

Geriatric- und Demenzkonzept Kanton Thurgau

Vernehmlassungsvorlage,
vom Regierungsrat am 18. August 2015 genehmigt



Impressum

Herausgegeben vom Kanton Thurgau im August 2015

© Departement für Finanzen und Soziales
8510 Frauenfeld

Inhaltsverzeichnis	3
Einführung und übergreifende Themen	4
1 Ausgangslage	4
2 Grundlagen	4
3 Autonomie und Selbständigkeit zu Hause	4
4 Pflegende und betreuende Angehörige und Freiwilligenarbeit	5
4.1 Öffentlichkeitsarbeit	5
4.2 Frühzeitige Unterstützung und Entlastung	5
4.3 Erste Anlaufstelle	6
4.4 Emotionale Betroffenheit und Selbstverständnis der Betroffenen	6
4.5 Wertschätzung und Teilhabe	6
4.6 Finanzierung	6
4.7 Freiwilligenarbeit	7
GeriatRIEkonzept	8
5 Geriatrisches Assessment und Triage	8
6 Assessement- und Triage-Zentrum	8
7 Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation	9
7.1 Akutgeriatrie	9
7.2 Schnittstellen zu Gerontopsychiatrie und Traumatologie - Orthopädie	9
7.3 Kooperation und Vernetzung der Fachkompetenz im Akutbereich	10
7.4 Geriatrische Rehabilitation	10
8 Geriatrische Fachkompetenz	10
Demenzkonzept	11
9 Einführung Demenzkonzept	11
9.1 Demenz in der Grundversorgung	11
9.2 Spezialisierte Angebote bei Demenz	11
10 Information und Beratung zum Thema Demenz	11
11 Früherkennung, Akuttherapie und Krisenintervention	12
12 Ambulante und stationäre Angebote im Langzeitbereich	12
13 Finanzierung der bedarfsgerechten Leistungen für Menschen mit Demenz	13
14 Kompetenzen in der Demenzversorgung	14
15 Prävention im Bereich Demenzerkrankungen	14
Finanzierung	15
16 Verantwortlichkeiten und etappierte Umsetzung	15
17 Kostenabschätzung	15
Beilagen	
Beilage 1 Geriatrie- und Demenzkonzept 2016, Massnahmen und Priorisierung	
Beilage 2 Finanzierung der Massnahmen des Geriatrie- und Demenzkonzeptes.	

Einführung und übergreifende Themen

1 Ausgangslage

Mit dem Geriatriekonzept wird die Grundlage für die Entwicklung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung der alten und hochaltrigen, kranken 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 die Spitalisten 2012 tangieren, sind die Ausführungen im Sinne eines Versorgungs- bzw. Strukturberichtes zur Spitalplanung enthalten (vgl. Kap. 7).

2 Grundlagen

Das Projekt wurde mit Auftrag vom 26. Februar 2013 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. In Teilprojekten wurden sieben Handlungsfelder bearbeitet. Nach der Analyse der Ist-Situation wurden Mängel und Lücken aufgezeigt. Daraus wurden die Ziele abgeleitet und die zugehörigen Massnahmen konkretisiert. Mit Bericht vom 15. Juli 2015 wurden die Massnahmen aus fachlicher Sicht mit inhaltlichen und zeitlichen Priorisierungen zur Umsetzung vorgeschlagen.

Der Regierungsrat gewichtet vorliegend die Massnahmen aus übergeordneter, gesundheits- und finanzpolitischer Sicht. Sie sollen gemäss Beilage 1 und den Mitfinanzierungsregelungen gemäss Beilage 2 in den kommenden Jahren umgesetzt werden.

3 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 der Förderung der eigenen Ressourcen. Konkrete Ziele und Massnahmen sind (vgl. Kap. 3 des Berichts):

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;

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.

- 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.

Der alte Mensch hat trotz eingeschränkter Selbständigkeit das Recht auf Wahlfreiheit bezüglich seiner Wohnsituation, soweit dies verhältnismässig und finanzierbar ist. Die Umsetzung gründet primär auf Initiativen von Privatpersonen bzw. Privaten und Gemeinden, es handelt sich um:

- 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.

4 Pflgende und betreuende 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 und betreuenden Angehörigen;
- wertschätzende Stellung im Betreuungsprozess.

4.1 Öffentlichkeitsarbeit

Die Bevölkerung soll mit nachfolgenden Massnahmen besser informiert und sensibilisiert werden, wie sie mit den Betroffenen umgehen und auf unerwartete Verhaltensweisen von alten kranken Menschen angemessen reagieren soll (vgl. Kap 4.3 und Anhang 3 des Berichtes):

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

4.2 Frühzeitige Unterstützung und Entlastung

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 für die Be-

troffenen und die pflegenden und betreuenden Angehörigen folgende Massnahmen geplant (vgl. Kap 4.4 und Anhang 3 des Berichtes):

- Thurgauer Standard für pflegende und betreuende Angehörige;
- Verzeichnis der Hilfe- und Entlastungsangebote;
- Schulungen zu Themen wie Kommunikation in schwierigen Situationen, Grundlagen der Erkrankungen (z. B. Demenz), technische Hilfsmittel, Finanzierung.

4.3 Erste Anlaufstelle

In den Zuständigkeitsbereich der Gemeinden und von 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 (vgl. Kap 4.5 und Anhang 3 des Berichtes).

4.4 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 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. Zusätzlich zur oben genannten Öffentlichkeitsarbeit sind folgende Massnahmen sinnvoll (vgl. Kap 4.6 und Anhang 3 des Berichtes):

- geführter Erfahrungsaustausch;
- Selbsthilfegruppen;
- Förderung der Nachbarschaftshilfe.

4.5 Wertschätzung und Teilhabe

Die Wertschätzung der Leistungen von pflegenden und betreuenden Angehörigen und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft können u.a. mit folgenden Massnahmen gefördert werden (vgl. Kap 4.7 und Anhang 3 des Berichtes):

- Fallbesprechungen und Helferplan in komplexen Situationen;
- kulturelle Angebote im geschützten Rahmen;
- Treffen von Menschen mit Demenz im öffentlichen Raum.

Die Idee von Zusatzferien für pflegende Angehörige im Arbeitsprozess analog zu Jugend- und Sport soll auf nationaler Ebene diskutiert werden.

4.6 Finanzierung

In Bezug auf die vielfältigen Finanzierungsfragen sollen u.a. die Finanzierungsregelungen der ambulanten Leistungen transparent gemacht und Finanzierungslücken aufgezeigt werden (vgl. Kap. 4.8 und Anhang 3 des Berichts). Auch sollen Einbussen insbesondere beim Lohn und der Altersvorsorge für pflegende und betreuende Angehörige aufgezeigt werden.

Die Mindestbeiträge der öffentlichen Hand für Entlastung sowie die Hilfe und Betreuung zu Hause sind in § 27 des Gesetzes über die Krankenversicherung (TG KVG; RB 832.1) und in der entsprechenden Verordnung (TG KVV; RB 832.10) geregelt. Leistungserbringer und öffentliche Hand führen regelmässig Gespräche über die Leistungslimiten und -beiträge.

Die Kostenbeteiligungen für notwendige Entlastungsangebote und für Schulungen der Betroffenen und der pflegenden Angehörigen 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.

4.7 Freiwilligenarbeit

Im Ausbauen und Halten der formalen Freiwilligenarbeit sind in erster Linie die Institutionen, Organisationen und Vereine herausgefordert, welche mit Freiwilligen arbeiten.

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 (vgl. Kap. 4.9 und Anhang 3).

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 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.

Im geriatrischen Assessment und Triage dient ein strukturierter Einsatz von standardisierten Instrumenten dazu, 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 die Therapie zu entscheiden 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. Um die Synergien im Behandlungspfad optimal zu nutzen, werden im Bericht zum Geriatrie- und Demenzkonzept einheitliche Screening und Assessment-Instrumente definiert. Sie sollen verbindlich eingesetzt werden (vgl. Kap. 5 des Berichts).

6 Assessment- 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 (vgl. Kap. 6 des Berichts):

- Assessment- und Triage-Einheit:

Als Teil der Akutgeriatrie sind an beiden Kantonsspitalern (KSF und KSM) 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. 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.

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.

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. Anstelle dieser Zwischenlösungen wird nachfolgend beschriebene Versorgungsvariante umgesetzt. Die Ausführungen der Kapitel 7.1 und 7.2 gelten als Strukturbericht zur Spitalliste 2012 Akutsomatik betreffend die Querschnittsleistungsgruppe Akutgeriatrie und die Leistungsgruppe Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie. Kapitel 7.4 weist als Versorgungsbericht im Sinne der Spitalplanung gemäss KVG den Bedarf in geriatrischer Rehabilitation aus.

7.1 Akutgeriatrie

Aktuell ist von bis zu 1'500 geriatrischen Patientinnen und Patienten pro Jahr in den Akutspitälern des Kantons Thurgau auszugehen. Diese werden zu über 95 % in den beiden Kantonsspitälern versorgt. Ausserkantonal 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 widerspiegeln die vorrangig innerkantonale stattfindenden Hospitalisationen dieser Patientengruppe.

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 Kantonsspitälern Frauenfeld (KSF) und Münsterlingen (KSM) 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 KSM vor derjenigen am KSF. Es gelten die Detailumschreibungen und Interimslösungen für den Aufbau gemäss Bericht vom 30. Juli 2015 und die Anforderungen gemäss SwissDRG (vgl. Kap. 7 und Anhänge 6 - 8 des Berichts). Die Spitalliste 2012 Akutsomatik ist zu ändern, die Fussnote bezüglich der Querschnittsleistungsgruppe Akutgeriatrie Kompetenzzentrum ist zu streichen.

7.2 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 Leis-

tungsspektrums in der Orthopädie soll daher deren Leistungsauftrag auf der Spitalliste 2012 Akutgeriatrie um die Leistungsgruppe Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie (BEW 8.1) ergänzt und damit der gesamte Leistungsbereich „Bewegungsapparat chirurgisch“ als Auftrag erteilt werden (vgl. Kap. 7.6 des Berichts).

7.3 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 intern die interprofessionellen Kompetenzen in einem Geriatrie-Board.

7.4 Geriatrische Rehabilitation

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 Spitalliste Rehabilitation Rechnung getragen werden. Die Anzahl an Leistungsaufträgen 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 ausserkantonale versorgter geriatrischer Patienten und Patientinnen sind keine Leistungsaufträge ausserhalb des Kantons zu vergeben. Als Bedarf werden vier innerkantonale Leistungsaufträge ausgewiesen. Es gelten die Detailumschreibung und Anforderungen an die Leistungserbringer gemäss Kap. 7 und den Anhängen 6 und 8 des Berichts zum Geriatrie- und Demenzkonzept vom 30. Juli 2015.

8 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 (vgl. Kap. 8 des Berichts).

Als grundlegende Haltung resp. Grundvoraussetzung soll den Beteiligten vermittelt werden:

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

Demenzkonzept

9 Einführung Demenzkonzept

Bis zum Jahr 2030 ist auf Basis der national ausgewiesenen Prävalenzraten² und des Hauptszenarios der Bevölkerungsentwicklung³ im Kanton Thurgau von einer Zunahme aller Menschen mit Demenz von derzeit schätzungsweise 3'700 auf 6'220 auszugehen (+ 68 %), wovon etwa 3'300 Personen in Pflegeheimen und rund 2'900 zu Hause leben würden. Diese Entwicklung entspricht 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 zu finanzierende Beitrag an die Leistungen bei Demenz (Spitäler, Pflegeheime und die ambulante Pflege) zwischen 2015 und 2030.

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:

9.1 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.

9.2 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 sind drei Themenblöcken sowie der Finanzierung, den Kompetenzen in der Demenzversorgung und der Prävention zugeordnet.

10 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 (vgl. Kap. 10 des Berichts):

- Aktive ideelle Unterstützung des Projektes „Mehr Wissen - besser verstehen“ der Alzheimervereinigung Schweiz.

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.

- 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.

11 Früherkennung, Akuttherapie und Krisenintervention

Ziel ist die frühe Erkennung und Therapie von Demenzerkrankungen sowie der Hilfestellung im Fall von Krisen. Das bestehende breite Angebot wird punktuell ergänzt und ausgebaut (vgl. Kap. 11 des Berichts):

- 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.
- Prüfung 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).

12 Ambulante und stationäre Angebote im Langzeitbereich

Menschen mit Demenz wollen in aller Regel so lange wie möglich im vertrauten Umfeld leben. 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. Somit stehen insbesondere folgende Massnahmen im Vordergrund (vgl. Kap. 12 des Berichts):

- 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 Taxpunktwerts 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.

13 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:

- 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.
- 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.

14 Kompetenzen in der Demenzversorgung

Ziel ist, dass Fachpersonen über die in ihrem Berufsfeld erforderlichen Kompetenzen verfügen. Dies gilt analog für die Angehörigen- und Freiwilligenarbeit. 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.

Ansonsten gelten analoge Überlegungen wie sie für die geriatrische Fachkompetenz ausgeführt sind. Für die spezifische Schulung von Angehörigen und nahen Bezugspersonen siehe Kap. 4.

15 Prävention im Bereich Demenzerkrankungen

Ziel ist, das Wissen zur Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention 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“⁴ der Alzheimervereinigung ausgeführt.

⁴ [www.alz.ch/Demenzerkrankungen/Risiko reduzieren](http://www.alz.ch/Demenzerkrankungen/Risiko_reduzieren).

Finanzierung

16 Verantwortlichkeiten und etappierte Umsetzung

Das Geriatrie- und Demenzkonzept betrifft fast alle Bereiche des Gesundheitswesens, entsprechend vielfältig sind die Adressaten. Alle Massnahmen sind mit den Verantwortlichkeiten in Beilage 1 zusammengefasst. Sie können wie folgt gruppiert werden:

- A. Permanente Aufgaben, die im Rahmen der bereits geregelten Finanzierung weiterentwickelt werden sollen (z. B. Massnahmen der Wertschätzung und Teilhabe oder Einzelne Themen der Erhaltung von Autonomie und Selbständigkeit).
- B. 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).
- C. Projekte und 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.

Neue Massnahmen haben naturgemäss einen höheren Finanzbedarf als Anpassungen oder Erweiterungen. Die Zuordnung (A, B, C) ist in der Finanzierungstabelle (Beilage 2) ersichtlich.

17 Kostenabschätzung

Mit der Finanzierung der Massnahmen des Geriatrie- und Demenzkonzeptes kann eine umfassende, zukunftsgerichtete Versorgung der geriatrischen Patienten und Patientinnen und der Menschen mit Demenz sowie die Entlastung ihrer Angehörigen umgesetzt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Gesundheitskosten pro versicherte Person mit zunehmendem Alter aufgrund der steigenden Leistungsbeanspruchung im Durchschnitt überproportional ansteigen. Als ein Leistungselement nahm die Zahl der Hospitalisationen für 70-Jährige und Ältere in der Schweiz innert 10 Jahren um 31.1 %⁵ zu, während die Gesamtzahl um 17.9 % stieg. Die Dämpfung der mit der demografischen Entwicklung verbundenen Kostenentwicklung für die öffentliche Hand und die KVG-Versicherten bedingt, dass alte und hochaltrige kranke Menschen, soweit das sinnvoll und zumutbar ist, im häuslichen Umfeld gepflegt und betreut werden können.

Autonomie und Selbständigkeit, Pflegende und betreuende Angehörige:

Die Umsetzung der Massnahmen in den Themen Autonomie und Selbständigkeit sowie pflegende und betreuende Angehörige zielen auf die Prävention und Stabilisierung im häuslichen Umfeld. Die Finanzierungsanteile des Kantons sind über Rückstellungen gesichert.

⁵ Bevölkerungswachstum im gleichen Zeitraum 2003 bis 2013: 23.8 % bei 65-Jährigen und Älteren bzw. 24.8 % bei den 80-Jährigen und Älteren. (TG 2013 11'162 80-Jährige und Ältere).

Gemäss ersten Zwischenresultaten der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung⁶ müssen im Zuge der Finanzierung über Fallpauschalen aufgrund von Verlagerungen andere Leistungserbringer Teile der bisherigen Leistungen der Akutspitäler übernehmen. Es wird vor allem in der Langzeitpflege von notwendigen Anpassungen und einem gesteigerten Bedarf an Ressourcen und höher qualifiziertem Personal berichtet.

Die sozialmedizinische Statistik zeigt, dass die Eintritte aus dem Spital in ein Pflegeheim im Kanton Thurgau zwischen 2010 und 2013 um 22 % auf 609 Personen zugenommen hat; der Anteil an den eingetretenen Bewohnern und Bewohnerinnen liegt bei 35.1 % (gesamtschweizerisch + 12.7 % auf einen Anteil von 41.7 %). Die mit dem Geriatrie- und Demenzkonzept zusätzlich eingesetzten Ressourcen (Zusatzaufwendungen gemäss Beilage 2) sind vor diesem Hintergrund wie folgt zu werten:

- Assessment und Triage-Zentrum sowie Akutgeriatrie:
Die Strukturen sind als Investition zur Dämpfung der ansonsten ungebremsten Kostensteigerung aufgrund der demografischen und medizinischen Entwicklung bei den Spitälern und Pflegeheimen in den bestehenden Anreizsystemen zu betrachten. Die Steuerung der Behandlungsprozesse über einheitliche Assessment- und Triage-Instrumente macht volkswirtschaftlich Sinn. Das Assessment- und Triage-Zentrum ebenso wie die Akutgeriatrie dienen dazu, geriatrische Patienten und Patientinnen und Menschen mit Demenz den individuell richtigen Behandlungen zuzuführen und wenn immer dies aus gesamtheitlicher Sicht sinnvoll ist, im häuslichen Umfeld zu stabilisieren. Durch optimierte Assessment- und Triage-Prozesse von der Grundversorgung bis zur Akutgeriatrie sollen notfallmässige Hospitalisationen und Pflegeheimeintritte auf das notwendige Minimum beschränkt werden.
- Der Betrieb von Abteilungen für Akutgeriatrie im KSF und im KSM (je 14 bis 16 Plätze mit zeitlich gestaffelter Inbetriebnahme) benötigt zusätzliche Stellen und damit verbundene jährlich wiederkehrende Aufwendungen von schätzungsweise Fr. 967'000.-- je Einheit. Die Mehrkosten dieser Leistungen sind über die ordentliche Spitalfinanzierung unter SwissDRG zu decken, auch wenn die Spital Thurgau AG derzeit von einem tiefen Zusatzfinanzierungsanteil über die Komplexpauschalen aus geht.

Geriatrische Fachkompetenz:

Mit einer Anschubfinanzierung soll in den Aus- und Aufbau der notwendigen Kompetenzen, insbesondere in der ambulanten und stationären Langzeitpflege und -betreuung investiert werden, damit die zunehmende Komplexität bewältigt werden kann.

Der Handlungsdruck im Bereich Demenz nimmt aufgrund der absehbaren Entwicklung rasch zu. Die Verantwortung für die Umsetzung und die Finanzierung wichtiger wohnortnaher Angebote liegt nicht beim Kanton. Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des Geriatrie- und Demenzkonzeptes ist damit eine breite, parteipolitisch übergeordnete Unterstützung innerhalb des Kantons.

Die abschätzbaren zusätzlichen Finanzierungsbeiträge des Kantons sind in Beilage 2 mit einer zeitlichen Staffelung der Umsetzung auf die Jahre 2016 bis 2020 umgelegt, diese Beiträge sind im Finanzplan 2017 - 2019 nicht enthalten.

⁶ Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, Bericht des BAG an den Bundesrat; 13. Mai 2015; www.bag.admin.ch/evaluation.

Geriatric- und Demenzkonzept Thurgau 2016													
Handlungsfeld	Massnahmen	Kap.	Verantwortung für die Umsetzung und Finanzierung			Inhaltliche Prioritätensetzung			Zeitplan				
			Kanton (gemeinwirtschaftliche Leistung gemäss KVG, Gesundheitsgesetz)	Politische Gemeinden	Leistungserbringer, Private, NGO	Inhaltliche Priorität (1-2)	Entwicklung Fördern Optionen	Konkrete Finanzierungsanträge (2017 ff.)	bestehende Aufgabe	Start als Pilot	Start Vorarbeiten	Umsetzung	
Autonomie und Selbständigkeit	VIA-Gesundheitsförderung im Alter: Projekt	3.2.1	X Projektmittel gesichert: 300'000.-			1	X				2015	2016	
	VIA-Gesundheitsförderung im Alter: Umsetzungsprogramm GF-CH	3.2.1	Als Programme der Gesundheitsförderung: nicht quantifiziert		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	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				
	Finanzierung	4.8	unterschiedliche Rechtsgrundlagen, a, b	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				
	Geriatrisches Assessment und Triage	Screening in der Grundversorgung	5.4.2			X	1	X ¹⁾			X	2016	2017
		Screening und Triage in der Traumatologie	5.4.3			X	1	X				2016	2017
Assessment- und Triage-Einheit (Teil des Assessment- und Triage-Zentrums)		6.1	X		X	1		X			2017	2018	
Mobile Einheit Geriatric-Plus (Teil des Assessment- und Triage-Zentrums)		6.2	X		X	2		X			2018	2019	
Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation	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	
	Traumatologie-Orthopädie (Leistungsauftrag spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie)	7.6.2			X	1		X				2016	
	Geriatric-Board	7.7.3			X	2		X			2016	2017	
Geriatrische Fachkompetenz	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				
Demenz	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 spitalgebunden KSF/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. Liaisonsdienst	11.7			X	2	X		X			2016	
	Akutspitaler (Teilangebot)	11.8			X	1		X	X		2016/2019		
	Angebote der niedergelassenen Ärzte und der Spitex bei Demenz	12.1	X		X	1		X	X				
	Entlastungsdienste (SRK/TG)	12.2			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				
	Kurzweiliger, Notfallplätze	12.5	Im Rahmen der Pflegefinanz.: Zus. beiträge für Kurzweiliger- und Notfall-Plätze	Im Rahmen der Pflegefinanz.: Zus. beiträge für Kurzweiliger- und Notfall-Plätze	X	1		X	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	X			
Alternative Wohnformen	12.8		X im Rahmen der Pflegefinanzierung	X	2								
Konsiliar- u. Liaisonsdienst im Langzeitbereich	12.9			X	1		X	X					
Finanzierung bedarfsgerechter Leistungen	13	Verschiedene Adressaten, Unterstützung national zu regelnder Anliegen		X	X		X ¹⁾	X ³⁾	X				
Fachkompetenz in Demenz	14	Anschubfinanzierung sinnvoll, für raschen Wissenstransfer		X		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