



Projekt im Rahmen der Koordination Umsetzung
«Nationale Demenzstrategie 2014 - 2017» im Kanton Zürich

KONZEPT AIDA-Care

Aufsuchende Abklärung und Beratung sozialisierter Menschen mit Demenz

„Dies ist das eigentliche Thema, um das es bei Demenz geht: Ein oft verzweifeltes Ringen um das Personsein und die Subjekthaftigkeit. Dabei kann man nicht deutlich genug betonen: Demenz allein muss für die Menschen kein furchtbares Unglück sein, wenn Milieu und Beziehungen stimmen und sich entsprechend dem Menschen anpassen (der dies selbst nicht mehr kann).“

(Müller-Hergel, 2000)

Dr. Bettina Ugolini



1. Ausgangslage
2. Leitgedanken
3. Zielsetzung AIDA-Care
4. Recherche vom Umfeld und Bestehendem
 - 4.1. Zugehende Beratung der Alzheimervereinigung Aargau
 - 4.2. Hausbesuche SiL
 - 4.3. Mobidem
 - 4.4. Aufsuchende Altenarbeit – Hausbesuche Bremen
 - 4.5. Mobile Demenzberatung Pinzgau
 - 4.6. AGIL
 - 4.7. Würdigung
5. Methodik von AIDA - Care
 - 5.1. Wichtige Säulen des Prozessablaufs
 - 5.1.1. Anmeldung
 - 5.1.2. Aufnahmekriterien
 - 5.1.3. Abklärung
 - 5.1.4. Diagnosebesprechung
 - 5.1.5. Rückmeldung
 - 5.1.6. Schnittstellen
 - 5.2. Mögliche Angliederungsstrukturen
 - 5.2.1. Mögliche politische oder regionale Strukturen
 - 5.2.2. Mögliche Organisationsstrukturen
 - 5.2.3. Fachliche und organisatorische Kriterien



6. Minimale Anforderungen zur Implementierung

6.1. Erforderliche Fachärzte

6.2. Anforderungen Beratungskompetenz

6.3. Infrastrukturelle Anforderungen

6.4. Vernetzungsmöglichkeiten

6.5. Prozessanforderungen

7. Konzept

7.1. Zielgruppe

7.2. Schnittstellen

7.2.1. Gemeinden

7.2.2. Altersbeauftragte

7.2.3. Kirchen

7.2.4. Hausärzte

7.2.5. Stationäre/teilstationäre -und ambulante Angebote

7.2.6. KESB

7.2.7. Pro Senectute

7.2.8. SRK

7.2.9. Gewerbevereine

7.2.10. Verkehrsbetriebe

7.2.11. Weitere Akteure im erweiterten Gesundheitswesen

7.3. Zuweisende Stellen

7.4. Finanzierung

7.5. Diagnoseinstrumente

7.6. Dokumentation

7.7. Qualifikation des beratenden Personals

7.8. Aufnahme- und Ausschlusskriterien



7.9. Ablauf- Abklärung & Beratung

- 7.9.1. Anmeldung
- 7.9.2. Abklärung
- 7.9.3. Diagnosebesprechung
- 7.9.4. Beratung
- 7.9.5. Bericht und Rückmeldung
- 7.9.6. Begleitung und Vernetzung

7.10. Nachhaltigkeit

8. Gewinn durch AIDA - Care

- 8.1. Nutzen auf Gemeindeebene**
- 8.2. Nutzen auf individueller Ebene**
- 8.3. Nutzen auf interpersoneller Ebene**

9. Praktische Umsetzung AIDA –Care in Pilotprojekten

- 9.1. Bewerbung und Auswahl der Pilotprojekte**
- 9.2. Personalrekrutierung**
- 9.3. Einführung der Personen in den Gemeinden (Hospitationen)**
 - 9.3.1. Einführung in Diagnoseinstrumente und Dokumentation
 - 9.3.2. Einführung in die Öffentlichkeitsarbeit
 - 9.3.3. Beratung und Begleitung der beratenden Person
- 9.4. Öffentlichkeitsarbeit**
- 9.5. Finanzierung**

10. Procedere

- 10.1. Evaluation**
- 10.2. Zur Verfügung Stellung des Konzeptes**



1. Ausgangslage

Die im November 2013 von Bund und Kantonen verabschiedete nationale Demenzstrategie 2014-2017 soll bewirken, dass innerhalb des Kantons eine wirtschaftlich tragbare und optimale Gesundheitsversorgung von demenzbetroffenen Personen erreicht wird.

Im Zuge der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie wurde beim ersten kantonalen Demenzforum am 10. Juli 2014 von den beteiligten Akteuren das Fehlen einer flächendeckende, aufsuchende Abklärung und Beratung für demenzerkrankte und sozialisierte Menschen im Kanton Zürich bemängelt.

Das seit dem Sommer 2012 erfolgreich installierte Angebot SiL (Sozialmedizinische individuelle Lösungen), das an die Gerontologische Beratungsstelle des Geriatrischen Dienstes der Stadt Zürich angegliedert ist, zeigte von Beginn an immer weiter ansteigende Kundenzahlen. Der Erfolg des bestehenden Projektes lässt sich u.a. an der von 2008/2009 bis 2013 rasant gestiegenen Anzahl von Hausbesuchen, von 115 auf 989, aufzeigen. Durch die tendenziell frühere Einbettung in ein Netzwerk von psychologischer Beratung, Spitex und niederschweligen Angeboten kann ein längeres Leben im eigenen Haushalt realisiert werden. Wenn die Betroffenen sich zu Beginn der Erkrankung noch in ihrem gewohnten Umfeld aufhalten, können sie Defizite eher kompensieren. Da lang eingeübte Wege und Tagesabläufe erst einmal weiterhin verfolgt werden. Der Bedarf einer aufsuchenden Beratung für demenziell veränderte Menschen innerhalb der Stadt Zürich ist somit ausgewiesen.



In Anlehnung an dieses Angebot haben Abklärungen im ganzen Kanton Zürich ergeben, dass ein ähnlicher Bedarf kantonsweit besteht.

Wie aus einer Befragung der Kantonalen Gesundheitsdirektion von Nonprofit- Spitexorganisationen und Heimen hervorgeht, ist ein weiterführendes aufsuchendes Angebot zur Abklärung, Beratung und längerfristigen Betreuung, auch im Sinne von Case- Management, sehr willkommen. Ca. 70% der Befragten in Heimen sagen, dass die Mehrzahl von Demenzen nie systematisch abgeklärt worden ist. Weiter geben die Befragten an, dass ein solches Angebot die Angehörigen entlasten könnte und frühzeitig qualifizierte Hilfestellungen und Lösungen für die Betroffenen bietet. In der Untersuchung zeigt sich, dass insbesondere die Befragten in den ländlichen Gemeinden vom Mehrwert eines solchen Angebotes überzeugt sind.

Aus dieser Erkenntnis heraus soll nun ein auf die Gemeinden zugeschnittenes eigenes Konzept für eine Optimierung der Versorgung und Begleitung der zuhause lebenden demenzerkrankten Menschen sowie ihrem persönlichen Umfeld erstellt und umgesetzt werden. Es wird besonderen Wert auf die Nutzung und Stärkung bestehender familiärer Strukturen, nachbarschaftlicher oder kommunaler Angebote und Ressourcen gelegt.

Das individuelle Wohlbefinden, die Sicherheit, sowie die Integration in die soziale Gemeinschaft werden optimiert. Dies schafft eine Steigerung der Lebensqualität.



2. Leitgedanken

Individuen einer modernen Gesellschaft möchten sich frei entfalten können und ihr Leben individuell gestalten; am gesellschaftlichen Leben partizipieren und einen Mehrwert schaffen.

Damit dieser Wunsch nicht nur bei aktiven und gesunden Menschen in der Lebensmitte in Erfüllung gehen kann, sondern auch bei denen die vielleicht auf Grund von Krankheit, sozialem Stand oder Alter auf individuelle Unterstützungsangebote angewiesen sind, bedarf es einer verbesserten Infrastruktur und Beratung um die Betroffenen dort abzuholen wo sie stehen.

Gezielte Infrastrukturmassnahmen müssen in Zukunft den Anforderungen einer veränderten Gesellschaft (gerade durch den demographischen Wandel) gerecht werden und Möglichkeiten der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben schaffen. Insbesondere werden Angebote und Lösungen für Menschen, die von Demenz betroffen sind benötigt. Ihnen sollte ebenfalls die Möglichkeit der Teilhabe und Inklusion gegeben werden. Hier steht die Förderung eines demenzfreundlichen Klimas in der Gesellschaft im Vordergrund. Solange Demenz als Bedrohung angesehen und zementiert wird, werden Erkrankte keine Möglichkeit der Teilhabe erleben, sondern weiterhin immer am Rand stehen. Eine gute Gesamtstrategie für eine alters- und demenzgerechte Quartierentwicklung ist zu fördern. Es kann nicht darum gehen immer wieder einzelne Bereiche auszubauen oder zu optimieren, sondern vielmehr darum alle Lebensbereiche bedarfsgerecht zu gestalten beziehungsweise mitzugestalten. Bürger können und sollten hier beteiligt werden und eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung tragen. Demenz geht somit uns alle an. Wir müssen Betroffene zu Beteiligten machen. Aida-Care liefert als aufsuchendes Beratungsangebot einen wichtigen Baustein für eine



altersgerechte, demenzfreundliche Gemeinde. Indem Betroffene beraten und mit Hilfe gezielter Öffentlichkeitsarbeit aktiv Aufklärungsarbeit betrieben wird, können alle Akteure profitieren.

3. Zielsetzung AIDA-Care

AIDA-Care ist ein niederschwelliges, zugehendes Abklärungs- und Beratungsangebot bei Verdacht auf eine Demenzerkrankung. Die Klienten werden an ein weiterbetreuendes Netz übergeben. AIDA-Care ist dabei flexibel implementierbar.

AIDA-Care verfolgt Ziele auf verschiedenen Ebenen:

a) Ebene Gesellschaft und Gemeinde

- AIDA-Care stärkt die ambulante Grundversorgung in den Gemeinden durch Vermittlung und Transfer von demenzspezifischem Wissen
- AIDA-Care trägt langfristig zu einer Reduktion notfallmässiger Hospitalisationen und zur Verzögerung des Eintritts in Langzeitpflegeinstitutionen bei
- AIDA-Care führt zu einer Kostenreduktion für die Gemeinden, da die Heimplatzierung durch die Stabilisierung der Lebens- und Betreuungssituation hinausgezögert werden kann.
- AIDA-Care unterstützt eine kontinuierliche Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen



b) Ebene Helfernetz und Angehörige

- AIDA-Care unterstützt die Angehörigen, formellen und informellen Personen in ihrem Umgang mit der Erkrankung und der eigenen Situation
- AIDA-Care stärkt das bestehende Helfernetz oder unterstützt dessen Formierung

c) Ebene des Betroffenen

- AIDA-Care gibt den Menschen mit Demenz die Möglichkeit zu Hause zu verbleiben oder dahin zurückzukehren auch dann wenn sie alleine leben
- AIDA-Care konstituiert, sofern möglich auch mit dem an Demenz erkrankten Menschen, eine für ihn sichere und individuell entsprechende Betreuung und Unterstützung zur Verhinderung der häufig vorkommenden Verlorenheit

Nicht-Ziele von AIDA-Care

- AIDA-Care wird als Schnittstelle zur Spitex und nicht als Konkurrenzangebot eingeführt.
- AIDA-Care soll nicht eine umfassende diagnostische Abklärung vornehmen und kann diese auch nicht ersetzen.
- Auch wenn AIDA-Care eine Stärkung des ambulanten Betreuungssettings ist, wird keine Wertung im Sinne von ambulant vor stationär vorgenommen. Es soll um eine individuelle Lösung für jedes Individuum gehen.



4. Recherche vom Umfeld und Bestehendem

In die Recherche sind verschiedene Angebote in der Schweiz und dem deutschsprachigen Ausland eingeflossen. Dazu gehörten: Hausbesuche SiL der Stadt Zürich, Zugehende Beratung der Alz. Vereinigung Kanton Aargau, Mobidem (Mobile Demenzberatung), Aufsuchende Altenarbeit – Hausbesuche und mobile Demenzberatung Pinzgau. Alle untersuchten Angebote werden im Folgenden kurz skizziert und in einer Tabelle gegenübergestellt.

4.1. Zugehende Beratung (ALZ AG)

Ein Angebot der Alzheimervereinigung Aargau. Ziel des Angebotes ist es dem Bedarf, der Wirksamkeit und der Umsetzbarkeit einer langandauernden, beratenden und koordinierenden Begleitung von zuhause lebenden Menschen mit Demenz und ihren Nahestehenden im Kanton Aargau zu entsprechen und eine kantonsweite, flächendeckende Versorgung mit zugehender Beratung zu gewährleisten. Das Beratungsteam, welches selbst keine Demenzabklärungen durchführt, besteht aus Pflegefachpersonen, Angehörigen von Menschen mit einer Demenz mit langjähriger Erfahrung in der Langzeitpflege und Zusatzausbildungen sowie einer Sozialarbeiterin. Durch Hausbesuche sowie eine kontinuierliche systemische Familienberatung werden die betroffenen Familien gestützt, gestärkt und entlastet. Es wird eine psychosoziale Begleitung und Unterstützung geboten. Von entscheidender Bedeutung ist zudem die Vernetzung des Beratungsteams mit anderen lokalen Akteuren, welche mit Menschen mit Demenz zu tun haben. Besonders eng ist die Zusammenarbeit mit der Memory Clinic Aarau/ Windisch, die die diagnostischen Demenzabklärungen vornimmt, sowie der Schulterschluss mit dem Entlastungs-



dienst Aargau. Durch diese Kooperationen wird zum einen die Erreichbarkeit der betroffenen Familien verbessert und zum anderen eine bedarfsgerechte Betreuung und Entlastung gefördert.

4.2. Hausbesuche SiL: (Sozialmedizinische individuelle Lösungen)

Ein Angebot der Gerontologischen Beratungsstelle, die von den Pflegezentren und dem geriatrischen Dienst der Stadt Zürich geführt wird. Durch die Anbindung an die Memory-Klinik Entlisberg und die Pflegezentren werden bestehende Ressourcen optimal genutzt und spezialisiertes Fachwissen in die ambulante Grundversorgung transferiert und somit die sozialmedizinische Grundversorgung sichergestellt. Der Grundgedanke des Angebotes ist die Befähigung aller beteiligten Personen zum bestmöglichen Umgang mit der Situation sowie die Hilfe bei der Vernetzung und Koordination der formellen und informellen Versorgungssysteme. Das Kernteam besteht aus erfahrenen auf Demenz spezialisierten Pflegenden mit verschiedenen Zusatzausbildungen, die in der Durchführung und Beurteilung neuropsychologischer Testungen geschult werden. Darüber hinaus komplettieren ein bis zwei Geriater oder Gerontopsychiater die Gruppe. Konkret umfasst das Angebot eine aufsuchende Demenzabklärung durch erfahrene Pflegefachpersonen: Anamnese, Testung, Alltagsbewährung. Es werden individuell abgestimmte Lösungen sowie gezielte Beratung abgestützt durch interdisziplinären Austausch mit den Hausärzten und der ärztlichen Leitung des Geriatrischen Dienstes durchgeführt. Die Betroffenen erhalten eine Begleitung über einen längeren Zeitraum und es werden ergänzende Angebote vermittelt. Den an einer Demenz erkrankten Menschen wird der Verbleib zuhause ermöglicht, die Versorgungssituation wird stabilisiert und für Angehörige tragbar gemacht (Empowerment). Auf diese Weise werden Grundlagen ge-



legt, um eine Einweisung in eine Langzeitinstitution hinauszuzögern, Notfallhospitationen zu reduzieren sowie eine kontinuierliche, zufriedenstellende Versorgung innerhalb der städtischen Versorgungssysteme zu gewährleisten.

4.3. Mobidem (Mobile Demenzberatung)

Bei dem Projekt Mobidem, bzw. „Für Sie ins Quartier“ im deutschen Rhein-Erft-Kreis, handelt es sich um eine gerontopsychiatrische mobile Fachberatungsstelle mit dem Schwerpunkt Demenz. Diese befindet sich in einem Bus, mit welchem die Mitarbeiter des Projektes regelmäßig bekannte Plätze anfahren. Wer beraten werden möchte, kann die Termine entweder Online oder per Telefon abfragen. Auch in den Tageszeitungen finden sich zu bestimmten Terminen weiterführende Informationen. Das Projekt versteht eine leicht zugängliche Beratung als Schlüssel für eine frühe Inanspruchnahme dortiger Hilfsangebote. Es schafft neue Wege und Vernetzungsmöglichkeiten und kann die individuelle Lebensqualität, auch durch die Beratung von Angehörigen, erhöhen. Die Mitarbeiter sind in der Regel Freiwillige und professionelle Fachpersonen, welche neben Deutsch auch in türkischer Sprache beraten.

Das Angebot wurde im eher ländlich geprägten Rhein-Erft-Kreis sehr gut angenommen. In Zukunft sollen mehr geschulte Mitarbeiter integriert werden um die Qualität der Beratungen und damit ihre Nachhaltigkeit zu steigern.



4.4. Aufsuchende Altenarbeit- Hausbesuche

Die aufsuchende Altenarbeit der Stadt Bremen, hat sich zum Ziel gesetzt Menschen, ab ca. 65 Jahren, welche kaum in soziale Netzwerke integriert sind, zu beraten. Diese treten, wenn auch selten, selbst an die entsprechende Stelle heran, oder aber werden durch nahestehende Personen aus dem engeren Umfeld angemeldet.

Dabei wird in einem der bisher drei teilnehmenden Quartierszentren ein Erstgespräch von Fachpersonen vorbereitet und dann vor Ort beim Betroffenen durchgeführt. Nach einem ersten Kennenlernen und einer individuellen Bedarfsanalyse, koordiniert das Quartierszentrum auf der Grundlage der Informationen der Fachperson weiterführende Begleitungen, z.B. durch geschulte Ehrenamtliche. Ein positiver Nebeneffekt der Implementierung des Beratungsangebotes in die städtischen Strukturen ist die Aufklärungsarbeit und weiterführende Vernetzung aller Beteiligten.

4.5. Mobile Demenzberatung Pinzgau

Die mobile Demenzberatung im österreichischen Pinzgau möchte an Demenz erkrankte Menschen und ihre Angehörigen beraten, aber auch die Bevölkerung allgemein zu diesem Thema aufklären. Dafür hat sich ein interdisziplinäres Team, bestehend aus einer Demenzkoordinatorin, Pflegefachkräften, Spezialärzten und qualifizierten Betreuern zum Ziel gesetzt Betroffene in fachkundige Hilfesysteme der Region zu vermitteln. Die Anmeldung für eine individuelle Beratung läuft über eine der Multiplikatorenstellen in der Umgebung. Nach einem ersten kurzen Gespräch ist es die Aufgabe der Demenzkoordinatorin einen passenden Besuchstermin mit einer Fachperson (z.B. Spezialarzt zur direkten Demenzabklärung) zu vereinbaren. Vor Ort



entscheidet sich daraufhin, das weitere Vorgehen und die Implementierung von sinnvollen Massnahmen, wie z.B. Gedächtnistraining oder weiterführende Beratungen für die Angehörigen.

4.6. AGIL

Aufsuchender Gerontopsychiatrischer Interprofessioneller Liaison-dienst

Bei dem Angebot „Agil“ der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, handelt es sich um einen interprofessionellen aufsuchenden Dienst, welcher vor Ort bei den Patienten tätig wird. Dabei kann es sich um das private häusliche Umfeld, Alters- und Pflegezentren, sowie Spitäler handeln.

Neben der Diagnostik und der Anwendung therapeutischen Verfahren werden auch pflegerische und soziale Interventionen, wenn nötig, in die Versorgung implementiert, bzw. optimiert. Angehörigenberatung, Weiterbildungen und Schulungen, sowie Supervision vervollständigen das Angebot.

Ein interprofessionelles Team, bestehend aus einer Pflegefachfrau, einer Sozialarbeiterin und einem Facharzt, kann den individuellen physischen, sozialen und psychischen Zustand des Betroffenen bewerten und ein sinnvolles Diagnose- und Therapieangebot bieten. Dabei kann „AGIL“ die Betroffenen auch nach der Diagnosestellung weiter begleiten und beraten. Einen Notfalldienst gibt es allerdings nicht.

„AGIL“ setzt sich zum Ziel stationäre Aufnahmen langfristig zu verringern und Hospitalisationen zu verkürzen. Durch Weiterbildungen und Schulungen soll ausserdem alterspsychiatrisches Know how in Alters- und Pflegeheimen vergrössert werden.



Seit Juni 2014 hat das Modellprojekt bereits seine Arbeit aufgenommen und ist gut in das Versorgungsnetz integriert. So steht es u.a. in Kontakt mit der Alzheimervereinigung, den Psychiatrischen Kliniken Kirchberg und Pro-Senectute. Eine Zusammenarbeit mit Hausärzten, Heimen, Spitex etc. ist unabdingbar.

Als positiv ist neben dem Gewinn für die Betroffenen, welche vor Ort Hilfe angeboten bekommen, auch die Kosteneffizienz zu bewerten, da sich der Bedarf an vollstationären Angeboten verringert. Wie Zahlen von Juni 2014 zeigen, besteht die größte Nachfrage in Alters- und Pflegeheimen (91,3%).

4.7. Würdigung

Allen gemeinsam ist eine Form der Niederschwelligkeit. Alle Angebote haben zum Ziel die Lebenssituation zu stabilisieren und damit die Verweildauer im häuslichen Umfeld der an Demenz erkrankten Menschen zu erhöhen. Dieses schliesst sowohl die Entlastung der Angehörigen als auch eine Form der Vernetzung der Betroffenen in einen Helferverbund ein. In allen Fällen ausser SiL werden die Klienten erst nach einer Demenzdiagnostik beraten und begleitet oder aber es wird eine Abklärung in die Wege geleitet.

Die personelle Ausstattung ist quantitativ sehr unterschiedlich, qualitativ lassen sich in allen Angeboten Personen aus dem Berufen Pflege, Psychologie und Medizin finden.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass alle Angebote durchaus Hinweise auf wichtige Aspekte geben, das Angebot SiL für AIDA – Care aber richtungsweisend ist, da es als einziges die Diagnostik vor Ort beinhaltet und sich bereits über mehrere Jahre bewährt hat.

Angebote	Zugehende Beratung (ALZ AG)	Hausbesuche SiL	Mobidem (Mobile Demenzberatung)	Aufsuchende Altenarbeit- Hausbesuche	Mobile Demenzberatung Pinzgau	Agil
Demenzabklärung	-	<input type="checkbox"/>	-	-	-	<input type="checkbox"/>
Aufsuchend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art der Begleitung	längerfristig	weiterleitend	einmalig	weiterleitend	weiterleitend	längerfristig
Netzwerkarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>
Erstberatung durch Fachpersonen	Ja und Freiwillige	<input type="checkbox"/>	teilweise	Ja und Freiwillige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordination von Entlastungsangeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen über Demenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	Ja, auch im Sinne von Schlungen
Sonstiges	Bieten psychosoziale Betreuung an	Führen als einzige Demenzabklärung durch	Beratung in einem lokalen Bus	Erstberatung versteht sich als Bedarfsanalyse	Demenzkoordinatorin verfolgt ein ausgefeiltes Case-Management	Ganzheitliches Angebot

Tabelle zu 5. Recherche vom Umfeld und Bestehenden

5. Methodik von AIDA - Care

5.1. Wichtige Säulen des Prozessablaufs

Die untersuchten Dienstleistungsangebote (vgl. Kapitel 4) umfassten folgende Säulen, die auf jeden Fall in AIDA-Care übernommen werden müssen.



5.1.1. Anmeldung

Der Weg der Anmeldung und der Zugang der Beratung sind massgeblich beteiligt am Erfolg und an der Nutzung des jeweiligen Angebots. Für AIDA-Care soll vor allem auch die Niederschwelligkeit im Vordergrund stehen, da in ländlichen Regionen mit der Zunahme von Einzelhaushalten weniger die Angehörigen oder Fachpersonen zuweisen, sondern ein Teil der Verantwortung in der breiten Öffentlichkeit liegt.

5.1.2. Aufnahmekriterien

AIDA-Care soll ein ergänzendes Angebot zu bereits bestehenden und bewährten Dienstleistungen sein. Konkurrenzerleben soll auf jeden Fall vermieden werden. Aus dem Grund müssen sowohl Aufnahme als auch Ausschlusskriterien für das Abklärungs- und Beratungsangebot formuliert werden.

5.1.3. Abklärung

Der Abklärung und Diagnostik des Demenzverdachts kommt in AIDA-Care eine wichtige Bedeutung zu. Die in die Recherche eingeflossenen Angebote führen, ausser SiL, keine diagnostischen Abklärungen durch. Daraus ergibt sich die Konsequenz sich auf die von SiL genutzten diagnostischen Verfahren zu stützen.



5.1.4. Diagnosebesprechung

Um eine weiterführende Beratung auf gesicherte Befunde abstützen zu können steht die Diagnose am Beginn des Prozesses bei AIDA-Care. Hier wird eine Reflektion der erhobenen Befunde und der Beobachtungen im häuslichen Umfeld mit einem demenzerfahrenen Mediziner, besser noch mit einem interdisziplinären Team unerlässlich.

5.1.5. Rückmeldung

Ein wichtiges Qualitätsmerkmal für eine kompetente und vernetzte Zusammenarbeit mit allen Zuweisern und Schnittstellen ist die Rückmeldung nach erfolgter Abklärung und Beratung. Diese beinhaltet je nach Zuweiser einen offiziellen Bericht beispielsweise an den zuweisenden Arzt oder aber eine eher informelle Rückmeldung im Sinne einer Wertschätzung, wenn die Zuweisung aus der Öffentlichkeit kam.

5.1.6. Schnittstellen

Die Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern muss in jedem Fall gepflegt und unter Umständen auch geklärt werden. Da AIDA-Care in verschiedenen Regionen und Organisationen implementiert werden soll, lassen sich zwar die wichtigsten Schnittstellen definieren, unabdingbar zur Inbetriebnahme eines solchen Angebot zur Beratung und Abklärung ist eine sofortige Analyse weiterer oder anderer Angebote im konkreten Umfeld mit denen es sich zu vernetzen gilt. In jedem Fall gehören zur Vernetzung Hausärzte, Spitex, soziale Dienste, Entlassungsangebote, Spitäler, Pro Senectute und die Altersbeauftragten der verschiedenen Gemeinden.



5.2. Mögliche Angliederungsstrukturen

5.2.1. Mögliche politische oder regionale Strukturen

Die Angliederung von AIDA-Care an eine einzelne Gemeinde des Kantons Zürich macht wenig Sinn, da sich aufgrund der Fallzahlen ein solches Angebot nicht für jede einzelne Gemeinde lohnt. Um vorhandene Ressourcen zu stärken und zu nutzen, liegt die Implementierung von AIDA-Care auf grösserer regionaler Ebene nahe. Es ist sinnvoll, dabei bereits bestehende Verbände der Zusammenarbeit in anderen Bereichen auch für AIDA-Care zu nutzen.

5.2.2. Mögliche Organisationsstrukturen

Zur Implementierung von AIDA-Care sind verschiedenste Szenarien vorstellbar. Bedingung aber sollte sein, dass einschlägige Fachkompetenz und Wissen im Bereich Demenz und Demenzdiagnostik vorhanden ist. Zur Stabilisierung der Situation Betroffener zu Hause muss auf Netzwerke zurückgegriffen werden können. So ist es für AIDA-Care bedeutsam, dass das Angebot an eine Struktur angegliedert wird, die bereits Teil eines regionalen Netzwerks sozialer und psychosozialer Dienste ist. Schliesslich ist es unabdingbar dass ein Mediziner (Geriatler/Psychiater) für die Diagnosestellung und die Abrechnung der Kosten eingebunden und zuständig ist.



Grob lässt sich daraus ableiten, dass voraussichtlich folgende Strukturen für die Umsetzung von AIDA-Care in Frage kommen:

- Memoryklinik
- Ärztegemeinschaft mit Psychiater oder geriatrisches Gesundheitszentrum
- Spital oder Pflegezentrum mit Gerontopsychiatrie
- NGO /NPO (nur unter der Bedingung einer engen Vernetzung mit einem geeigneten Mediziner)

Hierbei ist die Memory Klinik als Standort für AIDA-Care sicher die gute Lösung. Aber auch eine Ärztegemeinschaft mit aufsuchender Beratung oder ein NGO kann diesem Angebot gerecht werden. Bei einer Angliederung an ein Pflegezentrum darf der Interessenskonflikt zwischen der Stabilisierung der Lebenssituation zu Hause und dem verzögerten Heimeintritt, sowie dem Verkauf des eigenen Wohn- und Betreuungsangebots nicht unterschätzt werden.

5.2.3. Fachliche und organisatorische Kriterien

Um das Abklärungs- und Beratungsangebot von AIDA-Care implementieren zu können müssen unerlässlich folgende Kriterien erfüllt sein:

- Es wird ein Gerontopsychiater oder Geriater mit Delegationskompetenz zur Psychotherapie benötigt.
- Es muss eine regelmässige Diagnosekonferenz stattfinden.



- Die beteiligten Personen (Gerontopsychiater und Beratungsperson) müssen über ein ausgewiesenes Demenzwissen verfügen.

6. Minimale Anforderungen zur Implementierung

AIDA-Care hat den Anspruch sich möglichst gut in bestehende Strukturen und Institutionen einzufügen, um einen Mehraufwand zur Implementierung zu vermeiden oder möglichst gering zu halten. Dennoch gibt es aus fachlicher und organisatorischer Perspektive gewisse Minimalanforderungen, die erfüllt sein müssen, um ein aufsuchendes Angebot zur Beratung und Abklärung in Betrieb nehmen zu können. Die Anforderungen müssen sowohl für die medizinische Versorgung, als auch die personelle und damit fachliche Ausstattung, die Infrastruktur und die Vernetzungsmöglichkeit und den Prozess erfüllt sein.

6.1. Erforderliche Fachärzte

Die medizinische Versorgung muss durch einen Gerontopsychiater oder Geriater sichergestellt werden. Für die Abrechnung ist ein Psychiater erforderlich (vgl. 7.4).

6.2. Anforderungen Beratungskompetenz

Die Person, die die Abklärungen und Beratungen vor Ort durchführt sollte eine Pflegeperson mit Zusatzqualifikation sein. Wichtig ist ein umfassendes Demenzwissen, wünschenswert allenfalls eine Doppelausbildung in Pflege und Psychologie / Sozialarbeit mit Beratungskompetenz.



6.3. Infrastrukturelle Anforderungen

AIDA-Care muss auch als aufsuchendes Abklärungs- und Beratungsangebot ein Büro für Besprechung und für die Aktenablage zur Verfügung haben.

6.4. Vernetzungsmöglichkeiten

AIDA-Care muss sich zumindest mit einer Spitexorganisation, der KESB und den Hausärzten vernetzen können.

6.5. Prozessanforderungen

Damit ein reibungsloser, vor allem aber sicherer Ablauf gewährleistet ist, muss nach dem Hausbesuch mit Abklärung eine Diagnosekonferenz mit einem interdisziplinären Besprechungsteam stattfinden. Ausserdem ist es von grosser Wichtigkeit, dass der zuständige Gerontopsychiater telefonisch erreichbar ist, sodass sich die beratende Fachperson in kritischen Situationen unverzüglich unterstützen lassen kann.

7. Konzept

7.1. Zielgruppe

Das Angebot zur Beratung und Abklärung AIDA-Care richtet sich an sozial isolierte zu Hause lebende Personen mit auffälligem, demenztypischen Verhalten oder einem Verdacht auf Demenz sowie an ihr soziales Umfeld, insbesondere die Angehörigen.



7.2. Schnittstellen

Die erfolgreiche Arbeit von AIDA-Care wird nicht zuletzt auch durch eine gute Vernetzung bestimmt. Je nach regionaler Lage und Ausstattung des Gebietes können hier unterschiedliche Vernetzungsmöglichkeiten sinnvoll sein. Zu den wichtigsten gehören aber in jedem Fall die nachstehend aufgeführten.

7.2.1. Gemeinden

Eine gute und konstruktive Zusammenarbeit mit den Gemeinden ist für die definitive Implementierung von AIDA-Care von entscheidender Bedeutung. Bei der Vernetzung muss insbesondere auf den Gewinn den eine Gemeinde durch AIDA-Care erzielt, hingewiesen werden. Mit diesem aufsuchenden Angebot zur Abklärung und Beratung werden bestehende informelle oder familiäre Betreuungsleistungen gestärkt und/oder ausgebaut. Das hat für die Gemeinde zur Folge, dass sie weniger Beiträge für Spitexleistungen oder auch an anfallende Heimkosten bei frühzeitiger stationärer Betreuung leisten muss.

7.2.2. Altersbeauftragte

Die Altersbeauftragte setzt sich für die Umsetzung der Ziele/Massnahmen eines Altersleitbildes der Region ein. Sie ist ein Bindeglied, das die Koordination der vielfältigen Aktivitäten zwischen Institutionen/Organisationen im Bereich Alter auf Gemeindeebene übernimmt.



Sie stellt sich als Ansprechperson für die ältere Generation und deren Angehörigen zur Verfügung, nimmt ihre Anliegen auf, berät sie und vermittelt an die zuständigen Dienstleistungsanbieter (z. B. Pro Senectute, Spitex-Verein, AHV-Zweigstelle, Sozialdienste, öffentliche und private Heime, gemeinnützige Organisationen). Sie kann sowohl als Zuweiserin als auch als weiter beratende Instanz für AIDA-Care bedeutsam sein.

7.2.3. Kirchen

Die Kirche ist innerhalb einer Gemeinde eine zentrale und wichtige Institution. Sie stellt vielfältige altersspezifische Angebote in der Kinder-, Jugend-, Erwachsenen- sowie Altersarbeit bereit und ist daher mit verschiedenen Alters- und Anspruchsgruppen innerhalb der Bevölkerung sehr gut vernetzt. Die Kirchen liefern wichtige Impulse für die Gestaltung unseres Lebens und sind in der Altersversorgung- und Begleitung ein zentraler Partner.

7.2.4. Hausärzte

Ein Hausarzt ist ein niedergelassener (freiberuflicher) oder ein in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellter Arzt, der für den Patienten im Regelfall zusammen mit dem Apotheker meist die erste medizinische "Anlaufstelle" ist, die man bei Gesundheitsproblemen oder -fragen aufsucht. Wichtig für Hausarzt und Patient ist ein Vertrauensverhältnis, weshalb man auch vom Familienarzt spricht. Im Idealfall kennt der Arzt von früheren Gelegenheiten im Wesentlichen die Lebens- bzw. Krankengeschichte. Durch eine gewisse Kenntnis der persönlichen Situation und das Vertrauen der Patienten können Hausärzte mit-



unter auch bei psychischen Problemen oder Konflikten einen besseren Zugang zum Patienten haben als mancher Spezialist. Der Hausarzt ist für die Koordination und Weiterführung empfohlener Therapien zuständig und verantwortlich und so für AIDA-Care ein wichtiger Ansprechpartner.

7.2.5. Stationäre/Teilstationäre und ambulante Angebote

Stationär, teilstationär sowie ambulant sind Begriffe aus dem Gesundheitswesen und beziehen sich auf den Schweregrad, die Dauer und die Regelmäßigkeit eines Versorgungsangebots. Eine stationäre Versorgung bedingt eine ganzheitliche Unterbringung des Patienten in einem Spital, einer Rehabilitationsklinik oder einem Alters- und Pflegezentrum.

Eine teilstationäre Versorgung ermöglicht die Aufnahme in einer z. B. Tages- und Nachtambulanz, welche einen Betreuungsbedarf erfüllt, der für eine rein ambulante Versorgung zu hoch wäre, aber noch keine Aufnahme in eine stationäre Einrichtung nötig macht. Es gibt viele verschiedene teilstationäre Versorgungseinrichtungen, die oft an ein Spital oder an einer Rehabilitationsklinik angeschlossen sind.

Unter einer ambulanten Versorgung versteht man eine pflegerische, therapeutische, hauswirtschaftliche und nachbarschaftliche Betreuung von hilfebedürftigen Menschen in ihrer häuslichen Umgebung. Die ambulante Versorgung wird überwiegend über private oder öffentliche Spitalexternalien (Spitalexternaler Dienst), der Pro Senectute, dem Schweizerischen Roten Kreuz, der Alzheimervereinigung oder der Kirche abgedeckt.



Ziel der ambulanten Versorgung und Begleitung ist es, dass Betroffene und ihre Familien ihrem Bedarf und ihren Möglichkeiten entsprechend in der häuslichen Umgebung betreut werden. Hier ist die Vernetzung ganz sicher von ganz zentraler Bedeutung, da die ambulanten Versorger in den meisten Fällen die weitere Begleitung des Betroffenen und seines Umfeldes übernehmen.

7.2.6. KESB

Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden haben die Aufgabe, den Schutz von Personen sicherzustellen, die nicht selbstständig in der Lage sind, die für sie notwendige Unterstützung einzuholen. Erfährt die KESB durch die betreffende Person selbst oder durch Angehörige, Nachbarn, Polizei oder von anderen Personen von einer Gefährdungssituation, klärt sie ab, wie geholfen werden kann. Wenn nötig setzt die KESB einen Beistand ein, wenn zum Beispiel eine betagte Person mit ihren finanziellen Angelegenheiten überfordert ist oder Eltern nicht in der Lage sind, sich genügend um ihre Kinder zu sorgen. In besonderen Fällen kann die Behörde die Unterbringung einer Person in einer psychiatrischen Klinik oder in einem Heim anordnen. Legt man die Zahlen von SiL zugrunde ist damit zurechnen, dass es einige Zuweisungen durch die KESB geben wird und sie dann folglich Beistandschaften einrichten müssen.



7.2.7. Pro Senectute

Pro Senectute ist die Fach- und Dienstleistungsorganisation der Schweiz im Dienste der älteren Menschen, die sich mit allen Fragen rund um das Thema Alter und älter werden beschäftigt. Die Angebote und Dienstleistungen von Pro Senectute werden kantonal und regional von den Pro-Senectute-Organisationen umgesetzt, auf diese Weise gelingt es, gesamtschweizerisch eine grosse Angebotspalette zu garantieren.

Diese umfasst Sport- und Bildungskurse Beratungen, Dienstleistungs- und Entlastungsangebote für den aktiven bis hin zum hilfebedürftigen Senior. Als Partner für AIDA –Care ist die Pro Senectute sowohl für das Entlastungsnetz aus auch für die weitere Beratung wichtig.

7.2.8. SRK

Das Schweizerische Rote Kreuz vereinigt eine Vielfalt von Angeboten in den Bereichen Gesundheit, Integration und Rettung. Das SRK umfasst 24 Kantonalverbände und fünf Rettungsorganisationen, zwei Institutionen sowie die Geschäftsstelle SRK. Das Schweizerische Rote Kreuz setzt sich ein für eine humanitäre Hilfe im In- und Ausland und ist ein wichtiger Partner zum Schutze der Gesundheit sowie zum Schutze der Würde des Menschen. Zudem führt das SRK eine grosse Organisation von Freiwilligen, die in der weiteren Betreuung der bereits abgeklärten Klienten zum Einsatz kommen können.



7.2.9. Gewerbevereine

Ein Gewerbeverein ist ein Verein, der sich zum Ziel gesetzt hat, wirtschaftliche und politische Interessen seiner Mitglieder zu fördern. Gewerbevereine sind meistens regional organisiert und haben Mitglieder aus unterschiedlichen Branchen. Der Schwerpunkt der Aktivitäten liegt neben gemeinschaftlichen Werbeaktionen, Öffentlichkeitsarbeit und lokalem Lobbying oft auch im informellen Austausch zwischen den Mitgliedern. Gewerbevereine sind innerhalb einer Gemeinde gut verankert und kennen unterschiedlichste Anspruchsgruppen sowie ihre Bedarfe, so auch der älteren Bevölkerung.

Sie können so in einer Doppelrolle für AIDA-Care wichtig werden: zum einen als Zuweiser und integrativ im Anschluss an eine Beratung.

7.2.10. Verkehrsbetriebe

Die regionalen Verkehrsbetriebe bieten ihren Kunden ein flächendeckendes Angebot an Transportdienstleistungen für die Verkehrsmittel Bus, Tram, Bahn, Schiff oder Seilbahn an. Für alte Menschen ist das sichere Reisen sowie die Sicherheit im Strassenverkehr von elementarer Bedeutung, deshalb ist die Schnittstelle zu diesen Unternehmen sinnvoll, damit ein alters- und behindertengerechter Zugang sowie entsprechende Angebote entwickelt, erneuert und stets überprüft werden. Darüber hinaus stehen Bus- und Tramfahrer in der Öffentlichkeit und können für den alten Menschen eine Art Bezugsgruppe darstellen, die durchaus gerade auch in ländlichen Regionen eine verändertes Verhalten oder Unsicherheiten beobachten und AIDA-Care zu Rate ziehen kann.



7.2.11. Weitere Akteure im erweiterten Gesundheitswesen Physiotherapeuten, Apotheker, Podologen, (Coiffeur) usw. können während längeren Anwendungsphasen gegebenenfalls den alten Menschen in einem Verlaufsprozess erleben und Unterschiede in seinem Gesundheitszustand, in seinem Verhalten oder seinem Wesen feststellen. Ähnlich wie zu dem Hausarzt können ältere Menschen hier eine Art Vertrauensverhältnis entwickeln, so dass die betreffende Person unter Umständen Einblick in die persönliche Situation bzw. in die Krankengeschichte des Kunden hat.

7.3. Zuweisende Stellen

Aida-Care hat im ganzen Kanton Zürich den Schwerpunkt sozial isolierte Menschen mit Demenz und auch sozial isolierte Dyaden von Demenzerkrankten und ihren hauptbetreuende Angehörigen zu beraten und zu unterstützen. Insbesondere dann, wenn eine reguläre Demenzabklärung in einer Memory Klinik aufgrund von Widerstand durch den Betroffenen nicht möglich ist.

Vor diesem Hintergrund kann sich nahezu jede Person oder auch Institution die etwas Verändertes oder überdauernd Auffälliges an einer, ihr bekannten Person beobachtet an AIDA-Care wenden. Ebenso können aber selbstverständlich auch Institutionen wie Spitex, KESB oder Pro Senectute um eine Abklärung bitten. Um die Niederschwelligkeit des Angebots auch in der Praxis sichtbar zu machen, sollte niemand von der Möglichkeit, seine Beobachtungen anzumelden oder um eine Abklärung zu bitten, ausgeschlossen werden.



7.4. Finanzierung

Ärztliche Leistungen können den Krankenversicherern über das Tarmedsystem verrechnet werden. Nichtärztliche Leistungen von medizinischen Fachpersonen können nur über das Tarmedsystem verrechnet werden, wenn der Leistungserbringer über eine Anerkennung für «Nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie» verfügt. Eine solche Anerkennung erfolgt durch die Paritätische Kommission für Dignität und Sparten (PaKoDig). Zwingende Voraussetzungen für eine Anerkennung sind die fachliche Leitung eines Facharztes mit der qualitativen Dignität „Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ oder „Psychiatrie & Psychotherapie“ und ein öffentlicher Leistungsauftrag bzw. Leistungsvereinbarung zur ambulanten psychiatrischen gemeindenahen Versorgung¹.

Aufwendungen für Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit sowie Infrastruktur- und reine Sekretariatskosten werden von den Krankenversicherern nicht übernommen. Aufgrund der Erfahrungswerte des ähnlichen Angebotes SiL der Stadt Zürich ist mit durchschnittlichen Kosten von 1'500 Franken pro Fall und Jahr

¹ Es handelt sich im Speziellen um die sog. 'integrierte psychiatrische Behandlung' gemäss Weiterbildungsprogramm der Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und der FMH. Diese spitalunabhängigen Institutionen oder Abteilungen von Spitälern dienen dazu, die modernen psychiatrischen Erkenntnisse der gemeindenahen Versorgung (inkl. die sozialpsychiatrische Methode) für schwer kranke Menschen umzusetzen. Der Psychiater-Psychotherapeut arbeitet mit anderen Berufsgruppen zusammen und macht die therapeutischen Möglichkeiten einer multidisziplinären Teamarbeit für den Patienten nutzbar. Die Behandlungen erfolgen primär durch von der Institution/Spitalabteilung angestelltes, nichtärztliches Personal (Psychiatrieschwestern und Psychiatriepfleger sowie sozialtherapeutisches Personal wie Sozialpädagogen und Sozialarbeiter mit Zusatzausbildung, dipl. Psychologen und weiteres therapeutisch tätiges, nicht ärztliches Personal mit adäquater Ausbildung).



bzw. von 560 Franken pro Hausbesuch zu rechnen. Der Kostendeckungsgrad konnte jedes Jahr gesteigert werden und betrug im dritten Betriebsjahr rund 75%.

Für die Übernahme der Restkosten sollten die Gemeinden gewonnen werden können. AIDA Care verbessert nicht nur die Demenzversorgung der Gemeinde, sondern ist für die Gemeinden auch in finanzieller Hinsicht attraktiv, da AIDA Care in vielen Fällen Heimeinweisungen hinausschieben und damit zu einer Reduktion der Pflegekosten führen kann. So übernimmt beispielsweise die Stadt Zürich sämtliche Restkosten von SiL.

Bei den ausgewählten Pilotprojekten wird in der Pilotphase 2016 und 2017 ein wesentlicher Teil der Restkosten übernommen. Nach Ablauf der Pilotphase sind die Restkosten vollumfänglich durch die Gemeinden oder Dritte zu übernehmen (vgl. 9.5).

7.5. Diagnoseinstrumente

Um die Vernetzung von AIDA-Care und bestehenden Dienstleistungen auch auf individueller Ebene zu erleichtern und die Vergleichbarkeit von erhobenen Daten zu ermöglichen, empfiehlt es sich auf bestehende, vielfach genutzte und bewährte Instrumente zurückzugreifen.

Mini-Mental Status Zürcher Version

Der Mini-Mental-Status (MMSE) ist das wahrscheinlich am meisten verwendete Verfahren zum kognitiven Screening. Der MMSE erfasst mit 30 Punkten die kognitive Leistungsfähigkeit und ermöglicht eine Einschätzung des Schweregrads der kog-



nitiven Beeinträchtigung. Er ist auch als Verlaufsuntersuchung geeignet.

CERAD-plus-Testbatterie

Die Testbatterie wurde zur Früherkennung und Beschreibung typischer kognitiver Symptome bei Erkrankung an Alzheimer Demenz entwickelt. Erfasst wird die kognitive Symptomtriade verbales Gedächtnis, Sprache und konstruktive Praxie sowie das Gedächtnis mit sofortiger und verzögerter Wiedergabe und Wiedererkennen. Erweiterung mit dem Trail Marketing Test A und B sowie der phonematischen Wortflüssigkeit (S-Wörter).

Binet- Bilder

Bei der Vorlage drei unterschiedlicher Bilder muss der Proband sowohl dargestellte Einzelteile beschrieben, als auch die Handlung rekonstruieren und beschrieben. Es zeigt sich, ob eine Person einzelne Teile wahrnehmen, die Zusammenhänge herstellen, sowie eine Situation korrekt einschätzen kann. Das Testverfahren ist bildungsunabhängig.

Uhren-Test

Bei diesem Test handelt es sich um ein kognitives Screening-Verfahren, das verschiedene Funktionen erfasst. Dazu gehören die visuell-räumliche Organisation und das Abstraktionsvermögen. Durch das Involvieren mehrerer Funktionsbereiche ist der Test geeignet, subtile Veränderungen in der globalen Leistungsfähigkeit aufzuzeigen. Der Test wird gut toleriert, ist leicht durchzuführen. Er ist ebenso wie der MMSE auch als Verlaufsuntersuchung geeignet.



7.6. Dokumentation

AIDA-Care benötigt und nutzt ein Tarmedtaugliches IT Programm. Dort werden die Fälle erfasst, dokumentiert und abgerechnet.

7.7. Qualifikation des beratenden Personals

Die abklärende und beratende Person sollte folgende Qualifikationen mitbringen:

- Grundausbildung in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz
- Kenntnis über Demenz und Diagnostik von Demenz
- Beratungskompetenz
- selbständiges Arbeiten
- Deutsch mündlich und schriftlich
- Führerschein
- Wünschenswert wäre, dass die Person aus der Region kommt (wohnhafte) in dem die mobile Abklärungsstelle (Aida-Care) verortet ist, da der Überblick über bestehende Hilfs- und Entlastungsdienste (Betreuungsnetz), sowie die Orientierung und das sich Zurechtfinden innerhalb der Gemeinden leichter fällt.

7.8. Aufnahmekriterien & Ausschlusskriterien

AIDA-Care nimmt Meldungen aus dem Einzugsgebiet entgegen. Angenommen werden Meldungen zu Einwohnern, bei denen ein Verdacht auf eine kognitive Einschränkung besteht, sodass sie in irgendeiner Weise auffällig geworden sind (sozial oder psychisch).



Eine weitere Bedingung ist eine gewisse Kooperationsbereitschaft beim Betroffenen und seinen Angehörigen, um überhaupt in einen Kontakt treten zu können.

AIDA-Care ist nicht zuständig für Gefährdungsmeldungen bei Personen mit psychiatrischer Erkrankung (Schizophrenie, Zwangsstörungen, Suchterkrankungen etc.). Sie weist solche Anmeldung an die in ihrer Region zuständigen Stellen weiter.

7.9. Ablauf Abklärung & Beratung

Die Abklärung und Beratung durch AIDA-Care läuft in mehreren aufeinander aufbauenden Schritten ab.

7.9.1. Anmeldung

Die Anmeldung bei AIDA-Care erfolgt per Telefon oder je nach Lokalisation auch durch einen direkten Kontakt. Hier findet bereits die erste Datenerhebung zur Person, Wohnort und Problemstellung statt. Die Anmeldung ist damit auch die erste Triage-, in der im Gespräch und durch gezielte Fragen, erfasst wird, ob AIDA-Care in dem konkreten Fall zuständig ist. Die Anmeldung kann von jeder privaten oder Fachperson vorgenommen werden, die in ihrem Umfeld bei einer Person ein auffälliges Verhalten über einen längeren Zeitraum beobachtet. Aber auch Gefährdungsmeldungen der KESB können an Aida-Care weitergeleitet werden.

7.9.2. Abklärung

Der direkte Hausbesuch beinhaltet dann zunächst den Beziehungsaufbau. Es werden anamnestische und wenn möglich



auch fremdanamnestische Daten erfasst. Die Alltagskompetenz wird anhand der ADL-Skalen und IADL- Skalen erhoben. Je nach Situation und Kooperation folgen dann die Diagnoseinstrumente, zunächst der MMSE und der Uhrentest, da diese in der Regel eine gute Kooperationsbereitschaft erzielen und schliesslich die CERAD-Batterie.

7.9.3. Diagnosebesprechung

In einer Diagnose-Besprechung werden die Fälle vorgestellt, und im Team besprochen. Es wird eine Diagnose oder eine Verdachtsdiagnose gestellt und individuelle Empfehlungen erarbeitet. Diese sollten alle einzuleitenden Massnahmen im Sinne eines umfassenden Betreuungsplanes beinhalten. Hier wird besonderen Wert auf die Nutzung und Stärkung bestehender familiärer Strukturen, nachbarschaftlicher oder kommunaler Angebote und Ressourcen gelegt. Der Bedarf des betroffenen Menschen, seine individuellen Bedürfnisse und die aktivierbaren Ressourcen sind konkrete Leitplanken für die zu erarbeitenden Empfehlungen.

7.9.4. Beratung

Die Abklärungen und Beratungen sind individuell und der Situation angepasst zu gestalten. Hier spielt die Vorgeschichte der Person, ihre kognitiven Möglichkeiten und die aktuelle Befindlichkeit eine Rolle.

Es muss zunächst darum gehen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und sich einen möglichst umfassenden Eindruck der Gesamtsituation zumachen. Dazu gehören die Aufnahme der Anamnese und die Durchführung der Abklärung. Da das die



Kooperationsbereitschaft der betroffenen Person erfordert, diese aber keinesfalls vorausgesetzt werden kann, muss grossen Wert auf vertrauensförderndes Verhalten gelegt werden. Die Beratung hat zum Ziel anhand der erhobenen Befunde eine möglichst optimale, individuelle Lösung zu erarbeiten.

7.9.5. Bericht und Rückmeldung

In einem schriftlichen Bericht wird dem Hausarzt die Anamnese, die Ergebnisse der Testung, die Diagnose und die erarbeiteten Massnahmen und Empfehlungen mitgeteilt.

Ausserdem wird abschliessend noch einmal Kontakt mit dem Melder aufgenommen um eine angepasste Rückmeldung zu geben und für das Engagement zu danken.

7.9.6. Begleitung und Vernetzung

In Abhängigkeit zu den eingeleiteten oder empfohlenen Massnahmen wird der von Demenz betroffene Mensch direkt vom Helfernetz übernommen und AIDA-Care hat seinen Auftrag erfüllt. Sollte das Helfernetz erst aufgebaut werden müssen, bleibt AIDA-Care solange begleitend aktiv bis diese Aufgabe abgeschlossen ist.

Die aussergewöhnliche Herausforderung besteht darin auf der einen Seite die Betroffenen so schnell wie möglich in ein Helfernetz zu übergeben und auf der anderen Seite sich aus der Beziehung mit dem Betroffenen sorgfältig zu verabschieden.

Oftmals fassen die Menschen nur schwer Vertrauen und wenn das gelungen ist, dass AIDA-Care tätig werden kann muss die aufgebaute Beziehung vorsichtig wieder gelöst werden. Dieses erfordert ein professionelles sich Abgrenzen und Zurückziehen.



7.10. Nachhaltigkeit

In besonders anspruchsvollen Fällen kann AIDA-Care als eine Stütze im Hintergrund fungieren und wieder aktiv werden, wenn die Situation sich verschärft oder verschlechtert hat und eine erneute Beratung nötig wird. Um Kontinuität und Nachhaltigkeit des Angebots zu erreichen sind auch von AIDA-Care organisierte Helferkonferenzen denkbar. Diese wären nicht nur im konkreten Fall von Nutzen sondern können einen wichtigen Beitrag zur Vernetzung und gemeinsamen Identifikation in der Region bieten.

8. Gewinn durch AIDA - Care

8.1. Nutzen auf Gemeindeebene

Der Nutzen für die Gemeinden besteht zum einen auf der finanziellen Ebene. Durch die Stabilisierung der Lebenssituation soll die Einweisung in eine Langzeitinstitution verzögert, informelle Unterstützungsangebote besser vernetzt und genutzt werden. Dieses sollte zu einer Kostenreduktion im Bereich der Zuschüsse für Spitex und stationäre Aufenthalte führen.

Zum anderen lässt sich auch ein Imagegewinn erwarten, da die Gemeinden damit einen entscheidenden Beitrag zur Umsetzung der nationalen Demenzstrategie verwirklichen. AIDA-Care ist ein wichtiger Bestandteil einer demenzfreundlichen Gemeinde. Bürgerinnen, Detailhandel, Gewerbevereine und weitere wichtige Institutionen werden gleichsam unterstützt in die Verantwortung genommen achtsam mit Veränderungen umzugehen.



8.2. Nutzen auf individueller Ebene

Auf individueller Ebene bedeutet AIDA-Care für die Menschen mit einem Verdacht auf Demenz ein Sicherheitsgewinn. Auch wenn keine Angehörigen mit einem adäquaten Helfernetz vorhanden sind, wird ihnen ein längerer Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglicht und sie können in Abstimmung zu ihren Ressourcen besser in gesellschaftliche Aktivitäten integriert werden.

Aber auch die nicht an Demenz erkrankten Menschen haben einen Zugewinn durch ihre aktive Teilnahme an einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung und dem Wissen, dass sie selbst in einer Gemeinde leben, in der man aufeinander Acht gibt.

8.3. Nutzen auf interpersoneller Ebene

Auf interpersoneller Ebene ist mit einer Intensivierung der Beziehungen zwischen informellen Helfern und den Bürgerinnen und Bürgern zu rechnen. Die soziale Inklusion wird verbessert und möglicherweise hilft es weitere Helferinnen zu rekrutieren.



9. Praktische Umsetzung AIDA-Care in Pilotprojekten

Dieses Konzept AIDA-Care soll in drei Piloten während einer Pilotphase von 2016 bis 2017 in die Praxis umgesetzt, begleitet und eventuell anschliessend angepasst werden. Bei der Pilotierung sollen möglichst unterschiedliche Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden, um eine Generalkompatibilität zu testen.

9.1. Bewerbung und Auswahl der Pilotprojekte

Für die Durchführung eines Pilotprojektes können sich Gemeinden und Institutionen bewerben. Der Projektausschuss entscheidet, welche Pilotprojekte ausgewählt und unterstützt werden. Dabei wird die Erfüllung der unter Kapitel 6.1-6.5 aufgeführten Minimalanforderungen vorausgesetzt. Zudem sollten die Pilotprojekte Versorgungsregionen von mindestens 50'000 Einwohnern umfassen. Die Bewerbungsunterlagen können ab dem 21. August unter www.gd.zh.ch/langzeit heruntergeladen werden. Die Bewerbungsfrist dauert bis 15. September 2015.

Der Projektausschuss wird versuchen, möglichst verschiedene Typen von Pilotprojekten zu berücksichtigen, z.B. unterschiedliche Träger und Leistungserbringer, ländliche versus städtische Regionen usw.

9.2. Personalrekrutierung

Die Personalrekrutierung für den Pilot übernimmt die Pilotorganisation selbst. Wichtig ist allerdings, dass die festgelegten Anforderungen eingehalten werden.

9.3. Einführung der Personen in den Pilotprojekten



9.3.1. Einführung in Diagnoseinstrumente und Dokumentation

Die Fachpersonen werden in das Konzept, ihre Aufgaben und die zu benutzenden Instrumente eingeführt.

Das Projektteam von AIDA-Care übernimmt eine grundsätzliche Einführung in das Pilotprojekt. Es gibt eine Einführung in die Zielsetzung, das Vorgehen und die Durchführung der konkreten Abklärung und Beratung. Je nach Vorkenntnissen besteht die Möglichkeit eines Praktikums in der Gerontologischen Beratungsstelle Sil der Stadt Zürich. Die Dauer eines solchen Praktikums wird individuell entschieden.

9.3.2. Einführung in die Öffentlichkeitsarbeit

Das AIDA-Projektteam unterstützt die Pilote in der Öffentlichkeitsarbeit und dem Vorgehen bei der Vernetzung mit anderen Schnittstellen.

9.3.3. Beratung und Begleitung der beratenden Person

Die beteiligten Pilotprojekte und Personen werden je von einer Projektmitarbeiterin der Beratungsstelle LIA in ihrer Arbeit bis Ende 2017 unterstützt. Diese geschieht zum einen über Besuche vor Ort und der Teilnahme an Hausbesuchen oder Diagnosebesprechungen. Zum anderen wird es auch einen regelmässigen Austausch aller drei Pilotprojekte mit dem Projektteam an der Universität geben.

9.4. Öffentlichkeitsarbeit

Die flächendeckende Information über das neue Angebot ist für den Start des Projekts aber auch für seinen langfristigen Erfolg sehr entscheidend. Um dieser wichtigen Bedeutung Rechnung zu tragen sol-



len mehrere Strategien verfolgt, geplant und umgesetzt werden. Das Projektteam kann darin unterstützend tätig sein.

I. Werbematerial

Erstellung von Material für die verschiedenen Anspruchsgruppen (Betroffene, Öffentlichkeit, Kooperationspartner, Zuweiser), die über die Arbeit, die Zuständigkeit von AIDA-Care aufklären und ihre Bekanntheit erhöhen. Denkbar sind Flyer, Internetauftritt und eine Plakataktion in den ÖV und Ämtern.

II. Medienarbeit

Information durch die regionalen Medien, insbesondere den Zeitungen und Radio mittels redaktioneller Beiträge und evtl. Interviews.

III. Auftakt mit Grossveranstaltung

Einladung der Öffentlichkeit und möglicher Zuweiser wie Detailhandel, Banken, Coiffeur, Bäcker, Podologen und Apotheken. Die Veranstaltung gibt eine Einführung zum Thema Demenz und dem öffentlichen Auftrag. Sie ruft alle zur Verantwortungsübernahme auf und illustriert an konkreten Beispielen, wie diese aussehen kann. Diese wird gemeinsam mit dem Projektteam unter der Leitung von B. Ugolini durchgeführt.

IV. Information an die Partner, Zuweiser, Schnittstellen

Information über die Inbetriebnahme von AIDA-Care an alle Arztpraxen, alle öffentlichen und privaten Spitexorganisationen, alle Altersbeauftragten, alle kommunalen und regionalen Sozialdienste der Spitäler, der Sozialverbunddienste z.B. für Beistandschaften, der Sozialdiakoniedienste aller Kirchgemeinden, alle Betreibungsämter, alle grösseren Liegenschaftsverwaltungen, alle Notariate und die KESB.



9.5. Finanzierung

Jedem ausgewählten Pilotprojekt wird eine Anschubfinanzierung gewährt. Die Anschubfinanzierung variiert je nach Grösse der Versorgungsregion von 50'000-100'000 Franken. Zusätzlich wird während der Pilotphase ein Teil der Kosten für Leistungen übernommen, die nicht über die Krankenversicherer abgerechnet werden können. Da es in der Aufbauphase erfahrungsgemäss schwieriger ist, einen hohen Kostendeckungsgrad zu erreichen, werden im ersten Jahr (2016) 80% der Restkosten und im zweiten Jahr (2017) 50% der Restkosten übernommen. Nach Ablauf der Pilotphase (ab 2018) sind die Restkosten vollumfänglich selbst bzw. durch Gemeinden oder andere Dritte zu tragen.

10. Procedere

10.1. Evaluation

Das Konzept wird im Anschluss an die Pilotphase evaluiert. Voraussichtlich wird die Evaluation von der ZHAW durchgeführt.

10.2. Zur Verfügung Stellung des Konzeptes

Nach Abschluss der Evaluation und eventueller Anpassung des Konzeptes wird dieses zur Implementierung zur Verfügung gestellt. Die entstehenden Kosten zur Implementierung und möglicher Begleitung müssen von der Region oder Institution selbst getragen werden.