



Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern 2011



Alterspolitik ist mehr als bloss Versorgungspolitik. Alterspolitik hat die wichtige Aufgabe, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es Menschen im Alter ermöglichen, ihre Eigenständigkeit so lange als möglich zu bewahren. Grundlegende Voraussetzung dafür ist Gesundheit. Gesundheit beschränkt sich nicht auf das Körperlich-Funktionale. Sie betrifft alle Dimensionen des Mensch-Seins und hat weitreichende Konsequenzen. Die Bedeutung der Gesundheit für die eigene Lebensführung kann nicht genug hervorgehoben werden:

- Gesundheit ist Voraussetzung dafür, ein eigenverantwortliches Leben in Unabhängigkeit zu führen
- Gesundheit bedeutet Selbstständigkeit und autonomes Handeln nach dem eigenen Willen
- Gesundheit ermöglicht Bewegungsfreiheit im körperlichen wie im geistigen Sinne
- Gesundheit ermöglicht den Menschen Teilhabe am sozialen und am öffentlichen Leben
- Gesundheit ermöglicht den Menschen, sich in die Gesellschaft einzubringen, diese aktiv mitzugestalten und Mitverantwortung zu übernehmen
- Gesundheit bedeutet Wohlbefinden und Lebensqualität

Unsere Alterspolitik hat zum Ziel, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Menschen ihre Gesundheit in allen diesen Dimensionen bis ins Alter erhalten können.

Der Mensch steht in unterschiedlichen Verantwortungsbezügen: Er trägt Verantwortung für sich selbst, aber auch für die Gesellschaft. So ist Gesundheit in diesem weit gefassten Sinn letztlich Voraussetzung für eine funktionierende Gesellschaft, in der sich alle Menschen einbringen, Verantwortung übernehmen und ihren Lebensraum mitgestalten. Eine lebendige und gelingende Alterspolitik in den Gemeinden und Regionen ist daher auf die Mitverantwortung und den Gestaltungswillen der Seniorinnen und Senioren selbst angewiesen. Weiter braucht sie auch Gemeinden und Behörden, die Mitverantwortung ermöglichen und Gestaltungswillen zulassen.

Die kantonale Alterspolitik unterstützt Bestrebungen, sowohl die Selbstverantwortung als auch den Willen nach gesellschaftlicher Mitverantwortung der Seniorinnen und Senioren zu stärken. Beispielhaft sei ein kleines, sehr engagiertes Projekt erwähnt: Da besuchen Seniorinnen und Senioren schon seit Jahren auf eigene Initiative hin Abschlussklassen an Berufsschulen und Gymnasien.



Diese älteren Menschen suchen mit den Schülerinnen und Schülern den Dialog und pflegen Kontakte über die Generationen hinweg. Sie tragen dadurch ihren persönlichen Teil dazu bei, die Interessen älterer Menschen in der Gesellschaft zu vertreten. Lehrkräfte schätzen das Engagement der Seniorengruppe und nutzen es gerne. In diesem Beispiel passiert beides: Die Seniorinnen und Senioren zeigen sich durch ihren Beitrag mitverantwortlich, und die Lehrkräfte ihrerseits ermöglichen diese Mitverantwortung.

Lassen Sie mich schliessen mit einem Wort des Heidelberger Gerontologen Andreas Kruse¹, der dazu treffend schreibt:

«Indem sich ältere Menschen als interessierte, engagierte, kompetente und offene Menschen zeigen, widerlegen sie ein negativ akzentuiertes Altersbild und machen deutlich, dass Menschen trotz körperlicher Alterungsprozesse durchaus zu einem produktiven und kreativen Leben fähig sind. Doch leisten sie mit ihrem Engagement auch einen Beitrag zur Solidarität zwischen den Generationen, der deswegen so wichtig ist, weil er jüngeren Menschen vor Augen führt, dass ältere Menschen keinesfalls nur Nehmende, sondern auch Gebende sind.» S. 19

Die Bestrebungen der kantonalen Alterspolitik gehen auch weiterhin in diese Richtung.

Philippe Perrenoud, Gesundheits- und Fürsorgedirektor des Kantons Bern

¹ Kruse, Andreas. 2008. «Menschen stehen in Verantwortung.» In: *Die Politische Meinung: Eine differenzierte Sicht auf das Alter*. Nr. 469, Dezember 2008. Monatszeitschrift der Konrad-Adenauer-Stiftung. S. 15–20.

Zusammenfassung	7
Ausgangslage und Zielsetzung des Berichts	9
Teil A	
Die Gestaltung und Steuerung des Versorgungssystems	10
<hr/>	
Das Versorgungssystem	11
• Rolle der GEF und weitere Akteure	11
• Steuerungsaufgaben der GEF	11
• Grundsätze zur Gestaltung und Steuerung des Versorgungssystems	12
• Fokussierung des Bedarfs	12
Aktuelle Entwicklungen im Altersbereich	13
Blick auf andere Berichte und Planungen der GEF	14
Zukünftige Herausforderungen im Altersbereich	16
• Veränderungen der demografischen Entwicklung	16
• Verknappung der personellen Ressourcen	16
• Von der Objektfinanzierung zur personenorientierten Finanzierung von Leistungen	17
• Finanzierung von Betreuungsleistungen	17
• «Integrierte Versorgung entlang der Behandlungskette»	17
Teil B	
Detailsicht – Die Entwicklungen in den alterspolitischen Handlungsfeldern	18
<hr/>	
Managed Care	19
Handlungsfeld 1: Unterstützung der Selbstständigkeit und der Gesundheit im Alter	20
Gesundheitsförderung im Alter	20
• Zwäg ins Alter – ZiA	20
• Exkurs	21
• ZiA – Evaluation der Umsetzungsphase 2008–2010 im Kanton Bern	22
• Mouvement des Aînés, section bernoise	23
• Rundum mobil – Seniorenkurse zur Erhaltung der Mobilität	23
Gesundheitsförderung im Alter bei Migrantinnen und Migranten	24
• Pilotprojekt Integrative Freiwilligenarbeit mit älteren Migrantinnen und Migranten im Berner Seeland	24
• SRK Bern – Kurse für Migrantinnen und Migranten im Seniorenalter	25
• Alter und Migration Köniz	26
• Alter und Migration Bern-Bethlehem	27
Beratung und Information	27
• Internetplattform – www.senioren-info.ch	27
• Internetplattform – www.wohnen60plus.ch	28

Weiterbildungsangebot	28
• Studiengang Bewegungsbasierte Altersarbeit	28
Fazit	28
Handlungsfeld 2: Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause und Entlastung betreuender Angehöriger	29
Unterstützung betreuender und pflegender Angehöriger	29
• SRK Bern Oberland – Projekt beocare	29
• SRK Bern Mittelland – Gratisberatungstelefon infodraht in Zusammenarbeit mit der Stadt Bern	30
• Entlastungsdienst Kanton Bern	30
• ALZ Bern – Geschäftsstelle Alzheimervereinigung Sektion Bern	30
• Veranstaltungsreihe von ALZ Bern und Pro Senior Bern	31
• ALZ Bern – Projekt InfoMobil	31
• ALZ Bern Ferienwoche für Demenzkranke und Angehörige	32
• Schulung, Unterstützung und Entlastung von Angehörigen demenzkranker Menschen	32
• Besuchsdienst Bern	32
Stärkung der ambulanten Versorgung	32
• Spitex	32
• Freiberuflich arbeitende Pflegefachpersonen	33
• Studie Ambulante Alterspflege und Altershilfe	33
Weiterbildungsangebot	34
• Studiengang Angehörigen- und Freiwilligen-support	34
• Lehrgang Freiwilligenbegleitung von Benevol Bern und Biel	34
Fazit	35
Handlungsfeld 3: Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsplätze	36
Altersgerechte Wohninfrastruktur	36
• Wohnen mit Dienstleistungen	36
• Projekt Familienplatzierungen OGG	37
Fazit	37
Handlungsfeld 4: Versorgungsangebote bei Krankheit im Alter	38
Förderung der (haus-)ärztlichen Grund- und Notfallversorgung	38
• Handlungsbedarf	38
• Weiteres Vorgehen	38
Post-Akut-Pflege	38
Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation	39
Modellversuch Integrierte Versorgung in der Geriatrie	39
Psychiatrische Dienstleistungen im Altersbereich	40
Integration von chronisch psychisch Kranken in Alters- und Pflegeheimen	41
Palliativpflege und -betreuung	41
• Pilotprojekt >>zapp in Burgdorf	41
• Projekt zur Vernetzung der Palliativ-Care-Anbieter in der Region Langenthal	42
• Projektanfrage zur Vernetzung der Palliative-Care-Anbieter in der Region Thun	42

• Spitalexterne Palliativpflege	42
• Palliative Care im Berner Jura	42
• Unterstützung und Entlastung von Angehörigen in der Palliative Care	42
• Kompetenzzentrum Demenz und Palliation	42
Spezifische Institutionen für demenzkranke Menschen	43
• Tagesbetreuung	43
• Kantonales Kompetenzzentrum für Demenz und Palliation	43
• Gestaltung von Innenräumen für demenzkranke Menschen	44
Fazit	44
Handlungsfeld 5: Anstoss zur breiten Auseinandersetzung mit der Altersversorgung	45
Kommunale Altersplanungen	45
• Inhaltliche Kriterien und Ziele	45
Regionale Alters- und Bedarfsplanungen	46
• Einbettung der regionalen Alters- und Bedarfsplanung in die Regionalkonferenzen	47
• Inhaltliche Kriterien der regionalen Bedarfsplanung und Ziele	47
Anstoss zu Altersforen in den Regionen	48
• Arbeitsgruppe Altersfragen Oberaargau	48
Einbezug der Interessen älterer Menschen in den öffentlichen Diskurs	48
• Pro Senior Bern – Berner Forum für Altersfragen	48
• Generationen im Gespräch – Projekt «Jung mit Alt»	48
Fazit	49
Handlungsfeld 6: Bedarfsgerechtes Angebot von stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen	50
Pflegeheimplanung	50
• Entwicklung Abdeckungsgrad	50
• Verteilung der Pflegeheimplätze auf die einzelnen Planungsregionen	51
Pflegebedürftige alte behinderte Menschen	55
• Auswirkungen auf die Pflegeheimplanung	55
Fazit	55
Handlungsfeld 7: Rekrutierung von Pflege- und Betreuungspersonal	56
Aus- und Weiterbildung im Bereich der Pflege und Betreuung	56
• Bildung/Ausbildung von Pflegepersonal	56
• SRK Bern – Tremplin	57
Fazit	58
Handlungsfeld 8: Qualitätssicherung	59
Fazit	59

Handlungsfeld 9: Überprüfung der Finanzierungsmechanismen	60
Umsetzung Subjektfinanzierung im Heimbereich	60
Umsetzung leistungsorientierte Finanzierung von Pro Senectute	60
Umsetzung leistungsorientierte Finanzierung im Spitex-Bereich	61
Umsetzung Neuordnung Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011	61
• Auswirkungen auf den Heimbereich	61
• Auswirkungen auf den ambulanten Bereich	62
• Revision des Finanz- und Lastenausgleichs Filag	62
Fazit	62
Anhang	63
Tabellarische Übersicht über die Pilotprojekte	63
Übersicht über die im Text erwähnten Vorstösse zu den einzelnen Handlungsfeldern	65
• Handlungsfeld 2: Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause und Entlastung betreuender Angehöriger	65
• Handlungsfeld 4: Versorgungsangebote bei Krankheit im Alter	65

Zusammenfassung

Der Bericht zeigt auf, welche Entwicklung in jedem der neun Handlungsfelder stattgefunden hat und auch zukünftig weiterverfolgt werden wird. Nachfolgend seien hier in Form eines kurzen Überblicks die wesentlichen Erkenntnisse aus den einzelnen Handlungsfeldern für die eiligen Leserinnen und Leser zusammengestellt:

- Aus dem **Handlungsfeld 1** ergibt sich, dass die Förderung der Selbstständigkeit im Alter nach wie vor ein zentrales Anliegen darstellt, wie dies bereits im Papier **Alterspolitik 2005** aus dem Jahre 1993 (!) formuliert worden ist. Besonders sinnvoll sind Massnahmen, die direkt oder indirekt dazu beitragen, die vorhandenen Fähigkeiten zu erhalten. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter spielen daher eine zentrale Rolle und bilden bis heute einen der wichtigsten Pfeiler der kantonalen Alterspolitik. Die vorausgesagte demografische Entwicklung erhöht die Wichtigkeit und Bedeutung dieses Ansatzes. Die kantonale Alterspolitik hat ein vitales Interesse daran, Massnahmen zu fördern, die der Gesunderhaltung dienen, da Gesundheit – in einem umfassenden Sinn – grundlegend ist für eine gelingende Gestaltung des eigenen Lebens und damit auch des Lebensabschnitts Alter. Dabei gilt ein besonderes Augenmerk weiterhin den sozio-ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen im Seniorenalter, da diese insgesamt eher schlechte Gesundheitschancen aufweisen.
- Aus dem **Handlungsfeld 2** geht hervor, dass neben Gesundheitsförderung und Prävention ein betreuendes und stützendes Umfeld wesentlich zur Erhaltung der Autonomie im Alter beiträgt. Es bildet den zweiten wichtigen Pfeiler der kantonalen Alterspolitik. Die Entlastung von betreuenden Angehörigen hat daher einen hohen Stellenwert und soll auch in Zukunft finanziell unterstützt werden. In diesem Rahmen kommt der Freiwilligenarbeit eine wichtige Bedeutung zu. Neben konkreten Angeboten wie Besuchsdiensten, Informations- und Beratungsstellen sowie ambulanten Pflegedienstleistungen wird die Forschung und Wissensvermittlung in diesem Bereich unterstützt. Die Erkenntnisse aus der Forschung tragen dazu bei, das Angebot zu optimieren und bestehende Lücken zu schliessen. Entsprechende Angebote werden deshalb weiterhin gefördert.
- **Handlungsfeld 3** zeigt auf, dass geeignete Wohnangebote grundlegend sind für die Erhaltung der Autonomie. Sie erlauben höchstmögliche Unabhängigkeit trotz allfälliger Einschränkungen. Hindernisfreies Wohnen in Kombination mit den notwendigen unterstützenden Dienstleistungen wirkt einem verfrühten Pflegeheimtritt wesentlich entgegen. Es entspricht dem Wunsch der Menschen, so lange als möglich in den eigenen vier Wänden zu leben. Die für 2013 vorgesehene Modularisierung der Dienstleistungen erlaubt eine personenspezifische und bedarfsgerechte Unterstützung im eigenen Zuhause.
- Im **Handlungsfeld 4** ist die Versorgung bei Krankheit das Thema. Eine kontinuierliche und durchlässige Versorgungskette, die einzelne Angebote miteinander verbindet, sie ideal aufeinander abstimmt und so allfällige Lücken schliesst, ist für die Gesundheitsversorgung alter Menschen von hoher Bedeutung. Die Kontinuität der Versorgung soll gewährleistet werden. Für die jeweilige Situation soll die geeignetste Behandlungsform und -abfolge im dafür erforderlichen Setting möglich sein. Der auf diesem Gebiet eingeschlagene Weg ist vielversprechend und wird in den nächsten Jahren weiterverfolgt. Die Entwicklung einer Managed-Care-Strategie dürfte hilfreich sein, dieses Ziel zu erreichen.
- **Handlungsfeld 5** zeigt auf, dass kommunale und regionale Altersleitbilder und -planungen ein wichtiges Instrument in der Umsetzung der kantonalen Alterspolitik sind. Alterspolitik stellt eine fortlaufende Aufgabe dar, weshalb Altersplanungen in regelmässigen Abständen bzw. rollend erfolgen und Altersleitbilder regelmässig aktualisiert werden sollten. Ergänzend zu den Altersplanungen sind weiterhin Bemühungen erforderlich, um einerseits die Interessen älterer Menschen in den öffentlichen Diskurs einzubringen und andererseits die Generationen miteinander zu verbinden. Es zeigt sich, dass der öffentliche Diskurs in ganz unterschiedlichen Kontexten unabdingbar ist, um die nach wie vor oft negativ gefärbten Bilder und Stereotype des Alters in den Köpfen der Bevölkerung zu verändern. Als sehr wertvoll erweisen sich da wiederum Kontakte zwischen den Generationen.
- **Handlungsfeld 6** beschäftigt sich mit der Pflegeheimplanung und der Pflegeplatzkontingentierung. Das Pflegeplatzkontingent von 15 500 Plätzen für pflegebedürftige alte Menschen bleibt unverändert. Eine Aufstockung ist derzeit nicht sinnvoll. Es zeigt sich mit Blick über den gesamten Kanton eine teils sehr ungleiche Verteilung von Pflegeplätzen. Diese soll mittels regionaler Bedarfs-

planungen in den Regionalkonferenzen thematisiert und angegangen werden.

- **Handlungsfeld 7** zeigt deutlich, dass in den nächsten Jahren bei der Nachwuchssicherung im Pflegebereich weiterhin grosse Bemühungen und Anstrengungen notwendig sind. Die Rekrutierung von Pflegefachpersonal aus dem Ausland ist nicht die Lösung, um dem drohenden Pflegepersonalmangel entgegenzuwirken. Es wird deshalb eine Ausbildungsverpflichtung für Betriebe des Gesundheitswesens eingeführt, damit das benötigte Personal hierzulande ausgebildet und die Rekrutierung nachhaltig gesichert ist.
- **Handlungsfeld 8** setzt sich mit dem Thema der Qualitätssicherung in Betrieben der stationären und ambulanten Altersversorgung auseinander. Es zeigt sich, dass eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung der Heime und Spitex-Organisationen äusserst wichtig ist, um ein bedarfsgerechtes Angebot sicherzustellen. Mit den gesetzlichen Vorgaben wird eine Mindestqualität gefordert, welche die Sicherheit der Kundinnen und Kunden gewährleistet. Um in diesem dynamischen Bereich langfristig den Bedürfnissen der Anspruchsgruppen zu entsprechen, ist eine stetige Weiterentwicklung der Betriebe zwingend notwendig.
- **Handlungsfeld 9** stellt dar, dass die leistungs- und personenorientierte Finanzierung es erlaubt, Geldmittel zielgerichtet einzusetzen und nicht nach dem Giesskannenprinzip zu verteilen. Die nach und nach erfolgte Umstellung auf die Personenfinanzierung (= Subjektfinanzierung) stellt den Menschen ins Zentrum. Dies ermöglicht durch entsprechende Leistungen jene Selbstbestimmung und Wahlfreiheit, welche die kantonale Alterspolitik seit jeher anstrebt.

Ausgangslage und Zielsetzung des Berichts

Die Wurzeln der heutigen Alterspolitik im Kanton Bern liegen in den 1990er-Jahren. Schon damals war bekannt, dass die Bevölkerungsentwicklung einen zwingenden Handlungsbedarf für den Kanton nach sich ziehen würde. Deshalb wurde 1993 das Leitbild **Alterspolitik 2005** erarbeitet. Die Kernziele gelten heute noch unverändert: Selbstständigkeit und Selbsthilfe, Wahlfreiheit und Kontinuität, Solidarität, Bürgernähe und Vernetzung. Im Jahr 2005 wurde dem Grossen Rat der erste Bericht zur Umsetzung der Alterspolitik vorgelegt. Dieser Grundlagenbericht stellt ein Konzept für die weitere Umsetzung der alterspolitischen Ziele dar. Laut der Planungserklärung Fritschy (FDP), welcher in der Session vom April 2005 durch den Grossen Rat zugestimmt wurde, sollte die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) regelmässig, ca. alle zwei Jahre, über die Umsetzung informieren. 2007 wurde deshalb ein Zwischenbericht vorgelegt. Aufgrund der gemachten Erfahrungen erscheint der GEF der Zeitraum von zwei Jahren zwischen den Berichten zu kurz. Ein Zyklus von vier Jahren erlaubt einen guten Rückblick über die bisherigen Entwicklungen und dessen, was sich daraus für die Zukunft abzeichnet. Zudem werden die aktualisierten und regionalisierten Bevölkerungsszenarien für den Kanton Bern durch die kantonale Statistikkonferenz ebenfalls alle vier Jahre neu herausgegeben. Somit können jeweils die neusten Zahlen verwendet werden, was bei einer Berichterstattung alle zwei oder drei Jahre nicht der Fall wäre.

Der nun vorliegende dritte Bericht knüpft von der Struktur her an die beiden vorangegangenen Berichte von 2005 und 2007 an. Er beschreibt die Entwicklungen in den einzelnen Handlungsfeldern, gibt einen Überblick über die grössten Herausforderungen und verknüpft den Bericht Alterspolitik mit nationalen und internationalen gerontologischen Forschungen und Erkenntnissen sowie anderen Berichten aus der GEF. Zudem wird im ersten Teil die Gestaltung und Steuerung des Versorgungssystems im Altersbereich erläutert.

Die Alterspolitik des Kantons Bern hat das seit Jahren unveränderte Ziel, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit alte Menschen auch bei eingeschränkter Selbstständigkeit so lange und so autonom wie möglich im eigenen Zuhause leben können. Dieses Ziel entspricht nach wie vor dem Wunsch der allermeisten Menschen: in den eigenen vier Wänden alt zu werden und einen Pflegeheimplatz erst in Anspruch zu nehmen, wenn dies wirklich notwendig wird. Der dritte Bericht zur kantonalen Alterspolitik zeigt auf, dass sich die bisher verfolgte Strategie des «ambulant vor stationär» respektive «Daheim vor Heim» bewährt. Das erkennen auch immer mehr Gemeinden. Sie gehen das

Thema Alterspolitik sowie damit verbundene (Planungs-) Aufgaben aktiv an. Dabei ist eine wachsende Vernetzung mit anderen Gemeinden und innerhalb der einzelnen Regionen zu beobachten, was die GEF begrüsst. Vernetzung zeigt sich in verschiedener Weise: Sie reicht von Kontaktpflege und gegenseitigem Austausch zum Thema Alter über gemeinsame Koordination und Planung sowie Abstimmung von Programmen und Angeboten bis hin zur vertraglich geregelten Zusammenarbeit. Alterspolitik gelingt nur dann, wenn alle dasselbe Ziel verfolgen: gemeinsam an einer wirkungsvollen und guten Versorgungsstrategie für älter werdende Menschen zu arbeiten – das liegt im Interesse aller Menschen im Kanton.

Pilotprojekte, die den Hauptteil der Berichterstattung ausmachen, sollen dazu beitragen, innovative Ideen im Rahmen der Alterspolitik umzusetzen. Da sieht man, welche Vorgehensweise Erfolg verspricht, um die Selbstständigkeit und Gesundheit alter Menschen zu stärken, zu fördern und zu erhalten. Die Auswertung der Projekte zeigt auf, ob die gesetzten Ziele zu erreichen sind, ob es sinnvoll sein könnte, diese Projekte im ganzen Kanton einzuführen und ob der sich daraus ergebende Nutzen die Kosten rechtfertigt. Die Kosten für die Pilotprojekte belaufen sich auf einen Bruchteil des Umsatzes der stationären Langzeitpflege, ihr Nutzen ist allein durch den Erkenntnisgewinn jedoch weitaus höher.

Teil A

Die Gestaltung und Steuerung des Versorgungssystems



Das Versorgungssystem

Das Versorgungssystem ergibt sich aus dem Zusammenspiel von Akteuren, die mit unterschiedlichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten alten Menschen Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen ermöglichen.

Rolle der GEF und weitere Akteure

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) ist gemeinsam mit anderen Akteuren zuständig für die bedarfsorientierte und wirksame Gestaltung und Steuerung des kantonalen Versorgungssystems für alte Menschen. Dabei sind für die Rolle der GEF die Wirkungsziele leitend, die für ihre Produktgruppe «Angebote für ältere und/oder chronisch kranke Menschen» definiert sind:

- Menschen mit einem durch Alter und/oder Krankheit bedingten Pflege-, Betreuungs- und Beratungsbedarf führen so weit und so lange wie möglich ein selbstständiges Leben in ihrer gewohnten Umgebung.
- Menschen mit einem durch Alter und/oder Krankheit bedingten Pflege-, Betreuungs- und Beratungsbedarf, für die ein selbstständiges Leben in ihrer gewohnten Umgebung nicht mehr möglich ist, erhalten eine ihren Bedürfnissen entsprechende Unterstützung.

Die GEF ist jedoch nicht frei in der Gestaltung und Steuerung des Versorgungssystems. Die Herausforderung besteht auch darin, das Zusammenspiel mit anderen Akteuren im Altersbereich so zu gestalten, dass die jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten aufeinander abgestimmt werden:

- Die wichtigsten Akteurinnen und Akteure sind die **alten Menschen selbst**. Mit ihrer eigenverantwortlichen Lebensgestaltung nutzen sie die eigenen Ressourcen und Potenziale und fordern bedarfsgerechte Unterstützungsleistungen ein. Sie nehmen am gesellschaftlichen Leben teil und gestalten es mit.
- Wo die alten Menschen ihre Verantwortung für ihre Lebensgestaltung nicht mehr selbst wahrnehmen können, werden sie von einer **gesetzlichen Vertretung und gesetzlichen Beiständen** unterstützt. Diese stellen insbesondere den Schutz und die Lebensqualität der ihnen anvertrauten Menschen sicher und sorgen für die bedarfsgerechten Unterstützungsleistungen.
- Für die soziale Einbindung und die sozialen Beziehungen spielt das **soziale Umfeld** eine wichtige Rolle. Familie, Angehörige und das nachbarschaftliche Umfeld sowie Freiwillige sind zentrale Akteure, die wichtige Beiträge zur solidarischen, materiellen und immateriellen Unterstützung leisten.
- Die **leistungserbringenden Organisationen** nehmen im Rahmen ihres Auftrags die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Leistungsgestaltung wahr. Durch die leistungsorientierte Finanzierung der öffentlichen Leistungen tragen sie eine erhöhte unternehmerische Verantwortung und geben aus ihren Erfahrungen wichtige Rückmeldungen zur Steuerung und Gestaltung des Versorgungssystems.

- Die Versorgung ist in hohem Mass abhängig von der Leistungsbereitschaft und von der Kompetenz der **Mitarbeitenden** in den leistungserbringenden Organisationen. Insbesondere die qualifizierten Pflegekräfte sind eine unverzichtbare und aufgrund der demografischen Entwicklung und des steigenden Anspruchsniveaus zunehmend nachgefragte Ressource. Daher ist dieser Gruppe in Zukunft erhöhte Beachtung zu schenken, um das Versorgungssystem angemessen zu gestalten und zu steuern (optimaler Einsatz der ausgebildeten Pflegekräfte und Sicherung des beruflichen Nachwuchses).
- Auch die **Gemeinden und Regionen** unterstützen den Kanton in der Gestaltung und Steuerung der Versorgungssysteme. Sie schaffen Voraussetzungen und Möglichkeiten zur sozialen Integration und sorgen für bedarfsgerechte kommunale und regional vernetzte Angebote.
- Der **Bund** setzt die rechtlichen Rahmenbedingungen auf nationaler Ebene fest. Mit diesen greift er stark in das Versorgungssystem und dessen Finanzierungssysteme ein (z. B. Neuordnung der Pflegefinanzierung).
- Auch die weiteren **mitfinanzierenden Akteure** (insbesondere die Krankenversicherer und Sozialversicherungen) beeinflussen die Gestaltung des Versorgungssystems. Sie definieren Finanzierungsansprüche, unterstützen die Kaufkraft der alten Menschen, machen Vorgaben zur Qualität der Angebote und beschränken diese zum Teil.

Steuerungsaufgaben der GEF

Die Aufgaben der GEF bei der Steuerung und Gestaltung des Versorgungssystems sind vielfältig:

- Im Zentrum der Steuerung steht die **Analyse des Bedarfs** der alten Menschen. Insbesondere im Pflegebereich gibt es heute differenzierte Instrumente zur Bedarfsanalyse. In anderen Bereichen (z. B. bei hauswirtschaftlichen Unterstützungsleistungen) müssen entsprechende Instrumente (weiter-)entwickelt werden.
- Über Betriebsbewilligungen und Berufsausübungsbevolligungen sowie über Leistungsverträge mit den leistungserbringenden nimmt die GEF Einfluss auf die **Gestaltung der Angebote**. Dabei macht sie Vorgaben zur Mindestqualität (z. B. Qualifikation des Personals, Dokumentation der Leistungen, Vorgaben zur Infrastruktur) und fordert ein umfassendes Qualitätsmanagement bei den leistungserbringenden ein.
- Mit Beiträgen an die leistungserbringenden (Objektfinanzierung) oder an die alten Menschen (Personenfinanzierung) stellt die GEF eine bedarfsgerechte und subsidiäre **Finanzierung der Angebote** sicher.
- Eine zunehmende Herausforderung in der Steuerung stellen die **Regulierungsaufgaben** dar. Zu ihnen gehören die Definition von Anspruchsberechtigungen (z. B. Anrecht auf den Bezug einer subventionierten Leistung), die Definition der Normen und Standards für die Angebote und deren Verfügbarkeit, die Gestaltung von Tarifen, die Gestaltung der Marktmechanismen (z. B. mit der Pflegeheimplanung) das Erteilen von Bewilligungen

und das Überwachen und Kontrollieren der Einhaltung der Vorgaben.

- Mit der **Vorbereitung von politischen Vorlagen** (z. B. Revisionen von Gesetzen und Verordnungen, Budgetanträgen, Planungsberichten usw.) unterstützt die GEF den Regierungsrat und den Grossen Rat dabei, die politischen Vorgaben und Rahmenbedingungen laufend an die veränderten Herausforderungen anzupassen.
- Für die längerfristige Sicherstellung der Versorgung gilt es, auch die notwendigen **Ressourcen und Kernkompetenzen** zu sichern, die nicht automatisch durch das Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage ausreichend bereitstehen. Mit gesetzlichen Vorgaben, Anreizen und einer kostengerechten Finanzierung wird die qualifizierte Nachwuchssicherung im Personalbereich (Verpflichtung zur Ausbildung, Einflussnahme auf Ausbildungsangebote) gefördert. Auch die Akkreditierung und Vorgabe von Methoden und Instrumenten (z. B. Bedarfserhebungssysteme, Vorgaben zur Rechnungslegung) sowie die Finanzierung von versorgungsrelevanter Infrastruktur (z. B. regional ausgeglichenes Angebot von stationären Pflegeangeboten) zielen darauf ab, «versorgungskritische» Kernkompetenzen zu sichern.

Grundsätze zur Gestaltung und Steuerung des Versorgungssystems

Damit die öffentliche Versorgung effizient und effektiv funktioniert, ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Steuerung des Versorgungssystems erforderlich. Dabei orientiert sich die GEF an folgenden Grundsätzen:

- Der **öffentliche Versorgungsauftrag** ist auf den vorhandenen und absehbaren zukünftigen Bedarf ausgerichtet. Der Einsatz der öffentlichen Mittel erfolgt subsidiär, effektiv, effizient und ordnungsgemäss.
- Die **Versorgungsstrukturen** sind im Sinne von Versorgungsketten durchlässig. Der Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen ist sichergestellt. Wo Selbstorganisation möglich und sinnvoll ist, geht sie vor Fremdorganisation. Ambulante Angebotsformen werden stationären vorgezogen, soweit ihre Wirksamkeit und ihre Effizienz vertretbar sind.
- Die **Leistungsempfängerinnen und -empfänger** werden in der Wahrnehmung ihrer Eigenverantwortung gestärkt. Sie verfügen in der Regel über Wahlmöglichkeiten. Ihre Wahlkompetenz wird gestärkt und ihre Kaufkraft bedarfsgerecht gesichert.
- Die **Angebote** sind auf den effektiv vorhandenen Bedarf ausgerichtet. Sie stärken, erhalten und nutzen die vorhandenen Ressourcen und fördern die Autonomie der Zielgruppen. Sie sind transparent gestaltet und erfüllen definierte minimale Qualitätsvorgaben, wo dies zum Schutz der Leistungsempfängerinnen und -empfänger² notwendig ist. Darüber hinaus entsprechen sie bedarfsgerechten Qualitätsanforderungen. Die Tarifgestaltung ist kaufkraftgerecht. Zudem gilt es, bei der Gestaltung

der Angebote unnötige Brüche in der Lebensgestaltung der alten Menschen zu vermeiden.

- Die **Leistungserbringerinnen und -erbringer** nehmen ihre unternehmerische und soziale Verantwortung wahr und sind innovativ. Die Rahmenbedingungen sind für sie alle gleich (fairer Wettbewerb). Die qualifizierten personellen Ressourcen sowie weitere Kernkompetenzen zur effektiven und effizienten Versorgung sind nachhaltig gesichert.

Fokussierung des Bedarfs

Da die Mittel des Staats beschränkt sind und die Eigenverantwortung seiner Bürgerinnen und Bürger das Ziel ist, muss sich die kantonale Versorgung auf den Bedarf fokussieren, dessen Deckung für ein menschenwürdiges Leben massgebend ist und den nicht bereits andere Akteure decken (Subsidiarität). Dabei steht für das kantonale Versorgungssystem der besondere Bedarf der alten Menschen im Zentrum, der sich aus Körper- und Sinnesbeeinträchtigung, aus kognitiver/geistiger Beeinträchtigung, aus psycho-sozialer Beeinträchtigung und aus chronischer Krankheit ergibt. Diesen Bedarf gilt es mit präventiven, rehabilitativen, kurativen und auch palliativen Leistungen zu decken. Dabei ist auf eine ressourcen- und kompetenzorientierte Gestaltung der individuellen Leistungen und Angebote besonders zu achten.

Durch die **subsidiäre** Deckung des **beeinträchtigungsbedingten Bedarfs** im Alter grenzt sich das kantonale Versorgungssystem vom Bedarf ab, der nicht durch Beeinträchtigung verursacht ist und für dessen subsidiäre Deckung in der Regel andere öffentliche Versorgungssysteme, insbesondere Sozialhilfe und Gesundheitsversorgung, zuständig sind. Damit werden Redundanzen verhindert. Es gilt jedoch, die Versorgungsketten an den Schnittstellen zu diesen Systemen sicherzustellen und zu optimieren.

Der beeinträchtigungsbedingte Bedarf beinhaltet somit die Leistungen, welche die Zielgruppen mit ihren Ressourcen aufgrund ihrer Beeinträchtigung und der Bedingungen ihres Umfeldes nicht ohne öffentliche Unterstützung sicherstellen können. Oft geht es dabei weniger um die Erbringung der Leistungen als vielmehr darum, den beeinträchtigungsgerechten Zugang zu bestehenden Leistungen zu ermöglichen. Für die einzelnen Lebensbereiche lässt sich der beeinträchtigungsbedingte Bedarf wie folgt beschreiben (siehe Tabelle auf der nächsten Seite).

² Insbesondere im Bereich der Pflege ist der Kanton verpflichtet, Patientinnen und Patienten zu schützen und gefährliche Pflege zu verhindern.

Lebensbereich	Bedarf im Versorgungssystem für alte Menschen mit einem besonderen Bedarf
Einkommen und Vermögen	Sicherstellung einer bedarfsgerechten Kaufkraft für die eigenverantwortliche Versorgung im Bereich des beeinträchtigungsbedingten Bedarfs (Ergänzungsleistungen EL, Zuschuss nach Dekret ZuD, Hilflosenentschädigung HE)
Unterkunft	Zugang zu altersgerechtem, hindernisfreiem Wohnen (inkl. Umgebung)
Verpflegung	Zugang zu bedarfsgerechter Verpflegung: Mahlzeitendienst, Mittagstisch, dem Bedarf und der Biografie der Menschen gerecht werdende Küche in den Institutionen
Bildung	Zugang zu bedarfsgerechter Bildung (Spezifische Bildungsangebote, Seniorenuniversität)
Arbeit und Beschäftigung	Beeinträchtigungsgerechter Zugang zu Arbeit und Beschäftigung (Flexibles Rentenalter, Freiwilligenarbeit, soziales Engagement)
Tagesstruktur	Unterstützung zur Gestaltung der Tagesstruktur (Tagesstätten, Besuchsdienste, soziales Engagement)
Entwicklung, Kompetenz	Unterstützung zur Entwicklung und Erhaltung von Kompetenz (Lebenslanges Lernen, Beratung, Selbsthilfegruppen)
Schutz und Sicherheit	Sicherstellung von Schutz und Sicherheit (z. B. Notrufsystem)
Pflege	Zugang zu bedarfsgerechter Pflege (Erreichbarkeit rund um die Uhr, Spital, Rehabilitation, Spitex, Wohnen mit Dienstleistungen, Heim)
Therapie	Zugang zu bedarfsgerechter Therapie (Physio-, Ergo-, Bewegungs-, Psycho- und Aktivierungstherapie)
Betreuung und Unterstützung	Zugang zu bedarfsgerechter Betreuung und Unterstützung (Selbsthilfegruppe, ambulante Dienstleistungen zu Hause, Tagesstätten, Beratungsstellen)
Mobilität	Zugang zu Mobilität (Fahrdienste, hindernisfrei gestaltete Umwelt und barrierefreies Bauen, Raum- und Verkehrsplanung)
Orientierung	Zugang zu bedarfsbezogener Information (zielgruppengerechte Websites, Beratungsdienste, Case-Management)
Hilfsmittel und Infrastruktur	Zugang zu Hilfsmitteln und Infrastruktur (Hilfsmittelstelle, hindernisfreier öffentlicher Raum), Hilfsmittelberatung für Behinderte und Betagte (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Hilfsmittelberatung für Behinderte und Betagte SAHB, Oensingen)
Beziehung und Sozialkontakt	Ermöglichung des Zugangs zu Beziehung und Sozialkontakt (Besucherdienste, Fahrdienste, Quartiertreffs, Mittagstisch, tiergestützte Begleitung)
Bedarf des Klientenumfelds	Aktivierung und Stärkung des Klientenumfelds (Entlastungsangebote, Information, Beratung, Unterstützung)

Aktuelle Entwicklungen im Altersbereich

Im Bereich der **Gesundheitsförderung im Alter**, die für die Strategie «ambulant vor stationär» zentral ist, hat sich viel bewegt. So nimmt der Kanton Bern zusammen mit weiteren interessierten Partnerkantonen schweizweit eine führende Rolle bei der Weiterentwicklung und praxistauglichen Umsetzung dieses Themas ein. Verschiedene Kantone haben sich untereinander ausgetauscht und abgesprochen und gemeinsam ein Projekt lanciert. 2010 konnte neben der Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) auch die nationale Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz für das wichtige Thema sensibilisiert und gewonnen werden.

Die Organisationen der **Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex)** werden aufgrund kürzerer Aufenthaltsdauer im Spital vermehrt mit subakuten (= nicht mehr ganz akuten,

aber anspruchsvollen evtl. instabilen) Krankheitsbildern konfrontiert, die eine hohe Professionalität des Personals erfordern. Zudem werden Menschen mit (alters-)psychiatrischen Erkrankungen immer öfter ambulant betreut und stellen damit eine neue Zielgruppe für die Spitex dar.

Nach wie vor sind die **Heime** als Leistungserbringer unverzichtbar. Die Ansprüche an die Qualität der Dienstleistungen steigen jedoch mit der Entwicklung im Gesundheitswesen. Heime müssen zunehmend Menschen mit komplexen Krankheitsbildern offenstehen. Flexibilität und fundiertes Wissen im Umgang mit multimorbiden und fragilen alten Menschen sind Voraussetzung für eine gute Qualität von Alters- und Pflegeheimen. Eine grosse Herausforderung stellt auch die zunehmende Zahl an Migrantinnen und Migranten in den Heimen dar, weil mit diesem Umstand eine kultursensible Pflege einhergehen muss.

Die Umsetzung der **Neuordnung der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011** wirkt sich auf die Kantone

aus. Im Kanton Bern werden sich die Bewohnerinnen und Bewohner in den Heimen noch mit maximal CHF 21.60 pro Tag an den Pflegekosten beteiligen. Klientinnen und Klienten der Spitex sollen ab 2012 neu einen abgestuften Beitrag an die Pflegekosten leisten müssen. Das Kantonsbudget wird dadurch entlastet. Die Umsetzung im Kanton Bern und die konkreten Auswirkungen sind im Handlungsfeld 9 beschrieben.

Im **Bereich alterspolitischer Pilotprojekte** ist – auch auf Anregung der GEF – eine wachsende Zusammenarbeit zu beobachten. So haben die Projektleitung von Zwäg ins Alter (ZiA), das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) und Caritas eine Zusammenarbeit vereinbart, um alte Menschen mit Migrationshintergrund für Gesundheitsförderung im Alter zu sensibilisieren. Dieser Ansatz zeigt Erfolg, er soll deshalb auf andere Regionen ausserhalb des Seelandes ausgedehnt und dort angewendet werden. Die **Vernetzung und eine gemeinsame konzertierte Planung** der verschiedenen Partner im Altersbereich sieht die GEF als Königsweg, um langfristig und nachhaltig ein wirksames und sinnvolles Versorgungsnetz gewährleisten zu können. Bei der Beurteilung von Pilotprojekten wird deshalb besonders auf Anknüpfungspunkte zu anderen Projekten geachtet. In dieser Hinsicht sind die bisher in der Alterspolitik gemachten Erfahrungen positiv zu werten. Sie bestätigen den eingeschlagenen Weg.

Ein weiteres grundlegendes Ziel der kantonalen Alterspolitik ist es, politische Gremien und Behörden sowie Partner im Altersbereich **für das Thema Alter zu sensibilisieren**. Dieser Prozess ist erfolgreich angelaufen, jedoch längst nicht abgeschlossen. Mit zunehmender Verankerung des Themas wird es in Zukunft eher möglich sein, weitere relevante Aspekte bzw. Einflüsse wie Migration und Geschlecht (gender) zu berücksichtigen. Gleichstellung ist eine Querschnittsaufgabe staatlichen Handelns und ist als solche auch in der Alterspolitik vermehrt zu verfolgen. Da die gerontologische Fachliteratur Geschlechterrelevanz bisher kaum thematisiert und entsprechend wenige Ergebnisse oder Erkenntnisse dazu vorliegen, ist Gender-Mainstreaming³ im Altersbereich praktisch anzugehen. Es gilt, Projekte zukünftig daraufhin zu untersuchen, ob genderrelevante Erfahrungen und Erkenntnisse vorliegen, die durch gezielte Nachfrage erhoben wurden und in weitere Aktivitäten einfließen können.

Der Kanton Bern geht mit seiner Alterspolitik die Herausforderungen der demografischen Entwicklung bewusst und lösungsorientiert an. Da die **Umsetzung in den Gemeinden und Regionen** stattfindet, dauert es zwar länger, bis alterspolitische Massnahmen ihren Niederschlag finden, aber durch diesen Ansatz wird die Alterspolitik besser verankert und letztlich von unten getragen. Dies

erachtet die GEF als zentral für den Erfolg der Alterspolitik. Die bisherige Aufgabenteilung bewährt sich. Kanton und Gemeinden sind gemeinsam gefordert; sie sollen weiterhin gemeinsam an der Umsetzung der alterspolitischen Ziele arbeiten.

Es folgt ein kurzer Blick auf andere Berichte und Planungen der GEF und deren Verbindung zu und Relevanz für das Thema der Alterspolitik.

Blick auf andere Berichte und Planungen der GEF

Der Altersbereich steht im Spannungsfeld der verschiedenen Aufgabengebiete der GEF und ist damit ein Querschnittsthema. Daher wird an dieser Stelle auf weitere Berichte und Planungen der GEF verwiesen, in denen Alter eine Rolle spielt, aber nicht im Vordergrund steht:

Die periodisch aktualisierte **Berner Sozialberichterstattung** befasst sich im Wesentlichen mit dem Thema Armut. Aus dem zweiten, im Dezember 2010 veröffentlichten Sozialbericht geht hervor, dass Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen am stärksten von Armut betroffen sind. Während vor allem Kinder und Jugendliche über ihre Eltern Sozialhilfe beziehen, ist die Sozialhilfequote bei Personen im AHV-Alter niedrig, obschon rund 14 Prozent der Haushalte mit einem Haushaltsvorstand im AHV-Alter über ein Haushaltseinkommen unter der Armutsgefährdungsgrenze verfügen. Diese Haushalte sind auf zusätzliche Leistungen wie die Ergänzungsleistungen und/oder Hilflosenentschädigung angewiesen. Die Sozialversicherungen sind demnach für die Existenzsicherung alter Menschen von zentraler Bedeutung. Entsprechend werden im Zuge der Neuordnung der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 die Sozialversicherungsleistungen angepasst, um Menschen im AHV-Alter nicht von der Sozialhilfe abhängig zu machen (vgl. dazu Beitrag im Handlungsfeld 9, Umsetzung Subjektfinanzierung im Heimbereich, S. 60).

Der **4. Berner Gesundheitsbericht** ist der Frage nachgegangen, wie stark sich soziale Determinanten wie Bildungsabschluss, Einkommen und berufliche Stellung auf die Gesundheit der Berner Bevölkerung auswirken. Anlass, diese Thematik zu untersuchen, sind zwei Beobachtungen: Einerseits zeigen die ersten beiden Sozialberichte des Kantons Bern, dass Armut in der Bevölkerung des Kantons Bern weit verbreitet ist und insbesondere Kinder davon betroffen sind; andererseits belegt die internationale Forschung, dass die Erhaltung und Förderung von Gesundheit von vielen Faktoren abhängt, die nicht direkt mit der Gesundheitspolitik zu tun haben. Genauso wichtig wie eine gute ärztliche Versorgung oder sogar entscheidender sind die Lebensbedingungen in der Familie, in der Schule, am Arbeitsplatz und in der Umwelt. Genau diese Lebenswelten unterscheiden sich jedoch erheblich bei Personen in einer privilegierten sozialen Lage im Vergleich zu Personen, die in prekären Verhältnissen leben.

³ Gender Mainstreaming ist ein in der Regierungspolitik des Kantons Bern verankertes Ziel. Es bedeutet, soziale Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern in allen Bereichen und bei allen Planungs- und Entscheidungsschritten immer bewusst wahrzunehmen und zu berücksichtigen. Alle Vorhaben werden so gestaltet, dass sie auch einen Beitrag zur Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern leisten.

Quelle: www.lustaufgender.ch/index.php?page=10.30.80

Diese Frage wurde für verschiedene Altersgruppen untersucht: für Kinder und Jugendliche, für Erwachsene im Erwerbsalter und für Menschen am Lebensende. Leider war es aus methodischen Gründen nicht möglich, den Einfluss der sozialen Determinanten auf die Gesundheit der älteren Bevölkerung zu analysieren, da die dafür notwendigen Daten noch nicht verfügbar sind. Es ist geplant, zu einem späteren Zeitpunkt einen eigenen Gesundheitsbericht über die ältere und betagte Berner Bevölkerung zu realisieren. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im Kanton Bern die Gesundheitschancen in der Bevölkerung nach sozialer Lage und Status klar unterschiedlich verteilt sind. Dies zeigt sich deutlich bei den Gesundheitsindikatoren, bei wichtigen Gesundheitsverhaltensweisen und bei der Sterblichkeit. Will man die Gesundheit der Bevölkerung erhalten oder verbessern, ist es notwendig, diesen sozialen Gradienten zu berücksichtigen und sich stärker als bisher auf Personengruppen zu konzentrieren, die besonders schlechte Gesundheitschancen aufweisen. Die Alterspolitik des Kantons Bern unterstützt nicht zuletzt aus diesem Grund Projekte für Migrantinnen und Migranten im Seniorenalter (vgl. Handlungsfeld 1, S. 24 f.), da sie zu den vulnerablen Bevölkerungsgruppen gehören und ihre Integration massgeblich zur Erhaltung der Gesundheit beiträgt. Ausserdem ist es dem Projekt Zwäg ins Alter (ZiA) ein Anliegen, gerade auch Seniorinnen und Senioren aus sozio-ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen mit einem hohen Krankheitsrisiko zu erreichen.

Bei der Spitalversorgung und im Rettungswesen ist die **Versorgungsplanung** das zentrale Steuerungsinstrument **gemäss dem Spitalversorgungsgesetz (SpVG)**. Sie umfasst die Bereiche somatische Akutversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettungswesen und erstellt dazu eine Bedarfsschätzung der Leistungen, die zur Versorgung der Kantonsbevölkerung gebraucht werden. Ihr Hauptanliegen ist eine qualitativ gute, bedarfsgerechte und wirtschaftlich tragbare Versorgung. Ausserdem wird in der Versorgungsplanung die Planung der im Gesundheitswesen benötigten Ausbildungsplätze durchgeführt. Dabei berücksichtigt sie neben der obengenannten Spitalversorgung auch den Bedarf an Nachwuchskräften in der stationären Langzeitpflege und der Spitex. Einige der im Zwischenbericht Alterspolitik aufgeführten Massnahmen sind daher – sofern sie die stationäre Akutversorgung und die Berufsbildung betreffen – zugleich integraler Bestandteil der Versorgungsplanung nach SpVG.

Die erste Versorgungsplanung gemäss Spitalversorgungsgesetz genehmigte der Regierungsrat 2007. Sie führt verschiedene Massnahmen auf, um die geriatrische Versorgung zu verbessern. Namentlich sind dies: die Post-Akutupflege, die geriatrischen Stützpunkte in den Akutspitälern, die Einführung einer geriatrischen Rehabilitation, die Durchführung eines Modellversuchs zur integrierten Versorgung in der Geriatrie sowie die Verbesserung der alterspsychiatrischen Versorgung. Die Umsetzung dieser Massnahmen wird in den nachfolgenden Kapiteln dieses Zwischenberichtes erläutert (Handlungsfeld 4, S. 38). Die Versorgungsplanung 2007–2010 hat ausserdem die Grundlagen dafür

gelegt, die Ausbildungsleistungen der Betriebe und des Kantons zu erhöhen (Handlungsfeld 7, S. 56).

Im Jahr 2011 verabschiedet der Regierungsrat die zweite Versorgungsplanung, die Versorgungsplanung 2011–2014 gemäss SpVG. Sie trägt den veränderten gesetzlichen Bestimmungen aufgrund der Revision des Krankenversicherungsgesetzes Rechnung und berücksichtigt die ab 2012 geltenden neuen Regeln der Spitalfinanzierung. Neben der Spitalversorgung werden auch in dieser zweiten Runde der Versorgungsplanung übergreifende Fragen wie die integrierte Versorgung zwischen den ambulanten und stationären Leistungserbringern der Akut- und der Langzeitpflege aufgegriffen – Themen, die für die Gesundheitsversorgung von Betagten sehr bedeutsam sind.

Das **Kantonale Reporting der Sozialdienste** (Erhebung 2008) weist als wichtigstes sozialpolitisches Thema Kinder und Jugendliche aus. Im Gegensatz dazu hat das Thema Alter für die Sozialdienste kaum Bedeutung. Da die Bearbeitung von Anträgen auf Ergänzungsleistungen und/oder Hilflosenentschädigung nicht als eigenständige Aufgabe der Sozialdienste gezählt wird, wird Alter auch nicht als eigenständiges Thema wahrgenommen. Denn Sondermassnahmen wie Integration oder Bildung im Alter laufen nicht über die Sozialdienste, im Gegensatz zu Massnahmen im Kinder- und Jugendbereich. Denn andere Organisationen wie zum Beispiel Pro Senectute, Caritas oder das Schweizerische Rote Kreuz decken diese ab. Entsprechend tauchen sie im Kantonalen Reporting der Sozialdienste nicht auf.

Ein Fünftel der Sozialbehörden hingegen stuft das Thema Alter als bedeutend ein. Das heisst, dass sich die strategischen Organe vermehrt mit dem Thema auseinandersetzen und sich bei den Behörden zunehmend ein Bewusstsein für den Altersbereich bildet. Die GEF begrüsst diese Entwicklung.

Das **Behindertenkonzept**⁴ hat der Regierungsrat im Januar 2011 verabschiedet. Es wird im Rahmen der Umsetzung der NFA dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt und bildet die konzeptionelle Grundlage für Massnahmen zugunsten erwachsener Menschen mit Behinderungen. Behinderte Menschen im AHV-Alter, die bereits vor Eintritt ins AHV-Alter als behindert galten, werden dem Behindertenbereich zugeordnet. Sie werden daher im vorliegenden Bericht zur Alterspolitik nicht als separate Zielgruppe behandelt. Es sei auf den geplanten Behindertenbericht verwiesen, den die GEF dem Grossen Rat voraussichtlich im November 2011 vorlegen wird.

Der Behindertenbericht soll über den Stand der NFA-Umsetzung im Bereich «Erwachsene Behinderte» sowie «Kinder und Jugendliche mit einer Behinderung» und über die zukünftige Ausrichtung der kantonalen Massnahmen zugunsten von Menschen mit Behinderungen informieren. Es ist ein Planungsbericht gemäss Artikel 60 des Grossratsgesetzes GRG.

⁴ *Förderung der Selbstbestimmung und der gesellschaftlichen Teilhabe von erwachsenen Menschen mit einer Behinderung. Behindertenkonzept des Kantons Bern gemäss Artikel 197 Ziffer 4 BV sowie Artikel 10 IFEG.*

Zukünftige Herausforderungen im Altersbereich

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) sieht für die kommenden Jahre zahlreiche Herausforderungen im Altersbereich:

Veränderungen der demografischen

Entwicklung

Die Kantonale Statistikkonferenz, deren Datenbank für Prognosen dient, hat Ende 2008 die neuesten Bevölkerungsprojektionen⁵ vorgelegt. Es zeigt sich eine **veränderte demografische Ausgangslage**. Demnach gehen die neuesten Bevölkerungsprojektionen von einer grösseren Zunahme an über 65-jährigen Menschen im Kanton Bern aus als bisher erwartet.

Diese so nicht vorausgesehene Bevölkerungszunahme wird im **Bericht zur Wirtschaftslage**⁶ im Kapitel 10 «Regionale Entwicklung» der Berner Wirtschaft (beco) wie folgt kommentiert:

«Die Bevölkerungszahlen sind in den letzten Jahren deutlich stärker gestiegen als vorausgesehen. Sogar die Prognosewerte des höchsten Bevölkerungsszenarios des Bundesamtes für Statistik für den Kanton Bern aus dem Jahr 2004 wurden übertroffen. Der Kanton Bern hat im Jahr 2008 auf der Grundlage der neuen Bevölkerungsszenarien (Mittel, Hoch und Tief) des Bundesamtes für Statistik die Bevölkerungsentwicklung von 2006 bis ins Jahr 2030 für die Regionen des Kantons berechnen lassen. Das Szenario Mittel bildet das Referenzszenario und zeichnet den wahrscheinlichsten Verlauf ab. In ihm werden die in den letzten Jahren beobachteten Entwicklungen fortgeführt (Geburten- und Sterbehäufigkeit, Wanderungen) und die zurzeit bekannten politischen Veränderungen – so etwa das Inkrafttreten der Bilateralen Abkommen zwischen der Schweiz und der EU – angenommen.» s. 125

Gegenüber den im Zwischenbericht 2007 veröffentlichten Zahlen zur Bevölkerungsentwicklung gehen das Bundesamt für Statistik (BfS) sowie die Kantonale Statistikkonferenz in ihren neuesten Szenarien demnach von einem wesentlich grösseren Zuwachs der Altersgruppe 65+ respektive 80+ aus als bisher angenommen. Der **Grund für diese Differenz** liegt laut BfS darin, dass die früheren Szenarien generell zu tief angesetzt waren und entsprechend angepasst werden mussten. Die Nachfrage bei dem von der Kantonalen Statistikkonferenz beauftragten Büro ergab, dass im Falle der Altersgruppe 80+ die **Lebens-**

erwartung durch das BfS zu niedrig eingeschätzt worden war und in den neuen Prognosen deutlich nach oben korrigiert werden musste. Die Kantonale Statistikkonferenz hat für ihre Berechnungen im Bericht von 2008 zu den regionalisierten Bevölkerungsprojektionen die neuen, angepassten Ursprungsdaten des BfS übernommen und auf die verschiedenen Regionen im Kanton Bern übertragen. So werden neu rund 269 000 statt wie bisher 236 000 Menschen im Alter von 65+ Jahren bis ins Jahr 2030 prognostiziert. Das entspricht einem Zuwachs von etwa 14 Prozent gegenüber dem ursprünglichen Szenario. Bei den 80-Jährigen und Älteren werden neu 88 000 statt wie bisher 70 000 Menschen bis zum Jahr 2030 prognostiziert. Hier besteht gegenüber dem ursprünglichen Szenario ein Zuwachs von 25 Prozent.

Da die Bevölkerungsentwicklung im Segment der 65-Jährigen und Älteren prägnanter ausfallen wird als bisher erwartet, ist in der Alterspolitik ein starker Handlungsbedarf weiterhin gegeben. Diese Entwicklung zwingt Politik und Gesellschaft zur aktiven Auseinandersetzung mit dem Thema der älter werdenden Bevölkerung. Für die GEF erhält die kantonale Alterspolitik dadurch noch mehr Gewicht, die Massnahmen gewinnen an Bedeutung. Mit der steigenden Zahl an Menschen im AHV-Alter nimmt die Wichtigkeit der umschriebenen Handlungsfelder zu. Der eingeschlagene alterspolitische Weg hat sich bisher als richtig erwiesen. Er muss und soll vor dem geschilderten demografischen Hintergrund konsequent weiterverfolgt werden. Die grundsätzliche Richtung der kantonalen Alterspolitik bleibt somit unverändert: es braucht vor allem Investitionen in Gesundheitsförderung und Prävention, um Pflegeheimenritze hinauszuzögern oder gar zu verhindern. Der Gesundheitsförderung im Alter kommt daher eine zentrale Bedeutung zu. Sie ist sowohl eine unabdingbare Investition wie auch eine sinnvolle Massnahme in der kantonalen Alterspolitik der kommenden Jahre (vgl. Handlungsfeld 1, ab S. 20).

Die veränderten demografischen Prognosen betreffen vor allem die **Pflegeheimplanung nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG)**. Die frei verfügbaren Pflegeplätze sind heute beinahe ausgeschöpft, das bestehende Kontingent von 15 500 Pflegeheimplätzen für den Kanton Bern soll jedoch nicht erhöht werden. Von einer Erhöhung wird derzeit aus diversen Gründen abgesehen (Details siehe Handlungsfeld 6, Entwicklung Abdeckungsgrad ab S. 50).

Verknappung der personellen Ressourcen

Eine der grössten Herausforderungen stellen die zu erwartenden **knappen personellen Ressourcen** im Bereich des **Pflegepersonals** und der Grundversorgung durch **hausärztliche Praxen** dar. Die GEF hat das Problem früh erkannt und verfolgt diese Entwicklung sehr genau. Sie hat schon seit 1997 Massnahmen bei der Rekrutierung von Pflegenachwuchs eingeleitet (vgl. Handlungsfeld 7, S. 56). Zur Förderung der (haus-)ärztlichen Grund- und Notfallversorgung wurden ebenfalls Massnahmen eingeleitet (vgl. Handlungsfeld 4, S. 38).

⁵ Regionalisierte Bevölkerungsprojektionen für den Kt. BE bis ins Jahr 2030, Szenario Mittel (www.fin.be.ch/site/fv-index/fv-default/fv-publikationen.htm, Ausgabe 2008 / Datenbank der kantonalen Statistikkonferenz).

⁶ *Bericht zur Wirtschaftslage 2009*. beco Berner Wirtschaft. Elektronisch abrufbar unter www.be.ch/wirtschaftsdaten oder direkt unter www.vol.be.ch/site/beco-publ-wirtschaft-lb-10-reg-entwicklung.pdf.

Von der Objektfinanzierung zur personenorientierten Finanzierung von Leistungen

Leistungen im Pflegebereich sind heute anbieter- und/oder altersabhängig. Das bedeutet, dass eine pflegebedürftige Person eine andere Finanzierung der Pflegeleistung erhält, wenn sie in einem Heim wohnt als wenn sie zu Hause lebt und ambulante Leistungen in Anspruch nimmt. Zudem sind die zur Verfügung stehenden Ressourcen auch teilweise altersabhängig (AHV-/IV-Bereich). Da müssen einheitliche Steuerungsinstrumente geschaffen werden, die den Betroffenen höhere Flexibilität bei der Inanspruchnahme von Leistungen ermöglichen. Es soll kein Unterschied zwischen den verschiedenen Zielgruppen mehr gemacht werden, sondern nur die erbrachte Leistung zählen. Ob Pflege ambulant, also zu Hause, oder stationär in einem Heim für IV- oder AHV-Beziehende erbracht wird, soll in Zukunft nicht mehr das Ausmass der Finanzierung bestimmen. Vielmehr bestimmt die Art der Leistung unabhängig von Ort und Person die Finanzierung. Das ermöglicht den Menschen zukünftig, sich flexibel in der Behandlungskette zu bewegen. In einem ersten Schritt wurden deshalb im Rahmen der Filag-Revision (vgl. Handlungsfeld 9, S.62) dazu die Artikel 67 und 68 des Sozialhilfegesetzes SHG entsprechend angepasst. Alte und rentenberechtigte Menschen sollen nicht auf Sozialhilfe angewiesen sein, wenn sie Pflege und Betreuung benötigen. Die Kosten für diese Leistungen sollen über Ergänzungsleistungen finanziert werden.

Im ambulanten Bereich wird zusammen mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung die **Einführung der leistungsorientierten Finanzierung von Spitex-Dienstleistungen** umgesetzt. Die wichtigste Veränderung dabei ist der Übergang von der Defizitfinanzierung zu einer Finanzierung der Leistung. Damit erhalten die Organisationen mehr unternehmerische Freiheit, tragen aber auch mehr Verantwortung. Aufgrund der Vorgaben des KVG regelt der Kanton die Restfinanzierung der Pflege und legt die Beiträge für die hauswirtschaftlichen Leistungen fest.

Finanzierung von Betreuungsleistungen

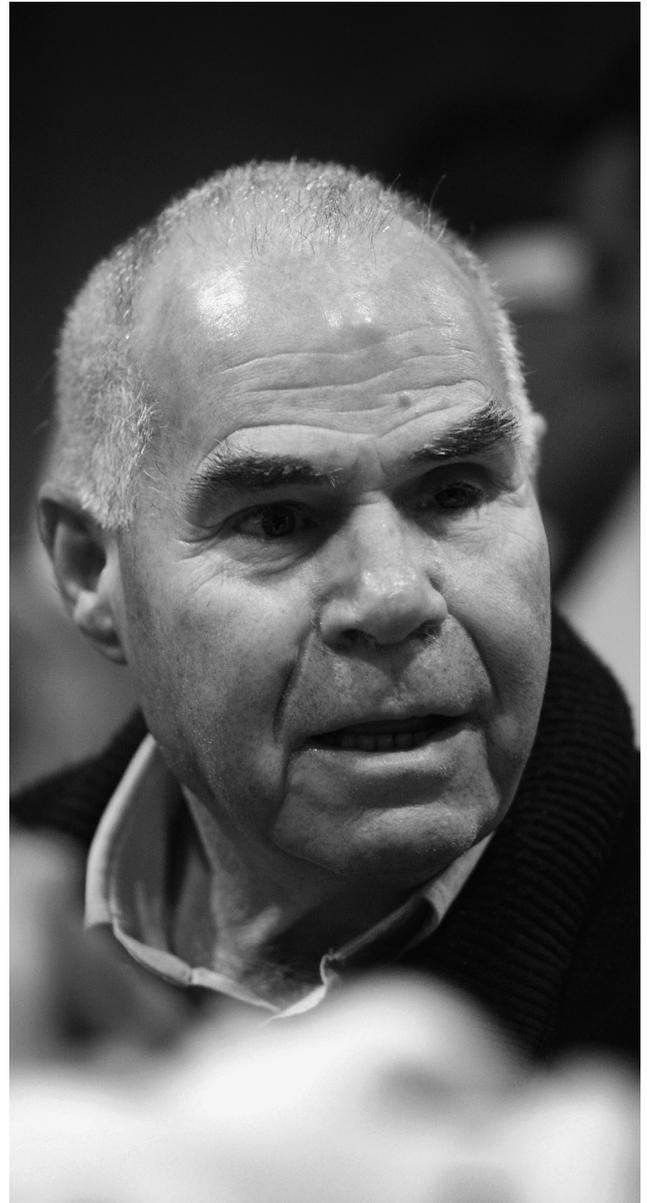
Ein zunehmendes Problem stellt die **Finanzierung der Betreuungsleistungen** dar. Pflegeleistungen werden aufgrund des KVG von den Krankenversicherern und dem Kanton finanziert. Betreuungs- und Begleitleistungen hingegen nicht oder nur unvollständig. Diese fehlende Finanzierung stellt vor allem im Demenz- und Psychiatriebereich zunehmend ein Problem dar, da diese Menschen vor allem Betreuungsleistungen benötigen. Die Frage nach dem Bedarf an Betreuungsleistungen stellt sich nicht nur bezüglich alter, sondern auch bezüglich behinderter Menschen. Im Rahmen der Umsetzung des kantonalen Behindertenkonzeptes prüft der Kanton Bern deshalb die Einführung eines kantonalen Leistungskatalogs für behinderungsbedingt notwendige Unterstützungsleistungen, der als Grundlage für eine bedarfsgerechte Finanzierung der Leistungen dienen soll.

«Integrierte Versorgung entlang der Behandlungskette»

Die GEF will die Zusammenarbeit der einzelnen Partner im Gesundheitswesen verstärken, um eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung zu fördern. Einen Grossteil der Kosten im Gesundheitswesen verursachen chronische Krankheiten. Durch eine gezielte Zusammenarbeit und Koordination zwischen den einzelnen Leistungserbringern können Kosten gespart und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Im Jahr 2011 wird deshalb eine Arbeitsgruppe der Verbände der Spitäler, Heime, Spitex und Grundversorger unter der Leitung der GEF die Schnittstellenprobleme angehen und erste pragmatische Lösungen erarbeiten. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen in die kantonale Managed-Care-Strategie (siehe S. 19) einfließen.

Teil B

Detailsicht – Die Entwicklungen in den alterspolitischen Handlungsfeldern



Managed Care

Ein Thema, das sich durch alle nachfolgend aufgeführten Handlungsfelder zieht, ist das Erfordernis einer besseren Vernetzung, einer Koordination von Massnahmen, Angeboten und Akteuren und – für den Gesundheitsbereich – einer zunehmenden Integration der Sektoren und Leistungserbringer im Sinne einer gemeinsam verantworteten regionalen Gesundheitsversorgung. Der Regierungsrat hat die Entwicklung einer kantonalen Managed-Care-Strategie beschlossen, um künftig neue Versorgungselemente noch mehr zu fördern, die zu einer besseren Vernetzung der gesundheitlichen Versorgung führen. Dies soll vor allem chronisch Kranken und alten Menschen zugute kommen.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) ist beauftragt, die erforderlichen Massnahmen in den Bereichen Forschung und Entwicklung, Planung und Steuerung vertieft zu analysieren und zu erarbeiten. Zunächst sollen in Modellversuchen neue Elemente erprobt und evaluiert werden; die Erfahrungen aus den Versuchen werden in die weitere Optimierung der Versorgungsintegration einfließen.

Eine wichtige Rolle bei der Versorgungsintegration kommt – neben dem Hausarzt und den Spitälern, den Pflegeheimen und der Spitex – auch den Gemeinden und Regionen zu, mit ihren respektiven Altersplanungen und den Regionalkonferenzen (vgl. Handlungsfeld 5: Anstoss zur breiten Auseinandersetzung mit der Altersversorgung, S. 45).

Grundlegende Voraussetzungen für alle Formen von Vernetzung und Integration sind zunächst einmal zugängliche Informationen darüber, welche Leistungen und Angebote den unterschiedlichen Bedürfnissen angemessen und wo sie verfügbar sind. Dies gilt sowohl für Ratsuchende aus der Allgemeinbevölkerung wie auch für professionell Tätige in den verschiedenen Feldern. Ein wichtiges Instrument ist das Internet. Im Auftrag der GEF hat Pro Senectute Kanton Bern inzwischen zwei Internetplattformen aufgeschaltet: zum einen **www.senioren-info.ch** mit Adressen von Dienstleistungserbringern im ganzen deutschsprachigen Kantonsgebiet und Angaben u. a. zu den Themen Wohnen, Gesundheit und Prävention, Hilfe zu Hause, Mobilität und Beratung; zum anderen **www.wohnen60plus.ch** mit Angeboten und Preisen von Alterswohneinrichtungen. Bei Krankheit im Alter bietet die Website **www.geriatrie-bern.ch** einen Überblick über die derzeit vorhandenen geriatrischen Strukturen und – für die beteiligten professionellen Versorger – den Zugang zu Standards und Leitlinien für die geriatrische Versorgung.

Handlungsfeld 1

Unterstützung der Selbstständigkeit und der Gesundheit im Alter

Es hat nach wie vor oberste Priorität, die Selbstständigkeit und die Gesundheit im Alter zu unterstützen. Vor dem Hintergrund der anstehenden demografischen Veränderung und dem gleichzeitigen Wunsch der allermeisten Menschen, bis ins höchste Alter eigenständig leben und wohnen zu können, kommt der Gesundheitsförderung im Alter ein immer höherer Stellenwert zu. Gesundheitsförderung und Prävention bilden Schlüsselemente in der kantonalen Alterspolitik. Eine umfassende Gesundheitsförderung setzt in verschiedenen Lebensbereichen an, die das Wohlbefinden und damit die Gesundheit positiv beeinflussen. Verschiedene Projekte und Angebote illustrieren diesen breiten Ansatz.

Die Gesundheitsförderung will Menschen dazu befähigen, die Bedingungen für eine gute Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Prävention betrifft alle Massnahmen, die ein Mensch ergreift, um ein Gesundheitsproblem oder eine ungewollte Entwicklung zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern.⁷ Der gesundheitsfördernde und präventive Ansatz ermöglicht es demnach, Selbstständigkeit und Gesundheit im Alter zu unterstützen. Im Kanton Bern bestehen diverse Projekte und Angebote, die dazu beitragen.

Ein weiterer Ansatz, um Selbstständigkeit und Gesundheit im Alter zu fördern, besteht darin, den Betroffenen und ihren Angehörigen niederschwellige Informationen zur Verfügung zu stellen. Sie sollen so einen Überblick über das vielfältige Angebot erhalten.

Der dritte Ansatzpunkt betrifft die Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die Menschen im AHV-Alter in der Gesundheitsförderung begleiten und ihnen aufzeigen, wie durch Gesundheit auch Selbstbestimmung gestärkt bzw. erlangt werden kann.

Gesundheitsförderung im Alter

Gesundheit hat mehrere Dimensionen: eine biologisch-physiologische, eine psychologische und eine soziale. Ihr Zusammenspiel beeinflusst die Lebensqualität des einzelnen Menschen massgeblich. Die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die 1948 für die Schweiz in Kraft trat, definiert Gesundheit als «ein[en] Zustand des

vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens [...]»⁸ Dieser Zustand soll nach Möglichkeit in jedem Lebensalter erhalten bleiben. Demnach kommt der Gesundheitsförderung im Alter grosse Bedeutung zu. Gemäss der Ottawa-Charta von 1986 zielt Gesundheitsförderung darauf ab, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Diesen Ansatz erachtet die GEF als zentral. Sie setzt sich dafür ein, dass Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention allen Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Bern auch im AHV-Alter zur Verfügung stehen. Gesundheitsförderung und Prävention sind grundlegende Elemente der kantonalen Alterspolitik. Gesundheit ist ein wesentlicher Faktor für Lebensqualität: Eine möglichst gute Gesundheit erlaubt den Menschen, selbstständig zu leben (Autonomie), für sich selbst zu bestimmen, sich selbst (Selbsthilfe) wie auch anderen (Solidarität) zu helfen, sich in ihrem Umfeld zu bewegen (Mobilität) und soziale Kontakte zu pflegen. Das Ziel der kantonalen Alterspolitik ist es, alte Menschen in ihrer Gesundheit zu stärken und zu unterstützen, also gute Voraussetzungen zur Erhaltung ihrer Lebensqualität zu schaffen.

Zwäg ins Alter – ZiA

Bis Ende 2010 wurde im Kanton Bern mit dem von der Geriatrie Universität Bern entwickelten Gesundheitsprofil-Verfahren gearbeitet. Sein Kern ist ein Fragebogen für Menschen ab 65 Jahren, die zu Hause leben und nicht schwer erkrankt sind. Auf der Grundlage des Fragebogens und mit Hilfe eines speziellen Computerprogramms wird ein persönlicher Gesundheitsbericht erstellt, der Informationen zur Gesundheit, der medizinischen Vorgeschichte, der persönlichen Gesundheitsförderung und der Gesundheitsvorsorge enthält. Basierend auf den Resultaten wird den Befragten durch die Umsetzungsorganisation ein Beratungsgespräch im Rahmen eines Hausbesuchs angeboten. Ergänzt wird das Angebot durch Gruppenkurse und themenspezifische Informationsveranstaltungen.

Die Pro Senectute Kanton Bern übernahm per 2008 die Trägerschaft der bereits bestehenden drei Pilotprojekte in Lyss, Thun und der Region Oberaargau. Das zuvor unter dem Begriff «Präventive Hausbesuche» bekannte Angebot

⁷ Definitionen der Berner Gesundheit: http://www.beges.ch/de/unsere_angebote/pravention-basisdienste.18/definitionen-terminologie.482.html.

⁸ Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1946: http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/.

trägt seither kantonsweit den Namen Zwäg ins Alter – ZiA. Als zusätzliche Region ist die Stadt Bern hinzugekommen. Die Umsetzung in der Stadt Bern läuft seit 2009. Das Angebot im Oberaargau hat, ebenfalls 2009, eine Ausdehnung auf den Raum Burgdorf erfahren und das Angebot in Thun wurde auf die Gemeinde Spiez ausgedehnt. Es zeigen sich zahlreiche weitere Gemeinden im Seeland wie auch in der Agglomeration Bern, dem Aaretal und der Region Thun sehr interessiert, das Angebot einzuführen und ins Projekt aufgenommen zu werden. Eine Ausweitung auf das ganze Kantonsgebiet und der Einschluss aller Gemeinden ist dabei das erklärte und in den Berichten von

2005 bzw. 2007 bereits angedeutete Ziel der kantonalen Alterspolitik. Die Urheberin des Gesundheitsprofil-Verfahrens blockierte jedoch diese Ausdehnung auf weitere Gebiete und Gemeinden. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion stellte sich demzufolge hinter die Bemühungen der Pro Senectute Kanton Bern, der beauftragten Trägerorganisation einen Ausweg aus dieser Situation zu suchen. Im Austausch mit anderen Kantonen und Gemeinden, die dasselbe Verfahren anwendeten, hatte sich herausgestellt, dass diese in der Umsetzung ebenfalls eingeschränkt oder blockiert wurden.

Exkurs

Bewegung auf nationaler Ebene bei der Gesundheitsförderung im Alter

Der Kanton Bern und die Stadt Zürich ergriffen daraufhin die Initiative, um in einer breiten Partnerschaft mit weiteren interessierten Kantonen und Institutionen eine Auslegeordnung zu den Handlungsoptionen bei der Gesundheitsförderung im Alter zu schaffen. Unterstützt von der Stadt Zürich und unter Mitarbeit des Centre Hospitalier Universitaire de Lausanne lancierte der Kanton Bern 2009 ein Vorprojekt «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Mittels Experteninterviews und einer Literaturanalyse wurde der Stand des Wissens im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention im Alter aufgearbeitet. Ausgehend davon wurde für das Hauptprojekt 2010 festgelegt, welche Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter die beste Wirkung versprechen und besonders relevant sind. Für diese ausgewählten Interventionen sollten jene Merkmale beschrieben werden, die eine erfolgreiche Umsetzung auszeichnen (Best-Practice-Kriterien). Im Januar 2010 wurde das Hauptprojekt «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» (hernach BPGFA) initiiert. Zu den fünf im Vorprojekt ausgewählten Themen «Bewegungsförderung», «Sturzprävention», «Beratung, Veranstaltungen und Kurse», «Zugang zu schwer erreichbaren Gruppen» und «Partizipation von Hausärztinnen und -ärzten» wurden Best-Practice-Empfehlungen erarbeitet. Dank diesen Arbeiten soll letztlich ein modular verwendbarer «Bausatz» von empfehlenswerten Interventionen entstehen, der sämtlichen Partnerkantonen zur Verfügung steht, weiter ausgebaut und fortlaufend evaluiert wird. Das Projekt eines Bausatzes von Best-Practice-Empfehlungen wurde im Januar 2010 an einem interkantonalen Treffen vorgestellt, an dem Vertreterinnen und Vertreter aus 17 Kantonen teilnahmen. Neben dem Kanton Bern beteiligten sich weitere insgesamt 11 Kantone⁹ finanziell und zum Teil personell (Einsatz im Lenkungsgremium) an diesen Arbeiten. Ebenso konnte die Stiftung Gesundheitsförderung erneut ins Boot geholt werden, nachdem sie sich zuvor aus dem Bereich Gesundheitsförderung im Alter zurückgezogen hatte. Zusätzlich beteiligte sich auch die Beratungsstelle für Unfallverhütung – bfu. Beide Organisationen engagierten sich im Jahr 2010 sowohl personell als auch finanziell im Projekt und sagten zu, dies auch 2011 zu tun. Für das Jahr 2011 zeichnet sich ab, dass sich weitere Kantone ans Projekt anschliessen. Anlässlich der ersten nationalen Netzwerktagung vom 8. März 2011 in Bern erhielt ein breites Fachpublikum Informationen zu den erarbeiteten Elementen des «Bausatzes».

⁹ AG, AR, BS, GR, LU, NW, SH, SO, TG, UR, ZG.

ZiA – Evaluation der Umsetzungsphase 2008–2010 im Kanton Bern

Parallel zu den Arbeiten auf nationaler Ebene wertete das externe Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS das laufende Projekt ZiA aus.¹⁰

In der ersten Hälfte des Jahres 2008 wurde eine Gesamtprojektstruktur aufgebaut, und es erfolgte die Koordination der einzelnen Vorgehensweisen im Projekt ZiA. Ab Herbst 2008 starteten die drei bestehenden Pilotprojekte in den Regionen Oberaargau, Lyss und Thun nach einem einheitlichen Vorgehen. Zugleich wurde das Projekt in der Stadt Bern aufgebaut. In den Jahren 2009 und 2010 standen die Umsetzung des vereinheitlichten Vorgehens sowie die Qualitätssicherung und die Weiterentwicklung des Angebots im Vordergrund.

Die Studie untersuchte die einzelnen kleinräumig erprobten Organisationsstrukturen in den Pilotregionen, die Ausgestaltung des Vorgehens sowie die Leistungen und Wirkungen des Projekts.

Zu den unterschiedlichen **Organisationsstrukturen** kann gesagt werden, dass sich alle drei Modelle auf lokaler Ebene grundsätzlich bewährt haben. Im Oberaargau und in Lyss wird die Umsetzung durch die regionale Pro Senectute vorgenommen, in Thun durch die Spitex, und in Bern erprobt man eine Aufgabenteilung zwischen der regionalen Pro Senectute und Spitex. In diesem Fall ist Pro Senectute für die Organisation und Durchführung der Gruppenkurse und der themenspezifischen Veranstaltungen zuständig, die Spitex der Stadt Bern für Beratungsbesuche zu Hause (präventive Hausbesuche). Die Zusammenarbeit zwischen der Trägerschaft und den Umsetzungsorganisationen bzw. unter den Umsetzungsorganisationen bezeichneten alle Beteiligten als positiv. Im Hinblick auf eine optimale Nutzung aller vorhandenen Ressourcen gilt unter den aktuellen Rahmenbedingungen grundsätzlich das arbeitsteilige Modell Pro Senectute mit Spitex als ideal, wenngleich dies besondere Anforderungen an die Aufbau- und Ablauforganisation stellt, da der Koordinationsbedarf höher ist.

Zur **Ausgestaltung des Vorgehens** hinsichtlich Rekrutierung und Zielgruppenerreichung hält die Auswertung fest, dass das seit 2009 praktizierte parallele Rekrutierungsverfahren zweckmässig ist. Bis 2008 durften Teilnehmende nur über Hausärztinnen und -ärzte rekrutiert werden, ab 2009 wurden auch zielgruppennahe Multiplikatorinnen miteinbezogen, die durch einen Flyer auf das Angebot und die mögliche Teilnahme an ZiA aufmerksam machten. Die Studie bestätigt, dass die Einbindung der Hausarztpraxen schwierig ist, da nur eine geringe Teilnahmebereitschaft bei den Hausärztinnen und -ärzten zu verzeichnen ist. Dies liegt hauptsächlich daran, dass ein solches Engagement für ZiA nicht oder nur ungenügend abgegolten wird und zusätzliche Zeit in Anspruch nimmt:

Diese Zeit haben Hausärztinnen und -ärzte aufgrund hoher Arbeitsbelastung meistens nicht. Dieser Zugang zur Zielgruppe, insbesondere sozial benachteiligten alten Menschen, wäre jedoch wichtig, da er eine hohe Bereitschaft der Patientinnen und Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Massnahmen (Compliance) verspricht.

Der Bericht empfiehlt deshalb, weitere Wege zu prüfen, etwa den Zugang über Ergänzungsleistungsstellen. Dadurch könnte die schwer erreichbare Zielgruppe der bildungsunbewohnten und sozio-ökonomisch benachteiligten Bevölkerung besser in gesundheitsfördernde Angebote einbezogen und für das Thema sensibilisiert werden.

Hinsichtlich **Leistungen und Wirkungen** des Projekts kommt die Auswertung zu dem Schluss, dass sich der Nutzen der Hausbesuche zunächst einmal bei den teilnehmenden Seniorinnen und Senioren selbst zeigt. Sie berichten, dass sich ihre Gesundheitskompetenz durch die Hausbesuche insgesamt verbessert hat. Sie sind besser informiert als vor der Teilnahme, besitzen ein höheres Gesundheitsbewusstsein und setzen sich aktiv mit ihrem Hausarzt, ihrer Hausärztin oder einer Gesundheitsfachperson auseinander:

«Bezüglich des Nutzens ist anzumerken, dass auf der Grundlage der Klientenbefragung (Self-Reporting) bei rund zwei Dritteln der Personen mit Hausbesuchen von positiven Effekten auf die Gesundheitskompetenzen und bei rund 40 Prozent auf ein gesundheitsförderliches Verhalten ausgegangen werden kann.» s. 100

Weiter konnte festgestellt werden, dass sich der Nutzen von ZiA auch im direkten Umfeld der Teilnehmenden niederschlägt, das heisst, der Nutzen geht über die Zielgruppe hinaus. Angehörige und (Ehe-)Partner bzw. Partnerinnen werden während Hausbesuchen mitunter als Risikopersonen entdeckt und profitieren dadurch indirekt vom Beratungsangebot bzw. den umgesetzten Empfehlungen. Präventive Hausbesuche tragen unter anderem dazu bei, dass gesundheitsrelevante Probleme aufgedeckt werden. Gesundheitsrelevant ist nicht allein der eigene Zustand, sondern ebenso das Umfeld, in dem jemand lebt.

Ausserdem erstreckt sich die Wirkung des Projekts insgesamt auf weitere Akteurinnen und Akteure im Alters- und Gesundheitswesen, indem eine verstärkte Sensibilisierung für das Thema Prävention und Gesundheitsförderung im Alter stattfindet. Dieser Effekt ist auf kantonaler wie auch auf nationaler Ebene in Zusammenhang mit dem erwähnten Projekt BPGFA zu beobachten.

Was die Kosten betrifft, kommt die Auswertung zur folgenden Beurteilung:

«Wichtig anzumerken ist, dass es sich bei diesen Beträgen um eine Momentaufnahme des Projekts von 2009 handelt und nicht um laufende Kosten bei «Normalbetrieb». In den erwähnten Fall-Vollkosten sind sämtliche Implementierungskosten des Projekts eingerechnet, die in den Folgejahren wegfallen dürften. Vor diesem Hintergrund ergibt eine, mit der gegebenen Vorsicht zu interpretierende Schätzrechnung, bei der die Kosten für

¹⁰ Egger Theres, Kilian Künzi und Thomas Oesch. 2010. *Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt «Zwäg ins Alter» (ZiA) – Evaluation der Umsetzungsphase 2008–2010*. Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG, Bern. Online unter: <http://www.zwaeginsalter.ch/index.cfm/B677E4FF-AF25-8DD2-7CE67BEA84A7F911/>.

einen Pflegeheimplatz beigezogen werden, dass durch die ZiA-Massnahmen modellhaft bei den erwähnten Teilnehmenden der Pflegeheimeintritt pro Person um durchschnittlich 8 Tage (weitere Definition «erreichte Personen») bzw. 18 Tage (konservativere Definition «erreichte Personen») müsste hinausgezögert werden können, damit die Projektkosten abgegolten wären. [...] Die groben Kostenschätzungen, die auf der Grundlage der gegebenen Daten überhaupt möglich waren, deuten darauf hin, dass die notwendigen Kosteneinsparungen (Verzögerung Heimeintritt) von den Grössenordnungen her grundsätzlich erreicht werden könnten.»

S. XI–XII, Zusammenfassung

ZiA erhielt – wie zuvor die Pilotprojekte in einzelnen Regionen – von 2008 bis 2010 massgeblich finanzielle Unterstützung. Zwischen der GEF und der Auftragnehmerin Pro Senectute Kanton Bern bestand eine Leistungsvereinbarung für die Jahre 2008–2010. Diese beinhaltete die Einführung und Umsetzung in der Stadt Bern sowie die Ausdehnung auf weitere Gemeinden und Regionen. Der Unterstützungsbeitrag belief sich auf insgesamt CHF 2 698 000.– für die Jahre 2008–2010. Da die geplante und alterspolitisch geforderte Ausdehnung blockiert wurde, setzte man einen Teil der Mittel für das nationale Projekt BPGFA ein. Das nationale Projekt mit anderen Kantonen stiess eine Grundsatzdiskussion über die Ausrichtung und Ausgestaltung der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter an. Die aktive Beteiligung am interkantonalen Projekt BPGFA ist aus Sicht der kantonalen Alterspolitik eine Chance, um Gesundheitsförderung im Alter besser und breiter zu verankern, sowohl im Kanton Bern als auch schweizweit. Angesichts der zu erwartenden demografischen Veränderung ist das von grosser Bedeutung. Aus diesem Grund wird die Aufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter ab 2011 als ständige Aufgabe in die Rahmenleistungsvereinbarung zwischen Pro Senectute Kanton Bern und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion aufgenommen. Für diese Aufgabe ist ein Beitrag in der Höhe von CHF 900 000.– für das Jahr 2011 vorgesehen. Der Beitrag wird, gestützt auf die Ergebnisse und Zahlen der Vorjahre, jährlich neu festgelegt.

Mouvement des Aînés, section bernoise

Das Mouvement des Aînés (MDA) section bernoise umfasst Leistungen, die vorwiegend den sozio-kulturellen und bildenden Bereich betreffen. Das Sportprogramm der Sektion Neuenburg steht den bern-jurassischen Mitgliedern ebenfalls offen. Das Angebot richtet sich an Seniorinnen und Senioren aus dem Jura bernois. Die unterschiedlichen Aktivitäten zielen darauf ab, die Rolle von Seniorinnen und Senioren in der Gesellschaft positiv darzustellen, ihnen Wertschätzung entgegenzubringen und ihnen die Möglichkeit zu geben, im neuen Lebensabschnitt Alter sinnvolle neue Aufgaben zu finden. Dabei stellen die Begegnung mit anderen und das Interesse für Neues Schlüsselemente dar. Dieser Ansatz verfolgt das Ziel, den sozialen Rückzug pensionierter Personen zu ver-

meiden und einer möglicherweise drohenden Vereinsamung vorzubeugen. Das Angebot ist ein wertvoller Beitrag zur Gesundheit im umfassenden Sinn. Gesundheit ist ein vielschichtiges Konstrukt und grundlegend für eine gelingende Gestaltung des Alters. Die kantonale Alterspolitik hat daher ein wesentliches Interesse daran, Massnahmen zu fördern, die der Gesunderhaltung dienen. Das MDA trägt mit seinem facettenreichen Angebot dazu bei.

Das Angebot wurde erstmals im Jahr 2008 mit einem Beitrag in der Höhe von CHF 7200.– unterstützt, nachdem sich das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) aufgrund der NFA¹¹ per Ende 2007 aus der Mitfinanzierung zurückgezogen hatte. Für die Jahre 2009–2011 hat die GEF mit dem MDA eine Leistungsvereinbarung getroffen. Das Angebot erhält während dieser drei Jahre einen jährlichen Beitrag in der Höhe von CHF 7200.–.

Rundum mobil – Seniorenkurse zur Erhaltung der Mobilität

Seniorinnen und Senioren sollen mit Hilfe des kombinierten bzw. öffentlichen Verkehrs **möglichst lange selbstständig mobil bleiben**. Ziel des Angebotes:

- Gewährleistung eines gleichberechtigten und sozialverträglichen Zugangs für die Mobilität im Alter (Menschen, die nicht mehr Auto fahren können/wollen, sollen mobil bleiben)
- Gesundheitsförderung für Seniorinnen und Senioren durch Empfehlungen für körperliche Bewegung im Alltag
- Umweltschutz durch die Förderung von öffentlichen Verkehrsmitteln

Das Angebot hat sich bereits bewährt und in diversen Gemeinden des Kantons Bern¹² sowie in anderen Kantonen etabliert. Die Teilnehmezahlen sind kontinuierlich steigend. Das Angebot soll auf neun weitere Standorte im Kanton Bern ausgedehnt werden. Das Büro für Mobilität, Rundum mobil GmbH, hat nebst der Projektleitung im Kanton Bern und der Umsetzung im Berner Oberland auch die nationale Projektleitung inne.

Mobilität ist eine zentrale Komponente und wichtige Voraussetzung für

- Autonomie und Selbstbestimmung/Selbstständigkeit
- Partizipation am öffentlichen Leben
- soziale Teilhabe und Integration
- die Herstellung des Bezugs eines jeden Individuums zu seiner Umwelt

Mobilität ist demzufolge der Schlüssel zur Umwelt, in der eine Person lebt und in die sie hineingehört. Mobilität ist ein bedeutender Bestandteil der menschlichen Identität und hat grosse Bedeutung für das Individuum – auch und gerade im Alter, wo vermehrt körperliche Einschränkungen auftreten. Die Mobilitätsförderung alter Menschen liegt im In-

¹¹ NFA = Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen.

¹² Bern, Biel, Ittigen, Köniz, Langnau i/E, Münchenbuchsee, Thun.

teresse der kantonalen Alterspolitik, die den Schwerpunkt auf die Erhaltung der Selbstständigkeit legt. Mobilität bildet die Basis für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion erachtet die Erweiterung des Angebots auf weitere zwölf Standorte¹³ im Kanton Bern in den Jahren 2009–2011 als alterspolitisch sinnvoll. Sie unterstützt deshalb den Aufbau an diesen neuen Standorten mit einem Beitrag in der Höhe von jährlich CHF 9000.–. Den weiteren Betrieb nach dem Aufbau stellen anschliessend finanzielle Mittel der Trägerschaft von www.mobilsein-mobilbleiben.ch sicher.

Gesundheitsförderung im Alter bei Migrantinnen und Migranten

Migration und Alter ist ein Querschnittsthema. Es kann dem Handlungsfeld 1 und auch dem Handlungsfeld 2 zugeordnet werden, weil in den nachfolgend dargestellten Projekten sowohl gesundheitsförderliche Aspekte als auch Angebote zur Entlastung von Angehörigen mit dem Thema Integration kombiniert werden. Gesundheitsförderung im Alter geht von einem umfassenden Gesundheitsbegriff aus, der auch das Umfeld, in dem Menschen leben, einbezieht. Aus diesem Grund wurde das Querschnittsthema Migration und Alter unter dem Aspekt Gesundheit dem Handlungsfeld 1 zugeordnet.

Zahlreiche Migrantinnen und Migranten im Seniorenalter, die in den 1950er- und 1960er-Jahren als Arbeitskräfte vor allem aus Italien in die Schweiz geholt wurden, gehören zur sozio-ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppe und weisen aus diesem Grund schlechtere Gesundheitschancen auf. Aus dem 4. Berner Gesundheitsbericht ist bekannt, dass Gesundheitschancen in der Bevölkerung nach sozialer Lage und Status klar unterschiedlich verteilt sind. Dies zeigt sich deutlich bei den Gesundheitsindikatoren, bei wichtigen Gesundheitsverhaltensweisen und auch bei der Sterblichkeit. Will man die Gesundheit der Bevölkerung erhalten oder verbessern, ist es notwendig, diesen sozialen Gradienten zu berücksichtigen und sich stärker als bisher auf diejenigen Personengruppen zu konzentrieren, deren Gesundheitschancen besonders schlecht sind. Die Alterspolitik des Kantons Bern unterstützt nicht zuletzt aus diesem Grund Projekte für Migrantinnen und Migranten im Seniorenalter.

Pilotprojekt Integrative Freiwilligenarbeit mit älteren Migrantinnen und Migranten im Berner Seeland

Das oberste Ziel des Projekts ist es, ein mit den Bedürfnissen von Migrantinnen und Migranten kongruentes Ange-

bot zu schaffen. Im Zentrum steht die ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Einerseits sind deren Bedürfnisse sorgfältig abzuklären, andererseits sollen interessierte Migrantinnen und Migranten in die Entwicklung von Angeboten einbezogen werden. Ein dementsprechend partizipativer Ansatz der lokalen und dezentralen Teilprojekte in Täuffelen/Ins, Lyss und Biel lässt die notwendigen Angebote bottom-up entstehen. Aufgepfropfte Top-down-Angebote werden bewusst vermieden. Es soll in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe geklärt werden, welche Unterstützung zu welchem Zeitpunkt für ein qualitativ gutes, weitgehend autonomes Leben im Alter als hilfreich empfunden und beansprucht wird. Die GEF beurteilt das partizipative Vorgehen und den damit verbundenen Aufbau von Angeboten als sehr gelungen. Der Kanton hat ein grosses Interesse an Massnahmen, die das bestehende professionelle Betreuungsnetz sinnvoll ergänzen. Mit der Unterstützung integrativer Freiwilligenarbeit¹⁴ will die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern dieses Versorgungsnetz optimieren, stärken und etwaige Lücken schliessen. Dies zielt zudem darauf ab, den Pflege- und Betreuungsbedarf generell so weit wie möglich zu senken. Das Projekt trägt so dazu bei, das Wohlbefinden von Migrantinnen und Migranten im Seniorenalter durch erlebte Integration zu stärken. Weiter gilt es, den kostenintensiven Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim hinauszuzögern oder gar zu vermeiden.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass der Ansatz der integrativen Freiwilligenarbeit zu Entwicklungen beiträgt, die von der kantonalen Alterspolitik erwünscht sind:

- Das Projekt unterstützt einerseits ältere Menschen mit Migrationshintergrund dabei, sich in ihrer Gemeinde bemerkbar zu machen und bestärkt sie darin, sich einzubringen und sich zu äussern. Sie nehmen an der Ausgestaltung des Angebots aktiv teil. Das Angebot ist kongruent mit den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund.
- Andererseits sensibilisiert es Fachleute aus den Bereichen Alter und Migration¹⁵ für die Bedürfnisse der Seniorengeneration mit Migrationshintergrund.
- Ausserdem dient es der Vernetzung älterer Migrantinnen, Migranten und entsprechender Fachleute.

In den Jahren 2007–2009 wurde äusserst wertvolle Aufbauarbeit geleistet. Das Projekt sowie das gewählte Vorgehen haben sich sehr gut bewährt. Es wurde in Zusammenarbeit mit der betroffenen Bevölkerungsgruppe abgeklärt, welche Unterstützung zu welchem Zeitpunkt für ein qualitativ gutes, weitgehend autonomes Leben im Alter als hilfreich empfunden und beansprucht wird.

¹³ 2009: Herzogenbuchsee, Langenthal, Lyss, Ostermündigen; 2010: Frutigen, Moutier, Spiez; 2011 sind geplant: Belp/Gürbetal, Burgdorf, Interlaken, Meiringen, Worb.

¹⁴ Integrative Freiwilligenarbeit bezeichnet ein Angebot, das Freiwillige für Menschen mit Migrationshintergrund erbringen. Ein speziell an diese Bevölkerungsgruppe gerichtetes und auch in der jeweiligen Muttersprache ausgeschrieben Angebot trägt zur Integration bei und verhindert migrationsbedingte Isolation im Alter.

¹⁵ Pro Senectute, Sozialdienste, Spitex, Altersheimleitungen, Missione Cattolica, ref. und kath. Kirchengemeinden, Arbeitsgruppe für Integration Kirchengemeinde Lyss-Büren-Ins/Täuffelen, Entlastungsdienst Kanton Bern, Mitglieder aus dem Seniorenrat, Alterbeauftragte usw.



Der vierte Zwischenbericht der Caritas beschreibt die Ergebnisse wie folgt:

- **Vernetzung:** Heute besteht eine weitgehende Vernetzung der in den Bereichen Migration und Alter tätigen Fachleute, Gruppierungen, Dienstleister und Freiwilligen. In der zweiten Jahreshälfte 2008 ist es zudem gelungen, in Lyss wichtige Exponentinnen und Exponenten besser einzubinden und für die persönliche Teilnahme am so genannten Runden Tisch zu gewinnen.
- **Kenntnisse:** Die involvierten Fachleute, Gruppierungen, Dienstleister und Freiwilligen kennen die Lebenssituation, Befindlichkeiten, Anliegen und Bedürfnisse vorab der älteren italienischen Migrationsbevölkerung besser.
- **Information:** Besser informiert sind aber auch viele ältere italienische Frauen und Männer. Sie wurden über einige Dienstleistungen für ältere Personen sowie über Sicherungssysteme (Sozialversicherung) informiert.
- **Glaubwürdigkeit:** Viele Italienerinnen und Italiener haben erlebt, dass ihre Anliegen und Bedürfnisse von der Gemeinde, den Dienstleistern und anderen Fachleuten gehört und ernst genommen werden: Sie werden in italienischer Sprache eingeladen, die Veranstaltungen werden übersetzt, sie haben einen lang ersehnten Treffpunkt gefunden, ihre Anliegen werden traktandiert und bearbeitet.

Es sind Strukturen entstanden, in denen sich die älteren Migrantinnen und Migranten mit ihren Anliegen ernst und wahrgenommen fühlen; Strukturen, in denen neu eine aktive Vernetzung unter Fachleuten stattgefunden hat. Die verbesserte Vernetzung aller Beteiligten trägt wesentlich dazu bei, dass Synergien entstehen und Anlässe sowie Angebote in neuartigen Kooperationen durchgeführt werden. Zu nennen sind hier zum Beispiel schriftliche Informationen in der Muttersprache, regelmässige Informationsveranstaltungen zu altersrelevanten Themen mit Simultanübersetzung, Einrichten einer Treffpunktlokalität, Installation eines freiwilligen Besuchsdienstes für ältere Italienisch sprechende Personen, Bearbeitung des Themas Migration, Integration und Alter auf kommunaler Ebene bei der Überarbeitung des Altersleitbildes sowie Einspeisen der Thematik auf regionaler Ebene.

Das Pilotprojekt hat den integrativ-partizipativen Ansatz bis heute konsequent verfolgt und erste Schritte erfolg-

reich umgesetzt. Es leistet wertvolle Basisarbeit, die sich bisher gut bewährt hat und vieles hat entstehen lassen. Das Projekt ist nicht nur alterspolitisch, sondern auch integrationspolitisch relevant. Integration ist ein wesentlicher Bestandteil der sozialen und psychischen Gesundheit. Das erste alterspolitische Handlungsfeld hat die Unterstützung der Selbstständigkeit und die Förderung der Gesundheit im Alter zum Ziel. Das Projekt trägt durch den integrativen Ansatz einen wesentlichen Teil zur Gesundheit der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund bei. Es bedarf jedoch weiterer Schritte, um die begonnene Arbeit zu festigen. Daher wird der Pilot im Seeland als Regelprojekt weiterverfolgt. Ausserdem soll das Projekt in einer zweiten Region eingeführt werden, die einen hohen Anteil migrierter Menschen im AHV-Alter aufweist. Dadurch werden die Errungenschaften aus dem Pilotprojekt im Seeland einerseits weiter gefestigt und implementiert. Andererseits können die Erfahrungswerte für dieselbe Aufbauarbeit in einem weiteren Kantonsteil, der zahlreiche ältere Migrantinnen und Migranten aufweist, fruchtbar gemacht und umgesetzt werden.

Das Projekt wurde in den Jahren 2007–2009 mit einem Beitrag in der Höhe von CHF 236 190.– unterstützt. Aufgrund der Erfahrungswerte vereinbarten Caritas und GEF für die Jahre 2010–2013 einen jährlichen Beitrag in der Höhe von CHF 130 000.–.

SRK Bern – Kurse für Migrantinnen und Migranten im Seniorenalter

Diese Kurse bilden ein weiteres Angebot im Themenbereich Migration und Alter. Das zuvor beschriebene Caritas-Projekt zur Integrativen Freiwilligenarbeit, das Projekt Zwäg ins Alter (ZIA) und das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) arbeiten zusammen und sind untereinander vernetzt. Gemeinsam entwickelt man geeignete Kurse für Migrantinnen und Migranten im Seniorenalter, um diese Menschen bei der Erhaltung ihrer Gesundheit zu stärken. Die GEF erachtet die zwischen den einzelnen Projekten gelebte Vernetzung als begrüssenswert. Sie nimmt das Credo der kantonalen Alterspolitik auf, wonach aufeinander abgestimmte und ineinandergreifende Angebote zukünftig an Bedeutung gewinnen. Nur dies ermöglicht ein gutes, tragfähiges Versorgungsnetz für alte Menschen im Kanton Bern.

Das Projekt Alter und Migration des SRK richtet sich an Menschen, die in den 1960er-Jahren in die Schweiz migriert sind, nun ins Pensionsalter kommen oder dieses bereits erreicht haben. Der Kantonalverband Bern ist seit Anfang 2006 daran, bestehende Dienstleistungen dieses Projekts zu öffnen und im Bereich Bildung spezifische Angebote für das Zielpublikum aufzubauen. Die humanitäre Stiftung des SRK finanzierte diese Pilotphase mit. Nun, da die Evaluation vorliegt, sollen zukünftig die Kurse im Kanton Bern möglichst breit angeboten und implementiert werden. Nebst den nicht kostendeckenden Beiträgen der Kursteilnehmenden gewährleistet das Bundesamt für Sozialversicherungen eine Mitfinanzierung. Die im Projekt involvierten Partnerorganisationen stellen die Kurslokalitäten gratis zur Verfügung und tragen mit Eigenleistungen, etwa in Form von Kursadministration oder Werbung, ebenfalls einen Teil bei.

Migrantinnen und Migranten im Pensionsalter befinden sich meist in keiner privilegierten sozialen Lage, sondern sie leben oftmals in prekären Verhältnissen. Sie stellen daher eine vulnerable Bevölkerungsgruppe dar. Aus dem Gesundheitsbericht ist bekannt, dass ausländische ältere Personen aus prekären Verhältnissen meist kaum integriert sind und eine schlechtere Gesundheit haben. Das Projekt setzt an diesen Erkenntnissen an. Die Erfahrungen mit den Pilotkursen haben gezeigt, dass die Senioren mit Migrationshintergrund bereit sind, selbstverantwortlich für sie zugeschnittene Angebote wahrzunehmen und sich Wissen und Handlungskompetenzen anzueignen. Die Nachfrage ist steigend. Die Kurse tragen aktiv zur Erhaltung der Selbstständigkeit und der physischen und psychischen Gesundheit von Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund bei. Die Kursangebote geben den Teilnehmenden die Möglichkeit, in einer sprachlich und kulturell homogenen Gruppe die eigenen Ressourcen und das persönliche Potenzial zu erkennen, Wissen zu erwerben und persönliche Strategien zur Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit zu entwickeln. Zusätzlich werden soziale Kontakte gefördert und Isolation verhindert. Damit leisten die Kurse einen Beitrag zur Integration. Da die Betroffenen zumeist mit einer Minimalrente und Ergänzungsleistungen auskommen müssen, werden für die Kurse bewusst niedrige, nicht kostendeckende Beiträge erhoben.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion erachtet dieses Angebot als sinnvoll und begrüsst die geplante geografische Ausdehnung. Die Kurse tragen dazu bei, Migrantinnen und Migranten im Seniorenalter zu befähigen, selbstständig und gesund zu bleiben. Dies liegt auf der Linie der kantonalen Alterspolitik, die in der Gesundheitsförderung und Prävention einen Grundpfeiler sieht.

Das Projekt wurde in den Jahren 2008–2010 mit einem Beitrag in der Höhe von insgesamt CHF 136 542.– unterstützt. Es wird auch im Jahr 2011 finanziell unterstützt, da es insbesondere einer sozio-ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsschicht ermöglicht, präventives Verhalten zu erlernen und in eine Gruppe gleichaltriger Menschen mit demselben kulturellen und sprachlichen Hintergrund integriert zu sein.

Alter und Migration Köniz

Das Projekt der Arbeitsgruppe Alter und Migration Köniz leistet einen Beitrag zur Integration von älteren Menschen mit italienischem bzw. spanischem Migrationshintergrund. Veranstaltungen vermitteln Informationen rund um das Thema Alter in der betreffenden Muttersprache und erreichen dadurch direkt die Zielgruppe. Der Zugang zu Information und die daraus resultierende Informiertheit ist eine wesentliche Voraussetzung für eine selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung im Alter. Dadurch können alte Menschen möglichst lange in ihrem angestammten Umfeld bleiben, was dem Grundgedanken der kantonalen Alterspolitik entspricht.

Es wurden Veranstaltungen zu Themen angeboten, wie zum Beispiel Informationsnachmittage zu Angeboten wie Spitex, Entlastungsdiensten oder stationären Angeboten. Es ist beabsichtigt, in Zukunft Kontakt zu schweizerischen Seniorengruppen zu suchen, um gemeinsame Ausflüge oder Feste zu realisieren. Dies ist ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung einer möglichst vielseitigen Integration von Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund.

Das Projekt erhielt im Jahr 2008 einen Beitrag in der Höhe von CHF 2000.–. Das Budget wurde nicht vollständig ausgeschöpft und die Arbeitsgruppe verfolgte das Projekt im Jahr 2009 weiter. Im Jahr 2010 wurde auf Wunsch der migrierten Seniorinnen und Senioren ein Deutschkurs angeboten und die Veranstaltungsreihe zu diversen Themen





erfuhr eine Fortsetzung. Das Projekt erhielt im Jahr 2010 erneut einen Beitrag in derselben Höhe wie 2008.

Alter und Migration Bern-Bethlehem

Das Projekt der Arbeitsgruppe Alter und Migration Bern West leistet einen Beitrag zur Integration von älteren Männern mit albanischem Migrationshintergrund. Angebote für albanische Frauen bestehen bereits seit zehn Jahren, sie sind gut etabliert. Im Sinne der Gleichstellung bzw. des Gender Mainstreamings sollte ein Angebot für Männer geschaffen werden. Es wurden insgesamt 41 Informationsnachmittage im Zeitraum von Oktober 2008 bis Dezember 2009 durchgeführt, die Informationen rund um das Thema Alter in der Muttersprache vermittelten und die Zielgruppe dadurch direkt erreichten. Eine interkulturelle Vermittlerin leitete die Veranstaltungen. Es nahmen insgesamt 346 Personen teil. Anfänglich bestand die Gruppe nur aus 3 bis 6 Personen, nach wenigen Monaten waren es bereits 12 Teilnehmer, sodass aus Platz- und Kapazitätsgründen keine weiteren Personen angeworben wurden. Die Veranstaltungen dienten einerseits der Informationsvermittlung, andererseits der Begegnung der Migranten untereinander wie auch zwischen den Migranten und bestehenden Angeboten für Seniorinnen und Senioren. Informationen zu höchst unterschiedlichen Themen wurden vermittelt: Gesundheit, Versicherungsfragen, Aufenthaltsrecht und das Leben in der Schweiz, Pensionierung und Zukunft im Alter, persönliche Themen zu familiären Fragen (Wie hat die Migration unsere Familie verändert? Wie haben sich Rollenbilder oder die Beziehung zur Partnerin verändert?), gegenwärtiges Leben im Quartier und in der Nachbarschaft, Kultur und Bildung (Sprache).

Im Verlauf des Projekts wurde für die Senioren die Bedeutung von Bewegung für die körperliche und psychische Gesundheit zusehend wichtiger. Sie sprachen sich für eigene Gymnastikstunden aus. Es konnte ein albanisch sprechender Kursleiter engagiert werden, und seit Mai 2009 gibt es zusätzlich zu den Infonachmittagen eine wöchentliche Gymnastikstunde für Männer. Da konnte an ein bereits bestehendes Angebot der oben genannten SRK-Kurse für Migrantinnen und Migranten angeknüpft werden.

Das Projekt wurde im Jahr 2009 im Sinne einer Anstossfinanzierung mit einem Beitrag in der Höhe von CHF 4000.– unterstützt. Das Angebot lief im Jahr 2010

weiter, konnte aber noch nicht auf weitere Migrantengruppen ausgedehnt werden. Die Finanzierung dieses Projektes soll weiterlaufen, da es sich um ein ganz spezifisches Angebot handelt, das sich an Männer mit Migrationshintergrund richtet. Es nimmt somit den Gleichstellungsansatz auf und setzt ihn in die Praxis um.

Beratung und Information

Alte Menschen sollen in ihrem Wissen und in ihrer Entscheidungsfähigkeit gestärkt werden. Dazu benötigen sie Information und Beratung. Diese Aufgabe wird kantonsweit von der Pro Senectute wahrgenommen. Deren Beratungsangebot finanziert das Bundesamt für Sozialversicherung mit. Neben der persönlichen Beratung fördert die GEF auch Informationsmöglichkeiten über das Internet. Die Erarbeitung und der Unterhalt zweier Internetplattformen wurde dabei durch einen finanziellen Beitrag möglich.

Internetplattform – www.senioren-info.ch

Die ursprünglich durch den Kanton Bern initiierte und finanzierte Internetplattform [senioren-info.ch](http://www.senioren-info.ch) verzeichnet mittlerweile Adressen von Dienstleistungserbringern im ganzen deutschsprachigen Kantonsgebiet. Zu finden sind dort Angaben unter anderem zu den Themen Wohnen, Gesundheit und Prävention, Hilfe zu Hause, Mobilität und Beratung. Das Angebot hat sich bewährt, die Webseite wurde um Informationen zu den Kantonen Aargau und Schaffhausen erweitert. Mit diesen neuen Kantonen kamen neue Ideen für die Website auf, insbesondere die Suchfunktionen auf der Seite www.senioren-info.ch waren nicht voll befriedigend. Im Oktober 2009 folgte daher eine Überarbeitung der Website, und es wurde eine benutzungsfreundlichere Version aufgeschaltet.

Gemäss Rückmeldungen, die bei der Pro Senectute im Kanton Bern eingehen, nutzen vor allem Angehörige alter Menschen und Mitarbeitende sozialer Institutionen die Website.

Die im Zwischenbericht Alterspolitik von 2007 angekündigte Ausdehnung auf den französischsprachigen Teil des Kantons Bern hat unterdessen stattgefunden. Die Über-

setzung und Adaptierung für den Jura bernois sind erfolgt. Es wurden Daten von Pro Senectute Arc jurassien, welche die Kantone JU, NE und BE (Jura bernois) abdeckt, auf die Website übernommen. Die Kantone FR, GE und VS haben Interesse bekundet, ebenfalls auf dieser Webseite verzeichnet zu sein. Die Verhandlungen dazu laufen.

Internetplattform – www.wohnen60plus.ch

Die kantonale Alterspolitik postuliert Wahlfreiheit. Alte Menschen sollen selbst entscheiden können, wo und in welcher Institution sie im Alter leben möchten. Um das zu ermöglichen, ist Transparenz bezüglich Angebot und Preis gefragt. Dieses Ziel verfolgt die Internetplattform wohnen60plus.ch. Pro Senectute Kanton Bern schaltete sie am 12. Juni 2009 auf und stellte sie den Medien vor. Die zweisprachige Plattform (dt./frz.) bietet eine Übersicht über sämtliche Wohnangebote für Seniorinnen und Senioren – vom selbstständigen Wohnen bis hin zu Pflegeheimen. Alle Anbieter füllen dasselbe Informationsraster aus und schalten die Informationen anschliessend auf dieser Homepage auf. Dies ermöglicht einen Vergleich der Angebote und Institutionen. Das Instrument bietet Interessierten auf der Suche nach geeigneten Wohnmöglichkeiten, vor allem was Heime anbelangt, einen guten Überblick. Das Portal wohnen60plus.ch will dazu beitragen, Interessierten und Betroffenen Wahlfreiheit zu ermöglichen. Voraussetzung dafür sind eine umfassende Übersicht über das bestehende Angebot sowie der Vergleich von Preisen und Informationen. Mit dieser Plattform entstand ein geeignetes Instrument, das die notwendige Transparenz schafft.

Das Projekt wurde während der Entwicklungsphase 2007–2009 mit einem Beitrag in der Höhe von insgesamt CHF 162 000.– unterstützt.

Weiterbildungsangebot

Studiengang Bewegungsbasierte Altersarbeit¹⁶

Die Absolventinnen und Absolventen dieses Studiengangs heisst es zu befähigen, den Seniorinnen und Senioren Anregung, Unterstützung und Beratung anzubieten, damit diese im Alltag mobil bleiben. Der Studiengang leistet so einen Beitrag zur Prävention. Prävention wiederum ist wichtig, um im Alter gesund, beweglich und autonom zu leben. Die Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs sind fähig, für ältere Menschen ein individuelles, adäquates Förder- und Aufbauprogramm für Körper und Geist zu erstellen, zu gestalten und sie darin zu begleiten. Geistige und körperliche Beweglichkeit ist der Schlüssel zu Selbstständigkeit und Selbstbestimmung. Je länger sie selbstständig und selbstbestimmt sein können, desto länger leben Menschen in der Regel in ihrem eigenen Zuhause. Das Bildungsangebot zielt darauf ab, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren darin auszubilden, alte Menschen zum Erhalt ihrer Mobilität zu befähigen. Dies trägt indirekt zur Unterstützung der Selbstständigkeit und Gesundheit im Alter bei. Deshalb werden die Studierenden des ersten Studiengangs – sofern sie gewisse Kriterien erfüllen – mit einem individuellen Beitrag an die Studiengebühren in der Höhe von CHF 4200.– pro Person unterstützt. Ob dies in allfälligen weiteren Studiengängen erneut so sein wird, müssen die Auswertung und die Erfahrungen aus dem ersten Studiengang zeigen.

Der erste Studiengang startete im Oktober 2009 und dauert zwei Jahre.

Fazit

Die Förderung der Selbstständigkeit ist nach wie vor ein zentrales Anliegen, wie dies bereits im Papier Alterspolitik 2005 aus dem Jahre 1993 (!) formuliert worden ist. Besonders sinnvoll sind Massnahmen, die direkt oder indirekt dazu beitragen, die vorhandenen Fähigkeiten zu erhalten. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter spielen daher eine zentrale Rolle und bilden bis heute einen der wichtigsten Pfeiler der kantonalen Alterspolitik. Die vorausgesagte demografische Entwicklung erhöht die Wichtigkeit und Bedeutung dieses Ansatzes. Die kantonale Alterspolitik hat ein vitales Interesse daran, Massnahmen zu fördern, die der Gesunderhaltung dienen, da Gesundheit – in einem umfassenden Sinne – grundlegend ist für eine gelingende Gestaltung des eigenen Lebens und damit auch des Lebensabschnitts Alter.

Besonderes Augenmerk gilt weiterhin den sozio-ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen im Seniorenalter, da diese insgesamt schlechtere Gesundheitschancen aufweisen. Der Ansatz, Angebote im Migrationsbereich unter Beteiligung der betreffenden Bevölkerungsgruppe von unten wachsen zu lassen, hat sich bewährt und soll in den nächsten Jahren kontinuierlich weiterverfolgt werden.

¹⁶ Studiengang der Berner Fachhochschule zum Diploma of Advanced Studies (DAS).

Handlungsfeld 2

Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause und Entlastung betreuender Angehöriger

Nebst dem Anliegen, die Selbstständigkeit alter Menschen zu unterstützen und zu erhalten, ist die Unterstützung sowie Entlastung von pflegenden und betreuenden Angehörigen ein Schlüsselement der kantonalen Alterspolitik. Pflegende Angehörige spielen eine wertvolle und unverzichtbare Rolle im Versorgungsnetz alter Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind. So ist es ein Hauptanliegen der kantonalen Alterspolitik, das Engagement der betreuenden Angehörigen durch Beratungs- und Entlastungsangebote zu stärken. Die SwissAgeCare-2010-Studie¹⁷, welche die Spitex Schweiz in Auftrag gegeben hat, zeigt auf, dass die Unterstützung bisher nicht dem Bedürfnis nach Entlastung pflegender Angehöriger entspricht. Das trifft ganz besonders in Akut- oder Notfallsituationen zu, wenn kurzfristig Hilfe notwendig ist.

Erwerbstätige Frauen und Männer, die Angehörige pflegen, befinden sich in einem Spannungsfeld von Anforderungen. Aufgrund des demografischen Wandels und aufgrund der Tatsache, dass immer mehr Frauen erwerbstätig sind, wird die Bedeutung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege für Angehörige (Work and Care) zunehmen. Die GEF wird sich in den nächsten Jahren intensiver mit diesem Thema beschäftigen.

Ebenso wichtig ist ein gutes Angebot ambulanter Versorgung, um Heimeintritte zu verzögern oder gar zu vermeiden. Eine von der Berner Fachhochschule initiierte Studie soll aufzeigen, wie die ambulante Betreuungssituation von Menschen im AHV-Alter aktuell aussieht. Die so gewonnenen Erkenntnisse sollen es erlauben, in diesem Handlungsfeld gezielte alterspolitische Massnahmen zu formulieren und umzusetzen. Die Studie soll letztlich die ambulante Versorgung stärken, um dem alterspolitischen Grundsatz «ambulant vor stationär» oder «Daheim vor Heim» nachzukommen. Die Ergebnisse werden mit denjenigen der zuvor genannten Studie SwissAgeCare-2010 zu vergleichen sein.

Auch in diesem Handlungsfeld wird die Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vorangetrieben, die sich mit der Begleitung, Unterstützung und Schulung von betreuenden Angehörigen oder Freiwilligen beschäftigen. Sie entlasten damit ebenfalls das informelle Betreuungsnetz alter Menschen.

Unterstützung betreuender und pflegender Angehöriger

Die Motion Schnegg-Affolter (M 179/2008) «Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige» fordert, Grundlagen für eine kantonsweite Einführung einer Pauschalentschädigung zu schaffen. Die Pauschalentschädigung soll für die Pflege hilfloser Personen durch Angehörige oder nahestehende Personen zu Hause eingesetzt werden. Dieser Punkt wurde als Postulat angenommen.

Die GEF vertritt die Meinung, dass mit einer finanziellen Pauschale, wie sie im Kanton Freiburg besteht (CHF 25.–/Tag), kein nachhaltiger Anreiz für die Erbringung von Betreuungsleistungen durch Angehörige besteht. Menschen, die im Arbeitsleben stehen und eine erhebliche finanzielle Einbusse erleiden, weil sie eine pflegebedürftige Person zu Hause betreuen, können dies heute schon gegenüber den Ergänzungsleistungen geltend machen.

Des Weiteren fordert die Motion Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. Zu diesem Zweck sollen zentrale oder auch regionale Informations- und Koordinationsstellen entstehen, die über sämtliche Betreuungs-, Pflege- und Entlastungsangebote Auskunft geben können. Diese beiden Punkte wurden als Motion angenommen, ihre Abschreibung abgelehnt.

Wie im Handlungsfeld 1 beschrieben, stellt die Pro Senectute im ganzen Kanton Bern kostenlos Information und Beratung für ältere Menschen und deren Angehörige zur Verfügung. Zudem existieren die Websites **www.senioren-info.ch** und **www.wohnen60plus.ch**. Sowohl das Beratungs- und Informationsangebot der Pro Senectute wie auch die beiden Webseiten finanziert die GEF mit. Ausserdem läuft die Umsetzung dieser Forderungen auch in bereits bestehenden Angeboten. Die nachfolgenden Abschnitte zeigen auf, in welchen Bereichen und Regionen spezifische Projekte unterstützt werden, die pflegenden Angehörigen Information und Entlastung bieten.

SRK Bern Oberland – Projekt beocare

Das Projekt hat sich in seiner Umsetzungszeit von 2006 bis Ende 2008 gut etabliert. Dank der Initiative von beocare ist ein Netzwerk unter den verschiedenen Anbietern entstanden, an dessen Festigung fortlaufend weitergearbeitet wird. Die Angebote von beocare (Vermittlung und Koordination von Freiwilligen; Anlauf- und Triagestelle zur Beratung von Angehörigen; Bildungsangebot für Angehörige, Betreuende, Freiwillige und Fachpersonen; Trauerbegleitung in Krisensituationen) wurden mit Ende der Pilot-

¹⁷ Perrig-Chiello, Pasqualina und François Höpflinger, et. al. 2010. *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Deutschschweiz*. Executive summary. SwissAgeCare 2010: Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex Schweiz. Online unter: <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/70ABCCA905.pdf>.

phase in das SRK Bern Oberland integriert. Das SRK Bern Oberland nimmt mit der Anlaufstelle eine Drehscheibenfunktion wahr und vermittelt eine kompetente Übersicht über das vielfältige Angebot, in dem sich Angehörige und Betroffene zurechtfinden müssen. Die Anlaufstelle bietet ein Gratis-Beratungstelefon und leitet Interessierte an die für ihre Situation am besten geeignete Stelle weiter. Beratung kann aber auch direkt vor Ort eingeholt werden.

Die GEF ist daran interessiert, dass dieses gut eingeführte und gut genutzte Angebot bestehen bleibt und zur weiteren Vernetzung im Berner Oberland beiträgt. Aus diesem Grund wurde mit dem SRK Bern Oberland zur Überbrückung eine Leistungsvereinbarung für die Jahre 2010 und 2011 abgeschlossen, die einen jährlichen Beitrag in der Höhe von CHF 211 000.– vorsieht. Ab 2012 soll die Unterstützungsleistung basierend auf den für 2009, 2010 und 2011 gesammelten Erfahrungswerten leistungsorientiert erfolgen. Mitfinanziert werden Leistungen von Anlauf- und Triagestellen zur Beratung pflegender Angehöriger sowie die Vermittlung, die Koordination und das Coaching von Freiwilligen, die Angehörige unterstützen bzw. entlasten sollen.

SRK Bern Mittelland – Gratisberatungstelefon infodraht in Zusammenarbeit mit der Stadt Bern

Am 22. Januar 2010 wurde in der Stadt Bern die Kampagne «Mein Pflegestar» lanciert und gleichzeitig das Gratis-Beratungstelefon infodraht für pflegende und betreuende Angehörige eingerichtet. Die Kampagne macht auf das tägliche Engagement von Angehörigen in der Betreuung, Unterstützung und Pflege ihrer Familienmitglieder aufmerksam. Sie soll auf diese Weise öffentlich Wertschätzung und Dank gegenüber den Angehörigen zum Ausdruck bringen. Das Angebot des unentgeltlichen Beratungstelefon für Angehörige entstand durch die Zusammenarbeit zwischen dem SRK Bern-Mittelland und der Stadt Bern. Unter der Gratisnummer 0844 144 144 vermittelt eine Fachperson des SRK Bern-Mittelland geeignete Entlastungsmöglichkeiten und berät Anrufende am Telefon. Bereits im Mai 2009 veröffentlichte das Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern die Broschüre **Nimmergrün – Informationen für betreuende Angehörige** mit allen Entlastungsangeboten in der Stadt Bern. Die Kampagne «Mein Pflegestar» und das kostenlose Beratungstelefon sind weitere Massnahmen, um betreuende Angehörige zu informieren und den Zugang zu Entlastungsangeboten zu verbessern. Auch für das Jahr 2011 sind Informationsveranstaltungen, weitere Kampagnen und eine optimale Vernetzung der Anbietenden geplant.

Entlastungsdienst Kanton Bern

In einem dreijährigen Pilotversuch in der Region Biel-Seeland sollte geklärt werden, unter welchen Bedingungen eine Entlastung für Angehörige von Demenzbetroffenen durch Laien sinnvoll und zumutbar ist. Eine Frage war auch, ob gegebenenfalls die bestehenden Strukturen des Entlastungsdienstes für Familien mit behinderten Angehörigen für ein solches Angebot zu nutzen wären. Das Projekt startete am 1. Oktober 2005 und dauerte bis zum 30. September 2008.

Gemäss Konzept wurde die bereits bestehende Infrastruktur des Entlastungsdienstes des Kantons Bern genutzt. Alle eingesetzten Mitarbeitenden nahmen an bedarfsorientierten Weiterbildungen zum Thema Demenz teil und erhielten Praxisbegleitung. Während der Projektphase konnten insgesamt 21 Familien entlastet werden. Damit wurde die Zielvorgabe um 5 Familien übertroffen.

Ergebnisse und Erfahrungen zeigen auf, dass

- ein Hütedienst durch Laien eine wirksame und zweckmässige Entlastung der Angehörigen von demenzbetroffenen Kranken gewährleistet;
- die Familien bereit sind, die Betreuung ihres Angehörigen Laien zu überlassen;
- das personelle Angebot des Entlastungsdienstes den Bedürfnissen der betreuenden Angehörigen entspricht, insbesondere was die Konstanz der Entlastungsperson betrifft (immer dieselbe Bezugsperson);
- sich das Angebot sinnvoll in das bestehende regionale Betreuungsnetz der Hilfe und Pflege zu Hause integrieren lässt;
- sich die Familien, die betreuenden Angehörigen und die Ärztinnen und Ärzte einig sind, dass ohne diese Unterstützung Heimeintritte unumgänglich gewesen wären.

Ein flächendeckendes kantonales Angebot wird von Betroffenen aus dem ganzen Kanton und den Partnerorganisationen als notwendig und sinnvoll erachtet. Die Erfahrung aus dem Pilotprojekt zeigt, dass ein solches Angebot mit der bereits bestehenden Infrastruktur des Entlastungsdienstes Kanton Bern abgedeckt werden kann.

Auf Anfang 2009 wurde das Angebot zur Entlastung von Angehörigen demenzkranker Menschen in einen Rahmenvertrag zwischen der GEF und dem Entlastungsdienst Kanton Bern überführt. Dieser Vertrag regelt die leistungsbezogene Abgeltung beider Bereiche (Behinderte und Demenzkranke) des Entlastungsdienstes Kanton Bern. Das Ziel ist, das Entlastungsangebot für Angehörige von Demenzkranken in weiteren Regionen einzuführen und sich gleichzeitig mit bestehenden Anbietern sinnvoll zu vernetzen. Dabei heisst es, die Erfahrungen bei der Umsetzung in Biel zu nutzen.

Das Projekt wurde im Rahmen der Alterspolitik während der Pilotphase 2005–2008 mit einem Beitrag in der Höhe von insgesamt CHF 180 000.– unterstützt. Die seit 2009 geltende Leistungsvereinbarung sieht einen jährlichen Sockelbeitrag von CHF 170 000.– vor plus die Abgeltung von CHF 1.– pro geleistete Entlastungsstunde. Dies betrifft sowohl die Leistungen im Behinderten- wie auch im Altersbereich. Der entsprechende Rahmenleistungsvertrag gilt während vier Jahren von 2009 bis 2012.

ALZ Bern – Geschäftsstelle Alzheimervereinigung Sektion Bern

Die Alzheimervereinigung (ALZ) Bern erbringt seit 20 Jahren Beratungs- und Unterstützungsleistungen für Alzheimerkranke und deren Angehörige. Bis Ende 2009 sicherten Mitgliederbeiträge, Beiträge der Schweizerischen Alzheimervereinigung und Spenden/Legate die Finanzierung dieser

wichtigen Leistungen. Aufgrund der steigenden Nachfrage nach Dienstleistungen wurden ab 2008 die Öffnungszeiten der Beratungsstelle ausgedehnt und die Präsenzzeit der Zweigstellenleitung verdoppelt. Die dadurch entstandenen Mehrkosten führten dazu, dass per Ende 2010 das Vereinsvermögen aufgebraucht gewesen wäre und die Geschäftsstelle hätte geschlossen werden müssen.

Der Kanton Bern stuft die Leistungen der Alzheimervereinigung als alterspolitisch wichtig ein. Demenz ist eine Krankheit des hohen Lebensalters und die Zahl der Erkrankten wird aufgrund der Zunahme hochbetagter Menschen steigen, denn bis heute gibt es keine Heilung für diese Erkrankung. Die Information und Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit in Bezug auf diese Krankheit ist wichtig, da Demenz eine der grossen geriatrischen Risiken der Zukunft darstellt. Früherkennung kann jedoch dazu beitragen, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen eine bessere Lebensqualität erreichen. Die Angehörigen erhalten Schulung, können sich im Rahmen von Angehörigengruppen austauschen und erhalten praktische Hinweise auf Entlastungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit ihren Betreuungsaufgaben. Ohne diese Dienstleistungen besteht die Gefahr, dass Menschen, die an Demenz erkrankt sind, früher in ein Pflegeheim eintreten, da ihre Angehörigen mit der Betreuung überfordert sind.

Die Geschäftsstelle wird auf der Basis eines Leistungsvertrags seit 2010 mit einem Beitrag in der Höhe von CHF 134 000.– pro Jahr unterstützt.

Veranstaltungsreihe von ALZ Bern und Pro Senior Bern

In Zusammenarbeit von ALZ Bern und Pro Senior Bern fand im Oktober und November 2008 eine viertellige Veranstaltungsreihe in Bern unter dem Titel «Demenz – Leben mit dem Vergessen» statt, um auf das Thema aufmerksam zu machen und dafür zu sensibilisieren. Die Reihe stiess sowohl bei Angehörigen von Demenzkranken als auch bei einer breiten Öffentlichkeit und Fachpersonen auf grosse Resonanz. Die Besucherzahlen waren mit durchschnittlich 200 Personen pro Veranstaltung an allen vier Abenden unerwartet hoch. Das Thema Demenz ist sehr aktuell und wichtig. Es bewegt die Bevölkerung, das Interesse an der Veranstaltungsreihe war daher sehr gross.

Nach Durchführung der Veranstaltungsreihe blieben aufgrund des sehr erfolgreich ausgefallenen Fundraisings rund CHF 17 000.– übrig. Die in Bern mit positivem Echo durchgeführte Reihe sollte auch in anderen Kantonsteilen angeboten werden. Die Vorstände von ALZ Bern und Pro Senior Bern beschlossen jedoch, sich stattdessen bei der Verwirklichung des Projekts Alzheimer InfoMobil zu engagieren (vgl. unten). Dieses Projekt schliesst vom Konzeptgedanken her nahtlos an die Veranstaltungsreihe an, hat aber den grossen Vorteil, dass es mobil ist und zu den Leuten in die Dörfer und Gemeinden fährt. Bei einer weiteren Veranstaltungsreihe müssten sich Interessierte hingegen an einen zentralen Ort begeben. Der Restbetrag von rund CHF 17 000.– wurde deshalb dem Projekt Alzheimer InfoMobil als zweckgebundene Starthilfe zur Verfügung gestellt.

Die Veranstaltungsreihe wurde von der GEF mit einem Beitrag in der Höhe von CHF 20 000.– unterstützt.

ALZ Bern – Projekt InfoMobil

Von einer Demenz betroffene Menschen und ihre Angehörigen benötigen Information, Wissen und Kompetenzen im Umgang mit einer demenziellen Krankheit sowie Entlastung. Das InfoMobil kommt zu den Menschen vor Ort (sog. aufsuchende Beratungsarbeit) und dient als Anlaufstelle. Ziel ist, Beratungs- und Unterstützungsangebote bekannt zu machen, Menschen für das Thema zu sensibilisieren, Vorurteile und Schwellenängste zu mindern und gleichzeitig die Vernetzung mit anderen Institutionen vor Ort zu suchen. Das Projekt wurde während eines ganzen Jahres im deutschsprachigen Teil des Kantons Bern sowie in Biel durchgeführt. Das Alzheimer InfoMobil startete am 20. März 2009 auf dem Waisenhausplatz in Bern und beendete dort seine Tournee am 20. März 2010.

Die Genossenschaft Migros Aare engagierte sich als Standortpartnerin. Sie gewährte dem InfoMobil-Team Gastrecht und stellte Parkplatz sowie Infrastruktur und Strom/Wasser kostenlos zur Mitbenützung zur Verfügung. Das InfoMobil kam an insgesamt 50 Standorten im Kanton Bern vorbei. Nebst den Auftritten vor den Migros-Filialen war das InfoMobil ebenfalls an Veranstaltungen der BEA oder Jubiläumsveranstaltungen von Alters- und Pflegeinstitutionen vor Ort.

Der gewählte Ansatz des Projektes geht über das sonstige Angebot einer fixen Beratungsstelle hinaus: Da werden Information und Beratung zu den Menschen in die verschiedenen Regionen gebracht und der Kontakt wird aktiv gesucht. Die Positionierung vor Ort erfolgt an einer zentralen Stelle, die täglich zahlreiche Menschen passieren (Migros-Läden). Der mögliche Wirkungskreis ist gross, das Angebot niederschwellig und unkompliziert. Es leistet einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung und Entlastung betreuender/pflegender Angehöriger und trägt dazu bei, Demenz zu thematisieren und zu enttabuisieren.

Die Erfahrungen aus dem Kanton Bern zeigen, dass die Bevölkerung grundsätzlich sehr gut auf diese Art der Informationskampagne anspricht. Bereits in den ersten zwei Monaten ergaben sich 11 000 Kontakte. Das Projektziel, während eines Jahres 15 000 Kontakte herzustellen, wurde bereits in den ersten beiden Monaten nach der Lancierung zu 73 Prozent erreicht.

Interessierte Passantinnen und Passanten suchten das InfoMobil von sich aus auf, weil fast alle irgendeine Person aus ihrem näheren oder weiteren Umfeld kennen, die von Demenz betroffen ist. Der aufsuchende Ansatz in Verbindung mit der breiten Abstützung durch die Standortpartnerin Migros Aare hat sich als sehr erfolgreich erwiesen. Auch der Auftritt an der BEA war erfolgreich, die Besuchsfrequenz war hoch. Es konnten zahlreiche Menschen angesprochen werden, die für das Thema offen sind, obwohl das Messeumfeld allgemein eher hektisch ist und viele den Besuch der Messe als Freizeiterlebnis ansehen.

Das **Berner Projekt** diene als **Pilot für die Schweiz** – aus während der Durchführungsperiode gesammelten Erfahrungen entstand ein Handbuch, um das Projekt danach in der ganzen Schweiz in anderen ALZ-Sektionen umzusetzen. Seit Mitte April 2010 hat das InfoMobil bereits in den Kantonen AR/AI/SG, LU, AG, BL/BS, FR seine Runden gedreht. Die Freiwilligen am InfoMobil vermitteln Adressen aus der Region, geben Infomaterial ab, beraten Betroffene auf Wunsch und machen die Sektion des jeweiligen Kantons bekannt.

Das Projekt wurde im Rahmen der Alterspolitik im Jahr 2009 mit einem Beitrag in der Höhe von CHF 60 000.– unterstützt. Der restliche budgetierte Aufwand für die Durchführung bis Ende März 2010 konnte über Mittel von ALZ Bern, ALZ Schweiz sowie Dritten (Heidi Seiler Stiftung, Kantonal-bernischer Hilfsbund und Lotteriefonds) gedeckt werden.

ALZ Bern Ferienwoche für Demenzkranke und Angehörige

Die im August 2006 erstmals durchgeführte Ferienwoche für Demenzkranke und die sie betreuenden Partnerinnen und Partner war äusserst erfolgreich und fand in den Folgejahren regelmässig statt. Die Nachfrage war derart hoch, dass seit 2007 eine zweite Ferienwoche angeboten wird. Seit 2008 gibt es eine dritte Ferienwoche, deren Angebot sich speziell an jüngere Betroffene und ihre Angehörigen wendet.

Die erste im August 2006 für Betroffene aus dem Kanton Bern durchgeführte Alzheimer Ferienwoche wurde noch mit einem Beitrag der GEF an die Schulungskosten und Spesen der Freiwilligen Betreuerinnen unterstützt. Die zweite und alle weiteren Ferienwochen benötigten dank erfolgreichen Fundraisings keine Beiträge mehr. Das Angebot hat sich insgesamt sehr gut etabliert, wird weitergeführt und kommt heute ohne subsidiäre Hilfe aus.

Schulung, Unterstützung und Entlastung von Angehörigen demenzkranker Menschen

Die Schulung und Unterstützung von betroffenen Angehörigen soll eine Aufgabe des zukünftigen Kompetenzzentrums Demenz und Palliation werden, das in Bern entsteht (vgl. Handlungsfeld 4, S. 43).

Ein wichtiges Entlastungsangebot für betreuende Angehörige Demenzkranker sind ausserdem Tagesstätten (vgl. ebenfalls Handlungsfeld 4, S. 43).

Besuchsdienst Bern

Der Besuchsdienst Bern vermittelt Freiwillige an ältere Personen. Er bildet pro Jahr mindestens zwölf Besucherinnen und Besucher aus. Der Besuchsdienst begleitet und unterstützt diese dann weiterhin. Die Einsätze bei den älteren Menschen werden geplant, und die Freiwilligen besuchen regelmässig Weiterbildungen. Die Besonderheit des Projekts besteht darin, dass die Besucherinnen und Besucher IV beziehen. Sie haben so die Möglichkeit eines regelmässigen und sinnvollen Einsatzes, indem sie Menschen im AHV-Alter besuchen, die entweder zu Hause oder in einer

Institution leben. Das Projekt trägt somit zur Integration und Verbindung zweier unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen bei.

Es wird seit 2007 von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützt. Die Zahl der Besuchsstunden hat sich gut entwickelt (2007: 1200 Std., 2008: 2000 Std., 2009: geplant 3200 Std.). Nach der weiteren Aufbauphase 2008 folgte 2009 nebst der geplanten Ausdehnung des Angebotes ins Berner Oberland die Konsolidierung der Prozesse und Strukturen.

Die GEF erachtet das Projekt, das dem Alters- und dem Behindertenbereich gleichermaßen zugute kommt, als sinnvoll. Es sollte daher weitergeführt werden. Das Projekt wurde im Verlaufe des Jahres 2009 an die Abteilung Erwachsene des Alters- und Behindertenamtes übergeben, da es sich beim Angebot in erster Linie um eine (Re-) Integrationsmassnahme von IV-Bezügerinnen und Bezügerern handelt. Zwischen dem Besuchsdienst Bern und der Abteilung Erwachsene wurde eine Leistungsvereinbarung getroffen.

Der Aufbau und die Konsolidierung des Projekts wurde in den Jahren 2007–2009 mit einem Beitrag in der Höhe von insgesamt CHF 784 200.– im Rahmen der kantonalen Alterspolitik unterstützt.

Stärkung der ambulanten Versorgung

Spitex

Die Umsetzung der Projekte «Standards und Indikatoren für Spitex-Leistungen» und «Regionalisierung der Spitex-Landschaft», die der Spitex-Verband initiierte, führte bei vielen Organisationen zu Reorganisation und zu Fusionen. Diese ermöglichen es der Spitex, den Herausforderungen der Zukunft gerecht zu werden.

Im Jahr 2007 begannen die Vorarbeiten für ein Projekt der GEF, das die Umsetzung von Artikel 75 des Sozialhilfegesetzes zum Ziel hat: die prospektive, leistungsorientierte Abgeltung von Normkosten. Ziel war es, im Laufe des Jahres 2008 mit ausgewählten Organisationen ein Pilotprojekt mit einer leistungsorientierten Abgeltung durchzuführen. Neben den bisher subventionierten Organisationen wurden auch nicht subventionierte Organisationen eingeladen. Diese spielen für die Versorgung mit Spitex-Leistungen eine immer grössere Rolle und die GEF verfügt über vergleichsweise wenig Informationen zu diesen Organisationen. Die ersten Abklärungen zeigten auf, dass vor der Durchführung des Pilotprojekts noch viele offene Fragen zu klären waren, was entsprechend Zeit in Anspruch nahm. Die Arbeiten am Projekt wurden durch die Bundesentscheide zur neuen Pflegefinanzierung überlagert. Damit musste der Schwerpunkt der laufenden Arbeiten auf die Auswirkungen der Pflegefinanzierung gelegt werden. Die Mitglieder der Projektgruppe unterstützten die GEF bei diesen Arbeiten. Die wichtigste Veränderung

dabei war die Festlegung der Kosten für die Pflege durch den Kanton und die Regelung der Restfinanzierung. Zudem werden alle Organisationen gleichgestellt, das heisst, auch bisher nicht subventionierte Organisationen können neu einen Leistungsvertrag mit der GEF und damit eine kantonale Mitfinanzierung erhalten. Bisher mussten die Klientinnen und Klienten (vom obligatorischen Selbstbehalt abgesehen) keinen Beitrag an die Kosten der Pflege leisten. Die Krankenversicherer und die öffentliche Hand gewährleisteten die Finanzierung. Die Regierung beabsichtigte aufgrund finanzpolitischer Überlegungen, die Pflegeempfängerinnen und -empfänger einen Beitrag an die Pflegekosten leisten zu lassen. Daraufhin wurden die Motionen Guggisberg (M118/2010) und Morier Genoud (M119/2010) eingereicht. Sie sprachen sich gegen eine Beteiligung der Klientinnen und Klienten an den Pflegekosten der Spitex aus. Der Grosse Rat nahm die beiden Motionen mit grossem Mehr an und lehnte angesichts der Zielsetzung der Alterspolitik «ambulant vor stationär» eine Beteiligung der Klientinnen und Klienten deutlich ab.

2011 wird auf der Grundlage des Gesundheitsgesetzes die Bewilligungspflicht für Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause eingeführt. Damit wurden minimale Qualitätsstandards für die Spitex definiert. Ziel ist es, den Gesundheitsschutz der Klientinnen und Klienten zu gewährleisten. Zudem sind mit der Umsetzung der Pflegefinanzierung ab 1. Januar 2011 die bisher subventionierten Organisationen und die bisher nicht subventionierten Organisationen gleichgestellt. Sowohl mit dem Spitex Verband Kanton Bern wie auch mit der Association Spitex Privée Suisse kamen Leistungsverträge zustande. Die gemeinsame Basis bildet eine Finanzierung pro Leistungseinheit. Damit die Versorgungssicherheit gewährleistet ist, erhalten diejenigen Organisationen, die einen entsprechenden Vertrag unterzeichnen, eine höhere Abgeltung als diejenigen ohne Versorgungspflicht. Für das Jahr 2012 ist vorgesehen, die Leistungen noch differenzierter abzugelten. Neben den «Standardleistungen» besteht die Möglichkeit, innovative Leistungen im Rahmen eines Leistungsvertrags zusätzlich zu finanzieren. Die als Zusatzleistungen der Spitex definierten Angebote (z. B. Mahlzeitendienst und Fahrdienst durch Freiwillige) werden nach wie vor mittels Leistungsvertrag über die Gemeinden vorfinanziert.

Freiberuflich arbeitende Pflegefachpersonen

Die freiberuflich arbeitenden Pflegefachpersonen sind ebenfalls Leistungserbringerinnen und -erbringer nach KVG und damit neu auch berechtigt, bei Bedarf eine Restfinanzierung der Pflegekosten durch den Kanton zu erhalten. Die entsprechenden Verhandlungen zwischen dem Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und der GEF sind Ende 2010 angelaufen. Alle freiberuflich arbeitenden Pflegefachpersonen benötigen als Voraussetzung für eine selbstständige Erwerbstätigkeit eine Berufsausübungsbewilligung der GEF. Der grösste Teil der freischaffenden Pflegefachpersonen sind Mitglieder des SBK. Dieser verlangt von seinen Mitgliedern eine umfassende Qualitätssicherung und eine

kontinuierliche Fortbildung. Diese Berufsgruppe ist eine Ergänzung zu den Spitex-Organisationen und leistet einen wichtigen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung mit ambulanten Pflegeleistungen.

Studie Ambulante Alterspflege und Altershilfe

Der Fachbereich Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule beabsichtigt, mit der geplanten Studie repräsentative statistische wie auch qualitative Daten zur aktuellen ambulanten Betreuungssituation von Menschen im AHV-Alter zu erheben. Es wird insbesondere auf die Situation im Kanton Bern eingegangen. Als Vergleich dazu werden ebenfalls Daten im Kanton Zürich und im Kanton Aargau erhoben. Die Möglichkeit, auch im Alter ein selbstständiges Leben in den eigenen vier Wänden führen zu können, hängt nicht zuletzt vom Engagement von Angehörigen und Freiwilligen ab. Sie tragen einen wesentlichen Teil dazu bei, dass alte Menschen möglichst lange zu Hause bleiben können. Eine umfassende Bestandesaufnahme der Pflege- und Betreuungssituation ist eine wichtige Grundlage, um sinnvolle alterspolitische Massnahmen gezielt zu treffen.

Die Studie gliedert sich in zwei Teile (Modul I und II). Der erste Teil umfasst die Befragung von 500 bis 1000 pflege- und betreuungsbedürftigen alten Menschen, die zu Hause wohnen. Der zweite Teil umfasst die Befragung von Vertreterinnen und Vertretern, die über Erfahrungen mit der ambulanten Pflege und Betreuung alter Menschen verfügen (Angehörige, Spitex-Angestellte, Pflegefachpersonen und Sozialdienste der Spitäler sowie Hausärztinnen und Hausärzte).

Die Studie hat folgende Ziele zum Inhalt:

- breite, repräsentative Erfassung der Pflege- und Unterstützungssituation alter Menschen zu Hause
- Bestandesaufnahme der Angebote in diesem Bereich
- Beurteilung des Angebots von allen involvierten Seiten (direkt Betroffene, Angehörige, Professionelle und Freiwillige)
- Analyse der Koordination der verschiedenen Angebote
- Erarbeitung von Empfehlungen in den Bereichen Entlastung, Koordination des Angebots und Förderung der Freiwilligenarbeit

Die GEF beurteilt die Studie als unterstützenswert, weil sie dazu beiträgt, wissenschaftliche Grundlagen zu Themen der alterspolitischen Handlungsfelder 1 und 2 zu erarbeiten. Diese Grundlagen sollen als Entscheidungsbasis dienen, welche alterspolitischen Massnahmen umgesetzt werden. Die Studie ist relevant, da sie sich mit den beiden Handlungsfeldern befasst, die für die kantonale Alterspolitik zentral sind: der Unterstützung der Betroffenen und der Entlastung ihres sie betreuenden Umfeldes. Dabei sind ineinandergreifende und aufeinander abgestimmte, einander ergänzende Angebote von Professionellen (z. B. Spitex) und betreuenden Angehörigen und Freiwilligen wesentlich. Ein umfassender Überblick über diese Betreuungssituation und das Angebot fehlt zum heutigen Zeitpunkt. Die vorgesehene Studie trägt dazu bei, diese Lücke zu schliessen und erlaubt somit der GEF, in der Umsetzung der Alters-

politik noch gezielter zu agieren. Zur Zeit der Entstehung dieses Berichts läuft die Studie, erste Erkenntnisse wurden Ende 2010 in der Begleitgruppe präsentiert. Die Veröffentlichung der definitiven Resultate und des Schlussberichts ist für Mitte 2011 vorgesehen.

In einem späteren Schritt ist ausserdem die Verbindung zum bereits von der GEF unterstützten Studiengang DAS Angehörigen- und Freiwilligen-support der Berner Fachhochschule beabsichtigt. Einsichten aus der Studie sollen in den Ausbildungsgang einfließen.

Die GEF hat sich aus den dargelegten Gründen bereit erklärt, das Projekt und dessen Module I und II mit einem Beitrag in der Höhe von insgesamt CHF 75000.– zu unterstützen.

Weiterbildungsangebot

Studiengang Angehörigen- und Freiwilligen-support¹⁸

Der Studiengang richtet sich an Sozialarbeitende, Pflegefachpersonen sowie Personen aus anderen Berufsrichtungen, die sich in ihrer aktuellen oder zukünftigen beruflichen Tätigkeit mit der Begleitung, Unterstützung und Schulung von Angehörigen oder Freiwilligen beschäftigen.

Angehörigen- und Freiwilligenarbeit für und mit unterstützungsbedürftigen Menschen geht einher mit hohen zeitlichen, physischen und psychischen Anforderungen. Sie führt oft zu Überforderung oder gesundheitlichen Schäden der betreuenden Personen. Angehörige und Freiwillige in dieser Arbeit fachgerecht zu unterstützen bringt einerseits momentane Entlastung und trägt andererseits dazu bei, dass sie ihre Aufgabe als öffentlich anerkannt und unterstützt erleben.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion erachtet den Studiengang als sinnvoll, weil sie insbesondere im Altersbereich Potenzial dafür sieht. Die Alterspolitik sieht in der Freiwilligenarbeit und der Unterstützung von Angehörigen einen wesentlichen Pfeiler der Versorgung. Freiwillige wie auch Angehörige benötigen Unterstützung in ihrer Arbeit, die oft in belastenden Situationen stattfindet. Fachpersonen in dieser Art der Unterstützung auszubilden, stellt eine alterpolitische Aufgabe dar.

Die finanzielle Unterstützung der Studierenden ist auf die ersten beiden Studienjahrgänge beschränkt. Die nachfolgende Evaluation soll Auskunft geben über die Wirkung des Studiengangs (Wird das Erworbene nach Abschluss in der Praxis angewandt und umgesetzt? Besteht damit eine Wertschöpfung aus alterspolitischer Sicht?). Erst aufgrund dieser Resultate soll entschieden werden, ob Teilnehmende weiterer Studiengänge von der GEF unterstützt werden.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion verfolgt den Ansatz einer personenorientierten Finanzierung. Sie unter-

stützt daher Studierende der ersten beiden Studiengänge (Beginn jeweils August 2008 und August 2010, maximal 25 Teilnehmende pro Studiengang) mit einem Beitrag in der Höhe von CHF 4000.– pro Studierende/n, sofern diese im Kanton Bern im Altersbereich tätig sind. Die Evaluation des Studiengangs, die mittels Befragung von betreuten Freiwilligen/Angehörigen, den Studierenden selbst und betroffenen Institutionen stattfindet, wird erst im Frühling 2011 vorliegen. Zur Zeit der Erstellung dieses Berichts sind die Befragungen im Gange.

Lehrgang Freiwilligenbegleitung von Benevol Bern und Biel

Die Koordination Freiwilligenarbeit Kanton Bern (KFA) wurde per Ende 2010 aufgelöst. Der Kanton Bern verliert damit einen wichtigen Partner, denn die Bedeutung der Freiwilligenarbeit wird aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmen. Bisher bestand zwischen der KFA und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion über das Sozialamt eine Leistungsvereinbarung. Diese Leistungsvereinbarung deckte die Finanzierung des Lehrgangs zur Freiwilligenbegleiterin/zum Freiwilligenbegleiter und die Publikation von infoBENEVOL im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit ab.

Die kantonale Alterspolitik misst der Freiwilligenarbeit grosse Bedeutung bei. Freiwillige leisten gesellschaftlich relevante Arbeit und beleben Organisationen durch vielfältige Kenntnisse, unterschiedliche Qualifikationen und ihre Lebenserfahrung. Damit das freiwillige Engagement weiterhin auf breiter Basis gefördert und anerkannt wird, wollen Benevol Bern und Benevol Biel gemeinsam den genannten Lehrgang weiterführen und infoBENEVOL nach der Auflösung der KFA herausgeben. Die Forderung aus dem Postulat Stalder (P053/2009), Aus- und Weiterbildung im Bereich der Freiwilligenarbeit zu fördern, wird damit erfüllt.

Ziel des Lehrgangs ist, Handwerkszeug und praktische Kenntnisse zur Freiwilligenarbeit, zum Einsatz von Freiwilligen und zum Aufbau der Freiwilligenarbeit in Organisationen zu vermitteln. Organisationen sollen zu einem attraktiven Einsatzort für Freiwillige werden. Es wird die Grundausbildung zur Freiwilligenbegleiterin/zum Freiwilligenbegleiter angeboten. In einer ersten Phase von 2009 bis 2010 wurden insgesamt drei solcher Kurse in Bern durchgeführt. Zukünftig sollen pro Jahr zwei Kurse stattfinden: einer in Bern und einer in Biel. Eine geografische Ausdehnung des Angebots im Kanton Bern ist denkbar. Ebenfalls denkbar ist die Erweiterung des Lehrgangs zu einem späteren Zeitpunkt durch ein fortführendes Angebot, einen Lehrgang zur Freiwilligenkoordinatorin/zum Freiwilligenkoordinator.

Ergänzend zum Lehrgang soll die Öffentlichkeit vermehrt auf Freiwilligenarbeit aufmerksam gemacht werden. Das Jahr 2011 wurde zum Europäischen Jahr des freiwilligen Engagements erklärt. Das bietet die einmalige Gelegenheit, die Öffentlichkeit für die Freiwilligenarbeit und deren Bedeutung weiter zu sensibilisieren und mehr Anerkennung zu erhalten. Deshalb finanziert die GEF weiterhin sowohl den Lehrgang wie auch das Informationsheft infoBENEVOL mit.

¹⁸ Ein Studiengang der Berner Fachhochschule zum Diploma of Advanced Studies (DAS).

Die GEF erachtet dieses Angebot als sinnvoll und alterspolitisch relevant. Freiwilligenarbeit leistet einen wichtigen Beitrag und ergänzt das bestehende professionelle Betreuungsnetz. Die Weiterführung des Lehrgangs wie auch des Informationshefts wird im Jahr 2011 mit einem Beitrag in der Höhe von insgesamt CHF 52 600.– unterstützt.

Ein erster Schritt, um eine weitere Forderung des bereits erwähnten Postulats Stalder zu erfüllen, betrifft die Koordination der in der Freiwilligenarbeit tätigen Organisa-

tionen auf Kantonsebene. Im Jahr 2011 soll im Auftrag der GEF die Freiwilligenarbeit im Sozial- und Gesundheitsbereich im Kanton Bern analysiert werden. Ziel ist es, aufzuzeigen, welche Organisationen im Kanton Bern in der Freiwilligenarbeit tätig sind, wie sich diese finanzieren und wie sie organisiert sind. Die daraus abgeleiteten Erkenntnisse sollen aufzeigen, ob und wo Handlungsbedarf hinsichtlich der Koordination besteht. Darauf aufbauend sind weitere Massnahmen geplant.

Fazit

Ein betreuendes und stützendes Umfeld trägt nebst Gesundheitsförderung und Prävention wesentlich zur Erhaltung der Autonomie im Alter bei. Es bildet den zweiten wichtigen Pfeiler der kantonalen Alterspolitik. Die Entlastung von betreuenden Angehörigen – zukünftig vermehrt auch im Bereich «Work and Care» – hat daher einen hohen Stellenwert und soll auch in Zukunft finanziell unterstützt werden. In diesem Rahmen kommt der Freiwilligenarbeit eine wichtige Bedeutung zu. Nebst konkreten Angeboten wie Besuchsdiensten, Informations-/Beratungsstellen und ambulanten Pflegedienstleistungen wird auch die Forschung und Wissensvermittlung in diesem Bereich gefördert. Die Erkenntnisse aus der Forschung tragen dazu bei, das Angebot zu optimieren und bestehende Lücken zu schliessen. Entsprechende Angebote sollen deshalb auch weiterhin unterstützt werden.

Handlungsfeld 3

Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsplätze

Die Pflegefinanzierung wird neu geregelt, und mit ihr findet auch eine Veränderung in der Finanzierung von Infrastrukturleistungen in Langzeitinstitutionen statt. Es wird zukünftig keine kantonalen Beiträge mehr an die Investitionskosten geben. Die Veränderungen und die damit verbundenen Auswirkungen auf den ambulanten und stationären Bereich werden in den Handlungsfeldern 6 und 9 beschrieben. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) geht davon aus, dass in Zukunft Menschen in niedrigen Pflegestufen eher zu Hause verbleiben anstatt ins Alters- und Pflegeheim einzutreten. Aufgrund dessen gewinnen vorgelagerte zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsangebote für Menschen im AHV-Alter an Bedeutung. Da sieht die GEF einen erhöhten Handlungsbedarf. Dies bedingt ein optimal ausgestaltetes Angebot von unterstützenden Dienstleistungen einerseits und von genügend vorhandener altersgerechter Wohninfrastruktur andererseits.

Altersgerechte Wohninfrastruktur

Als teilweise Kompensationsmöglichkeit für die finanzielle Mehrbelastung, die sich für den Kanton aus der Umsetzung der Pflegefinanzierung ergibt, wird sich der Kanton aus der Finanzierung von Infrastrukturleistungen in Langzeitinstitutionen zurückziehen. Mit der bisherigen Finanzierung konnte bei den subventionierten Institutionen der «Anreiz» bestehen, kleineren Sanierungsbedarf so lange hinauszuzögern, bis ein grösseres Gesamtanierungsprojekt notwendig wurde, das dann durch einen Investitionsbeitrag des Kantons bzw. der Gemeinden finanziert wurde. Beim neuen Finanzierungsmodell sind die Institutionen für den fristgerechten Unterhalt der Gebäude verantwortlich und können diesem regelmässig nachkommen. Zudem kann auf eine massive Aufstockung des Investitionsbudgets, das wegen anstehender dringender Sanierungsprojekte bei Grossinstitutionen notwendig wäre, verzichtet werden.

Da sich der Kanton aus der Finanzierung von Infrastrukturleistungen in Langzeitinstitutionen zurückzieht, müssen sich Bewohnerinnen und Bewohner von bisher subventionierten Institutionen neu an den Kosten für die Infrastruktur beteiligen. Es wird damit gerechnet, dass durch diese Verteuerung Personen mit keinem oder nur geringfügigem Pflegebedarf somit erst dann in eine Langzeitinstitution eintreten, wenn die ambulanten Dienstleistungen ein Verbleiben zu Hause nicht mehr ermöglichen können. Diese

Lenkungswirkung entspricht den Zielen der Alterspolitik und dem Grundsatz «ambulant vor stationär». Ein weiteres Ziel der Alterspolitik, Pflegebetten nur noch für Pflegebedürftige bereitzustellen, wird damit indirekt unterstützt.

Zwischen dem Wohnen zu Hause und dem Heimeintritt mangelt es bisher an Angeboten, die Menschen trotz eines gewissen Betreuungs- und Unterstützungsbedarfs nicht dazu zwingen, in eine Pflegeinstitution zu wechseln. Da sind vor allem die Gemeinden im Rahmen der Ortsplanung in der Pflicht. Ziel ist es, altersgerechte Wohninfrastruktur in Zentrumsnähe und mit guter Anbindung an den öffentlichen Verkehr zu schaffen, um alten Menschen einen Verbleib zu Hause zu ermöglichen. Durch eine geschickte Anknüpfung an oder die Zusammenarbeit mit Langzeitinstitutionen und ambulanten Dienstleistungen können ideale Angebote für Menschen mit bis zu 75 Minuten Pflegebedarf pro Tag¹⁹ geschaffen werden. Obwohl diese Wohnangebote günstiger sind als ein Heimaufenthalt, konnten sie bisher von Personen mit bescheidenen finanziellen Mitteln nicht genutzt werden, da die Mietkosten die anrechenbaren Kosten im Rahmen der Ergänzungsleistungen überstiegen.

Wohnen mit Dienstleistungen

Die GEF will Wohnangebote für alte Menschen mit einem erhöhten Sicherheits- und Betreuungsbedarf fördern, als Alternativen zu einem Heimaufenthalt. Im Laufe des Jahres 2008 wurden mit dem Verband bernischer Pflege- und Betreuungszentren (vbb|abems) Kriterien für das Wohnen mit Dienstleistungen im Kanton Bern erarbeitet. Diese beinhalten die Miete einer altersgerechten (2-Zimmer-)Wohnung mit einem integrierten Notrufsystem, das 24 Stunden am Tag zur Verfügung steht, die Mahlzeiten, eine wöchentliche Sichtreinigung und bei Bedarf eine Ansprechperson, die weitere Hilfe und Dienstleistung vermittelt. Etwaigen Pflegebedarf decken die Spitex oder ambulante Angebote ab.

Um die soziale Finanzierung des Wohnens mit Dienstleistungen zu ermöglichen, wurde im Zuge der Revision der Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EV ELG) dieses Angebot dem eines anerkannten Heims gleichgestellt und in die Verordnung aufgenommen. Spätestens ab 2013 werden die Komponenten des Wohnens mit Dienstleistungen modular und zugeschnitten auf den individuellen Bedarf einzeln finan-

¹⁹ Entspricht Pflegestufen 0–2 (nach dem 10-stufigen Modell, gültig bis 31.12.2010).

ziert. Damit wird es alten Menschen mit einem individuellen Unterstützungsbedarf und geringen finanziellen Mitteln möglich, in ihrer angestammten Wohnung zu bleiben. Mit Hilfe ambulanter Dienstleistungen können sie selbstbestimmt leben statt ein Wohnen mit Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Ein entsprechendes Abklärungsinstrument wird derzeit erarbeitet.

Projekt Familienplatzierungen OGG

Von 2003 bis Ende 2007 unterstützte die GEF das Angebot mit einer Leistungsvereinbarung im Rahmen der kantonalen Alterspolitik. Der geplante Ausbau von betreuten Plätzen für Menschen im AHV-Alter in Bauernfamilien liess sich nicht wie erhofft realisieren. Es entwickelte sich auf Grund der tatsächlichen Nachfrage immer mehr zu einem Angebot für Menschen mit Behinderungen oder psychischen Beeinträchtigungen. Eine finanzielle Unterstützung

im Rahmen der kantonalen Alterspolitik war demzufolge nicht weiter möglich.

Bis Ende 2007 verfügte die Oekonomische Gemeinnützige Gesellschaft des Kantons Bern (OGG) für das Angebot «Betreutes Wohnen in Familien» über eine Leistungsvereinbarung mit der Abteilung Alter des Alters- und Behindertenamts des Kantons Bern. Da die OGG heute zur Hauptsache Plätze für Menschen mit einer Behinderung vermittelt, übergab die Abteilung Alter per 1. Januar 2008 das Dossier, und somit auch die Finanzierung, der Abteilung Erwachsene im Bereich Behinderte. Nach einer Übergangsregelung gilt seit 2010 derselbe Finanzierungsmodus wie bei privaten Haushalten, nämlich die Finanzierung über Tagespauschalen.

Das Projekt wurde im Jahr 2007 im Rahmen der Alterspolitik mit einem Beitrag in der Höhe von CHF 232'555.– unterstützt.

Fazit

Geeignete Wohnangebote sind grundlegend für die Erhaltung der Autonomie und einer höchstmöglichen Unabhängigkeit trotz allfälliger Einschränkungen. Hindernisfreies Wohnen mit den entsprechend notwendigen unterstützenden Dienstleistungen trägt wesentlich dazu bei, einen verfrühten Pflegeheimtritt zu vermeiden. Dies kommt dem Wunsch der Menschen entgegen, so lange als möglich in den eigenen vier Wänden zu leben. Die für 2013 vorgesehene Modularisierung der Dienstleistungen erlaubt eine personenspezifische und bedarfsgerechte Unterstützung im eigenen Zuhause.

Handlungsfeld 4

Versorgungsangebote bei Krankheit im Alter

Alte Menschen benötigen bei einer Erkrankung spezifisch abgestimmte Therapien und Pflege. Auch treten im Alter gehäuft multiple, komplexe und chronische Krankheiten auf, für die eine integrierte Versorgung – im Sinne der Kontinuität der Betreuung – von besonderer Bedeutung ist. Entsprechend hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) eine Reihe von Massnahmen eingeleitet, die eine auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte und möglichst bruchlose Versorgung bei Krankheit im Alter sicherstellen soll:

Für den Fall eines «einfachen» Akutspitalaufenthalts besteht das Angebot einer Post-Akut-Pflege zur gründlichen Vorbereitung auf die Rückkehr nach Hause. Für komplexere Akutfälle wird eine akut-geriatrische und geriatrisch-rehabilitative Versorgung auf- und ausgebaut; da soll zudem ein Modellversuch ab 2011 weisen, ob sich durch **eine bessere Vernetzung und Integration** der Leistungserbringer der verschiedenen Versorgungsebenen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung (hoch)betagter Menschen verbessern lässt.

Palliative Care hat für Patienten, die an fortschreitenden unheilbaren Krankheiten leiden, im Kanton Bern in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Eine Vielzahl von Anbietern in allen Versorgungsbereichen hat ihre palliativen Leistungen ausgebaut oder verbessert.

Schliesslich wurden und werden Massnahmen für die im hohen Alter gehäuft auftretenden Erkrankungen des demenziellen Formenkreises von der Tagesbetreuung über psychiatrische Dienstleistungen bis zu spezifischen stationären Angeboten konzipiert.

Förderung der (haus-)ärztlichen Grund- und Notfallversorgung

Handlungsbedarf

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

(M 239/2008) betreffend «Mangel an Hausärzten: ambulante Versorgung sicherstellen!».

Weiteres Vorgehen

Die Anliegen dieser Motionen sowie weitere in der Zwischenzeit eingereichte Vorstösse zum Thema der Hausarztmedizin bearbeitete eine vom Kantonsarztamt gebildete interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der kantonalen Ärztesgesellschaft, der Medizinischen Fakultät, der Fakultären Instanz für Allgemeinmedizin, der Erziehungsdirektion, der Volkswirtschaftsdirektion und anderen. Ausgehend von Beiträgen aus der Arbeitsgruppe analysiert ein Bericht der GEF zur Hausarztmedizin im Kanton Bern die wichtigsten Problemfelder: Ferner werden mögliche Handlungsfelder, Lösungsansätze und Massnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Grund- und Notfallversorgung dargestellt. Schon vor Abschluss des Berichts zur Hausarztmedizin wurden konkrete Massnahmen umgesetzt: Praktika bei Hausärztinnen und Hausärzten schon während des Medizinstudiums; Modellversuch zur Förderung der Weiterbildung von Assistentinnen und Assistenten in Hausarztmedizin (Praxisassistentenz) (RRB 2035/2007); Unterstützung des ärztlichen Notfalldienstes durch einen Unterstützungsbeitrag für das Call-Center MEDPHONE AG (RRB 2141/2008). Um den Modellversuch in den Jahren 2011/12 bis zum Entscheid über eine definitive Einführung weiterführen zu können, bewilligte der Regierungsrat im Juni 2010 zudem einen Zusatzkredit sowie eine Erweiterung auf neun Praxisassistentenzstellen pro Jahr (RRB Nr. 0904 vom 16. Juni 2010).

Post-Akut-Pflege

Die Post-Akut-Pflege ist gedacht für Patientinnen und Patienten, die aufgrund eines Akutereignisses (z. B. wegen Krankheit, einer Verletzung oder Operation) hospitalisiert wurden und nach Stabilisierung ihrer medizinischen Probleme noch – zeitlich begrenzt – eine intensive tägliche pflegerisch-therapeutische Betreuung benötigen: Die Betroffenen sind also noch spitalbedürftig und (noch) nicht rehabilitationsfähig. Ziel ist die Wiedererlangung einer Selbstständigkeit, die ein Leben in der gewohnten (häuslichen) Umgebung zulässt.

Nach einem erfolgreich abgeschlossenen Modellversuch (2003/04) hat der Regierungsrat des Kantons Bern

im Rahmen der «Versorgungsplanung 2007–2010 gemäss Spitalversorgungsgesetz» beschlossen, die Post-Akut-Pflege als Teil der pflegerischen Betreuung in allen Regionalen Spitalzentren (RSZ) einzuführen. Dabei ist die Post-Akut-Pflege klar als Bestandteil der Akutversorgung definiert.

2008 wurden die spezifischen «Qualitätskriterien für die Post-Akut-Pflege PAP im Kanton Bern» so weit konkretisiert, dass sie als Bestandteil in die aktuellen und künftigen Leistungsverträge mit den Regionalen Spitalzentren eingehen können. In einigen der Regionalen Spitalzentren, so in der Spital Thun Simmental AG, STS AG, ist die Post-Akut-Pflege bereits eingeführt. Im Verlauf von 2011 soll sie kantonsweit zur Verfügung stehen.

Die «Qualitätskriterien für die Post-Akut-Pflege (PAP) im Kanton Bern» sind abrufbar unter www.gef.be.ch.

Neu hat ein ähnliches Angebot unter der Bezeichnung «Akut- und Übergangspflege» auch Eingang in die KVG-Revision und die Verordnung zur Pflegefinanzierung gefunden. Dabei handelt es sich um Leistungen, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Verordnung hin während längstens zwei Wochen erbracht werden. Von der Definition und der Zielsetzung her scheint dieses Angebot überwiegend deckungsgleich mit der oben beschriebenen Post-Akut-Pflege. Im Unterschied zur spital-internen Post-Akut-Pflege allerdings werden bei der «Akut- und Übergangspflege» gemäss KVG die Kosten nur für die Pflege – nach den Regeln der Spitalfinanzierung für 14 Tage unbegrenzt durch Versicherer und Kanton – übernommen, nicht aber für alle anderen Leistungen wie etwa Haushaltshilfe, Physio-, Ergo- und sonstige Therapien.

Es bleibt abzuwarten, ob mit diesem KVG-Modell die gleichen Effekte – in gesundheitlicher und wirtschaftlicher Hinsicht – wie mit dem Modell der GEF erreicht werden können.

Aufgrund der letztlich doch erheblichen Unterschiede hält die Gesundheits- und Fürsorgedirektion an der Bezeichnung «Post-Akut-Pflege» für die entsprechenden stationären Leistungen fest.

Falls darüber hinaus noch weitere «Übergangspflege» notwendig sein sollte, setzt der Kanton auf die ambulanten Dienste der Spitex, welche die Pflege zu Hause garantiert und die auch im Anschluss an eine stationäre Post-Akut-Pflege den Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht (vgl. Erläuterungen zu Spitex unter Handlungsfeld 2).

Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation

Bislang verfügten von den sechs Spitalregionen im Kanton Bern nur zwei über ein spezifisches geriatrisches Angebot: In den Zentren Bern und Biel stellen die Geriatrische Universitätsklinik Bern (im Spitalnetz Bern) und die Geriatrie-Rehabilitation im Spitalzentrum Biel die stationäre geriatrische Versorgung sicher.

Die Grundzüge einer kantonsweiten bedarfsgerechten geriatrischen Versorgung erarbeitete zwischen 1999 und 2002 eine Arbeitsgruppe aus Geriatern und anderen Fachleuten. Auf dieser Basis beschloss der Regierungsrat im Rahmen der «Versorgungsplanung 2007–2010 gemäss Spitalversorgungsgesetz» die Einführung neuer Strukturen. Dies betrifft bei den Akutspitalern den Aufbau von Regionalen Geriatrischen Stützpunkten in allen Regionalen Spitalzentren RSZ (einschliesslich des Hôpital du Jura bernois [HJB]) sowie bei der Rehabilitation die Einführung einer neuen Leistungskategorie «Geriatrische Rehabilitation».

Der Aufbau in beiden Bereichen, Akutspitäler und Rehabilitation, hat begonnen; sie sollen im Verlauf von 2011/12 funktionsfähig sein.

Im Auftrag der GEF erarbeitet die Geriatrische Universitätsklinik Bern dazu Unterstützungsangebote und berät die Regionalen Spitalzentren auf ihren Wunsch hin beim Aufbau der Stützpunkte. Sie stellt ein interprofessionelles Fachteam (Vertreterinnen und Vertreter aus Ärzteschaft, Pflege, Therapie und Sozialarbeit) als Ansprechpartner zur Verfügung. Dieses entwickelt 2009–2011 Standards für eine spezifisch geriatrische Diagnostik und Betreuung sowie Richtlinien für die Weiterleitung geriatrischer Patientinnen und Patienten. Eine Serie von «Geriatrietagen» stellt die erforderliche geriatrische Weiterbildung der Spital-Mitarbeitenden sicher; diese Veranstaltungen begannen im Dezember 2009.

Neu bietet die Website www.geriatrie-bern.ch einen Überblick über die derzeit bereits verfügbaren Strukturen. Sie ermöglicht den Zugang zu bisher erarbeiteten Standards und Leitlinien für die geriatrische Versorgung. Grundlegende Anforderungen an Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation finden sich auch unter www.gef.be.ch in Form der «Qualitätskriterien für die geriatrische Versorgung im Kanton Bern I. – Regionale Geriatrische Stützpunkte: Akutgeriatrie» und der «Qualitätskriterien für die geriatrische Versorgung im Kanton Bern II. – Geriatrische Rehabilitation».

Modellversuch Integrierte Versorgung in der Geriatrie

Die Planung eines Modellversuchs zur Integration in der Geriatrie ist weitgehend abgeschlossen. Der Versuch soll 2011 starten und prüfen, ob sich mit einem umfassenden Konzept der «Integrierten Versorgung» die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung (hoch)betagter Patientinnen und Patienten verbessern lässt. Vorgesehen ist eine Interventionsstudie, der Vergleich einer Interventionsmit einer Referenz-Region, auf Basis einer quantitativen Erfassung von Versorgungsdaten sowie qualitativer Interviewdaten. Für die Interventionen ist ein Regionales Spitalzentrum im Kanton Bern während des Aufbaus seines Regionalen Geriatrischen Stützpunkts vorgesehen; dies

deshalb, weil zu den Kernaufgaben der Stützpunkte per Definition und Auftrag die Integration im Sinne von «Vernetzung mit den Leistungserbringern der verschiedenen Versorgungsebenen in der Region» gehört. Im Rahmen des Modellversuchs sind die folgenden Interventionen vorgesehen:

- eine gemeinsame **Bezugsperson** für die Patientin oder den Patienten und für alle aktuell und potenziell betreuenden Organisationen, Professionen und Laien. Diese Person wird der Patientin oder dem Patienten als persönliche Ansprechperson beim Spitaleintritt zugeordnet. Sie ist hauptverantwortlich für das Prozessmanagement innerhalb des Spitals, für das Austrittsmanagement und vor allem auch für die Kontinuität der Betreuung jenseits der Spitalgrenzen.
- ein **integriertes Team** aus den einzelnen betreuenden Organisationen, Professionen und Laien
 - für eine gemeinsame Bedarfserhebung und
 - eine gemeinsame Einsatzplanung (medizinisch-sonstisch bzw. -psychiatrisch, pflegerisch, therapeutisch, sozial);
 - mit einer gemeinsamen Dokumentation (gemeinsame Formulare) und
 - einer gemeinsamen Evaluation der Ergebnisse.

Die Motion Meyer (M 025/2007) zur «Kantonalen Managed-Care-Organisation» hat die Aktualität dieser Vorstellung ein weiteres Mal unterstrichen: Der Motionär fordert eine kantonale Managed-Care-Strategie – als Beitrag zur Durchsetzung der vernetzten und besseren Versorgung von chronisch kranken und alten Menschen. Der Regierungsrat hat die Entwicklung einer solchen Strategie beschlossen und fördert künftig verstärkt neue Versorgungselemente, die zu einer besseren Vernetzung der gesundheitlichen Versorgung führen. Dies soll vor allem chronisch Kranken und alten Menschen zugute kommen (vgl. dazu auch S. 21).

Psychiatrische Dienstleistungen im Altersbereich

Mit der Zunahme der betagten Bevölkerung gewinnen mit den allgemeinen sozialen und gesundheitlichen Themen des Älterwerdens auch jene der Alterspsychiatrie an Bedeutung. Besonders im Fokus stehen dabei die Hochbetagten, deren Zahl deutlich zunehmen wird. Weil sich die Häufigkeit von Demenzen vom 65. Altersjahr an alle fünf Jahre etwa verdoppelt, ist die Alterspsychiatrie besonders gefordert. Generell gilt, dass die Prävalenz²⁰ von behandlungsbedürftigen psychischen Krankheiten auch im Alter, wie in anderen Lebensabschnitten, bei etwa 20 Prozent liegt.

Betagte mit psychischen Krankheiten gehören oft zu den «stillen Leidern», die wenig Aufmerksamkeit auf sich

ziehen und deren Zugang zu Therapieangeboten erschwert ist. Gründe dafür sind eingeschränkte Mobilität, Angst vor Stigmatisierung und die falsche Vorstellung, dass Leiden wie Depressionen und Gedächtnisstörungen im Alter normal seien.

Alterspsychiatrische Erkrankungen bleiben oft unerkannt. Verpasste oder unbehandelte psychische Erkrankungen im Alter sind jedoch kostentreibend, da sie zum Beispiel die Prognose von körperlichen Erkrankungen verschlechtern und zu einem verfrühten Heimeintritt führen.

Die Prävalenzen typischer alterspsychiatrischer Erkrankungen sind in Alters- und Pflegeheimen und im Akutspital (gemäss verschiedener internationaler Studien)²¹ besonders hoch, wie die Tabelle zeigt. Ziel ist deshalb, dass alterspsychiatrische Angebote die Patientinnen und Patienten am jeweiligen Aufenthaltsort erreichen.

Aufenthaltsort	Prävalenz alterspsychiatrische Erkrankung		
	Demenz	Delirium	Depression
zu Hause	5–6 %	0,5–1 %	3–12 %
Altersheim	50–70 %	1–2 %	15–42 %
Akutspital	5–15 %	11–42 %	25–40 %

Trotz aller bisherigen Anstrengungen ist festzustellen, dass die alterspsychiatrische Versorgung im Kanton in den vergangenen Jahren mit dem steigenden Bedarf und der zunehmenden Nachfrage nicht Schritt zu halten vermochte.

Im Rahmen der Versorgungsplanung Psychiatrie 2011–2014 wird deshalb der Alterspsychiatrie besondere Beachtung geschenkt und die Basis für eine langfristige, bedarfsorientierte Entwicklung dieses Versorgungsbereichs gelegt. Dabei wirkt der Umstand günstig, dass im Herbst 2008 in Bern ein **Extraordinariat für Alterspsychiatrie** geschaffen wurde und der Inhaber dieses Lehrstuhls, Herr Prof. Urs Mosimann, bereits bei den Planungsarbeiten mitwirkte.

Die Entwicklung der Alterspsychiatrie wird sich an den Grundsätzen der einfachen Zugänglichkeit, der Flexibilität, der Gemeinde-, Altersheim- und Spitalnähe sowie der Vernetzung mit anderen Anbietern zu orientieren haben.

Die entsprechende versorgungsplanerische Strategie sieht vor, dass die spezialisierte Alterspsychiatrie künftig ein wichtiger Teil der regionalen psychiatrischen Grundversorgung sein und von den Regionalen Diensten erbracht werden soll. Besondere Akzente liegen dabei auf der Verknüpfung mit der somatischen/geriatrischen Medizin, in der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie sowie in der Langzeitversorgung.

Angebotsseitig sind dringend ambulante und aufsuchende Angebote auf- oder auszubauen, beispielsweise

²⁰ Unter der Prävalenz einer bestimmten Erkrankung versteht man den Prozentsatz der Bevölkerung, der an dieser bestimmten Krankheit leidet.

²¹ Referenzen: Matthews, F. E. & Dening, T. (2002), Ferri, C.P. et al. (2005), Young, J. & Inouye, S. K. (2007), Trollor, J.N. et al. (2007); Tabelle zu finden in: Mosimann, Peter und Lore Billie Legrand (2009). *Bericht Alterspsychiatrie Kanton Bern: Weiterentwicklung Psychiatrie Bern (WePBE) 2011–2014*. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste.

«multidisziplinäre Gemeindeteams». Diese Teams suchen die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen zu Hause oder im Pflegeheim auf, arbeiten dabei diagnostisch, therapeutisch und konsiliarisch.

Integration von chronisch psychisch Kranken in Alters- und Pflegeheimen

Die Prävalenz von psychischen Erkrankungen ist in Alters- und Pflegeheimen hoch. Mehr als die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen leiden an demenziellen Syndromen. Mehrere psychische Erkrankungen zugleich sind häufig. So gehen Demenzen oft mit Depressionen, akuter Verwirrtheit (Delirium) und Verhaltensstörungen bei Demenz einher.

Neben den Heimbewohnerinnen und -bewohnern, die psychisch erkrankt sind, gibt es eine Bevölkerungsgruppe, die zeitlebens an psychischen Erkrankungen (z.B. Minderintelligenz, Schizophrenie, chronische Depression, manisch-depressive Erkrankungen, Suchterkrankungen) gelitten und das AHV-Alter erreicht hat. Die Gründe für einen Institutionseintritt können körperliche Erkrankungen oder neurodegenerative Erkrankungen (Demenzen) sein. Diese Menschen sollten in bestehende Heimstrukturen integriert werden.

Es fehlt im Kanton Bern jedoch an Konzepten zur Integration von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen in Alters- und Pflegeheimen. Dies führt zu einer längeren Hospitalisierungsdauer und einer schwierigen Austrittsplanung vor allem dann, wenn solche Patientinnen und Patienten aus psychiatrischen Kliniken in Alters- und Pflegeheime integriert werden sollten. Es ist jedoch unklar, welche zusätzliche Unterstützung Heime brauchen, um Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen besser aufnehmen zu können. Langzeitpatientinnen und -patienten in kantonalen psychiatrischen Kliniken sind eine Konsequenz der erschwerten Platzierung.

Das Thema soll in enger Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Partnern so bearbeitet werden, dass die angestrebte Integration von chronisch psychisch Kranken in Alters- und Pflegeheime mittelfristig verbessert werden kann. Damit soll ein über Jahre oder sogar Jahrzehnte dauernder Aufenthalt in der Psychiatrie vermieden werden.

Palliativpflege und -betreuung

Das Thema Palliativpflege und -betreuung betrifft vor allem die Handlungsfelder 2 und 4, in denen es um die Entlassung pflegender Angehöriger geht und um ein aufeinander abgestimmtes Versorgungsnetz für alte Menschen. Zu-

dem soll die Qualität der palliativen Versorgung durch die Spitex und in den Heimen verbessert werden.

Die Palliative Care hat im Kanton Bern in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Eine Vielzahl von Anbietern in allen Versorgungsbereichen hat palliative Leistungen ausgebaut oder verbessert. Ausserdem hat der Grosse Rat in den vergangenen Jahren mehrere Vorstösse überwiesen, welche die Förderung der Palliative Care verlangen. Zu nennen ist die Motion Rerat/Schnegg bezüglich Palliative Care im Berner Jura, die Motion Löffel (M 048/2006) bezüglich der Aufnahme der Palliative Care in die Rahmenleistungsverträge der Spitäler und die Motion Lemann (M 280/2008) bezüglich der Betreuung von Sterbenden im Akutspital.

In der Versorgungsplanung gemäss Spitalversorgungsgesetz (SpVG) 2007–2010 hielt der Regierungsrat im Juni 2007 fest, dass die Palliativpflege Teil des Leistungsauftrags der somatischen Akutspitäler in der umfassenden Grundversorgung ist. Entsprechend wird die Palliativpflege in der künftigen Spitalliste unter dem Leistungsauftrag der Inneren Medizin explizit erwähnt. Mit der Versorgungsplanung 2011–2014 und der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 werden spezifische Leistungsaufträge für die spezialisierte Palliative Care in den Akutspitälern erteilt. Es werden weiter klare Rahmenbedingungen und Qualitätskriterien für die Spitäler festgelegt, um die Qualität der palliativen Versorgung zu sichern.

Angesichts des voranschreitenden Aufbaus der Palliative Care in allen Versorgungsbereichen und des dadurch steigenden Koordinationsbedarfs hat die GEF 2008 ein Projekt gestartet, mit dem ein kantonales Konzept zur Versorgung in der Palliative Care erstellt wird. Im Projekt werden die bestehenden Angebote in der Palliative Care im Kanton Bern erfasst, der Handlungsbedarf identifiziert, der Soll-Zustand und die Rolle des Kantons im palliativen Versorgungssystem definiert und – wo notwendig – Massnahmen skizziert. Der Schlussbericht soll, als fachliche Grundlage für Sachplanungen und Einzelentscheide (Subventionsgesuche, Pilotprojekte usw.), im ersten Semester 2011 vorliegen. In diese kantonale Strategie für die Palliative Care werden die Ergebnisse der nationalen Strategie und die nationalen Leitlinien zur Palliative Care einfließen. An deren Erarbeitung in den Jahren 2009 und 2010 hat sich der Kanton Bern aktiv beteiligt.

Die Grundgedanken der Palliative Care haben auch für den Altersbereich eine grosse Bedeutung. Sowohl die Spitex-Organisationen wie auch die Heime müssen deshalb ihre diesbezüglichen Grundhaltungen und Leistungen überprüfen und dem Bedarf anpassen. Diese Bemühungen sind in den kommenden Jahren aktiv zu fördern.

Neben dem gesamtkantonalen Projekt und der Mitarbeit an der nationalen Strategie unterstützt und trägt die GEF folgende Projekte im Bereich der Palliative Care:

Pilotprojekt >>zapp in Burgdorf

Das Zentrum für ambulante Palliativpflege >>zapp bietet Fachdiensten und Angehörigen in der Region Burgdorf Fachberatungen an und arbeitet eng mit den Spitex-

Diensten zusammen. >>zapp vermittelt ausserdem Freiwillige, die Angehörige zu Hause unterstützen, indem sie Sterbende begleiten und somit für die Angehörigen Freiräume und Erholungszeit schaffen. >>zapp hat in der Projektphase 2005–2007 sowie danach im Jahr 2008 die regionalen Angebote sinnvoll ergänzt. Das Angebot hat sich in der Region Burgdorf mittlerweile gut etabliert. Ausserdem wurde >>zapp in der Evaluation eine gute Qualität und hohe Professionalität attestiert. Diese Auswertung dient der GEF unter anderem als Grundlage dafür, Vorgaben für die Organisationen, die ambulante Palliative Care anbieten, zu erarbeiten.

Das Angebot wurde auf den 1. Oktober 2009 von der Spitex Burgdorf-Oberburg übernommen und wird seither durch diese weitergeführt. Die GEF befürwortet diese Lösung, da Palliative Care eine der Kernkompetenzen der Spitex-Organisationen darstellen soll.

Projekt zur Vernetzung der Palliative-Care-Anbieter in der Region Langenthal

In der Region Langenthal startete 2007 ein Projekt zur Zusammenarbeit der regionalen Leistungserbringer in der Palliative Care. Am Konzept waren die Spitex, die Spital Region Oberaargau (SRO AG), Alters- und Pflegeheime und der Oberaargauer Verein zur Begleitung Schwerkranker (OVBS) beteiligt.

Der Grundgedanke des vorgelegten Konzepts ist begrüssenswert: Die Zusammenarbeit unter sämtlichen Anbietern unterschiedlicher Wirkungsbereiche (stationär und ambulant) so zu stärken, dass ein tragendes und funktionierendes Netz entsteht, ist sinnvoll und entspricht der alterspolitischen Zielsetzung. Diese besteht darin, vorhandene Dienstleister so zu vernetzen, dass eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen möglich wird.

Die Konzepterarbeitung unterstützte die GEF mit einem Beitrag in der Höhe von CHF 22 000.–.

Das Konzept sowie ein Antrag auf Mitfinanzierung der Umsetzung liegen der GEF vor. Da derzeit Arbeiten zur Erstellung eines kantonalen Palliative-Care-Konzepts im Gange sind, hat die GEF bisher davon abgesehen, die Umsetzung des Oberaargauer Konzepts finanziell zu unterstützen. Erst wenn die kantonalen Rahmenbedingungen vorliegen, kann eine finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen werden. Im kantonalen Konzept sollen Rahmenbedingungen sowohl inhaltlicher als auch finanzieller Art definiert werden. Damit sollen in Zukunft Organisationen oder Institutionen Palliative Care im ganzen Kanton unter einheitlichen Kriterien anbieten können.

Projektanfrage zur Vernetzung der Palliative-Care-Anbieter in der Region Thun

Ein ähnlich gelagertes Projekt liegt der GEF auch aus der Region Thun vor. Als Teilprojekt plant die Spitex Region Thun einen 24-Stundendienst für Palliative-Care-Leistungen. Zur Erarbeitung der Grundlagen, um das Projekt umzusetzen, wird bei der GEF finanzielle Unterstützung beantragt. Für die anderen Teilprojekte sollen zuerst

die kantonalen Rahmenbedingungen vorliegen, ehe über eine allfällige finanzielle Unterstützung entschieden wird.

Spitalexterne Palliativpflege

Die organisierte spitalexterne Palliativpflege ist eine ergänzende, ambulante Dienstleistung der Grundversorgung der Spitex. Diese wird derzeit in der Region Bern und Thun angeboten und soll zukünftig bei allen Spitex-Organisationen eine Kernkompetenz darstellen.

Ein Team von Spezialistinnen und Spezialisten in Onkologie- und Palliativpflege trägt dazu bei, dass eine bedarfsgerechte, spezialisierte und ganzheitliche Pflege und Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden gewährleistet wird. Angehörige werden miteinbezogen, beraten und betreut. Dadurch wird ein grosses Spektrum an Palliative Care abgedeckt. Dies erfolgt in enger Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Fachleuten und Diensten wie Hausärztinnen und -ärzten, Onkologinnen und Onkologen, Spitälern, der Spitex-Basis und weiteren spezialisierten Dienstleistern. Ergänzend wird Schulung von Pflegepersonal und Beratung von Institutionen des Gesundheitswesens im Bereich der Palliation angeboten.

Palliative Care im Berner Jura

Laut einer Absichtserklärung der Gesundheitsdirektoren der Kantone Neuenburg, Jura und Bern soll die Palliativpflege zwischen den drei Kantonen koordiniert werden. So entwickelte eine interkantonale interdisziplinäre Arbeitsgruppe im Jahr 2008 ein Projekt zu einer vernetzten palliativen Versorgung im Jurabogen. Darauf basierend kam im Mai 2009 ein Abkommen zwischen den drei Kantonen zustande, in dem «La Chrysalide», die auf Palliative Care spezialisierte Einrichtung des Hôpital neuchâtelais, zum Referenzzentrum für Palliative Care im Jurabogen erklärt wurde. «La Chrysalide» wird entsprechend als Leistungserbringerin in der Palliative Care für die drei Amtsbezirke des Berner Juras auf der künftigen Spitalliste aufgeführt werden. Ausserdem starteten die beteiligten Kantone ein Projekt, um eine mobile Equipe für Palliative Care im Jurabogen zu schaffen und ein Ausbildungsprogramm für Palliative Care zu entwickeln. In einem ersten Schritt wurde ein Bericht zur Ausgestaltung der mobilen Equipe erstellt. Die Umsetzung ist für das Jahr 2011 vorgesehen.

Unterstützung und Entlastung von Angehörigen in der Palliative Care

Die Förderung der Palliative Care ist des Weiteren eng verbunden mit der Unterstützung und Entlastung von pflegenden und betreuenden Angehörigen.

Kompetenzzentrum Demenz und Palliation

Das Kompetenzzentrum Demenz und Palliation befasst sich speziell mit palliativer Betreuung und der Pflege alter demenzkranker Menschen. Insbesondere bei Demenzkranken, die sich nicht mehr mitteilen können, nimmt die palliative Pflege einen immer höheren Stellenwert ein. Die Aufbereitung von Fachwissen hinsichtlich geriatrischer

Palliation, speziell bei Demenzkranken, gilt als eine der Hauptaufgaben des Kompetenzzentrums. Eine ausführliche Beschreibung des Projekts folgt im nächsten Kapitel.

Spezifische Institutionen für demenzkranke Menschen

Tagesbetreuung

Angebote zur Tagesbetreuung von alten Menschen mit alterspsychiatrischen Erkrankungen, die zu Hause von Angehörigen betreut werden, tragen zur Lebensqualität der Betroffenen und zur Entlastung betreuender Angehöriger bei. Seit 2008 fördert der Kanton solche Angebote im Rahmen von Leistungsverträgen finanziell. Das Konzept zur Finanzierung und Steuerung von Tagesstätten ist unter www.gef.be.ch in der Rubrik «Alter, Leben und Wohnen im Alter» abrufbar.

Neben den Tagesstätten bieten viele Heime eine Tagesbetreuung für alte Menschen an. Ein Verzeichnis dieser Institutionen ist ebenfalls elektronisch abrufbar unter www.gef.be.ch unter der Rubrik «Direktion/Organisation/Alters- und Behindertenamt/Downloads/Adresslisten und Verzeichnisse».

Im Jahr 2009 wurden im Kanton Bern über 30 000 Betreuungstage in Tagesbetreuungsangeboten erbracht.

Aufgrund der kantonalen Mitfinanzierung von CHF 80.– pro Gästetag haben sich Heime und private Leistungserbringer vermehrt auf die Erbringung von Tagesbetreuungsangeboten ausgerichtet. Die Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass die Angebote in einem weitaus geringeren Ausmass genutzt werden als erwartet. Nach Interviews mit einigen Leiterinnen der seit vielen Jahren betriebenen Tagesstätten ergibt sich ein ernüchterndes Bild: Obwohl die Gäste und vor allem die betreuenden Angehörigen das Angebot als sehr sinnvoll und entlastend ansehen, wird es zu wenig angenommen. Das Durchschnittsalter der Gäste in den Tagesstätten steigt seit Jahren. Zudem ist ihr Gesundheitszustand beim Erstbesuch einer Tagesstätte immer schlechter. Das heisst, dass die Demenz bereits so weit fortgeschritten ist, dass der Besuch der Tagesstätte für die Gäste weniger Nutzen bringt als dies in einem früheren Stadium der Fall wäre. Die Aufenthaltsdauer der Gäste sinkt dadurch. Es kommt vor, dass Gäste nur zwei Monate in die Tagesstätte kommen. Aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes ist ein Heimeintritt wenig später bereits unabdingbar. Für diejenigen Angehörigen, die das Angebot in Anspruch nehmen, ist der Nutzen der Entlastung hoch. Sie räumen jedoch ein, dass es ein Fehler sei, so lange – und damit zu lange – gewartet zu haben, bevor sie das Angebot einer Tagesstätte genutzt hätten.

Das Angebot an sich ist bekannt, und die Betreiber von Tagesstätten machen bei den Sozialdiensten, der Pro Senectute, den Spitex-Organisationen, den Hausärztinnen und -ärzten mit Tagen der offenen Tür und Anzeigen in regionalen Printmedien immer wieder auf sich aufmerksam.

Dennoch scheint die Hemmschwelle bei betreuenden Angehörigen, demenzkranke Partnerinnen oder Partner bzw. Eltern auch nur stundenweise in eine Tagesstätte zu geben, sehr hoch zu sein.

Diese Problematik ist nicht nur im Kanton Bern anzutreffen. Auch in den Kantonen Zürich und Schaffhausen sind Tagesstätten ähnlich schlecht ausgelastet.

Kantonales Kompetenzzentrum für Demenz und Palliation

Die Stiftung Diakonissenhaus Bern (DHB) und die Spitex der Stadt Bern haben vor geraumer Zeit ein gemeinsames Projekt ausgearbeitet. Diesem Projekt hat der Verein Region Bern VRB im Rahmen einer Ausschreibung für ein Demenzprojekt den Zuschlag erteilt und es zur Umsetzung empfohlen. Die Spitex verfügt über Erfahrung und Know-how im Bereich ambulanter Pflege und das DHB im Bereich der stationären Langzeitpflege. Gemeinsam sind beide Partner prädestiniert, ein Konzept anzubieten, das auf die Bedürfnisse Demenzkranker und/oder sich in der terminalen Pflegephase befindlicher alter Menschen abgestimmt ist. Das zukünftige Kompetenzzentrum sollte unter der gemeinsamen Trägerschaft beider Partner stehen. Aus diversen Gründen hat sich jedoch die Stiftung DHB aus dem Projekt zurückgezogen. Die tilia Stiftung für Langzeitpflege, welche die Pflegezentren Ittigen, Köniz und Wittigkofen führt, ist neu Partnerin in der Trägerschaft.

Das Ziel ist, ein umfassendes, integratives Angebot zum Thema Demenz zu schaffen. Es entspricht der alterspolitischen Strategie des Kantons (vgl. Zwischenbericht 2007, S. 18), wonach ein kantonales Kompetenzzentrum für Demenzfragen entstehen soll. Das Angebot umfasst nebst der (teil)stationären auch die ambulante Versorgung sowie die Verbindung zwischen Lehre/Forschung und der Praxis. Das Kompetenzzentrum soll zugleich Wissenszentrum sein.

Die **Aufbereitung von Fachwissen hinsichtlich geriatrischer Palliation**, speziell **bei Demenzkranken**, wird als eine der Hauptaufgaben des Kompetenzzentrums angesehen. Gerade bei Demenzkranken, die sich in der letzten Lebensphase kaum mehr mitteilen können, nimmt die palliative Pflege einen immer höheren Stellenwert ein. Die Kombination von Pflege/Betreuung Demenzkranker und Palliation ist aus versorgungspolitischer Sicht sinnvoll. Es ist daher vorgesehen, die Entwicklung des Bildungsbereichs in den Feldern Demenz und geriatrische Palliation voranzutreiben. Zugleich soll die Vernetzung mit den wesentlichen Kompetenzträgern gefördert und die Weitergabe von Know-how an andere Institutionen sichergestellt werden. Diese Vernetzung erlaubt eine stetige Weiterentwicklung der Pflege- und Betreuungskonzepte in der Praxis.

Im ambulanten Bereich ist eine mobile Interventions-equipe geplant, denn die Betreuung von Demenzkranken zu Hause führt erfahrungsgemäss oft zu Überforderungskrisen der betreuenden Angehörigen. Diese Krisensituationen treten unvermittelt und rasch auf, ebenso rasch wird Unterstützung erforderlich. Die Unterstützung in solchen Notfallsituationen ist, wie die **SwissAgeCare-2010-**

Studie²² aufzeigt, ungenügend. Da die Regel-Equipen der Spitex oft zu wenig Spielraum haben, um spontan zu reagieren, stellt das Kompetenzzentrum eine Interventions-equipe zur Verfügung, die in solchen Fällen rund um die Uhr sofortige Entlastung bietet, die Situation stabilisiert und anschliessend eine bedarfsgerechte Regelversorgung organisiert.

Das stationäre Angebot sollen Tagesbetreuungsplätze ergänzen. Ausserdem sieht die Angebotspalette eine telefonische Beratungshotline und Anlaufstellen der Alzheimerberatung und des Entlastungsdienstes Kanton Bern vor. Ergänzend ist ein vor Ort untergebrachter Stützpunkt der Spitex/SEOP²³ und Arzt-/Therapiepraxen vorgesehen.

Das geplante Angebot ist in seiner Kombination einmalig und für den Kanton Bern von grosser alterspolitischer Relevanz. Ein derartiges Kompetenzzentrum besteht nirgends sonst in der Schweiz. Das Projekt wurde deshalb mit dem für die Machbarkeitsstudie notwendigen Beitrag in der Höhe von CHF 288 000.– (Jahre 2007/08) unterstützt und in der Konsultationskommissionssitzung vom 18. September 2008 unterstützt. Die beiden Trägerinnen Spitex Bern und Diakonissenhaus Bern erhielten somit grünes Licht, das Vorhaben weiterzuentwickeln und umzusetzen. Es ist vorgesehen, das Kompetenzzentrum Demenz und Palliation für die nächsten Phasen (Entwicklungsphase, Aufbauphase und Leistungsvertrag Innovation während der ersten Betriebsjahre) weiter durch eine Anschubfinanzierung zu unterstützen. Für die Entwicklungsphase ab Oktober 2008 bis Juni 2009 wurde ein Beitrag in der Höhe von CHF 380 000.– gesprochen. Die restlichen bis Juni 2010 vorgesehenen Beiträge in der Höhe von CHF 620 000.– wurden aufgrund des Rückzugs der Stiftung DHB vorerst sistiert. Sie kommen dann zur Anwendung, wenn das Projekt mit der neuen Trägerschaftspartnerin weiter vorangetrieben wird.

Gestaltung von Innenräumen für demenzkranke Menschen

Menschen, die an einer Demenz leiden, haben zusehends Schwierigkeiten, sich auf ihre Umwelt einzustellen. Sie geraten dadurch immer wieder in für sie belastende Situationen. Deshalb sind Pflegeinstitutionen aufgerufen, sich Gedanken zur Gestaltung von Innenräumen zu machen, die von Demenzkranken bewohnt werden.

Die Stadt Bern hat in Zusammenarbeit mit dem Kanton und gestützt auf die Ergebnisse der Diplomarbeit zweier Fachfrauen²⁴, die den 6. Studiengang der Schule für Angewandte Gerontologie (SAG) in Bern absolviert haben, einen Leitfaden mit Empfehlungen herausgegeben. Die Broschüre gelangte an sämtliche Heime im Kanton Bern und ist zusätzlich im Internet als PDF-Dokument abrufbar (www.gef.be.ch unter Direktion/Alters- und Behindertenamt/Downloads Demenz). Die französische Version ist aufgrund der zu kleinen Auflage nur elektronisch erhältlich. Die neue Broschüre stellt das Pendant der erstmals 2007 erschienenen Informationsbroschüre zur Gestaltung von Aussenräumen für demenzkranke Menschen dar. Diese ist am selben Ort im Internet zu finden.

Fazit

Eine kontinuierliche und durchlässige Versorgungskette, die unter den einzelnen Angeboten und Bereichen Verbindungen herstellt, diese ideal aufeinander abstimmt und somit bestehende Lücken schliesst, ist für die Gesundheitsversorgung alter Menschen von hoher Bedeutung. Die Kontinuität des Angebots ist zu gewährleisten, und für die jeweilige Situation soll die geeignetste Behandlungsform und -abfolge im dafür erforderlichen Setting möglich sein. Der eingeschlagene Weg ist vielversprechend und wird in den nächsten Jahren weiterverfolgt. Die Entwicklung einer Managed-Care-Strategie dürfte hilfreich sein, dieses Ziel zu erreichen.

²² Perrig-Chiello, Pasqualina und François Höpflinger et. al. 2010. *Pflegen der Angehörige von älteren Menschen in der Deutschschweiz*. Executive summary. SwissAgeCare 2010: Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex Schweiz. online unter: <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/70ABCCA905.pdf>.

²³ SEOP = SpitalExterne Onkologie- und Palliativpflege.

²⁴ Cattaneo-Rüegg, Kathrin und Verena Maritz (2008). *Empfehlungen zur Innenraumgestaltung in stationären Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Demenzerkrankungen*. Diplomarbeit vorgelegt an der Schule für angewandte Gerontologie (SAG) in Bern, Studiengang 6.

Handlungsfeld 5

Anstoss zur breiten Auseinandersetzung mit der Altersversorgung

Da die neusten demografischen Zahlen mit einem stärkeren Anstieg der Bevölkerung im AHV-Alter rechnen als bisher prognostiziert, gewinnt das Thema der Alterspolitik und die Auseinandersetzung damit zusätzlich an Wichtigkeit. Kommunale und regionale Alters- und Bedarfsplanungen sind notwendig, um ein tragendes Versorgungsnetz mit aufeinander abgestimmten Dienstleistungen zu knüpfen. Das Sozialhilfegesetz verpflichtet den Kanton zusammen mit den Gemeinden, die Versorgung für Menschen im AHV-Alter zu planen und sicherzustellen. Eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Thema Alter/n ist grundlegend für eine vorausschauende Alterspolitik. Aufkommende Tendenzen können dadurch frühzeitig erkannt werden, und es ist leichter, rechtzeitig darauf zu reagieren.

Die finanzielle Unterstützung für die kommunale und regionale Alters- und Bedarfsplanung wird daher als sinnvolle und nachhaltige Investition erachtet. Sie schafft einen Anreiz, damit sich die Gemeinden und Regionen regelmässig mit alterspolitischen Fragestellungen befassen und sich laufend aktiv damit auseinandersetzen. Das Thema Alter/n findet somit selbstverständlich Eingang in die politische Agenda. Gleichzeitig bleibt die Alterspolitik à jour. Unnötige Kosten, etwa weil Veränderungen nicht oder viel zu spät erkannt werden, lassen sich dadurch gezielt vermeiden. Der durch den Kanton gesetzte finanzielle Anreiz erlaubt den Gemeinden und den Regionen somit, ihre Aufgaben und Pflichten hinsichtlich der Altersplanung gemäss Sozialhilfegesetz SHG regelmässig und optimal wahrzunehmen.

Kommunale Altersplanungen

Mittlerweile liegen aus den allermeisten Gemeinden Altersleitbilder vor. Die Ausnahme bilden vor allem kleinere Landgemeinden, insbesondere im ehemaligen Amt Fraubrunnen, die dieser Aufgabe noch nicht nachgekommen sind. Von 383 Gemeinden im Kanton Bern (Stand 1.1.2011) verfügen 342 über ein Altersleitbild. Von einer weiteren Gemeinde ist bekannt, dass sie derzeit ein Altersleitbild erarbeitet. Auf die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner umgerechnet besteht demnach für knapp 96 Prozent der Bevölkerung ein Altersleitbild und für gut 4 Prozent noch keines.

Altersplanung ist ein Prozess und soll rollend gestaltet werden. Die gesetzliche Grundlage bildet das Sozialhilfegesetz (SHG), insbesondere Art. 59, Absatz 3 sowie Art. 68.

Die Planung erfordert regelmässige Aktualisierung. Die GEF sieht deshalb vor, dass die kommunalen Altersleitbilder laufend aktualisiert, angepasst und ergänzt werden. Ein Altersleitbild stellt ein wichtiges Planungsinstrument dar, um die Aufgaben im gesamten Bereich Alter zu analysieren, Entwicklungen festzuhalten, Massnahmen zu definieren und die Umsetzung einzuleiten und zu überwachen.

Die kommunalen Altersleitbilder sollen mindestens alle fünf Jahre überarbeitet werden. Den Rahmen für das kommunale Altersleitbild stellen die beiden Berichte zur kantonalen Alterspolitik dar (Grundlagenbericht 2005, Zwischenbericht 2007). Besondere Relevanz für die kommunale Ebene besitzen die Handlungsfelder 1–6 und das Kapitel «Übergreifende Themenbereiche» des Zwischenberichts von 2007. Die Gemeindeebene spielt für das Thema Wohnraum eine ganz zentrale Rolle. Zonenausscheidungen müssen gemäss den Bedürfnissen der älter werdenden Bevölkerung gefällt werden. Die GEF geht davon aus, dass die in den Altersleitbildern formulierten Massnahmen in den Gemeinden umgesetzt werden. Sie möchte dieses Thema im nächsten Bericht zur kantonalen Alterspolitik aufgreifen und eingehender beleuchten.

Inhaltliche Kriterien und Ziele

Die Überarbeitung des Altersleitbildes ist eine Planungsaufgabe gem. SHG und wird auf Antrag hin finanziell unterstützt (Eingabe der Aufwendungen in den Lastenausgleich). Um Aufwendungen, die im Rahmen der rollenden Altersplanung erfolgen, dem Lastenausgleich zuführen zu können, sind **inhaltliche Kriterien für die Überarbeitung des Altersleitbildes** zu erfüllen:

- Demografie: IST-Zustand = aktuelle Bevölkerungszahlen der Gemeinde/n nach Altersklassen (65–69-, 70–74-, 75–79-, 80–84-, 85+-Jährige).
- Demografie: SOLL-Zustand = Projektion der zukünftigen Entwicklung der Bevölkerungszahl der Gemeinde/n in den genannten Altersklassen für die nächsten 5, 10, 15 und 20 Jahre. Diese Zahlen liegen der GEF in einer demografischen Datenbank vor und sollen den Gemeinden als Grundlage dienen. Die Zahlen sind beim Alters- und Behindertenamt ALBA erhältlich. Die Zahlen bilden die Grundlage zur Berechnung des zukünftigen Bedarfs an Pflegeplätzen, die gemäss KVG der Heimplanung unterliegen.
- Abgleich mit dem vorhergehenden Altersleitbild:
 - damals formulierte Erkenntnisse auf ihre Gültigkeit hin prüfen, neue Erkenntnisse aufnehmen
 - Massnahmenkatalog formulieren und/oder Massnahmen überprüfen, ergänzen und neu priorisieren

- Evaluation bereits durchgeführter/umgesetzter Massnahmen
- Definition von geeigneten Indikatoren für die zukünftige Zielerreichung
- Überprüfung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen im Altersbereich bzw. deren Aufteilung auf dafür zuständige Personen, Gremien, Organisationen usw.
- Themenbereiche in Bezug zur kantonalen Alterspolitik:
 - Unterstützung der Selbstständigkeit und der Gesundheit im Alter (Gesundheitsförderung und Prävention, Integration, Mobilität, Gestaltung einer hindernisfrei nutzbaren Umwelt/Umgebung)
 - Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause und Entlastung der betreuenden Angehörigen (Tagesbetreuung, Besuchs- und «Hütendienste», Ferien- und Entlastungsangebote, Freiwilligendienste)
 - Wohnen im Alter, zukünftige Wohnangebote (von der altersgerechten Wohnung bis hin zu Pflegeplätzen)
 - Versorgungsangebote für die ältere Bevölkerung bei Krankheit = Sicherstellen einer bedarfsgerechten Versorgung und einer guten Vernetzung aller Akteure
 - Sicherstellung des Einbezugs aller betroffenen Bevölkerungsgruppen
- weitere Themenbereiche, die von den Behörden/Seniorinnen und Senioren/Organisationen in der betreffenden Gemeinde als relevant für den Altersbereich erachtet werden.

Die GEF ist bereit, unter gewissen Bedingungen die Erarbeitung kommunaler Altersplanungen mit einem angemessenen Beitrag finanziell zu unterstützen.

- Die GEF erwartet, dass die bestehenden Altersleitbilder/Altersplanungen mindestens alle fünf Jahre überarbeitet, angepasst und aktualisiert werden. Den Gemeinden steht es offen, wie sie diese rollende Planung gestalten wollen, zum Beispiel fortlaufend oder einmal alle fünf Jahre. Erfolgt die Überarbeitung später, das heisst nach sieben, acht oder gar erst zehn Jahren, steht diesen Gemeinden nur der Beitrag von maximal fünf Jahren, das heisst einer Aktualisierungsperiode, zur Verfügung. Dies soll verhindern, dass die Planungen in zu grossen Abständen und nur sporadisch erfolgen. Denn es zeigt sich, so François Höpflinger²⁵, dass «[...] die bedeutsamen Kohorteneffekte des Alterns sowie die biographische Verankerung der nachberuflichen Lebensphase in einer Situation hoher Heterogenität eine vorausschauende Planung und Gestaltung der Altersvorsorge und -sicherung» erfordern. Eine rollende Planung im Rhythmus von fünf Jahren wird daher als geeignetes Instrument erachtet, auf kohortenbedingte, veränderte Verhältnisse bzw. auf sich abzeichnende Veränderungen **rechtzeitig** zu reagieren.
- Die kommunale Altersplanung erfolgt in Form eines Berichts an die GEF, der die oben genannten inhaltlichen

Kriterien beleuchtet und erörtert. Werden die **inhaltlichen Vorgaben erfüllt** und geben diese Auskunft über den Stand der Umsetzung der kommunalen alterspolitischen Massnahmen, kann die Gemeinde finanzielle Unterstützung beantragen.

Regionale Alters- und Bedarfsplanungen

Nachdem nun beinahe flächendeckend im ganzen Kanton Altersleitbilder erarbeitet worden sind und eine entsprechende Auseinandersetzung mit dem Thema Alter/n auf kommunaler Ebene stattgefunden hat, sollen in einem weiteren Schritt alterspolitische Themen, insbesondere bedarfsplanerische, auf regionaler Ebene angegangen werden.

Nebst der Erstellung und Aktualisierung kommunaler Altersleitbilder ist eine regionale Alters- und Bedarfsplanung nötig, die ihrerseits ebenfalls regelmässig aktualisiert wird. Die Notwendigkeit einer regionalen Bedarfsplanung ergibt sich vor allem aus der Pflegeheimplanung. Pflegeplätze werden dort vergeben, wo ein zukünftiger Bedarf klar nachgewiesen ist. Gemeinden bzw. Regionen stehen in der Pflicht, bei Anträgen für zusätzliche Pflegeplätze aus bedarfsplanerischer Sicht das Vorhaben in einem Mitbericht an die kantonale Behörde (GEF/ALBA) zu beurteilen. Die regionale Bedarfsplanung sowie das kommunale Altersleitbild dienen als Grundlage dazu.

Ziel der regionalen Bedarfsplanung ist es, den Bedarf nach stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung innerhalb der Planungsregion zu definieren und Szenarien für die Umsetzung und Entwicklung der benötigten Angebote auszuarbeiten. Die GEF verlangt diese regionale Bedarfsplanung, um eine gezielte Allokation der kontingierten Pflegeheimplätze vornehmen zu können.

Die mittlerweile bestehenden Alters- und Bedarfsplanungen (Aaretal, Verein Region Bern, Oberaargau, seeland.biel/bienne, Jura bernois) fanden bisher in den (Raum-)Planungsregionen statt. Die Erfahrung zeigt, dass raumplanerische Überlegungen eng mit altersplanerischen Fragen verknüpft sind. Die Aufgabe der regionalen Alters- und Bedarfsplanung soll jedoch **zukünftig** als Aufgabe den sechs neu entstehenden **Regionalkonferenzen** zukommen. Den Gemeinden wird empfohlen, ihrer Regionalkonferenz die Aufgabe der regionalen Alters- und Bedarfsplanung zu übertragen. Der Kanton gibt in Bezug auf die einzelnen Regionalkonferenzen vor, ob und wie viele Pflegeplätze im jeweiligen Perimeter benötigt werden (vgl. Handlungsfeld 6, Pflegeheimplanung, ab S.50). Er stützt sich dabei auf die ihm vorliegenden regionalen Bevölkerungsprojektionen²⁶.

²⁵ Thesen zu Aspekten einer modernen Alterspolitik (<http://www.hoepflinger.com/fthtop/fthalter1G.html>, Stand 3.7.2008).

²⁶ Regionalisierte Bevölkerungsprojektionen für den Kt. BE bis ins Jahr 2030, Szenario Mittel (www.fin.be.ch/site/fv-index/fv-default/fv-publikationen.htm, Ausgabe 2008/Datenbank der kantonalen Statistikkonferenz).

Einbettung der regionalen Alters- und Bedarfsplanung in die Regionalkonferenzen

Das Thema Alter/n ist ein Querschnittsthema und spielt in sämtliche Lebensbereiche hinein. Die Sensibilisierung für das Thema Alter/n bzw. eine Situationsbeurteilung und Planung auch unter dem Gesichtspunkt Alter vorzunehmen, ist zentral. Alter betrifft nicht nur die Bedarfsplanung im Versorgungsbereich (ambulant/stationär), sondern ebenso die Raum- und Verkehrsplanung mit den Themen einer hindernisfreien Umweltgestaltung (design for all), des hindernisfreien Wohnens, der verkehrstechnischen Anbindung bzw. Erschliessung und der Erhaltung von Mobilität durch eine nutzungsfreundlich gestaltete Umgebung generell. Aufgrund dieser Tatsache erscheint es der GEF wichtig, dass die regionale Bedarfsplanung im Altersbereich durch dieselben Gefässe vorgenommen wird, in denen Raum-, Verkehrs- und Siedlungsplanung bereits stattfindet. Erst das Zusammenspiel zwischen abgestimmtem Versorgungsangebot (ambulant/stationär) und menschengerechter (= altersgerechter) Siedlungs- und Verkehrsgestaltung garantiert ein optimales Lebensumfeld für alte Menschen. Ein ideal gestaltetes Wohn- und Lebensumfeld in der Gemeinde und der angestammten Region soll so lange wie möglich eine möglichst unabhängige Lebensführung erlauben. Letzteres stellt das oberste Ziel der kantonalen Alterspolitik dar.

Ob eine Person selbstbestimmt leben kann, hängt nicht allein von ihrer körperlichen Konstitution ab, sondern ist in einem wesentlichen Mass an den umgebenden, von Menschen gestalteten Aussenraum gebunden. Denn im Alter auftretende körperliche Einschränkungen können nur bedingt beeinflusst werden. Hingegen ist die Gestaltung und Erschliessung der Umwelt Gegenstand menschlicher Planung. Sie ist als solche eine beeinflussbare Grösse. Die Umwelt, in der sich Individuen bewegen, leben und wohnen, ist so zu gestalten, dass sie auch bei eingeschränkter (altersbedingter) körperlicher Mobilität nutzbar bleibt. Darin sieht die GEF eine wesentliche Aufgabe und alterspolitische Verantwortung der Gemeinden und Regionalkonferenzen. Diese sollten mit entsprechender (Weit-)Sicht auf die alternde Bevölkerung und deren Bedürfnisse siedlungs- und verkehrsplanerisch vorgehen. Die Grundlage dazu bietet aus gerontologisch-alterspolitischer Sicht eine regelmässig aktualisierte regionale Alters- und Bedarfsplanung und deren fortlaufende Umsetzung.

Das Amt für Gemeinden und Raumordnung (AGR) der Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion nennt folgende **Ziele der Regionalkonferenzen**²⁷:

- gezielte Steuerung der Entwicklung von Lebens- und Wirtschaftsräumen
- verbindliche Zusammenarbeit
- vereinfachte Strukturen

Die Aufgabe der regionalen Alters- und Bedarfsplanung verfolgt denselben Ansatz und dasselbe Ziel: Durch die

regionale Alters- und Bedarfsplanung soll **nebst dem Versorgungs- und Unterstützungsangebot die Entwicklung des Lebensraums alter Menschen gesteuert** werden. Die verbindlich geregelte Zusammenarbeit in vereinfachten Strukturen innerhalb der Regionalkonferenzen bietet dazu ein geeignetes Gefäss. Ausserdem setzen sich die Regionalkonferenzen bereits mit einigen der genannten Aspekte im Rahmen ihrer obligatorischen Aufgaben auseinander. Folglich wird eine Einbettung der altersplanerischen Aufgabe in die Regionalkonferenzen als äusserst sinnvoll erachtet. Das AGR und das Alters- und Behindertenamt ALBA haben diesbezüglich bereits erste Gespräche geführt. Die Signale aus dem AGR können als positiv gewertet werden. Es soll ein Projekt initiiert werden, das folgende Fragen klären soll: Welche Aufgaben überträgt der Kanton den Regionalkonferenzen? Welche Instrumente setzen diese ein, und welche Rolle nehmen die Regionalkonferenzen im neuen regionalen Aufgabenbereich wahr, insbesondere im Verhältnis zu den Gemeinden und zum Kanton?

Inhaltliche Kriterien der regionalen Bedarfsplanung und Ziele

- Demografie: IST-Zustand = aktuelle Bevölkerungszahlen der Gemeinde/n der betreffenden Raumplanungsregion nach Altersklassen (65–79- und 80+ -Jährige)
- Demografie: SOLL-Zustand = Projektion der zukünftigen Entwicklung der Bevölkerungszahl der Gemeinde/n der betreffenden Raumplanungsregion in den genannten Altersklassen für die nächsten 5, 10, 15 und 20 Jahre. Die Zahlen bilden die Grundlage zur Berechnung des zukünftigen Bedarfs an Pflegeplätzen, welche gemäss KVG der Heimplanung unterliegen
- Festlegung des Bedarfs sowie bedarfsgerechte Zuteilung/Aufteilung des Angebotes auf die verschiedenen Subregionen
 - Wer bekommt wie viele Plätze?
 - Wer bietet was an?
 - Massnahmen für eine möglichst bedarfsgerechte Verteilung (vor allem in Planungsregionen, die eine unregelmässige Verteilung aufweisen)
- Planung der überkommunalen Angebote im Altersbereich, mit Rücksicht auf und in Koordination mit den kommunalen Zielsetzungen im Altersbereich
- Stärkung der Koordination sowie Intensivierung der Vernetzung von Anbietern, Organisationen und Dienstleistungen zur bestmöglichen Versorgung der älteren Bevölkerung

Die GEF ist bereit, unter gewissen Bedingungen die Erarbeitung regionaler Bedarfsplanungen mit einem angemessenen Beitrag finanziell zu unterstützen:

- Die regionale Bedarfsplanung wird in regelmässigen Abständen, das heisst **alle fünf Jahre** durchgeführt (fünf Jahre entsprechen einer Aktualisierungsperiode).
- Eine **regelmässige Aktualisierung** der regionalen Planung ist Bedingung dafür, dass ein Teil der daraus entstehenden Kosten auf Antrag der GEF in Rechnung ge-

²⁷ Referat von Christoph Miesch, Vorsteher des Amtes für Gemeinden und Raumordnung, gehalten am 9.9.2009 im «Ochsen» Lützelfüh.

stellt werden kann. Erfolgt die Überarbeitung der ersten Planung später als festgelegt, das heisst nach sieben, acht oder gar erst zehn Jahren, steht der betreffenden Region nur der Beitrag von **einer** Aktualisierungsperiode (= fünf Jahre) zur Verfügung.

Die finanzielle Unterstützung gilt als sinnvolle und nachhaltige Investition. Denn eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Thema Alter/n ist grundlegend für eine vorausschauende Alterspolitik. Aufkommende Tendenzen können dadurch frühzeitig erkannt und es kann rechtzeitig darauf reagiert werden. Gleichzeitig bleibt die Alterspolitik à jour. Unnötige Kosten, etwa weil Veränderungen nicht oder viel zu spät erkannt werden, lassen sich dadurch gezielt vermeiden. Der durch den Kanton gesetzte finanzielle Anreiz erlaubt den Gemeinden und den Regionen somit, ihre Aufgaben und Pflichten im Bereich der Altersplanung gemäss SHG regelmässig und optimal wahrzunehmen.

Anstoss zu Altersforen in den Regionen

Arbeitsgruppe Altersfragen Oberaargau

Die Gruppe verfügt als Pilotgruppe über eine Leistungsvereinbarung mit der GEF. Zu ihren Aufgaben gehört es, jährlich das Oberaargauer Forum zu alterspolitischen Fragen durchzuführen sowie die regionale Alters- und Bedarfsplanung im Oberaargau vorzunehmen. Die Arbeiten in Bezug auf diese Planung sind fast abgeschlossen, der Bericht wurde anfangs 2011 von der Arbeitsgruppe verabschiedet.

Die Gruppe setzt sich ausserdem mit ihrer zukünftigen Aufgabe und Einbettung innerhalb der Region Oberaargau auseinander, da die regionale Alters- und Bedarfsplanung zukünftig Aufgabe der Regionalkonferenzen sein soll (vgl. vorhergehendes Kapitel, S. 46). Sobald in der Region Oberaargau eine Regionalkonferenz entsteht, ist das organisatorische Ziel, die Arbeitsgruppe Altersfragen als Kommission in die Regionalkonferenz Oberaargau zu integrieren und so dem Thema Alterspolitik auf regionaler Ebene das notwendige Gewicht zu verleihen.

Zwischen der Arbeitsgruppe und der GEF besteht auch für die Jahre 2010–2013 eine Leistungsvereinbarung, die einen jährlichen Beitrag in der Höhe von maximal CHF 20 000.– vorsieht.

Einbezug der Interessen älterer Menschen in den öffentlichen Diskurs

Pro Senior Bern – Berner Forum für Altersfragen

Pro Senior Bern setzt sich für eine partizipative Altersplanung ein, spürt Bedürfnisse auf und fördert den Wissens-

und Erfahrungsaustausch in Altersfragen mit Tagungen, Foren, Workshops und über das Internet. Damit stellt Pro Senior Bern das «gebündelte Wissen» interessierten Kreisen (Institutionen, kommunalen, regionalen und kantonalen Behörden sowie Einzelpersonen) zur Verfügung.

Der Verein Pro Senior Bern hat sich mit der Durchführung der jährlichen kantonalen Erfa-Tagung etabliert und einen guten Ruf erworben. Auch in den Jahren 2008, 2009 und 2010 fanden sehr gut besuchte Erfa-Tagungen statt. 2009 gelang es, dank dem erstmaligen Angebot einer Simultanübersetzung, vermehrt Vertreterinnen und Vertreter aus bern-jurassischen Institutionen und Heimen zur Teilnahme zu motivieren. Das Angebot der jährlichen Tagung mit Erfahrungsaustausch richtet sich an Gemeindevertreterinnen und -vertreter, Institutionsverantwortliche und deren Trägerschaftsmitglieder sowie an engagierte Seniorinnen und Senioren, die sich für alterspolitische Anliegen einsetzen und interessieren.

Nebst der jährlichen Erfa-Tagung fand im Herbst 2008 eine vierteilige Informationsreihe zum Thema «Demenz – Leben mit dem Vergessen» in Zusammenarbeit mit der kantonalen Alzheimersektion in Bern statt (vgl. S. 31). Die Veranstaltungen waren allesamt sehr gut besucht und bestätigten die Vermutung, dass Informationsvermittlung zu diesem Thema einem grossen Bedürfnis der betroffenen Angehörigen entspricht. Diese Erfahrungen und das erworbene Know-how kamen anschliessend dem Projekt InfoMobil (vgl. S. 31) der Alzheimersektion Bern zugute. Ausserdem wurde der zugesprochene Betrag dank erfolgreichen Sponsorings nicht vollständig ausgeschöpft und floss ebenfalls dem Projekt InfoMobil zu.

Der Verein Pro Senior Bern leistet Basisarbeit, die der Sensibilisierung und der Verankerung der Alterspolitik dient. Zwischen der GEF und dem Verein wurde deshalb erneut eine Leistungsvereinbarung für die Jahre 2009–2011 getroffen. Die Tätigkeit von Pro Senior Bern wird mit einem Betrag in der Höhe von CHF 25 000.–/Jahr unterstützt. In den Jahren 2007/08 erhielt der Verein einen Beitrag in der Höhe von CHF 15 000.–/Jahr.

Generationen im Gespräch –

Projekt «Jung mit Alt»

Der Bernische Verband für Seniorenfragen (BVSF) hat dieses Projekt 2005 ins Leben gerufen.

Im Jahr 2005 wurden sechs, in den Jahren 2006 und 2007 insgesamt je sieben Schulklassen besucht. 2008 konnten bereits zehn Schulklassen (rund 150 Schülerinnen und Schüler) besucht werden. Erstmals kam es nebst Besuchen an der Berufsschule gibb, dem Freien Gymnasium Bern und der Rudolf Steiner Schule auch zu einem Besuch bei einer Schulklasse am Weiterbildungszentrum in Lyss. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen und auf vielfachen Wunsch der Schülerinnen und Schüler sowie der Lehrkräfte hin soll das Projekt weitergeführt werden.

Die Seniorinnen und Senioren stellen sich den interessierten Fragen der Schülerschaft im Plenum wie auch in Kleingruppen. Das Erzählen über das gelebte Leben stellt

einen Bezug zwischen der Gegenwart der Schülerinnen und Schüler und einer von ihnen nicht erlebten Vergangenheit, zur Geschichte her. Vor diesem Hintergrund kann bei den Jungen ein differenzierte(re)s Bild von alten Menschen entstehen. Die Gespräche und Diskussionen widmen sich jeweils einem zuvor festgelegten Thema.²⁸ Für das Jahr 2010 hiess es «Mässigung, Zurückhaltung, Entschleunigung und Dankbarkeit».

Bei diesem Projekt handelt sich um einen proaktiven Einsatz von engagierten Seniorinnen und Senioren, die sich zu Wort melden und den Kontakt mit der «übernächsten» Generation suchen. Dadurch tragen sie ihren persönlichen Teil dazu bei, die Interessen älterer Menschen

in der Gesellschaft zu vertreten und den Dialog zwischen den Generationen aufzunehmen. Im Sinne der Integration aller Generationen hilft das Projekt dabei, dass jedes Lebensalter respektiert und jedes Lebensalter als selbstverständlicher Teil eines Ganzen wahrgenommen wird. Die GEF schätzt den freiwilligen Einsatz der Seniorinnen und Senioren sehr und versteht das Projekt als wichtigen und aktiven Beitrag zur Verständigung unter den Generationen.

Das Projekt soll nicht zuletzt als Zeichen der Wertschätzung für den unermüdlichen und aktiven Einsatz der Seniorinnen und Senioren auch in Zukunft mit einem Beitrag an die administrativen Aufwendungen und Spesen in der Höhe von CHF 4000.–/Jahr unterstützt werden.

Fazit

Kommunale und regionale Altersleitbilder bzw. -planungen sind ein wichtiges Instrument in der Umsetzung der kantonalen Alterspolitik. Alterspolitik stellt eine ständige Aufgabe dar. Deshalb sollen Altersplanungen in regelmässigen Abständen bzw. rollend erfolgen und Altersleitbilder immer wieder aktualisiert werden.

Nebst den Altersplanungen sollen weiterhin Bemühungen honoriert werden, welche die Interessen älterer Menschen in den öffentlichen Diskurs tragen und eine Verbindung zwischen den Generationen herstellen. Es zeigt sich, dass es einen öffentlichen Diskurs in ganz unterschiedlichen Kontexten erfordert, um die nach wie vor oft negativ gefärbten Bilder und Stereotype des Alters in den Köpfen der Bevölkerung zu verändern.

²⁸ 2005: Jugend der Seniorinnen und Senioren während des 2. Weltkrieges; 2006: Tugenden und Werte; 2007: Sparen, Geld und Ökologie; 2008: Angst und deren Überwindung; 2009: Mut, Verantwortung, Zuversicht und Hoffnung.

Handlungsfeld 6

Bedarfsgerechtes Angebot von stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen

Stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen bilden einen wichtigen Mosaikstein in der kantonalen Alterspolitik. Sie kommen dann zum Tragen, wenn selbstständiges Wohnen in den eigenen vier Wänden auch mit formeller und informeller ambulanter Unterstützung nicht mehr möglich ist. Zur Aufgabe der Pflegeheimplanung gehört eine möglichst gerechte, das heisst im Hinblick auf die Anzahl alter Menschen im Alter von 80+ Jahren ausgewogene Verteilung der Pflegeheimplätze über den gesamten Kanton. Der aktuelle Überblick zeigt eine Ungleichverteilung der stationären Plätze in Bezug auf die zu erwartende demografische Entwicklung bis 2030. Die angestrebten und zum Teil bereits laufenden regionalen Bedarfsplanungen werden sich mit dieser Thematik auseinandersetzen müssen.

	IST - 1.1.11	2015	2020	2025	2030
Bevölkerung 80+ im Kanton Bern	Progn. 31.12.10 55 535	59 734	63 712	75 323	88 103
Angebot von Pflegeheimplätzen	Stand 1.1.11) 14 532	Kon- tingent 15 500	Kon- tingent 15 500	Kon- tingent 15 500	Kon- tingent 15 500
Abdeckungs- grad in Prozent (Anzahl Plätze/ Bevölkerung 80+)	Stand 1.1.11 26,2%	25,9%	24,3%	20,6%	17,6%

Quelle: Prognostizierte Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern, Szenario Mittel (= Trendszenario), basierend auf den Daten der Kantonalen Statistikkonferenz, herausgegeben im Dezember 2008.

Pflegeheimplanung

Die eingangs beschriebene demografische Entwicklung gilt ebenfalls für die Altersklasse der Personen, die 80 Jahre alt und älter sind. Diese Gruppe bildet die rechnerische Grundlage für die Pflegeheimplanung. Am Kontingent von 15 500 Pflegeheimplätzen für den Kanton Bern wird trotz Zunahme der Anzahl hochbetagter Menschen auch zukünftig festgehalten.

Entwicklung Abdeckungsgrad

Der Abdeckungsgrad bei den Pflegeheimplätzen nach KVG entspricht dem Verhältnis der Anzahl Pflegeheimplätze zur Anzahl Menschen im Alter von 80 und mehr Jahren. Heute sind im Kanton Bern 14 532 Pflegeheimplätze in Betrieb (Stand 1.1.2011). Hinzu kommen 610 bereits reservierte Plätze, die durch Erweiterungen bestehender Institutionen oder neue Projekte entstehen. Es bleiben noch 357 frei verfügbare Plätze übrig, bis das Kontingent von 15 500 ausgeschöpft ist.

Trotz der sich abzeichnenden Zunahme an Menschen im Alter von über 80 Jahren wird das Kontingent an Pflegeplätzen nicht erhöht. Dies hat zur Folge, dass der durchschnittliche Abdeckungsgrad (Anzahl Pflegeheimplätze auf die Anzahl Personen 80+ gerechnet) bis ins Jahr 2030 auf rund 17 Prozent sinken wird. Im Zwischenbericht 2007 ging man noch von einer Abdeckung von 22 Prozent für das Jahr 2030 aus.

Verschiedene Gründe sprechen dafür, das bestehende Bettenkontingent trotz der veränderten demografischen Ausgangslage nicht zu erhöhen:

1. Zum einen lag die Auslastung aller Langzeitinstitutionen im Altersbereich im Jahr 2008 gemäss SOMED-Statistik im Durchschnitt bei 93,1 Prozent, im Jahr 2009 bei 92 Prozent. Dies weist darauf hin, dass im gesamten Kanton genügend Pflegeplätze vorhanden sind. Es besteht derzeit kein Mangel an Pflegeplätzen. Vielmehr liegt die Schwierigkeit darin, dass die Plätze unterschiedlich gut verteilt sind. Es gibt Regionen, die besser, und andere, die weniger gut mit Pflegeheimplätzen versorgt sind. Die Verbesserung dieser Situation ist nicht zuletzt Gegenstand der regionalen Alters- und Bedarfsplanungen (vgl. Handlungsfeld 5, S. 46).
2. Zum anderen werden im Jahr 2009 gemäss SOMED-Statistik mit 32,3 Prozent knapp ein Drittel aller Pflegeheimplätze von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Pflegestufe 0, 1 oder 2 beansprucht.²⁹ Die kantonale Alterspolitik zielt jedoch darauf ab, Pflegeheimplätze den Personen zur Verfügung zu stellen, die einen grossen Pflegebedarf haben, der nicht mehr durch ambulante Angebote zu decken ist. Demnach gehört es zur alterspolitischen Aufgabe der Gemeinden und Regionen, Wohn- und Lebensangebote so zu gestalten, dass nicht bzw. kaum Pflegebedürftige ambulant

²⁹ Pflegestufe 0 = keine pflegerische Unterstützung notwendig, Handreichungen bis max. 15 Min., Pflegestufe 1 = max. 45 Min. pflegerische Unterstützung/Leistungen pro Tag, Pflegestufe 2 = max. 75 Min. pflegerische Unterstützung/Leistungen pro Tag (nach dem 10-stufigen Modell, gültig bis 31.12.2010).

betreut werden können. Die Pflegeheimplätze müssen zukünftig vermehrt Menschen in höheren Pflegestufen zur Verfügung stehen, denen ein selbstständiges Wohnen in den eigenen vier Wänden trotz formeller und informeller ambulanter Unterstützung nicht mehr möglich ist. Das erfordert in zahlreichen heute bestehenden Institutionen ein Umdenken.

3. Des Weiteren wird die mit der neuen Pflegefinanzierung einhergehende Änderung im Investitionsbereich dazu beitragen, dass Menschen ohne oder mit geringem Pflegebedarf kaum noch ins Alters- und Pflegeheim eintreten. Das Angebot wird durch den Aufschlag der Investitionskostenpauschale von bis zu maximal CHF 34.55 pro Bewohnertag für das Jahr 2011 auf den Tarif eine Verteuerung von rund CHF 1000.– im Monat erfahren. Dies wird den Anreiz erhöhen, den Eintritt in ein Heim hinauszuschieben bzw. ganz zu vermeiden. Infolgedessen stehen Alters- und Pflegeheimplätze immer öfter der beabsichtigten Zielgruppe pflegebedürftiger Personen zur Verfügung.
4. Die Langzeitinstitutionen machen schon heute die Erfahrung, dass die Aufenthaltsdauer in den Heimen tendenziell abnimmt. Die pflegebedürftigen Menschen treten erst sehr spät und wesentlich pflegebedürftiger ein als noch vor einigen Jahren.
5. Auch wenn aus der zunehmenden Lebensdauer eine ins höhere Alter verschobene und möglicherweise erhöhte Nachfrage nach Pflegeplätzen resultiert, meint die GEF, dass insgesamt genügend Pflegeplätze vorhanden sind. Denn die im Dezember 2010 veröffentlichte Obsan-Studie³⁰ zum Thema Pflegeheimplanung geht davon aus, dass im Kanton Bern bei gleich bleibender stationärer Quote (Verhältnis Anzahl stationär Pflegebedürftiger zur Gesamtzahl Pflegebedürftiger) und gleicher Dauer der Pflegebedürftigkeit wie heute bis ins Jahr 2030 ein Bedarf von rund 13500 Pflegebetten gegeben sei. Personen mit nur leichtem Pflegebedarf sind nicht eingerechnet. Laut Studie ist davon auszugehen, dass diese Menschen trotz leichter Einschränkungen weitgehend selbstständig leben können und kein stationäres Setting brauchen. Diese Einschätzung deckt sich mit den alterspolitischen Zielen des Kantons Bern. Sollte sich also die Nachfrage trotzdem erhöhen, weil verstärkte Alterung eintritt und die Pflegebedürftigkeit entsprechend der steigenden Lebenserwartung sogar länger andauert, ist immer noch genügend Kapazität vorhanden, da das kantonale Kontingent auf 15500 Plätze festgelegt ist.
6. Die Inkraftsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung am 1. Januar 2011 belastet das kantonale Budget massiv. Nach vollständiger Umsetzung dieser Neuordnung ist mit einer Mehrbelastung von jährlich etwa CHF 82 Mio. zu rechnen. Umgerechnet auf das

Kontingent an Pflegeplätzen ergibt das einen Wert von CHF 5300.– pro Platz und Jahr. Würde das Kontingent um beispielsweise weitere 500 Plätze erhöht, ginge das mit einer zusätzlichen Mehrbelastung der öffentlichen Hand von nochmals CHF 2,5 Mio. jährlich einher. Angesichts der angespannten finanzpolitischen Lage ist dies nicht vertretbar. Eine Erhöhung des Pflegeplatzkontingents trotz veränderter demografischer Ausgangslage steht deshalb nicht zur Debatte. Zudem entspricht sie in keiner Weise dem Wunsch der Menschen, möglichst lange in den eigenen vier Wänden zu leben.

Aus diesen genannten Gründen sieht die GEF keinen Anlass, das festgelegte Pflegeplatzkontingent zu verändern.

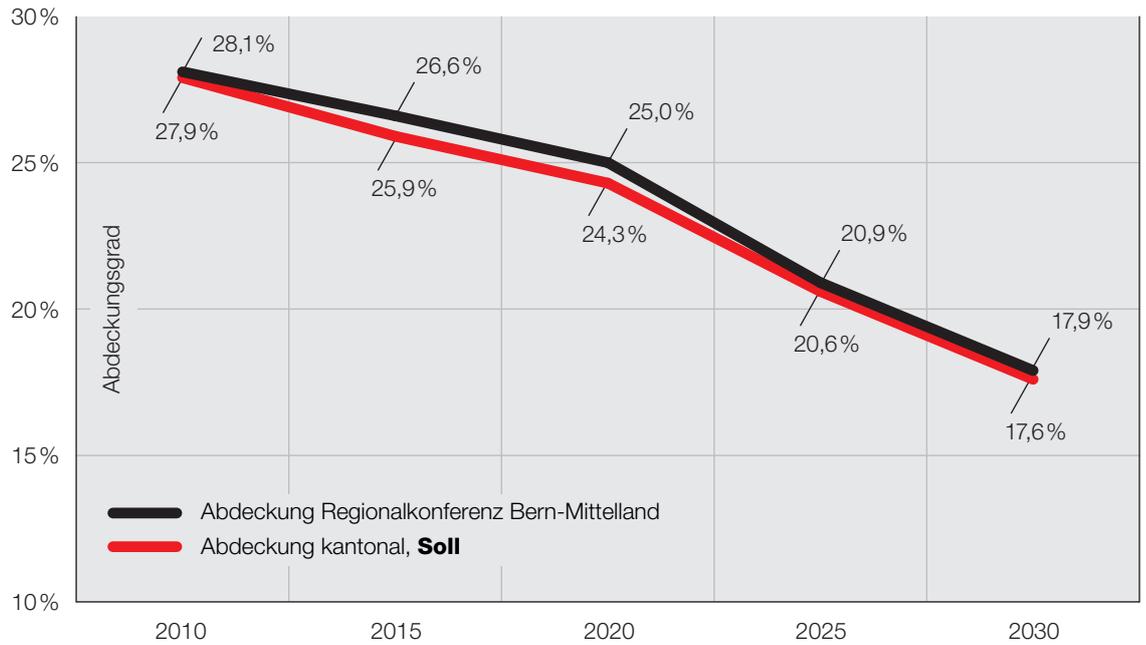
Verteilung der Pflegeheimplätze auf die einzelnen Planungsregionen

Der durchschnittliche Abdeckungsgrad von 17,6 Prozent im Jahr 2030 wird neu als Richtwert für die regionale Bedarfsplanung genommen. Entsprechend wird in den Planungsregionen der Regionalkonferenzen das Betten-SOLL auf 17,6 Prozent der prognostizierten Bevölkerungszahl der Personen 80+ fürs Jahr 2030 gemäss dem Szenario Mittel angesetzt. Dieses SOLL wird mit der aktuellen Bettenzahl (IST) **und** den bereits reservierten Plätzen verglichen; es verweist auf ein sich zukünftig abzeichnendes Manko oder eine über dem kantonalen Durchschnitt liegende Versorgung.

Es folgt ein kurzer kommentierter Überblick über die Verteilung von Pflegeplätzen nach den Perimetern der einzelnen Regionalkonferenzen mit Stand 1.1.2011.

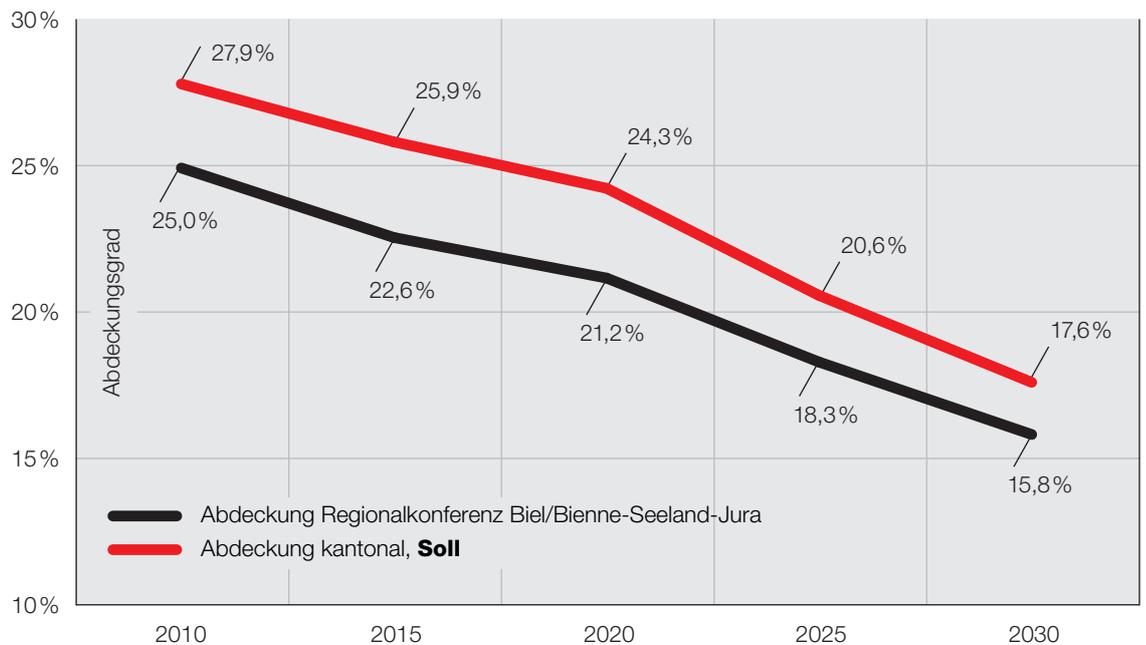
³⁰ Bayer-Oglesby, Luc und François Höpflinger. 2010. *Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen* (Obsan Bericht 47). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. online unter: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=4122>.

Entwicklung Abdeckung Regionalkonferenz Bern Mittelland



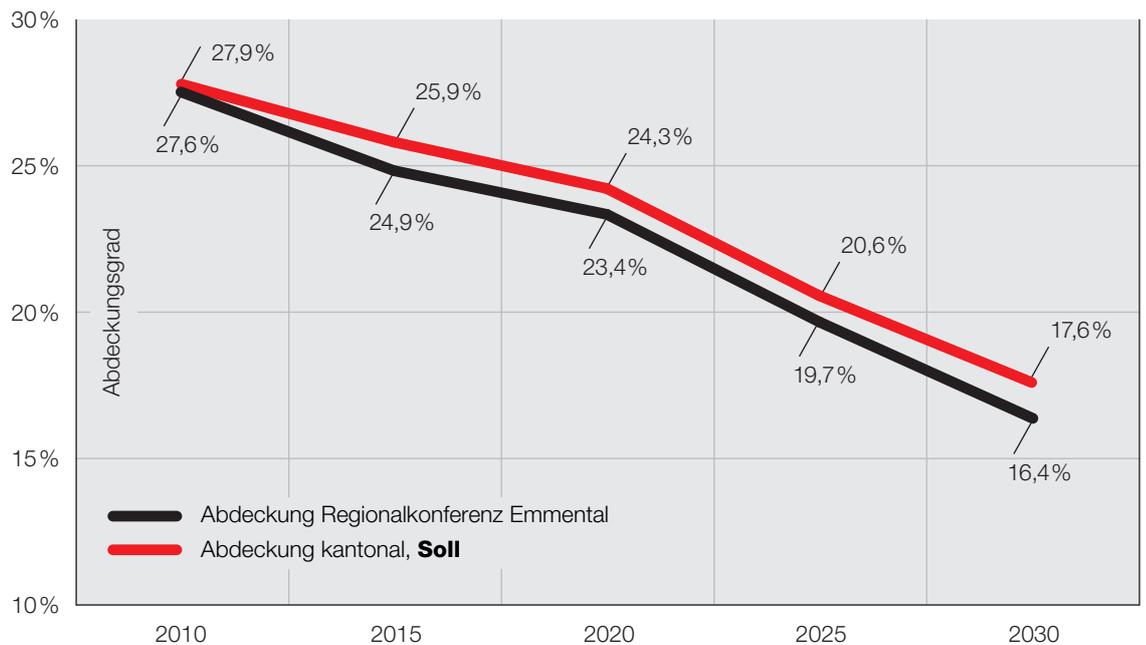
Für die Regionalkonferenz Bern-Mittelland (386 217 Einw. per 1.1.2010) zeichnet sich mit dem heutigen Bestand und den bereits reservierten Plätzen eine insgesamt leicht über dem kantonalen Durchschnitt liegende Versorgung ab. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Versorgung im Jahr 2030 mit etwa **100 Betten im Plus** liegen. Das ist auf einen gegenläufigen Trend in der Stadt Bern zurückzuführen: Da nimmt die Anzahl der Personen im Alter von 80+ bis ins Jahr 2020 massiv ab, ehe sie bis 2030 wieder ansteigt, den Stand von 2010 aber nur um 3,9 Prozent übersteigt. Die Zahl der Bevölkerung 80+ wächst in der gesamten Region 2010–2030 um 56 Prozent, was leicht unter dem kantonalen Wachstumsdurchschnitt von 58 Prozent liegt.

Entwicklung Abdeckung Regionalkonferenz Jura bernois-Biel/Bienne-Seeland



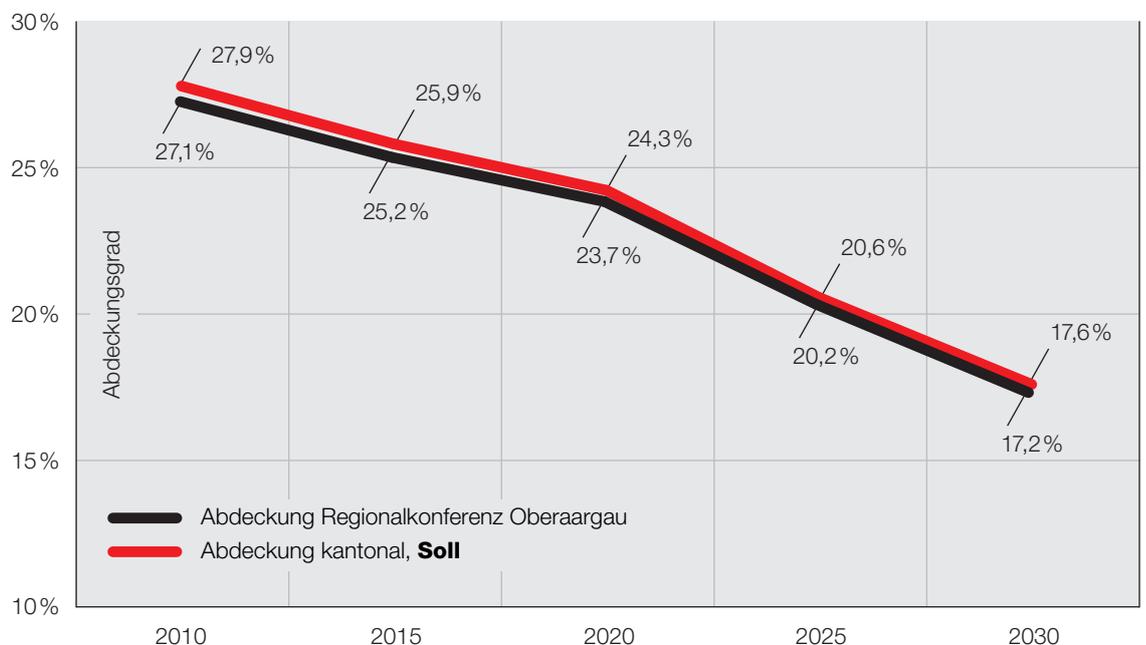
Im Einzugsgebiet der Regionalkonferenz Biel-Seeland-Jura (211 808 Einw. per 1.1.2010) zeichnet sich ein ganz anderes Bild ab. Diese Region geht einer deutlich unter dem kantonalen Durchschnitt liegenden Versorgung mit stationären Pflegeplätzen entgegen. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Versorgung im Jahr 2030 mit **rund 330 Betten im Minus** liegen. Die Zahl der Bevölkerung 80+ wächst 2010–2030 um 58 Prozent, was dem kantonalen Wachstumsdurchschnitt entspricht.

Entwicklung Abdeckung Regionalkonferenz Emmental



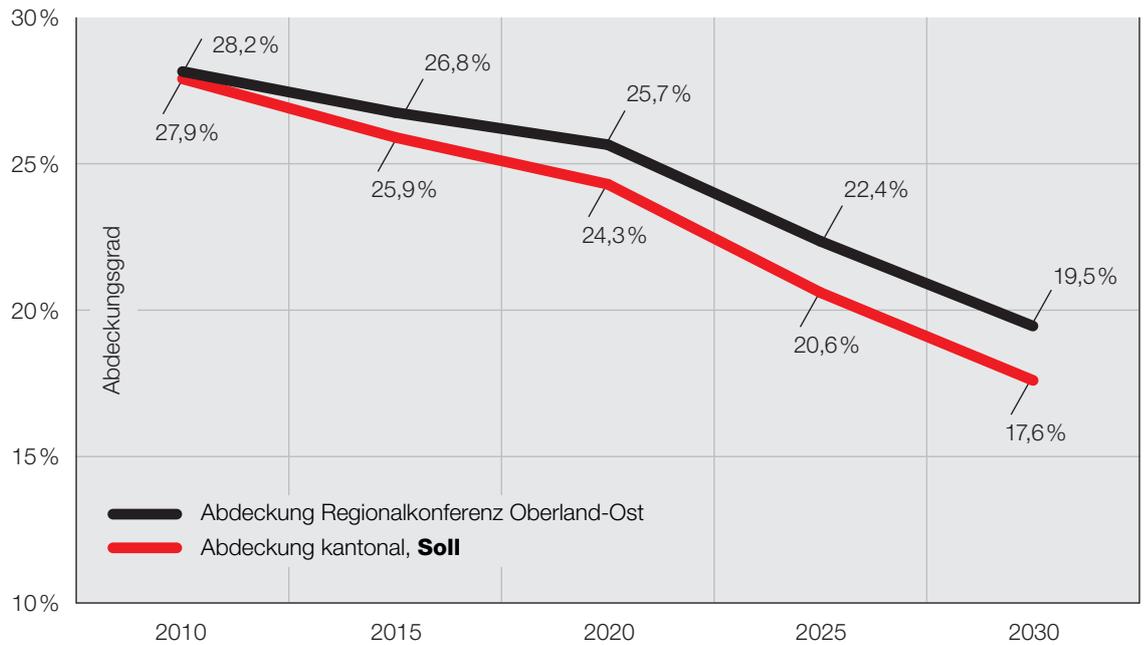
Während die Versorgung heute noch im Durchschnitt liegt, zeichnet sich bis 2030 dennoch eine für das Einzugsgebiet der Regionalkonferenz Emmental (93 274 Einw. per 1.1.2010) unter dem Durchschnitt liegende Versorgung ab. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Versorgung im Jahr 2030 mit **gut 100 Betten im Minus** liegen. Das liegt daran, dass die Zahl der Bevölkerung 80+ 2010–2030 voraussichtlich überdurchschnittlich um 68 Prozent zunehmen wird, was deutlich über dem kantonalen Wachstumsdurchschnitt von 58 Prozent liegt.

Entwicklung Abdeckung Regionalkonferenz Oberaargau



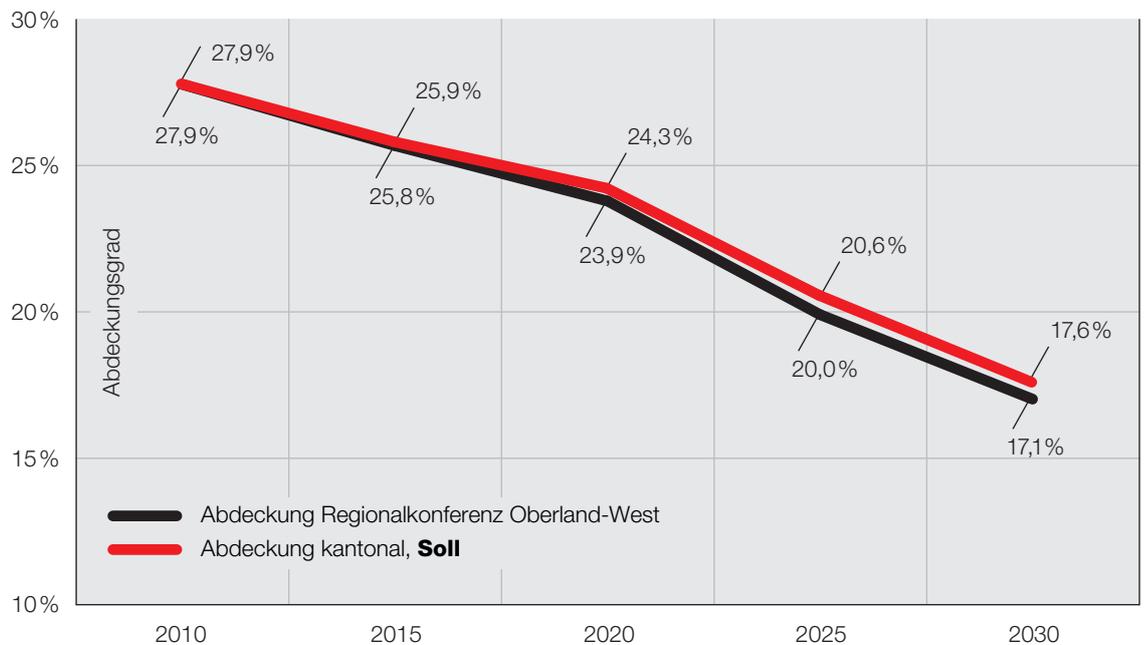
Die Versorgung im Perimeter der Regionalkonferenz Oberaargau (76 957 Einw. per 1.1.2010) liegt heute leicht unter dem kantonalen Durchschnitt und nähert sich in Zukunft dem Durchschnittswert an. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Versorgung im Jahr 2030 fast im Durchschnitt liegen. Es zeichnet sich lediglich ein minimales Bettenmanko ab. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Versorgung bis 2030 mit **knapp 30 Betten geringfügig im Minus** liegen. Die Zahl der Bevölkerung 80+ wächst 2010–2030 um 58 Prozent, was dem kantonalen Wachstumsdurchschnitt entspricht.

Entwicklung Abdeckung Regionalkonferenz Oberland-Ost



Während die Versorgung heute nur leicht über dem Durchschnitt liegt, zeichnet sich bis 2030 eine für das Einzugsgebiet der Regionalkonferenz Oberland-Ost (46 455 Einw. per 1.1.2010) deutlich über dem Durchschnitt liegende Versorgung ab. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Versorgung im Jahr 2030 mit **77 Betten im Plus** liegen. Das liegt daran, dass die Zahl der Bevölkerung 80+ 2010–2030 um lediglich 44 Prozent zunehmen wird, was deutlich unter dem kantonalen Wachstumsdurchschnitt von 58 Prozent liegt und den Bettenüberschuss bis zum Jahr 2030 erklärt.

Entwicklung Abdeckung Regionalkonferenz Oberland-West



Die Versorgung liegt heute für das Einzugsgebiet der Regionalkonferenz Thun/Oberland West (159 524 Einw. per 1.1.2010) genau im Durchschnitt und fällt bis 2030 leicht unter den kantonalen Durchschnitt. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Versorgung im Jahr 2030 mit **knapp 70 Betten im Minus** liegen. Die Zahl der Bevölkerung 80+ wächst 2010–2030 überdurchschnittlich um 62 Prozent.

Pflegebedürftige alte behinderte Menschen

Von den oben genannten 14532 in Betrieb befindlichen Pflegeplätzen zählen 644 zum IV-Bereich. Der zunehmende Bedarf an Pflegeleistungen in diesem Bereich ist unbestritten, weil heute behinderte Menschen ein höheres Alter erreichen als früher.

Eine eigene Bedarfsplanung für den IV-Bereich besteht bislang nicht. Im Rahmen der GDK wird derzeit überlegt, wie diese Problematik zu behandeln ist. Die GEF wird an diesem Prozess aktiv teilnehmen. Die Ergebnisse werden auch die Arbeiten im Kanton Bern beeinflussen. Durch eine je eigene Bedarfsplanung im IV- sowie im AHV-Bereich könnten in der zuständigen Fachabteilung zielgruppenspezifische Entwicklungen erkannt und entsprechend planerisch berücksichtigt werden.

Auswirkungen auf die Pflegeheimplanung

In den oben erfolgten Rechnungen sind die IV-Plätze berücksichtigt. Werden diese jedoch ausgeklammert und nicht mitgerechnet, entsteht bis ins Jahr 2030 in jeder Regionalkonferenz ausser der RK Oberland-Ost ein Bettenmanko im AHV-Bereich. In absoluten Zahlen ausgedrückt zeigt sich folgendes Bild: RK Bern-Mittelland im Minus mit 227 Plätzen, RK Jura bernois-Biel/Bienne-Seeland im Minus mit 493 Plätzen, RK Emmental im Minus mit 226 Plätzen, RK Oberaargau im Minus mit 42 Plätzen, RK Thun Oberland-West im Minus mit 95 Plätzen. Einzig die RK Oberland-Ost weist eine überdurchschnittliche Abdeckung auf und liegt mit 77 Plätzen im Plus.

Fazit

Das Pflegeplatzkontingent von 15 500 Plätzen für pflegebedürftige alte Menschen bleibt unverändert. Eine Aufstockung ist derzeit nicht sinnvoll. Die Ungleichverteilung von Pflegeplätzen über den gesamten Kanton soll mittels regionaler Bedarfsplanungen in den Regionalkonferenzen thematisiert und angegangen werden.

Handlungsfeld 7

Rekrutierung von Pflege- und Betreuungspersonal

Gut qualifiziertes Personal ist für die medizinischen und pflegerischen Leistungen in der Langzeitpflege und in der Pflege zu Hause absolut notwendig. Eine gute Gesundheitsversorgung ist ohne eine ausreichende Anzahl von Fachpersonen nicht möglich. Im Kanton Bern sind rund 20000 gelernte Berufsleute aus nicht universitären Gesundheitsberufen beschäftigt. Diese Zahlen umfassen das Personal in den Spitälern und Pflegeheimen, in der Spitex und bei den Rettungsdiensten. Zusätzlich zu den ausgebildeten Berufsleuten sind rund 3800 Personen mit einem Pflegekurs SRK in Berner Institutionen beschäftigt. Diese verteilen sich ganz unterschiedlich auf das Versorgungssystem: Während in den Akutspitälern nur 0,2 Prozent des Pflege- und Betreuungspersonals Angestellte mit Pflegekurs SRK sind, beträgt deren Anteil am Pflege- und Betreuungspersonal der Pflegeheime 33 Prozent und in der Spitex 29 Prozent.

Die im Kanton Bern massgebende Versorgungsplanung zeigt die jährlichen Bedarfszahlen zu den benötigten Nachwuchskräften auf. Wie bereits in den vorherigen Jahren konnte dieser Bedarf im Kanton Bern auch in den letzten Jahren nicht über die erbrachte Ausbildungsleistung abgedeckt werden. Diese Unterversorgung wird sich in Zukunft noch verschärfen. Die im Februar 2009 veröffentlichte Studie des Obsan **Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020** zeigt auf, dass allein aufgrund der demografischen Entwicklung der Mehrbedarf an Personal bis 2020 um durchschnittlich 13 Prozent zunehmen wird. Die Rekrutierung von Pflegepersonal stellt daher eine der grössten Herausforderungen für das Gesundheitswesen in der Schweiz dar. Die GEF hat dieses Problem schon vor Jahren erkannt und fördert das Angebot an Ausbildungsplätzen auf allen Stufen kontinuierlich durch eine pauschale Entschädigung an die Ausbildungsbetriebe. Im Jahr 2009 leistete die GEF Beiträge in der Höhe von rund CHF 3,4 Mio.

Gemäss nationalem Versorgungsbericht stehen vier Handlungsfelder im Vordergrund, um der drohenden Personalknappheit in den Gesundheitsberufen zu begegnen:

- Ausschöpfung des Rekrutierungspotenzials für Gesundheitsberufe
- Ausschöpfung des Ausbildungspotenzials der Praxis
- optimierter Einsatz des bestehenden Personals
- Personalerhaltung

Aus- und Weiterbildung im Bereich der Pflege und Betreuung

Bildung/Ausbildung von Pflegepersonal

Die Personalsituation im Gesundheitswesen ist heute in einigen Versorgungsbereichen und -regionen angespannt, zudem zeichnen sich grosse Lücken in der Nachwuchssicherung ab. Die GEF sieht Handlungsbedarf sowohl im Ausbildungsbereich als auch bei der Personalerhaltung auf allen Stufen. Im Kanton Bern haben die Institutionen des Gesundheitswesens und der schulischen Ausbildung in den letzten Jahren bedeutende Anstrengungen unternommen, um die neue Berufsbildungssystematik umzusetzen und neue Berufsleute auszubilden. Mit 610 Lehrstellen konnte im Jahr 2010 das Angebot an FaGe³¹-Ausbildungsplätzen im Kanton Bern nochmals gesteigert werden. Zunehmend bilden die Betriebe auch Erwachsene in einer verkürzten Lehre aus und qualifizieren damit ihr bereits vorhandenes Assistenzpersonal. Dadurch fördern die Institutionen aktiv ihr eigenes Personal. Insbesondere im Langzeitbereich entstanden durch grosse Anstrengungen überdurchschnittlich viele Ausbildungsplätze in Heimen und bei der Spitex.

Die Rekrutierungsprobleme bei der Pflegeausbildung auf Stufe der Höheren Fachschule (HF) müssen weiterhin überwacht werden. Dank verschiedener Massnahmen konnten 2010 83% der Ausbildungsplätze besetzt werden (Vorjahr 60%). Um diese Situation zu entschärfen, hat die GEF mehrere Massnahmen beschlossen:

- Im Sinne einer Fördermassnahme wurden Mittel bewilligt, um in den Jahren 2008–2011 jährlich 20 erwachsenen Personen eine erhöhte Ausbildungsentschädigung während der gesamten Ausbildungsdauer zu gewähren.
- Im Rahmen des Projekts «HF Pflege als Zweitausbildung» (betriebsgestützter Bildungsgang) beschlossen die GEF und die Erziehungsdirektion als weitere Sofortmassnahme, das Rekrutierungsfeld für die HF-Pflege rasch und nachhaltig zu erweitern. Aufgrund der geringen Attraktivität (Dauer, zeitlicher und finanzieller Aufwand für die Studierenden) konnten 2010 nur 30 von 100 Studienplätze durch Personen, die bisher ausserhalb des Gesundheitswesens tätig waren bzw. sind, besetzt werden. Daher wird das Angebot zur Zeit in Richtung berufs begleitender HF-Bildungsgang opti-

³¹ FaGe = Fachangestellte/r Gesundheit

miert. Das Projekt wird durch das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) mitfinanziert, da es der Jugendarbeitslosigkeit entgegenwirkt.

- Neu geregelt wurde auch die Finanzierung von Wiedereinstiegskursen. Die Kurskosten für diplomierte Pflegefachpersonen, die mindestens drei Jahre nicht mehr im erlernten Beruf tätig waren, Wohnsitz im Kanton Bern haben und zum Zeitpunkt der Anmeldung nicht in einer Gesundheitsinstitution angestellt sind, übernimmt die GEF. Entsprechende Kurse boten in den vergangenen Jahren sowohl der Fachverband für Pflege und Betreuung cura humanis als auch die Lindenhofschule in Bern an.

Führungskräfte der Gesundheitsinstitutionen wurden während einer Veranstaltung über die geplanten Projekte zum Thema «Nachwuchssicherheit» seitens der GEF informiert und sensibilisiert. Dabei erging an die Betriebe die Aufforderung, künftigen Personalbedarf möglichst vollständig durch eigene Ausbildungsleistungen zu decken. Dieses Ziel soll einerseits durch konkrete Vorgaben (Ausbildungsstrategie) und andererseits durch Unterstützung und Anreize der GEF erreicht werden. Eine der geplanten Massnahmen ist die Ausbildungsverpflichtung für die nicht universitären Gesundheitsberufe. Sollten diese Massnahmen nicht ausreichen, sind weitere Schritte vorgesehen (z. B. koordinierte Auslandrekrutierung). Die Werbung von ausgebildetem Personal im Ausland ist ethisch fragwürdig und widerspricht dem «WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel». Demnach sollten Staaten die Gesundheitsberufe so planen, dass keine zuwandernden Arbeitskräfte nötig sind.

Zudem wurden weitgehende Massnahmen zur Förderung der praktischen Aus- und Weiterbildung in den nicht universitären Gesundheitsberufen ergriffen:

- Der Kanton Bern hat im Jahr 2002 eine Abgeltung für die praktischen Ausbildungsleistungen der Betriebe bei den Pflege- und Betreuungsberufen eingeführt. Dank dieser Massnahme konnte in der Planungsperiode 2007–2010 das Lehrstellenangebot für die Fachangestellten Gesundheit (FaGe) ausgebaut werden. Im Jahr 2006 wurde diese Ausbildungsentschädigung auf die Fachhochschulausbildung ausgeweitet
- Um Schulabgängerinnen und Schulabgänger für Gesundheitsberufe zu gewinnen, finanziert der Kanton jährlich Auftritte an der Berner Ausbildungsmesse und weiteren geeigneten Informationsveranstaltungen. Er unterstützt Kommunikationsmassnahmen der kantonalen Organisation der Arbeitswelt (OdA Gesundheit Bern).
- Im Jahr 2007 startete eine Kampagne zur Sensibilisierung der Betriebe für Ausbildungsfragen. Nach dem Motto «Wir bilden aus, wen wir brauchen» sind Betriebe dazu aufgefordert, ihr Ausbildungspotenzial auszuerschöpfen.

Weiter hat die Erziehungsdirektion gemeinsam mit der GEF und der OdA Gesundheit beschlossen, die zweijährige

berufliche Grundbildung mit Attest EBA als Assistentin/ Assistent Gesundheit und Soziales vorzeitig auf August 2011 einzuführen. Diese Ausbildung löst die altrechtliche Pflegeassistentenausbildung ab. Es ist geplant, über 200 Lehrstellen im Kanton Bern zu schaffen.

Nebst der Erhöhung von Ausbildungsleistungen sind Massnahmen zur Personalerhaltung dringend erforderlich.

Interessant sind die Ergebnisse der Next-Studie³², welche die Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Berufsausstiegs aus dem Pflegeberuf im internationalen Vergleich untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil derer, die aus der Pflege (nicht nur aus einer bestimmten Einrichtung) aussteigen wollen, deutlich zwischen den teilnehmenden Ländern und innerhalb der Länder zwischen den verschiedenen Institutionen variiert. Dieser Umstand deutet darauf hin, dass Arbeitsbedingungen, Identifikation der Mitarbeitenden mit dem Betrieb, Anerkennung der Berufsgruppe und weitere weiche Faktoren für die Personalerhaltung eine wichtige Rolle spielen.

Die Analyse des Personalbedarfs und der Ausbildungssituation, das Steuerungs- und Finanzierungsmodell sowie die durchgeführten und geplanten Massnahmen sind in der Versorgungsplanung 2011–2014 genauer beschrieben. Der Strauss möglicher Massnahmen – monetäre wie nicht monetäre – zur Erhaltung des Personals in Gesundheitsberufen ist gross. Der Kanton Bern hat diesbezüglich im Rahmen des Projekts «Verbesserung der Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals» (VAP) bereits sehr grosse Anstrengungen unternommen. Die GEF wird in den nächsten Jahren ihre strategischen Schwerpunkte bei der Ausschöpfung des betrieblichen Ausbildungspotenzials und bei der Personalerhaltung setzen und die bereits bewährten Strategien und Massnahmen fortsetzen. Die beabsichtigten Massnahmen sind ebenfalls in der Versorgungsplanung 2011–2014 beschrieben.

Wie viel zusätzliches Pflegepersonal in den nächsten Jahren tatsächlich gebraucht wird, hängt vor allem vom Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt ab. Deshalb sind die im Handlungsfeld 1 genannten Massnahmen zur Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung.

SRK Bern – Tremplin

Neben den nicht universitären Berufsausbildungen gibt es auch eine grosse Anzahl von Personen, die einen Pflegekurs des SRK besuchen und damit im Gesundheitswesen Fuss fassen. Die Anzahl derjenigen Personen, die einen Pflegekurs besucht haben, ist auf 777 im Jahr 2008 angestiegen.

³² Die Next-Studie untersucht die Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Berufsausstiegs aus dem Pflegeberuf. Von besonderem Interesse ist dabei die Frage, welche Bedeutung dieser Schritt sowohl für die betroffenen Personen als auch für die Pflegeinstitutionen und das Gesundheitswesen im Allgemeinen hat. Next wurde durch die Europäische Union (QLK6-CT-2001-00475) finanziert und gleichzeitig in Belgien, Finnland, Frankreich, Deutschland, Großbritannien, Italien, den Niederlanden, Polen, Schweden und der Slowakei durchgeführt. Mehr als 40 Forschende in 14 wissenschaftlichen Instituten waren in der Next-Studiengruppe aktiv. Weitere Informationen unter: http://www2.uniwuppertal.de/FB14/next/dt/index_dt.htm.

Das SRK Kanton Bern hat einen Sprachkurs für Migrantinnen und Migranten erarbeitet, deren Deutsch- bzw. Französischkenntnisse (noch) nicht ausreichend sind, um den Pflegekurs SRK zu absolvieren. Die Teilnehmenden werden kontextgebunden in die pflegerische Fachsprache und den Pflegealltag eingeführt. Es werden Lerntechniken vermittelt und die Reflexionsfähigkeit der eigenen Arbeit gestärkt. Das Ziel ist, durch den Vorkurs ein genau definiertes Sprachniveau zu erreichen, um die Teilnahme am Pflegekurs zu ermöglichen und die Interessentinnen und Interessenten zu befähigen, im Pflegealltag auch sprachlich zu bestehen. Einerseits wird damit die Integration der Migrantinnen und Migranten in die Arbeitswelt sichergestellt, andererseits ist dies ein wertvoller Beitrag zur Rekrutierung von Pflegepersonal.

In einer ersten Phase wurden in den Jahren 2007–2010 insgesamt neun Kurse durchgeführt, zwei auf Französisch und die restlichen auf Deutsch. Der Kursinhalt wurde aufgrund der Erfahrungen aus den allerersten Kursen an die Bedürfnisse der Teilnehmenden angepasst und fortlaufend optimiert. So wurde nebst den inhaltlichen Anpassungen die Kurszeit um vier Halbtage verlängert, um den Lernstoff weniger komprimiert zu vermitteln.

Des Weiteren zeigte sich, dass zur Bekanntmachung und Etablierung des Angebots sowohl bei den Migrantinnen und Migranten wie auch bei den Institutionen ausreichend Zeit benötigt wird. Das entsprechende Netzwerk

und die Kontakte entstanden zu Beginn langsamer als angenommen. Es wurden entsprechende Werbemaßnahmen ergriffen und insbesondere der direkte Kontakt zu den Institutionen gesucht. Das Angebot etabliert sich allmählich, die Zahl der Anmeldungen und Interessierten steigt kontinuierlich.

Die GEF erachtet das Projekt nach wie vor als sinnvolle und zielgerichtete Massnahme in der Rekrutierung von Pflegepersonal im Langzeitbereich. Sie anerkennt auch, dass die Etablierung dieses neuen Angebots mehr Zeit und weitere Kurse erfordert. Der SRK Kantonalverband Bern erhielt in der Pilotphase in den Jahren 2007–2010 einen Beitrag in der Höhe von insgesamt CHF 90869.–. Das Projekt soll aufgrund seiner guten Entwicklung auch im Jahr 2011 unterstützt werden. Neu geschieht die Unterstützung personenorientiert. Die Gesamtkosten pro Kurs liegen bei CHF 1500.– pro Person, von denen die Teilnehmenden CHF 350.– selbst tragen müssen. Nur in Einzelfällen verfügen die Teilnehmenden über die Mittel, um das gesamte Kursgeld selbst bezahlen zu können. Eine finanzielle Unterstützung der einzelnen Teilnehmenden ist aus diesem Grund sinnvoll, die GEF gewährt sie jedoch nur auf Antrag hin. Die Unterstützungsleistung beträgt CHF 1150.– pro Person. Es werden drei Kurse mit maximal zwölf Teilnehmenden durchgeführt. Das ergibt eine Beteiligung der GEF in der Höhe von maximal 41 400.– für das Jahr 2011.

Fazit

In den nächsten Jahren sind in diesem Feld weiterhin grosse Bemühungen und Anstrengungen notwendig. Die Rekrutierung von Pflegefachpersonal aus dem Ausland bildet nicht die geeignete Lösung, um dem drohenden Pflegepersonal-mangel entgegenzuwirken. Es soll deshalb eine Ausbildungsverpflichtung für Betriebe des Gesundheitswesens eingeführt werden, damit das benötigte Personal in den hiesigen Institutionen ausgebildet und die Rekrutierung nachhaltig gesichert wird.

Handlungsfeld 8

Qualitätssicherung

Das Krankenversicherungsgesetz verlangt die Qualitätssicherung im Heimbereich und in der Spitex. Sie stellt zudem eine Mindestanforderung für die Betriebsbewilligung dar. Da die Trägerschaft eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung entscheidend beeinflusst, ist deren Rolle von grosser Bedeutung. Die GEF will die Trägerschaften vermehrt für ihre Aufgabe sensibilisieren. Die Checkliste 2009–2011, die alle Heime ausfüllen müssen, soll helfen, einen eventuellen Handlungsbedarf bezüglich der Trägerschaften zu eruieren. Falls notwendig, heisst es Schulungsangebote für Trägerschaften zu konzipieren.

Der 2004 erstellte Bericht **Umsetzung der Heimverordnung** wird seit 2009 aktualisiert und überarbeitet. Anforderungen an Heime in Bezug auf Konzepte, Personal und Betrieb werden konkretisiert. Diese Massnahmen sowie Leitfäden und Checklisten unterstützen Heime bei der Qualitätssicherung. Die Zahl der Aufsichtsbesuche in Heimen nahm in den letzten fünf Jahren zu, stösst aber wegen mangelnder personeller Ressourcen immer wieder an Grenzen.

Aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung muss sich die öffentliche Hand stärker an der Finanzierung der Pflege im Heim beteiligen. Grundlage der Finanzierung bildet die individuelle Einstufung der Bewohnerinnen und Bewohner mittels eines Abklärungsinstruments. Die korrekte Anwendung dieser Instrumente ist somit von grosser Bedeutung für die finanziellen Ressourcen des Kantons. Die GEF will deshalb ihre Aufsichtsfunktion über die Heime in Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern verstärken und die Einstufungen der Heime überprüfen.

Im Spitex-Bereich wurde per 1. Januar 2011 eine Betriebsbewilligungspflicht für Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause eingeführt. Die gesetzliche Verankerung wird mit der Revision des Gesundheitsgesetzes vorgenommen. Die Minimalvorgaben für die Hilfe und Pflege zu Hause dienen dem Gesundheitsschutz der Klientinnen und Klienten. Sowohl der Spitex-Verband des Kantons Bern wie auch die Association Spitex Privée Suisse forderten, eine Bewilligungspflicht einzuführen, und unterstützen die Umsetzung. Eine gültige Betriebsbewilligung stellt zudem die Grundlage für eine Mitfinanzierung von Leistungen durch den Kanton dar.

Fazit

Eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung der Heime und Spitex-Organisationen ist unerlässlich, um ein bedarfsgerechtes Angebot sicherzustellen. Mit den gesetzlichen Vorgaben wird eine Mindestqualität gefordert, welche die Sicherheit der Kundinnen und Kunden gewährleistet. Um in diesem dynamischen Bereich langfristig den Bedürfnissen der Anspruchsgruppen gerecht zu werden, ist eine stetige Weiterentwicklung der Betriebe zwingend notwendig.

Handlungsfeld 9

Überprüfung der Finanzierungsmechanismen

In den vergangenen Jahren stand im Altersbereich die Abkehr von der Defizitfinanzierung hin zu einer leistungsorientierten Finanzierung, wie sie das Sozialhilfegesetz (Art. 75) fordert, auf dem Prüfstand. Zudem vollzog sich im stationären Bereich die Subjektfinanzierung des Heimaufenthalts. Sowohl Subjektfinanzierung wie auch leistungsorientierte Finanzierung ermöglichen eine effiziente und effektive Steuerung des Altersbereichs. Beide Finanzierungsarten weisen den Trägerschaften mehr unternehmerische Verantwortung zu. Diese Steuerung hat sich bewährt, und sie soll soweit wie möglich in den anderen Steuerungsbereichen umgesetzt werden.

Umsetzung Subjektfinanzierung im Heimbereich

Die Umstellung von der Defizitfinanzierung zur Subjektfinanzierung wurde schrittweise in den letzten zehn Jahren vollzogen. Bis 2002 erhielten die subventionierten Institutionen engmaschige Budgetvorgaben, die keinen unternehmerischen Spielraum zuließen. Investitionen wurden erst nach einem langwierigen Verfahren im Rahmen des Lastenausgleichs finanziert. Dies führte dazu, dass die Entscheidungswege lang waren und für die Institutionen kein Anreiz bestand, ihre Leistungen möglichst kostengünstig zu erbringen. Im Jahr 2003 konnten die Institutionen erstmals Rückstellungen für Investitionen in der Höhe von CHF 5.– pro Pflgetag vornehmen. Zudem erhielten sie – wenn die Rechnung unterhalb der festgelegten Kostenobergrenze abschloss – 10 Prozent des Differenzbetrags zwischen den tatsächlichen Kosten und der Kostenobergrenze. Bewohnerinnen und Bewohner, die den Heimaufenthalt nicht selbst finanzieren konnten, erhielten einen «Sozialtarif», den die Heime berechneten. Die Bewohnerinnen und Bewohner mussten also ihre Einkommens- und Vermögenssituation gegenüber dem Heim offenlegen. Die Heime bekamen das durch den Sozialtarif verursachte Defizit über den Lastenausgleich zurückerstattet (subjektorientierte Objektfinanzierung).

Im Jahr 2008 war die Finanzierung des Heimaufenthalts mit Hilfe von Ergänzungsleistungen subjektbezogen gestaltet. Dies wurde möglich, weil sich der Bund aus der Mitfinanzierung der Heimkosten bei EL-Empfängerinnen und -Empfängern zurückzog. Somit konnten die Kantone die EL-Obergrenzen für den Heimaufenthalt selbst festlegen. Die Einführung der Personenfinanzierung stellt die

konsequente Weiterentwicklung der subjektorientierten Objektfinanzierung dar. Durch diese Massnahme wurden die Unterschiede in der Finanzierung des Betriebs von «öffentlichen» und «privaten» Alters- und Pflegeheimen aufgehoben. Alte Menschen, die den Heimaufenthalt nicht aus eigenen Mitteln finanzieren konnten, erhielten Finanzmittel, sodass sie bezüglich des Heimaufenthalts im Kanton Bern wählen konnten. Bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung war es dem Bundesrat ein Anliegen, dass ein Heim eintritt nicht zu einer Sozialhilfeabhängigkeit führt. Diesem Anliegen wurde im Kanton Bern besondere Beachtung geschenkt.

Die subjektorientierte Finanzierung der Investitionskosten in den bisher subventionierten Heimen (s. «Umsetzung Neuordnung Pflegefinanzierung») schafft gleiche Bedingungen für alle Trägerschaften von Heimen. Der Wettbewerb wird gefördert. Dies kommt den Bewohnerinnen und Bewohnern zugute, da Qualität und Preis der einzelnen Institutionen transparent und damit vergleichbar werden. Zu dieser Transparenz trägt die von Pro Senectute im Internet publizierte Website www.wohnen60plus.ch (vgl. S. 28) entscheidend bei.

Umsetzung leistungsorientierte Finanzierung von Pro Senectute

Pro Senectute ist mit ihrem Beratungsangebot ein wichtiger Partner im Altersbereich. Das Angebot von Pro Senectute wurde bisher mit einem Pro-Kopf-Beitrag unterstützt. Zusätzlich übernahm der Kanton ab 2008 die Finanzierung derjenigen Leistungen, die das Bundesamt für Sozialversicherung mit der Einführung der NFA nicht mehr mitfinanziert. Der Leistungsauftrag per 1. Januar 2010 wurde leistungsorientiert gestaltet. So kann das niederschwellige Angebot von Pro Senectute bedarfsgerecht finanziert und den aktuellen Bedürfnissen angepasst werden. Für einzelne Leistungen zeichnet sich ein grösserer Bedarf ab (z. B. Gesundheitsförderung im Alter), während Klientinnen und Klienten andere Leistungen in Zukunft unter Einbezug der EL verstärkt selbst finanzieren können.

Die leistungsorientierte Finanzierung von Pro Senectute setzt auch einen Standard für weitere Leistungsverträge mit verwandten Leistungen (z. B. Spitex, Alzheimervereinigung, Freiwilligenorganisationen usw.).

Umsetzung leistungsorientierte Finanzierung im Spitex-Bereich

Bisher wurden die subventionierten Spitex-Organisationen im Rahmen einer Defizitdeckung mit Kostenobergrenzen finanziert. In den Jahren 2008 und 2009 hat die GEF zusammen mit dem Spitex Verband Kanton Bern und der Association Spitex Privée Suisse (ASPS) erste Schritte zur Umsetzung einer leistungsorientierten Finanzierung unternommen (vgl. Handlungsfeld 2, S. 29). Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 werden für die Leistungsbereiche Pflege und Hauswirtschaft Pauschalen pro Stunde geleistet. Dies ersetzt die bisherige Defizitfinanzierung. Das Jahr 2011 soll dazu dienen, Erfahrungen mit der neuen Finanzierung zu machen und diverse inhaltliche Fragen für die weiteren Schritte zu klären.

Umsetzung Neuordnung Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011

Am 13. Juni 2008 hat das eidgenössische Parlament dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung zugestimmt. Sie führt zu einer gesamtschweizerischen Vereinheitlichung der Beiträge der Krankenversicherer. Zudem wird neu die Akut- und Übergangspflege eingeführt. Die Neuregelung trat am 1. Januar 2011 in

Kraft. Die Aufwendungen für die Pflegefinanzierung werden von Kanton und Gemeinden gemeinsam im Rahmen des Lastenausgleichs getragen.

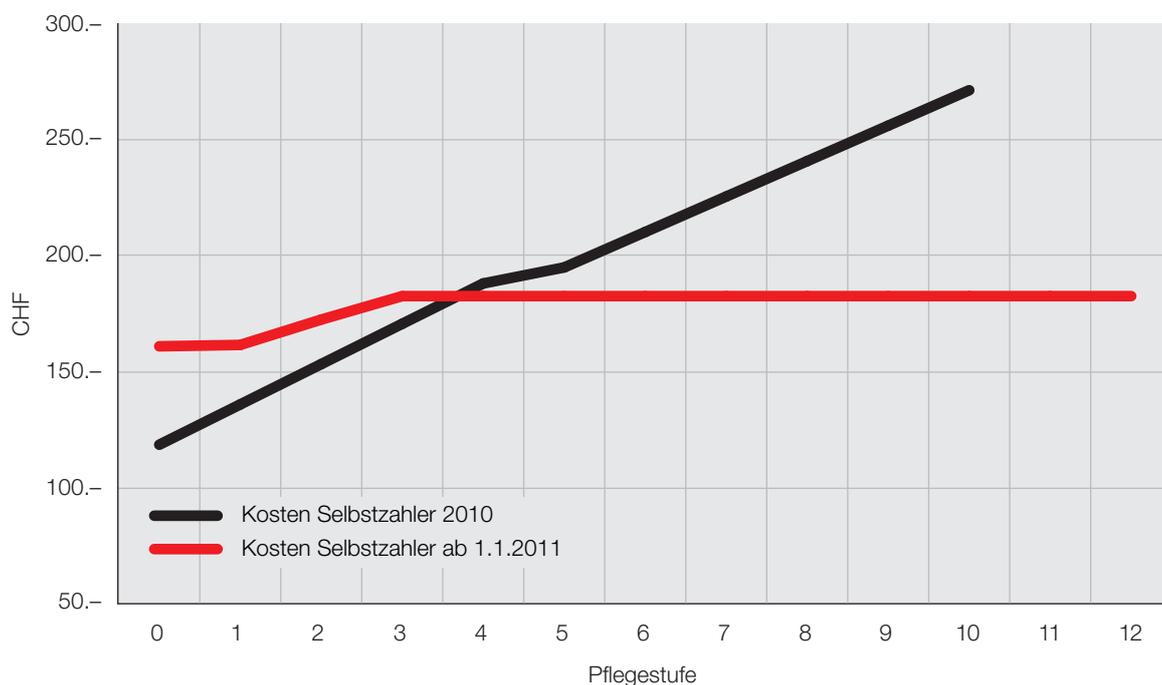
Auswirkungen auf den Heimbereich

Ab 1. Januar 2011 müssen die Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen nur noch einen festgelegten Anteil an die Pflegeleistungen in den Pflegeheimen zahlen. Für einen Grossteil von ihnen wird der Heimaufenthalt dadurch günstiger. Die zukünftigen Beiträge der Versicherer und der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner decken in den meisten Fällen deren Pflegekosten nicht. Für die Regelung der Restfinanzierung sind aufgrund der Pflegefinanzierung die Kantone zuständig. Die Deckungslücke trägt die öffentliche Hand. Für den Kanton Bern hat diese Regelung zur Folge, dass sowohl die Krankenversicherer wie auch die Bewohnerinnen und Bewohner weniger als heute an die Pflegeleistungen zahlen, während der Kanton und die Gemeinden mit einer deutlichen Mehrbelastung konfrontiert sind. Diese beträgt nach vollständiger Umsetzung der Neuordnung Pflegefinanzierung jährlich etwa CHF 82 Mio.

Für den Kanton Bern ist diese finanzielle Mehrbelastung in der heutigen finanzpolitischen Situation äusserst problematisch. Ein Teil dieser Mehrbelastung wird kompensiert, indem sich vermögende Personen (sog. Selbstzahler) neu an den Kosten der bis Ende 2010 kostenlos genutzten baulichen Infrastruktur in «öffentlichen» Pflegeheimen beteiligen müssen.

Ein solcher Wechsel zu einer subjektorientierten Finanzierung der Investitionskosten (über die Ergänzungsleistungen) ist nicht nur aus finanzpolitischer, sondern auch aus alters- und versorgungspolitischer Sicht sinnvoll und verantwortbar. Gegenüber dem alten System bezahlen

Finanzielle Auswirkungen auf Selbstzahler



Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegestufen 0–3 heute mehr als früher (vgl. Grafik vordere Seite). Dies löst eine Lenkungswirkung hin zur verminderten Nutzung von vergleichsweise teuren Pflegeheimplätzen zugunsten alternativer Versorgungssysteme (z.B. Spitex, Wohnen mit Dienstleistungen) aus. Im Weiteren führt ein solcher Systemwechsel zu einem Rückfluss von bereits geleisteten Investitionsbeiträgen.

Der Systemwechsel bewirkt in der Konsequenz eine Erhöhung der Bewohnertarife in den unteren Pflegestufen. Durch die personenorientierte Finanzierung erhalten nur Personen, die den Tarif nicht aus eigenen Mitteln bezahlen können, einen Beitrag zur Abgeltung der Infrastrukturleistungen. Alle Personen mit einem ausreichenden Einkommen und Vermögen bezahlen den vollen Tarif.

Auswirkungen auf den ambulanten Bereich

Im Bereich der Spitex haben die Klientinnen und Klienten bisher keinen Beitrag an die Pflegekosten leisten müssen. Angesichts der äusserst schwierigen finanzpolitischen Situation des Kantons wird eine abgestufte Klientenbeteiligung eingeführt. Die dadurch für Betroffene entstehenden Kosten sind nach wie vor günstiger als die Kosten für einen Heimaufenthalt. Daher ist davon auszugehen, dass

eine abgestufte Klientenbeteiligung im Spitexbereich dem alterspolitischen Grundsatz "ambulant vor stationär" nicht zuwiderläuft.

Die notwendigen Umsetzungsarbeiten sind grösstenteils abgeschlossen. Offen bleibt noch die Frage, wie die vom Bundesrat beschlossene Akut- und Übergangspflege umzusetzen ist; über deren inhaltliche Ausgestaltung und Finanzierung wird auf der Ebene der Gesundheitsdirektorenkonferenz diskutiert.

Revision des Finanz- und Lastenausgleichs Filag

Im Rahmen der Diskussionen um die Revision des Filag kam man überein, dass die Gemeinden sich nur noch dort an der Finanzierung der Leistungen im Lastenausgleich beteiligen sollen, wo sie diese Leistungen auch steuern können. Bei Pflegeleistungen haben die Gemeinden praktisch keine Steuerungsmöglichkeit, weil die Quantität aufgrund des Bedarfs reguliert wird und die Qualität über Vorgaben der Krankenversicherer und des Kantons. Folglich wird ab 2012 der Kanton allein für die Finanzierung von Pflegeleistungen zuständig sein. Dafür werden Leistungen im Bereich der Behindertenhilfe zukünftig lastenausgleichsberechtigt sein.

Fazit

Die leistungs- und personenorientierte Finanzierung erlaubt, Geldmittel zielgerichtet dort einzusetzen, wo sie notwendig sind, anstatt nach dem Giesskannenprinzip zu verteilen.

Die Personenfinanzierung (= Subjektfinanzierung) stellt den Menschen als Empfängerin oder Empfänger gewisser Leistungen ins Zentrum und ermöglicht die von der kantonalen Alterspolitik seit jeher angestrebte Selbstbestimmung und Wahlfreiheit.

Tabellarische Übersicht über die Pilotprojekte

Vom 1.1.2007 bis 31.12.2010 im Rahmen der kantonalen Alterspolitik geleistete Beiträge:

Handlungsfelder	Beiträge der öffentlichen Hand
Handlungsfeld 1	
Präv. Hausbesuche Thun	
Präv. Hausbesuche Lyss	
Präv. Hausbesuche Oberaargau	
Präv. Hausbesuche ganzer Kt. BE / ZiA (inkl. Evaluationskonzept)	
Internetplattform – www.wohnen60plus.ch	
SRK Bern Kurse für Migrantinnen und Migranten – präv. Charakter	
AG Alter + Migration Köniz	
AG Alter + Migration Bern West	
Mouvement des Aînés, section bernoise	
rundum mobil – Seniorenkurse	
Beiträge 1.1.2007–31.12.2010	CHF 3802142
Handlungsfeld 2	
Entlastung Angehöriger beocare, SRK Bern Oberland	
Entlastungsdienst Biel, Angehörige Demenzkranker	
Besuchsdienst Bern	
LeA Schule	
Caritas – Integrative Freiwilligenarbeit mit Migranten und Migrantinnen	
ALZ Bern/Pro Senior Bern – Reihe 2008: Demenz – Leben mit dem Vergessen	
ALZ Bern – InfoMobil	
bfh – DAS Angehörigen- und Freiwilligensupport	
bfh – Evaluation DAS Angehörigen- und Freiwilligensupport	
bfh – DAS Bewegungsbasierte Altersarbeit	
bfh – STUDIE Ambulante Alterspflege und -hilfe	
Beiträge 1.1.2007–31.12.2010	CHF 1948990
Handlungsfeld 3	
OGG Familienplatzierungen	
Beiträge 1.1.2007–31.12.2010	CHF 232 555
Handlungsfeld 4	
Modellversuch Vernetzte Versorgung, Geriatrie/SPA	
>>zapp Burgdorf – ambulante palliative Pflege (Vermittlung Freiwilliger)	

Spitex Langenthal / Palliative Care Netzwerk Konzepterarbeitung	
Kompetenzzentrum D + P, Machbarkeitsstudie	
Kompetenzzentrum D + P, Entwicklungsphase	
Beiträge 1.1.2007–31.12.2010	CHF 1 118 000
Handlungsfeld 5	
Pro Senior Bern Leistungsvereinbarung	
Leistungsvereinbarung Arbeitsgruppe, Altersfragen Oberaargau	
PS Arc jurassien – Forum mars 2008	
Generationen im Gespräch – BVSF, «Jung mit Alt»	
Regionale Alters- und Bedarfsplanung Aaretal	
Regionale Alters- und Bedarfsplanung Oberaargau – Vorarbeiten	
Regionale Alters- und Bedarfsplanung VRB	
Regionale Alters- und Bedarfsplanung seeland.biel/bienne	
Beiträge 1.1.2007–31.12.2009	CHF 318 766
Handlungsfeld 7	
SRK «Tremplin»	
Beiträge 1.1.2007–31.12.2010	CHF 90 869
Total der Beiträge für alle Handlungsfelder 1.1.2007– 31.12.2010	CHF 7 511 323
Durchschnittlicher Beitrag pro Jahr (gerundet)	CHF 1 800 000

Wie die Tabelle zeigt, betragen die in den letzten vier Jahren angefallenen Kosten für Projekte im Rahmen der Alterspolitik rund CHF 7,5 Mio. Das entspricht einem durchschnittlichen Beitrag von rund CHF 1,8 Mio pro Jahr.

Was die kantonalen Beiträge und Aufwendungen für den Altersbereich angeht, ist die Tabelle nicht abschliessend. In weiteren Bereichen werden oder wurden Kosten übernommen, die nicht als Pilotprojekte deklariert sind, so zum Beispiel Beiträge an Ferienplätze in Pflegeheimen mit Abgeltungen von CHF 20.– pro Belegungstag oder Beiträge an Entlastungsaufenthalte in Tagesbetreuungsstätten mit Abgeltungen von CHF 80.– pro Gästetag.

Daneben entstehen durch die Pflegeheimaufenthalte jährliche Gesamtkosten in Milliardenhöhe. In der untenstehenden Tabelle ist exemplarisch dargestellt, wie hoch die Gesamtbetriebskosten im Durchschnitt während des Jahres 2010 waren:

Was	Durchschnittl. Kosten im Jahr 2010
Pilotprojekte im Bereich der Alterspolitik	CHF 1 800 000
Gesamtbetriebskosten Pflegeplätze³³ pro Jahr (14 500 Plätze x CHF 250.–/Tag x 365 Tage)	CHF 1 323 125 000
Anteil Kanton an Betriebskosten der Pflegeplätze	CHF 120 000 000
Anteil EL (Kanton/Gemeinden) an Betriebskosten der Pflegeplätze	CHF 220 000 000
Anteil Bewohnerinnen und Bewohner an Betriebskosten der Pflegeplätze	CHF 983 125 000

Gemessen an diesen Beiträgen für den stationären Bereich sind die Ausgaben für Pilotprojekte im Bereich Alterspolitik mit durchschnittlich CHF 1,8 Mio. pro Jahr eher gering. Sie tragen mit ihrer starken Ausrichtung auf Gesundheitsförderung, Erhalt der Selbstständigkeit sowie Unterstützung der betreuenden Angehörigen langfristig wesentlich dazu bei, die Kosten im stationären Bereich möglichst gering zu halten.

Die Investition in alterspolitische Pilotprojekte, die Gesundheit im umfassenden Sinne fördern und unterstützen sowie das betreuende Umfeld entlasten, ist aus finanzpolitischen Gründen unerlässlich.

³³ Schätzwert basierend auf aktueller Anzahl Betten (rund 14 500 Plätze) mit Pflegestufendurchschnitt von 3,5 (von 10 Stufen). In den durchschnittlichen Kosten von CHF 250.– pro Person und Tag sind Investitionskostenpauschale (= Gebäude), Hotellerie (= Übernachtung und Verpflegung) und Pflegekosten für Stufe 3,5 eingerechnet.

Übersicht über die im Text erwähnten Vorstösse zu den einzelnen Handlungsfeldern

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

Es wurde ein Vorstoss zum **Thema Unterstützung von pflegenden Angehörigen** eingereicht, Erläuterungen dazu auf S. 29:

- Motion Schnegg-Affolter (M 179/2008) «Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige»

Zwei Vorstösse wurden zum **Thema Patientenbeteiligung an Pflegekosten** der Spitex eingereicht, Erläuterungen dazu ab S. 33:

- Motion Guggisberg (M118/2010) «Spitex schwächen – Alters- und Pflegeheime überfüllen – Verwaltung aufblähen»
- Motion Morier-Genoud/Amman (M119/2010) «Kein Patientenbeitrag für ambulante Pflegedienstleistungen (Spitex)!»

Ein weiterer Vorstoss wurde zum **Thema der Anerkennung von Freiwilligenarbeit** eingereicht, Erläuterungen dazu auf S. 34:

- Postulat Stalder (P053/2009) «Bessere Anerkennung und Förderung der Freiwilligenarbeit»

Handlungsfeld 4: Versorgungsangebote bei Krankheit im Alter

Es wurden diverse Vorstösse zum **Thema der hausärztlichen Versorgung** eingereicht, Erläuterungen dazu ab S. 38:

- Motion Heuberger (M 035/2005) «Hausarztmangel: Alarmruf»
- Motion Kilchherr (M 090/2005) «Drohender Mangel an Hausärzten, vor allem auf dem Land»
- Motion Fritschy (M 123/2005) «Förderung der Hausarztmedizin»
- Motion Heuberger/Fritschy u. a. (M242/2007) «Hausarztmangel: Es besteht Handlungsbedarf»
- Interpellation Vaguin/Aellen u. a. (I 237 / 2007) «Kann das Hausarztangebot in den Randregionen gewährleistet werden?»
- Motion Meyer (M239/2008) «Mangel an Hausärzten: ambulante Versorgung sicherstellen»
- Motion Balli-Straub (M 113/2009) «Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin»

Es wurde ein Vorstoss zum **Thema Managed Care** eingereicht, Erläuterungen dazu auf S. 40:

- Motion Meyer (M 025/2007) «Kantonale Managed-Care-Organisation»

Es wurden diverse Vorstösse zum **Thema Palliativpflege** eingereicht, Erläuterungen dazu ab S. 41:

- Motion Rérat/Schnegg (M 175/2004) «Palliative Care im Berner Jura»
- Motion Löffel (M 048/2006) «Palliative Care in die Rahmenleistungsverträge aufnehmen»
- Motion Lemann (M 280/2008) «Menschliches Sterben in Berns Spitälern»
- Interpellation Morier-Genoud (I 159/2008) «Wie weit ist man mit der Palliativpflege im Berner Jura?»

Impressum

Herausgeberin

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

Autorinnen

Katharina Frischknecht

Andrea Hornung

Mitarbeit

Nicole Bachmann

Christa Brunswicker

Danny Heilbronn

Adrian Jaggi

Agnes Nienhaus

Martin Rumpf

Bettina Seebeck

Lektorat

Marion Elmer, www.kontrast.ch

Gestaltung und Layout

Verena Berger, Köniz

Atelier Kurt Bläuer, Bern