

Tagungsband

Demenz – gesundheits- und sozialpolitische Herausforderung

Impulsveranstaltung des Bundesamtes
für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit
mit der Schweizerischen Konferenz
der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen
und -direktoren (GDK)

Montag, 29. August 2011
Haus der Kantone, Bern



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des BAG.
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische
Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
Publikationszeitpunkt: Oktober 2011

Die namentlich gezeichneten Beiträge geben die Meinung der
Autorinnen und Autoren wieder. Diese entspricht nicht zwangsläufig
den Auffassungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der
Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen
und -direktoren (GDK).

Redaktionsteam: Regula Rička, BAG, und Wolfgang Wettstein,
PR-Berater BR/SPRV, Zürich
Deutsch-Französisch-Übersetzung: Sophie Neuberg, Berlin
Französisch-Deutsch-Übersetzung: Daniel Weber, Webtrans, Windisch
Fotos: Matthias Zumbrunnen, Langenthal; © BAG

Kontakt
BAG, Kommunikation, Postfach, CH-3003 Bern
Tel. +41 (0) 31 322 95 05
Fax +41 (0) 31 324 97 53
E-Mail: gesundheitspolitik@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch

Diese Publikation steht als PDF-Dokument zur Verfügung unter:
<http://bag.admin.ch/themen/medizin/00683/12261/index.html?lang=de>

Cette publication est disponible en français au format PDF sous:
<http://bag.admin.ch/themen/medizin/00683/12261/index.html?lang=fr>

Auf der italienischen Webseite stehen die Publikationen in d/f zur
Verfügung unter:
<http://bag.admin.ch/themen/medizin/00683/12261/index.html?lang=it>

Inhalt

Einleitung	4
Dr. Regula Rička, MPH, Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Stefan Leutwyler, lic. phil. MPA, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)	
Tagungsprogramm	6
Demenz in der Schweiz – Häufigkeit und Betreuungsformen	7
Dr. Regula Rička, MPH, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern	
Grussworte	8
Jean-François Steiert, Nationalrat Kanton Freiburg Pascal Strupler, lic. iur., dipl. IDHEAP, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern	
Ursachen der Demenzerkrankungen	12
Prof. Dr. med. Panteleimon Giannakopoulos, Department für Psychiatrie, Universitätsspital Genf	
Früherkennung von und Frühintervention bei Demenz	14
Prof. Dr. phil. Andreas U. Monsch, Memory Clinic, Akutgeriatrie, Universitätsspital Basel	
Kosten der Demenz in der Schweiz	16
Eliane Kraft, lic. rer. oec. (Master of Science), Ecoplan, Forschung und Beratung in Wirtschaft und Politik, Bern	
Anforderungen an die medizinische und pflegerische Versorgung bei fortgeschrittener Demenz	18
Dr. med. Christoph Held, FMH Psychiatrie, Stadtärztlicher Dienst Zürich	
Demenz – aus Sicht der Betroffenen	20
Birgitta Martensson, Schweizerische Alzheimervereinigung, Yverdon-les-Bains	
Podiumsdiskussion «Nationale Prioritäten» (Zusammenfassung)	22
Dr. Regula Rička, MPH, und Lea von Wartburg, lic. phil., Bundesamt für Gesundheit (BAG)	
Anhang	25
Adressen, Literatur und Links	

Einleitung

In der Sommersession 2009 reichten die Nationalräte Steiert und Wehrli zwei Vorstösse zu Demenz ein. Die Motion Steiert (09.3509) verlangt verbesserte Grundlagen und die Motion Wehrli (09.3510) eine nationale Demenzstrategie. Der Bundesrat beantragte in seiner Antwort, die beiden Motionen abzulehnen. Er war der Ansicht, dass er sowohl bezüglich Datengrundlagen und Monitoring als auch bezüglich Verbesserung der Prävention, Früherkennung und Finanzierung die notwendigen Massnahmen getroffen habe und weiterhin auch treffen werde. Auch in der Zusammenarbeit mit den Kantonen sieht der Bund keinen zusätzlichen Koordinationsbedarf, da das Thema in andere gesundheitspolitische Fragestellungen integriert sei. Am 12. April 2011 hat der Nationalrat, entgegen des Antrags des Bundesrates, die beiden Motionen einstimmig angenommen.

Die im Juni 2011 erschienene Publikation «Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter» des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan, vgl. S. 7) wies nach, dass die Zahl demenzerkrankter Menschen in der Schweiz nach neuen europäischen Prävalenzraten und Hochrechnungen für die Schweiz im Jahr 2010 bei rund 125 000 Personen lag. Mehr als ein Fünftel (21,1 %) war über 90 Jahre alt. Trotz neuer Möglichkeiten in der Prävention, der Behandlung und der Betreuung, ist in den nächsten Jahrzehnten mit der Zunahme von Menschen mit dementiellen Erkrankungen zu rechnen. Dies insbesondere auch deshalb, weil die geburtenstarken Jahrgänge das Alter erreichen, in dem das Demenzrisiko zunimmt. Aufgrund höherer Lebenserwartung sind Frauen – sowohl als dementiell erkrankte Personen als auch als Angehörige von Demenzkranken – stärker betroffen als Männer.

Vor diesem Hintergrund luden das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) am 29. August 2011 zu einer Impulsveranstaltung nach Bern ein, um die gesundheitspolitische Bedeutung von Demenzerkrankungen zu diskutieren. Rund 60 Personen folgten der Einladung. Aus 14 Kantonen nahmen meist leitende Verwaltungsangestellte teil. Der Bund delegierte Mitarbeitende aus dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), dem Bundesamt für Bildung und Technologie (BBT) sowie dem Generalsekretariat des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements (GS-EVD). Unter den Teilnehmenden aus

12 Nicht-Regierungsorganisationen waren die Bereiche Alter, Psychiatrie und Pflege sowie Hilfs- und Unterstützungsdienste vertreten.

Im Anschluss an die Grussbotschaften von Stefan Leutwyler, stv. Zentralsekretär der GDK, Nationalrat Jean-François Steiert und Pascal Strupler, Direktor des BAG, erläuterten die Referentinnen und Referenten die Problemstellungen und erste Lösungsansätze aus unterschiedlichen Perspektiven. Die Mediziner Panteleimon Giannakopoulos, Professor am Departement für Psychiatrie des Universitätsspitals Genf und Christoph Held, Leitender Arzt des Stadtärztlichen Dienstes Zürich, zeigten auf, dass Demenz ein komplexes neurologisches und neuropsychologisches Geschehen ist, welches insbesondere Anpassungen der Versorgungsstrukturen und der Lastenverteilung erfordert. Die Pflege und Betreuung von dementiellen Patientinnen und Patienten erfordert sehr viel Zeit, Geduld und Flexibilität. Professor Andreas U. Monsch, Leiter der Memory Clinic am Universitätsspital Basel, zeigte auf, dass sich die Forschung zum Ziel gesetzt habe, Alzheimer und andere Formen der Demenz in einem möglichst frühen Stadium diagnostizieren zu können. Dies würde es erlauben, pharmakologische Therapien und interaktive Interventionen zur Erhaltung und Förderung der kognitiven Fähigkeiten zu einem frühen Zeitpunkt einzusetzen, welche den Betroffenen eine möglichst lange Autonomie ermöglichen. Birgitta Martensson, Geschäftsführerin der Schweizerischen Alzheimervereinigung, wies darauf hin, dass beinahe die Hälfte aller Menschen mit einer Demenz lange mit den Symptomen der Krankheit leben müssten, ohne zu wissen, worum es sich handle. Erst wenn eine Diagnose gestellt sei, könnten die Probleme richtig eingeordnet, angemessene Unterstützung gesucht und die Zukunft, inklusive Regelung der persönlichen und finanziellen Angelegenheiten, geplant werden.

Aus den Referaten ging deutlich hervor, dass in den vergangenen zwanzig Jahren in der Schweiz viel Pionierarbeit für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen geleistet worden ist. Allerdings erschweren die Vielfalt und die Unüberschaubarkeit der Dienstleistungen den Angehörigen und Patientinnen und Patienten, die beste Lösung zu finden. Mit einem gut organisierten Case-Management könnten die Bedürfnisse der Kranken und Angehörigen optimal und effizienter abgedeckt werden.

Eliane Kraft, Volkswirtschaftlerin von Ecoplan Bern, legte dar, dass die Mehrheit der Menschen mit einer Demenz zu Hause (knapp 60 %) und gut 40 Prozent in einem Heim leben. Laut einer Hochrechnung verursachen die Demenzerkrankungen in der Schweiz im Jahr 2009 Kosten von 6,9 Mrd. CHF. Die beiden grössten Kostenbestandteile sind die Heimkosten (48,1 %) sowie die Betreuungs- und Pflegeleistungen, die von den pflegenden Angehörigen unentgeltlich geleistet werden (43,5 %). Mit den zurzeit verfügbaren Quellen aus den Jahren 2007 und 2009 konnte sie aufzeigen, dass die direkten Kosten der Demenz stärker als die gesamten Gesundheitskosten ansteigen. Neben den Anpassungen der Versorgungsstrukturen sieht sie es auch als Aufgabe der Politik, die finanziellen Anreize zu überprüfen und allenfalls anzupassen.

Im Podiumsgespräch, das Stefan Leutwyler moderierte, wurden die vielfältigen Herausforderungen diskutiert. Pascal Strupler vertrat als Direktor das Bundesamt für Gesundheit, für die Kantone nahm Pierre-Yves Maillard, Staatsrat Kanton Waadt und Präsident der GDK, teil. Ruth Humbel, Nationalrätin Kanton Aargau, ergänzte die Seite der Politik. Bettina Ramseier Rey, Vizepräsidentin Curaviva, und Ulrich E. Gut, Zentralpräsident der Schweizerischen Alzheimervereinigung, sowie Andreas U. Monsch, Leiter der Memory Clinic des Universitätsospitals Basel, vertraten die fachliche Sicht.

Sowohl die Voten der Podiumsteilnehmenden als auch die des Plenums zeigten deutlich, dass Massnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für demenzerkrankte Menschen und für pflegende Angehörige notwendig sind. Wie bei Palliative Care sei es notwendig, gewisse Probleme des Föderalismus in den Bereichen Bildung und Forschung sowie Gesundheitsversorgung und deren Finanzierung mit einer nationalen Strategie zu überwinden: Die Früherkennung und die Behandlung der Demenzerkrankungen dürfe nicht dem Zufall überlassen werden. Lösungen für flexiblere Versorgungskonzepte seien zu erarbeiten und es sei besser auf die spezifischen Bedürfnisse von demenzerkrankten Menschen und ihren Angehörigen in der ganzen Schweiz einzugehen. Dabei sei insbesondere auch darauf zu reagieren, dass aufgrund veränderter Familien- und Beziehungsstrukturen die unbezahlte Betreuungsarbeit zurückgehen wird. Im Bereich der Aus- und Weiterbildung seien ebenfalls Anstrengungen zum besseren Verständnis des Krankheitsgeschehens nötig.

Auch die künftige Finanzierung der Dienstleistung war ein wichtiger Diskussionspunkt. Es bestehe Potential, die zur Verfügung stehenden Mittel für die Patientinnen und Patienten noch besser zu nutzen: So könnte das Präventionsgesetz neue Möglichkeiten für die Finanzierung der Früherkennung eröffnen. Um Innovationen anzuregen, solle der Bund einen «Innovationsfonds» für die Durchführung von kantonalen Pilotprojekten zur Verbesserung der Versorgung und Betreuung von Demenzerkrankten errichten.

Das weitere Vorgehen hängt im Wesentlichen vom Entscheid des Ständerates zu den Motionen Steiert und Wehrli ab und könnte im Rahmen des Dialogs «Nationale Gesundheitspolitik» konkretisiert werden.

Dr. Regula Rička, MPH, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern und

Stefan Leutwyler, lic. phil., MPA, stv. Zentralsekretär, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Bern

Tagungsprogramm

Moderation

Stefan Leutwyler, lic. phil, MPA, stv. Zentralsekretär GDK

Grussworte

Jean-François Steiert, Nationalrat Kanton Freiburg

Pascal Strupler, lic. iur., dipl. IDHEAP, Direktor, Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Prof. Dr. med. Panteleimon Giannakopoulos, Departement für Psychiatrie, Universitätsspital Genf

Ursachen der Demenzerkrankungen

- Was ist über die Ursachen bekannt?
- Besteht in der Schweiz, im Vergleich zu anderen Ländern, eine Diskrepanz zwischen den Kenntnissen der Ursachen und den Behandlungsmöglichkeiten?

Prof. Dr. phil. Andreas U. Monsch, Leiter Memory Clinic, Akutgeriatrie, Universitätsspital Basel

Früherkennung von und Frühintervention bei Demenz

- Sind Früherfassung und Frühintervention wirksam?
- Welche Lücken bestehen im Vergleich zum Ausland?

Eliane Kraft, lic. rer. oec. (Master of Science), Ecoplan, Forschung und Beratung in Wirtschaft und Politik, Bern

Kosten der Demenz in der Schweiz

- Was sind gesicherte Fakten, was sind Trends und Hochrechnungen?
- Wer trägt den höchsten Kostenanteil?

Dr. med. Christoph Held, FMH Psychiatrie, Leitender Arzt, Stadtärztlicher Dienst Zürich

Anforderungen an die medizinische und pflegerische Versorgung bei fortgeschrittener Demenz

- Gibt es unterschiedliche Versorgungskonzepte für an Demenz erkrankte Menschen?
- Welche Vor- und Nachteile haben diese Konzepte?

Birgitta Martensson, Geschäftsleiterin, Schweizerische Alzheimervereinigung, Yverdon-les-Bains

Demenz – aus Sicht der Betroffenen

- Welche Bedürfnisse von Patient/innen mit Demenz werden bereits gut erfasst?
- Welche Lücken bestehen aus Sicht der Betroffenen?

Podiumsdiskussion «Nationale Prioritäten»

Mit: Nationalrätin Ruth Humbel, Kanton Aargau; Pierre-Yves Maillard, Staatsrat Kanton Waadt und Präsident GDK; Pascal Strupler, Direktor Bundesamt für Gesundheit; Andreas U. Monsch, Leiter Memory Clinic, Universitätsspital Basel; Bettina Ramseier Rey, Vizepräsidentin Curaviva (Verband Heime und Institutionen Schweiz); Ulrich E. Gut, Zentralpräsident Schweizerische Alzheimervereinigung

Moderation: Stefan Leutwyler, GDK

Demenz in der Schweiz – Häufigkeit und Betreuungsformen

Definition

Gemäss der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, Code F00-F03) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Demenz eine meist fortschreitende Krankheit des Gehirns mit Störungen des Gedächtnisses und kognitiver Fähigkeiten wie Denken, Sprechen, Rechnen, Orientierung, Auffassung, Lernfähigkeit und Sprache sowie der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die Sinnesorgane und die Wahrnehmung funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Üblicherweise begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, der Affektlage, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen. Für die Diagnose einer Demenz müssen sich die Symptome nach ICD über mindestens sechs Monate manifestieren. Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste Form der Demenz.

Häufigkeit

Gemäss einer Medienmitteilung des Bundesamtes für Statistik (BFS) vom 7. September 2010 zu den Todesursachen starben 2008 in der Schweiz 4300 Personen (7 % der Todesfälle) an einer Demenz als Grundkrankheit. Dies entspricht nahezu einer Verdoppelung seit 1998. Auch die Sterberate hat von 19 auf 27 Fälle pro 100 000 Einwohner zugenommen. Zu diesem Resultat dürfte auch der Umstand beigetragen haben, dass diese Diagnose von den Ärztinnen und Ärzten heute häufiger gestellt wird als früher¹.

Inzidenz- wie auch Prävalenzraten dementieller Erkrankungen steigen mit dem Lebensalter nahezu exponentiell an. Während in der Altersgruppe 65–69 lediglich ein jährliches Neuerkrankungsrisiko von 0.3–0.4 Prozent besteht, liegt der Wert bei den 85- bis 89-Jährigen bereits bei 5.3–6.5 Prozent. Bei den 90-Jährigen und älteren Personen wird gar ein jährliches Neuerkrankungsrisiko von 8 bis 10 Prozent erreicht. Neuere europäische Prävalenzstudien zur Demenz weisen darauf hin, dass sozialmedizinische Fortschritte dazu beitragen, dass alte Menschen mit Demenz aufgrund relativ guter körperlicher Verfassung und Pflege länger leben als früher. Auch bessere Stichproben von hochbetagten Menschen tragen zu genaueren Prävalenzwerten bei, namentlich für Menschen ab 90 Jahren.

Die Anzahl demenzerkrankter älterer Menschen in der Schweiz liegt nach neuen europäischen Prävalenzraten im Jahr 2010 bei rund 125 000 Personen, wovon mehr als ein Fünftel (21,1%) über 90 Jahre alt war. Trotz neuen Möglichkeiten in der Prävention, der Behandlung und der Betreuung ist in den nächsten Jahrzehnten mit steigenden Zahlen zu rechnen, dies insbesondere deshalb, weil die geburtenstarken Jahrgänge das Alter erreichen in dem das Demenzrisiko ansteigt. Aufgrund der höheren Lebenserwartung sind Frauen – sowohl als dementiell erkrankte Personen als auch als Angehörige von Demenzkranken – stärker betroffen als Männer².

Inanspruchnahme von Betreuung

Viele dementiell erkrankte Männer und Frauen werden so lange wie möglich zuhause gepflegt. Dafür ist ein gutes Zusammenspiel zwischen spitalexterner Pflege und den informellen Netzen aus Familie und Nachbarschaftshilfe notwendig. Bei zunehmender Pflegebedürftigkeit zeigt sich bei pflegenden Partnerinnen und Partnern ein verstärkter Bedarf an professioneller Unterstützung. Neue Konzepte kombinieren deshalb informelle und formelle sowie ambulante und stationäre Angebote.

Die Nachfrage nach Hilfe- und Pflegeleistungen zu Hause wird ansteigen. In der Folge wird die Pflege in Heimen noch später als heute und häufiger erst gegen das Lebensende beansprucht werden.

Literaturempfehlung

Höpflinger F., Bayer-Oglesby L., Zumbrunn A. Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). Verlag Huber, Bern, 2011.

Regula Rička, Bern

¹ Bundesamt für Statistik (BFS), Todesursachen des Jahres 2008, Medienmitteilung, Neuchâtel, September 2010.

² Höpflinger F., Bayer-Oglesby L., Zumbrunn A. Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). Verlag Huber Bern, 2011. S. 62 ff.

Grusswort von Jean-François Steiert, Nationalrat Kanton Freiburg



Sehr geehrter Herr Strupler,
Sehr geehrte Frau Nationalrätin,
Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich freue mich ausserordentlich, Sie zur heutigen Tagung, zusammen mit Pascal Strupler und Stefan Leutwyler, begrüßen zu dürfen.

Warum? Erstens, weil diese Tagung in dieser Form zur Demenzproblematik eine Premiere ist. Zweitens, weil diese Tagung im Haus der Kantone stattfindet und gemeinsam von Bund und Kantonen durchgeführt wird, und damit auch einen wichtigen Gedanken meines Nationalratskollegen Reto Wehrli reflektiert: Er geht davon aus, dass es aufgrund der bestehenden Verfassungsbestimmungen und Verantwortlichkeitszuteilungen eine enge Zusammenarbeit von Bund und Kantonen braucht, um den spezifischen, pathologieinhärenten Aspekten der Demenzkrankheiten in der Prävention, der Frühdiagnostik, den therapeutischen Ansätzen, der Forschung, der Betreuung und ganz besonders der Entlastung der Betreuenden gerecht zu werden – mit dem Ziel einer gemeinsamen Alzheimerstrategie für die Schweiz. Wir sind damit zwar etwas langsamer unterwegs als andere europäische Staaten – doch bin ich davon überzeugt, dass die von unserem Föderalismus vorgegebene Bodennähe und die entsprechende Vielfalt der Umsetzungswege – nicht aber der Ziele – uns eine etwas raschere Konkretisierung einer gemeinsamen Alzheimerstrategie ermöglicht.

Der Nationalrat hat im April dieses Jahres einstimmig zwei Motionen verabschiedet, die vom Bundesrat die Erarbeitung von Grundlagen für eine Demenzpolitik und eine gemeinsame Demenzstrategie von Bund, Kantonen und weiteren Beteiligten für die nächsten Jahre verlangt. Eine einhellige Überweisung solcher Aufträge gegen den Willen des Bundesrates ist in unserem Rat selten. Die Motionen bedürfen zwar noch der Bestätigung des Ständerats, zeigen jedoch jetzt schon das wachsende Bewusstsein darüber, dass Demenzkrankheiten nicht einfach eine Fatalität sind, und dass die Politik hier auch aufgrund der wachsenden Bedeutung dieser Krankheiten in unserer alternden Gesellschaft die Möglichkeit und damit die Pflicht hat, konkrete, demenzspezifische Massnahmen zu treffen. Natürlich meint jeder Vertreter eines monopathologisch orientierten Patientenvereins, «seine» Krankheit sei

etwas ganz besonderes. Das mag nicht immer falsch sein. Was den Nationalrat überzeugt hat, sich – nebst schweizerischen Strategien im Bereich der Krebskrankheiten oder der Palliativpflege – auch für eine landesweite Demenzstrategie auszusprechen, sind die demenzspezifischen Probleme. Erwähnen möchte ich hier die vergleichsweise schwache Forschung, der heterogene und finanziell kaum gesicherte Zugang zur Diagnostik oder das starke Gewicht der sehr variablen Betreuungs- und Entlastungsangebote und die wachsende Anzahl der Betroffenen. Das sind heute nebst den rund 100 000 Patientinnen und Patienten ebenso viele Pflegende und nahestehende Betreuende.

Die heutige Tagung soll uns zeigen, wo wir auf dem Weg zu einer kohärenten Demenzpolitik stehen, was es bereits gibt, was fehlt und wo der dringlichste Handlungsbedarf besteht. Wir konnten in den letzten Jahren Fortschritte beobachten – auch dank dem Druck der Schweizerischen Alzheimervereinigung – so zum Beispiel in neueren Publikationen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan oder mit dem – hoffentlich bald verabschiedeten – Präventionsgesetz. Der Weg ist aber noch lang.

Ich erhoffe mir von dieser Tagung auch erste Impulse für nächste Schritte. Unter anderem auch wie und von welchen Akteuren die jeweiligen Aufgaben am sinnvollsten angegangen werden sollen – in einem Bereich, in dem, mehr als in vielen anderen, kurzfristige Investitionen – und damit auch Kosten – mittel- und langfristig nicht nur Entlastung für Patientinnen und Patienten und Angehörige bringen können, sondern auch mehr Kosteneffizienz für das System. Wenn laut Aussagen von Spitaldirektorinnen und -direktoren heute eine vierstellige Zahl von Demenzpatientinnen und -patienten unnötig in einem Spitalbett liegen, ist das für die Betroffenen meist unangenehm – und für das System eine unnötige Belastung. Die DRGs werden die entsprechenden Fehlanreize zwischen individuellen und gesellschaftlichen Interessen leider wohl nur zu einem kleinen Teil beseitigen können.

Ich möchte allen danken, die sich für das Zustandekommen der Tagung eingesetzt haben, beim BAG – mit einem besonderen Dank an Regula Rička und Pascal Strupler – bei der GDK an Stefan Leutwyler, und den Rednerinnen und Rednern und bei Ihnen allen, die Sie heute den Weg nach Bern gefunden haben und damit ihr Interesse für die Demenzproblematik bekunden.

Ich wünsche Ihnen eine gute Tagung!

Grusswort von Pascal Strupler, Direktor, Bundesamt für Gesundheit (BAG)



Sehr geehrte Damen und Herren
Geschätzte Kolleginnen und Kollegen

Im Namen des Bundesamtes für Gesundheit begrüsse ich Sie herzlich zu dieser Veranstaltung.

Die heutige Veranstaltung hat zwei Ziele: zum einen den neusten wissenschaftlichen Stand zur Diagnostik, zur Früherkennung sowie zur Betreuung und Behandlung besser kennenzulernen, und zum anderen die Diskussion um die gesundheitspolitische Bedeutung von Demenzerkrankungen und den Handlungsbedarf zwischen Bund und Kantonen in diesem Bereich besser zu verstehen.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zu den Motionen Steiert «Steuerbarkeit der Demenzpolitik I. Grundlagen», und Wehrli «Demenzpolitik II. Gemeinsame Strategie von Bund und Kantonen» – ausgeführt, dass er die Entwicklung der Demenzerkrankung sehr aufmerksam verfolgt. Angesichts der gesellschaftlichen Herausforderungen durch die ausgeprägte Zunahme der älteren Bevölkerung ist der Bundesrat bestrebt, dass möglichst viele Menschen lange bei guter Gesundheit bleiben. Werden Hilfeleistungen notwendig, soll ihre Finanzierung solidarisch gesichert sein. Deshalb erarbeitet der Bund fortlaufend die notwendigen Grundlagen und passt die Rahmenbedingungen in Zusammenarbeit mit den Kantonen und weiteren interessierten Kreisen an.

Als Einstieg ins Thema möchte ich im Folgenden drei Tätigkeitsbereiche des Bundes hervorheben, die mit Blick auf die Demenz eine besondere gesundheitspolitische Bedeutung haben: 1. Die Bereitstellung von statistischen Grundlagen, 2. Die Prävention und Gesundheitsförderung, und 3. Die Förderung der Lebensqualität am Ende des Lebens.

1. Statistische Grundlagen

Der Bund leistet mit der Erarbeitung der statistischen Grundlagen einen wichtigen Beitrag zur optimalen Planung in den Regionen. Dazu stellt das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) den Kantonen Informationen zur Verfügung, damit sie das Angebot für die Früherkennung, Behandlung und Betreuung bei Demenz bedarfsgerecht entwickeln können.

Zu den kürzlich erarbeiteten Datengrundlagen des Obsan gehört etwa die soeben erschienene Neuauflage des Buches «Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert». Die relevanten Kapitel sind darin speziell mit einem Fokus auf Demenz ergänzt worden.

2. Prävention/Gesundheitsförderung

Noch steht die Zustimmung des Ständerats zum Präventionsgesetz aus (die Beratung ist für die Wintersession geplant). Wird das Gesetz angenommen, erhält die Schweiz einheitliche Rahmenbedingungen für die Prävention und die Gesundheitsförderung. Die inhaltliche Ausrichtung der künftigen Programme wird von Nationalen Zielen mit einer Dauer von acht Jahren festgelegt. In diesem Zusammenhang und im Hinblick auf die demografische Entwicklung ist es dem Bund ein Anliegen, dass die Förderung der Autonomie im Alter und die Früherkennung von altersbedingten Krankheiten als nationale Zielsetzung geprüft werden.

3. Förderung der Lebensqualität am Ende des Lebens

Im Kontext mit der Vorlage zur organisierten Suizidhilfe hat der Bundesrat Ende Juni dieses Jahres beschlossen, die Suizidprävention und die Palliative Care zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten weiterhin zu fördern. Im Zentrum steht dabei die Verbesserung der Selbstbestimmung am Lebensende. Der Bundesrat hat deshalb das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, eine Weiterführung der Ende 2012 auslaufenden «Nationalen Strategie Palliative Care» zu prüfen.

Auch wird das EDI eine interdepartementale Arbeitsgruppe einsetzen, die Massnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von unheilbar kranken Angehörigen (z.B. Betreuungsurlaub oder Betreuungsgutscheine) vorschlagen soll.

Rolle von Bund und Kantonen

Neben diesen drei Tätigkeitsbereichen des Bundes ist es aber auch wichtig, dass eine gute Koordination zwischen Bund und Kantonen zugunsten demenzerkrankter Menschen in der Schweiz etabliert wird.

In diesem Sinne führt Sie Stefan Leutwyler, stellvertretender Zentralsekretär der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, durch das Programm. Ich übergebe ihm nun das Wort und wünsche Ihnen eine interessante Tagung mit anregenden Diskussionen.

Ursachen der Demenzerkrankungen



Panteleimon Giannakopoulos, Genf

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden die Mittel zur Erforschung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems und insbesondere von neurodegenerativen Erkrankungen substanziiell aufgestockt. Damit wurde auf eine Entwicklung reagiert, die im Zusammenhang mit der ausgeprägten demographischen Alterung steht, von der nicht nur Europa und Nordamerika, sondern auch Asien und Südamerika betroffen sind. Diese Investitionen ermöglichten beachtliche Fortschritte beim Verständnis der biologischen Mechanismen, die für die typischen Läsionen bei Demenzsyndromen verantwortlich sind. Die Erkenntnisse konnten bis anhin jedoch nur sehr begrenzt in wirkungsvolle Behandlungen umgesetzt werden.

Ätiologie und Behandlung der Alzheimerkrankheit

Zum Bereich der Demenzen zählen sehr vielfältige Erkrankungen. Eine besondere Stellung kommt dabei der Alzheimer-Krankheit zu: Sie ist besonders häufig und lässt sich nicht eindeutig von der normalen Alterung des Gehirns abgrenzen. Zwar handelt es sich bei dieser Krankheit nicht um eine automatische Folge der Alterung, doch die von Alzheimer vor mehr als einem Jahrhundert beschriebenen Läsionen sind identisch mit den Veränderungen, die in geringerem Ausmass bei allen Menschen über 70 Jahren auftreten. Von den verschiedenen Hypothesen zur Entstehung der Alzheimer-Krankheit weckte vor allem die Theorie der Amyloid-Kaskade, die von einer schädlichen Wirkung eines abgespaltenen Peptids des Amyloid-Vorläuferproteins ausgeht, Hoffnungen auf eine wirksame Behandlung. Besonders vielversprechend schienen in der Mitte der ersten Dekade dieses Jahrhunderts verschiedene Studien zu einer Beta-Amyloid-Immuntherapie beim Menschen. Die Ergebnisse sind jedoch insbesondere bei fortgeschrittener Alzheimer-Krankheit bisher äusserst bescheiden und deuten darauf hin, dass eine Anwendung in einem frühen Stadium entscheidend ist.

Früherkennung

Weil ein möglichst frühzeitiger Nachweis wichtig ist, gehört – parallel zur laufenden Erforschung der Ursachen von Alzheimer – die Schaffung von multidisziplinären Früherkennungsstrukturen in Zusammenarbeit mit den Hausärzten zu den Prioritäten. In den meisten Industrieländern mit ausgeprägter Alterung ist denn auch eine exponentielle Zunahme von Konsultationen aufgrund von Gedächtnisproblemen festzustellen. Um die sehr heterogenen klinischen Beschwerdebilder mit kognitiven Störungen im Vorfeld einer Demenz zu beschreiben, wurde der Begriff «mild cognitive impairment» (MCI, leichte kognitive Beeinträchtigung) eingeführt. Zwei Jahrzehnte biologischer, kognitiver und pharmakologischer Forschung haben aber die Grenzen der primären Prävention im Bereich der Demenz aufgezeigt. Auch bei PatientInnen mit isolierten kognitiven Beeinträchtigungen sind bereits bedeutende strukturelle und funktionelle Veränderungen im Gehirn festzustellen. Die ersten Symptome treten erst mehrere Jahre nach diesen biologischen Veränderungen auf. Während dieses Prodromialstadiums aktiviert das Gehirn seine Kompensationsmechanismen, indem es normalerweise ruhende Nervenbahnen einsetzt. Neurochemische Substitutionsbehandlungen (mit guten Ergebnissen bei diagnostizierten Fällen) sind deshalb im frühen Krankheitsstadium wirkungslos, da sich der Organismus selbst um diese Substitution kümmert.

Künftige Herausforderungen

Erfolgreiche Prävention erfordert deshalb eine differenzierte Auseinandersetzung mit einem komplexen Zusammenspiel. Dazu gilt es sowohl den Blick auf den Alltag zu richten, um Risikopersonen frühzeitig zu erkennen, als auch gleichzeitig Behandlungsansätze zu entwickeln (wie dies bei der erhofften Impfung gegen Alzheimer-Krankheit der Fall war) und die aktive Kompensation unseres Körpers zu stärken (mit einem medizinischen Ansatz, der den Körper in der Bekämpfung von Störungen unterstützt, ohne diese zu beseitigen).

Was ist zu tun? Wie steht es um die Pflegeeinrichtungen in der Schweiz, denen in den kommenden Jahren angesichts noch fehlender Heilungsmöglichkeiten eine Schlüsselrolle zukommt? Insgesamt fehlt es der Schweiz nicht an Diagnostikeinheiten, sie sind jedoch vor allem auf die städtischen Zentren konzentriert. Die ambulanten und teilstationären Leistungen für PatientInnen sind noch zu wenig entwickelt und häufig zu wenig

spezifisch. Sie beschränken sich oft auf eine Art «geschützte Werkstätte», die kaum auf die Bedürfnisse von älteren Menschen künftiger Generationen zugeschnitten sind.

In den kommenden Jahren müssen sich diese Einrichtungen grundlegend weiterentwickeln, damit sie den Bedürfnissen neuer Bevölkerungsgruppen gerecht werden können. Im Pflegebereich müssen spezifische Leistungen für demente PatientInnen in der Gesellschaft bereitgestellt werden (z.B. Tagesspitäler). Zudem gilt es, informelle Helfer psychologisch und psychotherapeutisch zu unterstützen und Ungleichheiten beim Zugang zu Pflegeleistungen abzubauen. Im Bereich der Begleitung sollten Zwischenstrukturen aufgebaut, lange Spitalaufenthalte vermieden und Spezialeinrichtungen mit ausgeprägt psychotherapeutischer Ausrichtung geschaffen werden.

Früherkennung von und Frühintervention bei Demenz



Andreas U. Monsch, Basel

Die zunehmende Alterung der Schweizer Bevölkerung und die exponentielle Beziehung zwischen Alter und Prävalenz der Hirnleistungsstörungen – nach dem 60. Lebensjahr verdoppelt sich die Prävalenz alle fünf Lebensjahre – machen dementielle Erkrankungen zu einem gesundheitspolitischen Thema von grösster Bedeutung. Weltweit leiden heute rund 30 Millionen Menschen an Demenz, im Jahr 2050 werden es über 100 Millionen Menschen sein.

Die Alzheimer-Krankheit ist dabei die wichtigste, weil häufigste Ursache der Demenz. Sie beginnt schleichend und schreitet über Jahre kontinuierlich fort. Dementielle Erkrankungen stellen einen enormen «burden of disease» dar.

Die Forschung hat sich zum Ziel gesetzt, Alzheimer und andere Formen der Demenz in einem möglichst frühen Stadium diagnostizieren zu können. Dies würde erlauben, pharmakologische und nicht-pharmakologische Interventionen zu entwickeln, die zu einem Zeitpunkt beginnen könnten, zu dem die Betroffenen noch keine Symptome zeigen. Die Früherkennung würde es den PatientInnen auch erlauben, ihre Zukunft mitzuplanen und Dinge wie zum Beispiel das Testament und die Patientenverfügung zu regeln, bevor dies durch die nachlassenden geistigen Fähigkeiten verunmöglicht wird. Zudem ist es für die Familie enorm wichtig, so früh wie möglich zu wissen, wie es um den/die PatientIn steht. Nur so kann sich die Familie halbwegs auf die Zukunft einstellen.

In der Schweiz verläuft die Demenzdiagnose idealerweise in zwei Stufen: Zunächst führen die Hausärzte bei ihren PatientInnen, die das Pensionsalter erreicht haben, routinemässig ein Screening auf Störungen der Hirnleistungen durch. Nebst dem spezifischen klinischen Interview hat sich zum Beispiel der sogenannte «Uhren-Test» bewährt, bei dem die PatientInnen gebeten werden, das Zifferblatt einer Uhr zu zeichnen und anschliessend die gezeichnete Uhrzeit «in Zahlen, wie sie in einem Fahrplan vorkommen», anzugeben. Dieses Screeningverfahren gibt recht zuverlässige Hinweise darauf, ob eine vertiefte Untersuchung der Hirnleistungen angezeigt ist, oder nicht. Ergibt sich der Verdacht auf eine Hirnleistungsstörung sollten die PatientInnen in einer zweiten Stufe in einer der 32 spezialisierten Memory Clinics untersucht werden. Die interdisziplinäre (geriatriisch, neurologisch, neuropsychologisch, psychia-

trisch) und multidimensionale Arbeitsweise der Memory Clinics erlaubt es, die Frühdiagnose mit grosser Sicherheit zu stellen. Der so erfolgten Diagnostik folgt eine ebenfalls multidimensionale und interdisziplinäre Betreuung der PatientInnen und Angehörigen, koordiniert durch den Hausarzt. Die zur Zeit zur Verfügung stehenden pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Therapieoptionen zeigen wirksame, aber im Grunde doch eher bescheidene Effekte. Die konsequente Erforschung dieser komplexen Krankheitsgeschehen ist mehr als dringend.

Eindrücklich ist, dass in der Schweiz sowohl Kompetenz und Wille für eine optimale Diagnostik, Therapie und Forschung zum Thema «Demenz» vorhanden sind. Wir brauchen jedoch ein vom Bund initiiertes «Nationales Demenz-Programm», wie sie bereits in mehreren europäischen und aussereuropäischen Ländern ins Leben gerufen wurde. So hat zum Beispiel Frankreich im Jahr 2008 ein 5-Jahres-Programm gestartet, das über diese Laufzeit mit 1,6 Milliarden Euro finanziert wird. Auch in der Schweiz gilt es, Menschen mit Demenz zu entstigmatisieren, die Forschung mit grösseren finanziellen Mitteln voranzutreiben, die Kapazitäten der Memory Clinics deutlich auszubauen und – eine *conditio sine qua non* – die Ausbildung auf allen Stufen (professionelle und nicht-professionelle Betreuungspersonen, Ärzte, aber auch Polizei, Sozialdienste, und viele mehr) sicherzustellen. Die Schweizerische Alzheimervereinigung könnte zum Beispiel eine Informationskampagne zur Entstigmatisierung der Demenz und die Ausbildung organisieren, der Verein «Swiss Memory Clinics» (SMC) mit seinen 32 Mitgliedsinstitutionen die Qualitätsstandards für Diagnostik und Therapie formulieren und das Bundesamt für Gesundheit die Organisation eines Demenz-Netzwerkes übernehmen.

Kosten der Demenz in der Schweiz



Eliane Kraft, Bern

Demenz verursacht pro Jahr Kosten von 6,9 Mrd. CHF

In der Schweiz lebten im Jahr 2009 über 107 000 Menschen mit Demenz, die Mehrheit von ihnen zu Hause (knapp 60 %), gut 40 Prozent in einem Heim. Eine wissenschaftliche Studie hat gezeigt, dass die Demenzkrankheiten in der Schweiz 2009 Kosten von 6,9 Mrd. CHF verursacht haben. Wie Abbildung 1 zeigt, sind die beiden grössten Kostenbestandteile die Heimkosten sowie die Kosten der Pflege und Betreuung durch Angehörige.

Direkte Kosten der Demenz machten mehr als 6 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 2009 aus

Die Kosten für Spital- und Heimaufenthalte, Spitex, Hausarztbesuche, Medikamente und interdisziplinäre Abklärungen in Memory Clinics sind sogenannte *direkte Kosten*. Das sind Ausgaben des Gesundheitswesens, die von privaten Haushalten, Versicherern und der öffentlichen Hand finanziert werden. Die direkten Kosten beliefen sich im Jahr 2009 auf insgesamt 3,9 Mrd. CHF, das entspricht 6,4 Prozent der Gesamtkosten des Gesundheitswesens.

Die Kosten der Pflege und Betreuung durch Angehörige von total 3 Mrd. CHF entsprechen dem geschätzten Marktwert der Betreuungs- und Pflegeleistungen, welche die Angehörigen unbezahlt erbringen. Diese sogenannten *indirekten Kosten* müssen (heute noch) nicht finanziert werden.

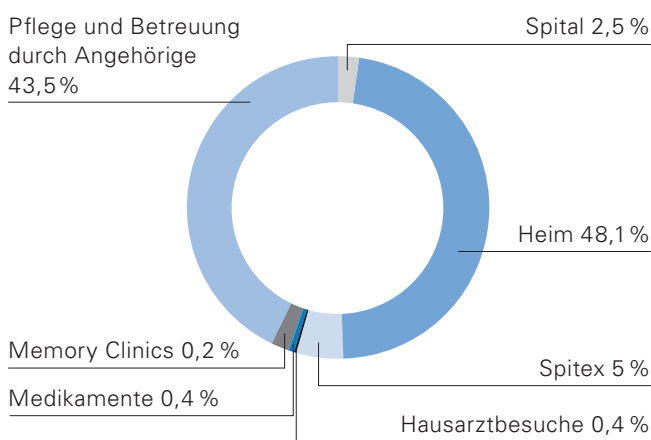
Über 95 Prozent der Gesamtkosten sind Pflege- und Betreuungskosten

Da die Behandlungsmöglichkeiten sehr beschränkt sind, sind die Behandlungskosten (für Spitalaufenthalte, Hausarztbesuche, Medikamente und Abklärungen in Memory Clinics) gering und betragen weniger als 5 Prozent. Es sind in erster Linie Pflege und Betreuung, die hohe (Personal-)Kosten verursachen.

Betreuung zu Hause durchschnittlich kostengünstiger als in einem Heim

Die Durchschnittskosten pro Jahr sind deutlich tiefer für demenzkranke Personen, die zu Hause betreut werden (CHF 57 507), als für Personen, die in einem Heim betreut werden (CHF 74 583). Werden nur die direkten Kosten berücksichtigt, d.h. die Ausgaben, die finanziert werden müssen, dann betragen die Einsparungen zu Hause fast 90 Prozent.

Abbildung 1
Kosten der Demenz in der Schweiz 2009



Quelle: Berechnung basierend auf: «Kosten der Demenz in der Schweiz», Ecoplan (2010), Studie realisiert im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung, Yverdon-les-Bains. Die Studie kann bei der Schweizerischen Alzheimervereinigung bestellt werden: www.alz.ch

Mit zunehmendem Schweregrad der Krankheit stösst die Betreuung zu Hause aber an Grenzen, weil dann praktisch während 24 Stunden eine Betreuung und Beaufsichtigung notwendig ist. Im fortgeschrittenen Stadium sind die indirekten Kosten so hoch, dass eine Betreuung im Heim kostengünstiger ist. Dementsprechend werden beide Formen der Versorgung gebraucht und haben je nach Schweregrad der Krankheit auch aus Kostensicht ihre Berechtigung.

Kostenwachstum ist absehbar

In der kurzen Periode zwischen 2007 und 2009 haben die direkten Kosten der Demenz um 12,5 Prozent zugenommen, wobei rund die Hälfte dieses Wachstums auf die Zunahme der an Demenz erkrankten Menschen, die andere Hälfte auf generelle Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zurückzuführen ist.

Da die Prävalenz der Demenz mit dem Alter stark ansteigt, wird die Zahl der Menschen mit Demenz in der Schweiz infolge der demografischen Veränderung künftig deutlich zunehmen. Gemäss Berechnungen der Schweizerischen Alzheimervereinigung werden 2020 bereits rund 150 000 und 2050 gar 300 000 demenzkranke Menschen in der Schweiz leben.

Bei gleichbleibenden direkten Durchschnittskosten pro Person und Jahr und gleichbleibenden Betreuungsverhältnissen wie heute (d. h. 58 % zu Hause und 42 % im

Heim) ist alleine aufgrund der Zunahme der Anzahl demenzkranker Personen (ohne Berücksichtigung von sonstigen Kostensteigerungen) eine Steigerung der direkten Kosten der Demenz von knapp 30 Prozent bis 2020 bzw. knapp 65 Prozent bis 2050 zu erwarten. Wenn die Angehörigen in Zukunft weniger Betreuungsaufgaben übernehmen (können) und mehr Menschen mit Demenz in einem Heim betreut werden, wird die Zunahme noch grösser sein.

Demenz ist eine gesundheitspolitische und gesellschaftliche Herausforderung

Die Demenzkrankheiten sind – wie die oben präsentierten Schätzungen zeigen – bereits heute volkswirtschaftlich relevant und werden mit der erwarteten Zunahme der Anzahl Betroffenen künftig das Gesundheitswesen in der Schweiz stark beanspruchen.

Die Politik verfügt über Möglichkeiten, die Kosten der Demenz zu beeinflussen, indem Versorgungsstrukturen und finanzielle Anreize überprüft und allenfalls angepasst werden. Handlungsbedarf besteht in folgender Hinsicht:

- Kurzfristig sind Wissensgrundlagen für eine informierte Politik zu erarbeiten.
- Mittelfristig sind Lösungen zu suchen, wie die kostengünstige Betreuung zu Hause für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen länger ermöglicht werden kann.

In der folgenden Abbildung sind mögliche Handlungsoptionen aus Sicht von Ecoplan zusammengefasst:

Handlungsbedarf	Handlungsoptionen	Zuständigkeiten
Wissensgrundlagen für eine informierte Politik erarbeiten	1) Monitoring mit Daten zur Epidemiologie und zu den Versorgungsstrukturen einführen	BAG/GDK BFS
	2) Geltende Finanzierungsregelungen und ihre Anreize überprüfen	BAG/GDK Kantone
Kostengünstige Betreuung zu Hause länger möglich machen	3) Unterstützungsangebote zur Entlastung der Angehörigen fördern	Kantone
	4) Indikationskriterien für medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapien erarbeiten, welche den Krankheitsverlauf verzögern	BAG/GDK

Quellen: Ecoplan, Kosten der Demenz in der Schweiz. Schlussbericht zuhanden der Schweizerischen Alzheimervereinigung. Bern. 2010
Eliane Kraft, Michael Marti, Sarah Werner, Heini Sommer
Cost of Dementia in Switzerland. In: Swiss Medical Weekly. 2010;140:w13093.
Online unter: www.smw.ch

Anforderungen an die medizinische und pflegerische Versorgung bei fortgeschrittener Demenz



Christoph Held, Zürich

Der Verlauf einer Demenz ist geprägt von einem mehrjährigen, komplexen biopsychischen Krankheitsgeschehen mit entsprechenden Anforderungen und Belastungen für die Pflegenden, Betreuenden und Angehörigen. Die erhebliche körperliche und seelische sowie ökonomische Belastung der Pflegenden und Betreuenden muss auf mehrere Schultern verteilt werden. Darüber muss angesichts der demographischen Entwicklung zwischen Leistungserbringern, den kantonalen Gesundheitsdirektionen und den Betroffenenorganisationen (Heimverband Curaviva, Alzheimervereinigungen etc.) ein Diskurs über die Lastenverteilung und die Finanzierung geführt werden.

Rückblick auf bisherige Pflege- und Betreuungskonzepte

Während früher ausschliesslich Schreckensbilder des geistigen Zerfalls, der Leere und des Verlustes den Zustand von Patienten mit fortgeschrittener Demenzerkrankung beschrieben, wissen wir heute, dass auch bei schweren Sprach- und Denkstörungen eine Kommunikation, wenn auch in veränderter Form, möglich ist. Es ist daher ganz besonders wichtig, dass die Umgebung das Verhalten der Betroffenen richtig interpretieren kann.

In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Betreuungs- und Pflegekonzepte für Menschen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz entwickelt. Solche Konzepte sind im Einzelfall hilfreich, blenden dabei aber häufig wichtige neurologische und neuropsychologische Grundlagen aus. Die wissenschaftliche Auswertung bisheriger Pflege- und Betreuungskonzepte – sofern sie methodisch überhaupt überprüfbar sind – ergeben, dass sich durch ihre Anwendung am zeitlichen Demenzverlauf wenig ändert und Kognition und Alltagsfähigkeiten sich nicht verbessern.

Hingegen ergeben sich bei der Anwendung einiger Konzepte (z.B. adaptive Milieuthérapie, demenzgerechte Lebensraumgestaltung, integrative validierende Kommunikation) erheblich weniger Konflikte zwischen Betroffenen und Angehörigen und Pflegenden sowie weniger Zwangsmassnahmen wie Fixieren von Patientinnen und Patienten oder Verabreichung von beruhigenden Medikamenten.

Aktuelle medizinische und pflegerische Betrachtung sowie Einschätzung der Demenz

Pflegende und Angehörige erleben das klinische Bild der fortgeschrittenen Demenz als sehr wechselhaftes, dissoziatives und wenig vorhersagbares Geschehen, bei dem die Betroffenen nicht einfach ihre geistigen oder funktionellen Fähigkeiten verlieren, sondern sich vor allem ihre Selbstwahrnehmung und die «Bewusstheit» über ihre Handlungen verändert.

Für die Betroffenen bedeutet dies, dass gespeicherte Erfahrungen und Wissen zwar häufig noch abgerufen, aber nicht mehr mit aktuellen Anforderungen verknüpft werden können. In noch späteren Demenzphasen können häufig auch Körperwahrnehmung und autonome Reaktion nicht mehr miteinander verbunden werden (z.B. bei Schmerzen oder bei Ausscheidung), was zur existentiellen Abhängigkeit von Pflegenden und Angehörigen führt.

Anforderungen an die Pflegenden und Betreuenden

Fortgeschrittene Demenz ist ein komplexes biopsychisches Geschehen, dem nur Pflegende und Angehörige mit einigem entsprechendem Wissen und spezifischer Befähigung gerecht werden können. Neurologisches und neuropsychologisches sowie pflegerisches Wissen schützen die Pflegenden und Betreuenden vor Fehlinterpretationen und damit vor provozierten Verhaltensstörungen und Konflikten mit den Betroffenen mit zum Teil schwerwiegenden Auswirkungen.

Studien weisen darauf hin, dass Betroffene mit fortgeschrittener Demenz zu Hause häufig unterversorgt und/oder nicht adäquat betreut und gepflegt werden, selbst unter Beizug einer Spitexunterstützung. Erschwerend kommt zudem hinzu, dass die psychosozialen Belastungen der Angehörigen von Menschen mit fortgeschrittener Demenz erheblich sind und zu gesundheitlichen Schäden der Angehörigen führen können. Auch bezahlte, zu Hause Betreuende aus dem Ausland (Home Care Worker, «Badante»), sind diesen psychosozialen Belastungen, zu denen sprachliche Schwierigkeiten hinzukommen, ausgesetzt und müssen nicht nur fachlich ausgebildet, sondern auch psychologisch unterstützt werden.

Anforderungen an die ärztliche Versorgung

Die Anforderungen an Haus- und Heimärzt/Innen bestehen in der erschwerten Diagnostik und Behandlung von zusätzlichen körperlichen Krankheiten sowie in der medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlung von psychischen Begleitstörungen der Demenz. Von grosser Bedeutung für die Betroffenen ist dabei eine stetige Anpassung der Betreuung und Pflege an den Verlauf der Demenz.

Erfassung der Pflege/Betreuungsleistungen und Organisation der stationären Betreuung

Die Pflege und Betreuung von Patienten mit fortgeschrittener Demenz erfordert Zeit, Flexibilität und Geduld und widersetzt sich gerade wegen ständig wechselhaftem Verhalten herkömmlicher zeitlicher, ökonomischer und qualitativer Erfassung sowie normiert ablaufender Pflegeplanung. Das dementielle Geschehen erfordert eine «Pauschalisierung» von Pflege-schlüssel-, Pflege- und Betreuungsleistungen.

Trotz interindividuell unterschiedlicher Symptomatik während des Krankheitsverlaufes ist eine homogene Gruppe Demenzkranker zur Pflege und Betreuung von Vorteil, in der die Pflegenden einheitlich und phasengerecht mit den Betroffenen kommunizieren und umgehen können («dementia units», Demenzabteilungen in Alters- und Pflegeheimen).

Wünsche und Ausblick

Die erhebliche bis schwere körperliche, seelische und ökonomische Belastung durch die Pflege und Betreuung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz muss auf mehrere Schultern verteilt werden. In den vergangenen 25 Jahren wurde in der Schweiz von Angehörigen und in den Institutionen, in denen Menschen mit fortgeschrittener Demenz gepflegt und betreut werden (z.B. in Alters- und Pflegeheimen, Tagesstätten, in Angehörigengruppen und Alzheimervereinigungen) ein enormes empirisches Wissen und Können angesammelt, aufgebaut und publiziert. Das Rad muss in der Pflege und Betreuung von Menschen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz nicht neu erfunden werden. Hingegen müssen in einem national geführten Diskurs die Lastenverteilung und die Finanzierung für diese gesellschaftliche Herausforderung neu verhandelt und festgelegt werden.

Demenz – aus Sicht der Betroffenen



Birgitta Martensson, Yverdon-les-Bains

Besser betreuen – Kosten sparen

Diese Aussage mag erstaunen, geht man doch meist davon aus, dass bessere Betreuung mehr kostet. Das Gegenteil ist der Fall, wie eine kürzlich veröffentlichte Studie aus Grossbritannien zeigt¹. Unter die Lupe genommen wurde dabei die Betreuung in Spitälern, Pflegeheimen und zu Hause. Bei der Anwendung geeigneter Massnahmen, wie zum Beispiel frühzeitiger Intervention und besserer Ausbildung des Fachpersonals, kann nicht nur die Betreuungsqualität verbessert, sondern können auch Kosten gespart werden.

In der Schweiz heute

Wir gehen heute davon aus, dass in der Schweiz rund 107 000 Menschen mit Demenz leben, davon 60 Prozent zu Hause und 40 Prozent in einer Institution. Realität ist also, dass die Mehrheit der Betroffenen zu Hause lebt. Diesem Kreis der Betroffenen und ihren Bedürfnissen muss daher ganz besonders Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Ohne genaue Diagnose passiert nichts

Beinahe die Hälfte aller Menschen mit Demenz lebt jahrelang mit den Symptomen der Krankheit, ohne zu wissen, worum es sich handelt. Tiefe Verunsicherung und Konflikte mit Angehörigen und – bei jüngeren Betroffenen auch am Arbeitsplatz – sind die Folge. Erst wenn eine Diagnose gestellt ist, können die Probleme richtig eingeordnet werden, besteht Zugang zu Information und Beratung, zu Behandlungen, aber auch zu bedarfsgerechter Unterstützung. Auch die Zukunftsplanung, inklusive Regelung der persönlichen und finanziellen Angelegenheiten, kann dann an die Hand genommen werden.

Case-Management

Ist die Diagnose einmal gestellt, haben Demenzkranke und ihre Angehörigen zwar Zugang zu den erwähnten Leistungen. Sie stehen jedoch vor der grossen Herausforderung, sich im «Dschungel» der verschiedenen Angebote und Möglichkeiten zurechtzufinden und die für sie angemessene Lösung zu finden. Mit einem gut organisierten Case-Management könnten die Bedürfnisse der Kranken und Angehörigen optimal und effizient abgedeckt werden.

Ein autonomes Leben trotz Demenz

Dies wünschen sich demenzkranke Menschen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass von Anfang an die richtigen Massnahmen zur Behandlung und Unterstützung eingeleitet, aber auch die bestehenden Kapazitäten gefördert werden. Soziale Integration darf dabei ebenfalls nicht fehlen. Dies alles letztlich mit dem Ziel, dass Menschen mit Demenz so lange wie möglich zu Hause leben können.

Doch die Realität sieht leider anders aus: Nur 25 Prozent der Demenzkranken haben eine medikamentöse Therapie, nur 20 Prozent profitieren von nichtmedikamentösen Therapien und weniger als 30 Prozent des Bedarfs an Tagesstätten ist gedeckt.

Eine gute Betreuung sichern

Das ist der Wunsch der Angehörigen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass sie über das notwendige Wissen verfügen, um mit den komplexen Situationen umgehen zu können. Sie brauchen zudem Unterstützung und Entlastung, sonst besteht die Gefahr, dass sie krank werden. Idealerweise können sie sich mit ihren Sorgen und Fragen an eine einzige Kontaktperson wenden, die ihnen weiterhilft und sie über Angebote informiert. Sie dürfen nicht isoliert bleiben, sondern müssen integriert werden und Anerkennung für ihre Arbeit erhalten. Schliesslich ist auch die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege ein grosses Anliegen. Doch die Realität sieht anders aus: Eine ganzheitliche Begleitung der Angehörigen fehlt heute und von den offiziellen Leistungserbringern ist niemand dafür zuständig.

Demenzgerechte Angebote

Die veränderten Bedürfnisse erfordern spezifische Angebote: Spezialisierte Beratungs- und Informationsstellen, aber auch spezialisierte Tages- und Nachtstätten, die Möglichkeit für Kurzaufenthalte sowie andere Entlastungsangebote. Demenzgerechte Institutionen für stationäre Aufenthalte sind dann notwendig, wenn ein Aufenthalt zu Hause nicht mehr möglich oder gewünscht ist. Idealerweise sollten Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen die Möglichkeit haben, das ihren individuellen Bedürfnissen entsprechende Angebot auszuwählen. Doch die Realität sieht anders aus: Es gibt nicht genügend demenzspezifische Angebote, die Koordination fehlt und die Wahlmöglichkeiten sind beschränkt.

Ohne Demenzwissen geht es nicht

Im Umgang mit Demenzkranken ist spezifisches Wissen notwendig. Nicht nur Ärzte und Pflegende, sondern auch alle anderen Personen, die bei ihrer Berufsausübung mit demenzkranken Menschen zu tun haben, sollten über spezifisches Demenzwissen verfügen.

Doch die Realität sieht anders aus: Eine Definition für die Aus- und Weiterbildung fehlt, es bestehen keine allgemein anerkannten Best-Practice-Beispiele und keine allgemein anerkannten Standards.

«Take-home-message»

Demenz ist spezifisch: Sie betrifft Kranke und Angehörige gleichermaßen, hat einen langen Verlauf mit Auswirkungen auf alle Lebensbereiche, ist noch nicht heilbar und führt zu völliger Abhängigkeit. Demenz ist personalintensiv und daher mit hohen Kosten verbunden, und die Zahl der Kranken nimmt stark zu. Gerade deshalb braucht es eine nationale Strategie!

Handlungsbedarf und Optionen

Handlungsbedarf besteht in den Bereichen:

1. Früherkennung. > Erlass von Empfehlungen zur Diagnostik und Ausbildung der Hausärzt/innen und Hausärzte sowie Aufklärung der Öffentlichkeit.
2. Förderung des Case-Managements und der Koordination > Analyse der bestehenden Systeme und Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen.
3. Förderung des Demenzwissens > Definition von Standards und Ausbildungsmodellen.
4. Angebot von optimalen Leistungen zur Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Betreuung > Analyse der Bedürfnisse und Definition von Best-Practice-Beispielen

1 The £20 billion question: All Party Parliamentary Group (APPG) and the Alzheimer Society UK (2011)

«Der Dialog hat begonnen»

Im Anschluss an die Referate leitete Stefan Leutwyler, stellvertretender Zentralsekretär der GDK, eine Diskussion mit Gästen und Fachpersonen über den gesundheitspolitischen Handlungsbedarf. Pascal Strupler vertrat als Direktor das Bundesamt für Gesundheit, für die Kantone nahm Pierre-Yves Maillard, Staatsrat Kanton Waadt und Präsident der GDK, teil. Ruth Humbel, Nationalrätin Kanton Aargau, vertrat die Politik. Bettina Ramseier Rey, Vizepräsidentin Curaviva (Verband Heime und Institutionen Schweiz), und Ulrich E. Gut, Zentralpräsident der Schweizerischen Alzheimervereinigung sowie Andreas U. Monsch, Leiter der Memory Clinic im Universitätsspital Basel, vertraten die fachliche Sicht.

Leutwyler fasste zu Beginn die wichtigsten Aspekte aus den Referaten zusammen: Die Referentinnen und Referenten hatten gefordert, dass sowohl in der Politik als auch in der Versorgung angemessener auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen eingegangen werden sollte. Gesundheitspolitisch stehen insbesondere die neuen Möglichkeiten und Grenzen der Früherkennung und Diagnostik sowie die Überwindung von Hindernissen beim Zugang für alle zu angemessener und qualitätsgesicherter Behandlung und Betreuung zur Diskussion. Die institutionellen Angebote müssten differenzierter und durchlässiger konzipiert werden. Dies erfordere Anpassungen bei der Finanzierung. Die betreuenden Angehörigen, die den Sozialversicherungen wesentliche Kosten abnehmen, müssten mit Entlastungsangeboten und professioneller Anleitung besser unterstützt werden. Diese Forderungen wirken sich wiederum auf die Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Angehörigen verschiedener Berufsgattungen und von Bildungsinstitutionen aus.

Anforderungen an eine nationale Demenzstrategie

Im Hinblick auf die vielfältigen Herausforderungen wurde unter anderem über die Frage diskutiert, ob es eine nationale Demenzstrategie brauche. Sowohl die Voten der Podiumsteilnehmenden als auch des Plenums zeigten, dass Massnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für an Demenz erkrankte Menschen und für pflegende Angehörige notwendig sind. Es brauche deshalb einen Strick, an dem alle miteinander in die gleiche Richtung ziehen.

Diesbezüglich wurden Forderungen an den Bund laut. BAG-Direktor Strupler führte aus, dass es grosse Erwartungen sind, die an die Forschungs-, Sozial-, Gesundheits- und Finanzpolitik formuliert würden. Er betrachte es als Aufgabe des Bundes, an diesem Strick, der von den betroffenen Organisationen geflochten worden sei, mitzuziehen. Der Bund könne wohl eine Plattform schaffen, die es erlaube, die Probleme und die Lösungsansätze zu präzisieren, zu konkretisieren und zu gewichten. Nötig sei aber auch die «Überwindung» des Föderalismus, eine Zusammenarbeit von Bund und Kantonen, wie zum Beispiel bei der Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012. Hier gelte es, mögliche Synergien zu prüfen. Denn es träten immer wieder ähnliche übergeordnete Fragen zu Bildung und Forschung und zum Sozial- und Gesundheitswesen sowie zur Finanzierung auf, die sowohl die gleichen Akteure betreffen als auch analoge Vorgehensweisen verlangen würden. Kritische Stimmen aus dem Publikum wiesen darauf hin, dass Demenz eine spezifische Erkrankung sei und es daher eine spezifische nationale Strategie brauche.

Nationalrätin Humbel fasste zusammen, dass es zuerst eine eindeutige Klärung des Bedarfs brauche. Auch müssten die Aufgaben und Rollen zwischen Bund, Kantonen und privaten Organisationen definiert und abgegrenzt werden. Sie wies darauf hin, dass eine nationale Demenzstrategie nicht nur auf die Finanzierungsmodalitäten ausgerichtet sein dürfe. Auch Massnahmen zur Förderung der Forschung und der Früherkennung usw. müssten von Fachleuten erarbeitet werden. Der Bund solle in gewissen Bereichen die Führung übernehmen, angemessene Grundlagen schaffen und Anreize durchsetzen, wie zum Beispiel zur Erarbeitung von Behandlungsgrundsätzen bei an Demenz erkrankten Menschen.

Flexiblere Versorgungskonzepte sind gefragt

Neben der Frage nach der nationalen Strategie wurde auf dem Podium auch über den Handlungsbedarf im Bereich der Versorgung diskutiert. Aus den Referaten ging hervor, dass die Gesundheitsversorgung noch ungenügend auf die besonderen Bedürfnisse von demenzerkrankten Menschen und ihren Angehörigen ausgerichtet sei. Humbel war der Ansicht, dass die im Gesundheitswesen verfügbaren Mittel noch besser für die Patientinnen und Patienten nutzbar gemacht werden könnten. Die Früherkennung und die Behandlung der Demenzerkrankungen dürften nicht dem Zufall überlassen werden.

Als Beispiel einer guten ambulanten Gesundheitsversorgung führte Staatsrat Maillard den Kanton Waadt an. Hier wurde bereits vor einiger Zeit ein spezifischer «Demenzplan» erarbeitet. Grundlage bildete eine langfristig angelegte Strategie zur Förderung und Stärkung der Pflege zu Hause, die vor über 20 Jahren begonnen hatte. Dank dieser Strategie liegt die Anzahl der Pflegeheimplätze im Kanton Waadt ungefähr 30 Prozent unter dem landesweiten Durchschnitt.

Aus dem Publikum meldete sich Christoph Held, Leitender Arzt beim Stadtärztlichen Dienst Zürich und Heimarzt Pflegezentrum Erlenhof. Er sei ein Befürworter einer stationären Betreuung und sehe im Hinblick auf die demografische Entwicklung eine «Renaissance der Heime». Bettina Ramseier Rey, Curaviva, forderte, dass die beiden Versorgungsformen «ambulant» und «stationär» nicht gegeneinander ausgespielt werden dürften: «Wir müssen zusammenarbeiten». Es sei vielmehr nötig, Zwischenstrukturen wie zum Beispiel sogenannte Ferienbetten auszubauen.

Staatsrat Maillard wies darauf hin, dass auch Angehörige gezielter unterstützt werden müssten. Schliesslich würden sie in grossem Masse zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen beitragen. Auch Ulrich E. Gut, Zentralpräsident der Schweizerischen Alzheimervereinigung, war der Meinung, dass der Einsatz von finanziellen Ressourcen für die Unterstützung der Betreuung zu Hause gut investiertes Geld sei. Im Hinblick auf veränderte Familienstrukturen und den Wiedereinstieg der Frauen ins Erwerbsleben nach einer Kinderphase «müssen wir uns überlegen, wie der Anteil der Demenzkranken, die zu Hause leben können, bei landesweit 60 Prozent gehalten werden kann»

Innovationen fördern und sichern

Ulrich E. Gut führte aus, dass für Angehörige, die sich mit einem notwendig werdenden Heimeintritt befassen müssen, überprüfte Standards wichtig wären, anhand deren sie sich über die demenzspezifische Qualität und Kompetenz eines Heims informieren können. Auch im Bereich der Memory Kliniken wären, laut Andreas U. Monsch, Qualitätsstandards wichtig. Die Podiumsteilnehmenden waren sich einig, dass zudem die Forschung, insbesondere auch die Versorgungsforschung, gefördert werden müsse. Damit könnten Ziele zur Verbesserung des Zugangs, der Qualität sowie der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit erreicht werden.

Als Grundlage für eine wissenschaftsbasierte Versorgung müsste ein Diagnoseregister «Demenz» aufgebaut werden.

Im Bereich der Aus- und Weiterbildung seien ebenfalls Anstrengungen nötig. «Guter Wille allein reicht nicht aus», konstatierte Bettina Ramseier Rey. Curaviva biete deshalb eine spezifische interne Weiterbildung für alle Angestellten an. BAG-Direktor Strupler wies darauf hin, dass der Bund im Bereich der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten eine Rolle spielen könnte. Der Bund hat die Oberaufsicht über das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), dessen Grundlage das Medizinalberufegesetz (MedBG) ist.

Um Innovationen anzuregen, schlug Staatsrat Maillard vor, dass der Bund mit einem «Innovationsfonds» die Durchführung von gezielten Pilotprojekten der öffentlichen Gesundheit in den Kantonen unterstützen könnte.

Handlungsbedarf im Bereich der Finanzierung

Das dritte wichtige Thema an der Podiumsdiskussion betraf die Finanzierung von Dienstleistungen. Nationalrätin Humbel stellte fest, dass ein gewisses Spannungsfeld im föderalistischen System bestehen bleibe, solange die Schweiz kein Gesundheitsversorgungsgesetz habe. Denn der Bund kann nur über das Krankenversicherungsgesetz Einfluss nehmen. Mit der Pflegefinanzierung könne der Bund in die kantonalen Hoheiten eingreifen.

Monsch wies auf eine weitere Finanzierungslücke in den Memory-Kliniken hin. Hier arbeiten hauptsächlich Psychologinnen und Psychologen. Das Psychologieberufegesetz schaffe die Voraussetzung für qualitätsgesicherte Leistungen. Folglich müssten sie auch durch das Krankenversicherungsgesetz entschädigt werden. Nationalrätin Humbel wies darauf hin, dass das geplante Präventionsgesetz des Bundes neue Möglichkeiten eröffnen könnte, um die Finanzierung von Qualitätssicherung und von Koordinationsleistungen zugunsten der Früherkennung zu gewährleisten.

Leutwyler stellte weiter fest, dass bei der Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen auch Betreuungskosten entstünden, die nicht über die Pflegefinanzierung abgegolten werden könnten. Er stellte die Frage, ob dafür die Kantone die Verantwortung übernehmen müssen.

ten. Maillard antwortete, dass die Kantone viel leisten könnten. Der Bund könne Konzepte entwickeln und gezielte finanzielle Unterstützung bieten. Er schlug vor, auf der Tarifebene einen Tarif für Kurzaufenthalte («court séjour») einzuführen. Dies würde es für Pflegeheime attraktiver machen, die geforderten Zwischenstrukturen zu schaffen und Angehörigen eine Möglichkeit zur Entlastung zu bieten. Heute sind Langzeitpatientinnen und -patienten für die Heime kostengünstiger.

Den Dialog weiterführen

Auch wenn an der Tagung andere wichtige Themen – wie etwa die Möglichkeiten und Grenzen der Früherkennung – aus zeitlichen Gründen nicht diskutiert werden konnten, zogen die Podiumsteilnehmenden ein positives Fazit. «Der Auftakt für eine schweizerische Demenzstrategie ist gemacht», konstatierte Gut. Er sei zuversichtlich, dass der Dialog auf verschiedenen Ebenen weitergeführt werden könne. Monsch stellte fest, «dass in der Schweiz sowohl Kompetenz und Wille für eine optimale Diagnostik, Therapie und Forschung zum Thema Demenz vorhanden sind». Nun brauche es jedoch dringend eine «innere und äussere Verpflichtung» des Bundes, diese Kompetenzen zum Wohle der Bevölkerung einzusetzen und auszubauen.

Staatsrat Maillard wies zum Schluss darauf hin, dass die Nachfrage nach gezielten Massnahmen für Demenzerkrankungen in den meisten Kantonen erst bevorstehe. Er wünsche sich, dass Prozesse initiiert würden, damit Angehörige besser unterstützt und die Pflege zu Hause allgemein gefördert werde. «Es lohnt sich», meinte er.

BAG-Direktor Strupler bilanzierte, dass der Bund und die GDK sich mit dieser Tagung erhofft hätten, einen Beitrag zum Dialog zu leisten und einen Impuls in die Bemühungen der verschiedenen Organisationen zu bringen. Er verwies auf die Zusammenarbeit von Bund und Kantonen bei der Nationalen Strategie Palliative Care und meinte: «Das ist eine Lösung, die uns vorwärts bringt».

Regula Rička und Lea von Wartburg,
Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Anhang

Adressen

Prof. Dr. med. Panteleimon Giannakopoulos
Département de Santé Mentale et de Psychiatrie
Hôpitaux Universitaires de Genève
CH-1225 Genève
und
Département de Psychiatrie
Service de Psychiatrie de l'Age Avancé
Hospices-CHUV
CH-1008 Lausanne
Tél. +41 (0)22 305 50 01
Fax +41 (0)22 305 50 44
E-Mail: panteleimon.giannakopoulos@hcuge.ch

Dr. med. Christoph Held, FMH Psychiatrie
Leitender Arzt
Stadtärztlicher Dienst Zürich
Walchestrasse 33
CH-8006 Zürich
Tel. +41 (0)44 412 43 57
E-Mail: christoph.held@zuerich.ch
www.stadt-zuerich.ch > Gesundheits- und
Sozialdepartement

Eliane Kraft, lic. rer. oec.
Consultant
Ecoplan – Forschung und Beratung
in Wirtschaft und Politik
Thunstrasse 22
CH-3005 Bern
Tel. +41 (0)31 356 61 61
Fax +41 (0)31 356 61 60
E-Mail: kraft@ecoplan.ch
www.ecoplan.ch

Stefan Leutwyler, lic. phil, MPA
stv. Zentralsekretär
Schweizerische Konferenz der kantonalen
Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
Haus der Kantone
Postfach 684
CH-3000 Bern 7
Tel. +41 (0)31 356 20 20
E-Mail: stefan.leutwyler@gdk-cds.ch
www.gdk-cds.ch

Birgitta Martensson
Geschäftsleiterin
Schweizerische Alzheimervereinigung
Rue des Pêcheurs 8e
CH-1400 Yverdon-les-Bains
Tél. +41 (0)24 426 22 55
Fax +41 (0)24 426 21 67
E-Mail: birgitta.martensson@alz.ch
www.alz.ch

Prof. Dr. phil. Andreas U. Monsch
Leiter Memory Clinic
Akutgeriatrie
Universitätsspital Basel
Schanzenstrasse 55
CH-4031 Basel
Tel. +41 (0)61 265 31 93
Fax +41 (0)61 265 37 94
E-Mail: andreas.monsch@unibas.ch
www.memoryclinic.ch

Dr. Regula Rička, MPH
wissenschaftliche Mitarbeiterin
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Postfach
CH-3003 Bern
Tel. +41 (0)31 322 63 79
Fax +41 (0)31 322 34 37
E-Mail: regula.ricka@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch

Jean-François Steiert
Nationalrat
General-Guisan-Allee 12
CH-1700 Freiburg
E-Mail: jean-francois.steiert@parl.ch
www.jfsteiert.ch

Pascal Strupler, lic. iur., dipl. IDHEAP
Direktor
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Schwarzenburgstrasse 165
CH-3003 Bern
Tel. +41 (0)31 322 95 01
Fax +41 (0)31 324 90 33
E-Mail: pascal.strupler@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch

Deutsche Literatur

Held Christoph/Ermini-Fünfschilling Doris:
Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung,
Betreuung und Pflege für Menschen mit Alzheimer-
krankheit.
2. Auflage, Karger, 2006

Stoppe Gabriela (Hrsg.): Die Versorgung psychisch
kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und
Herausforderung für die Versorgungsforschung,
Report Versorgungsforschung Band 3.
Deutscher Ärzte-Verlag. Köln, 2010

Stoppe Gabriela: Alles über Alzheimer.
Antworten auf die wichtigsten Fragen, Kreuz Verlag,
Freiburg im Breisgau, 2010

Französische Literatur

Croisile Bernard: Guide 2010, La maladie
d'Alzheimer. Identifier, comprendre, accompagner.
Editions Larousse, Collection Poche, 2010

Held Christoph/Ermini-Fünfschilling Doris: Maladie
d'Alzheimer: accueillir la démence: Organisation
du cadre de vie, des services et des soins.
Médecine et Hygiène, 2010

Ménard Joël: Médecine de la mémoire, éditions
Solal, 426 pages, www.editions-solal.fr

Links

Parlamentarische Vorstösse in der Schweiz

Motion NR Steiert 09.3590 Motion
Steuerbarkeit der Demenzpolitik I. Grundlagen
www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20093509

Motion NR Wehrli 09.3510 Motion
Steuerbarkeit der Demenzpolitik II. Gemeinsame
Strategie von Bund und Kantonen
www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20093510

Alzheimer-Organisationen und Gesundheitsministerien

Schweizerische Alzheimervereinigung

Die Schweizerische Alzheimervereinigung wurde
1988 gegründet. Sie ist ein gemeinnütziger Verein mit
über 8200 Mitgliedern und rund 130 000 Gönnern.
www.alz.ch

Alzheimer Europe

Alzheimer Europe ist der Dachverband von
34 Alzheimer-Organisationen aus 30 Ländern.
Das Sekretariat befindet sich in Luxemburg.
www.alzheimer-europe.org

Union des associations France Alzheimer et des maladies apparentées

Créée en 1985, à l'initiative de familles de personnes
malades et de professionnels du secteur sanitaire
et social, France Alzheimer est aujourd'hui la seule
association nationale reconnue d'utilité publique dans
le domaine de la maladie d'Alzheimer et des maladies
apparentées, maladies qui touchent plus d'un million
de personnes en France.
www.francealzheimer.org

National Institute of Mental Health

Rockville MD, USA
The mission of NIMH is to transform the understand-
ing and treatment of mental illnesses through basic
and clinical research, paving the way for prevention,
recovery, and cure.
www.nimh.nih.gov/topics/topic-page-alzheimers-disease.shtml

Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, Deutschland
Informationen zu dementiellen Erkrankungen und
Aktivitäten des BMG
www.bmg.bund.de > [pflege](#) > [demenz](#)

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Paris, Frankreich
www.sante.gouv.fr
www.sante.gouv.fr > [Stichwort Alzheimer](#)

Ministero della Salute

Rom, Italien
www.salute.gov.it