



**CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS**

Département des finances, des institutions et de la santé
Service de la santé publique

Departement für Finanzen, Institutionen und Gesundheit
Dienststelle für Gesundheitswesen

Menschen mit Demenz

Eine Standortbestimmung im Wallis

Empfehlungen

September 2011

**Departement für Finanzen, Institutionen und
Gesundheit**

Dienststelle für Gesundheitswesen

Erarbeitung des Projekts:

Dr. S. Joray Projektkoordinatorin Dienststelle für Gesundheitswesen

In Zusammenarbeit mit:

Dr. G. Dupuis Kantonsarzt, Chef der Dienststelle für Gesundheitswesen
Herr Y. Martignoni Sektionschef Planung und Gesundheitswesen, Dienststelle für Gesundheitswesen
Frau S. Coppex-Gasche Gesundheitsschwester, Dienststelle für Gesundheitswesen
Frau M. Pfaffen Mitarbeiterin, Dienststelle für Gesundheitswesen

Arbeitsgruppe:

Dr. J. Charvat Chefarzt der Geriatrieabteilung des SZO, Gesundheitsnetz Wallis, GNW
Dr. A. Chiolero Epidemiologe, Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) und Universitätsinstitut für Sozial- und Präventivmedizin (IUMSP) Lausanne
Frau P. Coppex-Gasche Gesundheitsschwester, Dienststelle für Gesundheitswesen
Präsidentin Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie
Dr. M. Coutaz Chefarzt, Geriatrieabteilung CHC und Spital Martinach, GNW
Präsident der Walliser Sektion der Schweizerischen Alzheimervereinigung
Herr D. Germann Direktor, Sozialmedizinisches Zentrum der Region Siders
Dr. S. Joray Ärztin für Geriatrie, Demenzspezialistin, Projektkoordinatorin, Dienststelle für Gesundheitswesen, Altersberatung, APH La Providence, Le Châble und Projektleiterin der Memory-Klinik, CHUV - Lausanne
Dr. I. Justiniano Chefärztin, Abteilung Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Institutionen des Mittel- und Unterwallis, CHC, GNW
Dr. M.-H. Gauchat Facharzt für Allgemeinmedizin und Manuelle Medizin, Präsident des Walliser Ärzteverbands
Herr J.-S. Lugon Geschäftsleiter, Stiftung Pro Senectute Wallis
Herr Y. Martignoni Sektionschef Planung und Gesundheitswesen, Dienststelle für Gesundheitswesen
Herr F. Moos Generalsekretär der Walliser Vereinigung der SMZ
Dr. J. Morisod Chefarzt, Geriatrieabteilung CHC, Co-Leiter der Geriatrieabteilung des CHCVs, GNW
Herr R. Perez Direktor, APH Pierre-Olivier, Chamoson
Frau B. Ramseier-Rey Generalsekretärin, Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime (VWAP)
Frau V. Sarbach Koordinationspflegeschwester, Verbindungsstruktur zwischen den Institutionen (SCLII-KVSZI) Oberwallis
Dr. R. Waeber Chefarzt der Psychiatrieabteilung des SZO, GNW

Bei der Erarbeitung des Projekts mitwirkende Personen:

- *Schweizerische Alzheimervereinigung*: Frau B. Martensson, Geschäftsleiterin
- *Rotes Kreuz Wallis*: Frau R. Blanc, Verantwortliche Bildung, Frau C. Cipolla, Verantwortliche Entlastungsdienst für Angehörige
- *Tageszentrum Les Acacias, Martinach*: Frau M.-A. Sarrasin, Direktorin
- *APH Pflegedienstleiter- und leiterinnen*: Frau K. Kreuzer, Frau B. Kalbermatten, Frau M. Jörger, Frau M.-T. Albrecht, Herr B. Meichtry, Herr K. Hirschier, Herr J. Maeder, Frau M. Emery-Duc, Frau S. Meylan, Frau A. Zuber, Frau M. Tissières, Frau N. Pardo, Herr J. Richard, Herr J. Crettol, Frau A.-M. Jérôme-Pierre, Frau M. Carron, Frau J. Louange, Frau A. Terretaz, Frau C.-L. Lepourtois, Frau Y. Favre, Herr J.-J. Rochel, Frau F. Cochelin, Frau C. Zufferey, Herr A. Supersaxo (Direktion)
- *SMZ Pflegedienstleiter- und leiterinnen*: Frau H. Berchtold, Herr R. Bianchi, Frau M.-S. Moulin und ihre Mitarbeiterin Frau S. Constantin, Frau T. Gruber, Frau L. Jankovic, Herr H. Schnork, Frau D. Urben
- *Geriatrie*: Dr. M. Bruchez, Chefarzt Geriatrieabteilung und Memory-Klinik Siders, CHCVs, GNW, Präsident der Association des géiatres hospitaliers valaisans
- *Neurologie*: Prof. J. Ghika, Chefarzt der Neurologieabteilung, CHCVs, Spital Sitten, GNW und Belegarzt für Dementologie in der Neurologieabteilung des Universitätsspitals Lausanne
- *KVSZI-SCLII*: Frau A.-F. Merz, Koordinationspflegeschwester für das Unterwallis
- *Alterspsychiatrie und Psychotherapie*: Dr. G. Hausmann, stellvertretender Chefarzt des Dienstes für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, PZO/SZO, GNW
- *GNW*: Medizinische Direktion (Dr. Ph. Eckert), Departement für Innere Medizin (Prof. J.-M. Tschopp, Dr. P.-A. Petignat, Dr. P. Meier, Frau M.-C. Hug)

INHALT

A.	Zusammenfassung	6
B.	Einführung	9
B.1.	Demografischer Kontext – die Alterung der Bevölkerung	9
B.2.	Medizinischer Kontext – Demenzkrankheiten	10
B.3.	Politischer Kontext – das Postulat 2.141	11
C.	Die Demenzkrankheiten	12
C.1.	Der demenzkranke Mensch	12
C.1.1.	Klinische Symptome.....	12
C.1.2.	Auswirkungen für Gesellschaft und Familie.....	14
C.1.3.	Die unterschiedlichen Arten von Demenz.....	14
C.1.4.	Risikofaktoren und Prävention.....	15
C.1.5.	Multimorbidität.....	16
C.2.	Diagnose	16
C.2.1.	Früherkennung: Warum?.....	16
C.2.2.	Früherkennung: Wie?.....	18
C.2.3.	Das diagnostische Vorgehen.....	19
C.2.4.	Memory-Kliniken.....	20
C.3.	Behandlung und Betreuung	20
C.3.1.	Medikamentöse Behandlungen.....	20
C.3.2.	Nichtmedikamentöse Behandlungen.....	21
C.3.3.	Die Unterstützung des Umfeldes.....	21
C.3.4.	Psychotherapeutische Ansätze.....	22
C.3.5.	Kommunikation im Alltag.....	22
C.3.6.	Anpassungen der Umgebung.....	23
C.4.	Die ökonomischen Folgen von Demenzkrankheiten, In Zusammenarbeit mit B. Martensson, Geschäftsleiterin der Schweizerischen Alzheimervereinigung.	24
C.4.1.	Direkte und indirekte Kosten.....	24
C.4.2.	Die Datenlage weltweit.....	24
C.4.3.	Die Kosten der Demenz in der Schweiz.....	24
C.4.4.	Strategien zur Kosteneindämmung.....	25
D.	Epidemiologische Daten, In Zusammenarbeit mit Dr. A. Chiolero, Epidemiologe, SZO, Sitten und IUMSP, Lausanne	27
D.1.	Epidemiologie der Demenz in der Schweiz	27
D.2.	Epidemiologie der Demenz im Kanton Wallis	28
D.2.1.	Prävalenz der Demenz im Wallis.....	28
D.2.2.	Prävalenz der Demenz nach Gesundheitsregionen und Bezirken.....	29
D.2.3.	Entwicklung der Anzahl Demenzkranker im Wallis.....	30
D.3.	Das Problem der Erkennung von Demenz	31
E.	Alzheimerpläne	32
E.1.	Die Organisation «Alzheimer’s Disease International»	32
E.2.	Internationale Alzheimerpläne	32
E.3.	Die Situation in der Schweiz	34
E.3.1.	Konsensus Schweizer Experten.....	34
E.3.2.	Die Schweizerische Alzheimervereinigung.....	34
E.3.3.	Die Motionen Steiert und Wehrli. Die Interpellation Amherd.....	34

E.3.4.	Der Alzheimer-Aktionsplan des Kantons Waadt	35
F.	<i>Eine Standortbestimmung im Wallis</i>	36
F.1.	Die Schweizerische Alzheimervereinigung im Wallis, von Dr M. Coutaz.....	36
F.2.	Pro Senectute Wallis, von Herr J-P Lugon.....	37
F.3.	Das Rote Kreuz Wallis, von Frau R. Blanc und Frau C. Cipolla	39
F.4.	Die sozialmedizinischen Zentren des Wallis, von Herrn F. Moos und Herrn D. Germann	43
F.5.	Die Meinung der Pflegedienstleiter- und leiterinnen von SMZ, von Frau H. Berchtold, Herrn R. Bianchi, Frau M.-P. Moulin und ihrer Mitarbeiterin Frau S. Constantin, Frau T. Gruber, Frau L. Jankovic, Herrn H. Schnorhk und Frau D. Urben.....	48
F.6.	Das Tageszentrum les Acacias in Martinach, von Frau M.-A. Sarrasin.....	50
F.7.	Die Zwischenstrukturen, Gemäss dem Bericht des DFIG zur Planung der Langzeitpflege 2010-2015.....	53
F.8.	Die Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime (VWAP-AVALEMS), Von Frau B. Ramseier-Rey un Herrn R. Perez	54
F.9.	Die Meinung der Pflegedienstleiter und -leiterinnen von APH – von Frau P. Coppex-Gasche ⁵⁷	
F.10.	Die kantonale Verbindungsstruktur zwischen den Institutionen (KVSZI- SCLII), Von Frau V. Sarbach und Frau A.-F. Merz	61
F.11.	Der Walliser Ärzteverband (WAeV), von Dr.M.-H. Gauchat	63
F.12.	Die Geriatrieabteilungen der Klinik St-Amé und des Spitals von Martinach, von Dr. J. Morisod	66
F.13.	Die Geriatrieabteilung von Siders, Von Dr. M. Bruchez.....	68
F.14.	Die Geriatrieabteilung von Brig, von Dr. J. Charvat.....	72
F.15.	Der Dienst für Alterspsychiatrie und Psychotherapie für das Unterwallis, von Dr. I. Justiniano	74
F.16.	Der Dienst für Alterspsychiatrie und Psychotherapie für das Oberwallis, von Dr. R. Waeber und Dr. G. Hausmann	76
F.17.	Die Neurologieabteilung von Sitten, von Prof. J. Ghika.....	80
G.	<i>Empfehlungen</i>	82
G.1.	Die Bevölkerung informieren und Pflegende sensibilisieren.....	85
G.2.	Die Früherkennung und die Prävention verbessern.....	85
G.3.	Demenzkranke und ihr Umfeld unterstützen und informieren.....	86
G.4.	Eine ganzheitliche und evolutive Betreuung von Demenzkranken begünstigen.....	86
G.5.	Die Kommunikation und Koordination zwischen den Partnern verbessern.....	87
G.6.	Kompetenzzentren schaffen und die Forschung verstärken.....	87
G.7.	Die Ausbildung und Betreuung des Pflegepersonals fördern	88
G.8.	Die Spitex-Leistungen ausbauen.....	88
G.9.	Das Angebot an Zwischenstrukturen erhöhen.....	89
G.10.	Die Betreuung in APH anpassen.....	89

H.	Schlussfolgerung	90
I.	Abkürzungsverzeichnis	91
J.	Tabellenverzeichnis	92
K.	Referenzen	93

A. Zusammenfassung

Der Grossrat hat im Februar 2009 das Postulat 2.141 betreffend die Betreuung von Menschen mit Alzheimer oder anderen Demenzerkrankungen angenommen. Das Postulat verlangte die Erstellung eines Aktionsplan auf der Grundlage einer Standortbestimmung, des erkannten Bedarfs und Beispiele für angewandte Alzheimer- Pläne in den benachbarten Ländern.

Eine Arbeitsgruppe verfasste in Erfüllung des Postulats den vorliegenden Bericht mit einer Bestandesaufnahme und Empfehlungen. Der Bericht ist in einem partizipativem Prozess entstanden. Verschiedene Partner aus der Praxis, die in direktem Kontakt mit betroffenen Menschen stehen, wurden kontaktiert. Sie haben ihre Tätigkeiten beschrieben und gesagt, welche Weiterentwicklung sie im Wallis als nötig befinden. Diese Standortbestimmung und die formulierten Beobachtungen dienten der Arbeitsgruppe als Grundlage, um Empfehlungen auszuarbeiten.

Die ersten Kapitel des Berichts sind den Demenzerkrankungen im Allgemeinen gewidmet. Sie beschreiben die verschiedenen Symptome dieser Hirnerkrankung (fortschreitende Abnahme der kognitiven Fähigkeiten, Persönlichkeitswandel und Verlust der Selbständigkeit), sowie zur Verfügung stehenden Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Die grössten Auswirkungen dieser Krankheit auf individueller und familiärer aber auch auf sozialer und wirtschaftlicher Ebene werden erwähnt. Der Bericht enthält die schweizerischen und kantonalen epidemiologischen Daten, sowie nationale und internationale Alzheimer-Pläne. Die Standortbestimmung der Akteure, die sich um Menschen mit Demenzerkrankungen kümmern und die Darstellung ihrer Tätigkeit beziehungsweise ihrer persönlichen Empfehlungen bildet den Hauptteil des Berichts.

Auf dieser Grundlage wurden folgende 10 Empfehlungen formuliert. Dabei soll die Betreuung der Betroffenen verbessert werden, und einer vor dem Hintergrund der wachsenden Alterung der Bevölkerung wichtigsten Verursachern von funktioneller Abhängigkeit in unserem Kanton gemeistert werden.

1. Bevölkerung informieren und Pflegende sensibilisieren

Nur ein allgemeines Bewusstsein und ein besseres Verständnis der Demenzerkrankungen können den Fatalismus und die Stigmatisierung beseitigen, denen diese Krankheiten unterworfen sind. Die Walliser Alzheimervereinigung erhält einen Leistungsauftrag und die notwendigen Mittel, um die verschiedenen Bestandteile dieser Empfehlung zu koordinieren und zu verwirklichen.

2. Früherkennung und Prävention verbessern

Demenzranke beanspruchen nicht von sich aus Pflegeleistungen, da sie sich ihrer Schwierigkeiten nur teilweise oder gar nicht bewusst sind. Eine Verbesserung der Früherkennung ermöglicht den Betroffenen, die Krankheit besser zu verstehen und damit umzugehen, aber auch ihre Zukunft zu planen, solange sie noch dazu in der Lage sind. Die Erkennung einer Demenzerkrankung im Anfangsstadium ist der erste entscheidende Schritt für die Bereitstellung medizinischer und sozialer Unterstützung. Präventionsmassnahmen sind wichtig, um die Hirnfunktionen zu stärken und die Demenzkranken möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung zu behalten.

3. Demenzkranke und ihr Umfeld unterstützen und informieren

Die Walliser Fachleute erleben in ihrem Alltag die grossen Auswirkungen der Demenz für die Betroffenen, insbesondere auch für deren Umfeld. Von allen wird betont wie wichtig es ist, Massnahmen zu ergreifen, um Demenzkranke und Betreuende zu unterstützen und zu informieren.

4. Ganzheitliche und evolutive Betreuung von Demenzkranken begünstigen

Die verschiedenen Symptome, ihre Wandelbarkeit im Laufe der Zeit und ihre direkten Auswirkungen auf das Umfeld machen die Demenz zu einer sehr komplexen Krankheit. Die Begleitung muss sich im Laufe der Zeit wandeln, sie muss flexibel und kontinuierlich angelegt sein.

5. Kommunikation und Koordination zwischen den Partnern verbessern

Der Koordination zwischen den beteiligten Partnern ist sehr wichtig, um die Zersplitterung der Pflegeleistungen vermeiden. Die Verbesserung der Kommunikation, des Informationsaustausches ist sehr wichtig. Die Verbindungsstruktur KVSZI-SCLII scheint ihrem Auftrag gemäss am besten geeignet, diese Zielsetzungen zu erfüllen und soll in dieser Hinsicht verstärkt werden. Der Devise «die richtige Person zum richtigen Moment am richtigen Ort» kann Folgendes hinzugefügt werden: «die richtige Information im richtigen Moment durch die richtige Person und/oder Struktur».

6. Kompetenzzentren schaffen und die Forschung verstärken

Die Memory-Kliniken müssen verstärkt und zu interdisziplinären Kompetenzzentren umstrukturiert werden. Die Frage stellt sich, ob eine einzige kantonale Referenzklinik oder mehrere Kliniken aufgebaut werden sollte. Auf dem Gebiet der Demenzkrankheiten müssen mehrere Forschungsrichtungen entstehen, und sie müssen auch mehr Ressourcen erhalten.

7. Ausbildung und Betreuung des Pflegepersonals fördern

Die Partner haben den wichtigen Aspekt der Ausbildung betont, die alle involvierten Fachpersonen erreicht und die verstärkt werden muss. Für das Pflegepersonal muss ein Begleitangebot geschaffen werden, das von Fachpersonen mit spezifischen Kompetenzen sichergestellt wird. Dieses Angebot ist für alle Berufsgruppen wichtig, insbesondere aber für das Personal von APH, das täglich und langfristig mit Demenzkranken in Kontakt ist, die sich oft im fortgeschrittenen Stadium befinden. Es müssen Strategien erarbeitet werden, um mehr Fachleute auszubilden und diese Fachbereiche attraktiver zu machen.

8. Spitex- Leistungen ausbauen

Die Leistungen der SMZ und insbesondere ihre Koordinations- und Informationsrolle müssen fortgeführt werden. Die Kompetenzen der im Bereich der Demenzkrankheiten tätigen Teams müssen verstärkt werden.

9. Das Angebot an Zwischenstrukturen erhöhen

Die verschiedenen Zwischenstrukturen müssen an Demenzkranke angepasst werden und über die entsprechenden Fachkompetenzen verfügen. Alle Demenzkranken sollten davon profitieren können, unabhängig von ihrem Wohnort oder ihren finanziellen Mitteln.

10. Betreuung in APH anpassen

Die APH sind mit einer steigenden Anzahl von Bewohnern mit Demenz konfrontiert. Um den Bewohnern qualitativ hochstehende Leistungen zu bieten und auf die Entwicklung ihrer Bedürfnisse je nach Krankheitsstadium (insbesondere bei Verhaltensstörungen) einzugehen, müssen die angebotenen Aktivitäten und die Pflege angepasst werden ebenso wie die Räumlichkeiten und die baulichen Voraussetzungen.

B. Einführung

Das allgemeine Bewusstsein für die Bedeutung der Alzheimerkrankheit in unserer Gesellschaft, die demografische Alterung und politischen Impulse bilden die Ausgangslage für die Erarbeitung dieses Projektes. Das vorliegende Dokument ist ein erster Schritt einer allgemeinen Überlegung, die es anzustellen gilt, um Mittel und Wege für eine bestmögliche Erfüllung der Herausforderungen zu finden, die sich bei der Begleitung und Pflege von Demenzkranken (Alzheimerkrankheit und verwandte Krankheiten) stellen.

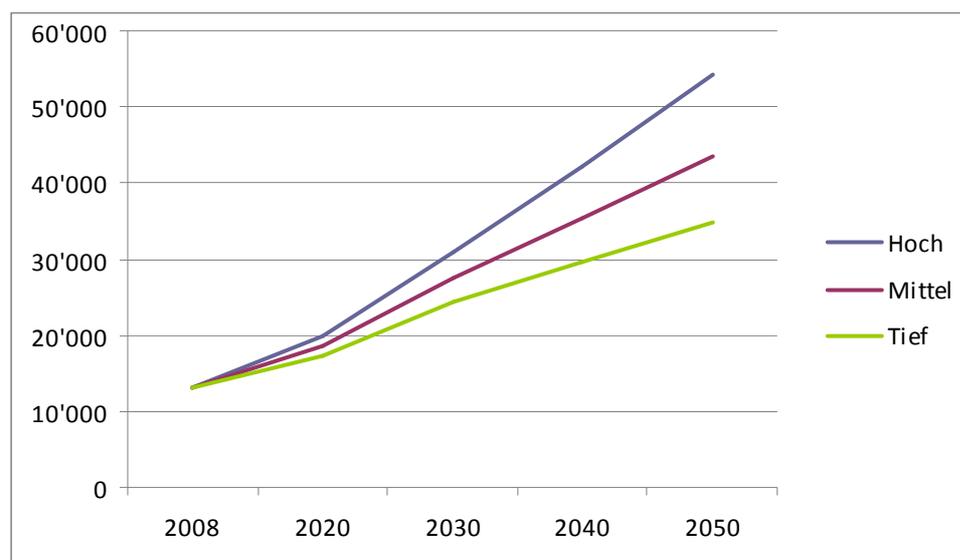
Dieses Dokument präsentiert in Zusammenarbeit mit externen Beteiligten, die in direktem Kontakt zu Demenzkranken stehen (Arbeitsgruppe, AG), die Arbeit von Partnern der Dienststelle für Gesundheitswesen (DGW). Das Ziel dieses Projektes war es, das im Kanton Wallis bestehende Angebot an Strukturen für Menschen mit Demenz zu untersuchen. Es ging auch darum, Bedürfnisse und Lücken zu evaluieren sowie Empfehlungen und Handlungsprioritäten zu erarbeiten, die eine bessere Übereinstimmung des Angebots mit den Bedürfnissen anstreben. Um diese Zielsetzungen zu erfüllen, haben alle Mitglieder der AG ihre jeweiligen Tätigkeiten beschrieben (Kapitel E, Eine Standortbestimmung im Wallis). Als auf Demenzkrankheiten spezialisierte Partner haben sie ihre Meinung zu den ihrer Ansicht nach notwendigen Entwicklungen im Wallis abgegeben. Die AG hat zudem sämtliche Akteure erfasst, die im Kanton mit Demenzkranken in Kontakt sind. Es fanden zahlreiche Begegnungen statt zwischen den Mitgliedern der AG sowie mit weiteren involvierten Persönlichkeiten und Einrichtungen. Parallel dazu wurde eine Auswahl in der Literatur erschienener Artikel erstellt. Es ging darum, die neuesten Informationen zum Thema und zur Entwicklung ähnlicher Projekte in anderen Kantonen, auf nationaler und internationaler Ebene zusammenzustellen.

B.1. Demografischer Kontext – die Alterung der Bevölkerung

In der Schweiz verzeichnet man wie überall in Europa eine demografische Alterung, die in Zusammenhang mit der längeren Lebenserwartung und der gesunkenen Geburtenrate (Ref. BFS) steht. Die Anzahl älterer Menschen steigt sowohl in absoluten Zahlen als auch im Verhältnis zur aktiven Bevölkerung. In der Schweiz dürfte der Anteil der über 65-Jährigen in der Gesamtbevölkerung von heute 15% auf mehr als 25% im Jahr 2050 ansteigen. In der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen wird der Anteil der Hochbetagten (80 Jahre und mehr) am meisten zunehmen. Im Wallis wird die Anzahl der über 80-Jährigen von 13'000 im Jahr 2008 auf 27'500 im Jahr 2030 und auf 44'000 im Jahr 2050 ansteigen (Tabelle 1). Diese Altersgruppe, die heute 4% unserer Gesamtbevölkerung ausmacht, wird 2030 auf 8% und 2050 auf 13% ansteigen.

Da die Häufigkeit chronischer Pathologien mit dem Alter stark zunimmt, ist diese Bevölkerungsalterung mit einer Zunahme der Anzahl Menschen verbunden, die an der Alzheimerkrankheit und verwandten Krankheiten leiden, die eine der Hauptursachen der Pflegebedürftigkeit im fortgeschrittenen Alter sind.

Tabelle 1. Anzahl der über 80-Jährigen im Kanton Wallis von 2008 bis 2050.



In drei Farben die Bevölkerungszahlen heute und gemäss drei demografischen Szenarien des Bundesamtes für Statistik (BFS). Das Szenario «hoch» basiert auf den günstigsten Annahmen für das demografische Wachstum, das Szenario «tief» auf weniger günstigen Annahmen. Als Referenz gilt das Szenario «mittel».

Tabelle 2. Anzahl der über 80-Jährigen im Wallis von 2008 bis 2050 gemäss den drei Szenarien des BFS. Die relative Bevölkerungszunahme im Vergleich zu 2008.

	2008	2020	2030	2040	2050
N					
Haut	13'047	19'912	30'954	42'261	54'165
Moyen	13'047	18'604	27'556	35'480	43'605
Bas	13'047	17'319	24'335	29'613	34'719
Augmentation relative					
Haut	0%	53%	137%	224%	315%
Moyen	0%	43%	111%	172%	234%
Bas	0%	33%	87%	127%	166%

B.2. Medizinischer Kontext – Demenzkrankheiten

Demenzkrankheiten sind chronische, fortschreitende Erkrankungen des Gehirns, von denen hauptsächlich betagte Menschen betroffen sind. Sie beeinträchtigen das geistige Leistungsvermögen und verändern das Verhalten und sogar die Persönlichkeit des Erkrankten. Dieser verliert progressiv sein Gedächtnis-, Kommunikations- und Urteilsvermögen, kann sein Eigentum und seinen Alltag nicht mehr verwalten und sich auch nicht mehr um sich selbst kümmern. Dies hat schwerwiegende Folgen für den Patienten, ist aber auch eine sehr grosse Belastung für sein Umfeld und unser Pflegesystem. Es entstehen

bedeutende direkte und indirekte Kosten, wie dies eine vor kurzem in der Zeitschrift «Swiss Medical Weekly» (Ref. Kraft) veröffentlichte Studie zeigt. Angesichts der Alterung der Bevölkerung werden sich die Konsequenzen dieser Krankheiten in den kommenden Jahrzehnten verstärken.

Die Früherkennung von Demenzerkrankungen, der Aufbau einer umfassenden Betreuung der Betroffenen, damit sie möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können, die Unterstützung und Orientierung der Familien sowie der Umgang mit Verhaltensstörungen im fortgeschrittenen Stadium sind angesichts dieser schwer behindernden Krankheiten essenzielle Strategien.

B.3. Politischer Kontext – das Postulat 2.141

Der Grosse Rat hat im Februar 2009 das Postulat 2.141 betreffend die Betreuung von Personen, die unter Alzheimer oder anderen Demenzerkrankungen leiden, angenommen. Dieses Postulat fordert die Erstellung eines Aktionsplans auf der Grundlage einer Standortbestimmung, der festgestellten Bedürfnisse und der Beispiele von Alzheimerplänen, die in Nachbarländern zur Anwendung kommen.

Infolge der vom BFS nach oben korrigierten Bevölkerungsentwicklung hat der Staatsrat am 24. März 2010 eine neue Planung der Langzeitpflege verabschiedet. Sie strebt eine starke Entwicklung von Leistungen an, welche die Möglichkeit für einen Verbleib zu Hause (Spitex, Betreuung in Tages- oder Nachtstrukturen, Kurzaufenthaltsbetten in APH) begünstigen, sowie eine Anpassung der Anzahl Langzeitbetten in APH an die neuen Bevölkerungszahlen.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes, die am 1. Januar 2011 in Kraft tritt, wird eine Anpassung der Walliser Gesetzgebung erfordern. Der Grosse Rat hat am 5. Mai 2010 ein dringliches Dekret zur Finanzierung der Langzeitpflege verabschiedet. Es beschränkt sich auf eine Anpassung der kantonalen Gesetzgebung an das neue Bundesgesetz. Es wird in der Folge durch ein Gesetz zur Langzeitpflege ersetzt werden müssen, das parallel zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden (NFA II) entwickelt wird. Ein Vorprojekt befindet sich in Bearbeitung.

Der Nationalrat hat am 16. Juni 2010 eine Gesetzesvorlage zu einem integrierten Versorgungsnetz (Managed Care) angenommen, die mehrheitsfähig scheint. Diese Gesetzesvorlage wird insbesondere vom Berufsverband der Hausärzte Schweiz und der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) unterstützt. Modelle der integrierten Versorgung werden in der Schweiz seit 20 Jahren entwickelt und 50% Hausärzte sind ihnen angeschlossen, allerdings ausschliesslich in der Deutschschweiz. Es ist zu erwarten, dass diese integrierten Versorgungsnetze in Zukunft auch im Wallis implementiert werden. Sie könnten eine Optimierung der Behandlungsqualität ermöglichen sowie die Sicherheit der Pflege und eine Erhöhung der Kosteneffizienz garantieren, insbesondere für Fälle komplexer chronischer Krankheiten und Patienten, die eine Langzeitpflege benötigen.

C. Die Demenzkrankheiten

C.1. Der demenzkranke Mensch

Demenzkrankheiten greifen das Gehirn an, entwickeln sich im Allgemeinen progressiv und äussern sich durch kognitive Symptome und Verhaltensveränderungen. Sie treten bei älteren Menschen auf, insbesondere bei über 80-Jährigen. Sie führen zu einem Autonomieverlust der Betroffenen, die in den fortgeschrittenen Stadien der Krankheit für die einfachen Dinge des Alltags vollständig auf Hilfe angewiesen sind.

«Möglichst lange zu Hause leben können» ist der Wunsch älterer Menschen und ihres Umfeldes, und das trotz der Krankheit. Heute leben in der Schweiz schätzungsweise etwa 60% der Menschen mit Demenz zu Hause gegenüber 40% in Alters- und Pflegeheimen (APH). Von den zu Hause lebenden Kranken leben ein Drittel allein und zwei Drittel mit Angehörigen zusammen. Man schätzt, dass etwa 50% der Demenzkranken in der Schweiz sich im mittleren Stadium der Krankheit befinden, 40% im frühen und 10% im späten Stadium (Ref. Schweizerische Alzheimervereinigung, Alz-CH). Dies entspricht etwa 3'800 bis 4'800 Personen im Wallis, wovon 1'250 bis 1'600 alleine und 2'500 bis 3'200 mit Angehörigen zusammen leben.

C.1.1. Klinische Symptome

Pflegebedürftigkeit und Lebensjahre. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1996 und 2004 einen Bericht (The World Health Organization's Global Burden of Disease, GBD) zu den relativen Auswirkungen einzelner Krankheiten weltweit herausgebracht (Ref. Weltzheimerbericht). Der Hauptindikator sind die sogenannten «behinderungsbereinigten Lebensjahre» (Disability free adjusted Life Years, DALY), ein Mass, mit dem die krankheitsbedingte Belastung als Summe der «mit Einschränkung gelebten Jahre» (Years Lived with Disability, YLD) und der «verlorenen Lebensjahre» (Years of Life Lost, YLL) berechnet wird. DALY drückt somit die Auswirkungen der Krankheit in quantitativer (frühzeitige Sterblichkeit) und qualitativer Hinsicht (Pflegebedürftigkeit oder Behinderung) aus. Diese Werte werden dann auf die Anzahl der von der Krankheit betroffenen Menschen übertragen, womit die globale und regionale Auswirkung der Krankheit eingeschätzt werden kann. Die drei Hauptursachen, die zu mit Einschränkung gelebten Jahren (YLD) bei älteren Menschen beitragen, sind schlechte Sehkraft (21,5% = Prozentanteil der Gesamtheit der YLD bei chronischen Krankheiten), Demenz (11,9%) und Schwerhörigkeit (10,6%). Diese drei Ursachen belegen hingegen nur die Ränge 12, 8 beziehungsweise 13 bei den Todesursachen (YLL). Die drei wichtigsten Krankheiten, die zu einer Verminderung der Lebensjahre führen, sind Herzerkrankungen (32,9%), Krebs (22,5%) und Schlaganfall (17,8%), welche die Ränge 8, 9 und 4 der behindernden Krankheiten belegen.

Einem breiten Konsens zum GBD-Bericht der WHO zufolge wurde die durch Demenz verursachte Pflegebedürftigkeit im Vergleich zu anderen Krankheiten als am **bedeutendsten** anerkannt, abgesehen von schweren Entwicklungskrankheiten.

Kognition. Für kognitive Symptome typisch sind progressive Schwierigkeiten im Bereich der intellektuellen Funktionen, der sogenannten kognitiven Felder (Tabelle 3). Eine genaue Abklärung der kognitiven Leistungen einer Person erfolgt mittels einer neuropsychologischen Untersuchung.

Tabelle 3. Von der Alzheimerkrankheit und anderen Demenzen betroffene kognitive Felder

Aufmerksamkeit	Wichtiger Mechanismus der Denkfunktion eines Individuums. Fähigkeit, ein Ereignis oder einen Gedanken auszuwählen und sie im Bewusstsein zu behalten.
Gedächtnis	Es bestehen mehrere Gedächtnisformen. <i>Kurzzeitgedächtnis:</i> aufgrund der Zeit und Anzahl Informationen, die behalten werden können, beschränkt. <i>Arbeitsgedächtnis:</i> Fähigkeit, das Gedächtnis kurzzeitig zu beeinflussen, indem zum Beispiel Telefonnummern in umgekehrter Reihenfolge genannt werden. <i>Episodisches Gedächtnis:</i> System zur Speicherung von Informationen in einem zeitlichen und örtlichen Kontext (was haben Sie gestern zu Mittag gegessen?). <i>Semantisches Gedächtnis:</i> das Gedächtnis einer Kulturgemeinschaft (Sitten ist die Kantonshauptstadt des Wallis).
Orientierung	Fähigkeit, sich an einem bestimmten Ort und in der Zeit orientieren zu können.
Sprache	Bei demenzkranken Menschen verarmt der spontane sprachliche Ausdruck, er wird vage und enthält oft stereotype Wendungen. Das Verständnisvermögen, die Lese- und Schreibfähigkeit sind beeinträchtigt und verschwinden mit der Zeit.
Rechnen	Wird progressiv beeinträchtigt und verschwindet mit der Zeit.
Praxie	Die Alzheimerkrankheit beinhaltet den Verlust der Fähigkeit zu zielgerichtetem Handeln, obwohl die motorischen Funktionen nicht betroffen sind. Beeinträchtigung beim Ausführen von Handlungen wie Zähneputzen oder Kämmen. Unfähigkeit, eine Handlungskette durchzuführen wie einen Brief in einen Umschlag stecken oder mit einem Streichholz eine Kerze anzünden.
Gnosie	Wiedererkennung von Gegenständen, Personen und Orten.
Exekutive Funktionen	Unter diesem Begriff werden mehrere Funktionen zusammengefasst: Aneinanderreihung motorischer Sequenzen, Fähigkeit abwechselnder Strategien, Hemmschwelle. Problemlösung, Konzeptualisierung, Planung von Aktivitäten. Abstraktions- und Urteilsvermögen.
Nosognosie	Wahrnehmung der eigenen Defizite.

Verhalten und affektive Aspekte. Verhaltensbezogene und psychologische Symptome (behavioural and psychological symptoms, BPSD auf Englisch) sind oft diejenigen Symptome einer Demenz, welche die Familie des Patienten und das Pflegepersonal am stärksten belasten. Die Lebensqualität des Umfeldes ist beeinträchtigt und diese Symptome sind oft für eine Institutionalisierung (Heimeintritt) ausschlaggebend. Verhaltensstörungen umfassen namentlich: Bewegungsdrang, Aggressivität, Umherirren, sozialer Rückzug und Apathie, aber auch Enthemmung und der Verlust von Anstandsregeln. Unter affektiven oder psychologischen Störungen versteht man Angstzustände, Depression, Halluzinationen und Wahnvorstellungen. Diese Störungen können schon zu Beginn der Krankheit auftreten, doch äussern sie sich hauptsächlich in den fortgeschrittenen Stadien. Sie treten bei einer Person im Laufe der Zeit oft gemeinsam und variabel auf. Verhaltensbezogene, affektive Symptome bei Demenz stehen nicht nur mit der Gehirnerkrankung in Zusammenhang. Die frühere Persönlichkeit, der Lebensverlauf und die Beziehungen zur aktuellen Umwelt sind ebenfalls entscheidende Faktoren.

C.1.2. Auswirkungen für Gesellschaft und Familie

Kognitive Symptome und der Verlust der Selbständigkeit führen dazu, dass das Umfeld von Demenzkranken eine wichtige Stellung einnimmt. Frauen sind unter den Betreuenden in der Überzahl, allen voran Gattinnen und an zweiter Stelle Töchter. In den Frühstadien der Krankheit erfolgt die Hilfe punktuell. In den mittleren und späteren Stadien der Krankheit ist tägliche Hilfe, manchmal auch rund um die Uhr notwendig. Allein lebende Personen benötigen im Krankheitsverlauf viel früher Hilfe von aussen als Personen, die mit einem Angehörigen leben. Die Betreuenden müssen die Schwierigkeiten des erkrankten Verwandten ausgleichen, was eine grosse Belastung darstellt, einige Autoren sprechen von einer Last. Verhaltensstörungen erhöhen die Schwierigkeiten und sind die wichtigste Ursache dieser Last. Ihre Unvorhersehbarkeit (Aggressivität, Verschwinden), die Apathie und der soziale Rückzug, aber auch Verhaltensweisen, die eine ständige Überwachung erfordern (zum Beispiel bei Schlafstörungen), sind für die Betreuenden besonders aufreibend. Zudem findet ihr Engagement aufgrund des Wesens der Krankheit keine Anerkennung beim Kranken. Die Beziehung beruht nicht mehr auf Gegenseitigkeit. Und schliesslich sind die Betreuenden trotz all ihrer Bemühungen mit der unausweichlichen Verschlimmerung der Krankheit konfrontiert.

All dies hat schwerwiegende Folgen für die physische und psychische Gesundheit der Betreuenden. Sie sind auch sozialer Art mit negativen Auswirkungen auf die Freizeitaktivitäten, familiäre Beziehungen und das Berufsleben. Man kann davon ausgehen, dass die vom Umfeld ertragene Last ein wichtiger Faktor bei der Entscheidung über einen Heimeintritt ist. Die Erschöpfung der Betreuenden ist häufig ein Krisenfaktor und auch der Grund für einen Zusammenbruch und die notfallmässige Inanspruchnahme von Gesundheitsfachleuten. Umgekehrt hat die Ermüdung der Betreuenden auch Auswirkungen auf den Zustand des Patienten und führt zu einer Erhöhung der Schwere und Häufigkeit der Verhaltensstörungen.

Bevölkerungsprognosen zufolge wird in den kommenden Jahren nicht nur die Anzahl alter und betagter Menschen zunehmen, sondern auch diejenige junger Menschen abnehmen (Ref. BFS). Mit der Folge, dass es weniger Betreuende, aber auch weniger beruflich aktive Personen gibt. Die notwendige Anzahl qualifizierter Gesundheitsfachleute wird derzeit mit Mühe und Not erreicht, was in Zukunft zweifelsohne nicht mehr der Fall sein wird (Ref. OBSAN).

C.1.3. Die unterschiedlichen Arten von Demenz

Demenz macht einen grossen Teil der Gehirnerkrankungen aus. Sie betrifft im Allgemeinen alte Menschen, es gibt aber auch seltene Fälle von Personen, die unter 65 Jahren daran erkranken. Die Alzheimerkrankheit (etwa 60% der Demenzfälle), die vaskuläre Demenz (etwa 10-15%), die Lewy-Körper-Demenz (etwa 20%) und die frontotemporale Demenz (etwa 5-10%) sind die häufigsten Demenzkrankheiten. Obwohl die wichtigsten Symptome der unterschiedlichen Formen von Demenz ziemlich identisch sind (kognitive Störungen und Verhaltensstörungen), bestehen bedeutende Unterschiede. Diese äussern sich in der Erscheinungsform der Symptome, der Entwicklung der verschiedenen Krankheitsbilder und ihrer Behandlung. Wahrscheinlich handelt es sich oft um Mischformen, das heisst, dass mehrere pathologische Prozesse gleichzeitig erfolgen (Ref. Jellinger), insbesondere bei Hochbetagten. Die Art der Demenz festzustellen ist äusserst wichtig, denn Betreuung, spezifische Behandlung und Prognose variieren je nach Krankheitsbild.

Die Veränderungen des Gehirns in Zusammenhang mit der Alzheimerkrankheit beginnen zahlreiche Jahre (20 bis 30 Jahre) vor der Entwicklung klinischer Symptome. Man spricht von Demenz, wenn die Krankheitssymptome einer Person eine signifikante Minderung ihrer Fähigkeit verursachen, Routinehandlungen des Alltags auszuführen. Es wurden folglich Kriterien für die Frühstadien von Demenzkrankheiten erstellt – «Mild Cognitive Impairment (MCI)» oder «Leichte kognitive Beeinträchtigung (LKB)» auf Deutsch. Wird die Krankheit in einem frühen Stadium diagnostiziert, können Präventionsmassnahmen ergriffen werden, um ihr Fortschreiten zu verlangsamen. Eine interessante Tatsache ist, dass ein bestimmter Anteil Personen, die unter schweren Hirnläsionen leiden wie sie für die Alzheimerkrankheit typisch sind, keinerlei klinische Zeichen aufweisen. Diese Feststellung bedeutet, dass nicht alle der Krankheit gegenüber gleichgestellt sind; daher auch der Begriff der kognitiven Reserve, die durch Präventionsmassnahmen gestärkt werden könnte.

Es gibt auch andere Stoffwechselprozesse im Gehirn, die zu den denselben klinischen Symptomen wie Demenzkrankheiten führen und/oder sie verschlimmern können und systematisch erforscht werden müssen, da sie behandelbar sind. Es handelt sich namentlich um Neoplasien, Hirninfektionen, subdurale Hämatom, Normaldruckhydrozephalus, Störungen der Schilddrüsenfunktion, Hyperkalzämie, einige Formen von Vitaminmangel, Toxika wie Alkohol oder aber Depressionen. Zahlreiche Medikamente können zu Gedächtnisstörungen und einer Schwächung der kognitiven Leistungen (anticholinergische Behandlungen, Benzodiazepine) führen. Sie müssen vor allem bei älteren Menschen vermieden werden.

C.1.4. Risikofaktoren und Prävention

Für die Alzheimerkrankheit mit spätem Beginn konnten umweltbedingte und genetische Risikofaktoren ermittelt werden. Es gibt einen genetischen Polymorphismus, das Allel e4 des Apolipoproteins E, welches das Risiko, an Alzheimer zu erkranken, erhöht. Es bestehen aber auch Zusammenhänge zwischen dem Bildungsniveau, Depression, Hirntrauma und der Alzheimerkrankheit. Bei der vaskulären Demenz spielen kardiovaskuläre Risikofaktoren (erhöhter Blutdruck, Rauchen, Diabetes und Hypercholesterolemie) eine Rolle, die auch für die Alzheimerkrankheit bedeutend sind. Die Verwendung von Medikamenten, die diese kardiovaskulären Faktoren kontrollieren, hat hingegen keine Verminderung der Inzidenz von Demenz gezeigt. Die Prävention von Demenzkrankheiten ist ein realistisches Anliegen, doch kann im Augenblick noch kein Medikament empfohlen werden. Massnahmen für einen gesunden Lebenswandel durch gute Ernährung, körperliche Betätigung, soziale und das Gehirn stimulierende Aktivitäten haben jedoch ihre Wirkung gezeigt, mit einer Verminderung des Demenzrisikos, und müssen deshalb gefördert werden.

ALZHEIMER-PRÄVENTION

SO HALTEN SIE IHR GEHIRN FIT

- **Gesund essen**
- **Das Gehirn trainieren**
- **Sich regelmässig bewegen**
- **Der Gesundheit Sorge tragen**
- **Das Sozialleben pflegen**

C.1.5. Multimorbidität

Demenzkrankheiten betreffen im Allgemeinen betagte oder hochbetagte Menschen. In dieser Altersgruppe beobachtet man eine starke Zunahme der Multimorbidität (Ref. OBSAN). Das heisst, Demenzkranke leiden oft auch noch unter einer oder mehreren anderen chronischen Krankheiten. Zu erwähnen wäre noch, dass nicht nur Demenz zur Pflegebedürftigkeit führt, denn je mehr chronische Krankheiten eine Person aufweist, umso mehr steigt auch ihr Risiko, pflegebedürftig zu werden. Diese Elemente werden in diesem Bericht nicht eingehend behandelt, sie verdeutlichen aber die Komplexität der Betreuung alter, in ihrer Gesundheit angeschlagener Menschen und die Notwendigkeit einer ganzheitlichen medizinischen Betreuung, die auf das Individuum ausgerichtet ist. Die Prävention der Pflegebedürftigkeit ist ein komplexes Verfahren, das Massnahmen zur lebenslangen Gesundheitsförderung in Verbindung mit geeigneten Betreuungsstrukturen erfordert.

Der Verwirrtheitszustand ist ein bei alten Menschen häufiger ärztlicher Befund, insbesondere bei Demenzkranken. Bei diesen zeigt sich die Verwirrtheit in Form einer Verschlimmerung bereits bestehender kognitiver Störungen und im Auftauchen neuer Verhaltensstörungen. Der Verwirrtheitszustand ist vorübergehend und steht mit einer körperlichen Begleiterkrankung (Infektion, Fieberzustand oder sogar Dehydratation) oder der Einnahme bestimmter Medikamente in Zusammenhang. Es ist wichtig, einen Verwirrtheitszustand festzustellen, denn er darf nicht als natürliche Entwicklung einer Demenz betrachtet werden. Zudem kann durch eine geeignete Betreuung eine Verbesserung der Symptome herbeigeführt werden.

C.2. Diagnose

C.2.1. Früherkennung: Warum?

Es bestehen noch zahlreiche Hindernisse bei der Früherkennung von Demenzkrankheiten. Auf Seiten der Betroffenen und ihrer Angehörigen beobachtet man oft eine Negierung der Defizite. Beim Patienten ist diese Negierung manchmal Ausdruck einer kognitiven Störung (Anosognosie, siehe Tabelle 3). Manchmal, insbesondere bei den Angehörigen, lässt sich diese Negierung durch eine stigmatisierende Haltung angesichts der Diagnose erklären, da Demenz noch häufig als eine «beschämende» Krankheit gilt. Andererseits werden anfängliche Gedächtnisstörungen oft banalisiert und der normalen Alterung zugeschrieben. Diese Einschätzung wird manchmal auch von Gesundheitsfachleuten geteilt, für die eine Früherkennung noch nicht zur Gewohnheit geworden ist, denn es ist schwierig, «normales» Vergessen von den Gedächtnisstörungen einer beginnenden Demenz zu unterscheiden. Schliesslich besteht noch allzu oft das Gefühl, dass die Früherkennung und Diagnose einer Demenz unnütz seien, da noch keine Heilbehandlung verfügbar ist. Doch:

- I. Eine Früherkennung erlaubt in erster Linie, Betroffenen ihre Krankheit zu erklären, sie psychologisch zu unterstützen und mit ihnen eventuelle Hilfsbedürfnisse abzuklären, sie darin zu unterstützen, Hilfe zu akzeptieren, wenn diese notwendig ist, und mit ihnen gemeinsam schrittweise künftige Bedürfnisse abzuschätzen.
- II. Eine Früherkennung gibt Betroffenen die Möglichkeit, ihre Wünsche für die Zukunft auszudrücken. Sie können Entscheidungen treffen, solange sie noch dazu in der Lage

sind (Patientenverfügung). Diese Entscheidungen können rechtliche Aspekte und das Erbe betreffen, aber auch die in Zukunft gewünschte Behandlung. Die Betroffenen können ihre Betreuung beeinflussen und eine Vertrauensperson bestimmen, die in ihrem besten Interesse handelt, wenn der Krankheitsverlauf sie unfähig machen sollte, sich zu bestimmten Auswahlmöglichkeiten zu äussern (Vorsorgeauftrag für medizinische Massnahmen).

- III. Für den behandelnden Arzt und das Umfeld der erkrankten Person ist es wesentlich zu wissen, dass diese nicht mehr alle kognitiven Fähigkeiten besitzt und diese im Verlauf der Krankheit immer stärker verlieren wird. Das bedeutet, dass sie bestimmte Informationen vergessen, sich in der Behandlung irren oder nicht alle Aspekte einer Diskussion verstehen kann. Es können Begleitmassnahmen ergriffen werden, zum Beispiel um das Verständnis täglicher Verrichtungen oder die Medikamenteneinnahme zu erleichtern. Es geht um die Sicherheit und Integrität der Betroffenen. Dies ist umso wichtiger als sich die Mehrheit der Demenzkranken ihrer eigenen Schwierigkeiten nicht bewusst ist.
- IV. Ein weiterer wichtiger Vorteil ist, dass den Angehörigen die beobachteten Veränderungen erklärt werden können. Eine gestellte Diagnose erlaubt Veränderungen zu verstehen, die dem Umfeld im Alltag Schwierigkeiten bereiten. Die Beziehung zum Demenzkranken wird toleranter. Wenn das Umfeld in der Lage ist, mit vergangenen und gegenwärtigen Veränderungen umzugehen, und über künftige Veränderungen informiert ist, kann es die Betreuung besser anpassen und die Beziehung zum Angehörigen verbessern.
- V. Die frühzeitige Nutzung von Unterstützungsangeboten von Spitex-Fachleuten, Freiwilligen und Betreuungsstrukturen wird dadurch erleichtert. Dies trägt dazu bei, die umfassende Betreuung der Betroffenen zu verbessern, der Erschöpfung der Angehörigen vorzubeugen und den Heimeintritt hinauszuzögern.
- VI. Angesichts einer möglichen Demenzerkrankung ist ein medizinisches Vorgehen notwendig, um andere Krankheiten auszuschliessen und Begleitfaktoren abzuwenden, die Störungen verschlimmern können. Einige Medikamente müssen unter diesen Umständen unbedingt gemieden werden. Zudem existieren Symptombehandlungen, die sich positiv auf die Krankheitsentwicklung auswirken können. Verhaltensänderungen und affektive Veränderungen müssen vorrangig untersucht und behandelt werden. Um eine ganzheitliche Betreuungsstrategie erarbeiten, die Unabhängigkeit und den Verbleib des Demenzkranken in seinem Lebensumfeld begünstigen zu können, muss die Problematik erkannt werden. So können Begleit- und Präventionsmassnahmen ergriffen werden.
- VII. Die Problematik klar machen und sich darum kümmern erlaubt Krisensituationen zu Hause vorwegzunehmen und Hospitalisationen zu vermeiden, sei es in der Akutgeriatrie, der Psychogeriatric, der Geriatrie oder in anderen Abteilungen.
- VIII. Sobald erkannt wird, dass die Pflegebedürftigkeit und die zu leistenden Behandlungen auf eine präzise diagnostizierte Krankheit (Demenz) zurückzuführen sind, lassen sich die Leistungen und deren Rückerstattung durch die Krankenkassen leichter rechtfertigen. Zudem können Anträge für Hilflosenentschädigen gerechtfertigt werden.

C.2.2. Früherkennung: Wie?

Hausärzte spielen bei der Erkennung von Demenzkrankheiten eine zentrale Rolle. Sie teilen diese wichtige Rolle mit den Angehörigen und den Mitarbeitenden von Sozialmedizinischen Zentren (SMZ), die regelmässig mit pflegebedürftigen älteren Menschen zu tun haben. Bei der Diagnose einer Demenzkrankheit im Anfangsstadium handelt es sich um ein klinisches Vorgehen gemäss den 5 nachfolgend beschriebenen Ansatzpunkten, das durch die Verwendung von Assessmentinstrumenten und anerkannten Bewertungsskalen (Ref. Instrumente und Bewertungsskalen) ergänzt werden kann. Diese **5 Dimensionen** stimmen mit den Krankheitssymptomen überein, die systematisch abgeklärt werden müssen:

- I. Das Vorliegen einer Klage des Patienten selbst oder seines Umfeldes im weiteren Sinne zu den nachfolgend aufgeführten Elementen (Klage über Gedächtnisverlust oder kognitive Schwierigkeiten; Erwähnung einer Veränderung des Verhaltens oder des Autonomiegrades). Von den Angehörigen ausgefüllte Fragebögen zur Anamnese und zu Leistungsveränderungen sind als Assessmentinstrument validiert worden (IQ-CODE; Informant Questionnaire on cognitive decline in the elderly). Sie können mit anderen Bewertungsskalen, insbesondere der MMSE (Mini-Mental State Examination) (Ref. Mulligan), kombiniert werden.
- II. Vorliegen kognitiver Störungen: Vergessen von Informationen, Verabredungen; falsche Medikamenteneinnahme. Sämtliche Schwierigkeiten in Zusammenhang mit dem Gedächtnis, der Orientierung, Sprache, Wiedererkennung und Beurteilung. Verwendung von Assessmentinstrumenten wie MMSE, Uhrentest, insbesondere Gedächtnistests.
- III. Affektive Störungen: Stimmungsschwankungen, Depression, Angstzustände. Diese Störungen werden hauptsächlich während eines vertieften klinischen Gesprächs mit dem Patienten untersucht. Es bestehen mehrere Bewertungsskalen wie GDS (Geriatric depression scale) und HAD (Hospital anxiety and depression scale).
- IV. Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens: insbesondere sozialer Rückzug, Reizbarkeit, Aggressivität, Verlust von Anstandsregeln. Hierzu kann die NPI-Skala (Neuropsychiatric Inventory) verwendet werden.
- V. Autonomieverlust (auch diskreter): Fähigkeit seine Zahlungen, seinen Haushalt oder seine Einkäufe zu machen; Vernachlässigung der Hygiene oder der Beschäftigung mit Hobbys. Bewertungsskalen für tägliche Verrichtungen.

Besteht die Möglichkeit einer Demenzerkrankung, muss der Hausarzt das nachfolgend beschriebene klinische Vorgehen einleiten und die notwendigen zusätzlichen Untersuchungen machen, um die Diagnose zu bestätigen, die Art der Demenz festzulegen und eine adäquate Betreuung zu initiieren.

Präventive Hausbesuche

Mehrere Kantone führen Aktionen durch, um die Früherkennung und Prävention von Krankheiten bei älteren Menschen zu begünstigen. In Solothurn gibt es zum Beispiel das Projekt «SO!PRA» (Solothurn! Prävention im Alter), im Kanton Bern das Projekt «EIGER» (Erforschung innovativer geriatrischer Hausbesuche) (Ref. Stuck). Im letztgenannten Projekt ermöglichten strukturierte präventive Hausbesuche, die Autonomie älterer Menschen zu stärken und den Heimeintritt hinauszuzögern. Diese Besuche werden im gesamten Kanton

implementiert. Sie scheinen hingegen nur einen wirklichen Einfluss zu haben, wenn sie nach bestimmten Kriterien durchgeführt werden (Ref. Huss).

C.2.3. Das diagnostische Vorgehen

Es gibt zum jetzigen Zeitpunkt keine Biomarker und auch keine einfachen Tests, mit denen eine Demenzerkrankung diagnostiziert werden kann. Um eine solche Diagnose zu stellen, ist ein klinisches Vorgehen gemäss 5 Ansatzpunkten notwendig, die eine Diskussion (Anamnese) mit dem Patienten und einem oder mehreren Familienmitgliedern sowie eine klinische Untersuchung (Status) umfasst. Oft ist eine Untersuchung der kognitiven Funktionen (neuropsychologische Untersuchung) notwendig, vor allem in den Anfangsstadien. Eine Blutabnahme und ein bildgebendes Verfahren (Gehirn) vervollständigen diese erste Bilanz.

Die 5 im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Dimensionen müssen vertieft werden:

1. *Klage des Patienten oder seines Umfeldes*
2. *Vorliegen kognitiver Störungen*
3. *Vorliegen affektiver Störungen*
4. *Veränderung der Persönlichkeit und Verhaltensstörungen*
5. *Autonomieverlust*

Der Status umfasst eine zielgerichtete körperliche und neurologische Untersuchung in Verbindung mit einer Abklärung der kognitiven Leistungen (mentaler Status; detaillierte neuropsychologische Untersuchung in den meisten Fällen) und der Befindlichkeit der Betroffenen.

Da es heute noch keine spezifischen Demenz-Marker gibt, erlauben das klinische Vorgehen ergänzende Untersuchungen vor allem, weitere Ursachen sowie erschwerende Ätiologien auszuschliessen. Es handelt sich um eine Blutuntersuchung und ein bildgebendes Verfahren (CT-Scan oder MRT). In einigen Fällen, insbesondere bei jungen Demenzkranken (<65 Jahren), können weitere Abklärungen oder eine Hospitalisation notwendig sein, um Spezialuntersuchungen (zum Beispiel Lumbalpunktion, Elektroenzephalogramm, zerebraler Blutfluss) durchzuführen.

Wenn der Hausarzt für eine solche Abklärung ausgebildet ist, kann er sie selbst durchführen. Es gibt hingegen noch wenig demenzspezifische Ausbildungen und das diagnostische, in erster Linie klinische Vorgehen ist ziemlich lang. Hausärzte haben folglich die Möglichkeit, die Meinung von Experten einzuholen wie auf das Alter spezialisierte Psychiater und Psychotherapeuten, Geriater oder in Dementologie ausgebildete Neurologen (heute noch sehr selten) oder eine Abklärung in einer Memory-Klinik (Gedächtnisklinik) zu verlangen.

Die Übermittlung der Diagnose einer wahrscheinlichen Demenzerkrankung ist eine heikle Sache. Eine spezifische Ausbildung erlaubt dem Arzt, dieser für den Patienten und sein Umfeld bedeutungsvollen Etappe besser gewachsen zu sein. Es ist besonders wichtig, den Patienten und seine Angehörigen an Beratungs- und Unterstützungszentren zu verweisen oder sogar selbst einen ersten Kontakt herzustellen, um einer Isolation und Stigmatisierung vorzubeugen.

C.2.4. Memory-Kliniken

Memory-Kliniken gibt es in der Schweiz und zahlreichen Ländern. In verschiedenen Schweizer Kantonen (AG, BE, BS, GE, GR, LU, NE, SG, SH, SO, SG, TG, TI, UR, VS, VD, ZH. Adressen auf <http://www.alz.ch>) bieten diese Zentren im Allgemeinen Diagnoseleistungen und Empfehlungen für die Betreuung, die sich an den Hausarzt richten. Es sind dies somit hauptsächlich Untersuchungszentren, die Empfehlungen abgeben, sich aber nicht direkt um die Organisation der Betreuung kümmern. Diese Einrichtungen sind in der Schweiz noch ungenügend entwickelt und funktionieren nicht immer interdisziplinär wie dies bei Demenzerkrankungen erforderlich wäre. In einem Bericht mit dem Titel «Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz» (siehe D.3.1.) schlägt eine Schweizer Expertengruppe die Implementierung von Qualitätsstandards vor, um die Leistungen zu definieren, die von Memory-Kliniken in der Schweiz angeboten werden sollten.

C.3. Behandlung und Betreuung

C.3.1. Medikamentöse Behandlungen

Bis heute gibt es keine Behandlung zur Heilung von Demenzerkrankungen, bestimmte Medikamente erlauben aber eine Abschwächung der Symptome. Diese verschiedenen Behandlungen sind nicht bei allen Formen von Demenz angezeigt und haben nicht in allen Fällen eine günstige Wirkung. Es handelt sich um Acetylcholinesterase-Hemmer und Memantin. Diese Behandlungen beeinflussen die kognitiven Leistungen, können den funktionalen Abbau verlangsamen und Verhaltensstörungen verbessern. Für Letztere sind oft andere nichtpharmakologische und pharmakologische Strategien notwendig. Was die präventiven Behandlungen angeht, so mehren sich die Hinweise auf eine Korrektur vaskulärer Risikofaktoren. Dank der Fortschritte beim Verständnis der Demenzmechanismen sollten in Zukunft Behandlungen verfügbar sein, mit denen der Krankheitsverlauf verlangsamt oder gar verändert werden kann.

Die im Krankheitsverlauf der unterschiedlichen Arten von Demenz häufig auftretenden Verhaltensstörungen müssen zur Suche einer tiefer liegenden körperlichen Ursache führen, die eine solche Veränderung erklären kann. Es kann sich um Fieber, Schmerzen, eine Infektion, Dehydratation, Verstopfung und manchmal auch einen einfachen Schnupfen handeln. Dann ist eine präzise Analyse der Verhaltensveränderungen, ihrer Art oder des Zeitpunkts ihres Eintretens wichtig. Verhaltensstörungen sind nämlich häufig die Folge von mehreren der Krankheit selbst inhärenten Faktoren, aber auch das Ergebnis von Interaktionen mit dem Umfeld und der Umwelt. Diese müssen deshalb überdacht und angepasst werden. Zudem gilt es, die Persönlichkeit und die Bestandteile des Lebensverlaufs des Demenzkranken zu berücksichtigen. Bei der Behandlung von Verhaltensstörungen ist deshalb Strategien der Umgebungsanpassung und nichtmedikamentösen Massnahmen (siehe weiter unten) der Vorzug zu geben. Pharmakologische Massnahmen sollten erst in einem zweiten Schritt erwogen werden, wenn die Störungen anhalten. In diesem Fall wird man sich bei der Auswahl an verschiedenen Medikamentenklassen orientieren wie serotoninerger Antidepressiva, Acetylcholinesterase-Hemmern und atypischen Neuroleptika.

C.3.2. Nichtmedikamentöse Behandlungen

Zahlreiche nichtpharmakologische Interventionen wurden untersucht, insbesondere für die Behandlung von Verhaltensstörungen bei der Alzheimerkrankheit. Solche Behandlungen wenden sich an die erkrankte Person, aber auch an die Angehörigen. Vor Beginn einer Intervention muss die individuelle Situation (Krankheitsstadium, Lebensgewohnheiten, Persönlichkeit) analysiert werden. Eine jüngere Metaanalyse (Ref. Olazaran) kommt zum Schluss, dass zahlreiche derartige Vorgehen wirksam und wirtschaftlich sind, insbesondere wenn sie miteinander kombiniert werden. Es wurden günstige Auswirkungen auf die Gesundheit der Patienten und der Angehörigen, aber auch eine spätere Institutionalisierung aufgezeigt. Nachfolgende einige Vorgehen:

- Das *Gedächtnistraining* in frühen Stadien der Alzheimerkrankheit, für das externe Gedächtnishilfen oder bestimmte erhaltene Gedächtniskategorien verwendet werden (zum Beispiel das prozedurale Gedächtnis = Gedächtnis für automatisierte Handlungsabläufe, das wenig betroffen ist).
- Die *Erinnerungstherapie mit oder ohne Worte* verwendet eine Technik zur Diskussion vergangener Ereignisse und Erfahrungen mit Hilfsmitteln wie Fotografien, Videoaufnahmen oder Archiven.
- Mit der *multisensorischen Stimulation* werden alle Sinne (Seh-, Hör-, Tast-, Geschmack- und Geruchssinn) angesprochen.
- Die *Verwendung personalisierter Musik*, von Aufnahmen von Stimmen und Naturgeräuschen.

C.3.3. Die Unterstützung des Umfeldes

Es herrscht ein breiter Konsens darüber, dass die Unterstützung der Familien und die Bereitstellung von Angeboten zur Erleichterung und Prävention der Belastung ein integraler Bestandteil der Betreuung von Demenzkranken sein müssen. Die Interventionsmodelle basieren auf einer Analyse der Determinanten der Belastung. Die Familien werden von ihrer Erfahrung mit Hilfe oder dem Fehlen derselben am Anfang der Demenzerkrankung geprägt.

Es hat sich gezeigt, dass solche Interventionen günstige Auswirkungen auf den Stress, auf Depressionen und die Belastung der Betreuenden haben. Einige Studien zeigen auch einen Einfluss auf die Verhaltensstörungen des Patienten, insbesondere auf Depressionen. Interventionen, die auf der Ausbildung und Unterstützung von Angehörigen basieren und nur wenige Mittel erfordern, haben ihre Wirksamkeit bewiesen, indem sie den Heimeintritt hinauszögern (Ref. Olazaran). Das Misshandlungs- und Missbrauchsrisiko für den Kranken nimmt ab. Solche Interventionen beinhalten insbesondere:

- Psychosoziale, auf Information, Ausbildung und Unterstützung ausgerichtete Massnahmen
- Das Erlernen von geeigneten Kommunikations- und Pflege Techniken
- Das Erlernen von Strategien bei kognitiven Störungen und Verhaltensstörungen des Patienten
- Die praktische Lösung von im Alltag auftretenden Problemen
- Die Anpassung der Umgebung zur Erhöhung der Funktionalität und Sicherheit

- Die Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe, um sich mit anderen pflegenden Angehörigen auszutauschen
- Die Teilnahme des Kranken in einer Gruppe für Demenzkranke
- Entlastungsangebote (Tages- und Nachtstrukturen, Kurzaufenthaltsbetten in APH, Ferien für Kranke und Angehörige oder nur für Kranke)
- Die Einführung der vernetzten Arbeit, um der Diskontinuität, der Vielzahl von Akteuren und unterschiedlichen Meinungen entgegenzuwirken, mit denen Familien schwer umgehen können.
- Psychotherapeutische Ansätze
- Finanzielle Unterstützung

C.3.4. Psychotherapeutische Ansätze

Psychotherapeutische Ansätze beim Patienten

Der Demenzkranke leidet oft stark, weil er sich bewusst wird, dass er die Kontrolle über sein Leben, über die Art seiner Beziehungen zum Umfeld und Alltag verliert. Der psychotherapeutische Ansatz will dieses Leid lindern, indem der Patient ein besseres Verständnis dessen erhält, was ihm geschieht, und Symptome in Worte fassen lernt. Die therapeutischen Zielsetzungen sind vielfältig, beabsichtigen aber im Wesentlichen eine optimale Anpassung an die Situation. Zu den Mitteln gehören: Informationen zur Krankheit, eine bessere Kenntnis der eigenen Grenzen und Ressourcen, eine gewisse Akzeptanz der Situation und notwendigen Hilfe, die Nutzung bestehender Ressourcen, die Antizipation der Zukunft als Garantie für eine gewisse Kontrolle über das eigene Leben, die Optimierung der Kommunikation mit dem Umfeld durch Nutzung der intakten kognitiven Ressourcen.

Psychotherapeutische Ansätze bei der Familie

Die Anpassungsfähigkeiten der Betreuenden sind ein ausschlaggebender Faktor für die Belastung, welche die Betreuung eines demenzkranken Verwandten darstellt. Psychotherapeutische Ansätze berücksichtigen die subjektiven Lebenserfahrungen der Familien, die Familiendynamik, Abwehrmechanismen, eingesetzte Anpassungsstrategien und den Kontext. Sie erlauben eine bessere Anpassung der Familie an die durch den kranken Verwandten verursachte neue Dynamik. Kognitive Verhaltenstechniken erlauben durch die Identifizierung und Korrektur bestimmter Denkschemen ebenfalls eine Verbesserung der Strategien zur Anpassung und Stressbewältigung der Angehörigen.

C.3.5. Kommunikation im Alltag

Aufgrund der kognitiven Schwächung (insbesondere des Gedächtnisses und Verständnisses) und der Verhaltensveränderungen kann sich das Alltagsleben als äusserst schwierig und konfliktgeladen erweisen. Dies gilt sowohl für die Familien als auch die Pflegenden zu Hause und in APH. Kognitive Schwierigkeiten infolge von Demenz verändern die Art, wie Betroffene ihre Umgebung wahrnehmen, wie sie sich ausdrücken und benehmen. Es ist ein wenig so, als ob diese Krankheiten sie zu einem Leben in einer anderen Welt als der unsrigen führten. Um mit Demenzkranken in Beziehung zu treten, muss man diese Mechanismen verstehen und die verbale und gestische Ausdrucksweise anpassen. Für das familiäre und pflegende Umfeld ist es wesentlich, diese Phänomene zu verstehen und sie in die Beziehung mit dem Demenzkranken zu integrieren. Dieses Engagement auf der Beziehungsebene ist für

die Lebensqualität der Kranken und ihres Umfeldes wichtig und soll auch eine Verlangsamung der Entwicklung der Krankheitssymptome bewirken können (Ref. Norton).

Für den Umgang mit Demenzkranken wurden mehrere Kommunikations- und Pflegekonzepte entwickelt (Validationstechniken nach Naomi Feil; Pflegemethodik nach Gineste-Marescotti; Reaktivierungskonzept nach Erwin Böhm usw.). Sie werden von zahlreichen Pflegenden im Wallis in die Praxis umgesetzt.

C.3.6. Anpassungen der Umgebung

Mit fortschreitender Krankheit lassen sich bestimmte Aspekte des Alltagslebens nicht mehr bewältigen und die Umgebung kann gefährlich werden. Aufgrund inadäquater Bewegungen und Sehprobleme kann sich der Kranke verbrennen, wenn er eine Teetasse in die Hand nimmt oder auf einem Teppich ausrutscht. Er vergisst unter Umständen, den Herd auszuschalten oder den Wasserhahn zuzudrehen. Die Medikamenteneinnahme kann zufällig oder falsch erfolgen; ein Medikament wird vergessen oder mehrmals am Tag eingenommen. Die Umgebung muss folglich angepasst und gesichert werden. Eine unangemessene Umgebung kann zu einem Abbau der Fähigkeiten des Demenzkranken und einem verfrühten Heimeintritt führen.

Die Schweizerische Alzheimervereinigung bietet auf ihrer Website (www.alz.ch) eine vollständige Checkliste zur Sicherheit zu Hause. Seit einigen Jahren gibt es neue Technologien, die sogenannte *Gerontotechnik*. Sie kann zur Bewahrung einer gewissen Autonomie beitragen wie auch zur Stärkung des Sicherheitsgefühls beim Patienten und bei seinen Angehörigen. Zu diesen Technologien gehören die Telemedizin, Warn- und Alarmsysteme, GPS und die Robotertechnik (<http://www.arbt.ch>).

In den fortgeschrittenen Stadien der Krankheit erkennen die Betroffenen oft ihr Umfeld und ihre Familie nicht mehr wieder. Sie sind bereits in einem kleinen Raum desorientiert und finden zum Beispiel nicht mehr den Weg von der Toilette ins Zimmer zurück. In einem Heim können sie sich keine Orientierungspunkte schaffen und verirren sich in den Gängen. Dies kann zu Angstzuständen, Aggressivität, unerwartetem Wegbleiben oder dem Risiko des Verschwindens führen. In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Konzepte zur baulichen Anpassung von Alterswohnungen und APH entwickelt (Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie «Pflegehwohnungen», <http://www.sgg-ssg.ch/>). Siehe auch Ref. Bohn.). Diese bezwecken eine bessere Sicherheit, aber auch eine höhere Lebensqualität für in Heimen lebende Menschen.

In den fortgeschrittenen Krankheitsstadien können die Betroffenen nicht mehr an Freizeitaktivitäten wie Lesen, Nähen oder Lotto teilhaben. Es müssen angemessene Aktivitäten organisiert werden, indem zum Beispiel in einem APH die Küche in die Mitte des Aufenthaltsraumes verlegt wird, so dass der Kranke sich am Rüsten des Gemüses oder Falten der Servietten beteiligen oder einfach die Kochgerüche wahrnehmen kann. Es müssen aber auch viele ruhige Plätze mit wenig Anreizen eingerichtet werden.

C.4. Die ökonomischen Folgen von Demenzkrankheiten, In Zusammenarbeit mit B. Martensson, Geschäftsleiterin der Schweizerischen Alzheimervereinigung.

C.4.1. Direkte und indirekte Kosten

Eine Einschätzung der durch Demenzkrankheiten verursachten Realkosten ist schwierig. Sie umfassen die Kosten für die «formelle» Pflege wie medizinische Leistungen, soziale Leistungen und Spitex, Entlastungsangebote und Heimaufenthalte. Diese Leistungen verursachen direkte Kosten, die fakturiert werden. Die sogenannte «informelle» Pflege umfasst unbezahlte Pflegeleistungen von Angehörigen. Einige Studien berücksichtigen auch die Kosten der informellen Pflege, die Einkommenseinbüsse des Angehörigen oder das Fernbleiben von der Arbeit infolge der Pflege eines kranken Verwandten. Man spricht auch von indirekten Kosten. In Ländern mit hohem Einkommen entspricht die informelle Pflege schätzungsweise 30% der Gesamtkosten, die von Demenzkrankheiten verursacht werden (Ref. Wimo).

C.4.2. Die Datenlage weltweit

In der gesamten Literatur werden die ökonomischen Folgen von Demenzkrankheiten als enorm beschrieben. Die Gesamtkosten der Pflege (einschliesslich der informellen Pflege) werden für die 35,6 Millionen Menschen, die 2010 von einer Demenzkrankheit betroffen waren, auf 604 Milliarden Dollar geschätzt. Dieser Betrag wird bis 2030 um 85% wachsen, allein wegen der Zunahme der Anzahl Demenzkranken (Ref. Wimo, Weltzheimerbericht). Bemerkenswert ist ausserdem, dass das Weltwirtschaftsforum von Davos 2010 die Alzheimerkrankheit erstmals ins Programm aufgenommen hat.

C.4.3. Die Kosten der Demenz in der Schweiz

Eine neuere Studie zu den Kosten der Demenz in der Schweiz (Ref. Kraft) wurde vom unabhängigen Institut Ecoplan in Bern im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung durchgeführt. Die geschätzten Kosten betreffen nur spezifische Leistungen im Zusammenhang mit Demenzkrankheiten. Sie wurden auf der Grundlage von statistischen Daten, nationalen Umfragen und Expertenmeinungen berechnet. Die in der Schweiz durch Demenzkrankheiten (direkt und indirekt) verursachten Gesamtkosten werden für 2007 auf 6,3 Milliarden Franken geschätzt. Die direkten Kosten betragen 3,5 Milliarden Franken und entsprechen den Arztkosten, den Kosten für die interdisziplinäre Diagnostik, für spezifische Behandlungen, Spitex, Spital- und Heimaufenthalte. Dies entspricht einem Anteil von 6,3% der Gesamtkosten des Gesundheitswesens der Schweiz (55,2 Milliarden Franken im Jahr 2007). Die indirekten Kosten (2,8 Milliarden Franken) umfassen die Kosten für die Pflege und Betreuung, die von Angehörigen geleistet und nicht vom Gesundheitswesen finanziert werden. Erwähnenswert ist, dass 90% der Gesamtkosten der Demenz Pflegekosten sind.

Die Durchschnittskosten (direkte und indirekte Kosten) pro demenzkranke Person, die zu Hause lebt, belaufen sich auf 55'301 Franken im Jahr. Dieser Betrag steigt auf 68'891 Franken, wenn sie in einem APH lebt. *Die direkten Kosten, die durch alle zu Hause lebenden Demenzkranken entstehen, belaufen sich nur auf 500 Millionen Franken im Jahr. Die indirekten Kosten, die von den Angehörigen übernommen werden, entsprechen hingegen 2,8*

Milliarden Franken im Jahr. Für in APH lebende Kranke betragen die direkten Kosten insgesamt 2,9 Milliarden Franken im Jahr.

Die Kosten steigen mit dem Schweregrad der Demenz. Bei den rund 60'000 Demenzkranken, die zu Hause leben, werden die jährlichen Gesamtkosten (formelle und informelle Pflege) auf 26'186 Franken im Anfangsstadium der Krankheit (etwa 40% der Fälle) geschätzt, auf 67'743 Franken im mittleren Stadium (etwa die Hälfte der Fälle) und auf 122'023 Franken im fortgeschrittenen Stadium (10% der Fälle). Zu Hause liegen die direkten Kosten für die formelle Pflege unter 13'000 Franken im Jahr, unabhängig vom Krankheitsstadium. Die restlichen Kosten in jedem Krankheitsstadium widerspiegeln die von Angehörigen geleistete informelle Pflege. Es gibt keine detaillierten Datengrundlagen zu den Kosten in APH je nach Krankheitsstadium.

Die Kosten für die informelle Pflege (indirekte Kosten) werden heute nicht im Rahmen des Gesundheitswesens finanziert. Mit der demografischen Entwicklung, das heisst nicht nur der steigenden Anzahl älterer Menschen und der damit verbundenen Anzahl von Demenzkranken, sondern auch der Abnahme der Anzahl junger Menschen, wird ein Teil dieser Kosten notwendigerweise auf das Gesundheitswesen übertragen werden müssen. Zudem dürften veränderte Familienstrukturen dazuführen, dass das Engagement von Angehörigen, solche Aufgaben zu übernehmen, abnimmt (Lockerung des Familienzusammenhalts, geografische Entfernung, steigende Berufstätigkeit der Frauen, Alterung der Partner, die manchmal auch in ihrer Gesundheit angegriffen sind). Demenzkranke können vor allem deswegen zu Hause bleiben, weil ihre Angehörigen (kostenlos) die Pflege sicherstellen und ihnen die notwendige Aufmerksamkeit schenken. In finanzieller Hinsicht ist dies, wie die vorangegangenen Zahlen zeigen, die kostengünstigste Lösung für die Gesellschaft, zumindest im beginnenden und mittleren Stadium der Krankheit.

Die Autoren der Studie heben schliesslich noch hervor, dass die reell durch Demenz verursachten Kosten unterschätzt werden. Einige Kosten konnten nämlich nicht beziffert oder nicht in die Studie eingebracht werden. So zum Beispiel die Kosten für demenzbedingte medizinische Komplikationen bei einer Hospitalisation, die Kosten für Tageszentren und nichtmedikamentöse Behandlungen. Die medizinischen Kosten durch Gesundheitsprobleme von Angehörigen, die auf die Betreuung eines Angehörigen zurückzuführen sind, wurden ebenso wenig untersucht wie die finanziellen Auswirkungen für die Familie oder im Zusammenhang mit dem Fernbleiben von der Arbeit. Ähnliche in mehreren OECD-Ländern durchgeführte Studien kommen zu denselben Schlüssen, insbesondere was die Zunahme der Kosten mit steigendem Schweregrad der Krankheit betrifft, aber auch die im Vergleich zum Heim kostengünstigere Pflege zu Hause im beginnenden und mittleren Stadium der Krankheit.

C.4.4. Strategien zur Kosteneindämmung

Da die Anzahl Demenzkranker in den kommenden Jahren stark zunehmen wird und sich in 20 Jahren gar verdoppeln könnte, werden die Kosten natürlich ansteigen. Ohne die unentgeltliche Hilfe der Angehörigen würden diese Zahlen wahrlich explodieren. Durch die Unterstützung von pflegenden Angehörigen, auch in finanzieller Hinsicht, können die Lebensqualität und die Dauer des Verbleibs zu Hause erhöht werden, was den Heimeintritt hinauszögert.

90% der durch Demenz entstehenden Kosten sind Pflegekosten. Diese sind komplex und entwickeln sich mit Fortschreiten der Krankheit. Es müssen deshalb Strategien und Massnahmen entwickelt werden, die Betroffene, Angehörige und Fachleute unterstützen, im Alltag mit der Krankheit umzugehen: Unterstützung für Kranke durch Stimulierung der bestehenden Fähigkeiten und der Autonomie, was das Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit bremsen kann; Unterstützung für Kranke, die alleine leben, um ihren Alltag zu strukturieren und der Isolation vorzubeugen, damit sie in ihrem Milieu integriert bleiben; Unterstützung für Angehörige, um ihrer Erschöpfung und sozialen Isolation vorzubeugen. *Durch die Entwicklung adäquater Leistungen, die den Bedürfnissen von Demenzkranken tatsächlich entsprechen, lässt sich eine unkontrollierte Kostenexplosion vermeiden.* In der Schweiz und in anderen Ländern haben zahlreiche Massnahmen (Tages- und Nachtstrukturen, Spitex, Kurzaufenthalte in spezialisierten Einrichtungen, Wohngemeinschaften für Demenzkranke usw.) im Bereich der Demenz bereits ihre Wirtschaftlichkeit bewiesen.

Verschiedene Massnahmen können die durch Demenz verursachte finanzielle Belastung für die Betroffenen und ihr Umfeld erleichtern. Es handelt sich namentlich um die frühzeitige Erkennung von Personen in prekärer finanzieller Lage, eine bessere Information über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, die Vergütung von krankheitsbedingten Hilfeleistungen im Alltag, aber auch Massnahmen wie steuerliche Erleichterungen oder eine direkte Entschädigung für Betreuende. Der Kanton Freiburg beispielsweise kennt eine finanzielle Entschädigung für Angehörige, die einer hilflosen Person regelmässig, dauerhaft und in erheblichem Umfang zur Seite stehen, damit diese zu Hause leben kann. Diese Tagespauschale wird von den Gemeinden finanziert.

Eine Pauschalentschädigung ist sicher eine gute Massnahme, insofern der Betrag und die Voraussetzungen für eine Erteilung tatsächlich das Ziel erfüllen, die Angehörigen in ihrem Vorgehen zu unterstützen. Es ist wichtig, dass finanzielle Unterstützungsmassnahmen effizient und für die öffentliche Hand finanziell tragbar sind. Was die Situation im Wallis angeht, so können Personen, die Ergänzungsleistungen (EL) und eine Hilflosenentschädigung für schwere oder mittelschwere Hilflosigkeit erhalten, gemäss dem Reglement über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (RKEL) eine Unterstützung beantragen. Artikel 16 dieses Reglements sieht eine Vergütung von Kosten für die Pflege und Unterstützung zu Hause durch Familienangehörige vor, wenn diese Familienmitglieder nicht in der EL-Berechnung eingeschlossen sind und eine länger dauernde, wesentliche Erwerbseinbusse erleiden. Zudem werden derzeit infolge eines Postulats (Nr. 1.063) die Möglichkeiten für steuerliche Abzüge geprüft.

D. Epidemiologische Daten, *In Zusammenarbeit mit Dr. A. Chiolero, Epidemiologe, SZO, Sitten und IUMSP, Lausanne*

D.1. Epidemiologie der Demenz in der Schweiz

Es gibt zwei Bevölkerungsstudien zur Prävalenz der Demenz in der Schweiz. Es handelt sich dabei um transversale Studien, die in Genf und Zürich 1995 und 1996 mit repräsentativen Panels dieser Städte durchgeführt wurden. Es waren dies kleine Kollektive (n=400) von Personen ab 65 Jahren, die zu Hause oder in einem Heim leben. Angesichts der Grösse dieser Kollektive sind die Prävalenzschätzungen je nach Alter nicht sehr genau.

Was die Epidemiologie der Demenz in der Schweiz angeht, berufen sich die meisten Gesundheitsfachleute und Politiker auf die Schätzungen der Schweizerischen Alzheimervereinigung (Alz-CH). Diese stützen sich auf die demografischen Daten der Schweiz und die europäische Studie Eurodem von 1991 (Ref. Hoffmann). Diese Studie beschreibt die in mehreren europäischen Ländern von 1980 bis 1990 erhobenen Daten und besitzt den Vorteil, dass sie ein relativ grosses Kollektiv (Tabelle 4) berücksichtigt. Die Prävalenzschätzungen sind deshalb genauer. Die Prävalenz der Demenz je nach Alter hat sich in der Zwischenzeit wahrscheinlich kaum verändert.

Tabelle 4. Prävalenz der Demenz gemäss Eurodem.

Auf der Basis Eurodem-Studie		
Altersgruppen	M	F
30-64	0.1%	0.1%
65-69	2.2%	1.1%
70-74	4.6%	3.9%
75-79	5.0%	6.7%
80-84	12.1%	13.5%
85-89	18.5%	22.8%
90 und älter	31.9%	34.1%

M: Männer; F: Frauen

2008 haben die internationale Dachorganisation der Alzheimervereinigungen (Alzheimer's Disease International, ADI) und die WHO gemeinsam Schätzungen zur Prävalenz und Inzidenz der Demenz in 21 Regionen der Welt gemacht. Die Ergebnisse einer systematischen Durchsicht der Literatur wurden 2009 im Weltalzheimerbericht veröffentlicht (Ref.). Auf der Basis von 56 in westeuropäischen Ländern durchgeführten Studien (EuroCode) wurden die Prävalenzen je nach Alter geschätzt; sie erwiesen sich als den von der Eurodem-Studie berechneten Prävalenzen ähnlich, abgesehen von den Frauen über 90 Jahren, für die sich eine höhere Prävalenz der Demenz ergab.

Tabelle 5. Prävalenz der Demenz in Westeuropa gemäss Weltalzheimerbericht.

Prävalenz in Westeuropa		
Altersgruppe	M	F
60-64	1.4%	1.9%
65-69	2.3%	3.0%
70-74	3.7%	5.0%
75-79	6.3%	8.6%
80-84	10.6%	14.8%
85-89	17.4%	24.7%
90 und älter	33.4%	48.3%

M: Männer; F: Frauen

Die neuesten Daten von Alz-CH weisen 107'000 Personen aus, die 2009 in der Schweiz an Alzheimer oder einer anderen Form von Demenz erkrankt sind. 64'500 von ihnen sollen zu Hause leben.

D.2. Epidemiologie der Demenz im Kanton Wallis

D.2.1. Prävalenz der Demenz im Wallis

Die Prävalenzwerte der Demenz im Wallis für das Jahr 2008 sind in den unten stehenden Tabellen ersichtlich. Diese Werte wurden auf der Basis der Werte des Weltalzheimerberichts (Alz-World) – erste Tabelle – und der Schweizerischen Alzheimervereinigung (Alz-CH) – zweite Tabelle – sowie aufgrund der demografischen Daten des Wallis berechnet. Sie sind in absoluten Zahlen angegeben, im Verhältnis zur Bevölkerung, nach Frauen und Männern getrennt sowie für beide Geschlechter zusammen.

Tabelle 6. Prävalenz der Demenz im Wallis

		M	F	M/F
Alz-World	Anzahl Fälle	2033	2800	4833
	% in der Bevölkerung	1.4%	1.8%	1.6%
	% bei über 65-Jährigen	8.6%	9.4%	9.0%
	% bei über 80-Jährigen	21.4%	20.8%	21.0%
		M	F	M/F
Alz-CH	Anzahl Fälle	1433	2448	3881
	% in der Bevölkerung	1.0%	1.6%	1.3%
	% bei über 65-Jährigen	6.4%	8.5%	7.6%
	% bei über 80-Jährigen	16.2%	20.0%	18.6%

M: Männer; F: Frauen

2008 gab es im Kanton Wallis demnach 3800 bis 4800 Personen mit Demenz.

D.2.2. Prävalenz der Demenz nach Gesundheitsregionen und Bezirken

Wendet man die Prävalenzwerte auf die Walliser Bevölkerung an, lässt sich die Anzahl Fälle für jede Gesundheitsregion und jeden Bezirk schätzen (Tabelle 7). Dabei gilt es zu beachten, dass es sich nur um Näherungswerte handelt, da im Kanton bisher keine präzise Studie durchgeführt wurde. Die Daten wurden aufgrund der Werte des Weltalzheimerberichts (Alz-World) und derjenigen der Schweizerischen Alzheimervereinigung Alz-CH) für Männer und Frauen zusammen berechnet.

Tabelle 7. Schätzung der Anzahl Demenzfälle pro Gesundheitsregion und Bezirk im Wallis 2008.

Gesundheitsregion	Alz-World	Alz-CH
	M/F	M/F
Brig	510	410
Visp	756	606
Siders	722	580
Sitten	1184	951
Martigny	844	677
Monthey	817	656
TOTAL	4833	3881

Bezirk	Alz-World	Alz-CH
	M/F	M/F
Goms	74	60
Oestlich Raron	47	38
Brig	389	313
Visp	438	351
Westlich Raron	124	100
Leuk	194	155
Sierre	722	580
Hérens	163	131
Sion	654	526
Conthey	367	295
Martigny	626	503
Entremont	218	174
St-Maurice	186	149
Monthey	631	506
TOTAL	4833	3881

Region Brig = Bezirke Goms, Östlich Raron und Brig

Region Visp = Bezirke Visp, Westlich Raron und Leuk

Region Siders = Bezirk Siders

Region Sitten = Bezirke Sitten, Hérens und Conthey

Region Martinach = Bezirke Martinach und Entremont.

D.2.3. Entwicklung der Anzahl Demenzkranker im Wallis

Stützt man sich auf die Szenarien der Bevölkerungsentwicklung im Wallis für die kommenden Jahre und wendet die Prävalenzwerte für Demenz an, so könnte die Anzahl Demenzkranker bis 2020 um etwa 50%, bis 2030 um 100% zunehmen.

Tabelle 8. Entwicklung der Anzahl Demenzkranker im Wallis (hohes, mittleres und tiefes Szenario des BFS) gemäss Prävalenzdaten von Alz-CH.

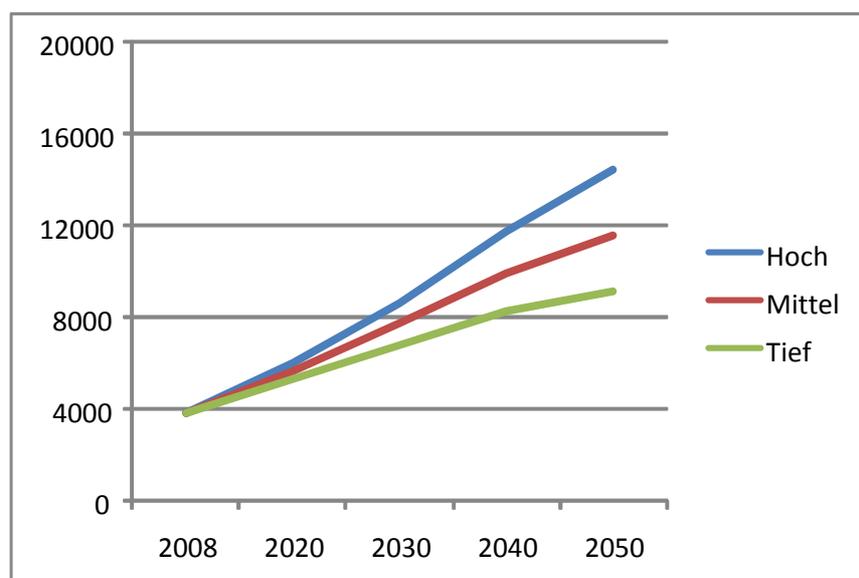


Tabelle 9. Entwicklung der Anzahl Demenzkranker im Wallis von 2008 bis 2050 (Anzahl Fälle, absolute Zunahme, relative Zunahme) gemäss den Daten von Alz-World und Alz-CH unter Abstützung auf das «mittlere» Szenario für die Bevölkerungsentwicklung des BFS.

Mittl. Szen.	Anzahl Fälle		Absolute Zun.		Relative Zun.	
	World	CH	World	CH	World	CH
2008	4833	3881	0	0	0%	0%
2020	7129	5682	2296	1801	48%	46%
2030	9633	7724	4800	3843	99%	99%
2040	12350	9915	7517	6034	156%	155%
2050	14409	11549	9576	7668	198%	198%

D.3. Das Problem der Erkennung von Demenz

In vielen Ländern, so auch der Schweiz, wird eine Demenz oft gar nicht erkannt. Das nationale englische Projekt nennt das Problem der Stigmatisierung von Demenzkranken, was verhindert, dass man über das Problem zu diskutieren beginnt, aber auch Irrglauben. Demenz wird leider noch allzu oft als ein normaler Alterungsprozess betrachtet, gegen den man nichts tun kann. *Es kann kein situationsgerechtes Unterstützungsangebot gesucht oder vorgeschlagen werden, wenn die Demenzerkrankung nicht erkannt wird.*

Im Frühling 2004 hat die Alz-CH mittels Fragebogen eine umfassende Umfrage unter Allgemeinmedizinerinnen, Internisten und Fachärztinnen, bei Spitex-Organisationen und APH durchgeführt. Die Teilnahmequoten betragen 21% bei den Ärztinnen, 44% bei der Spitex und 40% bei den APH. Diesen Daten zufolge schätzt die Alz-CH, dass von den 107'000 Demenzfällen in der Schweiz 2009 die Krankheit in einem Drittel Fälle klinisch diagnostiziert wurde und bei einem weiteren Drittel nur vermutet wird. Beim letzten Drittel der Fälle wäre die Erkrankung demnach gar nicht erkannt worden.

E. Alzheimerpläne

E.1. Die Organisation «Alzheimer's Disease International»

Die internationale Organisation für die Alzheimerkrankheit (Alzheimer's Disease International, ADI) hat 2009 einen ersten Weltbericht zur Alzheimerkrankheit erarbeitet, 2010 einen zweiten zu den ökonomischen Auswirkungen der Demenz. Diese Berichte wurden erstellt, um die Alzheimervereinigungen weltweit in ihrer Arbeit mit den jeweiligen Regierungen zu unterstützen. Die ADI ist der Meinung, dass die Entwicklung nationaler Strategien gefördert werden muss und Demenzkrankheiten von der WHO zu einer weltweiten Gesundheitspriorität gemacht werden sollten. Mit aktualisierten Informationen zur Prävalenz und zu den Folgen der Demenzkrankheiten in allen Weltregionen wollen diese Berichte die Bedeutung und Dringlichkeit des Problems aufzeigen. Sie schlagen eine Rahmenstruktur für die Lösungssuche vor und geben Empfehlungen, wie das Leben von Demenzkranken und ihres Umfeldes verbessert werden kann. Die Forschung auf diesem Gebiet sollte stark zunehmen und die verfügbaren finanziellen Mittel müssen in einem Verhältnis stehen, das der Belastung durch diese Krankheit in den jeweiligen Ländern entspricht.

**Ein neuer Demenzfall tritt alle sieben Sekunden ein,
und es ist keine Zeit zu verlieren!**

Wir hoffen, dass dies (der ADI-Bericht und dessen regelmässige Aktualisierung) all diejenigen, die davon betroffen sind, ermutigt; dass Regierungen, Entscheidungsträger, Angehörige der Gesundheitsberufe und Alzheimer-Gesellschaften für mehr und bessere Lösungen für Demenz zusammenarbeiten.

Frau Acosta und Herr Wortmann
Vorsitzende und Geschäftsführer, ADI

E.2. Internationale Alzheimerpläne

Australien war 2004 das erste Land, das die Demenz zu einer Priorität der nationalen Gesundheit erklärt hat. Seither haben zahlreiche Länder nationale Pläne und Strategien erarbeitet, um den Demenzkrankheiten zu begegnen: England, Australien, Kanada, Zypern, Südkorea, Dänemark, die Vereinigten Staaten, Frankreich, Japan, Malta, Norwegen, die Niederlande, Portugal und Schweden. Die Europäische Kommission hat 2009 einen Aktionsplan gegen Demenz erstellt. Sie finanziert das Projekt EuroCoDe (European Collaboration on Dementia) in Zusammenarbeit mit Alzheimer Europe.

Tabelle 10. Einige internationale Pläne und ihre Prinzipien

Plan	Beschreibung
England 2009-2014	<p>«Living well with Dementia: A national Dementia Strategy»</p> <p>5-Jahres-Plan mit 150 Millionen Pfund, vom Gesundheitssekretär und Staatssekretär für Pflegedienste lanciert. 17 Kernziele, um bedeutende Verbesserungen demenzspezifischer Leistungen in folgenden 3 Kernbereichen zu erreichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Verbesserung der Erkennung Frühere Diagnose und Behandlung Bessere Qualität der Pflege
Vereinigte Staaten 2009-2012	<p>«A National Alzheimer's Strategic Plan» «America Must Act Now! The Alzheimer's Solutions Project»</p> <p>In der Einführung beschreibt das Projekt den schnellen Anstieg der Anzahl Menschen, die an Alzheimer erkranken, und die dadurch entstehenden Kosten. Der Plan umfasst 3 Säulen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eine Initiative für die Prävention der Alzheimerkrankheit Eine Initiative für die Verbesserung der Pflege Eine bessere Zusammenarbeit zwischen den involvierten öffentlichen und privaten Sektoren
Frankreich 2008-2013	<p>«Plan Alzheimer et maladies apparentées»</p> <p>Dieses vom französischen Präsidenten lancierte Programm in der Höhe von 1,6 Milliarden Euro für 5 Jahre umfasst eine Liste mit 44 Massnahmen, um 11 Zielsetzungen in 3 Bereichen zu erreichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Verbesserung der Lebensqualität für Kranke und Betreuende Mehr Unterstützung für Betreuende Verstärkte Koordination aller Beteiligten Betroffenen und ihren Angehörigen die Möglichkeit für Entlastung zu Hause geben Verbesserter Zugang zur Diagnose und Optimierung des Pflegeablaufs Verbesserte Aufnahme in Heimen für eine bessere Lebensqualität von Menschen mit Alzheimerkrankheit Steigerung des Ansehens von Kompetenzen und Entwicklung von Ausbildungen für Fachpersonen <ul style="list-style-type: none"> Kennen, um zu handeln Beispiellose Unterstützung der Forschung Erhebung epidemiologischer Gesundheitsdaten <ul style="list-style-type: none"> Für ein Gesellschaftsproblem aktiv werden Die breite Öffentlichkeit informieren und sensibilisieren Das Nachdenken über ein ethisches Vorgehen fördern Die Alzheimerkrankheit zu einer europäischen Priorität machen

E.3. Die Situation in der Schweiz

E.3.1. Konsensus Schweizer Experten

2008 stellte eine Gruppe Schweizer Experten Empfehlungen zum Thema Demenz zusammen. Sie wurden in Form eines «Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz» im Schweizerischen Medizin-Forum (Ref. Monsch) veröffentlicht. Sie sind auch Gegenstand einer Veröffentlichung von Alz-CH, die sich an das breite Publikum richtet. Diese Empfehlungen umfassen einen Diagnostik-Teil für Hausärzte und interdisziplinäre Teams in Memory-Kliniken. Ein zweiter Teil enthält die derzeit in der Schweiz empfohlenen Behandlungen bei kognitiven Störungen und demenzspezifischen Verhaltenssymptomen sowie psychosoziale Massnahmen, die zu ergreifen sind. Zum Schluss betont das Dokument den Handlungsbedarf für die Schweiz. Es gilt, medizinische und soziale Leistungen zu entwickeln, aber auch die Information und Öffentlichkeitsarbeit, die Forschung und Lehre.

**Im Bereich der Demenzerkrankungen bestehen aktuell
vielschichtige und dringende Probleme.**

Alzheimer Forum Schweiz, 2008

E.3.2. Die Schweizerische Alzheimervereinigung

Die 1988 gegründete Alz-CH ist eine unabhängige gemeinnützige Organisation. Sie zählt mehr als 8'700 Mitglieder, 130'000 Gönner und Sympathisanten sowie ein Patronatskomitee, dem zahlreiche Schweizer Persönlichkeiten angehören. Ihre Zielsetzung ist die Verteidigung der Interessen von Menschen mit Demenz und von deren Angehörigen. Sie bietet zahlreiche Dienstleistungen, insbesondere Beratung, Angehörigengruppen, Unterstützung für die persönliche Betreuung, Alzheimer-Ferien, das Alzheimer-Telefon, Websites und veröffentlicht regelmässig Broschüren, Infoblätter und Berichte zu den Folgen von Demenz in unserer Gesellschaft. Einige kantonale Sektionen bieten Entlastungsangebote zu Hause (zum Beispiel Alzamis im Kanton Waadt). Die Alz-CH setzt sich für eine nationale Demenzpolitik ein. Sie hat rund 33'000 Unterschriften für ein Manifest mit dem Titel «Priorität Demenz» gesammelt, das die Notwendigkeit unterstreicht, auf diesem Gebiet tätig zu werden.

E.3.3. Die Motionen Steiert und Wehrli. Die Interpellation Amherd

Im Juni 2009 wurden im Nationalrat zwei Motionen eingereicht: die erste Motion (09.3509) von Herrn J.-F. Steiert «Steuerbarkeit der Demenzpolitik I. Grundlagen»; die zweite Motion (09.3510) von Herrn R. Wehrli «Steuerbarkeit der Demenzpolitik II. Gemeinsame Strategie von Bund und Kantonen». Am 26.8.2009 hat der Bundesrat empfohlen, die beiden Motionen abzulehnen, obwohl er in seiner Antwort die Bedeutung der Demenzkrankheiten anerkennt. In seiner Antwort auf die erste Motion erachtet der Bundesrat, dass die aktuellen und derzeit erhobenen Daten, die für eine Beurteilung des Problems in der Schweiz notwendig sind, ausreichen. In seiner Antwort auf die zweite Motion erachtet der Bundesrat, dass die auf Bundesebene ergriffenen Massnahmen und die in Zusammenarbeit mit den Kantonen

diskutierten Handlungsprioritäten die geforderten Massnahmen einer Demenzstrategie bereits integriert haben. Trotz der Unschlüssigkeit des Bundesrates hat der Nationalrat beide Motionen am 12.04.2011 angenommen.

Zu den Aspekten der Betreuung wurde im April 2009 von Frau V. Amherd die Interpellation (09.3442) «Demenzpatienten. Ausbau und Sicherstellung der Betreuung» eingereicht. In seiner Antwort erachtet der Bundesrat alle derzeit existierenden Regelungen als angemessen und ausreichend.

E.3.4. Der Alzheimer-Aktionsplan des Kantons Waadt

Als einziger Schweizer Kanton hat der Kanton Waadt einen Alzheimer-Aktionsplan angekündigt. Staatsrat P.-Y. Maillard hat die Leitgedanken der kantonalen Strategie in der Presse vorgestellt und das waadtländische „Alzheimer-Programm“ ist offiziell veröffentlicht worden. Dieses beruht auf vier Hauptgebieten:

1. Erkennung, Diagnose und Betreuung der an Demenz erkrankten Personen;
2. Ausbildung und Forschung im Bereich der Demenzerkrankung;
3. Leistungen, die Angehörige unterstützen;
4. Information und Sensibilisierung der Bevölkerung.

Die Hauptmassnahmen, die, um dieses Ziel zu erreichen, in Betracht gezogen worden sind, sind:

- die Schaffung einer Memory Klinik am CHUV wie auch drei andere regionale Kliniken;
- die Einführung eines mobilen Teams der Alterspsychiatrie;
- die Erhöhung der jährlichen Subvention, die an die privaten Partner geht;
- Einführung von Selbsthilfegruppen und Telefonberatungen;
- Entwicklung von Tagesstrukturen und Spitex.

F. Eine Standortbestimmung im Wallis

F.1. Die Schweizerische Alzheimervereinigung im Wallis, von Dr M. Coutaz

Die Walliser Sektion der Alzheimervereinigung, deren Präsident ich seit ein paar Monaten bin, zählt 175 Mitglieder und feiert 2010 ihr 20-jähriges Bestehen. Zum 1. Januar 2010 wurde abgesehen von der Tätigkeit der 7 ehrenamtlichen Vorstandsmitglieder erstmals eine Generalsekretärin verpflichtet, eine 20%-Stelle, die mit Frau Lambrigger besetzt ist.

Zielsetzungen

Zu den Zielsetzungen für 2010 der Alzheimervereinigung Wallis gehört der Aufbau einer Website, um die im Kanton angebotenen Aktivitäten zu präsentieren. Die Website ist seit Mitte März 2010 online, die vollständige Version für das Jahresende geplant (www.alz.ch Sektion Wallis).

Im Einvernehmen mit der Schweizerischen Alzheimervereinigung werden in den nächsten Monaten neue Broschüren gedruckt, die über die Aktivitäten der Alzheimervereinigung Wallis informieren.

Zwei Vorstandsmitglieder absolvieren die Ausbildung «Ferienverantwortliche», die von der Schweizerischen Alzheimervereinigung angeboten wird, in der Absicht, diese Dienstleistung wenn möglich bereits 2010 aufzubauen.

Die Selbsthilfegruppen für Angehörige von Demenzkranken werden reaktiviert, durch die Ausbildung

neuer Gruppenleiterinnen, die bereits über eine Ausbildung in den Bereichen Geriatrie oder Psychogeriatric besitzen.

Es ist ein Treffen geplant, um die Ausbildungen und Leistungen mit verschiedenen Vereinigungen, insbesondere der Pro Senectute und dem Roten Kreuz, zu koordinieren (Orte, Daten und Zielsetzungen).

Im Rahmen des Gesundheitsnetzes Wallis werden in den Geriatrieabteilungen Stellen für «Memory-Pflegefachfrauen» geschaffen, in der Absicht, dass während des Spitalaufenthalts eine Begegnung stattfindet, um den Patienten und seine Angehörige über bestehende Hilfsangebote zu informieren.

Die allgemeine Information über die Alzheimerkrankheit wird durch den Einsatz des InfoMobils der Schweizerischen Alzheimervereinigung erweitert werden können, eines Kleinbusses, der 2011 voraussichtlich eine Woche lang durch den Kanton fahren wird. Zudem sind anlässlich des 20-jährigen Jubiläums der Sektion 2010 unterschiedliche Veranstaltungen geplant, um die Vereinigung bekannt zu machen.

F.2. Pro Senectute Wallis, von Herr J-P Lugon

Pro Senectute Wallis ist eine gemeinnützige Stiftung nach schweizerischem Recht, die im gesamten Kantonsgebiet aktiv ist und deren Auftrag es ist, die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern. Sie verfügt dazu über eine Abteilung für soziale Tätigkeiten und eine Abteilung für soziokulturelle Animation. Mehr dazu auf: www.vs.pro-senectute.ch.

Funktionsweise

Die Stiftung Pro Senectute Wallis zählt 8 Büros für *Sozialberatung*, die auf den ganzen Kanton verteilt sind (Brig, Visp, Susten, Siders, Sitten, Martinach, Bagnes, Monthey). Jedes Büro verfügt über eine Beratungsstelle, die jeweils am Dienstagvormittag geöffnet ist. Die restliche Zeit empfangen Sozialhelferinnen ihre Klienten nach Vereinbarung oder machen Hausbesuche. Die Beratung ist für alle Personen über 60 Jahren kostenlos und vertraulich. Die Abteilung *Soziokulturelle Animation* bietet mehr als 300 unterschiedliche Aktivitäten, die Menschen ab 60 Jahren offen stehen. Die Stiftung Pro Senectute Wallis verfügt über einen Leistungsvertrag mit dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), das ihre Hauptfinanzierungsquelle ist.

Zielsetzungen und Auftrag

Die Stiftung Pro Senectute Wallis verfolgt 4 Hauptziele:

1. Verbesserung der Lebensqualität von älteren Menschen:
 - durch soziale, an die jeweiligen Bedürfnisse der Person angepasste Leistungen
 - durch administrative und finanzielle Hilfen
 - durch Förderung der Solidarität und der gegenseitigen Hilfe
2. Unabhängigkeit fördern:
 - Förderung der Prävention
 - Selbstsicherheit fördern
3. Interessen der Senioren und Seniorinnen schützen:
 - gegenüber Behörden, Institutionen und Organisationen
 - gegenüber der Öffentlichkeit
4. Verbesserung der sozialen Stellung:
 - Dialog mit verschiedenen Sozialpartnern
 - Dialog zwischen den Generationen

Einige Zahlen

2009 hat die Sozialberatung von Pro Senectute Wallis 1'787 Klienten empfangen und 700'000 Franken individuelle finanzielle Hilfe verteilt. Die Abteilung Soziokulturelle Animation verzeichnete 5'000 Personen bei Sportaktivitäten. Mehr als 6'000 Personen nahmen an Treffen teil, 1'000 an unterschiedlichen Bildungsangeboten.

Wir verfügen derzeit über keine demenzspezifischen Zahlen.

Demenzspezifische Besonderheiten

Zwischen Pro Senectute Wallis und der Alzheimervereinigung Wallis besteht ein Abkommen. Letztere delegiert an Erstere Sozialhilfeleistungen für Demenzkranke und deren Angehörige. Zur Erreichung dieser Zielsetzungen wurden auf Kantonsgebiet zwei Arten von Dienstleistungen entwickelt:

Der Sozialdienst bietet in folgenden Bereichen eine *spezialisierte Unterstützung für Demenzkranke und deren Angehörige*:

- Hilfe und Beratung.
- Psychosoziale Unterstützung und Betreuung.
- Informationen rechtlicher und finanzieller Art sowie zu den Sozialversicherungen (AHV, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung, Krankenversicherung, Budget).
- Administrative Unterstützung.
- Individuelle finanzielle Hilfe.

Die Abteilung Soziokulturelle Animation bietet Angehörigen *Ausbildungs- und Informationsangebote* zur Demenzkrankheit und ihren Folgen an. Pro Senectute entwickelt im Besonderen auch Kurse für das *Gedächtnistraining*. Zudem stehen ihnen selbstverständlich die rund 300 soziokulturellen und sportlichen von der Stiftung angebotenen Aktivitäten offen.

Demenzspezifische Probleme

- Fehlende Koordination zwischen den involvierten Akteuren
- Späte Aufdeckung sozialer Probleme in Verbindung mit fehlender Früherkennung
- Ungenügende Hilfe und Unterstützung für Angehörige
- Fehlende Entlastungsangebote für Angehörige (Kurzaufenthalte, Ferien, Tages- und Nachtstrukturen)

Empfehlungen

- Um eine effiziente Betreuung von Demenzkranken und ihren Angehörigen sicherzustellen, muss ein **Dienstweg eingeführt werden, der den Platz und die Rolle aller sozialmedizinischen Akteure** definiert.
- Ein besonderer Schwerpunkt sollte auf die **Früherkennung** von Demenzkrankheiten und die **Information** über Betreuungsmöglichkeiten gelegt werden.

F.3. Das Rote Kreuz Wallis, von Frau R. Blanc und Frau C. Cipolla

Das Rote Kreuz Wallis verfolgt humanitäre und soziale Projekte. Wir bieten eine Vielzahl von Dienstleistungen für benachteiligte Menschen in unserer Region an, insbesondere in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Sozialhilfe im Allgemeinen. Bei unseren Aktivitäten stützen wir uns auf 98 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab, auf Verantwortliche und mehrere Dutzend Freiwillige. Unsere Finanzierungsmittel stammen aus Aufträgen und Beiträgen des Bundes. Ein bedeutender Teil unserer finanziellen Ressourcen kommt aber auch durch Mitgliederbeiträge und Spenden zusammen.

Das Ausbildungsangebot des Roten Kreuzes

Die 2003 geschaffene Bildungsabteilung des Roten Kreuzes Wallis bietet Ausbildungen im Bereich der Gesundheitsförderung an. Das Ausbildungsangebot richtet sich an die gesamte deutsch- und französischsprachige Bevölkerung des Wallis. Die angebotene Ausbildungspalette ermöglicht die Entwicklung von Kenntnissen, Einstellungen und Fähigkeiten mit dem Ziel, die Gesundheit auf optimalem Niveau zu bewahren. Die Kurse sind auf die verschiedenen Lebensphasen abgestimmt und beinhalten Themen vom Kleinkind bis zum Lebensabend. Es werden auch Kurse für Pflegehelfer und Pflegehelferinnen angeboten.

Organisation

Das pädagogische Team setzt sich aus 15 Ausbilderinnen und 1 Vertretung zusammen. Die Bildungsabteilung wird von der Kursverantwortlichen Frau R. Blanc geleitet. Diese Abteilung ist der Direktion des Roten Kreuzes Wallis unterstellt, in Zusammenarbeit mit dem kantonalen Vorstand. Die Kurskosten gehen zu Lasten der Teilnehmenden. Die Tarife hängen vom jeweiligen Kurstyp ab. Für die Finanzierung der Kurse können Hilfen beantragt werden (Regionale Arbeitsvermittlungszentren RAV, Arbeitgeber, Sozialhilfe...).

Personalbestand

Die 15 Ausbilderinnen sind alles Pflegefachfrauen mit einer Fortbildung in Erwachsenenbildung. Sie tragen zum Unterricht aller angebotenen Kurse bei. Die spezifischen Kompetenzen einer jeden (allgemeine Pflege, Kleinkindbetreuung, Diabetologie, Psychiatrie...) vervollständigen das Bildungsangebot und verstärken die Unterrichtsqualität. 2009 haben die Ausbilderinnen 54 Fortbildungstage besucht, die vom Roten Kreuz Wallis finanziert wurden.

Funktionsweise

Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Dienstleistungen des Roten Kreuzes Wallis wie der Babysitter-Vermittlung und dem Entlastungsdienst für Angehörige. Auch mit anderen Vereinigungen oder Organisationen (Elternbildung, Familienplanung, RAV, Amt für Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung, Pro Senectute, Alzheimervereinigung) wird die Zusammenarbeit gepflegt.

Zielsetzungen und Auftrag

Bei den Teilnehmenden Kenntnisse, Einstellungen und Fähigkeiten entwickeln, die wirksame Verhaltensmuster fördern, um ihre Gesundheit oder diejenige ihres Umfeldes zu bewahren, zu schützen oder wiederherzustellen.

Besonderheiten

Die *Kurse für Pflegehelfer und Pflegehelferinnen* stehen allen offen, die sich für Gesundheitsfragen interessieren. Sie vermitteln Kenntnisse zur Funktionsweise des menschlichen Körpers und erlauben jedermann, Verhaltensmuster zu entwickeln, die der Gesundheit förderlich sind. Diese Ausbildung ermöglicht dem/der Gesundheitspfleger/in, wenn er (sie) es wünscht, ihre Dienste gesunden, kranken oder behinderten Erwachsenen anzubieten, die zu Hause oder in einem Pflegeheim leben. Da Pflegehelfer/innen direkt mit dem Pflegeempfänger zu tun haben, sind sie oft auch mit Demenzkranken in Kontakt. In Institutionen erfolgt die Pflege unter Aufsicht des ausgebildeten Pflegepersonals. Pflegehelfer/innen machen in der Schweiz den grössten Anteil der Pflegenden aus.

Die *Demenzkurse* tragen den Titel: «Alt und verwirrt». Diese Kurse helfen, das Verhalten und die Reaktionen älterer Menschen besser zu verstehen, die in ihrer geistigen Gesundheit angegriffen sind. Bei den Teilnehmenden kann es sich um Pflegehelfer/innen, aber auch um Angehörige von Demenzkranken handeln. Die Teilnehmenden erhalten Antworten und Unterstützung, die ihnen im Umgang mit der jeweiligen Situation helfen. Diese zweimal jährlich durchgeführten Kurse entsprechen einem realen Bedürfnis. Sie werden in Institutionen angeboten und mehrere APH beauftragen uns, diese Kurse im Rahmen der Fortbildung ihres Personals durchzuführen. In diesen Kursen ist auch Zeit für den Austausch vorgesehen, damit man ganz vertraulich eigene Erfahrungen mit anderen teilen kann. Auch die Leistungen des Entlastungsdienstes für pflegende Angehörige des Roten Kreuzes werden vorgestellt. Diese Ausbildung versteht sich als Ergänzung zum von Pro Senectute angebotenen Kurs.

Zahlen	Anzahl organisierter Kurse		Anzahl ausgebildeter Personen	
	2008	2009	2008	2009
<u>Angebotene Ausbildungen</u>				
Pflegehelfer/in	6	7	108	111
Babysitterkurs	12	17	148	217
Vivre aux côtés d'une personne dépressive (nur auf Französisch)	1	0	7	0
Luana (nur auf Französisch)	2	3	15	46
Sterbebegleitung	2	2	22	21
Etre sénior, ou vivre avec des séniors (nur auf Französisch)	0	0	0	0
Demenz – Alt und verwirrt	2	2	19	22
Gesundheit (nur auf Französisch)	2	1	8	26

Der Entlastungsdienst für pflegende Angehörige des Roten Kreuzes

Der Entlastungsdienst für pflegende Angehörige bietet Präsenz und Begleitung zu Hause. Er richtet sich an pflegende Angehörige, die mit einer pflegebedürftigen, demenzkranken oder an einer anderen Krankheit leidenden Person zusammenleben. Das Ziel dieser Dienstleistung ist, Angehörigen eine Erholungszeit zu gewähren, eine Pause im Alltag, einen Moment für sich, wobei sie auf eine beruhigende Präsenz und qualitätvolle Begleitung zu Hause zählen können.

Organisation

Der Entlastungsdienst für pflegende Angehörige wurde in Zusammenarbeit mit Pro Senectute und der Alzheimervereinigung geschaffen und versteht sich als Ergänzung zu anderen öffentlichen und privaten Angeboten. Er bietet nur Leistungen im französischsprachigen Teil des Wallis. Koordiniert wird er von Frau Cipolla. Seit dem Inkrafttreten im Januar 2008 der neuen Verteilverfahren für BSV-Beiträge direkt an kantonale Instanzen erhält der Entlastungsdienst für pflegende Angehörige des Roten Kreuzes Wallis keine öffentliche finanzielle Hilfe mehr.

Personalbestand

2009 haben 9 Freiwillige und 10 Pflegehelfer/innen Hilfeleistungen erbracht, die 202,5 beziehungsweise 1'974 Entlastungsstunden entsprechen.

Funktionsweise

Das Rote Kreuz Wallis vermittelt nach folgenden Kriterien Freiwillige oder Pflegehelfer/Innen:

- Komplexität der Situation
- Gesundheitszustand der Person
- Dauer, Häufigkeit und Zeiten des Besuchs
- Möglichkeit oder nicht für die Angehörigen, Lebenshelfer/innen zu beanspruchen.

Zielsetzungen und Auftrag

Einen Beitrag zum kantonalen Unterstützungsangebot für Familien und die Begleitung pflege- und betreuungsbedürftiger Personen leisten.

Besonderheiten

Im Herbst 2007 hat das Rote Kreuz Wallis als Ergänzung zur Freiwilligengruppe ein Pflegehelfer/innen-Team engagiert, um adäquater auf die Anfragen der Familien reagieren zu können (regelmässiger Besuche; Präsenz am Morgen und Abend, an Wochenenden und während bestimmter Ferienzeiten; Hilfe bei der Zubereitung von Mahlzeiten).

Einige Zahlen

- Die Anzahl Betreuungsstunden stieg von 1'609,5 im Jahr 2008 auf 2'176,5 im Jahr 2009.
- Die Anzahl neuer Anfragen steigt von Jahr zu Jahr beträchtlich.
- 2009 wurden 27 neue Anfragen registriert.

Es ist hingegen nicht so sehr die Anzahl neuer Fälle, die ansteigt, sondern die Zahl der Präsenzstunden bei denselben Leistungsempfängern. Nicht selten bittet eine Familie, sobald ein erster Wochenbesuch zur Gewohnheit geworden ist, eine Erhöhung auf 2 oder gar 3 Besuche pro Woche. Zum Schluss noch eine Bemerkung zur Herkunft der Anfragen: Sie stammen zum Grossteil aus dem Mittelwallis, Anfragen aus dem Unterwallis sind selten.

Empfehlungen des Roten Kreuzes

- Eher die **Komplementarität** als die Konkurrenz fördern. Die Begegnungen mit den verschiedenen Partnern fortsetzen, um unsere Zielsetzungen zu harmonisieren und gemeinsam in Richtung Komplementarität und Koordination zu arbeiten.
- Eine bestmögliche und im Krankheitsverlauf früher einsetzende **Begleitung der Angehörigen**. Die Familien nehmen noch allzu oft Hilfsangebote erst dann in Anspruch, wenn sie erschöpft sind.
- Die **Prävention der Erschöpfung pflegender Angehöriger** unterstützen, gleich nach der Demenzdiagnose, insbesondere durch ein Kursangebot zum Thema Begleitung von Demenzkranken.
- **Die pflegenden Angehörigen** über verfügbare Leistungen und Ressourcen informieren.
- Die **Ausbildung von Gesundheitsfachleuten** zum Thema Demenz im Heim (APH, SMZ) fortsetzen.

F.4. Die sozialmedizinischen Zentren des Wallis, von Herrn F. Moos und Herrn D. Germann

Die sozialmedizinischen Zentren (SMZ) wurden in den 1970er-Jahren von den Gemeinden ins Leben gerufen. Heute sind es privatrechtliche, gemeinnützige Vereine, in denen die Gemeinden vertreten sind. Seit 1997 sind sie als 6 sozialmedizinische Regionalzentren (SMRZ) organisiert (= SMRZ Brig, Martinach, Monthey, Siders, Sitten und Visp), in denen 19 SMZ zusammengefasst sind. Die 6 SMRZ haben den Auftrag, den ganzen Kanton mit Leistungen abzudecken.

Funktionsweise

Jedes SMZ hat seine eigene Funktionsweise. Je nach Region werden die den Verbleib zu Hause fördernden Leistungen von einem(r) einzigen Verantwortlichen geleitet. Einige SMZ funktionieren mit multidisziplinären Teams. Andere sind nach Berufsgruppen/Dienstleistungen organisiert: Krankenpflege, Familienhilfe usw. In den subregionalen SMZ gibt es eine Regionalkoordination pro Dienststelle/Dienstleistung.

Zur Abklärung des Pflegebedarfs der Klienten bietet der Spitex Verband Schweiz das Instrument RAI-HC (Resident Assessment Instrument-Home Care) an. 2009 wurde es mit der Einführung eines Moduls für die Psychiatriepflege, RAI-HC Mental Health (RAI-HC MH), verbessert. Im Wallis verwenden noch nicht alle SMZ systematisch RAI-HC, was im Prinzip bis Ende 2011 der Fall sein sollte. Der Hauptgrund für diese Verzögerung ist die Frist für ein Update des RAI-HC im Modul der Software OSIRIS, die von allen SMZ verwendet wird.

Zielsetzungen und Auftrag

1997 erhielten die SMRZ einen Leistungsauftrag vom Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie. Dieser 2007 aktualisierte Auftrag ist auf der Website des Kantons Wallis abrufbar. Er deckt ein breites Leistungsangebot ab, namentlich:

- Pflege zu Hause: an 7 Tagen/Woche und 24 Stunden/Tag geplant und gewährleistet. Es geht nicht um Notfallpflege, sondern Interventionen bei bereits betreuten Klienten.
- Hilfe zu Hause: basierend auf der Abklärung und der an 7 Tagen pro Woche und 24 Stunden am Tag geplanten Leistungen.
- Sicherheit zu Hause in Verbindung mit Alarmsystemen 24 Std./Tag, 7 Tage/Woche.
- Ergotherapie.
- Mütter-Väter-Beratung (für Kinder von 0 bis 4 Jahren).
- Die Entwicklung von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung.
- Organisation und Koordination der öffentlichen oder privaten Leistungserbringer.
- Kommunikation, Information und Förderung des Verbleibs zu Hause.
- Weitere zu entwickelnde Leistungen sind Präventivbesuche bei betagten Personen und Hilfe für pflegende Angehörige.

Besonderheiten

Heute variiert die Aktivität der SMZ je nach Region. Die meisten SMZ müssen ihre Leistungen noch signifikant entwickeln, um die von der kantonalen Dienststelle für Gesundheitswesen in ihrer neuesten Planung festgelegten Zielsetzungen zu erfüllen. Einige Leistungen existieren in bestimmten Regionen gar nicht, namentlich die Präventivbesuche zu Hause. Die Finanzierung der Leistungen wird von den Klienten und ihren Versicherungen (Kranken-, Unfallversicherung, EL) sichergestellt, die jährlichen Betriebskosten der SMZ werden zwischen

Kanton (62,5 %) und Gemeinden (37,5 %) aufgeteilt. Aufgrund der grossen Vielfalt von Situationen, in denen wir Pflege und Hilfe leisten, lassen sich die Durchschnittskosten pro Klient schwer beziffern.

Gemeinschaftswohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung oder adäquate Einzelstudios mit Gemeinschaftsräumen (Domino-Wohnungen in Siders, Sitten und Monthey, Mosaïques-Wohnungen in Martinach) wurden für Menschen im AHV-Alter entwickelt. Diese Konzepte bieten die Möglichkeit für einen sicheren Wohnort mit je nach Bedarf Hilfe- und Pflegeleistungen durch SMZ. Sie stellen eine Alternative zum Verbleib zu Hause und zum APH dar. Die Gründe für einen Eintritt in diese Wohnungen sind die Isolation, ein eingeschränkte Autonomie, ein Bedarf an körperlicher und/oder psychischer Sicherheit. Menschen mit Orientierungsstörungen können nur aufgenommen werden, wenn die Lebensqualität der Mitbewohner dadurch nicht eingeschränkt wird und keine allzu bedeutende professionelle Präsenz notwendig ist.

Einige Zahlen (2008)

II/1.1 Clients par catégorie d'âge et regroupement des prestations
Klienten nach Altersgruppen und Leistungen

Prestations de soins OPAS Pflegerische Leistungen gemäss KLV	Nombre de clients Anzahl Klient-innen
entre 0 et 4 ans / 0-4 jährige Klient-innen	16
entre 5 et 19 ans / 5-19 jährige Klient-innen	50
entre 20 et 64 ans / 20-64 jährige Klient-innen	1'198
entre 65 et 79 ans / 65-79 jährige Klient-innen	1'890
80 ans et plus / 80-jährige und ältere Klient-innen	2'952



Aide à domicile Hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen	Nombre de clients Anzahl Klient-innen
entre 0 et 4 ans / 0-4 jährige Klient-innen	15
entre 5 et 19 ans / 5-19 jährige Klient-innen	21
entre 20 et 64 ans / 20-64 jährige Klient-innen	1735
entre 65 et 79 ans / 65-79 jährige Klient-innen	1412
80 ans et plus / 80-jährige und ältere Klient-innen	1757

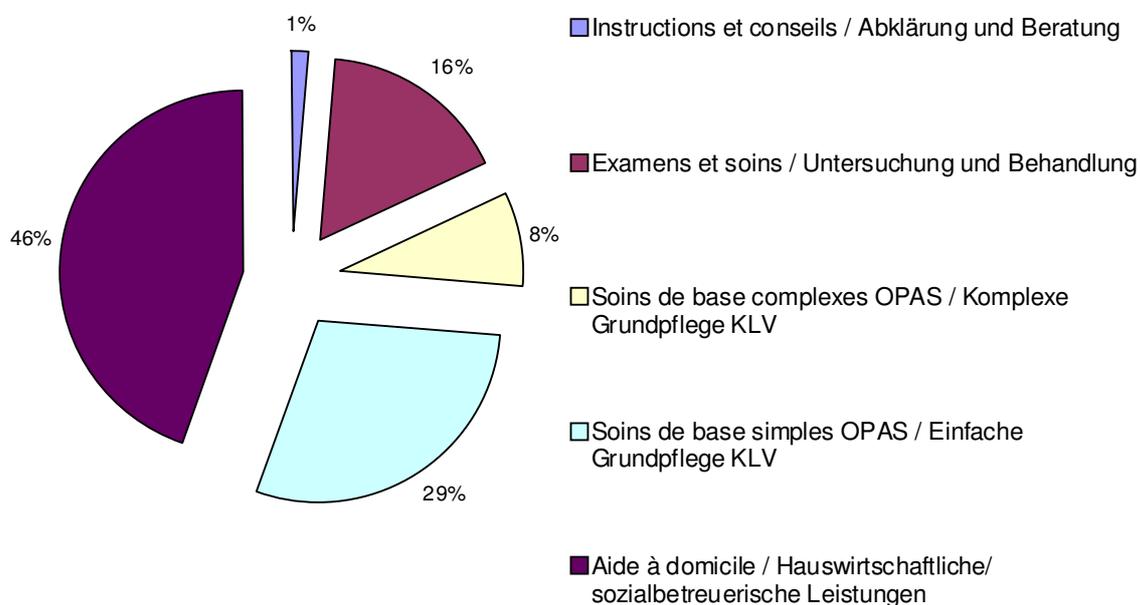


Personalbestand der SMZ 2008

	Nombre de personnes Anzahl Personen	Equivalents plein temps Vollzeitstellen
Infirmiers/-ères diplômé(e)s SG/GKP/HMP/PSY, Sage-femme-s / Diplom Krankenschwester/Pfleger AKP/GKP/psyKP Hebamme	167	80.27
Infirmiers/-ères en santé publique / Gesundheitsschwester/Pfleger	83	48.24
Infirmiers/-ères niveau I / Krankenschwester/Pfleger für Gesundheits- und Krankenpflege	9	5.24
Infirmiers/-ères niveau II / Krankenschwester/Pfleger für Gesundheits- und Krankenpflege	50	27.21
Infirmiers/-ères assistant(e)s (CC CRS) / Krankenpflegerin (FA SRK)	52	23.17
Aides familiales certifiées ou diplômées / Hauspflege-Diplom oder Lehrabschluss	173	104.91
Aides familiales CC OFIAMT/OFDE / Hauspflege FA BIGA	61	33.40
Autres formations dans le domaine de l'aide et des soins / Andere pflegerische/betreuerische Ausbildung	39	46.88
Autres cours dans le domaine de l'aide et des soins / Pflege/Betreuungskurse	56	23.56
Diplômé(e)s en travail social ou pédagogique sociale /Sozialpädagog/in nen mit Diplom	87	50.24
Autres professionnels diplômés de la santé/Therapeutische Ausbildung mit Diplom	6	3.27
Auxiliaires de vie /Hilfspersonal in der Pflege	63	32.86
Auxiliaires au foyer /Hilfspersonal in der Haushaltshilfe	70	29.24
Stagiaires / Praktikant-innen	24	13.32
Autres formations / Andere Ausbildung	93	49.97
Pas de formation / Keine Ausbildung	51	20.62
Total / Total	1'084	592.40

2008 verrechnete Stunden pro SMZ

	0-19 ans/Jahre	20-64 ans/Jahre	65-79 ans/Jahre	80- + ans/Jahre	Total / Total
Descriptif <i>Beschrieb</i>	Heures facturées verrechnete Std.				
Instructions et conseils <i>Abklärung und Beratung</i>	36.0	1'115.0	2'011.0	3'426.0	6'588.0
Examens et soins <i>Untersuchung und Behandlung</i>	478.0	11'168.0	22'361.0	39'436.0	73'443.0
Soins de base complexes OPAS <i>Komplexe Grundpflege KLV</i>	167.0	7'412.0	9'781.0	19'984.0	37'344.0
Soins de base simples OPAS <i>Einfache Grundpflege KLV</i>	77.0	12'805.0	30'089.0	86'003.0	128'974.0
Aide au ménage <i>Hauswirtschaftliche sozialbetreuerische Leistungen</i>	736.0	53'368.0	53'126.0	91'626.0	198'856.0
Total / Total	1'494.0	85'868.0	117'368.0	240'475.0	445'205.0



Verbesserungswürdige Punkte bei der Betreuung von Demenzkranken im Rahmen der SMZ

- **Mitarbeitenden spezifische Ausbildungen** für den Umgang mit Demenzkranken anbieten.
- **Verbesserung der Hilfe für Betreuende**, namentlich durch:
 - Kurse für betreuende Angehörige.
 - Gesprächs- und Selbsthilfegruppen.
 - Spezialisierte Aufnahmestrukturen für Kurzaufenthalte.
 - Entwicklung von Tages- und/oder Nachtstrukturen für die Pflege.
 - Finanzielle Unterstützung für Angehörige.
- Eine genauere **Untersuchung** der Art von Demenz machen, unter denen Personen leiden, die Spitex-Leistungen erhalten, um Massnahmen und Interventionen zu entwickeln, die der Problematik dieser Personen entsprechen.
- Verbesserung und Entwicklung des Instruments «**Präventivbesuche zu Hause**» im ganzen Kanton und der **Prävention** im Allgemeinen.
- Fortführung und Intensivierung der **Entwicklung der Spitex-Leistungen** im ganzen Kanton, namentlich auf der Grundlage des Leistungsauftrages.
- Einführung und Verallgemeinerung des psychogeriatrischen Moduls des **Assessment-Instrumentariums** RAI-HC, das vom Spitex Verband Schweiz und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen (GDK) empfohlen wird.
- Verbesserung der Leistungen der **Gerontotechnik** (siehe B.3.6).
- Überlegungen zur Spezialisierung von **Wohnungen vom Typ Domino** für Demenzkranke.
- Verbesserung der Zusammenarbeit und **Koordination** bei spezialisierten Angeboten.
- Information und **Zusammenarbeit mit den Hausärzten** unserer Klienten, insbesondere durch die Bereitstellung von Leistungen, die eine **Früherkennung** begünstigen.
- Verstärkung der **Koordinations- und Informationsrolle der SMZ**, insbesondere durch das Führen und Aktualisieren von Listen mit nützlichen Adressen für jede Region.

Weitere allgemeine Empfehlungen

- Förderung der **Früherkennung**.
- Überlegungen mit der regionalen Gesundheitskommission zur Erweiterung des Angebots der Tagesbetreuung (**Tageszentren**) und der **Kurzzeitaufenthalte**.

F.5. Die Meinung der Pflegedienstleiter- und leiterinnen von SMZ, von Frau H. Berchtold, Herrn R. Bianchi, Frau M.-P. Moulin und ihrer Mitarbeiterin Frau S. Constantin, Frau T. Gruber, Frau L. Jankovic, Herrn H. Schnorhk und Frau D. Urben

Angetroffene Probleme und verbesserungswürdige Punkte

Die Probleme in Zusammenhang mit Demenzkrankheiten sind im Ober- und Unterwallis sehr ähnlich. Sie betreffen hauptsächlich die Ausbildung des Fachpersonals, Aspekte der Betreuung zu Hause und die Entlastungsangebote.

Ausbildung

Alle Mitarbeitenden sollten demenzspezifische Ausbildungen erhalten. Jeder Mitarbeitende sollte über solide Grundkenntnisse verfügen und regelmässig eine Fortbildung besuchen können. Solche Fortbildungen sollten in regelmässigen Abständen wiederholt werden, damit eine Mehrheit der Mitarbeitenden davon profitieren kann. Dennoch wird es vor allem für kleinere Institutionen immer schwierig bleiben, alle betroffenen Mitarbeitenden auszubilden oder auch nur für diesen besonderen Bereich zu sensibilisieren, da unser Berufsalltag viel Polyvalenz auch in zahlreichen anderen Gebieten erfordert. Der/die Mitarbeitende eines SMZ muss ein/e Generalist/in sein. Zudem:

- Es wäre angebracht, einmal jährlich einen obligatorischen Weiterbildungstag zum Thema Demenz durch involvierte spezialisierte Partner zu organisieren.
- Ausbildungen auf der Basis von konkreten Fällen und Situationen wären sehr nützlich.
- Eine Ausbildung des Personals für die Begleitung der Angehörigen ist sehr wichtig und sollte auch eingeführt werden.
- Erwähnenswert ist, dass Weiterbildungen für Angehörige wenig besucht werden, da diese mit der Betreuung ihres pflegebedürftigen Verwandten beschäftigt sind.

Probleme in Zusammenhang mit der Betreuung zu Hause

- Das für Hilfeleistungen zuständige Personal hat im Allgemeinen nicht genügend Zeit für eine Betreuung zu Hause.
- Unsere Leistungen sind punktuell, viel lastet auf den Schultern der Angehörigen.
- Es fehlt ein geeignetes Instrument zur Evaluation des Bedarfs und der Weiterbetreuung.
- Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten ist oft schwierig. Sie verweisen nicht gerne oder zu spät Patienten an uns.
- Die Leistungen der SMZ sind bei Angehörigen und Ärzten oft wenig bekannt.

Entlastungsangebote

- Entlastungsangebote wie Tageszentren oder Kurzzeitbetten werden nur selten genutzt.
- Die nötigen Ausgaben sind hoch und oft fehlt es an den finanziellen Mitteln.
- Ab nächstem Jahr sollten Nachtstrukturen verfügbar sein.

Empfehlungen

- Die **Früherkennung** fördern, eventuell mit einer anschliessenden **Behandlung**.
- Die Tests zur Demenzabklärung, die in spezialisierten Einrichtungen gemacht werden, beispielsweise während einer Hospitalisation in einer Geriatrieabteilung, könnten zusammen mit den Austrittsunterlagen an das SMZ adressiert werden. Eine solche **Übermittlung spezifischer Informationen** könnte die Arbeit der SMZ erleichtern.
- Freiwillige Helfer müssen unterstützt werden. Das Rote Kreuz und Pro Senectute Genf bieten eine **Ausbildung für freiwillige Begleiter** an. Im östlichen Waadtland fördert die Fondation Pro-Xy (www.pro-xy.ch) ebenfalls diese Art der Unterstützung. Könnten diese Vorgehen nicht als Vorbild für die Schaffung eines Ergänzungsangebotes im Wallis dienen?
- Entwicklung des vom **Hilfspersonal erbrachten Begleitungsangebots**, um die Angehörigen zu entlasten, ohne dass der Demenzkranke seinen gewohnten Lebensraum verlassen muss.
- Es besteht ein Mangel an **Tageszentren**, die Demenzkranke aufnehmen können. Und selbst wenn es sie gibt (z. B. Les Acacias in Martinach), halten Finanzierungsprobleme und fehlende Plätze viele davon ab.
- Entwicklung von Möglichkeiten für **Kurzaufenthalte**, die derzeit unzureichend sind.

F.6. Das Tageszentrum les Acacias in Martinach, von Frau M.-A. Sarrasin

Das Tageszentrum «Les Acacias» ist ein 2002 gegründeter privatrechtlicher Verein. Sein Vorstand setzt sich aus 7 Mitgliedern zusammen. Die Aufgabe des Zentrums ist es, an Alzheimer (oder anderen Demenzen) erkrankte Menschen tagsüber aufzunehmen und ihre Angehörigen zu unterstützen.

Organisation

Anzahl Plätze: 10 bis maximal 12 Personen.
Öffnungszeiten: 9 bis 17 Uhr, Dienstag, Mittwoch, Donnerstag und Freitag.
Transport: Durch die Angehörigen oder Transport Handicap.

Personalbestand

Das Zentrum steht unter der Verantwortung einer Direktorin, die auch die Fortbildung des Personals sicherstellt. Unser multidisziplinäres Team setzt sich aus der Direktorin, einer Sekretärin – Animatorin, einer Pflegefachfrau, 5 Pflegehelferinnen (4 Vollzeitstellen) und einer Gesundheitsmediatorin zusammen, die den Familien und dem Personal zur Verfügung steht.

Funktionsweise

- Aufnahme auf der Grundlage eines Arztzeugnisses.
- Referenzarzt für Les Acacias.
- Aufnahme und Integration im Sinne einer Einladung.
- Periodische Treffen mit den Familien.
- Gesundheitsmediatorin, die den Familien zur Verfügung steht.
- Gesundheitsmediatorin für die Supervision und Unterstützung des Teams.
- Möglichkeit einer kurzzeitigen Begleitung zu Hause durch erfahrene Mitarbeiterinnen (Mitarbeiterin, die zeitweilig beim Demenzkranken wohnt, «intervenante baluchon»).
- Jeder Person wird eine individuelle Animation angeboten.
- Die Grundpflege erfolgt gemäss Abklärung der Bedürfnisse.
- Weiterbildung in der Validation für alle Teammitglieder aufgrund der täglich gemachten Erfahrungen.

Unsere Philosophie

«Zuerst die Person, dann die Aufgabe» ist eine Philosophie, die darin besteht, der Person Vertrauen zu schenken und den Betreuenden dazu bringt, sich des Augenblicks bewusst zu sein. Diese Position ermöglicht eine Öffnung der Beziehung. Für Demenzkranke ist es wichtig, in einer affektiven Beziehung zu ihrem Umfeld zu bleiben.

Die Begleitung wird auf der Grundlage der Validationsmethode nach Naomi Feil personalisiert, damit die Betroffenen ihre Integrität und Selbstachtung bewahren können. Die Begleitung bei alltäglichen Verrichtungen erlaubt ihnen, ihre Errungenschaften und ihre Autonomie zu bewahren.

Besonderheiten

- Familiäres Haus mit spezifischer Einrichtung, die Sicherheit und Komfort bietet.
- Ort, der es ermöglicht, alltägliche Tätigkeiten im eigenen Rhythmus auszuführen.
- Ort, wo sich die Person akzeptiert fühlt und mit dem Leben im Quartier und der Bevölkerung in Kontakt ist.
- Individuelles Zuhören und Unterstützung der Angehörigen.
- Spezifische Ausbildung «Robert & Mariette» auf der Basis der Validationsmethode nach Naomi Feil. Begleitung für Familien, freiwillige Helfer und Berufsleute.

Zahlen

2008 31 aufgenommene Personen, 10 Frauen und 21 Männer.

2009 38 aufgenommene Personen, 25 Frauen und 13 Männer.

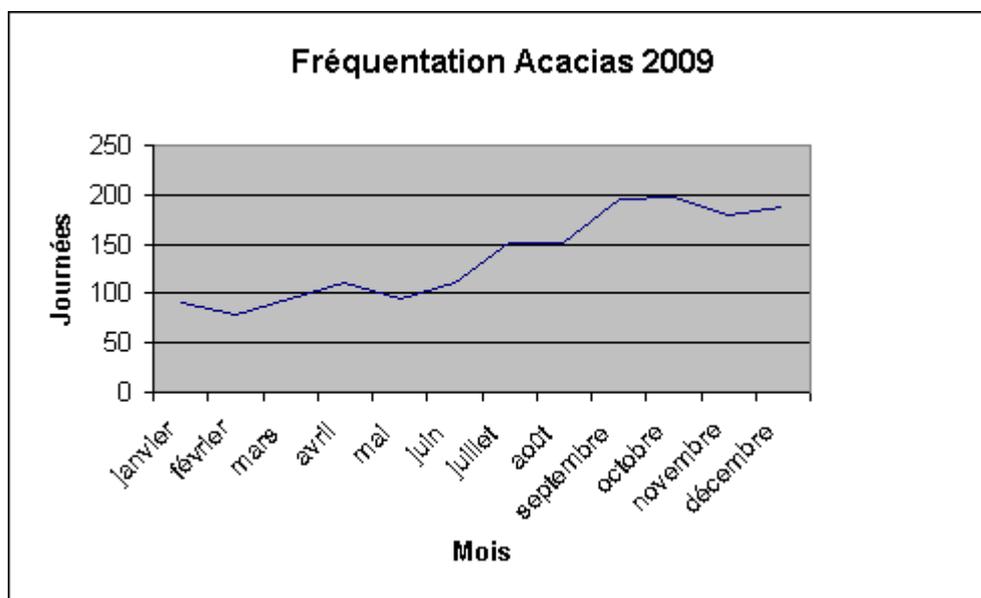
13 Austritte: - 6 verstorbene Personen

- 3 sind in ein Heim eingetreten

- 4 sind nach Hause zurückgekehrt, mit Betreuung zu Hause

1'646 Tage, davon 981 Tage für Martinach und 665 Tage für andere Gemeinden.

Mit der Öffnung an einem vierten Tag pro Woche verzeichneten wir ab August 2009 einen Durchschnitt von 9,27 Anwesenden.

Besuche Acacias 2009

Probleme, die in Les Acacias auftreten

- Die Gemeinde Martinach hat bis heute alle Defizite gedeckt, was ein Problem ist.
- Hohe Kosten für Personen, die von ausserhalb der Gemeinde kommen, was eine Ungleichheit bei den Unterstützungsmöglichkeiten für Personen und Familien zur Folge hat.
- Finanzierung in Diskussion mit den subregionalen SMZ von Martinach, Saxon und Bagnes im Hinblick auf eine künftige Finanzierung und Übernahme der Defizite.
- Fehlende Koordination mit den Gesundheitsdiensten.
- Wenn sich eine Familie ans Zentrum wendet, ist sie oft erschöpft, weil sie von den Gesundheitsdiensten keine Informationen zum Leistungsangebot von Les Acacias erhielt.

Empfehlungen

Unsere mehrjährige Erfahrung zeigt uns klar die **Bedeutung einer auf der persönlichen Beziehung basierenden Begleitung**, die den Zustand einer Person stabilisieren und ihre Beziehungen zum Umfeld fördern kann. Es ist notwendig, dass:

- **Die Angehörigen Informationen erhalten** – zur Krankheit, zum Vorgehen und zur Begleitung von Menschen mit Demenz.
- Die Angehörigen Informationen zu bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten und finanziellen Hilfen erhalten.
- **Die Zusammenarbeit mit den SMZ** entwickelt wird, damit die Begleitung durch **ausgebildete Personen** erfolgt.
- Es ist wesentlich, den **Verbleib zu Hause** unter den bestmöglichen Bedingungen beizubehalten.

F.7. Die Zwischenstrukturen, Gemäss dem Bericht des DFIG zur Planung der Langzeitpflege 2010-2015

Im Entscheid vom 10. August 2005 erteilte der Staatsrat den APH den Auftrag, «Tages- oder Nachtheime zu eröffnen, um in Zusammenarbeit mit den SMZ die Betreuung zur Hause für Personen zu fördern, die nur leicht pflegebedürftig sind». Der Bericht zu diesem Entscheid empfahl die Bereitstellung von mindestens 15 Plätzen in Tagesstrukturen in jeder der 6 Gesundheitsregionen, d. h. mindestens 90 Plätze.

Rund hundert Plätze für zwei Arten von Leistungen

Die aktuelle Aufnahmekapazität liegt bei einer Grössenordnung von rund hundert Plätzen. Zwei grössere Einrichtungen in Martinach und Vouvry stellen allein 45 Plätze bereit. Anfänglich waren ihre Leistungen mehr im sozialen Bereich angesiedelt (Funktion eines «Tageszentrums»). Doch immer mehr Demenzkranke besuchen nun diese Strukturen, was eine Neudefinition der Anzahl Plätze und der Art der Betreuung notwendig macht.

Das Angebot der anderen Strukturen entspricht etwa 55 Plätzen. Einige nehmen 6 bis 15 Personen in einer spezialisierten Einrichtung auf. Bei den anderen handelt es sich um APH, die zusätzlich zu den Heimbewohnern tagsüber 1 bis 2 externe Personen aufnehmen. Ihre Leistungen richten sich im Allgemeinen an ältere pflegebedürftige Menschen, die eine sozialmedizinische Betreuung (Funktion eines «Tageszentrums») benötigen, was eine Betreuung in Gruppen erfordert, deren Grösse nicht 15 Personen übertrifft.

Im Jahr 2009 wurden ca. 20'000 Tage verzeichnet, was etwa 80 Plätzen entspricht. Dass diese Zahl unter der Aufnahmekapazität liegt, erklärt sich dadurch, dass gewisse Zentren nicht jeden Tag geöffnet sind. Mangelnde Information und Koordination zu diesen Angeboten ist wahrscheinlich ein weiterer erklärender Faktor.

Bezüglich der Verbreitung des Angebots ist festzustellen, dass im Oberwallis diese Art der Betreuung momentan noch sehr wenig genutzt wird. Einige Bezirke verfügen über kein Tageszentrum, dies gilt auch für das Unterwallis. Im Wallis existieren derzeit keine Nachtstrukturen.

Drei Arten von Leistungserbringern

Unter den 18 Strukturen und Projekten lassen sich drei Arten von Leistungserbringern unterscheiden, die sich in Organisation und Rechnungsstellung unterscheiden:

- 11 APH bieten eine Tagesbetreuung oder planen ein solches Angebot. Die Leistungen werden durch das Personal des APH erbracht, ohne spezifische Verrechnung an die Krankenversicherung.
- 2 SMZ bieten oder werden eine Tagesbetreuung bieten. Die Leistungen werden der Krankenversicherung als Pflegeleistung zu Hause durch das Personal der SMZ in Rechnung gestellt.
- 5 Tagesheime, die unabhängig von APH oder SMZ, eine Tagesbetreuung anbieten, wobei einige auf Pflegeleistungen der SMZ zurückgreifen, die der Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden.

F.8. Die Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime (VWAP-AVALEMS), Von Frau B. Ramseier-Rey un Herrn R. Perez

Die Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime (VWAP) erarbeitet und verwirklicht Unterstützungsmassnahmen für das gute Funktionieren der Mitgliederheime.

Funktionsweise

Die Mitgliederheime der VWAP, bei denen es sich zum Grossteil um kommunale Einrichtungen handelt, werden autonom geführt. Die Mitgliederheime der VWAP wenden ein gemeinsames Personalstatut an, das die Anstellungsbedingungen, die Lohnklassen und Einstufung regelt. Die Vereinigung hat folgende Organe: Generalversammlung, Vorstand, Direktorenkonferenz und das Kontrollorgan. Jeder Gegenstand, der ein gemeinsames Vorgehen erfordert, kann der Generalversammlung zur Abstimmung vorgelegt werden.

Zielsetzungen und Auftrag

Die VWAP erfüllt für ihre Mitglieder folgende Aufgaben:

- Interessenvertretung auf kantonaler / regionaler Ebene
 - o gegenüber politischen Instanzen, Behörden, Verwaltungen, Versicherern sowie anderen Organisationen und Verbänden
 - o gegenüber den Arbeitnehmenden und ihren Organisationen und Verbänden
 - o gegenüber den Medien und der Öffentlichkeit.
- Angebot von Dienst- und Beratungsleistungen.
- Bereitstellen von Informationen zu Bildungsangeboten und Engagement für die interkantonale Koordination einer bedarfsorientierten Berufsbildung.
- Schaffung einer Informations-, Kommunikations- und Kooperationsplattform.
- Beziehungen zu politischen Instanzen (Departement für Gesundheit, Staatsrat usw.) sowie mit den Versicherern und Santéuisse.

Zahlen

43 Einrichtungen im Kanton, die insgesamt 2'161 Betten anbieten:

- 15 APH im Oberwallis
- 19 APH im Mittelwallis
- 9 APH im Unterwallis

Anzahl der von den Pflgeteams tragbaren und untragbaren Demenzfälle:

Kantonsteile	Anzahl festgestellter Demenzfälle			Aufteilung der Verhaltensstörungen			
	Betten Total	Davon mit Demenz	%	tragbar	%	untragbar	%
Oberwallis	720	312	43.3	236	75.6	11	3.5
Mittelwallis	921	422	45.8	355	84.1	32	7.6
Unterwallis	520	318	61.2	292	91.8	26	8.2
Kanton Total	2161	1052	48.7	883	83.9	69	6.6

Gemäss dem Bericht der Arbeitsgruppe «Demenz» der VWAP von 2009.

Demzufolge hätten **48,7%** der Bewohner in Walliser APH eine Demenzerkrankung.

Probleme und verbesserungswürdige Punkte im Zusammenhang mit Demenz

Infolge mehrerer Anfragen durch Mitglieder hat der Vorstand der VWAP die Schaffung einer Arbeitsgruppe beschlossen, die Probleme in Verbindung mit Demenz untersucht. Diese Kommission wurde von der Direktorenkonferenz zusammengestellt. Sie hat folgende Zielsetzungen:

- Untersuchung der aktuellen Situation und der wahrscheinlichen Entwicklung
- Erstellen eines Inventars der im Wallis bestehenden Betreuungsmöglichkeiten
- Analyse der verschiedenen Möglichkeiten
- Auflistung des Bedarfs für eine spezifische Betreuung
- Untersuchung von deren Finanzierung (wenn möglich).

Diese 2007 und 2008 durchgeführte Arbeit war Gegenstand eines Berichts, der dem Vorstand der VWAP vorgelegt wurde und dann an die Mitglieder in die Vernehmlassung ging. Der Schlussbericht wurde im November 2009 unter dem Titel «Bericht der Arbeitskommission Vereinigung der Walliser Alters- und Pflegeheime (VWAP). Psychogeriatric in Institutionen der Langzeitpflege. 26.08.2009» (Ref. Wallis) der Presse vorgestellt.

Es zeigt sich eindeutig, dass die Begleitung älterer Menschen, die an einer der verschiedenen Formen von Demenz leiden, in den kommenden Jahren für die APH eine grosse Herausforderung darstellen wird. Die Kommissionsmitglieder, alles auf diesem Gebiet tätige Fachleute, haben dieselben Zielsetzungen: Hilfe, Hinweise, Ratschläge und wenn möglich Lösungen für diese Problematik bieten. Nachfolgend einige von der Kommission gemachte Empfehlungen:

- Allgemeine Philosophie / institutionelles Projekt: Jede Einrichtung sollte intern Überlegungen anstellen. Diese sollten die Erarbeitung eines institutionellen Projektes ermöglichen, einschliesslich einer genauen Betreuungsphilosophie (Eintrittskriterien, Grenzen, Schaffung einer Spezialabteilung usw.) gemäss den Besonderheiten jeder Einrichtung (bauliche Voraussetzungen, Personal, Rechtsform usw.).
- Spezialabteilungen für Demenzkranke oder gemischte Abteilungen (in denen Menschen ohne Demenz in den gleichen Strukturen wie Demenzkranke leben)? Es gibt kein Patentrezept, beide Möglichkeiten haben ihre Anhänger und Gegner.
- Pflegekonzept: im multidisziplinären Team. Eine Pflegephilosophie sowie Konzepte, die im Voraus festgelegten Kriterien entsprechen.
- Ausbildung: Sobald Konzept und Philosophie bestimmt sind, gilt es eine adäquate Ausbildung für das ganze Personal bereitzustellen, das in direktem Kontakt mit den Heimbewohnern ist.
- Supervision: Ist das Verfahren gewählt und das Personal ausgebildet, ist es sowohl für die Heimbewohner als auch das Personal von Vorteil, wenn es von Spezialisten Unterstützung erhält, die für diese Problematik ausgebildet sind und mit ihr Erfahrung haben.
- Architektur: Es gibt eine Vielzahl von Lösungen, die mit mehr oder weniger Erfolg von den Walliser Einrichtungen getestet wurden. Einige Mindestregeln sind allgemein bekannt wie

- *Finanzierung*: Die vom Bericht befürworteten Vorgehensweisen sind natürlich mit Kosten verbunden, sei es für bauliche und infrastrukturelle Anpassungen, für die Ausbildung des Personals und eine eventuelle Erhöhung des Personalbestands. Die Vereinigung wird mit Entscheidungsträgern und Geldgebern in Verhandlung treten müssen, um die finanziellen Ressourcen zu erhalten, die für die Umsetzung dieser für die Betreuung von Demenzkranken in APH wichtigen und unumgänglichen Massnahmen notwendig sind.

Schlussfolgerungen der Kommission / Empfehlungen

Die schnelle demografische Entwicklung und die Komplexität der Pflege in APH machen Überlegungen notwendig. Diese müssen nicht nur auf der Ebene unserer Institutionen erfolgen, sondern auch auf der Ebene einzelner Berufsgruppen sowie der kantonalen und eidgenössischen Gesundheitsbehörden. Wir müssen die für eine adäquate Betreuung von in APH lebenden Menschen notwendigen Massnahmen ergreifen, unabhängig davon, ob sie an Demenz erkrankt sind oder nicht. Diese Massnahmen betreffen:

- Die **Umsetzung einer Pflegephilosophie** in jeder Einrichtung.
- Die **Arbeit im interdisziplinären Team**.
- Die **Ausbildung des Personals**.
- **Bauliche Anpassungen** der Einrichtungen.

Diese Vorgehensweisen werden nicht nur die Beibehaltung von qualitätvollen Leistungen für die Heimbewohner bewirken, sondern auch akzeptable Arbeitsbedingungen, um einer Erschöpfung des Personals, Kündigungen und Misshandlungen vorzubeugen.

F.9. Die Meinung der Pflegedienstleiter und -leiterinnen von APH, von Frau P. Coppex-Gasche

Da die Umfrage bei den Mitgliedern der VWAP bereits Ende 2007 und Anfang 2008 durchgeführt worden war, wurden 24 Pflegedienstleiter und -leiterinnen (nachfolgend Pflegedienstleiter) nochmals telefonisch kontaktiert (von insgesamt 44 Pflegedienstleitern im Wallis). Es wurden ihnen strukturierte Fragen zu beobachteten Veränderungen in Bezug auf die Heimbewohner, ihre Angehörigen und die Betreuung gestellt. Zudem wurden sie aufgefordert, sich zu den angetroffenen Problemen zu äussern, aber auch zu den vorgeschlagenen Gegenstrategien. Nachfolgend eine Zusammenfassung dieser Gespräche.

Aktuelle Lage: die Bewohner von APH und ihr Umfeld

Die Hälfte der kontaktierten APH erachtet, dass die Anzahl Demenzkranker in den letzten Jahren eindeutig zugenommen hat. Auf die Frage, wie hoch der Anteil der Demenzkranken ist, variieren die Antworten von fast allen Bewohnern bis zu 50%. Ein Drittel der befragten Pflegedienstleiter schätzt ihn auf etwa 80%. Diese Einschätzungen scheinen über den Werten zu liegen, die von der VWAP-Studie (Durchschnitt von 48,5%) genannt wurden.

Entwicklung des Profils der Bewohner beim Eintritt in ein APH

Die Bewohner kommen von zu Hause oder aus dem Spital ins APH, aber auch von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, was neu ist. Es gibt mehr Eintritte aus dem Spital mit komplexen Pflegebedürfnissen. Eine höhere Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit führt dazu, dass die Rückkehr nach Hause unmöglich ist. Beim Eintritt von zu Hause: späte APH-Eintritte; die Grenzen der Betreuung zu Hause werden oft erreicht wegen Erschöpfung der Angehörigen oder Überschreiten des Auftrages der SMZ; häufige Notsituationen. Manchmal verfrühte Einweisung, da das Angebot an Zwischenstrukturen und Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung unzureichend ist, insbesondere für Personen, die eine beruhigende Umgebung benötigen, aber auch wegen des unzureichenden Leistungsangebots der SMZ. Höhere Anzahl von Personen am Lebensende, die Palliativpflege benötigen. Zudem mehr Eintritte von jüngeren Menschen mit psychiatrischen oder sozialen Pathologien. Personen ohne Umfeld treten im Allgemeinen früher in ein APH ein. Die Bewohner und ihre Angehörigen stellen höhere Ansprüche als noch vor ein paar Jahren. Die Angehörigen akzeptieren zum Beispiel beim Eintritt nur schwer ein Doppelzimmer, selbst wenn im Krankheitsverlauf ein Zimmergenosse manchmal beruhigend wirken kann. Nur wenige Personen treten in eine «Demenzabteilung» ein, da die Angehörigen oft nicht zu diesem Schritt bereit sind.

Verhaltensbezogene und psychologische Symptome

Der Anteil der Bewohner, die beim Eintritt verhaltensbezogene und psychologische Symptome aufweisen, ist viel höher geworden, mit den damit verbundenen Schwierigkeiten bei der Betreuung. Manchmal sind Überweisungen in psychiatrische Einrichtungen notwendig. Dies geschieht jedoch nur selten, dank der grösseren Erfahrung des Pflegepersonals, der verstärkten Teamarbeit, der Zusammenarbeit mit Hausärzten und psychiatrischen Einrichtungen, aber auch den Angehörigen. Eine Überweisung wird erst als letzter Ausweg in Betracht gezogen: Wenn alles gescheitert ist, die Sicherheit und Lebensqualität des Heimbewohners nicht gewährleistet werden kann, manchmal auch wegen der Erschöpfung des Teams.

Beziehungen mit den Angehörigen

Alle Pflegedienstleiter betonen die Wichtigkeit der Begleitung und Unterstützung der Angehörigen. Die Qualität der Kommunikation und der Zusammenarbeit mit den Angehörigen bereits beim Heimeintritt wird von allen genannt. Es bestehen unterschiedliche Vorgehensweisen: Verfügbarkeit; Einzelgespräche, Gespräche mit der Familie oder dem Netzwerk (Team, behandelnder Arzt, Berater und Angehörige); Begegnungscafés; monatliche oder jährliche Treffen. Die Familien suchen klare Informationen zur Funktionsweise der Einrichtung, aber auch zum Gesundheitszustand des Angehörigen. Sie haben oft das Bedürfnis, zum Verhalten ihres Verwandten beruhigt zu werden. Die am häufigsten genannten Schwierigkeiten sind: unerfüllbare Ansprüche; Unverständnis der Familien angesichts des Krankheitsverlaufs, wenn der Verwandte beispielsweise ständig schreit und sie ein Beruhigungsmittel möchten, oder sie ihn schlecht angezogen und unrasiert vorfinden; Schwierigkeiten, die Betreuung zu verstehen; Überstimulation des Verwandten, während dieser hingegen Ruhe bräuchte; und zum Schluss Uneinigkeit innerhalb der Familie, mit der man umgehen muss.

Aktuelle Lage: in Bezug auf die Betreuung

Medizinische Betreuung

Die Pflegedienstleiter schätzen, dass nur in der Hälfte der Fälle beim Heimeintritt eine Demenzdiagnose gestellt wird. Es handelt sich um die Fälle, die vom Spital in ein APH kommen, und nur selten um Personen, die vom behandelnden Arzt überwiesen werden. Etwa drei Viertel der diagnostizierten Fälle erhalten eine spezifische Alzheimer-Behandlung, die oft wegen der Nebenwirkungen oder weil sie als unwirksam erachtet wird, abgebrochen wird. Einige Pflegedienstleiter haben das Gefühl, dass manchmal auch das Kriterium der Wirtschaftlichkeit den Ausschlag gibt. Sie erwähnen zudem, dass die Diskussionen mit gewissen Krankenkassen mühsam sind. Die meisten Institutionen führen systematisch eine kurze kognitive Abklärung durch, namentlich eine MMSE beim Heimeintritt. Es wird zudem erwähnt, dass Depressionen bei älteren Menschen nicht genügend berücksichtigt werden.

Die meisten Pflegedienstleiter betonen, dass die behandelnden Ärzte für Demenzsymptome sensibilisiert sind und oft Fachärzte oder Gesundheitseinrichtungen (IPVR oder PZO) beziehen. Diese Fachmeinung wird manchmal zu spät eingeholt, wenn man selbst nicht mehr weiter weiss. Das Einholen von Fachmeinungen sollte intensiviert werden, denn diese sind wegen der Erleichterung, die sie für die Teams bringen, oft unabkömmlich. Einige behandelnde Ärzte lehnen solche spezialisierten Abklärungen ab, trotz des Nutzens, den sie für den Heimbewohner, aber auch für das Team bringen.

Betreuung durch das Pflege- und Animationspersonal

Mehr als die Hälfte der befragten Institutionen geben an, ein *spezifisches Vorgehen* für demenzkranke Heimbewohner entwickelt zu haben. Der Schwerpunkt wird auf eine individuelle Betreuung gelegt, die den Bedürfnissen, Schwierigkeiten und Ressourcen der einzelnen Bewohner angepasst ist und deren Rhythmus berücksichtigt. Die Beziehungsebene wird stark gefördert. Mehrere Einrichtungen haben ein System mit Referenzpersonen (integrale Pflege) eingeführt, um die Kontinuität der Beziehung während des gesamten Aufenthalts zu gewährleisten. Die Zeitpläne für alltägliche Tätigkeiten wurden reorganisiert, damit sie den Bedürfnissen der Heimbewohner entsprechen. Animationen werden meistens individuell oder in kleinen Gruppen durchgeführt und sind oft von kurzer Dauer. Mehrere Institutionen, die ihre Funktionsweise noch nicht neu organisiert haben, geben an, dass sie

dies beabsichtigen. Es wird zudem festgehalten, dass einige Pflegende Schwierigkeiten haben, das APH als Lebensort und nicht als Spital zu sehen.

Die Hälfte der kontaktierten APH haben Spezialabteilungen und/oder spezifische Tagesstrukturen für Demenzkranke eingerichtet. Die Leistungen dieser Abteilungen stehen manchmal einer externen Kundschaft offen, sei es während der Wartezeit, bis ein Platz frei wird, oder um die Angehörigen zu entlasten.

Probleme für APH und verbesserungswürdige Punkte

Die Infrastruktur

Die meisten APH erachten ihre Infrastruktur als inadäquat, weil sie namentlich keine Überwachung rund um die Uhr und keine ausreichende **Sicherheit** bietet. Der Umgang mit Personen, die nicht nur untertags, sondern auch nachts umhergehen, kann sehr kompliziert sein. Ein Drittel der Einrichtungen gibt an, mit Fällen von Verschwinden konfrontiert zu sein, die darauf zurückzuführen sind, dass es sich um eine offene Einrichtung handelt. Ein Pflegedienstleiter hält fest: «Wir nehmen keine Personen im fortgeschrittenen Stadium auf. Wir haben weder die personellen Ressourcen noch eine Infrastruktur, die deren Aufnahme unter Wahrung der Sicherheitskriterien erlauben würde!»

Das **Zusammenleben** von Heimbewohnern mit Demenz und/oder einer psychiatrischen Erkrankung und Bewohnern ohne derartige Symptome gestaltet sich manchmal problematisch. Einige Bewohner oder Familien beklagen sich insbesondere über das Umherirren durch die Zimmer. Einigen Pflegedienstleitern zufolge stellt sich nicht mehr die Frage der Entwicklung von Spezialabteilungen für Demenzkranke, sondern eher des Gegenteils, da zwei Drittel der Bewohner an einer Demenz erkrankt sind.

Kompetenzen und Ausbildung des Pflegepersonals

Es wird allgemein festgehalten, dass das Pflege- und Animationspersonal unzureichend für die Betreuung von Demenzkranken ausgebildet ist. Das Personal hat nicht immer ein adäquates Verhalten, um mit kognitiven und verhaltensbezogenen Symptomen (z. B. Aggressivität, Pflegeverweigerung, Umherirren usw.) umzugehen. Da durch Verschreiben von Medikamenten nicht alle Symptome behoben werden können, ist die Art und Weise, wie die Pflegenden mit dem Patienten in Beziehung treten und ihre Kommunikation dessen Möglichkeiten anpassen, für die Betreuung entscheidend. Zudem besteht ein Burnout-Risiko für die Pflegenden und eine Missbrauchgefahr wegen Unkenntnis und/oder emotionaler Überbelastung, mit der die meisten Pflegedienstleiter manchmal konfrontiert werden. Einige sind sogar der Meinung, dass es sehr schwierig ist, in diesem Bereich eine Vollzeittätigkeit auszuüben und Pflegende mit persönlichen Problemen nicht mit demenzkranken Heimbewohnern arbeiten sollten. Dieser letzte Punkt gilt nicht nur für APH und ist umso wichtiger, als sich im Pflegebereich ein Personalmangel ankündigt und muss folglich ernsthaft berücksichtigt werden.

Unterstützung der Teams

Fortbildung, Supervisionen und Teamarbeit sind einige der Massnahmen, die ergriffen werden, um den Teams zu ermöglichen, dass sie Demenzkranke adäquat betreuen und mit schwierigen Situationen umgehen können. Eine Person hält fest: «Es ist entscheidend, dass sich die Heimleitungen um ihr Personal kümmern. Die Qualität des Pflegeangebots steht eng damit in Verbindung.»

Ausbildung

Im Bereich der Weiterbildung bieten die APH vor allem Ausbildungen intra muros an. Der Schwerpunkt wurde auf die Ausbildung des gesamten Personals für die spezifische Betreuung von Demenzkranken gelegt. Einige Einrichtungen haben Ausbildungsverantwortliche und Kliniker(innen) ernannt. Einige behandelnde Ärzte und Vertrauensärzte von APH engagieren sich stark in punktuellen Kursen. Es wird auch zu externen Fortbildungen ermutigt, dennoch ist Ausbildung nach Meinung mehrerer Pflegedienstleiter angesichts der Komplexität der Situation in weiten Teilen unzureichend und muss verstärkt werden. Sie betonen die Notwendigkeit eines hochqualifizierten Personals. Zudem schlagen sie vor, die erforderlichen Personalbestände zu überdenken, unter Berücksichtigung der spezifischen Kompetenzen, die für die Begleitung von Demenzkranken notwendig sind. Es stellt sich auch die Frage der Finanzierung der Ausbildung. Diese Frage stellt sich zudem für die Begleitung, wenn diese nicht vom Pflegepersonal sichergestellt wird, sondern von Fachfrauen Betreuung oder soziokulturellen Animatoren, die ein wichtiges Glied der Betreuung sind.

Teamarbeit

Drei Viertel der Pflegedienstleiter sagen, dass sie bei der Betreuung von Demenzkranken den Schwerpunkt auf den Zusammenhalt des Teams legen. Situationsanalysen und Teamgespräche werden begünstigt. Die Pflegephilosophie muss klar sein, Projekte für die Begleitung von Heimbewohnern müssen mit deren Beteiligung und derjenigen ihres Umfeldes erarbeitet werden. Es muss möglich sein, sich in schwierigen Situationen von einem anderen Pflegenden ablösen zu lassen.

Die Personalrotation wird als vorteilhafter Prozess beschrieben, hingegen nicht von allen gleichermassen. Einige Spezialabteilungen schätzen es, seit langem auf dasselbe Personal zählen zu können. Andere sind der Meinung, dass es genügend Vollzeitstellen in einem Team geben muss, um die Kontinuität der Pflege, den Zusammenhalt und die Stabilität des Teams sicherzustellen.

Die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten wird als unerlässlich bezeichnet. Einige Einrichtungen verweisen auf die Komplexität, die aufgrund der vielen in ihrer Einrichtung tätigen Ärzten entsteht. Die Koordination zwischen den behandelnden Ärzten und Psychogeriatern ist wesentlich und sollte intensiviert werden. Es ist notwendig, bei Bedarf spezialisierte Hilfe beiziehen zu können.

F.10. Die kantonale Verbindungsstruktur zwischen den Institutionen (KVSZI- SCLII), Von Frau V. Sarbach und Frau A.-F. Merz

Der Auftrag der kantonalen Verbindungsstruktur zwischen den Institutionen ist es, sämtliche Informations- und Betreuungsaufgaben, die für eine gute Orientierung der Patienten im sozialmedizinischen Netzwerk notwendig sind, auf harmonische Weise sicherzustellen. Mit der Schaffung dieser Struktur soll der Patientenfluss im gesamten Kanton nach denselben Modalitäten koordiniert werden. **«Jeder Patient zur richtigen Zeit am richtigen Ort»**

Die KVSZI-SCLII verfolgt folgende Ziele:

- Orientierung der Patienten und Organisation des Spitalaustritts
- Koordination der Platzierung in APH
- Koordination der Platzierung Kurzaufenthaltsbetten.

Organisation

Die KVSZI-SCLII besteht aus 2 Koordinatorinnen, einer für das Oberwallis und einer für das Unterwallis, sowie 7 Verbindungspflegefachpersonen für das Unterwallis. Die administrative Leitung wird von der Walliser Gruppierung der SMZ gewährleistet. Sie wird zu 80% vom Kanton, zu 10% von den SMZ und zu 10% vom GNW finanziert. Ein Lenkungsausschuss, der sich aus Vertretern sämtlicher Partner zusammensetzt, ist für die Entwicklung des Projektes zuständig.

Personalbestand

Oberwallis: 80 Stellenprozent für die Koordination und die Verbindungspflegefachperson
Unterwallis: 4 Vollzeitstellen, davon 30 Stellenprozent für die Koordination.

Funktionsweise

Oberwallis: Das Büro befindet sich im regionalen SMZ von Brig. Die wichtigsten Partner sind 2 Spitäler, 6 SMZ, 15 APH, 4 Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, eine private Betreuungseinrichtung und das Rehaszentrum Leukerbad. Bei Bedarf werden weitere Leistungserbringer im Oberwallis kontaktiert.

Unterwallis: Die Verbindungspflegefachpersonen sind jeweils einem Spitalstandort zugeordnet: Siders, Sitten, Martinach und St-Amé. Die Büros der KVSZI-SCLII befinden sich im Spital mit Ausnahme von Siders, wo sie in den Räumlichkeiten der SMZ untergebracht sind. Es besteht eine Zusammenarbeit mit 5 Spitälern, 12 SMZ und 32 APH.

Es ist sehr wichtig, dass eine koordinierte Zusammenarbeit der Verbindungspflegefachpersonen mit dem Spital, den SMZ und den APH besteht. Die Nähe zu den Partnern sowie zu den Patienten und ihren Familien ist für das gute Funktionieren der Verbindungsstruktur ausschlaggebend.

Zielsetzungen und Auftrag

Die Leistungen der Verbindungspflegefachpersonen sind im ganzen Wallis identisch: persönliche oder telefonische Kontakte, Gespräche mit den Patienten und/oder den Familien, interdisziplinäre Gespräche, Beratung, Orientierung, Planung von Spitalaustritten.

Die Koordinatorinnen haben folgende Aufgaben:

- Sicherstellung der Betreuung, Unterstützung und Begleitung der Verbindungspflegefachpersonen sowie Mitwirken bei deren Anstellung.
- Verantwortung für das Budget und die im Rahmen des Budgets bewilligten Ausgaben.
- Gewährleistung der Relevanz der Leistungen, der Organisation sowie der Umsetzung von definierten Regeln und Verfahren.
- Beitrag zur Definierung von strategischen Ausrichtungen und deren Umsetzung, in Zusammenarbeit mit der Direktion.
- Gewährleistung einer guten Zusammenarbeit und der Entwicklung der Kommunikation mit Partnerinstitutionen.

Zahlen (2009)

Oberwallis: 400 betreute Klienten.

Unterwallis: 4'000 betreute Klienten.

Demenzspezifische Besonderheiten

Die Verbindungsstruktur stellt für Personen mit Demenz keine besondere Organisation bereit. Die Verfahren sind für alle Personen dieselben, unabhängig von ihren Bedürfnissen.

Angetroffene Probleme

Die **Zusammenarbeit mit den Hausärzten** ist sehr selten und erfolgt fast ausschliesslich nur auf Anfrage der Verbindungsstruktur.

Empfehlungen der KVSZI-SCLII

- **Entlastungsangebote für Familien**, damit sie über ihre Alltagsprobleme sprechen und Grundkenntnisse für die Betreuung von Demenzkranken erwerben können.
- **Erhöhung des Angebots an Tages- und Nachtplätzen** für Demenzkranke. Ihre Finanzierung durch die öffentliche Hand muss geregelt werden, das heisst es braucht ein klares Abkommen mit den Krankenkassen und dem Kanton. Diese Leistungen müssen in dezentralisierter Form in einem APH oder im Rahmen von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung angeboten werden können.
- **Berücksichtigung der Veränderungen der Gesellschaft und Familienstruktur.** In Zukunft werden viel weniger ältere Menschen von ihrer Familie betreut werden. Die Töchter und Schwiegertöchter haben ihre eigenen Familien und sind berufstätig. Jüngere Heimbewohner könnten sich in 10 bis 15 Jahren an der Betreuung von Hilflosen und älteren Bewohnern in APH beteiligen.
- Verbesserung der **Ausbildung und Betreuung des Pflegepersonals** für die Begleitung von Demenzkranken.
- Eine **bessere Zusammenarbeit** und mehr Transparenz im Gesundheitsbereich ganz allgemein, das «Konkurrenzdenken» zwischen den Leistungserbringern sollte in den Hintergrund treten.

F.11. Der Walliser Ärzteverband (WAeV), von Dr.M.-H. Gauchat

Dem Walliser Ärzteverband gehören die im Kanton Wallis niedergelassenen Ärzte an. Er bildet einen Verein gemäss Artikel 60 ff des Schweizerischen Zivilgesetzbuches. Die Mitglieder der beiden Regionen des Kantons (Ober- und Unterwallis) bilden Regionalverbände des WAeV unter den Namen:

- Oberwalliser Ärztesgesellschaft (OAG)
- Groupement des Médecins du Valais romand (GMVR).

Mitgliederzahlen

Der WAeV zählt insgesamt 735 Mitglieder, davon 460 frei praktizierende Ärzte.

Zielsetzungen und Auftrag

Gemäss Art. 3 seiner Statuten bezweckt der Walliser Ärzteverband Folgendes:

1. die Wahrung der Berufs- und Standesinteressen seiner Mitglieder
2. die Pflege der Kollegialität zwischen den Mitgliedern
3. die berufliche Fortbildung
4. die Unterstützung aller Massnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung im Kanton Wallis
5. die Zusammenarbeit mit den Ärztesgesellschaften der anderen Kantone und ihren Mitgliedern im Rahmen der Société Médicale de la Suisse Romande und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Der WAeV kann bei Bedarf Fortbildungsveranstaltungen von allgemeinem Interesse zum Thema öffentliche Gesundheit durchführen. Die Facharzt-Vereinigungen sind für die Fortbildungsprogramme zuständig.

Zahlen (2008)

Die Walliser Allgemeinärzte und Internisten haben 750'000 Untersuchungen durchgeführt, davon 35'000 Hausbesuche.

Fachbereiche in Verbindung mit Demenzkrankheiten

Praktizierende Ärzte können Gruppierungen zu ihren Disziplinen bilden. Die wichtigsten von Demenzkrankheiten betroffenen Gruppierungen sind:

- Mondoc.ch (Allgemeinärzte, Kinderärzte und allgemeine Internisten): 250 Mitglieder.
- Gruppierung der Geriater: 10 Mitglieder.
- Gruppierung der Psychiater-Psychotherapeuten: 32 Mitglieder.
- Gruppierung der Vertrauensärzte von APH: 42 Mitglieder.
- Gruppierung der Neurologen: 12 Mitglieder.

In Wahrheit sind alle medizinischen Disziplinen von Demenzkrankheiten betroffen, da diese als Komorbidität bei einer ganzen Reihe von Krankheiten auftreten, die hauptsächlich ältere Menschen betreffen.

Angetroffene Probleme und Empfehlungen

- Hausärztemangel

Der Hausärztemangel – das Durchschnittsalter liegt derzeit bei über 55 Jahren – betrifft auch das Wallis. Die Gründe dafür sind vielfältig. Die Anzahl der in unseren Universitäten ausgebildeten Ärzte ist zu gering. Diese spezialisieren sich lieber auf technische Fachrichtungen oder Fachrichtungen mit mehr Prestige, die vor allem auch viel lukrativer sind als die Hausarztmedizin. Randregionen ziehen weniger Ärzte an, wegen der Beschwerlichkeit von Pikett- und Bereitschaftsdiensten, der geografischen Isolation sowie der im Vergleich zu städtischen Gebieten grösseren Disponibilität, die erwartet wird. Die Feminisierung des Berufes führt zu einer Vervielfachung von Teilzeitstellen. Es ist zu befürchten, dass vor allem die ältere Bevölkerung unter dem Hausärztemangel zu leiden haben wird. Die Prognosen des OBSAN (Ref.) in Bezug auf nicht mehr mögliche ärztliche Untersuchungen sind wenig ermutigend. Es werden von Kanton und Universitäten zu ergreifende Massnahmen untersucht, um gegen diesen Mangel anzugehen, aber sie werden wahrscheinlich zu spät eintreffen. Um die Attraktivität der Hausarztmedizin zu steigern und Bereitschaftsärzte zu entlasten, wurden im Wallis mehrere Massnahmen entwickelt oder befinden sich in Entwicklung. 2008 wurde der ärztliche Leitstellendienst eingeführt. Im Val de Bagnes und Val d'Entremont steht das Projekt eines von den Gemeinden mitgetragenen Gesundheitshauses zur Diskussion, das ähnlichen Projekten Vorbild sein könnte. Die Einführung einer Bereitschaftspraxis im Spital Visp ist weit fortgeschritten. Das Projekt einer Bereitschaftspraxis für die Region des Waadtländer und Walliser Chablais am Standort Monthey wurde von der Basis abgelehnt.

- Hausärzte und Demenzkrankheiten

Viele Hausärzte sind nicht von der Notwendigkeit einer Früherkennung von Demenz überzeugt. Sie lassen sich von der Angst, eine solche Diagnose zu Unrecht zu stellen, bremsen – einer Diagnosestellung, die nicht einfach ist, da es keine Behandlungsmöglichkeiten gibt. Denn es gibt für diese Erkrankungen kein Heilmittel, und Behandlungen, die den Krankheitsverlauf verändern können, sind nicht sehr wirksam. Hausärzte benötigen vor allem Strukturen, die eine Demenzdiagnose bestätigen können. Zum Beispiel durch die Schaffung von Memory-Kliniken, die dezentralisiert, leicht und ohne allzu viele administrative Schritte zugänglich sein sollten. Eine Umfrage bei Hausärzten würde ermöglichen, ihre alltäglichen Schwierigkeiten im Umgang mit Demenzen, aber auch ihre Bedürfnisse im aktuellen Kontext ihrer medizinischen Tätigkeit besser zu erfassen.

- Integrierte Versorgungsnetze (Managed Care)

Der Kanton Wallis verfügt derzeit noch über kein integriertes medizinisches Versorgungsnetz. Eine grosse Krankenversicherungsgruppe hat einem weit fortgeschrittenen Projekt in der Region Martinach nicht zugestimmt, wahrscheinlich wegen der relativ geringen medizinischen Kosten. Diese Versicherungsgruppe fürchtete anscheinend, wegen der gewährten Prämienenkung keine einträgliche Finanzierung garantieren zu können. Die Walliser Ärzte sind übrigens nicht vollkommen von diesem Konzept überzeugt, da vielen nach mehreren negativen Erfahrungen mit Vertretern der Versicherer das Vertrauen fehlt. Ein Projekt nach dem Neuenburger Modell wird derzeit untersucht und könnte vom WAeV vorgeschlagen werden. Denkbare Lösungen hängen auch von Veränderungen des KVG ab, die Ende 2010 im eidgenössischen Parlament zur Abstimmung kommen.

Es ist schwierig, strukturelle Änderungen vorzunehmen. Für einen Mentalitätswandel braucht es Zeit, nicht nur bei den Ärzten und der Bevölkerung, sondern auch bei den zuständigen Politikern. Manche Projekte werden auch abgelehnt, weil sie zu avantgardistisch sind.

F.12. Die Geriatrieabteilungen der Klinik St-Amé und des Spitals von Martinach, von Dr. J. Morisod

Die Klinik St-Amé in St-Maurice und die Geriatrieabteilung des Spitals von Martinach bilden zusammen das Geriatriezentrum Unterwallis, das über 143 Betten (83 in St-Maurice und 60 in Martinach) verfügt. Die beiden Einrichtungen decken die Nachfrage nach Geriatrie-Betten für die gesamte Region Unterwallis und etwa die Hälfte des Mittelwallis.

Organisation

Die Abteilungen bestehen aus Einheiten à 14 bis 15 Betten, die jeweils unter der medizinischen Verantwortung eines Assistenzarztes und einer Pflegedienstleiterin stehen.

Personalbestand und Funktionsweise

Die medizinische Verantwortung obliegt zwei Chefarzten mit FMH-Titel für Innere Medizin und Geriatrie. Zwei Klinikleiter und 8 Assistenten vervollständigen das Team.

Zielsetzungen und Auftrag

Der Auftrag der Einrichtung ist es, die Pflege von Patienten sicherzustellen, die hauptsächlich an Alterskrankheiten und chronischen Krankheiten leiden oder Palliativpflege benötigen.

Neben der klassischen medizinischen Betreuung von Alterskrankheiten hat unser Zentrum eine wirksame Rehabilitationsmedizin für ältere Menschen entwickelt, die in 80% der Fälle eine Rückkehr der Patienten an ihren Wohnort ermöglicht.

Besonderheiten

Im Rahmen der Hospitalisation wird eine *ganzheitliche geriatriische Abklärung* gemacht, die abgesehen von kognitiven Aspekten auch die Ernährung, die Befindlichkeit, Gehbeschwerden und die funktionalen Fähigkeiten der hospitalisierten Person untersucht. Bei allen Patienten wird ein *Test* zur Erkennung kognitiver Störungen durchgeführt. Bei allen Patienten, deren Test eine Demenzerkrankung vermuten lässt, wird zudem eine neuropsychologische Untersuchung gemacht.

In St-Maurice gibt es seit mehreren Jahren eine *Memory-Klinik*, die Anfragen von behandelnden Ärzten übernimmt.

Einige Zahlen

Im Durchschnitt werden von unseren Abteilungen mehr als 1'500 Patienten pro Jahr betreut. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt in St-Maurice 29 Tage, in Martinach 35 Tage. Die Auslastung der Geriatrieabteilungen ist ständig hoch und liegt bei über 90%. In der Klinik St-Amé werden etwa 35% Direkteintritte verzeichnet.

Jedes Jahr beobachten wir insbesondere im Sommer eine bestimmte Anzahl Hospitalisationen «zur familiären Entlastung» oder sogenannte «Entlastungshospitalisationen» für Betreuende, da im Kanton ein Mangel an Kurzaufenthaltsbetten besteht.

Für beide Standorte zusammen werden jedes Jahr rund fünfzig Aufenthalte vom Typ «Wartebetten bis zum Heimeintritt» verzeichnet, was auf die langen Wartezeiten für einen APH-Platz zurückzuführen ist.

Was die Demenz betrifft, verfügen wir für beide Standorte zusammen über eine 80%-Stelle für einen Neuropsychologen. Der Hauptteil seiner Tätigkeit fällt auf hospitalisierte Patienten. Es werden aber auch rund hundert ambulante Abklärungen im Rahmen der Memory-Klinik und auf Anfrage von niedergelassenen Hausärzten durchgeführt.

Demenzspezifische Besonderheiten

- MMSE-Test bei allen aufgenommenen Patienten.
- Neuropsychologische Untersuchung aller Patienten, bei denen eine Demenz vermutet wird.
- Ambulante neuropsychologische Untersuchungen.
- Zusammenarbeit mit der psychogeriatrischen Abteilung (18 Betten), die sich in den Räumlichkeiten der Klinik befindet.
- Projekt «Memory-Pflegefachfrau»: Während der Hospitalisation nimmt eine spezielle ausgebildete Pflegefachfrau mit den Angehörigen Kontakt auf, um sie über die bestehenden ambulanten Unterstützungsangebote zu informieren.
- Kolloquien für Assistenzärzte, die sich auf dem Gebiet der Demenzkrankheiten in Ausbildung befinden.

Demenzspezifische Probleme

- Die Anfragen für ambulante neuropsychologische Untersuchungen sind nicht immer angemessen (Indikation, Folgebetreuung usw.).
- Unterschiedliche Aufnahmepolitik in den APH (Prioritäten?).
- Sehr unterschiedliche Bedingungen der Rückerstattung von Spitalaufenthalten von einer Krankenkasse zur anderen.
- Mangel an Strukturen mit Kurzaufenthaltsbetten.
- Sehr unterschiedliche Verfügbarkeiten der SMZ von einer Region zur anderen.

Empfehlungen

Im Bereich der kognitiven Störungen ist eine Spitaleinrichtung wie die unsere **mehr in bestimmte Aufgaben involviert als in andere**. So fallen die langfristige Betreuung und die Unterstützung der Betreuenden in den Bereich der ambulanten Abteilung oder der APH. Wir sind unsererseits für die Früherkennung, die Initiierung von Behandlungen und die Betreuung von medizinischen Komplikationen in Zusammenhang mit Demenzkrankheiten zuständig.

Zu guter Letzt sollten Strukturen mit **Kurzaufenthaltsbetten** an die Stelle der Spitäler treten, um Angehörigen Entlastung zu bieten. Wir möchten auch, dass die Aufnahme- und Betreuungsmöglichkeiten für Patienten nach einem Spitalaustritt ausgebaut werden, und zwar im ganzen Kanton einheitlich.

F.13. Die Geriatrieabteilung von Siders, Von Dr. M. Bruchez

Die Geriatrieabteilung von Siders (GAS) wurde Ende der 1980er Jahre geschaffen. Damals trafen das öffentliche Spital Siders (SS) und die private Klinik Sainte-Claire (KSC) ein Abkommen, um die Akutpflege im SS und Chronischkranke in der KSC zu konzentrieren. Die KSC wurde in eine Geriatrieabteilung umgebaut und dem SS angegliedert. Nach Einführung des GNW und dem Umbau des Spitals Gravelone in Sitten in ein APH wurde im SS 2006 eine Geriatrieabteilung eingerichtet.

Organisation

Die GAS zählt insgesamt 80 Betten, die auf die KSC (45 Betten) und das SS (35 Betten) aufgeteilt sind und sich in 2,5 km Entfernung zueinander befinden. Der Standort KSC ist in zwei Einheiten GER1 (1. Etage) und GER2 (3. Etage) mit 22 beziehungsweise 23 Betten organisiert. Der Standort SS bildet die Einheit GER3 (35 Betten; 2 Untereinheiten GER3 Ost und GER3 West). Die medizinische Verantwortung wird vom Chefarzt, einem Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie FMH, wahrgenommen. Der Pflegedienst wird von einer diplomierten Pflegedienstleiterin geführt. Die paramedizinischen Mitarbeitenden werden von einem Verantwortlichen betreut. Die Gesamtheit der Kaderärzte und des Personals ist hierarchisch dem Organigramm des Spitalzentrums Mittelwallis (CHCVs) angegliedert.

Personalbestand

- *Das medizinische Team* setzt sich aus dem Chefarzt und einem Klinikleiter zusammen, denen 4 Assistenzärzte unterstellt sind, die alle einer Einheit der KSC oder einer Untereinheit des SS zugeordnet sind.
- *Das Pflegepersonal* wird in organisatorischer Hinsicht von 3 Pflegedienstleiterinnen, in klinischer Hinsicht von Pflegefachfrauen mit höherer Fachausbildung betreut. Die Personaldotation für Pflegeleistungen beträgt 80 Stellenprozent/Bett.
- *Das paramedizinische Team* umfasst 4 Physiotherapeuten, 2 Ergotherapeuten und 2 Animatoren, alles (nahezu) Vollzeitstellen, die auf die beiden Standorte aufgeteilt sind, sowie 1 Psychologen zu 20% (für die Geriatrie- und Psychogeriatricabteilungen). Eine Logopädin arbeitet nach Bedarf.

Für den Rest wendet sich die GAS an verschiedene medizinische und technische Fachleute des CHCVs, allen voran an diejenigen des SS (Radiologie, Labor, Ernährungsberaterin usw.).

Funktionsweise

Die GAS nimmt Patienten auf, die von zu Hause kommen, von anderen Spitalabteilungen, hauptsächlich der Spitäler Sitten und Siders, in geringerer Masse von der Walliser Lungenklinik und seltener von APH oder anderen Spitälern. Die Aufnahme erfolgt durch direkte Anfrage des zuweisenden Arztes an den Kaderarzt. Die Aufnahmen werden von der Verantwortlichen für den Patientenfluss reguliert und gelenkt. Der Aufenthalt wird durch die wöchentliche Arztvisite und das anschließende multidisziplinäre Kolloquium (Kader- und Assistenzarzt, Verbindungspflegefachfrau der KVSZI) gegliedert. Hier werden auch die Behandlungsziele bestimmt und über Austritte entschieden. Besondere Aufmerksamkeit erhält die Information der Familien, diese erfolgt systematisch bei jeder wichtigen Entscheidung (schwere Untersuchung, Austritt, Sterbebegleitung), ebenso wie die Kommunikation mit den behandelnden Ärzten, die automatisch bei der Aufnahme und beim Austritt erfolgt.

Zielsetzungen und Auftrag

Die GAS gibt sich den Auftrag, korrekte Diagnosen geriatrischer Probleme (Demenzen, Stürze, multimorbide Dekompensationen usw.) zu stellen und Behandlungen zu definieren, die eine Therapie weder zu schnell aufgeben noch zu sehr an lebensverlängernden Massnahmen festhalten. Das Hauptziel ist, den Patienten auf dem bestmöglichen Autonomielevel zu halten. Die Schmerzbehandlung hat in der Palliativpflege absoluten Vorrang.

Besonderheiten

Die GAS profitiert von der Nähe zur psychogeriatrischen Abteilung der KSC und den Abteilungen für plastische Chirurgie und Urologie des SS. In Zusammenarbeit mit der Memory-Klinik des Universitätsspitals Genf wurde eine ambulante Memory-Klinik eingerichtet.

Zahlen

2009 verzeichnete die GAS insgesamt 28'802 Spitaltage und 776 Aufenthalte; die Belegungsrate erreichte 98,8%. Auf der Warteliste befanden sich im Durchschnitt 15 bis 25 Personen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 34 Tage. Das Durchschnittsalter lag bei über 82 Jahren (von 55 bis 100 Jahren). Bei der Aufnahme stammten 54,7% der Patienten aus dem Bezirk Siders, 39,7% aus der Region Siders. Nach dem Austritt sind 55% der Patienten nach Hause zurückgekehrt, 17% befanden sich in einem APH, 12% sind nach der Palliativpflege gestorben, die weiteren belegten Wartebetten oder wurden an eine andere Abteilung überwiesen.

Demenzspezifische Besonderheiten der Geriatrieabteilung von Siders

Bei hospitalisierten Patienten umfasst die geriatrische Abklärung bei der Aufnahme einen Test (MMSE und Uhrentest), um allfällige kognitive Störungen festzustellen. Bei nicht dementen Patienten dienen diese Tests dazu, die Normalität zu dokumentieren, um bei späteren Hospitalisationen einen Vergleichspunkt zu haben. Bei Patienten mit nicht diagnostizierten kognitiven Störungen erlauben sie eine Erkennung derselben, was wiederum ermöglicht, eine Demenzabklärung in die Wege zu leiten, die während des Spitalaufenthalts oder ambulant erfolgt. Bei bekanntermassen dementen Patienten sind sie ein Instrument zur Beobachtung der Krankheitsentwicklung. Diese Tests werden systematisch durch eine multidisziplinäre klinische Beobachtung (Barthel-Index), durch eine neurologische Untersuchung, Laboranalysen und eine Röntgenuntersuchung ergänzt. Der kognitive Zustand des Patienten ist das Hauptargument bei der Entscheidung über einen Verbleib zu Hause, einen Eintritt in ein APH oder die Beanspruchung von Zwischenstrukturen.

In der ambulanten Memory-Klinik werden eine medizinische Untersuchung, eine Reihe kognitiver Tests und ein bildgebendes Verfahren (MRT oder CT-Scan) durchgeführt, die manchmal durch weitere Untersuchungen ergänzt werden. Eine solche Abklärung erlaubt zum Beispiel, fokale Pathologien (Tumore, Hirninfarkte...), Hydrocephalien und Aneurysma auszuschliessen, bevor eine Vermutungsd Diagnose wie Alzheimer gestellt wird. Erfolgt die Diagnose rechtzeitig, führt sie zu Behandlungen, die selten eine heilende Wirkung haben, aber den Krankheitsverlauf verlangsamen können. Manchmal geht es auch um die Frage, ob der Führerschein behalten werden darf. Die Patienten und ihre Angehörigen erhalten Ratschläge zur Betreuung. Diese Abklärungen werden durch den Chefarzt durchgeführt, der dafür 3 Stunden pro Woche verwendet, die meisten Patienten werden zudem vom Neuropsychologen

kognitiv getestet und erhalten eine MRT des Gehirns. 2009 wurden 47 neue Fälle untersucht, 64 medizinische und 36 psychologische Untersuchungen durchgeführt.

Verbesserungswürdige Punkte in der Geriatrieabteilung von Siders

Aus der *Terra incognita*, welche die Demenz noch vor rund zwanzig Jahren darstellte, ist ein Gegenstand geworden, der für die Wissenschaft und Pharmaindustrie von beträchtlichem Interesse ist. Dieser Aufstieg in den Rang einer Wissenschaft, manchmal Dementologie genannt, ermöglichte bemerkenswerte Fortschritte in der Diagnose, die auf dem Gebiet der Therapie aber etwas weniger vielversprechend sind. Die tägliche Betreuung profitierte von dieser Begeisterung für die Neurowissenschaften. Ärzte, Pflegende und paramedizinische Berufe haben die Art der Kommunikation mit den Angehörigen und die Strategien zur Bewahrung der Autonomie von Demenzpatienten immer besser definiert. Trotzdem besteht zwischen den geforderten Standards und der tatsächlich beobachteten Realität stets eine grosse Kluft. Während Zwangsmassnahmen glücklicherweise verschwunden sind, gibt es die ruhelosen Patienten immer noch. Die Pflegenden müssen mit ihnen zurechtkommen, auch wenn sie nur zu zweit oder zu dritt für 20 bis 30 Patienten zuständig sind. Dies gilt insbesondere während der, wie man sie nennen könnte, «langen geriatrischen Nacht». Gegen 18-19 Uhr möchten die Patienten schlafen und die Pflegenden zu ihren Familien heimkehren. Dann geschieht bis am nächsten Morgen gegen 7-8 Uhr nicht mehr viel, sicherlich keine Reduktion. Da Achtzigjährige wenig und schlecht schlafen, ist der Gebrauch von Beruhigungsmitteln, die von allen – den Patienten und den Nachtwachen gleichermaßen – gefordert werden, immer noch hoch, obwohl allgemein bekannt ist, dass sie den kognitiven Verfall und Stürze begünstigen. Auch tagsüber werden Demenzpatienten exzessiv mit Beruhigungsmitteln behandelt, die sich durch die Präsenz eines Pflegenden vorteilhaft ersetzen liessen. Die Verpflichtung einiger zusätzlicher Pflegender ist für ein Spital weniger prestigeträchtig als die Anschaffung neuer chirurgischer oder radiologischer Apparate: Es kostet mehr und bringt weniger (mehr Geld und weniger Medieninteresse). So kommt man lieber zum Schluss, dass es sich nicht um ein Problem der Personaldotation, sondern der Organisation handelt. Man ernennt Analysten und diverse Auditoren, um dies zu beweisen. Und die Pflegefachfrauen haben noch weniger Zeit, sich um Patienten zu kümmern, da sie Leistungen erfassen müssen, deren Analyse zeigen wird, dass genügend Personal vorhanden. Doch es sei hier gesagt: In Geriatrieabteilungen **gibt es zu wenig Pflegepersonal** und Patienten werden tagsüber und nachts zu oft allein gelassen.

MMSE und Uhrentest bieten eine minimalistische und vereinfachende Abklärung der kognitiven Funktionen. In Geriatrieabteilungen sollte es möglich sein, tiefer greifende, ergänzende Untersuchungen zu machen, was die **Verpflichtung von Neuropsychologen** erfordert.

Empfehlungen

Der Hauptgrund für einen Eintritt in ein APH ist Demenz. Demenzkranke Patienten machen im Allgemeinen mehrere Aufenthalte in der Geriatrie und belegen schliesslich **Wartebetten**. Diese «abwartenden» Aufenthalte sind zu zahlreich und zu lange, denn das Spital ist kein adäquater Lebensort, sondern ein Ort der Diagnose und Behandlung. Einige mögen nun voreilig zum Schluss kommen, man müsse sofort neue APH bauen. Diese Schlussfolgerung gilt es durch eine einfache Rechnung abzuschwächen. 2009 waren in Siders im Jahresdurchschnitt 10 Betten von wartenden Patienten belegt, was 70 Patienten betraf. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in einem APH beträgt 3 Jahre. Um diese 70 Nutzer von Wartebetten im Laufe eines Jahres platzieren zu können, müsste man also ein APH mit 210 Betten bauen, obwohl das Defizit nur 10 Betten beträgt! Die Lösung ist die **Schaffung eigentlicher Wartestrukturen, die als Lebensorte konzipiert sind**, wohin die Geriatrieabteilungen ihre

Patienten nach Abschluss des medizinischen Aufenthaltes überweisen können. Dies würde auch Plätze in der Geriatrieabteilung frei machen, die ihrerseits schneller Patienten aufnehmen könnte, die unnötig in anderen Abteilungen warten und momentan nicht in der Abteilung für Innere Medizin akzeptiert werden, nur weil es in der Geriatrie an Plätzen mangelt.

F.14. Die Geriatrieabteilung von Brig, von Dr. J. Charvat

Das Spitalzentrum Oberwallis (SZO) ist Teil des Gesundheitsnetzes Wallis (GNW). Die Geriatrieabteilung ist dem Departement Innere Medizin und Geriatrie des SZO angegliedert. Die Abteilung befindet sich am Standort Brig. Das Einzugsgebiet ist das Oberwallis mit seinen rund 80'000 Bewohnern.

Organisation

Es handelt sich um eine Geriatrieabteilung mit derzeit 34 Betten. Sie umfasst 8 Betten für Akutgeriatrie, 22 Betten für geriatrische Rehabilitation, 2 Wartebetten (entspricht der chronischen Geriatrie) und 2 Betten für palliative Geriatrie. Im Kanton Wallis befindet sich die «chronische Geriatrie» derzeit in den APH.

Personalbestand

Ein Abteilungsleiter, ein Kaderarzt, 2,4 Assistenzarzt-Stellen.

Funktionsweise

Die Abteilung liegt auf einer einzigen Etage, wo sich auch die Physiotherapie, Ergotherapie, Animation, Wundberatung und das Stomatherapiezentrum befinden, die ausschliesslich der Abteilung zur Verfügung stehen. Zudem gibt es Ernährungsberatung, Diabetologie, Musiktherapie und die Tagesklinik für Demenzkranke (die zum Psychiatrie-Departement gehört). Die Koordination wird von der Verbindungsstruktur sichergestellt.

Zielsetzungen und Auftrag

Wir sind eine Ausbildungsklinik für Assistenzärzte. Ein spezifisches Weiterbildungsangebot ist ebenfalls Teil unseres Auftrages. Unser Weiterbildungskonzept ist auf der Website www.fmh.ch abrufbar.

- Kennen der häufigen akuten und chronischen Pathologien beim betagten Menschen und der Differentialdiagnose, Abklärung, Wertung und Behandlung.
- Kennen der altersabhängigen Faktoren mit Einfluss auf die Gesundheit.
- Kennen der Symptome und Folgen der Multimorbidität.
- Betreuung von betagten Patienten mit eingeschränkter somatischer und/oder kognitiver Funktion und daraus resultierenden medizinischen und sozialen Problemen.
- Rehabilitation von betagten Patienten.
- Adaption der Medikamente an den Stoffwechsel betagter Patienten.
- «Ganzheitliche Betreuung» der betagten Patienten durch das Pflegepersonal, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Sozialmedizinische Dienste und vor allem mit der Familie, unter Berücksichtigung der Multimorbidität, Persönlichkeit, kulturellen und psychosozialen Integration.
- Interdisziplinäre Demenzabklärung (Geriatrie, Alterspsychiatrie, Neuropsychologie, Neurologie).
- Palliativmedizin und Sterbebegleitung.

Zahlen

<i>Geriatrie</i>	399 Patienten (8'149 Hospitalisationstage)
<i>Akutgeriatrie</i>	162 Patienten (3'260 Tage)
<i>Wartebetten</i>	51 Patienten (846 Tage)
<i>Palliativpflege</i>	17 Patienten (393 Tage)

Es handelt sich hierbei um die Zahlen von 2009; 2010 nahmen die Aktivitäten der Akutgeriatrie in der Grössenordnung von 60% zu. Die Gründe hierfür sind direkte Aufnahmen von Zuhause oder den APH, die von den Hausärzten beantragt wurden. Letztere nutzen häufiger diese Möglichkeit als ihre Patienten an die Abteilung für Innere Medizin (Visp) zu verweisen. Damit können wir sofort mit der Abklärung und Betreuung nach unserem Konzept beginnen. Die KVSZI-SCLII betreut auch Patienten der Abteilung für Innere Medizin in Visp.

Angetroffene Probleme und laufende Projekte

- Unsere Strukturen sind grösstenteils den Bedürfnissen älterer Menschen angepasst. Es fehlen noch einige Details, die wir ständig zu verbessern versuchen, wie eine farbliche Differenzierung jeder Unterabteilung, eine genügende Anzahl Kalender, Wanduhren usw.
- Die Anzahl Familien, in denen beide Partner berufstätig sind, nimmt zu; es bleibt folglich nicht viel Zeit für die tägliche Betreuung von Angehörigen.
 - Ausbau der Tagesklinik, die unserer Abteilung unterstellt ist und sich unter der Leitung des Psychiatriezentrums (PZO) befindet.
 - Einführung von Nachtstrukturen, die eine 17- bis 18-stündige Betreuung bis um 9 Uhr morgens des folgenden Tages ermöglichen.
 - Diese Tages- und Nachtstrukturen für Demenzpatienten wären Teil eines Alterszentrums mit dem Namen «*Netzwerk Alter im Oberwallis*».
- Stärkung der Verbindungsstruktur KVSZI-SCLII.

Empfehlungen der Geriatrieabteilung von Brig

- **Stärkung der KVSZI-SCLII:** eine Telefonnummer = eine Anlaufstelle. Im Falle eines Problems mit einer älteren Person kann die Anlaufstelle Rat geben und an die richtige Person und/oder Institution verweisen.
- Schaffung eines **Faltblattes mit den Koordinaten aller Akteure** bei der Betreuung von älteren Menschen und für die Diagnose und Betreuung von Demenzerkrankungen.
- **Ärzteausbildung:**
 - Vereinigung der Inneren Medizin und Geriatrie zu einem einzigen Departement.
 - Im SZO gibt es für die Geriatrie zwei feste Stellen im Turnus, so dass die meisten Assistenzärzte eine Erfahrung in der Geriatrie haben.
 - Die Geriatrie sollte in der Ausbildung von FMH-Fachärzten in Allgemeinmedizin und Innerer Medizin obligatorisch sein.
 - In einer Geriatrieabteilung muss mindestens einer der Kaderärzte Fachkenntnisse in Akutpflege der Inneren Medizin haben.
- Die verschiedenen Strukturen (Geriatrie, Neurologie, Psychiatrie), die eine Demenzdiagnose anbieten, dürfen nicht zentralisiert werden.
- Im Falle der Schaffung eines **spezialisierten Memory-Zentrums** ist eine Einheit für den ganzen Kanton ausreichend. Die Leistungen müssen dort auf Deutsch und auf Französisch angeboten werden.

F.15. Der Dienst für Alterspsychiatrie und Psychotherapie für das Unterwallis, von Dr. I. Justiniano

Angebot spezialisierter Leistungen der Spital- und Gemeindepsychiatrie bzw. -psychotherapie für ältere Menschen in enger Verbindung mit den bestehenden Spital- und Gemeindestrukturen für Psychiatrie und Geriatrie.

Zielsetzungen

Bereitstellung von Fachkompetenzen in Alterspsychiatrie und Psychotherapie für den Patienten und das gesamte Pflegeangebot in Spitälern und auf Gemeindeebene. Diese Fachkompetenzen betreffen die Bereiche Prävention, Abklärung, Diagnose, Behandlung, spezialisierte Beratung (Konsilium), Wiedereingliederung (Rehabilitation) sowie die Unterstützung des Betroffenen Person in Zusammenarbeit mit seinem Umfeld.

Organisation

Spitaleinheiten, die spezialisierte psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen durch multidisziplinäre Teams anbieten (ca. 300 Austritte pro Jahr).

- Spital von Malévoz, Monthey: 20 Betten
- Klinik St-Amé, St. Maurice: 18 Betten
- Klinik Ste-Claire, Siders: 18 Betten

Kompetenzzentren für Gemeindepsychiatrie und -psychotherapie (CCPP) in Monthey, Martinach, Sitten und Siders. Multidisziplinäre Teams unter der Leitung eines auf Alterspsychiatrie und Psychotherapie spezialisierten Klinik-Chefarztes, die folgende Leistungen anbieten:

- *Ambulante Beratungen*: individuell, für Paare, Familien, Gruppen, Netzwerke und Memory-Kliniken.
- *Tagesklinik*: Betreuung durch multidisziplinäre Teams, integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung tagsüber Voll- oder Teilzeit (ca. 80 Behandlungen pro Jahr).
- *Psychiatrischer Notfalldienst*: Kriseneinsätze in den CCPP, beim Patienten zu Hause, in der Praxis des Hausarztes, in Heimen und bei anderen Partnern.
- *Interventionen im Milieu*: Abklärungen und Beratung am Wohnort des Patienten, in der Praxis des Hausarztes, in APH und anderen Einrichtungen.
- *Liaisonpsychiatrie*: in der Klinik Ste-Claire, in den Spitälern von Siders, Sitten und Martinach, in der Klinik St-Amé und im Spital Chablais in Monthey.
- *Medizinische Psychologie*: Know-how-Transfer an Partner, Teamsupervisionen (ca. 80 Teamsupervisionen pro Jahr), Betreuung, Ausbildungen.

Réseau Entraide: Vernetzung der sozio-sanitären, psychosozialen, sozio-educativen und weiteren Ressourcen im Unterwallis, um Menschen in existenziellen Nöten zu helfen und zur Suizidprävention beizutragen. Einsatzgruppen.

Angetroffene Probleme und verbesserungswürdige Punkte in Zusammenhang mit der Betreuung von Demenzerkrankungen

- Unser Dienst wird vom familiären und professionellen Umfeld oft erst sehr spät in Anspruch genommen, aus Unwissen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Besonderheit der Krankheit. Es ist daher wichtig, integraler Bestandteil des gerontologischen und sozio-sanitären Netzwerkes jeder Region zu sein, um die Visibilität und Zugänglichkeit der Fachkompetenzen zu erhöhen.
- Problematik für Patienten, die eine intensive psychogeriatrische Betreuung benötigen, einen Platz in einem APH zu finden. Deren Bedürfnisse werden mit den aktuellen Instrumenten der Leistungserfassung in APH kaum oder schlecht erkannt.

Empfehlungen

- Schaffung in jeder geografischen Region von **Räumen für Begegnung, Konzertation und gerontologische Pflege.**
- Verbesserung der Anerkennung von **persönlicher und indirekter Pflege** durch **entsprechende Instrumente der Leistungserfassung und Fakturierung.**

F.16. Der Dienst für Alterspsychiatrie und Psychotherapie für das Oberwallis, von Dr. R. Waeber und Dr. G. Hausmann

Das Diagnose- und Betreuungsangebot für Alterspsychiatrie und Psychotherapie erfolgt im Rahmen des Psychiatrie-Departements (PZO, Psychiatriezentrum Oberwallis) des Spitalzentrums Oberwallis (SZO).

Organisation

Der Dienst verfügt über ein stationäres, halbstationäres und ambulantes Angebot in den Bereichen Diagnose und Betreuung älterer Menschen (über 65 Jahren), die psychische und kognitive Störungen aufweisen. Aufgrund der häufigen somatischen Multimorbidität wurde eine spezifische Zusammenarbeit mit der Geriatrieabteilung des Departements Medizin eingeführt. Die beiden Fachbereiche (Alterspsychiatrie und Geriatrie) befinden sich am Standort Brig und sind für die Versorgung der gesamten Region Oberwallis zuständig.

Funktionsweise

- *Psychogeriatrische Einheit*: 14 Betten für Akutpflege.
- *Psychogeriatrische Tagesklinik*: 8 Plätze, 12 Plätze ab 2011.
- *Beratungen und Liaisonaktivitäten* im Spitalzentrum und den APH der Region. Auf dem Gebiet der Liaison mit APH übernehmen wir Diagnose- und Betreuungsleistungen individueller Fälle, wenn wir darum angefragt werden. Im Einverständnis mit dem Hausarzt formulieren wir Empfehlungen oder übernehmen eine direkte psychotherapeutische Betreuung. Die Behandlungsleistungen werden dem Patienten und seiner Krankenversicherung fakturiert. Wir bieten auch Unterstützung für Pflorgeteams von APH durch Fallbesprechungen oder Weiterbildung.
- *Demenzabklärung*: Die Kontaktaufnahme erfolgt telefonisch oder schriftlich über den Hausarzt. Die zuständige Neuropsychologin tritt dann mit dem Patienten in Verbindung. Nach der Abklärung erhalten der Patient und sein Hausarzt ein detailliertes schriftliches Feedback.
- *Beratungen und Psychotherapie*: individuell, für Paare, Familien und das Hilfsnetzwerk.
- *Notfalldienst und Kriseneinsätze*: 24-Stunden-Leistungen.

Zielsetzungen und Auftrag

Die Zielsetzung ist die psychiatrische und psychotherapeutische Betreuung älterer Menschen in der Region Oberwallis. Das psychogeriatrische Betreuungskonzept, das «Konzept Erlanger», wurde auf Anfrage des Kantons 1997 von einer Arbeitsgruppe formuliert (Ref. Wallis).

Der Dienst bietet folgende Leistungen an:

- Diagnose und Betreuung von psychischen Erkrankungen in Zusammenhang mit dem fortgeschrittenen Alter; von psychischen Störungen, die bei jungen Menschen auftauchen und im fortgeschrittenen Alter fortauern; von Demenzkrankheiten sowie kognitiven Störungen in Verbindung mit psychischen Störungen.
- Früherkennung von Demenz.
- Prävention und Wiedereingliederung.
- Supervisionen.
- Unterstützung für die Angehörigen der Patienten.

- Weiterbildung der Mitarbeitenden des Spitals und von Partnerinstitutionen in den Bereichen Alterspsychiatrie und Psychotherapie.
- Allgemeine Sensibilisierung der Fachleute und Bevölkerung der Region.
- Beratungen und Konsilium.
- Das Konsilium erfolgt auch in anderen Departementen des Spitals und bei Partnerinstitutionen, die in der Hilfe und Pflege älterer Menschen tätig sind.

Besonderheiten

- Die Alterspsychiatrie ist dem Psychiatrie-Departement angegliedert.
- Enge Zusammenarbeit mit der Geriatrieabteilung des Departements Medizin des SZO.
- Durchgehende Pflegekette: stationäre Abteilung und Pflege, Tagesklinik, ambulante Betreuung und Konsilium in APH.
- Zahlreiche Untersuchungsgespräche und systemische Therapien sowie gelegentliche Begegnungen, welche die Kontakte und die grosse Bekanntheit bei den Mitarbeitenden der Partnerinstitutionen gefördert haben.
- Hervorragende Zusammenarbeit mit den Hausärzten.
- Ein speziell für Personen mit Demenz im mittleren Stadium geeignetes Programm findet einmal pro Woche für eine Gruppe mit 6 Personen statt.

Zahlen

Abteilung Alterspsychiatrie

- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 33 Tage
- Anzahl Aufnahmen 2009: 131, davon 9 unter 65 Jahren
- Durchschnittliche Belegungsrate: 85,7%.

Tagesklinik

- Aufenthaltsdauer: von 4 Wochen bis 2 Jahre an 1, 2 oder 3 Tagen pro Woche, was 20 bis 25 laufenden Betreuungen entspricht
- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Patient im Jahr 2009: 31,2 Tage
- Anzahl Aufnahmen 2009: 46
- Durchschnittliche Auslastung: fast vollständig, zeitweise Führung einer Warteliste
- Aufteilung nach Altersgruppen:
 - 55-65: 5 Patienten
 - 66-75: 19 Patienten
 - 76-85: 20 Patienten
 - 86-91: 2 Patienten

Demenzspezifische Besonderheiten unserer Struktur

- In der stationären Abteilung Alterspsychiatrie des PZO sind alle *Patientenzimmer* halbkreisförmig um den Arbeitsbereich des Pflegepersonals herum angeordnet. Wenn ein Patient sein Zimmer verlässt, begegnet er sofort einem Pflegenden, der eventuell intervenieren kann, um ihm zu helfen.
- Die Patienten erhalten eine *aktive und ihrer Demenz angepasste Pflege*. Die Angehörigen werden oft in die Betreuung einbezogen.
- Mit dem *systemischen therapeutischen Vorgehen* des PZO wird ein besonderes Schwergewicht auf die Interaktion zwischen den Patienten und externen Bezugspersonen gelegt. Letztere werden regelmässig zu den gemeinsamen Gesprächen eingeladen.
- Die für die Diagnose notwendigen somatischen Untersuchungen erfolgen *an einem Ort* und in enger Zusammenarbeit mit den Geriatrieärzten. Ortswechsel für den Patienten werden so vermieden.

- *Breites spezialisiertes Therapieangebot* (Ergotherapie, Bewegungstherapie, Aktivierungstherapie, Musiktherapie, Physiotherapie). Die Patienten werden in einer dem Alltagsleben nahen Umgebung und wenn immer möglich in Gruppen betreut. In bestimmten Fällen sind auch Einzelbetreuungen möglich.
- Im Prinzip sind die Türen der Abteilung untertags *offen*. Sie werden nur abgeschlossen, wenn die Sicherheit eines Patienten nicht anders gewährleistet werden kann.

Stärken unserer Struktur in Bezug auf Demenzkrankheiten

- *Die Kontinuität der psychogeriatrischen Betreuung* im PZO, sei es in den Spital- oder Zwischenstrukturen, bei ambulanten Behandlungen oder im Rahmen der Liaisonabteilung. Diese Kontinuität wird sowohl von der Geriatrieabteilung des SZO als auch von den Hausärzten und APH sichergestellt. Es ist möglich, direkt von einer Spitalabteilung in eine Zwischenstruktur (Tagesklinik für genügend soziale Menschen) oder in eine ambulante Behandlung überwiesen zu werden.
- Dank der *Zusammenarbeit mit der KVZI-SCLII* ist es im Allgemeinen möglich, für hospitalisierte Patienten (Notfälle) einen Platz in einem APH zu finden.
- Beim Eintritt in ein APH können diese in Zusammenarbeit mit den Hausärzten das Liaisonangebot des PZO nutzen.
- In allen «Settings» haben die Patienten die Möglichkeit, bei der Demenzabklärung *neuropsychologische Unterstützung* zu erhalten.

Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten in Bezug auf Demenzkrankheiten

- Keine klare Trennung (**Mischung**) zwischen **Demenzpatienten und anderen psychischkranken Patienten** in der Spitalabteilung. Die meisten Demenzpatienten werden wegen Verhaltensstörungen betreut. Der immer grössere Anteil der Demenzkranken beeinträchtigt Patienten ohne Demenz, was die Betreuung erschweren kann.
- Heute wird **die Tagesbetreuung in APH (Kurzaufenthalte) noch zu wenig genutzt**, hauptsächlich aus finanziellen Gründen. Es kommt selten bis gar nicht vor, dass ein Patient nach einer Betreuung in der Tagesklinik in eine Struktur für Kurzaufenthalte kommt. Dies wirkt sich negativ auf die Aufnahmekapazität der Tagesklinik aus.

Allgemeine Empfehlungen

- Die **Früherkennung** von Demenzkrankheiten ist wesentlich. Wenn der Patient zu Hause lebt, ist die Früherkennung von grosser Bedeutung, weil sie allen Betroffenen mehr Klarheit und Sicherheit gibt, was den Umgang mit den Veränderungen angeht, die eine solche Situation unweigerlich mit sich bringt. Die Früherkennung ist aber auch wichtig für die Betreuung, die Organisation des Alltags und in langfristiger Hinsicht.
- Die **Hausärzte** müssen vorbereitet sein, die wichtigste Ansprechperson für Altersfragen zu sein. Um die Hausärzte zu entlasten und ihnen eine wichtige Unterstützung zu bieten, könnte eine **Koordinations-, Mediations- und Informationsstelle** ohne medizinisches Profil eine relevante Option darstellen. Diese Massnahme wäre im Idealfall das Resultat einer Erweiterung des Auftrages der KVZI-SCLII.

- Es sollten **Sensibilisierungskampagnen** für Demenzkranke und ihre Angehörigen entwickelt werden. Bis heute gab es nur sporadische Veranstaltungen und Mitteilungen. Eine beträchtliche Anzahl Personen sind betroffen. Zum heutigen Zeitpunkt haben viele dieser Menschen noch nicht von Präventionsmassnahmen und den bestehenden Unterstützungsangeboten profitiert. Eine Koordinationsstelle könnte diese Sensibilisierungsaufgabe wahrnehmen, indem sie in Zusammenarbeit mit den verschiedenen involvierten Akteuren regelmässig Aktivitäten organisiert.
- Eine **punktueller Betreuung** von Demenzkranken in ihrer gewohnten Umgebung oder in einem Heim **bietet eine für Angehörige besonders spürbare Entlastung**. Mehrere APH haben sich verpflichtet, tagsüber externe Patienten in Gruppen von Heimbewohnern aufzunehmen, die ebenfalls an Demenz leiden (z. B. ein Tagespatient auf 10 stationäre Bewohner). Aufgrund der Kosten (120 Franken zulasten des Patienten) wird dieses Angebot nur wenig genutzt. Als wirksame und vernünftige Massnahme sollte eine höhere Subventionierung dieser Tagesbetreuung in Erwägung gezogen werden. Diese Leistung im APH wäre ein entscheidender Schritt in Richtung eines «Netzwerks Alter» mit einem diversifizierten Angebot.
- Parallel zu dieser Tagesbetreuung für externe Patienten könnten **in den APH weitere Unterstützungsmassnahmen für pflegende Angehörige eingeführt werden**, zum Beispiel in Zusammenarbeit mit der Liaisonabteilung der Alterspsychiatrie des PZO.
- Im SZO ist ein **Pflegezentrum für ältere Menschen** («*Netzwerk Alter im Oberwallis*») in der Projektierungsphase. Eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Departementen Psychiatrie und Innere Medizin/Geriatrie würde nicht nur ein Angebot medizinischer Leistungen von der Diagnose bis zur Therapie ermöglichen, sondern auch nicht medikamentöse Vorgehen wie spezialisierte Gruppenbetreuung (Aktivation, «*Selbsthilfetraining*», Bewegungstraining, Musiktherapie, Physiotherapie, Essensbegleitung usw.)
- Im ambulanten Bereich stellen **Demenzabklärungen** ein wichtiges Angebot dar. Bei der Früherkennung von Demenz handelt es sich um ein klinisches Vorgehen, das insbesondere die Berücksichtigung der Vorgeschichte und eine neuropsychologische Untersuchung umfasst.
- In der **Tagesklinik der Alterspsychiatrie** werden Demenzpatienten ausschliesslich an einem Tag pro Woche aufgenommen. Sie befinden sich im Allgemeinen im mittleren Stadium der Krankheit, sind noch soziabel, aber schon stark in ihrer Autonomie eingeschränkt. Diagnostische und medizinisch-therapeutische Leistungen sind im Allgemeinen nur zu bestimmten Zeiten im Krankheitsverlauf notwendig. Die Betreuung besteht vor allem in einer Begleitung und der langfristigen Pflege. Diese sollten von anderen Strukturen angeboten werden können, in der Nähe des Wohnortes der Patienten, was adäquater und mit Sicherheit auch kostengünstiger wäre. Die Tagesklinik könnte sich dann der Diagnosestellung und der therapeutischen Betreuung widmen, insbesondere für Personen im Anfangsstadium der Krankheit.

F.17. Die Neurologieabteilung von Sitten, von Prof. J. Ghika

Die Neurologieabteilung gehört zum Departement Innere Medizin des Spitals Sitten. Sie wurde 2006 gegründet und ist die einzige Neurologieabteilung des GNW. Von Jahr zu Jahr werden immer mehr Patienten in dieser Abteilung des CHCVs betreut.

Personalbestand

1 Vollzeitstelle für den Chefarzt, 1 Vollzeitstelle für den stellvertretenden Chefarzt und 2 Vollzeitstellen Klinikleiter.

Funktionsweise

- 800 Patienten pro Jahr in stationärer Behandlung, Bettenzahl variiert je nach Nachfrage.
- 800 Patienten pro Jahr im Notfalldienst.
- 3'000 Patienten pro Jahr in ambulanter Behandlung.

Für *neurologische Notfälle* (Thrombolyse bei Schlaganfällen, epileptische Anfälle, myasthenische Krisen, Guillain Barré usw.) steht ein Pikettdienst (24 Stunden und an 7 Tagen die Woche) bereit. Die Abteilung berät auch das Departement Innere Medizin bei Bereitschaftsdiensten des Letzteren an allen Standorten.

Ambulante Behandlungen betreffen die allgemeine Neurologie und folgende Fachbereiche: Hirngefässkrankheiten, abnorme Bewegungen, neurodegenerative Krankheiten und Demenzen, Botulinumtoxin-Injektionen (Botox) und Regulierungen von Hirnstimulatoren. Folgende Bereiche müssen noch entwickelt werden: Cephalgie, Multiple Sklerose/Neuroimmunologie und Epilepsie. Es werden verschiedene spezifische Untersuchungen angeboten: elektrophysiologische Untersuchungen (EEG, EMG), Doppler und Lumbalpunktion. Einige ambulante Behandlungen (Immunglobuline, intravenöse Kortikoidtherapie usw.) können an den Standorten Siders und Martinach durchgeführt werden.

Spitaluntersuchungen werden im Spital Sitten, einmal wöchentlich auch an den Standorten Siders und Martinach durchgeführt.

Demenzspezifische Besonderheiten, angetroffene Probleme und verbesserungswürdige Punkte

Der Chefarzt der Neurologieabteilung ist Facharzt FMH für Neurologie und besitzt zudem einen Facharztstitel für neurodegenerative Krankheiten. Seine Fachgebiete innerhalb der Neurologie sind die **Dementologie** und abnorme Bewegungen. Er ist zudem zu 20% Belegarzt für Dementologie am Waadtländer Universitätsspital.

Im Durchschnitt 80 Patienten pro Jahr, die Hälfte davon neue Fälle, erhalten eine **ambulante neurologische Untersuchung** (Demenz oder leicht kognitive Störungen «MCI»). Im Jahr 2010 werden es 120 Patienten sein, wahrscheinlich infolge mehrerer im *Nouveliste* erschienener Artikel. Die Mehrheit der Patienten kommt von selbst oder auf Ersuchen der Familie. Die behandelnden Ärzte überweisen keine Patienten wegen Demenz (oder nicht zu uns), wahrscheinlich weil sie deren Klagen unterschätzen oder sie ihre Patienten nicht

«verlieren» wollen. Die von uns untersuchten Personen werden für die Weiterbetreuung an ihren Hausarzt überwiesen, der diesbezügliche Empfehlungen erhält. Einige Fälle werden zur Weiterbetreuung auch an niedergelassene Geriater überwiesen. Abgesehen von einigen seltenen Fällen haben wir nicht die Möglichkeit, die Demenzpatienten mehr als ein- oder zweimal im Jahr zu sehen.

Ab nächstem Jahr ist die Einrichtung eines interdisziplinären Memory-Zentrums am Standort Sidlers geplant, was diese Sachlage verbessern sollte. Im jetzigen Projektstadium soll sich das Fachteam aus einem auf Dementologie spezialisierten Neurologen, Geriatern mit einer Demenzausbildung, einem Neuropsychologen, einer teilzeitlichen Sozialarbeiterin und einer Sekretärin zusammensetzen. Das Zentrum von Sidlers soll in gleicher Weise wie dasjenige für das Oberwallis organisiert werden, wobei beim Aufbau dieselben Ressourcen genutzt werden.

In den Spitälern verlangen die Abteilungen Innere Medizin oder Geriatrie fast nie neurologische Untersuchungen für *Demenzkrankte* (10 Fälle pro Jahr), ausser in seltenen Fällen, wenn die Demenz in Verbindung mit Parkinson auftritt (25 Fälle pro Jahr). Eine Demenzdiagnose steht im Allgemeinen nicht auf der Diagnoseliste des Austrittsschreibens, ausser bei schwerer Demenz, ebenso wenig übrigens wie das Ergebnis der MMSE. In diesen Abteilungen werden Personen in *verwirrtem Zustand* von Psychogeriatern behandelt, die nicht die Fachmeinung eines Neurologen einholen, mit Ausnahme einiger seltener Fälle, die eine Meningoenzephalitis oder eine Epilepsie (25 Fälle pro Jahr) vermuten lassen. Die Geriatrieabteilungen der Spitäler Sidlers und Martinach verlangen für Fälle von schwerer Demenz ein neurologisches Gutachten (20 Untersuchungen pro Jahr), die Abteilung für Alterspsychiatrie für das Unterwallis für nicht mehr als 5 Fälle pro Jahr. *Eine Zweigstelle der Memory-Klinik im Spital* wäre natürlich mehr als wünschenswert, doch würde es sich um mindestens 1,5 Kaderarzt-Stellen handeln.

Empfehlungen der Neurologieabteilung

- Menschen mit Demenz, ob sie hospitalisiert sind oder ambulant behandelt werden, sollten an ein **interdisziplinäres Memory-Zentrum** überwiesen werden können, wie es ab 2011 in Sidlers geplant ist. Im Zentrum werden Diagnoseleistungen und Jahreskontrollen angeboten, während die Betreuung und Nachkontrolle von den Hausärzten oder eventuell niedergelassenen Fachärzten (Geriatern, Neurologen, Psychogeriatern) mit einer Ausbildung in Dementologie sichergestellt werden.
- Ein solches Memory-Zentrum muss das **Referenzzentrum** für die Diagnose und Behandlung von Demenzkrankheiten sein. **Zusammenarbeitsvereinbarungen insbesondere mit den Universitätsspitalern** von Lausanne und Genf werden die Möglichkeit bieten, an Therapie- und Forschungsprotokollen teilzunehmen, aber auch an Fortbildungen zum Beispiel durch gemeinsame Videokonferenzveranstaltungen.
- Die **Ausbildung in Dementologie** muss unterstützt werden durch die Weiterbildung der Assistenzärzte und Klinikleiter in den entsprechenden Fachrichtungen, aber auch für das Pflegepersonal und das paramedizinische Personal.
- Die **Zusammenarbeit der involvierten Partner** ist wichtig, insbesondere zwischen den Memory-Zentren, Hausärzten, SMZ, Tageszentren und APH.

G. Empfehlungen

Im ganzen Wallis engagieren sich zahlreiche Personen und Institutionen für Menschen mit Demenz. Sie tun dies seit Jahren mit Sachverstand und Begeisterung. Dennoch zeigt sich, dass ihre unentbehrlichen Fachkenntnisse nicht genügend zusammengeführt und im gesamten Kanton entwickelt werden. Die Koordination ist noch zu gering, was dazu führt, dass es dem System an Kohärenz mangelt. Zudem hat sich das Angebot in den einzelnen Regionen des Kantons ungleichmässig entwickelt, und angesichts der steigenden Bedürfnisse sind bestimmte Leistungen in quantitativer Hinsicht ungenügend. Das aktuelle Angebot entspricht im gesamten Kantonsgebiet somit nur teilweise den vielfältigen Facetten der Demenzproblematik. Die Bedürfnisse der Betroffenen, ihrer Familien und der involvierten Fachleute werden nicht oder nur unvollständig und auf heterogene Weise abgedeckt.

Angesichts dieser Feststellungen werden im Folgenden allgemeine Empfehlungen für die Betreuung von Menschen mit Demenz im Wallis formuliert. Das Hauptziel dieser Empfehlungen ist es, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

Um dies zu erreichen, besteht ein erster Schritt darin, das allgemeine Bewusstsein für die Tragweite des Problems, aber auch für die Wesensart und die Folgen von Demenzkrankheiten zu erhöhen. **Eine Sensibilisierung der Bevölkerung und Fachleute** ermöglicht, diese Krankheiten zu entstigmatisieren und die Betreuung von Menschen mit Demenz zu verbessern.

Die Erkennung einer Demenzerkrankung im Anfangsstadium (**Früherkennung**) ist für die Betroffenen, aber auch ihr Umfeld wichtig. Es können so Massnahmen ergriffen werden, um die Fähigkeiten der Demenzkranken zu optimieren, mit dem Ziel, dass sie möglichst lange in der gewohnten Umgebung bleiben können, aber auch der Sicherheit willen.

Betreuende Angehörige unterstützen und informieren, sie mit im Gesundheitsnetz vorhandenen Strukturen in Kontakt bringen und sie über die Krankheitssymptome informieren ist für ihre eigene Lebensqualität, aber auch diejenige des Patienten wichtig. Dies erlaubt auch, den Verbleib zu Hause zu begünstigen und Erkrankungen der Betreuenden vorzubeugen.

Angesichts der verschiedenen klinischen Aspekte der Krankheit (kognitive Störungen, Verhaltensstörungen, Pflegebedürftigkeit und fortschreitender Charakter), aber auch bedeutender sozialer Aspekte (frühe Folgen für das Umfeld) muss die **Pflege ganzheitlich und evolutiv** erfolgen. Der Kranke benötigt schon sehr früh im Krankheitsverlauf Unterstützung im Alltag. Im Allgemeinen ist er nicht in der Lage, diese selbst anzufordern. Zudem kooperiert er oft nur teilweise oder gar nicht, da er sich seiner Situation und Schwierigkeiten nicht immer bewusst ist.

Die **Kommunikation und Koordination** zwischen den Partnern muss unterstützt werden, um eine Zersplitterung der Betreuung und Verantwortlichkeiten zu vermeiden, wie dies in solchen Situationen häufig der Fall ist.

In die Betreuung von Demenzkranken involvierte Fachleute müssen eine umfassendere demenzspezifische **Ausbildung** erhalten. Mit auf der Zusammenarbeit und der

interdisziplinären Konzentration basierenden **Kompetenzzentren** (Memory-Kliniken) wird eine bessere Betreuung der Patienten, aber auch die Verbreitung der Guten Klinischen Praxis und der Ausbildung gewährleistet. Aufgrund der prekären Datenlage zu Demenzkrankheiten im Wallis und in der Schweiz müssen schliesslich mehr Informationen gesammelt werden, insbesondere epidemiologische Daten. Diese Krankheiten haben bedeutende Auswirkungen auf den Patienten und sein Umfeld, aber auch auf die Gesundheitspolitik und Wirtschaft. Es ist unerlässlich, breit angelegte Studien durchzuführen, die sämtliche Felder dieses Gebietes abdecken, und die **Forschung** signifikant zu erhöhen.

Zwischenstrukturen in der Nähe (Strukturen für die Tages- und Nachtbetreuung, Kurzaufenthaltsbetten) müssen ausreichend verfügbar sein, um Familien zu entlasten, die Verbindung zwischen dem Patienten und seinem Wohnort aufrechtzuerhalten, den Heimeintritt hinauszuzögern und unangemessene Hospitalisationen zu vermeiden.

Wenn ein Demenzkranker trotz einer angemessenen Betreuung nicht mehr zu Hause leben kann, muss er einen seinen Bedürfnissen entsprechenden Lebensort finden können. **Alters- und Pflegeheime** (APH) haben diese Aufgabe. Angesichts der demografischen Entwicklung werden die Bewohner von APH immer älter und sind multimorbid mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium, die von schweren Verhaltensstörungen begleitet ist. Das architektonische Konzept, die Betreuung und spezifische Pflege müssen in Zusammenarbeit mit den spezialisierten Stellen entsprechend angepasst werden.

1. Bevölkerung informieren und Pflegende sensibilisieren

Nur ein allgemeines Bewusstsein und ein besseres Verständnis der Demenzkrankheiten können den Fatalismus und die Stigmatisierung beseitigen, denen diese Krankheiten unterworfen sind. Die Walliser Alzheimervereinigung erhält einen Leistungsauftrag und die notwendigen Mittel, um die verschiedenen Bestandteile dieser Empfehlung zu koordinieren und zu verwirklichen.

2. Früherkennung und Prävention verbessern

Demenzkranken beanspruchen nicht von sich aus Pflegeleistungen, da sie sich ihrer Schwierigkeiten nur teilweise oder gar nicht bewusst sind. Eine Verbesserung der Früherkennung ermöglicht den Betroffenen, die Krankheit besser zu verstehen und damit umzugehen, aber auch ihre Zukunft zu planen, solange sie noch dazu in der Lage sind. Die Erkennung einer Demenzerkrankung im Anfangsstadium ist der erste entscheidende Schritt für die Bereitstellung medizinischer und sozialer Unterstützung. Präventionsmassnahmen sind wichtig, um die Hirnfunktionen zu stärken und die Demenzkranken möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung zu behalten.

3. Demenzkranke und ihr Umfeld unterstützen und informieren

Die Walliser Fachleute erleben in ihrem Alltag die grossen Auswirkungen der Demenz für die Betroffenen, insbesondere auch für deren Umfeld. Von allen wird betont wie wichtig es ist, Massnahmen zu ergreifen, um Demenzkranke und Betreuende zu unterstützen und zu informieren.

4. Ganzheitliche und evolutive Betreuung von Demenzkranken begünstigen

Die verschiedenen Symptome, ihre Wandelbarkeit im Laufe der Zeit und ihre direkten Auswirkungen auf das Umfeld machen die Demenz zu einer sehr komplexen Krankheit. Die Begleitung muss sich im Laufe der Zeit wandeln, sie muss flexibel und kontinuierlich angelegt sein.

5. Kommunikation und Koordination zwischen den Partnern verbessern

Der Koordination zwischen den beteiligten Partnern ist sehr wichtig, um die Zersplitterung der Pflegeleistungen vermeiden. Die Verbesserung der Kommunikation, des Informationsaustausches ist sehr wichtig. Die Verbindungsstruktur KVSZI-SCLII scheint ihrem Auftrag gemäss am besten geeignet, diese Zielsetzungen zu erfüllen und soll in dieser Hinsicht verstärkt werden. Der Devise «die richtige Person zum richtigen Moment am richtigen Ort» kann Folgendes hinzugefügt werden: «die richtige Information im richtigen Moment durch die richtige Person und/oder Struktur».

6. Kompetenzzentren schaffen und die Forschung verstärken

Die Memory-Kliniken müssen verstärkt und zu interdisziplinären Kompetenzzentren umstrukturiert werden. Die Frage stellt sich, ob eine einzige kantonale Referenzklinik oder mehrere Kliniken aufgebaut werden sollte. Auf dem Gebiet der Demenzkrankheiten müssen mehrere Forschungsrichtungen entstehen, und sie müssen auch mehr Ressourcen erhalten.

7. Ausbildung und Betreuung des Pflegepersonals fördern

Die Partner haben den wichtigen Aspekt der Ausbildung betont, die alle involvierten Fachpersonen erreicht und die verstärkt werden muss. Für das Pflegepersonal muss ein Begleitangebot geschaffen werden, das von Fachpersonen mit spezifischen Kompetenzen sichergestellt wird. Dieses Angebot ist für alle Berufsgruppen wichtig, insbesondere aber für das Personal von APH, das täglich und langfristig mit Demenzkranken in Kontakt ist, die sich oft im fortgeschrittenen Stadium befinden. Es müssen Strategien erarbeitet werden, um mehr Fachleute auszubilden und diese Fachbereiche attraktiver zu machen.

8. Spitex- Leistungen ausbauen

Die Leistungen der SMZ und insbesondere ihre Koordinations- und Informationsrolle müssen fortgeführt werden. Die Kompetenzen der im Bereich der Demenzkrankheiten tätigen Teams müssen verstärkt werden.

9. Das Angebot an Zwischenstrukturen erhöhen

Die verschiedenen Zwischenstrukturen müssen an Demenzkranke angepasst werden und über die entsprechenden Fachkompetenzen verfügen. Alle Demenzkranken sollten davon profitieren können, unabhängig von ihrem Wohnort oder ihren finanziellen Mitteln.

10. Betreuung in APH anpassen

Die APH sind mit einer steigenden Anzahl von Bewohnern mit Demenz konfrontiert. Um den Bewohnern qualitativ hochstehende Leistungen zu bieten und

auf die Entwicklung ihrer Bedürfnisse je nach Krankheitsstadium (insbesondere bei Verhaltensstörungen) einzugehen, müssen die angebotenen Aktivitäten und die Pflege angepasst werden ebenso wie die Räumlichkeiten und die baulichen Voraussetzungen.

G.1. Die Bevölkerung informieren und Pflegende sensibilisieren

Allein ein allgemeines Bewusstsein und ein besseres Verständnis der Demenzkrankheiten können den Fatalismus und die Stigmatisierung beseitigen, denen diese Pathologien unterworfen sind. Die steigende Anzahl Betroffener erfordert Leistungen, die erst eingeführt werden können, wenn die Tragweite und Wesensart des Phänomens von allen erkannt werden – von der Bevölkerung, vom Personal in der Pflege und Sozialarbeit, von Ärzten und Politikern.

Es müssen alle verfügbaren Kommunikationsmittel und -kanäle genutzt werden: Informationskampagnen (namentlich in den Medien), Flyer, Vorträge und Debatten, Lebensberichte, Informationen in allen Grundausbildungen des Sozial- und Gesundheitsbereichs. Diese Aktionen müssen von allen involvierten Akteuren durchgeführt werden, von der Dienststelle für Gesundheitswesen, der Alzheimervereinigung, Pro Senectute, dem Roten Kreuz, den SMZ, den Zwischenstrukturen und den APH sowie der Ärzteschaft. Es gilt sämtliche Bereiche der Demenz abzudecken mit Informationen zur Krankheit, zur ihrer Prävalenz, zu kognitiven und verhaltensbezogenen Symptomen, zu Betreuungsstrategien, zur schweren Belastung für die Angehörigen, zu allgemeinen Präventionsmassnahmen, zu Unterstützungsnetzwerken usw.

Die Walliser Alzheimervereinigung sollte einen Leistungsauftrag und die notwendigen Mittel erhalten, um die verschiedenen Bestandteile dieser Empfehlung zu koordinieren und zu verwirklichen.

G.2. Die Früherkennung und die Prävention verbessern

Die Erkennung einer Demenzerkrankung im Anfangsstadium ist der erste entscheidende Schritt für die Bereitstellung einer angemessenen Pflege. Demenzkranke beanspruchen nicht von sich aus Pflegeleistungen, da sie sich ihrer Schwierigkeiten nur teilweise oder gar nicht bewusst sind. Eine Verbesserung der Früherkennung ermöglicht den Betroffenen, die Krankheit besser zu verstehen und damit umzugehen, aber auch ihre Zukunft zu planen, solange sie noch dazu in der Lage sind. Da die intellektuellen Fähigkeiten der Betroffenen durch die Krankheit eingeschränkt werden, müssen unbedingt Sicherheitsmassnahmen ergriffen werden. Sind der Patient und sein Umfeld über die Krankheit und ihre Folgen informiert, können sie besser damit umgehen. Sie können von einer Begleitung und spezifischen Unterstützung in medizinischer, sozialer und auch finanzieller Hinsicht profitieren. Schliesslich können noch Präventionsmassnahmen ergriffen werden, um die Hirnfunktionen zu stärken und die Demenzkranken möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung zu behalten.

G.3. Demenzkranke und ihr Umfeld unterstützen und informieren

Die Walliser Fachleute erleben in ihrem Alltag die grossen Auswirkungen der Demenz für die Betroffenen, insbesondere auch für deren Umfeld. Alle betonen die Notwendigkeit, Massnahmen zu ergreifen, um Demenzkranke und Betreuende zu unterstützen und zu informieren. Diese Massnahmen sind unterschiedlicher Art und überschneiden sich zum Teil mit den anderen Empfehlungen.

Es sei hier besonders die Bedeutung einer *allgemeinen Sensibilisierung* für die wichtige Rolle und die spezifischen Bedürfnisse der Betreuenden erwähnt. *Ressourcen und Informationen* müssen einfach und für alle gleich zugänglich sein. Die Einrichtung einer Hotline für Senioren würde erlauben, diese an die richtige Stelle oder die zuständige Vereinigung zu verweisen. Die Pflege- und Hilfeleistungen durch SMZ müssen im ganzen Kanton identisch sein. Der Auftrag und die Leistungen aller involvierten Partner (SMZ, Pro Senectute, Rotes Kreuz, Alzheimervereinigung usw.) müssen geklärt und in der Bevölkerung und unter Fachleuten bekannt gemacht werden. Die *spezifische Pflege und Unterstützung* für Demenzkranke und Betreuende müssen mit allen verfügbaren Mitteln umfassend verstärkt werden. Es ist wichtig, Gesprächs- und Selbsthilfegruppen zu gründen, aber auch die für die persönliche und indirekte Pflege notwendige Zeit und die Besonderheit dieser Art der Betreuung anzuerkennen. Schliesslich gilt es Überlegungen über Massnahmen zur *Erleichterung der finanziellen Belastung* anzustellen, die Demenzkrankheiten für den Patienten und seine Familie mit sich bringen. Die kantonalen Zielsetzungen der Förderung eines Verbleibs zu Hause müssen in finanzieller Hinsicht klar definiert werden.

G.4. Eine ganzheitliche und evolutive Betreuung von Demenzkranken begünstigen

Die verschiedenen Symptome, ihre Wandelbarkeit im Laufe der Zeit und ihre direkten Auswirkungen auf das Umfeld machen die Demenz zu einer sehr komplexen Krankheit. Bei der Pflege muss der Patient unbedingt in seiner physischen, psychologischen, funktionalen und sozialen Ganzheit betrachtet werden. Da Demenzkrankheiten chronisch und evolutiv verlaufen, sind es die Bedürfnisse des Individuums und seines Umfeldes, die in jedem Krankheitsstadium die Pflege, die Hilfe und die notwendigen Strukturen bestimmen. Die Begleitung muss sich im Laufe der Zeit wandeln, sie muss flexibel und kontinuierlich angelegt sein.

Der Hausarzt steht bei der Förderung dieses Vorgehens an vorderster Front. Er hat nicht nur eine klinische Rolle, er verschreibt seinem Patienten auch verschiedene therapeutische Massnahmen. Er muss sich um den Patienten kümmern und zudem eng mit dessen Netzwerk zusammenarbeiten: dem informellen Netzwerk der Angehörigen und dem formellen Netzwerk der Fachleute.

Der Hausarzt hat hingegen nicht immer die Möglichkeit zu einem solchen Vorgehen, sei es, weil es ihm an Zeit oder Mitteln fehlt. Es gibt zudem zu wenig Hausärzte, nicht alle Regionen des Kantons weisen die gleiche Ärztedichte auf und die Nachfolge ist nicht gesichert. Der Hausarzt muss sich deshalb auf die Fachkompetenzen anderer involvierter Fachleute, auf die KVSZI- SCLII und die Memory-Klinik(en) im Kanton abstützen können.

G.5. Die Kommunikation und Koordination zwischen den Partnern verbessern

Die Verbesserung der Kommunikation, des Informationsaustausches und der Koordination zwischen den beteiligten Partnern ist sehr wichtig. Die Verbindungsstruktur KVSZI-SCLII scheint ihrem Auftrag gemäss am besten geeignet, diese Zielsetzungen zu erfüllen und müsste in dieser Hinsicht verstärkt werden.

Die KVSZI-SCLII könnte mit der Einführung einer Hotline für Senioren betraut werden, die eine Weiterleitung an den für die gewünschte Information am besten geeigneten Partner ermöglicht. Damit könnte man der Devise «die richtige Person zum richtigen Moment am richtigen Ort» Folgendes hinzufügen: «die richtige Information im richtigen Moment durch die richtige Person und/oder Struktur».

Die integrierte Versorgung (Managed Care) ist ein Zusammenarbeitsmodell für Ärzte, aber auch Gesundheitsfachleute. Ihre Entwicklung könnte eine Antwort auf die vernetzte Arbeit sein, die für die Betreuung von Demenzkranken notwendig ist, und eine Zersplitterung der Pflegeleistungen vermeiden. Generell würden alle alternden Menschen davon profitieren.

G.6. Kompetenzzentren schaffen und die Forschung verstärken

Im Kanton gibt es mehrere Memory-Kliniken. Es handelt sich in der Mehrheit um kleine, wenig bekannte Strukturen, die im Allgemeinen unter der Leitung von nur einem der involvierten Fachbereiche funktionieren. Diese ambulanten Kliniken müssen verstärkt und zu interdisziplinären Kompetenzzentren umstrukturiert werden. Da es nur wenige auf diesem Gebiet ausgebildete Fachleute gibt, stellt sich die Frage, ob eine einzige kantonale Referenzklinik oder mehrere Kliniken aufgebaut werden sollen. Diese Memory-Klinik(en) hätte(n) insbesondere den Auftrag, eine spezialisierte Unterstützung für an vorderster Front tätige Akteure zu entwickeln. Sie müssten zudem Empfehlungen zur Guten Klinischen Praxis (Guidelines) für die Erkennung und Betreuung von Demenzerkrankungen im Kanton abgeben. Ihre Leistungen und die Koordination müssen klar definiert und ihre Finanzierung gesichert werden.

Die medizinische Forschung konzentriert sich vor allem auf Krankheiten, die einen grossen Einfluss auf die Sterblichkeit haben, wie Krebserkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Chronische Krankheiten, die eine starke Pflegebedürftigkeit zur Folge haben, jedoch einen geringen Einfluss auf die Sterblichkeit ausüben, wie Demenz, sind weniger Gegenstand von Forschungsbemühungen.

Auf dem Gebiet der Demenzkrankheiten müssen mehrere Forschungsrichtungen entwickelt werden, und sie müssen auch mehr Ressourcen erhalten. Die Zusammenarbeit und Koordination in der Forschung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern, aber auch zwischen den Kantonen und auf nationaler Ebene, müssen verstärkt werden. Institutionelle Akteure müssen zur Mitarbeit in der Forschung aufgerufen und ermuntert werden. Dieses Ziel kann insbesondere dadurch erreicht werden, dass man auf die Bedeutung grösserer Kenntnisse aufmerksam macht, die zur Teilnahme an Studien notwendige Zeit bereitstellt und regelmässig über die Forschungsergebnisse informiert.

Die *Forschung* muss alle Gebiete abdecken, von der Ätiologie bis zur Behandlung von Demenzkrankheiten, von der Pflege der Patienten bis zu den menschlichen, sozialen und ökonomischen Auswirkungen. Es gilt, Veränderungen in der Gesellschaft und der

Familienstruktur sowie die demografische Entwicklung zu berücksichtigen. Es müssen Daten erhoben werden, insbesondere *epidemiologische Daten*, um die aktuelle Situation genau zu evaluieren. Solche Daten sind ausschlaggebend, um die Entwicklung von Krankheiten in der Bevölkerung zu verfolgen, die Wirkung verschiedener Massnahmen zu untersuchen und Prognosen für den künftigen Ressourcenbedarf zu machen. Zudem sollten in allen Tätigkeitsbereichen *Qualitätsindikatoren* für die ergriffenen Massnahmen verfügbar sein.

G.7. Die Ausbildung und Betreuung des Pflegepersonals fördern

Die Walliser Alzheimervereinigung macht derzeit eine Aufstellung des demenzspezifischen Bildungsangebots im Wallis. Sämtliche Partner haben den wichtigen Aspekt der Ausbildung betont, die verstärkt werden muss.

Das Bildungsangebot muss entwickelt werden und alle involvierten Fachpersonen erreichen. Es muss ein koordiniertes Verzeichnis (Bildungskatalog) erstellt und breit verteilt werden. Für das Pflegepersonal muss ein Betreuungsangebot geschaffen werden, das von Fachpersonen mit spezifischen Kompetenzen sichergestellt wird. Dieses Angebot ist für alle Berufsgruppen wichtig, insbesondere aber für das Personal von APH, das täglich und langfristig mit Demenzkranken in Kontakt ist, die sich oft im fortgeschrittenen Stadium befinden. Die Frage der Finanzierung dieser Ausbildungs- und Betreuungsleistungen muss geregelt werden.

Die Alterspflege und die Dementologie sind Bereiche, die nur wenig Fachpersonen und Studierende anziehen. Es müssen deshalb unbedingt Strategien erarbeitet werden, um mehr Fachleute auszubilden und diese Fachbereiche attraktiver zu machen.

G.8. Die Spitex-Leistungen ausbauen

Die Umsetzung der im Bericht «Planung der Langzeitpflege 2010–2015» beschriebenen Leistungen der SMZ, der am 24. März 2010 vom Staatsrat gutgeheissen wurde, sowie des Leistungsauftrages, den die SMZ 2007 vom Departement für Gesundheit erhalten haben, muss fortgeführt werden. Es gilt insbesondere, die Koordinations- und Informationsrolle der SMZ zu konsolidieren. Die Kompetenzen der im Bereich der Demenzkrankheiten tätigen Teams müssen verstärkt werden, ebenso die Leistungen der Gerontotechnik.

Die präventiven Hausbesuche, die Teil des Leistungsauftrages der SMZ sind, müssen im ganzen Kanton entwickelt werden. Es gilt Überlegungen zu den Verfahren anzustellen, die im Rahmen dieser Leistung eingeführt werden müssen, um deren Ergebnisse zu optimieren. Die Bevölkerung und die Gesundheitsfachleute müssen für die Bedeutung dieses Vorgehens sensibilisiert werden. Die Intensivierung der Zusammenarbeit der SMZ, Hausärzte und Spitalstrukturen wird eine optimale Nutzung dieser Leistung ermöglichen, die der Aufdeckung spezifischer Probleme von älteren Menschen und der Prävention dient.

Die Einführung des Instrumentes RAI-HomeCare zur Bedarfsbewertung in allen SMZ und des psychogeriatrischen Moduls für die Pflege zu Hause muss beschleunigt werden, um die Verfahren und die diesbezüglichen Betreuungsformen zu harmonisieren.

G.9. Das Angebot an Zwischenstrukturen erhöhen

Betreuungs- und Entlastungsangebote ermöglichen, länger zu Hause zu leben, sogenannte «Entlastungshospitalisationen» zu vermeiden und den Eintritt in eine Langzeiteinrichtung hinauszuzögern. Die Abdeckung des Kantons mit Zwischenstrukturen (Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, Tages- und Nachtstrukturen, Kurzaufenthaltsbetten in APH) muss den aktuellen und künftigen Bedürfnissen entsprechend angepasst werden.

Die verschiedenen Arten von Zwischenstrukturen müssen alle für Demenzkranke angepasst werden und über die entsprechenden Fachkompetenzen verfügen. Die Nähe zum Wohnort vergrössert die Zugänglichkeit dieser Strukturen. Alle Demenzkranken sollten davon profitieren können, unabhängig von ihrem Wohnort oder ihren finanziellen Mitteln.

Die Nähe ist im Allgemeinen ein sehr wichtiger Punkt bei der Begleitung und Betreuung von Demenzkranken sowie ihrer Angehörigen, während des gesamten Krankheitsverlaufs, aber auch wenn es um einen Eintritt in ein APH geht.

G.10. Die Betreuung in APH anpassen

Die APH sind mit einer steigenden Anzahl von Bewohnern mit Demenz konfrontiert. Um den Bewohnern qualitätvolle Leistungen zu bieten und auf die Entwicklung ihrer Bedürfnisse je nach Krankheitsstadium (insbesondere bei Verhaltensstörungen) einzugehen, müssen die angebotenen Aktivitäten und die Pflege angepasst werden ebenso wie die Räumlichkeiten und die baulichen Voraussetzungen.

Mit einem klar definierten institutionellen Projekt können die Qualität und Sicherheit der Betreuung der Bewohner und ihrer Familien gewährleistet werden, aber auch von Personen, die nicht an einer Demenz erkrankt sind und mit Demenzkranken zusammenleben. Eine erfolgreiche Betreuung kann nur erreicht werden, wenn man im Alltag eine Betreuungsphilosophie einführt, die auf die Besonderheiten der Betreuung von Demenzkranken eingeht, und die Teamarbeit koordiniert. Dazu ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den leitenden Akteuren (Direktoren, Ärzten, Kader) notwendig. Die leitenden Akteure sollten über eine vertiefte Ausbildung in der Gerontologie verfügen.

Bei der Stärkung der Ressourcen von Teams, die mit schweren, komplexen und manchmal emotional schwierigen Situationen konfrontiert sind, spielen die Ausbildung und Betreuung eine sehr wichtige Rolle. Dadurch kann die Pflegequalität verbessert, das Misshandlungsrisiko reduziert und die Erschöpfung der Teams verhindert werden. Wie für die SMZ ist eine Anerkennung der für die persönliche und indirekte Pflege notwendigen Zeit sowie der Besonderheit dieser Betreuungsart wesentlich. Die Personalbestände müssen der Zunahme der Pflegebelastung und der persönlichen Pflege angepasst werden. Die Zeit, die für die interdisziplinäre Arbeit, die Kohärenz und Koordination der Betreuung sowie für die Ausbildung notwendig ist, muss ebenfalls berücksichtigt werden.

Die Aufnahmekapazität der APH muss den aktuellen und künftigen Bedürfnissen jeder Region angepasst werden. Die Möglichkeiten für einen Heimeintritt variieren nämlich je nach Region und hängen auch vom Wohnort der betroffenen Person ab. Diese Möglichkeiten werden von zahlreichen Partnern als äusserst beschränkt bezeichnet. Dies führt zu unangemessenen Spitalaufenthalten, auch in psychiatrischen Einrichtungen, von Patienten, die auf einen Platz in einem APH warten.

Schlussfolgerung

Aufgrund der demographischen Alterung und der Auswirkungen von Demenzerkrankungen müssen zwingend Massnahmen ergriffen werden, um auf die besonderen Bedürfnisse der betroffenen Personen einzugehen. Der pflegerische und soziale Bedarf wird proportional zu den steigenden Anzahl Kranken steigen. Parallel dazu gibt es im familiären Umfeld weniger junge Menschen, die sich um die Betagten kümmern können und ein Personalmangel in den Pflegestrukturen.

Angesichts dieser Erkenntnisse wurden im vorliegenden Dokument 10 Empfehlungen erarbeitet. Um die Empfehlungen umzusetzen sollte eine ad-hoc Kommission gebildet werden. Diese Kommission ist beauftragt konkrete Massnahmen und die jeweiligen finanziellen Konsequenzen auszuarbeiten und diese dann an die zuständigen Behörden und Instanzen weiterzuleiten.

H. Abkürzungsverzeichnis

Alz-CH	Association Alzheimer Suisse
Alz-World ou ADI	Association Alzheimer Internationale, « Alzheimer's Disease International »
ASSASD	Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
AVALEMS - VWAP	Association valaisanne des EMS - Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
BPSD	« Behavioural and psychological symptoms in dementia », symptômes comportementaux et psychologiques des démences
CCPP	Centres de compétences en Psychiatrie et Psychothérapie
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la Santé
CHC	Centre hospitalier du Chablais
CHCVs	Centre hospitalier du Valais Central
CMS	Centre médico-social
CMSR	Centre médico-social régional
DALY	« Disability free adjusted Life Years », années de vie ajustées sans limitation
EMS	Etablissement médico-social
EPT	Emploi plein temps
FMH	Fédération des médecins suisses
GDB	« Global Burden of Disease »
GDS	« Geriatric Depression Scale »
GMVR	Groupement des médecins du Valais romand
GT	Groupe de Travail
HAD	« Hospital Anxiety and Depression scale »
ICUS	Infirmier (ière) – chef (fe) unité de soins
IPVR	Institutions Psychiatriques du Valais romand
LAMAL	Loi sur l'assurance maladie
MAD	Maintien à domicile
MCI	« Mild cognitive impairment », trouble cognitif léger
MMSE	« Mini-Mental State Examination »
MPR	Médecin de premier recours, médecin de famille ou médecin traitant
IRM / MRT	Imagerie par résonance magnétique / Magnetresonanztomographie
NPI	« Neuropsychiatric Inventory » (scale)
OAG	Oberwalliser Ärztesgesellschaft, groupement des médecins du Haut-Valais
OBSAN	Observatoire suisse de la Santé
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ORP	Offices régionaux de placement
OVS	Observatoire valaisan de la Santé
PC	Prestations complémentaires
PZO	Psychiatriezentrum Oberwallis, Centre Psychiatrique du Haut-Valais
IQ-CODE	« Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly »
RAI-HC	« Resident Assessment Instrument - Home Care »
RAI-HC MH	« Resident Assessment Instrument - Home Care Mental Health »
RPT II	Répartition des tâches et péréquation financière entre le canton et les communes
RSV	Réseau Santé Valais
SCLII - KVSZI	Structure cantonale de liaison interinstitutionnelle - kantonale Verbindungsstruktur zwischen den Institutionen
SGG - SSG	Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie - Société Suisse de Gérontologie
SMV	Société médicale du Valais
SSP	Service de la Santé publique
SZO	Spitalzentrum Oberwallis, Centre hospitalier du Haut-Valais
YLD	« Years Lived with Disability », années de vie avec limitation
YLL	« Years of Life Lost », années de vie perdues

I. Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1</i>	Anzahl der über 80-Jährigen im Kanton Wallis von 2008 bis 2050 p.10
<i>Tabelle 2</i>	Anzahl der über 80-Jährigen im Wallis von 2008 bis 2050 gemäss den drei Szenarien des BFS. Die relative Bevölkerungszunahme im Vergleich zu 2008 p.10
<i>Tabelle 3</i>	Von der Alzheimerkrankheit und anderen Demenzen betroffene kognitive Felder..... p.13
<i>Tabelle 4</i>	Prävalenz der Demenz gemäss Eurodem..... p.27
<i>Tabelle 5</i>	Prävalenz der Demenz in Westeuropa gemäss Weltalzheimerbericht. p.28
<i>Tabelle 6</i>	Prävalenz der Demenz im Wallis p.28
<i>Tabelle 7</i>	Schätzung der Anzahl Demenzfälle pro Gesundheitsregion und Bezirk im Wallis 2008..... p.29
<i>Tabelle 8</i>	Entwicklung der Anzahl Demenzkranker im Wallis (hohes, mittleres und tiefes Szenario des BFS) gemäss Prävalenzdaten von Alz-CH..... p.30
<i>Tabelle 9</i>	Entwicklung der Anzahl Demenzkranker im Wallis von 2008 bis 2050 (Anzahl Fälle, absolute Zunahme, relative Zunahme) gemäss den Daten von Alz-World und Alz-CH unter Abstützung auf das «mittlere» Szenario für die Bevölkerungsentwicklung des BFS..... p.30
<i>Tabelle 10</i>	Einige internationale Pläne und ihre Prinzipien p.32

J. Referenzen

- Akbaraly TN, Portet F, Fustinoni S, Dartigues JF, Artero S, Rouaud O, Touchon J, Ritchie K, Berr C. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly : results from the Three-City Study. *Neurology*. 2009; 73(11) :854-861.
- Bohn F. Fachberatung für altersgerichtetes Bauen. <http://www.wohnenimalter.ch/>
- Boustani M, Peterson B, Hanson L, et al. Screening for dementia in primary care: A summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003; 138: 927-37.
- Carrillo MC, Dishman E, Plowman T. Everyday technologies for Alzheimer's disease care: Research findings, directions, and challenges. *Alzheimer's Dement*. 2009; 5(6): 479-488.
- Chen JH, Link KP, Chen YC. Risk factors for dementia. *J Formos Med Assoc*. 2009; 108(10): 754-64.
- Corrada MM, Brookmeyer R, Paganini-Hill A, Berlau D, Kawas CH. Dementia incidence continues to increase with age in the oldest old: The 90+ study. *Ann Neurol*. 2001; 67:114-121.
- Deuschl G, Maier W. S3-Leitlinie « Demenzen ». Herausgebende Fachgesellschaften, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde und Deutsche Gesellschaft für Neurologie. 2009.
- Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J, Delacourte A, Galasko D, Gauthier S, Jicha G, Meguro K, O'Brien J, Pasquier F, Robert P, Rossor M, Salloway S, Stern Y, Visser PJ, Scheltens P. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRA criteria. *Lancet Neurol*. 2007. 6(8):734-746.
- Feil N. Validation, mode d'emploi. Techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer. Pradel E. 1997.
- Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, Jorm A, Mathers C, Menezes PR, Rimmer E, Scazufca M; Alzheimer's Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005. 366(9503):2112-2117.
- Gineste Y, Pellissier J. « Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux ». Armand Colin Ed. 2009.
- Giannakopoulos P, Gaillard M. « Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé ». Médecine & Hygiène Ed. 2010.
- Hardy J. A hundred years of Alzheimer's disease research. *Neuron*. 2006. 52(1):3-13.
- Held C, Ermini-Funfschilling D. Maladie d'Alzheimer : accueillir la démence. Médecine et Hygiène. 2010. *Das Demenzgerechte Heim. Karger, Basel, 2006*.
- Hofman A et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. *Int J of Epi*. 1991; 20: 736-48.
- Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008. 63(3):298-307.
- Jellinger KA. Clinicopathological analysis of dementia disorders in the elderly – an update. *J Alzheimer Dis*. 2006. 9(3 Suppl.): 61-70.
- Joray S, Ghika J, von Gunten A, Büla C, Gold G, Assal F. Peut'on traiter la maladie d'Alzheimer ? *Rev Med Suisse*. 2005. 1(18):1201-2, 1205-6, 1208.
- Joray S, Pertoldi W, Büla C. Détection des troubles cognitifs en pratique clinique. *Rev Med Suisse*. 2000. 120(11):847-852.
- Kraft L, Marti M, Werner S, Sommer H. Cost of dementia in Switzerland. *Ecoplan. Swiss Med Wkly*. 2010. 140:w13093.
- Lleshi E, Nicod M, Coutaz M, Morisod J. Analyse de la prescription, de l'efficacité et de la tolérance des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase dans la maladie d'Alzheimer. *Rev Med Suisse*. 2004. 62 (2497): 1849-1856.
- Michon A, Weber K, Gargiulo M, Canuto A, Giardini U, Giannakopoulos P. Le fardeau du soignant dans la démence: déterminants et stratégies d'intervention. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 2004. 155:217-224.
- Middleton LE, Yaffe K. Promising strategies for the prevention of dementia. *Arch Neurol*. 2009. 66(10):1210-1215.

- Mittelman MS. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*. 2006. 67:1592-1599.
- Monsch AU, Hermelink M, Kressig RW, Fisch H-P, Grob D, Hiltbrunner B, Martensson B, Ruegger-Frey B, vonGunten A; Groupe d'experts en Suisse. Consensus sur le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de démence en Suisse. *Forum Med Suisse. Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz. Schweiz Med Forum*. 2008. 8(8): 144-149.
- Norton MC, Piercy KW, Rabins PV, Green RC, Breitner JC, Ostbye T, Corcoran C, Wels-Bohmer KA, Lyketsos CG, Tschanz JT. Caregiver-recipient closeness and symptom progression in Alzheimer disease. The Cache County Dementia Progression Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009. 64:560-568.
- Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I and al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010. 30(2):161-178.
- Querfuth HW, LaFerla FM. Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2010. 362(4):329-344.
- Petersen RC, Roberts RO, Knopman DS, Boeve BF, Geda YE, Ivnik RJ, Smith GE, Jack CR Jr. Mild cognitive impairment: ten years later. *Arch Neurol*. 2009. 66(12):1447-1455.
- Rapport Mondial Alzheimer. *Weltalzheimerbericht. World Alzheimer Report. Alzheimer's Disease International, ADI*. 2009.
- Rafii MS, Aisen PS. Recent developments in Alzheimer's disease therapeutics. *BMC Med*. 2009.7:7.
- Reuben D, Levin J, Frank J, Hirsch S, McCreath H, Roth C, Wenger N. Closing the dementia care gap: Can referral to Alzheimer's Association chapters help? *Alzheimer Dement*. 2009. 5(6):498-502.
- Schenk F, Leuba G, Büla C. « Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer. Autour de la notion de plasticité ». De Boeck & Larcier Ed. 2004.
- Thomas P, Ingrand P, Lalloue F, Hazif-Zhomas C, Billon R, Viéban F, Clément JP. Reasons of informal caregivers for institutionalizing dementia patients previously living at home: the Pixel study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004. 19(29):127-35.
- Zanetti O, Solerte SB, Cantoni F. Life expectancy in Alzheimer's disease. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009. 49 Suppl 1:237-43.
- Wimo A, Winblad B, Jönsson L. The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimer's & Dementia*. 2010. (6): 98-103.

Im Bericht erwähnte Instrumente und Bewertungsskalen

- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory (NPI): Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994. 44:2308-2314.
- Derouesné C. Échelles et classifications. Le mini-mental state examination (MMSE). Version française consensuelle du GRECO. *Rev Neurol (Paris)*. 2001. 157: 5,567-571.
- Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. «Mini-Mental State». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res*. 1975. 12:189-198.
- Jorm, AF. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): Development and cross-validation. *Psychological Medicine*. 1994. 24, 145-153.
- Katz S. Assessing self maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*. 1983. 31:721-727.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969. 9:179-186.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 1965. 14(2):61-65.
- Robert PH, Medecin I, Vincent S, Staccini P, Cattelin F, Goni S. L'inventaire neuropsychiatrique: validation de la version française d'un instrument destiné à évaluer les troubles du comportement chez les sujets déments. *L'Année Gérontologique*. 1991. 5, 63-87.
- Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986. 5:165-173.

- Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA. Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Soc.* 1989. 37(8):725-729.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). *Acta Psychiatr Scand.* 1983. 67:361-370.

Nationale Pläne

- Plan national 2008-2012 de la République Française. « Alzheimer et maladies apparentées ». Février 2008.
- INSERM. Maladie d'Alzheimer. Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Expertise collective, synthèse et recommandations. 2007.
- Plan Alzheimer Québec. Un plan d'action national centré sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Juin 2009.
- A National Alzheimer's Strategic Plan. The report of the Alzheimer's study group. America must act now. 2009.
- National Dementia Strategy for England and Implementation Plan. Report of the external reference group. March 2008.
- Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *Int J Integr Care.* 2004. 4:e10.

Auf Bundesebene

- Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008. *Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008.*
- Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS. Modification du 24 juin 2009. *Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV. Änderung vom 24. Juni 2009.*
- Rapport du Conseil fédéral: Stratégie en matière de politique de la vieillesse. 29.08.2007. *Bericht des Bundesrates: Strategie für eine schweizerische Alterspolitik 29.08.2007.*
- Interpellation 09.3442 Amherd. Garantir et développer la prise en charge des patients atteints de démence et la réponse du Conseil Fédéral du 01.07.2009. *Interpellation 09.3442 Amherd. Demenzpatienten. Ausbau und Sicherstellung der Betreuung und Antwort des Bundesrates vom 01.07.2009.*
- Motion Steiert 09.3509. Pilotage de la politique en matière de pathologies de la démence I. Elaborer les bases requises, et la réponse du Conseil fédéral du 26.08.2009. *Motion Steiert 09.3509. Steuerbarkeit der Demenzpolitik I. Grundlagen und Antwort des Bundesrates vom 26.08.2009.*
- Motion Wehrli 09.3510. Pilotage de la politique en matière de pathologies de la démence II. Stratégie commune de la Confédération et des cantons, et la réponse du Conseil fédéral du 26.08.2009. *Motion Wehrli 09.3510. Steuerbarkeit der Demenzpolitik II. Gemeinsame Strategie von Bund und Kantonen und Antwort des Bundesrates vom 26.08.2009.*
- Höpflinger F, Hugentobler V. Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21^e siècle. *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert.* Berne: Cahiers de l'Observatoire Suisse de la Santé. 2003.
- Egger T. Aide et soins à domicile: analyse du milieu, du marché et de la concurrence. Vue d'ensemble de la littérature. Réalisée sur mandat de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile. *Spitex, Umfeld, Markt und konkurrenzanalyse. Literaturübersicht.* BASS, Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien. 2007.

In Schweizer Kantonen

Bern :

- Rapport de planification et plan d'action pour la mise en œuvre des objectifs définis par le Grand Conseil dans le cadre de la Politique du 3e âge, 2005. Domaine d'intervention n° 4: offres pour les personnes atteintes de démence. Décembre 2004. *Alterspolitik im Kanton Bern: Planungsbericht und Konzept für die weitere Umsetzung der vom Grossen Rat mit dem «Altersleitbild 2005» festgelegten Ziele. Handlungsfeld 4: Angebote für demenzkranke Menschen. Dezember 2004.*

- Politique du 3e âge. Rapport intermédiaire 2007. *Zwischenbericht 2007 zur Alterspolitik im Kanton Bern.*
- Pour un aménagement intérieur adapté aux personnes atteintes de démence, recommandation à l'attention des institutions. Recommandations à l'intention des institutions. *Gestaltung von Innenräumen für Demenzkranke.* Leuthold U. Office vieillesse et assurances de la ville de Berne. AVA. 2009.

Freiburg :

- Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2007-2011. Priorités pour le canton de Fribourg. *Kantonaler Plan für Gesundheitsförderung und Prävention 2007-2011. Prioritäten für den Kanton Freiburg.* Service de la santé publique, Novembre 2006.

Genf :

- Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique en faveur des personnes âgées dans le canton de Genève. Juin 2005.

Waadt :

- Politique en santé mentale. Plan d'action 2007-2012. Projet d'amélioration de la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences.
- Paccaud F, Peytremann Bridevaux I, Heiniger M, Seematter-Bagnoud L. Vieillissement : éléments pour une politique de santé publique. Un rapport préparé pour le Service de la santé publique du canton de Vaud par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2006.
- Büla C. Maladie d'Alzheimer : d'un plan cantonal à un plan national ? *Rev Med Suisse.* 2009; 5(224) : 2187-8.

Association Alzheimer Suisse / Schweizerische Alzheimervereinigung

Sous le lien <http://www.alz.ch>

- Prévention Alzheimer. Gardez votre cerveau en bonne santé. *Demenz vorbeugen. So halten Sie Ihr Gehirn fit.* Jen Haas. 2009
- Alzheimer et autres formes de démences. Diagnostic, traitement, prise en charge. Les recommandations des spécialistes suisses. *Demenz. Diagnose, Behandlung und Betreuung. Schweizer Experten empfehlen.* Jen Haas, 2008.
- Vivre avec la maladie d'Alzheimer en Suisse. Les chiffres-clés 2, la prise en charge actuelle. 2004. *Leben mit Demenz in der Schweiz. Eckdaten 2. Aktuelle Versorgung.* 2004.
- Vivre avec la maladie d'Alzheimer en Suisse. Les chiffres-clés. 2003. *Leben mit Demenz in der Schweiz. Eckdaten.* 2003.
- Indicateurs pour le futur. 2003. *Wegweiser für die Zukunft.* 2003.
- Prestations de base pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Offres ambulatoires et semi-stationnaires en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence et soutien des proches. Rapport établi à l'intention de l'Unité spécialisée Question de la vieillesse de l'Office fédéral des assurances sociales. Association Alzheimer Suisse et Pro Senectute Suisse. Février 2002. *Grundversorgung Demenz. Ambulante und teilstationäre Grundversorgung von Demenzkranken sowie Unterstützungsangebote für deren Angehörige. Bericht zu Handen der Fachstelle Altersfragen des Bundesamtes für Sozialversicherung. Schweizerische Alzheimervereinigung und Pro Senectute. Februar 2002.*

OBSAN

- Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse. Weaver F, Jaccard-Ruedin H, Pellegrini S, Jaccard S, Jeanrenaud C. Observatoire suisse de la santé et Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel. Avril 2008. *Kostenentwicklung der Langzeitpflege von heute bis zum Jahr 2030 in der Schweiz. (Diese Publikation ist nur in französischer Sprache verfügbar, enthält jedoch eine deutsche Zusammenfassung).*
- Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature. Monod-Zorzi S, Seematter-Bagnoud L, Büla C, Pellegrini S, Jaccard Ruedin H. Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique, CHUV, Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel et Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel. 2007. *Chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. Epidemiologische und ökonomische*

Daten aus der Literatur (Diese Publikation ist nur in französischer Sprache erhältlich, enthält jedoch eine ausführliche deutsche Zusammenfassung).

- Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Jaccard Ruedin H, Roth M, Foletti C, Santos-Eggimann B. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel. 2007.
- Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020. Jaccard Ruedin H., Weaver F., Roth M., Widmer M. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel. 2009.

BFS

- Le futur de la longévité en Suisse. Seematter-Bagnoud L, Paccaud F, Robine JM. IUMSP, Lausanne et INSERM, Montpellier. 2009.
- Démos. Bulletin d'information démographique N° 4. Vieillissement démographique et adaptations sociales. Schmid Botkine C, Rausa-de Luca F. 2008. *Demos. Informationen aus der Demographie 4/2007. Demografische Alterung und soziale Sicherheit. Schmid Botkine C, Rausa-de Luca F. 25.11.2008*
- Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse, 2005–2050. 18.10.2006. *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005-2050. 18.10.2006.*
- Croissance de la population et vieillissement démographique: perspectives pour l'avenir. Hypothèses et résultats des scénarios démographiques de la Suisse 2005-2050.
- Déterminants et évolution des coûts du Système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030. Neuchâtel. *Publikation in französischer Sprache, Zusammenfassung auf Deutsch*

Spezialisierte APH

- *Genf:* Mouchet CL. EMS de la Rive. Extraits du projet institutionnel. Mai 2004.
- *Zürich:* EMS Sonnweid à Wetzikon, *APH Sonnweid in Wetzikon.* <http://www.sonnweid.ch/>

Spezialisierte Tageszentren

- *Freiburg:* Concept, La Famille au Jardin. Foyer de jour pour personnes présentant troubles de la mémoire dans le cadre d'in maintien à domicile. 2008.
- *Genf:* Le Relais Dumas. Rapport annuel 2008. <http://www.alz-ge.ch/>

Wallis

- Postulat 2.141 des députés Raboud, Buttet et Z'Graggen concernant la prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et autres démences. 09.09.2008. *Postulat 2.141 der Grossräte Raboud, Buttet und Z'Graggen betreffend Betreuung von Personen, die unter Alzheimer oder anderen Demenzerkrankungen leiden. 09.09.2008.*
- Réponse du Conseil d'Etat au postulat 2.141, *Antwort des Staatsrates auf das Postulat 2.141.*
- DSSE : Prise en charge des personnes âgées. Coordination et complémentarité des fournisseurs de prestations. *DGSE: Betreuung der Betagten Personen. Koordination und Abstimmung zwischen den Leistungserbringern.* 2001.
- Structure cantonale de liaison interinstitutionnelle. SCLII. Valais Romand. Rapport d'activité 2009. *Kantonale Verbindungsstruktur zwischen den Institutionen. CORIF Oberwallis. Jahresbericht 2009.*
- Rapport de la commission de travail Association valaisanne des établissements médico-sociaux (AVALEMS). Psychogériatrie dans les institutions de longue durée. 26.08.2009. *Bericht der Arbeitskommission Vereinigung der Walliser Alters- und Pflegeheime (VWAP). Psychogeriatric in Institutionen der Langzeitpflege. 26.08.2009.*

Kanton Wallis. Über den Link <http://www.vs.ch>

- Rapport DFIS: Planification des soins de longue durée 2010-2015. *Bericht des DFIG : Planung der Langzeitpflege 2010-2015.*
- Rapport: Politique cantonale de prise en charge des personnes âgées. 2008. *Die Politik des Kantons betreffend die Betreuung betagter Personen. 2008.*
- CMS- Mandat de prestations 2007. *SMZ – Leistungsauftrag 2007.*

- Concept: Prise en charge des personnes âgées. 2005. *Konzept für die Betreuung betagter Personen 2005.*
- Directives du DSSE concernant les conditions à remplir par les EMS pour personnes âgées en vue de l'exploitation et du subventionnement d'une UAT. 2003. *Richtlinien des DGSE betreffend die durch Pflegeheime für betagte zu erfüllenden Bedingungen für den Betrieb und für die Subventionierung von Betten für Kurzaufenthalte. 2003.*
- Directives du DSSE sur les conditions pour l'obtention d'autorisation d'exploiter un CMS. 01.03.2000. *Richtlinien DGSE betreffend die Bedingungen für den Erhalt einer Betriebsbewilligung als Institution für Pflege und Hilfe zu Hause. 01.03.2000.*
- Directives du DSSE concernant l'exploitation d'appartements à encadrement médico-social. Juin 2006. *Richtlinien des DGSE betreffend den Betrieb von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung. Juni 2006.*

HES-SO. Über den Link <http://iss.hevs.ch>

- Anchisi A, Desnouveau C, Ebenegger N, Solioz E. Les pensionnaires déments en établissement médico-social : défis quotidiens pour les soignants. 2008.
- Anchisi A, Solioz E, Bigoni C. Mise en œuvre du maintien à domicile des personnes en âge AVS dans le contexte de la 2^{ème} révision de la LAMal : l'exemple du Valais. 2008.
- Anchisi A, Luyet V, Hugentobler V. Perspectives familiales et soignantes dans le placement d'une personne âgée démente en établissement médico-social (EMS). 2006.