



Kantonales Demenzkonzept 2014 – 2022

**in den Kantonen
Obwalden und Nidwalden**

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
1.1	Nationale Demenzstrategie	3
2	Kantonales Demenzkonzept OW / NW	4
2.1	Zusammenarbeit der Kantone Obwalden / Nidwalden	4
2.2	Ziele des Demenzkonzepts OW / NW	4
2.3	Erhebung der IST-Situation	4
3	Wirkungsziele der Empfehlungen	5
4	Empfehlungen und ihre verschiedenen Anspruchsgruppen	6
5	Erwägungen der Regierungsräte Obwalden und Nidwalden.....	15
5.1	Gesetzliche Grundlagen Kanton Obwalden.....	15
5.2	Gesetzliche Grundlagen Kanton Nidwalden	15

1 Ausgangslage

1.1 Nationale Demenzstrategie

Am 25. Oktober 2012 wurde das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) mit der Ausarbeitung einer Nationalen Demenzstrategie beauftragt (Motion Steiert und Wehrli). Die «Nationale Demenzstrategie 2014 – 2017» wurde von Bund und Kantone am 21. November 2013 verabschiedet. Der vorliegende Entwurf für eine Demenzstrategie OW / NW stützt sich auf diese Grundlagen.

Die Autoren der Nationalen Demenzstrategie betonen, dass zentrale Themenbereiche wie Prävention oder pflegende Angehörige zwar in die Strategie aufgenommen wurden, jedoch nicht prioritär behandelt werden. Beide Themenbereiche sind im Rahmen der bundesrätlichen «Strategie Gesundheit2020» zur weiteren Bearbeitung aufgegriffen worden. Die Nationale Demenzstrategie hat den Anspruch, dass alle Menschen mit einer Demenzerkrankung in allen Krankheitsphasen Zugang zu qualitativ hochstehenden, niederschweligen und kontinuierlichen Angeboten einer integrierten psychosozialen, medizinischen und pflegerischen Versorgung haben. Es gilt die Synergien mit bereits bestehenden Projekten oder Programmen im Umfeld der Nationalen Demenzstrategie zu koordinieren und umzusetzen. Auf kantonaler Ebene sind diese Themenbereiche unter Berücksichtigung der laufenden Projekte oder Programme mit einzubeziehen.

Die zu bearbeitenden Themen lassen sich im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie in vier zentrale Handlungsfelder zuordnen:

- Handlungsfeld 1 – Gesundheitskompetenz, Information, Partizipation
- Handlungsfeld 2 – Bedarfsgerechte Angebote
- Handlungsfeld 3 – Qualität, Fachkompetenz
- Handlungsfeld 4 – Daten, Wissensvermittlung

Die Handlungsfelder definieren neun zu erreichende Ziele und formulieren hierzu insgesamt 18 Projekte. Die rechtlichen Rahmenbedingungen bestimmen die Zuständigkeiten zwischen Bund und Kantone. Eine demenzgerechte Anpassung der Versorgungsstruktur und die Sicherstellung und Erhöhung der Qualität von Versorgungsdienstleistungen liegen in der verfassungsrechtlichen Kompetenz der Kantone und sind im Demenzkonzept zu beachten.

2 Kantonales Demenzkonzept OW / NW

2.1 Zusammenarbeit der Kantone Obwalden / Nidwalden

Demenz macht nicht Halt an der Kantonsgrenze. Eine kantonsübergreifende oder regionale Zusammenarbeit wird mit dem Ziel angestrebt, die vorhandenen Mittel und Ressourcen sinnvoll und effizient einzusetzen.

Die Zusammenarbeit der Kantone Obwalden / Nidwalden hat zum Ziel, dass die Bereitstellung z.B. von spezialisierten Versorgungsangeboten oder umzusetzende Massnahmen zur Sensibilisierung wirtschaftlich und effizient erfolgen können. Die jeweiligen kantonalen Begebenheiten sind zu berücksichtigen.

Die in der nationalen Demenzstrategie und der nationalen Strategie Palliative Care festgestellten gemeinsamen Bedürfnisse sind – wo möglich – thematisch und regional zu verbinden, statt isoliert auf einzelne Themenbereiche umzusetzen.

Die Arbeitsgruppe zeichnete in einem Vorentwurf die wichtigsten Eckpunkte zum kantonalen Demenzkonzept OW / NW auf. Der Vorentwurf wurde den Regierungsräten Yvonne von Deschwanden (NW) und Hans Wallimann (OW) zur Genehmigung unterbreitet und im September 2014 von den beiden Gesamtregierungsräten bestätigt. In der Folge wurde die Arbeitsgruppe beauftragt, das Demenzkonzept OW / NW zu erarbeiten.

2.2 Ziele des Demenzkonzepts OW / NW

Der an Demenz erkrankte Mensch und seine Bezugspersonen stehen im Zentrum der Strategie und deren Ausarbeitung. Mit dieser Strategie sollen folgende Ziele und Massnahmen zur Verbesserung der Betreuung von Demenzerkrankten bezeichnet und optimiert werden:

- Sicherstellung einer optimalen, auf die individuelle Lebenssituation abgestimmte Versorgung, um Verbleib in der sozialen Umgebung zu gewährleisten (z.B. Demenz-Charta, ethische Leitlinien, Einbezug Ärzte, Massnahmen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit usw.);
- Verbesserung der Versorgung (z.B. Vernetzung, Vermeidung von Versorgungslücken, Kompetenzzentrum, gerontologische Konsiliararzt¹, Case Management, frühzeitige Diagnosestellung, Kompetenzteam für Ärzte, Pflegeheime (APH), Spitex, regionales Diagnostikzentrum (Memory Clinic) usw.);
- Bedarfsgerechte und flexible Entlastungsangebote und Unterstützungsdienstleistungen für Angehörige (z.B. Pflege-, Tages- und Nachtplätze APH, Ferienbetten APH, Finanzierung, Beratung, Information, Kompetenzbildung im Bereich der Freiwilligenarbeit, Wissensvermittlung, Betreuungs- und Tagesplätze Gemeinde usw.);
- Ausbau einer bedarfsgerechten und flexiblen ambulanten Versorgung (neue Konzepte zur Hilfestellung, Palliative Care, Brückenangebote usw.);
- Stationäre Versorgungsstrukturen sind auf die wachsende Zielgruppe angepasst (demenzgerechte Wohnformen, Infrastruktur, Personal, demenzspezifische Aus- und Weiterbildung usw.).

2.3 Erhebung der IST-Situation

Mit Unterstützung der Firma «innovage» wurden alle VertreterInnen von Institutionen des Gesundheitswesens, die als Akteure im Bereich Demenz über spezifisches Handlungs- und Erfahrungswissen verfügen, mit einem leitfadengestützten Interview auf der Grundlage der «Nationalen Demenzstrategie 2014 - 2017» befragt. Insgesamt umfasst der Fragebogen 37 Fragen. Zusätzlich stand aus einer früheren schriftlichen Demenzbefragung im Kanton Nidwalden zum Thema Erweiterung der Pflegebetten in der spezialisierten Demenzabteilung im Wohnheim Nägeligasse in Stans weiteres Informationsmaterial zur Verfügung.

¹ Konsilium durch einen auf Altersfrage spezialisierten Arzt

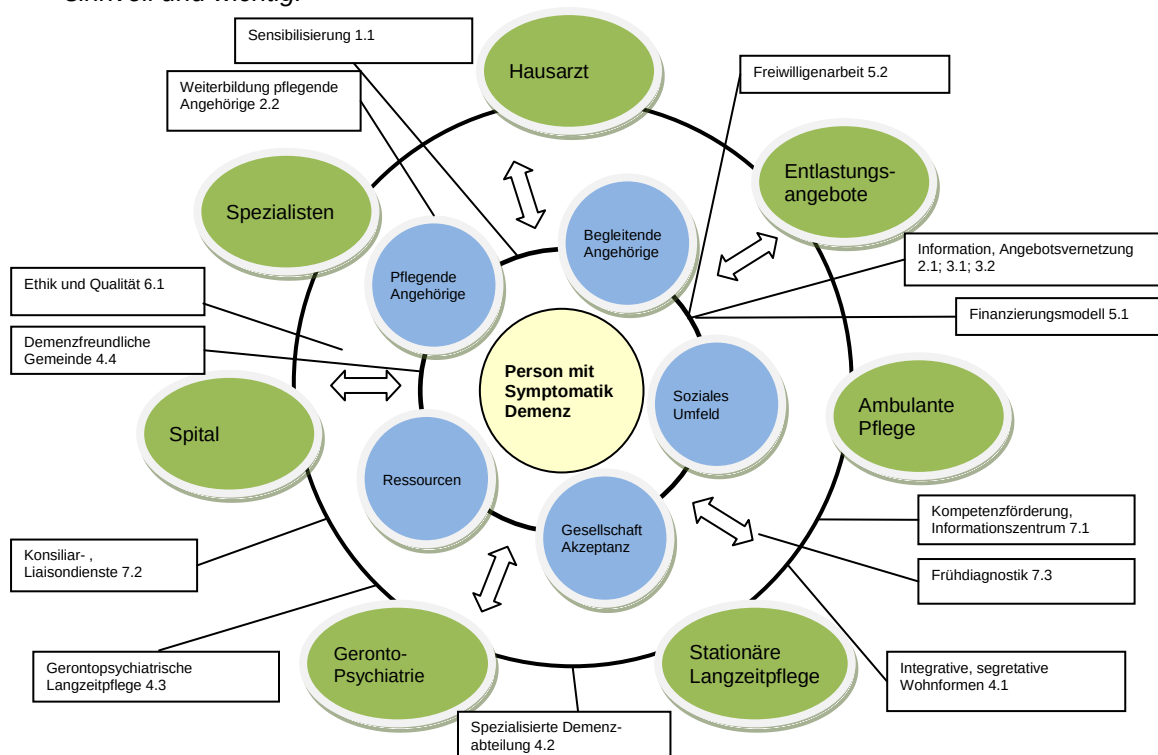
Aus der Erhebung kristallisierten sich 16 Themenbereiche heraus, welche in drei Workshops vertieft und Lösungsansätze erarbeitet wurden. Der Fachbericht zu den Workshopinhalten (siehe Beilage) wurde dem Regierungsrat Mitte Januar 2016 vorgestellt und erläutert.

Die Lösungsvorschläge richten sich an verschiedene Anspruchsgruppen bzw. erfordern oft das Zusammenwirken verschiedener Institutionen und Behörden. Daher werden in den Kapiteln 3 und 4 die Wirkungsziele aufgezeigt und sämtliche Empfehlungen kurz charakterisiert.

3 Wirkungsziele der Empfehlungen

Die folgende grafische Übersicht zeigt, wo welche Empfehlung mittel- bis langfristig in der Bevölkerung sowie in der Versorgungskette ihre Wirkung ansteuert. Im Mittelpunkt steht die an Demenz erkrankte Person (gelber Kreis) und ihr soziales Umfeld (blaue Kreise). Verschiedene Leistungserbringer und Organisationen des Gesundheitswesens (grüne Kreise) kümmern sich um die gesundheitlich Beeinträchtigten und fördern den Erhalt der Gesundheit. Das soziale Umfeld und die Versorgungskette stehen zueinander in Beziehung und beeinflussen sich gegenseitig (Pfeile). Zwei Lesebeispiele:

- *Massnahmen zur Weiterbildung von pflegenden Angehörigen stützen die Lebensqualität der Betroffenen und stärken die (noch) vorhandenen Ressourcen im sozialen Umfeld. In Bezug auf die Versorgungskette könnte z.B. ein Pflegeheimaufenthalt hinausgezögert werden.*
- *Veränderte Verhaltensweisen und Gedächtnisprobleme verunsichern sowohl Betroffene als auch Angehörige. Aus der Sicht des sozialen Umfeldes können mit einer frühzeitigen Demenzdiagnostik konkrete Massnahmen für einen guten und förderlichen Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen frühzeitig genutzt werden, um vorhandene Ressourcen zu fördern und Lebensqualität so lange wie möglich zu erhalten. Mit Blick auf die Versorgungskette ist eine frühzeitige Demenzdiagnostik notwendig, um andere Erkrankungen auszuschliessen und allenfalls den Krankheitsverlauf zu verzögern. Im Hinblick auf die unterschiedlichen therapeutischen Optionen ist eine Differenzierung der verschiedenen Demenzerkrankungen sinnvoll und wichtig.*



4 Empfehlungen und ihre verschiedenen Anspruchsgruppen

Folgende Empfehlungen aus den Workshops wurden zusammengeführt und für die verschiedenen Anspruchsgruppen konkretisiert. Die Nummerierung stellt noch keine Priorisierung dar.

Das kantonale Demenzkonzept spricht verschiedene Akteure an. Zur Umsetzung des Konzepts sind die politischen Instanzen (Kantone, Gemeinden) wie auch die Leistungserbringer in der Grundversorgung und Organisationen mit niederschweligen Dienstleistungen und Angeboten gefordert. Es werden verschiedene Zuständigkeiten unterschieden:

V Verantwortung

Damit ist die eigentliche Prozess- oder Umsetzungsverantwortung gemeint.

M Mitwirkung

Damit sind mitwirkende Partner gemeint, die sich direkt am Prozess beteiligen

U Unterstützung

Damit sind weitere Institutionen / Organisationen gemeint, die in Teilaspekten Unterstützung bieten oder Ressourcen (personelle, finanzielle, usw.) zur Verfügung stellen können.

Empfehlung 1	Integration von Menschen mit Demenz durch regelmässige und bedürfnisorientierte Sensibilisierung und Information der Bevölkerung wie auch bei direkt Betroffenen.
---------------------	--

Das Wichtigste in Kürze – Sensibilisierung		Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
Es gilt Bedingungen zu schaffen, die es Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen ermöglichen, so lange wie möglich ein selbstständiges, selbstbestimmtes und gutes Leben mit der Krankheit zu führen. Die Krankheitsdauer ist abhängig von der Demenzursache und variiert stark. Bei der häufigsten Demenzform, der Alzheimer Erkrankung, beträgt die durchschnittliche Krankheitsdauer vom Zeitpunkt der Diagnose bis zum Tod 7 bis 14 Jahre. Daher ist es wichtig, Stigmatisierung abzubauen und das Verständnis für die Krankheit zu fördern. Denn Demenz ist nicht nur ein Thema der ambulanten oder stationären Akutversorgung, sondern es braucht ein gesamtgesellschaftliches Engagement. „Demenz geht uns alle an!“ Privat als Nachbarn, Freunde und Kollegen, im beruflichen Umfeld als Mitarbeitende im Supermarkt, im öffentlichen Verkehr, auf der Bank oder der Gemeinde etc. ² Allgemeine Sensibilisierungsaktivitäten helfen mit, das Terrain zu ebnen und Bewusstsein zu schaffen. Die Alzheimervereinigung Schweiz hat im Rahmen der nationalen Demenzstrategie vom Bundesamt für Gesundheit zusammen mit dem Spitex Verband Schweiz den Auftrag zur Umsetzung erhalten. Die Alzheimervereinigung OW/NW setzt in Zusammenarbeit mit Pro Senectute diese Aufgabe in den Kantonen Obwalden und Nidwalden um.	1.1	ALZ ³ (V) Pro Senectute (M) Gemeinden / Kanton (U)

² Siehe Schweizerische Alzheimervereinigung: www.alz.ch

³ Alzheimervereinigung Obwalden-Nidwalden

Empfehlung 2	Eine Angebotsvernetzung und niederschwellige Informationsstelle begleitet an Demenz erkrankte Menschen und Betroffene beratend und koordinierend.⁴
---------------------	--

Das Wichtigste in Kürze – bedürfnisorientierte, niederschwellige Angebote	Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
An Demenz erkrankte Personen sind über längere Zeit rüstig und bedürfen keiner Pflege, sondern Unterstützung im Alltag. Die Folge davon ist, dass massgeschneiderte ambulante Beratungs- und Entlastungsdienstleistungen gefragt sind. Die Kantone Obwalden und Nidwalden verfügen über gute und vielfältige Dienstleistungsangebote für Personen mit Demenz und deren Angehörige. Eine besondere Herausforderung ist die Vernetzung der Dienstleistungen und eine frühzeitige und begleitende Beratung. In Bezug auf Demenz ist die Alzheimervereinigung Obwalden-Nidwalden nebst den Grundversorgern und weiteren Dienstleistungsorganisationen eine wichtige und etablierte, für jedermann zugängliche Beratungs- und Anlaufstelle. Mit Fokus auf die Verbesserung der Situation betroffener Personen, müssen die verschiedenen Angebote und Dienstleistungen wirksam vernetzt und aufeinander abgestimmt werden, so dass bei Bedarf eine bedürfnisorientierte Begleitung von Beginn an gewährleistet ist. Zur Deckung des Bedarfs stehen die finanziell notwendigen Mittel zur Verfügung, damit die bestehende Angebots- und Anlaufstelle (ALZ) gewährleistet bleibt.	2.1 ALZ (V) Dienstleistungsorganisationen ⁵ (M) Kanton, Gemeinden (U)

Das Wichtigste in Kürze – Handlungskompetenz pflegender Angehörige	Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
In der Schweiz werden rund 60 Prozent der an Demenz erkrankten Personen von ihren Angehörigen betreut. Damit pflegende Angehörige so gut und so lange wie möglich erkrankte Personen zu Hause unterstützen können, sind subsidiäre Massnahmen (z.B. Spitex) auszubauen. Es ist wichtig, dass die Angehörigen ihre Kompetenzen stärken, indem sie sich einerseits Wissen über die Krankheit aneignen und andererseits sich Rat und Hilfe organisieren können. Je mehr Handlungskompetenzen und Wissen pflegende Angehörige im Umgang mit Demenz haben, desto sicherer sind sie in der Betreuung zu Hause. Im Kanton Nidwalden besteht eine Leistungsvereinbarung mit der Alzheimervereinigung OW-NW. Das Bildungsangebot umfasst sechs Kurseinheiten mit folgenden Programmschwerpunkten: Krankheitsbild und Diagnose; kommunikative, rechtliche sowie finanzielle Aspekte der Demenz; Hilfestellungen im Alltag und Vernetzung mit öffentlichen Diensten. Die Kurse werden jährlich durchgeführt.	2.2 ALZ (V) Kanton / Gemeinden OW (U)

⁴ Das BAG versteht unter «koordinierter Versorgung» die Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern. Dabei sollen – wo sinnvoll – auch Präventionsaspekte einfließen. Der Patient oder die Patientin soll im Zentrum stehen und die Koordination und Integration soll entlang der Patientenpfade erfolgen. Quelle: Bundesamt für Gesundheit (2014), kommuniziert durch die Fachstelle für Evaluation und Forschung.

⁵ ALZ, Pro Senectute, Schweizerische Rote Kreuz, Spitex, Roter Faden in Luzern, Pro Infirmis, Caritas und weitere.

Empfehlung 3	Damit für Menschen mit Demenz eine nahtlose Beratungs- und Betreuungskette gewährleistet ist, sind die Grundlagen für eine regionale Koordination / Casemanagement zu empfehlen.
---------------------	---

Das Wichtigste in Kürze – Die Akteure ziehen zusammen am gleichen Strick		Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
Angehörige und Betroffene sind darauf angewiesen, dass die unterstützenden Systeme möglichst nahtlos und subsidiär arbeiten. Heute gibt es bereits viele Dienstleister die für sich genommen gute Angebote bieten und in ihrem Fachbereich wertvolle Unterstützung für Angehörige und Betroffene leisten. Die Herausforderung besteht in der Vernetzung und Absprache der verschiedenen Dienstleistungsanbieter. Hierbei soll die vorliegende Strategie eine klare Verbesserung für die Betroffenen und ihre Angehörigen erreichen. Wendet sich eine betroffene Person oder Angehörige z.B. an den Hausarzt, die Spitex, die Pro Senectute oder an die Alzheimervereinigung usw. hat die nahtlose Beratungs- und Betreuungskette zum Ziel, dass nicht nur organisationstypische Fragen beantwortet werden, sondern die Situation als Gesamtes erfasst wird und gezielt an weitere unterstützende Organisationen weiterverwiesen wird. Jede Organisation ist in der Lage, im Rahmen einer ersten Triage alle notwendigen Unterstützungsbereiche zu identifizieren und die entsprechenden spezialisierten Fachorganisationen einzubeziehen. Jede Organisation weiss um ihre Stärken und schätzt diejenigen der anderen. Die Leistungserbringer in der Grundversorgung sollen in komplexen Situationen ohne Umschweife ein „runder Tisch“ mit allen zuständigen Unterstützungsanbietern einberufen und die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zusammen mit den Betroffenen (soweit sinnvoll) und / oder deren Angehörigen klären. Der Aufbau einer „Casemanagement-Fachstelle“ ist wegen fehlender allgemeiner Akzeptanz als wenig realistisch einzustufen.	3.1	Dienstleistungsorganisationen (V) Kanton / Gemeinden (U) Grundversorger⁶ (V) Kanton / Gemeinden (U)

Das Wichtigste in Kürze – Information rund um die Uhr		Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
Immer mehr Menschen nutzen das Internet als niederschwellige Informationsquelle für ihre medizinischen Fragen. Nach dem Prinzip „eine Quelle – verlässliche Informationen“ soll der Zugang zu Informationen im Zusammenhang mit Demenz mit klarem Zielpublikum Betroffene und Angehörige ausgebaut und vermehrt publik gemacht werden. Diese Plattform existiert schon über die schweizerische Alzheimervereinigung (www.alz.ch). Sie soll sich mit dem gleichen Fokus an „Anfänger“ wie auch an Experten unter den Angehörigen wenden.	3.2	ALZ (V) Kanton / Gemeinden (U)

⁶ Mit Grundversorgern sind Leistungserbringer wie Ärztinnen und Ärzte sowie Personen in Gesundheitsberufen gemeint.

Empfehlung 4	Verschiedene, flexibel wählbare, dem Krankheitsverlauf angepasste Wohnformen inner- und ausserhalb der Pflegeheime wären anzustreben. Gemeindeübergreifender Dialog Pflegeinfrastruktur
---------------------	--

Das Wichtigste in Kürze – Von integrativen bis segregativen Wohn- und Betreuungsformen in Pflegeheimen		Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
Die integrativen Wohn- und Betreuungsformen versuchen Demenzkranke mit anderen Bewohnern in einem gemeinsamen Wohnbereich zu versorgen und ihren unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden. Für segregative Wohn- und Betreuungsformen spricht die Möglichkeit, ein speziell angepasstes Milieu zu schaffen, um den Bedürfnissen der demenzkranken Bewohner besser gerecht werden zu können. So zeigt die Untersuchung von Sandra Oppikofer, dass in segregativen Wohnformen z.B. weniger sturzverhindernde freiheitsbeschränkende Massnahmen verordnet werden oder sich diese Wohnform positiv auf die Schmerzmedikation auswirkt. ⁷ Knapp 2/3 der Pflegeheimbewohner haben eine diagnostizierte Demenz oder einen Demenzverdacht. Daher muss ein Heim über verschiedene Angebote verfügen, mit denen es auf die individuellen Bedürfnisse der verschiedenen Bewohner eingehen kann und demenzkranke Menschen bis zu einem bestimmten Grad innerhalb der Pflegeheimstrukturen zu betreuen. Dies bedingt, dass sich innerhalb einer Versorgungsregion über die Grenzen dieser Wohn- und Betreuungsform einig sein muss und bezüglich eines Übertrittszeitpunktes in eine spezialisierte Demenzabteilung Klarheit herrschen muss. In diesem Sinn gilt es, in Pflegeheimen feinere Abstufungen von integrativen und segregativen Wohn- und Lebensformen auszubauen und die Übergänge zu definieren.	4.1	Trägerschaften (V) Pflegeheime (V)

Das Wichtigste in Kürze – Spezialisierte Demenzpflege		Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
Die spezialisierte Demenzabteilung ist für Menschen mit besonders herausfordernden Verhaltensauffälligkeiten gedacht. Insbesondere für Menschen, die z.B. ein stark insuffizientes Ernährungsverhalten, ein ungebremses Mobilitätsverhalten mit Weglaufgefahr, ein ausgeprägtes Selbstpflegedefizit in der Körperpflege und / oder unangemessenes Ausscheidungsverhalten zeigen. Zudem kann es im Rahmen von Demenzerkrankungen auch zu aggressiven oder depressiven Verhaltensänderungen kommen. In vielen Fällen lassen sich solche Verhaltensveränderungen auf Überforderungssituationen und / oder Reizüberflutung zurückführen. Im Rahmen einer spezialisierten Demenzabteilung lassen sich solche Situationen oftmals mit Erfolg mindern und damit auch die Eskalationsmomente deutlich senken. Hier ist insbesondere die konsiliarische Zusammenarbeit mit Gerontologen und Gerontopsychiatern, Pflegefachpersonal mit spezifischer Weiterbildung, angemessener Betreuungsstellen-	4.2	Kanton / Gemeinden (V) Pflegeheime mit spezialisierter Demenzpflege (M)

⁷ Oppikofer, Sandra et al (2005): Demenzpflege-Evaluation. Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz in Pflegeheim. Darstellung und Vergleich spezialisierter versus integrativer Betreuungsform. In: Zürcher Schriften zur Gerontologie Nr. 2 / 2005.

schlüssel und entsprechende Infrastruktur notwendig. Es gilt zu klären, wie viele solche spezialisierte Angebote es in den Kantonen Obwalden und Nidwalden zukünftig brauchen wird und ob diese sinnvollerweise in einer gewissen Form an einem Ort pro Kanton durch Bündelung von spezialisiertem Fachwissen geschaffen oder ausgebaut werden müssten.		
Das Wichtigste in Kürze – Gerontopsychiatrische Langzeitpflege		Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
Demenz macht auch vor Menschen mit bereits vorhandenen oder auch erst im Alter neu auftretenden psychischen Erkrankungen nicht halt. Solche Menschen benötigen eine konstante und fachlich spezialisierte Versorgung. Sie sind auf eine gerontopsychiatrische Langzeitpflege mit entsprechendem medizinischem und pflegerischem Knowhow angewiesen. Solche Strukturen sind nur im Rahmen einer grösseren Versorgungsregion sinnvoll. Im Rahmen der Umsetzung des Projekts <i>lups</i> – ON müsste der regionale Bedarf abgeklärt und diskutiert werden.	4.3	Kanton / Gemeinden(V) Psychiatrie / <i>lups</i> - ON (M)
Das Wichtigste in Kürze – Wohnen zu Hause		Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
Im Jahr 2014 leben in den Kantonen Obwalden und Nidwalden schätzungsweise rund die Hälfte – etwa 520 Menschen – mit Demenz zu Hause.⁸ Diese Zahl dürfte sich aufgrund der Alterung bis 2035 mehr als verdoppeln. Wie lange an Demenz erkrankte Personen oder im Allgemeinen ältere Menschen zu Hause leben können, hängt massgebend von einem intakten sozialen Umfeld und von geeignetem Wohnungsumfeld ab. Gesamtschweizerisch ist bis 2030 eine starke Zunahme von Ein- und Zweipersonenhaushalte beobachtbar.⁹ Bei Eintritt in ein Pflegeheim sind die Bewohnerinnen und Bewohner durchschnittlich 87 Jahre alt. Dies bedeutet, dass die ehemalige Wohnform „Altersheim“ praktisch nicht mehr existiert. Dieser Entwicklung muss auch in den Kantonen Obwalden und Nidwalden mehr Beachtung geschenkt werden. Daher ist es wichtig, dass mit wirkungsvollen Steuerungselementen in der Quartiers- und Siedlungsplanung und Gestaltung geeignete Grundlagen geschaffen werden. Die bedeutendsten Wohnformen der Zukunft für selbstständiges Wohnen zu Hause beinhalten Merkmale wie Wohnen am vertrauten Ort, diverse Dienst- und Unterstützungsleistungen und nicht zuletzt eine Rollstuhlgängigkeit der gesamten Anlage.	4.4	Gemeinden (V) Trägerschaften¹⁰ (U)

⁸ Zahlen und Fakten zur Demenz. (www.alz.ch; 23.02.2016)

⁹ BFS Aktuell (2008): Haushaltsszenarien. Entwicklung der Privathaushalte zwischen 2005 und 2030. Demnach steigt die Anzahl Einpersonenhaushalte von 30% (OW) / 33% (NW) im Jahr 2005 auf 35% (OW) / 39% (NW) im Jahr 2030.

¹⁰ Z.B. Stiftungen der Altersfürsorge, Baugenossenschaften

Empfehlung 5	Ein adäquates, wirtschaftlich tragbares Finanzierungsmodell für Betreuungsleistungen sollte diskutiert und realisiert werden. Hierzu gehört auch die Schaffung und Förderung von geeigneten Anreizsystemen für pflegende Angehörige/ sowie in der Freiwilligenarbeit.
---------------------	--

Das Wichtigste in Kürze – Betreuungsleistungen fördern		Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
Ein zunehmender Bedarf an Betreuung und Pflege, der nicht allein durch das Gesundheitswesen gedeckt werden kann, neue Formen des familiären Zusammenlebens sowie die stetig steigende Erwerbsquote bei den Frauen hat die familiären Aufgaben für erkrankte Familienmitglieder ins Blickfeld der Politik gerückt. Der Bundesrat hat den Bedarf erkannt und 2014 den «Aktionsplan zur Unterstützung und Entlastung betreuender und pflegender Angehörigen» verabschiedet. ¹¹ In der IST-Erhebung beider Kantone zeigt sich ein starkes Bedürfnis nach finanzieller Unterstützung an Betreuungsleistungen. Ob Entlastungsangebote genutzt werden, hängt häufig von finanziellen Ressourcen ab und ist nicht von allen pflegenden Angehörigen finanziell tragbar. Die Betreuungsleistungen von pflegenden Angehörigen werden in den bestehenden Finanzierungssystemen wie zum Beispiel den Ergänzungsleistungen oder der Hilflosenentschädigung unzureichend berücksichtigt. Zur Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ macht ein wirtschaftlich tragbares, rechtlich gestütztes Finanzierungsmodell für Betreuungsleistungen Sinn. Rechtliche Grundlagen für die Finanzierung der familienergänzenden Kinderbetreuung sind bereits vorhanden und könnten im Hinblick einer „familienergänzenden Altenbetreuung“ vertieft werden.	5.1	Kanton / Gemeinden (V) Dienstleistungsorganisationen (U)

Das Wichtigste in Kürze – Freiwillige in der Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen einbeziehen		Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
Heute sind die Familiensystem nicht mehr so wie früher als „grössere“ Einheiten mit gegenseitiger moralischer Unterstützungsverpflichtung zu sehen. Pflegende Angehörigen sind häufig die Ehefrauen oder die Ehemänner, die nur teilweise auf weitere Unterstützung von Familienmitgliedern zählen können. Sie zu entlasten heisst, ihnen in einer gewissen Regelmässigkeit Freiräume für alltägliche Bedürfnisse, wie z.B. Einkaufen, Coiffeurbesuche, Unterhaltung und soziale Kontakte usw. zu ermöglichen. Diese Entlastung soll auch über den Einbezug von Freiwilligen gewährleistet werden. Diese Freiwilligen müssen jedoch ihrerseits wieder in eine tragfähige Organisation eingebunden sein, die ihnen einerseits fachlichen Rückhalt bietet und andererseits auch ein Stück weit Qualitätskontrolle ausübt. Überforderungsreaktionen sind nicht nur bei Angehörigen zu erwarten, sondern auch in der Freiwilligenarbeit. Zum Schutz aller ist eine Einbettung enorm wichtig. Freiwilligenarbeit gehört in die Gemeinden. Gerade die soziale Kontrolle, aber auch die	5.2	Dienstleistungsorganisationen (V) Gemeinden (U) Pflegeheime (M)

¹¹ Bericht des Bundesrates (2014): Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz.

soziale Wertschätzung ist ein wichtiger Teil in der Freiwilligenarbeit. Auch Angehörige müssen sich auf Freiwillige verlassen können. Zudem ist es einfacher auf Gemeindeebene den notwendigen sozialen Kontakt aufzubauen. Eine strukturelle Anbindung könnte z.B. an die Alters- und Pflegeheime pro Gemeinde erfolgen. Dort gibt es fachliches Knowhow und gleichzeitig auch eine gewisse 24 h - Verfügbarkeit für einen geringen Support. Es ist darauf abzu zielen, dass entsprechende Strukturen in jeder Gemeinde ausgebaut werden.		
---	--	--

Empfehlung 6	Als aktuelle Orientierungslinie auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen wäre eine übergeordnete Versorgungsethik im Gesundheitswesen zu begrüssen.
---------------------	---

Das Wichtigste in Kürze – Eine Versorgungsethik als Orientierungsrahmen		Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
Menschen mit herausforderndem oder irritierendem Verhalten fallen in der Gesellschaft oftmals negativ auf. Damit Menschen mit Demenz möglichst lange in ihrem sozialen Umfeld leben können, braucht es eine öffentliche Auseinandersetzung über Toleranz, Wertschätzung und Anderssein. Auch in der professionellen Pflege und Betreuung ist eine Versorgungsethik ein wichtiger Qualitätsfaktor. Wenn es z.B. um Themen wie Zwangsernährung, Ruhigstellung oder das Recht auf einen selbstbestimmten Tod geht, sehen sich Fachpersonen mit ethischen Fragen konfrontiert. „Die Ethik versteht sich als Hilfe zur Orientierung am Wünschbaren, an einem Soll, das die Ausrichtung des Handelns vorgibt.“ ¹² Dieser hohe Anspruch kann nur als längerfristiges Bestreben verstanden werden. Letztendlich kann daraus aber eine ethische Haltung entstehen, die es unter anderem Menschen mit Demenz ermöglicht, ihre Lebensqualität in ihrem Umfeld zu erhalten. Das von der schweizerischen Alzheimer initiierte Projekt der „Demenzfreundlichen Gemeinde“ in Engelberg verfolgt im Bereich des sozialen Umfeldes dieses Ziel. Ethik ist ein integraler Bestandteil eines Qualitätsmanagements. Daher sind hier alle Leistungserbringer gefordert.	6.1	Kanton / Gemeinden (V) Alle Leistungserbringer (V) ALZ (M)

¹² Curaviva 2011: Der kluge Manager nimmt sich Zeit für Diskussionen über Werte. In: Curaviva; 2/11; Seite 28 – 31.

Empfehlung 7	Die Qualität der Grundversorgung sollte gestützt werden indem die bestehenden Ressourcen optimal genutzt und zu einem regionalen Kompetenz- und Informationszentrum zusammengeführt werden.
---------------------	--

Das Wichtigste in Kürze – Qualität in der Versorgung		Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
Primär stellt sich die Frage, was eine qualitativ gute Versorgung ist und welche Ziele diese begründet. Multimorbidität wird definiert als das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr chronischen Krankheiten, welche zahlreiche Auswirkungen für die betroffenen Personen wie auch für die Akteure im Gesundheitswesen hat. Demenz ist eine komplexe Erkrankung, die eine mehrdimensionale Zusammenarbeit zwischen der Grund- und spezialisierten Versorgung erfordert. Die Fraktionierung in verschiedene Versorgungsbereiche erschwert eine kontinuierliche, angemessene und umfassende Versorgung. Eine gute Qualität hat zum Ziel die Versorgung sicherzustellen und zu verbessern indem „gemeinsam Resultate erreicht werden, zu welchen die einzelnen Institutionen – bezogen u.a. auf Ausgestaltung, Qualität, Kosten, Innovation – nicht oder nur schwerlich alleine in der Lage wären.“ ¹³ In einem regionalen, multiprofessionellen und flexiblen Kompetenz- und Informationszentrum werden die verschiedenen vorhandenen Ressourcen paritätisch zusammengeführt, triagiert und koordiniert. Die Gesundheitsfachpersonen in der Grundversorgung werden mit regelmässigen Weiterbildungsangeboten durch spezialisierte Partner gestärkt.	7.1	Grundversorger (V) Kanton / Gemeinden (M)

Das Wichtigste in Kürze – Konsiliar¹⁴ - und Liaisondienst¹⁵		Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
Der Zugang für Fachpersonen in der Grundversorgung zu spezialisierten Experten im Bereich der Demenzerkrankung ist geklärt. Erfahrungen werden im Rahmen von Vernetzungstagungen ausgetauscht und Lernen durch reflektieren und kritisch hinterfragen ermöglicht. Der Aufbau eines Kompetenzzentrums für die Unterstützung von Pflegepersonen und Ärzte über die Kantonsgrenzen hinweg soll ermöglicht werden. Allenfalls kann dies eine interprofessionelle Fachgruppe sein, die sich um die Beantwortung spezifischer Fragestellung aus der Fachwelt bemüht.	7.2	Curaviva OW / NW (V) Grundversorger (M)

¹³ Christoph Ming (2015): Gemeinsam mehr und Neues schaffen. Versorgungsketten als Chance und Herausforderung im Gesundheitswesen. In: SozialAktuell Nr. 4, April / 2015.

¹⁴ Unter Konsiliarpsychiatrie im engeren Sinne versteht man die diagnostische und therapeutische Beratung anderer medizinischer Disziplinen im somatischen Arbeitsbereich.

¹⁵ Die Liaisonpsychiatrie bezeichnet das konstante (regelmässige), integrierte, anforderungsunabhängige Mitwirken des Experten im somatischen Umfeld.

Das Wichtigste in Kürze – Frühdiagnostik fördern		Zuständigkeit V = Verantwortung M = Mitwirkung U = Unterstützung
Die allermeisten Demenzerkrankungen sind geprägt durch einen langsamen, schleichenden Verlauf, der keinen eindeutigen Auslöser oder Startzeitpunkt aufweist. Lange besteht eine unspezifische Wahrnehmung der Symptomatik und oft auch eine Verharmlosung oder Bagatellisierung. Schamgefühle und unbestimmte Ängste teilweise begleitet durch einen schrittweise sozialen Rückzug prägen die Anfangsphasen. Hier muss es das Ziel sein, den Menschen besser beistehen zu können, den Dingen den richtigen Namen zu geben oder Diagnosen mit ähnlicher Symptomatik ausschliessen respektive behandeln zu können. Eine Frühdiagnostik fördert das Verständnis aller Involvierten. Demenz zeigt sich bei allen Betroffenen in einer sehr individuellen Form. Es gilt medizinisch, pflegerisch und von Seiten der Betreuung dieser Individualität Rechnung zu tragen und frühzeitig mit bedarfsgerechten und notwendigen Unterstützungsleistungen zu begleiten.	7.3	Ärzeschaft (V) ALZ (M) Pflegerische (M)

5 Erwägungen der Regierungsräte Obwalden und Nidwalden

Der Regierungsrat zieht für das weitere Vorgehen in erster Linie diejenigen Empfehlungen in Betracht, die ihn betreffen und priorisiert diese. Insbesondere sind dies die Empfehlungen 1.1, 2.1, 3.1, 3.2, 4.3, 6.1 und 7.1. Der Regierungsrat empfiehlt den Gemeinden, Grundversorgern und den Dienstleistungsorganisationen, die an sie gerichteten Empfehlungen ebenfalls zu prüfen sowie entsprechend zu priorisieren und zu planen.

5.1 Gesetzliche Grundlagen Kanton Obwalden

Die Umsetzung des Kantonalen Demenzkonzepts ist vor allem eine Koordinationsaufgabe. Im Weiteren geht es um die Aufsichtsfunktion, die vor allem auch die Gewährleistung einer vergleichbaren fachlichen Qualität über die verschiedenen im Gesundheitswesen tätigen Institutionen und Organisationen gewährleisten soll. Beides sind gemäss Gesundheitsgesetz (GDB 810.1) Art. 5 Abs. 1 Bst. c und d Kantonsaufgaben.

Ergänzend dazu sind gemäss Gesundheitsgesetz Art. 6 Abs. 1 Bst. b, c und d die Einwohnergemeinden zuständig für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitätsorientierten und effizienten Versorgung mit Dienstleistungen der Hilfe und Pflege zu Hause, der Betagtenbetreuung sowie die Förderung von Betagtenheimen und anderen Betagten-Wohnformen und die Sicherstellung der Betreuung von pflegebedürftigen Personen in Pflegeheimen und weiteren Einrichtungen der stationären Langzeitpflege.

5.2 Gesetzliche Grundlagen Kanton Nidwalden

Gemäss Art. 5 des Gesetzes vom 30. Mai 2007 zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit (Gesundheitsgesetz, GesG; NG 711.1) leitet, koordiniert und überwacht die Direktion im Rahmen der eidgenössischen und kantonalen Gesetzgebung. Mit Regierungsratsbeschluss vom 16. September 2014 wurde die Gesundheits- und Sozialdirektion mit dem Vollzug der kantonalen Demenzstrategie beauftragt.

Ferner formuliert Art. 14 GesG die Aufgaben der Gemeinden. Demnach obliegen den politischen Gemeinden insbesondere die Aufgaben in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention (Ziff. 4), die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflegeversorgung (Ziff. 5) sowie die Gewährleistung der spitalexternen Gesundheitspflege (Ziff. 6).