll, auf einen Heimeintritt zu verzichten oder diesen hinauszuschieben, erfordert ebenfalls zusätzliche Ausgaben. Es ist anzunehmen, dass die Kosten für die qualitative Erweiterung der Spitexleistungen teilweise durch eine vermehrte Zusammenarbeit der Spitexdienste und durch die Schaffung von Synergien kompensiert werden können. Gesamthaft betrachtet ist die Stärkung der ambulante Angebote günstiger als der Bau und Betrieb neuer Pflegeheime, die zur Deckung des entsprechenden Pflege- und Betreuungsbedarfs erforderlich wären.¹¹

Dank der verbesserten Gesundheit werden anteilmässig zwar weniger ältere Menschen auf Spitexleistungen angewiesen sein. Wegen der Angebotserweiterung wird die Spitex jedoch mehr Menschen länger als bisher betreuen können. Deshalb ist anzunehmen, dass der Leistungsumfang (geleistete Stunden) der Spitex in den nächsten fünf Jahren in etwa konstant zur älteren Bevölkerung zunimmt (8 % bis ins Jahr 2008). Dies hat eine Erhöhung der Kosten für Kanton und Gemeinden von jeweils zusätzlich rund Fr. 420 000.– pro Jahr zur Folge.

Zusammen mit den zusätzlichen Ausgaben für die Erweiterung des Leistungsangebots belaufen sich die Kosten für die Stärkung der Spitex in den nächsten fünf Jahren auf schätzungsweise rund Fr. 10 Mio.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion leistet an die vom Spitex-Verband Kanton Bern initiierten Projekte «Standards mit Indikatoren» und «Regionalisierung» insgesamt einen Beitrag von je Fr. 180 000.–.

Umsetzung des Geriatriekonzepts

Ausgangslage

In der medizinischen Versorgung der älteren Menschen bestehen Defizite: Brüche zwischen den verschiedenen Dienstleistungen (insbesondere den medizinischen Fachbereichen) und Lücken in der Behandlungskette begrenzen die erzielbaren Behandlungserfolge oder machen sie sogar zunichte.

Seit 1991 (teilweise überwiesene Motion von Allmen) ist dem Parlament und den politischen Behörden bekannt, dass die geriatrische Versorgung im Kanton dem heutigen und zukünftigen Bedarf der Bevölkerung nicht hinreichend entspricht. Mit wirksamen und wirtschaftlichen Massnahmen auf dem Gebiet der Geriatrie darf nicht länger zugewartet werden. Es ist allgemein anerkannt, dass dieser Teil der medizinischen Versorgung aus demographischen Gründen und wegen des medizinischen Fortschritts immer wichtiger wird und die Geriatrie sich zu einem eigenen Fachgebiet entwickelt hat, dem mehr und mehr Beachtung zukommen muss.

Ein Blick auf die Altersstruktur in den Akutspitälern des Kantons Bern zeigt, wie wichtig die Umsetzung des Geriatriekonzepts ist: Bereits heute sind mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten über 65 Jahre alt. In der Inneren Medizin ist heute annähernd ein Drittel über 75-jährig, mehr als ein Fünftel sogar über 80-jährig. Der Anteil der älteren Menschen an den Spitalbehandlungen nimmt weiter zu.

Im Kanton Bern bestehen mit dem Zentrum Geriatrie-Rehabilitation im Spital Bern Ziegler und der Geriatrie-Rehabilitation im RSZ Biel (Regionales Spitalzentrum) zwei Einrichtungen für diese Patientengruppe. Eine spezialisierte geriatrische Versorgung ist somit in den Zentren Bern und Biel sichergestellt, während für die übrigen Regionen ein entsprechendes Angebot noch fehlt.

Handlungsbedarf

Den meisten älteren Menschen kann mit den einschlägigen akutmedizinischen Behandlungsmassnahmen wirksam geholfen werden. Es bleibt aber ein kleiner Anteil von alten Menschen, die mit Hilfe spezifischer geriatrischer Diagnose- und Therapieinstrumente behandelt werden müssen: «typische» Geriatriepatienten, die an Polypathie (mehrere Diagnosen), Polymorbidität (mehrere Erkrankungen, meist aus verschiedenen Gesundheitsdimensionen), Polypharmazie (Einnahme mehrerer Medikamente), atypischer Krankheitspräsentation und Instabilität des funktionellen Zustandes leiden.

Die Defizite in der geriatrischen Versorgung können mit Massnahmen in diesen vier Bereichen abgebaut werden:

- Ausbau der spezialisierten geriatrischen Versorgung
- «Geriatriisierung» der medizinischen Versorgung im Allgemeinen durch Weiterbildungsmaßnahmen und Guidelines
- Aus- und Weiterbildung von ärztlichem und nichtärztlichem Gesundheitspersonal im Bereich der geriatrischen Diagnose- und Therapie-Instrumente
- Forschung in Geriatrie

Weiteres Vorgehen

Im Rahmen der Rehabilitationsplanung im Kanton Bern wurden seit dem Frühjahr 1999 zusammen mit Expertinnen und Experten sowie Fachleuten aus der Praxis auch die Grundlagen für ein geriatrisches Versorgungskonzept erarbeitet. Man untersuchte, welche Versorgungsstrukturen bereits vorhanden sind und welche neu geschaffen oder verändert werden müssen.

Die Ergebnisse dieser Vorarbeiten lassen sich so zusammenfassen:

- Die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten soll wie bisher im Normalfall und mehrheitlich in den heutigen Fachbereichen der Spitäler erfolgen.
- Es braucht aber einen gesicherten Transfer von spezifischem geriatrischem Know-how an die Basis (Spitäler, Heime, Spitex, Hausärzte) und die dafür erforderlichen Strukturen. Dazu dienen einerseits so genannte Regionale Geriatrische Stützpunkte und andererseits ein Kantonales Geriatrisches Kompetenzzentrum.

Entscheidend für die Funktionsfähigkeit dieser Strukturen ist ein bedarfsgerechtes Angebot von Folgeeinrichtungen wie Spitex (siehe Seite 17), Übergangspflege (siehe Seite 16) und Pflegeheime (siehe Handlungsfeld 6).

Aufgaben, Standorte und Organisation der Regionalen Geriatrischen Stützpunkte

Aufgaben der Stützpunkte sind

1. Organisation eines geriatrischen Konsils im Regionalen Spitalzentrum (RSZ) für Problemfälle und ambulante Abklärungen
 2. Leitung von Therapieplänen und Rehabilitationsmassnahmen für geriatrische Patienten im RSZ
 3. Modellhafte patientenzentrierte Teamarbeit im RSZ
 4. Zusammenarbeit im Sinn einer «horizontal und vertikal vernetzten Versorgung» mit den Leistungserbringern der verschiedenen Versorgungsebenen in der Region
 5. Zusammenarbeit mit den regionalen Psychiatrie-Stützpunkten
 6. Organisation der geriatrischen Fortbildung in der Region
- Stützpunkte sind für die Spitalversorgungsgebiete Bern und Biel vorhanden, neu erforderlich wären sie in den Einzugsgebieten Oberaargau, Emmental, westliches und östliches Oberland. Die spezielle Situation des Berner Jura muss gesondert geklärt werden.

Fragen der Organisation – konsiliarisch tätiger Spezialarzt «Schwerpunkt Geriatrie» oder selbständige geriatrische Abtei-

lung innerhalb der Medizinischen Klinik – und des Personalbedarfs der Stützpunkte werden demnächst im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion mit den Spitalgruppen in den einzelnen Regionen abgeklärt. Dabei wird es im Allgemeinen nicht darum gehen, neue Bettenkapazitäten zu schaffen, sondern bestehende umzuwandeln.

Aufgaben, Standort und Organisation des Kantonalen Kompetenzzentrums Geriatrie

Aufgaben sind

1. Lehre und Forschung (also eine Anbindung an die Universität)
2. Aus- und Weiterbildung
3. Ansprechpartner für Stützpunktleiterinnen und -leiter in den Regionen bei schwierigen Fällen
4. Ansprechpartner des Kantons in Fragen der geriatrischen Versorgung (Evaluationen)
5. Gleichzeitige Funktion als Regionaler Geriatrischer Stützpunkt

Im Zentrum Geriatrie-Rehabilitation im Spital Bern Ziegler ist die erforderliche Ausstattung und Organisation weitgehend vorhanden.

Zu den Nachbarkantonen werden Kontakte vorbereitet, um zu prüfen, ob und in welchem Umfang sie zu einem gemeinsamen Betrieb eines solchen Kompetenzzentrums bereit sind.

Kosten

Bis 2006 belaufen sich die Kosten für Vorstudie, Aufbau und Begleitevaluation der Regionalen Geriatrischen Stützpunkte auf schätzungsweise Fr. 1,5 Mio.

Psychiatrieplanung

Im September 2003 hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion die Psychiatrieplanung als Teil der Versorgungsplanung gemäss neuem Spitalversorgungsgesetz in Angriff genommen. Im Bereich Alterspsychiatrie ist festzulegen, welche Versorgungsleistungen direkt von den psychiatrischen Kliniken und den regionalen psychiatrischen Diensten erbracht werden und welche alterspsychiatrischen Leistungen die psychiatrischen Institutionen für Alters- und Pflegeheime, somatische Spitäler und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erbringen. Dabei gilt als Leitidee, dass in psychiatrischen Kliniken nur Alterspatientinnen und -patienten behandelt werden, die auf das spezifische Know-how und Angebot einer Klinik angewiesen sind. In der Regel ist der Aufenthalt in einer alterspsychiatrischen Abteilung also zeitlich beschränkt. Die Alterspsychiatrie befasst sich nicht nur mit Demenzerkrankungen, sondern mit allen psychiatrischen Erkrankungen des Alters wie z. B. Depressionen.

Handlungsbedarf

Eine Stärkung der Kompetenzen in Alterspsychiatrie ist auf verschiedensten Ebenen (Hausärztinnen/Hausärzte, Spitexdienste, Heime usw.) dringend notwendig.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion treibt die Psychiatrieplanung rasch voran. Der alterspsychiatrischen Versorgung ist dabei das notwendige Gewicht beizumessen. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist offen für neue Projekte, die zu einer Stärkung der alterspsychiatrischen Kompetenzen der Leistungserbringer im stationären und ambulanten Altersbereich beitragen.

Besuchsdienste

Ausgangslage

Damit ältere Menschen möglichst lange zu Hause leben können, sind neben konkreten Pflege- und Entlastungsangeboten (Spitex) auch soziale Aspekte von besonderer Bedeutung. In nicht wenigen Fällen treten auch heute noch ältere Menschen in ein Alters- und Pflegeheim ein in der Hoffnung auf soziale Kontakte und um der Vereinsamung zu entgehen. Verschiedene Formen von Besuchsdiensten bestehen bereits. Neben den zahlreichen Angeboten von Freiwilligen und gemeinnützigen Institutionen (z. B. Kirchgemeinden) vermittelt auch die Pro Senectute Besuchsdienste (siehe Seite 14). In verschiedenen Kantonen werden zudem psychisch erkrankte Menschen in Kursen ausgebildet, die anschliessend als Besucher/innen von betagten oder behinderten Menschen arbeiten. Sie begleiten sie beim Spazieren, helfen beim Einkaufen und Kochen, lesen vor und unterstützen bei anderen Alltags- und Freizeitaktivitäten. Im Kanton Bern werden gegenwärtig von privater Seite Anstrengungen für den Aufbau eines Besuchsdienstes nach dem Vorbild anderer Kantone unternommen.

Handlungsbedarf

Ein Besuchsdienst ist eine sinnvolle und notwendige Ergänzung der übrigen Angebote im ambulanten Bereich, weil er die Möglichkeit bietet, sich für Betagte mehr Zeit zu nehmen und soziale Bedürfnisse zu befriedigen, die sonst vernachlässigt würden (gemeinsames Spazieren, Gespräche, Vorlesen usw.). Damit kann vorzeitigen Alters- und Pflegeheimeintritten entgegengewirkt werden. Selbstverständlich übernimmt auch die Spitex Aufgaben in diesem Bereich, aber ihre zeitlichen Ressourcen sind beschränkt. Es muss geklärt werden, ob die entsprechende Nachfrage durch das bestehende Engagement von Pro Senectute, privaten Institutionen, Organisationen und Privatpersonen ausreichend gedeckt werden kann oder ob ergänzende Angebote notwendig sind.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion prüft, ob die bestehenden Angebote für Besuchsdienste (Pro Senectute, Spitex, gemeinnützige Institutionen, Privatpersonen) ergänzt und koordiniert werden müssen, damit ältere Menschen flächen-

deckend davon Gebrauch machen können. Diese Abklärungen erfolgen in Zusammenarbeit mit Pro Senectute, der Spitex und Freiwilligenorganisationen.

Finanzen

Die Grundlagen zur Berechnung des finanziellen Bedarfs liegen zum heutigen Zeitpunkt noch nicht vor. Grundsätzlich wird diese Massnahme für den Kanton mit eher geringen Kosten verbunden sein, da die entsprechenden Angebote zu einem grossen Teil durch Freiwillige und bereits bestehende Organisationen bereitgestellt werden. Allfällige Beiträge sollen vor allem dazu dienen, den Anreiz zur Schaffung solcher Angebote zu erhöhen.

Weitere Entlastungsangebote

Heute werden von verschiedenen Organisationen Entlastungsdienste für ältere Personen angeboten. So sind z. B. der Fahrdienst und das Notrufsystem des Schweizerischen Roten Kreuzes wichtige Angebote in Hinblick auf die Entlastung von älteren Menschen und ihren Angehörigen. Auch weitere gemeinnützige Organisationen und die Kirchen engagieren sich in diesem Bereich.

Diese Angebote sind auch künftig von grosser Bedeutung und zwingend zu erhalten. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist bereit, neue Projekte für die Entlastung von älteren Menschen und ihren Angehörigen im Hinblick auf eine Unterstützung zu prüfen.

Handlungsfeld 3: Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsplätze

Beschreibung des Handlungsfelds

Das Wohn- und Betreuungsangebot für ältere Menschen muss verschiedensten Bedürfnissen und Interessen gerecht werden. Der Kanton unterstützt einerseits die Realisierung von Angeboten, die für leicht pflege- und betreuungsbedürftige Menschen eine Alternative zum Heimaufenthalt darstellen. Andererseits ist bei anstehenden Sanierungen von Heimen eine möglichst flexible Infrastruktur zu schaffen, die den heutigen Ansprüchen an die Wohnqualität Rechnung trägt. Sie muss in Zukunft auch rasch und kostengünstig den sich verändernden Bedürfnissen und Interessen der älteren Menschen angepasst werden können.

Die folgenden Massnahmen beziehen sich auf das Wohnen in Pflegeheimen (für schwerer pflege- und betreuungsbedürftige Menschen) und das Wohnen in Familien (Betreuungsbedarf aus sozialen Gründen). Es zeigt sich aber auch eine grosse Nachfrage nach Wohnformen, die ein selbstständiges Leben mit einem individuell gezielten Bezug von Dienstleistungen ermöglichen. Altersgerechte Wohnungen mit intergriertem Spitexstützpunkt (Dienstleistungen durch Spitex), altersgerechte Wohnungen in der Nähe eines Heims (Dienstleistungen durch das Heim), Wohnheime und Alterssiedlungen bieten solche Modelle eines flexiblen Übergangs vom selbstständigen zum betreuten Wohnen an.

Welche Wohnform in einer bestimmten Region am sinnvollsten ist und am ehesten dem Bedarf der Bevölkerung entspricht, kann nicht allgemein beantwortet werden. Darüber muss vor Ort – optimalerweise im Rahmen der auf Seite 28 erwähnten kommunalen Altersplanung – entschieden werden.

Das «Wohnen an sich» wird grundsätzlich durch den Kanton nicht mitfinanziert. Die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel des Kantons im Altersbereich sollen zielgerichtet für die Pflege und Betreuung von älteren Menschen eingesetzt werden, die sich diese nicht aus eigener Kraft leisten können.

Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds

- Sanierungen und Anpassung der Heiminfrastuktur
- Überarbeitung des Richtraumprogramms für Heimbauten
- Projekt Familienplatzierungen OGG
- Prüfung einer Anpassung der Baugesetzgebung

Sanierungen und Anpassung der Heiminfrastuktur

Ausgangslage

Die stationären Angebote bilden auch in Zukunft eine wichtige Stütze der Altersversorgung im Kanton Bern. Die Ansprüche an die Qualität von Alters- und Pflegeheimen haben sich in den letzten Jahrzehnten verändert. Die Infrastruktur der bestehenden Heime genügt heute diesen Ansprüchen in vielen Fällen nicht mehr (z. B. Vierbettzimmer). Die Stossrichtung der kantonalen Alterspolitik gibt vor, dass sich die Institutionen vermehrt auf schwerer pflege- und betreuungsbedürftige und demenzkranke Menschen ausrichten. Auch in diesem Zusammenhang sind Anpassungen der Infrastruktur in den Heimen nötig (z. B. Schaffung von spezifischen Abteilungen mit geeigneter Gartenanlage für demenzkranke Menschen, siehe Seite 24).

Handlungsbedarf

Es gibt heute einen dringenden Nachholbedarf für Anpassungen und Sanierungen bestehender Institutionen, um auch in Zukunft eine Versorgung gewährleisten zu können, die zeitgemäss ist und den veränderten Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner gerecht wird (z. B. Anpassungen im Gemeinschafts-, Individual- und Sanitärbereich, Schaffung von Abteilungen für spezifische Zielgruppen, Aufhebung von Vierbettzimmern). Davon sind auch verschiedene Grossinstitutionen mit 100–300 Bewohnerinnen und Bewohnern betroffen. Für die Betreuung von demenzkranken Menschen muss die Infrastruktur in zahlreichen Heimen angepasst werden. Ausserdem sind bei einigen Langzeitpflegeabteilungen von weiter bestehenden oder ehemaligen Bezirksspitalern grössere bauliche Anpassungen notwendig.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützt im Rahmen der ordentlichen Verfahren bei Investitionsgeschäften Bauvorhaben, die zum Ziel haben, die Infrastruktur bestehender Institutionen den heutigen Qualitätsansprüchen der Heimbewohnerinnen und -bewohner anzupassen.

Sie prüft im Einzelnen genau, welche Sanierungsmassnahmen angemessen sind. Die Umwandlung von Vierbettzimmern in Einzel- oder teilweise Zweierzimmer ist zur Sicherung einer zeitgemässen Wohn- und Lebensqualität im Heim zwingend. Die Sanierung von subventionierten Gebäuden im Kanton Bern ist auch immer unter dem Aspekt des drohenden Wertzerfalls zu betrachten. Schliesslich prüft die Gesundheits- und Fürsorgedirektion im Einzelfall wie bisher auch Alternativen zur Sanierung eines Heims, z. B. die Nachnutzung von frei gewordener ehemaliger Spitalinfrastruktur in der entsprechenden Region (wie Spitäler Jegenstorf, Grosshöchstetten und Wattenwil).

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist weiter bestrebt, im Rahmen der Finanzierung von Investitionsvorhaben einfache Beitragsmodelle zu entwickeln und zu prüfen. Vorstellbar ist die Ermächtigung der Gemeinden, Investitionskapitalkosten (Zinsen und Amortisation) im Rahmen einer definierten Pau-

schale pro Tag dem Lastenausgleich zuzuführen. Solche Beitragsmodelle – die im Einzelfall heute schon existieren – erhöhen bei privaten Investoren den Anreiz, in die Schaffung von alters- und pflegegerechtem Wohnraum zu investieren. Zweifellos kann damit auch die Realisierung von Bauvorhaben beschleunigt werden.

Kosten

Budget und Finanzplan des Kantons Bern sehen aufgrund dieses Handlungsbedarfs eine Steigerung der Investitionskosten für die nächsten Jahre vor. Die bisher bekannten Projekte belaufen sich auf rund Fr. 140 Mio. Es ist nicht wahrscheinlich, dass alle diese Projekte innerhalb der nächsten fünf Jahre betriebsbereit realisiert werden können. Andererseits werden im gleichen Zeitraum zusätzlich Kosten für weitere, bisher noch nicht bekannte Projekte entstehen.

Überarbeitung des Richtraumprogramms für Heimbauten

Ausgangslage

Das bestehende Richtraumprogramm für Alters- und Pflegeheime im Kanton Bern basiert auf der Altersheimplanung von 1981. Veränderte Bedürfnisse und Ansprüche und eine veränderte Bewohnerstruktur (vermehrte Ausrichtung auf schwerer pflege- und betreuungsbedürftige sowie demenzkranke Menschen) beeinflussen auch die Anforderungen an die Heiminfrastruktur. Das Richtraumprogramm für Heimbauten hat diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen.

Handlungsbedarf

Das heutige Richtraumprogramm wird einem modernen Heimbetrieb, der sich verstärkt auf schwerer pflege- und betreuungsbedürftige Menschen ausgerichtet hat, nur noch teilweise gerecht. Eine Anpassung ist notwendig. Das bestehende Richtraumprogramm ist in Bezug auf die vom Kanton vorgeschriebenen Standards betreffend Zimmergrößen, Einrichtungen und Ausstattung zu überprüfen. Dabei sind einerseits die Auswirkungen auf zukünftige Bau- und Betriebskosten und andererseits der Nutzen für die unterschiedlichen Kategorien von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zu berücksichtigen. Eine Angleichung der Vorgaben des kantonalen Richtraumprogramms und der Heimverordnung (siehe Seite 38) ist anzustreben.

Mit einem neuen Richtraumprogramm soll eine möglichst hohe Flexibilität¹² erreicht werden, so dass die Infrastruktur den unterschiedlichen und sich auch in Zukunft weiter verändernden Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner angepasst

¹² Z. B. flexible Nutzungsmöglichkeiten von Räumen als Einzelzimmer oder – durch bestehende Verbindungsmöglichkeiten – als Wohnung.

werden kann. Die Überarbeitung des Richtraumprogramms beinhaltet auch die Auseinandersetzung mit Fragen der nachhaltigen Bauweise (Baumaterialien, Energieversorgung usw.)

Weiteres Vorgehen

Zusammen mit den betroffenen Fachverbänden und unter Einbezug des Kantonalen Hochbauamtes erarbeitet die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ein Richtraumprogramm für Alters- und Pflegeheime, das den heutigen und zukünftigen Ansprüchen an den Heimbetrieb gerecht wird. Dieses dient der Gesundheits- und Fürsorgedirektion als Grundlage für die Mitfinanzierung der Erstellung oder Sanierung von Heimbauten.

Kosten

Das Richtraumprogramm wird im Rahmen der beim Kanton vorhandenen Kapazitäten überarbeitet. Es entstehen unmittelbar keine zusätzlichen Kosten. Ob und in welchem Ausmass die Überarbeitung des Richtraumprogramms mittelfristig zu Kosten führt, kann heute nicht abgeschätzt werden.

Projekt Familienplatzierungen OGG

Ausgangslage

Für ältere Menschen, die aus physischen, psychischen oder sozialen Gründen nicht mehr allein wohnen können oder möchten, vermittelt die Ökonomische Gemeinnützige Gesellschaft (OGG) Kanton Bern seit fünf Jahren Familienplätze in Bauernfamilien – als dezentrale, preisgünstige Alternative zum Pflegeheim eintritt. Die Integration in die Bauernfamilie ermöglicht soziale Kontakte und bietet eine Tagesstruktur. Andererseits trägt das Leben und eine allfällige Mitarbeit auf einem Bauernhof auch zur Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit älterer Menschen bei. Die OGG stellt mit der von ihr vorgenommenen Anerkennung der Gastfamilien sicher, dass das erforderliche Fachwissen (Ausbildung/Erfahrungswissen) vorhanden ist, um die Bewohnerinnen und Bewohner ihren Bedürfnissen entsprechend betreuen und pflegen zu können. Erfordert es die pflegerische Situation, muss die Spitex rasch beigezogen werden. Familienplatzierungen bieten zudem Bauernfamilien beim immer stärker werdenden Druck auf die Einkommen einen Zusatzerwerb («Win-Win-Situation»).

Handlungsbedarf

Familienplatzierungen sind eine Alternative zum Pflegeheim eintritt für jene Menschen, bei denen nicht primär gesundheitliche, sondern soziale Gründe das Leben zu Hause verunmöglichen. Da die alterspolitische Stossrichtung vorsieht, die bestehenden Pflegeheimplätze vor allem für komplexere Pflege und Betreuung zu nutzen (siehe Seite 31), müssen für Menschen, die aus anderen Gründen nicht mehr zu Hause leben können, Alternativen gefunden werden. Das Angebot an Familienplätzen soll daher vergrössert werden. Es muss sich nicht zwangsläufig auf Bauernfamilien beschränken, sondern kann auch auf andere Familien ausgeweitet werden.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützt das Projekt Familienplatzierungen im Rahmen eines Pilotprojekts bis Ende 2007. Innerhalb der Pilotprojektphase sollen die Leistungen der OGG kontinuierlich ausgebaut werden. Bis ins Jahr 2007 soll das Angebot von heute 60 auf 200 Dauerplätze erhöht werden.

Kosten

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion entschädigt die OGG mit einem von der Anzahl der angebotenen Dauerplätze und von der Anzahl der vorgenommenen Platzierungen abhängigen Beitrag zwischen Fr. 240 000.– (2004) und Fr. 445 000.– (2007), wobei diese Entschädigung in einen Grundbeitrag und einen leistungsbezogenen Beitrag aufgeteilt wird. Insgesamt muss mit Kosten von Fr. 1,35 Mio. bis ins Jahr 2007 gerechnet werden.

Prüfung einer Anpassung der Baugesetzgebung

Ausgangslage

Die Erstellung von altersgerechten Wohnungen wird von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion selbstverständlich befürwortet, auch wenn eine Mitfinanzierung des «Wohnens» nicht angezeigt und nicht möglich ist (siehe Seite 21). Die Schaffung von altergerechtem Wohnraum durch Private könnte aber beispielsweise durch die Anpassung der Baugesetzgebung gefördert werden (Pflicht zur Erstellung von alters- und behindertengerechten Wohnungen auch bei kleineren Mehrfamilieneinheiten).

Weiteres Vorgehen

Die Bau-, Verkehrs- und Energiedirektion des Kantons Bern prüft Möglichkeiten für eine Anpassung der Baugesetzgebung im Hinblick auf die Förderung von alters- und behindertengerechtem Wohnbau.

Handlungsfeld 4: Angebote für demenz- kranke Menschen

Beschreibung des Handlungsfelds

Ein grosser Teil der betreuungsbedürftigen älteren Menschen leidet an einer Demenzerkrankung. Sie und ihre Angehörigen haben besondere Bedürfnisse bezüglich Beratung, Unterstützung im Alltag sowie Wohn- und Betreuungsformen. Die bestehenden Angebote in diesen Bereichen sind verstärkt auf demenzkranke Menschen auszurichten. Die Schaffung von zusätzlichen spezifischen Institutionen für diese Zielgruppe bildet wie bisher die Ausnahme.

Geriatrische und alterspsychiatrische Problemstellungen treten häufig gemeinsam auf, überschneiden sich zuweilen oder bedingen sich gegenseitig (z. B. Demenzerkrankungen, Depressionen, neurologische Erkrankungen). Bei geriatrischen und psychiatrischen Problemstellungen muss im Einzelfall die für die Behandlung geeignete Institution bestimmt werden. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist sowohl für die Geriatrieplanung (siehe Seite 18) als auch für die Psychiatrieplanung (siehe Seite 19) zuständig. Um die Verantwortungsbereiche aufeinander abzustimmen und die Ressourcen in den Fachbereichen Geriatrie und Alterspsychiatrie optimal zu nutzen, findet bei der Gesundheits- und Fürsorgedirektion eine enge Koordination dieser Planungen statt.

Ebenfalls in die Planungen einbezogen werden die im Folgenden beschriebenen Massnahmen zur Betreuung von demenzkranken Menschen. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion setzte im Herbst 2000 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe ein, die sich spezifisch mit möglichen Massnahmen zur Verbesserung der Betreuung von demenzkranken Menschen im Kanton Bern befasst hat.

Da die Bedürfnisse demenzkranker Menschen je nach Krankheitsbild und Stadium sehr unterschiedlich sind und sich häufig mit den Bedürfnissen anderer Gruppen von Patientinnen und Patienten decken, finden viele der von der Arbeitsgruppe bisher formulierten Massnahmen in diesem Bericht auch in anderen Handlungsfeldern ihren Niederschlag.

Prävention

Präventive Massnahmen zur Verhinderung von Demenzerkrankungen decken sich mit den Massnahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung. Physisches und psychisches Aktivbleiben, die Pflege von sozialen Beziehungen, Verzicht auf Suchtmittelkonsum usw. sind auch in Zusammenhang mit Demenzerkrankungen wichtige Schutzfaktoren. Spezifische Gesundheitsförderungsprogramme für ältere Menschen (Sport, Bildung) werden unter anderem durch die Pro Senectute angeboten (siehe Seite 14). Präventive Hausbesuche (siehe Seite 13) tragen auch zur Erkennung und Verminderung von Risikofaktoren in Hinblick auf Demenzerkrankungen bei. Aufgrund der heute noch wenig gesicherten Kenntnislage zu medizinischen Vorbeugungsmassnahmen gegen Demenzerkrankungen

sind breit angelegte, spezifische Präventionskampagnen in diesem Bereich (noch) nicht möglich.

Erkennung/Abklärung

Die frühzeitige Erkennung einer Demenzerkrankung ist sehr wichtig, um rechtzeitig Therapien und psychosoziale Interventionen planen zu können. Eine Schlüsselfunktion in diesem Bereich haben die Hausärztinnen und Hausärzte. Wenn sie für die Problematik der Demenz sensibilisiert sind, können sie häufig als erste Anlaufstelle für Betroffene und Vertrauenspersonen die wichtigsten diagnostischen Abklärungen vornehmen und vor allem andere Krankheiten mit ähnlichen Symptomen ausschliessen. Für eine differenzierte Abklärung ist geriatrisches, alterspsychiatrisches oder neurologisches/neuropsychologisches Fachwissen notwendig. Ist dieses nicht vorhanden, drängt sich eine Abklärung in einer dafür spezialisierten Klinik (Memoryklinik) auf. Heute werden spezifische Demenzabklärungen in den Regionalspitälern durch die psychiatrischen Stützpunkte sowie in den psychiatrischen Kliniken, im Spital Bern Ziegler und in der Psychiatrischen Universitäts-poliklinik des Inselspitals Bern durchgeführt. Das Inselspital bietet zudem die technische Infrastruktur für gewisse spezielle diagnostische Verfahren.

Mit der Stärkung der Geriatrie (siehe Seite 18) und der Vernetzung von Geriatrie und (Alters-)Psychiatrie in den Regionen soll in Zukunft die Möglichkeit einer adäquaten Abklärung und Behandlung von Demenzerkrankungen in der Peripherie verbessert werden. Der Kanton verspricht sich dadurch auch, dass die Hausärztinnen und Hausärzte der Region verstärkt für geriatrische und alterspsychiatrische Fragestellungen sensibilisiert werden und mehr Unterstützung erhalten.

Betreuung/Behandlung von Demenzkranken und Entlastung von Angehörigen

Die Erkennung einer Demenzerkrankung und die anschließende Vermittlung einer adäquaten Behandlung, Beratung und Begleitung müssen als zusammenhängende Aufgaben betrachtet werden. In einer ersten Phase steht die ambulante fachärztliche oder hausärztliche Behandlung im Vordergrund. In diesem Stadium ist auch die Vermittlung von Informationen an die Betroffenen und ihre Angehörigen von grosser Bedeutung, damit sie die Krankheit verstehen, verarbeiten und akzeptieren können. Behandelnde Institutionen, Pro Senectute und Alzheimervereinigung stellen hier bereits ein breites Angebot zur Verfügung. Eine Ergänzung dazu ist das Projekt Schulung von Angehörigen (siehe Seite 25), das nächstes Jahr weiterverfolgt werden soll. Mit fortschreitender Krankheit wird die Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen immer beschwerlicher, und Angehörige brauchen Ruhepausen und Entlastung. Zu diesem Zeitpunkt wird in der Regel die Spitex in die Pflege, Betreuung und Behandlung einbezogen. Mit der Stärkung der Spitex (siehe Seite 17) soll auch bei demenzkranken Menschen die Entlastung von Angehörigen verbessert und dadurch ein Heimaufenthalt länger als heute hinauszögert werden. Tages-/Nacht- oder temporäre Heimaufenthalte von demenzkranken Menschen tragen ebenfalls zur Entlastung von Angehörigen bei. Das Angebot an solchen Entlastungsaufhalten in bestehenden Alters- und Pflegeheimen soll

durch verbesserte finanzielle Anreize für die Heime ausgebaut werden (siehe Seite 34). Ein Heimaufenthalt ist dann unumgänglich, wenn die Betreuung und Pflege durch die Angehörigen nicht mehr gewährleistet werden kann. Demenzkranke Menschen sollen möglichst in Heimen in der Nähe ihres angestammten Wohnortes betreut werden. Möglichst alle Heime, die in die Pflegeheimplanung des Kantons Bern einbezogen sind, sollen langfristig in der Lage sein, demenzkranke Menschen aufzunehmen. Die Pflegeheimplanung wird zukünftig entsprechend bewirtschaftet (siehe Seite 31). Dies bedingt selbstverständlich auch, dass sich bestehende Heime sowohl konzeptionell (siehe unten) als auch baulich (siehe Seite 21) noch mehr auf die Betreuung von demenzkranken Menschen ausrichten, sofern der entsprechende Aufwand im Einzelfall vernünftig ist. Die Arbeitsgruppe hat in diesem Zusammenhang Empfehlungen für die stationäre Betreuung von demenzkranken Menschen erarbeitet. Einige spezialisierte Institutionen für demenzkranke Menschen sind im Kanton Bern weiterhin notwendig, bilden aber auch in Zukunft die Ausnahme (siehe unten).

Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds

- Beratungsstelle für Institutionen, die demenzkranke Menschen betreuen

- Projekt «Schulung von Angehörigen Demenzkranker und freiwilligen Helferinnen und Helfern»

- Spezifische Institutionen für demenzkranke Menschen

- Information/Vermittlung von Angeboten für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen

Beratungsstelle für Institutionen, die demenzkranke Menschen betreuen

Ausgangslage

Rund 6700 demenzkranke Menschen werden heute in den Alters-, Pflege- und Krankenheimen des Kantons Bern betreut und gepflegt. Das ist fast die Hälfte aller Heimbewohnerinnen und -bewohner. Demenzkranke sind also bereits heute eine bedeutende Zielgruppe der bestehenden Heime, und ihr Anteil dürfte in Zukunft noch steigen.

Handlungsbedarf

Angesichts der absehbaren Zunahme von betreuungsbedürftigen demenzkranken Menschen müssen in den Institutionen entsprechende konzeptionelle, personelle und infrastrukturelle Bedingungen für eine bedarfsgerechte Betreuung geschaffen werden. Die Heime sind über die von der Arbeitsgruppe Demenz erlassenen Empfehlungen hinaus für die Problematik zu sensibilisieren. Dabei ist auch von Bedeutung, dass die Leistungserbringer zum Austausch von Erfahrungen und zur Beurteilung von Neuerungen enge Kontakte pflegen.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützt die Schaffung einer Beratungsstelle, die ambulanten und stationären Leistungserbringern bei verschiedensten Fragestellungen im Zusammenhang mit der Betreuung von demenzkranken Menschen zur Verfügung steht (Bedarf, Konzept, Personal, bauliche Anpassungen, Finanzierung, Projektmanagement). Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion kann bei der Beurteilung von konkreten Projekten ebenfalls auf diese Beratungsstelle zurückgreifen. Für die Durchführung des Projekts wird die Zusammenarbeit mit bestehenden Fachstellen (Kantonales Kompetenzzentrum Geriatrie, Alzheimervereinigung, Pro Senectute, Verbände im Altersbereich) und Fachleuten im Bereich Demenz angestrebt.

Kosten

Die Kosten für die Beratungsstelle belaufen sich schätzungsweise auf Fr. 80 000.– pro Jahr. Bei einer Befristung des Beratungspools auf drei Jahre ergeben sich somit Gesamtkosten von rund Fr. 240 000.–.

Projekt «Schulung von Angehörigen Demenzkranker und freiwilligen Helferinnen und Helfern»

Ausgangslage

Heimeinweisungen von demenzkranken Menschen sind oft auf den Zusammenbruch des Betreuungsnetzes zurückzuführen. Durch Schulung und Training kann die Belastung der betreuenden Angehörigen gemildert werden. Geschulten Angehörigen gelingt es besser, der demenzkranken Person verständnisvoller zu begegnen, sich zeitlich und emotional zu entlasten und ihr soziales Umfeld zu erweitern.¹³ Konkrete Inhalte einer solchen Schulung können sein: Informationen zum Krankheitsbild, Umgang mit Verhaltensstörungen, Entlastungsstrategien usw.

Bisherige Erfahrungen in der Schweiz und aussereuropäische Studien zeigen, dass mit Schulungsangeboten für Angehörige bei vielen zu Hause betreuten Demenzkranken der Eintritt ins Pflegeheim verzögert werden kann.

Im Kanton Bern bieten die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern UPD in Zusammenarbeit mit der Alzheimervereinigung Bern und Pro Senectute Kanton Bern Angehörigen-schulungen an.

Handlungsbedarf

Das Ziel, auch Demenzkranke länger als bisher zu Hause zu betreuen, kann nur erreicht werden, wenn die betreuenden Angehörigen besser unterstützt werden. Neben einer Stärkung der Spitex und zusätzlichen Entlastungsangeboten ist die Schulung von Angehörigen demenzkranker Menschen sowie von freiwilligen Helferinnen und Helfern ein wichtiges Element

¹³ Vgl. Schweiz. Alzheimervereinigung, Pro Senectute Schweiz: Grundversorgung Demenz, 2002.

im Hinblick auf diese Unterstützung. Es muss geprüft werden, durch welche Massnahmen Angehörige von demenzkranken Menschen noch vermehrt für eine Schulung gewonnen werden können.

Weiteres Vorgehen

Ausgehend vom bisherigen Angebot der UPD wird geprüft, wie ein solches Schulungsangebot künftig zu gestalten ist, um möglichst viele Angehörige zu erreichen (Bedarf im Kanton, regionale Verteilung, Inhalt der Schulung, Bekanntmachung, Kostenträger usw.). Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützt die Durchführung eines entsprechenden Projekts fachlich und finanziell. Zudem hat die Krankenkasse Visana Interesse signalisiert und ist ebenfalls bereit, sich fachlich und finanziell zu beteiligen.

Zusammen mit den bisherigen Akteuren im Bereich der Angehörigenschulung (UPD Bern, Alzheimervereinigung, Pro Senectute) und der Visana wird ein entsprechendes Pilotprojekt ausgearbeitet.

Kosten

Eine Kostenschätzung für die Durchführung eines Pilotprojekts ist zum heutigen Zeitpunkt noch nicht möglich. Die Kosten für den Kanton fallen aber – unter der Annahme, dass sich die Visana auch finanziell massgeblich beteiligt – eher bescheiden aus.

Spezifische Institutionen für demenzkranke Menschen

Ausgangslage

Ein geringer Teil der demenzkranken Menschen im Kanton Bern wird aufgrund des Schweregrades der Krankheit und der damit zusammenhängenden, spezifischen Bedürfnisse weiterhin auf die Betreuung in einem spezialisierten Heim angewiesen sein (siehe Empfehlungen der Arbeitsgruppe betreffend stationäre Betreuung von demenzkranken Menschen). Solche Einrichtungen bilden im Kanton Bern auch in Zukunft die Ausnahme.

Grössere, spezialisierte Heime für demenzkranke Menschen sollen im Kanton Bern eine Ergänzung zu den lokalen Heimen sein. Sie betreuen jene Demenzkranken, deren krankheitsbedingte Verhaltensweisen den Aufenthalt in einem lokalen Alters- und Pflegeheim oder einer Wohngemeinschaft verunmöglichlichen. Ein solches Heim kann die gesamten Rahmenbedingungen wie Infrastruktur, Konzepte und Personalausbildung ganz auf die Bedürfnisse von demenzkranken Menschen ausrichten und sich damit ein grosses Know-How in der Behandlung und Betreuung dieser Patientinnen und Patienten erarbeiten. Neben dem Psychogeriatrischen Heim Oberried als subventionsberechtigter Institution haben sich auch verschiedene privat finanzierte Heime (z. B. Haus Serena, Schönbühl; Chalet Erika, Burgdorf) speziell auf die Betreuung von demenzkranken Menschen ausgerichtet.

Handlungsbedarf

Auch wenn die vermehrte Aufnahme von demenzkranken Menschen in die lokalen Alters- und Pflegeheime (siehe Seite 31) den Druck auf die spezialisierten Institutionen vermindert, braucht es im Kanton Bern zusätzliche Plätze für Demenzkranke in spezifischen Institutionen. Zudem soll in diesen Institutionen auch im Bereich der teilstationären Betreuung von demenzkranken Menschen ein Angebot für die Region bereitgestellt werden.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützt die Schaffung je einer zusätzlichen spezifischen Institution für demenzkranke Menschen in den Regionen Bern-Mittelland, Oberaargau und Oberland, die bereits konkrete Initiativen ergriffen haben. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion klärt zudem den Bedarf für eine entsprechende Institution im Raum Biel-Seeland-Jura ab.

Die folgenden Projekte werden durch die Gesundheits- und Fürsorgedirektion weiterverfolgt:

■ Bern-Mittelland

In einem neuen «Demenzzentrum Bern» (Projekteingabe durch Verein Region Bern liegt vor) sollen verschiedene Angebote für demenzkranke Menschen bereitgestellt und unter einem Dach optimal koordiniert werden.

- Eine ambulante Equipe (insgesamt 2,4 Stellen für Alterspsychiatrie/Geriatrie, Pflege, Beratung) für demenzkranke Menschen zwecks Unterstützung der Lebensführung zu Hause und zur Beratung der Angehörigen, des betreuenden Spitex- oder Heimpersonals sowie der Hausärztinnen und Hausärzte
- Tagesaufenthalte (minimal 8 Plätze, maximal 12 Plätze) für demenzkranke Menschen
- Temporäraufenthalte (minimal 6 Plätze, maximal 12 Plätze) für demenzkranke Menschen während 24 Stunden an einzelnen Wochentagen oder für einige Wochen im Jahr
- Stationäres Wohn- und Betreuungsangebot (minimal 18 Plätze, maximal 36 Plätze)

Gemäss Berechnungen auf der Basis der heutigen Finanzierungsgrundlagen entsteht bei voller Auslastung des Demenzzentrums ein Betriebsdefizit von jährlich Fr. 515 000.– (Minimalgrösse) bzw. Fr. 847 000.– (Maximalgrösse). Die Investitionskosten belaufen sich je nach Grösse der Institution auf schätzungsweise Fr. 7 bis 10 Mio.

■ Oberaargau

Das Pflegeheim Wiedslibach prüft die Schaffung einer Abteilung zur Betreuung von 20 bis 30 demenzkranken Menschen und die Bereitstellung eines entsprechenden teilstationären Angebots.

Die Grundlagen für die Berechnung der Investitions- und der betrieblichen Folgekosten liegen noch nicht vor.

■ *Oberland*

Die Privatklinik Meiringen bietet heute verschiedene alterspsychiatrische Angebote an (Memoryklinik und alterspsychiatrische Rehabilitation). Die Schaffung von Wohn- und Betreuungsplätzen für demenzkranke Menschen im Oberland muss eng mit den bestehenden Angeboten der Privatklinik Meiringen koordiniert werden – ein erstes Konzept der Privatklinik Meiringen zur Schaffung von Plätzen für Dauer-, Tages- oder Temporäraufenthalte liegt vor. Da als Standort für die Ergänzung des Angebots für demenzkranke Menschen im Oberland in erster Linie Interlaken in Frage kommt, sind die Entwicklungen im Spital Interlaken in die weitere Bearbeitung des Geschäfts einzubeziehen.

Die Grundlagen für die Berechnung der mit diesem Projekt verbundenen, durch die öffentliche Hand zu deckenden Kosten liegen noch nicht vor

■ *Emmental*

Die Heimstätte Bärau beabsichtigt, den Schwerpunkt der Betreuung noch verstärkt auf demenzkranke Menschen auszurichten.

■ *Heim Oberried*

Das Heim Oberried ist das grösste im Kanton Bern bestehende spezifische Heim für demenzkranke Menschen. Es wird vom Kanton direkt subventioniert. Das Heim Oberried beabsichtigt den Umbau eines zum Betrieb gehörenden, jedoch nicht genutzten Bauernhauses in unmittelbarer Nähe zu einer Station für rund 20 Demenzkranke. Damit soll unter optimaler Nutzung der bestehenden Ressourcen das bisherige Platzangebot im Heim Oberried erweitert werden.

Die Grundlagen für die Berechnung der Investitions- und der betrieblichen Folgekosten liegen noch nicht vor.

Im Zusammenhang mit dieser Erweiterung wurde im Jahr 2003 im Grossen Rat eine Motion (siehe Seite 9) sowie eine Petition zur Unterstützung des Vorhabens eingereicht. Sowohl der Grosse Rat wie der Regierungsrat haben ein kurzfristiges Eintreten auf das Vorhaben abgelehnt, sind jedoch der Meinung, dass das Projekt im Rahmen des vorliegenden Berichts weiterverfolgt werden soll.

Kosten

Die Kosten für diese Projekte sind in den Massnahmen «Sanierungen und Anpassungen von bestehenden Heimen (Seite 21) sowie «Pflegeheimplanung» (Seite 31) enthalten.

Information/Vermittlung von Angeboten für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen

Ausgangslage

Wie die vorstehenden Ausführungen zeigen, ist das Angebot für demenzkranke Menschen bereits heute sehr differenziert, aber für Angehörige schwer zu überblicken. Informationen über Demenzerkrankungen und Hinweise auf bestehende Angebote werden durch Beratungsstellen der Alzheimervereinigung oder der Pro Senectute vermittelt. Da die konkreten Dienstleistungen der Institutionen selbst Fachleuten (z. B. Hausärztinnen und Hausärzten) zu wenig bekannt sind, werden diese zu wenig genutzt.

Handlungsbedarf

Es fehlt im Kanton Bern eine einfach aufgebaute Informationsplattform, die einen Überblick über die vielfältigen Angebote für Demenzkranke und ihre Angehörigen gibt und die entsprechenden Kontaktadressen enthält. Diese Informationen könnten als Merkblatt oder Broschüre über verschiedene Kanäle abgegeben werden. Denkbar ist auch eine einfach gestaltete Internetseite.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion entwickelt mit Fachpersonen und in Zusammenarbeit mit Beratungsstellen wie Alzheimervereinigung und Pro Senectute eine entsprechende Informationsplattform.

Kosten

Die einmaligen Kosten für die Erarbeitung einer Informationsplattform belaufen sich schätzungsweise auf rund Fr. 100'000.–. Für den Unterhalt der Plattform in den Folgejahren ist mit Kosten von rund Fr. 5'000.– zu rechnen.

Handlungsfeld 5: Anstoss zur breiten Auseinandersetzung mit der Altersversorgung

Beschreibung des Handlungsfelds

Gemäss Grossratsbeschluss vom 16. März 1993 («Alterspolitik 2005») haben Gemeinden und Regionen die Aufgabe, unter Einbezug der älteren Bevölkerung bedarfsgerechte Angebote im Altersbereich zu schaffen. Der Kanton gibt Anstösse und unterstützt Anstrengungen in den Regionen, die auf eine verbesserte Ausrichtung des Angebots auf die Bedürfnisse der älteren Bevölkerung abzielen. Der besseren Vernetzung bestehender Angebote kommt dabei besondere Bedeutung zu.

Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds

- Kommunale Altersplanungen
- Anstoss zu Altersforen in den Regionen
- Einbezug der Interessen älterer Menschen in den öffentlichen Diskurs

Kommunale Altersplanungen

Ausgangslage

Mit dem Grossratsbeschluss «Alterspolitik 2005» vom 16. März 1993 wurden die Gemeinden des Kantons Bern beauftragt, kommunale Altersplanungen zu erstellen. Bisher haben rund 100 Gemeinden einzeln oder in Verbänden eine solche Planung realisiert, darunter auch die Städte Bern, Biel und Thun. Einzelne Gemeinden sind zur Zeit daran, ihre Planungen zu aktualisieren. Insgesamt umfassen die Gemeinden mit Altersplanung ein Einzugsgebiet von 460 000 Personen (48 % der Gesamtbevölkerung). In rund 80 Gemeinden (180 000 Personen oder 19 % der Gesamtbevölkerung) sind die entsprechenden Arbeiten zur Zeit im Gang. Rund 220 vorwiegend kleinere Gemeinden (310 000 Personen oder 33 % der Gesamtbevölkerung) haben sich unseres Wissens noch nicht oder kaum mit der Thematik auseinandergesetzt und sind noch in keine Altersplanung einbezogen.

Wie ebenfalls im Grossratsbeschluss «Alterspolitik 2005» vorgesehen, muss eine fundierte Altersplanung vorliegen, damit Projekte im Altersbereich durch öffentliche Gelder mitfinanziert werden können. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion setzt diese Auflage seit einiger Zeit konsequent um. Verschiedene Investitionsgeschäfte mussten in den letzten Jahren zurückgewiesen werden, weil von der entsprechenden Standortgemeinde oder -region keine Altersplanung vorlag. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hält auch künftig an dieser Praxis fest.

Kantonale Bedarfsplanungen (z. B. Pflegeheimplanung, siehe Seite 31) müssen sich auf die kommunalen Altersplanungen

stützen können, die den konkreten Bedarf an Angeboten in den Regionen beurteilen. Neue Institutionen oder neue Projekte können in Zukunft nur dann im Rahmen der kantonalen Bedarfsplanung berücksichtigt werden, wenn sie bereits Teil einer kommunalen oder regionalen Altersplanung sind.

Handlungsbedarf

Die Auseinandersetzung mit konkreten alterspolitischen Anliegen in den Gemeinden muss verstärkt werden. Alle Gemeinden sollen innerhalb der nächsten Jahre über eine fundierte Altersplanung verfügen. Eine ausschliesslich vom Kanton gesteuerte Alterspolitik ist grundsätzlich nicht wünschenswert, weil Wesentliches von den Betagten selber zu erbringen ist und der Kanton oft nur subsidiär zu den Gemeinden handeln kann. In diesem Sinn sind in erster Linie die Gemeinden aufgerufen, bevölkerungsnah Massnahmen zu treffen.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion verlangt von jenen Gemeinden, die noch keine Altersplanung entwickelt haben, ausdrücklich, diese Arbeiten so rasch wie möglich an die Hand zu nehmen. Von allen Gemeinden verlangt sie zudem regelmässig einen Bericht zum Stand der Umsetzung ihrer kommunalen Altersplanung. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion definiert auf der Basis der Planungsgrundlagen, die sie zu Händen der Gemeinden erarbeitet hat, Mindestanforderungen an Altersplanungen. Die Altersplanungen der Gemeinden werden nach diesen Anforderungen systematisch ausgewertet.

Weil sich vermutlich vor allem kleinere Gemeinden mit diesen Aufgaben schwer tun, ist den Gemeinden fachliche Unterstützung zu geben.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion schafft innerhalb des Alters- und Behindertenamts eine Stelle, die den Gemeinden für Fragen im Zusammenhang mit der Erarbeitung von Altersplanungen zur Verfügung steht. Diese Stelle soll den Gemeinden die notwendigen Informationen und Erfahrungen (Beispielplanungen, Expertenvermittlung, Bereitstellung statistischer Grundlagen usw.) zugänglich machen.

Kosten

Die Kosten für die Erstellung von Altersplanungen werden über den Lastenausgleich finanziert. Gemäss gängiger Praxis können die Gemeinden je nach Grösse des Planungsgebiets Fr. 30 000.– (bei 5000–10 000 Einwohnerinnen und Einwohnern) bzw. Fr. 50 000.– (bei über 10 000 Einwohnerinnen und Einwohnern) über den Lastenausgleich finanzieren. Für die Realisierung der noch ausstehenden Altersplanungen ist deshalb mit Kosten von rund Fr. 1 Mio. zu rechnen.

Die Kosten für die zusätzliche Auskunftsstelle für Gemeinden innerhalb des Alters- und Behindertenamts belaufen sich auf schätzungsweise rund Fr. 100 000.– pro Jahr.

Anstoss zu Altersforen in den Regionen

Ausgangslage

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat 2002 in den Langzeitabteilungen der Spitäler Spitalregion Oberaargau (SRO) und Frutigen-Meiringen-Interlaken (FMI) Stärken-Schwächen-Analysen durchgeführt. Da die Langzeitabteilungen dieser Spitäler strategisch wichtige Institutionen an der Schnittstelle zwischen Akut- und Langzeitbehandlung sind, wurde auch die Vernetzung zwischen Langzeitabteilungen und übrigen Institutionen im Altersbereich dieser Region untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass die Vernetzung und die Zusammenarbeit der verschiedenen ambulanten und stationären Langzeitinstitutionen in den Regionen optimiert werden können.

Im Raum Oberaargau hat sich aufgrund dieser Ausgangslage eine Kerngruppe aus Vertreterinnen und Vertretern wichtiger Institutionen (Spitex, Heime, Pro Senectute, Ärztinnen/Ärzte, Spitäler, Kantonsvertreter) unter dem Vorsitz der Regierungsratshalter M. Sommer (Wangen) und M. Lerch (Aarwangen) gebildet. Die Kerngruppe erarbeitet Lösungsansätze zur verbesserten Vernetzung des Angebots für ältere Menschen im Oberaargau und legt diese im Rahmen von regelmässigen Altersforen betroffenen und interessierten Kreisen zur Diskussion vor.

Auf Initiative der Planungsregion Kandertal entsteht im Amtsbezirk Frutigen zur Zeit ebenfalls ein Altersforum.

Solche Altersforen bieten die Chance, die Angebote im Altersbereich über eine ganze Region zu koordinieren und an einer Gesamtstrategie auszurichten. Die kantonale Alterspolitik baut auf eine solche Vernetzung der Angebote in den Regionen. Regionale Altersforen sollen nicht die kommunalen Altersplanungen (die zur Umsetzung ganz konkreter Projekte vor Ort dienen) konkurrenzieren oder gar ersetzen, sondern in einem übergeordneten Sinn eine Ergänzung dazu bilden.

Handlungsbedarf

Die Organisation, wie sie nun im Raum Oberaargau und im Kandertal für die regionale Planung des Altersbereichs besteht, ist bisher im Kanton Bern einzigartig (Kerngruppe mit Fachleuten unter der Leitung der Regierungsratshalter, Einbezug aller Fachkreise und der politischen Verantwortlichen im Rahmen von Forumsveranstaltungen). Sie kann und soll als Vorbild für andere Regionen dienen. Es ist anzustreben, dass in anderen Regionen ähnliche Entwicklungen in Gang gesetzt werden.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützt die Entstehung von Altersforen in weiteren Regionen. Die auf Seite 28 geforderte zusätzliche Auskunftsstelle innerhalb des Alters- und Behindertenamts soll ihre Dienste auch im Zusammenhang mit zukünftigen Altersforen zur Verfügung stellen und den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Regionen fördern.

Kosten

Die Kosten für die erwähnte zusätzliche Stelle sind bereits auf Seite 28 aufgeführt. Es entstehen keine weiteren Kosten.

Einbezug der Interessen älterer Menschen in den öffentlichen Diskurs

Ausgangslage

Die öffentliche Auseinandersetzung mit alterspolitischen Problemstellungen hat sich in den letzten Jahren deutlich verstärkt. Medienberichte, parlamentarische Vorstösse (siehe Seite 9), Initiativen betreffend Realisierung von Altersplanungen (siehe Seite 28) – dies alles sind deutliche Anzeichen dafür, dass die Bevölkerung vermehrt für alterspolitische Problemstellungen sensibilisiert ist und zahlreiche Ideen und Vorstellungen für geeignete Massnahmen entwickelt werden.

Für die Gestaltung der künftigen Alterspolitik ist es zentral, dass bei diesen Auseinandersetzungen auch die älteren Menschen zu Wort kommen. Sie sollen ihre Bedürfnisse, aber auch ihr Potenzial und ihre Fähigkeiten in die Alterspolitik einbringen können.

Es bestehen heute im Kanton Bern verschiedene private Organisationen, die Interessen der älteren Menschen in der Gesellschaft vertreten (z. B. Pro Senior, Bernischer Senioren- und Rentnerverband BSRV, Graue Panther). Allerdings ist deren Bekanntheitsgrad und damit auch deren Einfluss noch als eher bescheiden zu betrachten.

Grundsätzlich sind solche Organisationen, Vereine und Verbände auf privatem Weg durch Mitgliederbeiträge zu finanzieren. Sie sind jedoch potenziell wichtige Ansprechpartner für Belange der Alterspolitik und in Politikbereichen, die einen engen Bezug zur Alterspolitik aufweisen.

In diesem Sinn kann der Leitgedanke, den der Schweizerische Seniorenrat für seine konsultativen Aufgaben formuliert hat, auch in diesen Bericht Eingang finden: «Angesichts der zukünftigen demographischen Entwicklung, nach der die ältere Generation etwa ein Viertel der Gesamtbevölkerung ausmachen wird, ist es wichtig, dass zukünftig gesetzliche Regelungen altersverträglich ausgestaltet werden. Es geht nicht darum, Privilegien für die ältere Generation zu schaffen. Vielmehr sollen Regelungen getroffen werden, die den berechtigten Anliegen der Seniorinnen und Senioren angemessen Rechnung tragen.»

Der Schweizerische Seniorenrat, der sich zum Teil auf kantonale Organisationen stützt, hat in der kurzen Zeit seines Bestehens schon gewichtige Vorstösse unternommen, so z. B. zu einer substanziellen Erhöhung der Einkommens- und Vermögensgrenzen, die bei der Berechnung der Ansprüche auf Ergänzungsleistungen entscheidend sind.

Es wird mit zu den Aufgaben im Rahmen der Umsetzung der hier vorgestellten Massnahmen gehören, dass konsolidierte Seniorenräte oder Diskussionsforen von Betagten einer breiteren Öffentlichkeit bekannt gemacht werden.

Handlungsbedarf

Die Thematik Alterspolitik muss künftig noch vermehrt in den öffentlichen Diskurs einfließen. Es besteht ein Bedarf nach Organisationen, die durch gezielte Projekte die Anliegen und Interessen der älteren Bevölkerung formulieren und die Öffentlichkeit dafür sensibilisieren. Gleichzeitig können diese Organisationen auch Entscheidungsgrundlagen für die Verwaltung und die politischen Entscheidungsträger liefern.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützt Projekte von privaten Organisationen, die das Ziel verfolgen, die Interessen der älteren Bevölkerung in den öffentlichen Diskurs einzubeziehen. Mit dem Verein Pro Senior¹⁴ wurde bereits ein Pilotprojekt gestartet, für das eine auf drei Jahre befristete Unterstützung von Fr. 15 000.– geleistet wird. Zwischen dem Bernischen Senioren- und Rentnerverband (BSRV) und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion haben erste Gespräche im Hinblick auf die Umsetzung eines konkreten Projekts zur Förderung des Austauschs zwischen Jung und Alt stattgefunden. Die Erziehungsdirektion unterstützt Gemeinden bei der Durchführung von Hauswirtschaftskursen für ältere Menschen sowie den Verband Bernische Landfrauen im Projekt Altersgeneration–Jugend–Familienfragen.

Kosten

Für die kommenden Jahre ist zusätzlich ein Betrag von Fr. 100 000.– für weitere Projekte in diesem Zusammenhang bereitzustellen.

¹⁴ Der Verein ProSenior Bern setzt sich mit aktuellen Altersfragen und Problemen des Älterwerdens auseinander. ProSenior will Erfahrungen und Wissen älterer Menschen nutzbar machen und liefert Verantwortungsträgern (z. B. kommunalen und kantonalen Behörden) Entscheidungsgrundlagen im Bereich von Altersfragen.

Handlungsfeld 6: Bedarfsgerechtes Angebot an stationären Pflege- und Betreuungsplätzen

Beschreibung des Handlungsfelds

Art. 39 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) verpflichtet die Kantone, eine Pflegeheimplanung zu erlassen und damit den Bedarf an Pflegeheimplätzen festzulegen. Durch Förderung der Selbstständigkeit und alternative Wohn- und Betreuungsformen soll der Ausbau der Pflegeheimplätze künftig so gering wie möglich ausfallen. Bis jedoch diese «Entlastungsmassnahmen» (Handlungsfelder 1–5) eine spürbare Wirkung entfalten, ist für die nahe Zukunft mit einem zusätzlichen Bedarf an Pflegeheimplätzen zu rechnen. Vom Kanton mitfinanzierte Pflegeheimplätze sollen vor allem schwerer pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen zur Verfügung stehen. Der Kanton erlässt eine Pflegeheimplanung, die auf dieser Stossrichtung basiert.

Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds

- Pflegeheimplanung
- Interkantonaler Vergleich des Angebots an Heimplätzen und der Heimkosten
- Entlastungsbetten und Tagesstätten

Pflegeheimplanung

Ausgangslage

Heute leben im Kanton Bern rund 13800 Menschen in Alters-, Pflege- oder Krankenheimen. Gemäss Pflegebedarfseinstufungen der Heime besteht bei rund 12000 Bewohnerinnen und Bewohnern eine geringe bis schwere Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit. 1800 Personen leben heute im Alters- und Pflegeheim, ohne pflegebedürftig zu sein. Insgesamt gibt es im Kanton Bern zur Zeit 14000 Plätze in Alters-, Pflege und Krankenheimen, der Auslastungsgrad liegt bei 97%.¹⁵

Von den Heimbewohnerinnen und -bewohnern sind rund 1700 Personen unter 65 Jahre alt (0,2% der unter 65-jährigen Bevölkerung). Rund 2500 Personen sind 65–79 Jahre alt (2% dieser Bevölkerungsgruppe). Und rund 9600 Personen sind über 80-jährig (20% dieser Bevölkerungsgruppe).¹⁶

¹⁵ Vgl. Auswertungen der Koordinationsstelle für Chronischkranke und Betagte Spiez, 2002.

¹⁶ Vgl. Auswertungen der Koordinationsstelle für Chronischkranke und Betagte Spiez, 2002

¹⁷ Verband Bernischer Alterseinrichtungen (VBA), Verband Bernischer Krankenhäuser (VBK), Vereinigte Krankenhäuser Gottesgnad, Spitexverband des Kantons Bern, Schweizerischer Verband privater Pflegeheime

Gemäss Art. 39 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) hat der Kanton den Bedarf an stationären Pflegeheimplätzen festzulegen. Dieser Bedarf hängt weitgehend vom übrigen Angebot in der Altersversorgung ab. Je mehr alternative Angebote zur Verfügung stehen, desto weniger Pflegeheimplätze werden benötigt. Denn der Pflegeheimtritt kommt für ältere Menschen in der Regel als letzter Ausweg in Frage.

Entsprechend der Stossrichtung der kantonalen Alterspolitik (siehe Seite 12) basiert die Pflegeheimplanung auf dem Grundsatz, das alternative Angebot zu stärken und den zusätzlichen Bedarf an Pflegeheimplätzen möglichst gering zu halten.

Die heute gültige Pflegeheimplanung vom 22.10.1997 geht davon aus, dass der Bedarf an Pflegeheimplätzen gedeckt werden kann, wenn für rund 30% der Bevölkerung ab 80 Jahren Pflegeheimplätze zur Verfügung stehen. Auf der Basis der damaligen Bevölkerungsprognosen wurde deshalb die maximale Anzahl von 14700 Plätzen bis ins Jahr 2005 festgelegt. Eine Überprüfung der Platzsituation in den Heimen im Jahr 2002 hat gezeigt, dass der Bettenrichtwert von 30% nicht erreicht wird. Gleichzeitig wurde festgestellt, dass heute in vielen Heimen ein Aufnahmepressure und lange Wartelisten bestehen. Bei einem Angebot, das den Bettenrichtwert von 30% erfüllt, dürfte dieser Druck bedeutend reduziert werden.

Handlungsbedarf

Der Aufnahmepressure und die langen Wartelisten in den Heimen haben deutlich gemacht, dass Handlungsbedarf für eine Überarbeitung der Pflegeheimplanung besteht. Ein kurzfristiger Ausbau der Pflegeheimplätze ist nötig, um die Zahl der heute dringend auf einen Pflegeheimplatz wartenden Menschen so weit wie möglich zu senken. Die Dringlichkeit dieser Problematik hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion veranlasst, parallel zu diesem Bericht eine befristete Pflegeheimplanung für die nächsten 5 Jahre zu erarbeiten. Diese wurde Anfang 2004 dem Regierungsrat zur Genehmigung vorgelegt.

Weiteres Vorgehen

Die neue Pflegeheimplanung wurde unter Einbezug der Verbände im Altersbereich¹⁷ und der Santésuisse erarbeitet. Gemäss dieser Planung wird bis im Jahr 2008 am heutigen Bettenrichtwert von 30% der über 80-jährigen Bevölkerung aus folgenden Gründen festgehalten:

- Die Durchführung von Pilotprojekten zur Evaluierung von alternativen Angeboten braucht Zeit. Spürbare Wirkungen von alternativen Angeboten sind erst mittelfristig in etwa fünf Jahren zu erwarten.
- Um Alternativen fördern zu können, braucht es ein ausreichendes Angebot an Pflegeheimplätzen. Denn bei einem allzu knappen Angebot besteht der Anreiz, frei werdende Pflegeheimplätze vorzeitig in Anspruch zu nehmen, auch wenn der Gesundheitszustand den weiteren Verbleib zu Hause noch zulassen würde.

Diese Tabelle zeigt die Zahl der Pflegeheimplätze, mit denen der Bedarf bis ins Jahr 2008 gedeckt werden soll.

Tabelle 1:
Bedarf an Pflegeheimplätzen bis ins Jahr 2008

	Anzahl Personen über 80 Jahre im Kanton Bern	Anzahl benötigte Plätze bei Bettenrichtwert von 30% der 80-jährigen und älteren Personen
2003	47 740	14 322
2004	48 617	14 585
2005	49 494	14 848
2006	50 299	15 090
2007	50 971	15 291
2008	51 693	15 508

Ab dem Jahr 2008 soll die Anzahl der Pflegeheimplätze stabilisiert werden. Durch Massnahmen zur Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit, zur Stärkung der Pflege und Betreuung zu Hause sowie zur Förderung alternativer Wohn- und Betreuungsformen soll die relative Anzahl der Pflegeheimeintritte verringert werden, so dass ab 2008 der Bedarf mit einer stabilen Anzahl von 15 500 Pflegeheimplätzen über längere Zeit gedeckt werden kann.

Aufgrund der Bedarfsszenarien erhöht der Kanton Bern die planerisch zulässige Zahl von Pflegeheimplätzen auf maximal 15 500 bis ins Jahr 2008. Die zusätzlichen Pflegeheimplätze werden nicht bereits konkreten Institutionen, Institutionskategorien oder Regionen, sondern einem Pool zugewiesen. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion erhält damit den notwendigen Handlungsspielraum, um das Angebot gezielt gemäss dem ausgewiesenen Bedarf zu steuern und entsprechende Projekte rasch und unbürokratisch bewilligen zu können.

Die Zahl der privaten Interessenten, die in den Altersbereich investieren wollen, ist bereits heute gross und dürfte weiter anwachsen. Dieses Potenzial zur Sicherung eines bedarfsgerechten stationären Angebots gilt es auch angesichts der knappen finanziellen Mittel des Kantons zu nutzen. So soll der grösste Teil der zusätzlich notwendigen Pflegeheimplätze durch private Trägerschaften realisiert werden. Private Träger werden jedoch nur dann investieren, wenn ihnen von Seiten des Kantons zugesichert werden kann, dass die geplanten Plätze auch in die Pflegeheimplanung aufgenommen werden.

Auch das Finanzierungssystem hat Einfluss auf die Bereitschaft, von privater Seite in den Altersbereich zu investieren. Bereits heute besteht für Gemeinden die Möglichkeit, Men-

schen mit bescheidenen finanziellen Mitteln bei einem Aufenthalt in einer von privaten Trägerschaften erstellten und betriebenen Institution zu unterstützen. Während Versicherungsleistungen (Krankenversicherung, AHV, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung) in jedem Fall zum Tragen kommen, können Gemeinden bei Bedarf zusätzlich individuelle Leistungen ausrichten. Im Rahmen der Massnahmen im Handlungsfeld 9 soll das Heimfinanzierungssystem für sämtliche Institutionen überprüft werden.

Die Realisierung von zusätzlichen Plätzen durch private Trägerschaften hat auch den Vorteil, dass die Planung und Erstellung rascher vorangetrieben werden kann, als wenn die vorgeschriebenen Verfahren bei Investitionsgeschäften der öffentlichen Hand zur Anwendung kommen.

Zusätzliche Investitionen der öffentlichen Hand sind in Zukunft vor allem da angezeigt, wo die private Initiative die Nachfrage nicht ausreichend decken kann. Dies betrifft vor allem Plätze für ökonomisch weniger interessante Zielgruppen und Plätze in Regionen des Kantons, die für private Investoren weniger attraktiv sind.

Kosten

Im Jahr 2002 betragen die Betriebsbeiträge an die öffentlichen ¹⁸ Alters-, Pflege- und Krankenhäuser rund Fr. 55 Mio. (bei insgesamt 10 500 Pflegeheimplätzen in öffentlichen Institutionen = $\frac{3}{4}$ der Gesamtplatzzahl). Davon waren rund 45 % indirekt über die Gemeinden und rund 55 % direkt durch den Kanton finanziert. Bei einem Ausbau der Pflegeheimplätze um insgesamt 1500 Plätze wäre mit jährlich rund Fr. 6 Mio. zu rechnen, die im Sinn der heutigen Betriebsbeiträge an die Institutionen ausgerichtet werden und durch die öffentliche Hand zu tragen sind. Da der Kanton in diesem Bereich Restfinanzierer ist, bestehen bei dieser Kostenschätzung grössere Unsicherheiten. Die erwähnten zusätzlichen Kosten für die öffentliche Hand verringern sich zum Beispiel mit einer Erhöhung des Anteils von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, die künftig in der Lage sein werden, den Aufenthalt aus eigenen Mitteln zu finanzieren.

Rund 54 % der Bewohnerinnen und Bewohner in bernischen Heimen beziehen heute Ergänzungsleistungen. Bei einem Ausbau der Pflegeheime um 1500 Plätze entstehen für Ergänzungsleistungen – bei gleichem Anteil von EL-Bezüger/innen in den Heimen – zusätzliche Kosten von Fr. 19 Mio. pro Jahr. Bis zur Umsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) beteiligt sich der Bund mit 35 % an den Aufwändungen für die Ergänzungsleistungen.

Aus folgenden Gründen müssen diese Beträge aber differenziert betrachtet werden:

Die Entwicklung des Pflegebedarfs muss unabhängig von der Anzahl der Heimplätze betrachtet werden. Die Zahl älterer, schwer pflegebedürftiger Personen wird aufgrund der demographischen Entwicklung in den nächsten Jahren steigen. Bei einem Ausbau der Pflegeheimplätze für diese Menschen

¹⁸ Die als «öffentliche» Institutionen bezeichneten Heime sind grösstenteils privatrechtlich organisiert (Stiftungen, Aktiengesellschaften, Vereine). Diese arbeiten nicht gewinnorientiert. Allfällige Mindereinnahmen infolge von gewährten Sozialtarifen werden durch Gemeinden oder Kanton getragen und dem Lastenausgleich zugeführt.

wird die EL stärker belastet als dies bei einem Aufenthalt zu Hause der Fall ist.

Aber auch bei der Betreuung und Pflege zu Hause müssen Unterstützungsleistungen durch die öffentliche Hand erbracht werden (z. B. Sozialhilfe), da gerade bei schwererer Pflegebedürftigkeit nicht alle Personen die notwendige Hilfe aus eigener Kraft oder mit Versicherungsleistungen finanzieren können.

Weiter ist zu beachten, dass beim Fehlen von Pflegeheimplätzen für Menschen, bei denen ein Aufenthalt zu Hause nicht mehr möglich ist, «Ausweichplatzierungen» gefunden werden müssen. Davon sind in erster Linie die Spitäler und die Psychiatrischen Kliniken betroffen. Durch solche Ausweichplatzierungen werden jedoch unnötig Mehrkosten verursacht, die vom Kanton mitzutragen sind. Insofern könnte sich ein zu knappes Angebot an Pflegeheimplätzen aus finanzieller Sicht für den Kanton auch negativ auswirken.

Würde in Zukunft der grössere Anteil der Pflegeheimplätze durch Investitionen der öffentlichen Hand realisiert, müsste theoretisch mit zusätzlichen Investitionskosten von maximal Fr. 150 Mio. für die öffentliche Hand gerechnet werden.

Wie bereits dargestellt, wird dies jedoch nicht der Fall sein. Vielmehr ist davon auszugehen, dass direkte Investitionen, die durch die öffentliche Hand zu tragen sind, künftig die Ausnahme bilden und sich auf die Realisierung von Heimplätzen konzentrieren, deren Bedarf durch Private nicht genügend gedeckt wird. Dabei ist mit einem Betrag von rund Fr. 50 Mio. zu rechnen. Dieser Betrag wird voraussichtlich zum grösseren Teil von den Gemeinden vorfinanziert. Amortisations- und Zinsraten werden von diesen über mehrere Jahre dem Lastenausgleich zugeführt. Der für den Kanton anfallende Restbetrag für direkte Investitionen wird sich ebenfalls auf mehrere Jahre und über die laufende Finanzplanperiode hinaus verteilen. Die durch die vorliegende Pflegeheimplanung für den Kanton in den nächsten Jahren anfallenden Investitionskosten können somit nach heutigem Wissensstand im Rahmen des aktuellen Budgets und Finanzplans gedeckt werden.

Die zusätzlichen, im Rahmen des angestrebten neuen Heimfinanzierungssystems in der laufenden Rechnung anfallenden Beiträge an Heime oder Bewohnerinnen und Bewohner zur Deckung der Infrastrukturkosten können nach heutigem Wissensstand ebenfalls mit den im aktuellen Budget und Finanzplan eingestellten Mitteln gedeckt werden. Auch hier verringern sich die zusätzlichen Kosten für die öffentliche Hand mit einer Erhöhung des Anteils von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, die künftig in der Lage sein werden, den Aufenthalt aus eigenen Mitteln zu finanzieren.

Interkantonaler Vergleich des Angebots an Heimplätzen und der Heimkosten

Heimplätze im interkantonalen Vergleich

Das quantitative Angebot an Heimplätzen präsentiert sich in den verschiedenen Kantonen recht unterschiedlich. Es ist die deutliche Tendenz erkennbar, dass in grösseren Städten meist weniger Pflegebetten verfügbar sind als in ländlichen Regionen: Die Stadtkantone Basel-Stadt und Genf bieten markant weniger Heimplätze für ihre Bevölkerung ab 80 Jahren an, als dies beispielsweise in den Kantonen Appenzell-Ausser rhoden, Glarus und Schwyz der Fall ist. Mit einem Bettenrichtwert von 30 % der Bevölkerung ab 80 Jahren (siehe Seite 31) liegt der Kanton Bern heute im Mittel aller kantonalen Bettenbedarfswerte.

Auch die bevölkerungsstarken Kantone Aargau, Luzern, St. Gallen und Zürich weisen im Vergleich mit dem Kanton Bern eine etwas grössere Zahl von Betten für die hier relevante Bevölkerungsgruppe auf. In der Nordwestschweiz und in der französischsprachigen Schweiz findet man dagegen vergleichsweise tiefere Werte.

Wie der Kanton Bern tendiert in den jüngsten Planungen ein Teil der Kantone dazu, den Bettenrichtwert zu senken. Vor dem Hintergrund der in jedem Kanton prognostizierten Zunahme von Betagten bedeutet dies aber nicht, dass einzelne Heime geschlossen oder nicht mehr auf die Pflegeheimliste gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) aufgenommen würden. Wie auch mit der Pflegeheimplanung des Kantons Bern beabsichtigt (siehe Seite 317), müssen in diesen Kantonen ebenfalls die bestehenden Institutionen die zu erwartende steigende Nachfrage nach Betten für schwerer pflege- und betreuungsbedürftige Menschen zu befriedigen versuchen, während für weniger schwer pflege- und betreuungsbedürftige Menschen noch vermehrt Alternativen zum Heimeintritt geschaffen werden sollen.

Ein Vergleich des Ausmasses der in verschiedenen Kantonen angestrebten Reduktion des Bettenrichtwerts (nicht gleichbedeutend mit einer Reduktion der effektiven Anzahl an Heimplätzen) ist kaum möglich, da die Planungen einerseits unterschiedliche Perioden von 5 bis 20 Jahren anvisieren und andererseits auf regional gewachsene Strukturen Rücksicht nehmen.

Heimkosten im interkantonalen Vergleich

Ein aussagekräftiger interkantonaler Vergleich der Heimkosten kann voraussichtlich erst ab 2006 durchgeführt werden. Zu diesem Zeitpunkt bestehen zwei- bis dreijährige Erfahrungen mit der gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) vorgeschriebenen und zur Zeit eingeführten einheitlichen Kostenrechnung für Pflegeheime.

Da die Kosten einer Institution von einem Jahr auf das andere in nennenswertem Ausmass (über 10 %) variieren können,

wird sinnvollerweise ein Vergleich über zwei bis drei Jahre angestrebt.

Die kurzfristige Durchführung eines interkantonalen Vergleichs der Heimkosten ist auch deshalb nicht möglich, weil durch die je nach Kanton unterschiedliche Definition der Heimkategorien grössere methodische Probleme zu berücksichtigen sind.

Leistungen der Versicherer

Auch ein Vergleich der Leistungen der Versicherer ist trotz bestehendem Tarifschutz mit grösserem Zeitaufwand verbunden und kann nicht kurzfristig erfolgen.

Für die unterschiedlichen Leistungen der Versicherer in den verschiedenen Kantonen gibt es mehrere Gründe. Zum einen spielen die beim Start des jeweiligen Entschädigungssystems festgelegten Beträge eine wesentliche Rolle: Versicherer heben ihre Leistungen nicht sprunghaft, sondern in kleinen Schritten an. Zum anderen spielt der Gesamtaufwand der Versicherer im jeweiligen Kanton eine bedeutende Rolle. In diesem Sinn hat die Entschädigung der Versicherer für alle anderen Leistungserbringer (Akutspitäler, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte usw.) einen Einfluss auf die Höhe der Entschädigungen an die Langzeitinstitutionen. Beeinflusst wurde dieses System bisher auch durch verschiedene Interventionen des Preisüberwachers mit dem Ziel, den Prämienanstieg bei den Krankenversicherungen zu limitieren. Wenn also z. B. Versicherer deutliche Erhöhungen der Beiträge an die Aufenthaltstage in Akutspitälern akzeptierten, ging dies teilweise zu Lasten der Tarife der Leistungen für Pflegeheime – und umgekehrt.

Bei den unterschiedlichen Strukturen der stationären Langzeitpflege in den verschiedenen Kantonen ist es nicht absehbar und auch nicht erwünscht, dass in der ganzen Schweiz gleiche Tarife existieren. Dagegen wird der Kanton zusammen mit den Verbänden der Leistungserbringer darauf achten, dass die Versicherer auch in Zukunft einen substanziellen Beitrag an die Kosten in Alters- und Pflegeheimen leisten.

Fazit

Aussagekräftige interkantonale Vergleiche des Angebots an Heimplätzen und der Heimkosten sind zum heutigen Zeitpunkt nur sehr beschränkt möglich. Sobald die erforderlichen Grundlagen vorliegen – dies wird in zwei bis drei Jahren der Fall sein – sind solche Vergleiche anzustreben. Diese werden ebenfalls dazu beitragen, dass im Heimbereich künftig noch stärker als bisher auf die wirtschaftliche Leistungserbringung geachtet werden kann.

¹⁹ Zu den positiven Auswirkungen von Tagesstätten siehe: Susanne Zank und Claudia Schacke, Evaluation von Effekten gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten auf ihre Besucher(innen) und deren Angehörige, Band 210 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart 2001.

Entlastungsbetten und Tagesstätten

Ausgangslage

Eine ausreichende Anzahl von Entlastungsplätzen und Plätzen für Kurzaufenthalte in Heimen oder Tagesstätten¹⁹ ist im Rahmen der hier vorgestellten Alterspolitik von besonderer Bedeutung. Denn durch ein solches Angebot wird das Bedürfnis der heutigen und der zukünftigen älteren Bevölkerung, möglichst lange zu Hause zu leben, auf verschiedene Art und Weise unterstützt.

- Angehörige, welche die Betreuung und Pflege zu Hause übernehmen, werden entlastet, und die Gefahr der Überforderung nimmt ab – vor allem bei langen Öffnungszeiten, möglichen Wochenendaufenthalten und gut ausgebauten Fahrdiensten. In vielen Fällen ist eine Heimeinweisung auf den Zusammenbruch des privaten Betreuungsnetzes zurückzuführen.
- Betagte Menschen mit wenig sozialen Kontakten wird die Möglichkeit geboten, aus den eigenen vier Wänden auszubrechen und Neues zu erleben.
- Das vielseitige Angebot im Heim oder in einer Tagesstätte mit Aktivitäten des täglichen Lebens, handwerklichen, geistigen, motorischen, musischen und geselligen Aktivitäten fördert die Aufrechterhaltung der körperlichen und geistigen Kräfte, insbesondere aber auch der Lebenslust und Lebensfreude.

Für die Heime ist die Bereitstellung solcher Entlastungsplätze oder der Betrieb einer Tagesstätte finanziell meist wenig attraktiv. Der durch die häufigen Ein- und Austritte bedingte Mehraufwand und die Unterauslastung dieser Plätze wurden bisher nicht gesondert abgegolten. Dies hat auch dazu geführt, dass das Angebot an Tagesstätten und an Entlastungsplätzen in bestehenden Alters-, Pflege- und Krankenheimen gering geblieben ist.

Handlungsbedarf

Um zusätzliche Entlastungsplätze anbieten zu können, muss für die Heime und Tagesstätten ein finanzieller Anreiz geschaffen werden. Idealerweise bietet jedes Heim eine bestimmte Anzahl Entlastungsplätze an, damit ein dezentrales und flächendeckendes Angebot entsteht.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat 2004 die Grundlagen für eine zusätzliche Abgeltung der Entlastungsplätze geschaffen. Pro Pflgetag wird bei einem Kurzaufenthalt ein Zuschlag bezahlt. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion prüft, mit welchen weiteren Massnahmen die Anreize zur Schaffung von zusätzlichen Entlastungsplätzen und Tagesstätten verstärkt werden können.

Kosten

Für die Förderung von Entlastungsplätzen durch die genannten finanziellen Anreize ist mit zusätzlichen Kosten von jährlich rund Fr. 500 000.– zu rechnen. Dabei dürfte rund

die Hälfte der Plätze in direkt finanzierten, die andere Hälfte in indirekt finanzierten Institutionen entstehen. Diese Kosten sind im Budget und Finanzplan des Kantons Bern bereits unabhängig von den Eingaben für zusätzliche alterspolitische Massnahmen enthalten.

Handlungsfeld 7: Rekrutierung von Pflege- und Betreuungspersonal

Beschreibung des Handlungsfelds

Ein zentrales Problem im Hinblick auf die zukünftige Altersversorgung ist die Rekrutierung von genügend Fachpersonal für Pflege und Betreuung. Der Kanton unterstützt Massnahmen zur Sicherung und Gewinnung von ausreichendem und den Aufgaben entsprechend qualifiziertem Personal.

Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds

- Weiterführung der VAP-Massnahmen
- Aus- und Weiterbildung im Bereich Pflege und Betreuung

Weiterführung der VAP-Massnahmen

Ausgangslage

Im Juni 2001 hat der Grosse Rat des Kantons Bern ein Paket mit Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich (VAP) beschlossen. Damit soll eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich erreicht werden. Inzwischen sind wesentliche Massnahmen in vollem Umfang umgesetzt worden:

- Die Löhne des Pflegepersonals, des medizinisch-technischen und medizin-therapeutischen Personals in den öffentlich subventionierten Institutionen sind an das Gehaltsniveau des Kantonspersonals angepasst worden. Das Pflegepersonal mit anerkanntem Berufsabschluss erhält eine monatliche Zulage.
- Zur Verbesserung der Bedingungen in der praktischen Ausbildung steht ein Rahmenvertrag für Schulen und Anbieter von Praktikumsplätzen zur Verfügung. Eine Ausbildungsbroschüre und der 2003 erstmals durchgeführte «Tag der Gesundheitsberufe» sollen zur Imageverbesserung der Gesundheitsberufe beitragen. In den Jahren 2002 und 2003 erhielten jeweils 25 Späteinsteigerinnen und Späteinsteiger, die eine Zweitausbildung im Pflegebereich beginnen, eine höhere Ausbildungsentschädigung.
- Das Angebot der Kinderbetreuung für das Pflegepersonal in den Spitälern ist mit finanzieller Unterstützung des Kantons ausgebaut worden.

Handlungsbedarf

Mit Kenntnisnahme des Schlussergebnisses der VAP-Erhebung hat der Regierungsrat im Juni 2002 festgehalten, dass weitere gezielte Massnahmen den Verbesserungseffekt verstärken sollen. Er beauftragte daher die Gesundheits- und Fürsorgedirektion, zusätzliche Massnahmen hinsichtlich der finanziellen und personellen Konsequenzen zu prüfen.

Weiteres Vorgehen

Als eine zusätzliche Massnahme hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion eine gezielte Veränderung der Lohnstruktur für langjährige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegebereich geprüft. Diese Anpassung ist von der gegenwärtig laufenden Revision des Personalgesetzes abhängig. Der revidierte Erlass soll die Grundlage für die Erarbeitung von Modellen für die Veränderung der Lohnstruktur darstellen. Ein interkantonaler Vergleich im Rahmen der VAP-Erhebung hat gezeigt, dass im Kanton Bern die Löhne für langjährige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im unteren Drittel liegen. Bis das revidierte Personalgesetz in Kraft tritt und damit eine differenzierte Erhöhung der Gehälter für langjährige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglich ist, soll das Pflegepersonal mit anerkanntem Berufsabschluss weiterhin die monatliche Zulage erhalten, die 2001 eingeführt worden ist.

Für einen gezielten und differenzierten Ausbau der Stellenpläne in Institutionen mit besonders gravierendem Personal-mangel sind die entscheidenden Vorarbeiten gemacht worden. Im Langzeitbereich wurden auf Anfang 2004 neue Instrumente eingeführt, die Auskunft über die erbrachten Pflegedienstleistungen geben. Im Langzeitbereich bestimmen die Institutionen selber über die Stellenpläne aufgrund der erbrachten Leistungen und im Rahmen der durch die Kostenvorgaben begrenzten finanziellen Mittel.

Weitere Massnahmen wie z. B. die finanzielle und ideelle Stützung von Aktivitäten der Berufsverbände und anderer Organisationen zur Imageförderung der Pflegeberufe und zur Förderung von Personen, die nach Unterbruch der Berufstätigkeit wieder einsteigen möchten, sind zur Zeit noch pendent.

Kosten

Die Umsetzung der oben erwähnten Massnahmen kostete in den letzten Jahren rund Fr. 10 Mio. Diese fallen zu rund 60 % im direkt finanzierten Bereich an, zu rund 40 % im indirekt finanzierten Bereich. Sie sind in Budget und Finanzplan bereits inbegriffen. Die mit Inkrafttreten des neuen Personalgesetzes verbundenen zusätzlichen Kosten für das Personal im Langzeitbereich sind heute noch nicht abschätzbar.

Aus- und Weiterbildung im Bereich Pflege und Betreuung

Ausgangslage

Die Rekrutierung von genügend und fachlich angemessen qualifiziertem Pflege- und Betreuungspersonal ist zentral für die Sicherung der Versorgungsangebote im Altersbereich. Ein attraktives Aus- und Weiterbildungsangebot ist von grosser Bedeutung, um mehr Menschen für einen Pflegeberuf zu motivieren. Vor allem ist zu überprüfen, welche Ausbildungsanforderungen die verschiedenen Aufgaben der Langzeitpflege und -betreuung stellen. Dabei ist es wichtig, dass diese Anforderungen von praxisorientierten Fachleuten der Langzeitpflege und -betreuung definiert werden.

Mit der Ausbildung zur/zum Fachangestellten Gesundheit (FAGE) können junge Frauen und Männer jetzt erstmals direkt im Anschluss an die obligatorische Schulzeit einen Gesundheitsberuf ergreifen.

Handlungsbedarf

Das Problem des fehlenden Pflege- und Betreuungspersonals ist akut und wird mit der Zunahme des Pflege- und Betreuungsbedarfs immer grösser. Deshalb müssen Massnahmen im Ausbildungsbereich rasch erfolgen. Mit einem zielgerichteten und differenzierten Ausbildungsangebot soll die Attraktivität der Pflege- und Betreuungsberufe gesteigert und die Zahl jener, die einen solchen Beruf wählen, auf allen Schulniveaus erhöht werden. Die neuen Berufsbildungen auf der Sekundarstufe II sind dabei für die Altersversorgung von zentraler Bedeutung. Es braucht aber auch eine grössere Anzahl Pflegenden mit Diplombildungen. Gerade bei zunehmender Komplexität der Pflege und Betreuung in der Langzeitpflege ist es wichtig, dass auch genügend Personal mit Ausbildungen im Tertiärbereich rekrutiert werden kann.

Weiteres Vorgehen

Die Federführung für sämtliche Ausbildungen im Gesundheitswesen liegt ab 1.1.2006 bei der Erziehungsdirektion. In Zusammenarbeit mit den Organisationen der Arbeitswelt (ODA) werden die entsprechenden Ausbildungsgänge gestaltet. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion nimmt Einfluss auf diesen Prozess, indem sie Bedürfnisse an die Ausbildungen aus Sicht des Versorgungsauftrags analysiert und formuliert.

2004 konnten in den Regionen Oberland, Seeland und Ob- und Nidertessin 120 Lehrstellen «Fachangestellte/r Gesundheit» in über 60 Betrieben angeboten werden. In den kommenden Jahren muss das entsprechende Lehrstellenangebot in allen Regionen des Kantons Bern noch erheblich ausgebaut werden. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion fördert die Schaffung von zusätzlichen Lehrstellen durch Sensibilisierung der potenziellen Lehrbetriebe sowie im Rahmen der mit diesen Betrieben abgeschlossenen Leistungsverträge.

An geeigneten Informationsveranstaltungen wie der Berner Ausbildungsmesse und dem Tag der Gesundheitsberufe sowie mit Kommunikationsmassnahmen wie Internetauftritt und Broschüren setzt sich die Gesundheits- und Fürsorgedirektion für die Rekrutierung von Auszubildenden in Pflege- und Betreuungsberufen auf allen Ausbildungsstufen ein. Weiter engagiert sie sich auch für die Bekanntmachung der neuen Ausbildungen in diesem Bereich.

Kosten

Die Kosten für die konzeptionelle Gestaltung der Ausbildungsgänge fallen bei der Erziehungsdirektion an und können zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht beziffert werden. Sie sind weitgehend abhängig von der Ausgestaltung der Bildungsverordnung und von den Bedarfszahlen der Institutionen im Pflegebereich. Die bei der Gesundheits- und Fürsorgedirektion entstehenden Kosten für Kommunikationsmassnahmen belaufen sich auf rund Fr. 250 000.– bis Fr. 300 000.– pro Jahr. Ein Teil dieser Ausgaben wurde im Rahmen der VAP-Massnahmen in den Finanzplan aufgenommen. Weitere Kosten in der Grössenordnung von Fr. 5 Mio. fallen insgesamt bis im Jahr 2008 durch die an die Ausbildungsbetriebe für «Fachangestellte Gesundheit» gewährten Ausbildungspauschalen an. Mit diesen Pauschalen soll für die Betriebe eine kostenneutrale Einführung der neuen Ausbildung gewährleistet werden.

Handlungsfeld 8: Qualitätssicherung

Beschreibung des Handlungsfelds

Institutionen im Altersbereich haben in Zukunft explizit festgelegte Qualitätsstandards zu erfüllen, um eine Betriebsbewilligung bzw. eine Berechtigung zum Bezug von öffentlichen Geldern zu erhalten. Der Kanton legt die entsprechenden Qualitätsstandards fest. Die nachfolgende Massnahme bezieht sich nur auf den stationären Bereich. Auch für den ambulanten Bereich sind Arbeiten auf dem Gebiet der Qualitätssicherung im Gange (siehe Seite 17).

Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds

- Festlegung von Qualitätskriterien im Rahmen der Umsetzung der Heimverordnung

Festlegung von Qualitätskriterien im Rahmen der Umsetzung der Heimverordnung

Ausgangslage

Aufgrund der Heimverordnung vom 18. September 1996 benötigen die privaten und neu auch die öffentlichen Institutionen der Langzeitpflege eine Betriebsbewilligung. Gleichzeitig verpflichtet das Sozialhilfegesetz vom 11. Juni 2001 die Gesundheits- und Fürsorgedirektion, das öffentliche und private Angebot im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege und -betreuung bedarfsgerecht und wirkungsorientiert zu steuern. Dabei ist die explizite Festlegung von Qualitätskriterien für den Heimbereich – wie sie auch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verlangt – von besonderer Bedeutung. Als Steuerungsinstrumente werden einerseits Leistungsverträge mit Institutionen (direkte Finanzierung) eingesetzt und andererseits Gemeinden ermächtigt, die Aufwendungen für Leistungsangebote dem Lastenausgleich zuzuführen (indirekte Finanzierung).

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat im Jahr 2004 die Vorgaben zur Umsetzung der Heimverordnung in Verbindung mit dem neuen Sozialhilfegesetz konkretisiert. Diese beziehen sich auf den Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner, personelle Ressourcen, Infrastruktur, Qualitätsstandards in der Betreuung und Pflege und ordnungsgemässe Betriebsführung.

Die inhaltliche Auseinandersetzung mit den festzulegenden Vorgaben erfolgte in enger Zusammenarbeit mit Verbänden und Fachleuten aus der Praxis. Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheits- und Fürsorgedirektion nahmen zudem im Jahr

2004 an verschiedenen Qualitätsbeurteilungen mit dem Instrument Q-Plan/Q-Star²⁰ der Firma Brains teil. Dieses Instrument erlaubt eine breite Auseinandersetzung mit verschiedensten Aspekten der Qualität in Pflegeheimen und lieferte der Gesundheits- und Fürsorgedirektion daher wertvolle Hinweise für die Festlegung von Qualitätsanforderungen.

Weiteres Vorgehen

Die neuen Regelungen betreffend Betriebsbewilligung und Aufsicht auf der Basis der Heimverordnung treten auf Ende 2004 in Kraft. Das neue System zieht insbesondere auch die Trägerschaft in die Verantwortung, die in diesem Bereich eine aktivere Rolle übernehmen soll. Selbstverständlich wird auf der Ebene der Institutionen teilweise bereits heute ein systematisch durchgeführtes Qualitätsmanagement betrieben. Das ist in Zukunft für alle Institutionen im Kanton Bern anzustreben.

Kosten

Die Festlegung der Qualitätskriterien wird im Rahmen der bestehenden Ressourcen innerhalb der Gesundheits- und Fürsorgedirektion vorgenommen. Kosten für allfällige Drittaufträge in diesem Bereich sind im Budget und Finanzplan des Kantons enthalten. Die Massnahmen zur Qualitätssicherung in den Institutionen sind im Rahmen der bestehenden Kostenobergrenzen zu finanzieren. Sie decken sich zum Teil mit Massnahmen aus anderen Handlungsfeldern (z. B. Sanierung und Anpassung der Heiminfrastruktur).

²⁰ Vgl. Alfred J. Gebert und Hans-Ulrich Kneubühler, Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für gemeinsames Lernen, 2., überarbeitete und ergänzte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2003.

Handlungsfeld 9: Überprüfung der Finanzierungs- mechanismen

Beschreibung des Handlungsfelds

Die Finanzierungsmechanismen der verschiedenen Angebote sollen so ausgestaltet sein, dass eine möglichst bedürfnisgerechte Regulierung des Angebots hinsichtlich Quantität und Qualität stattfinden kann. Öffentliche Gelder sollen ziel- und bedarfsgerecht eingesetzt werden. Die ökonomischen Anreize für Institutionen, möglichst kostengünstige und qualitativ hochstehende Leistungen zu erbringen, sind zu verstärken.

Im Folgenden wird in erster Linie auf die Anpassung der Heimfinanzierung eingegangen.

In den nächsten Jahren ist eine ganzheitliche Betrachtung der Finanzierungsmechanismen im Altersbereich anzustreben, wobei auch der Bereich Betreuung und Pflege in Alterssiedlungen und Alterswohnungen (betreutes Wohnen) und der Bereich Betreuung durch Angehörige zu Hause zu berücksichtigen sind. In diese Betrachtung sollen auch Erfahrungen mit einer angepassten Heimfinanzierung und die auf nationaler Ebene laufende Diskussion zur Pflegefinanzierung einfließen.

Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds

- Anpassung der Heimfinanzierung
- Finanzierung der Langzeitpflege durch die Krankenversicherung

Anpassung der Heimfinanzierung

Ausgangslage

Die Angebote im Altersbereich werden zu einem bedeutenden Teil über die Finanzierungsmechanismen reguliert. Das heutige Finanzierungssystem für Heime im Langzeitbereich ist jedoch sehr komplex und ohne Detailkenntnisse nur schwer zu überblicken.

Die Tarife der Institutionen mit Beiträgen der öffentlichen Hand nehmen auf Einkommen und Vermögen der Bewohnerinnen und Bewohner Rücksicht. Für jene mit tiefem Einkommen werden Sozialtarife festgelegt. Diese können durch die Bewohnerinnen und Bewohner mit ihrem Einkommen inkl. Ergänzungsleistungen bezahlt werden, decken jedoch die effektiven Heimkosten nicht voll. Die entsprechende Unterdeckung für einen Pflegeplatz wird – bis zu einer vom Kanton festgelegten Kostenobergrenze pro Pflegestufe – dem Lastenausgleich zugeführt und somit von Kanton und Gemeinden gemeinsam gedeckt.

Institutionen mit Beiträgen der öffentlichen Hand erhalten zudem separate Investitionsbeiträge, die über den Lastenausgleich von Kanton und Gemeinden gemeinsam getragen werden.

Institutionen ohne Beiträge der öffentlichen Hand finanzieren dagegen ihre gesamten Kosten über Tarifeinnahmen. Hier ist zu beachten, dass ein Grossteil dieser Institutionen im Kanton Bern Heimplätze anbietet, die nicht dem Luxussegment angehören. Ohne diese Heime könnte der Bedarf an Pflegeheimplätzen im Kanton Bern nicht gedeckt werden. Da die Kaufkraft für die Finanzierung des Aufenthalts in einer privaten Einrichtung oft nicht ausreicht, dieser sich aber aufgrund der Platzknappheit dennoch aufdrängt, gewähren heute etliche Gemeinden Zuschüsse nach Dekret. Diese werden über den Lastenausgleich von Gemeinden und Kanton gemeinsam getragen.

Problematisch an diesem System ist, dass

- heute für die Heime ungenügend ökonomische Anreize bestehen, die Kosten in der Institution möglichst tief zu halten,
- über die Höhe der gesamthaft über den Lastenausgleich finanzierten Zuschussleistungen für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner keine Transparenz besteht,
- an öffentliche Institutionen separate Investitionsbeiträge ausgerichtet werden und somit diese Kosten in die Tarifikalkulationen der Heime nicht einbezogen werden.

Private Institutionen hingegen müssen auch die Investitionen bei der Tarifikalkulation berücksichtigen. Deshalb sind Tarifvergleiche zwischen privaten und öffentlichen Institutionen nur beschränkt aussagekräftig.

Handlungsbedarf

Angesichts dieser Problematik sind Wege zu einer Optimierung der Heimfinanzierung und ökonomische Anreize zur Erreichung der heutigen alterspolitischen Ziele zu suchen.

Weiteres Vorgehen

Grundsätzlich soll das Finanzierungssystem für Heime so ausgestaltet werden, dass der unternehmerische Handlungsspielraum und die Anreize, die geforderte Qualität zu möglichst günstigen Kosten zu produzieren, erhöht werden. Gleichzeitig soll eine bessere Transparenz der entstehenden Kosten erreicht werden.

Verschiedene Entwicklungen sind in dieser Hinsicht bereits erfolgt. So wurden auf den 1.1.2003 neue Pflegebedarfs-Einstufungssysteme (RAI-RUG, BESA) eingeführt und in einem zentralen, elfstufigen System mit dem Ressourcenbedarf verbunden. Dies ermöglicht eine bedarfsgerechtere Finanzierung der Institutionen. Die Obergrenzen der Ergänzungsleistungen wurden angehoben, und im Bereich der Rückstellungen für Investitionen wurde den Institutionen ein erhöhter Handlungsspielraum gewährt. Weiter verfügen die Institutionen seit 1.1.2003 zwingend über eine Kostenstellenrechnung, damit sie die Leistungen der Krankenkassen geltend machen können. Aus diesen Veränderungen ergeben sich für die Institutionen erhöhte unternehmerische Handlungsspielräume und eine verbesserte Kostentransparenz.

Zusätzlich zu diesen bereits getroffenen Massnahmen prüft die Gesundheits- und Fürsorgedirektion die Wirksamkeit einer vermehrt an den Bewohnerinnen und Bewohnern orientierten Heimfinanzierung. Dabei werden grundsätzlich nicht mehr die leistungserbringenden Institutionen, sondern die Bewohnerinnen und Bewohner unterstützt, die einen Heimaufenthalt nicht aus eigenen Mitteln finanzieren können. Dadurch wird die Kaufkraft der Bewohnerinnen und Bewohner mit tieferen Einkommen gestärkt. Die Institutionen treten mit kostendeckenden Tarifen auf dem Markt auf, die Bewohnerinnen und Bewohner haben eine grössere Wahlfreiheit. Dies dürfte sich hinsichtlich der Erhaltung des privaten Angebots an Alters- und Pflegeheimen auf dem Markt und mit dem damit verbundenen Wettbewerb auch positiv auf die Qualität der angebotenen Leistungen auswirken.

Denkbar ist, dass die individuelle Kaufkraft durch eine kantonale Ergänzungsleistung für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner oder durch die Ausrichtung von Zuschüssen durch Gemeinden gezielt erhöht wird. Die Zuschüsse sind an den Aufenthalt in einer Institutionen gebunden; insofern kann nicht von einer reinen Subjektfinanzierung gesprochen werden.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützt ein entsprechendes Pilotprojekt der Stadt Bern, das mit einem transparenten Zuschusssystem gezielt den Heimbewohnerinnen und -bewohnern hilft. Die entsprechende Ermächtigung an die Stadt Bern ist erfolgt, das Projekt begann 2004.

Kosten

Die Anpassung der Heimfinanzierung könnte kurzfristig zu erhöhten Kosten führen, langfristig ist bei einem entsprechenden Finanzierungssystem jedoch mit einer kostendämpfenden Wirkung zu rechnen. Eine Einschätzung der effektiven finanziellen Auswirkungen ist zum heutigen Zeitpunkt noch nicht möglich.

Finanzierung der Langzeitpflege durch die Krankenversicherung

Mit den persönlichen Beiträgen der Bewohnerinnen und Bewohner und den von der öffentlichen Hand ausgerichteten Unterstützungsbeiträgen werden auch Anteile der Pflegekosten finanziert. Neben der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) haben auch die Entscheidungen zur zukünftigen Pflegefinanzierung gemäss KVG, die zur Zeit auf eidgenössischer Ebene kontrovers diskutiert wird, Einfluss auf die künftig für den Kanton anfallenden Kosten im Bereich der Langzeitpflege. Nach diesen Entscheidungen ist die Gestaltung der Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Bern unter Einbezug aller Beteiligten neu zu diskutieren. Im Rahmen des Berichts wird auf diese Problematik nicht näher eingegangen.

Wichtige Themenbereiche, die mehrere Handlungsfelder betreffen

Freiwilligenarbeit

Ausgangslage

Das Engagement von Freiwilligen ist ein zentrales Element des gesellschaftlichen Zusammenlebens und damit auch ein äusserst wichtiges Standbein der Altersversorgung. Man unterscheidet zwischen organisierter und informeller Freiwilligenarbeit. Unter die organisierte Freiwilligenarbeit fallen ehrenamtliche und freiwillige Tätigkeiten im Rahmen von Kirchgemeinden, Vereinen, Institutionen oder Organisationen. Zur informellen Freiwilligenarbeit gehören Tätigkeiten ausserhalb des eigenen Haushalts oder ausserhalb eines organisierten Rahmens wie Nachbarschaftshilfe, persönliche Hilfeleistungen für Bekannte und Verwandte usw.²¹ Im Jahr 2000 wurden in der Schweiz rund 44 Millionen Stunden Freiwilligenarbeit geleistet, was rund 248 000 Vollzeitstellen und einem ökonomischen Wert von zirka Fr. 19,4 Milliarden entspricht.²² Sowohl im organisierten wie im informellen Bereich engagieren sich ca. 25 % der schweizerischen Wohnbevölkerungen freiwillig. Die Beteiligungsquoten an organisierter Freiwilligenarbeit variieren je nach Tätigkeitsfeld. Während in Sportvereinen und kulturellen Organisationen mehr Männer freiwillig organisiert sind, engagieren sich gut doppelt so viele Frauen wie Männer im Bereich sozial-karitativer Organisationen, die sehr häufig Leistungen zu Gunsten von älteren Menschen erbringen. Auch bei der informellen Freiwilligenarbeit ist der Frauenanteil beträchtlich höher. Ganz besonders deutlich ist das unterschiedliche freiwillige Engagement von Frauen und Männern bei der Pflege von erwachsenen Bekannten oder Verwandten: drei Mal mehr Frauen als Männer pflegen erwachsene Verwandte, sieben Mal mehr Frauen kümmern sich um erwachsene Bekannte.

Handlungsbedarf

Ohne das Engagement von Freiwilligen würde die Altersversorgung im Kanton Bern nicht funktionieren. Deshalb ist der Kanton in der Alterspolitik auch weiterhin auf das (gar noch vermehrte) Engagement von Freiwilligen angewiesen. Mit aller Deutlichkeit ist aber festzuhalten, dass es keinesfalls darum

²¹ Nicht berücksichtigt sind in diesem Zusammenhang alle «freiwilligen» Angehörigen, die ihre Partner, Eltern oder Geschwister unentgeltlich pflegen und betreuen (siehe Seite 15). Die Grenzen zwischen «Pflege durch Angehörige» und Freiwilligenarbeit sind selbstverständlich fließend. Massnahmen zur Sicherstellung dieses Engagements sind teilweise deckungsgleich.

²² Vgl. Bundesamt für Statistik, Freiwilligenarbeit in der Schweiz, Neuchâtel 2001

geht, professionelle Pflege und Betreuung durch unentgeltliche Arbeit von Freiwilligen zu ersetzen. Vielmehr muss die Freiwilligenarbeit auch künftig als wichtige und zwingende Ergänzung zum professionellen Angebot betrachtet werden. Die mit der freiwilligen Tätigkeit verbundene Möglichkeit, sich aus einem Engagement bei Bedarf auch zurückzuziehen, dürfte ein wesentlicher Aspekt bei der Motivation für Freiwilligeneinsätze sein. Engere und langfristige («halbprofessionelle») Verpflichtungen wirken hier vermutlich eher abschreckend. Handlungsbedarf besteht bei der Erhaltung des heutigen Engagements an effektiv «Freiwilligen» sowie bei der Erschliessung neuer Potenziale.

Eine wichtige Zielgruppe bei der Suche nach neuen Freiwilligen sind die aktiven älteren Menschen. Es ist zwar bekannt, dass bei Freiwilligeneinsätzen im sozialen Bereich grundsätzlich eher Zurückhaltung geübt wird und ältere Menschen vor allem dann für ein solches Engagement zu gewinnen sind, wenn sie schon im Rahmen der Erwerbstätigkeit entsprechende Erfahrungen gemacht haben. Trotzdem sind Wege zu suchen, wie aktive ältere Menschen vermehrt motiviert werden können.

Ein weiteres Potenzial für Freiwilligeneinsätze im sozialen Bereich stellen die Männer dar, die noch zu wenig in diese Tätigkeiten eingebunden sind. Es ist zu überlegen, wie Männern grundsätzlich ein tieferer Einblick in soziale Tätigkeiten vermittelt und wie ihr Interesse für freiwillige Einsätze geweckt werden kann.

Zweifellos ist bei der Förderung der Freiwilligenarbeit zu beachten, dass dieses Engagement in irgend einer Form «gewinnbringend» sein muss. In diesem Zusammenhang werden zur Zeit auf Bundesebene und in verschiedenen Kantonen ein AHV-Bonus sowie Steuerabzüge für geleistete Freiwilligenarbeit kontrovers diskutiert. Ob damit tatsächlich vermehrt Menschen für Freiwilligenarbeit zu gewinnen sind, ist umstritten. «Gewinnbringend» können jedoch auch der erleichterte Zugang zu Weiterbildungsangeboten oder die offizielle Anerkennung der geleisteten Arbeit sein.

Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass sich sämtliche Freiwillige bei Bedarf mit geringem Aufwand adäquat gegen Unfall im Rahmen der Freiwilligentätigkeit versichern können.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion prüft in Zusammenarbeit mit den betroffenen Fachorganisationen Möglichkeiten und Ansatzpunkte zur Erhaltung und Förderung des freiwilligen Engagements im Bereich der Altersversorgung. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist offen für die Unterstützung von Projekten, die dieses Ziel verfolgen. Sie prüft ihrerseits Massnahmen, um die adäquate Unfallversicherung sämtlicher freiwillig Tätiger sicherzustellen.

Förderung der Hausarzt Ausbildung

Ausgangslage

Damit ältere Menschen so lange wie möglich in der angestammten Umgebung leben können, braucht es eine durch Hausärztinnen und Hausärzte sichergestellte, ausreichende und leicht zugängliche medizinische Grundversorgung vor Ort. Diese befasst sich mit allen gesundheitlichen Problemen, unabhängig von Alter und Geschlecht, d. h. auch mit den geriatrischen Gesundheitsproblemen. Sie sorgt zudem durch Koordinierung der Betreuung, dass die Patientinnen und Patienten an den für ihr Problem am besten geeigneten Ansprechpartner im medizinischen System gelangen. In diesem Sinn ist auch das Geriatriekonzept (siehe Seite 18) zu verstehen. Die geriatrischen Stützpunkte ergänzen die Hausärztinnen und Hausärzten und haben insbesondere die Funktion, diese (und weitere Leistungserbringen wie z. B. die Spitex) bei geriatrischen Problemstellungen zu unterstützen und spezifisches Know-How zur Verfügung zu stellen.

Als problematisch erweisen sich sowohl die schwindende Attraktivität des Hausarztberufs als auch die Weiterbildung im Bereich der geriatrischen Versorgung. Bereits heute nimmt die Zahl der Hausarztpraxen ab, und es droht ein erheblicher Mangel. Insbesondere in ländlichen, aber auch in anderen Gebieten finden Hausärztinnen und Hausärzte, die ihre Praxis altershalber übergeben möchten, schon heute keinen Nachfolger mehr.

Handlungsbedarf

Die Problematik der Rekrutierung von Hausärztinnen und Hausärzten in ländlichen Regionen kann teilweise mit einer abnehmenden Standortattraktivität begründet werden. Diese gesellschaftliche Entwicklung ist schwierig zu beeinflussen. Indem die vorliegende Alterspolitik aber grundsätzlich von dezentralen und wohnortnahen Versorgungsangeboten ausgeht, dürfte sie einen Beitrag zur Erhaltung der Attraktivität von ländlichen Regionen als Wohn- und Wirtschaftsstandort leisten. Ein weiterer Grund für den drohenden Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten ist nach Aussagen von Seiten der Ärzteschaft die stets steigende Belastung der Grundversorger durch administrative Forderungen und die Schwierigkeiten im allgemeinen Notfalldienst: Immer mehr Ärztinnen und Ärzte lassen sich (trotz gesetzlicher Verpflichtung!) aus verschiedensten Gründen davon dispensieren, was für die Verbleibenden eine zunehmende zeitliche und psychische Belastung darstellt. Ein drittes Problem beim drohenden Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten ist in der Struktur und Qualität der ärztlichen Aus- und Weiterbildung zu sehen. Eine kompetenzorientierte Gestaltung der Aus- und Weiterbildung und eine verstärkte Sensibilisierung der Studierenden für dieses wichtige Fachgebiet ist notwendig. Die Motion Heuberger vom 10.2. 2003 (Grounding der Hausarztmedizin?) stösst in diese Richtung und fordert, im Kanton Bern die Hausarztmedizin nach dem von der Fakultären Instanz für Allgemeinmedizin (FIAM) entwickelten Modell zu fördern. Die Motion wurde mit 132:20 Stimmen bei 5 Enthaltungen deutlich angenommen. Die Erziehungs-

direktion des Kantons Bern ist mit der Umsetzung der Motion beauftragt.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützt Bemühungen, um die Hausarztmedizin innerhalb der medizinischen Aus- und Weiterbildung zu stärken. Die Universität (Ausbildung) und die öffentlichen Spitäler als Weiterbildungsstellen sind aufgefordert, zur Verfügung stehende Mittel vermehrt auch in diesem Sinne einzusetzen. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion erachtet eine starke Hausarztmedizin als unentbehrliche Grundlage für die Umsetzung der vorliegenden Alterspolitik. In diesem Sinne dürften bei vielen Hausärztinnen und Hausärzten noch Bedürfnisse in Bezug auf fachliche Unterstützung in den Bereichen der Geriatrie, der Sozial- und Präventivmedizin oder auch der Palliativpflege bestehen. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion strebt die Klärung dieser Bedürfnisse im Rahmen eines Projekts an und wird hier die Zusammenarbeit mit der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern und der Medizinischen Fakultät der Universität Bern suchen.

Palliativpflege und -betreuung

Ausgangslage

Palliativpflege und -betreuung beschäftigt sich mit der ganzheitlichen Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen. Im Mittelpunkt steht dabei die Linderung der belastenden Beschwerden und nicht der Kampf gegen die Krankheit. Palliativpflege und -betreuung umfasst sowohl medizinische Behandlungen, körperliche Pflege als auch psychologische, soziale und seelsorgerische Unterstützung. Ziel ist es, die Lebensqualität der kranken Menschen bis zuletzt zu erhalten. In gleichem Sinne definiert auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) palliative Medizin und Pflege (internationale Bezeichnung: palliative care).

Ein Bedarf nach Palliativpflege und -betreuung besteht selbstverständlich nicht ausschliesslich bei älteren Menschen. Gerade auch bei jüngeren unheilbar kranken und sterbenden Menschen kommt der Palliativpflege eine äusserst wichtige Bedeutung zu.

In der Schweiz und im Kanton Bern existieren heute verschiedene Projekte im ambulanten und im stationären Bereich im Zusammenhang mit der Palliativpflege- und Betreuung. Diese tragen dazu bei, grundsätzlich in der Medizin und Pflege neben einer Grundhaltung mit dem Anspruch auf Heilung auch «palliatives Denken und Handeln» zu verankern. Dieses Ziel ist bis heute noch nicht erreicht.

Handlungsbedarf

Palliativpflege- und Betreuung muss im Rahmen des vorliegenden Berichts zur Alterspolitik im Zusammenhang mit verschiedenen weiteren Massnahmen betrachtet werden. Es geht darum, die Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod und die Kompetenzen im Umgang mit unheilbar

kranken und sterbenden Menschen in den verschiedenen Bereichen der Altersversorgung zu fördern.

Neben der Beratung von Betroffenen und pflegenden Angehörigen zu Hause und der Vermittlung von Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige sind Schulungsangebote für Angehörige sowie für Professionelle im ambulanten und im stationären Bereich besonders wichtig.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion erachtet es als notwendig, Angebote zur Aneignung von Kompetenzen im Umgang und in der Betreuung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen zu verstärken – und zwar für Angehörige, Hausärztinnen und Hausärzte sowie ambulante und stationäre Institutionen im Altersbereich.

Weiteres Vorgehen

Im Rahmen einer Bestandes- und Bedarfsanalyse erarbeitet die Gesundheits- und Fürsorgedirektion eine Übersicht über das im Kanton Bern vorhandene, jedoch kaum koordinierte Fachwissen im Bereich der Palliativpflege- und Betreuung. Diese Übersicht bildet die Basis für Massnahmen zur generellen Stärkung der entsprechenden Kompetenzen bei Hausärztinnen/ Hausärzten, Heimen und Spitex.

Die Analyse erfolgt in Zusammenarbeit mit den heute bestehenden Fachpersonen und -institutionen aus Medizin, Pflege und Betreuung. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion führt in diesem Zusammenhang bereits Gespräche mit dem Zentrum für ambulante Palliativpflege Bern. Dieses heute noch vorwiegend lokal tätige Zentrum bietet ein umfassendes Angebot an Beratung und Vermittlung von Unterstützung und Entlastungsangeboten sowie an Aus- und Weiterbildung im Bereich der Palliativmedizin an.

Ältere Migrantinnen und Migranten

Ausgangslage

Die soziale Integration und die wirtschaftliche Lage von Migrantinnen und Migranten im mittleren und späteren Lebensalter ist je nach Herkunftsland sehr unterschiedlich. Immigrierte aus Zentralländern von Nord- und Westeuropa sind in der Regel sozial und wirtschaftlich gut integriert. Menschen aus den traditionellen südeuropäischen Immigrationsländern hingegen sind aus ökonomischer Sicht öfter schlechtergestellt, sei es in Folge einer Anstellung in weniger qualifizierten und geringer entlohnten Berufen, in Folge einer frühzeitigen Pensionierung wegen Invalidität usw. Ihre soziale Integration dagegen ist relativ gut. Migrantinnen und Migranten aus dem Balkan sind dem gegenüber einerseits ökonomisch am schlechtesten gestellt, andererseits sozial am wenigsten gut integriert. Dies hängt damit zusammen, dass aus diesen Staaten vorwiegend die einfache Landbevölkerung als Arbeitskräfte rekrutiert wird, die sich vorwiegend in ihren Familienstrukturen bewegt. Ältere Migrantinnen und Migranten erfahren somit je nach Herkunftsland,

aber auch je nach Bildungsstand und Berufsbiographie (die oft auch Auswirkungen auf das gesundheitliche Wohlbefinden hat) ihr Alter verschieden. Insofern muss auch in der Alterspolitik den verschiedenen Gruppen von MigrantInnen und Migranten unterschiedlich und bedarfsgerecht begegnet werden.

Handlungsbedarf

Der Zugang von älteren Migrantinnen und Migranten zu den alterspolitischen Versorgungsangeboten muss in allen Handlungsfeldern gefördert werden. Dies bedingt Massnahmen zur Bewusstseinsbildung und verbesserten Information von älteren Migrantinnen und Migranten in Bezug auf das Alter und damit verbundene Angebote. Da ältere Migrantinnen und Migranten eher schwer mit Bildungsangeboten zu erreichen sind, könnte ein Ansatzpunkt für diese Aufgabe in der Ausbildung von Schlüsselpersonen bestehen, die spezifisches Wissen in ihrer Landessprache weitergeben. Sie könnten in Migrantinnen- und Migrantenorganisationen, Heimatvereinen oder lokalen Ausländerstellen rekrutiert werden. Pro Senectute Schweiz ist in dieser Hinsicht bereits aktiv. Es braucht aber auch Massnahmen zum Abbau von Hindernissen beim Zugang zu alterspolitischen Angeboten (z. B. fehlende Verständigungsmöglichkeiten). Diese Hindernisse können durch die Schulung des Personals professioneller Dienste in interkulturellen Kompetenzen und durch die Anstellung von Mitarbeitenden mit entsprechenden Sprachkenntnissen abgebaut werden. Weiter ist anzustreben, dass Informationen über Dienstleistungsangebote in verschiedene Sprachen übersetzt werden.

Weiteres Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützt und initiiert Projekte, die zur besseren Integration von älteren Migrantinnen und Migranten beitragen. Auf lokaler Ebene sind in diesem Zusammenhang einmal mehr die Gemeinden angesprochen. Im Rahmen der kommunalen Altersplanungen (siehe Seite 28) ist diese Problematik verstärkt in die Überlegungen einzubeziehen.

Abschliessende Bemerkung zu den Massnahmen

Wie in der Einleitung und im Abschnitt «Künftige Stossrichtung der Alterspolitik» erwähnt, hat das hier vorgeschlagene Massnahmenpaket keinen abschliessenden Charakter. Es muss auch in Zukunft möglich sein, auf innovative Ansätze von Kanton, Gemeinden, Verbänden, Institutionen und Privaten innerhalb der hier festgehaltenen alterspolitischen Stossrichtung einzutreten. In einer Übergangsphase von etwa fünf Jahren sollen die hier dargestellten, aber auch allfällige weitere Massnahmen eingeleitet werden. Bei zahlreichen Interventionen ist heute noch offen, ob und wie sie sich bewähren und langfristig umgesetzt werden sollen.

Selektiven Evaluationen kommt bei der Entwicklung der Alterspolitik im Kanton Bern eine hohe Bedeutung zu. Zum einen ist es unabdingbar, dass die knappen finanziellen Mittel sehr zielgerichtet eingesetzt werden. Zum anderen ist der Lernbedarf im weiteren Feld der Gerontologie sehr hoch, weil der Wertewandel bei Gruppen von Betroffenen ausgesprochen prägnant ausfallen kann. Gerade weil auch Bedürfnisse der heutigen Betagten und der nächsten Generation zu berücksichtigen sind, muss behutsam vorgegangen werden. Dabei helfen ausgewählte evaluatorische Arbeiten.

Mit dem hier gewählten Vorgehen wird eine flexible und rollende Planung sichergestellt, die den sich weiter verändernden Bedürfnissen der älteren Bevölkerung und den fortlaufenden Entwicklungen im Bereich der Medizin Rechnung trägt.

ZUSAMMENSPIEL UND AUSWIRKUNGEN DER MASSNAHMEN

Zusammenspiel der Massnahmen

Wie eingangs erwähnt, kann nur das Zusammenspiel von verschiedensten Massnahmen aus den neun Handlungsfeldern zum angestrebten Ziel führen, auch in Zukunft für die ältere Generation ein bedarfsgerechtes und qualitativ gut ausgebautes Angebot an Dienstleistungen bereitzustellen, das die Lebensqualität und Sicherheit unabhängig von der körperlichen und geistigen Verfassung garantiert und gleichzeitig für die öffentliche Hand tragbar ist.

Auf die Zusammenhänge und Beziehungen zwischen den einzelnen Handlungsfeldern soll im Folgenden noch einmal exemplarisch eingegangen werden:

Durch die Förderung der Selbstständigkeit älterer Menschen (Handlungsfeld 1) wird der künftige Pflege- und Betreuungsbedarf insgesamt im Verhältnis zur Anzahl der betagten Bevölkerung verringert. Dies führt zu einer Erhöhung der Lebensqualität und gleichzeitig zu einer Entlastung aller heute bei Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit beteiligten Kostenträger (Bund, Kantone, Gemeinden, Krankenversicherer, Betroffene).

Die Selbstständigkeit und Lebensqualität älterer Menschen ist jedoch nicht nur von gezielten präventiven Interventionen abhängig, sondern auch von der altersgerechten Gestaltung der Umwelt. Je behindertengerechter Häuser, Transportmittel und technische Hilfsmittel wie z.B. Billetautomaten ausgestattet sind, desto besser und länger können auch ältere Menschen selbstständig bleiben. Hier sind die Bedürfnisse der älteren Menschen vermehrt in die Diskussionen über die Gestaltung des Wohn- und Lebensraums einzubeziehen. Im Handlungsfeld 5 (Anstoss zur breiten Auseinandersetzung mit der Altersversorgung) werden diejenigen Massnahmen zusammengefasst, welche die konkrete, bürgernahe Planung und Umsetzung eines gut aufeinander abgestimmten Hilfs- und Unterstützungsangebots in den Regionen fördern sollen.

Wenn die älteren Menschen möglichst lange zu Hause leben sollen, ist ein dezentrales, gut ausgebautes und rasch verfügbares Netz von Dienstleistungen in den Bereichen der medizinisch-geriatrischen Versorgung, der Spitex sowie der Übergangspflege unabdingbar. Die Massnahmen im Handlungsfeld 2 (Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause) dienen dem Aufbau der entsprechenden Strukturen.

Ausmass und Qualität der Versorgung zu Hause beeinflussen wesentlich den Bedarf nach stationären Pflege- und Betreuungsangeboten. Die gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung von den Kantonen zu erlassende und dem Regierungsrat anfangs 2004 vorgelegte Pflegeheimplanung wurde in Abstimmung mit der vorliegenden alterspolitischen Gesamtstrategie erarbeitet. Diese Planung stellt ein bedarfsgerechtes Angebot an Wohn- und Pflegeheimplätzen für ältere Menschen sicher, wie dies im Handlungsfeld 6 (Bedarfsgerechtes stationäres Angebot) gefordert wird.

Dabei ist auch den sich laufend verändernden Bedürfnissen der älteren Menschen hinsichtlich Wohn- und Lebensqualität im Heim Rechnung zu tragen. Mit den Massnahmen im Handlungsfeld 3 (Realisierung von zukunftsorientierten Wohn- und Betreuungsplätzen) werden diese Bedürfnisse aufgenommen und bei Planung und Realisierung der zukünftigen Infrastruktur für ältere Menschen einbezogen.

Die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Angebots und dessen Qualität werden auch über ein anreizorientiertes Finanzierungssystem gefördert. Das heutige System scheint in dieser Hinsicht noch nicht optimal zu sein. Die Anreize, gute Qualität möglichst günstig zu produzieren, müssen noch verstärkt werden. Die Massnahmen im Handlungsfeld 9 (Überprüfung der Finanzierungsmechanismen) zielen auf ein transparenteres Finanzierungssystem ab, das diese Anreize erhöht.

Dabei ist zu definieren, welche Aspekte in die Beurteilung von Qualität einbezogen werden und wie diese ausgeprägt sein sollen, um eine «gute» Qualität auszuweisen. Dies muss in enger Auseinandersetzung mit praxisorientierten Fachleuten aus Betreuung und Pflege in den bestehenden Heimen geschehen. Bisher existieren im Kanton Bern keine einheitlichen Qualitätskriterien. Mit den Massnahmen im Handlungsfeld 8 (Qualitätssicherung) wird die Auseinandersetzung im Hinblick auf die Festlegung von Qualitätskriterien geführt.

Aufgrund des wachsenden Pflege- und Betreuungsbedarfs braucht es sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zusätzliches Personal. Ohne entsprechend geschulte Mitarbeitende können viele Angebote nicht realisiert oder aufrechterhalten werden. Die Aus- und Weiterbildungsangebote, aber auch die Kompetenzregelungen zwischen den verschiedenen Berufen müssen so ausgestaltet sein, dass Schulabgängerinnen und Schulabgänger sowie Berufstätige aller Schulniveaus attraktive Lehr- und Berufsstellen im Langzeitbereich finden. Mit den im Handlungsfeld 7 (Rekrutierung von Pflege- und Betreuungspersonal) aufgeführten Massnahmen nimmt die Gesundheits- und Fürsorgedirektion so weit wie möglich Einfluss auf die Sicherstellung einer ausreichenden Zahl von angemessen qualifizierten Pflege- und Betreuungspersonen.

Diese Gesamtschau zeigt die enge Verknüpfung der verschiedenen Handlungsfelder auf. Nur mit einem gleichzeitigen Engagement auf den verschiedenen strategischen Ebenen ist eine Alterspolitik möglich, die den zukünftigen Herausforderungen gerecht wird.

Auswirkungen auf die Wirtschaft

Selbstverständlich wirkt sich die Alterspolitik auch auf die Wirtschaft aus. Die ältere Bevölkerung wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten erheblich zunehmen. Gleichzeitig wird sich auch ihre wirtschaftliche Situation weiter verbessern (siehe Seite 7). Mit einer zukunftsgerichteten Alterspolitik, welche die Selbstständigkeit und das Aktivbleiben älterer Menschen unterstützt und fördert, kann das wirtschaftliche Potenzial älterer Menschen noch verstärkt genutzt werden. Im Bereich von Angeboten und Dienstleistungen für aktive ältere Menschen bieten sich in Zukunft erhebliche Wachstumschancen. Deshalb ist eine zukunftsgerichtete Alterspolitik auch ein wichtiger Standortfaktor für den Kanton Bern.

Die angestrebte Alterspolitik trägt zur Attraktivität des Kantons Bern als Wohn- und Lebensraum bei. Sie ergänzt die Wachstumsstrategie des Kantons optimal, indem Sie eine Vielzahl von attraktiven Arbeitsplätzen und Lehrstellen auch in Randregionen sichert. Auf Dauer angelegte, zukunftsgerichtete Versorgungsangebote tragen zur Verminderung der Abwanderung und zur Förderung der Zuwanderung vermögender Steuerzahler/innen bei.

Gleichzeitig mit den positiven wirtschaftlichen Auswirkungen kann durch die vorliegende Alterspolitik die demographisch bedingte Zunahme der Pflegebedürftigen und die damit verbundene volkswirtschaftliche Mehrbelastung vermindert werden.

Auswirkungen auf die Gemeinden

Gemäss Grossratsbeschluss «Alterspolitik 2005» tragen die Gemeinden einen wesentlichen Teil der Verantwortung bei der Umsetzung von alterspolitischen Massnahmen. Die anfallenden Kosten werden zu grossen Teilen von Kanton und Gemeinden über den Lastenausgleich gemeinsam getragen. An diesem Grundsatz soll auch weiterhin festgehalten werden. Insbesondere sind die Gemeinden aufgefordert, auf der Basis der in diesem Bericht formulierten alterspolitischen Stossrichtung eigene kommunale Altersplanungen zu erstellen und damit das in der Gemeinde oder im Gemeindeverband bestehende Angebot für ältere Menschen zu koordinieren.

Zusammenfassung der finanziellen Auswirkungen

Eine genaue Berechnung der finanziellen Konsequenzen aus den erwähnten alterspolitischen Massnahmen ist zum heutigen Zeitpunkt nicht möglich. Bei jenen Massnahmen, die auf bereits gemachten Erfahrungen aufbauen (z. B. Ausbau Spitex, Ausbau stationäres Angebot), konnte eine Projektion der bekannten Kosten vorgenommen werden. Für einige neue Massnahmen war eine Schätzung der entstehenden Kosten bereits möglich, bei anderen sind die vorliegenden Grundlagen noch zu wenig differenziert.

Die bisherigen Kostenschätzungen können wie folgt zusammengefasst werden:

Laufende Rechnung

Bisher abschätzbare Ausgaben für Kanton und Gemeinden für die erwähnten Massnahmen in der alterspolitischen Übergangsphase 2004–2008 45 Mio.

Ausgaben, die über den Bereich Akutversorgung finanziert werden:

■ Pauschalen an Ausbildungsbetriebe im Rahmen Ausbildung «Fachangestellte/r Gesundheit» (in Budget und Finanzplan bereits enthalten)	5,0 Mio.	
■ Umsetzung Geriatriekonzept	1,5 Mio.	
	6,5 Mio.	-6,5 Mio.

Total im Bereich Fürsorge anfallende Ausgaben 38,5 Mio.

Ausgaben, die bereits unabhängig vom vorliegenden Bericht im Budget und Finanzplan eingestellt wurden:

■ durch den Kanton vorfinanzierte Projekte (direkte Finanzierung)	6,25 Mio.	
■ durch die Gemeinden vorfinanzierte Projekte (indirekte Finanzierung)	8,25 Mio.	
	14,5 Mio.	-14,5 Mio.

Neue Ausgaben im Rahmen des vorliegenden Berichts:

■ durch den Kanton vorfinanzierte Ausgaben (direkte Finanzierung)	9,5 Mio.	
■ durch die Gemeinden vorfinanzierte Ausgaben (indirekte Finanzierung)	14,5 Mio.	

Total Ausgaben Kanton und Gemeinden	24 Mio.	24 Mio.
Total Ausgaben Kanton (50%)		12 Mio.

Hinzu kommen die Kosten für weitere Projekte, bei denen heute noch keine Kostenschätzung vorgenommen werden kann.

In Anbetracht der finanziellen Lage des Kantons ist für die Gesundheits- und Fürsorgedirektion klar, dass die im Budget und Finanzplan zusätzlich für alterspolitische Massnahmen eingestellten Mittel von Fr. 2,5 Mio. für das Jahr 2004 und je 5 Mio. für die Jahre 2005–2007 (total also maximal Fr. 17,5 Mio.) als Kostendach ausreichen müssen, um die alterspolitischen Projekte umzusetzen. Es wird deshalb notwendig sein, Prioritäten zu setzen und eventuell auf einzelne Projekte teilweise zu verzichten.

Investitionsrechnung

Die heute absehbaren Kosten für Sanierungen und Anpassungen in bestehenden Heimen sowie für den notwendigen Ausbau der Pflegeheimplätze belaufen sich auf schätzungsweise rund Fr. 190 Mio. Ungefähr die Hälfte davon dürfte indirekt über die Gemeinden, die andere direkt durch den Kanton zu finanzieren sein. Die Investitionsplanung des Kantons sieht eine erhebliche Steigerung beim Investitionsbedarf vor. Aus zeitlichen Gründen ist es allerdings nicht wahrscheinlich, dass alle diese Projekte innerhalb der nächsten fünf Jahre betriebsbereit realisiert werden können. Dadurch verschiebt sich ein beträchtlicher Teil der Ausgaben auf die Jahre nach der aktuellen Finanzplanperiode.

Kosten bei der allfälligen Etablierung neuer Angebote

Verschiedene Massnahmen in diesem Bericht dienen dazu, im Rahmen von Pilotprojekten Erfahrungen im Bereich von alternativen Angeboten zu gewinnen. Bei einer allfälligen Einführung solcher Angebote ist über die nächsten fünf Jahre hinaus für deren Betrieb und Infrastruktur mit einem zusätzlichen Finanzbedarf zu rechnen.

Rechtsgrundlagen

Gemäss Art. 86 des Sozialhilfegesetzes (SHG) stellt die Gesundheits- und Fürsorgedirektion in Zusammenarbeit mit den Gemeinden die erforderlichen Angebote für pflege- und betreuungsbedürftige sowie ältere Menschen bereit. Zu den Angeboten gehören die Leistungen insbesondere von Beratungs- und Informationsstellen, Einrichtungen zur Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex), Alters- und Pflegeheimen sowie von Krankenheimen und Pflegeabteilungen von Spitälern.

Gemäss Art. 59 der Sozialhilfegesetzes (SHG) erhebt und analysiert die Gesundheits- und Fürsorgedirektion regelmässig den Bedarf an institutionellen Leistungsangeboten. Es sind dies stationäre und nichtstationäre Leistungen, insbesondere der Vorsorge, Beratung und Betreuung, Pflege und Therapie, Unterbringung, Erziehung und Bildung, Beschäftigung und Integration.

Beim vorliegenden Bericht handelt es sich um einen Planungsbericht gemäss Art. 60, Abs. 1, Bst. b des Gesetzes über den Grossen Rat. Gemäss Art. 60, Abs. 2 unterbreitet der Regierungsrat solche besonderen Berichte dem Grossen Rat zur Kenntnisnahme.

Auswirkungen beim Ausbleiben von Massnahmen

Bei einem Ausbleiben der beschriebenen Massnahmen könnte im Kanton Bern eine den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung entsprechende Altersversorgung nicht mehr sichergestellt werden. Eine – wenn auch nicht den Wünschen der Bevölkerung entsprechende – Alternative zu den im Bericht dargestellten Massnahmen bildet einzig der massive Ausbau des stationären Heimangebots. Dieser wäre jedoch mit enormen Kosten verbunden. Auf der Basis des heutigen Versorgungsstandes wären bis 2030 rund 6600 zusätzliche Pflegeheimplätze nötig, was allein Investitionskosten von schätzungsweise rund Fr. 1 Milliarde sowie zusätzliche jährliche Betriebsbeiträge von rund Fr. 35 Mio. nach sich ziehen würde (ohne Leistungen der Krankenversicherer und Ergänzungsleistungen).

ZUSAMMENFASSUNG UND ANTRAG

Wie einleitend festgehalten, ist es das Ziel dieses Berichts, die Grundlage zur Erarbeitung einer bedarfsgerechten, nachhaltigen und für den Kanton finanziell tragbaren Altersversorgung im Kanton Bern zu legen. Der Bericht zeigt, dass dazu Interventionen auf verschiedensten Ebenen (Handlungsfelder) notwendig sind. Bei einigen Massnahmen kann auf bereits bestehende, bewährte Strukturen zurückgegriffen und ein Ausbau des Angebots in einem bestimmten Ausmass geprüft oder angestrebt werden (z. B. Spitex, Heime, Beratung Pro Senectute). Bei anderen Massnahmen geht es darum, das entsprechende Angebot in die Praxis umzusetzen und den Nutzen für die Alterspolitik erst einmal festzustellen.

Das im Bericht dargestellte Vorgehen soll ermöglichen, kurz- und mittelfristig eine bedarfsgerechte Versorgung älterer Menschen sicherzustellen und gleichzeitig innert nützlicher Frist (rund fünf Jahre) die langfristig notwendigen Versorgungsstrukturen im Altersbereich zu definieren und auch die entsprechenden Kosten abzuschätzen. Die im Bericht beschriebenen Massnahmen sind nicht abschliessend. Auch weiterhin soll es möglich sein, innovative Projekte, die einen zusätzlichen Beitrag zu einer nachhaltigen Alterspolitik leisten können, durch die öffentliche Hand zu unterstützen. Der Bericht gibt allerdings die entsprechende alterspolitische Stossrichtung vor.

Dem Grossen Rat wird beantragt, den Inhalt dieses Berichts zustimmend zur Kenntnis zu nehmen.

Zusammenfassung der Vernehmlassung

Die Vernehmlassungsfrist zum vorliegenden Bericht dauerte von Anfang April bis Ende Juni 2004. Der Eingang von 114 Vernehmlassungsantworten zeigt, dass der Bericht bei der Bevölkerung und in Fachkreisen auf grosses Interesse gestossen ist. An der Vernehmlassung nahmen die kantonalen Direktionen, die kantonalen Parteien, die betroffenen Fachverbände und zahlreiche weitere Organisationen, Institutionen und Einzelpersonen teil.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion konnte erfreut zur Kenntnis nehmen, dass die im Bericht «Alterspolitik im Kanton Bern» vorgestellte Stossrichtung sowie das geplante Vorgehen zur Gestaltung der zukünftigen Alterspolitik grundsätzlich auf eine sehr breite Unterstützung gestossen ist. Die kantonalen Direktionen, die kantonalen Parteien, zahlreiche Verbände, Fachstellen, Gemeinden und Privatpersonen stimmten dem Bericht in seinem Grundsatz explizit oder implizit zu. Verschiedentlich wurde gefordert, die Umsetzung der Alterspolitik im Sinne des Berichts rasch an die Hand zu nehmen. Angesichts dieser grundsätzlichen Rückmeldung aus der Vernehmlassung wurde an den zentralen Inhalten des Berichts festgehalten. Erwartungsgemäss ist im Rahmen der Vernehmlassung auch eine Vielzahl von Anregungen und Kritiken zu einzelnen Punkten angeführt worden.

Zahlreiche Aspekte haben inzwischen Eingang in den Bericht gefunden. Verweise auf die entsprechenden Stellen im Bericht sind in diesem Kapitel aufgeführt. Zu verschiedenen Anregungen, die nicht in den Bericht aufgenommen wurden, wird nachstehend Stellung genommen.

Allgemeine Hinweise zum Bericht

Zahlreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Vernehmlassung haben kritisiert, dass der Betreuung und Pflege durch Angehörige sowie der Freiwilligenarbeit zu wenig Bedeutung zugemessen wird. Es wird gefordert, diese Bereiche zu unterstützen und **Anreize für pflegende/betreuende Angehörige sowie für Freiwilligeneinsätze** in den verschiedensten Bereichen der Altersversorgung zu schaffen. Dabei wird insbesondere auf die Notwendigkeit von finanziellen Anreizen für Angehörige und freiwillig Tätige verwiesen. Konkret wird die Unterstützung dieser Engagements durch finanzielle Anreize, Entlastungsangebote und die Finanzierung von Beratungs- und Vermittlungsorganisationen gefordert. Diese Aspekte werden auf den Seiten 15 und 41 neu in den Bericht aufgenommen.

Von verschiedenen Seiten, vor allem von Fachverbänden im Pflegebereich, wurde festgehalten, dass die **Palliativpflege zu wenig berücksichtigt** wird. Bezüglich der Auseinander-

setzung mit Sterben und Tod und der Aneignung von spezifischem Fachwissen bestehe in den verschiedensten Bereichen der Altersversorgung (stationäre Institutionen, ambulante Dienste, Hausärzte usw.) ein dringender Nachholbedarf. Auf diesen Punkt wird auf Seite 42 des Berichts näher eingegangen.

Verschiedentlich wurde bemerkt, dass bei den zukünftigen Herausforderungen im Altersbereich zwar auf die zunehmende Anzahl von älteren Migrantinnen und Migranten hingewiesen, jedoch auf diese Problematik bei den Handlungsfeldern nicht näher eingegangen wird. **Konkrete Massnahmen für ältere Migrantinnen und Migranten fehlten.** Auf Seite 43 des Berichts wird dieser Punkt mit Blick auf mögliche Massnahmen zur Bewältigung der entsprechenden Problemstellungen nochmals aufgenommen.

Einzelne Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Vernehmlassung vertreten die Ansicht, der **Bericht werde dem Anspruch einer umfassenden Alterspolitik nicht gerecht.** Er befasse sich einseitig mit den Risiken und Kostenfolgen des Alters und zu wenig mit den Chancen, die mit der Zunahme von gesunden älteren Menschen für unsere Gesellschaft bestehen. Aufgrund dieser Kritik wurde in der Einleitung das von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion mit diesem Bericht verfolgte Ziel präzisiert (Sicherung der Unterstützung von Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind und diese nicht mit eigenen Mitteln finanzieren können). Eine umfassende Auseinandersetzung mit den gesellschaftspolitischen Konsequenzen von demographischen und sozialen Veränderungen hätte den Rahmen dieses Berichts jedoch gesprengt.

Einzelne Parteien und Fachstellen haben kritisiert, dass **geschlechtsspezifischen Aspekten, die sich aufgrund der Feminisierung des Alters aufdrängen, zu wenig Rechnung getragen werde.** Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist sich der Tatsache bewusst, dass Frauen aufgrund der unterschiedlichen Lebenserwartung sowie sozialer Normen von den Schwierigkeiten des Alterns häufiger betroffen sind. Zudem leisten Frauen einen Grossteil der Arbeit im Altersbereich, sowohl im freiwilligen wie auch im professionellen Bereich. Bei der Beschreibung der zukünftigen Herausforderungen wurde dieser Aspekt aufgenommen (siehe Seite 7). Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist bestrebt, bei den Massnahmen in den verschiedenen Handlungsfeldern immer auch zu prüfen, ob bei der Ausgestaltung eines Angebots auch geschlechtsspezifische Differenzierungen angezeigt sind.

Verschiedene Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehen in der vorgestellten Alterspolitik den **Heimbereich als zu negativ dargestellt.** Sie betonen, dass im Heim auch zukünftig für viele Menschen die beste Versorgung geboten werden kann. Bei den Ausführungen zur Stossrichtung (siehe Seite 12) wird ausdrücklich festgehalten, dass die kantonale Alterspolitik den Heimaufenthalt nicht negativ bewertet. Hingegen ist es nicht realistisch und von der Bevölkerung auch nicht gewünscht, wie bisher den Schwerpunkt der Alterspolitik einseitig auf den stationären Bereich zu legen. Mit mehreren gleichwertigen Schwerpunkten (ambulant und stationär) soll eine den Bedürf-

nissen entsprechende und finanzierbare Behandlungskette aufgebaut werden können.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Vielfalt der im Bericht vorgestellten Massnahmen, welche die Gefahr der «Verzettelung» mit sich bringe. Es wird gefordert, bei den aufgezählten Massnahmen **Kosten-Nutzen-Abwägungen vorzunehmen und Prioritäten festzulegen**. Bei den im vorliegenden Bericht erwähnten Massnahmen handelt es sich um eine nicht starre und abgeschlossene Auswahl von Ansatzpunkten, die zur Optimierung der Altersversorgung beitragen könnten. Im Rahmen des gewählten, pragmatischen und prozesshaften Vorgehens sollen diese Massnahmen gegebenenfalls angepasst, ergänzt oder auch aufgegeben werden können. Ziel ist es, vor einer flächendeckenden Einführung von Massnahmen Pilotprojekte durchzuführen und zu evaluieren. Anhand dieser Ergebnisse sollen anschliessend Prioritäten festgelegt werden.

In eine ähnliche Richtung stösst die Forderung, alterspolitische **Projekte nur dann durchzuführen, wenn sie auf gesichertem wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren**. Dazu ist festzuhalten, dass die vorgesehenen Pilotprojekte zur Gewinnung von Wissen dienen sollen. Massnahmen sollen erst auf der Basis von überzeugendem Wissen definitiv und flächendeckend eingeführt werden. Auch Erkenntnisse zu negativen Auswirkungen oder zum Nichterreichen von vermuteten Wirkungen sind wertvoll für die Bestimmung des weiteren Vorgehens.

Bezüglich der Auswirkungen der vorliegenden Alterspolitik auf die Wirtschaft wird festgehalten, dass mit dieser **keine aktive Standortpromotion für den Kanton Bern** erfolge. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion widerspricht dieser Haltung. Sie geht davon aus, dass die vorliegende Alterspolitik die Wachstumsstrategie des Kantons optimal ergänzt. Sie trägt zur Erhaltung einer Vielzahl von attraktiven Arbeitsplätzen und Lehrstellen auch in Randregionen bei. Gesicherte, zukunftsgerichtete Versorgungsangebote tragen zur Verminderung von Abwanderung und gegebenenfalls zur Förderung von Zuwanderung vermögender Steuerzahler/innen bei.

Ausgehend davon, dass sich mit den demographischen Veränderungen auch Finanzkräfte und Finanzströme innerhalb der Gesellschaft ganz entscheidend verschieben werden, wird angeregt, einen **Bericht zur Entwicklung der Generationenbilanz in Auftrag** zu geben. Wenn auch die Richtigkeit und die gesellschaftliche Bedeutung dieser Entwicklungen nicht bezweifelt wird, erachtet die Gesundheits- und Fürsorgedirektion diesen Vorschlag zum heutigen Zeitpunkt nicht als angezeigt. Ein sehr grosser Aufwand zur Durchführung entsprechender Analysen dürfte mit wenig praktischem Nutzen im vorliegenden Zusammenhang verbunden sein.

Hinweise zu den einzelnen Handlungsfeldern

Handlungsfeld 1

Folgende Aspekte wurden aufgrund von Anregungen aus der Vernehmlassung in den Bericht aufgenommen:

- Die **Kirchen** engagieren sich heute in verschiedensten Bereichen zum Wohl der älteren Bevölkerung. Im Bericht wird an mehreren Stellen (siehe Seiten 14 und 20) auf dieses auch in Zukunft äusserst wichtige Engagement verwiesen.
- **Beratung und Gesundheitsförderung ist nicht ausschliesslich Angelegenheit der Pro Senectute**. Eine allfällige Zusammenarbeit zwischen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion und weiteren Trägerschaften in diesem Bereich ist nicht ausgeschlossen (siehe Seite 14).

Handlungsfeld 2

Verschiedentlich wurde im Rahmen der Vernehmlassung gefordert, dass die **Ausbildung der Hausärztinnen und Hausärzte – die eine sehr wichtige Funktion in der Altersversorgung haben – unterstützt werden müsse**. Ohne Anstrengungen in diesem Bereich drohe ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion erkennt diese Problematik. Sie wird auf Seite 42 des Berichts aufgenommen.

Das Geriatriekonzept wird in einem Fall abgelehnt.

Dieses sei zu hinterfragen, weil durch Spezialisierung Kosten-erhöhungen zu erwarten seien. Stützpunkte seien teuer. Es wird eine Integration in die Innere Medizin und die Versorgung vor allem durch Hausärztinnen/Hausärzte gefordert, die am geriatrischen Zentrum ausgebildet werden müssten.

Zur Frage der Spezialisierung ist festzuhalten, dass beim Geriatriekonzept gerade die Generalisierung des medizinischen Know-hows angestrebt wird (bester Nutzen mit anerkannten Therapien aller Fachbereiche), ohne spezifische, eigene «Technologie». Aus diesem Grund und durch die Vernetzung der spezifischen Angebote wird eher eine insgesamt kostendämpfende Wirkung erwartet.

Stützpunkte sind nicht grundsätzlich teuer. Ein Mehraufwand entsteht allenfalls für Vernetzungsaufgaben, die jedoch durch Einsparungen andernorts (weniger Fehlkonsultationen bzw. -behandlungen) kompensiert werden. Der Aufwand pro Pflergetag ist im Übrigen in der Geriatrie geringer als in den anderen akutmedizinischen Fachbereichen. Geriatrieversorgung durch Hausärztinnen/Hausärzte ist im Rahmen des Konzepts im ambulanten Bereich erwünscht, wobei Fachgeriater auf Anfrage Unterstützung leisten. Das Kompetenzzentrum hat gemäss Konzept Funktionen in der Aus- und Weiterbildung (siehe Seite 19).

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hält am Geriatriekonzept fest.

Verschiedenlich wird im Rahmen der Vernehmlassung gefordert, dass die **Gerontopsychiatrie gestärkt werden müsse**. Dieser Hinweis wird aufgenommen. Im Rahmen der Psychiatrieplanung soll der Gerontopsychiatrie das notwendige Gewicht beigemessen werden (Seite 19).

In einem Fall wird gefordert, dass die Schaffung von Angeboten für **Übergangspflege und Entlastungsplätze gemeinsam zu betrachten** seien, da sich diese Angebote kombinieren liessen und Synergien geschaffen werden können. Von Seiten der Gesundheits- und Fürsorgedirektion steht Projekten, die einen solchen Ansatz verfolgen, selbstverständlich nichts im Wege.

Handlungsfeld 3

Verschiedentlich wurde kritisiert, dass **Wohnformen wie dezentrale Pflegestationen oder Wohnheime zu wenig berücksichtigt wurden**. Die Bedeutung solcher Wohnformen zwischen dem selbstständigen Wohnen zu Hause und dem Leben im Heim ist zweifellos von grosser Bedeutung. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist bestrebt, bezüglich der gesetzlichen Vorschriften und der Finanzierung der Pflege Voraussetzungen zu schaffen, welche diese Wohnformen fördern (siehe Seite 21).

In einem Fall wird gefordert, die Notwendigkeit von **Sanierungen und Anpassungen in bestehenden Heimen jeweils sehr sorgfältig zu prüfen. Die geplante Reduktion von Mehrbettzimmern wird als nicht zwingend erachtet** und aus Kostengründen in Frage gestellt. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion nimmt im Einzelfall eine sorgfältige Prüfung vor. Sie erachtet jedoch das Leben von Heimbewohnerinnen und -bewohnern in einem Vierbettzimmer als nicht mehr verantwortbar und hält an der Absicht fest, Mehrbettzimmer zu reduzieren (siehe Seite 21).

Folgende Aspekte und Hinweise wurden aufgrund von Anregungen und Bemerkungen aus der Vernehmlassung in den Bericht aufgenommen:

- Bei der Bereitstellung von Heimen wird die Gesundheits- und Fürsorgedirektion wie bis anhin auch die Frage **prüfen, ob in der Region allenfalls frei gewordene Spitalinfrastruktur genutzt werden kann** (siehe Seite 21).
- Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist bestrebt, hinsichtlich der Finanzierung von baulichen **Erneuerungen neue, einfachere Beitragsmodelle zu entwickeln**, die den Anreiz für private Investitionen erhöhen und die Realisierung von Bauvorhaben beschleunigen (siehe Seite 21).
- Die **Baugesetzgebung** soll in Zusammenarbeit mit der Bau-, Verkehrs- und Energiedirektion im Hinblick auf eine Pflicht zur Erstellung von mehr behindertengerechtem Wohnraum überprüft werden (siehe Seite 23).
- Die **Ausdehnung von Familienplatzierungen auf Nicht-Bauernfamilien** wird nicht ausgeschlossen (siehe Seite 22f).

- Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion **hält nicht an der starren Regelung der Bewohnerzahl dezentraler Pflegestationen fest**. Die formelle Anpassung der in der Praxis überholten Regelung wird eingeleitet.

Handlungsfeld 4

Ausschliesslich zustimmende Bemerkungen zu den vorgesehenen Massnahmen

Handlungsfeld 5

Ausschliesslich zustimmende Bemerkungen zu den vorgesehenen Massnahmen

Handlungsfeld 6

Es wird in einem Fall gefordert, auf die **Konsequenzen (Mehrausgaben) eines Ausbaus der Pflegeheimplätze bei den Ergänzungsleistungen** hinzuweisen. Dieser Forderung wird im Bericht nachgekommen (siehe Seite 32f). Allerdings wird auch darauf verwiesen, dass die zusätzliche Nachfrage nach Pflegeheimplätzen auf einen steigenden Pflege- und Betreuungsbedarf zurückzuführen ist. Die damit verbundenen Mehrkosten für die öffentliche Hand müssen gedeckt werden, wenn nicht durch die EL, so durch andere öffentliche Gelder (z. B. Sozialhilfe).

Handlungsfeld 7

Verschiedene Teilnehmerinnen und Teilnehmern fordern, die unter den **VAP-Massnahmen ausgerichteten Ausbildungsentschädigungen für Späteinsteigerinnen und Späteinsteiger in den Pflegebereich wieder einzuführen**. Bis 1998 richtete die GEF sogenannten «Spätberufenen» (Kriterium: über 30 Jahre, seit 2 Jahren im Kanton Bern wohnhaft) die eine Ausbildung im Pflegebereich in Angriff genommen haben, eine «Spätberufenenentschädigung» aus. Da die bestehende Ausbildungspraxis im Pflegebereich kaum Möglichkeiten für eine flexible Gestaltung der Ausbildung (und damit der Aufrechterhaltung einer daneben bestehenden Beschäftigung oder Familienarbeit) zulies, sollte mit der Steuerung über den Lohn die Voraussetzung geschaffen werden, um vermehrt ältere Erwerbstätige für eine Ausbildung im Pflegebereich motivieren zu können. Von diesen erhoffte man sich auch eine längere Berufsverweildauer. Diese Massnahme wurde einer Erfolgskontrolle unterzogen. Die Ergebnisse zeigten, dass die gewünschten Zielsetzungen mit der Spätberufenenentschädigung nicht erreicht werden konnten. Die Massnahme wurde deshalb 1998 abgeschafft.

Im Rahmen des akuten Personalnotstandes in den Folgejahren wurde im Rahmen der VAP-Massnahmen die Spätberufenenentschädigung als Sofortmassnahme befristet für 2 Jahre wieder eingeführt. Weiterhin in Kenntnis der negativen Ergebnisse der Erfolgskontrolle sollte die befristete Massnahme jedoch dazu dienen, sehr rasch noch einmal eine bestimmte Anzahl Personen dem Pflegebereich zuzuführen.

Heute sind die Voraussetzungen wieder anders: Einerseits hat sich der aktuelle Personalnotstand etwas entschärft, andererseits werden mit der neuen Bildungssystematik besonders auf der Ebene der höheren Fachschulen vermehrt modulare

Ausbildungsangebote geschaffen. Somit ist eine individuellere und flexiblere Gestaltung des Ausbildungsganges (je nach Vorbildung und Erfahrung) möglich. Dadurch können die Ausbildungsbetriebe attraktivere «Einstiegsmöglichkeiten» für ältere Personen mit bestehender Vorbildung oder Erfahrung anbieten.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion erachtet es als sehr wichtig, dass im Altersbereich entsprechende attraktive Ausbildungsstellen für Späteinsteigerinnen und Späteinsteiger angeboten werden. Eine Wiedereinführung der Späteinsteigerentschädigung lehnt sie aber aus obenstehenden Gründen ab.

Bezüglich Handlungsfeld 7 wird in Einzelfällen darauf hingewiesen, dass auch im **Bereich der tertiären Ausbildungen im Pflegebereich Massnahmen zur Erhaltung des Personalbestandes notwendig** seien. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion teilt diese Ansicht. Die Massnahmen in diesem Handlungsfeld (siehe Seite 37) sollen auch dem Tertiärbereich zugute kommen.

Handlungsfeld 8

Verschiedentlich wird gefordert, dass **Qualitätsvorgaben auch für den ambulanten Bereich** gemacht werden sollten. Diese Forderung deckt sich mit der Absicht der Gesundheits- und Fürsorgedirektion. Entsprechende Arbeiten sind in Vorbereitung (siehe Seite 17)

Handlungsfeld 9

Zahlreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer **stimmen der Subjektfinanzierung explizit zu** und fordern deren rasche Einführung. Verschiedentlich wird die Ausdehnung der Subjektfinanzierung auf die ambulanten Dienste gefordert. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hält an ihrer Absicht fest, die Subjektfinanzierung für den stationären Bereich so rasch wie möglich flächendeckend einzuführen. Der Zeitpunkt für eine Ausdehnung auf den ambulanten Bereich ist verfrüht, allerdings für die Zukunft keinesfalls auszuschliessen. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion erachtet in diesem Zusammenhang ein schrittweises Vorgehen als sinnvoll.

Arbeitsgruppen, die zur Entwicklung des Berichts beigetragen haben

Spurgruppe Alterspolitik

Ziel: Interdisziplinäre und vom Tagesgeschäft losgelöste Diskussion aktueller Entwicklungen in der Alters- und Langzeitversorgung sowie kritische Auseinandersetzung mit den alterspolitischen Arbeiten der Gesundheits- und Fürsorgedirektion.

Beteiligte externe Fachleute:

- Frau B. Bohli, Schule für Aktivierungstherapie, Burgdorf
 - Frau Th. Boppart, Oberaargauisches Pflegeheim Wiedlisbach
 - Frau M. Brüngger, ehem. Spital Bern Ziegler
 - Frau S. Kuhn, Spitex Langenthal
 - Frau R. Ritter-Rauch, Alzheimervereinigung Schweiz
 - Frau K. Weidmann, Esther-Schüpbach-Stiftung Steffisburg
 - Herr F. Frey, Leiter Domicil für Senioren Bern
 - Herr Dr. F. Furger, Spital SRO Niederbipp
 - Herr Dr. A. Gebert, Fürsorge-, Heim- und Spitalkommission
 - Herr Prof. H. Leibundgut, Hochschule für Soziale Arbeit, Bern
 - Herr Dr. Th. Ritschard, Spital Aarberg
 - Herr Dr. P. Weibel, Bern
- Vorsitz:
- Herr Dr. R. Gerber, Generalsekretär Gesundheits- und Fürsorgedirektion

Arbeitsgruppe Geriatrie

Ziel: Erarbeitung der Grundlagen für eine bedarfsgerechte geriatrische Versorgung im Kanton Bern in normativ-qualitativer Hinsicht und im Hinblick auf die konkret erforderlichen Versorgungsstrukturen zu Handen der politischen Entscheidungsträger; Vorlegen eines Umsetzungs-, Kosten- und Zeitplans im Rahmen der kantonalen Alterspolitik.

Beteiligte externe Fachleute:

- Herr Dr. Ch. Chappuis, Spital Bern Ziegler
 - Herr Dr. F. Furger, Spital SRO Niederbipp
 - Herr Dr. M. Miauton, Psychiatriezentrum Münsingen
 - Herr Dr. D. Pauli, Köniz
 - Herr Dr. Th. Ritschard, Spital Aarberg
 - Herr Dr. H. Schaad, Spital Interlaken
 - Herr Prof. Dr. A. Stuck, Spital Bern Ziegler
 - Herr Dr. Th. Widmer, Spitalzentrum Biel
- Vorsitz:
- Herr Dr. Th. Spuhler, Abteilungsleiter Spitalamt GEF

Arbeitsgruppe «Betreuung von demenzkranken Menschen im Kanton Bern»

Ziel: Erarbeitung von Massnahmen zur Verbesserung der stationären und ambulanten Betreuung von demenzkranken Menschen.

Beteiligte externe Fachleute:

- Frau E. Christen, Haus Serena, Schönbühl
 - Frau M. Gasser, Krankenhaus St. Niklaus, Koppigen
 - Frau Dr. E. Gerber, Geriatriezentrum Spital Bern Ziegler
 - Frau S. Mattmann, Spitex Köniz
 - Frau R. Ritter-Rauch, Alzheimervereinigung Schweiz
 - Frau Dr. R. Schmitt, Krankenhaus Ittigen
 - Frau. Dr. B. Schüpbach, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD
 - Herr F. Frey, Domicil für Senioren Bern
 - Herr Dr. A. Gebert, Fürsorge-, Heim- und Spitalkommission
 - Herr A. Jeschko, Alzheimervereinigung Bern
 - Herr U. Leuthold, Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern
 - Herr Ch. Raaflaub, ehem. Psychogeriatrisches Heim Oberried
 - Herr W. Wyss, Krankenhaus Steffisburg
- Vorsitz:
- Herr M. Loosli, Alters- und Behindertenamt, GEF

Ausschuss Alterspolitik (Gesundheits- und Fürsorgedirektion intern)

Ziel: Amtsübergreifende Koordination der Projekte im Altersbereich.

Beteiligte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter GEF:

- Herr M. Loosli, Vorsteher Alters- und Behindertenamt
 - Herr E. Ramseier, Vorsteher Spitalamt
 - Frau A. Gfeller, Leiterin Abteilung Planungsgrundlagen Alters- und Behindertenamt
 - Frau A. Hornung, Leiterin Abteilung Alter, Alters- und Behindertenamt
 - Herr J. Binder, Leiter Abteilung für wissenschaftliche Auswertung/Dienststelle Psychiatrie
 - Herr Th. Spuhler, Leiter Abteilung Grundlagen Spitalamt
 - Herr J. Guillaume, Stv. Leiter Abteilung Alter, Alters- und Behindertenamt
 - Frau Ch. Brunswicker, Mitarbeiterin Abteilung Grundlagen, Spitalamt
 - Herr S. Leutwyler, Stv. Leiter Abteilung Planungsgrundlagen Alters- und Behindertenamt
- Vorsitz:
- Herr Dr. R. Gerber, Generalsekretär Gesundheits- und Fürsorgedirektion

Bisherige Veranstaltungen im Zusammenhang mit der Erarbeitung des vorliegenden Berichts

16. Oktober 2002

Klausursitzung des Regierungsrats zum Thema Alterspolitik. Vorstellung der alterspolitischen Herausforderungen und erste Ansatzpunkte im Rahmen des «Zwischenberichts zum Stand der Umsetzung Alterspolitik 2005»

6. November 2002

1. Forumsveranstaltung in Herzogenbuchsee mit den verschiedenen Leistungserbringern im Altersbereich der Pilotregion Oberaargau. Präsentation der von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion durchgeführten Stärken-Schwächen-Analysen in Langzeitinstitutionen und Diskussion zur Optimierung der Vernetzung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern.

11. Dezember 2002

1. Forumsveranstaltung in Frutigen mit den verschiedenen Leistungserbringern im Altersbereich der Pilotregion Frutigen. Präsentation der von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion durchgeführten Stärken-Schwächen-Analysen in Langzeitinstitutionen und Diskussion zur Optimierung der Vernetzung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern.

19. März 2003

Treffen mit Verantwortlichen der Krankenversicherung Visana. Austausch von gemeinsamen Problemstellungen im Bereich der Altersversorgung und Abklärung von allfälligen Zusammenarbeiten in diesem Bereich.

26. März 2003

Treffen mit Verbänden der stationären Langzeitinstitutionen und Santésuisse. Präsentation und Diskussion des Entwurfs für eine neue Pflegeheimplanung. (In der Zwischenzeit wurde bei diesen Verbänden auch ein schriftliches Vernehmlassungsverfahren durchgeführt.)

15. Oktober 2003

Klausursitzung des Regierungsrats zum Thema Alterspolitik. Vorstellung der alterspolitischen Stossrichtung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion und der zentralen Inhalte dieses Berichts.

28. Oktober 2003

Mediengespräch zum Thema Alterspolitik. Vorstellung der alterspolitischen Stossrichtung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion und der zentralen Inhalte dieses Berichts.

14. November 2003

Vorstellen der zentralen Inhalte des vorliegenden Berichts beim Vorstand der Pro Senectute Kanton Bern. Einholen einer ersten Einschätzung zum gewählten Vorgehen.

18. November 2003

2. Forumsveranstaltung der Pilotregion Oberaargau in Langenthal. Präsentation der bisherigen Arbeiten der regionalen Kerngruppe «Alterspolitik» unter der Leitung der Regierungsratthalter M. Sommer (Wangen) und M. Lerch (Aarwangen).

25. November 2003

Vorstellen der zentralen Inhalte des vorliegenden Berichts anlässlich des Treffens der Parlamentariergruppe «Alter» des Grossen Rats.

31. März 2004

Vorstellen der zentralen Inhalte des vorliegenden Berichts anlässlich der Vorstandssitzung des Spitex-Verbands.

14. April 2004

Regionale Informationsveranstaltung zur Alterspolitik im Rahmen der Vernehmlassung zum vorliegenden Bericht in Bern

19. April 2004

Regionale Informationsveranstaltung zur Alterspolitik im Rahmen der Vernehmlassung zum vorliegenden Bericht in Tramelan

21. April 2004

Regionale Informationsveranstaltung zur Alterspolitik im Rahmen der Vernehmlassung zum vorliegenden Bericht in Lyss

Mai 2004

Informationsveranstaltungen im Rahmen der Vernehmlassung zur Umsetzung der Heimverordnung (HEV) in Bern, Interlaken, Pieterlen und Tramelan

2. Mai 2004

Regionale Informationsveranstaltung zur Alterspolitik im Rahmen der Vernehmlassung zum vorliegenden Bericht in Burgdorf

5. Mai 2004

Regionale Informationsveranstaltung zur Alterspolitik im Rahmen der Vernehmlassung zum vorliegenden Bericht in Spiez

23. Juni 2004

Vorstellung der Alterspolitik bei der «Conférence des maires du Jura Bernois»

7. September 2004

Treffen GEF/Vorstand Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (Austausch zum Stand Alterspolitik im Kanton Bern)

1. November 2004

Vorstellung der Alterspolitik anlässlich der PräsidentInnen- und Betriebsleiterinnenkonferenz der Spitex Kanton Bern

4. November 2004

3. Forumsveranstaltung der Pilotregion Oberaargau in Langenthal. Präsentation der bisherigen Arbeiten der regionalen Kerngruppe «Alterspolitik» unter der Leitung der Regierungsratthalter M. Sommer (Wangen) und M. Lerch (Aarwangen).

Empfehlungen für die stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Kanton Bern (Mai 2003)

(Erarbeitet von der Arbeitsgruppe «Betreuung demenzkranker Menschen im Kanton Bern»)

1. Vorbemerkungen

- Vorliegendes Papier ist auf die stationäre Betreuung von demenzkranken Menschen ausgerichtet. Ein Grossteil der demenzkranken Menschen lebt heute jedoch zu Hause und wird von Angehörigen betreut.
- Es ist das Ziel, die Angehörigen so zu unterstützen, dass demenzkranke Menschen möglichst lange in Ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Ein Heimeintritt ist subsidiäres Ziel, wenn eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist. Dazu werden noch vermehrt dezentrale Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige (Entlastungsbetten in bestehenden Institutionen, Tages-/Nachtstätten) geschaffen werden müssen. Die Schaffung von Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige – insbesondere von BewohnerInnen mit höherem Betreuungsaufwand – muss für die Heime kostendeckend sein. Weiterer Handlungsbedarf besteht in der verbesserten Koordination der Angebote für Abklärung und Beratung von demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen sowie bei der Stärkung (Schulung, Unterstützung) der Spitex im Bereich der Betreuung von demenzkranken Menschen.
- Vorliegendes Papier soll Ansatzpunkte zur Optimierung der stationären Betreuung von demenzkranken Menschen aufzeigen. Es ist dabei jedoch zwingend zu beachten, dass eine Mehrzahl der unter Punkt 3 aufgezählten Ansatzpunkte nicht nur für diese Zielgruppe Bedeutung haben, sondern ganz grundsätzlich im Hinblick auf die Qualität der Betreuung und Pflege im Heim Beachtung finden sollten.

2. Allgemeine Feststellungen zur stationären Betreuung von demenzkranken Menschen

2.1. Betreuung in dezentralen Alters- und Pflegeheimen

Die Beziehung zu anderen Menschen, insbesondere zu nahestehenden Angehörigen, gehört in jedem Stadium der Krankheit zu den wichtigsten Bedürfnissen von demenzkranken Menschen. Deshalb sollten demenzkranke Menschen möglichst in der Nähe des früheren Wohnortes, in der Nähe der

²³ Zu beachten ist in diesem Zusammenhang aber auch: «Störendes» Verhalten infolge Demenzkrankheit kann nicht alleiniger Grund für eine Verlegung in eine Spezialabteilung oder ein Spezialheim sein. Viele der nicht dementen BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen leiden an einer anderen psychogeriatrischen Krankheit. Auch dort kommt störendes Verhalten vor. Demenzkranke können auch unter Verhaltensstörungen anderer Bewohner leiden.

Angehörigen resp. im Pflegeheim ihrer Wahl betreut werden können (Angehörige sind oft auch selbst betagt, so dass lange Reisewege vermieden werden sollten).

Dies bedeutet, dass demenzkranke Menschen, welche nicht mehr zu Hause betreut werden können, so weit wie möglich in bestehende, lokale Alters- und Pflegeheime in der Region ihres Wohnortes integriert werden sollen (dies erscheint auch aufgrund des weiterhin steigenden Anteils von demenzkranken Menschen unter den heutigen und zukünftigen HeimbewohnerInnen zwingend). Bei der Mehrzahl der BewohnerInnen mit einer Demenzerkrankung ist eine Integration in eine herkömmliche Alters- und Pflegeinstitution durchaus möglich. Dies bedingt jedoch, dass die lokalen Alters- und Pflegeheime konzeptionell und personell in der Lage sind, demenzkranke Menschen ihren Bedürfnissen entsprechend zu betreuen.

2.2. Betreuung in spezifischen Gruppen für demenzkranke Menschen

Es gibt heute keine gesicherten Aussagen zu Vor- und Nachteilen (weder bezüglich der kognitiven Fähigkeiten noch der Aktivitäten des täglichen Lebens [ATL's]) der Betreuung von demenzkranken Menschen in spezifischen Abteilungen (ausschliesslich demenzkranke Menschen) gegenüber der Betreuung in gemischten Gruppen.

Bei der Betreuung in gemischten Gruppen ist eher gewährleistet, dass die Ausgrenzung demenzkranker Menschen verhindert wird (innerhalb der HeimbewohnerInnen aber auch gegenüber der Umwelt, da die «Hemmschwelle» für Besucher in einer gemischten Gruppe geringer ist als in einer spezifischen Abteilung/Spezialheim). Im Weiteren können vielfältige Anregungen von nicht demenzkranken Menschen positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf haben.

Anlässe zum Separieren von Bewohnergruppen (hier Demenzkranke und Nichtdemenzkranke) sind meist Probleme mit Bezug auf die soziale Umgebung: Aggressivität, kontinuierliche verbale und nicht-verbale Störungen, massive Tag-Nacht-Umkehr, starke motorische Unruhe usw.²³ Die Abwendung von Gefahren für die BewohnerInnen steht beim Verhindern des Weglaufens im Vordergrund. Dies dürfte auch ein wesentlicher Grund dafür sein, dass demenzkranke Menschen mit starkem Bewegungsdrang in verschiedenen Heimen nicht aufgenommen werden. Es ist jedoch zu vermuten, dass hinsichtlich der Bewältigung eines grossen Teils dieser Problemstellungen und Herausforderungen konzeptionelle Vorkehrungen notwendig sind, die in aller Regel nicht an eine spezifische Abteilung gebunden sind.

Das Errichten von spezifischen Abteilungen für demenzkranke Menschen soll nicht grundsätzlich positiv oder negativ beurteilt werden. Vor der Errichtung von spezifischen Abteilungen für demenzkranke Menschen ist sehr sorgfältig zu prüfen, inwiefern die erwünschten Effekte für die (dementen und nicht-dementen) auch durch konzeptionelle Massnahmen (vgl. Punkt 3), die nicht an eine spezifische Abteilung gebunden sind, erzielt werden können.

2.3. Betreuung in Spezialheimen für demenzkranke Menschen

Ein (geringer) Teil der demenzkranken Menschen im Kanton Bern wird aufgrund des Schweregrades der Krankheit und den damit zusammenhängenden, spezifischen Bedürfnissen weiterhin auf die Betreuung in einem spezialisierten Heim angewiesen sein.

In Spezialheimen für demenzkranke Menschen können die gesamten Rahmenbedingungen ausschliesslich auf die Bedürfnisse von demenzkranken Menschen ausgerichtet werden. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, Menschen mit einem besonderen Betreuungsbedarf aufzunehmen, welche weder zu Hause noch in einer dezentralen Institution im oben erwähnten Sinne betreut werden können. Im Weiteren besteht in den Spezialheimen ein grosses Know-How bezüglich der Betreuung von demenzkranken Menschen und die Aus- und Weiterbildung des Personals kann gezielter gefördert werden. Dezentrale Institutionen (mit oder ohne spezielle Abteilung für Demenzkranke) können vom Know-How der Spezialheime («Kompetenzzentren») profitieren.

2.4. Fazit

Zur stationären Betreuung von demenzkranken Menschen ist ein differenziertes Angebot notwendig:

- In erster Linie (und für die Mehrheit der demenzkranken Menschen) ist die Integration in die bestehenden lokalen Alters- und Pflegeeinrichtungen anzustreben.
- Aufgrund von spezifischen Bedürfnissen der demenzkranken Menschen in einer Institution oder aber auch aufgrund von Bedürfnissen der übrigen HeimbewohnerInnen kann in einem lokalen Alters- oder Pflegeheim die Errichtung einer speziellen Gruppe für demenzkranke Menschen sinnvoll sein. Die Vor- und Nachteile einer solchen speziellen Gruppe sind jeweils im Einzelfall aufgrund der spezifischen Bedingungen der Institution und der Bedürfnisse der betreuten Personen (u.a. anhand obenstehender Kriterien) sorgfältig zu prüfen.
- Spezialheime dienen dazu, demenzkranke Menschen, welche aufgrund ihrer individuellen Bedürfnisse im Rahmen von lokalen Einrichtungen nicht betreut werden können, aufzunehmen. Idealerweise können die übrigen Institutionen von dem spezifischen Wissen in Spezialheimen im Sinne eines Know-How-Transfers profitieren.
- In jedem Fall ist anzustreben, dass die Institutionen im Rahmen ihrer Anstrengungen zur Etablierung resp. Sicherung hochstehenden Pflege- und Betreuungsqualität auch die spezifischen Bedürfnisse demenzkranker Menschen in die Überlegungen einbeziehen. Die nachfolgenden Ansatzpunkte sollen dabei als Orientierung dienen.
- In der Pflegeheimplanung des Kantons ist ein differenziertes Angebot an stationären Plätzen für demenzkranke Menschen anzustreben.

3. Empfehlungen zur Optimierung der Betreuung von demenzkranken Menschen

Die untenstehenden Empfehlungen sind bei jeder «Form» («gemischte» Wohngruppen, getrennte Wohngruppen, Spezialheime) der stationären Betreuung von demenzkranken Men-

schen gültig. Sie sollen als Orientierung dienen, um (im Rahmen der Qualitätssicherung) Optimierungen bei der Betreuung von demenzkranken Menschen zu planen und zu realisieren.

Es handelt sich nicht um eine abschliessende Aufzählung möglicher Vorkehrungen zur Verbesserung der Bedingungen für demenzkranke Menschen. Vielmehr gibt es in der Literatur eine Vielzahl von erfolgsversprechenden Vorkehrungen zum Umgang mit demenzkranken Menschen. Zweck der folgenden Aufzählung ist das Aufzeigen der Vielfältigkeit von Ansatzpunkten, welche bei der Betreuung von demenzkranken Menschen beachtet werden sollten.

Die Beispiele orientieren sich an den allgemeinen Qualitätsdimensionen

- Autonomie
- Möglichkeiten zur Gestaltung von Privatsphäre
- Würde
- Bezug zum bisherigen Lebenszusammenhang
- Soziale Interaktion
- Sinnstiftende Aktivitäten
- Sicherheit
- Erhalten und Fördern der funktionellen Kompetenzen
- Wohlbefinden der BewohnerInnen

Damit die geforderten konzeptuellen Elemente nicht Schreibtischarbeit bleiben, hat die interne Qualitätsbeurteilung einen hohen Stellenwert. Der Kontakt mit anderen Heimen hilft, Eigenes in Frage zu stellen, Neues zu prüfen und eventuell aufzunehmen. Externe Qualitätsbeurteilung vermag mitzuhelfen, Schwächen der eigenen Leistungen besser zu erkennen und zu artikulieren. Zudem kann der Umfang der Umsetzung im eigenen Heim besser abgeschätzt werden.

Empfehlungen bezüglich Pflege- und Betreuungskonzept

3.1.1. Pflege und Betreuung

- Ein schriftliches Konzept regelt den Eintritt.
- Eine Pflegeplanung wird durchgeführt und dokumentiert (Bedürfnisse – Probleme & Ressourcen – Ziele – Massnahmen – Evaluation).
- Es besteht ein Bezugspersonensystem.
- Eine nachvollziehbare Tagesstruktur wird vorgegeben, die jedoch Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse (z. B. morgens kein Wecken, keine fixen Badepläne, gleitendes Morgenessen, kein «Lichterlöschen») nimmt.
- Methoden wie Milieuthérapie, Validation, Realitätsorientierungstraining, basale Stimulation, Kinästhetik, Biographie- und Erinnerungsarbeit etc. werden bedarfsgerecht eingesetzt.
- Tiere im Heim können eine therapeutische Funktion haben und werden bei Bedarf und nach Möglichkeit in der Betreuung eingesetzt.
- Es besteht ein Konzept zur ethischen Entscheidungsfindung.

3.1.2 Zusammenarbeit mit Angehörigen/BesucherInnen

- Die Zusammenarbeit mit Angehörigen ist im Konzept geregelt.
- BewohnerInnen und Angehörige werden in die Betreuung und in die medizinische Behandlung einbezogen.
- Die Institution ist für Angehörige Tag und Nacht offen.
- Übernachtung und Sterbebegleitung im Zimmer des Bewohners/der Bewohnerin ist möglich.

3.1.3. Rechte der BewohnerInnen

- Für die freiheitsbeschränkenden Massnahmen besteht ein Konzept. Die interdisziplinär erarbeiteten Richtlinien und Standards sind schriftlich vorhanden.²⁴
- Die Rechte der BewohnerInnen sind schriftlich festgehalten und werden vom Personal getragen.

3.1.4. Medizinische Behandlung

- Die medizinische Behandlung wird durch eine/n verantwortliche/n Arzt/Ärztin über längere Zeit (Bezugsperson) durchgeführt. Diese/r verfügt über mehrjährige Erfahrung in den Bereichen Geriatrie und Gerontopsychiatrie.
- Beim Eintritt wird ein geriatrisches Assessment durchgeführt.
- Medikamentöse Therapien werden sorgfältig überwacht.
- Die (konsiliarische) psychiatrische Betreuung ist sichergestellt.

3.2. Empfehlungen betreffend personellen Anforderungen

- Die Leitung des Pflegedienstes verfügt über eine Diplombildung und eine Führungsausbildung.
- Geriatrisches sowie demenzspezifisches Fachwissen ist im Pflgeteam vorhanden und wird kontinuierlich vertieft.
- Die Bereitschaft und das Interesse an der interdisziplinären Zusammenarbeit ist beim Betreuungspersonal sowie beim übrigen Heimpersonal (Küche, Wäsche, Reinigung usw.) vorhanden.

3.3. Empfehlungen für bauliche Massnahmen

3.3.1. Raumgestaltung

- Ein Grossinstitutions-Charakter wird durch Gestalten von überschaubaren Wohngruppen (maximale Anzahl ca. 15/16 Bewohner pro Gruppe) vermieden.
- In jeder Wohngruppe bestehen Räumlichkeiten und Einrichtungen, die der gewohnten häuslichen Umgebung entsprechen (Wohnraum, Esszimmer, Schlafzimmer, Toilette).

- Es bestehen 1-Bett-Zimmer und 2-Bett Zimmer.
- Im 2-Bett-Zimmer muss jede Person ihren eigenen Privatbereich haben.
- Für BewohnerInnen in einem 2-Bett-Zimmer besteht die Möglichkeit, sich für privates Zusammensein in einem separaten Raum zurückzuziehen.
- Öffentliche und private Bereiche im Heim sind definiert.
- Es gibt keine grösseren spiegelnden Flächen.
- Es besteht keine Uniformität betreffend Architektur und Einrichtung, aber auch kein unübersichtliches Durcheinander.
- In langen Korridoren bestehen Unterbrechungen durch Sitzgelegenheiten, Pflanzen, Bilder etc., ohne dass dadurch die Übersicht erschwert wird.
- Die Türen zu den Zimmern der BewohnerInnen sind individuell bezeichnet.
- Es bestehen im Heim Orientierungshilfen (Wochentag, Datum, Beschriftung Gemeinschaftsräume usw.)
- Der Aufenthaltsbereich ist wohnlich und gemütlich mit vertraut wirkenden Gegenständen (Lampen, Bilder, Bücher) gestaltet.
- Fernseher und Radio sind wohlüberlegt platziert.
- Grosse Fenster lassen die Jahreszeit, das Wetter, das Leben draussen miterleben.
- Das Essen findet in der überschaubaren Gruppe im Esszimmer statt.
- In jeder Wohngruppe gibt es einen nicht abgeschlossenen Raum für Gruppenaktivitäten.
- Die Räumlichkeiten sind behindertengerecht eingerichtet (z. B. Handläufe in den Gängen und Treppenhäuser [beidseitig], Sturzgefahren [z.B. Schwellen] sind eliminiert usw.).
- Um Lärm und Reizüberflutung zu vermeiden, bestehen idealerweise mehrere kleinere Gemeinschaftsräume anstelle eines grossen Gemeinschaftsraums.
- In allen Räumen sind die Fenster gesichert (Möglichkeit zur Sicherung in Kippstellung ist sinnvoll).

3.3.2. Lichtgestaltung

- Überall ist genügend Licht vorhanden. Die Zimmer, Korridore, Aufenthaltsräume sind hell, aber nicht grell/blendend. Die Kabel sind versteckt, da Sturzmöglichkeit. In den Bewohnerzimmern sind Nachtlichter vorhanden (Verbesserung der Orientierung).
- Nachts brennt Licht in allen Korridoren/Aufenthaltsbereichen.
- Es gibt, wenn möglich, in allen Räumen Tageslicht (bessere Tag-/Nachtstrukturierung).
- Die Lichtschalter sind gut erreichbar (auch aus dem Rollstuhl).

3.3.3. Gartenanlage

- Eine leicht zugängliche Gartenanlage ist vorhanden.
- Bei den Gartenwegen sind Sturzgefahren eliminiert.
- Spazierwege werden als Endloswege geführt (z. B. in einem grossen Kreis, um das Haus, usw.).
- Es bestehen Sitzgelegenheiten im Garten.
- In der Gartenanlage bestehen verschiedene Möglichkeiten zur Stimulation der Sinne (Pflanzen [keine giftigen!], Wasser, Tiere).

²⁴ Z.B. «Richtlinien zur Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen bei der Behandlung und Pflege betagter Personen» der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie oder „Richtlinien zum Gebrauch von Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit“ von Alzheimer Europe.

3.3.4. Sicherheit der BewohnerInnen

- Gefährliche Nebenräume (wie Heizungsraum, Kellerraum o. ä.) sind abgeschlossen.
- Es besteht ein möglichst grosser, nicht abgeschlossener Bereich, damit demenzkranke Menschen mit Bewegungsdrang genügend Möglichkeiten haben, sich zu bewegen.
- Eingänge können vom Personal leicht überwacht werden.
- Um ein Weglaufen zu verhindern, bestehen im Haus wie im Garten Sicherheitssysteme (z. B. Zaun in Hecke versteckt, Kontrolle der Ausgänge, Schleuse, elektronische Überwachung).

Pilotprojekte im Rahmen der Alterspolitik im Kanton Bern

Stand November 2004

Projekttitel	Träger	Kurzbeschreibung	Status	Kosten GEF		
				2004	2005	2006
Handlungsfeld 1						
Präventive Hausbesuche Thun	Spitex Thun	Präventive Hausbesuche durch Spitex nach Modell EIGER/SOIPRA;	Kurzbeschreibung / Absichtserklärung eingegangen	23 000.–	34 000.–	
Präventive Hausbesuche im Oberaargau	Pro Senectute Kanton Bern	Präventive Hausbesuche oder Veranstaltungen im Bereich Gesundheitsförderung bei älteren, noch weitgehend gesunden Menschen	Erste Anfrage	250 000.–	250 000.–	250 000.–
Monitoring gesundheitsfördernde Angebote	Pro Senectute Kanton Bern	Ziel: Lücken und Mängel im Bereich der gesundheitsfördernden Massnahmen systematisch feststellen und geeignete Massnahmen zur Schliessung der Lücke aufzeigen	Erste Anfrage	25 000.–		
SOIPRA	Forschungsstelle Alter, Zieglerspital	Umsetzung Präventive Hausbesuche: Pilotprojekt bei ca. 50 Personen –Ergebnisse und Empfehlungen für spätere Praxisumsetzungen.	Bewilligt	35 000.–		
Forum «Gewalt im Alter»	ALTER EGO / Pro Senectute Region Bern	Offenes Forum zum Thema «Gewalt im Alter» ALTER EGO / Pro Senectute	Bewilligt	10 000.–		
Handlungsfeld 2						
Regionalisierung der Spitex-Landschaft	Spitex-Verband des Kantons Bern	Erarbeitung eines Regionalisierungskonzepts	Bewilligt	180 000.–		
Spitex: Standards und Indikationen	Spitex-Verband des Kantons Bern	Erarbeitung eines Spitex-Handbuchs mit Standards	Bewilligt	180 000.–		
Übergangspflege	Krankenheim Köniz und Langnau	Max. 6 Plätze für Übergangspflege	Gesuch in Vorbereitung	150 000.–	150 000.–	150 000.–
Palliativpflege	zapp Zentrum für ambulante Palliativpflege	Erarbeitung der Grundlagen für ein flächendeckendes Angebot an ambulanter Palliativpflege	Gesuch in Vorbereitung			

Pilotprojekte im Rahmen der Alterspolitik im Kanton Bern; Stand November 2004

Projekttitel	Träger	Kurzbeschreibung	Status	Kosten GEF			
				2004	2005	2006	2007
Besuchsdienst Bern	Stiftung Besuchsdienst Bern	Ausbildung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, als BesucherInnen bei betagten und behinderten Menschen analog Basel, Zürich, Innerschweiz, Solothurn	Gesuch in Vorbereitung				
Handlungsfeld 4 Schulung Angehöriger Demenzkranker	GEF, VISANA	Abklärung Bedarf, Beteiligte, Strukturen	Pflichtenheft externer Auftrag in Erarbeitung	5000.-			
Handlungsfeld 5 Handbuch Altersplanungen	Schweizerische Gerontologische Gesellschaft SSG	Übersetzung des Handbuchs	Bewilligt				
Handlungsfeld 6 Ferienplätze	Spital Riggisberg	Ferienangebot für pflegebedürftige Menschen im Spital Riggisberg	Gesuch eingereicht				
Weitere Projekte Pilotprojekt Heimfinanzierung Stadt Bern							
Ausbildungspauschalen FAGE							
20-Franken-Regelung für Entlastungsbetten					500000.-	500000.-	500000.-
Total					875000.-	983000.-	934000.-

In den nächsten Jahren ist mit zahlreichen weiteren Pilotprojekten zu rechnen, welche dazu dienen, Wissen im Hinblick auf eine bedarfsgerechte und finanzierbare zukünftige Altersversorgung zu generieren. Verschiedene, hier noch nicht aufgelistete Pilotprojekte wurden der GEF bereits mündlich angekündigt.