



Alterspolitik im Kanton Bern 2016

Bericht des Regierungsrates an den Grossen Rat

Impressum

Herausgeberin

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

Autorinnen

Katharina Frischknecht und Andrea Hornung

Unter Mitarbeit von

Theres Bellwald, Georg von Below, Roland Gasser, Laleh Gharatchedaghi, Andrea Hausammann, Danny Heilbronn, Karen Hofmann, Rahel Huber Vonlanthen, Lucas Kemper, Manuela Kopke, Christa Rudolf von Rohr, Anja Tschannen, Peter Widmer, Sandra Wiederkehr und Thomas Zürcher

Lektorat

Marion Elmer, www.kontrast.ch

Fotos

Titelseite: © Perry Wunderlich, 2012

Seite 24: links © rundum mobil GmbH; rechts © Beat Mumenthaler

andere Fotos: © Gesundheitsförderung Schweiz

Gestaltung und Layout

Verena Berger, Köniz/Atelier Bläuer, Bern

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Einleitung und Zusammenfassung	8
TEIL A	10
Ausgangslage und Zielsetzung des Berichts	10
Was bedeutet demografische Alterung? Fakten und Folgen	12
Modell der sich sorgenden Gesellschaft oder «Caring Community»	13
Integrierte Versorgung	14
Spezifische Herausforderungen für den Versorgungsbereich	14
Weitere im Zusammenhang mit der Alterspolitik stehende Themen	15
Care-Migration	15
Work and Care – Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege vereinbaren	16
Ältere Arbeitnehmende – der demografische Wandel und sein Einfluss auf die Arbeitswelt	16
Nationale Strategien	17
Nationale Demenzstrategie 2014–2017	17
Nationale Palliative-Care-Strategie 2010–2012 und 2013–2015	17
Nationale Strategie zur Langzeitpflege	18
Altersvorsorge 2020	18
TEIL B	19
Handlungsfeld 1: Unterstützung der Selbständigkeit und der Gesundheit im Alter	19
Gesundheitsförderung im Alter	19
Zwäg ins Alter (ZIA) – Gesundheitsförderung im Alter auf kantonaler Ebene	19
VIA – Gesundheitsförderung im Alter auf eidgenössischer Ebene	21
Caritas – Migration und Alter	21
SRK-Kurse für Migrantinnen und Migranten im Seniorenalter	23
Rundum mobil – Kurse zur Mobilitätserhaltung im öffentlichen Verkehr	23
Mouvement des Aînés, section bernoise	24
Beratung und Information	25
Weiterbildungsangebot	25
Studiengang Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung	25
Handlungsfeld 2: Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause und Entlastung betreuender Angehöriger	27
Unterstützung betreuender und pflegender Angehöriger	27
Tagesbetreuung	28
Information	28
Work and Care – Vereinbarkeit von Beruf und Pflege Angehöriger	30

Stärkung der ambulanten Versorgung	31
Spitex	31
Studie Ambulante Alterspflege und Altershilfe	32
Studie zur Zukunft der Pflegebereitschaft von Angehörigen und Freiwilligen	33
Weiterbildungsangebot	34
Handlungsfeld 3: Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsplätze	36
Altersgerechte Wohninfrastruktur am Wohnort – eine wichtige kommunale alterspolitische Aufgabe	36
Zukunftsorientiertes RICHtraumprogramm für stationäre Pflege- und Betreuungsplätze	37
Handlungsfeld 4: Versorgungsangebote bei Krankheit im Alter	39
Förderung der (haus)ärztlichen Grund- und Notfallversorgung	39
Bericht Hausarztmedizin im Kanton Bern als Ausgangslage	39
Innovative Projekte der ambulanten vernetzten Versorgung durch private Akteure	40
Unterstützung innovativer Projekte der medizinischen Grundversorgung	41
Versorgungsplanung gemäss Spitalversorgungsgesetz (SpVG)	42
Post-Akut-Pflege	43
Akut- und Übergangspflege	43
Geriatrische Versorgung	43
Psychiatrische Dienstleistungen im Altersbereich	44
Integration von chronisch psychiatrisch Kranken in Alters- und Pflegeheimen	45
Palliativpflege und -betreuung	46
Handlungsbedarf	47
Umsetzung	47
Ausblick	49
Spezifische Institutionen für Menschen mit Demenz	50
Tagesbetreuungsangebote	50
Zentrum Schönberg	50
Handlungsfeld 5: Anstoss zur breiten Auseinandersetzung mit dem Thema Altern und der Altersversorgung	52
Einbezug der Interessen älterer Menschen in den öffentlichen Diskurs	52
ProSenior Bern – Berner Forum für Altersfragen	53
Generationen im Gespräch – Projekt «Jung mit Alt»	53
Leitfaden zur Partizipation der älteren Bevölkerung	54
Kommunale Altersplanungen	54
Rollende Planung	54
Inhaltliche Kriterien und Ziele	55
Bestandesanalyse zur Umsetzung der Altersleitbilder in den bernischen Gemeinden	56
Hilfsmittel für die kommunale Altersplanung	57
Regionale Alters- und Bedarfsplanungen	57
Inhaltliche Kriterien und Ziele	58
Altersforen in den Regionen	59

Handlungsfeld 6: Bedarfsgerechtes Angebot von stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen	60
Pflegeheimplanung und Pflegeheimliste im Altersbereich	60
Grundlagen der Planung	60
Praxis der Pflegeheimplanung	60
Ziel der Pflegeheimplanung und Vergabe von zusätzlichen Plätzen	61
Berechnungsmechanismus und aktuelle Verteilung der Pflegeheimplätze auf die einzelnen Regionalkonferenz- bzw. Planungssperimeter	62
Pflegeheimliste	67
Ausblick	68
Kurzzeitangebote	69
Pflegebedürftige alte behinderte Menschen	69
Entwicklung	69
Pflegeheimplanung und Pflegeheimliste	70
Handlungsfeld 7: Rekrutierung von Pflege- und Betreuungspersonal	71
Bildung und Ausbildung von Pflegepersonal	71
Trempelin-Kurse des SRK Bern	73
Handlungsfeld 8: Qualitätssicherung	74
Qualität im Spitex-Bereich	74
Qualität im Heim – Aufsicht über die Alters- und Pflegeheime	74
Betriebsbewilligung	74
Aufsicht	75
Anforderungen an die Umwelt	79
Ausstattung der Wohnung und Infrastruktur als Kriterium guter Lebensqualität im Heim	79
Unterstützungsangebote für Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit als Merkmal von Lebensqualität im Heim	79
Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke (insbesondere Familie und Freunde) als weiteres Kriterium guter Lebensqualität im Heim	80
Handlungsfeld 9: Finanzierungsmechanismen	81
Neuordnung der Pflegefinanzierung	81
Pflegefinanzierung im Heim	81
Pflegefinanzierung in der Spitex	82
Akut- und Übergangspflege (AÜP)	83
Ausblick	84
Anhang	85
Tabellarische Übersicht über die alterspolitischen (Pilot-)Projekte	85
Übersicht über die im Text erwähnten Vorstösse	87
Bibliografie	90

Abkürzungsverzeichnis

ALBA	Alters- und Behindertenamt
ALZ	Schweizerische Alzheimervereinigung
BFH	Berner Fachhochschule
GEF	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
HEV	Heimverordnung
KAZA	Kantonsarztamt
KVG	Krankenversicherungsgesetz
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen
SHG	Sozialhilfegesetz (kantonal)
SOA	Sozialamt
SPA	Spitalamt
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
VIA	Gesundheitsförderung im Alter (nationales Projekt)
ZIA	Zwäg ins Alter – Gesundheitsförderung im Alter (kantonaies Programm)



Älter werden und irgendwann einmal alt sein – das sind Grundbedingungen der menschlichen Existenz. Die Tatsache, dass uns die Errungenschaften von Hygiene und Medizin heute im Durchschnitt noch wesentlich älter werden lassen als vor einem Jahrhundert, stellt uns alle vor neue Situationen, Aufgaben und Herausforderungen.

So wie wir als Kleinkind einst auf die Sorge und die Unterstützung unserer Eltern angewiesen waren, kann es ein sehr langes Leben mit sich bringen, dass gewisse Menschen im hohen oder sehr hohen Alter erneut unterstützt und gepflegt werden müssen. Die Sorge für Menschen ist eine gesellschaftliche Aufgabe und muss dort gelebt werden, wo die Menschen zu Hause sind: in Dörfern, Quartieren, Städten und Regionen. Sorge für die anderen gehört in die Gemeinschaft. Deshalb gehört auch die Alterspolitik in die Gemeinden und die Regionen. Gerade vor dem Hintergrund der demografischen Alterung unserer Bevölkerung muss das Thema der Gemeinschaftlichkeit und Sorge seinen Stellenwert bekommen. Hier sind wir alle gefordert. Das Umfeld muss derart gestaltet sein, dass es Menschen auch in einem Zustand der Fragilität und der Verletzlichkeit erlaubt, ein gutes Leben zu führen. Dazu gehören soziale Kontakte, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und (Infra-)Strukturen, die trotz Einschränkungen Mobilität erlauben. Die Gerontologie fasst dies unter dem Begriff der «Caring Community» (eine sich sorgende Gemeinschaft) zusammen. Der Begriff bedeutet, Verantwortung füreinander zu übernehmen und Vertrauen ineinander zu entwickeln. Denn letztlich funktioniert keine Gesellschaft, wenn nicht ein gewisses Mass an sozialer Verlässlichkeit und Gemeinschaftlichkeit entsteht. Die Sorgeaufgaben in einer «Caring Community» sollen fair verteilt sein. So sieht denn auch das Modell der «Caring Community» die Verantwortung sowohl beim Individuum selbst und bei der Gemeinschaft, in der es lebt, als auch bei der Gesellschaft und beim Staat. Denn wir sind gemeinsam dafür verantwortlich, geeignete Bedingungen und Voraussetzungen zu schaffen für ein gutes Leben im Alter. Es ist in unser aller Interesse.

Alterspolitik, sehr geehrte Leserinnen und Leser, bedeutet, die Herausforderungen der demografischen Entwicklung zu antizipieren und sich entsprechend darauf vorzubereiten. Diese Aufgabe liegt nicht allein beim Kanton, sie liegt in der Verantwortung von uns allen, denn jede und jeder von uns wird eines Tages von dem, was man Alter nennt, ganz direkt und persönlich betroffen sein. Der vorliegende Bericht setzt sich mit der Frage auseinander, was die demografische Entwicklung mit sich bringt und bringen könnte, und zeigt auf, wo mögliche Handlungsansätze liegen. Meine Mitarbeitenden und ich wissen, dass die Gesundheits- und Fürsorgedirektion für das Thema der älter werdenden Bevölkerung nicht alleine zuständig ist – aber ganz wesentliche und grundlegende Themenbereiche sind in dieser Direktion angesiedelt. Trotzdem oder gerade deshalb versuchen wir im vorliegenden Bericht im ersten, allgemeineren Teil, das Thema der demografischen Alterung unserer Bevölkerung über die Grenzen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion hinaus auszuloten. Altern betrifft verschiedene Lebensbereiche und hat nebst dem Sozial- und Gesundheitsbereich Konsequenzen auf anderen Gebieten wie Bau, Infrastruktur, Raum- und Siedlungsplanung, Verkehrsplanung oder Arbeitswelt. Dadurch ergibt sich für den Kanton mittelfristig auch in anderen Direktionen Handlungsbedarf. Gemeinsam wollen wir daran arbeiten, den Kanton Bern für Menschen jeden Alters zu einem lebenswerten Kanton zu machen. Meine Direktion hat sich dieser Aufgabe seit Langem verschrieben.

Philippe Perrenoud, Gesundheits- und Fürsorgedirektor des Kantons Bern

In Zeiten, in denen Nachrichtensendungen nach der Veröffentlichung der neuesten Bevölkerungsprojektionen durch das Bundesamt für Statistik (BFS) pauschalisierend vom «Altersheim Schweiz» sprechen,¹ ist ein differenzierter Blick aufs Alter(n) umso wichtiger. Es ist unbestritten, dass die Alterung der Gesellschaft neue Fragen aufwirft, die uns alle herausfordern. Wer vom «Altersheim Schweiz» spricht, verkürzt eine komplexe Sachlage allzu sehr und zementiert einmal mehr ein negatives und vor allem verzerrtes Bild vom Alter(n). Im Kanton Bern lebten im Jahr 2013 gemäss SOMED-Statistik² rund 18,1 Prozent der Bevölkerungsgruppe 80+ in einem Alters- und Pflegeheim. Anders ausgedrückt: Mehr als 80 Prozent aller 80-Jährigen und Älteren im Kanton Bern lebte 2013 zu Hause (vgl. Handlungsfeld 5, S. 52). Man kann also ganz und gar nicht vom «Altersheim Schweiz» sprechen, selbst in Zukunft nicht!

Der nachfolgende Bericht ortet mehrere grosse Bereiche, in denen sich der demografische Wandel bemerkbar machen wird:

- **Wohnen und Dienstleistungen:** Zu Hause wohnen und bei sich sein ist etwas ganz Zentrales für jeden Menschen. Mit dem Älterwerden bekommt Wohnen eine zunehmend wichtige Bedeutung, denn in der nachberuflichen Phase verbringen die meisten mehr Zeit als je zuvor in den eigenen vier Wänden. Kein Wunder also, dass Menschen bis zuletzt oder zumindest so lange irgendwie möglich in dieser ihnen vertrauten Umgebung bleiben möchten. Da mit steigendem Alter die Gesundheit fragiler wird, sind hindernisfreie Wohnangebote wichtig. In solchen Wohnungen ist trotz eingeschränkter Mobilität Bewegungsfreiheit möglich. Eine nicht hindernisfrei gestaltete Wohnung oder ein nicht barrierefrei erschlossenes Mehrfamilienhaus kann beispielsweise dazu führen, dass alte Menschen ihr Zuhause verlassen und umziehen müssen, obwohl sie mit dem Rollator gut mobil wären. Kommunale Baureglements sowie kommunales alterspolitisches Bewusstsein sind hier wichtige Schlüsselemente (vgl. Handlungsfeld 3, S. 36). Mit der Alterung der Bevölkerung nimmt voraussichtlich auch der Unterstützungsbedarf zu. Entsprechende unterstützende Dienstleistungen werden gefragt sein und sich entwickeln müssen, um das bisherige Wohnen in der eigenen Umgebung weiterhin zu ermöglichen.
- **Arbeitswelt:** Sowohl Arbeitgebende als auch Arbeitnehmende sind angesichts der demografischen Alterung mit neuen Situationen konfrontiert. Der Arbeitsmarkt sieht sich einer alternden Belegschaft gegenüber. Gleichzeitig tritt nicht genügend Nachwuchs in den Arbeitsmarkt ein. Arbeitgebende sind vor die Frage gestellt, wie sie ältere Arbeitnehmende im Arbeitsprozess halten und welche Unterstützung und Arbeitsmodelle sie ihnen bieten können (vgl. Teil A, S. 16). Arbeitnehmende ihrerseits sind vermehrt einer Doppelbelastung ausgesetzt. Sie müssen berufliche Arbeit und Care-Arbeit, also die Betreuung und/oder Pflege eines betreuungs- oder pflegebedürftigen Angehörigen, unter einen Hut bringen. Wenn sie beruflich zugunsten der Betreuung und Pflege alter Eltern zurückstecken, müssen sie aufpassen, dass sie ihre Renten für das eigene Alter nicht gefährden (vgl. Teil A, S. 16). In dieser Frage sind künftig sowohl die arbeitgebende als auch die arbeitnehmende Seite gefordert.
- **Pflege und Medizin:** Mit der demografischen Alterung erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass mehr alte Menschen Pflege benötigen. Gleichzeitig zeichnet sich ein künftiger Mangel an Pflegepersonal ab, weil in der Arbeitswelt weniger Nachwuchs

¹ z. B. 10vor10 vom 29.9.2015.

² Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED, Bundesamt für Statistik).

vorhanden ist, als benötigt wird. So wird der Gesundheitsförderung im Alter weiterhin eine wichtige Rolle zukommen. Sie unterstützt die Menschen in ihrem Wunsch, zu Hause zu bleiben. Ein weiterer Ansatz muss sein, der geriatrischen Rehabilitation mehr Gewicht zu verleihen (vgl. Handlungsfeld 4, S. 43). Diese trägt ebenfalls dazu bei, dass ältere Menschen nach einem Spitalaufenthalt wieder nach Hause kehren können, anstatt in ein Pflegeheim einzutreten. Stationäre Langzeitangebote sind personalintensiv. Der künftige Mangel an genügend und ausreichend gut ausgebildetem Pflegefachpersonal kann gemildert werden, indem Gesundheitsförderung und geriatrische Rehabilitation konsequent gefördert werden. Gleichzeitig soll mit der Massnahme der Ausbildungsverpflichtung dazu beigetragen werden, dass genügend inländisches Pflegefachpersonal vorhanden ist (vgl. Handlungsfeld 7, S. 71).

Ein weiterer, verwandter Aspekt ist das Thema der Care-Migration (vgl. Teil A, S. 15).

- Kommunale und regionale Umsetzung: Ein gutes, barrierefreies Wohnumfeld in allen Gemeinden wird für ältere Menschen immer wichtiger. Dazu gehören auch eine barrierefreie Quartiersgestaltung und die entsprechenden raumplanerischen Massnahmen in der Städte- oder Ortsplanung. Nicht zuletzt ist die Gesellschaft als Ganzes gefordert, sich gegenseitig im Sinne einer «Caring Community» zu unterstützen (vgl. Teil A, S. 13).

Im Weiteren zeigt der vorliegende Bericht wie auch schon die vorangegangenen Berichte die Entwicklungen der letzten Jahre in den einzelnen Handlungsfeldern auf und beleuchtet den heutigen Stand in der Umsetzung der Alterspolitik im Kanton. Dabei ist zu erwähnen, dass sich viele Projekte, die als «Pilotprojekte Alterspolitik» starteten, mittlerweile gut etabliert haben und zu Regelangeboten geworden sind. Hier sind vor allem die Angebote von Gesundheitsförderung im Alter (vgl. Handlungsfeld 1, S. 19), Migration und Alter (vgl. Handlungsfeld 1, S. 21 und 23) sowie Mobilitätskurse für Seniorinnen und Senioren (vgl. Handlungsfeld 1, S. 23) zu erwähnen.

Ausgangslage und Zielsetzung des Berichts

Die zunehmende Alterung der Gesamtbevölkerung in allen westlichen Industriestaaten betrifft auch die Schweiz und somit den Kanton Bern. Sie bildet den Ausgangspunkt für diesen Bericht. Diese Entwicklung ist bedingt durch die nach wie vor steigende Lebenserwartung einerseits und durch den seit den 1970er-Jahren eingetretenen Geburtenrückgang andererseits. Das Verhältnis zwischen jungen und alten Generationen verschiebt sich, sodass auf eine junge Person vergleichsweise mehr ältere Personen kommen als früher. Die Bevölkerung als Ganzes altert demzufolge. Dieser Vorgang ist nicht nur im Kanton Bern zu beobachten, sondern in allen Kantonen, allerdings unterschiedlich stark. Der Kanton Bern gehört zu jenen Kantonen, die im Verhältnis bereits heute und auch in Zukunft einen hohen Anteil an Menschen im Pensionsalter aufweisen.

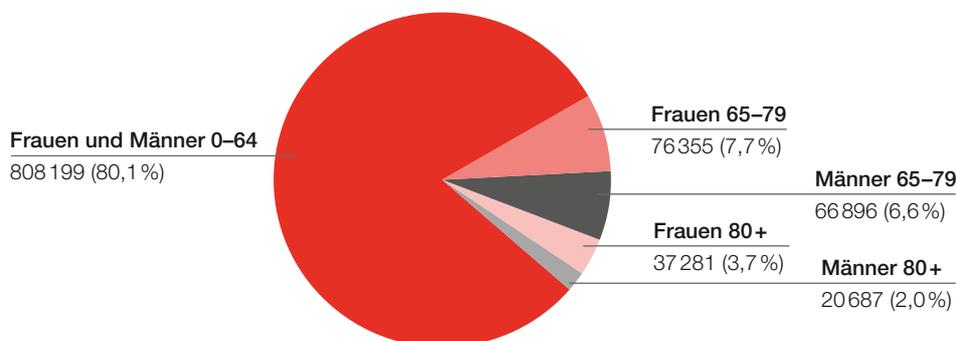
«Ende 2013 zählte die Schweiz 4,1 Millionen Frauen und 4,0 Millionen Männer. In den jüngsten Altersgruppen zwischen 0 und 24 Jahren sind die Männer in der Überzahl. Danach verringert sich diese Differenz beinahe auf ein Geschlechtergleichgewicht in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen. Ab 60 Jahren sind die Frauen, deren Lebenserwartung höher ist, stärker vertreten. Aktuell sind in der Schweiz jede fünfte Frau und jeder sechste Mann mehr als 64 Jahre alt. Mehr als ein Viertel dieser Seniorinnen und Senioren sind 80 Jahre alt oder älter. Altersmasszahlen zeigen, dass die Alterung in den Kantonen Tessin, Basel-Landschaft, Schaffhausen, Jura, Basel-Stadt und Bern am deutlichsten ist. In diesen Kantonen kommen über 32 Personen ab 65 Jahren auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter, während der nationale Durchschnitt bei lediglich 28 Personen liegt.»³

Am 31. Dezember 2014 betrug die ständige Wohnbevölkerung im Kanton Bern gemäss Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP; Stand 27.8.2015) des BFS 1 009 418 Menschen. Davon waren 201 219 Personen im Alter von 65+. Das entspricht 19,9 Prozent der gesamten Wohnbevölkerung im Kanton. 57 968 Personen waren 80 Jahre und älter. Das entspricht einem Anteil von 5,7 Prozent der gesamten Wohnbevölkerung.

Bevölkerung nach Alter und Geschlecht 31. 12. 2014 absolute Werte und prozentualer Anteil

Abbildung 1

Bevölkerung nach Alter und Geschlecht im Kanton Bern am 31. 12. 2014



³ Medienmitteilung BFS vom 24.4.2014 zum Bevölkerungsbestand per 31.12.2013.

Die Bevölkerungsgruppe der 65-Jährigen und Älteren ist sowohl gesamtschweizerisch gesehen als auch bezogen auf den Kanton Bern in der Mehrheit weiblich. Von den insgesamt 201 219 Menschen im Alter von 65+ waren 87 583 Männer und 113 636 Frauen.

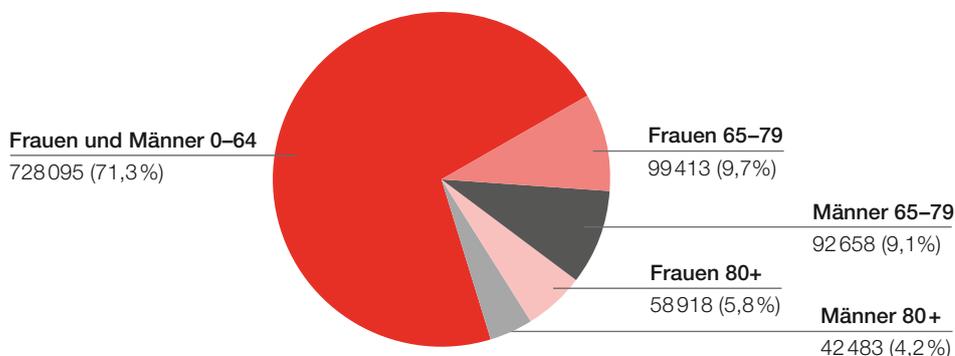
Je höher das Alter, desto mehr Frauen gibt es anteilmässig. In der Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren (80+), die insgesamt 57 968 Personen umfasste, befanden sich noch 20 687 Männer und 37 281 Frauen.

Dieser Trend geht mit Blick auf das Jahr 2035 weiter. Insgesamt wird sich der Anteil Menschen im Alter von 65+ an der Gesamtbevölkerung im Kanton Bern bis ins Jahr 2035 deutlich erhöhen. Das gilt sowohl für das «Szenario mittel» als auch für das «Szenario hoch». Lag der Anteil der Bevölkerung im Alter von 65+ am 31. Dezember 2014 noch bei 19,9 Prozent, so rechnet die kantonale Statistikkonferenz damit, dass sich der Anteil der Altersgruppe 65+ bis 2035 gemäss «Szenario mittel» auf gut 28,7 Prozent erhöhen wird bei einer erwarteten Gesamtbevölkerungszahl von rund 1 021 500 Einwohnenden (CH-Durchschnitt: 24,5 Prozent gemäss den neuesten Szenarien A-00-2015 [mittel] des Bundesamtes für Statistik⁴).

Bevölkerung nach Alter und Geschlecht 2035 «Szenario mittel», absolute Werte und prozentualer Anteil

Abbildung 2

Bevölkerung nach Alter und Geschlecht 2035, Szenario mittel

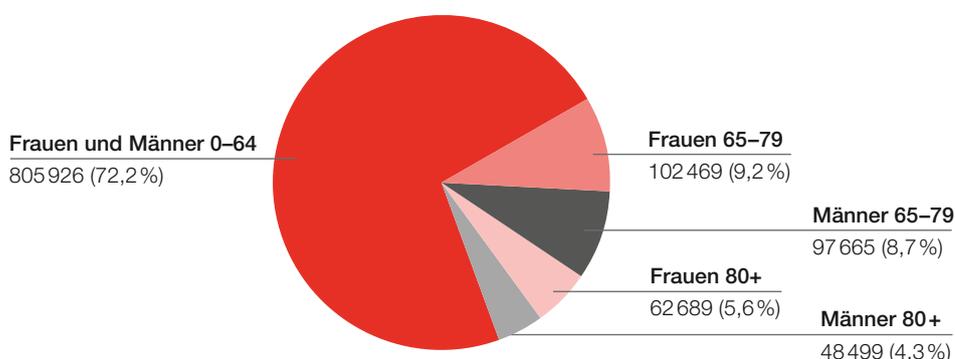


Gemäss «Szenario hoch» rechnet die kantonale Statistikkonferenz damit, dass sich der Anteil der Altersgruppe 65+ bis 2035 auf 27,8 Prozent erhöhen wird bei einer erwarteten Gesamtbevölkerungszahl von gut 1 117 000 Einwohnenden (CH-Durchschnitt: 23,6 Prozent).

Bevölkerung nach Alter und Geschlecht 2035 «Szenario hoch», absolute Werte und prozentualer Anteil

Abbildung 3

Bevölkerung nach Alter und Geschlecht 2035, Szenario hoch



Mit anderen Worten: In beiden Szenarien wird deutlich mehr als ein Viertel aller Menschen im Kanton Bern dereinst 65 Jahre und älter sein. Im «Szenario hoch» liegt der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre leicht tiefer als im «Szenario mittel».

⁴ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/03/blank/key/intro.html> (Stand 1.9.2015)

Der Anteil der Altersgruppe 80+ an der Gesamtbevölkerung wird sich im Kanton Bern bis ins Jahr 2035 – in beiden Szenarien – von heute 5,7 Prozent auf jeweils etwa 10 Prozent erhöhen. Diese Werte liegen deutlich höher als die schweizerischen Durchschnittswerte (CH-Durchschnitt: 7,9 Prozent resp. 7,7 Prozent, je nach Szenario).⁵ Der Kanton Bern gehört demnach bevölkerungsmässig zu den Kantonen mit einem überdurchschnittlichen Anteil an Menschen im Alter von 65+ und 80+.

Die beschriebene demografische Entwicklung ist bereits im Gang und weder aufhaltbar noch steuerbar. Umso mehr ist es die Aufgabe des Kantons, sich auf die Bewältigung dieser Veränderungen vorzubereiten. Im Vergleich zu den Menschen, die 1950 hochaltrig (80+) waren, ist die heutige Generation Hochbetagter in allen Alltagsaktivitäten deutlich gesünder und unabhängiger, also auch im hohen Alter seltener auf Hilfe angewiesen.

Die Zielsetzung des vorliegenden Berichts ist, mögliche Folgen dieses Wandels darzustellen, den Handlungsbedarf aufzuzeigen und geeignete Massnahmen zu benennen und – sofern in der Zuständigkeit des Regierungsrates und der einzelnen Direktionen – diese umzusetzen. Älter werden betrifft unterschiedliche Lebensbereiche. Das Thema der demografischen Alterung ist also nicht nur für den Gesundheits- und Sozialbereich bedeutsam, sondern kommt in weiteren Bereichen zunehmend zum Tragen und verlangt wachsende Aufmerksamkeit, etwa in der Raumplanung (Städte- und Siedlungsplanung), in Wirtschaft und Arbeit (Alterspersonalpolitik, Work and Care).

Zudem soll der Bericht aufzeigen, wie sich die Alterspolitik im Kanton Bern entwickelt hat und welche Massnahmen ergriffen wurden. Im Teil B wird über die im Rahmen der Alterspolitik durch die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) mitfinanzierten (Pilot-) Projekte und deren Entwicklung berichtet. Dieser Teil lehnt sich in der Struktur wie die früheren Berichte an die neun definierten Handlungsfelder an.

Was bedeutet demografische Alterung? Fakten und Folgen

Im Zuge des demografischen Wandels erreichen immer mehr Menschen ein hohes bis sehr hohes Alter. Für einen beachtlichen Teil der Betroffenen resultiert daraus eine zusätzliche Lebenszeit, die sie in der Regel bei guter bis sehr guter Gesundheit und selbstverantwortlich gestalten können. Am Ende des Lebens besteht für einige jedoch ein erhöhtes Risiko, dass sich Krankheiten kumulieren und den bisherigen Alltag einschränken. Im Besonderen steigt mit zunehmendem Alter auch das Risiko markant, an Demenz zu erkranken. Der Kanton Bern ist sich der Herausforderungen dieser Entwicklung bewusst: Er geht das Thema Demenz bereits seit Jahren aktiv an. Dabei wurden und werden mehrere Massnahmen und Projekte finanziell unterstützt.⁶

Die Zahlen des Bundesamtes für Statistik zeigen einen deutlichen gesamtschweizerischen Trend zu mehr Einpersonenhaushalten. Im Kanton Bern gab es Ende 2010 gut 157 000 Einpersonenhaushalte, Ende 2013 lag dieser Wert bei rund 161 300. Die demografische Alterung der Bevölkerung trägt dazu bei, dass alte Menschen vermehrt in Einpersonenhaushalten leben: zum einen, weil es grundsätzlich mehr Menschen gibt, die in Single-Haushalten leben und alt werden; zum anderen aufgrund häufiger vorkommender Trennungen und Scheidungen, nachdem die Familienphase abgeschlossen ist, oder aufgrund des Verlustes der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners durch Tod im Alter. Ein weiterer Grund ist die erhöhte Mobilität der jüngeren Generation: Kinder arbeiten und wohnen weiter weg von ihren Eltern. Auch wenn alleine leben nicht gleichbedeutend ist mit Vereinsamung, so steigt dieses Risiko im Alter dennoch mit der Zahl steigender Einpersonenhaushalte.

Die Risiken – der Vereinsamung, der eingeschränkten Mobilität (körperlich und/oder geistig) und damit einhergehend der Reduktion sozialer Teilhabe – bedeuten eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Aus diesem Grund kommt der Gemeinschaft,

⁵ Vgl. neueste Szenarien A-00-2015 (mittel) und B-00-2015 (hoch) des Bundesamtes für Statistik.

⁶ Schweizerische Alzheimer Vereinigung Bern; Tagesstätten; Zentrum Schönberg für Demenz und Palliative Care in Bern.

also dem Umfeld, in dem alte Menschen leben, eine wichtige Bedeutung zu. Sie ist gefordert, sich im Sinne einer sogenannten «Caring Community» um ihre Mitglieder zu sorgen, sie am gemeinschaftlichen Leben teilhaben zu lassen und sie dadurch zu integrieren.

Des Weiteren zeigt die gesellschaftliche Entwicklung, dass eine zunehmende Anzahl von Frauen erwerbstätig ist. Da die Betreuungstätigkeit nach wie vor überwiegend in den Händen von Frauen liegt, sind diese oft einer mehrfachen Belastung ausgesetzt: Die Betreuung der eigenen Kinder bei gleichzeitiger Betreuungsbedürftigkeit der eigenen Eltern ist immer häufiger gekoppelt mit Berufstätigkeit.

Modell der sich sorgenden Gesellschaft oder «Caring Community»

«Caring Community» ist ein international verwendeter Begriff aus der Gerontologie, der aussagt, dass Care, die Sorge um andere Menschen, in die Community, in die Gemeinschaft, gehört. Care ist demnach die Aufgabe einer ganzen Gemeinschaft. Die Alterung der Bevölkerung und der steigende Anteil alter Menschen in der Gesellschaft erfordert aus gerontologischer Sicht eine neue Kultur des Sich-Sorgens. Treffend beschreibt dies Thomas Klie, Leiter des Zentrums für Zivilgesellschaftliche Entwicklung an der Evangelischen Hochschule in Freiburg im Breisgau. In einem Interview, das als Podcast erhältlich ist, erläutert er das Modell.⁷

Danach gehören Sorge, Unterstützung und Pflege in die Mitte der Gesellschaft und deshalb auch politisch dorthin, wo Menschen leben, nämlich in die Dorfgemeinschaft, in Quartiere, Städte und Regionen. Sorge und Pflege sollen und können nicht einfach an eine Versicherung delegiert werden. Genauso wenig können Sorge und Pflege ausschliesslich den Familien überlassen werden, die oft am Rand zur Überforderung stehen. Klie betont, dass das Thema der Gemeinschaftlichkeit und der Sorge füreinander einen neuen Stellenwert in unserer Gesellschaft bekommen muss. Gemeinden sollen hierbei eine Art Regiefunktion übernehmen, indem sie Rahmenbedingungen schaffen, die es Menschen auch in einer Situation der Verletzlichkeit ermöglichen, ein gutes, weitgehend selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. So basiert individuelle Entfaltung auf einer Gesellschaft, die zusammenhält, füreinander sorgt und vorausschauend Verantwortung übernimmt. Wir alle müssen uns darum bemühen, gute soziale Kontakte zu haben, und wir müssen uns darauf einstellen, Abhängigkeit zu akzeptieren, ohne dass wir damit unsere Souveränität einbüßen. Dabei ist es wichtig, so Klie, soziale Netzwerke, alte und neue Verwandtschafts- und Wahlverwandtschaftsbeziehungen sowie Freundschaften zu pflegen. Nur so kann ein tragendes soziales Netz entstehen. Dort, wo das nicht von selbst funktioniert, sind der Kanton und die Gemeinden gefragt. Ziel der Alterspolitik muss sein, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit solche Gemeinschaften entstehen können (z. B. durch geschickte Stadtplanung, Quar-



⁷ Interview geführt in der Heinrich-Böll-Stiftung am 11. März 2014, <https://www.boell.de/de/2014/03/18/das-konzept-der-caring-communities> (Stand 1.12.2015).

tiergestaltung, assistierende Technik). Durch geeignete alterspolitische Massnahmen subsidiär Voraussetzungen für gutes Leben zu schaffen, ist eine wichtige kantonale und auch kommunale Aufgabe. Denn die Sorge um alte Menschen muss auch ein öffentliches Thema sein. Sie kann nicht Familienmitgliedern und Privatpersonen alleine überlassen werden.

Integrierte Versorgung

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. Dies soll vor allem chronisch Kranken und alten Menschen zugute kommen. Die GEF ist beauftragt, die erforderlichen Massnahmen in den Bereichen Forschung und Entwicklung, Planung und Steuerung vertieft zu analysieren und zu erarbeiten. In den letzten zwei Jahren wurden in Modellversuchen neue Elemente erprobt und evaluiert; 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 jeweiligen Altersplanungen und Regionalkonferenzen.

Grundlegende Voraussetzung für alle Formen von Vernetzung und Integration sind zunächst einmal zugängliche Informationen darüber, welche Leistungen und Angebote den unterschiedlichen Bedürfnissen angemessen sind 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.infosenior.ch mit Adressen von Dienstleistungserbringern im ganzen Kantonsgebiet und Angaben 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-kantonbern.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.

Spezifische Herausforderungen für den Versorgungsbereich

Eine besondere Herausforderung innerhalb des medizinischen Versorgungsbereichs stellen die steigenden Zahlen von Menschen mit Demenz dar sowie auch psychogeriatrische Erkrankungen und chronische Suchterkrankungen. Wenn es sich bei den Betroffenen um Menschen mit Migrationshintergrund handelt, werden der Umgang, die Betreuung und die Pflege nochmals anspruchsvoller. Denn zum bereits anspruchsvollen betreuerisch-pflegerischen Umgang mit den Betroffenen kommen kulturell-sprachliche Herausforderungen. Um Menschen mit Demenz, schwerwiegenden psychogeriatrischen Erkrankungen – die bisweilen einer Eins-zu-eins-Betreuung bedürfen – oder chronischen Suchterkrankungen zu betreuen oder zu pflegen, benötigt es spezifisch qualifiziertes Personal, Know-how sowie finanzielle Ressourcen. Das stellt entsprechende Anforderungen an das Pflegefachpersonal wie auch an die soziale Umwelt. Diesen Anforderungen gerecht zu werden, bedeutet für den Versorgungsbereich eine grosse Herausforderung.

Auch die Finanzierung der Pflege im Alter wird eine ständige Herausforderung darstellen. Dabei ist das System der Ergänzungsleistungen (EL) ein zentraler Faktor. Mit diesem System wird verhindert, dass pflegebedürftige alte Menschen zu Sozialhilfefällen werden. Auf nationaler Ebene laufen derzeit Abklärungen zur Revision des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen (ELG).

Weitere im Zusammenhang mit der Alterspolitik stehende Themen

Die Schweiz ist ein Zuwanderungsland. Ohne Zuwanderung nähme unsere Bevölkerung schon seit Längerem ab, denn die Geburtenzahl reicht nicht aus, um den Generationenerhalt⁸ zu sichern. Gleichzeitig hat die Zuwanderung gut ausgebildeter ausländischer Fachkräfte die Wettbewerbsfähigkeit der Schweiz erhalten. Die Annahme der Volksinitiative gegen die Masseneinwanderung wird die Problematik des Fachkräftemangels verschärfen. Dies macht sich besonders in den medizinischen und den pflegerischen Berufen bemerkbar, da ein hoher Anteil der Arbeitsnehmenden in diesen Bereichen Migrantinnen und Migranten sind (zur Bildung und Weiterbildung in den nicht-universitären Gesundheitsberufen vgl. Handlungsfeld 7, S. 71).

Eine höhere Beteiligung von Frauen und älteren Arbeitnehmenden kann den Arbeitskräftemangel teilweise entschärfen, allerdings müssen dafür entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dies sind einerseits Massnahmen zur Vereinbarkeit von Care-Tätigkeit und Erwerbsarbeit, andererseits flexiblere Rentenalter sowie angepasste Arbeitsplätze und Arbeitsinhalte für ältere Mitarbeitende.

Care-Migration

Seit die erweiterte Personenfreizügigkeit im Mai 2011 in Kraft getreten ist, hat in der Schweiz eine besondere Form von Arbeitsmigration Einzug gehalten, die bereits seit Jahren in Österreich und Deutschland stattfindet: die Care-Migration. Hierbei werden überwiegend osteuropäische Erwerbstätige für jeweils 90 Tage in Privathaushalten als Haushalthilfen angestellt, um pflegebedürftige alte Menschen zu betreuen – oft 24 Stunden am Tag. Die häusliche Betreuung rund um die Uhr erbringen meist sogenannte Pendelmigrantinnen, die für drei Monate in die Schweiz kommen, bei der Person, die sie betreuen, im Haushalt wohnen und danach wieder in ihr Land zurückkehren. Um eine lückenlose Betreuung der Kundin oder des Kunden zu gewährleisten, wechseln sich zwei Pendelmigrantinnen alle drei Monate ab. Offizielle Zahlen, um wie viele Personen es sich hierbei handelt, liegen nicht vor. Jedoch sind mehr als 40 Vermittlungsunternehmen in diesem nach wie vor wachsenden Sektor in der Schweiz tätig.⁹

Diese Form der privaten Betreuung untersteht keiner staatlichen Kontrolle, da es sich um private Anstellungen handelt. Dabei besteht die Gefahr prekärer Arbeitsverhältnisse, denn die Betreuerinnen und Betreuer werden teilweise schlecht bezahlt, und die Arbeitszeiten sind ungenügend geregelt.



⁸ Man spricht von Generationenerhalt, wenn die Anzahl der Mädchen in der Generation der Kinder gleich gross ist wie die Anzahl der Frauen in der Generation der Eltern. Wegen des Geschlechterverhältnisses bei der Geburt und der geringen Kindersterblichkeit wird der Generationenerhalt in den Industrieländern heute gewährleistet, wenn durchschnittlich 2,1 Kinder je Frau geboren werden. Das ist in der Schweiz mit durchschnittlich 1,5 Kindern je Frau nicht der Fall.

⁹ Schilliger, Sarah. 2014. «Transnationale Care-Arbeit: Osteuropäische Pendelmigrantinnen in Privathaushalten von Pflegebedürftigen», in: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.). Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft, Zürich.

Mit der steigenden Anzahl älter werdenden Menschen, die auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind und in ihren vertrauten vier Wänden bleiben möchten, steigt der Bedarf nach Pflege und Betreuung zu Hause und somit der Bedarf an entsprechendem Personal. Hier benötigt es klare Regeln zum Schutz der Pendelmigrantinnen wie auch zum Schutz der pflege- und betreuungsbedürftigen alten Menschen, die eine Care-Migrantin in ihrem Privathaushalt anstellen. Das Thema muss national geregelt werden. Dazu hat der Bundesrat ein Postulat von Nationalrätin Barbara Schmid-Federer angenommen, das den Auftrag enthält zu prüfen, ob und wie eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pendelmigrantinnen erzielt werden kann. Der Bundesrat hat am 29. April 2015 einen Bericht zum Thema «Pendelmigration zur Alterspflege» gutgeheissen, der mögliche Lösungen aufzeigt. Bis Ende 2016 sollen die betroffenen Bundesämter zusammen mit den Kantonen und den Sozialpartnern dem Bundesrat einen konkreten Lösungsvorschlag zur Umsetzung unterbreiten.

Work and Care – Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege vereinbaren

Der demografische Wandel bewirkt, dass Menschen im erwerbsfähigen mittleren Alter vermehrt Angehörigenpflege leisten (müssen). Meist handelt es sich dabei um die eigenen Eltern oder Schwiegereltern, die betreuungs- und pflegebedürftig werden und Unterstützung oder Pflege benötigen. Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege unter einen Hut zu bringen, benötigt viel Energie und Zeit.

Dies stellt Arbeitnehmende wie Arbeitgebende vor neue Herausforderungen. Gesucht sind flexible Modelle, die eine Angehörigenpflege ermöglichen, ohne dass die Arbeitnehmenden vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden (müssen). Heute sind es vielfach Frauen, die in einer solchen Situation ihren Beruf aufgeben und dadurch die eigene finanzielle Zukunft im Alter gefährden. Auch für Arbeitgebende ist diese Entwicklung ungünstig. Denn die Zahl der arbeitsfähigen Menschen wird in den kommenden rund 20 Jahren durch die Pensionierung der geburtenstarken Babyboom-Generationen sinken. Die daraus entstehende Lücke werden die nachfolgenden geburtenschwachen Jahrgänge nicht ausreichen zu schliessen vermögen. Eine gute Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege ist künftig für alle – Arbeitgebende und Arbeitnehmende, Frauen und Männer – von grossem wirtschaftlichem Interesse. Auch der Kanton Bern als Arbeitgeber kann sich dieser Thematik nicht verschliessen und wird sich mit dieser Entwicklung auseinandersetzen müssen.

Die neue Personalstrategie des Kantons Bern sieht vor, zeitgemässe Arbeitsmodelle und Arbeitszeitmodelle beizubehalten, an veränderte Rahmenbedingungen anzupassen und neue Modelle einzuführen. In diesem Rahmen sollte auch die Möglichkeit einer Pensionsreduktion für die Pflege und Betreuung erwachsener Angehöriger geprüft werden.

Ältere Arbeitnehmende – der demografische Wandel und sein Einfluss auf die Arbeitswelt

Der demografische Wandel trägt ausserdem dazu bei, dass Belegschaften am Arbeitsplatz durchschnittlich älter werden. Dies wird den Arbeitsmarkt noch deutlicher treffen. Es müssen drängende Fragen beantwortet werden wie: Wie können ältere Mitarbeitende der Firma erhalten bleiben? Welche Voraussetzungen benötigen ältere Mitarbeitende, um weiterhin gute Leistungen erbringen zu können und für die Firma oder die Arbeitgeberin wertvoll zu sein? Aufgrund des Mangels an jungen Nachwuchskräften wird es demografisch je länger je weniger möglich sein, ältere Arbeitnehmende früher zu pensionieren und auf ihre Arbeitskraft, ihr Know-how und ihre berufliche Erfahrung zu verzichten. Das bedeutet für viele Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, dass sie sinnvollerweise nicht nur Personalpolitik betreiben, sondern eine aktive Personalalterspolitik formulieren und umsetzen. Auch hier gilt: Der Kanton Bern als Arbeitgeber kann und soll sich dieser Thematik nicht verschliessen und wird sich künftig eingehender mit dieser Entwicklung auseinandersetzen müssen.

Nationale Strategien

Die nationalen Strategien betreffen vor allem den Gesundheitsbereich und befassen sich mit Fragen der Versorgung. So gibt es eine nationale Strategie zum Thema Demenz und eine weitere Strategie zur Palliative Care. Beide tangieren (auch) den Altersbereich. Der Bundesrat wird ausserdem im Postulat 12.3604 von Nationalrätin Jacqueline Fehr beauftragt, eine Strategie zur Langzeitpflege zu erarbeiten.

Des Weiteren bildet die Altersvorsorge 2020 einen wichtigen Meilenstein in der gesamtschweizerischen Alterspolitik.

Nationale Demenzstrategie 2014–2017

An der Erarbeitung der nationalen Demenzstrategie 2014–2017 hat der Kanton Bern mitgewirkt. Der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» – die gemeinsame Plattform von Bund und Kantonen – hat die Strategie am 21. November 2013 verabschiedet. Der an Demenz erkrankte Mensch und seine Bezugspersonen stehen im Zentrum der Strategie: Die mit der Erkrankung einhergehenden Belastungen sollen verringert und die Lebensqualität der Betroffenen soll verbessert werden. Den Betroffenen sollen während des gesamten Krankheitsverlaufs koordinierte und bedarfsgerechte Angebote zur Verfügung stehen.

Die nationale Demenzstrategie 2014–2017 umfasst insgesamt vier Handlungsfelder:

- Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation
- bedarfsgerechte Angebote
- Qualität und Fachkompetenz
- Daten und Wissensvermittlung

Zu diesen vier Handlungsfeldern wurden insgesamt neun Ziele formuliert.

Der Kanton Bern befürwortet die formulierten Ziele der Strategie und hat diese in diversen Massnahmen bereits umgesetzt (vgl. Handlungsfeld 2, S. 27 und Handlungsfeld 4, S. 50).

Es gilt nun, die Projekte zu den Zielen detailliert auszuformulieren und weiterzuentwickeln. Der Kanton Bern wird auch in dieser wichtigen Phase aktiv mitwirken.

Den Fragen zur Finanzierung von bedarfsgerechten Leistungen muss dabei besondere Aufmerksamkeit zukommen. Da die Pflegefinanzierung auf Bundesebene geregelt ist, sind in einem ersten Schritt die Erkenntnisse aus dem entsprechenden Projekt abzuwarten. Danach ist zu entscheiden, ob im Kanton Bern zusätzliche Massnahmen notwendig sind und ob diese einer kantonsübergreifenden Koordination bedürfen.

Die konkrete Umsetzung der nationalen Demenzstrategie 2014–2017 stellt für die Kantone eine anspruchsvolle Aufgabe dar. Aufgrund der demografischen Entwicklung kommt ihr eine grosse Bedeutung zu. Dessen ist sich auch der Grosse Rat bewusst. Ein Mitglied hat einen ersten parlamentarischen Vorstoss eingereicht,¹⁰ den die GEF in der Novembersession 2014 beantwortete.

Nationale Palliative-Care-Strategie 2010–2012 und 2013–2015

Der Bund geht in seinem Bericht davon aus, dass es durch die demografische Entwicklung zu einer Zunahme des Bedarfs an Palliative Care kommen wird.¹¹ Die Zahl alter Menschen, die pflegebedürftig werden, wird absolut gesehen zunehmen. Aufgrund der veränderten Altersstruktur – mehr ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren – nimmt auch die Zahl der Todesfälle zu. Man muss daher damit rechnen, dass die Anzahl von Menschen, die Palliative Care benötigen, steigen wird. Der Bund ortet vor allem in der

¹⁰ Interpellation Striffeler-Mürset vom 27. Februar 2014, «Wie wird die nationale Demenzstrategie 2014–2017 im Kanton Bern umgesetzt?» (I 058-2014).

¹¹ Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015: Bilanz 2010–2012 und Handlungsbedarf 2013–2015. Kurzfassung, <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13778/index.html?lang=de> (Stand 1.2.2015).

stationären Langzeitpflege, im akutstationären Bereich und in der ambulanten Versorgung einen künftig erhöhten Bedarf. Diese Erkenntnis ist auch in das kantonale Strategiepapier «Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern», das im Winter 2013/14 veröffentlicht wurde, aufgenommen worden (vgl. Handlungsfeld 4, S. 46).

Nationale Strategie zur Langzeitpflege

Der Bundesrat soll aufgrund des Postulats von Nationalrätin Jacqueline Fehr vom 15. Juni 2012 die bisherigen Berichte und Erkenntnisse zusammenfassen und so weit notwendig in einer umfassenden Analyse darstellen. Die Analyse soll darlegen, welcher Handlungsbedarf besteht, um den absehbaren Herausforderungen in der Langzeitpflege begegnen zu können. Gestützt darauf soll der Bundesrat eine Strategie erarbeiten. Die Federführung wurde dem Bundesamt für Gesundheit übertragen. Dieses bezieht alle Stellen mit ein, die sich in der Bundesverwaltung mit dem Thema Pflege beschäftigen, ebenso die Kantone.

Altersvorsorge 2020

Zu den nationalen Strategien kann auch die Altersvorsorge 2020 gezählt werden. Der Bundesrat will den Erhalt des Rentenniveaus längerfristig sichern. Dazu sollen die AHV und die berufliche Vorsorge (2. und 3. Säule) an die zunehmende Zahl der Rentnerinnen und Rentner und an deren höhere Lebenserwartung angepasst werden. Dies soll vor allem mit drei Massnahmen geschehen: einer Senkung des Umwandlungssatzes der zweiten Säule, einer Erhöhung des Mehrwertsteuersatzes und der Erhöhung des Referenzrentenalters für beide Geschlechter auf 65 Jahre.¹²

¹² In der Herbstsession 2015 hat der Ständerat dem Vorschlag des Bundesrats mit kleineren Anpassungen zugestimmt und diesen dem Nationalrat zur Beratung weitergeleitet.

TEIL B

In diesem Teil erfolgt die Berichterstattung zu den einzelnen Handlungsfeldern. Es wird erläutert und dargelegt, wie sich die diversen Bereiche seit dem letzten Bericht aus dem Jahr 2011 weiterentwickelt haben. Die neun Handlungsfelder gehen zurück auf den ersten Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern aus dem Jahr 2004. Sie bestimmen den Rahmen der kantonalen Alterspolitik. Der Stand der Umsetzung der Massnahmen in den einzelnen Handlungsfeldern ist sehr unterschiedlich. Insbesondere im Handlungsfeld 9 zur Finanzierung sind die Massnahmen grösstenteils umgesetzt.

Handlungsfeld 1: Unterstützung der Selbständigkeit und der Gesundheit im Alter

Selbständigkeit und Gesundheit sind zentrale Elemente für eine gute und hohe Lebensqualität. Das gilt für alle Menschen gleichermaßen, egal welchen Alters. Ein Leben lang bei möglichst guter Gesundheit zu bleiben und die eigene Selbständigkeit zu erhalten, entspricht einem menschlichen Grundbedürfnis und ist auch für die meisten älteren Menschen ein wichtiger Wunsch. Diesen Wunsch gilt es aus alterspolitischer Sicht zu unterstützen und zu ermöglichen.

Gesundheitsförderung im Alter

Die kantonale Alterspolitik richtet aus genanntem Grund ein grosses Augenmerk auf Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Der moderne Lebensstil – oft gekennzeichnet durch mangelnde Bewegung bei überwiegend sitzenden Tätigkeiten und Fehlernährung – beeinflusst die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung negativ und kann sich im Alter besonders stark auswirken. Deshalb sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es der älter werdenden Bevölkerung erlauben, bei möglichst guter Gesundheit zu bleiben oder ihr Gesundheitsniveau zu stabilisieren, um eine möglichst gute Lebensqualität aufrechtzuerhalten.

Zwäg ins Alter (ZIA) – Gesundheitsförderung im Alter auf kantonaler Ebene

Das kantonale Programm Zwäg ins Alter (ZIA) leistet einen wichtigen Beitrag, um die Gesundheit der Bevölkerung im AHV-Alter zu erhalten. Dabei kommen je nach Art der Zielgruppe – diese reichen von relativ mobilen, gesunden alten Menschen bis hin zu gesundheitlich fragilen Personen mit ersten Einschränkungen – gesundheitsförderliche wie auch präventive Komponenten zur Anwendung. ZIA verfolgt einen Public-Health-Ansatz: Es ist anwendungsorientiert, arbeitet interdisziplinär und geht von einem ganzheitlichen Gesundheits- und Krankheitsverständnis aus. Denn Gesundheit im Alter wird von einer Vielzahl an Faktoren beeinflusst: biologischen, psychologischen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen. ZIA umfasst nicht nur spezifische Angebote für heterogene und unterschiedliche Zielgruppen, etwa massgeschneiderte Informationsveranstaltungen, Kurse, Café Santés oder persönliche Gesundheitsberatungen zu Hause, sondern auch das vernetzende Zusammenarbeiten mit weiteren Anbietern rund um die diversen Veranstaltungen. So besteht eine enge Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden, Seniorennetzwerken und Frauenvereinen. Die Erfahrung zeigt, dass sich gerade sogenannte Altersnachmittage der Kirchengemeinden eignen, um Personen zu erreichen, die nicht an separaten ZIA-Veranstaltungen teilnehmen würden, das Angebot aber im

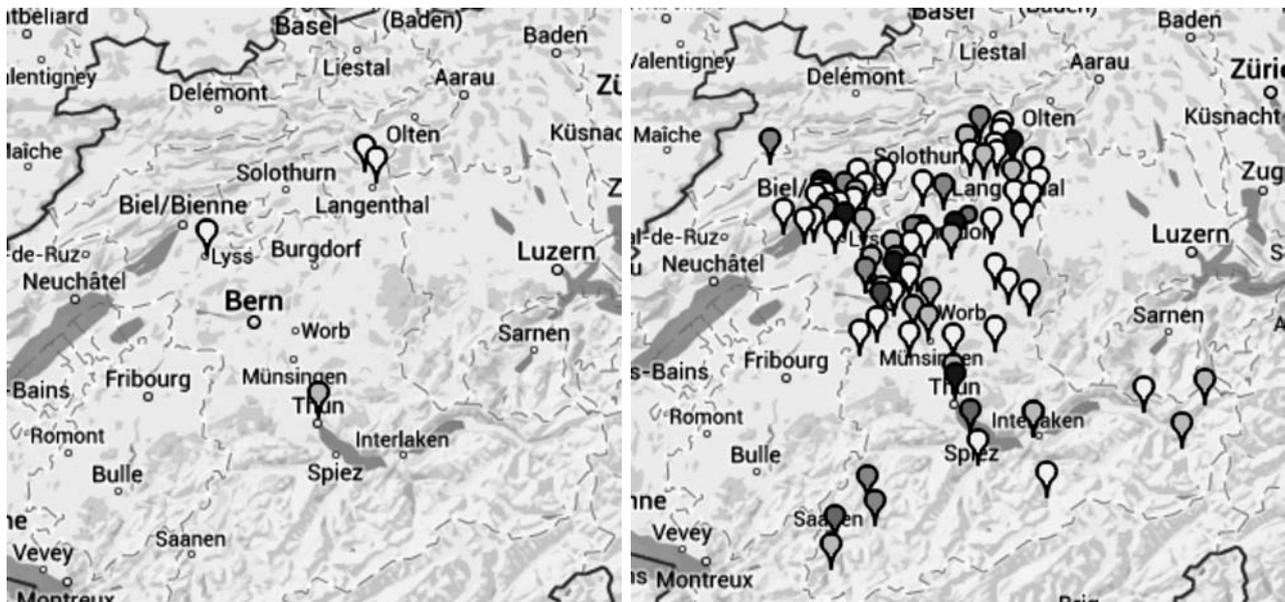


Abbildung 4 und 5
 Bild links: Verbreitung
 ZIA 2008
 Bild rechts: Verbreitung
 ZIA 2014

Rahmen ihres regelmässigen Besuchs der Altersnachmittage schätzen. Das Angebot von ZIA wird in bestehende Gefässe eingebunden und kommt so zu den Menschen. Das ist ein wesentliches Merkmal des Erfolgs von ZIA. Die Zusammenarbeit mit Seniorinnen und Senioren, mit diversen zivilgesellschaftlichen Akteuren und mit den verantwortlichen Behörden in den Gemeinden sind der Schlüssel zur bisherigen erfolgreichen Umsetzung von Gesundheitsförderung im Alter im Kanton Bern. Mittlerweile werden die ZIA-Verantwortlichen in vielen Fällen von ganz unterschiedlichen Akteuren angefragt, in neue Gemeinden zu kommen und Veranstaltungen anzubieten. Die Nachfrage steigt kontinuierlich.

ZIA arbeitet nicht nur aufsuchend, sondern arbeitet auch systematisch in Netzwerken mit gemeinsamen Zielen mit. Im Bereich Migration und Alter besteht zu diesem Zweck zwischen dem ZIA, dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) Kanton Bern und der Caritas Bern bereits seit einigen Jahren eine vorbildliche Zusammenarbeit, die durch eine freiwillige Vereinbarung geregelt ist. Gemeinsam werden Angebote für alte Menschen mit Migrationshintergrund geschaffen, die sozio-ökonomisch benachteiligt und nicht sehr gut integriert sind. Es ist daher sinnvoll und wichtig, auch diese Bevölkerungsgruppe anzusprechen und miteinzubeziehen (vgl. Caritas – Migration und Alter, S. 21, und SRK-Kurse für Migrantinnen und Migranten im Seniorenalter, S. 23). So werden von ZIA, Caritas und SRK im Bereich Migration und Alter immer wieder gemeinsam Veranstaltungen für italienische und spanische Migrantinnen und Migranten durchgeführt. Unter Federführung des ZIA startete auch ein Projekt zur Multiplikatorinnenschulung, an dem auch die Programmverantwortlichen von Migration und Alter der Caritas Bern mitarbeiten. Es geht darum, Bildungssequenzen für Fachpersonen, Kontaktpersonen und Mitarbeitende von Besuchsdiensten zu entwickeln, damit diese drohende Einsamkeit bei Betroffenen erkennen können. Denn Einsamkeit wirkt sich erwiesenermassen negativ auf die Gesundheit und die Lebensqualität aus.

Dem Gesundheitsförderungsprogramm ZIA gelang es in vergleichsweise kurzer Zeit, nahezu in allen Regionen des Kantons Bern in gleicher Qualität aktiv zu werden und die Bevölkerung anzusprechen. Dabei erfolgte die Ausdehnung nicht nur im Mittelland, sondern ebenso in den weniger stark besiedelten ländlichen Regionen und Randgebieten und seit 2014 auch im Jura bernois. Wurden im Jahr 2008 an nur gerade vier Orten im Kanton Bern Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung im Alter durchgeführt, so fanden im Jahr 2014 bereits an gegen hundert Orten Veranstaltungen statt. Diese Veranstaltungen wenden sich meist nicht nur an die Einwohnerinnen und Einwohner derjenigen Gemeinde, in der die Veranstaltung stattfindet, sondern auch an jene der umliegenden, kleineren Gemeinden. Wird dies mitberücksichtigt, so erstreckt sich das Angebot des ZIA mittlerweile sogar auf gegen 200 Gemeinden des Kantons Bern.

VIA – Gesundheitsförderung im Alter auf eidgenössischer Ebene

Was 2010 die Pro Senectute Kanton Bern und die Stadt Zürich unter dem Namen «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» auf nationaler Ebene lancierten, heisst mittlerweile «VIA» und ist bei der Gesundheitsförderung Schweiz eingebettet. Damit ist das Thema der Gesundheitsförderung im Alter auch auf nationaler Ebene verankert, und das Projekt hat sich dadurch gefestigt. VIA ist nach wie vor ein Projekt der Kantone und wird von den teilnehmenden Kantonen wesentlich mitgestaltet und geformt. Der Kanton Bern ist als Gründungsmitglied nebst neun anderen Kantonen weiterhin in der Trägerschaft vertreten.¹³ Der Kanton Bern, insbesondere seine mit der Umsetzung von Gesundheitsförderung im Alter beauftragte Organisation Pro Senectute Kanton Bern, bringt einerseits wertvolles Know-how auf eidgenössischer Ebene ein. Andererseits profitiert er von der Möglichkeit, pilotweise neue Ansätze mit finanzieller Unterstützung durch die Gesundheitsförderung Schweiz zu testen, umzusetzen und die gemachten Erfahrungen in die Weiterentwicklung des Projekts einfließen zu lassen. So beteiligte sich das ZIA an VIA-Evaluationen, nahm und nimmt an nationalen Netzwerktreffen teil und engagiert sich in den interkantonalen Austauschgruppen. Auf diese Weise hat der Kanton Bern zwischen 2011 und 2013 einen wesentlichen Teil zur Entwicklung von VIA beigetragen. Als besonders wertvoll für das kantonale Programm ZIA erweist sich der Austausch mit Verantwortlichen für Gesundheitsförderung im Alter über die Kantons-grenzen hinweg.

Das nationale VIA bildet heute den Orientierungs- und Referenzrahmen des kantonalen ZIA-Programms. In verschiedenen Situationen konnte ZIA von der Unterstützung durch die VIA-Koordinationsstelle profitieren. So wurden im Rahmen von VIA neue Vorgehensweisen pilotiert und ausprobiert, etwa der Aufbau des Netzwerks «Bewegung und Begegnung» in Biel oder des Projekts «Soziale Teilhabe» in der Gemeinde Ittigen.

2014 ist VIA zusammen mit den zehn genannten Kantonen in die zweite Projektphase (2014–2016) gestartet. In dieser Phase sollen praxistaugliche Module zu den Kernthemen Bewegungsförderung, Sturzprävention, Ernährung und soziale Teilhabe entwickelt werden. Derzeit werden in rund fünfzig Pilotgemeinden aus acht Partner-Kantonen die erarbeiteten Instrumente angewandt und die erarbeiteten Empfehlungen umgesetzt. Ab 2017 ist vorgesehen, VIA nach der mehrjährigen Projektphase in ein nationales Programm zu überführen.

Der Kanton Bern hat die erste Projektphase VIA (2011–2013) mit einem jährlichen Beitrag von 100 000 Franken unterstützt, die laufende zweite Projektphase (2014–2016) mit einem reduzierten jährlichen Beitrag von 50 000 Franken.

Caritas – Migration und Alter

Das Angebot Migration und Alter der Caritas Bern besteht seit 2007 und hat sich erfolgreich zu einem Programm entwickelt. Das Projekt hat zum Ziel, Freiwilligenarbeit von und für Migrantinnen und Migranten in der Entwicklung zu unterstützen.

Das oberste Ziel ist nach wie vor, ein den Bedürfnissen von Migrantinnen und Migranten entsprechendes Angebot zu schaffen. Im Zentrum steht die ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ausgehend von der Pilotregion Seeland/Biel sind weitere Angebote in den Regionen Oberaargau, Emmental und Bern entstanden, die sich mittlerweile etabliert haben. Die Nachfrage von anderen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund nimmt zu. Im Jahr 2014 kontaktierte man die Regionen Thun/Berner Oberland und Jura bernois, und es fanden erste Gespräche statt. Für das Jahr 2015 sollen die neuen Kontakte gefestigt werden. Dabei sind Erweiterungen Richtung Interlaken und ins Saanenland sowie erste Konkretisierungsschritte vorgesehen. In Thun und Biel wird die Zusammenarbeit mit der lokalen, seit 2015 neu angestellten Altersbeauftragten gesucht.

Sprach man zu Beginn des Projekts hauptsächlich Migrantinnen und Migranten aus Italien und Spanien an, weil sie bis anhin die grösste Gruppe an Personen mit Migra-

¹³ AR, BE, GR, NW, SG, SH, TG, UR, VD, ZG.

tionshintergrund im AHV-Alter darstellten, so konnten die Programmverantwortlichen in den letzten Jahren mithilfe ihrer vernetzten Arbeitsweise neue Gruppierungen erreichen: Migrantinnen und Migranten aus Albanien und der Türkei (v. a. Stadt und Region Bern), eine tamilische Altersgruppe aus Langenthal und Burgdorf sowie gut vernetzte Personen/Multiplikatorinnen aus verschiedenen Ländern Afrikas (v. a. Stadt Biel). Somit steht das Angebot von Migration und Alter nicht nur der zahlenmässig stärksten ausländischen Bevölkerungsgruppe zur Verfügung, sondern auch jenen ausländischen Bevölkerungsgruppen, deren Personenzahl im AHV-Alter künftig stark wachsen wird.

Das Engagement und die Arbeit der Programmleitung sind vielfältig und laufen auf verschiedenen Ebenen. An dieser Stelle werden ein paar Beispiele genannt, die diese Vielfalt und die Diversität zum Ausdruck bringen. Einerseits arbeitet Migration und Alter an einer aktiven Vernetzung unterschiedlicher Akteure aus den beiden Bereichen Alter und Migration mit und organisiert Veranstaltungen und geeignete Gefässe aus eigener Initiative, etwa einen sogenannten «Runden Tisch» in diversen Gemeinden.

Andererseits besteht bereits seit mehreren Jahren eine freiwillige Zusammenarbeitsvereinbarung mit ZIA wie auch mit dem SRK Kanton Bern in der Region Seeland/Biel. Für den Runden Tisch in Thun vereinbarten Caritas Bern und die Katholische Kirchgemeinde, ZIA und SRK Kanton Bern eine weitere Zusammenarbeit. Für das Multiplikatorinnen-Projekt mit Spanier/innen in Biel «Gemeinsam in die Zukunft – GiZ» spannen Caritas Bern und SRK Kanton Bern, effe¹⁴ Biel, Femaes¹⁵, AdentroCH¹⁶ mit dem Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern als Projektpartnerin zusammen.

Des Weiteren werden die Programmverantwortlichen von Migration und Alter angefragt und beigezogen, wenn es darum geht, Veranstaltungen zu planen, zu moderieren oder Workshops durchzuführen. So gibt es Anfragen zu unterschiedlichen Themen von verschiedenen Interessengruppen und Akteuren (Auswahl):

- vom tamilischen Elternverein in Burgdorf (Vorstellung des Programms Migration und Alter am Jahresfest)
- vom Verein Kulturbrücke in Münchenbuchsee für eine Veranstaltung zu Altersthemen für türkisch sprechende Migrantinnen und Migranten
- von den Pfarreimitarbeitenden in Täuffelen und Ins für die «Incontro-Veranstaltungen»
- von der katholischen und reformierten Kirchgemeinden in Lyss
- von der italienisch-spanischen Interessengruppe in Lyss
- von der Fachstelle «interunido» Langenthal (Fach- und Bildungsstelle im Migrations- und Integrationsbereich)
- von der Fachstelle für interkulturelles Dolmetschen «comprendi?» (Caritas Bern)
- von den Programmverantwortlichen des ZIA in den einzelnen Regionen (u.a. Multiplikatorinnenschulung zum Thema Einsamkeit, die unter der Federführung des ZIA durchgeführt wird)
- von div. Alterskommissionen und Altersbeauftragten
- vom Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern (Mitarbeit in der Schulung von Moderatorinnen von Gesprächsrunden für ältere Migrantinnen und Migranten)
- vom Dekanat der Pastoralräume Biel und Bern-Mittelland (Durchführung von Workshops an der Dekanatsweiterbildung zum Thema «Fremd sein – Heimat»)

Diese Aufzählung ist nicht abschliessend, sie illustriert jedoch die aktiv gelebte Vernetzung und Vielseitigkeit des Programms. Dabei zeigt sich gemäss den Programmverantwortlichen, dass die Programmbedingungen von Region zu Region verschieden sind und zur Realisierung derselben Zielsetzungen zum Teil ähnlich, zum Teil auch völlig anders vorgegangen werden muss. Zentral für das Gelingen sind in jedem Fall die lokale Verankerung und Vernetzung sowie der gute Kontakt zu anderen Akteuren vor Ort.

¹⁴ effe Biel: Espace de formations – formation d’espaces.

¹⁵ Femaes: Federacion del movimiento asociativo español en Suiza.

¹⁶ Adentro CH ist ein gesellschaftspolitisches Bildungsprogramm, in dem ältere Migrantinnen und Migranten für die soziokulturelle Animation und die Gemeinwesenarbeit qualifiziert werden.

Nebst den erwähnten Kontakten mit Fachleuten und Akteuren im Kanton Bern hat das Programm auch national Interesse geweckt. So gedenkt Caritas St. Gallen ebenfalls ein kantonales Angebot im Bereich Migration und Alter zu lancieren und anzubieten. Zu diesem Zweck wurde Caritas Bern um entsprechende Informationen zu Inhalten, Angeboten, Methoden und Finanzierung angefragt.

Das Programm Migration und Alter wird mittels Leistungsvertrag 2014–2017 zwischen der GEF und Caritas Bern mit einem Beitrag von 155 000 Franken pro Jahr unterstützt.

SRK-Kurse für Migrantinnen und Migranten im Seniorenalter

Auch das SRK Kanton Bern ist im Bereich Alter und Migration gut vernetzt und pflegt die Zusammenarbeit mit dem kantonalen Programm zur Gesundheitsförderung ZIA, dem Programm Migration und Alter der Caritas, der Arbeitsgruppe Alter und Migration in Köniz sowie seit 2012 auch mit dem Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern. Die Zusammenarbeit mit der Stadt Biel kam nach dem Weggang der Altersbeauftragten – ihre zeitlich befristete Anstellung lief Ende 2012 aus – zu einem vorübergehenden Stillstand. Das Thema Alter wurde in der Folge auf 2015 vertagt, wenn die neue Altersbeauftragte ihr Amt übernommen hat.

Das Angebot der Kurse für Personen mit Migrationshintergrund erfreut sich steigender Nachfrage. Es werden Kurse für Migrantinnen und Migranten angeboten, die im AHV-Alter sind oder kurz davor stehen. Die meisten der Kursteilnehmenden beziehen Ergänzungsleistungen, weshalb von den Teilnehmenden nur ein symbolischer, nicht kostendeckender Beitrag erhoben wird. Die Kurse sind beliebt und bewähren sich. Sie wirken gesundheitsfördernd und unterstützen soziale Kontakte.

Mittlerweile werden Kurse in Biel, Bern, Ostermundigen, Herzogenbuchsee und Köniz angeboten. Grosser Beliebtheit erfreuen sich die Kurse zum Thema Bewegung. Aufgrund steigender Nachfrage und limitierter Ressourcen wurden einige Bewegungskurse verkürzt (weniger Kurseinheiten pro Jahr), was die Teilnehmenden sehr bedauerten. In der Folge passte man die kantonalen Mittel an, um ab 2015 wieder die volle Anzahl Kurseinheiten und eine Erweiterung des Kursangebots zu ermöglichen, etwa Tanzkurse und das Fitnessprogramm Zumba Gold. Es sollen neue Sprachgruppen angesprochen werden, die ins Rentenalter kommen, und das Angebot soll auf zusätzliche interessierte Gemeinden/Regionen ausgedehnt werden. Der erfolgreich durchgeführte Pilotkurs «Meine Kompetenzen gestern, heute und morgen» soll künftig in vier Sprachen angeboten werden. Zurzeit werden die dafür notwendigen Kursleitenden ausgebildet.

Das Angebot von Kursen für Migrantinnen und Migranten, die ins Pensionsalter kommen und/oder bereits im Pensionsalter sind, wird mittels Leistungsvertrag 2014–2016 zwischen der GEF und dem SRK Kanton Bern mit einem Beitrag von 64 000 Franken pro Jahr unterstützt. Ab 2015 wurde dieser Betrag aus oben genannten Gründen auf insgesamt 82 000 Franken pro Jahr aufgestockt.

Rundum mobil – Kurse zur Mobilitätserhaltung im öffentlichen Verkehr

Die rundum mobil GmbH mit Sitz in Thun bietet seit Jahren Kurse zur Mobilitätserhaltung für Menschen im AHV-Alter an. Denn Mobilität ist ein wichtiger Schlüssel, um Autonomie, Selbständigkeit, soziale Teilhabe und Partizipation am öffentlichen Leben und für den persönlichen Alltag zu bewahren. Mobilität stellt den Bezug des Individuums zu seiner Umwelt her und ist ein bedeutender Bestandteil der menschlichen Identität. Sie hat grosse Bedeutung für das Individuum – auch und gerade im Alter, wenn vermehrt körperliche Einschränkungen auftreten können. Aus diesem Grund liegt Mobilitätsförderung alter Menschen im Interesse der kantonalen Alterspolitik, die den Schwerpunkt auf die Erhaltung der Selbständigkeit legt. Das Angebot der rundum mobil GmbH hat sich in der Vergangenheit gut bewährt und in diversen Gemeinden des Kantons Bern sowie in insgesamt 20 Kantonen etabliert. rundum mobil GmbH hat neben der Projektleitung im Kanton Bern und der Umsetzung im Berner Oberland auch die nationale Projektleitung inne.

Das Angebot für den Kanton Bern wird seit 2009 finanziell unterstützt, weil es einen wichtigen Beitrag zur Mobilität von Seniorinnen und Senioren leistet.

Die Teilnehmerzahlen in den Kursen steigen nach wie vor kontinuierlich an. Das Angebot besteht mittlerweile in 18 Gemeinden/Regionen.¹⁷ Für das Jahr 2015 sind allein im Kanton Bern 18 Kurse geplant. In den kommenden Jahren sollen weitere neue Standorte aufgebaut werden, etwa Saanen/Gstaad, Kiesen und St. Imier. Seniorinnen und Senioren lernen, wie sie sich im Verkehr und im öffentlichen Raum sicher bewegen können. Dazu gehört auch die Nutzung des öffentlichen Verkehrs. Dies mit der Absicht, dass sich Seniorinnen und Senioren bei Verzicht auf das eigene Auto mit dem öffentlichen Verkehr bewegen und so ihre Mobilität erhalten können. Sie sollen mit Hilfe des kombinierten oder öffentlichen Verkehrs möglichst lange selbständig mobil bleiben. Ziel des Angebotes ist in erster Linie die Gewährleistung eines gleichberechtigten und sozialverträglichen Zugangs zur Mobilität im Alter. Menschen, die nicht mehr Auto fahren (wollen), sollen weiterhin mobil bleiben können. In den Kursen wird Theorie mit praktischen Übungen im öffentlichen Raum verbunden. Es werden Tipps und Hinweise auf sicheres Verhalten im Verkehr und bei der Nutzung von Bus und Bahn gegeben.

Die GEF erachtet die Ausdehnung des Angebots auf weitere neue Standorte (ca. drei pro Jahr) im Kanton Bern in den Jahren 2015 bis 2017 als alterspolitisch sinnvoll. Sie ist daher bereit, das Projekt auch weiterhin mit einem Beitrag zu unterstützen, der den Aufbau neuer Standorte und die einheitliche Kursadministration ermöglicht.

Die öffentliche Hand finanziert lediglich den Aufbau neuer Standorte mit, weitere Kurse an den einmal etablierten Standorten finanzieren die beteiligten Partner. Die per 2015 neu eingeführte einheitliche Kursadministration für den Kanton Bern wird seit 2015 zusätzlich abgegolten, um Ungleichheiten zwischen den einzelnen Regionen zu eliminieren. Der Aufbau neuer Standorte sowie die Kursadministration werden mit maximal 22 500 Franken pro Jahr unterstützt.



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 im neuen Lebensabschnitt sinnvolle neue Aufgaben zu bieten. Dabei stellen die Begegnung mit anderen und das Interesse für Neues Schlüsselemente dar. Dieser Ansatz verfolgt das Ziel, den sozialen Rückzug pensionierter Personen zu vermeiden und somit einer möglichen Vereinsamung vorzubeugen. Das Angebot ist ein wertvoller Beitrag zur Gesundheit im umfassenden Sinn. Gesundheit ist ein vielschichtiges Konstrukt und grundlegend für

¹⁷ Belp/Gürbetal, Bern-Brünnen, Bolligen, Burgdorf, Frutigen, Interlaken, Kirchberg-Alchenflüh, Meiringen, Moutier, Münsingen, Muri-Gümligen, Spiez, Steffisburg, Uetendorf, Utzenstorf, Wichtrach, Worb und Zweisimmen.

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 im Jahr 2008 erstmals mit einem Beitrag von 7200 Franken unterstützt, nachdem sich das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) aufgrund der NFA per Ende 2007 aus der Mitfinanzierung zurückgezogen hatte. Seit 2009 besteht ein Leistungsvertrag zwischen der GEF und dem MDA, der alle drei Jahre erneuert wurde. Derzeit läuft der Leistungsvertrag 2015–2017. Die bernjurassische Sektion des MDA erhält wie in den vorangegangenen Jahren einen Beitrag von 7200 Franken pro Jahr.

Beratung und Information

Alte Menschen sollen in ihrem Wissen gestärkt werden. Dazu benötigen sie Information und Beratung. Pro Senectute hat im ganzen Kanton ein Netz von Anlaufstellen für Menschen mit Fragen rund ums Alter eingerichtet. Information ist einerseits vor Ort in den Regionalstellen erhältlich und kann andererseits im Internet unter www.infosenior.ch (ehemals www.senioren-info.ch) abgerufen werden. Die Internetseite ist mittlerweile zu einer Plattform verschiedener Pro-Senectute-Organisationen aus verschiedenen Kantonen geworden. Sie bietet Platz für Information zu verschiedenen und zahlreichen Angeboten, Veranstaltungen und Dienstleistungen für Senioren, deren Angehörige und alle in der Altersarbeit tätigen Personen. Unterhalten und aktualisiert werden die für den Kanton Bern geltenden Daten von der Pro Senectute Kanton Bern im Rahmen ihres Leistungsvertrags mit der GEF.

Die Internetplattform www.wohnen60plus.ch vermittelt Informationen zum selbständigen Wohnen wie auch zu stationären Pflegeplätzen. Sie bietet eine Übersicht über freie Alterswohnungen und freie Pflegeplätze im Kanton Bern sowie eine Übersicht über spezifische Angebote wie beispielsweise Demenzwohngruppen oder Tagesbetreuungsstätten. Des Weiteren sind auch Informationen zum Thema Finanzierung eines Heimaufenthalts aufgeschaltet. Unterhalten und aktualisiert wird die Homepage zum einen von der Pro Senectute Kanton Bern im Rahmen ihres Leistungsvertrags mit der GEF und zum anderen durch die Institutionen und Anbieter selbst. Sie wissen, wann welche Wohnung oder wie viele Pflegeplätze bei ihnen frei sind, und haben hier die Möglichkeit, dies öffentlich zu machen.

Weiterbildungsangebot

Das Weiterbildungsangebot wendet sich im Gegensatz zu den oben beschriebenen Projekten nicht an ältere Person, sondern an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Altersbereich.

Studiengang Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung¹⁸

Seit 2009 gibt es den Weiterbildungsstudiengang an der Berner Fachhochschule in bewegungsbasierter Altersarbeit, heute «Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung». Der Ansatz richtet seinen Fokus nicht so sehr auf allgemeine Gesundheitsförderung im Alter, sondern auf eine für die betroffene Person sinnstiftende Alltagsgestaltung. Im ersten Durchgang unterstützte die GEF fünf Studienteilnehmende aus dem Kanton Bern finanziell.

Ein Schwerpunkt der kantonalen Alterspolitik bildet die Prävention im Alter und die Förderung oder Erhaltung der Selbständigkeit. Mobilität und Selbständigkeit gewinnen mit zunehmendem Alter einen immer höheren Stellenwert, denn eine eingeschränkte

¹⁸ Ein Studiengang der Berner Fachhochschule zum Diploma of Advanced Studies (DAS); neu wird der Studiengang «Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung» genannt.

Bewegungsfähigkeit ist gleichbedeutend mit einer Einschränkung der Selbständigkeit und somit der Lebensqualität eines Menschen. Die erwünschte Verkürzung der Pflegebedürftigkeit im Alter gerade für eher inaktive oder körperlich eingeschränkte Personen erfordert neue und anders strukturierte Bewegungsangebote zur gezielten Förderung der Alltagskompetenz und der Lebensqualität. Der Studiengang verbindet Theorie, Praxis und Methodik körperlicher Bewegung mit dem Modell einer geistig-psychischen, sozialen und lebensräumlichen Beweglichkeit und Partizipationsfähigkeit. Er bildet Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus, die ältere und alte Menschen darin unterstützen, sensibilisieren und begleiten, ihre Bewegungseinschränkungen durch Training zu verbessern oder solche gar zu verhindern.

Ziel des geplanten Evaluationsprojektes ist einerseits, das im Studiengang vermittelte Bewegungsmodell in ausgewählten Alters- und Pflegeheimen des Kantons Bern anzuwenden und gleichzeitig dessen Umsetzung in die Praxis auszuwerten. Das Bewegungsmodell vertritt ein neues Bewegungsverständnis, das sich nicht primär an externen Messfaktoren der körperlichen Leistung orientiert, sondern auf eine feinere, differenziertere Körperwahrnehmung bei alltäglichen Verrichtungen bei unterstützungsbedürftigen Menschen – in diesem Falle Pflegeheimbewohnende – abzielt. Das neue Verständnis von Alltagsbewegung orientiert sich nicht mehr am Defizit der Bewohnenden – Was kann die Person nicht mehr? Wo/Was muss Pflege und Betreuung substituieren? Vielmehr wendet es sich den Kompetenzen der Bewohnenden zu – Was kann die Person? Welches sind ihre Möglichkeiten? – und soll damit eine kreativitätsbasierte Lebensgestaltung ermöglichen. Damit soll ein subjektiv bedeutsames Alltags erleben möglich gemacht werden, das die Freude an der Bewegung weckt und zur Entwicklung eines positiven Körperselbstbildes beiträgt. Eine solche Bewegungskultur wirkt förderlich auf Selbstbestimmung, Selbständigkeit und Gesundheitsverhalten der Heimbewohnenden, erweitert deren Kompetenzen und erhöht die Lebensqualität. Die im Studiengang vermittelten Inhalte werden in der Praxis angewandt und erprobt und sollen zu einer für die Heimbewohnenden und das Personal gleichermaßen bewussten und förderlichen Bewegungskultur führen. Mit dem Projekt soll ausserdem ein Handlungs- und Evaluationsmodell entwickelt werden, das die monetären Effekte des implementierten Bewegungsmodells erfasst. Man geht davon aus, dass man mit diesem Ansatz auch den relativen Dienstleistungsaufwand senken kann, was mit Blick auf die knapper werdenden personellen Ressourcen im Bereich der Pflege und der Betreuung zu begrüssen ist.

Resultate liegen zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Berichtes noch keine vor. Erste Erfahrungen deuten aber darauf hin, dass dieser ganzheitliche Ansatz zur individuellen Alltags- und Lebensgestaltung im Heim vielversprechend ist.

Die Evaluation wird mit einem Beitrag von 98390 Franken verteilt auf die Jahre 2013 bis 2015 unterstützt.

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

Unterstützung betreuender und pflegender Angehöriger

Im Laufe des Lebens erfahren alle Menschen Phasen der Abhängigkeit, in der sie auf die Fürsorge und die Unterstützung durch andere angewiesen sind – besonders am Anfang und gegen Ende des Lebens. Die Betreuung und Pflege von hochaltrigen, zu Hause lebenden Personen leisten zu einem grossen Teil Angehörige und ihr soziales Umfeld. Zumeist sind es die Frauen – Ehefrauen oder (Schwieger-)Töchter –, die diese Arbeit leisten. Letztere sind oft noch berufstätig und reduzieren entweder ihr Pensum oder verzichten ganz auf die Berufsarbeit, weil sie sich nicht mit der Care-Arbeit zu Hause vereinbaren lässt. Zur Belastung durch die Betreuung und Pflege des Familienmitglieds kommt eine finanzielle Belastung und Einbusse, die sich im AHV-Alter fort-schreibt. Somit entstehen für das eigene Älterwerden in finanzieller Hinsicht schlechte Voraussetzungen. Bei alleinstehenden und/oder alleinerziehenden Frauen fällt dies ganz besonders ins Gewicht.

Sich um andere zu kümmern, Beziehungen verlässlich zu gestalten und im eigenen Umfeld Verantwortung für andere zu übernehmen, ist ein menschliches Bedürfnis. Die sogenannte Care-Arbeit kann Befriedigung vermitteln und Lebenssinn stiften. Eine über Monate oder gar Jahre anhaltende Betreuungs- und Pflegesituation wird hingegen meist irgendwann zur Belastung für die betreuenden Angehörigen. Ist die Pflegebedürftigkeit sehr gross oder dauert sie über lange Zeit an, kann sie zu einer psychischen und physischen und, bei berufstätigen Personen, zu einer organisatorischen oder finanziellen Belastung werden.

Um solche Fälle zu verhindern, ist die Unterstützung und Entlastung betreuender Angehöriger ein Schlüsselement der kantonalen Alterspolitik. Betreuende Angehörige sind auf ein tragendes und wertschätzendes Umfeld angewiesen. Sie sollen auch bei erhöhter Pflegebedürftigkeit ihrer Familienmitglieder die Möglichkeit haben, bei deren Betreuung eine zentrale Rolle zu spielen. Den pflegebedürftigen Menschen soll damit ermöglicht werden, weiterhin in ihrem gewohnten Umfeld zu wohnen. Im Zusammenhang mit der Entlastung pflegender und betreuender Angehöriger gewinnt das Engagement von Freiwilligen zunehmend an Bedeutung. Viele Institutionen und Organisationen setzen Freiwillige ein, um Entlastungsangebote zu schaffen, etwa das Projekt beocare oder BENEVOL. In den Jahren 2012 und 2013 befasste sich eine GEF-interne Arbeitsgruppe mit der Frage, ob eine kantonale Koordinationsstelle für Freiwilligenarbeit geschaffen werden soll. Nach Prüfung diverser Varianten entschied sich die GEF, auf eine solche Koordinationsstelle zu verzichten, da der Einsatz von Freiwilligen effektiver auf der Ebene von Institutionen, Organisationen und Gemeinden stattfinden kann.

Das Postulat 262-2014 Vanoni fordert, das Modell der Zeitvorsorge für den Kanton Bern zu prüfen. Es handelt sich hierbei um ein innovatives Modell zur Förderung von unentgeltlichem freiwilligem Engagement in der Betreuung alter zu Hause lebender Menschen. Die GEF plant, die dazu notwendigen und umfangreichen Abklärungen in einem Bericht festzuhalten und darzulegen. Hier werden ausserdem Synergien geortet zur Motion 059-2014 Striffeler-Mürset, die Vorschläge verlangt, wie betreuende und pflegende Angehörige noch stärker unterstützt werden können.

Die Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen kann in verschiedenen Formen erfolgen: Zeit für Pflege, finanzielle Unterstützung, wenn die eigene Berufstätigkeit aufgrund der Betreuung von Angehörigen reduziert werden muss, Entlastungsdienste und -angebote wie Spitex, Besuchs- und Entlastungsdienste, Tagesbetreuungsstätten oder Ferienplätze in einem Alters- und Pflegeheim, aber auch in Form von Information und Organisation.

Eine besonders stark belastete Gruppe sind Angehörige von Menschen mit Demenz. Der Kanton Bern unterstützt deshalb schon seit Jahren zahlreiche Massnahmen, die auch von der nationalen Demenzstrategie gefordert werden. So hat die Schweizerische

Alzheimervereinigung Bern mittels eines Leistungsvertrags mit der GEF den Auftrag, Betroffene und Angehörige zu beraten und zu unterstützen.

Tagesbetreuung

Das Angebot von Tagesbetreuung ist eine bedeutende Form der Entlastung für betreuende und pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Dabei geht es nicht um ein sozio-kulturelles Angebot für allein lebende, ältere Menschen. Vielmehr zielt das Angebot auf Menschen ab, die an Demenz erkrankt sind, nach wie vor zu Hause wohnen und von ihren Angehörigen täglich betreut, unterstützt und/oder gepflegt werden. Das Angebot an Tagesbetreuungsplätzen wächst kontinuierlich (vgl. Handlungsfeld 4, S. 50). Auch wenn Angehörige anfangs oft mit einem schlechten Gewissen für die an Demenz erkrankte Person einen Tagesbetreuungsplatz beanspruchen, wird die dabei erlebte Entlastung erfahrungsgemäss umso mehr geschätzt. Vielfach wird betreuenden Angehörigen erst dann bewusst, was sie leisten und wie sehr dies an ihre Substanz geht. Verantwortliche von Tagesbetreuungsangeboten schildern, dass Angehörige das Angebot der Tagesentlastung erst viel zu spät nutzen; oft erst dann, wenn aufgrund des Gesundheitszustandes der Person mit Demenz ein Heimeintritt in Erwägung gezogen werden muss.

Die GEF unterstützt Tagesbetreuungsangebote seit Jahren mit einem Beitrag von 80 Franken pro erbrachtem Gästetag. Der Beitrag soll ein Anreiz sein, das Entlastungsangebot in Anspruch zu nehmen und auch Menschen in bescheidenen finanziellen Verhältnissen zugänglich zu machen.

Information

Information ist ein wichtiger Bestandteil in der Unterstützung von pflegenden Angehörigen. So hat der Kanton Bern in den vergangenen Jahren nebst den regulären Leistungsverträgen mit der Schweizerischen Alzheimervereinigung Bern und der Pro Senectute Kanton Bern zahlreiche weitere Projekte und Angebote unterstützt.

SRK Bern-Oberland beocare.ch – Entlastung Angehörige

beocare.ch ist zu einer festen und wichtigen Grösse im Berner Oberland geworden, was die Unterstützung von betreuenden und pflegenden Angehörigen betrifft. Die Anlaufstelle befindet sich in Thun, und seit Mai 2011 existiert eine Aussenstelle in Interlaken, um Angehörige in der Region Interlaken-Oberhasli besser unterstützen zu können und näher vor Ort zu sein. Die Aussenstelle ist der Spitex Interlaken und Umgebung angegliedert. Das Angebot ist mittlerweile gut bekannt und wird mehr und mehr nachgefragt. Durch den engen Kontakt mit der dortigen Spitex erhalten die pflegenden Angehörigen rechtzeitig Entlastung.

Die Zahl der von Freiwilligen bei beocare.ch geleisteten Einsatzstunden steigt seit Jahren kontinuierlich an. Ebenso hat die Zahl der Beratungsstunden und auch die Zahl der Kundinnen und Kunden, die sich an beocare.ch wenden, sukzessive zugenommen. Die Entlastung durch Freiwillige ist sehr gefragt, ebenso das Beratungsangebot. Seit 1. Januar 2015 werden aufgrund der grossen Nachfrage auch sogenannte Kurzeinsätze angeboten. Sie dauern nicht mehr als zwei Stunden und werden vor allem von Personen genutzt, die sturzgefährdet sind und deshalb Begleitung wünschen oder benötigen.

Nebst ihrem Dienstleistungsangebot trägt beocare.ch nach wie vor gezielt zur Vernetzung der Akteure im Berner Oberland bei. So bestehen nicht nur in der Umgebung der Anlaufstelle in Thun und der Aussenstelle in Interlaken gute Kontakte mit den übrigen Akteuren. Zwischen den einzelnen Regionen Frutigen-Kandertal, Oberhasli-Oberer Brienzersee und Lenk-Zweisimmen wird ein regelmässiger gegenseitiger Austausch gepflegt, mit dem Ziel, die Vernetzung zu verstärken und die Zusammenarbeit enger zu gestalten, um Synergien zu nutzen. Daneben ist beocare.ch auch an diversen Austauschgefässen beteiligt: vom Netzwerk Palliative Care Region Thun und Forum Palliative Care BEO-Interlaken über jährliche oder halbjährliche Anbietertreffen zu Entlastungsangeboten im Berner Oberland bis hin zur regelmässigen Teilnahme am Sozialrapport Berner

Oberland und am Runden Tisch Alter und Migration sowie diversen Publikumsmessen oder Altersanlässen im Berner Oberland.

Zwischen der GEF und dem SRK Bern-Oberland besteht für die Leistungen von beocare.ch – Beratung pflegender Angehöriger und Vermittlung, Koordination und Coaching von Freiwilligen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen, Vernetzungsarbeit – ein Leistungsvertrag für die Jahre 2015 bis 2017. Der Beitrag für das Jahr 2015 wurde um zehn Prozent gekürzt und beträgt 225 000 Franken, für die Jahre 2016 und 2017 wird er in Rücksicht auf das kantonale Budget jeweils neu verhandelt und festgelegt.

Video zum Thema Angehörigenpflege



Der Verein Familien- und Frauengesundheit (FFG) hat 2013 eine Videoproduktion zum Thema der Angehörigenpflege herausgegeben. Die DVD «Zwischen Wunsch und Verpflichtung» zeigt auf, worauf bei einem solchen Engagement zu achten ist und wie eine Überbelastung vermieden werden kann. Damit soll das Selbstmanagement der pflegenden Angehörigen gefördert werden. Der Videofilm spricht das Thema in all seinen Facetten an und lässt Betroffene wie auch Fachleute zu Wort kommen. Er sensibilisiert Betroffene dafür, dass es sinnvoll und wichtig ist, Beziehungs- und Hilfsnetze zu haben, die psychische und

physische Entlastung bieten.

Die GEF hat die Produktion dieser DVD mit einem einmaligen Beitrag von 9000 Franken unterstützt. Dadurch können Fachorganisationen aus dem Kanton Bern, etwa Spitex-Organisationen, SRK Kanton Bern oder ALZ Bern, die DVD günstig beziehen (Stückpreis CHF 5.– anstatt CHF 38.–). So gelangt die DVD primär via persönliche Beratungskontakte aus den Fachorganisationen zu pflegenden Angehörigen. Der breiten Öffentlichkeit ist die DVD über das Internet zugänglich, allerdings kann sie dort nur zum Normalpreis bezogen werden.

Demenzwegweiser der Schweizerischen Alzheimervereinigung Bern

Die Schweizerische Alzheimervereinigung Bern hat im Oktober 2014 nach luzernischem Vorbild einen Demenzwegweiser herausgegeben. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es im Kanton Bern keinen solchen Ratgeber in übersichtlicher Form. Auf 96 Seiten vermittelt die Publikation in zehn übersichtlichen Kapiteln nützliche Informationen, die kurz, knapp und für Laien gut verständlich abgefasst sind. Ergänzt werden die Kapitel durch Tipps und nützliche Adressen in einem Serviceteil.

Der Wegweiser wendet sich an Betroffene und Angehörige wie auch an Interessierte. Sie erhalten einen Überblick über das Krankheitsbild sowie über die diversen Unterstützungs- und Entlastungsangebote im deutschsprachigen Kantonsteil. Die französische Ausgabe ist seit Ende Juli 2015 erhältlich.

Die GEF unterstützte die Erstellung des Demenzwegweisers für den Kanton Bern mit einem einmaligen Beitrag von 10 000 Franken.

Projekt Angehörigenarbeit der Pro Senectute Frutigland

Das von Absolventinnen aus den drei verschiedenen Studiengängen der Berner Fachhochschule¹⁹ getragene Projekt wurde 2014 gestartet und erstmals durchgeführt. Es verbindet Wissen aus den Studiengängen mit der Praxis. Das Angebot hat Angehörige in Betreuungssituationen von Menschen 55+ und weitere Interessierte im Blick. Den Fokus nicht alleine auf die erkrankte Person, sondern auch auf die involvierten Angehörigen zu legen, ist ein zentrales Anliegen des Projekts. Es richtet sich an sämtliche betreuende Angehörigen: Angehörige von Menschen, die zu Hause leben, und Angehörige von Heimbewohnenden. Ziel ist, durch ein zweiteiliges, kostenloses Angebot betroffene Angehörige in ihrer Betreuungsarbeit zu stärken und ihnen Gestaltungsmöglichkeiten in

¹⁹ DAS Demenz und Lebensgestaltung, DAS Angehörigen und Freiwilligen Support und dem DAS Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung.

ihrer Rolle als betreuende/pflegende Angehörige aufzuzeigen. Der Austausch untereinander, so hat die Erfahrung gezeigt, stärkt die Solidarität unter den Teilnehmenden und schafft Kontakte. Beide Elemente – Empowerment wie auch Solidarität – sind grundlegend für eine tragfähige alternde Gesellschaft. Dazu leistet das Projekt Angehörigenarbeit einen wertvollen Beitrag nahe bei den Leuten in ihrem täglichen geografischen Lebensraum. So erfüllt das Angebot das Kriterium der wohnortnahen Versorgung und trägt zur Vernetzung diverser Akteure bei.

Das Angebot wurde im Jahr 2014 einmalig mit einem Beitrag der öffentlichen Hand in der Höhe von 6000 Franken unterstützt.

Ab 2015 werden die Informationsveranstaltungen und die freie Angehörigengruppe unter der Schirmherrschaft von Pro Senectute Frutigland und der Alterskonferenz Frutigland weitergeführt und für die Teilnehmenden wiederum kostenlos angeboten.

Benevol Biel/ Bern und Projekt VA BENE

Bis Ende 2010 existierte die Koordinationsstelle Freiwilligenarbeit Kanton Bern (KFA). Zwischen der KFA und der GEF bestand über das kantonale Sozialamt (SOA) ein Leistungsvertrag. Dieser Leistungsvertrag deckte auch die beiden folgenden Leistungen ab:

- Finanzierung des Lehrgangs zur Freiwilligenbegleiter/in
- Publikation von infoBENEVOL im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit

Da die kantonale Alterspolitik der Freiwilligenarbeit grosse Bedeutung beimisst, erhielten Benevol Bern sowie Benevol Biel für diese beiden Angebote in den Jahren 2011 bis 2013 im Rahmen des alterspolitischen Budgets finanzielle Unterstützung.

Von 2012 bis Ende 2013 wurde ausserdem das Projekt VABENE finanziell unterstützt, das Freiwillige vermittelt, begleitet und betreut. Die Freiwilligen bieten betagten Personen wie auch Menschen mit Behinderung konkrete, punktuelle, aber regelmässige Unterstützung im Alltag an, etwa Begleitung beim Wocheneinkauf, bei Behördengängen oder zu Terminen, bei Spaziergängen oder kleinen Ausflügen, Vorlesen und Zuhören, ein Bild aufhängen, allgemeine Korrespondenz. Die Freiwilligen werden in ihre Aufgabe eingeführt und erhalten spezifische Weiterbildungsangebote sowie die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch.

Die genannten Leistungen wurden 2011 bis 2013 mit einem Beitrag von 228360 Franken unterstützt. Das Angebot existiert weiterhin, wird aber seit 2014 nicht mehr durch den Altersbereich, sondern durch das Sozialamt (SOA) finanziert, weil die Freiwilligenarbeit und deren Abgeltung direktionsintern neu geregelt wurden. Das SOA ist seither vollumfänglich für das Thema Freiwilligenarbeit zuständig und legt die konkrete Ausgestaltung der Finanzierung fest.

Work and Care – Vereinbarkeit von Beruf und Pflege Angehöriger

Zeit für die Pflege ist vor allem bei berufstätigen Angehörigen oder Personen mit mehrfachen Betreuungsaufgaben – kleine Kinder und ältere Angehörige – ein Thema. Dabei ist zu beachten, dass sich die Vereinbarkeitsproblematik bei der Betreuung von Kindern und von pflegebedürftigen Angehörigen unterscheidet. Bei Kindern ist der Betreuungsaufwand meist absehbar und reduziert sich im Laufe der Zeit. Anders sieht es bei der Betreuung älterer Angehöriger aus. Der Verlauf der Pflege von älteren und hochaltrigen Menschen ist im Gegensatz dazu unsicher, in der Dauer schwer abschätzbar und damit viel weniger planbar als bei Kindern. Oft erhöht sich der Pflegeaufwand kontinuierlich, bis er sich durch den Einbezug von Dritten in der Pflege reduziert oder durch den Tod der gepflegten Person ganz endet. Dabei ist auch das Risiko grösser, dass ein unvorhergesehenes Ereignis (z. B. Sturz oder Hirnschlag) die Situation von heute auf morgen komplett verändert.²⁰

In der Schweiz fehlt die gesetzliche Grundlage für eine Arbeitszeitreduktion bei einem längeren Pflegeeinsatz für Angehörige. Auch sonst bestehen im Schweizer Recht keine sonstigen Normen, die die arbeitsrechtliche Problematik von berufstätigen Pfl-

²⁰ Care-Arbeit, Eidg. Dep. des Innern (EDI), Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG), 2010.

genden regeln würden. Altersbedingte Pflegeaufgaben tangieren das rechtliche Arbeitsverhältnis nicht. Sie sind daher Privatsache.

Die Betreuung von alten, pflegebedürftigen Angehörigen kann zu finanziellen Einbußen führen, wenn die Betreuenden deshalb ihre Berufstätigkeit reduzieren oder ganz aufgeben.

Zumindest teilweise wird der Einkommensverlust von betreuenden Angehörigen bei der AHV-Rente durch Betreuungsgutschriften ausgeglichen. Diese werden allerdings nur gutgeschrieben, wenn die betreute Person im selben Haushalt wohnt. Dies ist heute oft nicht mehr der Fall.

Höpflinger und Perrig-Chiello halten im Forschungsprojekt SwissAgeCare 2010 fest, dass die Entlastung durch Pflegedienste einen zentralen Bereich der Unterstützung pflegender Angehöriger darstellt.

Lösungen zur Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Betreuungsaufgaben müssen bei der Angehörigenpflege verlässlich und finanzierbar sein, damit die Betreuenden ihrer Berufstätigkeit nachgehen können. Gelingt diese Vereinbarkeit nicht, wird oft auf eine Betreuung zu Hause verzichtet, und es fallen die Mehrkosten einer institutionellen Betreuung an, die sowohl von der betreuten Person wie auch von der Allgemeinheit getragen werden müssen.

Bereits heute gibt es teilweise die Möglichkeit, Erwerbs- und Versicherungsausfälle pflegender Angehöriger zu kompensieren. Gemäss Ergänzungsleistungsgesetzgebung (ELG) werden Ergänzungsleistungsberechtigten die Kosten für die notwendige Pflege und Betreuung, die von Familienangehörigen erbracht wird, im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten bis zu einer festgelegten Höchstgrenze vergütet, sofern diesen Personen eine länger dauernde und wesentliche Erwerbseinbusse entsteht. Dabei werden auch die geschuldeten Arbeitgeberbeiträge an die obligatorische Sozialversicherungen in die Berechnung der Vergütung einbezogen.

Ergänzend dazu fördert und unterstützt der Kanton Bern verschiedene Angebote, die pflegende und betreuende Angehörige entlasten. Dazu gehören insbesondere Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) und Tagesstätten, die pflegebedürftigen älteren Menschen eine willkommene Abwechslung und ihren Angehörigen die nötige Entlastung bieten. Ebenfalls gibt es Beratungs- und Unterstützungsangebote, beispielsweise von Pro Senectute, der Alzheimervereinigung Bern oder dem Entlastungsdienst Bern, die durch den Kanton mitfinanziert werden.

Stärkung der ambulanten Versorgung

Die Pflege im ambulanten wie im stationären Bereich sicherzustellen, ist mit Blick auf die erwartete demografische Alterung der Bevölkerung eine der grossen Herausforderungen. Die meisten unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen möchten, so lange es geht, in ihrem angestammten Umfeld bleiben, am liebsten in ihrer Wohnung, in der sie immer schon gelebt haben. Aus diesem Grund kommen der ambulanten Pflege durch professionelle Organisationen wie Spitex als auch der nicht-professionalisierten Betreuung und Pflege durch Angehörige eine grosse Bedeutung zu. Die Stärkung der ambulanten Versorgung ist in der Folge ein wichtiges Standbein der kantonalen Alterspolitik.

Spitex

Seit der Neuregelung der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 können auch erwerbswirtschaftliche (kommerzielle) Spitex-Organisationen und freiberuflich tätige Pflegefachpersonen einen Leistungsvertrag mit dem Kanton abschliessen. Dadurch wurde das Angebot an ambulanten Pflegeleistungen vergrössert. Damit der Zugang zu ambulanten Pflegeleistungen für alle Menschen im Kanton Bern gesichert ist, hat die GEF mit den gemeinnützigen Spitex-Organisationen einen Leistungsvertrag abgeschlossen, in dem sich diese verpflichten, jede Person im Kanton mit einem anerkannten Pflegebedarf zu versorgen (vgl. Handlungsfeld 9, S. 82).

Studie Ambulante Alterspflege und Altershilfe

Mit der Studie von Robert Fluder und anderen wurden repräsentative statistische und qualitative Daten zur aktuellen ambulanten Betreuungssituation von Menschen im AHV-Alter erhoben. Denn die Möglichkeit, auch im Alter ein selbständiges 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 Bestandaufnahme der Pflege- und Betreuungssituation ist deshalb eine wichtige Grundlage, um sinnvolle alterspolitische Massnahmen gezielt zu treffen.

Die Studie, die in den Kantonen Bern, Aargau und Zürich durchgeführt wurde, zeigt auf, dass bei zu Hause lebenden Menschen mit hoher Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit die Pflege und Unterstützung im Wesentlichen durch professionelle ambulante Anbieter wie die Spitex sowie durch die engsten Familienangehörigen – vor allem und in erster Linie durch Partnerinnen und Partner und in einem kleineren Ausmass durch die Kinder – erbracht werden. Personen aus dem weiteren sozialen Umfeld wie Freundinnen, Bekannte oder Nachbarn ergänzen die Unterstützung, indem sie punktuell und vor allem ausserhalb der eigentlichen Pflege einen Beitrag leisten, etwa Fahrdienst, Unterstützung beim Einkaufen oder bei der Wahrnehmung sozialer Kontakte. Vergleichsweise wenig genutzt werden hingegen die Angebote professioneller Freiwilligendienste. Da die Zahl alleinstehender Personen und älter werdender Menschen insgesamt steigt, ortet die Studie grossen Handlungsbedarf für die künftige ambulante Gesundheitsversorgung im Alter. Auch alleinstehende Menschen mit hoher Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit sollen zu Hause ambulant unterstützt werden können, um nicht mangels Partner oder Partnerin frühzeitig in ein teures stationäres Angebot wechseln zu müssen. Dies bedingt nebst der professionellen Pflege und Unterstützung durch Spitex-Dienste auch die Unterstützung durch Freundinnen, Bekannte und Nachbarn. Ein wichtiger Faktor dabei ist, die sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten. Ein dichtes soziales Netz senkt das Risiko, keine Unterstützung zu erhalten, und verringert so die Wahrscheinlichkeit eines frühzeitigen Heimeintritts. Schliesslich gaben 99 Prozent aller Befragten an, es sei ihnen wichtig bis sehr wichtig, möglichst lange selbstbestimmt im eigenen Zuhause und im bisherigen Wohnumfeld leben zu können.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass Freiwilligendienste im Bereich der Unterstützung und Betreuung/Begleitung zu wenig genutzt werden. Gerade im Hinblick auf die steigende Zahl alleinstehender alter Menschen müssten Angebote professioneller Freiwilligendienste vermehrt in Anspruch genommen werden. Das dort vorhandene Potenzial einer kostengünstigen Unterstützung ausserhalb dessen, was Pflege ist, wird heute bei Weitem nicht ausgeschöpft. Die Studie schlägt deshalb vor, diese Art von Freiwilligenarbeit verstärkt zu mobilisieren.

Des Weiteren zeigen die Ergebnisse auf, dass es oftmals an der Koordination und der Absprache zwischen den unterschiedlichen Unterstützungs- und Pflegedienstleistern fehlt. Bei Personen mit hoher Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit und mehreren involvierten Diensten kann das zu Einbussen bei der Qualität in der Versorgung führen. Die Schaffung koordinierender Stellen wird deshalb empfohlen. Dazu benötigt es rechtliche Grundlagen und eine geregelte Finanzierung.

Neben den professionellen ambulanten Pflegediensten erbringen die Angehörigen, insbesondere die Partnerinnen und Partner sowie die Kinder von Personen mit hohem Pflege- und Unterstützungsbedarf, einen erheblichen Teil der Pflege- und Unterstützungsleistungen. Das führt in vielen Fällen zu erhöhten Belastungen, unter Umständen bis zum Zusammenbruch. Ziel in der ambulanten Versorgung muss daher sein, die Pflege-Settings zu stabilisieren und die Angehörigen zu stärken, indem sie diese unterstützen und entlasten. Ausserdem ist es für erwerbstätige Angehörige von grosser Bedeutung, ihre berufliche Arbeit (work) mit der Pflege- und Betreuungsarbeit zu Hause (care) in Einklang bringen zu können. Die Studie empfiehlt deshalb eine bessere Vereinbarkeit von «work & care» (vgl. Handlungsfeld 2, S.30). Die vermehrte Berufstätigkeit von Frauen, die bisher die Pflege und Betreuung von Angehörigen übernommen haben,

schafft voraussichtlich eine Lücke in der ambulanten Versorgung von älteren Menschen mit hohem Pflege- und Unterstützungsbedarf (vgl. weiter unten).

Nebst den genannten Faktoren wird eine geeignete Wohnsituation für allein lebende Personen mit einem erhöhten Pflege- und Unterstützungsbedarf als ebenso wichtig angesehen. Eine hindernisfrei gestaltete Wohnung und Wohnumgebung tragen dazu bei, trotz Mobilitätseinschränkung weiterhin autonom in den eigenen vier Wänden leben zu können.

Studie zur Zukunft der Pflegebereitschaft von Angehörigen und Freiwilligen

Aus Deutschland liegen Daten vor, die besagen, dass aufgrund des gesellschaftlichen Wandels und der vermehrten Berufstätigkeit von Frauen in Zukunft mit einer nachlassenden Pflegebereitschaft von Familienangehörigen zu rechnen ist. Ebenfalls zeichnet sich ähnlich wie in der Schweiz seit Längerem ein Fachkräftemangel in der Pflege ab. Diese beiden Faktoren tragen dazu bei, dass künftig mit einer Versorgungslücke im ambulanten Bereich gerechnet werden muss. Da ambulante Pflege sowie ein betreuendes, stützendes Umfeld zur Erhaltung der Autonomie älterer Menschen wesentlich und beides wichtige Pfeiler der kantonalen Alterspolitik sind, wollte die GEF wissen, ob der Kanton Bern mit ähnlichen Entwicklungen rechnen muss. Zu diesem Zweck wurde die Berner Fachhochschule mit einer Studie beauftragt, die erstmals in der deutschsprachigen Schweiz mit Fokus auf den Kanton Bern eine repräsentative Bestandesaufnahme des künftig zu erwartenden Pflegepotenzials von Familienangehörigen und Freiwilligen in der ambulanten Betreuung älterer Menschen vornimmt. Diese Studie, verfasst von Matthias Riedel, schliesst inhaltlich an die oben bereits beschriebene Studie (Robert Fluder et al.) über die ambulante Alterspflege und Altershilfe an und wirft einen Blick in die Zukunft.

Im Kanton Bern wie auch in der übrigen deutschsprachigen Schweiz besteht eine im Vergleich zu Deutschland höhere Präferenz für die professionelle ambulante und stationäre Versorgung von nahestehenden Angehörigen im Pflegefall. In der Schweiz sind anteilmässig mehr Menschen in einem Alters- und Pflegeheim als in Deutschland. Wird der steigende Pflegebedarf in erster Linie durch stationäre Pflege abgedeckt, so ist mit einer massiven Kostensteigerung zu rechnen. Der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger alter Menschen durch ihre Angehörigen zu Hause kommt daher ein hoher gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Stellenwert zu. Allerdings kann diese grosse und wichtige Aufgabe nicht alleine von den Angehörigen gestemmt werden, sondern die ganze Gesellschaft ist gefordert. Dazu Pasqualina Perrig-Chiello, Psychologin:

«Das hohe Alter ist nach wie vor eine vulnerable Phase, in der sich die meisten Menschen nichts Sehnlicheres wünschen, als bis ans Lebensende im eigenen Heim zu verbleiben. Familienangehörige sind gefordert und erbringen im Stillen eine unbezahlbare Leistung – oft bis zur Überforderung. Familiäre Pflege kann und darf nicht bloss die Angelegenheit der Familie sein, sie ist auch eine gesellschaftliche Aufgabe!»²¹

Es ist zu beobachten, dass die Bereitschaft, pflegebedürftige Angehörige zu Hause zu pflegen mit steigendem Bildungsstand und steigendem sozialen Status der pflegenden Person sinkt. Die Bevölkerungsgruppe mit guter Ausbildung und höheren Bildungsabschlüssen wächst. Hinzu kommt, dass Frauen vermehrt gut ausgebildet und berufstätig sind. Muss die berufstätige Generation Pflegeaufgaben übernehmen, geht dies mit hohen Opportunitätskosten (= Verzichtskosten, Lohneinbussen) einher: Die Studie sagt deshalb für diese Gruppe eine insgesamt rückläufige Pflegebereitschaft voraus.

In städtischen Gebieten ist der Anteil allein lebender Personen und der Anteil von Menschen, die angeben, niemanden zu kennen, der sie dereinst pflegen würde, merklich höher als in Agglomerations- oder ländlich geprägten Gebieten. Aus diesem Grund wird hier ebenfalls eine künftige Unterstützungslücke auf Seite der nicht professionell Pflegenden in städtischen Gebieten vorausgesagt.

²¹ Quelle: <http://www.alleshatseinezeit.ch/medien.html> (Stand 1.12.2015)

Daraus lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen und Massnahmen ableiten:

- Soziale Netzwerke müssen gestärkt werden. Ein dichtes soziales Netz senkt das Risiko, im Bedarfsfall keine Unterstützung zu erhalten, und verringert so die Wahrscheinlichkeit eines frühzeitigen Heimeintritts (vgl. Teil A, S. 12).
- Case-Management im Sinne der «Fallführung aus einer Hand», die alles koordiniert zur Entlastung von (berufstätigen) betreuenden Angehörigen.
- Die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit (work) und Pflege-/Unterstützungsarbeit zu Hause (care) muss erhöht werden.
- Care-Migration existiert heute bereits und leistet einen Beitrag zur Betreuung alter Menschen zu Hause. Sie ist aber kaum geregelt. Es gilt, die Finanzierung und die Qualität der erbrachten Unterstützungsleistungen auf nationaler Ebene zu regeln.
- Das Angebot an kurzzeitig flexiblen Tagesbetreuungsstrukturen mit langen Öffnungszeiten, Fahrdienst und der Möglichkeit zu Wochenendaufenthalten muss erhöht werden.
- Es braucht Information und Aufklärung zu Alter und Pflegebedürftigkeit, um negative und falsche Vorstellungen zu korrigieren hinsichtlich der tatsächlichen Datenlage, was den Anteil oder das Risiko von Pflegebedürftigkeit und Heimaufenthalt betrifft. Es sind längst nicht alle hochaltrigen Menschen abhängig, pflegebedürftig und im Heim (vgl. Einleitung, S. 8, und Handlungsfeld 5, S. 52).

Weiterbildungsangebot

Studiengang Angehörigen und Freiwilligen support²²

Die GEF unterstützte die beiden ersten Studiengänge (2008–2010 und 2010–2012) der Berner Fachhochschule finanziell. Der Studiengang richtet sich an Sozialarbeitende, Pflegefachpersonen und weitere Personen aus anderen Berufsrichtungen, die sich in ihrer aktuellen oder künftigen beruflichen Tätigkeit mit der Begleitung, Unterstützung und Schulung von Angehörigen und Freiwilligen beschäftigen, die ihrerseits einen Einsatz für und mit unterstützungsbedürftigen Menschen leisten. Dieser Einsatz 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.

Im Anschluss an die ersten beiden Studiengänge erfolgte ebenfalls mit finanzieller Unterstützung der GEF eine Evaluation mit dem Ziel herauszufinden, wie sich die Teilnahme am Studiengang auf die Begleitung, Unterstützung und Schulung von Angehörigen und Freiwilligen auswirkt, und zwar auf verschiedenen Ebenen: bei den Studierenden, bei den pflegenden Angehörigen und betreuenden Freiwilligen sowie auf fachlicher



²² Ein Studiengang der Berner Fachhochschule zum Diploma of Advanced Studies (DAS).

Ebene in den Institutionen, in denen die Studierenden während und auch nach dem Studiengang angestellt waren oder immer noch sind.

Es zeigte sich, dass die jeweiligen Institutionen von ihren Absolventen profitieren können. Die Thematik von Angehörigen und Freiwilligen hat durch sie in der jeweiligen Institution oder Organisation einen neuen Stellenwert erhalten und wird bewusst berücksichtigt. Sowohl in Spitex-Betrieben als auch in Alters- und Pflegeheimen trägt der professionelle Angehörigen- und Freiwilligensupport dazu bei, das Kerngeschäft der Pflege und Betreuung zu entlasten. Bereits bestehende Angebote im Bereich Angehörige und Freiwillige können gezielter genutzt und institutionell besser verankert werden. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass sich die Beziehung zwischen Spitex/Pflegeheim und den jeweiligen Angehörigen merklich verbessert. Konflikte zwischen Angehörigen und der Organisation oder der Institution können damit reduziert werden. Eine Studentin, die in einem Alters- und Pflegeheim im Kanton Bern arbeitet, fasste im Rahmen der Evaluation kurz und anschaulich zusammen:

«Aus meiner Perspektive sind die Angehörigen die grösste Gruppe, die in der Institution ein- und ausgeht. Allein diese Tatsache müsste Grund genug sein, den Angehörigen-Support in der Institution anzubieten. Konflikte mit Angehörigen konnten in unserer Institution auf ein Minimum reduziert werden. Pflegende und Angehörige erkennen sich als Partner und stehen sich in der Betreuungssituation nicht mehr als ‚Gegner‘ gegenüber. [...] Im Heim konnten wir den Angehörigen-Support im Organigramm verankern. Er wurde ins Pflegekonzept und den Pflegeprozess integriert. Spürbar ist, dass Angehörige und Pflegende ihre Rollen besser kennen und partnerschaftlich zusammenarbeiten.»²³

Dieser Studiengang existiert weiterhin, er wird nach der erfolgreichen Einführung jedoch nicht mehr finanziell von der GEF unterstützt.

²³ http://www.alter.bfh.ch/de/weiterbildung/diploma_of_advanced_studies_das/interviews/susanne_aeschlimann.html (Stand 1.12.2015).

Handlungsfeld 3: Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsplätze

Jeder Mensch wohnt. Wohnen ist ein zentrales Thema im menschlichen Leben und gewinnt in der nachberuflichen Phase zusätzlich an Bedeutung. Die Gestaltung einer guten Wohnumgebung trägt wesentlich zur Lebensqualität bei. Nebst der persönlichen Einrichtung in den eigenen vier Wänden ist es ebenso wichtig, wo sich dieses Zuhause befindet, wie es in ein Dorf oder ein Quartier eingebettet und eingebunden ist und welche Infrastruktur in nächster Nähe zur Verfügung steht, um den Alltag zu gestalten und zu bewältigen. Lebens- und wohnenswerte Quartiere, Siedlungen und Gemeinden sind zentral. Ihre Ausgestaltung entscheidet darüber, ob sich ältere und hochbetagte Menschen trotz gewisser Einschränkungen in ihrer Mobilität oder ihren kognitiven Fähigkeiten weiterhin zurechtfinden und ihren Alltag möglichst autonom gestalten können. Eine nachhaltige Raumentwicklung umfasst somit auch die soziale Dimension, die nicht mehr ausser Acht gelassen werden darf. Das Bundesamt für Raumentwicklung (ARE) schreibt dazu:

«Neben Wirtschaft und Ökologie gilt die Gesellschaft als dritte Dimension der nachhaltigen Entwicklung. Die sozialen Aspekte wurden in der bisherigen Diskussion aber häufig vernachlässigt. Dabei gibt es gute Gründe, die gesellschaftlichen Auswirkungen von Massnahmen und Entwicklungen gleichwertig zu berücksichtigen. [...] Chancen- und Verteilungsgerechtigkeit, Wohlbefinden, Gesundheit, Bildung und Integration: Diese und weitere Faktoren bilden zusammen die soziale Dimension der nachhaltigen Entwicklung.»²⁴

«Quartiere sind gegenwärtig in besonderem Masse herausgefordert: Die Siedlungsentwicklung nach innen, der demografische Wandel oder die zunehmende soziale und kulturelle Durchmischung sind in den Quartieren unmittelbar zu spüren. Auf dem überschaubaren Raum des Quartiers lassen sich diese Herausforderungen mit den Ansätzen der nachhaltigen Entwicklung besonders gut angehen.»²⁵

Im kantonalen Richtplan 2030, den der Regierungsrat am 2. September 2015 verabschiedet hat, wird unter anderem festgehalten, dass die Identifikation mit dem Raum gefördert werden soll:

«Die Bedürfnisse der Bevölkerung – besonders auch von Frauen, Kindern und älteren Personen sowie Menschen mit Behinderungen – werden bei der Gestaltung der Siedlungen berücksichtigt.»²⁶

Altersgerechte Wohninfrastruktur am Wohnort – eine wichtige kommunale alterspolitische Aufgabe

Ergebnisse aus dem Age Report III (2014) zeigen, dass ältere und alte zu Hause lebende Menschen in der Schweiz grundsätzlich stark mit ihrem Wohnort verbunden sind.²⁷ Dies muss in der kommunalen Alterspolitik berücksichtigt werden und erfordert dezentrale und quartiernahe Angebote, besonders dann, wenn die Betroffenen altersbedingt Unterstützung und Pflege brauchen. Nahe gelegene Einkaufsmöglichkeiten und eine gute Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz sind wesentlich. Nebst diesen Angeboten ist die unmittelbare Wohnumgebung zentral. Nehmen ältere Menschen ihre Wohnumgebung negativ wahr, etwa aufgrund von Lärm oder mangelnder öffentlicher

²⁴ Medienmitteilung vom 23. Juni 2015.

²⁵ Medienmitteilung vom 29. Mai 2015.

²⁶ Richtplan Kanton Bern, Richtplan 2030, Raumkonzept Kanton Bern, S. 9. Quelle Internet: <http://www.be.ch/richtplan> (Stand 1.10.2015)

²⁷ Höpflinger, François und Joris van Wezemaal (Hrsg.) 2014. Age Report III: Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends. Zürich. Seismo Verlag.

Sicherheit, schmälert dies ihre Wohnzufriedenheit. Dies führt zum Rückzug in die eigenen vier Wände und erhöht damit die Gefahr sozialer Isolation im Alter. So sind gemäss Age Report III gute Nachbarschaftskontakte, eine ruhige Wohnlage, eine hohe öffentliche Sicherheit und genügend Grün- und Erholungsraum in der Nähe ausschlaggebend für eine hohe Wohnzufriedenheit. Gut erreichbare Angebote in der Nähe wie auch die Ausgestaltung der Wohnumgebung sind Aufgaben der kommunalen Alterspolitik. Fragen und Fakten betreffend das Älterwerden der Bevölkerung müssen innerhalb einer Gemeinde via kommunale Alterspolitik in andere Zuständigkeitsgebiete, etwa die Raum- und Verkehrsplanung, einfließen. Nur so kann die Behörde sicherstellen, dass die Wohnumgebung in der Gemeinde oder im Quartier auch für ältere und alte Menschen attraktiv bleibt und sie diese durch eine gute Gestaltung in ihrer Selbständigkeit unterstützt und nicht behindert.

Zukunftsorientiertes Richtraumprogramm für stationäre Pflege- und Betreuungsplätze

Die Raumprogrammvorgaben der GEF für den Bau und die Sanierung von Alters- und Pflegeheimen im Kanton Bern wurden 2013 überarbeitet und aktualisiert. Die konzeptionellen Anforderungen entsprechen dem heutigen Wissensstand und wurden neuen Erkenntnissen angepasst. Sie sind für Neubauten und Sanierungsvorhaben unterschiedlich gefasst, wobei gilt, dass bei Sanierungen, wo immer möglich, der Standard für Neubauten umgesetzt werden soll.

Ein wesentlicher Punkt des geltenden Richtraumprogramms betrifft die Nutzungsflexibilität eines Gebäudes. Es wurde bewusst darauf verzichtet, für unterschiedliche Zielgruppen unterschiedlich gelagerte Raumprogramme zu definieren. Bei der Planung von Neubauten und bei grösseren Sanierungsvorhaben ist eine optimierte Nutzungsflexibilität anzustreben, damit Umnutzungen etwa aufgrund veränderter Bewohnergruppen oder Bedürfnisse mit verhältnismässigen Eingriffen möglich sind. Denn die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, dass sich sowohl die Aufgabenstellungen wie auch die Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen in den stationären Einrichtungen laufend gewandelt haben. Es ist davon auszugehen, dass sich dieser Wandel fortsetzen wird. Es liegt deshalb im Interesse aller Beteiligten, die Infrastrukturen möglichst nutzungsflexibel auszulegen und auf starre, spezialisierte Systeme zu verzichten.

Die Vorgaben definieren einen Mindeststandard und Mindestwerte, die ungeachtet der Zielgruppe, die in der Institution lebt, eingehalten werden müssen. Der heutige Trend weist stetig in Richtung Einbettzimmer. Zweibettzimmer sind immer weniger gewünscht und lassen sich oftmals nur noch an eine Einzelperson vermieten. So stehen jeder Heimbewohnerin und jedem Heimbewohner in Neubauten mindestens 16 Quadratmeter Individualfläche im eigenen Zimmer zur Verfügung und mindestens 4 Quadratmeter an allgemeiner Fläche innerhalb der Pflegewohngruppe. Bei bereits bestehenden, zu sanierenden Gebäuden ist eine Unterschreitung dieser Norm dann möglich, wenn die Gebäudestruktur eine Anpassung nicht zulässt.

Auch wenn die Bewohnerinnen und Bewohner in erhöhtem Masse pflegebedürftig sind, so stehen im Heim eine «normale» Lebensqualität und die Alltagsgestaltung im Vordergrund. Eine fachlich qualifizierte Pflege und Betreuung ist notwendig, sollte aber nicht das Leben im Heim bestimmen. Dass die Bewohnerinnen und Bewohner bei ihren Alltagsaktivitäten unterstützt und begleitet werden und ihrem sozialen und persönlichen Umfeld Rechnung getragen wird, ist ebenso wichtig. Dies wird aber häufig unterschätzt. Trotz aller Gemeinschaftlichkeit muss Raum für Individualität und Rückzug vorhanden sein: Das Angebot von Einbettzimmern deckt dieses Bedürfnis ab. Grundlage für das kantonale Raumprogramm bildet daher das Wohngruppenmodell. Die Wohngruppe soll Lebensraum für 12 bis 16 Personen bieten und deren eigentliches Zuhause sein – analog der eigenen Wohnung. In diesem Modell bildet das Leben im gemeinschaftlichen Raum innerhalb der Wohngruppe das Zentrum des Alltags. Hier finden nicht nur infor-

melle Begegnung und Austausch statt, sondern die gemeinsamen Aktivitäten des täglichen Lebens und insbesondere das gemeinsame Einnehmen der Mahlzeiten.

Der Kanton befürwortet die Möglichkeit eines flexiblen Übergangs zwischen selbständigem Wohnen zu Hause und dem Leben im Heim. Namentlich die folgenden Zwischenformen und Entlastungsangebote bieten eine wertvolle Unterstützung:

- Alternative Wohn- und Betreuungsformen, beispielsweise Wohnen in altersgerechten Wohnungen mit Dienstleistungen nach Bedarf. Mit diesem Angebot haben Heimträgerschaften die Möglichkeit, Synergien zu nutzen.
- Das Angebot von Kurzaufenthalten in Heimen zur Entlastung pflegender Angehöriger und als Ferienaufenthalte für Pflegebedürftige.
- Das Angebot von Plätzen für Akut- und Übergangspflege (AÜP) kann nach einem Spitalaufenthalt die Rückkehr nach Hause unterstützen. Allerdings ist AÜP auf maximal 14 Tage beschränkt und hat sich in der Praxis nicht bewährt: Das Angebot wird kaum genutzt.
- Angebote für Tages- und/oder Nachtplätze. Tagesbetreuungsangebote werden von der GEF mit einem Beitrag von 80 Franken pro erbrachten Gästetag subventioniert.

Bei der Planung der Infrastrukturen sollen Zwischenformen und Entlastungsangebote integriert werden.

Handlungsfeld 4: Versorgungsangebote bei Krankheit im Alter

Jede Patientin und jeder Patient braucht eine spezifisch auf ihr oder sein Krankheitsbild abgestimmte Therapie und Pflege. Bei alten Menschen gestaltet sich der Behandlungsprozess oft komplexer, weil sie an multiplen und chronischen Krankheiten leiden. Umso wichtiger ist es, dass sie eine koordinierte Behandlung nach dem Prinzip des Care Managements erhalten. Dies stellt die medizinische Versorgung vor neue Herausforderungen, auf welche Versicherungen und Leistungserbringende mit innovativen Modellen der integrierten Versorgung reagieren. Kernelement dieser Modelle ist, dass sich die verschiedenen Leistungserbringer untereinander vernetzen. Eine Instanz (z. B. die Hausärztin oder der Hausarzt) koordiniert den gesamten Behandlungsprozess der erkrankten Person, wodurch Lücken und Doppelspurigkeiten im Behandlungsprozess sowie Fehlmedikationen weitestgehend vermieden werden. Auch der Übergang von einer stationären zu einer ambulanten Behandlung oder umgekehrt ist Teil des Care Managements. Als Hilfsmittel dienen in der Regel ein modernes IT-System sowie eine elektronische Patientenakte. Beides ermöglicht den beteiligten Leistungserbringern wie auch den Patientinnen und Patienten, Daten zu verwalten, einzusehen und Informationen auszutauschen.

Die GEF unterstützt seit einigen Jahren Projekte der integrierten Versorgung finanziell und/oder konzeptionell. Daneben haben auch private Akteure, ohne Beteiligung der GEF, Modelle zur integrierten Versorgung entwickelt und implementiert. Es sind verschiedene Massnahmen entstanden, die eine auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte und möglichst permanente Versorgung bei Krankheit im Alter sicherstellen sollen.

Im ambulanten Sektor wurden verschiedene Massnahmen umgesetzt, um den Nachwuchs in der Hausarztmedizin zu fördern wie auch den Notfalldienst neu zu regeln. Die Massnahmen wurden vornehmlich in peripheren Gebieten implementiert. Infolge der geringen Dichte an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist die Belastung des Notfalldienstes dort ungleich höher als im urbanen Raum. Auch die Suche nach einer Nachfolgerin oder einem Nachfolger gestaltet sich für Hausärztinnen und Hausärzte viel schwieriger als in der Stadt.

Förderung der (haus)ärztlichen Grund- und Notfallversorgung

Bericht Hausarztmedizin im Kanton Bern als Ausgangslage

Diverse politische Vorstösse in den vergangenen zehn Jahren führten 2011 unter Federführung des Kantonsarztamtes zu einer Analyse der Hausarztmedizin im Kanton Bern (Bericht an den Grossen Rat zu den Motionen 035-2005 Heuberger und 090-2005 Kilchherr).²⁸ Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe bestand aus Vertreterinnen und Vertretern der kantonalen Ärztesgesellschaft, der Medizinischen Fakultät, der Fakultären Instanz für Allgemeinmedizin, der Erziehungsdirektion, der Volkswirtschaftsdirektion und anderen. Im Bericht wurden die zentralen Probleme analysiert und mögliche Handlungsfelder, Lösungsansätze und Massnahmen vorgestellt, um die hausärztliche Grund- und Notfallversorgung sicherzustellen. Folgende Massnahmen wurden seither umgesetzt.

Förderung des Nachwuchses in der Hausarztmedizin

Bereits vor Abschluss des Hausarztberichts führte man während des Medizinstudiums Praktika bei Hausärztinnen und Hausärzten ein und initiierte einen Modellversuch zur

²⁸ 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».

Förderung der Weiterbildung von Assistentinnen und Assistenten in der Hausarztmedizin (Praxisassistenten) (RRB 2035/2007). Im Juni 2010 bewilligte der Regierungsrat einen Zusatzkredit für die Praxisassistenten sowie eine Erweiterung auf neun Praxisassistentenstellen pro Jahr (RRB 904/2010). Im Januar 2012 stimmte der Grosse Rat schliesslich dem Programm «Ärztliche Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenten)» (RRB 1599/2011 bzw. 2011.RRGR.1528) zu. Damit stellt der Kanton Bern die Förderung von 21 Praxisassistentenstellen langfristig sicher.

Der Schlussbericht zum Modellversuch «Ärztliche Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenten)» zeigt auf, dass in Pension tretende Grundversorgerinnen und Grundversorger gerade durch die Praxisassistenten einen Nachfolger oder eine Nachfolgerin für ihre Praxis gefunden haben. Zudem verbessert sich mithilfe der Praxisassistenten die Vernetzung zwischen Spitalärzten und Grundversorgerinnen: Assistentinnen und Assistenten, die sich in einer Hausarztpraxis weiterbilden, erzielen einen grossen Lerngewinn und entwickeln gleichzeitig ein Verständnis für den Praxisbetrieb, selbst wenn sie sich anschliessend für eine Tätigkeit im stationären Sektor entscheiden.

Unterstützung des ärztlichen Notfalldienstes

Der Regierungsrat bewilligte erstmals 2008 (RRB 2141/2008) und erneut im Jahr 2012 (RRB 1004/2012) einen finanziellen Beitrag für das Callcenter Medphone AG und fördert damit eine Neuregelung des ärztlichen Notfalldienstes. Notfalldienstleistende Ärztinnen und Ärzte, die mit Medphone zusammenarbeiten, lassen ihre Nummern auf das Callcenter umleiten. Patientinnen und Patienten können Medphone bei einem Notfall auch direkt anrufen. Medizinisch ausgebildetes Fachpersonal (auch nicht-ärztliches) triagiert die eingehenden Notrufe und vermittelt die Patientinnen und Patienten an einen für ihr Behandlungsbedürfnis zuständigen Leistungserbringer (diensthabende Ärztin oder diensthabenden Arzt oder die Notfallstation eines Spitals) weiter. Bei leichteren Verletzungen und/oder Krankheiten geben sie hingegen Rat zur Selbsthilfe. Durch dieses Modell erhält jede Person, die keinen Hausarzt oder keine Hausärztin hat und/oder ausserhalb der regulären Praxisöffnungszeiten eine medizinische Behandlung braucht, eine auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Dienstleistung. Eine diensthabende Medizinalperson steht zudem im Pikettdienst für Hausbesuche. Sie wird bei Bedarf von Medphone aufgeboden.

Weiteres Vorgehen

Als weitere Massnahme zur Förderung der Hausarztmedizin hat der Regierungsrat im Februar 2012 (RRB 250/2012) beschlossen, innovative Projekte der medizinischen Grundversorgung mit einem finanziellen Beitrag zu unterstützen. Die GEF fördert und unterstützt den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen Grundversorgern, die bereits ein neues Modell der integrierten Versorgung implementiert haben, ihre Nachfolge durch innovative Ansätze regeln konnten oder nach Lösungsansätzen suchen. Auf Antrag kann für neue Projekte eine Anschubfinanzierung gewährt werden.

Innovative Projekte der ambulanten vernetzten Versorgung durch private Akteure

Nebst oben genannten Massnahmen durch den Kanton Bern haben private Akteure (Ärztinnen und Ärzte) und Institutionen (Krankenversicherungen) – ohne Beteiligung des Kantons – verschiedene Modelle der integrierten Versorgung im ambulanten Bereich entwickelt.

a) Ärztliche integrierte Versorgungsnetzwerke: Verschiedene Leistungserbringer mit unterschiedlichen Fachrichtungen haben sich zu Versorgungsnetzwerken zusammengeschlossen (mediX bern, mednetbern, SeelandNet) und sich zur Zusammenarbeit verpflichtet. Sie sorgen für eine integrierte Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten, indem sie den Behandlungsprozess optimieren: Sie koordinieren die diversen Therapien und Behandlungen, die unterschiedliche Leistungserbringer erbringen, und verhindern dadurch Redundanzen.

- b) MediZentrum Schüpfen, Lyss, Ins, Messen und Täuffelen (seit 2015):** Das Medi-Zentrum leistet eine integrierte medizinische Grundversorgung in der Region Berner Seeland, indem es die Patientenbetreuung stufengerecht, umfassend, in einer optimalen Qualität, kosteneffizient und angepasst an die zukünftigen Anforderungen der medizinischen Versorgung behandelt. Es stellt eine umfassende Grundversorgung inklusive Spezialistensprechstunden bereit und engagiert sich in der Ausbildung angehender Grundversorgerinnen und Grundversorger und anderer Gesundheitsberufe.
- c) Versicherungsinitiierte ambulante Kooperationsmodelle:** Krankenversicherer schaffen schweizweit Netzwerke und neue Versicherungsformen mit eingeschränkter Arztwahl (Hausarzt-, Gatekeeper- und HMO-Modelle), sogenannte Managed-Care-Modelle. An solchen Modellen beteiligte Ärztinnen und Ärzte tragen Budgetverantwortung mit. Ziel dieser Versicherungsmodelle sind finanzielle Einsparungen bei den Versicherten, indem durch organisatorische und fachliche Kooperation der Leistungserbringer Kosten eingespart und die Qualität verbessert werden sollen.
- d) Umwandlung ehemaliger Spitalstandorte in Gesundheitszentren:** Nach der Schliessung von Spitälern entstanden durch die Initiative verschiedener Akteure wie Gemeinden, niedergelassene Ärztinnen und Ärzten, Versicherungen, Spitalvereinigungen am selben Standort Gesundheitszentren, die verschiedene ambulante und stationäre Angebote unter einem Dach vereinen. Beispiele sind die Gesundheitszentren Tramelan, Meiringen und Huttwil.
- e) Spitalassoziierter Notfalldienst:** Ärztinnen und Ärzte mit Notfalldienstpflicht haben ein innovatives, spitalassoziertes Notfalldienstmodell entwickelt. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte arbeiten zusammen mit einem regionalen Spital. Ausserhalb der regulären Arbeitszeiten teilen sie sich den Notfalldienst mit Spitalärztinnen und -ärzten. Dieses Modell bringt zwei Vorteile für Patientinnen und Patienten: Einerseits werden die «hereinkommenden Fälle» mittels eines vorgelagerten Notfalltelefons und/oder des der Notfallstation vorgelagerten Notfalldiensts durch Grundversorger triagiert und dadurch der Spitalnotfall entlastet. Andererseits deckt dieses Modell auch die Bedürfnisse jener Patientinnen und Patienten ab, die keine Hausärztin oder keinen Hausarzt haben und folglich den Notfall eines Spitals aufsuchen, wenn sie krank sind.
- f) Futuro Chronic Care Management (Futuro CCM):** MediX bern und zürich haben 2009 das Projekt Futuro Chronic Care Management lanciert. Es handelt sich um ein hausarztbasiertes Betreuungsmodell, in dem die Behandlungsabläufe strukturiert und proaktiv koordiniert werden. Dabei übernehmen Medizinische Praxisassistentinnen (MPA) mit einer spezifischen Weiterbildung bestimmte Aufgaben. Als Instrument dient eine Onlineplattform, über die sich Leistungserbringer und Patientinnen und Patienten austauschen sowie die benötigten Daten und Informationen verwalten und analysieren können. Das Modell überprüft, wie die Versorgung von multimorbiden, chronischen Patientinnen und Patienten trotz knapper hausärztlicher Ressourcen verbessert werden kann.

Unterstützung innovativer Projekte der medizinischen Grundversorgung

Pilotprojekt Medizinische Grundversorgung Obersimmental-Saanenland (MeGOS)

Im Auftrag und in enger Zusammenarbeit mit der GEF konzipierte und realisierte die Spital STS AG zwischen 2012 und 2014 das Pilotprojekt MeGOS. Das übergeordnete Ziel des Pilotprojektes war es, die strukturellen Grundlagen für die langfristige Sicherung der medizinischen Grundversorgung zu schaffen, indem lokale Partner miteinbezogen werden. Beispielhaft wollte man in einer peripheren, voralpinen oder alpinen Region ein Modell zur integrierten Versorgung entwickeln und evaluieren. Die gewonnenen Erkenntnisse sollten im Anschluss an das Pilotprojekt für die Entwicklung der kantonalen Versorgungsplanung aufbereitet werden.

Im Hintergrund des Pilotprojekts standen die allgemeinen Herausforderungen und der Wandel in der Gesundheitsversorgung peripherer Regionen: Angesichts des gestiegenen Drucks auf die Leistungserbringer und der sich abzeichnenden Nachwuchsengepässe beim Medizinalpersonal (universitäre und nicht-universitäre Gesundheitsberufe) gerät dort die Versorgung oft sektorübergreifend (ambulant und stationär) in Bedrängnis. Die oft wenigen Leistungserbringer sind auf eine vergleichsweise enge Zusammenarbeit angewiesen und übernehmen in der Regel unterschiedliche Funktionen der medizinischen Grundversorgung (Notfallversorgung, Langzeitpflegeversorgung, Diagnostik etc.). MeGOS sollte aus Sicht des Kantons, am Beispiel einer peripheren Region, auf gezielte Fragen zur Versorgungssituation Antworten geben. Diese wollte man für weitere, ähnliche Veränderungsprozesse in anderen peripheren Regionen aufbereiten und nutzbar machen.

MeGOS umfasste drei Teilbereiche: die Überprüfung und gegebenenfalls die Verbesserung des Rettungswesens, den Aufbau des Gesundheitsnetzes sowie die Überprüfung der Versorgungsnotwendigkeit der Spitalstandorte und ihrer Angebote. Stand zu Beginn des Projektes vor allem die Spitalversorgung im Vordergrund, wurde es im weiteren Verlauf – nachdem das Regionalspital Saanen geschlossen wurde und man im Regionalspital Zweisimmen Versorgungsnotwendigkeit feststellte (RRB 814/2013) – wichtiger, eine Lösung zu finden für die bedrohte ambulante medizinische Grundversorgung, insbesondere die Hausarztmedizin. Am 17. Juni 2013 wurde schliesslich der Verein Medizinische Grundversorgung Simmental-Saenenland (MeGSS) gegründet. Dessen Ziel ist die Vernetzung der unterschiedlichen Akteure in der Region, um die medizinische Grundversorgung in der Region mittel- und langfristig zu sichern. Im September 2013 hat die STS AG zudem entschieden, den Rettungsdienst für das Simmental-Saenenland ab dem 1. Dezember 2013 in der Region Saanenmöser zu stationieren.

Das Folgeprojekt MeGSS ist heute noch nicht abgeschlossen. Bereits heute kann man aber festhalten, dass das Pilotprojekt MeGOS massgeblich dazu beigetragen hat, in der betroffenen Region sektorübergreifend einen Wandel anzustossen, zu thematisieren und dessen Erfolgsfaktoren aufzuzeigen. Die Umsetzung und ein langfristiger Erfolg werden sich aber erst nach Abschluss des Pilotprojekts zeigen.

Versorgungsplanung gemäss Spitalversorgungsgesetz (SpVG)

In der Schweiz liegt die Verantwortung für eine angemessene Versorgung mit Spital- und Rettungsleistungen sowie die Sicherung der nicht-universitären Gesundheitsberufe bei den Kantonen. Im Kanton Bern ist daher die GEF mit der entsprechenden Versorgungsplanung befasst; die gesetzliche Grundlage hierfür ist das Spitalversorgungsgesetz (SpVG, BSG 812.11). Die kantonale Versorgungsplanung gemäss SpVG dient im Grundsatz der Sicherstellung einer bedarfsgerechten, zugänglichen, qualitativ guten und wirtschaftlich tragbaren medizinischen Versorgung der Berner Wohnbevölkerung, inklusive Entscheidungen zur medizinischen Schwerpunktplanung auch im Altersbereich. Der Kanton Bern ist für die gegenwärtigen und künftigen Auswirkungen des demografischen Wandels gut gerüstet. Die kantonale Versorgungsplanung beinhaltet die Bereiche somatische Akutversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettungswesen und nicht-universitäre Gesundheitsberufe. Aus Sicht einer älter werdenden Wohnbevölkerung sind insbesondere die integralen Planungsbestandteile der geriatrischen Versorgung, der Versorgung mit stationären Palliative-Care-Leistungen sowie die psychiatrischen Dienstleistungen im Altersbereich von grosser Bedeutung. Nähere Informationen zur kantonalen Versorgungsplanung gemäss SpVG sowie den oben genannten Schwerpunktplanungen können auf der Internetseite der GEF nachgeschlagen werden: <http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/Versorgungsplanunggemaessspvg.html>.

Post-Akut-Pflege

Im Rahmen der «Versorgungsplanung 2007–2010» war vorgesehen, eine Post-Akut-Pflege (PAP) als Standardangebot in den regionalen Spitalzentren einzuführen. Die PAP ist gedacht für Patientinnen und Patienten, die aufgrund eines Akutereignisses (z. B. wegen Krankheit, einer Verletzung oder Operation) hospitalisiert wurden und, nachdem sich ihr medizinisches Problem stabilisiert hat, eine zeitlich begrenzte, intensive, tägliche pflegerisch-therapeutische Betreuung benötigen. Ziel der PAP ist es, eine Selbständigkeit wiederzuerlangen, die ein Leben in der gewohnten (häuslichen) Umgebung zulässt. Da die Betroffenen immer noch spitalbedürftig und (noch) nicht rehabilitationsfähig sind, ist die PAP als Bestandteil der stationären Akutversorgung definiert.

Aktuell zeigt sich jedoch, dass kein Spital die PAP im ursprünglichen Konzept umsetzt. Das Alters- und Behindertenamt sowie das Spitalamt der GEF sind momentan daran, eine detaillierte Erhebung bei den Leistungserbringern zur Klärung des Bedarfs an Post-Akut-Leistungen sowie der entsprechenden Patientengruppe durchführen zu lassen. Mit ersten Ergebnissen ist frühestens in der zweiten Hälfte 2016 zu rechnen.

Akut- und Übergangspflege

Die per 1. Januar 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführten Fallpauschalen (DRG) führen zur Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Spitälern. Um für nicht mehr spital-, aber immer noch pflegebedürftige Menschen ein Übergangsangebot zu schaffen, führte der Bundesgesetzgeber das Angebot der Akut- und Übergangspflege (AÜP) ein. Es handelt sich dabei um Pflegeleistungen, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt aufgrund einer spitalärztlichen Verordnung für maximal 14 Tage erbracht werden (vgl. Handlungsfeld 9, S. 83). Dieses Angebot konnte sich bisher nicht etablieren. Der Grund dafür liegt vor allem darin, dass die Zeitspanne einer AÜP für ältere, mehrfach kranke Menschen zu kurz ist, um ihnen nach kurzer Zeit eine Rückkehr nach Hause zu ermöglichen. Um eine effektive intermediäre Versorgung zu erreichen, wäre es aus Sicht der GEF sinnvoll, die Zeitspanne auf bis zu sechs Wochen zu verlängern. Der Kanton Bern möchte sich für eine solche künftige Regelung einsetzen.

Geriatrische Versorgung

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 Akutspitälern 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».

«Jeder alte Mensch hat ein Recht auf geriatrische Reha. Es kann doch ein Pflegeziel sein, dass ein Patient in Pflegestufe 1 nicht die Pflegestufe 2 bekommt. Reha vor Pflege ist ein Grundsatz.»²⁹

²⁹ Walter Swoboda, Chefarzt Geriatrie am Nürnberger Zentrum für Altersmedizin, in: *Pro Alter*, 01/2014 KDA, S. 31.

Dieser Grundsatz ist eine wichtige Ergänzung und Stütze der Philosophie «Daheim vor Heim» (ambulant vor stationär). Die Auswertungen einer Studie in Bayern zeigen, dass «rund 80 Prozent der Patientinnen und Patienten aus der geriatrischen Reha auch zwei Jahre nach der Entlassung noch im privaten Umfeld wohnen».³⁰ Die geriatrische Rehabilitation ist demnach komplementär zum Ansatz «Daheim vor Heim» und folglich unabdingbar.

Beide Bereiche, Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation, konnten im Jahr 2012 mit den Spitallisten Akutsomatik und Rehabilitation kantonsweit etabliert werden. Mit Inkrafttreten der Spitalliste Akutsomatik per 1. Mai 2014 konnte das akutgeriatrische Angebot nochmals verbessert werden.

Im Auftrag der GEF erarbeitet die Geriatrische Universitätsklinik Bern Unterstützungsangebote und berät die regionalen Spitalzentren auf ihren Wunsch hin bei der Entwicklung der Stützpunkte. Sie stellt ein interprofessionelles Fachteam – Vertreterinnen und Vertreter aus Ärzteschaft, Pflege, Therapie und Sozialarbeit – als Ansprechpartner zur Verfügung.

Die Website www.geriatrie-kantonbern.ch bietet 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 <http://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».

Der Kanton Bern will die integrierte Versorgung fördern. Ein Modellversuch zur integrierten Versorgung in der Geriatrie wurde Ende 2014 abgeschlossen. Der Versuch sollte prüfen, ob sich mit einem umfassenden Konzept der «Integrierten Versorgung» die Qualität und die Wirtschaftlichkeit in der Versorgung (hoch-)betagter Patientinnen und Patienten verbessern lässt. Mit dem Modellversuch «Integrierte Versorgung in der Geriatrie» untersuchte der Kanton in zwei Spitälern mit unterschiedlichen Versorgungskonzepten,

- ob eine Vernetzung ambulanter und stationärer Leistungserbringer und ein gemeinsames Behandlungsmanagement die Versorgung von (hoch-)betagten Personen verbessern können und
- welche Bedingungen die integrierte Versorgung in der Geriatrie hemmen oder fördern.

Der Bericht zum dreijährigen Modellversuch fasst die Ergebnisse zusammen.

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 Demenz vom 65. Altersjahr an alle fünf Jahre etwa verdoppelt, ist die Alterspsychiatrie besonders gefordert. Generell gilt, dass die Prävalenz³¹ 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 Leidenden», die wenig Aufmerksamkeit auf sich ziehen und deren Zugang zu Therapieangeboten erschwert ist. Gründe dafür sind eingeschränkte Mobilität, Angst vor Stigmatisierung und der Trugschluss, dass Leiden wie Depressionen und Gedächtnisstörungen im Alter normal seien.

³⁰ *Pro Alter*, 01/2014 KDA, S. 31.

³¹ Unter der Prävalenz einer bestimmten Erkrankung versteht man den Prozentsatz der Bevölkerung, der an dieser bestimmten Krankheit leidet.

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 besonders hoch, wie die Tabelle zeigt.³² Ziel ist deshalb, dass alterspsychiatrische Angebote die Patientinnen und Patienten am jeweiligen Aufenthaltsort erreichen.

Tabelle 1

Prävalenz alterspsychiatrischer Erkrankungen in Alters- und Pflegeheimen sowie in Akutspitalern

Aufenthaltsort	Prävalenz alterspsychiatrischer 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 wurde deshalb der Alterspsychiatrie besondere Beachtung geschenkt und die Basis für eine langfristige, bedarfsorientierte Entwicklung dieses Versorgungsbereichs gelegt. In einem ersten Schritt sollen die konzeptuellen Grundlagen für die Weiterentwicklung erarbeitet werden. Ein Versorgungskonzept für die Alterspsychiatrie wurde von den Universitären Psychiatrischen Diensten erstellt und im Sommer 2014 bei der GEF eingereicht.

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 orientieren. Die spezialisierte Alterspsychiatrie soll künftig ein wichtiger Teil der regionalen psychiatrischen Grundversorgung sein und von den regionalen Diensten erbracht werden. Besondere Akzente liegen dabei auf der Verknüpfung mit der somatischen/geriatrischen Medizin, in der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie³³ sowie in der ambulanten und stationären Langzeitversorgung.

Es sind dringend weitere ambulante und aufsuchende Angebote aufzubauen, beispielsweise multidisziplinäre gemeindepsychiatrische Teams, die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen zu Hause oder im Pflegeheim besuchen. Die Teams arbeiten dabei diagnostisch, therapeutisch und konsiliarisch.

Integration von chronisch psychiatrisch Kranken in Alters- und Pflegeheimen

Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 wird der Aufenthalt von Patientinnen und Patienten in Spitälern, die als «nicht spitalbedürftig³⁴» klassifiziert sind, nach den Regeln der Pflegefinanzierung finanziert. Dies führte in den Psychiatrien

³² 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.

³³ Der Konsiliardienst beinhaltet die fachärztliche Beurteilung im Auftrag der behandelnden Ärzteschaft. Unter Liaisondienst versteht man die fachärztliche Mitbetreuung während eines Spitalaufenthaltes im Auftrag der behandelnden Ärzteschaft.

³⁴ Heute gilt jemand als spitalbedürftig «so lange, wie von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit zu erwarten ist». Vor allem bei Personen mit chronisch progredienten Erkrankungen ist die Anerkennung der Spitalbedürftigkeit schwierig und somit abhängig von einer medizinischen Einschätzung und der therapeutischen Möglichkeiten und nicht zwingend von der Aufenthaltsdauer.

zu Einnahmeverlusten, die der Kanton bis zu einem gewissen Grad im Rahmen der Leistungsverträge ausglich.

Im Zusammenhang mit der Angebots- und Strukturüberprüfung (ASP) sowie der Bereinigung des strukturellen Defizits entschied der Grosse Rat mit 83 zu 53 Stimmen bei 9 Enthaltungen, die Mitfinanzierung des Aufenthalts nicht mehr spitalbedürftiger Personen in psychiatrischen Kliniken zu streichen. Dadurch entstand in den Psychiatrien ein grosser Druck, nicht mehr spitalbedürftige Personen schneller in andere Wohnformen zu verlegen.

Eine Planungserklärung im Rahmen der Kenntnisnahme des Berichts zur Alterspolitik im Kanton Bern 2011 verlangte zudem, dass der Kanton ein Konzept für die Lebensformen von chronisch psychisch Kranken im AHV-Alter entwickelt.

In den psychiatrischen Spitälern leben zum Teil seit Jahren Menschen, die keine akutpsychiatrische Behandlung mehr benötigen. Trotzdem konnten sie bis anhin nicht in andere Wohnformen verlegt werden. Im Gegensatz zu den Spitälern haben die Heime keine Aufnahmepflicht, weshalb es für die Psychiatrien nicht immer einfach ist, «schwierige» Patientinnen und Patienten zu verlegen. Diese Platzierungsschwierigkeiten stellen für die stationären alterspsychiatrischen Angebote ein grosses Problem dar.

Um die Psychiatrien bei dieser anspruchsvollen Aufgabe zu unterstützen, hat die GEF im Frühling 2014 das Projekt «Dehospitalisierung» in die Wege geleitet, das gemeinsam vom Spitalamt und dem ALBA getragen wird. Dabei geht es einerseits darum, langjährige Psychiatriepatientinnen und -patienten in für sie geeignete Wohnformen zu verlegen sowie die Zahl neuer Fälle so gering wie möglich zu halten. Andererseits sollen die aufnehmenden Heime Unterstützung im Umgang mit (alters-)psychiatrisch Erkrankten erhalten und damit eher bereit sein, Menschen aus den psychiatrischen Spitälern dauerhaft aufzunehmen.

Eine möglichst optimale und dauerhafte Betreuungslösung kann dann gefunden werden, wenn sie aus dem individuellen Bedarf der betroffenen Personen abgeleitet wird. Aufgrund des ermittelten Bedarfs sollen geeignete Betreuungsstrukturen gesucht oder geschaffen werden. Dabei wird im Projekt auch danach gefragt, welche Unterstützungsmassnahmen für die Betreuung dieser Personen erforderlich sind. Des Weiteren soll durch das Projekt die Bearbeitung der Schnittstelle zwischen den Psychiatrien und den Heimen verbessert werden. Dabei wird eine institutionalisierte Zusammenarbeit angestrebt, um eine schnellere und dauerhafte Platzierung ausserhalb der Psychiatrien zu erreichen.

Die ärztliche und pflegerische Fachkompetenz im Umgang mit psychisch Kranken in den Heimen ist heterogen. Damit eine Verlegung auch langfristig erfolgreich ist, brauchen die Heime Personal, das im Umgang mit psychisch Kranken geschult ist. Zudem ist davon auszugehen, dass ein geregelter Liaison- und Unterstützungsdienst seitens der Psychiatrien aufgebaut werden muss, damit die Heime in Krisensituationen entsprechende Unterstützung erfahren können.

Diese Themen werden nun in Arbeitsgruppen bestehend aus Mitgliedern der GEF, der Psychiatrien und der Heime besprochen. Gemeinsam will man Lösungen erarbeiten.

Palliativpflege und -betreuung

Palliative Care³⁵ will dazu beitragen, das Leiden unheilbar kranker Menschen an deren Lebensende zu lindern, die Betroffenen umfassend zu betreuen und zu begleiten und damit zu einer möglichst guten Lebensqualität bis zuletzt beizutragen. Sie beugt Leiden und Komplikationen vor und beinhaltet medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung am Lebensende. In den früheren Berichten zur Alterspolitik wurde auf den steigenden Bedarf an Pallia-

³⁵ Unter dem Begriff «Palliative Care» wird die «Palliative Medizin, Pflege, Betreuung und Begleitung» verstanden.

tive-Care-Leistungen in der Gesundheitsversorgung hingewiesen. Diese Entwicklung hält weiter an: Bund und Kantone gehen davon aus, dass aufgrund von gesellschaftlichen und demografischen Veränderungen immer mehr Menschen – vor allem ältere Menschen im Alter von 80+ – von unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen betroffen sind.³⁶ Auch im Kanton Bern wird alleine durch den stark zunehmenden Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung die Zahl der Menschen, die Palliative-Care-Leistungen benötigen, deutlich zunehmen.³⁷ Diese Entwicklungen stellen Bund und Kantone im Hinblick auf die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung vor eine grosse gesundheits- und gesellschaftspolitische Herausforderung.

Handlungsbedarf

Obwohl im Kanton Bern aufgrund von vielen verschiedenen Initiativen bestehende Angebote ausgebaut und neue Angebote im Bereich der Palliative Care etabliert worden sind, muss die Versorgungssituation noch verbessert werden.

Mit dem kantonalen Konzept verfolgt die GEF das Ziel einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Palliativversorgung. Menschen jeden Lebensalters, die von einer fortschreitenden unheilbaren Erkrankung betroffen sind und am Ende ihres Lebens stehen, sollen entsprechend ihrem Bedarf und ausgerichtet auf die individuellen Bedürfnisse bestmöglich behandelt und betreut werden. Im Einklang mit den Zielsetzungen der «Nationalen Strategie Palliative Care» setzt das kantonale Konzept die Rahmenbedingungen, damit Palliative Care als Bestandteil der Gesundheitsversorgung von allen massgeblich beteiligten Akteuren der Gesundheitsversorgung – Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Spitex-Organisationen, Hausärztinnen und Hausärzte und weitere Gesundheitsfachpersonen – angeboten werden kann.

Aufgrund der im Jahr 2010 durchgeführten Umfrage zur palliativen Versorgung im Kanton Bern geht die GEF davon aus, dass die Mehrzahl der Leistungserbringer Palliative Care in die konzeptuellen Grundlagen aufgenommen hat oder daran ist, entsprechende Grundlagen zu erarbeiten, dass jedoch das Verständnis von Palliative Care sowie die fachlichen Kompetenzen bei den Leistungserbringern unterschiedlich ausgestaltet sind.

Die kantonale Palliativstrategie sieht daher vor, die Umsetzung der Palliative Care in der Gesundheitsversorgung schrittweise zu fördern und zu verankern. Wo Angebote fehlen, sollen diese dem Bedarf entsprechend aus- und aufgebaut werden. Dabei sind die strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine flächendeckende Vernetzung in vielen Regionen des Kantons Bern noch aufzubauen. Eine gut funktionierende Vernetzung zwischen Leistungserbringern respektive Leistungsangeboten ist für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung unerlässlich. Sie stellt eine kontinuierliche, den Bedürfnissen der Betroffenen und deren Angehörigen angepasste Behandlung, Pflege, Betreuung und Begleitung unter Berücksichtigung der vorausschauenden Planung ins Zentrum. Ein tragendes Netz unter allen an der Versorgung der Betroffenen beteiligten Menschen und Institutionen entspricht der alterspolitischen Zielsetzung.

Umsetzung

Ausgehend von mehreren Vorstössen zwischen 2004 und 2008 im Grossen Rat, welche die Förderung der Palliative Care im Kanton Bern verlangen, verfolgte die kantonale Palliativstrategie anfänglich schwerpunktmässig die verbesserte Verankerung von Palliative Care in der Spitalgrundversorgung. So wurde mit der Spitalliste 2012 für die Akutsomatik zum einen die Vorgabe umgesetzt, Palliative Care in allen regionalen Spitalzentren als integralen Bestandteil der umfassenden Grundversorgung sicherzustellen. Zum anderen erhielten die Stiftung Diaconis (Stadt Bern) und das

³⁶ Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

³⁷ Statistikkonferenz des Kantons Bern (2012): Regionalisierte Bevölkerungsprojektionen für den Kanton Bern bis zum Jahr 2035.

Centre de soins palliatifs «La Chrysalide» (La Chaux-de-Fonds) jeweils einen Leistungsauftrag als «Palliative Care Kompetenzzentrum».

Darüber hinaus legte die GEF im Winter 2013/14 das «Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern» vor.³⁸ Es überträgt die in der Nationalen Strategie Palliative Care 2013–2015 vorgenommenen Definitionen von Begriffen sowie deren Anforderungen an Leistungserbringer und Ausbildung. Das Konzept enthält ausserdem einen Massnahmen- und Anforderungskatalog in Bezug auf die einzelnen Leistungserbringer, der seit 2014 umgesetzt wird.

So bestehen trotz der flächendeckenden Umsetzung von Palliative Care in der stationären Grundversorgung im Spitalbereich nach wie vor Versorgungslücken. Im Herbst 2015 wurden Leistungsaufträge für spezialisierte Palliative Care im Akutbereich vergeben, um ein bedarfsgerechtes und qualitativ hochstehendes Angebot von stationärer spezialisierter Palliative Care im ganzen Kantonsgebiet zu gewährleisten. Im Vorfeld hat die GEF eine externe Gutachterin damit beauftragt, Vorschläge zu Anforderungskriterien an einen Versorgungsauftrag für spezialisierte Palliative Care im Rahmen der stationären Spitalplanung des Kantons Bern zu erarbeiten. Auf dieser Grundlage hat der Kanton Bern die Rahmenbedingungen für die spezialisierte Palliativversorgung in Akutspitälern festgelegt, die interessierten Leistungserbringer evaluiert und dem Bedarf entsprechende Leistungsaufträge erteilt.

Ergänzend sollen spezialisierte mobile Palliativdienste Leistungserbringer in der pflegerischen und medizinischen Grundversorgung sensibilisieren, beraten und weiterbilden sowie miteinander vernetzen, um eine gute Palliative Care zu fördern. Die spezialisierten mobilen Dienste bestehen aus interprofessionellen Teams, die auf Anfrage der Grundversorger tätig werden. Die medizinischen und therapeutischen Leistungen der Grundversorger an den Patientinnen und Patienten werden separat über das reguläre Tarifsysteem abgegolten. Beim Aufbau von mobilen Palliativdiensten sollen bestehende und sich entwickelnde Strukturen und Netzwerke in den Regionen berücksichtigt werden. Aktuell unterstützt die GEF zwei Versorgungsmodelle:

- Die im Mai 2009 durch die Gesundheitsdirektoren der Kantone Bern, Jura und Neuenburg unterzeichnete interkantonale Vereinbarung konnte erfolgreich umgesetzt werden. Sie koordiniert die Entwicklung und die Zusammenarbeit der Palliativpflege und anerkennt das Centre de soins palliatifs «La Chrysalide» am Neuenburger Spitalzentrum (Hôpital Neuchâtelois, HNE) in La-Chaux-de-Fonds als regionales Palliativ-Pflegezentrum. Im Rahmen dieser Initiative wurde der interkantonale mobile Palliativdienst Équipe mobile des soins palliatifs (EMSP) BEJUNE entwickelt.³⁹ Seit 2011 unterstützen die Kantone Bern, Jura und Neuchâtel diese «Équipe mobile» bei der Koordination, Weiterbildung und administrativen Unterstützung der Leistungserbringer in der Grundversorgung. Der interkantonale mobile Palliativdienst nahm 2012 seinen Betrieb auf.
- Zur Förderung der palliativen Grundversorgung unterstützte die GEF 2011 und 2012 im Rahmen einer Anschubfinanzierung die Spitex Region Thun für die Etablierung eines 24-Stunden-Diensts mit palliativen pflegerischen Leistungen. Dieser Dienst wurde im Jahr 2013 in den Regelbetrieb überführt und unterstützt als Teil des Palliative-Care-Netzwerks Region Thun den Spitex-Basisdienst sowie Heime der Region. Der mobile Palliativdienst und das Palliativ Netzwerk Region Thun werden seit dem Jahr 2013 mit einer mehrjährigen Anschubfinanzierung unterstützt.

Palliative Care hat auch für den Altersbereich eine grosse Bedeutung. Als zweiten Schwerpunkt definierte die GEF – gestützt auf die Berichte zur Alterspolitik – die Entwicklung der Versorgungsbereiche für pflegebedürftige Menschen im stationären Langzeitbereich und im ambulanten Bereich. Das 2014 veröffentlichte Konzept für die palliative Versorgung definiert Strategien und Massnahmen zur Verbesserung der palliativen

³⁸ Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) (Winter 2013/14): Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern.

³⁹ Der Berner Kantonsbeitrag wird direkt auf Basis der versorgten Bevölkerungszahl des Berner Juras ermittelt.

Versorgung.⁴⁰ 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. Im Rahmen der Umsetzung der kantonalen Strategie unterstützt und trägt die GEF nebst den oben genannten beiden Versorgungsmodellen folgende Projekte mit:

- Das 2014 eröffnete kantonale Kompetenzzentrum «Zentrum Schönberg – Demenz und Palliative Care» in Bern. Sowohl im stationären, im teilstationären als auch im ambulanten Bereich soll ein für die Zukunft unabdingbares, umfassendes Angebot geschaffen werden. Es soll – in Verbindung von Praxis, Lehre und Forschung – die spezifische Situation demenzkranker Menschen verbessern. Diese Institution verbindet die Bereiche Demenz und Palliative Care miteinander im Wissen darum, dass in den kommenden Jahren und Jahrzehnten aufgrund der Alterung der Bevölkerung deutlich mehr Menschen an Demenz erkranken werden. Das immer noch im Aufbau begriffene Angebot ist in seiner Kombination einmalig und für den Kanton Bern von grosser alterspolitischer Relevanz. Das Projekt wird nachfolgend eingehend beschrieben (vgl. S. 50).
- Ausserdem unterstützt die GEF das SRK Bern Oberland für seine Angebote im Rahmen von beocare.ch, einer Triage- und Koordinationsstelle des SRK Bern-Oberland zur Entlastung von Angehörigen. Dabei betreuen Freiwillige ältere, kranke und sterbende Menschen. Die Koordinationsstelle von beocare.ch vermittelt und bildet Freiwillige aus für die Betreuung, Sitzwache und Sterbebegleitung zu Hause oder in Institutionen, jedoch ohne pflegerisch-medizinische Verantwortung. Die GEF finanziert Leistungen zur Beratung pflegender Angehöriger sowie die Vermittlung, die Koordination und das Coaching von Freiwilligen mit, die Angehörige unterstützen und entlasten sollen. Die GEF ist daran interessiert, dass dieses etablierte und gut genutzte Angebot bestehen bleibt und zur weiteren Vernetzung im Berner Oberland beiträgt.

Ausblick

Die GEF wird in einem ersten Schritt Qualitätsvorgaben für die Leistungserbringer in der Grundversorgung erlassen, damit ein gemeinsames Verständnis von Palliative Care entsteht und die Umsetzung nach einheitlichen Qualitätsstandards erfolgt. Ein gemeinsames Verständnis von Palliative Care ist auch die Basis für die Entwicklung von regionalen, bereichsübergreifenden Versorgungsnetzen. Entsprechend den bereits – im Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern 2011 – formulierten Zielsetzungen können Projekte unterstützt werden, die regional vernetzte, koordinierte und flächendeckende Versorgungsangebote zum Ziel haben und Pilotcharakter aufweisen.

In einem zweiten Schritt soll die spezialisierte Palliativversorgung bedarfsgerecht ausgebaut werden. Spitalexterne spezialisierte Palliativpflegedienste, beispielsweise mobile interdisziplinäre Palliativdienste, sollen eine gezielte, ergänzende Unterstützung der Grundversorger in der Langzeitpflege (Spitex-Organisationen und Heime) ermöglichen, damit Menschen mit Bedarf an Palliative-Care-Leistungen möglichst am Ort ihrer Wahl verbleiben können. Stationäre spezialisierte Angebote im Akut- und im Langzeitbereich sollen ein ergänzendes Angebot zu den stationären Strukturen der Grundversorgung (Spitäler, Heime) darstellen.

In der näheren Zukunft wird die GEF prüfen, welche Massnahmen zur palliativen Versorgung in jenen Versorgungsbereichen erforderlich sind, die nicht Schwerpunkt des vorliegenden Konzepts für die palliative Versorgung bilden, so im Bereich der Betreuung von Menschen mit Behinderung in Institutionen, im Bereich der stationären und ambulanten Versorgung von Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung und im Bereich der Sozialhilfe für die stationäre und ambulante Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen.

⁴⁰ Kann von der Homepage der GEF heruntergeladen werden: <http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesund-heit/gesundheits/palliativecare.html>

Spezifische Institutionen für Menschen mit Demenz

Tagesbetreuungsangebote

Das Angebot im Bereich der Tagesbetreuung für Menschen mit Demenz hat von 2011 bis 2014 kontinuierlich zugenommen und wird mehr und mehr genutzt. Diese Entwicklung geht einher mit der gleichzeitig wachsenden Zahl an Menschen, die von einer Demenz betroffen sind. Wurden im Jahr 2011 noch 37 010 Gästetage geleistet und abgerechnet, waren es im Jahr 2014 bereits deren 47 344. Mittlerweile bieten 60 Institutionen – Alters- und Pflegeheime und/oder spezifische Tagesbetreuungsstätten – Tagesplätze im Kanton Bern an. Im Jahr 2014 wurden demnach Leistungsverträge mit insgesamt 60 Anbietern von Tagesplätzen abgeschlossen.

Zentrum Schönberg

Am 1. April 2014 ist das Zentrum Schönberg – im Berner Stadtquartier Schönberg Ost gelegen – als kantonales Kompetenzzentrum für Demenz und Palliative Care eröffnet worden. Das Angebot umfasst stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote. Ein wichtiger Eckpfeiler des Zentrums Schönberg ist das Wissenszentrum. Das Zentrum soll gleichzeitig ein Ort der Praxis als auch eine Stätte der Forschung und Bildung sein. Trägerschaft sind die Spitex Bern und die tilia Stiftung für Langzeitpflege.

Im Zentrum Schönberg stehen die Bedürfnisse von demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen im Mittelpunkt. Es gilt einerseits, Selbstbestimmung, Sicherheit und Wohlbefinden von demenzkranken Menschen zu bewahren und mit vielfältigen Angeboten zu unterstützen. Andererseits kann ihr Verhalten für das persönliche Umfeld herausfordernd und belastend sein. Diesem Umstand will das Zentrum Schönberg mit Entlastungsangeboten für Angehörige begegnen, etwa mit einer Beratungsstelle und einer Tages-/Nachtstätte. Zudem steht ein Kriseninterventionsangebot für pflegende Angehörige zur Verfügung. Im stationären Angebot werden Menschen mit Demenz je nach Schweregrad ihrer Krankheit individuell betreut und gepflegt. Die «Pflegeoase» verfolgt das Ziel der Palliative Care: Leiden lindern und ein würdevolles Leben bis zuletzt ermöglichen.

In einer ersten Phase hat die GEF 54 Pflegeplätze im Bereich Demenz gemäss Heimverordnung bewilligt.⁴¹ Die restlichen 112 Plätze der Pflegeabteilungen werden für die nächsten Jahre von der tilia Stiftung für Langzeitpflege genutzt. Sie dienen vorerst als Provisorium für die Standorte Köniz und Ittigen während des Umbaus der beiden Heime. Anschliessend ist vorgesehen, den Betrieb tilia Wittigkofen definitiv in das Zentrum Schönberg zu integrieren und somit alle 166 Plätze dauerhaft zu betreiben.

Das Angebot des Zentrums Schönberg ist in seiner Kombination einmalig und für den Kanton Bern von grosser alterspolitischer Bedeutung. Aufbau, Entwicklung und Konkretisierung der konzeptionellen Arbeiten wurden von 2011 bis Ende 2013 von der öffentlichen Hand mit einer Million Franken unterstützt. Für die ersten drei Betriebsjahre ab 2014 wurde für den Aufbau und die Etablierung des Wissenszentrums, das für Bildung und angewandte Forschung zuständig ist, eine Anschubfinanzierung durch die öffentliche Hand zugesichert. Zu diesem Zweck wurde zwischen der GEF und dem Zentrum Schönberg für die Jahre 2014 bis 2016 ein Leistungsvertrag Innovation abgeschlossen. Das Zentrum Schönberg wird in den ersten drei Jahren seit Eröffnung mit einem Beitrag von 1 280 000 Franken pro Jahr unterstützt.

Da das Zentrum erst im Frühling 2014 eröffnet wurde, sind bisher bezüglich Umsetzung und Evaluation von konkreten Projekten nur wenige Aussagen möglich. Der Kanton Bern erwartet jedoch, dass das Zentrum Schönberg seine schweizweite Pionierrolle wahrnimmt sowie neues Wissen generiert und validiert. Zugleich soll die Vernetzung mit den wesentlichen Kompetenzträgern gefördert und die Weitergabe von Know-how an andere Institutionen sichergestellt werden.

⁴¹ Verordnung vom 18. September 1996 über die Betreuung und Pflege von Personen in Heimen und privaten Haushalten (Heimverordnung, HEV; BSG 862.51).



Seit der Eröffnung des Zentrums Schönberg im Frühling 2014 wurden der Betrieb aufgenommen sowie nach und nach verschiedene Angebote lanciert. Darunter fallen auch die Bildungs- und Fachangebote. Forschung und Bildung finden auf unterschiedlichen Ebenen statt.

Aufgrund erster Erfahrungen überarbeitete man die Bildungsangebote zu kürzeren Einheiten und entwickelte neue Formen zur Weiterbildung in integrierter Versorgung. So werden beispielsweise nicht nur für Pflegefachpersonen spezifische Bildungsangebote entwickelt und bereitgestellt, sondern auch für Assistenzpersonen. Des Weiteren fand man eine neue Form der Kompetenzvermittlung, die derzeit weiter ausgearbeitet wird. Den Absolventinnen und Absolventen soll ein möglichst praxisnahes und umfassendes Verständnis für die integrierte Versorgung vermittelt werden, um ihre Kompetenzen auf diesem Gebiet zu schärfen.

In der praxisorientierten Forschung führte man drei Fachangebote für Menschen mit Demenz ein: erstens das Rhythmikangebot nach Jaques-Dalcroze. Bewegungsprogramme haben gemäss Studien einen positiven Effekt auf Menschen mit Demenz. Zweitens wurde ein Erzählcafé installiert, das den Austausch unter Menschen mit Demenz fördern sowie die eigene Erinnerung an frühere Erlebnisse wachrufen soll. Dadurch erhalten die Betreuerinnen und Betreuer einen Zugang zur Person, zudem wird deren Erinnerungsvermögen gestärkt. Drittens findet eine Veranstaltungsreihe im Zentrum Paul Klee statt, die Menschen mit Demenz auf eine Bilderreise mitnimmt und ihre Erinnerungs- und Gefühlswelt stimuliert und ihnen gleichzeitig die Möglichkeit bietet, am Kulturgut Kunst teilzuhaben.

Handlungsfeld 5: Anstoss zur breiten Auseinandersetzung mit dem Thema Altern und der Altersversorgung

Alterspolitische Themen und Fragestellungen gewinnen mit der demografischen Entwicklung zunehmend an Bedeutung. Es ist deshalb sinnvoll und wichtig, dass eine breite Auseinandersetzung mit dem Thema Altern auf allen Stufen und auf ganz unterschiedliche Weise stattfindet. Sie soll auch in die kommunalen und regionalen Altersleitbilder und in die Altersplanungen einfließen. Der Umgang mit dem Thema Altern ist jedoch nicht nur eine politische Aufgabe, sondern stellt sich für jedes Individuum. Dazu gehört nicht zuletzt das wertvolle und gesellschaftlich bedeutsame Engagement von Menschen im AHV-Alter. Sie können und sollen – sofern sie das wünschen – sich aktiv in den öffentlichen Diskurs einbringen und ihn mitgestalten. Sie prägen dadurch ganz wesentlich das Bild, das sich die Gesellschaft vom Älterwerden macht.

Noch zu oft ist das Bild vom Altern in der Bevölkerung negativ geprägt, insbesondere im Bezug auf Pflegebedürftigkeit und einem damit verbundenen Heimaufenthalt bei hochaltrigen Menschen. Hier tut gesellschaftliche Aufklärung not. Laut Höpflinger sind in der Schweiz lediglich rund 9 Prozent der 80- bis 84-Jährigen, etwa 21 Prozent der 85- bis 89-Jährigen und nur rund 42 Prozent der 90+-Jährigen pflegebedürftig **und** im Heim – und nicht, wie in der Bevölkerung oft angenommen, fast alle in dieser Altersgruppe.⁴² Betrachtet man die gesamte Bevölkerungsgruppe 80+, so sind insgesamt 18,6 Prozent der Schweizer Bevölkerung pflegebedürftig und im Heim. Das heisst, die restlichen 81,4 Prozent der Bevölkerungsgruppe 80+ leben zu Hause.⁴³

Altern darf nicht dazu führen, dass Menschen ausgegrenzt werden, nur weil ein gewisses Risiko für Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit besteht.

Gleichstellung ist ein Grundrechtsanliegen, das sämtliche Lebensbereiche und damit alle Felder der Politik betrifft. Besonders deutlich wird dies mit Blick auf die Behindertenrechtskonvention (BRK), die unter anderem das Recht von Menschen mit Behinderungen auf barrierefreie Zugänglichkeit (Art. 9), auf eine unabhängige Lebensführung (Art. 19), auf persönliche Mobilität (Art. 20), auf Zugang zu Informationen (Art. 21), auf Bildung (Art. 24), auf Zugang zur Gesundheitsversorgung (Art. 25), auf Arbeit und Beschäftigung (Art. 27) sowie auf Teilhabe am politischen und kulturellen Leben (Art. 29 und 30) statuiert.

Einbezug der Interessen älterer Menschen in den öffentlichen Diskurs

Die Umsetzung der Alterspolitik in Gemeinden und Regionen soll nicht über die Köpfe der betroffenen Bevölkerungsgruppe hinweg geschehen. So sollten Angebote nicht nur für, sondern mit den Seniorinnen und Senioren gemeinsam entwickelt werden. Sie sind es, die um die Bedeutung von alt werden und alt sein wissen. Entsprechend sollen sie ihre Erfahrungen bei der Ausgestaltung von für sie wichtigen Angeboten einbringen können. Das trägt zur Qualität und auch zur Akzeptanz respektive zur Glaubwürdigkeit von Angeboten bei und hilft, diese zu verankern. Für eine aktive, lebendige und erfolgreiche Alterspolitik auf kommunaler und regionaler Ebene ist der Einbezug der betroffenen Bevölkerungsgruppe deshalb unumgänglich. Partizipation ermöglicht den Seniorinnen und Senioren, sich in die Diskussion einzubringen, Entscheidungen mitzugestalten und die Alterspolitik in ihrer Gemeinde und ihrer Region mitzutragen oder mitzuverantworten. So bringen sich Seniorinnen und Senioren bereits heute in unzähligen Gemeinden auf mannigfaltige Art und Weise ein. Nachfolgend seien die beiden Angebote genannt, die die GEF finanziell unterstützt.

⁴² «Demografischer und gesellschaftlicher Wandel des Alters und Folgen für die Pflege im Alter» und «Langlebigkeit und Hochaltrigkeit: Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen». Quelle Internet: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/WandelAlter-Pflege.pdf> und <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf>

⁴³ Zahlen aus dem Jahr 2010.

ProSenior Bern – Berner Forum für Altersfragen

ProSenior Bern versteht sich als Scharnier zwischen der älteren Bevölkerung und kommunalen Behörden sowie Fachleuten und Organisationen aus dem Altersbereich. Der Vorstand des Vereins besteht zur Mehrheit aus Personen in der nachberuflichen Phase, die alterspolitisch mitgestalten wollen und so ihren Teil zu einer gelingenden Alterspolitik beitragen möchten. Der Verein organisiert die jährliche deutschsprachige ERFA-Tagung⁴⁴ und zweijährlich das Forum Arc jurassien⁴⁵ in Tramelan, das 2013 zum ersten und im Herbst 2015 zum zweiten Mal stattfand.

Die jährliche ERFA-Tagung wird von kommunalen Behördenmitgliedern, Mitgliedern von Seniorengruppen und -organisationen sowie Fachleuten aus Organisationen der Altersarbeit jeweils sehr gut besucht. Die Veranstaltung dient der Vernetzung und dem Austausch und ist für zahlreiche Akteure zum festen Punkt in der jährlichen Agenda geworden. Im Jura bernois soll mit dem Forum Arc jurassien ein ähnliches Format verankert werden. Da seit ein paar wenigen Jahren der Jura bernois erneut im Vorstand von ProSenior Bern vertreten ist, kann der Auftrag, auch die französischsprachige Kantonsbevölkerung anzusprechen und zu erreichen, besser wahrgenommen werden. Ziel des Forum Arc jurassien ist, die französischsprachigen Seniorengruppen und -organisationen, Behördenmitglieder und Akteure sowie Organisationen aus dem Altersbereich zu kommunal relevanten Altersthemen zusammenzubringen, zu vernetzen und den Austausch untereinander zu ermöglichen.

Neu werden auch regionale Austauschforen geführt, die Themen der ERFA-Tagung auf die regionale Stufe bringen und andererseits die dortigen Erkenntnisse in zukünftige ERFA-Tagungen einfließen lassen sollen. Dadurch ist der Kontakt zur Basis und somit eine Rückkoppelung der Themen gewährleistet.

Der Verein ProSenior Bern leistet nach wie vor wertvolle Basisarbeit, die der Sensibilisierung und Verankerung der Alterspolitik dient. Neu werden auch regionale Treffen in den verschiedenen Regionen durchgeführt oder angestrebt. Zwischen der GEF und ProSenior Bern wurde für die Jahre 2015 bis 2018 wiederum ein Leistungsvertrag abgeschlossen. Die Tätigkeit wird mit einem Beitrag von 35 000 Franken pro Jahr durch die öffentliche Hand unterstützt.

Generationen im Gespräch – Projekt «Jung mit Alt»

Das Projekt «Jung mit Alt» gibt es seit 2005. Es wurde bis und mit Schuljahr 2014/15 vom Berner Verband für Seniorenfragen (BVSF) getragen. Der Verband hat sich an seiner Generalversammlung im Februar 2015 mangels Nachwuchs aufgelöst. Um das Projekt weiterführen zu können, gründeten die darin engagierten Personen den Verein Senioren Region Bern (SeReBe). Auch im neuen Schuljahr 2015/16 sollen wieder Besuche stattfinden, jedoch bei insgesamt weniger Schulklassen als zuvor.

«Jung mit Alt» ist ein proaktiver Einsatz von engagierten Seniorinnen und Senioren, die Schulklassen besuchen und mit jungen Menschen ein Gespräch in kleineren Gruppen führen. Ziel ist jeweils, über ein bestimmtes, zuvor festgelegtes Thema miteinander ins Gespräch zu kommen und sich auszutauschen.⁴⁶ Die Erfahrungen auf beiden Seiten sind immer wieder von der Erkenntnis geprägt, dass heute zwar vieles ganz anders ist als früher, dass aber zentrale Lebensthemen dieselben (geblieben) sind und sich Alt und Jung darin näher sind als geahnt. Die Rückmeldungen der seit Jahren freiwillig im Projekt engagierten Seniorinnen und Senioren wie auch der Schülerinnen und Schüler aus diversen Klassen der Oberstufe sind durchwegs positiv. Insbesondere die Schüle-

44 2011: Selbstbestimmt und gut aufgehoben dem Altern begegnen – oder: Herausforderung Lebensqualität, auch im öffentlichen Raum!; 2012: Wie altersfreundlich ist meine Gemeinde?; 2013: Wie demenzfreundlich ist meine Gemeinde?; 2014: Ambulant vor stationär – Spannungsfeld für die Gemeinde; 2015: Für ein gutes Alter braucht es das ganze Dorf.

45 2013: Ma commune est-elle conviviale pour les personnes âgées?; 2015: Logement et environnement dans une commune qui vieillit – chance ou défi pour nos communes?

46 2010: Mässigung, Zurückhaltung, Entschleunigung, Dankbarkeit; 2011: Freizeit der Jugendlichen einst und jetzt; 2012: Konsum, Schuldenfalle, Verantwortung; 2013: Freiheit in der Verantwortung; 2014: Abhängigkeiten.

rinnen und die Schüler sagen jeweils, dass sie den Austausch sehr schätzen und ihn beibehalten möchten. Er gibt ihnen die Möglichkeit, sich mit alten Menschen zu treffen und Dinge zu diskutieren, die sie beispielsweise eher nicht mit ihren Grosseltern besprechen würden. Andere schätzen den Austausch mit der älteren Generation deswegen, weil sie in ihrem täglichen Leben wenig oder gar nichts mit Seniorinnen und Senioren zu tun haben, sei es, weil sie keine Grosseltern mehr haben oder diese weit weg wohnen. Die Jugendlichen halten in ihren Rückmeldungen fest, dass sie in der Regel wenig bis gar keinen Kontakt zu alten Menschen ausserhalb der Familie haben. Sie begrüssen daher die Initiative der Seniorinnen und Senioren und zeigen sich immer wieder erstaunt darüber, dass alte Menschen an ihnen überhaupt interessiert sind und den Kontakt im Rahmen dieses Projektes bewusst suchen.

Dieses kleine Projekt, das vom grossen Engagement der Seniorinnen und Senioren lebt, trägt auf ganz eigene Weise dazu bei, die Interessen älterer Menschen in der Gesellschaft zu vertreten und den Dialog zwischen den Generationen aufzunehmen und zu pflegen. Die GEF schätzt dieses Engagement und sieht darin einen wichtigen und aktiven Beitrag zur Verständigung unter den Generationen.

Das Projekt unter der Trägerschaft der SeReBe wird für das Schuljahr 2015/16 mit einem gegenüber den Vorjahren leicht gekürzten Beitrag von 3000 Franken unterstützt. Der Betrag ist ein Zuschuss an die administrativen Aufwendungen und Spesen, die durch die Organisation und die Einsatzplanung entstehen. Er soll ein Zeichen der Wertschätzung dieses unermüdlichen Engagements sein.

Leitfaden zur Partizipation der älteren Bevölkerung

Die Pro Senectute Kanton Bern hat 2012 einen Leitfaden herausgegeben unter dem Titel «Partizipation – ein Gewinn für alle». Der Leitfaden richtet sich an Verantwortliche in Gemeinden, die für die kommunale Alterspolitik und die Altersarbeit zuständig sind. Die Broschüre zeigt an verschiedenen Beispielen auf, wie der älteren Bevölkerung Partizipation ermöglicht und wie ein erfolgreicher Einbezug von Seniorinnen und Senioren gestaltet werden kann. Der Leitfaden weist auf wichtige Punkte hin, die es dabei zu berücksichtigen gilt und soll Verantwortlichen als Ideensammlung und Anleitung dienen. Der Leitfaden kann bei der Pro Senectute Region Emmental-Oberaargau in Langenthal für 15 Franken bestellt werden. Die GEF unterstützte die Erarbeitung dieses Leitfadens mit einem Beitrag von 15 000 Franken.

Kommunale Altersplanungen

In 333 von aktuell 352 Gemeinden im Kanton Bern (Stand 1.1.2016) besteht ein Altersleitbild. Bei den 19 Gemeinden ohne Altersleitbild handelt es sich vorwiegend um kleine Gemeinden (meist weniger als tausend Einwohner). Umgerechnet auf die ständige Wohnbevölkerung (Stand 1.1.2015) sind damit 98,6 Prozent der Bevölkerung abgedeckt, lediglich für 1,4 Prozent der Bevölkerung besteht bisher kein Altersleitbild. Ausserdem sind zahlreiche Gemeinden derzeit daran, ihre Altersleitbilder, die zum Teil zehn Jahre oder älter sind, zu überarbeiten und zu aktualisieren.

Rollende Planung

Alterspolitik ist eine rollende Aufgabe und als Thema auf der politischen Agenda je länger je weniger vernachlässigbar. Die gesetzliche Grundlage bildet das Sozialhilfegesetz (SHG). Die kommunale Altersplanung muss regelmässig aktualisiert werden. Wie bereits der letzte Bericht zur Alterspolitik von 2011 festhält, ist eine Aktualisierung alle fünf Jahre sinnvoll. Das hat den Vorteil, dass sich abzeichnende Entwicklungen frühzeitig erkannt und entsprechende Massnahmen rechtzeitig eingeleitet werden können. Nach wie vor erhalten die Gemeinden einen finanziellen Beitrag des Kantons an die Aufwendungen für die Aktualisierung und Überarbeitung kommunaler Altersleitbilder. Der Beitrag berechnet sich auf der Basis der Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 +

in der betreffenden Gemeinde. Für eine Aktualisierung erhalten die Gemeinden einen Beitrag von zwei Franken pro Einwohnerin oder Einwohner im Alter von 65+.⁴⁷ Die Beiträge sind abhängig von der Grösse des Einzugsgebietes, auf das sich das kommunale Altersleitbild bezieht:

- Für kleinere Gemeinden bis zu 4999 Einwohnern gilt der Berechnungsschlüssel von 2 Franken pro Jahr und Einwohnende im Alter von 65+ für eine Periode von maximal 5 Jahren.
- Hat das Einzugsgebiet zwischen 5000 und 9999 Einwohner wird derselbe Berechnungsschlüssel angewendet. Der Beitrag ist aber auf maximal 20000 Franken limitiert.
- Hat das Einzugsgebiet 10000 oder mehr Einwohner, wird ebenfalls der geltende Berechnungsschlüssel angewendet, der Betrag ist aber auch hier limitiert. So steht ein Beitrag von maximal 35000 Franken für die Überarbeitung des Altersleitbildes zur Verfügung.

Der Beitrag für die Aktualisierung beschränkt sich auf eine Periode von fünf Jahren. Gemeinden, die erst nach sieben oder gar zehn Jahren ihr Altersleitbild überarbeiten und aktualisieren, erhalten nur gerade den Beitrag für fünf Jahre. Damit wird sichergestellt, dass Gemeinden, die ihr Altersleitbild nur sporadisch aktualisieren und Alterspolitik nicht auf der Tagesordnung haben, finanziell nicht bevorteilt werden. Aktualisiert eine Gemeinde hingegen ihr Altersleitbild innerhalb von zehn Jahren zweimal, also alle fünf Jahre, so kann sie zweimal einen Beitrag geltend machen.

Inhaltliche Kriterien und Ziele

Die inhaltlichen Kriterien für die Überarbeitung der kommunalen Altersleitbilder gelten nach wie vor und sind unverändert. Das Altersleitbild sollte Aussagen machen zu folgenden Punkten:

- Demografie: Ist-Zustand, entspricht dem aktuellen Bevölkerungsstand nach Altersklassen (hier eignen sich z.B. 5-Jahres-Altersgruppen wie 65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85–89, 90+)
- Demografie: Soll-Zustand, entspricht der Projektion der künftigen Entwicklung der Bevölkerungszahl der Gemeinde/n in den genannten Altersklassen für die nächsten 5, 10, 15 und 20 Jahren. Diese Zahlen sind beim Alters- und Behindertenamt der GEF erhältlich. Die Zahlen können aus der Datenbank der kantonalen Statistikkonferenz abgefragt werden, die der GEF zur Verfügung steht.
- Abgleich mit dem vorhergehenden Altersleitbild und den darin formulierten Zielen und Massnahmen: Was hat nach wie vor Gültigkeit? Was ist überholt? Wo hat man neue Erkenntnisse gewonnen? Welche Massnahmen wurden umgesetzt und mit welchem Resultat? Welche Massnahmen wurden nicht umgesetzt und weshalb nicht?
- Überprüfung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen im Altersbereich respektive deren Aufteilung auf dafür zuständige Personen, Gremien, Organisationen und weitere Akteure.
- Themen in Bezug zur kantonalen Alterspolitik, die (auch) kommunal umgesetzt werden: Unterstützung von Selbständigkeit und Gesundheit im Alter, Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause, insbesondere Entlastung von betreuenden Angehörigen, Wohnen im Alter (von der Wohnung bis zum Heim) und Raumplanung (Mobilität, Gestaltung einer hindernisfrei nutzbaren Umwelt/Umgebung), Sicherstellung des Einbezugs der betroffenen Bevölkerungsgruppe (Alterspolitik nicht nur für, sondern mit Seniorinnen und Senioren gestalten)
- Weitere Themen, die von den kommunalen Behörden, Seniorinnen und Senioren, Organisationen und Akteuren in der betreffenden Gemeinde als relevant für den Altersbereich erachtet werden.

⁴⁷ 5 × CHF 2.– × Anzahl Einwohnende 65+.

Die oben genannten Kriterien müssen erfüllt werden, damit die Gemeinde finanzielle Unterstützung bei der Aktualisierung ihres Altersleitbildes geltend machen kann. Der Antrag auf einen Unterstützungsbeitrag an die GEF sollte vor Beginn der Arbeiten erfolgen. Die Auszahlung des Unterstützungsbeitrages erfolgt nach Abschluss der Aktualisierungsarbeiten und nachdem die GEF mit einem Exemplar (in Papierform und/oder elektronisch) dokumentiert wurde.

Seit 2012 stellt die GEF eine erhöhte Aktivität in der Aktualisierung bestehender kommunaler Altersleitbilder/Altersplanungen fest. Bis Anfang August 2015 wurden beziehungsweise werden die Altersleitbilder in 16 Gemeinden respektiv Gemeindeverbänden aktualisiert. Weitere Anfragen liegen vor. Bis Ende 2015 hat die GEF die Aktualisierung von Altersleitbildern mit insgesamt 193 862 Franken unterstützt.

Bestandesanalyse zur Umsetzung der Altersleitbilder in den bernischen Gemeinden

Die GEF hat im Jahr 2011 zusammen mit der Pro Senectute Kanton Bern den Auftrag zu einer Bestandesanalyse betreffend Umsetzung der Altersleitbilder in den bernischen Gemeinden gegeben. Damit will man einen Überblick erhalten, wie es um die Umsetzung von Massnahmen steht, nachdem über 90 Prozent der Gemeinden ihre Altersleitbilder erstellt haben. Der Bericht ist sowohl auf Deutsch als auch auf Französisch erschienen und online abrufbar.⁴⁸

Zum Zeitpunkt der Befragung verfügten die allermeisten Gemeinden über ein Altersleitbild (347 von damals insgesamt 383 Gemeinden). Von insgesamt 383 online befragten Gemeinden beteiligten sich 286 an der Umfrage, was einer Rücklaufquote von 75 Prozent entspricht. In der Auswertung zeigt sich, dass die allermeisten Gemeinden auf gutem Weg sind, was die Umsetzung des Altersleitbildes betrifft. In zwei Dritteln der Gemeinden sind ehrenamtliche Gruppierungen in die Umsetzung der Massnahmen involviert und setzen sich für die Realisierung der im Altersleitbild formulierten Ziele ein. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass dabei ein regelmässiger Austausch mit den Verantwortungsträgerinnen und -trägern stattfindet. Für eine lebendige Alterspolitik braucht es also das Engagement von Fachleuten, Verantwortlichen aus Politik und Behördenmitgliedern ebenso wie das Engagement der betreffenden Bevölkerungsgruppe, die sich für ihre Interessen einsetzt. Die Gemeinden haben mittlerweile erkannt, dass Alterspolitik ein fester Bestandteil der Gemeindepolitik ist. Dies ist eine erfreuliche Entwicklung, die sich nicht zuletzt darin zeigt, dass seit 2014/15 auffallend viele Gemeinden bei der GEF um finanzielle Unterstützung für die Aktualisierung ihrer kommunalen Altersleitbilder und -planungen anfragen. Das Thema scheint auf kommunaler Stufe angekommen zu sein.

Die Bestandesanalyse beschreibt drei ganz unterschiedliche Beispiele⁴⁹ einer guten Praxis in der Umsetzung von alterspolitischen Massnahmen. Die drei Beispiele illustrieren, dass Alterspolitik mit bescheidenen Mitteln aktiv gestaltet werden kann. Wesentlich dafür sind gemäss Analyse eine «sorgfältige Konzeption der alterspolitischen Anliegen, eine breite Verankerung der Ziele bei der Bevölkerung und Zuständigen sowie die Vernetzung und Koordination von Gemeinden und von im Altersbereich tätigen Akteuren zur Umsetzung der Massnahmen».

Die GEF hat die Bestandesanalyse inklusive Übersetzung ins Französische mit einem Beitrag von 49 075 Franken finanziert.

⁴⁸ http://www.buerobass.ch/studienPopup_d.php?projektId=375

⁴⁹ Burgdorf, Grindelwald und Verbund der Gemeinden Brügg, Aegerten, Meinisberg, Orpund, Safnern, Scheuren, Schwadernau und Studen.

Hilfsmittel für die kommunale Altersplanung

Die Schweizerische Gerontologische Gesellschaft (SGG-SSG) hat sich mit dem Begriff «Age-friendly Cities» der WHO auseinandergesetzt und ein Arbeitsinstrument für Gemeinden geschaffen. Es enthält Kriterien einer altersfreundlichen Gemeinde und einen Fragebogen zur Selbstbeurteilung. Das Instrument kann und soll von politisch Verantwortlichen, Behörden, Verwaltung, Dienstleistungserbringenden und der Bevölkerung gleichermaßen angewendet werden. Auf Schweizer Verhältnisse adaptiert ermöglicht es eine Beurteilung der aktuellen Situation in der Gemeinde und bietet Grundlagen für die Planung notwendiger Massnahmen.

Das Instrument gibt den Gemeinden wertvolle Hinweise bezüglich ihrer kommunalen Altersplanung und listet eine ganze Reihe von Aspekten auf, die dabei nicht vergessen werden sollten.

Die Kantone Bern und Zug haben den Druck der Broschüre mit Fragebogen und DVD finanziell unterstützt (Beitrag Kanton Bern: 5000 Franken). Den bernischen Gemeinden steht das Instrument deshalb gegen einen Unkostenbeitrag von 20 Franken (statt regulär 90 Franken) zur Verfügung und kann bei der Geschäftsstelle der SGG bezogen werden.

Regionale Alters- und Bedarfsplanungen

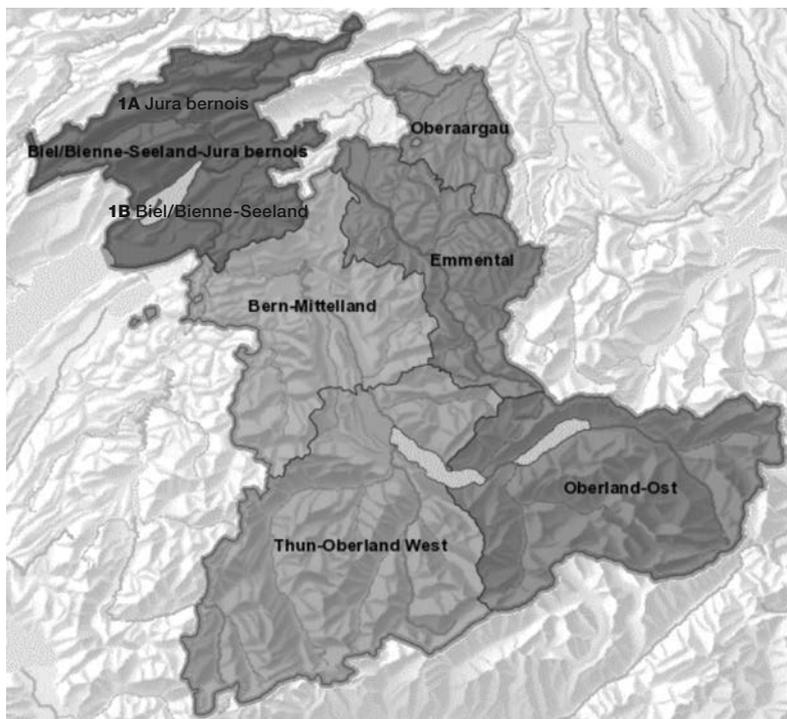
Die Altersplanung auf kommunaler Ebene reicht für Problemlösungen, die in einem grösseren, regionalen Kontext stehen, nicht aus. Aus diesem Grund setzt sich die GEF seit Längerem dafür ein, dass in den sechs Regionalkonferenzperimetern eine regionale Altersplanung erarbeitet wird. Den Planungsprozess auf der regionalen Ebene soll, analog zur kommunalen Ebene, die öffentliche Hand finanziell unterstützen. Das Instrument der regionalen Altersplanung ist für die Pflegeheimplanung von grosser Bedeutung. Nicht jede einzelne der 352 Gemeinden im Kanton Bern verfügt über eigene Pflegeheimplätze vor Ort. Das wäre weder sinnvoll noch wirtschaftlich. Aus diesem Grund erfolgt die Pflegeheimplanung regional. Die regionale Altersplanung dient den kantonalen Behörden dazu, freie Pflegeheimlistenplätze möglichst mit Rücksicht auf die regionalen Gepflogenheiten und im Sinne der betreffenden Region zuzuteilen. Die GEF erwartet diese Planung, um die kontingentierten Pflegeplätze gezielt zu allozieren. Aus diesem Grund werden die Regionen bei Bau- und Umbauvorhaben in Alters- und Pflegeheimen, die zusätzliche Pflegeplätze schaffen wollen, zur Stellungnahme eingeladen. Das erlaubt der Region, sich einzubringen und fundiert Stellung zu nehmen. Ausserdem ist es für die Regionen hilfreich und wichtig zu erkennen, in welchen Bereichen auf der regionalen Ebene Handlungsbedarf besteht.

Der Regionalkonferenzperimeter Biel/Bienne-Seeland-Jura bernois wurde aus linguistischen Gründen in zwei Regionen aufgeteilt (vgl. Abbildung 6: Regionalkonferenzperimeter), die je über eine eigene Planung verfügen.

Mittlerweile liegen in fünf von sieben Regionen beziehungsweise Regionalkonferenzperimetern regionale Altersplanungen vor:

- Region Jura bernois
- Region Biel-Seeland
- RK Bern-Mittelland
- RK Emmental
- Region Oberaargau

Abbildung 6
Regionalkonferenz-
perimeter



Einzig in den Regionalkonferenzperimetern Thun-Oberland West und Oberland-Ost liegen noch keine regionalen Altersplanungen vor.

Das Instrument der regionalen Altersplanung hat sich bewährt. Ziel ist, die angestossenen Prozesse weiterhin in Gang zu halten, die Altersplanung den Regionen als Aufgabe zu übertragen und diese finanziell zu unterstützen. Dies im Wissen darum, dass einerseits viele Gemeindebudgets stark strapaziert sind und andererseits die regionale Altersplanung bisher nicht zu den obligatorischen Aufgaben einer Regionalkonferenz zählte. Hinzu kommt, dass erst drei von sechs Regionalkonferenzen installiert sind. Da die GEF von allen Regionen eine regionale Altersplanung erwartet, erhalten alle Regionen, egal ob Regionalkonferenz oder nicht, die gleiche Unterstützung basierend auf den Bevölkerungszahlen der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65+. Zu diesem Zweck sieht die GEF künftig vor, mit allen sieben Regionen Leistungsverträge abzuschliessen, welche die Erarbeitung respektive die regelmässige Aktualisierung der regionalen Altersplanung und deren Umsetzung zum Inhalt haben. Derzeit laufen Verhandlungen dazu. Man kann aber davon ausgehen, dass ab 2016 alle oben genannten Regionen/Regionalkonferenzen einen Leistungsvertrag abschliessen können und damit die regionale Altersplanung verankert werden kann. Denn eine gut funktionierende und aktiv gestaltete Alterspolitik betrifft alle Ebenen – Gemeinden, Regionen und Kanton.

Zwischen 2011 und 2015 unterstützte die GEF die Erarbeitung einer regionalen Altersplanung im Jura bernois und in den Regionen Bern-Mittelland und Emmental mit Beiträgen von insgesamt 80000 Franken.

Inhaltliche Kriterien und Ziele

Die inhaltlichen Kriterien für die regionale Altersplanung gelten nach wie vor und sind unverändert. Die Planung sollte Aussagen machen zu folgenden Punkten:

- Demografie: Ist-Zustand, entspricht dem aktuellen Bevölkerungsstand in der betreffenden Region nach Altersklassen (hier eignen sich z. B. 5-Jahres-Altersgruppen wie 65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85–89, 90+)
- Demografie: Soll-Zustand, entspricht der Projektion der künftigen Entwicklung der Bevölkerungszahl der Gemeinde/n der Region in den genannten Altersklassen für

die nächsten 5, 10, 15 und 20 Jahren. Diese Zahlen sind beim Alters- und Behindertenamt der GEF erhältlich. Die Zahlen können aus der Datenbank der kantonalen Statistikkonferenz abgefragt werden, die der GEF zur Verfügung steht. Sie bilden die Grundlage zur Berechnung des künftigen Bedarfs an Pflegeplätzen, die gemäss KVG der Heimplanung unterliegen

- Festlegung des Bedarfs sowie bedarfsgerechte Zuteilung/Aufteilung des Angebots 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 stark unregelmässige Verteilung unter den Subregionen aufweisen).
- Planung der überkommunalen Angebote im Altersbereich, mit Rücksicht auf und in Koordination mit den kommunalen Zielsetzungen im Altersbereich
- Stärkung und Koordination sowie Intensivierung der Vernetzung von Anbietern, Organisationen und Dienstleistungen zur bestmöglichen Versorgung der älteren Bevölkerung
- Sicherstellung des Einbezugs der Interessen von Seniorinnen und Senioren sowie deren Organisationen/Gruppierungen

Altersforen in den Regionen

Die Region Oberaargau ist die bisher einzige der im vorangehenden Kapitel aufgeführten deutschsprachigen Regionen, die über eine Kommission Altersplanung (zuvor Arbeitsgruppe Altersfragen Oberaargau) verfügt. Die Kommission organisiert das jährliche Altersforum Oberaargau und nimmt gegenüber der GEF aus bedarfsplanerischer Sicht Stellung zu Bauprojekten von Alters- und Pflegeheimen im Oberaargau. Ausserdem stellt sie in regelmässigen Treffen den Austausch unter den verschiedenen Oberaargauer Akteuren im Altersbereich sicher und setzt sich mit der regionalen Altersplanung auseinander. Aufgrund ihrer Pionierrolle als Pilotregion wurde die Arbeit der Kommission von 2011 bis Ende 2013 mit einem Beitrag von 20 000 Franken pro Jahr unterstützt. Seit 2014 erhält die Kommission keine kantonale finanzielle Unterstützung mehr und wird von allen Oberaargauer Gemeinden gemäss einem Verteilschlüssel nach Einwohnerzahl mitfinanziert.

Im Jura bernois existiert seit Erarbeitung der regionalen Altersplanung mit der «Commission Politique du 3e âge du Jura bernois» ebenfalls eine Kommission, die sich regelmässig trifft, um sich mit altersplanerischen Fragen in ihrer Region auseinanderzusetzen. Bisher wurde zweimal in Zusammenarbeit mit der Pro Senectute Arc Jurassien (PSAJ) und beim zweiten Mal auch mit ProSenior Bern das Forum 3e âge veranstaltet. Ein drittes Forum 3e âge in Zusammenarbeit mit PSAJ und ProSenior Bern fand im Oktober 2015 statt. Dort konnten sich die bernjurassischen Akteure aus dem Altersbereich, Behördenmitglieder und Seniorenvertretungen erneut treffen, austauschen und untereinander vernetzen.

In den übrigen fünf Regionen gibt es noch keine Kommission Altersplanung und auch keine regelmässigen Altersforen. Hier besteht Handlungsbedarf. Im Zuge der Verhandlungen betreffend regionaler Altersplanung sollen künftig alle Regionen einen Leistungsvertrag mit der GEF abschliessen können und für die altersplanerischen Aufgaben finanzielle Unterstützung vom Kanton erhalten.

Handlungsfeld 6: Bedarfsgerechtes Angebot von stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen

Im Altersbereich (AHV-Bereich) wie auch im Behindertenbereich (IV-Bereich) bestehen stationäre Angebote für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen. Beide Kategorien von Plätzen sind auf der Pflegeheimliste zu finden. Die Plätze im AHV-Bereich unterliegen der Pflegeheimplanung, diejenigen im IV-Bereich nicht.

Pflegeheimplanung und Pflegeheimliste im Altersbereich

Nachfolgend wird dargestellt, welches die Mechanismen der Pflegeheimplanung für den Altersbereich sind und wie diese umgesetzt wird.

Grundlagen der Planung

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG; SR 832.10) verlangt von den Kantonen eine Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung mit Einrichtungen, die der Pflege, medizinischen Betreuung und Rehabilitation von Langzeitpatientinnen und -patienten dienen (Art. 39 Abs. 1 Bst. d und Abs. 3 KVG).⁵⁰ Gemäss Gesetz vom 11. Juni 2001 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG; BSG 860.1) sind Kanton und Gemeinden verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die zur Betreuung und Pflege nötigen Einrichtungen zur Verfügung stehen.

Die Planung für Einrichtungen der Langzeitpflege im Altersbereich (Pflegeheimplanung) bildet die Grundlage für die Berechnung des Bedarfs an stationären Pflegeplätzen in den Heimen. Das Resultat aus der Pflegeheimplanung ist die Pflegeheimliste. Auf dieser Liste sind alle Heime aufgeführt, die dazu berechtigt sind, ihre Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abzurechnen. Voraussetzung zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste ist einerseits der nachgewiesene Bedarf und andererseits eine Betriebsbewilligung nach der Verordnung vom 18. September 1996 über die Betreuung und Pflege von Personen in Heimen und privaten Haushalten (Heimverordnung, HEV; BSG 862.51). Institutionen, die eine Betriebsbewilligung besitzen, aber nicht auf der Pflegeheimliste stehen, können mit den Krankenversicherern nicht abrechnen und erhalten auch keine Restfinanzierung der Pflege durch den Kanton.

Praxis der Pflegeheimplanung

Mit der Pflegeheimplanung vom 24. März 2004 (RRB 0988/2004) legte der Regierungsrat 15 500 Pflegeheimplätze im Altersbereich fest. Derzeit (Stand 1.10.2015) werden 14 053 Plätze betrieben, 1 248 sind reserviert und im Bau befindlich, weitere 99 sind von den Regionen bereits zugeteilt und stehen damit vor der Reservation durch die GEF. 100 Plätze können noch vergeben werden.⁵¹ Diese wenigen freien, zusätzlich erhältlichen

⁵⁰ Art. 39 Spitäler und andere Einrichtungen

¹ Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:

- a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten,
- b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen,
- c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten,
- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind,
- e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind. (...)

³ Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Geburtshäuser sowie für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim).

⁵¹ In der Pflegeheimplanung 2004 ging man davon aus, dass das Kontingent von 15 500 Plätzen bereits im Jahr 2008 ausgeschöpft sein würde. Das traf aber nicht ein. Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Pflegeplätze für Menschen aus dem IV-Bereich nicht mehr im Kontingent der Plätze für den AHV-Bereich anrechenbar sind, sondern eine eigene Kategorie auf der Pflegeheimliste und auch in der Pflegeheimplanung bilden.

Pflegeheimplätze sind keinen konkreten Institutionen, sondern einem Pool zugewiesen. Die GEF verfügt damit über den notwendigen Handlungsspielraum, um das Angebot gemäss dem ausgewiesenen Bedarf in den unterschiedlichen Regionen gezielt zu steuern und entsprechende Projekte rasch und unbürokratisch zu bewilligen. 50 der 100 Plätze bleiben für Arrondierungen von einem bis maximal drei Plätzen in bestehenden Institutionen vorbehalten.

Die Zuteilung wird nach folgenden Prioritäten vorgenommen (vgl. Tabelle 2: Verteilung Pflegeplätze, S. 63):

- Zuteilt wird grundsätzlich nur noch den beiden Planungsregionen Biel/Bienne-Seeland und Thun-Oberland West.
- 1. Priorität hat die Stadt Thun, sie weist ein Manko von über 200 Plätzen auf. Hier können noch maximal 50 Pflegeplätze zugeteilt werden.
- 2. Priorität haben Institutionen,
 - die in den beiden genannten Planungssperimetern liegen,
 - die Arrondierungen von einem bis maximal drei Plätzen vornehmen und
 - die zu folgenden Subregionen gehören: Lyss/Aarberg, Stadt Thun, Obersimmental, Saanenland, Frutigland und Innertport.

Die Pflegeheimplanung beruht auf den Daten zur Bevölkerung im Alter von 80+. Die institutionelle Alterspflege in der Schweiz konzentriert sich gemäss Höpflinger stark auf die Gruppe der 80-jährigen und älteren Menschen.⁵² Diese Aussage untermauern auch die jährlich erhobenen SOMED-Daten deutlich.

Die Datenbasis für die Pflegeheimplanung bilden die jeweils aktuellsten regionalisierten Bevölkerungsprojektionen der kantonalen Statistikkonferenz.⁵³ Die Projektionen wurden letztmals im Sommer 2012 von der Statistikkonferenz aktualisiert und am 15. August 2012 vom Regierungsrat verabschiedet.

Die Pflegeheimplanung ist nichts Statisches, sondern muss sich den demografischen Veränderungen anpassen. Die Zunahme der älteren Menschen allein ist kein Grund, die Zahl der Pflegeplätze zu erhöhen. Dieser zahlenmässigen Entwicklung – mehr alte Menschen – steht eine Entwicklung gegenüber, wonach die Zahl der Lebensjahre mit Einschränkungen und Pflegebedarf tendenziell abnimmt (compression of morbidity). Die Menschen bleiben also insgesamt länger gesund. Somit sind sie während einer kürzeren Zeitspanne pflegebedürftig. Damit sinkt auch die Verweildauer im Pflegeheim.

Im Rahmen der Alterspolitik des Kantons Bern bestehen verschiedene Massnahmen zur künftigen Sicherstellung einer bedarfsgerechten Altersversorgung. Grundausrichtung aller Massnahmen ist es, langfristig die relative Anzahl der Pflegeheimplätze für die ältere Bevölkerung zu senken und den Anteil der Pflegeheimplätze an der Bevölkerung im Alter von 80+ zu stabilisieren. Da die geplanten 15 500 Pflegeheimplätze des Kontingents heute noch nicht alle gebaut und in Betrieb sind, hat die eingangs erwähnte Pflegeheimplanung vom 24. März 2004 (RRB 0988/2004) nach wie vor ihre Gültigkeit.

Ziel der Pflegeheimplanung und Vergabe von zusätzlichen Plätzen

Die GEF stützt sich bei den Anpassungen oder der Allokation von zusätzlichen Pflegeplätzen innerhalb des definierten Kontingents von 15 500 auf diese Planung.

Das Kontingent von 15 500 Plätzen ergibt mit Blick auf die Bevölkerungsentwicklung der Altersgruppe 80+ im Jahr 2035 einen durchschnittlichen Abdeckungsgrad von 15,3 Prozent: Es stehen 15,3 Pflegeheimplätze je 100 Personen im Alter von 80+ zur Verfügung. Dieser kantonale Durchschnittswert wird auf die fürs Jahr 2035 prognostizierte Anzahl Personen 80+ in den einzelnen Regionen und Lebensräumen angewendet und mit dem derzeit aktuellen Stand der dortigen Pflegeplätze verglichen. Pflegeplätze werden in diejenigen Regionen vergeben, in denen heute weniger Plätze vorhanden sind als

⁵² Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby und Andrea Zumburn. 2011. Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern, Verlag Hans Huber. S. 106.

⁵³ Statistikkonferenz des Kantons Bern (Hrsg.). 2012. Regionalisierte Bevölkerungsprojektionen für den Kanton Bern bis zum Jahr 2035.

bis 2035 benötigt. Ziel der Pflegeheimplanung ist, dadurch in allen Regionen und Subregionen eine möglichst ausgeglichene, das heisst, im Durchschnitt liegende Versorgung zu erreichen und bestehende regionale Disparitäten möglichst auszugleichen.

Die Verteilung der Pflegeheimplätze in den einzelnen Regionen des Kantons erfolgt auf unterschiedliche Weise: Viele Heime entstanden lange vor der Einführung des KVG und der daraus hervorgehenden Pflegeheimplanung. Zusätzliche Pflegeheimlistenplätze werden daher nur in Regionen vergeben, die bis 2035 eine unterdurchschnittliche Abdeckung aufweisen. Dies sowohl im Perimeter der betreffenden Regionalkonferenz wie auch in den Subregionen oder Lebensräumen innerhalb der jeweiligen Regionalkonferenz. Die GEF führt dazu eine Übersicht über alle sechs Regionalkonferenzperimeter im Kanton.

Im Falle einer regionalen Überversorgung können bereits bewilligte Pflegeplätze nicht einfach gestrichen oder weggenommen werden, da dies dem Entzug der Betriebsbewilligung gleichzusetzen wäre, was aus rechtlicher Sicht nicht ohne schwerwiegende Gründe (z. B. massive Qualitätsmängel) möglich ist. Ansonsten wäre der Kanton verpflichtet, eine Ausgleichszahlung zu leisten.

Deshalb sind die regionalen Bedarfsplanungen sehr wichtig. Damit wird der Status quo (heutige Verteilung der Plätze) erfasst und eine Strategie formuliert, wie man mit allfälligen Über- oder Unterversorgungen umgehen soll. Ein Teil der Regionen hat nach Aufforderung der GEF regionale Altersplanungen erarbeitet und gibt im Rahmen des Reservierungsprozesses eine Stellungnahme aus bedarfsplanerischer Sicht ab, ebenso die Standortgemeinde. Die Mitberichte und die demografischen Daten bilden Teil der Grundlagen für die Reservation zusätzlicher Pflegeheimlistenplätze. Solche Planungen wurden bereits von folgenden Regionen erarbeitet: Jura bernois, Biel/Bienne-Seeland, Bern-Mittelland, Emmental und Oberaargau. Einzig die beiden Regionalkonferenzperimeter des Oberlandes verfügen noch über keine solchen Planungen.

Berechnungsmechanismus und aktuelle Verteilung der Pflegeheimplätze auf die einzelnen Regionalkonferenz- bzw. Planungsperimeter

Einleitender Hinweis

Die Statistikkonferenz des Kantons Bern erstellt regionalisierte Bevölkerungsprojektionen für den Kanton Bern. Dafür werden – auf der Grundlage des Bundesamtes für Statistik – jeweils drei Szenarien für die Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern erstellt («Szenario tief», «Szenario mittel» und «Szenario hoch»). Mit Regierungsratsbeschluss 1185 vom 15. August 2012 wurden die kantonalen Direktionen beauftragt, die von der Statistikkonferenz erstellten, regionalisierten Bevölkerungsprojektionen des Kantons Bern als Referenzgrundlage für Planungsarbeiten zu verwenden (Ausgabe 2012; Projektion bis 2035). Die Direktionen einigten sich darauf, sich für die kantonalen Planungen direktionsübergreifend jeweils auf das «Szenario mittel» abzustützen.

Die neusten vom Bundesamt für Statistik publizierten Daten vom 27. August 2015 (STATPOP2014) zeigen nun jedoch, dass die Bevölkerung des Kantons Bern schneller wächst als in der Projektion von 2012 angenommen. Da die effektive Entwicklung sogar über dem «Szenario hoch» liegt, empfiehlt die kantonale Statistikkonferenz den Direktionen, für Planungsarbeiten auf kantonaler Ebene ab sofort das «Szenario hoch» zu verwenden. Dies zumindest bis zur aktualisierten Bevölkerungsprojektion per Ende 2016.

Auch die Pflegeheimplanung stützt sich auf die genannten demografischen Projektionen und beruht auf dem «Szenario mittel». Das «Szenario hoch» verändert den Wert des durchschnittlichen Abdeckungsgrades bis 2035 von 15,3 Prozent auf knapp unter 14 Prozent. Dieser Wert wurde zur Kontrolle auf alle sieben genannten Planungsperimeter angewendet. In keiner Region zeigten sich signifikante Abweichungen von den bisherigen Zielwerten, was das Soll an Pflegeplätzen bis ins Jahr 2035 pro Planungsregion betrifft. Die Abweichungen von den Soll-Werten (Anzahl Pflegeplätze pro Region per 2035) nach dem «Szenario mittel» zu den Soll-Werten nach dem «Szenario hoch» liegen im einstelligen Bereich und können als vernachlässigbar bezeichnet werden.

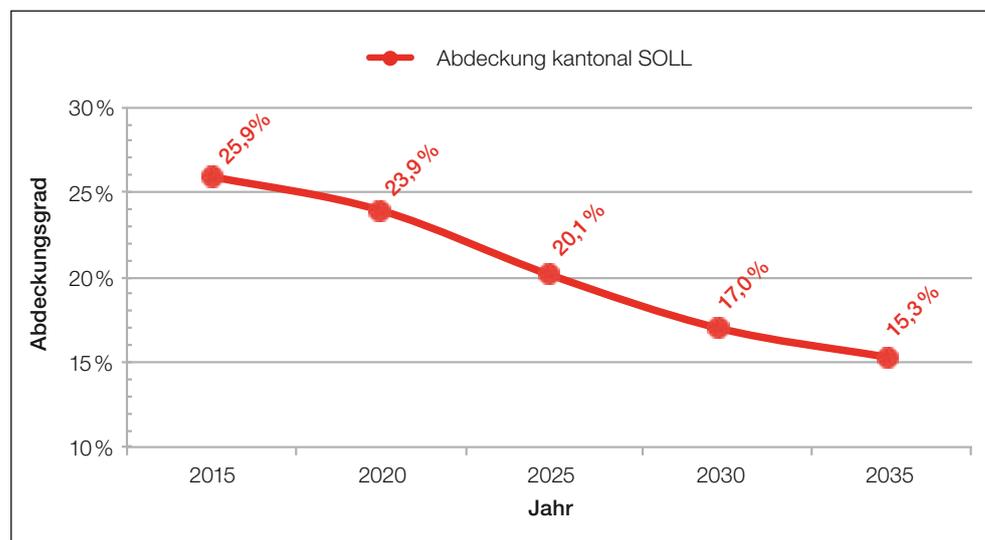
Wie bereits dargelegt (vgl. Praxis der Pflegeheimplanung, S. 60f.), ist das heute geltende Kontingent von 15 500 Pflegeplätzen so gut wie ausgeschöpft. Die Anpassung der Pflegeheimplätze soll erfolgen, wenn das Kontingent aufgebraucht ist, die reservierten Pflegeplätze realisiert und in Betrieb genommen worden sind und die heutige Auslastung deutlich steigt. Grundlage dafür ist eine neue Pflegeheimplanung. Diese soll auf den zum betreffenden Zeitpunkt aktuellen Bevölkerungsprojektionen erstellt werden.

Aus den genannten Gründen wird deshalb bewusst darauf verzichtet, die noch geltende, aber auslaufende Pflegeheimplanung auf das «Szenario hoch» anzupassen. Die nachfolgenden Ausführungen zur Pflegeheimplanung beziehen sich demnach auf das «Szenario mittel».

Gemäss dem «Szenario mittel» werden im Jahr 2035 rund 101 400 Menschen im Alter von 80+ im Kanton Bern wohnhaft sein. Im Jahr 2010 lag diese Zahl noch bei 54 650 Personen. Die Bevölkerungsgruppe 80+ wird demnach bis 2035 um rund 85 Prozent zunehmen. Bei einer Zahl von 15 500 Pflegeplätzen (heutiges Kontingent) ergibt das eine durchschnittliche Abdeckung von knapp 15,3 Pflegeplätzen auf 100 Menschen im Alter von 80+, oder anders ausgedrückt: Der Abdeckungsgrad nimmt kontinuierlich ab und liegt im Jahr 2035 noch bei knapp 15,3 Prozent, wie die untenstehende Abbildung zeigt.

Entwicklung Abdeckung gesamter Kanton

Abbildung 7
Entwicklung durchschnittliche kantonale Abdeckung bei 15 500 Pflegeplätzen



Zu jedem der sieben Planungssperimeter liegen die Zahlen der erwarteten Bevölkerung 80+ im Jahr 2035 vor. Diese Zahl wird mit dem Wert von 15,3 Prozent multipliziert, um den jeweiligen Richtwert der Anzahl Pflegeplätze für die jeweilige Region zu errechnen. Die Übersicht in Tabellenform (Stand 1. September 2015):

Tabelle 2
Verteilung Pflegeplätze

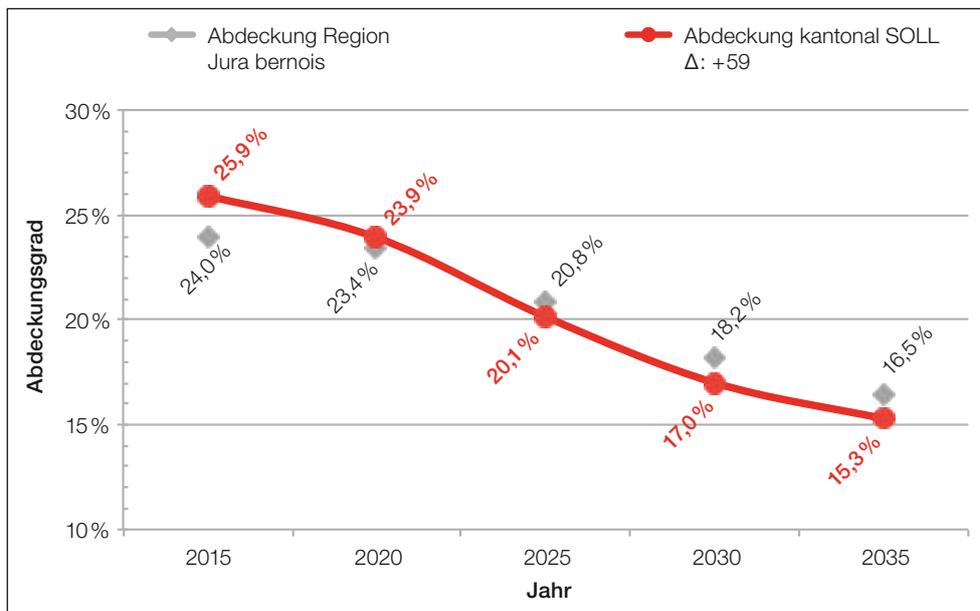
Region	Anzahl Personen 80+ im Jahr 2035	Anzahl PP Soll	Anzahl PP Ist ⁵⁴	Differenz (=Ist-Soll)
Region Jura bernois	4 906	750	809	+59
Region Biel/Bienne-Seeland	16 173	2 473	2 415	-58
RK Bern-Mittelland	39 432	6 028	6 027	-1
RK Emmental	9 845	1 505	1 505	0
RK Oberaargau	7 908	1 209	1 200	-9
RK Thun-Oberland West	18 148	2 775	2 649	-126
RK Oberland Ost	4 989	763	793	+30

⁵⁴ Bereits reservierte Pflegeplätze miteingerechnet.

Die Verteilung der Pflegeplätze auf die sieben Planungsperimeter wird nachfolgend in sieben Grafiken dargestellt und jeweils kurz kommentiert.

Entwicklung Abdeckung Region Jura bernois

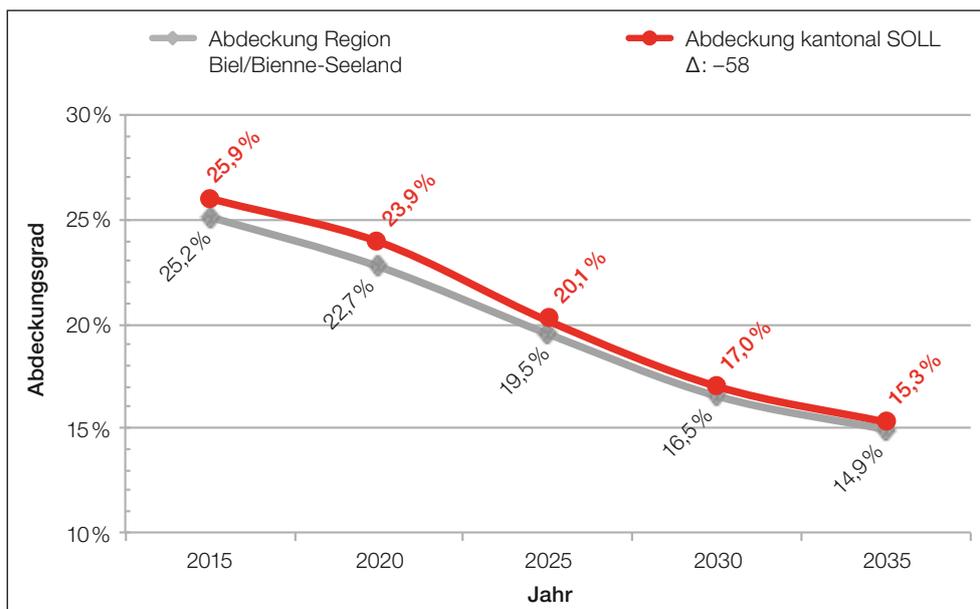
Abbildung 8
Abdeckung Region
Jura bernois



Für die Region Jura bernois zeichnet sich mit dem heutigen Bestand und den bereits reservierten Plätzen eine deutlich über dem kantonalen Durchschnitt liegende Abdeckung ab. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Versorgung im Jahr 2035 **mit fast 60 Betten im Plus** liegen. Das ist darauf zurückzuführen, dass die Zahl der Bevölkerung 80+ im Jura bernois nur gerade um gut 58 Prozent wächst, was deutlich unter dem kantonalen Wachstumsdurchschnitt von 85 Prozent liegt. Der Anteil an Personen im Alter von 80+ liegt heute bereits höher als im kantonalen Durchschnitt und wird bis 2035 einen Stand erreichen, der leicht unter dem dazumal erwarteten Durchschnitt liegt. Diese Tatsache verlangsamt den Zuwachs der Bevölkerungsgruppe 80+.

Entwicklung Abdeckung Region Biel/Bienne-Seeland

Abbildung 9
Abdeckung Region
Biel/Bienne-Seeland

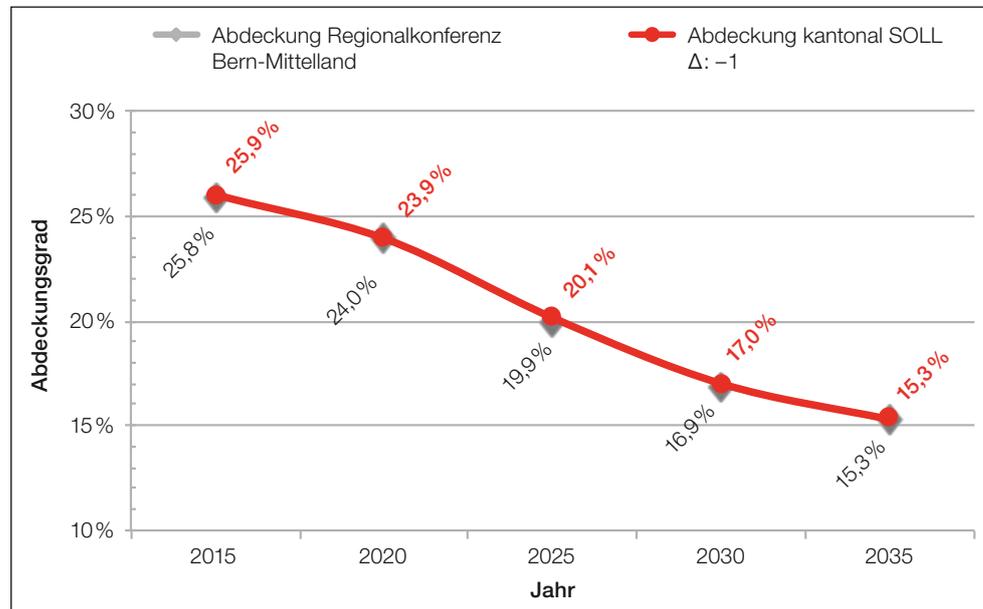


Für die Region Biel/Bienne-Seeland zeichnet sich mit dem heutigen Bestand und den bereits reservierten und sich im Bau befindlichen Plätzen eine nur noch leicht unter dem

kantonalen Durchschnitt liegende Abdeckung ab. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Versorgung im Jahr 2035 **mit nur 58 Betten im Minus** liegen. Vor fünf Jahren, zum Zeitpunkt des letzten Altersberichts, betrug das Minus weit mehr als 300 Betten. Die Region hat aufgrund ihrer regionalen Altersplanung die Verteilung von neuen Pflegeplätzen aktiv gesteuert und nähert sich dem kantonalen durchschnittlichen Abdeckungsgrad von 15,3 Prozent.

Entwicklung Abdeckung RK Bern-Mittelland

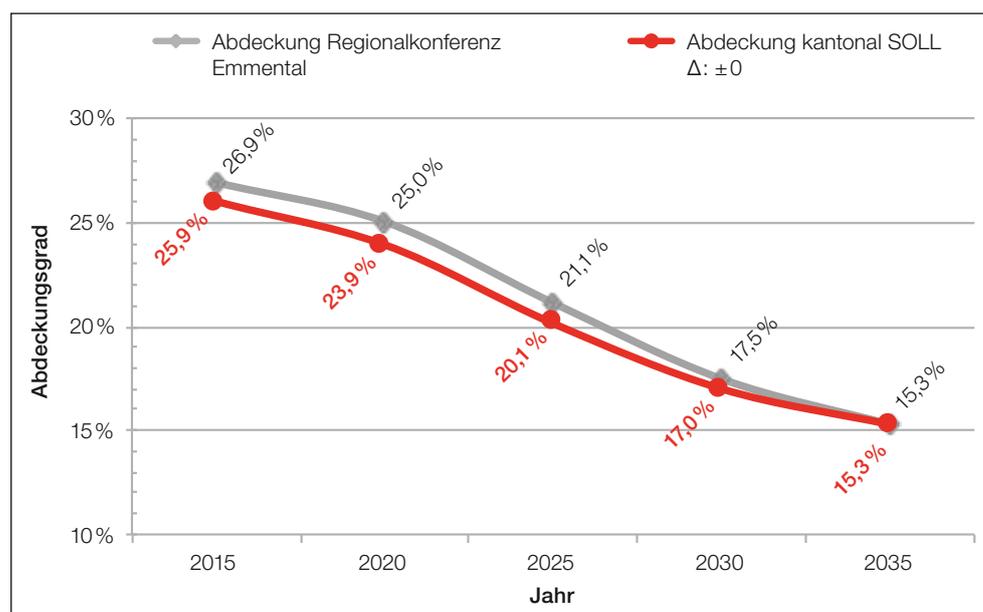
Abbildung 10
Abdeckung RK
Bern-Mittelland



Für die Regionalkonferenz Bern-Mittelland zeichnet sich mit dem heutigen Bestand und den bereits reservierten und sich im Bau befindlichen Plätzen eine genau im kantonalen Durchschnitt liegende Abdeckung ab. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Versorgung im Jahr 2035 **mit nur einem Bett im Minus** liegen. Der durchschnittliche Abdeckungsgrad von 15,3 Prozent ist somit für diese Region erreicht.

Entwicklung Abdeckung RK Emmental

Abbildung 11
Abdeckung RK
Emmental

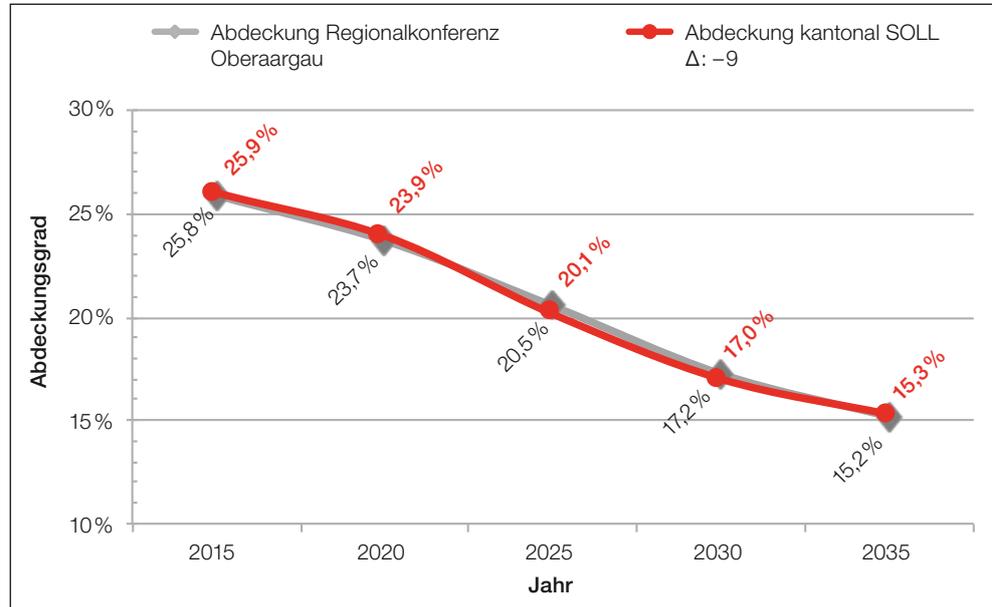


Für die Regionalkonferenz Emmental zeichnet sich mit dem heutigen Bestand und den bereits reservierten und sich im Bau befindlichen Plätzen eine genau im kantonalen

Durchschnitt liegende Abdeckung ab. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Versorgung im Jahr 2035 **weder im Minus noch im Plus** liegen. Die Regionalkonferenz Emmental hat basierend auf ihrer regionalen Altersplanung die Verteilung von neuen Pflegeplätzen aktiv gesteuert, und der durchschnittliche Abdeckungsgrad von 15,3 Prozent wird somit auch für diese Region erreicht.

Entwicklung Abdeckung RK Oberaargau

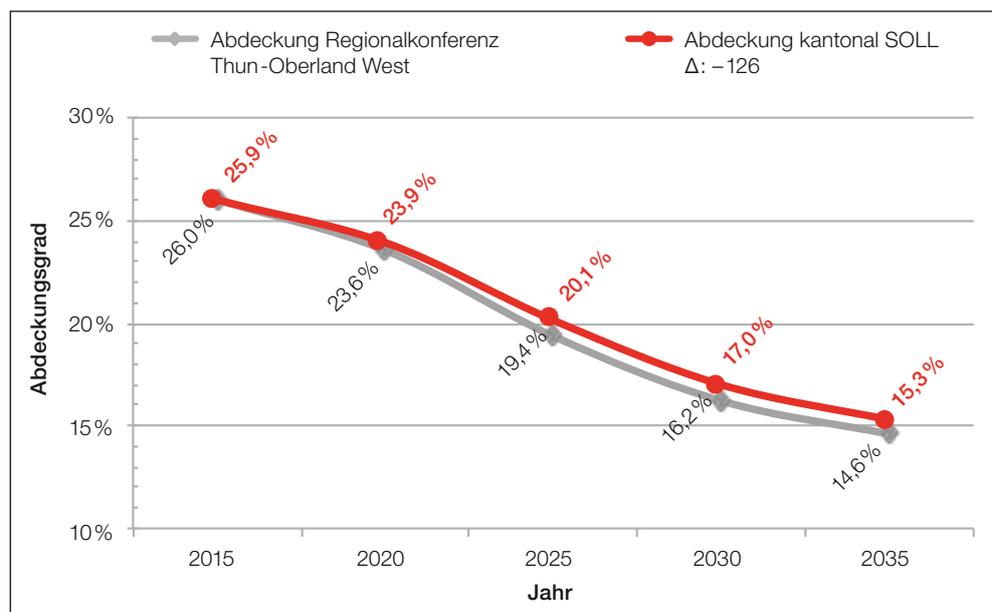
Abbildung 12
Abdeckung RK
Oberaargau



Für den Perimeter der Regionalkonferenz Oberaargau zeichnet sich mit dem heutigen Bestand und den bereits reservierten und sich im Bau befindlichen Plätzen eine minimal unter dem kantonalen Durchschnitt liegende Abdeckung ab. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Versorgung im Jahr 2035 **mit neun Betten im Minus** liegen. Auch die Region Oberaargau hat basierend auf ihrer regionalen Altersplanung die Verteilung von neuen Pflegeplätzen aktiv gesteuert und den durchschnittlichen Abdeckungsgrad von 15,3 Prozent so gut wie erreicht.

Entwicklung Abdeckung RK Thun-Oberland West

Abbildung 13
Abdeckung RK
Thun-Oberland West

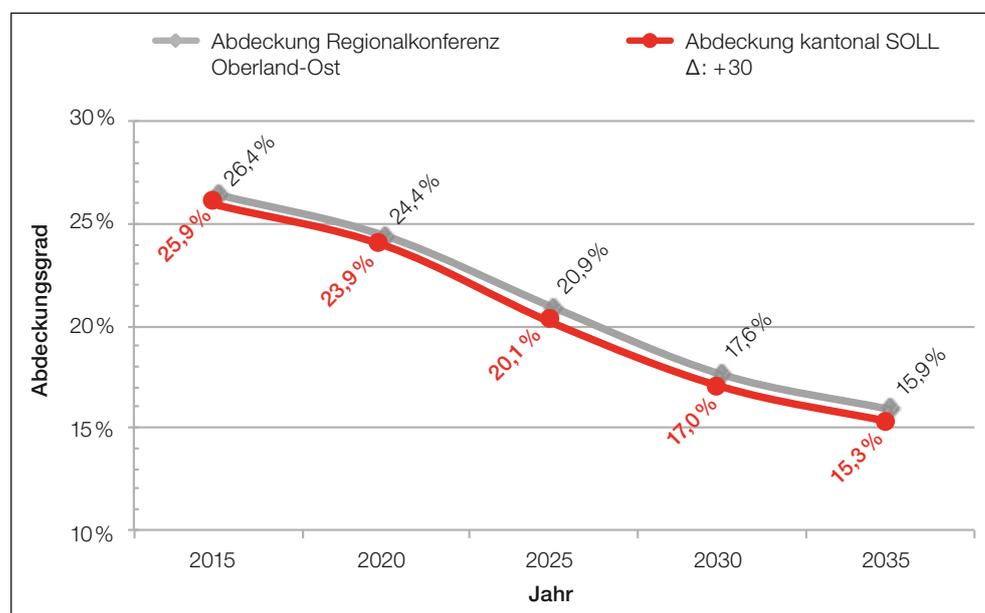


Für den Perimeter der Regionalkonferenz Thun-Oberland West zeichnet sich mit dem heutigen Bestand und den bereits reservierten und sich im Bau befindlichen Plätzen eine weit unter dem kantonalen Durchschnitt liegende Abdeckung ab. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Versorgung im Jahr 2035 **mit 126 Betten im Minus** liegen. Das ist darauf zurückzuführen, dass die Bevölkerung 80+ im Zeitraum von 2010 bis 2035 überdurchschnittlich um gut 98 Prozent zunehmen wird, sich also beinahe verdoppelt. Der kantonale Wachstumsdurchschnitt der Bevölkerungsgruppe 80+ hingegen liegt bei gut 85 Prozent.

Die Abdeckung in den einzelnen Subregionen des Regionalkonferenzperimeters Thun-Oberland West ist höchst unterschiedlich. Während die Stadt Thun gemessen an ihrer prognostizierten Bevölkerung 80+ mit der Anzahl Pflegeplätze weit unter dem Durchschnitt liegt, also das höchste Manko aufweist (-206), liegen die rechte und linke Seeseite sowie auch die Subregion Ostamt mit zwischen +30 bis zu +103 deutlich bis sehr deutlich über dem Durchschnitt. Aufgrund einer fehlenden regionalen Altersplanung hat die GEF bisher die Verteilung von neuen zusätzlichen Pflegeplätzen in der Region Thun-Oberland West alleine gesteuert. Dabei werden die noch verbleibenden Plätze nach den genannten Kriterien zugeteilt (vgl. S. 61).

Entwicklung Abdeckung RK Oberland Ost

Abbildung 14
Abdeckung RK
Oberland-Ost



Für die Regionalkonferenz Oberland-Ost zeichnet sich mit dem heutigen Bestand und den sich im Bau befindlichen Plätzen eine über dem kantonalen Durchschnitt liegende Abdeckung ab. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Versorgung im Jahr 2035 **mit 30 Betten im Plus** liegen. Dieser Überhang hat sich gegenüber dem letzten Bericht zur Alterspolitik ungefähr halbiert, weil im Oberland-Ost einige Kurhäuser schlossen und somit Pflegeplätze ins kantonale Kontingent zurückfielen. Insgesamt ist der Abdeckungsgrad jedoch immer noch überdurchschnittlich hoch. Aus diesem Grund hat die GEF Anfragen von anderen Institutionen aus Oberland-Ost, die Plätze von geschlossenen Kurhäusern übernehmen wollten, ablehnen müssen.

Pflegeheimliste

Die Krankenversicherer und der Kanton finanzieren die Pflege nur dann mit, wenn die entsprechenden Plätze in die kantonale Planung eingebunden sind. Die Pflegeheimliste führt folglich alle Institutionen auf, die berechtigt sind, Pflegeleistungen im stationären Langzeitbereich nach KVG abzurechnen. Dies hat sich auch mit der neuen Pflegefinanzierung nach Artikel 25a KVG nicht geändert. Die Pflegefinanzierung regelt im statio-

nären Heimbereich die Finanzierung der Pflegeleistungen – Anteil Krankenversicherer und Bewohner je Pflegestufe sowie die Aufgabe der Kantone, die Restfinanzierung der Pflegeleistungen zu regeln –, nicht aber die Zulassung zur Leistungserbringung.

Es kann nur für die bewilligte Anzahl Pflegeplätze nach KVG abgerechnet werden. In der Betriebsbewilligung jedes Heims steht daher die maximal bewilligte Anzahl Pflegeheimlistenplätze, die von den Heimen zu keiner Zeit ohne ausdrückliche Erlaubnis des Kantons überschritten werden darf. Die Pflegeheime müssen in den Abrechnungsformularen für die Pflegefinanzierung detailliert aufführen, welche Bewohnenden in welchem Zeitraum in welcher Pflegestufe eingestuft waren. Diese Formulare müssen die Heime zweimal jährlich einreichen. Zudem erfolgt eine Kontrolle der jährlich einzureichenden Mindeststellenpläne, in denen die Anzahl der belegten Pflegeheimplätze je Stufe pro Jahr und die durchschnittliche Belegung aufgelistet sind. Das ALBA hat somit jederzeit die Möglichkeit, die Belegung der Pflegeheimlistenplätze zu überprüfen.

Ausblick

Die Pflegeheimplätze werden wie beschrieben innerhalb des in der Planung festgelegten Kontingents vergeben. Es zeichnet sich ab, dass das geltende Kontingent von 15 500 Plätzen bald ausgeschöpft sein wird. Dann muss aufgrund der demografischen und statistischen Zahlen überlegt werden, ob, wann und wie viele zusätzliche Plätze geschaffen werden sollen.

Aufgrund der Bevölkerungsprognosen würden bei unveränderter Kontingentierung der Pflegeheimlistenplätze im Jahr 2035 noch 15,3 Pflegeheimplätze auf 100 Personen im Alter von 80+ kommen. Der Kanton Bern wird damit im Vergleich mit anderen Kantonen einen sehr niedrigen Anteil an Pflegeheimplätzen ausweisen. Es besteht das Risiko, dass der Bedarf damit nicht gedeckt werden kann. Der gesamtschweizerische Durchschnitt gemäss Höpflinger – der notabene tiefer ist als der bisherige Durchschnitt im Kanton Bern, der sich aus den SOMED-Daten errechnen lässt – lässt erwarten, dass der prozentuale Anteil der älteren Menschen, die einen Pflegeplatz benötigen, in etwa stabil bleibt oder im besten Fall leicht zurückgehen wird. Eine langfristig ausreichende Versorgung mit Pflegeplätzen läge also bei gut 20 Prozent der Anzahl Personen im Alter von 80+ Jahren. Rechnet man für 2035 mit einem Abdeckungsgrad von durchschnittlich 20 Prozent, würde dies für den Kanton Bern – bei den aktuellen demografischen Prognosen nach dem «Szenario mittel» – eine Erhöhung des Kontingents auf rund 20 300 Pflegeplätze bedeuten, 4 800 Pflegeplätze mehr als bisher. Im Fall des «Szenario hoch» (vgl. dazu den einleitenden Hinweis auf S. 62) würde dies sogar eine Erhöhung des Kontingents auf rund 22 200 Pflegeplätze bedeuten, also 6 500 Plätze mehr als bisher. Pflegeheimplätze sollen dann in erster Linie jenen Personen vorbehalten sein, die mittel- bis schwerpflegebedürftig sind und trotz ambulanter Unterstützung nicht mehr zu Hause leben können.

Diese Anpassung soll dann vorgenommen werden, wenn das Kontingent aufgebraucht ist, die reservierten Pflegeplätze realisiert und in Betrieb genommen worden



sind und die Auslastung deutlich steigt. Dem Monitoring der Bettenbelegung kommt hier eine grosse Bedeutung zu. Die heutige Auslastung liegt mit zwischen 92 Prozent und 94 Prozent seit mehreren Jahren konstant tief. Dieser Trend hält an: Es gibt derzeit keinerlei Anzeichen, dass die Auslastung steigt. Auch im Jahr 2014 betrug sie lediglich 92,5 Prozent.

Mit der steigenden Anzahl Menschen im Alter 80+ muss die Kontingentierung laufend überprüft und bedarfsgerecht angepasst werden. Auch wenn der Prozentsatz von Menschen im Alter 80+, die im Heim leben, gleich bleibt oder aufgrund besserer Gesundheit sogar leicht abnimmt, steigen die absoluten Zahlen der Menschen im Alter 80+ im Heim, bedingt durch die Zunahme der Zahl älterer Menschen, an. Diese demografische Entwicklung bei der Gruppe der Menschen im Alter 80+ flacht erst nach 2050 wieder ab. Bis dahin ist nach dem «Szenario mittel» mit einem laufenden Anstieg dieser Bevölkerungsgruppe zu rechnen.

Kurzzeitangebote

Als Folge der Spitalfinanzierung und der damit einhergehenden Verkürzung von Spitalaufenthalten steigt der Bedarf nach kurzfristig verfügbaren Plätzen für befristete Aufenthalte – mehrere Tage bis Wochen – in den Heimen. Um das Angebot an Kurzzeitplätzen zu erhöhen, hat die GEF den Heimen für ihren Aufwand bis Ende 2014 für Kurzeitaufenthalte bis zu 56 Tagen 20 Franken pro Aufenthaltstag zusätzlich vergütet. Das Ziel, damit dauerhaft ein flexibles Angebot an Kurzzeitplätzen in den Heimen zu etablieren, konnte nicht erreicht werden. Nach Aussage der Heime deckten die Vergütungen die zusätzlichen Kosten nicht.

Im Kanton Bern gibt es nur zwei Heime, die ausschliesslich Kurzeitaufenthalte anbieten: das Haus für Pflege in Bern und das Lädelizentrum der Stiftung WiA in Heimberg. Das Haus für Pflege verfügt als einzige Institution über ein integriertes Case-Management, dank dem es gelingt, dass Personen, die das Angebot in Anspruch nehmen, nach Hause zurückkehren können oder zumindest mit mehr Selbständigkeit und weniger hoher Pflegeabhängigkeit in ein Alters- und Pflegeheim eintreten können. Das Lädelizentrum bietet neben Kurzzeitplätzen auch Plätze für Palliative Care an.

Pflegebedürftige alte behinderte Menschen

Entwicklung

Dank medizinischen, hygienischen und technischen Errungenschaften, aber auch aufgrund der qualitativen Entwicklung von (päd-)agogischen und pflegerischen Leistungen werden Menschen mit Behinderungen zunehmend älter und erreichen heute das Pensionsalter.

Um 1930 lag die Lebenserwartung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen bei gut 20 Jahren. Heute beträgt sie über 70 Jahre und nähert sich mehr und mehr jener der Durchschnittsbevölkerung an. Gemäss Bundesamt für Statistik stieg allein im Zeitraum 2006 bis 2010 das Durchschnittsalter von Männern mit Behinderungen um 1,1 Jahre und betrug 2010 rund 38,5 Jahre. Bei Frauen mit Behinderungen stieg das Durchschnittsalter im gleichen Zeitraum sogar um 1,8 Jahre und betrug 2010 rund 40 Jahre.

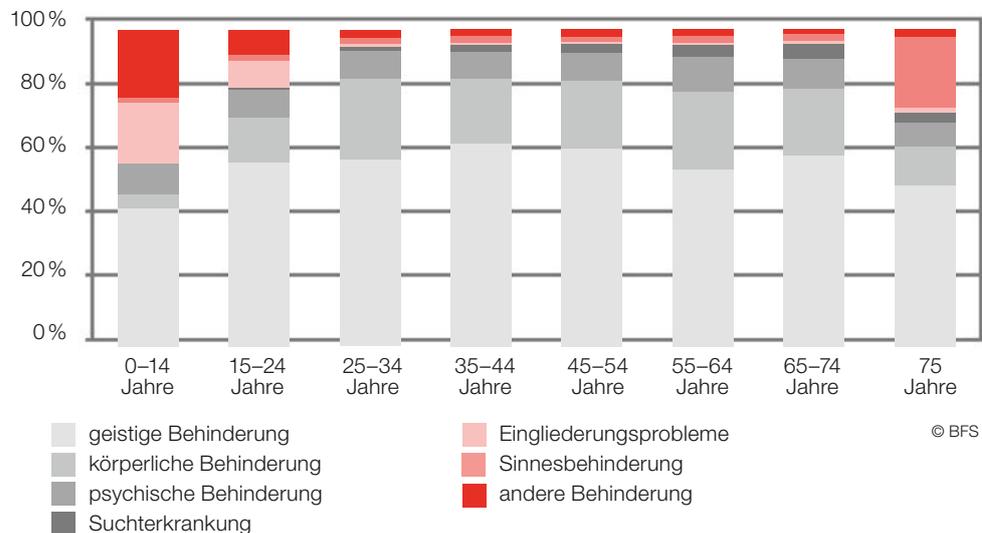
Diese erfreuliche Entwicklung stellt Angehörige, Wohnheime sowie geschützte Werkstätten und nicht zuletzt die Gesellschaft vor neue Herausforderungen. Aufgrund der Alterung und dem damit verbundenen steigenden Unterstützungsbedarf dieser Personen verändern sich die Anforderungen an den Wohnort, die Tagesstruktur sowie an das Pflege- und Betreuungspersonal.

Menschen mit einer Behinderung, die bei ihrer Pensionierung in einem Wohnheim leben, bleiben auch im AHV-Alter oft dort. Sofern es ihre Pflegebedürftigkeit zulässt, verbringen sie den Lebensabend in ihrem gewohnten Umfeld und sterben meist auch dort. Manche Menschen mit einer Behinderung wechseln im Alter vom Behindertenheim ins

Pflegeheim oder leben im Erwerbsalter zu Hause, bevor sie – wie Personen ohne Behinderung – bei erhöhtem Betreuungs- und Pflegedarf in ein Pflegeheim eintreten.

Wie die folgende Grafik aufzeigt, verändert sich der Anteil verschiedener Behinderungen je nach Altersklasse:

Menschen mit Behinderung in Institutionen nach Altersklasse und Art der Behinderung, 2010



In Anlehnung an die Forderungen des Branchenverbands der Institutionen für Menschen mit Behinderung (INSOS) unterstützt der Kanton Bern folgende Zielsetzungen:

- Menschen mit Behinderungen haben ein Recht darauf, so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld zu leben, wenn sie das möchten.
- Bei Menschen, die in einem Behindertenheim leben, darf der Eintritt ins Pensionsalter nicht dazu führen, dass ihnen behinderungsbedingte, notwendige Betreuungs- und Pflegeleistungen entzogen werden.
- Lehre, Forschung und Bildung müssen die demografische Entwicklung im Behindertenbereich aufgreifen. Das entsprechende Fachwissen muss von den Institutionen in deren Praxis einfließen.
- Die kantonalen Versorgungsstrategien im Behinderten- und Altersbereich müssen koordiniert werden.

Zusätzlich unterstützt die kantonale Behindertenpolitik die Stärkung der Selbstbestimmung, der Eigenverantwortung sowie der sozialen Teilhabe von Menschen mit einer Behinderung und zwar mit Gültigkeit in allen Lebensphasen.⁵⁵

Pflegeheimplanung und Pflegeheimliste

Die Pflegeheimliste nimmt auch Institutionen aus dem Behindertenbereich auf, allerdings nur, wenn die Institutionen regelmässig stationäre Pflegeleistungen in einem grösseren Ausmass erbringen und das entsprechende medizinische und pflegerische Fachpersonal nachweisen können. Auf der Pflegeheimliste ist dafür eine spezielle Rubrik vorgesehen, da die Kontingentierung der Plätze nur für den Altersbereich gilt. Derzeit figurieren 14 von total 130 Behindertenheimen auf der Liste und sind damit berechtigt, nach KVG abzurechnen. Diese 14 Institutionen erbringen 27 Prozent aller Aufenthaltstage von Menschen mit Behinderungen, die die GEF mitfinanziert.

Die Erträge, die die Heime durch die Versicherer und die Bewohnenden erhalten, werden von den Betriebsbeiträgen des Kantons abgezogen und führen für den Kanton folglich zu Minderausgaben im IV-Bereich.

⁵⁵ Quellen: Bundesamt für Statistik (BFS); Nationaler Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung (INSOS); Behindertenkonzept des Kantons Bern, 2011.

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 unabdingbar. Die Bemühungen, genügend ausgebildetes Personal gemäss Versorgungsplanung GEF sicherzustellen, sind eine verbundpartnerschaftliche Daueraufgabe, d.h. zwischen GEF, Erziehungsdirektion, OdA Gesundheit Bern und den wesentlichen Bildungsanbietern aller Bildungsstufen. Eine gute Gesundheitsversorgung ist ohne eine ausreichende Anzahl von Fachpersonen nicht möglich. Im Kanton Bern sind rund 20 000 gelernte Berufsleute aus nicht-universitären Gesundheitsberufen beschäftigt: in den Spitälern und Pflegeheimen, in der Spitex und bei den Rettungsdiensten. Zusätzlich sind rund 3800 Personen mit einem Pflegekurs SRK in Berner Institutionen beschäftigt und wie folgt auf das Versorgungssystem verteilt: in den Akutspitälern macht ihr Anteil am Pflege- und Betreuungspersonal lediglich 0,2 Prozent aus, in den Pflegeheimen 33 Prozent und in der Spitex 29 Prozent.

Die im Kanton Bern massgebende Versorgungsplanung 2011–2014 zeigt die jährlichen Bedarfszahlen für Nachwuchskräfte 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. Die Rekrutierung von Pflegepersonal ist daher weiterhin eine der grössten Herausforderungen für das Gesundheitswesen in der Schweiz. Die GEF hat darauf mit der Einführung der Ausbildungsverpflichtung für nicht-universitäre Gesundheitsberufe reagiert. Die vom Regierungsrat als versorgungsnotwendig bezeichneten Gesundheitsberufe sind im Anhang 1 der Spitalversorgungsverordnung bzw. Anhang 2 der Sozialhilfverordnung aufgeführt und beinhalten Gesundheitsausbildungen von der Sekundarstufe II bis zu den Fachhochschulstudiengängen. Ab 2012 werden Spitäler und ab 2014 auch Langzeitinstitutionen sowie alle Spitex-Organisationen zu einer bestimmten Ausbildungsleistung verpflichtet. Unverändert bleibt dabei die pauschale Entschädigung an die Ausbildungsbetriebe.

Nach wie vor 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

Bildung und Ausbildung von Pflegepersonal

Die grösste Herausforderung für das Gesundheitswesen stellt nach wie vor der Mangel an Pflegepersonal und insbesondere der Mangel an Fachpersonal dar. 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 im Ausbildungsbereich wie auch bei der Personalerhaltung auf allen Stufen. Deshalb werden seit 1. Januar 2014 mit der indirekten Revision des Sozialhilfgesetzes auch Pflegeheime und Spitex-Organisationen zur Ausbildung verpflichtet. 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 874 Lehrstellen konnte im Jahr 2014 das Angebot an Ausbildungsplätzen zur Fachfrau oder zum Fachmann Gesundheit (FaGe) im Kanton Bern gesteigert werden. FaGe übernehmen als qualifizierte Fachkräfte erweiterte Aufgaben in der Pflege und Betreuung sowie Verantwortung in der Planung und Organisation (Tagesverantwortung). Damit spielen sie vor allem in der stationären Langzeitpflege eine wesentliche Rolle, um die steigende Zahl an benötigten Gesundheitsfachpersonen zu gewährleisten. Ausserdem sind sie ein wichtiger Rekrutierungspool für den Nachwuchs der Tertiärbildungen Gesundheit.

Nach wie vor bilden die Betriebe auch Erwachsene in einer verkürzten Lehre aus und qualifizieren damit ihr bereits vorhandenes Assistenzpersonal. Dadurch fördern die Institutionen ihr eigenes Personal aktiv. Sehr gut eingeführt ist die zweijährige berufliche Grundbildung mit Attest EBA als Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales: Im Jahr 2014 konnten 108 Lehrstellen besetzt werden. Für beide Grundbildungen schuf man im Langzeitbereich wie auch in der Spitex überdurchschnittlich viele Ausbildungsplätze.

Die Rekrutierungsprobleme bei der Pflegeausbildung auf Stufe der Höheren Fachschule (HF) müssen weiterhin überwacht werden. Dank verschiedener Massnahmen haben im Jahr 2013 314 Personen mit einem HF-Diplom abgeschlossen, was rund 70 Prozent der in der Versorgungsplanung aufgeführten Diplomvorgabe entspricht. Auf die schwierige Rekrutierungssituation haben die GEF, das Berner Bildungszentrum Pflege und die kantonale Organisation der Arbeitswelt (OdA Gesundheit Bern) mit verschiedenen Massnahmen reagiert:

- Ab Herbst 2015 wurde die Attraktivität der HF Pflegefachfrau/-mann durch Lehrplananpassungen an die Bedürfnisse der Gesundheits- und Altersversorgung erhöht.
- 2015 wurde die Prüfungsordnung zum eidgenössischen Fachausweis Langzeitpflege und Betreuung vom Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) genehmigt. Die entsprechenden Vorbereitungskurse werden vom Mittelschul- und Berufsbildungsamt der ERZ auf Antrag der Bildungsanbieter erhöht subventioniert.
- Im Jahr 2014 wurde das Förderprogramm für erwachsene Personen erfolgreich abgeschlossen. Mit den bewilligten Mitteln und dank einer erhöhten Ausbildungsent-schädigung konnten in den Jahren 2008 bis 2011 jährlich zusätzlich 20 erwachsene Personen für die Pflegeausbildung gewonnen werden.
- Das Berner Bildungszentrum Pflege versucht, mit neuen Teilzeit- und berufsbeglei-tenden Ausbildungsprogrammen die Rekrutierungssituation zu verbessern. Ge-meinsam mit der OdA Gesundheit Bern lässt es 2015 einen Pilotausbildungsgang im Lehrortsprinzip (Anstellung im Betrieb) starten.
- Die GEF finanziert weiterhin Wiedereinstiegskurse, die der Fachverband für Pflege und die Lindenhofschule in Bern anbieten. Zudem übernimmt sie 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 Anmel-dung nicht in einer Gesundheitsinstitution angestellt sind.

Die von den bernischen Betrieben angebotenen Praktikumsplätze für die Studiengän-ge Pflege, Ergotherapie, Ernährung und Diätetik sowie Physiotherapie bewegen sich auf Versorgungshöhe. Die Berner Fachhochschule erforscht und bearbeitet über die Akademie-Praxis Partnerschaft mit der Domicil Bern AG und mit dem eigenen Institut Alter zusätzlich aktuelle Fragestellungen und zukünftige Herausforderungen zum The-ma Alter und Altern ab der Lebensphase 50+ bis zur Hochaltrigkeit. Führungskräfte der Gesundheitsinstitutionen wurden an verschiedenen Veranstaltungen über die Aus-bildungsverpflichtung seitens der GEF informiert und dafür sensibilisiert. Die meisten Betriebe unterstützen die damit verbundene Zielsetzung: den künftigen Personalbedarf möglichst vollständig durch eigene Ausbildungsleistungen zu decken. Zudem wurden weitgehende Massnahmen zur Förderung der praktischen Aus- und Weiterbildung in den nicht-universitären Gesundheitsberufen ergriffen. Um Schulabgängerinnen und Schulabgänger für Gesundheitsberufe zu gewinnen, finanziert der Kanton jährlich Auf-tritte an der Berner Ausbildungsmesse, den kantonalen Tag der Gesundheitsberufe und weitere geeignete Informationsveranstaltungen. Die operative Umsetzung dieser Mass-nahmen liegt bei der OdA Gesundheit Bern.

Nebst der Erhöhung von Ausbildungsleistungen sind Massnahmen zur Personaler-haltung dringend erforderlich. Interessant dafür werden die Ergebnisse der Studie «Nur-ses at work» sein, welche die Berufsverweildauer von Pflegefachkräften in der Schweiz untersucht.

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 –, um das Personal zum Verbleib in Gesundheitsberufen zu motivieren, ist gross. Der Kanton Bern hat im Rahmen des Projekts «Verbesserung der Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals» (VAP) bereits grosse Anstrengungen unternommen. Zu den strategischen Schwerpunkten der GEF zählen in den nächsten Jahren die Ausschöpfung des betrieblichen Ausbildungspotenzials und die Personalerhaltung; die bereits bewährten Strategien und Massnahmen werden fortgesetzt. Die beabsichtigten Massnahmen sind ebenfalls in der Versorgungsplanung 2011–2014 beschrieben. Wie viel zusätzliches Pflegepersonal es in den nächsten Jahren effektiv braucht, hängt vor allem vom Gesundheitszustand der Bevölkerung ab. Deshalb sind die im Handlungsfeld 1 genannten Massnahmen zur Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung.

Neben der Absicht, die Zahl der Auszubildenden oder Studierenden in den Pflegeberufen zu erhöhen, ist eine gute Ausbildungsqualität der Schlüssel zu einer nachhaltigen Sicherung des beruflichen Nachwuchses. Die GEF hat deshalb zusammen mit der Erziehungsdirektion das Projekt «Ausbildungsqualität» initiiert. Die Ausbildungsbetriebe sollen dabei zu Wort kommen und definieren, welche Rahmenbedingungen vorhanden sein müssen, um eine gute Ausbildung in den Betrieben gewährleisten zu können. Das Projekt soll dazu führen, dass sich die Betriebe in der Ausbildung gegenseitig unterstützen («learning from the best») und die Zahl der Lehrabbrüche gesenkt oder auf einem niedrigen Niveau gehalten werden. Nach der Analysephase erfolgt in der zweiten Hälfte 2015 und 2016 die Gestaltungsphase. Auch da werden die Betriebe und deren Vertreterinnen und Vertreter aller Ebenen die Hauptansprechpartner sein.

Tremplin-Kurse des SRK Bern

Das SRK Kanton Bern hat vor einigen Jahren einen Sprachkurs für Migrantinnen und Migranten erarbeitet, deren Sprachkenntnisse in Deutsch oder Französisch nicht ausreichen, um den SRK-Kurs zum/r Pflegehelfer/in zu absolvieren: den Tremplin-Kurs. Die Kursteilnehmerinnen und –teilnehmer werden kontextgebunden in die pflegerische Fachsprache und den Pflegealltag eingeführt. In diesem Vorkurs sollten die Migrantinnen und Migranten ein genau definiertes Sprachniveau erreichen, um anschliessend den SRK-Pflegehilfekurs absolvieren zu können.

Das SRK Kanton Bern führte diese Kurse bis Ende 2013 durch und wurde dafür finanziell von der GEF unterstützt. Da sich die Kantonsfinanzen verschlechterten, machte man die Verantwortlichen beim SRK Kanton Bern frühzeitig darauf aufmerksam, dass eine Subventionierung der Tremplin-Kurse ab 2014 nicht mehr möglich ist. Zwischen 2007 und 2013 wurden 16 Kurse in Deutsch und ein Kurs in Französisch durchgeführt mit insgesamt 158 Teilnehmenden. Die Nachfrage nach Plätzen für die beiden Tremplin-Kurse war 2013 so gross, dass für beide Kurse Wartelisten geführt werden mussten.

Im Herbst 2013 konnte das SRK Kanton Bern einen dritten Tremplin-Kurs als Pilotkurs gemeinsam mit der Klubschule Migros Aare anbieten und durchführen; den Verlust, den die GEF bis anhin subventioniert hatte, teilten sich SRK und Klubschule. Da die Klubschule davor bereits die sprachlichen Eintrittstests für zukünftige Pflegehelfer/innen durchgeführt hatte, zeigte sie sich interessiert, auch den Sprachkurs Tremplin vom SRK zu übernehmen. Als grosser Sprachkursanbieter ist sie dazu fachlich prädestiniert. Seit 2014 bietet die Klubschule Migros Aare nun den Tremplin-Kurs neu unter dem Titel «Deutsch Sprachkompetenz im Pflegeberuf: Vorbereitung Lehrgang Pflegehelfer/in SRK» an. Die drei Kurse, die jährlich stattfinden, werden neu von der Erziehungsdirektion des Kantons Bern subventioniert. Bei pflegerischen Fachfragen, die im Rahmen des Kurses auftauchen, arbeitet das SRK Kanton Bern nach wie vor beratend mit der Klubschule zusammen.

Handlungsfeld 8: Qualitätssicherung

Das Sozialhilfegesetz verpflichtet den Kanton, gemeinsam mit den Gemeinden und in Zusammenarbeit mit privaten und öffentlichen Trägerschaften die Planung der Versorgung für Menschen im AHV-Alter zu steuern. Auch soll er regelmässig Wirkung und Qualität der Leistungsangebote überprüfen. Dies gilt für den ambulanten und den stationären Bereich.

Der letzte Bericht zur Alterspolitik von 2011 hielt fest, dass eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung der Heime und Spitex-Organisationen unerlässlich ist und der Gesetzgeber aus diesem Grund Mindestanforderungen zur Qualitätssicherung festlegen soll.

Gute Qualität ist für stationäre Einrichtungen ein Wettbewerbsfaktor und liegt im Interesse der anbietenden Institution selbst. Der Kanton legt hier nur minimale Vorgaben oder Anforderungen fest, mit denen die Sicherheit der Bewohnenden gewährleistet werden soll.

Qualität im Spitex-Bereich

Der Kanton Bern hat per 1. Januar 2012 als einer der letzten Kantone die Bewilligungspflicht für Spitex-Organisationen eingeführt. Mit der Bewilligung im Rahmen der Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Gesundheitsverordnung) sollen gesundheitspolizeiliche Vorschriften überprüft werden, die der Sicherheit der Klientinnen und Klienten dienen. Insbesondere die Pflege stellt einen Eingriff in die psychische, physische und persönliche Integrität besonders vulnerabler Personengruppen dar. Die Spitex-Organisationen müssen insbesondere über eine fachverantwortliche Person und fachlich hinreichend ausgebildetes Personal verfügen, ein Betriebskonzept nachweisen können sowie ein Qualitätssicherungssystem haben.

Zwischen 2012 und 2014 erhielten rund 90 Organisationen eine Betriebsbewilligung, davon 54 gemeinwirtschaftliche und 34 erwerbswirtschaftliche Organisationen. Fünf Organisationen, die hauptsächlich in anderen Kantonen tätig und bewilligt sind, erhielten aufgrund des Binnenmarktgesetzes eine Betriebsbewilligung. In den nächsten Jahren wird die Aufsicht über die Spitex-Organisationen konzeptionell weiterentwickelt und umgesetzt.

Qualität im Heim – Aufsicht über die Alters- und Pflegeheime

Betriebsbewilligung

Die GEF ist aufgrund des Sozialhilfegesetzes und der Heimverordnung für die Bewilligung und Aufsicht der Heime im Bereich Alter, Behinderung und Sucht zuständig. Um eine Betriebsbewilligung zu erhalten, müssen die Trägerschaften diverse Konzepte erarbeiten, über eine Institutions- und Fachleitung mit der entsprechenden Ausbildung verfügen, das notwendige Pflegepersonal und eine bedarfsgerechte Infrastruktur zur Verfügung stellen.

Standards zur Betriebsbewilligung

Um die Vorgaben so weit wie möglich zu vereinheitlichen, wurden von 2012 bis 2014 in einer ämterübergreifenden Arbeitsgruppe Minimalstandards zur Betriebsbewilligung erarbeitet. Diese Standards wurden nach mehreren Konsultationen bei den Verbänden per 1. Juli 2015 in Kraft gesetzt. Damit sind die Vorgaben für alle Institutionen einheitlich geregelt und für die Trägerschaften transparent. Der grösste Teil der Institutionen erfüllt die Minimalstandards bereits heute. Anpassungen sind insbesondere bei den Konzepten und beim Qualitätsmanagement notwendig. Zur Erfüllung dieser Anforderungen haben die Institutionen zwei Jahre Zeit.

Aufsicht

Die GEF und ihre zuständigen Ämter haben die Aufsicht über die bewilligten Institutionen inne. Im Rahmen der Aufsicht durch die GEF werden die Vorgaben aus der Heimverordnung überprüft und die Entwicklung der Institutionen beurteilt. Die Aufsicht trägt damit zur Qualitätssicherung und -entwicklung in den Institutionen bei. Ziel ist es, die Sicherheit der fragilen Bewohnerinnen und Bewohner und eine qualitativ gute Pflege und Betreuung zu gewährleisten. Die Trägerschaft als strategisches Organ ist Inhaberin der Betriebsbewilligung und damit für die Institution als Ganzes verantwortlich. Sie legt die Strategie der Institution fest, die von der Institutionsleitung, der Fachleitung und dem Personal umgesetzt wird. Die Institutionsleitung trägt die Verantwortung für die operative Führung der Institution. Diese Aufgabe ist sehr anspruchsvoll: Die Anforderungen an Alters- und Pflegeheime sind in den letzten Jahren gestiegen, weil die Bewohnerinnen und Bewohner zunehmend schutzbedürftig sind. Die Pflege ist der Kern der Leistungserbringung in einem Alters- und Pflegeheim. Menschen, die heute in eine solche Institution eintreten, sind hochbetagt, haben meist mehrere chronische Krankheiten und sind gebrechlich (fragil). Ein immer grösserer Teil hat zudem kognitive Einschränkungen oder leidet an einer Form von Demenz.

Pflegepersonal als Schlüsselfaktor

Der Umgang mit den veränderten Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner stellt grosse Herausforderungen an das Pflege- und Betreuungspersonal. Genügend viel und gut ausgebildetes Personal ist ein Schlüsselfaktor für eine gute Qualität in den Heimen. Die Pflegequalität einer Institution verantwortet die Fachleitung Pflege. Mit der Erarbeitung von Konzepten und Qualitätsstandards in der Pflege sowie einem gezielten Personaleinsatz sorgt sie dafür, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in den Institutionen die notwendige Unterstützung in ihrer Lebensgestaltung erfahren.

Überprüfung der Vorgaben im Rahmen der Aufsicht

Die Aufsichtsbehörde überprüft die Vorgaben, indem sie Unterlagen wie Konzepte oder interne Standards sowie Richtstellenpläne einfordert und überprüft sowie Kontrollen vor Ort und Besprechungen mit Trägerschaften und Institutions- oder Fachleitungen vornimmt. So steht das ALBA in engem Kontakt mit den von ihr bewilligten Institutionen, wenn auch aufgrund mangelnder Ressourcen nicht jede Institution regelmässig vor Ort überprüft werden kann.

Diese Kontrollbesuche finden in der Regel alle fünf Jahre statt. Werden bei einem Aufsichtsbesuch oder aufgrund von Hinweisen wie Beschwerden oder aufsichtsrechtlichen Anzeigen Mängel festgestellt, erfolgen die Besuche häufiger. In einzelnen Fällen wurden Institutionen vier Mal innerhalb von drei Monaten vor Ort überprüft. Pro Institution und Besuch muss mit einem durchschnittlichen Arbeitsaufwand von sechs Arbeitstagen gerechnet werden, um die Rechtsgenügsamkeit gewährleisten zu können. Zwei Mitarbeitende des ALBA überprüfen die Unterlagen, bereiten den Besuch vor und verfassen anschliessend an den Besuch einen internen Bericht und die Rückmeldung an die Institutionen. So wird das Vier-Augen-Prinzip gewahrt. Machen die festgestellten Mängel es notwendig, Auflagen zu verfügen und vorgängig rechtliches Gehör zu gewähren, ist der Aufwand entsprechend höher.

Überprüfung des Richtstellenplans

Als Beispiel für eine Aufsicht sei hier die Überprüfung des Richtstellenplans aufgezeigt. Das ALBA überprüft bei allen Institutionen jährlich die Einhaltung des Richtstellenplans in der Pflege. Das entsprechende Formular ist auf der Website der GEF aufgeschaltet und ermöglicht es den Institutionen, jederzeit zu überprüfen, ob sie die Vorgaben einhalten. Per 15. Februar 2015 mussten alle Institutionen den Richtstellenplan mit Stichtag 31. Januar 2014 einreichen. Die vollständige Überprüfung der Eingaben aller Heime ist sehr aufwendig, da meist viele Rückfragen gestellt werden müssen. Die Auswertung der Richtstellenpläne per 31. Januar 2014 ergab folgende Ergebnisse:

Von den 303 Institutionen haben 236 den Richtstellenplan fristgerecht eingereicht. Der Rest musste ein- bis mehrmals gemahnt werden. Der letzte Richtstellenplan ging am 9. April 2015 ein. 98 Prozent erfüllten den Mindeststellenplan, 89 Prozent den Richtstellenplan. 91 Prozent aller Institutionen erfüllten den qualitativen Mindeststellenplan beim diplomierten Pflegefachpersonal. Beim Assistenzpersonal wurde der Mindeststellenplan von 70 Prozent der Institutionen erfüllt. In fast allen Fällen kompensierten die Institutionen die Unterschreitung beim Assistenzpersonal mit einer überdurchschnittlichen Zahl von Mitarbeitenden mit höheren Qualifikationsstufen.

Daraus folgt, dass sich die Institutionen ihrer Verantwortung bewusst sind. Sie reagieren auf die sich wandelnden Bedürfnisse der Bewohnenden, indem sie den qualitativen Personalschlüssel aufstocken und besser ausgebildetes Personal anstellen, dafür aber beim Einsatz von angelerntem Personal zurückhaltend sind.

Petition zu den Stellenplanvorgaben

Der Verband der privaten Alters- und Pflegeheime (senesuisse) ist im Juni 2013 mit der Petition an die GEF gelangt, dass die Stellenplanvorgaben beim Anteil des diplomierten Fachpersonals im Mindeststellenplan um 20 Prozent zu senken seien. Die Petition wurde bei einer Tagung des Verbands Berner Pflege- und Betreuungszentren (vbb) mit einer Mehrheit von 90 Prozent abgelehnt. Die Verbandsmitglieder sind sich bewusst, dass die künftigen Herausforderungen der Pflegeheime – mehrfach kranke, hochbetagte Menschen mit kognitiven Einschränkungen, Menschen im Anschluss an einen Spitalaufenthalt mit instabilem Gesundheitszustand, Langzeitkranke aus der Psychiatrie, Menschen mit Bedarf an Palliative Care – nur mit genügend und gut ausgebildetem Personal zu bewältigen sind. Heime, die schon heute solche Menschen betreuen, halten den Richtstellenplan ein oder übertreffen ihn sogar, da sie wissen, dass die Anforderungen an das Personal hoch sind. Gerade diese Heime wären von einer Senkung der Stellenplanvorgaben stark betroffen. Da sie keine Aufnahmepflicht haben, würden sie die Aufnahme von pflegerisch anspruchsvollen Personen verweigern. Als Konsequenz würden diese Menschen entweder hospitalisiert; oder sie würden nach einem Spitalaufenthalt keinen Heimplatz finden und daher Plätze im Akutbereich belegen. Eine solche Situation käme den Kanton teuer zu stehen. Diese Situation ist bereits aus dem Behindertenbereich und der Psychiatrie bekannt.

Planungserklärung zu den Stellenplanvorgaben

Im Rahmen der Umsetzung der Aufgabenüberprüfung (ASP) nahm der Grosse Rat eine Planungserklärung zum Personal an (vgl. S. 87). Diese forderte den Regierungsrat auf, eine massive Senkung der qualitativen und quantitativen Vorgaben und den Einsatz von wenig qualifiziertem Personal sowie von Freiwilligen zu prüfen.

Die GEF prüfte diese Forderung. Aus folgenden Gründen scheint sie zumindest in Teilen erfüllt:

- Der Stellenplan Pflege in den Alters- und Pflegeheimen bildet die Grundlage für eine angemessene Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner. Er setzt sich aus einem quantitativen und einem qualitativen Anteil zusammen. Der quantitative Anteil an Pflegepersonal ergibt sich aus dem effektiven Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner. Dieser wiederum ergibt sich aus der Pflegeeinstufung. Dieser quantitative Bedarf legt folglich die Zeit fest, die für die Pflege insgesamt und pro Bewohnende im Durchschnitt zur Verfügung steht. Diese Zahl entspricht dem quantitativen Richtstellenplan. Damit Heime ihr Personal flexibel einsetzen können, etwa bei Personalengpässen oder Krankheitsausfällen, kann dieser Richtstellenplan bereits heute um bis zu 20 Prozent unterschritten werden. Damit befinden sie sich auf dem Niveau des Mindeststellenplans, der eine sichere Pflege als Mindestnorm gerade noch gewährleisten kann.
- Der Richtstellenplan ist die Basis für die Abgeltung der Normkosten Pflege. Der qualitative Anteil an Pflegepersonal wurde aufgrund des Berufsabschlusses des Pflegepersonals festgelegt. Beim Richtstellenplan haben 20 Prozent des Pflegeperso-

nals einen Abschluss auf Tertiärstufe, sind also diplomierte Pflegefachpersonen. 30 Prozent des Pflegepersonals verfügt über einen Abschluss auf Sekundarstufe II wie Fachangestellte Gesundheit oder altrechtliche Abschlüsse wie Krankenpfleger/innen mit einer zweijährigen Ausbildung. 50 Prozent des Personals verfügen über keine Grundausbildung in der Pflege, sondern haben einen Kurs für Pflegehelferinnen und -helfer absolviert, der 120 Theoriestunden und ein 30-tägiges Praktikum als Grundlage hat.

- Die Heime im Kanton Bern haben deshalb bereits heute eine grosse Flexibilität im Hinblick auf den Personaleinsatz: Sie können bei den quantitativen wie auch bei den qualitativen Vorgaben um bis zu 20 Prozent vom Richtstellenplan abweichen.
- Vergleicht man den Stellenplan des Kantons Bern mit anderen Kantonen wie Zürich, St. Gallen oder Aargau, liegt der Kanton Bern beim Richtstellenplan auf gleicher Höhe. Beim Mindeststellenplan liegt er bereits heute 20 Prozent unter dem Niveau der anderen Kantone.
- Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner eines Alters- und Pflegeheims treten heute – meist ungeplant – im Anschluss an einen Spitalaufenthalt ein und benötigen insbesondere in der ersten Zeit des Aufenthalts viel Unterstützung. Die Fachpersonalquote in den Spitälern ist jedoch bedeutend höher als in den Heimen und beträgt rund 70 Prozent.
- Die Stellenplanvorgaben wurden vor mehr als zehn Jahren zusammen mit den Verbänden vbb, Verband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), Berufs- und Fachverband der Alters- und Langzeitpflege (Curahumanis) und der Vereinigung der Pflegedienstleitungen des Kantons Bern (VPLB) erarbeitet. Sie haben sich gerade wegen ihrer Flexibilität bewährt. Aufgrund des Wandels in der Berufsbildung Pflege werden diese Vorgaben zusammen mit den Verbänden derzeit erneut diskutiert.
- Die sich wandelnden Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner und die zunehmende Komplexität in der Pflege hochbetagter, multimorbider und kognitiv eingeschränkter Menschen verlangt genügend gut ausgebildetes Pflegepersonal. Andernfalls sind die fragilen und zum Teil sehr abhängigen Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Gesundheit und ihrer Lebensqualität gefährdet.
- Die Planungserklärung fordert einen Ersatz von Pflegepersonal durch Freiwillige. Es ist nicht möglich, Fachpersonal durch nicht ausgebildete und unqualifizierte freiwillige Kräfte zu ersetzen. Freiwillige müssen eingeführt, angeleitet und begleitet werden, was einen beträchtlichen Aufwand mit sich bringt. Ausserdem gilt es, Haftungsfragen zu beachten. Mit der Entlassung von ausgebildetem Personal wäre unweigerlich ein Qualitätsverlust in der Pflege verbunden. Der Kanton hat eine Versorgungspflicht gegenüber seinen Einwohnerinnen und Einwohnern. Diese kann er nicht garantieren, wenn Freiwillige eingesetzt werden, die keiner Verpflichtung in Form eines Arbeitsvertrages unterliegen. Freiwillige sind eine wertvolle Ressource: Sie verbringen Zeit – im Durchschnitt eine bis zwei Stunden pro Woche – mit jenen Bewohnerinnen und Bewohnern der Heime, die keine Angehörigen oder sonstige ihnen nahestehenden Menschen haben. Sie können eine professionelle Pflege jedoch nicht ersetzen. Zudem ist es fraglich, ob genügend Freiwillige rekrutiert werden könnten, um die fehlenden Stellen beim angestellten Personal zu kompensieren. Eine Senkung des quantitativen Mindeststellenplans würde zudem die Zeit, die dem übrig gebliebenen Pflegepersonal für die Pflege und Betreuung bleibt, verkürzen. Dies betrifft die Bewohnerinnen und Bewohner unmittelbar: Neben der Pflegequalität sänke auch die Lebensqualität, da sie weniger Kontakt und Zuwendung durch die Pflegenden erfahren würden.
- Die Finanzkommission des Grossen Rates hat sich in der Debatte im Rahmen der ASP gegen eine Anpassung der Richtstellenpläne im Behindertenbereich ausgesprochen, obwohl die Heime dort den Richtstellenplan teilweise massiv überschreiten. Der Altersbereich unterliegt ebenfalls der Heimverordnung. Eine derartige Ungleichbehandlung der beiden Bereiche ist nicht zu begründen.

Senkung des Restkostenbeitrags Pflege

Die vom Regierungsrat beschlossene Massnahme, die Beiträge für die Restkosten Pflege im stationären Bereich um 1,8 Prozent zu senken, wurde in der Diskussion um die ASP auf 2,5 Prozent erhöht. Ursache dafür war ein Antrag des vbb, statt wie geplant die Kostenobergrenzen für die Infrastruktur um 10 Franken pro Tag zu senken, solle die Restfinanzierung der Pflege zusätzlich gesenkt werden. Diesen Antrag nahm der Grosse Rat an. In der Folge bauten einzelne Heime Pflegepersonal ab, obwohl mit den aktuellen Restkosten Pflege der Richtstellenplan in den Heimen weiterhin eingehalten werden kann, wenn auch nur knapp.

Aufsichtsrechtliche Anzeigen

Aufgrund der Heimverordnung können Betroffene, deren Angehörige oder andere Personen jederzeit bei der Aufsichtsbehörde Meldung machen, wenn sie der Meinung sind, dass die Leistungserbringung in der Institution zu Beschwerden Anlass gibt. Die Aufsichtsbehörde klärt den Sachverhalt ab und entscheidet aufgrund der dabei gewonnenen Erkenntnisse, ob ein Verwaltungsverfahren gegen die Trägerschaft eröffnet wird. Die Abklärung einer aufsichtsrechtlichen Anzeige ist meist mit grossem zeitlichem Aufwand verbunden. Ziel dabei ist es, den ordnungsgemässen Zustand in der Institution wiederherzustellen. Dabei kann die Aufsichtsbehörde Verweise oder Verwarnungen aussprechen und Bussen verfügen, sie kann Auflagen zur Betriebsbewilligung verfügen, die Betriebsbewilligung zeitlich befristen oder im schlimmsten Fall die Betriebsbewilligung entziehen und damit die Schliessung der Institution verfügen. Die verfügten Massnahmen orientieren sich am Prinzip der Verhältnismässigkeit, wobei ein Entzug der Betriebsbewilligung die Ultima Ratio darstellt.

In den letzten Jahren hat die Zahl der aufsichtsrechtlichen Anzeigen leicht zugenommen. Daraus kann man jedoch nicht schliessen, dass sich die Qualität in den Institutionen verschlechtert hat. In etlichen Fällen verlief die Kommunikation zwischen der Institution und den Betroffenen oder deren Angehörigen suboptimal, oder die gegenseitigen Erwartungen wurden nicht klar genug kommuniziert.

Neben einer Eingabe bei der Aufsichtsbehörde können sich Betroffene, Angehörige, Angestellte und Heimleitungen bei Problemen auch an die Stiftung Bernische Ombudsstelle für Alters-, Betreuungs- und Heimfragen wenden. Die Ombudsstelle ist auch zuständig für Tariffragen oder arbeitsrechtliche Fragen. Die Beratung ist für die Parteien kostenlos, da die GEF die Ombudsstelle finanziert. Die mandatierte Juristin berät die Betroffenen und vermittelt im Bedarfsfall zwischen den Parteien.

Motion zur Aufsicht

Im Herbst 2014 reichte Grossrätin Schöni-Affolter eine Motion ein, die eine Aufsicht nach dem Modell im Kanton Waadt verlangte. Dort installierte man neben der Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde ein Heiminspektorat, das die Institutionen unangemeldet im Turnus von zwei Jahren besucht und aufgrund vorgegebener Kriterien überprüft. Nach dem Besuch schreibt das Inspektionsteam einen Bericht und leitet diesen an die Aufsichtsbehörde weiter. Sind in einem grösseren Ausmass Mängel vorhanden, erlässt die Aufsichtsbehörde eine entsprechende Verfügung. Im Kanton Bern sind im ALBA als Aufsichtsbehörde beide Bereiche integral zusammengefasst. Eine Organisation wie im Kanton Waadt würde deutlich mehr Personal in der Aufsichtsbehörde bedingen. Ein Vorteil wäre jedoch die deutlich höhere Anzahl von Prüfungen vor Ort. Insgesamt hat sich das System der Aufsicht im Kanton Bern jedoch bewährt, weshalb der Grosse Rat die zum Postulat umgewandelte Motion abgelehnt hat. Das ALBA nahm die Motion Schöni jedoch zum Anlass, um die Abläufe zu überprüfen und fortlaufend zu verbessern. Insbesondere soll die Transparenz der Aufsicht gegenüber den Institutionen verbessert werden, indem die GEF zum Beispiel vermehrt Merkblätter auf ihrer Website aufschaltet.

Anforderungen an die Umwelt

Bei den Anforderungen von alten pflegebedürftigen Menschen an ihre Umwelt geht es um deren Lebensqualität. Eine gute Lebensqualität zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass Menschen von ihrem Umfeld und der Gesellschaft als aktive und kreative Individuen ernst- und wahrgenommen werden, die nach Autonomie streben und sich selbst Ziele setzen, mögen diese auch noch so klein sein.

Ein Heimeintritt ist ein Einschnitt in der Biografie, der Beginn eines neuen Lebensabschnitts. Lebensqualität im Heim muss demzufolge unter anderem heissen, Ressourcen zur Verfügung zu stellen, die es den Bewohnerinnen und Bewohnern ermöglicht:

- sich im neuen Wohnumfeld wohlfühlen und möglichst mobil zu bleiben,
- ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederzuerlangen, aber auch Begleitung zu erfahren im Prozess des kontinuierlichen Abbaus bis zum Tod und
- ihre sozialen Netzwerke aufrechtzuerhalten.

Ausstattung der Wohnung und Infrastruktur als Kriterium guter Lebensqualität im Heim

Studien belegen, dass der mit dem Heimeintritt verbundene Verlust der eigenen vier Wände am schmerzhaftesten empfunden wird. Deshalb sind die Wohnsituation und die Gestaltung des Wohnumfeldes auch in einer stationären Institution der Alterspflege ausschlaggebend für die Lebensqualität. Hier hat sich in den vergangenen Jahren einiges getan, um die Bedürfnisse alter pflegebedürftiger Menschen zu erkennen und zu erfüllen. Deshalb macht der Kanton Bern auch im Bereich der Infrastruktur Vorgaben zum Richtraumprogramm. Die Infrastrukturen müssen grundsätzlich auf die Bedürfnisse der erwarteten Bewohnerschaft ausgerichtet werden. Das für Neubauten geltende Richtraumprogramm ist zukunftsgerichtet und orientiert sich an den absehbaren Entwicklungen im Bereich der stationären Pflege und Betreuung alter Menschen. Es wurde im Juni 2013 überarbeitet und entspricht den Herausforderungen an die stationäre Pflege und Betreuung Betagter.

Derzeit wird die aus dem Jahre 1996 stammende Heimverordnung (HEV) revidiert. Der schon länger für Neubauten geltende Richtwert von 18 Quadratmetern Individualfläche pro Person soll in der revidierten Fassung der HEV mit einer Mindestindividualfläche von 16 Quadratmetern verankert werden. Bei alten, bereits bestehenden Gebäuden ist die Möglichkeit einer Unterschreitung von 10 Prozent vorgesehen (vgl. Handlungsfeld 3, S. 37).

Viele strategisch und operativ Verantwortliche haben bereits vor der angekündigten Revision der HEV entschieden, im Bereich Wohnen die Lebensqualität der alten Menschen im Heim zu verbessern. Die Erfahrung zeigt zudem, dass sich Zweibettzimmer zusehends weniger gut vermieten lassen. Die Nachfrage nach Einbettzimmern ist deutlich gestiegen und steigt weiterhin. Eine moderne Infrastruktur mit individuellen Bewohnerzimmern bedeutet Wettbewerbsfähigkeit am Markt. Zahlreiche Trägerschaften haben dies erkannt und sind deshalb dabei, ihre Betriebe und bestehenden Häuser zu sanieren, zu erweitern oder gar neu zu bauen.

Unterstützungsangebote für Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit als Merkmal von Lebensqualität im Heim

Das Nichtvorhandensein von selbst mobilisierbaren Ressourcen zur Gesundheit und körperlichen Leistungsfähigkeit alter und sehr alter Menschen stellt in den meisten Fällen den Grund für den Eintritt ins Heim dar. Damit pflegebedürftige alte Menschen im Prozess der Erhaltung oder Wiedererlangung ihrer Gesundheit sowie der Begleitung des kontinuierlichen Abbaus von Gesundheit qualitativ optimal unterstützt werden, sind Fachleute, besonders **diplomierte Pflegefachleute** mit Kompetenzen zur Übernahme der Verantwortung des gesamten Pflegeprozesses, gefragt.

Der Kanton Bern hat deshalb Richtwerte für die Bereitstellung von pflegerischem Fachpersonal erarbeitet und fordert einen Mindestbestand an Pflegepersonal. Die Einhaltung dieser Vorgaben wird regelmässig, mindestens einmal jährlich kontrolliert, das

Kontrollinstrument ist der Stellenplan Pflege. Der vom Kanton Bern vorgegebene Mindestwert bei den Stellenvorgaben im Pflegebereich liegt 20 Prozent unter dem Richtwert.

Hintergrund dieser Entscheidung sind breit kommunizierte Erkenntnisse, auch auf internationaler Ebene. Diese besagen **erstens**, dass sich das Eintrittsalter in eine stationäre Institution der Altenpflege erhöht, die Verweildauer im Heim damit verkürzt und die Komplexität der Erkrankungen (Multimorbidität) alter und hochbetagter Menschen zugenommen hat. Hinzu kommt, dass die meisten alten Menschen – nicht nur beeinflusst von den DRG – weniger lang in Akutspitälern verweilen. Folglich müssen die Institutionen der stationären Alterspflege sehr viel häufiger als vor ein paar Jahren geriatrische Rehabilitationsprozesse steuern, begleiten und verantworten.

Zweitens ist seit Langem bekannt, dass auf dem Arbeitsmarkt nicht genügend diplomiertes Pflegefachpersonal zur Verfügung steht. Eine Lösung besteht darin, die vorhandenen Personalressourcen effizient einzusetzen. Effizienter Personaleinsatz bedeutet: Aufgaben delegieren. Teilaufgaben zur Umsetzung des Pflegeprozesses können und sollen an Personal mit entsprechenden Kompetenzen gemäss Berufsabschluss delegiert werden.

Die Auswertung der Daten zu den eingereichten Stellenplänen des Pflegebereichs in Institutionen der stationären Altenpflege zeigt auch da eine erfreuliche Entwicklung. Die Auseinandersetzung mit Qualität endet nicht damit, von aussen kommende kantonale Vorgaben zu erfüllen. Vielmehr reagieren die Verantwortlichen in den Organisationen selbst auf sich wandelnde Bedingungen. Sie schaffen Rahmenbedingungen – genügend und ausreichend fachlich qualifiziertes Pflegepersonal –, die oft über den kantonalen Mindestanforderungen liegen. So werden auch in vielen Heimen Aktivierungstherapeutinnen oder Mitarbeitende in Aktivierung angestellt, auch wenn der Kanton dies nicht vorschreibt. Aktivierungstherapie unterstützt Bewohnerinnen und Bewohner darin, ihre Lebenssituation mitzugestalten und sich ihren Möglichkeiten entsprechend mit sich und ihrer Umwelt auseinanderzusetzen. Vielfältige aktivierungstherapeutische, alltagsgestaltende und kulturelle Angebote und die Organisation von Festen, jahreszeitlichen Anlässen und Ausflügen fördern und erhalten die körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Ressourcen und dienen damit der Gesundheit und einer guten Lebensqualität im Heim.

Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke (insbesondere Familie und Freunde) als weiteres Kriterium guter Lebensqualität im Heim

Benötigt eine Person infolge Krankheit oder Behinderung längerfristig Unterstützung, kann ein Angehörigensystem auf professionelle Hilfe angewiesen sein, um die Herausforderungen bewältigen zu können. Diese Hilfe wird von Alters- und Pflegeheimen auch stationär erbracht. Der Bewohner und die Bewohnerin, die in einem Pflegeheim betreut werden, bleiben immer Teil ihres Angehörigensystems, selbst dann, wenn sie dies selbst nicht (mehr) oder nur teilweise wahrnehmen können. Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen können und sollen ihrem Angehörigensystem nicht entrissen werden, da ihre Existenz fundamental damit verbunden ist, biologisch und emotional. Die professionelle Hilfe in einem Pflegeheim spielt sich somit immer innerhalb des Angehörigensystems der jeweiligen Bewohnenden ab. Die Institutionen müssen folglich zusammen mit der betreuten Person und ihren Angehörigen definieren, welche Leistungen sie übernehmen und welche weiterhin hauptsächlich durch das Angehörigensystem erbracht werden (z. B. Pflege, Alltagsgestaltung, Beziehungspflege). Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass mit dem Eintritt der Institution in das Angehörigensystem zwei verschiedene Formen von zwischenmenschlichen Beziehungen nebeneinander bestehen, die sich trotz vieler Parallelen stark unterscheiden: die private und die professionelle Beziehung. Die Bedeutung des Familien- und Angehörigensystems bei der Erbringung professioneller Leistungen wird in Fachkreisen zunehmend stärker gewichtet. Institutionelle Betreuung von Menschen sollte Voraussetzungen schaffen, damit ein gutes Zusammenspiel dieser unterschiedlichen Beziehungsformen stattfinden kann. Dies trägt wesentlich zur Lebensqualität von Heimbewohnerinnen und -bewohnern bei.

Handlungsfeld 9: Finanzierungsmechanismen

Am 1. Januar 2011 ist das Bundesgesetz vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft getreten. Ziel des Bundesrates war es, die Kosten für die Pflege im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung zu begrenzen. Gleichzeitig sollte verhindert werden, dass pflegebedürftige alte Menschen zur Finanzierung der Pflege auf Sozialhilfe angewiesen sind. Daher wurden die Vorgaben zur Finanzierung so gestaltet, dass einkommensschwache Personen Ergänzungsleistungen (EL) in Anspruch nehmen können. Das System der Ergänzungsleistungen stellt einen wichtigen Beitrag zur sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit im Alter dar.

Neuordnung der Pflegefinanzierung

Per 1. Januar 2011 trat die neue Pflegefinanzierung nach Artikel 25a KVG in Kraft. Damit wurden die Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegeleistungen gesamtschweizerisch einheitlich festgelegt. Gleichzeitig wurde der Betrag, den die Patientinnen und Patienten an die Pflegekosten bezahlen – unabhängig von der Höhe des individuellen Pflegebedarfs und ihren persönlichen finanziellen Verhältnissen –, auf einen maximalen Frankenbetrag beschränkt. Es wurde bestimmt, dass die Restfinanzierung der Pflege durch die Kantone zu regeln sei.

Zudem wurde eine neue Leistung der Pflege eingeführt: die Akut- und Übergangspflege (AÜP).

Als Leistungserbringer sind Alters- und Pflegeheime, Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, freiberuflich arbeitende Pflegefachpersonen sowie Tages- und Nachtstrukturen zugelassen.

Die neue Pflegefinanzierung konnte im Kanton Bern erfolgreich und fristgerecht umgesetzt werden. Die Finanzierung der Pflegerestkosten wird seit dem 1. Januar 2011 vollständig durch den Kanton übernommen. Bis Ende 2011 waren diese Beiträge lastenausgleichsberechtigt. Im Zuge der Revision des Gesetzes über den Finanz- und Lastenausgleich wurde die Lastenausgleichsberechtigung für den Bereich Erwachsene, also auch für den Altersbereich, aufgehoben. Seit 1. Januar 2012 finanziert der Kanton die Aufwendungen für diesen Bereich allein. Bei ausserkantonalen Aufenthalten ergeben sich zwischen den Kantonen Schwierigkeiten bezüglich der Zuständigkeit für die Restfinanzierung, da der Bundesgesetzgeber diese nicht klar geregelt hat. In diesem Zusammenhang hat es bereits Vorstösse auf nationaler Ebene gegeben, die eine Lösung dieser Problematik fordern. Dies soll sich nun aufgrund einer parlamentarischen Eingabe ändern: Für die Restfinanzierung der Pflege ist derjenige Kanton zuständig, in dem die betroffene Person vor Heimeintritt ihren Wohnsitz hatte. Dies entspricht in weiten Teilen der heute im Kanton Bern festgelegten Regelung.

Pflegefinanzierung im Heim

Die Kosten für den Heimaufenthalt sind in zwei Kategorien aufgeteilt: den Aufenthalt (Hotellerie, Infrastruktur und Betreuung) und die Pflege. Die Kosten für den Aufenthalt finanzieren die Bewohnerinnen und Bewohner selbst. Sind sie aus finanziellen Gründen nicht dazu in der Lage, wird der Aufenthalt bis zu einer festgelegten Obergrenze mit Ergänzungsleistungen finanziert (EL-Obergrenze). Die Finanzierung der Pflege (12 Pflegestufen) erfolgt durch Beiträge der Krankenversicherer, der Bewohnenden sowie des Kantons. Die Krankenversicherer bezahlen pro Pflegestufe und Tag 9 Franken, die Bewohnenden maximal 21.60 Franken pro Tag, und der Kanton übernimmt den Rest. Je höher die Pflegestufe der Bewohnenden, desto höher fallen die Kosten für den Kanton aus. Durch die Restfinanzierung der Pflege entstehen dem Kanton Mehrkosten, während die Bewohnerinnen und Bewohner der Heime, die mehr als eine Stunde Pflege benötigen, aufgrund der Vorgaben des Bundes zum Teil deutlich entlastet werden.

Kosten der Restfinanzierung

Im Jahr 2011 betragen die Kosten der Restfinanzierung Pflege im stationären Bereich 154 Millionen Franken, im 2012 176 Millionen Franken, und im Jahr 2013 lag dieser Betrag bei 184 Millionen Franken. Die Erhöhung der Kosten für den Kanton begründet sich einerseits darin, dass der Pflegebedarf pro Bewohnende zunimmt, weil sie später und in gesundheitlich schlechterem Zustand eintreten. Ausserdem gibt es mehr Pflegeplätze, weil neue Institutionen eröffnet oder bestehende ihr Angebot an Pflegeplätzen erweitert haben. Andererseits wird der Kanton überproportional durch die Teuerung belastet, weil die Beiträge der Krankenversicherer und der Bewohner und Bewohnerinnen der Teuerung bisher nicht angepasst wurden.

Mit der Umsetzung der Pflegefinanzierung zog sich der Kanton aus der Finanzierung der Infrastruktur der Alters- und Pflegeheime zurück. Diese Kosten sind seit dem 1. Januar 2011 im Tarif für den Aufenthalt enthalten. Die Heime sind in der Gestaltung der Tarife für den Aufenthalt frei und könnten höhere Tarife verlangen als diejenigen, die in der Einführungsverordnung zu den Ergänzungsleistungen festgelegt wurden. Die meisten Heime orientieren sich jedoch bei den Aufenthaltstarifen an den Kostenobergrenzen der Ergänzungsleistungen.

Die Finanzierung der Infrastruktur über den Hotellerietarif hat zur Folge, dass die Trägerschaften der Institutionen selbst für den fristgerechten Unterhalt und die Renovation der Infrastruktur verantwortlich sind. Diese nehmen ihre Verantwortung wahr. Die heute laufenden Infrastrukturvorhaben in Alters- und Pflegeinstitutionen zeigen deutlich auf, wie dringend der Sanierungs- und Erneuerungsbedarf war. Das neue Finanzierungssystem ermöglicht es den Institutionen, in diesem Bereich zu handeln. Für strukturbildende Vorhaben – Um- und Neubauten – gilt das vom Kanton vorgegebene Richtprogramm für Alters- und Pflegeheime (vgl. Handlungsfeld 3, S. 37).

Pflegefinanzierung in der Spitex

Die neue Pflegefinanzierung in der Spitex wurde per 1. Januar 2011 vollständig umgesetzt. Gleichzeitig wurde die Klientenbeteiligung eingeführt. Personen, die das 65. Altersjahr vollendet haben und über ein anrechenbares Einkommen und Vermögen von mehr als 50 000 Franken verfügen, zahlen einen abgestuften Tarif pro Tag. Ab 100 001 Franken ist der Maximaltarif zu bezahlen.

Mit der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung führte der Kanton Bern als erster Kanton eine differenzierte Restfinanzierung ein. Die drei Leistungsarten gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sind Abklärung und Beratung, Behandlungspflege und Grundpflege. Diese werden primär von den Krankenversicherern finanziert. Der Kanton leistet im Rahmen der Restfinanzierung Pflege Beiträge an diese drei Leistungsarten. Ausserdem finanziert der Kanton mit einer Pauschale im Rahmen der Restfinanzierung weitere Leistungen wie die Einsatzorganisation, die Grenzkosten für Nacht- und Wochenendzuschläge oder die Koordination unter den Leistungserbringern. Bei der Restfinanzierung gilt der Grundsatz «gleiche Abgeltung für gleiche Leistung». Damit werden alle anerkannten Leistungserbringer gleich behandelt.

Die gemeinnützigen Spitex-Organisationen haben sich verpflichtet, jede Person mit einem anerkannten Pflegebedarf zu versorgen. Dabei müssen sie auch Einsätze übernehmen, die nur teilweise kostendeckend sind und können grundsätzlich keine Klientinnen und Klienten ablehnen. Sie erhalten deshalb eine Grundabgeltung je Einwohnerin und Einwohner im Versorgungsgebiet sowie eine leistungsabhängige Pauschale je Pflegestunde.

Diese differenzierte Finanzierung hat sich grundsätzlich bewährt. Allenfalls notwendige Anpassungen werden mit den Verbänden der Leistungserbringer verhandelt.

Die Zahl der erbrachten Leistungsstunden in der Pflege nimmt seit Jahren kontinuierlich zu. Die Steigerung betrug in den letzten zehn Jahren zwischen vier und zwölf Prozent pro Jahr. Im Jahr 2014 betragen die Kosten der Restfinanzierung Pflege in der Spitex für den Kanton 113,3 Millionen Franken.

Akut- und Übergangspflege (AÜP)

Der Bundesrat definiert die Akut- und Übergangspflege (AÜP) als Pflegeleistungen, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt aufgrund einer spitalärztlichen Verordnung maximal 14 Tage lang erbracht werden. Sie können durch Heime oder Spitex-Dienstleister erbracht werden. Die Leistungserbringer verhandeln mit den Krankenversicherern eine Pauschale für diese Leistung. Die Finanzierung erfolgt nach den Regeln der Spitalfinanzierung, das heisst, dass sich die Versicherer und der Kanton die Kosten im Verhältnis 45 zu 55 teilen. Die Patientinnen und Patienten zahlen keinen Pflegebeitrag.

Im Kanton Bern haben sowohl der Verband Bernischer Pflege- und Betreuungszentren (vbb|abems) wie auch die Spitex-Verbände einen Vertrag mit den Versicherern ausgehandelt. Die Nachfrage nach diesem Angebot ist insgesamt jedoch sehr gering. Seit Bestehen der Verträge hat noch keine Spitex-Organisation Leistungen der Akut- und Übergangspflege erbracht. Eine Begründung liegt in der erhöhten Betreuungsbedürftigkeit der Betroffenen, die oft nicht allein zu Hause bleiben können und daher eher einen befristeten Zeitraum in einem Alters- und Pflegeheim verbringen. Doch auch bei den Alters- und Pflegeheimen ist die Nachfrage nach Plätzen für Akut- und Übergangspflege weit unter den Erwartungen geblieben. Ein grosser Teil der Menschen, die nach einem Spitalaufenthalt weiterhin Pflege benötigen, erfüllt die Kriterien für die Akut- und Übergangspflege nicht: Sie benötigen die Pflege länger als 14 Tage, bevor sie wieder selbständig zu Hause leben können. Dies betrifft insbesondere alte und hochbetagte Menschen, die oft mehr als eine Erkrankung haben und fragil sind.

Der vorliegende Bericht ist der vierte seiner Art: Er ist nach den gleichen alterspolitischen Handlungsfeldern aufgebaut wie der 2004 veröffentlichte Grundlagenbericht. Für die Berichte 2007, 2011 und 2016 wurden Struktur und Handlungsfelder mit kleinen Anpassungen übernommen, um eine gewisse Kontinuität zu schaffen und die Entwicklungen in der Umsetzung der Alterspolitik des Kantons Bern über die vergangenen zwölf Jahre aufzuzeigen. Vieles hat sich mittlerweile etabliert und ist zum festen Bestandteil in der Alterspolitik geworden, sodass der Fokus künftiger Berichte zur Alterspolitik anders gelegt werden kann.

In einzelnen Handlungsfeldern, etwa bei Handlungsfeld 9 zum Thema Finanzierungsmechanismen, besteht künftig nur noch wenig grundsätzlicher Handlungsbedarf, weil der Umbau in diesem Bereich grösstenteils vollzogen ist. Sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich wurde der Wechsel von der Defizitfinanzierung zu einer leistungsorientierten Subjektfinanzierung, die von allen Partnern als grosse Errungenschaft angesehen wird, erreicht. Projekte, die vor Jahren als Pilotprojekte gestartet wurden und sich bewährt haben, wurden und werden auf den ganzen Kanton ausgedehnt und sind zu Regelangeboten geworden. In diesen Fällen soll die Berichterstattung darüber künftig verkürzt werden.

In Zukunft soll der Fokus im Bericht zur Alterspolitik stärker auf übergeordneten und strategischen Themen – neue gerontologische Erkenntnisse und deren Einfluss auf und Bedeutung für die kantonale Alterspolitik – liegen. Dies gerade im Hinblick auf die Entwicklungen auf nationaler Ebene, etwa die Altersvorsorge 2020 und diverse nationale Strategien, die das Thema des Älterwerdens im Allgemeinen und/oder der gesundheitlichen Versorgung im Alter tangieren. Der künftige Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern soll einen Blick in die Zukunft werfen, um mögliche Entwicklungen früh zu antizipieren und genauer zu beleuchten. Denn die alterspolitische Zukunft des Kantons Bern wird durch die Politik der Gegenwart bestimmt, also müssen wir uns heute mit dem Morgen auseinandersetzen. Oder wie Abraham Lincoln einmal feststellte: «You cannot escape the responsibility of tomorrow by evading it today.» (Der Verantwortung von morgen entkommt man nicht, indem man ihr heute aus dem Weg geht.)

Tabellarische Übersicht über die alterspolitischen (Pilot-)Projekte

Tabelle 3

Beiträge der öffentlichen Hand an alterspolitische Projekte

Aufgelistet sind jene (Pilot-)Projekte, die im Rahmen der kantonalen Alterspolitik vom Altersbereich finanziell unterstützt wurden/werden.

Vom 1.1.2011 bis 31.12.2015 im Rahmen der kantonalen Alterspolitik geleistete Beiträge:

Handlungsfelder	Beiträge der öffentlichen Hand		
Handlungsfeld 1	Gesundheitsförderung im Alter – VIA (nat. Projekt)		
	Caritas Bern – Migration und Alter		
	SRK Kanton BE – Kurse für Migrant/innen 55+		
	rundum mobil – Mobilitätskurse für Senior/innen		
	Mouvement des Aînés, section bernoise		
	BFH – Evaluation Studiengang (DAS) Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung		
	Beiträge 1.1.2011–31.12.2015	CHF	943198.–
Handlungsfeld 2	SRK Bern-Oberland – beocare.ch		
	Demenzwegweiser ALZ Bern		
	Videoproduktion Frauen- und Familiengesundheit FFG, Thema Angehörigenpflege		
	Benevol Bern/Biel und Projekt VaBene		
	Pro Senectute Frutigland, Projekt Angehörigenarbeit		
	BFH – Studie Zukunft der Pflegebereitschaft von Angehörigen und Freiwilligen		
	BFH – Evaluation Studiengang (DAS) Angehörigen- und Freiwilligen-support		
Beiträge 1.1.2011–31.12.2015	CHF	1 897 860.–	
Handlungsfeld 4	Zentrum Schönberg Bern –Entwicklung und Aufbau		
	Zentrum Schönberg Bern – Leistungsvereinbarung Innovation		
	Beiträge 1.1.2011–31.12.2015	CHF	3 560 000.–
Handlungsfeld 5	Pro SeniorBern Leistungsvertrag		
	Aktualisierung diverser kommunaler Altersleitbilder		
	Pro Senectute Arc jurassien – Rapport Logements adaptés aux personnes âgées dans le Jura bernois: offre, demande et mesures d'encouragement		
	Regionale Alters- und Bedarfsplanung RK Bern-Mittelland		
	Regionale Alters- und Bedarfsplanung RK Emmental		
	Leistungsvertrag Kommission Altersplanung Oberaargau		
	Bestandesanalyse zur Umsetzung der Altersleitbilder in den bernischen Gemeinden (Büro BASS)		
	Pro Senectute Kanton Bern – Leitfaden zur Partizipation der älteren Bevölkerung in den Gemeinden		
	Schweiz. Gerontologische Gesellschaft – Leitfaden Altersfreundliche Gemeinde		
	SeReBe – Projekt «Jung mit Alt», Generationen im Gespräch		
	Beiträge 1.1.2011–31.12.2015	CHF	562 437.–
Handlungsfeld 7	SRK Kanton BE – Tremplin-Kurse		
	Beiträge 1.1.2011–31.12.2015	CHF	110 400.–
TOTAL der Beiträge für alle Handlungsfelder 1.1.2011–31.12.2015		CHF	7 073 895.–
durchschnittlicher Beitrag pro Jahr (gerundet)		CHF	1 450 000.–

Wie die Tabelle zeigt, betragen die in den letzten fünf Jahren angefallenen Kosten für Projekte im Rahmen der Alterspolitik gut sieben Millionen Franken. Das entspricht einem durchschnittlichen Beitrag von rund 1,45 Millionen Franken 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 (Pilot-)Projekte deklariert sind, so zum Beispiel Beiträge an Ferienplätze in Pflegeheimen (bis 31.12.2014; seit 1.1.2015 abgeschafft) in der Höhe von 20 Franken pro Belegungstag, oder Beiträge an Entlastungsaufenthalte in Tagesbetreuungsstätten mit Abgeltungen von 80 Franken pro geleistetem 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 2014 waren (im Vergleich zu den Ausgaben für Projekte im Rahmen der Alterspolitik):

Tabelle 4

Vergleich Kosten stationäre Pflege vs. Beiträge an alterspolitische Projekte

Was	durchschnittliche Kosten im Jahr 2014	
(Pilot-)Projekte im Bereich Alterspolitik	CHF	1 450 000
Gesamtbetriebskosten Pflegeplätze ⁵⁶ (PP) pro Jahr (14 000 PP × CHF 265.–/Tag × 365 Tage)	CHF	1 354 150 000
Anteil Kanton an Restfinanzierung Pflegekosten	CHF	170 929 500

⁵⁶ Schätzwert basierend auf aktueller Anzahl Betten (rund 14 000 Plätze im AHV-Bereich) mit einem Pflegegestufendurchschnitt von 5,5 (von 12 Stufen). In den durchschnittlichen Kosten von 265 Franken pro Person und Tag sind Investitionskostenpauschale (Gebäude), Hotellerie (Übernachtung und Verpflegung) und durchschnittliche Pflegekosten für Stufe 5,5 eingerechnet.

Übersicht über die im Text erwähnten Vorstösse

Planungserklärung im Rahmen der Diskussion des letzten Berichts zur Alterspolitik im Kanton Bern 2011

Veränderungen der demografischen Entwicklung:

Aufgrund der im Bericht summarisch erwähnten Korrektur der Prognosen über die Anzahl Menschen in den Altersgruppen über 65 Jahre bzw. über 80 Jahre (Zunahme um 25% gegenüber den bisherigen Prognosen) zeigt sich, dass die Prognosen regelmässig aktualisiert und detailliert werden müssen. So fehlen z. B. Aussagen darüber, dass in den (hohen) Alterskategorien Frauen massiv stärker vertreten sind. Die aktualisierten Prognosen sind regelmässig, detailliert und aufgeschlüsselt nach Geschlecht aufzuzeigen.

Annahme der Planungserklärung mit 65 zu 50 Stimmen, keine Enthaltungen.
Ausführungen zu dieser Thematik auf S. 10–12.

Planungserklärung im Rahmen der Diskussion des letzten Berichts zur Alterspolitik im Kanton Bern 2011

Der Kanton entwickelt ein Konzept für die Lebensformen von chronisch psychisch Kranken im AHV-Alter.

Annahme der Planungserklärung mit 78 zu 34 Stimmen, keine Enthaltungen
Ausführungen zu dieser Thematik auf S. 45/46.

Planungserklärung im Rahmen der Aufgaben- und Strukturüberprüfung (ASP)

Der Regierungsrat wird beauftragt, die Anforderungen an Heime, insbesondere hinsichtlich der Mitarbeitenden (Qualifikationen, Richt- und Mindeststellenpläne etc.) substantiell nach unten anzupassen, sodass die Alters- und Behindertenheime grösseren Spielraum erhalten. Insbesondere soll zwecks Kostenersparnis die Freiwilligenarbeit und der Einsatz von wenig qualifiziertem Personal ermöglicht werden.

Annahme der Planungserklärung mit 89 zu 53 Stimmen bei 5 Enthaltungen.
Ausführungen zu dieser Thematik auf S. 76/77.

Planungserklärung im Rahmen der Aufgaben- und Strukturüberprüfung (ASP)

Die heutigen Standards für Heime sind sehr eingehend und überflüssig und verursachen höhere Kosten. Die Vorschriften über Grösse, Anforderungen und Einrichtung der Zimmer und Nasszellen in der Heimverordnung und weitere Vorschriften sind zu lockern. Den Heimen ist mehr Gestaltungsfreiraum zu gewähren.

Annahme der Planungserklärung mit 101 zu 43 Stimmen bei 5 Enthaltungen.
Ausführungen zu dieser Thematik auf S. 37 und 79.

Interpellation 058-2014 Striffeler-Mürset: Wie wird die nationale Demenzstrategie 2014–2017 im Kanton Bern umgesetzt?

Der Regierungsrat wird um Beantwortung folgender Fragen gebeten:

- Wie wird die nationale Demenzstrategie im Kanton Bern umgesetzt?
- Welche Massnahmen sind konkret geplant, um die geforderten Ziele der nationalen Demenzstrategie zu erfüllen?

Die Beantwortung der Interpellation erfolgte in der Novembersession 2014.
Ausführungen zu dieser Thematik auf S. 17.

Postulat 243-2014 Imboden: Betreuungsqualität sicherstellen und Wirksamkeit von Kontrollen im Alters- und Pflegeheimwesen erhöhen

Der Regierungsrat wird gebeten zu prüfen,

- mit welchen Instrumenten die Wirksamkeit von Kontrollen im Kanton Bern in Alters- und Pflegeheimen erhöht werden kann,

- wie im Kanton Bern die Qualität der Betreuung in Alters- und Pflegeheimen sichergestellt, gemessen und verbessert werden kann,
- unter welchen Bedingungen im Kanton Bern die Einführung eines grösseren, spezialisierten Kontrollteams möglich wäre, das systematisch unangekündigte Kontrollen durchführt, wie dies im Kanton Waadt seit 2008 umgesetzt wird.

Das Postulat wurde zurückgezogen.

Ausführungen zu dieser Thematik auf S. 78.

Postulat 262-2014 Vanoni: Zeitvorsorge, ein innovatives Modell zur Förderung von unentgeltlichem Engagement in der Betagtenbetreuung – auch im Kanton Bern?

Der Regierungsrat wird beauftragt, abzuklären und Bericht zu erstatten, ob und wie das in einem St. Galler Pilotprojekt erprobte Zeitvorsorge-Modell auch im Kanton Bern gefördert werden sollte, um rüstige Seniorinnen und Senioren für die unentgeltliche Begleitung und Unterstützung älterer Menschen zu motivieren – dies im Sinne einer Ergänzung der bereits heute geleisteten Freiwilligenarbeit und der professionellen Alterspflege.

Annahme des Postulats mit 69 zu 68 Stimmen bei 5 Enthaltungen

Ausführungen zu dieser Thematik auf S. 27.

Postulat 007-2015 Geissbühler-Strupler: Pflegegutscheine für Freiwillige

Der Regierungsrat wird gebeten zu prüfen, welche Massnahmen ergriffen werden müssen, damit freiwillig geleistete Pflegeleistungen registriert und später von den Helfenden/Pflegenden, wenn nötig, selbst gratis bezogen werden können. Der administrative Aufwand muss dabei zwingend klein gehalten werden.

Das Postulat wurde zurückgezogen.

Motion 035-2005 Heuberger: Hausarztmangel: Alarmruf

Der Regierungsrat wird aufgefordert, rasch griffige Massnahmen vorzuschlagen und Grundvoraussetzungen zu schaffen, um der sinkenden Attraktivität der Arztberufe in der medizinischen Grundversorgung im Kanton Bern entgegenwirken können, um damit dem drohenden Ärztemangel in diesem Bereich vorzubeugen.

Annahme der Motion mit 157 zu 0 Stimmen, keine Enthaltungen

Ausführungen zu dieser Thematik auf S. 39/40.

Motion 090-2005 Kilchherr: Drohender Mangel an Hausärzten vor allem auf dem Land

Landärzte haben Mühe, Nachfolger zu finden!

Der Regierungsrat wird aufgefordert mit geeigneten Massnahmen in die negative Entwicklung des sich abzeichnenden Landärzte-Mangels einzugreifen und korrigierend einzuwirken.

Annahme der Motion mit 115 zu 22 Stimmen bei 23 Enthaltungen

Ausführungen zu dieser Thematik auf S. 39/40.

Motion 123-2005 Fritschy: Förderung der Hausarztmedizin

Um den Stellenwert der Hausarztmedizin an der Universität Bern zu erhöhen, damit künftig genügend Hausärztinnen und -ärzte ausgebildet werden können, wird der Regierungsrat aufgefordert, möglichst umgehend die Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin (FIHAM) in ein Institut für Hausarztmedizin mit Ordinariat umzuwandeln. Zur Erfüllung der Aufgaben, vor allem zur Finanzierung der Ausbildung von Medizinstudentinnen und -studenten in Hausarztpraxen, sind dem neuen Institut die erforderlichen finanziellen Mittel zu Lasten des Fakultätsbudgets zuzuteilen.

Ausführungen zu dieser Thematik auf S. 39/40.

Motion 239-2008 Meyer: Mangel an Hausärzten: ambulante Versorgung sicherstellen!

Der Regierungsrat wird beauftragt, Bericht über die Zukunft der ambulanten medizinischen Versorgung im Kanton Bern zu erstatten und geeignete Massnahmen zu ergreifen, welche die ambulante ärztliche Versorgung langfristig sicherstellen.

Annahme von Punkt 2 als Motion mit 128 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung
Ausführungen zu dieser Thematik auf S. 39/40.

Motion 059-2014 Striffeler-Mürset: Unterstützung für pflegende Angehörige

Im Altersbericht 2011 (S. 29) wird über die Unterstützung von pflegenden Angehörigen Folgendes festgehalten: «Die Unterstützung sowie Entlastung von pflegenden Angehörigen ist ein Schlüsselement der kantonalen Alterspolitik.» Wir fordern nun die aktive Umsetzung dieses Anliegens.

Der Regierungsrat wird beauftragt, Vorschläge zu unterbreiten, wie pflegende Angehörige stärker unterstützt werden können.

Annahme der Motion als Postulat mit 106 zu 37 Stimmen bei 3 Enthaltungen.
Ausführungen zu dieser Thematik auf S. 27. Ausführungen zu weiteren Thematiken, die die Motion beinhaltet auf S. 30/31 und 34/35.

Motion 219-2014 Schöni-Affolter: Heiminspektorat: Zum Wohle der Heimbewohner

Der Regierungsrat wird beauftragt, die rechtlichen Grundlagen bei der Revision des SHG zu schaffen, damit ein unabhängiges Inspektorat für die Alters-, Pflege- und Behindertenheime nach Beispiel des Kantons Waadt geschaffen werden kann.

Ablehnung der Motion mit 59 zu 86 Stimmen bei 1 Enthaltung
Ausführungen zu dieser Thematik auf S. 78.

Bibliografie

- Fluder, Robert et al. 2012. *Ambulante Alterspflege und -betreuung: Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause*. Zürich: Seismo Verlag.
- Höpflinger, François. 2014. *Langlebigkeit und Hochaltrigkeit: Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen*. Quelle Internet: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf> (Stand 1.10.2015)
- Höpflinger, François. 2014. «Demografisch-gesellschaftliche Wandlungen und soziale Folgen», in: Stefanie Becker und Hermann Brandenburg (Hrsg.), *Lehrbuch Gerontologie: Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 161–184.
- Höpflinger, François. 2013. *Demographischer und gesellschaftlicher Wandel des Alters und Folgen für die Pflege im Alter*. Quelle Internet: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/WandelAlter-Pflege.pdf> (Stand 1.10.2015)
- Höpflinger, François und Joris van Wezemaal (Hrsg.). 2014. *Age Report III: Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends*. Zürich: Seismo Verlag.
- Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby und Andrea Zumbrunn. 2011. *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern, Verlag Hans Huber.
- Mosimann, Peter und Lore Billie Legrand. 2009. *Bericht Alterspsychiatrie Kanton Bern: Weiterentwicklung Psychiatrie Bern (WePBE) 2011–2014*. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste.
- Perrig-Chiello, Pasqualina und François Höpflinger, Brigitte Schnegg. 2010. *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz*. SwissAgeCare 2010, Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex Schweiz. Quelle: <http://www.spitex.ch/files/OBJ8C4V/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht> (Stand 2.3.2015)
- Perrig-Chiello, Pasqualina und François Höpflinger. 2009. *Die Babyboomer: Eine Generation revolutioniert das Alter*. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Riedel, Matthias. 2014. *Zukunft der Pflegebereitschaft von Angehörigen und Freiwilligen: Eine repräsentative Studie zur pflegekulturellen Orientierung und Solidaritätsbereitschaft*. Bern: Berner Fachhochschule.
- Ryter, Elisabeth und Marie-Louise Barben. 2015. *Care-Arbeit unter Druck: Ein gutes Leben für Hochaltrige braucht Raum*. Basel: Manifestgruppe der GrossmütterRevolution. Quelle Internet: www.grossmuetter.ch (Stand 1.12.2015)
- Ryter, Elisabeth und Marie-Louise Barben. 2012. *Das vierte Lebensalter ist weiblich: Zahlen, Fakten und Überlegungen zur Lebensqualität im hohen Alter*. Basel: Manifestgruppe der GrossmütterRevolution. Quelle Internet: www.grossmuetter.ch (Stand 1.12.2015)
- Schilliger, Sarah. 2014. «Transnationale Care-Arbeit: Osteuropäische Pendelmigrantinnen in Privathaushalten von Pflegebedürftigen», in: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.), *Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft*. Zürich.
- Stamm, Margrit. *Expertise der Babyboomer*. Dossier 14/3. Quelle Internet: <http://www.margritstamm.ch/dokumente/dossiers/230-talente-und-expertise-der-babyboomer-2014/file.html> (Stand 18.1.2016)

