

Best-Practice- Demenzstrategie

Teil A – Recherche Demenzstudie

Durchgeführt im Auftrag des Fonds Soziales Wien



Zuletzt aktualisiert am
08.08.2024

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	5
1.1.	Kontext und Zielsetzung	5
1.2.	Auswahl der Best-Practice-Städte	5
1.2.1.	Best-Practices aus der Literaturrecherche	5
1.2.2.	Übertragbarkeit auf Wien	5
1.2.3.	Emergente Kriterien im Abstimmungsprozess	10
1.2.4.	Darstellung der Recherchemethode	11
2.	MANAGEMENT SUMMARY	15
2.1.	Herausforderung 1: Von der Strategie zur Umsetzung kommen	15
2.2.	Herausforderung 2: Einbindung von Akteur:innen und Betroffenen sinnvoll gestalten	16
2.3.	Herausforderung 3: Ganzheitliche Verbesserung für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen – voneinander lernen	17
3.	ERGEBNISDARSTELLUNG UND –DISKUSSION	18
3.1.	Interviews mit Expert:innen	18
3.2.	Kurzportraits der Sozial- und Gesundheitsversorgung der Best-Practice-Demenzstrategien	19
3.2.1.	Hamburg	19
3.2.2.	Oslo	20
3.2.3.	Großbritannien	20
3.2.4.	Glasgow	21
3.2.5.	Manchester	22
3.3.	Demenzstrategien im Vergleich	22
3.3.1.	Hamburg	22
3.3.2.	Struktureller Aufbau	22
3.3.3.	Handlungsfelder und Ziele	23
3.3.4.	Akteur:innen	23
3.3.5.	Finanzierung und Monitoring	25
3.3.6.	Prävention und Bewusstseinsbildung	25
3.3.7.	Herausforderungen	26
3.4.	Oslo	26
3.4.1.	Struktureller Aufbau	26
3.4.2.	Handlungsfelder und Ziele	27
3.4.3.	Akteur:innen	27
3.4.4.	Finanzierung und Monitoring	28
3.4.5.	Prävention und Bewusstseinsbildung	28
3.4.6.	Besonderheiten	29
3.4.7.	Herausforderungen	29
3.5.	3.3.3 Glasgow	29
3.5.1.	Struktureller Aufbau	30
3.5.2.	Handlungsfelder und Ziele	30
3.5.3.	Akteur:innen	31
3.5.4.	Finanzierung und Monitoring	31

3.5.5.Prävention und Bewusstseinsbildung	31
3.5.6.Besonderheiten	31
3.5.7.Herausforderungen	32
3.6. 3.3.4 Manchester	32
3.6.1.Struktureller Aufbau	33
3.6.2.Handlungsfelder und Ziele	33
3.6.3.Akteur:innen	33
3.6.4.Finanzierung und Monitoring	34
3.6.5.Prävention und Bewusstseinsbildung	35
3.6.6.Besonderheiten	35
3.6.7.Herausforderungen	35
3.7. Angebote und Maßnahmen im Fokus	37
4. ERGEBNISSE DES PEER-LEARNING WORKSHOPS	42
4.1. Wie lässt sich eine Demenzstrategie umsetzen? Von der Vision zu konkreten Maßnahmen...	42
4.1.1.Wie wurden die Ziele bzw. Handlungsfelder der Strategie formuliert?	42
4.1.2.Wie wurden konkrete (messbare) Ziele zur Strategie entwickelt?	42
4.1.3.Wie kann das Monitoring einer Strategie gelingen?	43
4.2. Mit wem werden die Maßnahmen implementiert?	43
4.2.1.Wie arbeiten verschiedene Akteur:innen bei der Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen zusammen?	43
4.2.2.Wer sind die Akteur:innen? Wie können diese identifiziert werden?	44
4.3. Wie kann die Beteiligung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen sichergestellt werden im Hinblick auf...?	45
4.3.1.... Gesellschaftliche Teilhabe	45
4.3.2....Kontinuierliche Begleitung	45
4.3.3....Teilhabe an der Strategieentwicklung und Monitoring	46
5. FAZIT UND EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WIENER DEMENZSTRATEGIE UND VERSORGUNG	46
5.1. Herausforderung 1: Von der Strategie zur Umsetzung kommen	47
5.1.1.Konkrete Pläne zur Operationalisierung von Strategien gemeinsam mit Umsetzenden und Betroffenen erarbeiten	47
5.1.2.Finanzierung von Maßnahmen so gut wie möglich sicherstellen	47
5.1.3.Monitoring zielgerichtet gestalten	47
5.2. Herausforderung 2: Einbindung von Akteur:innen und Betroffenen sinnvoll gestalten	48
5.2.1.Niederschwellige Zusammenarbeit mit Betroffenen und ihren Angehörigen	48
5.2.2.Partizipation von Menschen mit Demenz entsprechend ihrer Lebensrealität gestalten	48
5.2.3.Partizipation von Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen im Fokus haben	48
5.2.4.Top-Down und Bottom-Up Ansätze bei der Einbindung von Akteur:innen und Stakeholder:innen kombinieren	49
5.3. Herausforderung 3: Ganzheitliche Verbesserung für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen – von anderen lernen	49
5.3.1.Verbesserte Diagnostik und Datenmanagement	49
5.3.2.Ausbau von Case Management und schneller Beratung nach Diagnose	50
5.3.3.Hilfreiche Tools und Protokolle etablieren und nutzen	50
5.3.4.Demenzfreundliche Stadt(planung)	50

6.	REFERENZEN	51
6.1.	Literaturverweise	51
7.	ANNEX: GESPRÄCHSLEITFÄDEN	53
7.1.	Leitfäden mit Expert:innen	53
7.1.1.	Interview mit Prof. Dr. Elisa Pozo Menéndez	53
7.1.2.	Interview mit Prof. Dr. René Thyrian	53
7.2.	Leitfaden in Städten	54
7.2.1.	Einführung und Entwicklung der Strategie	54
7.2.2.	Sensibilisierung, Prävention und Einbeziehung	54
7.2.3.	Spezifische Programme	54
7.2.4.	Verbesserungen und Zukunftsausblick	54

1. Einleitung

1.1. Kontext und Zielsetzung

Im Frühjahr 2022 veröffentlichte Wien die Wiener Demenzstrategie, dessen Entwicklung der Fonds Soziales Wien (FSW) – Wien für Senior:innen koordiniert hat. Ziel und Idee der Strategie werden mit „Ein gutes Leben mit Demenz. Gemeinsam. In einer solidarischen Gesellschaft.“ zusammengefasst. Neben der Koordination der Entwicklung der Wiener Demenzstrategie ist der FSW auch für ihre Implementierung verantwortlich.

Vor diesem Hintergrund möchte der FSW von den Erfahrungen anderer, vergleichbarer Städte in Europa lernen, wie nationale oder regionale Demenzstrategien dort entwickelt und umgesetzt wurden. Das Ziel des vorliegenden Berichts ist es daher, die Demenzstrategien und deren Umsetzung in den Städten Hamburg, Oslo, Glasgow und Manchester darzustellen, um daraus wichtige Erkenntnisse und übertragbare Empfehlungen für die Koordinierung und Umsetzung der Wiener Demenzstrategie abzuleiten.

1.2. Auswahl der Best-Practice-Städte

Die Auswahl der Best-Practice-Städte Hamburg, Oslo, Glasgow und Manchester fand schrittweise und in enger Abstimmung zwischen dem FSW und dem ZSI statt. Dazu wurden drei „Sets“ an Kriterien herangezogen, die nun dargestellt werden: 1) Best-Practice-Beispiele aus der Literatur, 2) Übertragbarkeit auf Wien, 3) Emergente Kriterien, die im Laufe des Abstimmungsprozesses zwischen FSW und ZSI deutlich wurden.

1.2.1. Best-Practices aus der Literaturrecherche

Dazu wurde zunächst eine Literaturrecherche durchgeführt, die wissenschaftliche Artikel zu den Themen Demenz, Demenzstrategien und Demenzversorgung, das Alzheimer Year und den Global Coalition of Aging Report umfasste. Ziel war es, Länder und Städte zu identifizieren, die als gute Beispiele in Bezug auf Demenzversorgung und Demenzstrategien beschrieben werden. Auf Grund der Literaturrecherche kamen Deutschland, Schottland, Niederlande, Norwegen, Schweiz, Spanien und England als best-practice Beispielländer in Frage. Übrige europäische Länder entwickelten zwar auch Demenzstrategien, wurden in der wissenschaftlichen und anderen Literatur jedoch nicht als Vorreiterländer im Bereich Demenz erwähnt.

1.2.2. Übertragbarkeit auf Wien

Um aus diesen Ländern vier Best-Practice-Städte auszuwählen, wurden in Anlehnung an das Lastenheft des FSW weitere Kriterien herangezogen. Ein wichtiges Kriterium war eine ähnliche Größe bzw. Einwohnerzahl wie Wien sowie, dass die Best-Practice-Städte schon auf einige Jahre Erfahrung bei der Implementierung von Demenzstrategien zurückblicken können. In die nähere Auswahl kamen somit die Städte Hamburg, Glasgow, Amsterdam, Oslo, Zürich, Barcelona und Manchester.

Darüber hinaus sollten die ausgewählten Städte Ähnlichkeiten in Bezug auf Föderalismus, die Klassifikation des Gesundheitssystem und die Organisation der Langzeitpflege aufweisen. Die folgende Tabelle gibt daher einen Überblick über Ähnlichkeiten und Unterschiede der schlussendlich ausgewählten Länder im Hinblick auf diese Kriterien.

Land (Stadt)	Einwohnerzahl der Städte	Föderalismus	Gesundheitsvorsorge	Organisation der Langzeitpflege			Demenzstrategie
				Langzeitpflege-Klassifikation nach der EU (Pavolini 2021)	LTC-System	Pflegedienstleistung	
Österreich (Wien)	2 Mio.	Ja (parlamentarische Republik)	Bismarck	starke staatliche Intervention, primär durch monetäre Transferleistungen	steuerfinanziertes Pflegegeld in 7 Pflegestufen; formale Pflegedienstleistungen werden durch Bundesländer finanziert	85% der Pflegebedürftigen erhalten Pflege daheim; 55% durch informell Pflegende und 45% durch formell und informell Pflegende	lokal und national
Deutschland (Hamburg)	1,8 Mio.	Ja (p.R.)	Bismarck	starke staatliche Intervention, primär durch monetäre Transferleistungen	Versicherungsprinzip (deckt nicht alle Kosten, z.B. Zuzahlung in der stationären Pflege)	mehrheitlich private Anbieter; 2019 erhalten 80% der zu Pflegenden Pflege zu Hause, mehr als die Hälfte (51%) werden allein von Angehörigen gepflegt (Jahr 2021) ¹	national

¹ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2726/umfrage/pflegebeduerftige-nach-art-der-versorgung-und-pflegestufe/>

Land (Stadt)	Einwohnerzahl der Städte	Föderalismus	Gesundheitsvorsorge	Organisation der Langzeitpflege			Demenzstrategie
				Langzeitpflege-Klassifikation nach der EU (Pavolini 2021)	LTC-System	Pflegedienstleistung	
Schottland (Glasgow City)	640.000	Nein	Beveridge	starke staatliche Intervention ² , primär durch Dienstleistungen	dezentral organisiert, steuerfinanziert, mit tw. hohen Bedarfen der Eigenfinanzierung, öffentliche Zahlungen an zu Pflegende sind einkommensabhängig	Pflegeheime spielen größere Rolle als in England ³ ,	lokal und national
England (Greater Manchester⁴)	2,8 Mio.	Ja	Beveridge	starke staatliche Intervention ⁵ , primär durch Dienstleistungen	dezentral organisiert, steuerfinanziert, mit tw. hohen Bedarfen der Eigenfinanzierung, öffentl. Zahlungen an zu Pflegende einkommensabhängig	2017 hat der private Sektor (gemeinnützig und gewinnorientiert) 78% der Pflegeplätze für LTC und 86% der Pflegeheimplätze	lokal und national
Norwegen (Oslo)	700.000, (1,5 Mio. im Großraum Oslo)	Nein	Beveridge	sehr starke staatliche Intervention ⁶ , primär durch Dienstleistungen	dezentrales Pflegesystem, Regionen verwalten und stellen Leistungen bereit, wichtige Rolle der lokalen Gemeinden	weniger Fokus auf Pflege daheim und höherer Anteil stationärer Pflege	lokal und national

² Ca. 2% des BIP

³ <https://www.russellsage.org/sites/all/files/Wolf:LTC/Wolf:Universal-LTC:Chapter-5.pdf>

⁴ Zahlen für die Stadtregion City Manchester nicht vorhanden

⁵ Ca. 2% des BIP

⁶ Ca. 2% des BIP

Langzeitpflege-Systeme sind hoch komplex und unterscheiden sich mitunter stark zwischen den Ländern der Europäischen Union in der Art ihrer Regulierung, Ausgestaltung, Kompetenzverteilung zwischen unterschiedlichen politischen Ebenen, Finanzierung und historischen Genese. Die oben ausgewählten Länder hinsichtlich ihrer Pflegesysteme zu vergleichen ist demnach herausfordernd, zumal auch innerhalb der Ländergrenzen regionale Unterschiede bestehen.

Wir orientieren uns daher an bestehenden Klassifikationen von Langzeitpflegesystemen. In dem Bericht „Long-term care social protection models in the EU“ der Europäischen Kommission werden die Langzeitpflegesysteme der EU-Länder anhand von zwei Indikatoren unterschieden (European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. 2022):

1. Die öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege in Prozent des BIP als Indikator für die Stärke der staatlichen Intervention in das Langzeitpflegesystem. Im Bericht wird zwischen begrenzter (0,4% des BIP), milder (0,8% des BIP), starker (1,7% des BIP) oder sehr starke (3,5% des BIP) staatliche Intervention unterschieden.
2. Die öffentlichen Ausgaben für Geldleistungen in Prozent der gesamten öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege. Dieser Indikator zeigt an, ob im jeweiligen Langzeitpflegesystem monetäre Transferleistungen oder die Bereitstellung von Sozial- und Pflegediensten vorherrschend ist.

Österreich und Deutschland werden dem Modell „starke staatliche Intervention, primär durch monetäre Transferleistungen zugerechnet“. Die Ausgaben für Langzeitpflege betragen 1,7%⁷ des BIP in Österreich und 1,5% Prozent des BIP in Deutschland⁸.

Aufgrund sehr hoher Staatsausgaben (3,7% ihres BIPs)⁹ und dem breiten Mix an öffentlich organisierter Pflegedienstleistungen, kann auch Norwegen dem Cluster „sehr starke staatliche Intervention, primär durch die Bereitstellung von Pflegedienstleistungen“ zugerechnet werden. Mit Ausgaben für Langzeitpflege von rund 2,5% des BIP und der Dominanz von Sach- und Dienstleistungen¹⁰ kann das Vereinigte Königreich (und damit Schottland und England) dem Cluster „starke staatliche Intervention, primär durch Dienstleistungen“ zugerechnet werden.

Den ausgewählten Ländern ist daher gemein, dass sie einen – im europäischen Vergleich – großen Anteil ihres BIP in Langzeitpflege investieren. Während Deutschland das – ähnlich wie Österreich – primär durch monetäre Transferleistungen tut, spielt die Bereitstellung von öffentlichen Sozial- und Pflegediensten in Norwegen und UK eine wichtige Rolle.

1.2.3. Emergente Kriterien im Abstimmungsprozess

Neben der wissenschaftlichen Einschätzung der Demenzstrategien und den Kriterien aus dem Lastenheft, haben sich im Abstimmungsprozess mit dem FSW weitere Elemente von Best-Practices möglicher Demenzstrategien herauskristallisiert. Erstens war es wichtig, dass die Städte einen inklusiven Absatz bei ihren Demenzangeboten verfolgen. Dem Verständnis von inklusiven Demenzangeboten steht beispielsweise das Projekt in den Niederlanden namens Hogeweyk gegenüber, das zwar positiv in der Literatur erwähnt wird, jedoch eher dezentral und exklusiv im Hinblick auf gesamtgesellschaftlicher Teilhabe organisiert ist. Zweitens waren die Auftraggeber:innen an Städten interessiert, die ähnliche Vernetzungsstrukturen bzw. eine Plattform zur Vernetzung wie die Plattform „Demenzfreundliches Wien“ etabliert haben.

⁷ <https://ooe.arbeiterkammer.at/service/presse/grafiken/Grafik--Langzeitpflege.html>

⁸ <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Deutschland-bei-Langzeitpflege-Ausgaben-im-Mittelfeld-406602.html>

⁹ <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/cb584fa2-en/index.html?itemId=/content/component/cb584fa2-en>

¹⁰ <https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/care--support/rb:aug18:international:comparison:of:social:care:funding:and:outcomes.pdf>

Auf Grund der Größe, Übertragbarkeit auf Wien und dem Grundverständnis von inklusiven Demenzangeboten, fiel die Entscheidung auf die vier Städte Hamburg, Oslos, Glasgow und Manchester. Glasgow hat zwar signifikant weniger Einwohner:innen als Wien, jedoch wurde in Absprache mit dem FSW entschieden, dass sie durch die positive Resonanz der Stadt in der Literatur in die Recherche miteinbezogen wird.

1.2.4. Darstellung der Recherchemethode

In einem ersten Schritt wurden **online verfügbare Informationen** wie Dokumente, Broschüren und Webseiten zu den nationalen bzw. städtischen Demenzstrategien recherchiert. Darüber hinaus wurden Angebote, die sich an Menschen, die mit Demenz leben und deren Angehörige richtet recherchiert. Diese Informationen wurden in den vom FSW zur Verfügung gestellten Tabellen aufbereitet.

In den ausgewählten Städten wurden anschließend jene Organisationen identifiziert, die für die Entwicklung und Implementierung der Demenzstrategie verantwortlich sind oder die zentrale Angebote der Demenzversorgung stellen. Insgesamt wurden **12 Interviews** mit je 1-2 Expert:innen pro Institution durchgeführt, die durchschnittlich eine Stunde dauerten. Interviewt wurden neben den Expert:innen auf der regionalen Ebene auch Expert:innen der nationalen Ebene (Abb. 2).

Abb.2: Interviewte Institutionen

Hamburg	Oslo	Glasgow	Manchester
Hamburgerische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.	Kommune Oslo	Alzheimer Scotland (Schottische Regierung)	Dementia United
Alzheimergesellschaft Hamburg e.V.	Nasjonalt senter for aldring og Helse (Norwegisches Zentrum für Altern und Gesundheit)	Alzheimer Glasgow	NHS Greater Manchester Integrated Care Board
Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)	Nasjonalforeningen for folkehelsen (Freiwilligenorganisation)	Alzheimer Glasgow	

(Quelle: Eigene Darstellung)

Parallel ergänzten wir die Analyse mit **Interviews mit Forscher:innen**, die im Bereich der Demenz und Demenzstrategien tätig sind. Hier war einerseits Prof. Dr. Elisa Pozo Menéndez als Architektin und Forscherin aus der Schnittstelle von Stadtplanung und Demenz involviert, die sich intensiv mit verschiedenen Stadt- und speziellen Wohngestaltungen in Bezug auf Demenz beschäftigt. Ihre internationale Forschung floss in die Empfehlungen bezüglich der Stadtgestaltung mit ein.

Des Weiteren interviewten wir Prof. Dr. René Thyrian, der derzeit am DZNE als Forscher tätig ist und sich maßgeblich mit Policies und den internationalen Unterschieden verschiedener Demenzstrategien beschäftigt. Andererseits legt er auch einen Fokus auf Migration und Demenz in den Strategien.

Um das gegenseitige Lernen zwischen dem FSW und jenen Personen, die in den ausgewählten Städten für die Demenzstrategien verantwortlich sind, zu fördern, wurde in einem dritten Schritt ein online **Peer-Learning-Workshop** veranstaltet. Dieser fand am 23.11.2023 von 09:00 bis 13:00 Uhr statt.

Tabelle 2: Teilnehmende Peer-Learning-Workshop

Name	Institution	Position
Wien		
Sabine Hofer-Gruber	FSW	Senior:innenbeauftragte der Stadt Wien (WfS)
Monika Bader-Wehinger	FSW	Fachmitarbeiterin Senior:innen (WfS)
Veronika Herkner	FSW	Fachmitarbeiterin Senior:innen (WfS)
Isabella Göschl	FSW	Projektmanagerin (BEF)
Irene Rieger	FSW	Fachmitarbeiterin (BEF)
Gerald Hutterer	FSW	Abteilungsleiter (BEF)
Barbara Glinsner	ZSI	Projektleiterin, Sozialforscherin
Lina Klingbacher	ZSI	Projektmitarbeiterin, Sozialforscherin
Leonie Dworsky	ZSI	Projektmitarbeiterin, Sozialforscherin
Internationale Expert:innen		
René Thyrian	DZNE (Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen)	Forscher
Elisa Pozo Menéndez	UPM (Polytechnische Universität Madrid)	Forscherin
Deutschland		

Name	Institution	Position
Astrid Lärm	DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen)	Leiterin der Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie
Glasgow		
Ann Cummings	Glasgow City Government	Service Managerin
Jill Carson	Alzheimer Scotland	Consultant Public Policy
Manchester		
Gill Walters	NHS, Dementia United	Leiterin der Projektumsetzung und Verbesserung
Sarah Kirkland	NHS, Dementia United	Projekt Managerin Dementia United

Die Wiener Demenzstrategie wurde von Veronika Herkner vorgestellt. Sie betonte, dass in Wien derzeit rund 30.000 Menschen mit Demenz leben, sich diese Zahl aber bis 2050 verdoppeln wird. Die Wiener Demenzstrategie basiert auf der nationalen Demenzstrategie und ist seit April 2022 in Kraft. Mehr als 70 Expert:innen waren an der Entwicklung der Strategie beteiligt. Die Wirkungsziele gesellschaftliche Teilhabe, Bewusstsein, unterstützende Maßnahmen und Lebensräume bilden eine gemeinsame Grundlage für die Konkretisierung von Zielen und Maßnahmen. Ziel der Strategie ist es, den Akteur:innen eine Orientierung zu geben und das Leben von Menschen mit Demenz und ihren Betreuer:innen zu verbessern. Wien soll bis 2035 zu einer der demenzfreundlichsten Städte der Welt werden. Im Zuge dessen wurde die "Plattform Demenzfreundliches Wien" gegründet. Sie ist ein übergreifendes Netzwerk, das verschiedene Initiativen und Regionen in Wien sowie Organisationen und Einzelpersonen miteinander verbindet. Es gibt rund 80 Mitglieder aus allen 23 Bezirken, die daran arbeiten, Wien demenzfreundlicher zu machen.

Danach stellten die eingeladenen Forscher:innen René Thyrian und Elisa Pozo Menéndez ihre Perspektive auf die Umsetzung von Demenzstrategien bzw. demenzfreundliche Stadtplanung vor.

Der partizipative Workshop war in drei Teile mit unterschiedlichen Schwerpunkten gegliedert. Für jede Frage wurde nach Erfolgsfaktoren und Hindernissen gefragt. Alle Teilnehmer:innen konnten gleichzeitig an einem miro board (einem partizipativen Online-Whiteboard-Tool) zu den folgenden Fragen beitragen:

1. Wie lässt sich eine Demenzstrategie umsetzen? Von der Vision zu konkreten Maßnahmen...
 - Wie wurden die Ziele bzw. Handlungsfelder der Strategie formuliert?
 - Wie wurden konkrete (messbare) Ziele zur Strategie entwickelt?
 - Welche Maßnahmen setzen Sie hinsichtlich des Monitorings der Strategie?

2. Mit wem werden die Maßnahmen implementiert?
 - Wie arbeiten verschiedene Akteur:innen bei der Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen zusammen?
 - Wer sind die Akteur:innen? Wie können diese identifiziert werden?
3. Wie können wir die Beteiligung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen sicherstellen?
 - Gesellschaftliche Teilhabe
 - Kontinuierliche Begleitung
 - Teilhabe an der Strategieentwicklung und Monitoring

Die Ergebnisse des Workshops werden in Kapitel 4 dargestellt.

2. Management Summary

Der Bericht gibt Aufschluss über die Demenzstrategien und dessen Umsetzungen in den Städten Hamburg (D), Oslo (NO), Glasgow (UK) und Manchester (UK). Mit Hilfe von Expert:inneninterviews aus jeweils relevanten Institutionen auf städtischer und nationaler Ebene, als auch durch Interviews mit einschlägigen Forscher:innen und durch einen online Peer-Learning-Workshop an dem Mitarbeiter:innen des FSW, die Forscher:innen, als auch die Expert:innen der Städte teilnahmen, wurden Besonderheiten der Strategien ausgearbeitet und Handlungsempfehlungen für die Umsetzung der Wiener Demenzstrategie formuliert. Die Strategien und dort enthaltenen Handlungsempfehlungen haben gemein, dass sie Demenzbetroffenen das Leben so lang als möglich in ihrem gewohnten Umfeld ermöglichen wollen sowie die Lebensqualität von Menschen mit demenziellen Erkrankungen sowie ihren Angehörigen zu verbessern.

Basierend auf der Internetrecherche, den Interviews und dem Peer-Learning-Workshop haben wir drei übergeordnete Herausforderungen in allen Städten identifizieren können. Zu jenen Herausforderungen wurden anschließend Handlungsmaßnahmen abgeleitet.

2.1. Herausforderung 1: Von der Strategie zur Umsetzung kommen

Folgende Empfehlungen können auf Basis des vorliegenden Berichts im Hinblick auf die Umsetzung von Strategien abgeleitet werden:

1. **Konkrete Pläne zur Operationalisierung von Strategien:** Umsetzbare Pläne mit konkreten Zielindikatoren, Maßnahmen, Zeitplänen und entsprechender Budgets sind notwendig, um die Umsetzung von Strategien messbar zu gestalten und somit die Demenzversorgung zu verbessern. Die Deutsche Demenzstrategie enthält etwa konkrete quantifizierbare Ziele, die es in einem bestimmten Zeitraum zu erreichen gilt. In Manchester und Glasgow wurden andererseits konkrete Sub-Pläne aufgesetzt, die sich jeweils für einen kürzeren Zeitraum bestimmte Themen im Bereich der Demenz adressieren.
2. **Finanzierung von Maßnahmen so gut wie möglich sicherstellen:** Die Erkenntnisse aus der Recherche legen nahe, dass die Finanzierung von Maßnahmen zur Umsetzung der Demenzstrategien in allen Städten eine Herausforderung darstellt. Die fehlende Finanzierung bedeutet nicht nur, dass reale Mittel zur Implementierung fehlen, sondern auch, dass es für Akteur:innen schwieriger wird, Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituationen von Menschen mit Demenz neben ihrem „Tagesgeschäft“ tatsächlich zu priorisieren. Für Maßnahmen, die einen großen Beitrag zur Erreichung der Ziele leisten, ist daher eine ausreichende Finanzierung unerlässlich.
3. **Monitoring zielgerichtet gestalten:** Monitoring ermöglicht die Identifikation von Verzögerungen, Lücken oder Herausforderungen bei der Umsetzung. Das Aufsetzen eines Monitoringsystems schärft außerdem die Operationalisierung der Strategie, da Erfolgsindikatoren, Umsetzungszeiträume und intendierte Wirkungen zwischen den Akteur:innen abgestimmt und festgehalten werden. Bei der Umsetzung des Monitorings gilt es aus Sicht der Praktiker:innen darauf zu achten, dass die Akteur:innen, welche die Maßnahmen umsetzen, auch Kapazitäten und Ressourcen haben, um zum Monitoring beizutragen. Es kann sinnvoll sein, die umsetzenden Akteur:innen bei der Auswahl der Indikatoren einzubeziehen, um sicherzustellen,

dass auch sie sinnvolle Schlussfolgerungen für die Gestaltung ihrer Maßnahmen ziehen können. Eine Möglichkeit, um die umsetzenden Akteur:innen bei der Datensammlung für Monitoringzwecke zu entlasten, ist der Rückgriff auf Sekundärdaten.

2.2. Herausforderung 2: Einbindung von Akteur:innen und Betroffenen sinnvoll gestalten

Folgende Empfehlungen lassen sich aus den Perspektiven der Praktiker:innen ableiten.

1. **Niederschwellige Zusammenarbeit mit Betroffenen und ihren Angehörigen:** Die Perspektiven von Demenzbetroffenen und ihren Angehörigen miteinzubeziehen, bildet die Voraussetzung dafür, dass Maßnahmen und Angebote die Lebensrealitäten dieser Menschen treffen und angenommen werden. Daher braucht es niederschwellige Formate, die die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen, Stakeholder:innen und jenen Organisationen, die in die Implementierung der Demenzstrategie involviert sind, zu stärken.
2. **Partizipation von Menschen mit Demenz entsprechend ihrer Lebensrealität gestalten:** Aus Perspektive der einbezogenen Praktiker:innen ist es essenziell, dass Partizipation im Sinne der Mitgestaltung gelebt und Menschen mit Demenz nicht lediglich die Rolle zukommt, für sie erdachte Angebote „abzusegnen“. Es sei wichtig, dass Betroffene in allen Stadien miteingebunden werden. Die Mitgestaltung von Menschen mit Demenz gelingt besser, wenn sie auf Meetings oder Ähnliches gut vorbereitet werden. Die Partizipation von Menschen mit Demenz muss so gestaltet sein, dass sich mit der Lebensrealität der Betroffenen vereinbaren lässt. Das bedeutet zum Beispiel, Meetings so anzusetzen, dass sie zeitlich und physisch für Menschen mit Demenz gut erreichbar sind.
3. **Partizipation von Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen im Fokus haben:** Besonders schwierig ist die Einbindung von Menschen mit Migrationsgeschichte, anderer Religionszugehörigkeit oder jenen, die sich als LGBTQIA+ identifizieren. In einigen Kulturen ist Demenz noch stärker stigmatisiert, was die Inanspruchnahme von unterstützenden Angeboten oder medizinischen und pflegerischen Leistungen erschwert. Hier bedarf es kultursensibler, inklusiver Angebote sowie guter Beziehungen zu „Gate-Keeper:innen“, um diese Gruppen zu erreichen.
4. **Top-Down und Bottom-Up Ansätze bei der Einbindung von Akteur:innen und Stakeholder:innen kombinieren:** Bei der Einbindung von Akteur:innen und Stakeholder:innen ist es wichtig, differenziert vorzugehen und einen zur jeweiligen Akteur:innen-Gruppe passenden Ansatz zu wählen. Lokale Akteur:innen, Gruppen, Netzwerke oder Freiwillige lassen sich gut durch Bottom-Up-Prozesse einbinden. Bei hierarchisch strukturierten Organisationen oder nationalen bzw. internationalen Akteur:innen kann ein Top-Down-Ansatz zielführender sein.
5. **Informationskampagnen und (Aus-)bildungsmaßnahmen umsetzen:** Sensibilisierungskampagnen und Schulungen für die Öffentlichkeit sowie für Berufsgruppen, die in Kontakt mit Menschen mit Demenz stehen, sind wichtig, um das Verständnis und die Handlungssicherheit zu erhöhen. Auch eine verstärkte Nutzung von neueren Medien kann zur Informationsverbreitung und zur öffentlichen Sichtbarkeit des Themas beitragen. Beispiele sind Podcasts, Informationsvideos und unterstützende Apps, wie sie etwa in Oslo eingesetzt werden.

2.3. Herausforderung 3: Ganzheitliche Verbesserung für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen – voneinander lernen

1. **Verbesserte Diagnostik und Datenmanagement:** Eine solide Datengrundlage über Diagnosen von Demenzerkrankungen ist unerlässlich, um angemessene Versorgungsleistungen bereitzustellen und zukünftige Bedarfsvorhersagen zu ermöglichen. Die Durchführung von Diagnosen und ein effizientes Datenmanagement sollten verstärkt gefördert werden. Hier haben die Städte Manchester und Glasgow bereits einen Fokus gelegt. Auch in Deutschland ist ein jährliches Monitoring von Institutionen, die an der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie beteiligt sind, hervorzuheben.
2. **Ausbau von Case Management und schneller Beratung nach Diagnose:** Eine zeitnahe und niederschwellige Betreuung nach der Diagnosestellung ist essenziell, um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen und gesellschaftliche Teilhabe zu fördern. Hier erfüllen Glasgow und Oslo eine Vorbildfunktion. In Glasgow ist die rechtlich gewährleistete individuelle Beratung nach Erhalt der Diagnose durch die „link worker“ sichergestellt. In Oslo wird die integrierte Beratung durch Demenzkoordinationsteams bereitgestellt.
3. **Hilfreiche Tools und Protokolle etablieren und nutzen:** In den letzten Jahren wurden zahlreiche technologische Lösungen für die Pflege und Betreuung von Menschen (mit Demenz) entwickelt. Wenn sie den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrem Umfeld entsprechend eingesetzt werden, können diese technologischen Tools und Lösungen einen Beitrag zur Erhaltung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz leisten. Das Herbert-Protokoll kann die Suche nach vermissten Demenzbetroffenen beschleunigen. Das Protokoll ist in Glasgow getestet und von Interviewten als überaus hilfreich dargestellt worden. Solche Protokolle ermöglichen nicht nur ein Kennenlernen von Betroffenen, sondern auch ein Auffinden von Personen mit Weglauftendenzen bei schwereren Krankheitsverläufen.
4. **Demenzfreundliche Stadt(-planung):** Die Stadtplanung sollte die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz berücksichtigen. Orientierungspunkte, markante Kennzeichnungen und Rastmöglichkeiten im öffentlichen Raum sind entscheidend. Die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und Stadtplanern ist dafür unerlässlich.

3. Ergebnisdarstellung und –diskussion

3.1. Interviews mit Expert:innen

Die Interviews mit Expert:innen und Forschenden im Themenfeld Demenz waren ursprünglich dazu gedacht, die Städteauswahl zu validieren. Wir kontaktierten Expert:innen unterschiedlicher europäischer Netzwerke und Plattformen (z.B. Alzheimer Europe, IFIC) mit der Bitte ihre Einschätzung, welche Demenzstrategien in Europa positiv diskutiert werden während eines Interviews zu teilen. Leider konnten wir keine der (mehrfach) kontaktierten Ansprechpartner:innen für ein Interview gewinnen.

Wir interviewten daher zwei Forschende, die zum Themenfeld Demenz aus sozialwissenschaftlicher Perspektive arbeiten. Wir befragten sie dazu, welche Aspekte bei der Entwicklung und Umsetzung von Demenzstrategien wichtig sind. Aus den Interviews mit den zwei Forscher:innen kristallisierten sich drei wesentliche Erkenntnisse heraus. Erstens besteht die Notwendigkeit, neben einer Demenzstrategie, ein Handlungskonzept zu entwickeln, das konkrete Maßnahmen formuliert und deren Umsetzung evaluieren kann. Zweitens wurde betont, wie wichtig eine altersgerechte Stadt- und Raumplanung ist, die sowohl auf die Bedürfnisse der alternden Bevölkerung als auch auf die von Menschen mit Demenz eingeht. Drittens wurde die doppelte Vulnerabilität von Personen mit Migrationshintergrund und Demenz thematisiert.

Ein Experte machte auf die **Diskrepanz** zwischen den **Demenzstrategien** und ihrer **Umsetzung** aufmerksam. Strategische Dokumente bieten zwar einen Orientierungsrahmen, geben die Zielausrichtungen vor und beschreiben zu erreichende Veränderungen. Um die Strategien implementieren zu können, ist die Operationalisierung der Strategie durch einen Aktionsplan hilfreich. Dieser Aktionsplan sollte konkrete Schritte zur Umsetzung der Strategie, inklusive messbaren Indikatoren, Zeitrahmen, Verantwortlichkeiten und Budgets enthalten. Gut umgesetzt wurde so ein Aktionsplan mit dem „Demenzplan“ in Südkorea (Hampel u. a. 2022). Wichtig ist, dass Strategien und Aktionspläne einerseits so offen formuliert, dass Unterschiede in den regionalen Gegebenheiten (etwa Unterschiede zwischen Stadt und Land) bei der Umsetzung berücksichtigt werden können. Andererseits müssen die Ziele so eindeutig beschrieben werden, dass diese auch mess- und evaluierbar sind. Ähnlich wie in Schottland und Manchester können auch lokale Stakeholder in die Formulierung dieser Ziele involviert werden, um den lokalen Bezug im Blick zu behalten. Die Berücksichtigung von **Stadt- und Raumplanung** im Kontext von Demenz ist vor allem in Bezug auf Autonomie der Betroffenen und Angehörigen wichtig. Das Stadtbild ist hinsichtlich der Nutzung und Gestaltung von öffentlichen Plätzen und Räumen zu untersuchen. Da Menschen mit Demenz sich oft an der Vergangenheit orientieren und eine Art territoriale Bindung haben, ist es notwendig, im öffentlichen Raum spezifische sichtbare Orientierungspunkte zu schaffen, an denen sich die Betroffenen orientieren können (z.B. Bäume oder Skulpturen). Darüber hinaus seien Sitz- und Rastgelegenheiten im öffentlichen Raum wichtig, die jedoch mit Absicht und Gespür für die Umgebung aufgestellt werden sollten. Von zentraler Bedeutung ist daher der Dialog mit den Betroffenen und ihre Einbindung in Stadtplanungsprozesse, um die Perspektiven von Menschen mit Demenzerkrankungen zu berücksichtigen. Die Anpassung von Gebäuden, neue Technologien oder auch Sitzgelegenheiten würden nur dann einen Sinn ergeben, wenn sie auch wie beabsichtigt genutzt würden. Aus diesem Grund sei die Interaktion und Ko-Kreation mit Betroffenen und Angehörigen von größter Bedeutung. Weiters sollten alle, die in der Stadt arbeiten – sei es Buslenker:innen, Polizist:innen, Supermarktangestellte oder Parkwächter:innen – auf die Bedürfnisse und den Umgang mit Menschen mit Demenz geschult werden.

Im Kontext **Demenz und Migration** wurde das Projekt „Demigranz“ von einer interviewten Forscherin als Vorzeigeprojekt vorgestellt (Deutsche Alzheimergesellschaft o. J.). Das Ziel des Projekts ist es, Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund besser zu informieren und sie an passende Unterstützungsangebote zu vermitteln. Im Mittelpunkt steht der Aufbau von Informations- und Beratungsangeboten in den Bundesländern Deutschlands. An der Schnittstelle Migration und Demenz wird die Intersektionalität des Problems klar: viele Menschen sprechen beim Fortschreiten der Krankheit wieder vermehrt ihre Erstsprache. Das erschwert ihre adäquate Versorgung, wenn es an Informationen in diesen Sprachen und Pflegenden und Betreuenden, die diese Sprachen sprechen können, fehlt.

3.2. Kurzportraits der Sozial- und Gesundheitsversorgung der Best-Practice-Demenzstrategien

Im Folgenden wird ein Überblick über die vorliegenden Charakteristika der Sozial- und Gesundheitsversorgung der Best-Practice Demenzstrategien der einzelnen Städte gegeben. Die Abbildung 3 gibt einen Überblick über vorliegende Zahlen in Bezug zu Demenz in den jeweiligen Städten im Vergleich zu Wien.

Abb. 3: Kennzahlen zu den Städten und von Demenz betroffener Personen

Stadt	Einwohner:innenzahl absolut	Geschätzte Personen mit demenzieller Erkrankung	Anzahl an 65-jährigen Personen oder älter	Prognostizierte Entwicklung bis 2050
Hamburg	1,8 Mio.	Ca. 31.000 ¹¹ (1,64% d. Bev.)	17,9% (Stand 2022) ¹²	Keine genau Angabe, Anstieg erwartet
Oslo (Kommune)	700.000, (1,5 Mio. im Großraum Oslo)	9.629 ¹³ (1,39% d. Bev.)	13% (Stand 2023) ¹⁴	23.855 (2,98% d. Bev.)
Glasgow City	640.000	Ca. 8.000, davon 4.000 diagnostiziert (1,25% d. Bev.)	14% (Stand 2021) ¹⁵	Keine genau Angabe, Anstieg erwartet
Greater Manchester ¹⁶	2,8 Mio.	29.332,5 (1,04% d. Bev.)	16,2% (Stand 2021) ¹⁷	Keine genau Angabe, Anstieg erwartet
Wien	2 Mio.	Ca. 30.000 (1,5% d. Bev.)	16,4% (Stand 2022) ¹⁸	Ca. 60.000

3.2.1. Hamburg

In Hamburg leben rund 1,8 Millionen Menschen und die Stadt setzt die Nationale Demenzstrategie als Stadtstaat auf städtischer Ebene um. Lokale Vereine und Einrichtungen entwickeln in Anlehnung an die Nationale Strategie Angebote, um die Demenzversorgung nicht nur aufrecht zu erhalten, sondern auch weiterzuentwickeln.

In Deutschland ist die Gesundheitsvorsorge auf das Bismarck-Modell gestützt und es gilt das Versicherungsprinzip, das jedoch nicht alle Kosten deckt. Bei der stationären Pflege müssen etwa Privathaushalte oft Zuzahlungen leisten. Die Pflegedienstleistung wird durch mehrheitlich private Anbieter bereitgestellt. Im Jahr 2019 erhielten 80% der zu Pflegenden die Betreuung zu

¹¹ <https://www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/gesundheits-im-alter/landesinitiative-leben-mit-demenz>

¹² <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1081725/umfrage/verteilung-der-bevoelkerung-hamburgs-nach-altersgruppen/>

¹³ <https://demenskartet.no/#3>

¹⁴ <https://www.citypopulation.de/en/norway/admin/oslo/0301::oslo/>

¹⁵ <https://www.understandingglasgow.com/indicators/population/comparisons/within:glasgow/age:group>

¹⁶ Zahlen für die Stadtregion City Manchester nicht vorhanden

¹⁷ <https://www.citypopulation.de/de/uk/greatermanchester/>

¹⁸ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/685349/umfrage/bevoelkerung-von-wien-nach-alter/>

Hause und mehr als 60% davon wurden von Angehörigen gepflegt. Der Bedarf an Langzeitpflege (LTC) wird in den kommenden Jahrzehnten auch in Deutschland erheblich zunehmen. Bis zum Jahr 2050 wird die Zahl der potenziellen Pflegebedürftigen von derzeit etwa 5,8 Millionen auf 6,6 Millionen ansteigen (Pavolini 2021). Die Herausforderung, die sich daraus ergibt, besteht darin, eine ausreichende Anzahl von qualifizierten Fachkräften für die Langzeitpflege zu rekrutieren. Es wird geschätzt, dass bis zum Jahr 2030 ein Mangel an bis zu 186.000 Vollzeitäquivalenten an Fachkräften in Langzeitpflegeeinrichtungen bestehen wird. Das ist auch mit Hinblick auf künftig steigende Demenzzahlen relevant und um dieser Herausforderung erfolgreich zu begegnen, sind u.a. laut Pavolini (2021) drastische Gehaltserhöhungen und erhebliche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen erforderlich.

3.2.2. Oslo

In der Großregion Oslo, die mehrere benachbarte Kommunen umfasst, leben rund 1,5 Millionen Menschen von den insgesamt etwa 5,3 Millionen Einwohner:innen Norwegens (Statistics Norway 2023). In der unmittelbaren Stadtregion, der Kommune Oslo, leben rund 700.000 Menschen. Oslo ist damit die größte Stadt als auch die Hauptstadt des Königreichs Norwegen. Im Gegensatz zu etwa den Gesundheitssystemen in Deutschland und Österreich, in welchen das Bismarckschen Sozialsystem auf Basis gesetzlicher Krankenversicherungen vorherrscht, ist in Norwegen (wie etwa auch in Dänemark, Zypern, Irland oder dem Vereinigten Königreich) die soziale Absicherung durch das Sozialmodell nach dem Beveridge-System gegeben (Rohwer 2008). Dieses System zeichnet sich dadurch aus, dass es die gesamte Bevölkerung abdeckt, es hauptsächlich aus dem Staatsbudget finanziert und einheitliche Pauschalleistungen vorgesehen sind (Rohwer 2008, S. 26).

Neben den Unterschieden in der Finanzierung von den Sozialsystemen, unterscheidet sich das Beveridge-System vom Bismarck'schen Versicherungssystem dahingehend, in welchem Ausmaß von privaten oder öffentlichen Institutionen und Gebietskörperschaften Leistungen erbracht werden. Demnach werden typischerweise nach dem Beveridge-System Sozial- und Gesundheitsleistungen vor allem von öffentlichen Versorgungseinrichtungen zur Verfügung gestellt werden und die Regeln des Systems durch die staatlichen Akteure und die politische Agenda gesetzt werden (Bundeszentrale für politische Bildung 2012).

Das Langzeitpflegesystem Norwegens kann als dezentrales Pflegesystem beschrieben werden. Die Regionen sind für die Verwaltung und Bereitstellung der Pflegeleistungen verantwortlich. Eine wichtige Rolle in der Pflege und Betreuung nehmen außerdem die lokalen Gemeinden ein.

3.2.3. Großbritannien

Als Teile des Vereinten Königreichs gehören Schottland und England zum britischen Gesundheitssystem. Großbritannien ist wie bereits erwähnt dem Beveridge-Sozialsystem zuzuordnen und verfügt über vier Nationale Gesundheitssysteme („National Health Service“, NHS), die sich zum größten Teil aus öffentlichen Mitteln finanzieren. Die vier nationalen Gesundheitssysteme des NHS sind nach Landesteilen gegliedert und bestehen aus NHS England, NHS Wales, NHS Irland und NHS Schottland. Der Beitragssatz zur nationalen Sozialversicherung wird dabei vom Staat festgelegt, weshalb die Sozialversicherungsbeiträge als Steuern betrachtet werden (Bundeszentrale für politische Bildung 2014). Das britische Finanzministerium in London verteilt dabei die finanziellen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung in Großbritannien über Blockzahlungen an England, Wales, Schottland und Nordirland. Finanzmittel fließen vom Ministerium für Gesundheit und Sozialfürsorge (DHSC) durch integrierte Versorgungssysteme (ICS) an die lokalen NHS-Behörden.

Ab Juli 2022 übernahmen die integrierten Versorgungssysteme (ICS) die gesetzliche Verantwortung für die meisten NHS-Dienste in England. Jedes ICS besteht sowohl aus einem Vorstand für integrierte Versorgung als auch aus einer integrierten Partnerschaft. Das Integrated Care Board ist für die NHS-Dienste zuständig. Die Mitglieder des Boards kommen aus einem breiten Spektrum von Anbieter von NHS-Diensten. Das Integrated Care Board ist verantwortlich für die Gesundheitsergebnisse und die finanzielle Leistung im ICS-Gebiet. Die integrierte Pflegepartnerschaft („integrated care partnerships“) bringt das NHS, die lokale Regierung und andere Anbieter zusammen, um eine integrierte Versorgungsstrategie zu entwickeln (Powell 2023).

Die NHS-Anbieter sind gegenüber ihrem Integrated Care Board rechenschaftspflichtig, das wiederum rechenschaftspflichtig gegenüber NHS England ist. Sowohl NHS England als auch das DHSC sind rechenschaftspflichtig gegenüber dem Parlament (Powell 2023). In allen vier Landesteilen ist die Prävention von Krankheiten und Gesundheitsförderung eine öffentliche Aufgabe.

Das NHS steht in den letzten Jahren vor großen Herausforderungen, kennzeichnend durch finanzielle Engpässe, die die Fähigkeit beeinträchtigen, angemessene Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung bereitzustellen. Dazu kommen Überlastung und lange Wartezeiten durch eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, kombiniert mit begrenzten Ressourcen, was zu Überlastung in Krankenhäusern und Kliniken und zu langen Wartezeiten für Behandlungen führt. Diese Herausforderungen werden von Personalmangel und einer alternden Bevölkerung nochmals befeuert und stellt das NHS vor zusätzliche Belastungen (Helm/Tapper/Ungoed-Thomas 2023). Das Langzeitpflegesysteme in Schottland und in England sind dezentral organisiert¹⁹ und Großteils steuerfinanziert²⁰. Nichtsdestotrotz müssen zu Pflegenden viele Leistungen entweder teilweise oder gänzlich selbst finanzieren. Die Höhe von öffentlichen Zahlungen an Pflegebedürftige richtet sich nach ihren Einkommen.

3.2.4. Glasgow

Glasgow ist mit rund 640.000 Einwohner:innen die größte Stadt Schottlands und die drittgrößte Stadt des Vereinigten Königreichs.

Schottland hat in den vergangenen Jahren zwei bedeutende Reformen im Bereich der Sozial- und Gesundheitsversorgung beschlossen und umgesetzt. Erstens wird seit April 2016 an der Integration der Sozial- und Gesundheitsversorgung gearbeitet (Hendry et al. 2015). Die Integration zielt darauf ab, die Pflege und Unterstützung für Menschen, die Dienstleistungen in Anspruch nehmen, ihre Betreuer:innen und ihre Familien zu verbessern. So sollen Dienstleistungen besser aufeinander abgestimmt, miteinander verknüpft werden und der Fokus vorausschauende und präventive Pflege gesetzt werden²¹. Mit der Reform wurden 31 neue „Integration authorities“ etabliert, in denen das NHS und die lokalen Behörden die Gesundheits- und Sozialversorgung organisiert. Diese Behörden sind dazu verpflichtet, sich mit Akteur:innen auf der lokalen Ebene und den Organisationen, die Gesundheits- und Pflegeleistungen erbringen, abzustimmen.

Die zweite Reform war die Einführung des Self-directed Support (Scotland) Act 2013. Mit diesem Gesetz sollten Pflegeleistungen im Sozial- und Gesundheitsbereich stärker personalisiert werden. Menschen, die Anspruch auf Pflege haben, können unter mehreren Optionen in

¹⁹ <https://ifs.org.uk/sites/default/files/output:url:files/WP202040-Long-term-care-spending-and-hospital-use-among-the-older-population-in-England.pdf>

²⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9858923/>

²¹ <https://www.gov.scot/policies/social-care/health-and-social-care-integration/>

Abstimmung mit der Gemeindeverwaltung jene wählen, die für sie und ihr Umfeld am besten passt²².

3.2.5. Manchester

Manchester ist sowohl eine Stadt als auch ein Borough (strukturell ähnlich wie Bezirk) innerhalb von Greater Manchester im Nordwesten von England in UK. In Greater Manchester leben rund 2,8 Millionen Menschen, wobei davon die Stadt Manchester im Jahr 2021 etwa 550.000 Einwohner:innen aufwies (United Kingdom Census 2021). Wie auch Schottland ist England durch das Beveridge Modell geprägt, wonach Gesundheitsleistungen durch Steuersätze finanziert werden und die Versorgung der gesamten Bevölkerung umfasst.

Das NHS Greater Manchester (NHS GM) wird kontrolliert vom Integrated Care Board für Greater Manchester und ist zuständig für Entscheidungen über Gesundheitsdienste im gesamten Großraum Manchester und in den zehn Bezirken und Städten. Die zehn Bezirke Greater Manchesters - Bolton, Bury, Manchester, Oldham, Rochdale, Salford, Stockport, Tameside, Trafford und Wigan - arbeiten offiziell unter dem institutionellen Schirm der Greater Manchester Combined Authority (GMCA) zusammen.

Die Gründung der neuen gesetzlich verankerte Greater Manchester Integrated Care Partnership (Greater Manchester ICP) im Juli 2022 bietet Partner:innen im Gesundheits- und Pflegebereich die Möglichkeit, integrativ zu arbeiten und so Gesundheits- und Pflegedienstleistungen zu verbessern (Greater Manchester Integrated Care Partnership 2023). Greater Manchester ICP verbindet das NHS Greater Manchester, die Greater Manchester NHS Trusts und NHS-Anbieter im gesamten Bereich der Primärversorgung mit der Greater Manchester Combined Authority, 10 Gemeinden und Partnern aus dem Bereich der Freiwilligenarbeit, Gemeinschaften, Glaubensgemeinschaften und Sozialunternehmen, den 10 lokalen „Healthwatch Manchester“ und den Gewerkschaften.

3.3. Demenzstrategien im Vergleich

3.3.1. Hamburg

Hamburg entwickelte keine eigene Demenzstrategie, sondern orientiert sich an der Nationalen Demenzstrategie (NDS). Laut Interviews mit Zuständigen aus Hamburg dient die Nationale Strategie als Orientierung. Da Demenzversorgung jedoch lokal sehr unterschiedlich ist, werden auch eigene Pläne und Schwerpunkte gesetzt, die dann in der Stadt umgesetzt werden.

3.3.2. Struktureller Aufbau

An der Entwicklung der Nationalen Demenzstrategie in Deutschland – unter der Führung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit – waren über 70 Akteur:innen beteiligt. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz hatte den Co-Vorsitz in der Steuerungsgruppe. Außerdem war das Bundesministerium für Bildung und Forschung für den Bereich der Demenzforschung zuständig. Weiters waren Vertreter:innen von Ländern, Kommunen aber auch der Zivilgesellschaft und Sozialversicherungsträgern, sowie etliche Leistungserbringer im Gesundheitswesen und Fach- und Berufsverbänden zur Mitwirkung an der Strategie eingeladen. In vier Arbeitsgruppen wurden 160 Maßnahmen für 27 Ziele in 4 Handlungsfeldern entwickelt.

²² <https://careinfoscotland.scot/topics/how-to-get-social-care-support/self-directed-support/>

Seit dem 1. Juli 2020 setzen eine große Zahl der Akteur:innen (siehe beigefügte Übersicht in Excel) die vereinbarten Maßnahmen um. Begleitend führt die Geschäftsstelle der Nationalen Demenzstrategie ein Monitoring durch.

3.3.3. Handlungsfelder und Ziele

Ziel der Nationalen Demenzstrategie ist es, die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in Deutschland in allen Lebensbereichen (besonders ihre Versorgung und Lebensqualität²³) nachhaltig zu verbessern²⁴. Die vier Handlungsfelder der deutschen Demenzstrategie sind

- Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort aus- und aufbauen,
- Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen unterstützen,
- medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz weiterentwickeln und
- exzellente Forschung zu Demenz fördern.

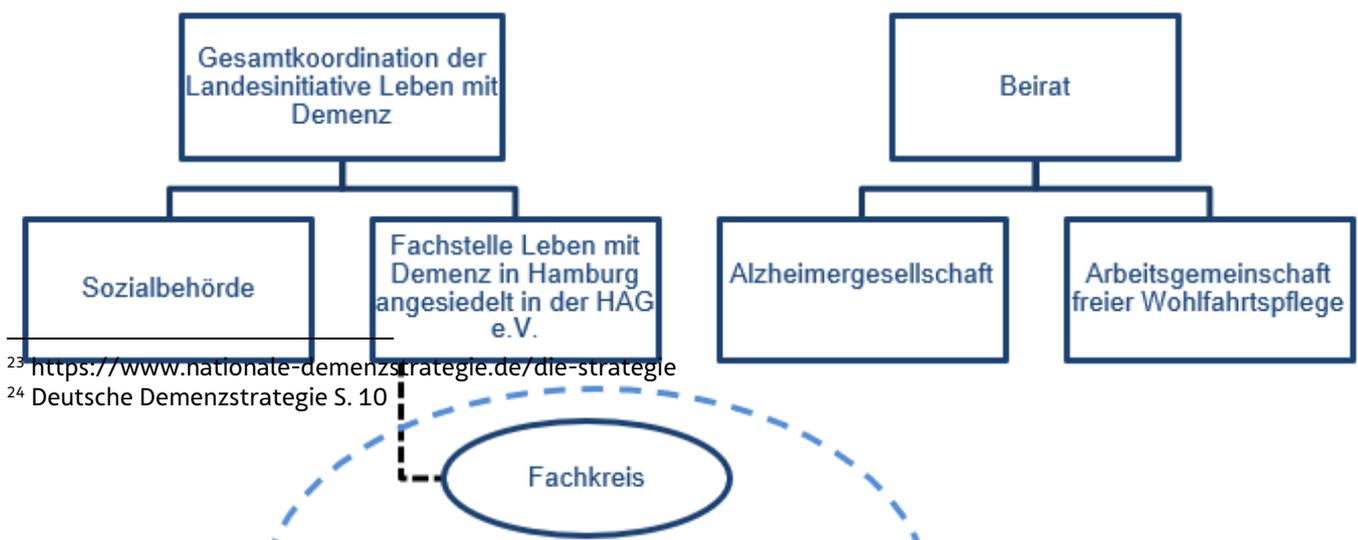
Aus den Interviews mit den Organisationen in Hamburg ging hervor, dass es einen eigenen Arbeitskreis gibt, der eigene Schwerpunkte in Bezug auf Demenz in der Stadt setzt. Wie oben schon erwähnt, dient die Nationale Demenzstrategie aber sehr wohl als Orientierung. Die Ziele und Maßnahmen der Strategie sind teilweise sehr konkret ausformuliert, damit sie auch umgesetzt werden können. Beispielhaft sei hier, die Maßnahme „Etablierung der „Woche der Demenz““ genannt, über dessen Umsetzung alle Akteur:innen bis Ende 2026 jährlich berichten werden.

3.3.4. Akteur:innen

Das zentrale Steuerungsgremium im Bereich Demenz in Hamburg besteht aus zwei Teilen: Einerseits die sogenannte Gesamtkoordination, die aus der Sozialbehörde und der HAG e.V. (Hamburgerische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.) besteht. Andererseits, dem Beirat, der aus der Alzheimergesellschaft und der Arbeitsgemeinschaft freier Wohlfahrtspflege als Träger- und Anbieterorganisationen besteht (wie etwa Diakonie oder Caritas). Die Sozialbehörde übernimmt einen Großteil der Finanzierung für die Fachstelle der HAG e.V.

Um ein breites Bild aus Hamburg zu erlangen, interviewten wir sowohl Mitarbeiter:innen aus der Gesamtkoordination, als auch Mitarbeiter:innen aus dem Beirat.

Abbildung 1: Akteur:innen "Leben mit Demenz" in Hamburg. Eigene Darstellung.



²³ <https://www.nationale-demenzstrategie.de/die-strategie>

²⁴ Deutsche Demenzstrategie S. 10

Die Fachstelle, die in der HAG e.V. angesiedelt ist, hat u.a. folgende Aufgaben²⁵: federführende Ausarbeitung von Maßnahmen im für zwei Jahre festgelegten Schwerpunktthema, Initiierung und Begleitung von Fachkreisen (Schwerpunkt und Aktionstagen), Unterstützung der Vernetzung, Beratung von bezirklichen und thematischen Netzwerken im Thema Demenz, Entwicklung und Bereitstellung von Formaten zu Austausch und Wissenstransfer, Beratung und Förderung von Projekten, Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung, Identifikation von Problemlagen und Politikberatung und Vernetzung und Kooperation mit der Bundesebene. Die Fachstelle setzt jährlich ein sogenanntes offenes Forum um. In Anlehnung an die Nationale Demenzstrategie ist ihre Arbeit an den Handlungsfeldern a) Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz am Lebensort, b) Ausbau der Unterstützung für Betroffene und ihre An- und Zugehörigen, sowie c) die Weiterentwicklung der medizinischen und pflegerischen Versorgung ausgerichtet.

Die Gesamtkoordination und der Beirat entschieden dieses Jahr zum ersten Mal über ein Schwerpunktthema für das offene Forum. Dieses drehte sich dieses Jahr rund um Informationen und Zugänge von Betroffenen und Angehörigen und stellte sich die Frage: „Wie kommen „Frischbetroffene“ an erste Informationen?“

Das offene Forum ist eine jährlich stattfindende Veranstaltung, die den Fokus auf Austausch legt. Die Interviewte Person meinte, es seien all jene eingeladen, die Interesse hätten, an dem Thema Demenz aus der eigenen Fachrichtung auszuarbeiten. Die Teilnehmer:innen im offenen Forum reichen von Interessierten aus Krankenhäusern, Apotheken oder dem Wohnugsbereich bis hin zu Journalist:innen, Selbsthilfeorganisationen und Vertreter:innen der städtischen Einrichtungen (wie etwa dem kommunalen Förderungsmanagement). In einem ersten Schritt dient das Forum als Raum zu Partizipation, in dem Interessierte sich austauschen und treffen können. Aus dem Forum bildet sich ein Fachkreis aus ungefähr acht Personen, die intensiver an dem Thema aus dem offenen Forum arbeiten wollen. Der Fachkreis ist somit an der Fachstelle angesiedelt. Aufgabe der Fachstelle ist es, die Arbeit des Fachkreises zu begleiten und Fachtagungen auszurichten. Die Begleitung des Fachkreises von seitens der Fachstelle besteht aus Moderationsarbeit, Protokollierung, Abholen von Arbeitsaufträgen.

Im darauffolgenden Jahr findet das offene Forum wieder statt, um sich auszutauschen. Aus diesem Austausch kann sich ergeben, dass der Fachkreis weiter an dem Thema arbeitet, oder ein neues Schwerpunktthema entschieden wird. Das offene Forum dient somit auch als Korrektiv oder Rückspiegelung von Akteur:innen bezüglich Zielgenauigkeit der Angebote und

²⁵ <https://www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/gesundheits-im-alter/landesinitiative-leben-mit-demenz/fachstelle-lmd>

Schwerpunkte aus der Praxis. Angehörige oder Betroffene werden durch die Trägerorganisationen eingebunden und deren Blickwinkel so zur Gesamtkoordination zurückgespielt. Wichtig ist noch zu erwähnen, dass die Fachkreisarbeit zeitlich begrenzt ist und sich die Teilnehmer:innen durch das Schwerpunktthema ergeben. Das bedeutet, dass ein neues Schwerpunktthema auch neue Teilnehmer:innen des Fachkreises anzieht.

Als Teil des Beirats ist die Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V. ein wichtiger Akteur in Hamburg. Sie ist als Verein organisiert und hat ehrenamtliche Mitglieder, aber auch Angestellte, die das breite Angebot koordinieren und unterstützen, aber auch bereitstellen. Die Angebote werden einerseits lokal bereitgestellt, aber auch aufsuchend von Mitarbeiter:innen der Alzheimer Gesellschaft an öffentlichen Plätzen (wie etwa Straßenfeste o.ä.). Das Angebot reicht von Selbsthilfegruppen, Besuchsdiensten, häuslichen Diensten, Jung- und Früherkrankte, Chören und Urlauben bis hin zu Stadterkundungen und Menschen mit Migrationshintergrund. Für Früherkrankte gibt es einige Projekte und Angebote, sowie Beratung- und Veranstaltungsangebote, die aufsuchende Arbeit leisten. Außerdem stellt die Alzheimer Gesellschaft technische Hilfsmittel zur Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen bereit, sowie Angehörigengruppen und Fortbildungsangebote. Das Angebot für Jung- und Früherkrankte wird sehr stark nachgefragt. Der häusliche Besuchsdienst besteht aus Freiwilligen, die mit den Menschen mit Demenz eine Beziehung aufbauen und diese ein- bis zweimal pro Woche zuhause besuchen. Dadurch stellt es ein Freizeitangebot dar, das im Moment jedoch laut interviewter Person schwierig ist, da die Pandemie einen Einfluss auf ehrenamtliche Arbeit hatte.

3.3.5. Finanzierung und Monitoring

Die Fachstelle Leben mit Demenz der HAG e.V. wird von der Sozialbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg finanziert, sowie den Pflegekassen.

Als Problem der Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V. wurde die Finanzierung angesprochen, die als sehr komplex wahrgenommen wird. Das breite Angebot wird einerseits von Mitgliedsbeiträgen und Stiftungen, aber auch von Pflegekassen, Erbschaften und Spenden finanziert. Für die Entwicklung neuer Angebote muss um neue Finanzierung angesucht werden, genauso wie für die Aufrechterhaltung bestehender Angebote. Die interviewte Person vernahm etwaige bürokratische Hürden in der Antragstellung und somit Aufrechterhaltung.

Von Seiten der Stadt Hamburg gibt es kein Monitoring, das Angebot und Maßnahmen systematisch überprüft. Im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie wird jedoch jährlich ein Monitoring²⁶ durchgeführt. Bei dieser Abfrage werden die Akteur:innen der Nationalen Demenzstrategie nach dem Umsetzungsstand der in Summe 160 umzusetzenden Maßnahmen gefragt. Dabei hat jede Maßnahme einen verbindlichen Bewertungsmaßstab und einen Prüfzeitpunkt. Im Rahmen des Peer-Learning-Workshops sprach die Expertin des Deutschen Zentrum für Altersfragen durchaus selbstkritisch auch über die Grenzen dieses Monitorings. Wenn die Umsetzung der Maßnahmen freiwillig ist und meist nicht finanziert wird, ist es besonders wichtig, die Interessen und – mitunter eingeschränkten – Kapazitäten der Akteur:innen zu berücksichtigen, die die Maßnahmen tatsächlich umsetzen (oder zu ihnen beitragen) werden. Sie deutete daher an, dass es sinnvoller wäre mehr Geld in die Umsetzung der Maßnahmen und in die Erhöhung der Ressourcen und Kapazitäten der Akteur:innen zu investieren als in komplexe Monitoringsysteme.

3.3.6. Prävention und Bewusstseinsbildung

²⁶ <https://www.nationale-demenzstrategie.de/umsetzung/monitoring-1>

In Hamburg gibt es Maßnahmen zur gesellschaftlichen Bewusstseinsbildung wie etwa die Etablierung der „Woche der Demenz“²⁷, Förderung von Sensibilisierungskampagnen, Ausbau sozialer Medienarbeit, Angebote für Kinder und Jugendliche, Informations- und aber auch Kulturveranstaltungen²⁸. Viele Beratungszentren finden sich gebündelt in einer Broschüre²⁹, die auch Informationsangebote für verschiedene Demenzstadien beinhaltet. Ebenfalls gibt es gruppenspezifische Angebote für Jungbetroffene, Alleinstehende, Menschen mit Behinderung und Demenz, sowie für Migrant:innen.

In der Abbildung 6 sind die allgemeinen Maßnahmen der Stadt Hamburg nochmals ausführlich aufgelistet.

3.3.7. Herausforderungen

Die Nationale Strategie dient als Orientierungsrahmen, Versorgungspfade müssten jedoch lokal geregelt werden. Daher spielt die Arbeit und die Schwerpunktsetzung im Rahmen des Fachkreises eine wichtige Rolle, um lokale Angebote zielgerichtet auszubauen – auch wenn die Schwerpunktsetzung herausfordernd sein kann. Bei der Bereitstellung von neuen Angeboten, legten die Interviewpartner:innen Wert darauf, mit Schwesterinitiativen aus Hamburg zu kommunizieren, die ähnliche Angebote bereits umgesetzt haben, um voneinander zu lernen.

In den Interviews wurden zudem großstadtspezifische Herausforderungen genannt, wie etwa die Sozialräumlichkeit von sozialer Ungleichheit. Darüber hinaus wäre eine Analyse der Versorgungsstruktur und ihrer Lücken sinnvoll. Wünschenswert wäre aus Perspektive der Interviewpartner:innen auch ein Beratungszentrum, das gebündelt und niederschwellig Unterstützung anbietet und gleichzeitig den Überblick über alle Angebote behält.

Herausfordernd ist auch die adäquate Betreuung und Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund und anderen Erstsprachen als Deutsch. Häufig ist die Beratung in der Erstsprache nur möglich, wenn Mitarbeiter:innen der Organisationen diese Sprachen beherrschen. Verlassen diese mehrsprachigen Mitarbeiter:innen die Organisation, fällt auch die mehrsprachige Beratung weg, da es keine zugrundeliegenden organisationalen Strukturen gibt, die mehrsprachige Beratung systematisch aufrechterhalten.

3.4. Oslo

3.4.1. Struktureller Aufbau

Der Demenzplan 2023 – 2027 für Oslo wurde auf Basis des dritten nationalen Demenzplans 2025 für Norwegen entwickelt und nimmt Bezug auf die zivile, kommunale und nicht-staatliche organisationale Ebene. Die Informationen zu den Demenzangeboten in Oslo waren oft nur in norwegischer Sprache verfügbar, somit kann eine Barrierefreiheit für Menschen ohne entsprechende Sprachkenntnisse nicht gewährleistet werden. Für Norwegisch Sprechende waren die Informationen online leicht zugänglich³⁰. Auffallend ist auch, dass Oslo und Norwegen ihre Ziele und Maßnahmen nicht in Strategien, sondern in Demenzplänen festgehalten haben. Auf die Forderung des interviewten Experten oben (siehe Kapitel 3.1.)

²⁷ <https://www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/gesundheits-im-alter/landesinitiative-leben-mit-demenz/aktionstage-demenz>

²⁸ <https://museumsdienst-hamburg.de/barrierefreie-angebote/bei-demenz/>
<https://www.demenzsensibel.info/lehbruckmuseum/>

²⁹ <https://www.hamburg.de/contentblob/4283632/073238a7017f7afddb633ace7cd9b490/data/demenz-rat-hilfe-broschuere.pdf>

³⁰ Am ZSI wurde DeepL zur Übersetzung herangezogen, da mit dem Programm bereits sehr gute Erfahrungen gesammelt wurden.

zurückkommend, muss jedoch festgestellt werden, dass diese Pläne noch keine konkreten und quantifizierbaren Handlungsziele für kürzere Zeitperioden enthalten. Sie unterscheiden sich daher nicht wesentlich von den Strategien der anderen Best-Practice-Städte.

3.4.2. Handlungsfelder und Ziele

Die Demenzpläne für Norwegen und Oslo umfassen vier Bereiche:

1. Selbstbestimmung und Einbeziehung;
2. Information und Prävention;
3. Verbesserung der Qualität der Gesundheitsdienste und
4. Planung, Kompetenz- und Wissensentwicklung.

In den Strategien für Norwegen und Oslo werden vor allem die soziale Teilhabe, Mobilität, Wohnen, Außenbereiche, Kommunikation, Gesundheits- und Pflegedienste und Strategien für eine altersfreundliche Stadt (die auch eine demenzfreundliche Stadt umfasst) angesprochen.

Diese vier Bereiche werden durch jeweilige Schwerpunkte ergänzt, wobei folgende Programmpunkte (Auszug) im Demenzplan Oslo 2023 – 2027 enthalten sind:

Abb. 4: Spezifische Programmpunkte (Auszug) des Demenzplans Oslo 2023 – 2027

1. Selbstbestimmung und Einbeziehung	<ul style="list-style-type: none"> • Universelle Herausforderung und Zugänglichkeit • Digitalisierung und Sozialtechnologie • Aktivitäten und Beteiligung • Verkehr uvm.
2. Information und Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • Digitale Gesundheitsassistenten der Stadtverwaltung (Bewegung, soziale Treffpunkte, Computertraining) uvm.
3. Verbesserung der Qualität der Gesundheitsdienste	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose und Post-Diagnosesupport • Gesundheitsfördernde Programme, zugeschnitten auf bestimmte Gruppen (samischer Hintergrund, jüngere und ältere Betroffene) uvm.
4. Planung, Kompetenz- und Wissensvermittlung	<ul style="list-style-type: none"> • Fachwissen und Curricula (Schulungshefte) • Angebote für Nutzer: und Betreuer:innen • Schulungen für Berufsgruppen • Datenerfassungen von Ursachen und Prävention von Demenz • Verbesserte Planung, Entwicklung und Forschung

(Quelle: Demenzplan for Oslo 2023 – 2027)

3.4.3. Akteur:innen

Der Demenzplan für Oslo ist an den nationalen Plan angelehnt. Das Ministerium für Gesundheit, Alter und kommunale Dienste in Oslo beauftragte das Norwegische Zentrum für Altern und Gesundheit (orig. Nasjonalt senter for aldring og helse) mit der Ausarbeitung des Entwurfs eines neuen Demenzplans. Nasjonalt senter for aldring og helse (kurz: Aldring og helse) hat die Wissensbasis und daher den Ausgangspunkt für den Entwurf des Demenzplans für Oslo, erstellt. Aldring og helse fungiert in Norwegen als beratende Organisation für Gesundheitsthemen und stellt Informationen und Materialien als auch Programme zur Aufklärung von Demenz zur Verfügung. Die einzelnen Kommunen in Norwegen verfügen jedoch über Autonomie und entscheiden selbst, welche Vorschläge sie von Aldring og helse umsetzen und welche nicht.

In die Entwicklung der Strategie waren sowohl staatliche Organisationen als auch zivilgesellschaftliche Akteur:innen eingebunden. Während des Planungszeitraums entwickelten 14 Gemeinden Modelle für die Betreuung von Menschen mit Demenz, somit partizipierten Betroffene teilweise in der Entwicklung der Strategie. Dazu wurden zudem in der Planungsphase Demenzbetroffene durch Unterstützung von Angehörigen mittels Fragebogen befragt. Als zweiten Schritt wurden Demenzbetroffene auch im Rahmen von Fokusgruppeninterviews persönlich befragt. Ein nationales Monitoring findet alle 4 Jahre durch Aldring og helse statt, wobei Fragebögen auf den Bezirksebenen auszufüllen sind und dann die Daten national gesammelt werden.

Die konkreten Angebote rund um Demenz sind direkt über die Website der Kommune Oslo auffindbar. Bei der Bereitstellung der Angebote sind unterschiedliche Akteur:innen involviert, wie etwa eine große Freiwilligenorganisation, Nasjonalforeningen for folkehelsen, die vor allem Projekte zur Reduktion von Einsamkeit umsetzt und hierfür freiwillige Helfer:innen mobilisiert. Auch Selbsthilfegruppen werden von Nasjonalforeningen for folkehelsen organisiert. Programme, die speziell für jüngere Menschen mit Demenz zugeschnitten sind, werden von der „Villa Enerhaugen“³¹ bereitgestellt. Es handelt sich hierbei um eine Art Demenzzentrum mit Wohnmöglichkeiten, Tagesaktivitäten, aber auch persönliche oder telefonische psychologische Beratungen werden hier angeboten. Auch weitere Angebote zu Institutionen, die Betreuungs- oder physische Gesundheitsprogramme anbieten, können über die Kommune Oslo gefunden werden. Beratungs- und auch Kursangebote zur Weiterbildung für pflegende Angehörige werden in Oslo auch von der kirchlichen Organisation „Kirkens Bymisjons“³² angeboten.

3.4.4. Finanzierung und Monitoring

Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen in Norwegen geht Großteils direkt vom nationalen Gesundheitsdirektorat aus. Auch der Demenzplan fällt unter die Rubrik „Public Health“ und damit liegt die Verantwortung bei dem norwegischen Gesundheitsdirektorat³³, das hauptsächlich die kommunale Umsetzung von demenzspezifischen Programmen finanziert (Saunes, Karanikolos & Sagan 2020). Schwieriger gestaltet es sich bei speziellen Leistungen, wie die Finanzierung von häuslicher und institutionalisierter Langzeitpflege für ältere oder behinderte Menschen. Diese Leistungen beruhen auf Bedarfsprüfungen und implizieren ein hohes Maß an Kostenbeteiligung von bis zu 85 % des persönlichen Einkommens (Saunes, Karanikolos & Sagan 2020).

Die Umsetzung des Demenzplans wird durch Kontrollorgane, wie das norwegische Gesundheitsdirektorat evaluiert. Hierbei wird das Erreichen von Zielsetzungen aus dem Demenzplan für die einzelnen Kommunen überprüft, beispielsweise die Anzahl der diagnostizierten Menschen, das Vorhandensein von Demenzteams, die Umsetzung der individuellen Demenzpläne, das Ausmaß an Freiwilligenarbeit, etc. Im Zuge dessen stellt das staatliche Gesundheitsdirektorat („Helsedirektoratet“) eine nationale Kartierung zur Übersicht zur Verfügung.³⁴

3.4.5. Prävention und Bewusstseinsbildung

³¹ <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/omsorgsbolig-og-sykehjem/sykehjem/alle-sykehjem-og-helsehus/villa-enerhaugen/>

³² <https://kirkensbymisjon.no/parendeskolen/>

³³ <https://www.regjeringen.no/en/dep/hod/organisation-and-management-of-the-ministry-of-health-and-care-services/Departments/The-Department-of-Municipal-Health-Care-/id1459/>

³⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-kommunenes-tilrettelagte-tjenestetilbud-for-personer-med-demens-2022/sammendrag>

Als präventive Maßnahme hat sich Oslo zudem zum Ziel gesetzt, Einsamkeit und Isolation unter älteren Menschen zu bekämpfen. Dies wird zum Beispiel durch öffentliche Treffpunkte („meeting places“) in den Bezirken Oslos umgesetzt. Oslo fördert die Teilhabe von Menschen mit Demenz auch durch einen altersfreundlichen Transportdienst. Zusätzlich werden kulturelle Aktivitäten wie Museumsbesuche und ein Demenzchor angeboten. Die Oslo Kommune organisiert verschiedene Aktivitäten, um die soziale Integration von Demenzbetroffenen zu fördern.

Oslo bietet Maßnahmen zur gesellschaftlichen Bewusstseinsbildung, sowie Demenzvorsorge und Früherkennung an. Es gibt verschiedene Informationsangebote für die Zivilgesellschaft, sowie für Betroffene in Form von Beratungszentren, Filme und Podcasts. Gedächtnisteam, Tageszentren und Selbsthilfegruppen, sowie Casemanagement sind spezifische Unterstützungsangebote für Betroffene und Angehörige. Darüber hinaus werden in Oslo spezialisierte und integrierende Versorgungsangebote bereitgestellt, um eine integrierte Versorgungskette für Betroffene zu erzielen. Es gibt in Oslo städtische Demenzkoordinationsteams³⁵ und es wurde rechtlich verankert, dass in jeder Kommune Tagesbetreuungscentren für Demenzbetroffene vorhanden sein müssen³⁶. Spezifische Angebote gibt es für Jungbetroffene, Menschen mit Migrationsgeschichte und Menschen mit Behinderung, sowie kostenlose soziotechnische Unterstützungen wie etwa GPS-Technologien, Alarmsysteme oder Sicherheitsschalter für Kochplatten.

3.4.6. Besonderheiten

Oslo verfügt beispielsweise über einen kostenfreien Transportservice für explizit ältere Menschen, welcher aber lediglich auf Bestellung kommt. Um mehr Menschen zu ermöglichen, länger zu Hause zu leben, sollen mehr Mitarbeiter:innen in der häuslichen Pflege zur Verfügung gestellt werden. Damit mehr Menschen länger zu Hause leben können, ist es ebenso wichtig, dass diejenigen, die neuen Wohnraum benötigen entsprechende Optionen haben. Daher werden derzeit mehr Pflegeheime (Care+) in Oslo gebaut, die speziell für Menschen geeignet sind, die Sicherheit und Aktivitäten suchen. Die Einrichtungen werden mit 24-Stunden-Betreuung, Cafés, verschiedenen Gesundheitsdiensten und einem Angebot von einer Vielzahl von Aktivitäten ausgestattet. Dazu sollen bisherige Pflegeheime auf einen neuen Standard gebracht werden (WHO 2023).

3.4.7. Herausforderungen

Als Herausforderung wurde eine demenzgerechtere Stadtplanung angesprochen, wodurch beispielsweise auch öffentliche Parks weiter umgestaltet werden sollten (Markierungen und Beschriftungen, ergonomische Anpassungen der Sitzflächen etc.). Auch der altersgerechte Transportservice könnte integrierter ausgerichtet werden, sodass im Idealfall auch der reguläre öffentliche Transport alters- und demenzgerecht gestaltet ist.

Zuletzt sind die Informationen zu den Demenzangeboten oft nur in norwegischer Sprache zugänglich, somit kann eine Barrierefreiheit für Menschen ohne entsprechende Sprachkenntnisse nicht gewährleistet werden.

3.5. 3.3.3 Glasgow

³⁵ <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/nedsatt-funksjonsevne/demens/demenskoordinator/>

³⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-og-aktiviteter-ved-demens/kommunen-bor-tilby-dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens>

3.5.1. Struktureller Aufbau

Auf Basis der schottischen Demenzstrategie hat Glasgow eine eigene städtische Demenzstrategie für die Jahre 2016-2019 entwickelt. Diese stützt sich auf verschiedene Handlungsfelder und hat vor allem auf urbaner Ebene das Ziel, Glasgow zu einer demenzfreundlichen Gesellschaft zu machen und Menschen mit Demenz in das gesellschaftliche Leben bestmöglich zu integrieren.

Schottland hat im Jahr 2023 eine 10-Jahres-Demenz-Strategie veröffentlicht, der von einem 2-Jahres „delivery plan“ unterstützt wird. Das soll die Lücke zwischen der Demenzstrategie und der eigentlichen Umsetzung schließen. Die 2-Jahres Pläne haben zum Ziel, konkrete Handlungsanweisungen zu formulieren und damit die Umsetzung zu forcieren. Die Interviewten berichteten, dass sie auf nationaler Ebene mit Stakeholdergruppen zusammenarbeiten würden, die wiederum lokal agieren. Da die Demenzversorgung von lokalen Unterschieden geprägt ist, sei es wichtig den „delivery plan“ auch auf lokale Gegebenheiten anzupassen. Es werden Prioritäten gesetzt, die in weiterer Folge auf die lokale Ebene heruntergebrochen werden. Gemessen werden die Ergebnisse mithilfe einer Matrix, die die Umsetzung des Plans überprüft. Darüber hinaus finden Panelgespräche mit den Zuständigen der jeweiligen Bezirke statt.

3.5.2. Handlungsfelder und Ziele

Ein Hauptziel der Glasgower Demenzstrategie ist es „die breitere Gemeinschaft zu ermutigen, zu unterstützen und mit ihr zusammenzuarbeiten, um das Bewusstsein und das Verständnis für Demenz zu fördern. Dies wird dazu beitragen, die Unterstützung für Menschen, die mit Demenz leben, und ihre Familien zu erweitern und zu verbessern“. Wesentlicher Bezugspunkt der Strategie ist also das soziale und gemeinschaftliche Umfeld von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Die Strategie soll ein Handlungsrahmen sein und Anregungen, Hinweise und Beispiele bieten, um Menschen mit Demenz in das Leben in Glasgow zu integrieren.

Die Strategie gibt zuerst einen Überblick über Demenz in Glasgow, die gelebte Erfahrung von Demenz, die Verwirklichung der Vision und stellt dar, was Menschen in Glasgow über Demenz sagen. Danach werden 8 Handlungsfelder a) Stigmabekämpfung und Bewusstseinsbildung, b) Physische Umwelt, c) Verkehr, d) Gemeinschaft, e) Möglichkeiten für persönliches Vergnügen und Engagement im Gemeinschaftsleben, f) Wohnen, g) Pflegekräfte und Familienunterstützung, und h) Gleichberechtigung, Antidiskriminierung und Rechte vorgestellt. Für jedes dieser Handlungsfelder werden Ressourcen, good-practice Beispiele, Fragen, die Organisationen berücksichtigen sollten, aber auch Handlungsempfehlungen gegeben.

Weitere wichtige Tools sind in Glasgow das 5-pillar Modell³⁷ zur Unterstützung nach einer Diagnose und das 8-pillar Modell³⁸ zur Unterstützung durch die Gemeinschaft (community support). Diese beiden Modelle heben die Wichtigkeit der Unterstützung nach der Diagnose noch weiter hervor und sollen den Betroffenen, ihren Angehörigen und Pflegenden wichtige Tools, Ressourcen und Kontaktstellen für ein gutes Leben mit Demenz geben. Auch in den Interviews wurden diese Modelle erwähnt und nicht nur deren Effektivität betont, sondern auch deren Bedeutung in der Demenzversorgung in Glasgow.

Da in Glasgow alle Personen mit Diagnose Demenz ein Recht auf Betreuung und Beratung innerhalb eines Jahres ab Diagnosezeitpunkt haben, wird darauf besonders viel Wert gelegt. Im Laufe des Jahres konnte die Wartezeit laut Interviewten erheblich reduziert werden. Diese

³⁷ <https://www.alzscot.org/our-work/campaigning-for-change/current-campaigns/5-pillar-model-of-post-diagnostic-support>

³⁸ <https://www.alzscot.org/our-work/campaigning-for-change/current-campaigns/8-pillars-model-of-community-support>

Beratung findet über sogenannte „link worker“ statt. In Glasgow selbst wurde berichtet, dass die Anzahl der „link worker“ über die letzten Jahre verdoppelt werden konnte und die Wartezeit der Beratung nach der Diagnose von 18 Monate auf 18 Wochen gesenkt werden konnte. Die Pandemie war jedoch eine Herausforderung vor allem auch in der Diagnostizierung von Demenzkranken. Eine der Interviewten würde sich wünschen, dass noch mehr „link workers“ finanziert werden würden, um unter anderem auch die Versäumnisse der Pandemie besser aufzuarbeiten.

Außerdem gibt es ein Alzheimer-Telefon, das 24 Stunden täglich erreichbar ist.

3.5.3. Akteur:innen

In der Entwicklung gab es eine eigene Alzheimer Steering Group, die aus Vertreter:innen von Alzheimer Scotland, NHS Greater Glasgow and Clyde oder dem Glasgow City Council bestand. Durch die Zusammenarbeit von Sozialpflegepartnern (GCHSPC) und Alzheimer Scotland wurden Menschen mit Demenz und Angehörige in die Entwicklung miteinbezogen. Alzheimer Scotland und GCHSCP evaluieren die Strategie jährlich anhand einer Reihe von Indikatoren.

Ein Interviewpartner betonte, dass Demenzbetroffene sinnvoll und umfassend am Prozess der Strategieformulierung beteiligt waren. Nicht nur über Arbeitsgruppen, sondern auch durch die tägliche Arbeit von Alzheimer Scotland. Durch diese Beteiligung findet auch ein Monitoring statt.

3.5.4. Finanzierung und Monitoring

Alzheimer Scotland beschäftigt sich auch mit der Frage, wie Projekte effizient finanziert werden können. Die Interviewten berichten, dass es keineswegs das Ziel sei so viel Geld wie möglich zu investieren, sondern eher effizient und zielgerichtete Maßnahmen zu unterstützen. Die meisten Ressourcen würden in Demenzversorgung und Unterstützung von Angehörigen und Betroffenen gehen.

3.5.5. Prävention und Bewusstseinsbildung

In Glasgows Demenzstrategie gibt es ein eigenes Unterkapitel zu Entstigmatisierung und Bewusstseinsbildung. Dieses Kapitel setzt sich zum Ziel die Diagnosearbeit fortzuführen, sowie die Unterstützung der Entwicklung von eigenen Arbeitsbereichen in Akutdiensten und medizinischen, sowie Pflegestationen. Weiters soll durch die Strategie der freiwillige Sektor weiter ausgebaut werden. Sensibilisierungskampagnen dienen der gesellschaftlichen Bewusstseinsbildung.

3.5.6. Besonderheiten

In Glasgow wurde das sogenannte Herbert-Protokoll ins Leben gerufen, das Biographiearbeit vereinheitlicht. Das Protokoll wurde in Zusammenarbeit mit der Polizei Schottland, Health and Social Care Scotland, Alzheimer Scotland und der schottischen Regierung entwickelt. Familienangehörige können das Protokoll herunterladen oder anfordern und das Formular wird üblicherweise im Vorfeld ausgefüllt. Meistens wird es in der eigenen Wohnung oder bei nahestehenden Verwandten aufbewahrt. In diesem Dokument werden persönliche Informationen wie Identifikationsdaten, eine persönliche Beschreibung, ein aktuelles Foto, die beherrschten Sprachen sowie die bisherigen Wohnadressen, beruflichen Stationen und andere wesentliche Lebensereignisse der betreffenden Person festgehalten. Zu diesen Informationen können beispielsweise die besuchte Schule, die Kirchengemeinde oder beliebte Wanderwege gehören. Ebenso werden darin medizinische Vorgeschichte und Daten zu früheren Vermisstenfällen erfasst. Das dient dazu, einerseits individuell auf Betroffene eingehen zu

können, andererseits aber auch in Situationen, wo Betroffene vermisst werden, diese wiederzufinden, da Betroffene oft an Orte zurückgehen, die sie kennen und die im Herbert-Protokoll erfasst sind.³⁹

Eine weitere Besonderheit in Glasgow ist die Tech Clinic, die technische Unterstützungsmittel mit Menschen mit Demenzerkrankungen testet. Die Tech Clinic bietet auch Beratung und Anleitung an.

3.5.7. Herausforderungen

In den Interviews in Glasgow wurde betont, dass die Lücke zwischen Strategie und tatsächlicher Umsetzung, wie in anderen Städten, auch vorhanden ist. Auf schottischer Ebene soll dies nun mit den Zwei-Jahres-Plänen gelöst werden, diese sind jedoch noch nicht ausformuliert.

Eine weitere Herausforderung sind fehlende Daten in Bezug auf Demenzdiagnosen. Da laut Interviewpartner:innen jüngere Betroffene eher von Neurolog:innen und ältere Betroffene eher in Memorykliniken diagnostiziert werden und es keine einheitliche Meldebehörde dafür gibt, gibt es auch keine offiziellen Zahlen zu Demenzbetroffenen in Glasgow.

Wie oben schon erwähnt, stellt die Finanzierung der „link worker“ eine Herausforderung dar. Da die Demenzdiagnosen in Glasgow ansteigen, werden immer mehr ausgebildete Demenzberater:innen benötigt. Sie tragen dazu bei, dass Betroffene so lange wie möglich in ihrem Zuhause leben bleiben können.

Speziell in Glasgow spiele Diversität eine große Rolle, da die Demenzversorgung auch eine intersektionale Ebene mit sich bringt. Das würde heißen, dass Menschen mit niedrigen sozioökonomischen Status auch eine schlechtere Demenzversorgung hätten. Menschen mit Migrationshintergrund sprechen mit fortschreitender Krankheit wieder verstärkt ihre Erstsprache. Wie auch in Hamburg braucht es daher auch in Glasgow Informationen in mehreren Sprachen und mehrsprachiges Personal. Herausfordernd ist ebenso die Sicherstellung der Pflege und Betreuung von alleinlebenden Personen. Für diese bräuchte es mehr informelle Unterstützung, wie beispielsweise durch Freiwillige. Um die Perspektiven von Menschen verschiedener Ethnien und Klassen einzuholen, werden die oben erwähnten Panels daher so divers wie möglich besetzt. Ein spannender Aspekt, der von den Interviewten beleuchtet wurde, war, dass es wenig Forschung zum Zusammenhang zwischen geschlechtsspezifische Gewalt, Gehirnerkrankungen und Demenz gäbe. Im Gegensatz dazu wäre die Forschung im Bereich Gehirnerkrankungen bei Sport beispielsweise schon viel weiter.

Ein weiteres Problem im Kontext von Demenzerkrankungen ist die Erteilung der Vollmacht, ein rechtlich notwendiger Prozess, der zu wenig forciert werden würde.

3.6. 3.3.4 Manchester

In Greater Manchester liegt seit 2022 nicht mehr wie in den anderen Vergleichsstädten eine Strategie oder Plan zu Demenz vor, sondern vielmehr gibt es in Greater Manchester mehrere Pläne die Demenz auf verschiedene Art und Weise adressieren. Im Mittelpunkt dieses Berichts steht im Folgenden vor allem der aktuelle „Dementia and Brain Health Delivery Plan 2023 - 2025“. Dementia United hat zudem auch weitere relevante Pläne aufgesetzt, wie einen Plan zum Thema Wohnen, in dem auch das Thema Demenz eine Rolle spielt. Weiters gibt es eine Infobroschüre zum Thema „Delirium“, ein Zustand, der auch für Demenzbetroffene relevant ist.

³⁹ <https://www.alliance-scotland.org.uk/blog/news/herbert-protocol-national-implementation/>

3.6.1. Struktureller Aufbau

Dementia United (DU) ist das Programm und die Plattform der Greater Manchester Integrated Care Partnership und steht in Greater Manchester als das Programm für integrierte Versorgung von Demenzbetroffenen im Mittelpunkt. DU arbeitet mit Ärzt:innen, Alzheimer Society, Wohlfahrtsverbänden, Kommunen, Fachleuten, Demenzkranken, Familien, Freund:innen und Pflegepartner:innen zusammen, um Greater Manchester „zum besten Ort zu machen, an dem man leben kann, wenn man selbst Demenz hat oder Demenzkranke pflegt“ (GMICP⁴⁰). Der Fokus von DU liegt also bei den Betroffenen, bei ihren Angehörigen und bei den Pflegenden. Aber auch pflegende Angehörige sind in der „Dementia Carers Expert Reference Group“ (DCERG) vertreten. Die DCERG-Mitglieder sind gleichberechtigte Partner in der Verwaltungsstruktur von Dementia United und sind in jeder Arbeitsgruppe von Dementia United sowie in zahlreichen zusätzlichen Projekten vertreten. Die Mitglieder vertreten auch andere, nicht demenzspezifische Organisationen, bauen Brücken und wichtige Verbindungen und tauschen bewährte Verfahren aus. In ihren Regionen und Netzwerken stellen sie sicher, dass die Stimme der pflegenden Angehörigen bei der Entwicklung und Umsetzung aller Arbeitsabläufe vertreten sind (Dementia United 2023). In Manchester erhalten pflegende Angehörige Unterstützung von verschiedenen Organisationen wie Alzheimer's Society, Age UK, Dementia UK und Dementia Carers UK. Die Website von Dementia United bietet Informationen über den Dementia Wellbeing Plan und verweist auf Ressourcen für emotionale und finanzielle Unterstützung. Diese Organisationen bieten eine breite Palette von Dienstleistungen und Programmen, um Angehörige in ihrer Pflegeaufgabe zu unterstützen.

Dementia United hat mehrere Pläne entwickelt, die alle einen unterschiedlichen Fokus aufweisen.

3.6.2. Handlungsfelder und Ziele

Im Rahmen der Prävention entwickelte Dementia United einen „Dementia and Brain Health Delivery Plan 2023 - 2025“, der zur Verbesserung der Hirngesundheit führen soll und somit demenziellen Erkrankungen entgegenwirken soll. Es wird ein Fokus auf die Hirngesundheit gelegt. Der Plan umfasst vier Handlungsfelder:

1. Höhere Qualitätsstandards in der Pflege und Diagnostik
2. Unterstützung von Hirngesundheit durch den Support von Wohlergehen (Musik- und Sportangebote) und Unabhängigkeit (technologische Tools zur Prävention von Stürzen; Finanz- und Wohnungsprojekte)
3. Konzeption, Entwicklung, Bildung und Ausbildung in allen Sektoren (obligatorische Demenzschulungsressourcen und Sektorenanalyse des Bedarfs)
4. Verbesserung des Zugangs zu Nutzen der Demenzforschung Forschung durch Bewusstsein, Einbeziehung und Beteiligung

In diesen Handlungsfeldern kommen das übergeordnete Prinzip der Diversität und die Inklusion von marginalisierten Gruppen zutragen, als auch das Element der Ko-Produktion mit demenzbetroffenen Menschen und deren Pflegenden.

So gibt es eine spezifische LGBTQ+ Online Demenzgruppe. Sie basiert auf „Peer Support“, also die Unterstützung Gleichaltriger, welche sich als LGBTQ+ identifizieren. Zum anderen sollen auch mehr ethnische Gruppen mit dem Plan angesprochen werden.

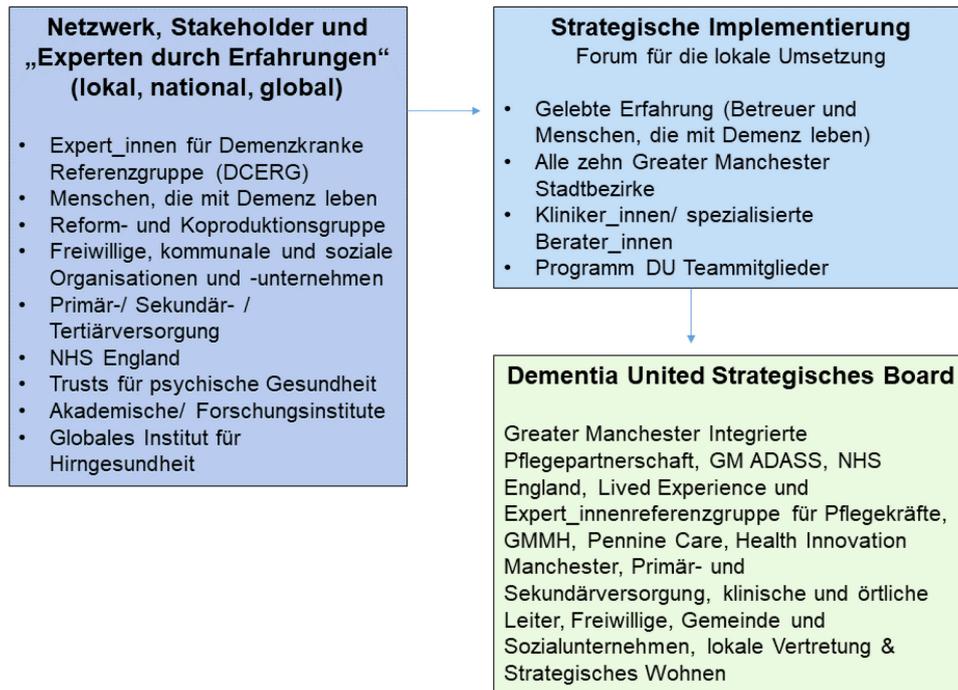
3.6.3. Akteur:innen

⁴⁰ <https://dementia-united.org.uk/about-us/>; <https://gmintegratedcare.org.uk/about/>

Wie oben beschrieben, ist Dementia United die zentrale Plattform zu Demenz in Manchester. Die Arbeitsstruktur von Dementia United ist in drei Felder aufgeteilt:

1. Das Netzwerk bestehend aus den Stakeholder und der Betroffenen-Expert:innengruppe;
2. Das Forum für die lokale Umsetzung, in welchem die Agenda von DU auf lokaler Ebene implementiert wird; und
3. ein strategisches Board. (siehe Abb. 5)

Abb. 5: Arbeitsstruktur von Dementia United



(Quelle: Dementia and Brain Health Delivery Plan 2023 – 25)

Dementia United bezieht neben Gesundheits- und Pflegeexpert:innen, dem NHS und weiteren strategischen Partnern, auch aktiv betroffene Personen im Rahmen der DCERG Gruppe ein. Auch freiwillige, kommunale und soziale Organisationen und Unternehmen sind im DU Netzwerk vertreten, ebenso Forschungsinstitutionen wie das Global Brain Health Institute (siehe Abb. 4). Auf lokaler Ebene werden folglich die auf der Greater Manchester übergreifenden Ebene erarbeiteten strategischen Ausrichtungen in den zehn Bezirken Greater Manchesters umgesetzt, wobei jeweils DU Teammitglieder mit klinischem Personal, Berater:innen und den Menschen mit „gelebten Erfahrungen“ (Betreuer:innen und von dementiellen Krankheiten betroffenen Personen) zusammenarbeiten. Hier stellen weitere Organisationen Angebote rund um Demenz zur Verfügung, welche von Dementia United koordiniert werden.

3.6.4. Finanzierung und Monitoring

Das strategische Board „Dementia United Strategic Board (DUSB)“ hat die strategische Aufsicht über die Verbesserung der Demenzsituation in Greater Manchester (GM) und überwacht die GM-weiten Leistungen und Programmergebnisse von Dementia United. Die Greater Manchester Integrierte Pflegepartnerschaft (Greater Manchester Integrated Care Partnership) setzt sich aus den unterschiedlichen Pflegeorganisationen in Greater Manchester zusammen und arbeitet gemeinsam mit dem NHS Manchester. Die Finanzierung des Programmes Dementia United (welches von der Integrierten Pflegepartnerschaft betrieben wird) geht vom NHS aus.

3.6.5. Prävention und Bewusstseinsbildung

In Bezug auf Prävention, Bewusstseinsbildung und Teilhabe sticht das multidisziplinäre und multiorganisationale Forschungsprojekt Organisationen für Hoffnung (Organisations of Hope) heraus. Das Projekt Organisations of Hope⁴¹ unter der Leitung von Dr. Simon Parry untersucht, wie Kreativität, Kultur und kulturelles Erbe Ungleichheiten im Großraum Manchester beseitigen können, wobei der Schwerpunkt auf psychischer Gesundheit und Demenz liegt. Es basiert auf einer kreativen Gesundheitskoalition im Großraum Manchester, die sich aus einer Vielzahl von Organisationen zusammensetzt, um zu verstehen, wie die vorhandenen kreativen Gesundheitsressourcen die Gesundheit und das Wohlbefinden verbessern und die Chancengleichheit erhöhen können, indem die sozialen Determinanten der Gesundheit angegangen werden. Das Projekt zielt darauf ab, eine kreative Gesundheitskoalition im Großraum Manchester aus einer vielfältigen Gruppe von Organisationen und Einzelpersonen aufzubauen, die Gemeinden, kulturelle Organisationen, Wohlfahrtsverbände, Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sowie die Kommunalverwaltung vertreten. Die Partner arbeiten zusammen, um zu verstehen, wie die vorhandenen kreativen Gesundheitsressourcen die Gesundheit und das Wohlbefinden verbessert und die Chancengleichheit erhöht werden können, indem sie die sozialen Determinanten der Gesundheit angehen. Die finanzielle Unterstützung kommt hauptsächlich vom Arts and Humanities Research Council (AHRC) der Organisation UK Research and Innovation (UKRI)⁴².

3.6.6. Besonderheiten

Was in Manchester besonders heraussticht, ist die hohe Zahl an diagnostizierten Personen. Von den geschätzten 30.000 demenziell Erkrankten in Greater Manchester haben etwa 20.000 eine Diagnose, was rund 67% entspricht. Dies ist auch durch die sehr enge Zusammenarbeit von DU mit Krankenhäusern, Forschungseinrichtungen und den Beratungszentren gegeben. Eine offizielle Diagnose ist maßgeblich dafür, adäquate Behandlungen zu erhalten.

Auch die „Delirium-Broschüre“ ist in 16 verschiedenen Sprachen verfügbar, um die Informationen größeren Teilen der Gesellschaft zugänglich zu machen und über den bisher weitgehend unbekannteren Zustand aufzuklären. Eine Demenzdiagnose und ein höheres Alter generell (65+) stehen mit einem höheren Risiko für Delirium im Zusammenhang.⁴³ Neben den verschriftlichen Informationen zur Aufklärung von Delirien stehen auch Videos und Tonaufzeichnungen zur Aufklärung zur Verfügung. Es werden Kontakte weitergegeben, an welche sich Betroffene oder Angehörige wenden können. Zudem kann nach einer Delirium-Diagnose direkt ein individueller Plan vom Gesundheits- und Pflorgeteam für die betroffene Person angefordert werden.

3.6.7. Herausforderungen

Die synergetische Zusammenarbeit zwischen den 10 Bezirken Greater Manchesters wird als zentrales Ziel genannt bei der Umsetzung von den verschiedenen Handlungszielen der Demenzstrategie. Die Herausforderungen, mit denen sich Manchester konfrontiert sieht, sollen durch die Maßnahmen in dem neuen Plan angesprochen und bearbeitet werden. Wie in den meisten Städten herrscht die große Herausforderung, dass Menschen mit demenziellen Erkrankungen so lange als möglich auch zu Hause leben können, und eine frühzeitige Belastung der stationären- und Langzeitpflege herausgezögert wird. Manchester widmet sich diesem

⁴¹ <https://www.creative.manchester.ac.uk/research/creativity-health-wellbeing/organisations-of-hope/>

⁴² <https://www.ukri.org/>

⁴³ <https://dementia-united.org.uk/wp-content/uploads/sites/4/2021/03/Greater-Manchester-delirium-Leaflet-long-version.pdf>

Problem im Rahmen seiner spezifischen „Housing and Living Well Strategy“ (Wohnen und Gut Leben Strategie)⁴⁴.

⁴⁴ <https://dementia-united.org.uk/wp-content/uploads/sites/4/2022/02/Housing-and-Living-Well-with-Dementia-Executive-Summary.pdf>

3.7. Angebote und Maßnahmen im Fokus

Im Folgenden werden die Angebote und Maßnahmen tabellarisch aufgezeigt (Abbildung 6). Weitere Informationen hierzu werden mit einem zusätzlichem Excel Dokument ergänzt. Darin sind auch spezifische Links zu entnehmen, die direkt auf die Angebote und Maßnahmen verweisen.

Abb. 6: Übersicht der Angebote und Maßnahmen im Fokus

Kategorien	Hamburg		Oslo		Glasgow		Manchester	
	Maßnahmen vorhanden?	Bezeichnung der Maßnahmen + Verantwortliche Stelle/Anbieter	Maßnahmen vorhanden?	Bezeichnung der Maßnahmen + Verantwortliche Stelle/Anbieter	Maßnahmen vorhanden?	Bezeichnung der Maßnahmen + Verantwortliche Stelle/Anbieter	Maßnahmen vorhanden?	Bezeichnung der Maßnahmen + Verantwortliche Stelle/Anbieter
Maßnahmen zur gesellschaftlichen Bewusstseinsbildung zum Thema Demenz	ja (national)	„Woche der Demenz“ (Fernsehlotterie informiert), Förderung von Sensibilisierungskampagnen, Ausbau sozialer Medienarbeit, Angebote für Kinder und Jugendliche, Informations- und Kulturveranstaltungen	ja (national)	„Dementia Plan 2025“ (Norwegian Ministry of Health and Care Service, Demenzkarte: Transparenz über Prävalenz der Krankheit je nach Kommune	ja	Kampagnen, „dementia awareness week“, Veranstaltungen	ja	Delirium Programm (Dementia United), Demenz-Aktions-Woche (Alzheimer's Society)
Information und Angebote zu Demenzvorsorge	ja	In Deutschland: Deutsches Institut für Demenzprävention (https://didp.org/demenzpraevention/)	ja	Umfassende Informationen zur Demenz und Prävention: https://www.aldringoghelse.no/demens/forebygging-av-demens/ Bekämpfung von Einsamkeit als wichtige präventive Maßnahme	ja	„Mild Cognitive Impairment Training“ in UK	ja	„Mild Cognitive Impairment Training“ mit der Neurologie-Akademie

Maßnahmen zur Früherkennung	ja	Memory-Klinik, Krankenhäuser haben sich auf spezielle Versorgung eingestellt, Gerontopsychiatrie	ja	Demenz-Basisuntersuchungen; Norwegian Directorate of Health folgt WHO's Empfehlung, die Prävention von Demenz mit der Prävention von "noncommunicable diseases (NCD)" zu verbinden	ja	viele Organisationen - alle auf der Website aufgelistet Memoryklinik	ja	„Mild Cognitive Impairment Training" mit der Neurologie-Akademie
Beratungszentren	ja	viele Beratungszentren in Broschüre zu Demenz Hamburg ab Seite 16 zu Themen wie beispielsweise Pflegestützpunkte, Tagespflege oder Wohnraumanpassung	ja	Demenz Telefon- & Videoberatung bei Hilfe für Betroffene und Angehörige	ja	verschiedene Zentren und Berater:innen, vor allem zugänglich über das Glasgow „Resource Centre“	ja	verschiedene Partnerorganisationen von Dementia United wie etwa Alzheimer's Society
Sonstige Informationsangebote	ja	für Menschen mit beginnender Demenz, Migrationsgeschichte und geistiger Behinderung in Broschüre ab Seite 23, aber auch Informationsangebote für finanzielle Unterstützung	ja	Informationsfilm für aufklärende und offene Gespräche in der Familie rund um das Thema Demenz; Demenz-Podcast: frühe Anzeichen und Symptome	ja	individuelle Betreuung durch Demenzberater:innen – „link worker“	ja	Krisensupport, Greater Manchesters Demenzpflegepfad (Greater Manchester's Dementia Care Pathway)
Spezifische Unterstützungsmöglichkeiten zum Umgang mit der Diagnose bzw. Erkrankung (z.B. aufsuchende Hilfen,	ja	„KISS Hamburg“ großes Angebot für Selbsthilfegruppen	ja	Gedächtnisteam, Demenzteams oder einen Demenzkoordinator auf Gemeindeebene (meist keine Überweisung von Ärzt:in nötig (Demenzforen), Tageszentren, Selbsthilfegruppen & E-Learning Center	ja	Unterstützungsmöglichkeiten finden sich bei Battle Against Dementia und der scottish dementia working group	ja	auffindbar über interaktive Website: „ Greater Manchester's Dementia Care Pathway “

Selbsthilfegruppen)								
Angebot von Casemanagement	ja	von „Sozialen Dienste Eimsbüttel des DRK" wird Casemanagement angeboten	ja	Gemeinden und spezielle Gesundheitsdienste müssen Menschen mit Demenz, die langfristige und koordinierte Gesundheits- und Pflegeleistungen benötigen, eine:n Koordinator:in zur Seite stellen (gemäß Abschnitt 7-2 des Gesetzes über Gesundheits- und Pflegeleistungen	nein		ja	nach offiziellem Erhalt einer Diagnose über Alzheimer's Society: Dementia Support Team
Spezialisierte Versorgungsangebote der Langzeitbetreuung und -Pflege für Menschen mit Demenzerkrankung im stationären Setting	ja	stationäre Betreuung von Demenzbetroffenen	ja	Langzeitbetreuung in Pflegeheimen	ja	Tageszentrum	ja	in eigenem Subplan „Housing and Living Well with Dementia"
Integrierende Versorgungsangebote der Langzeitbetreuung und -Pflege für Menschen mit Demenzerkrankung im stationären Setting	ja	Kompetenzzentrum für integrierte Versorgung psychischer Erkrankungen	ja	organisierte Wohn- und Behandlungsdienste für Menschen mit Demenz. Kommunale Wohnprogramme	ja	im „NHS Centre for integrative care“ finden integrierende Versorgungsangebote statt, gleichzeitig wird daran gearbeitet das weiter auszubauen	ja	integrierte Wohnungslösungen : https://www.greatermanchester-ca.gov.uk/what-we-do/ageing/creating-age-friendly-homes-in-greater-manchester/

Maßnahmen zum Aufbau einer integrierten Versorgungskette für dementielle Erkrankungen	nein		ja	individuelle Pläne und Unterstützungen (Betreuungen, Ergotherapie etc.) in Kombination mit soziotechnischen Hilfsmittel wie automatische Medikamentenspender [nicht alle Hilfsmittel kostenlos zur Verfügung gestellt], Entlastungen von Angehörigen durch v.a. Kurzzeitpflege	ja	durch Integrated Care Partnership (Integrierte Versorgungspartnerschaft)	ja	durch Integrated Care Partnership (Integrierte Versorgungspartnerschaft)
Zielgruppenspezifische Angebote für:								
- Jungbetroffene	ja	von Alzheimer Gesellschaft e.V. und DRK-Kreisverband Hamburg-Harburg e.V. gibt es ein Angebot für Menschen unter 65 Jahren.	ja	Angebot für Menschen unter 65 Jahren: Beratungs- und Betreuungsleistungen für Angehörige sowie Entlastungspflege, Beratungsangebot für angehörige Jugendliche, deren Eltern oder Elternteil an Demenz erkrankt ist	ja	für Jungbetroffene gibt es Selbsthilfegruppen und Krankenhausangebote	ja	genannt im Brain Health and Dementia Plan , Angebote via Alzheimer's Society
- Frauen	nein		nein		nein		nein	
- Alleinstehende	ja	es gibt Demenz-Patenschaften	nein		nein		nein	
- Migrant:innen oder Minderheiten (kultursensible Angebote, Mehrsprachigkeit)	ja	verschiedene Vereine und Projekte bieten Informationen auf unterschiedlichen Sprachen auch an, es gibt dann auch das Angebot von Wohngemeinschaften	ja	Demenzangebot und Beratung in mehreren Sprachen und kulturell zugeschnitten; Bereitstellung von Dolmetscher:innen	nein		nicht konkret	Delirium-Broschüre übersetzt in 16 Sprachen

- Menschen mit Behinderung	ja	Pflegegemeinschaft und Beratungsangebote	ja	spezielle Plätze für Bewohner mit Demenz, die zusätzlich erhebliche verhaltensbezogene und psychologische Symptome aufweisen (APSD)	ja	spezielle Pflegeheime für Menschen mit Behinderung und Demenz	nein	
- von Wohnungslosigkeit betroffene Menschen	nein		nein		nein		nein	
- Sonstige Zielgruppen	ja	für religiöse Menschen finden christliche demenzsensible Gottesdienst statt	ja	spezielle Angebote der norwegischen Krankenhäuser für Demenz bei Menschen mit geistigen Behinderungen (nicht lokal in Oslo).	ja	LGBT+, Inklusion weiterer marginalisierter Gruppen angestrebt	ja	LGBTQ+ Online Peer Support Gruppe
Sonstige relevante Angebote/ Maßnahmen:	nein		ja	soziotechnische Unterstützungen: z.B. GPS-Technologien; durch öffentlichen Sektor: Reduktion von Einsamkeit unter Älteren angestrebt, App zur Hilfe des Assessments der physischen Umgebung: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.SpaceAppliedTechnology.Iridis&pli=1 ; https://play.google.com/store/apps/details?id=nodes.demens.no	nein		ja	Delirium Awareness Programm

4. Ergebnisse des Peer-Learning Workshops

Der Peer-Learning-Workshop (online), an dem Vertreter:innen aus Manchester, Glasgow und Oslo teilgenommen haben diente einerseits dazu die Ergebnisse aus der Online-Recherche und den Interviews zu validieren und andererseits dazu, den Austausch und das gegenseitige Lernen im Hinblick auf die Umsetzung von Demenzstrategien zu fördern. Die zentralen Ergebnisse sind im Folgenden zusammengefasst.

4.1. Wie lässt sich eine Demenzstrategie umsetzen? Von der Vision zu konkreten Maßnahmen...

4.1.1. Wie wurden die Ziele bzw. Handlungsfelder der Strategie formuliert?

Ein entscheidender Erfolgsfaktor bei der Formulierung der Ziele und Handlungsfelder war es, Expert:innen, die im Bereich Demenz arbeiten, sowie Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in den Prozess miteinzubinden. Diese Zusammenarbeit fördert das Verständnis für die gelebten Erfahrungen und damit auch für die Lücken in den derzeitigen Demenzdiensten. Im Allgemeinen ist eine Überprüfung bestehender Strategien durch einen Ausschuss und Peer-Diskussionen sehr nützlich, um zu untersuchen, ob die Handlungsfelder für die beteiligten Partner:innen und Demenzbetroffenen relevant sind.

Darüber hinaus ist Fachwissen über die gebaute Umwelt (z.B. Häuser, öffentliche Verkehrsmittel, öffentliche Gebäude usw.) wichtig, um Betroffene zu unterstützen und ihnen zu helfen, sich in der Stadt zurechtzufinden. Dies kann durch ein Team erreicht werden, welches Bauträger bei der Anpassung von Häusern, Wohnungen, aber auch Parks und öffentlichen Räumen unterstützt, um die Stadt alters- und demenzfreundlich zu gestalten.

Herausfordernd ist der Umgang mit unterschiedlichen Zielgrößen, da es einen Unterschied gibt zwischen dem, was in städtischen Strategien machbar und relevant ist, und dem, was allgemein ein gutes und wichtiges Ziel ist. Durchführbare Maßnahmen können in einem kollaborativen Prozess mit den von Demenz betroffenen Menschen, sowie dessen Angehörigen entwickelt werden.

4.1.2. Wie wurden konkrete (messbare) Ziele zur Strategie entwickelt?

Ein Erfolgsfaktor bei der Entwicklung von Zielen war die Formulierung eines konkreten Umsetzungsplans anstelle einer breit angelegten Strategie. Das deutet auf die hohe Wichtigkeit, konkreter Handlungen und Maßnahmen hin, die sich auch realistischerweise umsetzen lassen. Ein erfolgreicher Prozess war es Akteur:innen zu erreichen, die bereits in dem jeweiligen Handlungsfeld aktiv sind, um so unterschiedliche Perspektiven und Interessen einzubeziehen. Ein:e Teilnehmer:in schlug vor, sich schon anfangs zu fragen: Was kann durch unsere Strategie genau erzielt werden, wenn wir danach gefragt werden? Damit wurde angesprochen, dass es einerseits wichtig ist, sich auf die konkreten Vorhaben zu konzentrieren. Andererseits sollte der Fokus von Anfang an auch auf den Ergebnissen und den Zielen des Plans oder der Strategie liegen.

Eine große Herausforderung besteht darin, dass freiwillige und nicht finanzierte Maßnahmen auch tatsächlich umgesetzt werden. Daher ist es besonders wichtig, die Interessen und Kapazitäten der Akteur:innen zu berücksichtigen, die die Maßnahmen tatsächlich umsetzen (oder zu ihnen beitragen) werden. Außerdem entwickeln sich im Laufe der Zeit Konzepte rund um Demenz und

Prävention ständig weiter. Dies kann dazu führen, dass Konzepte nicht immer mit der Strategie übereinstimmen.

Im Bereich der gebauten Umwelt ist es wichtig, partizipative Ansätze zu wählen, um demenz- und altersgerechte Städteplanung umzusetzen. Die Partizipation von Betroffenen soll dazu dienen, sinnvolle und bedeutsame bauliche Vorhaben zu planen und durchzuführen. Darüber hinaus ist die Ausbildung von Architekt:innen sowie Raum- und Stadtplaner:innen von entscheidender Bedeutung, um diese Projekte umzusetzen.

4.1.3. Wie kann das Monitoring einer Strategie gelingen?

Im Prozess des Monitorings sind designierte Organisationen und außenstehende Kompetenzzentren wichtige Akteur:innen, um jene zu entlasten, die direkt an der Strategiearbeit beteiligt sind. Das bedeutet, dass das Monitoring und auch die Evaluation von bestimmten Organisationen durchgeführt werden sollte, die auch im Evaluierungsbereich tätig sind. Eine effektive Methode könnten (online) Fragebögen sein, da der Aufwand für die Befragten gering ist. Am besten wäre es, diese Evaluation dann durchzuführen, wenn die evaluierte Maßnahme fällig ist. Prävalenz und demographische Entwicklungen sind wichtig, um zukünftige Herausforderungen abschätzen zu können. Im Bereich der gebauten Umwelt (also bspw. Stadtplanung) ist es von Vorteil, Veränderungen in der Planung zu evaluieren und ggf. zu kartographieren.

Die Herausforderungen des Monitorings ergeben sich aus verschiedenen Aspekten. Die Verfügbarkeit von Daten ist in bestimmten Regionen ein großes Problem. Dies kann durch den Rückgriff auf bereits verfügbare Daten gelöst werden (z.B. durch Statistik Austria). Generell sollte das Monitoring als schlanker Prozess gestaltet werden, der nicht zu viele Ressourcen bindet. Insbesondere wenn die Durchführung von Maßnahmen freiwillig ist, wird es von den Teilnehmer:innen als sinnvoller angesehen, in den Durchführungsprozess zu investieren als in den Monitoringprozess.

Ein weiterer Punkt, der angesprochen wurde, war die Frage, was Daten über konkrete Maßnahmen aussagen. Es sei überall so, dass einige Maßnahmen von Menschen mit Demenz nicht in Anspruch genommen oder aus verschiedenen Gründen nicht umgesetzt werden. Das sollte nicht zu Frustration führen, sondern der Schwerpunkt sollte wieder auf sinnvolle und kontinuierliche Maßnahmen gelegt werden.

4.2. Mit wem werden die Maßnahmen implementiert?

4.2.1. Wie arbeiten verschiedene Akteur:innen bei der Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen zusammen?

Es gibt zwei verschiedene Kollaborationsprozesse, die gleichermaßen wichtig sind. Der erste ist ein „Bottom-up“ Ansatz, in dem Initiativen und Individuen zusammenarbeiten, um wichtige Maßnahmen zu identifizieren und zu erarbeiten. Ein Format könnte ein offenes Forum sein, in dem Akteur:innen in einem Workshop oder in Fokusgruppen zusammenarbeiten können. Das Ziel wäre, alle am Thema Demenz Interessierten einzuladen (z.B. auch politische Beamte, Apotheker:innen, aber auch Stadtplaner:innen oder Angestellte aus dem kommunalen Wohnbau oder Journalist:innen) und ein Thema zu identifizieren, an dem diese dann arbeiten. Je nach Thema werden unterschiedliche Akteur:innen mitarbeiten. Dies kann dazu beitragen, gemeinsame Ziele und Maßnahmen zu entwickeln, aber auch die Zusammenarbeit verschiedener Expert:innen im Bereich Demenz zu fördern.

Der zweite Prozess ist ein „Top-Down“-Ansatz, der vor allem in der Zusammenarbeit mit hierarchisch organisierten Organisationen essenziell ist, da dort Entscheidungskompetenzen auf

höheren Ebenen als auf der lokalen liegen (können). Diese Organisationen (wie etwa die Polizei) nehmen dann an der Demenzversorgung teil, wenn es die Entscheidungsträger:innen in der Organisation entscheiden. Das kann durch Lobbyarbeit erreicht werden, oder durch Überzeugung von ebenjenen, die befähigt sind diese Entscheidungen zu fällen, demenzfreundliche Prozesse einzuführen.

Daher sollte der Kooperationsprozess als Bottom-up und Top-down-Ansatz konzipiert werden, um sicherzustellen, dass so viele Akteur:innen und Interessengruppen wie möglich einbezogen werden.

Herausforderungen können sich auch bei der Identifizierung von Schlüsselakteur:innen ergeben, die sich innerhalb von Handlungsfeldern unterscheiden (z. B. braucht das Thema Demenz und Urbanität andere Expert:innen als das Thema Demenz und Sensibilisierung). Außerdem kann es schwierig sein, nationale Organisationen auf lokaler Ebene zu beeinflussen. Auch in diesen Fällen ist ein Top-Down-Ansatz, der auf ein nationales oder regionales Management abzielt, wichtig. Es wurde u.a. ein externer Beirat für den Top-Down-Prozess empfohlen.

4.2.2. Wer sind die Akteur:innen? Wie können diese identifiziert werden?

Die Frage nach den „richtigen“ Akteur:innen hängt sehr von dem konkreten Ziel ihrer Einbindung ab. Auf kommunaler Ebene sollten alle Abteilungen einbezogen werden, d. h. Beiräte, Gesundheitsfürsorge, Sozialfürsorge, Politik und Policy-Berater:innen. Generell wird eine hochrangige Unterstützung durch lokale und nationale Regierungsorganisationen empfohlen.

Wie oben im Hinblick auf hierarchisch strukturierte Organisationen angesprochen, ist es in vielen Fällen auf für lokale Maßnahmen oder Umsetzungsschritte sinnvoll, die Unterstützung von nationalen oder transnationalen Organisationen einzuholen.

In der späteren offenen Diskussion wurde die Kirche (bzw. religiöse Institutionen) als Akteur:innen genannt, die eine wichtige Anlaufstelle für Menschen mit Demenz sein kann. Zudem berichtete ein Teilnehmer über die Wichtigkeit generationenübergreifender Arbeit im Bildungsbereich. In der Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Schulen könnten Programme entwickelt werden, welche die Wichtigkeit um die Gesundheit des Gehirns von klein auf vermitteln. Dies kann eine Gelegenheit sein, über Demenz zu sprechen, das Bewusstsein zu schärfen und junge Menschen über die Gesundheit des Gehirns aufzuklären. Ein generationenübergreifender Ansatz kann neue Wege aufzeigen, die sich von akademischen oder praxisorientierten Ansätzen unterscheiden, die aber dennoch wirkungsvoll, innovativ und zielführend sind.

Die Einbeziehung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in den Umsetzungsprozess wird ebenfalls empfohlen. Ein Beispiel für eine von Betroffenen und ihren Angehörigen entwickelte und umgesetzte Strategie ist das Herbert-Protokoll in Glasgow. Dabei handelt es sich um eine Initiative, die entwickelt wurde, um die Sicherheit der von Demenz betroffenen Menschen zu gewährleisten. Dieses Protokoll wurde nach einem Demenzpatienten namens Herbert benannt, der tragischerweise verstarb, nachdem er tagelang vermisst wurde. Er konnte durch Einsatzkräfte erst zu spät an seinem früheren Wohnort gefunden werden. Da aber niemand wusste, wo dieser Ort ist, wurde dort nicht nach ihm gesucht. Daraufhin wurde das Herbert-Protokoll ins Leben gerufen. Das Protokoll erfasst das Leben der Patient:innen aus verschiedenen Perspektiven (Wohnorte, Ausbildungsorte etc.) und ist damit ein integraler Bestandteil von Biographiearbeit und Sicherheit für Betroffene. Das Protokoll wird von Angehörigen (tw. auch von Betroffenen) ausgefüllt und bei Bedarf den Behörden übergeben, damit vermisste Demenzpatient:innen schnellstmöglich wiedergefunden werden. Das Herbert-Protokoll ist somit ein wichtiges und anschauliches Beispiel, wie Angehörige und die Polizei zusammenarbeiten können, um für Betroffene Sicherheit und Gesundheit zu gewährleisten.

4.3. Wie kann die Beteiligung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen sichergestellt werden im Hinblick auf...?

4.3.1. ... Gesellschaftliche Teilhabe

Als ein wichtiger Faktor in gesellschaftlichen Teilhabeprozessen wurde die Sinnhaftigkeit genannt. Damit ist gemeint, dass Menschen mit Demenz kollaborativ in Angebote eingebunden werden sollten und diese auch mitgestalten sollten, anstatt nur als Berater:innen bei bereits beschlossenen Umsetzungen zu dienen. Ein weiterer interessanter Aspekt für den Erfolg war es, dafür zu sorgen, dass die betroffenen Menschen mit Demenz die Bedeutung ihrer Beteiligung erkennen.

Der FSW hatte die Idee einer öffentlichen Anti-Stigmatisierungskampagne in Zusammenarbeit mit einer prominenten Person, die an Demenz erkrankt ist. Eine Person teilte eine Erfahrung aus Deutschland und erklärte, dass eine Schirmherrschaft in Deutschland gut funktioniert hat. Allerdings ist es aufgrund der Stigmatisierung (die in verschiedenen geografischen Kontexten unterschiedlich sein kann) äußerst schwierig, dass Menschen, die mit Demenz leben, als Testimonials fungieren. Bisher war es sogar sehr schwierig, pflegende Angehörige zu finden, die als öffentliche Testimonials auftreten wollen.

Es gibt diverse Hindernisse für die Beteiligung von Betroffenen. Demenzkranke Menschen sind nicht leicht zu erreichen und es kann sehr schwierig sein, Menschen mit Demenz Gehör zu verschaffen. Zu Beginn der Krankheit, oder wenn die Kommunikationsfähigkeiten noch nicht so beeinträchtigt sind, ist es jedoch einfacher. Nichtsdestoweniger ist es wichtig, Betroffene in allen Stadien der Krankheit miteinzubeziehen. Außerdem wurde betont, dass es sehr schwierig ist, marginalisierte Gruppen einzubeziehen. Während die üblichen Personen ("weiß, männlich, redegewandt, Mittelschicht") teilnehmen, stellt sich die Frage, wie Menschen aus anderen ethnischen Gemeinschaften, mit Religionszugehörigkeiten, unterschiedlicher Geschlechter oder unterschiedlicher Muttersprachen erreicht und integriert werden können. Es ist wichtig, viele Verbindungen zu verschiedenen Gemeinschaften herzustellen, die nachhaltig sind und nicht nur von einer oder zwei Personen abhängen.

Eine weitere Frage, die kontrovers diskutiert wurde, war ob demenzfreundliche Angebote als solche gekennzeichnet werden sollen (z. B. Gartengruppen, Wandergruppen oder stille Stunden in Supermärkten). Hier gilt es Aspekte der deutlichen Sichtbarkeit und möglicher Attraktivierung für Betroffene gegen Aspekte der Exklusion abzuwiegen.

4.3.2. ...Kontinuierliche Begleitung

Ein Schlüsselfaktor der kontinuierlichen Begleitung war die Technologie, die Unterstützung der Betroffenen ermöglichen kann. Technologische Hilfsmittel und Gadgets könnten beispielsweise gegen Isolation helfen, wie eine Teilnehmerin am Beispiel einer Roboterkatze zeigte, die einer Patientin half, ihre Einsamkeit zu bekämpfen.

Zu den Herausforderungen in diesem Zusammenhang könnten Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes und der Fähigkeit älterer Menschen gehören, mit technischen Hilfsmitteln und virtuellen Unterstützungsprogrammen umzugehen. Es ist wichtig, die Präferenzen in Bezug auf technologische Unterstützung frühzeitig von Betroffenen zu erfahren, um die Therapie und Versorgung anzupassen. Die Teilnehmerinnen aus Glasgow berichteten, dass es in Glasgow eine technische Klinik gibt, die neue Hilfsmittel mit Menschen mit Lebenserfahrung testet. Die Tech Clinic bietet auch Beratung und Anleitung an.

Darüber hinaus ist es von entscheidender Bedeutung, über die anstehenden Herausforderungen während der Krankheit ausreichend informiert zu sein. Dazu gehört zum Beispiel auch das Wissen über anstehende rechtliche Fragen (z.B. Vollmacht).

4.3.3. ...Teilhabe an der Strategieentwicklung und Monitoring

Bei der Teilhabe von Menschen mit Demenz in den Strategieentwicklungsprozess betonten die Teilnehmer:innen, wie wichtig es sei, die Methoden des Teilhabeprozesses inklusiv zu gestalten. Dies bedeutet, dass z. B. bei der Einrichtung einer Demenzgruppe bestehend aus Betroffenen, die zur Strategie beitragen soll, eine angemessene Vorbereitung erforderlich ist. Eine Teilnehmerin aus Manchester betonte, dass sie ein Vortreffen abhalten, um die Menschen über den Ablauf, die Ziele und die Methode des Treffens zu informieren. Die Lebensumstände der Betroffenen sollten ebenfalls respektiert werden, um sie erfolgreich in die gemeinsame Entwicklung von Strategien einzubeziehen. Dazu gehört auch, bestimmte zeitliche und örtliche Präferenzen zu respektieren und die physische Erreichbarkeit des Meeting-Ortes so einfach wie möglich zu gestalten oder zu unterstützen (bspw. mit Transportdiensten). Das ist besonders wichtig, wenn es um die Einbeziehung von Personen aus Minderheiten geht, die von Demenz betroffen sind. Darüber hinaus erwähnten die Teilnehmer:innen, dass oft die Angehörigen dazu neigen, Fragen zu beantworten, anstatt die betroffene Person. Eine gut vorbereiteter Teilhabeprozess und Vorbereitungsmeetings könnten die Fähigkeit der Betroffenen verbessern, für sich selbst zu sprechen. Schließlich sollten die Ziele für die Teilhabe von Menschen mit Demenz in die Entwicklung der Strategie realistisch gesetzt werden.

5. Fazit und Empfehlungen für die Wiener Demenzstrategie und Versorgung

Den Demenzstrategien in den Best-Practice Städten Hamburg, Oslo, Glasgow und Manchester ist gemein, dass die soziale Inklusion und die Teilhabe von Menschen mit Demenz ein wichtiges Ziel bzw. Handlungsfeld ist. Darüber hinaus sollen Menschen mit Demenz so lange wie möglich zu Hause leben können. Eine wichtige Komponente ist außerdem die Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Dazu zählt auch die Diagnostizierung von Demenzerkrankungen, die mitunter eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Angeboten und Therapien darstellt. Wie aus Tabelle 6 hervorgeht, werden außerdem in jeder Stadt spezifische Zielgruppe adressiert.

Bei der vergleichenden Analyse konnten wir folgende Besonderheiten je Stadt identifizieren:

Abb. 7: Unterschiede der Maßnahmen und Angebote der Strategien

Hamburg	Oslo	Glasgow	Manchester
<ul style="list-style-type: none"> • Kultursensible Assessments bei Diagnosen (auf nationaler Ebene) • Nationales Datenmanagement • Fachkreise mit spezifischen Fokus 	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention: durch Anti-Isolationsprogramme • Care+ im Bereich Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostischer Fokus • Case Management nach Diagnose durch „link worker“ • Biographiearbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostischer Fokus • Case Management nach Diagnose • Prävention: durch Plan zur Gehirngesundheit • Plattform Dementia United

(Quelle: Eigene Darstellung)

Basierend auf der Internetrecherche, den Interviews und dem Peer-Learning-Workshop zeigen sich folgende Herausforderungen, die die Best-Practice-Städte teilen. Zu jenen Herausforderungen wurden anschließend Handlungsmaßnahmen abgeleitet.

5.1. Herausforderung 1: Von der Strategie zur Umsetzung kommen

Die Demenzstrategien der Best-Practice-Städte sowie die Wiener Demenzstrategie sind in Bezug auf ihre Zielformulierung vergleichbar. Die übergeordneten Ziele bzw. die Visionen lassen sich mit der Sicherstellung eines guten Lebens, guter Lebensqualität, dem Leben innerhalb einer sensibilisierten Gemeinschaft sowie einer guten Versorgung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zusammenfassen. Darüber hinaus definieren alle Strategien Handlungsfelder oder detailliertere Ziele. Die Strategien geben somit einen Rahmen, eine Zielrichtung sowie eine Vision vor und leisten damit einen wichtigen Beitrag, um D.

Eine Herausforderung, die alle Best-Practice-Städte teilen, ist es die Strategie umzusetzen und konkrete Maßnahmen zu entwickeln und zu implementieren mit denen die anvisierten Ziele erreicht werden können. Folgende Empfehlungen können auf Basis des vorliegenden Berichts im Hinblick auf die Umsetzung von Strategien abgeleitet werden:

5.1.1. Konkrete Pläne zur Operationalisierung von Strategien gemeinsam mit Umsetzenden und Betroffenen erarbeiten

Zur Operationalisierung der in den Strategien beschriebenen Ziele sind Umsetzungspläne mit konkreten Zielindikatoren, Maßnahmen, Zeitplänen und idealerweise entsprechender Budgets sinnvoll. Aus den Erfahrungen der Expert:innen aus den Best-Practice-Städten lässt sich schließen: je konkreter Ziele oder Maßnahmen formuliert sind, desto einfacher kommen die Akteur:innen in die Umsetzung.

Bei der Erarbeitung dieser Pläne ist es besonders wichtig, jene Organisationen und Akteur:innen miteinzubeziehen, die die Maßnahmen realisieren sollen und ihre Kapazitäten und Ressourcen mitzudenken. Des Weiteren sollten Menschen mit Demenz in die Ausgestaltung solcher Pläne miteinbezogen werden, damit die Ziele und abgeleiteten Maßnahmen ihren Bedürfnissen entsprechen. Die Operationalisierung der Ziele in konkreten Umsetzungsplänen kann auch dazu beitragen, Strategien an lokale Gegebenheiten (etwa Bezirksstrukturen) anzupassen.

Die möglichst konkrete Operationalisierung von Zielen erleichtert es auch, ein Monitoring zur Umsetzung der Strategie durchzuführen.

5.1.2. Finanzierung von Maßnahmen so gut wie möglich sicherstellen

Die Umsetzung von Maßnahmen, die zur Zielerreichung von Demenzstrategien beitragen sollen, hängt maßgeblich davon ab, ob finanzielle Mittel dafür bereitstellen. Die Erkenntnisse aus der Recherche legen nahe, dass die Finanzierung von Maßnahmen zur Umsetzung der Demenzstrategien in allen Städten eine Herausforderung darstellt. Die fehlende Finanzierung bedeutet nicht nur, dass reale Mittel zur Implementierung fehlen, sondern auch, dass es für Akteur:innen schwieriger wird, Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituationen von Menschen mit Demenz neben ihrem „Tagesgeschäft“ tatsächlich zu priorisieren.

Für Maßnahmen, die einen großen Beitrag zur Erreichung der Ziele leisten, ist daher eine ausreichende Finanzierung unerlässlich.

5.1.3. Monitoring zielgerichtet gestalten

Das Monitoring der Maßnahmen und (operationalisierten) Ziele leistet einen wichtigen Beitrag dazu, den Fortschritt bei der Implementierung von Maßnahmen zu prüfen. Es ermöglicht die Identifikation von Verzögerungen, Lücken oder Herausforderungen bei der Umsetzung. Das Aufsetzen eines Monitoringsystems schärft außerdem die Operationalisierung der Strategie, da

Erfolgsindikatoren, Umsetzungszeiträume und Wirkungen zwischen den Akteur:innen abgestimmt und festgehalten werden.

Bei der Umsetzung des Monitorings gilt es aus Sicht der Praktiker:innen darauf zu achten, dass die Akteur:innen, die die Maßnahmen umsetzen, auch Kapazitäten und Ressourcen haben, um zum Monitoring beizutragen. Es kann sinnvoll sein, die umsetzenden Akteur:innen bei der Auswahl der Indikatoren einzubeziehen, um sicherzustellen, dass auch sie sinnvolle Schlussfolgerungen für die Gestaltung ihrer Maßnahmen ziehen können. Eine Möglichkeit, um die umsetzenden Akteur:innen bei der Datensammlung für Monitoringzwecke zu entlasten, ist der Rückgriff auf Sekundärdaten.

5.2. Herausforderung 2: Einbindung von Akteur:innen und Betroffenen sinnvoll gestalten

Um die Ziele der Demenzstrategien in den Best-Practice-Städten zu erreichen, bedarf es der Einbindung einer Vielzahl von Akteur:innen. Dazu zählen auch Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Die Einbindung und Mitgestaltung von heterogenen Akteur:innen ist herausfordernd, da jeweils geeignete Ansätze und Partizipationsformate konzeptioniert und umgesetzt werden müssen. Folgende Empfehlungen lassen sich aus den Perspektiven der Praktiker:innen ableiten.

5.2.1. Niederschwellige Zusammenarbeit mit Betroffenen und ihren Angehörigen

Die Perspektiven von Demenzbetroffenen und ihren Angehörigen miteinzubeziehen, bildet die Voraussetzung dafür, dass Maßnahmen und Angebote die Lebensrealitäten dieser Menschen treffen und angenommen werden. Daher braucht es niederschwellige Formate, die die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen, Stakeholder:innen und jenen Organisationen, die in die Implementierung der Demenzstrategie involviert sind, zu stärken. Beispielhaft können die Arbeitsgruppen genannt werden, die in Hamburg etabliert sind. Diese können eigene Schwerpunkte setzen und formulieren konkrete Handlungsempfehlungen. Auch Manchester ist in diesem Hinblick vorbildlich. Die Gruppe bestehend aus Pflegenden und Angehörigen, die „Dementia Carers Expert Reference Group“ (DCERG), ist als gleichberechtigte Partnerin in jeden Arbeitsgruppen von Dementia United sowie in zahlreichen zusätzlichen Projekten vertreten, und bringt so die Sicht Betroffener mit ein.

5.2.2. Partizipation von Menschen mit Demenz entsprechend ihrer Lebensrealität gestalten

Die gemeinsame Arbeit mit Menschen mit Demenz bei der Ausarbeitung von Strategien sowie der Ausgestaltung der umzusetzenden Maßnahmen ist einerseits unerlässlich und andererseits herausfordernd. Aus Perspektive der einbezogenen Praktiker:innen ist es essenziell, dass Partizipation im Sinne der Mitgestaltung gelebt und Menschen mit Demenz nicht lediglich die Rolle zukommt, für sie erdachte Angebote „abzusegnen“. Zudem ist es wichtig, dass Betroffene in allen Stadien miteingebunden werden und nicht nur jene, deren Krankheitsverlauf noch nicht weit fortgeschritten ist. Die Mitgestaltung von Menschen mit Demenz gelingt außerdem besser, wenn sie auf Meetings oder Ähnliches gut vorbereitet werden. Die Partizipation von Menschen mit Demenz muss außerdem so gestaltet sein, dass sich mit der Lebensrealität der Betroffenen vereinbaren lässt. Das bedeutet zum Beispiel, Meetings so ansetzen, dass sie zeitlich und physisch für Menschen mit Demenz gut erreichbar sind.

5.2.3. Partizipation von Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen im Fokus haben

Die Partizipation und Teilhabe von Menschen mit Demenz, die der „Mehrheitsgesellschaft“ zugerechnet werden, ist herausfordernd, gelingt aber in den Best-Practice-Städten recht gut. Schwieriger ist die Einbindung von Menschen mit Migrationsgeschichte, anderer

Religionszugehörigkeit oder jenen, die sich als LGBTQIA+ identifizieren. In einigen Kulturen ist Demenz noch stärker stigmatisiert, was die Inanspruchnahme von unterstützenden Angeboten oder medizinischen und pflegerischen Leistungen erschwert. Hier bedarf es kultursensibler, inklusiver Angebote sowie guter Beziehungen zu „Gate-Keeper:innen“, um diese Gruppen zu erreichen.

5.2.4. Top-Down und Bottom-Up Ansätze bei der Einbindung von Akteur:innen und Stakeholder:innen kombinieren

Bei der Einbindung von Akteur:innen und Stakeholder:innen ist es wichtig, differenziert vorzugehen und einen zur jeweiligen Akteur:innen-Gruppe passenden Ansatz zu wählen. Lokale Akteur:innen, Gruppen, Netzwerke oder Freiwillige lassen sich gut durch Bottom-Up-Prozesse einbinden. Bei hierarchisch strukturierten Organisationen oder nationalen bzw. internationalen Akteur:innen kann ein Top-Down-Ansatz zielführender sein.

➤ Informationskampagnen und (Aus-)bildungsmaßnahmen umsetzen

Die Öffentlichkeit verstärkt für die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Bedürfnissen zu sensibilisieren, gehört zu den Zielen der Demenzstrategien der Best-Practice-Städte. So kann die Verantwortung, das Engagement und auch Handlungssicherheiten von zivilen Personen in öffentlichen Kontaktsituationen mit Menschen mit Demenz erhöht werden. Hier sind Ausbildungskampagnen von relevanten Berufsgruppen wie dem öffentlichen Nah- aber auch Fernverkehr, Ärzt:innen und Gesundheitspersonal, Bankangestellte, Angestellte im Einzelhandel etc. zu nennen. Für eine verstärkte öffentliche Sichtbarkeit ist die Beteiligung an öffentlichen Events etc. ratsam, aber auch eine verstärkte Nutzung von neueren Medien wird empfohlen. Zur Informationsverbreitung können auch gut Podcasts und Informationsvideos eingesetzt werden, wie es beispielweise in Oslo gemacht wird. Aldring og helse (Norwegen) informiert auch über eine eigene App für Personen die täglich mit Demenzkranken arbeiten (Pflegepersonal oder private Pfleger:innen)⁴⁵, durch welche man umfassend zum Pflegeumgang informiert wird und man beispielsweise auch das eigene Zuhause und die Umgebung auf Demenztauglichkeit überprüfen kann und hier entsprechend durch die App Empfehlungen gegeben werden. Auch gezielte Bildungsangebote in Schulen könnten dazu beitragen, bei Kindern und Jugendlichen schon früh ein Verständnis für Demenz und generell das Thema Pflege und Gesundheit zu entwickeln.

5.3. Herausforderung 3: Ganzheitliche Verbesserung für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen – von anderen lernen

Um die Lebenssituation und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu verbessern, bedarf es einer breiten Palette von Maßnahmen, die unterschiedliche Aspekte des Lebens, der Pflege und der Gesundheitsversorgung abdecken.

5.3.1. Verbesserte Diagnostik und Datenmanagement

Ausschlaggebend für geeignete Betreuungsangebote ist eine gute Datengrundlage über die Diagnosen von demenziellen Erkrankungen. Offizielle Diagnose sind für die Betroffenen wichtig, um adäquate Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen zu können. Auch um zukünftige Nachfragen nach Leistungen gut kalkulieren zu können, ist eine Datengrundlage für das Gesundheitssystem essenziell. Um an dieser Thematik zu arbeiten, sollte verstärkter zur Durchführung von Diagnosen geraten werden. Vorzeigestädte sind hier Manchester und Glasgow, die einen Fokus auf Diagnostik legen. Gleichwohl sollten auch die verschiedenen Leistungserbringer der Diagnostik dazu angehalten werden, ein gutes Datenmanagement zu betreiben und etwa zu

⁴⁵ Angelehnt an der App des dänischen Nationalen Wissenszentrums für Demenz

protokollieren, wie viele demenzbezogene Diagnosen gestellt werden. Bei der Durchführung von Diagnosen ist in heterogenen Städten auch auf **Kultursensibilität beim Assessment** zu achten, wie es zum Beispiel in Deutschland angestrebt wird⁴⁶.

5.3.2. Ausbau von Case Management und schneller Beratung nach Diagnose

Eine Sicherstellung von Betreuung innerhalb eines Jahres nach Diagnose würde die Krankheitsverläufe zum Positiven verändern. Eine zeitnahe und niederschwellige Betreuung ermöglicht auch gesellschaftliche Teilhabe und individuelle Unterstützung. Hier erfüllen Glasgow und Oslo eine Vorbildfunktion. In Glasgow ist die rechtlich gewährleistete individuelle Beratung nach Erhalt der Diagnose durch die „**link worker**“ sichergestellt. In Oslo wird die integrierte Beratung durch Demenzkoordinationsteams bereitgestellt.

5.3.3. Hilfreiche Tools und Protokolle etablieren und nutzen

In den letzten Jahren wurden zahlreiche technologische Lösungen für die Pflege und Betreuung von Menschen (mit Demenz) entwickelt. Wenn sie den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrem Umfeld entsprechend eingesetzt werden, können diese technologischen Tools und Lösungen einen Beitrag zur Erhaltung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz leisten. Das **Herbert-Protokoll** zur Biographiearbeit ist äußerst sinnvoll und kann die Suche nach vermissten Demenzbetroffenen beschleunigen. Das Protokoll ist in Glasgow getestet und von Interviewten als überaus hilfreich dargestellt worden. Solche Protokolle ermöglichen nicht nur ein Kennenlernen von Betroffenen, sondern auch ein Auffinden von Personen mit Weglauftendenzen bei schwereren Krankheitsverläufen.

5.3.4. Demenzfreundliche Stadt(planung)

Da Städte durch ihre gebaute Infrastruktur in Bezug auf Demenz einige Probleme aufweisen, ist es wichtig die Bedürfnisse Menschen mit demenziellen Erkrankungen bei der Stadtentwicklung und -planung diese zu berücksichtigen. Eine demenzfreundliche Stadt zeichnet sich beispielsweise dadurch aus, dass markante Sehenswürdigkeiten die Orientierung erleichtern. Auch markante Kennzeichnungen der Beratungs- oder Tagesbetreuungsstellen (etwa durch Verwendung von geeigneten Logos und Schriften) würden sowohl zur Orientierung als auch zur gesellschaftlichen Sichtbarkeit beitragen. Die Gestaltung eines demenzfreundlichen, öffentlichen Raums kann nur durch Kollaboration zwischen Betroffenen, Angehörigen und Stadtplaner:innen gewährleistet werden.

⁴⁶ <https://www.nationale-demenzstrategie.de/umsetzung/massnahmen-im-fokus/massnahmen/medizinische-versorgung-von-menschen-mit-demenz-in-einer-kulturell-vielfaeltigen-gesellschaft-verbessern>

6. Referenzen

6.1. Literaturverweise

- Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Gesundheitswesen im europäischen Vergleich: ein Überblick, in: bpb.de, url: <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/72906/gesundheitswesen-im-europaeischen-vergleich-ein-ueberblick/>, letzter Zugriff am 31.7.2023.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2014): Gesundheitspolitik in Großbritannien, in: bpb.de, url: <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/170900/gesundheitspolitik-in-grossbritannien/>, letzter Zugriff am 1.8.2023.
- Dementia United (2023): Dementia and Brain Health Delivery Plan 2023 – 25. url: <https://dementia-united.org.uk/wp-content/uploads/sites/4/2023/09/Dementia-and-Brain-Health-Delivery-Plan-2023-to-2025.pdf>, letzter Zugriff am 06.11.2023.
- Deutsche Alzheimergesellschaft (o. J.): Demigranz, url: <https://www.demenz-und-migration.de/demigranz/>.
- Hampel, Harald/Vergallo, Andrea/Iwatsubo, Takeshi/Cho, Min/Kurokawa, Kiyoshi/Wang, Huali/Kurzman, H. Ricky/Chen, Christopher (2022): Evaluation of major national dementia policies and health-care system preparedness for early medical action and implementation, in: Alzheimer's & Dementia 18, S. 1993–2002.
- Helm, Toby/Tapper, James/Ungoed-Thomas, Jon (2023): NHS crisis deepens as nursing union plans 'mega strike' in England, in: The Observer, url: <https://www.theguardian.com/society/2023/apr/15/nhs-crisis-deepens-as-nursing-union-plans-mega-strike-in-england>, letzter Zugriff am 1.8.2023.
- Hendry, A., Thompson, M., Knight, P., McCallum, E., Taylor, A., Rainey, H., & Strong, A. (2021). Health and social care reform in Scotland—what next?. International Journal of Integrated Care, 21(4).
- Oslo Kommune (2023): "Forglem meg ei" Demensplan for Oslo 2023 - 2027): url: <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13471063-1679482966/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Etater%2C%20foretak%20og%20ombud/Helseetaten/Senter%20for%20fagutvikling%20og%20forskning/Demensteam%20i%20Oslo%20%20Veileder%281%29.pdf>, zuletzt aufgerufen am 06.11.2023.
- Pavolini, E. (2021): 'Long-term Care Report'. Gemeinsamer Bericht des Social Protection Committees (SPC) und der Europäischen Kommission (GD EMPL), Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Powell, T. (2023). The structure of the NHS in England. House of Commons Library. url: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7206/CBP-7206.pdf>, zuletzt aufgerufen am 1.8.2023.
- Rohwer, Anja (2008): Bismarck versus Beveridge: Ein Vergleich von Sozialversicherungssystemen in Europa, in: S. 26–29.
- Saunes I S, Karanikolos M, Sagan A. Norway: Health system review. Health systems in Transition (2020)

22(1): i–163

Statistics Norway (2023): Population and land area in urban settlements. Statbank Norway, in: SSB, url: <https://www.ssb.no/en/system/>, letzter Zugriff am 31.7.2023.

Abbildungen und Tabellen

- Tabelle 3: „Überblick über Sozial- und Gesundheitssysteme in Städten“. Quellen in Fußnoten; eigene Darstellung.
- Tabelle 4: „Teilnehmende Peer-Learning-Workshop“. Quelle: Eigene Darstellung.
- Abb. 1: „Überblick über Sozial- und Gesundheitssysteme in Städten“. Quellen in Fußnoten; eigene Darstellung.
- Abb. 2: „Interviewte Institutionen“. Quelle: Eigene Darstellung.
- Abb. 3: „Kennzahlen zu den Städten und von Demenz betroffener Personen“. Quellen in Fußnoten; eigene Darstellung.
- Abb. 4: „Spezifische Programmpunkte (Auszug) des Demenzplans Oslo 2023 – 2027“. Quelle: Demenzplan for Oslo 2023 – 2027. url: <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13471063-1679482966/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Etater%2C%20foretak%20og%20ombud/Helseetaten/Senter%20for%20fagutvikling%20og%20forskning/Demensteam%20i%20Oslo%20%20Veileder%281%29.pdf>, letzter Zugriff am 06.11.2023.
- Abb. 5: „Arbeitsstruktur von Dementia United“. Quelle: Dementia United. (2023): Dementia and Brain Health Delivery Plan 2023 – 25. url: <https://dementia-united.org.uk/wp-content/uploads/sites/4/2023/09/Dementia-and-Brain-Health-Delivery-Plan-2023-to-2025.pdf>, letzter Zugriff am 06.11.2023.
- Abb. 6: „Übersicht der Angebote und Maßnahmen im Fokus“. Quelle: Eigene Darstellung.
- Abb. 7: „Unterschiede der Maßnahmen und Angebote der Strategien“. Quelle: Eigene Darstellung.

7. Annex: Gesprächsleitfäden

7.1. Leitfäden mit Expert:innen

7.1.1. Interview mit Prof. Dr. Elisa Pozo Menéndez

Übersetzt aus dem Englischen

- Könnten Sie uns zunächst ein wenig über sich selbst, Ihren akademischen Hintergrund und Ihr Forschungsgebiet erzählen?
- Was sind die wichtigsten Unterschiede, die man beachten muss, wenn man ein demenzfreundlicheres Umfeld in einer größeren Stadt im Vergleich zu ländlicheren Orten schaffen will?
- Was sind Ihrer Meinung nach und basierend auf Ihrer Forschung, die wichtigsten Aspekte, die zu beachten sind, wenn Städte sich zu demenzfreundlichen Städten transformieren wollen?
- Haben die Menschen, mit denen Sie gesprochen haben, von Herausforderungen bei der Umstellung auf eine demenzfreundlichere Umgebung berichtet?
- Wenn Sie jemals in Wien gewesen sein sollten, was würden Sie gerne im städtischen Raum verbessert sehen?
- Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

7.1.2. Interview mit Prof. Dr. René Thyrian

- Können Sie bitte sich und Ihren akademischen Hintergrund zunächst vorstellen?
- Könnten Sie bitte auf den von Ihnen und weiteren Autor:innen erschienen Artikel „Comparing National Dementia Plans and Strategies in Europe – Is There a Focus of Care for People with Dementia from a Migration Background?“ (BMC Public Health 20, Nr. 1 (2020)) eingehen?
- Gibt es Informationen darüber, wie genau diese Angebote aussehen und ob es Informationen gibt wie gut diese Angebote genutzt werden?
- Der Artikel ist 2020 erschienen – wie hat Corona die Lage von Demenzbetroffenen mit Migrationshintergrund beeinflusst?
- Hat sich der „gap“ zwischen den tatsächlichen Gesundheitsangeboten und den Demenzstrategien/ Demenzplänen verändert?
- Wie könnte das überwunden werden?
- Welche Rolle würde die EU in diesem Kontext spielen?
- In Österreich gibt es ein Kapitel zu Migration, wie würden Sie die Umsetzung in Österreich beurteilen?
- Gibt es noch andere „gaps“ zwischen Demenzplänen/ Demenzstrategien und Gesundheitsleistungen?
- Gibt es Angebote, die für Demenzbetroffene mit Migrationshintergrund und deren Angehörige besonders wichtig sind?
- Welche speziellen Herausforderungen gibt es im Umgang mit Betroffenen und Angehörigen?
- Wie können strukturelle Unterschiede, insbesondere der Vergleich von Demenzangeboten im städtischen Raum Vs. dem ländlichen Raum überwunden werden?
- Wie haben Sie sich für die Länder entschieden, die Sie analysiert haben?

- Wie würde so ein transnationale Versorgung/Struktur aussehen?
- Woran liegen die regionalen Unterschiede in EFTA Ländern?
- Welche länderspezifischen Expert:innen waren das genau und wie wurden die ausgewählt?
- Wie bewerten Sie die Demenzversorgung in Hamburg (Deutschland), Oslo (Norwegen, in Manchester(UK) und Glasgow(Schottland)?

7.2. Leitfaden in Städten

Übersetzt aus dem Englischen

7.2.1. Einführung und Entwicklung der Strategie

- Können Sie Ihre Position und Organisation beschreiben?
- Wie wurden die Betroffenen in die Entwicklung der Demenzstrategie einbezogen?
- Wurden Menschen, die von Demenz betroffen sind, aktiv an der Entwicklung beteiligt? Warum/warum nicht?
- Wie wurde die Entwicklung der Strategie finanziert?
- Hat es eine interne Überwachung gegeben?
- Gibt es interne Quellen über den Stand der Umsetzung der Strategie? Wenn ja, wie wird dies gehandhabt?

7.2.2. Sensibilisierung, Prävention und Einbeziehung

- Gibt es spezifische Programme, öffentliche Veranstaltungen, Kampagnen oder Ähnliches, um das allgemeine Bewusstsein für Demenz in der Gesellschaft zu erhöhen?
- Gibt es Strategien speziell zur Demenzprävention?
- Gibt es spezielle soziale Aktivitäten für Menschen mit Demenz oder integrative Programme?
- Gibt es Pläne oder Maßnahmen zum Aufbau einer integrierten Betreuungskette für Menschen mit Demenz?
- Gibt es Innovationen in der Stadtplanung, z. B. in Bezug auf Mobilisierung/Wohnmöglichkeiten für Menschen mit Demenz?

7.2.3. Spezifische Programme

- Gibt es spezielle Dienste für Frauen bzw. werden sie entwickelt?
- Gibt es spezielle Dienste für Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind/werden sie entwickelt?
- Gibt es spezielle Pläne für Migranten?
- Gibt es in Ihrer Stadt ein Case Management für Menschen mit Demenz?

7.2.4. Verbesserungen und Zukunftsausblick

- Wo würden Sie gerne Verbesserungen sehen?
- Gibt es noch etwas, über das wir nicht gesprochen haben und das Sie gerne hinzufügen würden?
- Welche andere Einrichtung in Ihrer Stadt würden Sie vorschlagen?

Dieser Bericht enthält Daten des Fonds Soziales Wien.

Alle Datentransformationen, Aufbereitungen und Abbildungen wurden vom ZSI Zentrum für Soziale Innovationen, Linke Wienzeile 246, 1150, ww.zsi.at Auftrag des Fonds Soziales Wien durchgeführt bzw. erstellt.

Fördert. Stärkt. Wirkt.

01/24 5 24 | www.fsw.at |   