Foto: FAMBAU (fambau.ch)

Studie im Auftrag der TIAG AG und der Stadt Bern

Wohnen im Alter im Tscharnergut

Kritische Würdigung eines Wohnbauprojekts anhand sozialgerontologischer Qualitätskriterien

Riccardo Pardini, Kathy Haas, Jonathan Bennett
03.03.2023

source: https://doi.org/10.24451/arbor.19112 | downloaded: 1.5.2024

Berner Fachhochschule

Institut Alter

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 4
2 Projekt Wohnen im Alter im Tscharnergut 5
2.1 Projektauftrag 5
2.2 Projektvorgehen 5
2.2.1 Modul 2: Bedarfsprognose für die ambulante und statonäre Langzeitpflegeversorgung der Stadt Bern bis 2040 5
2.2.2 Modul 3: Qualitätskriterien städtischer Altersplanung 5
2.2.3 Modul 4: Kritische Würdigung des Wohnbauprojekts Alterszentrum Tscharnergut TIAG 7
3 Ergebnisse 8
3.1 Bedarfsprognose ambulante und stationäre Langzeitpflegeversorgung in der Stadt Bern bis 2040 8
3.1.1 Einleitung 8
3.1.2 Methode 8
3.1.2.1 Etappen des erweiterten Prognosemodells 9
3.1.2.2 Modellierte Szenarien für die Stadt Bern 9
3.1.2.3 Besonderheiten der Modellierung bezüglich der Leistungserbringer 10
3.1.2.4 Datenquellen 10
3.1.3 Ausgangslage 11
3.1.4 Ergebnisse 12
3.1.5 Synthese, Diskussion und Limitationen 16
3.2 Gelingensfaktoren städtischer Altersplanung 16
3.2.1 Alterspolitische Ausrichtung der Städte Basel, Luzern, Winterthur und Zürich 17
3.2.1.1 Stadt Basel 17
3.2.1.2 Stadt Luzern 19
3.2.1.3 Stadt Winterthur 21
3.2.1.4 Stadt Zürich 24
3.2.2 Gelingensfaktoren für stationäre Einrichtungen im städtischen Raum 26
3.2.2.1 Vielfalt von Wohnstrukturen und Wohnlichkeit 26
3.2.2.2 Neue Kernkompetenzen 26
3.2.2.3 Quartierorientierung 27
3.2.2.4 Durchlässigkeit 27
3.2.2.5 Bedürfnisorientierung/Zugang für alle 27
3.3 Kritische Würdigung des Wohnbauprojekts Alterszentrum Tscharnergut TIAG 28
3.3.1 Qualitätskriterium Wohnaspekte 32
3.3.1.1 Indikator 1: Vielfalt und Anordnung der Wohnangebote 32
3.3.1.2 Indikator 2: Bauliche und infrastrukturelle Begebenheiten 35
3.3.1.3 Indikator 3: Zentrale Wohnaspekte im Alter 36
3.3.2 Qualitätskriterium Sozialraumorientierung 37
3.3.2.1 Indikator 4: Öffnung und Durchlässigkeit des Wohnbauprojekts 38
3.3.2.2 Indikator 5: Zusammenarbeit im Sozialraum 39
3.3.3 Qualitätskriterium Gesundheitsversorgung 39
3.3.3.1 Indikator 6: Ausrichtung der Gesundheitsversorgung 40
3.3.3.2 Indikator 7: Versorgungsformen 41
3.3.3.3 Indikator 8: Zusammenarbeit im Gesundheitswesen 42
3.3.3.4 Indikator 9: Passung der Wohnangebote und Betreuungs- und Pflegebedarfe 42
3.3.4 Qualitätskriterium Betriebliche Gestaltung 43
3.3.4.1 Indikator 10: Organisationstruktur 44
3.3.4.2 Indikator 11: Management 44
3.3.4.3 Indikator 12: Personal 44
3.3.5 Qualitätskriterium Nachhaltige Ausrichtung 44
3.3.5.1 Indikator 13: Anpassungsfähigkeit der räumlichen Strukturen 45

3.3.5.2 Indikator 14: Anpassungsfähigkeit an sozialen Wandel 45
3.3.5.3 Indikator 15: Anpassungsfähigkeit an die Gesundheitsversorgung 46
4 Schlussfolgerungen 48
5 Abbildungsverzeichnis 51
6 Tabellenverzeichnis 51
7 Literaturverzeichnis 52
8 Anhang 54
8.1 Nachtrag gemäss Workshop 23.11.2022 54
8.2 Interviewleitfaden Modul 3 55

1 Einleitung

Die Tscharnergut Immobilien AG (TIAG) besteht aus den gemeinnützigen Bauträgern FAMBAU Genossenschaft, der Baugenossenschaft Brünnen-Eichholz, der Stiftung Unia und der Stadt Bern. Gemeinsam betreiben sie die Wohnbausiedlung «Tscharni» im Westen der Stadt Bern. Sie haben das Institut Alter (INA) der Berner Fachhochschule (BFH) beauftragt, das Wohnbauprojekt «Wohnen und leben im Alter. Konzept Alterszentrum 2021» aus sozialplanerischer und gerontologischer Sicht kritisch zu würdigen. Das gesamte Projekt geht über die kritische Würdigung des Wohnbauprojekt hinaus. Der vorliegende Schlussbericht fasst die Ergebnisse von drei Aufträgen zusammen: Der erste Auftrag beinhaltet eine Bedarfsschätzung für die ambulante und stationäre Langzeitpflegeversorgung der Stadt Bern bis 2040. Der zweite Auftrag umfasst einen Städtevergleich hinsichtlich der städtischen Alterspolitik und der Rolle stationärer Einrichtungen. Besonderes Augenmerk liegt auf den Gelingensfaktoren von Rahmenbedingungen für Wohnbauprojekten mit einen stationären Wohnangebot für ältere Menschen. Der dritte Auftrag würdigt in differenzierter Weise das dem Projektteam vorliegende Konzept des Wohnbauprojekts «Wohnen und leben im Alter. Konzept Alterszentrum 2021». Die kritische Würdigung erfolgte auf Basis eines eigens konzipierten Qualitätskriterienrasters. Der Schlussbericht bietet den Auftraggebenden eine wissenschaftlich erarbeitete Grundlage, auf welcher weitere Entscheidungen bzgl. dem Wohnbauprojekt «Wohnen und leben im Alter. Konzept Alterszentrum 2021» getroffen werden können.

Demografische Entwicklungen und Wohnbedürfnisse als Ausgangslage

2040 werden rund 25% der Schweizer Bevölkerung mindestens 65 Jahre alt sein – aktuell sind es rund 18%. Bekanntermassen ändern sich mit zunehmendem Alter die Bedürfnisse an das Wohnen, angefangenen beim eigenen Zuhause aber auch betreffend die Wohnumgebung (Quartier, Sozialraum). Während im sogenannten dritten Lebensalter bis ca. 80 Jahre viele Menschen ein noch weitgehend beschwerdefreies Leben führen können, nehmen im vierten Lebensalter oft Einschränkungen der Mobilität zu und der Bewegungsradius wird kleiner. Den altersgerechten Wohnangeboten und der wohnortsnahen Gesundheitsversorgung kommt deshalb eine grosse und noch wachsende Bedeutung zu (vgl. Zimmerli, 2017, S. 147). Besonders mit steigendem Betreuungs- und Pflegebedarf drängen sich Fragen nach Wohnanpassungen oder nach alternativen Wohnformen auf. Von Interesse sind insbesondere Wohnformen, welche die Unterstützung (Betreuung und Pflege) von älteren Menschen in unterschiedlicher Intensität ermöglichen. Mittlerweile existieren verschiedene Wohnangebote, welche auf verschiedene Lebensphasen unterstützungsbedürftiger älterer Menschen zugeschnitten sind. Neben dem stationären Wohnaufenthalt in Pflegeheimen sind v.a. zwei Typen von Alterswohnungen zu nennen (vgl. Werner, Kraft, Elbel, & Kreienbühl, 2021). Reine Alterswohnungen beinhalten nur punktuelle Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegeangebote. Hingegen gehört zum betreuten Wohnen in der Regel ein umfassendes Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegeangebot. Welche Wohnformen und welcher Mix von stationären, ambulanten und intermediären Versorgungsstrukturen zu fördern sind, ist aktuell Gegenstand von politischen Debatten in vielen Schweizer Gemeinden und Städten.

In diesem Zusammenhang ist auf die kürzlich erschienene Studie «Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040» (vgl. Pellegrini, Dutoit, Pahud, & Dorn, 2022) des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) hinzuweisen. Gemäss dieser müssen alle Kantone bis 2040 mit einem deutlichen Bedarfsanstieg in der Alters- und Langzeitpflege für die Altersklasse 80+ rechnen. Wurde zwischen 2010 und 2020 ein Wachstum von +25% beobachtet, prognostiziert das Obsan zwischen 2020 und 2040 gesamtschweizerisch ein Wachstum von +83% Prozent. Dabei ist der Bedarfsanstieg sowohl auf Seiten der ambulanten als auch der stationären Strukturen zu beobachten. Letzterer Anstieg lässt sich gemäss Pellegrini et al. (2022) auch mit einem Ausbau intermediärer Strukturen (z.B. Alterswohnungen oder betreutes Wohnen) nicht gänzlich eindämmen. Daraus lässt sich folgern, dass der Bedarf an allen oben beschriebenen Wohnformen für Menschen 80+ steigen wird.

Auch die Stadt Bern ist von diesen demografischen Entwicklungen nicht ausgenommen. Das von der Statistik Stadt Bern prognostizierte Wachstum der 60-jährigen und älteren Bevölkerung zwischen 2015 und 2050 entspricht einer Zunahme von 30% (vgl. Gemeinderat der Stadt Bern, 2020), wobei die Altersklasse 80+ im Vergleich zu den jüngeren Altersklassen am stärksten zunimmt (+54%). Da sich die Modellrechnungen des Obsan auf eine kantonsübergreifende Ebene begrenzen, kann aus der Studie von Pellegrini et al. (2022) noch nicht direkt abgeleitet werden, wie sich die Alters- und Langzeitpflegeversorgung in der Stadt Bern zukünftig entwickeln wird. Die Indizien sprechen allerdings dafür, dass sowohl der Bedarf an ambulanten als auch stationären Strukturen für die Altersgruppe 80+ zunehmen wird.

In diesen breiten thematischen Kontext fügt sich der massgebende Projektauftrag. Der hier vorliegende Schlussbericht enthält die Berichterstattung für das im Zeitraum vom 01.07.2022 bis 28.02.2023 durchgeführte Projekt.

2 Projekt Wohnen im Alter im Tscharnergut

Das Tscharnergut, ein Wohnquartier im Westen der Stadt Bern, bietet mit rund 1'200 Wohnungen Wohnraum für 2'600 Menschen. Aktuell sind die Bedürfnisse der älteren Menschen im Quartier nach geeignetem Wohn- und nicht genügend berücksichtigt. Aus diesem Grund hat die TIAG ein Wohnbauprojekt entworfen, welches sich dieser Nachfrage annimmt und den älteren Menschen im Tscharni einen möglichst langen Verbleib im Quartier ermöglichen soll (vgl. FAMBAU Genossenschaft, 2021).
Das Wohnbauprojekt «Wohnen und leben im Alter. Konzept Alterszentrum 2021.» der TIAG sieht eine Kombination unterschiedlicher Wohnformen vor. Das Angebot beinhaltet sowohl Alterswohnungen und betreutes Wohnen als auch Einzelbettzimmer in einer Pflegeabteilung. Mit den diversen Wohnformen berücksichtigt das Projekt nicht nur die unterschiedlichen Wohnbedürfnisse im vierten Lebensalter, sondern versucht auf der Grundlage des Wohn- und Pflegemodells 2030 (vgl. CURAVIVA Schweiz) einen wichtigen Beitrag zu einer zukunftsorientierten, quartierbezogenen Gesundheitsversorgung zu erbringen. Zusätzlich nimmt es die sozioökonomischen Rahmenbedingungen im Quartier auf, indem der Zugang zu bedürfnisgerechten Wohnmöglichkeiten auch für EL-Beziehende sichergestellt werden soll.
Im Folgenden wird auf den Projektauftrag und das Projektvorgehen mit den einzelnen Modulen eingegangen.

2.1 Projektauftrag

Das Institut Alter der Berner Fachhochschule wurde durch die TIAG und die Stadt Bern (Direktionen FPI und BSS) beauftragt, einen Bericht «Wohnen im Alter im Tscharnergut» zu erstellen, der folgende Inhalte aufweist:

- Schätzung des Bedarfs an ambulanter und stationärer Langzeitpflege in der Stadt Bern bis 2040;
- Erarbeitung eines Kriterienkatalogs für die erfolgreiche Planung und Entwicklung von altersgerechten Wohnbauprojekten hinsichtlich den Langzeitpflegeversorgungsstrukturen im urbanen Raum;
- Würdigung des vorliegenden Projektentwurfs von TIAG anhand des erarbeiteten Kriterienkatalogs.

2.2 Projektvorgehen

Das Projekt gliedert sich in fünf verschiedene Module, wobei es im Modul 1 um die Projektvorbereitung und Modul 5 um die Berichterstattung (Schlussbericht) handelt. Die drei thematischen Module beinhalten erstens eine durch Obsan prognostizierte Bedarfsentwicklung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege, zweitens eine Literatur- und Dokumentenanalyse und Expert:inneninterviews der städtischen Altersplanung zur Erarbeitung der Qualitätskriterien für die drittens kritische Würdigung des vorliegenden Projektkonzepts «Wohnen und leben im Alter. Konzept Alterszentrum 2021». Die thematischen Module werden nachfolgend genauer beschrieben.

2.2.1 Modul 2: Bedarfsprognose für die ambulante und statonäre Langzeitpflegeversorgung der Stadt Bern bis 2040

Wie bereits erwähnt, hat das Obsan (Pellegrini et al., 2022) ein Prognosemodell für die Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz entwickelt. Auf Basis dieses Modells wurde der Bedarf für die Stadt Bern prognostiziert. Es berücksichtigt die demografische Entwicklung der älteren Bevölkerung der Stadt Bern und die epidemiologische Entwicklung der älteren Bevölkerung. Die Bedarfsprognose liefert eine objektive Grundlage, um Aussagen über die zukünftig benötigten ambulanten (Spitex-Leistungen) und stationären (Pflegeplätze) Strukturen in der Stadt Bern zu treffen. Sie wurde somit sowohl für die ambulante (Spitex Statistik Pflege und Betreuung) als auch die stationäre Inanspruchnahme von Leistungen der Langzeitpflege (SOMED-Daten, Langzeitaufenthalte in den Pflegeheimen der Stadt Bern) für die Stadt Bern vorgenommen (Referenzjahr 2019[1]). Die Bevölkerungsentwicklung der Stadt Bern wurde einbezogen. Die Modellrechnung berücksichtigt zudem epidemiologische Trends und die bestehende Versorgungspolitik der Stadt bzw. des Kantons Bern. Die Bedarfsanalyse wurde in Zusammenarbeit mit Obsan vorgenommen. Wie erwähnt verfügt das Obsan über ein speziell für diese Art der Bedarfsschätzung entwickeltes Prognosemodell und die entsprechende einschlägige Erfahrung und Expertise.

2.2.2 Modul 3: Qualitätskriterien städtischer Altersplanung

Modul 3 analysiert die alterspolitische Ausrichtung der Städte Basel, Luzern, Zürich, Winterthur hinsichtlich der Wohnraumpolitik und Gesundheitsversorgung für die ältere Bevölkerung. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse

[1] Aufgrund der Covid-19-Pandemie empfiehlt das Obsan, das Jahr 2019 als Berechnungsgrundlage zu wählen.

wurden als Grundlage verwendet, um Qualitätskriterien zu erarbeiten, auf deren Grundlage das Wohnbauprojekt «Wohnen und leben im Alter. Konzept Alterszentrum 2021» kritisch gewürdigt werden kann.
Für die Ausarbeitung von Qualitätskriterien in der städtischen Altersplanung wurden mehrere Vorgehensweisen kombiniert. Als erstes wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um die in der Theorie bekannten Faktoren von erfolgreichen Strategien der Altersplanungen zu erheben. Weitere Basis dieser Analyse bildeten anschliessend online zugängliche Informationen und Berichte sowie weitere von den entsprechenden städtischen Ämtern und Fachstellen zur Verfügung gestellten Unterlagen. Die inhaltsanalytische Auswertung der Dokumente wurde durchgeführt, um die für die Städte Basel, Luzern, Zürich und Winterthur handlungsleitenden Parameter ausfindig zu machen.
Die inhaltliche Dokumentenanalyse wurde ergänzt durch leitfadengestützte Expert:inneninterviews mit Fachpersonen in den genannten Städten. Mit den Expert:inneninterviews kann ein breites und zugleich verdichtetes Wissen über die relevanten und innovativen Aspekte städtischen Alterspolitik gesammelt werden. Laut Bogner et al. (vgl. 2009, S. 7) verfügen Expert:innen über Insiderwissen und stehen stellvertretend für eine Vielzahl von zu befragenden Akteuren. Durch die Analyse der Strategie- und Planungsdokumente und die Expert:inneninterviews wurde herausgearbeitet, a. auf welchen Grundlagen die zukünftige alterspolitische Ausrichtung der Wohn- und Versorgungspolitik gründen und b. welche Qualitätskriterien einer zukunftsgerichteten Weiterentwicklung des Wohnangebots dienen für ältere Menschen mit unterschiedlichem Pflege- und Betreuungsbedarf. Im Zentrum der Analyse standen die folgenden thematischen Schwerpunkte:

- strategische Ausrichtung (z.B. Aging in Place),
- Wohnformen im Alter (z.B. Priorisierung),
- Gesundheitsversorgung (z.B. Stellenwert in Bezug auf das Wohnen im Alter),
- Rolle von Alters- und Pflegeheimen und
- Rolle der Stadt als politische Akteurin

sowie die entsprechenden Massnahmen.

Bei der Auswahl der Expert:innen wurde darauf geachtet, dass sie verschiedene Bereiche der städtischen Verwaltung resp. der relevanten Akteure der Städte repräsentieren. So wurden je ein:e Expert:in aus dem Bereich der strategisch-politischen Ebene, aus einer Alters- oder Wohnfachstelle und jemand aus der Sparte Alters- und Pflegeheime befragt. Damit besass die Datenerhebung ein genügend breites Spektrum von Perspektiven.
Die Expert:inneninterviews wurden anhand eines Leitfadens geführt (vgl. 8.2). Bei allen Expert:innen kam derselbe Leitfaden zur Anwendung, wobei je nach Fachgebiet die Prioritäten variierte resp. eine unterschiedliche Reihenfolge der Fragen angewendet wurde. Je nach vorhandenem Fachwissen hatten die Befragten die Möglichkeit, auf einige Fragen vertieft einzugehen. Allen Expert:innen wurde der Leitfaden im Voraus zugestellt, so dass sie sich auf das Interview vorbereiten konnten. Sämtliche Interviews wurden online über MS-Teams durchgeführt und dauerten zwischen 29 und 50 Minuten. Für die Interviewanalysen wurden die Gespräche mit Einverständnis der Interviewpartner:innen digital aufgezeichnet. Die Auswertung der Expert:inneninterviews orientiert sich an der interpretativen Auswertungsstrategie von Meuser und Nagel (2002). Die Aufzeichnungen der Interviews wurden dazu dem Gesprächsverlauf nach paraphrasiert. Anschliessend wurden die einzelnen Interviewpassagen zusammengestellt und den übergeordneten Erkenntnisthemen im Sinne von Analysekategorien zugewiesen. Durch die thematische Auflistung der Passagen konnten die Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Abweichungen und Wiedersprüche herausgearbeitet werden.
Mittels der Kombination dieser verschiedenen Schritte – Literatur- und Dokumentenanalyse und Expert:inneninterviews – konnten die zentralen Qualitätskriterien breit abgestützt, abgeleitet und ausformuliert werden. Um den Entwurf des Kriterienkatalogs zu plausibilisieren und weiterzuentwickeln, wurden vier weitere Interviews mit Fachexpert:innen aus dem Praxisfeld geführt. Sie brachten eine praxisnahe Perspektive ein und ermöglichten mit ihrem Wissen eine Feinjustierung des Kriterienkatalogs. Im Gegensatz zu den anderen Interviews wurde dafür ein fokussiertes Interview als Erhebungsinstrument benutzt. Die Fachpersonen erhielten einen Entwurf des Kriterienkatalogs, welcher als Gesprächsgegenstand (Input) für das Interview diente.
Alle Interviews wurdem im Zeitraum vom 05.09.22 bis 02.12.22 15 geführt. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die befragten Expert:innen:

Tabelle 1 Übersicht Expert:inneninterviews.

Nr.	Name	Expertisebereich	Expertise	Datum
1	Exp. 01	Städtische Alterspolitik	Stadt Luzern	20.09.22
2	Exp. 02	Alters- und Langzeitpflegeversorgung	Stadt Luzern	22.09.22
3	Exp. 03	Wohnen im Alter	Stadt Luzern	22.09.11
4	Exp. 04	Städtische Alterspolitik	Stadt Zürich	29.09.22
5	Exp. 05	Wohnen im Alter	Stadt Zürich	21.09.22
6	Exp. 06	Alters- und Langzeitpflegeversorgung	Stadt Zürich	28.09.22
7	Exp. 07	Städtische Alterspolitik	Stadt Basel	21.09.22
8	Exp. 08	Alters- und Langzeitpflegeversorgung	Stadt Basel	05.09.22
9	Exp. 09	Wohnen im Alter	Stadt Basel	21.09.22
10	Exp. 10	Städtische Alterspolitik & Wohnen im Alter	Stadt Winterthur	15.09.22
11	Exp. 11	Alters- und Langzeitpflegeversorgung	Stadt Winterthur	04.10.22
12	Andrea Hornung	CEO, Gesamtleitung und Unternehmensentwicklung Domicil	Langzeitpflege	02.12.22
13	Andreas Sidler	Leitung Forschung & Wissensvermittlung AGE-Stiftung	Wohnen und Langzeitpflege	01.12.22
14	Igor Carrasquinho	Projektleiter Gesundheitsökonomie Curaviva	Langezeitpflege	01.12.22
15	Werner Müller	CDO Senevita	Langzeitpflege	02.12.22

2.2.3 Modul 4: Kritische Würdigung des Wohnbauprojekts Alterszentrum Tscharnergut TIAG

Basierend auf den durch Literatur- und Dokumentenanalyse sowie Expert:inneninterviews erarbeiteten Qualitätskriterien für eine zukunftsweisende Wohn- und Versorgungsstruktur für ältere Menschen im urbanen Raum wurde das Dossier für ein Alterszentrum Tscharnergut kritisch gewürdigt. Dazu dienten mehrere Quellen. Hauptgrundlage stellte die Projektbroschüre (vgl. FAMBAU Genossenschaft, 2021) dar sowie die Informationen aus den diversen Austauschen mit den Auftraggebenden in Form von Sitzungen und Workshops. Um noch spezifische bestehende Wissenslücken des Projektteams INA zu schliessen, wurde ein Gespräch mit Vertretenden von FAMBAU/TIAG, nämlich Herrn Walter Straub, VR Präsident, Herrn Alexander Schaller, Geschäftsführer und Frau Olivia Kaufmann, Sozialplanerin, durchgeführt. Das Gruppeninterview erfolgte am 23.11.2022. Anschliessend konnte das Projekt Alterszentrum Tscharnergut der TIAG unter Beizug des in Modul 3 erarbeiteten Kriterienrasters sowie der Bedarfsprognose (Modul 2) kritisch gewürdigt werden.

Im Projektverlauf fanden zu verschiedenen Zeitpunkten Workshops mit den Auftraggebenden statt. Dabei wurden anhand von Präsentationen einerseits Einblicke in die Module und den aktuellen Projektstand gewährt, andererseits Ergebnisse diskutiert und mit Fachwissen seitens der Auftraggebenden validiert.

3 Ergebnisse

Das folgende Kapitel stellt die Ergebnisse der Module 2, 3 und 4 dar.

3.1 Bedarfsprognose ambulante und stationäre Langzeitpflegeversorgung in der Stadt Bern bis 2040

3.1.1 Einleitung

Durch den fortlaufenden Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge der sogenannten Babyboomer (1945-1965) in das Rentenalter wird die ältere Bevölkerung der Schweiz in den nächsten Jahrzenten stark zunehmen und zusätzliche Versorgungskapazitäten im Bereich der Alters- und Langzeitpflege notwendig machen (vgl. Pellegrini et al., 2022). Die Kantone müssen gemäss Artikel 39 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) die Planung für den stationären Bereich der Pflegeheime sicherstellen, stehen allerdings zusammen mit den Gemeinden vor der grossen Herausforderung, die Planung breiter zu fassen und ambulante wie auch intermediäre Leistungserbringer miteinzubeziehen. Auf diese Weise kann der zu erwartenden hohen Zahl an pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen angemessen begegnet und deren Versorgung sichergestellt werden.
Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) befasst sich seit 2003 mit dem Themenbereich der Alters- und Langzeitpflege, indem es Kantone und Gemeinden in deren Planungsaufgaben unterstützt. Da eine ganzheitliche Planung dieses Versorgungsbereichs immer wichtiger wird, hat das Obsan 2018 sein Prognosemodell zur statistischen Unterstützung der Planung der Alters- und Langzeitpflege um ambulante sowie intermediäre Leistungserbringer erweitert. Mit dem erweiterten Modell lassen sich nun auch Abhängigkeiten (d.h. Substitutionsflüsse) zwischen den stationären, ambulanten und intermediären Bereichen simulieren.
Im Rahmen der Studie «Wohnen im Alter im Tscharnergut» des Instituts Alter der Berner Fachhochschule führte das Obsan eine Schätzung des Bedarfs an Alters- und Langzeitpflege für die Stadt Bern durch. Hierbei sollten die stationäre und ambulante Bedarfsentwicklung bis ins Jahr 2045 aufgezeigt werden.

3.1.2 Methode

Das erweiterte Prognosemodell des Obsan erlaubt für die Bevölkerung der Stadt Bern[2] eine Schätzung des zukünftigen Bedarfs an Alters- und Langzeitpflege im ambulanten Bereich (Spitexdienste in Pflege und Haushaltshilfe – unabhängig vom Aufenthaltsort der zu versorgenden Person) und im stationären Bereich (Alters- und Pflegeheime). Nachfolgend werden die Funktionsweise des erweiterten Prognosemodells, die verwendeten Szenarien und die Datenquellen erläutert.

Das Prognosemodell basiert auf drei grundlegenden Faktoren:
Bevölkerungsentwicklung der Stadtberner:innen im Alter von 65 Jahren und älter (65+): Der zukünftige Bedarf hängt primär von der zukünftigen Grösse der gesamten Stadtbevölkerung 65+ ab, welche die berücksichtigen Leistungserbringer in Anspruch nehmen könnte.
Zukünftiger Gesundheitszustand der Stadtberner:innen 65+: Der zukünftige Bedarf verändert sich in Abhängigkeit der Lebenserwartung und der damit assoziierten Qualität des Gesundheitszustands, welcher sich wiederum auf die zukünftige Pflegedauer auswirkt (vgl. Pellegrini et al., 2022; Seematter-Bagnoud, Belloni, Peytremann-Bridevaux, Büla, & Pellegrini, 2021). Im Zusammenhang mit diesem Faktor wird im Modell von den epidemiologischen Szenarien gesprochen. Im vorliegenden Bericht wird das Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer beschrieben und abgebildet.[3]
Schlussendlich spielt die **zukünftige Inanspruchnahme der Leistungserbringer** eine wichtige Rolle, welche von individuellen Präferenzen, aber vor allem auch von der kommunalen Alterspolitik und dem tatsächlich vorhandenen Angebot abhängt.

[2] Gemeinde Bern BFS-Nr. 351

[3] Für eine detaillierte Erläuterung aller epidemiologischen Szenarien ist Pellegrini et al. (2022) zu konsultieren.

3.1.2.1 Etappen des erweiterten Prognosemodells

Etappe 1 – Berechnung der Modellparameter im Referenzjahr

In dieser Etappe werden anhand der Daten aus dem Referenzjahr 2019 die Modellparameter für die Inanspruchnahme der Leistungserbringer abgeleitet. Hierzu wird beispielsweise die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in Pflegeheimen ins Verhältnis zur Stadtberner Bevölkerung 65+ gesetzt, was in der Inanspruchnahmerate der Pflegeheime resultiert. Ein Modellparameter wird jeweils nach Alter und Geschlecht berechnet.

Etappe 2 – Modifikation der Modellparameter aufgrund der epidemiologischen und versorgungspolitischen Szenarien

Um mögliche Bedarfsentwicklungen zu simulieren, werden die Modellparameter aus der ersten Etappe anhand der epidemiologischen und versorgungspolitischen Szenarien modifiziert.

Etappe 3 – Berechnung der Bedarfsprognosen

In der dritten Etappe werden die Bedarfsprognosen berechnet, indem die in den ersten beiden Etappen berechneten Modellparameter auf das Szenario der Bevölkerungsentwicklung 65+ bis ins Jahr 2045 angewendet werden.

3.1.2.2 Modellierte Szenarien für die Stadt Bern

Die verwendeten Szenarien werden miteinander kombiniert und können nicht losgelöst voneinander betrachtet werden. Nachfolgend werden die drei zugrundliegenden Szenarien mit Blick auf das vorliegende Mandat erläutert.

a) Bevölkerungsszenario

Im Modell wird das mittlere Szenario der Bevölkerungsentwicklung berücksichtigt, welches durch die Stadt Bern zur Verfügung gestellt wurde (AUSTA – Statistik Stadt Bern, 2022). Mit dessen Hilfe können die Bedarfsprognosen nach Geschlecht und Altersklassen bis ins Jahr 2045 prognostiziert werden.

b) Epidemiologische Szenarien

In der Schweiz ist die Lebenserwartung seit Beginn des 19. Jahrhunderts kontinuierlich angestiegen (vgl. Bundesamt für Statistik, 2020). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, von welcher gesundheitlichen Qualität die gewonnene Lebenszeit ist und wie sich die zukünftige Gesundheit auf die Pflegedauer auswirken wird. Mit den epidemiologischen Szenarien wird dieser Aspekt in das Prognosemodell integriert.[2] Hierbei geht das Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer davon aus, dass bei zunehmender Lebenserwartung die Dauer der Pflegebedürftigkeit gleichbleibt wie im Referenzjahr 2019, allerdings tritt sie in einem fortgeschritteneren Alter auf. Folglich sind alle gewonnenen Lebensjahre Jahre bei guter Gesundheit (relative Kompression der Morbidität). Aufgrund aktueller Entwicklungen erscheint dieses Szenario plausibel und wird im vorliegenden Bericht abgebildet (vgl. Bundesamt für Statistik, 2022).

c) Versorgungspolitisches Szenario – Alternative Versorgung der Pflegestufen 0 bis 3

Das versorgungspolitische Szenario geht davon aus, dass für einen Anteil der nicht und leicht pflegebedürftigen Pflegeheimbewohner:innen 65+ zukünftig keine stationäre Versorgung mehr erfolgt, sondern dass diese Personen alternativ durch die Spitex versorgt werden (d.h. Substitution von stationären durch ambulante Kapazitäten). Nicht und leicht pflegebedürftige Personen fallen gemäss den Pflegebedarfsabklärungsinstrumenten BESA, RAI/RUG und PLAISIR in die Pflegestufen 0 bis 3, wobei hier bis zu 60 Minuten (vgl. KLV Art. 7a Abs. 3) täglicher Pflege anfallen.

Allerdings können im Rahmen der alternativen Versorgung nicht alle Personen mit keiner oder geringer Pflegebedürftigkeit ausserhalb der Pflegeheime versorgt werden, da es auch in diesen niedrigen Pflegestufen Personen gibt, welche aus medizinischen Gründen in einer stationären Einrichtung versorgt werden müssen. Folglich gehen wir davon aus, dass 70% dieser Personen weiterhin im Pflegeheim versorgt werden, während 30% tatsächlich alternativ durch die Spitex unterstützt werden können.[4] Des Weiteren gibt es in der Substitution folgende zwei Punkte zu beachten: 1.) Ein:e alternativ versorgte:r Pflegeheimbewohner:in bezieht gemäss Prognosemodell in der Spitex sowohl Pflege wie auch Haushaltshilfe. 2.) Die im Pflegeheim erbrachte Pflege- und Haushaltshilfezeit wird wie folgt in Spitex-Leistung übertragen:

Transformation der täglichen Minuten Pflege (gemäss SOMED) in die jährlichen Spitex-Pflegestunden.

[4] Parametereinstellung gemäss Kantonsgruppe, in welche der Kanton Bern fällt (vgl. Pellegrini et al., 2022).

Definition der Haushaltshilfestunden gemäss den durchschnittlichen jährlichen Stunden in der SPITEX Datenbank.
Hinsichtlich der Ergebnisse der Bedarfsprognose sind von den Kombinationen aus demografischen, epidemiologischen und versorgungspolitischen Szenarien zwei Kombinationen von entscheidender Bedeutung: das Referenzszenario und das Szenario der alternativen Versorgung der Pflegestufen 0 bis 3.
Im **Referenzszenario**[5] ergibt sich die Bedarfsprognose rein aufgrund der wachsenden älteren Bevölkerung, da davon ausgegangen wird, dass sich die Inanspruchnahme der jeweiligen Leistungserbringer gegenüber dem Referenzjahr nicht verändert. Es dient als Referenzprognose und Benchmark-Szenario für die weiteren Kombinationen an Szenarien. So beispielsweise für das **versorgungspolitische Szenario**[6] der alternativen Versorgung, welches davon ausgeht, dass ein Anteil der nicht und leicht pflegebedürftigen Personen (d.h. Pflegestufen 0 bis 3) zukünftig nicht mehr ins Pflegeheim eintreten, sondern (zuhause oder in einer betreuten Wohnform) durch die Spitexdienste versorgt werden.

3.1.2.3 Besonderheiten der Modellierung bezüglich der Leistungserbringer

a) Pflegeheime

Für das Referenzjahr 2019 werden alle Pflegeheimbewohner:innen berücksichtigt. Um der ganzjährlichen Auslastung Rechnung zu tragen, werden die berücksichtigten Bewohner:innen gemäss ihrer Aufenthaltsdauer gewichtet.
Die Bedarfsprognosen können aufgrund der epidemiologischen Szenarien nur für die Bevölkerung 65+ erstellt werden. Um jedoch die Tatsache zu berücksichtigen, dass in Bern auch unter 65-jährige Personen in Pflegeheimen leben, wurde für jedes Prognosejahr ein Anteil an unter 65-jährigen Personen addiert. Dieser Anteil basiert auf dem Anteil an unter 65-jährigen Personen im Referenzjahr 2019, welcher auf jedes Prognosejahr angewendet wird. Folglich wird der zukünftige Bedarf für die 0- bis 99+-jährige Bevölkerung geschätzt.
Von der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) des Kantons Bern wurde eine aktuelle Pflegeheimliste (Stand Juli 2022) zur Verfügung gestellt. Diese Liste wurde für die Kurzzeitaufenthalte bereinigt und die Plätze der Institution «Haus für Pflege» wurden gelöscht, da dieses Angebot zum Zeitpunkt der Analysen nicht mehr vorhanden war. Bei diesen 2187 Plätzen handelt es sich um bewilligte und physisch vorhandene Plätze, welche durch Gesundheitsfachpersonal betrieben werden. Die GSI definiert die Pflegeplatzanzahl für die politischen Gemeinden. Die Verteilung erfolgt auf fünf Regionen. Sowohl der Verteilungsschlüssel Platzverteilung als auch die genaue Anzahl der verfügbaren Pflegeplätze für die Stadt Bern sind nicht öffentlich einsehbar. Allerdings wurde von der GSI bestätigt, dass die bewilligten Pflegeplätze in der Stadt Bern ausgeschöpft sind. Das heisst die bewilligten Pflegeplätze sind alle an die verschiedenen Anbieter verteilt. Ob alle Plätze bereits heute gebaut sind und genutzt werden, konnte allerdings nicht eruiert werden. Für die Bedarfsprognose wird von den bewilligten und physisch vorhandenen Plätzen ausgegangen.

b) Spitex

Auf Basis aller Personen 65+, welche im Referenzjahr 2019 die Spitex in Anspruch[7] genommen haben, werden die zukünftige Anzahl Klient:innen 65+ in der Pflege und der Haushaltshilfe sowie die entsprechenden Leistungsstunden pro Spitex-Bereich prognostiziert. Für die Pflege sind es die nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) fakturierten Stunden und in der Haushaltshilfe die geleisteten Stunden. Die Prognose wird für die Gesamtheit aller Leistungserbringertypen (öffentlich-rechtliche und private Spitex-Dienste sowie selbstständige Pflegefachpersonen) vorgenommen. Zusätzlich wurde die Lungenliga in der Aufbereitung der Spitex-Daten ausgeschlossen, da sie nicht Pflege im eigentlichen Sinne leistet, sondern Personen mit Beratungen zur Seite steht.

3.1.2.4 Datenquellen

Das Datenreferenzjahr stellt das Jahr 2019 dar, weil es das letzte zur Verfügung stehende Jahr ist, dessen Daten nicht durch die Covid-19-Pandemie beeinträchtigt sind. Mit den Daten von 2020 wäre eine robuste Bedarfsschätzung nicht möglich gewesen.

[5] Kombination aus dem mittleren Szenario der Bevölkerungsentwicklung, Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und keine versorgungspolitische Massnahme umgesetzt.

[6] Kombination aus dem mittleren Szenario der Bevölkerungsentwicklung, Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und die versorgungspolitische Massnahme der alternativen Versorgung der nicht und leicht pflegebedürftigen Personen wird umgesetzt.

[7] Unabhängig der Dauer der Inanspruchnahme (d.h. ohne Gewichtung), da in der Spitex neben der Anzahl Klient:innen auch die geleisteten Pflege- und Haushaltshilfestunden dokumentiert sind.

Tabelle 2 Verwendete Datenquellen

Bezeichnung	Datenquelle	Anmerkung
Bevölkerung 65+	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (BFS–STATPOP)	Bestand der Bevölkerung 65+ in der Schweiz, Kantonen und Gemeinden.
Szenarien der Bevölkerungsentwicklung	Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung (Statistik Stadt Bern)	Prognose der Bevölkerung 65+ bis 2045 anhand des mittleren Szenarios.
Lebenserwartung	BFS–Kohortensterbetafeln	Sterbetafeln, welche sich auf Beobachtungen von insgesamt sechs Kalenderjahren abstützen, erlauben es, statistisch aussagekräftige Werte für die Sterblichkeit in der Schweiz (nach Geburtsjahr) zu erhalten.
Pflegeheime	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (BFS–SOMED)	Anzahl der Bewohner/innen 65+ in Langzeitaufenthalten in Pflegeheimen.
Spitex	Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (BFS–SPITEX)	Anzahl der Klienten/innen 65+, die Pflegedienste in Anspruch nehmen und durchschnittliche Anzahl der geleisteten Pflege- und Haushaltshilfestunden; Organisationen, deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege oder Hilfe ist (z. B. Krebsliga, Lungenliga, Pro Senectute), werden in der Analyse nicht berücksichtigt.

Quelle: Eigene Darstellung © Obsan 2022

3.1.3 Ausgangslage

a) Pflegeheime

Im Referenzjahr 2019 lebten 1'893 Stadtberner:innen in einem Alters- und Pflegeheim, wobei drei Viertel (75,4%) davon 80-jährig oder älter und 4,7% unter 65-jährig sind (Abbildung 1). Wie vielerorts in der Schweiz sind es deutlich mehr Bewohnerinnen (72,0%) als Bewohner (28,0%) und eine von 10 Personen (10,7%) gilt als nicht oder leicht pflegebedürftig.

Abbildung 1 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mit Herkunftsregion Stadt Bern, nach Alter, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit, Stadt Bern, 2019

Langzeitaufenthalte		**Gemeinde Bern (351)**	
		N	**%**
Altersklasse	<65	89	4,7
	65-69	71	3,8
	70-74	123	6,5
	75-79	182	9,6
	80-84	273	14,4
	85-89	470	24,8
	90+	684	36,2
	Total	1 893	100,0
Geschlecht	Männer	530	28,0
	Frauen	1 363	72,0
	Total	1 893	100,0
Pflegestufe	Nicht / leicht pflegebedürftig	202	10,7
	Pflegebedürftig	1 691	89,3
	Total	1 893	100,0

Anmerkung: Bewohnerinnen und Bewohner des gesamten Jahres gewichtet für Aufenthaltsdauer (VZÄ).
Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

b) Spitex

Ungefähr zwei Drittel (65,8%) der gesamten Spitex-Klientel in der Stadt Bern sind weiblich (Abbildung 2). Die Spitex-Dienste pflegen 3739 Personen 65+ und leisten hierfür 275'074 Pflegestunden. Die Hälfte (49,4%) der Pflege-Klient:innen (aller Alterskategorien) werden durch öffentliche Dienste versorgt und knapp ein Drittel (32,5%) durch private Dienstleister. Für 1005 Personen 65+ wird Haushaltshilfe geleistet, wobei hier 113'249 Stunden anfallen. Über zwei Drittel (70,7%) aller Klient:innen (aller Alterskategorien) in der Haushaltshilfe werden durch private Spitex-Dienste betreut. Dementsprechend werden auch 93,7% der geleisteten Haushaltshilfestunden durch private Dienstleister erbracht.

Abbildung 2 Klientinnen und Klienten sowie Leistungsstunden in der Spitex-Pflege und -Haushaltshilfe, nach Alter, Geschlecht und juristischer Status des Leistungserbringers, Stadt Bern, 2019

Gemeinde Bern (351)		**Klient/innen, die Pflege erhalten**		**Klient/innen, die Haushaltshilfe erhalten**		**Anzahl der Pflegestunden**		**Anzahl der Haushaltshilfestunden**	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Altersklasse	<20	238	4,2	0	0,0	32 775	8,4	0	0,0
	20-64	1 762	30,7	188	15,8	81 211	20,9	5 978	5,0
	65-79	1 267	22,1	340	28,5	77 834	20,0	12 647	10,6
	80+	2 472	43,1	665	55,7	197 240	50,7	100 602	84,4
	Total	5 739	100,0	1 194	100,0	389 059	100,0	119 227	100,0
Geschlecht	Männer	2 102	36,6	380	31,9	.	.	.	.
	Frauen	3 637	63,4	813	68,1	.	.	.	.
	Total	5 739	100,0	1 194	100,0	389 059	100,0	119 227	100,0
Juristischer Status	Öffentliche Organisationen	2 836	49,4	334	28,0	249 386	64,1	7 040	5,9
	Private Organisationen	1 867	32,5	844	70,7	113 790	29,2	111 680	93,7
	Selbstständige Pflegefachpersonen	1 036	18,0	16	1,3	25 884	6,7	506	0,4
	Total	5 739	100,0	1 194	100,0	389 059	100,0	119 227	100,0

Anmerkung: Anzahl der Klientinnen und Klienten für das gesamte Jahr, unabhängig der Pflegedauer. Ohne Lungenliga.
Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) / Auswertung Obsan

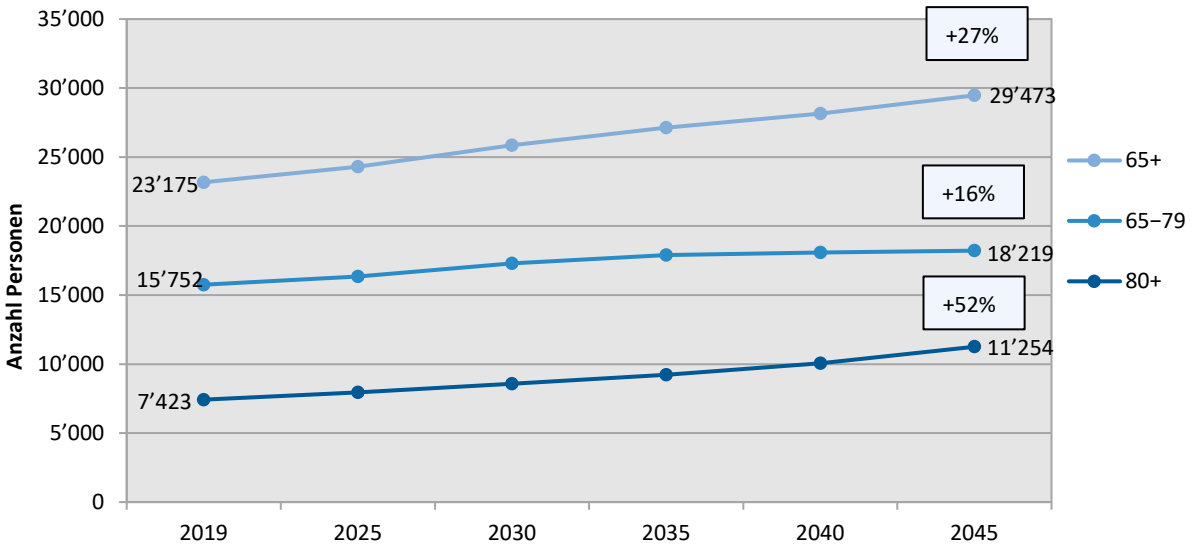
© Obsan 2022

3.1.4 Ergebnisse

a) Bevölkerungsprognose

Es ist davon auszugehen, dass die Bevölkerung 65+ der Stadt Bern bis ins Jahr 2045 um +27% ansteigen wird, was einer Zunahme von 23'175 auf 29'473 Personen entspricht (Abbildung 3). Es ist vor allem die Bevölkerung 80+ die bis 2045 kontinuierlich wächst (+52%), während sich in der Bevölkerungsgruppe der 65- bis 79-Jährigen das Ende des Babybooms abzeichnet. Diese Altersgruppe steigt bis 2035 an, stagniert danach aber, was in einem Wachstum von +16% bis 2045 resultiert.

Abbildung 3 Bevölkerungsentwicklung in der Stadt Bern, nach Altersklassen, 2019–2045



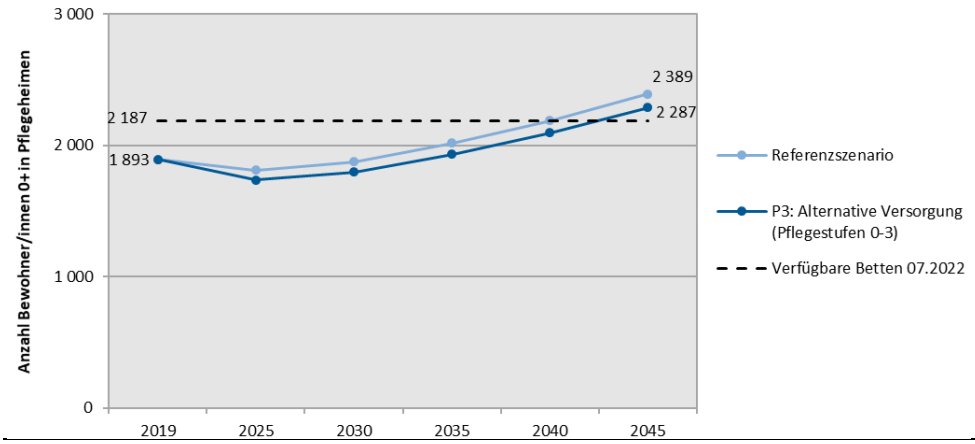
Quelle: Statistik Stadt Bern – Bevölkerungsprognosen der Stadt Bern, BFS – Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

b) Pflegeheime

Im Referenzszenario nimmt die Anzahl der Bewohner:innen von 1893 auf 2389 Personen im Jahr 2045 zu, was einem Bedarfswachstum von einem Viertel (+26,2%) entspricht (Abbildung 4). Tritt ein Anteil der Personen der Pflegestufen 0 bis 3 zukünftig nicht mehr ins Pflegeheim ein, so reduziert sich das Bedarfswachstum auf ein Fünftel (+20,8%), was 2287 Bewohner:innen im Jahr 2045 entspricht.

Unter Berücksichtigung der im Juli 2022 verfügbaren Langzeitbetten dürfte das vorhandene Angebot bis ungefähr 2040 ausreichen. Im Vergleich der Bedarfsprognosen mit dem Angebot an Langzeitbetten gilt es zu beachten, dass die Bedarfsprognosen auf Daten von 2019 basieren, während die Liste der verfügbaren Langzeitbetten aus dem Jahr 2022 stammt und höher ausfällt als das Platzangebot gemäss SOMED von 2019.

Abbildung 4 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 0+ in Pflegeheimen, Referenzszenario und alternative Versorgung, Stadt Bern, 2019–2045

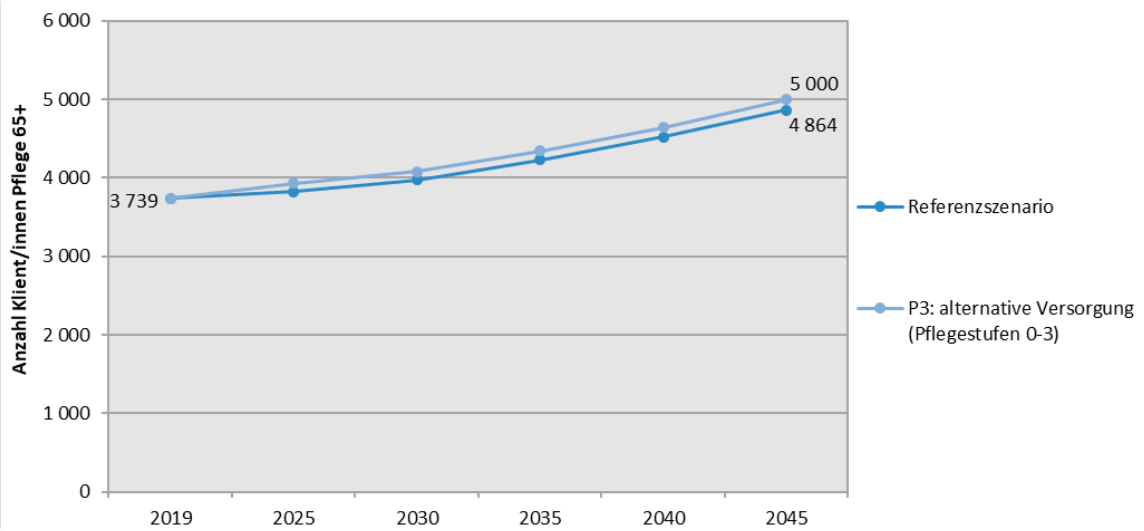


Quelle: BFS – Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) / Statistik Stadt Bern – Bevölkerungsprognosen der Stadt Bern / Auswertung Obsan © Obsan 2022

c) *Ambulant – Spitex-Pflege*

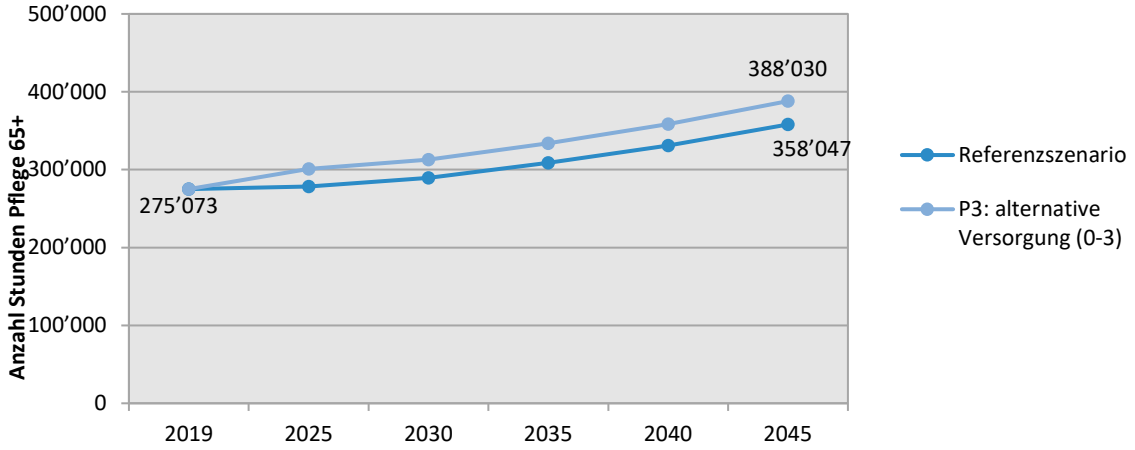
In der Spitex-Pflege könnte die Anzahl Klient:innen 65+ im Referenzszenario bis ins Jahr 2045 von 3739 auf 4864 Personen wachsen (+30,1%, Abbildung 5). In ähnlichem Ausmass zeigt sich das Wachstum im Bereich der Pflegestunden: von 275'073 auf 358'047 Pflegestunden (+30,2%; Abbildung 6). Bei einer alternativen Versorgung der Pflegestufen 0 bis 3 werden die in den Pflegeheimen wegfallenden Kapazitäten durch die Spitex aufgefangen, was einem Bedarfswachstum bis 2045 von einem Drittel (+33,7%) auf 5000 Personen 65+ entspricht. In Betrachtung der Pflegestunden steigt der Bedarf um +41,1%, was insgesamt 388'030 Pflegestunden im Jahr 2045 entspricht.

Abbildung 5 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in der Spitex-Pflege, Referenzszenario und alternative Versorgung, Stadt Bern, 2019–2045



Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Statistik Stadt Bern – Bevölkerungsprognosen der Stadt Bern / Auswertung Obsan © Obsan 2022

Abbildung 6 Prognose der Anzahl geleisteter Spitex-Pflegestunden, Referenzszenario und alternative Versorgung, Stadt Bern, 2019–2045

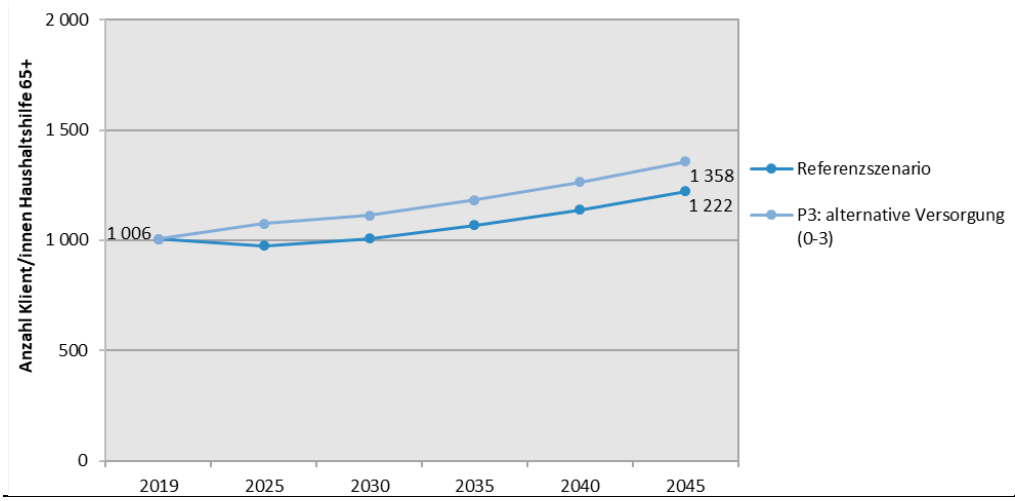


Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Statistik Stadt Bern – Bevölkerungsprognosen der Stadt Bern / Auswertung Obsan © Obsan 2022

d) Ambulant – Spitex-Haushaltshilfe

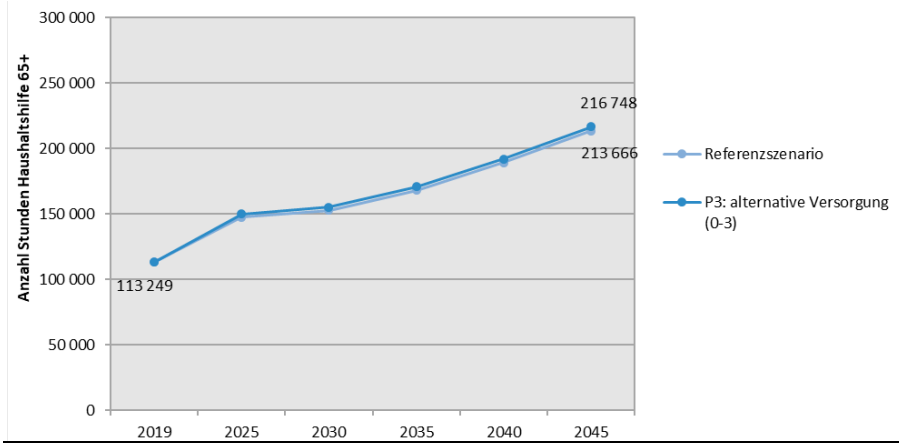
In der Spitex-Haushaltshilfe dürfte die Anzahl Klient:innen 65+ im Referenzszenario bis ins Jahr 2045 von 1006 auf 1222 Personen 65+ wachsen (+21,5%, Abbildung 7). Deutlich stärker fällt das Wachstum (+88,7%) bei den Haushaltshilfestunden aus: Anstieg von 113'249 auf 213'666 Stunden (Abbildung 8). Diese starke Entwicklung ist vor allem auf die nachfrageorientierten Aktivitäten der privaten Spitex-Dienste in der Stadt Bern zurückzuführen. Bei einer alternativen Versorgung der Pflegestufen 0 bis 3 dürften die Klient:innen 65+ der Spitex-Haushaltshilfe von 1006 auf 1358 Personen (+35,0%) wachsen. In Betrachtung der Haushaltshilfestunden ist fast mit einer Verdoppelung (+91,4%) des Bedarfs zu rechnen, was insgesamt 216'748 Haushaltshilfestunden im Jahr 2045 entspricht.

Abbildung 7 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in der Spitex-Haushaltshilfe, Referenzszenario und alternative Versorgung, Stadt Bern, 2019–2045



Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Statistik Stadt Bern – Bevölkerungsprognosen der Stadt Bern / Auswertung Obsan © Obsan 2022

Abbildung 8 Prognose der Anzahl geleisteter Spitex-Haushaltshilfestunden, Referenzszenario und alternative Versorgung, Stadt Bern, 2019–2045



Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Statistik Stadt Bern – Bevölkerungsprognosen der Stadt Bern / Auswertung Obsan © Obsan 2022

3.1.5 Synthese, Diskussion und Limitationen

Die ältere Bevölkerung der Stadt Bern wird bis 2045 weiterwachsen, allerdings aufgrund der topografischen und arbeitsmarktlichen Lage der Stadt Bern etwas weniger stark als beispielsweise die gesamtschweizerische Bevölkerung (vgl. Pellegrini et al., 2022). Trotzdem zeigt sich für die Stadt Bern ein deutlicher Bedarfsanstieg der stationären und ambulanten Alters- und Langzeitpflege bis 2045, dessen Ausmass nach Leistungserbringertyp und Leistungsart variiert.

Der schwächste Anstieg ist im stationären Bereich der Pflegeheime zu erwarten, wo laut Bedarfsprognose die aktuell vorhandenen Langzeitbetten (gemäss Pflegeheimliste Juli 2022) die Nachfrage in den nächsten 15 bis 20 Jahren decken dürften – unabhängig davon, ob das Referenzszenario oder die alternative Versorgung betrachtet wird. Allerdings gilt es bezüglich der gedeckten Nachfrage zwei Punkte zu beachten. Erstens ist die Auslastungsrate in der Stadt Bern hoch und es ist kein pandemiebedingtes Hinauszögern der Pflegeheimeintritte mehr festzustellen wie noch zu Spitzenzeiten der Pandemie.[8] Zweitens ist es schwierig zu beurteilen, inwiefern von den vorsorglichen Platzreservationen zukünftig Gebrauch gemacht wird. Möchten viele Personen – bei hoher Auslastung – einen vorsorglich reservierten Platz in Anspruch nehmen, so könnte die Nachfrage das Angebot früher übersteigen.

Vergleichsweise stärker fällt das Wachstum im ambulanten Bereich aus, insbesondere in der Spitex-Haushaltshilfe. Vor allem die Haushaltshilfestunden dürften in den nächsten Jahren stark wachsen und sich nahezu verdoppeln. In städtischem Gebiet scheint die Nachfrage nach Haushaltshilfe hoch zu sein, und es ist vor allem die private Spitex, welche diese Leistungen in der Stadt Bern erbringt.

In der Interpretation der Bedarfsprognosen gilt es einige Punkte zu beachten. Die Bedarfsprognose berücksichtigt die stationären und ambulanten Leistungserbringer, welche über die nötigen Daten sowie die erforderliche Datenqualität verfügen. Aufgrund fehlender oder qualitativ unzureichender Daten konnten Betreuungsnetzwerke, soziale Angebote oder die informelle Betreuungs- und Pflegearbeit nicht in den Modellierungen berücksichtigt werden. Aufgrund dessen konnten auch die systemischen Auswirkungen von regionsspezifischen Angeboten wie beispielsweise Betreuungsgutsprachen (vgl. Soom Ammann & Blaser, 2022) nicht mit einbezogen werden. Des Weiteren sind die Bedarfsprognosen nicht als exakte Punktschätzer zu interpretieren, sondern zeigen im Sinne von Bandbreiten (zwischen Szenarien) mögliche Entwicklungsverläufe auf. Schlussendlich hat das Obsan die Modellierungen der Bedarfsprognosen in Absprache mit den involvierten Parteien auf Basis des nationalen Obsan-Berichts (vgl. Pellegrini et al., 2022) erstellt, indem unter anderem die verwendeten Annahmen und Parametereinstellungen auf der Kantonsgruppe basieren, in welche der Kanton Bern fällt.[9]

3.2 Gelingensfaktoren städtischer Altersplanung

Das folgende Kapitel widmet sich den Ergebnissen aus den Analysen der Alterspolitiken der Städte Basel, Luzern, Winterthur und Zürich hinsichtlich ihrer strategischen Ausrichtung und ihrer Haltung gegenüber der zukünftigen Entwicklung der Alters- und Pflegeheime bzw. der stationären Einrichtungen für Senior:innen. Die Analyse diente dazu, die Rahmenbedingungen der Altersplanung in den vier Städten zu verstehen, die für stationäre Einrichtungen gelten[10]. Diese Untersuchung ermöglichte es uns, die Gelingensfaktoren herauszuschälen, damit stationäre Einrichtungen der alterspolitischen Ausrichtung und dem städtischen Modell der

[8] Aussage basiert auf Expert:inneninterviews im Rahmen der Publikation Pellegrin et al. (2022) – unter anderem zusammen mit dem Kanton Bern – und auf bilateralem Austausch mit städtischen Anbietern.

[9] Zwischen der Stadt Bern und dem Obsan fand keine Konsultation bezüglich der getroffenen Annahmen und Parametereinstellungen statt. Bei einer planerischen oder statistischen Weiterverwendung der Ergebnisse sollte vorgängig eine Konsultation mit dem Obsan erfolgen.

[10] Anders als in anderen Kantonen kommen den Gemeinden im Kanton Bern keine direkten alterspolitischen Aufgaben zu (vgl. dazu das Gesetz über die sozialen Leistungsangebote (SLG) und die entsprechende Verordnung (SLV)). Gemäss dem SLG ist der Kanton Bern für die Bereitstellung der nötigen Leistungsangebote für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf zuständig (vgl. Art. 2 SLG). Der Kanton wird durch die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) vertreten (vgl. Art. 5 SLG). Die entsprechende Verordnung SLV regelt u.a. die Grundsätze für die Finanzierung der sozialen Leistungs-angebote für Personen mit Betreuungs- und Pflegebedarf, der Gesundheitsförderung und Suchthilfe sowie der beruflichen und sozialen Integration (vgl. Art. 2 SLV). Die Leistungsangebote, welche für die Alterspolitik relevant sind, umfassen: Beratungs- und Informationsangebote für Betroffene sowie deren Angehörige; Gesundheitsförderung und Prävention; Pflege, Betreuung und Hilfe zu Hause (Spitex); Tagesstätten; Pflegehei-me; Assistenzdienste; Transportdienste (vgl. Art. 26 & Art. 72 SLV).

Im Rahmen des Gesetzes über die sozialen Leistungsangebote (SLG) werden den Gemeinden keine direkten Aufgaben übertragen. Mit Ermächtigung der GSI, und im Sinne der Gemeindeautonomie, können eigene (oder im Rahmen von Gemeindeverbindungen erbrachte) soziale Leistungsangebote im Altersbereich bereitgestellt und finanziert werden.

Gesundheitsversorgung entsprechen und ihr zukünftiges Bestehen sichern können. Die Befunde der Untersuchung sind Grundlage für die Entwicklung der Qualitätskriterien, welche für die kritische Würdigung des Wohnbauprojekts Alterszentrum Tscharnergut TIAG angewandt wurden.

Für die Daten- und Interviewanalysen dienten uns folgende Leitfragen:

- Wie richten sich die Städte Basel, Luzern, Winterthur und Zürich bezüglich dem Wohnen im Alter und der Gesundheitsversorgung (ambulant, intermediär und stationär) aus?
- Welche Rolle haben darin stationäre Einrichtungen?

Die Ergebnisse gründen auf der Analyse von städtischen Dokumenten (Positionspapiere, Berichte, Gesetze und Verordnungen), von Expert:inneninterviews aus den Bereichen städtische Verwaltung, Wohnen im Alter, Alters- und Pflegeheime, von Fachliteratur in den Bereichen Gerontologie, Wohnen, Gesundheit und Gesundheitsversorgung.
In den folgenden Ausführungen geben vier Städteportraits einen Überblick über die jeweiligen alterspolitischen Rahmenbedingungen. In einem weiteren Schritt wird auf die Gelingensfaktoren eingegangen, wie stationäre Einrichtungen (z.B. Alters- und Pflegeheime) idealerweise ausgestaltet sein sollen, um sich im städtischen Versorgungsmodell erfolgreich einfügen zu können.

3.2.1 Alterspolitische Ausrichtung der Städte Basel, Luzern, Winterthur und Zürich

Die Städte Basel, Luzern, Winterthur und Zürich wurden hinsichtlich der strategischen Ausrichtung ihrer Alterspolitik untersucht. Zur Kontextualisierung der Alterspolitik wurde auf die demografischen Begebenheiten, rechtlichen Grundlagen (inkl. mögliche Sozialleistungen) und die Situation der stationären Einrichtungen eingegangen. Jedes Portrait schliesst mit den aktuellen Herausforderungen, die sich den Städten stellen.

3.2.1.1 Stadt Basel

Die Stadt Basel verfügt durch ihre Rolle als Stadtkanton über eine besondere Ausgestaltung der Alters- und Gesundheitspolitik. Durch die Doppelrolle als Stadtkanton fallen Kompetenzen zusammen, die üblicherweise zwischen Kanton und Gemeinde aufgeteilt sind. Die aktuelle Bevölkerungsstruktur des Kantons zeigt, dass von den 201'805 Personen Ende des Jahres 2021 19% (38'937 Personen) über 65 Jahre alt waren (vgl. Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt, 2022b). Das mittlere Bevölkerungsszenario prognostiziert ein Wachstum auf 222'000 Einwohnende bis 2045, wobei sich die Alterung der Bevölkerung moderat auf 46'000 Personen über 64 Jahre und 18'000 über 80-Jährige (2021 13'000) entwickeln wird (vgl. Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt, 2022a).

a) Verortung der Alterspolitik

Im Legislaturplan 2021-2025 (vgl. Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, 2021) sind unter den unterschiedlichen Legislaturzielen verschiedene Massnahmen benannt, welche einen indirekten und direkten Bezug zur alterspolitischen Ausrichtung der Stadt haben. Alterspolitische Massnahmen tauchen zu Fragen des sozialen Zusammenhalts, der Gesundheitsversorgung und des Wohnens auf, wobei die Stadt Basel sich um ein gutes Altern für alle Bevölkerungsschichten bemüht. Im Legislaturplan 2021-2025 fungiert die Alterspolitik als Querschnittsthema, wobei eine Massnahme klar die Umsetzung der Vision «Gut und gemeinsam älter werden im Kanton Basel-Stadt» (vgl. Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, o. J.) benennt. Gleichzeitig wurden im Kanton Basel-Stadt zwei Leitlinien reformiert, welche sich direkt mit der älteren Bevölkerung beschäftigen. Die «Leitlinien Basel 55+» (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, 2019b) setzen die Rahmenbedingungen fest, an welchen sich die Alterspolitik des Kantons Basel-Stadt orientieren soll. Die «Leitlinien Alterspflegepolitik» (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, 2019a) legen die Gesundheitsversorgung im Kanton für die ältere Bevölkerung fest. Seit dem 15. November 2017 verfügt Basel-Stadt über eine zentrale Informationsstelle für Altersfragen «Info älter werden», geführt durch GGG[11] Wegweiser. Sie vermittelt Informationen rund ums Älterwerden zu den Themen Seniorenpolitik, Gesundheit und Mobilität, Wohnen und Freizeit, Finanzen und Sicherheit sowie Betreuung und Pflege.
Grundsätzlich wird eine Strategie verfolgt, welche das selbstbestimmte und unabhängige Leben zuhause ermöglichen will. Das heisst, der Fokus der Stadt Basel liegt im Ausbau und in der Förderung der ambulanten und intermediären Unterstützungs- und Pflegestrukturen.

[11] Gesellschaft für das Gute und Gemeinnützige Basel

b) Rechtliche Rahmenbedingungen

Gemäss den gesetzlichen Grundlagen[12] ist der Kanton Basel-Stadt sowohl für den ambulanten wie auch den stationären Bereich der Langzeitpflege zuständig. Mit der Strategie «ambulant vor stationär» soll dem Wunsch vieler älterer Menschen, möglichst lange daheim und selbständig wohnen zu können, nachgekommen werden. Dank der durch den Kanton durchgeführten Pflegebedarfsabklärung wird sichergestellt, dass alle geeigneten ambulanten Möglichkeiten ausgeschöpft wurden, bevor es zu einem Pflegeheimeintritt kommt.

c) Bedarfsabhängige Sozialleistungen auf städtischer Ebene für ältere Menschen

Neben den gewöhnlichen Sozialleistungen auf Bundesebene sieht der Kanton Basel-Stadt zwei direkte Leistungen vor, auf die auch Senior:innen Anspruch haben können. Im Bereich der Existenzsicherung sind dies Beihilfen zu den Ergänzungsleistungen (vgl. §12 und §14 VELG). Es handelt sich um Beihilfen für den allgemeinen Lebensbedarf und für den Mietzins. Zu Hause lebende Einzelpersonen erhalten CHF 1'000 und Ehepaare CHF 1'500 Beihilfe, wenn sie in den letzten 15 Jahren mindestens 10 Jahre ihren Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt hatten. Die Mietzinsbeihilfen werden maximal ein Jahr ausgerichtet. Das jährliche Maximum beträgt bei Alleinlebenden 1'800 Franken und bei Ehepaaren höchstens 3'000 Franken.
Ist eine Person auf eine rollstuhlgängige Wohnung angewiesen und lebt sie in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, kann sie vom Kanton einen Beitrag an die Miete erhalten. Die Beiträge liegen zwischen 125 Franken und 500 Franken pro Monat. Berechtigt sind u.a. Personen, die keine Ergänzungsleistungen beziehen.
Im Rahmen der Unterstützung durch nahestehende Personen kennt der Kanton Basel-Stadt «Beiträge an die Pflege zu Hause». Diese werden ausgerichtet, wenn Angehörige oder Dritte mehr als eine Stunde Pflege pro Tag leisten.

d) Alterspolitische Rahmenbedingungen

Die Alterspolitik des Kantons Basel-Stadt setzt sich aus einer Vision von 2020 und zwei Leitlinien zusammen, die 2019 vom Regierungsrat reformiert wurden. Die Vision ist dabei als Programm aufzufassen, welches den Austausch zwischen den Akteuren im Altersbereich und punktuell Projekte fördert, um bestehende Lücken in der Alterspolitik auszufüllen. Folgende Ausführungen fassen die Leitlinien «Basel 55+» (2019b) und «Alterspflegepolitik» (2019a) in den für das Projekt relevanten Grundzügen zusammen.

Leitlinien Basel 55+

Der Kanton verfolgt eine Alterspolitik, welche die Würde älterer Menschen wahren, die Autonomie, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung schützen und fördern soll. Damit verbunden steht die Hilfe zur Selbsthilfe im Vordergrund, denn nach dem Subsidiaritätsprinzip ist das Handeln durch den Staat nachgelagert. Als Unterstützung der älteren Menschen in ihrer Selbsthilfe koordiniert der Kanton Basel-Stadt mit weiteren Akteuren, wie den Gemeinden und Privaten, komplementäre Angebote.
Im Bereich der Existenzsicherung setzt sich der Kanton für seine Bevölkerung im Alter ein, indem eine gute Gesundheitsversorgung, möglichst selbstständiges Leben und die gesellschaftliche Teilhabe finanziert bzw. finanziell unterstützt werden. Weiter setzt er sich für ältere Beschäftigte auf dem Arbeitsmarkt ein. Eine spezielle Leistung des Kantons Basel-Stadt mit Bezug zur Existenzsicherung zeigt sich in den Beihilfen zu den Ergänzungsleistungen.
Bezüglich der Versorgungssicherheit ist der Kanton im Rahmen seiner Zuständigkeit darum bemüht, dass ausreichend medizinische und pflegerische Versorgungsangebote zur Verfügung stehen. Dabei fördert er auch die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen, Gesundheitseinrichtungen, sozialen Institutionen und Quartiereinrichtungen. So werden wohnortsnahe Modelle der Grundversorgung mit integrierten ambulanten Angeboten unterstützt.
Im Bereich der Betreuung liegt der Fokus der Leitlinien auf dem niederschwelligen Bereich der Selbsthilfe und der Unterstützung durch Angehörige. Sie werden durch das Bereitstellen von Informationen und Beiträge an pflegende Angehörige unterstützt. Mit Entlastungsaufenthalten in Pflegeheimen und Tagesstrukturen werden sie vor Überlastung geschützt, so dass sie als wichtige Ressource weiterhin zur Verfügung stehen.
Der Bereich Wohnpolitik wird in den Leitlinien ausführlich behandelt. Dabei steht ein kantonales Engagement für ein altersgerechtes Bauen, eine seniorenfreundliche Gestaltung des Wohnumfelds und hindernisfreier Wohnraum

[12] U.a. Gesundheitsgesetz GesG; Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO); Gesetz über die Einführung des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV sowie Behilfen (EG/ELG); Verordnung betreffend Ergänzungsleistungen und Beihilfen zur AHV und IV (VELG); Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (KBV); Gesetz über die Wohnraumförderung (WRFG); Verordnung über die Wohnraumförderung (WRFV).

im Vordergrund. Auch gemeinnützige Wohnraumangebote und Hilfe für ältere Menschen bei Wohnungswechseln (z.B. Programm «Sicheres Wohnen im Alter) gehören zur Strategie, ein «Ageing in Place» zu ermöglichen. Der Kanton ist gemäss dem §34 der Kantonsverfassung verpflichtet, ältere und langjährige Mietparteien vor Verdrängung (Kündigungen und Mietzinserhöhungen) zu schützen.
Im Bereich der Potenziale und Fähigkeiten entwickelt der Kanton Massnahmen zur Anerkennung der nachberuflichen und nachfamiliären Freiwilligenarbeit. Die Koordinationsstelle Freiwilligenarbeit ist für die Erschliessung von freiwilligen Ressourcen zuständig. Engagierte ältere Menschen vereinsamen weniger, bleiben gesünder und fühlen sich gesellschaftlich zugehöriger. Auch gegen gesellschaftliche Ausgrenzung äussert sich der Punkt der Generationenbeziehungen der Leitlinien. Besonders verletzliche ältere Menschen sollen durch die Sensibilisierung der Bevölkerung besser integriert bleiben (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, 2019b).

Leitlinien «Alterspflegepolitik»:
Die Leitlinien der Alterspflegepolitik halten fest, dass im Kanton Basel-Stadt die Beurteilung von Gesundheit und Lebensqualität an der Optik des Menschen im Alter orientiert ist und in der Langzeitpflegepolitik demografische Entwicklungen, wie auch solche im Bereich der Medizin, berücksichtigt werden.
In der Langzeitpflege gilt die Maxime «ambulant vor stationär». Aufgrund der Wünsche der «Babyboomer» zu einem individualisierten und selbstbestimmten Leben mit möglichst langem selbständigem Verbleib in den eigenen vier Wänden werden integrierte, wohnortsnahe Grundversorgungsstrukturen (wie Spitex) fokussiert. Für finanzschwache Personen finanziert der Kanton Basel-Stadt Hauswirtschafts- und Betreuungsleistungen mit. Weiter gestärkt werden vom Kanton intermediäre Strukturen, wie Entlastungsaufenthalte in Pflegeheimen, Wohnen mit Services und Tagesstrukturen. Eintritte in Pflegeheime sollen erst erfolgen, wenn die ambulanten und intermediären Strukturen sowie die Möglichkeiten des sozialen Netzes ausgeschöpft sind.

e) Rolle stationärer Einrichtungen

Per 01.01.2023 verfügte Basel-Stadt über 2'993 Pflegeheimplätze an 42 Pflegeheimstandorten (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, 2023). Die Leistungserbringenden im Pflegeheimbereich sind private Trägerschaften, wie Stiftungen und Vereine, sowie erwerbswirtschaftlich orientierte Unternehmen. Der Stadtkanton selbst betreibt keine Pflegeheime.
Der Pflegebedarf wird mittels einer obligatorischen Bedarfsabklärung durch die Abteilung Langzeitpflege des Gesundheitsdepartements bei den Menschen zu Hause ermittelt. Dies erfolgt nach dem Prinzip der ergänzenden Hilfe und Pflege (Grundsatz «So viel Hilfe wie nötig, so wenig Hilfe wie möglich»). Die Pflegeplatzplanung wird laufend den aktuellen Entwicklungen angepasst und berücksichtig dabei auch verschiedene Spezialisierungen (z.B. Demenz-Plätze). Es wird auch auf die Vermeidung von Überkapazitäten geachtet. Die Rolle der Pflegeheime in der Stadt Basel ist auf ältere Menschen ausgerichtet, welche einen hohen Pflegebedarf haben und/oder spezifische Krankheiten aufweisen.

f) Aktuelle Handlungsbedarfe

Aktuelle Herausforderungen kommen darauf zu liegen, die vielen Anbieter in der Stadt Basel mit ihren bestehenden Angeboten zu vernetzen und zu koordinieren sowie Bedarfe resp. Lücken in der Versorgung für spezifische Personengruppen (z.B. jung von einer Demenz betroffene Menschen) rechtzeitig zu erkennen. So sind beispielsweise Bedürfnisse von durch die Stadt schwer erreichbaren Personen ungenügend in der Datenlage abbildbar. Anspruchsvoll gestaltet sich im Bereich des Wohnens zudem, den passenden Zeitpunkt für den Wechsel in ein anderes Angebot zu finden. Einerseits sollen die betroffenen, älteren Menschen nicht bevormundet werden, anderseits ist eine längerfristige Planung der Wohnsituation sinnvoll. Weil es aktuell an günstigem Wohnraum fehlt, bestehen Hürden beim Umzug in altersgerechte und kleinere Wohnungen vor allem in Bezug auf den Verbleib im bekannten Quartier. In den kommenden Jahren wird der Anteil an «Distant Carers» zunehmen. Um dies auffangen zu können, sind tragende Netzwerke vor Ort nötig.

3.2.1.2 Stadt Luzern

Die Stadt Luzern zählte Ende 2021 82'922 Einwohner:innen, dabei sind 19.5 % 65-jährig oder älter (vgl. LUSTAT, 2021). Im Referenzszenario der Bevölkerungsentwicklung geht man bis im Jahr 2050 von einem Anstieg der ständigen Bevölkerung auf 84'091 aus, was einem Zuwachs von 1.8 % entspricht. Mit Blick auf die 65-jährigen und älteren Einwohner:innen steigt der Anteil an der Gesamtbevölkerung auf 28.7%.

a) Verortung der Alterspolitik

Im Gegensatz zu anderen Städten ist die alterspolitische Ausrichtung der Stadt Luzern in der Gemeindestrategie 2019-2028 und dem entsprechendem Legislaturplan 2019-2021 (vgl. Stadt Luzern Stadtrat, 2018c) zu finden.

Alterspolitik wird als Querschnittsthema erachtet und taucht in unterschiedlichen Legislaturzielen verschiedener Themenfelder auf. In diesem Sinne verfügt die Stadt Luzern keine für sich stehende Altersstrategie. Das Thema Alter(n) findet Geltung im Themenfeld Gesundheit (bedarfsgerechte Angebote), im Themenfeld Wohnen (bezahlbarer Wohnraum, Verbleib älterer Menschen zuhause), im Bereich Soziale Sicherheit. Wichtige Informationen zur alterspolitischen Ausrichtung der Stadt Luzern liefern verschiedene Berichte parlamentarischer Geschäfte, welche die Umsetzungsvorschläge und Massnahmen der Stadtregierung wiedergeben (vgl. Stadt Luzern Stadtrat, 2013, 2018a, 2018b, 2021).

b) Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Kanton Luzern liegt die gesetzliche Verankerung zu alterspolitischen Regelungen im Gesundheitsgesetz (GesG) und im Betreuungs- und Pflegegesetz. Die gesetzlichen Ausführungen begrenzen sich vornehmlich auf Fragen der Gesundheitsversorgung für ältere Menschen. Im Kanton Luzern ist dabei ambulante und stationäre Langzeitpflegeversorgung Aufgabe der Gemeinden. Gemäss Betreuungs- und Pflegegesetz (vgl. §2 BPG) sind sie zuständig für ein angemessenes ambulantes, intermediäres und stationäres Angebot für ältere Menschen und weitere Anspruchsgruppen. Die Pflegeheimplanung liegt in der Obhut der kantonalen Planung (Dienststelle Soziales und Gesellschaft) und richtet sich an den Angeboten und dem Bedarf ambulanter und intermediärer Pflege aus. Der Grundsatz ambulant vor stationär in der Gesundheitsversorgung ist gesetzlich verankert (vgl. §2b Abs. 2). Bis 2025 sind die Plätze der Langezeitpflege von Pflegeheimen festgelegt. Neben der Sicherstellung der Krankenpflege und weiteren ambulanten Hilfestellungen sind die Gemeinden auch als Aufsichts- und Bewilligungsbehörde tätig. Das heisst, die politischen Gemeinden sowie die Stadt Luzern müssen über ein entsprechendes fachliches Know-How verfügen, um die Bewilligungsvoraussetzungen von Spitex-Organisationen überprüfen zu können. Ausserhalb der Gesundheitsversorgung verfügt die Stadt Luzern über grossen alterspolitischen Gestaltungsraum. So engagiert sich die Stadt Luzern in den Themen Information, Beratung, Vernetzung (die Stadt Luzern verfügt über eine eigene Anlaufstelle Alter); Wohnraumpolitik und Wohnen; Gesundheitsförderung, Quartier und Nachbarschaft; soziale Teilhabe (vgl. Stadt Luzern Stadtrat, 2018c).

c) Bedarfsabhängige Sozialleistungen auf städtischer Ebene für ältere Menschen

Im Zuge des 2. Schwerpunktes der alterspolitischen Ausrichtung «Das selbstbestimmte Wohnen fördern» (vgl. Stadt Luzern Stadtrat, 2018a, S. 12) wurde die Massnahme *Gutscheine für selbstbestimmtes Wohnen* als Pilotprojekt lanciert. Das Pilotprojekt soll zum einen den verfrühten Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim wegen fehlenden finanziellen Mitteln verhindern und zum anderen unterstützende Angehörige entlasten. Der Einsatz des Gutscheinsystems ist für vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten einsetzbar, welche thematisch und inhaltlich sehr offen gestaltet sind. Das System richtet sich an Bezüger:innen, die in bescheidenen finanziellen Verhältnissen und knapp oberhalb der Anspruchsschwelle für Ergänzungsleistungen leben. Eine einheitliche Anspruchsgrenze ist nicht definiert. Die Gutscheine sollen Senior:innen vor allem bei Leistungen unterstützen, welche nicht von anderen Unterstützungsleistungen (z.B. Ergänzungsleistungen, individuelle Finanzhilfe) abgedeckt werden (vgl. Kägi et al., 2021, S. 30 ff.). Die Evaluierung des Pilotprojekts hat gemäss Stadtrat gezeigt, dass das Gutscheinsystem ein wirksames Instrument für die Anlaufstelle Alter darstellt, welches Senior:innen «zielgerecht, schnell und unbürokratisch Kostengutsprachen» (vgl. Stadt Luzern, 2022) für unterstützende Massnahmen ermöglicht. Dadurch können Lücken des Systems der Sozialen Sicherheit geschlossen werden. Mittlerweile ist das Gutscheinsystem in die Regelstruktur überführt worden.

d) Alterspolitische Rahmenbedingungen

Auf der Grundlage des Berichts vom 16. Oktober 2013 hat der Stadtrat Luzern zuhanden des städtischen Parlaments die Ziele der städtischen Alterspolitik definiert (vgl. Stadt Luzern Stadtrat, 2013). 2018 wurden die Ziele in einem neuen Bericht konkretisiert (vgl. Stadt Luzern Stadtrat, 2018a). Als übergeordnetes Ziel steht die Sicherstellung eines eigenständigen und selbstbestimmten Lebens und die soziale Teilhabe für die gesamte ältere Bevölkerung (vgl. Stadt Luzern Stadtrat, 2018a, S. 10). Die Umsetzung lässt sich an drei alterspolitischen Zielen festmachen (Stadt Luzern Stadtrat, 2021, S. 23):

1. Die Stadt fördert das selbstbestimmte Wohnen. Ältere Menschen sollen im gewohnten Umfeld bleiben können.
2. Ältere Menschen sollen in einer selbst gewählten und intakten Wohnsituation selbstständig leben können.
3. Die Versorgung mit Dienstleistungen zur Aufrechterhaltung einer angemessenen Wohn- und Lebenssituation zu Hause erfolgt bedarfsgerecht.

Was in den Dokumenten auffällt, ist die enge Verzahnung zwischen der Wohnpolitik und der Gesundheitsversorgung, welche im Zusammenspiel den Verbleib der älteren Person im vertrauten Wohnumfeld

erleichtern und fördern sollen. Dies wird u.a. durch die Gesundheitsversorgungsstruktur deutlich, worin eine dezentrale, quartierorientierte, integrierte Versorgung angestrebt wird, welche von vorgelagerten Unterstützungsangeboten des Quartiernetzwerks vicino Luzern, von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten bis zu intermediären und stationären Einrichtungen reicht (vgl. Stadt Luzern Stadtrat, 2021). Die Verzahnung kommt auch zum Ausdruck, indem altersgerechte Wohnräume und Wohnumfelder sowie Unterstützungsangebote für den Alltag (z.B. Einkaufs-, Reinigungs- oder Mahlzeitendienste) gefördert werden, um den Verbleib im Quartier zu ermöglichen. Wegweisend dafür ist das Projekt Alterswohnen integriert (vgl. Stadt Luzern Stadtrat, 2021), worin die Quartiernetzwerke vicino Luzern, die städtische Spitex und die Betagtenzentren der Viva Luzern AG (privat-gemeinnützige AG, Aktien sind zu 100% im Besitz der Stadt) zusammengeführt werden sollen.

e) Rolle stationärer Einrichtungen

Gemäss dem Planungsbericht Pflegeversorgung (2018b) zeichnet sich bis 2025 ein Überangebot von Langzeitpflegebetten ab, wobei der Bedarf danach wieder ansteigen kann. Gemäss dem Bericht möchte der Stadtrat der Stadt Luzern bis 2025 200 Langzeitpflegeplätze reduzieren und gleichzeitig den Ausbau intermediärer Strukturen (geplant 100 bis 200 Plätze, das ist 7- bis 14-mal mehr als das heutige Angebot umfasst) und Wohnungen mit Dienstleistungen (geplant 360, eine Zunahme von 10%) voranbringen. Insgesamt sollen die fünf Alterszentren der Viva Luzern AG und acht private Pflegeheime den stationären Aufenthalt älterer Menschen weiterhin garantieren. Auch wenn ein Abbau von Langzeitpflegeplätzen vorgesehen ist, erfüllen die stationären Einrichtungen immer noch eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen. Neben dem klassischen Langzeitangebot verfügen die Zentren über Spezialangebote. So zum Beispiel Übergangspflege, Sofortaufnahmen, Ferienbetten zur Entlastung pflegender Angehöriger, geschützte Wohnbereiche für demenzerkrankte Menschen, spezialisierte Palliativ Care, Angebote für Menschen am Rande der Gesellschaft. Das Projekt *Alterswohnen integriert* zeigt deutlich, dass es um eine strategische Ausrichtung von «ambulant und stationär» geht. Beide Angebotsseiten werden als gleichwertig betrachtet, wobei im Vordergrund die Aufweichung der Grenzen zwischen den Versorgungsbereichen ambulant, intermediär und stationär steht. In Zukunft soll es mehr flexible Versorgungsmöglichkeiten geben wie z.B. teilstationäre Angebote in Form von Übergangs-, Ferien- oder Wochenendbetten (vgl. Stadt Luzern Stadtrat, 2018b, S. 19). Dahinter steckt ein Paradigmenwechsel im Versorgungsverständnis, wonach die Dienstleistungserbringung stärker aus der Optik der Nutzenden zu denken ist und weniger von den einzelnen Organisationen in den ambulanten, intermediären und stationären Strukturen her.

f) Aktuelle Handlungsbedarfe

Aktueller Handlungsbedarf im Bereich Alterspolitik wird im Bereich der Wohnmobilität und des Wohnungswechsels gesehen. Die Mehrheit der Senior:innen ist mit ihrer Wohnsituation in der Stadt Luzern zufrieden und möchte nicht umziehen. Umzüge erfolgen aufgrund gesundheitlicher Beschwerden, funktionaler Alltagseinschränkungen, einer tiefgreifenden Veränderung der Lebenslage (z.B. Verwitwung), zunehmenden Sicherheitsbedarfs oder Bedarfs an psychosozialer Unterstützung (z.B. Einsamkeit, Soziale Isolation). Steht ein Wohnungswechsel bevor, haben vor allem Senior:innen mit tiefen Einkommen grosse Probleme. Die Mietpreise für altersgerechte Wohnungen übersteigen deutlich die finanziellen Ausgaben für die aktuelle Wohnsituation. So wird im Bericht *Alterswohnen integriert* festgehalten, dass «besonders für ältere Personen mit eher geringem Einkommen auf dem Markt derzeit kein ausreichendes Angebot an bezahlbarem Wohnraum in der Stadt Luzern verfügbar ist, wodurch die Wohnmobilität eingeschränkt ist. Entsprechend wird im B+A 21/2019 gefolgert, dass für Menschen, die auf dem Wohnungsmarkt benachteiligt sind, der Zugang zu günstigem und geeignetem Wohnraum vereinfacht werden muss» (vgl. Stadt Luzern Stadtrat, 2021, S. 14).

3.2.1.3 Stadt Winterthur

Per Ende des Jahres 2021 zählte die Stadt Winterthur 117'289 Einwohner:innen. Der grösste Anteil der Menschen befindet sich in der Altersklasse 50-62-jährig (21'527 Personen). 13'220 Personen sind zwischen 65 und 79 Jahre und 5'823 Personen über 80 Jahre alt (Stadt Winterthur, Stadtentwicklung, Fachstelle Statistik, 2022). Gemäss der Bevölkerungsprognose 2019-2040 (Stadt Winterthur, 2019) wird bis 2030 ein Anstieg der Bevölkerung auf ca. 129'000 Personen und bis 2040 auf ca. 135'000 Personen erwartet. Bei den Menschen über 65 Jahren wird das grösste Wachstum prognostiziert (Referenzjahr 2018). Es umfasst bis 2040 einen Anstieg von 40%, bei den 80-jährigen und Älteren sogar um 44%.

a) Verortung der Alterspolitik

Die Stadt Winterthur verfolgt eine Alterspolitik, welche den älteren Menschen einen möglichst langen selbstbestimmten, sicheren Verbleib in ihrem Zuhause und in ihrem vertrauten Umfeld mit guter Lebensqualität

und unabhängig ihres wirtschaftlichen und sozialen Status ermöglichen soll. Das Verständnis der Stadt Winterthur basiert auf einem aktiven und eingebundenen Altern. Dabei sollen sowohl bedarfsgerechte Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsangebote als auch altersgerechter Wohnraum zu dessen Verwirklichung beitragen. Als strategische Grundlage dienen die 2014 erarbeitete Altersplanung und der Masterplan zur Pflegeversorgung im Legislaturprogramm 2018-2022. Aus dem Masterplan leitet der Bereich Alter und Pflege des Departements Soziales, die Angebots- und Immobilienstrategie für die Stadt Winterthur ab (Stadt Winterthur, Alter und Pflege, o.J.). So soll die Wohnpolitik die ältere Bevölkerung und ihre Bedürfnisse stärker berücksichtigen (z.B. in Form von hindernisfreien Wohnungen; Schmid & Weishaupt, 2021, S. 6). Die Stadt Winterthur legt dabei einen starken Fokus im Bereich Gesundheitsversorgung, worin die ambulante und intermediäre Versorgung hinsichtlich der Angebote und der Infrastruktur gefördert und ausgebaut werden sollen (vgl. Stadt Winterthur, Alter und Pflege, o.J., S. 10 ff.). Auf der Angebotsseite sollen Wohnangebote «Wohnen mit Services» auf- und ausgebaut, die Gesundheitskompetenzen von zuhause lebenden älteren Menschen durch Beratung gestärkt werden und Alterszentren sollen die Möglichkeit von temporären Aufenthalten bieten. Auf der Infrastrukturseite steht die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Versorgungsstrukturen im Fokus. Die Stadt Winterthur strebt ein integriertes Versorgungsmodell «alles unter einem Dach» (o.J., S. 12) an, um Senior:innen in Übergängen der Versorgungsstruktur zu unterstützen und zu begleiten und ihrem Bedürfnis nach Kontinuität, Verlässlichkeit und Beständigkeit gerecht zu werden.

b) Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Kanton Zürich sind die Gemeinden für die Sicherstellung der ambulanten, intermediären und stationären Versorgung zuständig (vgl. Kanton Zürich, 2011). Dazu gehört sowohl die Restfinanzierung der Pflege zu übernehmen als auch den Pflegebettenbedarf zu planen. Für die Bewilligung der Erbringung ambulanter, intermediärer und stationärer Dienste in der Gesundheitsversorgung ist die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürichs zuständig (vgl. Kanton Zürich, 2008).
Gesetzlich verankert ist im kantonalen Recht der Grundsatz «ambulant vor stationär». §1 Abs. 1 der Verordnung über die Pflegeversorgung hält fest, dass die Leistungen so definiert sind, dass «a. die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung von Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf gefördert, erhalten und unterstützt werden, b. stationäre Aufenthalte möglichst vermieden oder hinausgezögert und Pflegeheimaustritte nach Hause unterstützt werden». Mit dem § 5 Abs. 2 des kantonalen Pflegegesetzes wurde der Versorgungsauftrag der Gemeinde erweitert, indem er auch die Leistungen für Unterkunft und Betreuung im Pflegeheim und notwendige nichtpflegerische Leistungen (Hauswirtschaft und Betreuung) umfasst. Die Gemeinde muss nichtpflegerische Leistungen subventionieren, wenn sie von gemeindeeigenen Betrieben oder solchen mit Leistungsauftrag erbracht werden (vgl. § 13 Pflegegesetz). Im Kanton Zürich gibt es, im Unterschied zu anderen Kantonen, keine Vorgaben bezüglich des Eintritts, wie beispielsweise einen bestimmten Pflegebedarf (Schmid & Weishaupt, 2021, S. 13-14).
Die Stadt Winterthur betreibt eine eigene Spitex sowie fünf Alters- und Pflegezentren. Zusätzlich sind private Institutionen sowie selbstständige Pflegefachpersonen mit ambulantem und stationärem Angebot mit und ohne städtische Leistungsvereinbarung tätig (Schmid & Weishaupt, 2021, S. 12).

c) Bedarfsabhängige Sozialleistungen auf städtischer Ebene für ältere Menschen

Der Kanton Zürich sieht über die Ergänzungsleistungen zu AHV/IV und Krankheits- und Behinderungskosten hinaus weitere Zusatzleistungen in Form von kantonalen Beihilfen und kantonalen Zuschüssen vor (vgl. Kanton Zürich, 1971). Auch Rentner:innen können von den Zusatzleistungen Gebrauch machen. Die kantonalen Beihilfen werden an Privathaushalte ausgerichtet. Der jährliche Höchstanspruch beträgt für Alleinstehende 2'420 Franken und für Ehepaare sowie für Paare in eingetragener Partnerschaft 3'630 Franken (vgl. §16 ZLG). Die kantonalen Zuschüsse richten sich an Personen, die in Heimen leben und die Heimkosten nicht aufbringen können (vgl. § 19 a ZLG).
Neben den kantonalen Zusatzleistungen sieht die Stadt Winterthur Gemeindezuschüsse vor (vgl. Stadt Winterthur, 2004). Sie sind nach kommunalem Recht festgelegt. Die Gemeindezuschüsse kommen zum Zuge, wenn die Renten und übriges Einkommen die minimalen Lebenshaltungskosten nicht decken. Mit den Gemeindezuschüssen soll den höheren Lebenskosten in der Stadt Winterthur Rechnung getragen werden. Sie werden nur an Personen ausgerichtet, die auch Anrecht auf Ergänzungsleistungen haben. Die Gemeindezuschüsse werden hauptsächlich als Zuschüsse für den Lebensbedarf (ordentliche Gemeindezuschüsse), als Mietzuschüsse oder als Vergünstigung des Busabonnements verwendet.

d) Alterspolitische Rahmenbedingungen

Die strategische Ausrichtung der Stadt Winterthur orientiert sich an der Altersplanung von 2014. Dabei wird «Alter nicht als starrer Lebensabschnitt definiert, sondern als Prozess des Alterns» (Galladé et al, 2014, S. 6) verstanden. Als Orientierung für das alterspolitische Handeln dienen die «alternsfreundliche Stadt» und die Leitlinien der WHO für die Age-friendly Cities. Insgesamt werden sieben Handlungsfelder definiert, aus denen sich die strategischen Leitlinien, Ziele und Massnahmen ergeben.

Im Zentrum steht der ältere Mensch mit seinen Ressourcen und Fähigkeiten, eingebettet in einem sozialen Umfeld und einer vertrauten Wohnumgebung. Die alterspolitischen Massnahmen sollen die selbst- und mitverantwortliche Lebensführung der älteren Bevölkerung fördern, ohne die Angehörigen und Netzwerke ausserhalb der Familie zu vernachlässigen. Alterspolitik wird in der Stadt Winterthur als generationenübergreifende Aufgabe verstanden.

Die Stadt Winterthur verfolgt ein stark quartierorientierte Altersarbeit. Das Quartier ist der Grundstein für eine altersfreundliche Stadt, an dem sich nicht nur der altersgerechte Wohnraum und eine lebendige Nachbarschaft orientieren, sondern auch die gesamte Versorgungsstruktur der Langzeitpflege und sozialen Betreuung.

Die Stadt Winterthur setzt stark auf die Information und Beratung der Bevölkerung rund um Fragen des gesunden Alterns. Dies zeigt sich u.a. im Aufbau einer Informations- und Beratungsstelle zum Thema Wohnen, Betreuung und Pflege im Alter. Die Stelle gibt neutrale und kostenlose Informationen zu städtischen und privaten Unterstützungs-, Wohn-, Entlastungs- und Überbrückungsangeboten ab und berät zudem zu finanziellen Angelegenheiten. Weiter fungiert sie als zentrale Informations- und Anmeldestelle in Bezug auf die aktuelle Verfügbarkeit von Pflegeplätzen der Stadt Winterthur (städtische Alterszentren sowie Altersheim St. Urban; Stadt Winterthur, Departement Soziales (o.J.).

e) Rolle stationärer Einrichtungen

Gemäss Masterplan (2021) lebten 2019 rund 1'300 Personen in stationären Institutionen. Dabei waren 70% der Bewohner:innen über 80-jährig und 28.2 % über 90 Jahre alt (vgl. Schmid & Weishaupt, 2021, S. 20). Die prognostizierte Entwicklung in der Langzeitpflegeversorgung der Stadt Winterthur sieht einen Anstieg von 60 % der älteren Bevölkerung vor. Bei unveränderter Nutzung der stationären Institutionen werden bis 2040 zusätzlich 500 Personen einen Pflegeplatz benötigen. Die Stadt Winterthur orientiert sich an einem zweiten Szenario, worin der Anstieg an pflegebedürftigen älteren Menschen in stationären Institutionen durch ambulante und intermediäre Angebote vermindert wird. Dadurch würde die Anzahl an älteren Personen in stationären Institutionen auf dem Niveau von 2019 verharren. Wie in anderen untersuchten Städten sollen ambulante Angebote, organisierte Wohnformen (wie Wohnen mit Services) und Tagesstätten dafür sorgen, dass ältere Menschen mit leichtem Pflegebedarf möglichst lange zuhause leben können. Dadurch werden sich die stationären Institutionen in der Stadt Winterthur mehrheitlich um hochbetagte, gesundheitlich stark eingeschränkte und multimorbide Menschen kümmern. Das heisst, die Institutionen werden Orte für ältere Menschen mit hoher Pflegeintensität und -komplexität. Damit verbunden ist eine stärkere institutionelle Ausrichtung auf verschiedene Entwicklungen der Langzeitpflege: Temporäre Aufenthalte wie Akut- und Übergangspflege, gerontologische Rehabilitationen, Spezialisierungen, z.B. auf Palliative Care, interprofessionelle Betreuung, Demenz- oder psychische Erkrankungen. Aufgrund der veränderten Bedürfnisse der älteren Bevölkerung (z.B. Autonomie, Individualität, Dienstleistungen und Wohnkomfort) wird sich die Nachfrage nach Einzelzimmern mit eigener Nasszelle erhöhen (Stadt Winterthur, Alter und Pflege, o.J., S. 6, 8). Zurzeit sind in den städtischen Alterszentren rund ein Drittel der Zimmer Mehrbettzimmer.

f) Aktuelle Handlungsbedarfe

Da im Bundesgesetz über die EL lediglich ein Tarif für das Wohnen zuhause und einer für das Wohnen im Heim vorgesehen sind, werden die Kosten für Wohnen mit Services nicht übernommen. Damit besteht für Menschen mit tiefen Einkommen die Gefahr eines verfrühten Heimeintritts. Durch eine flexiblere Regelung der EL könnten intermediäre Strukturen gestärkt werden (Cosandey und Kienast, 2016 zitiert nach Schmid & Weishaupt, 2021, S. 14). Ebenfalls als problematisch bezeichnet, wird das Fehlen eines Kontingents bei den Heimplätzen in Kombination mit dem Grundsatz «ambulant vor stationär», da der Anteil an Heimbewohnenden umso grösser wird, je mehr Heimplätze zur Verfügung stehen (Köppel, 2017 zitiert nach Schmid & Weishaupt, 2021, S. 14).

Die Stadt Winterthur hat für das Erreichen eines Alterns mit guter Lebensqualität, der selbstbestimmten Lebensführung und der auf individuellen Bedürfnissen aufbauenden Nutzung von Unterstützungsangeboten Wirkungs- und Steuerungsziele entwickelt und diese auf ihre Erreichung hin überprüft. Bisher sind alle Ziele nur teilweise erreicht, weshalb 35 Massnahmen festgelegt wurden (Schmid & Weishaupt, 2021, S. 29-30).

3.2.1.4 Stadt Zürich

Ende 2021 zählte die Stadt Zürich 436'332 Einwohner:innen. Die Mehrheit der Bevölkerung ist zwischen 20 und 40 Jahren alt. Der Anteil an 65- 79-jährigen beträgt 10.3% und der Anteil der 80-jährigen und Älteren liegt bei 4.6%. Laut den Prognosen (2019) wird die gesamte Bevölkerung bis zum Jahr 2035 auf mehr als eine halbe Million anwachsen (vgl. Stadt Zürich, 2020b). Bei den 80-Jährigen wird ein Anstieg von 18% erwartet. Die ältere Bevölkerung in der Stadt Zürich weist geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Bei den 80-jährigen und älteren Personen gibt es fast doppelt so viele Frauen wie Männer. Zudem leben 40% der 65-jährigen und älteren Personen alleine (vgl. Stadt Zürich, 2020b, S. 16).

a) Verortung der Alterspolitik

Die Stadt Zürich hat 2020 eine neue Altersstrategie verabschiedet. Mit der «Altersstrategie 2035» (vgl. Stadt Zürich, 2020b) wurden die Weichen der Alterspolitik neu gestellt. Im Fokus der Ausrichtung stehen die Schwerpunkte Zusammenleben, Gesundheitsversorgung und Wohnen. Dabei sollen partizipative und quartiernahe Zugänge helfen, Dienstleistungen und Angebote zu entwickeln, welche den vielfältigen Bedürfnissen der älteren Bevölkerung entsprechen (vgl. Stadt Zürich, 2020b). Die neue Altersstrategie verfügt über einen Massnahmenkatalog (vgl. Stadt Zürich, 2020a), worin die konkrete Ausgestaltung der zukünftigen Alterspolitik der Stadt Zürich festgehalten ist.

b) Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Kanton Zürich sind die Gemeinden für die Sicherstellung der ambulanten, intermediären und stationären Versorgung zuständig (vgl. Kanton Zürich, 2011). Dazu gehört sowohl die Restfinanzierung der Pflege zu übernehmen als auch den Pflegebettenbedarf zu planen. Für die Bewilligung der Erbringung der ambulanten, intermediären und stationären Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung ist die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürichs zuständig (vgl. Kanton Zürich, 2008).
Gesetzlich verankert ist im kantonalen Recht der Grundsatz «ambulant vor stationär». §1 Abs. 1 der Verordnung über die Pflegeversorgung hält fest, dass die Leistungen so definiert sind, dass «a. die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung von Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf gefördert, erhalten und unterstützt werden, b. stationäre Aufenthalte möglichst vermieden oder hinausgezögert und Pflegeheimaustritte nach Hause unterstützt werden». Mit dem § 5 Abs. 2 des kantonalen Pflegegesetzes wurde der Versorgungsauftrag der Gemeinde erweitert, indem er auch die Leistungen für Unterkunft und Betreuung im Pflegeheim und notwendige nichtpflegerische Leistungen (Hauswirtschaft und Betreuung) umfasst. Die Gemeinde muss nichtpflegerische Spitex-Leistungen subventionieren, wenn sie von gemeindeeigenen Betrieben oder solchen mit Leistungsauftrag erbracht werden (vgl. § 13 Pflegegesetz). Im Kanton Zürich gibt es, im Unterschied zu anderen Kantonen, keine Vorgaben bezüglich des Eintritts in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege, wie beispielsweise einen bestimmten Pflegebedarf (Schmid & Weishaupt, 2021, S. 13-14).

c) Bedarfsabhängige Sozialleistungen auf städtischer Ebene für ältere Menschen

Der Kanton Zürich sieht über die Ergänzungsleistungen zu AHV/IV und Krankheits- und Behinderungskosten hinaus weitere Zusatzleistungen in Form von kantonalen Beihilfen und kantonalen Zuschüssen vor (vgl. Kanton Zürich, 1971). Auch Rentner:innen können von den Zusatzleistungen Gebrauch machen. Die kantonalen Beihilfen werden an Privathaushalte ausgerichtet. Der jährliche Höchstanspruch beträgt für Alleinstehende beträgt 2420 Franken und für Ehepaare sowie für Paare in eingetragener Partnerschaft 3630 Franken (vgl. §16 ZLG). Die kantonalen Zuschüsse richten sich an Personen, die in Heimen leben und die Heimkosten nicht aufbringen können (vgl. § 19 a ZLG).
Wie die Stadt Winterthur kennt auch die Stadt Zürich Gemeindezuschüsse. Diese werden zusätzlich zu den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und der Beihilfe gewährt. Anspruch auf die Gemeindezuschüsse haben Personen, die Beihilfe beziehen und seit mindestens fünf Jahren ihren Wohnsitz in der Stadt Zürich haben.

d) Alterspolitische Rahmenbedingungen

Mit der Altersstrategie 2035 (2020b) und dem dazugehörigen Massnahmenbericht (2020a) verfügt die Stadt Zürich über eine aktualisierte Alterspolitik. Im Zentrum der Altersstrategie steht das selbstbestimmte Leben des älteren Menschen in seiner vertrauten Umgebung. Damit die ältere Bevölkerung bis ins hohe Alter selbstbestimmt in ihrem Wohnumfeld leben kann, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein, welche die Stadt Zürich im Blick behält. Nötig sind ein altersgerechter Wohnraum, Zugang zu alltags- und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen in den Quartieren, ein hindernisfreier öffentlicher Verkehr, ein tragendes soziales Umfeld und Teilhabe an der Gesellschaft (vgl. Stadt Zürich, 2020b, S. 33).
Der Massnahmenbericht gründet auf vier unterschiedlichen Handlungsfeldern (vgl. Stadt Zürich, 2020a):

- Wohnen, Pflege und Unterstützung nach Bedarf
- Information und Angebot im Quartier
- Unterwegs im öffentlichen Raum
- Teilhaben, helfen und mitgestalten

Die Ausführungen zu den vier Handlungsfeldern machen deutlich, dass die Stadt Zürich bemüht ist, eine Rolle einzunehmen, die in Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Alters- und Gesundheitsbereich eine Weiterentwicklung der Altersplanung ermöglicht. So sollen im Handlungsfeld Wohnen, Pflege und Unterstützung altersgerechte Wohnformen (auch für unterstützungsbedürftige Senior:innen) gefördert und unterstützt werden. In Zusammenarbeit mit ambulanten und intermediären Diensten soll die Stadt Zürich für den möglichst langen und selbstbestimmten Verbleib von betreuungs- und pflegebedürftigen Senior:innen in ihrem Zuhause sorgen. Neben der Förderung und Mitgestaltung von Diensten und Angeboten im Altersbereich sollen diese auch stärker in den einzelnen Quartieren bekannt gemacht werden. So sieht das zweite Handlungsfeld den Aufbau von dezentralen Anlaufstellen in den Quartieren vor, welche die Bevölkerung über Angebote rund um das Älterwerden informieren und beraten (vgl. Stadt Zürich, 2020b, S. 56). Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der altersfreundlichen Stadtgestaltung. Im dritten Handlungsfeld bemüht man sich, zukünftig stärker die Bedürfnisse und Perspektiven der älteren Bevölkerung in die städtische Verkehrs- und Raumplanung einfliessen zu lassen (Stadt Zürich, 2020b, S. 61). Schliesslich verfolgt das letzte Handlungsfeld eine stärkere Einbindung und Mitwirkung der älteren Bevölkerung in der Gestaltung ihres Wohnumfelds (Stadtteil, Quartiers), in der Weiterentwicklung von Angeboten und im freiwilligen Engagement.

e) Rolle stationärer Einrichtungen

Die Stadt Zürich verfügt über 6380 Pflegeplätze (davon sind etwa die Hälfte gemeindeeigene Plätze; Stand 2019). Gemäss einer Bedarfsschätzung der Langzeitpflegeplätze bis 2035 werden bei gleichbleibender Situation aus demografischen Gründen weitere 600 Plätze nötig. Da der Wunsch der älteren Bevölkerung im möglichst langen Verbleib zuhause liegt, rechnet die Stadt Zürich mit einer sinkenden Nachfrage nach Heimaufenthalten und steigender Nachfrage an organisierten Wohnformen (Wohnen mit Dienstleistungen) auch bei zunehmender Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit. Auf dieser Grundlage plant die Stadt Zürich mit einem Rückgang von ungefähr 600 gemeindeeigenen Pflegeplätzen bei einer gleichzeitigen Stärkung und einem Ausbau des ambulanten Sektors.

Mit der Altersstrategie 2035 wird eine Verlagerung der stationären hin zu ambulanter und intermediärer Gesundheitsversorgung beabsichtigt. Daraus folgt jedoch nicht, dass die stationären Einrichtungen an Bedeutung verlieren. Im Gegenteil: die Stadt Zürich verfolgt einen neuen Ansatz, wobei Wohnformen und die gesamte Gesundheitsversorgung gemeinsam gedacht und geplant werden. Unter der Bezeichnung «Areal-Baukasten» (Stadt Zürich, 2020b, S. 48) wird ein Modell erläutert, worin städtische Alters- und Pflegezentren, Alterswohnungen und Pflegedienste zu einem durchlässigen quartierorientierten Netz verbunden werden. Im Mittelpunkt steht dabei das Gesundheitszentrum (gleichzeitig als Anlaufstelle für Informations- und Beratungsangebote, als ambulanter Dienstleister und als stationäre Versorgungseinrichtung), welches in eine altersgerechte und generationendurchmischte Quartierumgebung eingebettet ist.

f) Aktuelle Handlungsbedarfe

Aufgrund der alterspolitischen Ausrichtung der Langzeitpflegeversorgung sollen ältere Menschen möglichst lange zuhause leben können. Allerdings ist der Verbleib auch mit Hilfe und Pflege verbunden u.a. auch für Unterstützungstätigkeiten, die nicht pflegerischer Natur sind. Betroffene mit wenig finanziellem Spielraum können sich solche Unterstützungsangebote/-dienste oftmals nicht leisten und riskieren dadurch eine Unterversorgung oder treten in ein Heim ein, wo Unterstützungsangebote im Rahmen der EL besser finanziert sind. Die Stadt Zürich möchte ein Angebot an Unterstützungs- und Betreuungsleistungen sicherstellen, welches auch für Senior:innen mit geringem Einkommen zugänglich ist. Diese Herausforderung gilt nicht nur für Dienstleistungen und Angebote. Sie betrifft auch organisierte Wohnformen wie betreutes Wohnen. Bisher überschreiten Miet- und Dienstleistungskosten die finanziellen Möglichkeiten von älteren EL-Bezüger:innen. Die Stadt Zürich sieht darin Handlungsbedarf und bemüht sich um eine Anpassung des Finanzierungssystems im Rahmen des städtischen Handlungsspielraums, um den Zugang zu Betreuungsleistungen zuhause sowie zu betreuten Wohnangeboten für EL-Bezüger:innen zu erleichtern.

Weiterer Handlungsbedarf wird im Bereich des bezahlbaren Wohnraums gesehen. Seitens der Senior:innen besteht die Befürchtung, bei möglichen Wohnungswechseln keine bezahlbare Wohnmöglichkeit mehr zu finden und/oder aufgrund der hohen Mietpreisen zu verarmen. Der knappe und teure urbane Wohnungsmarkt ist eine Herausforderung für die gesamte Bevölkerung der Stadt Zürich und betrifft somit auch jüngere Altersgruppen.

3.2.2 Gelingensfaktoren für stationäre Einrichtungen im städtischen Raum

Für die Einordnung der Rolle stationärer Einrichtungen (Alters-/Pflegeheime) im alterspolitischen Kontext der vier Städte ist es nötig zu verstehen, auf welche Entwicklungen sich die Alterspolitik der Städte ausrichten. Gemäss unseren Ergebnissen sind vier Trends in allen Städten von Bedeutung.

1. In allen vier Städten nimmt die Zahl der hochaltrigen Menschen in den nächsten Jahren zu. Eine Bevölkerungsgruppe, welche einem erhöhten Risiko an Hilfe im Alltag und Pflegebedarf ausgesetzt ist und grundsätzlich stark individualisierte Bedürfnisse hinsichtlich der Unterstützung aufweist.
2. Die Mehrheit der älteren Bevölkerung möchte möglichst lange selbstbestimmt und selbstständig in ihrem vertrauten Umfeld wohnen und leben können.
3. Aufgrund des Bedürfnisses möglichst lange zuhause wohnen zu können, zeichnet sich eine Priorisierung der Versorgungsbereiche von der stationären hin zur intermediären und ambulanten Gesundheitsversorgung ab.
4. Die Gesundheitspolitik hinsichtlich der Versorgung der älteren Bevölkerung ist bemüht, die Systemgrenzen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen (ambulant, intermediär, stationär) abzubauen. Man orientiert sich also stärker am Modell der integrierten Versorgung, wonach der individuelle und aktuelle Unterstützungsbedarf einer Person für die Form der Versorgung massgebend ist.

Obschon Fragen des altersgerechten privaten Wohnens und der ambulanten Versorgungsstrukturen im Fokus der alterspolitischen Auseinandersetzung stehen, behalten die stationären Einrichtungen eine tragende Rolle in der strategischen Ausrichtung der Städte. *Das heisst, es stellt sich weniger die Frage, ob stationäre Einrichtungen zukünftig eine Rolle spielen. Vielmehr geht es um die Frage, wie stationäre Einrichtungen zukünftig ausgestaltet werden müssen, damit sie den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung gerecht werden, in die strategische Ausrichtung der städtischen Alterspolitik passen und sich in das städtische Gesundheitsversorgungsmodell einfügen lassen*. Folgende Ausführungen bieten einen Überblick über Gelingensfaktoren zukünftiger stationärer Einrichtungen in den vier Städten. Die Ergebnisse gründen auf den Analysen der städtischen Dokumente und Expert:inneninterviews. Sie lassen sich in fünf thematische Schwerpunkte einordnen.

3.2.2.1 Vielfalt von Wohnstrukturen und Wohnlichkeit

Klassischerweise definiert(e) sich eine stationäre Einrichtung (z.B. Alters-/Pflegeheime) über ihre spezifische Wohnstruktur, nämlich die Pflegeabteilung mit Einzel- oder Mehrbettzimmern. Viele Alters-/Pflegeheime verfügen heutzutage über verschiedene Wohnstrukturen. So führen sie organisierte Wohnformen wie Wohnen mit Dienstleistungen, Wohngemeinschaften für Personen mit speziellen Bedürfnissen oder neue Wohnformen im Bereich der Pflege wie Pflegezimmer für Ehepaare oder Pflegewohngruppen. Diesbezüglich entwickeln sich die Institutionen in eine zukunftsweisende Richtung, welche darin besteht, verschiedene Wohnformen für all jene ältere Menschen anzubieten, welche Sicherheit, Betreuung und/oder Pflege als wichtige Faktoren in ihrem Wohnalltag sehen. Mehrere Expert:innen erkennen in der Diversifizierung der Wohnangebote ein wichtiges Qualitätsmerkmal, welches sich an den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung orientiert und sich den Trends der Gesundheitsversorgung anpasst (Durchlässigkeit der Systemgrenzen fördern).

Mit der Erweiterung von Wohnstrukturen geht auch ein Paradigmenwechsel bezüglich des Selbstverständnisses von stationären Einrichtungen einher. Neu steht nicht mehr die Gesundheitsversorgung im Zentrum sondern das institutionelle Wohnen. Wohnmöglichkeiten in Institutionen müssen sich vordergründig über die Wohnlichkeit definieren, selbstverständlich eingebettet in ein entsprechendes professionelles Versorgungssetting, welches die Betreuung und Pflege bedürfnisorientiert abdeckt. Exemplarisch für diesen Wandel steht die strategische Ausrichtung der Viva Luzern AG (im Eigentum der Stadt Luzern), welche 6 Alterszentren in der Stadt Luzern führt. Viva Luzern verfolgt die Strategie „Im Alter zuhause“ (o. J., S. 5). Darin sollen die Alterszentren und Wohn- und Dienstleistungsangebote es den älteren Menschen ermöglichen, sich auch im institutionellen Rahmen zuhause zu fühlen.

3.2.2.2 Neue Kernkompetenzen

Eine stationäre Einrichtung erfordert zukünftig mehr als die Betreuung und Pflege von Bewohner:innen. Mit neuen Wohnangeboten treten auch neue Bedürfnisse und Unterstützungsbedarfe hervor. So bedingen Angebote wie zum Beispiel Wohnen mit Betreuung, Pflegewohngruppen oder ein Einzelzimmer für demenzerkrankte Menschen auch unterschiedliche personelle Ausstattungen und verschiedene räumliche Vorkehrungen (bspw. Raumaufteilungen, Zugänge zwischen privaten, halböffentlichen und öffentlichen Zonen). Die Mehrfachkompetenz scheint ein wichtiges Kriterium darzustellen, um auf veränderte Bedürfnisse der Klientel, auf unterschiedliche Gegebenheiten der Quartiere und unterschiedliche bestehende Versorgungsstrukturen reagieren zu können.

Beispielhaft steht die Stadt Zürich mit ihrem neuen Ansatz des Baukastenmodells, wobei stationäre Einrichtungen stark auf die Bedürfnisse der Quartierbevölkerung und räumliche Quartiergegebenheiten angepasst werden. Die Erweiterung der Kernkompetenzen erfolgt auch durch Spezialisierungen, welche im Zuge der verzögerten Heimeintritte erforderlich werden. Neben den eher konventionellen Pflegesituationen kommen aufgrund komplexerer Pflegefälle, verschiedener Demenzerkrankungen, vermehrter gerontopsychiatrischer Betreuung oder dem erhöhten Bedarf an Palliative Care neue Betreuungs- und Pflegesituationen hinzu, die neues Fachwissen für die Institution erfordert.

3.2.2.3 Quartierorientierung

Die Expert:innen aller Städte sind sich einig, dass sich stationäre Einrichtungen zukünftig noch stärker in den Sozialraum eines Quartiers einfügen müssen. Alle Städte streben eine dezentrale Gesundheitsversorgung an, welche sich an den spezifischen Bedürfnissen der Quartierbevölkerung ausrichten soll. Als Teil der integrierten Versorgung werden dabei stationäre Einrichtungen mitberücksichtigt. Für einige Expert:innen ist es wichtig, dass stationäre Einrichtungen sich an den Bedürfnissen der Quartierbewohnerschaft ausrichten und in Zusammenarbeit mit bestehenden Diensten das Unterstützungsangebot für die Bevölkerung erweitern und vervollständigen. Wichtig ist dabei die Öffnung der Institution gegenüber dem Quartier und seiner Bevölkerung. Das heisst, dass eine Institution über Angebote verfügen sollte, welche der Quartierbevölkerung (auch jüngeren Generationen) offenstehen. Dazu zählen zum Beispiel ein Restaurant, Café, Coiffeur, Trainingscenter oder eine Kindertagesstätte (Kita). Öffnung bedeutet aber auch, dass sich die Institution mit ihren Diensten in das Quartierleben einbringt. Zum Beispiel, indem stationäre Institutionen Wohnberatungen/Gesundheitsberatungen in den Privathaushalten durchführen oder dezentrale Wohneinheiten mit Pflegeabteilungen im Quartier anbieten und betreuen. Die Quartierorientierung ist nicht nur in den Dokumenten und Expert:innenterviews festzustellen. Auch im Fachdiskurs gilt die Quartiernähe stationärer Einrichtungen als wichtiges Element der Wohn- und Gesundheitsversorgung. Beispielhaft steht dafür das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz (vgl. CURAVIVA Schweiz, o.J.).

3.2.2.4 Durchlässigkeit

Neben der Quartierorientierung einer stationären Einrichtung gilt die Durchlässigkeit der Einrichtung als wichtiges Qualitätskriterium. Durchlässigkeit hinsichtlich:

- Bevölkerung: Eine stationäre Einrichtung muss mit ihren Wohnangeboten soweit in einem Quartier eingebunden sein, dass Bewohner:innen der Institution und des Quartiers die Möglichkeit haben, sich zu begegnen, neue Beziehungen zu knüpfen und bestehende Beziehungen und Kontakte zu pflegen.
- Angeboten: Es muss sichergestellt sein, dass Bewohner:innen der Institution bei Interesse und Bedarf umliegende Angebote besuchen können. Gleichzeitig müssen interne Anlässe (z.B. soziale oder kulturelle Veranstaltungen) für Quartierbewohner:innen zugänglich sein.
- Systemgrenzen: Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungs- und Administrationsbedingungen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung sind bspw. temporäre Aufenthalte in Alters-/Pflegeheimen zwar möglich, aber mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden. In allen vier Städten sind Bestrebungen festzustellen, Übergänge einfacher zu gestalten. Exemplarisch steht dafür die Stadt Winterthur. Sie setzt stark auf die Förderung temporärer Aufenthalte in Alters-/Pflegeheimen (im Sinne einer Alters-Reha) mit dem Ziel, Austritte aus dem Pflegeheim nach Hause zu ermöglichen.

3.2.2.5 Bedürfnisorientierung/Zugang für alle

Die Expert:innen sind sich einig, dass die zukünftigen Generationen ihre Bedürfnisse und Interessen bis ins hohe Alter einfordern werden. Für stationäre Einrichtungen bedeutet dies eine Flexibilisierung ihrer Wohnangebote und Dienstleistungen. Generalisierte und stark getaktete Alltagsstrukturen, Dienste und Angebote wie zum Beispiel die standardisierten Verpflegungszeiten werden an Bedeutung verlieren. Angebote und Dienste müssen einen klaren personenzentrierten Fokus haben. Schon heute bemühen sich die stationären Einrichtungen, ihre Angebote stärker personenzentriert zu gestalten. Das zeigt sich zum Beispiel in den Wohnangeboten «Wohnen mit Service» oder «Wohnen mit Betreuung». Mit der Schaffung neuer Dienste und Angebote werden auch neue Herausforderungen entstehen. Exemplarisch dafür steht das Betreute Wohnen, welches unter anderem von stationären Einrichtungen zusätzlich betrieben wird. Die Angebote sind für ältere Menschen mit geringen finanziellen Mitteln nur schwer oder begrenzt zugänglich. Neben der personenzentrierten Ausrichtung stellt die Zugänglichkeit für alle betroffenen Personen ein wichtiges Kriterium dar, damit eine stationäre Einrichtung ihren Versorgungsauftrag für die gesamte ältere Bevölkerung wahrnehmen kann. Dafür sind auch Massnahmen von Seiten der Städte gefragt. Die Stadt Luzern hat beispielsweise für diese Bevölkerungsgruppe ein Gutscheinsystem

für selbstbestimmtes Wohnen entwickelt, welches jüngst in die Regelstruktur überführt wurde. Die Stadt Zürich ist gemäss ihrer Altersstrategie daran, ein Finanzierungssystem für das Wohnen mit Betreuung zu entwickeln.

3.3 Kritische Würdigung des Wohnbauprojekts Alterszentrum Tscharnergut TIAG

Das vorliegende Kapitel nimmt eine kritische Würdigung des Wohnbauprojekts Alterszentrum Tscharnergut vor. Die kritische Würdigung erfolgte durch ein eigens konzipiertes Kriterienraster basierend auf den Ergebnissen von Kapitel 3.2, den Interviews mit Fachexpert:innen und einer punktuellen Literaturrecherche. Für die Beurteilung des Wohnbauprojekts wurden 5 Qualitätskriterien mit 15 Indikatoren verwendet. Für jeden Indikator wurden Messkriterien gebildet, anhand derer das Wohnbauprojekt geprüft wurde. Diese Systematisierung ermöglichte es, das Wohnbauprojekt mit objektiven Kriterien differenziert zu prüfen, kritisch zu würdigen und darauf aufbauend Empfehlungen zu formulieren.

Beurteilt wurde das Wohnbauprojekt hinsichtlich des Erfüllungsgrads der einzelnen Indikatoren. Dafür wurde eine Skala von Erfüllungsgraden verwendet:

1= unzureichend erfüllt (Indikator wird in der Broschüre nicht thematisiert, fehlt)
2
3= verbesserungsfähig (Indikator wird in der Broschüre angeschnitten, doch wichtige Aspekte fehlen)
4
5= sehr gut erfüllt (Indikator wird in der Broschüre ausführlich und überzeugend thematisiert)

Die kritische Würdigung erfolgte auf der Grundlage der Broschüre «Wohnen und leben im Alter. Konzept Alterszentrum 2021» und einem Gespräch mit FAMBAU (Herr Walter Straub, Herr Alexander Schaller, Frau Olivia Kaufmann) zum Wohnbauprojekt. Da das beurteilende Datenmaterial begrenzt war, mussten wir für die kritische Würdigung mit Einschränkungen rechnen. Zum Beispiel konnte aufgrund der aktuellen Phase des Wohnbauprojekts das Qualitätskriterium betriebliche Gestaltung nicht beurteilt werden.
Für die kritische Würdigung wurde folgendermassen vorgegangen: Der Kriterienraster wurde von den Projektmitgliedern der Berner Fachhochschule einzeln auf das Wohnprojekt angewendet. Die Beurteilung des Erfüllungsgrads der einzelnen Kriterien wurde im Rahmen eines Workshops gemeinsam ausgehandelt und konsolidiert.
Im Folgenden werden die Ergebnisse der kritischen Würdigung entlang den Qualitätskriterien erläutert.

Abbildung 9 Gesamtergebnisse der kritischen Würdigung des Alterszentrum Tscharnergut

Qualitäts-kriterien		Indikatoren	Messkriterien	Erfüllungsgrad 1 2 3 4 5	pro Indikator	pro Kriterium
Wohnaspekte	1	**Vielfalt und Anordnung der Wohnangebote**	- Wohnangebote: Welche Phasen der Fragilisierung werden mit den Wohnformen abgedeckt? Sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt? - Wohnformdurchlässigkeit: Sind mögliche Übergänge der Wohnformen bei verändertem Zustand der Bewohnenden im Wohnbauprojekt vorgesehen? Sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt vorgesehen? - Wohnanordnung: Ist die Anordnung der Wohnformen im Wohnbauprojekt aus sozialgerontologischer Sicht (Bedürfnis der älteren Bevölkerung, möglichst lange am angestammten Ort wohnen und leben zu können) sinnvoll?	5 1 5	4	4
Wohnaspekte	2	**Bauliche und infrastrukturelle Begebenheiten**	- Ist der Mix an privater, halböffentlicher und öffentlicher Zonen unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt? - Sind Rückzugsorte für die Betroffenen unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt eingeplant? - Sind im Wohnbauprojekt die Zonen für aktive Teilnahme am Alltagsgeschehen (Mitwirkung) unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut berücksichtigt? - Sind im Wohnbauprojekt die Zonen für die passive Teilnahme (z.B. von der Sitzbank aus das Geschehen beobachten, Besuch einer kulturellen Veranstaltung) am Alltagsgeschehen unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut berücksichtigt?	3 3 1 5	3	
Wohnaspekte	3	**Zentrale Wohnaspekte im Alter**	- Sicherheit: Welche Sicherheitsvorkehrungen werden getroffen, damit sich die Mieter:innen z.B. auch bei abnehmender Mobilität, verschlechtertem Gesundheitszustand usw. in ihrem Wohnraum sicher fühlen? - Wohnkosten: Welche Einkommensklassen können sich die Wohnangebote des Wohnprojekts leisten? - Nahversorgung: Welche Möglichkeiten bietet das Wohnbauprojekt und die Wohnumgebung für Besorgungen des alltäglichen Bedarfs? - Normalisierungsprinzip: Werden die Wohnbedürfnisse der Mieter:innen/Bewohner:innen berücksichtigt, um einen, aus ihrer Sicht, normalen Alltag zu ermöglichen? - Sind die obigen genannten Aspekte im Wohnbauprojekt berücksichtigt? Sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	4 5 5 1	4	
Sozialraumorientierung	4	**Öffnung und Durchlässigkeit des Wohnbauprojekts**	- Zugang nach innen: Sind im Wohnbauprojekt Angebote vorgesehen, welche auch die Quartierbevölkerung nutzen kann? Falls ja, sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt? Falls nein, inwiefern ? - Zugang nach aussen: Sind im Wohnbauprojekt Vorkehrungen getroffen, damit der Zugang zu Aktivitäten und Angeboten im Quartier, von den Mieter:innen möglich ist? Falls ja, sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt? Falls nein, inwiefern?	2 4	3	3
Sozialraumorientierung	5	**Zusammenarbeit im Sozialraum**	- Welche Vernetzungsarbeit ist im Wohnbauprojekt vorgesehen? Ist sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	2	2	

Gesundheitsversorgung	6	**Ausrichtung der Gesundheitsversorgung**	- Tendenzielle Ausrichtung der Gesundheitsversorgung bzgl. Unterstützungsbedarfe: a. Das Wohnbauprojekt richtet sich auf unterschiedliche Unterstützungsbedarfe ihrer Mieter:innen aus. Es ist keine Spezialisierung der Leistungserbringung geplant. b. Das Wohnbauprojekt richtet sich auf spezifische Unterstützungsbedarfe aus (z.B. hoher Pflegebedarf, Menschen mit einer demenziellen Erkrankung, Palliative Care). - Wird die Ausrichtung (a. oder b.) im Wohnbauprojekt klar beschrieben? An welchen Aspekten des Projekts kann die Ausrichtung festgemacht werden? Werden Mischformen der Ausrichtung sinnvoll begründet? Sind die Aspekte im Wohnbauprojekt unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	2 3	3	4
	7	**Versorgungsformen**	- Welche Versorgungsformen sind vorhanden? - Welche Versorgungsformen fehlen? - Ist der Mix der Versorgungsformen im Wohnbauprojekt unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	3	3	
	8	**Zusammenarbeit im Gesundheitswesen**	- Welche Vernetzungsarbeit ist im Wohnbauprojekt vorgesehen? - Ist diese Vernetzungsarbeit unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	4	4	
	9	**Passung der Wohnangebote und Betreuungs- und Pflegebedarfe**	- Alterswohnungen: Inwiefern hat das Wohnbauprojekt die nötige Versorgungsstruktur für die Zielgruppe in Form von Serviceleistungen, hindernisfreiem Wohnraum, selbstständiger Lebensgestaltung und Nachbarschaft? - Betreutes Wohnen: Inwiefern hat das Wohnbauprojekt die nötige Infrastruktur für die Zielgruppe in Form von Serviceleistungen, Ansprechpartner:in wie Concierge oder Hausabwart:in oder aus dem Bereich Pflege, Verbindung mit Institution (de-/zentral)? - Institutionelles Wohnen: Inwiefern hat das Wohnbauprojekt die nötige Infrastruktur für die Zielgruppe in Form des Pflegeangebots, der Betreuung und regelmässigen Aktivitäten und Anlässen? - Sind die obigen Aspekte unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	5 4 5	5	

Betriebliche Gestaltung	10	**Organisationstruktur**		nicht beurteilt		
	11	**Management**		nicht beurteilt		
	12	**Personal**		nicht beurteilt		
Nachhaltige Ausrichtung	13	**Anpassungsfähigkeit der räumlichen Strukturen**	- Welche räumlichen Anpassungsmöglichkeiten sind im Wohnbauprojekt eingeplant? - Sind die räumlichen Anpassungsmöglichkeiten unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	5	5	
	14	**Anpassungsfähigkeit an sozialen Wandel**	- Wird der soziale Wandel (u.a. wandelnde Bedürfnisse der Adressat:innengruppe und Quartierbevölkerung) im Wohnbauprojekt berücksichtigt? - Ist der soziale Wandel unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut berücksichtigt?	4	4	5
	15	**Anpassungsfähigkeit an die Gesundheits-versorgung**	- Werden mögliche Veränderungen von Betreuungs- und Pflegebedarfe der Zielgruppen im Wohnbauprojekt berücksichtigt? Sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut berücksichtigt? - Wie ist die Anpassungsfähigkeit der Rolle in der Gesundheitsversorgung des Wohnbauprojekts zu beurteilen? Ist sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	5	5	
Erfüllungsgrad des Wohnbauprojekts ingesamt:					**4**	

3.3.1 Qualitätskriterium Wohnaspekte

Da sich auch zukünftig stationäre Einrichtungen (z.B. Alters- und Pflegeheime) stärker mit Wohnfragen und den Wohnbedürfnissen fragiler älterer Menschen auseinandersetzen müssen, beleuchtet folgendes Qualitätskriterium verschiedene Aspekte des Wohnens. Die Indikatoren wurden auf der Grundlage der vorliegenden Projektergebnisse, der Age-Wohnmatrix (vgl. Jann, 2015), den empirischen Ergebnissen zu den Wohnbedürfnissen von Senior:innen gemäss Age-Reports (vgl. Höpflinger, Hugentobler, & Spini, 2019; Höpflinger & Wezemael, 2014), räumlichen Gestaltungsaspekten von Alters- und Pflegeheimen (vgl. Marchand, 2016) und unterschiedlichen Betreuungsphasen im Fragilisierungsprozess (vgl. Knöpfel, Pardini, & Heinzmann, 2018) erarbeitet. Folgende drei Indikatoren fanden dabei Verwendung:

1. Vielfalt und Anordnung der Wohnangebote
2. Bauliche und infrastrukturelle Begebenheiten
3. Zentrale Wohnaspekte im Alter

Abbildung 10. Qualitätskriterium Wohnaspekte mit Indikatoren, Messkriterien und Bewertung.

Qualitäts-kriterien		Indikatoren	Messkriterien	Erfüllungsgrad 1 2 3 4 5	pro Indikator	pro Kriterium
Wohnaspekte	1	**Vielfalt und Anordnung der Wohnangebote**	- Wohnangebote: Welche Phasen der Fragilisierung werden mit den Wohnformen abgedeckt? Sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt? - Wohnformdurchlässigkeit: Sind mögliche Übergänge der Wohnformen bei verändertem Zustand der Bewohnenden im Wohnbauprojekt vorgesehen? Sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt vorgesehen? - Wohnanordnung: Ist die Anordnung der Wohnformen im Wohnbauprojekt aus sozialgerontologischer Sicht (Bedürfnis der älteren Bevölkerung, möglichst lange am angestammten Ort wohnen und leben zu können) sinnvoll?	5 1 5	4	4
	2	**Bauliche und infrastrukturelle Begebenheiten**	- Ist der Mix an privater, halböffentlicher und öffentlicher Zonen unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt? - Sind Rückzugsorte für die Betroffenen unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt eingeplant? - Sind im Wohnbauprojekt die Zonen für aktive Teilnahme am Alltagsgeschehen (Mitwirkung) unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut berücksichtigt? - Sind im Wohnbauprojekt die Zonen für die passive Teilnahme (z.B. von der Sitzbank aus das Geschehen beobachten, Besuch einer kulturellen Veranstaltung) am Alltagsgeschehen unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut berücksichtigt?	3 3 1 5	3	
	3	**Zentrale Wohnaspekte im Alter**	- Sicherheit: Welche Sicherheitsvorkehrungen werden getroffen, damit sich die Mieter:innen z.B. auch bei abnehmender Mobilität, verschlechtertem Gesundheitszustand usw. in ihrem Wohnraum sicher fühlen? - Wohnkosten: Welche Einkommensklassen können sich die Wohnangebote des Wohnprojekts leisten? - Nahversorgung: Welche Möglichkeiten bietet das Wohnbauprojekt und die Wohnumgebung für Besorgungen des alltäglichen Bedarfs? - Normalisierungsprinzip: Werden die Wohnbedürfnisse der Mieter:innen/Bewohner:innen berücksichtigt, um einen, aus ihrer Sicht, normalen Alltag zu ermöglichen? - Sind die obigen genannten Aspekte im Wohnbauprojekt berücksichtigt? Sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	4 5 5 1	4	

Die Indikatoren werden nachfolgend inhaltlich beschrieben, auf das Wohnbauprojekt der TIAG angewandt und das Projekt kritisch gewürdigt, sowie Empfehlungen ausgeführt.

3.3.1.1 Indikator 1: Vielfalt und Anordnung der Wohnangebote

Unserer Analysen haben ergeben, dass die Zukunft von stationären Einrichtungen in der Diversifizierung der Wohnangebote liegt. Dadurch werden unterschiedliche Sicherheits- und Autonomiebedürfnisse bzgl. Wohnform, soziale Teilhabe, Betreuung und Pflege (vgl. Jann, 2015) berücksichtigt. Von Interesse ist folglich, wie die einzelnen Wohnangebote zueinanderstehen und in welcher Anordnung sie geplant sind.

Für die Beurteilung dieses Indikators werden folgende Messkriterien angewandt:

- Wohnangebote: Welche Phasen der Fragilisierung werden mit den Wohnformen abgedeckt? Sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?
- Wohnformdurchlässigkeit: Sind mögliche Übergänge der Wohnformen bei verändertem Zustand der Bewohnenden im Wohnbauprojekt vorgesehen?
- Wohnanordnung: Ist die Anordnung der Wohnformen im Wohnbauprojekt aus sozialgerontologischer Sicht (Bedürfnis der älteren Bevölkerung, möglichst lange am angestammten Ort wohnen und leben zu können) sinnvoll?

<u>Beurteilung</u>

Die Prüfung des Projektdossiers TIAG anhand dieser Indikatoren ergibt, dass gemäss dem Konzept Alterszentrum (FAMBAU Genossenschaft, 2021) einerseits 52 Wohnungen für 82 Bewohnende vorgesehen sind. Dabei handelt es sich um einen Mix aus Alterswohnungen und Wohnen mit Service/Betreuung, da sämtliche Alterswohnungen mit einem Notruf ausgestattet sind. Andererseits verfügt das Wohnbauprojekt über die Wohnform Pflegezentrum/Pflegeabteilung mit Einzelzimmern, indem 54 Pflegezimmer mit eigener Nasszelle auf drei Wohngruppen geplant sind. Die Wohnformen sind in Form eines verdichteten Zentrums angeordnet, wobei sich

im Gebäude im oberen Bereich die Pflegewohngruppen befinden und im unteren Bereich Alterswohnungen angesiedelt werden.

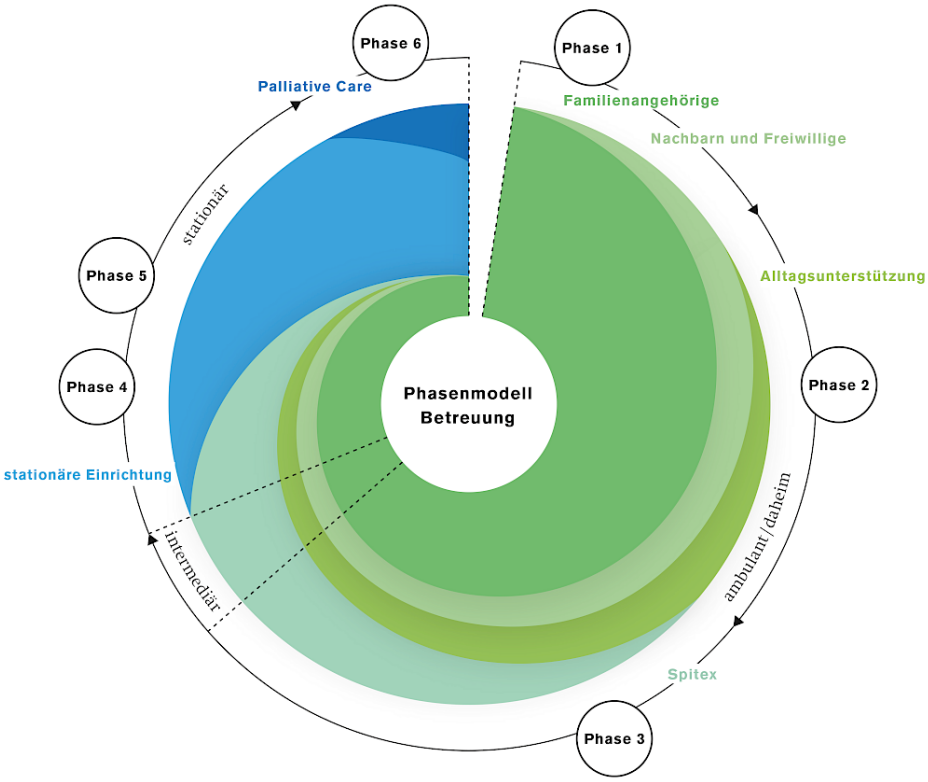
Wohnangebote: Mit den Wohnangeboten werden Personengruppen in verschieden stark ausgeprägten Fragilisierungsphasen angesprochen. Mit den Alterswohnungen werden ältere Menschen adressiert, die autonom und selbstständig wohnen, aber das Bedürfnis nach Sicherheit im Alltag haben bzgl. altersgerechter Wohnstruktur, diverser Dienstleistungen im Bereich Haushaltshilfe, Verpflegung und Gesundheit und letztlich bzgl. Fachpersonal (u.a. Hausdienst, Pflegefachkräfte). Mit den Einzelbetten der Pflegeabteilung werden Wohnlösungen für Menschen mit hohem Pflege- und Betreuungsbedarf bis zu ihrem Lebensende angeboten.
Die Einordnung in das Phasenmodell (vgl. Abbildung 11) zeigt, dass mit Wohnangeboten ab der Phase 2 der Fragisilisierung ein sehr breites Spektrum der Phasen - von einer hohen Selbstständigkeit bis hin zu einer starken Pflegebedürftigkeit mit permanenter Begleitung und Überwachung durch entsprechendes Fachpersonal - durch das TIAG Wohnbauprojekt abgedeckt werden. Durch die Abdeckung der verschiedenen Phasen der Fragilisierung und ein Angebot, das frühzeitig ansetzt, erachten wir dieses Messkriterium als **sehr gut** erfüllt.
Eine weitere Verbesserung wäre nur noch möglich, wenn auch Angebote integriert würden, die bereits die Phase 1 der Fragilisierung adressieren, indem sie die Selbstsorge und Alltagsgestaltung im angestammten Zuhause unterstützen, z.B. indem sie die in dieser Phase hauptsächlich involvierten Akteure wie Angehörige, Freiwillige und Caring Community in den Blick nehmen würden.

Wohnformdurchlässigkeit: Im Konzept des Wohnbauprojekts sind einzelne Hinweise auf mögliche Übergänge der Wohnformen bei verändertem Zustand von Bewohnenden zu finden. Zum Beispiel durch eine starke Quartierorientierung, eine temporäre Nutzung von Reha und Pflege und die Unterstützung durch Sozialplanende für Wohnungswahl und -anmeldung. Das Thema der Übergänge der Wohnformen ist im Konzept nicht genügend deutlich thematisiert und entsprechend ausbaufähig. Das Messkriterium ist daher **unzureichend** erfüllt.

Wohnanordnung: Das Wohnbauprojekt besteht aus einem verdichteten Zentrum, worin alle angebotenen Wohnformen enthalten sind. Damit fügt sich das Projekt als verdichtete Einheit in die Siedlungsstruktur ein und bietet der älteren Quartierbevölkerung durch das Wohnangebot einen Verbleib in ihrem vertrauten Wohnumfeld. Das Wohnbauprojekt leistet zudem für das Quartier eine wichtige Ergänzung für das Aging in Place, wenn Quartierbewohnende aufgrund eines neuen oder steigenden Unterstützungsbedarfs nicht mehr in den Siedlungswohnungen verbleiben können. Das Messkriterium der Anordnung der Wohnformen ist **sehr gut** erfüllt**.**

<u>Empfehlung</u>
In Bezug auf die Durchlässigkeit zwischen den Wohnformen bei verändertem Unterstützungsbedarf finden sich in den Projektunterlagen sehr wenige Angaben. Zukunftsfähige Wohnlösungen schaffen Möglichkeiten, die Wohnformen flexibel und individuell nach dem aktuell erforderlichen Unterstützungsbedarf zu wechseln. Insofern empfehlen wir, die Durchlässigkeit zwischen dem Wohnen mit Service/Betreuung und den Pflegewohngruppen zu gewährleisten und konzeptuelle Überlegungen zu flexiblen Grenzen anzustellen, so dass niederschwellige und den Bedürfnissen entsprechende Wechsel und Übergänge gestaltet werden können, beispielsweise bei Paaren, bei denen eine Person von der betreuten Wohnform in ein Pflegezimmer wechseln muss, die andere Person jedoch in der angestammten Wohnform verbleiben könnte.

Abbildung 11 Betreuungsphasen[13] im Fragilisierungsprozess



Quelle: (Knöpfel et al., 2018; Paul Schiller Stiftung, 2018)

[13] In der ersten Phase bedeutet Betreuung Unterstützung bei der Alltags- und Freizeitgestaltung und wirkt gegen soziale Isolation. Trotz Einschränkungen sollen Selbstständigkeit, Autonomie und gesellschaftliche Teilnahme weiterhin möglich sein. Häufig sind es Lebenspartner:innen, Familienangehörige, Nachbarn oder Freiwillige, die Betreuungsarbeit leisten. Sie ist impliziter, informeller, alltäglicher und präventiver Art.

In der zweiten Phase geht es um alltägliche Arbeiten wie das Einkaufen, Kochen, Putzen oder Waschen, die nicht mehr selbst erledigt werden können, oder die Begleitung zu privaten Verabredungen wie auch Arztbesuchen. Häufig übernehmen dies punktuell angestellte Personen, selten auch Freiwillige, Nachbarn oder Familienangehörige. Betreuung wird darum professioneller, expliziter und von ambulanter Art. Sie muss oft privat bezahlt werden.

In der dritten Phase wird Betreuung zur Versorgungsleistung und hilft, lebensnotwendige Bedürfnisse zu decken, wie beispielsweise Essen und Trinken, Körperpflege und Anziehen, Termine einhalten und Ordnung bewahren. Sie nimmt einen ambulanten oder intermediären, professionellen Charakter an. Hier kommen bereits in vielen Fällen neben den Familienangehörigen auch die Spitex oder freiwillige Besuchsdienste, Nachbarschaftshilfen etc. zum Einsatz.

In der vierten Phase wird Betreuung im stationären Setting geleistet. Es geht um Alltagsgestaltung sowie um agogische und aktivierende Angebote von Fachpersonen. Betreuung ist dann explizit, formell, programmatisch und therapeutisch. Diese Leistungen sind gemäss KVG nicht zum Abrechnen vorgesehen. Sie werden über die Betreuungstaxe abgerechnet.

In der fünften Phase vermischt sich Betreuung mit der Pflege. Betreuung findet dann im Kontext der Pflege statt. Auch den Angehörigen kommt eine wichtige Rolle zu. Einige Heime erwarten explizit, dass sie zu Besuch kommen und etwas mit den Betagten unternehmen.

In der sechsten Phase wird Betreuung zur Seelsorge und Teil einer Palliative-Care-Arbeit. Sie wird wieder informeller und oft freiwillig erbracht; es geht um Präsenz, ums Zuhören, Trostspenden und um die Begleitung in der letzten Lebensphase. Neben professionellen Fachkräften leisten auch Freiwillige Einsätze – sowohl bei den Betroffenen zu Hause wie auch in stationären Einrichtungen. (Paul Schiller Stiftung, 2018)

3.3.1.2 Indikator 2: Bauliche und infrastrukturelle Begebenheiten

Die Ausgestaltung der privaten, halböffentlichen (primär Zugang Mieter:innen und Bewohner:innen, teilweise für aussenstehende Gruppen) und öffentlichen Zonen (frei zugänglich für alle)[14], sind wichtig, da sie den Rückzug und die aktive und passive Teilnahme am gesellschaftlichen Geschehen ermöglicht. Anhaltspunkte liefern Fragen wie welche privaten, d.h. nur den Mieter:innen zugänglichen, Wohneinheiten und Aufenthaltsbereiche vorgesehen sind, , welche halböffentlichen Zonen im Wohnbauprojekt geplant sind (z.B. Gastronomie, Mehrzweck-, Sport- und Fitnessräume) und welche öffentlichen Zonen (z.B. Coiffeur, Podologie, Kindergarten, KITA, Bäckerei usw.) geschaffen werden sollen. Für die Beurteilung dieses Indikators wurden folgende Messkriterien angewandt:

- Ist der Mix an privaten, halböffentlichen und öffentlichen Zonen unzureichend/verbesserungsfähig/ sehr gut erfüllt?
- Sind Rückzugsorte für die Betroffenen unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut eingeplant?
- Sind im Wohnbauprojekt die Zonen für aktive Teilnahme am Alltagsgeschehen (Mitwirkung) unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut berücksichtigt?
- Sind im Wohnbauprojekt die Zonen für die passive Teilnahme (z.B. von der Sitzbank aus das Geschehen beobachten, Besuch einer kulturellen Veranstaltung) am Alltagsgeschehen unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut berücksichtigt?

<u>Beurteilung</u>

Als private Wohneinheiten sind gemäss dem Konzept im TIAG Wohnbauprojekt zwei Wohnformen geplant: Einerseits 1.5 bis 3.5 Zimmer-Wohnungen und andererseits Einzelzimmer mit eigener Nasszelle im Bereich der Pflege. Als halböffentliche Zonen, also Bereiche, die primär den Mietenden und Bewohnenden zur Verfügung stehen, allerdings auch für die Öffentlichkeit zugänglich sind, sind im Konzept Hinweise auf ein Restaurant zu finden, das möglicherweise halböffentlich ist (zugänglich für Personen in der Pflegeabteilung), sowie Räumlichkeiten, die für Fitness/Physio und Aktivierung I und Aktivierung II vorgesehen sind und möglicherweise auch öffentlich genutzt werden können. Zudem ist im Grundrissplan ein multifunktionaler Raum eingeplant, bei dem jedoch nicht hervorgeht, wie er genutzt werden soll (öffentlich oder halböffentlich). Als öffentliche Zonen sind das Restaurant, Gewerbemieträume (z.B. für Podologie Praxis oder Coiffeur) und allenfalls der multifunktionale Raum im Sockelgeschoss einzustufen.

Zonenmix: Der Mix zwischen privaten, halböffentlichen und öffentlichen Zonen ist gemäss der obigen Beschreibung vorhanden. Im Wohnbauprojekt sind alle Zonen vorzufinden. Die Zusammensetzung resp. der Anteil der verschiedenen Zonen ist jedoch **verbesserungsfähig**. Aus der Broschüre wird nicht ersichtlich, ob Begegnungsorte für Mieter:innen und Bewohner:innen ausserhalb ihrer privaten Wohnungen oder Zimmer vorgesehen sind. Aus sozialgerontologischer Sicht sind solche Begegnungsorte wichtig, weil die kleiner werdenden privaten Wohnräumlichkeiten für die Intimsphäre der Betroffenen stark an Bedeutung gewinnen. Externe Begegnungsorte helfen, die Privatsphäre der Bewohner:innen zu schützen und zu bewahren. Aus den Grundrissplänen könnten die Zonen im Sockelgeschoss Entrée/Begeg./Waschsalon und im 1. bis 3. Obergeschoss Aufenthaltsraum/Teeküche als solche externen Begegnungsorte in Frage kommen (vgl. Broschüre des Wohnbauprojekt, S. 18 und S. 19).

Rückzugsorte: Abgesehen von den Wohnungen und Einzelzimmern sind in den Grundrissplänen keine weiteren Rückzugsorte für die Bewohnenden eingeplant. Daher ist auch dieser Aspekt **verbesserungsfähig**.

Orte der aktiven und passiven Teilnahme: Zonen für die aktive Teilnahme am Alltagsgeschehen, bei denen Möglichkeiten zur Mitwirkung der Bewohnenden besteht, sind in den Unterlagen keine erwähnt. Dieses Messkriterium kann daher **nicht beurteilt werden resp. ist unzureichend**. Hingegen finden sich im Projektdossier viele Hinweise zu Zonen für die passive Teilnahme. Dieses Kriterium ist durch die Erwähnung von Veranstaltungen, Aktivierungsprogrammen, Freiwilligenarbeit, aber auch dadurch, dass die Senior:innen innerhalb der Gemeinschaft des Zentrums autonom und selbstbestimmt ihren Tagesablauf bestimmen können, **sehr gut** erfüllt. Es bestehen zudem Sitzmöglichkeiten im Gastronomiebereich. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob die Teilhabe auch ohne Konsumationszwang möglich ist.

[14] Im Wissen, dass private, halböffentliche und öffentliche Räume über ein Wohnbauprojekt hinausgehen, begrenzen wir uns für die Beurteilung auf das effektive Wohnbauprojekt.

Empfehlungen
Hinsichtlich der Anteile der verschiedenen Zonen können weiterführende Überlegungen angestellt werden. Potenziale liegen in der Schaffung von Rückzugsorten, die von Personen in eher kleinen Wohneinheiten (1.5-Zi-Wohnung, Einzelzimmer Pflege) für private Begegnungen, für Erholung und Ruhe genutzt werden können.
Des Weiteren sehen wir Potenziale im Einbezug der Bewohnenden in der Mitgestaltung und Aneignung der halböffentlichen und öffentlichen Räume. Welche Möglichkeiten haben die Mieter:innen z.B. bei der Bespielung der Aktionsräume oder in der Cafeteria? Bisher fehlen Überlegungen zur aktiven Teilnahme der Mieter:innen und Bewohner:innen am Alltagsgeschehen in den halböffentlichen Räumen. Diesbezüglich scheint es uns wichtig, konzeptuelle Überlegungen anzustellen und eine Vision zu entwickeln. In der Cafeteria empfehlen wir zudem die Möglichkeit der sozialen Teilhabe ohne einen Konsumationszwang.

3.3.1.3 Indikator 3: Zentrale Wohnaspekte im Alter

Mit steigendem Alter spielen bestimmte Wohnaspekte für das selbstbestimmte und selbstständige Wohnen eine stärkere Rolle. Zentrale Aspekte in diesem Indikator sind:

- Sicherheit: Welche Sicherheitsvorkehrungen werden getroffen, damit sich die Mieter:innen z.B. auch bei abnehmender Mobilität, verschlechtertem Gesundheitszustand usw. in ihrem Wohnraum sicher fühlen? Dazu können bauliche Massnahmen vorgesehen sein, wie beispielsweise gute Beleuchtung, günstige Platzierung von Lichtschaltern und Steckdosen, Sitzgelegenheiten, rutschfeste Teppiche, sichere Treppen, leicht zu öffnende und schliessende Fenster und usw., dass Kontaktpersonen aus Institution, Nachbarschaft oder von Begegnungen erfasst, Notrufdienste installiert und Gesundheitsangebote eingerichtet werden.
- Wohnkosten: Welche Einkommensklassen können sich die Wohnangebote des Wohnprojekts leisten?
- Nahversorgung: Welche Möglichkeiten bietet das Wohnbauprojekt und die Wohnumgebung für Besorgungen des alltäglichen Bedarfs? Dazu gehört auch, ob für die Mieter:innen interne Versorgungsangebote bestehen und der Zugang zur Nahversorgung für das alltägliche Leben gewährleistet ist.
- Normalisierungsprinzip: Werden die Wohnbedürfnisse der Mieter:innen/Bewohner:innen berücksichtigt, um einen, aus ihrer Sicht, normalen Alltag zu ermöglichen? Dazu gehören beispielsweise personenzentrierte Wohnaspekte ((Mit-)Gestaltung des Wohnraums, interne Angebote entsprechen den Bedürfnissen, Freizeitaktivitäten, Haustiere usw.), die Möglichkeit, die Wohnung oder das Zimmer nach eigenen Wünschen einzurichten resp. dass infrastrukturelle Aspekte individuell gestaltbar sind (z.B. Bilder aufhängen, eigene Bettwäsche) und Angebote und Räumlichkeiten vorhanden sind, die an die unterschiedlichen und individuellen Ressourcen der Bewohnenden angepasst werden können (z.B. Freizeiträume, Mittagstische, Gartenarbeit usw.) und den unterschiedlichen Lebenswelten gerecht werden. Auch sozialraumorientierte Aspekte (Möglichkeiten der sozialen Teilhabe, der Mitwirkung) gehören ins Normalitätsprinzip, z.B. dass Möglichkeiten im Wohnbauprojekt vorhanden sind, damit bestehende Beziehungen gepflegt und neu geknüpft werden können, Möglichkeiten der Mitwirkung im Wohnbauprojekt (partizipative Anlässe, Aktivitäten) enthalten sind sowie Möglichkeiten der Mitwirkung und Partizipation rund um das Wohnbauprojekt möglich sind.

Für die Beurteilung dieses Indikators wurden folgende Messkriterien angewandt:

- Sind die obigen genannten Aspekte im Wohnbauprojekt berücksichtigt? Sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?

Beurteilung
Sicherheit: Die Standards des Bundesamtes für Wohnungswesen (BWO-Standards) sind erfüllt, somit auch das hindernis- und barrierefreie Bauen. Notrufsysteme sind eingeplant, so z.B. der 24h-Notruf und dass das Personal für beide Wohnbereiche zuständig ist und damit eine 24x7 Präsenz und rasche physische Verfügbarkeit gewährleistet. Ebenfalls sind Gesundheitsangebote wie Physiotherapie, Fitnessraum und temporäre Nutzung von Reha und Pflege, sowie ein Spitex-Angebot vorhanden. In der Broschüre ist nichts über mögliche Kontaktpersonen zu erfahren; Kontaktpersonen im Sinne von Bezugspersonen, welche den Bewohnenden bei alltäglichen Belangen zur Seite stehen und ihnen damit Sicherheit vermitteln. Die Sicherheitsaspekte sind daher insgesamt **erfüllt,** allerdings fehlen Überlegungen und Angaben zu Kontaktpersonen. Dieser Punkt ist **verbesserungsfähig**.

Wohnkosten: Der Aspekt der Wohnkosten ist **sehr gut** erfüllt, da die Mietpreise für die Alterswohnungen die Mietzinsmaxima der Ergänzungsleistungen nicht überschreiten. Damit ist der Zugang für EL-Berechtigte

Personen, d.h. diejenige Personengruppe mit geringen finanziellen Mitteln, gewährleistet. Die Frage stellt sich jedoch, ob auch alle Dienstleistungen für EL-Beziehende erschwinglich sind.

Nahversorgung: Der Zugang zur alltäglichen Nahversorgung ist gewährleistet und damit **sehr gut** erfüllt. Die Nahversorgung ist sowohl intern im Wohnbauprojekt als auch extern gegeben. Intern steht ein öffentliches Restaurant zur Verfügung, die Reinigung und Wäsche kann intern beauftragt werden, es bestehen ein Physiotherapieangebot, Fitnessräume sowie Spitex-Angebote, die temporäre Nutzung von Reha und Pflege sowie die Teilnahme an einem abwechslungsreichen Veranstaltungsprogramm sind möglich. Das Wohnbauprojekt ist im Siedlungsgebiet zentral gelegen und gut mit der Nahversorgung für das alltägliche Leben (Einkaufen, Administration, Gastronomie, Gesundheit) verbunden. Diverse Einkaufsmöglichkeiten, eine Genossenschaftsapotheke, eine Poststelle und diverse Angebote in Gastronomiebereich sind vorhanden.

Normalisierungsprinzip: Die Umsetzung des Normalisierungsprinzips lässt sich hingegen **nicht beurteilen resp. ist entsprechend unzureichend**, denn es sind keine Angaben dazu im Konzept vorhanden und keine Räumlichkeiten vorgesehen, die den Bewohnenden zu ihrer freien Verfügung stehen, um Gemeinschaftsaktivitäten, Freizeitaktivitäten oder sozialen Anlässen nachzugehen. Der Aspekt der Mitwirkung und Teilhabe ist bisher im Projekt grundsätzlich wenig verankert.

<u>Empfehlung</u>
Beim vorliegenden Wohnbauprojekt empfehlen wir, die Rolle von internen und externen Kontaktpersonen zu berücksichtigen. Kontaktpersonen können für den Alltag, je nach Lebenssituation und gesundheitlicher Verfassung der Mieter:innen und Bewohner:innen, eine wichtige Rolle spielen. Denkbar sind niederschwellige Modelle wie Gemeinwesenarbeitende, sozialer Hauswart/Hauswartin bis hin zu einem professionellen Concierge-Dienst (vgl. dazu die Publikation zu Berufen in der Nachbarschaft (Reutlinger, Haag, Hilti, Vellacott, & Vetterli, 2020)).
In Bezug auf das Normalisierungsprinzip empfehlen wir, weiterführende Überlegungen anzustellen. Wie werden beispielsweise personenzentrierte und sozialraumorientiere Wohnaspekte in das Wohnbauprojekt integriert? Wichtig wären zum Beispiel Möglichkeiten zur individuellen Gestaltung der Zimmer und Räumlichkeiten, worin Aspekte des vertrauten Orts («sich zuhause fühlen») zur Geltung kommen. Auch Überlegungen zum Umgang mit Haustieren, im selbstständigen Wohnen wie in den Pflegeabteilungen, sollten angestellt werden.
Weiter empfehlen wir, sozialraumorientierte Wohnaspekte der Mitwirkung und Teilhabe im Wohnbauprojekt stärker in das Konzept einfliessen zu lassen. Dabei sollen nicht nur die Mieter:innen und Bewohner:innen berücksichtigt werden, sondern auch die Quartierbevölkerung. FAMBAU hat mit der Sozialplanerin Olivia Kaufmann ideale Voraussetzungen, um das Element der Partizipation stärker in das Wohnbauprojekt zu integrieren.

3.3.2 Qualitätskriterium Sozialraumorientierung

Das Qualitätskriterium Sozialraumorientierung setzt sich mit dem Wohnbauprojekt aus der Perspektive des Sozialraums auseinander. Dabei werden zwei Zugänge des Sozialraums berücksichtigt (vgl. Reutlinger et al., 2020). Erstens die Einbettung des Wohnbauprojekts in die Umgebung (Siedlung/Quartier), zweitens die Möglichkeiten an Kooperationsbeziehungen zwischen dem Wohnbauprojekt und den umliegenden Akteuren.
Für die Beurteilung werden in diesem Qualitätskriterium die sozialen Aspekte (Teilnahme, Mitwirkung, Austausch, Besuch sozialer und kultureller Veranstaltungen usw.) im Vordergrund stehen. In diesem Sinne geht es in diesem Qualitätskriterium darum, inwiefern das Konzept des Wohnbauprojekts die Integration und soziale Teilhabe am Nachbarschafts- und Quartierleben der Mieter:innen und Bewohner:innen berücksichtigt. Das Qualitätskriterium umfasst zwei Indikatoren:

4. Öffnung und Durchlässigkeit des Wohnbauprojekts
5. Zusammenarbeit im Sozialraum

Abbildung 12. Qualitätskriterium Sozialraumorientierung mit Indikatoren, Messkriterien und Bewertung.

Qualitäts-kriterien		Indikatoren	Messkriterien	Erfüllungsgrad 1 2 3 4 5	pro Indikator	pro Kriterium
Sozialraumorientierung	4	**Öffnung und Durchlässigkeit des Wohnbauprojekts**	- Zugang nach innen: Sind im Wohnbauprojekt Angebote vorgesehen, welche auch die Quartierbevölkerung nutzen kann? Falls ja, sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt? Falls nein, inwiefern ? - Zugang nach aussen: Sind im Wohnbauprojekt Vorkehrungen getroffen, damit der Zugang zu Aktivitäten und Angeboten im Quartier, von den Mieter:innen möglich ist? Falls ja, sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt? Falls nein, inwiefern?	2 4	3	3
	5	**Zusammenarbeit im Sozialraum**	- Welche Vernetzungsarbeit ist im Wohnbauprojekt vorgesehen? Ist sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	2	2	

Die Indikatoren werden nachfolgend inhaltlich beschrieben, auf das Wohnbauprojekt der TIAG angewandt und das Projekt kritisch gewürdig sowie Empfehlungen ausgeführt.

3.3.2.1 Indikator 4: Öffnung und Durchlässigkeit des Wohnbauprojekts

Gemäss unseren Analysen sollte ein innovatives Alterszentrum eine starke Einbindung in das Quartiergeschehen und -leben aufweisen. Wichtige Faktoren stellen dabei die Öffnung und Durchlässigkeit des Wohnprojekts mit der Aussenwelt dar. Dabei werden insbesondere die Aspekte Raum, Angebote und Zusammenarbeit berücksichtigt. Welche Räumlichkeiten sind auch für die Quartierbevölkerung und darüber hinaus zugänglich und nutzbar? Können Räume im Wohnbauprojekt gemietet werden, z.B. für Anlässe, Treffen der Quartierbevölkerung und Vereine? Welche Angebote sind im Wohnprojekt vorgesehen, welche den sozialen Austausch zwischen Mieter:innen und Quartierbewohnenden ermöglichen, z.B. in Form von Anlässen und öffentlichen Veranstaltungen? Welche Angebote oder Zusammenarbeiten mit Dritten sind vorgesehen, damit Mieter:innen des Wohnbauprojekts auch Anlässe und/oder Aktivitäten im Wohnumfeld besuchen können?

Für die Beurteilung dieses Indikators werden folgende Messkriterien angewandt:

- Zugang nach innen: Sind im Wohnbauprojekt Angebote vorgesehen, welche auch die Quartierbevölkerung nutzen kann? Falls ja, sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt? Falls nein, inwiefern?
- Zugang nach aussen: Sind im Wohnbauprojekt Vorkehrungen getroffen, damit der Zugang zu Aktivitäten und Angeboten im Quartier, von den Mieter:innen möglich ist? Falls ja, sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt? Falls nein, inwiefern?

<u>Beurteilung</u>

Zugang nach innen: Im Konzept ist die Öffnung nach innen in unterschiedlicher Form angelegt. Das Restaurant als «erweitertes Wohnzimmer» gilt als Austauschort von Bewohnenden, Angehörigen und den Quartierbewohnenden. Die Angebote wie die Physiotherapie, Fitnessraum, Podologie, Coiffeur und Multifunktionsraum können für Zentrumsbesuchende geöffnet werden, sofern die zukünftigen Betreibenden dies wünschen. Zusätzlich ist im Konzept vom sozialen Austausch in Form von sozialen, kulturellen Veranstaltungen und Aktivierungsprogrammen die Rede. Allerdings bleibt diesbezüglich offen, inwiefern der soziale Austausch nur für Mieter:innen und Bewohner:innen des Zentrums oder für die Quartierbevölkerung und darüber hinaus angedacht ist. Obwohl im Konzept viele Aspekte angeschnitten werden, ist die Öffnung nach innen ausbaufähig. Aus diesem Grund liegt die Beurteilung zwischen **unzureichend und verbesserungsfähig**.

Zugang nach aussen: Durch die im Konzept erwähnte Stelle für Sozialplanung ist die Erschliessung des Quartiers(leben) Teil des Wohnbauprojekts. Die zuständige Person setzt sich mit der Vernetzung der Bewohnenden im Quartier auseinander und soll Brücken zwischen Quartier und Mieter:innen im Wohnbauprojekt schlagen. Wie wirkungsmächtig die sozialplanerische Tätigkeit sein wird, ist aufgrund der vorliegenden Angaben (auch aus dem Interview mit Vertretenden von TIAG) unklar und kann nicht abschliessend beurteilt werden. Die Rahmenbedingungen sind im Wohnbauprojekt angelegt, entsprechend wird dieses Messkriterium mit **verbesserungsfähig bis sehr gut** bewertet.

Empfehlung
Um die Öffnung und Durchlässigkeit des Wohnbauprojekts sicherzustellen und weiterzuentwickeln, empfehlen wir, die Rolle der Sozialplanung in den weiteren Planungsphasen beizubehalten. Des Weiteren dürften partizipativ konzipierte Veranstaltungen, Anlässe und Angebote durch Mieter:innen, Bewohner:innen und die interessierte Quartierbevölkerung die Öffnung des Wohnbauprojekts (und damit die stärkere Einbindung in die Siedlung und das Quartierleben) fördern. Letztlich verfügt die Zone Restaurant/Cafeteria (vgl. Grundrissplanung des Wohnbauprojekts, S. 18) ein hohes Potenzial, zum zentralen Begegnungsort für verschiedene Bevölkerungsgruppen zu werden. Um dieses Potenzial auszuschöpfen, empfiehlt sich eine Orientierung an der Innenarchitektur der Gastronomie, um ein Restaurant-/Café-Ambiente zu erzeugen, welches wenig an die herkömmlichen Alters- und Pflegeheiminfrastrukturen erinnert.

3.3.2.2 Indikator 5: Zusammenarbeit im Sozialraum

Bestehende Angebote und aktive Organisationen im Alters- und Gemeinwesen werden für eigene Dienste und Angebote berücksichtigt und bei Bedarf werden Kooperationen eingegangen. (z.B. Pro Senectute, Kirchgemeinden, Quartierarbeit usw.). Das bedeutet, dass die verschiedenen Angebote der relevanten Dienstleister bekannt sein müssen und bei Bedarf eigene oder gemeinsame Angebote entwickelt werden. Durch das Wissen über die relevanten Akteure im Sozialraum (komplementäre und konkurrenzierende) und eine koordinierte Zusammenarbeit können Synergien genutzt und optimale Lösungen z.B. für Hilfesuchende gefunden werden. Zu den relevanten Akteuren gehören, abgesehen von Anbietern von Dienstleistungen für die gesamte Bevölkerung, spezifisch die Organisationen im Alters- und Pflegebereich.

Für die Beurteilung dieses Indikators wurde folgendes Messkriterium angewandt:

- Welche Vernetzungsarbeit ist im Wohnbauprojekt vorgesehen? Ist sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?

Beurteilung
Im Konzept wurde das Thema der Zusammenarbeit im Sozialraum kaum berücksichtigt bzw. erläutert. Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit den relevanten Akteuren im Sozialraum ist hauptsächlich mit der Quartierarbeit angedacht und wird als „integrale“ Versorgung (S. 15) bezeichnet, allerdings nicht weiter spezifiziert.
Im Interview mit Vertretenden von TIAG wurde auf die Zusammenarbeit mit der lokalen Wirtschaft, auf die Mitwirkung für den Erhaltung der Poststelle und die Absprache mit dem Quartierzentrum für vergünstigte Angebote verwiesen. In diesem Sinne sind Ansätze sozialraumorientierter Zusammenarbeit vorhanden. Weitere konkrete oder geplante Vernetzungsarbeiten lassen sich dem Konzept des Wohnbauprojekts nicht entnehmen. Dieses Messkriterium ist folglich **verbesserungsfähig**. Das Vorantreiben der Vernetzung, ist aber durch das Vorhandensein der Stelle der Sozialplanung angelegt.

Empfehlung
Für dieses Wohnbauprojekt besteht insbesondere durch die Ausrichtung auf Personen mit EL ein grosses Potenzial, entsprechende Hilfestellung (z.B. Kontakt zu Behörden, Abrechnungen von Krankheitskosten, Revisionen usw.) zu leisten. Wir empfehlen zu prüfen, ob die Stelle Sozialplanung um sozialarbeiterische Beratung in-house ergänzt werden sollte. Der Bedarf an Beratung und das Case-Management für komplexe Fälle werden im Altersbereich zukünftig an Bedeutung gewinnen (vgl. Schweppe & Horn, 2022, S. 32). Zudem erachten wir ein Stakeholdermanagement als zentral um zu eruieren, wo Synergien bestehen und ein Mehrwert für das Wohnbauprojekt, aber auch dessen Bewohnende und die Quartierbevölkerung, geschaffen werden kann.

3.3.3 Qualitätskriterium Gesundheitsversorgung

Das Qualitätskriterium Gesundheitsversorgung berücksichtigt die Rolle des Wohnbauprojekts im System der Gesundheitsversorgung in einer politischen Gemeinde/einer Stadt. Für das Wohnbauprojekt wird eine Versorgungsrolle vorgesehen, die sich auf die Unterstützung älterer Menschen im Fragilisierungsprozess fokussiert. Aufgrund der verschiedenen Wohnangebote werden unterschiedliche Betreuungs- und Pflegebedarfe bedient (Abbildung 11). Das Kriterium umfasst vier Indikatoren:

6. Ausrichtung der Gesundheitsversorgung
7. Versorgungsformen
8. Zusammenarbeit im Gesundheitswesen
9. Passung der Wohnangebote und Betreuungs- und Pflegebedarfe

Abbildung 13. Qualitätskriterium Gesundheitsversorgung mit Indikatoren, Messkriterien und Bewertung.

Qualitäts-kriterien	Indikatoren	Messkriterien	Erfüllungsgrad 1 2 3 4 5	pro Indikator	pro Kriterium
Gesundheitsversorgung	6 Ausrichtung der Gesundheitsversorgung	- Tendenzielle Ausrichtung der Gesundheitsversorgung bzgl. Unterstützungsbedarfe: a. Das Wohnbauprojekt richtet sich auf unterschiedliche Unterstützungsbedarfe ihrer Mieter:innen aus. Es ist keine Spezialisierung der Leistungserbringung geplant. b. Das Wohnbauprojekt richtet sich auf spezifische Unterstützungsbedarfe aus (z.B. hoher Pflegebedarf, Menschen mit einer demenziellen Erkrankung, Palliative Care). - Wird die Ausrichtung (a. oder b.) im Wohnbauprojekt klar beschrieben? An welchen Aspekten des Projekts kann die Ausrichtung festgemacht werden? Werden Mischformen der Ausrichtung sinnvoll begründet? Sind die Aspekte im Wohnbauprojekt unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	2 3	3	4
	7 Versorgungsformen	- Welche Versorgungsformen sind vorhanden? - Welche Versorgungsformen fehlen? - Ist der Mix der Versorgungsformen im Wohnbauprojekt unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	3	3	
	8 Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	- Welche Vernetzungsarbeit ist im Wohnbauprojekt vorgesehen? - Ist diese Vernetzungsarbeit unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	4	4	
	9 Passung der Wohnangebote und Betreuungs- und Pflegebedarfe	- Alterswohnungen: Inwiefern hat das Wohnbauprojekt die nötige Versorgungsstruktur für die Zielgruppe in Form von Serviceleistungen, hindernisfreiem Wohnraum, selbstständiger Lebensgestaltung und Nachbarschaft? - Betreutes Wohnen: Inwiefern hat das Wohnbauprojekt die nötige Infrastruktur für die Zielgruppe in Form von Serviceleistungen, Ansprechpartner:in wie Concierge oder Hausabwart:in oder aus dem Bereich Pflege, Verbindung mit Institution (de-/zentral)? - Institutionelles Wohnen: Inwiefern hat das Wohnbauprojekt die nötige Infrastruktur für die Zielgruppe in Form des Pflegeangebots, der Betreuung und regelmässigen Aktivitäten und Anlässen? - Sind die obigen Aspekte unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	5 4 5	5	

Die Indikatoren werden nachfolgend inhaltlich beschrieben, auf das Wohnbauprojekt der TIAG angewandt und das Projekt kritisch gewürdigt sowie Empfehlungen ausgeführt.

3.3.3.1 Indikator 6: Ausrichtung der Gesundheitsversorgung

Gemäss unseren Ergebnissen tendieren zukünftige Alters- und Pflegezentren dazu, sich entweder zu generalisieren oder zu spezialisieren. Eine Generalisierung erfolgt, indem die stationäre Einrichtung eine Zentrumsfunktion für Fragen und Dienste rund um das Thema Gesundheit und Alter übernimmt. Eine Spezialisierung erfolgt, indem die Einrichtung sich auf eine bestimmte Zielgruppe spezialisiert (z.B. Menschen an ihrem unmittelbaren Lebensende), welche fachliches Expert:innenwissen bei der Betreuung und Pflege benötigt (z.B. spezialisierte Kenntnisse in der Palliative Care). Diese zwei Tendenzen der Ausrichtung sind als Idealtypen zu verstehen. In der Realität handelt es sich zumeist um Mischformen.

Für die Beurteilung dieses Indikators werden folgende Messkriterien angewandt:

- Tendenzielle Ausrichtung der Gesundheitsversorgung bzgl. Unterstützungsbedarfe:
  a. Das Wohnbauprojekt richtet sich auf unterschiedliche Unterstützungsbedarfe ihrer Mieter:innen aus. Es ist keine Spezialisierung der Leistungserbringung geplant.
  b. Das Wohnbauprojekt richtet sich auf spezifische Unterstützungsbedarfe aus (z.B. hoher Pflegebedarf, Menschen mit einer demenziellen Erkrankung, Palliative Care).
- Wird die Ausrichtung (a. oder b.) im Wohnbauprojekt klar beschrieben? An welchen Aspekten des Projekts kann die Ausrichtung festgemacht werden? Werden Mischformen der Ausrichtung sinnvoll begründet? Sind die Aspekte im Wohnbauprojekt unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?

<u>Beurteilung</u>

Ausrichtung der Gesundheitsversorgung generell: Nach Durchsicht des Konzepts, sind Tendenzen des Typus a und b erkennbar. Einerseits erfolgt die Ausrichtung auf individuelle und persönliche Alterspflege für gewöhnliche altersbedingte Gebrechen, die einen stationären Aufenthalt bedingen. Gleichzeitig wird im Konzept auf mögliche Spezialisierungstendenzen verwiesen («Demenzbetreuung, Validation und Palliativpflege» vgl. Broschüre, S. 12). Gemäss unserer Einschätzung könnte die Rolle des Wohnbauprojekts innerhalb einer breiter betrachteten Gesundheitsversorgung noch stärker ausgearbeitet werden. Die Frage: «Welche Rolle in der Gesundheitsversorgung soll das Wohnbauprojekt für das Tscharnergut und Umgebung haben?» könnte noch stärker thematisiert werden. Deswegen wird dieses Messkriterium als **unzureichend bis verbesserungsfähig** beurteilt.

Aspekte Gestaltung: Mit den Wohnformen Alterswohnung und den Einzelbetten der Pflegeabteilung werden die Zielgruppen und der entsprechende Betreuungs- und Pflegebedarf in groben Zügen festgehalten. Nach Konsultation verschiedenster Fachliteratur zum Thema Raumgestaltung im Gesundheitswesen fällt auf, dass sich die Anordnung der Wohnbereiche in den Grundrissplänen sehr stark an geraden Korridoren orientiert. Diese Anordnung könnte eine «Spitalstimmung» (Marchand, 2016, S. 243) hervorrufen, welche möglichst vermieden werden müsste. Aus sozialgerontologischer Sicht ist die räumliche Anordnung und Gestaltung für das psychische und physische Wohlbefinden der Mieter:innen und Bewohner:innen wichtig (Stichwort «Healing Architecture» (vgl. Wagner, 2020)). Da eine entsprechende Auseinandersetzung in der Broschüre fehlt, ist dieser Aspekt **verbesserungsfähig**.

Empfehlung
Das grösste Entwicklungspotenzial besteht darin, die Rolle des Wohnbauprojekt innerhalb einer breiter betrachteten Gesundheitsversorgung zu definieren, um besser abschätzen zu können, inwiefern die Versorgungs- und Wohnangebote, die Raumanordnung und die Quartiergegebenheiten zusammenpassen. Aufgrund der Siedlungsstruktur, der demografischen Merkmale der Mieter:innen und den Herausforderungen der älteren Siedlungsbewohner:innen wäre eine Ausrichtung des Wohnbauprojekts als «Zentrum für Wohnen, Gesundheit und Alter» zu prüfen. Eine Reflexion darüber könnte das Profil des vorliegenden Wohnbauprojekts im Kontext der lokalen Gesundheitsversorgung schärfen.
Im Bereich der Demenzerkrankungen drängt sich die Frage nach einer integrativen vs. segregierten Demenzpflege auf. Soll keine Spezialisierung auf Demenzerkrankungen stattfinden, empfehlen wir eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit einem bestehenden Partner in diesem Bereich.

3.3.3.2 Indikator 7: Versorgungsformen

Eine Form der Diversifizierung von stationären Einrichtungen liegt in der Ausweitung ihrer Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung. Klassischerweise lassen sich drei Versorgungsstrukturen unterscheiden. Ambulante (Dienste werden zuhause erbracht), intermediäre (Dienste werden stationär erbracht, Betroffene wohnen aber an einem anderen Ort) und stationäre Versorgung (Dienste und Betroffene leben in einer institutionellen Wohnform). Im Folgenden wird die präventive Versorgung als vierte Versorgungsstruktur der ambulanten Versorgung vorgelagert, im Wissen darum, dass Gesundheitsförderung und Prävention in allen drei Strukturen von Bedeutung sind. Es wurde geprüft, inwiefern das Wohnbauprojekt Aspekte der vier Versorgungsformen integriert.

Für die Beurteilung dieses Indikators wurden folgende Messkriterien angewandt:
- Welche Versorgungsformen sind vorhanden?
- Welche Versorgungsformen fehlen?
- Ist der Mix der Versorgungsformen im Wohnbauprojekt unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?

Beurteilung
Versorgung Gesundheitsförderung/-prävention: Im Wohnbauprojekt sind keine spezifischen präventiven Angebote wie Beratung oder Gesundheitsförderung/-prävention geplant. Allerdings sind aufgrund der geplanten Räumlichkeiten Aktivierung I und II, Physiotherapie/Fitness Rahmenbedingungen für gesundheitsfördernde, präventive Dienste und Angebote angelegt worden.

Ambulante Versorgung: Ambulante Dienste sind im Wohnbauprojekt in Form des Spitex-Dienstes, Mahlzeitendienst, Reinigungs- und Wäschedienst vorhanden. Bei der Spitex ist unklar, ob es sich um externe oder interne Dienste handelt.

Intermediäre Versorgung: In Bezug auf intermediäre Versorgungsstrukturen (z.B. Tages- oder Nachtstrukturen, Ferienbett) lassen sich keine Hinweise finden.

Stationäre Versorgung: Die stationären Versorgungsangebote sind aufgrund der Pflegeabteilung vorhanden.

Versorgungsmix: Der Mix im Wohnbauprojekt in Bezug auf die Versorgungsstrukturen kann nur bedingt beurteilt werden, weil unbekannt ist, mit welchen Angeboten das Wohnbauprojekt die lokale Versorgungsstruktur ergänzt und/oder konkurrenziert.

Mit Blick auf die einzelnen Versorgungsstrukturen ist Vieles im Wohnbauprojekt angelegt. Aufgrund der mangelnden Thematisierung der intermediären Versorgung und des Versorgungsmix sehen wir das Projekt diesbezüglich als **verbesserungsfähig**.

Empfehlung
Im weiteren Projektverlauf empfehlen wir, präventive Gesundheitsangebote (wie Beratung und Begleitung in Bezug auf Sturzprävention, Kochen mit Einschränkungen usw.) als Teil des Wohnbauprojekts in Erwägung ziehen. Des Weiteren empfehlen wir (sofern nicht bereits durchgeführt), ein Stakeholdermanagement im Bereich Gesundheit durchzuführen. Dies könnte helfen, das Profil des Wohnbauprojekts und dessen Rolle in der weiteren Gesundheitsversorgung zu schärfen.
Da das Wohnbauprojekt mit seinen Wohnangeboten ältere Menschen in unterschiedlichen Fragilisierungsphasen berücksichtigt, liegt die Prüfung nahe, Elemente der Gesundheitsprävention/-förderung, ambulanter, intermediärer und stationärer Versorgung im Wohnbauprojekt integriert werden könnten. Dies würde das Profil des Wohnbauprojekts schärfen und das Projekt hätte aus Gesundheitsperspektive eine Zentrumsfunktion für die Siedlung/Quartier. Z.B. in Form eines kleinen Generationenhauses (Dorf in der Stadt), bei dem viele Dienstleistungen unter einem Dach vereint würden. Im Konzept wird die hausärztliche Rolle im Wohnbauprojekt nicht thematisiert. Wir empfehlen, die Rolle und Funktion der Hausärzt:innen im weiteren Verlauf der Projektentwicklung zu berücksichtigen.

3.3.3.3 Indikator 8: Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Bestehende Angebote und aktive Organisationen im Gesundheitswesen werden in den eigenen Diensten und Angeboten berücksichtigt und bei Bedarf werden Kooperationen eingegangen. Die verschiedenen Angebote der relevanten Dienstleister müssen bekannt sein, damit Versorgungslücken geschlossen und unnötige gegenseitige Konkurrenz vermieden werden können. Durch das Wissen über die relevanten Akteure im Gesundheitswesen (komplementäre und konkurrenzierende) und eine koordinierte Zusammenarbeit können Synergien genutzt und optimale Lösungen für Hilfesuchende gefunden werden.

Für die Beurteilung dieses Indikators wurden folgende Messkriterien angewandt:

- Welche Vernetzungsarbeit ist im Wohnbauprojekt vorgesehen?
- Ist diese Vernetzungsarbeit unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?

Beurteilung
Die Vernetzungsbestrebungen mit verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen sind in der Broschüre enthalten (vgl. S. 15). Im Wohnbauprojekt wird unter der Rubrik soziale Nachhaltigkeit eine integrale Versorgung angestrebt. Dabei soll durch die Zusammenschlüsse zwischen Pflegeinstitutionen, Spitex, Alterswohnungen mit Dienstleistungen und weiteren Diensten ein umfassendes Dienstleistungsverständnis umgesetzt werden. Da konkrete Kooperationsmöglichkeiten nicht erwähnt sind, liegt der Erfüllungsgrad zwischen **verbesserungsfähig und sehr gut**.

Empfehlung
Wir empfehlen für das Wohnbauprojekt Synergien, Kooperationen und komplementäre Dienste zu thematisieren und zu beschreiben.

3.3.3.4 Indikator 9: Passung der Wohnangebote und Betreuungs- und Pflegebedarfe

Seit geraumer Zeit versuchen Alters- und Pflegeheime sich von einem «Krankenhausimage» zu befreien. Trotzdem bleiben sie Orte der Betreuung und Pflege, welche auch in innovativen Wohnkonzepten ein wichtiger Bestandteil bleiben werden. Die Herausforderung liegt in der Passung zwischen der Herstellung einer wohnlichen Grundstimmung, welche möglichst dem Daheim der älteren Menschen gleicht und einer professionellen Gesundheitsversorgung, welche allerdings in den Hintergrund der Wahrnehmung rückt. Zentrale Aspekte in diesem Indikator sind:

- Alterswohnungen: Inwiefern hat das Wohnbauprojekt die nötige Versorgungsstruktur für die Zielgruppe in Form von Serviceleistungen, hindernisfreiem Wohnraum, selbstständiger Lebensgestaltung und Nachbarschaft?
- Betreutes Wohnen: Inwiefern hat das Wohnbauprojekt die nötige Infrastruktur für die Zielgruppe in Form von Serviceleistungen, Ansprechpartner:innen wie Concierge oder Hausabwart:in, Ansprechpartner:in aus dem Bereich Pflege, Verbindung mit Institution (de-/zentral)?

- Institutionelles Wohnen: Inwiefern hat das Wohnbauprojekt die nötige Infrastruktur für die Zielgruppe in Form des Pflegeangebots, der Betreuung und der regelmässigen Aktivitäten und Anlässe?

Für die Beurteilung dieses Indikators wurden folgende Messkriterien angewandt:
- Sind die obigen Aspekte unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?

Beurteilung
Alterswohnungen: Im Bereich der Alterswohnungen sind alle Aspekte erfüllt. Es bestehen Serviceleistungen, hindernisfreier Wohnraum, Möglichkeiten der selbstständigen Lebensgestaltung, z.B. das Einladen von Besuch, der Zugang zur Nahversorgung, sowie die Pflege von Nachbarschaften, womit die Alterswohnungen den Verbleib im vertrauten Quartier ermöglichen. Dieses Kriterium ist **sehr gut** erfüllt.

Betreutes Wohnen: Im Bereich betreutes Wohnen liegt unsere Beurteilung zwischen **verbesserungsfähig und sehr gut**. Serviceleistungen in Form von Grund- und Zusatzleistungen sind für ein selbstbestimmtes Alltagsleben der älteren Personen vorhanden. Aus Studien zum betreuten Wohnen (vgl. Imhof & Imhof, 2019) weiss man, dass je nach Unterstützungsbedarf eine Ansprechperson wichtig ist. Sie sind Bezugspersonen bei Fragen zur Wohnung, zu den Angeboten oder für den sozialen Austausch. Diese Auseinandersetzung fehlt im Konzept.

Institutionelles Wohnen: Aufgrund des Pflegeangebots und der 24-Stunden-Verfügbarkeit von Bezugspersonen sind zentrale Aspekte des institutionellen Wohnens (Einzelzimmer in der Pflegeabteilung) **sehr gut** erfüllt. Unbekannt bleibt, ob spezialisierte Fachkräfte vorgesehen sind. Auch in Bezug auf die Betreuung besteht noch Verbesserungspotenzial, denn es ist unbekannt, ob ein Konzept für die Einbindung der Bewohnenden in den Alltag erarbeitet wurde resp. vorliegt. Hingegen sind Hinweise auf regelmässige Aktivitäten und Anlässe im Projektkonzept zu finden.

Empfehlung
Wir empfehlen, das Thema Kontaktperson für Alterswohnungen und betreutes Wohnen im Sinne eine:r «sozialen Hausabwart:in» im weiteren Projektverlauf zu berücksichtigen.

3.3.4 Qualitätskriterium Betriebliche Gestaltung

Das Qualitätskriterium betriebliche Gestaltung berücksichtigt betriebliche Veränderungsprozesse von Alters- und Pflegeheimen. Diese Prozesse sind auf organisationaler, managementbezogener und personaler Ebene zu verorten. Das Kriterium umfasst drei Indikatoren:

10. Organisationstruktur
11. Management
12. Personal

Abbildung 14. Qualitätskriterium Betriebliche Gestaltung mit Indikatoren, Messkriterien und Bewertung.

Qualitäts-kriterien	Indikatoren	Messkriterien	Erfüllungsgrad 1 2 3 4 5	pro Indikator	pro Kriterium
Betriebliche Gestaltung	10 Organisationstruktur		nicht beurteilt		
	11 Management		nicht beurteilt		
	12 Personal		nicht beurteilt		

! Wie am Workshop II bereits erwähnt, lässt sich das Qualitätskriterium «betriebliche Gestaltung» auf das Wohnbauprojekt nicht anwenden. Grund dafür ist die Projektierungsphase. Verständlicherweise ist das Betriebskonzept noch nicht ausgearbeitet. Allerdings sind Ansätze der betrieblichen Gestaltung im Wohnbauprojekt bereits angelegt, indem auf das Wohn- und Pflegemodell von Curaviva (ab S.21) verwiesen wird. Dort sind betriebliche Rahmenbedingungen und strategische Leitsätze festgehalten, die als State of the Art gelten können.

Die Indikatoren werden nachfolgend in ihren Grundzügen beschrieben.

3.3.4.1 Indikator 10: Organisationstruktur

Die künftigen Generationen von Senior:innen werden ihre Bedürfnisse und Interessen stärker einfordern. Gemäss unseren Ergebnissen ist deshalb ein breites personenzentriertes Angebot an Dienstleistungen gefragt, mit der Möglichkeit auf veränderte Bedürfnisse der Klientel zu reagieren. D.h., die Organisation benötigt einen hohen Flexibilitätsgrad.

3.3.4.2 Indikator 11: Management

Die Praxis zeigt, dass der Wandel des Führungsstils von «top down» zu «bottom up» als wichtiger Erfolgsfaktor zählt. Z.B. erleichtern horizontale Strukturen die Koordination der unterschiedlichen Bereiche und erhalten die jeweilige Autonomie. Auch der Aspekt des Innovationsmanagements ist Bestandteil dieses Indikators.

3.3.4.3 Indikator 12: Personal

Aufgrund der Neupositionierung von zukünftigen Alters- und Pflegeheimen ist auch ein neuer Berufsgruppenmix nötig. Unsere Ergebnisse zeigen deutlich, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit von Sozial- und Gesundheitsberufen eine zentrale Rolle einnimmt (vgl. CURAVIVA.CH, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, & senior-lab, 2021, S. 9).

Empfehlung
Wir empfehlen, für die Ausschreibung des Betriebs des Wohnbauprojekts die Rahmenbedingungen auf der Grundlage des Wohn- und Pflegemodells 2030 von Curaviva festzulegen (vgl. CURAVIVA Schweiz, o.J.).

3.3.5 Qualitätskriterium Nachhaltige Ausrichtung

Aufgrund der Expert:inneninterviews mit den Fachorganisationen wurde das Qualitätsraster um ein Kriterium erweitert. Wiederholend wurde darauf hingewiesen, dass gegenwärtige Wohnbauprojekte eine nachhaltige Ausrichtung haben sollten. Nachhaltigkeit im Sinne einer langen Wirkungsdauer des Wohnbauprojekts. Um eine lange Wirkungsdauer zu erhalten, müssen Wohnbauprojekte eine gewisse Flexibilität und Wandlungsmöglichkeit beinhalten. Die heutigen Begebenheiten rund um das Wohnbauprojekt werden sich in den nächsten Jahrzehnten höchstwahrscheinlich wandeln (z.B. demografische Entwicklung der Quartierbevölkerung, raumplanerische Entwicklung der Stadt Bern). Damit verbunden ist die Frage nach einer Anpassungsfähigkeit des Wohnbauprojekts an zukünftige Begebenheiten. Diese Anpassungsfähigkeit lässt sich in räumliche, soziale und versorgungstechnische Aspekte unterteilen. Diese drei Unterscheidungsmerkmale dienen als Indikatoren:

13. Anpassungsfähigkeit der räumlichen Strukturen
14. Anpassungsfähigkeit an sozialen Wandel
15. Anpassungsfähigkeit an die Gesundheitsversorgung

Abbildung 15. Qualitätskriterium Nachhaltige Ausrichtung mit Indikatoren, Messkriterien und Bewertung.

Qualitäts-kriterien		Indikatoren	Messkriterien	Erfüllungsgrad 1 2 3 4 5	pro Indikator	pro Kriterium
Nachhaltige Ausrichtung	13	**Anpassungsfähigkeit der räumlichen Strukturen**	- Welche räumlichen Anpassungsmöglichkeiten sind im Wohnbauprojekt eingeplant? - Sind die räumlichen Anpassungsmöglichkeiten unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	5	5	5
	14	**Anpassungsfähigkeit an sozialen Wandel**	- Wird der soziale Wandel (u.a. wandelnde Bedürfnisse der Adressat:innengruppe und Quartierbevölkerung) im Wohnbauprojekt berücksichtigt? - Ist der soziale Wandel unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut berücksichtigt?	4	4	
	15	**Anpassungsfähigkeit an die Gesundheits-versorgung**	- Werden mögliche Veränderungen von Betreuungs- und Pflegebedarfe der Zielgruppen im Wohnbauprojekt berücksichtigt? Sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut berücksichtigt? - Wie ist die Anpassungsfähigkeit der Rolle in der Gesundheitsversorgung des Wohnbauprojekts zu beurteilen? Ist sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?	5	5	

Die Indikatoren werden nachfolgend inhaltlich beschrieben, auf das Wohnbauprojekt der TIAG angewandt und das Projekt kritisch gewürdigt sowie Empfehlungen ausgeführt.

3.3.5.1 Indikator 13: Anpassungsfähigkeit der räumlichen Strukturen

Folgender Indikator prüft, inwiefern im Wohnbauprojekt mögliche räumliche und infrastrukturelle Änderungen eingeplant sind, so dass beispielsweise ein Ausbau/Abbau von Alterswohnungen, Einzelzimmern oder anderen Räumlichkeiten (Gemeinschaftsräume, Aktivierungsräume usw.) möglich ist.

Für die Beurteilung dieses Indikators wurden folgende Messkriterien angewandt:

- Welche räumlichen Anpassungsmöglichkeiten sind im Wohnbauprojekt eingeplant?
- Sind die räumlichen Anpassungsmöglichkeiten unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?

<u>Beurteilung</u>

Räumliche Anpassungsfähigkeit: Das Wohnbauprojekt sieht räumliche Anpassungsmöglichkeiten vor. Im Gespräch mit FAMBAU wurde auf die zwei Wohnformen verwiesen, welche je nach veränderter Nachfrage umgewandelt werden können. Das heisst, die Grundrissplanung der Wohnangebote Alterswohnung und Einzelzimmer sind so konzipiert, dass ein Umbau einer Alterswohnung in ein Einzelzimmer der Pflegeabteilung und umgekehrt möglich ist. Ebenfalls ist davon auszugehen, dass die Räumlichkeiten im Sockelgeschoss (Aktivierungsraum I und II, Fitnessraum, Mehrzweckraum, Coiffeur/Podologie) ebenfalls umfunktioniert werden könnten. Die räumliche Anpassungsmöglichkeit ist folglich **sehr gut** erfüllt.

<u>Empfehlung:</u>
Wir empfehlen bei der weiteren Projektierung des Wohnbaus und bei allfälliger Inbetriebnahme die aktuellen räumlichen Gegebenheiten des Wohnbaus in regelmässigen Abständen mit den Bedürfnissen und Interessen der Zielgruppen (Mieter:innen, Bewohner:innen, Siedlungsbewohner:innen) abzugleichen und bei Bedarf entsprechende Anpassungen vorzunehmen.

3.3.5.2 Indikator 14: Anpassungsfähigkeit an sozialen Wandel

Um eine lange Wirkungsdauer zu haben, sollte das Wohnbauprojekt auch soziale Veränderungen des Quartiers berücksichtigen. Zu den aktuellen Rahmenbedingungen des Quartiers Tscharnergut gehören z.B. ein eher hoher Altersquotient (2/5 der Quartierbewohner:innen sind im AHV-Alter) und ein Ausländeranteil von knapp einem Drittel (Stand 2011). Gemäss den FAMBAU Genossenschaftsmitgliedern geht man zudem davon aus, dass der Anteil der EL-berechtigten Senior:innen bedeutsam ist.

Für die Beurteilung dieses Indikators wurden folgendes Messkriterium angewandt:

- Wird der soziale Wandel (u.a. wandelnde Bedürfnisse der Adressat:innengruppe und Quartierbevölkerung) im Wohnbauprojekt berücksichtigt?
- Ist der soziale Wandel unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut berücksichtigt?

Beurteilung
Sozialer Wandel: Bis 2050 wird von einem Wachstum der älteren Bevölkerung in der Stadt Bern ausgegangen. Das prognostizierte Wachstum der 60-jährigen und älteren Bevölkerung zwischen 2015 und 2050 beträgt 30% (vgl. Gemeinderat der Stadt Bern, 2020), wobei die Altersklasse 80+ im Vergleich zu den jüngeren Altersklassen am stärksten zunimmt (+54%). Es ist davon auszugehen, dass auch das Quartier Tscharnergut einen Anstieg der älteren Quartierbevölkerung erleben wird. Aus den Gesprächen mit FAMBAU wurde deutlich, dass die älter werdende Bewohnerschaft des Tscharnerguts bereits heute thematisiert wird. Des Weiteren sind im Quartier im Quartier Menschen mit geringen Einkommen übervertreten. Es ist davon auszugehen, dass die Rentner:innen im Tscharnergut vornehmlich über eine geringe finanzielle Ausstattung verfügen und/oder EL-berechtigt sind. Da auch die Bevölkerungsgruppen im erwerbsfähigen Alter eher tiefen Einkommensklassen zuzuordnen sind, ist davon auszugehen, dass auch in Zukunft der Anteil an EL-berechtigten Senior:innen im Tscharnergut vergleichsweise hoch sein wird.
In Anbetracht der weiter fortschreitenden Alterung der Quartierbevölkerung und des Wunsches möglichst lange im vertrauten Umfeld wohnen zu können, bietet das Wohnbauprojekt auch für zukünftige Quartierbewohner:innen im fragilen Alter adäquate Wohnangebote. EL-Bezüger:innen finden ein Wohnangebot vor, welches aufgrund der tiefen Mietpreise auch ihnen zugänglich ist. In diesem Sinne erfüllt das Wohnbauprojekt das Kriterium der sozialen Nachhaltigkeit. Allerdings bleibt im Konzept offen, inwiefern die Themen Alter und Migration berücksichtigt werden. Die kulturelle Vielfalt sind für das Quartier Tscharnergut prägend. Der Aspekt der Interkulturalität wurde im Wohnbauprojekt nicht aufgegriffen. Deshalb liegt der Erfüllungsgrad des Indikators zwischen **verbesserungsfähig und sehr gut**.

Empfehlung
Wir empfehlen, im weiteren Projektverlauf dem Aspekt der kulturellen Vielfalt der zukünftigen Zielgruppen und der Quartierbevölkerung ein grösseres Gewicht beizumessen.

3.3.5.3 Indikator 15: Anpassungsfähigkeit an die Gesundheitsversorgung

Pflege und Betreuung im Alter werden sich in den nächsten Jahren stärker nach dem Modell der integrierten Versorgung ausrichten müssen. So wie die ambulanten werden auch die stationären Angebote ihre Bedeutung behalten. Wie die Altersforschung in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich machen konnte, erfolgte eine Pluralisierung und Entstandardisierung des Alter(n)s (vgl. Schweppe & Horn, 2022, S. 29). Damit einher gehen grössere Wahlmöglichkeiten zur Gestaltung des Lebens als Senior:in. Kurz: heutige wie auch zukünftige Generationen fordern ihre Bedürfnisse und Interessen stärker ein. Gerade für die professionellen Dienstleistenden im Gesundheitswesen bedeutet dies auch, dass die Angebote und Dienste stärker auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden sollten bzw. dass auf verändernde Bedürfnisse reagiert werden kann. Gleichzeitig können sich Erkrankungen verändern oder unterschiedlich stark zunehmen. Zum Beispiel geht man davon aus, dass die Anzahl Menschen mit Demenz zunehmen wird. Solche Veränderungen bedürfen auch der Anpassung der Gesundheitsversorgung, zum Beispiel in Form von spezialisierten Kompetenzzentren für Menschen mit Demenz. Folgender Indikator beurteilt das Wohnbauprojekt bzgl. der Anpassungsmöglichkeiten bei Veränderungen der Langzeitpflege und -betreuung von alten Menschen.

Für die Beurteilung dieses Indikators wurden folgende Messkriterien angewandt:
- Werden mögliche Veränderungen an Betreuungs- und Pflegebedarfen der Zielgruppen im Wohnbauprojekt berücksichtigt? Sind sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut berücksichtigt?
- Wie ist die Anpassungsfähigkeit des Wohnbauprojekts bzgl. der Rolle in der Gesundheitsversorgung zu beurteilen? Ist sie unzureichend/verbesserungsfähig/sehr gut erfüllt?

Beurteilung
Betreuungs- und Pflegebedarf: Das Wohnbauprojekt verfügt über ein Betreuungs- und Pflegeverständnis, welches die Bedürfnisse der Mieter:innen und Bewohner:innen ins Zentrum stellt. Dafür steht das «bewohnerorientierte Betreuungs- und Pflegekonzept» (vgl. Dokument Wohnbauprojekt S. 12), welches eine individuelle und persönliche Plfege ermöglicht. Zusätzlich wird auf Betreuungs- und Pflegesituationen eingegangen, welche zukünftig an Bedeutung gewinnen werden. Zum einen ist dies die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, zum anderen die Pflege und Betreuung am Lebensende. Folglich ist im Konzept die Anpassungsfähigkeit des Wohnprojekts an veränderte Betreuungs- und Pflegebedarfe gegeben und als **sehr gut** einzustufen.

Anpassung Gesundheitsversorgung: Da die Rolle des Wohnbauprojekts in der Alters- und Langzeitpflegeversorgung noch offen ist, lässt sich dieses Kriterium nicht beurteilen.

Empfehlung
Wir empfehlen, nach Inbetriebnahme die Angebote im ambulanten, intermediären und stationären Bereich regelmässig hinsichtlich ihrer Bedürfnisorientierung und ihres Innovationsbedarfs zu überprüfen.

4 Schlussfolgerungen

Bedarfsprognose der ambulanten und stationären Alters- und Langzeitversorgung der Stadt Bern 2019 bis 2045

Im Auftrag an das Obsan erfolgte eine Bedarfsschätzung der Alters- und Langzeitpflegeversorgung der Stadt Bern bis 2045. Es ist davon auszugehen, dass die Bevölkerung 65+ der Stadt Bern bis 2045 um 27% ansteigen wird. Dies entspricht einer Zunahme von 23'175 auf 29'473 Personen. Besonderer Fokus gilt der Altersgruppe 80+. Sie wird bis 2045 am stärksten zunehmen (+52%).

In Anbetracht der demografischen Entwicklung verändert sich bis 2045 auch die ambulante und stationäre Alters- und Langzeitpflegeversorgung. In beiden Versorgungsbereichen wird mittel- bis langfristig mit einer deutlichen Zunahme des ambulanten und stationären Versorgungsbedarfs gerechnet. Allerdings entwickelt sich der Anstieg an ambulanter und stationärer Langzeitpflegeversorgung unterschiedlich.

In den ambulanten Versorgungsstrukturen werden sowohl die Hilfe- als auch Pflegeleistungen bis 2045 zunehmen. Interessanterweise wird vor allem der Bedarf an Hilfeleistungen zunehmen. Gemäss den Berechnungen von Obsan wird sich der Bedarf an Hilfeleistungen bis 2045 verdoppeln (+91%). Hingegen wird der Bedarf an Pflege um 41% steigen.

In der stationären Langzeitpflegeversorgung wird ein Bedarfsanstieg von 26% erwartet. Wird in Zukunft ein Anteil der Personen mit Pflegestufe 0 bis 3 zuhause versorgt, prognostiziert das Obsan ein Bedarfswachstum von 21%. Mit Blick auf die aktuelle Anzahl der verfügbaren Pflegeplätze kann die Nachfrage an stationärer Langzeitpflegeversorgung in der Stadt Bern mittelfristig gedeckt werden. Längerfristig ist ein weiterer Ausbau an Pflegeplätzen nötig, unabhängig davon, ob man das Referenzszenario oder das alternative Szenario (Verlagerung der Pflegestufen 0 bis 3 auf die ambulante Versorgungsstruktur) in der Prognose berücksichtigt. Ob die Nachfrage an stationären Aufenthalten mittelfristig tatsächlich gedeckt werden kann, ist gemäss der Bedarfsprognose des Obsan von zwei Faktoren abhängig.

Erstens ist die Auslastung der stationären Einrichtungen in der Stadt Bern hoch und es waren keine pandemiebedingten Effekte mehr festzustellen. Beides lässt sich auch aus den Belegungsgraden der stationären Einrichtungen in der Stadt Bern ablesen (vgl. Anhang 8.1). Der mittlere Belegungsgrad der Langzeitpflegebetten der stationären Einrichtungen in der Stadt Bern lag 2020 bei 95.7% und hat sich seit 2016, mit Ausnahme des Jahres 2019, kaum verändert.

Zweitens bleibt es schwierig zu beurteilen, inwiefern von den vorsorglichen Platzreservationen der Pflegebetten zukünftig Gebrauch gemacht wird. Besteht bei hoher Auslastung eine hohe Nachfrage an vorsorglichen Platzreservierungen, könnte die Nachfrage das Angebot schon früher übersteigen.

Gelingensfaktoren städtischer Altersplanung

Die Untersuchung der alterspolitischen Ausrichtung der vier Städte Basel, Luzern, Winterthur und Zürich hat ergeben, dass sich die städtischen Ausrichtungen ähnlich sind, obschon die gesetzlichen Rahmenbedingungen sich teils sehr unterscheiden. Alle vier Städte sehen sich mit einem Anstieg der älteren Bevölkerung 65+ konfrontiert, wobei die Altersgruppe 80+ am stärksten zunehmen wird. Dabei handelt es sich um diejenige Altersgruppe, welche sich öfters in einer fragilen und/oder vulnerablen Lebensphase befindet und deshalb in ihrem Alltag auf Unterstützung und Pflege angewiesen ist. Zudem ist allen vier Städten gemeinsam, dass Dienstleistungen und Angebote im Altersbereich vermehrt im Sozialraum der Zielgruppen erbracht werden und entsprechend an deren Bedürfnissen angepasst werden müssen. Es ist deshalb kein Zufall, dass die alterspolitischen Ausrichtungen der Städte sich um Fragen der Selbstständigkeit und der sozialen Teilhabe im hohen Alter, alternativer Wohnformen bei steigender Unterstützungsbedürftigkeit im Alltag und der quartiernahen Gesundheitsversorgung drehen.

Für die Erarbeitung der Qualitätskriterien interessierten uns besonders die alterspolitische Ausrichtung in Wohn- und Gesundheitsfragen. In den Ergebnissen besteht Konsens darüber, dass der Wunsch a) möglichst lange im vertrauten Umfeld wohnen und b) möglichst selbstständig leben zu können, den Ausbau neuer Wohnangebote für Menschen im fragilen Alter erfordert und alle Strukturen der Gesundheitsversorgung (ambulant, intermediär, stationär) gleichermassen benötigt. In allen vier Städten ist ein zunehmender Ausbau von organisierten Wohnformen (Wohnen mit Dienstleistungen, Wohnen mit Services, betreutes Wohnen usw.) zu beobachten und in allen Städten sind Bemühungen zu verzeichnen, das Modell der integrierten Versorgung einzuführen.

Da das zu beurteilende Wohnbauprojekt eine Pflegeabteilung vorsieht, war die Rolle stationärer Einrichtungen in den städtischen Altersplanungen von besonderem Interesse. Aufgrund der veränderten Begebenheiten der Lebensphase Alter, neuer Wohnformen und Neuordnungen in Gesundheitsversorgung wurde nach zukünftigen Gelingensfaktoren für stationäre Einrichtungen gefragt. Fünf Faktoren konnten identifiziert werden:

Ausweitung des Wohnangebots und Fokus auf Wohnlichkeit; neue und erweiterte Aufgabenprofile bei den Leistungserbringungen, stärkere Quartierorientierung der Einrichtung, Förderung der Durchlässigkeit der

Versorgungsstrukturen, stärkere Bedürfnisorientierung in den Diensten und Angeboten und niederschwellige Zugänglichkeit.

Kritische Würdigung des Wohnbauprojekts Alterszentrum Tscharnergut TIAG

Die folgenden Ausführungen zum Wohnbauprojekt Alterszentrum Tscharnergut TIAG beziehen sich auf die Broschüre «Wohnen und leben im Alter». Die kritische Würdigung erfolgte entlang einem Raster mit den Kriterien Wohnaspekte, Sozialraumorientierung, Gesundheitsversorgung, betriebliche Gestaltung und nachhaltige Ausrichtung. Aufgrund des aktuellen Stands des Wohnbauprojekts konnte das Qualitätskriterium «betriebliche Gestaltung» nicht beurteilt werden.

Das Projekt Alterszentrum Tscharnergut ist ein Wohnbauprojekt, welches sich den unterschiedlichen Wohnbedürfnissen in verschiedenen Phasen des fragilen Alters annimmt. So bietet es altersgerechtes Wohnen für Senior:innen mit einem hohen Selbstständigkeitsgrad und ausgeprägtem Sicherheitsbedürfnis. Durch das betreute Wohnangebot berücksichtigt es Senior:innen mit punktuellem oder regelmässigem Unterstützungsbedarf im Alltag und ermöglicht Senior:innen mit hohem Betreuungs- und/oder Pflegebedarf den Aufenthalt in Einzelzimmern der Pflegeabteilung. Im beurteilten Konzept wurden auf Wohnbedürfnisse (z.B. Sicherheit, Kosten, Nahversorgung usw.) Bezug genommen, die den Senior:innen wichtig sind. Die Anordnung der privaten, halb-öffentlichen und öffentlichen Zonen erlaubt sowohl Rückzug als auch privaten Austausch und soziale Teilhabe. In der Ausgestaltung der halb-öffentlichen und öffentlichen Zonen für die soziale Teilhabe und Mitwirkung am alltäglichen Geschehen wird Verbesserungspotenzial gesehen.

Das Wohnbauprojekt berücksichtigt sozialraumorientierte Elemente. So ist das Projekt darauf angelegt, offen und durchlässig für verschiedene Adressat:innengruppen zu sein; es schafft bewusst neue Begegnungs- und Austauschorte, versucht die Zentrumsbewohner:innen in die Siedlung zu integrieren und sieht eine Vernetzung mit professionellen und informellen Akteuren im Quartier vor. Durch die zentrale Lage des Wohnbaus werden selbstständige Alltagsverrichtungen (Einkaufen, Apothekenbesuche usw.) und soziale Begegnungen erleichtert und/oder gefördert (Gastronomie, Grünanlagen, naher Quartiertreff usw.). Letztlich bieten die Wohnangebote den Senior:innen die Möglichkeit, auch im fragilen Alter weiterhin im Tscharnergut (ergo im vertrauten Umfeld) wohnen und leben zu können. Durch den Verbleib im vertrauten Umfeld, können bestehende Beziehungen weiterhin gepflegt werden. Diese sind eine wichtige Ressource für die Erhaltung der Selbstständigkeit und das allgemeine Wohlergehen. Hervorzuheben ist die Einbindung der Sozialplanung in die Projektentwicklung und -realisierung. Durch den Einsatz der Sozialplanung werden Partizipationselemente möglich, wodurch Bedürfnisse und Interessen der Zielgruppen (Senior:innen in verschiedenen Altersphasen) besser berücksichtigt werden können. Aus sozialgerontologischer Sicht ist deshalb der Einbezug der Sozialplanung begrüssenswert, da sie eine alterssensible Planung, Gestaltung und Betreibung von Wohnbauprojekten mitgarantiert.

Leitet man von den Wohnangeboten die Versorgungsaufgaben im Gesundheitsbereich ab, lässt sich dem Wohnbauprojekt vom Ansatz her ein polyvalentes Versorgungsverständnis attestieren. Dies zeigt sich vor allem darin, dass im betreuten Wohnen andere Unterstützungsangebote benötigt werden als für Bewohner:innen in Einzelzimmern der Pflegeabteilung. Unter dem Qualitätsmerkmal Gesundheitsversorgung wird insgesamt das grösste Entwicklungspotenzial gesehen. Gerade im präventiven (z.B. Wohnberatung, Sturzprävention, Wohnanpassungen) und intermediären Versorgungsbereich (z.B. Tagesstrukturen, Ferienbett) könnte das Wohnbauprojekt auch einen Mehrwert für die umliegende Bevölkerung schaffen.

Aufgrund der Expert:inneninterviews wurde das Kriterienraster um ein Qualitätsmerkmal erweitert. Das Wohnbauprojekt wurde auf seine nachhaltige Ausrichtung überprüft. Das Konzept des Alterszentrums Tscharnergut verfügt in den Ansätzen über eine nachhaltige Ausrichtung, und zwar auf räumlicher, sozialer und auf Ebene der Gesundheitsversorgung. So sind im Wohnbauprojekt räumliche Anpassungsmöglichkeiten der Wohnformen vorgesehen. Aufgrund des demografischen Wandels und des Anstiegs der Anzahl hochaltriger Menschen bietet das Wohnbauprojekt verschiedene Wohnformen für ältere Menschen, die aufgrund eines ausgeprägteren Sicherheitsbedürfnisses, eines Unterstützungsbedarfs im Alltag oder eines hohen Pflegebedarfs einen Wohnungswechsel beabsichtigen. Darüber hinaus inkludiert das Wohnbauprojekt Senior:innen mit geringen finanziellen Mitteln. Letztlich sieht das Wohnbauprojekt auch Anpassungen hinsichtlich sich verändernder Betreuungs- und Pflegebedarfe vor (z.B. Abteilung für Menschen mit Demenz).

Aufgrund der geprüften Qualitätsmerkmale entspricht das Wohnbauprojekt Alterszentrum Tscharnergut weitestgehend den aktuellen Standards für ein sozial nachhaltiges, quartiernahes und zukunftsorientiertes Wohnbauprojekt für ältere Menschen, die in verschiedenen Phasen der Fragilität stehen. Die geplanten Wohnangebote entsprechen den Wohnbedürfnissen von (fragilen) Senior:innen; das Wohnobjekt ist bewusst zentral in die Siedlungsstruktur eingebettet worden, um die Teilhabe am Quartierleben zu sichern und zu fördern; aufgrund der verschiedenen Wohnangebote ist das Wohnbauprojekt im Ansatz auf eine polyvalente Gesundheitsversorgung ausgerichtet, welche auf unterschiedliche Bedarfe an Alltagsunterstützung, Betreuung

und Pflege reagieren kann; mit der Anpassungsfähigkeit des Wohnbauprojekts auf verändernde Rahmenbedingungen, ist auch das Kriterium der Nachhaltigkeit berücksichtigt worden.
Verbesserungspotenzial orten wir in der Förderung der sozialen Teilhabe und Mitwirkung am alltäglichen Geschehen durch eine günstige Ausgestaltung der halb-öffentlichen und öffentlichen Zonen des Wohnbauprojekts. Ebenso erachten wir einen stärkeren Einbezug des Themas der kulturellen Diversität der Zielgruppen und der Quartierbevölkerung als hilfreich.
Besonders hervorheben möchten wir die Bedeutung der Sozialplanung für das Gelingen einer guten Integration des Wohnbauprojekts in die bestehenden sozialräumlichen Strukturen. Das Projekt verfügt diesbezüglich über gute Voraussetzungen, doch könnte das Aufgabenprofil der entsprechenden Stelle noch geschärft werden. Sowohl in der unmittelbaren sozialräumlichen Umgebung des Quartiers Tscharnergut als auch in einer breiteren Betrachtung der gesundheitsbezogenen Dienstleistungskette kann die Einbettung und spezifische Rolle des Wohnbauprojekts noch klarer herausgearbeitet werden.

5 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mit Herkunftsregion Stadt Bern, nach Alter, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit, Stadt Bern, 2019 11
Abbildung 2 Klientinnen und Klienten sowie Leistungsstunden in der Spitex-Pflege und -Haushaltshilfe, nach Alter, Geschlecht und juristischer Status des Leistungserbringers, Stadt Bern, 2019 12
Abbildung 3 Bevölkerungsentwicklung in der Stadt Bern, nach Altersklassen, 2019–2045 13
Abbildung 4 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 0+ in Pflegeheimen, Referenzszenario und alternative Versorgung, Stadt Bern, 2019–2045 13
Abbildung 5 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in der Spitex-Pflege, Referenzszenario und alternative Versorgung, Stadt Bern, 2019–2045 14
Abbildung 6 Prognose der Anzahl geleisteter Spitex-Pflegestunden, Referenzszenario und alternative Versorgung, Stadt Bern, 2019–2045 14
Abbildung 7 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in der Spitex-Haushaltshilfe, Referenzszenario und alternative Versorgung, Stadt Bern, 2019–2045 15
Abbildung 8 Prognose der Anzahl geleisteter Spitex-Haushaltshilfestunden, Referenzszenario und alternative Versorgung, Stadt Bern, 2019–2045 15
Abbildung 9 Gesamtergebnisse der kritischen Würdigung des Alterszentrum Tscharnergut 29
Abbildung 10. Qualitätskriterium Wohnaspekte mit Indikatoren, Messkriterien und Bewertung. 32
Abbildung 11 Betreuungsphasen im Fragilisierungsprozess 34
Abbildung 12. Qualitätskriterium Sozialraumorientierung mit Indikatoren, Messkriterien und Bewertung. 38
Abbildung 13. Qualitätskriterium Gesundheitsversorgung mit Indikatoren, Messkriterien und Bewertung. 40
Abbildung 14. Qualitätskriterium Betriebliche Gestaltung mit Indikatoren, Messkriterien und Bewertung. 43
Abbildung 15. Qualitätskriterium Nachhaltige Ausrichtung mit Indikatoren, Messkriterien und Bewertung. 45

6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht Expert:inneninterviews. 7
Tabelle 2 Verwendete Datenquellen 11

7 Literaturverzeichnis

Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2009). *Experteninterviews: Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (3., grundlegend überarbeitete Aufl). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.

Bundesamt für Statistik. (2020). *Lebenserwartung in der Schweiz im Jahr 2020. Medienmitteilung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik. (2022). *Die Bevölkerung der Schweiz im Jahr 2021*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

CURAVIVA Schweiz. (o.J.). Wohnen im Alter. Vision Wohnen im Alter von CURAVIVA Schweiz. Abgerufen von https://www.curaviva.ch/Fachwissen/Wohnen-im-Alter/PUtri/

CURAVIVA.CH, Institut et haute Ecole de la Santé La Source, & senior-lab. (2021). *Synthesebericht: Erfolgsfaktoren, Herausforderungen und Empfehlungen. Projekt «Verbreitung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung in der Schweiz basierend auf den Prinzipien des Wohn- und Pflegemodells 2030»*.

FAMBAU Genossenschaft. (2021). *Tscharnergut. Wohnen und leben im Alter. Konzept Altersezentrum 2021*. Unveröffentlichtes Dokument.

Gemeinderat der Stadt Bern. (2020). *Eine Stadt für alle – Schwerpunkt Alter Altersstrategie 2030 mit Massnahmen 2020–2024*.

Gesundheitsdepartement Basel-Stadt. (2019a). *Leitlinien Alterspflegepolitik und Erläuterungen*.

Gesundheitsdepartement Basel-Stadt. (2019b). *Leitlinien Basel 55+ und Erläuterungen*.

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt. (o. J.). Vision «Gut und gemeinsam älter werden im Kanton Basel-Stadt». Abgerufen 25. Januar 2023, von https://www.gd.bs.ch/dossiers-projekte/alterspolitik/Vision.html

Höpflinger, F., Hugentobler, V., & Spini, D. (2019). *Wohnen in den späten Lebensjahren. Grundlagen und regionale Unterschiede. Age Report IV*. Zürich: Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen AG. https://doi.org/10.33058/seismo.30729

Höpflinger, F., & Wezemael, J. van (Hrsg.). (2014). *Wohnen im höheren Lebensalter: Grundlagen und Trends*. Zürich: Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen AG.

Imhof, L., & Imhof, R. M. (2019). *Betreutes Wohnen in der Schweiz. Grundlagen eines Modells*. [Studie]. Winterthur: Nursing Science & Care GmbH.

Jann, A. (2015). Age-Wohnmatrix: Bedürfnisse statt Begriffe ins Zentrum stellen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *48*(2), 164–168. https://doi.org/10.1007/s00391-013-0566-9

Kägi, W., Frey, M., Huddleston, C., Lamprecht, M., Metzler, R., & Suri, M. (2021). *Gute Betreuung im Alter—Kosten und Finanzierung*. Basel: BSS Volkswirtschaftliche Beratung.

Kanton Zürich. *Zusatzleistungsgesetz (ZLG)*. , Pub. L. No. 831.3 (1971).

Kanton Zürich. *Gesundheitsgesetz (GesG)*. , Pub. L. No. 810.1 (2008).

Kanton Zürich. *Pflegegesetz*. Pub. L. No. 855.1 (2011).

Knöpfel, C., Pardini, R., & Heinzmann, C. (2018). *Gute Betreuung im Alter in der Schweiz: Eine Bestandsaufnahme*. Zürich: Seismo.

LUSTAT. (2021). Bevölkerungsentwicklung—LUSTAT Statistik Luzern. Abgerufen 25. Oktober 2022, von https://www.lustat.ch/monitoring/kennzahlen-stadt-luzern/bevoelkerung/bevoelkerungsentwicklung

Marchand, B. (2016). Eine Evolution, keine Revolution! Ein Blick auf die Architektur der Waadtländer Alters- und Pflegeheime. In F. Höpflinger, V. Hugentobler, & D. Spini (Hrsg.), *Wohnen in den späten Lebensjahren. Grundlagen und regionale Unterschiede*. (S. 241–247). Zürich: Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen AG.

Meuser, M., & Nagel, U. (2002). ExpertInneninterviews—Vielfach erprobt, wenig bedacht. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview* (S. 71–93). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-93270-9_3

Paul Schiller Stiftung. (2018). *Gute Betreuung im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. (S. 36). Zürich: Paul Schiller Stiftung.

Pellegrini, S., Dutoit, L., Pahud, O., & Dorn, M. (2022). *Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040*. (S. 112). Neuchâtel: OBSAN Bericht 03/2022. Abgerufen von OBSAN Bericht 03/2022 website: https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2022-bedarf-alters-und-langzeitpflege-der-schweiz

Reutlinger, C., Haag, C., Hilti, N., Vellacott, C., & Vetterli, M. (2020). *Nachbarschaften als Beruf. Stellen konzipieren, einführen und entwickeln*. (S. 132). St. Gallen: Institut für Soziale Arbeit und Räume FHS St. Gallen. Abgerufen von website: https://www.age-stiftung.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/2016/037/2020_Age_I_2016_037.pdf

Schmid, T., & Weishaupt, E. (2021). *Masterplan Pflegeversorgung. Kurzversion*. (Stadt Winterthur, Hrsg.).

Schweppe, C., & Horn, V. (2022). Handlungsfelder und Perspektiven der Sozialen Arbeit mit alten Menschen. In C. Bleck & A. van Rießen (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit alten Menschen* (S. 27–40). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37573-7_2

Seematter-Bagnoud, L., Belloni, G., Peytremann-Bridevaux, I., Büla, C., & Pellegrini, S. (2021). *Lebenserwartung und Gesundheitszustand: Jüngste Entwicklungen*. (Nr. 3). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Soom Ammann, E., & Blaser, R. (2022). *Betreuungsgutsprachen in der Stadt Bern: Begleitforschung zum Pilotprojekt von Mai 2019 bis April 2022*. Bern: Berner Fachhochschule.

Stadt Luzern. (2022, September 15). Evaluation Gutscheine für selbstbestimmtes Wohnen. Abgerufen 26. Oktober 2022, von https://www.stadtluzern.ch/aktuelles/newslist/1648858

Stadt Luzern Stadtrat. (2013). *Bericht und Antrag an den Grossen Stadtrat von Luzern vom 16. Oktober 2013 (StB 774). Grundlagenbericht zur Gestaltung und Steuerung der Pflegeversorgung in der Stadt Luzern*. Luzern: Stadt Luzern.

Stadt Luzern Stadtrat. (2018a). *Bericht an den Grossen Stadtrat von Luzern vom 29. August 2018 (StB 477). B 16/2018. Alterspolitik der Stadt Luzern*. (S. 23). Luzern: Stadt Luzern.

Stadt Luzern Stadtrat. (2018b). *Bericht und Antrag an den Grossen Stadtrat von Luzern vom 29. August 2018 (StB 478). B+A 17/2018. Planungsbericht Pflegeversorgung*. (S. 65). Luzern: Stadtrat.

Stadt Luzern Stadtrat. (2018c). *Gemeindestrategie 2019-2028. Legislaturprogramm 2019-2021. Bericht und Antrag des Stadtrates an den Grossen Stadtrat vom 19. September 2118. B+A 18/2018. Vom Grossen Stadtrat beschlossen am 29. November 2018*. (S. 56). Luzern: Stadt Luzern.

Stadt Luzern Stadtrat. (2021). *Bericht und Antrag an den Grossen Stadtrat von Luzern vom 23. Juni 2021 (StB 491). B+A 21/2021. Porjekt «Alterswohnen integriert»*. (S. 72). Luzern: Stadtrat.

Stadt Winterthur. *Verordnung über den Vollzug der Zusatzleistungen zur AHV/IV und die Gewährung von Gemeindezuschüssen*. Pub. L. No. 8.3-1 (2004).

Stadt Winterthur, Alter und Pflege. (o.J.). *Angebots- und Immobilienstrategie Alter und Pflege Stadt Winterthur*. Abgerufen von https://stadt.winterthur.ch/gemeinde/verwaltung/soziales/alter-und-pflege

Stadt Zürich. (2020a). *Altersstrategie 2035. Massnahmen*. (S. 24). Zürich: Gesundheits- und Umweltdepartement.

Stadt Zürich. (2020b). *Mein Zürich im Alter. Altersstrategie 2035*. (S. 68). Zürich: Gesundheits- und Umweltdepartement.

Viva Luzern. (o. J.). *viva luzern. Im Alter zuhause*.

Wagner, S. (2020). *Innenarchitektur im Gesundheitswesen. Insbesondere in der Pflege und für Menschen mit Demenz*. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter.

Werner, S., Kraft, E., Elbel, R., & Kreienbühl, M. (2021). *Intermediäre Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz 2021. Aktualisierung einer Kantonsbefragung und statistische Auswertung*. (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Hrsg.). OBSAN Bericht 05/2021. Abgerufen von https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2021-intermediaere-strukturen-fuer-aeltere-menschen-der-schweiz-2021

Zimmerli, J. (2017). *Demografie und Wohnungswirtschaft, Bezahlbares Wohnen im Alter*. (Nr. Band 38). Zug: Institut für Finanzdienstleistungen Zug IFZ.

8 Anhang

8.1 Nachtrag gemäss Workshop 23.11.2022

Belegungsgrad der Langzeitaufenthalte in den Alters- und Pflegeheimen der Stadt Bern 2016 bis 2020

Institution	Anzahl Plätze 2016	Belegungs-grad 2016	Anzahl Plätze 2017	Belegungs-grad 2017	Anzahl Plätze 2018	Belegungs-grad 2018	Anzahl Plätze 2019	Belegungs-grad 2019	Anzahl Plätze 2020	Belegungs-grad 2020
Alters- und Pflegeheim Kühlewil - Bereich Ahv	131	97.2	131	98.0	131	94.4	131	96.2	131	95.4
Altersheim Mon Soleil	17	94.3	17	90.5	17	90.3	16	93.4	16	88.8
Alterswohn- und Pflegeheim Jolimont	46	86.3	46	85.9	46	87.7	46	84.7	46	81.5
Alterswohnheim Fellergut AG	100	93.6	100	88.8	44	69.7	44	89.0	44	87.9
Alterszentrum Viktoria AG	100	63.0	74	89.3	74	86.8	74	84.7	74	80.6
Betagtenheim Mattenhof	41	94.7	41	94.0	41	93.5	41	97.2	41	92.3
Blinden- und Behindertenzentrum Bern Wohnhäuser A	24	66.4	22	79.7	22	75.8	18	85.8	18	79.4
Der Burgerspittel Am Bahnhofplatz	35	71.1	35	82.5	35	83.8	35	85.0	35	84.1
Der Burgerspittel Im Viererfeld	125	66.9	125	65.1	125	66.1	125	70.3	125	65.7
Domicil - Kompetenzzentrum Demenz Bethlehemacker	73	101.4	71	101.0	73	98.8	73	98.5	73	98.5
Domicil - Kompetenzzentrum Demenz Elfenau	24	96.5	24	97.5	24	97.1	24	94.8	24	99.5
Domicil Ahornweg	56	99.2	53	99.2	43	94.6	43	98.2	45	91.3
Domicil Alexandra	65	93.6	65	91.5	62	94.3	62	92.5	66	85.2
Domicil Baumgarten	88	96.9	88	96.8	38	102.0	38	101.5	39	99.3
Domicil Egelmoos	31	96.6	31	100.0	31	97.6	31	100.5	31	91.7
Domicil Lentulus	78	98.9	78	96.0	36	97.2	36	98.6	36	94.5
Domicil Mon Bijou	75	89.3	74	90.3	50	97.3	50	98.4	51	97.2
Domicil Schönegg	79	95.8	77	98.3	79	94.9	79	96.3	79	91.4
Domicil Schwabgut	120	99.9	121	99.7	120	99.4	120	97.0	120	98.4
Domicil Spitalackerpark	48	82.3	33	81.1	30	74.0	48	74.2	48	98.4
Domicil Steigerhubel	64	98.0	64	98.8	41	101.9	41	94.4	42	99.3
Domicil Wildermettpark	38	98.9	38	98.8	38	97.6	39	96.7	39	98.0
Domicil Wyler	110	95.6	110	98.9	112	93.4	112	92.3	112	88.9
Haus für Pflege	5	102.5	5	138.1	6	64.6	3	110.5	5	78.3
Lorrainehof - Wohnen und Pflege	60	95.1	62	96.1	62	100.3	62	96.8	62	94.8
Senevita Bümpliz	18	100.0	18	97.0	18	98.5	18	101.0	18	94.3
Senevita Dammweg	11	93.3	11	95.6	11	93.0	11	99.1	11	85.8
Senevita Panorama	20	91.5	20	90.5	20	91.4	20	92.0	20	89.0
Senevita Wangenmatt	72	96.7	72	97.7	72	95.5	72	97.7	72	94.1
Senevita Westside	21	98.6	21	95.1	21	95.7	21	99.4	21	99.6
Seniorenvilla Grüneck	49	999.4	41	94.4	41	92.7	41	96.3	41	94.6
Stiftung Diaconis Wohnen - Pflege Altenberg	65	90.4	65	76.6	57	88.6	58	82.3	60	78.1
Stiftung Diaconis Wohnen - Pflege Oranienburg	99	86.6	99	75.5	90	84.7	95	73.1	86	81.0
Stiftung Elfenaupark Wohn-Kultur-Dienstleistungs-Zentrum	160	93.6	150	89.8	120	63.9	120	62.7	120	66.0
Stiftung Senioren-Appartements Egghölzli	24	92.8	24	87.3	24	80.2	24	76.5	24	84.2
Tertianum Fischermätteli	80	92.3	80	87.6	80	88.5	80	88.1	80	87.7
Tertianum Résidence	35	96.1	35	98.8	35	92.2	35	89.6	35	91.6
Tilia Pflegezentrum Wittigkofen	115	75.8	115	71.1	95	87.3	95	86.5	95	86.6
Zentrum Schönberg	54	92.0	166	50.7	166	86.8	166	95.5	166	94.6
Total	**2'456**		**2'502**		**2'230**		**2'247**		**2'251**	
Median		**94.7**		**94.4**		**92.7**		**84.9**		**95.7**

Plätze:	Langzeitaufenthalt
Belegungsgrad:	Langzeit
Datenquelle:	Bundesamt für Gesundheit (BAG) | www.bag.admin.ch/pflegeheime – Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime 2020
Beschreibung der Kennzahlen:	https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-pflegeheimen/beschreibung-der-kennzahlen.html#belegungsgrad

8.2 Interviewleitfaden Modul 3

Interviewfragen für das Expert:innengespräch (Städte)

Einleitung Strategie Ageing in Place
Die Stadt XYZ verfolgt eine Strategie, welche es der älteren Bevölkerung ermöglichen soll, möglichst lange zu Hause bzw. im vertrauten Umfeld (z.B. Quartier) bleiben zu können.

1. Wo steht die Stadt XYZ aktuell in der Umsetzung der Strategie? Wurde sie so realisiert, wie vorgesehen?
2. Was sind Ihrer Meinung nach wichtige Faktoren, welche es der älteren Bevölkerung in der Stadt XYZ ermöglichen, möglichst lange zu Hause leben zu können?
3. Wo besteht Ihrer Meinung nach Handlungsbedarf, um die Strategie weiterhin umsetzen zu können?

Fokus Wohnformen im Alter

1. Auf welche Wohnangebote (z.B. Alterswohnungen, Wohnen mit Dienstleistungen, stationäre Wohngruppen) setzt die Stadt XYZ, um den Verbleib älterer Menschen zu Hause zu ermöglichen?
2. Wie beurteilen Sie die Situation in Ihrer Stadt bezüglich Wohnangebote für Senior:innen (auch mit Unterstützungsbedarf)?
3. Wo sehen Sie Ausbaupotenziale (auch für die Zukunft)?

Fokus Gesundheitsversorgung
Für den Verbleib älterer Menschen zu Hause ist nicht nur die Wohnraumpolitik der Stadt wichtig. Auch die Ausrichtung der Gesundheitsversorgung spielt eine Rolle. Ihre Stadt verfolgt eine Strategie im Sinne "ambulant vor stationär".

1. Worin liegen Ihrer Meinung nach die Vorteile dieser Strategie? Gibt es auch Nachteile daraus, mit welcher Ihre Stadt konfrontiert ist?
2. Und wie beurteilen Sie die heutige Gesundheitsversorgung in der Stadt XYZ hinsichtlich der strategischen Ausrichtung? Wurde sie so realisiert wie vorgesehen?
3. Was sind wichtige Bedingungen bzw. Faktoren, damit die Strategie „ambulant vor stationär“ gelingen kann?

Fokus Alters- und Pflegeheime

1. Welche Auswirkungen hat die Strategie „ambulant vor stationär“ für Alters- und Pflegeheime?
2. Welche Rolle werden Alters- und Pflegeheime Ihrer Meinung nach in der Stadt XYZ zukünftig haben?
3. Was macht Alters- und Pflegeheime zu attraktiven und innovativen Versorgungsstrukturen, die am Puls der Zeit sind? Was ist dafür nötig?

Fokus Politische Ebene?

1. Welche Rolle nimmt Ihrer Meinung nach die Stadt als politische Akteurin ein, um den Verbleib von älteren Menschen zu Hause zu ermöglichen?
2. Was läuft Ihrer Meinung nach gut?
3. Worin gäbe es Entwicklungspotenzial?
4. Welche Rolle haben private Baugenossenschaften/ Immobilienfirmen und private Pflegeheime für die Stadt XYZ, damit die strategische Ausrichtung "möglichst lange zu Hause leben zu können" erfüllt werden kann?
5. Falls Leistungsvereinbarungen: Gibt es bestimmte Kriterien, auf die Sie achten?

Abschluss:

1. Gibt es Themen oder Aspekte, welche noch nicht angesprochen wurden, die aber Ihrer Meinung nach wichtig für unser Projekt sind? Bitte führen Sie aus.