

Herausforderung Demenz: Wie gute Praxis gelingen kann – ein Blick auf Norwegen

Cornelia Heintze

»Dementia is the greatest global challenge for health and social care in the 21st century. It occurs mainly in people older than 65 years, so increases in numbers and costs are driven (...). Good dementia care spans medical, social, and supportive care; it should be tailored to unique individual and cultural needs, preferences, and priorities and should incorporate support for family carers. (...) A third of older people die with dementia, so it is essential that professionals working in end-of-life care consider whether a patient has dementia, because they might be unable to make decisions about their care and treatment or express their needs and wishes.« (Livingston et al. 2017, 1ff.)

Mit steigendem Alter erhöht sich das Risiko, an Demenz zu erkranken. Besonders häufig sind hochbetagte Menschen jenseits des 80. Lebensjahres betroffen. Nach den Angaben in der Nationalen Demenz-Strategie der Schweiz 2014–2017 lag die Erkrankungsrate (Prävalenz) 2011 in der Altersgruppe von 85 bis 89 Jahren bei etwas über 20 Prozent und in der Altersgruppe von 90 Jahren und älter bei über 30 Prozent (a. a. O., 5). Mit der Alterung der Gesellschaft steigt also die Zahl der Demenzkranken.¹ Als Faustregel kann gelten, dass sich in hochentwickelten Gesellschaften die Zahl der betroffenen Menschen bis 2040 gegenüber den Jahren 2010/11 ungefähr verdoppelt; in Dänemark auf dann rund 178'000 (2040) und in Norwegen auf 133'000 gegenüber 69'000 im Jahr 2010.² In der Schweiz wird die Zahl an erkrankten Personen für das Jahr 2016 auf rd. 144'000 geschätzt und bis 2040 mit einem Anstieg auf 300'000 gerechnet (Alzheimer Schweiz 2016, 10). All dies sind Schätzungen. Sie basieren auf unterschiedlich guten Daten zu den tatsächlichen Erkrankungsraten. Während es in den skandinavischen Ländern ein registergestütztes Monitoring gibt, das Neuerkrankungen erfasst und bei bestehenden Erkrankungen den Krankheitsverlauf abbildet, fehlt dergleichen (Stand 2017) in der Schweiz. Das Nachhinken resultiert aus den Unterschieden im Gesundheits- und Altenpflegesystem und hängt auch damit zusammen, dass sich die Schweizer Kantone der Demenz-Thematik bislang eher zurückhaltend angenommen haben.³

Medikamentöser Durchbruch steht aus; personenzentrierte Versorgung als Goldstandard

Demenz ist eine extrem heimtückische Nervenerkrankung. Sie entwickelt sich schleichend über Jahrzehnte, wobei zahlreiche Risiko- und Schutzfaktoren interagieren und den Entstehungsprozess begünstigen oder ihm entgegenwirken. Zum Krankheitsbild gehören Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, Sprachstörungen, Störungen des Denk- und Urteilsvermögens sowie Veränderungen der Persönlichkeit. Im Endstadium schliesslich lösen sich die kognitiven Fähigkeiten so weit auf, dass von der Persönlichkeit des jeweiligen Menschen wenig bis nichts übrig bleibt. Jahrelang wurden Ablagerungen im Gehirn, sogenannte Plaques aus Beta-Amyloid, als Verursacher der Krankheit angesehen. Welche Rolle diese Plaques und andere Arten von Verklumpungen genau spielen, ist zwischenzeitlich jedoch wieder offen. Verklumpungen finden sich nicht nur in den Gehirnen von Demenzkranken, sondern auch bei hochaltrig Verstorbenen, die gar keine Anzeichen von Demenz entwickelt hatten – und umgekehrt.⁴ Offensichtlich ist das Gehirn bis zu einem gewissen Grad in der Lage, kompensatorische Strukturen auszubilden.⁵ Einfache Kausalmodelle werden der Komplexität dieser Prozesse nicht gerecht, befeuerten aber lange die pharmakologische Forschung. Zahlreiche Unternehmen, zumal die Grossen der Branche, stiegen in die Forschung ein, in der Hoffnung, mit Blockbuster-Medikamenten Milliarden Gewinne zu erzielen. Die Hoffnungen auf die baldige Verfügbarkeit wirksamer Medikamente erfüllten sich bislang jedoch nicht. Einige Unternehmen sind deshalb wieder ausgestiegen.⁶ Mehr als hundert Jahre, nachdem der deutsche Neurologe Alois Alzheimer (1864–1915) die Krankheit im Jahre 1906 erstmals wissenschaftlich beschrieb, herrscht an der Front medikamentöser Behandlung Ernüchterung. Medikamente, um die Demenzkrankheit aufzuhalten oder wenigstens abzubremsen, sind nicht in Sicht. Ob und wann es sie geben wird, ist offen.

Die wachsende Zahl von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen stellt das Altenpflegesystem vor grosse Herausforderungen. Als Goldstandard gilt eine personenzentrierte Pflege, Betreuung und Unterstützung, die die verfügbaren Ressourcen der PatientInnen so aktiviert, dass sie möglichst lange erhalten bleiben und die gleichzeitig dafür sorgt, dass die Umgebung des Demenzkranken wenig Anlass für Verwirrung bietet. Aus Letzterem resultieren Anforderungen sowohl an die bauliche Umgebung wie auch an das zur Betreuung eingesetzte Personal. Leitschnur muss eine Pflege und Betreuung aus einer Hand mit so wenig Personalwechsel wie möglich sein. Durch ihre Erkrankung nämlich büssen Demenzkranke sukzessive die Fähigkeit ein, mit ihrer Umwelt in Kontakt zu treten. Das erzeugt grosse Angst und Verwirrung, die sich in Formen von herausforderndem Verhalten äussern. Um sie emotional zu stabilisieren, sind diese

Menschen auf an ihrer Biografie anknüpfende strukturierte Tagesangebote und eine Rundumbetreuung mit möglichst wenig Personalwechsel angewiesen. Die Umsetzung darauf bezogener Konzepte einer personenzentrierten Pflege ist in Skandinavien teilweise ganz gut vorangekommen. Ihre Entwicklung geht auf den britischen Psychogerontologen Thomas Marris Kitwood (1997, 2016) zurück. Nicht medikamentöse Interventionen stehen im Mittelpunkt, sondern milieubasierte Versorgungs- und Aktivierungskonzepte. Die Überschriften lauten »Demenzfreundliche Gesellschaft« und »Integrierte Pflegeketten«. Gemeint sind Lösungsansätze, die entlang integrierter Versorgungsketten zu einer Verzahnung von häuslicher und institutioneller Versorgung führen und diese zugleich umbauen in Richtung aktivierender Pflege mit Stärkung des Präventionsgedankens und der Sensibilisierung der Bevölkerung für die Befindlichkeiten von MitbürgerInnen mit dementiellen Störungen. Was genau dies bedeutet, welche Veränderungen wo notwendig sind, ist in Finnland und Schweden erst in Umrissen erkennbar. Statt umfassender Pläne existieren nur Leitlinien. In Dänemark und Norwegen stellt sich die Situation anders dar. In der Umsetzung befinden sich hier konkrete Aktionspläne mit Schwerpunktsetzung im Bereich psychosozialer Interventionen. Sie zielen nicht auf die Ruhigstellung der von innerer Unruhe geplagten Demenzkranken – weder medikamentös noch durch freiheitsbeschränkende Massnahmen. Im Gegenteil. Das Gehirn soll so beschäftigt werden, dass die noch verfügbaren Ressourcen aktiviert, trainiert und vor weiterem Abbau geschützt werden.

Norwegen nimmt mit einem ganzheitlich-innovativen Ansatz eine Vorreiterrolle ein, basierend auf den Grundprinzipien der universalistisch auf Inklusion gerichteten skandinavischen Wohlfahrtsphilosophie. Die Nationale Demenz-Strategie »Making the most of the good days«, die 2007 als Teil des Nationalen Care-Planes 2015 veröffentlicht und 2011 überarbeitet wurde (Norwegian Ministry of Health and Care Services 2008), verfolgt als Oberziel die Schaffung integrierter Pflegeketten. Motto: »Proper Dementia Care is proper Care for everyone« (Gute Pflege der Demenzkranken bedeutet gute Pflege für alle, 9). Demenzkranke sollen nicht abgeschoben, sondern mit sinnvoll ausgefülltem Tagesprogramm ins Gemeinschaftsleben integriert werden. Die Gesellschaft umgekehrt soll lernen, den Verwirrten mit Offenheit und Verständnis zu begegnen; Angehörigen und informell Pflegenden soll sowohl Schulung wie Unterstützung zuteilwerden.

Nachfolgend skizziere ich, welche Ausgangssituation der Entwicklung des Demenzplanes 2015 zugrunde lag, aus welchen Einzelstrategien und Bausteinen er sich zusammensetzt, welcher Umsetzungsstand bis zur Verabschiedung des Folgeplanes ›Demenzplan 2020‹ erreicht wurde und was die weiteren Entwicklungsschritte sind. Der Beitrag schliesst mit einem kurzen Resümee.

Nationaler Demenzplan 2015: Wesentliche Bausteine und ihre Umsetzung

»I don`t have dementia when I`m in the swimming pool, There I`m just like everyone else.«

»The day activity service is just as important for me, without it I would go up the wall.«

(Participants at a dialogue meeting, Norwegian Ministry of Health and Care Services 2015; 3 und 12)

Als Anfang der Nullerjahre die Arbeit an einem nationalen Demenzplan startete, lieferte die dem zugrunde liegende Bestandsaufnahme recht ernüchternde Befunde. Von den SeniorInnen mit Diagnose Demenz wurden ca. die Hälfte institutionell versorgt mit der Konsequenz, dass vier von fünf HeimbewohnerInnen eine Demenz-Störung aufwiesen. Gleichwohl war der Grossteil der Einrichtungen weder baulich noch konzeptionell darauf eingestellt. Beim Personal fehlte es an fachlicher Breite und adäquater Schulung. Wissenschaftliche Handlungsempfehlungen existierten, waren in der Pflegerealität von Heimen und Tagespflegezentren jedoch kaum angekommen. Auch die Schaffung integrierter Versorgungsketten war, von wenigen Vorreiterkommunen abgesehen, kaum in Angriff genommen worden. Alles wenig erfreuliche Befunde. Um den Defiziten mit einer integrierten Gesamtstrategie zu begegnen, definierte der im August 2007 präsentierte Plan folgende fünf Hauptstrategien, die jeweils mit einem Vierjahres-Aktionsplan unterlegt wurden:

1. Entwicklung von Qualität, Forschung und Planung
2. Vergrößerung der Pflegekapazitäten und Hebung der Kompetenz des Personals
3. Bessere Kooperation zwischen den Fachdisziplinen
4. Aktive statt passive Pflege
5. Partnerschaft mit Familien und lokalen gesellschaftlichen Akteuren

Zur ersten Hauptstrategie gehört die Einrichtung von fünf regionalen Forschungszentren. Ein besonderes Schlaglicht legt die Forschung auf die Themenfelder psychosoziale Rahmenbedingungen, Kommunikation und personale Interaktionen. Milieubasierte Therapien sollen entwickelt und dann in die gemeindlichen Planungsprozesse eingebracht werden.

Die zweite Hauptstrategie adressiert den institutionellen Bereich. Der zugehörige Aktionsplan setzt sich aus zwei Bausteinen zusammen. Zum einen geht es um die bauliche Umsetzung des Mottos »Small is beautiful«. In kompakten Baueinheiten mit Zugang ins Freie sollen Wohngruppen aus je vier bis acht Personen gebildet und von einem festen Personalstamm betreut werden. Mit Förderung durch The Norwegian State Housing Bank ist geplant, bis 2020 in bestehenden Heimen 20'000 Plätze demenzgerecht

umzubauen und 4000 Plätze neu zu schaffen. Ein Neubau von weiteren 13'000 Plätzen soll sich in der Dekade bis 2030 anschliessen (a. a. O., 10ff.).⁷ Der zweite Baustein betrifft die Ausweitung personeller Kapazitäten. Schon jetzt besitzt Norwegen bei der Pflege innereuropäisch den besten Personalschlüssel.⁸ Die Anpassung der Pflegekonzepte und der Zuwachs an zu betreuenden Menschen macht es jedoch erforderlich, beim Personal quantitativ wie qualitativ aufzurüsten und zugleich die Schulung informell Pflegenden zu intensivieren. Vorgesehen sind erstens die Schaffung von zusätzlich 10'000 Personenjahren an Fachkräften mit Finanzierung durch den Staat (a.a.O., 14), zweitens geriatrische Qualifizierungsprogramme inkl. der Schulung von Angehörigen und Freiwilligen, drittens sollen bis Ende 2015 3000 Hochschulabsolventen die institutionell zu erbringenden Dienste mit Wissen aus der Alters- und Demenzforschung anreichern (18).

Die auf mehr Koordination gerichtete dritte Hauptstrategie will Modelle verbesserter Kooperation zwischen Allgemein- und Fachmedizin in der Demenztherapie verankern, und die Kapazität des ärztlichen Personals soll in den Pflegeeinrichtungen um 50 Prozent gesteigert werden.

Bei den Pflegekonzepten selbst verfolgt die vierte Hauptstrategie einen Paradigmenwechsel von der passiven Versorgung zur aktiven Pflege. Moniert wird, dass viele Gemeinden für die häuslich Betreuten kaum strukturierte Tagesprogramme anbieten. Ziel ist es, diese Lücke mit Blick auf kulturelle Aktivitäten, Physio- und Beschäftigungstherapie sowie die Stärkung der Sozialarbeit zu schliessen.

Übersicht: Demenzplan 2015 von Norwegen – Aktionspläne und ihre Umsetzung

Ziele, Prinzipien, Einzelstrategien	Aktionspläne (seit 2008 in der Umsetzung)	Umsetzungsstand bei Erarbeitung des Demenzplans 2020
(1) Entwicklung von Qualität, Forschung und Planung	Schaffung von fünf regionalen Forschungszentren Entwicklung milieubasierter Therapien Integration in die Gemeindeplanung	Schaffung von fünf regionalen Forschungszentren ist erfolgt (2012/2013) Seit 2008 Entwicklung milieubasierter Therapien. Verschiedene Ansätze wurden erprobt > Empfehlung für psychosoziale Interventionen (Dementia ABC Programme) Integration in die Gemeindeplanung erfolgt schleppend
(2) Vergrößerung der Pflegekapazitäten gemäss dem Motto	Kompakte Baueinheiten mit Zugang ins Freie: Wohngruppen aus je vier bis acht Personen:	neun von zehn Gemeinden geben an, in eigenen Pflegeheimen über spezielle Demrnz-einheiten zu verfügen. Anteil

»Small is beautiful«	<p>Betreuung mit festen Personalstamm</p> <p>Bis 2020 demenzgerechter Umbau von 20'000 Plätzen; Schaffung von 4000 neuen Plätzen. Bis 2030 weitere 13'000 Plätze.</p>	<p>der Gemeinden mit assistierten Pflegewohnplätzen stieg von 10 auf 24 Prozent</p> <p>2008–2015: Investitionszuschüsse für die Modernisierung und den Neubau von 11'804 Plätzen (5345 Einheiten mit 24-Stunden-Assistenz; 6449 Plätze in Pflegeheimen) wurden gewährt.</p>
(3) Hebung der Kompetenz des Personals; breitere Fachlichkeit; Ausweitung personeller Kapazitäten	<p>Pflegeeinrichtungen: Kapazität des ärztlichen Personals soll um 50 Prozent gesteigert werden.</p> <p>Geriatrische Qualifizierungsprogramme: Bis Ende 2015 Einstellung von 3000 Hochschulabsolventen (Alters- und Demenzforschung)</p> <p>Schaffung von zusätzlich 10'000 Personenjahren an Fachkräften bis 2015 (Finanzierung: Zentralregierung)</p> <p>Bessere Kooperation von Fach- und Allgemeinmedizin; Stärkung von Physiotherapie und kultureller Aktivitäten</p>	<p>Kapazität des ärztlichen Personals wurde gesteigert (0,5 Std. wöchentlich pro Heimbewohner)</p> <p>Geriatrische Qualifizierungsprogramme: Bis Ende 2015 wurden rd. 3000 Hochschulabsolventen hierfür eingestellt. 50 Prozent der Gemeinden beschäftigen mit Stand 2013/14 Demenzteams.</p> <p>Weiterbildung (Dementia ABC Programme) von 20'000 Pflegekräfte aus 400 Kommunen (= 94 Prozent der Gemeinden)</p> <p>Inwieweit 10'000 zusätzliche Personenjahre an Fachkräften eingestellt wurden, ist unklar. Kapazität des Einsatzes von Physiotherapeuten wurde gesteigert: 2013 lag der wochendurchschnittliche Einsatz bei 23 Minuten pro HeimbewohnerIn.</p>
(4) + (5) Aktive statt passive Pflege; Partnerschaft mit Familien und lokalen gesellschaftlichen Akteuren	<p>Integrierte Versorgungsketten als Oberziel</p> <p>Gemeinden sollen Tagesprogramme zur sinnvollen Beschäftigung von Demenzkranken entwickeln</p> <p>Ziel: Schaffung von 5'000 Plätzen bis 2015 (unterstützt durch Förderprogramm der Regierung von 2012)</p>	<p>2007–2011: Erprobung von Modellen für kommunale Tagesaktivitätsdienste</p> <p>Kommunen haben ihre demenzbezogenen Aktivitäten stark ausgebaut. 2010 gab es in 44 Prozent der Gemeinden Tagesangebote, 2014 in 71 Prozent der Gemeinden.</p> <p>Bis 2014 Schaffung von 2100 Plätzen; 2015 Mittelbewilligung für weitere 1070 Plätze</p>

Quellen: Norwegian Ministry of Health and Care Services (2008, 2015); eigene Auswertung

Es wird erwogen, aus den von der Zentralregierung mit Zuschüssen unterstützten Tagesaktivitätsprogrammen eine kommunale Pflichtaufgabe zu machen (a. a. O., 20). Ein erstes Monitoring zum Umsetzungsstand der Aktionspläne, 2011 unter Federführung des Norwegian Centre for Research, Education and Service Development durchgeführt, ergab Fortschritte, aber auch, dass die Hauptarbeit noch bevorsteht.

Die Übersichtstabelle stellt für wesentliche Ziele entlang der fünf Hauptstrategien dar, was mit Stand 2012/2015 erreicht wurde. Die Fortschreibung im Demenzplan 2020, der 2014/15 beraten und beschlossen wurde, baut hier auf. Wie ersichtlich, wurden die für 2015 in Aussicht genommenen Massnahmen zu einem Gutteil umgesetzt. Lücken existieren noch bei der Personalverstärkung und Weiterqualifizierung. So haben die Pflegefachkräfte von 94 Prozent der Gemeinden ein spezielles Weiterbildungsprogramm durchlaufen und in 81 Prozent der Gemeinden gab es Massnahmen für den Dialog mit und die Schulung von Familienmitgliedern (a. a. O., 21, 26). Damit das Wissen jedoch in der Breite ankommt, muss in einem nächsten Schritt auch das Assistenzpersonal weitergebildet werden. Familienmitglieder sollen gezielte Schulung erhalten; ebenso das Personal von öffentlichen Diensten mit Publikumsverkehr (a. a. O., 17, 21). Bei der Schaffung demenzgerechter Plätze konnte etwa die Hälfte der Wegstrecke zurückgelegt werden. Am schwierigsten gestaltet sich die Auflegung und Umsetzung passgenauer Angebote für kommunale Tagesaktivitätsdienste. Nachdem über einen Zeitraum von vier Jahren (2007–2011) verschiedene Modelle erprobt wurden, erlebte zwar die Anzahl der Gemeinden, die Tagesangebote bereithalten, eine deutliche Steigerung von 44 Prozent (2010) auf 71 Prozent (2014). Qualitativ jedoch sind diese Angebote häufig noch nicht zureichend auf die Bedürfnisse der Demenzkranken und ihrer Angehörigen zugeschnitten. So verdoppelte sich im Zeitraum von 2010 bis 2014 zwar die Zahl dementiell Erkrankter, die an Aktivierungsprogrammen teilnehmen. Damit aber stieg die Teilnahmequote nur von knapp neun auf gut 17 Prozent (a. a. O., 30). Die Integration häuslich Versorgter in Aktivierungsprogramme bleibt unzulänglich; ebenso die Abstimmung mit den Angehörigen. Unterm Strich freilich sind die erzielten Fortschritte beachtlich. Das Thema ›Demenz‹ ist in der kommunalen Planung angekommen und wird immer besser in unterschiedliche kommunale Aufgabenfelder integriert.

Der Demenzplan 2015 wurde unter Federführung einer linksgeneigten Regierung aus Sozialdemokraten, Zentrumspartei und Linkssozialisten erarbeitet, verabschiedet und ab 2008 in die Umsetzung gebracht. Seit Oktober 2013 nun gibt es eine rechte Minderheitsregierung unter Führung der Konservativen.⁹ Nach anfänglichem Zögern hat sie sich der Weiterentwicklung des Planes nicht verweigert und dabei sowohl die Grundauss-

richtung beibehalten wie auch an den im Demenzplan 2015 niedergelegten Weichenstellungen für die weitere Entwicklung festgehalten. Deutlich zeigt sich dies beim Thema ›Kommunale Tagesaktivitätsdienste‹. Ab 1. Januar 2020 wird die Bereitstellung von Tagesaktivitäten für häuslich versorgte Demenzkranke zu einer kommunalen Pflichtaufgabe (Norwegian Ministry of Health and Care Services 2015, 45). Der aktuelle Bedarf wird auf 9200 Tagesplätze geschätzt. Unterlegt ist dabei eine wochendurchschnittliche Nutzung von 2,5 Personen pro Platz. Bis 2015 sollten 5000 Plätze realisiert werden; bis 2020 weitere 6000 Plätze. Die Kosten pro Platz werden für 2016 mit rd. 230'000 NOK kalkuliert (rd. 28'546 CHF¹⁰); 30 Prozent davon trägt die Zentralregierung (a. a. O., 59).

Eine blosser Planfortschreibung stellt der Demenzplan 2020 gleichwohl nicht dar. Neue Akzente gibt es methodisch wie inhaltlich. Methodisch hat es sich als fruchtbar erwiesen, bei der Planentwicklung den Dialog mit Betroffenen zu suchen. Dabei wurde deutlich, wie breit die strukturierten Tagesangebote angelegt sein müssen, um möglichst viele Demenzkranke zu erreichen. Für Kooperationen mit unterschiedlichen AkteurInnen lieferte dies wertvolle Hinweise.¹¹ Inhaltlich wird verstärkt in den Blick genommen, dass Menschen mit Demenz häufig weitere chronische Erkrankungen aufweisen, die gleichzeitig anzugehen sind. Ein Projekt zielt nun darauf ab, den Fehleinsatz von Medikamenten, der aus der Kumulation je isolierter Behandlungen resultiert, einzudämmen. 230 Gemeinden kooperieren bei diesem Projekt (a. a. O., 50). Eine stärkere Gewichtung als beim Vorläuferplan erfährt beim Demenzplan 2020 der Einbezug von Freiwilligenorganisationen. Ehrenamtlichem Engagement soll auf systematischer Basis eine ergänzende Funktion zukommen und informelle Pflege stärkere Unterstützung erfahren. Dies mit verbindlichen Vorgaben für die Kommunen. Sie wurden rechtlich verpflichtet, für pflegende Angehörige Unterstützung in Form von Schulungen, Dialogplattformen etc. anzubieten.

Resümee

Auf dem Weg zu einer demenzfreundlichen Gesellschaft kann Norwegen beachtliche Fortschritte verbuchen. Binnen einer Dekade ist Demenz als komplexe Herausforderung auf der kommunalen Entscheidungsebene angekommen. Die Leitidee der Schaffung integrierter Versorgungsketten, bei denen häusliche und institutionelle Versorgung fließend ineinander übergehen, nimmt in immer mehr Gemeinden praktisch Gestalt an. Weit vorangeschritten ist das Neudenken der institutionellen Versorgung in Heimen und Pflegewohnungen entlang des Prinzips der Schaffung kleiner Wohngruppen mit wenig Personalwechsel in einem baulichen Umfeld, das den Kranken sowohl Orientierung und Halt wie auch Anregungen für Bewegung und Beschäftigung bietet. Am Lückenschluss zwischen häus-

licher und institutioneller Versorgung wird gearbeitet. Als ausserordentlich schwierig erweist es sich dabei, den Leitsatz »Keeping patients busy« (Dementia Plan 2015, 20) flächendeckend umzusetzen. Unterschiedliche Persönlichkeiten nämlich benötigen unterschiedliche Angebote. Die in der Konsequenz notwendige passgenaue Diversifizierung wird freilich verkompliziert durch den Umstand, dass Menschen mit Demenz häufig auch anderweitig chronisch krank sind. Die Arbeit an Konzepten, die dies mit bedenken, steht noch ganz am Anfang. Vielfältig also befindet sich die Langzeitpflege im Umbruch. In welchem Umfang die ambitionierten Ziele tatsächlich erreicht werden, kann nicht abschliessend gesagt werden. Die strukturellen, finanziellen und kulturellen Voraussetzungen sind jedoch als günstig zu bewerten.¹² Schon seit den 1980er Jahren wurden integrierte Strukturen aufgebaut und die Professionalität der Leistungserbringung sowohl gesteigert wie zunehmend multidisziplinär angelegt. Hieran lässt sich anknüpfen, wenn es nun darum geht, die grundlegenden Prinzipien universalistischer Wohlfahrtsstaatlichkeit bei der Gestaltung einer demenzgerechten Gesellschaft zur Entfaltung zu bringen.

Fussnoten

1 Nach OECD-Angaben (OECD 2017, Tab. 11.9 »Estimated prevalence of dementia, 2017 and 2037«) waren 2017 in den europäischen OECD-Mitgliedsländern zwischen 8,3 (Slowakei) und 22,5 von 1000 Einwohnern an Demenz erkrankt. Hierin spiegelt sich die Altersstruktur der Bevölkerung. Bei der 60+-Bevölkerung bewegen sich die Prävalenzraten zwischen 6,3 resp. 6,5 (Dänemark, Finnland) und um die 7 Prozent in Deutschland, Norwegen, und Schweden.

2 Norwegian Ministry of Health and Care Services (2008, 13).

3 Anders als in Deutschland gibt es immerhin eine Nationale Demenzstrategie 2014–2017. Sie liefert eine Bestandsaufnahme und definiert Handlungsfelder sowie Einzelziele (siehe Federal Office of Public Health and Swiss Conference of the Cantonal Ministers of Public Health 2014).

4 Eine häufig zitierte US-amerikanische Studie (»Nonnen-Studie«) mit 678 Frauen im Alter von 75 bis 106 Jahren zeigt, dass die Menge an Amyloid-Plaques im Gehirn wenig Rückschlüsse auf die kognitive Leistungsfähigkeit zulässt. Etwa ein Drittel der Nonnen mit postmortal deutlich nachweisbarer Alzheimer-Neuro-Pathologie wiesen zu Lebzeiten keine Demenzsymptome auf. Umgekehrt waren manche Nonnen dement, hatten aber keine krankhaften Ablagerungen im Gehirn.

5 Eine in der Fachzeitschrift *Lancet Neurology* publizierte Studie zeigt anhand von PatientInnen im Frühstadium einer Demenz, dass das Vorhandensein der für Alzheimer typischen Amyloid-Plaques dort keinen Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten hat, wo die Träger dieser Hirnläsionen Kompensationsmechanismen ausgebildet haben. Die Studie INSIGHT-preAD wurde von Forschern verschiedener Institute und der Sorbonne Universität innerhalb des Institutes für Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks und des Instituts für Gedächtnis und Alzheimer-Erkrankung im Krankenhaus Pitié Salpêtrière durchgeführt. Zitiert nach Pressemitteilung der Wissenschaftlichen Abteilung, Französische

sische Botschaft in der Bundesrepublik Deutschland vom 13.03.2018 (<http://www2.cnrs.fr/presse/communique/5463.htm> om).

6 Im Februar 2018 gab der US-Konzern Merck & Co bekannt, eine weit fortgeschrittene Studie an seinem Alzheimer-Arzneimittel Verubecestat mangels Erfolgsaussichten abubrechen. Davor schon hatte der Pharma-Konzern Pfizer seinen Rückzug aus der Alzheimer-Forschung erklärt.

7 Der Umbau betrifft im Zeitraum bis 2020 gut die Hälfte der Pflegeheimplätze (2016: 39'583). 90 Prozent davon befinden sich im Eigentum der Gemeinden; die restlichen gehören teils zum Non-Profit-Sektor, teils sind sie kommerziell (Quelle: Statistics Norway, Tabelle ›Health and care institutions, beds and rooms by type and ownership‹; Update 2018). Bis 2030 sollen alle im öffentlichen Eigentum befindlichen Plätze den neuen Standards entsprechen.

8 Siehe dazu auch den Beitrag *Konträre gesellschaftliche Modelle der Organisierung von Care-Arbeit und ihre Implikationen für die Gesellschaft* in diesem Buch sowie zum Klinikbereich aus dem Projekt ›Nurse Forecasting in Europa‹ die Studie von Aiken et al. 2012 (Tab. 3) sowie IGES, Bertelsmann-Stiftung 2017 (Abb. 22, S. 47).

9 Die Konservativen (Høyre = Rechts) unter der Parteivorsitzenden und Ministerpräsidentin Erna Solberg koalitierten bis 2017 mit den Rechtspopulisten (Fremskrittspartiet = Fortschrittspartei). Nach der Wahl von 2017 ist die parlamentarische Basis aufgrund deutlicher Stimmenverluste geschrumpft. Neu in die Regierung eingetreten (seit Januar 2018) sind die Liberalen. Im Parlament wird die Minderheitsregierung von der Christlichen Volkspartei gestützt.

10 Umrechnungskurs vom 28.04.2018.

11 Ein Beispiel ist der Einbezug von Bauernhöfen in die Demenzversorgung: Rund 40 Farmen bieten mit gutem Erfolg bereits Angebote für Tagesaktivitäten mit Tieren, in der Küche, auf dem Feld usw. an. Kommunen wollen diese Kooperationsform ausbauen.

12 Dies ganz im Gegensatz etwa zu Deutschland, wo systemisch sämtliche Voraussetzungen für die flächendeckende Umsetzung integrierter Versorgungskonzepte fehlen. Statt dem Bewegungsdrang von Demenzkranken Rechnung zu tragen, führt Personalmangel dazu, dass in einem Umfang, der medizinisch nicht vertretbar ist, sedierende Medikamente zum Einsatz kommen. Näheres siehe Thürmann (2017).

Literatur

Aiken, Linda H. et al. (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States, in: *British Medical Journal (BMJ)* 2012;344; e1717 doi: 10.1136/bmj.31717 (20.03.2012)

Albrecht, M.; Braeske, G.; Loos, S.; Möllenkamp, M.; Sander, M.; Stengel, V.; Schiffhorst, G. (2017): Faktencheck – Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland (zit als IGES/Bertelsmann-Stiftung 2017)

Alzheimer Schweiz (2017): Jahresbericht 2016. Yverdon-les-Bains

De Pietro, Carlo; Camenzind, Paul; Sturny, Isabelle; Crivelli, Luca; Edwards-Garavoglia, Suzanne; Spranger, Anne; Wittenbecher, Friedrich; Quentin, Wilm (2015): Health System Review. Switzerland, in: *Health Systems in Transition*, Vol. 17, No. 4 (European Observatory on Health Systems and Policies)

European Commission (2017a): Gender Equality Index 2017. Measuring gender equality in the European Union 2005–2015. Brüssel

European Commission (2017b): Mutual information system on social protection: Social protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland: Comparative tables Mutual Information System on Social Protection

in the Member States: http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en (Stand: 1.1.2017)

Federal Office of Public Health (FOPH), Swiss Conference of the Cantonal Ministers of Public Health (CMPH) (2014): National Dementia Strategy 2014–2017. Bern

Heintze, Cornelia (2002): Die Zukunfts-Blockade. Klimawandel, BSE, Armut, Terrorismus – warum in der Gesellschaft kollektives Vorsorgeverhalten misslingt. Berlin

Heintze, Cornelia (2015, 2012): Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemässen Pflegesystem: ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland; Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Zweite aktualisierte und überarbeitete Auflage. Bonn (Online-Publikation: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11337.pdf>)

Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Gress, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.) (2017): Pflege-Report 2017 (AOK-Pflegereport 2017). Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart

Kitwood, Thomas Marris (1997): Dementia reconsidered: the person comes first. Maidenhead

Kitwood, Thomas Marris (2016): Demenz: Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Aus dem Englischen von Michael Herrmann (Hrsg.: Müller-Hergl, Christian; Güther, Helen). 7. Auflage. Bern

Livingston, Gill; Sommerlad, Andrew et al. (2017): Dementia prevention, intervention, and care, in: Lancet (online: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6))

Meagher, Gabrielle; Szebehely, Marta (Hrsg.) (2013): Marketisation in Nordic eldercare. A Research report on legislation, oversight, extent and consequences. Stockholm

Norwegian Ministry of Health and Care Services (2008): Dementia Plan 2015 – Making the most of the good days. Oslo

Norwegian Ministry of Health and Care Services (2015): Dementia Plan 2020 – A more dementia-friendly society. Oslo (12-2015)

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2013: Bestandsaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen. Bericht über die Resultate der Umfrage in den Kantonen (Januar-April 2013). Bern

Thürmann, Petra A. (2017): Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen, in: Jacobs et al., 119–129

UNICEF Office of Research (2016): Fairness for Children. A league table of inequality in child well-being in rich countries (Innocenti Report Card 13). Florence

World Economic Forum (2017): The Global Gender Gap Report 2017. Genf