

# Geriatric- und Demenzkonzept Kanton Thurgau

Vom Regierungsrat mit RRB Nr. 300 vom 29. März 2016 genehmigt



Impressum

Herausgegeben vom Kanton Thurgau im April 2016

© Departement für Finanzen und Soziales  
8510 Frauenfeld

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>Handlungsfelder</b>	<b>6</b>
<b>1 Autonomie und Selbständigkeit zu Hause</b>	<b>7</b>
1.1 „Best practice“ Gesundheitsförderung im Alter (Projekt VIA)	7
1.2 Prävention im Bereich Demenzerkrankungen	7
1.3 Regionale Anlaufstelle und Drehscheibe	7
1.4 Verzeichnis und Empfehlungen zu Betreuung, Hilfe und Entlastung	8
1.5 Leistungsvereinbarung mit der Alzheimervereinigung Thurgau	8
1.6 Aufsuchende Demenzberatung (Demenz Beratungsstelle)	8
1.7 Selbsthilfegruppen, Erfahrungsaustausch, Schulungen	8
1.8 Wertschätzung und Teilhabe, soziale Anlässe	9
1.9 Ferienprojekte; Zusatzferien für pflegende und betreuende Angehörige	9
1.10 Finanzierung bedarfsgerechter Leistungen	9
1.11 Koordination unter den Partnern (Fachpersonen und Laien)	9
1.12 Förderung der Freiwilligenarbeit	10
<b>2 Früherkennung (Screening), Assessment und Triage, ambulante Akuttherapie</b>	<b>11</b>
2.1 Screening in der ambulanten Grundversorgung	11
2.2 Assessment- und Triage-Zentrum	11
2.3 Memory Clinic	12
2.4 Alterstagesklinik	12
2.5 Krisenintervention, Koordination bei Ausfall von Betreuungspersonen	12
<b>3 Stationäre geriatrische Akuttherapie und Rehabilitation</b>	<b>13</b>
3.1 Akutgeriatrie	13
3.2 Schnittstellen zu Traumatologie - Orthopädie	13
3.3 Schnittstellen der Akutgeriatrie zur Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisondienst Spitäler sowie demenzgerechte Bauten	14
3.4 Kooperation und Vernetzung der Fachkompetenz im Akutbereich	14
3.5 Geriatrische Rehabilitation	14
<b>4 Ambulante und stationäre Angebote im Langzeitbereich</b>	<b>15</b>
4.1 Angebote der niedergelassenen Ärzte und der Spitex	15

4.2	Entlastungsdienste für pflegende und betreuende Angehörige zu Hause	16
4.3	Tagesheime bzw. Tagesstätten, Tagesplätze in Pflegeheimen	16
4.4	Kurzaufenthalte in Pflegeheimen	16
4.5	Pflegeheimplätze: integrierte Wohnformen und geschützte Wohngruppen	16
4.6	Alternative Wohnformen	16
4.7	Begleitetes Wohnen für Menschen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen	17
4.8	Psychogeriatrische Versorgung in der Langzeitpflege	17
4.9	Finanzierung der bedarfsgerechten Leistungen	17
<b>5</b>	<b>Fachkompetenz zu Geriatrie und Demenz</b>	<b>18</b>
5.1	Grundlagen der Basis- und erweiterten Fachkompetenz	18
5.2	Auf- und Ausbau der Fachkompetenzen	18
5.3	Wissen für Angehörige und Laien	18
<b>Beilagen</b>		
Beilage 1	Projektbeteiligte am Geriatrie- und Demenzkonzept	
Beilage 2	Finanzierung der Massnahmen des Geriatrie- und Demenzkonzeptes	

## Einleitung

### Ausgangslage

Aufgrund der demografischen Entwicklung leben auch im Kanton Thurgau immer mehr alte und kranke Menschen. Insbesondere chronische Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen nehmen im Alter zu. Damit steigt die Komplexität der Behandlung und Betreuung. Die ältere Bevölkerung ist auch von den verschiedenen Krankheitsformen der Demenz<sup>1</sup> besonders betroffen. Vielfach tritt Demenz im Sinne einer Begleiterkrankung auf und beeinflusst die Wahl der medizinischen, pflegerischen und sozial unterstützenden Massnahmen. Bis zum Jahr 2030 ist im Kanton von einer Zunahme der 80-Jährigen und Älteren um über 80 %<sup>2</sup> auf ca. 21'500 auszugehen, die Zahl aller Menschen mit Demenz steigt voraussichtlich um 66 % auf etwa 6'200<sup>1,3</sup> Personen (plus 3,6 % pro Jahr). In der Folge nehmen die Leistungen, der Personalbedarf und letztlich die notwendigen finanziellen Mittel für Betreuung und Pflege stark zu. Allein im Bereich Demenz dürfte sich der Finanzbedarf zwischen 2015 und 2030 verdoppeln.

### Ziele

Mit dem Geriatrie- und Demenzkonzept wird die Grundlage für die Entwicklung einer bedarfsge- rechten Gesundheitsversorgung der alten und hochaltrigen Bevölkerung im Kanton Thurgau ge- legt. Kernanliegen sind zweckdienliche Strukturen, die rasch ausgebaut werden können, geklä- rte Abläufe und Koordination sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit. Die geriatrische Versorgung soll unabhängig von der Region bzw. vom Wohnort flächendeckend in einheitlicher Qualität verfügbar werden.

Die nationale Demenzstrategie<sup>2</sup> wird mit dem Geriatrie- und Demenzkonzept für den Kanton Thurgau umgesetzt. Die Angebote zu Demenz stehen allen Altersgruppen offen.

Die bereits bestehenden stationären und ambulanten Versorgungsangebote im Kanton wurden evaluiert; sie werden mit den aufgezeigten Massnahmen soweit notwendig angepasst und durch weitere angemessene Strukturen ergänzt. Das spezifische Fachwissen in Geriatrie<sup>4</sup> und Demenz soll gefördert werden. Die Massnahmen wurden in einer breit abgestützten Projekt- gruppe erarbeitet (vgl. Beilage 1).

Nicht Teil des Konzeptes sind die Themen Sucht<sup>5</sup> sowie spezifische Bedürfnisse (z. B. Betreu- ungsplätze) der alten Menschen mit Behinderung<sup>6</sup>. Die Angebote in der ambulanten, intensivier- ten Erwachsenen- und Sozialpsychiatrie sind Teil der Psychiatrieplanung, die im Zuge der Überprüfung der Spitalplanung 2020 erfolgen wird.

### Etappierung und Kostenfolgen

Zu fünf Handlungsfeldern werden konkrete Massnahmen aufgezeigt, welche etappiert bis zum Jahr 2030 umzusetzen sind. In der ersten Etappe von 2016 bis 2020 sind einmalige Kosten von 4.3 Mio. Franken, davon 1.26 Mio. Franken aus bestehenden Projektrückstellungen und 3.0 Mio. Franken (0.6 Mio. Franken pro Jahr) an Zusatzaufwand, enthalten. Die geschätzten dau- ernden Zusatzkosten aus den Leistungen zulasten der öffentlichen Hand betragen 2.9 Mio.

---

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

<sup>2</sup> Struktur der Wohnbevölkerung, Dienststelle für Statistik Kanton Thurgau [www.statistik.tg.ch](http://www.statistik.tg.ch)

<sup>3</sup> Nationale Demenzstrategie 2014 - 2017, Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). November 2013; [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) / Themen / Gesundheitspo- litik

<sup>4</sup> Definition der Geriatrie gemäss der schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie und der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten siehe [www.sfgg.ch](http://www.sfgg.ch).

<sup>5</sup> Suchtkonzept Thurgau 2015-2020; November 2014, [www.gesundheit.tg.ch](http://www.gesundheit.tg.ch)

<sup>6</sup> Angebots- und Strukturentwicklung im Bereich der Einrichtungen für Menschen mit Behinderung im Kanton Thur- gau. Planungsbericht für die Periode 2015 - 2020 vom 23. April 2015, Hochschule Luzern.

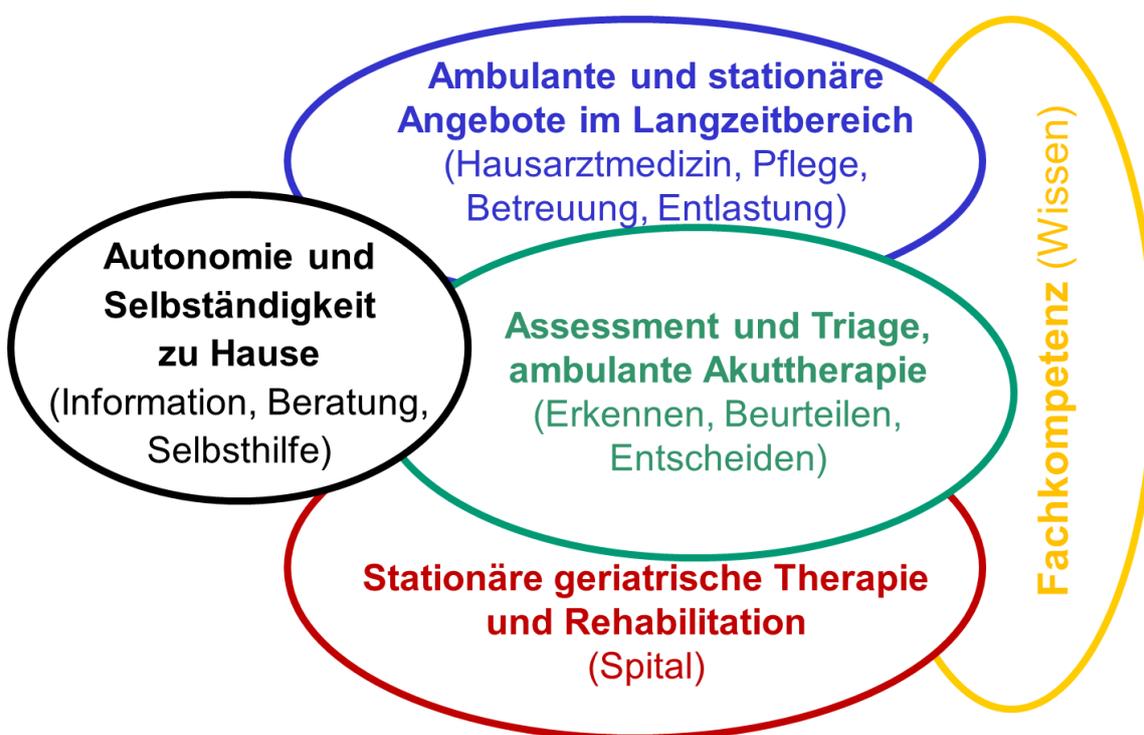
Franken pro Jahr (2.4 Mio. Franken Kanton und 0.5 Mio. Franken Gemeinden). Leistungserbringer, Versicherer und Dritte tragen im Durchschnitt ebenfalls 2.9 Mio. Franken pro Jahr. Die Kostenschätzung und die Mitfinanzierung dieser Massnahmen sind in Beilage 2 zusammengestellt. Mit der Realisierung der Kernelemente:

- Anlaufstellen und Drehscheiben,
- Assessment- und Triage-Zentrum,
- Akutgeriatrie sowie
- Fort- und Weiterbildung

darf eine erhebliche kostendämpfende Entwicklung erwartet werden, indem das Wachstum der Pflegeheimplätze reduziert werden kann (vgl. Pflegeheimplanung 2016). Zudem werden Kosten für Fehlzweisungen und die Zahl der Notfalleintritte reduziert.

## Handlungsfelder

Das Geriatrie- und Demenzkonzeptes baut auf fünf sich teilweise überschneidenden Handlungsfeldern auf:



Verschiedene Massnahmen sollen regional angeboten werden, damit sie für die Bevölkerung gut erreichbar sind. Fallweise sind dies sechs Regionen (die Bezirke, wobei der Bezirk Frauenfeld in Nord und Süd unterteilt wird) bzw. acht Regionen (Arbon, Bischofszell/Amriswil, Romanshorn, Frauenfeld, Diessenhofen/Steckborn, Kreuzlingen, Münchwilen/Sirnach, Weinfelden).

## 1 Autonomie und Selbständigkeit zu Hause

Autonomie ist in unserer Gesellschaft auch im Alter ein ausgesprochen hohes Gut; 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 pflegenden und betreuenden Angehörigen sowie die formelle und informelle Freiwilligenarbeit sind tragende Säulen, damit kranke Menschen zu Hause leben können. Warum sich Angehörige engagieren, hat verschiedene, individuell geprägte Gründe. Betroffene und nahestehende Bezugspersonen sind laufend auf Informationen sowie individuelle und sachgerechte Beratung angewiesen. Die Betroffenen selbst und die Angehörigen suchen in der Regel nicht rechtzeitig Hilfe und Unterstützung.

Demnach verfolgen Autonomie und Selbständigkeit folgende Zielsetzung:

Alte Menschen sollen gestärkt werden, so dass sie in die massgebenden Entscheidungsprozesse aktiv miteinbezogen werden können. Dazu gehören Gesundheitsförderung, Information, Beratung und individuelle Lösungen für jede einzelne Situation.

Bezogen auf Krankheiten und psychische sowie soziale Anliegen sollen Information und individuelle Beratung regional zugänglich sein. Die pflegenden Angehörigen und die Freiwilligen sollen im Betreuungsprozess eine wertgeschätzte Stellung haben. Entlastungsangebote sollen genutzt werden, dazu müssen sie bekannt gemacht, lokal verfügbar und finanziell tragbar sein. Die Situation der Hilfesuchenden soll rasch erfasst werden. Der individuelle Unterstützungsbedarf wird zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern koordiniert.

### 1.1 „Best practice“ Gesundheitsförderung im Alter (Projekt VIA)

Das interkantonale Projekt VIA: „Best practice“ Gesundheitsförderung im Alter wird im Kanton Thurgau in den Jahren 2017 bis 2019 umgesetzt. Folgende Module stehen im Vordergrund: Sturzprävention, Bewegungsförderung, psychische Gesundheit. Für weiterführende Informationen siehe [www.gesundheitsfoerderung.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.ch) / Public Health / Gesundheitsförderung für ältere Menschen. Die notwendigen Mittel für das Projekt sind zurückgestellt.

### 1.2 Prävention im Bereich Demenzerkrankungen

Ziel ist, das Wissen zur Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention in der Bevölkerung und bei den Professionellen zu verbessern. Im Mittelpunkt stehen dabei vor allem die sogenannten vaskulären Risikofaktoren. Im Einzelnen sind dies Bluthochdruck (arterielle Hypertonie), Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung (Hyperlipoproteinämie) und Übergewicht (Adipositas) sowie das Rauchen. Weiter scheint ein aktiver Lebensstil mit regelmässiger körperlicher Aktivität und Freizeitgestaltung, verbunden mit der 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“<sup>7</sup> der Alzheimervereinigung ausgeführt.

Die Fachpersonen und Anlaufstellen informieren über die Risikofaktoren und die Prävention.

### 1.3 Regionale Anlaufstelle und Drehscheibe

Die Situation der einzelnen Patientinnen und Patienten ist oft komplex (medizinisch, sozial, pflegerisch, Betreuung) und übersteigt häufig die Möglichkeiten und Zuständigkeiten eines einzelnen Partners (Leistungsanbieter/Angehörige). Aufgabe dieser niederschwellig zugänglichen

---

<sup>7</sup> [www.alz.ch/Demenzerkrankungen/Risiko reduzieren](http://www.alz.ch/Demenzerkrankungen/Risiko_reduzieren).

Anlaufstelle ist neben Information und Beratung, die Koordination der Beteiligten: Angehörige, Hausärzte, Spitex, Spital, Alzheimervereinigung, Pro Senectute, Entlastungsdienste, Externe Psychiatrische Dienste (EPD) und Gemeinden. Sie klärt die Fallführung und führt Rundtischgespräche durch. Je nach Region wird die Demenzberatung gemäss Kap. 1.6 integriert. In der mit Soziallasten stark betroffenen Region Arbon soll von 2016 bis 2020 ein Pilotprojekt finanziert werden, das Anlaufstelle, Drehscheibe und Demenzberatung integriert. Die Anlaufstelle der Stadt Frauenfeld wird finanziell unterstützt. Die beiden Projekte werden vergleichend evaluiert.

### **1.4 Verzeichnis und Empfehlungen zu Betreuung, Hilfe und Entlastung**

Betroffene und vor allem pflegende Angehörige sollen sich Hilfe und Entlastung holen, solange sie noch über genügend Energie verfügen, um zusammen mit den Professionellen die Betreuung zu planen und Entlastungsangebote zu organisieren. Auch Nachbarschaftshilfe und weitere soziale Netzwerke könnten bei einer frühzeitigen Planung und Koordination besser greifen. Ein Verzeichnis fasst die Entlastungs-, Unterstützungs- und Hilfsangebote zusammen und enthält kantonsweit einheitliche Empfehlungen (z. B. in Bezug auf die Krankheitsabklärung, auf Entlastung, Kommunikationsregeln bspw. im Umgang mit Forderungen der Betroffenen). Die Gemeinden und Leistungserbringer 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 (Zugang über [www.sozialnetz.tg.ch](http://www.sozialnetz.tg.ch)).

### **1.5 Leistungsvereinbarung mit der Alzheimervereinigung Thurgau**

Ziel ist, dass die Bevölkerung über mehr Wissen zum Thema Demenz (Krankheitsbild, Beratungsmöglichkeiten, spezielle Angebote) verfügt und Hemmschwellen abgebaut werden. In den Gemeinden werden kostenlos erste Informationen vermittelt. Die Öffentlichkeitsarbeit mit Vorträgen und Informationsveranstaltungen werden ausgebaut. Die Alzheimervereinigung Thurgau und die Pro Senectute Thurgau erbringen die Leistungen gemeinsam. Der Kanton erweitert dazu den Leistungsauftrag der Alzheimervereinigung Thurgau.

Im Rahmen der nationalen Demenzstrategie setzen die beiden Organisationen zudem das Projekt „Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung“ um.

### **1.6 Aufsuchende Demenzberatung (Demenz Beratungsstelle)**

Betroffene und deren Angehörige erhalten frühzeitig spezialisierte Beratung und Unterstützung. Für die aufsuchende Demenzberatung und -betreuung von Betroffenen und Angehörigen (bisher Alzheimerberatung) arbeiten Pflegefachpersonen mit Ärzten und Ärztinnen mit Kompetenzen in Demenz/Gerontopsychiatrie zusammen. Die derzeit 40 Stellenprozente für die Region Frauenfeld werden bis 2020 auf max. 240 Stellenprozente für die Abdeckung des ganzen Kantons ausgebaut. Die organisatorische Einbindung kann pro Region unterschiedlich sein. Frauenfeld und Kreuzlingen: Weiterentwicklung als Teil des Assessment- und Triage-Zentrums (vgl. Kap. 2.2), Arbon: Integration in die Anlaufstelle und Drehscheibe (vgl. Kap. 1.3), Bezirke Münchwilen und Weinfelden: Integration in die EPD, Region Diessenhofen/Steckborn ist zu klären.

### **1.7 Selbsthilfegruppen, Erfahrungsaustausch, Schulungen**

Der Umgang mit einer chronischen Krankheit belastet emotional, physisch und psychisch. Die Selbst- und Fremdwahrnehmung verändern sich im Krankheitsverlauf und stellen grosse Herausforderungen für die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen dar. Übergänge (z. B. von einer Tagesklinik zu einer Tagesstätte) sind schwierig und anspruchsvoll. Ziel ist die Stärkung der Betroffenen und der pflegenden und betreuenden Angehörigen in der Alltags- und Krankheitsbewältigung über Selbsthilfegruppen, Angehörigenseminare, Schulungen, geführten Erfahrungsaustausch, Demenzcafé etc. Die Aktivitäten bieten auch Hilfe bei der Entscheidungsfindung zu

Betreuung und Pflege, welche Übergänge erleichtern. Soziale Netzwerke und die Nachbarschaftshilfe (z. B. Kampagne „Förderung Nachbarschaftshilfe“) werden gestärkt. Bis 2020 werden Aktivitäten der Freiwilligenorganisationen aus bereits dafür bewilligten Mitteln mitfinanziert.

### **1.8 Wertschätzung und Teilhabe, soziale Anlässe**

Chronische Erkrankungen, insbesondere Demenz, wirken häufig stigmatisierend und sind mit verschiedenen Vorurteilen behaftet. Betroffene und pflegende Angehörige ziehen sich oft zurück und leben häufig sehr isoliert. Ziel ist, dass chronisch Erkrankte sowie pflegende und betreuende Angehörige ganz selbstverständlich Wertschätzung erfahren und am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen können. Dafür sind Treffmöglichkeiten im öffentlichen Raum unter Federführung der Alzheimervereinigung und der Pro Senectute zu schaffen (in einem Café, Restaurant, Tanzcafé, Vereinslokal, Gemeinschaftsraum etc.). Auch sind kulturelle Angebote in einem Rahmen wichtig, in dem die Betroffenen sich unauffällig und unbeobachtet bewegen können (Angebote im geschützten Rahmen wie Mittagstische, spezielle Spielnachmittage für Senioren, Konzerte in Pflegeheimen; Förderung durch lokale Initiativen und Information an Gastroswiss).

### **1.9 Ferienprojekte; Zusatzferien für pflegende und betreuende Angehörige**

Angehörige müssen die Möglichkeit haben, Ferien auch getrennt von den Betroffenen zu machen. Dementsprechend müssen für diese Kurz- und Ferienaufenthalte 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 soll der Zugang erleichtert werden, indem Anlaufstellen besser über die Verfügbarkeiten der Institutionen und Organisationen informiert sind.

Die Situation von pflegenden und betreuenden Angehörigen gleicht im freiwilligen Engagement derjenigen von jungen Erwachsenen bei „Jugend und Sport“. Entsprechende Regelungen für Zusatzferien für Angehörige, die im Arbeitsprozess stehen, wären ein wichtiges Signal der Wertschätzung dieser Leistungen und der Entlastung der Angehörigen. Das Anliegen soll beim Bundesamt für Sozialversicherungen bzw. im National- und Ständerat eingebracht werden.

### **1.10 Finanzierung bedarfsgerechter Leistungen**

Die Finanzierung im Pflegeheim ist einfach und klar geregelt. Wie die ambulanten Leistungen bezahlt werden, ist weniger transparent und schwer abzuschätzen. Die Finanzierung soll bis 2020 transparent gemacht und Lücken sollen aufgezeigt werden. Auch sollen allfällige Einbusen insbesondere beim Lohn und in der Altersvorsorge für pflegende Angehörige sichtbar werden.

Die Mindestbeiträge der öffentlichen Hand für Entlastung sollen ausgeweitet bzw. angehoben und regelmässig überprüft werden. Kostenbeteiligungen für Entlastungsangebote und Schulungen sollen angemessen sein, so dass sie auch effektiv genutzt werden können (insbesondere für Menschen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen).

Die Mitfinanzierung ambulanter Leistungen in Abhängigkeit ihres relativen Umfangs ist eine zentrale Forderung, um Fehlanreize für die Gemeinden zu verhindern.

### **1.11 Koordination unter den Partnern (Fachpersonen und Laien)**

Je spezialisierter, fragmentierter und individualisierter die Gesundheitsversorgung wird, desto wichtiger ist die Koordination zwischen den Partnern (Laien und Fachpersonen). Die Information und Koordination unter den Partnern (vom Arzt oder der Ärztin bis zum Seelsorger oder der Seelsorgerin und den Laien) soll verbessert werden. Konkret soll im Einzelfall ein Case Management installiert und ein Helferplan erstellt werden (vgl. Drehscheibe Kap. 1.3).

Die Vereine, Organisationen und Institutionen im Gesundheits- und Sozialwesen sollen sich kantonal und vor allem regional stärker koordinieren und vernetzen. Zu diesem Zweck sollen Foren bzw. Netzwerke gebildet werden, in denen vierteljährlich ein Austausch stattfindet und jeweils ein Thema vertieft werden kann (z. B. Verankerung von Palliative Care vor Ort). Der Kanton unterstützt die Bildung von regionalen Foren mit einem Beitrag als Anschubfinanzierung.

### **1.12 Förderung der Freiwilligenarbeit**

Freiwilligenarbeit ergänzt und bereichert die bezahlte Arbeit. Sie leistet einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag. In Bezug auf den Ausbau und das Halten der formalen Freiwilligenarbeit sind in erster Linie die Institutionen, Organisationen und Vereine gefordert, welche mit Freiwilligen arbeiten. Personen, welche in der Freiwilligenarbeit bei alten, pflegebedürftigen 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.

Mit Koordinationsstellen für Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe in den Bezirken könnte die Anzahl der Personen, die Freiwilligenarbeit leisten, erhöht werden. Auch soll die Nachbarschaftshilfe gefördert werden. Diese Massnahme wird in einer zweiten Etappe geprüft.

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

Im fortgeschrittenen Lebensalter die Selbständigkeit zu erhalten, ist oftmals eine Gratwanderung. Meist liegen verschiedene Krankheiten vor (Multimorbidität). Gangunsicherheit, evtl. Verwirrung können die Unfall- und Sturzgefahr erhöhen. Die Person kann die Aktivitäten des täglichen Lebens vorübergehend oder dauernd nicht mehr selbständig bewältigen. Eventuell muss sie ungewollt, überstürzt und manchmal unnötig früh in ein Pflegeheim eintreten. Operationspläne sind anzupassen, wenn eine Person nicht in der Lage ist, die ärztlichen Anweisungen - beispielsweise das operierte Bein zu entlasten - einzuhalten.

Mit der Früherkennung (Screening) sollen kritische Situationen und Verläufe erkannt werden. Im Rahmen eines Assessments wird die Situation - physische, psychische, kognitive und soziale sowie pflegerische Ebene – eines Patienten bzw. einer Patientin beurteilt, Defizite/Ressourcen erfasst, Potenzial zur Veränderung identifiziert. Über eine gezielte Zuweisung (Triage) wird eine optimale Weiterbehandlung eingeleitet.

Das Screening ist dezentral für alle Leistungserbringer (Hausärzte/Spitex/Notfallstationen) auszubilden. Ein zentrales Assessment- und Triage-Zentrum am Spital - gut erreichbar für den ambulanten und den stationären Bereich - ergänzt die Abklärungen. Den an Demenz erkrankten Menschen und nahestehenden Bezugspersonen sollen flexible, qualitativ hochstehende, bedarfsgerechte Versorgungsangebote entlang der gesamten Versorgungskette zur Verfügung stehen (vgl. Ziel 3. nationale Demenzstrategie). Ziel im Handlungsfeld ist die frühe Erkennung, die differenzierte Abklärung bei Verdacht auf kognitive Einschränkungen sowie die ambulante Akuttherapie von Demenzerkrankungen.

### 2.1 Screening in der ambulanten Grundversorgung

Für das geriatrische Screening werden standardisierte Tests eingesetzt. Das Screening soll ausgebildet und in der ärztlichen und pflegerischen Grundversorgung sowie in spezifischen Situationen (z. B. auf der Notfallstation bzw. in der Traumatologie) eingesetzt werden. Weiterführende Abklärungen werden ambulant (z. B. in der Memory Clinic) oder bei einem Spitalaufenthalt vorgenommen. Im Kanton sollen (neben RAI-Home Care in der Pflege) bis 2018 einheitliche Instrumente<sup>8,9,10,11,12</sup> und standardisierte Ein- bzw. Zuweisungsformulare eingeführt werden. Durch die gemeinsame und standardisierte Sprache wird der Austausch, die Koordination und Integration aller beteiligten Dienste (pflegende und betreuende Angehörige, Pflege, Ärzteschaft, Therapeuten, Seelsorge, Sozialdienst) vereinfacht und einheitlich dokumentiert.

### 2.2 Assessment- und Triage-Zentrum

Die einheitliche, effiziente Umsetzung von Assessment und Triage bedingt zwingend strukturelle Einheiten, welche geriatrische Fachkompetenzen gebündelt anbieten und über Aus-, Fort- und Weiterbildung breit verfügbar machen. Dafür ist ein interdisziplinäres, interprofessionelles Assessment- und Triage-Zentrum zu schaffen. Als Teil der Akutgeriatrie entsteht in der ersten Etappe 2016-2020 ein Zentrum für den ganzen Kanton mit Leistungserbringung an beiden Kantonsspitalern unter einer gemeinsamen Leitung. Das Zentrum steht sowohl für spitalinterne Pa-

---

<sup>8</sup> Geriatrische Merkmalkomplexe: M. Willkomm (Hrsg.): Praktische Geriatrie: Klinik – Diagnostik – Interdisziplinäre Therapie, Thieme-Verlag – Stuttgart-New York 2013.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> Identification of Seniors at risk: Thieme et al., Z Gerontol Geriat 2012

<sup>11</sup> Geriatrisches Basisassessment Stadtspital Waid, Stadt Zürich; vgl. auch Waid Guides

<sup>12</sup> Konsensuskriterien zu Demenz: Monsch et al., 2012; Konsensus 2012 Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen in der Schweiz, Praxis 2012; 101 (19): 1239–1249 1239.

tienten und Patientinnen als auch für ambulante Abklärungen auf Zuweisung von Grundversorgern zur Verfügung. Das Zentrum wird in 2019 um eine mobile Einheit „Geriatric-Plus“ als Pilotprojekt über vier Jahre ergänzt. „Geriatric-Plus“ hat - analog zu „Palliative-Plus“ - den Auftrag, die Fachpersonen vor Ort zu unterstützen und während 24 Stunden rund um die Uhr verfügbar zu sein.

### 2.3 Memory Clinic

Patienten und Patientinnen mit Verdacht auf Demenzerkrankung werden durch ein interdisziplinäres Team (Fachärzte und -ärztinnen für Psychiatrie und Neurologie, Fachpersonen für Neuropsychologie und Pflege sowie Sozialarbeiter und -arbeiterinnen) mit einer fachübergreifenden ärztlichen und neuropsychologischen Untersuchung sowie dem Einsatz moderner, wissenschaftlich fundierter Zusatzuntersuchungen (z. B. bildgebende Verfahren) abgeklärt. Diagnose, konkrete therapeutische Vorschläge und sozialmedizinische Massnahmen sowie bei Bedarf die Würdigung von rechtlichen Fragen (z. B. zum Thema Fahrtauglichkeit) werden den Zuweisern übermittelt. Bis 2030 sollen die Kompetenzen der Memory Clinic an beiden Kantonsspitalern verfügbar sein. Die Erhöhung der Kapazitäten am Standort Münsterlingen, als Teil der ersten Etappe bis 2020, ist bereits Mitte 2015 erfolgt.

### 2.4 Alterstagesklinik

Die Tagesklinik behandelt Menschen mit Demenz in jedem Alter mit einem interdisziplinär zusammengesetzten Team (Fachärzte und -ärztinnen, Fachpersonen für Neuropsychologie, Gerontologie Pflege, Musik- und Aktivierungstherapie, Sozialarbeiter- und -arbeiterinnen). Ziele sind die Förderung und Stabilisierung kognitiver<sup>13</sup> und alltagspraktischer Fähigkeiten, die emotionale Stabilisierung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Verhaltensproblemen. Der Begriff Alterstagesklinik wird bewusst gewählt, um eine hohe Akzeptanz bei der betroffenen Bevölkerung zu erreichen.

Der Übertritt in ein Tagesheim oder eine Tagesstätte der Pflege (vgl. Kap. 4.3) erfolgt, sobald die individuell definierten Ziele nicht mehr erreicht werden können oder die Therapieform der Tagesklinik die Person überfordert. Die alterspsychiatrische Tagesklinik wird im Mai 2016 von Münsterlingen nach Weinfelden verlegt und dabei um acht zusätzliche allgemeine alterspsychiatrische Behandlungsplätze auf insgesamt 24 Plätze ausgebaut. Die Zahl der Plätze (Tagesklinik, -heim und -stätten) ist regelmässig zu prüfen, ggf. auszubauen.

### 2.5 Krisenintervention, Koordination bei Ausfall von Betreuungspersonen

Die Krisenintervention soll Hospitalisationen von Menschen mit Hirnleistungsstörungen in Krisen reduzieren. Zunächst sind körperliche Ursachen der Zustandsverschlechterung auszuschliessen. Diese Abklärung übernimmt primär der Hausarzt bzw. die Hausärztin. Auch erfolgt sie - insbesondere bei akuter oder unklarer Situation - in der Notfallstation, gegebenenfalls unter Beizug eines Geriaters bzw. einer Geriaterin. Ist eine Hospitalisation notwendig, erfolgt sie je nach Situation in einer der Kliniken der beiden Kantonsspitäler (inkl. Akutgeriatrie) oder einer Psychiatrischen Klinik.

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 regionale Drehscheibe (vgl. Kap. 1.3.) soll sie dabei unterstützen.

---

<sup>13</sup> Kognitiv bezeichnet Funktionen des Menschen, die mit Wahrnehmung, Lernen, Erinnern und Denken, also der menschlichen Erkenntnis- und Informationsverarbeitung in Zusammenhang stehen. Neben den kognitiven Funktionen sind die emotionalen Gesichtspunkte und der Bereich der Motive für die menschliche Erkenntnisverarbeitung von Bedeutung.

### 3 Stationäre geriatrische Akuttherapie und Rehabilitation

Die Geriatrie als Fachgebiet befasst sich mit den physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten der medizinischen Betreuung älterer Menschen. Mit Alters- bzw. Gerontopsychiatrie wird das medizinische Fachgebiet bezeichnet, welches sich mit der Psychiatrie, Psychotherapie sowie Psychosomatik des älteren kranken Menschen befasst.

Eine rasch grösser werdende Gruppe älterer Patienten und Patientinnen weist eine hohe Verletzlichkeit (Vulnerabilität, „Frailty“) auf und leidet an mehreren aktiven Krankheiten. Das Ansprechen auf eine Behandlung ist oft verzögert und häufig braucht es (gleichzeitig) soziale Unterstützung. Daher soll fachspezifisches ärztliches, pflegerisches und sozialdienstliches Wissen im Spital gebündelt werden.

Geriatrische Medizin geht somit über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem interprofessionellen und interdisziplinären Team an. Hauptziel dieser Behandlung ist, eine physisch und psychisch stabile Situation zu erreichen und damit die Lebensqualität und Autonomie zu verbessern. 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.

Die Kernkompetenzen in der ambulanten und stationären Altersmedizin (Geriatrie, Gerontopsychiatrie und geriatrische Traumatologie) an den Spitälern sollen gebündelt und koordiniert werden. Die organisatorischen Strukturen sollen die effiziente Kooperation mit den betroffenen Disziplinen der Inneren Medizin und der Chirurgie sowie deren Subspezialitäten ermöglichen.

#### 3.1 Akutgeriatrie

Aktuell werden pro Jahr in den Akutspitälern des Kantons Thurgau in unterschiedlichen Abteilungen bis zu 1'500 geriatrische Patientinnen und Patienten<sup>14</sup> behandelt. Diese werden zu über 95 % in den beiden Kantonsspitälern versorgt. Ausserkantonale werden nur 10-13 % der gesamten Fälle behandelt. Die Anzahl der Hospitalisationen steigt aufgrund der demografischen Entwicklung rasch an. Auf Basis der Bedarfsplanung und der Beurteilung der möglichen Varianten soll die Akutgeriatrie bis zum Jahr 2030 mit je einer Abteilung von 14-16 Betten im KSM und im KSF aufgebaut werden. In der ersten Etappe 2016-2020 wird im KSM eine separate Einheit etabliert. Die Spital Thurgau AG setzt die Akutgeriatrie gemäss den Anforderungen der SwissDRG um. Der Wissenstransfer zum KSF und weitere Kooperationen werden über das Assessment- und Triage-Zentrum sichergestellt.

#### 3.2 Schnittstellen zu Traumatologie - Orthopädie

Akute Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates werden in der Traumatologie-Orthopädie behandelt. Die gute Versorgungslage im Kanton soll beibehalten und der geriatrische Schwerpunkt auf- bzw. ausgebaut werden. Damit ist mit einer weiteren Zunahme der Operationen am Bewegungsapparat in der Spital Thurgau AG zu rechnen. Das Leistungsspektrum in der Orthopädie soll mit der Leistungsgruppe Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie vervollständigt werden. Die Spitalliste 2012 Akutsomatik soll 2016 geändert werden, so dass der gesamte Leistungsbereich „Bewegungsapparat chirurgisch“ als Auftrag erteilt werden kann.

---

<sup>14</sup> 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 Poly-medikation und/oder Non-Compliance; soziale Isolation.

Das spezialisierte Screening wird bis 2020 systematisch in den Notfallstationen und in der Traumatologie umgesetzt.

### **3.3 Schnittstellen der Akutgeriatrie zur Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisondienst Spitäler sowie demenzgerechte Bauten**

Der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie muss zukünftig von allen ambulanten und stationären Leistungserbringern fachübergreifend grosses Gewicht beigemessen werden. Die akutsomatischen Stationen der Kantonsspitäler erhalten über das Assessment- und Triage-Zentrum kompetenten Zugang zu spezialisierten Experten im Bereich der Geriatrie und der Demenzerkrankungen (Gerontopsychiatrie, Geriatrie, Demenzpflege- und Betreuung). Sie sind als Konsiliar- und Liaisondienst beratend tätig. Patienten und Patientinnen mit akuten und/oder instabilen somatischen Erkrankungen und schweren Symptomen von Demenz und/oder Delir sollen systematisch interdisziplinär in den Kantonsspitalern behandelt werden.

Bei Um- und Neubauten ist das aktuelle Wissen der Geriatrie und über Demenz/Delir für eine geeignete Gestaltung der Infrastruktur und der Abläufe aufzunehmen (z. B. KSF Horizont).

### **3.4 Kooperation und Vernetzung der Fachkompetenz im Akutbereich**

Die Erfahrungen der Palliative Care in der interdisziplinären Zusammenarbeit werden in der Umsetzung des Konzeptes integriert. 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 als Teil der ersten Etappe intern die interprofessionellen Kompetenzen in einem Geriatrie-Board.

Für Menschen mit Migrationshintergrund sind interkulturelle Kompetenzen bei Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aufzubauen und die Dolmetscherdienste (z. B. Verdi) vermehrt zu nutzen (vgl. Kantonales Integrationsprogramm (KIP)<sup>15</sup>).

### **3.5 Geriatrische Rehabilitation**

Rehabilitationen für Personen mit Wohnsitz im Kanton Thurgau, die älter als 75-Jahre sind, nehmen zu. Der Anteil liegt bei 39 bis 41 %<sup>16</sup>, aufgrund der demografischen Entwicklung wird er wachsen. Die geriatrische Rehabilitation soll daher als Leistungsgruppe der Spitalliste geführt werden. Die Anzahl an Leistungsaufträgen soll entsprechend dem Bedarf ausgebaut werden und nicht auf wenige Leistungsaufträge konzentriert werden. Für die Aufnahme auf die Spitalliste gelten die im Projekt erarbeiteten Qualitätsanforderungen. Die Tätigkeiten zur Änderung der Spitalliste 2012 Rehabilitation (interkantonale Koordination, Ausschreibung der Leistungsaufträge, Evaluation und Änderung der Spitalliste) sind umgehend anzugehen. Im Hinblick auf die Spitalplanung 2020 werden 2017-2020 befristete Leistungsaufträge erteilt.

---

<sup>15</sup> Kantonales Integrationsprogramm, [www.migrationsamt.tg.ch](http://www.migrationsamt.tg.ch)

<sup>16</sup> Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik, 2013: Anteil 39.7 %, 1'016 Fälle; 2012: 40.7 %.

## 4 Ambulante und stationäre Angebote im Langzeitbereich

Alte, kranke Menschen sind in den Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt. Sie sind auf wohnortnahe Leistungen insbesondere der Ärzte und Ärztinnen, der Pflege (Spitex, Tages- und Pflegeheim), der Sozialberatung und -betreuung angewiesen. Die Betreuung und Unterstützung durch Angehörige und Freiwillige ist für das Leben im vertrauten Umfeld zentral. Die pflegenden Angehörigen investieren gemäss der Studie SwissAgeCare-2010<sup>17</sup> weit mehr Zeit als sie eigentlich möchten, Partnerinnen investieren sogar doppelt so viel. 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.

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 jedoch regional sehr unterschiedlich ausgebaut.

Ziel im Handlungsfeld ist, dass genügend aufeinander abgestimmte Leistungen, Pflege- und Entlastungsplätze zur Verfügung stehen. Sie sind für Betroffene in bescheidenen und mittleren wirtschaftlichen Verhältnissen durch öffentliche Mittel so weit mitzufinanzieren, dass sie in Anspruch genommen werden können.

### 4.1 Angebote der niedergelassenen Ärzte und der Spitex

Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Spitexorganisationen decken derzeit den Bedarf knapp. Ein Ärztemangel zeichnet sich ab, ebenso knapp ist das Angebot an Pflegefachpersonen.

Im Bereich der Hausarztmedizin braucht es die Fortführung der kantonalen Programme zur ärztlichen Nachwuchsförderung, lokale und regionale Initiativen der Gemeinden zur Ansiedelung von Hausärzten und Hausärztinnen, die Förderung von attraktiven Praxismodellen, die Erhöhung des ambulanten Taxpunktswerts auf ein national konkurrenzfähiges Niveau. Im Bereich der Prävention und des Chronic Care Management<sup>18</sup> kann der Kompetenzbereich der Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) erweitert und genutzt werden.

Ein Augenmerk gilt der regionalen Spitexentwicklung. Die Kompetenzen werden in Fort- und Weiterbildungen gefördert, inkl. Themen wie Case Management oder Fachcoaching. Erfolgversprechende Projekte in der Nachwuchsförderung sind weiterzuführen bzw. zu lancieren.

Sogenannte Advanced Practice Nurses (APN) sollen zukünftig aktiv die Behandlungs- und Betreuungsprozesse unterstützen (z. B. in Anlaufstellen und Drehscheiben / Ärztenetzwerken).

---

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> Chronic Care Management bezeichnet die gezielte, strukturierte Betreuung und Versorgung chronisch kranker Menschen. Gemäss WHO werden 2020 mind. 60 % aller Erkrankungen chronischer Natur sein. Das erfordert neue Versorgungsmodelle, die auch das familiäre und gesellschaftliche Umfeld einbeziehen (z. B. Ausgehend vom Chronic Care Modell (Wagner et al., 1996)). Vgl. auch: Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung, GDK und BAG, Dialog nationale Gesundheitspolitik, Bern 2012.

#### **4.2 Entlastungsdienste für pflegende und betreuende Angehörige zu Hause**

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) und der Entlastungsdienst Thurgau bieten Entlastungsdienste für pflegende und betreuende Angehörige im ganzen Kanton Thurgau an. Das Angebot wird viel zu wenig genutzt. Anfragen kommen häufig erst, wenn Angehörige an ihre Belastungsgrenze gelangen, wenn sie die Begleitung und Pflege des bzw. der Erkrankten nicht mehr leisten können oder durch Verhaltensprobleme überfordert sind. Dadurch ist ein notfallmässiger Spital- oder Pflegeheimenritt oft nicht mehr zu vermeiden.

Bereits Mitte 2015 wurde die Limite der von den Gemeinden mitfinanzierten Entlastung auf 32 Stunden pro Monat angehoben. Personen mit tiefem Einkommen und Vermögen müssen noch Fr. 20.-/Std. selbst bezahlen. Dieser Eigenbeitrag soll für Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen bzw. mit Ergänzungsleistungen auf minimal Fr. 5.-/Std. gesenkt werden.

#### **4.3 Tagesheime bzw. Tagesstätten, Tagesplätze in Pflegeheimen**

Die Angebote entlasten die pflegenden Angehörigen durch Betreuung der Pflegebedürftigen in Form regelmässiger, wohnortnaher, halb- oder ganztägiger Aufenthalte sowie definierter Programme. Zu unterscheiden ist zwischen Tagesheimen, die von Fachpersonen der Pflege und Betreuung betrieben werden und Pflegeleistungen gemäss KVG erbringen und abrechnen, sowie Tagesstätten, die unter professioneller Leitung einer Pflegefachperson stehen und in denen die Betreuung mehrheitlich durch Freiwillige erfolgt. Tagesplätze werden von Pflegeheimen angeboten, und die Tagesgäste beteiligen sich dort am normalen Tagesablauf. Alle Angebote sind als Tagesstruktur oder zusätzlich mit Übernachtung als Tages- und Nachtstruktur möglich. Die Gemeinden beteiligen sich an den Kosten für die Aufenthalte mit Fr. 40.- bzw. Fr. 60.- pro Tag.

Die Plätze sollen regional gut erreichbar sein und auf insgesamt ca. 70 Plätze ausgebaut werden. Der Kanton gewährt von 2017 bis 2020 eine Anschubfinanzierung von max. Fr. 16'000.- pro Platz eines neu geschaffenen Tagesheimes bzw. einer Tagesstätte. Die regionale Verteilung ist zu beachten.

#### **4.4 Kurzaufenthalte in Pflegeheimen**

Für kurzfristige Entlastungsaufenthalte, z. B. bei Wegfall von Betreuungspersonen, sollen regional in den Pflegeheimen Plätze für Kurzzeitaufenthalte geschaffen werden. Bis zum Jahr 2030 dürften ca. 80 Plätze notwendig sein. Da diese Plätze für kurzfristige Eintritte frei gehalten werden müssen, sind sie für Pflegeheime wenig rentabel. In einer zweiten Etappe ab 2020 werden daher Zusatzbeiträge zur Pflegefinanzierung für die Kurzzeitplätze geprüft.

#### **4.5 Pflegeheimplätze: integrierte Wohnformen und geschützte Wohngruppen**

Die Planwerte für Pflegeheimplätze bis zum Jahr 2030 werden in der Pflegeheimplanung 2016 festgelegt. Demenz und der damit verbundene Pflege- und Betreuungsbedarf sind mittlerweile ein Hauptgrund für einen Eintritt in ein Pflegeheim. Verbunden mit den mehrfachen Erkrankungen wachsen die Herausforderungen. Die Kompetenzen sollen in Fort- und Weiterbildungen gefördert werden, zusätzliche Themen sind Supervision und Fachcoaching (vgl. Kap. 5).

Menschen mit Demenz brauchen in bestimmten Krankheitsphasen spezialisierte Angebote (geschützte Wohngruppe). In mindestens zwei Pflegeheimen in jedem Bezirk sind solche vorhanden (ca. 11 % der Pflegeplätze). Die Demenzkonzepte werden bis 2017 spezifisch auf die einzelnen Heime angepasst und umgesetzt. Die Tagesstrukturen und Aktivitäten müssen den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz im Verlauf der Krankheitsphasen angepasst werden.

#### **4.6 Alternative Wohnformen**

In Zukunft werden das Bedürfnis und die Angebote nach nicht regulierten alternativen Wohnformen entstehen. Der Kanton und die Gemeinden begrüssen private Initiativen. Für die Finan-

zierung gelten die gleichen Rahmenbedingungen der Sozialversicherungen (KVG, EL, HE) wie bei den anderen öffentlichen und privaten Angeboten im Langzeitbereich. Bei bewilligungspflichtigen Leistungen können vereinfachte Bewilligungsverfahren wie z. B. für Pflegegruppen und Kleinheime angewendet werden.

### **4.7 Begleitetes Wohnen für Menschen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen**

Wie bei Menschen mit Behinderung könnte das sogenannte begleitete Wohnen helfen, den Alltag zu meistern. Geschulte Personen mit Leistungsauftrag der Gemeinde bzw. von EL- anerkannten Organisationen befähigen die pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen im AHV-Alter dazu, zu Hause zu bleiben und die Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen. Sie koordinieren und organisieren mit und für die betreuten Personen Arztbesuche, Therapien, soziale Kontakte und Aktivitäten, Haushaltarbeiten (inkl. Anteilen von Sozial- und Alltagsberatung) im Umfang von bis zu 6 Stunden pro Monat. Von 2017 bis 2020 soll ein Pilotprojekt durchgeführt und evaluiert werden.

### **4.8 Psychogeriatrische Versorgung in der Langzeitpflege**

In den Weisungen für die Pflegeheime<sup>19</sup> ist verankert, dass jede Institution über eine Vereinbarung mit einem Liaisonpsychiater oder einer Liaisonpsychiaterin oder mit einem Externen Psychiatrischen Dienst verfügt. Es besteht kein formaler Handlungsbedarf. Ein engmaschigerer, regelmässiger Austausch und Supervisionen sind anzustreben.

Für die Spitexorganisationen soll ein geregelter Zugang zu Demenz-Experten resp. Expertinnen (Gerontopsychiatrie, Demenzpflege und -betreuung) gewährleistet werden. Anzustreben sind auch regelmässige gerontopsychiatrische Sprechstunden in den (Gruppen-)Praxen der Hausärzte und Hausärztinnen.

### **4.9 Finanzierung der bedarfsgerechten Leistungen**

Auf nationaler Ebene sind folgende Themen zur Finanzierung anzugehen:

- Ärztliche Hausbesuche sind in der nationalen Tarifstruktur angemessen zu entschädigen. Eine Anpassung des Ostschweizer Taxpunktwertes an den nationalen Durchschnitt ist anzustreben.
- Pflegende Angehörige sollen über die Sozialversicherungen angemessen unterstützt werden, z. B. im Zuge der Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie 2014-2017.
- Die Hilflosenentschädigung (HE) ist stark auf die körperlichen Sinne ausgerichtet. Die Leistungen der HE sollen an die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz angepasst werden.
- Der Leistungskatalog gemäss KVG und die Instrumente zur Abbildung des Pflegebedarfs von Menschen mit Demenz, insbesondere im Heim, soll angepasst werden.

---

<sup>19</sup> 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.

## 5 Fachkompetenz zu Geriatrie und Demenz

Die Fachkompetenz zur Betreuung, Pflege und Behandlung von geriatrischen Patientinnen und Patienten und von Menschen mit Demenz soll im Kanton Thurgau entlang der Behandlungskette gefördert werden. Als grundlegende Haltung muss allen Beteiligten vermittelt werden:

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

Nach dem Grundsatz „Basiswissen für Viele – Spezialwissen für Wenige“ wird zwischen Basiskompetenzen und erweiterten Kompetenzen unterschieden.

**Basiskompetenzen:** In allen Strukturen und bei allen betroffenen Berufsgruppen müssen Basiskompetenzen gefördert und ausgebaut werden. Wissenslücken sollen erfasst und mit Fort- und Weiterbildungen, Richtlinien, Treffen in Netzwerken etc. geschlossen werden. Ziel ist das nähere Zusammenführen von therapeutischen Berufen, Angehörigen, Betroffenen, Non-Profit-Organisationen, Freiwilligen, Gemeinden, öffentlichen Ämtern und Versicherungen.

**Erweiterte Kompetenzen:** In den spezialisierten Strukturen wie der Akutgeriatrie, der geriatrischen Rehabilitation, der Gerontopsychiatrie, dem unterstützend tätigen Assessment- und Triage-Zentrum sowie in Pflegeheimen und Spitex-Organisationen sind erweiterte Kompetenzen zu Geriatrie und Demenz notwendig. Jede Spitexorganisation und jedes Pflegeheim verfügt bis 2020 über mindestens eine spezialisierte Fachperson mit vertieftem Wissen. Diese begleitet den Umsetzungsprozess auf allen Stufen. Alle weiteren Institutionen und Organisationen müssen einen geregelten Zugang nachweisen können (z. B. über Kooperationsvereinbarungen).

### 5.1 Grundlagen der Basis- und erweiterten Fachkompetenz

Für die Basis- und erweiterten Fachkompetenzen wird ein Anforderungskatalog erstellt, der aus geriatrisch-gerontologischer Sicht die Kenntnisse der wichtigsten sozialen, gesellschaftlichen, biologischen oder medizinischen Themen im Alter beinhaltet. Er soll in enger Zusammenarbeit mit den am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen prioritär erstellt werden.

### 5.2 Auf- und Ausbau der Fachkompetenzen

Mit einer Anschubfinanzierung von 2017 bis 2020 soll in den Aus- und Aufbau der notwendigen Kompetenzen (Basiskompetenzen und erweiterte Kompetenzen) in den Strukturen zur Versorgung von Menschen mit Demenz und geriatrischen Patientinnen und Patienten investiert werden. Das ist ein wichtiger Beitrag, damit die zunehmende Komplexität bewältigt werden kann.

Das Assistenzpersonal in den Berufen des Gesundheitswesens und Freiwillige eignen sich das Wissen in Basisschulungen von vier Halbtagen an. Die Kurse werden zwischen der Alzheimervereinigung, dem Bildungszentrum für Gesundheit und Soziales (BfGS) und dem SRK koordiniert.

Mit Kurzfortbildungen sollen auch Dienstleistungserbringer (Optiker, Zahnärzte, Polizei usw.) für den Umgang mit Menschen mit einer Demenz sensibilisiert werden.

Die Integration des Themas in die Ausbildung von Dienstleistungsberufen wird geprüft.

### 5.3 Wissen für Angehörige und 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 (vgl. Kap. 1.7).

## 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

## 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 Spital Thurgau AG

Prof. Dr. med. Ralph Zettl\*, Kantonsspital Frauenfeld, Chefarzt Orthopädie, Spital Thurgau AG

PD Dr. med. Bernd Ibach\*, Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Leitender Arzt des Bereichs

Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie (bis 30. September 2015), anschliessend Clenia Littenheid AG

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

Dr. med. Ruth Fleisch\*, Chefärztin Klinik Schloss Mammern

Dr. med. Adrian Forster\*, Klinikdirektor / Ärztlicher Direktor Klinik St. Katharinental

Ulrike Beckmann\*, Pflegedirektorin Klinik St. Katharinental

Sylvana Gläser\*, Bereichsleitung Pflege (in der Projektgruppe ab Januar 2015) kneipp-hof Dussnang AG

Anselm Töngj\*, Direktor Perlavita Berlingen

Dr. med. Ernst Graf, Ärztlicher Direktor Perlavita Berlingen (bis 30. Juni 2015), anschliessend als niedergelassener Geriater

## **Departement für Finanzen und Soziales**

### **Ambulante Grundversorgung und Langzeitbetreuung**

#### ***Vertretung Ärztesellschaft und Grundversorger Kanton Thurgau:***

Dr. med. Alex Steinacher\*, Delegierter der Ärztesellschaft 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 (bis Ende 2015) /

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\*, Geriatrie Klinik St. Gallen AG, Chefarzt

Gabriela Bischofberger\*, Geriatrie Klinik St. Gallen AG, Pflegedienstleitung

### **Externe Expertenbefragung**

Dr. med. Roman Buff, Medizinisches Zentrum Arbon, CEO, Facharzt FMH für Innere Medizin

Regula Lüthi\*, Psychiatrische Dienste Thurgau, Pflegedirektorin (bis 31. Oktober 2014)

Petra Nef, Kantonsspital Münsterlingen, Leiterin Palliative Plus

Evelyn Seiringer, Spitex RegioArbon, Geschäftsleiterin

Dr. med. Birgit Traichel, Kantonsspital Münsterlingen, Leitende Ärztin Palliativmedizin

### **Visitationen**

Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Zürich, unter Leitung von Dr. med. Daniel Grob

Pflegezentren der Stadt Zürich, Dr. Gaby Bieri, Chefärztin Geriatrie Dienst der Stadt Zürich, ärztliche Direktorin PZZ

\* Projektgruppe, zusätzlich in ein bis mehreren Teilprojekten vertreten

Geriatric- und Demenzkonzept Thurgau Finanzierung erste Etappe 2016-2020 (Zusatzaufwand zur derzeitigen Finanzierung)								Beilage 2
Handlungsfeld	Massnahmen	Kap.	Rückstellungen	Erste Etappe 2016-2020				Ab 2021
			Auslösung tranchenweise 2016-2020	einmalig über vier Jahre <sup>1)</sup>	jährlich wiederkehrend (Durchschnitt), Kostenschätzung gemäss Erkenntnisstand Amt für Gesundheit			jährlich wiederkehrend
				Kanton	Kanton	Gemeinden	Leistungserbringer, Versicherer, Dritte	Beiträge öff. Hand
Autonomie und Selbständigkeit zu Hause	"Best practice" Gesundheitsförderung im Alter (Projekt VIA)	1.1	300'000.-	-	-	-	-	-
	Prävention Demenz	1.2	-	-	-	-	-	-
	Regionale Anlaufstelle und Drehscheibe (Pilotprojekte)	1.3	-	5'000	275'000 <sup>3)</sup>	-	-	1'500'000
	Verzeichnis und Empfehlungen zu Betreuung, Hilfe und Entlastung	1.4	960'000 <sup>2)</sup>	-	-	-	-	-
	Leistungsvereinbarung mit der Alzheimervereinigung Thurgau	1.5	-	-	234'000	-	-	250'000
	Aufsuchende Demenzberatung (Demenz Beratungsstelle)	1.6	-	50'000	max. 400'000	-	-	420'000
	Selbsthilfegruppen, Erfahrungsaustausch, Schulungen	1.7	960'000 <sup>2)</sup>	-	-	-	-	24'000
	Wertschätzung und Teilhabe, soziale Anlässe	1.8	960'000 <sup>2)</sup>	-	-	-	-	16'000
	Ferienprojekte; Zusatzferien für pflegende und betreuende Angehörige	1.9	-	-	-	-	Parlamentarische Vorstösse/Gesetzgebungsprozess	Nationale Themen
	Finanzierung bedarfsgerechter Leistungen (Transparenz, Finanzierungsregelungen)	1.10	-	10'000	Kostenneutraler Ausgleich von Mehrbeiträgen für ambulante Leistungen und Aufwandreduktion bei Ergänzungsleistungen			-
	Koordination unter den Partnern (Fachpersonen und Laien)	1.11	-	40'000	80'000	16'000	16'000	100'000
	Förderung der Freiwilligenarbeit	1.12	-	-	-	-	-	100'000-200'000
Früherkennn., Assessment und Triage, ambulante Akuttherapie	Screening in der ambulanten Grundversorgung	2.1	-	-	40'000	-	40'000	40'000
	Assessment- und Triage-Zentrum mit Pilotprojekt Mobile Einheit Geriatrie-Plus ab 2019	2.2	-	-	795'000	-	525'000	1'640'000
	Memory Clinic	2.3	-	-	wie heute, Regeln der Finanzierung ambulanter Leistungen			-
	Alterstagesklinik	2.4	-	-	355'000	-	355'000	400'000
	Krisenintervention, Koordination bei Ausfall von Betreuungspersonen	2.5	-	-	Teil der Drehscheibe von Kap. 1.3	Teil der Drehscheibe von Kap. 1.3	Teil der Drehscheibe von Kap. 1.3	Teil der Drehscheibe von Kap. 1.3
Stationäre geriatrische Akuttherapie und geriatrische Rehabilitation	Akutgeriatrie (1. Etappe KSM)	3.1	-	380'000	532'000	-	435'000	2 Mio. gemäss Kostenteiler Spitalfinanzierung
	Schnittstellen zu Traumatologie - Orthopädie	3.2	-	-	wie heute, Regeln der Spitalfinanzierung			-
	Schnittstellen zur Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisondienst Spitäler	3.3	-	-	wie heute, Regeln der Spitalfinanzierung			-
	Kooperation und Vernetzung der Fachkompetenz im Akutbereich	3.4	-	-	wie heute, Regeln der Spitalfinanzierung			-
	Geriatrische Rehabilitation	3.5	-	-	wie heute, Regeln der Spitalfinanzierung			-

## Departement für Finanzen und Soziales

Handlungsfeld	Massnahmen	Kap.	Rückstellungen Auslösung tranchenweise 2016-2020	Erste Etappe 2016-2020				Ab 2021
				einmalig über vier Jahre <sup>1)</sup>		jährlich wiederkehrend (Durchschnitt), Kostenschätzung gemäss Erkenntnisstand Amt für Gesundheit		jährlich wiederkehrend
				Kanton	Kanton	Gemeinden	Leistungserbringer, Versicherer, Dritte	Beiträge öff. Hand
Ambulante und stationäre Angebote im Langzeitbereich	Angebote der niedergelassenen Ärzte und der Spitex	4.1	-	-	-	-	-	1 - 2 Mio.
	Entlastungsdienste für pflegende und betreuende Angehörige zu Hause	4.2	-	-	-	100'000	100'000	600'000
	Tagesheim bzw. Tagesstätten, Tagesplätze in Pflegeheimen	4.3	-	1'000'000	-	400'000	660'000	700'000
	Kurzaufenthalte in Pflegeheimen	4.4	-	-	-	-	-	1'200'000
	Pflegeheime: Integrierte Wohnformen und geschützte Wohngruppen	4.5	-	-	-	-	-	-
	Alternative Wohnformen	4.6	-	-	-	-	-	-
	Begleitetes Wohnen für Menschen in bescheidenen wirtsch. Verhältnissen	4.7	-	-	Kostenneutraler Ausgleich von Mehrbeiträgen für ambulante Leistungen und Aufwandreduktion bei Ergänzungsleistungen		-	-
	Psychogeriatrische Versorgung in der Langzeitpflege	4.8	-	-	-	-	110'000	-
	Finanzierung bedarfsgerechter Leistungen	4.9	-	-	-	-	Nationale Themen	Nationale Themen
Fachkompetenz in Geriatrie und Demenz	Grundlagen der Basis- und erweiterten Kompetenzen	5.1	-	50'000	-	-	-	-
	Auf- und Ausbau der Fachkompetenzen	5.2	-	1.5 Mio	-	-	625'000	-
	Wissen für Angehörige und Laien	5.3	960'000 <sup>2)</sup>	-	-	-	-	-
	<b>Total</b>		1'260'000	3'035'000	2'711'000	516'000	2'866'000	9-10 Mio.
	<b>davon in Rückstellungen<sup>2)</sup>, Budget und Finanzplan enthalten</b>		1'260'000	-	350'000			
	<b>Zusatzaufwand</b>		-	<b>3'035'000</b>	<b>2'361'000</b>	<b>516'000</b>	<b>2'866'000</b>	<b>9-10 Mio.</b>
29. Mrz 16	<sup>1)</sup> als (mehrjährige) Finanzierung oder einmalige Aufbauposten <sup>2)</sup> Total Summe für die Massnahmen 1.4, 1.7, 1.8 und 5.3; die Verteilung muss noch vorgenommen werden. <sup>3)</sup> Finanzierung des Pilotprojektes durch den Kanton 2017-2020							