

DEMENZBETREUUNG IN STATIONÄREN ALTERSEINRICHTUNGEN

AUSWERTUNGSBERICHT DER NATIONALEN UMFRAGE
IM AUFTRAG DES FACHBEREICHS ALTER



Demenzbetreuung in stationären Alterseinrichtungen

Eine nationale Umfrage von stationären Alterseinrichtungen der deutsch- und französischsprachigen Schweiz

September bis November 2012

Auswertungsbericht

Projektpartner:

CURAVIVA Schweiz
Schweizerische Alzheimervereinigung

Diese Umfrage wurde von folgenden Sponsoren unterstützt:



Inhalt

1. Einleitung	3
1.1. Theoretische Grundlagen	3
1.2. Ausgangslage	4
1.3. Akteure	5
2. Untersuchungsmethode und Stichprobe	5
2.1. Entwicklung und Vorgehen.....	5
2.2. Ziele der Studie	6
2.3. Fragebogen	6
2.4. Stichprobe und Rücklauf.....	7
2.5. Terminologie.....	7
3. Resultate	8
3.1. Beschreibung der Institutionen	8
3.2. Beschreibung der Bewohnerinnen und Bewohner	9
3.3. Personalressourcen	10
3.4. Betreuungskonzepte	13
3.5. Wohnen	15
3.6. Garten.....	18
3.7. Medizinische und psychiatrische Betreuung.....	20
3.8. Soziale Kontakte (Angehörige und Freiwillige).....	21
3.9. Qualitätssicherung.....	22
3.10. Herausforderungen in der Betreuung von MmD	23
3.11. Finanzierung	25
4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	27
5. Autoren und Sponsoren.....	30

1. Einleitung

1.1. Theoretische Grundlagen

Aufgrund der demographischen Veränderungen wird die Prävalenz für Menschen mit Demenz stark ansteigen. Bereits heute leben 107'500 Menschen mit der Diagnose Demenz in der Schweiz. Schätzungsweise sind 8% der über 65-Jährigen und mehr als 30% der über 90-Jährigen von der Alzheimerkrankheit oder einer anderen Demenzform betroffen. Im Jahr 2030 werden in der Schweiz bereits geschätzte 200'000 Menschen mit Demenz leben (Bundesamt für Statistik, Zahlen für das Jahr 2009). Während die Prävalenzrate angibt, welcher Anteil der Bevölkerung an Demenz erkrankt ist, zeigt die Inzidenzrate auf, wie viele Neuerkrankungen im Verlauf eines Jahres hinzukommen. Diese zeigt ein Neuerkrankungsrisiko von 0.4% bei den 65-69-Jährigen und ein auf über 10% ansteigendes Risiko bei den über 90-Jährigen auf. Für das Jahr 2007 wurden insgesamt 24'148 Neuerkrankungen festgestellt (Ecoplan, 2010).

Laut dem wichtigsten Internationalen Diagnoseklassifikationssystem der Medizin, dem ICD-10 (internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), ist die Alzheimer-Krankheit eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit charakteristischen neuropathologischen Merkmalen. Es sind mehr als 50 Erkrankungen bekannt, die sich sehr ähnlich äussern wie Alzheimer. Dabei ist „Demenz“ die generelle Bezeichnung für solche Erkrankungen, bei denen ein Verlust des Erinnerungsvermögens mit anderen Funktionsstörungen des Gehirns einhergeht. Mit einem Anteil von ca. 50% ist die Alzheimerkrankheit die häufigste Form der Demenz, die vaskuläre Demenz die zweithäufigste mit einem Anteil von ca. 20% (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2013, Demenzkrankheiten, gelesen am 7.3.2013 unter Online www.alz.ch/index.php/demenzkrankheiten.html).

Mit der Zunahme der Prävalenz- und Inzidenzraten der dementiellen Erkrankungen aufgrund der demographischen Veränderungen werden auch die künftig durch diese Erkrankungen entstehenden Kosten beträchtlich zunehmen. Gemäss dem Schweizerischen Szenario der Bevölkerungsentwicklung 2005-2050 wird sich die Anzahl 80-Jähriger und älterer Menschen mit Demenz von 4% auf 12% der Gesamtbevölkerung verdreifachen. Selbst wenn die Sterblichkeit auf dem Stand von 2005 stagniert, würde sich der Anteil von den über 80-Jährigen auf knapp 10% erhöhen (BFS, 2006, Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005-2050).

Im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung hat Ecoplan (2010) eine Studie zu den Kosten der Demenz in der Schweiz durchgeführt. Aus den Ergebnissen ist ersichtlich, dass familiäre Unterstützungsformen bei Menschen mit Demenz künftig noch stärker gefordert sein werden. Es wird aufgezeigt, dass über 90% der Kosten durch Demenz Betreuungskosten sind, knapp die Hälfte davon macht geleistete Pflege durch die Angehörigen aus. Hierbei hat das Gesundheitswesen ein grosses Interesse daran, die Angehörigen mit Beratung und Entlastungsangeboten zu unterstützen, damit diese auch weiterhin in der Lage sein werden, diese Aufgabe zu meistern. Dennoch fehlen insbesondere Untersuchungen darüber, wie die Angehörigen effektiv unterstützt und entlastet werden könnten. Entsprechend der erwarteten demographischen Veränderungen werden spezialisierte stationäre Betreuungsformen künftig an Bedeutung gewinnen. Stationäre Alterseinrichtungen werden demnach vermehrt aufgefordert sein entsprechende Angebote zu schaffen, wie beispielsweise Tagesstätten für Menschen mit Demenz, um deren pflegende Angehörige zu entlasten. Um die Kosteneffizienz der informellen und stationären Betreuungsformen zu beurteilen, ist zu berücksichtigen, in welchem Krankheitsstadium sich die betreuten Demenzpatienten befinden. Aus Kostensicht haben durchaus beide Versorgungsformen ihre Berechtigung. Dennoch zeigt sich gerade bei einer schweren Demenz, dass sich der Aufwand für die informelle Pflege so stark erhöht, dass eine Betreuung im Heim kostengünstiger wäre (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2003, Wegweiser für die Zukunft). Experten schätzen, dass von einem Anteil von 60-70% demenzbetroffener Menschen unter den Pflegeheimbewohnern der Schweiz ausgegangen werden muss. Gemäss Ecoplan (2010) fallen pro Heimbewohner mit Demenz jährlich Kosten von 68'399 Fr. an, was ein Total an Heimkosten für demente Menschen von 2'975 Mio. Fr. ergibt.

Eine Demenzerkrankung beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren hinweg. Wie bereits angesprochen, werden die Anforderungen an die Pflege und Betreuung in der letzten Phase des Krankheitsverlaufes so hoch, dass die Menschen mit Demenz professionelle Pflege und Betreuung rund um die Uhr benötigen. Für Alterseinrichtungen ist dies eine grosse Herausforderung. Zu diesen besonderen Herausforderungen gehören auch bauliche und konzeptionelle Inhalte, welche für Menschen mit Demenz ein spezialisiertes Milieu fordern. Bauliche Interventionen sind wichtige Aspekte für die Begleitung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz. Dadurch können die in diesen Stadien der Demenz häufig auftretenden mannigfaltigen Verhaltensauffälligkeiten reduziert und die Sicherheit der Menschen gewährleistet werden. Durch die steigende Zahl demenzkranker Menschen hat sich die Nachfrage für Plätze in ebensolchen speziell gestalteten Abteilungen stark erhöht.

Mit fortschreitendem Krankheitsverlauf wird eine stationäre Versorgung für Menschen mit Demenz häufig notwendig. Als Haupteinweisungsgrund in die stationäre Versorgung wird oft das veränderte Verhalten des Erkrankten genannt. Demnach stellt sich die Frage nach einer adäquaten Betreuung der stationär betreuten Demenzkranken. Immer häufiger entstehen segregative bzw. spezialisierte Wohnformen in stationären Einrichtungen, in welchen Demenzkranke getrennt von anderen Bewohnern der Institution versorgt werden. Bei einer segregativen Wohnform für Menschen mit Demenz geht man davon aus, dass die Pflege- und Betreuungsqualität für die betroffenen Menschen optimal an die speziellen Anforderungen angepasst werden kann. Gerade weil Menschen mit Demenz Verhaltensauffälligkeiten zeigen, werden diese vermehrt nach dem segregativen Versorgungskonzept gepflegt (Hirsch, 2008, im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 41).

Eine Studie der Universität Zürich hat spezialisierte bzw. segregative und integrative Wohnformen für Menschen mit Demenz miteinander verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass spezialisierte Demenzabteilungen in Alterseinrichtungen klare Vorteile bezüglich der Lebensqualität der Bewohnenden und der Arbeitszufriedenheit des Personals aufweisen. Spezialisierte Wohnformen eignen sich besonders für Menschen mit einer mittelschweren Demenz und für Demenzerkrankungen mit schweren psychischen Begleitsymptomen. Es zeigt sich, dass bei einem segregativen Ansatz die Bewohnenden dort selbständiger sind und weniger freiheitseinschränkende Massnahmen sowie weniger Schmerzen haben. Die Pflegenden in spezialisierten Abteilungen fühlen sich durch die Patienten und Arbeitsbedingungen weniger stark beansprucht, finden demnach auch mehr Gefallen an ihrer täglichen Arbeit und sind generell mit ihren Arbeitsbedingungen zufriedener als Pflegenden im integrativen Ansatz, bei welchem Menschen mit Demenz zusammen mit anderen pflegebedürftigen alten Menschen in der gleichen Wohngruppe leben (Zentrum für Gerontologie, 2005, Demenzpflege-Evaluation, Züricher Schriften zur Gerontologie 2).

1.2. Ausgangslage

QUALIS evaluation GmbH, ein Unternehmen für Sozialforschung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, führt seit 2008 regelmässig internetbasierte Umfragen zu aktuellen Themen im Bereich der stationären Alterseinrichtungen durch. Befragt wurden jeweils Kaderpersonen von Institutionen der deutschsprachigen Schweiz. Die Umfrage im Jahr 2008 hatte das Thema Benchmarking in Altersinstitutionen, im Jahr 2009 ging es um die zukünftigen Herausforderungen und Erfolgsfaktoren von Altersinstitutionen und im Jahr 2010 folgte eine Umfrage zur Zusammenarbeit zwischen Institutionsleitungen und ihren Trägerschaften.

Im Jahr 2012 wollte QUALIS evaluation eine der im Jahr 2009 genannten Herausforderungen und zwar die der Demenzbetreuung in Altersinstitutionen aufnehmen und in einer detaillierteren Umfrage vertiefend untersuchen. Dies erwies sich als ein Thema von nationalem Interesse. Aus diesem Grund wurde eine Projektgruppe mit verschiedenen Akteuren aus dem Bereich der Demenzbetreuung in der Schweiz gebildet und mit Fachexperten ergänzt (vgl. Kap. 1.3). Die aktuelle Umfrage wurde erstmals auch ins Französische übersetzt und sowohl in der Deutsch- als auch Westschweiz durchgeführt.

1.3. Akteure

Durch die Kooperation von QUALIS evaluation mit CURAVIVA Schweiz entstand die Idee, die Umfrage gemeinsam mit weiteren wichtigen Akteuren des Bereichs Demenzbetreuung in der Schweiz zu erarbeiten. Dies sind nebst CURAVIVA Schweiz auch die Schweizerische Alzheimervereinigung und das Institut Alter der Fachhochschule Bern. Für das Entwickeln des Fragebogens wurde eine Fachexperten- und Projektgruppe mit folgenden Mitgliedern gebildet:

- Biagio Saldutto, QUALIS evaluation
- Prof. Dr. Stefanie Becker, Berner Fachhochschule, Institut Alter
- Nicole Gadiant, Schweizerische Alzheimervereinigung
- Eliane Kraft, Ecoplan, Gesundheit und Alter*
- Brigitta Martensson, Schweizerische Alzheimervereinigung
- Dr. Jean-Luc Moreau, Facharzt für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Kompetenzzentrum Demenz Oberried*
- Christoph Schmid, CURAVIVA Schweiz, Ressort Projekte und Entwicklung

*Fachexperten für die erweiterte Projektgruppe

Autoren des Auswertungsberichts:

Prof. Dr. Stefanie Becker, Berner Fachhochschule, Institut Alter
Biagio Saldutto, Anita Imhof, QUALIS evaluation GmbH

Projektpartner / Projektförderer:

CURAVIVA Schweiz
Schweizerische Alzheimervereinigung

Folgende Sponsoren unterstützen diese Umfrage:

Sage AG (Hauptsponsor)
Lobos Informatik / Repa AG, Coffee Systems

2. Untersuchungsmethode und Stichprobe

2.1. Entwicklung und Vorgehen

Der Initiator der Studie, Biagio Saldutto, Geschäftsführer von QUALIS evaluation, hat das Projekt geführt und die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren koordiniert. Der Fragebogen wurde in der Zeit von Juni bis August 2012 in der mit Fachexperten erweiterten Projektgruppe entwickelt und in einem Pretest von Fachpersonen aus Altersinstitutionen bezüglich Verständlichkeit und Vollständigkeit inhaltlich validiert. Die Umsetzung in den Online-Fragebogen sowie der Versand inkl. Reminder erfolgte durch die Firma QUALIS evaluation. Für die Teilnahme an der Umfrage wurden alle Mitgliederorganisationen von CURAVIVA Schweiz aus den deutsch- und französischsprachigen Landesteilen eingeladen. Die Umfrage ist absolut anonym. Pro Institution wurde eine Teilnahmeberechtigung erteilt. Die Einladung mit dem Link zur Umfrage wurde per Email im Namen von CURAVIVA Schweiz versandt. Die Erhebung dauerte fünf, resp. sechs Wochen. In der Deutschschweiz lief die Umfrage vom 17. September bis am 19. Oktober 2012. In der französischsprachigen Schweiz wurde die Umfrage vom 29. Oktober bis 7. Dezember 2012 durchgeführt. Nach jeweils zwei und vier Wochen erfolgte ein Erinnerungsschreiben. Die Datenauswertung erfolgte durch QUALIS evaluation. Die Ergebnisse wurden in der erweiterten Projektgruppe interpretiert und priorisiert.

2.2. Ziele der Studie

Mit der nationalen Umfrage zur Demenzbetreuung in der stationären Altenpflege wurden folgende Ziele verfolgt:

- Situationsanalyse zu Strukturen, Ressourcen und Methoden der Demenzbetreuung in der stationären Altenpflege.
- Aufzeigen von Stärken und Defiziten einer demenzgerechten stationären Betreuung in der Schweiz.
- Erkenntnisse als Grundlage für zukünftige Entscheidungen und Strategien in der nationalen Demenzbetreuung schaffen.

2.3. Fragebogen

Der Fragebogen ist eine onlinebasierte, schriftliche Umfrage zur Demenzbetreuung in stationären Alterseinrichtungen. Der im Email versandte Link führte direkt zum Fragebogen. Dieser konnte zeitlich sowohl in mehreren Sequenzen als auch durch verschiedene Personen ausgefüllt werden. Der Fragebogen beinhaltet 13 Themenbereiche und ist kaskadenartig aufgebaut (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Fragebogenstruktur

A	Bewohnerstruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Bewohnende • Anteil mit Diagnose / Verdacht auf Demenz • Anteil nach Schweregrad der Demenz
B	Personalressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Mitarbeitende • Besuch von internen / externen Weiterbildungen zu Demenz • Themen der Weiterbildung zu Demenz (intern / extern) • Anzahl und Berufsgruppe der teilnehmenden Mitarbeitenden (intern / extern) • Dauer der internen und externen Weiterbildungen
C	Betreuung von MmD	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept für die Betreuung von MmD • Demenzspezifische Ansätze und Methoden • Weitere Angebote / Massnahmen
D	Wohnen von MmD	<ul style="list-style-type: none"> • Demenzspezifische oder gemischte Abteilungen • Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer (auf spezifischer / gemischter Abteilung) • Gestaltung der Wohn- und Aufenthaltsbereiche (auf spezifischer / gemischter Abteilung) • Weglaufschutz (auf spezifischen / gemischten Abteilungen) • Wohnform (auf spezifischen Abteilungen)
E	Gartenanlage	<ul style="list-style-type: none"> • Garten- / Terrassenanlage für MmD • Gestaltung der Garten- / Terrassenanlage
F	Qualitätssicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Methoden der Qualitätssicherung • Methoden zur Erfassung der Lebensqualität
G	Medizinische / Psychiatrische Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> • Haus- / Heimärzte • Gerontologisches Spezialwissen
H	Zusammenarbeit mit Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> • Einbezug in Aktivitäten • Häufigkeit gemeinsamer Besprechungen
I	Freiwilligenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit und Einbezug in Aktivitäten
J	Finanzierung der Betreuungsleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungserfassungssystem • Zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten
K	Herausforderungen in der Betreuung von MmD	<ul style="list-style-type: none"> • Herausforderungen der nächsten 5 Jahre • Vorbereitung für Demenzbetreuung
L	Rückmeldung an CURAVIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Offene Frage
M	Angaben zu Ihrer Institution	<ul style="list-style-type: none"> • Grösse, Trägerschaftsform, Kanton, Einzugsgebiet, Funktion der ausfüllenden Person

Dies bedeutet, dass je nach Antwort der Fragebogen zu vertiefenden Zusatzfragen oder zum nächsten Themenbereich leitete. Dadurch variierte die Länge des Fragebogens zwischen 29 und 56 Fragen. Zum Themenbereich der internen und externe Weiterbildungen wurden maximal 14 Zusatzfragen gestellt. Beim Vorhandensein von Qualitätssicherungsmethoden und einer Garten- oder Terrassenanlage für MmD erfolgte je eine weitere Zusatzfrage. Bei den beiden Wohnformen der gemischten sowie spezifischen Abteilungen erfolgten je 11 Zusatzfragen. Institutionen mit beiden Wohnformen wurden aufgrund einer möglichen Vermischung der Angaben nicht vertiefend nachgefragt.

2.4. Stichprobe und Rücklauf

Zur Teilnahme an der Umfrage wurden insgesamt 1'382 Mitgliederinstitutionen von CURAVIVA Schweiz eingeladen. Von den 1095 angeschriebenen Institutionen der Deutschschweiz und 287 der französischsprachigen Schweiz haben 518, resp. 89 den Link angeklickt und mit dem Ausfüllen des Fragebogens begonnen. Fragebogen, die vor dem Frageblock D „Wohnen von Menschen mit Demenz“ (vgl. Tabelle 2) abgebrochen wurden, konnten für die Auswertung nicht verwendet werden. Die hohe Abbruchrate von 30.8 % wird durch den komplexen Aufbau des Fragebogens, die Ausführlichkeit und Detailliertheit der Fragen erklärt. Der berechnete Rücklauf der auswertbaren Fragebogen beträgt insgesamt 31%. Es wird davon ausgegangen, dass sich die an der Umfrage beteiligten Institutionen bereits intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt haben und daher einer positiven Selektion entsprechen. Möglicherweise zeigen die Ergebnisse dieser Studie ein besseres Bild, als die aktuelle Situation der Demenzbetreuung in der Schweiz effektiv ist.

Tabelle 2: Fehl-, Abbruch- und Rücklaufquote

	Deutschschweiz	Französischsprachige Schweiz	Total
Total angeschriebene Adressen	1095	287	1382
Nicht verwertbare Adressen (Doppeladressen oder abgelehnte Teilnahme)	26 / 2.4%	2 / 0.7%	28 / 2%
Total Stichprobe*	1069	285	1354
Teilnahme Fragebogen	518	89	607
Ungültig aufgrund Abbruch	144 / 27.8%	43 / 48.3%	187 / 30.8%
Auswertbare Fragebogen	374	46	420
Rücklauf	35%	16%	31%

Anmerkung: *Total Stichprobe zur Berechnung des Rücklaufs

2.5. Terminologie

In dieser Umfrage wurden die Institutionen zu ihren aktuell vorhandenen Strukturen, Ressourcen und Methoden der Demenzbetreuung befragt. Die Resultate aller Institutionen im **Total** geben einen Überblick über die aktuelle Situation der Demenzbetreuung in der Schweiz. Um aufzeigen zu können, welche Merkmale für die stationäre Demenzbetreuung eine Stärke respektive ein Defizit darstellen, wurden für die Auswertung folgende zwei Vergleichsgruppen anhand des Frageblocks K Herausforderungen in der Demenzbetreuung (vgl. Kap. 0, S. 23) gebildet:

- „**VB: gut**“ (Vorbereitung gut) steht für Institutionen, die sich gut oder sehr gut auf die Herausforderungen in der Demenzbetreuung in den nächsten fünf Jahren vorbereitet fühlen,
- „**VB: mässig**“ (Vorbereitung mässig) steht für Institutionen, die sich mässig, schlecht oder sehr schlecht auf die Herausforderungen in der Demenzbetreuung in den nächsten fünf Jahren vorbereitet fühlen.

Das Thema dieser Umfrage ist die Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Altersinstitutionen. In diesem Auswertungsbericht wird der Begriff „Menschen mit Demenz“ mit der Abkürzung **MmD** verwendet und meint damit immer demenzerkrankte Bewohnerinnen und Bewohner in Schweizer Altersinstitutionen.

3. Resultate

3.1. Beschreibung der Institutionen

Die Grösse der Institution wurde anhand der Anzahl Bewohnerinnen- und Bewohnerplätze sowie Anzahl Personal insgesamt erhoben. Aufgrund der hohen Streuung bei der effektiven Mitarbeiterzahl ($S = 83$, $Min = 5$, $Max = 900$) wird der Median als Vergleichsgrösse betrachtet. Dieser liegt beim Total Mitarbeitende bei 63, wovon 37 der Berufsgruppe Betreuung und Pflege angehören (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Anzahl Mitarbeitende im Total und im Bereich Betreuung/Pflege, pro Vergleichsgruppe und im Total

	Total Mitarbeitende			Total Betreuung/Pflege		
	VB: gut	VB: mässig	Total	VB: gut	VB: mässig	Total
Mittelwert	88	78	83	54	40	47
Median	77	58	63	45	31	37
Standardabweichung	67	97	83	39	35	38
Minimum	5	11	5	4	3	3
Maximum	398	900	900	232	280	280
Total gültige Angaben	197	189	388	193	188	382
Total ungültige Angaben	15	16	32	19	17	38

Insgesamt haben an dieser Umfrage 47% kleine Institutionen mit weniger als 50 Bewohnerplätzen, 42% mittelgrosse (50 bis 120 Plätze) und nur 12 % grosse Institutionen mit über 120 Bewohnerplätzen teilgenommen (vgl. Tabelle 4, Abbildung 1). Bezüglich der beiden Vergleichsgruppen „VB: gut“ und „VB: mässig“ weisen die beiden Kennzahlen (Anzahl Mitarbeitende und Bewohnerplätze) darauf hin, dass sich die grossen Institutionen tendenziell besser auf die Herausforderungen in der Demenzbetreuung vorbereitet fühlen (16% versus 7% bei >120 Plätzen) als die kleinen (40% versus 54% bei < 50 Plätzen). Bei der Anzahl Mitarbeitende liegt der Median der Vergleichsgruppe „VB: gut“ bei 77 Mitarbeitenden versus 58 bei „VB: mässig“.

Tabelle 4: Anzahl Bewohnerplätze nach Vergleichsgruppe und im Total

	VB: gut		VB: mässig		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 50 Plätze	80	40%	105	54%	186	47%
50 - 80 Plätze	63	31%	51	26%	144	29%
81 - 120 Pl.	26	13%	26	13%	52	13%
> 120 Plätze	33	16%	14	7%	47	12%
Total	202	100%	196	100%	399	100%

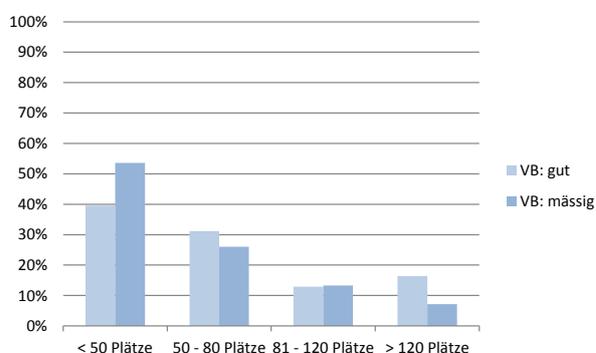


Abbildung 1: Anzahl Bewohnerplätze nach Vergleichsgruppe

Als weitere Merkmale der Institution wurden die Trägerschaftsform (vgl. Tabelle 5) und das Einzugsgebiet (vgl. Tabelle 6) erhoben. Die Stiftung ist mit 31% die am häufigsten genannte Trägerschaftsform gefolgt von der Gemeindeverwaltung mit 23%. Beim Einzugsgebiet ist die Gemeinde oder Kleinstadt (<10'000 Einwohnende) mit 59% am häufigsten vertreten. Die Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen sind bezüglich dieser beiden Merkmale gering. Tendenziell gibt es in der Vergleichsgruppe „VB: gut“ mehr AG's (+4%), Vereine (+3%) und Stiftungen (+2%). Diese haben eher ein grösseres Einzugsgebiet (44% in Gross-/Städten versus 39%). Die Vergleichsgruppe „VB: mässig“ hat etwas mehr gemeindeverwaltete Trägerschaften (+8%) und ist ländlicher eingebunden (61% Gemeinde versus 57%).

Tabelle 5: Trägerschaftsform nach Vergleichsgruppe und im Total

	VB: gut		VB: mässig		Total	
	N	%	N	%	N	%
Stiftung	65	32%	58	30%	124	31%
Gemeinde	39	19%	53	27%	92	23%
Verein	35	17%	27	14%	62	16%
AG	33	16%	23	12%	56	14%
Anderes	30	15%	34	17%	64	16%
Total	202	100%	195	100%	398	100%

Tabelle 6: Einzugsgebiet nach Vergleichsgruppe und im Total

	VB: gut		VB: mässig		Total	
	N	%	N	%	N	%
Grossstadt	27	14%	21	11%	48	12%
Stadt	59	30%	54	28%	113	29%
Gemeinde	112	57%	119	61%	232	59%

3.2. Beschreibung der Bewohnerinnen und Bewohner

Die Bewohnerstruktur wurde mittels zweier Schätzfragen erfasst. Zum einen schätzten die Institutionen den prozentualen Anteil an Menschen mit **Diagnose oder Verdacht auf Demenz** in ihrer Institution ein. In einer zweiten Frage wurde der Prozentsatz pro Schweregrad der Demenz eingeschätzt. Als Antwortkategorien wurden die vier Kompetenzprofile nach Becker et al. (2011) vorgegeben:

Leicht demenzkranke Menschen (LD) mit weitgehend erhaltenen alltagspraktischen Kompetenzen bei beginnender Demenz (kaum Verhaltensauffälligkeiten).

Mittelgradig demenzkranke Menschen (MD) mit in Teilen erhaltenen alltagspraktischen Kompetenzen bei mittelgradigen kognitiven Einbussen (Gedächtnis und Denken) und erkennbaren Verhaltensauffälligkeiten (nicht-kognitiven Symptomen).

Schwer demenzkranke Menschen mit somatischen Einschränkungen (SD-S): Stark eingeschränkte alltagspraktische Kompetenzen bei schweren kognitiven Einbussen (Gedächtnis & Denken) und häufig auffälliger Teilnahmslosigkeit.

Schwer demenzkranke Menschen mit psychopathologischen Verhaltensauffälligkeiten (SD-P): Stark eingeschränkte alltagspraktische Kompetenzen bei schweren kognitiven Einbussen (Gedächtnis & Denken) und einer Häufung verschiedener Verhaltensauffälligkeiten (nicht-kognitiver Symptome).

Insgesamt über alle Institutionen wird der Anteil an MmD in Schweizer Altersinstitutionen auf 47% geschätzt (vgl. Tabelle 7). Davon haben schätzungsweise 40% eine schwere, 31% eine mittelgradige und 29% eine leichte Demenzerkrankung. Jede/r sechste Bewohnende (17%) zeigt psychopathologische Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Tabelle 8). Der Unterschied zwischen den beiden Vergleichsgruppen „VB: gut“ und „VB: mässig“ zeigt, dass die Institutionen, die sich gut bis sehr gut auf die Herausforderungen der Demenzbetreuung in den nächsten fünf Jahren vorbereitet fühlen, bereits heute einen höheren Anteil an MmD betreuen. Auch der Anteil an schwerer Demenzerkrankung ist mit 47% (versus 33%) grösser (vgl. Tabelle 8, Abbildung 2). Zudem zeigt jede/r fünfte Bewohnende (21%) psychopathologische Verhaltensauffälligkeiten.

Tabelle 7: Anteil an Menschen mit Diagnose oder Verdacht auf Demenz pro Vergleichsgruppe und im Total

	VB: gut	VB: mässig	Total
Personen mit Diagnose oder Verdacht auf Demenz pro Institution	52%	42%	47%

Tabelle 8: Schweregrad der Demenzerkrankung pro Vergleichsgruppe und im Total

	VB: gut	VB: mässig	Total
SD-P: Schwere Demenz mit psychopath. Verhaltensauffälligkeiten	21%	13%	17%
SD-S: Schwere Demenz mit somatischen Einschränkungen	26%	20%	23%
MD: Mittelgradige Demenz	29%	32%	31%
LD: Leichte Demenz	24%	34%	29%
Total gültige Angaben	202	189	393
Total ungültige Angaben	10	16	27

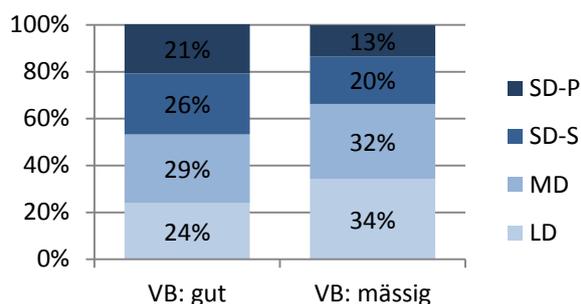


Abbildung 2: Schweregrad der Demenzerkrankung pro Vergleichsgruppe

3.3. Personalressourcen

Im Frageblock B zur Erhebung der Personalressourcen wurden die Institutionen zum Beschäftigungsgrad des Personals, zur Anzahl Mitarbeitende im Total und im Betreuungs- und Pflegebereich, zum Ausbildungsgrad und zum Angebot demenzspezifischer Weiterbildungen befragt. Die Institutionen wurden darauf hingewiesen, dass sie für die Personalangaben ihre aktuellste SOMED-Statistik verwenden können.

Der mittlere Beschäftigungsgrad über alle Mitarbeitenden im Total beträgt 65% (vgl. Tabelle 9). Die Verteilung der Teilzeitarbeit zwischen den Mitarbeitenden im Total und den Mitarbeitenden im Betreuungs- und Pflegebereich unterscheidet sich kaum. Auch zwischen den Vergleichsgruppen „VB: gut“ und „VB: mässig“ gibt es im Beschäftigungsgrad kaum Unterschiede.

Tabelle 9: Beschäftigungsgrad der Mitarbeitenden im Total und im Bereich Betreuung / Pflege

	Total Mitarbeitende			Total Betr./Pflege		
	VB: gut	VB: mässig	Total	VB: gut	VB: mässig	Total
Mittelwert	67%	64%	65%	66%	66%	66%
Median	67%	64%	65%	67%	66%	67%
Standardabweichung	11%	11%	11%	12%	12%	12%
Minimum	35%	23%	23%	28%	36%	28%
Maximum	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Total gültige Angaben	166	158	325	161	158	320
Total ungültige Angaben	46	47	95	51	47	100

In den befragten Altersinstitutionen arbeiten durchschnittlich 63% des Gesamtpersonals im Bereich Betreuung und Pflege. Davon ist mit 45% der grösste Anteil Assistenzpersonal, gefolgt von 24% mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe und 23% auf Sekundarstufe II. Hierzu bestehen zwischen den Vergleichsgruppen kaum Unterschiede. Einzig die Institutionen „VB: gut“ beschäftigen im Vergleich zum Gesamtpersonal mehr Mitarbeitende im Betreuungs- und Pflegebereich (+9%) (vgl. Tabelle 10 sowie Abbildung 3 und 4).

Tabelle 10: Zusammensetzung des Personals nach Ausbildungsgrad

	Median*			Gültige Angaben		
	VB: Gut	VB: Mässig	Total	VB: Gut	VB: Mässig	Total
Total Betreuungs- & Pflegepersonal / Total Mitarbeitende	68%	59%	63%	178	174	352
Tertiärstufe Betreuungs- & Pflegepersonal / Total Pflege & Betreuung	22%	22%	24%	167	176	344
Sekundarstufe II Pflegepersonal / Total Pflege & Betreuung	15%	15%	16%	173	178	352
Sekundarstufe II Betreuungspersonal / Total Pflege & Betreuung	4%	4%	7%	163	173	337
Assistenzpersonal / Total Pflege & Betreuung	44%	48%	45%	171	177	349
Lernende Sek II und Tertiärstufe / Total Mitarbeitende	5%	4%	5%	172	169	342

Anmerkung: *aufgrund der grossen Streuung wird der Median anstelle des Means verwendet (vgl. Kap. 3.1, Tabelle 1).

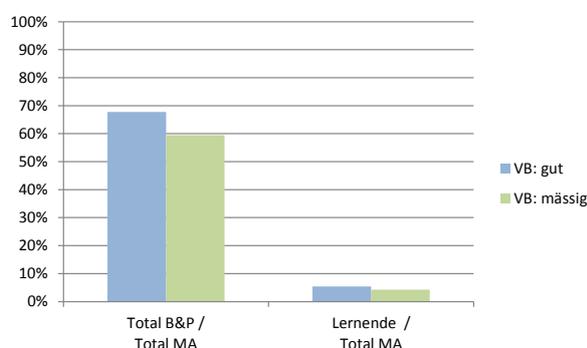


Abbildung 3: Verhältnis von Mitarbeitergruppen zum Total Mitarbeitende pro Vergleichsgruppe

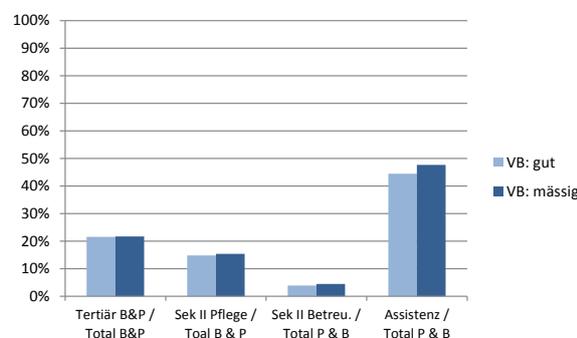


Abbildung 4: Verhältnis von Mitarbeitergruppen zum Total Betreuung und Pflege pro Vergleichsgruppe

Nebst der fachlichen Qualifikation des Personals wurden die Institutionen auch zum Angebot an demenzspezifischen Weiterbildungen gefragt. Sofern die Institutionen über ein solches Angebot (intern oder extern) verfügten, wurden weiterführende Fragen zu den Weiterbildungsthemen und teilnehmenden Berufsgruppen gestellt. Zudem wurde eingeschätzt, wie viele Personen eine kurze oder lange Weiterbildung (intern oder extern) besucht haben. Eine kurze interne Weiterbildung bedeutete per Definition ≤ 2 Tage, eine lange interne WB ≥ 2 Tage. Bei den externen Weiterbildungen entsprach eine kurze WB ≤ 20 Tage und eine lange ≥ 20 Tage.

Im Total geben 57% der Institutionen an, interne und externe demenzspezifische Weiterbildungen anzubieten. 7% verfügen über gar kein solches Angebot. Die beiden Vergleichsgruppen unterscheiden sich darin, dass die „VB: gut“ einen geringeren Anteil (3% versus 11%) an Institutionen hat, die keine demenzspezifischen Weiterbildungen anbieten und dass der Anteil an Institutionen, die sowohl interne als auch externe Weiterbildungen anbieten, mit 67% grösser ist als in der Vergleichsgruppe „VB: mässig“ mit 47% (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Anteil an Institutionen mit angebotenen internen und/oder externen demenzspezifischen Weiterbildungen

	VB: gut		VB: mässig		Total	
	N	%	N	%	N	%
keine WB	7	3%	22	11%	29	7%
nur interne WB	31	15%	44	22%	76	19%
nur externe WB	32	15%	39	20%	72	18%
interne & externe WB	140	67%	92	47%	232	57%
Total gültige Angaben	210	100%	197	100%	409	100%
Total ungültige Angaben	2	1%	8	4%	11	0

Tabelle 12 zeigt die Ergebnisse zu der Frage, welche Berufsgruppen an den internen und externen Weiterbildungsangeboten teilgenommen haben. Es zeigt sich, dass das Betreuungs- und Pflegepersonal fast aller Institutionen (91% / 93%) sowie in knapp zwei Dritteln der Institutionen das Personal anderer Berufsgruppen (64%) durch interne Weiterbildungen geschult wird. Von externen Weiterbildungen profitiert das gut ausgebildete Betreuungs- und Pflegepersonal (Sekundar II- und Tertiärstufe) mit 82% der Institutionen häufiger als das Assistenzpersonal mit 63% der Institutionen und das Personal anderer Berufsgruppen mit 22% der Institutionen. Die beiden Vergleichsgruppen „VB: gut“ und „VB: mässig“ unterschieden sich einzig darin, dass das gut ausgebildete Betreuungs- und Pflegepersonal tendenziell in unterschiedlich vielen Institutionen an externen Weiterbildungsangeboten teilnimmt (87% versus 76%).

Tabelle 12: Anteil an Institutionen mit demenzspezifischer Weiterbildung pro Mitarbeitergruppe, nach Vergleichsgruppen und im Total

	VB: gut				VB: mässig				Total			
	Intern		Extern		Intern		Extern		Intern		Extern	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Betreuungs-/Pflegepersonal (Tertiärstufe / Sekundarstufe II)*	161	94%	149	87%	116	87%	98	76%	278	91%	248	82%
Assistenzpersonal und anderes Pflegepersonal*	160	94%	109	63%	123	92%	81	63%	284	93%	190	63%
Anderes Personal*/**	115	67%	39	23%	81	60%	27	21%	197	64%	66	22%

Anmerkung: * ohne Personal in Ausbildung
 ** anderes Personal = Total Mitarbeitende – Total Betreuungs- und Pflegepersonal

Die Detailfragen zu der Anzahl Personen je Berufsgruppe, die eine interne oder externe Weiterbildung besucht haben, und zu deren prozentualer Verteilung auf kurze bzw. lange Weiterbildungen wurden von einem Grossteil der Institutionen übersprungen (siehe Tabelle 13). Mitarbeitende aus dem Nicht-Betreuungsbereich besuchen intern und extern am häufigsten kurze Weiterbildungen. Das gut ausgebildete Betreuungs- und Pflegepersonal besucht tendenziell häufiger als die anderen Berufsgruppen lange Weiterbildungen.

Tabelle 13: Anteil an kurzen und langen Weiterbildungen an der Gesamtzahl besuchter interner und externer Weiterbildungen pro Berufsgruppe

	kurz intern	lang intern	N	ungültige*	kurz extern	lang extern	N	ungültige*
Betreuungs- / Pflegepersonal (Tertiär-/Sekundarstufe)	63%	37%	184	94	81%	19%	129	119
Assistenz- und anderes Pflegepersonal	71%	29%	184	100	94%	6%	93	97
Anderes Personal	81%	19%	118	79	97%	3%	35	31

Anmerkung: *keine Angaben oder falsche Angaben

Tabelle 14 zeigt pro demenzspezifischem Weiterbildungsthema den Anteil an Personal, das an internen oder externen Weiterbildungsangeboten teilgenommen hat. Abbildung 5 zeigt die Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen „VB: gut“ (hell- und dunkelblaue Säulen) und „VB: mässig“ (rosa und rote Säulen).

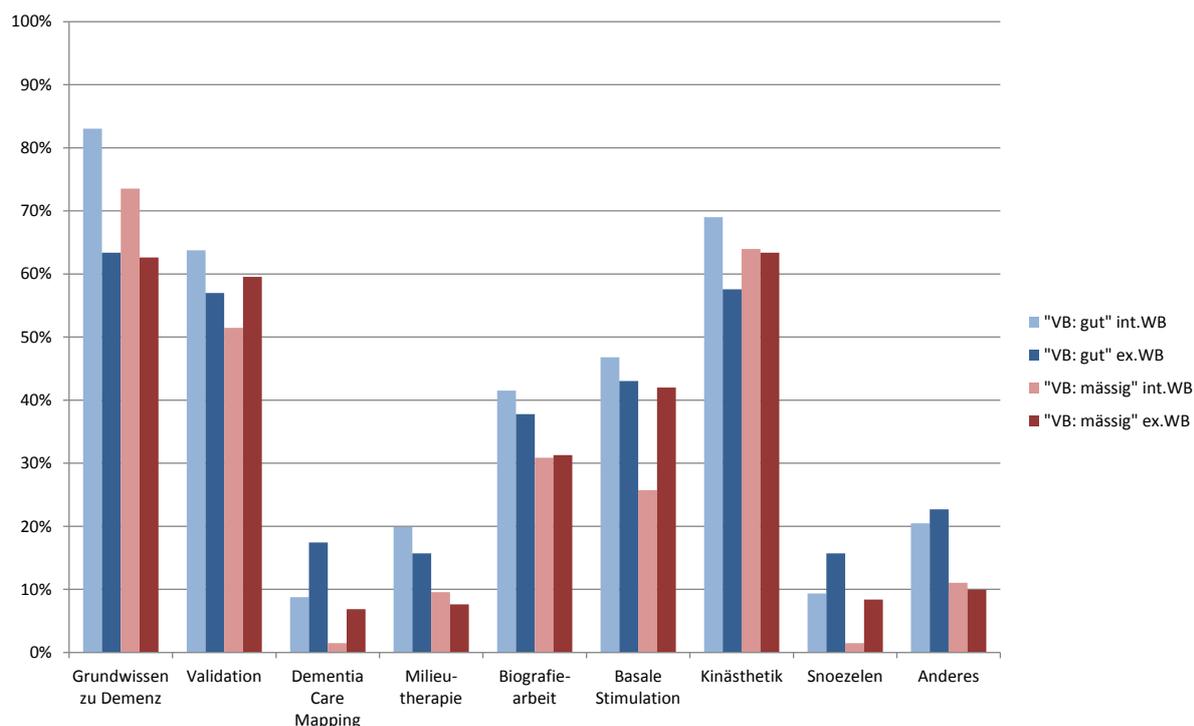


Abbildung 5: Interne und externe Weiterbildungen zu demenzspezifischen Themen pro Vergleichsgruppe

Es zeigt sich, dass zu den Themen „Grundwissen zu Demenz“, „Kinästhetik“ und „Validation“ deutlich mehr Weiterbildungen besucht wurden als zu „Dementia Care Mapping“, „Snoezelen“ oder „Milieu-therapie“. Bei den häufig besuchten Weiterbildungsthemen ist der Anteil interner Weiterbildung grösser als bei den selten besuchten Weiterbildungen.

Die beiden Vergleichsgruppen unterschieden sich v.a. darin, dass „VB: gut“ ein breiteres internes wie externes demenzspezifisches Weiterbildungsangebot mit höherem Anteil an Dementia Care Mapping, Snoezelen, Milieuthherapie und Anderem anbietet als „VB: mässig“. Bei der Kinästhetik ist das Gesamtangebot an interner und externer Weiterbildung in den beiden Vergleichsgruppen gleich gross.

Tabelle 14: Anteil interner und externer Weiterbildungen pro Vergleichsgruppe und im Total

	"VB: gut"		"VB: mässig"		Total	
	Intern	Extern	Intern	Extern	Intern	Extern
Grundwissen zu Demenz	83%	63%	74%	63%	79%	63%
Validation	64%	57%	51%	60%	58%	58%
Dementia Care Mapping	9%	17%	1%	7%	6%	13%
Milieuthherapie	20%	16%	10%	8%	15%	12%
Biografiearbeit	42%	38%	31%	31%	37%	35%
Basale Stimulation	47%	43%	26%	42%	37%	43%
Kinästhetik	69%	58%	64%	63%	67%	60%
Snoezelen	9%	16%	1%	8%	6%	13%
Anderes	20%	23%	11%	10%	16%	17%

3.4. Betreuungskonzepte

Im Frageblock C Betreuung von MmD geht es um die konzeptionellen Grundlagen, nach denen gearbeitet wird. Insgesamt verfügen 56% aller Institutionen über ein spezifisches Konzept für die Betreuung von MmD. Institutionen, die sich gut auf die künftigen Herausforderungen in der Demenzbetreuung vorbereitet fühlen, verfügen mit 74% deutlich häufiger über diese konzeptionelle Grundlage als „VB: mässig“ mit 36% (vgl. Abbildung 6).

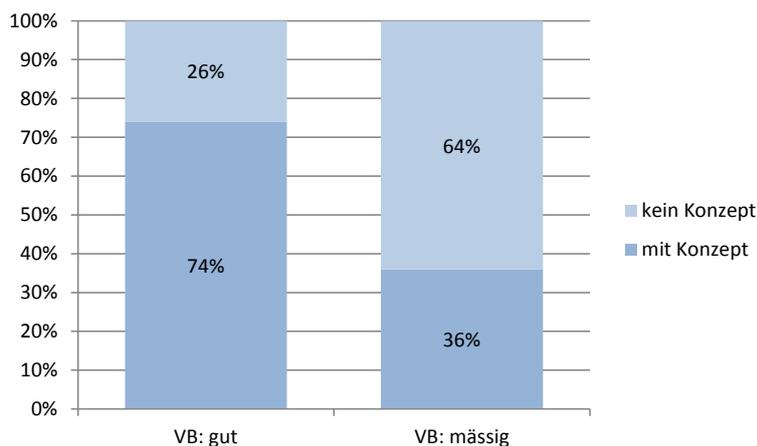


Abbildung 6: Institutionen mit resp. ohne spezifisches Demenzkonzept

Die Ergebnisse zu den demenzspezifischen Methoden und Ansätzen, die eine Institution aktuell anwendet, zeigen ein ähnliches Bild wie die Ergebnisse zu den internen und externen Weiterbildungen (vgl. Kap. 3.3, Abbildung 5, Tabelle 14). Während Kinästhetik mit je 81% in beiden Vergleichsgruppen gleich häufig angewendet wird, gehören die ausgeprägter demenzspezifischen Methoden und Ansätze in der „VB: gut“ häufiger zu den konzeptionellen Grundlagen (vgl. Tabelle 15, Abbildung 7). Institutionen, die aktuell keine der beschriebenen Ansätze und Methoden anwenden, sind mit 6% nur in der Gruppe „VB: mässig“ vertreten.

Tabelle 15: Angewendete demenzspezifische Methoden und Ansätze pro Vergleichsgruppe und im Total

	VB: gut		VB: mässig		Total	
	N	%	N	%	N	%
Validation	184	89%	155	77%	339	83%
ROT (Realitätsorientierung)	37	18%	24	12%	61	15%
Milieutherapie	63	30%	32	16%	95	23%
Biografiearbeit	148	71%	120	59%	269	66%
Basale Stimulation	136	66%	101	50%	237	58%
Kinästhetik	168	81%	164	81%	333	81%
Gedächtnistraining	146	71%	128	63%	275	67%
Aktivierende Therapien (z.B. Mal-/Musik-/Bewegungstherapie)	161	78%	139	69%	301	73%
Anderes	47	23%	18	9%	65	16%
Keine demenzspezifischen Ansätze und Methoden angewandt	1	0%	12	6%	14	3%
Total gültige Angaben	207	100%	202	100%	410	100%
Weiss nicht	5	2%	3	1%	10	2%

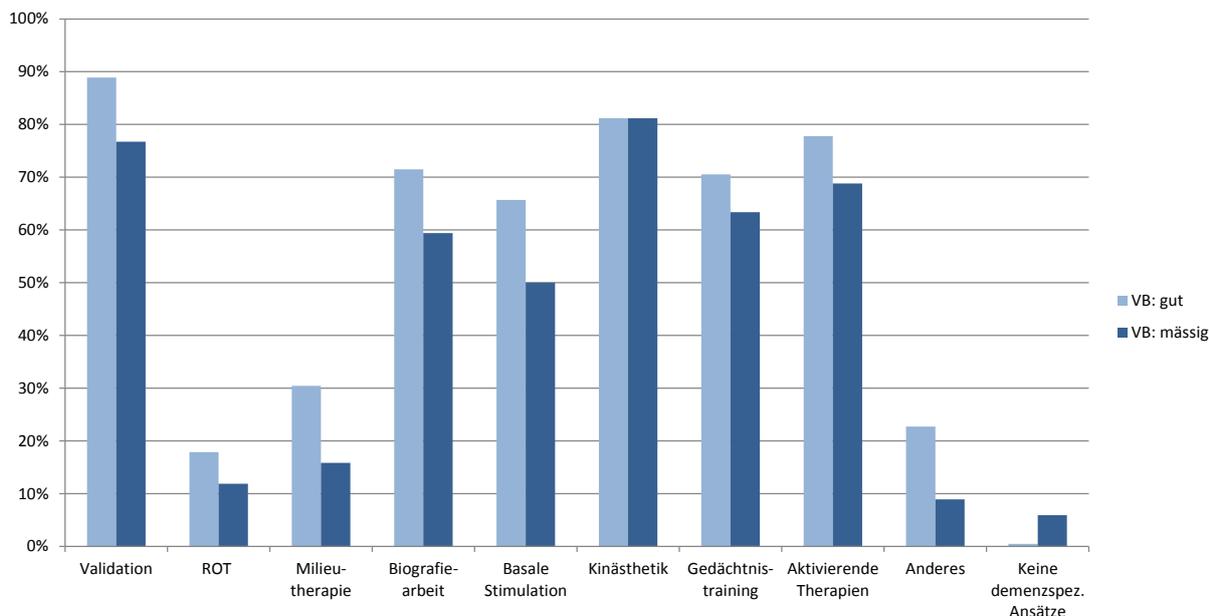


Abbildung 7: Anwendung demenzspezifischer Ansätze und Methoden pro Vergleichsgruppe

3.5. Wohnen

Im Frageblock D zum Wohnen wurde zuerst nach der Wohnform für MmD gefragt. Zur Auswahl standen die spezifische Demenzabteilung, die gemischte Abteilung oder das Angebot an beiden Wohnformen. Alle nachfolgenden Frageblöcke wurden getrennt nach gewählter Wohnform weitergeführt.

In 64% aller Institutionen werden MmD in gemischten Abteilungen betreut. Bezüglich der Wohnform unterscheiden sich die beiden Vergleichsgruppen deutlich. So gibt es in der „VB: gut“ mit 51% (versus 20%) deutlich häufiger das Angebot einer spezifischen Demenzabteilung als in der „VB: mässig“, die zu 80% (versus 49%) ausschliesslich über gemischte Abteilungen verfügt (vgl. Tabelle 16, Abbildung 8).

Tabelle 16: Wohnform für MmD pro Vergleichsgruppe und im Total

	VB: gut		VB: mässig		Total	
	N	%	N	%	N	%
Spezifische Demenz-Abteilung	36	17%	9	4%	45	11%
Gemischte Abteilung	103	49%	163	80%	269	64%
Beide Formen (spezif. und gemischt)	73	34%	33	16%	106	25%
Gültige Angaben*	212	100%	205	100%	420	100%
Ungültige Angaben	0		0		0	

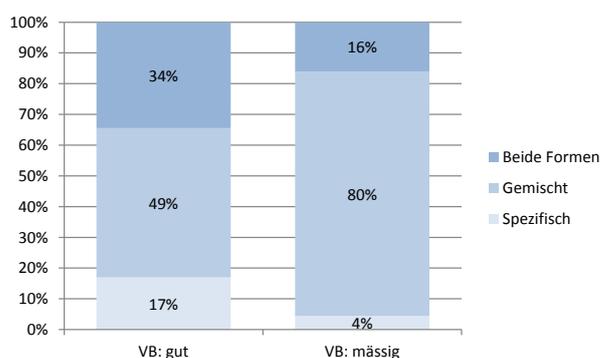


Abbildung 8: Wohnform für MmD nach Vergleichsgruppe

Für jede Wohnform wurde nach dem Zimmerangebot für MmD gefragt (vgl. Tabelle 17). 98% der Institutionen verfügen über 1-Bett-Zimmer, 56% haben auch das 2-Bett-Zimmer und nur 9% das Mehrbett-Zimmer im Angebot. Die Institutionen der Vergleichsgruppe „VB: gut“ unterscheiden sich im 1-Bett- und Mehrbett-Zimmerangebot kaum von den „VB: mässig“. Sie verfügen aber mit 59% (versus 48%) deutlich häufiger über 2-Bett-Zimmer. Dieser Unterschied ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Vergleichsgruppe „VB: gut“ häufiger über spezifische Demenzabteilungen verfügt als die „VB: mässig“. Der Vergleich zwischen den spezifischen Demenzabteilungen und den gemischten Abteilungen zeigt, dass die spezifischen Demenzabteilungen deutlich häufiger über Zwei- und Mehrbett-Zimmer verfügen (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Zimmerangebot für MmD, pro Vergleichsgruppen nach Vorbereitung auf Herausforderungen und Wohnform sowie im Total

	VB: gut		VB: mässig		Spezifische Abtl.		Gemischte Abtl.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1-Bett Zimmer	259	93%	224	95%	142	96%	366	98%	508	98%
2-Bett Zimmer	164	59%	113	48%	105	71%	186	50%	291	56%
Mehrbett-Zimmer	24	9%	21	9%	23	16%	26	7%	49	9%
Gültige Angaben	280		237		148		372		520	
Weiss nicht	4		1		3		3		6	
Ungültige Angaben*	1		0						1	

Anmerkung: *Frage wurde übersprungen

In einem weiteren Frageblock wurden, getrennt nach Wohnform, die baulichen und gestalterischen Merkmale der Räumlichkeiten sowie der Weglaufschutz erhoben. Auf einer vierstufigen Antwortskala (trifft völlig zu, trifft eher zu, trifft eher nicht zu, trifft gar nicht zu) beurteilten die Institutionen, wie sehr die beschriebenen Merkmale für die gemeinsamen Wohn- und Aufenthaltsbereiche ihrer Institution zutreffend sind. Die Merkmale wurden folgendermassen beschrieben:

- Grosszügige **Platzverhältnisse** im gemeinsamen Wohn- und Aufenthaltsbereich.
- Uneingeschränkte **Bewegung** im Innenraum der Abteilung möglich (z.B. keine verschlossenen Türen, Rundgang)
- Im gemeinsamen Wohnbereich grosszügige(s) **Fenster** mit Aussicht.
- Helle und freundliche **Beleuchtung** im gemeinsamen Wohnbereich (z.B. genügend Tageslicht, indirekte Lichtquelle, verschiedene Lichtquellen).
- Verschiedene **Orientierungsmöglichkeiten** im gemeinsamen Wohnbereich (z.B. Uhr, Kalender, jahreszeitliche Dekoration).
- Verschiedene **Anregungsmöglichkeiten** im gemeinsamen Wohnbereich (z.B. Gegenstände zum Tasten / Fühlen, Aquarium, Bilder).
- Angebote zu demenzspezifischer **Alltagsgestaltung**, individuell oder in Gruppe (z.B. gemeinsame(s) Kochen, Gartenarbeiten, Singen, Gymnastik).
- **Therapeuten** vor Ort oder regelmässig auf Besuch.

Die Prozentangaben der nachfolgenden Tabellen und Abbildungen zeigen den Anteil an „trifft völlig zu“ - Antworten. Von den baulichen Merkmalen stellen die Platzverhältnisse den grössten Mangel dar. Weniger als die Hälfte (43%) aller Institutionen verfügt über grosszügige Platzverhältnisse in den gemeinsamen Wohn- und Aufenthaltsbereichen. In 42% der Institutionen ist es nicht vollständig möglich, sich frei zu bewegen und in gleichem Masse ist die Beleuchtung nicht optimal. 65% der Institutionen verfügen über grosszügige Fenster mit Aussicht. Der Vergleich zwischen den Institutionen nach Wohnform und nach Vorbereitung auf die Herausforderungen in der Demenzbetreuung zeigt, dass Institutionen der „VB: gut“ und mit spezifischen Demenzabteilungen insbesondere bessere Platzverhältnisse (54% / 52% versus 29% / 40%) und eine hellere, freundlichere Beleuchtung (66% / 66% versus 47% / 55%) haben (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Bauliche Merkmale, die „völlig zutreffen“, pro Vergleichsgruppen Vorbereitung auf Herausforderungen und Wohnform sowie im Total

	VB: gut	VB: mässig	spezifisch	gemischt	Total
Platzverhältnisse	54%	29%	52%	40%	43%
Bewegung	60%	54%	56%	59%	58%
Fenster	71%	55%	66%	64%	65%
Beleuchtung	66%	47%	66%	55%	58%

Der grösste Mangel bei den gestalterischen Merkmalen liegt in den Anregungsmöglichkeiten (vgl. Tabelle 19). Nur 29% aller Institutionen verfügen über genügend verschiedene Anregungsmöglichkeiten im Wohnbereich. Bei diesem Merkmal schneiden mit 44% die spezifischen Demenzabteilungen am

besten ab. Im Angebot zur Alltagsgestaltung liegen die grössten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen nach Wohnform (64% versus 40%) und nach „VB: gut“ resp. „VB: mässig“ (60% versus 30%).

Tabelle 19: Gestalterische Merkmale, die „völlig zutreffen“, pro Vergleichsgruppen Vorbereitung auf Herausforderungen und Wohnform sowie im Total

	VB: gut	VB: mässig	spezifisch	gemischt	Total
Orientierung	63%	48%	65%	53%	57%
Anregungsmöglichkeit	38%	17%	44%	23%	29%
Alltagsgestaltung	60%	30%	64%	40%	47%
Therapietiere	43%	22%	45%	29%	34%

Abbildung 9 und Abbildung 10 veranschaulichen die Unterschiede in den baulichen und gestalterischen Merkmalen nach den Vergleichsgruppen „VB: gut“ und „VB: mässig“.

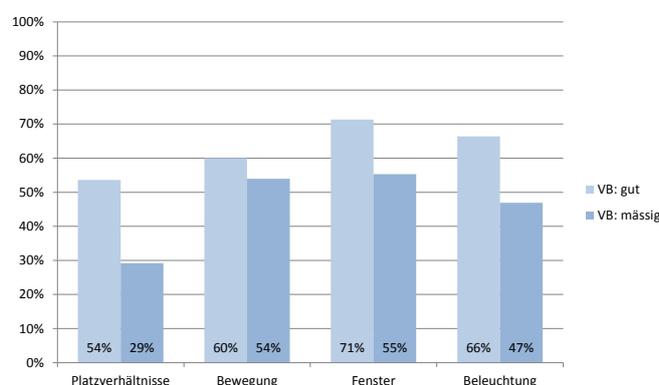


Abbildung 9: Bauliche Merkmale, die völlig zutreffen, nach Vergleichsgruppe

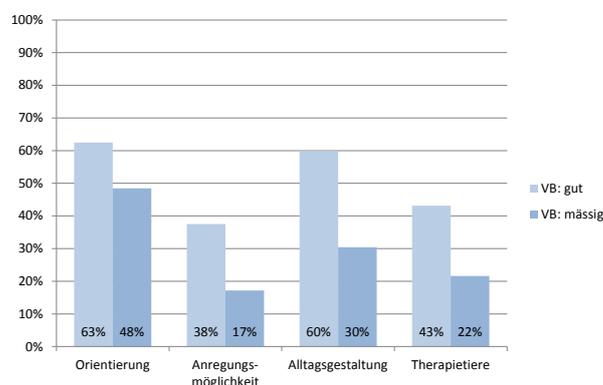


Abbildung 10: Gestalterische Merkmale, die völlig zutreffen, nach Vergleichsgruppe

Die Frage nach dem Weglaufschutz wurde je nach Wohnform (spezifisch, gemischt) unterschiedlich gestellt. Bei gemischten Abteilungen wurde nach dem Vorhandensein eines individuellen Weglaufschutzes wie GPS oder mobiles Ortungsgerät gefragt. 50% der gemischten Abteilungen verfügen über einen individuellen Weglaufschutz (vgl. Tabelle 20). Der Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen „VB: gut“ und „VB: mässig“ ist gering.

Die Institutionen mit ausschliesslich spezifischen Demenzabteilungen wurden danach gefragt, wo (auf welcher Ebene) sie über einen Weglaufschutz wie z.B. gesicherte Ausgangs- und Lifttüren, visuelle Stopps für MmD verfügen. Mit 77% resp. 71% (VB: gut resp. mässig) ist die Ebene Abteilung am häufigsten vor dem Weglaufen geschützt (vgl. Tabelle 20). Die Aussenanlagen sind in 71%, resp. 55% geschützt und der Weglaufschutz auf Hausebene ist in nur noch 35%, resp. 31% der Institutionen mit spezifischen Demenzabteilungen gewährleistet. Der Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen „VB: gut“ und „VB: mässig“ ist beim Weglaufschutz der Aussenräume mit einer Differenz von 16% am grössten (vgl. Abbildung 11).

Tabelle 20: Weglaufschutz nach Wohnform und Vergleichsgruppe

	Spezifische Abteilungen				Gemischte Abteilungen			
	VB: gut		VB: mässig		VB: gut		VB: mässig	
	N	%	N	%	N	%	N	%
auf Abteilungsebene	84	77%	30	71%	Nicht erhoben			
auf Hausebene	38	35%	13	31%	Nicht erhoben			
für Aussenraum (Garten / Terrasse)	77	71%	23	55%	Nicht erhoben			
individueller Weglaufschutz (z.B. GPS)	41	38%	12	29%	80	50%	88	47%
kein Weglaufschutz	1	1%	3	7%	Nicht erhoben			
Gültige Angaben	109		42		160		186	
Ungültige Angaben (weiss nicht)	0		0		2		1	

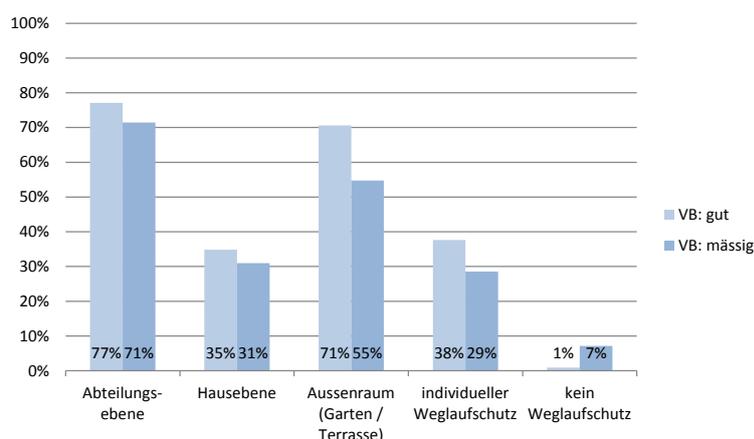


Abbildung 11: Weglaufschutz auf den spezifischen Demenzabteilungen pro Vergleichsgruppe

3.6. Garten

Im Frageblock E Gartenanlage wurde nach dem Vorhandensein einer demenzgerechten Garten- oder Terrassenanlage gefragt. Sofern eine solche vorhanden war, folgten weitere Fragen zu deren Ausgestaltung. 68% aller Institutionen verfügen über eine Aussenanlage, die für MmD angepasst ist. 24% besitzen nur eine Gartenanlage, 12% nur eine Terrassenanlage. 33% aller Institutionen haben eine Garten- und Terrassenanlage.

Zwischen den Vergleichsgruppen zeigt sich, dass die Institutionen „VB: gut“ deutlich häufiger über eine demenzgerechte Aussenanlage verfügen und zwar bei den Gartenanlagen (+27%) als auch Terrassenanlagen (+22%) (vgl. Abbildung 12).

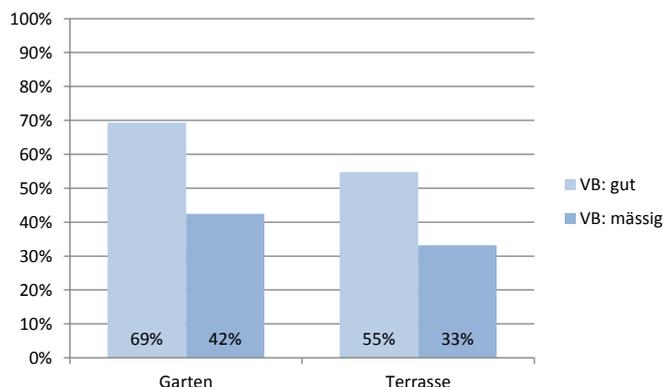


Abbildung 12: Vorhandensein einer demenzgerechten Garten- oder Terrassenanlage pro Vergleichsgruppe

Je nach Aussenanlage beurteilten die Institutionen auf einer vierstufigen Antwortskala (trifft völlig zu, trifft eher zu, trifft eher nicht zu, trifft gar nicht zu), wie zutreffend die folgenden Merkmale für ihre Garten- resp. Terrassenanlage sind:

- Der **Zugang** zur Gartenanlage / Terrassenanlage ist einfach und hindernisfrei.
- Die Gartenanlage / Terrassenanlage ist in sich **geschlossen**.
- Die Gartenanlage / Terrassenanlage gewährleistet die **Sicherheit** der MmD (z.B. sichere Teiche, Handläufe, Pflanzen).
- Die Gehwege sind als **Rundläufe** angelegt und führen immer wieder zum Ausgangspunkt.

Die Prozentangaben der nachfolgenden Tabelle 21 und Abbildung 13 zeigen den Anteil von „trifft völlig zu“-Antworten. Grundsätzlich zeigt sich, dass in Terrassenanlagen seltener Rundläufe und in Gartenanlagen seltener die Sicherheit vollständig gewährleistet sind.

Tabelle 21: Merkmale der Garten- und Terrassenanlage, die „völlig zutreffen“, nach Vergleichsgruppe und im Total

	"VB: gut"		"VB: mässig"		Total	
	Garten	Terrasse	Garten	Terrasse	Garten	Terrasse
Zugang	73%	65%	49%	53%	64%	60%
Geschlossenheit	69%	66%	45%	50%	60%	61%
Sicherheit	57%	61%	35%	41%	49%	54%
Rundläufe	61%	47%	33%	18%	50%	37%

Abbildung 13 zeigt, dass die Vergleichsgruppe „VB: gut“ in allen Merkmalsbereichen sowohl in den Garten- als auch Terrassenanlagen über bessere Bedingungen verfügt.

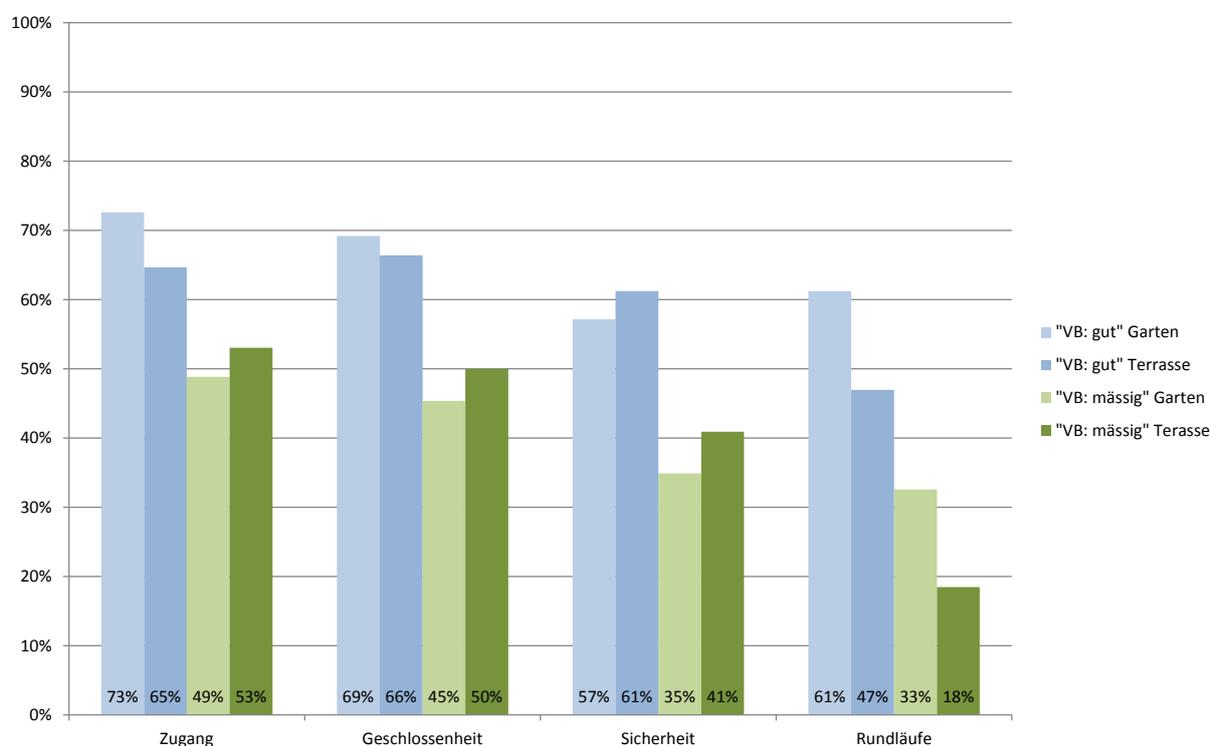


Abbildung 13: Merkmale der Garten- und Terrassenanlage, die völlig zutreffen, pro Vergleichsgruppe

3.7. Medizinische und psychiatrische Betreuung

Im Frageblock G zur medizinischen und psychiatrischen Betreuung wurde nach dem Arzt-Modell für die Betreuung der MmD und nach dem Beiziehen zusätzlicher Personen mit Spezialwissen gefragt. Abbildung 14 zeigt, dass das Heimarztmodell mit durchschnittlich 14% am seltensten ist. Die Schweizer Altersinstitutionen haben mit 49% am häufigsten das Hausarztmodell oder bieten beide Varianten (37%) an. Die beiden Vergleichsgruppen „VB: gut“ und „VB: mässig“ unterscheiden sich darin, dass der Anteil an Heimärzten grösser (17% versus 10%) und der Anteil an Hausärzten kleiner (46% versus 53%) ist.

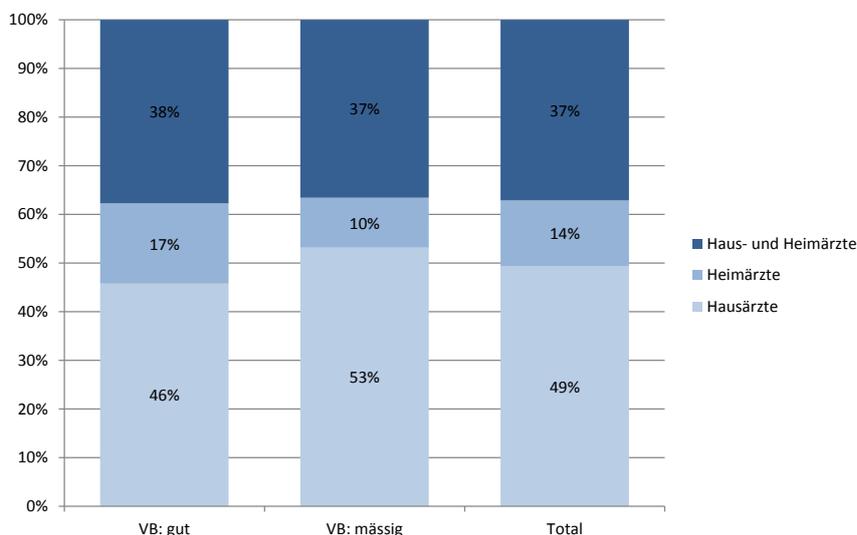


Abbildung 14: Arzt-Modell pro Vergleichsgruppe und im Total

Bei den Personen mit Spezialwissen, die bei Bedarf beigezogen werden, wird der Gerontopsychiater mit 65% im Total am häufigsten genannt. Die Institutionen der „VB: gut“ ziehen allgemein häufiger weitere Personen mit Spezialwissen bei als die Institutionen „VB: mässig“ (vgl. Abbildung 15). Der Anteil ohne Beizug von Spezialisten ist mit 2% bei „VB: gut“ versus 10% geringer.

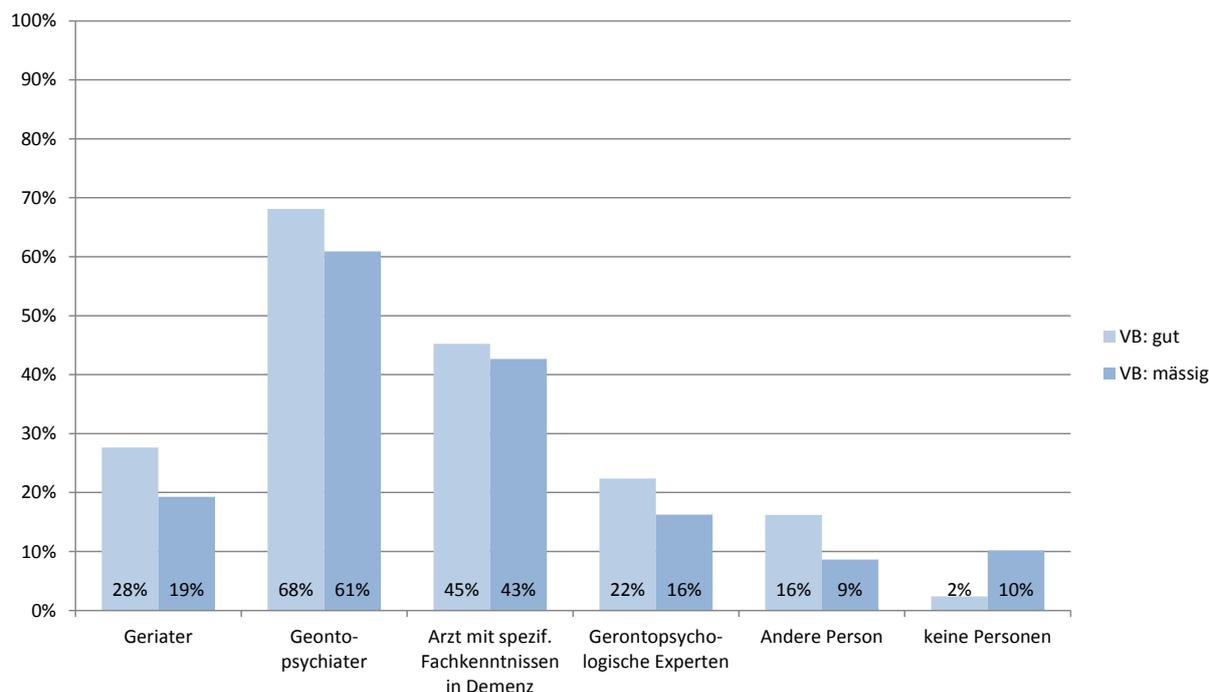


Abbildung 15: Beiziehen von Personen mit Spezialwissen pro Vergleichsgruppe

3.8. Soziale Kontakte (Angehörige und Freiwillige)

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Freiwilligen wurde in den Frageblöcken H und I erhoben. Die Institutionen schätzten auf einem dreistufigen Antwortformat (oft, manchmal, selten/nie) ein, wie häufig sie Angehörige resp. Freiwillige in bestimmte Tätigkeitsbereiche einbeziehen. Die folgenden Tabellen und Abbildungen zeigen jeweils den Anteil der „oft“-Antworten. Mit 57% werden die Angehörigen am häufigsten in die Biografiearbeit einbezogen (vgl. Tabelle 22). Sowohl Angehörige als auch Freiwillige werden vor allem in Beschäftigungen wie Spaziergänge oder Alltagsaktivitäten integriert und weniger für Tätigkeiten der Grundpflege wie Essen eingeben oder Körperpflege. Zwischen den beiden Vergleichsgruppen zeigt sich, dass es im Einbezug Freiwilliger kaum Unterschiede gibt, dass aber die Angehörigen in den Institutionen „VB: gut“ in alle Tätigkeiten häufiger einbezogen werden als in den Institutionen „VB: mässig“ (vgl. Abbildung 16 und 17).

Tabelle 22: Tätigkeiten, in die Angehörige resp. Freiwillige "oft" einbezogen werden

	Angehörige			Freiwillige		
	VB: gut	VB: mässig	Total	VB: gut	VB: mässig	Total
Spaziergänge / Ausflüge	42%	34%	38%	41%	39%	40%
Alltagsaktivitäten	25%	15%	20%	24%	24%	24%
Essen eingeben	13%	8%	10%	5%	3%	4%
Körperpflege	6%	4%	5%	Nicht erfragt		
Biografiearbeit	63%	51%	57%	Nicht erfragt		

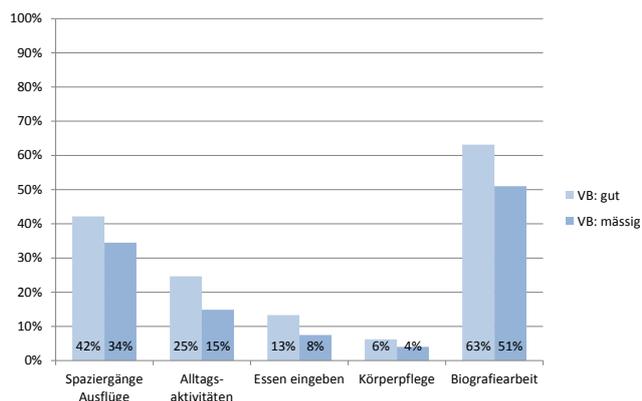


Abbildung 16: Tätigkeiten, in die Angehörigen "oft" einbezogen werden, pro Vergleichsgruppe

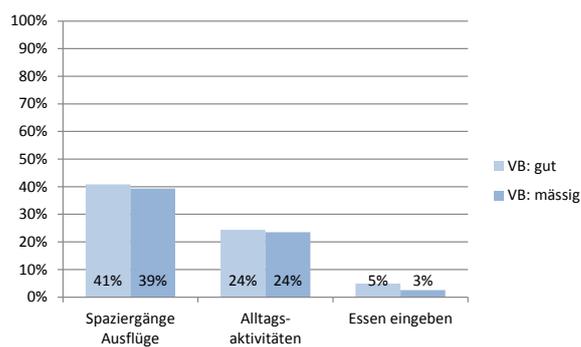


Abbildung 17: Tätigkeiten, in die Freiwillige "oft" einbezogen werden, pro Vergleichsgruppe

Bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen wurde zusätzlich nach der Häufigkeit des Kontaktes gefragt. 66% aller Institutionen geben an, dass ein regelmässiger Kontakt mit den Angehörigen stattfindet. Mit 75% versus 56% sind die Institutionen „VB: gut“ regelmässiger mit den Angehörigen in Kontakt als die Institutionen „VB: mässig“, die in 44% (versus 24%) angeben, unregelmässigen Kontakt zu haben.

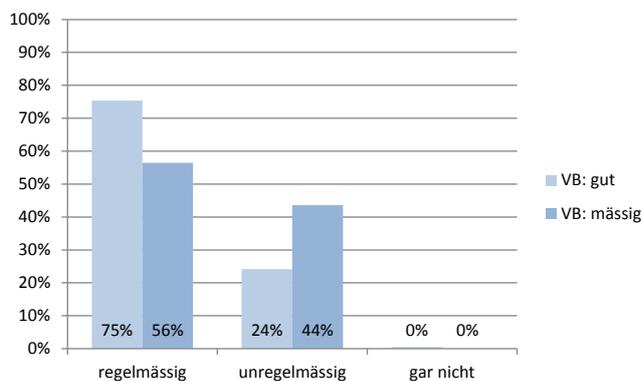


Abbildung 18: Häufigkeit der Besprechungen mit Angehörigen, pro Vergleichsgruppe

3.9. Qualitätssicherung

Im Frageblock F Qualitätssicherung wurde danach gefragt, welche Qualitätssicherungsmethoden bei MmD eingesetzt werden. Im Total geben 14% der Institutionen an, über keine Qualitätssicherungsmethoden für MmD zu verfügen (vgl. Tabelle 23). Die am häufigsten angewendeten Methoden sind mit 75% die Angehörigen- und mit 66% die Bewohnerbefragung. In nur insgesamt 13% der Institutionen wird als Qualitätssicherung die Lebensqualität der MmD erfasst. Insgesamt setzen die Institutionen „VB: gut“ häufiger Qualitätssicherungsmethoden ein als die „VB: mässig“. Bei den interdisziplinären Bewohnergesprächen und Supervision resp. Praxisberatung beträgt die Differenz zwischen den Vergleichsgruppen 20% und 21%.

Tabelle 23: Qualitätssicherungsmethode bei MmD, pro Vergleichsgruppe und im Total

	VB: gut		VB: mässig		Total	
	N	%	N	%	N	%
Erfassung der Lebensqualität (DCM, H.I.L.DE)	38	18%	15	8%	53	13%
Bewohnerbefragung	145	70%	124	62%	270	66%
Angehörigenbefragung	165	79%	141	71%	307	75%
Interdisziplinäre Bewohnergespräche	119	57%	73	37%	193	47%
Supervision/Praxisberatung	97	47%	51	26%	148	36%
Andere	35	17%	11	6%	47	12%
keine Qualitätssicherungsmethode angewandt	17	8%	39	20%	56	14%
Gültige Angaben	208		199		408	
Weiss nicht	4		6		12	

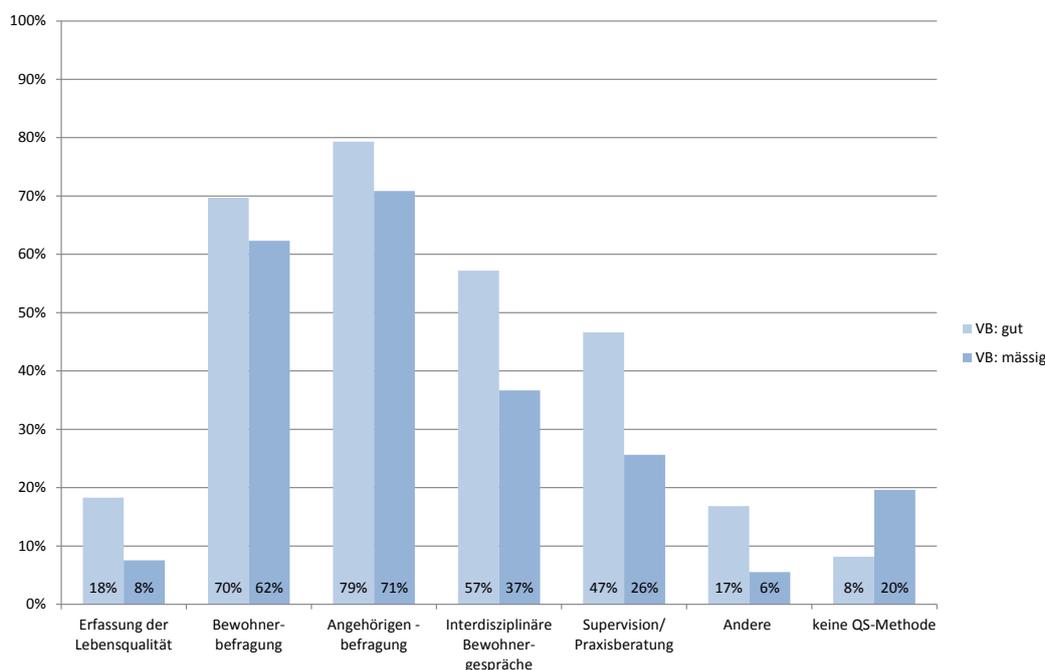


Abbildung 19: Qualitätssicherungsmethoden bei MmD, pro Vergleichsgruppe

3.10. Herausforderungen in der Betreuung von MmD

Im Frageblock K wurden zwei Fragen zu den Herausforderungen in der Betreuung von MmD gestellt. Zuerst mussten die Teilnehmenden auf einer fünfstufigen Antwortskala (sehr klein, eher klein, mittel, eher gross, sehr gross) einschätzen, wie gross oder bedeutungsvoll die 14 vorgegebenen Herausforderungen in der Demenzbetreuung für ihre Institution in den nächsten 5 Jahren sein werden. In der zweiten Frage schätzten die Institutionen ein, wie gut ihre Institution auf diese Herausforderungen vorbereitet ist.

Tabelle 24 und Abbildung 20 zeigen den Anteil der Institutionen, welche die beschriebenen Herausforderungen für ihre Institution in den nächsten fünf Jahren als gross oder sehr gross eingeschätzt haben. Für drei Viertel der Altersinstitutionen in der Schweiz ist das Beschaffen von genügend finanziellen Mitteln für die Demenzbetreuung (76%) sowie das Verfügen über genügend Pflege- und Betreuungspersonal (73%) eine grosse bis sehr grosse Herausforderung. Gut Zwei Drittel der Institutionen schätzen den Anstieg individueller Bedürfnisse von Menschen mit Demenz (67%) als eine grosse, resp. sehr grosse Herausforderung ein. Die grössten Unterschiede zwischen den zwei Vergleichsgruppen „VB: gut“ und „VB: mässig“ liegen in der Einschätzung der baulichen Voraussetzungen für demenzgerechtes Wohnen (Diff. 26%), genügend Pflege- und Betreuungspersonal (Diff. 17%) und im Zusammenleben von Menschen mit und ohne Demenz (Diff. 15%). Die Institutionen „VB: mässig“ stufen die Herausforderungen insgesamt als höher ein als die Institutionen „VB: gut“. Einzig die drei Herausforderungen Zusammenarbeit mit Angehörigen (-5%), Multikulturalität des Personals (-4%) und der Menschen mit Demenz (-5%) werden von der Gruppe „VB: gut“ als höher eingeschätzt.

Tabelle 24: Gross und sehr grosse Herausforderungen in der Betreuung von MmD nach Vergleichsgruppe und im Total

	VB: gut	VB: mässig	Total
Genügend finanzielle Mittel für Demenzbetreuung	73%	79%	76%
Genügend Pflege- und Betreuungspersonal	65%	82%	73%
Anstieg individueller Bedürfnisse von MmD	62%	74%	67%
Fachärztliche Betreuung	53%	65%	59%
Umgang mit Aggressionen und Verhaltensauffälligkeiten von MmD	57%	61%	58%
Zusammenarbeit mit Angehörigen	56%	51%	53%
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	50%	53%	51%
Bauliche Voraussetzungen für demenzgerechtes Wohnen	38%	64%	50%
Zusammenleben zwischen Menschen mit und ohne Demenz	41%	56%	48%
Angemessene Anwendung von Medikamenten	44%	50%	47%
Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen	44%	46%	45%
Multikulturalität des Personals	42%	38%	40%
Vorteilhafte Raumverhältnisse in Zimmern	29%	37%	32%
Multikulturalität der MmD	33%	28%	30%

Abbildung 20 zeigt einen Überblick über alle 14 vorgegebenen Herausforderungen zwischen den Vergleichsgruppen und im Total. Sie sind absteigend nach der Grösse ihrer Bedeutung für alle Institutionen (im Total) dargestellt. Die Säulen entsprechen den Einschätzungen der beiden Vergleichsgruppen „VB: gut“ und „VB: mässig“.

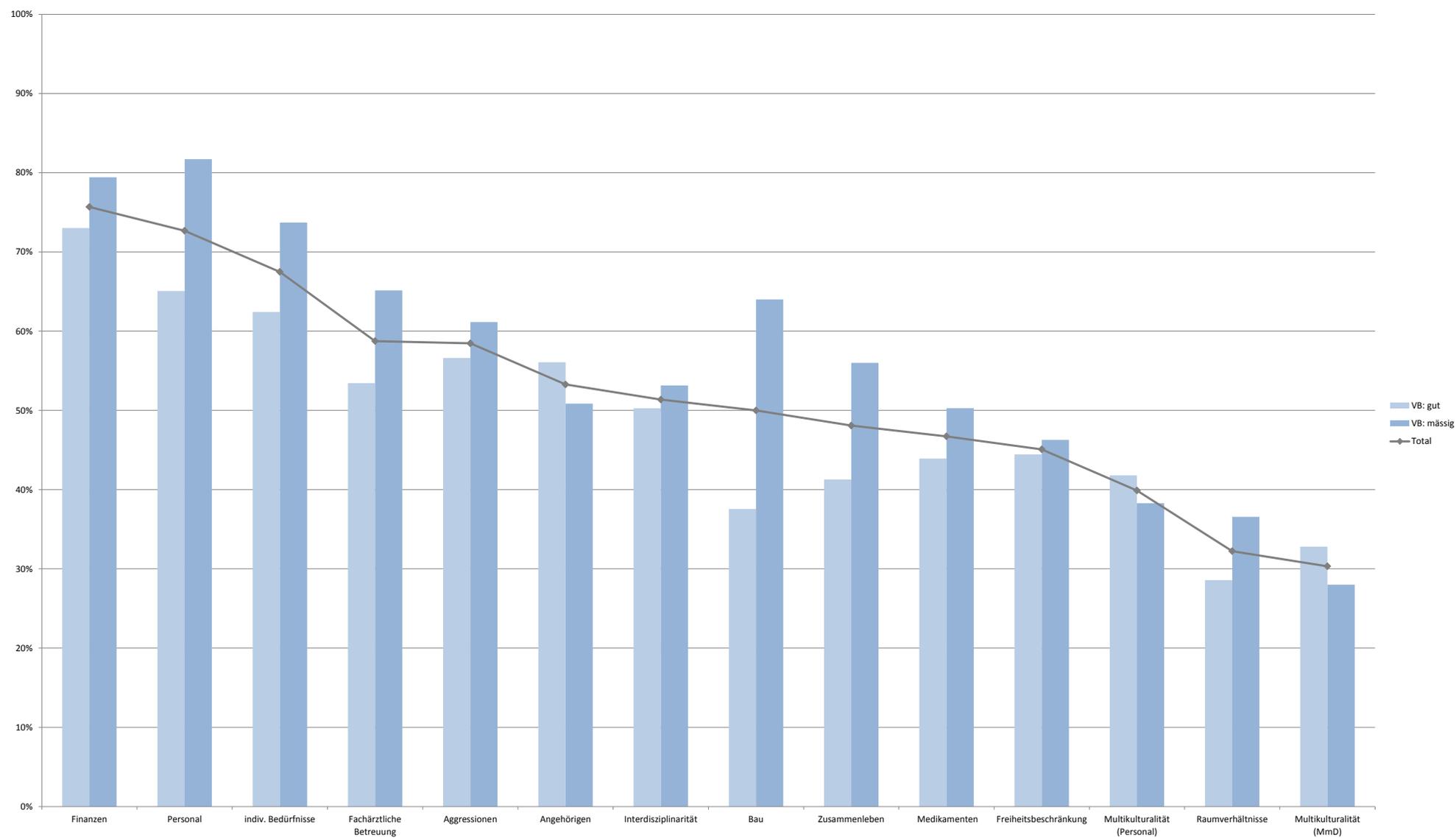


Abbildung 20: Herausforderungen in der Betreuung von Menschen mit Demenz in den nächsten fünf Jahren nach Vergleichsgruppe und im Total

Die beiden Vergleichsgruppen dieser Auswertung („VB: gut“ und „VB: mässig“) wurden nach der Frage „Wie gut ist Ihre Institution auf die anstehenden Herausforderungen in der Demenzbetreuung vorbereitet?“ gebildet. Tabelle 25 und Abbildung 21 zeigen, dass sich rund die Hälfte der Institutionen auf die oben beschriebenen Herausforderungen gut bis sehr gut vorbereitet fühlen. Rund die Hälfte fühlen sich mässig oder schlecht auf die Herausforderungen der Demenzbetreuung in den nächsten fünf Jahren vorbereitet.

Tabelle 25: Vorbereitet-Sein auf die Herausforderungen der Demenzbetreuung in den kommenden fünf Jahren

	Total Institutionen	
	N	%
sehr gut	42	10%
gut	170	41%
mittelmässig	165	40%
schlecht	38	9%
sehr schlecht	2	0%
Gültige Angaben	417	100%
Ungültige Angaben	3	

} Vergleichsgruppe „VB: gut“ (Vorbereitung gut)
 } Vergleichsgruppe „VB: mässig“ (Vorbereitung mässig)

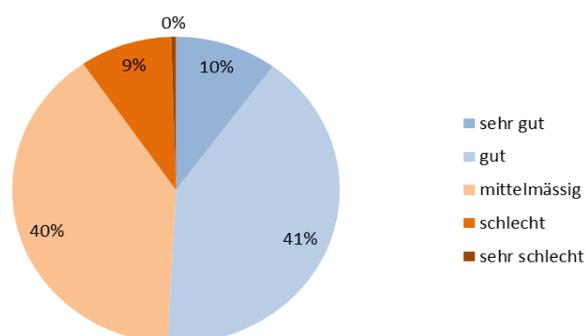


Abbildung 21: Vorbereitet-Sein auf die Herausforderungen der Demenzbetreuung in den kommenden fünf Jahren

3.11. Finanzierung

Eine ausreichende Finanzierung der Demenzbetreuung ist für die befragten Institutionen die grösste Herausforderung der kommenden fünf Jahre (vgl. Kap. 3.10). Im Frageblock J Finanzierung der Betreuungsleistungen wurden die Institutionen nach dem Instrument zur Leistungserfassung und Abgeltung gefragt sowie ob die aktuelle Finanzierung ausreichend ist. Im Weiteren beurteilten sie die Wichtigkeit zusätzlicher Möglichkeiten für die gesicherte Finanzierung der Demenzbetreuung in ihrer Institution.

In den Fragen zum Leistungserfassungsinstrument und zur ausreichenden Finanzierung unterscheiden sich die Institutionen der beiden Vergleichsgruppen wenig. Knapp ein Drittel der Institutionen arbeitet mit RAI. Die Institutionen der „VB: gut“ haben einen leicht höheren Anteil an Plaisir (10% versus 4 %) anstelle von BESA (58% versus 65%) (vgl. Abbildung 22). Im Total geben 69% der Institutionen an, dass die aktuelle Finanzierung der Betreuung von MmD in ihrer Institution gemäss KVG nicht ausreichend ist. 32% der Institutionen aus „VB: gut“ verfügen über eine ausreichende Finanzierung gegenüber von 29% der „VB: mässig“ (vgl. Abbildung 23).

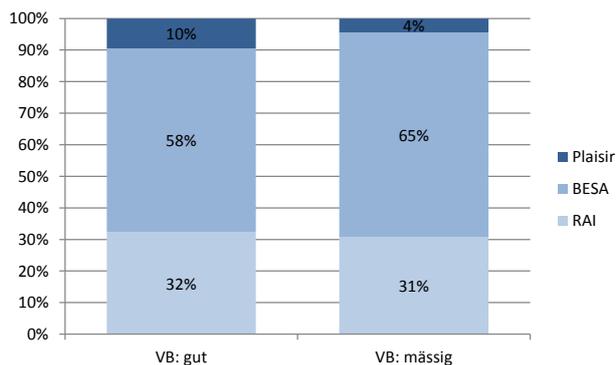


Abbildung 22: Ausreichende Finanzierung für die Demenzbetreuung pro Vergleichsgruppe

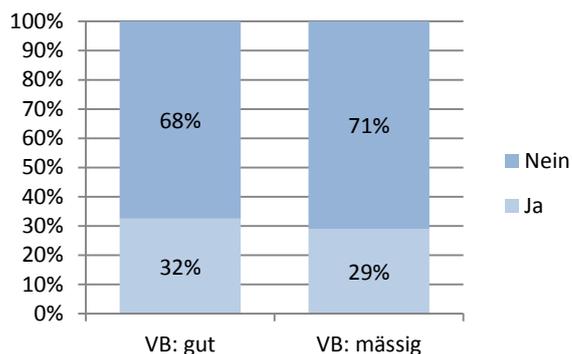


Abbildung 23: Ausreichende Finanzierung für die Demenzbetreuung pro Vergleichsgruppe

Die Institutionen mit unzureichender Finanzierung wurden in der Folge nach den zusätzlichen Möglichkeiten zur Sicherung der Finanzierung gefragt. Auf einer vierstufigen Antwortskala (nicht wichtig – ein wenig wichtig – eher wichtig – sehr wichtig - weiss nicht) schätzten sie die Wichtigkeit folgender zusätzlicher Einnahmemechanismen ein:

- Hotellerie-Zuschlag zulasten der Menschen mit Demenz
- Betreuungszuschlag zulasten der Menschen mit Demenz
- Quersubventionierung über andere Kostenstellen / Abteilungen / Bewohner
- Sponsoring, Gönnerbeiträge
- Anderes

Abbildung 24 zeigt, dass für die Institutionen im Total der Betreuungszuschlag zulasten der MmD mit 63% am wichtigsten ist. Sponsoring und Gönnerbeiträge sind in 15% sehr wichtig. Der Hotelleriezuschlag für MmD wird von den Institutionen „VB: gut“ mit 25% häufiger als sehr wichtig eingeschätzt als für Institutionen „VB: mässig“ (14%).

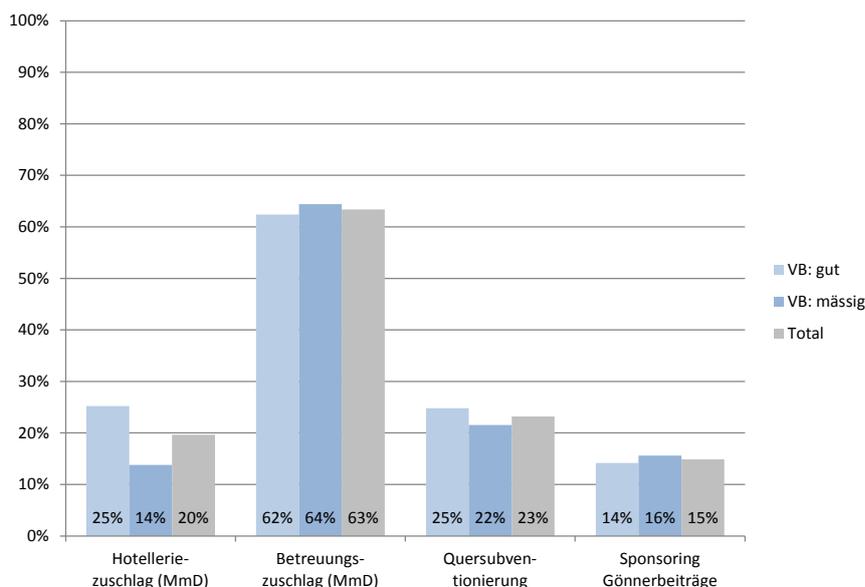


Abbildung 24: Zusätzliche „sehr wichtige“ Finanzierungsmöglichkeiten für die Demenzbetreuung, pro Vergleichsgruppe und im Total

4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Zusammenfassende Situationsanalyse zu Strukturen

Entsprechend der Umfragebeteiligung besteht die Stichprobe knapp zur Hälfte aus kleinen Institutionen (<50 Bewohnerplätze), zu zwei Fünfteln aus mittleren Institutionen (50-120 Bewohnerplätze) und nur zu einem Fünftel aus grossen Institutionen (>120 Bewohnerplätze). Bei einem Drittel aller Institutionen ist eine Stiftung die Trägerschaft, gefolgt von Gemeinden, Vereinen und AG's.

Über alle Institutionen wird der Anteil der Menschen mit Demenz auf knapp die Hälfte aller Bewohnenden geschätzt. Bei zwei Fünfteln davon wird von einer schweren Demenz, bei je einem Drittel von einer mittelgradigen bzw. leichten Demenz ausgegangen. Jeder sechste demenzkranke Bewohner zeigt psychopathologische Verhaltensauffälligkeiten.

Die Menschen mit Demenz werden in zwei Dritteln aller Institutionen in gemischten Abteilungen betreut. Ein Viertel der Institutionen verfügt sowohl über eine spezifische Demenzabteilung als auch über eine gemischte Abteilung. Ein Zehntel der Institutionen verfügt ausschliesslich über eine demenzspezifische Abteilung. Unabhängig von der Wohnform verfügen fast alle Institutionen über 1-Bett-Zimmer, gut die Hälfte der Institutionen haben auch das 2-Bett-Zimmer im Angebot und ein Zehntel verfügt über Mehrbett-Zimmer.

Stärken und Defizite in den Strukturen

Es zeigt sich, dass die grösseren Institutionen mit grösserem Einzugsgebiet und nicht gemeindeverwalteten Trägerschaften sich tendenziell besser auf die zukünftigen Herausforderungen in der Betreuung von MmD vorbereitet fühlen. Daraus kann nicht geschlossen werden, dass kleinere, ländlichere Einrichtungen für die Betreuung von MmD ungeeigneter wären. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die kleineren Institutionen weniger finanzielle Ressourcen haben, um z.B. bauliche Voraussetzungen für das Wohnen von MmD zu schaffen oder um ihr Personal spezifisch weiterzubilden. Weiter könnte sich die Personalknappheit im Pflegebereich in ländlichen Regionen noch stärker auswirken als in stadtnahen Gebieten. Dies bedeutet, dass in Zukunft diesen Einrichtungen in Bezug auf die Verbesserung ihrer Möglichkeiten zur Betreuung von MmD besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

Einrichtungen, die sich gut auf die zukünftigen Herausforderungen in der Betreuung von MmD vorbereitet fühlen, sind bereits heute tendenziell eher Einrichtungen spezifisch für MmD oder Einrichtungen, die über eine spezialisierte Abteilung für MmD verfügen. Daraus folgt, dass der grösste Handlungsbedarf in Institutionen mit aktuell ausschliesslich integrativer Wohnform besteht. Was daraus nicht folgt, ist, dass integrative Wohnformen grundsätzlich für die Betreuung von MmD nicht geeignet wären. Sicherlich ergeben sich bei dieser Wohnform Schwierigkeiten, die bei segregativen Wohnformen entfallen. Wie die Literatur zeigt, sind gerade für Menschen mit einer mittelschweren Demenz segregative Wohnformen in der Hinsicht zu bevorzugen, als dass sie den Menschen mehr Freiheit und Freiraum gewähren können durch v.a. bauliche und gestalterische Massnahmen. Der o.g. Befund kann aber auch ein Zeichen dafür sein, dass die Sensibilisierung für die spezifischen Bedürfnisse von MmD in Einrichtungen mit ausschliesslich integrativer Wohnform bisher nicht ausreichend war und dass über entsprechende Sensibilisierungsmassnahmen und Weiterbildungen schon viel erreicht werden könnte, auch wenn nicht in jedem Fall die parallele Führung von integrativen und segregativen Wohnformen möglich sein wird.

Zusammenfassende Situationsanalyse zu Ressourcen

Die personellen Ressourcen für die Betreuung und Pflege der Menschen mit Demenz bestehen über alle Institutionen in knapp zwei Dritteln des Gesamtpersonals. Von diesem Betreuungs- und Pflegepersonal ist fast die Hälfte Assistenzpersonal und je knapp ein Viertel auf Tertiär- bzw. Sekundarstufe II ausgebildetes Personal.

Bei den baulichen Merkmalen der gemeinsamen Wohn- und Aufenthaltsbereiche liegen die grössten Ressourcen darin, dass zwei Drittel der Institutionen über grosszügige Fenster mit Aussicht verfügen, etwas weniger über eine gute Beleuchtung und uneingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten in diesen Bereichen. Nicht einmal die Hälfte der Institutionen verfügt nach eigener Einschätzung über grosszügige Platzverhältnisse im gemeinsamen Wohn- und Aufenthaltsbereich. Bei den gestalterischen Merk-

malen der gemeinsamen Wohn- und Aufenthaltsbereiche liegt die über alle Institutionen gesehen grösste Ressource im Angebot verschiedener Orientierungsmöglichkeiten (z.B. Uhr, Kalender), das in immerhin etwas mehr der Hälfte der Institutionen vorhanden ist. In etwas weniger als der Hälfte der Institutionen bestehen Möglichkeiten zu demenzspezifischer Alltagsgestaltung (z.B. gemeinsames Kochen, Singen, Gymnastik). Nur noch in gut bzw. knapp einem Drittel der Institutionen sind Therapie-tiere bzw. Anregungsmöglichkeiten (z.B. Gegenstände zum Tasten/Fühlen, Bilder) vorhanden.

Die medizinische und psychiatrische Betreuung wird in der Hälfte der Institutionen durch das Hausarztmodell geleistet, in gut einem Drittel der Institutionen durch eine Kombination von Haus- und Heimarztmodell und in nur gut einem Zehntel der Institutionen durch das Heimarztmodell alleine. Bei Bedarf an Personen mit Spezialwissen wird in zwei Dritteln der Institutionen ein Gerontopsychiater konsultiert, in der Häufigkeit gefolgt von Ärzten mit spezifischen Fachkenntnissen in Demenz, Geriater und Gerontopsychologe.

Als soziale Ressourcen ausserhalb der Institutionen werden Angehörige und Freiwillige einbezogen in Beschäftigungen wie Spaziergänge oder Alltagsaktivitäten, Angehörige zusätzlich in die Biografiearbeit. Zwei Drittel der Institutionen geben an, mit den Angehörigen in regemässigem Kontakt zu stehen.

Stärken und Defizite in den Ressourcen

In den Ressourcen werden von den Institutionen die grössten Herausforderungen für die zukünftige Betreuung der MmD gesehen.

Fast vier Fünftel aller Institutionen sehen in der zukünftigen Finanzierung der Demenzbetreuung eine grosse bis sehr grosse Herausforderung. So geben gut zwei Drittel der Institutionen an, dass die aktuelle Finanzierung der Betreuung von Menschen mit Demenz für sie gemäss KVG nicht ausreichend sei. Möglichkeiten zur zukünftigen Sicherung der Finanzierung sehen sie ein erster Linie in der Erhebung von Betreuungszuschlägen zulasten der Menschen mit Demenz. Weitere Möglichkeiten werden in der Erhebung von Hotelleriezuschlägen zulasten der Menschen mit Demenz sowie in der Quersubventionierung gesehen.

Fast ebenso viele Institutionen sehen in der zukünftigen Verfügbarkeit der notwendigen personellen Ressourcen für Pflege und Betreuung der Menschen mit Demenz eine grosse bis sehr grosse Herausforderung.

Fast zwei Drittel der Institutionen sehen in der zukünftigen Gewährleistung der fachärztlichen Betreuung eine grosse bis sehr grosse Herausforderung.

Entsprechend den als eher gering eingeschätzten Ressourcen in den baulichen Merkmalen der gemeinsamen Wohn- und Aufenthaltsbereiche werden die adäquaten baulichen Voraussetzungen für demenzgerechtes Wohnen von der Hälfte der Institutionen als grosse bis sehr grosse Herausforderung wahrgenommen.

Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, dass auf Ressourcenebene in der Demenzbetreuung in mehrfacher Hinsicht Herausforderungen und damit Handlungsbedarf für die Zukunft bestehen. Dies trifft in besonderem Mass auf Institutionen zu, die sich nur mässig auf die zukünftige Betreuung von MmD vorbereitet fühlen, aber auch in nicht unerheblichem Mass auf Institutionen, die sich generell gut auf die zukünftigen Herausforderungen in der Betreuung von MmD vorbereitet fühlen.

Zusammenfassende Situationsanalyse zu Methoden

Insgesamt verfügen über die Hälfte aller Institutionen über ein spezifisches Konzept für die Betreuung von Menschen mit Demenz. Die innerhalb dieser Konzepte am häufigsten angewandten Methoden und Ansätze sind mit einem Anteil von je über vier Fünfteln die Validation und die Kinästhetik. In knapp drei Viertel der Institutionen werden aktivierende Therapien (z.B. Mal-/Musik-/Bewegungstherapie) angeboten. In zwei Dritteln der Institutionen wird Biografiearbeit gemacht, mit gleicher Häufigkeit Gedächtnistraining, in gut der Hälfte basale Stimulation. Entsprechend dieser am häufigsten vertretenen Ansätze und Methoden wird auch das Personal weitergebildet. Am häufigsten werden interne und / oder externe Weiterbildungen zu den Themen Grundwissen zu Demenz, Kinästhetik, Validation, basale Stimulation und Biografiearbeit angeboten. Nicht-Pflege- und Betreuungspersonal wird hauptsächlich in kurzen Weiterbildungen geschult, die vom Pflegepersonal mit tertiärer

und Sekundarstufe II Ausbildung besuchten Weiterbildungen sind zu einem grösseren Anteil längere, über 20 Tage dauernde Weiterbildungen.

Als Methode des Weglaufschutzes werden in der Hälfte der gemischten Abteilungen GPS oder mobile Ortungsgeräte eingesetzt. Die spezifischen Abteilungen sind zu vier Fünftel auf Abteilungsebene gesichert, zwei Drittel der Aussenräume sind gesichert. Sicherung auf Hausebene und individueller Weglaufschutz findet sich in je einem Drittel der spezifischen Abteilungen.

In der Qualitätssicherung sind die am häufigsten angewandten Methoden die Angehörigenbefragung (drei Viertel der Institutionen) und die Bewohnerbefragung (zwei Drittel der Institutionen). In der Hälfte der Institutionen werden interdisziplinäre Bewohnerbefragungen durchgeführt. Alle anderen Methoden der Qualitätssicherung haben eine geringe Bedeutung, gerade die Lebensqualität der Menschen mit Demenz wird in nur gut einem Zehntel der Institutionen erhoben.

Insgesamt zeigen diese Ergebnisse zu den Methoden in der Betreuung der Menschen mit Demenz, dass eine Sensibilisierung für die spezifischen Bedürfnisse der MmD in vielen Institutionen erfolgt ist und versucht wird, diesen Bedürfnissen entsprechende Konzepte und Methoden anzuwenden und auch das Personal entsprechend auszubilden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf einigen wenigen bekannteren Konzepten. Allerdings gibt es auch noch eine nicht zu vernachlässigende Anzahl von Institutionen, die MmD ohne konzeptuellen Hintergrund und ohne spezifische Methoden und Ansätze betreuen.

Stärken und Defizite in den Methoden

In den Institutionen, die sich gut auf die zukünftigen Herausforderungen in der Betreuung von MmD vorbereitet fühlen, wird tendenziell häufiger nach konzeptuellen Grundlagen gearbeitet, es besteht ein breiteres Repertoire an demenzspezifischen Ansätzen und Methoden und auch das Personal ist entsprechend in einem breiteren Spektrum an demenzspezifischen Themen weitergebildet.

In Bezug auf den Weglaufschutz bestehen einzig hinsichtlich der Sicherung der Garten- und Terrassenanlagen Unterschiede zwischen den gut und den mässig vorbereiteten Institutionen in dem Sinn, dass die Sicherung in den gut vorbereiteten Institutionen besser ist.

Ebenso verfügen die gut auf die zukünftige Betreuung von MmD vorbereiteten Institutionen häufiger über Methoden der Qualitätssicherung.

Die Schlussfolgerungen für die Stärken und Defizite in den Methoden sind deckungsgleich mit den Schlussfolgerungen für die Ressourcen: Es bestehen in quantitativer und qualitativer Hinsicht Herausforderungen und damit Handlungsbedarf für die Zukunft in Bezug auf die Methoden. Dies trifft in besonderem Mass auf Institutionen zu, die sich nur mässig auf die zukünftige Betreuung von MmD vorbereitet fühlen, aber auch in nicht unerheblichem Mass auf Institutionen, die sich generell gut auf die zukünftigen Herausforderungen in der Betreuung von MmD vorbereitet fühlen.

5. Autoren und Sponsoren

Autoren:

Biagio Saldutto, lic. phil. I, QUALIS evaluation GmbH
Prof. Dr. Stefanie Becker, Berner Fachhochschule, Institut Alter
Anita Imhof, ZFH Psychologie, QUALIS evaluation GmbH

Erweiterte Studienprojektgruppe:

Nicole Gadiant, Schweizerische Alzheimervereinigung
Eliane Kraft, Ecoplan
Birgitta Martensson, Schweizerische Alzheimervereinigung
Dr. Jean-Luc Moreau, Kompetenzzentrum Demenz Oberried
Christoph Schmid, CURAVIVA Schweiz

Projektpartner / Projektförderer:

CURAVIVA Schweiz
Schweizerische Alzheimervereinigung

Kontaktadressen:

QUALIS evaluation GmbH

lic. phil. I Biagio Saldutto
Binzstrasse 18
8045 Zürich
saldutto@qualis-evaluation.ch

Berner Fachhochschule, Institut Alter

Prof. Dr. Stefanie Becker
Schwarztorstr. 48
3007 Bern
stefanie.becker@bfh.ch

Folgende Sponsoren haben diese Umfrage mit einem Beitrag unterstützt:

Sage AG
Lobos Informatik / Repa AG, Coffee Systems

Zürich, im März 2013