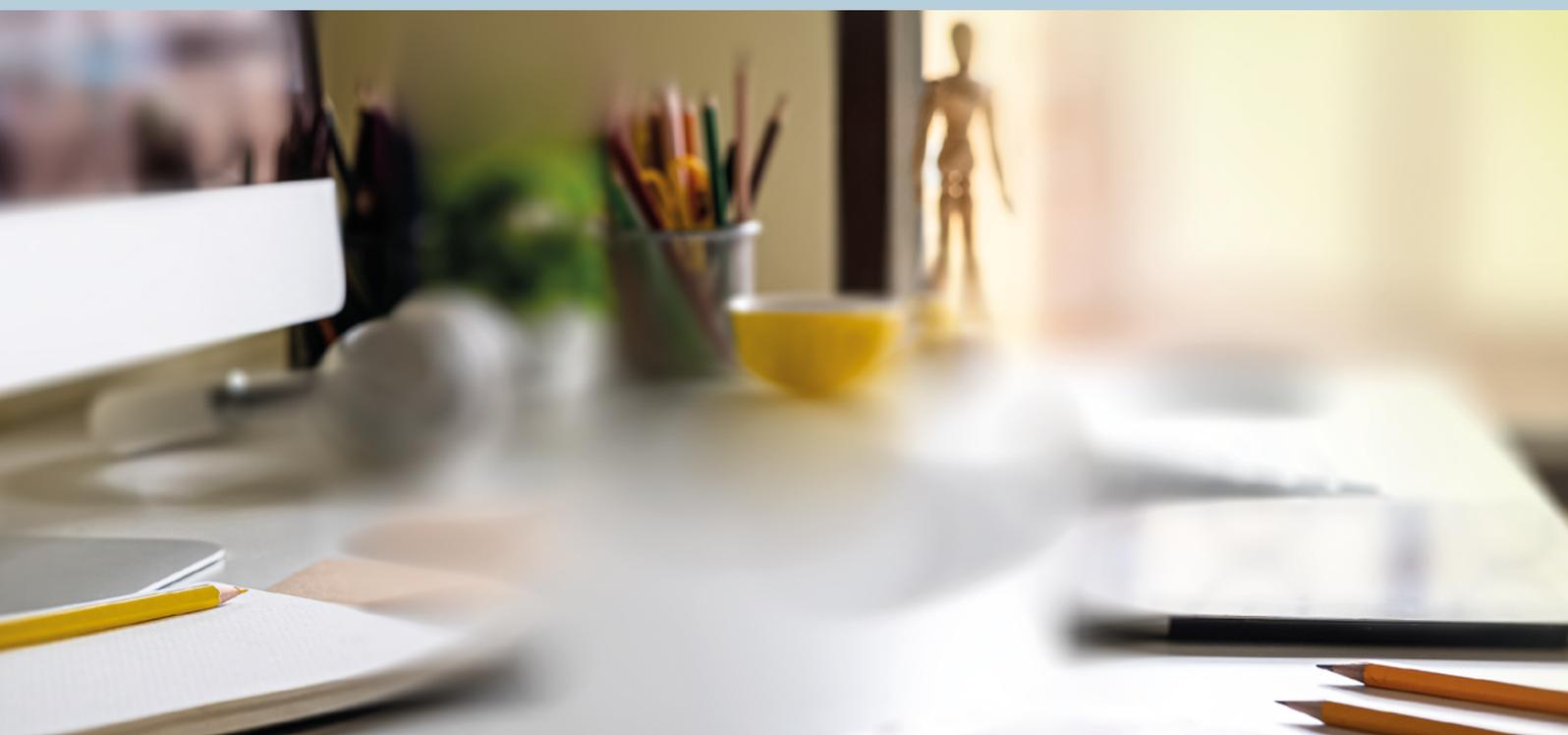


# Koordination der Versorgungsangebote bei Demenz

Dokumentation von unterschiedlichen Koordinationsmodellen inklusive Praxisbeispielen

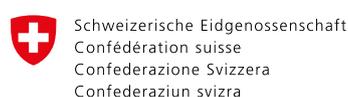
Oktober 2019



Ein Projekt von:



Im Auftrag von:



Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**

# Warum diese Publikation?

Menschen mit Demenz haben einen hohen individuellen Versorgungsbedarf. Verschiedene Personen, Institutionen und Organisationen in der Schweiz unterstützen diesen Bedarf mit Angeboten zur Koordination der benötigten Versorgungsleistungen. Es fehlt jedoch an einer Übersicht dieser Angebote und an einer Abstimmung und Vernetzung untereinander.

Vorliegende Publikation dient strategischen Verantwortlichen bei Kantonen, Gemeinden und Fachorganisationen im Sozial- und Gesundheitswesen zur besseren Vernetzung und Abstimmung ihrer Koordinationsangebote. Die in dieser Publikation formulierten Handlungsempfehlungen sollen ihnen dabei als Diskussionsgrundlage dienen. Sie sind das Ergebnis von Tischrunden, die Alzheimer Schweiz im Rahmen der Nationalen Demenz Strategie 2014–2019 mit Fachpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen und Institutionen sowie mit Angehörigen von Menschen mit Demenz durchgeführt hat. Die Publikation bietet zudem eine Übersicht verschiedener Angebotsmodelle zur Koordination – ergänzt mit Beispielen aus der Praxis.

# Inhaltsverzeichnis

Warum diese Publikation?	2
Editorial	4
Einleitung	5
Erkenntnisse der Runden Tische: Aktuelle Herausforderungen und Empfehlungen	7
Praxisbeispiele	10
1. Koordination durch den Kanton oder die Gemeinde	10
2. Koordination durch Selbsthilfe	18
3. Koordination durch Interprofessionalität	22
4. Koordination durch einzelne Organisationen	30

# Editorial

In der Schweiz existiert eine grosse Zahl unterschiedlicher Koordinationsangebote für Menschen mit Demenz. DIE offizielle, übergeordnete und zentrale Koordinationsstelle gibt es aber nicht. Eine solche wäre jedoch dringend nötig. Die Vielzahl der Angebote ist letztlich Ausdruck dafür, dass ein grosser Bedarf besteht und dass viele unterschiedliche Akteure versuchen, dieser Nachfrage gerecht zu werden. Als logische Konsequenz aus diesen Initiativen seitens verschiedener Personen, Institutionen oder Organisationen entspringen zahlreiche Angebote, welche alle versuchen, das Problem einer fehlenden Koordination aufzufangen. So kommt es zu einem Nebeneinander von unterschiedlichen Akteuren, die jeweils ihrerseits einen Teil der Koordinationsaufgaben übernehmen oder koordinative Funktionen erfüllen.

Was jedoch fehlt, ist die Vernetzung der Akteure untereinander, die teilweise sogar in einem Konkurrenzverhältnis stehen oder die Betroffenen nicht fachgerecht an entsprechende Angebote weiterverweisen. Darüber hinaus sind die koordinativen Angebote zu wenig bekannt oder es mangelt an Ressourcen für koordinative Tätigkeiten. Dies resultiert mitunter in der Herausforderung, die Qualität der jeweiligen Angebote sicherzustellen. Was die Koordinationsituation für Betroffene schliesslich zusätzlich erschwert, ist die Tatsache, dass viele Menschen mit Demenz häufig erst zu einem späten Zeitpunkt ihres Krankheitsverlaufes an demenzspezifische Angebote gelangen.

**Die offizielle, übergeordnete und zentrale Koordinationsstelle gibt es nicht. Umso wichtiger sind eine bessere Vernetzung und Abstimmung der bestehenden Angebote verschiedener Akteure.**

Befragt man Expertinnen und Experten sowie Angehörige nach der idealen Koordinationsstelle, wäre eine solche mit sämtlichen relevanten Akteuren vernetzt, kompetent, professionell und niederschwellig. Für Menschen mit Demenz und ihre Bezugspersonen wäre eine Vertrauensperson verantwortlich, welche die Koordination individuell und über einen längerfristigen Zeithorizont übernehmen würde. Dieses koordinative Angebot wäre auf sämtlichen Fachstellen bekannt und über verschiedene Anlaufstellen erreichbar. Die koordinative Tätigkeit würde ausserdem der Heterogenität der unterschiedlichen Familiensysteme Rechnung tragen, wäre flexibel und möglichst preiswert. In einer Idealwelt wäre eine solche Koordinationsstelle schliesslich proaktiv, neutral und unabhängig.

In Bezug auf bestehende demenzspezifische Koordinationsangebote ist der Wunsch von Fachpersonen und Angehörigen von Menschen mit Demenz, dass die bestehenden demenzspezifischen Koordinationsangebote besser aufeinander abgestimmt, voneinander abgegrenzt und die Akteure untereinander vernetzt wären. So könnte einheitlicher und klarer über bestehende Angebote kommuniziert und auch den Hausärztinnen und -ärzten könnten entsprechende Anlaufstellen mitgeteilt werden. Von der Politik wird gefordert, dass sie anerkennt, dass es Koordination braucht und dass diese finanziert werden muss.

**Maya Ackermann,**  
wissenschaftliche Mitarbeiterin,  
Alzheimer Schweiz,  
Bern, April 2019

# Einleitung

In der Schweiz leben aktuell rund 154 700 Menschen mit Demenz.<sup>1</sup> Aufgrund der demografischen Alterung wird sich diese Zahl bis im Jahr 2040 verdoppeln.<sup>2</sup> Mit der Nationalen Demenzstrategie 2014–2019 (NDS) wollen das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) den zukünftigen Herausforderungen im Zusammenhang mit dieser wachsenden Zahl von Menschen mit Demenz begegnen. Hauptziel der NDS ist die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz und jene ihrer Bezugspersonen. Eine grosse Herausforderung ist dabei die Förderung einer bedarfsgerechten Koordination bzw. Vernetzung verschiedener Angebote.

Vertreterinnen und Vertreter des Verein Haus- und Kinderärzte Schweiz, des Spitex Verband Schweiz, der Spitex privée Suisse sowie des Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner erarbeiteten im Rahmen des Projektes Koordination von Leistungen zur Deckung des individuellen Versorgungsbedarfs der NDS folgende Empfehlungen zur Förderung der Koordination von Leistungen zur Deckung des individuellen ambulanten Versorgungsbedarfs:

- **Information und Beratung für Betroffene stärken.** 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 in einem ersten Schritt Unterstützung durch Fachpersonen oder Fachstellen und erst in einem weiteren Schritt durch eine koordinierende Fachperson. Im Rahmen regionaler Angebote der ambulanten Versorgung und Beratung (Spitex) soll ein professionelles Care-Coaching bei Demenz angeboten werden. Zentrale Elemente des Angebots sind Kontinuität und Vertrauen.
- **Interprofessionelle Zusammenarbeit fördern.** Die Koordination wird gefördert, indem die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen Kenntnis von Angeboten und Leistungen sowie Kompetenzen und Grenzen der jeweils anderen Berufe haben.
- **Finanzierungsregelung klären.** Die Evaluation und Umsetzung von Koordinationsprojekten, die Aus- und Weiterbildung sowie die Koordinationsleistungen an sich erfordern eine entsprechende Finanzierung.

Basierend auf diesen Empfehlungen organisierte Alzheimer Schweiz im Auftrag des BAG Gesprächsrunden zum Thema Koordination in der ambulanten Versorgung bei Demenz – Modelle guter Praxis. Fachpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen und Institutionen sowie Angehörige von Menschen mit Demenz diskutierten Erfolgsfaktoren und Herausforderung der Koordination und identifizierten Praxisbeispiele.

1 Bundesamt für Statistik (2019): Statistik der Bevölkerung und Haushalte (STATPOP); Hofman, Albert et al. (1991). The Prevalence of Dementia in Europe: A Collaborative Study of 1980–1990 Findings. *International Journal of Epidemiology* 20(3): 736–748; Reynish, Emma L. et al (2009): EUROCODE: Report of WP 7 2006. Prevalence of Dementia in Europe. Online verfügbar.

2 Bundesamt für Statistik (2016): Kantonale Bevölkerungsszenarien 2015–2045, Referenzszenario AR-00-2015 – Zukünftige Bevölkerungsentwicklung der Kantone nach Staatsangehörigkeit (Kategorie), Geschlecht, Alter und Jahr.

Die gesammelten Praxisbeispiele wurden in vier übergeordnete Kategorien eingeteilt:

## 1. Koordination durch den Kanton oder die Gemeinde

Bei den Modellen dieser Kategorie übernimmt der Kanton oder die Gemeinde eine koordinierende Rolle.

## 2. Koordination durch Selbsthilfe

Die Modelle dieser Kategorie umfassen Angebote, die eine Koordination durch Selbsthilfe ermöglichen. Es handelt sich um Plattformen, dank deren Angehörige von Menschen mit Demenz untereinander in Kontakt treten können und somit eine koordinative Funktion erfüllen.

## 3. Koordination durch Interprofessionalität

Die Modelle dieser Kategorie zeichnen sich durch interprofessionelle Koordinationsleistungen aus, indem sie den Zusammenschluss unterschiedlicher Berufsgruppen ermöglichen. Diese Koordinationsleistungen richten sich primär an Fachleute und weniger an Angehörige

## 4. Patientennahe Koordination durch einzelne Organisationen

Unter dieser Kategorie werden Angebote subsumiert, welche von einzelnen Organisationen angeboten werden. Im Fokus steht dabei die oder der Demenzbetroffene mit ihren/seinen Bezugspersonen, die von einer Beraterin oder einem Berater betreut und idealerweise über mehrere Krankheitsphasen begleitet werden.

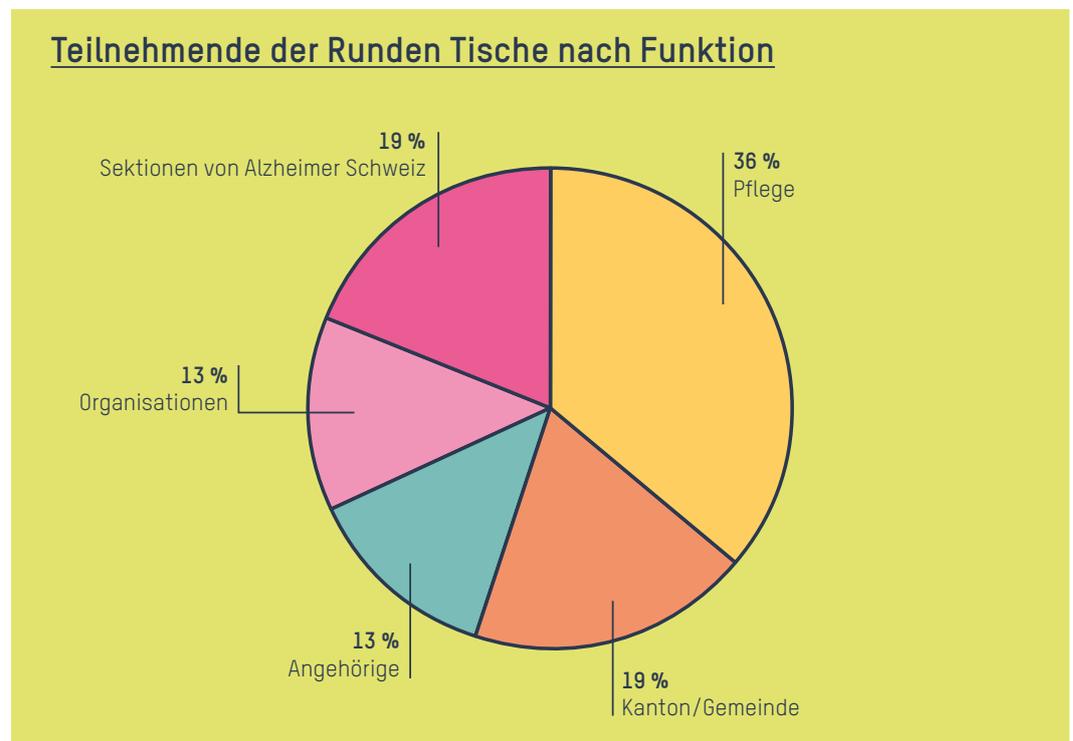
Im folgenden Kapitel werden vorab die Erkenntnisse aus den Runden Tischen zu den aktuellen Herausforderungen und Empfehlungen festgehalten. In den nachfolgenden Kapiteln wird für jede übergeordnete Koordinationskategorie ein Modell exemplarisch und ausführlich vorgestellt. Dabei liegt das Schwergewicht auf der Schilderung der koordinativen Dienstleistung. Ausserdem werden die Organisation und die Zielgruppe des Angebotes beschrieben. Des Weiteren werden die Kosten und die tatsächliche Nachfrage skizziert, bevor abschliessend sowohl Erfolgsfaktoren als auch Schwierigkeiten ausgewiesen werden. Ähnliche Modelle in tabellarischer Form ergänzen jeweils im Anschluss das exemplarische Modell.

# Erkenntnisse der Runden Tische: Aktuelle Herausforderungen und Empfehlungen

Alzheimer Schweiz hat in Zusammenarbeit mit ihren jeweiligen kantonalen Sektionen insgesamt vier<sup>3</sup> halbtägige überregionale Runde Tische organisiert:

- Bern: 12. Dezember 2017 mit Expertinnen und Experten aus den Kantonen Solothurn und Bern
- Olten: 7. März 2018 mit Expertinnen und Experten aus den Kantonen Aargau, Basel-Landschaft und Basel-Stadt
- Zürich: 8. März 2018 mit Expertinnen und Experten aus dem Kanton Zürich
- Lausanne: 26. Juni 2018 mit Expertinnen und Experten aus dem Kanton Waadt

Von den insgesamt 47 Teilnehmenden waren sechs Personen Angehörige von Menschen mit Demenz. 41 Personen waren Fachexpertinnen oder Fachexperten, davon rund 36 Prozent aus der Pflege und 19 Prozent von Gesundheitsbehörden auf kommunaler oder kantonaler Ebene. 19 Prozent aller Teilnehmenden waren Vertreterinnen und Vertreter der Sektionen von Alzheimer Schweiz und 13 Prozent gehörten anderen Organisationen wie Pro Senectute oder dem Schweizerischen Roten Kreuz an.



An den Runden Tischen wurden strukturierte Diskussionen entlang der Fragen zu den persönlichen Erfahrungen, den beteiligten Koordinationsakteuren und der Frage nach Erfolgsfaktoren und Herausforderungen geführt. Die so erhaltenen Informationen wurden gesammelt und nach thematischen Schwerpunkten analysiert.

<sup>3</sup> Ein geplanter fünfter Runder Tisch in Freiburg musste aufgrund einer zu kleinen Anzahl Anmeldungen abgesagt werden. Die Expertinnen und Experten aus dem Kanton Freiburg wurden deshalb schriftlich befragt.

## Die ideale Koordinationsstelle

Gemäss den im Rahmen der Runden Tische befragten Expertinnen und Experten ist eine ideale Koordinationsstelle mit sämtlichen relevanten Akteuren vernetzt, kompetent, professionell und niederschwellig. Die koordinierende Betreuung der Menschen mit Demenz und ihren Bezugspersonen erfolgte persönlich, individuell und im Idealfall längerfristig über die gesamte Krankheitsphase hinweg. Das Angebot sollte den Mitarbeitenden auf sämtlichen Fachstellen bekannt und über verschiedene Anlaufstellen erreichbar sein (via Hausarztpraxis, Memoryklinik, Akutspital, Privatpersonen, etc.). Die Koordination sollte zudem den unterschiedlichen Bedürfnissen der betroffenen Familien Rechnung tragen, flexibel (beispielsweise auch ausserhalb der Bürozeiten erreichbar) und gleichzeitig möglichst preiswert sein. Im Idealfall ginge eine solche Koordinationsstelle proaktiv auf Menschen mit Demenz und ihren Bezugspersonen zu und wartete nicht, bis sie um Hilfe gebeten wird. Auch Neutralität und Unabhängigkeit werden als Erfolgsfaktoren für ein gutes Koordinationsangebot definiert.

Unter den befragten Expertinnen und Experten besteht weiter Uneinigkeit hinsichtlich der Frage, ob die ideale Koordinationsstelle krankheitsspezifisch oder regional verankert sein soll. Während sich einzelne Expertinnen und Experten für eine demenzspezifische Koordinationsstelle aussprechen, wünschen sich andere Anlaufstellen, die auf die spezifischen geographischen Strukturen (z.B. Land vs. Stadt) eingehen können. Einige Expertinnen und Experten äussern sich gegenüber der Idee einer einzigen übergeordneten Koordinationsstelle grundsätzlich kritisch. Gemäss ihnen sollten sämtliche Akteure während allen Krankheitsphasen die Verantwortung übernehmen.

## Herausforderungen im Bereich Koordination

Die Tatsache, dass keine solche ideale Koordinationsstelle existiert, weist auf die unterschiedlich gelagerten Schwierigkeiten in diesem Gebiet hin. Im Rahmen der Runden Tische konnten die Beteiligten sieben problematische Aspekte in diesem Zusammenhang identifizieren.

1. Es herrscht eine **mangelnde Vernetzung der Anbieterinnen und Anbietern untereinander**. Es fällt auf, dass zwar das entsprechende Angebot vorhanden ist, die unterschiedlichen Akteure jedoch nichts voneinander wissen und deshalb die Betroffenen nicht fachgerecht weiterverweisen. Häufig hängt eine bestehende Vernetzung vom guten Willen der involvierten Fachpersonen und Organisationen ab. In zweisprachigen Kantonen wie etwa dem Kanton Freiburg ist ausserdem die Sprachbarriere eine Hürde für mögliche gemeinsame Koordinationsprojekte.
2. Die Vielzahl der koordinativen Angebote ist sowohl unter Fachpersonen wie auch unter betroffenen Personen **zu wenig bekannt**.
3. Die unterschiedlichen Anbieterinnen und Anbietern nehmen untereinander eine **Konkurrenzsituation** wahr. Wenn koordinative Aufgaben Teil der gewinnbringenden Dienstleistung einer Organisation sind, entsteht eine Konkurrenz zu Organisationen mit ähnlichen Dienstleistungen. Dies kann dazu führen, dass Akteure nicht zusammenarbeiten oder Betroffene unzureichend informiert werden. Dieses Problem entsteht vor allem dann, wenn Anbietende ihr Pflichtenheft oder ihre Dienstleistungen nicht oder nur unzureichend klar von ähnlichen Angeboten anderer Organisationen abgrenzen.
4. Es besteht **Ressourcenknappheit**. Es mangelt an Zeit und Geld für koordinative Aufgaben. Diese Tatsache ist auf die fehlende Wertschätzung und Anerkennung für koordinative Dienstleistungen zurückzuführen.
5. Es ist schwierig, die **Qualität der einzelnen Angebote zu gewährleisten**. Gerade bei einer Vielzahl von unterschiedlichen, teils überlappenden Dienstleistungen ist es für übergeordnete Instanzen wie zum Beispiel den Kanton, schwierig, die Qualität der einzelnen Anlaufstellen sicherzustellen. Insbesondere bei privaten Anbieterinnen und Anbietern besteht die Gefahr unprofessioneller Angebote.

6. Was die Koordinationssituation für Betroffene zusätzlich erschwert ist die Tatsache, dass viele Menschen mit Demenz häufig erst **zu einem späten Zeitpunkt ihres Krankheitsverlaufes an demenzspezifische Angebote gelangen**. Ein grosser Teil anfallender Koordinationsaufgaben wurde zu diesem Zeitpunkt bereits von Angehörigen<sup>4</sup> übernommen oder abgedeckt. Oft fehlt den Angehörigen aufgrund der starken Beanspruchung durch eine Demenzerkrankung die Kraft, sich weitere Hilfe zu besorgen. Deswegen wären insbesondere auch proaktive Angebote notwendig (z.B. Organisation erhält die Erlaubnis, die Angehörigen selbstständig zu kontaktieren).
7. Potentiell müssen zur Koordination **eine grosse Anzahl Personen involviert werden**. Dazu gehören Sozialarbeitende, Sicherheitsbehörden, Pflegefachleute, Pflegepersonal, Ärzte, die Verwandtschaft, die pflegenden Angehörigen, Personen des Mahlzeitendienstes, Fachpersonen in Bezug auf Hilfsmittel, Reinigungskräfte und Transportdienstleistende. Nicht alle Angehörigen möchten so viele Personen in ihr Leben und in intime Angelegenheiten involvieren und fürchten sich vor einem Kontrollverlust. Auch (falscher) Stolz und Überforderung der Angehörigen können in solchen Situationen eine mögliche Koordination zusätzlich erschweren.

## Zusammenfassung

Die fehlende ideale Koordinationsstelle führt zu sieben problematischen Aspekten – für einige wurden im Rahmen der Runden Tische mögliche Ansätze für Kantone, Gemeinden und Fachorganisationen bzw. Anbietende von Koordinationsleistungen formuliert.

1. Mangelnde Vernetzung unter den Anbieterinnen und Anbietern von Koordinationsleistungen:  
Möglicher Ansatz: **Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit** beispielsweise in Form von Runden Tischen. Einheitliche Klienten-Software oder breiter zugängliche Krankheitsakten von Menschen mit Demenz.
2. Mangelnde Bekanntheit der Angebote:  
Möglicher Ansatz: Eindeutige, klare **Kommunikation** über Koordinationsangebote.
3. Konkurrenzsituation unter den Anbieterinnen und Anbietern:  
Möglicher Ansatz: Klare **Definition und Abgrenzung** der einzelnen koordinativen Dienstleistungen.
4. Ressourcenknappheit bei den Anbieterinnen und Anbietern für spezifisch koordinative Angebote und Dienstleistungen:  
Möglicher Ansatz: **Förderung finanzieller (und personeller) Anerkennung und Wertschätzung** der Koordinationsleistung seitens Kantone und Gemeinden.
5. Schwierige Überprüfung und Sicherstellung der Qualität aufgrund der Vielzahl der Angebote
6. Betroffene gelangen erst zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt des Krankheitsverlaufes an demenzspezifische Angebote:  
Möglicher Ansatz: **Förderung aufsuchender bzw. proaktiver Angebote**. Ausserdem zentral ist die Sensibilisierung der Hausärztinnen und -ärzte für das Thema Demenz und die frühzeitige Verbreitung von Informationen über passende Angebote.
7. Die nötige Involvierung einer grossen Anzahl Personen zur Koordination der verschiedenen Leistungen ist ein Eingriff in die Intimsphäre. Angehörige fürchten dabei teilweise den eigenen Kontrollverlust.

<sup>4</sup> Als Angehörige sind Lebensgefährten (Ehegattin, Ehegatte, eingetragene Partnerin bzw. Partner, Lebenspartnerin, Lebenspartner) Kinder, Eltern, Geschwister, aber auch andere Personen, die mit der erkrankten Person eng verbunden sind (Freund, Freundin, Nachbar/in, etc.) gemeint.

# 1. Koordination durch den Kanton oder die Gemeinde

Bei den Modellen der Kategorie Koordination durch den Kanton oder die Gemeinde übernehmen der Kanton oder die Gemeinde eine koordinierende Rolle. Die Vorteile einer solchen Stelle sind deren Neutralität, Bekanntheit und einfache Erreichbarkeit.

## Bureau régional d'information et orientation (BRIO)

### Koordinative Dienstleistung

Der Kanton Waadt ist in vier Gesundheitsnetzwerke unterteilt. Gemäss Artikel 5 des Waadtländer Gesetzes über Gesundheitsversorgungsnetze (810.02) haben die Gesundheitsnetzwerke die Aufgabe, die Koordination der Gesundheitsversorgung und die Zuweisung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem zu verbessern. Die Betroffenen haben dabei Wahlfreiheit.

Die Gesundheitsnetzwerke fördern die institutionsübergreifende Zusammenarbeit auf regionaler Ebene und erstellen Vorgutachten für das Waadtländer Gesundheitsdepartement. Sie arbeiten gemeinsam an der Umsetzung der kantonalen Gesundheitspolitik (Art. 6 Waadtländer Gesetz über Gesundheitsversorgungsnetze, 810.02). Insbesondere tragen sie zur Umsetzung von kantonalen Gesundheitsprogrammen bei, welche die Versorgungsqualität und die Kostenkontrolle verbessern sollen, zum Beispiel in den Bereichen Diabetes, BRIO, Palliative Care, Fachberatung und Unterstützung für betreuende Angehörige. Die Gesundheitsnetzwerke fördern unter ihren Mitgliedern den Austausch von Informationen, die einer koordinierten Versorgung dienen. Sie können im Auftrag ihrer Mitglieder auch spezifische Projekte im Rahmen ihrer Aufgaben umsetzen.

Das Bureau régional d'information et orientation (BRIO, regionale Informations- und Zuweisungsstelle) ist eine der Dienstleistungen der Gesundheitsnetzwerke. Seine Aufgabe besteht darin, die Bevölkerung und insbesondere pflegebedürftige Personen im medizinisch-sozialen Netzwerk zu informieren, zuzuweisen und zu begleiten. Dazu werden die Bedürfnisse der Betroffenen ermittelt und abgeklärt, damit sie zum richtigen Zeitpunkt bedarfsgerechte Leistungen beziehen können. Das BRIO zentralisiert auch die Verwaltung aller Unterbringungsanfragen seiner Region sowie aller Meldungen freier Betten in Alters- und Pflegeheimen, wobei sowohl die Lang- als auch die Kurzeitaufenthalte berücksichtigt werden.

Das Aufgabengebiet von BRIO lässt sich in vier Teilbereiche gliedern:

**1. Koordination:**

- Verwaltung von Angebot und Nachfrage bezüglich Unterbringung
- Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie der Aufgaben der Einrichtungen
- Priorisierung der Zuweisung von Unterkünften

**2. Verbindung zu den Spitälern:**

- Antizipation von Spitalaustritten, Eindämmung unnötiger Spitalaufenthalte
- Aushandlung einvernehmlicher Zuweisungsprojekte und Koordination ihrer Umsetzung

**3. Zuweisung:**

- Begleitung und Beratung der Patientinnen und Patienten, ihrer Angehörigen und der Fachpersonen, wobei nach Möglichkeit der Verbleib zu Hause angestrebt wird
- Gewährleistung der Kontinuität bei den einzelnen Schritten eines Unterbringungsprojekts

**4. Information:**

- Information der Bevölkerung und der Gesundheitsfachpersonen über die verfügbaren medizinisch-sozialen Angebote
- Statistische Aufstellung für den Kanton, Gesamtüberblick über die Systeme

Das BRIO steht für Familien- und Netzwerktreffen zur Verfügung, entweder zwecks Ausarbeitung eines Zuweisungsprojekts oder zur Beratung und Information.

## Organisation

Das Personal des BRIO besteht hauptsächlich aus im Gemeinwesen tätigen, koordinierenden Pflegefachpersonen, in Spitälern tätigen Verbindungspflegefachpersonen sowie Sozialarbeitenden. Der Personalbestand beruht auf folgender Rechnung: 1,7 VZÄ pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner über 75 Jahre und 2 VZÄ pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner für die Region Lausanne.

## Zielgruppen

Die Zielgruppe umfasst alle Personen des betreffenden Gesundheitsnetzwerks. Insbesondere ältere und pflegebedürftige Menschen, deren Umfeld und betreuende Angehörige, Fachpersonen aus dem medizinisch-sozialen Bereich sowie jede Person, die spezifische Auskünfte benötigt.

## Kosten und Finanzierung

Die Dienstleistungen des BRIO sind für die Bevölkerung und die Fachpersonen kostenlos. Die Finanzierung des BRIO erfolgt solidarisch: Kanton 40 %; Partner (Spitäler, Gesundheitszentren, Pflegeheime) 60 %.

## Nachfrage/Inanspruchnahme

Das Angebot besteht für die gesamte Bevölkerung der Region. Die Nachfrage hängt von der Grösse des Gesundheitsnetzwerks ab. Durch die Positionierung an der Schnittstelle der Institutionen erfolgt jeder Eintritt in ein Pflegeheim via BRIO. Dasselbe gilt für Spitalaustritte, welche den Einsatz von Leistungserbringenden erfordern.

## Erfolgsfaktoren

Die Erfolgsfaktoren des BRIO beruhen auf einem vereinheitlichten kantonalen Auftrag. Die unterschiedlichen regionalen Leistungserbringer arbeiten zusammen. So ermöglichen ein BRIO, rasch auf die Meldung eines freien Betts in einem Pflegeheim zu reagieren und es in-  
nert nützlicher Frist (rund 2 bis 3 Tage) neu zu belegen. Ausserdem kann es unnötige Spitalaufenthalte verhindern und die Inanspruchnahme aller verfügbaren Leistungen optimieren: die richtige Person mit den richtigen Leistungen zur richtigen Zeit am richtigen Ort.

## Herausforderungen

Schwierigkeiten können bei der Umsetzung eines Zuweisungsprojekts auftreten, wenn die verschiedenen Interessen der betroffenen Akteure (Institutionen, Patientinnen und Patienten sowie Angehörige) unter einen Hut gebracht werden müssen. Eine weitere Herausforderung liegt darin, dass das BRIO in einschneidenden Momenten im Leben einer älteren Person und ihrer Angehörigen (z. B. Eintritt in ein Pflegeheim) interveniert, d. h. genau dann, wenn eine besondere Verletzlichkeit der Person besteht. Ebenfalls anspruchsvoll ist es, den für die jeweilige Person am besten geeigneten Ort zu finden, insbesondere im Bereich der Alterspsychiatrie.

Fachstelle für Altersfragen	
<b>Anbieter/-in</b>	Gemeinde Bassersdorf
<b>Region</b>	Bassersdorf (Kanton Zürich)
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Die Fachstelle für Altersfragen unterstützt den Gemeinderat in der Umsetzung der Altersstrategie in den Bereichen Versorgungssicherheit, aktive Bewirtschaftung des Sozialraums und in der bedürfnisorientierten Unterstützung von betreuenden Angehörigen. Die Fachstelle für Altersfragen wird durch die Altersbeauftragte geführt.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	<p>Die Fachstelle für Altersfragen koordiniert die Angebote und Dienstleistungen in der Altersarbeit Bassersdorf. Sie organisiert dazu den Runden Tisch Alter als Vernetzungs- und Koordinationsgefäss für alle lokalen Organisationen aus dem Alters- und Gesundheitsbereich. Die Fachstelle initialisiert ausserdem Projekte zur Förderung der Lebensqualität älterer Menschen und unterstützt Bevölkerungsanliegen und die Freiwilligenarbeit. Sie organisiert öffentlichen Veranstaltungen, Vorträge und Kurse zur Förderung der Gesundheit und aktiven Lebensgestaltung. Die Fachstelle bereitet somit Informationen für Seniorinnen und Senioren und die Bevölkerung auf und betreibt Öffentlichkeitsarbeit. Sie führt die gesetzlich vorgeschriebene Auskunftsstelle gemäss Pflegegesetz und bietet kostenlose Auskunft und Beratung zu Altersfragen, zu Wohnformen im Alter, Seniorenangeboten und Sozialversicherungen an.</p> <p>Seit September 2018 ist die Fachstelle interdisziplinär besetzt. Die neue Pflegekoordinatorin begleitet älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen und ihre Angehörigen. Sie nimmt Situationseinschätzungen vor Ort vor, vermittelt Unterstützungs- und Entlastungsangebote und organisiert planbare Eintritte in Alters- und Pflegeinstitutionen. Sie arbeitet dazu mit Hausärzten, Sozialdiensten der Spitäler und Leistungsanbietern im Bereich Pflege und Betreuung zusammen und setzt sich für eine optimale Zusammenarbeit und Fallkoordination entlang der Versorgungskette ein.</p>
<b>Zielgruppen</b>	Bewohnerinnen und Bewohner der Gemeinde Bassersdorf, ältere Menschen aus Bassersdorf mit chronischen Erkrankungen, betreuende Angehörige und lokale Gesundheitsanbieter
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	Juni 2014 – unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Gemeinde Bassersdorf
<b>Link</b>	<a href="http://www.bassersdorf.ch/lebenslagen/senioren/altersarbeit.html/260">www.bassersdorf.ch/lebenslagen/senioren/altersarbeit.html/260</a>

<b>Infostelle Betreuung und Pflege</b>	
<b>Anbieter/-in</b>	Stadt Wädenswil
<b>Region</b>	Stadt Wädenswil (Kanton Zürich)
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Die Stadt Wädenswil führt in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationspartnern unter dem Namen Demenzfreundliche Gesellschaft eine flächendeckende und intensive Informations- und Sensibilisierungskampagne über das Thema Demenz durch. Dazu gehört auch die Infostelle Betreuung und Pflege. Diese ist eine städtische Anlaufstelle für alle Fragen rund um das Thema Betreuung und Pflege zu Hause oder in einer Institution und sorgt für eine optimale Vernetzung und damit Koordination unter den verschiedenen Anbietern im Sozial- und Gesundheitswesen in der Stadt Wädenswil und Umgebung.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	<p>Das Angebot der Infostelle Betreuung und Pflege der Stadt Wädenswil umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information und Beratung bei Anliegen rund um das Thema Betreuung und Pflege für jedes Alter</li> <li>• Beratung für Entlastungsmöglichkeiten und Hilfsangebote für betreuende Angehörige</li> <li>• Information über bedarfsgerechte Wohnformen im Alter und deren Finanzierung</li> <li>• Weitervermittlung an geeignete Fachstellen und Institutionen</li> <li>• Information über bedarfsgerechte Betreuungs- und Pflegeangebote der Stadt Wädenswil und der Region.</li> </ul>
<b>Zielgruppen</b>	Einwohnerinnen und Einwohner der Stadt Wädenswil
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	November 2013 – unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Die Dienste der Infostelle Betreuung und Pflege sind für die Einwohnerinnen und Einwohner unentgeltlich und werden von der Stadt Wädenswil finanziert.
<b>Link</b>	<a href="http://www.waedenswil.ch/aemter/12520">www.waedenswil.ch/aemter/12520</a>

Internetplattform «ÄlterBasel»	
<b>Anbieter/-in</b>	Forum 55+
<b>Region</b>	Basel
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	<a href="http://www.aelterbasel.ch">www.aelterbasel.ch</a> ist eine Onlineplattform, welche die weit verstreuten altersrelevanten Informationen ordnet und damit leichter zugänglich macht. Sie dient als Wegweiser im Informationsdschungel. Auf den Webseiten finden sich Tipps, Checklisten und Links zu den verschiedenen altersrelevanten Themen.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Die Onlineplattform dient als Informationsangebot zu sämtlichen altersrelevanten Informationen und damit als Koordinationsorgan für altersspezifisches Wissen.
<b>Zielgruppen</b>	Die interessierte Bevölkerung
<b>Stand</b>	Die Onlineplattform wird laufend aktualisiert
<b>Laufzeit</b>	Unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Kantonale Finanzmittel
<b>Link</b>	<a href="http://www.aelterbasel.ch/ueber-uns">www.aelterbasel.ch/ueber-uns</a>

Plattformorganisation; Projekt Mäander	
<b>Anbieter/-in</b>	Gesundheitsdirektion Zürich
<b>Region</b>	Kanton Zürich
<b>Beschrieb der Dienstleistung (Stand Januar 2019)</b>	<p>Mit dem Projekt Mäander wird eine selbstverständliche Integration von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in der Zürcher Gesellschaft angestrebt. Die Bevölkerung soll sich handlungsfähig und kompetent im Umgang mit Betroffenen wissen. Mit vereinten Kräften soll eine offene Gesellschaft, in der Menschen mit Demenz einen würdigen Platz haben, gefördert werden. Die dafür geplante Plattformorganisation übernimmt folgende Aufgaben:</p> <p><b>Koordinieren und Vernetzen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisationen und Unternehmen aus Privatbereich, Wirtschaft, öffentlichem Bereich und Zivilgesellschaft zusammenbringen</li> <li>• Informationen koordinieren, um Probleme in der Gesellschaft zu identifizieren</li> </ul> <p><b>Initiieren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konkrete Lösungsprozesse für (komplexe) Probleme in Gang bringen und durch geeignete Partnerinnen und Partner (Wissensträger, Praxisvertretende, Finanzierende) vernetzen</li> </ul> <p><b>Kommunizieren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen zur Erhöhung des Allgemeinwissens über Demenz verbreiten</li> <li>• Gute Lösungen und Angebote für spezifische Probleme zwecks Multiplikation bekannt machen</li> <li>• Auf vielversprechende Projekte hinweisen</li> </ul>
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	<p>Es braucht eine aktive Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren sowie Angeboten. Es sollen sich im Netzwerk Partnerinnen und Partner finden, um Fragestellungen aller Art anzupacken. Lösungen sollen initiiert werden, auch für komplexe strukturelle Probleme. Gute Lösungen sollen kommuniziert werden. Dazu braucht es einen unabhängigen Akteur, der selbst keine Leistungen erbringt und keine Anbieter konkurriert, sondern eine koordinierende, initiiierende und kommunizierende Rolle einnimmt.</p>
<b>Zielgruppen</b>	Bevölkerung und Organisationen im Kanton Zürich
<b>Stand Januar 2019</b>	<p>Im Projekt Mäander planen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Kanton Zürich</li> <li>• Alzheimer Zürich</li> <li>• Pro Senectute Zürich</li> <li>• der Gemeindepräsidentenverband Zürich</li> <li>• sowie nach Möglichkeit und zur breiten gesellschaftlichen Abstützung je ein Akteur bzw. eine Akteurin der Wirtschaft und der Philanthropie</li> </ul> <p>gemeinsam eine Plattformorganisation zu gründen, welche die notwendigen Strukturen zur Verfügung stellt, um die obenstehenden Ziele und Wirkung zu erreichen. Um die Wirkungskraft der Plattformorganisation zu vergrössern, soll sie nach der Gründungsphase weiteren interessierten Verbänden, Organisationen, Unternehmen und Personen offenstehen, die sich mit den Zielen der Organisation identifizieren können und zu deren Erreichung mithelfen wollen.</p>

<b>Laufzeit</b>	Unbestimmt (Projektphase)
<b>Finanzierung durch</b>	Die Projektkosten sollen durch den Kanton Zürich, die späteren Regelstrukturen durch eine Mischfinanzierung verschiedenartiger gesellschaftlicher Akteurinnen und Akteure übernommen werden.
<b>Link</b>	<a href="http://www.gd.zh.ch">www.gd.zh.ch</a>

## Zürcher Demenzforen

<b>Anbieter/-in</b>	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
<b>Region</b>	Kanton Zürich
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Bei den Zürcher Demenzforen handelt es sich um eine Veranstaltung, an der wesentliche Akteurinnen und Akteure mit Schnittstellen zum Thema Demenz miteinander über die Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie 2014-2019 (NDS) diskutieren. Ziel der Demenzforen ist die Koordination und Vernetzung der massgeblichen kantonalen Akteurinnen und Akteure für eine gemeinsame Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Seit 2014 diskutieren am jährlichen Zürcher Demenzforum, welches von der Gesundheitsdirektion organisiert wird, alle massgeblichen Akteurinnen und Akteure gemeinsam über Stand der Umsetzung der NDS und über die Projekte, die im Rahme der NDS gestartet worden sind. Beteiligt sind Vertreterinnen und Vertreter von Gemeinden und Kanton, Leistungserbringenden, Berufsverbänden, Betroffenenorganisationen, Forschungs- und Bildungsinstitutionen und Aufsichtsbehörden.
<b>Zielgruppen</b>	Vertreterinnen und Vertreter von Gemeinden und Kanton, Leistungserbringenden im Gesundheits- und Sozialwesen, Berufsverbänden, Betroffenenorganisationen, Forschungs- und Bildungsinstitutionen und Aufsichtsbehörden.
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	2014 – in Prinzip unbefristet, könnte jedoch im Zusammenhang des Projekts Mäander (vgl. S. 16) eine Modifikation erfahren.
<b>Finanzierung durch</b>	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
<b>Link</b>	<a href="http://www.gd.zh.ch/demenz">www.gd.zh.ch/demenz</a>

## 2. Koordination durch Selbsthilfe

Die Modelle der Kategorie Koordination durch Selbsthilfe umfassen Angebote, die eine Koordination durch Selbsthilfe ermöglichen. Es handelt sich um Plattformen, dank deren Angehörige von Menschen mit Demenz mit anderen Betroffenen in Kontakt treten können. Der Vorteil dieser Modelle liegt darin, dass die Angehörigen ihre persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen weitergeben können und den ganzheitlichen Blick auf die Situation mit Demenz teilen. Die Teilnehmenden erfahren von anderen Angehörigen, wo sie sich Hilfe holen können, welche Angebote überhaupt existieren und was es bei der Betreuung von Menschen mit Demenz alles zu beachten gilt. Solche Plattformen bieten somit Platz für unterschiedliche Erfahrungen von Personen mit unterschiedlichen Hintergründen. Ein möglicher Nachteil ist jedoch die grosse Subjektivität und Individualität dieses Austausches und die potentielle Begrenztheit der Informationen im Unterschied zu einer unabhängigen, übergeordneten Fachstelle.

### Angehörigengruppe

#### Koordinative Dienstleistung

Schweizweit bieten über 120 Angehörigengruppen der kantonalen Sektionen von Alzheimer Schweiz Hilfe zur Selbsthilfe für Angehörige von Menschen mit Demenz. An diesen institutionalisierten Treffen kommen Angehörige unter fachkundiger Leitung mit anderen Betroffenen in Kontakt. Sie können dadurch Informationen und demenzspezifische Erfahrungen austauschen und von den gegenseitigen Erlebnissen profitieren. Dieser Austausch hat eine unterstützende Wirkung und zeigt den Teilnehmenden unterschiedliche Herangehensweisen und Handlungsmöglichkeiten auf. Der koordinative Aspekt dieser Dienstleistung ist damit informell und wenig strukturiert. Indem sich die Teilnehmenden der Angehörigengruppen austauschen, erfahren sie von den regionalen Dienstleistungsangeboten und erhalten Unterstützung, was für den weiteren Krankheitsverlauf hilfreich sein kann.

#### Organisation

Die Treffen finden einmal pro Monat an einem zentralen, für alle einfach zu erreichenden Ort statt. Zentral für die Angehörigentreffen ist eine Atmosphäre der Solidarität, des Respekts, der gegenseitigen Unterstützung und der Diskretion.

Die Gruppenleitenden sind jeweils von den Sektionen angestellt, besuchen ein 1,5-tägiges Einführungsseminar von Alzheimer Schweiz, erhalten zwei Praxisberatungen pro Jahr, nehmen an der jährlichen Weiterbildungstagung von Alzheimer Schweiz teil und halten sich an das Konzept für Gruppen für Angehörige von Alzheimer Schweiz. Es handelt sich somit um geschulte Fachkräfte, die über besondere Eignungen und Qualifikationen verfügen: Fachkenntnisse über

Demenzerkrankungen und Einfühlungsvermögen. Sie haben aber auch die Fähigkeit, Lebenssituationen und Bedürfnisse von Angehörigen einschätzen zu können. Häufig verfügen die Gruppenleitenden über Erfahrungen mit Menschen mit Demenz aus ihrem eigenen persönlichen Umfeld.

## Zielgruppen

Die Angehörigengruppen der Sektionen von Alzheimer Schweiz richten sich an Angehörige von Menschen mit Demenz in den unterschiedlichen Krankheitsstadien und mit den unterschiedlichen Demenzdiagnosen.

## Kosten und Finanzierung

Die Kosten für die Gruppen werden sowohl von der Geschäftsstelle von Alzheimer Schweiz als auch vom Bundesamt für Sozialversicherungen gedeckt. Einzelne Angehörigengruppen erheben ausserdem Teilnahmebeträge und in manchen Kantonen bestehen kantonale Subventionsverträge, womit sich der Kanton an den Kosten für die Angehörigengruppen beteiligt.

## Nachfrage/Inanspruchnahme

Die 21 Sektionen von Alzheimer Schweiz führen insgesamt 125 Gruppen für Angehörige und bieten damit jährlich rund 1272 Gruppentreffen an.

### Erfolgsfaktoren

Durch die regelmässig stattfindenden Treffen können sich Angehörige von Menschen mit Demenz untereinander austauschen. Für viele bedeutet diese Begegnung mit Menschen in ähnlichen Situationen Unterstützung und Mut. Durch die Zugehörigkeit zu einer Gruppe können viele aus ihrer Isolation ausbrechen, in der heute immer noch viele Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen leben. In der Gruppe wird klar, dass man mit der Krankheit nicht allein ist. Diese Erkenntnis ist tröstend und ermutigend zugleich. Die Teilnehmenden gehen ausserdem keine Verpflichtungen ein, die sie nicht möchten und begegnen sich achtungsvoll und gleichwertig. Die individuellen Erfahrungen der Teilnehmenden können gewinnbringend genutzt werden und der gegenseitige Austausch von Tipps und Empfehlungen ist hilfreich.

### Herausforderungen

Die Gruppentreffen kämpfen manchmal mit einer zu kleinen Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Auch die Individualität der einzelnen Personen und die heterogene Zusammensetzung der Gruppen zählen zu den Herausforderungen solcher Treffen. Eine weitere Schwierigkeit ist der Umgang mit betreuenden Angehörigen, deren Partnerin oder Partner verstorben ist, die jedoch weiterhin in der Gruppe verbleiben möchten. Die finanzielle Entschädigung für Gruppenleitende ist ausserdem bescheiden. Viele Gruppen existieren nur dank dem Engagement von Freiwilligen.

Angehörigentammtisch von Espace Proches	
<b>Anbieter/-in</b>	Espace Proches
<b>Region</b>	Kanton Waadt
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Es handelt sich um Treffen, bei denen der Philosoph und Schriftsteller Alexandre Jollien das Gespräch mit einem theoretischen Input zur Thematik einleitet. Dann wird das Wort den Angehörigen und betreuenden Angehörigen überlassen. Das Ziel ist, dass die Teilnehmenden sich zu einer Thematik austauschen können, mit der sie in ihrem Alltag als Angehörige von Menschen mit Demenz konfrontiert werden. Der philosophische Anstoss von Alexandre Jollien hilft, Abstand zu gewinnen und den Blick für Neues zu öffnen.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Die betreuenden Angehörigen sind eingeladen, über ihre Erfahrungen und Anliegen zu sprechen. Sie können eigene Erfahrungen teilen oder auch einfach zuhören. Dank des Austauschs erfahren die Teilnehmenden von den verfügbaren Angeboten und Möglichkeiten im Netzwerk.
<b>Zielgruppen</b>	Angehörige und betreuende Angehörige von Menschen mit Demenz
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	2013 – unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Kanton – Fachstelle für sozialen Zusammenhalt
<b>Link</b>	<a href="http://www.espaceproches.ch/soutien-aux-proches-aidants/cafes-des-proches">www.espaceproches.ch/soutien-aux-proches-aidants/cafes-des-proches</a>

<b>Demenz Zürich: Betroffene für Betroffene</b>	
<b>Anbieter/-in</b>	Verein Freunde Demenz Zürich, Demenz und so GmbH, Daniel Wagner
<b>Region</b>	Zürich und deutschsprachiger Raum
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Demenz Zürich ist ein Ensemble an digitalen Demenzplattformen (Webseiten, Facebook-Seiten, Facebook-Gruppen, Instagram-Chanel, Youtube-Chanel) für den Erfahrungsaustausch unter direkt und indirekt Betroffenen. Die Plattformen richten sich an Menschen mit Demenz, Angehörige sowie Fachleute. Ziel ist die Enttabuisierung von Demenz und damit ein gesellschaftlicher sowie politischer Wandel.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Durch den direkten Austausch können sich die Betroffenen untereinander koordinieren und gegenseitig von geeigneten Angeboten und hilfreichen Erfahrungen berichten.
<b>Zielgruppen</b>	Menschen mit Demenz, ihre Angehörige und Fachpersonen sowie Interessierte
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	Unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Privat, Spenden und Veranstaltungen
<b>Link</b>	Website: <a href="http://www.demenzzuerich.ch">www.demenzzuerich.ch</a> Facebookseite: <a href="https://www.facebook.com/demenzzuerich">www.facebook.com/demenzzuerich</a> Facebookgruppen: <a href="https://www.facebook.com/groups/demenzalzheimer">www.facebook.com/groups/demenzalzheimer</a> <a href="https://www.facebook.com/groups/frontotemporaledemenz">www.facebook.com/groups/frontotemporaledemenz</a> <a href="https://www.facebook.com/groups/lewybodydemenz">www.facebook.com/groups/lewybodydemenz</a> Instagram: <a href="https://www.instagram.com/demenzdani">www.instagram.com/demenzdani</a>

# 3. Koordination durch Interprofessionalität

Die Modelle der Kategorie Koordination durch Interprofessionalität zeichnen sich durch interprofessionelle Koordinationsleistungen aus. Gemeint sind sämtliche Modelle, die den Zusammenschluss unterschiedlicher Berufsgruppen ermöglichen. Dabei kann es sich um Informationsanlässe in Pflegeeinrichtungen, interdisziplinäre Kurse, fall-spezifische Runde Tische oder bestehende interdisziplinäre Veranstaltungen handeln. Diese Koordinationsleistungen richten sich primär an Fachleute und weniger an Angehörige. Der Nutzen für die direkt Betroffenen sollte sich jedoch im Idealfall durch die optimale Vernetzung der Fachpersonen untereinander ergeben, welche Menschen mit Demenz in jeder Situation an die geeignetste Ansprechperson weiterleiten können. Der Vorteil solcher Modelle liegt in einer guten Vernetzung und Zusammenarbeit der Fachpersonen in einer Region, was sich positiv auf die Beratung von Betroffenen auswirkt. Eine gute Vernetzung garantiert so, dass die Menschen, unabhängig ihrer ersten Anlaufstelle, an die für sie beste Fachstelle weitergeleitet werden können. Die Schwierigkeit bei diesen Koordinationsmodellen besteht darin, alle Anbieterinnen und Anbieter miteinzubeziehen und dass gleichwohl keine Konkurrenzsituation unter den unterschiedlichen Dienstleistern entsteht.

## Regionale Netzwerkgruppen Demenz

### Koordinative Dienstleistung

Die regionalen Netzwerkgruppen Demenz im Raum St. Gallen und beider Appenzell dienen der Vernetzung der regionalen Anbieterinnen und Anbietern sowie der Überprüfung des lokalen Angebots für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Der regelmässige Kontakt der regionalen Dienstleistenden im Bereich Demenz fördert und optimiert die Koordination der Angebote untereinander. Durch den verbesserten Austausch in den Netzwerkgruppen wissen sämtliche Anbietende voneinander und können Menschen mit Demenz und ihre Angehörige während des gesamten Krankheitsverlauf an die ideale Anlaufstelle verweisen. Nach einem standardisierten Ablauf tauschen sich die Teilnehmenden bei jedem Treffen über die einzelnen demenzspezifischen Angebote und Projekte aus. Teilweise werden auch gemeinsame Fallsituationen besprochen, was das gegenseitige Verständnis für die Alltagsherausforderungen der verschiedenen Berufsgruppen fördert. In einzelnen Netzwerkgruppen finden die Treffen jeweils in einer anderen Organisation statt. So erhalten die Teilnehmenden einen konkreten Einblick in die entsprechende Institution.

Jede Netzwerkgruppe führt ausserdem jährlich oder in einem Zweijahres-Turnus eine öffentliche Veranstaltung durch. An diesen Veranstaltungen werden Demenzerkrankungen erklärt, die Netzwerkgruppenmitglieder können ihre lokalen Angebote für Menschen mit Demenz vorstellen und kommen mit Fachpersonen und Betroffenen aus der Region ins Gespräch.

## Organisation

Der Aufbau, die Begleitung und die Verankerung dieser Netzwerkgruppen erfolgt durch die Geschäftsstelle der Alzheimer Sektion St. Gallen/beider Appenzell.

## Zielgruppen

Bezüglich Mitwirkung in den regionalen Netzwerkgruppen gehören Fachpersonen im Bereich Demenz zur Zielgruppe. Die von der Netzwerkgruppe organisierten Veranstaltungen richten sich an die interessierte Öffentlichkeit der Region St. Gallen und Appenzell.

## Kosten und Finanzierung

Pro Netzwerkgruppe finden pro Jahr durchschnittlich zwei bis vier Sitzungen statt. Kosten entstehen durch den Zeitaufwand für die Koordinations-, Begleitungs- und Organisationsaufgaben der Geschäftsstelle sowie durch die Auslagen für die Veranstaltungen (Raum, Referenten, Flyer).

Die Kantone St. Gallen und Appenzell Ausserrhoden beteiligen sich im Rahmen eines Leistungsauftrages. Bis Ende des Jahres 2018 unterstützte die Walder Stiftung den Aufbau der regionalen Netzwerkgruppen.

## Nachfrage/Inanspruchnahme

Die personelle Zusammensetzung in den jeweiligen Netzwerkgruppen variiert von Standort zu Standort. Dabei sind jedoch immer Vertreterinnen und Vertreter von Alzheimer St. Gallen/beider Appenzell, Pro Senectute, Spitex, Pflegeheime, Entlastungsdienste, Memory Clinics und Tagesstätten beteiligt. Je nach Region sind auch Hausärztinnen und -ärzte, Personen der Seelsorge oder politische Vertretungen dabei. Im Durchschnitt trifft sich die Gruppe zwei- bis viermal pro Jahr.

Die von der Netzwerkgruppe organisierte Veranstaltung wird durchschnittlich von 100–230 Personen aus der Region besucht.

### Erfolgsfaktoren

Durch die Netzwerkgruppen Demenz sind die lokalen Dienstleistungsanbietenden im Bereich Demenz miteinander vernetzt und kennen sich gegenseitig. Ihr Wissensaustausch fliesst direkt in der jeweiligen Beratung und Information der Betroffenen und ihrer Angehörigen ein.

### Herausforderungen

Jeder Kanton und alle Regionen haben unterschiedliche kulturelle Prägungen, Angebotsstrukturen und Bedürfnisse. Damit ein Mitwirken aller Beteiligten möglich ist, muss diese strukturelle und kulturelle Heterogenität berücksichtigt werden, was eine Herausforderung darstellen kann. Ausserdem variiert die Gruppendynamik in den jeweiligen Treffen der Netzwerkgruppen, da unterschiedliche Menschen und Persönlichkeiten aufeinandertreffen. Dies verlangt eine sorgfältige Begleitung und Moderation der Sitzungen. Eine weitere Herausforderung ist der grosse zeitliche Aufwand für die Koordination und Begleitung einer Netzwerkgruppe.

Klinik und Bereitschaftsdienst von Onex AG	
<b>Anbieter/-in</b>	Klinik und Bereitschaftsdienst von Onex AG (Gesundheitseinrichtung Cité générations)
<b>Region</b>	Genf
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Cité générations ist eine multidisziplinäre Gesundheitseinrichtung, welche die Rolle der ambulanten Versorgung und der Hausarztmedizin stärkt. Dazu stehen eine Aufnahmestelle zur temporären medizinischen Versorgung, eine Notfallstation sowie eine Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung. Diese Einrichtung erhöht die Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Bereichen und fördert die interprofessionelle Zusammenarbeit.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Die Gesundheitseinrichtung Cité générations arbeitet mit mehreren medizinischen Zentren zusammen: Klinik und Bereitschaftsdienst von Onex, medizinisches Zentrum von Onex, medizinisches Zentrum Cressy und medizinisches Zentrum Lancy. Gemeinsam erbringen diese Zentren ambulante Versorgungsleistungen, verbessern den Behandlungsweg der Patientinnen und Patienten, vereinfachen den Austausch zwischen den Gesundheitsakteuren, leiten komplexe Projekte, stellen das Wohlergehen zu Hause sicher und pflegen eine aktive Partnerschaft mit den Patientinnen und Patienten.
<b>Zielgruppen</b>	Regionale Bevölkerung
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	2012 – unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Organisationen des öffentlichen und des privaten Sektors
<b>Link</b>	<a href="http://www.cite-generations.ch">www.cite-generations.ch</a>

Demenz Meet	
<b>Anbieter/-in</b>	Verein Freunde Demenz Zürich, Demenz und so GmbH, Daniel Wagner
<b>Region</b>	Schweiz, Österreich und Deutschland
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Die Veranstaltung Demenz Meet verspricht leichte Stunden zu einem schweren Thema. Die ein- bis mehrtägige Veranstaltung für direkt und indirekt Betroffene wird in verschiedenen Städten der Schweiz (u.a. Zürich, Basel), in Deutschland (u.a. Stuttgart) und Österreich (u.a. Wien) angeboten. Die Veranstaltungen gewährleisten, dass sich verschiedene Anbieterinnen und Anbietern von Angeboten im Bereich Demenz an einem Ort aufhalten und bieten somit eine Plattform für interprofessionelle Vernetzung. Der Programmfokus richtet sich auf die Bedürfnisse der Angehörigen und der Betroffenen aus.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Die Veranstaltung stellt Vernetzung von Betroffenen und Angehörigen sowie von Fachpersonen sicher und hat damit eine koordinative Wirkung.
<b>Zielgruppen</b>	Menschen mit Demenz, Angehörige und Fachpersonen
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	Unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Privat, Teilnehmende (kostenpflichtige Teilnahme), Spenden
<b>Link</b>	Website Schweiz: <a href="http://www.demenzmeet.ch">www.demenzmeet.ch</a> Facebook: <a href="https://www.facebook.com/demenzmeetzuerich">www.facebook.com/demenzmeetzuerich</a> <a href="https://www.facebook.com/demenzmeetbasel">www.facebook.com/demenzmeetbasel</a>

## Fallbezogene runde Tische

<b>Anbieter/-in</b>	Spitex Seeland
<b>Region</b>	Berner Seeland
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Ziel der Runden Tische von Spitex Seeland ist es, fallbezogen eine gute Koordination sicherzustellen. Dazu werden sämtliche involvierten Akteurinnen und Akteure im Rahmen eines Runden Tisches zusammengebracht. Besonderen Wert wird daraufgelegt, dass die Zuständigkeiten gewährleistet (z.B. in den Bereichen Medizin, Pflege, Sozialdienst) und die Ansprechperson für die Betroffenen sichergestellt sind. Auch werden für die Betroffenen klare Perspektiven definiert.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	An den fallbezogenen Runden Tischen der Spitex steht die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation der involvierten Stellen im Vordergrund. Dadurch können Krisensituation vermieden und Familiensystem aufrechterhalten werden.
<b>Zielgruppen</b>	Spitex-Patientinnen und -patienten, Angehörige, Ärztinnen und Ärzte, Psychiaterinnen und Psychiater, Psychologinnen und Psychologen, Pflegepersonen, Vertretende des Sozialdienst, der IV, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber von Betroffenen, diverse weitere involvierte Institutionen
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	Unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Krankenkasse/GEF
<b>Link</b>	<a href="http://www.spitex-seeland.ch">www.spitex-seeland.ch</a>

<b>Netzwerk Demenz beider Basel</b>	
<b>Anbieter/-in</b>	Verein Netzwerk Demenz beider Basel
<b>Region</b>	Basel-Landschaft und Basel-Stadt
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Der Verein Netzwerk Demenz beider Basel umfasst rund 80 Mitglieder (u.a. Alters- und Pflegeheime, Alzheimer beider Basel, Memory Clinics, Geriatriespitäler, Pro Senectute beider Basel, Rotes Kreuz, Spitex-Anbieterinnen und -Anbieter, ambulante Beratungsstellen, Hausärztinnen und -ärzte, Gemeinden). Ziel des Vereins ist die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen – ermöglicht durch die Unterstützung der beiden Basler Kantone bei der Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie 2014–2019 und durch die Vernetzung der Fachpersonen sowie die Vermittlung von Fachwissen innerhalb der Versorgungskette.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Das Netzwerk Demenz beider Basel verbindet Fachpersonen aus allen Bereichen in der Versorgungskette Demenz mittels Praxistagungen mit Workshops und Fachreferaten inkl. Podiumsdiskussion. Das Netzwerk vernetzt die Leistungserbringende im Bereich Demenz, wodurch vorhandene Kapazitäten genutzt und Fachkompetenzen gebündelt werden. Es bietet den Organisationen eine Plattform für Austausch von neuen Ideen und Herausforderungen sowie best practice und ermöglicht es ihnen, ihre Aktivitäten zu koordinieren. Des Weiteren unterstützt das Netzwerk die beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft bei der Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie 2014–2019. Durch die bikantonale Aufstellung des Netzwerks wird die Koordination zwischen den beiden Kantonen gefördert. Schliesslich hilft das Netzwerk den Baselbieter Gemeinden beim Aufbau von Versorgungsstrukturen für Demenzkranke.
<b>Zielgruppen</b>	Institutionen
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	Herbst 2015 – unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Leistungsvereinbarungen mit Kantonen, private Stiftungen, Mitgliederbeiträge
<b>Link</b>	<a href="http://www.netzwerk-demenz.ch">www.netzwerk-demenz.ch</a>

Demenzkompass	
<b>Anbieter/-in</b>	Verein Gesundheitsnetz Berner Oberland / (Spitex Region Interlaken AG für die Betreuung der Plattform)
<b>Region</b>	Region Berner Oberland Ost (Ausbreitung regional/kantonal/national möglich)
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Der Demenzkompass ist eine Onlineplattform und bietet Menschen mit Demenz, Angehörigen und Fachpersonen Informationen rund um das Thema Demenz. Er enthält Informationen zu Demenzerkrankungen und navigiert Angehörige sowie Fachpersonen in ihrer Region nach Suchthema durch die Angebotsvielfalt. Er vermittelt Wissen zum Krankheitsbild, zum Umgang mit Menschen mit Demenz und zeigt auf, welche regionalen Angebote im Bereich der Pflege, Behandlung und Betreuung bestehen.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	<p>Auf der Onlineplattform Demenzkompass können Leistungsanbieterinnen und -anbieter im Bereich Demenz ihre Angebote publizieren.</p> <p>Betroffene, Angehörige, Interessierte und Fachpersonen finden auf einfache Weise über die Onlineplattform Entlastungs-, Unterstützungs-, Therapie-, Abklärungs-, Beratungs- und Hilfsangebote in der Region Berner Oberland. Die Onlineplattform bietet ausserdem die Möglichkeit, regionale und überregionale Netzwerke zu bilden oder abzubilden.</p>
<b>Zielgruppen</b>	Angehörige, Fachpersonen, Institutionen
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	2019 – unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Vorfinanzierung der Plattform durch die Spitex Region Interlaken AG, Betrieb mittels Lizenzmodell.
<b>Link</b>	<a href="http://www.demenzkompass.ch">www.demenzkompass.ch</a>

Soziallunch Olten, Netzwerk für Soziantätige der Region	
<b>Anbieter/-in</b>	Beni Brennwald, Grundlagenwerk AG, <a href="http://www.grundlagenwerk.ch">www.grundlagenwerk.ch</a>
<b>Region</b>	Olten und umliegende Gemeinden
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	An den monatlich stattfindenden Soziallunchs werden einzelne soziantätige Institutionen besucht, um vor Ort mehr über deren Aufgaben zu erfahren. Ziel der Dienstleistung ist die interdisziplinäre Vernetzung soziantätiger Fachpersonen und die Besichtigung und Vorstellung der vorhandenen Angebote.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	An diesen Treffen der Soziantätigen in der Region Olten kommt es zum Austausch und zur Netzwerkarbeit. Dies erleichtert die fallbezogene Zusammenarbeit und Koordination im Alltagsgeschäft.
<b>Zielgruppen</b>	Soziantätige aller Disziplinen (Zuweisende, Behörden, Leistungserbringende, Beratungsstellen, Ausbildungsstätten, Versicherungen, psychiatrisches und psychologisches Fachpersonal)
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	1979 – unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Freiwilligenarbeit verschiedener Soziantätiger aus Olten (u.a. Peter Hartmann und Katherine Hofmann) bis 2012, seither privat finanziert durch Beni Brennwald.
<b>Link</b>	<a href="http://www.soziallunch-olten.ch">www.soziallunch-olten.ch</a>

## 4. Koordination durch einzelne Organisationen

Im Fokus der Modelle der Kategorie patientennahe Koordination durch einzelne Organisationen stehen Menschen mit Demenz und ihre Angehörige, welche von einer Beraterin oder einem Berater betreut und idealerweise über mehrere Krankheitsphasen begleitet werden. Die Stärken der Modelle liegen in der persönlichen, kontinuierlichen und individuellen Begleitung der einzelnen Betroffenen. Die Fachpersonen haben meistens einen ganzheitlichen Blick auf die Situation und können auf unterschiedliche Herausforderungen reagieren und eingehen. Der Vorteil dieser Modelle liegt zudem darin, dass Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen eine klare Ansprechperson haben. Diese erleichtert ihnen die Alltagsorganisation und ermöglicht ihnen den zeitnahen Zugang zu Informationen und Unterstützungsangeboten, die an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet sind. Der Nachteil dieser Modelle liegt im hohen Ressourcenaufwand, weshalb solche Angebote für Betroffene häufig teuer oder für Anbietende ressourcenaufwändig sind. Insbesondere in Pflegeheimen oder Tagesstätten sind häufig wenig Ressourcen bzw. Stellenprozente für koordinative Abklärungen vorgesehen.

### Zugehende Beratung bei Demenz

#### Koordinative Dienstleistung

Die Zugehende Beratung bei Demenz von Alzheimer Zürich ist ein erweitertes Beratungsangebot für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Es handelt sich dabei um eine persönliche, fachkundige und nachhaltige Beratung bei den Betroffenen zu Hause. Die Beraterinnen und Berater liefern detaillierte Informationen zu Demenz und deren Auswirkungen. Sie zeigen Angehörigen Möglichkeiten zur Bewältigung des Alltags mit Menschen mit Demenz auf. Sie weisen auf Hilfen im Pflegealltag hin, geben Informationen zu Entlastungsmöglichkeiten weiter und helfen bei Fragen zur Finanzierung. Dadurch wird eine Beratung während allen Krankheitsphasen gewährleistet.

Die Zugehende Beratung bei Demenz informiert nicht nur über die Krankheit. Sie koordiniert Entlastung und Finanzierung und leistet psychosoziale Begleitung und Unterstützung. Die Beraterinnen und Berater begleiten die betroffene Person und ihre Angehörigen über eine lange Zeit und arbeiten mit dem gesamten Netzwerk an Anbieterinnen und Anbietern von demenzspezifischen Leistungen (z.B. Spitex, Pro Senectute, Hausärztinnen und -ärzte, Sozialarbeitenden, kommunalen Fachstellen, KESB, etc.) zusammen. Sie suchen ausserdem den Kontakt mit den zuständigen Stellen der Wohngemeinde und sind bestrebt, auf institutioneller Ebene zu einer demenzfreundlichen Gesellschaft beizutragen.

## Organisation

Die Zugehende Beratung bei Demenz wird von der Geschäftsstelle von Alzheimer Zürich koordiniert. Die Beraterinnen und Berater bringen unterschiedliches berufliches Vorwissen wie Fachwissen im Bereich Gerontologie, sozialer Arbeit oder Pflegewissenschaft mit. Regelmässig werden zudem Schulungen und Weiterbildungen für die Beraterinnen und Berater durchgeführt.

## Zielgruppen

Die Zielgruppe der Zugehenden Beratung bei Demenz sind Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen.

## Kosten und Finanzierung

Die monatlichen Kosten für die Zugehende Beratung bei Demenz belaufen sich pro Mandat auf 100 CHF pro Monat (im Normalfall wird ein Vertrag über 12 Monate abgeschlossen). Die Kosten müssen die betroffenen Personen selbst tragen. Bei Personen, die Anrecht auf Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe haben, werden die Gemeinden um Finanzierungshilfe gebeten. Im Idealfall entsteht ein Leistungsvertrag mit einer Gemeinde, welche die finanzielle Unterstützung für ein Kontingent von mehreren Mandaten anbietet.

## Nachfrage/Inanspruchnahme

Das Projekt befindet sich im Kanton Zürich in der Ausbauphase. Zurzeit wird die Implementation mittels einer Begleitstudie ausgewertet. Aktuell machen rund 30 Familiensysteme vom Angebot der Zugehenden Beratung bei Demenz im Kanton Zürich Gebrauch (Stand Oktober 2018).

### Erfolgsfaktoren

Die Erfolgsfaktoren dieses Beratungs- und Begleitangebots liegen in der Kontinuität und Individualität des Angebots. Die Beraterinnen und Berater kennen die Fälle persönlich und begleiten Betroffene und ihre Angehörige über mehrere Jahre. Sie arbeiten zudem mit lokalen Behörden und Organisationen zusammen, sind gut vernetzt und leisten somit eine wichtige Koordinationsarbeit.

### Herausforderungen

Schwierigkeiten ergeben sich dadurch, dass häufig die finanziellen Ressourcen für diese Art von Dienstleistung fehlen. Dies gilt sowohl für die Dienstleistenden, als auch bei den betroffenen Personen, die von dieser Dienstleistung Gebrauch machen möchten.

Alzheimer-Telefon	
<b>Anbieter/-in</b>	Alzheimer Schweiz
<b>Region</b>	Schweizweit
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Das Alzheimer-Telefon von Alzheimer Schweiz bietet Beratung zu allen möglichen demenzspezifischen Fragen rund um das Thema Demenz durch Demenzfachfrauen mit langjähriger Berufserfahrung in der Begleitung, Betreuung, Gesprächsführung und Pflege von Menschen mit Demenz. Die Beratungen finden auf Italienisch, Französisch und Deutsch statt.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Die Beraterinnen zeigen verschiedene Optionen auf, damit Menschen mit Demenz, betreuende Angehörige oder Fachpersonen eine für sie geeignete Lösung für ihre Fragen finden. Zudem vermittelt das Alzheimer-Telefon weitere Anlaufstellen und Adressen schweizweit und übernimmt damit eine Triage-Funktion. Eine Kerndienstleistung des nationalen Alzheimer-Telefons ist die Vernetzung und Vermittlung von anderen Dienstleistungsbetrieben oder mit kantonalen Alzheimer Sektionen. Alzheimer Schweiz bietet mit der telefonischen Beratung somit eine interne und externe Wissensvermittlung an und koordiniert Abläufe bei den Ratsuchenden.
<b>Zielgruppen</b>	Menschen mit Demenz, betreuende Angehörige, Fachpersonen und interessierte Ämter und Behörden (z.B. KESB).
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	2004 – unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Eigenmittel Alzheimer Schweiz, BSV
<b>Link</b>	<a href="http://www.alzheimer-schweiz.ch/de/angebote/beitrag/das-alzheimer-telefon-information-beratung-und-hilfe-schweizweit">www.alzheimer-schweiz.ch/de/angebote/beitrag/das-alzheimer-telefon-information-beratung-und-hilfe-schweizweit</a>

AGIL (Aufsuchender Gerontopsychiatrischer Interprofessioneller Liaisondienst)	
<b>Anbieter/-in</b>	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Alterspsychiatrie
<b>Region</b>	Kanton Zürich
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	<p>Das Versorgungsangebot AGIL der Klinik für Alterspsychiatrie bietet älteren, psychisch erkrankten Personen Diagnostik und Therapie zu Hause und in Institutionen wie Alters- und Pflegeheimen an. Das interprofessionelle Behandlungsteam besteht aus einer Fachärztin bzw. -arzt, einer Pflegefachperson und einer Fachperson der Sozialen Arbeit. Teil der Dienstleistung sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewährleistung der bestmöglichen Lebensqualität von älteren Menschen mit psychischen und/oder hirnorganischen Erkrankungen</li> <li>• stationäre Aufnahmen in die Psychiatrische Klinik aus häuslichem oder institutionellem Setting nur bei absoluter Notwendigkeit</li> <li>• Verkürzung der Aufenthaltsdauer bei nicht vermeidbarer Hospitalisation</li> <li>• durchlässige Vernetzung zwischen stationären und ambulanten Versorgungsangeboten</li> </ul>
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	<p>Das interprofessionelle Team ermöglicht neben ärztlichen Therapien auch pflegerische Untersuchungen und Interventionen sowie soziale Hilfeleistungen. Die Dienstleistung richtet sich an Personen, die an einer akuten alterspsychiatrischen Erkrankung leiden, aber nicht in der Lage sind, für die Therapie eine Klinik aufzusuchen. In den Institutionen werden fachärztliche Konsilien, alterspsychiatrische Therapien, Fall- und Teamsupervisionen, pflegerische Einschätzung der Situation in Bezug auf die Alltagsbewältigung der Betroffenen und Beratung im Umgang mit herausforderndem Verhalten in Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen im Alter, insbesondere Demenz, Depression und Delir, angeboten.</p>
<b>Zielgruppen</b>	Ältere Menschen mit psychischen und/oder hirnorganischen Erkrankungen, Angehörige, professionell Pflegende
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	2014 – unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Krankenkassen, Kanton Zürich, Alters- und Pflegeheime
<b>Link</b>	<a href="http://www.pukzh.ch/unsere-angebote/alterspsychiatrie/angebote/aufsuchende-dienste/agil">www.pukzh.ch/unsere-angebote/alterspsychiatrie/angebote/aufsuchende-dienste/agil</a>

<b>AIDA-Care (Aufsuchende individuelle Demenz-Abklärung und Beratung)</b>	
<b>Namen der Anbietenden</b>	Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit (KZU) und Gesundheitszentrum Dielsdorf (GZD)
<b>Region</b>	Bezirke Bülach und Dielsdorf
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Das AIDA-Care-Team sucht Menschen mit Verdacht auf Demenz zu Hause auf, um dort eine Demenzabklärung durchzuführen (Anamnese, Testung, Alltagsbewährung). Danach folgt eine individuell angepasste Beratung und je nach Fall eine Unterstützung und Fachberatung des Betreuungsteams, ein Case Management und/oder eine Begleitung über längere Zeit. In akuten Situationen werden beim ersten Hausbesuch Sofortmassnahmen eingeleitet. Durch Situations-einschätzungen zuhause strebt AIDA-Care eine Erhöhung der Sicherheit der Betroffenen und Verbesserung deren Lebensqualität an. Dank diesen gezielten und vernetzten Aktivitäten leistet das AIDA-Care-Team einen wesentlichen Beitrag, damit Menschen mit Demenz möglichst lange zu Hause leben können. (Vgl. Gerontologische Beratungsstelle SiL der Stadt Zürich, S. 38). <sup>5</sup>
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Mitarbeitende des AIDA-Care-Teams besuchen Betroffene und ihre Angehörigen zu Hause. Sie klären die aktuelle Situation ab und führen Tests durch. Sie legen damit den Grundstein für weiterführende Abklärungen innerhalb des familiären und sozialen Netzwerks. Gemeinsam wird unter Einbezug bereits vorhandener Angebote im direkten Umfeld eine individuelle Unterstützungsmöglichkeit erarbeitet. Die Mitarbeitenden unterstützen die Betroffenen bei der Aufgleisung für die Alltagsbewältigung und begleiten sie und ihre Angehörigen zu Anlaufstellen für soziale, finanzielle und amtliche Fragen. Mit den Hausärztinnen und -ärzten und mit der Spitex stehen sie in engem Kontakt. (Vgl. Gerontologische Beratungsstelle SiL der Stadt Zürich, S. 38).
<b>Zielgruppen</b>	Menschen mit Demenz, insbesondere sozial isolierte Personen, die aufgrund fehlender Krankheitseinsicht keine Hilfe in Anspruch nehmen wollen oder können.
<b>Stand</b>	AIDA-Care ist im Rahmen der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie im Kanton Zürich auf Anregung des Zürcher Demenzforums (vgl. Zürcher Demenzforen, S. 17) als Projekt lanciert worden. Nach der erfolgreichen zweijährigen Pilotphase (2016–2017) sind die Pilotprojekte als definitive Angebote in den Regelbetrieb des KZU und des GZD übernommen worden.
<b>Laufzeit</b>	Unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Die ambulanten ärztlichen Leistungen werden nach dem Tarmed-Tarif dem Krankenversicherer in Rechnung gestellt. Unter gewissen Voraussetzungen können auch Leistungen des nichtärztlichen Personals nach dem Tarmed-Tarif abgerechnet werden (Anerkennung «nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie», Kap. 02.04). Aufgrund der Erfahrung können heute maximal 50–70 % der nichtärztlichen Leistungen dem Krankenversicherer in Rechnung gestellt werden. Bevor AIDA-Care angewendet werden kann, sind aus Sicht der Leistungserbringenden mit Einführungskosten im Rahmen von schätzungsweise 50 000 CHF zu rechnen.
<b>Link</b>	<a href="http://www.aida-care.ch">www.aida-care.ch</a> <a href="http://www.k-z-u.ch/aida-care.html">www.k-z-u.ch/aida-care.html</a> <a href="http://www.gzdielsdorf.ch/leben-im-gzd/aida-care">www.gzdielsdorf.ch/leben-im-gzd/aida-care</a>

<sup>5</sup> Das Konzept AIDA-Care steht als Projektprodukt der Allgemeinheit zur Verfügung, damit die Multiplikation in andere Regionen der Schweiz vereinfacht wird.

<b>Betreuungsplan Palliative Care (Problemliste mit Massnahmenplan)</b>	
<b>Anbieter/-in</b>	Verein palliative so
<b>Region</b>	Kanton Solothurn
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Im Kanton Solothurn steht seit 2012 ein Betreuungsplan Palliative Care sowohl in Papierform wie auch in elektronischer Form (App) für die Fachpersonen der ambulanten und stationären Betreuung zur Verfügung. Bei dessen Entwicklung und Umsetzung waren der Verein palliative so, die Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn, die Solothurner Spitäler AG mit Unterstützung des Kantons und der Ärztekasse involviert. Ziel ist ein verbesserter Informationsaustausch und damit eine bessere Vernetzung der involvierten Akteure.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Der Betreuungsplan ist ein Arbeitsinstrument für den Runden Tisch und für den täglichen Informationsaustausch in der interprofessionellen Betreuung in der Palliative Care. Im Betreuungsplan werden Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, Medikamente, das Symptommanagement und wichtige Entscheidungen erfasst. Wichtige Adressen, Erreichbarkeiten und Rollen der Beteiligten sind darin festgelegt. Unter Einwilligung des Patienten/der Patientin ist auch festgelegt, welche an der Behandlung und Betreuung beteiligten Fachpersonen zu welchen Informationen Zugang haben. Unnötige Spitalaufenthalte oder erneute Spitalaufenthalte und Doppelspurigkeiten können so vermieden werden. Das kann in gewissen Fällen dazu beitragen, Kosten und Ressourcen zu sparen. Der Bezug des Betreuungsplans ist kostenlos über die PalliaCare App (bisher nur für Android-Geräte, iOS-Version folgt).
<b>Zielgruppen</b>	Palliative-Care-Patientinnen und -Patienten
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	2012 – unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Verein palliative so
<b>Link</b>	<a href="http://www.palliative-so.ch/dokumente/2018%20Betreuungsplan%20Palliative%20Care%2019.1.2018.pdf">www.palliative-so.ch/dokumente/2018%20Betreuungsplan%20Palliative%20Care%2019.1.2018.pdf</a>

CareNet <sup>+</sup>	
<b>Anbieter/-in</b>	Pro Senectute Kanton Zürich
<b>Region</b>	Bezirk Affoltern
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	<p>CareNet<sup>+</sup> knüpft an das bestehende Versorgungssystem an und stellt die Zusammenarbeit von Dienstleistern und Kostenträgern sicher. Es konkurriert keine bestehenden Leistungsangebote, sondern setzt auf ergänzende Koordinationsleistungen, die heute noch nicht bestehen. Die Ziele umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der Wirksamkeit, Effizienz und Qualität der Altersversorgung durch gezielte Koordination der Leistungserbringenden und Kostenträger</li> <li>• Entlastung der Leistungserbringenden und Kostenträger</li> <li>• Vermeidung von Doppelspurigkeiten in der Leistungserbringung</li> <li>• Kostenoptimierung</li> </ul>
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	<p>In komplexen Lebens- und Gesundheitssituationen fördert das Altersversorgungs-Netzwerk CareNet<sup>+</sup> als neutraler Akteur die koordinierte, fallbezogene Zusammenarbeit unter den beteiligten Leistungserbringenden im Gesundheits- und Sozialbereich. Es werden keine neuen Strukturen aufgebaut, sondern die Bestehenden werden durch zeitnahe Intervention vor Ort und unter Einbezug der Kostenträger wirkungsvoll unterstützt. Besonders in Krisensituationen verhindert die Stabilisierung der ambulanten Pflegeversorgung kostenintensive Notfallbehandlungen und Heimeinweisungen.</p> <p>→ CareNet<sup>+</sup> erhöht die Versorgungsqualität für Menschen ab 50, entlastet Angehörige und unterstützt die Arbeit der involvierten Leistungserbringenden durch Gespräche am Runden Tisch, Schliessung von Informationslücken und Klärung von Finanzierungsfragen.</p> <p>In rund 30 % der Fälle sind die betreuten Menschen von einer Demenz betroffen.</p>
<b>Zielgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ältere Menschen, die umfassende individuelle Hilfe im sozialen und gesundheitlichen Bereich brauchen sowie deren Angehörige</li> <li>• Leistungserbringende im Gesundheits- und sozialen Bereich</li> <li>• Gemeinden</li> </ul>
<b>Stand</b>	Pilotprojekt im Kanton Zürich
<b>Laufzeit</b>	Januar 2019 bis Dezember 2020 (Verlängerung Pilotphase)
<b>Finanzierung durch</b>	Verschiedene Stiftungen sowie Pro Senectute Kanton Zürich
<b>Link</b>	<a href="http://www.carenetplus.ch">www.carenetplus.ch</a>

Kompetenzzentrum für Alzheimer und andere Demenzformen Tessin	
<b>Anbieter/-in</b>	Alzheimer Tessin und Pro Senectute Tessin und Moesano
<b>Region</b>	Tessin
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Das Kompetenzzentrum übernimmt die Koordination der Leistungen von Pro Senectute Tessin und Moesano und Alzheimer Tessin. Es soll Bedürfnisse ermitteln und abklären, neue Aktivitäten und Dienstleistungen anbieten. Weiter soll es der Bevölkerung und anderen in diesem Bereich tätigen Stellen (Helpline, Unterstützung professioneller Teams, Unterstützung für Pflegekräfte) über Dienstleistungen im Demenzbereich informieren und fachliche Unterstützung bieten. Seine Aufgabe ist die Sensibilisierung der Zielgruppen für die Aspekte der Krankheit sowie die Vertretung von Angehörigen und Erkrankten.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Koordination aller Leistungen von Alzheimer Tessin und Pro Senectute, Sektor Demenz: Alzheimer-Stammtisch, Gruppen zur kognitiven Stimulation, Ferien, Selbsthilfegruppen für Angehörige und Gruppe für Erkrankte (Tincontro). In der Umsetzungsphase: Unterstützung zu Hause für betreuende Angehörige.
<b>Zielgruppen</b>	Personen mit kognitivem Verfall, Angehörige und inoffizielle Betreuungspersonen, Sozial- und Gesundheitsakteure, Spitex-Organisationen, Organisationen zur Langzeitbetreuung, Interessierte
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	März 2018 – unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Kanton Tessin und Pro Senectute Tessin und Moesano
<b>Link</b>	<a href="http://www.alz.ch/ti/index.php/informazione-e-consulenza.html">www.alz.ch/ti/index.php/informazione-e-consulenza.html</a> <a href="http://www.prosenectute.org">www.prosenectute.org</a>

<b>Gerontologische Beratungsstelle SiL</b>	
<b>Anbieter/-in</b>	Gesundheits- und Umweltdepartement, Stadt Zürich
<b>Region</b>	Stadt Zürich
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	SiL sucht Menschen mit Verdacht auf Demenz zu Hause auf, um dort eine Demenzabklärung durchzuführen (Anamnese, Testung, Alltagsbewährung). Danach folgt eine individuell angepasste Beratung und je nach Fall eine Unterstützung und Fachberatung des Betreuungsteams, ein Case Management und/oder eine Begleitung über längere Zeit. In akuten Situationen werden beim ersten Hausbesuch Sofortmassnahmen eingeleitet. Durch diese gezielten und vernetzten Aktivitäten leistet SiL einen wesentlichen Beitrag, damit demenzbetroffene Menschen in der Stadt Zürich möglichst lange zu Hause leben können. Ziel von SiL ist die Stabilisierung der Versorgungssituation von Menschen mit Demenz zu Hause.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Mitarbeitenden der Gerontologischen Beratungsstelle SiL besuchen Klientinnen und Klienten und ihre Angehörigen zu Hause. Sie klären die aktuelle gesundheitliche Situation der Person ab und führen Tests durch. Die Ergebnisse der Abklärungen werden an Diagnosekonferenzen mit der Chefärztin des Geriatrischen Dienstes und später mit den betroffenen Menschen und den Personen ihres Umfelds am Runden Tisch besprochen. Die Mitarbeitenden unterstützen bei der Aufgleisung für die Alltagsbewältigung und begleiten zu Anlaufstellen für soziale, finanzielle und amtliche Fragen. Mit den Hausärztinnen und -ärzten und der Spitex stehen sie in engem Kontakt.
<b>Zielgruppen</b>	Menschen mit Demenz und ihre Angehörige
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	Unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Krankenkassen und Pflegezentren der Stadt Zürich
<b>Link</b>	<a href="http://www.stadt-zuerich.ch/gud/de/index/departement/organisation/pflegezentren-der-stadt-zuerich/ambulante-angebote/gerontologische-beratungsstelle-sil.html">www.stadt-zuerich.ch/gud/de/index/departement/organisation/pflegezentren-der-stadt-zuerich/ambulante-angebote/gerontologische-beratungsstelle-sil.html</a>

<b>Koordinationsstelle Alter Region Brugg</b>	
<b>Anbieter/-in</b>	Pro Senectute Aargau
<b>Region</b>	Brugg
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Älteren Menschen und ihren Angehörigen steht in der Koordinationsstelle Alter der Region Brugg ein umfangreiches Informations- und Beratungsangebot zur Verfügung. Dieses umfasst etwa Hilfe und Pflege nach Spitalaufenthalten, ambulante Dienste wie Hauspflege oder Fahrdienst, Vermittlung von Ferienplätzen für pflegebedürftige Personen, Hilfe in Krisensituationen, Auskunft über Hilfsmittel oder Freizeitgestaltung.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Die Koordinationsstelle Alter fungiert als die zentrale Auskunfts- und Anlaufstelle der Region Brugg für alle Altersfragen. Älteren Menschen und ihren Angehörigen steht ein umfangreiches Informations- und Beratungsangebot zur Verfügung. Die Fachperson der Koordinationsstelle vermittelt passende Angebote und koordiniert die lokalen Dienstleistungen.
<b>Zielgruppen</b>	Ältere Menschen und ihre Angehörigen der Region Brugg
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	2010 – unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Angeschlossene Gemeinden
<b>Link</b>	<a href="http://www.alterregionbrugg.ch">www.alterregionbrugg.ch</a>

Koordinationsstelle für den Sensebezirk	
<b>Anbieter/-in</b>	Gesundheitsnetz Sense
<b>Region</b>	Sensebezirk (Kanton Freiburg)
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Die Koordinationsstelle ist eine zentrale Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige, um über die Angebote rund um das Älterwerden zu informieren, Beratungen anzubieten und weitere Dienstleistungen zu vermitteln. Ziel ist die Sicherstellung der Aktualität der Informationen über bestehende Dienstleistungen und Unterstützungsangebote.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Die Koordinationsstelle berät telefonisch über das regionale Angebot und übernimmt eine Triage- und Orientierungsfunktion. Ausserdem unterhält sie eine Onlineplattform, auf der die verschiedenen Wohnangebote rund um das Älterwerden transparent ersichtlich sind. Weiter organisiert die Koordinationsstelle regelmässig Treffen unter Akteurinnen und Akteuren, stellt deren Vernetzung sicher und fördert damit die Koordination.
<b>Zielgruppen</b>	Bevölkerung des Sensebezirks
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	2019 – unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Gemeindeverband Gesundheitsnetz Sense
<b>Link</b>	<a href="http://www.gesundheitsnetz-sense.ch">www.gesundheitsnetz-sense.ch</a>

<b>Regionale Infostelle Demenz</b>	
<b>Anbieter/-in</b>	Pro Senectute Kanton St. Gallen
<b>Region</b>	Im ganzen Kantonsgebiet von St. Gallen, an zehn Standorten
<b>Beschrieb der Dienstleistung</b>	Bei der Infostelle Demenz erhalten Menschen mit Demenz, Angehörige sowie Organisationen und Personen, die mit Menschen mit Demenz im Kontakt sind, umfassende Informationen. Die Infostelle Demenz beantwortet Fragen im Zusammenhang mit Demenz und deren sozialen Auswirkungen, informiert über Angebote von Memory Kliniken, vermittelt weiterführende Beratungsdienste, orientiert über Entlastungsmöglichkeiten (Spitex Dienste, Tagesaufenthalte etc.), vermittelt den Zugang zu den Gesprächsgruppen für Angehörige, weist auf Literatur zum Thema Demenz hin und erteilt Informationen zu Demenzerkrankungen sowie über Schulungsmöglichkeiten für Angehörige und Fachpersonen.
<b>Koordinative Dienstleistung</b>	Die regionale Infostelle ist erste Anlaufstelle für alle Demenzfragen. Die Beratung kann entweder direkt bei Pro Senectute stattfinden oder es folgt eine Weiterleitung an die zuständigen Netzwerkpartner. Damit koordiniert die Fachstelle das regionale, demenzspezifische Wissen und leitet interessierte Personen an die richtigen Stellen weiter. Die Fachpersonen der regionalen Infostelle Demenz verfügen über gute Kontakte zu spezialisierten Fachstellen und weiteren Dienstleistenden in der näheren Umgebung. Sie pflegen eine enge Zusammenarbeit mit der Alzheimervereinigung SG/AR/AI.
<b>Zielgruppen</b>	Menschen mit Demenz, Angehörige, Organisationen, interessierte Drittpersonen
<b>Stand</b>	Laufend
<b>Laufzeit</b>	2016 – unbefristet
<b>Finanzierung durch</b>	Private Spenden und Beiträge des Bundes
<b>Link</b>	<a href="http://sg.prosenectute.ch/pdf/1517846614_infostelle-demenz.pdf">sg.prosenectute.ch/pdf/1517846614_infostelle-demenz.pdf</a>

Dank gebührt sämtlichen Teilnehmenden der Runden Tische in Bern, Olten, Zürich und Lausanne, sowie den befragten Expertinnen und Experten aus dem Kanton Freiburg. Ausserdem dankt Alzheimer Schweiz den Alzheimer Sektionen Bern, Solothurn, Aargau, beider Basel, Zürich, Waadt und Freiburg für ihre wichtige Mithilfe und Unterstützung bei der Organisation der Runden Tische. Schliesslich möchte sich Alzheimer Schweiz bei allen beteiligten Institutionen und Organisationen bedanken, die ihre Informationen über ihre koordinativen Dienstleistungen zur Verfügung gestellt haben.

## IMPRESSUM

### Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

### Partner und Autorin

Alzheimer Schweiz

### Kontakt

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Postfach

CH-3003 Bern

demenzstrategie@bag.admin.ch

[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

### Publikationszeitpunkt

Herbst 2019

### Zusätzliche Exemplare dieser Broschüre können kostenlos bestellt werden:

BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern

[www.bundespublikationen.admin.ch](http://www.bundespublikationen.admin.ch)

BBL-Bestellnummer: 311.802.d

### Sprachversionen

Diese Publikation ist in deutscher und französischer Sprache verfügbar.

### Digitale Version

Diese Publikation ist in allen Sprachversionen auch als PDF verfügbar:

[www.nationalemdemenzstrategie.ch](http://www.nationalemdemenzstrategie.ch)

### Ergänzende Informationen stehen hier zur Verfügung:

[www.nationalemdemenzstrategie.ch](http://www.nationalemdemenzstrategie.ch)

**Sprachliche Überarbeitung und Gestaltung in Zusammenarbeit mit  
advocacy ag, moxi ltd.**

Erarbeitet im Rahmen von:



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

