



Geriatrie und Demenz

Massnahmenplan für den Kanton Thurgau 2022 – 2025

Vernehmlassungsentwurf
am 30. März 2021 vom Regierungsrat genehmigt

Inhalt

Vorwort.....	3
Einleitung.....	4
Handlungsfelder.....	5
Übersicht der Massnahmen zu Geriatrie und Demenz.....	6
1 Autonomie und Selbständigkeit zu Hause.....	8
1.a Prävention im Bereich Demenzerkrankungen.....	8
1.1 «Best practice» Gesundheitsförderung im Alter (Projekte).....	9
1.2 Niederschwellige Information und Sensibilisierung zu Demenz.....	10
1.3 Regionale Anlaufstellen und Drehscheiben.....	11
1.4 Aufsuchende Demenzberatung (Demenz Beratungsstelle).....	12
1.5 Koordination unter den Partnern (Fachpersonen und Laien).....	13
1.6 Förderung der Freiwilligenarbeit.....	14
1.7 Wertschätzung und Teilhabe, soziale Anlässe.....	15
1.8 Information zu Altersthemen.....	16
2 Früherkennung (Screening), Assessment und Triage, ambulante Akuttherapie.....	17
2.a Memory Clinic.....	17
2.b Alterstageskliniken.....	17
2.1 Assessment- und Triage-Zentrum (ATZ).....	18
2.2 Geriatrie Plus als Teil des Assessment- und Triage-Zentrums.....	19
3 Stationäre geriatrische Akuttherapie und Rehabilitation.....	20
3.a Akutgeriatrie.....	20
3.b Geriatrische Rehabilitation.....	20
4 Ambulante und stationäre Angebote im Langzeitbereich.....	21
4.a Tagesheime und Tagesstätten.....	21
4.b Entlastungsdienste für pflegende Angehörige.....	21
4.c Begleitetes Wohnen für Menschen in bescheidenen..... wirtschaftlichen Verhältnissen.....	21 21
4.1 Schnittstellenkoordination zwischen Alterstageskliniken und Tagesstätten.....	22
4.2 Kurzaufenthalte in Pflegeheimen.....	23
4.3 Besonderer Pflege- und Betreuungsbedarf im Alter.....	24
5 Fachkompetenz zu Geriatrie und Demenz.....	25
5.1 Basiswissen, Auf- und Ausbau erweiterte Fachkompetenz.....	25
5.2 Instrumente der Wissensvermittlung.....	26
6 Innovation – Entwicklung Geriatrie und Demenz.....	26
6.1 Innovation - Entwicklung.....	26
7 Finanzierung.....	27

Vorwort

Einleitung

Auch im Kanton Thurgau leben immer mehr ältere Menschen. Seit zehn Jahren wächst die Anzahl Menschen, die über 65 Jahre alt sind, jährlich um drei Prozent. Auf 100 Personen im Erwerbsalter kamen im Jahr 2019 bereits 29 Menschen im Pensionsalter. Berechnungen zeigen, dass die Zahl der 80-jährigen und älteren Menschen im Kanton bis zum Jahr 2035 auf 26'000 ansteigen wird – dies entspricht einer Verdoppelung im Vergleich zum Jahr 2019.¹

Der demographische Wandel zeitigt verschiedene Folgen. Einerseits nehmen chronische und Mehrfacherkrankungen zu. Dies gilt auch für die verschiedenen Formen von Demenz. Entsprechend steigt der Komplexitätsgrad bei Behandlung, Betreuung und Pflege laufend. Dies hat zur Folge, dass medizinische, pflegerische und sozial unterstützende Massnahmen an diese Entwicklungen angepasst werden müssen. Andererseits bietet der demographische Wandel auch Chancen. Ältere Menschen bleiben länger im gesellschaftlichen Leben aktiv und setzen ihre Kompetenzen und zeitlichen Ressourcen zum Wohl von Gesellschaft und Familie ein.

Die rechtlichen Grundlagen für Massnahmen zu Geriatrie und Demenz sind in § 3, § 7 und § 39 Abs. 6 des Gesundheitsgesetzes (GG) sowie in der Spitalplanung und -finanzierung und in der Pflegeheimplanung und Pflegefinanzierung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und den kantonalesgesetzlichen Vollzugsbestimmungen dazu (TG KVG und TG KVV) verankert. Das Ziel, die Entwicklung der stationären Spital- und Pflegeheim-Kapazitäten zu dämpfen, kann nur durch den Ausbau von ambulanten Angeboten erreicht werden.

Weiter wurde mit dem Nationalen Finanzausgleich (NFA) ab 2008 die Finanzierung der Altershilfe mehrheitlich vom Bund an die Kantone übertragen, es verblieben einzig Beiträge an gesamtschweizerisch tätige Organisationen gemäss Art. 101^{bis} AHVG beim Bund. Die Grundsätze des NFA wurden im Kanton Thurgau weitergeführt, so sollen gemeindenahen Aufgaben von diesen getragen werden, während kantonsweite und (über-)regionale Aufgaben eher beim Kanton anzusiedeln sind. Für Beitragsleistungen wurde § 22 TG KVG punktuell ergänzt und §39 GG genutzt. Leistungen für Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen sind in der TG ELV aufgeführt.

Der Kanton Thurgau hat im Jahr 2016 mit dem Geriatrie- und Demenzkonzept in fünf Handlungsfeldern insgesamt 34 Massnahmen formuliert. Das Dokument wurde mit RRB Nr. 300 vom 29. März 2016 genehmigt, die erste Etappe, die von 2016 bis 2020 dauerte, verfolgte folgende Ziele in der Umsetzung:

- Aufbau einer bedarfsgerechten Grundversorgung für die ältere Bevölkerung im Kanton Thurgau
- Auf- und Ausbau von bestehenden und neuen, zweckdienlichen Strukturen, einheitlichen Abläufen sowie einer interdisziplinären Zusammenarbeit
- Ausweitung von einheitlichen wohnortunabhängigen, geriatrischen sowie demenzspezifischen Versorgungsangeboten im Kanton Thurgau, die für ältere Menschen niederschwellig zugänglich sind
- Vereinheitlichung und Aufbau der Qualitätsstandards in den Bereichen Geriatrie und Demenz im Kanton Thurgau
- Förderung von Fachwissen in Geriatrie und Demenz

In der ersten Etappe stand der Aufbau kantonsweiter Angebote für eine solide Grundversorgung in den Bereichen Geriatrie und Demenz im Mittelpunkt. Dabei wurden die Grundlagen für

¹ Amt für Statistik (2020). Alter. <https://statistik.tg.ch/themen-und-daten/bevoelkerung-und-haushalte/bevoelkerungsstand-und-struktur/alter.html/6644>

einen wohnortnahen und bedarfsgerechten Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem für geriatrische Patientinnen und Patienten und Menschen mit Demenz sowie deren Angehörige aufgebaut und gesichert. Das Ziel einer bedarfsgerechten Grundversorgung wurde erreicht. Der Aufbau notwendiger Angebote im Bereich der stationären und geriatrischen Therapie und Rehabilitation konnte abgeschlossen werden. Die erweiterte Grundversorgung im stationären Bereich obliegt nun der Spital Thurgau und den Rehabilitationskliniken.

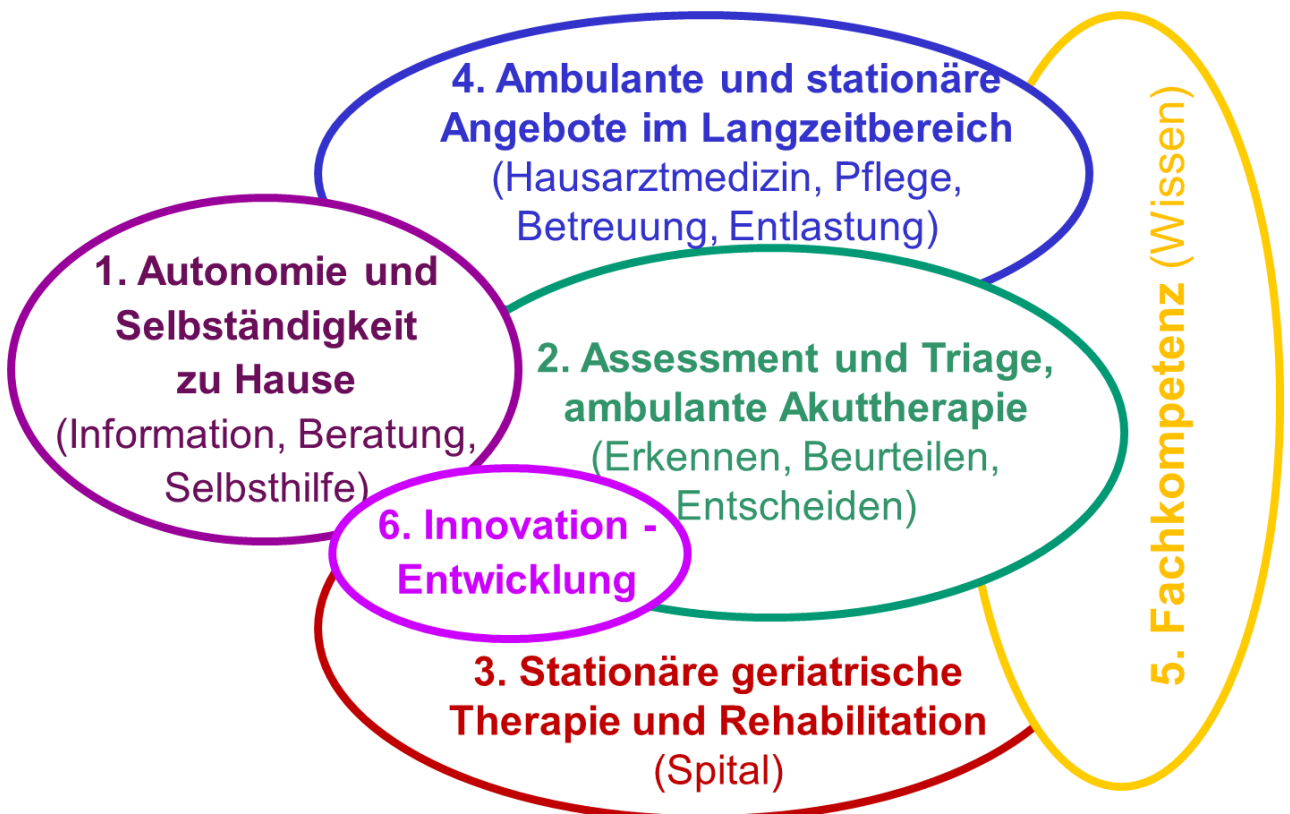
In der zweiten Etappe werden die geschaffenen Angebote noch besser etabliert. Die Angebote, Erfahrungen und Kompetenzen sollen optimal aufeinander abgestimmt und damit die Effizienz gesteigert werden.

Es gilt nun, die übergeordneten Ziele weiter zu verfolgen. Insbesondere ist eine zweckdienliche Verbindung und Vernetzung der einzelnen Angebote hin zu einem integrierten System zu fördern, worin die einzelnen Organisationen interprofessionell zusammenarbeiten. Dabei sind Betroffene und Angehörige ebenfalls als Experten in den Behandlungsprozess im ambulanten Setting zu integrieren.

Bei allen Massnahmen sollen die Handlungsempfehlungen des Bundesamts für Gesundheit (BAG) zu Demenz, für betreuende und pflegende Angehörige und zu interprofessioneller Zusammenarbeit berücksichtigt werden.

Handlungsfelder

Das Geriatrie- und Demenzkonzept baut neu auf sechs vernetzten Handlungsfeldern auf. Verschiedene Massnahmen werden regional angeboten, damit sie für die Bevölkerung wohnortnah erreichbar sind. Andere Massnahmen wurden als Pilotprojekte in einzelnen Regionen lanciert, um Erfahrungen zu sammeln. Weitere sind kantonale an einem Standort konzentriert angesiedelt. In der zweiten Etappe verschiebt sich der Fokus der Massnahmen auf die Handlungsfelder 1, 2, 4, 5 und 6.



Übersicht der Massnahmen zu Geriatrie und Demenz

Die insgesamt 16 Massnahmenbündel zu Geriatrie und Demenz sind im vorliegenden Bericht zu den sechs Handlungsfeldern gruppiert. Um einen Überblick über die erste und zweite Etappe zu vermitteln, sind die Massnahmen auf den folgenden beiden Seiten zusammengefasst.

Die Gliederung bildet als Pyramide die Dimension der Handlungsfelder (Horizontale von links nach rechts) und die Dimension des Entwicklungsstandes (Vertikale von unten nach oben) ab.

Massnahmen in einem hohen Entwicklungsstand (in der Grafik unten) werden weitergeführt, in der Zusammenarbeit mit den Umsetzungspartnern sind sie zu halten. Noch weniger etablierte und neue Massnahmen werden als Projekte geführt. Der Entwicklungs- und Koordinationsbedarf steigt von den in der ersten Etappe eingeführten Massnahmen bis hin zu noch nicht bekannten Projekten mit Innovationscharakter und Entwicklungspotential (oben).

Erste Ebene

Die fünf bekannten Handlungsfelder sind um das sechste Innovation – Entwicklung ergänzt auf der untersten Linie von links nach rechts dargestellt.

Zweite Ebene

Die etablierten, im Regelbetrieb und in der Regelfinanzierung laufenden Massnahmen sind auf der zweiten Linie dargestellt. Sie sind als stehende (grundsätzlich zeitlich unbefristete) Leistungsaufträge erteilt und werden über Leistungsvereinbarungen gesteuert. Die Beiträge sind Teil des regulären Budgets und Finanzplans.

Dritte Ebene

Die Massnahmen der zweiten Etappe Geriatrie und Demenz sind in der Entwicklungs-Pyramide wiederum von unten nach oben arrangiert:

Zwei Linien bilden die Basisangebote ab und bestehen mehrheitlich aus Massnahmen, die in der ersten Etappe entwickelt wurden und weiterhin als Projekte geführt werden. Sei es, weil die Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist oder weil Pilotprojekte im Kanton ausgerollt werden sollen. Projekte mit Entwicklungspotential und grösserem Koordinationsbedarf sowie neue Projekte sind in den obersten zwei Reihen zu finden.

Die Finanzierung ist farblich hinterlegt. Die Projekte werden in einem Objektkredit 2022-2025 zusammengefasst. Ausgenommen ist das Massnahmenpaket für pflegende und betreuende Angehörige, das über Rückstellungen finanziert wird.

Im Anschluss an die Übersicht folgt in den Kapiteln 1. bis 6. die ausführlichere Umschreibung, welche sich an den Handlungsfeldern und an der Pyramide orientiert. Zuerst wird das jeweilige Handlungsfelder kurz skizziert. Es folgt die Beschreibung der Massnahmen der ersten Etappe im Regelbetrieb. Diese sind um besseren Verständnis mit einer Ziffer und einem Buchstaben beschriftet (z. B. 1.a). Daran schliessen die Massnahmen der zweiten Etappe an (z. B. 1.1).

1 Autonomie und Selbständigkeit zu Hause

Auch im hohen Alter und bei Krankheit sollen Autonomie und Selbständigkeit gewahrt werden. Ein zentraler Erfolgsfaktor dafür ist die frühzeitige Inanspruchnahme von Hilfs- und Entlastungsangeboten. Die Realität zeigt jedoch, dass Betroffene und Angehörige oft erst sehr spät Unterstützung zulassen. Entlastungs- und Beratungsangebote müssen daher besser bekanntgemacht werden, lokal verfügbar und finanziell tragbar sein.

Nach wie vor ist es wichtig, ältere Menschen aktiv in die Gestaltung der verschiedenen Lebensbereiche miteinzubeziehen. Gesundheitsförderung, Information, Beratung und individuelle Lösungen für jede einzelne Situation unterstützen dieses Anliegen. Zudem sollen neu Betroffene und Angehörige bereits bei der Konzeption von Angeboten einbezogen werden.

Pflegende und betreuende Angehörige und Freiwillige leisten einen wichtigen Beitrag dazu, dass betagte Menschen auch im hohen Alter noch zuhause leben können. Nicht selten überschreiten die Angehörigen und Freiwilligen dabei allerdings ihre Belastungsgrenzen. Mit geeigneten Massnahmen in den Bereichen Beratung, Begleitung und Wertschätzung kann sichergestellt werden, dass sie ihre Aufgaben lange und gesund wahrnehmen können. Auch das BAG misst diesem Thema ein grosses Gewicht bei.

1.a Prävention im Bereich Demenzerkrankungen

Die Ausführungen des Geriatrie- und Demenzkonzept 2016-2020 gelten weiterhin. Die Aktivitäten sind im Regelbetrieb integriert.

Erläuterungen

Die fünf wichtigsten Massnahmen sind in der Broschüre „Demenz vorbeugen“² der Alzheimervereinigung ausgeführt. Die Fachpersonen und Beratungsstellen informieren über die Risikofaktoren und die Prävention. Weitere Massnahmen sind nicht geplant.

² Alzheimer Schweiz (2020). www.alzheimer-schweiz.ch/de/publikationen-produkte/broschueren.

1.1 «Best practice» Gesundheitsförderung im Alter (Projekte)

1.1 «Best practice» Gesundheitsförderung im Alter (Projekte)

Ziele

1. Über verschiedene bottom-up entwickelte Projekte in Kontakt mit der Bevölkerung treten
2. Verbreitung und Verankerung von Wissen und gesundheitsförderlichen Massnahmen in der Bevölkerung
3. Zusammenbringen von Bevölkerung und Fachpersonen
4. Vermittlung von relevantem Wissen

Massnahmen

Die Veranstaltungsreihe «BiA – Balance im Alltag» wird weitergeführt. Relevantes Wissen im Alter wird im Rahmen von Veranstaltungen oder Webinaren adressatengerecht aufbereitet und vermittelt. Die Bevölkerung gibt die Themen für die zweite Etappe vor. Das Angebot «BiL – Balance im Leben» zur begleiteten und achtsamen Neuorientierung bei Abschied, Trauer und Verlust wird weiter ausgebaut.

Status: Ausbau

Trägerschaft: Extern

Umsetzung: Extern

**Chancen
Risiken**

Breitere Informationsvermittlung durch die Nutzung von neuen Medien
Veranstaltungen fallen aufgrund Pandemie aus

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	125'000	91'000	91'000	91'000	91'000
Fallzahl	150	150	150	150	150

Allgemein: Die Angebote liefen am Anfang etwas schleppend an, nach der Überarbeitung der Kommunikation und des Wordings stiegen die Teilnehmerzahlen.

Beeinflusst 1.3, 1.4, 2.a, 2.b, 2.1, 4.b, 4.c

Erläuterungen

«BiA – Balance im Alltag» hat sich etabliert und als gutes Gefäss erwiesen, um wichtige Alters-themen niederschwellig in der Bevölkerung zu thematisieren. Die Massnahme soll weitergeführt werden. In Workshops in den Jahren 2021/22 werden die thematischen Schwerpunkte partizipativ und bedarfsorientiert mit der Bevölkerung erarbeitet. Sie bilden die Grundlage für die zweite Etappe der Veranstaltungsreihe 2022-2025, die auch als Webinare angeboten werden.

«BiL – Balance im Leben» befindet sich zurzeit noch in der Lancierungsphase. Dieses Projekt dient der begleiteten kreativen Neuorientierung in Verlustsituationen im Alter. Damit der Bedarf und Mehrwert dieses vielversprechenden Angebots erfasst werden können, soll es als Pilotprojekt bis 2025 weitergeführt werden.

Die Massnahmen zeichnen sich durch einen mehrdimensionalen Charakter aus: Sie tragen einerseits zur Gesundheitsförderung im Alter bei und machen gleichzeitig komplexe Versorgungsthemen wie Demenz und psychische Belastung niederschwellig zugänglich. Weiter werden im Dialog mit den Teilnehmenden alltagsrelevante Themen aufgegriffen, die dazu beitragen, dass die älteren Menschen möglichst lange zuhause im gewohnten Umfeld bleiben können.

1.2 Niederschwellige Information und Sensibilisierung zu Demenz

1.2 Niederschwellige Informationen und Sensibilisierung zu Demenz

Ziele

Niederschwellige Information und Sensibilisierung der Bevölkerung zu Demenz

Massnahmen

Mitfinanzierung kostenloser niederschwelliger Informationsvermittlung und Sensibilisierung in einer Leistungsvereinbarung.

Status: Etabliert

Trägerschaft: Extern

Umsetzung: Extern

Chancen

Beratungen auf neuen Kanälen

Risiken

Fehlende Nachfrage durch Zunahme der Nutzung von Internet

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	100'000*	70'000	70'000	70'000	70'000

*inkl. Beitrag an die Geschäftsstelle Alzheimer Thurgau, der ab 2022 unter Beitrag an Organisationen im Gesundheitswesen, Regelstrukturen der Altersarbeit, geführt wird.

Kennzahlen

- - - - -

Allgemein: Die Nachfrage nach den ursprünglich acht Anlaufstellen Demenz blieb aus. Auch nach der Schliessung und Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit blieb die Zunahme der Beratungen und Anfragen aus, ausgenommen während der Pandemie. Dieser Umstand wird auf die veränderte Mediennutzung und die Vielfalt von weiteren Angeboten zurückgeführt.

Beeinflusst 1.5, 1.7, 2.a, 2.b, 5.1

Erläuterungen

Demenz verändert das Leben der Betroffenen wie der Angehörigen grundlegend. Mit gezielter Informationsarbeit können beide befähigt werden, die täglichen Herausforderungen zu meistern. Die Angebote richten sich an die breite Bevölkerung. Kostenlose niederschwellige Informationsvermittlung (Niederschwellige Beratungen) und Sensibilisierung werden in einer Leistungsvereinbarung mitfinanziert.

1.3 Regionale Anlaufstellen und Drehscheiben

1.3 Regionale Anlaufstellen und Drehscheiben

Ziele

1. Koordination von Dienstleistern bei komplexen Lebenssituationen bzw. Krankheitsverläufen
2. Aufbau von Vertrauen durch eine konstante Bezugsperson
3. Optimierung von Prozessen und Reduktion von Doppelspurigkeiten
4. Entlastung der Dienstleister wie Ärzte, Spitex, KESB, Soziale Dienste
5. Gezielter Beizug der notwendigen Dienstleister wie Entlastungsdienst, Pro Senectute

Massnahmen

Ausweitung des Einzugsgebiets der Drehscheibe RegioArbon auf den ganzen Bezirk. Ausweitung und Aufbau von vier weiteren Drehscheiben in den Bezirken, je eine Drehscheibe pro Jahr.

Status: Ausbau

Trägerschaft: Extern

Umsetzung: Extern

Chancen Optimierung der interprofessionellen Prozesse
Risiken Rekrutierung von geeigneten Fachpersonen

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	105'000*	240'000	360'000	480'000	600'000
	*zusätzlich mitfinanziert über KAP VIA durch Gesundheitsförderung Schweiz				
Klienten	70	140	210	280	350

Allgemein: Stakeholder stellten zu Beginn den Nutzen in Frage. Der Mehrwert konnte insbesondere in den Bereichen des Beziehungsaufbaus und der Prozessoptimierung erbracht werden. Die Nachfrage ist kantonsweit vorhanden. Qualitativ wirkt das Angebot als Puffer zwischen ambulant und stationär.

Beeinflusst 1.3, 1.5, 1.8, 2.a, 2.b, 4.2

Erläuterungen

Multidisziplinäre Herangehensweisen sind im Demenzbereich und bei Patienten mit Mehrfach- oder chronischen Erkrankungen zentral für eine erfolgreiche und kosteneffiziente Betreuung. In vielen Fällen übersteigt die Komplexität der Situation der einzelnen Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten und Zuständigkeiten eines einzelnen Leistungserbringers oder der Angehörigen.

Die Drehscheibe RegioArbon wird für komplexe Situationen im Zusammenspiel zwischen Ärztinnen und Ärzten, Pflege, KESB und Gemeinden stark nachgefragt. Das Pilotprojekt soll um weitere vier Jahre verlängert werden. In einem ersten Schritt wird der Wirkungsbereich der Drehscheibe RegioArbon auf den ganzen Bezirk Arbon ausgeweitet. Im Anschluss soll mit je einer Drehscheibe pro Bezirk ein kantonsweites Angebot geschaffen werden. Mit der Ausweitung sollen der dauerhafte Regelbetrieb und die Finanzierung sowie die Koordination mit den Gemeinden verankert werden.

Gleichzeitig wird ein Fokus auf die Schnittstellen zu den Aufsuchenden Demenz Beratungsstellen, dem Assessment- und Triage-Zentrum sowie dem Angebot «Geriatric Plus» gelegt.

1.4 Aufsuchende Demenzberatung (Demenz Beratungsstelle)

1.4 Aufsuchende Demenzberatung (Demenz Beratungsstelle)

Ziele

1. Kantonsweit einheitlicher Zugang zur Aufsuchenden Demenz Beratung
2. Stabilisierung der Betreuung zu Hause und Koordinationsstelle für die Angehörigen
3. Reduktion von Notfällen durch ungeplante Eintritte in Pflegeheime und Spitäler
4. Entlastung der Dienstleister

Massnahmen

Weitere Verankerung des Angebots. Überprüfung der Strukturen und Prozesse hinsichtlich Optimierungspotential.

Status: Ausbau

Trägerschaft: Extern

Umsetzung: Extern

**Chancen
Risiken**

Reduktion von Krisensituationen, längerer Verbleib im gewohnten Umfeld
Abnehmende Koordination zwischen den Trägerorganisationen

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	555'000*	570'000	570'000	570'000	570'000

*Das Pilotprojekt der Drehscheibe RegioArbon wurde zusätzlich über KAP VIA durch Gesundheitsförderung Schweiz mitfinanziert

Klienten	320	320	320	320	320
-----------------	-----	-----	-----	-----	-----

Allgemein: Das Angebot hat sich schnell etabliert. Die Nachfrage überstieg rasch die Kapazität, Akzeptanz und Wertschätzung sind bei den verschiedenen Zuweisern gegeben.

Beeinflusst 1.3, 1.4, 2.a, 2.b, 4a, 4b, 4.2

Erläuterungen

Die Aufsuchenden Demenz Beratungsstellen sind insbesondere für die Stabilisierung hochkomplexer häuslicher Situationen und Krisen bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zuständig. Sie sind ein wesentliches Element der ambulanten Demenzversorgung. Die Leistungen sind mit den Aktivitäten von Alzheimer Thurgau der Memory Klinik, den Alterstageskliniken und den Tagesstätten koordiniert. Das aufsuchende Angebot stösst auf gute Resonanz. Die sechs Standorte haben sich bewährt und sind ausgelastet.

Das erfolgreiche Angebot verfügt über insgesamt 380 Stellenprozent, wobei 80 Stellenprozent einen festen Bestandteil der Drehscheibe RegioArbon bilden.

1.5 Koordination unter den Partnern (Fachpersonen und Laien)

1.5 Koordination unter den Partnern (Fachpersonen und Laien)

Ziele

1. Optimale und effiziente Abstimmung zwischen den einzelnen Dienstleistern
2. Fokussierung der Partner auf jeweilige Kernkompetenzen, Abbau von Doppelspurigkeiten
3. Steigerung der Gesundheit von Angehörigen durch Wertschätzung und Entlastung
4. Aufbau eines einheitlichen Behandlungsverständnisses und Vermittlung von theoretischem Wissen

Massnahmen

Eine netzwerkübergreifende, kantonale Veranstaltung steht nun im Vordergrund. Alle Partner aus dem Gesundheits- und Sozialwesen im Kanton sollen zusammengebracht, gemeinsame Haltungen und Vorgehensweisen entwickelt werden. Gefässe zur interprofessionellen Vernetzung werden geprüft und umgesetzt. Die Empfehlungen des BAG werden integriert.

Status: Aufbau

Trägerschaft: Extern

Umsetzung: Extern

Chancen Aufbau interprofessioneller Kultur
Risiken Fehlende Nachfrage der Stakeholder

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	5'000	25'000	25'000	25'000	25'000
Teilnehmende		150	150	150	150

Allgemein: In der ersten Etappe wurden 5 Netzwerke autonom gegründet. Eine interdisziplinäre Veranstaltung soll die verschiedenen Fachpersonen der Bereiche Gesundheit und Soziales näher zusammenbringen.

Beeinflusst Alle

Erläuterungen

Eine optimale Koordination unter den Partnern ist im Altersbereich sowohl wegen der Versorgungsqualität wie auch aus Kostengründen von grosser Bedeutung. Netzwerke dienen der Abstimmung zwischen den einzelnen Dienstleistern und machen die Erschliessung von Synergien, gegenseitiges Kennenlernen und die kontroverse Diskussion aktueller und künftiger Herausforderungen möglich. In der ersten Etappe des Geriatrie- und Demenzkonzepts wurden kommunale/regionale Netzwerke mit Anschubfinanzierungen gefördert. Diese werden autonom weitergeführt, nach ihrem Vorbild können an weiteren Orten Netzwerke entstehen.

Im Vordergrund stehen nun netzwerkübergreifende, kantonale Aktivitäten. Alle interessierten Partner aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sollen zusammengebracht werden, damit gemeinsame Haltungen und Vorgehensweisen entwickelt werden können. Geeignete Formate und Strukturen sind zu finden. Mögliche Kooperationen mit bestehenden Angeboten sind zu prüfen.

1.6 Förderung der Freiwilligenarbeit

1.6 Förderung der Freiwilligenarbeit

Neu

Ziele

1. Ressource Bevölkerung wird langfristig und nachhaltig erschlossen
2. Regionale Förderung der Freiwilligenarbeit
3. Überregionale Koordination erfolgreicher Projekte
4. Soziale Teilhabe und die soziale Vernetzung werden gestärkt

Massnahmen

Eine Fachstelle soll ein Konzept zur systematischen Nutzung der Ressourcen von Freiwilligen erarbeiten und umsetzen. Bestehende Konzepte wie auch eine einheitliche Umsetzung werden geprüft. Eine Organisation wird mittels Leistungsvereinbarung für dieses Pilotprojekt beauftragt. Es handelt sich um einen einmaligen Auftrag.

Status: Neu

Trägerschaft: Extern

Umsetzung: Extern

Chancen Standardisierte Koordination und Nutzung von Freiwilligen
Risiken Konzeptvielfalt ist schwer zu koordinieren

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	–	–	–	50'000	–

Fallzahl Pro Bezirk ein Netz der Freiwilligenarbeit und Koordinatorinnen

Beeinflusst Alle

Erläuterungen

Mit Koordinationsstellen für Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe in den Bezirken könnte die Anzahl der Personen, die Freiwilligenarbeit leisten, erhöht werden. Gleichzeitig soll mit lokalem Engagement die Nachbarschaftshilfe gefördert werden.

Der Kanton übernimmt für lokale Projekte eine begleitende und koordinative Rolle. Im Rahmen einer einmaligen Projektfinanzierung sollen die Grundlagen für eine gezielte Koordination der verschiedenen Angebote im Kanton geschaffen werden. Geeignete Modelle der Freiwilligenarbeit werden regional bestimmt. Förderung und Umsetzung erfolgen dezentral in Zusammenarbeit mit den Gemeinden, verschiedenen Organisationen und der Zivilgesellschaft.

1.7 Wertschätzung und Teilhabe, soziale Anlässe

1.7 Wertschätzung und Teilhabe, soziale Anlässe

Ziele

1. Durch Wertschätzung und Entlastung bleiben Angehörige gesund
2. Entlastungsangebote werden besser genutzt
3. Reduktion von Notfällen, weniger ungeplante Eintritte in Pflegeheime und Spitäler

Massnahmen

Die Handlungsempfehlungen des BAG werden adaptiert und bedarfsgerecht umgesetzt. Weiter sollen die Bevölkerung und Betroffene zu den verschiedenen Facetten von Überlastung und Überforderung informiert und sensibilisiert werden.

Status: Ausbau

Trägerschaft: Extern

Umsetzung: Extern

Chancen
Risiken

Stärkung der Angehörigen und Entlastung der Regelstrukturen
Zu wenig Eigenfinanzierung verhindert die Projektumsetzung

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	115'950*	150'000	150'000	150'000	150'000

*mitfinanziert KAP VIA Gesundheitsförderung Schweiz

Fallzahl

–

mind. 5 Projekte pro Jahr ab 2022

Allgemein: Die Projekte erwiesen sich als zielführend und erfreuten sich grosser Nachfrage. Die Eigenleistung von 50% verhindert teilweise die Umsetzung. Der Beitrag wird auf durchschnittlich zwei Drittel erhöht, ausgenommen Projekte mit zusätzlichen öffentlichen Beiträgen (weiterhin max. 50 %).

Beeinflusst Alle

Erläuterungen

Die Bedeutung der pflegenden und betreuenden Angehörigen als Teil der Betreuungs- und Versorgungsstruktur nimmt laufend zu. Um diese wichtige Ressource zu sichern, sollen unterstützende Massnahmen bedarfsgerecht ausgebaut werden, Information und Sensibilisierung der Bevölkerung und der Betroffenen zu Überlastung und Überforderung ergänzen die Massnahmen.

Sowohl lokale wie auch regionale und kantonsweite Projekte sollen im Durchschnitt zu zwei Drittel der Projektkosten (bisher: zur Hälfte) aus zurückgestellten öffentlichen Mitteln finanziert werden. Ausgenommen sind Projekte, welche mit zusätzlichen öffentlichen Beiträgen (z. B. der Altershilfe des Bundes oder der Gemeinden) mitfinanziert werden. Weiter soll eine Sensibilisierungskampagne Tabu-Themen aufgreifen. Die Projekte orientieren sich vorzugsweise am Katalog der Empfehlungen für betreuende und pflegende Angehörige des Bundesamtes für Gesundheit.

1.8 Information zu Altersthemen

1.8 Information zu Altersthemen

Neu

Ziele

1. Steigerung der Bekanntheit und Nutzung von Altersangeboten im Kanton
2. Veränderung des Altersbildes hin zu einem ressourcenorientierten Ansatz
3. Reduktion von Altersverschuldung und Abhängigkeit von Ergänzungsleistungen durch gezielte Informationen zu Vorsorgethemen

Massnahmen

Als Grundlage soll der Zugang zu den vielfältigen zur Verfügung stehenden nicht kommerziellen Medien geschaffen werden. Regelmässig sollen dann Fallbeispiele in nicht kommerziellen Medien wie Gemeindeblättern oder Mitteilungsheften und Online-Medien vorgestellt werden. Eine Kampagne zum Wandel des Altersbildes wird lanciert und Informationsveranstaltungen zuhanden der Gemeinden werden konzipiert.

Status: Neu

Trägerschaft: Extern

Umsetzung: Extern

Chancen Bessere Bekanntheit und Inanspruchnahme der Angebote
Risiken Inanspruchnahme bleibt unverändert

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	–	60'000	60'000	60'000	60'000

Fallzahl –

Beeinflusst Alle

Erläuterungen

Diese Massnahme vereint drei Anliegen: Zum einen sollen die Angebote für ältere Menschen bekannt gemacht werden, dann soll ein Wandel im Altersbild eingeleitet werden und schliesslich soll vermehrt über Vorsorgethemen informiert werden. Insgesamt wird ein Beitrag an die Schaffung eines Umfelds geleistet, das die Ressourcen der älteren Menschen erkennt und sie stärkt. Damit werden die Rahmenbedingungen für ein möglichst langes Leben in Autonomie und Selbstständigkeit zuhause verbessert.

Die vielfältigen Angebote und Engagements in der Altersarbeit sollen mittels Erfahrungsberichten mit mehr Breitenwirkung kommuniziert werden, damit die Angebote und Organisationen besser wahrgenommen und bestehende Angebote besser genutzt werden.

Weiter soll aktiv ein kultureller Wandel im Altersbild angestossen werden. Aktuelle Studien zeigen, dass in der Bevölkerung zwei Altersbilder vorherrschend sind. Aktive und agile ältere Menschen stehen in der Wahrnehmung multimorbiden und hochaltrigen Menschen gegenüber, die hohe Gesundheitskosten verursachen. Der stetige Abbau ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten steht im Mittelpunkt. Der Ausbau einer generationenfreundlichen Umgebung wie auch die Fokussierung und gezielte Förderung der Ressourcen ist massgeblich vom Altersbild in der Bevölkerung abhängig.

Der dritte Bestandteil dieser Massnahme zielt auf die Information zu Vorsorgethemen im Alter ab. Ältere Menschen nehmen teilweise die notwendigen, ihnen zustehenden Sozialversicherungsleistungen nicht in Anspruch, weil ihnen die Angebote nicht oder nur ungenügend bekannt sind. Bestehende Fachstellen, die unterstützen könnten, sind ebenfalls zu wenig bekannt.

Zentrale Themen werden zu modularen Informationsveranstaltungen zusammengestellt, insbesondere über die Sozialversicherungsleistungen, die Patientenverfügung, den Vorsorgeauftrag und das Testament. Die Module können die Gemeinden selber oder mit Partnern umsetzen.

2 Früherkennung (Screening), Assessment und Triage, ambulante Akuttherapie

Mit fortschreitendem Alter nehmen Mehrfacherkrankungen zu. Das kann sich auf die Ressourcen auswirken, die benötigt werden, um den Alltag zu meistern. Mit zunehmenden Einschränkungen gehen nicht selten ungewollte, überstürzte oder unnötig frühe Eintritte ins Pflegeheim einher.

Die Früherkennung (Screening) dient dazu, die Situation der Patientinnen und Patienten zu beurteilen, um ihre Ressourcen und Defizite zu erfassen. Das Potenzial zur Veränderung wird identifiziert. Die gezielte Zuweisung (Triage) leitet bei Bedarf eine optimale Weiterbehandlung ein.

Hausärztinnen und Hausärzte, ambulante Pflege, Pflegeheime und auch Notfallstationen können bei komplexen Fällen auf die Kompetenzen, Erfahrungen und die verschiedenen Angebote des Assessment- und Triage-Zentrums (ATZ) am Kantonsspital Münsterlingen zurückgreifen, das detailliertere Abklärungen vornimmt.

2.a Memory Clinic

Die Ausführungen des Geriatrie- und Demenzkonzept 2016-2020 gelten weiterhin. Dieses Angebot ist in den Regelbetrieb integriert.

Erläuterungen

Die Bedeutung der Memory Clinic wird in den kommenden Jahren steigen. Ein gezielter Ausbau professioneller Abklärungsmöglichkeiten in- und ausserhalb der Memory Clinic ist notwendig. Im Zentrum stehen die Koordination und kompetenzorientierte Zuweisung an die Memory Clinic Münsterlingen und die Ambulante Alterspsychiatrie/-Psychotherapie Frauenfeld. Die Finanzierung erfolgt durch die Krankenversicherer als ambulante Leistungen gemäss TARMED resp. den gültigen Tarifverträgen der integrierten wohn-ortnahen Psychiatrie. Aktuell sind keine weiteren Massnahmen geplant.

2.b Alterstageskliniken

Die Ausführungen des Geriatrie- und Demenzkonzept 2016-2020 gelten weiterhin. Die Aktivitäten sind im Regelbetrieb integriert.

Erläuterungen

Aufgrund des demographischen Wandels gewinnen die Angebote der Alterstagesklinik in Zukunft weiter an Bedeutung. Die Anzahl der Therapieplätze wird ab 2020 weiter schrittweise auf insgesamt 32 Alterstagesklinikplätze bis im Jahr 2025 erhöht. Die verschiedenen Entlastungsangebote müssen optimal aufeinander abgestimmt werden.

Die Übertritte beispielsweise in eine Tagestätte sollen frühzeitig vorbereitet werden und begleitet sein, damit eine bedarfs- und ressourcengerechte Nutzung der Plätze sichergestellt wird. Diese Prozesse gilt es, besser miteinander zu verknüpfen (siehe Massnahme 4.1). Ziel muss es zudem sein, analog dem Beispiel der Drehscheiben den Fokus auf die bedarfsgerechte Vermittlung von Entlastungsangeboten und die Koordination mit vor- und nachgelagerten Angeboten zu legen.

2.1 Assessment- und Triage-Zentrum (ATZ)

2.1 Assessment- und Triage-Zentrum

Ziele

1. Geriatrische Abklärungen durch das ATZ für Zuweisungen aus dem ganzen Kanton
2. Peer-to-Peer Beratungen
3. Abgleich der Assessment-Instrumente und, wo möglich, einheitliche Verwendung
4. Entlastung der Dienstleister

Massnahmen

Das ATZ wird in verschiedenen relevanten Gremien regelmässig vorgestellt und die Zusammenarbeit mit den ambulanten Grundversorgern intensiviert.

Status: Aufbau

Trägerschaft: Extern

Umsetzung: Extern

Chancen

Optimierung der geriatrischen Abklärungen und Behandlungen

Risiken

Fehlende Akzeptanz durch die Stakeholder und fehlende Bekanntheit

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	630'000	630'000	630'000	630'000	630'000
Konsultationen	525	525	525	525	525
Peerberatung	265	265	265	265	265

Allgemein: Die Nachfrage nach geriatrischer Fachexpertise ist gross und das Angebot ist breit akzeptiert. Die Bekanntheit gilt es noch auszubauen.

Beeinflusst 2.a, 2.b, 4.b, 4.c, 4.2,

Erläuterungen

Das Assessment- und Triage-Zentrum (ATZ) am Kantonsspital Münsterlingen hat 2017 erfolgreich seinen Betrieb aufgenommen. Um die Expertise weiter zu vertiefen, soll eine weitere vierjährige Projektphase mitfinanziert werden, bevor das Angebot in den ordentlichen Leistungsauftrag aufgenommen wird. Die verwendeten Assessmentinstrumente sollen mit den weiteren Akteuren abgeglichen und soweit als möglich standardisiert werden.

2.2 Geriatrie Plus als Teil des Assessment- und Triage-Zentrums

2.2 Geriatrie Plus als Teil des Assessment- und Triage-Zentrums

Ziele

1. Kantonsweite geriatrische Abklärungen durch Geriatrie Plus bei den Klienten oder Partnern vor Ort
2. Peer-to-Peer Beratungen
3. Aufbau eines gemeinsamen Verständnisses zu Geriatrie und den dazugehörigen Instrumenten und Prozessen
4. Grösstmögliche Vereinheitlichung der Assessmentinstrumente und Behandlungsprozesse
5. Veränderungen werden frühzeitig erkannt und Folgekosten werden reduziert

Massnahmen

Geriatrie Plus wird in den relevanten Gremien regelmässig vorgestellt und die Zusammenarbeit mit den ambulanten Grundversorgern intensiviert.

Status: Ausbau

Trägerschaft: Extern

Umsetzung: Extern

Chancen
Risiken

Optimierung der geriatrischen Abklärungen und Behandlungen
Fehlende Akzeptanz durch die Stakeholder und fehlende Bekanntheit

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	330'000	330'000	330'000	330'000	330'000
Konsultationen	437	437	437	437	437
Peerberatung	352	352	352	352	352

Allgemein: Die Nachfrage nach geriatrischer Fachexpertise ist gross und das Angebot ist breit akzeptiert. Die Bekanntheit und das mobile Angebot Geriatrie Plus gilt es noch auszubauen.

Beeinflusst 2.a, 2.b, 4.b, 4.c, 4.2

Erläuterungen

Als Bestandteil des ATZ soll insbesondere das Angebot «Geriatrie Plus» gemäss Konzept – mit dem Auftrag, die Fachpersonen vor Ort zu unterstützen – vorangetrieben werden. Dieses Angebot schafft über die geriatrische Abklärung (bei Bedarf bei den Patientinnen und Patienten vor Ort) und die Peer-to-Peer Beratung Mehrwert.

3 Stationäre geriatrische Akuttherapie und Rehabilitation

Die erweiterte Grundversorgung im stationären Bereich obliegt der Spital Thurgau und den Rehabilitationskliniken. Der Aufbau der entsprechenden Angebote konnte in der ersten Etappe des Geriatrie- und Demenzkonzepts abgeschlossen werden.

3.a Akutgeriatrie

Die Ausführungen des Geriatrie- und Demenzkonzept 2016-2020 gelten weiterhin. Die Aktivitäten sind im Regelbetrieb integriert.

Erläuterungen

Die Akutspitäler im Kanton Thurgau versorgen rund 95 Prozent der geriatrischen Patienten. Lediglich knapp 10-13 Prozent werden ausserkantonale behandelt. Die Bedarfsplanung im Rahmen der Projekterarbeitung sah bis zum Jahr 2030 einen Aufbau von 16-18 geriatrischen Betten in den Kantonsspitalern Münsterlingen und Frauenfeld vor. In der ersten Etappe des Geriatrie- und Demenzkonzepts wurde eine akutgeriatriische Einheit im Kantonsspital Münsterlingen etabliert. Die Anforderungen der SwissDRG hält die Spital Thurgau AG ein. Das Assessment- und Triage-Zentrum sichert den Wissenstransfer und fördert die Kooperation der beiden Kantonsspitäler. Weitere Massnahmen sind aktuell nicht geplant. Die Finanzierung der Akutgeriatrie erfolgt über die ordentliche Spitalfinanzierung.

3.b Geriatrische Rehabilitation

Die Ausführungen des Geriatrie- und Demenzkonzept 2016-2020 gelten weiterhin. Die Aktivitäten sind im Regelbetrieb integriert.

Erläuterungen

Die Spitalplanung 202X soll sich in der Rehabilitation am Leistungsgruppenkonzept der GDK-Ost von Mai 2019 orientieren. Dafür sind die Leistungsgruppen zu operationalisieren und die generellen und leistungsspezifischen Anforderungen in Kenntnis der Planungen anderer Kantone festzulegen. Erste Vorbereitungsarbeiten stehen in 2022-2025 an.

4 Ambulante und stationäre Angebote im Langzeitbereich

Insbesondere ältere Menschen sind auf wohnortnahe Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, Pflege, Sozialberatungen und Sozialbetreuung angewiesen, wenn Krankheiten oder schwindende Ressourcen den Alltag erschweren. Angehörige und Freiwillige ermöglichen meist den Wunsch nach dem Leben im gewohnten Umfeld. Nicht selten stossen sie dabei an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Entlastung durch Besuchsdienste, Tagesheime, Kurzaufenthalte in Pflegeheimen und weitere Angebote werden oft zu spät oder gar nicht angenommen. Erschöpfung und Entlastungsmangel sind die Folge. Die Betreuung der alten, kranken Menschen verschlechtert sich. Daher muss ein einfacher und niederschwelliger Zugang zu aufeinander abgestimmten Entlastungsangeboten bestehen, die in genügender Anzahl zur Verfügung stehen. Die Angebote sollen auch für Menschen in bescheidenden wirtschaftlichen Verhältnissen zugänglich sein.

4.a Tagesheime und Tagesstätten

Die Ausführungen des Geriatrie- und Demenzkonzept 2016-2020 gelten weiterhin. Die Aktivitäten sind im Regelbetrieb integriert.

Erläuterungen

Pflegende und betreuende Angehörige werden regelmässig entlastet durch wohnortnahe halb- oder ganztägiger Aufenthalte der Betroffenen in Tagesheimen oder Tagesstätten. Es wird unterschiedene, zwischen professionell geführten und umgesetzten und professionell geführten und durch mehrheitliche Freiwillige umgesetzte Angebote.

Die durch die Gemeinden oder den Kanton anerkannten Angeboten werden durch die Gemeinden mit Fr. 40.- bzw. Fr. 60.- unterstützt.

4.b Entlastungsdienste für pflegende Angehörige

Die Ausführungen des Geriatrie- und Demenzkonzept 2016-2020 gelten weiterhin. Die Aktivitäten sind im Regelbetrieb integriert.

Erläuterungen

Derzeit sind gemäss den Rechtsgrundlagen die beiden Entlastungsdienste des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) und von Pro Infirmis zugelassen. Die Leistungen werden zunehmend genutzt. Anfragen kommen dennoch häufig erst, wenn Angehörige an ihre Belastungsgrenzen stossen. Daher wurden die Limiten der von den Gemeinden mitfinanzierten Entlastung bereits in 2015 auf 32 Stunden pro Monat erhöht. Seit Januar 2020 gilt, dass der Mindestbeitrag der Gemeinden die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Bezügers oder der Bezügerin berücksichtigt. Er beträgt mindestens Fr. 15.- für höchstens 48 Stunden pro Monat. Die Gemeinden wenden die zwischen dem Spitex Verband und den Entlastungsdiensten vereinbarten Tarif an. An den Aufwendungen der Gemeinden beteiligt sich der Kanton gemäss Kostenteiler mit einem Beitrag von 40 Prozent. Die Angebotsnachfrage steigt mittlerweile auch als Auswirkung der Pandemie stark an. Damit verbunden steigt auch der Beitrag markant, den die Organisationen bisher aus ihren eigenen Mitteln leisten. Sie treten in Verhandlungen mit dem Spitex Verband und den Gemeinden. Bei den Leistungen der Entlastungsdienste sind derzeit keine Massnahmen geplant.

4.c Begleitetes Wohnen für Menschen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen

Die Ausführungen des Geriatrie- und Demenzkonzept 2016-2020 gelten weiterhin. Die Aktivitäten sind im Regelbetrieb integriert.

Erläuterungen

Analog zum Begleiteten Wohnen für Menschen mit Beeinträchtigungen, welche bei der Bewältigung des täglichen Lebens Unterstützung erfahren, wurde das Pilotprojekt ambulant begleitetes Wohnen im Alter lanciert. Qualifizierte Laien unterstützen dabei ältere Menschen beim Aufbau von professionellen und privaten Strukturen zur Stabilisierung der Wohnsituation. Sie koordinieren und organisieren mit und für die betreuten Personen Arztbesuche, Therapien, soziale Kontakte und Aktivitäten, Haushaltarbeiten (inkl. Anteilen von Sozial- und Alltagsberatung) im Umfang von durchschnittlich bis zu 6 Stunden pro Monat. Das Pilotprojekt geht im Jahr 2022 in den Regelbetrieb über.

Vom Departement anerkannte gemeinnützige Organisationen oder Personen mit einem Leistungsauftrag der Gemeinde können die Leistungen erbringen. Die Mindestbeiträge der Gemeinden sind in der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung festgelegt (TG KVV). An den Aufwendungen der Gemeinden beteiligt sich der Kanton gemäss Kostenteiler mit einem Beitrag von 40 Prozent.

4.1 Schnittstellenkoordination zwischen Alterstageskliniken und Tagesstätten

4.1 Schnittstellenkoordination zwischen Alterstagesklinik und Tagesstätten

Ziele

1. Entlastung der pflegenden Angehörigen
2. Längere konstante und sichere Verweildauer zu Hause
3. Bessere Bekanntheit der Professionalität der an die Tageskliniken anschliessenden Angebote
4. Nahtloser Übergang von Alterstageskliniken zu Tagesstätten

Massnahmen

Mit den Alterstageskliniken und den Tagesstätten zusammen werden die Übergabeprozesse analysiert und verbessert. Konzepte zu begleiteten Übertritten werden gemeinsam ausgearbeitet. Der Patientenpfad als Prozesslandkarte soll die verschiedenen Angebote visualisieren.

Status: Aufbau

Trägerschaft: Extern

Umsetzung: Extern

Chancen Optimierte Übergänge von Tagesklinik zu Tagesstätten
Risiken Ausbleibende Nachfrage

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	0	7'000	7'000	7'000	7'000

Prozesse geklärt und begleitet

Allgemein: Der Übergang von der Alterstagesklinik zur Tagesstätte klappt oft nicht, das Entlastungsangebot bricht ab. Der Handlungsbedarf und die Gründe sind bekannt.

Beeinflusst 1.3, 1.5, 2.b, 4.a, 4.2

Erläuterungen

Tagesheime und Tagesstätten sowie Tagesplätze in Pflegeheimen sind zentrale Pfeiler in der Unterstützung betreuender und pflegender Angehöriger. Trotz des ausgewiesenen Mehrwerts werden die Angebote nicht ausreichend genutzt. Der Übertritt von der Tagesklinik zur Tagesstätte gelingt oft nicht, damit bricht die Entlastungskette ab.

Zur besseren Nutzung der Angebote bedarf es eines begleiteten und gleitenden Übertritts von der Tagesklinik zur Tagesstätte. Empfohlen wird beispielsweise, dass mit bestehenden Fahrdiensten ein notwendiger Transport situativ direkt durch das Tagesangebot organisiert wird.

Darüber hinaus sollen die Fachkompetenzen und Angebote besser bekannt gemacht werden. Eine Sensibilisierungskampagne mit dem Patientenpfad als Prozesslandkarte soll die verschiedenen Angebote visualisieren. Im Weiteren ist die Finanzierbarkeit durch die Betroffenen zu prüfen und ggf. sind entlastende Massnahmen mit den Gemeinden umzusetzen.

4.2 Kurzaufenthalte in Pflegeheimen

4.2 Kurzaufenthalte in Pflegeheimen

Neu

Ziele

1. Kurzfristige Entlastung der pflegenden Angehörigen
2. Längere konstante und sichere Verweildauer zu Hause
3. Verhinderung von Notfalleintritten in Institutionen bzw. Spitäler in Krisen

Massnahmen

Prüfung von Zusatzbeiträgen zur Pflegefinanzierung für Kurzzeitplätze.

Status: Neu

Trägerschaft: Intern

Umsetzung: Intern

Chancen –
Risiken –

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	–	–	–	–	–
Fallzahl	–	–	–	–	–

Allgemein: Solche Plätze werden im Rahmen der ordentlichen Pflegefinanzierung kaum angeboten.

Beeinflusst 1.4, 1.5, 1.6, 4.b, 4.c, 4.1

Erläuterungen

Bis zum Jahr 2030 wird mit rund 80 Plätzen für kurzfristige Entlastungsaufenthalte gerechnet, die beispielsweise bei einem Wegfall von Betreuungspersonen notwendig werden. Solche Plätze müssen für kurzfristige Eintritte von den Pflegeheimen freigehalten werden, sie sind in der Folge wenig rentabel. Es soll geprüft werden, ob Zusatzbeiträge zur Pflegefinanzierung für diese Kurzzeitplätze ausgerichtet werden können.

4.3 Besonderer Pflege- und Betreuungsbedarf im Alter

4.3 Besonderer Pflege- und Betreuungsbedarf im Alter

Neu

Ziele

1. Menschen mit Migrationshintergrund oder mit Beeinträchtigung (spezielle Bedürfnisse, Alterspsychiatrie) haben Zugang zu einer bedarfsgerechten und individuellen Versorgung
2. Synergien aus den Bereichen Soziales und Pflege werden systematisch genutzt

Massnahmen

Die Bedürfnisse von pflegebedürftigen älteren Menschen mit Migrationshintergrund oder mit Beeinträchtigung sowie in der Alterspsychiatrie werden erhoben und die bestehenden Angebote daraufhin angepasst. Nur bei ausgewiesenem Bedarf werden neue Angebote geschaffen. Das vorhandene Wissen und die Angebote der sozialen und pflegerischen Bereiche gilt es gezielt zu verbinden.

Status: Neu

Trägerschaft: SOA

Umsetzung: SOA/GA

Chancen Synergien-Nutzung bei der bedarfsorientierten Begleitung von Menschen mit besonderen Ansprüchen

Risiken Betreuungsplätze werden unnötig ausgebaut, Doppelspurigkeiten entstehen

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	–	5'000	10'000	10'000	10'000
Fallzahl	–	-	mind. 2 Projektsitzungen pro Jahr mit Organisationen des Sozialwesens		

Beeinflusst 4.b, 4.c

Erläuterungen

Verschiedene kleinere Bevölkerungsgruppen sind mit ihren spezifischen Bedürfnissen nicht im Fokus der bestehenden Pflege- und Betreuungsleistungen, da diese sich an der Mehrheit der Bevölkerung orientieren. Die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund und von älteren Menschen mit Beeinträchtigungen sowie in der Alterspsychiatrie ausserhalb der spezialisierten Einrichtungen steigt. Der Bedarf dieser Bevölkerungsgruppen soll in einem interdisziplinären und interprofessionellen Ansatz eruiert werden, damit Synergien genutzt und bestehende Angebote daraufhin angepasst werden können. Dieses Projekt wird durch das Kantonale Sozialamt geleitet und in Kooperation mit dem Amt für Gesundheit umgesetzt.

5 Fachkompetenz zu Geriatrie und Demenz

Das Wissen zu Geriatrie und Demenz soll entlang der Behandlungskette weiter gefördert werden. Es soll eine gemeinsame Haltung entwickelt werden, welche die interprofessionelle Zusammenarbeit über alle Versorgungsstrukturen hinweg ermöglicht und ein biopsychosoziales Verständnis zu Behandlung, Pflege und Betreuung vermittelt.

Der Grundsatz "Basiswissen für Viele - Spezialwissen für Wenig" gilt weiterhin. Basiswissen sollen in allen Strukturen und bei allen betroffenen Berufsgruppen gefördert und ausgebaut werden.

Erweiterte Kompetenzen sind in den spezialisierten Strukturen wie der Akutgeriatrie, dem Assessment- und Triage-Zentrum, in den Pflegeheimen und Spitex Organisationen notwendig. Jedes Pflegeheim und jede Spitexorganisation soll über mindestens eine Fachperson mit vertieften Kompetenzen verfügen, die den Wissenstransfer und die Umsetzung im Alltag sichert. Alle weiteren Institutionen und Organisationen müssen einen geregelten Zugang ausweisen.

5.1 Basiswissen, Auf- und Ausbau erweiterte Fachkompetenz

5.1 Basiswissen, Auf- und Ausbau Fachkompetenz

Ziele

1. Durch die Schulungen von Dienstleistern, Angehörigen und Fachpersonen entsteht ein einheitliches Verständnis und Wissen zu Geriatrie und Demenz
2. Diese Basis und die gemeinsame Sprache ermöglicht einen effizienteren Behandlungsprozess
3. Veränderungen werden frühzeitig erkannt und Folgekosten reduziert

Massnahmen

Um eine flächendeckende Verbreitung des themenspezifischen Wissens zu erreichen, sollen die Kurse und Weiterbildungen in den Jahren 2022-2025 weiter mitfinanziert werden und danach in den Regelbetrieb übergehen. Der Kanton kommt für die Schulungskosten auf. Die Lohnkosten der Teilnehmenden werden durch die Organisation und Institutionen getragen.

Status: Ausbau

Trägerschaft: Extern

Umsetzung: Extern

Chancen Erarbeitung einer einheitlichen Kultur
Risiken Pandemie verhindert Teilnahme

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	210'000*	350'000	350'000	350'000	350'000

*Bei Anmeldestopp per 31. Januar 2021

Fallzahl Fallzahlen gemäss jährlichem Entscheid

Allgemein: Aufgrund der Fülle von qualitativ unterschiedlichen Fort- und Weiterbildungen zu Geriatrie und Demenz musste eine grosse Grundlagenarbeit geleistet werden. Dabei waren die Dienstleister eingebunden. Das Schulungskonzept ist publiziert und breit akzeptiert.

Beeinflusst Alle

Erläuterungen

Im Jahr 2020 starteten Schulungen zur Vermittlung von Fachkompetenzen in Geriatrie und Demenz. Ziel ist es, allen Akteuren entlang der Betreuungs- und Behandlungskette – von Laien über Dienstleister bis hin zu qualifizierten Fachpersonen – möglichst einheitliche Fachkompetenzen zu vermitteln.

5.2 Instrumente der Wissensvermittlung

5.2 Instrumente der Wissensvermittlung

Neu

Ziele

1. Fachpersonen erlangen didaktisches Wissen und gestalten ihre Unterlagen zielgruppengerecht
2. Fachinhalte werden in adressatengerechter Form vermittelt, der Inhalt wird verstanden
3. Massnahmen zu Geriatrie und Demenz werden bekannt, die Nutzung steigt
4. Bei Geriatrie und Demenz wird eine einfache Sprache verwendet

Massnahmen

Schulungsmodul sollen entwickelt werden. Ein weiterer Fokus liegt auf der Verwendung einfacher Sprache.

Status: Neu

Trägerschaft: Extern

Umsetzung: Extern

**Chancen
Risiken**

Bessere Erreichung der Zielgruppe durch adressatengerechte Kommunikation
Mangelnde Inanspruchnahme

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)	–	30'000	30'000	30'000	30'000
Teilneh- mende	–	15	30	30	30

Beeinflusst

Alle

Erläuterungen

Zu Altersfachthemen gibt es zahlreiche gute Instrumente wie Vorträge, Schulungen, Workshops und Dokumentationen. Ziel der Massnahme ist es, diese Materialien didaktisch in Schulungsmodulen so aufzuarbeiten, dass komplexe Fachinhalte nachhaltig und adressatengerecht vermittelt werden können.

6 Innovation – Entwicklung Geriatrie und Demenz

Die Entwicklungen im Bereich Geriatrie und Demenz sind im vierjährigen Zyklus des Massnahmenplans 2022 bis 2025 nur bedingt abschätzbar, auch soll Spielraum für innovative Projekte, die nicht bereits geplant sind geschaffen werden.

6.1 Innovation - Entwicklung

6.1 Innovation - Entwicklung

Ziele

1. Innovationen und Entwicklungen, die noch nicht bekannt und in der Planung sind, sollen aufgenommen und gefördert werden können

Massnahmen

Projekte, welche die Kriterien der Innovation und Entwicklung erfüllen, sollen, soweit die Mittel des entsprechenden Handlungsfeldes erschöpft sind, dennoch gefördert werden können. Der Steuerungsausschuss entscheidet im Rahmen der im zur Verfügung gestellten Mittel.

Status: Ausbau

Trägerschaft: Extern

Umsetzung: Extern

Chancen	Innovation und Entwicklung werden gefördert.				
Risiken	Wenn in Strukturen investiert wird, könnten Präjudizien für die Weiterführung ab 2026 werden geschaffen.				
Jahr	2021	2022	2023	2024	2025
Kosten (CHF)		50'000	75'000	100'000	130'000
Fallzahl	Projekte gemäss jährlichem Entscheid				

Allgemein: Im Massnahmenplan sind mit Ausnahme der Projekte für pflegende Angehörige alle Massnahmen für die Weiterführung oder Umsetzung konkretisiert. Es soll Spielraum für weitere Entwicklungen geschaffen werden.

Beeinflusst Alle

Erläuterungen

Dem Steuerungsausschuss Geriatrie und Demenz Massnahmenplan 2022 bis 2025 soll eine Kompetenzsumme zur Förderung von innovativen Projekten und zum Auffangen von unvorhergesehenen Entwicklungen geboten werden, ohne dass der Grosse Rat erneut über den Objektkredit Beschluss fassen muss.

7 Finanzierung

In der ersten Etappe ab April 2017 bis 2020 waren einmalige Kosten von 4.3 Mio. Franken und geschätzte dauernde Zusatzkosten für die Leistungen zulasten des Kantons von jährlich 2.7 Mio. Franken (davon Fr. 530'000 für die Regelfinanzierung der Akutgeriatrie) vorgesehen, insgesamt 15.1 Mio. Franken. In der Umsetzung wurde vorab intensive Grundlagenarbeit geleistet, die Massnahmen wurden konzipiert und etappiert umgesetzt. Die Beiträge des Kantons stiegen von Fr. 844'200 in 2017, 1.67 Mio. Franken in 2018, 1.89 Mio. Franken in 2019 auf 2.11 Mio. Franken in 2020, jeweils ohne Akutgeriatrie. An die insgesamt 6.52 Mio. Franken an externen Kosten leistete Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) knapp Fr. 424'000 für Massnahmen des Kantonalen Aktionsprogramms Gesundheitsförderung im Alter, KAP VIA. Für die Verlängerung im Jahr 2021 sind Beiträge von insgesamt 2.18 Mio. Franken freigegeben.

Die Beiträge des Kantons an die externen Kosten des Massnahmenplans 2022-2025 sind nachfolgend zusammengestellt. Der Gesamtbeitrag über vier Jahre beläuft sich auf 11.5 Mio. Franken und setzt sich wie folgt zusammen: Ein Beitrag von 8.7 Mio. Franken ist für Massnahmen vorgesehen, welche etabliert sind und in die Regelfinanzierung des Budgets 2022 und Finanzplanes 2023-2025 überführt werden. Für neu konzipierte Massnahmen und die Weiterführung der Ende 2020 angelaufenen Schulungen zu Geriatrie und Demenz ist ein Objektkredit in der Höhe von insgesamt 2.2 Mio. Franken geplant. Die Projekte für pflegende und betreuende Angehörige sollen mit insgesamt Fr. 600'000.- über bestehende Rückstellungen mitfinanziert werden. Im Gegenzug werden das Projektkonto mit einem Restbestand von voraussichtlich 2.5 Mio. Franken sowie Fr. 400'000.- aus dem Rückstellungskonto für pflegende und betreuende Angehörig per Ende Jahr zugunsten der Rechnung 2021 aufgelöst.

Insbesondere im Handlungsfeld Autonomie und Selbständigkeit wird eine Unterstützung im Aufbau und in der Projektumsetzung wie auch in der Koordination durch das Amt für Gesundheit geleistet. Diese Aufgaben werden von der Projektleitung des Massnahmenplans Geriatrie und Demenz 2022-2022 wahrgenommen und sind in der Kostenzusammenstellung nicht enthalten. Wie bereits in der ersten Etappe wird für die Umsetzung und Koordination der Massnahmen eine Projektstelle auf dem Niveau einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin eingesetzt.

Departement für Finanzen und Soziales

Finanzen Massnahmenplan Geriatrie und Demenz 2. Etappe 2022-2025		Kosten Kanton					Beiträge Dritte ¹⁾	Finanzierung
		HR 2021	2022	2023	2024	2025	Anteil	Finanzierung
1.1	"Best practice" Gesundheitsförderung im Alter (Projekt VIA) ²⁾	125'000	91'000	91'000	91'000	91'000	20%	Überführung in Regelbudget
1.2	Niederschwellige Information und Sensibilisierung zu Demenz	70'000	70'000	70'000	70'000	70'000	-	
	Geschäftsstelle Alzheimer Thurgau	30'000	30'000	30'000	30'000	30'000	-	
1.3	Regionale Anlaufstelle und Drehscheibe (Pilotprojekte) inkl. Demenzberatung ²⁾	105'000	240'000	360'000	480'000	600'000	-	
1.4	Aufsuchende Demenzberatung (davon 120'000 für Demenz Beratung Arbon)	555'000	570'000	570'000	570'000	570'000	30%	
1.5	Koordination unter den Partnern (Fachpersonen und Laien)	5'000	25'000	25'000	25'000	25'000	644%	
2.1	Assessment- und Triage-Zentrum	630'000	630'000	630'000	630'000	630'000	2%	
2.2	Geriatrie plus	330'000	330'000	330'000	330'000	330'000	2%	
4.1	Schnittstellenkoordination zwischen Alterstagesklinik und Tagesheimen	0	7'000	7'000	7'000	7'000	108%	Rückstellung pflegende Angehörige
1.7	Wertschätzung und Teilhabe, soziale Anlässe, Projekte pflegende Angehörige VIA ²⁾	115'950	150'000	150'000	150'000	150'000	33%	
1.6	Förderung der Freiwilligenarbeit	0	0	0	50'000	0	-	Objektkredit 2022-2025
1.8	Information zu Altersthemen	0	60'000	60'000	60'000	60'000	15%	
4.2	Kurzaufenthalte in Pflegeheimen	0	0	0	0	0	-	
4.3	Besonderer Pflege- und Betreuungsbedarf im Alter (Einrichtungen Menschen mit Behinderung, Migration)	0	5'000	10'000	10'000	10'000	50%	
5.1	Fachkompetenz zu Geriatrie und Demenz (inkl. Wissen für Angehörige und Laien)	210'000	350'000	350'000	350'000	350'000	50-65%	
5.2	Instrumente der Wissensvermittlung	0	30'000	30'000	30'000	30'000	268%	
6.1	Innovation - Entwicklungen	0	50'000	75'000	100'000	130'000	33%	Total
		2'175'950	2'638'000	2'788'000	2'983'000	3'083'000		
Kosten je Handlungsfeld (HF) ohne bisherige Regelfinanzierung								Total 2022-2025
HF1	Autonomie und Selbständigkeit ¹⁾	1'005'950	1'236'000	1'356'000	1'526'000	1'596'000		5'714'000
HF2	Früherkennung (Screening), Assessment und Triage	960'000	960'000	960'000	960'000	960'000		3'840'000
HF4	Ambulante und stationäre Angebote im Langzeitbereich	0	12'000	17'000	17'000	17'000		63'000
HF5	Fachkompetenz zu Geriatrie und Demenz	210'000	380'000	380'000	380'000	380'000		1'520'000
HF6	Innovation - Entwicklungen	0	50'000	75'000	100'000	130'000		355'000
	Total	2'175'950	2'638'000	2'788'000	2'983'000	3'083'000		11'492'000
Kosten je Finanzierungsregime ohne bisherige Regelfinanzierung								Total 2022-2025
	Rückstellungen pflegende Angehörige ¹⁾	115'950	150'000	150'000	150'000	150'000		600'000
	Objektkredit 2022-2025	210'000	495'000	525'000	600'000	580'000		2'200'000
	Überführung in Regelbudget	1'850'000	1'993'000	2'113'000	2'233'000	2'353'000		8'692'000
	Total	2'175'950	2'638'000	2'788'000	2'983'000	3'083'000		11'492'000

¹⁾Leistungserbringer, Versicherer, Dritte, Eigenleistungen der Teilnehmenden und Freiwilligen sowie Mitwirkung an Projekten als Durchschnitt

²⁾Massnahmen Autonomie und Selbständigkeit, pflegende Angehörige 2017-2021: externe Kosten zusätzlich für 4 Jahre mit durchschnittlich Fr. 108'000.- pro Jahr