



**Beobachtungsstelle für
gesellschaftspolitische
Entwicklungen in Europa**

Nationale Demenzstrategien – Europa im Vergleich

Autorin: Maike Merkle
Maike.Merkle@iss-ffm.de

Oktober 2015
Frankfurt am Main

Inhaltsverzeichnis

1	HINTERGRUND	1
1.1	Zielsetzung	1
1.2	Länderauswahl für den Vergleich	1
1.3	Inhaltliche Handlungsfelder	2
1.4	Mögliche Umsetzungsmaßnahmen und Vergleichskriterien	2
2	FRANKREICH	3
2.1	Exkurs: Die ersten drei nationalen Demenzstrategien Frankreichs	3
2.2	Rahmenbedingungen	3
2.2.1	Akteursbeteiligung	5
2.2.2	Finanzierung	5
2.2.3	Verbindlichkeit und Erfolgskontrollen bei der Umsetzung	6
2.3	Umsetzungsstand	7
2.4	Analysierte Maßnahme: Das Organisationsmodell „ <i>méthode d'action pour l'integration des services d'aides et de soin dans le champ de l'autonomie</i> “ (MAIA)	7
3	SCHOTTLAND	9
3.1	Exkurs: Die erste nationale Demenzstrategie Schottlands (2010-2013)	9
3.2	Rahmenbedingungen	10
3.2.1	Akteursbeteiligung	10
3.2.2	Finanzierung	11
3.2.3	Verbindlichkeit und Erfolgskontrollen bei der Umsetzung	11
3.3	Umsetzungsstand	12
3.4	Analysierte Maßnahme: Die beiden Initiativen: „ <i>Dementia Nurse Consultants</i> “ und „ <i>Dementia Champions</i> “	13
4	SCHWEIZ	16
4.1	Exkurs: Wegbereiter zur schweizerischen Demenzstrategie	16
4.2	Rahmenbedingungen	17
4.2.1	Akteursbeteiligung	18
4.2.2	Finanzierung	18
4.2.3	Verbindlichkeit und Erfolgskontrollen bei der Umsetzung	18
4.3	Umsetzungsstand	19
4.4	Analysierte Maßnahme: Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten	20
5	ZUSAMMENFASSUNG & VERGLEICH	22
5.1	Vergleich der Handlungsfelder	22
5.2	Kriterien im Vergleich	23
6	ABLEITUNGEN FÜR DEUTSCHLAND	25

1 HINTERGRUND

Das Thema Demenz steht auf der politischen Agenda seit Jahren weit oben und wurde auf der europäischen Ebene im Jahr 2011 priorisiert, indem das Europäische Parlament die Mitgliedstaaten aufforderte, „spezifische nationale Pläne und Strategien für die Alzheimer-Krankheit aufzustellen“, um den gesellschaftlichen, gesundheitlichen und politischen Folgen von Demenzerkrankungen Rechnung zu tragen und die Familien der Erkrankten sowie die Erkrankten selbst bestmöglich zu unterstützen.

Auch auf der globalen Ebene gibt es diese Bestrebungen: Beispielsweise fand Mitte März diesen Jahres die erste WHO-Ministerkonferenz zu Demenz (*First WHO Ministerial Conference on Global Action Against Dementia*) in Genf statt. Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister, Fachleute aus Forschung und Praxis und Vertreterinnen und Vertreter von NGOs haben in Genf über Veränderungen diskutiert, die sich angesichts der zunehmenden Anzahl an Demenz erkrankter Menschen ergeben werden, und damit einen weiteren eindeutigen Aufruf zu mehr Forschung, mehr Vorsorge und mehr Unterstützung der (pflegenden) Angehörigen abgesetzt. Die aktuelle Prognose der WHO: die Zahl der Erkrankungen wird sich weltweit bis ins Jahr 2050 verdreifachen, von heute 47 auf 135 Mio.

1.1 Zielsetzung

Der Schwerpunkt des vorliegenden Arbeitspapiers liegt auf der Umsetzung von Strategien der Länder, die bereits eine oder mehrere Strategien lanciert haben. Ziel ist es, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Umsetzung der Strategien zu identifizieren und daraus Erkenntnisse über förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementierung zu gewinnen. Auf dieser Grundlage können dann grundlegende Empfehlungen für das weitere Vorgehen in Deutschland sowie für die Weiterentwicklung der Agenda (Allianz für Menschen mit Demenz) abgeleitet werden.

Die methodische Umsetzung und Gewinnung der Erkenntnisse erfolgte durch eine Dokumentenanalyse, Recherche in den ausgewählten Ländern sowie das Einholen von Informationen über direkte Kontaktaufnahmen mit den involvierten Akteurinnen und Akteuren (Ministerien, Verbände, Alzheimervereinigungen/-organisationen, Universitäten und Hochschulen etc.).¹

1.2 Länderauswahl für den Vergleich

Die zu analysierenden Demenzstrategien kommen aus Frankreich (2014-2019), aus Schottland (2013-2016) und aus der Schweiz (2014-2017).

Sowohl Frankreich als auch Schottland haben bereits Demenzstrategien verabschiedet. Frankreich hat eine solche bereits seit 2001, und Schottland hatte bereits eine erste für die Jahre 2010 bis 2013. Schottland und Frankreich haben also bereits Strategien der zweiten

¹ Da bis zum jetzigen Zeitpunkt kaum Veröffentlichungen zu Implementierungen von nationalen Demenzstrategien publiziert wurden, ist eine Literaturrecherche nicht durchführbar.

und vierten Generation entwickelt und dafür die vorhergehenden evaluiert. Es wird daher von einer bereits vorhandenen Expertise bei der Umsetzung der Strategien in den Ländern und somit von einem größeren Lerneffekt für die deutsche Situation ausgegangen.

Die Schweizer Strategie wurde erst im letzten Jahr veröffentlicht und ist die erste nationale Strategie in diesem Land. Bei ihr wird von einer guten Vergleichbarkeit zur Bundesrepublik Deutschland aufgrund der ebenfalls stark föderalen Struktur ausgegangen. Insbesondere die Frage des Umgangs mit den bereits vorhandenen Strategien der Bundesländer im Vergleich zum Vorgehen in der Schweiz mit den vorher existierenden kantonalen Strategien ist von Interesse.

1.3 Inhaltliche Handlungsfelder

Folgende generelle Überschneidungen konnten aus der Sekundärrecherche² bei den Inhalten der Handlungsfelder identifiziert werden:

- Gesellschaftliche Sensibilisierung für Demenz, Entstigmatisierung und Vermittlung von Informationen,
- Verbesserung der Diagnose, teilweise unter Integration früher Beratung und Hilfe,
- Verbesserung der ambulanten Unterstützung und Pflege,
- Erhöhung der Qualifikation und Kompetenzen der Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen,
- Förderung der Forschung (medizinische sowie Pflege- und Versorgungsforschung).

Insgesamt werden in diesem Arbeitspapier drei verschiedene Maßnahmen analysiert, die drei unterschiedlichen Oberkategorien zugeordnet werden können.

1.4 Mögliche Umsetzungsmaßnahmen und Vergleichskriterien

Mögliche Umsetzungsmaßnahmen können beispielsweise sein: Pilotprojekte, Netzwerkbildungen, Förderprogramme, Gesetze und Öffentlichkeitskampagnen. Nach folgenden Vergleichskriterien sollen die Strategien analysiert werden:

- Ebene der Ausführung und Umsetzung,
- Konstellation der beteiligten Akteurinnen und Akteure,
- Form und Art der Finanzierung,
- Schaffung eines Kontrollorgans oder Monitorings, ggf. weitere Erfahrungen mit der Umsetzung z. B. durch Evaluationen,
- Stand der Umsetzungen der Maßnahmen.

² U. a. Kirchen-Peters, S.; Hielscher, V. (2012): *Expertise „Nationale Demenzstrategien“: Vergleichende Analyse zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Deutschland*. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. Saarbrücken; abrufbar unter: www.iso-institut.de/download/Nationale_Demenzstrategien_Endbericht_BMFSFJ.pdf.

2 FRANKREICH

In einem kurzen Exkurs (unter 2.1) werden die ersten nationalen Demenzstrategien Frankreichs dargestellt. Unter 2.2 folgen die Rahmenbedingungen und die Handlungsfelder der vierten und aktuellen Strategie. In Kapitel 2.3 wird der Umsetzungsstand skizziert. In Kapitel 2.4 wird eine Maßnahme namens MAIA beschrieben, die als ein neuer Organisationsansatz dient.

2.1 Exkurs: Die ersten drei nationalen Demenzstrategien Frankreichs

Im Jahr 2001 hat Frankreich als erster europäischer Staat eine nationale Demenzstrategie entwickelt. Diese hatte eine Laufzeit von 2001 bis 2005 und enthielt sechs Ziele: 1. Die Identifikation von frühen Symptomen von Demenz und die rechtzeitige Überweisung zu Spezialistinnen und Spezialisten. 2. Den Ausbau von Gedächtniszentren, um frühe Diagnosen zu erreichen. 3. Die Ausarbeitung von ethischen Richtlinien für betroffene Familien und Pflegeeinrichtungen. 4. Die finanzielle Unterstützung für Betroffene, Tagespflegeeinrichtungen und die Etablierung von lokalen Informationszentren. 5. Den Bau neuer Pflegeeinrichtungen und die Verbesserung bestehender Einrichtungen. 6. Die Unterstützung der Forschung und klinischer Studien.

In 2004 wurde die zweite Strategie lanciert mit einer dreijährigen Laufzeit (2004-2007). Den sechs Zielen aus der ersten Strategie wurden vier neue hinzugefügt, die insbesondere die Erweiterung des Versicherungsschutzes für Menschen mit Demenz, die Unterstützung junger Erkrankter, die Schulung von professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeitenden und den Ausbau von „Notunterkünften“ umfassen.

Die dritte Strategie war für die Jahre 2008 bis 2012 gültig und wurde mit einem großen finanziellen Budget in Höhe von 1.6 Mrd. Euro ausgestattet. Insgesamt sind in der Strategie drei Hauptfelder genannt, unter denen elf Ziele und 44 Einzelmaßnahmen formuliert sind.

Im Jahr 2013 wurde die dritte Strategie evaluiert und die Ergebnisse in einem 100-seitigen Bericht veröffentlicht. Der Bericht weist auf die Errungenschaften der Strategie in den Bereichen Forschung, Diagnose, Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Familien hin. Zudem werden in dem Bericht 56 Empfehlungen für zukünftige Maßnahmen gegeben.

Auf Grundlage der Ergebnisse der Evaluation wurde erst die vierte Strategie entwickelt, wodurch eine Lücke zwischen 2012 und 2014 entstand, in der es keine gültige Strategie gab.

Die Beschäftigung mit Demenzstrategien seit circa 15 Jahren in Frankreich lässt eine große nationale Expertise vermuten.

2.2 Rahmenbedingungen

Am 30 Oktober 2014 wurde die neue vierte Strategie von Marisol Touraine, der Ministerin für Soziales, Gesundheit und Rechte der Frauen, und zwei Staatssekretärinnen vorgestellt. Die Strategie ist auf fünf Jahre, von 2014 bis 2019, ausgelegt.

Der erste auffallende Unterschied zu den vorherigen Strategien ist der Titel „*Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019*“; es ist nun eine Strategie, die auch andere neurodegene-

rative Erkrankungen implizit umfasst.³ Neben der Alzheimerkrankheit werden Parkinson und Multiple Sklerose als weitere neurodegenerative Erkrankungen genannt, deren Prävalenz ebenfalls zunimmt. In Frankreich sind aktuell in etwa 850.000 Menschen von Alzheimer betroffen, von Parkinson in etwa 150.000 und von Multipler Sklerose ca. 85.000.

Die Strategie setzt sich aus vier Handlungsfeldern, zwölf Herausforderungen⁴ und 96 Einzelmaßnahmen zusammen. Die vier strategischen Handlungsfelder sind:

1. Versorgung und Begleitung ein Leben lang und in allen Bereichen im gesamten Staatsgebiet Frankreichs (Diagnose und Pflege),
2. Förderung der gesellschaftlichen Akzeptanz und des Wissens über die Herausforderungen durch neurodegenerative Erkrankungen und Abmilderung der persönlichen und der sozialen Konsequenzen, die sich im Alltagsleben ergeben (Entstigmatisierung und Versorgung),
3. Weiterentwicklung und Koordination der Forschung zu neurodegenerativen Erkrankungen (Forschung),
4. Nutzung der Regierungstätigkeiten in Form des neuen Planes als ein innovatives und wirksames Werkzeug mittels der Steuerung von politischen Programmen und der Demokratie im Bereich des Gesundheitswesens (Evaluation und Steuerung).

Das erste Handlungsfeld zielt u. a. auf eine Verbesserung der Diagnosen, fordert einen multidisziplinären Versorgungsansatz und die Anpassung der Ausbildungen der Fachkräfte zur Qualitätssteigerung in der Versorgung. Laut einer Studie von *Cap Retraite*⁵ vom Mai 2015 wird in Frankreich bei der Hälfte aller Menschen mit Demenz die Krankheit nicht diagnostiziert.

Im zweiten Handlungsfeld sind Herausforderungen benannt, die die Steigerung der Autonomie der Erkrankten und den respektvollen Umgang mit ihnen, die Verbesserung der Begleitung und Unterstützung zuhause sowie die bessere Unterstützung für die pflegenden Angehörigen anbelangen.

Das dritte Handlungsfeld betrifft die zukünftige (medizinische) Forschung, die weiter entwickelt werden soll, um ein größeres Wissen zu den Erkrankungen zu erlangen und um das Auftreten und Weitervorschreiten der Erkrankungen zu verlangsamen.

Im vierten Handlungsfeld ist festgelegt, dass die Umsetzung durch einen Begleitausschuss und durch Evaluationen begleitet werden soll.

³ Laut Editorial war dies der Wunsch von Präsident Hollande seit Beginn seiner Amtszeit in 2012, eine weitere Stufe zu erreichen und eine globale und umfassende Strategie zu entwickeln.

⁴ In den vorherigen Strategien wurde von Zielen (*objectifs*) gesprochen. In der aktuellen Strategie wird der Begriff Herausforderungen (*enjeux*) verwendet.

⁵ Observatoire 2015 Cap Retraite (2015): *La France face à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Analyse à l'échelle nationale et départementale*. Abrufbar unter: www.data.gouv.fr/s/resources/la-france-face-a-la-prise-en-charge-de-la-maladie-dalzheimer/20150512-092724/etude_3_-_Alzheimer.pdf.

In den 124 Seiten der Strategie gibt es keine graphischen Darstellungen oder Abbildungen. Allerdings ist das Deckblatt aufwendig gestaltet mit Logos, Farbe und einem Erkennungszeichen für nationale Gesundheitsstrategien. Hauptsächlich werden die Handlungsfelder, die Herausforderungen und die Einzelmaßnahmen ohne große Einbettung in die Thematik dargestellt. Die Zielgruppe der Strategie liegt eher bei Expertinnen und Experten, die in diesem Themenbereich arbeiten.

Als Begründung für die Öffnung des Planes für andere neurodegenerative Erkrankungen wird in der Einleitung die Nutzung von Synergien genannt und die ähnlichen gemeinsamen Symptome und Merkmale der Erkrankungen.⁶ Dies hätte die Regierung zu einem gemeinsamen Gesamtkonzept tendieren lassen, um so die medizinischen und sozialen Herausforderungen anzugehen.

Durch die Erweiterung der Strategie auf die Krankheit Multiple Sklerose wird auch verstärkt die Dimension der jungen Erkrankten mit einbezogen und damit die Frage nach den Möglichkeiten eines Verbleibs in der Arbeitswelt trotz Erkrankung.

2.2.1 Akteursbeteiligung

Die Leitung der Strategie haben drei Professoren inne – Prof. Michel Clanet, Prof. Joël Ankri und Prof. Etienne Hirsch. Sie sind im Namen der französischen Regierung für die Umsetzung der Strategie und eine ambitionierte Gesundheits- und Forschungspolitik zuständig.

Neben der Leitung gibt es einen Begleitausschuss, in dem 46 Akteurinnen und Akteure vereint sind. Er setzt sich aus folgenden Mitgliedern zusammen: Verbände, darunter auch Selbsthilfeorganisationen (u. a. France Alzheimer), medizinische Spezialistinnen und Spezialisten, Vertretungen der Sozial- und Gesundheitsdienste, Vertretungen der lokalen Behörden, Vertretungen der Forschung und Partnerorganisationen (u. a. Fondation Médéric Alzheimer).⁷ Menschen, die von einer neurodegenerativen Erkrankung betroffen sind werden nicht explizit aufgezählt, sie sind zumindest über die entsprechenden Selbsthilfeorganisationen vertreten.

In welcher Form die Akteurinnen und Akteure an der Entstehung der Strategie beteiligt waren wird nicht erwähnt.

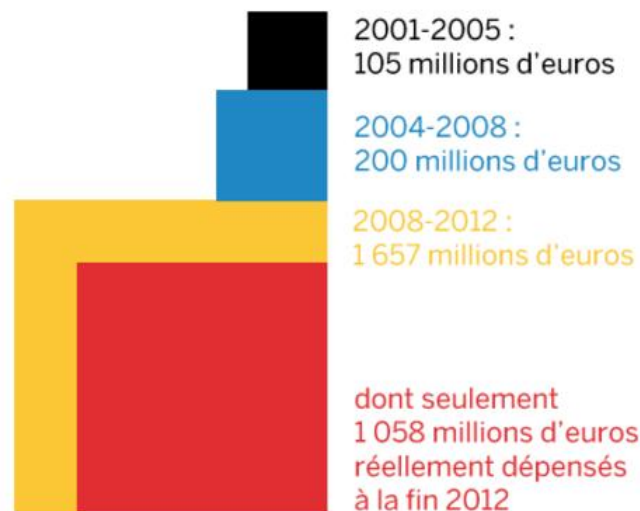
2.2.2 Finanzierung

In der Strategie selbst findet sich keine Präzisierung über die Höhe oder über die Herkunft der Finanzierung. Diese ungenauen Angaben haben im Nachgang zur Veröffentlichung den Unmut und die Enttäuschung der Verbände laut werden lassen, denn die Erwartungen im Bezug auf die Finanzierung wurden, laut Aussage der France Alzheimer Präsidentin, nicht erfüllt. Um die Kritik zu verstehen, bedarf es eines kurzen Rückblicks auf die ersten drei Strategien (vgl. Abbildung 1).

⁶ Es soll laut des Plans jedoch auch nicht geleugnet werden, dass jede Krankheit ihre ganz eigenen Spezifikationen aufweist.

⁷ Die genaue Auflistung aller beteiligten Akteure findet sich auf S. 118f. im Annexe 2 der Strategie (2014-2019).

Abbildung 1: Übersicht über die Budgets der ersten drei Strategien



Quelle: France Alzheimer, 2013

In den ersten beiden Strategien war jeweils ein Budget in Höhe von 105 und 200 Mio. Euro hinterlegt. In der dritten Strategie gab es ein Budget in Höhe von 1.6 Mrd. Euro, wovon bis Ende 2012 nur 1.058 Mrd. Euro ausgegeben wurden, was einen rechnerischen Restbetrag über 942 Mio. Euro ergibt.

Zudem gab es in der dritten Strategie (2008-2012) einen seitenlangen detaillierten Finanzplan über die genaue Höhe der Budgets und eine genaue Zuordnung, wie viel davon jeweils für die einzelnen Bereiche und z. T. sogar für die einzelnen Maßnahmen vorgesehen war (vgl. 3te Strategie S. 7-11).

Daher waren die Erwartungen der Verbände im Bezug auf die Finanzierung der neuen Strategie, in der eine noch größere Zahl an Einzelmaßnahmen aufgelistet wird und die zudem um weitere Erkrankungen erweitert wurde, hoch.

In einer Fragestunde der Regierung wurde Ministerin Marisol Touraine zur Finanzierung der Strategie befragt. Aus einem Protokoll konnte als Antwort der Ministerin entnommen werden, dass 470 Mio. Euro für die Umsetzung über die gesamte Laufzeit der Strategie bereitgestellt werden sollen.

2.2.3 Verbindlichkeit und Erfolgskontrollen bei der Umsetzung

Auch in der aktuellen Strategie ist eine externe Evaluation vorgesehen, die von Anfang an die Umsetzung begleiten soll. Das Vorgehen ist in der Einzelmaßnahme 89 festgeschrieben (vgl. 4te Strategie S. 110).

Für die Umsetzung der Strategie sind die Leitung und der Begleitausschuss zuständig. Genaue Vorgehensweisen der Steuerung und der Kontrolle der Umsetzung werden nicht benannt.

2.3 Umsetzungsstand

Die Strategie beschreibt 96 Einzelmaßnahmen. Deren Beschreibung bleibt meist sehr allgemein gehalten, und es wird kein Zeitplan für die Umsetzung angegeben sowie keine Information über das zur Verfügung stehende Budget im Einzelnen. Unter einigen der Maßnahmen befindet sich direkt die Beschreibung von Aktionen, die umgesetzt werden sollen. Einige Maßnahmen der vorherigen Strategie wurden fortgeführt bzw. adaptiert.

2.4 Analytierte Maßnahme: Das Organisationsmodell „*méthode d'action pour l'integration des services d'aides et de soin dans le champ de l'autonomie*“ (MAIA)

In Frankreich ist das Hilfe- und Versorgungssystem auf mehreren Ebenen und Sektoren zersplittert: Auf der einen Seite gibt es den sozialen und medizinischen Sektor im Gesundheitswesen und auf der anderen Seite den Sektor Krankenhaus einschließlich der städtischen Gesundheitsversorgung. Dazu kommt die Unterscheidung zwischen dem Privaten Sektor, dem Öffentlichen Sektor und dem Verbandswesen, und zu guter Letzt die Unterteilung in nationale, regionale, departementale und kommunale Zuständigkeiten. Um diese Zersplitterung zu überwinden, wurde das nachfolgend beschriebene Organisationsmodell geschaffen, das die Koordination und bessere Zusammenarbeit umsetzen soll.

Die *maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer* (MAIA) ist eine Maßnahme, die bereits in der Strategie von 2008 bis 2012 geschaffen wurde. Es handelt sich dabei um ein Modell zur Erlangung der Integration und eines selbstbestimmten Lebens der an Alzheimer Erkrankten. Zunächst lief dieses Modell in einer ersten Pilotphase und wurde anschließend evaluiert. Seit 2011 bestehen die MAIA und erreichten Ende 2013 einen Deckungsgrad der Kommunen in Höhe von 60 % (d. h., 6 von 10 Kommunen haben diese Maßnahme umgesetzt).

Die Evaluation der dritten Strategie im Jahr 2013 hat bestätigt, dass die Fortführung der MAIA anzustreben ist. Sechs Empfehlungen wurden formuliert, um das Konzept weiter zu verankern (siehe Evaluation der Strategie 2008-2012, S. 28).

Die Einzelmaßnahme 34 in der neuen Strategie beinhaltet dazu folgendes: „*Die Anstrengungen und die Dynamik der Integration der Pflege- und Unterstützungsdienstleistungen für ältere pflegebedürftige Menschen sollen durch den Einsatz der MAIA weiter fortgesetzt und gefestigt werden.*“⁸

In der aktuellen Strategie 2014-2019 wurden die *maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer* umbenannt in *méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie* – sinngemäß ein Aktionsplan zur Integration der Versorgungs- und Pflegedienstleistungen für ein selbstbestimmtes Leben. Der Name wurde geändert nicht aber die Abkürzung MAIA und das dahinterstehende Gütesiegel. Durch die Änderung des Namens soll signalisiert werden, dass die MAIA nicht mehr nur auf De-

⁸ Originalausdruck aus der Strategie 2014-2019; S. 49: «*Poursuivre l'effort et consolider la dynamique d'intégration des services d'aide et de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie grâce au déploiement des dispositifs MAIA.*»

menzerkrankte spezialisiert sind, und es nicht die Institution ist, die geändert wird, sondern vielmehr die Herangehensweise. Zudem war die Bevölkerung zuvor irritiert durch den Begriff *maison* (Haus), der impliziert, dass es einen Ort bzw. eine Anlaufstelle gibt, die aufgesucht werden kann und dies ist nicht der Fall.⁹ Es handelte sich schon immer um eine Methode der einheitlichen Zusammenarbeit aller beteiligter Akteurinnen und Akteure und die Integration aller Dienstleistungen.

MAIA ist keine Einrichtung, sondern ein Organisationsmodell mit einem ganzheitlichen für die lokale Ebene angepassten Ansatz. Das Konzept besteht aus drei Mechanismen:

1. Strategische Abstimmungen unter den Geldgebenden und den Entscheidenden (u. a. ARS und CARSAT¹⁰), um ein gemeinsames Projekt umzusetzen.
2. Zentrale Anlaufstellen, in denen die Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen Pflege, Versorgung und Gesundheitswesen (z. B. Pflegefachkräfte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegeanbieter etc.) gemeinsam interagieren und einheitlich vorgehen, und die ihre Arbeit an den Bedarfen der Pflegebedürftigen ausrichten.
3. Einsatz von speziell ausgebildeten Fallmanagerinnen und Fallmanagern.

Die MAIA zielen darauf ab, die Versorgungs- und Hilfsangebote zu koordinieren und eine „virtuelle“ Koordinationsstelle zu schaffen. Bei der Begleitung und Unterstützung von älteren Menschen bedarf es der Zusammenarbeit vieler Akteurinnen und Akteure (Ärztenschaft, soziale Dienste, Krankenhäuser etc.). Die Qualität der Unterstützung und Versorgung steht und fällt somit auch mit dem Grad der Koordinierung und bestehenden Netzwerken.

Folgende Herangehensweisen werden in MAIA genutzt: eine Harmonisierung der Information, die Verwendung gleicher Sprache, eine Orientierung hin zu passenden und hochwertigen Dienstleistungen, die bereits genannte Vernetzung der Akteurinnen und Akteure, das Teilen von Herangehensweisen und Prozeduren untereinander, die regelmäßigen Treffen zwischen Professionellen (*table tactique*) und zwischen denen, die entscheiden und finanzieren (*table stratégique*).

Ziel ist eine integrierte Dienstleistungserbringung für alle Pflegebedürftigen und ihre Familien, eine Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Dienste für eine koordinierte und individuelle Begleitung. Koordiniert wird das Modell mittels einer Lotsin/eines Lotsens (*pilote*) pro MAIA, die oder der auf der politischen und operationalen Ebene arbeitet sowie regelmäßige Treffen zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren organisiert. Auf der praktischen Ebene gibt es ausgebildete Fallmanagerinnen und -manager (*gestionnaires de cas*).

⁹ Anlaufstellen in diesem Sinne gibt es in Frankreich mit den (rückläufigen) CLIC-Beratungsstellen (centre local d'information et de coordination gérontologique). Dort können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen Informationen, Unterstützung und Weitervermittlung Vorort erhalten. Ein vergleichbares Modell gibt es in Deutschland mit den Pflegestützpunkten, die auf Initiative einiger Bundesländer von den Kranken- und Pflegekassen etabliert wurden.

¹⁰ Die ARS (*Agences régionales de santé*) sind regionale Gesundheitsagenturen. Die CARSAT (*Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail*) ist eine Versicherungskasse für Pensionen und betrieblichen Gesundheitsschutz.

Die Fallmanagerinnen und -manager begleiten pflegebedürftige Menschen in komplexen Situationen (ihre Umwelt, Gesundheit oder Familie betreffend). Sie übernehmen hauptsächlich schwierige Fälle, über die zuvor in den regelmäßigen Treffen gesprochen wurde.

Durch dieses Modell sollen der Zugang zu passenden Dienstleistungen erleichtert, Versorgungsbrüche vermieden und ein einheitlicher Versorgungsverlauf gefördert werden. Und zuletzt werden so die Bedarfe und Versorgungslücken in einem Bezirk aufgezeigt und es kann darauf reagiert werden.

Im Jahr 2014 gab es insgesamt 252 MAIA. In der neuen Strategie ist festgehalten, dass in den nächsten zwei Jahren weitere 100 hinzukommen werden, damit das Modell schnellstmöglich flächendeckend umgesetzt werden kann (50 im Jahr 2015 und weitere 50 in 2016).

Hauptsächlich wird MAIA durch die staatliche Solidaritäts- und Autonomiekasse (CNSA), sowie aus Beiträgen des regionalen Interventionsfonds (FIR)¹¹ und durch die regionalen Gesundheitsagenturen (ARS) finanziert. Legislative Grundlage ist das Gesetz zur Finanzierung der Sozialversicherung von 2011.

Eine Expertin in Frankreich berichtete, dass viele von diesem Modell in ihrer Arbeit profitieren und dass ein echter Wandel in der Zusammenarbeit spürbar sei, auch wenn diese Aussage sicherlich von MAIA zu MAIA unterschiedlich zu bewerten ist.

3 SCHOTTLAND

Kapitel 3.1 beschreibt die erste nationale Demenzstrategie Schottlands (2010-2013). Unter 3.2 werden anschließend die Rahmenbedingungen der zweiten Demenzstrategie für den Zeitraum 2013 bis 2016 und der Umsetzungsstand unter 3.3 skizziert. Die Initiativen „*Dementia Nurse Consultants*“ und das „*Dementia Champions Programme*“ werden als Maßnahme zur Verbesserung der Demenzpflege in Allgemeinen Krankenhäusern in Kapitel 3.4 exemplarisch analysiert.

3.1 Exkurs: Die erste nationale Demenzstrategie Schottlands (2010-2013)

Etwa 90.000 an Demenz erkrankte Menschen leben im Jahr 2015 in Schottland, darunter um die 3.200 Menschen unter 65 Jahren.

Die erste nationale Demenzstrategie Schottlands¹² wurde 2010 von der schottischen Regierung veröffentlicht. Sie hatte eine Laufzeit von drei Jahren und hat einen Umfang von 60 Seiten. Die Gestaltung der ersten Strategie ist sehr aufwändig mit bunten, ansprechenden Bildern. Ziel war es, die breite Öffentlichkeit zu erreichen. Im Mittelpunkt der Strategie stand der an Demenz erkrankte Mensch. Es wurden insgesamt acht sogenannte *change actions* benannt um einen Wandel zu erzeugen: 1. Entwicklung von Pflegestandards; 2. Verbesserung der Kompetenzen und Qualifikationen der Pflegekräfte; 3. Förderung integrierter Ansätze; 4.

¹¹ CNSA = *Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie* / FIR = *Fonds d'Intervention Régional*.

¹² The Scottish Government; Healthier Scotland (2010): *Scotland's National Dementia Strategy*. Abrufbar unter: www.gov.scot/Resource/Doc/324377/0104420.pdf.

Verbesserung der Daten- und Informationslage; 5. Weitere Verbesserung der Diagnose; 6. Verbessertes Verhalten bei Auftreten von herausforderndem Verhalten; 7. Schnellere Umsetzung des Demenzpflegepfades; 8. Weitere Förderung von Forschung zu Demenz.

Die Umsetzung der Strategie wurde von einer Monitor-Gruppe begleitet, die sich drei Mal im Jahr traf. Im Juni 2011 wurde der erste „*One year on Report*“¹³ veröffentlicht, um zu überprüfen, inwieweit die Implementierung vorangeschritten ist und um den Monitoringprozess darzustellen. Unter anderem wird in dem Report der Anstieg der Diagnosestellungen als Erfolg hervorgehoben. Im Jahr 2007 erhielten lediglich ein Drittel aller Erkrankten eine formale Diagnose. Fünf Jahre später, im März 2012, wurde in Schottland eine Diagnoserate von 64% erreicht. Zum gleichen Zeitpunkt hatte England eine Diagnoserate von lediglich 44% und Wales von 38% erreicht. Schottlands definierte Zielgröße für 2015 ist eine Rate von 67%.

Die Ziele der ersten Strategie sind eher allgemein gehalten. Daher sind kaum durchgehende zeitliche Angaben für die Umsetzung der Maßnahmen sowie kein finanzieller Rahmen angegeben.

3.2 Rahmenbedingungen

Die zweite nationale Demenzstrategie (2013-2016)¹⁴ wurde auf die erste aufbauend für weitere drei Jahre entwickelt. Sie umfasst 23 Textseiten und hat die Optik eines Arbeitspapiers, ohne Logos, Bilder und Grafiken.

Insgesamt werden 17 Verpflichtungen (*commitments*) formuliert, die es umzusetzen gilt. Auffällig ist, dass die Verpflichtungen alle mit einer aktiven Formulierung beginnen („*we will*“) und darauf eine Beschreibung folgt, was getan werden soll.

Anregungen aus dem Nationalen Demenzdialog (*National Dementia Dialogue*) wurden aufgenommen und in der zweiten Strategie festgehalten, wie beispielsweise der Wunsch nach einer digitalen Plattform, die Menschen mit Demenz und ihren Familien hilft, sich einfacher zu informieren, und sie befähigt, sich als gleichwertige Partner in der Pflege zu sehen (siehe *Commitment 9*).

Das vorrangige Ziel der Strategie ist eine „echte“ Verbesserung für Menschen mit Demenz im Hier und Jetzt zu erreichen.

3.2.1 Akteursbeteiligung

Um das Vorgehen bei der Beteiligung von Akteurinnen und Akteuren zur zweiten Strategie verstehen zu können, sind Hintergrundinformationen zur Akteursbeteiligung der ersten nationalen Demenzstrategie nötig: Damals wurden fünf Arbeitsgruppen (*workstreams*) gebildet, die fünf unterschiedliche Bereiche zu Demenz bearbeiteten. Insgesamt waren 41 Einrichtungen an den Arbeitsgruppen beteiligt. Unter anderem das *Dementia Services Development*

¹³ The Scottish Government; Healthier Scotland (2011): *Scotland's National Dementia Strategy: One Year On Report*. Abrufbar unter: www.gov.scot/resource/doc/350341/0117259.pdf.

¹⁴ The Scottish Government; Healthier Scotland (2013): *Scotland's National Dementia Strategy: 2013-2016*. Abrufbar unter: www.gov.scot/Resource/0042/00423472.pdf.

Centre, Alzheimer Scotland, die Scottish Dementia Working Group und die *Stirling University*, um nur einige der Beteiligten zu nennen. Jeder Arbeitsbereich erarbeitete einen Bericht mit detaillierten Empfehlungen bezüglich der Entwicklung einer Strategie. Diese Berichte dienten dann als Grundlage für die Konsultation und Dialoge mit breiterer Akteursbeteiligung. Das Konsultationspapier wurde 2009 veröffentlicht. Organisationen sowie Einzelpersonen konnten Anmerkungen zurück senden und einige konkrete Fragen beantworten.

Die zweite Strategie wurde – genau wie die Erste – auf der Basis von Partizipation und Dialog entwickelt. Unter anderem wird auch der Nationale Demenzdialog zusammen mit Alzheimer Schottland fortgeführt. Aus dem Konsens der in diesem Dialog genannten Empfehlungen hat die schottische Regierung im Februar 2013 einen schriftlichen Vorschlag zur weiteren Erarbeitung der zweiten Strategie veröffentlicht. Darin waren bereits Inhalte und Maßnahmen genannt, die die Basis der Strategie bilden sollten. Das Papier wurde zur Stellungnahme an Teilnehmende des Demenzdialogs gesendet und anschließend von einer Expertengruppe zur zweiten Strategie finalisiert.

Durch die Beteiligung der *Scottish Dementia Working Group*, eine von Demenzerkrankten geführte Gruppe, konnten die Sichtweise und Erfahrungen der Demenzerkrankten und ihrer Familien und Unterstützenden mit aufgenommen werden.

3.2.2 Finanzierung

Eine direkte Finanzierung von Seiten der schottischen Regierung ist in der nationalen Strategie nicht hinterlegt.

Der einzige Hinweis auf Förderung lässt sich in der Strategie in der Verpflichtung 15 (vgl. S. 20) finden, in der die Regierung weiterhin die finanzielle Unterstützung der Forschung der *Scottish Dementia Clinical Research Network*¹⁵ zusagt. Allerdings wird keine Höhe der Fördersumme genannt.

Einzelne Maßnahmen werden über die *Big Lottery Fund* finanziert. Die *Big Lottery* ist eine Stiftung in Schottland, die Projekte für den guten Zweck zur Verbesserung von Gesundheit, Bildung und Umwelt fördert (vergleichbar mit der Aktion Mensch in Deutschland). Eine Maßnahme ist die *Life Changes Trust*, eine unabhängige schottische Wohltätigkeitsorganisation, die im April 2013 gegründet wurde, nachdem sie von der Stiftung *Big Lottery Fund* 50 Mio. Pfund erhalten hat, die über zehn Jahre zu verteilen sind. Der Fokus der Arbeit liegt auf jungen Menschen, die Erfahrungen in der Pflege gesammelt haben sowie auf Menschen mit Demenz.

3.2.3 Verbindlichkeit und Erfolgskontrollen bei der Umsetzung

Die Implementierung der Strategie wird durch eine Monitoring-Gruppe (*Implementation and Monitoring Group*) begleitet, die sich drei bis vier Mal im Jahr trifft und einen jährlichen Re-

¹⁵ Die *Dementia Clinical Research Network* wurde von der Regierung etabliert und im August 2008 mit einer Mio. Pfund finanziell gefördert. Die Finanzierung wurde bis 2014 verlängert. Die *Dementia Clinical Research Network* ermöglicht gemeinsam mit Alzheimer Schottland, Menschen mit Demenz und ihren Unterstützenden u. a. die Möglichkeit im frühen Krankheitsstadium an Studien mit potenziellen Behandlungsmöglichkeiten teilzunehmen.

port vorlegt. Die Federführung hat die schottische Regierung übernommen. Des Weiteren setzt sich die Gruppe aus wichtigen Akteurinnen und Akteuren der Strategie, verschiedenen Leistungserbringern, unter anderem aus den Bereichen Ehrenamt, Anbieter sozialer Dienste und Vertretungen von Seiten des Gesetzgebers, Alzheimer Schottland sowie Menschen mit Demenz und ihren Unterstützenden zusammen.

Die Monitoring-Gruppe ist eine zusätzliche nationale Struktur, die bereits in der ersten Strategie eingesetzt wurde und die die Koordinierung, Unterstützung und Fortschritte bei der Umsetzung der 17 Verpflichtungen der Strategie im Ganzen sowie einzelner Teilschritte gewährleisten soll.

Das Monitoring bezieht die Auffassung von Änderungen und Verbesserungen, die im Laufe der Zeit im Bereich Dienstleistungen und Demenz vollzogen wurden, ein. Der Rahmen des Monitorings wird eine Benchmarkanalyse sein, die sich, wo möglich, auf vorliegende Datenquellen oder Daten, die sich durch die Analyse ergeben, konzentrieren wird. Folgende Items werden in der Analyse betrachtet:

- Anzahl der Menschen mit Diagnose,
- Anzahl der Menschen, die Unterstützung und Informationen nach der Diagnose erhalten,
- Reduzierung unnötiger Krankenhauseinweisungen,
- Reduzierung der Verwendung von Psychopharmaka,
- Einhaltung der Gesetzgebung, die Menschen mit Behinderung betrifft,
- Erweiterung der sozialen und gemeinschaftlichen sowie körperlichen Aktivitäten und
- Verbesserung in der Erfahrung und im Umgang mit Demenzerkrankten und ihren Unterstützenden.

Die Protokolle der regelmäßig stattfindenden Treffen sind auf den schottischen Regierungsseiten abrufbar. Zudem fertigt die Monitoring-Gruppe einen jährlich im Juni erscheinenden Report an.

Für Juni 2016 ist ein Kommissionstreffen vorgesehen, bei dem die Erfahrungen und der Lernprozess unter Berücksichtigung und im Hinblick auf die Entwicklung einer nächsten Strategie ausgetauscht werden sollen.

Auch das Demenz Forum (*Dementia Forum*) setzt seine Arbeit in der zweiten Strategie als ein Forum für ein breiteres Netzwerk von Akteurinnen und Akteuren und Betroffenen zum Austausch über den Prozess der Umsetzung der Strategie fort. Den Vorsitz des Forums hat der Minister für das öffentliche Gesundheitswesen.

3.3 Umsetzungsstand

Unter den 17 Verpflichtungen werden insbesondere zwei Schwerpunkte, die bereits in der ersten Strategie benannt werden, auch in der zweiten Strategie fortgeführt: 1) der Fokus auf frühe Diagnosestellungen sowie die Information und Unterstützung der Erkrankten nach der

Diagnose und 2) die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz in Allgemeinen Krankenhäusern.

Die frühe Diagnosestellung und somit die weitere Erhöhung der Diagnoserate stellt eine Schlüsselkomponente dar – wird doch der Zugang zu Hilfestrukturen erst durch die Diagnose ermöglicht. Erst dann können Betroffene Beratung und Unterstützung einholen sowie frühzeitig eine Behandlung anfangen und sich im Allgemeinen auf die Veränderungen einstellen.¹⁶ Um die Verbesserung der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz in Krankenhäusern zu erreichen, wurde ein nationaler Zehn-Punkte-Aktionsplan¹⁷ (vgl. Strategie S. 15) entwickelt, um u. a. Pflegestandards zu implementieren. Der Aktionsplan hat eine dreijährige Laufzeit. Die Entwicklung des Aktionsplanes ist in Verpflichtung 10 der Strategie festgehalten – *„Wir werden einen nationalen Drei-Jahres-Aktionsplan entwickeln, um Pflege in allgemeinen Akutkrankenhäusern zu verbessern.“* Im März 2015 hat eine nationale Konsultation über alle zehn Aktionen des Planes begonnen unter Beteiligung aller NHS-Mainboards¹⁸.

3.4 Analyisierte Maßnahme: Die beiden Initiativen: *„Dementia Nurse Consultants“* und *„Dementia Champions“*

In den einheitlichen Pflegestandards für Demenz, die in der ersten Strategie entwickelt wurden, wurden unter Berücksichtigung der Charta der Rechte von Menschen mit Demenz, individuelle Aussagen formuliert - eines der Rechte besagt: *„Ich habe das Recht auf Pflegekräfte, die gut unterstützt und ausgebildet werden.“*

Um unter anderem dieses Recht auf im Umgang mit Demenzerkrankten ausgebildetes Pflegepersonal bedienen zu können, hat die schottische Regierung dazu in der zweiten Strategie festgelegt, dass die *NHS Boards*¹⁹ im Veränderungsprozess unterstützt und die nachstehenden Initiativen weiter ausgebaut werden. Die Initiativen sind die *„Dementia Nurse Consul-*

¹⁶ Für den Ausbau der Unterstützungsleistungen nach der Diagnosestellung hat die schottische Regierung in Zusammenarbeit mit Alzheimer Schottland eine Maßnahme namens *5 Pillar Model of Post Diagnostic* eingeführt. Durch die Einführung dieses Modells haben alle neu diagnostizierten Menschen eine Garantie auf Unterstützungsleistungen nach der Diagnose für eine Dauer von mindestens einem Jahr. In diesem Jahr haben sie Anspruch auf die Erstellung eines personenzentrierten Unterstützungsplan, der auf fünf Säulen basiert und mit Hilfe eines extra dafür ausgebildeten *Link Worker* erarbeitet wird. Weitere Informationen zu diesem Modell finden sich in unserem Newsletter *„Nationale Demenzstrategien Good-Practice-Maßnahmen aus der Schweiz und Schottland.“* Newsletter der Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa, Merkle, Maie, 09/2015. Der Newsletter ist abrufbar unter: www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx_aebgppublications/NL_DEMENZ_DEU.PDF.

¹⁷ Die zehn Punkte des Aktionsplanes sind Folgende: 1. *Identify a leadership structure within NHS Boards to drive and monitor improvements* 2. *Develop the workforce against the Promoting Excellence KSF* 3. *Plan and prepare for admission and discharge* 4. *Develop and embed person-centred assessment and care planning* 5. *Promote a rights-based and anti-discriminatory culture* 6. *Develop a safe and therapeutic environment* 7. *Use evidence-based screening and assessment tools for diagnosis* 8. *Work as equal partners with families, friends and carers* 9. *Minimise and respond appropriately to stress and distress* 10. *Evidence the impact of changes against patient experience and outcomes* 10. *Evidence the impact of changes against patient experience and outcomes.*

¹⁸ NHS ist die Abkürzung für *„National Health Service“* (Nationale Gesundheitsdienst). NHS Scotland ist das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem in Schottland. Gesundheits- und Sozialpolitik sowie die Finanzierung liegen in der Verantwortung der Gesundheits- und Sozialfürsorgedirektionen der schottischen Regierung.

¹⁹ Unter dem NHS gibt es 14 regionale *NHS Boards*, die für den Schutz und die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und für die Erbringung der Gesundheitsdienstleistungen zuständig sind. Sieben spezialisierte *NHS Boards* stehen den allgemeinen *NHS Boards* unterstützend zur Seite, indem sie eine Reihe von wichtigen Spezialistinnen und Spezialisten sowie weitere nationale Dienstleistungen bereitstellen.

tants“ von Alzheimer Schottland und die „*Dementia Champions*“. Insbesondere Patientinnen und Patienten mit Nebendiagnose Demenz sind für den meist eng getakteten Pflegeablauf und für die Mitarbeitenden in den Krankenhäusern eine Herausforderung. Dies kann bei Misslingen gravierende Folgen für die Demenzerkrankten haben, wie z. B. ein Delir. Schottland hat auf diesem Gebiet bereits einige Vorzeigemodelle zur Gestaltung von demenzfreundlichen Abteilungen in Krankenhäusern entwickelt. Ein Beispiel ist das „virtuelle Krankenhaus“²⁰, das vom *Dementia Services Development Centre (DSDC)*²¹ in Stirling entwickelt wurde. Die demenzfreundliche Gestaltung eines Krankenhauses wird hier mit einfachen Designprinzipien, wie zusätzlichem Licht, roten²² Toilettendeckeln und Trinkbechern etc. gestaltet. Eine Maßnahme, die zur Verbesserung der Versorgung von Demenzerkrankten in Krankenhäusern beiträgt, ist das „*Dementia Champion Programme*“, das nun als Maßnahme beschrieben wird.

Die beiden Initiativen „*Dementia Nurse Consultants*“ und „*Dementia Champions*“ beziehen sich u. a. auf Verpflichtung 11 aus der zweiten Demenzstrategie: „*Wir werden Pläne erarbeiten, um die Qualität der Versorgung in Allgemeinen Krankenhäusern und anderen NHS-Bereichen weiter auszubauen*“.

Der nationale Aktionsplan (siehe zweite Strategie S. 15f.) wurde entwickelt, um Menschen mit Demenz eine effektive und gute Versorgung in Krankenhäusern zukommen zu lassen.

Alzheimer Schottland hatte das *Dementia Nurse Consultant*-Programm im Jahr 2006 eingeführt. Zunächst verfügte es über vier besetzte Stellen in vier Regionen über eine Dauer von vier Jahren. In Zusammenarbeit mit Alzheimer Schottland finanziert die schottische Regierung aktuell in allen 14 *NHS Boards* speziell ausgebildetes Demenzpflegepersonal (*Dementia Nurse Consultants*). Pro Region gibt es somit eine Verantwortliche oder einen Verantwortlichen als strategische Führungskraft für den angestrebten Pflegewandel.

Das *Dementia Champions Programme* ist ein landesweites Programm, das 2011 eingeführt wurde, um Pflegekräfte durch spezielle Schulungen darauf vorbereitet werden, den Wandel hin zu demenzfreundlicher Pflege in ihren Krankenhäusern voranzutreiben, indem sie mitreden und mitentscheiden. Die Idee hinter dem Programm ist, dass die Ausgebildeten stolz auf ihren Titel sind und somit zu einer neuen Pflegekultur beitragen, die zudem nicht von oben aufoktroiert wurde, sondern als Wandel auf den unteren Hierarchiestufen begann. Die Mehrheit der *Dementia Champions* sind Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger oder in verwandten Gesundheitsberufen tätig.²³

Das Ziel des Programms ist, die Entwicklung der *Dementia Champions* als *Change Agents* (Beratende) zu unterstützen, um die Verbesserung der Betreuung und Pflege der Menschen

²⁰ Die deutschsprachige Webseite des „virtuellen Krankenhauses“ ist abrufbar unter <http://dementia.stir.ac.uk/design/virtuelle-umgebungen/virtuelle-krankenhaus-de>.

²¹ Das DSDC ist ein internationales Zentrum für Wissen und Knowhow für die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz. Das Zentrum ist an die Universität Stirling in Schottland angegliedert.

²² Laut Expertinnen und Experten wird die Farbe „rot“ länger von Demenzkranken wahrgenommen als andere Farben.

²³ Neben den (*Health*) *Dementia Champions*, die im Krankenhaus arbeiten, gibt es auch einige *Social Services Dementia Champions*, die im Bereich Soziale Dienste eingesetzt werden.

mit Demenz und deren Familien in allgemeinen Krankenhäusern und an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Angeboten sozialer Dienste auf kommunaler Ebene zu erzielen.

Die beiden Initiativen bilden ein zweigleisiges Konzept und sind eng miteinander vernetzt. Die *Dementia Nurse Consultants* sind als Leitung und strategische Führungskräfte für die *Dementia Champions* vorgesehen, die wiederum als *Change Agents* vor Ort den Wandel unterstützen. Ein Vorteil, der sich daraus ergibt, ist die mögliche Vernetzung innerhalb der verschiedenen Disziplinen (Pflegerkräfte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Gesundheitsfachkräfte). Die Evaluation (siehe weiter unten) hat gezeigt, dass die Auswirkungen auf die Verbesserung von Pflege und Unterstützung mit Menschen mit Demenz und ihren Familien umso stärker sind, je besser die Zusammenarbeit funktioniert. Allerdings ist die Zusammenarbeit formal nicht festgelegt.

Durch die spezielle Schulung des Pflegepersonals soll der Wandel hin zu demenzfreundlichen Krankenhäusern vorangetrieben und die Pflege und der Umgang von Menschen mit Demenz verbessert werden. Die berufsbegleitende Schulung wird von *NHS Education for Scotland* (NES) ausgerichtet und dauert ein Jahr. Das Programm wurde im Auftrag des NES von der *University of the West of Scotland* in Zusammenarbeit mit Alzheimer Schottland erarbeitet.

Aktuell werden in Schottland 500 Pflegefachkräfte zu *Dementia Champions* ausgebildet. Eine sechste Kohorte startete im April 2015. Das heißt, für die Jahre 2015/2016 wird mit insgesamt über 600 ausgebildeten *Dementia Champions* gerechnet.

Im Auftrag von *NHS Education for Scotland* wurden die Wirkung und Effektivität zwischen den beiden Initiativen Alzheimer Schottlands *Dementia Nurse* und *Dementia Champions* evaluiert. Der im Jahr 2014 publizierte Evaluationsbericht²⁴ bestätigt die positive Wirkung auf den angestrebten Pflegewandel und eine erhebliche Menge an Veränderungen und Verbesserungen in der Demenzpflege in Krankenhäusern, die laut der Autorinnen und der Autoren der Evaluation ohne diese Initiativen wahrscheinlich nicht stattgefunden hätten.

Eine der dank der Initiativen umgesetzten Verbesserungen ist die Überprüfung der eingelieferten Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren auf eine Demenz. Die Überprüfung findet mittels vier Fragen statt. Ein Fragebogen „*getting to know me*“²⁵ kann von den Patientinnen und Patienten oder von Angehörigen ausgefüllt werden mit Informationen über die oder den Demenzerkrankten, damit bestmögliche Pflege ermöglicht wird. Dahinter steht der Ansatz, dass jede und jeder Demenzkranke ein Individuum ist mit eigenen Vorlieben und Abneigungen. Um jemanden gut zu pflegen ist es von immensem Vorteil, wenn etwas darüber in Erfahrung gebracht werden kann. Die geschulten Mitarbeitenden nehmen sich Zeit mit der Kommunikation und geben ihr Wissen an Kolleginnen und Kollegen weiter. Zum Beispiel

²⁴ Ellison, S.; Watt, G.; Christie, I. (2014): „*Evaluating the impact of the Alzheimer Scotland Dementia Nurse Consultants/Specialists & Dementia Champions in bringing about improvements to dementia care in acute general hospitals*“, NHS Education for Scotland. Abrufbar unter: www.nes.scot.nhs.uk/media/2711493/impact_evaluation_-_final_report.pdf.

²⁵ Alzheimer Scotland und The Scottish Government (2013): *Getting to Know Me*. Abrufbar unter: www.knowledge.scot.nhs.uk/media/CLT/ResourceUploads/4061922/037_280_gettingtoknowme_1369954145.pdf.

wurden Schilder mit Bildern und Betitelung an den Türen angebracht. Es gibt Demenz-Boxen, in denen Materialien zum Ansehen, Erinnern und Berühren aus vergangenen Zeiten gesammelt werden.

Die Finanzierung der Initiativen läuft über die schottische Regierung und Alzheimer Schottland.

4 SCHWEIZ

Einleitend wird auf die Situation von Demenzzkranken in der Schweiz und auf die Entstehung der ersten schweizerischen Demenzstrategie (unter 4.1) eingegangen. Unter Kapitel 4.2 werden die Rahmenbedingungen und Handlungsfelder der schweizerischen Demenzstrategie skizziert. Unter Kapitel 4.3 wird der Umsetzungsstand dargestellt gefolgt von Kapitel 4.4 mit einer Analyse der Maßnahme zu einem Projekt zu Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten.

4.1 Exkurs: Wegbereiter zur schweizerischen Demenzstrategie

Schätzungsweise leben aktuell rund 110.000 Menschen in der Schweiz, die an Demenz erkrankt sind. Es wird von jährlich 28.000 Neuerkrankungen ausgegangen. Bis zum Jahr 2050 könnte sich die Zahl der Erkrankten nahezu verdreifachen. Die Schweiz reagierte auf diese Herausforderung mit der Erarbeitung einer nationalen Demenzstrategie.

Den Anstoß zur Entwicklung einer nationalen Demenzstrategie haben zwei Motionen²⁶ (Motion Steiert und Motion Wehrli) gegeben, die 2009 im Nationalrat eingereicht und im März 2012 an den schweizerischen Bundesrat überwiesen wurden. Die Steuerung und Erfüllung des Antrags wurde im „*Dialog nationale Gesundheitspolitik*“ eingebettet, einer gemeinsamen Plattform von Bund und Kantonen. Der Auftrag zur Ausarbeitung der Motionen ging an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sowie an die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).

Vom BAG und der GDK wurde daraufhin bei der Ecoplan AG, einem Unternehmen mit den Schwerpunkten Forschung und Beratung der Wirtschaft und Politik, die Expertise „*Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie Demenz in der Schweiz: Ausgangslage*“ in Auftrag gegeben, die im Jahr 2013 veröffentlicht wurde.²⁷ Ziele dieses Grundlagenberichtes waren die Beschreibung der IST-Situation in der Schweiz und das Bündeln des Wissens der Expertinnen und Experten, um daraus den Handlungsbedarf erkennen sowie Handlungsempfehlungen formulieren zu können.

²⁶ Eine Motion ist ein parlamentarischer Vorstoß im Schweizer Parlament. Die Motion beauftragt den Bundesrat, einen Erlasentwurf vorzulegen oder eine Maßnahme zu treffen.

²⁷ Ecoplan (2013): *Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie. Demenz in der Schweiz: Ausgangslage*. Bundesamt für Gesundheit (BAG) / Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Abrufbar unter: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/.

Die GDK hat des Weiteren eine Bestandsaufnahme (2013)²⁸ in den Kantonen durchgeführt, um einen Überblick über bestehende Angebote der Demenzversorgung in der Schweiz zu erhalten und daran den prioritären Handlungsbedarf festzumachen sowie Erwartungen an die Schweizer Strategie formulieren zu können.

Aus kantonaler Sicht lassen sich zwei Strategien nennen, die es im Vorfeld bereits gab: Der Kanton Waadt hat bereits im Jahr 2010 das Alzheimer-Programm „*Alzheimer und verwandte Krankheiten*“ veröffentlicht, der Kanton Wallis folgte im Jahr 2011 mit der Strategie „*Menschen mit Demenz – Eine Standortbestimmung im Wallis – Empfehlungen*“. Andere Kantone verfügten bereits über eine Demenzpolitik. Bei einer Abfrage der Interessen an einer nationalen Demenzstrategie äusserten alle 26 Kantone Interesse an Informationen zu kontinuierlichen Entwicklungen.

4.2 Rahmenbedingungen

Die Nationale Demenzstrategie 2014-2017²⁹ der Schweiz wurde am 21. November 2013 veröffentlicht. Die Strategie ist in vier Handlungsfelder gegliedert:

1. Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation (mit dem Fokus Gesellschaft),
2. Bedarfsgerechte Angebote (mit dem Fokus Versorgung),
3. Qualität und Fachkompetenz (mit dem Fokus Fachkompetenz),
4. Daten und Wissensvermittlung (mit dem Fokus Forschung → Praxis).

Diesen vier Handlungsfeldern sind insgesamt neun Ziele und 18 Projekte zugeordnet. Die Ziele wurden festgelegt, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern, die Belastungen zu verringern und die Qualität der Versorgung zu garantieren.

Die Strategie umfasst insgesamt 40 Seiten und ist in den Sprachen deutsch, französisch und italienisch sowie in einer englischen Kurzversion verfügbar.

Die Zielgruppe der Strategie ist breit angelegt; entsprechend ist die Veröffentlichung mit Abbildungen und einem Titelbild versehen, um die breitere Öffentlichkeit anzusprechen.

Laut den übergeordneten Zielsetzungen und Werthaltungen stehen *der an „Demenz erkrankte Mensch und die ihn im Alltag begleitenden Bezugspersonen [stehen] im Mittelpunkt.*“ Es gilt die an Demenz erkrankten Menschen zu begleiten, zu unterstützen und deren Lebensqualität unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände zu fördern (z. B. Begleiterkrankungen, familiäre Situation usw.) (vgl. Nationale Demenzstrategie 2014-2017, S. 5).

²⁸ Coppex, P.; Wyss, N.; Zentralsekretariat der GDK (2013): *Bestandsaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen. Bericht über die Resultate der Umfrage in den Kantonen (Januar-April 2014)*. Abrufbar unter: www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/strategie_bundkantone/demenz/bt_demenzversorgung_d_2013.11.21.pdf.

²⁹ Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2013): *Nationale Demenzstrategie 2014-2017*. Abrufbar unter: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/.

Ein weiteres Kernelement der Strategie ist die Sensibilisierung der Bevölkerung. Ziel soll die Entstigmatisierung der Betroffenen und der offenere Umgang mit Erkrankten sein (siehe hierzu Kapitel 4.4).

Auch die Grenzen der Strategie werden benannt – die Demenzstrategie hat nicht den Anspruch, die Demenzthematik vollumfassend darzustellen und zu behandeln, sondern sie stellt „ein Abbild des prioritären Handlungsbedarfes in zentralen Bereichen der Demenzversorgung“ dar (vgl. Nationale Demenzstrategie 2014-2017, S. 19).

4.2.1 Akteursbeteiligung

In der Schweiz war das Ziel eine nachhaltige und praxisorientierte Strategie zu entwickeln. Zu diesem Zwecke wurde eine breit gefasste Akteursbeteiligung durchgeführt. Aus den Vorarbeiten der Bestandsaufnahme, einer Expertise und aus weiteren Erkenntnissen zum Handlungsbedarf wurde ein erster Vorschlag von Handlungsfeldern, Zielen und Projekten erarbeitet. Diese wurden dann in einer dreistufigen Konsultation validiert und weiter entwickelt. Die erste Validierungsrunde erfolgte mit den Mitgliedern des erweiterten Konsultativgremiums. In der zweiten Runde nahmen 70 Fachpersonen aus Forschung, Verbänden, Organisationen und Leistungserbringer an einer Konsultation in Form eines Hearings teil. In einer dritten Runde erfolgte eine breite Online-Konsultation.

Folgende Akteurinnen und Akteure waren am Entstehungsprozess konsultierend involviert und beteiligt: Vertreterinnen und Vertreter von Betroffenenorganisationen, Expertinnen und Experten von Berufsgruppen und Fachorganisationen sowie aktiv Mitarbeitende bei Bund, Kantonen und Gemeinden.

Die Koordination der verschiedenen Akteurinnen und Akteure auf unterschiedlichen Ebenen lässt auf eine Interdisziplinarität und eine Einbindung mehrdimensionaler Sichtweisen schließen. Eine mehrperspektivische, multiprofessionelle Ausrichtung und Vernetzung wird demnach angestrebt. Auf horizontaler Ebene wird ein Zusammenwirken von Akteurinnen und Akteuren unterschiedlicher Fachrichtungen angestrebt und auf vertikaler Ebene geht es um das Zusammenwirken auf unterschiedlichen (politischen, gesellschaftlichen) Ebenen.

4.2.2 Finanzierung

Die föderalistisch geregelte Aufgabenteilung von Bund, Kantonen und Kommunen greift auch in Bezug auf die Finanzierung der Strategie.

Die 18 Projekte, die in der Strategie zur Umsetzung in der Praxis benannt werden, sind dezentral initiiert, d. h., die Finanzierung muss von den einzelnen Akteuren (Bund, Kantone, Fachverbände, Betroffenenorganisationen etc.), die ein Projekt übernehmen, personell und finanziell getragen werden. Eine zentrale Finanzierung seitens des Bundes gibt es nicht.

4.2.3 Verbindlichkeit und Erfolgskontrollen bei der Umsetzung

Um die Umsetzung der Strategie verbindlich durchzuführen, wurden Gremien und Organe einberufen, die u. a. der Erfolgskontrolle dienen.

Der Bund (BAG) und die Kantone (GDK) übernehmen die Aufgaben der Prozess- und Koordinationsverwaltung (Koordinationsgremium), die Unterstützung zur Qualitätssicherung (Plattform „Nationale Demenzstrategie 2014-2017“) und die Verankerung der Zielsetzungen in den Dachverbänden der Leistungserbringer (Konsultativorgan):

- Das **Koordinationsgremium** besteht aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes und der Kantone. Neben der koordinierenden Rolle übernimmt das Gremium auch die Leitung des Konsultativorgans und der Plattform sowie die regelmäßige Berichterstattung über den Status der Umsetzung der Strategie im Auftrag des „Dialogs Nationale Gesundheitspolitik“.³⁰
- Das **Konsultativorgan** setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern von Betroffenenorganisationen, Berufs- und Fachverbänden, Dachverbänden der Leistungserbringer sowie Bildungs- und Forschungsverantwortlichen zusammen. Das Konsultativorgan hat zur Aufgabe, die Demenzstrategie in den Dachverbänden und Berufsorganisationen zu verankern.
- Die **Plattform „Nationale Demenzstrategie 2014-2017“** ist ein Gremium, das all jene vereinigt, die federführend Projekte zur Umsetzung der Strategie übernommen haben. Die Plattform soll den Fortschritt der Umsetzungen der Projekte dokumentieren, begleiten und auswerten.

4.3 Umsetzungsstand

Die überwiegende Mehrheit der Projekte sind Modelle, die sich als „gute Praxis“ der Demenzversorgung bewährt haben. Diese sollen nun weiter entwickelt, ausgeweitet, koordiniert und auf nationaler Ebene begleitet werden.

Die Grundsätze der schweizerischen Strategie sind die Projekte dezentral zu initiieren und national zu koordinieren. Bund und Kantone sind nach der föderalistisch geregelten Aufgabenteilung für den Prozess und die Koordinierung verantwortlich. Spezifische Projekte werden von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren als sogenannte Projektleader federführend übernommen. Die Projektleader sind dann verantwortlich für die personelle sowie finanzielle Umsetzung und die Berichterstattung eines Projektes.

Die Umsetzung erfolgt in einem rollenden, gestaffelten Prozess, in dem Projektzusammenhänge innerhalb der Strategie sowie Zusammenhänge mit Projekten im Umfeld der Strategie hergestellt werden. Zum Zeitpunkt Februar 2015 wurden sieben der 18 Projekte federführend von Akteurinnen und Akteuren übernommen, die nun verantwortlich sind für die Umsetzung und Finanzierung des jeweiligen Projektes. Weitere Übernahmeklärungen sind im Gange.

³⁰ Der „Dialog Nationale Gesundheitspolitik“ ist die ständige Plattform von Bund und Kantonen, mittels der die beiden Dialogpartner gesundheitspolitische Themen und Aufgaben diskutieren und die nötigen Absprachen treffen. Zur Behandlung politisch-strategischer Themen der nationalen Gesundheitspolitik wird der Dialog punktuell für weitere wichtige Akteure des Gesundheitswesens geöffnet.

4.4 Analyisierte Maßnahme: Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten

Auf einer Tagung im schweizerischen Bern im Mai 2014 haben Bund, Kantone und verschiedene Akteurinnen und Akteure das Startsignal für die Lancierung und Umsetzung der ersten fünf Projekte der „Demenzstrategie 2014-2017“ gegeben. Eines dieser Projekte wird im Folgenden analysiert und vorgestellt. Es stammt aus dem Bereich gesellschaftliche Sensibilisierung für Demenz und wird aktuell umgesetzt.

Das Projekt ist dem ersten Ziel der Schweizer Demenzstrategie untergeordnet. Intention ist, die Bevölkerung bestmöglich zum Thema Demenz zu informieren, zu sensibilisieren und zu mobilisieren. Aus der Forschung ist bekannt, dass der Einbezug der Bevölkerung für die Weiterentwicklung der Akzeptanz und des Umgangs mit dem Thema Demenz und den Betroffenen selbst notwendig ist. Vorurteile und Hemmschwellen der Bevölkerung gegenüber Demenzerkrankten sollen weitestgehend abgebaut werden. Die Beschreibung des Projektes 1.1 „Bevölkerungsbezogene sowie gemeindenaher Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten“ lautet: *„Der Inhalt der Informationen ist auf die Lebensrealitäten im Alltag der verschiedenen Zielgruppen und die Vielfalt der Unterstützungsangebote abzustimmen. Die Informationen sind zudem auf die Förderung von Solidarität und Integration auszurichten. Die Betroffenen werden als Akteurinnen und Akteure einbezogen“* (vgl. Nationale Demenzstrategie 2014-2017, S. 21).

Die schweizerische Alzheimervereinigung und Pro Senectute Schweiz³¹ haben die Federführung für dieses Projekt übernommen.

Ende Mai 2015 wurde bereits als erster Teil des Projekts eine erste Sensibilisierungskampagne *„Demenz kann jeden treffen“* lanciert. Es handelt sich um eine Onlinekampagne, deren Kernstück die (in drei Sprachen verfügbare) Webseite *„www.memo-info.ch“* ist. Die Kampagne kombiniert Plakate, Printinserate und Onlinewerbung, welche die Bevölkerung auffordert, die Webseite zu besuchen und sich über das Thema Demenzerkrankungen, Warnzeichen, Präventionsmöglichkeiten und verschiedene Therapien zu informieren und ihr Wissen zu testen. Der Inhalt der Webkampagne ist leicht verständlich. Auch Betroffene werden mit einbezogen, indem Berichte und Interviews über ihre Erfahrungen veröffentlicht werden.

Die Kampagnenidee setzt bei der Vergesslichkeit und Gedächtnislücken an und führt den Betrachtenden Situationen vor Augen, die viele aus ihrem Alltag kennen werden und verknüpft diese als mögliche Anzeichen für Demenz. Nachrichten auf gelben Post-It-Zetteln setzen das Thema visuell um – *„Schon wieder einen Namen vergessen?; Suchen Sie wieder Ihr Auto?; Schon wieder einen Termin vergessen?; Wieder den Code vergessen?“* – die Betrachtenden fühlen sich ertappt, die Situation ist ihnen bekannt, da eine gewisse Vergesslichkeit zum normalen Alterungsprozess gehört, nicht aber starke Häufungen. Die Gründe für das Vergessen sind unterschiedlich, allerdings werden die Betrachtenden aufgefordert, sich mit Vergesslichkeit auseinanderzusetzen.

³¹ Pro Senectute ist die größte Fach- und Dienstleistungsorganisation der Schweiz und berät Seniorinnen und Senioren kostenlos in über 130 Beratungsstellen in der gesamten Schweiz.



Abbildung zweier Plakatbeispiele aus der Kampagne ‚Demenz kann jeden treffen‘. Quelle: www.memo-info.ch.

Eine zweite Welle der Plakatkampagne ist für Anfang November 2015 geplant. Print- und Onlineinserate werden fortlaufend und regelmäßig geschaltet.

Geplant ist des Weiteren auch eine Multiplikatorenkampagne, damit die Kampagne auch in die Breite wirkt und mehr Menschen erreicht. So ist vorgesehen, dass neben der nationalen Ebene auch die Gemeinden und Kantone zur Mitwirkung motiviert werden. Dies soll insbesondere durch die kantonalen Vertretungen der schweizerischen Alzheimervereinigung übernommen werden. Aber auch Hausärztinnen und Hausärzte, Apotheken, Spitäler, Bildungsinstitutionen, Altenheime und weitere lokale Partner erhalten kostenlose Materialien, wie Plakate und Flyer zum Aufhängen und Auslegen, um als Multiplikatoren wirksam zu sein.

Die Ziele der Kampagne sind: Ein Bewusstsein für die gesellschaftliche Relevanz zu schaffen, Wissen zu vermitteln, Tabus und Stigmatisierungen abzubauen, die Früherkennungs- und Diagnoserate von Demenzerkrankungen zu steigern und ein Verständnis für die Situation von Betroffenen und Angehörigen zu schaffen. Demenz soll weiter ein öffentliches Thema werden.

Die schweizerische Alzheimervereinigung ging im Vorfeld von einem Ressourcenbedarf in Höhe von 2 Mio. CH-Franken für die Jahre 2014/15 aus. Die Finanzierung der Kampagne wird durch die schweizerische Alzheimervereinigung und Pro Senectute zu gleichen Teilen getragen.

Um die Wirkung dieser klassisch und längerfristig angelegten Sensibilisierungskampagne messen zu können, wurde in einer ersten Phase eine 0-Messung³² durchgeführt. Dafür wurde der Fragebogen des Demenzbarometers³³ reduziert und an die Ziele der Kampagne angepasst. Im Mai 2015 wurden dann ca. 1.000 Personen befragt. Die Befragung wird in zwei Jahren wiederholt. So ist die Überprüfung, ob tatsächlich Einstellungs- und Verhaltensänderungen erzielt wurden, möglich.

³² Hierfür wurde die GFS-Zürich Markt- und Sozialforschung von der schweizerischen Alzheimervereinigung beauftragt.

³³ Der Demenzbarometer ist eine gesamtschweizerische Repräsentativbefragung zur Erhebung von Einstellungen, Meinungen und Wissen der Bevölkerung über Demenz. Die Erhebung wurde als Vorläufer zur Entwicklung der Demenzstrategie in der Schweiz eingesetzt und um Anhaltspunkte für die Stoßrichtung künftiger gesellschaftsbezogener Informations- und Sensibilisierungskampagnen zu erhalten. Für eine ausführliche Beschreibung des Demenzbarometers kann bei der Autorin des Arbeitspapiers eine Langversion angefragt werden (nur auf Deutsch). Die Ergebnisse des Demenzbarometers sind in einem Abschlussbericht veröffentlicht: Moor, C., Peng, A. & Schelling, H.R. (2013). Demenzbarometer 2012 Wissen, Einstellungen und Erfahrungen in der Schweiz.

5 ZUSAMMENFASSUNG & VERGLEICH

Im nachstehenden Vergleich der Umsetzungen werden die einzelnen Analysen der Länder anhand der ausgewählten Analyse Kriterien zusammengeführt und miteinander verglichen. Anhand der Ergebnisse der einzelnen Länderabschnitte werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei der Umsetzung analysiert und förderliche und hinderliche Faktoren identifiziert.

5.1 Vergleich der Handlungsfelder

Die zu Beginn des vorliegenden Arbeitspapiers genannten inhaltlichen Handlungsfelder (vgl. S. 2), die aus der Sekundärrecherche abgeleitet wurden, wurden in allen drei analysierten nationalen Demenzstrategien vorgefunden. Es bestehen folglich keine größeren Unterschiede bei den Inhalten, die von den einzelnen Strategien abgedeckt werden. Teilweise werden die Inhalte in Form eines Handlungsfelds aufgelistet oder auch als Zielsetzung in einzelnen Maßnahmen genannt.

Alzheimer's Disease International (ADI) hat folgende zehn Inhalte empfohlen, die von nationalen Demenzstrategien abgedeckt werden sollten (vgl. Bupa/ADI Report 2013, S. 17):³⁴

1. Verbesserung der Wahrnehmung & Sensibilisierung
2. Verbesserung der (Früh-)Diagnosen und Behandlungen
3. Verbesserung der ambulanten Unterstützungsleistungen
4. Unterstützung von pflegenden Angehörigen
5. Verbesserung der Pflegeheime und der stationären Einrichtungen
6. Verbesserung der Versorgungsstrukturen und Koordination von Pflege
7. Verbesserung der Aus- und Weiterbildung von Pflegefachkräften
8. Einrichtung von Monitoringprozessen
9. Verpflichtung zu Forschung
10. Anerkennung der Bedeutung von innovativen Technologien

Die analysierten Strategien decken nahezu alle zehn Empfehlungen inhaltlich ab. Eher weniger häufig wird die fünfte Empfehlung aufgenommen. Der Fokus liegt meist bei den ambulanten Angeboten und der Frage, wie Betroffene möglichst lange im eigenen Zuhause bleiben können und um die Pflege im Allgemeinen Krankenhaus zu verbessern. Auffallend ist, dass die Qualifizierung von Ehrenamtlichen selbst in der Auflistung von ADI nicht benannt wurde. Ist doch anzunehmen, dass zukünftig das Bürgerschaftliche Engagement an Bedeutung gewinnen wird, um neue Möglichkeiten der Ausgestaltung des Alltags von Betroffenen zu ermöglichen.

³⁴ Pot, A. M.; Petrea, I. (2013): *Improving dementia care worldwide: Ideas and advice on developing and implementing a National Dementia Plan*. Alzheimer's Disease International & BUPA, 2013. Abrufbar unter: www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/global-dementia-plan-report-ENGLISH.pdf.

5.2 Kriterien im Vergleich

In allen drei Länderanalysen wurden die Demenzstrategien auf die zu Beginn festgelegten Vergleichskriterien hin untersucht: Umfang, Gestaltung und Layout, Akteursbeteiligung, Finanzierung sowie Verbindlichkeit und Erfolgskontrollen. Die Ergebnisse der Analyse werden nun resümierend dargestellt und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede verglichen.

Umfang, Gestaltung und Layout

Die mediale Gestaltung variiert von Land zu Land und auch innerhalb eines Landes gibt es Unterschiede zwischen der ersten und den nachfolgenden Strategien. Die aktuelle französische Strategie ist mit über 100 Seiten die umfangreichste der analysierten. Das Deckblatt ist aufwendig gestaltet mit Logos und Farbe, in der Strategie gibt es keine Darstellungen oder Fotos. Schottlands erste Strategie war ebenfalls sehr aufwendig mit ansprechenden Bildern von älteren Menschen gestaltet, die zweite hingegen ist wie ein neutrales Arbeitspapier gehalten ohne Logos, ohne Bilder und ohne Deckblatt. Die schweizerische Strategie ist graphisch aufwendig mit einem Deckblatt mit Foto, Abbildungen und farbigen Akzenten layoutet.

Die Vermutung, dass die Gestaltung auf die beabsichtigte Zielgruppe der Strategie schließen lässt, kann nicht bestätigt werden, da z. B. die zweite Strategie Schottlands das nüchternste Layout aufweist, aber nicht nur Expertinnen und Experten als Zielgruppe hat, sondern eine breitere Öffentlichkeit ansprechen soll.

Akteursbeteiligung

In Frankreich wurde neben der Leitung ein Begleitausschuss etabliert, in dem verschiedene Akteurinnen und Akteure vereint wurden. Sowohl bei der Entwicklung der dritten französischen Demenzstrategie als auch bei deren ausführlicher Evaluation wurde eine breite Befragung der Akteurinnen und Akteure durchgeführt. Die Form der Beteiligung ist in der aktuellen Strategie nicht beschrieben, fiel aber laut einer Expertin weniger umfangreich aus als bei der dritten Strategie. Erkrankte Menschen werden nicht explizit aufgezählt. In der Schweiz wurde ein breit angelegter dreistufiger Beteiligungsprozess durchgeführt. Mehrere Ebenen, Perspektiven und Professionen wurden dabei abgedeckt. In Schottland ist die Konstellation der beteiligten Akteurinnen und Akteure ebenfalls breit angelegt. Auf der Basis von Partizipation und Dialog wurden im Nationalen Demenzdialog Empfehlungen ausgearbeitet, die in die neue Strategie mit einfließen. Die Teilnehmenden im Demenzdialog konnten Stellungnahme beziehen, bevor die finale Erarbeitung von einer Expertengruppe getätigt wurde. Es lässt sich also vergleichend festhalten, dass in allen drei Ländern eine breite Konsultation der beteiligten Akteurinnen und Akteure bei der Entwicklung der Strategien stattgefunden hat, auch wenn diese im Fall von Frankreich bei der vierten Strategie weniger umfassend ausfiel.

Eine breite Akteursbeteiligung ist eine gute Grundlage und Basis für die Akzeptanz der Strategie sowie für das Mittragen der Ziele. Auch sollten Betroffene bzw. Betroffenenengruppen, wie in Schottland, selbst mit ihren Wünschen und Hinweisen über ihre Bedarfe involviert werden. ADI nennt die Beteiligung und das Engagement von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen an jeder Demenzstrategie als essentiell. Bereits bei der Entwicklung sollte diese Personengruppe mit einbezogen werden. So kann das Gesundheits- und Sozialsystem

anwendungsfreundlicher, zugänglicher und leichter akzeptierbar werden für alle. Die Beteiligung aller wesentlichen Interessenvertreterinnen und -vertreter bei der Entwicklung und Implementierung sieht ADI ebenfalls als notwendig an, um alle verschiedenen Sektoren und Hintergründe abdecken und sicher stellen zu können, dass alle Pflege- und Unterstützungsbereiche ausreichend abgedeckt werden.

Finanzierung der Strategie

Frankreich verfügt über eine staatliche Finanzierung der Strategien. Die Höhe der Finanzierung beläuft sich für die aktuelle Strategie auf 470 Mio. Euro. Der Betrag wurde jedoch ohne Herkunft und genauere Aufteilung auf die verschiedenen Maßnahmen angegeben. Im Vergleich zu den vorherigen Strategien wurden die Erwartungen der Verbände z. T. enttäuscht, da insbesondere für die dritte Strategie ein deutlich größeres Budget vorgesehen war. Die Strategie der Schweiz ist föderalistisch geregelt, es ist keine zentrale Finanzierung über den Bund vorgesehen. In Schottland ist ebenfalls keine zentrale Finanzierung in der Strategie hinterlegt.

Es bedarf jedoch einer klaren Regelung der Finanzierung, um kontinuierlich die Versorgung und den immer aktuellen Bedarf aufzufangen und die Umsetzung sicher zu stellen sowie um zukunftsgerichtet arbeiten zu können. ADI empfiehlt eine angemessene, nachhaltige, verbindliche finanzielle Förderung, um mindestens folgende drei Komponenten abdecken zu können: Prävention und Früherkennung, Finanzierung des Gesundheits- und des Sozialwesens, Finanzierung von Monitoring und Evaluationen (darin einbegriffen die Finanzierung von Innovation und Forschung zur Verbesserung der Pflege).

Verbindlichkeit und Erfolgskontrollen bei der Umsetzung

In der französischen Strategie ist erneut eine Evaluation der Strategie vorgesehen. Weitere Vorgehensweisen die Steuerung und die Kontrolle der Umsetzung betreffend werden nicht benannt. In der Schweizer Strategie wird durch die verbindliche Einführung eines Koordinationsgremiums, eines Konsultativorgans und einer Plattform, die den Fortschritt und die Umsetzungen dokumentiert und auswertet, eine hohe Verbindlichkeit festgelegt. Die Implementierung der schottischen Strategie wird durch eine Monitoring-Gruppe kontrolliert, die sich regelmäßig trifft und ein Mal pro Jahr einen Report zum aktuellen Umsetzungsstand veröffentlicht. Die Gruppe besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der schottischen Regierung, einer Vielzahl an Akteurinnen und Akteuren der Strategie sowie Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Zudem gibt es das Demenz Forum, das ein breit aufgestelltes Netzwerk von Betroffenen und Akteurinnen und Akteuren ist und sich über den Prozess der Umsetzung austauscht.

Die Evaluations- und Monitoringprozesse übernehmen laut ADI eine Schlüsselrolle. Die Prozessüberwachung sollte nicht nur Daten zur Prävalenz, Inzidenz und Sterblichkeit erheben, sondern auch Daten über die Lebensqualität der Menschen mit Demenz und ihrer (pflegenden) Angehörigen, über die Qualität der Behandlung und Pflege zu Hause, in anderen Umgebungen sowie zur sozialen Integration.

Umsetzungsstand der Strategie

In der aktuellen französischen Strategie werden insgesamt 96 Einzelmaßnahmen beschrieben. Die Beschreibung der Einzelmaßnahmen bleibt meist sehr allgemein gehalten und es wird kein Zeitplan für die Umsetzung angegeben. Unter einigen der Maßnahmen befindet sich direkt die Beschreibung von Aktionen, die umgesetzt werden sollen. Einige Maßnahmen werden aus der vorherigen Strategie fortgeführt bzw. wurden adaptiert. In der schweizerischen Strategie werden 18 Projekte benannt, die es gilt dezentral zu initiieren und national zu koordinieren. Für die Umsetzung und Finanzierung der Projekte wurden und werden Akteurinnen und Akteure gesucht, die sich bereit erklären, die Projekte federführend zu übernehmen. Die Mehrheit der Projekte hat sich als „gute Praxis“ erwiesen. In der schottischen Strategie werden 17 Verpflichtungen benannt, die es gilt anzugehen und umzusetzen. Unter diesen werden insbesondere zwei Schwerpunkte benannt.

ADI hat folgende Faktoren erarbeitet, die sich positiv auf die Implementierung einer nationalen Demenzstrategie auswirken (vgl. Bupa/ADI Report 2013, S. 25):

- die Erkenntnis, Demenz zu einer Priorität im öffentlichen Gesundheitswesen machen zu wollen,
- eine Leitung auf nationaler Ebene,
- die Beteiligung von Betroffenen (zur Entwicklung einer Strategie sowie für die Umsetzung),
- die Involvierung aller wesentlicher Interessenvertreterinnen und -vertreter,
- die Einführung eines Pflegesystems und eines Einzelfallansatzes,
- die Bereitstellung von Mitteln,
- ein wirksames Monitoring, eine Evaluation und die Fortschreibung der Strategie.

6 ABLEITUNGEN FÜR DEUTSCHLAND

Als Ableitungen für die deutsche Situation, die sich aus der Recherche und Analyse ergeben haben, kann festgehalten werden:

Durch den Vergleich hat sich gezeigt, dass es keine Musterstrategie gibt. Die Herangehensweisen unterscheiden sich voneinander und die Entwicklung einer Strategie ist abhängig von vielen nationalen Faktoren.

An oberster Stelle einer Demenzstrategie sollte das Ziel der Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen und ihren Angehörigen stehen. Weitere Faktoren wie klare Zuständigkeiten, insbesondere eine nationale Leitung, ein zugewiesenes Budget, ein Zeitplan, ein abgestimmtes Vorgehen, die Benennung von auszuführenden Maßnahmen – wie z. B. die Schließung von Lücken im Versorgungssystem – die Beteiligung von Betroffenen und einer Vielfalt an Akteurinnen und Akteuren hin zu einer besseren Informiertheit der Bevölkerung haben sich als förderlich für eine qualitativ hochwertige und zielführende Strategie entpuppt bzw. begünstigen die Entwicklung.

Beim Vergleich der drei Strategien wird deutlich, dass mit der Allianz für Menschen mit Demenz bereits ein sehr guter Grundstein gelegt wurde. Die Handlungsfelder der Allianz (Wissenschaft und Forschung, gesellschaftliche Verantwortung, Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren Familien, Gestaltung des Unterstützungs- und Versorgungssystems) decken bereits einen großen Teil der empfohlenen Handlungsfelder einer Strategie ab.

Mit den Lokalen Allianzen als Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden bereits viele Maßnahmen in der Praxis erprobt und finanziell unterstützt. Auch eine Vernetzung der Lokalen Allianzen ist derzeit gegeben durch u. a. regelmäßige Bundestreffen zum Austausch von Erfahrungen. Zudem ist eine Evaluation der Lokalen Allianzen vorgesehen, um die Wirkung messen zu können.

Eine Vielfalt an externen und internen Gestaltungspartnern (u. a. Bund, Länder, Kommunen, Organisationen der Zivilgesellschaft und der Selbsthilfe) wurde bereits für die Allianz an einen Tisch geholt, somit ist für weitere gemeinsame Handlungen eine gute Rahmenbedingung geschaffen worden. Durch die ministerienübergreifende Verantwortung der Allianz und die Federführung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde eine Leitung auf nationaler Ebene geschaffen, auch dies ist eines der von ADI geforderten Kriterien, das bereits erfüllt ist.

Wesentliche Elemente der eingangs als förderlich genannten Faktoren sind damit bereits angelegt und sollten in die Strategie übernommen bzw. weiterentwickelt werden. Hier sind insbesondere eine breite Akteursbeteiligung, eine umfassende Finanzierung der Strategie sowie eine klare Evaluation zur zukünftigen Weiterentwicklung als wesentliche Punkte für eine erfolgreiche Umsetzung zu nennen.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
Hausanschrift: Zeilweg 42, D-60439 Frankfurt a. M.
Tel.: +49 (0) 69 - 95 789 - 0
Fax: +49 (0) 69 - 95 789 - 190
Internet: <http://www.iss-ffm.de>

Die Publikation gibt nicht die Auffassung der Bundesregierung wieder. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt dem Herausgeber bzw. der/dem jeweiligen Autor/in.

Alle Rechte vorbehalten. Abdruck oder vergleichbare Verwendung ist auch in Auszügen nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung gestattet.

Die Beobachtungsstelle ist ein Projekt, das aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), D-11018 Berlin, gefördert wird.

Die Website der Beobachtungsstelle: <http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.eu>

Träger der Beobachtungsstelle:

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
Hausanschrift: Zeilweg 42, D-60439 Frankfurt a. M.
Tel.: +49 (0) 69 - 95 789 - 0
Fax: +49 (0) 69 - 95 789 - 190
Internet: <http://www.iss-ffm.de>

Autorin

Maike Merkle (Maike.Merkle@iss-ffm.de)

Auflage:

Diese Veröffentlichung ist nur als PDF unter <http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.eu> verfügbar.

Erscheinungsdatum: Oktober 2015

Erscheinungsort: Frankfurt a. M.

Träger:

