

**Verein Region Bern**

**Sozialkommission**

Sekretariat

Predigergasse 5

Postfach 472

3000 Bern 7

Tel. 031/321 63 30

E-Mail: DSO@Bern.ch



# **Ein Demenzzentrum für die Region Bern**

## **Konzept für das Angebot und die Finanzierung**

**Bern, November 2002**

Die **Sozialkommission (SOKO) des Vereins Region Bern** ist das Fachgremium des Vereins im Bereich Sozialwesen. Die 14 Mitglieder haben in ihren Gemeindeexekutiven das Ressort Gesundheits- und Fürsorgewesen inne. Die SOKO hat dieses Konzept an einer Sitzung beraten und beantragt der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) die empfohlenen Massnahmen umzusetzen. Mit Beschluss vom 15. November 2002 hat der Vorstand des Vereins Region Bern dem Antrag der SOKO zugestimmt.

*Präsidium Sozialkommission:*

Begert Ursula, Gemeinderätin Stadt Bern

*Mitglieder:*

Ammacher Irène, Gemeinderätin Vechigen

Haldemann Michael, Gemeinderat Wohlen

Haldimann Hans, Gemeinderat Muri

Hieke Peter, Gemeinderat Bolligen

Magun Christine, Gemeinderätin Kirchlindach

Mathis Barbara, Gemeinderätin Belp

Maurer Toni, Gemeinderat Worb

Mentha Luc, Generalsekretär, Direktion für Soziale Sicherheit DSO der Stadt Bern

Dr. med. Pauli Daniel, Gemeinderat Köniz

Sahli Stefan, Gemeinderat Kehrsatz

Schmid Jürg, Gemeinderat Ittigen

Schöbi Josef, Jegenstorf

Züst Walter, Gemeinderat Münchenbuchsee

Meyer Isabelle, Verein Region Bern VRB

*Sekretariat:*

Bischofberger Tanja, Direktion für Soziale Sicherheit DSO der Stadt Bern

---

---

Die **Fachkommission für Altersfragen** der Stadt Bern hat das Konzept an zwei Sitzungen beraten:

- Dieter Widmer, Vorsitz, Leiter Alters- und Versicherungsamt Stadt Bern
- Charles Chappuis, Chefarzt Zentrum Geriatrie-Rehabilitation, Ziegler-Spital, Bern
- Franz Frey, Geschäftsführer Domicil für Senioren
- Marcel Rüfenacht, Direktor Spitex Bern
- Hans-Beat Grimm, ehemals Präsident Graue Panther Bern
- Madeleine Erne, Direktion Personal + Qualitätsmanagement, SPITAL BERN
- Peter Keller, Geschäftsführer Verein Bernische Alterseinrichtungen VBA
- Annemarie Minder, Geschäftsführerin Pro Senectute
- Leni Robert, alt Regierungsrätin
- Ursula Zulauf, Geschäftsführerin Schweiz. Rotes Kreuz, Sektion Bern-Mittelland
- Maria Trachsel, Wohngruppenleiterin Alters- und Pflegeheim Kühlewil

Die **Arbeitsgruppe Alterspsychiatrie**, eine von der Fachkommission für Altersfragen der Stadt Bern eingesetzte Arbeitsgruppe begleitete die Erarbeitung dieses Konzepts:

- Urs Leuthold, Leitung der Arbeitsgruppe, Alters- und Versicherungsamt Stadt Bern
- Erika Hostettler, Schweizerische Fachstelle Ausbildung Betagtenbetreuung
- Maria Trachsel, Wohngruppenleiterin Alters- und Pflegeheim Kühlewil
- Brigitte Schüpbach, Gerontopsychiaterin an den Universitäts-psychiatrischen-Diensten Waldau (UPD Waldau)
- Marius Muff, Betriebsleiter, Spitex Bern
- Ruth Ritter-Rauch und Rita Tola, Alzheimervereinigung Schweiz
- Dr. Isabel Marty, Projektleiterin, Alters- und Versicherungsamt Stadt Bern

**Verfasser:**

Urs Leuthold, dipl. Gerontologe SAG  
Projektleiter Alters- und Versicherungsamt  
Schwanengasse 14  
3011 Bern  
E-Mail: [urs.leuthold@bern.ch](mailto:urs.leuthold@bern.ch)

---

---

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Ausgangslage und Vorgehen</b> .....	<b>8</b>
2.1	Demenzerkrankungen im Alter .....	8
2.2	Häufigkeit von Demenzerkrankungen im Alter in der Schweiz .....	8
2.3	Gerontopsychiatrie: Alterskonferenz, Alterskonzept und Gesundheitsförderung.....	8
2.4	Das Ziel des vorliegenden Konzepts – ein Modell für Angebot und Finanzierung.....	9
2.5	Die Leitlinien des Demenzzentrums .....	10
2.8	Vorgehen.....	13
<b>3</b>	<b>Bedarf an unterstützenden Angeboten für Demenzkranke</b> .....	<b>14</b>
3.1	Prognostizierte Zunahme von demenzerkrankten Menschen im Kanton Bern .....	14
3.2	Ungenügende Angebote für die Betreuung von Demenzkranken im Kanton Bern.....	14
<b>4</b>	<b>Die Zielgruppen</b> .....	<b>17</b>
4.1	Demenzkranke als Kundinnen und Kunden .....	17
4.1.1	Krankheitsverlauf: frühes – mittleres – spätes Stadium .....	17
4.1.2	Auswirkungen der Krankheit im Alltag .....	19
4.1.3	Ressourcen und Stärken von demenzerkrankten Menschen .....	20
4.1.4	Differenzierung der demenzerkrankten Menschen nach dem Merkmal „single“ .....	21
4.2	Angehörige von Demenzkranken .....	22
4.3	Personal von Spitexdiensten und Heimen.....	23
4.4	Hausärztinnen und Hausärzte .....	23
<b>5</b>	<b>Das Angebot</b> .....	<b>24</b>
5.1	Stationäres Wohn- und Betreuungsangebot für Demenzkranke .....	24
5.2	Temporäraufenthalte für Demenzkranke zur Unterstützung der Angehörigen .....	27
5.3	Tagesheim für Demenzkranke zur Unterstützung der Angehörigen.....	29
5.4	Ambulante Equipe für Demenzkranke zur Unterstützung von Personal und Angehörigen... 31	
<b>6</b>	<b>Position und Vernetzung</b> .....	<b>35</b>
6.1	Das Demenzzentrum als ergänzendes Angebot im Altersbereich.....	35
6.2	Zusammenarbeit mit anderen Organisationen .....	36
<b>7</b>	<b>Anforderungen an die Infrastruktur</b> .....	<b>39</b>
7.1	Stationäres- und temporäres Wohn- und Betreuungsangebot mit kleinen Wohngruppen ....	39
7.2	Tagesheim mit Werk- und Ruheräumen.....	43
7.3	Ambulante Equipe mit Praxis- und Kursräumen.....	43
<b>8</b>	<b>Anforderungen an das Personal</b> .....	<b>44</b>
8.1	Stationäres- und temporäres Wohn- und Betreuungsangebot mit genügend Fachpersonal 44	
8.2	Tagesheim mit Aktivierungstherapien und Bezugspersonensystem .....	45
8.3	Ambulante Equipe mit Fachpersonen der Alterspsychiatrie und Pflege .....	46
<b>9</b>	<b>Finanzierung und Finanzierungslücken</b> .....	<b>47</b>
9.1	Stationäres und temporäres Wohn- und Betreuungsangebot.....	47
9.2	Tagesheim.....	49
9.3	Ambulante Equipe .....	51
9.4	Gesamtdéfizit aller Angebote und Finanzierung im ersten Jahr der Betriebsaufnahme .....	53
9.5	Die Kosten der Angebote aus der Sicht der Leistungsfinanzierenden.....	56
9.6	Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Angebote.....	57
<b>10</b>	<b>Schlussfolgerungen</b> .....	<b>58</b>
10.1	Massnahmen zur Schaffung eines Demenzzentrums .....	59
10.2	Zentrale oder dezentrale Realisierung der Massnahmen? .....	63
10.3	Weiteres Vorgehen für ein Projekt in Stadt und Region Bern.....	64

---

---

# 1 Zusammenfassung

**Im Kanton Bern gibt es heute zuwenig Angebote für demenzkranke Menschen. Der Verein Region Bern (VRB) will nun in seinem Einzugsgebiet den Aufbau eines Demenzzentrums unter einer noch zu bestimmenden Trägerschaft initiieren. Im Vordergrund stehen ambulante und teilstationäre Unterstützungen für Angehörige von Demenzkranken. Oftmals sind die Angehörigen von Demenzkranken enormen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Sie sollen so unterstützt und entlastet werden, dass die Demenzkranken möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Mit dem Demenzzentrum sollen erstmals im Kanton Bern Beratungen sowie ambulante, teilstationäre und stationäre Dienstleistungen für Demenzkranke unter einem Dach und unter einer Leitung erbracht werden. Der VRB will nun diesem innovativen Projekt in der Region Bern zum Durchbruch verhelfen und reicht bei der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) ein Finanzierungsgesuch ein.**

Das gegenwärtige Angebot für demenzkranke Menschen im Kanton Bern vermag schon heute der Nachfrage nach Unterstützungsleistungen nicht zu genügen. Die Prognosen zeigen, dass die Anzahl der Demenzkranken in Zukunft stark zunehmen wird. Ohne Gegenmassnahmen ist deshalb mit einem immer grösser werdenden, ungedeckten Unterstützungsbedarf zu rechnen.

Prioritäre Zielgruppe des Zentrums sind die demenzkranken Menschen und ihre Angehörigen. Der Krankheitsverlauf und die Auswirkungen der Demenz auf den Alltag zeigen das Leiden, aber auch die Stärken und die Individualität dieser Menschen. Im frühen Krankheitsstadium zeigen sich erste Symptome wie Sprachschwierigkeiten oder Orientierungsstörungen. Im mittleren Krankheitsstadium ist eine selbständige Lebensführung nur noch mit erheblichen Einschränkungen möglich: Zeitliche und räumliche Desorientierung, Depressionen, aggressives Verhalten und hoher Bewegungsdrang sind häufig vorkommende Symptome. Im späten Stadium ist eine selbständige Lebensführung nicht mehr möglich. Typische Symptome sind Schwierigkeiten beim Essen und Gehen, Inkontinenz, Nicht-Erkennen-Können von Angehörigen. Zu den erweiterten Ziel- bzw. Kundengruppen gehören das Personal von Heimen und Spitexdiensten sowie die Hausärztinnen und Hausärzte.

Das Konzept schlägt ein differenziertes Angebot entsprechend den unterschiedlichen Bedürfnissen der Zielgruppen vor:

- Eine Ambulante Equipe für demenzkranke Menschen zwecks Unterstützung der Lebensführung zu Hause und zur Beratung der Angehörigen, des betreuenden Spitex- oder Heimpersonals sowie der Hausärztinnen und Hausärzte.
- Tagesaufenthalte für demenzkranke Menschen im frühen oder mittleren Krankheitsstadium mit Beschäftigungs-, Ruhe- und Verpflegungsmöglichkeiten im Heim.
- Temporäraufenthalte für demenzkranke Menschen während 24 Stunden an einzelnen Wochentagen oder für einige Wochen im Jahr.
- Stationäres Wohn- und Betreuungsangebot, welches sich bei der Aufnahme an demenzkranke Menschen im mittleren Krankheitsstadium richtet und diesen bis an ihr Lebensende zur Verfügung steht.

Dieses integrierte Angebot hat den Vorteil, dass die Demenzkranken und deren Angehörige *eine* Anlaufstelle haben und nicht von einer zuständigen Stelle zur andern geschoben werden, was heute zu oft der Fall ist. Die mögliche Behandlungskette im Krankheitsverlauf: Ambulante Unterstützung zu Hause - Tagesaufenthalte - Temporäraufenthalte - stationäres Wohnangebot. Diese integrierte Behandlungskette kommt den Bedürfnissen der Betroffenen näher, als wenn sie durch die Behandlung in verschiedenen Institutionen immer wieder die

---

Bezugspersonen und die Umgebung wechseln müssen. Weitere Innovationen stellen die Temporäraufenthalte sowie die Ambulante Equipe dar. Diese unterstützenden Angebote für die Angehörigen von Demenzkranken gibt es in der im Konzept vorgeschlagenen Form im Kanton Bern bisher nicht.

Ein Demenzzentrum ist eine Spezialinstitution im Sinne der Empfehlungen für die stationäre Betreuung von demenzkranken Menschen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Diese Empfehlungen gehen davon aus, dass ein grosser Teil der Demenzerkrankten in den Pflegeheimen betreut werden können. In den bestehenden Pflegeheimen sind deshalb - auch mit einem Projekt „Demenzzentrum“ - bauliche und konzeptionelle Anpassungen an die Bedürfnisse der Demenzkranken weiterhin notwendig.

Das Demenzzentrum bietet stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote für demenzkranke Menschen unter einem Dach an und ist eine sinnvolle Ergänzung zu den bestehenden Angeboten. Vorgesehen ist eine Vernetzung mit Pflegeheimen, Spitexdiensten, Spitälern, psychiatrischen Kliniken sowie Ausbildungsorganisationen. Von besonderer Bedeutung ist die Zusammenarbeit mit der Alzheimervereinigung. Ihr Wissen über die Situation der Angehörigen und ihre Erfahrungen mit der Begleitung von Selbsthilfe-, bzw. Erfahrungsgruppen ist unverzichtbar.

Ambulante und teilstationäre Unterstützungen sind wirtschaftlicher und wirksamer als die Finanzierung von Heimplätzen. Mit 100'000 Franken – den durchschnittlichen Kosten für einen Heimplatz – können fünf Demenzkranke im Temporärangebot (Ferienbetten) und zehn Demenzkranke im Tagesheim unterstützt werden.

Die Innovationen bedeuten, dass die öffentliche Hand neue Wege hinsichtlich der Finanzierung beschreiten muss. Das Konzept macht konkrete Finanzierungsvorschläge für die verschiedenen Angebote. Die Finanzierung soll mittels Leistungsvertrag der GEF an eine noch zu bestimmende für die Betriebsführung geeignete regionale Trägerschaft zulasten des kantonalen Lastenausgleichs erfolgen (direkte Finanzierung durch die GEF). Bei den Aufwendungen des kantonalen Lastenausgleichs gehen 50% zulasten des Kantons und 50% zulasten der Gemeinden.

#### **Erfolgschancen**

##### **für die Finanzierung**

Trotz angespannter Finanzlage des Kantons bestehen für das Demenzzentrum gute Realisierungschancen. Aufgrund einer vom Kanton durchgeführten Befragung im Jahre 2001 will die GEF, so Regierungsrat Samuel Bhend im GEF-info vom September 2002, Massnahmen zur Betreuung von demenzkranken Menschen und zur Entlastung von betreuenden Angehörigen erarbeiten. An einer Sitzung der Begleitgruppe „Projekt für die Betreuung Demenzkranker“ vom 13.9.2001 hat die GEF Interesse am Projekt „Demenzzentrum“ angemeldet und grünes Licht für die Konzepterarbeitung gegeben. Die GEF wurde laufend über

den Stand des Projekts  
„Demenzzentrum“ informiert.

## 2 Ausgangslage und Vorgehen

### 2.1 Demenzerkrankungen im Alter

„Demenz als Folge einer Erkrankung des Gehirns bedeutet eine Abnahme geistiger Fähigkeiten. Betroffen sind das Gedächtnis, die Orientierung, die Sprache, das Denkvermögen, das Interesse, die Antriebe und das Erkennen. Praktische und soziale Fertigkeiten sowie die Alltagsbewältigung sind beeinträchtigt. Dies geht einher mit einem zunehmenden Verlust der Selbständigkeit und mit Verhaltensveränderungen.“<sup>1</sup> Die Krankheit ist mit einem kontinuierlichen geistigen und körperlichen Abbau verbunden, kann jahrelang andauern und ist lebensverkürzend. Mit den heute verfügbaren Medikamenten kann kein Einfluss auf die verkürzte Lebenserwartung genommen werden. Operative Eingriffe sind nicht möglich. Es handelt sich (noch) um eine unheilbare Krankheit.

### 2.2 Häufigkeit von Demenzerkrankungen im Alter in der Schweiz

„Gesundheitspolitisch erhalten dementielle Störungen angesichts der demografischen Alterung und namentlich auch der steigenden Lebenserwartung ein grösseres Gewicht. Zwei Sachverhalte sind hierfür verantwortlich: Einerseits nehmen dementielle Störungen mit steigendem Alter zu, und wenn mehr Frauen und Männer ein hohes Alter erreichen, steigt auch die Zahl dementer Patientinnen und Patienten. ... Zumindest mittelfristig ist mit einer steigenden Zahl von hirneleistungsgestörten betagten Menschen zu rechnen, selbst wenn pharmazeutische Fortschritte sowie ein besseres Bildungsniveau zukünftiger Betagter das Voranschreiten markanter dementieller Störungen verlangsamen.“<sup>2</sup> „... Gegenwärtig leiden in der Schweiz schätzungsweise 80'000 Rentnerinnen und Rentner an hirnorganischen Störungen. ... Bis im Jahre 2020 könnte die Zahl Demenzkranker bis auf 129'000 Personen ansteigen“.<sup>3</sup>

### 2.3 Gerontopsychiatrie: Alterskonferenz, Alterskonzept und Gesundheitsförderung

Im Jahre 1998 fand die städtische Alterskonferenz zum Thema Gerontopsychiatrie statt. Referentinnen und Referenten sowie Voten von engagierten Fachpersonen beschrieben die schwierige Situation bei der Betreuung von Demenzkranken und von Personen mit anderen psychischen Störungen. Als Ergänzung zu den bestehenden Diensten wurde an der Alterskonferenz die Bildung einer mobilen Equipe zur ambulanten Hilfe und Krisenintervention für Betroffene, Angehörige, Spitexmitarbeitende und Hausärztinnen und Hausärzte vorgeschlagen. Ausserdem sollte ein unterstützendes Angebot für die Betreuenden zur Verfügung stehen. Eine Vertreterin der Alzheimervereinigung erklärte, dass 2/3 aller Demenzkranken zu Hause betreut werden, wovon 80 % in Ehepartnerschaften. Verbesserungen seien in unterstützenden Angeboten wie Tagesheime oder Betreuungsdienste für Demenzkranke anzustreben.

Gemäss Alterskonzept sorgt die Stadt dafür, dass auch für schwerst demente Personen Angebote bereitstehen, in denen sie ihrer Eigenart entsprechend kompetent betreut werden. Weiter wird darin ausgeführt, dass verschiedene Anfragen von betroffenen Stellen, aber

<sup>1</sup> Allgemeine Beschreibung von Demenz gemäss Frau Dr. B. Schüpbach, UPD Waldau

<sup>2</sup> F. Höpflinger/A. Stuckelberger, Demografische Alterung und individuelles Altern, Verlag Seismo, Bern, 1999, Seite 231

<sup>3</sup> Ebenda, Seite 238

auch Erfahrungen in den Alters- und Pflegeheimen mit sehr schwer, vor allem agitiert dementen Personen gezeigt hätten, dass Bedarf nach vermehrten und spezialisierten Dienstleistungen, ev. sogar nach stationären Einrichtungen im gerontopsychiatrischen Bereich besteht. Dazu fördert die Stadt in Kooperation und Koordination mit den bestehenden Einrichtungen den Aufbau eines Zentrums für Gerontopsychiatrie mit entsprechend ausgebildetem Personal. Das Alterskonzept der Stadt Bern hat der Gemeinderat im Jahre 2000 genehmigt, der Stadtrat nahm zustimmend Kenntnis.

Das geplante Zentrum für Gerontopsychiatrie soll gemäss dem Alterskonzept aus dem Jahre 2000 die Basis für folgende Angebote bilden:

- Betreuung und Pflege schwerst dementer Personen in entsprechend eingerichtetem Heim und passender Umgebung.
- Tagesstrukturen zur Rehabilitation und zur Entlastung betreuender Angehöriger
- Schulung und Coaching von Betreuungspersonen
- Abklärungen und ambulante Rehabilitation

Das Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention der Stadt Bern<sup>4</sup> erwähnt u.a. folgende Schwerpunkte künftiger Massnahmen: Für die pflegenden Angehörigen sollten mehr Entlastungsangebote, Beratungen und Fortbildungen zur Verfügung stehen. Die mit der Erarbeitung des Konzepts beauftragte Direktion für Bildung, Umwelt und Integration (BUI) zeigt im Konzept die wesentlichen Lücken in der städtischen Gesundheitsförderung und Prävention auf. Der Gemeinderat der Stadt Bern hat das Konzept im April 2002 genehmigt und anschliessend dem Stadtrat vorgelegt.

## **2.4 Das Ziel des vorliegenden Konzepts – ein Modell für Angebot und Finanzierung**

Dieses Konzept stellt das Angebot und die Finanzierung, bzw. die Finanzierungslücken eines Demenzzentrums dar. Es dient als Grundlage für ein Finanzierungsgesuch an den Kanton für den Betrieb eines Demenzzentrums und soll damit einen weiteren Schritt zu dessen Realisierung ebnet.

Das Demenzzentrum ist vorliegend als Modell konzipiert, mit welchem zunächst die Finanzierung des Betriebs sichergestellt werden soll. Im Falle eines positiven Entscheides kann die Suche nach einer geeigneten Liegenschaft beginnen. Anschliessend kann bei den zuständigen Instanzen ein allfälliges Investitionsgesuch für bauliche Sanierungen eingereicht werden. Obwohl das Konzept nicht an eine Liegenschaft gebunden ist, soll es Grundlagen dafür schaffen, dass die Eignung einer Liegenschaft beurteilt werden kann.

Die Ausarbeitung des Konzepts als Modell hat weiter den Vorteil, dass das Demenzzentrum sowohl in der Region Bern als auch in anderen Kantonsteilen realisiert werden kann. Es ist auch vorstellbar, dass in einem Demenzzentrum nicht alle, sondern nur einzelne Angebote realisiert werden. Aus diesem Grund beschreibt das Konzept alle Angebote (stationäre, temporäre, teilstationäre und ambulante) einzeln und weist diese als Kostenträger aus.

Das Konzept soll - wo immer möglich - nicht nur eine, sondern verschiedene Handlungsoptionen aufzeigen. Es soll die Handlungsspielräume beschreiben, um ein Demenzzentrum mit guter Qualität und Wirtschaftlichkeit betreiben zu können. Damit gelten bei der Realisierung des Demenzzentrums klare Rahmenbedingungen und es besteht ein grosser, operativer Handlungsspielraum.

<sup>4</sup> Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Stadt Bern, Projektleitung: Dr. Ursula Ackermann, Gesundheitsdienst der Stadt Bern, Februar 2002

## 2.5 Die Leitlinien des Demenzzentrums

Ein Demenzzentrum soll sich an nachfolgenden Leitlinien orientieren:

### *Alle Dienstleistungen „unter einem Dach“*

Die Dienstleistungen, welche im Zusammenhang mit der Betreuung von Demenzerkrankten stehen, sollen „unter einem Dach“ erbracht werden. Dies hat den Vorteil, dass die Demenzerkrankten und deren Angehörige eine Anlaufstelle haben und nicht von einer zuständigen Stelle zur andern geschoben werden, was heute zu oft der Fall ist. Voraussetzung dafür ist ein guter Bekanntheitsgrad des Demenzzentrums bei den Zielgruppen.

### *Geschützter Lebensraum nicht Ghetto*

In fast allen Pflegeheimen leben demenzerkrankte Menschen mit anderen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zusammen. Demenzerkrankte können für die anderen Heimbewohnenden ein störendes Verhalten haben. Andererseits können nicht demenzerkrankte Bewohnerinnen und Bewohner auch Demenzerkrankte stören, weil diese ihr Verhalten nicht verstehen und einordnen können. Beides kann gegenseitig zu Aggression und Gewalt führen, so dass in diesen Situationen ein geschützter Rahmen für Demenzerkrankte sinnvoll ist.

Jedes Pflegeheim muss sich mit der Demenzerkrankheit auseinandersetzen und fähig sein, Demenzerkrankte zu betreuen, weil heute häufig 50% bis 80% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner an Demenz leiden. Gemäss Aussagen von Fachpersonen gelingt das Zusammenleben von Demenzerkrankten und anderen Heimbewohnenden in vielen Pflegeheimen gut. Eine Voraussetzung ist allerdings, dass das soziale und bauliche Umfeld an die Bedürfnisse demenzerkrankter Menschen angepasst ist. Manche Probleme mit agitiertem Verhalten von Demenzerkrankten verschwinden durch die kompetente Betreuung. Es gibt aber eine zunehmende, (aber eher geringe) Zahl von Demenzerkrankten, die trotz optimaler Behandlung und Betreuung durch ihr störendes Verhalten nicht im "konventionellen" Pflegeheim betreut werden können. Für diese braucht es einen geschützten Lebensraum oder eine Spezialinstitution gemäss den Empfehlungen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern betreffend der stationären Betreuung von demenzerkrankten Menschen<sup>5</sup>. In dieser Empfehlung sind auch die Vor- und Nachteile von gemischten Gruppen und Gruppen von nur Demenzerkrankten festgehalten. Welche Betreuungsform die bessere ist, muss individuell entschieden werden. Jedenfalls braucht es in einer Region als Wahlmöglichkeit und Angebot beide Betreuungsformen.

Das Demenzzentrum soll nicht ein neues Heim für Demenzerkrankte sein, wohin schwierige Personen "abgeschoben" werden können. Vorschläge zur Differenzierung des Betreuungsangebotes sind immer heikel, denn es muss abgewogen werden zwischen der Optimierung der Betreuung auf der einen Seite und der Gefahr einer Ghettoisierung der Demenzerkrankten auf der anderen Seite. Zudem muss die Frage beantwortet werden, ob bei der Differenzierung wirklich das Interesse der Demenzerkrankten im Zentrum steht oder die Arbeitserleichterung für das Personal. Erfahrungen des auf die Betreuung von Demenzerkrankten spezialisierten Heims Oberried zeigen, dass damit verschiedene Vorteile verbunden sind: Das Pflegepersonal kann dort angstfrei arbeiten, da Heim und Park geschlossen sind und die Demenzerkrankten nicht davonlaufen können. Innerhalb des geschützten Areals können die Demenzerkrankten ihren Bewegungsdrang ausleben und Stürze dürfen passieren. In einem spezialisierten Heim können die Mitarbeitenden gezielt in Demenzfragen aus- und weitergebildet werden. Dies erhöht ihre Fach- und Handlungskompetenz und kann die Spannungssituationen zwischen Personal und Demenzerkrankten vermindern. Im Weiteren wurden die tiefen Fluktuationsraten des Personals

<sup>5</sup> Empfehlungen für die stationäre Betreuung von demenzerkrankten Menschen im Kanton Bern, 10.4.2002, unveröffentlicht

genannt. So betrogen diese im gerontopsychiatrischen Heim Oberried in Belp zwischen 1992 und 2000 lediglich zwischen 6,7 und 11,6 %.

#### *Zum Bedarf*

Dieses Konzept schlägt eine gewisse Mindestanzahl von Plätzen und Betreuungsangeboten für das Demenzzentrum vor, nämlich 24 Plätze für Dauer- und Temporäraufenthalte, 8 Plätze für das Tagesheim sowie 240 Stellenprozent für die Ambulante Equipe. Damit soll das Demenzzentrum einen Beitrag leisten, dass sich die Situation für die Betreuung demenzkranker Menschen verbessert. Ein Demenzzentrum ist eine Spezialinstitution im Sinne der Empfehlungen für die stationäre Betreuung von demenzkranken Menschen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Diese Empfehlungen gehen davon aus, dass ein grosser Teil der Demenzerkrankten in den Pflegeheimen betreut werden können, dass es aber ergänzende Spezialinstitutionen und –abteilungen braucht. In Anbetracht der prognostizierten Zunahme von Personen mit Demenzkrankheiten darf deshalb nicht der Eindruck entstehen, dass ein Demenzzentrum den Bedarf an stationären Plätzen abdecken kann.

#### *Bedürfnisgerecht*

In qualitativer Hinsicht soll es das Ziel des Demenzzentrums sein, die Lebensqualität von Demenzkranken und Angehörigen zu optimieren und damit ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Oft verstehen wir Demenzkranke nicht, weil die verbale Kommunikation schwierig ist. Dementsprechend schwer ist es, die Bedürfnisse von Demenzkranken herauszufinden. Angebote an die Adresse der Demenzkranken sind deshalb immer Annäherungsversuche, um ihnen eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen. In Fachkreisen ist unbestritten, dass ein Zusammenhang zwischen der Qualität der Betreuung und dem Ausmass an belastenden Auswirkungen auf die soziale Umgebung (Schreien, Unruhe, aggressives Verhalten) besteht. Massnahmen der Betreuungsqualität beziehen sich einerseits auf bauliche/milieutherapeutische Ansätze sowie auf das soziale Umfeld. Nach Yvonne Müller-Blaser „gelingt es häufig, durch einen liebe- und verständnisvollen Umgang mit Demenzkranken Einfluss auf diese Symptome zu nehmen.“<sup>6</sup> Gemäss Tom Kitwood „lässt sich sagen, dass es nur ein allumfassendes psychisches Bedürfnis (von Demenzkranken) gibt, nämlich das nach Liebe“ ... das er in „Trost, primäre Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität“<sup>7</sup> unterteilt. Bedürfnisgerecht heisst demnach, dass sich das bauliche und soziale Umfeld sowie der Zeitbedarf der Betreuenden optimal auf die Demenzkranken einstellen müssen.

#### *Wirtschaftlichkeit*

„24 stationäre Heimplätze stellen das Minimum an Anzahl Plätzen dar, um eine angemessene Wirtschaftlichkeit und die nötige Personalkompetenzen des Zentrums sicherzustellen. Je mehr Plätze umso besser. Die Grösse des Zentrums braucht für die Demenzkranken keine nachteilige Rolle zu spielen, sofern kleinräumige Wohngruppenstrukturen vorhanden sind,“ so Franz Frey, Geschäftsführer Domicil für Senioren. Jeder zusätzliche Platz bietet die Chance, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen, da mit denselben Fixkosten für die Hotellerie (Küche, Hauswirtschaft, Administration) mehr Aufenthaltstage erbracht werden können. Weiter sollen die betriebsinternen Ressourcen optimal genutzt werden. Ein Beispiel: Demenzkranke aus den Wohngruppen können auch an den Beschäftigungstherapien des Tagesheims teilnehmen, was bedeutet, dass nicht jede Wohngruppe jeden Tage eine spezielle Beschäftigungstherapie anbieten muss. Um die maximale Grösse eines Demenzzentrums festzulegen, ist die Gefahr einer negativen Stigmatisierung der Demenzkranken (Ghettoisierung) zu berücksichtigen. In diesem Sinne

<sup>6</sup> Yvonne Müller-Blaser, Auf der Suche nach neuen Wegen, Diplomarbeit an der Schule für Angewandte Gerontologie, Bern 2001, Seite 7

<sup>7</sup> Tom Kitwood, Demenz, Verlag Hans Huber, Bern 2000, Seite 121



---

## 2.8 Vorgehen

Eine Projektgruppe erarbeitete im Jahre 1998 einen Studienbericht „Demenzgarten Elfenau“ und prüfte dabei die Nutzung des Altersheims Elfenau als „Demenzzentrum“. In Zusammenarbeit mit der Eigentümerin der Liegenschaft stellte sich dabei heraus, dass sich die Lage der Liegenschaft für andere Nutzungen besser eignet.

Das damalige Konzept sah eine starke Gewichtung von stationären Plätzen für Demenzkranke vor. Die Idee der Projektgruppe war, mit einer hohen Wirtschaftlichkeit aus dem stationären Teil (Heimplätze für demenzkranke Menschen) die Angebote im teilstationären und ambulanten Bereich „quer“ zu subventionieren. Der Vorteil dieses Konzepts war, dass der Betrieb mit den daraus resultierenden Einnahmen praktisch ohne Verlust hätte finanziert werden können. Der Nachteil war, dass die Idee des Demenzzentrums an Prägnanz verlor, weil das Angebot aus wirtschaftlichen Gründen nur wenige teilstationäre und ambulante Dienstleistungen umfassen konnte oder dann das Personal im stationären Bereich unter einem enormen Leistungsdruck gestanden wäre. Zudem hätte die Realisierung des Konzepts bedeutet, dass die demenzkranken Daueraufenthalterinnen oder Daueraufenthalter mit ihren Heimkosten die Klientel im ambulanten und stationären Bereich finanziell unterstützt hätten.

Trotz der heutigen Kritik: Die Idee eines Demenzzentrums war ein erstes Mal konkretisiert. Die Erfahrungen und Ideen leben im vorliegenden Konzept weiter.

Die *Arbeitsgruppe Alterspsychiatrie* (Mitglieder siehe Impressum), eine von der Fachkommission für Altersfragen der Stadt Bern eingesetzte Arbeitsgruppe, griff die Zielvorstellung eines Demenzzentrums wieder auf. Sie analysierte die Situation in der Alterspsychiatrie und begleitete die Arbeiten am vorliegenden Konzept.

Folgende *Fachpersonen* wurden zusätzlich befragt, um das Konzept zu entwickeln:

- Franz Frey, Geschäftsführer Domicil für Senioren (Domicil)
  - Christian Raaflaub, Heimleiter Psychogeriatrisches Heim Oberried (Oberried)
  - Hanspeter Mettler, Heimleiter Domicil Baumgarten (Baumgarten)
  - Dr. Regula Schmitt, Heimärztin Krankenhaus Gottesgnad Ittigen und Vorstand Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG)
  - Ruth Ritter-Rauch und Frau Rita Tola, Alzheimervereinigung Schweiz (ALZ Schweiz)
  - Dr. Brigitte Schüpbach, Gerontopsychiaterin an den Universitäts-psychiatrischen Diensten (UPD Waldau)
-

### 3 Bedarf an unterstützenden Angeboten für Demenzkranke

#### 3.1 Prognostizierte Zunahme von demenzerkrankten Menschen im Kanton Bern

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) hat Prognosen erstellt<sup>8</sup>, wie sich die Anzahl demenzerkrankter Menschen im Kanton Bern bis 2020 entwickeln wird. Die GEF geht dabei von den Erkenntnissen der neuen Altersforschung aus, nämlich dass

- die über 65-jährigen Menschen in den nächsten 20 Jahren anzahlmässig zunehmen;
- eine Demenzerkrankung mit steigenden Alter wahrscheinlicher wird.

Das Ergebnis der Untersuchung der GEF:

	2000	2010	2020
Total Demenzkranke	13'180	14'889	18'615
Bettenbedarf für Demenzkranke	5'272	5'955	7'446
Zunahme in Prozent	0	13 %	41 %
Zunahme Bettenbedarf absolut	0	683	2'174

Der Bettenbedarf steht in Abhängigkeit zu verschiedenen Entwicklungen, die bei der Berechnung nicht berücksichtigt sind. Aus diesem Grund sind die Angaben mit Vorsicht zu interpretieren. Positive Entwicklungen, die den Bettenbedarf senken könnten, sind beispielsweise verbesserte medikamentöse Therapiemöglichkeiten und mehr teilstationäre und ambulante Angebote zur Unterstützung der Angehörigen von demenzerkrankten Menschen. Allerdings ist selbst bei einer sehr positiven Entwicklung davon auszugehen, dass der Bedarf an stationären Plätzen in Zukunft zunimmt, wenn auch weniger stark als prognostiziert.

#### 3.2 Ungenügende Angebote für die Betreuung von Demenzkranken im Kanton Bern

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) führte im Jahre 2001 in Alters-, Pflege- und Krankenheimen, Beratungsstellen (Ärzte und Sozialdienste) und Spitexdiensten eine Umfrage betreffend der Betreuung von Demenzkranken durch. Die Ergebnisse der Befragung zeigen u.a., dass

- zuwenig stationäre Angebote für Demenzkranke bestehen;
- ungenügende Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige vorhanden sind;
- die Spitexdienste über zuwenig ausgebildetes Personal für die Betreuung von Demenzkranken verfügen;
- häufig ungenügende bauliche und konzeptionelle Vorkehrungen der Institutionen bestehen.

Als vordringlichste Massnahmen aufgrund der ungenügenden Angebote schlagen die Befragten vor:

<sup>8</sup> Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF), Prävalenz der Demenz im Kanton Bern; Bedarf an stationären Plätzen, unveröffentlichter Entwurf vom 18.4.2002.

- mehr Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige zur Verfügung zu stellen;
- mehr stationäre Angebote für Demenzkranke zu schaffen.

Als weitere Massnahmen schlagen die befragten Organisationen vor:

- Schaffung einer regionalen Fach-/Beratungsstelle „Demenzranke“ (Infoline)
- Schaffung von mehr Selbsthilfegruppen für Angehörige
- Vermehrte Öffentlichkeitsarbeit / Sensibilisierung der Bevölkerung für die Probleme der Demenzkranken und ihren Angehörigen (Stigmatisierung entgegenwirken)
- Schaffung einer Abklärungsstelle (Diagnosestelle) für demenzkranke Menschen

Die Empfehlungen für die stationäre Betreuung von demenzkranken Menschen im Kanton Bern<sup>9</sup> erwähnen das Ziel, „... die Angehörigen so zu unterstützen, dass Demenzranke möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Ein Heimeintritt ist subsidiäres Ziel, wenn eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist. Dazu werden noch vermehrt dezentrale (d.h. nach Möglichkeit in bestehenden Institutionen) Entlastungsmöglichkeiten für Angehörigen (Ferienbetten, Tagesstätten) geschaffen...“. Weiter erwähnt die GEF in ihren Empfehlungen, dass „... zur stationären Betreuung von demenzkranken Menschen ein differenziertes Angebot notwendig ist. In erster Linie ist die Integration der demenzkranken Menschen in die bestehenden, lokalen Alters- und Pflegeeinrichtungen anzustreben. ... Spezialheime (Kompetenzzentren) dienen dazu, demenzkranke Menschen, welche aufgrund ihrer individuellen Bedürfnisse im Rahmen von lokalen Einrichtungen nicht betreut werden können, aufzunehmen. Idealerweise können die übrigen Institutionen von dem spezifischen Wissen in Spezialheimen im Sinne eines Know-how-Transfers profitieren“.

Weitere Hinweise für ungenügende Angebote im Kanton Bern sind:

#### *Lange Warteliste im Spezialheim*

Für eine Aufnahme im psychogeriatrischen Heim Oberried, einem Spezialheim mit 56 stationären Plätzen für Demenzranke, warteten am 8.11.2001 30 dringliche Fälle. Gemäss dem Heimleiter ist die Situation für das Heim wie auch für die Angehörigen von demenzkranken Menschen unhaltbar.

#### *Überlastete Psychiatrie*

Gemäss NZZ am Sonntag vom 14.4.2002 „... machen Klinikleiter einen gewichtigen Grund für die Überlastung der Psychiatrie in der Einweisung von Patienten aus, die nicht zwingend in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden müssten; von Fehlzusweisungen oder gar Abschiebungen ist die Rede. Gemeint sind zum einen Patienten die an Demenz erkrankt sind. Es handelt sich oft um Pflegefälle, bei denen die Einweisung in eine Psychiatrieklinik kaum gerechtfertigt ist ... . Weil Heimplätze fehlten, würden solche Patienten während mehrerer Monate in psychiatrischen Kliniken untergebracht ...“. Befragte Fachpersonen bestätigten diese Aussagen für den Raum Bern (UPD Waldau und Psychiatrische Klinik Münsingen).

#### *Grenzen der Pflegeheime*

Rund 50-75% der Heimbewohnenden von Alters- und Pflegeheimen im Kanton Bern sind nach Einschätzung von Fachpersonen demenzkrank. Dabei stösst das Heimpersonal immer wieder an die Grenzen der Belastbarkeit, weil das Miteinander von Personal sowie demenzkranken und anderen Heimbewohnenden ein labiles Gleichgewicht darstellt. So gibt es demenzkranke Menschen, die aufgrund ihrer individuellen Bedürfnisse nicht im Rahmen der Pflegeheime betreut werden können. Für diese braucht es deshalb Spezialinstitutionen.

<sup>9</sup> Empfehlungen für die stationäre Betreuung von demenzkranken Menschen im Kanton Bern, Entwurf vom 10.2.2002.

Fazit: Das Angebot für demenzkranke Menschen in Stadt und Region Bern ist schon heute - gestützt auf aktuelle Befragungsergebnisse - nicht bedarfsgerecht. Der ungedeckte Unterstützungsbedarf wird in Zukunft immer grösser, falls die Anzahl der demenzkranken Menschen wie prognostiziert zunimmt und keine Gegenmassnahmen ergriffen werden.

---

## 4 Die Zielgruppen

### 4.1 Demenzkranke als Kundinnen und Kunden

Demenzkranken sind nur teilweise oder gar nicht in der Lage, ihre Mitmenschen und Umgebung zu verstehen und können sich deshalb kaum anpassen. Anpassen kann sich fast nur das soziale und bauliche Umfeld. Nach Ansicht von Fachpersonen sollte in einer stationären Einrichtung alles von der Infrastruktur bis zur Kommunikation auf die Demenzkranken ausgerichtet sein, denn die Lernfähigkeit und das Verstehen rationaler Argumente ist bei ihnen abhängig vom Schweregrad ihrer Krankheit reduziert. Zudem soll mit ihnen auf einer emotionalen Ebene umgegangen werden, und der ganze Betrieb muss sich darauf einstellen. Bedürfnisgerechte Angebote für Demenzkranke sind nach einhelliger Meinung der Fachwelt im sozialen Umfeld (Aus- und Weiterbildung des Personals und der Angehörigen) oder dann im milieutherapeutischen und baulichen Umfeld zu planen. Dem kundenorientierten Postulat, dass sich die Dienstleistungen dem Kunden anpassen müssen und nicht umgekehrt, kommt gerade bei Demenzkranken eine verschärfte Bedeutung zu.

Neuere Betreuungsansätze aus Deutschland sehen vor, dass nicht mehr die (körperliche) Pflege sondern die Tagesbetreuung der Demenzkranken prioritäres Ziel der Dienstleistungen darstellt. Ausserdem werden Unruhezustände von Demenzkranken in Pflegeheimen häufig darauf zurückgeführt, dass sie sich nicht zu Hause fühlen. Milieutherapeutische Massnahmen (eigene Möbel, richtige Lichtstärke, kleinräumige Strukturen, bekannte Gesichter) zielen mit gutem Erfolg darauf ab, dass sich auch im fremden Heim Vertrautheit und ein Gefühl des Zuhause-Seins einstellen kann.<sup>10</sup>

„Demenz ist das Nachlassen des Gedächtnisses und anderer kognitiver Funktionen im Vergleich zu früheren Funktionsniveaus des Patienten, bestimmt durch eine Anamnese nachlassender Leistung und durch Anomalien, die anhand der klinischen Untersuchung und neuropsychologischer Tests festgestellt wurden.“<sup>11</sup>

Solche medizinischen Begriffe geben kaum Aufschluss darüber, wie das bauliche und soziale Umfeld gestaltet sein muss. Ein bedürfnisgerechtes Angebot für die Betreuung von Demenzkranken muss sich demnach auch am Verhalten der Demenzkranken und nicht nur an medizinischen Diagnosen orientieren. Um ein angepasstes soziales und bauliches Umfeld anbieten zu können, ist es wichtig, auch Angehörige sowie das pflegende und betreuende Personal mit einzubeziehen. Daraus lässt sich ein Angebot ableiten, welches den Bedürfnissen der Betroffenen entspricht und sie auch effektiv in der Betreuungsarbeit entlasten kann.

#### 4.1.1 Krankheitsverlauf: frühes – mittleres – spätes Stadium

Die nachfolgenden Zitate sind der Broschüre *Alzheimer-Krankheit*, Ratgeber für betreuende Angehörige, Schweizerische Alzheimervereinigung (ALZ), Yverdon, 1998, entnommen:

„Die Symptome der Demenzkrankheit können am besten im Zusammenhang mit einer Stadieneinteilung verstanden werden – frühes, mittleres und spätes Stadium. Nicht alle Demenzpatientinnen und –patienten zeigen dieselben Symptome. Sie sind von einer Person zur anderen sehr unterschiedlich.“

<sup>10</sup> Vergleiche dazu: Dr. Wilhelm Frieling-Sonnenberg und Dipl. Ing. Michael Pappert, Wohnkonzepte und Milieugestaltung für Demenzkranke, Seminarunterlagen vom 11./12.4.2002, Langen bei Frankfurt

<sup>11</sup> Tom Kittwood, Demenz, Verlag Hans Huber, Bern 2000, Seite 42

(...) Einige der Symptome können in jedem Stadium auftreten. So kann z.B. ein Verhalten, das im Spätstadium der Erkrankung beschrieben wird, bereits im mittleren Stadium auftreten. Kurze normale Phasen können in allen Stadien beobachtet werden. (...) Weil der Beginn der Krankheit allmählich erfolgt, ist es schwierig, den genauen Zeitpunkt des Krankheitsbeginns festzulegen.

*Im frühen Stadium* kann die demenzkranke Person

- Schwierigkeiten mit der Sprache haben;
- signifikante Beeinträchtigung des Gedächtnisses, vor allem des Kurzzeitgedächtnisses, aufweisen;
- Probleme mit dem Zeitgefühl haben;
- sich in vertrauter Umgebung verirren;
- Schwierigkeiten haben, Entscheidungen zu treffen;
- keine Initiative oder Motivation haben;
- Zeichen von Depression oder Aggression aufweisen.;
- an Hobbies oder Alltagsaktivitäten kein Interesse mehr zeigen.

*Im mittleren Stadium* ist eine selbständige Lebensführung nur noch mit erheblichen Einschränkungen und unter Mithilfe Anderer möglich. Die demenzkranke Person hat Schwierigkeiten mit Alltagsverrichtungen und kann

- sehr vergesslich werden, vor allem für Ereignisse und Namen aus der unmittelbaren Vergangenheit;
- nicht mehr in der Lage sein, ohne Schwierigkeiten alleine zu leben;
- nicht in der Lage sein zu kochen, zu putzen und einzukaufen;
- aussergewöhnlich abhängig werden;
- Halluzinationen und Wahnvorstellungen haben.

*Im späten Stadium* ist eine selbständige Lebensführung nicht mehr möglich. Die demenzkranke Person kann

- Schwierigkeiten mit dem Essen haben;
- Angehörige, Freunde und vertraute Dinge nicht mehr erkennen;
- Schwierigkeiten haben, Ereignisse zu verstehen und zu interpretieren;
- sich daheim nicht mehr zurechtfinden;
- Schwierigkeiten beim Gehen haben;
- an Blasen- und Darminkontinenz leiden;
- sich in der Öffentlichkeit auffallend benehmen;
- an den Rollstuhl oder das Bett gebunden sein.<sup>124</sup>

„Verhaltensstörungen und psychiatrische Symptome sind im Verlauf der Demenz vorübergehend, bzw. passager. Die einzelnen Störungen treten zwar in bestimmten Phasen häufiger auf, können aber in jedem Krankheitsstadium und jeder Zielgruppe auftreten.<sup>134</sup> Die Arbeitsgruppe Alterspsychiatrie weist insbesondere darauf hin, dass das Verhalten Demenzkranker durch die Umgebung beeinflussbar ist. So können beispielsweise auffällige Verhalten mit belastenden Auswirkungen verschwinden, wenn die Demenzkranken kompetent betreut werden und sich in einer angepassten baulichen und sozialen Umgebung befinden.

<sup>12</sup> Alzheimer-Krankheit, Ratgeber für betreuende Angehörige, Schweizerische Alzheimervereinigung (ALZ), Yverdon, 1998

<sup>13</sup> Gemäss Aussagen von Dr. B. Schüpbach, UPD Waldau

#### **4.1.2 Auswirkungen der Krankheit im Alltag**

Eine Demenz hat weitreichende Auswirkungen auf den Alltag des demenzkranken Menschen und seine unmittelbare Umgebung. Hier ein paar Beispiele aus der Broschüre *Alzheimerkranke begleiten*, Schweizerische Alzheimervereinigung (ALZ), Yverdon, 1999:

##### *„Gedächtnisstörungen/Vergesslichkeit*

Die demenzkranke Person erinnert sich nicht mehr an die getroffenen Abmachungen; sie weiss nichts mehr von der letzten Begegnung; sie hat vergessen, welchen Beruf sie ausgeübt hat; sie hat vergessen, wo sie ihren Mantel hingelegt hat; zeitweise erinnert sie sich nicht mehr ihres eigenen Namens.

##### *Sprachstörungen*

Die demenzkranke Person versteht nicht, was gesagt wird; sie befolgt Anweisungen nicht; sie ergreift fast nie das Wort und kann stundenlang dasein, ohne etwas zu sagen; sie sucht verzweifelt nach Worten; teilweise verwendet sie Wörter, die es nicht gibt.

##### *Örtliche Desorientierung*

Die demenzkranke Person meint, sie sei in einer fremden Wohnung; auf dem Heimweg geht sie einen falschen Weg; sie findet in ihrer Wohnung die Toilette nicht mehr.

##### *Zeitliche Desorientierung*

Die demenzkranke Person kann die Uhrzeit nicht mehr ablesen oder versteht die Bedeutung der Uhrzeit nicht mehr; das Zeitgefühl ist nicht mehr vorhanden; sie verwechselt Tag und Nacht, will mitten in der Nacht nach draussen gehen und tagsüber schlafen; sie orientiert sich nicht mehr an den Jahreszeiten und kleidet sich nicht entsprechend.

##### *Unruhe und Nervosität*

Die demenzkranke Person geht stundenlang in der Wohnung auf und ab; sie nimmt alles in die Hände, ohne damit etwas anzufangen; sie scheint etwas zu suchen, ohne sagen zu können, was es ist.

##### *Aggressives Verhalten*

Die demenzkranke Person wird plötzlich wütend und fängt laut zu schreien an; sie erhebt die Faust und geht auf Menschen zu; sie schmeisst etwas auf den Boden.

##### *Angst und Furcht*

Die demenzkranke Person hat Angst, alleine gelassen zu werden; plötzlich und unerwartet zeigt sie starke Furchtreaktionen, ist wie blockiert und darin gefangen.

##### *Antriebslosigkeit und Niedergeschlagenheit*

Die demenzkranke Person sitzt stundenlang im Stuhl, ohne etwas zu tun; sie zeigt kein Interesse an dem, was an sie herangetragen wird; sie zeigt keine Freude mehr; häufig weint sie still vor sich hin.

##### *Nichterkennen von Personen und Gegenständen*

Die demenzkranke Person kennt die Helferin oder den Helfer nicht wieder; sie erkennt Angehörige nicht mehr; sie isst nicht mehr mit Gabel und Messer, weil sie nicht mehr weiss, wie sie zu benutzen sind.

##### *Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen*

Die demenzkranke Person berichtet von Personen, die sie bedrohen, sie beobachten oder ihr Dinge entwenden.

*Anschuldigungen*

Die demenzkranke Person beschuldigt andere Menschen, Geld, den Hausschlüssel oder Unterlagen gestohlen zu haben. Die demenzkranke Person beschuldigt eine andere Person, dass sie ihre Kleider oder ihren Schmuck trägt.

*Sexuelles Verhalten*

Die demenzkranke Person berührt andere Menschen im Intimbereich; sie beginnt sich auszuziehen; sie sagt, dass sie mit der Helferin / dem Helfer schlafen möchte.

*Entlaufen und Bewegungsdrang*

Ein Bewegungsbedürfnis, innere Unruhe und weitere Gründen mögen verantwortlich sein, dass demenzkranke Personen aus der Wohnung entlaufen.

*Sicherheit und Gefahrenquellen*

Bedingt durch die eingeschränkte Denk- und Urteilsfähigkeit können Fenster höher gelegener Stockwerke, Heisswasser, Kochherde etc. zu Gefahrenquellen werden.

*Weitere Verhaltensschwierigkeiten*

Neben den beschriebenen Krankheitssymptomen können sich weitere Verhaltensschwierigkeiten einstellen, so zum Beispiel die Unfähigkeit, bestimmte Bewegungen auszuführen. Weitere Schwierigkeiten können bei der Körperpflege, dem Ankleiden oder dem Essen und Trinken auftauchen. Ausserdem können Schlafstörungen und nächtliches Umherirren vorkommen.<sup>14</sup>

Dies sind einige ausgewählte Beispiele aus der Broschüre *Alzheimerkranke begleiten*, Schweizerische Alzheimervereinigung (ALZ), Yverdon, 1999.

**4.1.3 Ressourcen und Stärken von demenzkranken Menschen**

Die Ressourcen und Stärken von Demenzkranken sind ein wichtiger Ansatz für Therapien.

Nach Auffassung der Integrativen Validation bleibt der Gefühlsbereich von Demenzkranken fast vollständig intakt. Mit dem Gefühlsbereich verbunden ist auch die *Beziehungsfähigkeit*. Demenzkranke bleiben in jeder Phase der Krankheit beziehungsfähig, wie dies die befragten Fachpersonen überzeugend darlegen.

Eine weitere Ressource stellt häufig und je nach Krankheitsstadium der körperliche Allgemeinzustand dar. Die *Gehfähigkeit* ist bei vielen Demenzkranken im frühen und mittleren Krankheitsstadium nicht oder wenig betroffen.

Demenzkranken können oft mit ihren körperlichen Ausdrücken, ihrer Mimik, Gestik und Gefühlsausdrücken gut *kommunizieren*. Eingeschränkt ist meistens die verbale Kommunikation (z.B. Wortfindung), was hohe Ansprüche an die Angehörigen und das betreuende und pflegende Personal stellt.

Ein Ansatz für sinnstiftende Beschäftigungstherapien und die Alltagsgestaltung sind gemäss der Integrativen Validation die *Antriebe*, wie Ordnungssinn, Pflichtbewusstsein, Fürsorglichkeit etc.. Voraussetzungen, um solche Stärken der Demenzkranken zu nutzen, sind Kenntnisse ihrer Lebensbiografie, Vorlieben und Eignungen.

<sup>14</sup> Alzheimerkranke begleiten, Schweizerische Alzheimervereinigung (ALZ), Yverdon, 1999

Fachleute, insbesondere der basalen Stimulation, gehen davon aus, dass auch schwer pflegebedürftige bettlägerige Demenzkranke im späten Stadium über eine *sinnliche Wahrnehmung* (Augen, Ohren, Tastsinn, Haut, Riechen, Geschmack, Vibrationen) verfügen. Teilweise kann auch eine räumliche Wahrnehmung vorhanden sein. Aussagen von Angehörigen und des betreuenden und pflegenden Personals gehen dahin, dass mit geeigneten Stimulationen Reaktionen des Wohlbefindens möglich sind. Dies zeigt, dass diese Demenzkranke noch da sind, gut oder schlecht leben und auch Schmerz empfinden können.

#### **4.1.4 Differenzierung der demenzkranken Menschen nach dem Merkmal „single“**

In Zukunft wird es mehr Single-Demenzkranken (d.h. allein lebende Demenzkranke) geben. Die Anzahl der Einpersonenhaushalte nimmt gemäss der neueren Altersforschung<sup>15</sup> in der Schweiz auch bei der betagten Bevölkerung zu. Deshalb muss in Zukunft mit einer steigenden Zahl Single-Demenzkranker gerechnet werden. Single heisst nicht zwingend, dass diese Demenzkranken keine Angehörigen haben. Bei hochbetagten Demenzkranken ist allerdings - analog zur gleichaltrigen Bevölkerung - mit dem zunehmenden Verwitwungsrisiko im Alter zu rechnen. Deshalb haben diese Demenzkranken keine Ehepartner oder Ehepartnerinnen, welche sie betreuen könnten. Single-Demenzkranken können im Frühstadium der Krankheit zu Hause wohnen, brauchen aber relativ früh punktuelle Unterstützungen so zum Beispiel für die Erledigung des Zahlungsverkehrs. Da sie zu Hause keine unmittelbare Unterstützung durch die Lebensgefährtin oder den Lebensgefährten haben, wird ihre Selbständigkeit eher früher eingeschränkt als bei Demenzkranken, welche in einer Partnerschaft leben.

Single-Demenzkranken unterscheiden sich von den übrigen Demenzkranken weder im Krankheitsverlauf, den Defiziten noch den verfügbaren Ressourcen. Das einzige Unterscheidungsmerkmal ist das Wohnen in einem Einpersonenhaushalt verbunden mit einer grösseren räumlichen Distanz zu Bezugspersonen.

Es sind Fälle bekannt, in denen die Nachbarschaft sich über die in der Privatwohnung allein lebenden Demenzkranken beklagte und sich durch diese gefährdet oder belästigt fühlte. In der Stadt und der Region Bern gibt es keine Stelle, welche auf solche Klagen angemessen reagieren kann. Meistens ist dann die Polizei oder der Gesundheits- oder Sozialdienst involviert. Für sie ist eine Intervention schwierig, da diese Demenzkranken weder ein Delikt begangen haben noch fürsorgeabhängig sind. Selbst Fachkräfte aus der Gerontopsychiatrie können in solchen Fällen an ihre Grenzen stossen, wenn sich die Demenzkranken gegen Interventionen wehren. Solche Demenzkranken fühlen sich nicht krank und sind aufgrund ihrer Krankheit häufig uneinsichtig gegenüber Interventionen.

---

<sup>15</sup> F. Höpflinger/A. Stuckelberger, Demografische Alterung und individuelles Altern, Verlag Seismo, Zürich 2000, Seite 137

## 4.2 Angehörige von Demenzkranken

„Angehörige betreuen zu 80% die Demenzkranken während 70% oder 5 bis 9 Jahren der Krankheitszeit zu Hause.“<sup>16</sup> Angehörige ermöglichen es, dass „... ca. 80% der an Demenz Erkrankten während der schwierigsten Krankheitsphase zuhause leben können. Zu ca. 50% werden sie dabei von den - selber betagten – Ehepartnerinnen und Ehepartnern betreut. Rund 25 % werden von Töchtern und Schwiegertöchtern versorgt. Sehr häufig überwacht die Nachbarschaft alleinstehende Demente“.<sup>17</sup>

Diese Zahlen beruhen auf Schätzungen aus Deutschland und Österreich, da für die Schweiz keine exakten Daten existieren. Allerdings finden sich in diversen Publikationen aus der Schweiz ähnliche abgeleitete Werte wie die eingangs erwähnten.

Die anstrengende Pflege bringt die meist selbst betagten Ehepartnerinnen und -partner an den Rand des physischen und psychischen Zusammenbruchs, da sie sich oft 24-Stunden bei den Patientinnen und Patienten aufhalten. Die Belastungen, welche die Angehörigen erleben sind vielfältig:

- emotional (Wut und Trauer über die Krankheit),
- psychisch (Angehörige können depressiv werden),
- physisch (zu wenig Schlaf, tätliche Angriffe und Belästigungen),
- sozial (die Betreuung kann isolierend wirken) und
- finanziell (Fremdbetreuung kostet viel Geld).

Die Angehörigen brauchen gemäss Fachpersonen oft eine Begleitung, um die Diagnose Demenz verarbeiten zu können. Diese kann in Form von Selbsthilfegruppen oder in Gesprächen mit Psychiaterinnen und Psychiatern oder mit Sozialarbeitenden erfolgen. Gemäss den befragten Fachpersonen nehmen Angehörige entlastende Angebote nicht oder viel zu spät in Anspruch. Als Grund nannten sie, dass die Angehörigen meist Schuldgefühle bei Fremdbetreuungen und Trennungen haben.

Die Angehörigen von Demenzkranken verstehen oft die veränderte Situation nicht. Sie wollen helfen und fühlen sich durch die Kranken unverstanden. Gemäss der Arbeitsgruppe Alterspsychiatrie sind die Angehörigen von Demenzkranken auch überfordert, wenn die Patientinnen und Patienten in einer Akutabteilung behandelt und dann zu früh nach Hause entlassen werden.

Die Angehörigen müssen bis zum Tod des Demenzkranken einen Prozess der sukzessiven Trennung von der Partnerin oder dem Partner durchlaufen. Dieser Trennungsprozess kann durch abgestufte Angebote wie der stundenweisen Fremdbetreuung, Tagesaufenthalte, Wochenendaufenthalte bis zum Daueraufenthalt im Heim unterstützt werden. Heute haben Angehörige solche Wahlmöglichkeiten fast gar nicht. Das Angebot ist zu wenig differenziert und oft verbleibt ihnen nur das Dilemma zwischen Heimplatz und der Betreuung zu Hause.

<sup>16</sup> Dr. B. Schüpbach, Vortrag anlässlich eines Symposiums zum Thema Alzheimer vom 28.8.2001 an den Universitäts-psychiatrischen Diensten (UPD) Waldau

<sup>17</sup> Irène Leu in Huber, F. (Hrsg.), Demenzerkrankungen im Alter, Verhandlungsbericht der interdisziplinären Regionaltagung 1998 der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie, Basel, 1999, Seite 27

### 4.3 Personal von Spitexdiensten und Heimen

Das Personal ist bei der Betreuung und Pflege von demenzkranken Menschen oft überfordert, so die Einschätzung der Arbeitsgruppe Alterspsychiatrie. Die Angestellten haben das Gefühl, ständig zu wenig Zeit für die Demenzkranken zu haben. Wegen Verständigungsschwierigkeiten und Unverständnis gegenüber den Demenzkranken entstehen Reibungen und Spannungen, die für das Personal zeitaufwendig sind. Zudem führen Verhaltensauffälligkeiten wie Inkontinenz, Aggressivität oder Herumwandern immer wieder zu Krisensituationen. Besonders das Spitexpersonal befindet sich in einer schwierigen Situation. Haushalthilfen und Hauspflegende verbringen oft längere Zeit alleine mit den Patientinnen und Patienten in deren Haushalt. Dieses Spitexpersonal hat oft wenig oder keinen Austausch mit Berufskolleginnen und –kollegen und es fehlt ihnen gewöhnlich die notwendige Ausbildung und eine fachliche Unterstützung.

Eine Umfrage<sup>18</sup> untersuchte den Ausbildungsstand des Heim- und Spitexpersonals, das Demenzkranke in Heimen oder zu Hause betreut. 11 % der öffentlichen Alters-, Pflege- und Krankenhäuser äusserten sich dahingehend, dass der Ausbildungsstand ungenügend sei. Obwohl Spitexdienste zu 60% mittelschwer bis schwer Demenzkranke betreuen, sagten 73% der Befragten, dass sie nicht über speziell ausgebildetes Personal verfügen. Nach nötigen Massnahmen gefragt, schlugen dann auch 25% der Befragten eine Schulung des Spitexpersonals vor. Dabei handelte es sich um eine offene Frage nach Massnahmen ohne Antwortvorgaben.

Die Arbeitsgruppe Alterspsychiatrie beschreibt mögliche Szenarien, wie sich die Lage verschärfen könnte. Wenn die betroffenen Heime und Spitexdienste die notwendigen baulichen und konzeptionellen Massnahmen nicht treffen, werden sich die Probleme in der Pflege und Betreuung von Demenzkranken verschärfen. Denn zu wenig Fachpersonal führt zu einer Überforderung der Pflegenden und zu einer ungenügenden Betreuung der demenzkranken Patientinnen und Patienten. Die Folgen davon: unattraktive Arbeitsplätze, höhere Personalfuktuationen, ungenügende Betreuung der Demenzkranken, unzufriedene Angehörige. Auf solche Situationen werden die Heime und Spitexdienste wohl mit häufigeren Rehospitalisationen schwieriger Patientinnen und Patienten reagieren.

### 4.4 Hausärztinnen und Hausärzte

Hausärztinnen und Hausärzte pflegen zu vielen älteren Demenzkranken regelmässigen Kontakt. Zum eigenen Hausarzt oder Hausärztin besteht ein Vertrauensverhältnis, das oft über Jahre gewachsen ist und den Demenzkranken Sicherheit gibt. Kommt es zu psychiatrischen Problemen, haben die demenzkranken Personen und ihre Angehörigen Mühe, ihnen unbekannte Spezialkräfte zu akzeptieren. Die Psychiatrie ist in ihren Augen etwas für Geisteskranke, zu denen sie nicht gehören möchten. Zudem wollen sie ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt nicht verlassen.

Speziell ausgebildete Fachkräfte einer Ambulanten Equipe für Demenzkranke können in einer ersten Funktion als Beratende der Hausärztinnen und Hausärzte wirken. Fühlen sich die Demenzkranken, Angehörigen oder Betreuenden unsicher, können sie auch beratende Gespräche anbieten und zusammen mit allen Beteiligten geeignete Massnahmen (Medikamente, Therapien, Tagesabläufe u.ä.) ausarbeiten<sup>19</sup>.

Nachdem die Kundinnen und Kunden bekannt und beschrieben sind, kann daraus ein Angebot abgeleitet werden, das den Problemlagen und Bedürfnissen der Zielgruppen gerecht wird.

<sup>18</sup> Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Alters- und Behindertenamt, Projekt „Betreuung von Demenzkranken“, Auswertung Umfrage Demenz, August 2001, unveröffentlicht.

<sup>19</sup> Gerold Roth, in: ambulante Psychogeriatric, Hrsg. Nikola I. Jovic, Fachverlag AG Zürich, 1992 vgl. Seite 70-77

## 5 Das Angebot

Für die verschiedenen Zielgruppen des Demenzzentrums soll ein differenziertes Angebot an stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen bereitstehen.

- Stationäres Wohn- und Betreuungsangebot, welches sich bei der Aufnahme an demenzkranke Menschen im mittleren Krankheitsstadium richtet und diesen bis an ihr Lebensende zur Verfügung steht.
- Temporäraufenthalte für demenzkranke Menschen während 24-Stunden an einzelnen Wochentagen oder für einige Wochen im Jahr.
- Tagesaufenthalte für demenzkranke Menschen mit Beschäftigungs-, Ruhe-, und Verpflegungsmöglichkeiten im Heim.
- Eine Ambulante Equipe für demenzkranke Menschen zwecks Unterstützung der Lebensführung zu Hause und zur Beratung von Angehörigen, des betreuenden Spitex- oder Heimpersonals sowie von Hausärztinnen und Hausärzten.

Übergeordnetes Ziel ist, den Kundinnen und Kunden während dem gesamten Krankheitsverlauf den sich verändernden Situationen angepasste Unterstützung zu bieten. Die verschiedenen Angebote sollen die Wahlmöglichkeiten für die Angehörigen von Demenzkranken erhöhen und zudem eine sukzessive Trennung ermöglichen. Ein Vorteil des integrierten Angebots ist, dass die demenzkranken Menschen ihre Beziehungen zu den Personen und der Umgebung des Demenzzentrums kontinuierlich aufbauen können und die Behandlung nicht ständig unterbrechen müssen. Eine mögliche Behandlungskette wäre: Ambulante Unterstützung zu Hause – Tagesaufenthalte - Temporäraufenthalte - stationäres Angebot. Die Behandlungskette kann durch das konstante Team des Demenzzentrums gewährleistet werden, welches demenzkranke Menschen über einen längeren Zeitraum begleitet. Das Team des Demenzzentrums, insbesondere die Personen der Ambulanten Equipe, würden die Übergänge zwischen dem stationären, teilstationären und ambulanten Angebot optimieren. Dies kommt den Bedürfnissen der Patienten sicher näher, als wenn sie durch die Behandlung in verschiedenen Institutionen immer wieder die Bezugspersonen und die vertraute Umgebung wechseln müssen.<sup>20</sup>

### 5.1 Stationäres Wohn- und Betreuungsangebot für Demenzkranke

*Als Herzstück des Demenzzentrums* ist das stationäre Wohn- und Betreuungsangebot für Personen im Daueraufenthalt geplant. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit braucht es mindestens 24 Plätze, falls das Demenzzentrum ohne Verbindung mit einem Pflegeheim betrieben wird. Damit kann der Betrieb des Demenzzentrums Flexibilität und Synergien gewinnen, um andere Angebote (Temporäraufenthalte, Tagesheim, ambulanter Dienst) zu erbringen und als Gesamtbetrieb finanzierbar zu sein. Falls das Demenzzentrum in Verbindung mit einem Pflegeheim betrieben wird, kann die Betriebsgesellschaft die nötigen Synergien aus dem Pflegeheim gewinnen. Die Platzzahl kann sie entsprechend reduzieren.

*Richtlinie für die Aufnahme* in das stationäre Angebot ist, dass es sich um Demenzkranke im mittleren Krankheitsstadium handelt, wobei deren Gruppenfähigkeit kein Aufnahmekriterium darstellt. Dies im Gegensatz zur häufig anzutreffenden Aufnahmepraxis, welche die Demenzkranken je nach Verhalten als gruppenfähig oder nicht gruppenfähig bezeichnet. Frau Dr. R. Schmitt, Heimärztin und Vizepräsidentin SGG, bezeichnet die Unterscheidung in gruppenfähig oder nicht-gruppenfähig als wenig hilfreich und stigmatisierend. Auch diese Demenzkranken suchen die Nähe und die Beziehung zu Menschen. Ausserdem können sie

<sup>20</sup> vgl. dazu Neue Zürcher Zeitung (NZZ) am Sonntag, Ausgabe vom 14.4.2002, Hintergrund – Gesundheit; Die Psychiatrie platzt aus den Nähten, Stellungnahme von Wulf Rössler, medizinischer Direktor des Burghölzli.

sich in kleinräumigen Wohngruppen besser orientieren. Die Aufnahme soll aufgrund eines geriatrischen Assessments geschehen. Dieses muss zum Schluss kommen, dass

- die Einweisung in eine Langzeitinstitution nötig ist;
- aufgrund eines nicht anders behandelbaren Verhaltens die Einweisung in eine dafür spezialisierte Einrichtung die beste Lösung ist.

Die Demenzkranken können nach der Aufnahme im Demenzzentrum bleiben bis zum Tod. Ein Umzug in ein Pflegeheim beispielsweise wegen erhöhter Pflegebedürftigkeit würde sie aufgrund ihrer eingeschränkten Realitätskontrolle und ihren Beziehungen zum sozialen Umfeld weiter verwirren. Das stationäre Angebot kann und soll eine gemischte Kundschaft von Demenzkranken anstreben. Bei Betriebsaufnahme muss das Demenzzentrum deshalb von der Richtlinie, nur Demenzkranke im mittleren Krankheitsstadium aufzunehmen, abweichen und eine angemessene Durchmischung anstreben.

Als *Wohnform* für demenzkranke Menschen, und zwar auch für mobile agitierte Verhalten, empfehlen die befragten Fachpersonen kleine Wohngruppen, weil sich die Demenzkranken in kleinräumigen Verhältnissen besser orientieren können. Zudem ist es ihnen bei wenigen Personen in der Wohngruppe besser möglich, Beziehungen zu unterhalten. H.-P. Mettler (Baumgarten), beschreibt die Situation in einer Wohngruppe von acht Personen so: „Öfters schauen die Demenzkranken zueinander oder übernehmen Aufgaben des Personals, wie Kaffeekochen, Auftischen etc.“ Trotz dieser Aussage darf sich niemand von einer Wohngruppe ein dauerhaftes harmonisches Miteinander vorstellen. Gerade vom Personal ist gemäss den befragten Fachpersonen auch Chaosrestistenz und situatives Handeln gefordert.

Als ideale *Grösse der Wohngruppen* nennen die befragten Fachpersonen acht Personen, wobei die ideale Anzahl Plätze der Wohngruppe auch von den Gebäulichkeiten mitbestimmt wird.

Die *Möglichkeit des freien Aufenthalts* thematisierten Ruth Ritter-Rauch (ALZ) und Dr. Regula Schmitt (SGG). Demenzkranke können ein aktives, unruhiges und getriebenes Verhalten haben. Deshalb sollten sie uneingeschränkt in einem Demenzzentrum herumlaufen und wählen können, wann sie sich wo aufhalten. Allenfalls sprechen sie auf die Aktivität im Tagesheim oder im Garten besser an als auf Beschäftigung in der Wohngruppe, wo sie sich eigentlich aufhalten sollten. Die Möglichkeit des freien Aufenthalts kann zeitaufwändige Reibungen und Spannungen zwischen dem Personal, den betrieblichen Abläufen und den Demenzkranken vermeiden. Beschäftigungstherapien wie Spielen, Singen, Kochen sollten in offenen Räumen stattfinden, damit nicht beteiligte Demenzkranke beobachten oder mitmachen können. Persönlichkeit und Gewohnheiten der betroffenen Personen verändern sich im Verlauf einer Demenzerkrankung stark. Je nach Art und Manifestation der Krankheit sowie dem Stadium der Erkrankung fühlen sich die Demenzkranken in einer kleinen, überschaubaren Struktur wohl oder sie brauchen wieder viel Platz und Freiraum. Durch die Möglichkeit des freien Aufenthalts kann dieser individuellen Entwicklung Rechnung getragen werden.

*Die Dienstleistungen* des stationären Angebots für demenzkranke Menschen im Daueraufenthalt umfassen all jene Leistungen, welche ein Pflegeheim üblicherweise erbringt (Pflege- und Betreuung tags- und nachtsüber, Vollpension, Wäsche und Putzdienst etc.). Hinzu kommen auch aktivierende Angebote für die Demenzkranken, wie Alltagsaktivierungen oder Beschäftigungstherapien. Die befragten Fachpersonen machen darauf aufmerksam, dass nicht nur Alltagsaktivierungen wie Kochen, Putzen etc. angeboten werden sollen sondern auch Aktivierungstherapie, aktivierendes Betreuen und unterhaltende Angebote wie Musik, Singen, Seidenmalen, Tanzcafé oder Tonarbeiten. Geeignete Beschäftigungen sollen auf die Fähigkeiten und Lebensbiografie der Demenzkranken Rücksicht nehmen. Damit kann allenfalls erreicht werden, dass die Demenzkranken

---

ausgeglichener und weniger aggressiv sind und deshalb weniger Betreuungsaufwand erfordern. Als weitere Leistungen sind speziell geeignete Kommunikationsformen wie die Validation und basale Stimulation erforderlich.

Den *Schmerzen* der Demenzkranken ist ein spezielles Augenmerk zu schenken. Ob und wie grosse Schmerzen sie haben, ist meistens nicht klar, da sie diese nicht wie andere Menschen ausdrücken können. Das Demenzzentrum soll deshalb geeignete Methoden der Schmerzerkennung anwenden und zusammen mit der Forschung versuchen, geeignete neue Methoden herauszufinden.

Zur *Medikamentation* kann C. Raaflaub (Oberried) auf Erfahrungen zurückgreifen. Demnach kann der Medikamentenverbrauch, insbesondere an beruhigenden Mitteln gesenkt werden, wenn das bauliche und soziale Umfeld für die Betreuung optimal gestaltet ist. Auch die häufige Nachtaktivität von Demenzkranken soll im Demenzzentrum nicht als störend empfunden werden. Dies bedeutet u.a., dass genügend Personal auch nachtsüber vorhanden sein muss. Entscheidungen über den Einsatz von Medikamenten sind stark von der individuellen Situation der Demenzkranken abhängig. Unter Fachpersonen ist unbestritten, dass geeignete Medikamente eingesetzt werden sollen, aber nicht um bauliche oder soziale Mängel zu kompensieren.

*Speziell eingerichtete Sterberäume* für demenzkranke Menschen mit einem langen Sterbeprozess werden von den befragten Fachpersonen zurückhaltend beurteilt. Spezielle Sterberäume bedeuten, dass die Demenzkranken vor dem Tod noch einmal umziehen müssen, was sicher nachteilig ist. Zudem ist ein Sterberaum eine für unsere Kultur eigenartige Vorstellung und es ist zumindest zweifelhaft, ob die Demenzkranken und ihre Angehörigen einem Umzug in einen „Sterberaum“ zustimmen würden. Die guten Erfahrungen mit speziellen Sterberäumen im Heim Sonnweid in Wetzikon, der sogenannten Oase, geben aber Impulse, die in einem Demenzzentrum berücksichtigt werden könnten: Nicht alle schwer pflegebedürftigen, immobilen Demenzkranken sind in einem Sterbeprozess. In ihrer körperlichen Lage haben sie oft keine andere Möglichkeit als eine weisse Wand oder Decke anzusehen. Milieutherapeutische Eingriffe in einem Zimmer - wie zum Beispiel ein simulierter Sternenhimmel und Musik - könnten deshalb sinnvoll sein.

Befragt zu *Doppelzimmer* meinten die Fachpersonen, dass diese von schwer Pflegebedürftigen im Spätstadium und Demenzkranken im mittleren Stadium geteilt werden können. Damit haben die Befragten gute Erfahrungen gemacht. Ein Doppelzimmer bietet Abwechslung und die Demenzkranken können gegenseitig eine Beziehung unterhalten. In der Regel sollte das Demenzzentrum aber Einzelzimmer anbieten. Angehörige äussern häufig diesen Wunsch, weil sie ihren Besuch auch einmal ungestört verbringen wollen.

---

## 5.2 Temporäraufenthalte für Demenzkranke zur Unterstützung der Angehörigen

In *Verbindung mit dem stationären Angebot* soll das Demenzzentrum Plätze für Temporäraufenthalte zur Verfügung stellen. Das Demenzzentrum kann bei einer Wohngruppe von 8 Personen 6 Plätze für Daueraufenthalte und 2 Plätze für Temporäraufenthalte zur Verfügung stellen. Angehörige können für die Demenzkranken für ein Wochenende, einzelne Wochentage (bspw. jeden Montag und Dienstag der Woche), in einer Krisensituation oder für einen Erholungsurlaub einen Platz beanspruchen. Die Kombination mit dem stationären Angebot erlaubt es, verhältnismässig kostengünstige Temporäraufenthalte anzubieten. Für das Verhältnis "demenzkranke Person und ihr soziales Umfeld" kann es wichtig sein, dass sich beide Entlastung und Distanz schaffen. Angehörige müssen befähigt werden, neben der Betreuung mindestens Teile des "normalen" Lebens zu pflegen. Aber auch für den Demenzkranken kann es unterstützend sein, wenn die Betreuung nicht vollumfänglich auf den Schultern von Angehörigen liegt.

*Richtlinie für die Aufnahme* ins Temporärangebot ist, dass es sich um Demenzkranke im frühen, mittleren oder späten Krankheitsstadium handelt. Das Angebot steht insbesondere auch Single-Demenzkranken in einem frühen Stadium der Krankheit offen, damit sie sich an das Heim gewöhnen können. Das Angebot richtet sich auch an die angehörigen Partnerinnen und Partner sowie die (Schwieger-)Töchter und (Schwieger-)Söhne, damit sie die physisch und psychisch anstrengende Betreuung bewältigen können. Teilweise sind diese berufstätig und deshalb tagsüber oder wochentags auf unterstützende Angebote angewiesen.

*Wohngruppen mit 6 Plätzen für Dauer- und 2 für Temporäraufenthalte* sahen die befragten Fachpersonen als die Lösung an, welche sich in der Praxis am ehesten bewähren könnte. Für die Lösung 6 + 2 spricht, dass Personen im Temporäraufenthalt immer wieder dieselben Heimbewohnenden sehen und an deren Beschäftigungstherapien teilnehmen können. Allerdings sind die demenzkranken Daueraufenthaltenden immer wieder mit unbekanntem Gesichtern konfrontiert, was sie beunruhigen könnte. Wegen den noch häufigeren Wechsels ist für die Fachleute eine Wohngruppe nur mit Plätzen für Temporäraufenthalte kaum vorstellbar. Die ideale Kombination der Anzahl Personen im Dauer- und Temporäraufenthalt muss deshalb die Erfahrung zeigen. Ob eine Lösung 6 + 2 oder eine spezielle Wohngruppe für Temporäraufenthalte oder eine andere Lösung: Im Alltag eines Demenzzentrums kann dies schnell geändert werden, wenn es die Situation erfordert. Im Weiteren könnten spezielle Aufnahme- und Abschiedsrituale den Demenzkranken dabei helfen, dass ihnen beim Wechsel Demenzzentrum / Zuhause die Umgebung schneller vertraut ist.

*Temporäraufenthalte als Unterstützung für Angehörige* befürworteten alle befragten Fachpersonen auch wegen des heute mangelhaften Angebotes. Bei Temporäraufenthalt ist zu bedenken, dass ein örtlicher Wechsel für Demenzkranke wegen ihren Orientierungsstörungen immer schwierig zu bewältigen ist. Je früher im Krankheitsverlauf und je häufiger sich die Demenzkranken im Demenzzentrum aufhalten, umso vertrauter werden sie die Umgebung finden. Dem Nachteil des örtlichen Wechsels steht die Unterstützung der Angehörigen gegenüber. Dies bietet die Chance, dass sie dadurch die Demenzkranken über eine längere Zeit zu Hause betreuen können.

Temporäraufenthalte umfassen diesselben *Dienstleistungen* wie beim Daueraufenthalt. Es sind speziell reservierte Plätze in den Wohngruppen des stationären Angebotes, die nicht für Daueraufenthalte beansprucht werden. Dies im Unterschied zu den oft in Pflegeheimen angebotenen „Ferienbetten“, welche üblicherweise dann zur Verfügung stehen, wenn zwischen dem Tod eines bisherigen und dem Eintritt eines neuen Daueraufenthaltenden das Zimmer unbesetzt ist. Diese Art des „Ferienbetten-Managements“ in Pflegeheimen bedeutet

eine Optimierung und ist aus wirtschaftlicher Sicht begrüßenswert. Für die Angehörigen von Demenzkranken bedeutet dies aber, dass sie den Temporäraufenthalt nicht einplanen können. Sie müssen das Angebot kurzfristig und teilweise unvorhergesehen in Anspruch nehmen. Aus diesem Grund sollen die Zimmer für Temporäraufenthalte nicht für Daueraufenthalte zur Verfügung stehen. Fachpersonen wiesen darauf hin, dass der Begriff Ferienbett mit falschen Vorstellungen verbunden ist und deshalb mit Temporäraufenthalt ersetzt werden soll. Für die Angehörigen handelt es sich um eine temporäre Unterstützung und für die Demenzkranken um einen Aufenthalt und nicht um Ferien oder Urlaub.

*Synergien mit dem stationären Angebot und dem Tagesheim:* Die Möglichkeit des „freien Aufenthalts“ bedeutet, dass Personen im Dauer- oder Temporäraufenthalt an Aktivierungen im Tagesheim oder in anderen Wohngruppen teilnehmen können. Das Personal aus dem stationären Angebot kann in Drucksituationen in einer anderen Wohngruppe oder im Tagesheim einspringen, damit die Stellen knapp gehalten werden können. Umgekehrt kann das Personal aus dem Tagesheim, wenn einzelne Wochentage schlecht besucht sind, auch im stationären Bereich betreuen. Die Durchlässigkeit soll sowohl für die Demenzkranken wie für das Personal so hoch wie möglich sein.

---

### 5.3 Tagesheim für Demenzkranke zur Unterstützung der Angehörigen

Ein *Tagesheim* erlaubt es den Angehörigen, die Demenzkranken tagsüber an einem oder mehreren Wochentagen in kompetente Betreuung zu geben. Während dieser Zeit können sie den Alltag ohne kranken Elternteil oder Partnerin, bzw. Partner verbringen. Das Tagesheim soll dazu beitragen, der oft beobachteten völligen Erschöpfung der Angehörigen vorzubeugen. Eine solche Erschöpfung kann nicht selten zum Tod der Betreuungsperson führen, bevor die demenzkranke Person stirbt.

*Richtlinie für die Aufnahme* ins Tagesheim ist, dass es sich um Demenzkranke im frühen oder mittleren Krankheitsstadium handelt. Wie bei den Temporäraufenthalten zählt das betreuende Umfeld zur Kundschaft, das in seiner täglichen Betreuungsarbeit unterstützt werden soll.

Die *ideale Grösse für eine Tagesheimgruppe* hängt auch aus wirtschaftlichen Gründen vom Verhältnis des Personals zu den Demenzkranken ab. Die AG Alterspsychiatrie schlägt vor, dass zwei ausgebildete Fachpersonen eine Gruppe von maximal 8 Demenzkranken betreuen. Sofern eine Nachfrage nach mehr Plätzen besteht, könnten 3 Betreuungspersonen etwa maximal 12 Demenzkranke betreuen. Als Ergänzung des Personals könnte das Demenzzentrum auch Freiwillige oder Zivildienstleistende einsetzen, womit ein anderes Tagesheim (Wirrgarten Basel) gute Erfahrungen machte. Einige der befragten Fachpersonen äussern sich eher skeptisch zur Nachfrage, weil sie das Temporärangebot für die Angehörigen als attraktiver einschätzen als das Tagesheim.

*Die Dienstleistungen* des Tagesheims umfassen Öffnungszeiten, die etwa normalen Arbeitszeiten entsprechen. Dies entspricht gemäss den befragten Fachpersonen, die selber Tagesheime leiten, mit Sicherheit der Nachfrage. Die oft noch berufstätigen Angehörigen können somit einer Arbeit nachgehen. Die Öffnungszeiten sollen flexibel und kundenorientiert sein. Wenn zum Beispiel eine Angehörige wegen der Arbeit eine Tagesbetreuung bis 19.00 Uhr braucht, soll das Demenzzentrum in Verbindung mit dem stationären und temporären Angebot nach individuellen Lösungen suchen und so die Synergien optimal nutzen. Gemäss H.-P. Mettler (Baumgarten) reicht eine allgemeine Öffnungszeit von rund 8 Stunden tagsüber aus, weil die Demenzkranken dann müde werden.

Gemäss R. Ritter (ALZ) soll das Tagesheim einfache und ruhige Beschäftigungen anbieten und nicht Deluxeangebote, welche die Demenzkranken überfordern und aufregen. Eine Unterstützung der Angehörigen kann nur dann eintreten, wenn die Demenzkranken in einem ruhigen und nicht aufgeregten Zustand sind, wenn sie am Abend nach Hause gehen. Ziel der Beschäftigungen soll es sein, die Selbständigkeit zu erhalten sowie mit den Ressourcen und Stärken der Demenzkranken zu arbeiten. Das Tagesheim Baumgarten hat gute Erfahrungen mit Bezugspersonen gemacht (in Analogie zu Bezugspersonen in der Pflege). Dieses Personal kümmert sich um die Kontakte zu den Angehörigen und die persönlichen Angelegenheiten und zwar für diejenigen Demenzkranken, für die sie verantwortliche Bezugsperson sind. Dies kommt insbesondere der Beziehungsfähigkeit der Demenzkranken entgegen.

Im Tagesheim Baumgarten ist zudem der hohe zeitliche Aufwand für die Betreuung von Single-Demenzkranken aufgefallen, für die das Tagesheim oft koordinative Funktionen übernehmen muss. So ist beispielsweise der Spitedienst anzuvisieren, damit dieser die Demenzkranken am Morgen für das Tagesheim bereitmacht. Der Transport ist zu organisieren und nicht zuletzt müssen Lösungen getroffen werden, dass die Rechnungen des Tagesheims bezahlt werden.

Der *Transport für die Hin- und Rückfahrt* kann gemäss den befragten Fachpersonen ein Erschwernis für die Inanspruchnahme des Tagesheims darstellen. Wegen der teilweise

vorhandenen Fremd- und Eigengefährdung können und sollen betagte Angehörige nicht mehr die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen. Im Tagesheim Baumgarten, welches vorwiegend nicht Demenzkranke betreut, besteht ein Sammeltaxi in Kombination mit der Nutzung von Behindertentransportdiensten. Die Fachpersonen wiesen auf die hohen Kosten dieser Transportdienste hin: Bei rund Fr. 20.00 je Hin- und Rückfahrt sind diese Auslagen teilweise höher als der eigentliche Tagesheimaufenthalt, was sich nicht alle leisten können. Ein Transportdienst sollte deshalb zur Verfügung stehen und dies zu erschwinglichen Preisen.

Das Tagesheim kann mit einer guten *Wirtschaftlichkeit* geführt werden, wenn es einem stationären und temporären Angebot angeschlossen ist (Synergien). Dies betrifft insbesondere die rückwärtigen Dienste, die ohnehin im Demenzzentrum erbracht werden wie Mittagsverpflegung oder die Reinigung der Räumlichkeiten. Ein Tagesheim bietet zudem eine Unterstützung der Angehörigen, die punktueller und mit tieferen Kosten verbunden ist als bei stationären oder temporären Aufenthalten. Deshalb sollte trotz der Problematik des Transports und der fraglichen Nachfrage ein Tagesheim im Angebot des Demenzzentrums nicht fehlen.

Gemäss den Erfahrungen von Dr. B. Schüpbach (UPD Waldau) braucht ein Tagesheim eine lange Anlaufzeit bis es voll ausgelastet ist. Sie schlägt deshalb vor, dass das Demenzzentrum bei tiefer Auslastung oder in der Startphase nur an einzelnen Tagen zum Beispiel von Montag bis Mittwoch geöffnet ist. Diese Lösung bietet den Vorteil, dass das Demenzzentrum das finanzielle Risiko minimieren und die Wirtschaftlichkeit erhöhen kann.

---

---

## 5.4 Ambulante Equipe für Demenzkranke zur Unterstützung von Personal und Angehörigen

Um abzuklären, welche Dienstleistungen eine Ambulante Equipe anbieten muss, hat das Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern eine Befragung durchgeführt.

### *Problemstellung*

Angehörige von Demenzkranken bringt die anstrengende Pflege oft an den Rand des physischen und psychischen Zusammenbruchs. Zudem ist das Personal von Heimen und Spitexdiensten bei der Betreuung von Demenzkranken oft überfordert, was zu Reibungen und Spannungen auch mit den Angehörigen führen kann. Insbesondere dem hauswirtschaftlichen Spitexpersonal fehlt gewöhnlich die Ausbildung und eine fachliche Unterstützung, obwohl sie bei den Demenzkranken zu Hause auf sich alleine gestellt sind. Im Weiteren könnte die Lebensqualität der Demenzkranken durch geeignete Behandlungs- und Betreuungsmethoden verbessert werden.

### *Ziele der Bedarfsabklärung*

Ziel war, abzuklären wie Angehörige von demenzkranken Menschen, das Heimpersonal und Spitexmitarbeitende den Bedarf einer Ambulanten Equipe für Demenzkranke einschätzen und in Anspruch nehmen würden. Den Fragen zur Beurteilung konkreter Dienstleistungsangebote einer Ambulanten Equipe für Demenzkranke kam in der Untersuchung besonderes Gewicht zu.

### *Vorgehen*

Befragt wurden einerseits je sechs Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus fünf Heimen im Einzugsgebiet der Stadt Bern. Andererseits machten 22 Mitarbeitende des Vereins Spitex Stadt Bern mit. Zudem füllten Angehörige von Demenzkranken aus dem Raum Bern den separaten Fragebogen für Angehörige aus. Insgesamt liegen 52 Fragebogen vom Heim- und Spitexpersonal sowie 15 von Angehörigen vor. Die Auswertungen der Fragebogen des Heim- und Spitexpersonals und jene der Angehörigen erfolgten getrennt. Persönliche Bemerkungen der Angehörigen bieten zusätzlich aufschlussreiche Einblicke in die Erfahrungen, Meinungen und Anliegen der Betroffenen. Sie wurden deshalb ergänzend in die Auswertungen einbezogen. Insgesamt erhielt die zuständige Projektleiterin 91% der verschickten Bogen zurück.

Prämisse der Befragung war, dass die Ambulante Equipe für Demenzkranke Dienstleistungen anbieten könnte, die entweder in einem Demenzzentrum, bei den Angehörigen zuhause oder in den Heimen und bei Spitex geleistet würde. Die zweite Hypothese war, dass die prioritären Zielgruppen einer Ambulanten Equipe die Heim- und Spitexmitarbeitenden sowie die Angehörigen von Demenzkranken wären. Weitere Zielgruppen der Ambulanten Equipe wären Demenzkranke sowie deren Hausärztinnen oder Hausärzte zwecks Beratung, Diagnose und Therapie.

---

### Befragungsergebnisse

Die detaillierten Befragungsergebnisse erhalten sie bei der zuständigen Projektleiterin des Alters- und Versicherungsamts.<sup>21</sup>

Die Befragung zeigt konkret folgende Ausgangslage:

- Am stärksten involviert in Pflege und Betreuung der demenzkranken Menschen sind die Angehörigen, die gewöhnlich Tag und Nacht und trotz punktueller Unterstützung mehrheitlich alleine für die Betreuung und Pflege zuständig sind.
- Konfliktsituationen sind bei Mitarbeitenden von Heimen, in denen durchschnittlich die Hälfte der zu pflegenden Personen die Diagnose Demenz hat, voraussehbar.
- Drei Viertel der Heim- und Spitexmitarbeitenden und ebenso viele Angehörige geben in der Befragung an, täglich bis mehrmals monatlich Spannungen und Problemsituationen mit den demenzkranken Menschen zu erleben.
- Knapp die Hälfte des Heim- und Spitexpersonals gibt weiter an, ebenso häufig Auseinandersetzungen mit den Angehörigen mitzuerleben.
- Umgekehrt gibt ein Drittel der Angehörigen an, je nach Situation Spannungen mit den Pflegenden zu haben.

Die *Ergebnisse zum Bedarf* an einer Ambulanten Equipe für demenzkranke Menschen sind eindeutig:

- Eine überwiegende Mehrheit des Heim- und Spitexpersonals sowie der Angehörigen gaben an, dass sie die verschiedenen Dienstleistungen der Ambulanten Equipe in Anspruch nehmen würden.
- Die Angebote würden von einer grossen Mehrheit aller Befragten gelegentlich bis regelmässig (d.h. vierteljährlich bis monatlich) genutzt.

Die Ambulante Equipe für Demenzkranke sollte folgende konkreten Dienstleistungen anbieten, wenn sie dem Bedarf der Befragten entsprechen will:

Pflegefachpersonen zur Begleitung und Beratung	Die Ambulante Equipe verfügt über speziell für Demenzkranke ausgebildete Pflegefachpersonen, die das Personal bei der Arbeit oder die Angehörigen daheim bei der Betreuung eine Zeit lang begleiten. Sie beraten die Betroffenen bei auffälligem Verhalten der Demenzkranken und zeigen geeignete Therapiemöglichkeiten auf. Ziel ist, die Handlungs- und Sachkompetenz des Heim- und Spitexpersonals wie der Angehörigen zu stärken.
Pflegefachpersonen für Notfallsituationen	Die Pflegefachpersonen der Ambulanten Equipe bieten in Notfallsituationen ihre effektive Mithilfe an. Sie übernehmen für eine Zeit von 10-20 Stunden die Pflege von Demenzkranken und leiten die nötigen administrativen und organisatorischen Arbeiten ein. Muss beispielsweise die Ehepartnerin eines Demenzkranken wegen eines Notfalls ins Spital, übernimmt die Pflegefachperson die Betreuung, kümmert sich um die fachgerechte Pflege (z.B. Medikamente) des Demenzkranken und organisiert bspw. einen „Betreuungsdienst“ oder eine vorübergehende Heimeinweisung.

<sup>21</sup> Dr. Isabel Marty, Alters- und Versicherungsamt, Schwanengasse 14, 3011 Bern, e-mail: isabel.marty@bern.ch

Ärztlicher Konsiliardienst	Die Ambulante Equipe stellt speziell ausgebildete Ärztinnen und Ärzte zur Beurteilung von Demenzkranken zur Verfügung. Diese erarbeiten geeignete Behandlungsmethoden und Betreuungsmassnahmen.
Fallbesprechungen	Die Ärztin oder der Arzt sowie Pflegefachpersonen bieten dem Pflegepersonal Fallbesprechungen an. Teilnehmen könnten bei Interesse sowohl Angehörige sowie die Hausärztin oder der Hausarzt des demenzkranken Menschen.
Weiterbildungsangebote zur Stärkung der Handlungskompetenz	Die Ambulante Equipe verfügt über Fachkräfte, die Heim- und Spitexpersonal sowie den Angehörigen Weiterbildungen wie Informationstage, Seminare, Tagungen und ähnliches zum Thema Demenz anbieten. Die AG Alterspsychiatrie betont bei diesem Angebot, dass es nicht Ziel sein kann, vorwiegend Methoden bezogene Weiterbildungen wie Validation etc. anzubieten. Ziel muss sein, dass die Personen in der Praxis in ihrer Handlungskompetenz gestärkt werden. In diesem Sinne sind die Angebote der Pflegefachperson zur Beratung und Begleitung sowie die Fallbesprechungen als vorbildliche Weiterbildungsformen zu werten: Diese Angebote klären Fragen und Probleme im konkreten Pflegealltag der Demenzkranken. Zudem können gleichzeitig mehrere in die Betreuung involvierte Personen mit einbezogen werden. Gemeinsam lassen sich so betreuende und pflegerische Massnahmen für die demenzkranken Menschen erarbeiten und umsetzen. Die klare Nachfrage nach Weiterbildungsangeboten sowohl bei Heim- und Spitexpersonal als auch bei den Angehörigen signalisiert den Wunsch nach Stärkung der eigenen Handlungs- und Sozialkompetenz im anspruchsvollen Pflegealltag.
Anlauf- und Informationsstelle; Öffentlichkeitsarbeit	Die Ambulante Equipe ist die Anlauf- und Informationsstelle für Probleme mit Demenzkranken im entsprechenden Einzugsgebiet. Zudem betreibt sie aktiv Öffentlichkeitsarbeit, damit die interessierten Bevölkerungskreise über die Demenzkrankheit informiert sind. Solche und andere mögliche Dienstleistungen waren zwar nicht im Fragebogen enthalten, trotzdem sind sie nach Auffassung der AG Alterspsychiatrie notwendig.

*Weitere Ergebnisse* der Befragung beziehen sich auf die Einschätzungen zum Nutzen einer Ambulanten Equipe:

- Bezüglich Erleben von Spannungs- und Problemsituationen: Eine überragende Mehrheit des Heim- und Spitexpersonals bejaht, dass es ganz bis vorwiegend zutrifft, dass die Ambulante Equipe eine positive Wirkung auf den Pflegealltag mit den Demenzkranken selber aber auch mit den Angehörigen haben würde.
- Unterschiedlich deutlich fielen Fragen nach der Kosten-Nutzen-Einschätzung beim Heim- und Spitexpersonal in führenden Positionen aus. Es interessierte, wie die 15 Personen in leitender Funktion den Nutzen abwägen, der für das Pflegepersonal und die Demenzkranken entsteht. Insgesamt schätzen fast drei Viertel der Führungspersonen den Nutzen einer Ambulanten Equipe mittel- und längerfristig höher ein als die Kosten. Bei Heimmitarbeitenden sind die Ergebnisse deutlich positiv, bei Spitexmitarbeitenden äusserte sich die Hälfte positiv, die andere negativ über den Nutzen einer Ambulanten Equipe. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Einsatzstunden des teilnehmenden Personals von Heimen und Spitex nicht in Rechnung gestellt werden können. Die Heime müssten überdies die Kosten der Ambulanten Equipe übernehmen.

- 
- Die Angehörigen schätzen alle den Nutzen höher ein als die Kosten, die ihnen aus der Inanspruchnahme einer Ambulanten Equipe entstehen würden. Anzumerken ist, dass die Angehörigen nur den Selbstbehalt der Krankenkassen von 10% selber bezahlen müssten, den Rest müssten die Krankenkassen übernehmen.

#### *Zusammensetzung der Ambulanten Equipe*

Als Folgerung aufgrund der Befragungsergebnisse schlägt die AG Alterspsychiatrie folgende personelle Zusammensetzung vor:

- Pflegefachpersonen, die Weiterbildungen und Erfahrungen im Umgang mit Demenz haben (120 Stellenprozent);
- eine Ärztin oder einen Arzt mit einer Ausbildung in Geriatrie oder Gerontopsychiatrie (80 Stellenprozent);
- eine Person, die bereits bei der Alzheimervereinigung Schweiz tätig ist (40 Stellenprozent).

Der Stellenetat ist auch aufgrund der Befragungsergebnisse schwierig abzuschätzen. Den voraussichtlichen Stellenbedarf hat die AG Alterspsychiatrie deshalb zurückhaltend beurteilt. Sobald die Ambulante Equipe den Betrieb aufgenommen hat und im Einzugsgebiet bekannt ist, muss der Stellenbedarf der effektiven Nachfrage angepasst werden. Die zurückhaltende Einschätzung des Stellenbedarfs basiert auf einem Befragungsergebnis: Demnach nutzen nur 23% des befragten Heim- und Spitexpersonals, die den ambulanten gerontopsychiatrischen Dienst der UPD Waldau kennen, diesen Dienst. Bei den Angehörigen, denen der Dienst der UPD Waldau bekannt ist, haben 50% den Dienst in Anspruch genommen. Insofern werden wohl weniger Personen den Dienst effektiv in Anspruch nehmen als die Befragung vermuten lässt.

#### *Einbindung der Ambulanten Equipe in das Demenzzentrum*

- Die Pflegefachpersonen sollten etwa die Hälfte ihrer Arbeitszeit für die Ambulante Equipe aufwenden. Die andere Hälfte ihrer Arbeitszeit sollten sie in den übrigen Angeboten des Demenzzentrums tätig sein. Im stationären und teilstationären Angebot können sie sich laufend praktische Erfahrungen und Kompetenzen aneignen, um diese als Beratende und Begleitende an die Zielgruppen der Ambulanten Equipe weiterzuvermitteln.
  - Die medizinische Fachkraft kann ihre Leistungen vorwiegend der Ambulanten Equipe zur Verfügung stellen. Teilzeitlich ist sie allerdings auch als Heimärztin oder Hausarzt für das stationäre und temporäre Angebot tätig. Es ist auch vorstellbar, dass medizinische Fachkräfte eine Praxis oder Gruppenpraxis auf selbständiger Basis mit Schwerpunkt Geriatrie/Gerontopsychiatrie führen und einen Teil ihrer Dienstleistungen gegenüber dem Demenzzentrum verkaufen.
  - Die Alzheimervereinigung Schweiz sollte nach Auffassung der AG Alterspsychiatrie ebenfalls Teil der Ambulanten Equipe sein. Ihr Wissen über die Situation der Angehörigen von Demenzkranken ist unverzichtbar.
-

---

## 6 Position und Vernetzung

### 6.1 Das Demenzzentrum als ergänzendes Angebot im Altersbereich

Das Demenzzentrum bietet stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote für demenzkranke Menschen unter einem Dach an. Das Demenzzentrum ist ein Ort, an dem vorwiegend unterstützende Leistungen zugunsten Demenzkranker und deren sozialen Umfeld erbracht werden und das die bestehenden Angebote sinnvoll ergänzt. Es ist ein Spezialheim im Sinne der Empfehlungen für die Betreuung von demenzkranken Menschen im Kanton Bern. Diese besagen, dass „Spezialheime dazu dienen, demenzkranke Menschen, welche aufgrund ihrer individuellen Bedürfnisse im Rahmen von lokalen Einrichtungen nicht betreut werden können, aufzunehmen. Idealerweise können die übrigen Institutionen von dem spezifischen Wissen in Spezialheimen im Sinne eines Know-How-Transfers profitieren.“<sup>22</sup> Eine Ambulante Equipe sorgt für den Know-How-Transfer an die übrigen Institutionen. Damit ist das Demenzzentrum weder eine Forschungsinstitution, eine Ausbildungsstätte noch ein Kompetenzzentrum im Sinne einer „Relaisstation“.

Das Demenzzentrum soll sich ausschliesslich um die Beratung, Behandlung und Betreuung von Demenzkranken kümmern. Im Falle einer Diagnose „nicht dementielle psychische Störungen“ (wie Depression, Schizophrenie, Paranoia, Suchtkrankheit oder –schäden oder Verwahrlosung) sollen die Patientinnen und Patienten von Stadt und Region Bern an die UPD Waldau vermittelt werden. Dies entspricht auch dem Auftrag der UPD Waldau.

---

<sup>22</sup> Empfehlungen für die Betreuung von demenzkranken Menschen im Kanton Bern, 10.4.2002, unveröffentlicht

---

## 6.2 Zusammenarbeit mit anderen Organisationen

Die untenstehende Aufstellung zeigt, mit welchen Organisationen oder Fachstellen das Demenzzentrum zusammenarbeiten soll und auf welche Aspekte sich die Zusammenarbeit bezieht:

<i>Organisation / Fachstelle</i>	<i>Aspekte der Zusammenarbeit</i>
Pflegeheime und Spitexdienste	<p>Aufgabe der Ambulanten Equipe als Anlaufstelle kann es sein, den demenzkranken Menschen an eine geeignete Stelle weiter zu vermitteln. Dies kann an ein Pflegeheim sein, da nicht alle Demenzkranken eine Spezialinstitution brauchen (Koordination der Heimaufnahmen; Suchen eines geeigneten stationären Heimplatzes).</p> <p>Möglich sind auch Spitexdienste: Die Ambulante Equipe kann demenzkranke Menschen an die lokalen Spitexdienste vermitteln. Sie organisieren dann aufgrund der Empfehlungen des Demenzzentrums die Betreuung zu Hause.</p> <p>Die Ambulante Equipe soll das im Demenzzentrum vorhandene Wissen und die Kompetenzen in Heimen und Spitexdiensten weiterverbreiten. Dies kann mittels Beratungsleistungen oder Fallbesprechungen erfolgen.</p> <p>Interessierte Mitarbeitende aus Heimen und Spitexdiensten soll das Demenzzentrum (Teams des stationären- und temporären Angebotes sowie des Tagesheims) an einzelnen Tagen in sein Team aufnehmen und Möglichkeiten bieten, praktische Erfahrungen zu sammeln.</p>
Alzheimervereinigung	<p>Die Begleitung von Selbsthilfegruppen, Weiterbildungen und Beratungen für Angehörige gehören zu den angestammten Tätigkeiten der Alzheimervereinigung Schweiz. Ihr Wissen über die Situation der Angehörigen von Demenzkranken ist unverzichtbar. Es ist deshalb anzustreben, dass die Alzheimervereinigung Sektion Bern ihre Lokalitäten im Demenzzentrum hat. Sofern die Alzheimervereinigung Schweiz bereit ist, Dienstleistungen zugunsten der Ambulanten Equipe zu erbringen (z.B. Teilnahme an Fallbesprechungen, Öffentlichkeitsarbeit, Weiterbildungen für Pflegende und Angehörige), sollten diese entweder im Angestellten- oder Auftragsverhältnis entschädigt werden.</p>
Betreuungsdienste	<p>Die Ambulante Equipe ist bei Bedarf dafür besorgt, einen Betreuungsdienst zwecks Unterstützung der Angehörigen zu vermitteln. In der Region Bern bedeutet dies eine Zusammenarbeit mit dem Verein Entlastungsdienste Kanton Bern sowie dem Zentrum für ambulante palliative Pflege/zap.</p>
Transportdienste	<p>Ein Transportdienst zu erschwinglichen Preisen sollte insbesondere für das Tagesheim und das Temporärangebot zur Verfügung stehen. Eine Zusammenarbeit mit geeigneten Transportdiensten (Taxifirmen, Behindertentransportdienste) ist notwendig.</p>

<i>Organisation / Fachstelle</i>	<i>Aspekte der Zusammenarbeit</i>
Spitäler, psychiatrische Kliniken	Um Doppelspurigkeiten beispielsweise bei der Diagnose und Früherkennung zu vermeiden, ist eine Zusammenarbeit mit den Spitälern und psychiatrischen Kliniken anzustreben. In der Region Bern betreffen dies die UPD Waldau, das Inselspital (Memo-Clinic) und das Zieglerspital. Die Zusammenarbeit betrifft auch die gegenseitige Vermittlung, bzw. Information über die Leistungen. Gute Hinweise auf die Zusammenarbeit gibt die Publikation der Schweiz. Alzheimervereinigung Grundversorgung Demenz: „... in Krisensituationen oder wenn z.B. die Hauptbetreuungsperson selber unerwartet Spitalpflege benötigt, müssen Demenzkranke jederzeit notfallmässig in geriatrische oder psychogeriatrische Spitälern aufgenommen werden können. Eine Kurzhospitalisation ist oft auch angezeigt, um eine umfassende diagnostische und psychosoziale Abklärung vorzunehmen, eine Medikation abzusetzen oder neu einzustellen und andere therapeutische Massnahmen einzuleiten.“ <sup>23</sup>
Geriatriekonzept des Kantons	Gegenwärtig bearbeitet das Spitalamt der Gesundheits- und Fürsorgedirektion das kantonale Geriatriekonzept. Die Zusammenarbeit zwischen der Geriatrieversorgung/Akutspitäler und dem Demenzzentrum ist zu gewährleisten.
Notfallaufnahmen	Nicht zum Angebot des Demenzzentrums gehören Notfallaufnahmen von Demenzkranken, wenn diese beispielsweise einen Sturz mit Knochenbruch oder eine akute psychische Krise erleiden. Dafür sind die Akutspitäler oder die psychiatrischen Dienste zuständig. In diesen Notfällen kann eine normale Triage über die Notfallaufnahme der Akutkliniken erfolgen. Das Demenzzentrum kann aber Demenzkranke ins Temporärangebot aufnehmen, wenn Angehörige aus Überlastung einen psychischen Zusammenbruch erleiden oder aus anderen Gründen als Betreuungspersonen ausfallen. Aus wirtschaftlichen Gründen kann aber für solche Notfälle kein speziell reserviertes Zimmer bereitstehen.
Stationäre Nachbehandlung und Übergangspflege (Haus für Pflege)	Da sich Demenzkranke in stationärer Nachbehandlung befinden können, ist eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Haus für Pflege, einem Pilotprojekt der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) und dem Demenzzentrum anzustreben.
Ausbildungsorganisationen (Insel, Lindenhof, Altenberg)	Das Demenzzentrum soll im stationären und temporären Angebot sowie im Tagesheim einzelne Praktikumsplätze für auszubildende Fachpersonen zur Verfügung stellen.
Hausärztinnen und Hausärzte	Eine Zusammenarbeit ist mit den Hausärztinnen und Hausärzten von Demenzkranken nötig, weil diese ihre Klientel kennen und zu ihnen in einem Vertrauensverhältnis stehen. Die Ambulanten Equipe kann in einer ersten Funktion als Beratende der Hausärztinnen und Hausärzte wirken.

<sup>23</sup> Grundversorgung Demenz, Bericht zuhanden der Fachstelle für Altersfragen des Bundesamtes für Sozialversicherung, Schweiz. Alzheimervereinigung und Pro Senectute, Februar 2002

<p>Medien und Informationsmittel</p> <p>Anbietende von Weiterbildungen</p>	<p>Die Befragten einer Studie der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) haben vorgeschlagen, dass „vermehrte Öffentlichkeitsarbeit“ geleistet werden soll. Darunter wird die Sensibilisierung der Bevölkerung für die Probleme der Demenzkranken und deren Angehörigen verstanden, was einer Stigmatisierung entgegenwirken soll.</p> <p>Weiterbildungsangebote können Teil der Öffentlichkeitsarbeit sein, um das im Demenzzentrum vorhandene Wissen einem breiteren Kreis bekannt zu machen. Die AG Alterspsychiatrie betont, dass es nicht Ziel sein kann, vorwiegend Methoden bezogene Weiterbildungen wie Validation etc. anzubieten, weil es dazu genügend Angebote gibt. In Zusammenarbeit und nach Absprache mit bestehenden Anbietenden könnte das Demenzzentrum aber vereinzelte, praxisbezogene Weiterbildungen durchführen.</p>
<p>Praxisrelevante Forschungsstellen</p>	<p>Das Demenzzentrum soll bei der Betreuung von Demenzkranken praktische Handlungsansätze entwickeln und damit eine Vorreiterrolle im Einzugsgebiet übernehmen. Ein Beispiel ist die Nationalfonds-Studie an der Memory Clinic Entlisberg zur Aus- und Weiterbildung für betreuende Angehörige. Die Zwischenergebnisse zeigen positive Ergebnisse auf die Betreuungssituation. Ein weiteres Beispiel ist aus der Sozialgerontologie bekannt: Demenzkranke werden künftig vermehrt Singles sein. Solche und ähnliche Erkenntnisse kann das Demenzzentrum aufnehmen, Handlungsansätze entwickeln und sinnvoll integrieren.</p>
<p>Spezialheime</p>	<p>Das Fachwissen von Spezialheimen, die seit längerem Demenzkranke betreuen, soll genutzt und ein Erfahrungsaustausch etabliert werden. In der Region Bern betreffen dies das Psychogeriatrische Heim Oberried oder das Heim Serena.</p>
<p>Konsiliardienst UPD Waldau</p>	<p>Eine enge Zusammenarbeit ist auch mit der UPD Waldau anzustreben. Die UPD Waldau bietet einen gerontopsychiatrischen Dienst u.a. für Demenzkranke an, auch Konsiliar- und Liaisondienst genannt. Dieser Dienst wird seit Jahren regelmässig vom Alters- und Pflegeheim Kühlewil und dem Zentrum Geriatrie-Rehabilitation des Zieglerspitals Bern genutzt. Die Equipe leitet die Behandlung ein, bzw. leistet eine Erstberatung. Weitergehende kontinuierliche Begleitungen sind kaum möglich, da die dazu nötigen personellen Kapazitäten bei den UPD Waldau fehlen. Nach Schätzungen der UPD Waldau setzt sie heute sicher weniger als 50% einer Vollzeitstelle für den Konsiliar- und Liaisondienst ein. Wenig oder gar nicht benutzt wird der Konsiliardienst von Pflegeheimen, Spitexdiensten und Angehörigen. Zu bemerken ist, dass eine erhöhte Nachfrage von dieser Seite für die UPD Waldau mit den heutigen Kapazitäten nicht zu bewältigen wäre.</p>

## 7 Anforderungen an die Infrastruktur

Die Empfehlungen für die stationäre Betreuung von demenzkranken Menschen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern<sup>24</sup> bilden die Grundlage der nachfolgend aufgeführten Anforderungen. Diesen Empfehlungen muss ein Demenzzentrum weitgehend gerecht werden, damit es die Forderungen nach Qualität und Wirksamkeit erfüllen kann. Nachfolgend wiedergegeben sind nur diejenigen Empfehlungen, die massgeblich von Bedeutung sind, wenn eine Liegenschaft hinsichtlich ihrer Eignung als Demenzzentrum beurteilt werden muss. Die Anforderungen leiten sich zudem aus dem Verhalten demenzkranker Menschen, der Situation der erweiterten Zielgruppen und dem Angebot ab.

### 7.1 Stationäres- und temporäres Wohn- und Betreuungsangebot mit kleinen Wohngruppen

Da Personen im Dauer- und Temporäraufenthalt in derselben Wohngruppe zusammen leben, gelten für diese dieselben Anforderungen an die Infrastruktur.

<i>Anforderungen an die Infrastruktur</i>	<i>Bezüge zu den Zielgruppen und dem Angebot</i>
Überschaubare Wohngruppen von ideal 8 Personen / Essen in der Wohngruppe	Orientierung für Demenzkranke; beruhigende Atmosphäre; keine Reizüberflutung. Das Zueinander-Schauen, die Beziehungen unter Demenzkranken u. mit dem Personal fördern.
Vorwiegend Einzelzimmer; einzelne Zweibettzimmer sind möglich aber mit je eigenem Territorium	Privatsphäre fördert Orientierung und Vertrautheit.
Ideal ist je ein WC mit Nasszone im Zimmer; mindestens sollte für je zwei Plätze ein WC mit Nasszone vorhanden sein.	Erfahrungen einer Wohngruppe mit 8 Personen in Domicil Baumgarten.
Möglichkeit die Wohngruppe abzuschliessen	Während Essenszeiten evtl. abschliessen, um ein Davonlaufen zu verhindern. Dies ist eine strukturelle Massnahme, um Demenzkranke ohne Hunger- und Durstgefühl zum Essen zu bringen.
Nicht abgeschlossener Raum für Gruppenaktivitäten in jeder Wohngruppe	Möglichkeit des freien Aufenthalts; Aktivitäten in kleinen Gruppen ermöglichen Sinnfindung und fördern soziale Beziehungen.
Rückzugsmöglichkeiten für das Personal	Überbelastungen vermeiden
„Häusliche“ Umgebung schaffen, die dem Geschmack und der kulturellen Prägung der Demenzkranken entsprechen (Möbel, Lampen, Bücher, Bilder)	Begünstigt Wohlbefinden und Orientierung
Caféteria, Nischen und Nebenräume	Attraktive Aufenthaltsmöglichkeiten für Angehörige auch im öffentlichen/halböffentlichen Raum, damit sie sich nicht nur im Privatzimmer aufhalten müssen.
Möglichst grosse, nicht abgeschlossene	Das Ausleben des Bewegungsdrangs von

<sup>24</sup> Empfehlungen für die stationäre Betreuung von demenzkranken Menschen im Kanton Bern, 10.4.2002, unveröffentlicht

Bereiche im Hause sowie „Endlos-Wanderwege“ im Haus; möglichst wenig Sackgassen	Demenzkranken ermöglichen.
Genügend, aber nicht blendendes Licht; Farb- und Beschriftungskonzept für Räume	Orientierung ermöglichen und angenehme Atmosphäre schaffen.
Kleinere Gemeinschaftsräume	Lärm und Reizüberflutung vermeiden, bessere Orientierung von Demenzkranken
Genügend Sitzgelegenheiten in öffentlichen und halbprivaten Räumen	Fördert die sozialen Beziehungen im Haus.
Behindertengerechte Räumlichkeiten, Stolpermöglichkeiten eliminieren	Selbständiges Gehen von Demenzkranken mit eingeschränkter Mobilität ermöglichen; Sturzgefahren minimieren
Grosse Fenster, auch in Kippstellungen verschliessbar	Wahrnehmung des Lebens draussen sowie der Jahreszeiten und des Wetters; Sicherheit vor Stürzen aus dem Fenster
Direkt und frei zugängliche Gartenanlage mit Fusswegen vor – oder um die Liegenschaft	Möglichkeit, dass ruhelose Demenzkranke den Bewegungsdrang ausleben können; ausgelebter Bewegungsdrang entlastet das Personal; kann die Abgabe von sedierenden Medikamenten reduzieren; möglicher Aufenthaltsort auch für Angehörige.
Garten als Stimulation der Sinne (Blumen, Tiere, Wasser etc.)	Sinnesreize (Hören, Sehen, Riechen, Tasten, Schmecken) können zu sinnstiftenden Beschäftigungen anregen und das Wohlbefinden verbessern.
Elektronisches Alarmsystem um Ausgänge und Areal zu überwachen. Z.B. Medaillons oder Armband für Weglaufgefährdete.	Sicherheit für Demenzkranke vor Gefahren des Davonlaufens und des Sich-Verirrens; auch Sicherheit für Personal und Angehörige.

#### Abbildung 1

Grundriss des „Corinne Dolan Alzheimer Center“ in Heather Hill, Ohio. Der Grundriss zeigt zwei Wohngruppen, je eine auf dem rechten und linken Flügel des Gebäudes. Die Einzelzimmer jeder Wohngruppe sind konsequent um den Aufenthaltsbereich (Teeküche, Essbereich) gruppiert. Die Evaluation einer Forschergruppe ergab, dass sich

im Vergleich mit herkömmlich gebauten Pflegeheimen, die Lebensqualität der Demenzkranken verbesserte und ein ökonomischer Personaleinsatz möglich wird.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Vergleiche mit: Dr. Wilhelm Frieling-Sonnenberg und Dipl. Ing. Michael Pappert, Wohnkonzepte und Milieugestaltung für Demenzkranke, Seminarunterlagen vom 11./12.4.2002, Langen bei Frankfurt

---

### Abbildung 2

Konzept für die Gliederung einer Station in drei Wohngruppen für je acht Personen. Die Einzelzimmer jeder Wohngruppe münden in das „Wohnzimmer“ der Gruppe, das durch eine Nebenraumzone mit Küche und Dusche vom gemeinsamen Aufenthalts-/Therapiebereich der Station abgeschirmt ist. Vom Pflegestützpunkt aus können die Wohngruppen und der Wanderweg um das bepflanzte Atrium überblickt werden.<sup>26</sup>

### Abbildung 3

Konzept für die Gliederung einer Wohngruppe bei einem Umbau eines herkömmlichen Pflege- oder Krankenhauses (Zimmer entlang eines langen, schmalen Korridors). Das Konzept sieht zentrale, in der Mitte der Einzelzimmer liegende Aufenthaltsräume vor. Der Flur wird als sekundärer Wohnbereich benutzt, um ein wohnliches Milieu zu ermöglichen und die Flucht der langen Korridore zu brechen.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Vergleiche mit: Dr. Wilhelm Frieling-Sonnenberg und Dipl. Ing. Michael Pappert, Wohnkonzepte und Milieugestaltung für Demenzkranke, Seminarunterlagen vom 11./12.4.2002, Langen bei Frankfurt

<sup>27</sup> Vergleiche mit: Yvonne Müller-Blaser, Auf der Suche nach neuen Wegen, Diplomarbeit an der Schule für Angewandte Gerontologie, 2001

---

## 7.2 Tagesheim mit Werk- und Ruheräumen

<i>Anforderungen an die Infrastruktur</i>	<i>Bezüge zu den Zielgruppen und dem Angebot</i>
Aufenthaltsraum auch zum Essen, evtl. Kochmöglichkeit für Aktivierung	Fördert die sozialen Beziehungen und die Sinnfindung.
Ruheraum zum Liegen oder Schlafen	Beachtung des natürlichen Tagesrythmus; Demenzkranke sollen am Ende des Tages nicht in überreizten/überforderten Zustand sein, wenn die Angehörigen sie abholen.
Werkraum für Aktivierung, evtl. mit Zugang zu Bewegungs-, bzw. Turnraum	Aktivierungstherapien fördern das Wohlbefinden und die Ausgeglichenheit der Demenzkranken.
Zugang zu öffentlichen Räumen und Garten des stationären Angebots	Möglichkeit des freien Aufenthalts und Ausleben des Bewegungsdrangs
Abschliessmöglichkeit des Tagesheims – elektr. Alarmsystem	Schutz für Weglaufgefährdete; Sicherheit für Demenzkranke, Angehörige und Personal (vgl. stationäres und temporäres Angebot)
Im Weiteren gelten sinngemäss die gleichen Anforderungen wie für das stationäre und temporäre Angebot.	

## 7.3 Ambulante Equipe mit Praxis- und Kursräumen

<i>Anforderungen an die Infrastruktur</i>	<i>Bezüge zu den Zielgruppen und dem Angebot</i>
<p>Praxisräume für einen ärztlichen Dienst (Gerontopsychiatrie/Geriatrie)</p> <p>Die Beratungen finden teilweise zu Hause bei den Demenzkranken oder in den Heimen statt.</p> <p>Die Räumlichkeiten könnten auch als Privatpraxis für selbständig Erwerbende benutzt werden (evtl. auch Gruppenpraxis).</p>	Angehörige und das Personal von Heimen und Spitexdiensten würden gemäss Befragungsergebnissen einen ärztlichen Dienst in Anspruch nehmen. Dieser soll geeignete Behandlungsmethoden und Betreuungsmassnahmen vorschlagen.
<p>Büro- und Beratungsraum für Pflegefachpersonen und eine Person der Alzheimervereinigung</p> <p>Die Beratungen finden teilweise zu Hause bei den Demenzkranken oder in den Heimen statt.</p> <p>Die Alzheimervereinigung könnte ihre Dienstleistungen vom Zentrum aus anbieten und steht damit für interdisziplinäre Einsätze der Ambulanten Equipe zur Verfügung.</p>	Angehörige und das Personal von Heimen und Spitexdiensten würden gemäss Befragungsergebnissen die Dienstleistungen von Pflegefachpersonen in Anspruch nehmen.
Kursräumlichkeiten für externe und interne Weiterbildungen. Diese können allenfalls nach Bedarf hinzugemietet werden.	Angehörige und das Personal von Heim- und Spitexdiensten würden gemäss Befragungsergebnissen zum Thema Demenz Weiterbildungen wie Informationstage, Seminare und Tagungen in Anspruch

nehmen.
---------

## 8 Anforderungen an das Personal

Die Empfehlungen für die stationäre Betreuung von demenzkranken Menschen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern<sup>28</sup> bilden die Grundlage der nachfolgend aufgeführten Anforderungen. Diesen Empfehlungen muss ein Demenzzentrum weitgehend gerecht werden, damit es die Forderungen nach Qualität und Wirksamkeit erfüllen kann. Nachfolgend wiedergegeben sind nur diejenigen Empfehlungen bezüglich der personellen und konzeptionellen Massnahmen, die für das Konzept und die Finanzierung des Angebots von Bedeutung sind. Die Anforderungen leiten sich zudem aus dem Verhalten demenzkranker Menschen, der Situation der erweiterten Zielgruppen und dem Angebot des Demenzzentrums ab.

### 8.1 Stationäres- und temporäres Wohn- und Betreuungsangebot mit genügend Fachpersonal

Da Personen im Dauer- und Temporäraufenthalt in derselben Wohngruppe zusammen leben, gelten für diese dieselben Ansprüche an die personellen Anforderungen. Eine Ausnahme davon stellen die höheren zeitlichen Aufwendungen für die Betreuung, Reinigung, Wäscherei, Küche und Administration dar. Diese Aufwendungen sind mittels einer höheren Einstufung der Pflegebedürftigkeit und eines entsprechend erhöhten Stellenplanes berücksichtigt.

<i>Anforderungen an das Personal</i>	<i>Bezüge zu den Zielgruppen und dem Angebot</i>
Kenntnisse und Wissen über Demenz und Geriatrie sind vorhanden und werden laufend aktualisiert. Regelmässige Weiterbildungen (mind. 5 Tage pro Jahr) zu Krankheitsbildern und zu Therapien.	Ausbildungsstand des Personals halten und verbessern.
Methoden wie Milieuthherapie, Validation, basale Stimulation, Schmerzerkennung und -behandlung etc. werden bedarfsgerecht eingesetzt.	Gute Lebensqualität von Demenzkranken, Angehörigen und Personal ermöglichen. Neue Erkenntnisse bei der Betreuung von Demenzkranken aufnehmen, anwenden und allenfalls neue Handlungsansätze entwickeln. Alle Arbeitsbereiche sollen sinnvoll in die Betreuung Demenzkranker einbezogen werden. Den Demenzkranken soll auch ausserhalb der Wohngruppe mit Verständnis begegnet werden (Möglichkeit des freien Aufenthalts).
Bereitschaft und Interesse an interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Pflege- und übrigen Personal (Küche, Wäsche, Reinigung etc.).	
Eine Person, die für die Ausbildung verantwortlich ist (mind. ca. 0.1 Stelle für 24 Plätze).	Koordination und Planung der Weiterbildung für das Personal.
Betreuungsschlüssel für Pflegepersonal:	Zu wenig Fachpersonal führt zu einer

<sup>28</sup> Empfehlungen für die stationäre Betreuung von demenzkranken Menschen im Kanton Bern, 10.4.2002, unveröffentlicht

mind. 0,7 davon mindestens die Hälfte diplomiertes Pflegefachpersonal oder auch andere Fachausbildungen, die sich für die Tagesbetreuung Demenzkranker eignen: Betagtenbetreuende, Sozialpädagogen, Hauspflegende.	Ueberforderung des Personals und zu einer ungenügenden Betreuung. Genügend Personal kann Spannungssituationen zwischen Personal und Demenzkranken (Gewalt/Tätlichkeiten) reduzieren.
Es finden nach Bedarf Supervisionen/Beratungen für das Personal statt. Der Anschluss an Dienstleistungen einer Ambulanten Equipe und/oder eines psychiatrischen Konsiliardienstes ist gewährleistet.	Unterstützung und Beratung des Personals in schwierigen Situationen.
Betreuungsschlüssel für ärztliches Personal (Gerontopsychiatrie oder Geriatrie): mind. 0.009 Stellen pro Platz oder 90 Stellenprozent pro 100 Heimbewohnende	U.a. für die Optimierungen der Schmerz- und Psychopharmako-Therapie
Bezugspersonensystem im stationären Angebot  Bezugspersonen für Personen im Temporäraufenthalt. Diese Demenzkranken halten sich z.B. jede Woche an zwei Wochentagen im Demenzzentrum auf.	Orientierung für Demenzkranke und verbindliche Beziehungen ermöglichen; Zusammenarbeit und Unterstützung der Angehörigen.  Speziell wichtig für Demenzkranke im Temporäraufenthalt, damit sie sich trotz Kurzaufenthalt orientieren und Beziehungen aufbauen können. Geeignete Massnahmen können auch Rituale (Begrüßung, Essen, Berücksichtigung der Vorlieben) sein.

## 8.2 Tagesheim mit Aktivierungstherapien und Bezugspersonensystem

<i>Anforderungen an das Personal</i>	<i>Bezüge zu den Zielgruppen und dem Angebot</i>
Erfahrung bei der Betreuung von Demenzkranken und Zusatzausbildungen bspw. in Validation oder Gerontologie. (Betagtenbetreuer/in und/oder Aktivierungstherapeut/in). Sofern keine pflegerischen Kompetenzen im Tagesheimteam vorhanden sind, können diese bei Bedarf aus dem stationären Bereich bezogen werden.	Einsatz auch im stationären und temporären Angebot möglich (Synergien); Personen mit diesen Ausbildungen können ressourcenorientierte Beschäftigungen anbieten; aber auch: Erhaltung der Selbständigkeit.
Bezugspersonensystem auch für Demenzkranke im Tagesheim	Orientierung für Demenzkranke und verbindliche Beziehungen ermöglichen; Zusammenarbeit und Unterstützung der Angehörigen; Koordination notwendiger Unterstützung bei Single-Demenzkranken.

### 8.3 Ambulante Equipe mit Fachpersonen der Alterspsychiatrie und Pflege

<i>Anforderungen an das Personal</i>	<i>Bezüge zu den Zielgruppen und dem Angebot</i>
<p>Ärztin oder Arzt mit Ausbildung in Gerontopsychiatrie oder innerer oder allgemeiner Medizin (FMH) mit Schwerpunkt Geriatrie</p>	<p>Diese sind prädestiniert, um geeignete Behandlungs- und Betreuungsmethoden für Demenzkranke vorzuschlagen sowie die Handlungs- und Sachkompetenz der Zielgruppen zu stärken.</p> <p>Fähigkeiten zur Leitung der interdisziplinär zusammengesetzten Ambulanten Equipe, zum Case-Management und zur Mitarbeit in Forschungsprojekten.</p>
<p>Pflegefachpersonen mit einer Grundausbildung in Psychiatriepflege oder Pflegefachpersonen mit Weiterbildungen in Demenz</p>	<p>Voraussetzungen für die Mitarbeit in der Ambulanten Equipe sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterbildungen in Demenz, um qualifizierte Beratungen und Anleitungen durchzuführen;</li> <li>• Bereitschaft für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.</li> </ul>
<p>Person (Alzheimervereinigung) mit einer Grundausbildung als Sozialarbeitende oder in der Pflege mit einer Weiterbildung in Gerontologie.</p> <p>Eine enge Zusammenarbeit mit der Alzheimervereinigung Schweiz ist anzustreben.</p>	<p>Ergänzend zu Pflegefachpersonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenarbeit mit anderen Anbietenden</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit</li> </ul>

## 9 Finanzierung und Finanzierungslücken

Die nachfolgenden Aufstellungen weisen den finanziellen Aufwand und Ertrag separat für alle vier Angebote eines Demenzzentrums aus. Sie zeigen, wie sich ein Demenzzentrum finanzieren lässt und wo allfällige Finanzierungslücken für neue Angebote bestehen.

Die finanziellen Aufwendungen und Erträge hängen von kosten- und ertragsrelevanten Annahmen wie Anzahl Stellen, Qualifikation und Lohnhöhe des Personals oder Anzahl Aufenthaltstage etc. ab. Damit die Kalkulation der Aufwendungen und der Erträge nachvollziehbar und diskutierbar wird, sind diese Annahmen - als Variablen und die daraus resultierenden Ergebnisse ausgewiesen<sup>29</sup>. Die Kalkulation basiert auf den Lohn-, Preis- und Tarifverhältnissen im Jahr 2002.

### 9.1 Stationäres und temporäres Wohn- und Betreuungsangebot

Mindestanzahl Plätze: Maximalanzahl Plätze:	24 Personen 48 Personen Eine Betriebsbewilligung der GEF ist notwendig.
Grösse der Wohngruppen:	8 Personen (6 Plätze für Dauer- und 2 Plätze für Temporäraufenthalte)
Personaleinsatz für Pflege und Betreuung in einer Wohngruppe (Tagesschicht)	Pflegefachpersonal: 07.30-14.00/15.00-17.00 Betagtenbetreuer/in: 11.00-15.30/16.30-20.30 Praktikant/in: 07.30-13.00/17.00-20.00 Aktivierungstherapeut/in: 09.00-11.00/14.30-16.30  Von 07.30-20.00 arbeiten in jeder Wohngruppe immer mind. 2 Personen für max. 8 Demenzkranke.
Personaleinsatz der Nachtwachen für 3 Wohngruppen	Pflegefachperson: 21.00-08.00 Arbeitszeit Pikettnachtwache: 20.00-24.00 Arbeitszeit 24.00-07.00 Pikett 07.00-08.00 Arbeitszeit  Ab 21.00 bis 08.00 arbeiten für 24 Personen in 3 Wohngruppen 2 Personen. Davon ist eine Person von 24.00-07.00 auf Pikett.
Jahresstunden pro Mitarbeitende	1709 Jahresstunden (2100 Jahresstunden abzügl. 25 Ferien- und 11 Feiertage, 5 Weiterbildungs- und 5 Krankheitstage bei 42-Std.-Woche)
Kalkulierte Aufenthaltstage im stationären Angebot:	Auslastung 96%, in BAK-Stufe 3+
Kalkulierte Aufenthaltstage im temporären Angebot	Auslastung 70 %, in BAK-Stufe 3+  Temporäraufenthalte werden in BAK-Stufe 3+ eingestuft, und zwar unabhängig des Grades der Pflegebedürftigkeit; damit soll der erhöhte Zeitaufwand für die Betreuung, Reinigung, Wäscherei, Küche und Administration abgegolten werden.
Pflegefachstellen pro 100 Bett gewichtet	27,5 (Fachstellenkoeffizient)

<sup>29</sup> Die detaillierten Unterlagen sind beim Verfasser erhältlich.

<p>Stellenbedarf für 3 Wohngruppen mit total 24 Plätzen<sup>30</sup>:</p>	<p>Budgetierte Pflegestellen: 0,60 Pflegedienstleitung 5,30 Stellen Pflegefachpersonen 5,30 Stellen Betagtenbetreuer/in 1,30 Aktivierungstherapeut/in 1,20 Praktikant/in (Anrechnung im Stellenplan zu 40%)</p> <p>2,30 Nachtwache/DN 1 1,20 Pikettnachtwache <u>0,20</u> Ärztlicher/Psychiatrischer Dienst</p> <p>17,40 (Normstellen Pflege bei 0,72 = 15,47 Stellen)</p> <p>Hotelleriestellen gemäss GEF-Stellennorm: 0,70 Heimleitung und Verwaltung 4,50 Hauswirtschaft <u>0,60</u> Techn. Dienst</p> <p>23,20 Total Stellen</p>																		
<p>Lohndurchschnitt für Pflegepersonal</p>	<p>Fr. 70'000.00 + 16 % Sozialleistungen</p>																		
<p>Lohndurchschnitt für übriges Personal</p>	<p>Fr. 60'000.00 + 16 % Sozialleistungen</p>																		
<p>Sachaufwand</p> <p>Kapitalkosten für die bauliche Infrastruktur</p>	<p>Der Sachaufwand ist kalkuliert auf der Basis des Budgets 2002 des Altersheims Elfenau.</p> <p>Die Aufwendungen für die bauliche Infrastruktur (Mieten oder Amortisationen und Kapitalzinsen von baulichen Investitionen) sind nicht budgetiert. Für die Finanzierung dieser Aufwendungen ist der Gesundheits- und Fürsorgedirektion gemäss Sozialhilfegesetz (SHG) ein separates Finanzierungsgesuch einzureichen.</p>																		
<p>Ertrag</p>	<p>Die Einnahmen basieren auf den durchschnittlichen Einnahmen von Fr. 245.00 entsprechend den Einnahmen pro Aufenthaltstag im gerontopsychiatrischen Heim Oberried pro 2001.</p>																		
<p>Kalkulation von Aufwand und Ertrag pro Aufenthaltstag</p>	<table border="0"> <tr> <td>Personalaufwand:</td> <td style="text-align: right;">Fr. 242.00</td> </tr> <tr> <td>Sachaufwand</td> <td></td> </tr> <tr> <td>abzüglich Nebenerlöse</td> <td style="text-align: right;"><u>Fr. 35.00</u></td> </tr> <tr> <td>Total Aufwand pro Tag:</td> <td style="text-align: right;">Fr. 277.00</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>Einnahmen Pension und Pflege, inkl. Krankenkasse</td> <td style="text-align: right;">Fr. 89.00</td> </tr> <tr> <td>und Hilflosenentschädigung</td> <td style="text-align: right;">Fr. 27.00</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;"><u>Fr. 245.00</u></td> </tr> <tr> <td>Defizit pro Tag:</td> <td style="text-align: right;">Fr. 32.00</td> </tr> </table>	Personalaufwand:	Fr. 242.00	Sachaufwand		abzüglich Nebenerlöse	<u>Fr. 35.00</u>	Total Aufwand pro Tag:	Fr. 277.00			Einnahmen Pension und Pflege, inkl. Krankenkasse	Fr. 89.00	und Hilflosenentschädigung	Fr. 27.00		<u>Fr. 245.00</u>	Defizit pro Tag:	Fr. 32.00
Personalaufwand:	Fr. 242.00																		
Sachaufwand																			
abzüglich Nebenerlöse	<u>Fr. 35.00</u>																		
Total Aufwand pro Tag:	Fr. 277.00																		
Einnahmen Pension und Pflege, inkl. Krankenkasse	Fr. 89.00																		
und Hilflosenentschädigung	Fr. 27.00																		
	<u>Fr. 245.00</u>																		
Defizit pro Tag:	Fr. 32.00																		
<p>Kostenobergrenze pro Tag, die beim Kanton lastenverteilungsberechtigt</p>	<p>Fr. 277.00 in BAK 3 +</p>																		

<sup>30</sup> Der Stellenbedarf erhöht sich bei einer höheren Anzahl Plätze anteilmässig.

ist.	
------	--

Die Aufwendungen pro Tag belaufen sich bei den erwähnten Annahmen auf rund Fr. 277.00 und die Einnahmen auf Fr. 245.00. Dies bedeutet ein Defizit pro Aufenthaltstag von Fr. 32.00 für das stationäre und temporäre Angebot mit mindestens 24 und maximal 48 Plätzen. Die geplanten Aufwendungen von Fr. 277.00 bleiben innerhalb der Kostenobergrenzen von Fr. 277.00, welche beim Kanton lastenverteilungsberechtigt sind. Das Defizit pro Jahr ist unter den oben getroffenen Annahmen vollständig lastenverteilungsberechtigt.

Die Finanzierung kann mit den heute geltenden Finanzierungsinstrumenten sichergestellt werden, sofern

- die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) eine Betriebsbewilligung für die geplanten Plätze im stationären Angebot erteilt;
- die Betriebsgesellschaft des Demenzzentrums dem Vertrag zwischen den Krankenversichernden und dem Verband Bernischer Alterseinrichtungen betreffend die Abgeltung der gemäss Krankenversicherungsgesetz kassenpflichtigen Leistungen bei Aufenthalt in einem Pflegeheim beiträgt;
- die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) eine Sondergenehmigung erteilt, die Kundinnen und Kunden im Dauer- und Temporäraufenthalt in BAK 3+ einzustufen<sup>31</sup>;
- die GEF als finanzierende Behörde der direkten Finanzierung des Defizites von Fr. 32.00 pro Tag im Rahmen der geltenden Kostenobergrenzen von Fr. 277.00 pro Tag (Stand: 2002) zustimmt.

Fazit: Unter vorgenannten Bedingungen kann die Finanzierung mit den heute geltenden Finanzierungsinstrumenten sichergestellt werden.

## 9.2 Tagesheim

Mindestanzahl Plätze: Maximalanzahl Plätze:	8 Plätze 12 Plätze keine Betriebsbewilligung notwendig
Öffnungszeiten	08.30-17.00 – werktags an 52 Wochen pro Jahr Falls diese Öffnungszeiten für einzelne Personen nicht ausreichen, soll in Zusammenarbeit mit den Wohngruppen des stationären Bereichs nach flexiblen Lösungen gesucht werden.
Personaleinsatz pro Tag bei 8 Plätzen	Betagtenbetreuer/in 08.30-17.00 Aktivierungstherapeut/in: 08.30-17.00  Von 08.30-17.00 arbeiten mind. 2 Personen für je 8 Demenzzranke. Zusätzlich können auch Zivildienstleistende oder Freiwillige eingesetzt werden.
Jahresstunden pro Mitarbeitende	1709 Jahresstunden (2100 Jahresstunden abzügl. 25 Ferien- und 11 Feiertage, 5 Weiterbildungs- und 5 Krankheitstage bei 42-Std.-Woche)
Kalkulierte Aufenthaltstage im Tagesheim	Auslastung 85%
Stellenbedarf für Tagesheim mit 8 Plätzen	1,30 Stellen Aktivierungstherapeut/in <u>1,30</u> Stellen Betagtenbetreuer/in

<sup>31</sup> Das Bewohnereinstufungsmodell BAK wird pro 2003 durch neue Modelle (RAI oder BESA) abgelöst.

	2,60
--	------

Lohndurchschnitt für Aktivierungstherapeut/in und Betagtenbetreuer/in	Fr. 70'000.00 + 16 % Sozialleistungen												
Sachaufwand	Der Sachaufwand ist kalkuliert auf der Basis von Fr. 20.00 pro Aufenthaltstag für Reinigung und Essen. Zudem sind Fr. 2'000.00 Weiterbildungskosten bei 8 Plätzen budgetiert. Miet- oder Kapitalkosten für die Infrastruktur sind analog dem stationären Angebot nicht eingerechnet.												
Ertrag	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Tarif pro Aufenthaltstag</td> <td style="text-align: right;">Fr. 22.00</td> </tr> <tr> <td>Subvention BSV</td> <td style="text-align: right;"><u>Fr. 30.00</u></td> </tr> <tr> <td>Total Erträge</td> <td style="text-align: right;">Fr. 52.00</td> </tr> </table>	Tarif pro Aufenthaltstag	Fr. 22.00	Subvention BSV	<u>Fr. 30.00</u>	Total Erträge	Fr. 52.00						
Tarif pro Aufenthaltstag	Fr. 22.00												
Subvention BSV	<u>Fr. 30.00</u>												
Total Erträge	Fr. 52.00												
Kalkulation von Aufwand und Ertrag pro Aufenthaltstag	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Personalaufwand:</td> <td style="text-align: right;">Fr. 118.00</td> </tr> <tr> <td>Sachaufwand:</td> <td style="text-align: right;"><u>Fr. 20.00</u></td> </tr> <tr> <td>Total Aufwand pro Tag:</td> <td style="text-align: right;">Fr. 138.00</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>Ertrag pro Tag</td> <td style="text-align: right;"><u>Fr. 52.00</u></td> </tr> <tr> <td>Defizit pro Tag:</td> <td style="text-align: right;">Fr. 86.00</td> </tr> </table>	Personalaufwand:	Fr. 118.00	Sachaufwand:	<u>Fr. 20.00</u>	Total Aufwand pro Tag:	Fr. 138.00			Ertrag pro Tag	<u>Fr. 52.00</u>	Defizit pro Tag:	Fr. 86.00
Personalaufwand:	Fr. 118.00												
Sachaufwand:	<u>Fr. 20.00</u>												
Total Aufwand pro Tag:	Fr. 138.00												
Ertrag pro Tag	<u>Fr. 52.00</u>												
Defizit pro Tag:	Fr. 86.00												

Die Aufwendungen pro Tag belaufen sich unter Berücksichtigung der oben angeführten Annahmen auf rund Fr. 138.00 pro Tag und die Einnahmen auf Fr. 52.00. Dies bedeutet ein Defizit von rund Fr. 86.00, das mit den heute geltenden Finanzierungsinstrumenten nicht abgedeckt werden kann. Vorgesehen ist, dass die Kundinnen und Kunden als Tarif Fr. 22.00 für den Tagesheimaufenthalt bezahlen. Zu berücksichtigen ist weiter, dass sie für die Hin- und Rückfahrt mit dem Taxi oder Behindertentransportdienst zusätzlich Fr. 10.00 bis Fr. 20.00 pro Fahrt bezahlen müssen. Demenzkranke, die Anspruch auf Ergänzungsleistungen der AHV haben, können die Kosten für Transport und Tagesklinik unter bestimmten Bedingungen als Krankheitskosten rückvergüten lassen.

Die Finanzierung kann sichergestellt werden, sofern

- das Bundesamt für Sozialversicherung das Tagesheim mit Fr. 30.00 pro Aufenthaltstag mitfinanziert.
- die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) der direkten Finanzierung des Defizites von Fr. 86.00 pro Aufenthaltstag über die kantonale Lastenverteilung zustimmt.

Fazit: Das Defizit von Fr. 86.00 pro Aufenthaltstag kann mit den heute bestehenden Finanzierungsinstrumenten nicht abgedeckt werden. Ein geeignetes Finanzierungsinstrument zur Abdeckung dieses Defizites wäre ein Leistungsvertrag, den die GEF mit der Betriebsgesellschaft abschliessen müsste.

### 9.3 Ambulante Equipe

Servicezeiten der Ambulanten Equipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verfügbarkeit von 08.00-12.00 / 13.30-17.30 – werktags</li> <li>• Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Demenzzentrum oder nach Bedarf – werktags an 52 Wochen pro Jahr</li> </ul> <p>Es sind (fast) immer zwei Personen werktags im Dienst.</p>
Stellenbedarf	<p>Stellenbedarf gemäss Einschätzung der AG Alterspsychiatrie aufgrund von Befragungsergebnissen:</p> <p>Gerontopsychiatrie/Geriatrie 80 %  Pflegefachperson 120 %  Alzheimervereinigung 40 %</p> <p>Sobald die Ambulante Equipe im Einzugsgebiet bekannt ist, muss der Stellenetat der effektiven Nachfrage angepasst werden.</p>
Lohndurchschnitt bei 100%-Stellen	<p>Gerontopsychiatrie/Geriatrie Fr. 140'000  Pflegefachperson Fr. 70'000  Alzheimervereinigung Fr. 70'000  zuzüglich 16 % Sozialleistungen</p>
Sachaufwand	<p>Der Sachaufwand ist pauschal kalkuliert mit Fr. 10.000.00 für Reinigung und Verwaltung ohne Miet- und Kapitalkosten für die Infrastruktur. Dazu kommen Aufwendungen für die Weiterbildung von Fr. 2.000.00 pro 100%-Stelle.</p>
Ertrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tariferträge<sup>32</sup> der Pflegefachpersonen für Hausbesuche: Fr. 48.00 pro verrechenbare Stunde x 1'020 Stunden verrechenbare Stunden (50% der Sollarbeitszeit) pro Jahr; Total Einnahmen Pflege Fr. 48'960.00.</li> <li>• Tariferträge für angestellte Ärztin/Arzt<sup>33</sup>: Diagnose, Behandlungsmethoden und Betreuungsmassnahmen (ärztlicher Konsiliardienst) sowie Beratungen der Angehörigen und Pflegepersonen (Fallbesprechungen) vor Ort oder im Demenzzentrum; Die Tarife sollten kostendeckend sein. Personalaufwand bei 80%-Stelle = Fr. 112'000.  Total Einnahmen ärztlicher Dienst: Fr. 112'000.00</li> </ul> <p>Eine Alternative zu einem Anstellungsverhältnis ist eine Arztpraxis auf selbständiger Basis. Diese wäre für den Betrieb ohne Risiko kostenneutral, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Betrieb nur ärztliche Leistungen einkauft, die verrechnet werden können;</li> <li>- die Ärztin/Arzt sich an nicht honorierten Leistungen der Ambulanten Equipe beteiligt. Als Gegenleistung könnte der Betrieb die Praxisräume verbilligt zur Verfügung stellen (Vertrag).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tariferträge aus Leistungen der Alzheimervereinigung für die Ambulante Equipe: Keine Einnahmen budgetiert, da es sich bei der Organisation von Dienstleistungen zur Überbrückung von Krisensituationen, Öffentlichkeitsarbeit</li> </ul>

<sup>32</sup> Vertrag zwischen dem Kantonalverband Bernischer Krankenversicherungen und dem Spitex-Verband des Kantons betreffend der Krankenpflege zu Hause (Spitex) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Kassenpflichtige Leistungen sind Massnahmen der Abklärung und Beratung, Massnahmen der Untersuchung und Behandlung sowie Massnahmen der Grundpflege insbesondere der psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Grundpflege.

<sup>33</sup> Die Tariferträge einer angestellten Ärztin oder eines Arztes sind schwierig zu budgetieren, da Erfahrungszahlen fehlen.

---

	etc. um nicht verrechenbare Stunden handelt.
--	--

---

Kalkulation von Aufwand und Ertrag pro Jahr	Personalaufwand pro Jahr	Fr. 265'000.00
	Sachaufwand pro Jahr	<u>Fr. 10'000.00</u>
	Total Aufwand pro Jahr	Fr. 275'000.00
	Erträge	Fr. 161'000.00
	Defizit pro Jahr:	Fr. 114'000.00

Die Aufwendungen pro Jahr belaufen sich bei den erwähnten Annahmen auf rund Fr. 275'000.00 und die Erträge auf rund Fr. 161'000.00. Dies bedeutet ein Defizit pro Jahr von rund Fr. 114'000.00 für den Betrieb der Ambulanten Equipe, das mit den heute geltenden Finanzierungsinstrumenten nicht abgedeckt werden kann. Die Tarife für die Kundinnen und Kunden (Demenzranke, Angehörige, Heime und Spitexdienste) entsprechen den Tarifverordnungen der Krankenkassen. Ein ungedecktes Defizit entsteht durch die den Krankenkassen nicht verrechenbaren Leistungen. Die nicht verrechenbaren Leistungen betreffen beispielsweise die Öffentlichkeitsarbeit, Durchführung von Seminarien für Pflegepersonal und Angehörige, den Zeitaufwand für die interdisziplinäre Zusammenarbeit, Wegkosten für Besprechungen vor Ort, Organisation von Dienstleistungen zur Überbrückung von Krisensituationen bei Angehörigen von Demenzkranken etc.

Die Finanzierung kann sichergestellt werden, sofern

- die Betriebsgesellschaft dem Vertrag zwischen dem Kantonalverband Bernischer Krankenversicherungen und dem Spitex-Verband des Kantons Bern betreffend der Krankenpflege zu Hause (Spitex) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beiträgt;
- die ärztlichen Leistungen gemäss dem dann gültigen Tarmed-Vertrag kostendeckend verrechnet werden können;
- die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) der direkten Finanzierung des Defizites von Fr. 114'000.00 pro Jahr über die kantonale Lastenverteilung zustimmt.

Fazit: Das Defizit von Fr. 114'000.00 pro Jahr kann mit den heute geltenden Finanzierungsinstrumenten nicht abgedeckt werden. Ein geeignetes Finanzierungsinstrument zur Abdeckung dieses Defizites wäre ein Leistungsvertrag, den die GEF mit der Betriebsgesellschaft abschliessen müsste.

#### **9.4 Gesamtdefizit aller Angebote und Finanzierung im ersten Jahr der Betriebsaufnahme**

Im ersten Jahr der Betriebsaufnahme ist mit einem erhöhten Betriebsdefizit zu rechnen. Für die Betriebsaufnahme empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

- Anstellung der Gesamtleitung für die Personalsuche und Erarbeitung eines Detailkonzepts für den Betrieb
- Anstellung Kaderpersonal (Personalsuche und Führung der Mitarbeitenden)
- Anstellung der Mitarbeitenden und gleichzeitige Aufnahme von Demenzkranken bis zur vollen Auslastung des Heims.

Bei diesem Vorgehen wird gemäss dem Grundsatz einer vorsichtigen Budgetierung geschätzt, dass im ersten Betriebsjahr der Gesamtaufwand 80% und die Erträge 60% des Budgets bei einem voll ausgelasteten Betrieb erreichen.

Die Berechnung für das Gesamtdefizit des Demenzzentrums für das erste Betriebsjahr erfolgte bei einer geplanten Minimal- und Maximalgrösse<sup>34</sup>.

Bei einer *Minimalgrösse* von 18 stationären, 6 temporären und 8 Tagesheimplätzen sowie der Ambulanten Equipe mit 2,4 Stellen:

	<u>Budget bei voller Auslastung</u>	<u>Budget im 1. Jahr der Betriebsaufnahme</u>
Gesamtaufwand für alle Angebote	Fr. 2'751'000	Fr. 2'201'000 (80%)
Gesamtertrag für alle Angebote	<u>Fr. 2'237'000</u>	<u>Fr. 1'342'000</u> (60%)
Gesamtdefizit	Fr. 514'000	Fr. 859'000

Bei einer *Maximalgrösse* von 36 stationären, 12 temporären und 12 Tagesheimplätzen sowie der Ambulanten Equipe mit 2,4 Stellen:

	<u>Budget bei voller Auslastung</u>	<u>Budget im 1. Jahr der Betriebsaufnahme</u>
Gesamtaufwand für alle Angebote	Fr. 5'087'000	Fr. 4'070'000 (80%)
Gesamtertrag für alle Angebote	<u>Fr. 4'240'000</u>	<u>Fr. 2'544'000</u> (60%)
Gesamtdefizit	Fr. 847'000	Fr. 1'526'000

Das erhöhte Defizit des ersten Betriebsjahres ist eine weitere zu berücksichtigende Finanzierungslücke. Da die Betriebsaufnahme mit heute nicht abschätzbaren Schwierigkeiten verbunden sein kann, müssen genügend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, um das Defizit des ersten Betriebsjahres abzudecken.

Von Fachleuten angeregte Optimierungsmöglichkeiten für die Betriebsaufnahme sind:

- Beim *stationären Angebot* soll die Aufnahme von demenzzkranken Menschen im Daueraufenthalt mit der Anstellung von Pflegepersonal optimal koordiniert werden. Es ist eine enge Zusammenarbeit mit den Aufnahmestellen öffentlich subventionierter Pflegeheime (Wartelisten) anzustreben, um das finanzielle Ergebnis zu optimieren.
- Beim *temporären Angebot* soll vorerst nur ein Platz zur Verfügung stehen. Sobald dieser eine Auslastung der budgetierten 70% erreicht, kann der zweite Platz angeboten werden. Dieses Verfahren dauert so lange bis alle Temporärplätze mit 70% ausgelastet sind.
- Das *Tagesheim* bietet vorerst nur an einzelnen Wochentagen seine Dienste an (bspw. Montag-Mittwoch) und weitet diese erst aus, wenn die Plätze besetzt werden können.
- Die *Ambulante Equipe* kann in der Anfangsphase des Betriebs allenfalls mit einem reduzierten Personalbestand zeitlich eingeschränkte Dienstleistungen anbieten.
- Die Arbeitsverträge mit dem Personal betreffend Beschäftigungsgrad sind für eine limitierte Zeit der Betriebsaufnahme möglichst flexibel zu gestalten (kein fixer Beschäftigungsgrad).

<sup>34</sup> Die detaillierten Unterlagen zum Budget (konsolidierte Erfolgsrechnung) sind beim Verfasser erhältlich.

Falls es gelingt, die Betriebsaufnahme wie oben angeregt zu optimieren, würde das Defizit des ersten Betriebsjahres tiefer ausfallen als vorgesehen.

Fazit: Die Finanzierungslücke für die Betriebsaufnahme kann geschlossen werden, wenn die GEF das Gesamtdefizit des Betriebs in Form einer Defizitgarantie im ersten Jahr zur Lastenverteilung zulässt. Eine leistungsabhängig Finanzierung während dem ersten Betriebsjahr empfiehlt sich nicht, da das ersten Betriebsjahr mit nicht vorhersehbaren Risiken aber auch Optimierungschancen verbunden ist.

---

## 9.5 Die Kosten der Angebote aus der Sicht der Leistungsfinanzierenden

Hinsichtlich der Finanzierung und Wirtschaftlichkeit ist es für die Leistungsfinanzierenden von Bedeutung, wieviel sie für die Angebote bezahlen müssten. Für die verschiedenen Leistungsfinanzierenden stellt sich das Ergebnis unterschiedlich dar. Die untenstehende Tabelle gibt Aufschluss darüber:

Leistungsfinanzierende	Angebote		
	Stationäres- und temporäres Angebot p/Tag	Tagesheim p/Tag	Ambulante Equipe
Kanton/GEF	Fr. 32.00 <sup>35</sup>	Fr. 86.00 <sup>36</sup>	Die Leistungen der Ambulanten Equipe sind mit den anderen Leistungen nicht vergleichbar.
Krankenkassen	Fr. 89.00		
Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)		Fr. 30.00	
Hilflosenentschädigung der IV	Fr. 27.00		
durchschnittliche Tarife für die Kundinnen und Kunden	Fr. 129.00 <sup>37</sup>	Fr. 22.00 Selbstbehalt der Krankenkassen; zusätzlich Transportkosten von Fr. 20.00 bis 40.00 p/Tag	
Vollkosten	Fr. 277.00	Fr. 138.00	

Die Tabelle zeigt u.a. den Vergleich der Vollkosten des stationären und temporären Angebotes mit dem Tagesheim. Das Tagesheim ist in Bezug auf die Vollkosten pro Aufenthaltstag günstiger als das stationäre und temporäre Angebot, das voraussichtlich Fr. 277.00 kosten wird. Die Leistungsfinanzierenden könnten die Frage, was günstiger ist und was nicht, anders beurteilen, da für sie nicht die Vollkosten sondern der von ihnen bezahlte Beitrag mitentscheidet. So kostet für den Kanton/GEF ein stationärer Heimplatz mit Fr. 32.00 pro Aufenthaltstag weniger als ein Tagesheimplatz mit Fr. 86.00.

<sup>35</sup> Ohne Kosten für Miete oder Kapitalkosten der Infrastruktur

<sup>36</sup> Ohne Kosten für Miete oder Kapitalkosten der Infrastruktur

<sup>37</sup> Der Tarif beträgt Fr. 161.00 für Personen, die keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL) der AHV haben. Für Personen die einen Anspruch auf EL haben ist der Tarif einkommens- und vermögensabhängig.

## 9.6 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Angebote

Wie wirksam sind die verschiedenen Angebote hinsichtlich des ungedeckten Unterstützungsbedarfs (vgl. Kapitel 3). In welchem Verhältnis stehen die eingesetzten finanziellen Mittel zum Nutzen, wie wirtschaftlich ist der Mitteleinsatz? Die untenstehende Tabelle gibt Aufschluss über die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit aus der Sicht der Leistungsfinanzierenden:

	Wirksamkeit*		Wirtschaftlichkeit**	
	Anzahl betreute Demenzkranke pro Platz	Anzahl betreute Demenzkranke bei 8 Plätzen	Vollkosten pro Platz und Jahr	Vollkosten pro demenzkranke Person und Jahr
Stationäres Angebot	1 Person	8 Personen	Fr. 101'000	Fr. 101'000
Temporäres Angebot	5 Personen	40 Personen	Fr. 101'000	Fr. 20'200
Tagesheim	4 Personen	32 Personen	Fr. 36'000	Fr. 9'000
Ambulante Equipe	Die Leistungen der Ambulanten Equipe sind mit den anderen Leistungen nicht vergleichbar.			

\* Die Angaben zur Anzahl betreuter Demenzkranke basieren auf Erfahrungszahlen: So betreute Domicil für Senioren pro 2001 mit 10 Ferienbetten/Temporärplätze in verschiedenen Heimen 54 Gäste. Im Tagesheim Baumgarten mit 12 Plätzen wurden rund 50 Kundinnen und Kunden betreut.

\*\* Die Formel für die Wirtschaftlichkeit: Vollkosten pro Tag und pro Person Fr. 277.00 x 365 Tage / Anzahl betreute Demenzkranke pro Platz

### *Wirksamkeit*

Im stationären Angebot kann pro Heimplatz eine Person betreut werden. Einen Platz im Temporärangebot können 5 Personen und im Tagesheim etwa 4 Personen benutzen, so die Erfahrungen und Schätzungen von Fachpersonen. Bei 8 Plätzen zeigt sich die Wirksamkeit noch deutlicher: Im stationären Angebot können 8 Personen, im Temporärangebot 40 Personen und im Tagesheim 32 Personen betreut werden. Damit sind Temporärangebote und Tagesheime wirksamer als stationäre Angebote, insbesondere wenn dabei die prognostizierte Zunahme demenzkranker Menschen im Blickfeld ist.

### *Wirtschaftlichkeit*

Die Gesamtkosten pro Heimplatz pro Jahr im stationären und temporären Angebot belaufen sich auf Fr. 101'000 und im Tagesheim auf Fr. 36'000. Die durchschnittlichen Gesamtkosten pro betreuten Demenzkranke belaufen sich im stationären Angebot auf Fr. 101'000 pro Jahr, weil nur eine Person pro Platz betreut werden kann. Mit 101'000 Franken – den durchschnittlichen Kosten für einen Heimplatz – können fünf Demenzkranke im Temporärangebot und zehn Demenzkranke im Tagesheim unterstützt werden. Temporärangebot und Tagesheim sind deshalb nicht nur wirksamer sondern auch wirtschaftlicher als das stationäre Angebot. Es ist davon auszugehen, dass ähnliches für die Ambulante Equipe gilt, da es sich um punktuelle Unterstützungen pro Person und nicht um ein Vollversorgungsangebot handelt.

Fazit: Die Finanzierung und der Aufbau von Temporärangeboten, Tagesheimen und Ambulanter Equipe sind gegenüber dem Ausbau von stationären Heimplätzen zu priorisieren.

---

## 10 Schlussfolgerungen

*Hinsichtlich des Bedarfs* prognostiziert die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF), dass die Anzahl der Demenzkranken in Zukunft stark zunehmen wird. Das gegenwärtige Angebot im Kanton Bern vermag schon heute der Nachfrage nach Unterstützungsleistungen nicht zu genügen. Eine Befragung der GEF sowie Aussagen von Fachpersonen lassen diesen Schluss zu. Ohne Gegenmassnahmen ist deshalb in Zukunft mit einem immer grösser werdenden ungedeckten Unterstützungsbedarf zu rechnen. Im Weiteren erwähnen das Alterskonzept sowie das Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention der Stadt Bern die Notwendigkeit zusätzlicher Dienstleistungen für Demenzkranke und deren Angehörige.

*Bezüglich der Bedürfnisse* der verschiedenen Zielgruppen zeigen der Krankheitsverlauf und die Symptome demenzkranker Menschen, dass sie – wie ältere Menschen im Allgemeinen - individuell unterschiedlich sind. Dementsprechend verschiedene Angebote sollten ihnen zur Verfügung stehen. Angehörige bringt die anstrengende Pflege oft an den Rand des psychischen und physischen Zusammenbruchs. Sie verfügen über zuwenig differenzierte Unterstützungen und oft verbleibt ihnen nur die Wahl zwischen Heimplatz und Betreuung zu Hause. Auch das Personal von Heimen und Spitex ist oft überfordert. All diese Zielgruppen brauchen mehr und differenziertere Unterstützungsleistungen als heute. In der Diskussion mit Fachpersonen sind vier Angebote entstanden, die den Bedürfnissen und dem Bedarf dieser Zielgruppen gerecht werden sollen: Stationäre und temporäre Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten, Tagesheimplätze sowie eine Ambulante Equipe zur Unterstützung der Angehörigen sowie des Spitex- und Heimpersonals.

*Hinsichtlich der Finanzierung* kommt die Untersuchung zum Schluss, dass stationäre und temporäre Angebote mit den heute geltenden Instrumenten finanziert werden können, sofern verschiedene Bedingungen (Betriebsbewilligung, Tarifvertrag mit Krankenkassen etc.) erfüllt werden. Ein ungedecktes Defizit entsteht bei den Tagesheimen und der Ambulanten Equipe. Dieses Defizit kann durch die heute geltenden Finanzierungsinstrumente nicht abgedeckt werden. Mittels einer leistungsabhängigen direkten Finanzierung über die kantonale Lastenverteilung könnte der Kanton dieses Defizit abdecken. Im ersten Jahr der Betriebsaufnahme ist in allen Angeboten mit einem erhöhten Defizit zu rechnen. Es empfiehlt sich, dass der Kanton dieses über eine Defizitgarantie abdeckt und erst danach zu einer leistungsabhängigen Finanzierung übergeht.

*In Bezug auf Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit* sind Temporärangebot und Tagesheime – so die Sicht der Leistungsfinanzierenden – wirksamer und wirtschaftlicher als stationäre Angebote. Pro Platz können nämlich bei denselben Kosten fünf- bis zehnmal mehr Kundinnen und Kunden betreut werden. Ein Temporärangebot, ein Tagesheim oder die Unterstützung einer Ambulanten Equipe entspricht in vielen Fällen den Bedürfnissen von Angehörigen von Demenzkranken besser und ist günstiger als eine stationäre Vollversorgung. Diese Angebote sind deshalb gegenüber dem Ausbau von stationären Heimplätzen zu priorisieren. Auf die Schaffung von mehr bedürfnisgerechten Heimplätzen kann trotz dieser Vorteile und mit Blick auf die Zunahme von Demenzkranken nicht verzichtet werden.

**Fazit:** Es braucht zusätzliche und differenzierte Unterstützungsleistungen für demenzkranke Menschen, deren Angehörige sowie das Personal von Heimen und Spitexdiensten.

---

Die nachfolgenden Massnahmen geben u.a. Aufschluss über die Menge der benötigten Leistungen für Demenzkranke. Allerdings ist es unmöglich, genau anzugeben wieviele Leistungen aufgrund des Bedarfs zusätzlich benötigt werden. Aus diesem Grund ist bspw. eine Minimalanzahl von 24- und eine Maximalanzahl von 48 Plätzen im stationären und temporären Angebot angegeben (Bandbreite). Sofern die angegebene Minimalanzahl unterschritten wird, ist die Wirtschaftlichkeit in Frage gestellt. Falls die Maximalanzahl überschritten wird, erreicht das Demenzzentrum eine Grösse, bei der die Gefahr einer negativen Stigmatisierung durch die Gesellschaft besteht.

## 10.1 Massnahmen zur Schaffung eines Demenzzentrums

Angebot	Stationäres Wohn- und Betreuungsangebot
Kundinnen und Kunden	Demenzkranken Menschen im mittleren und späten Krankheitsstadium
Kurzbeschreibung der Leistungen	24-Stunden-Betreuung in stationärer Einrichtung mit Serviceleistungen wie in einem Pflegeheim. Die Demenzkranken können nach der Aufnahme bleiben bis zum Tod. Kleine, überschaubare Wohngruppen mit etwa 8 Personen. Die Demenzkranken können sich im Zentrum frei bewegen und es bestehen Beschäftigungsmöglichkeiten. Die Medikation und die Schmerzen werden speziell beachtet.
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaffung von mindestens 18 und maximal 36 stationären Plätzen (ohne Plätze für Temporäraufenthalte, vgl. mit Massnahme zum Temporärangebot)</li> <li>• Gute Lebensqualität trotz schwerer Krankheit</li> <li>• Maximale Tageskosten von Fr. 277.00</li> </ul>
Tarif für die Kundinnen oder Kunden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Für Personen, die keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen der AHV haben: Fr. 161.00 pro Tag<sup>38</sup>.</li> <li>• Für Personen, die einen Anspruch auf Ergänzungsleistungen der AHV haben, ist der Tarif von Einkommen und Vermögen abhängig.</li> </ul>
Abgeltungsmodus für eine leistungsabhängige Finanzierung des Kantons	Fr. 21.00 <sup>39</sup> x Anzahl Aufenthaltstage (budgetierte Vollkosten: Fr. 277.00)
Defizit zulasten der kantonalen Lastenverteilung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei einer Mindestanzahl von 18 stationären Plätzen und 6'307 Aufenthaltstagen: Fr. 132'400.00</li> <li>• Bei einer Maximalanzahl von 36 stationären Plätzen und 12'614 Aufenthaltstagen: Fr. 264'900.00</li> </ul>

<sup>38</sup> Der Tarif versteht sich exkl. Fr. 89.00 Krankenkassenbeiträge und exkl. Fr. 27.00 Hilflosenentschädigung.

<sup>39</sup> Die Kosten für demenzkranke Daueraufenthalte sind schätzungsweise 20% oder Fr. 55.00 pro Tag tiefer als bei Temporäraufenthalten. Höhere Entschädigungen für Temporäraufenthalte, bzw. tiefere Entschädigungen für Daueraufenthalte sollen die Anreize so setzen, dass es für einen Leistungserbringenden finanziell interessant ist, beide Leistungen zu erbringen.

Angebot	Temporäres Wohn- und Betreuungsangebot
Kundinnen und Kunden	Demenzkranke Menschen im frühen, mittleren oder späten Krankheitsstadium zwecks Unterstützung der Angehörigen
Kurzbeschreibung der Leistungen	Vorübergehende Aufenthalte für einzelne Wochenende, Wochentage (bspw. regelmässig jeden Montag/Dienstag) oder ganze Wochen. Temporärplätze sollen immer in Verbindung mit den stationären Heimplätzen angeboten werden. Bei einer Wohngruppe von 8 Personen sollen 6 Plätze für Dauer- und 2 Plätze für Temporäraufenthalte zur Verfügung stehen. Ansonsten gelten dieselben Leistungen wie im stationären Angebot.
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaffung von mindestens 6 und maximal 12 Plätzen für Temporäraufenthalte (ohne Plätze für Daueraufenthalte; vgl. mit Massnahme zum stationären Angebot)</li> <li>• Demenzkranke Menschen sollen so lange wie möglich zu Hause bleiben können. Gute Lebensqualität der Angehörigen durch temporäre Unterstützung ermöglichen.</li> <li>• Maximale Tageskosten von Fr. 277.00</li> </ul>
Tarif für die Kundinnen oder Kunden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen, die keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen der AHV haben: Fr. 161.00 pro Tag<sup>40</sup></li> <li>• Für Personen, die einen Anspruch auf Ergänzungsleistungen der AHV haben, ist der Tarif von Einkommen und Vermögen abhängig.</li> </ul>
Abgeltungsmodus für eine leistungsabhängige Finanzierung des Kantons	Fr. 76.00 <sup>41</sup> x Anzahl Aufenthaltstage (budgetierte Vollkosten: Fr. 277.00)
Defizit zulasten der kantonalen Lastenverteilung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei einer Mindestanzahl von 6 Temporärplätzen und 1'533 Aufenthaltstagen: Fr. 116'500.</li> <li>• Bei einer Maximalanzahl von 12 Temporärplätzen: und 3'066 Aufenthaltstagen: Fr. 233'000.</li> </ul>

<sup>40</sup> Der Tarif versteht sich exkl. Fr. 89.00 Krankenkassenbeiträge und exkl. Fr. 27.00 Hilflosenentschädigung.

<sup>41</sup> Die Kosten für demenzkranke Daueraufenthalte sind schätzungsweise 20% oder Fr. 55.00 pro Tag tiefer als bei Temporäraufenthalten. Höhere Entschädigungen für Temporäraufenthalte, bzw. tiefere Entschädigungen für Daueraufenthalte sollen die Anreize so setzen, dass es für einen Leistungserbringenden finanziell interessant ist, beide Leistungen zu erbringen.

Angebot	Tagesheim
Kundinnen und Kunden	<p>Demenzkranke Menschen im frühen oder mittleren Krankheitsstadium zwecks Unterstützung der Angehörigen</p> <p>Das Angebot versteht sich insbesondere als Unterstützung von Angehörigen von demenzkranken Menschen. Die demenzkranken Menschen halten sich tagsüber im Tagesheim auf, währenddem die Angehörigen ihren (beruflichen) Pflichten nachgehen können.</p>
Kurzbeschreibung der Leistungen	Öffnungszeiten, die etwa normalen Arbeitszeiten von berufstätigen Angehörigen entsprechen. Tagesheimgruppe mit ca. 8 Personen. Beschäftigungs- und Ruhemöglichkeiten sind vorhanden. Ein Fahrdienst für die Hin- und Rückfahrt wird angeboten und ist in der Tarifberechnung berücksichtigt.
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaffung von mind. 8 und maximal 12 Tagesheimplätzen</li> <li>• Demenzkranke Menschen sollen so lange wie möglich zu Hause bleiben können. Gute Lebensqualität der Angehörigen durch tageweise Unterstützung ermöglichen.</li> <li>• Maximale Tageskosten von Fr. 138.00</li> </ul>
Tarif für die Kundinnen oder Kunden	Fr. 22.00 ohne Kosten für Fahrdienst von Fr. 20.00 bis Fr. 40.00 pro Tag.
Abgeltungsmodus für eine leistungsabhängige Finanzierung des Kantons	Fr. 86.00 x Anzahl Aufenthaltstage (budgetierte Vollkosten: Fr. 138.00)
Defizit zulasten der kantonalen Lastenverteilung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei einer Mindestanzahl von 8 Tagesheimplätzen und 1'768 Aufenthaltstagen: Fr. 152'000.</li> <li>• Bei einer Maximalanzahl von 12 Tagesheimplätzen und 2'652 Aufenthaltstagen: Fr. 228'000.</li> </ul>

Angebot	Ambulante Equipe
Kundinnen und Kunden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle demenzkranken Menschen mit Unterstützungsbedarf</li> <li>• Angehörige von demenzkranken Menschen</li> <li>• Personal von Heimen und Spitexdiensten</li> <li>• Hausärztinnen oder Hausärzte von Demenzkranken</li> </ul>
Kurzbeschreibung der Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegerische Unterstützung bei auffälligem Verhalten der Demenzkranken durch Aufzeigen von Therapiemöglichkeiten; Pflegedienst für Notfälle von max. 10-20 Std. sowie Vermittlung eines Betreuungsdienstes, falls die Angehörigen bspw. wegen Krankheit ausfallen;</li> <li>• Ärztliche Konsilien zur Diagnose und für Behandlungs- und Betreuungsmethoden; Fallbesprechungen mit ärztlichen Dienst und/oder Pflegefachperson;</li> <li>• Weiterbildung für Pflegende und Angehörige; Anlauf- und Informationsstelle sowie Öffentlichkeitsarbeit.</li> </ul> <p>Die Dienstleistungen werden ambulant im Demenzzentrum, bei den Angehörigen zu Hause oder in den Heimen und bei Spitex erbracht.</p>
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaffung einer Ambulanten Equipe für demenzkranke Menschen mit mindestens 120 Stellenprozent für Pflegefachpersonen, mind. 80 % für den ärztlichen Dienst und mind. 40 % für die interdisziplinäre Mitarbeit der Alzheimervereinigung.</li> <li>• Demenzkranke Menschen sollen so lange wie möglich zu Hause bleiben können. Stärkung der Handlungs- und Sachkompetenz von Angehörigen und Personal. Lebensqualität der Demenzkranken verbessern. Sensibilisierung der Bevölkerung für die Probleme der Demenzkranken und ihren Angehörigen.</li> <li>• Maximal ungedeckte Kosten pro Jahr von Fr. 114'000.00</li> </ul>
Tarif für die Kundinnen/ Kunden	Selbstbehalt von mind. 10% auf ärztlichen oder pflegerischen Leistungen
Abgeltungsmodus für eine leistungsabhängige Finanzierung des Kantons	Pauschalbeitrag für ungedeckte Kosten
Defizit zulasten der kantonalen Lastenverteilung	Pauschalbeitrag mindestens Fr. 114'000.00. Der Minimalbeitrag stellt auch den Maximalbeitrag für die Ambulante Equipe bei Betriebsaufnahme dar. Eine Anpassung an die effektive Nachfrage soll zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Die finanziellen Auswirkungen dieser Anpassung sind heute weder vorherseh- noch kalkulierbar.

Die vorerwähnten Massnahmen sind aufgrund der heute unbefriedigenden Situation für die Zielgruppen dringlich umzusetzen. Eine Priorisierung der vorerwähnten vier Massnahmen ist im Sinne der Bedürfnisse und des Bedarfs der Zielgruppen nicht möglich. Für sie braucht es alle Angebote.

## 10.2 Zentrale oder dezentrale Realisierung der Massnahmen?

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern und interessierte Gemeinden müssen aufgrund einer Gesamtbetrachtung für den ganzen Kanton beurteilen, in welchen Regionen Demenzzentren zu schaffen sind. Für die betroffene Bevölkerung sollte aufgrund der Bedarfseinschätzungen mindestens in den drei Ballungszentren des Kantons Bern, nämlich in den Regionen Bern, Biel und Thun, je ein Demenzzentrum zur Verfügung stehen, das alle Angebote unter einem Dach vereint. Je nach regionalen Bedarf könnten ergänzend dazu weitere Zentren entstehen oder nur einzelne Angebote (Temporärplätze, Tagesheim, Ambulante Equipe) dezentral in bestehenden Pflegeheimen realisiert werden.

Die Vor- und Nachteile einer zentralen Realisierung (alle Angebote unter einem Dach):

Vorteile	Nachteile
Die Betroffenen haben <i>eine Anlaufstelle</i> und werden nicht von einer zuständigen Stelle zur andern geschoben (integrierte Behandlungskette).	Eine Betriebsaufnahme ist erst mittelfristig möglich. Es ist mit <i>mindestens 2-5 Jahre</i> zu rechnen, um eine Liegenschaft und eine Betriebsgesellschaft zu suchen sowie allfällige bauliche Anpassungen vorzunehmen.
Mitarbeitende können gezielt <i>in Demenzfragen ausgebildet</i> werden. Die Folgen davon sind erhöhte Fachkompetenz, mehr Erfahrungen, weniger Burn-out, tiefere Fluktuationsraten.	
Einige finanzielle und personelle <i>Synergien</i> entstehen erst, wenn unterschiedliche Angebote unter einem Dach bestehen. So kann bspw. auf ein Aktivierungsangebot in einer Wohngruppe verzichtet werden, wenn im Tagesheim eine Solches besteht. Das Personal der Ambulanten Equipe sammelt Erfahrungen im stationären Bereich und gibt diese in ambulanten Einsätzen anderen Heimen oder Spitexdiensten weiter.	
Es können <i>zusätzliche stationäre Plätze</i> für Demenzkranke geschaffen werden. Dies ist insbesondere in denjenigen Regionen bedeutend, in denen die Nachfrage nach Heimplätzen grösser ist als das Angebot (z.B. Region Bern).	

Der Nachteil einer zentralen Realisierung ist der damit verbundene Zeitaufwand. Ein Demenzzentrum lässt sich wegen der Suche nach einer Liegenschaft und allfälliger Sanierungsmassnahmen erst mittelfristig, d.h. innert 2 bis 5 Jahren realisieren. Eine dezentrale Realisierung wäre je nach Objekt viel rascher zu verwirklichen. Hingegen bedeutet eine dezentrale Realisierung, dass gewichtige Nachteile in Kauf genommen werden: Verzicht auf finanzielle und personelle Synergien, Verzicht auf eine integrierte Behandlungskette etc. Insofern ist in den Ballungszentren, in denen ein Bedarf an allen Angeboten besteht, der Nutzen einer zentralen Realisierung höher zu werten als eine rasche Realisierbarkeit bei einer dezentralen Lösung. Fazit: Für die Ballungszentren ist eine zentrale Realisierung „alle Angebote unter einem Dach“ anzustreben.

### 10.3 Weiteres Vorgehen für ein Projekt in Stadt und Region Bern

Umsetzungsplanung für ein Projekt zur Realisierung eines Demenzzentrums:

Auftraggeber n	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF)
Auftragnehm er	Verein Region Bern Projektleitung: Direktion für Soziale Sicherheit der Stadt Bern  Der VRB als Auftragnehmer wird eine Arbeitsgruppe bestehend aus Mitgliedern der Sozialkommission VRB zusammenstellen. Diese Arbeitsgruppe wird die Aufgabe haben, eine geeignete Betriebsgesellschaft zu finden oder zu initiieren, Eigenkapital zu suchen sowie die Evaluation des Projekts zu organisieren. Der VRB hat nicht die Absicht, die Trägerschaft des Demenzzentrums zu übernehmen. Allerdings wird er dazu beitragen, eine geeignete Trägerschaft zu organisieren.
Meilensteine und Zeitplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antrag für Grundsatzentscheid zur Finanzierung bis Ende 2002</li> <li>• Grundsatzentscheid GEF bis Mitte 2003</li> <li>• Suche einer Betriebsgesellschaft und Eigenkapital bis Ende 2003</li> <li>• Suche einer Liegenschaft bis Ende 2003</li> <li>• Antrag/Entscheid zur Finanzierung von Betrieb und Liegenschaft bis 2004</li> <li>• Einholen von Bewilligungen (vgl. unten)</li> <li>• Früheste Betriebsaufnahme ohne bauliche Sanierungen 1.1.2005<sup>42</sup></li> </ul>

Checkliste für das Einholen von Bewilligungen vor der Betriebsaufnahme:

Stationäres und temporäres Angebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betriebsbewilligung der GEF</li> <li>• Tarifvertrag mit Krankenkassen bei Aufenthalt im Pflegeheim</li> <li>• Sondergenehmigung GEF für Kostgeld-Einstufung BAK 3+</li> <li>• Zulassung des Defizites zur Lastenverteilung (GEF), Leistungsvertrag</li> </ul>
Tagesheim	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beitrag des Bundesamts für Sozialversicherung (BSV)</li> <li>• Zulassung des Defizites zur Lastenverteilung (GEF), Leistungsvertrag</li> </ul>
Ambulante Equipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarifvertrag mit Krankenkassen für Spitexleistungen</li> <li>• Tarmed für ärztliche Leistungen</li> <li>• Zulassung des Defizites zur Lastenverteilung (GEF), Leistungsvertrag</li> </ul>

<sup>42</sup> Die Betriebsaufnahme verzögert sich je nach Sanierungsbedarf der Liegenschaft um 1 bis 3 Jahre.