



Nationale Demenzstrategie
Stratégie nationale en matière de démence
Strategia nazionale sulla demenza
2014-2019



Koordinierte Versorgung

Wissen teilen, Gemeinsam planen,
Patienten stärken.



mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz
Médecins de famille et de l'enfance Suisse
Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera

 **SBK** ... die Stimme der Pflege!
ASI ... la voix infirmière!
... la voce delle infermiere!

 Überall für alle
SPITEX
Schweiz

Nationale Demenzstrategie

Teilprojekt 3.2 «Förderung der Koordination von Leistungen
zur Deckung des individuellen Versorgungsbedarfs» 2014–2017

Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Bern, Januar 2017

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	3
1.1 Ausgangslage.....	3
1.2 Drei Phasen der Demenz nach Schweregrad.....	3
1.3 Ziele.....	3
2. Umfrage	4
2.1 Adressaten.....	4
2.2 Ergebnisse der Umfrage von November/Dezember 2015.....	4
3. Ergebnisse des Workshops mit Stakeholdern	6
3.1 Mangelnde Koordinationsleistungen.....	6
3.2 Mangelnde Koordinationskompetenzen.....	6
3.3 Zugänglichkeit von Informationen zu Koordination und Leistungen.....	6
3.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit als Voraussetzung für Koordination.....	6
3.5 Sicherstellung der Finanzierung von Koordinationsleistungen.....	7
4. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	7
4.1 Koordinationsleistungen.....	7
4.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	7
4.3 Finanzierung und Koordination.....	7
5. Dank	7
Anhang 1: Übersicht Adressaten der Umfrage.....	8
Anhang 2: Schnittstellen zu anderen Teilprojekten der Nationalen Demenzstrategie 2014–2017.....	8
Anhang 3: Schnittstelle ambulante Hilfe und Pflege bei Demenz.....	10
Anhang 4: Bedarf an Unterstützung, Betreuung und professioneller Pflege – schematische Darstellung.....	10

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Drei Phasen der Demenz.....	3
Abb. 2: Koordination ambulanter Leistungen.....	4
Abb. 3: Erhoffte Optimierung durch Bundesstrategie.....	5
Abb. 4: Gut funktionierende Angebote.....	5

MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE

Bättig Esther, Ressort Qualität / eHealth, Spitex Verband Schweiz

Busset Annick, Projektassistentin

Gmür Rahel, Zentralvorstand Spitex Verband Schweiz

Koch Roswitha, Leiterin Pflegeentwicklung, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)

Lüscher Severin, Hausarzt, Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe)

Reck Markus, Vorstandsmitglied Association Spitex privée Suisse (ASPS)

1. EINLEITUNG

1.1 Ausgangslage

In der Schweiz leben zur Zeit rund 110 000 Menschen mit Demenz.¹ Die Zahl wird bis 2030 schätzungsweise auf rund 190 000 steigen.² Den zukünftigen Herausforderungen, die diese wachsende Zahl von Menschen mit Demenz mit sich bringt, wollen das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) mit der Nationalen Demenzstrategie 2014–2017³ (NDS) begegnen. Sie hat zum Ziel, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren nahestehenden Bezugspersonen zu verbessern.

In der Nationalen Demenzstrategie 2014–2017 wurden vier Handlungsfelder definiert: 1) Gesundheitskompetenz, 2) Bedarfsgerechte Angebote, 3) Qualität und Fachkompetenz und 4) Daten und Wissensvermittlung. Im Handlungsfeld 2 «Bedarfsgerechte Angebote» lautet das Ziel 3:

«Den an Demenz erkrankten Menschen und nahestehenden Bezugspersonen stehen flexible, qualitativ hochstehende und bedarfsgerechte Versorgungsangebote entlang der gesamten Versorgungskette zur Verfügung.»⁴

Die Ziele des Projekts 3.2 «Förderung der Koordination von Leistungen zur Deckung des individuellen Leistungsbedarfs» lauten:

«Erarbeitung von Empfehlungen zum Aufbau von interdisziplinären Versorgungsketten, die eine bedarfsgerechte und stetige Koordination/Vernetzung von Leistungen in der Grundversorgung (v. a. in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Betreuung und ambulante Pflege) fördern. In diese Netzwerkarbeit ist auch die Krisenintervention, die dazu dient, eine Hospitalisation zu vermeiden, einzubeziehen. Zudem sind die Angebote auf die Informations- und Sozialberatungsangebote ausserhalb des Versorgungssystems abgestimmt.»

Vertreterinnen und Vertreter des Vereins Haus- und Kinderärzte Schweiz, Spitex Verband Schweiz, Spitex

privée Suisse sowie dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner erarbeiteten im Teilprojekt 3.2 Empfehlungen zur Förderung der Koordination von Leistungen zur Deckung des individuellen Versorgungsbedarfs. Als Grundlage entwickelte die Arbeitsgruppe die Arbeitspapiere im Anhang 3 und 4. Im Fokus der Projektumsetzung steht die Praxis der ambulanten Gesundheitsversorgung, denn etwas mehr als die Hälfte der Menschen mit Demenz lebt zu Hause.⁵

1.2 Drei Phasen der Demenz nach Schweregrad

Die Arbeitsgruppe orientierte sich an der gebräuchlichen Darstellung der drei Phasen des Demenzverlaufes.⁶ Es ist zu beachten, dass der Koordinationsbedarf nicht parallel zum Unterstützungsbedarf verläuft.

Phase	Unterstützungsbedarf
Leicht	Es bestehen eine kognitive Beeinträchtigung und leichte Schwierigkeiten bei Alltagsaktivitäten (z.B. Finanzen, Reisen) im Vergleich zu früher. Der Patient/die Patientin lebt weitgehend unabhängig zu Hause.
Mittel	Die kognitive Beeinträchtigung und Alltagsbeeinträchtigung sind so stark, dass der Erkrankte/die Erkrankte punktuell bzw. öfters auf Hilfe angewiesen ist (z.B. Telefonieren, Medikamenteneinnahme, Kleiderpflege, Organisieren von Mahlzeiten). Die Lebensführung zu Hause ist mit Unterstützung möglich
Schwer	Die Kognition und Alltagsaktivitäten sind so stark beeinträchtigt, dass eine kontinuierliche Betreuung notwendig ist (z.B. Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Kontinenz).

Abb. 1: Drei Phasen der Demenz nach Schweregrad

1 BAG/GDK (2013): Nationale Demenzstrategie 2014–2017. Bern.

2 Ecoplan AG (2013): Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie. Demenz in der Schweiz: Ausgangslage. Bericht zuhanden des BAG/GDK, Bern.

3 Die Arbeitsgruppe erstellte die Inhalte des vorliegenden Berichtes vor dem Entscheid von Bund und Kantonen, die nationale Demenzstrategie bis Ende 2019 zu verlängern.

4 BAG/GDK (2013): Nationale Demenzstrategie 2014–2017. Bern.

5 Bassetti, C. L./Calabrese, P./Gutzwiller, F. (2011): Demenz. Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Stuttgart.

6 Nach: Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von Demenzkranken in der Schweiz. In: Praxis 2012/101 (19), 1239–1249.

1.3 Ziele

Die Empfehlungen zielen auf die Förderung eines Aufbaus von interdisziplinären Versorgungsnetzen, für eine bedarfsgerechte und stetige Koordination sowie die Vernetzung von Leistungen in der Grundversorgung (v. a. in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Betreuung und ambulante Pflege).

Die Empfehlungen dienen als konzeptionelle Grundlage für eine bedarfsgerechte, koordinierte ambulante Grundversorgung entlang des Krankheitsver-

laufs der an Demenz erkrankten Personen zusammen mit ihren nahestehenden Bezugspersonen. Folgende Aspekte sind dabei wichtig:

- Organisation: Beteiligte/Schnittstellen
- Ökonomie: Kosten/Nutzen
- Werte: Autonomie/Respekt

Das Fachwissen verschiedener Akteure ist durch deren Einbezug (Arbeitsgruppe, Umfrage 2015 und Workshop 2016) berücksichtigt.

2. UMFRAGE

Im Dezember 2014 startete die Arbeitsgruppe mit der Projektorganisation und der Grundlagenbearbeitung. Im November/Dezember 2015 führte sie eine Umfrage durch, um die Bedürfnisse und Wünsche zum Thema «Koordination von Leistungen des individuellen Versorgungsbedarfs» von involvierten Fachpersonen in Erfahrung zu bringen. Darauf aufbauend fand im April 2016 ein Workshop statt, an dem mit den Stakeholdern konkrete Lösungen erarbeitet wurden.

2.1 Adressaten

20 Verbände und Organisationen mit Leistungen für Demenzbetroffene wurden angeschrieben (Anhang 1) und gebeten, die Fragebogen innerhalb der Organisation an Personen aus der Praxis weiterzugeben.

Link zum Fragebogen: <http://bit.ly/2j6ww5M>

65 Fragebogen wurden ausgefüllt, davon 55 auf Deutsch und 10 auf Französisch. Diese 65 Antworten setzen sich wie folgt zusammen: 49 aus dem Bereich Spitex, sieben von der Schweizerischen Alzheimervereinigung (ALZ), zwei vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK), eine anonyme Antwort und je eine Antwort von der Fachgruppe Geriatrie des Schweizerischen Verbandes der Ernährungsberater/innen (SVDE), der Stiftung für Gesundheit und Alter RaJoVita, des Ergotherapeutenverbandes Schweiz (EVS), des Zentrums Schönberg – Demenz und Palliative Care, der Pflegezentren der Stadt Zürich sowie der Kneipp Hof Dussnang AG.

2.2 Ergebnisse der Umfrage von November/Dezember 2015

Die Auswertung zeigt, dass die Koordination ambulanter Leistungen für Demenzkranke von der Mehrheit der Befragten in der Deutschschweiz und der Westschweiz als verbesserungswürdig eingestuft wird (Abb. 2).

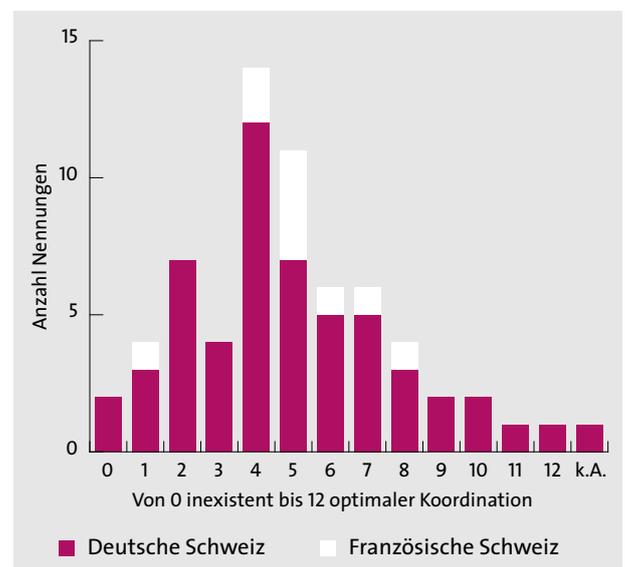


Abb. 2: Koordination ambulanter Leistungen

Die Erwartungen an eine Optimierung der ambulanten Leistungen durch die Erarbeitung einer Strategie auf Bundesebene sind entsprechend hoch. Als wichtigste Optimierungsvorschläge wurden folgende genannt:

1. Angebot: z. B. Bekanntmachung der Leistungsangebote.
2. Finanzierung: klare Regelung.
3. Zusammenarbeit: Fachaustausch sowie Runder Tisch mit allen Beteiligten.
4. Betreuende Angehörige: besserer Einbezug und mehr Wertschätzung.
5. Beratungskompetenz: durch mehr Fachpersonen aber auch durch Laien, die von Fachpersonen unterstützt werden.
6. Patienten-Fallführung: besser, einheitlich.

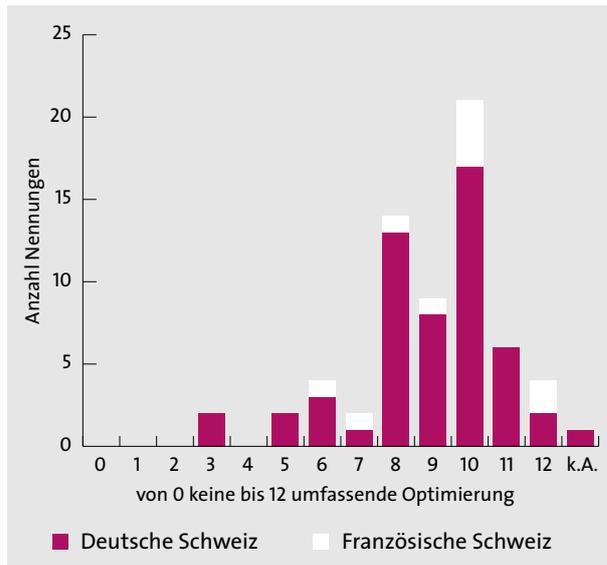


Abb. 3: Erhoffte Optimierung durch Bundesstrategie

Bei der Frage, was aus Sicht der Befragten bereits gut funktioniert, wurden vor allem die Zusammenarbeit mit nahestehenden Bezugspersonen, Ärztinnen und Ärzten und Spezialistinnen und Spezialisten sowie das bereits bestehende Angebot genannt.

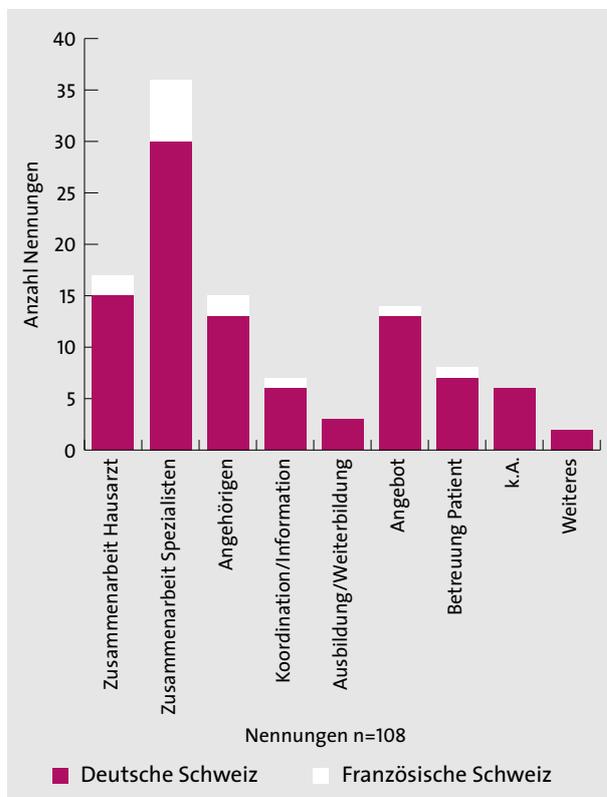


Abb. 4: Gut funktionierende Angebote

Die wichtigste Schnittstelle ist für die Antwortenden diejenige zwischen der eigenen Organisation und den nahestehenden Bezugspersonen gefolgt von der Schnittstelle zwischen der eigenen Organisation und dem Arzt sowie zwischen der eigenen Organisation und Anderen (Memory Clinic, Pflegefachpersonen, Nachbarschaftshilfe, Bund, Kanton, Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB), Entlastungsangebote, Case Management, Schweizerische Alzheimervereinigung, Betreuungsangebote, öffentliche Dienste). Damit die Koordination verbessert werden kann, braucht es aus Sicht der Befragten eine Optimierung an den folgenden Schnittstellen:

- Befragte Organisation/Ärztinnen und Ärzte** (Arzt/Ärztin allgemein, Hausarzt/Hausärztin, Spitalarzt/Spitalärztin)
- Befragte Organisation/Angehörige** (Verbesserung hinsichtlich Informationsangebot, Zusammenarbeit, Beratung, Kommunikation, laufende Unterstützung, um Erschöpfung zu vermeiden, Alltagsorganisation)
- Befragte Organisation/Patientinnen und Patienten** (Verbesserung hinsichtlich Ansprechperson, Beratung, Koordinationsstelle mit Case Management, E-Patientendossier)
- Befragte Organisation/Diverse** (Entscheidungsträgerinnen und -träger, Entlastungsdienst, ambulante Anbieter, stationäre Anbieter, Ernährungsfachkräfte, Spital/Akutspital, Pflegeheim, Kantonsspital, Tagesstätte, KESB, Gerontologie, ALZ, Pro Senectute, Kanton, Therapeutin/Therapeut, Koordinationsstelle, Beratungsstelle, Altersheim, Spitex, Abklärungsstelle, Palliativ Care)
- Arzt und Ärztinnen/Spezialisten und Spezialistinnen** (Memory Clinic, Beratungsstelle, Ernährungsfachkräfte, Spezialarzt/Spezialärztin, Pflegefachpersonen)
- Arzt und Ärztin/Angehörige**
- Weitere/Weitere** (genannt wurden Versicherer, Ansprechpersonen/Referenzpersonen, interdisziplinärer Austausch allgemein)

3. ERGEBNISSE DES WORKSHOPS MIT STAKEHOLDERN

Aufbauend auf der Umfrage hat die Arbeitsgruppe am 28. April 2016 in Bern einen Workshop mit 42 Personen aus der Praxis durchgeführt. Mit Vertretungen von Leistungserbringern, Verwaltung und Politik fand die Überprüfung und Diskussion der zuvor erhobenen Umfrageergebnisse statt. Ziel war es, konkrete Lösungsvorschläge zu diskutieren und klare Empfehlungen zu formulieren, die dem BAG vorgelegt werden können.

3.1 Mangelnde Koordinationsleistungen

Heutzutage mangelt es an der Koordination von Leistungen von Menschen mit Demenz und ihren nahestehenden Bezugspersonen. In Zukunft sollten diese für Betroffene nützlich, zielgerichtet und von guter Qualität eingerichtet sein. Die Betroffenen, das heisst die Patientinnen und Patienten sowie ihre nahestehenden Bezugspersonen (unterstützendes System) stehen im Zentrum. Die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten soll so weit wie möglich gefördert und unterstützt werden, z. B. durch individuelle Beratungs- und Informationsangebote.

Wenn sowohl die Betroffenen und ihre nahestehenden Bezugspersonen als auch der Hausarzt/die Hausärztin die Koordination nicht mehr oder nur noch eingeschränkt wahrnehmen können, braucht es eine ihnen bekannte professionelle Anlaufstelle, die ihnen dabei hilft, ein passendes Unterstützungsangebot zusammenzustellen und entsprechend des Krankheitsverlaufs weiterzuentwickeln. Eine frühzeitig verfasste Patientenverfügung und vorausschauende Betreuungsplanung (Advanced Care Planning ACP) können dabei sehr hilfreich sein.⁷ Ein Unterstützungsangebot kann beispielsweise einen freiwilligen Besuchsdienst daheim, den regelmässige Besuch von Tages- oder Nachtstätten oder den Einbezug von ambulanten Pflege- und Betreuungsleistungen beinhalten.

3.2 Mangelnde Koordinationskompetenzen

Die Koordinationsaufgaben im Sinne unseres Auftrages erfordern spezifische Kompetenzen. Am Workshop wurde festgestellt, dass diese zuerst erarbeitet und erworben werden müssen.

1. Die Thematik Demenz erhält in allen Ausbildungsprogrammen von Gesundheitsfachpersonen einen adäquaten Platz, unabhängig vom Niveau

der Ausbildung (Sekundarstufe 2, Tertiär).

2. Für eine erfolgreiche Koordination der Versorgungsleistungen ist eine kohärente, zielgerichtete und von allen Beteiligten gemeinsam getragene Kommunikation und Information unerlässlich.
3. Die Entwicklung von gemeinsamem Wissen (gemeinsame Module) fördert die interprofessionelle Zusammenarbeit, was die Koordinationsaufgaben unterstützt.

3.3 Zugänglichkeit von Informationen zu Koordination und Leistungen

Gute Koordination benötigt gute Struktur. Einheitlich strukturierte und leicht zugängliche Informationen schweizweit sind Voraussetzungen, damit die Koordination funktioniert. Jede Region soll die Anlaufstelle/n bestimmen, bei der/denen Informationen zur Verfügung stehen. Nebst der Information über Krankheit, Diagnostik und Therapie gilt es auch, Informationen über Pflege- und Begleitungsangebote leicht zugänglich zu machen und die Bevölkerung, ebenso wie die Betroffenen und ihre Angehörigen, darüber zu informieren.⁸ Dafür gibt es eine ganze Palette von Instrumenten, wie Internetplattformen, Kurse, Vorträge oder Broschüren. Auf regionaler Ebene sollte auf bestehende Organisationen und Medien zurückgegriffen werden (Lokalmedien, Verbände, Behörden und Institutionen).

Für eine überregionale Koordination, z. B. bei Wohnortwechsel, Ferien- oder Entlastungsaufenthalten, wäre nebst kollegialen Ad-hoc-Kontakten unter Leistungserbringern eine auch für Laien (Betroffene, nahestehende Bezugspersonen) nutzbare und niederschwellige Plattform wünschenswert.

3.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit als Voraussetzung für Koordination

Die Vertreterinnen und Vertreter der Organisationen sollten einander kennen und respektieren und gemeinsam wichtige Entscheidungen diskutieren. Ein regelmässiger, geplanter und strukturierter Austausch ist notwendig und zu fördern. Ein abgestimmtes Miteinander muss gelebt werden, um Doppelspurigkeiten oder Versäumnisse zu vermeiden. Regional formalisierte Lösungen (z.B. in Form von Plattformen) stehen im Vordergrund. Ein gemeinsames elektronische Patientendossier (eHealth, EPD) und die Zusammenarbeit der Leistungserbringer – in der Verantwor-

7 <http://medicalforum.ch/docs/smf/2014/15/de/smf-01872.pdf>

8 Vergleiche Teilprojekt 1.1

tung der koordinierenden Person – sind im ambulanten Setting unabdingbar. Ansätze der Palliative Care, wie z. B. Runde Tische mit Betroffenen und Angehörigen haben sich bewährt. Im Fall von Menschen mit Demenz wären solche Gespräche unter Einbezug der Betroffenen und ihren nahestehenden Bezugspersonen, die sowohl Kenntnis vom effektiven als auch vom mutmasslichen Willen der betroffenen Person haben, vor jeder grösseren Veränderung zu organisieren wie z. B. beim Einsetzen einer Care-Koordinatorin/ eines Care-Koordinators, dem Eintritt in eine Tagesklinik, dem systematischen Einbezug von Spitexleistungen oder dem Eintritt in ein Pflegeheim.

3.5 Sicherstellung der Finanzierung von Koordinationsleistungen

Die Finanzierung der Koordination der Leistungen bei Menschen mit Demenz im ambulanten Setting erfordert zusätzliche finanzielle Mittel. Die Koordinationsleistungen durch Care-Koordinatoren⁹, ebenso wie die Zeit, die einzelne Leistungserbringer für die Koordination aufbringen, muss abgegolten werden.¹⁰

9 Wer eine Koordinationsaufgabe übernimmt, ist eine koordinierende Person. Ein Care-Koordinator/eine Care-Koordinatorin ist explizit eine Fachperson, die für das Ausführen von Koordinationsaufgabe entlohnt wird.

10 Vergleiche Teilprojekt 4.1

4. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Bestehende Modelle werden evaluiert und weiterentwickelt. Die Resultate werden allen zuständigen Behörden und Anbietern von Leistungen zugänglich gemacht, im Sinne von «good practice».

4.1 Koordinationsleistungen

In der ersten Phase der Demenz übernehmen vor allem die nahestehenden Bezugspersonen erste Koordinationsaufgaben. Wichtig ist, dass sie wissen, wo sie unterstützende Informationen zum Thema Demenz und zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten erhalten können. Ist diese Koordinationsaufgabe für die nahestehenden Bezugspersonen nicht mehr allein zu bewältigen, erhalten sie Unterstützung durch Fachpersonen/-stellen und erst in einem letzten Schritt durch eine koordinierende Fachperson.

Es kann in vielen Settings sinnvoll sein, wenn Organisationen der ambulanten Pflege im Rahmen ihrer Tätigkeit die Aufgabe des Coachings/der Koordination/des Care Managements übernehmen. Die Coaching-Aufgaben sollen im Rahmen von Angeboten für die Beratung von Betroffenen abgedeckt werden. Je nach Region und gewachsenen Strukturen kann eine Lösung unterschiedlich aussehen. Ein einfacher Zugang zu qualitativ guten Leistungen einschliesslich

der Finanzierung soll aber in allen Fällen sichergestellt sein. Weitere zentrale Elemente für die Qualität der Koordination sind Kontinuität und die Möglichkeit des Aufbaus einer Beziehung zur koordinierenden Fachperson.

4.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Koordination wird gefördert, indem die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen Kenntnis von den Angeboten/Leistungen, Kompetenzen und Grenzen der jeweils anderen Berufe haben. Gemeinsame Aus- und Weiterbildung trägt zu verstärkter interprofessioneller Zusammenarbeit bei, ebenso die gemeinsamen Fallbesprechungen auf lokaler, kantonaler und nationaler Ebene.

4.3 Finanzierung und Koordination

Die Evaluation und Umsetzung von Koordinationsprojekten, die Aus- und Weiterbildung¹¹ sowie die Koordinationsleistungen¹² an sich erfordern eine entsprechende Finanzierung. An den Finanzierungsregelungen sollte ab sofort gearbeitet werden.

11 Vergleiche Teilprojekt 7.1

12 Vergleiche Teilprojekt 4.1

5. DANK

Wir danken allen, die sich an der Umfrage beteiligt haben sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern

des Workshops für ihre Zeit und das Einbringen ihres wertvollen Wissens und Erfahrungen.

Anhang 1: Übersicht Adressaten der Umfrage

- Alzheimervereinigung Schweiz
- Amtsärzte
- Association Spitex privée Suisse ASPS
- Curacasa (Fachverband Freiberufliche Pflege Schweiz)
- Curaviva (Verband Heime und Institutionen Schweiz)
- Hausärzte Schweiz MFE
- Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden KESB
- Pharmasuisse
- Pro Senectute Schweiz
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK
- Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK
- Schweizerischer evangelischer Kirchenbund SEK
- Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen svgb (Ausgewählte Mitgliederverbände)
- Schweizerischer Verband für Seniorenfragen SVS
- Schweizerischer Verband Sozialdienst in Spitälern SFSS
- Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP
- Schweizerisches Rotes Kreuz SRK
- Senesuisse (Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen)
- Spitex Verband Schweiz
- Swiss Memory Clinics SMC

Anhang 2: Schnittstellen zu anderen Teilprojekten der Nationalen Demenzstrategie 2014–2017

Die Arbeitsgruppe 3.2 erkennt folgende Berührungspunkte mit anderen Teilprojekten.

Projekt 1.1 Bevölkerungsbezogene sowie gemeindenahere Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten

Qualifizierte Koordinationsstellen kennen die betreffenden (regionalen) Aktivitäten und die geplanten Angebote, tauschen sich mit den Anbietern aus, melden ihre Bedürfnisse dezidiert an und beteiligen sich an den Aktivitäten, um ihr spezifisches Angebot in der Zielgruppe bekanntzumachen.

Projekt 1.2 Branchenspezifische Informationsmaterialien

Hier sind vor allem Dienstleistungserbringer ausserhalb des Gesundheitswesens (z.B. Coiffeure, Verkaufspersonal etc.) für die Sensibilisierung von Koordinationsbedürfnissen einzubeziehen.

Projekt 2.1 Individualisiertes Informations- und Sozialberatungsangebot für Betroffene

Qualifizierte Koordinationsstellen kennen die regionalen Angebote, tauschen sich mit den Anbietern aus, melden ihre Bedürfnisse dezidiert an und nutzen gegebenenfalls Synergien (rechtliche, sozialarbeiterische, Finanzierungs- und Vorsorgethemen, die nicht im engeren Sinn Pflege/Betreuung/Behandlung betreffen).

Projekt 3.1 Auf- und Ausbau regionaler und vernetzter Kompetenzzentren für Diagnostik
Best Practice bezüglich Diagnostik (Zeitpunkt, Detaillierungsgrad, Prognose, Verlaufsdokumentation) ist mit den Diagnostik-Kompetenzzentren abzustimmen – im Regelfall ist jedoch davon auszugehen, dass die Diagnostik erfolgt ist, wenn formeller Koordinationsbedarf entsteht. Bei Problemen im Verlauf ist konsiliarischer Beizug abzuklären zwecks Vermeidung oder frühzeitiger Entschärfung von Krisensituationen, die im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung stehen.

Projekt 3.3 Auf- und Ausbau flexibler regionaler Entlastungsangebote für die Tages- und Nachtbetreuung

Wichtige Ressource zur Verhinderung und Bewältigung von Krisensituationen – bei der Koordination in diesem Bereich muss punkto Dringlichkeit und Betreuungsumfang ein grosses Spektrum an Bedürfnissen befriedigt werden können. In Bezug auf die rechtlichen bzw. ethischen Aspekte von etablierten Krisensituationen erwarten wir Resultate aus dem Projekt 6.3 «Umgang mit Krisensituationen».

Projekt 3.4 Förderung der demenzgerechten Versorgung in Akutspitälern

Die bekannten, auch in anderem Zusammenhang (Palliative Care, Nichtübertragbare Krankheiten NCD) zu definierenden und zu optimierenden Schnittstellen müssen beim Thema Demenz ebenfalls genutzt und spezifisch für dieses Thema bearbeitet werden. Die Koordination muss Hand in Hand mit dem Spitalsozialdienst, den pflegerischen und ärztlichen Diensten erfolgen, was eine rechtzeitige gegenseitige Information und/oder Konsultation voraussetzt. Diese Koordinationsaufgaben können in einer Krisensituation entstehen, was auf der stationären und ambulanten Seite entsprechend viel Flexibilität, Kommunikations- und Problemlösungskompetenz erfordert. Obwohl nur eine engagierte lokale/regionale Zusammenarbeit die konkreten Lösungen entwickeln kann, sind generelle Standards und Best Practice dabei voraussichtlich hilfreich.

Projekt 3.5 Förderung der demenzgerechten Versorgung in der stationären Langzeitpflege und -betreuung

Im Sinn unseres Modells der Versorgung entlang dem Krankheitsverlauf übernehmen die hier angesprochenen Institutionen am Ende der ambulanten Versorgung die weitere Betreuung der an Demenz erkrankten Personen. Idealerweise arbeiten die Partner der Projekte 3.2, 3.3 und 3.5 eng zusammen, sind evtl. institutionell verflochten, oder es entstehen idealerweise «Angebote aus einer Hand». Ziel muss sein, sowohl in der Wahrnehmung der Betroffenen als auch organisatorisch, Brüche möglichst zu vermeiden, um Kontinuität zu ermöglichen. Eine vertrauensbasierte, exzellente Zusammenarbeit in der Praxis bildet den Grundstein dazu. Eine sinnvolle Anpassung der institutionellen Rahmenbedingungen ist Voraussetzung.

Projekt 4.1 Abbildung und angemessene Abgeltung der Leistungen

Gemäss den Vorgaben zu diesem Teilprojekt sind die bestehenden Finanzierungssysteme in Bezug auf das Thema Demenz sinnvoll einzusetzen und weiterentwickeln. Eine offene Kommunikation der in Projekt 4.1 diskutierten Modelle und Lösungen ist unerlässlich, damit die Schlussfolgerungen bzw. Postulate in den Kapiteln 3.6 und 4.3 gegebenenfalls sinnvoll ergänzt

und weiterentwickelt werden können. Wir halten hier in aller Deutlichkeit fest, dass die Finanzierung der Koordinationsleistungen, sobald sie durch qualifizierte Dienstleisterinnen und Dienstleister erbracht wird, verbindlich geregelt werden muss – da diese Leistungen ansonsten nicht erbracht werden können. Dies würde im Resultat eine qualitativ schlechtere Versorgung zu volkswirtschaftlich höheren Kosten zur Folge haben.

Projekt 5.1 Verankerung ethischer Leitlinien

Konkrete Handlungsanweisungen in Bezug auf die geforderte Respektierung der Persönlichkeitsrechte und die Vermeidung von Gefährdungssituationen sollen auch Szenarien enthalten, wie bei suboptimalem Verlauf, unter Zeitdruck und unter unvollständiger Information sinnvoll und koordiniert vorgegangen werden muss.

Projekte 6.1 – 6.3 Qualität in der Versorgung von demenzkranken Menschen entlang des Krankheitsverlaufs

Im vorliegenden Bericht sind einzelne Berührungspunkte erwähnt. Wichtig ist, dass zum Thema der Koordination nicht neue Strukturen und Qualitätssicherungsinstrumente geschaffen werden, sondern das Thema Koordination anhand konkreter Ziele und Szenarien, die sich aus diesem Bericht ergeben und ableiten lassen, in die bestehenden Angebote und Instrumente eingebaut wird.

Projekte 7.1 Demenzspezifische Aus-, Weiter- und Fortbildung

Projekte 7.2 Kompetenzstärkung für Angehörige und Freiwillige

Durch gemeinsame Aus- und Weiterbildung wird die Koordination gefördert. Das Thema Demenz sollte in den Ausbildungsprogrammen von Gesundheitsfachpersonen einen adäquaten Platz einnehmen. Was fehlt ist eine klare Finanzierungsregelung. (Betreuende) Angehörige sollen besser einbezogen werden und mehr Anerkennung erhalten. Wenn Angehörige die Koordination nicht mehr oder nur noch eingeschränkt wahrnehmen können, braucht es eine ihnen bekannte professionelle Anlaufstelle.

Anhang 3: Schnittstelle ambulante Hilfe und Pflege bei Demenz

Herausforderung bei den internen und externen Schnittstellen hin zur koordinierten Versorgung

Je nach Diagnose und Krankheitsverlauf ist die Inter-

aktion zwischen den verschiedenen «Schnittstellen» mit wechselnder Intensität «Normalität»! Die Spitex sieht sich vermehrt mit mehrdimensionaler Schnittstellenproblematik konfrontiert.



Anhang 4: Bedarf an Unterstützung, Betreuung und professioneller Pflege – schematische Darstellung

