

Bericht zum Geriatric- und Demenzkonzept Kanton Thurgau

Verfasser: Projektgruppe Geriatric- und Demenzkonzept
30. Juli 2015, vom Regierungsrat zur Kenntnis genommen



Impressum

Herausgegeben vom Kanton Thurgau im August 2015

© Departement für Finanzen und Soziales
Amt für Gesundheit
8510 Frauenfeld

Inhaltsverzeichnis	2	
Zusammenfassung	7	
Zusammenfassung	9	
Übergreifende Themen im Geriatrie- und Demenzkonzept	9	
Geriatriekonzept	12	
Demenzkonzept	17	
Finanzierung	21	
Teil A	Einführung und übergreifende Themen zum Geriatrie- und Demenzkonzept Thurgau	23
1	Ausgangslage	24
1.1	Einleitung	24
1.2	Versorgungssituation gemäss Spitalplanung 2012	24
1.3	Alterskonzept Thurgau	24
1.4	Kantonale Vorstösse zu Demenz	25
1.5	Projektauftrag	25
1.6	Abgrenzungen	25
1.7	Begriffsklärung geriatrischer Patient resp. Patientin	26
2	Konzeptgrundlagen	28
2.1	Konzepterarbeitung	28
2.2	Übergeordnete Werthaltung	28
2.3	Übergeordnete Kernaussagen	29
2.4	Förderliche Massnahmen aus jeweils anderen Handlungsfeldern	29
3	Autonomie und Selbständigkeit	30
3.1	Handlungsebenen zur Förderung von Autonomie und Selbständigkeit.	30
3.2	Ziele und Massnahmen zur Autonomie und Selbständigkeit	31
3.2.1	Einbezug und autonome Entscheidungen	31
3.2.2	Freie Wahl der Wohnsituation	31
3.2.3	Verbindliche Regeln der Zusammenarbeit	32
4	Pflegende Angehörige und Freiwilligenarbeit	33
4.1	Herausforderungen aus Sicht der pflegenden und betreuenden Angehörigen	33

4.2	Ziele im Handlungsfeld pflegende und betreuende Angehörige	35
4.3	Öffentlichkeitsarbeit	35
4.3.1	Massnahmen in der Öffentlichkeitsarbeit	35
4.4	Frühzeitige Unterstützung und Entlastung - bevor es „zu spät“ ist	35
4.4.1	Massnahmen zur frühzeitigen Unterstützung und Entlastung	35
4.5	Erste Anlaufstelle	36
4.5.1	Massnahmen zur ersten Anlaufstelle	36
4.6	Emotionale Betroffenheit und Selbstverständnis der Betroffenen	36
4.6.1	Massnahmen zum Thema Emotionale Betroffenheit und Selbstverständnis der Betroffenen	36
4.7	Wertschätzung und Teilhabe	36
4.7.1	Massnahmen zum Thema Wertschätzung und Teilhabe	37
4.8	Finanzierung	37
4.8.1	Massnahmen in der Finanzierung	37
4.9	Freiwilligenarbeit	37
4.9.1	Massnahmen zum Ausbauen und Halten der Freiwilligen	38
4.10	Koordination	38
4.10.1	Massnahmen in der Koordination	38
Teil B	Bericht zum Geriatriekonzept	39
5	Geriatisches Assessment und Triage	40
5.1	Situationsanalyse	40
5.2	Elemente von Assessment und Triage	41
5.3	Erfahrungen aus anderen, bereits etablierten Konzepten	42
5.4	Abgestuftes Geriatisches Assessment und Triage	43
5.4.1	Screening, Assessment und Triage im Behandlungsprozess	43
5.4.2	Erste Stufe: geriatrisches Screening in der Grundversorgung	44
5.4.3	Zweite Stufe: Spezialisiertes Screening und Triage in der Traumatologie	45
5.4.4	Dritte Stufe: Geriatisches Basisassessment	45
6	Assessment- und Triage- Zentrum	46
6.1	Assessment- und Triage-Einheit (ATE)	46
6.1.1	Aufgaben und Leistungen der ATE	46
6.1.2	Modulare Entwicklung der ATE	47

6.1.3	Organisatorische und personelle Struktur der ATE	47
6.2	Geriatric-Plus	47
6.2.1	Aufgaben und Leistungen der Geriatric-Plus	47
6.2.2	Modulare Entwicklung der Geriatric-Plus	47
6.2.3	Organisatorische und personelle Struktur der Geriatric-Plus	47
7	Akutgeriatric und geriatric Rehabilitation	48
7.1	Planungsauftrag gemäss Krankenversicherungsgesetz	48
7.2	Bedarfsplanung Akutgeriatric und geriatric Rehabilitation	49
7.2.1	Bedarfsplanung Akutgeriatric	49
7.2.2	Bedarfsplanung geriatric Rehabilitation	51
7.3	Versorgungsvarianten Akutgeriatric und geriatric Rehabilitation	52
7.4	Kriterien und Gewichtung der Bewertungskriterien	53
7.4.1	Grundvoraussetzungen für alle Varianten	53
7.4.2	Kriterien und deren Bewertung nach Wichtigkeit für die Versorgung	53
7.5	Empfehlung zur Umsetzung von Akutgeriatric und geriatric Rehabilitation	54
7.5.1	Leistungsauftrag Akutgeriatric	54
7.5.2	Leistungsaufträge geriatric Rehabilitation	54
7.6	Schnittstellen zu spezialisierten Stationen im Akutbereich	54
7.6.1	Gerontopsychiatric und -psychotherapie	54
7.6.2	Traumatologie - Orthopädie	55
7.6.3	Palliative Care	55
7.7	Kooperation und Vernetzung der Fachkompetenz im Akutbereich	56
7.7.1	Akutgeriatric und ambulante Assessment- und Triage-Einheit bzw. Geriatric-Plus	56
7.7.2	Geriatric Patienten und Patientinnen auf den übrigen Stationen der Kantonsspitäler Münsterlingen und Frauenfeld	56
7.7.3	Geriatric-Board	56
8	Geriatric Fachkompetenz	57
8.1	Grundlagen der Fachkompetenz	57
8.1.1	Fachkompetenz: Haltung, Wissen, Grade und Skills	57
8.1.2	Skills- und Grade-Mix	57
8.1.3	Generelle Massnahmen zur Stärkung der Kompetenzen in der Geriatric	58
8.2	Basiskompetenzen	58

8.2.1	Massnahmen zur Vermittlung der Basiskompetenzen	59
8.3	Erweiterte Kompetenzen	60
8.3.1	Massnahmen zur Verfügbarkeit von erweiterten Kompetenzen	60
8.3.2	Massnahmen zur Vermittlung der erweiterten Kompetenzen	61
8.4	Fort- und Weiterbildungsbedarf	61
Teil C	Bericht zum Demenzkonzept	62
9	Einführung Demenzkonzept	63
9.1	Nationale Grundlagen	63
9.2	Ausgangslage im Kanton Thurgau	63
9.3	Handlungsfeld Demenz	64
9.4	Übersicht über den Themenbereich Demenz	64
10	Information und Beratung zum Thema Demenz	66
10.1	Information und Sensibilisierung der Bevölkerung zum Thema Demenz	66
10.2	Zugang zu Informationen und Beratung	67
10.2.1	Erstkontakt und Informationsvermittlung	67
10.2.2	Aufsuchende Beratung	68
10.2.3	Schulung der Angehörigen und soziale Integration von Betroffenen und Angehörigen	68
10.3	Angebote der niedergelassenen Ärzte und der Spitex bei Demenz	69
11	Früherkennung, Akuttherapie und Krisen-intervention	70
11.1	Früherkennung und Assessment zu Demenz bei den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Grundversorgern	70
11.2	Aufsuchende Beratung	71
11.3	Memory Clinic	71
11.4	Alterstagesklinik	71
11.5	Angebote für Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund	72
11.6	Krisenintervention, Koordination bei Ausfall von Betreuungspersonen	72
11.7	Konsiliar- und Liaisondienst Spitäler	73
11.8	Demenz und Delir auf den weiteren Akutstationen KSF und KSM	73
12	Ambulante und stationäre Angebote im Langzeitbereich	74
12.1	Angebote der niedergelassenen Ärzte und der Spitex bei Demenz	75

12.2	Entlastungsdienste für pflegende und betreuende Angehörige zu Hause	75
12.3	Tagesheime bzw. Tagesstätten	76
12.4	Tages- und Nachtstrukturen in Pflegeheimen	76
12.5	Kurzaufenthalte in Pflegeheimen	76
12.6	Integrierte Pflege und Betreuung in Pflegeheimen	77
12.7	Geschützte Wohngruppen in Pflegeheimen	77
12.8	Alternative Wohnformen	78
12.9	Ärztlicher Liaisondienst in der Langzeitpflege	78
13	Finanzierung der bedarfsgerechten Leistungen für Menschen mit Demenz	80
13.1	Handlungsrahmen bei der Finanzierung der bedarfsgerechten Leistungen	80
13.1.1	Finanzielle Unterstützung durch die Hilfenentschädigung	80
13.1.2	Leistungskatalog und Instrumente zur Abbildung des Pflegebedarfes	80
13.1.3	Finanzielle Entschädigung von Hausbesuchen	81
13.1.4	Finanzielle Unterstützung bei der Schulung und Entlastung	81
13.1.5	Finanzielle Unterstützung pflegender und betreuender Angehöriger	82
14	Kompetenzen in der Demenzversorgung	83
14.1	Modulare Fort- und Weiterbildungsangebote zu Demenz	83
14.1.1	Fort- und Weiterbildung für Fachpersonen	83
14.1.2	Aus- und Fortbildung für Angehörige und Freiwillige	84
14.2	Koordination und Vernetzung	84
14.2.1	Institutionalisierte Austauschgefäße	84
15	Prävention im Bereich Demenzerkrankungen	85
Teil D	Finanzierung	86
16	Verantwortlichkeiten und etappierte Umsetzung	88
16.1	Voraussetzungen für die Umsetzung	88
16.2	Zuständigkeiten und Etappierung	88
17	Kostenabschätzung	88
17.1	Finanzierung im Handlungsfeld Autonomie und Selbständigkeit	88
17.2	Startfinanzierung Handlungsfeld pflegende Angehörige und Freiwilligenarbeit	89
17.3	Kostenschätzung Akutgeriatrie, Assessment- und Triage-Einheit, Geriatrie-Plus	89

17.4	Finanzierung Fachkompetenz Geriatrie und Demenz	91
17.5	Kostenabschätzung Umsetzung Demenzkonzept	91
17.6	Übersicht Kosten / Finanzierung Geriatrie- und Demenzkonzept	92
Anhang zum Bericht zum Geriatrie- und Demenzkonzept Kanton Thurgau		93
Anhang 1	Projektbeteiligte	
Anhang 2	Definition Geriatrie	
Anhang 3	Detailbeschreibung der Massnahmen zum Handlungsfeld pflegende und betreuenden Angehörige und Freiwilligenarbeit	
Anhang 4	Screeninginstrumente	
	- Geriatriische Merkmalkomplexe	
	- Geriatriisches Screening nach Lachs	
	- Einweisung in Bürgerspital St. Gallen“	
	- Identification of Seniors at risk	
	- Geriatriisches Basisassessment	
	- Confusion Assessment Method	
	- Nutritional Risk Screening	
	- Barthel-Index (Aktivitäten des täglichen Lebens)	
Anhang 5	Spezialisiertes Screening und Triage KSF Traumatologie	
Anhang 6	Definition und Anforderungen Akutgeriatrie	
Anhang 7	Definition und Anforderungen Geriatriische Rehabilitation	
Anhang 8	Versorgungsvarianten Akutgeriatrie und geriatriische Rehabilitation	
Anhang 9	Geriatriische Kompetenzen	
Anhang 10	Finanzierung der Angebote zu Demenz	
Anhang 11	Matrix zum Massnahmen-Katalog	

Zusammenfassung

Mit dem Geriatriekonzept wird die Grundlage für die Entwicklung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung der alten und hochaltrigen Bevölkerung im Kanton Thurgau gelegt. Das Thema Demenz¹ wird integriert, da vor allem die ältere Bevölkerung von diesen Krankheitsformen betroffen ist. Die Symptome der Demenz überlagern vielfach andere Krankheiten im Sinne einer Begleiterkrankung und beeinflussen gleichzeitig die Wahl und Umsetzung von situationsgerechten Massnahmen beträchtlich.

Soweit die strukturellen Massnahmen des Geriatriekonzeptes die Spitalisten 2012 tangieren, sind die Ausführungen im Sinne eines Versorgungs- bzw. Strukturberichtes zur Spitalplanung enthalten.

Vorgehen in der Konzepterarbeitung

Das Projekt Geriatriekonzept Thurgau wurde mit Auftrag vom 26. Februar 2013 vom Chef des Departementes Finanzen und Soziales initiiert. Die eingesetzte Projektgruppe startete am 18. November 2013. Insgesamt 45 mehrheitlich im Thurgauer Gesundheitswesen verankerte Personen und ausserkantonale Experten und Expertinnen brachten ihr Wissen und ihre praktische Erfahrung in das Projekt ein (Anhang 1). In Teilprojekten wurden sieben Handlungsfelder bearbeitet. Nach der Analyse der Ist-Situation wurden Mängel und Lücken aufgezeigt und daraus die Ziele mit den zugehörigen konkreten Massnahmen zur Umsetzung abgeleitet.

Übergreifende Themen im Geriatrie- und Demenzkonzept

Autonomie und Selbständigkeit zu Hause

Autonomie ist auch im Alter ein ausgesprochen hohes Gut in unserer Gesellschaft; sie zu bewahren ist das Ziel und der Wunsch jedes einzelnen Menschen.

Autonomie und Selbständigkeit werden sowohl im Sinne der Unabhängigkeit als auch der Selbstbestimmung (Kontrolle über die eigene Lebenssituation trotz Einschränkungen) verstanden. Die Ansätze liegen auf drei Ebenen: erstens Prävention, zweitens medizinische Behandlung, Betreuung, Pflege und Entlastung und drittens Wahrnehmen von Einschränkungen und Förderung der eigenen Ressourcen. Konkrete Massnahmen zu den Themen Einbezug und autonome Entscheidungen, freie Wahl der Wohnsituation und verbindliche Regeln der Zusammenarbeit sind wie folgt formuliert:

Die Autonomie und Selbständigkeit alter Menschen wird so gestärkt, dass sie in die massgebenden Entscheidungsprozesse aktiv miteinbezogen werden können:

- Umsetzung von „Best practice“ Gesundheitsförderung im Alter (Projekt VIA). Dazu gehören u.a. Sturzprävention, Bewegungsförderung, psychische Gesundheit;
- Information über bestehende Angebote wie Wohnformen, Hilfsmittel, krankheitsspezifische Beratung und Entlastung, Stärken der Freiwilligenarbeit;
- Informationen über Patientenverfügungen und Unterstützung in der Entscheidungsfindung beim Verfassen und Aktualisieren.

¹ Demenz ist ein Oberbegriff für verschiedene Hirnleistungsstörungen mit unterschiedlichen Ursachen, Details siehe Nationale Demenzstrategie 2014 - 2017; Bundesamt für Gesundheit (BAG) / Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK); November 2013.

Der alte Mensch hat trotz eingeschränkter Selbständigkeit grundsätzlich das Recht auf Wahlfreiheit bezüglich seiner Wohnsituation. Massnahmen dazu sind:

- Entlastung von Angehörigen durch genügend wohnortnahe Angebote, von denen auch alte Menschen mit bescheidenen finanziellen Mitteln profitieren können;
- Ausbau und angemessene Finanzierung der Triage- und Drehscheibenfunktion z. B. von Spitex und Hausarztpraxen;
- Kinder und weitere Verwandte, Freunde und Bekannte schöpfen ihre Möglichkeiten der Unterstützung, Betreuung und Koordination für eine ausgeglichene Aufgabenteilung mit den pflegenden und betreuenden Angehörigen aus.

Die Leistungserbringer arbeiten nach verbindlichen und gegenseitig akzeptierten Regeln zusammen:

- Einführung geeigneter Gefässe für den interprofessionellen Fachaustausch und zur Schulung der Vernetzung und Koordination über interprofessionelle Aus- und Weiterbildungen;
- Übertrittsmanagement zwischen stationären und ambulanten Bereichen;
- Installation eines Runden Tisches bzw. Einführung einer Fallverantwortung mit einheitlichen Kriterien in komplexen Situationen.

Pflegende Angehörige und Freiwilligenarbeit

Die pflegenden und betreuenden Angehörigen sowie die formelle und informelle Freiwilligenarbeit sind tragende Säulen, damit kranke Menschen zu Hause leben können. Die pflegenden Angehörigen und die Freiwilligenarbeit sollen gestärkt werden über:

- Sensibilisierung der Bevölkerung;
- Zugang zu Information für Betroffene und Angehörige (Schulung);
- Zugang zu den Leistungsangeboten;
- Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen;
- wertschätzende Stellung im Betreuungsprozess.

Die Entscheidung, kranke Angehörige zu pflegen und zu betreuen, hat verschiedene, individuell geprägte Hintergründe. Besonders häufig genannt und in der Schweiz im internationalen Vergleich stärker ausgeprägt sind folgende Aspekte²:

- persönlich-moralische Verpflichtung;
- gutes Selbstwertgefühl der Angehörigen;
- emotionale Bindung (Liebe, Zuneigung).

Alle pflegenden Angehörigen investieren gemäss der Studie SwissAgeCare-2010³ weit mehr Zeit als sie eigentlich möchten, Partnerinnen investieren sogar doppelt so viel Zeit.

Als zentrale Aspekte werden in diesem Handlungsfeld aufgeführt: die Öffentlichkeitsarbeit, die frühzeitige Unterstützung und Entlastung, erste Anlaufstellen, die emotionale Betroffenheit und

² Internationaler Vergleich, was hat die Entscheidung zu pflegen beeinflusst, vgl. Kap. 4.

³ Pasqualina Perrig-Chiello, François Höpflinger, Dr. Brigitte Schnegg; SwissAgeCare2010, Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Deutschschweiz im Auftrag des Spitex Verbandes Schweiz, Schlussbericht 3. Mai 2010.

das Selbstverständnis der Betroffenen, die Wertschätzung und Teilhabe, die Finanzierung der Angebote sowie Ausbau, Erhalt und Koordination der Freiwilligenarbeit.

Die Betroffenen selbst und die Angehörigen zögern, über das Kranksein und die damit einhergehende Belastungssituation zu sprechen. Sie suchen in aller Regel nicht rechtzeitig Hilfe und Unterstützung. Um die frühzeitige Unterstützung und Entlastung zu fördern, sind ein Thurgauer Standard für pflegende und betreuende Angehörige, ein Verzeichnis der Hilfe- und Entlastungsangebote sowie Schulungen vorgesehen. In den Zuständigkeitsbereich der Gemeinden und Privaten gehören der flächendeckende Auf- und Ausbau der Entlastungsangebote sowie niederschwellige erste Anlaufstellen als ambulante Drehscheiben. Diese können zu Drehscheiben und Vermittlungsstellen im Sinne der Integrierten Versorgung weiterentwickelt werden.

Der emotionale Umgang mit einer Krankheit wie auch die sich verändernde Selbst- und Fremdwahrnehmung im Krankheitsverlauf stellen grosse Herausforderungen für die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen dar. Übergänge bzw. der Vermittlungsprozess bis zur Akzeptanz eines Übergangs sind schwierig und anspruchsvoll. Das Selbstverständnis der Betroffenen und Angehörigen hat einen grossen Einfluss darauf, ob, in welchem Ausmass und zu welchem Zeitpunkt sie Hilfe und Entlastung annehmen können. Zu den Themen emotionale Betroffenheit und Selbstverständnis der Betroffenen werden Schulungen, geführter Erfahrungsaustausch, Selbsthilfegruppen und Förderung der Nachbarschaftshilfe empfohlen.

Die Wertschätzung der Leistungen von pflegenden und betreuenden Angehörigen und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft können u.a. mit Zusatzferien für pflegende Angehörige im Arbeitsprozess analog zu Jugend- und Sport, kulturellen Angeboten im geschützten Rahmen und Treffen von Menschen mit Demenz im öffentlichen Raum gefördert werden. Wichtig ist zudem, dass die Leistungen der pflegenden und betreuenden Angehörigen mit einem Leistungsausweis dokumentiert und ausgewiesen werden.

In Bezug auf die vielfältigen Finanzierungsfragen sollen u. a. die Finanzierungsregelungen der ambulanten Leistungen transparent gemacht und Finanzierungslücken aufgezeigt werden. Auch sollen Einbussen insbesondere beim Lohn und der Altersvorsorge für pflegende und betreuende Angehörige aufgezeigt werden.

Die durchgängige Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist eine zentrale Forderung, um Fehlanreize zwischen den Gemeinden und dem Kanton aufzuheben. Die Mindestbeiträge der öffentlichen Hand für Entlastung sollen ausgeweitet bzw. angehoben werden. Kostenbeteiligungen für Entlastungsangebote und Schulungen sollen angemessen sein und bei subsidiärer Finanzierung z. B. durch Ergänzungsleistungen (EL) angerechnet werden. Die ausreichende Deckung der notwendigen Hilfs-, Pflege- und Entlastungsleistungen durch die Sozialversicherungen (insbesondere EL) ist zu prüfen.

In der Koordination und Vernetzung im Einzelfall soll in komplexen Situationen, in denen mehrere Organisationen beteiligt sind, die Fallführung immer abgesprochen und ein Helferplan erstellt werden. Für die Koordination und Vernetzung der Vereine, Organisationen und Institutionen sowie zur thematischen Vertiefung und Verankerung vor Ort (z. B. Palliative Care) sollen regionale Foren gebildet werden.

Geriatrykonzept

Geriatrisches Assessment und Triage

Um die alten, häufig multimorbiden Patienten und Patientinnen im Krankheitsfall oder nach einem Unfallereignis bedarfsgerecht behandeln und rehabilitieren zu können, sind spezialisierte und abgestufte geriatrische Versorgungsstrukturen erforderlich. Diese sollen den betroffenen Patientinnen und Patienten in Abhängigkeit der jeweils vorliegenden Komplexität zur Verfügung stehen.

Mit geeigneten Instrumenten der Früherkennung (Screening) und des geriatrischen Assessments (Dimensionen: medizinisch, pflegerisch, psychosozial) wird der geriatrische Patient bzw. die geriatrische Patientin identifiziert. So können Grundlagen für eine geeignete Behandlung (z. B. Operation), adäquate Allokation der Weiterbehandlung (z. B. Akutgeriatrie) und/oder Rehabilitation erarbeitet werden. Diese Grundlagen sind die Basis für einen validierten Triageentscheid.

Das zunehmende Lebensalter geht mit einem erhöhten Krankheitsrisiko einher (erhöhte Vulnerabilität). Vielfach weist die alte bzw. hochaltrige Person im Fall einer akuten Erkrankung oder eines Unfalls noch weitere Krankheiten auf (geriatrische Multimorbidität).

Primäres Ziel einer spezialisierten geriatrischen Behandlung ist es, den alten Menschen durch Verbesserung seines funktionellen Status zum Wiedererwerb oder zur Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung zu verhelfen. Die Verminderung oder Verzögerung der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit sowie die würdevolle Begleitung am Lebensende mittels Palliative Care stellen weitere Ziele dar.

Der strukturierte Ansatz beginnt damit, sich ein klinisches Bild zu machen (Screening), den Eindruck zu vertiefen (Assessment) und alsdann fundiert zu entscheiden (Triage). Das Screening wird in der ambulanten Grundversorgung und in spezifischen Situationen z. B. auf der Notfallstation bzw. in der Traumatologie eingesetzt. Die standardisierte und systematische Erfassung der bestehenden Einschränkungen, der funktionellen Defizite, aber auch des Potentials eines Erkrankten zu Beginn des Behandlungsprozesses legt die Grundlage über Umfang und Form der weiterführenden Diagnostik sowie Therapie und hilft zur Formulierung eines Behandlungsplans mit realistischer Zielsetzung. Ein über die symptom- und krankheitsspezifische medizinische Behandlung hinausgehendes, geriatrisches Assessment dient durch Erfassung verschiedener Dimensionen (physisch, psychisch, sozial, kognitiv und pflegerisch) dazu, ein auf den Patienten bzw. die Patientin zugeschnittenes Behandlungskonzept zu erstellen. Damit können kostspielige und belastende Fehlzusweisungen vermieden und knappe Ressourcen gezielt genutzt werden.

Die gemeinsame und standardisierte Sprache der Assessmentinstrumente unterstützt den Austausch, die Koordination und Integration aller am Behandlungsplan beteiligten Dienste (pflegende Angehörige, Pflegefachpersonen, Ärzte, Therapeuten, Seelsorge, Sozialdienst). Bei Abschluss einer Behandlungsphase dient das Screening und Assessment dazu, die erforderlichen Rahmenbedingungen am Übergang zu einer nachgelagerten Struktur der Versorgungskette festzulegen. Zudem ist es ein geeignetes Kommunikations- und Dokumentationsinstrument für und mit den weiterbehandelnden Fachleuten. Der Verlauf und die Zielerreichung werden in strukturierter Form evaluiert.

Um die Synergien im Behandlungspfad optimal zu nutzen, werden im Konzept einheitliche Screening und Assessment-Instrumente definiert. Sie sollen verbindlich eingesetzt werden.

Assesement- und Triage-Zentrum

Die einheitliche, effiziente Umsetzung von Assessment und Triage im Kanton bedingt zwingend strukturelle Einheiten, welche geriatrische Fachkompetenzen gebündelt im Kanton ansiedeln und über Aus-, Fort- und Weiterbildung breit verfügbar machen. Dazu ist ein übergreifendes Assessment- und Triage-Zentrum mit folgenden Elementen zu schaffen:

- **Assessment- und Triage-Einheit:**
Als Teil der Akutgeriatrie sind an beiden Kantonsspitalern die Kompetenzen von Assessment und Triage aufzubauen. Es entsteht eine Assessment- und Triage-Einheit (ATE) für den ganzen Kanton mit Leistungserbringung an beiden Standorten unter einer Leitung. Die ATE steht sowohl für spitalinterne Patienten und Patientinnen als auch für ambulante Abklärungen auf Zuweisung von Grundversorgern zur Verfügung.
Die Ärzte und Ärztinnen der Grundversorgung und die Spitex werden von der ATE zur Anwendung des geriatrischen Screenings befähigt. In der ATE sollen die dafür erforderlichen Assessment- und Triageelemente (geriatrisches Screening, geriatrisches Basisassessment) verfügbar gemacht und eingesetzt werden. Synergien mit der Palliative Care sollen genutzt werden.
- **Mobile Einheit Geriatrie-Plus:**
Die Leistungen des Assessments und der Triage sollen in einem zweiten Entwicklungsschritt auch in aufsuchender Form in externen Institutionen oder im häuslichen Umfeld eines Patienten resp. einer Patientin verfügbar gemacht werden. Die mobile Equipe Geriatrie-Plus ist in die Akutgeriatrie und das Assessment- und Triage-Zentrum integriert. Die Funktionen werden durch entsprechende Stellenbesetzungen optimiert.

Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation

Die institutionsgebundenen altersmedizinischen Kernkompetenzen Geriatrie, Gerontopsychiatrie und geriatrische Traumatologie sollen gebündelt und koordiniert werden. Die strukturelle Ausgestaltung soll die effiziente Kooperation mit den betroffenen Disziplinen der Inneren Medizin und der Chirurgie sowie deren Subspezialitäten ermöglichen.

Mit der Spitalplanung 2012 wurde der Spital Thurgau AG der Leistungsauftrag Akutgeriatrie integral als Ganzes vergeben, ohne eine eigene strukturelle Abteilung zu fordern. In der geriatrischen Rehabilitation wurde ohne Präjudiz ein einziger Leistungsauftrag aufrechterhalten. Auf Basis dieser Zwischenlösungen werden zukunftsorientierte Versorgungsvarianten dargelegt.

Akutgeriatrie

Anhand von Versorgungsmodellen in anderen Kantonen wurden vier Versorgungsvarianten mit verschiedenen Untervarianten evaluiert. In der Abwägung der Varianten wurden die Kriterien der Verankerung und Weitervermittlung der Fachkompetenz, der Erreichbarkeit bzw. Zugänglichkeit zur akutgeriatrischen Leistung sowie die Vernetzung und unterstützende Wirkung auf die Entwicklung integrierter Versorgungsnetze im Kanton stark gewichtet. Die zu erwartenden Zusatzkosten der verschiedenen Lösungen im Vergleich zur heutigen Situation sind im Teil D Finanzierung dargelegt.

Aktuell ist von bis zu 1'500 geriatrischen Patientinnen und Patienten pro Jahr in den Akutspitälern⁴ des Kantons Thurgau auszugehen. Diese werden zu über 95 % in den beiden Kantonsspitälern versorgt. Ausserkantonale werden nur 10 - 13 % der gesamten Fälle behandelt. Die Steigerungsrate betrug allein im Vergleich von 2013 gegenüber 2012 bei allen Berechnungsarten über 10 %, mehrheitlich zwischen 15 und 20 %. Die Zahlen spiegeln die vorrangig innerkantonale stattfindenden Hospitalisationen dieser Patientengruppe wieder. Die rasante Zunahme zeigt die Notwendigkeit auf, die stationäre geriatrische Versorgung der Patienten und Patientinnen rasch und zukunftsgerichtet zu regeln.

Aufgrund der Bedarfsplanung und der Beurteilung der möglichen Varianten durch die Projektgruppe soll die Akutgeriatrie mit je einer Einheit von 14 - 16 Betten an den Kantonsspitalern Frauenfeld und Münsterlingen gemäss den Anforderungen der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und den Abrechnungsregeln von SwissDRG aufgebaut werden. Die Zusammenfassung beider Einheiten in einem Kompetenzzentrum wird dabei favorisiert. In der zeitlichen Etappierung liegt die Realisierung am Kantonsspital Münsterlingen (KSM) vor derjenigen am Kantonsspital Frauenfeld (KSF).

Schnittstellen zu Gerontopsychiatrie und Traumatologie - Orthopädie

Der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie muss zukünftig fachübergreifend mit allen ambulanten und stationären Leistungserbringern grosses Gewicht beigemessen werden.

Die gute Versorgungslage in der Traumatologie - Orthopädie soll beibehalten werden. Im Zuge des Aufbaus des geriatrischen Schwerpunktes ist mit einer weiteren Zunahme der Wirbelsäulenoperationen in den Häusern der Spital Thurgau AG zu rechnen. Zur Abrundung des Leistungsspektrums in der Orthopädie soll daher deren Leistungsauftrag auf der Spitalliste um die Leistungsgruppe Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie (BEW 8.1) ergänzt und damit der gesamte Leistungsbereich „Bewegungsapparat chirurgisch“ als Auftrag erteilt werden.

Kooperation und Vernetzung der Fachkompetenz im Akutbereich

Die positiven und verbindenden Erfahrungen der Palliative Care in der interdisziplinären Zusammenarbeit (fachübergreifend, berufsgruppenbezogen und ambulant-stationär) werden integriert. Auch über die Mobile Equipe Geriatrie-Plus soll die Verbindung zur Palliative Care geschaffen werden.

Mit entsprechenden Guidelines sollen auf allen Stationen mit geriatrischen Patienten und Patientinnen spezifische Syndrome einheitlich behandelt werden (z. B. Delir). Das ambulante Zentrum (ATE und Geriatrie-Plus) unterstützt die Kliniken konsiliarisch.

Die Synergien der Akutgeriatrie und des ambulanten Assessment- und Triage-Zentrums sowie der Memory Clinic und ggf. weiterer spezialisierter Fachbereiche sind durch Stellenbesetzungen in Personalunion optimal zu nutzen.

Die Spital Thurgau AG bündelt zudem intern die interprofessionellen Kompetenzen in einem Geriatrie-Board zur medizinischen Optimierung der Behandlungspfade (Beratung für Externe,

⁴ Berechnung nach den Modellen der Spitalplanung des Kantons Zürich⁴ (Zürcher Spitalplanung 2012; Teil 1 Versorgungsbericht, Vernehmlassungsversion 2009, S. 93-94) aus der medizinischen Statistik des BFS der Jahre 2012 und 2013.

Triage) und zur Stärkung der integrierten Versorgung über die beiden Akutspitäler, die Psychiatrie und die Rehabilitation.

Geriatrische Rehabilitation

Bereits in der Spitalplanung 2012 haben mehrere inner- und ausserkantonale Kliniken Interesse an einem Leistungsauftrag in geriatrischer Rehabilitation angemeldet. Die Fallzahl im einzigen erteilten Leistungsauftrag betrug bereits 2013 350 Fälle.

Insgesamt wurden gemäss der medizinischen Statistik des BFS im Jahr 2013 2'558 Fälle (Wohnsitz Kanton Thurgau) in einer Rehabilitationsklinik behandelt, im Jahr 2012 waren es 2'616. Davon waren im Jahr 2013 1'016 (39.7 %) und im Jahr 2012 1'066 (40.7 %) älter als 75-jährig. Diesem grossen und aufgrund der demografischen Entwicklung wachsenden Anteil soll mit der Weiterführung der geriatrischen Rehabilitation als Leistungsgruppe der Rehabilitation Rechnung getragen werden.

Die Anzahl an Leistungsaufträgen in geriatrischer Rehabilitation soll bis zum maximal ausgewiesenen Bedarf der medizinischen Statistik ausgebaut werden. Auf die Konzentration auf wenige Leistungsaufträge ist zu verzichten.

Aus den Berechnungen und der Befragung der Experten im Projekt ergeben sich rund 850 Fälle, die aktuell als geriatrische Rehabilitation klassifiziert werden können. Die maximal mögliche Anzahl an Leistungsaufträgen leitet sich aus den Qualitätskriterien für die geriatrische Rehabilitation ab. Aufgrund der geringen Zahl ausserkantonaler versorgter geriatrischer Patienten und Patientinnen sind keine Leistungsaufträge ausserhalb des Kantons zu vergeben. Als Bedarf werden vier innerkantonale Leistungsaufträge ausgewiesen.

Geriatrische Fachkompetenz

Die geriatrische Fachkompetenz soll im Kanton Thurgau entlang der Behandlungskette mit geeigneten Massnahmen gefördert werden.

Die Fachkompetenz ist in den vier Bereichen Haltung, Wissen, Skills und Grade adressatengerecht weiter zu entwickeln, zu erweitern und zu festigen. Skills, Grade und Wissen können unterteilt werden in Basiskompetenzen und erweiterte Kompetenzen.

- Basiskompetenzen:
In allen Versorgungssettings (spezialisierte Versorgung und dezentrale Versorgung) und bei allen betroffenen Berufsgruppen müssen Basiskompetenzen gefördert und ausgebaut werden. Wissenslücken sollen eruiert und mit entsprechenden Massnahmen wie Fortbildungen und Guidelines geschlossen werden. Ziel ist die Integration von therapeutischen Berufen, Angehörigen, Betroffenen, Non-Profit-Organisationen (NPO), Freiwilligen, Gemeinden, öffentlichen Ämtern und Versicherungen.
- Erweiterte Kompetenzen:
In den spezialisierten Strukturen wie den geriatrischen Akutstationen, der geriatrischen Rehabilitation, der Gerontopsychiatrie, den unterstützenden Einheiten ATE und Geriatrie-Plus sowie Pflegeheimen und Spitex-Organisationen sind erweiterte Kompetenzen notwendig. Jede Spitexorganisation und jedes Pflegeheim verfügt über mindestens eine spezialisierte Fachperson mit vertieftem geriatrischem Wissen. Diese begleitet den Umsetzungsprozess auf allen Stufen. Alle weiteren Institutionen und Organisationen müssen einen geregelten Zugang nachweisen können (z. B. über Kooperationsvereinbarungen).

Als grundlegende Haltung resp. Grundvoraussetzung muss allen Beteiligten vermittelt werden:

- Interprofessionelle Zusammenarbeit über alle Versorgungsstrukturen hinweg.
- Biopsychosoziales Verständnis von Behandlung, Pflege und Betreuung.

Vorbildhaft gelebte Haltung kann im Aufbau von kantonalen Referenzen bzw. in Modellabteilungen z. B. in folgenden ambulanten und stationären Bereichen entwickelt werden:

- Praxisnetzwerke (formalisierte Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Spitexorganisationen, Therapeuten und Sozialberatungen);
- Interprofessionelle Beratungsstellen und/oder Sprechstunden für wichtige Geriatriethemen (Ernährung, Prävention, Stürze, Demenz);
- Ambulante Triage- und Assessment-Einheit (ATE)
- Geriatriische Betreuung von Patienten und Patientinnen, die nicht auf der Akutgeriatrie sind durch interprofessionelle Teams;
- Akutgeriatriische Abteilungen mit inter- und intraprofessionell arbeitenden Teams;
- Modell-Institutionen für Langzeitpflege und -betreuung.

Als übergeordnete Massnahme in Bezug auf die Basis- und erweiterten Fachkompetenzen ist ein Anforderungskatalog zu erstellen, der aus geriatrisch-gerontologischer Sicht die Kenntnisse der wichtigsten sozialen, gesellschaftlichen, biologischen oder medizinischen Themen im Alter beinhaltet. Dieser kann in enger Zusammenarbeit mit den am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen (z. B. Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie, SFGG) erstellt werden.

Angehörige und Laien übernehmen im sozialen und betreuerischen Netzwerk wichtige Aufgaben für die Betroffenen. Damit sie die Anforderungen bewältigen und dabei gesund bleiben können, sind modulare Schulungsangebote zu schaffen und Begleitungsmöglichkeiten im Betreuungsprozess anzubieten.

Demenzkonzept

Bis zum Jahr 2030 ist auf Basis der national ausgewiesenen Prävalenzraten⁵ und des Hauptszenarios der Bevölkerungsentwicklung⁶ im Kanton Thurgau von einer Zunahme aller Menschen mit Demenz von derzeit schätzungsweise 3'700 auf 6'220 auszugehen (+ 68 %). Die lineare Hochrechnung ergäbe rund 3'300 Personen, die dannzumal in Pflegeheimen, und rund 2'900, die zu Hause leben würden. Diese Entwicklung entspricht einer jährlichen Steigerungsrate von 3.6 % und damit einem zusätzlichen Personalbedarf für die Behandlung, Pflege und Betreuung von 75 % innert 15 Jahren. Wird eine Kostensteigerung von 1 % pro Jahr für Lohn- und Sachkosten unterlegt, verdoppelt sich der von den Nutzern, den Krankenversicherungen (OKP) und der öffentlichen Hand zu finanzierende Beitrag an die Leistungen bei Demenz (Spitäler, Pflegeheime und die ambulante Pflege) zwischen 2015 und 2030.

Der Entwicklung im Bereich Demenz zu begegnen, ist national und kantonal eine grosse Herausforderung. Im Wissen um die Entstehung nationaler Grundlagen in 18 Projekten als Ausfluss der Nationalen Demenzstrategie 2014 - 2017 werden die Anstrengungen auf ein handlungsorientiertes Demenzkonzept Thurgau mit konkreten Massnahmen und den dazu notwendigen finanziellen Rahmenbedingungen und Ressourcen konzentriert. Für die Erarbeitung wurden zwei Handlungsfelder definiert:

Demenz in der Grundversorgung

Demenz ist eine häufige Erkrankung, die vorwiegend im Alter auftritt. Ihr soll stärkere Beachtung geschenkt werden. Die kognitiven Einschränkungen überlagern oftmals andere Krankheitsbilder und erschweren die Diagnosestellung. Sie sollen bei der Diagnostik, der Behandlung und der Betreuung sowie bei präventiven Massnahmen stärker beachtet werden.

Spezialisierte Angebote bei Demenz

Den an Demenz erkrankten Menschen und nahestehenden Bezugspersonen stehen flexible, qualitativ hochstehende, bedarfs- und altersgerechte Versorgungsangebote entlang der gesamten Versorgungskette zur Verfügung (vgl. Ziel 3. Nationale Demenzstrategie). Die Angebote im Kanton sollen überprüft, koordiniert und soweit notwendig ergänzt werden.

Die bedürfnisorientierte Pflege, Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz in den verschiedenen Krankheitsphasen sowie die Information und Unterstützung der pflegenden und betreuenden Angehörigen erfordern vielfältige Angebote. Sie können thematisch erstens der Information und Beratung, zweitens der Früherkennung, Akuttherapie und Krisenintervention sowie drittens den ambulanten und stationären Angeboten im Langzeitbereich zugeordnet werden. Weiter sind spezifische Themen der Finanzierung ausgeführt. Die Gesamtsicht wird mit den Aspekten Kompetenzen in der Demenzversorgung und Prävention im Bereich Demenzerkrankungen abgerundet.

⁵ Nationale Demenzstrategie 2014 - 2017, Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. November 2013; www.bag.admin.ch/Themen/Gesundheitspolitik.

⁶ Struktur der Wohnbevölkerung, Dienststelle für Statistik Kanton Thurgau www.statistik.tg.ch.

Information und Beratung zum Thema Demenz

Die Information und Sensibilisierung der Bevölkerung sowie der niederschwellige Zugang zu Information und Beratung stehen im Zentrum. Wesentliche Massnahmen, welche die Unterstützung durch die Politik und die öffentliche Hand bedingen, sind:

- Aktive ideelle Unterstützung des Projektes „Mehr Wissen - besser verstehen“ der Alzheimervereinigung Schweiz.
- Erteilung eines Leistungsauftrages zur Neuorganisation und zum Ausbau der Geschäftsstelle der Alzheimervereinigung Thurgau. Eine Pflegefachperson soll in den Bezirken, bzw. mindestens an insgesamt vier Orten im Kanton, regelmässig Beratungen durchführen.
- Ausbau der spezialisierten zugehenden Demenzberatung und -betreuung für Betroffene und Angehörige von derzeit 40 Stellenprozenten einer Pflegefachfrau auf insgesamt 200 Stellenprozente mit Anbindung an das Assessment- und Triage-Zentrum.
- Ausweitung der Angebote zur Schulung und sozialen Integration als Unterstützung der Betroffenen und der Angehörigen in der Alltags- und Krankheitsbewältigung (z. B. Angehörigenseminare, Demenzcafé). Schulungsangebote für Dienstleistungserbringer (Optiker, Polizei, Zahnärzte usw.) zur Sensibilisierung im Umgang mit Menschen mit einer Demenz.

Früherkennung, Akuttherapie und Krisenintervention

Ziel ist die frühe Erkennung und Therapie von Demenzerkrankungen sowie der Hilfestellung im Fall von Krisen. Das bestehende breite Angebot muss punktuell ergänzt und ausgebaut werden:

- Nutzung der Möglichkeiten der Früherkennung und des Assessments in der Grundversorgung gemäss den Ausführungen zum geriatrischen Assessment und Triage.
- Ausbau der spezialisierten Abklärung und Untersuchung (Memory Clinic am KSM) und Aufstockung der Alterstagesklinik mit dem Umzug nach Weinfelden auf 24 Plätze.
- Aufbau von interkulturellen Kompetenzen bei Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Umgang mit Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund.
- Schaffung einer Anlauf- und Koordinationsstelle zur Organisation eines kurzfristigen Pflegeplatzes bei Ausfall von Betreuungspersonen, die den Hausärzten und Hausärztinnen, der Spitex (und den Angehörigen) zur Verfügung steht.
- Regelung des Zugangs zu spezialisierten Experten im Bereich der Demenzerkrankungen (Gerontopsychiatrie, Geriatrie, Demenzpflege- und Betreuung) für die akutsomatischen Stationen der Spitäler über das Assessment- und Triage-Zentrum.
- Interdisziplinäre Behandlung von Patienten und Patientinnen mit akuten und/oder instabilen somatischen Erkrankungen und einer dementiellen oder deliranten Symptomatik mit Verhaltensproblemen als Co-Morbidität in den Kantonsspitalern (vgl. Assessment und Triage).
- Geeignete Gestaltung der Infrastruktur und der Abläufe bei Um- und Neubauten (z. B. KSF Horizont).

Ambulante und stationäre Angebote im Langzeitbereich

Menschen mit Demenz wollen in aller Regel so lange wie möglich im vertrauten Umfeld leben. Die Belastung der pflegenden Angehörigen und die Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens sind gemäss RightTimePlaceCare-Studie ⁷ in allen Ländern mit einem Heimeintritt assoziierte Faktoren. Sie sind insofern bei der Versorgungsplanung zu berücksichtigen. Gemäss einer Angehörigenbefragung im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung steht die Organisation des täglichen Lebens für pflegende Angehörige als Problem an erster Stelle, dicht gefolgt von der persönlichen Erschöpfung (Entlastungsmangel). In abnehmender Problemlast folgen das Verhalten der kranken Person, die Organisation von Unterstützung und Hilfe, die Beziehungen innerhalb der Familie, die Finanzen, die Isolation und Einsamkeit, die administrativen und juristischen Fragen sowie das mangelnde Verständnis der Aussenwelt. So stehen insbesondere folgende Massnahmen im Vordergrund:

- Anstrengungen für die Aufrechterhaltung der Leistungen der Hausarztmedizin wie kantonale Programme zur ärztlichen Nachwuchsförderung, Initiativen der Gemeinden zur Ansiedelung von Hausärzten und Hausärztinnen, Förderung von attraktiven Praxismodellen, Erhöhung des ambulanten Taxipunktwerts auf ein national konkurrenzfähiges Niveau.
- Weiterführen der regionalen Spitexentwicklung. Förderung der Kompetenzen über Fort- und Weiterbildungen unter Einbezug zusätzlicher Themen wie Case Management oder Fachcoaching. Erfolgsversprechende Projekte in der Nachwuchsförderung sind weiterzuführen bzw. zu lancieren. Advanced Practice Nurses (APN) sollen zukünftig mit ihren Kompetenzen aktiv die Behandlungs- und Betreuungsprozesse unterstützen.
- Wirksame Entlastung der Angehörigen, indem an zwei Halbtagen pro Woche subventionsberechtigt ein Entlastungsdienst beansprucht werden kann. Die Limite der Mitfinanzierung durch die Gemeinden soll folglich auf 32 Stunden pro Monat erhöht werden. Die subsidiäre Finanzierung der Eigenanteile über die Ergänzungsleistungen muss gewährleistet sein.
- Ausbau des Angebotes an Tagesplätzen in Koordination mit den Tages- und Nachtstrukturen in Pflegeheimen. Jede Gemeinde mit über 10'000 Einwohnern soll über ein entsprechendes Angebot an mindestens fünf Wochentagen verfügen. Insgesamt sollen in jedem Bezirk mindestens zwei Orte das Angebot bereitstellen. Kurzaufenthalte in Pflegeheimen sollen möglich sein.
- Entlastungsangeboten über Kurzaufenthalte in Pflegeheimen und Regelungen für (Pflege)-Notfälle sind im Rahmen der Pflegeheimplanung 2016 Beachtung zu schenken.
- Demenzkonzepte werden spezifisch auf die einzelnen Heime angepasst und umgesetzt. Tagesstrukturen und Aktivitäten in den Pflegeheimen müssen den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz im Verlauf der Krankheitsphasen angepasst werden.

Finanzierung der bedarfsgerechten Leistungen für Menschen mit Demenz

Ziel ist die Gewährleistung einer angemessenen Finanzierung von bedarfsgerechten Leistungen für Menschen mit Demenz. Als Grundlage sind dafür die konkreten Regelungen und Zuständigkeiten der vielfältigen Angebote zusammenzustellen. Weiter besteht Handlungsbedarf bei folgenden Spezialthemen:

⁷ Präsentation Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz in Europa: Ergebnisse des RightTimePlaceCare Projektes; Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer; Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Anlässlich Demenzkongress St. Gallen 2014.

- Bessere Abbildung der Demenz bei der Hilflosenentschädigung, die jedoch Teil des nationalen Teilprojektes im Rahmen der Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie 2014-2017 bzw. von Vorstössen auf Bundesebene sein muss (nationale Ebene).
- Überprüfung des Leistungskataloges gemäss Krankenversicherungsgesetz und der Instrumente zur Abbildung des Pflegebedarfs von Menschen mit Demenz insbesondere in der Pflege im Heim. Dies hat ebenfalls auf nationaler Ebene zu erfolgen.
- Adäquate Entschädigung von ärztlichen Hausbesuchen in der nationalen Tarifstruktur. Eine Anpassung des Ostschweizer Taxpunktwertes an den nationalen Durchschnitt ist anzustreben.
- Prüfung der durchgängigen Finanzierung in der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden bei der ambulanten Pflege, Betreuung und Entlastung sowie bei der Pflegeheimfinanzierung im Rahmen der Pflegeheimplanung 2016.
- Finanzielle Unterstützung pflegender Angehöriger über die Sozialversicherungen, z. B. in der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie 2014-2017 (nationale Ebene).
- Mitfinanzierung der Schulung und der bestehenden und in Aufbau befindlichen Entlastungsangebote in einem Umfang, dass sie die angestrebte Wirkung entfalten können (Mindestbeiträge der öffentlichen Hand). Anrechnung der Eigenanteile auf kantonaler Ebene in der subsidiären Finanzierung durch die Ergänzungsleistungen und in der Sozialhilfe.

Kompetenzen in der Demenzversorgung

Ziel ist, dass Fachpersonen über die in ihrem Berufsfeld erforderlichen Kompetenzen verfügen. Dies gilt analog für die Angehörigen- und Freiwilligenarbeit. Themenkreise sind das spezifische Wissen zu Demenzerkrankungen, die Stärkung der Handlungskompetenzen, die Vernetzung der Fachpersonen sowie die stetige Koordination der Leistungen in der Grundversorgung und bei den spezialisierten Angeboten.

Im Ausbildungsstand der Organisationen und Institutionen besteht eine grosse Varianz. Zukünftige gemeinsame Stossrichtungen sind:

- Familienorientierter Versorgungsansatz zur Optimierung der Interaktion und Kommunikation mit Menschen mit Demenz bzw. mit den pflegenden und betreuenden Angehörigen und zwischen den Leistungsanbietern.
- Kommunikation als Schwerpunkt in der Fort- und Weiterbildung.

Massnahmen in Bezug auf die Koordination, Kooperation und Vernetzung sind:

- Förderung von lokalen und regionalen Netzwerken. Die an der Versorgung Beteiligten wie Gemeinden, Institutionen, Organisationen, Vereine sollen die für sie und die jeweilige Situation sinnvolle und hilfreiche Zusammenarbeitsform suchen.
- Nutzung, Förderung und Weiterentwicklung bestehender institutionalisierter Austauschgefässe wie der interdisziplinäre gerontopsychiatrische Qualitätszirkel. Ergänzend sind regelmässige regionale Treffen zwischen Spitexorganisationen und Hausärzten bzw. -ärztinnen im Rahmen von Qualitätszirkeln zu planen.

Für die Fort- und Weiterbildung gelten die analogen Überlegungen und Zielgruppen gerechten Anforderungen wie sie für die geriatrische Fachkompetenz ausgeführt sind.

Die spezifische Schulung von Angehörigen und nahen Bezugspersonen ist im Handlungsfeld Pflegenden Angehörige und Freiwilligenarbeit ausgeführt. Für die Aus- und Fortbildung von Freiwilligen gelten die Grundsätze der Freiwilligenarbeit.

Prävention im Bereich Demenzerkrankungen

Ziel ist, das Wissen zur Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention⁸ in der Bevölkerung und bei Professionellen zu verbessern. Im Mittelpunkt stehen dabei vor allem die sogenannten vaskulären Risikofaktoren, die im Wesentlichen von den Herz-Kreislaufkrankungen bekannt sind. Im Einzelnen sind das der Bluthochdruck (arterielle Hypertonie), der vor allem mit dem späteren Auftreten der Alzheimer Krankheit assoziiert sein soll, der Diabetes mellitus, die Fettstoffwechselstörung (Hyperlipoproteinämie) und das Übergewicht (Adipositas) sowie auch das Rauchen.

Weiter scheint ein aktiver Lebensstil mit regelmässiger körperlicher Aktivität und Freizeitgestaltung, möglichst mit Pflege von Sozialkontakten (z. B. "Walking in Gruppe") bedeutsam zu sein.

Zusammenfassend gilt, was für das Herz und die Gefässe gut ist, kann in der Prävention von Demenz empfohlen werden. Die fünf wichtigsten Massnahmen sind auch in der Broschüre „Demenz vorbeugen“⁹ der Alzheimervereinigung ausgeführt.

Finanzierung

Verantwortlichkeiten und etappierte Umsetzung

Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des Geriatrie- und Demenzkonzeptes ist eine breite, parteipolitisch übergeordnete Unterstützung innerhalb des Kantons. Die Genehmigung der einzelnen Massnahmen ist eine Grundvoraussetzung für die Umsetzung vor Ort. Idealerweise erhält eine interdisziplinär zusammengesetzte Umsetzungsgruppe Geriatrie- und Demenzkonzept Kanton Thurgau ein Mandat für das begleitende Monitoring der Umsetzung.

Das Geriatrie- und Demenzkonzept betrifft fast alle Bereiche des Gesundheitswesens, entsprechend vielfältig sind die Adressaten. Die Massnahmen können wie folgt gruppiert werden:

- Permanente Aufgaben, die im Rahmen der bereits geregelten Finanzierung weiterentwickelt werden sollen (z. B. Massnahmen der Wertschätzung und Teilhabe oder der Erhaltung von Autonomie und Selbständigkeit).
- Handlungsfelder, in denen sinnvolle Angebote bestehen. Diese sind jedoch regional, fachlich oder in der Kapazität eingeschränkt und müssen ausgebaut werden, um den gesellschaftlichen und demografischen Entwicklungen gerecht zu werden (z. B. aufsuchende Demenzberatung, niederschwellige erste Anlaufstellen). Der Ausbau bedingt in vielen Gemeinden bzw. Regionen ein stärkeres Engagement und zusätzliche finanzielle Mittel der öffentlichen Hand (Gemeinden bzw. Kanton oder im Verbund).
- Angebote, die im Kanton Thurgau auf den bestehenden Ansätzen neu aufzubauen sind (z. B. strukturelle Einheiten der Akutgeriatrie, Assessment- und Triage-Zentrum). Die Leistungsaufträge an die Organisationen und Institutionen sind zu erweitern. Aufgrund des Ressourcen- und Finanzbedarfes sind sie in der Umsetzung sinnvoll zu etappieren.

⁸ Gliederung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach dem Zeitpunkt der Prävention; Unterscheidung in drei Arten der Prävention durch Gerald Caplan, Principles of preventive psychiatry 1964.

⁹ www.alz.ch/Demenzerkrankungen/Risiko reduzieren.

Kostenabschätzung

Soweit die Kosten der Umsetzung des Geriatrie- und Demenzkonzeptes geschätzt werden können, ergeben sich wiederkehrende Kosten von 4,9 Mio. Franken, wobei 4,3 Mio. Franken auf den Kanton als Mitfinanzierer entfallen (ausgenommen sind die Angebote ohne Angaben). Die einmalige Startfinanzierung beläuft sich auf 4,0 Mio. Franken zu Lasten des Kantons. Nicht enthalten sind die permanenten Angebote sowie diejenigen Massnahmen, die nicht im Einfluss- und Verantwortungsbereich des Kantons liegen (z. B. lokale und regionale Anlaufstellen). Die zusätzlichen Finanzierungsbeiträge für den Kanton lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Akutgeriatrie, Assessment- und Triage-Zentrum

Spitalgebundene geriatrische Leistungen können als interprofessionelles Angebot aus heutiger Sicht weder stationär noch zukünftig ambulant über die ordentlichen Finanzierungsregeln kostendeckend erbracht werden. Die Akutgeriatrie, sowie das Assessment- und Triage-Zentrum (ATZ) dienen der zukunftsgerichteten Behandlung sowie der Pflege und Betreuung der geriatrischen Patienten und Patientinnen sowie von Menschen mit Demenz. Diese Kompetenz wird auch auf andere Akutstationen und Leistungserbringer entlastende Auswirkungen haben und die kantonale Gesamtbilanz entsprechend entlasten.

- Akutgeriatrie, je Standort mit 14-16 Betten (jährlich wiederkehrend) **Fr. 967'000.--**
- Assessment- und Triage-Zentrum je Standort, bestehend aus Assessment- und Triage-Einheit und Geriatrie-Plus (wiederkehrend) **Fr. 960'000.--**

Zentralisierte Angebote in der Demenzversorgung

Die Vielfalt der bestehenden und notwendigen Angebote und Massnahmen im Bereich Demenz ist gross. Fast ausschliesslich geht es um einen Ausbau bereits ansatzweise vorhandener oder regional begrenzter Angebote. Die durch den Kanton zu ergänzenden Leistungsaufträge sind:

- Leistungsauftrag an die Alzheimervereinigung Thurgau **Fr. 90'000.--**
- Aufsuchende Demenzberatung, angegliedert an das ATZ **Fr. 300'000.--**
- Ausbau Alterstagesklinik bereits in Budget und Finanzplan enthalten **Fr. 350'000.--**
- Anlauf- und Koordinationsstelle bei Ausfall von Betreuungspersonen **keine Angaben**
- Kurzaufenthalte, Notfallplätze in Pflegeheimen **keine Angaben**

Einmalige Aufbaukosten

Die Beiträge des Kantons an die Aufbaukosten sind insbesondere:

- Startfinanzierung Fachkompetenz Geriatrie und Demenz **Fr. 950'000.--**
- Projektkosten VIA-Gesundheitsförderung und Prävention im Alter (zurückgestellte Projektmittel) **Fr. 300'000.--**
- Startfinanzierung Umsetzung Demenzkonzept, Massnahmen für pflegende und betreuende Angehörige (Mittel aus Palliative Care) **Fr. 960'000.--**

Mit der Finanzierung kann eine umfassende, zukunftsgerichtete Versorgung der geriatrischen Patienten und Patientinnen und der Menschen mit Demenz sowie die Entlastung ihrer Angehörigen in Angriff genommen werden.

Teil A

Einführung und übergreifende Themen zum Geriatrie- und Demenz- konzept Thurgau

1 Ausgangslage

1.1 Einleitung

Aufgrund der demografischen Entwicklung leben auch im Kanton Thurgau immer mehr alte und kranke Menschen. Die Häufigkeit von Erkrankungen, insbesondere chronischen, und die Prävalenz der Multimorbidität nehmen im Alter zu. Eine umfassende Gesundheitsvorsorge und -versorgung dieser Bevölkerungsgruppe im ambulanten und stationären Bereich hat deshalb hohe Priorität. Die Geriatrie als Fachgebiet befasst sich mit den physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten der medizinischen Betreuung älterer Menschen (Definition vgl. Anhang 2). Mit Alters- und Gerontopsychiatrie wird das medizinische Fachgebiet bezeichnet, welches sich mit der Psychiatrie, Psychotherapie sowie Psychosomatik des älteren kranken Menschen befasst. Als häufigstem Krankheitsbild im Alter kommt den Hirnleistungsstörungen, insbesondere den demenziellen Erkrankungen (kurz Demenz) ein besonderer Stellenwert zu. Von der Früherkennung über die Behandlung und Krisenintervention der Demenz nimmt im Kanton Thurgau die Gerontopsychiatrie traditionell eine zentrale Rolle ein. Demenz manifestiert sich oft nicht isoliert, sondern überlagert andere chronische Krankheitsbilder und beeinflusst damit signifikant die medizinische Behandlung, Betreuung, Pflege und Therapie.

Für die Gesundheitsversorgung alter Menschen besteht die Notwendigkeit, fachspezifisches ärztliches, pflegerisches und sozialdienstliches Wissen zu bündeln. Die aktuellen Angebote in der Akutversorgung und Rehabilitation sind in ihren Spezialisierungen einerseits stark fragmentiert und andererseits eher auf die Anliegen von jüngeren und autonomen Personen ausgerichtet. Sie werden zunehmend auf ihre Wirtschaftlichkeit hin optimiert. Dieser Trend könnte sich durch die Spitalfinanzierung mittels Fallpauschalen noch verstärken.

1.2 Versorgungssituation gemäss Spitalplanung 2012

Im Entwurf zur Versorgungsplanung der Akutsomatik und Rehabilitation waren noch keine spezifischen geriatrischen Angebote vorgesehen. Aufgrund der Vernehmlassungsergebnisse fällte der Regierungsrat die Entscheidung, vorerst ohne Präjudiz einen Leistungsauftrag in geriatrischer Rehabilitation aufrechtzuerhalten¹. Der Spital Thurgau AG wurde - ohne die Verpflichtung zur Führung von spezialisierten geriatrischen Stationen - die akutgeriatrische Versorgung als integraler Auftrag erteilt.

Für die gerontopsychiatrische Versorgung bestehen im Kanton bereits spezifische Angebote. Sie sind in der Psychiatrieplanung² und im Alterskonzept aufgezeigt.

1.3 Alterskonzept Thurgau

Im überarbeiteten Alterskonzept vom 6. Dezember 2011 werden die bestehenden Angebote für Menschen im AHV-Alter dargelegt. Die Thematik der Altersmedizin ist in einem Kapitel beschrieben, wobei der Handlungsbedarf in den Bereichen Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Psychotherapie als Überblick skizziert ist.

¹ Kanton Thurgau Spitalplanung 2012, Versorgungs- und Strukturbericht mit Spitalliste ab 1. Januar 2012, 20. September 2011, www.gesundheit.tg.ch.

² Kanton Thurgau, Bericht zur Psychiatrieplanung 2012, 1. Mai 2011, www.gesundheit.tg.ch.

1.4 Kantonale Vorstösse zu Demenz

Im vorliegenden Konzept werden die offenen Fragen aus der Beantwortung des Antrags gemäss § 52 der Geschäftsordnung des Grossen Rates vom 8. Mai 2013 „Leben mit Demenz im Kanton Thurgau“ beantwortet. In den Massnahmen werden zudem die Ausführungen in der Beantwortung der Interpellation vom 15. August 2012 „Wir brauchen eine kantonale Demenzstrategie“ präzisiert.

Die nationalen Demenzstrategie³ dient als Grundlage für die Formulierung der kantonalen Umsetzungsmassnahmen. Sie beschreibt die Grundlagen der Demenz und definiert die übergeordneten Zielsetzungen und Werthaltungen zu insgesamt vier Handlungsfeldern. Es werden 18 konkrete Projekte angestossen. Im Geriatriekonzept Thurgau werden diejenigen Themen aufgegriffen, die einer spezifischen kantonalen Bearbeitung bedürfen. Die national in den kommenden Jahren erarbeiteten Informationen und Arbeitsinstrumente werden den zuständigen Stellen und Organisationen über die ordentlichen Informationskanäle zur Verfügung gestellt.

1.5 Projektauftrag

Weder im Alterskonzept noch im Rahmen der Spitalplanung konnte die notwendige Diskussion zur geriatrischen Versorgung im Kanton Thurgau vertieft geführt werden. Der Regierungsrat hat in der Folge die Erarbeitung eines Geriatriekonzepts in die Regierungsrichtlinien 2012 - 2016 als Ziel des Departementes für Finanzen und Soziales (DFS) aufgenommen. Das Ziel fügt sich in das Schwerpunktziel 2 „Demografische Herausforderungen bewältigen“ ein.

Um die Gesundheitsversorgung alter Menschen im Kanton Thurgau zu verbessern, soll im Geriatriekonzept eine Versorgungsstrategie für geriatrische Patientinnen und Patienten erarbeitet werden. Daraus abgeleitet sollen die bereits bestehenden stationären und ambulanten Versorgungsangebote im Kanton evaluiert und soweit notwendig den Erfordernissen angepasst und allenfalls durch weitere angemessene Strukturen ergänzt werden. Das spezifische geriatrische Fachwissen soll entlang der gesamten Behandlungskette, von der Gesundheitsförderung und Prävention bis zur Palliation, und in allen Bereichen der Leistungserbringung gefördert werden. Das Geriatriekonzept soll möglichst breit abgestützt sein und alle wichtigen Anspruchsgruppen der geriatrischen Versorgung einbeziehen. Die bevölkerungsspezifischen Bedürfnisse im Kanton sollen berücksichtigt werden. Im Weiteren sind die Kriterien des KVG bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit zu beachten.

1.6 Abgrenzungen

Während es im Geriatriekonzept um die Versorgung der kranken alten Menschen sowie aller Menschen mit Demenz geht, werden Teile der Gesundheitsförderung und Prävention im Projekt Via⁴ bearbeitet. Die Versorgung von Suchterkrankten aller Altersgruppen ist Teil des Suchtkon-

³ Nationale Demenzstrategie 2014 - 2017; Bundesamt für Gesundheit (BAG) / Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK); November 2013

⁴ Kantonales Umsetzungsprojekt auf Basis der umfangreichen interkantonal erarbeiteten Grundlagen von Via - Best practice Gesundheitsförderung im Alter, www.gesundheitsfoerderung.ch / Via. Aus Ressourcengründen musste der Projektstart wiederholt verschoben werden, Zeitpunkt derzeit nicht bestimmt.

zepts⁵. Die spezifischen Bedürfnisse der alten Menschen mit Behinderung werden im Rahmen der Angebots- und Strukturentwicklung⁶ unter Federführung des Sozialamtes geklärt.

Die Umsetzung und Evaluation der Modellprojekte⁷ in der ambulanten, intensivierten Erwachsenen- und Sozialpsychiatrie auf den Grundlagen der Psychiatrieplanung ist nicht Teil des Geriatriekonzepts. In der Prozessbetrachtung sind diese Angebote jedoch zu beachten, ebenso wie alle ständigen ambulanten Angebote.

Die stationären Angebote der Erwachsenenpsychiatrie, insbesondere die zugeordneten Gesamtkapazitäten pro Institution gemäss Spitalliste 2012 Psychiatrie sind ebenfalls nicht Gegenstand des Projekts. Die spezialisierten Angebote der Gerontopsychiatrie sind als Schnittstellenthematik einzubeziehen.

1.7 Begriffsklärung geriatrischer Patient resp. Patientin

In diesem Konzept wird alternativ der Begriff geriatrischer Patient und Patientin resp. Betroffene verwendet. Gemeint sind erkrankte alte Menschen, insbesondere chronisch Erkrankte, mit mehreren Krankheitsmerkmalen (geriatrische Multimorbidität). Das Alter ist in der Regel über 75 Jahre. Zudem besteht mehr als eines der folgenden geriatrischen Syndrome:

- kognitive Einschränkungen, insbesondere Delir oder Demenz;
- Immobilität;
- erhöhtes Sturzrisiko;
- Inkontinenz von Stuhl und/oder Urin;
- Malnutrition und/oder Sarkopenie;
- Depression oder Angststörung;
- eingeschränkte Funktion der Sinnesorgane;
- Dekubitalulzera;
- chronische Schmerzen;
- Medikationsprobleme bei Polymedikation und/oder Non-Compliance;
- soziale Isolation.

Ein akutes Ereignis (z. B. Sturz) oder eine rasche Verschlechterung eines Krankheitsmerkmals führt bei den Betroffenen mit akuter Dringlichkeit zu einem medizinischen und/oder pflegerischen Notfall, auf den in der Regel weder die Betroffenen selbst noch das Umfeld vorbereitet sind. Ärzte, Spitex, Pflegeheime und Akutspitäler sind ad hoc gefordert.

Für die quantitative Analyse gemäss den Kriterien der Spitalplanung werden die Fallzahlen der Akutsomatik und der geriatrischen Rehabilitation aufgrund des Alters (75-jährig und älter) und der Zahl der Diagnosen berechnet (vgl. Kap. 7.2.1 und 7.2.2).

Gemäss Ergebnissen der Befragung *Survex of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE, 2010-2011)⁸ liegt bspw. die Prävalenz von drei und mehr chronischen Krankheiten bei den Altersklassen der 65-79 Jährigen bei 9.3 % bzw. der 80-Jährigen und Älteren bei 19 %.

⁵ Suchtkonzept Thurgau 2015-2020; November 2014, www.gesundheit.tg.ch

⁶ Angebots- und Strukturentwicklung im Bereich der Einrichtungen für Menschen mit Behinderung im Kanton Thurgau, Hochschule Luzern, Soziale Arbeit ein Erarbeitung.

⁷ Zukunftsorientierte Psychiatrieentwicklung (ZUPE) mit Aufnahme und Abklärungszentrum mit integrierter Krisenintervention (AAZ), Intensiviertes Case Management (ICM) und Poststationäre Übergangsbearbeitung (PSÜB).

⁸ Obsan Bulletin 4/2013 Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren; www.obsan.admin.ch

2 Konzeptgrundlagen

2.1 Konzepterarbeitung

Das Geriatrie- und Demenzkonzept wurde in den folgenden Schritten erarbeitet:



Abbildung 1: Überblick über das Vorgehen in der Konzepterarbeitung.

In sieben Handlungsfeldern wurden jeweils die Ist-Situation analysiert sowie Mängel und Lücken aufgezeigt. Die Darstellung im Konzept beschränkt sich mehrheitlich auf die Beschreibung der Handlungsfelder als Einleitung zu den einzelnen Kapiteln und auf die aus der Analyse erarbeiteten Ziele mit den abgeleiteten konkreten Massnahmen zur Umsetzung. Im Bereich der Demenzversorgung existiert bereits eine Vielzahl von Angeboten. Die Stossrichtung liegt damit nicht in der Neukonzeption, sondern in der flächendeckenden, angemessenen Verfügbarkeit und niederschweligen Zugänglichkeit der Angebote. Daher werden im Konzept Ist-Situation und Soll-Zustand der Angebote dargestellt.

Die Finanzierung ist zur besseren Übersicht in Teil D des Konzeptes zusammengefasst.

2.2 Übergeordnete Werthaltung

Alle in der Altersmedizin, der Pflege und Betreuung tätigen Personen beachten folgende Werte in ihrer Haltung gegenüber Betroffenen und ihren Angehörigen:

- Die Lebensgeschichten (Biografien) von alten Menschen und die daraus gewachsenen Werte und Glaubenshaltungen werden als wertvoll anerkannt und gewürdigt.
- Die wichtigen Werte für das Altern, solidarische Gemeinschaft sowie Beschaulichkeit und Verwesentlichung, werden ebenfalls gesellschaftlich als wertvoll erachtet und bewusst gepflegt.

- Die Selbstbestimmung wird auch bei Abnahme von Autonomie und Selbständigkeit anerkannt.
- Der Rollenwechsel vom helfenden zum hilfsbedürftigen Menschen wird als Leistung gewürdigt.

2.3 Übergeordnete Kernaussagen

Für die erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die geriatrische Versorgung steht unabhängig von der Region bzw. dem Wohnort flächendeckend in einheitlicher Qualität zur Verfügung. Dazu braucht es:
 - Strukturen: Sinnvolle, zweckentsprechende Organisationseinheiten und Strukturen im ambulanten und stationären Bereich sind geschaffen. Stationäre und ambulante Einheiten sind vernetzt, dazu sind strukturelle Bindeglieder zu schaffen (z. B. Mobile Equipen). Die Personalschlüssel (Skills und Grade-Mix) sind in den einzelnen Strukturen zu definieren.
 - Prozesse: Die Abläufe und Zuständigkeiten der geriatrischen Versorgung sind geklärt. Gefässe für die interprofessionelle Zusammenarbeit sind vorhanden (lokale resp. regionale Plattformen, effizienter interprofessioneller elektronischer Datenaustausch).
 - Finanzen: Die Finanzierung aller Massnahmen ist geklärt und gesichert.
- Die Behandlungspfade der institutsgebundenen Angebote sind mit den vor- und nachgelagerten wohnortnahen Leistungserbringern abgestimmt. Die Kontinuität in der Betreuung und Behandlung ist wenn immer möglich zu erhalten. Dazu braucht es:
 - Stärkung der Grundversorgung: Die Stellung des Hausarztes resp. der Hausärztin im Sinne einer Anlaufstelle sowie die Kompetenzen der Spitex in der Koordination und als Drehscheibe für die Betroffenen und ihr Umfeld sind zu stärken.
 - Interprofessionelles Arbeiten: Aufgrund der steigenden Komplexität der Behandlung und Betreuung hat die interprofessionelle Teamzusammensetzung Priorität. Die fallbezogene Leitung (Case Management) kann durch eine Fachperson einer beliebigen Berufsgruppe erfolgen.
 - Koordination und Vernetzung: Die Koordination und Vernetzung der verschiedenen Leistungsanbieter sind intensiviert. Die Kooperationen zwischen den Leistungserbringern sind geklärt und umgesetzt (z. B. zwischen ambulanten Pflegeleistungen der Spitex und den Anbietern von Betreuungsleistungen oder zwischen Ärzten und Ärztinnen und Pflegeheimen (Long Term Care⁹)).

2.4 Förderliche Massnahmen aus jeweils anderen Handlungsfeldern

Soweit möglich und im Kontext verständlich, werden die Massnahmen nur einem Handlungsfeld zugeordnet. In den anderen Handlungsfeldern wird mit einem Kurztext auf das entsprechende Kapitel Bezug genommen.

⁹ Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie, Fortbildungskurse Long Term Care, www.sfgg.ch.

3 Autonomie und Selbständigkeit

Autonomie ist auch im Alter ein ausgesprochen hohes Gut in unserer Gesellschaft; sie zu bewahren ist das Ziel und der Wunsch jedes einzelnen Menschen.

Autonomie und Selbständigkeit, wie sie in diesem Konzept verwendet werden, sind wie folgt definiert:

- Autonomie als Selbstbestimmung heisst, die Kontrolle über die eigene Lebenssituation zu haben. Dabei geht es um Fragen, die das eigene Leben betreffen und die von jeder Person selber und eigenverantwortlich entschieden werden können.
- Selbstbestimmung (umfasst auch Autonomie und Selbstverantwortung) meint den Anspruch oder die Möglichkeit, in persönlichen Angelegenheiten selber über sein Leben bestimmen und eigenverantwortlich entscheiden zu können, ohne Vorschriften von Dritten.
- Autonomie als handlungsorientierte und funktionale Selbständigkeit bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens.
- Selbständigkeit (auch im Sinn von Unabhängigkeit) meint die Fähigkeit, im eigenen Handeln nicht auf die Hilfe und Unterstützung anderer angewiesen zu sein.

Multimorbidität stellt eine Herausforderung für den Erhalt der Autonomie alter Menschen dar. Autonomie und Selbständigkeit nehmen beim alten Menschen und insbesondere bei geriatrischen Patientinnen und Patienten mit mehreren Erkrankungen im Verlauf der Zeit ab. Die Selbstbestimmung soll möglichst bis zum Tod aufrecht erhalten und unterstützt werden. Auch mit eingeschränkter Autonomie und Selbständigkeit lässt sich selbstbestimmt leben. Zum Beispiel, indem in eigener Verantwortung bestimmt wird, wie man mit der eigenen Abhängigkeit umgeht und welche Unterstützung man in Anspruch nehmen will. Es gilt zu bedenken, dass dem sozialen Umfeld der kranken alten Menschen eine grosse Bedeutung zukommt und dass es situativ miteinbezogen werden muss.

3.1 Handlungsebenen zur Förderung von Autonomie und Selbständigkeit.

Autonomie und Selbständigkeit können unter anderem mit Massnahmen auf drei Ebenen unterstützt werden:

- Prävention:
Förderung der Selbstverantwortung und der Bereitschaft, gesund zu bleiben. Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens sowie mit den Ressourcen unserer Gesellschaft und unseres Gesundheitssystems.
- Medizinische Behandlung, Betreuung, Pflege und Entlastung:
Verhältnismässigkeit in Diagnostik und Behandlung von Krankheiten. Qualitativ gute und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen abgestimmte Pflege, Betreuung und Entlastung.
- Wahrnehmen von Einschränkungen und Förderung der eigenen Ressourcen:
Erkennen von körperlichen und kognitiven Einschränkungen, psychischen Belastungen, Fähigkeiten zur Gestaltung des Alltags und sozioökonomischen Bedingungen sowie Stärkung von vorhandenen Ressourcen.

Die Autonomie und Selbständigkeit bei fortgeschrittener Demenzerkrankung zu berücksichtigen ist eine grosse Herausforderung, deren Einhaltung nicht immer befriedigend gewährleistet werden kann.

3.2 Ziele und Massnahmen zur Autonomie und Selbständigkeit

Im Folgenden werden drei Ziele und die zugehörigen Massnahmen zur Autonomie und Selbständigkeit präzisiert.

3.2.1 Einbezug und autonome Entscheidungen

Die Autonomie und Selbständigkeit alter Menschen wird so gestärkt, dass sie in die massgebenden Entscheidungsprozesse aktiv miteinbezogen werden können. Das bedeutet, dass autonome Entscheidungen, wie beispielsweise Bestimmungen in Patientenverfügungen, die nicht zwingend der fachlichen Empfehlung entsprechen, vom interprofessionellen Team akzeptiert werden.

Massnahmen zu Einbezug und autonome Entscheidungen

- Zur Unterstützung alter Menschen zu Hause wird im Kanton Thurgau das interkantonale Projekt VIA-TG, Gesundheitsförderung im Alter, umgesetzt. Die Finanzierung von VIA ist mit zurückgestellten Projektmitteln sichergestellt.
- Informationen über bestehende Angebote (Wohnformen, Hilfsmittel, krankheitsspezifische Beratung, Entlastung etc.) werden zielgruppengerecht bekanntgemacht, vernetzt und ausgebaut. Informationskanäle sind das sozialnetz.tg und die zuständigen Organisationen wie Pro Senectute, Benevol, Alzheimervereinigung etc. Die Finanzierung der Massnahmen erfolgt mit den Mitteln der beteiligten Organisationen.
- Informationen über Patientenverfügungen und Unterstützung in der Entscheidungsfindung beim Verfassen und Aktualisieren geben Hausärzte und Hausärztinnen, Spitex, Pro Senectute etc.

3.2.2 Freie Wahl der Wohnsituation

Der alte Mensch hat trotz eingeschränkter Selbständigkeit ein Recht auf Wahlfreiheit bezüglich seiner Wohnsituation, soweit dies verhältnismässig und finanzierbar ist. Dem Grundsatz ambulant vor stationär wird Folge geleistet. Die dazu notwendigen Rahmenbedingungen, auch in Bezug auf die Finanzierung sind geklärt.

Massnahmen zur freien Wahl der Wohnsituation

- Zur Entlastung von Angehörigen werden genügend wohnortnahe Angebote für Kurzaufenthalte und für vorübergehende Aufenthalte nach dem Spitalaustritt geschaffen. Die Finanzierung der Angebote muss geklärt werden, volkswirtschaftlich Sinn machen und grundsätzlich so ausgestaltet sein, dass auch alte Menschen mit bescheidenen finanziellen Mitteln von den Angeboten profitieren können.
- Für die Triage- und Drehscheibenfunktion von Spitex, Hausarztpraxen und Anderen sollen die Gemeinden ihren Auftrag und ihre Verantwortung wahrnehmen und die koordinativen Leistungen dem zeitlichen Umfang entsprechend finanzieren.
- Kinder und weitere Verwandte, Freunde und Bekannte schöpfen ihre Möglichkeiten der Unterstützung, Betreuung und Koordination für eine ausgeglichene Aufgabenteilung mit den pflegenden und betreuenden Angehörigen aus.

3.2.3 Verbindliche Regeln der Zusammenarbeit

Das professionelle Betreuungsteam, bestehend aus Hausärztinnen und Hausärzten, Spitex, Therapeutinnen und Therapeuten, Ligen etc. ist sich über seine Zusammenarbeit einig. Es sind dazu verbindliche Regeln formuliert und akzeptiert. Der Administrations- und Koordinationsaufwand wird für alle Beteiligten möglichst gering gehalten.

Massnahmen zu Regeln der Zusammenarbeit

- Für den interprofessionellen Fachaustausch erarbeiten die regionalen Vertreter der Ärzteschaft, der Spitex, der Therapeutinnen und Therapeuten, Institutionen der Langzeitpflege und Ligen geeignete Gefässe.
- Spital Thurgau AG, Rehabilitationskliniken, Spitex Verband, CURAVIVA und Ärztesgesellschaft regeln das Übertrittsmanagement zwischen stationärem und ambulantem Bereich für alle Beteiligten verbindlich.
- Für die Installation eines Runden Tisches bzw. der Einführung einer Fallverantwortung erarbeiten und definieren Spital Thurgau AG, Rehabilitationskliniken, Spitex Verband, CURAVIVA und Ärztesgesellschaft einheitliche Kriterien (Einberufung, Verbindlichkeit, Häufigkeit, Ansprechperson, Finanzierung resp. Abrechnungsmöglichkeiten etc.)
- Die Fallverantwortung im professionellen Betreuungsteam wird im Einzelfall definiert und von allen Beteiligten verbindlich akzeptiert.
- Die Vernetzung und Koordination wird in interprofessionellen Aus- und Weiterbildungen geschult.

4 Pflegende Angehörige und Freiwilligenarbeit

Die pflegenden und betreuenden Angehörigen sowie die formelle und informelle Freiwilligenarbeit sind tragende Säulen, damit alte Menschen möglichst lange zu Hause leben können. Die pflegenden und betreuenden Angehörigen und die Freiwilligenarbeit sollen gestärkt werden über:

- Sensibilisierung der Bevölkerung;
- Zugang zu Information für Betroffene und Angehörige (Schulung);
- Zugang zu den Leistungsangeboten;
- Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen;
- wertschätzende Stellung im Betreuungsprozess.

4.1 Herausforderungen aus Sicht der pflegenden und betreuenden Angehörigen

Die Entscheidung, kranke Angehörige zu pflegen und zu betreuen hat verschiedene, individuell geprägte Hintergründe. Abbildung 2 zeigt, was die Entscheidung zu pflegen beeinflusst hat und stellt die Unterschiede zwischen der Schweiz und dem Mittelwert von sechs Europäischen Ländern dar.

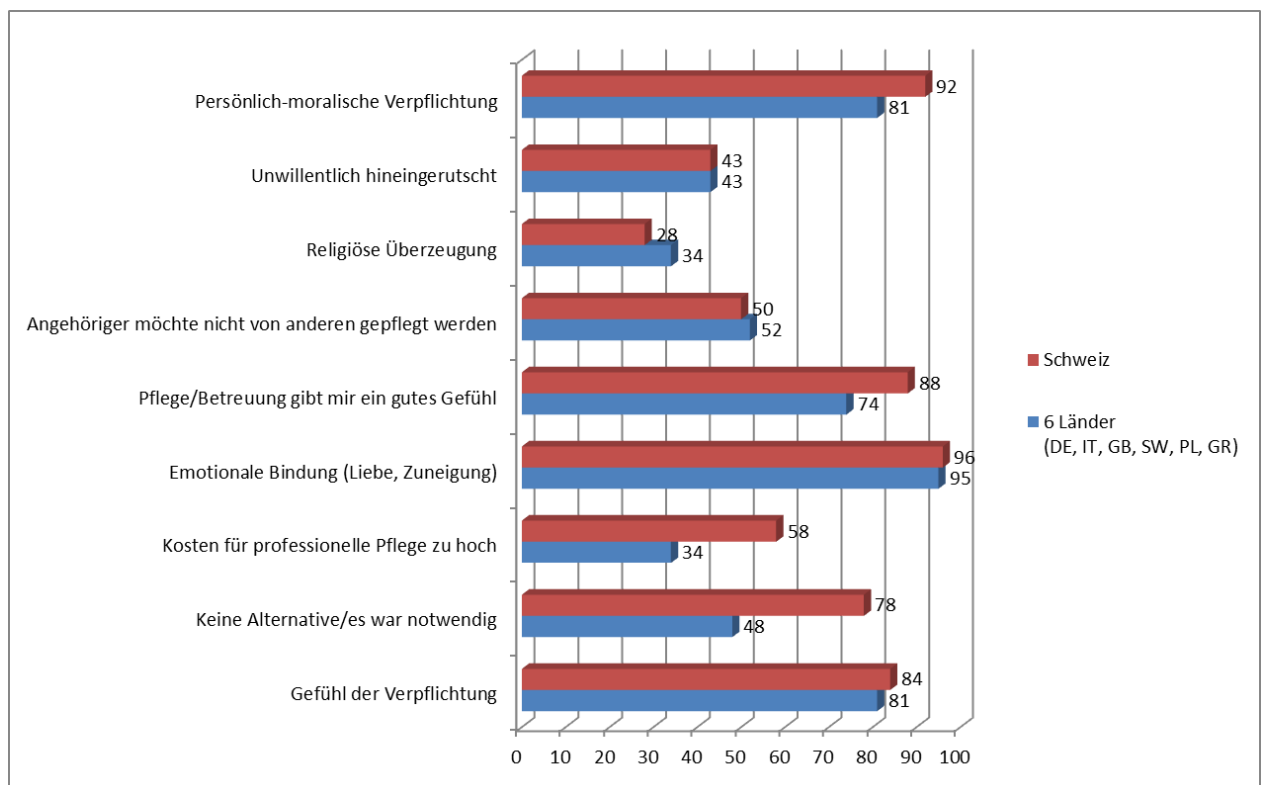


Abbildung 2: Was hat die Entscheidung zu pflegen beeinflusst? Internationaler Vergleich (Prozent-Angaben). Döhner, H., Kofahl, C., Lüdecke, D., Mnich, E. (Eds) (2007). Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. The National Survey Report for Germany. Hamburg University Medical Centre of Hamburg Eppendorf. www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare.

In der im Auftrag des Spitex Verbandes Schweiz erarbeiteten Studie SwissAgeCare-2010 wurde die psychosoziale Situation der pflegenden Angehörigen aus verschiedenen Perspektiven erforscht¹⁰. Alle pflegenden Angehörigen investieren gemäss den Ergebnissen weit mehr Zeit in der Pflege, als sie eigentlich wünschen. Dieser Effekt ist insbesondere bei Partnerinnen ausgeprägt, die doppelt so viel Zeit investieren, als sie eigentlich möchten. In Bezug auf die eigene gesundheitliche Befindlichkeit und die Lebenszufriedenheit werden folgende Resultate dargelegt:

Pflegende mit einer sehr schlechten gesundheitlichen Befindlichkeit zeichnen sich primär durch eine Häufung von primären und sekundären Stressoren aus:

a) Primäre Stressoren

- Dauer des Pflegeverhältnisses;
- hohes Zeitinvestment in die Pflege.

b) Sekundäre Stressoren

- hohe chronische Besorgnis und hoher chronischer Stress;
- soziale Isolation und Überlastung;
- vermehrte negative Auswirkungen der Pflege auf das eigene Leben.

Dazu kommen mangelnde körperliche Ressourcen:

- vermehrte Arztbesuche;
- vermehrte Beschwerden;
- höheres Alter.

Erst in zweiter Linie zeichnen sie sich durch mangelnde psychische Ressourcen aus:

- Ineffiziente Coping-Strategien“ (Bewältigungsstrategien).

Pflegende mit einer sehr tiefen Lebenszufriedenheit hingegen zeichnen sich gemäss Studie durch folgende Merkmale aus:

Erstens durch viele sekundäre Stressoren wie:

- hohe chronische Besorgnis und hoher chronischer Stress;
- soziale Isolation und Überlastung;
- erhöhte negative Auswirkungen der Pflege auf das eigene Leben;
- geringe Zufriedenheit mit der Spitex;
- Wunsch nach weniger Zeitinvestment.

Zweitens durch mangelnde psychische und physische Ressourcen:

- negative Einschätzung der eigenen Kindheit;
- ineffiziente Coping-Strategien
- schlechter Gesundheitszustand

Drittens durch primäre Stressoren wie hohes Zeitinvestment in die Pflege.

Zu den spezifischen Herausforderungen für pflegende und betreuende Angehörige von Menschen mit Demenz vgl. Teil C Kap. 12.

¹⁰ Pasqualina Perrig-Chiello, François Höpflinger, Dr. Brigitte Schnegg; SwissAgeCare2010, Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Deutschschweiz im Auftrag des Spitex Verbandes Schweiz, Schlussbericht 3. Mai 2010.

4.2 Ziele im Handlungsfeld pflegende und betreuende Angehörige

Um den Herausforderungen angemessen zu begegnen, gelten folgende Ziele:

- Betroffene und nahestehende Bezugspersonen haben während des gesamten Krankheitsverlaufs niederschweligen Zugang zu einer umfassenden Information sowie individuellen und sachgerechten Beratung.
- Die angemessene Entschädigung und die finanzielle Tragbarkeit von bedarfsgerechten Leistungen sind gewährleistet. Der Entlastung pflegender und betreuender Angehöriger wird besonders Rechnung getragen.
- Angehörige und im Bereich der Freiwilligenarbeit engagierte Personen werden in ihrer Kompetenz dem Bedarf entsprechend gestärkt.

4.3 Öffentlichkeitsarbeit

Im Allgemeinen setzen sich die Menschen erst mit den chronischen (Alters-)Erkrankungen und den Herausforderungen, die auf sie als pflegende Angehörige zukommen, auseinander, wenn sie in ihrer Familie direkt betroffen sind. Wenn dann Hilfs- und Unterstützungsangebote kurzfristig benötigt werden, sind sie meist nicht bekannt bzw. nicht verfügbar. Die konkrete Situation und den Handlungsbedarf können Aussenstehende schwer einschätzen. Im Kontakt mit den Erkrankten weiss die Bevölkerung kaum, wie sie mit den Betroffenen umgehen und auf unerwartete Verhaltensweisen angemessen reagieren soll.

4.3.1 Massnahmen in der Öffentlichkeitsarbeit

Die Bevölkerung soll mit nachfolgenden Massnahmen besser informiert und sensibilisiert werden (Details zu den Massnahmen vgl. Anhang 3):

- Vortragsreihen;
- Standaktionen;
- Information der Bevölkerung zu Entlastungsmöglichkeiten.

4.4 Frühzeitige Unterstützung und Entlastung - bevor es „zu spät“ ist

Die Betroffenen selbst und die Angehörigen zögern, aufgrund von persönlichen Hemmschwellen, Ängsten bis hin zu Schamgefühlen, über das Kranksein und die damit einhergehenden Belastungssituationen zu sprechen. Sie suchen in aller Regel nicht rechtzeitig Hilfe und Unterstützung. So kommen Spitex und Entlastungsdienste häufig zu spät oder dringlich zum Einsatz. Eine notfallmässige Hospitalisation oder ein Pflegeheim Eintritt ist oft nicht mehr zu umgehen.

4.4.1 Massnahmen zur frühzeitigen Unterstützung und Entlastung

Betroffene und vor allem pflegende Angehörige sollen sich Hilfe und Entlastung holen, solange sie noch genügend Energie haben, um zusammen mit den Helfern die Betreuung zu planen und Entlastungsangebote zu organisieren. Auch Nachbarschaftshilfe und weitere soziale Netzwerke könnten bei einer frühzeitigen Planung und Koordination besser greifen. Massnahmen dazu sind nachfolgend genannt, für Details vgl. Anhang 3:

- Entwicklung eines Thurgauer Standards für pflegende und betreuende Angehörige;
- flächendeckender Auf- und Ausbau der Angebote zur Entlastung der pflegenden und betreuenden Angehörigen;
- Verzeichnis der Hilfe- und Entlastungsangebote;
- Schulung der Betroffenen und der pflegenden und betreuenden Angehörigen.

4.5 Erste Anlaufstelle

Pflegende Angehörige nutzen sehr unterschiedliche Anlaufstellen, wenn sie Hilfe und Unterstützung suchen. Die Wahl fällt eher zufällig auf Organisationen und Institutionen im Gesundheits- und Sozialwesen. Diese Stellen müssen die Anrufenden häufig weiter verweisen, da sie selbst die gerade geforderte Leistung nicht erbringen und keinen auf die individuelle Situation passenden Überblick vermitteln können.

4.5.1 Massnahmen zur ersten Anlaufstelle

Die erste Anlaufstelle kann bezüglich Integration und Fachkompetenz auf zwei unterschiedlichen Niveaus angesiedelt sein. Einerseits kann eine niederschwellige ambulante Anlaufstelle geschaffen, andererseits können verschiedene Dienste im Sinne der integrierten Versorgung als Vermittlungsstelle zusammengeführt werden (für Details vgl. Anhang 3):

- niederschwellige erste Anlaufstelle als ambulante Drehscheibe;
- Drehscheibe und Vermittlungsstelle im Sinne der Integrierten Versorgung.

4.6 Emotionale Betroffenheit und Selbstverständnis der Betroffenen

Der emotionale Umgang mit einer Krankheit wie auch die sich verändernde Selbst- und Fremdwahrnehmung im Krankheitsverlauf stellen grosse Herausforderungen für die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen dar. Übergänge bzw. der Vermittlungsprozess bis zur Akzeptanz eines Übergangs (z. B. von einer akuten Tagesklinik in ein Tagesheim der Pflege) sind schwierig und anspruchsvoll. Das Selbstverständnis der Betroffenen und Angehörigen hat einen grossen Einfluss darauf, ob, in welchem Ausmass und zu welchem Zeitpunkt sie Hilfe und Entlastung annehmen können. In diesem Zusammenhang stellt die Nachbarschaftshilfe eine wertvolle Ressource dar, die in Städten und Agglomerationen allerdings immer weniger verfügbar ist.

4.6.1 Massnahmen zum Thema Emotionale Betroffenheit und Selbstverständnis der Betroffenen

In frühzeitig zur Verfügung stehenden Beratungen, Schulungen und Selbsthilfegruppen sollen die emotionale Betroffenheit und das Selbstverständnis der Betroffenen und der Angehörigen thematisiert werden. Weiter sollen die Entscheidungsfindung im Betreuungs- und Pflegeprozess sowie schwierige Übergänge erleichtert werden. Soziale Netzwerke und Nachbarschaftshilfe sollen gestärkt werden. Konkrete Massnahmen sind nachfolgend genannt (für Details vgl. Anhang 3):

- Schulung für Betroffene und für pflegende und betreuende Angehörige;
- geführter Erfahrungsaustausch;
- Selbsthilfegruppen für Betroffene und für pflegende und betreuende Angehörige;
- Kampagne „Förderung Nachbarschaftshilfe“;

4.7 Wertschätzung und Teilhabe

Chronische Erkrankungen, insbesondere Demenz, wirken stigmatisierend und sind mit verschiedenen Vorurteilen behaftet. Betroffene und pflegende Angehörige ziehen sich im Krankheitsverlauf immer stärker zurück und leben häufig sehr isoliert. Stirbt dann der gepflegte Angehörige oder muss er in ein Pflegeheim eintreten, erleben die pflegenden Angehörigen unter Umständen eine Sinnkrise und Leere.

Die Leistungen der pflegenden Angehörigen, gerade auch in Bezug auf die finanzielle Entlastung der Familie und der öffentlichen Hand, sind nicht offenkundig, werden in der Folge zu wenig beachtet und durch die Öffentlichkeit und Politik zu wenig geschätzt.

4.7.1 Massnahmen zum Thema Wertschätzung und Teilhabe

Chronisch Erkrankte sowie pflegende und betreuende Angehörige erfahren selbstverständlich Wertschätzung und nehmen am Leben in der Gemeinschaft teil. Massnahmen dazu sind nachfolgend genannt (für Details siehe Anhang 3):

- Ferien für Betroffene mit Angehörigen;
- Zusatzferien für pflegende und betreuende Angehörige im Arbeitsprozess;
- kulturelle Angebote im geschützten Rahmen;
- Treffen von Menschen mit Demenz im öffentlichen Raum;
- Leistungsausweis für pflegende und betreuende Angehörige;
- Fallbesprechungen und Helferplan.

4.8 Finanzierung

Die stationären Leistungen im Langzeitbereich sind klar geregelt. Für jedes ambulante Leistungsangebot ist die einzelne Finanzierung zwar geregelt, als Summe sind die Beiträge für die Nutzer jedoch undurchsichtig und schwer abzuschätzen. Die Betreuungsleistungen und die Begleitung bei Alltagsaktivitäten sind im Leistungskatalog des KVG nicht gleich behandelt wie Pflegeleistungen. Betroffene und Angehörige machen zudem häufig keine mittelfristige Kostenplanung.

4.8.1 Massnahmen in der Finanzierung

In Bezug auf die Finanzierung sollen in folgenden Bereichen Massnahmen umgesetzt werden (für Details vgl. Anhang 3):

- Transparenz in der Finanzierung der ambulanten Leistungen;
- durchgängige Finanzierung von ambulantem und stationärem Bereich;
- Klärung von Finanzierungsfragen;
- Mindestbeiträge der Gemeinden für Entlastung;
- sozialverträgliche Kostenbeteiligung für Schulungen;
- Prüfen der ausreichenden Deckung von Hilfs-, Pflege und Entlastungsdiensten durch die Ergänzungsleistungen;
- Anpassung der Bemessungsgrundlagen der Hilflosenentschädigung;
- Begrenzung von Einbussen für pflegende und betreuende Angehörige.

4.9 Freiwilligenarbeit

Freiwilligenarbeit wird unentgeltlich und befristet geleistet. Sie ergänzt und bereichert die bezahlte Arbeit, tritt aber nicht in Konkurrenz zu ihr. Freiwilligenarbeit leistet einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag für die Mitmenschen und die Umwelt. Das Potential der 20-50-Jährigen nimmt aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung, insbesondere der Berufstätigkeit der Frauen und der individualisierten Lebensgestaltung, ab. Die Anzahl der 20 bis 40-jährigen, die sich freiwillig im Bereich der Altersarbeit engagieren, ist äusserst gering.

Die Freiwilligenarbeit ist für den Kanton wichtig. Die Herausforderung und Kernaufgabe der in der formellen Freiwilligenarbeit tätigen Organisationen besteht darin, sie trotz sinkender Bereitschaft zu fördern.

4.9.1 Massnahmen zum Ausbauen und Halten der Freiwilligen

- Stärkung des Engagements der Politikerinnen und Politiker für die Freiwilligenarbeit ;
- Förderung und (Re-)aktivierung der Nachbarschaftshilfe;
- Bekanntmachung der formellen Freiwilligenarbeit in der Bevölkerung und Verankerung der Beratung vor Ort ;
- Unterstützung durch die Gemeinden (politische Gemeinden und/oder Kirchgemeinden);
- Förderung der Aus- und Weiterbildung;
- Wertschätzung der Freiwilligen - die Standards von Benevol für die Freiwilligenarbeit dienen als Grundlage.

4.10 Koordination

Je spezialisierter, fragmentierter und individualisierter die Gesundheitsversorgung wird, desto wichtiger ist die Koordination zwischen den Partnern (Laien und Fachpersonen). Die Koordination muss auf der einzelfallbezogenen Ebene und in Bezug auf die Organisationen und Institutionen im lokalen bzw. regionalen Versorgungssystem verstärkt werden.

4.10.1 Massnahmen in der Koordination

Massnahmen zur Koordination sind (Details vgl. Anhang 3):

- Zugang zu Leistungsangeboten und Koordination im Einzelfall;
- Konferenz Netzwerk Gesundheit und Alter und regionale Foren;
- Brennpunkte Gesundheit, Teilprojekt Grundversorgung;
- Regionale Koordinations- und Vermittlungsstelle für Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe;
- Schulungsmodul für lokale und regionale Vereine, Kirchgemeinden und Private.

Teil B

Bericht zum Geriatriekonzept

5 Geriatrisches Assessment und Triage

Um die alten, häufig multimorbiden Patienten und Patientinnen im Krankheitsfall oder nach einem Unfallereignis bedarfsgerecht behandeln und rehabilitieren zu können, sind spezialisierte und abgestufte geriatrische Versorgungsstrukturen erforderlich. Diese sollen den betroffenen Patientinnen und Patienten in Abhängigkeit der jeweils vorliegenden Komplexität zur Verfügung stehen.

Mit geeigneten Instrumenten der Früherkennung (Screening) und des geriatrischen Assessments (Dimensionen: medizinisch, pflegerisch, psychosozial) wird der geriatrische Patient bzw. die Patientin identifiziert. So können Grundlagen für eine geeignete Behandlung (z. B. Operation), adäquate Allokation der Weiterbehandlung (z. B. Akutgeriatrie) und/oder Rehabilitation erarbeitet werden. Diese Grundlagen sind die Basis für einen validierten Triageentscheid.

5.1 Situationsanalyse

Das Älterwerden führt nicht zwingend zu Krankheit oder Pflegebedürftigkeit. Die Mehrheit der älteren Menschen ist in der Lage selbstständig und selbstbestimmt ihr Leben zu führen. Allerdings geht das zunehmende Lebensalter mit einem erhöhten Risiko für eine Vielzahl von Erkrankungen einher. Dieses hat unter anderem mit den altersphysiologischen Veränderungen des Organismus und seinen abnehmenden Organreserven bzw. eingeschränktem Kompensationsvermögen auf externe und interne Stressoren zu tun (Stichwort erhöhte Vulnerabilität).

Vielfach weist die alte bzw. hochaltrige Person im Fall einer akuten Erkrankung oder eines Unfalls noch weitere Krankheiten auf. Die „Multimorbidität“ kann in Verbindung mit dem akuten Ereignis relevante Funktionseinbußen und Beeinträchtigungen des Selbstversorgungsvermögens zur Folge haben.

In einer solch kritischen Situation kann die zur Verfügung stehende akutmedizinische Versorgung bereits zu einer Stabilisierung der erkrankten Person beitragen, häufig werden aber in einem nicht geriatrischen Versorgungssetting prognoserelevante funktionelle Defizite des Patienten oder der Patientin unzureichend erkannt und behandelt.

Im Rahmen von spezifischen geriatrischen Versorgungsstrukturen ist es möglich, durch einen vorgegebenen diagnostischen und therapeutischen Algorithmus eine auf das Individuum und seine Bedürfnisse abgestimmte, ganzheitliche Behandlung zu etablieren. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist die Durchführung des geriatrischen Assessments mit einer systematischen Prüfung der physischen, psychischen, kognitiven und sozialen sowie pflegerischen Dimensionen. Auf dieser Basis kann ein Triageentscheid zur Behandlung (beispielsweise die operative Versorgung zur schnellstmöglichen Wiederherstellung der Mobilität), eine sinnvolle Ressourcenallokation (Zuweisung in eine Geriatrische Klinik, Belegung von Rehabilitationsplätzen nur für Patienten, die dafür qualifizieren; Vermeidung unnötig früher Pflegeheimenritte etc.) getroffen werden.

Im Thurgau fehlt bisher eine Einheit, welche die Aufgabe des geriatrischen Assessments und der Triage systematisch wahrnimmt.

5.2 Elemente von Assessment und Triage

Primäres Ziel einer spezialisierten geriatrischen Behandlung ist es, den alten, kranken Menschen durch Verbesserung seines funktionellen Status zum Wiedererwerb oder zur Aufrechter-

haltung einer selbstständigen Lebensführung zu verhelfen. Die Verminderung oder Verzögerung der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit kann ein weiteres Ziel darstellen, schliesslich die würdevolle Begleitung am Lebensende mittels geriatrisch-palliativmedizinischen Ansatzes. In den zwei erstgenannten Fällen dient ein über die symptom- und krankheitsspezifische medizinische Behandlung hinausgehendes geriatrisches Assessment durch Erfassung verschiedener Dimensionen (physisch, psychisch, kognitiv und pflegerisch, sozial) dazu, ein auf den Patienten bzw. die Patientin zugeschnittenes Behandlungskonzept zu erstellen. Damit können kostspielige und für den Patienten belastende Fehlzusweisungen vermieden und knappe Ressourcen gezielt genutzt werden.

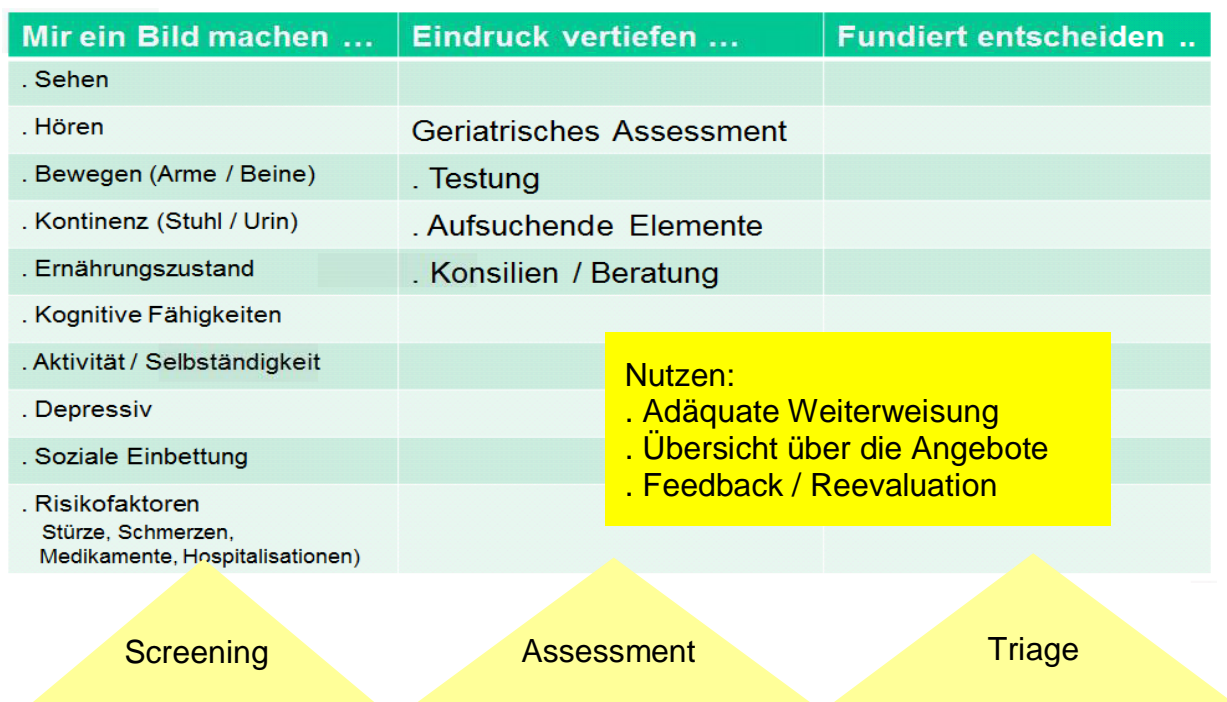


Abbildung 3: Elemente und Stufen von Assessment und Triage

Die standardisierte und systematische Erfassung der bestehenden Einschränkungen, funktionellen Defizite, aber auch Potentiale einer erkrankten Person zu Anfang des Behandlungsprozesses kann die Grundlage für Umfang und Form der weiterführenden Diagnostik sowie Therapie legen und zudem helfen, einen Behandlungsplan mit realistischer Zielsetzung zu formulieren. Durch die gemeinsame und standardisierte Sprache der Assessmentinstrumente unterstützen sie den Austausch, die Koordination und Integration aller am Behandlungsplan beteiligten Dienste (pflegende Angehörige, Pflege, Ärzte, Therapeuten, Seelsorge, Sozialdienst). Der Verlauf und die Zielerreichung werden in strukturierter Form evaluiert. Bei Abschluss einer Behandlungsphase kann das Assessment dazu dienen, die erforderlichen Rahmenbedingungen am Übergang zu einer nachgelagerten Struktur der Versorgungskette festzulegen und ist dabei auch ein geeignetes Kommunikations- und Dokumentationsinstrument für und mit den weiterbehandelnden Fachleuten.

Aktuell sind die Elemente für den Aufbau eines spezialisierten Geriatrischen Assessment in unserem Kanton erst teilweise vorhanden. Es fehlt auf den verschiedenen Ebenen (Spital, ambulante ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung, Pflegeinstitutionen) teils noch an spezialisiertem Wissen und Kompetenzen, die bei der Betreuung älterer kranker Menschen eine

ganzheitliche Sicht auf dessen physische, psychische, funktionelle und soziale Aspekte (organ-systemübergreifend, multidimensional) erlaubt.

Bedeutung von Assessment und Triage im Akutspital

Patienten mit einem geriatrischen Profil werden im Kanton Thurgau derzeit nicht in der bereits skizzierten strukturierten Vorgehensweise diagnostiziert, insbesondere dann nicht, wenn sie ungeplant und/oder notfallmässig in das Spital eintreten. Entsprechende Assessmentinstrumente werden nicht oder nur unsystematisch eingesetzt. Die Interprofessionalität des Behandlungsteams ist in der Regel zwar gegeben, Behandlungsmassnahmen werden aber zu wenig in strukturierter oder koordinierter Form aufeinander abgestimmt. Auch ist der Wissens- und Informationstransfer der verschiedenen am Behandlungsprozess Beteiligten bisher nur unzureichend realisiert.

Bedeutung von Assessment und Triage in der ambulanten Grundversorgung

Die überwiegende Mehrzahl älterer Menschen im Kanton Thurgau lebt zu Hause, mit steigendem Alter aber auch im Pflegeheim. Pflegenden Angehörigen, Pflegefachpersonen und Hausärzten kommt im Krankheits- und Pflegefall eine Schlüsselrolle zu. Durch frühzeitige Identifikation geriatrischer Risikoprofile mittels geeigneter Tests und frühzeitiger Zuweisung zum Assessment kann eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Versorgung unter Einbezug des sozialen Umfeldes umgesetzt werden. Die Leitung, im Sinne der Fallführung, ist nicht zwingend an die ärztliche Berufsgruppe gebunden. Diese kann auch bei der Spitex oder bei dazu befähigten Angehörigen liegen. Patient bzw. Patientin wie behandelnde Person bzw. Einrichtung profitieren von einem regelmässigen Austausch, idealerweise auch in Form von interdisziplinären Fallkonferenzen sowie der Verwendung einer „gemeinsamen Sprache“ (mit Hilfe der Assessmentinstrumente).

5.3 Erfahrungen aus anderen, bereits etablierten Konzepten

Im Bereich der kantonalen psychiatrischen Versorgung wurde im Juli 2011 das ambulante Abklärungs- und Aufnahmезentrum (AAZ) erfolgreich als Assessment- und Triage-Einheit eingeführt. Neben einer qualitativen Verbesserung der Zuweisungsentscheide in die verschiedenen ambulanten Angebote (Externer Psychologischer Dienst (EPD), Tageskliniken, aufsuchende Betreuung) konnte die Bettenzahl im stationären Bereich reduziert werden. Als weiteres Versorgungselement dient die poststationäre Übergangsbearbeitung (PSÜB) dazu, nach einem Klinikaufenthalt über einen begrenzten Zeitraum die häusliche Situation zu evaluieren und die Betroffenen in dieser kritischen Übergangsphase stabilisierend zu begleiten.

Nach der Umsetzung des Palliative Care Konzeptes haben sich die strukturelle Verankerung in Form einer eigenen bettenführenden Abteilung sowie des klinikübergreifenden und ambulanten aufsuchenden interprofessionellen Konsiliar- und Beratungsdienstes (Palliative Plus) sehr bewährt. Es besteht damit eine Versorgungskette aus drei Elementen (ambulant, beratend oder aufsuchend und stationär) von denen die mobile Palliative Plus-Equipe als Bindeglied fungiert. Die Anfragen an die mobile Equipe oder das stationäre Behandlungsteam erfolgen in der Regel von den fallführenden, ärztlichen und pflegerischen Fachleuten.

Als gemeinsame Erfahrung lässt sich aus den genannten Projekten für das Geriatriekonzept ableiten, dass bei der Umsetzung konsequent auf die Vermeidung von Doppelspurigkeiten geachtet werden muss und die beteiligten Partner (unter Beachtung der grösstmöglichen Transparenz) schrittweise miteinzubeziehen sind. Eine klare und präzise Umschreibung der Leistungs-

profile hilft dabei, den unterschiedlichen Erwartungshaltungen zu begegnen. Ein regelmässiger Austausch in einem verbindlichen und institutionalisierten Rahmen dient der Kommunikation zwischen den Stake- und Careholdern, mit dem Ziel, das Projekt nach einer ersten Umsetzungsphase gemeinsam weiter zu fördern und nachhaltig zu optimieren.

5.4 Abgestuftes Geriatrisches Assessment und Triage

5.4.1 Screening, Assessment und Triage im Behandlungsprozess

Berücksichtigt man die Erfahrungen anderer medizinischer Fachgebiete in der Entwicklung von geeigneten und spezialisierten Versorgungsstrukturen für alte, kranke Menschen, kommt der frühzeitigen Identifikation der Patienten und Patientinnen mit geriatrischem Risikoprofil an den verschiedenen Behandlungsschnittstellen eine wesentliche Bedeutung zu. Diese gelingt am besten durch das multidimensionale geriatrische Assessment, einem mehrstufigen diagnostischen Prozess, der darauf abzielt, funktionelle Defizite wie auch Ressourcen im körperlichen, psychischen, kognitiven und sozialen Bereich der erkrankten Person zu erfassen und daraus fundierte Schlüsse für weiterführende diagnostische und therapeutische Massnahmen abzuleiten. Anzumerken ist, dass das geriatrische Assessment nicht grundsätzlich bei allen alten Patienten und Patientinnen sinnvoll ist oder zum Einsatz kommen muss (z. B. im Fall einer terminalen Erkrankung oder weit fortgeschrittenen Demenz oder länger bestehenden Pflegebedürftigkeit ohne wesentliche Zustandsveränderung sowie im Fall eines bzw. einer robusten, hochaltrigen Patienten bzw. Patientin ohne wesentliche funktionelle Einschränkungen).

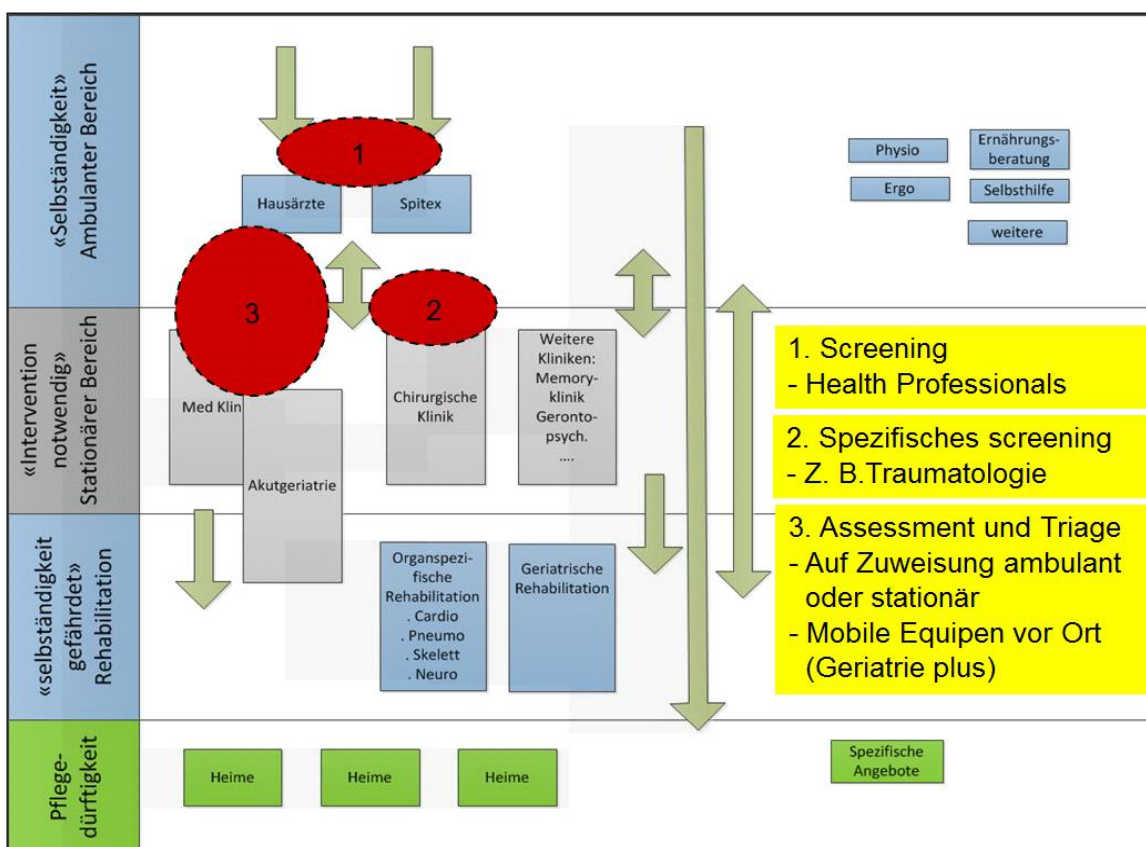


Abbildung 4: Schematische Darstellung der Übergänge zwischen den Leistungserbringern und der Stufen von Screening, Assessment und Triage.

Screening

Das geriatrische Screening nach Lachs¹ dient einer ersten orientierenden Einschätzung, in dem es gezielt und mit einem einfachen Ja-Nein-Raster nach relevanten Defiziten im Bereich der Sensorik, der Mobilität, des Ernährungszustandes, der Kognition, der Psyche, der Blasen- und Darmkontrolle sowie des sozialen Kontextes sucht wie auch allgemeine, prognosebestimmende Risikofaktoren erfragt (siehe Anhang 4). Geeignet ist sein Einsatz primär im hausärztlichen Kontext, durch die Spitex und die ambulant aufsuchend tätigen Therapeuten und Therapeutinnen (Physio- und Ergotherapie), auf einer Pflegestation im Heim oder auf einer Station eines Spitals (ohne spezifische geriatrische Kompetenz). Dagegen erscheint seine Verwendung auf einer Notfallstation zu zeitintensiv. Kürzere Instrumente wie z. B. „Identification of Seniors at risk“ (ISAR) sollten Verwendung finden, um bei aller Zeitknappheit diejenigen Betroffenen herauszufiltern, die von einer weiterführenden geriatrischen Abklärung, sei es zunächst durch ein geriatrisches Konsil oder auf einer akutgeriatrischen Station profitieren können.

Multidimensionales geriatrisches Assessment und Triage

Bei Patienten und Patientinnen, die aufgrund eines entsprechenden Screenings oder einer anderweitig aufgefallenen geriatritypischen Risikokonstellation für eine erweiterte Funktionsdiagnostik qualifizieren, folgt das erweiterte Assessment. Dieses Angebot steht sowohl den ambulanten (Hausärzte und -ärztinnen, Spitex) wie auch den stationären Leistungserbringern (Kliniken, Heime) zur Verfügung. Weiter ist das Angebot durch mobile Equipen (analog Palliative Plus) zu ergänzen, welche ihre Aufgabe aufsuchend am Wohnort der Patienten bzw. Patientinnen wahrnimmt sowie im Rahmen eines Konsiliar- oder Liaisondienstes für Kliniken bzw. Pflegeheime zur Verfügung steht.

Die Massnahmen werden in den folgenden Kapiteln detailliert erläutert.

5.4.2 Erste Stufe: geriatrisches Screening in der Grundversorgung

Ambulantes geriatrisches Screening in der Hausarztpraxis und durch die Spitexdienste

Mit geeigneten Tests sollen Funktionseinschränkungen erfasst werden, welche den Erhalt der Autonomie und Selbständigkeit im angestammten Lebensumfeld auf den Handlungsebenen von Kap. 3.1. gefährden². In der Folge können geeignete Massnahmen abgeleitet werden, welche vorhandene Ressourcen stärken oder Defizite ausgleichen.

Kritische Veränderungen in der Lebenssituation oder Gesundheitslage des älteren Menschen werden durch die Angehörigen, den Hausarzt bzw. die Hausärztin und die Spitex frühzeitig festgestellt. Der Einsatz spezifischer Screening-Tests durch Fachpersonen, beispielsweise des geriatrischen Screenings nach Lachs, erleichtert und objektiviert diese Einschätzung.

Die Spitex setzt für die Pflege und Betreuung routinemässig das umfassende Bedarfsabklärungssystem RAI-Home Care (RAI-HC) ein, mit welchem in differenzierter Form die „Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)“ erfasst werden. Ergänzend empfiehlt sich bei kritischen Veränderungen als Screening-Instrument ebenfalls der Lachs-Test und, mit entsprechender Weiterbildung, ggf. der Einsatz weiterführender Instrumente des Basisassessments.

¹ Geriatrisches Screening nach Lachs; Lachs et al., Ann Intern Med 1990, vgl. Anhang 4.

² Geriatrische Merkmalkomplexe; M. Willkomm, Praktische Geriatrie, vgl. Anhang 4.

Geriatrisches Screening und Assessment bei Notfalleintritten

Die Thurgauer Kantonsspitäler verzeichnen insgesamt gut 27'000 stationäre Eintritte, davon total rund 54% über die Notfallstation. Von allen Patienten über 75 Jahre treten rund 74 % via die Notfallstation ein (total ca. 4'550 Patienten). Nach entsprechender Anamnese- und Statuserhebung qualifiziert der Patient bzw. die Patientin bereits für eine weiterführende geriatrische Abklärung³ und Behandlung; im Zweifelsfall wird, im Sinne eines knappen geriatrischen Screenings, der sogenannte ISAR⁴ eingesetzt. Steht ein Facharzt bzw. eine Fachärztin Geriatrie zur Verfügung, kann ein geriatrisches Konsil angefordert werden.

Geriatrisches Assessment und Triage in nicht-geriatrischen Kliniken der Spital Thurgau

Insgesamt erfüllen in KSF und KSM schätzungsweise bis zu 1500 Patienten und Patientinnen resp. 4 % aller Fälle die Kriterien eines älteren, multimorbiden Patienten. Zeigt sich anhand des geriatrischen Screenings ein aktiver Problembereich, ergibt sich daraus die Indikation für ein weiterführendes geriatrisches Basisassessment.

5.4.3 Zweite Stufe: Spezialisiertes Screening und Triage in der Traumatologie

Für die traumatologische Versorgung sind KSF und KSM zuständig. Der Versorgungsbedarf liegt bei 200 - 250 proximalen Femurfrakturen pro Jahr mit steigender Tendenz. Die Zusammenarbeit mit der geriatrischen Rehabilitation ist umgesetzt, die innerklinische geriatrische Betreuung sowie der Aufbau eines Zentrums für Alterstraumatologie ist das erklärte Ziel.

Die Patienten und Patientinnen werden über die Notfallstation aufgenommen, in der Sprechstunde oder der Visite etc. untersucht und dort gemäss festgelegten Kriterien (siehe Anhang 5) als geriatrische Patienten und Patientinnen identifiziert und nach abgestimmten Pfaden und Algorithmen behandelt. Bereits bei der Aufnahme beginnt die Planung für die Zeit nach dem Aufenthalt im Akutspital.

5.4.4 Dritte Stufe: Geriatrisches Basisassessment⁵

Geriatrisches Basisassessment und Triage im Spital, auf Zuweisung

Das Basisassessment wird bei der Zuweisung in eine Geriatrische Klinik der Kantonsspitäler zur ambulanten oder stationären Abklärung und/oder Behandlung sowie im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung nach Eintritt bzw. vor Austritt (zumindest in zwei Bereichen) eingesetzt. Ein erweitertes Assessment (Dritte Stufe) erfolgt gezielt aufgrund der Ergebnisse im Geriatrischen Basisassessment, zum Beispiel bei Verdacht auf eine Demenz nach auffälligem Mini Mental Status- (MMS-)⁶ oder Uhren-Test⁷ durch differenzierte neuropsychologische Beurteilung.

³ Einweisung in Bürgerspital St. Gallen; www.gesundheitundalter.ch/Home/GeriatrischeKlinik.

⁴ Identification of Seniors at risk; Thieme et al., Z Gerontol Geriat 2012, vgl. Anhang 4.

⁵ Geriatrisches Basisassessment; Stadtspital Waid, Stadt Zürich, vgl. Anhang 4.

⁶ Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State (a practical method for grading the state of patients for the clinician). Journal of Psychiatric Research, 12, 189–198.

⁷ Thalmann et al. (2002). Dementia Screening in general practice: Optimised scoring for the Clock Drawing Test. Brain Aging, 2 (2):36-43; Reprint from Memory Clinic Basel, www.memoryclinic.ch.

Assessment durch Mobile Equipen vor Ort (Geriatric-Plus)

Das Basisassessment soll bei Bedarf vor Ort beim Patienten bzw. der Patientin zu Hause oder in der Praxis des betreuenden Arztes durchgeführt werden können. Dafür muss analog zu Palliative Plus eine mobile Equipe geschaffen werden.

6 Assessment- und Triage- Zentrum

Das Assessment und Triage-Zentrum ist Teil der Akutgeriatrie und besteht aus interdisziplinären, interprofessionellen, bereichs- und ggf. hausübergreifenden Strukturen. Dazu gehören die Assessment- und Triage-Einheit und die mobile Einheit Geriatric-Plus.

6.1 Assessment- und Triage-Einheit (ATE)

6.1.1 Aufgaben und Leistungen der ATE

Bei der Assessment- und Triage-Einheit (ATE) handelt es sich um ein im Spital verankertes, multiprofessionelles Angebot, das eine bedarfsangepasste, mehrdimensionale, funktionell-diagnostische Beurteilung alter bis hochaltriger Patienten und Patientinnen vornimmt sowie, damit verbunden, Empfehlungen für weitere (Behandlungs-) Massnahmen abgibt. Ihre Abklärungs- und Beratungsangebote stehen den Abteilungen für Akutgeriatrie am KSF und KSM und den anderen Kliniken bzw. Abteilungen der Spital Thurgau AG sowie zugewiesenen ambulanten Patienten und Patientinnen zur Verfügung.

Dafür bietet die ATE einerseits das „klassische“ ärztliche Konsil an, zum Beispiel für die rasche Abklärung eines bzw. einer im Notfall eingetroffenen, alten bis hochaltrigen Patienten bzw. Patientin mit fraglichem geriatrischen Risikoprofil oder für die Einschätzung eines bereits stationär befindlichen älteren Patienten bzw. Patientin, bei dem bzw. bei der im Verlauf der Hospitalisation Komplikationen, zum Beispiel in Form eines Delirs, aufgetreten sind. Ergibt sich nach der konsiliarischen Einschätzung die Indikation für eine weiterführende geriatrische Abklärung und Behandlung, kann ggf. eine Übernahme auf die Akutgeriatrie erfolgen, wo das erweiterte geriatrische Basis-Assessment durchgeführt wird.

In der funktionell-diagnostischen Abklärung der Patienten und Patientinnen der Akutgeriatrie liegt das Hauptaufgabengebiet der ATE zu Anfang der Behandlung als bereits erwähntes geriatrisches Basis-Assessment und, nach Abschluss der geriatrischen Frührehabilitation, als sogenanntes Post-Assessment. Damit verbunden koordiniert und steuert die ATE den Prozess der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung.

Zusätzlich bietet die ATE ambulante Angebote z. B. im Rahmen einer Sturzsprechstunde oder einer präoperativen Beurteilung hochaltriger Patienten und Patientinnen an.

6.1.2 Modulare Entwicklung der ATE

An beiden Kantonsspitalern sind die Kompetenzen von Assessment und Triage aufzubauen. Es entsteht eine Einheit (ATE) für den ganzen Kanton (Leistungserbringung an beiden Standorten, eine Leitung analog Palliativstation). Die ATE steht sowohl für spitalinterne Patienten und Patientinnen als auch für ambulante Abklärungen auf Zuweisung von Grundversorgern zur Verfügung.

Die Ärzte der Grundversorgung sowie Spitex werden von der ATE zur Anwendung des geriatrischen Screenings befähigt. In der ATE sollten die dafür erforderlichen Assessment- und Triageelemente (geriatrisches Screening, ggf. geriatrisches Basisassessment) verfügbar gemacht und eingesetzt werden. Synergien mit der Palliative Care sollen genutzt werden.

6.1.3 Organisatorische und personelle Struktur der ATE

Die ATE ist als Teil der Akutgeriatrie in die Medizinischen Kliniken am KSF bzw. KSM eingebettet. Sämtliche internen und externen Anfragen werden über ein Abteilungssekretariat koordiniert und nach Priorität und Form (intern bzw. extern - Notfall bzw. elektiv) aufbereitet und an den entsprechenden Auftragnehmer (diensthabender bzw. diensthabende Konsil- und Triagearzt bzw. -ärztin - Assessment-Arzt/-Ärztin bzw. Assessment-Nurse, etc.) weitergeleitet.

Für die Umsetzung einer ATE, als Teil einer geriatrischen stationär/ambulant operierenden Abteilung sind personelle Strukturmassnahmen erforderlich. Die entsprechenden Details sind in Anhang 6 zusammengestellt. Voraussetzung für die ausgewiesene Personal- und Kostenschätzung ist - analog zur stationären und ambulanten Tätigkeit in der Palliative Care - eine Kombination der Dienste und optimale Nutzung der Synergien in der Besetzung der Funktionen.

6.2 Geriatrie-Plus

6.2.1 Aufgaben und Leistungen der Geriatrie-Plus

Die Leistungen des Assessment und Triage-Zentrums sollen auch in aufsuchender Form in externen Institutionen oder im häuslichen Umfeld eines Patienten resp. einer Patientin verfügbar gemacht werden.

Aufsuchende Abklärungs- und Beratungsangebote stellen nicht den Regelfall dar, sie sind aber bei klar festgelegter Fragestellung, z. B. Abklärung externer Sturzursachen in Form eines sogenannten diagnostischen Hausbesuchs, gegebenenfalls auch gemeinsam mit einem bereits involvierten Dienst wie der Spitex sinnvoll. Auch zur Verbesserung des Austrittsmanagements kann bei stationären Patienten und Patientinnen der diagnostische Hausbesuch angezeigt sein.

6.2.2 Modulare Entwicklung der Geriatrie-Plus

In einer ersten Etappe müssen die Akutgeriatrie und die ATE aufgebaut werden. Geriatrie-Plus soll sich in einem zweiten Entwicklungsschritt anschliessen.

6.2.3 Organisatorische und personelle Struktur der Geriatrie-Plus

Die mobile Equipe Geriatrie-Plus ist in die Akutgeriatrie und das Assessment- und Triage-Zentrum integriert. Die Funktionen werden durch entsprechende Stellenbesetzungen optimiert. Die Details sind in Anhang 6 zusammengestellt. Die Voraussetzung für die ausgewiesene Personal- und Kostenschätzung gelten wie unter Kap. 6.1.3 erläutert.

7 Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation

Die institutionsgebundenen altersmedizinischen Kernkompetenzen Geriatrie, Gerontopsychiatrie und geriatrische Traumatologie sollen gebündelt und koordiniert werden. Die strukturelle Ausgestaltung soll die effiziente Kooperation mit den betroffenen Disziplinen der Inneren Medizin und der Chirurgie sowie deren Subspezialitäten ermöglichen.

7.1 Planungsauftrag gemäss Krankenversicherungsgesetz

Während die ambulante Versorgung - und damit der Grossteil des vorliegenden Konzeptes - auf der Grundlage des kantonalen Gesundheitsgesetzes frei gestaltet werden kann, sind das Vorgehen und die Kriterien in der stationären Versorgung im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und den Ausführungsbestimmungen (KVV; SR 832.102) geregelt. Die bedarfsgerechte stationäre medizinische Versorgung gemäss Art. 39 KVG bedarf einer zweistufigen Planung. Es ist erstens der Bedarf für die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons unabhängig vom Ort der Inanspruchnahme zu bestimmen. Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche gemäss Art. 58b Abs. 1 KVV. Zweitens ist mit der Aufnahme auf die kantonale Spitalliste der Versorgungsbedarf abzüglich des Angebotes, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der vom Kanton erlassenen Spitalliste aufgeführt sind, zu sichern (Art. 58b Abs. 3 KVV).

Mit der Spitalplanung 2012 wurden für die Akutgeriatrie als Teil der Akutsomatik und für die geriatrische Rehabilitation als Teil der Rehabilitationsplanung unterschiedliche Ausgangslagen geschaffen. In der Akutsomatik wurde der Spital Thurgau AG der Leistungsauftrag Akutgeriatrie integral als Ganzes vergeben, ohne eine eigene strukturelle Abteilung zu fordern. Im Rahmen des Geriatriekonzeptes geht es damit um die Entscheidung, ob an der Entwicklung als integrales Modell gearbeitet werden soll, oder ob an einem oder an beiden Kantonsspitalern strukturelle Einheiten geschaffen werden sollen, um den Leistungsauftrag effektiv auszuführen. Bei beiden Varianten sind die notwendigen Infrastrukturen und Personalressourcen für die Umsetzung zu definieren. Wenn als dritte Möglichkeiten der Entscheid gefällt würde, dass der Leistungsauftrag nicht innerhalb der Spital Thurgau AG umgesetzt werden sollte, wäre alternativ zu entscheiden, wie vielen und welchen ausserkantonalen Spitälern anstelle der Spital Thurgau AG ein Leistungsauftrag Akutgeriatrie zu erteilen wäre.

In Bezug auf die Spitalliste Akutsomatik erfordern die ersten beiden Möglichkeiten lediglich eine entsprechende Präzisierung des Leistungsauftrages an die Spital Thurgau AG ohne Neuevaluation der Leistungserbringer. Der Entzug des Leistungsauftrages mit ausserkantonomer Neuvergabe würde hingegen eine Neuevaluation der Leistungserbringer erfordern. Im Projekt und in den nachfolgenden Ausführungen werden fünf Varianten für die Akutgeriatrie skizziert und bewertet. Davon wird eine Variante zur Umsetzung empfohlen.

Weiter ist in der Akutsomatik zu prüfen, ob ausreichend Leistungsaufträge in Bereichen erteilt wurden, die einen wesentlichen Zusammenhang mit der geriatrischen Versorgung haben (insbesondere Traumatologie bzw. Bewegungsapparat chirurgisch; vgl. die Ausführungen in Kap. 7.6.2 Traumatologie - Orthopädie).

Anders gelagert ist der Planungsauftrag bei der geriatrischen Rehabilitation. Bereits in der Spitalplanung 2012 haben mehrere inner- und ausserkantonale Kliniken Interesse an einem Leis-

tungsauftrag in geriatrischer Rehabilitation angemeldet. Im Sinne eines prozessualen Entscheides ohne präjudizierende Wirkung hat der Regierungsrat beschlossen, vorläufig einen einzigen Leistungsauftrag aufrecht zu erhalten. In der Erarbeitung des Geriatriekonzeptes soll eine vertiefte Auseinandersetzung und die Bedarfsplanung gemäss KVG erfolgen. Für die geriatrische Rehabilitation sind somit in den nachfolgenden Ausführungen einerseits die Grundlagen für die Bedarfsplanung (zu sichernder Bedarf, Schritt 1 der Spitalplanung) und andererseits die Kriterien für die spätere Auswahl der Leistungserbringer auf der Spitalliste dargelegt. Die Auswahl (Evaluation der Leistungserbringer) wird in einem zweiten Planungsschritt nach der rechtskräftigen Genehmigung des Bedarfs erfolgen.

7.2 Bedarfsplanung Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation

7.2.1 Bedarfsplanung Akutgeriatrie

Die Fallzahlen von geriatrischen Patienten und Patientinnen in den Akutspitalern wurden in Analogie zur Spitalplanung des Kantons Zürich⁸ anhand der medizinischen Statistik des BFS der Jahre 2012 und 2013 nach folgenden Modellen abgeschätzt:

Modifiziertes Aargauer Modell:

Patienten und Patientinnen ab dem 80. Lebensjahr und mit mindestens acht Nebendiagnosen = total mindestens neun Diagnosen (damit die Multimorbidität einberechnet ist): Dies ergibt für die Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Thurgau im Behandlungsjahr 2013 1'668 geriatrische Patienten und Patientinnen, wobei 1'500 im Kanton behandelt wurden (2012: 1'300, davon 1'180 innerkantonal). Dies entspricht 4.6 % aller Fälle der Akutsomatik (2012: 3.7 %).

Versorgungsplanung des Kantons Bern (2007-2010):

Patienten und Patientinnen älter als 75 Jahre und mit einer Aufenthaltsdauer länger als 20 Tage im Akutspital: Dies ergibt für die Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Thurgau im Behandlungsjahr 2013 390 geriatrische Patienten und Patientinnen, wobei 341 im Kanton behandelt wurden (2012: 358, davon 309 innerkantonal). Dies entspricht 1.1 % aller Fälle der Akutsomatik (2012: 1.0 %). Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer dieser Patienten und Patientinnen von 21 Tagen und einer Bettenbelegung von 93 % würden aktuell in der Spital Thurgau AG 21 Betten für diese restriktive Definition von geriatrischen Patienten und Patientinnen beansprucht .

Versorgungskennzahlen Deutschland

In Deutschland wurden im Jahr 2007 1.3 Prozent aller stationären Patienten und Patientinnen in geriatrischen Abteilungen der Akutkrankenhäuser behandelt⁹. Dies ergibt auf den Kanton Thurgau umgelegt 470 geriatrische Patienten und Patientinnen im Jahr 2013, bzw. 450 im Jahr 2012.

⁸ Zürcher Spitalplanung 2012; Teil 1 Versorgungsbericht, Vernehmlassungsversion 2009, S. 93-94.

⁹ Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) 2007 (vgl. hierzu www.destatis.de/jetspeed/portal/search/results.psm1).

Generelle Auswertungen für die Akutgeriatrie:

1. Patienten und Patientinnen in der Akutsomatik über 75 Jahre mit mindestens vier unterschiedlichen Diagnosen (egal welche Diagnosen): Im Jahr 2013 wurden 5'799, davon innerkantonal 5'056 Fälle behandelt (2012: 5'144, davon innerkantonal 4'499). Behandlungen dieser Patientengruppe erfolgen zu 12.8 % ausserkantonal und damit nur halb so häufig wie im Durchschnitt aller Hospitalisationen (26.1 %).
2. Alle Patienten und Patientinnen in der Akutsomatik über 75 Jahre mit den Diagnosen Demenz und/oder Delir: Im Jahr 2013 waren es 859 Fälle, davon erfolgten 775 Hospitalisationen im Kanton (90.2 %; 2012: 717, davon innerkantonal 665 (92.7 %)).
3. Alle Patienten und Patientinnen über 75 Jahre mit den Diagnosen Fraktur (Hüfte/hüftnahe/ Vorderarm/Wirbelkörper) und entsprechender operativer Versorgung: Im Jahr 2013 waren es 425 Fälle, davon erfolgten innerkantonal 374 bzw. 88 % der Hospitalisationen im Kanton (2012: 422, davon innerkantonal 374 (88.6 %)).

Geriatrische Indikationen

Die klassischen geriatrischen Indikationen sind in der nachfolgenden Grafik dargestellt. Insbesondere die Diagnosen Demenz und postoperatives Delir zeigen eine steigende Relevanz. Der Anstieg von 1'222 im Jahr 2012 erfassten Fällen mit den wesentlichen Indikationen als geriatrische Patientinnen und Patienten auf 1'446 Fälle im Jahr 2013 im Akutspital ist markant (Zunahme 18.3 %, innerkantonale Fälle von 1'107 Fällen in 2012 auf 1'296 in 2013). Davon wurden im Jahr 2013 194 Fälle in eine Rehabilitationsklinik entlassen (2012: 180).

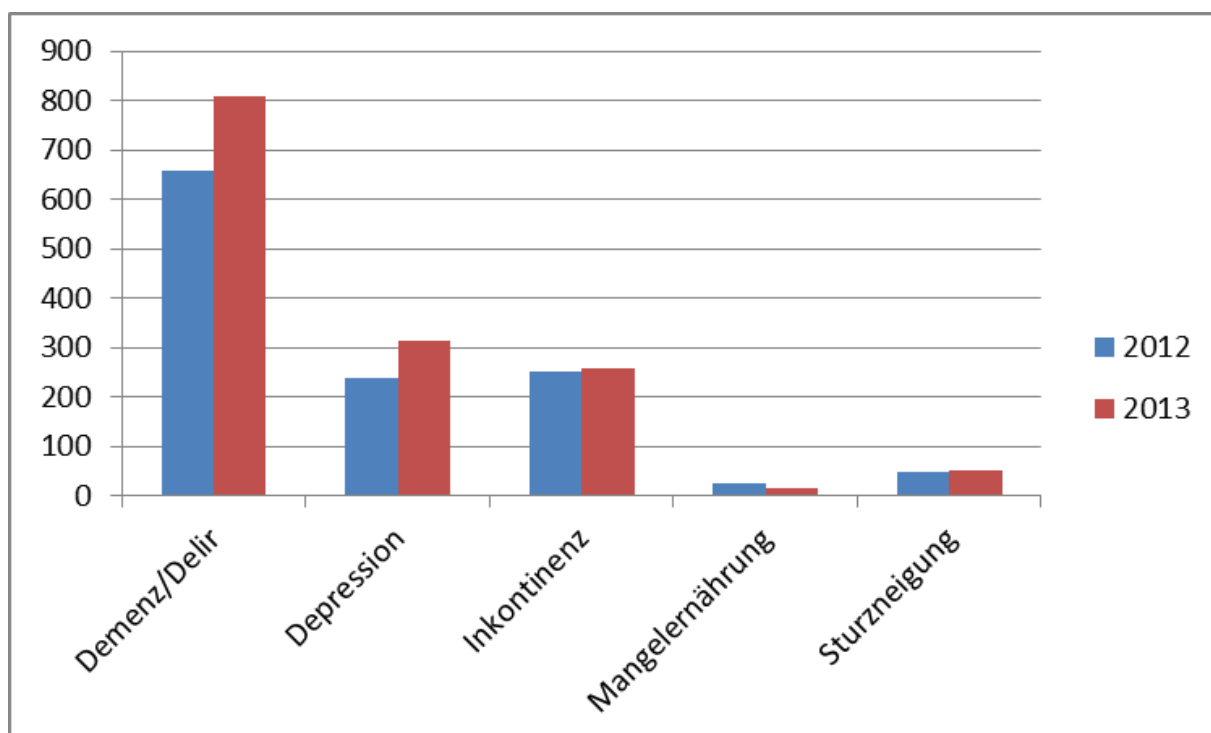


Abbildung 5: Anzahl behandelte Fälle über 75-jährig in inner- und ausserkantonalen Akutspitälern mit den im Diagramm genannten Diagnosen. Medizinische Statistik des BFS 2013 bzw. 2012, Auswertungen des Obsan April 2015.

Aus den vorgenannten Berechnungen ist aktuell von 350 bis 1'500 geriatrischen Patientinnen und Patienten auszugehen, die im Kanton und dabei zu über 95 % in den beiden Kantonsspitälern behandelt werden. Die Steigerungsrate in einem einzigen Jahr von 2012 auf 2013 lag bei allen Berechnungsarten bei über 10 %, mehrheitlich zwischen 15 und 20 %. Die Zahlen spiegeln die Relevanz und aufgrund der rasanten Zunahme die Notwendigkeit, die stationäre geriatrische Versorgung der Patienten und Patientinnen zukunftsgerichtet zu regeln.

7.2.2 Bedarfsplanung geriatrische Rehabilitation

Insgesamt wurden gemäss der medizinischen Statistik des BFS im Jahr 2013 2'425 Fälle in einer Rehabilitationsklinik behandelt, im Jahr 2012 waren es 2'358. Davon waren im Jahr 2013 1'016 (39.7 %) und im Jahr 2012 1'066 (40.7 %) älter als 75-jährig. Die Diagnosen dieser älteren Rehabilitationsfälle sind in Abb. 6 dargestellt. Die deutliche Mehrheit entfällt auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99), gefolgt von Verletzungen (S00-S99).

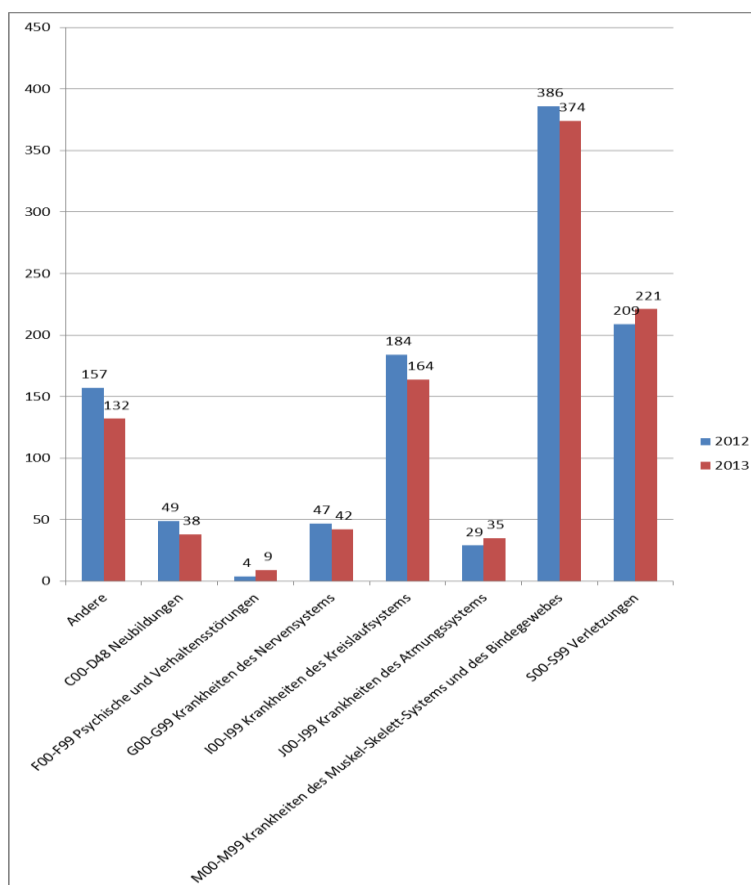


Abbildung 6: Fallzahlen der Rehabilitation von Thurgauerinnen und Thurgauern im Alter über 75-jährig gemäss medizinischer Statistik des BFS in den Jahren 2013 und 2012.

Auswertungen für geriatrische Rehabilitation:

1. Der Bedarf für geriatrische Rehabilitation wird aufgrund der Fallzahl von Patienten und Patientinnen über 75 Jahre mit mindestens vier Diagnosen, die in Rehabilitationskliniken entlassen wurden, berechnet. Dies waren im Jahr 2013 859 Fälle und in 2012 797 Fälle.

2. Patienten und Patientinnen über 75 Jahre mit den Diagnosen Demenz und/oder Delir konnten nur sehr selten in Reha-Klinik entlassen werden: 96 Fälle in 2013, davon innerkantonale 82 und 79 Fälle im Jahr 2012, davon innerkantonale 71.
3. Alle Patienten und Patientinnen über 75 Jahre mit den Diagnosen Fraktur (Hüfte/hüftnahe/Vorderarm/Wirbelkörper) und entsprechender operativer Versorgung wurden zu 93 - 94 % innerkantonale rehabilitiert (2013: 149, davon innerkantonale 140. 2012: 149, innerkantonale 139).

Aus den Berechnungen und der Befragung der Experten im Projekt ergeben sich rund 850 Fälle, die als geriatrische Rehabilitation zu klassifizieren sind. Die maximal mögliche Anzahl an Leistungsaufträgen, die für die Bewohner und Bewohnerinnen des Kantons Thurgau vergeben werden können, leitet sich aus den Qualitätskriterien für die geriatrische Rehabilitation wie folgt ab: Kliniken mit mehreren Leistungsgruppen müssen mind. 150 Austritte pro Jahr in geriatrischer Rehabilitation aufweisen, Doppelzählungen mit anderen organspezifischen Rehabilitationsbereichen sind nicht möglich. Reha-Kliniken mit nur einer Leistungsgruppe müssen mindestens 250 Austritte pro Jahr zählen. Damit ergeben sich maximal vier innerkantonale Leistungsaufträge. Aufgrund der geringen Zahl ausserkantonale versorgter geriatrischer Patienten und Patientinnen sind keine Leistungsaufträge ausserhalb des Kantons zu vergeben.

7.3 Versorgungsvarianten Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation

Bei der Akutgeriatrie und bei der geriatrischen Rehabilitation handelt es sich um strukturelle Einheiten, die quer zu den organspezifisch ausgerichteten Fachkliniken verlaufen, analog wie dies auch bei der Palliative Care der Fall ist (vgl. Abbildung 7).

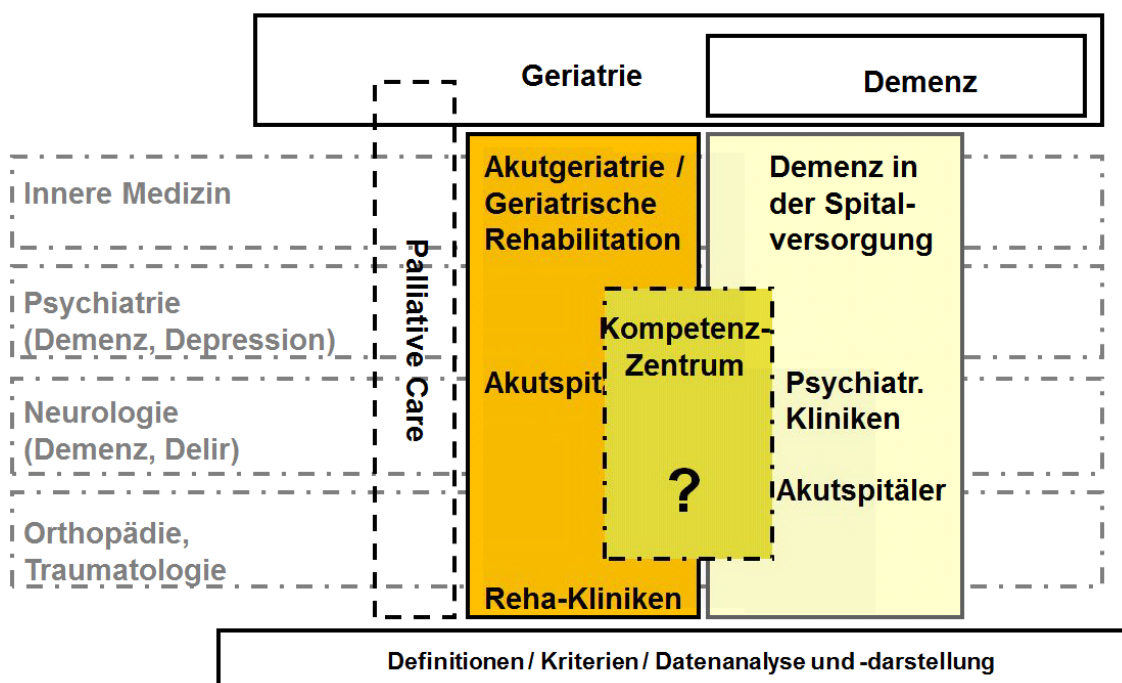


Abbildung 7: Darstellung der Querschnittsthemen Geriatrie und Demenz in Bezug zu den Fachkliniken. Die akutgeriatrische Versorgung und die Behandlung von Menschen mit Demenz kann getrennt in den Akutspitalern bzw. in den Psychiatrischen Kliniken erfolgen, die Behandlungseinheiten könnten organisatorisch aber auch in einem übergreifenden Kompetenzzentrum zusammengefasst werden.

Aufgrund der Versorgungsmodelle in anderen Kantonen wurden für den Kanton Thurgau folgende Versorgungsvarianten mit den in den Anhängen 6 und 7 beschriebenen Definitionen, Anforderungen und Untervarianten evaluiert:

- A. Aufbau einer Station für Akutgeriatrie an einem Standort KSM oder KSF – plus 1 bis 4 geriatrische Rehabilitationskliniken (Reha) im Kanton, (Gerontopsychiatrie unverändert zu heute an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen (PKM).
Alternative: Aufbau von zwei Stationen für Akutgeriatrie – plus 1 bis 4 geriatrische Reha's.
- B. Akutgeriatrie ausserhalb des Kantons plus 1 bis 4 geriatrische Reha's im Kanton (Gerontopsychiatrie unverändert zu heute an der PKM).
- C. Prozessuale Akutgeriatrie in beiden Kantonsspitälern (Entwicklung des integralen Modells) plus 1 bis 4 geriatrische Reha's (Gerontopsychiatrie unverändert zu heute).
- D. Interdisziplinäres Zentrum Altersmedizin Thurgau plus 1 bis 4 geriatrische Reha's. Das interdisziplinäre Zentrum umfasst Akutgeriatrie und Gerontopsychiatrie (an einem einzigen Standort).

7.4 Kriterien und Gewichtung der Bewertungskriterien

7.4.1 Grundvoraussetzungen für alle Varianten

Bei allen Versorgungsvarianten muss vorausgesetzt werden, dass zukünftig an beiden Kantonsspitälern mindestens ein Facharzt resp. eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie tätig sein wird. Als weitere Grundvoraussetzung für alle Varianten wurde die Notwendigkeit erachtet, dass die in Kap. 8.3 beschriebenen erweiterten Fachkompetenzen im interprofessionellen Team erforderlich sind und mit geeigneten Weiterbildungsmassnahmen aufgebaut werden müssen (vgl. Anforderungen Anhänge 6 bis 8).

Aufgrund der demographischen Entwicklung muss als weitere Grundvoraussetzung in allen Varianten der Leistungserbringung für Menschen mit Demenz und Delir Rechnung getragen werden.

7.4.2 Kriterien und deren Bewertung nach Wichtigkeit für die Versorgung

Die Bewertungskriterien wurden in ihrer Wichtigkeit für den Variantenentscheid aus medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Versorgungssicht wie folgt gewichtet:

Bewertungskriterien für die Varianten	Gewichtung
1. Verankerung und Weitervermittlung der Fachkompetenz	30 %
2. Erreichbarkeit / Zugänglichkeit zu akutgeriatrischen Leistungen (inkl. Personen mit kognitiven Einschränkungen)	30 %
3. Vernetzung, unterstützt die Entwicklung integrierter Versorgungsnetze	30 %
4. Zusatz- und Minderkosten zur heutigen Lösung	10 %
5. Demenz- und delirgerechte Leistungserbringung	Grundvoraussetzung
Total	100 %

Abbildung 8: Kriterien für die Bewertung der Versorgungsvarianten.

7.5 Empfehlung zur Umsetzung von Akutgeriatrie und geriatrischer Rehabilitation

Die Projektgruppe empfiehlt aufgrund der durchgeführten Bewertung und der Machbarkeit innerhalb der Spital Thurgau AG folgende Versorgungsstrukturen in der Geriatrie zur Umsetzung:

7.5.1 Leistungsauftrag Akutgeriatrie

Die Akutgeriatrie soll mit je einer Einheit von 14-16 Betten am KSF und am KSM gemäss den Anforderungen der GDK und den Abrechnungsregeln von SwissDRG aufgebaut werden. Eine Leitung beider Einheiten als ein Kompetenzzentrum wird dabei favorisiert.

7.5.2 Leistungsaufträge geriatrische Rehabilitation

Die geriatrische Rehabilitation soll auf die maximale Anzahl an Leistungsaufträgen ausgebaut werden, welche dem Bedarf gemäss der medizinischen Statistik entspricht. Auf eine Konzentration auf wenige Leistungsaufträge ist zu verzichten. Alle Kliniken, welche die Anforderungskriterien geriatrische Rehabilitation erfüllen, erhalten den Leistungsauftrag, sofern der Bedarf gegeben ist. Stellen mehr Kliniken Antrag als Leistungsaufträge ausgewiesen sind, erfolgt die Auswahl der Kliniken im zweiten Planungsschritt gemäss den Evaluationskriterien des KVG an diejenigen Kliniken, welche die Kriterien der Qualität (Anforderungskriterien gemäss Anhang 6 und Anforderungen an die Kompetenzen gemäss Anhang 8) und die Kriterien der Wirtschaftlichkeit per 1. Juli 2016 und in den vorangehenden drei Jahren am besten und vollständigsten erfüllen bzw. erfüllten.

7.6 Schnittstellen zu spezialisierten Stationen im Akutbereich

7.6.1 Gerontopsychiatrie und -psychotherapie

Ist-Zustand Schnittstelle zur stationären Gerontopsychiatrie

In den Psychiatrischen Kliniken mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt werden Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen im fortgeschrittenen Alter behandelt. Das primäre Aufgabengebiet umfasst die Therapie von Menschen mit affektiven Störungen (Depressionen, Angststörungen, bipolare Störungen), mit Demenzerkrankungen (einschliesslich der häufig damit einhergehenden Verhaltensproblematik) und Delirien, mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und wahnhaftige Störungen, mit Suchterkrankungen sowie mit erlebnisreaktiven und psychosozialen Störungen in allen ihren Erscheinungsweisen.

Aufgrund der Multimorbidität und der Tatsache, dass ein kranker älterer Mensch häufig unter einer psychischen und körperlichen Erkrankung gleichzeitig leidet, besteht eine breite Überlappungszone der fachlichen Zuständigkeit in den medizinischen Teildisziplinen, insbesondere der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie.

Soll-Zustand Schnittstelle zur stationären Gerontopsychiatrie

Gemäss den Zielen und Massnahmen im Alterskonzept sollen die bestehenden Angebote für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie der Psychiatrischen Dienste Thurgau (PDT) und der Klinik Clenia Littenheid AG bedarfsgerecht weitergeführt werden.

Der Bedarf an gerontopsychiatrischen und psychotherapeutischen auch wohnortnahen Dienstleistungen wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten auf Grund der demographischen Entwicklung zunehmen und erfordert zusätzliche Ressourcen.

Der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie muss zukünftig fachübergreifend mit allen Leistungserbringern (ambulant und stationär) grosses Gewicht

beigemessen werden. Die Zusammenarbeit muss zukunftsgerichtet geklärt und umgesetzt werden (vgl. Kap. 5 und 6, insbesondere auch über die mobile Equipe Geriatrie-Plus).

7.6.2 Traumatologie - Orthopädie

Ist-Situation Traumatologie - Orthopädie

Die demografische Entwicklung hat auf die Orthopädie (Leistungsbereich Bewegungsapparat chirurgisch) gemäss den Prognosen der Spitalplanung 2012 und den effektiven Fallzahlen 2012-2013 mengenmässig die grössten Auswirkungen. Die Spitalliste Akutsomatik 2012 hat sich denn auch bei den innerkantonalen organspezifischen Fachkliniken in Bezug auf die Versorgung der (geriatrischen) Patienten und Patientinnen bewährt. Einzig in der Orthopädie ergibt sich aus der Entwicklung ein geringer Korrekturbedarf. Die Leistungsgruppe Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie (BEW 8.1) ist im Auftrag an die Spital Thurgau AG noch nicht enthalten. Die Zahl dieser Fälle hat sich in den letzten drei Jahren auf insgesamt 112 im Jahr 2013 mehr als verdoppelt, der Anteil ausserkantonale behandelte Fälle hat dabei leicht abgenommen. Es werden weit mehr als 50 % der Fälle im Kanton behandelt. Bei den anderen innerkantonalen Kliniken und den ausserkantonalen Kliniken ergibt sich kein Korrekturbedarf.

Soll-Zustand Traumatologie - Orthopädie

Die gute Versorgungslage soll beibehalten werden. Mit den in Kap. 5 und 6 skizzierten Massnahmen soll das Assessment und die Triage weiter verbessert werden. Im Zuge des Aufbaus des geriatrischen Schwerpunktes ist mit einer weiteren Zunahme der Wirbelsäulenoperationen in der Spital Thurgau AG zu rechnen. Zur Abrundung des Leistungsspektrums in der Orthopädie soll daher der Leistungsauftrag der Spital Thurgau AG auf der Spitalliste um die Leistungsgruppe Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie (BEW 8.1) ergänzt und damit der gesamte Leistungsbereich Bewegungsapparat chirurgisch als Auftrag erteilt werden.

7.6.3 Palliative Care

Ist-Zustand Schnittstelle zur Betreuung von Palliativpatienten

Die Umsetzung des Palliative Care Konzeptes hat zur Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Menschen und ihres sozialen Netzes geführt. Die Palliativstation am KSM hat sich als wichtiger und fester Bestandteil in der Betreuungskette etabliert. Der palliative Konsiliardienst kann in beiden Akutspitälern auf allen Abteilungen beigezogen werden.

Das aufsuchende Element - Palliative Plus - verbreitet das spezialisierte Fachwissen spitalintern und extern. Es hat in kurzer Zeit zu berufsübergreifender Akzeptanz beigetragen.

Soll-Zustand Palliative Care – Geriatrie

Gemäss den Zielen und Massnahmen im Palliative Care Konzept sollen die Synergien mit bestehenden Angeboten genutzt werden. Die positiven und verbindenden Erfahrungen der interdisziplinären Zusammenarbeit (fachübergreifend, berufsgruppenbezogen und ambulant-stationär) werden ausgebaut - u. a. durch die Mobile Equipe Geriatrie-Plus (vgl. Kap. 5 und 6.2.) - und erfordern in den nächsten Jahren zusätzliche Ressourcen (mehr Komplexbehandlungen).

7.7 Kooperation und Vernetzung der Fachkompetenz im Akutbereich

7.7.1 Akutgeriatrie und ambulante Assessment- und Triage-Einheit bzw. Geriatrie-Plus

Die Synergien der Akutgeriatrie und der ambulanten Assessment- und Triage-Einheit sowie der Memory Clinic und ggf. weiteren spezialisierten Fachbereichen sind durch Stellenbesetzungen in Personalunion optimal zu nutzen.

7.7.2 Geriatrische Patienten und Patientinnen auf den übrigen Stationen der Kantonsspitäler Münsterlingen und Frauenfeld

Nicht jeder geriatrische Patient resp. jede Patientin bedarf im Spital der Betreuung in der Akutgeriatrie. Die ambulante Einheit (ATE und/oder Geriatrie-Plus) unterstützt die Kliniken konsiliarisch.

Mit entsprechenden Guidelines sollen auf allen Stationen mit geriatrischen Patienten und Patientinnen spezifische Syndrome einheitlich behandelt werden (z. B. Delir, vgl. geriatrische Fachkompetenz, Kap. 8 und Kompetenzen in der Demenz Kap. 14).

7.7.3 Geriatrie-Board

Die Spital Thurgau AG bündelt intern die Kompetenzen in einem Geriatrie-Board zur medizinischen Optimierung der Behandlungspfade (ab Beratung für Externe, Triage) und zur Stärkung der integrierten Versorgung über die beiden Akutspitäler, die Psychiatrie und die Rehabilitation.

8 Geriatrische Fachkompetenz

Die geriatrische Fachkompetenz soll im Kanton Thurgau entlang der Behandlungskette mit geeigneten Massnahmen gefördert werden.

8.1 Grundlagen der Fachkompetenz

Die in der Versorgung von geriatrischen Patienten und Patientinnen tätigen Fachpersonen, Assistenzpersonen sowie die Freiwilligen verfügen über die erforderlichen stufengerechten Kompetenzen. Die Vermittlung von geriatrischem und gerontologischem Wissen ist ein fester Bestandteil in der breit angelegten Aus- und Weiterbildung auf allen Stufen.

Die Fachkompetenz kann in Basiskompetenzen und erweiterte Kompetenzen unterteilt werden. Alle involvierten Berufsgruppen benötigen geriatrisches Basiswissen, es gilt der Grundsatz: Basiswissen für Viele - Spezialwissen für Wenige.

8.1.1 Fachkompetenz: Haltung, Wissen, Grade und Skills

Damit die beteiligten Fachpersonen sowie Experten und Expertinnen auf allen Erfahrungs- und Bildungsniveaus möglichst rasch professionell zusammenarbeiten können, müssen die Kompetenzen in den folgenden vier Bereiche adressatengerecht entwickelt, erweitert und gefestigt werden:

- Haltung: Der alte kranke Mensch soll in allen Behandlungs-, Pflege- und Betreuungssettings im Mittelpunkt stehen, das bedingt eine einheitliche, professionelle Grundhaltung.
- Wissen: Damit das geriatrische und gerontologische Wissen in der Behandlung, Pflege und Betreuung von alten, kranken Menschen zielgerichtet genutzt werden kann, muss als Basis ein systemischer Ansatz angewendet werden. Das Erkennen und Wissen um die Wirkung des Individuums und seines Umfeldes auf ein grösseres (Familien)-System hat Auswirkungen auf die Interventionen. Das entsprechende Fachwissen zu familienzentrierter Begleitung unter Miteinbezug der Angehörigen muss vorhanden sein bzw. erworben werden.
- Skills: Unter Skills versteht man die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen, die eine Person in einem definierten Fachgebiet aufweist. Die optimale Behandlung, Pflege und Betreuung erfordert ein situationsgerechtes, wissensbasiertes Handeln. Die Handlungsfähigkeiten sind abhängig von den individuellen Fähigkeiten und der Berufserfahrung der jeweiligen Person. Skills können im Arbeitsfeld insbesondere in Praxisfeldern mit vorbildhaften Strukturen entwickelt werden.
- Grade: Unter Grade versteht man die unterschiedlichen Aus- und Weiterbildungen. Für eine umfassende geriatrische Behandlung, Pflege und Betreuung sind vielfältige Aus- und Weiterbildungsniveaus der Mitarbeitenden im richtigen Verhältnis erforderlich.

8.1.2 Skills- und Grade-Mix

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Institution bzw. einer Organisation sollten sich mit ihren Ausbildungen, Erfahrungen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen optimal ergänzen. Mit dem interprofessionellen Ansatz und einem gut strukturierten Zusammenspiel aller am Behandlungsprozess beteiligten Akteure wird ein sinnvoller Skills- und Grade-Mix geschaffen (Ärzte, Pflege, Therapien, Sozialberatung, Hotellerie etc.). Ziel ist, dass alle ihre Aufgaben und ihre spezifische Rolle in der geriatrischen Versorgung kennen und entsprechend handeln. Dadurch etablieren sich gegenseitig ergänzende und kongruente Angebote.

Die in der geriatrischen Versorgung tätigen Personen müssen sich auf der Grundlage von vertieftem Wissen und einer patientenzentrierten Haltung weiterentwickeln und optimal vernetzen. Bei der Vermittlung des stufengerechten Wissens ist eine interprofessionelle Schulung einer monodisziplinären Schulung vorzuziehen. Die Umsetzung des Gelernten in der Praxis muss strukturiert begleitet werden.

Zwei grundlegende Haltungen in der geriatrischen Versorgung müssen allen Beteiligten vermittelt werden:

- interprofessionelle Zusammenarbeit über alle Versorgungsstrukturen hinweg;
- biopsychosoziales Verständnis von Behandlung, Pflege und Betreuung.

8.1.3 Generelle Massnahmen zur Stärkung der Kompetenzen in der Geriatrie

Skills, Grade und Wissen im Sinne der Basiskompetenzen und der erweiterten Kompetenzen können mit folgenden Massnahmen gestärkt werden:

- Schaffung eines einheitlichen Labels mit definierten Kriterien als einheitliches Dach (z. B. Geriatrie Ostschweiz (analog Palliative.ch)).
- Sammlung der in der Ostschweiz vorhandenen Aus- und Weiterbildungsangebote für Basis- und erweiterte Kompetenzen über eine Homepage verfügbar machen (z. B. durch das BfGS).
- Aufbau einer Koordinations- und Beratungsstelle für betroffene Menschen sowie für medizinische Laien. Alle vorhandenen Angebote der entsprechenden geriatrischen Weiterbildung im Kanton sind dort bekannt und entsprechende Informationen werden erteilt. Diese Stelle kann mit der Beratungsstelle für Demenzfragen zusammengelegt werden.

8.2 Basiskompetenzen

Basiskompetenzen müssen in allen Versorgungssettings (spezialisierte Versorgung und dezentrale Versorgung) und bei allen betroffenen Berufsgruppen gefördert und ausgebaut werden. Wissenslücken sollen eruiert und mit entsprechenden Massnahmen wie Fortbildungen und Guidelines geschlossen werden. Ziel ist die Integration von therapeutischen Berufen, Angehörigen, Betroffenen, Non-Profit-Organisationen (NPO), Freiwilligen, Gemeinden, öffentlichen Ämtern und Versicherungen. Dies erfordert die Bereitschaft aller Beteiligten zur Aneignung dieser Kompetenzen.

Basiskompetenz beinhaltet Kenntnisse und deren Anwendung in folgenden Bereichen:

- Geriatrie-Konzept Kanton Thurgau;
- Grundlagen des biopsychosozialen Verständnisses von Gesundheit und Alter, Behandlung, Pflege, Betreuung;
- Grundlagen zu strukturierter interprofessioneller Zusammenarbeit über alle Versorgungsstrukturen;
- Grundlagen der strukturierten Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess - Triage;
- Geriatrische Guidelines (ärztliche, pflegerische, therapeutische, sozialberaterische);
- Multidimensionale Basis-Assessment-Instrumente;
- Kommunikation, Gesprächsführung;
- Kenntnisse der vorhandenen Angebote;
- Ressourcenförderung und Prävention;
- Palliative Care in der Geriatrie;

- Basiswissen zu geriatrischen Syndromen gemäss Definition Kap. 1.7.

8.2.1 Massnahmen zur Vermittlung der Basiskompetenzen

Möglichkeiten in den Strukturen des Gesundheitswesens

Skills, Grade und Wissen können den verschiedenen Berufskategorien an Aus- und Weiterbildungen vermittelt werden. Haltung muss gelebt und ständig weiterentwickelt werden.

Als übergeordnete Massnahme ist ein Anforderungskatalog zu erstellen, der aus geriatrisch-gerontologischer Sicht die Kenntnisse der wichtigsten sozialen, gesellschaftlichen, biologischen oder medizinischen Themen im Alter beinhaltet. Dieser kann in enger Zusammenarbeit mit den am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen (z. B. Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie, SFGG) erstellt werden.

Die Vermittlung von Skills, Grade und Wissen erfolgt über:

- Geriatriespezifische Fort- und Weiterbildungen der inner- und ausserkantonalen Bildungsanbieter;
- Weiterbildung durch Fachpersonen mit erweiterten geriatrischen Kompetenzen innerhalb der Institutionen und Organisationen;
- Weiterbildungen in den Qualitätszirkeln der verschiedenen Berufsgruppen mit dem Schwerpunktthema „der Geriatrische Patient, die geriatrische Patientin“ (Basiskompetenz gemäss Matrix in Anhang 8).

Vorbildhaft gelebte Haltung kann im Aufbau von kantonalen Referenzen bzw. in Modellabteilungen entwickelt werden, z. B. in folgenden Bereichen:

Ambulanter Sektor:

- Formalisierte Vernetzung und Zusammenarbeit mit Hausärzten, Spitexorganisationen, Therapeuten und Sozialberatungen (über Praxisnetzwerke);
- Schaffung von interprofessionellen Beratungsstellen und/oder Sprechstunden für wichtige Geriatriethemen (Ernährung, Prävention, Stürze, Demenz);
- Ambulante Triage- und Assessment-Einheit (ATE)

Stationärer Sektor:

- Geriatrische Betreuung von Patienten und Patientinnen, die nicht auf der Akutgeriatrie sind durch interprofessionelle Teams (vgl. Kap. 6 Assessment- und Triage-Zentrum);
- Akutgeriatrische Abteilungen mit inter- und intraprofessionell arbeitenden Teams;
- Modell-Institutionen für Langzeitpflege und -betreuung.

Möglichkeiten für Klienten und Klientinnen, Patienten und Patientinnen, Angehörigen sowie medizinische Laien

Angehörige und Laien übernehmen im sozialen und betreuerischen Netzwerk wichtige Aufgaben für die Betroffenen. Damit sie die Anforderungen bewältigen und dabei gesund bleiben können, sind modulare Schulungsangebote zu schaffen und Begleitungsmöglichkeiten im Betreuungsprozess anzubieten.

8.3 Erweiterte Kompetenzen

Erweiterte Kompetenzen sind in den spezialisierten Strukturen wie den geriatrischen Akutstationen, in der geriatrischen Rehabilitation, in der Gerontopsychiatrie, in den unterstützenden Einheiten wie der Triage- und Assessment-Einheit (ATE) und in den mobilen Equipen (Geriatrie-Plus) sowie in Pflegeheimen und Spitex-Organisationen notwendig.

Erweiterte Kompetenz beinhaltet Kenntnisse und deren Anwendung in folgenden Bereichen:

- vertieftes geriatrisches Wissen zu geriatrischen Syndromen gemäss Definition Kap. 1.7;
- vertieftes pflegerisches Wissen (Kinaesthetics, Edukation, etc.);
- vertieftes geriatrisch-therapeutisches Wissen;
- vertieftes sozialarbeiterisches Wissen;
- Finanzierungsmodelle der Geriatrie und des Langzeitbereiches;
- spezifisch geriatrische Fokus-Assessment-Instrumente;
- Kenntnisse zur Anwendung von Case Management;
- Gesprächsführung (runde Tische, Familiengespräche, Umgang mit herausfordernden Situationen);
- ethische Entscheidungsfindung;
- geriatriespezifische Qualitätsnormen.

8.3.1 Massnahmen zur Verfügbarkeit von erweiterten Kompetenzen

Mobile Equipe (Geriatrie-Plus)

Zu fordern ist der Aufbau mindestens einer mobilen Equipe (Geriatrie-Plus) innerhalb des Kantons, die aus Vertretern unterschiedlicher Berufsgruppen besteht (Ärzte, Pflege, Sozialberatung, Therapien). Diese mobile Equipe ist Teil der ATE und der Akutgeriatrie. Sie stellt die Verfügbarkeit der erweiterten Kompetenz wie folgt sicher:

- Durchführung von Geriatrischen Assessments, Triage, Beratung und Fallbesprechungen in den Kliniken der Akutsomatik, in den Pflegeheimen und in den ambulanten Strukturen;
- Durchführung von gerontologisch-geriatrischen Konsilien;
- Durchführung von gerontopsychiatrische Konsilien;
- telefonische Beratung bei Fragen zur geriatrischen Grundversorgung (Hotline-Funktion). Zwischen 08.00-20.00 Uhr von Montag bis Sonntag durch Pflegefachperson und ärztlichen Hintergrunddienst sichergestellt (durch Akutgeriatrie resp. ATE resp. Geriatrie-Plus; Synergien auch mit Palliative Plus nutzen).

Fachpersonen mit vertieftem geriatrischem Wissen

Jede Spitexorganisation und jedes Pflegeheim verfügt über mindestens eine spezialisierte Fachperson mit vertieftem geriatrischem Wissen. Diese begleitet den Umsetzungsprozess auf allen Stufen: Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, Klienten und Klientinnen bzw. Patienten und Patientinnen, Organisation bzw. Institution. Alle weiteren Institutionen und Organisationen der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung müssen einen geregelten Zugang zu spezialisierten geriatrischen Experten oder Expertinnen nachweisen können (z. B. über Kooperationsvereinbarungen).

Anlaufstellen für spezialisierte Themen

Das Expertenwissen kann über Vernetzung mit bereits bestehenden Anbietern (z. B. Fachhochschulen, Institute für Gerontologie oder medizinischen Fachgesellschaften und Verbände bzw. den Lehrstühlen für Hausarztmedizin) im In- und Ausland erworben werden. So können bereits vorhandene Expertenstrukturen ohne grossen Aufwand für die Umsetzung des Konzeptes genutzt werden.

Für spezialisierte Einzelthemen (z. B. Ernährung, Wundpflege, Logopädie) sind die entsprechenden Anlaufstellen in einer Übersicht zu bezeichnen.

8.3.2 Massnahmen zur Vermittlung der erweiterten Kompetenzen

Als übergeordnete Massnahme im Bereich erweiterte Fachkompetenz ist ein Anforderungskatalog analog Punkt 8.2.1 zu erstellen. Für alle Bereiche ist festzulegen, auf welcher Bildungsstufe, bzw. Führungsstufe, welches Expertenwissen benötigt und geschult werden muss.

Für relevante Fragestellungen sind zudem verbindliche Guidelines einzuführen.

8.4 Fort- und Weiterbildungsbedarf

Für alle am geriatrischen Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen sowohl in den dezentralen Strukturen der Grundversorgung als auch in spezialisierten Versorgungsstrukturen müssen entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote bestehen. Ziel ist, dass alte kranke Menschen in allen Betreuungssettings eine biopsychosoziale Pflege, Behandlung und Betreuung in einer organisierten interdisziplinären Zusammenarbeit erfahren.

Der Fort- und Weiterbildungsbedarf orientiert sich an folgendem Modell:

Basiskompetenzen (BK) adaptiert an die Situationen im Berufsalltag		Basiskompetenzen und definierte erweiterte Kompetenzen (BK+EK)		
BK 1	BK 2	BK/EK 1	BK/EK 2	BK/EK 3
Personen, die in ihrem Berufsalltag mit der Beratung, Pflege, Behandlung und Betreuung von alten kranken Menschen und ihren Angehörigen <u>konfrontiert sein</u> können in Situationen, wo Basiskompetenzen notwendig sind.	Berufsfachleute im Gesundheitswesen, die <u>gelegentlich</u> alte kranke Menschen und ihre Angehörigen begleiten; diese Fachleute sind in der Grundversorgung tätig.	Sämtliche Berufsgruppen des Gesundheitswesens, die in der Behandlung, Pflege und Betreuung <u>oft</u> mit alten kranken Menschen und ihren Angehörigen zu tun haben. Diese Fachleute sind in der geriatrischen Grundversorgung tätig.	Berufsfachleute des Gesundheitswesens, die in ihrer Arbeit auf geriatrische Situationen ausgerichtet sind. Diese Fachleute sind in der spezialisierten geriatrischen Versorgung tätig (Geriatric care Teams, z. B. Geriatriestationen)	Berufsfachleute des Gesundheitswesens, eigentliche Expertinnen und Experten, die ihre Tätigkeit in der hochspezialisierten geriatrischen Versorgung ausüben.

Tabelle 1: In Anlehnung an die Niveaus der Palliative Care

In Anhang 8 ist dargestellt, welche Leistungserbringer über Basiskompetenzen und welche über erweiterte Kompetenzen verfügen müssen.

Teil C

Bericht zum Demenzkonzept

9 Einführung Demenzkonzept

9.1 Nationale Grundlagen

Die «Nationale Demenzstrategie 2014 - 2017» nennt zu vier Handlungsfeldern Vorschläge für 18 weiterführende Projekte. Viele der vorgeschlagenen Projekte sind derart aufwendig, dass eine Realisierung nur auf nationaler Ebene sinnvoll ist (bspw. Verankerung ethischer Leitlinien, Erarbeitung von Informationsmaterialien, Aufbau eines Versorgungsmonitorings, Begleitforschung, Vernetzung von Forschung und Praxis sowie Empfehlungen in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik und Behandlung). Im Wissen um die Entstehung dieser nationalen Grundlagen werden die Anstrengungen auf ein handlungsorientiertes Demenzkonzept Thurgau mit konkreten Massnahmen und den dazu notwendigen finanziellen Rahmenbedingungen und Ressourcen konzentriert. Hinweise dazu gibt die Bestandesaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen durch die GDK¹.

9.2 Ausgangslage im Kanton Thurgau

Auf Basis der national ausgewiesenen Prävalenzraten² und dem Hauptszenario der Bevölkerungsentwicklung³ im Kanton Thurgau, kann die Anzahl der Menschen mit Demenz im Kanton Thurgau wie folgt geschätzt werden:

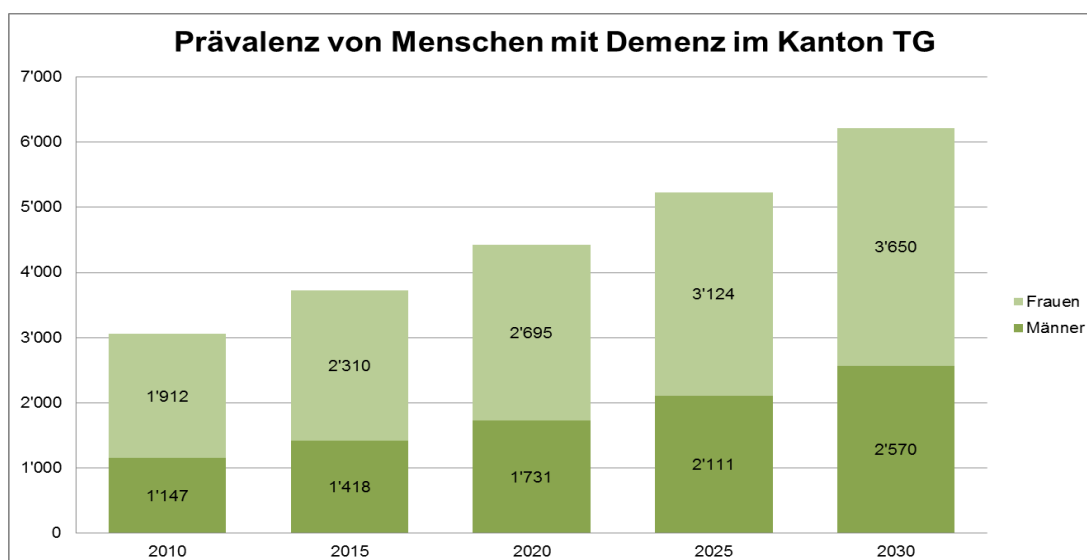


Abbildung 9: Aufgrund von Auswertungen von Pflegeheimdaten⁴ ist davon auszugehen, dass von den Bewohnerinnen und Bewohnern in Schweizer Pflegeheimen rund zwei Drittel an Demenz erkrankt sind. Die Pflegeheimliste führt derzeit insgesamt 2'922 Plätze, die Zahl der Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege beträgt damit geschätzt gegen 2'000 Personen bzw. 53 % aller Menschen mit Demenz.

¹ Bestandesaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen; Bericht über die Resultate der Umfrage in den Kantonen (Januar bis April 2013); GDK 21. November 2013; www.gdk-cds.ch

² Nationale Demenzstrategie 2014 - 2017, Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. November 2013; www.bag.admin.ch / Themen / Gesundheitspolitik

³ Struktur der Wohnbevölkerung, Dienststelle für Statistik Kanton Thurgau www.statistik.tg.ch

⁴ Bartelt G. (2012): Auswertung von RAI-Daten im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung. Technischer Bericht. St. Gallen. In Nationale Demenzstrategie 2014 - 2017

Bis zum Jahr 2030 ist von einer Zunahme aller Menschen mit Demenz im Kanton auf 6'220 auszugehen. Die lineare Hochrechnung ergäbe rund 3'300 Personen, die in Pflegeheimen, und rund 2'900, die dazumal zu Hause leben.

Die vorgenannte Entwicklung entspricht einer linearen jährlichen Steigerungsrate von 3.6 % und damit einem zusätzlichen Personalbedarf für die Behandlung, Pflege und Betreuung von 75 % innert 15 Jahren. Wird weiter eine Kostensteigerung von 1 % pro Jahr für Lohn- und Sachkosten unterlegt, verdoppelt sich der von den Nutzern, den Krankenversicherungen (OKP) und der öffentlichen Hand zu finanzierende Beitrag an die Leistungen bei Demenz (Spitäler, Pflegeheime und die ambulante Pflege) zwischen 2015 und 2030.

Da die Beiträge der Nutzer und der OKP in der Pflegefinanzierung jeweils über mehrere Jahre fixiert sind und die Restkosten durch die Gemeinden und den Kanton zu tragen sind, liegt die Steigerungsrate für die öffentliche Hand in der Finanzierung deutlich über 3.6 % pro Jahr.

9.3 Handlungsfeld Demenz

Zum Thema Demenz sind zwei Handlungsfelder definiert, die im Verlauf der Projektarbeit zusammengeführt und gemeinsam bearbeitet wurden.

Demenz in der Grundversorgung

Demenzkrankungen sind häufig und treten vorwiegend im Alter auf. Ihnen soll hohe Beachtung geschenkt werden. Die kognitiven Einschränkungen überlagern oftmals andere Krankheitsbilder und erschweren deren Diagnosestellung. Sie sollen bei der Diagnostik, der Behandlung und der Betreuung sowie bei präventiven Massnahmen stärker beachtet werden.

Spezialisierte Angebote bei Demenz

Den an Demenz erkrankten Menschen und nahestehenden Bezugspersonen stehen flexible, qualitativ hochstehende, bedarfs- und altersgerechte Versorgungsangebote entlang der gesamten Versorgungskette zur Verfügung (vgl. Ziel 3. nationale Demenzstrategie). Die Angebote im Kanton sollen überprüft, koordiniert und soweit notwendig ergänzt werden.

Die Ziele und Massnahmen zu den Handlungsfeldern Demenz mit den zugehörigen Angeboten sind in den folgenden Kapiteln dargestellt. Eine Gesamtübersicht zeigt Abbildung 10 Kap. 9.4.

9.4 Übersicht über den Themenbereich Demenz

Die bedürfnisorientierte Betreuung, Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz in den verschiedenen Krankheitsphasen sowie die Information und Unterstützung der pflegenden und betreuenden Angehörigen erfordern vielfältige Angebote. Sie werden zur besseren Übersicht gruppiert und in drei Kapiteln dargestellt. Wesentliche Angebote werden in der nachfolgenden Übersicht zwei Mal aufgeführt, jedoch nur einmal umschrieben:

Übersicht Angebote und Leistungen im Bereich Demenz

Information und Beratung	Früherkennung, Akuttherapie und Krisenintervention	Ambulante und stationäre Angebote im Langzeitbereich
<ul style="list-style-type: none"> – Information und Sensibilisierung der Bevölkerung zum Thema Demenz (Kap. 10.1) – Zugang zu Information und Beratung (Kap. 10.2) – Erstkontakt und Informationsvermittlung (Kap. 10.2.1): Alzheimer Geschäftsstelle – Aufsuchende Beratung (Kap. 10.2.2): Demenzberatungsstelle – Schulung und soziale Integration (Kap. 10.2.3) – Angebote der niedergelassenen Ärzte und der Spitex (Kap. 10.3) 	<p>Früherkennung und Assessment bei ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Grundversorgern (Kap. 11.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aufsuchende Beratung (Kap. 11.2) – Memory Clinic (Kap. 11.3) – Alterstagesklinik (Kap. 11.4) – Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund (Kap. 11.5) – Krisenintervention (Kap. 11.6): <ul style="list-style-type: none"> – Anlaufstelle für ärztliche Zuweisung im Aufnahme und Abklärungszentrum (AAZ), – Krisenequipen in den Akutspitälern – Ausfall von Betreuungspersonen – Konsiliardienst Spitäler (Kap. 11.7) – Demenz und Delir auf den weiteren Akutstationen (Kap. 11.8) 	<ul style="list-style-type: none"> – Angebote der niedergelassenen Ärzte und der Spitex (Kap. 12.1) – Entlastungsdienste für pflegende und betreuende Angehörige zu Hause (Kap. 12.2) – Tagesheime bzw. Tagesstätten (Kap. 12.3) – Tages- und Nacht-Strukturen in Pflegeheimen (Kap. 12.4) – Kurzaufenthalte und Notfallplätze in Pflegeheimen (Kap. 12.5) – Geschützte Wohngruppen in Pflegeheimen (Kap. 12.6) – Alternative Wohnformen (Kap. 12.7) – Ärztlicher Liaisondienst in der Langzeitpflege (Kap. 12.8)

Abbildung 10: Übersicht über Angebote und Leistungen im Bereich Demenz

Im Folgenden wird jedes Angebot bzw. jede Leistung mit der Ist-Situation und dem Soll-Zustand konkretisiert. Die Finanzierung als Ist-Situation und Soll-Zustand ist im Anhang 9 zusammengestellt.

10 Information und Beratung zum Thema Demenz

In einem ersten Themenkreis soll die Information und Beratung zu Demenz verbessert werden:

10.1 Information und Sensibilisierung der Bevölkerung zum Thema Demenz

Ziel ist, dass die Bevölkerung ein besseres Wissen zum Thema Demenz (Krankheitsbild, Beratungsmöglichkeiten, spez. Angebote) hat. Sie ist informiert und sensibilisiert, Hemmschwellen und Tabus in Bezug auf die Erkrankung sind abgebaut:

- Menschen mit Demenz sind optimal in die Gesellschaft integriert.
- Politiker und Politikerinnen nehmen die Integration und Versorgung von Menschen mit Demenz als gesellschaftlichen Auftrag wahr.
- Die Gesellschaft, Politiker und Politikerinnen sind sensibilisiert, dass Angehörige als Pflegenden, emotional Betroffene und ggf. Erwerbstätige mehrfach belastet sind. Entlastungsangebote sind enttabuisiert (analog zur externen Kinderbetreuung).
- Dienstleistungserbringer (Optiker, Polizei, Zahnärzte usw.) sind für den Umgang mit Menschen mit einer Demenz sensibilisiert. Entsprechende Schulungsangebote stehen zur Verfügung.

Im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie wurde der Alzheimervereinigung Schweiz (ALZ CH) zum nationalen Projekt 1.1 „Information und Sensibilisierung“ ein Leistungsauftrag erteilt. Das Projekt „Mehr Wissen - besser verstehen“ der Alzheimervereinigung umfasst bevölkerungsbezogene sowie gemeindenahere Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten.

Massnahmen:

- Aufklärung und Sensibilisierung der politischen Entscheidungsträger zum Thema Demenz, damit der politische Auftrag wahrgenommen wird (Schulung in Kanton und Gemeinden):
 - Geriatrie- und Demenz-Konzept zur Diskussion und Kenntnisnahme im Grossen Rat.
 - Elektronischer Kalender auf einer Internetseite zur Bündelung der Veranstaltungsangebote zu Demenz im Kanton, ggf. als Teil der national geplanten Webseite (Kontakt mit Vereinen, punktuelle gezielte Aktionen durch bestehende Leistungserbringer).
- Breite Sensibilisierung aller Kontaktpersonen von Menschen mit Demenz in der Grundversorgung (siehe auch Ziel 5):
 - Auftrag an das Bildungszentrum für Gesundheit und Soziales (BfGS), in Koordination mit dem SRK eine Basisschulung für Assistenzpersonal in den Berufen des Gesundheitswesens und für Freiwillige aufzubauen.
 - Schulungsangebot durch das BfGS auch für Nicht-Gesundheitsberufe (z. B. Optiker, Coiffeur, Banken, Polizei, Rettung, Gemeinwesen).
 - Prüfung einer möglichen Integration des Themas in die Berufsausbildung von Nicht-Gesundheitsberufen.
- Projekt „Mehr Wissen - besser verstehen“ der ALZ CH:
 - Nutzung der vorhandenen Informationsmaterialien, Streuung der ALZ CH (Informationen über Demenz für verschiedene Berufsgruppen) gemäss nationalem Projekt 1.2 „Branchenspezifische Informationsmaterialien“.

- Ausbau der regelmässig und systematisch stattfindenden Vorträge und Schulungen für die Bevölkerung durch die Demenzexperten im Auftrag der ALZ.
- Weitere Massnahmen sind in anderen Kapiteln des Geriatriekonzeptes beschrieben:
 - Geriatriische Fachkompetenz Kap. 8.
 - Geriatriisches Assessment und Triage Kap. 5.

10.2 Zugang zu Informationen und Beratung

Ziel ist ein niederschwelliger Zugang zu Informationen und Beratungen für Betroffene und Bezugspersonen. Die aufsuchende Beratung in jeder Krankheitsphase ist ausgebaut und ergänzt das bisherige Angebot der Alzheimer Beratungsstelle.

Massnahmen:

- Schaffung bzw. Ausbau von Schulungsangeboten und wohnortnahen Beratungsstellen für Betroffene und ihre Angehörigen.
- Schaffung einer Informationsplattform.

Die Ziele und Massnahmen werden durch die Ergebnisse des Projektes RightTimePlaceCare⁵ gestützt. Die Studienergebnisse geben Hinweise, dass folgende Faktoren eine gute Kommunikation und Kooperation bei Menschen mit Demenz unterstützen:

- **Erstkontakte** mit den professionellen Helfern sind von grosser Bedeutung und häufig entscheidend für den weiteren Verlauf der Kommunikation.
- **Ernst genommen werden** - erste Anzeichen einer Demenz und Sorgen der Betroffenen werden gehört und aufgenommen (z. B. im Gespräch mit dem Hausarzt bzw. der Hausärztin).
- Passgenaue Informationen und gute Beratung bei und nach Diagnosestellung - die Information sollte angeboten und nicht gesucht werden müssen.
- **Hemmschwellen und Tabus überwinden helfen:** Niedrigschwellige und offene Angebote, die erste Information bis Beratungsgespräche (z. B. Demenz Cafés)
- **Frühzeitige Kontaktaufnahme** - Hilfs- und Unterstützungsangebote planen, langsam aufbauen und ausprobieren. Später Kontakt in akuten Notsituationen: Krisenintervention.
- Verlauf der Erkrankung frühzeitig thematisieren. Hilfsangebote aufzeigen und frühzeitig planen.
- **„Ankerpunkte schaffen“** - soziales Netzwerk aufbauen und stärken.

Die Massnahmen werden wie folgt konkretisiert:

10.2.1 Erstkontakt und Informationsvermittlung

Ist-Situation Erstkontakt und Informationsvermittlung

Die Geschäftsstelle der ALZ TG bietet im Rahmen eines Erstkontaktes ein niederschwelliges und für die Nutzer kostenfreies Informationsangebot an.

⁵ Präsentation Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz in Europa: Ergebnisse des Right-TimePlaceCare Projektes; Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer; Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Anlässlich Demenzkongress St. Gallen 2014.

Soll-Zustand Erstkontakt und Informationsvermittlung

Die Geschäftsstelle der ALZ TG soll neu organisiert werden, damit in jedem Bezirk mindestens an einer Stelle kontinuierlich persönliche Beratungen erfolgen können.

10.2.2 Aufsuchende Beratung

Ist-Situation aufsuchende Beratung

Eine spezialisierte Beratung und Unterstützung erfolgt derzeit primär in Frauenfeld durch die Alzheimerberatungsstelle des Externen Psychiatrischen Dienstes Weinfelden. Die Beratung wird während des ganzen Krankheitsverlaufes angeboten, besonders in speziellen und schwierigen Situationen unter Einbezug der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen. Die Erstberatung erfolgt im Vorfeld zur oder nach der Diagnosestellung. Aufsuchende Beratungen bietet der Externe Psychiatrische Dienst Weinfelden am KSF an. Für die Pflegefachpersonen ist der Fachaustausch mit einem Arzt resp. einer Ärztin mit Kompetenz in Gerontopsychiatrie gewährleistet.

Soll-Zustand aufsuchende Beratung

Die Demenzberatungsstellen (bisher Alzheimerberatungsstelle) sollen flächendeckend als wohnortnahe aufsuchende Beratung ausgebaut werden. Dazu sind insgesamt 200 % Stellen notwendig (bisher 40 %). Der Zugang zum Arzt resp. zur Ärztin mit Kompetenz im Bereich Demenz/Gerontopsychiatrie ist zu gewährleisten. Für die Anbindung stehen die beiden Kantonsspitäler (Assessment und Triage-Einheit, ATE bzw. Geriatrie-Plus) im Vordergrund.

10.2.3 Schulung der Angehörigen und soziale Integration von Betroffenen und Angehörigen

Ist-Situation Schulung und soziale Integration

Damit Demenz nicht zur sozialen Isolation der Betroffenen und der pflegenden Angehörigen führt, werden soziale Anlässe angeboten, die eine gemeinsame Teilnahme von Betroffenen und Angehörigen erlauben. Zudem sind einige Unterstützungs- und Entlastungsangebote vorhanden, damit die Angehörigen weniger an ihre physischen und psychischen Belastungsgrenzen kommen. Die Alzheimervereinigung bietet derzeit Angehörigenseminare, Kurse für Angehörige, Angehörigengruppen, Gedächtnistraining, Sing- und Spielnachmittage und Alzheimerferien an. Die psychische Belastung bleibt bei den Angehörigen häufig auch nach dem Übertritt des Menschen mit Demenz ins Pflegeheim bestehen, wenngleich mit anderen Schwerpunkten. Für sie tragen die Kurse und Seminare zur Stabilisierung bei.

Soll-Zustand Schulung und soziale Integration

Die Schulungsangebote dienen der Unterstützung der Betroffenen und der Angehörigen in der Alltagsbewältigung. Sie müssen ausgebaut, flexibel und niederschwellig nutzbar sein sowie den individuellen Bedürfnissen gerecht werden. Die Schulungen sollen allen Angehörigen von Menschen mit Demenz offen stehen; auch Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen sollen teilnehmen können.

Die soziale Integration und Teilhabe soll mit Begegnungsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz in einem Café oder Restaurant in den Gemeinden gefördert werden (vgl. Kap. 4, Pflegenden Angehörige und Freiwilligenarbeit).

10.3 Angebote der niedergelassenen Ärzte und der Spitex bei Demenz

Die niedergelassenen Ärzte und Spitexorganisationen vermitteln auf Wunsch Information und Beratung an die Betroffenen und nahen Bezugspersonen. Sie leiten bei Bedarf die notwendigen Massnahmen zu deren Unterstützung mit Früherkennung, Abklärung und umfassender Behandlung ein (vgl. Kap.11.1 und auch Kap. 5).

11 Früherkennung, Akuttherapie und Krisenintervention

Ziel ist die frühe Erkennung und Therapie von Demenzerkrankungen einschliesslich der Hilfestellung im Fall von Krisen.

- Den Menschen mit Demenz und ihren nahestehenden Bezugspersonen stehen qualitativ hochstehende und bedarfsgerechte Versorgungsangebote zur Verfügung.
- Ein zeitnaher Zugang zu Frühdiagnostik und geeigneten Therapieangeboten wird Menschen mit kognitiven Störungen in jeder Altersphase gewährleistet. Ebenso gibt es für Krisensituationen, die im Krankheitsverlauf auftreten, geeignete Anlaufstellen für Betroffene und ihre Angehörigen.
- Im Kanton existieren genügend wohnortnahe ambulante Abklärungs- und Triageangebote zur Diagnosestellung sowie Kriseninterventionsmöglichkeiten.
- Bei der Planung von Infrastrukturmassnahmen sowie der Ausbildung des Personals in den Kantonsspitalern wird die zunehmende Anzahl von demenzerkrankten Patienten und Patientinnen berücksichtigt (z. B. Neubau KSF).
- Die kontinuierliche und nachhaltige Betreuung von Menschen mit Demenz ist etabliert (Case Management).
- Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund wird angemessen Rechnung getragen.

Die Massnahmen zur Zielerreichung sind nachfolgend mit Ist-Situation und Soll-Zustand beschrieben.

11.1 Früherkennung und Assessment zu Demenz bei den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Grundversorgern

Ist-Situation Früherkennung und Assessment von Demenz bei den Grundversorgern

Die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen nehmen unabhängig vom Alter der Betroffenen die umfassende Verantwortung für die Früherkennung, Abklärung und Therapie von Menschen mit Demenz in der ärztlichen Grundversorgung wahr. Vereinzelt sind auch geschulte Pflegefachpersonen und Therapeuten sowie Beratungsstellen (EPD) involviert.

Soll-Zustand Früherkennung und Assessment zu Demenz bei den Grundversorgern

Früherkennung und Assessment sind im Kap. Geriatriisches Assessment und Triage ausgeführt. Weiter bestehen Konsensuskriterien einer Expertengruppe zu Diagnostik und Therapie von Menschen mit Demenz⁶. Soweit indiziert, erfolgt der konsiliarische Beizug eines Gerontopsychiaters, der mobilen Equipe Geriatrie-Plus, die Zuweisung zur Detailabklärung in die Memory Clinic oder die Weiterleitung für die aufsuchende Beratung (Demenzberatung, vgl. Kap. 10.2 Zugang zu Informationen und Beratung).

Menschen unter dem AHV-Alter mit Verdacht auf kognitive Störungen sollen frühzeitig eine differenzierte Abklärung erhalten.

⁶ Monsch et al., 2012; Konsensus 2012 Diagnostik und Therapie von Demenzkranken in der Schweiz, Praxis 2012; 101 (19): 1239–1249 1239.

11.2 Aufsuchende Beratung

Die aufsuchende Beratung vermittelt einerseits Informationen an die Betroffenen und nahen Bezugspersonen, andererseits bietet sie eine fachlich spezialisierte, interdisziplinär vernetzte Beratung zur Stabilisierung der Betreuungssituation zu Hause an. Das genaue Angebot ist unter Kap. 10.2 Zugang zu Informationen und Beratung ausgeführt.

11.3 Memory Clinic

Ist-Situation Memory Clinic

Jährlich werden aktuell circa 120 neue Patienten und Patientinnen im Hinblick auf eine mögliche Demenzerkrankung durch ein interdisziplinäres Team (Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie, Neuropsychologen, Pflegepersonen, Sozialarbeiter) mit einer fachübergreifenden, ärztlichen und neuropsychologischen Untersuchung sowie dem Einsatz moderner, wissenschaftlich fundierter Zusatzuntersuchungen (z. B. bildgebende Verfahren) untersucht. Diagnose, konkrete therapeutische Vorschläge und sozialmedizinische Massnahmen sowie bei Bedarf die Würdigung von rechtlichen Fragen (z. B. zum Thema Fahrtauglichkeit) werden dem Hausarzt oder anderen Zuweisern in einem ausführlichen Arztbrief übermittelt. Zusätzlich stellt das Team im Rahmen eines ausführlichen Abschlussgesprächs die interdisziplinäre Beratung der Betroffenen und deren Angehörigen sicher.

Soll-Zustand Memory Clinic

Zukünftig sollen die Kompetenzen der Memory Clinic an mehreren Standorten verfügbar sein und auch den Patienten der Abteilung für Akutgeriatrie offenstehen. Es ist darauf zu achten, dass jeder Standort die schweizweit geltenden Qualitätskriterien von Swiss Memory Clinics erfüllt. Die Erhöhung der Kapazitäten am Standort Münsterlingen findet zum 1.7.2015 statt.

11.4 Alterstagesklinik

Ist-Situation Alterstagesklinik

Die Tagesklinik in Münsterlingen behandelt derzeit mit 16 Plätzen von Montag bis Freitag Patienten und Patientinnen mit Demenzerkrankungen in jedem Alter mit einem interdisziplinär zusammengesetzten Team (Fachärzte, Neuropsychologen, Gerontologen, Pflegefachkräfte, Musik- und Aktivierungstherapeuten, Sozialarbeiter). Anwendung finden psychotherapeutische Methoden im Gruppen- und Einzelsetting sowie andere therapeutische Angebote einschliesslich einer pharmakologischen Behandlung. Ziele sind die Förderung und Stabilisierung kognitiver und alltagspraktischer Fähigkeiten, die affektive Stabilisierung wie auch die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Verhaltensproblemen. Diese Massnahmen helfen den Verbleib im häuslichen Milieu so lange wie möglich zu unterstützen sowie die Teilhabe des Betroffenen an der Gesellschaft zu gewährleisten.

Der Übertritt in ein Tagesheim, eine Tagesstätte oder eine Tagesstruktur der Pflege (vgl. Kap. 12.3) erfolgt, sobald die individuell definierten Ziele mit den angewendeten Methoden nicht mehr erreicht werden können oder der Patient resp. die Patientin mit der Therapieform der Tagesklinik überfordert ist.

Der aktuelle Bedarf kann mit den vorhandenen Kapazitäten nicht gedeckt werden, insbesondere, da die nachfolgenden Angebote der Tagesheime und Tagesstätten nur punktuell ausreichen.

Soll-Zustand Alterstagesklinik

Die Tagesklinik soll im Jahr 2016 an den neuen Standort Weinfeldern verlegt werden und zu einer Alterstagesklinik (inkl. Gerontopsychiatrie) mit insgesamt 24 Plätze vergrössert werden.

11.5 Angebote für Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund

Ist-Situation Migrationshintergrund und Demenz

Aktuell besteht kein spezifisches Angebot für Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund. In der Memory Clinic stehen zur Unterstützung Dolmetscherdienste zur Verfügung. Für einzelne, häufiger anzutreffende Sprachgruppen steht fremdsprachiges Testmaterial zur Verfügung (aktuell Englisch, Französisch, Italienisch, Kroatisch, Serbisch, Türkisch). Für das Screening wird als nicht sprachgebundenes Testverfahren „Easy“ (Kessler, Ozankan et al.) verwendet. Am EPD Münsterlingen gibt es zudem eine ambulante Sprechstunde für türkischsprachige Personen, welche als Erstkontakt bzw. zur Triage in die Memory Clinic genutzt werden kann.

Über die schweizerische und internationale Alzheimervereinigung, insbesondere die Alzheimerorganisation Australiens sind zudem fremdsprachige Informationsmaterialien über Demenzerkrankungen erhältlich.

Soll-Zustand Migrationshintergrund und Demenz

Bei Bedarf können zu den Gesprächen im Rahmen der Früherkennung, Abklärung und Therapieeröffnung sowie in anderen Kontexten Dolmetscherdienste telefonisch oder vor Ort beigezogen werden.

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die Bezugspersonen von Menschen mit Demenz sind, bauen interkulturelle Kompetenzen im Umgang mit den Betroffenen und deren Angehörigen auf.

Das Amt für Gesundheit führt eine Liste mit fremdsprachigen Psychiatern, Neurologen, Psychotherapeuten und Neuropsychologen, welche bei Bedarf kontaktiert werden können.

Das fremdsprachige Informationsmaterial der Alzheimervereinigung Schweiz und international wird routinemässig genutzt (www.alz.ch).

11.6 Krisenintervention, Koordination bei Ausfall von Betreuungspersonen

Ist-Situation Krisenintervention, Koordination bei Ausfall der Betreuung

Bei Menschen mit Hirnleistungsstörungen kann im Fall einer Krisenintervention eine Hospitalisation grundsätzlich erforderlich werden. Ziel einer vorangehenden Intervention ist es, eine solche zu vermeiden. Für die ärztlichen Zuweiser und Zuweiserinnen ist das Aufnahme- und Abklärungszentrum (AAZ) in Münsterlingen in allen akuten Situationen (psychische Erkrankungen und Demenz) die erste Anlaufstelle. Für Personen mit Verdacht auf eine Demenzerkrankung zieht das AAZ bei Bedarf Fachpersonen der Abteilung für Alterspsychiatrie zur Erfassung, Abklärung, Triage und Krisenintervention bei.

Bei einem Ausfall der Betreuungspersonen z. B. wegen Krankheit oder Unfall müssen Angehörige, Hausärzte resp. Hausärztinnen oder Beistände etc. kurzfristig eine angemessene Weiterversorgung der Betroffenen organisieren. Die Homepage der CURAVIVA Thurgau gibt zwar grundsätzlich Auskunft über verfügbare Pflegeplätze in den Thurgauer Heimen, sie wird aber nicht täglich für alle Pflegeheime aktualisiert. Die Koordination ist für solche Fälle bisher nicht geregelt und damit finanziell auch nicht ausreichend abgegolten.

Soll-Zustand Krisenintervention und Koordination bei Ausfall der Betreuung

In Krisensituationen sollten zunächst somatische Ursachen der Zustandsverschlechterung ausgeschlossen werden. Die entsprechende Abklärung übernimmt entweder der Hausarzt oder sie erfolgt, insbesondere bei akuter oder unklarer Situation in den Notfallstationen der Kantonsspitäler, gegebenenfalls unter Beizug eines Geriaters. Ist eine Hospitalisation indiziert, kann diese, je nach Bedarf in einer der Kliniken der Kantonsspitäler (einschliesslich Akutgeriatrie) erfolgen. Im Fall einer stationären psychiatrischen Behandlung wird diese über das Aufnahme- und Abklärungszentrum der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen (AAZ) koordiniert.

Zur Organisation eines kurzfristigen Pflegeplatzes bei Ausfall von Betreuungspersonen ist eine Anlauf- und Koordinationsstelle zu schaffen, die den Hausärzten und Hausärztinnen, der Spitex und den Angehörigen zur Verfügung steht. Die Erteilung eines Leistungsauftrages an die Sozialdienste der beiden Kantonsspitäler und der Psychiatrischen Dienste Thurgau als eine mögliche Koordinationsstelle soll geprüft werden. Die gleiche Massnahme wird für alle geriatrischen Patienten und Patientinnen gefordert.

11.7 Konsiliar- und Liaisondienst Spitäler

Ist-Situation Konsiliar- und Liaisondienst Spitäler

Im KSM wird der Konsiliar- und Liaisondienst zur Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Demenz und/oder Delir durch die EPD Münsterlingen und Romanshorn in Zusammenarbeit mit dem Bereich Gerontopsychiatrie der PKM gewährleistet. Im KSF wird der Konsiliar- und Liaisondienst durch den EPD Weinfelden in Zusammenarbeit mit dem Bereich Gerontopsychiatrie der PKM gewährleistet.

Soll-Zustand Konsiliar- und Liaisondienst Spitäler

Ein geregelter Zugang zu spezialisierten Experten im Bereich der Demenzerkrankungen (Gerontopsychiatrie, Geriatrie, Demenzpflege- und Betreuung) ist über die Ambulante Assessment- und Triage-Einheit bzw. deren mobile Einheit (Geriatrie-Plus) zu gewährleisten. Der Konsiliar- und Liaisondienst soll an den tatsächlich steigenden Bedarf angepasst werden.

11.8 Demenz und Delir auf den weiteren Akutstationen KSF und KSM

Ist-Situation Demenz und Delir auf den Akutstationen KSF und KSM

Die Versorgung der Patienten und Patientinnen erfolgt unter Beizug des Konsiliar- und Liaisondienstes. Menschen mit schweren demenz- oder delirassozierten Verhaltensproblemen und akuten instabilen somatischen Erkrankungen werden entweder unter möglichst enger konsiliarisch-psychiatrischer Versorgung vor Ort im Kantonsspital oder in manchen Fällen unter enger konsiliarisch-somatischer Betreuung in der Gerontopsychiatrie behandelt. Durch die Vernetzung innerhalb der Spital Thurgau AG bestehen also bereits Ansätze zur internen integrierten Versorgung.

Soll-Zustand Demenz und Delir auf den Akutstationen

Patienten mit akuten und/oder instabilen somatischen Erkrankungen und einer dementiellen oder deliranten Symptomatik mit Verhaltensproblemen als Co-Morbidität sollen systematisch interdisziplinär in den Kantonsspitalern behandelt werden (vgl. Kap 5 und 6 Assessment und Triage). Bei Um- und Neubauten ist das aktuelle Wissen für eine geeignete Gestaltung der Infrastruktur und der Abläufe aufzunehmen (z. B. KSF Horizont).

12 Ambulante und stationäre Angebote im Langzeitbereich

Menschen mit Demenz wollen in aller Regel so lange wie möglich im vertrauten Umfeld leben. Die Ergebnisse des Projektes RightTimePlaceCare⁷ zeigen, dass die Belastung der pflegenden Angehörigen und die Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens in allen Ländern mit Heimeintritt assoziierte Faktoren und insofern bei der Versorgungsplanung für Menschen mit Demenz zu berücksichtigen sind. Nachfolgende Grafik (Abb.11), die das Resultat einer Angehörigenbefragung im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung wiedergibt, erlaubt einen Überblick darüber, wie wichtig einzelne Themen für pflegende Angehörige sind.

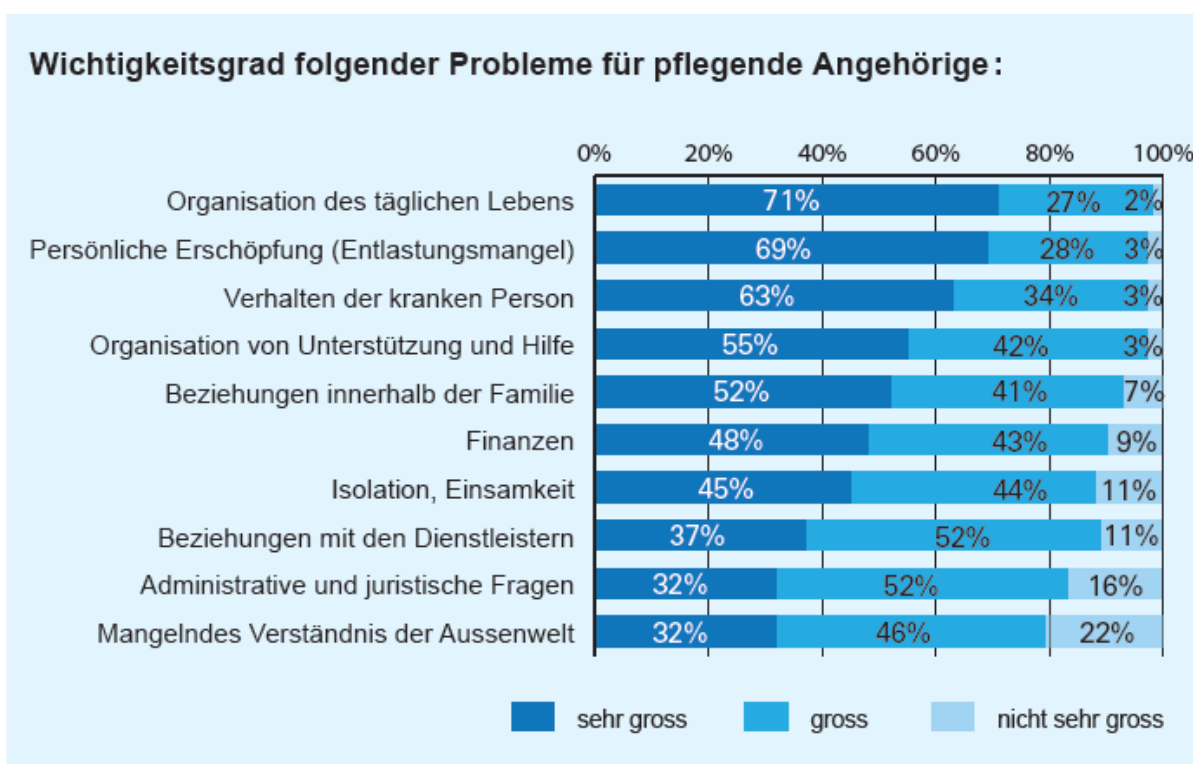


Abbildung 11: Schweizerische Alzheimervereinigung (2013), Angehörigenbefragung

Ziel ist, dass genügend aufeinander abgestimmte Leistungen, Pflege- und Therapieplätze im ambulanten und stationären Langzeitbereich zur Verfügung stehen:

- langfristige Sicherstellung und Förderung der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Grundversorgung;
- Bereitstellung einer ausreichenden Zahl von Entlastungs- und Pflegeplätzen im ambulanten (Tagesheime und Tagesstätten, Entlastungsdienste) und im stationären Langzeitbereich (Pflegeheime, alternative Wohnformen);

⁷ Präsentation Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz in Europa: Ergebnisse des Right-TimePlaceCare Projektes; Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer; Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Anlässlich Demenzkongress St. Gallen 2014.

- Angebot von Aufenthaltsmodellen (Dauer, Teilzeit, Verfügbarkeit, Tag-Nacht), die sich an den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz und ihren betreuenden Personen orientieren.

Die Massnahmen zur Zielerreichung werden nachfolgend mit Ist-Situation und Soll-Zustand umschrieben.

12.1 Angebote der niedergelassenen Ärzte und der Spitex bei Demenz

Ist-Situation der niedergelassenen Ärzte und Spitex bei Demenz

Niedergelassene Ärzte und Spitexorganisationen bieten ihre Dienstleistungen flächendeckend im ganzen Kanton an. Sie decken derzeit knapp den Bedarf einer wohnortnahen medizinischen und pflegerischen Versorgung. Der Ärztemangel ist absehbare Realität, der Mangel an Pflegefachpersonen ist evident. Damit drohen Engpässe in der Betreuung der Menschen mit Demenz.

Soll-Zustand der niedergelassenen Ärzte und Spitex bei Demenz

Für die Aufrechterhaltung der Leistungen im Bereich der Hausarztmedizin braucht es auch in Zukunft Anstrengungen auf verschiedenen Ebenen:

- Fortführung der kantonalen Programme zur ärztlichen Nachwuchsförderung;
- lokale und regionale Initiativen der Gemeinden zur Ansiedelung von Hausärzten und Hausärztinnen;
- Förderung von attraktiven Praxismodellen;
- Erhöhung des ambulanten Taxipunktwerts auf ein national konkurrenzfähiges Niveau.

Ein weiteres Augenmerk gilt der regionalen Spitexentwicklung. Die Kompetenzen in der Behandlung, Betreuung und Pflege sowie in der Beratung von Menschen mit Demenz werden in Fort- und Weiterbildungen geschult und gestärkt (vgl. Kap. 14 Kompetenzen in der Demenzversorgung). Zusätzliche Themen wie Case Management, Fachcoaching für Spitexmitarbeitende müssen dabei miteinbezogen werden. Erfolgsversprechende Projekte in der Nachwuchsförderung sind weiterzuführen bzw. zu lancieren.

Sogenannte Advanced Practice Nurses (APN) sollen zukünftig mit ihren Kompetenzen aktiv die Behandlungs- und Betreuungsprozesse unterstützen. Dazu gehören die Beratung, Begleitung und Befähigung mehrfacherkranker Personen und ihrer Bezugspersonen in den teilweise hochkomplexen Situationen. Auch helfen sie mit, die Therapie zu optimieren und die betroffenen Personen auf der Handlungsebene zu unterstützen. Innerhalb des Pflorgeteams übernehmen APN die fachliche Führung und arbeiten eng mit den Partnern (Ärzten, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Hausarztpraxen, Gruppenpraxen, Apotheken, Entlastungsdiensten usw.) zusammen.

12.2 Entlastungsdienste für pflegende und betreuende Angehörige zu Hause

Ist-Situation Entlastungsdienste

Das SRK und der Entlastungsdienst Thurgau sowie die Alzheimervereinigung bieten Entlastungsdienste für pflegende und betreuende Angehörige im ganzen Kanton Thurgau an. Die Mitarbeitenden des SRK haben mindestens einen SRK-Kurs absolviert, die Freiwilligen des Entlastungsdienstes Thurgau werden intern auf die Aufgabe vorbereitet. Bei der Alzheimervereinigung übernehmen Freiwillige die Entlastungsaufgaben, sie werden durch Mitarbeiter der Alzheimervereinigung rekrutiert sowie für die Aufgabe beraten und geschult. Das Angebot der Entlastungsdienste wird viel zu wenig genutzt. Häufig kommen Anfragen erst, wenn Angehörige an ih-

re Belastungsgrenze gelangen, die Begleitung und Pflege des bzw. der Erkrankten nicht mehr leisten können oder durch Verhaltensprobleme überfordert sind, wodurch häufig ein notfallmässiger Spital- oder Pflegeheimenritt nicht mehr zu vermeiden ist.

Soll-Zustand Entlastungsdienste

Damit eine wirksame Entlastung der pflegenden und betreuenden Angehörigen erfolgen kann, soll der Entlastungsdienst zwei Halbtage pro Woche subventionsberechtigt beansprucht werden können. Die Limite der Mitfinanzierung durch die Gemeinden soll auf 32 Stunden pro Monat erhöht werden. Die subsidiäre Finanzierung der Eigenanteile über die Ergänzungsleistungen muss gewährleistet sein.

12.3 Tagesheime bzw. Tagesstätten

Ist-Situation Tagesheime bzw. Tagesstätten

Tagesheime und Tagesstätten entlasten die pflegenden Angehörigen durch Betreuung der Menschen mit Demenz in Form regelmässiger, wohnortnaher, halb- oder ganztägiger Aufenthalte und definierter Programme. Zu unterscheiden ist zwischen dem einzigen Tagesheim mit maximal sieben Tages- und vier Nachtgästen in Frauenfeld, das von Fachpersonen der Pflege und Betreuung betrieben wird und dem Konzept der Tagesstätte Oase Amriswil und Romanshorn. Diese Tagesstätten mit insgesamt acht Plätzen stehen unter professioneller Leitung einer Pflegefachperson. Die Betreuung der Betroffenen erfolgt im Unterschied zum Tagesheim mehrheitlich durch Freiwillige.

Soll-Zustand Tagesheime bzw. Tagesstätten

Das Angebot an Tagesplätzen muss in Koordination mit den Tages- und Nachtstrukturen in Pflegeheimen ausgebaut werden. Jede Gemeinde mit über 10'000 Einwohnern verfügt über ein Angebot an mindestens fünf Wochentagen. Insgesamt sollten in jedem Bezirk mindestens zwei Orte das entsprechende Angebot bereitstellen.

12.4 Tages- und Nachtstrukturen in Pflegeheimen

Ist-Situation Tages- und Nachtstrukturen in Pflegeheimen

Analog zu den Tagesheimen bzw. Tagesstätten dienen Tages- und Nachtstrukturen in Pflegeheimen der Entlastung der pflegenden Angehörigen. Die Gäste sind in den normalen Ablauf im Heim integriert, jedem Gast steht eine Liegemöglichkeit zum Ausruhen oder selten zur Übernachtung zur Verfügung. Vereinzelt nehmen Heime auch Personen mit fortgeschrittener Demenzerkrankung für einzelne Tage in geschützte Wohngruppen auf.

Soll-Zustand Tages- und Nachtstrukturen in Pflegeheimen

Die Tagesstrukturen in Pflegeheimen sollen ergänzend zu denen in Tagesheimen bzw. Tagesstätten weiter entwickelt werden. Der Bedarf an Nachtstrukturen kann derzeit nicht abgeschätzt werden, so dass die Entwicklung aufmerksam verfolgt werden muss.

12.5 Kurzaufenthalte in Pflegeheimen

Ist-Situation Kurzaufenthalte in Pflegeheimen

In aller Regel nehmen Pflegeheime mit freien Plätzen auch Personen für Kurzaufenthalte, z. B. nach Spitalaustritt und/oder zur Entlastung der Angehörigen, auf. Pflegeheime, die permanent ein Bett für Kurzaufenthalte zur Verfügung stellen, haben dies auf ihrer Homepage vermerkt.

Curaviva Thurgau führt auf ihrer Homepage eine Liste der verfügbaren freien Plätze, so dass die entsprechenden Institutionen direkt kontaktiert werden können.

Soll-Zustand Kurzaufenthalte in Pflegeheimen

Für kurzfristige Entlastungsaufenthalte, z. B. bei Wegfall von Betreuungspersonen, besteht Handlungsbedarf. Ein Lösungsansatz ist in Kap. 11.7 Konsiliar- und Liaisondienst Spitäler skizziert. Der Entlastung über Kurzaufenthalte und eine Regelung für (Pflege-)Notfälle ist bei der Bedarfsplanung im Rahmen der Pflegeheimplanung 2016 Beachtung zu schenken.

12.6 Integrierte Pflege und Betreuung in Pflegeheimen

Ist-Zustand integrierte Pflege und Betreuung in Pflegeheimen

Demenz bzw. der damit verbundene Hilfsbedarf und die demenz-assoziierten Verhaltensauffälligkeiten (Stichwort BPSD) sind mittlerweile einer der Hauptgründe für einen Eintritt in ein Pflegeheim. Rund zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeheimen sind Menschen mit dementiellem Syndrom. Es ist zu erwarten, dass dieser Anteil in Zukunft weiter zunimmt. In Pflegeheimen ohne geschützte Demenz-Wohngruppe werden die betreffenden Bewohnerinnen und Bewohner nach einem integrierten Konzept betreut, was aber auch für Heime mit geschützter Wohngruppe gilt, die einen Teil der an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner in die normalen Pflegeabteilungen integrieren. Eine adäquate Pflegeeinstufung mit den entsprechenden personellen Konsequenzen ist mit den derzeitigen Bedarfsabklärungsinstrumenten allerdings nicht befriedigend möglich.

Soll-Zustand integrierte Pflege und Betreuung in Pflegeheimen

Alle Pflegeheime müssen sich der wachsenden Herausforderung durch Bewohnerinnen und Bewohner mit dementiellem Syndrom stellen. Die Kompetenzen in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz im Langzeitbereich sollen in Fort- und Weiterbildungen geschult und gestärkt werden. Zusätzliche Themen wie Supervision und Fachcoaching für Mitarbeitende müssen dabei mit einbezogen werden.

12.7 Geschützte Wohngruppen in Pflegeheimen

Ist-Zustand geschützte Wohngruppen

Menschen mit Demenz bedürfen in bestimmten Krankheitsphasen spezialisierter Pflege- und Betreuungsangebote, die ihren Bedürfnissen in Bezug auf baulich-architektonische Gegebenheiten, das Pflegeverständnis und die Betreuungskompetenzen gerecht werden (geschützte Wohngruppe). Von den 52 Pflegeheimen im Kanton Thurgau verfügen 17 Heime über eine geschützte Wohngruppe für Menschen mit Demenz, zwei weitere sind derzeit im Bau. Insgesamt sind zuzüglich der 39 im Bau befindlichen Plätze 336 Plätze vorhanden, was 11 % aller auf der Pflegeheimliste aufgeführten Plätze entspricht. In jedem Bezirk sind mindestens zwei Pflegeheime mit geschützten Wohngruppen vorhanden. Die Anforderungen an die Betreuung von Menschen mit Demenz sind den Pflegeheimen in den Weisungen für Pflegeheime im notwendigen Rahmen vorgegeben (Infrastruktur, konzeptionelle Grundlagen, Stellenplan Fachpersonal). Pflegeheime, welche nachgewiesenermassen die höheren Anforderungen erfüllen, können Normkostenzuschläge der Pflegefinanzierung beantragen und nach Zusage geltend machen.

Soll-Zustand geschützte Wohngruppen

Die Verteilung und Anzahl der Demenzplätze entwickelt sich nach dem tatsächlichen Bedarf. Im Rahmen der Pflegeheimplanung 2016 sind die Richtwerte für die Gesamtzahl der Pflegeheim-

plätze zu bestimmen. Als Basis dafür sind die Konsequenzen der aufgeführten Szenarien aufzuzeigen und die jeweils notwendigen Massnahmen zu benennen.⁸ Handlungsbedarf besteht bei der konkreten Umsetzung von Demenzkonzepten in den Pflegeheimen (z. B. Muster-Demenzkonzept Curaviva Thurgau). Die Tagesstrukturen und Aktivitäten müssen den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz entsprechend des Verlaufs ihrer Krankheitsphasen angepasst werden.

12.8 Alternative Wohnformen

Ist-Situation alternative Wohnformen

Derzeit bestehen im Kanton Thurgau keine Angebote für alternative Wohnformen.

Soll-Zustand alternative Wohnformen

In Zukunft werden das Bedürfnis und die Angebote nach alternativen Wohnformen entstehen. Der Kanton und die Gemeinden begrüssen private Initiativen. Für die Finanzierung gelten die gleichen Rahmenbedingungen der Sozialversicherungen (KVG, EL, HE) wie bei den anderen öffentlichen und privaten Angeboten im Langzeitbereich.

12.9 Ärztlicher Liaisondienst in der Langzeitpflege

Ist-Situation Liaisondienst

In den Weisungen die Pflegeheime⁹ betreffend ist verankert, dass jede Institution über eine Vereinbarung mit einem Liaisonpsychiater oder einer Liaisonpsychiaterin oder mit einem Externen Psychiatrischen Dienst verfügt. Die gerontopsychiatrische Versorgung ist gemäss Heimarztvertrag oder einer separaten, schriftlichen Vereinbarung durch eine ausgewiesene Fachstelle oder eine Fachperson sichergestellt. Die Kontaktaufnahme mit dem Spezialisten bzw. der Spezialistin erfolgt mehrheitlich bei akutem Interventionsbedarf.

Der Beizug von Spezialärzten in der ambulanten Versorgung liegt im Zuständigkeitsbereich der Hausärzte und Hausärztinnen.

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen des gerontopsychiatrischen Qualitätszirkels Thurgau Empfehlungen für die Zusammenarbeit zwischen Pflege, Hausärzten und Liaisonpsychiatrie erarbeitet.

Soll-Zustand Liaisondienst Langzeitpflege

Bezüglich des spezialisierten Konsil- und Liaisondienstes in den Pflegeheimen besteht kein formaler Handlungsbedarf. Ein engmaschigerer, regelmässiger Austausch und Supervisionen wären allerdings wünschenswert. Für die Spitexorganisationen soll ein geregelter Zugang zu Demenz-Experten (Gerontopsychiatrie, Demenzpflege- und Betreuung) über die mobilen Einheiten Geriatrie-Plus sowie ATE gewährleistet werden. Wünschenswert wären auch regelmässige gerontopsychiatrische Sprechstunden in den (Gruppen-)Praxen der Hausärzte und Hausärztinnen.

⁸ Zwischenbericht und Obsan Bericht zur Pflegeheimplanung 2016.

⁹ Weisungen des Departementes für Finanzen und Soziales betreffend die Bewilligung und den Betrieb von Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen (Pflegeheime), mit RRB Nr. 486 vom 29. Mai 2012 genehmigt. In Kraft seit 1. Juli 2012.

13 Finanzierung der bedarfsgerechten Leistungen für Menschen mit Demenz

Ziel ist, eine angemessene Finanzierung von bedarfsgerechten Leistungen für Menschen mit Demenz zu gewährleisten:

- Die Finanzierung der niederschweligen Entlastungsangebote und der Angehörigenunterstützung ist geregelt. Unterschiedliche Abgeltungs- resp. Finanzierungsmodelle von Betreuung versus Pflege werden angepasst. Finanzielle Lücken sind zu schliessen.
- Die Betreuung von Menschen mit Demenz soll durch öffentliche Gelder mitfinanziert werden.

13.1 Handlungsrahmen bei der Finanzierung der bedarfsgerechten Leistungen

Die unterschiedlichen finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz und für pflegende Angehörige sind zu prüfen. Die konkreten Regelungen und Zuständigkeiten bezüglich der Finanzierung der Angebote der vorangehenden Kapitel 10.1 bis 12.9 sind im Anhang 9 aufgeführt.

Weiter wurde Handlungsbedarf bei nachfolgenden Spezialthemen geortet.

13.1.1 Finanzielle Unterstützung durch die Hilflosenentschädigung

Ist-Situation der Hilflosenentschädigung bei Demenz

Aufgrund der stark auf die körperlichen Einschränkungen ausgerichteten Bemessung der Hilflosenentschädigung ist die finanzielle Unterstützung bei der Betreuung und Pflege zu Hause nur in untergeordnetem Mass gegeben. Menschen mit Demenz werden damit in der Finanzierung ihrer Behinderung nicht gleich gestellt mit Menschen mit körperlichen Einschränkungen.

Die Wartezeiten für Hilflosenentschädigung sind lange, Betroffene beanspruchen während dieser Zeit unter Umständen notwendige Leistungen nicht, da die Finanzierung nicht gesichert ist.

Die Hilflosenentschädigung ist national geregelt.

Soll-Zustand der Hilflosenentschädigung bei Demenz

Leistungen und entsprechende Antragsformulare sollen an die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz angepasst werden. Eine bessere Abbildung der Demenz bei der Hilflosenentschädigung kann kantonal nicht gelöst werden, es muss Teil des nationalen Teilprojektes 4.1 *Abbildung und angemessene Abgeltung der Leistungen* im Rahmen der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie 2014-2017 und von Vorstössen beim Bundesamt für Sozialversicherungen bzw. im National- und Ständerat sein. Der Entscheid über eine Hilflosenentschädigung soll zu dem krankheitsgerecht und zeitnah erfolgen, in der Regel innert drei Monaten.

13.1.2 Leistungskatalog und Instrumente zur Abbildung des Pflegebedarfes

Ist-Situation Leistungskatalog und Bedarfsabklärungsinstrumente

Die KVG-pflichtigen und damit durch die Krankenversicherung, Kanton und Gemeinden zu finanzierenden Leistungen in der Pflege sind abschliessend in Art. 7a Krankpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) geregelt. Alle darüber hinausgehenden Leistungen gelten als Leistungen der Betreuung und sind von den Betroffenen zu finanzieren. Während die Leistun-

gen der somatischen Pflege und der Pflege von psychisch Erkrankten vermutlich hinlänglich im Leistungskatalog aufgenommen sind, werden die Leistungen bei Demenz (gerontopsychiatrisches Krankheitsbild in Folge von Hirnleistungsstörung) sowohl im Leistungskatalog als auch in der Folge in den aktuellen im Kanton eingesetzten Bedarfsabklärungsinstrumenten (RAI-HC inkl. RAI-Mental Health, RAI-NH, BESA) nur ungenügend abgebildet und damit nur teilweise als KVG-pflichtige Leistungen anerkannt und vergütet.

Soll-Zustand Leistungskatalog und Bedarfsabklärungsinstrumente

Der Leistungskatalog und die Instrumente zur Abbildung des Pflegebedarfs von Menschen mit Demenz müssen überprüft und verbessert werden. Eine bessere Abbildung der Leistungen bei Demenz kann kantonal nicht gelöst werden, sie muss Teil des nationalen Teilprojektes 4.1 *Abbildung und angemessene Abgeltung der Leistungen* und von Vorstössen beim Bundesamt für Sozialversicherungen bzw. im National- und Ständerat sein.

13.1.3 Finanzielle Entschädigung von Hausbesuchen

Ist-Situation finanzielle Entschädigung von Hausbesuchen.

Die ärztliche Leistung ist im Thurgau wie auch in den anderen Ostschweizer Kantonen im schweizweiten Vergleich zu tief tarifiert. Das ist ein wichtiger Standortnachteil des Kantons Thurgau in der Hausarztmedizin. Es droht ein Mangel an niedergelassenen Ärzten; damit besteht die Gefahr der medizinischen Unterbetreuung von Menschen mit Demenz zu Hause bzw. in Pflegeheimen. Zudem sind Hausbesuche innerhalb des Tarifsystems im Vergleich zu anderen grundversorgerischen Leistungen zu tief abgegolten und damit unattraktiv. Menschen mit Demenz sind aber für eine adäquate somatische und psychiatrische Behandlung auf Hausbesuche angewiesen.

Die Pflegeleistungen sind nach den Regeln der Pflegefinanzierung des KVG abgegolten. Die OKP leistet einen Beitrag an die Pflegekosten. Die gesamten Restkosten in der ambulanten Pflege fallen bei den Gemeinden an. Zudem steigen die beanspruchten Pflegestunden aufgrund der bis 2030 stark zunehmenden Bevölkerung mit Bedarf an Alterspflege voraussichtlich weiter deutlich an. Es ist mit jährlichen Zuwachsraten von über 10 % zu rechnen.

Soll-Zustand der finanziellen Entschädigung von Hausbesuchen

Hausbesuche sind im Tarif adäquat zu entschädigen, so dass die laufenden Praxiskosten damit gedeckt sind. Dies könnte bspw. mit der Wiedereinführung einer Besuchsinkonvenienzpauschale erreicht werden. Die Tarifstruktur ist national geregelt, die Verhandlungspartner sind aufgefordert, eine angemessene Abgeltung der Hausbesuche durchzusetzen.

Zudem ist eine Anpassung des Ostschweizer Taxpunktwertes an den nationalen Durchschnitt anzustreben.

Die Pflegefinanzierung ist auf nationaler Ebene geregelt. Einer Standesinitiative des Kantons Thurgau zur Anhebung der OKP-Beiträge hat der Ständerat keine Folge geleistet.

13.1.4 Finanzielle Unterstützung bei der Schulung und Entlastung

Die Arbeitsgruppe fordert den Kanton und die Gemeinden auf, sich angemessen an den Kosten für Schulung und Entlastung von pflegenden Angehörigen zu beteiligen, die Details sind in Kap. 4 Pflegende Angehörige und Freiwilligenarbeit und im Anhang 3 beschrieben.

13.1.5 Finanzielle Unterstützung pflegender und betreuender Angehöriger

Die Pflege- und Betreuungskosten führen bei Menschen mit Demenz und Angehörigen oft zu erheblichen finanziellen Einbussen – sowohl kurzfristig wegen Lohnausfällen wie auch langfristig wegen Lücken in der Altersvorsorge. Die soziale Sicherheit ist in der Schweiz mehrheitlich über die Erwerbsarbeit geregelt. Entsprechend ist zu bedenken, wie das Haushaltsbudget und die Finanzierung bei lang dauernder Pflege und Betreuung gesichert werden können.

Ist-Situation finanzielle Unterstützung pflegender und betreuender Angehöriger

Die finanzielle Situation von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz unterscheidet sich von anderen pflegenden Angehörigen insbesondere durch den hohen Anteil an Betreuungsleistungen, die über das KVG nicht abgedeckt sind. In seltenen Fällen, wo die Mindestanforderungen der Versicherer erfüllt sind, können pflegende Angehörige von der Spitex angestellt werden. Im Normalfall leisten die Angehörigen von Menschen mit Demenz, wie alle pflegenden Angehörigen, ihre Arbeit ohne oder mit einer stark limitierten Mitfinanzierung durch die Sozialversicherungen (EL, HE, Entlastung, siehe Kap. 4 Pflegende Angehörige und Freiwilligenarbeit). Auch wird im Betreuungsverhältnis innerhalb der Familie kein Assistenzbeitrag der IV entrichtet. (Dieser kann für Personen mit HE, die zu Hause leben und das Rentenalter noch nicht erreicht haben, beantragt werden vgl. www.ahv-iv.ch / Assistenzbeitrag). Einbussen der pflegenden Angehörigen bei Rentenleistungen der AHV, ALV, IV, Pensionskasse bzw. Säule 3a, hängen von der zeitlichen Belastung und damit von der Verfügbarkeit für regelmässige, bezahlte Arbeit ab.

Den Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen vergüten die Kantone die Kosten für die Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen. Werden die Pflegeleistungen durch Personen erbracht, die weder im gleichen Haushalt leben noch von einer anerkannten Spitex-Organisation eingesetzt sind, so werden höchstens Fr. 25.00 pro Stunde, insgesamt aber nicht mehr als Fr. 4'800.00 pro Kalenderjahr, vergütet. Werden die Leistungen hingegen durch Familienmitglieder erbracht, werden höchstens die Kosten ihres Erwerbsausfalls bis zum Höchstbetrag vergütet. Zudem werden die Kosten nur vergütet, wenn die betreffenden Familienangehörigen nicht in der Berechnung der Ergänzungsleistungen der bedürftigen Person eingeschlossen sind und wenn sie durch die Pflege und Betreuung eine länger dauernde, wesentliche Erwerbseinbusse erleiden. Findet die Betreuung ausserhalb der Arbeitszeit statt, ohne dass diese eine Erwerbseinbusse zur Folge hätte, wird der Betreuungsaufwand im Rahmen der Zusatzleistungen nicht vergütet.

Soll-Zustand der finanziellen Unterstützung pflegender Angehöriger

Eine finanzielle Unterstützung pflegender Angehöriger über die Sozialversicherungen kann kantonal nicht gelöst werden, es muss Teil des nationalen Teilprojektes 4.1 *Abbildung und angemessene Abgeltung der Leistungen* im Rahmen der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie 2014-2017 und von Vorstössen beim Bundesamt für Sozialversicherungen bzw. im National- und Ständerat sein.

Kurzfristig erfolgsversprechend sind demgegenüber Massnahmen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen. Damit die vorhandenen und im Ausbau befindlichen Angebote die angestrebte Wirkung entfalten können, müssen sie ausreichend genutzt werden. Die Angebote sind daher durch Beiträge der Gemeinden im vorgesehenen Umfang mitzufinanzieren (vgl. Kap. 4 Pflegende Angehörige und Freiwilligenarbeit sowie die Finanzierungstabelle im Anhang 9).

14 Kompetenzen in der Demenzversorgung

Ziel ist, dass Fachpersonen über die in ihrem Berufsfeld erforderliche Handlungskompetenz verfügen. Dies gilt analog in der Angehörigen- und Freiwilligenarbeit.

- In allen Gesundheits- und Sozialberufen existieren spezifische Fort- und Weiterbildungsangebote für Fachpersonen.
- Angehörige und im Bereich der Freiwilligenarbeit engagierte Personen werden in ihrer Handlungskompetenz dem Bedarf entsprechend gestärkt.
- Die Vernetzung von Fachpersonen zum Thema Demenz ist im Kanton gewährleistet und die Rollenverteilung ist geklärt.
- Die bedarfsgerechte und stetige Koordination und Vernetzung von Leistungen in der Grundversorgung ist sichergestellt.

14.1 Modulare Fort- und Weiterbildungsangebote zu Demenz

14.1.1 Fort- und Weiterbildung für Fachpersonen

Ist-Situation Fort- und Weiterbildung für Fachpersonen

Zu Demenz besteht ein breites Fort- und Weiterbildungsangebot der Bildungsanbieter. Ein Überblick und eine Systematik bezüglich Basiskompetenzen und erweiterten Kompetenzen analog zu Palliative Care existiert hingegen nicht.

Es besteht eine grosse Varianz im Ausbildungsstand der Organisationen und Institutionen, die Menschen mit Demenz behandeln und betreuen.

Soll-Zustand Fort- und Weiterbildung für Fachpersonen

Die Ergebnisse des RightTimePlaceCare Projektes zeigen, dass die Interaktion und Kommunikation mit Menschen mit Demenz bzw. pflegenden Angehörigen und zwischen den Leistungsanbietern zu optimieren bleibt: im Zentrum einer „durchlässigen“ Versorgung muss ein familienorientierter Versorgungsansatz stehen:¹⁰

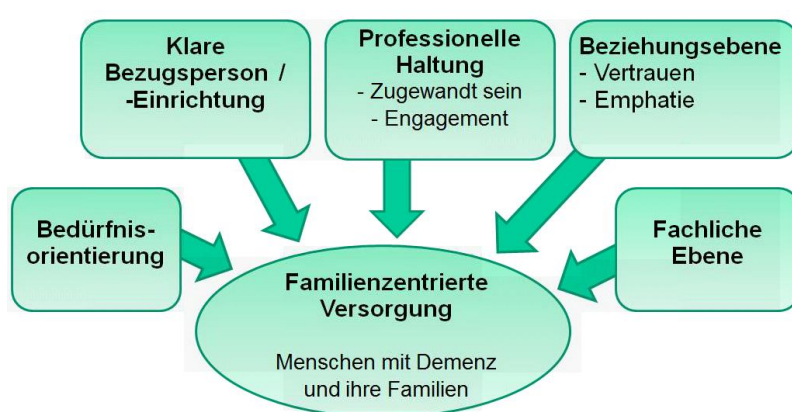


Abbildung 12: Familienorientierter Versorgungsansatz

¹⁰ vgl. Fussnote 7, Kap. 12.

Dem Aspekt der Kommunikation mit Menschen mit Demenz wie auch zwischen den Fachpersonen und Fachrichtungen ist als Schwerpunkt in der Fort- und Weiterbildung die nötige Beachtung zu schenken.

Im Handlungsfeld Demenz gelten für die Fort- und Weiterbildung die analogen Überlegungen und Anforderungen wie sie für geriatrische Fachkompetenz (vgl. Kap. 8.4) ausgeführt sind.

Wie in der Nationalen Demenzstrategie unter Ziel 7, Projekt 7.1. beschrieben, sollen demenzspezifische Aus-, Weiter- und Fortbildungen ausgebaut werden. Der Verein der Swiss Memory Clinics ist mit der Projektplanung befasst. Die Memory Clinic Münsterlingen ist Mitglied des Vereins und kann sich mit seinen Experten für Fort- und Weiterbildungen zur Verfügung stellen. Experten aus anderen Kontexten werden bei Bedarf hinzugezogen.

14.1.2 Aus- und Fortbildung für Angehörige und Freiwillige

Die spezifische Schulung von Angehörigen und nahen Bezugspersonen ist in Kap. 4 Pflegende Angehörige und Freiwilligenarbeit ausgeführt. Für die Aus- und Fortbildung von Freiwilligen im Bereich Demenz gelten die Grundsätze der Freiwilligenarbeit gemäss Kap 4.9 und 8.2 analog.

14.2 Koordination und Vernetzung

Die Koordination und Vernetzung unter den Fachpersonen kann gefördert werden über persönliche Kontakte, die Nutzung gemeinsamer Assessment-Instrumente, das Internet (Guidelines), den interprofessionellen Austausch, Fallbesprechungen, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, Telefonate und Berichte an Hausärzte und Hausärztinnen sowie die Spitex, übergreifend geltende Konzepte, Qualitätszirkel etc.

Lokale und regionale Netzwerke sind aus den in Kap. 4.10 Pflegende Angehörige und Freiwilligenarbeit, genannten Gründen zu fördern. Die Beteiligten sollen als selbständig und eigenverantwortlich Handelnde die für sie und die jeweilige Situation sinnvolle und hilfreiche Zusammenarbeitsform suchen.

14.2.1 Institutionalisierte Austauschgefässe

Ist-Situation institutionalisierte Austauschgefässe

Neben den herkömmlichen Plattformen für den fachlichen Austausch bestehen folgende demenzspezifischen Vernetzungsforen:

- Ostschweizer Qualitätszirkel Demenz mit Vernetzung der Memory-Kliniken;
- Gerontopsychiatrischer Qualitätszirkel für Pflegeheime unter Beteiligung betreuender Ärzte;
- Netzwerk Psychiatrie und Spitex.

Soll-Zustand institutionalisierte Austauschgefässe

Der interdisziplinäre gerontopsychiatrische Qualitätszirkel zum fachlichen Erfahrungsaustausch ist bekannt und wird genutzt, gefördert und weiterentwickelt (Gerontopsychiater, Grundversorger, Pflege).

Ergänzend zur Ist-Situation sind regelmässige regionale Treffen zwischen Spitexorganisationen und Hausärzten bzw. -ärztinnen im Rahmen von Qualitätszirkeln zu planen.

15 Prävention im Bereich Demenzerkrankungen

Ziel ist, dass die bekannten Möglichkeiten von präventiven Massnahmen gezielt genutzt werden:

- Das Wissen um die Möglichkeiten der primären, sekundären und tertiären Prävention ist in der Bevölkerung und bei Professionellen ausreichend vorhanden.

Nachdem die vielfältigen Forschungsbemühungen um eine kurative Therapie - Stichwort Immuntherapie - im Wesentlichen nur zu ernüchternden Ergebnissen geführt haben, konzentriert sich ein Teil der Forschung seit einigen Jahren mit zunehmender Bedeutung auf präventive Behandlungsansätze, das heisst der Identifikation von protektiven Faktoren wie auch von Risikofaktoren, die Einfluss auf das Auftreten und den Verlauf einer Demenzerkrankung nehmen können.

Prävention wird unterschieden in Primärprävention, die alle diagnostischen und therapeutischen Massnahmen einschliesst, die zu einer Verringerung der Neuerkrankungsrate (Inzidenz) führt, während die Sekundärprävention die frühzeitige Erfassung sowie die Verhinderung des weiteren Voranschreitens der Erkrankung zum Ziel hat. Schliesslich strebt die Tertiärprävention vornehmlich die Verbesserung der Lebensqualität und ebenso die Vermeidung der weiteren Krankheitsprogression an.

Als Besonderheit im Bereich der Demenzerkrankungen ist das Konzept des Mild cognitive impairment (MCI) zu erwähnen. Hierbei handelt es sich um Betroffene, die subjektiv unter kognitiven Beeinträchtigungen leiden, welche sich als neuropsychologische Defizite in verschiedenen Domänen objektivieren lassen, ohne dass diese, im Unterschied zur eigentlichen Demenzerkrankung, zu krankheitsassoziierten, alltagsrelevanten Funktionsausfällen führen. Neuere Studien machen deutlich, dass das MCI nicht nur eine Vorstufe der Alzheimer Krankheit, sondern auch von anderen Demenzformen sein kann.

Im Alltag ebenso wichtig wie die Differenzierung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention erscheint die Unterscheidung in modifizierbare und nicht-modifizierbare Risikofaktoren. Der wichtigste nicht-modifizierbare Risikofaktor für die am häufigsten auftretende Spätform der Alzheimer Krankheit ist das Alter sowie das Geschlecht (Frauen sind häufiger betroffen als Männer) und eine positive Familienanamnese, wobei letztere aber weniger stark die Inzidenz und die Prävalenz beeinflussen. Mehr als 90 % der späten Alzheimer-Fälle treten sporadisch auf.

Im Bereich der modifizierbaren Risikofaktoren stehen vor allem die sogenannten vaskulären Risikofaktoren im Mittelpunkt, die im Wesentlichen von den Herz-Kreislaufkrankungen (kardiovaskuläre Erkrankungen) bekannt sind. Im Einzelnen sind das der Bluthochdruck (arterielle Hypertonie), der vor allem mit dem späteren Auftreten der Alzheimer Krankheit assoziiert sein soll, der Diabetes mellitus, die Fettstoffwechselstörung (Hyperlipoproteinämie) und das Übergewicht (Adipositas), schliesslich auch das Rauchen. Als eigenständiger Risikofaktor wurde zudem das Vorhofflimmern identifiziert, so wie auch eine positive Schlaganfallanamnese die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Alzheimer-Krankheit um ein Mehrfaches erhöhen kann. Wichtig ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass die sogenannten "Life-style Faktoren" sowohl im Bereich der Primär- als auch der Sekundärprävention, also der Krankheitsentstehung wie auch ihres weiteren Verlaufs, in relevanter Weise durch medizinisch-therapeutische Massnahmen, wie zum Beispiel einer antihypertensiven Therapie oder der oralen Antikoagulation,

wie auch durch Verhaltensanpassung, z. B. durch vermehrte körperliche Aktivität oder Ernährungsumstellung (unter dem Stichwort der “mediterranen Kost”), beeinflusst werden können.

Andere pharmakologische Interventionen, wie die Einnahme von Nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAID, antiinflammatorische Strategie) oder die Hormonersatztherapie bei postmenopausalen Frauen zur Sekundärprävention haben in Studien zwar moderate Effekte zeigen können, weisen insgesamt aber kein eindeutiges Nutzen-Risiko-Profil auf. Dagegen scheint ein aktiver Lebensstil mit regelmässiger körperlicher Aktivität und Freizeitgestaltung, möglichst mit Pflege von Sozialkontakten (z. B. “Walking in Gruppe”), von grösserer Bedeutung zu sein, um das Risiko für eine Demenz zu minimieren. Hinter dem Stichwort der “kognitiven Reserve”, wie sie zunächst von Katzman¹¹ als Konzept vorgestellt wurde, verbirgt sich die Erkenntnis, dass sich ein hohes Bildungsniveau bezüglich einer Demenzerkrankung protektiv auswirken kann. Tatsächlich konnte dieser Zusammenhang in diversen Studien bestätigt werden. Sich also auch “geistig aktiv” zu verhalten, sollte heutzutage Teil der allgemeinen Empfehlungen sein, wobei bei bereits Demenz-Erkrankten ebenso darauf geachtet werden sollte, dass sie sich nicht überfordern (Stichwort “Gehirnjogging”), weil die ständige Konfrontation mit den eigenen Defiziten einen relevanten Stressor darstellt, der sich sowohl auf Kognition als auch Stimmungslage negativ auswirken kann.

Zusammenfassend gilt, was für das Herz und die Gefässe gut ist, kann auch in der Prävention von Demenz empfohlen werden. Die fünf wichtigsten Massnahmen sind auch in der Broschüre „Demenz vorbeugen“¹² der Alzheimervereinigung ausgeführt.

¹¹ Katzman R. Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology*. 1993;43:13–20.

¹² www.alz.ch/Demenzerkrankungen/Risiko reduzieren.

Teil D

Finanzierung

16 Verantwortlichkeiten und etappierte Umsetzung

16.1 Voraussetzungen für die Umsetzung

Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des Geriatrie- und Demenzkonzeptes ist eine breite, parteipolitisch übergeordnete Unterstützung innerhalb des Kantons. Die Genehmigung der einzelnen Massnahmen ist eine Grundvoraussetzung für die Umsetzung vor Ort. Idealerweise erhält eine interdisziplinär zusammengesetzte Umsetzungsgruppe Geriatrie- und Demenzkonzept Kanton Thurgau ein Mandat für das begleitende Monitoring der Umsetzung.

16.2 Zuständigkeiten und Etappierung

Das Geriatrie- und Demenzkonzept betrifft fast alle Bereiche des Gesundheitswesens, entsprechend vielfältig sind die Adressaten. Die Massnahmen können wie folgt gruppiert werden:

- Permanente Aufgaben, die im Rahmen der bereits geregelten Finanzierung z. B. in Bezug auf die spezifischen Fachkompetenzen, die Koordination und Vernetzung weiterentwickelt werden sollen (z. B. Massnahmen der Wertschätzung und Teilhabe oder der Erhaltung von Autonomie und Selbständigkeit).
- Handlungsfelder, in denen sinnvolle Angebote bestehen. Diese sind jedoch regional, fachlich oder in der Kapazität stark eingeschränkt und müssen ausgebaut werden, um den gesellschaftlichen und demografischen Entwicklungen gerecht zu werden (z. B. aufsuchende Demenzberatung, niederschwellige erste Anlaufstellen). Der Ausbau bedingt in vielen Gemeinden bzw. Regionen ein stärkeres Engagement und zusätzliche finanzielle Mittel der öffentlichen Hand (Gemeinden bzw. Kanton oder im Verbund).
- Angebote, die im Kanton Thurgau in Ergänzung zu den bestehenden Ansätzen neu aufzubauen sind (z. B. strukturelle Einheiten der Akutgeriatrie mit ambulanter Assessment- und Triage-Einheit, Geriatrie-Plus). Die Leistungsaufträge an die Organisationen und Institutionen sind zu erweitern. Aufgrund des notwendigen Ressourcen- und Finanzbedarfs sind sie in der Umsetzung zu etappieren.

In Anhang 10 sind alle Massnahmen zusammengestellt und bezüglich Verantwortlichkeiten (Kanton, politischen Gemeinden, Leistungserbringer/Private/NGO), inhaltlicher Prioritätensetzung (Entwicklung fordern oder fördern) sowie zeitlicher Priorisierung gekennzeichnet.

17 Kostenabschätzung

Die Kostenabschätzung ist in der Reihenfolge der Handlungsfelder bzw. Kapitel gegliedert. Es werden nur diejenigen Felder erörtert, welche in der Finanzierungsverantwortung des Kantons liegen und zusätzliche Mittel über die bereits geregelte Finanzierung hinaus beanspruchen.

17.1 Finanzierung im Handlungsfeld Autonomie und Selbständigkeit

Die Mehrheit der Massnahmen liegt bezüglich Umsetzungs- und Finanzierungsverantwortung bei den Leistungserbringern, Privaten bzw. nichtstaatlichen Organisationen (NGO) und den Gemeinden. Für die Durchführung des Projektes VIA-Gesundheitsförderung im Alter sind Projektmittel im Umfang von Fr. 300'000.-- zurückgestellt. Die technischen Grundlagen der insgesamt sechs interkantonal erarbeiteten Best-practice Module stehen zur Verfügung. Konkrete

Programme zur Gesundheitsförderung im Alter sind aufgrund der Resultate des Projektes zu quantifizieren. Die Umsetzungsverantwortung für die Programme liegt ebenfalls bei den vorgeannten Verantwortlichen.

17.2 Startfinanzierung Handlungsfeld pflegende Angehörige und Freiwilligenarbeit

Für die Finanzierung der Aufgaben im Handlungsfeld pflegende Angehörige und Freiwilligenarbeit kommen unterschiedliche Rechtsgrundlagen zur Anwendung. Für verschiedenste Massnahmen gibt es abgesehen von einer gesellschaftlich-moralischen Verantwortung keine zwingende Mitfinanzierungspflicht.

Mit RRB Nr. 49 vom 13. Januar 2015 hat der Regierungsrat eine Startfinanzierung gesichert. Gemäss Beschluss sind die verbleibenden Mittel aus dem Projekt Palliative Care im Betrag von rund Fr. 960'000.-- für die Umsetzung von Massnahmen für pflegende Angehörige und zur Sensibilisierung betreffend die Umsetzung des Geriatrie- und Demenzkonzepts zu verwenden.

Die Mittel sollen dabei nicht zur Finanzierung permanenter Aufgaben wie Entlastungsdienste, Spitex oder Geschäftsstellen verwendet werden.

– Startfinanzierung Handlungsfeld pflegende Angehörige **Fr. 960'000.--**

17.3 Kostenschätzung Akutgeriatrie, Assesement- und Triage-Einheit, Geriatrie-Plus

Der Aufbau und Betrieb von strukturellen Einheiten der Akutgeriatrie, einer integrierten Assesment- und Triage-Einheit sowie der aufsuchenden Equipe Geriatrie-Plus bedingen Zusatzfinanzierungen als gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss § 39 TG KVG (RB 832.1). Die Finanzierungen nach den Regeln der Spitalfinanzierung über SwissDRG und der ambulanten Leistungstarifizierung (TARMED und weitere Tarifverträge) sind nicht kostendeckend.

Für den initialen Aufbau einer solchen Station sind für Aus- und Weiterbildung und die minimal notwendige Öffentlichkeitsarbeit rund Fr. 380'000.-- pro Akutspital notwendig, damit dieses neue Angebot effektiv und sicher gestartet werden kann.

Die notwendige Personaldotation, zusätzlich zum ordentlichen Betrieb einer Station, bzw. die Dotation zum Betrieb der ambulanten Strukturen ist in Anhang 6 Definition und Anforderungen Akutgeriatrie dargestellt. Gemäss Kostenrechnung der Spital Thurgau AG resultieren daraus zusammengefasst folgende ungedeckten Kosten:

Stationäre Akutgeriatrie

Die Mehrkosten zum Normalbetrieb belaufen sich je Abteilung von 14-16 Betten auf:

- Zusatzpersonal, jährlich wiederkehrend:
 - 0.5 VZÄ Leitender Arzt / Oberarzt bzw. Ärztinnen mit Facharzt Allgemeine Innere Medizin (FA AIM) mit Schwerpunkt Geriatrie
 - 0.5 VZÄ Oberarzt bzw. -ärztin Psychiatrie oder FA AIM mit Schwerpunkt Geriatrie
 - VZÄ Assistenzarzt bzw. -ärztin
 - 5.0 VZÄ Advanced Practice Nurse (APN) / Tertiärstufe Pflege HF
 - 0.5 VZÄ Sozialdienst
 - 1 VZÄ Therapie (Ergo-, Physio-, Logo-, Psychotherapie)
- Total **7.5 VZÄ** entsprechend Zusatzkosten von **Fr. 967'000.--**
- Initialer Aufbau, einmalige Kosten
 - davon Aus- und Weiterbildungskosten (Fr. 300'000.--) **Fr. 380'000.--**

In der Abgeltung über SwissDRG existieren für geriatrische Leistungen keine Zusatzentgelte. Der Prozeduren-Code aus dem Bereich Demenz/Geriatrie hat in bestimmten Fällen eine Zuordnung in einen höher gewichteten DRG zur Folge. Eine Abschätzung der zu erwartenden Mehrerträge aus solchen Prozeduren-Codes ist derzeit nur ungenau möglich. Aufgrund der Erfahrungen aus der Palliative-Komplexpauschale darf nicht davon ausgegangen werden, dass sich mehr als 10 bis 20% der Fälle für eine höhere Entschädigung qualifizieren. Die Mehrerträge aus der Komplexbehandlung könnten die Zusatzkosten reduzieren, welche als gemeinwirtschaftliche Leistungen ausschliesslich beim Kanton anfallen.

Sofern ausserkantonale Kliniken keine gemeinwirtschaftlichen Kosten geltend machen und gleich tiefe Baserates wie die Spital Thurgau AG ausweisen, ist damit aus rein finanzieller Sicht die Variante einer akutgeriatrischen Abteilung im Kanton Thurgau um oben genannten Betrag teurer als eine Vergabe des Leistungsauftrages an ausserkantonale Kliniken wie z. B. die geriatrische Klinik St. Gallen oder das Stadtspital Waid.

Ambulante Assessment- und Triage-Einheit

- Stellenschlüssel pro Einheit, Tagbetrieb Montag bis Freitag :
 - 0.5 VZÄ Leitender Arzt / Oberarzt bzw. Ärztinnen mit Facharzt Allgemeine Innere Medizin (FA AIM) mit Schwerpunkt Geriatrie
 - 0.5 VZÄ Oberarzt bzw. -ärztin Psychiatrie oder FA AIM mit Schwerpunkt Geriatrie
 - 0.5 VZÄ Assistenzarzt bzw. -ärztin
 - 1.5 VZÄ Advanced Practice Nurse (APN) / Tertiärstufe Pflege HF
 - 1.0 VZÄ Medizinische Praxisassistentin (MPA)
 - 0.5 VZÄ Sozialdienst
 - 1.0 VZÄ Sekretariat
 - 1.0 VZÄ Therapie (Ergo-, Physio-, Logo-, Psychotherapie)
- | | |
|--|-----------------------|
| Total 6.5 VZÄ, zuzüglich Sachkosten und Umlagen in Summe | Fr. 1'105'000.-- |
| Erlös aus verrechneten TARMED-Leistungen | Fr. 475'000.-- |
| verbleibende ungedeckte gemeinwirtschaftliche Kosten | Fr. 630'000.-- |

Ambulante Assessment- und Triage-Einheit kombiniert mit Geriatrie-Plus

- Stellenschlüssel pro Einheit (ATE und Geriatrie-Plus, Erreichbarkeit analog Palliative Plus an 7 Tagen 24 Std. rund um die Uhr):
 - 1.0 VZÄ Leitender Arzt / Oberarzt bzw. Ärztinnen mit Facharzt Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie
 - 1.0 VZÄ Oberarzt bzw. -ärztin Psychiatrie oder FA AIM mit Schwerpunkt Geriatrie
 - 0.8 VZÄ Assistenzarzt bzw. -ärztin
 - 3.0 VZÄ Advanced Practice Nurse (APN) / Tertiärstufe Pflege HF
 - 1.0 VZÄ Medizinische Praxisassistentin (MPA)
 - 0.8 VZÄ Sozialdienst
 - 1.0 VZÄ Sekretariat
 - 1.0 VZÄ Therapie (Ergo-, Physio-, Logo-, Psychotherapie)
- | | |
|--|-----------------------|
| Total 9.6 VZÄ, zuzüglich Sachkosten und Umlagen in Summe | Fr. 1'535'000.-- |
| Erlös aus verrechneten TARMED-Leistungen | Fr. 575'000.-- |
| verbleibende ungedeckte gemeinwirtschaftliche Kosten | Fr. 960'000.-- |

Aufgrund der hohen Interdisziplinarität und der Mitarbeit von im TARMED nicht entschädigten Personalgruppen sowie der anspruchsvollen Infrastruktur ergibt sich in der ambulanten Triage-Einheit ein Kostendeckungsgrad von lediglich 43 % bzw. 37 % aus der OKP. Insbesondere

werden aufsuchende Leistungen im TARMED nur schlecht abgegolten bzw. von den Versicherten immer wieder bestritten. Zudem werden voraussichtlich Telefonberatung, wie auch der Vor-Ort-Support, welche der Unterstützung von Angehörigen, Behörden, Spitex, niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen dienen, nicht verrechenbar sein.

Summarische Beurteilung Akutgeriatrie und ambulante spitalgebundene Angebote

Akutgeriatrische Leistungen können als interprofessionelles Angebot aus heutiger Sicht weder stationär noch zukünftig ambulant über die ordentlichen Finanzierungsregeln kostendeckend erbracht werden. Die Angebote dienen jedoch massgeblich der besseren Qualität der interprofessionellen Betreuung und Behandlung von geriatrischen Patienten und Patientinnen sowie von Menschen mit Demenz. Diese Kompetenzen werden sich auch auf andere Akutstationen und Leistungserbringer entlastend auswirken und so die kantonale Gesamtbilanz positiv beeinflussen. Kernelemente sind die richtige Triage, das eingespielte interdisziplinäre Team, höchste Fachkompetenz und kompetente Austrittsplanung im Zusammenspiel zwischen den Berufsgruppen, den Sozialdiensten, der Überleitung an die Spitex sowie die Betreuung und Schulung der pflegenden und betreuenden Angehörigen.

17.4 Finanzierung Fachkompetenz Geriatrie und Demenz

Grundsätzlich obliegt die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung den Fachpersonen und Betrieben. Aus der Umsetzung der Palliative Care im Vergleich zu anderen Kantonen ist bekannt, dass eine Anschubfinanzierung einen koordinierten, rascheren, flächendeckenderen und damit nachhaltigeren Wissenstransfer im ganzen Kanton bewirkt. Die Spital Thurgau AG veranschlagt die initialen Aus- und Weiterbildungskosten auf 300'000.-.

Eine Anschubfinanzierung für die wohnortnahen Leistungserbringer zumindest in der Hälfte des für Palliative Care effektiv eingesetzten Betrages für die beiden stark verknüpften Kompetenzbereiche Geriatrie und Demenz verteilt über drei bis vier Jahre wäre äusserst wünschenswert.

- Anschubfinanzierung Fachkompetenz Geriatrie und Demenz **Fr. 960'000.--**
(Eigenleistung der Leistungserbringer in der gleichen Grössenordnung ist vorausgesetzt).

17.5 Kostenabschätzung Umsetzung Demenzkonzept

Die Vielfalt der bestehenden und notwendigen Angebote und Massnahmen im Bereich Demenz ist besonders gross. Es handelt sich fast ausschliesslich um einen Ausbau bereits ansatzweise vorhandener oder regional begrenzter Angebote. Die aktuelle Finanzierungsregelung und der Soll-Zustand sind im Detail im Anhang 9 ausgeführt. Die durch den Kanton zu ergänzenden Leistungsaufträge sind:

- Leistungsauftrag an die Alzheimervereinigung Thurgau zur
Ausbau Information und Beratung **Fr. 90'000.--**
- Aufsuchende Demenzberatung für alle fünf Bezirke, angegliedert KSM/KSF **Fr. 300'000.--**
- Ausbau Alterstagesklinik gemäss Psychiatrieplanung bereits in Budget und
Finanzplan enthalten, verbleibende ungedeckte gemeinwirtschaftliche Kosten **Fr. 350'000.--**
- Anlauf- und Koordinationsstelle für Pflegeheimplätze bei Ausfall von
Betreuungspersonen **keine Angaben**
- Kurzaufenthalte, Notfallplätze in Pflegeheimen
(Kostenschätzung erfolgt im Rahmen der Pflegeheimplanung) **keine Angaben**

17.6 Übersicht Kosten / Finanzierung Geriatrie- und Demenzkonzept

Die Mehrkosten zu bestehenden Finanzierungsregelungen aus der Umsetzung des Geriatrie- und Demenzkonzeptes Thurgau lassen sich zusammenfassend wie folgt abschätzen und den verschiedenen Trägern der Finanzierung zuordnen:

Kostenposition	Einmalige Aufbaukosten	Jährlich wiederkehrende Kosten ¹⁾	Zu finanzieren durch						
			Kanton		Gemeinden		Leistungserbringer, Dritte / Versicherungen		
			einmalig	wiederkehrend	einmalig	wiederkehrend	einmalig	wiederkehrend	
VIA - Projekt - Programme	300'000 k.A.		300'000			k.A.	k.A.		
Pflegende Angehörige - Startfinanzierung - Daueraufgaben	960'000 k.A.		960'000				k.A.		
Akutgeriatrie KSM²⁾	380'000	967'000	380'000	967'000					
Akutgeriatrie KSF²⁾		967'000		967'000					
Assessment- und Triage-Einheit		1'105'000	-	630'000					475'000
Assessment- und Triage-Einheit mit Geriatrie-Plus		1'535'000		960'000					575'000
Fachkompetenz Geriatrie und Demenz³⁾	1,9 Mio.		960'000				960'000		
Ausbau Information Alzheimervereinigung		90'000		90'000					
Aufsuchende Demenzberatung	50'000	400'000	50'000	300'000					100'000
Ausbau Alterstagesklinik⁴⁾		700'000		350'000					350'000
Koordination Ausfall Betreuungspersonen		k.A.		k.A.			k.A.		
Kurzaufenthalte, Notfallplätze in Heimen		k.A.		hälftig			hälftig		
Total	3,6 Mio.	4,9 Mio.	2,7 Mio.	4,3 Mio.	k.A.	k.A.	1 Mio.	1,5 Mio.	

Tabelle 2: Zusammenstellung der zusätzlichen gemeinwirtschaftlichen Beiträge

kursiv: Bereits bewilligte und in Rückstellungen bzw. Budget und Finanzplan enthaltene Beiträge.

k.A.: keine Angaben, qualifizierte Kostenabschätzung im Rahmen des Projektes nicht möglich.

¹⁾ Kostenbasis 2015, Personalkostensteigerungen und Wachstum nicht eingerechnet.

²⁾ Kostenfolge gemeinwirtschaftliche Leistungen je Abteilung von 14-16 Betten.

³⁾ Hausärzte, -ärztinnen, Spitex, Pflegeheime: Annahme 50 % der Beiträge in der Palliative Care.

⁴⁾ gemäss Versorgungs- und Strukturbericht zur Spitalplanung 2012, Psychiatrie.

⁵⁾ im Rahmen der Pflegeheimplanung zu quantifizieren.

Anhang zum Bericht zum Geriatric- und Demenzkonzept Kanton Thurgau

Stand 30. Juli 2015

Projektbeteiligte

Projektauftraggeber:

Kanton Thurgau, vertreten durch den Departementschef DFS, Regierungsrat Jakob Stark (ab 1. Juni 2014) und Regierungsrat Bernhard Koch (bis 31. Mai 2014).

Projektauftragnehmer:

Amt für Gesundheit

Projektleitung:

Dr. sc. nat. Susanna Schuppisser*, Stv. Chefin Amt für Gesundheit (Projektleiterin)

Projektgruppe und/oder Teilprojekte:

Amt für Gesundheit:

- Dr. med. Olivier Kappeler*, Amtschef / Kantonsarzt (Präsident)
- Dr. med. Agnes Burkhalter*, Stv. Kantonsärztin
- Lisbeth Soppelsa*, Ressortleiterin Aufsicht und Alter
- Ursula Leu*, Fachexpertin Aufsicht und Alter
- Karin Mathys*, Projektsekretariat

Spitäler und Kliniken der Akutsomatik und Gerontopsychiatrie

- Dr. sc. techn. Marc Kohler*, Spital Thurgau AG, CEO
- Ärztliche Vertretungen der Spital Thurgau AG:
 - Prof. Dr. med. Martin Krause*, Kantonsspital Münsterlingen, Chefarzt Medizinische Klinik
 - Prof. Dr. med. Ralph Zettl*, Kantonsspital Frauenfeld, Chefarzt Orthopädie
 - PD Dr. med. Bernd Ibach*, Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Leitender Arzt des Bereichs Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie (bis 30. September 2015)
 - Dr. med. Jaques-Emmanuel Schaefer*, Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Oberarzt mbF Alterspsychiatrie
- Vertretungen Pflege Spital Thurgau AG:
 - Agnes König*, Kantonsspital Münsterlingen, Pflegedirektorin
 - Doris Rathgeb*, Kantonsspital Frauenfeld, Pflegedirektorin
- Vertretung Sozialdienste Spital Thurgau AG:
 - Lisbeth Brücker*, Kantonsspital Münsterlingen, Leitung Sozialdienst
 - Veronika Akeret Hediger, Kantonsspital Frauenfeld, Leiterin Sozialdienst

Kliniken der Rehabilitation

- Vertretung Klinik Schloss Mammern
 - Dr. med. Ruth Fleisch*, Chefärztin
- Vertretung Klinik St. Katharinental
 - Dr. med. Adrian Forster*, Klinikdirektor / Ärztlicher Direktor
 - Ulrike Beckmann*, Pflegedirektorin
- Vertretung Perlavita Berlingen
 - Anselm Töngi*, Direktor
 - Dr. med. Ernst Graf, Ärztlicher Direktor (bis 30. Juni 2015)
- Vertretung Kneipp-hof Dussnang AG:
 - Sylvana Gläser*, Bereichsleitung Pflege (in der Projektgruppe ab Januar 2015)

Ambulante Grundversorgung und Langzeitbetreuung

- Vertretung Ärztesgesellschaft und Grundversorger Kanton Thurgau:
 - Dr. med. Alex Steinacher*, Delegierter der Ärztesgesellschaft Thurgau, Ärztezentrum Müllheim, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 - Dr. med. Christine Luginbühl, Praxis für Allgemeine Medizin, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin
 - Dr. med. Michael Siegenthaler, Schlossberg Ärztezentrum AG, FMH Innere Medizin
- Vertretung Therapeutinnen und Therapeuten
 - Arnon Berney*, Verband physio Schaffhausen-Thurgau / Stv. Leiter Abteilung Physiotherapie Klinik Zihlschlacht
- Vertretung Curaviva Thurgau und Pflegeheime
 - Julia Käppeler*, Curaviva Thurgau, Geschäftsleiterin
 - Marlene Schadegg, Vorstand Curaviva Thurgau / Sonnhalden, Regionales Pflegeheim Arbon, Heimleiterin
 - Stefan Wohnlich, Vorstand Curaviva Thurgau / Neuhaus Wohn- und Pflegezentrum, Heimleiter
- Vertretung Spitex Verband Thurgau
 - Christa Lanzicher*, Spitex Verband Thurgau, Geschäftsführerin

Ambulante intensivierete, spezialisierte Versorgung

- Memory Clinic
 - Heidi Schänzle-Geiger, Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Therapeutische Leitung / Schweizerische Alzheimervereinigung Thurgau, Vizepräsidentin
- Alterstagesklinik
 - Claudia Brüllhardt-Beerli, Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Stationsleitung Pflege / Schweizerische Alzheimervereinigung Thurgau

- Aufsuchende Demenzberatung
 - Iris Perle, Externer Psychiatrischer Dienst Weinfelden / Schweizerische Alzheimer Vereinigung Thurgau

Angehörigen- und formale Freiwilligenarbeit

- Agnes Hunziker-Specker, Schweizerische Alzheimervereinigung Thurgau, Geschäftsstellenleiterin
- Margrit Keller, BENEVOL Thurgau, Geschäftsführerin
- Christian Griess, Pro Senectute Thurgau, Bereichsleiter Gemeinwesen
- Rita Leuch, Schweizerisches Rotes Kreuz Kanton Thurgau, Entlastungsdienst und Kinderbetreuung
- Brigitta Stahel, Hospizdienst Thurgau, Stv. Leiterin Koordinationsstelle Hospizdienst, Schulung, Öffentlichkeitsarbeit

Externe Experten

- Markus Aeschlimann, Evangelische Landeskirche des Kantons Thurgau, Seelsorger
- Dr. med. Ernst Graf*, Praxis Dr. med. Ernst Graf, spez. Geriater (ab 1. Juli 2015)
- Dr. med. Daniel Grob*, Stadtspital Waid, Chefarzt Klinik für Akutgeriatrie
- PD Dr. med. Thomas Münzer*, Geriatriische Klinik St. Gallen AG, Chefarzt
- Gabriela Bischofberger*, Geriatriische Klinik St. Gallen AG, Pflegedienstleitung

Externe Expertenbefragung

- Dr. med. Birgit Traichel, Kantonsspital Münsterlingen, Leitende Ärztin Palliativmedizin
- Petra Nef, Kantonsspital Münsterlingen, Leiterin Palliative Plus
- Regula Lüthi*, Psychiatrische Dienste Thurgau, Pflegedirektorin (bis 31. Oktober 2014)

Visitationen

- Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Zürich, unter Leitung von Dr. med. Daniel Grob
- Pflegezentren der Stadt Zürich, Dr. Gaby Bieri, Chefärztin Geriatriischer Dienst der Stadt Zürich, ärztliche Direktorin PZZ

* Projektgruppe, zusätzlich in ein bis mehreren Teilprojekten vertreten

Definition Geriatrie

Die Geriatrie ist die zuständige medizinische Fachdisziplin und wird von der schweizerischen Gesellschaft für Geriatrie und der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten wie folgt definiert:

„Geriatrie ist die Medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende.

Diese Gruppe älterer Patienten weist eine hohe Vulnerabilität („Frailty“) auf und leidet an multiplen aktiven Krankheiten. Sie ist deshalb auf eine umfassende Betreuung angewiesen. Krankheiten im Alter können sich different präsentieren und sind deshalb oft besonders schwierig zu diagnostizieren. Das Ansprechen auf Behandlung ist oft verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach (gleichzeitiger) sozialer Unterstützung.

Geriatrische Medizin geht daher über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem interdisziplinären Team an. Hauptziel dieser Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status des älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie.

Die geriatrische Medizin ist zwar nicht spezifisch altersdefiniert; konzentriert sich jedoch auf typische bei älteren Patienten auftretende Erkrankungen. Viele Patienten sind über 65 Jahre alt. Patienten, die am meisten von der geriatrischen Spezialdisziplin profitieren, sind in der Regel 80-jährig und älter.“

Detailbeschreibung der Massnahmen zum Handlungsfeld pflegende und betreuenden Angehörige und Freiwilligenarbeit

Details zu Kap. 4.3.1 Massnahmen in der Öffentlichkeitsarbeit

Vortragsreihen

Vortragsreihen über Altersthemen, Krankheitsbilder und Herausforderungen der pflegenden Angehörigen sollen von den Organisationen übergreifend und unter gegenseitigem Einbezug angeboten werden. Darin wird möglichst niedrigschwellig auf die Schulung für Betroffene und pflegende Angehörige hingewiesen.

Standaktionen

Bei Standaktionen einzelner Organisationen soll die Leistung transparenter gemacht werden. Die Organisationen stellen sich dafür gegenseitig die Dokumentationen zur Verfügung. Sie informieren sich gegenseitig rechtzeitig über die geplanten Aktionen.

Information der Bevölkerung zu Entlastungsmöglichkeiten

Die Bevölkerung soll über öffentliche Vorträge der Leistungsanbieter, Initiativen der Gemeinden wie Nachbarschaftshilfe oder Modelle von Caring Communities besser informiert und sensibilisiert werden.

Details zu Kap. 4.4.1 Massnahmen zur frühzeitigen Unterstützung und Entlastung

Thurgauer Standard für pflegende Angehörige

Ein Thurgauer Standard für pflegende Angehörige legt den Anspruch fest, den Betroffene und pflegende Angehörige insbesondere in Bezug auf die Krankheitsabklärung (geriatrisches Assessment, gerontopsychiatrische Abklärung), auf Time-out bzw. Entlastung von zwei Halbtagen pro Woche inkl. deren Finanzierung sowie auf die Information und Schulung für Betroffene und pflegende Angehörige haben. Weiter empfiehlt er Kommunikationsregeln z. B. im Umgang mit Forderungen der Betroffenen. Der Standard wird von allen Leistungserbringern verbreitet und einheitlich vertreten. Er ist damit öffentlich kommuniziert und akzeptiert.

Angebote zur Entlastung der pflegenden Angehörigen

Besuchsdienste von Vereinen, Entlastungsdienste, Tagesheime bzw. Tagesstätten, Tages- und Nachtaufenthalte in Pflegeheimen, Kurzaufenthalte in Pflegeheimen verschaffen den pflegenden Angehörigen Verschnaufpausen von wenigen Stunden pro Woche bis zu einzelnen Wochen pro Jahr. Die Angebote sind regional sehr unterschiedlich ausgebaut und müssen flächendeckend wohnortnah auf- bzw. ausgebaut werden. Sie sind für Betroffene in bescheidenen und mittleren wirtschaftlichen Verhältnissen durch öffentliche Mittel so weit mitzufinanzieren, dass sie in relevantem Umfang in Anspruch genommen werden können (vgl. Finanzierungstabelle in Anhang 9).

Verzeichnis der Hilfe- und Entlastungsangebote

Ein Verzeichnis fasst die im Kanton mit Subventionen und Spenden mitfinanzierten Entlastungs-, Unterstützungs- und Hilfsangebote zusammen. Die Gemeinden sind für die Bekanntmachung und Verbreitung verantwortlich. Die Inhalte sollen in regionalen Foren zusammengestellt werden. Der übergreifende Teil soll vom Amt für Gesundheit koordiniert werden. Elektronisch soll der Kalender unter www.sozialnetz.tg.ch zugänglich sein.

Schulung der Betroffenen, der pflegenden und betreuenden Angehörigen

Mit Schulungen für Betroffene und pflegende Angehörige werden Themen wie die Kommunikation in schwierigen Situationen, die Grundlagen zu den Alterserkrankungen (z. B. Demenz), technische Hilfsmittel, die Finanzierung von Entlastung und Pflege vermittelt. Die Angebote zur Schulung sollen wohnortnah, vernetzt und niederschwellig zugänglich sowie finanziell tragbar sein. Die Organisationen und Institutionen des Gesundheitswesens und der Altersarbeit koordinieren sich, damit Schulungen regelmässig stattfinden.

Details zu Kap. 4.5.1 Massnahmen zur ersten Anlaufstelle

Zu unterscheiden sind zwei Niveaus von Anlaufstellen:

Niederschwellige erste Anlaufstelle als ambulante Drehscheibe

Wohnortnahe Anlaufstellen sollen niederschwellig einen Überblick und Basisinformation zu den weiterführenden Beratungsstellen geben. Diese können bspw. durch Ortsvertretungen der Pro Senectute oder die Spitex, ev. auch durch Altersbeauftragte bzw. Sozialdienste der Gemeinde geführt werden (z. B. Anlaufstelle für Alters- und Generationenfragen, Frauenfeld). Sie können als generelle Anlaufstelle zu Altersfragen oder eingeschränkt als Stelle für pflegende Angehörige konzipiert sein. Die Anlaufstellen können nur gut funktionieren, wenn sie einen Leistungsauftrag der Gemeinde haben. Dieser Grundsatz soll auf Verordnungsstufe geregelt werden (Rechtsgrundlage sind § 7 Abs. 1 Ziffer 2 und Abs. 3 des totalrevidierten Gesundheitsgesetzes).

Drehscheibe und Vermittlungsstelle im Sinne der Integrierten Versorgung

Im Ansatz der integrierten Versorgung in der Gemeinde bzw. Region informiert die erste Anlaufstelle nicht nur über weiterführende Beratungsstellen und Angebote, sie vermittelt und organisiert als Teil des Netzwerks umgehend die richtigen Leistungserbringer (z. B. Integrierte Drehscheibe ThurVita der Region Wil). Die Zusammenarbeit ist dabei als verbindlicher, einheitlicher Prozess geregelt, da beim Erstanruf unklar ist, was schlussendlich notwendig ist. Über eine weitgehend integrierte Drehscheibe mit einem grösseren Einzugsgebiet ist die Chance grösser, dass auch kurzfristige Einsätze über das Wochenende oder die Festtage geregelt werden können (z. B. über die Einrichtung eines Pikettdienstes). Diese Stelle muss bei einer Organisation der Pflege, des Sozialbereichs bzw. einem medizinischen Zentrum angesiedelt sein, sie bedingt einen umfassenden Leistungsauftrag der Gemeinde. Der Stelleninhaber resp. die Stelleninhaberin muss sowohl über Kompetenzen der Sozialberatung sowie der Betreuung und Pflege bzw. des Gesundheitswesens verfügen.

Details zu Kap 4.6.1 Massnahmen zum Thema Emotionale Betroffenheit und Selbstverständnis der Betroffenen

Schulung Betroffene und pflegende Angehörige

Die Angebote der Schulungen sind niederschwellig zugänglich, wohnortnah und vernetzt zu gestalten. Für die Betroffenen sind während den Schulungen kostengünstige Entlastungsmöglichkeiten anzubieten. Dem BfGS wird der Auftrag zur Koordination der Schulungen, zur Übertragung bestehender ausserkantonaler Angebote und soweit notwendig zur ergänzenden Konzeption erteilt. Bestehende Angebote, die Fachexperten in Geriatrie und Demenz sowie die im Teilprojekt vertretenen Organisationen sind zwingend in die Erarbeitung und Durchführung einzu beziehen.

Geführter Erfahrungsaustausch

Der geführte Erfahrungsaustausch für Betroffene und Angehörige hat die drei Ziele: Vernetzung, Bildung und persönlicher Erfahrungsaustausch. Die Leitung erfolgt durch eine Fachperson. Die bestehenden Angebote sind regional auszubauen. Verantwortlich sind die durchführenden Organisationen wie die Alzheimervereinigung, das SRK und die Pflegeheime.

Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige

Der Erfahrungsaustausch und soziale Kontakte werden auch über Selbsthilfegruppen erfolgreich gefördert. Die bestehenden Selbsthilfegruppen sind regional auszubauen, zuständig sind Organisationen wie das Team Selbsthilfe.

Kampagne „Förderung Nachbarschaftshilfe“

Benevol Thurgau startet mit den Trägerorganisationen im Jahr 2015 die Kampagne „Förderung der Nachbarschaftshilfe“. Die Bevölkerung soll mit der Kernbotschaft „Dein Nachbar ist dir der Nächste, Augen auf, hinsehen, hinhören“ für mehr Menschlichkeit sensibilisiert und zum Handeln motiviert werden. Vertrauen, Dialog und gemeinsames Arbeiten auf Augenhöhe sollen aufgebaut werden. Begegnungen oder intergenerationelle Kontakte und generell der Austausch sollen gefördert sowie Hemmschwellen und Ausgrenzungen abgebaut werden. Dank funktionierender Nachbarschaftshilfe können viele Menschen länger daheim wohnen bleiben. Die Gemeinden und Städte sind aufgerufen, während der Kampagne und im Anschluss daran, lokale und regionale Folgeprojekte zu starten.

Details zu Kap. 4.7.1 Massnahmen zum Thema Wertschätzung und Teilhabe

Fallbesprechungen und Helferplan

Betroffene und pflegende Angehörige werden in die Fallbesprechung integriert, verantwortlich sind die Leistungserbringer wie Hausärzte und Hausärztinnen, Spitex, Demenz Beratungsstelle. Die Vertreter der Ärzte und Organisationen prüfen, ob eine gemeinsame Checkliste erstellt werden soll, damit die Person, der die Fallführung obliegt, alle wesentlichen Punkte beachtet.

In komplexen Situationen wird systematisch ein Helferplan erstellt, der im Tagesablauf fest hält, wer welche Aufgaben und Verantwortlichkeiten übernimmt.

Ferien für Betroffene mit Angehörigen

Ferienprojekte für Betroffene mit pflegenden Angehörigen sollen gefördert werden. Die Organisationen im Gesundheitswesen suchen aktiv Fördermittel und sensibilisieren die Bevölkerung, dass es legitim ist, das Angebot in Anspruch zu nehmen.

Ferienmöglichkeiten für Betroffene

Angehörige müssen auch getrennt von den Betroffenen die Möglichkeit haben, Ferien zu verbringen. Dazu müssen Kurz- und Ferienaufenthalte für Betroffene (getrennt von Angehörigen) gefördert werden. Erstens sollen Institutionen und Organisationen mehr Angebote schaffen, da quantitativ und für Menschen mit Demenz teilweise auch qualitativ zu wenige Möglichkeiten bestehen. Zweitens sollte der Zugang erleichtert werden, indem die ersten Anlaufstellen über die Verfügbarkeiten besser informiert sind (www.sozialnetz.tg.ch und www.curaviva-tg.ch).

Zusatzferien für pflegende Angehörige im Arbeitsprozess

Die Situation von pflegenden Angehörigen gleicht im freiwilligen Engagement demjenigen von jungen Erwachsenen bei „Jugend und Sport“. Zusatzferien für pflegende Angehörige, die im Arbeitsprozess stehen, analog zu „Jugend und Sport“ wären ein wichtiges Signal der Wertschätzung dieser Tätigkeit und der Entlastung der Angehörigen. Eine kantonale Regelung muss geprüft werden, zudem muss das Anliegen Teil des nationalen Teilprojektes 4.1 *Abbildung und angemessene Abgeltung der Leistungen* im Rahmen der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie 2014-2017 und von Vorstössen beim Bundesamt für Sozialversicherungen bzw. im National- und Ständerat sein.

Treffen von Menschen mit Demenz im öffentlichen Raum

Für Menschen mit Demenz mit ihren Angehörigen bzw. Bezugspersonen sind Treffmöglichkeiten im öffentlichen Raum zu schaffen (in einem Café, Restaurant, Tanzcafé, Vereinslokal, Gemeinschaftsraum etc.). Federführend für die Umsetzung ist die Alzheimervereinigung mit einer Finanzierungsstarthilfe durch den Kanton.

Kulturelle Angebote im geschützten Rahmen

Betroffene und Angehörige bzw. Bezugspersonen schätzen kulturelle Angebote in einem Rahmen, in dem sie sich unauffällig und unbeobachtet bewegen können. Deshalb sollen kulturelle Angebote im geschützten Rahmen wie Mittagstische, spezielle Spielnachmittage für Senioren, Konzerte in Pflegeheimen, auch Besuchern und Externen offen stehen. Die Angebote müssen durch lokale Initiativen gefördert werden. Zudem kann Gastroswiss für das Thema sensibilisiert und über gut funktionierende Beispiele informiert werden.

Leistungsausweis für pflegende Angehörige

Die Leistung der pflegenden Angehörigen wird kaum dokumentiert und ausgewiesen. Über eine breite Nutzung des Dossiers „Freiwillig engagiert“ kann diese Lücke geschlossen werden. Der Nachweis sollte über die Organisationen (z. B. Spitex) oder allenfalls die Hausärzte und Hausärztinnen bestätigt werden. Benevol und Spitex Verband TG sollten dafür eine Vorlage ausarbeiten.

Details zu Kap. 4.8.1 Massnahmen in der Finanzierung

Transparenz in der Finanzierung der ambulanten Leistungen

Die Finanzierungsregelungen der ambulanten Leistungen sind in einem Flyer und unter www.sozialnetz.tg.ch transparent zusammenzustellen. Sie sind nach den Finanzierungsträgern aufzuschlüsseln (Sozialversicherung, öffentliche Hand, Nutzer).

Durchgängige Finanzierung von ambulant und stationär

Fehlanreize in der Finanzierung zwischen den Gemeinden und dem Kanton sind durch eine durchgängige Finanzierung aufzuheben. Damit sollen z. B. Pflegeheimaufenthalte bei EL-Bezügern für Gemeinden nicht günstiger sein als der Aufenthalt zu Hause.

Finanzierungslücken sollen in einer Master- oder Projektarbeit einer höheren Fachschule (z. B. FHSG, ZHW, Sozialarbeit) zusammen mit dem Sozialversicherungszentrum aufgezeigt werden und die subsidiäre Unterstützung durch die öffentliche Hand in den einzelnen Lebensbereichen transparent gemacht werden.

Klären von Finanzierungsfragen

Im Thurgauer Standard (vgl. Kap. 4.4.1) ist aufzunehmen, welche Anlaufstellen Fragen zur Finanzierung klären und für Personen mit beschränkten Mitteln zusätzliche Unterstützungsmöglichkeiten über Fonds oder Stiftungen prüfen können.

Mindestbeiträge der Gemeinden für Entlastung

Die Mitfinanzierung der Entlastungsdienste durch die Gemeinden soll von derzeit max. 20 Stunden pro Monat auf 32 Stunden erhöht werden, damit den pflegenden Angehörigen zwei Halbtage pro Woche Entlastung ermöglicht wird. Die Höhe der Beiträge ist mindestens alle drei Jahre zu überprüfen und neu festzusetzen.

Sozialverträgliche Kostenbeteiligung für Schulungen von Betroffenen und Angehörigen

Die Kostenbeteiligung durch die Nutzer soll so angesetzt werden, dass sie keine Hemmschwelle für die Teilnehmer und Teilnehmerinnen ist. Die Angebote sind, soweit sie nicht durch die Sozialversicherungen getragen sind, durch eine Startfinanzierung der öffentlichen Hand entsprechend zu subventionieren. (vgl. Anhang 10).

Ergänzungsleistungen

Bei den Ergänzungsleistungen muss durch das Sozialversicherungszentrum in einer Übersicht geprüft werden, ob die notwendige Betreuung sowie alle Hilfs-, Pflege- und Entlastungsdienste subsidiär ausreichend gedeckt sind, so dass Betroffene aufgrund ihrer Erkrankung nicht vorzeitig in ein Pflegeheim eintreten müssen (Schulung, Hauswirtschaft, Entlastungsdienste, Tages- und Nachtaufenthalte, Tagesheime, EL-Krankenkasse (EL-KK); siehe Zusammenstellung der Angebote im Anhang 9.

Hilflosenentschädigung

Aufgrund der stark auf die körperlichen Sinne ausgerichteten Bemessung der Hilflosenentschädigung ist die finanzielle Unterstützung bei der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz zu Hause nur in untergeordnetem Mass gegeben. Die Leistungen und entsprechend die Fragestellungen in den Antragsformularen sollen an die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz angepasst werden (vgl. Kap. 13.1.1).

Einbussen für pflegende Angehörige

Die Lohneinbussen und Einbussen bei der Altersvorsorge und den Sozialversicherungen können für pflegende Angehörige beträchtlich hoch sein. Die Auswirkungen ihrer Tätigkeit soll den Angehörigen in einer Zusammenstellung als Flyer und unter www.sozialnetz.tg.ch aufgezeigt werden. Lohneinbussen und die Reduzierung der Anstellungsgrade soll so gering als möglich gehalten werden. Da es sich um ein nationales Thema handelt, soll die nationale Gesundheitspolitik mit einer Zusammenstellung sensibilisiert werden.

Details zu Kap. 4.10.1 Massnahmen in der Koordination

Zugang zu Leistungsangeboten und Koordination im Einzelfall

Die Information unter den Netzwerkpartnern vom Arzt bis zum Seelsorger soll verbessert werden. Konkret kann im individuellen Fall ein Case Management installiert und ein Helferplan erstellt werden. In komplexen Situationen in denen mehrere Organisationen beteiligt sind, soll die Fallführung immer abgesprochen und der Helferplan erstellt werden.

Die Partner sollen auch eine Selbst-Verpflichtung zur Weitervermittlung der Informationssuchenden im Netzwerk übernehmen.

Konferenz Netzwerk Gesundheit und Alter und regionale Foren

Der übergeordnete jährliche Informationsaustausch unter der Leitung des Departementschefs Gesundheit und Soziales soll beibehalten werden. Er ist durch regionale Netzwerkforen, die sich vierteljährlich zu einem regionalen Austausch mit thematischer Vertiefung treffen, zu ergänzen (vgl. auch Brennpunkte Gesundheit, die Organisationen rund um pflegende Angehörige und Freiwilligenarbeit sind eingebunden).

Brennpunkte Gesundheit Teilprojekt Grundversorgung

Im Rahmen des Projektes Brennpunkte Gesundheit, Teilprojekt „Kantonale Grundversorgung angesichts schwindender Ressourcen und steigendem Bedarf“ wurde die Bildung von Gemeindeforenen konzeptuell vorbereitet und in Form eines Folgeprojekts beschrieben. Die an einem Netzwerk Teilnehmenden lernen sich mit ihren Angeboten, Funktionen und Arbeitsweisen kennen, entwickeln Verständnis für die Bedürfnisse der anderen Leistungserbringer, transferieren die Erkenntnisse in ihre Organisationen hinein und regeln die Zusammenarbeit bei Bedarf neu. Das Folgeprojekt und eine Multiplikation auf möglichst viele Regionen des Kantons sollen umgesetzt werden.

Regionale Koordinations- und Vermittlungsstelle für Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe

Mit einer Koordinationsstelle für Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe pro Bezirk sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Erhöhung der Quote der Personen, die Freiwilligenarbeit leisten.
- Unterstützung der Organisationen im gezielten Ansprechen und Finden von Freiwilligen.
- Förderung der Nachbarschaftshilfe durch Sensibilisierung der Thurgauer Bevölkerung und durch Bekanntmachung der laufenden Aktivitäten und bestehenden Netzwerke sowie der Möglichkeiten, selbst aktiv zu werden bzw. die Nachbarschaftshilfe in Anspruch zu nehmen.

Als Vorbild für den Aufbau und die Finanzierung einer solchen Stelle kann der Dachverband für Freiwilligenarbeit (DaFA) der Stadt Frauenfeld dienen.

Schulungsmodul für lokale und regionale Vereine, Kirchgemeinden und Private

Die Aus- und Weiterbildung von Freiwilligen soll auf freiwilliger Basis mit einer Einführung in die Freiwilligenarbeit (Rechte und Pflichten, Motivationen zum Helfen, sich abgrenzen können, Kommunikationsgrundlagen) durch Benevol erfolgen.

In den Einsatzorganisationen ist eine angemessene Aus- und Weiterbildung der Freiwilligen, im Kontext zu ihrer künftigen Freiwilligentätigkeit sehr wichtig und zu gewährleisten.

Vereine, Kirchgemeinden und Private, welche in der Freiwilligenarbeit bei alten, kranken Menschen aktiv sind, werden in ihrer Tätigkeit zusätzlich mit Schulungsmodulen von Benevol Thurgau unterstützt damit ihre Aktivitäten noch nachhaltiger wirken und das soziale Netzwerk gestärkt wird.

Screening-Instrumente in der geriatrischen Versorgung

Geriatrische Merkmalkomplexe

(M. Willkomm (Hrsg.): Praktische Geriatrie: Klinik – Diagnostik – Interdisziplinäre Therapie, Thieme-Verlag – Stuttgart-New York 2013.)

Eines oder mehrere sind in einer Ausprägung vorhanden, durch die die selbstständige Ausübung der bisherigen Alltagsaktivitäten beeinträchtigt ist.

Merkmalkomplex	Beispiele für assoziierte Diagnosen	ICD
Mobilitätsstörung	• Inaktivitätsatrophie der Muskulatur, mehrere Lok.	M62.50
	• ataktischer Gang	R26.0
Sturzneigung/Schwindel	• unspez. Sturzneigung	R29.6
	• unspez. Schwindel und Taumel	R42
kognitive Defizite	• Alzheimer-Demenz (Beginn ab 65. LJ)	G30.1+F00.1*
	• schwere kognitive Funktionseinschränkung, MMSE 0–16 P.	U51.22
Inkontinenz	• Dranginkontinenz	N39.42
	• organische Stuhlinkontinenz	R15
Dekubitus/Wunden	• Dekubitus 3. Grades linke Ferse	L89.27 L
	• per. AVK vom Becken-Bein-Typ mit Ulzera bds.	I70.23 B
Fehl-/Mangelernährung	• Adipositas durch Überernährung mit BMI 35–<40	E66.01
	• Kachexie (BMI<16,5)	R64
Störung Flüssigkeits-/Elektrolythaushalt	• Dehydratation	E86
	• Hyponatriämie	E87.1
Depression/Angst-/Verhaltensstörung	• rezid. depressive Störung, zzt. mittelgradig	F33.1
	• starke Vernachlässigung der Körperpflege	R46.0
Schmerz	• chronisches Schmerzsyndrom mit Persönlichkeitsänderung	F62.80
	• Post-Zoster-Neuralgie	B02.2+G63.0
Sensibilitätsstörung	• Anästhesie der Haut, z. B. Hemihypästhesie	R20.0
	• Critical-Illness-Polyneuropathie	G62.80
Frailty/herabgesetzte Belastbarkeit	• Frailty	R54
	• chronisches Müdigkeitssyndrom	G93.3
Seh-/Hörstörung	• Schwere Sehbeeinträchtigung (Stufe 2) beidseits	H54.1
	• beidseitige Schallempfindungsschwerhörigkeit	H90.3
Stimm-/Sprech-/Sprachstörung	• Dysphasie und Aphasie	R47.0
	• Dysarthrie und Anarthrie	R47.1
Medikationsprobleme	• unerwünschte Nebenwirkung bei korrekter Dosis	Y57.9I
	• akzidentelle Überdosierung eines Arzneimittels	X49.9I
hohes Komplikationsrisiko	• Rekonvaleszenz nach chirurgischem Eingriff	Z54.0I
	• Versorgung eines Gastrostomas	Z43.1

Geriatrisches Screening nach Lachs

Mark S. Lachs et al., A Simple Procedure for General Screening for Functional Disability in Elderly Patients, Ann Intern Med. 1990; 112(9): 699-706.

PROBLEM	UNTERSUCHUNGEN	PATHOLOGISCHES RESULTAT	ja	nein
1. Sehen	<ul style="list-style-type: none"> • Fingerzahl mit Brille in 2 m Entfernung erkennen • Nahvisus oder Lesen einer Überschrift • <i>"Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert?"</i> 	Kein korrektes Erkennen bzw. Lesen möglich oder die Frage wird mit "JA" beantwortet	..	..
2. Hören	<p>Flüstern der folgenden Zahlen in ca. 50 cm Entfernung nach Ausatmung in das angegebene Ohr, während das andere zugehalten wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 1 9 - linkes Ohr • 2 7 3 - rechtes Ohr 	Mehr als eine Zahl wird falsch erkannt	..	..
3. Arme	<p>Bitten Sie den Patienten,</p> <ul style="list-style-type: none"> • beide Hände hinter den Kopf zu legen • einen Kugelschreiber aufzuheben 	Mindestens eine Aufgabe wird nicht gelöst	..	..
4. Beine	Bitten Sie den Patienten aufzustehen, einige Schritte zu gehen und sich wieder zu setzen.	Patient ist nicht in der Lage, eine dieser Tätigkeiten selbständig auszuführen	..	..
5. Blasenkontinenz	<i>"Konnten Sie in letzter Zeit den Urin versehentlich nicht halten ?"</i>	Antwort: "JA"	..	..
6. Stuhlkontinenz	<i>"Konnten Sie in letzter Zeit den Stuhl versehentlich nicht halten ?"</i>	Antwort: "JA"	..	..
7. Ernährung	Schätzen des Patientengewichts	Nicht normalgewichtig (unter- oder übergewichtig)	..	..
8.1 Kognitiver Status	Nennen Sie dem Patienten die folgenden Begriffe und bitten Sie ihn, sie sich zu merken: Apfel - Pfennig - Tisch			

9. Aktivität	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Können Sie sich selbst anziehen ?"</i> • <i>"Können Sie mind. eine Treppe steigen ?"</i> • <i>"Können Sie selbst einkaufen gehen ?"</i> 	Eine oder mehr Frage(n) wird mit "NEIN" beantwortet	--	--
10. Depression	<i>"Fühlen Sie sich oft traurig und niedergeschlagen ?"</i>	Antwort „JA“ oder eigener Eindruck	--	--
8.2 Kognitiver Status	Fragen Sie nach den Begriffen aus 8.1. | Apfel | Pfennig | Tisch	Einen oder mehrere Begriffe vergessen	--	--
11. Soziale Unterstützung	<i>"Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmäßig helfen können?"</i>	Antwort: "NEIN"	--	--
12. Allgemeine Risikofaktoren	<i>"Wann waren Sie zum letzten Mal im Krankenhaus ?"</i>	weniger als 3 Monate	--	--
13. Allgemeine Risikofaktoren	<i>"Sind Sie in den letzten 3 Monaten gestürzt ?"</i>	Antwort: "JA"	--	--
14. Allgemeine Risikofaktoren	<i>"Nehmen Sie regelmäßig mehr als fünf verschiedene Medikamente ein ?"</i>	Antwort: "JA"	--	--
15. Allgemeine Risikofaktoren	<i>"Leiden Sie häufig unter Schmerzen?"</i>	Antwort: "JA"	--	--

Kommentar zum Interview:

Bemerkungen:

- Akuter Verwirrheitszustand
- Aphasie
- Verweigerung

Für die Gesamtpunktzahl werden die pathologischen Resultate zusammengezählt. (Entspricht den bei „ja“ angekreuzten Kästchen)

Gesamtpunktzahl: _____

Einweisung in Geriatrische Klinik St. Gallen

www.gesundheitundalter.ch/Home/GeriatriischeKlinik

Bettendisposition
 Rorschacher Strasse 94
 9000 St. Gallen
 Tel. 071 243 88 00
 Fax 071 243 88 12
 E-Mail: bettendispo@sec.geriatrie-sg.ch



Einweisung in die Geriatriische Klinik

Ärztliche Leitung

--	--	--

Wir melden folgende/folgenden Patientin/Patienten an:

Name	Geschl.: w	Geburtsdatum
Vorname		Zivilstand
Adresse		Telefon-Nr.
PLZ, Ort		Hausarzt

Kostenträger	Nr. 1:	Nr.2:
	Mitgl.-Nr.:	Mitgl.-Nr.:
	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Krankheit
		Versicherungsklasse

1. Hospitalisation ab	
2. Diagnose	
3. Begleiterkrankungen	
4. Therapie	
5. OP Datum	
6. Funktionsdefizit	
7. Behandlungsziel	

- Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit**
- Verlegung zur stationären Weiterbehandlung
 - Stationäre medizinische Nachbetreuung nach Operation
 - Verlegung zur stationären Frührehabilitation
 - Abklärung/ Therapie

- Grad der Behinderung**
- selbständig
 - bedarf Hilfeleistung für Gehen/ Essen/ Toilette/ Aufstehen/ Ankleiden (*nicht zutreffendes streichen/ löschen*)
 - Bewegungslimiten
 - Belastungsgrenzen
 - bedarf intensiver Hilfeleistung
 - bettlägerig

Aussteller-Ref.

Klinik/ Abt:	Kontaktperson mit Tel.-Nr. :
Information:	
Ort/Datum:	Name des einweisenden Arztes mit Tel.-Nr. und E-Mail-Adresse:

Bettendisposition
 Rorschacher Strasse 94
 9000 St. Gallen
 Tel. 071 243 88 00
 Fax 071 243 88 12
 E-Mail: bettendispo@sec.geriatrie-sg.ch



Pflegebedarf

Name des Patienten, Geburtsdatum :

Ausgefüllt von:

Station:

Telefon:

Ernährung

- Sonde/parenterale Ernährung
- einlöffeln/ hohe Aspirationsgefahr
- isst teilweise allein, braucht aktive Hilfsperson/ Aspirationsgefahr
- isst allein mit Hilfsmitteln/braucht Supervision
- isst völlig selbständig

Bemerkung:

Persönliche Hygiene

- Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson/-en
- im Bett/am Lavabo teilweise möglich, aber in beträchtlichem Mass auf Hilfsperson/-en angewiesen
- teilweise möglich, aktive Hilfe einer Hilfsperson nötig
- braucht Hilfsmittel, Supervision
- Körperpflege (inkl. Zähne putzen, rasieren, frisieren) ganz allein möglich

Bemerkung:

Transfers (bei Rollstuhlfahrern)

- kein Transfer möglich, braucht mehrere Hilfspersonen
- Transfer mit viel Unterstützung einer Hilfsperson
- leichte Unterstützung durch Hilfsperson
- Supervision/Anleitung durch Hilfsperson
- selbständiger, sicherer Transfer

Bemerkung:

Orientierung

- stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung (hohe Weglauftendenz)
- desorientiert, braucht viel Überwachung (geringe Weglauftendenz)
- desorientiert, braucht Supervision (ohne Weglauftendenz)
- leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung
- zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert

Bemerkung:

Psyche

- | | | | |
|--------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| Aggressivität | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittelschwer | <input type="checkbox"/> stark |
| Depression/Apathie | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittelschwer | <input type="checkbox"/> stark |
| Unruhe | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittelschwer | <input type="checkbox"/> stark |

- Stimmungsstabilität
- adäquates Verhalten

Bemerkung:

- vorhandener Dekubitus:
- Wunden, Verletzungen:
- Tracheostoma (Typ Trachealkanüle):
- PEG/Allg. Bemerkungen:

Erstellt am:

vor OPS

nach OPS

Datum OPS

Ausscheidung / Toilette

- stuhl- und urininkontinent
- urininkontinent/Katheter/Blasentraining
- auf Topf/Nachflasche angewiesen
- Nachtstuhl/WC mit Hilfsperson
- WC-Benützung alleine möglich

Bemerkung:

An- und Auskleiden

- vollständig auf Hilfsperson/-en angewiesen
- viel Unterstützung durch Hilfsperson
- wenig aktive Unterstützung durch Hilfsperson
- Hilfsmittel/Supervision notwendig
- völlig selbständig

Bemerkung:

Fortbewegung

- bettlägerig, selbständige Fortbewegung unmöglich
- braucht Rollstuhl und viel Personenunterstützung
- gehen mit Stützhilfe/Begleitung möglich/ selbständiges Rollstuhlfahren
- selbständiges Gehen möglich, aber kein Treppensteigen
- selbständiges gehen und Treppensteigen möglich
- Teilbelastung (kg bis wann?)
- Vollbelastung

Bemerkung:

Verständigung

- keine Verständigung möglich
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt schwer beeinträchtigt
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt mittelschwer beeinträchtigt
- genügende Verständigung, aber sozialer Kontakt leicht beeinträchtigt
- sozialer Kontakt unbeeinträchtigt

Bemerkung:

Soziale Interaktion

- sehr häufig unkooperativ/ distanzlos/ zurückgezogen
- öfters unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen
- zeitweise unkooperativ/distanzlos zurückgezogen
- selten unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen
- normale soziale Interaktion
- jetziges Zimmer: 1er 2er Mehrbett

Bemerkung:

Identification of Seniors at risk

Thieme et al., Z Gerontol Geriat 2012

Tab. 1 Notaufnahmescreening „Identification of Seniors at Risk“ (ISAR). (Adaptiert nach [35])		
Bitte jede Frage mit Ja oder Nein beantworten		
<i>Hilfebedarf</i>	<input type="checkbox"/> Ja	1
1. Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	<input type="checkbox"/> Nein	0
<i>Akute Veränderung des Hilfebedarfs</i>	<input type="checkbox"/> Ja	1
2. Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	<input type="checkbox"/> Nein	0
<i>Hospitalisation</i>	<input type="checkbox"/> Ja	1
3. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> Nein	0
<i>Sensorische Einschränkung</i>	<input type="checkbox"/> Ja	1
4. Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	<input type="checkbox"/> Nein	0
<i>Kognitive Einschränkung</i>	<input type="checkbox"/> Ja	1
5. Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	<input type="checkbox"/> Nein	0
<i>Multimorbidität</i>	<input type="checkbox"/> Ja	1
6. Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein	0
	Summe:	—
Dieser Fragebogen sollte durch das Personal gemeinsam mit dem Patienten (Alter ≥ 75 Jahre) oder seiner Bezugsperson ausgefüllt werden. Das Screening gilt als positiv, wenn 2 oder mehr Punkte erreicht werden.		

Geriatrisches Basisassessment

Basisassessment Stadtspital Waid, Stadt Zürich; vgl. auch Waid Guides

Testliste

Kognition	Mini Mental Status /MMS Testformular + Testanweisung	Demenz – Screeningtest (30 Items). Die Bereiche Orientierung, Rechnen, Gedächtnis (Lernen, Abrufen) und Sprache werden untersucht. Bewertung: Richtig beantwortete Fragen = 1 Punkt, max. 30 Punkte Beurteilung: < 24 P. weitere Abklärungen angezeigt (Neuropsychologische Abklärung).
	Uhr Testformular	Zeichnen einer Uhr. Screeningtest bezüglich planerischer und konzeptueller Arbeitsweise. Bewertung: gemäss Schema Rückseite Testformular, max. 7 Punkte. Beurteilung: 0 – 5 Punkte, eingehende Untersuchung angezeigt.
	Trail Making Test Part A/TMT A Testformular + Testanweisung	Auf einem Blatt im A4 Format sind die vorgegebenen Zahlen 1 – 25 in aufsteigender Reihenfolge so schnell wie möglich mit einer fortlaufenden Linie zu verbinden. Bewertung: Zeit in Sekunden, mit Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Anzahl Schul/Ausbildungsjahre, MMS. (Auswertungsprogramm im Excel). Beurteilung: Aussage über exekutive Funktionen (Frontalhirn), Aufmerksamkeit, Arbeitsgeschwindigkeit (Antrieb).
Depression	Geriatric Depression Scale/GDS 15 Testformular	Bewertung: 15 Fragen, die mit Ja oder Nein zu beantworten sind. Grossgeschriebene Antworten (JA,NEIN) = 1 Punkt, (wie GDS 4). Beurteilung: Total > 5 Punkte = Verdacht auf Depression. Wird nur durchgeführt wenn GDS 4 in der Anamnese ≥ 1 Punkt.

Funktionelles Alle 4 Tests auf einem Testformular	Handgrip	Kraft in Kg, gemessen mit dem Jamar Handdynamometer. Bewertung: Kraft der kräftigeren Hand. Beurteilung: Cut-off Werte in Kg. (12 Kg. <i>akzeptabel</i>) Die Handkraft erlaubt Rückschlüsse auf die Gesamtkraft und den Ernährungszustand eines älteren Menschen.
	5 m Gehen Gehhilfsmittel beachten	Maximale Gehgeschwindigkeit über 5 Meter, walking start and walking end, mit gewohntem Gehhilfsmittel. Bewertung: Zeit in Sekunden. Beurteilung: 0.8m pro Sek.- = strassentauglich. 5 Meter ≤ 3.57 sec.= keine Störung, > 3.57 sec. =Gefährdung im Strassenverkehr, > 33.3 sec. = Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung. Die Gehgeschwindigkeit korreliert mit der Fähigkeit im Alltag auf der IADL-Ebene zurechtzukommen und mit der Sicherheit im Strassenverkehr. Vergleich: Ein durchschnittlicher Fussgänger läuft 1.2 Meter pro Sekunde. Bei einem Fussgängerstreifen von 5 Metern Länge dauert die Grünphase mindestens 4 Sekunden. Wanderwege rechnen mit 4,2 km pro Stunde.
	Timed Get Up + Go Gehhilfsmittel beachten	Vom Stuhl aufstehen, 3 Meter gehen, umdrehen, zurückgehen und wieder hinsetzen, normales Tempo. Bewertung: Zeit in Sekunden. Beurteilung: 10 – 19 Sek. = keine Störung, 20 – 29 Sek. = fraglich, ≥ 30 Sek. = klinischer Bereich. Aussage zu Transfers, Drehen und selbständiges und sicheres Bewegen im Freien.
	Tandem-Stand Performance	Parallelstand (side by side): Füsse Seite an Seite, Semitandem: Ferse des einen Fusses neben der grossen Zehen des anderen Fusses, Full-Tandem: Ferse des einen Fusses direkt vor dem anderen Fuss. Bewertung: in Sek., kann die Stellung 10 Sek. gehalten werden. Beurteilung: 0 P. = keine, 1 P. = leichte, 2 P. = mittlere, 3 P. = schwere und 4 P. = sehr schwere statische Balance-Störung. Die Tandem-Stand-Performance misst die statische Balance, bzw. die Fähigkeit, die Haltung mit der kleinen Auflagefläche der Füsse zu bewahren.

Sturzangst	Short FES-I Testformular	Screeningtest Sturzangst resp. Bedenken hinzufallen bei der Ausführung bestimmter Aktivitäten (BADL- und IADL-Ebene). Beurteilung: 7 Fragen, die mit keinerlei Bedenken = 1 P., einige Bedenken = 2 P., ziemliche = 3 P. und sehr grosse Bedenken = 4 P.. Minimum 7 P., max. 28 P. Bewertung: 7 P. keine, 14 P. leichte – mittlere, 21 P. mittlere- schwere, 28 P. sehr schwere Sturzangst.
Soziales	OARS-5 Items-IADL-Questionnaire Testformular	Selbständigkeit auf IADL-Ebene vor Hospitalisation. Bewertung: 5 Fragen, selbständig 1 P., nur mit Hilfe oder überhaupt nicht 0 P. Beurteilung: < 5 Punkte, wahrscheinlich beeinträchtigte ADL-F (activities of daily living).
Visus	Fernvisus Testformular + Testanleitung	Prüfung mittels Sehtafel, jedes Auge einzeln, ohne (s.c.) und mit Brille (c.c.), Distanz Tafel – Testperson 3 Meter. Wenn Visus weniger als 0.1 Finger zählen (ohne Daumen) aus 1 Meter Distanz. Bewertung: gemäss Angaben auf der Sehtafel rechts, in Dezimalzahlen. Beurteilung: < 0.5 abklärungsbedürftig (mit Brille).
	Amsler - Gitter Test Testblatt + Testanleitung	Zur frühzeitigen Erkennung der altersbezogenen Makuladegeneration. Spezielles Testblatt verwenden. Bewertung: normal/pathologisch Beurteilung: Bei einer der auf dem Testblatt beschriebenen Unregelmässigkeiten augenärztliche Abklärung.
Audiometrie	Reintonaudiogramm Testformular	Reintonaudiogramm mittels Audiometer Bewertung: Hörverlust in % rechts und links Beurteilung: 0 – 20% Normalhörigkeit, 21 – 40% leichtgradige Schwerhörigkeit, 41 – 60% mittelgradige Schwerhörigkeit, 61 – 80% hochgradige Schwerhörigkeit, 81 – 95 Resthörigkeit, 100 Taubheit. Kein Test bei Patienten mit Hörgerät möglich.
Frailty	Frailty nach Fried Definitionskriterien	Mit 5 Kriterien (Gewichtsverlust, Erschöpfung, Gehgeschwindigkeit, körperl. Schwäche, Aktivitätslevel) wird der Faktor bestimmt. Erfülltes Kriterium = 1 Faktor Beurteilung: 0-1 Faktor = not frail/ \geq Faktoren = pre-frail/ 3-5 Faktoren = present frail

Confusion Assessment Method

Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method, A New Method for Detection of Delirium ; Sharon K. Inouye et al; Annals of Internal Medicine, 1990; 113(12): 941-948

Kardinalsymptome	
1	Akut Veränderung des psychomentalen Zustandes, im Verlauf fluktuierend
2	Aufmerksamkeitsstörungen, im Verlauf fluktuierend, wie <ul style="list-style-type: none"> - Schwierigkeiten zu fokussieren, sich zu konzentrieren - vermehrte Ablenkbarkeit - Schwierigkeiten im Denken und Reden den Faden zu behalten
3	Denkstörungen wie <ul style="list-style-type: none"> - unorganisiertes inkohärentes Denken, unklarer unlogischer Ideenfluss - plötzliche, unvorhersehbare Themenwechsel und Gedankensprünge - weitschweifige oder irrelevante Konversation
4	Quantitative Bewusstseinsstörungen wie <ul style="list-style-type: none"> - hyperalert, überempfindlich auf Umgebungsstimuli, leicht erschreckbar - lethargisch, schläfrig, leicht weckbar - stuporös, schwer weckbar - komatös, nicht weckbar
Fakultative Symptome	
5	Desorientierung wie <ul style="list-style-type: none"> - situative Verkennungen - falsche Örtlichkeiten aufsuchen - Tageszeit falsch einschätzen
6	Gedächtnisstörungen wie <ul style="list-style-type: none"> - Gestörte Fähigkeit Informationen / Anweisungen zu merken - Erinnerungsstörung an kürzlich zurückliegende Ereignisse
7	Wahrnehmungsstörungen wie <ul style="list-style-type: none"> - Halluzinationen (typischerweise Mikrohalluzinationen) - Illusionen, Missidentifikationen
8	Psychomotorische Auffälligkeiten wie <ul style="list-style-type: none"> - Unruhe, Fingerklopfen, repetitive Bewegungen - Vermehrte und plötzliche Bewegungen - Trägheit, Verlangsamung, Unbeweglichkeit - In die Leere schauen
9	Gestörte zirkadiane Rhythmik wie <ul style="list-style-type: none"> - Schlafstörungen nachts - Tagesschläfrigkeit

Delirdiagnose = Vorliegen von Symptom 1 & 2 mit mind. einem weiteren Kardinalsymptom

Nutritional Risk Screening

Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z, and an ad hoc ESPEN working group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled trials. Clin Nutr 2003; 22: 321–36)

Vorscreening:

- Ist der Body Mass Index < 20,5 kg/m² ? ja nein
- Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren? ja nein
- War die Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche vermindert? ja nein
- Ist der Patient schwer erkrankt? (z.B. Intensivtherapie) ja nein

⇒ Wird eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet, wird mit dem Hauptscreening fortgefahren
 ⇒ Werden alle Fragen mit „Nein“ beantwortet, wird der Patient wöchentlich neu gescreent.
 ⇒ Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um dem assoziierte Risiko vorzubeugen.

Hauptscreening:

Störung des Ernährungszustands	Punkte
Keine	0
Mild	1
Gewichtsverlust > 5%/ 3 Mo. <u>oder</u> Nahrungszufuhr < 50-75% des Bedarfes in der vergangenen Woche	
Mäßig	2
Gewichtsverlust > 5%/ 2 Mo. <u>oder</u> BMI 18,5-20,5 kg/m ² <u>und</u> reduzierter Allgemeinzustand (AZ) <u>oder</u> Nahrungszufuhr 25-50% des Bedarfes in der vergangenen Woche	
Schwer	3
Gewichtsverlust > 5% /1 Mo. (>15% / 3 Mo.) <u>oder</u> BMI <18,5 kg/m ² und reduzierter Allgemeinzustand oder Nahrungszufuhr 0-25% des Bedarfes in der vergangenen Woche	

+

Krankheitsschwere	Punkte
Keine	0
Mild	1
z.B. Schenkelhalsfraktur, chronische Erkrankungen besonders mit Komplikationen: Leberzirrhose, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, chronische Hämodialyse, Diabetes, Krebsleiden	
Mäßig	2
z.B. große Bauchchirurgie, Schlaganfall, schwere Pneumonie, hämatologische Krebserkrankung	
Schwer	3
z.B. Kopfverletzung, Knochenmarktransplantation, intensivpflichtige Patienten (APACHE-II >10)	

+ 1 Punkt, wenn Alter ≥ 70 Jahre

≥ 3 Punkte	Ernährungsrisiko liegt vor, Erstellung eines Ernährungsplanes
< 3 Punkte	wöchentlich wiederholtes Screening. Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um das assoziierte Risiko zu vermeiden

Übersetzt und bearbeitet von Dr. Tatjana Schütz, Dr. Luzia Valentini und Prof. Dr. Mathias Plauth. Kontakt: tatjana.schuetz@medizin.uni-leipzig.de, Tel. 0341-91-

Barthel-Index, Aktivitäten des täglichen Lebens

Mahoney F.I., Barthel D.W.: Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Med J 1965;14:61-65

		bei Aufnahme	bei Entlassung
Essen	<i>Unabhängig</i> , ißt selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
	<i>Braucht etwas Hilfe</i> , z.B. Lebensmittel schneiden	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	<i>Nicht selbständig</i> , auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Bett/(Roll-)Stuhltransfer	<i>Unabhängig</i> in allen Phasen der Tätigkeit	15 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>
	<i>Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung</i> erforderlich	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
	<i>Erhebliche Hilfe</i> beim Transfer, Lagewechsel Liegen/Sitz selbständig	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	<i>Nicht selbständig</i> , auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Waschen	<i>Unabhängig</i> beim Waschen von Gesicht, Hände; Kämmen, Zähneputzen	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	<i>Nicht selbständig</i> bei o.g. Tätigkeit	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<i>Unabhängig</i> , in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
	<i>Benötigt Hilfe</i> wegen unzureichendem Gleichgewicht (bei Kleidung/Reinigung)	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	<i>Nicht selbständig</i> , auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Baden	<i>Unabhängig</i> bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	<i>Nicht selbständig</i> bei o.g. Tätigkeit	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Gehen auf Flurebene/ Rollstuhlfahren	<i>Unabhängig</i> beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	15 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>
	<i>Geringe Hilfe</i> oder <i>Überwachung</i> erforderlich, kann so 50 m gehen	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
	<i>Nicht selbständig</i> beim Gehen, kann aber <i>Rollstuhl selbständig</i> bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50 m	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	<i>Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren</i>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<i>Unabhängig</i> bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
	<i>Benötigt Hilfe</i> oder <i>Überwachung</i> beim Treppensteigen	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	<i>Nicht selbständig</i> , auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<i>Unabhängig</i> beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
	<i>Benötigt Hilfe</i> , kann aber <i>50% der Tätigkeit selbständig</i> durchführen	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	<i>Nicht selbständig</i> , auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Stuhlkontinenz	<i>Ständig kontinent</i> , kann Supp. oder Mikroklist b.B. selbständig benutzen	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
	<i>Gelegentlich inkontinent</i> , <i>benötigt Hilfe</i> bei Supp./Mikroklist	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	<i>Ständig inkontinent</i>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Urinkontinenz	<i>Ständig kontinent</i> , ggf. unabhängig bei Versorgung eines DK/Cystofix	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
	<i>Gelegentlich inkontinent</i> (auch situationsbedingt), <i>benötigt Hilfe</i> bei externer Harnableitung	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	<i>Ständig inkontinent</i>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Gesamtpunktzahl: bei Aufnahme: _____ bei Entlassung: _____

Spezialisiertes Screening und Triage KSF Traumatologie

- Indikatorfrakturen (Wirbelkörper, Humerus, proximales Femur, distaler Radius, periprothetische Frakturen, distale Femurfrakturen, Beckenringfrakturen);
- Alter > 65 Jahre;
- Anzahl der Komorbiditäten insbesondere Osteoporose;
- Stattgehabte „geriatrische“ Fraktur;
- Sozialanamnese;
- Geriatrischer Behandlungspfad, umzusetzen bei folgenden Kriterien:
 - Mobilitätseinschränkung vorbestehend;
 - kognitive Defizite;
 - Depression/Angststörung;
 - chronische Schmerzen;
 - Inkontinenz;
 - Dekubitus;
 - Fehl- Mangelernährung;
 - Multimorbidität.

Wissenschaftlicher Hintergrund:

Eigene Leistung aus dem Zentrum für Alterstraumatologie Universität Marburg:

- Monoaxial versus polyaxial locking systems: a biomechanical analysis of different locking systems for the fixation of proximal humeral fractures. Zettl R, Müller T, Ruchholtz S et al. 2011 *Int Orthop* 35:1245-50.
- Higher incidence of new vertebral fractures following percutaneous vertebroplasty and kyphoplasty - fact or fiction? Bliemel C, Oberkircher L, Bücking B, Timmesfeld N, Ruchholtz S, Krüger A. 2012 *Acta Orthop Belg*; 78(2): 220-9.
- Minimally invasive polyaxial locking plate fixation of proximal humeral fractures: a prospective study. Ruchholtz, Hauk, Zettl et al. 2011 *J Trauma* 71:1737-1744.
- Less invasive polyaxial locking plate fixation in periprosthetic and peri-implant fractures of the femur-A prospective study of 41 patients. Ruchholtz, El-Zayat, Bücking, Zettl. 2013 *Injury* 44(2): 239-48.
- Increased age is not associated with higher incidence of complications, longer stay in acute care hospital and in hospital mortality in geriatric hip fracture patients. Eschbach DA, Oberkircher L, Bliemel C, Mohr J, Ruchholtz S, Buecking B. 2013 *Maturitas* 74:185-9.
- Do concomitant fractures with hip fractures influence complication rate and functional outcome? Buecking B, Wack C, Oberkircher L, Ruchholtz S, Eschbach D. 2012 *Clin Orthop Relat Res* 470:3596-606.
- Use of the gamma3™ nail in a teaching hospital for trochanteric fractures: mechanical complications, functional outcomes, and quality of life. Buecking B, Bliemel C, Struwer J, Eschbach D, Ruchholtz S, Müller T. 2012 *BMC Res Notes*. Nov 23;5:651.
- [Anticoagulation medication for proximal femoral fractures : Prospective validation study of new institutional guidelines.] Bücking B, Bliemel C, Balzer-Geldsetzer M, Dodel R, Ruchholtz S, et al. 2012 *Unfallchirurg* 17. [Epub ahead of print]

Aktueller Stand KSF: Klinik für Orthopädie und Traumatologie

Als gute Grundlage für die Zielerreichung sind folgende Voraussetzungen bereits gegeben:

- Expertise in geriatrischer Frakturbehandlung durch langjährige wissenschaftliche und klinische Erfahrung inklusive moderner minimalinvasiver Frakturbehandlung und Frakturprothetik.
- Betreuung der orthopädischen Patienten und Patientinnen auf der Station durch eine Allgemeinmedizinerin, die in stetigem konsiliarischem Kontakt mit der Inneren Medizin steht.
- Kooperation mit der Endokrinologie: Alle Indikatorfrakturen werden zur Knochendichtemessung angemeldet und entsprechend Konsil behandelt. Wenn möglich noch im stationären Verlauf, ansonsten als Empfehlung für die Rehabilitation und ärztliche Nachbetreuung.
- Überleitung zur Rehabilitation ist über regelmässige Reha-Visiten und Telefonkonsilien bezüglich das Rehabilitationspotential und zeitnahe Übernahmemöglichkeiten ist gewährleistet.
- Perioperatives Management erfolgt nach Absprache mit Anästhesie und Konsiliaren:
 - Versorgungspriorität ist gegeben (24-48 Stunden nach Ereignis, danach steigt die Mortalität).
 - Klärung des perioperativen Verbesserungspotentials.
 - Intensivüberwachung perioperativ prophylaktisch.
 - Höchstmögliche Fachkompetenz (kein Ausbildungseingriff).
 - Interdisziplinäres Patientenmanagement von Beginn an.

Massnahmen zur Zielerreichung in der geriatrischen Traumatologie

- Geriatrische Behandlungspfade implementieren.
- Checkliste bei Aufnahme für Notfälle.
- Geriatrische Konsiliartätigkeit als Standard implementieren.
- Geriatrische Visite erfolgt zwei Mal wöchentlich.
- Überleitung zu geriatrischer Rehabilitation erfolgt gemäss Checkliste.
- Qualitätssicherung und -management Gerontotraumatologie erfolgt über:
 - Morgenkonferenz.
 - Operation-Indikationsbesprechung.
 - Klinikfortbildung.
 - MM-Konferenzen.
 - Qualitätszirkel.

Definition und Anforderungen Akutgeriatrie

Die Geriatrie ist als medizinische Subspezialität ausgerichtet auf den Erhalt, die Verbesserung und Optimierung des funktionellen Zustands, der Lebensqualität und der Autonomie des Individuums und, wo möglich, auf die Prävention und/oder die Hinausschiebung jeder neuen Form der Behinderung oder ihrer unnötigen Verschlimmerung (Definition siehe Anhang 2).

Im Rahmen der Spitalplanung und -listen wurde in der Akutsomatik das Leistungsgruppenkonzept der GDK an (www.gdk-cds.ch) entwickelt. Darin wird das Kompetenzzentrum Akutgeriatrie als Querschnittsleistungsgruppe definiert und ist ab dem Jahr 2015 auch in die Finanzierungssystematik der Fallpauschalen von Swiss-DRG aufgenommen. Gemäss dieser Definition wird in einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie der Diagnostik und Behandlung von spitalbedürftigen akut erkrankten alten, und meist multimorbiden, Menschen mit dem Ziel der Reintegration in das eigene soziale Umfeld besonders Rechnung getragen.

Mindestanforderungen Kompetenzzentrum Akutgeriatrie

Für die Erteilung eines Leistungsauftrages und die Leistungserfassung nach Swiss-DRG ist die geriatrische-frührehabilitative Komplexbehandlung mit folgenden Mindestanforderungen spezifiziert:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie erforderlich).
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens vier Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens zwei Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität).
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens fünf Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/ausserhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen).
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal.
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens zwei der vier Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.
- Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

Aus den Mindestanforderungen ergeben sich die notwendige Personalausstattung und Personalqualifikation einer akutgeriatrischen Einheit wie folgt:

Interprofessionelles Behandlungsteam

Die Behandlung erfolgt durch ein Team bestehend aus:

- Fachärztinnen und Fachärzten (Qualifikation und Verfügbarkeit siehe unten).
- (Geronto)psychiatrischer Dienst.
- Dipl. Pflegefachpersonal (Qualifikation und Verfügbarkeit siehe unten).
- Physiotherapeuten.
- Ergotherapeuten.

- Sozialdienst.
- geregelter Zugang zu Logopädie, Wund-/Stomaversorgung, Podologie, Ernährungsberatung, Seelsorge, Neuropsychologen oder Psychologen.

Fachärzte Qualifikation und Verfügbarkeit

- Ärztliche Leitung durch einen Facharzt bzw. -ärztin Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie mit mehrjähriger Erfahrung.
- Ständige Stellvertretung der ärztlichen Leitung durch einen Facharzt bzw. Fachärztin mit Schwerpunkt gemäss den Kriterien der ärztlichen Leitung oder Facharzt Allgemeine Innere Medizin oder Rheumatologie und mit mind. zwei Jahren Erfahrung in Akutgeriatrie.
- Ärztliche Leitung mind. 60-Stellenprozent in Festanstellung¹.
- Ärztliche Leitung und Stellvertretung zusammen mind. 120-Stellenprozent in Festanstellung.
- Personaldotation gewährleistet die Komplexbehandlung gemäss Swiss-DRG.
- Kaderärztlicher Hintergrunddienst ist garantiert, bei med. Notwendigkeit ist der Beizug in- nert 30 Min. beim Patienten resp. bei der Patientin.
- Ärztlicher 24h Dienst im Haus.
- Konsiliardienste: Zugang zu einem spezialärztlichen Konsiliardienst ist gewährleistet, insbe- sondere Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), Ophthalmologie, zahnärztlicher Dienst, Dermatolo- gie, Urologie, Psychiatrie.

Personal im pflegerischen Bereich

- Leitung der Leistungsgruppe mit abgeschlossener Ausbildung in Pflege auf Tertiärstufe (DN II, HF, FH) und mind. zwei Jahren Erfahrung in Akutpflege. Fachliche Weiterbildung in Geri- atrie. Führungsweiterbildung mind. auf Stufe Stationsleitung. Erweiterte Kompetenzen in Geriatrie gemäss Kap. 8.3 und Anhang 8.
- Bereichsleitung Pflege resp. Stationsleitung bei mehreren Reha-Bereichen besetzt mind. 80-Stellenprozent in Festanstellung.
- Bereichsleitung Pflege und Stellvertretung zusammen besetzen mind. 120-Stellenprozent in Festanstellung.
- Mindestens eine dipl. Pflegefachperson Tertiärstufe ist rund um die Uhr an 365 Tagen pro Jahr verfügbar (entspricht ca. 530-Stellenprozent).

Personal im therapeutischen Bereich

- Leitung der Leistungsgruppe verfügt über ein Diplom in einem Therapiebereich (Physiothe- rapie, Ergotherapie etc.) und Berufserfahrung mit geriatrischen Patienten und Patientinnen von mind. zwei Jahren.
- Erweiterte Kompetenzen in Geriatrie gemäss Kap. 8.3 und Anhang 8.
- Bereichsleitung Therapie besetzt mind. 60-Stellenprozent in Festanstellung.
- Leitung Therapie und Stellvertretung zusammen mind. 120-Stellenprozent in Festanstellung.
- Personaldotation gewährleistet die Komplexbehandlung gemäss Swiss-DRG.

¹ Übergangsfrist gemäss Interimslösung.

Weitere Kriterien

In folgenden Bereichen gelten die Anforderungskriterien der Schweizerischen Gesellschaft für Geriatrie und die Ausführungsbestimmungen zum Gesundheitsgesetz:

- Indikationsqualität.
- Strukturqualität.
- Medizinisch-technische Ausstattung.
- Prozessqualität.
- In-house Kooperationen mit den chirurgischen, medizinischen und radiologischen Fachdisziplinen.

Personalausstattung und Personalqualifikation

a) Stationäre Akutgeriatrie: Geriatrie-Station im Akutspital

Die vorgesehene Grösse für eine Einheit beträgt 14 bis 16 Betten. Sie wird fachlich von einem Leitenden Arzt oder Oberarzt (Facharzt Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie) geleitet. Die Anforderungen an die Pflege und die zahlreichen notwendigen konsiliarische Disziplinen zur integrierten Versorgung innerhalb eines Spitals (personelle Ausstattung und fachliche Qualifikationen) sind insgesamt deutlich höher als in anderen Spitalstationen (plus ca. 30 %). Diese Anforderungen werden durch die Vorgaben zur Abrechnung nach SwissDRG und die Fachgesellschaft Geriatrie bestimmt und sind einzuhalten.

b) Ambulante Akutgeriatrie, Assessment- und Triage-Einheit (ATE)

Der Gesamtpersonalbedarf für den Betrieb **einer** Einheit, angegliedert an ein Akutspital, beträgt (minimaler Bedarf in Stellen-Prozent):

Leitender Arzt/Oberarzt (Facharzt Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie):

mindestens 50 % Vollzeitäquivalent (VZÄ).

Ärztliches Personal:

Allgemeine Innere Medizin oder äquivalenter Weiterbildung mindestens 50 % VZÄ.

Gerontopsychiatrie: mindestens 50% VZÄ.

Pflege:

ANP: mindestens 100% + HF: mindestens 50% VZÄ.

MPA: mindestens 100%.

Physio-/Logotherapie/Psychotherapie:

total mindestens 100%.

Sekretariat:

mindestens 100%.

Sozialdienst:

mindestens 50%.

Weitere Fachgebiete: Alle wesentlichen ärztliche Disziplinen konsiliarisch im Hause, zudem Diabetes-/Ernährungsberatung, diverse Spezialtherapien Psychiatrie, etc. konsiliarisch nach Bedarf vor Ort.

c) Assessment- und Triage-Zentrum: ATE plus mobile Equipe Geriatrie-Plus

Voraussetzung und Basis ist ein ATE (siehe b), welche zusätzlich erweitert wird. Der Gesamtpersonalbedarf für den Betrieb eines Assessment- und Triage-Zentrums, angegliedert an ein Akutspital, beträgt (minimaler Bedarf in Stellen-Prozent):

Leitender Arzt/Oberarzt (Facharzt Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie):	mindestens 100 %.
Ärztliches Personal:	Innere Medizin oder äquivalent: mindestens 100%. Gerontopsychiatrie: mindestens 80%.
Pflege:	ANP: mindestens 100% + HF: mindestens 200%. MPA: mindestens 100%.
Physio-/Logotherapie/Psychotherapie:	total mindestens 100%.
Sekretariat:	mindestens 100%.
Sozialdienst:	mindestens 80%.

Weitere Fachgebiete: Alle wesentlichen ärztliche Disziplinen konsiliarisch im Hause, zudem Diabetes-/Ernährungsberatung, diverse Spezialtherapien Psychiatrie, etc. konsiliarisch nach Bedarf vor Ort. Zudem flexible Verfügbarkeit des Personals (aufsuchende und beratende Tätigkeit im gesamten Versorgungsgebiet).

Interimslösung in der Aufbauphase Akutgeriatrie

In vielen Kantonen und Regionen befinden sich geriatrische Kompetenzzentren noch im Aufbau. Die Aus- und Weiterbildung der notwendigen ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Fachpersonen ist an die bereits bestehenden Zentren gebunden. Die Zahl der verfügbaren Personalressourcen wächst damit nur langsam und primär im Umfeld bestehender Kompetenzzentren. Im Kanton Thurgau gibt es derzeit nur gerade zwei Ärzte mit der geforderten Aus- und Weiterbildung.

Deshalb sind die geforderten minimalen Fachpersonen, respektive Ausbildungsstandards, der oben genannten minimalen personellen Anforderungen innert maximal 12 Monaten ab Start der jeweiligen Einheit zu erfüllen.

Definition und Anforderungen Geriatrische Rehabilitation

Die Definition und Abgrenzung der geriatrischen Rehabilitation erfolgt gemäss den Ein- und Ausschlusskriterien der DefReha, Version 1.0 von H+². Sie befasst sich mit dem Bearbeiten von Behinderung und Funktionsfähigkeit auf den von der WHO erarbeiteten Grundlagen und Klassifizierungen (ICF)³, im Hinblick auf die Rückgewinnung, Stabilisierung und Wieder (-Befähigung) zur möglichst selbständigen Lebensführung von Patienten und Patientinnen, die in der Regel älter als 75 jähig sind, eine Multimorbidität aufweisen und gebrechlich sind.

² DefReha, Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche & Definitionen, Ein- und Ausschlusskriterien für die unterschiedlichen Rehabilitationsarten, Version 1.0, verabschiedet 19. September 2013 vom Vorstand von H+.

³ International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: ICF.

Mindestanforderungen geriatrische Rehabilitation

Die Anforderungskriterien ergeben sich aus der Definition und basieren zudem auf der von den Thurgauer Reha-Kliniken anerkannten Kriterien von SwissReha⁴. Als Grundvoraussetzung gilt, dass Reha-Kliniken die allgemeinen Qualitätskriterien der SwissReha und diejenigen mindestens eines fachspezifischen Reha-Bereiches erfüllen müssen. Kliniken mit mehreren Leistungsgruppen müssen mind. 150 Austritte pro Jahr in geriatrischer Rehabilitation aufweisen, Doppelzählungen mit anderen organspezifischen Rehabilitationsbereichen sind nicht möglich. Reha-Kliniken mit nur einer Leistungsgruppe müssen mindestens 250 Austritte pro Jahr zählen. Die Anforderungskriterien sind nachfolgend summarisch dargestellt.

Interprofessionelles Rehabilitationsteam

Die Therapie erfolgt durch ein Rehabilitationsteam bestehend aus:

- Fachärzten und Fachärztinnen (Qualifikation und Verfügbarkeit siehe unten).
- Neuropsychologen, Psychologen oder Psychiatrischer Konsiliardienst in Kooperation: wöchentlich im Hause.
- Dipl. Pflegefachpersonal (Qualifikation und Verfügbarkeit siehe unten).
- Physiotherapeuten.
- Ergotherapeuten.
- Sozialdienst.
- Geregelter Zugang zu Logopädie, Wund-/Stomaversorgung, Podologie, Ernährungsberatung, Seelsorge.

Fachärzte Qualifikation und Verfügbarkeit

- Ärztliche Leitung durch einen Facharzt bzw. -ärztin Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie mit mehrjähriger Erfahrung.
- Ständige Stellvertretung der ärztlichen Leitung durch einen Facharzt bzw. -ärztin (FA) mit Schwerpunkt gemäss den Kriterien der ärztlichen Leitung oder FA physikalische Medizin und Rehabilitation (PRM) oder FA Allgemeine Innere Medizin oder Rheumatologie und mit mind. zwei Jahren Erfahrung in Rehabilitationsmedizin.
- Ärztliche Leitung mind. 60-Stellenprozent in Festanstellung⁵.
- Ärztliche Leitung und Stellvertretung zusammen mind. 120-Stellenprozent in Festanstellung.
- Personaldotation erlaubt mind. 10 Therapieeinheiten pro Patient und Patientin pro Woche (Therapieeinheit: 30 Min. ohne Vor- und Nachbereitung).
- Kaderärztlicher Hintergrunddienst ist garantiert, bei med. Notwendigkeit ist der Beizug innert 30 Min. beim Patienten resp. bei der Patientin.
- Ärztlicher 24h Pikett-Dienst mit Einsatz innert 20 Min. beim Patienten resp. bei der Patientin.
- Konsiliardienste: Zugang zu einem spezialärztlichen Konsiliardienst ist gewährleistet, insbesondere ORL, Ophthalmologie, Zahnärztlicher Dienst, Dermatologie, Urologie, Psychiatrie.

⁴ SwissREHA Qualitätskriterien, www.swiss-reha.com.

⁵ Übergangsfrist gemäss Interimslösung.

Personal im pflegerischen Bereich

- Leitung der Leistungsgruppe mit abgeschlossener Ausbildung in Pflege auf Tertiärstufe (DN II, HF, FH) und mind. zwei Jahren Erfahrung in Akut- und Rehabilitationspflege. Fachliche Weiterbildung in Geriatrie und/oder geriatrischer Rehabilitation mit den erweiterten Fachkompetenzen Geriatrie gemäss Kap. 8 und Anhang 8). Führungsweiterbildung mind. auf Stufe Stationsleitung.
- Bereichsleitung Pflege resp. Stationsleitung bei mehreren Reha-Bereichen besetzt mind. 80-Stellenprozent in Festanstellung mit erweiterten Fachkompetenzen Geriatrie (Kap. 8).
- Bereichsleitung Pflege und Stellvertretung zusammen besetzen mind. 120-Stellenprozent in Festanstellung.
- Mindestens eine dipl. Pflegefachperson Tertiärstufe ist rund um die Uhr an 365 Tagen pro Jahr verfügbar (entspricht ca. 530-Stellenprozent).

Personal im therapeutischen Bereich

- Leitung der Leistungsgruppe verfügt über ein Diplom in einem Therapiebereich (Physiotherapie, Ergotherapie etc.) und Berufserfahrung in Rehabilitation von mind. zwei Jahren. Erweiterte Kompetenzen in Geriatrie gemäss Kap. 8.3 und Anhang 8.
- Bereichsleitung Therapie besetzt mind. 60-Stellenprozent in Festanstellung.
- Leitung Therapie und Stellvertretung zusammen mind. 120-Stellenprozent in Festanstellung.
- Die Personaldotation erlaubt mind. 10 Therapieeinheiten pro Patient und Patientin pro Woche (Therapieeinheit: 30 Min. ohne Vor- und Nachbereitung).

Weitere Kriterien

In folgenden Bereichen gelten die Anforderungskriterien der SwissReha und die Ausführungsbestimmungen zum Gesundheitsgesetz:

- Indikationsqualität.
- Strukturqualität.
- Medizinisch-technische Ausstattung.
- Prozessqualität.

Interimslösung in der Aufbauphase geriatrische Rehabilitation

Analog zur Akutgeriatrie ist insbesondere die Besetzung der ärztlichen Leitung der Leistungsgruppe aufgrund der noch begrenzten Zahl an ausgebildeten Geriatern im Kanton Thurgau eine Herausforderung. Als Interimslösung gilt:

- Der Anstellungsgrad des Facharztes resp. der Fachärztin Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie beträgt mindestens 50 Stellenprozent (gültig ab 1. Januar 2017). Ab 2020 sind mindestens 100 Stellenprozent mit der Qualifikation gefordert.
- Leitung und Stellvertretung besetzen zusammen mindestens 120 Stellenprozent in Festanstellung.

Versorgungsvarianten Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation

A.1 Aufbau Station für Akutgeriatrie plus 1 geriatrische Reha

- Akutgeriatrie am KSF oder am KSM gemäss Anforderungen GDK,
 - a. Konsiliarische Tätigkeit am zweiten Kantonsspital (KS).
 - b. Team Akutgeriatrie analog Team Palliative Care am zweiten KS.
- 1 Leistungsauftrag geriatrische Reha, wie bisher.

A.1a Aufbau zwei Stationen für Akutgeriatrie plus 1 geriatrische Reha

- Akutgeriatrie am KSF und am KSM gemäss Anforderungen GDK (eine Leitung als Kompetenzzentrum favorisiert).
- 1 Leistungsauftrag geriatrische Reha, wie bisher.

A.2 Aufbau Station für Akutgeriatrie plus 2-4 geriatrische Reha's

- Akutgeriatrie am KSF oder KSM gemäss Anforderungen GDK,
 - a. Konsiliarische Tätigkeit am zweiten KS.
 - b. Team Akutgeriatrie analog Team Palliative Care am zweiten KS.
- 2-4 Leistungsaufträge geriatrische Reha, wer Anforderungskriterien geriatrische Reha* erfüllt, erhält den Leistungsauftrag, bestehender Bedarf wird vorausgesetzt.

A.2a Aufbau zwei Stationen für Akutgeriatrie plus 2-4 geriatrische Reha's

- Akutgeriatrie am KSF und am KSM gemäss Anforderungen GDK (eine Leitung als Kompetenzzentrum favorisiert).
- 2-4 Leistungsaufträge geriatrische Reha, wer Anforderungskriterien geriatrische Reha* erfüllt, erhält den Leistungsauftrag, bestehender Bedarf wird vorausgesetzt.

B.1 Akutgeriatrie ausserhalb des Kantons plus eine geriatrische Reha

- Leistungsauftrag Akutgeriatrie gemäss Anforderungen GDK, an die vier Spitäler der umliegende Kantone mit geriatrischen Kliniken:
 - Geriatrische Klinik St. Gallen,
 - KS Winterthur und Waidspital ZH und
 - KS Schaffhausen.
- 1 Leistungsauftrag geriatrische Reha, wie bisher.

B.2 Akutgeriatrie ausserhalb des Kantons plus 2-4 geriatrische Reha's

- Leistungsauftrag Akutgeriatrie gemäss Anforderungen GDK an umliegende Kantone mit geriatrischen Kliniken.

- 2-4 Leistungsaufträge geriatrische Reha, wer die Anforderungskriterien* geriatrische Reha erfüllt, erhält den Leistungsauftrag, bestehender Bedarf wird vorausgesetzt.

C.1 Prozessuale Akutgeriatrie in beiden Kantonsspitalern + 1 geriatrische Reha

- Mobile Fachteams unter Leitung je eines FA AIM mit Schwerpunkt Geriatrie* (analog Palliative Care KSF), Prozesse sind klinikübergreifend installiert.
- 1 Leistungsauftrag geriatrische Reha, wie bisher.

C.2 Prozessuale Akutgeriatrie in beiden Kantonsspitalern + 2-4 geriatrische Reha's

- Mobile Fachteams unter Leitung je eines FA AIM mit Schwerpunkt Geriatrie (analog Palliative Care KSF), Prozesse sind klinikübergreifend installiert.
- 2-4 Leistungsaufträge geriatrische Reha, wer die Anforderungskriterien* geriatrische Reha erfüllt, erhält den Leistungsauftrag, bestehender Bedarf wird vorausgesetzt.

D.1 Interdisziplinäres Zentrum Altersmedizin Thurgau + 1 geriatrische Reha

- Zentrum in dem die altersmedizinischen Kernkompetenzen örtlich und fachlich gebündelt werden: Akutgeriatrie, Gerontopsychiatrie, Neurogeriatrie und ggf. geriatrische Traumatologie.
- 1 Leistungsauftrag geriatrische Reha, wie bisher.

D.2 Interdisziplinäres Zentrum Altersmedizin Thurgau + 2-4 geriatrische Reha's

- Zentrum in dem die altersmedizinischen Kernkompetenzen örtlich und fachlich gebündelt werden: Akutgeriatrie, Gerontopsychiatrie, Neurogeriatrie und ggf. geriatrische Traumatologie.
- 2-4 Leistungsaufträge geriatrische Reha, wer die Anforderungskriterien geriatrische Reha erfüllt, erhält den Leistungsauftrag, bestehender Bedarf wird vorausgesetzt.

D.3 Interdisziplinäres Zentrum Akutgeriatrie – Gerontopsychiatrie + geriatrische Reha

- Zentrum in dem die Akutgeriatrie und Gerontopsychiatrie örtlich und fachlich gebündelt werden, gut vernetzt mit Neurogeriatrie und geriatrischer Traumatologie.
- 1 bis 4 Leistungsaufträge geriatrische Reha.

Geriatrische Kompetenzen

Basiskompetenzen Kenntnisse und Anwendung	Stationär					Ambulant					Versicherungen/ Gemeinden/ Sozial- dienst
	Spital	Gerontopsychiatrie	Akutgeriatrie	Geriatr. Rehaklinik	Alters- und Pflegeheim	Hausarzt / Ambulatorien	Spitex	Therapien	Non-Profit-Organisationen	Angehörige (Laienwissen)	
Geriatrie-Konzept Kt. TG und vorhandene Angebote	X	X	X	X	X	X	X	X	A	A	X
Grundlagen biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit und Alter, Behandlung, Pflege, Betreuung	X	X	X	X	X	X	X	X	A	A	A
Grundlagen zu strukturierter interprofessioneller Zusammenarbeit über alle Versorgungsstrukturen	X	X	X	X	X	X	X	A	A	A	A
Grundlagen strukturierte Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess - Triage	X	X	X	X	X	A	X	X	-	-	-
Geriatrische Guidelines (ärztliche, pflegerische, therapeutische, sozialberaterische)	X	X	X	X	X	A	X	-	-	-	-
Multidimensionalen Basis-Assessmentinstrumenten	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-	-
Kommunikation, Gesprächsführung	X	X	X	X	X	X	X	A	A	-	-
Ressourcenförderung und Prävention	X	X	X	X	X	X	X	X	A	A	-
Palliative Care in der Geriatrie	X	X	X	A	X	A	X	A	A	A	-
Grundlagen zu geriatrischen Syndromen gemäss Definition Kap. 1.7	X	X	X	X	X	X	X	A	-	-	-
Erweiterte Kompetenzen Kenntnisse und Anwendung	Stationär					Ambulant					Versicherungen/ Gemeinden/ Sozial- dienst
	Spital	Gerontopsychiatrie	Akutgeriatrie	Geriatr. Rehaklinik	Alters- und Pflegeheim	Hausarzt / Ambulatorien	Spitex	Therapien	Non-Profit-Organisationen	Angehörige (Laienwissen)	
Vertieftes geriatrisches Wissen zu geriatrischen Syndromen gemäss Definition Kap. 1.7	-	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-
Vertieftes geriatrisch-pflegerisches Wissen	X	X	X	X	X	-	X	-	-	-	-
Vertieftes geriatrisch-therapeutisches Wissen	X	X	X	X	-	-	-	A	-	-	-
Vertieftes sozialarbeiterisches Wissen	X	X	X	X	-	-	-	-	A	-	A
Finanzierungsmodelle der Geriatrie und des Langzeitbereiches	X	X	X	X	A	-	-	-	-	-	-
Spezifische geriatrische Assessmentinstrumente	A	X	X	X	X	-	X	-	-	-	-
Case Management	X	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-
Gesprächsführung (z. B. runde Tische, Familiengespräche, Umgang mit herausfordernden Situationen)	X	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-
Ethische Entscheidungsfindung	X	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-
Geriatrispezifische Qualitätsnormen	A	A	X	X	X	A	A	-	-	-	-
X = Pflicht A = Angebot NPO = Non-Profit-Organisationen (z. B. Lungenliga Thurgau, Rheumaliga Thurgau, Ambulanter Hospizdienst Thurgau, BENEVOL Thurgau, Entlastungsdienst Thurgau, Pro Senectute Thurgau, Schweizerische Alzheimervereinigung Thurgau, Schweizerisches Rotes Kreuz Thurgau, Krebsliga Thurgau, Landeskirche/Seelsorge (Aufzählung ohne Anspruch auf Vollständigkeit).											

Finanzierung der Angebote zu Demenz

Ist-Situation der Finanzierung	Information und Beratung			Früherkennung, Akuttherapie und Krisenintervention					Ambulanter und stationärer Langzeitbereich							
	Erstkontakt Aufsuchende Beratung Informationen	Aufsuchende Beratung	Edukation und soziale Integration	Früh- erfassung und Assessment bei den Grund- versorgern	Memory Clinic	Alters- tagesklinik	Krisen- intervention	Konsiliar- dienst	Akut- stationen KSF, KSM	Geronto- psychiatrie	Entlastungs- dienste	Tagesheim bzw. Tagesstätte	Tages- und nacht- strukturen in Pflegeheimen	Kurzaufent- halte, Notfallplätze	Alternative Wohnformen	Geschützte Wohngruppen in Pflegeheimen	Liaisondienst im Langzeit- bereich
10.2.1	10.2.2	10.2.3	11.1	11.3	11.4	11.6	11.7	11.8	7.6.1	12.2	12.3	12.4	12.5	12.8	12.7	12.9
Alzheimer- vereinigung: Die Geschäfts- stelle in Frauenfeld ist über Spenden, Mitglieder- beiträge, Ertrag aus Dienst- leistungen und einem Kantons- befragt finanziert.	Die Finanzierung erfolgt über Tamed auf ärztliche Delegation hin. Subsidär mitfinanziert über Beiträge des Kantons.	Angebote durch die Alzheimer- vereinigung organisiert und mitfinanziert.	Als ambulante ärztliche delegierte Leistungen über Tamed finanziert.	Pauschalierung der Tamed- Leistung als Tagespauschale gleich hohe gemeinsame wirtschaftliche Leistung des Kantons \$ 39 (832.1) in Verbindung mit \$ 66 Abs. 1 Ziff. 4TG KVV (RB) ZUPE gemäss \$ 39 (832.1) in Verbindung mit \$ 66 Abs. 1 Ziff. 4TG	Kantonbeitrag auf Basis von \$ 39 TG KVV (RB) Verbindung mit \$ 66 Abs. 1 Ziff. 4TG KVV (RB) ZUPE gemäss \$ 39 (832.1) in Verbindung mit \$ 66 Abs. 1 Ziff. 4TG	Gemäss Tarifstruktur im Rahmen der Subsidär- Finanzierung. Regelungen fehlen, sind sie Tarifverträgen zwischen den Tarifpartnern vereinbaren.	Finanzierungs- regelungen gemäss SwissDRG. Mit Version 0.4 ab Januar 2015: Basis-DRG B63 (Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion, KVV Basis-DRG B64).	Gemäss den gültigen Tarifstrukturen (Spitalfinanzierung, g, TARIED und Pflegefinanzierung 2015). Zusätzliche gemeinwirtschaft- liche Beiträge der öffentlichen Hand sind im TG KVV abschliessend geregelt.	Gemäss den gültigen Tarifstrukturen (Spitalfinanzierung, g, TARIED und Pflegefinanzierung 2015). Zusätzliche gemeinwirtschaft- liche Beiträge der öffentlichen Hand sind im TG KVV abschliessend geregelt.	Mindestbeitrag der Gemeinden gemäss TG KVV (RB) 832.10) durchschnittlich Fr. 12.- für maximal 20 Stunden pro Monat. Subventionierung ist gemäss KVG für von den effektiven finanziellen Verhältnissen abhängig. Die Eigenbeiträge liegen zwischen Fr. 40.- pro Beurenstunde, Fr. 60.- bis Fr. 100.- pro Beurenstunde, Fr. 100.- bis Fr. 160.- pro Beurenstunde, Fr. 160.- bis ca. 160.-/Tag.	Mindestbeitrag der Gemeinden an Infrastruktur- und Beurenkosten, Pflegekosten gemäss KVG für zugelassene Einrichtungen. Eigenbeitrag der Nutzer bis ca. Fr. 60.- bis 100.- pro Aufenthaltstag.	Mindestbeitrag der Gemeinden an Infrastruktur- und Beurenkosten, Pflegekosten gemäss KVG für zugelassene Einrichtungen. Eigenbeitrag der Nutzer bis ca. Fr. 60.- bis 100.- pro Aufenthaltstag.	Finanzierung erfolgt analog zu permanentem Aufenthalt im Pflegeheim. Hand soweit möglich, Subsidär übernehmen die bedarfsabhängigen Erlöszugestellungen die Kosten der Betreuung- der Hoteliers und des Eigenanteils je nach Seite zwischen Tr. 135.- bis 210.-Tg.	Finanzierung durch die Nutzer, Pflege- und die Versicherer öffentlichen Hand soweit möglich, Subsidär übernehmen die bedarfsabhängigen Erlöszugestellungen die Kosten der Betreuung- der Hoteliers und des Eigenanteils je nach Seite zwischen Tr. 135.- bis 210.-Tg.	Aufenthalt im Pflegeheim, Hoteliers und Betreuung durch die Nutzer, Pflege- und die Versicherer öffentlichen Hand soweit möglich, Subsidär übernehmen die bedarfsabhängigen Erlöszugestellungen die Kosten der Betreuung- der Hoteliers und des Eigenanteils je nach Seite zwischen Tr. 135.- bis 210.-Tg.	Soweit die Konsiliarärzte nicht über die Tarifstruktur abgebildet, sind die Kosten in den Kostenrechnungen der Pflegeheime für die Berechnung der Normkosten resp. Normkostenzusätze enthalten und mit der Abgeltung der Restkostenbeiträge gedeckt.
Mitfinanzierung durch OKP	Tamed	-	Tamed	50%	Tamed / Spital- finanzierung	Tamed / Spital- finanzierung	Tamed / Spital- finanzierung	Tamed / Spital- finanzierung	Tamed / Spital- finanzierung	-	Pflege- finanzierung	Pflege- finanzierung	Pflege- finanzierung	Pflege- finanzierung	Pflege- finanzierung	Tamed
Mitfinanzierung durch weitere Sozialver- sicherungen (HE)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	zu klären	zu klären	zu klären	zu klären	derzeit kein Angebot	zu klären	-
Mitfinanzierung durch Spenden, Mitgliederbeiträge	mehrmalig	je nach Angebot	-	-	-	-	-	-	-	je nach Angebot	je nach Angebot	-	-	derzeit kein Angebot	-	-
Mitfinanzierung durch öffentliche Hand	10'000.-/J	ca. 75 % der Kosten	Arzte, nein, Pflege- OKP- Leistungen über Pflege- finanzierung	50%	Pauschal alle ZUPE-Projekte	-	Kostenteiler Spital- finanzierung	Kostenteiler Spital- finanzierung	Kostenteiler Spital- finanzierung	Durchschnittlich 12.-/Std.	60.- /7 Tag	40.- /7 Tag	gemäss Pflege- finanzierung	gemäss Pflege- finanzierung	gemäss Pflege- finanzierung	soweit Teil der Pflege- finanzierung
Eigenbeitrag der Menschen mit Demenz, Angehörigen	kostenlos	kostenlos	Franchise, Selbstbehalt der Krankenk- versicherung	Franchise, Selbstbehalt der Krankenk- versicherung	Franchise, Selbstbehalt der Krankenk- versicherung	Franchise, Selbstbehalt der Krankenk- versicherung	Franchise, Selbstbehalt der Krankenk- versicherung	Franchise, Selbstbehalt der Krankenk- versicherung	Franchise, Selbstbehalt der Krankenk- versicherung	Tarif abzüglich o.g. Beiträge bis ca. 40.-/ Std.	gemäss Tarif: Infrastruktur, Betreuung, Eigenanteil Pflege gemäss KVG bis ca. 160.-/Tag	gemäss Tarif: Infrastruktur, Betreuung, Eigenanteil Pflege gemäss KVG bis ca. 160.-/Tag	Hotellerie, Betreuung, Eigenanteil der Pflege gemäss KVG	Hotellerie, Betreuung, Eigenanteil der Pflege gemäss KVG	Hotellerie, Betreuung, Eigenanteil der Pflege gemäss KVG	-
Subsidäre Mitfinanzierung durch Ergänzungs- leistungen	-	zu klären	im Rahmen Krankheits- kosten	-	-	-	-	-	-	Situation ist zu klären	Situation ist zu klären	Situation ist zu klären	subsidär gemäss ELG	subsidär gemäss ELG	subsidär gemäss ELG	-

Soll-Zustand der Finanzierung	Information und Beratung			Früherkennung, Akuttherapie und Krisenintervention							Ambulanter und stationärer Langzeitbereich						
	Erstkontakt und Grundinformationen	Aufsuchende Beratung	Edukation und soziale Integration	Früh-erfassung und Assessment bei den Grund-versorgern	Memory Clinic	Alters-tagesklinik	Krisen-intervention	Konsiliar-dienst	Akut-stationen KSF, KSM	Geronto-psychiatrie	Entlastungs-dienste	Tagesheim bzw. Tagesstätte	Tages- und Nacht-strukturen in Pflegeheimen	Kurzaufernt-halle, Notfallplätze	Alternative Wohnformen	Geschützte Wohngruppen in Pflegeheimen	Liaisondienst im Langzeitbereich
Qualitative Umschreibung	Leistungs-auftrag an die Alzheimervereine zum Ausbau der Erstabteilungen	Die Finanzierung erfolgt über Tamed auf ärztliche Delegation hin. Subsidär mitfinanziert über Beiträge des Kantons.	Finanzierungsmodell, das auch finanziell schwachen Personen eine Teilnahme erlaubt. Kosten müssen getragen werden und sind für Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen subsidiär finanziert sein.	Anhebung Tamed an CH-Durchschnitt. Einführung Assessment und Trage	siehe ist	siehe ist	Leistungs-auftrag und Finanzierungs-Koordinationsstelle bei Ausfall von Betreuungspersonen durch öff. Hand	zusätzlich Leistungs-auftrag für Assessment- und Trage-Zentrum, Akutgeriatrie	zusätzlich Leistungs-auftrag für Assessment- und Trage-Zentrum, Akutgeriatrie	siehe ist	Finanziell tragbar für die Nutzer, damit Entlastung genutzt wird	Finanziell tragbar für die Nutzer, damit Entlastung genutzt wird	Finanziell tragbar für die Nutzer, damit Entlastung genutzt wird	Zusatzfinanzierung, damit Plätze geschaffen werden	siehe ist	Zusatzfinanzierung besteht, siehe ist	siehe ist
Quantifizierter Finanzierungsantrag als Schätzung	zusätzlich 50% Stelle Pflegefachfrau bzw. -mann	5 x 40 % Stelle Pflegefachfrau bzw. -mann	Ausbau im Rahmen der Startfinanzierung	keine Angaben	keine Angaben	Ausbau auf 24 Plätze in 2015 zu quantifizieren	keine Angaben	siehe Kap. 17	keine Angaben	Ausbau 32 StG / Monat, Beitrag so, dass für Nutzer max. Fr. 60.- pro Halbttag (4 StG.)	60.- /Tg. durch öff. Hand	40.- /Tg. durch öff. Hand	Lösung offen, zu zu quantifizieren	siehe ist	siehe ist	siehe ist	
Mitfinanzierung durch weitere Sozialversicherung (Zürcher, JEL) durch Spenden, Mitgliederbeiträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	zu klären	siehe ist	siehe ist	siehe ist	siehe ist	siehe ist	siehe ist	
Mitfinanzierung durch öffentliche Hand	90'000.-/Jahr	zusätzlich 300'000.-/Jahr	wie bisher	siehe Kap. 5, 6 und 17 Assessment und Trage	siehe ist	siehe ist	zusätzlich Leistungs-auftrag für Ausfall Betreuungspersonen	siehe ist und auch Kap. 5, 6 und 17 Assessment und Trage	siehe ist	Erhöhung Limiten und Beträge Gemeinden	Erhöhung Betrag Gemeinden per 1. Juli 2015 erfolgt	Erhöhung Betrag Gemeinden per 1. Juli 2015 erfolgt	Lösung offen, zu zu quantifizieren	siehe ist	siehe ist	siehe ist	
Eigenbeitrag der Menschen mit Demenz, Angehörige	kostenlos	kostenlos	tragbarer Beitrag	siehe ist	siehe ist	siehe ist	siehe ist	siehe ist	siehe ist	max. Fr. 60.- /Halbttag	zu klären	zu klären	zu klären	siehe ist	siehe ist	siehe ist	
Mitfinanzierung durch EL	-	-	Eigenbeitrag subsidiär über EL finanziert	siehe ist	siehe ist	siehe ist	siehe ist	siehe ist	siehe ist	dringend anzustreben	dringend anzustreben	dringend anzustreben	dringend anzustreben	siehe ist	siehe ist	siehe ist	

Matrix zum Massnahmen-Katalog

Matrix zum Massnahmen-Katalog		Kap.	Verantwortung für die Umsetzung und Finanzierung			Inhaltliche Prioritätensetzung Entwicklung fordern und fördern			Zeitliche Priorisierung				
			Kanton, gemein- wirtschaftliche Leistung gemäss KVG, GG	Verantwortung bei den politischen Gemeinden	Verantwortung bei Leistungserbringern, Privaten, NGO	Inhaltliche Priorität	Entwicklung Fördern	Entwicklung Fördern	permanente Aufgabe	Start als Pilot	Start Vorarbeiten	Umsetzung	
			Zusatzkosten Anteil Kanton				Optionen	konkrete Budgetanträge für Finanzierung (2016 ff.)					
Autonomie und Selbständigkeit	VIA-Gesundheitsförderung im Alter: Projekt	3.2.1	X Projektmittel gesichert: 300'000.-			1	X					2016	
	VIA-Gesundheitsförderung im Alter: Umsetzungsprogramm GF-CH	3.2.1	Stand 17..		X	1	X ¹⁾					2016 2017	
	Information bestehende Angebote zur Förderung Autonomie und Selbständigkeit	3.2.1		X	X	laufend			X				
	Freie Wahl der Wohnsituation	3.2.2		X	X	laufend			X				
	Regeln der Zusammenarbeit	3.2.3			X	1	X ¹⁾		X				
Pflegende Angehörige und Freiwilligenarbeit	Öffentlichkeitsarbeit	4.3		X	X	laufend			X				
	Frühzeitige Unterstützung und Entlastung	4.4	Startfinanzierung gesichert, insgesamt 960'000.-			1	X ²⁾					2015 2016	
	Erste Anlaufstelle	4.5		X		1	X ¹⁾		X				
	Emotionale Betroffenheit und Selbstverständnis der Betroffenen	4.6	Startfinanzierung gesichert, insgesamt 960'000.-		X	1	X ²⁾					2015 2016	
	Wertschätzung und Teilhabe	4.7		X	X	1	X ¹⁾		X				
Geriatrisches Assessment und Triage	Finanzierung	4.8	unterschiedliche Rechtsgrundlagen, 2), 3)	X	X	1	X ¹⁾	X ³⁾	X				
	Ausbauen und Halten der Freiwilligen	4.9		X	X	laufend	X ¹⁾		X				
	Koordination zwischen den Partnern	4.10		X	X	1	X ¹⁾		X				
	Screening in der Grundversorgung	5.4.2			X	1	X ¹⁾			X	2016	2017	
	Screening und Triage in der Trammatologie	5.4.3			X	1	X					2016 2017	
Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation	Assessment- und Triage-Einheit (Teil Assessment- und Triage-Zentrum)	6.1	X		X	1		X				2017 2018	
	Mobile Einheit Geriatrie-Plus (Teil Assessment- und Triage-Zentrum)	6.2	X		X	2		X				2018 2019	
	Akutgeriatrie Einheit KSM	7.5	X		X	1		X				2016 2017	
	Akutgeriatrie Einheit KSF	7.5	X		X	2		X				2018/19 2020	
	Geriatrische Rehabilitation Ausbau Leistungsaufträge	7.5.2			X	1		X				2016	
Geriatrische Fachkompetenz	Traumatologie-Orthopädie (Leistungsauftrag spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie)	7.6.2			X	1		X				2016	
	Geriatrisches Board	7.7.3			X	2		X				2016 2017	
	Generelle Massnahmen zur Stärkung der Kompetenzen in der Geriatrie	8.1.3	Anschubfinanzierung sinnvoll, für raschen Wissenstransfer		X		X	X ¹⁾	X				
	Massnahmen zur Vermittlung der Basiskompetenzen	8.2.1	Anschubfinanzierung sinnvoll, für raschen Wissenstransfer		X		X	X ¹⁾	X				
	Massnahmen zur Verfügbarkeit von erweiterten Kompetenzen	8.3.1	Anschubfinanzierung sinnvoll, für raschen Wissenstransfer		X		X	X ¹⁾	X				
	Massnahmen zur Vermittlung der erweiterten Kompetenzen	8.3.2	Anschubfinanzierung sinnvoll, für raschen Wissenstransfer		X		X	X ¹⁾	X				
	Information und Sensibilisierung der Bevölkerung	10.1		diverse Adressaten				X		X			
	Erstkontakt und Informationsvermittlung	10.2.1	X		X	2	X		X			Ausbau	
	Aufsuchende Beratung	10.2.2	X spitälgebunden KSE/KSM		X	1			X	X		Ausbau 2017 2018	
	Schulung und soziale Integration	10.2.3	Startfinanzierung gesichert, insgesamt 960'000.-		X	1	X ²⁾		X			2015 2016	
	Früherfassung und Assessment bei den Grundversorgern	11.1			X	1	X ¹⁾		X			2016	
	Memory Clinic	11.3			X	1		X	X			Ausbau 2016	
	Alterstagesklinik	11.4	X		X	1		X	X			Ausbau 2016	
	Angebote für Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund	11.5	X		X	1		X	X				
Krisenintervention, Koordination bei Ausfall von Betreuungspersonen	11.6	X		X	1		X	X			2016 2017		
Konsiliar- u. Liaisondienst	11.7			X	2	X		X			2016		
Akutspitäler (Teilangebot)	11.8			X	1		X	X			2016/2019		
Demenz	Angebote der niedergelassenen Ärzte und der Spillex bei Demenz	12.1	X	X	X	1		X	X				
	Entlastungsdienste (SRK/TG)	12.2		X	X	1		X	X			Ausbau 2016	
	Tagesheim bzw. Tagesstätte	12.3		X gem. TG KVV	X	1	X ¹⁾		X				
	Tages- und Nachtstrukturen in Pflegeheimen	12.4		X gem. TG KVV	X	1	X ¹⁾		X				
	Kurzaufenthalte, Notfallplätze	12.5		Im Rahmen der Pflegefinanz.: Zus.beiträge für Kurzaufenthalts- und Notfall-Plätze	X	1		X	X			2016 2017	
	Pflegeheime: - Integrierte Pflege und Betreuung - Geschützte Wohngruppen	12.6 12.7		X im Rahmen der Pflegefinanzierung	X im Rahmen der Pflegefinanzierung	X	2	X		X			
	Alternative Wohnformen	12.8		X im Rahmen der Pflegefinanzierung	X	2							
	Konsiliar- u. Liaisondienst im Langzeitbereich	12.9			X	1		X	X				
	Finanzierung bedarfsgerechter Leistungen	13	Verschiedene Aderssaten, Unterstützung national zu regelder Anliegen	X	X		X ¹⁾	X ³⁾	X				
	Fachkompetenz in Demenz	14	Anschubfinanzierung sinnvoll, für raschen Wissenstransfer		X		X	X ¹⁾	X				

¹⁾ Nicht bzw. mehrheitlich nicht im Kompetenzbereich des Kantons ²⁾ im Rahmen der Startfinanzierung ³⁾ in der Umsetzung des Konzeptes und im politischen Prozess