

Analyse von Good-Practice-Modellen im Bereich der spezialisierten, geriatrischen Versorgung

Sarah Brügger, Laurence Kohli, Beat Sottas

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
Résumé	6
1. Einleitung	10
2. Methodik	11
3. Stellung der Geriatrie und geriatrische Versorgungsstrukturen	12
4. Good-Practice-Modelle der spezialisierten, geriatrischen Versorgung	13
A. Geriatriischer Konsiliardienst der Stadtzürcher Alterszentren	15
B. Konsiliardienst der Klinik für Geriatrie und Zentrum für Alterstraumatologie, UniversitätsSpital Zürich.....	18
C. Interprofessioneller Konsildienst für ältere Patienten im Akutspital & pflegerischer Delir-Konsildienst, Universitätsspital Basel	20
D. Akutgeriatrische Station im Psychiatriestützpunkt, Spital Affoltern	23
E. Unité de gériatrie communautaire, Hôpitaux Universitaires Genève	25
F. KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit, Bassersdorf.....	28
G. Gériatrie régionale du Réseau Santé Haut-Léman (RSHL)	31
H. Geriatrische Versorgung des Réseau Santé Nord Broye	34
I. REAGER & READOM.....	37
J. CareNet ⁺ , Koordinationszentrum für Gesundheit und Soziales	40
5. Auswertung	43
5.1 Nutzenbewertung der Good-Practice-Modelle.....	43
5.2 Die optimale Versorgung – noch ein weiter Weg zu gehen	49
5.3 Falsche finanzielle Anreize	50
5.4 Konkurrenzangst & „Gärtli“-Denken.....	51
5.5 Die entscheidenden Faktoren für die Lancierung und Umsetzung	52
6. Fazit: Empfehlungen und „Lessons learned“	56
6.1 Merkmale von Good-Practice-Modellen.....	56
6.2 Empfehlungen für eine erfolgreiche Lancierung und Umsetzung	56
6.3 Rahmenbedingungen für innovative Versorgungsmodelle.....	57
Literaturverzeichnis	59

Zusammenfassung

Die demographische Entwicklung führt zu einer stetig wachsenden Anzahl hochbetagter, Menschen, die oft an mehreren Krankheiten leiden. Das Versorgungssystem ist allerdings nur ungenügend auf diese Patientengruppe vorbereitet. Der fehlende Zugang zu geriatrischer Expertise führt insb. zu nicht indizierten Hospitalisierungen, zu Verlegungen und Komplikationen, die mit einer guten geriatrischen Betreuung und einer verbesserten Koordination verhindert werden könnten.

Positiv ist, dass es in der Schweiz Modelle mit einer guten Praxis gibt, in denen geriatrische Expertise als Teil einer koordinierten Versorgung in die ambulante Versorgung, in die Langzeitversorgung, in die Psychiatrie und in die verschiedenen Abteilungen der Spitäler getragen wird. Im Auftrag des BAG wurden für den vorliegenden Bericht Modelle der spezialisierten, geriatrischen Versorgung identifiziert, die unter Experten als vorbildlich gelten und die das Potenzial haben, um aus ihnen Lehren und Empfehlungen für andere Kontexte bzw. Regionen abzuleiten. Die Analyse dieser Modelle liefert Erkenntnisse, die für das Gelingen innovativer Versorgungsstrukturen wichtig sind. Diese lassen sich resümierend anhand von fünf Leitfragen darstellen:

1. Welche Good-Practice-Modelle der spezialisierten, geriatrischen Versorgung existieren?

Die Suche von Good-Practice-Modellen gestaltete sich schwieriger als erwartet, denn die **spezialisierte, geriatrische Versorgung in der Schweiz steckt erst in den Anfängen**. De facto gibt es momentan nur wenige Modelle, die den Anspruch nach einer integrierten, geriatrischen Versorgung für hochbetagte, multimorbide Menschen einlösen können. Diejenigen, die aktiv sind, haben häufig Pilotcharakter oder sind erst seit kurzem in Betrieb – mit Ausnahme von Genf fehlt die Erfahrungstiefe.

In den Literatur- und Internetrecherchen sowie in den Expertengesprächen und Site visits wurde zudem deutlich, dass es nicht nur um den Zugang zu geriatrischer Expertise geht, sondern um eine Praxis, welche einen **systemischen Versorgungsansatz** verfolgt: **das Ziel muss sein, Patienten bereits zu Hause oder im Pflegeheim optimal und integriert versorgen zu können**. Aus diesem Grunde sind hier auch Modelle berücksichtigt, die über die Geriatrie im engeren Sinn hinausgehen und die ganz allgemein eine bessere Koordination der Versorgung hochbetagter, multimorbider Menschen anstreben.

Der Überblick über die geriatrische Versorgungslandschaft in der Schweiz zeigt, dass sich v.a. in der Akutsomatik viel bewegt, dass **institutionsübergreifende Modelle, die auch den ambulanten Bereich einbeziehen, aber erst selten** anzutreffen sind. Ausnahmen finden sich in Genf und im Kanton Waadt, wobei in letzterem Fall die kantonale Politik eine entscheidende Rolle spielt.

Für die Darstellung der guten Praxis werden im vorliegenden Bericht zehn Modelle diskutiert. Dabei besteht eine grosse Variationsbreite betreffend Setting, Auftrag, institutioneller Einbettung, Organisation, Schnittstellenmanagement, Finanzierung, u.a.m. Zu jedem Modell wurden schriftliche Dokumente ausgewertet, ein Site Visit durchgeführt und Personen befragt, die massgeblich an der Etablierung bzw. am Betrieb beteiligt waren/sind. Zusätzlich wurden sechs Personen mit einer Aussenperspektive interviewt.

2. Wie ist der Nutzen der analysierten Modelle zu bewerten?

Bei allen zehn Modellen verbessert sich die **Qualität der Versorgung**: Es gibt weniger Komplikationen, Hospitalisationen und Verlegungen können vermieden werden, es wird besser triagiert und die Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen steigt.

Weitere positive Effekte, die genannt werden, sind eine **verbesserte Arbeitszufriedenheit und Berufsverweildauer**, weil die Behandlungs- und Betreuungsteams im Umgang mit anspruchsvollen Patienten unterstützt und entlastet werden. Positiv eingestuft wird auch die **Förderung des Wissens- und Erfahrungsaustausches** zwischen der Geriatrie und anderen Disziplinen.

Viele der befragten Experten orientieren sich an internationaler Best Practice. Mit diesem Massstab im Hintergrund werden auch Einschränkungen genannt:

- **Nur ein Teil der Patienten mit geriatrischem Versorgungsbedarf hat Zugang.** Einerseits dominieren v.a. in der Deutschschweiz Modelle in der Akutsomatik, d.h. Zugang hat, wer akutspitalbedürftig ist. Andererseits ist der Einbezug geriatrischer Expertise abhängig vom Willen und der Einschätzung der behandelnden Ärzte oder anderer Fachpersonen. Es wird konstatiert, dass meist erst in Krisensituationen Hilfe gesucht wird und dass der Bedarf grösser ist als die Nachfrage.
- **Die Nachhaltigkeit wird in Frage gestellt,** denn insb. Konsiliardienste werden i.d.R. nur punktuell beigezogen, ihr Impact ist ungewiss und es fehlt ein Follow-up. Aus diesem Grund erzielen Spezialstationen im Vergleich dazu die besseren Resultate.
- **Vom Ziel einer verbesserten Koordination ist man – von einigen Ausnahmen abgesehen – noch weit entfernt.**

Aufgrund dieser Einschränkungen kann das Erreichte keinen Endpunkt darstellen, es werden jedoch Schritte in die richtige Richtung unternommen. Im Hinblick auf eine gute Versorgungspraxis in einer „Gesellschaft des langen Lebens“ werden vor allem vier Punkte betont:

1. Es braucht einen **Ausbau geriatrischer Versorgungsstrukturen** in dem Sinne, dass der **Zugang zu geriatrischer Expertise auch ausserhalb der Akutspitäler** gewährleistet sein muss. In allen Versorgungssettings sind Angebote und Prozesse so zu gestalten, dass hochbetagte, multimorbide Menschen gut betreut werden.
2. Es braucht ein **systematisches Screening** von kritischen Situationen und Verläufen in verschiedenen Settings.
3. Es braucht eine bessere Verknüpfung der verschiedenen Fachbereiche und Settings. Unabdingbar ist „knotworking“ (nicht nur networking) in einer **kontinuierlichen und durchlässigen Versorgungskette**, um die einzelnen Angebote miteinander zu verbinden und sie ideal aufeinander abzustimmen.
4. Es braucht eine Feedback-Schleife, um zu sehen, ob die geriatrischen Empfehlungen tatsächlich von Hausärzten, Pflegenden und Institutionen umgesetzt werden.

3. Welches sind die Erfolgsfaktoren der Good-Practice-Modelle?

Entscheidend ist der **Enthusiasmus innovativer Pioniere an strategisch und operativ wichtigen Stellen**. Es sind Personen mit Visionen, Überzeugungskraft und viel persönlichem Engagement, die bereit sind, Pionierarbeit zu leisten und Risiken einzugehen. Engagement ist dabei nicht nur in der Aufbau-, sondern auch in der Betriebsphase wichtig, denn der Erfolg ist stark personenabhängig: ein Nutzen wird v.a. dann erzielt, wenn man bereit ist, im Interesse einer guten Versorgung sehr viel Einsatz zu leisten, verfügbar zu sein, zusätzliche Aufgaben zu übernehmen, etc.

Notwendig sind desweiteren der **strategische Rückhalt und die Sicherstellung der Finanzierung**. Dies ist entscheidend, weil die Umsetzung einer guten Praxis nicht möglich ist ohne die Bereitstellung von Ressourcen (finanzieller oder personeller Art). Es ist deshalb nicht überraschend, dass die Modelle mehrheitlich innerhalb von grösseren Institutionen angesiedelt sind, die über einen öffentlichen Auftrag verfügen und teilweise auch öffentliche Gelder erhalten oder Quersubventionierungen nutzen können. Vor allem im ambulanten Bereich ist die Umsetzung eines Good-Practice-Modells nur möglich, wenn das Interesse an einer guten Versorgung höher gewichtet wird als der betriebswirtschaftliche Gewinn (s.u.).

Die geriatrische Expertise muss effektiv verfügbar sein. Die Nachfrage nach Geriatern übersteigt das Angebot bei weitem und Rekrutierungsschwierigkeiten können die Umsetzung von innovativen Modellen verhindern. Um trotz einer begrenzten Anzahl von praktizierenden Geriatern in der Schweiz den Zugang zu geriatrischer Expertise zu gewährleisten,

- können Kooperationsverträge zwischen verschiedenen Institutionen den Austausch geriatrischer Expertise ermöglichen,
- können spezialisierte Pflegefachpersonen einbezogen werden,

- sind Geriater in der 2. Linie einzusetzen, um die Fachpersonen anderer Bereiche zu beraten, zu unterstützen und zu schulen.

Aufgrund der Parzellierung und Sektorengrenzen ist **die Akzeptanz durch Zuweiser und Partner** zentral. Diese wird erreicht, wenn

- Grundversorger und andere Leistungserbringern von Anfang an einbezogen werden.
- die Fallführung i.d.R. in der Hand der Grundversorger belassen wird.
- in kleinen Schritten vorgegangen wird – mit der Möglichkeit eines Ausbaus zu einem späteren Zeitpunkt, wenn der Nutzen erkannt wurde und Abläufe etabliert sind.
- auf allen Ebenen – insb. auch mit den Mitarbeitenden an der Front – ein persönlicher und partnerschaftlicher Kontakt gepflegt wird.
- die Personen mit geriatrischer Expertise im Umfeld bekannt und als Experten ihres Faches anerkannt sind.

4. Welches sind Hindernisse und Schwierigkeiten bei der Umsetzung?

Hindernisse bei der Umsetzung sind die **Finanzierung** (v.a. falsche finanzielle Anreize) und die **ungenügende Kooperationsbereitschaft** (Konkurrenz-Angst, „Gärtli“-Denken).

Obwohl aus gesamtwirtschaftlicher Sicht von sinkenden Kosten ausgegangen wird – auch wenn dies schwierig zu messen ist –, **lohnt sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht kaum eines der präsentierten Good-Practice-Modelle**. Sie existieren somit nur dank dem Enthusiasmus einzelner Innovatoren, Goodwill der Träger und Quersubventionierung. Innovation wird bestraft, denn

- im heutigen System der Einzelleistungsvergütung wird die enge betriebswirtschaftliche Perspektive höher gewichtet als eine gesamtwirtschaftliche Perspektive.
- Koordinationsleistungen, die gerade bei dieser Patientengruppe sehr wichtig sind, können nicht oder nur beschränkt verrechnet werden. Das gilt auch für Wegzeiten, Gespräche, Abklärungen.
- der Aufwand für die Behandlung und Betreuung dieser höchst anspruchsvollen Patientengruppe wird bei der Entschädigung über Fallpauschalen und auch in der Langzeitversorgung klar ungenügend berücksichtigt (v.a. bei Menschen mit Demenz).
- die Sektorengrenzen zwischen Akut- und Langzeitversorgung und die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Kostenträger erhöhen den Abschiebedruck und erzeugen organisierte Unverantwortlichkeit.

Die zweite grosse Hürde ist das Schaffen einer Haltung der Ko-Produktion unter den **Akteuren in der Versorgungslandschaft**. Es ist entscheidend, alle dafür zu gewinnen, weil a) für eine gute geriatrische Versorgung die Kompetenzen und Angebote verschiedener Berufsgruppen und Akteure notwendig sind und b) gute geriatrische Versorgung nur funktionieren kann, wenn Patienten aus der Grundversorgung und anderen Versorgungsbereichen zugewiesen werden.

5. Was sind Empfehlungen, damit Good-Practice-Modelle auch in anderen Regionen etabliert werden können?

Ausgehend von den Erfolgsfaktoren und Schwierigkeiten, die die Lancierung und Umsetzung von Good-Practice-Modellen begünstigen oder erschweren, lassen sich Empfehlungen formulieren, damit möglichst auch an anderen Orten in der Schweiz eine optimale und integrierte Versorgung der hochbetagten, multimorbiden Menschen sichergestellt werden kann.

- **Entscheidend sind das Gespräch und persönliche Kontakte:** Neben Vereinbarungen auf der Leitungsebene braucht es auch die Überzeugung der Partner und der Mitarbeitenden an der Basis. Es gilt, Beziehungen aufzubauen, sich persönlich kennenzulernen, um Ängste abzubauen, Vertrauen zu schaffen und gemeinsam neue Wege zu begehen. Es braucht Kommunikation, Kommunikation und noch mal Kommunikation!

- **Es braucht Engagement und einen langen Atem:** Weil die persönlichen Kontakte so wichtig sind, ist der Zeitaufwand gross. Zeit und Geduld sowie Optimismus und darstellbare positive Effekte sind unabdingbar, um ein langfristig erfolgreiches Modell umzusetzen.
- **Keine Angst vor den Kosten:** Eine gute geriatrische Versorgung kostet, weil sie Koordination mit anderen Leistungserbringern erfordert und weil sie sich auch Patienten und Patientinnen kümmert, die zu Hause oder in Pflegeheimen leben. Beides wird schlecht honoriert. Finanzieller Gewinn oder Return on Investment kann nicht die Hauptmotivation sein – gute Praxis lohnt es sich kaum.

Damit die Entstehung, Weiterentwicklung und Verbreitung von erfolgreichen Modellen möglich ist, müssen aber auch Rahmenbedingungen herrschen, die dies nicht behindern, sondern begünstigen. Die Empfehlungen richten sich deshalb nicht nur an die Akteure aus der Praxis, sondern auch an politische Verantwortungsträger, Finanzierer und Bildungsinstitutionen. Ganz allgemein wird hier **mehr Engagement für hochbetagte, multimorbide Menschen gefordert**. Wir können es uns aus finanziellen und auch aus ethischen Gründen nicht leisten, die steigende Zahl von Menschen zu vernachlässigen, die ihr Alter den Erfolgen von Prävention und Kuration sowie gesünderen Lebensverhältnissen verdankt.

Weil das grösste Hindernis momentan die Finanzierung ist, ist es notwendig, **finanzielle Anreize für unzweckmässige Leistungen am falschen Ort zu beseitigen**. Dazu gehört auch die **Klärung der Zuständigkeiten**, damit Abschiebungen über Sektorengrenzen und unnötige Verlegungen vermieden sowie Lücken geschlossen werden. Gewünscht wird ein Finanzierungssystem, das sich stärker am Nutzen der Versorgung und den Gesamtkosten eines Falls orientiert.

Gleichzeitig ist es zwingend, dass **die öffentliche Hand oder auch die Krankenversicherer einen Teil der Verantwortung übernehmen**. Es braucht ein Bewusstsein dafür, dass insb. Koordinationsleistungen für eine gute Versorgung unabdingbar sind, unter den aktuellen Bedingungen aber nicht finanziert werden.

Neben der Finanzierung ist es v.a. das fehlende Verständnis für Vernetzung und Zusammenarbeit, das innovative Akteure behindert. Gefordert wird deshalb, dass

- a) die koordinierte Versorgung auf regionaler Ebene angegangen wird,
- b) die **Aus- und Weiterbildung der Health Professionals anders aufgegleist** wird, d.h. mehr Interprofessionalität, mehr Wissen über andere Berufsgruppen. Dazu gehört die Förderung eines Verständnisses für die Geriatrie bei allen Fachpersonen, die in ihrem Berufsalltag mit hochbetagten, multimorbiden Menschen zu tun haben (in einer alternden Gesellschaft sind das fast alle...).

Bei der Planung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen ist ein ganzheitlicher Blick notwendig, der über das bisherige Denken in Sektoren und Silos hinausgeht. Hochbetagte, multimorbide Menschen mit komplexen Bedürfnissen können nur dann gut und nachhaltig versorgt werden, wenn die verschiedenen Fachpersonen und Versorgungsbereiche eng vernetzt zusammenarbeiten und Partikularinteressen im Interesse einer Gesamtsicht beiseitelegen.

Die in diesem Bericht präsentierten Modelle sind erste Schritte in die richtige Richtung. Zur Sicherung des Zugangs für alle Bedürftigen, zur Wahrung der Versorgungsgerechtigkeit und zur Verbesserung der Lebensqualität einer steigenden Anzahl von hochbetagten, multimorbiden Bürgern gilt es nun, das aktuell auf individuellem Enthusiasmus beruhende System in nachhaltigere Strukturen zu überführen, auch wenn keine kurzfristige Kostendämpfung zu erwarten ist.

Résumé

L'évolution démographique conduit à un nombre croissant de personnes très âgées souffrant souvent de polymorbidités. Le système de prise en charge n'est cependant pas encore préparé aux exigences de cette nouvelle population. Le manque d'accès à l'expertise gériatrique conduit notamment à des hospitalisations inutiles, à de multiples transferts ou encore à des complications, qui pourraient être évités grâce à une bonne prise en charge gériatrique ainsi qu'une meilleure coordination.

On peut noter, de manière positive, qu'il existe en Suisse déjà des modèles de bonnes pratiques, où l'expertise gériatrique est effectuée dans le cadre d'une coordination des soins en ambulatoire, en soins de longue durée, en psychiatrie ou dans bien d'autres services hospitaliers encore. A la demande de l'OFSP, les modèles spécialisés en soins gériatriques considérés comme étant exemplaires et desquels il est possible de tirer des leçons ainsi que des recommandations adaptables à d'autres contextes ou régions, ont été identifiés dans ce rapport. L'analyse de ces modèles donne un aperçu des leçons à tirer et des facteurs de réussite de ces structures de prise en charge novatrices. Ce succès peut être illustré sous la forme de 5 questions-clefs présentées ci-dessous.

1. Quels modèles de bonne pratique spécialisés en soins gériatriques existe-t-il ?

La recherche de modèles de bonne pratique a été plus difficile que prévu puisque la spécialisation de la prise en charge gériatrique n'en est qu'à ses prémices en Suisse. De ce fait, il n'y a pour l'instant que peu de modèles correspondant à des soins gériatriques intégrés pour les personnes très âgées présentant des polymorbidités. Les modèles retenus en sont encore à leur premier essai ou au stade de projet-pilote, à l'exception de celui de Genève. C'est pourquoi il manque un certain recul quant à l'expérience vécue.

En se référant à la littérature, aux recherches effectuées sur internet, aux discours d'experts ou encore aux visites des différents sites, il a paru évident que la bonne pratique ne résidait pas uniquement dans l'accès à l'expertise gériatrique mais aussi dans l'approche d'**une prise en charge en réseau : l'objectif est de pouvoir offrir au/à la patient-e, déjà à la maison ou au home médicalisé, des soins optimaux et intégrés**. Pour cette raison, les modèles pris en considération vont au-delà de la gériatrie au sens strict du terme dans leur volonté d'une coordination améliorée des soins apportés aux personnes âgées souffrant de plusieurs comorbidités.

La vue d'ensemble des soins gériatriques en Suisse montre que les choses bougent en premier lieu dans les soins aigus. Or, **les modèles interinstitutionnels qui comportent également le secteur ambulatoire** sont rarement rencontrés. On trouve des exceptions à Genève mais aussi dans le canton de Vaud, où la politique cantonale joue un rôle crucial.

Dix modèles de bonne pratique sont présentés ici. On constate une grande variation entre les différents systèmes autour des *settings*, du mandat, de l'ancrage institutionnel, de l'organisation, de la gestion des interfaces, ou encore au niveau du financement. Pour chaque modèle, des documents écrits ont été analysés et une visite du site a été effectuée. En outre, des personnes ayant joué un rôle dans la mise en place et/ou le fonctionnement du modèle ont été interviewées. Six personnes portant un point de vue externe ont également été interrogées.

2. Quel sont les avantages évalués pour les modèles analysés?

Pour les dix modèles retenus, on constate une **amélioration de la qualité des soins**: il y a moins de complications ; les hospitalisations et les transferts peuvent être évités ; l'orientation des patient-e-s dans les différents secteurs est mieux effectuée et leur satisfaction ainsi que celle de leurs proches ne fait que croître.

D'autres effets positifs rapportés concernant les professionnel-le-s sont **l'accroissement de la satisfaction au travail** et de **la durée de l'exercice professionnel**. En effet, non seulement le personnel soignant est soutenu et soulagé dans la prise en charge complexe de ces patient-e-s, mais aussi, **la promotion de la connaissance et de l'expérience entre la gériatrie et d'autres disciplines** est perçue comme positive.

De nombreux/ses expert-e-s interrogé-e-s s'inspirent des meilleures pratiques internationales. Avec ces critères en arrière-plan, certaines limites sont citées :

- **Seul une partie des patient-e-s avec des besoins gériatriques y a accès.** D'une part, en Suisse alémanique, le modèle de soins aigus est dominant, cela signifie concrètement que l'accès est limité aux patients des soins aigus. D'autre part, la prise en compte d'expertise gériatrique est dépendante de la volonté et de l'évaluation du médecin traitant ou d'autres professionnel-le-s de première ligne. On constate que, souvent, l'aide n'est cherchée qu'en cas de situation de crise. En outre, le besoin dépasse de loin la demande.
- **La durabilité du modèle est remise en question** car le service basé sur un modèle de consultations sur appel n'intervient qu'occasionnellement, son impact est incertain et il manque un suivi. Pour ces différentes raisons, les services spécialisés apportent de meilleurs résultats.
- A quelques exceptions près, **on est encore loin d'améliorer la coordination.**

En raison de ces limites, les résultats obtenus ne peuvent pas constituer un modèle parfait, toutefois, des efforts sont entrepris dans la bonne direction. En termes de bonnes pratiques de soins dans une «société à longue espérance de vie», quatre points principaux sont mis en évidence :

1. Il faut **davantage de structures de soins gériatriques** dans le sens où **l'accès à l'expertise gériatrique doit être assuré même en dehors des hôpitaux**. Dans tous les systèmes de soins, les offres et les procédures doivent être conçues de telle sorte que les personnes très âgées souffrant de polymorbidités soient bien soignées.
2. Il faut un **dépistage systématique des situations critiques**, dispensé dans différents lieux.
3. Il faut une meilleure mise en réseau et concertation des différents secteurs et organismes. Le «knotworking» (et non le «networking») est indispensable **dans une chaîne ouverte de soins continus**, afin de combiner les offres individuelles et de les harmoniser idéalement.
4. Il faut réaliser des feedbacks pour voir si les recommandations gériatriques sont effectivement mises en œuvre par les médecins, les infirmier/ère-s ou encore les institutions de première ligne.

3. Quels sont les facteurs de réussite des modèles de bonne pratique ?

Le facteur décisif est **l'enthousiasme des pionnier/ère-s innovant tant à un niveau stratégique qu'opérationnel**. Certaines personnes sont visionnaires, avec une force de conviction et beaucoup d'engagement personnel, et sont prêtes à être des pionnière-s et à prendre des risques. Or, l'engagement personnel est important non seulement dans la mise en œuvre du modèle, mais aussi dans sa phase opérationnelle, puisque le succès est fortement dépendant des individus (être prêt-e, dans l'intérêt d'une bonne prise en charge, à aller au-delà de la simple exécution de la mission, à être disponible, à assumer des tâches supplémentaires, etc.).

En outre, **un engagement stratégique et une sécurité de financement sont nécessaires**. Ceci est essentiel parce que la mise en œuvre d'une bonne pratique est impossible sans l'apport de ressources (qu'elles soient financières ou humaines). Il n'est donc pas surprenant que ces modèles soient principalement situés dans les grandes institutions répondant à un mandat public et qui reçoivent en contrepartie des fonds publics ou profitant des gains réalisés dans d'autres domaines. Surtout dans le cadre de consultations ambulatoires, la mise en œuvre d'un modèle de bonne pratique n'est possible que si l'intérêt d'une bonne prise en charge est considéré comme étant plus important que le profit économique (voir plus loin).

L'expertise gériatrique doit effectivement être disponible. La demande de gériatres dépasse de loin l'offre et des difficultés de recrutement peuvent empêcher la mise en œuvre de modèles

innovants. En dépit d'un nombre limité de gériatres pratiquant en Suisse pour assurer l'accès à l'expertise gériatrique :

- les accords de coopération entre les différentes institutions permettent de faciliter l'échange d'expertises gériatriques,
- les infirmier/ière-s spécialisé-e-s sont invité-e-s à participer,
- Les gériatres interviennent en deuxième ligne pour conseiller, soutenir et former les expert-e-s d'autres domaines.

En raison de segmentation et de limites de secteurs, **l'accord des médecins traitants et autres partenaires** est central. Ceci est possible lorsque:

- le médecin de famille et les autres prestataires sont impliqués dès le début.
- la gestion de cas est laissée entre les mains des prestataires de soins de première ligne.
- la mise en œuvre est effectuée par étapes – considérant les possibilités de progression lorsque les avantages sont prouvés et les procédures établies.
- un contact personnel et coopératif est entretenu à tous les niveaux (et en particulier avec les professionnel-le-s du terrain).
- les personnes ayant une expertise gériatrique sont connues et reconnues comme expertes de leur branche dans leur région.

4. Quels sont les obstacles et les difficultés dans la mise en œuvre?

Les principaux obstacles à la mise en œuvre sont **le financement** (ex : mauvaises incitations financières) **et la coopération insuffisante** (peur de la concurrence, pensée en silo).

Bien que la perspective marco-économique postule que les coûts diminuent - même si cela est difficilement mesurable – **aucun des modèles de Good-Practice n'est rentable selon la perspective d'économie d'entreprise**. Ils existent grâce à l'enthousiasme d'innovateur/trice-s individuel-le-s, à la bonne volonté de certains soutiens et à une subvention croisée.

L'innovation est pénalisée car :

- dans le système actuel, la facturation des prestations considère la perspective strictement économique comme étant plus importante qu'une perspective d'économie plus globale.
- les prestations de coordination, qui sont très importantes en particulier dans ce groupe de patient-e-s, ne peuvent pas être rémunérées ou que partiellement. Cela vaut également pour le temps de déplacement, les discussions ou encore les mesures d'instruction.
- Le coût du traitement et des soins de ce groupe de patient-e-s complexes est clairement insuffisamment compensé (notamment chez les personnes atteintes de démence).
- Les délimitations de secteurs et les différentes juridictions et financements, augmentent la pression de transférer les patient-e-s et produisent de l'irresponsabilité organisée.

Le deuxième obstacle majeur est de créer une **attitude de co-production entre les acteurs** de l'ensemble du système de prise en charge. Il est crucial de tout mettre en œuvre pour celle-ci parce que a) une bonne prise en charge gériatrique nécessite **les compétences et les prestations de différents corps de métiers et acteurs** et b) elle ne peut fonctionner que si les professionnel-le-s de première ligne et d'autres secteurs font effectivement appel aux services spécialisés.

5. Quelles sont les recommandations pour que les modèles de bonne pratique puissent aussi être mis en œuvre dans d'autres régions ?

Sur la base des facteurs de réussite et des difficultés, qui favorisent ou entravent le lancement et la mise en œuvre des modèles de bonnes pratiques, des recommandations peuvent être formulées de telle sorte que, dans d'autres endroits en Suisse, des soins optimaux et intégrés puissent être assurés aux personnes âgées souffrant de polymorbidités.

- **Le dialogue et les contacts personnels sont décisifs:** outre un accord au sujet de la gestion du système, la conviction des partenaires et des professionnel-le-s constitue une base

nécessaire. Il faut donc établir des relations, afin de dissiper personnellement d'éventuelles craintes, de construire la confiance nécessaire et de réfléchir ensemble à une nouvelle voie. Cela nécessite de la communication, de la communication et encore de la communication !

- **Un fort engagement et une motivation à toute épreuve sont nécessaires:** les contacts personnels sont si importants qu'il faut y consacrer beaucoup de temps. Le temps et la patience, aussi bien que l'optimisme et le constat des effets positifs sont essentiels, pour mettre en œuvre un modèle réussi à long terme.
- **Ne pas avoir peur des coûts:** une bonne prise en charge gériatrique a un prix puisqu'elle nécessite une coordination avec d'autres partenaires et aussi parce qu'il faut prendre soins de patient-e-s qui vivent à la maison ou en EMS. Les deux sont mal rémunérés. Le gain financier ou le retour sur investissement ne peuvent pas être la principale motivation. Une bonne pratique n'est pas rentable.

Pour que l'émergence, le développement et la diffusion de modèles de réussite soit possible, il faut également établir des conditions cadres qui ne les entravent pas, mais au contraire qui les favorisent. Par conséquent, les recommandations sont adressées non seulement aux acteur/trice-s du terrain, mais aussi aux dirigeant-e-s politiques et aux institutions de financement et d'enseignement. De manière générale, **il faut un plus grand engagement envers les personnes âgées souffrant de polymorbidités**. Pour des raisons éthiques et financières, nous ne pouvons pas nous permettre de négliger le nombre croissant de personnes dont l'âge avancé est dû aussi bien au succès de la prévention et des soins aigus qu'à des conditions de vie saines.

Le plus grand obstacle étant actuellement le financement, **il est nécessaire de supprimer les incitations financières pour des prestations inappropriées**. Cela nécessite une **clarification des responsabilités** quant aux transferts dans les différents secteurs et de les éviter s'ils sont inutiles. Un système de financement qui mettrait davantage l'accent sur les avantages et effets positifs de l'offre et sur le coût total de chaque cas est souhaité.

Parallèlement, il est impératif que **le secteur public ou les assurances maladie prennent en charge une part de la responsabilité**. Il faut notamment prendre conscience que les prestations de coordination sont essentielles pour une bonne prise en charge mais ne sont actuellement pas financées.

Outre le financement, le manque de compréhension pour le réseautage ainsi que pour la collaboration freinent les acteur/trice-s innovant-e-s dans leurs démarches. De ce fait, il est recommandé que:

- a) la coordination de la prise en charge et des soins soit abordée au niveau régional,
- b) **l'éducation et la formation des professionnel-le-s de la santé** soient recentrées incluant davantage la collaboration interprofessionnelle et des connaissances sur d'autres corps de métier. Cela engage également la promotion d'une meilleure compréhension de la gériatrie de la part des professionnel-le-s qui ont affaire dans leur travail quotidien à des personnes âgées souffrant de polymorbidités (majoritaires dans une société vieillissante, ...).

Dans la planification et le financement des soins, une vision globale est nécessaire, qui va au-delà de la pensée conventionnelle organisée par secteurs et silos. Les personnes âgées présentant plusieurs comorbidités ont des besoins complexes. De ce fait, elles ne peuvent être bien prises en charge que si les différent-e-s professionnel-le-s et services travaillent en étroite collaboration au sein d'un réseau et mettent de côté leurs intérêts individuels pour le bien d'une vue globale de la situation du patient.

Les modèles présentés dans ce rapport constituent un premier pas dans la bonne direction. Pour en assurer l'accès à celles et ceux qui en ont besoin, pour préserver l'égalité de la prise en charge et améliorer la qualité de vie d'une population âgée croissante souffrant de polymorbidités, il faut maintenant passer à un système qui dépasse l'enthousiasme et l'engagement individuels afin d'établir des structures plus robustes et durables, même si la réduction des coûts est difficile à envisager sur un court terme.

1. Einleitung

Ein zentrales Ziel der Strategie „Gesundheit 2020“, die im Januar 2013 vom Bundesrat verabschiedet wurde, ist die Förderung der koordinierten Versorgung. Damit ist die Gesamtheit der Verfahren gemeint, „die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern“ (BAG 2015).

Weil der Bedarf nach koordinierter Versorgung insbesondere bei (hoch-)betagten, multimorbiden Menschen hoch ist, wurde entschieden, in einem ersten Schritt auf diese Patientengruppe zu fokussieren. Gemäss Definition im Pflichtenheft des vorliegenden Auftrags handelt es sich dabei um Personen, die an zwei oder mehr chronischen Krankheiten bzw. fortgeschrittener Gebrechlichkeit („frailty“) leiden und in der Regel 80 Jahre oder älter sind. Ein grosser Teil dieser Menschen wird zu Hause durch Spitexdienste und/oder Angehörige versorgt. Aber auch in den verschiedenen Abteilungen der Spitäler, in Hausarztpraxen oder in Pflegeheimen ist ihr Anteil hoch.

Eine Situationsanalyse, die das BAG in Zusammenarbeit mit Experten und Stakeholders erstellt hat, machte deutlich, dass Handlungsbedarf in Bezug auf diese Patientenpopulation u.a. beim Zugang zu geriatrischer Expertise besteht. Fehlende geriatrische Expertise der Fachpersonen im ambulanten Bereich, in der stationären Langzeitbetreuung oder auch in den verschiedenen Abteilungen der Spitäler führt oftmals dazu, dass die hochbetagten, multimorbiden Menschen nicht die optimale und ihren Bedürfnissen entsprechende Behandlung und Betreuung erhalten. Es kommt zu nicht indizierten Hospitalisierungen, zu Verlegungen und Komplikationen, die mit einer guten geriatrischen Betreuung verhindert werden könnten (BAG 2015). Das Ziel besteht deshalb darin, den „Zugang zu spezialisierten, geriatrischen Versorgungsstrukturen“ zu verbessern.

An verschiedenen Orten in der Schweiz existieren bereits Modelle mit einer guten Praxis, in denen geriatrische Expertise als Teil einer koordinierten Versorgung in die ambulante Versorgung, in die Langzeitversorgung, in die Psychiatrie und in die verschiedenen Abteilungen der Spitäler getragen wird. **Der Auftrag besteht nun darin, eine Auswahl von Good-Practice-Modellen zu analysieren und zu ermitteln, welche Faktoren dazu geführt haben, dass diese Strukturen lanciert und erfolgreich umgesetzt wurden.** Die Erkenntnisse sollen als Grundlage dienen, um den Aufbau solcher Versorgungsstrukturen auch in anderen Regionen der Schweiz zu fördern.

Forschungsgegenstand sind somit in der Schweiz existierende Good-Practice-Modelle der spezialisierten, geriatrischen Versorgung. Um möglichst viele verschiedene Modelle berücksichtigen zu können, wird die Definition bewusst sehr allgemein gehalten:

Unter **spezialisierten, geriatrischen Versorgungsstrukturen** verstehen wir Versorgungsstrukturen, in denen geriatrische Expertise, d.h. Pflegenden, Mediziner und/oder andere Berufsgruppen mit einer Aus-/Weiterbildung in Geriatrie/Gerontologie vorhanden ist und deren Angebot über das Standardangebot der Versorgung in Kliniken der Akutgeriatrie, in geriatrischen Arztpraxen, in der Geronto-Psychiatrie oder in der geriatrischen Rehabilitation hinausgeht. Ein zentrales Merkmal der ausgewählten Good-Practice-Modelle ist die Vernetzung geriatrischer Expertise mit Fachbereichen und Versorgungssettings ausserhalb der Geriatrie im engeren Sinn.

Im Einzelnen behandelt der vorliegende Bericht die folgenden Fragen:

1. Welche **Good-Practice-Modelle** der spezialisierten, geriatrischen Versorgung existieren in der Schweiz?
2. Wie ist der **Nutzen** der analysierten Modelle zu bewerten?
3. Was sind **Erfolgsfaktoren und Schwierigkeiten bei der Umsetzung** von Good-Practice-Modellen in verschiedenen Settings?
4. Was sind **Empfehlungen**, damit ähnliche Good-Practice-Modelle auch in anderen Regionen der Schweiz etabliert werden können?

2. Methodik

Die Durchführung der Studie wurde in folgende Arbeitspakete gegliedert.

Arbeitspaket 1 : Überblick über Forschungsfeld und Auswahl der Good-Practice-Modelle

In einem ersten Schritt wurde eine summarische Literatur- und Internetrecherche durchgeführt. Zudem fanden Sondierungsgespräche und ein Austausch mit Experten und Stakeholdern aus dem Bereich der koordinierten Versorgung für hochbetagte, multimorbide Patienten¹ statt. Dieser Schritt diente dazu, den Überblick über den Zugang zur spezialisierten, geriatrischen Versorgung im Allgemeinen und über die verschiedenen Versorgungsstrukturen und Modellprojekte, die in der Schweiz existieren, zu vervollständigen.

Die dabei gewonnenen Ergebnisse dienten der Auswahl der Good-Practice-Modelle sowie der Präzisierung des Vorgehens und der Evaluationskriterien. Dabei wurde auch der Leitfaden für die nachfolgenden Interviews erstellt.

Arbeitspaket 2 : Schriftliche Erhebung und Analyse schriftlicher Dokumente

Im zweiten Schritt wurden schriftliche Dokumente, die Informationen liefern zur Etablierung, zur Organisation sowie zur Bewertung der gewählten Good-Practice-Modelle gesammelt und ausgewertet. Es handelt sich dabei einerseits um frei verfügbare Dokumente, andererseits um Berichte, Evaluationen u.ä., die uns von Vertretern der ausgewählten Modelle und anderen Personen aus dem Umfeld (kantonale/regionale Verwaltung, Evaluatoren, etc.) zur Verfügung gestellt wurden.

Arbeitspaket 3: Site Visits und Interviews (Innen- und Aussenperspektive)

Parallel zur Analyse der schriftlichen Dokumente wurden die ausgewählten Modelle besucht und es wurden Gespräche geführt mit verschiedenen Personen, die massgeblich an der Etablierung bzw. am Betrieb beteiligt waren/sind. Während bei einigen Modellen nur eine Person befragt werden konnte, standen bei anderen Modellen bis zu fünf Personen für Gespräche zur Verfügung.

Um den Nutzen und die Nutzung der analysierten Good-Practice-Modelle zu bewerten und um ggf. auch kritische Aspekte zu erkennen, erschien es uns zur Triangulierung angezeigt, auch Interviews mit Personen mit einer Aussenperspektive zu führen. Insgesamt wurden deshalb sechs weitere Interviews geführt. Bei den Gesprächspartnern handelt es sich um Kenner der geriatrischen Versorgung in der Schweiz, um Gesundheitspolitiker und Wissenschaftler.

Die Gespräche wurden anhand des zuvor erstellten Leitfadens strukturiert, digital aufgezeichnet, inhaltsgetreu transkribiert und für die Analyse aufbereitet.

Arbeitspaket 4: Datenanalyse und Formulierung von Empfehlungen

Anschliessend wurde nach der Methode von Mayring (2008) eine sorgfältige Datenanalyse durchgeführt, um – ausgehend von den erhobenen Daten – Empfehlungen zu formulieren für die Etablierung vergleichbarer Strukturen in anderen Regionen der Schweiz. Die Empfehlungen wurden den Interviewpartnern sowie weiteren Experten und Stakeholdern zur Kommentierung vorgelegt.

Arbeitspaket 5: Redaktion Schlussbericht und Zusammenfassung

Im letzten Arbeitspaket wurden der vorliegende Schlussbericht und die Zusammenfassung mit den finalisierten Empfehlungen erstellt.

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Text manchmal die männliche, manchmal die weibliche Form verwendet. Das andere Geschlecht ist jeweils mitgemeint.

3. Stellung der Geriatrie und geriatriische Versorgungsstrukturen

In einer „Gesellschaft des langen Lebens“ gibt es gute Gründe, sich für einen verbesserten Zugang zu geriatriischen Versorgungsstrukturen einzusetzen. Allerdings ist das Gesundheitssystem bislang kaum auf hochbetagte, multimorbide Patienten ausgerichtet. Es besteht deshalb die Gefahr einer geriatriischen Unter- oder Fehlversorgung (z.B. Bollinger-Salzmänn et al. 2015: 1). Geriatriische Patienten benötigen Akutmedizin und gleichzeitig Rehabilitation, sie haben „zehn verschiedene Diagnosen, aber keine ‚Hauptdiagnose‘“ (Grob 2006: 24). Weitere Merkmale sind die fortschreitenden Gebrechlichkeit, die rasche Zustandsverschlechterungen bei fehlender Behandlung, eine hohe Inzidenz von sekundären Krankheits- resp. Therapiekomplicationen und die hohe Bedeutung der Umweltfaktoren für die Genesung und Rückkehr nach Hause (Grob 2009: 2).

In der Versorgung dieser Patientenpopulation ist die Geriatrie mit ihrem ganzheitlichen und umfassenden Behandlungsansatz mit generalistischer Ausrichtung zentral. Die Geriatrie geht über den organzentrierten Zugang hinaus und befasst sich mit den klinischen (physischen und psychischen), den präventiven, den rehabilitativen und den sozialen Aspekten von Krankheiten bei alten Menschen (Grob 2009: 1). Sie ist interdisziplinär angelegt und beruht auf einem multiprofessionellen Team (Van den Heuvel 2013).

Die Rahmenbedingungen des vorliegenden Berichts sehen nicht vor, ein umfassendes Bild der geriatriischen Versorgung in der Schweiz zu zeichnen. Zur Einbettung der im Folgenden präsentierten Good-Practice-Beispiele sind trotzdem einige allgemeine Angaben angezeigt.

Obwohl in Basel, Genf und Bern die ersten geriatriischen Kliniken bereits in den 1950er Jahren entstanden, kann erst seit wenigen Jahren von einer Aufbruchsstimmung die Rede sein. So sind in den letzten Jahren an mehreren Orten akutgeriatriische Kliniken entstanden bzw. sind in Planung. Mehrere Kantone wie beispielsweise Bern (GEF 2008), Thurgau (Kanton Thurgau 2016) und Waadt (Deschamps et al. 2012) haben zudem Strategien für die geriatriische Versorgung entwickelt, wobei die Umsetzung mehr oder weniger weit fortgeschritten ist.

Problematisch ist der Mangel an spezialisierten Ärztinnen und Ärzten. Aktuell gibt es in der Schweiz ca. 300 praktizierende Geriater, aber die Nachfrage übersteigt das Angebot bei weitem. Um als Geriater bezeichnet zu werden braucht es im Rahmen des eidg. Weiterbildungstitels in Allgemeiner Innerer Medizin eine Schwerpunkttätigkeit von zwei Jahren in geriatriischen Kliniken und ein Jahr in einer gerontopsychiatrischen Klinik (Grob 2006). Neben der Medizin werden geriatriische Leistungen auch von speziell ausgebildeten Pflegefachpersonen sowie von anderen Fachpersonen aus Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, etc. erbracht.

Geriatriische Versorgung findet in Spitälern, Rehabilitationskliniken, Pflegeheimen und ambulant statt. Grundsätzlich zu unterscheiden sind die **Akutgeriatrie** und die **geriatriische Rehabilitation**, wobei in den Kliniken für Akutgeriatrie auch (früh-)rehabilitative Massnahmen angeboten werden. Wichtig ist zudem die **Gerontopsychiatrie**, die sich an Menschen mit Demenz, Depression und psychischen Störungen richtet. Zur Geriatrie gehören desweiteren auch spezifische Angebote wie z.B. Sturzabklärungen, Memory Clinics, Präventionsprogramme, etc. (SFGG-SPSG 2006: 10-16).

Ein wichtiger Aspekt der geriatriischen Versorgung, der im vorliegenden Bericht eine wichtige Rolle spielt, ist die **Konsiliarität**. Da geriatriische Patienten in unterschiedlichen Settings und von Fachpersonen unterschiedlicher Disziplinen betreut und behandelt werden, besteht ein grosser Bedarf nach geriatriischer Expertise auch ausserhalb geriatriischer Kliniken. Weil in anderen Fachgebieten die Konzentration auf bestimmte Diagnosen im Vordergrund steht, besteht ohne den Einbezug geriatriischer Expertise die Gefahr, dass wesentliche bestehende Erkrankungen oder Problemstellungen übersehen oder vernachlässigt werden. Die Aufgabe eines konsiliarisch tätigen Geriaters besteht darin „in enger Kooperation die Kollegen anderer Fachgebiete anzuregen, dass sie ihre Arbeit fachbezogen und dennoch mit Rücksicht auf die spezifischen geriatriischen Probleme ihrer alten Patienten durchführen können“ (Bruder et al. 1991: 14). Eine zentrale Rolle spielt dabei das **geriatriische Assessment**. Dabei handelt es sich um einen umfassenden, interdisziplinären diagnostischen Prozess mit dem Ziel, „die medizinischen, funktionellen und psychosozialen Probleme und Ressourcen des alten Menschen und deren physischer Umgebung systematisch zu erfassen“.

sen und einen umfassenden Plan für die weitere Behandlung und Betreuung zu entwickeln“ (SFGG-SPSG 2006: 9).²

Der kursorische Überblick über das bestehende Angebot und die erwähnten Strategien zeigt, dass auf Kantonsebene verschiedene Modelle etabliert sind bzw. dabei sind, sich zu etablieren. Während es in einige Kantone akutgeriatrische, spitalgestützte Dienstleistungen gibt, fehlen solche andernorts und die geriatrischen Patienten werden nach einem kurzen Spitalaufenthalt direkt in geriatrische Rehabilitationseinrichtungen überwiesen. Mehrere Kantone verzichten aber auch auf die Errichtung spezieller geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen. Geriatrische Rehabilitation wird in diesen Fällen in akutgeriatrischen Kliniken, in normalen Rehabilitationseinrichtungen oder auch in Pflegeheimen erbracht (Frank et al. 2012). Neben den stationären Angeboten gibt es wie bereits erwähnt auch verschiedene Formen geriatrischer Versorgung im ambulanten Bereich. Dazu gehören geriatrische Sprechstunden, Memory Clinics oder auch diverse Präventionsprogramme. Die „Bestandesaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen“ (Coppex/Wyss 2013) bietet einen Überblick über die Angebote, die sich speziell an Menschen mit einer Demenz richten, wobei auch hier eine grosse Heterogenität erkennbar ist.

4. Good-Practice-Modelle der spezialisierten, geriatrischen Versorgung

Gemäss Pflichtenheft und Offerte sollten Good-Practice-Modelle aus den Bereichen ambulante Versorgung, Akutsomatik, Psychiatrie und stationäre Langzeitversorgung aus der deutschen und der lateinischen Schweiz analysiert werden, wobei einige Modelle vom Auftraggeber vorgeschlagen wurden. Die erste Frage, die beantwortet werden musste, lautete somit: Welche Good Practice-Modelle der spezialisierten, geriatrischen Versorgung gibt es in der Schweiz?

Dieser Arbeitsschritt gestaltete sich schwieriger als erwartet, denn es zeigte sich rasch, dass

1. auch den Experten und Stakeholdern nur wenige Good-Practice-Modelle der geriatrischen Versorgung bekannt sind, die einen solchen Anspruch einlösen können;
2. viele der identifizierten Good-Practice-Modelle Pilotcharakter haben oder erst seit kurzem in Betrieb sind und deshalb nicht auf eine lange Erfahrung zurückblicken können.

In den Gesprächen mit den verschiedenen Fachpersonen wurde zudem deutlich, dass die Zielsetzung eines „verbesserten Zugangs zur geriatrischen Versorgung“ nicht ausreicht bzw. als Formulierung missverständlich ist. **Es geht nicht nur um den Zugang zu geriatrischer Expertise, sondern vielmehr um eine Praxis, welche einen systemischen Versorgungsansatz verfolgt: das Ziel muss sein, Patienten bereits zu Hause oder im Pflegeheim optimal und integriert versorgen zu können, damit kritische Situationen früh genug erkannt und richtig darauf reagiert werden kann.** Im Idealfall können so Hospitalisationen und Verlegungen, die für die Betroffenen sehr belastend sind und viel kosten, verhindert werden. Das Forschungsteam hat deshalb entschieden, auch Modelle zu berücksichtigen, die über die Geriatrie im engeren Sinn hinausgehen und die ganz allgemein eine bessere Koordination der Versorgung hochbetagter, multimorbider Menschen anstreben.

Aufgrund der grossen Heterogenität möglicher Lösungsansätze wurden im Vorfeld nur wenige Kriterien für die Auswahl der Good-Practice-Modelle definiert.

² Nach Ansicht der SAMW wäre die Durchführung eines geriatrischen Assessments u.a. vor jedem Eintritt in ein Pflegeheim sinnvoll, da dadurch verhindert werden könnte, dass Patienten zu früh oder unterbehandelt in Langzeitpflegeinstitutionen verlegt werden (SAMW 2004).

Kriterien zur Auswahl der Good-Practice-Modelle³

- Diversität in Bezug auf Versorgungsbereiche und (Sprach-)Regionen
- Zum Zeitpunkt der Erhebung operationell
- Geriatrische Expertise ist verfügbar (d.h. Facharzt Geriatrie, geriatrisch geschultes Pflegepersonal und/oder andere Fachpersonen mit geriatrischer Expertise)
- Modell leistet einen Beitrag zur Verbesserung der koordinierten Versorgung hochbetagter, multimorbider Menschen
- Modell wird als „Good-Practice-Modell“ bezeichnet, hat eine „Leuchtturm-Funktion“

Die folgende Tabelle zeigt, welche Modelle aus welchem Versorgungsbereich analysiert wurden, und wer die jeweiligen Gesprächspartner waren.⁴

Tabelle 1: Good-Practice-Modelle der spezialisierten, geriatrischen Versorgung

Bezeichnung	Gesprächspartner	Bereich	Kanton
A. Geriatrischer Konsiliardienst der Stadtzürcher Alterszentren	Sacha Beck	Langzeitversorgung	ZH
B. Konsiliardienst der Klinik für Geriatrie und Zentrum für Alterstraumatologie, Universitätsspital Zürich	Otto Meyer	Akutsomatik	ZH
C. Interprofessioneller Konsildienst für ältere Patienten im Akutspital & pflegerischer Delir-Konsildienst, Universitätsspital Basel	Martina Hafner Florian Grossmann Wolfgang Hasemann Manuela Pretto Anja Ulrich	Akutsomatik	BS
D. Akutgeriatrische Station im Psychiatriestützpunkt, Spital Affoltern	Roland Kunz Markus Minder	Psychiatrie + Akutsomatik	ZH
E. Unité de gériatrie communautaire, Hôpitaux Universitaires Genève	Sophie Pautex	Ambulante Versorgung	GE
F. KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit, Bassersdorf	Marlies Petrig Margrith Nagel Marcel Amstutz	Ambulante Versorgung Akut-Langzeit	ZH
G. Consultations gériatrique ambulatoire du Réseau Santé Haut-Léman (RSHL)	Fabienne Kern Annelore Sautebin	Ambulante Versorgung	VD
H. Gériatrie régionale du Réseau Santé Nord Broye (RSNB)	Franck Perez Hélène Jaccard Sylvie Thierry Perez	Ambulante Versorgung	VD
I. REAGER et READOM (Service de Gériatrie et Réadaptation du CHUV et APROMAD)	Marie-Jo Magin Marc Humbert	Akutsomatik, Ambulante Versorgung	VD
J. CareNet ⁺ , Koordinationszentrum für Gesundheit und Soziales	Thomas Rüfenacht Simon Heiniger	Ambulante Versorgung	ZH

³ Die Kriterien für eine gute geriatrische Versorgung wie der ganzheitliche Behandlungsansatz, das multiprofessionelle Team, der Einbezug von Patienten und Angehörigen sind hier nicht speziell aufgeführt, sondern werden als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt.

⁴ Es dominieren Beispiele aus der Region Zürich, was u.a. daran liegt, dass in Gesprächen nach weiteren Good-Practice-Modellen gefragt wurde. Der enge Zeit- und Finanzrahmen schränkte den Blick auf andere Regionen ein – auch andersorts werden innovative Lösungen umgesetzt.

Im Folgenden werden die einzelnen Modelle vorgestellt.

A. Geriatrischer Konsiliardienst der Stadtzürcher Alterszentren

Grundversorgern, die in den Stadtzürcher Alterszentren Patienten betreuen, wird mit dem geriatrischen Konsiliardienst (GKD) die Möglichkeit geboten, in schwierigen Situationen einen Facharzt für Geriatrie konsiliarisch beizuziehen. Dieser Facharzt wird vom Stadtspital Waid gestellt, das eine lange Tradition geriatrischer Versorgung hat.

Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Die Stadt Zürich betreibt 25 Alterszentren. Wer in eines dieser Alterszentren eintritt, muss in den täglichen Verrichtungen selbstständig sein. Es wird jedoch angestrebt, dass die Bewohner auch bei einer späteren Pflegebedürftigkeit im Alterszentrum wohnen bleiben können und dort bis zu ihrem Tod betreut werden. Dabei gilt das Hausärztesystem, d.h. die Bewohner werden i.d.R. von ihrem Hausarzt betreut. Diese Heterogenität – die Pflgeteams der Alterszentren haben ca. 350 Hausärzte als Partner (Stadt Zürich o.J.) – führt auch zu Ungleichheiten.

Auch wenn die Bewohner der Alterszentren bei ihrem Eintritt noch relativ selbstständig sind, kann sich die Situation auf Grund des hohen Alters rasch verschlechtern. Insb. Verhaltensauffälligkeiten auf Grund einer Demenz führen zu schwierigen Situationen für das Pflege- und Betreuungspersonal. Weil die Hausärzte nicht immer erreichbar sind bzw. nicht über das notwendige geriatrische Wissen verfügen, fehlt ein Ansprechpartner, der in schwierigen Situationen berät und unterstützt.

Auf Initiative der Geschäftsleitung der Alterszentren der Stadt Zürich (ASZ) wurde in Zusammenarbeit mit der Klinik für Akutgeriatrie des Stadtspitals Waid ein geriatrischer Konsiliardienst (GKD) initiiert. Damit sollte ein Angebot für die Langzeitpflege geschaffen werden, um trotz Personal-mangel die Zufriedenheit der Mitarbeitenden zu verbessern.

Wichtig war, dass von Anfang an ein Vertreter der Hausärzte (Verein Hausärzte Zürich) an der Entwicklung des Projektes beteiligt war. Die Hausärzte wurden in Qualitätszirkeln über das Projekt informiert, konnten ihre Bedenken einbringen und mitreden. Es sei diesem Vorgehen zu verdanken, dass Fundamentalopposition der Hausärzte ausblieb – auch wenn teilweise immer noch viel Skepsis wegen befürchteter Konkurrenzierung vorhanden ist.

Der GKD startete als Pilotprojekt im April 2008. Nach Abschluss der Pilotphase wurde eine Evaluation durchgeführt. Die Ergebnisse der Evaluation liessen „eigentlich keinen Zweifel am Wert des Dienstes“ (Leuenberger 2009: 25). Die Geschäftsleitung der ASZ hat den Gesundheitsbehörden deshalb empfohlen, das Pilotprojekt ab 2010 in ein reguläres Angebot zu überführen.

Die Etablierung des Dienstes war möglich,

- weil die Alterszentren Betriebe der Stadt Zürich unter einheitlicher Leitung sind;
- weil innerhalb der Geschäftsleitung das Problembewusstsein in Bezug auf die Arbeitsbelastung und die Verfügbarkeit von Pflegepersonal in der Langzeitpflege vorhanden ist;
- dank dem politischen Willen im Gesundheits- und Umweltdepartement, den Geriatrischen Konsiliardienst GKD zum Zweck der Mitarbeiterbindung zu finanzieren;
- und weil auch das Stadtspital Waid ein städtischer Betrieb ist und hier die geriatrische Expertise verfügbar ist.

Beschrieb des Geriatrischen Konsiliardienstes der Stadtzürcher Alterszentren

Organisation / Personal

Der GKD ist ein Angebot der Alterszentren der Stadt Zürich (ASZ). Projektpartner sind der Verein Hausärzte Zürich sowie die Klinik für Akutgeriatrie des Stadtspitals Waid, die die Konsilien durchführt. Das Stadtspital Waid und die ASZ sind öffentliche Betriebe der Stadt Zürich. Der Konsiliardienst ist den ambulanten Diensten der Klinik für Akutgeriatrie zugeordnet.

Angebot

Das Ziel des GKD ist v.a. die Verbesserung der Arbeitssituation der Pflege- und Betreuungsteams in den Alterszentren. Das Angebot besteht formell darin, dass den Grundversorgern, die die Bewohner in den Alterszentren betreuen, ein Geriater zur Beratung und Unterstützung zur Verfügung steht. Es sind spezifische, geriatrische Fragestellungen wie z.B. Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner auf Grund einer Demenz, die dazu führen, dass die Pflegenden an den entsprechenden Hausarzt herantreten mit dem Vorschlag, den GKD einzuschalten.

Auch wenn der Anstoss i.d.R. von den Pflegenden her kommt, muss die Anmeldung über den Hausarzt erfolgen (entweder telefonisch oder mit einem kurzen Zuweisungsschreiben). Auf diesen Aspekt wurde insistiert, um böses Blut bei den Hausärzten zu vermeiden. In Ausnahmesituationen, d.h. „wenn mal wirklich eine Pflegefachperson am Berg steht, es ist ein Notfall, man findet niemanden – das ist ja leider eine Realität, deshalb haben wir ja auch diesen Dienst aufgebaut, weil sie keinen Ansprechpartner haben –, dann können sie auch direkt anrufen.“ Grundsätzlich muss aber auch in solchen Situationen noch kurz das (mündliche) OK des Hausarztes eingeholt werden.

Der Konsiliararzt erscheint dann „innert Wochenfrist im Heim“ und nimmt „eine sorgfältige medizinische Untersuchung des Patienten oder der Patientin“ vor und tauscht sich mit den Ärzten, Angehörigen, Pflegenden und Betreuenden aus (Leuenberger 2009: 25). Der GKD ist somit nicht für kurzfristige Einsätze in Notfallsituationen gedacht. „Meistens sind es Sachen, die sich in den letzten Monaten akzentuiert haben und wo man mal eine Standortbestimmung machen will.“

Zum Teil sind es banale Tipps, die den Pflegenden und Betreuenden den Alltag erleichtern und manchmal ist es auch ganz einfach die Tatsache, dass jemand von aussen kommt, die hilft, eine schwierige Situation zu lösen und Fronten aufzuweichen (Leuenberger 2009: 27). Der Konsiliararzt schreibt einen Bericht, der an den Hausarzt sowie an das Pflege- und Betreuungsteam geht. Letzteres ist aus Datenschutzgründen zwar heikel, doch weil es die Pflege ist, die näher beim Patienten ist, ist es entscheidend, auch sie direkt zu informieren. Den zuständigen Fachpersonen wird direkt nach dem Konsil zudem ein mündliches Feedback gegeben: „Das ist genauso wichtig wie die eigentliche Patientenbeurteilung. Es ist eine Art Coaching vom Team.“

Inwiefern die empfohlenen Massnahmen umgesetzt werden, wird nicht überprüft: „Mit 20% hat man keine Möglichkeit, eine Follow-Up-Struktur aufzubauen. Sie können nicht dafür sorgen, dass die Massnahmen, die sie empfehlen, auch umgesetzt werden. Sonst hätten sie im Nu hunderte Patienten.“ Da i.d.R. nur ein Konsil stattfindet, fehlt die längerfristige Kontrolle und Begleitung.

Kosten und Finanzierung

Die ASZ finanzieren dem Stadtspital Waid eine 20%-Kaderarztstelle, damit dieses die Leistungen des GKD erbringt. Dies entspricht einem Betrag von ca. 40'000.- CHF. Diese Kostendeckung ermöglicht es, „dass wir die ganze Tarmed-Abrechnung, nicht machen müssen – das wäre ein Riesenaufwand für uns – ... – und für den Hausarzt ist es auf eine Art egal. Er fragt sich höchstens: ‚Warum machen die das und verlangen nichts dafür? Ich muss es verrechnen, wenn ich zum Patient gehe, wie stehe ich denn da?‘“

Sacha Beck ist zufrieden mit der Art der Finanzierung: „weil ich so viel Coaching mache, weil ich Distanzen habe, weil ich Telefonate führe... Wie kann man das alles erfassen und vergüten? Für mich ist klar, dass so ein Dienst nur funktionieren kann, wenn ein Sockelbeitrag pauschal abgedeckt wird.“

Im Moment entspricht der zeitliche Aufwand für den Konsiliardienst etwa den 20%, die von den ASZ finanziert werden. Bei vielen Anmeldungen kann es aber auch vorkommen, dass das Stadtspital Waid mehr leistet als effektiv bezahlt wird. Zusätzlich entstehen ungedeckte Lohnkosten von ca. 6000.- für Sekretariatsarbeiten und Supervision.

Nachfrage / Inanspruchnahme

Die Nachfrage kommt meistens vom Pflegepersonal, das den entsprechenden Hausarzt bittet, den GKD einzuschalten. In der Pilotphase von April 2008 bis November 2010 wurden 83 Konsilien durchgeführt. Bei den Patienten handelte es sich v.a. „um hochbetagte Patienten mit Kognitions- und Verhaltensstörungen, welche meist Folge von dementiellen Erkrankungen sind, meistens aber auch begleitende somatische und milieuhängige Ursachen haben“ (Beck 2011: 6). Zirka 25% dieser Patienten wurden nach der Erstbeurteilung durch den GKD hospitalisiert (Beck 2011: 6).

Es sind v.a. die spitalnahen Alterszentren, die das Waidspital gut kennen, die den GKD in Anspruch nehmen. Grundsätzlich ist es so, dass die Nachfrage steigt, sobald das Angebot des GKD bekannt ist und Pflegepersonal und Hausärzte den konkreten Nutzen gesehen haben. Die Nachfrage ist aber begrenzt. Sie hängt einerseits stark vom persönlichen Einsatz des Konsiliararztes ab (Wie informiert dieser? Wird aktiv auf die Alterszentren und die Hausärzte zugegangen? Werden Schulungen durchgeführt?), andererseits davon, „**ob der Hausarzt das will. Weil, es ist eigentlich eine Grundversorger-Leistung. Die Hausärzte wollen nicht, dass man ihnen dreinredet.**“

Erfolgsfaktoren

- Es ist ein **niederschwelliges und unbürokratisches Angebot**. Das „unkomplizierte, unbürokratische Vorgehen im Bedarfsfall“ (ein Anruf genügt) wird sehr geschätzt. Ein ausführlicher Zuweisungsbericht ist nicht erforderlich.
- Der GKD bringt für Pflegende und Bewohner einen Nutzen, weil der Geriater in die Alterszentren kommt und man **ohne viel Aufwand Zugang zu geriatrischer Expertise** erhält.
- Hilfreich ist die **Angliederung an das Stadtspital Waid mit seiner geriatrischen Ausrichtung**, denn so kann sofort reagiert werden, wenn jemand stationär behandelt werden muss. Das Spital ist vorteilhaft, weil seine **Vernetzung in der Versorgungslandschaft** Anschlusslösungen erleichtern.
- Dank **pauschaler Vergütung** entfallen aufwändige TARMED-Abrechnungen. Gleichzeitig ist der Konsiliararzt jederzeit verfügbar, auch per Mail oder Telefon. Mit TARMED könnte ein grosser Teil der Leistungen nicht abgerechnet werden.
- Der **Einbezug der Hausärzte** ist wichtig. Fallführung und Entscheidungsbefugnis bleibt beim zuständigen Hausarzt. Der GKD ist so nicht Konkurrenz, sondern Ergänzung im Hausärzte-System.
- Nach Abschluss des Konsils wird dem Pflege- und Betreuungsteam direkt ein mündliches Feedback gegeben. Dies ist eine Art **Coaching** und sehr entscheidend für den Erfolg.

Schwierigkeiten und Risiken

- Die **Nachfrage durch die Hausärzte** hält sich in Grenzen. Es bestehen Konkurrenzängste.
- Die **Ressourcen sind limitiert**. Mit der 20%-Stelle kann viel an sich Notwendiges nicht umgesetzt werden: längerfristige Begleitung der Patienten für mehr Nachhaltigkeit, Konsiliardienst auch im ambulanten Bereich, mehr Schulungen für Pflege und Hausärzte, etc..
- Der Konsiliardienst kann **nur Empfehlungen** formulieren. Der zuständige Hausarzt entscheidet selbst, was er davon umsetzt. Das reduziert Konkurrenzängste, schränkt aber den Nutzen des GKD ein.
- Ein Risiko sind die jährlichen **Budgetdebatten** im Stadtparlament, wo für den relativ geringen Betrag für den GKD regelmässig Streichungsanträge gestellt werden. Die Darstellung als Massnahme gegen Fachkräftemangel dank Mitarbeiterzufriedenheit verhinderte bisher die Streichung trotz fehlender Rentabilität.

B. Konsiliardienst der Klinik für Geriatrie und Zentrum für Alterstraumatologie, UniversitätsSpital Zürich

Die Klinik für Geriatrie des UniversitätsSpitals Zürich (USZ) wurde kontaktiert, weil der Konsiliardienst vom BAG als Good Practice-Modell genannt wurde. Im Gespräch zeigte sich, dass dieser v.a. als erster Schritt für eine engere Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Abteilungen und Kliniken interessant ist. So haben die positiven Erfahrungen, die auf der Chirurgie mit dem Konsiliardienst gemacht wurden, zum Aufbau des Zentrums für Alterstraumatologie geführt.

Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Nach mehrjährigen Vorarbeiten haben die Universität Zürich und das UniversitätsSpital Zürich (USZ) 2013 eine Klinik für Geriatrie mit einem zugehörigen Lehrstuhl für Geriatrie eingerichtet. Die Bettenstation der Klinik für Geriatrie wurde 2014 eröffnet und umfasst heute zehn Betten. Von Anfang an gehörte zum Angebot der Klinik für Geriatrie auch ein Konsiliardienst für das ganze USZ.

Eine häufige Ursache für eine stationäre Behandlung geriatrischer Patienten sind Frakturen. Die Patienten werden chirurgisch versorgt, doch auf Grund ihrer Multimorbidität und Gebrechlichkeit ist der Heilungsverlauf verzögert und es kommt zu Komplikationen. Weil Altersfrakturen „mehr als ein geriatrisches denn als ein orthopädisches Problem“ zu betrachten sind (Beck 2012: 8), wurde der geriatrische Konsiliardienst von der Klinik für Unfallchirurgie relativ oft nachgefragt. Nachdem damit gute Erfahrungen gemacht wurden, traten die Unfallchirurgen an die Klinik für Geriatrie heran mit dem Vorschlag einer engeren Zusammenarbeit („Das ist natürlich das Beste, das passieren kann“). Das Interesse war auch auf Seiten der Klinik für Geriatrie vorhanden und so wurde nach einer Analyse- und Konzeptionsphase, in der auch andere interdisziplinäre Kliniken besucht wurden (z.B. in Innsbruck) 2014 das Alterstraumatologie Zentrum Zürich (ATZ) eröffnet, das auf einer engen Zusammenarbeit zwischen den beiden Kliniken basiert.

Beim Aufbau des Konsiliardienstes ging man nicht speziell auf die anderen Kliniken zu, um über das Angebot zu informieren, sondern man verliess sich darauf, dass in erster Linie gute Arbeit geleistet werden muss, damit der Nutzen erkannt wird und die Nachfrage steigt.

Die Etablierung des Konsiliardienstes war möglich,

- weil im USZ geriatrische Expertise inkl. einer Bettenstation verfügbar ist.

Die Etablierung des Zentrums für Alterstraumatologie war möglich,

- weil dank dem Konsiliardienst enge Kontakte bestanden zwischen Unfallchirurgie und Geriatrie und weil der Nutzen einer Zusammenarbeit von beiden Seiten erkannt wurde.

Beschrieb des Konsiliardienstes und des Zentrums für Alterstraumatologie des USZ

Organisation / Personal

Der Konsiliardienst ist Teil der Klinik für Geriatrie des USZ. Es ist meist Dr. Otto Meyer, Stv. Klinikdirektor der Klinik für Geriatrie, oder ein anderer Oberarzt, der die Konsilien durchführt. Um Konstanz zu erreichen, sind es max. 3 bis 4 verschiedene Ärzte, die Konsilien machen.

Das alterstraumatologische Zentrum wird von den Kliniken für Geriatrie und Chirurgie in einem Co-Management gemeinsam geführt, d.h. „wir machen drei Mal in der Woche gemeinsam mit den Traumatologen Visiten, wir haben interdisziplinäre Rapporte, wir sind bei jedem Früh- und Nachmittagsrapport bei den Traumatologen dabei.“

Angebot

Der Konsiliardienst unterstützt andere Kliniken und Abteilungen innerhalb des USZ bei geriatrischen Fragestellungen (z.B. Demenz, Delir, Gebrechlichkeit, Sturzgefahr, etc.). Die häufigsten Anfragen betreffen Triage-Konsilien, d.h. die Austrittsplanung nach Spitalaufenthalt.

Die Konsilien werden über das interne KISIM-System angemeldet und innerhalb von 24 Stunden durchgeführt. Otto Meyer beschreibt das Vorgehen wie folgt: „Ich spreche eigentlich immer mit den Ärzten, die zuständig sind, schon bevor ich zum Patienten gehe. Man spricht auch mit dem Hausarzt, das gehört auch zum Konsil, und man spricht auch mit den Angehörigen und man spricht natürlich mit dem Patienten, den man untersucht. Man muss das umfassend machen, damit man alle Informationen hat. So ein Konsil dauert meistens so ein bis zwei Stunden.“ Als Abschluss wird ein Konsilbericht erstellt, der im KISIM hinterlegt und dort eingesehen werden kann.

Die Zusammenarbeit mit der Unfallchirurgie geht über den Konsiliardienst hinaus. So wird bei allen Patienten auf der Unfallchirurgie, die über 70 Jahre alt sind, systematisch ein geriatrisches Konsil gemacht. Zur Vereinbarung zwischen Unfallchirurgie und Geriatrie gehört auch, dass 80% der geriatrischen Betten im USZ für traumatologische Patienten reserviert sind, d.h. für Patienten, die 3 bis 5 Tage nach ihrer Operation auf die Akutgeriatrie verlegt werden und dort akutgeriatrische Frührehabilitation erhalten. Bei der gesamten Versorgung und Nachbetreuung der unfallchirurgischen Patienten mit geriatrischem Versorgungsbedarf arbeiten Geriater und Chirurgen eng zusammen: „Das funktioniert sehr gut. Drei Mal in der Woche gehen wir gemeinsam mit den Unfallchirurgen auf Visite bei den 70+. Dann schaut der Chirurg auf das Chirurgische und wir machen die medizinisch-geriatrische Beurteilung. Wir machen das gemeinsam, haben einen gemeinsamen Weg, ein gemeinsames Anschlussprogramm. Diejenigen Patienten, die für eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung qualifizieren, werden entweder intern auf die geriatrische Klinik oder aber auf die Geriatrie des Waidspitals überwiesen.“

Eine weitere Vereinbarung besteht mit dem Notfall: Es ist vorgesehen, dass alle Patienten, die über 70 Jahre alt sind und gewisse Kriterien erfüllen, bereits auf dem Notfall geriatrisch beurteilt werden. Zusätzlich besteht im Rahmen des Geriatrie-Verbunds Zürich eine Abmachung mit der Akutgeriatrie des Stadtspitals Waid, die es ermöglicht, Patienten direkt und unkompliziert dorthin zu verlegen, wenn die Betten im USZ belegt sind.

Kosten und Finanzierung

Als ärztliche Leistung kann der Konsiliardienst normal verrechnet werden. Dank der interdisziplinären Zusammenarbeit im ATZ wird von geringeren Fallkosten für das Spital ausgegangen.

Nachfrage / Inanspruchnahme

Im Rahmen des Konsiliardienstes werden pro Jahr ca. 1000 Konsilien gemacht. Eingerechnet sind dabei auch rund 500 Konsilien in der Unfallchirurgie. Insgesamt hat die Unfallchirurgie jährlich 800 Austritte von Patienten über 70 Jahren, die von der Geriatrie mitbetreut werden. Seit dem Beginn des Konsiliardienstes im Jahr 2014 sind die Zahlen massiv gestiegen.

Insgesamt ist die Nachfrage je nach Klinik und Abteilung aber sehr unterschiedlich. Mit der Unfallchirurgie läuft die Zusammenarbeit sehr gut, weil sich die Aufgabengebiete klar voneinander abtrennen lassen. Weitere Kliniken, die den Konsiliardienst häufig nachfragen, sind Innere Medizin, Onkologie, Nephrologie, Neurologie und Neuro-Chirurgie.

Die Vereinbarung mit dem Notfall wird bislang erst wenig genutzt, bedingt durch den tiefen Bekanntheitsgrad bei den häufig wechselnden Assistenzärzten und den über 100 Pflegefachpersonen.

Insgesamt ist Otto Meyer der Überzeugung, dass der Bedarf nach geriatrischer Expertise im gesamten Unispital noch viel höher wäre.

Erfolgsfaktoren

- Eine wichtige Voraussetzung ist die Verfügbarkeit **geriatrischer Betten**. Da es sich häufig um Triage-Konsilien handelt, ist es entscheidend, ein konkretes Angebot für die Nachversorgung anbieten zu können. Es braucht deshalb auch eine **gute Vernetzung mit weiteren Leistungserbringern und ein Geriatrie-sensibles Austrittsmanagement**.

- Zentrale Erfolgsfaktoren sind die **Schnelligkeit** (24 Stunden) und die gute Arbeit, die im Rahmen des Konsiliardienstes geleistet wird. Dieser muss **bedarfsgerecht die konkrete Frage beantworten** und die Empfehlung muss schnell umsetzbar sein - gute Erfahrungen führen zu weiterer Kooperation mit dem Konsiliardienst.
- Um eine **gute Qualität** der geriatrischen Konsilien zu gewährleisten, werden diese nur von **erfahrenen Kaderärzten** durchgeführt.
- Ihr **Fachwissen** und ihre Kompetenzen in Sozialmedizin, rehabilitativer Medizin, Akutmedizin, Einbezug der Angehörigen verbessern die Akzeptanz.
- Wichtig sind **persönlichen Kontakte** zu den zuweisenden Ärzten: Man denkt eher daran, den Konsiliardienst einzubeziehen, wenn man den Konsiliararzt persönlich kennt.
- Das **Klinik-Informationssystem KISIM** ermöglicht einen einfachen und zuverlässigen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Abteilungen und Kliniken.

Schwierigkeiten und Risiken

- Es gibt **kein systematisches Screening** und somit erhalten nicht alle Patienten des USZ mit geriatrischem Versorgungsbedarf Zugang zu geriatrischer Expertise.
- Die Nachfrage ist begrenzt, weil das **Wissen darüber, was die Geriatrie leisten kann**, in anderen Fachgebieten und Kliniken noch **nicht genügend vorhanden** ist. Die Personen an der Front wissen häufig nicht, in welchen Situationen Bedarf nach geriatrischer Expertise besteht.
- Der Schulungs- und Informationsaufwand ist gross auf Grund der **grossen Anzahl von Kliniken** und dem häufigen **Wechsel bei den Assistenzärzten**.

C. Interprofessioneller Konsildienst für ältere Patienten im Akutspital & pflegerischer Delir-Konsildienst, Universitätsspital Basel

Eine Besonderheit am Universitätsspital Basel ist die Tatsache, dass APNs bei der Versorgung geriatrischer Patienten eine wichtige Rolle spielen. Der interprofessionelle Konsildienst für ältere Patienten und der pflegerische Delir-Konsildienst im Rahmen des Demenz-Delir-Programms werden im Folgenden gemeinsam präsentiert, da sie formell zwar getrennt, in der Praxis aber miteinander verknüpft sind.

Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Am 1.1.2013 wurden die Akutgeriatrie des Universitätsspitals Basel (USB) und das Kompetenzzentrum für Geriatrie des Felix Platter-Spitals (FPS) zum „Universitären Zentrum für Altersmedizin und Rehabilitation“ zusammengeschlossen. Die akutgeriatrische Station am Standort des USB wurde beibehalten, steht seither jedoch unter der Leitung des FPS. Hier werden in erster Linie diejenigen Akutfälle behandelt, die neben einem geriatrischen Behandlungsansatz auch die Infrastruktur und die Interdisziplinarität des Unispitals benötigen.

Bereits vor dem Zusammenschluss der beiden Akutgeriatrien existierte am USB ein geriatrischer Konsiliardienst, der jedoch ausschliesslich von Ärzten erbracht wurde. Dr. Martina Hafner, die heute leitende Ärztin der Akutgeriatrie des FPS am Standort des USB ist, war damals als Geriaterin für das USB tätig. Mit der Überführung der Akutgeriatrie ans FPS galt es sicherzustellen, dass geriatrische Expertise innerhalb des USB weiterhin zur Verfügung steht. Es wurde deshalb vertraglich festgehalten, dass das FPS im USB einen geriatrischen Konsiliardienst bereitstellt. Dieser sollte interprofessionell sein, denn zum gleichen Zeitpunkt absolvierten am Institut für Pflegewissenschaften einige Pflegefachpersonen mit Masterabschluss, die bereits am USB tätig waren, die neue, berufsbegleitende Weiterbildung DAS ANP-plus mit Fokus auf multimorbide, chronisch kranke Menschen, wodurch die notwendige Expertise sichergestellt war.

Unabhängig vom Konsiliardienst spielen Pflegeexperten am USB seit mehreren Jahren eine wichtige Rolle. Es handelt sich dabei um Pflegefachpersonen mit einem Master oder einem Doktorat in Pflegewissenschaften mit Advanced Nursing-Practice-Ausrichtung. Gemeinsam mit anderen Berufsgruppen erarbeiten und erproben sie Krankheitsmanagementprogramme für spezifische Patientengruppen. So wurde im Jahr 2004 der Pflegefachmann Wolfgang Hasemann als Projektleiter für ein interdisziplinäres Delir-Management-Programm eingestellt (Hasemann/Pretto 2006). Im Rahmen des sogenannten „Basler-Demenz-Delir-Programms“ wurden in den folgenden Jahren verschiedene Massnahmen für eine bessere Versorgung deliranter und dementer Patienten umgesetzt und wissenschaftlich begleitet. Zum „Basler-Demenz-Delir-Programm“, welches von Dr. Hasemann geleitet wird, gehört der pflegerische Delir-Konsildienst, der 2012 in der Chirurgie startete und der eng mit dem geriatrischen Konsiliardienst verknüpft ist (Hasemann 2015).

Die Etablierung des Dienstes war möglich,

- dank der engen Kooperation zwischen dem USB und dem FPS;
- weil dank der akutgeriatrischen Station am USB geriatrischer Expertise verfügbar ist;
- dank der Verfügbarkeit von APNs mit geriatrischer Expertise;
- weil die Rolle der APNs und deren Beitrag zur Praxisentwicklung am USB akzeptiert ist und weil die Bereitschaft des USB da ist, personelle Ressourcen für den Konsiliardienst zur Verfügung zu stellen.

Beschrieb des Interprofessionellen Konsildienstes und des pflegerischen Delir-Konsildienstes

Organisation / Personal

Der Konsildienst ist eine Kooperation der Ärzteschaft des FPS unter der Leitung von Frau Dr. Martina Hafner und den APNs Geriatrie Florian Grossmann, Wolfgang Hasemann, Manuela Pretto und Anja Ulrich des USB. Dr. Martina Hafner ist leitende Ärztin der Akutgeriatrie des FPS am Standort USB, die APNs sind in verschiedenen Funktionen am USB angestellt.

Daneben gibt es den Delir-Konsildienst, der zum Basler-Demenz-Delir Programm gehört und unter pflegerischer Leitung steht. Dieser ist viel niederschwelliger und die Konsilien werden ausschliesslich von den APNs (des USB) durchgeführt. Es handelt sich um die gleichen Personen, die auch für den (ärztlich geführten) Konsildienst tätig sind. Formell sind der ärztlich geleitete Konsildienst und das Demenz-Delir-Programm getrennt, „*informell sind wir fusioniert.*“

Angebot

Der interprofessionelle Konsildienst bietet auf Anfrage in allen Kliniken des USB ein gezieltes, multidimensionales geriatrisches Assessment mit entsprechenden medizinischen und pflegerischen Empfehlungen: „*Wir werden gerufen von den verschiedenen Abteilungen und Kliniken bei polymorbiden Patienten. Wenn die Ärzte oder auch die Pflege denkt, der Patient könnte profitieren.*“ Dabei kann es um Hilfe bei der Entscheidungsfindung, um Empfehlungen im Umgang mit verhaltensauffälligen Patienten, um die Nachversorgung nach dem Spitalaufenthalt u.a.m. gehen.

Für den interprofessionellen Konsildienst, der ärztlich geleitet ist, ist eine ärztliche Anmeldung erforderlich (ein sogenanntes e-Konsil). Dies wird als „*Problempunkt*“ bezeichnet. „*Wer bekommt das, wer bekommt das nicht? Das ist ein administratives Problem: Weil es ärztlich geleitet wird, muss es per ärztliche Anmeldung gemacht werden. Aber per se wäre es auch möglich, denke ich, dass es die Pflege machen könnte. Das ist sicher ein Punkt mit Verbesserungspotenzial.*“

Der pflegerische (Delir-)Konsildienst kann hingegen direkt von der Pflege angefragt werden und ist somit viel niederschwelliger. „*Wenn wir merken, wir kommen an unsere Grenzen, dann sagen wir: Da braucht es jetzt trotzdem ein e-Konsil, damit wir da auch unsere Oberärzte mit rein nehmen dürfen. Und manchmal darf ich auch einfach Martina [die leitende Ärztin] anrufen.*“ Die APNs sind dankbar für das ärztliche Back-up, auf das sie zurückgreifen können. Gleichzeitig ist die Niederschwelligkeit ein grosser Vorteil: „*Gestern war ich [APN] auf einem Konsil und zufälligerweise*

war der Patient nebedran auch ein Problem. Da hat mich die Pflege angesprochen: Kannst du das nicht auch noch anschauen? Dann mache ich das selbstverständlich.“

Wird der Konsiliardienst informell über APNs einbezogen, werden die Leistungen nicht speziell erfasst und abgerechnet. Läuft es über die ärztliche Schiene, sind mehr Formalitäten notwendig. Auch bei einer Anmeldung direkt an die Ärzte (e-Konsil) kann das Konsil von einer APN durchgeführt werden. „Wir versuchen schon, es nicht ausschliesslich über die ärztliche Schiene zu machen, weil es manchmal, gerade bei deliranten Patienten, auch eher pflegerische Themen sind.“

Kosten und Finanzierung

Während der ärztliche Anteil an den Konsilien durch einen Beitrag des USB ans FPS abgegolten wird, kann die konsiliarische Tätigkeit der APNs nicht verrechnet werden. Die pflegerischen Konsilien sind somit nur möglich dank dem Goodwill des USB: „Das Problem ist, jetzt sind wir schon im politischen Bereich, man kann diese Rolle [der APN] gar nirgends finanziell abbilden. Also bezüglich Tarmed-Punkte oder so. [...] Es läuft dank dem Goodwill des USB, als Zeichen einer Innovation.“ Im Bereich Chirurgie wurden extra Stellenprozente für den pflegerischen Konsildienst geschaffen. Ansonsten sind die APNs aber nicht offiziell für ihre konsiliarischen Tätigkeiten angestellt sind, sondern haben unterschiedliche Funktionen innerhalb des USB inne: „Wenn ich von anderen Abteilungen gerufen werde, da habe ich eigentlich keinen Auftrag von meinem Posten her.“

Nachfrage / Inanspruchnahme

Genaue Zahlen zu den durchgeführten Konsilien sind für den geriatrischen Konsildienst nicht verfügbar. Der pflegerische Konsildienst hat in den Jahren 2012 bis 2015 750 Patienten durchschnittlich 2,5 Mal betreut.

Grundsätzlich wird gesagt, dass die Nachfrage je nach Abteilung und Klinik sehr unterschiedlich ist. „Es gibt Abteilungen, da ticken sie alle ähnlich, da denken alle: das ist überflüssig.“ Im Allgemeinen sei die Akzeptanz aber gut und ein sehr hoher Anteil der Empfehlungen werde auch umgesetzt, d.h. die Expertise der APNs wird von den meisten Fachärzten innerhalb des USB anerkannt.

Erfolgsfaktoren

- Interprofessionalität des Konsiliardienstes: **ärztliche und pflegerische Expertisen ergänzen sich**, d.h. die vielfach pflegerische Problematik wird gut berücksichtigt.
- Die Personen des Konsiliardienstes **sind Experten in ihrem Fach**, im USB **bekannt und gut vernetzt**
- Es wird viel Aufwand betrieben, um **Fachpersonen anderer Abteilungen zu schulen** und auf den Konsildienst aufmerksam zu machen (auch um Risikopatienten zu erkennen).
- Der Konsiliardienst hat insgesamt ein **grosses Wissen** über die Angebote in der Versorgungslandschaft.
- Der Konsildienst kann sich auf eine **akutgeriatrische Station** stützen.

Schwierigkeiten und Risiken

- **Leistungen der APN können v.a. bei ambulanten Patienten, nicht verrechnet werden.** Die APN Expertise wäre auch in Alters- und Pflegeheimen sehr nützlich, Diese Leistung kann aber wegen der fehlenden Finanzierungsmöglichkeit nicht erbracht werden.
- Pflegerische Konsilien im Rahmen des Demenz-Delir-Programms haben z.T. mit einer **fehlenden Akzeptanz von Seiten der Ärzteschaft** zu kämpfen. Gewünscht wird deshalb eine formelle Fusion von (ärztlich geleitetem) Konsildienst und Demenz-Delir-Programm. Es besteht zwar ein offizieller Auftrag, im Praxisalltag hat man aber mit **häufig wechselnden Assistenzärzten** zu tun, die das Programm und die Rolle der APN nicht kennen

- Die Reichweite des Konsildienstes ist zu gering; geriatrische Expertise wird meist erst einbezogen, „wenn Verzweiflung sich breit macht.“ Es gibt **kein systematisches Screening** und somit ist es eher zufällig, in welchen Situationen der Konsildienst gerufen wird.
- Die **ambivalente Strategieumsetzung** (bessere integrierte Versorgung vs. Sparvorgaben) schafft Unsicherheiten.

D. Akutgeriatrische Station im Psychiatriestützpunkt, Spital Affoltern

Ein grosses Problem in der Versorgungslandschaft ist die Trennung von Somatik und Psychiatrie. Es fehlen Strukturen für Menschen mit akuten psychischen *und* somatischen Problemen v.a. im stationären Bereich. Die betroffenen Personen werden deshalb zwischen Akutspital und Psychiatrie hin und her geschoben. Um diese Versorgungslücke zu schliessen, wurde am Spital Affoltern eine akutgeriatrische Station im Psychiatriestützpunkt eröffnet.

Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Das Spital Affoltern ist ein öffentliches Spital mit einem kantonalen Leistungsauftrag für die medizinische Versorgung im Knonauer Amt. Es ist bekannt für sein „Modell Affoltern“, bei dem ein „ganzheitliches Menschenbild, das Körper, Seele und Geist gleichermaßen wahrnimmt“ im Zentrum steht (Bezirksspital Spital Affoltern o.J.). Dieses Modell ist ein wichtiger Grund, weshalb 1992 erstmals im Kanton Zürich ein psychiatrisches Tageszentrum einem somatischen Spital angegliedert wurde und weshalb 2004 ein psychiatrischer Stützpunkt mit 14 Betten entstehen konnte.

2012 wurde am Spital Affoltern zusätzlich eine Klinik für Akutgeriatrie eröffnet, die in der Zwischenzeit zu einem wichtigen Pfeiler im Angebot geworden ist. Sie arbeitet eng mit dem Triemli-Spital zusammen. So führt eine Kaderärztin des Spital Affolterns an vier Halbtagen pro Woche im Triemli-Spital geriatrische Konsilien durch. Die Erfahrungen, die auf der Akutgeriatrie des Spitals Affolterns und bei den Konsilien im Stadtspital Triemli gemacht werden, zeigen, „dass betagte Menschen neben den akuten somatischen Problemen häufig auch an Demenzerkrankungen oder anderen psychiatrischen Problemen leiden, manchmal auch an einem Delir, was eine grosse Herausforderung für die Behandlungs- und Pflegeteams bedeutet“ (Minder 2014). Roland Kunz beschreibt es so: „Da gibt es bereits eine bestehende Demenz, dann kommt eine Schenkelhalsfraktur dazu, der Patient muss ins Spital, ist oft delirant, dann ist dort ein riesen Betrieb, grosse Abteilungen, dann setzt man einfach eine Sitzwache neben den Patienten. Und sobald es einigermaßen geht, schickt man den Patienten in die Geronto-Psychiatrie. Man sagt: „Wir können den nicht behalten bei uns auf der Chirurgie, das ist ganz schwierig. Er steigt aus dem Bett, zieht die Leitungen heraus, etc.“ Dann geht er in die Geronto-Psychiatrie und spätestens nach 24 Stunden ist er wieder zurück, weil sie in der Geronto-Psychiatrie sagen: ‚Der ist körperlich noch viel zu krank.‘ Und mit jedem Wechsel wird er noch deliranter.“ Im Akutspital ist man mit den psychischen Leiden überfordert, in der Psychiatrie können somatische Gesundheitsprobleme nicht behandelt werden. Die Betroffenen werden deshalb hin und her geschoben, was für sie und ihre Angehörigen sehr belastend ist. Das Spital Affoltern will deshalb die Versorgung zusammenführen.

Dank der Leistungsaufträge für Akutgeriatrie und Psychiatrie war die Ausgangslage ideal. Als im Psychiatrie-Stützpunkt ein Stockwerk frei wurde, war dies die Gelegenheit, im März 2014 eine entsprechende Station zu eröffnen. Es ging dabei auch darum, sich als kleines Bezirksspital mit einem Alleinstellungsmerkmal zu positionieren, um der Gefahr einer Schliessung entgegenzuwirken.

Die Etablierung des Dienstes war möglich,

- dank der Verfügbarkeit von psychiatrischer und geriatrischer Expertise im Spital Affoltern;
- weil auf langjährige überzeugende Vorarbeiten im „Modell Affoltern“ aufgebaut werden konnte und viel Engagement vorhanden war;
- weil die Spitalleitung nicht nur die kurzfristigen finanziellen Kosten, sondern auch die längerfristige Positionierung als innovativen Player im Gesundheitsmarkt vor Augen hat.

Beschrieb der akutgeriatrischen Station im Psychiatriestützpunkt

Organisation / Personal

Die akutgeriatrische Station im Psychiatriestützpunkt gehört zur Klinik für Akutgeriatrie, ist räumlich jedoch im Gebäude des Psychiatrie-Stützpunkts untergebracht. Sie steht unter geriatrischer Leitung. Psychiater werden bei Bedarf konsiliarisch beigezogen. Dies wird nicht oft in Anspruch genommen, denn es handelt sich meist um delirante/demente Patienten, deren Behandlung eher in die Kompetenz der Geriatrie fällt. „Das Schwierige bei diesen Patienten ist der somatische Teil plus das Delir – das eigentlich Psychiatrische steht gar nicht so sehr im Vordergrund.“

Das Pflgeteam setzt sich zusammen aus psychiatrisch und somatisch erfahrenen Pflegefachpersonen, die diese Abteilung bewusst zum Arbeiten gewählt haben: „Die Hälfte hat einen somatischen Hintergrund, die andere Hälfte einen Psychiatrie-Hintergrund. Es braucht beides und es muss möglichst jeden Tag von beiden jemand da sein. [...] Das sind 2 Kulturen und die sind nicht per se verträglich miteinander.“ Supervision und Teambildung nehmen deshalb einen wichtigen Stellenwert ein.

Die Angebote der Akutgeriatrie wie Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Psychotherapie, stehen auch dieser Station zur Verfügung. Während die Ärzte auf beiden geriatrischen Stationen tätig sind, wechselt das Pflegepersonal die Abteilung nicht.

Angebot

Die akutgeriatrische Station im Psychiatriestützpunkt richtet sich an Patienten, die auf Grund eines somatischen Leidens (medizinisch oder chirurgisch) akutspitalbedürftig sind, und die zusätzlich an einer Demenz oder an einer anderen psychiatrischen Problematik leiden. Es handelt sich um „komplexe, höchst anspruchsvolle Patienten“ bei denen „Desorientierung, Unruhe und [ein] fehlendes Verständnis für Behandlungsmassnahmen“ zu einem erhöhten Risiko für Komplikationen und längere Krankenhausaufenthalte führen (Minder 2014). Die häufige Nebendiagnose Demenz macht ein anderes Setting, ein anderes Denken und Vorgehen notwendig.

Ein zentrales Merkmal der Station ist die Überschaubarkeit und wohnliche Atmosphäre. Insgesamt stehen vier Zimmer mit max. 8 Betten zur Verfügung. Zusätzlich ist ein Aufenthaltsraum vorhanden, in dem die gemeinsamen Mahlzeiten eingenommen werden. Bei Bedarf kann die Abteilung geschlossen geführt werden. Es ist ein angstreduzierendes Umfeld, das Geborgenheit und Vertrauen vermittelt und damit auch deeskalierend wirkt.

Kosten und Finanzierung

Der Aufenthalt der Patienten wird über Fallpauschalen finanziert („geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“).

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist die Station nicht rentabel, da der höhere Aufwand bei der Entgeltung nicht berücksichtigt wird: „Gemäss DRG sollten geriatrische Patienten bei der frührehabilitativen Komplexbehandlung das Spital in 2 bis 3 Wochen verlassen können. Das funktioniert, wenn der Patient von seinen kognitiven Fähigkeiten her im Stand ist, Therapien mitzumachen.“ Das ist bei den Patienten dieser Station nicht der Fall.

Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht sinken die Kosten, denn beim üblichen Vorgehen wird ein Patient zuerst in einem Akutspital behandelt und anschliessend in die Gerontopsychiatrie verlegt. Neben der Fallpauschale im Akutspital wird somit zusätzlich der Aufenthalt in der Psychiatrie finanziert: „Der Patient hat die schlechtere Versorgung, aber die Entschädigung ist besser.“

Nachfrage / Inanspruchnahme

Im ersten Jahr wurden 62 Patienten behandelt, im zweiten Jahr 120 und im laufenden Jahr werden es ca. 130 bis 140 sein. Die Belegung steigt somit konstant. Eine hohe Auslastung ist jedoch auf Grund der Kleinheit der Station schwierig zu erreichen: „Je spezialisierter eine solche Einheit ist, desto weniger hat man die Möglichkeit, mit Hin- und Herschieben eine konstante Belegung zu erreichen.“

Insgesamt handelt es sich um eine immer wichtiger werdende Patientengruppe, für die ansonsten kein Angebot besteht. Die Notwendigkeit ist zweifellos gegeben.

Erfolgsfaktoren

- Das **Umfeld** ist an diese hochkomplexe Patientengruppe und deren Bedürfnisse angepasst (Kleinheit, Atmosphäre). Dadurch werden bessere Resultate erzielt.
- Zentral ist das Pflorgeteam, das **Kompetenzen in Psychiatrie und Geriatrie** vereint.
- Weil die Belastung für das Pflorgeteam auf Grund der schwierigen Patientenpopulation sehr hoch ist, wird viel Wert gelegt auf eine **gute Begleitung und Schulung** des Pflegepersonals.

Schwierigkeiten und Risiken

- Die **Kleinheit der Station** macht es schwierig, eine optimale Auslastung zu erreichen. Gleichzeitig darf die Station auch nicht zu gross sein, denn zu viele Betten und Zimmer führen sofort zu mehr Unruhe (und damit zu mehr Delir und Verhaltensauffälligkeiten).
- Aus **betriebswirtschaftlicher Sicht** hat ein Spital kein Interesse an solchen hochkomplexen Patienten. Die Station ist nicht selbsttragend, sondern wird über die „normale“ Akutgeriatrie quersubventioniert. „Eigentlich müsste es für diese Patienten einen eigenen Tarif im DRG-System geben“

E. Unité de gériatrie communautaire, Hôpitaux Universitaires Genève

Anders als bei den bisher betrachteten Beispielen ist in Genf geriatrische Expertise auch für Menschen, die zu Hause leben, zugänglich. Die „Unité de Gériatrie Communautaire“ des HUG (Hôpitaux Universitaires Genève) bietet geriatrische Konsultationen an, die durch ein mobiles, interprofessionelles Team am Wohnort der Patienten durchgeführt werden.

Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Die „Unité de Gériatrie Communautaire“ (UGC) entstand bereits 1972 (bis 2004 als „Policlinique gériatrique“) insb. dank dem Engagement von Prof. Charles-Henri Rappin (1947-2008), einem der Pioniere der Geriatrie und der Palliative Care in der Schweiz. Den Menschen zu ermöglichen, möglichst lange im gewohnten Umfeld zu leben, war eines seiner Hauptanliegen. Aus diesem Grund – und auch um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern – wurden in Genf die mobilen, ambulanten Konsultationen eingeführt.

Die UGC war immer Teil des HUG, wenn auch unterschiedlich organisiert und verschiedenen Bereichen angegliedert. Das Angebot selbst hat sich seit seiner Lancierung nicht gross geändert, die Patientensituationen sind jedoch seither um ein vielfaches komplexer geworden: „Ce sont les patients qui sont très différents. Les situations se sont complexifiées. Des patients présentant des polymorbidités sont devenus monnaie courante. Avant, ils étaient à l'hôpital.“

Die veränderte Patientenpopulation sowie Änderungen bei der Finanzierung führten dazu, dass immer wieder kleinere Anpassungen notwendig wurden: „Il a fallu s'adapter aux pressions économiques conjuguées aux besoins sans cesse en évolution des patients, nécessitant de plus en plus de soins. Les moyens médicaux ont augmenté, mais les moyens des autres paramédicaux ont peu bougé, voire même diminué. Donc ça demande d'adapter notre façon de travailler.“

Die Etablierung des Dienstes war möglich,

- dank dem Engagement des Pioniers Charles-Henri Rappin, seiner Nachfolger und der Weiterführung des Angebots trotz organisatorischer und finanzieller Veränderungen.

Beschrieb der Unité de Gériatrie Communautaire (UGC)

Organisation / Personal

Die UGC ist Teil der „Médecine de premier recours“ des HUG. Ausgehend von den beiden Standorten Platanes und Campagne wird die ambulante, geriatrische Versorgung im Kanton Genf sichergestellt: „sa mission et d'assurer des soins de proximité aux personnes âgées, en subsidiarité par rapport aux médecins traitants et en partenariat avec le réseau formel et informel“ (Di Pollina et al. 2008: 2045). Das Angebot besteht einerseits aus den beiden Tageskliniken für geriatrische Patienten, andererseits aus ambulanten, geriatrischen Konsultationen durch ein mobiles Team.

Das mobile Team steht unter ärztlicher Leitung und umfasst verschiedene weitere Berufsgruppen (Sozialarbeit, Ergotherapie, Physiotherapie, Psychologie, Ernährungsberatung, etc.). Einige dieser Fachpersonen sind direkt bei der UGC angestellt; hier wird darauf geachtet, dass sie innerhalb der Tagesklinik als auch für mobile Konsultationen eingesetzt werden. Zum Teil wird aber auch auf externe Fachpersonen zurückgegriffen. So wird für die mobilen Konsultationen in jedem Fall mit den Pflegefachpersonen der Spitex zusammengearbeitet.

Die Vernetzung mit den anderen Akteuren des Versorgungssystems ist sehr wichtig: „Face aux situations socio-sanitaires complexes, la consultation développe un partenariat où l'ensemble des acteurs formels et informels travaillent en réseau au mieux des intérêts du patient.“ Es finden regelmässig interprofessionelle Fallbesprechungen statt und es bestehen verschiedene Vereinbarungen mit anderen Leistungserbringern (z.B. Cité Générations, Spitex). Die Tageskliniken bieten einen physischen Ort, an dem auch die Fachpersonen, die auswärts im Einsatz sind, sich regelmässig treffen und austauschen können. Das sei sehr wichtig, denn der persönliche Kontakt ist entscheidend für eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit.

Angebot

Mit den Konsultationen am Wohnort wird das Ziel verfolgt, dass betagte, multimorbide Menschen möglichst lange zu Hause bleiben können. Das Anmeldeformular für eine Konsultation ist auf der Internetseite abrufbar, kann also von jedermann ausgefüllt werden (Grundversorger, andere Gesundheitsfachpersonen, Sozialdienste, Angehörige, etc.). Es braucht aber in jedem Fall das Einverständnis des zuständigen Grundversorgers.

Konsultationen zu Hause finden v.a. dann statt, wenn der Zugang zur Gesundheitsversorgung für den betroffenen Patienten schwierig ist (z.B. weil ein Praxisbesuch auf Grund von kognitiven Problemen oder eingeschränkter Mobilität nicht möglich ist). Häufig handelt es sich auch um Patienten mit komplexen psycho-sozialen Problemen, deren Betreuung die Hausärzte überfordert.

Drei Varianten sind möglich: (1) in ca. 45% der Fälle übergibt der Hausarzt den Fall komplett der UGC, (2) in weiteren ca. 45% der Fälle wird die Betreuung und Behandlung von Hausarzt und UGC gemeinsam weitergeführt („suivi conjoint“) und (3) in den restlichen 10% wird nur eine einmalige Evaluation mit Empfehlung beantragt. Letzteres ist nur selten der Fall, weil eine gewisse Kontinuität für eine gute und effiziente Versorgung unabdingbar sei – Patienten des UGC werden in der Regel mind. alle drei Monate einmal aufgesucht. Die gemeinsame Betreuung und Behandlung ist schwierig, weil es bislang noch kein gemeinsames Patientendossier gibt.

Ein Arzt sowie – je nach Situation – eine weitere Gesundheitsfachperson führen beim Patienten ein geriatrisches Assessment durch. „En principe, c'est le médecin du quartier qui va aller voir le patient, avec si possible un autre professionnel. Il essaiera de faire venir l'infirmière référente du domicile. Cependant, cela devient compliqué parce que la charge de travail est énorme et les agendas des médecins ne sont pas toujours faciles à coordonner. Les visites se font donc souvent en deux temps car on n'arrive pas toujours à mettre tout le monde ensemble le même jour.“ Es werden Empfehlungen formuliert und – gemeinsam mit den anderen beteiligten Akteuren (Spitex, Hausarzt, Therapeuten) – das weitere Vorgehen besprochen. Die Konsultationen können zu Hause oder in den Alters- und Pflegeheimen stattfinden. Die UGC kommt aber auch in verschiedenen Kliniken, Tagesstätten und anderen Institutionen zum Einsatz.

Um sicherzustellen, dass die UGC möglichst frühzeitig gerufen wird und Patienten in kritischen Situationen rechtzeitig erkannt werden, ist man dabei, Kriterien zu definieren (z.B. angelehnt an den RAI). Diese Kriterien sollen es den Mitarbeitenden der Spitex erleichtern, die Notwendigkeit des Einbezugs der UGC zu erkennen. Die Spitex betreibt zudem zwei Tagesstätten zur Entlastung von pflegenden Angehörigen, mit denen die UGC auch eng zusammenarbeitet, d.h. die Geriater der UGC sehen die dort betreuten Menschen und kommen im Notfall vorbei. Das Ziel ist, dass möglichst kein geriatrischer Patient durch die Lücken fällt. Um Hospitalisationen zu vermeiden, ist ausserdem ein ärztlicher Pikettdienst (24/7) verfügbar.

Nicht zu vergessen ist die Funktion der UGC im Bereich der Ausbildung: angehende Mediziner können ihr letztes Ausbildungsjahr innerhalb der UGC absolvieren und werden so für die Bedürfnisse geriatrischer Patienten und die ambulante Versorgung sensibilisiert.

Kosten und Finanzierung

Die ambulanten Konsultationen werden den Krankenkassen verrechnet. Bei den ärztlichen Leistungen wird dies gemäss TARMED gemacht, bei den therapeutischen Leistungen (Ergotherapie, Physiotherapie) gemäss den entsprechenden Tarifen. Aber „on n'arrive pas à couvrir l'ensemble des frais car il y a beaucoup de temps perdu dans la coordination, de temps passé au tribunal, à discuter avec les proches au téléphone, avec les infirmières...“ Weil es sich meist um sehr komplexe Patienten handelt, ist die interprofessionelle Koordination, d.h. die Absprache zwischen verschiedenen Berufsgruppen besonders wichtig. Dieser Teil der Arbeit lässt sich jedoch nicht fakturieren.

Beklagt wird der grosse Druck, möglichst viel zu fakturieren bzw. nur Leistungen zu erbringen, die auch fakturiert werden können. Das reicht aber nicht; ein Teil des Budgets wird deshalb vom HUG quersubventioniert. Sophie Pautex meint dazu: „L'unité n'est absolument pas auto-portée, malgré nos efforts. (...) mais il y a des limites à ça et ça doit être reconnu qu'il faut mettre un certain nombre de moyens du canton ou de l'hôpital ou autre qui sont hors assurances maladies sinon ça ne peut pas tenir.“

Nachfrage / Inanspruchnahme

Zahlen zur Inanspruchnahme werden keine genannt, aber die Nachfrage nach Konsultationen sei relativ hoch. Wichtig ist, dass v.a. die Grundversorger das Angebot kennen – persönliche Kontakte spielen dabei eine entscheidende Rolle. Heute erfolgen jeweils ca. 30% der Anmeldungen durch Spitäler, Grundversorger und Spitexdienste. Die restlichen ca. 10% werden direkt durch Angehörige oder die Patienten selbst gemeldet, teilweise auch durch Sozialdienste.

Wie gross der Bedarf ist, hängt v.a. davon ab, ob die Grundversorger Hausbesuche machen. In Genf ist das kaum noch der Fall, in anderen Gebieten sehe es z.T. noch anders aus, aber „si on veut anticiper ce qui va se passer dans les 10 à 20 prochaines années, il faut clairement réfléchir à ça.“

Erfolgsfaktoren

- Die UGC arbeitet **stark vernetzt und integrierend**. Sehr wichtig ist v.a. die gute **Zusammenarbeit mit der öffentlichen Spitex**.
- **Interprofessionalität** wird durch regelmässige interprofessionelle Fallbesprechungen im Alltag praktiziert.
- Die **Konsultationen zu Hause** sind für Patienten mit kognitiven Problemen oder eingeschränkter Mobilität ein grosser Vorteil.
- Das Anmeldeformular ist auf dem Internet und kann von jedermann ausgefüllt werden.
- Zusätzlich zur medizinischen Versorgung berücksichtigt das Modell UGC **auch soziale Aspekte** (Zusammenarbeit auch mit Gerichten, Sozialdiensten, etc.).
- Es gibt ein **Monitoring**: Patienten werden i.d.R. alle drei Monate einmal aufgesucht

- Interprofessionalität wird durch **gemeinsamen Begegnungsort** der Professionals gefördert.
- Das Modell wird **als „mission d'intérêt général“ anerkannt** und muss deshalb nicht selbsttragend sein.

Schwierigkeiten und Risiken

- Die UGC wird meist **erst in einer Krisensituation gerufen**. Krisenvermeidung und Prävention greifen trotz langer Tradition nicht.
- Obwohl Hausärzte immer weniger Hausbesuche machen und allgemein immer weniger verfügbar sind, bestehen **Konkurrenzängste** – das HUG bremst die Weiterentwicklung des Angebotes.
- Das **Modell ist teuer**, weil eine Vielzahl von Berufsgruppen involviert ist.
- Der Produktivitätsdruck führt zu **gefüllten Agenden**, was die unabdingbaren persönlichen Gespräche zwischen verschiedenen Akteuren und Berufsgruppen erschwert.
- Noch fehlt ein **gemeinsames, elektronisches Patientendossier**.

F. KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit, Bassersdorf

Das KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit mit Sitz in Bassersdorf führt zwei Pflegezentren sowie Pflegewohnungen und ist auch in der ambulanten Betreuung zu Hause engagiert. Als Good-Practice-Modell berücksichtigt wird das KZU hier, weil erstens insb. im Bereich der ambulanten Therapien sehr viel Wert auf eine koordinierte Versorgung gelegt wird und weil zweitens mit dem Spital Bülach eine Vereinbarung abgeschlossen wurde, um die Verfügbarkeit geriatrischer Expertise und die Koordination der geriatrischen Versorgung in der Region zu verbessern.

Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Das KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit ist eine öffentlich-rechtlich organisierte interkommunale Anstalt, der 20 Gemeinden aus dem Zürcher Unterland angehören. Gemäss Anstaltsvertrag besteht der Auftrag in erster Linie im Bau, der Organisation und dem Betrieb von Pflegezentren und anderen stationären und ambulanten Pflegeangeboten im Einzugsgebiet.

Ursprünglich handelte es sich um einen Zweckverband, doch weil Zweckverbände seit der neuen Kantonsverfassung dem Initiativ- und Referendumsrecht unterstehen und damit in der unternehmerischen Freiheit eingeschränkt sind, wurde die Rechtsform vor fünf Jahren geändert. Diese Gelegenheit wurde genutzt, um den Zweck und Auftrag umfassender zu formulieren. Während es früher v.a. um Angebote im stationären Bereich ging, heisst es heute: „Zielsetzung der Anstalt ist es, Gesundheitsleistungen für die betroffene Person und das Gesundheitswesen als Gesamtes diversifiziert und koordiniert anzubieten.“ Dieser Satz wurde bewusst so eingefügt, *„weil wir überzeugt sind, dass in Zukunft nicht nur das stationäre Setting eine Rolle spielt, sondern weil die entscheidende Frage vielmehr ist: Wie arbeiten wir zusammen?“* Der Anstoss zur integrierten Sicht kam von der Geschäftsleitung des KZU, welche die Änderung der Rechtsform als Opportunitätsfenster sah. Der breite Zweckartikel bietet nun die Grundlage dafür, mit verschiedenen Angeboten, die über die stationäre Versorgung hinausgehen, einen Beitrag für eine integrierte, geriatrische Versorgung in der Region zu leisten. So führte der Wunsch vieler Menschen, möglichst lange zu Hause zu leben, zum Ausbau ambulanter Angebote.

Vom Standort Bassersdorf aus bietet das KZU seit September 2011 ambulante Therapien an, vom Standort Embrach aus begann man im Herbst 2014 damit. Damit soll sichergestellt werden, dass Menschen auch zu Hause gut versorgt werden. Die Zusammenarbeit mit den weiteren Akteuren in der ambulanten Versorgung (v.a. Spitex, Hausärzte) wird dabei sehr hoch gewichtet. Die Voraussetzungen dafür sind in der Region Bassersdorf relativ gut, denn (1) wird das Gebiet von einer einzigen Spitex-Organisation abgedeckt, deren Leitung ein grosses Interesse an einer Zusammenarbeit hat; (2) sind die Hausärzte organisiert und halten regelmässig Qualitätszirkel bei Bedarf mit

Einbezug des KZU und der Spitex ab und (3) bestehen durch das Projekt „Hochaltrigkeit“⁵ bereits Kontakte untereinander, die weitere Synergien und Vernetzung schaffen.

Der Aufwand für die Vernetzung war in den letzten fünf Jahren beträchtlich, um die nun gut funktionierende Zusammenarbeit in der Region Bassersdorf zu erreichen (Sensibilisierungsanlässe und Koordinationssitzungen in den Gemeinden, Fortbildungen, Kontaktpflege, etc.). Für eine gleiche Vernetzung auch in anderen Regionen ist jedoch noch ein langer Atem notwendig. Hauptschwierigkeiten sind dabei die Vielzahl kleiner Spitex-Organisationen und die fehlende Organisation der Hausärzte in Teilen des kommunalen Verbundes.

Eng vernetzt ist das KZU auch mit dem Spital Bülach. Für die Leitung der dortigen Akutgeriatrie wurde vor ein paar Jahren eine 20%-Stelle ausgeschrieben, die in dieser Konfiguration nicht besetzt werden konnte. Die Lösung besteht nun darin, dass Marcel Amstutz, der am KZU angestellt ist, für ca. 20% ans Spital Bülach „ausgeliehen“ wird.

Die Etablierung der Angebote des KZU waren/sind möglich,

- weil Schlüsselpersonen mit einer Vision und viel Engagement hier tätig sind;
- weil mit der Umwandlung in eine IKA die Chance genutzt wurde, im Anstaltsvertrag die Koordination der Gesundheitsversorgung als Zweck des KZU festzuhalten. Die Vernetzung der Versorgung ist ganz klar eine strategische Zielsetzung des Unternehmens.

Beschrieb des Kompetenzzentrums Pflege und Gesundheit

Organisation / Personal

Als öffentlich-rechtlich organisierte interkommunale Anstalt verfügt das KZU über drei Organe: Verwaltungsrat, Geschäftsleitung und Kontrollstelle. Zusätzlich existiert ein Aufsichtsrat, der den Verwaltungsrat wählt und in dem alle 20 Gemeinden vertreten sind.

Das Angebot des KZU besteht aus den beiden Pflegezentren in Bassersdorf und Embrach (inkl. Temporäraufenthalte und Tages-/Nachtklinik), aus Pflegewohnungen in Nürensdorf sowie aus Angeboten für ambulante Therapien „[bei den Menschen zu Hause](#)“.

Der Bereich Therapien umfasst den stationären und ambulanten Bereich mit einer gemeinsamen Leitung. Beim Personal im ambulanten Bereich handelt es sich um Physio- und Ergotherapeutinnen (eine Stelle in Logopädie ist momentan vakant) mit einer Spezialisierung in Geriatrie. Die Therapeuten und Therapeutinnen des stationären und des ambulanten Bereichs bilden ein Team, machen gemeinsame Fortbildungen, helfen sich gegenseitig aus, haben den gleichen Qualitätsstandard (evidenzbasierte Therapie).

Die medizinische Versorgung innerhalb des KZU wird von eigens am KZU angestellten Ärzten/Geriatern sichergestellt. Der Chefarzt des KZU leitet gleichzeitig auch am Spital Bülach die akutgeriatriische Abteilung. Im Kooperationsvertrag mit dem Spital wurde festgehalten, dass er ein hohes Mass Flexibilität hat, aber an mind. 3 Werktagen in Bülach anwesend sein muss.

Angebot

Das Angebot der ambulanten Therapien besteht aus Ergo- und Physiotherapie für geriatrische Patienten, die zu Hause leben. Die Behandlungen finden in den Therapieräumen des KZU oder bei den Menschen zu Hause statt. Die ganze Koordination und die Vermittlung weiterer Dienste für die Betroffenen ist zwar nicht ein offizieller Auftrag, aber zwingend, um den Nutzen für alle Beteiligten zu erhöhen. Dafür braucht es ein breiteres Rollenverständnis und die Kenntnis der Berufskompetenzen aller Akteur/innen. Die integrierte Versorgung, d.h. die Zusammenarbeit mit ande-

⁵ Es handelt sich dabei um die Kampagne „Alles hat seine Zeit“ der Pro Senectute und der Kirchen, die in Bassersdorf auf sehr viel Resonanz gestossen ist. Es hat sich eine Plattform verschiedenster Akteure gebildet, die auch nach Abschluss der Kampagne in Bassersdorf gemeinsame Veranstaltungen organisiert.

ren Leistungserbringern und Berufsgruppen ist in der ambulanten Grundversorgung ein wichtiges, weiterzuentwickelndes Ziel und darf gerade bei hochaltrigen Menschen nicht vergessen werden. Dabei muss das ganze Lebensumfeld mitberücksichtigt werden.

Bei geriatrischen Patienten, die häufig sehr komplex sind, reichen die Berufskompetenzen einer einzigen Berufsgruppe nicht aus: „Da braucht es wirklich die enge Zusammenarbeit, die Vernetzung der Berufskompetenzen vor Ort. Dabei geht es gar nicht unbedingt darum, über lange Zeit beteiligt zu sein. Es geht um den fachlichen Austausch, der in einem stationären Setting selbstverständlich ist – und im ambulanten Setting muss man es halt erst erschaffen.“ So ist die Physiotherapie häufig nötig, weil z.B. Mobilitätsprobleme die Pflege erschweren. Es ist deshalb zielführend, wenn Spitex und Physiotherapeutin bei Bedarf gemeinsam zum Patienten gehen: „Die Physiotherapeutin kann die Situation unterstützen, damit der Transfer im Badezimmer für die Pflegenden wieder besser geht. Das geht nicht, wenn die Spitex am Montag dort ist und die Physiotherapeutin am Dienstag.“ Oder die Ergotherapeutin kann mittels Haushalts- und Wohnungsabklärungen Potentiale erkennen und durch gezielte Informationen und Massnahmen die Selbständigkeit und Lebensqualität der älteren Menschen zu Hause verbessern. Um den Austausch zu erleichtern, wird bei ersten Einsatz bei einem Patienten zu Hause die Spitex informiert, damit beide Seiten wissen, wer die jeweilige Ansprechperson ist.

Im stationären Bereich des KZU werden 80-90% der Patienten von Akutspitälern zugewiesen, zu einem grossen Teil vom Spital Bülach. Durch den Kooperationsvertrag mit dem Spital Bülach sieht der Geriater des KZU diese Personen schon dort. Insgesamt kann durch die Tätigkeit des Geriaters im Spital Bülach die Nachversorgung nach dem Spitalaufenthalt besser gesteuert werden und die Patienten werden auf ihrem Weg länger begleitet. Dabei wird eng mit den Hausärzten und anderen Akteuren zusammengearbeitet: „Ich arbeite sehr vernetzt im Zürcher Unterland, habe überall ein bisschen den Fuss drin“, sagt der Geriater.

Weitere zukunftsweisende Angebote und Projekte des KZU sind u.a. das Pilotprojekt AIDA-Care, das aufsuchende Hilfe für Menschen mit Demenz bietet, das Monitoring Entlassungsplanung für eine integrative ambulante Nachbetreuung und insb. auch das Case Management für die Patientinnen und Patienten im Bereich der temporären Aufenthalte (inkl. Akut- und Übergangspflege). Auf diese Angebote wird hier nicht weiter eingegangen, da dies den Rahmen dieses Berichts sprengen würde.

Kosten und Finanzierung

Die Tarife, die für Ergo- und Physiotherapien zu Hause verrechnet werden können, decken den Aufwand nicht. Die Vernetzung und Koordination (Aufklärungsarbeit, Kontakte pflegen, Schulungen, etc.) ist nur dank Quersubventionierung möglich. Aus Sicht des KZU fallen somit hohe ungedeckte Kosten an, „aber wir machen es, weil es uns wichtig ist, weil wir an den Erfolg glauben.“

Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht wird von einer Ersparnis ausgegangen, weil weniger Heimeintritte notwendig sind: „Gesamtwirtschaftlich lohnt es sich, aber nicht für das KZU als Betrieb.“

Das Spital Bülach bezahlt dem KZU die Leistungen, die der Geriater des KZU dort erbringt. Gleichzeitig erbringt dieser viele Leistungen, die nicht abgerechnet werden können und die für ihn nur möglich sind, weil er einen fixen Lohn erhält. Das sei „volkswirtschaftlich super [weil Hospitalisationen verhindert werden können], aber für den Arbeitgeber nicht so ideal.“

Nachfrage / Inanspruchnahme

Damit die ambulanten Therapien des KZU überhaupt erst nachgefragt werden, braucht es insb. bei den Hausärzten, aber auch bei der Spitex Kenntnisse darüber, was die ambulanten Therapien mit ihrer geriatrischen Expertise zur Versorgung geriatrischer Patienten beitragen können. Es brauchte zu Beginn deshalb einen gewissen Aufwand, um bei den entscheidenden Personen die Berufskompetenzen und die Besonderheit des Angebotes des KZU bekannt zu machen: „Es braucht grosse Bemühungen mit den Hausärzten, mit der Spitex... Man muss sehr viel Herzblut haben und überzeugt sein, dass es für den betroffenen Menschen etwas bringt.“ In der Region Bassersdorf

laufen die Zusammenarbeit und damit auch die Nachfrage gut. In anderen Regionen steht man erst am Anfang und es sind noch grosse Anstrengungen notwendig.

Weil es immer mehr komplexe, geriatrische Patienten gibt und weil die meisten Menschen möglichst lange zu Hause leben möchten, ist der Bedarf zweifellos gegeben.

Erfolgsfaktoren

- Der Kooperationsvertrag mit dem Spital Bülach und die Anstellung eines Geriaters beim KZU, der ans Spital ausgeliehen wird, ermöglichen **Kontinuität und eine breite Angebotspalette**.
- Für die Kontinuität in der Versorgung sind nicht nur Kooperationen auf Leitungsebene notwendig, sondern **persönliche, informelle Kontakte zwischen den verschiedenen Personen an der Front** (zwischen verschiedenen Berufsgruppen, zwischen stationärem und ambulantem Team, zwischen Vertretern verschiedener Institutionen).
- Ein **grosser Einsatz** und ein **gewinnendes Auftreten** helfen bei der Vernetzung.
- Am KZU ist sehr viel **geriatrische Expertise** vorhanden. Der Geriater und das Team der ambulanten Therapien kennen die Versorgungslandschaft sehr gut, sind sehr vernetzt.

Schwierigkeiten und Risiken

- Vielzahl kleiner Spitex-Organisationen und fehlende Organisation der Hausärzte in Teilen des Verbunds (**schwache Glieder reduzieren Effektivität**).
- **Geringes Wissen über die Kompetenzen anderer Fachpersonen:** Es braucht sehr viel Aufklärungsarbeit, damit alle Beteiligten wissen, in welchen Situationen welche anderen Berufsgruppen einen Beitrag leisten können.
- Die **Vernetzungs- und Koordinationsarbeit wird nicht bezahlt und ist in den Tarifsystemen nicht adäquat abgebildet**. Dies macht es schwierig, die einzelnen Akteure (insb. Hausärzte) zur Teilnahme an Treffen, Sitzungen, Rund-Tisch-Gesprächen, etc. zu bewegen.
- Der **Wille zur Zusammenarbeit** über die eigene Organisation hinweg **ist nicht immer gegeben**.
- Kooperation mit Spital Bülach ist nur möglich, weil die Anforderung bezgl. Präsenz des Geriaters im Spital nicht allzu streng angeschaut wird: „Wenn man da strenger wäre, wäre so ein Modell wieder gestorben.“
- Der **Geriater** kann nur den Pfad Akutspital – Pflegezentrum begleiten, nicht jedoch Patienten **im ambulanten Bereich** – „obwohl es mich da eigentlich auch bräuchte.“

G. Gériatrie régionale du Réseau Santé Haut-Léman (RSHL)

Im Unterschied zu den bisher betrachteten Modellen kam im Kanton Waadt der entscheidende Anstoss aus der Politik. Angesichts der Alterung der Gesellschaft und der Zunahme chronischer Erkrankungen erteilte Pierre-Yves Maillard, Vorsteher des Gesundheitsdepartements, 2010 einem Expertengremium den Auftrag, einen Referenzrahmen für die Gesundheitspolitik der nächsten 20 Jahre zu erarbeiten. Die Ziele, die im Bericht „Vieillessement et Santé“ (Deschamps et al. 2012) formuliert werden, sind u.a. eine bessere Koordination der häuslichen Versorgung (Handlungsfeld 2) sowie Strukturen und Prozesse innerhalb der Akutversorgung, welche dafür sorgen, die Autonomie betagter Personen zu bewahren (Handlungsfeld 3).

Bereits zuvor wurden vier regionale Gesundheitsnetze („réseaux de santé“) gegründet, welche die kantonale Politik auf regionaler Ebene umsetzen. Es handelt sich dabei um einen Zusammen-

schluss aller relevanten Leistungserbringer in einer Region.⁶ Neben der Information und Orientierung von Patienten und Angehörigen⁷ besteht ihre Mission v.a. in der Sicherstellung einer besseren Koordination der Versorgung. Im Folgenden wird nun anhand von drei Beispielen aufgezeigt, wie in den einzelnen Regionen die kantonalen Empfehlungen und Vorgaben umgesetzt werden. Das Réseau Santé Haut-Léman (RSHL) ist in verschiedenen Bereichen tätig. Wir konzentrieren uns hier auf die ambulanten, geriatrischen Konsultationen (CGA).

Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Eine der Massnahmen für eine bessere Versorgung im ambulanten Bereich, die im Bericht „Vieillissement et Santé“ erwähnt werden, ist der Aufbau von „Consultations ambulatoires et communautaires de gériatrie“. Das RSHL hat dies 2012 getan. Auch wenn es sich dabei um eine Umsetzung kantonalen Vorgaben handelt, ist die konkrete Ausgestaltung der Konsultationen den einzelnen Gesundheitsnetzen überlassen. Im RSHL entschied man sich dafür, den CGA als Angebot in der 2. Linie zu konzipieren.

Es wurde zu Beginn sehr viel Aufwand betrieben, um die neue Dienstleistung bekannt zu machen, d.h. *„rencontrer les partenaires dans les EMS, dans les CMS, auprès des médecins traitants.“*

Die Etablierung des Dienstes war möglich,

- weil die Politik den entscheidenden Anstoss und Auftrag inkl. Finanzierung gegeben hat;
- weil mit dem regionalen Gesundheitsnetz bereits ein etablierter Akteur existierte, der die Aufgabe übernehmen konnte.

Beschrieb der CGA des RSHL

Organisation / Personal

Das RSHL setzt sich zusammen aus den Spitälern, Pflegeheimen, Spitexdiensten und anderen Akteuren aus der Region. Die wichtigen Leistungserbringer wie auch die Gemeinden sind im „Comité de direction“ und im „Bureau exécutif“ vertreten. Oberstes Organ ist die Generalversammlung.

Die „Consultation gériatrique ambulatoire“ (CGA) ist eines von vielen Angeboten innerhalb des RSHL. Zum Team gehören eine Pflegefachperson mit Koordinationsaufgaben, eine Sekretärin sowie zwei Geriater. Je nach Situation stehen auch Ergo- und Physiotherapeuten für Konsultationen zur Verfügung.

Ein weiterer Fachbereich, der schon länger besteht und eng mit der CGA verbunden ist, ist das „Bureau régional d’information et d’orientation“ (BRIO). Hier besteht das Personal aus den Pflegefachpersonen, die hauptsächlich für die Koordination der stationären Langzeitversorgung zuständig sind, zwei Sozialarbeiterinnen und die sogenannten „infirmières de liaison“, die an den verschiedenen Standorten des Hôpital Riviera-Chablais tätig sind und sich dort um die Schnittstelle Spital/ambulante Versorgung kümmern. Zu erwähnen ist des Weiteren das Case Management (Fachbereich „Coordination de Suivi de Santé“) für eine längerfristige Begleitung von Patienten in komplexen Situationen, die zu Hause durch Spitexdienste betreut werden.

Es besteht eine enge Vernetzung mit allen Leistungserbringern in der Region.⁸ So findet einmal im Monat eine gemeinsame Sitzung mit allen Partnern des Netzwerks statt: *„L’objectif est de développer une culture gériatrique via cette coordination medico-sociale.“*

⁶ Leistungserbringer, die staatliche Subventionen erhalten, sind verpflichtet, dem regionalen Gesundheitsnetz beizutreten.

⁷ Jedes „Réseau de Santé“ betreibt zu diesem Zweck ein „Bureau régionaux d’information et orientation“ (BRIO).

⁸ Der Plan der Politik, die Gesundheitsnetze mit den Spitexorganisationen in sogenannten „Institutions régionales de santé“ zu vereinen, wird deshalb sehr positiv aufgenommen, denn in der Praxis arbeite man bereits so.

Angebot

Die CGA hat als Mission „de s'occuper de faire du dépistage, d'anticiper, d'identifier les personnes fragiles et de s'occuper des situations complexes.“ Meist kommt sie zum Einsatz, wenn es sich um hochkomplexe Patienten in einer Krisensituation handelt: „Ce que l'on voit ce sont surtout des situations dépassées avec des patients non-collaborant qui ont des troubles cognitifs importants, beaucoup de comorbidités, et où il y a une impasse dans l'orientation, dans le projet de soins. Ce sont des situations très lourdes.“

Die CGA kommt nur als 2. Linie zum Einsatz, übernimmt also nicht selber die Versorgung der Patienten. Anfragen kommen von Hausärzten, von der Spitex, vom Spital oder auch von den Betroffenen selbst. Der Hausarzt muss in jedem Fall sein Einverständnis geben, „car c'est lui qui sera le garant de l'application des recommandations proposées dans la consultation.“

Die Konsultationen finden zu Hause oder in einer Institution der Langzeitversorgung statt. Ein 2er Team, bestehend aus einem Geriater und einer „infirmière coordinatrice“ machen eine umfassende Anamnese mit verschiedenen Tests, wobei auch die Situation der Angehörigen berücksichtigt wird: „On a remarqué qu'il faut aussi s'occuper des proches aidants. [...] C'est souvent de lui dont dépend le maintien à domicile.“ Im Anschluss daran werden Empfehlungen abgegeben für den behandelnden Arzt und die involvierten Fachpersonen. Je nach Situation werden weitere Fachpersonen für zusätzliche Untersuchungen und für die weitere Betreuung einbezogen. Es ist ein grosser Aufwand, aber die Empfehlungen seien sehr nützlich für den behandelnden Arzt und die Pflegenden der Spitex, die damit Orientierung für die längerfristige Begleitung erhalten.

Das RSHL bietet weitere Dienstleistungen an, die das Angebot der CGA ergänzen (z.B. Konsultation für pflegende Angehörige, Memory-Sprechstunde, Palliative Care Team, etc.)

Kosten und Finanzierung

Die ärztlichen Leistungen können über TARMED abgerechnet werden. Nichtsdestotrotz ist das Angebot nicht selbsttragend, denn es fallen auch erhebliche Kosten an, die nicht verrechnet werden können – das was notwendigerweise entwickelt werden muss, ist in den Tarifen gar nicht mitgedacht

Ein Teil der Kosten des RSHL wird vom Kanton getragen, ein Teil von den verschiedenen Mitgliedsorganisationen.

Nachfrage / Inanspruchnahme

Pro Jahr werden rund 100 Konsultationen durchgeführt, wobei die Zahlen langsam steigen.

Erfolgsfaktoren

- Vorgaben durch den Kanton betr. Netzworkebildung und Integration, inkl. Finanzierung.
- **Vernetzung der verschiedenen regionalen Leistungserbringer** untereinander: Der **Wille zur Zusammenarbeit** und das **Vertrauen ineinander** gehen über die politischen Vorgaben hinaus.
- **Gemeinsame Sitzungen mit allen Leistungserbringern** unter Wahrung der Versorgung in 1. und 2. Linie; Fokus auf kritische Komplexsituationen.

Schwierigkeiten und Risiken

- **Widerstand einiger Hausärzte**
- **Hausärzte können die Zeit** für Koordinationssitzungen u.ä. nicht - oder **nur sehr beschränkt – fakturieren** und sind deshalb nur schwer dafür zu gewinnen. Ihre Mitarbeit ist jedoch unabdingbar, damit das Modell funktionieren kann.
- Die Konsultationen bei kritischen geriatrischen Komplexsituationen mit medizinischen, pflegerischen, sozialen und psychiatrischen Aspekten sowie der notwendigen Vernetzung werden im TARMED nur betr. ärztlicher Leistung abgebildet. **Das wirkungsvolle Angebot kann daher nicht selbsttragend sein.**
- Die CGA wird **erst in Krisensituation** gerufen, d.h. wenn es schon fast zu spät ist.
- Fachpersonen anderer Disziplinen sind z.T. der **Meinung, dass die Geriatrie unnötig sei** und sie das selbst können. Kritische Situationen werden nicht erkannt.
- Die Notwendigkeit des **Einverständnisses des Hausarztes limitiert die Nachfrage**. Aber weil er die Empfehlungen umsetzen muss, macht ein anderes Vorgehen keinen Sinn.

H. Geriatriische Versorgung des Réseau Santé Nord Broye

Im Norden des Kantons Waadt ist das Réseau Santé Nord Broye (RSNB) daran, unter dem Begriff „gériatrie régionale“ eine umfassende Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer auf die Beine zu stellen, um die Vorgaben der kantonalen Politik zu erfüllen. Die Vision ist, *„de prendre en charge la population avec une vision régionale et non pas avec une vision institutionnalisée.“*

Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Das Projekt der „gériatrie régionale“ startete vor rund einem Jahr. Ausgehend vom kantonalen Programm „Vieillissement et Santé“ soll die geriatrische Versorgung in der Region so umgebaut werden, dass mit den verfügbaren Mittel eine bessere Versorgung der hochbetagten, multimorbiden Menschen möglich wird.

Als erstes mussten die einzelnen Partner an einen Tisch gebracht werden. Im Zentrum stehen dabei die in verschiedenen Institutionen der Region tätigen Geriater. Diese setzten sich mehrmals zusammen, um Ziel und Vorgehen zu besprechen. Ab 2015 nahm eine Arbeitsgruppe („groupe de réflexion“) unter der Leitung von Sylvie Thierry Perez (mit externem Mandat) die weitergehende Planung in die Hand. Dieser Gruppe, die sich monatlich trifft, gehören die Geriater sowie weitere Akteure aus der Gesundheitsversorgung an - diese arbeiten ihrerseits schon länger im Gesundheitsnetz über verschiedene Schnittstellen hinweg zusammen.

Das Projekt erhielt 2016 grünes Licht und finanzielle Unterstützung vom Kanton, um die einzelnen Massnahmen weiterzuentwickeln. Dabei geht es v.a. um eine Analyse des Bestehenden, die Identifikation des Handlungsbedarfs, die Entwicklung und Umsetzung von (Teil-)Projekten und um Überlegungen zur Sicherstellung der langfristigen Finanzierung einer „gériatrie régionale“. Dafür wurden verschiedene Arbeitsgruppen gegründet.

Die Entwicklung wurde begünstigt durch bestehende Strukturen und Rahmenbedingungen wie „la mission des réseaux de soins, l'évolution du BRIO, le choix du RAI comme outil d'évaluation dans les soins à domicile et la volonté d'unifier les systèmes d'information“ (Thierry Perez 2016 : 8).

Einige Massnahmen befinden sich aktuell noch in der Konzeptphase, andere sind bereits operationell. Die Entwicklungsphase soll Ende 2017 abgeschlossen werden.

Die Etablierung des Dienstes war möglich,

- dank dem entscheidenden Anstoss aus der Politik und der finanziellen Unterstützung durch den Kanton für die Entwicklungsphase;
- dank dem Engagement der in der Region tätigen Geriater und deren Willen, das Angebot institutionsübergreifend weiterzuentwickeln;
- dank der Kooperationsbereitschaft des etablierten regionalen Gesundheitsnetzes
- weil im Kanton Waadt bereits verschiedene Elemente, die die Vernetzung fördern oder begünstigen, vorhanden sind.

Beschrieb der geriatrischen Versorgung des Réseau Santé Nord Broye

Organisation / Personal

Die strategische Leitung des Projektes „gériatrie régionale“ liegt beim SSP (comité de pilotage „Vieillessement et Santé“), die operationelle Führung ist in der Hand des Réseau Santé Nord Broye (RSNV). Für die Projektleitung in der Entwicklungsphase wurde ein externes Mandat vergeben.

In der Arbeitsgruppe sind die wichtigsten Akteure der geriatrischen Versorgung der Region vertreten. Eine zentrale Rolle haben dabei die Geriater inne, die in verschiedenen Institutionen tätig sind.

Das Projekt umfasst die gesamte geriatrische Versorgung in der Region. Diese setzt sich zusammen aus den folgenden fünf Elementen: (1) Koordination, (2) Grundversorger, Therapeuten und Fachärzte mit eigener Praxis, (3) stationäre Langzeitversorgung inkl. Kurzaufenthalte, betreutes Wohnen, etc., (4) Spitäler (Akut, Psychiatrie und Rehabilitation) und (5) die „Centres communautaires“ (u.a. Memory Clinic, „Centre de Gériatrie“, Spitex).

Es geht beim Projekt nicht um den Aufbau einer neuen Struktur, sondern um eine Re-Organisation des Bestehenden: „Le système de „gériatrie régionale NV“ [...] se conçoit comme un réseau de professionnels qui se connaissent, qui ont appris à travailler ensemble, et qui se mobilisent autour d'objectifs centrés sur la santé du patient“ (Thierry Perez 2015: 9).

Angebot

Mit der „gériatrie régionale“ soll eine ganzheitliche und integrierte geriatrische Versorgung in der Region entstehen: „Il est constitué des différents lieux d'accueil, d'information et de prise en charge des personnes âgées dans les domaines de la santé et du social. Il est mobilisé dès qu'une personne âgée en perte d'autonomie ou ses proches demandent une information médico-sociale, une aide ou dès qu'un besoin est identifié par un professionnel“ (Thierry Perez 2015 : 9). Verschiedene Massnahmen sind geplant oder bereits umgesetzt, um den Behandlungspfad geriatrischer Patienten über alle Leistungserbringer hinweg zu verbessern. Diese im Detail vorzustellen, würde den Rahmen dieses Berichts sprengen. Deshalb konzentrieren wir uns auf die grossen Linien.⁹

Um ein besseres Funktionieren der geriatrischen Versorgung zu erreichen, werden die Aufgaben und Kompetenzen der verschiedenen Akteure definiert, d.h. es wird Ordnung geschaffen, damit weniger Doppelspurigkeiten bestehen und Lücken in der Versorgung erkannt und geschlossen werden können: „*Tout existe, mais dès fois pas forcément dans le bon ordre ou dès fois pas forcément bien compris. Donc c'est plutôt une mise en ordre et une manière d'utiliser des ressources rares de manières plus efficaces [...] Il y a aussi des outils qui sont en train d'être testés, des critères de détection.*“ Die „critères de détection“ (Alarmzeichen) sind wichtig, weil es v.a. darum geht, gefährdete Patienten zu identifizieren, egal an welchem Ort im Versorgungssystem sie sich aufhalten. Zusätzlich sollen sie auch längerfristig begleitet und integrierter versorgt werden. Dabei geht es weniger um die Entwicklung neuer Angebote, sondern um die Herausforderung einer besseren Integration des Bestehenden.

⁹ Detailliertere Angaben finden sich im Bericht von Sylvie Thierry Perez (2015).

Bei der Re-Organisation der geriatrischen Versorgung ist eine entscheidende Frage, wie die vorhandenen Geriater ihre Zeit am besten nutzen können und welche Aufgaben in welcher Form von anderen Akteuren übernommen werden können. Die Idee ist, dass die Geriater hauptsächlich für die Supervision zuständig sind und die Arbeit bei den Patienten anderen Akteuren überlassen

Wichtig ist, dass geriatrische Expertise nicht nur in den spezialisierten Institutionen zugänglich ist, sondern überall dort, wo hochbetagte, multimorbide Menschen anzutreffen sind Ausgebaut werden deshalb v.a. ambulante Angebote, mit einem besonderen Fokus auf Prävention. Handlungsbedarf besteht bei den Hausärzten: „La perception des médecins installés est encore un obstacle parce que la majorité a cette optique de soins aigus ou de temps en temps ils font appel à un ami spécialisé ici ou là. Notre fonctionnement ne correspond pas à ça.“

Kosten und Finanzierung

Ein Teil der Kosten für die Entwicklung wurde vom Kanton übernommen. Die verschiedenen Institutionen, die involviert, stellen v.a. die Arbeitszeit der Mitarbeitenden zur Verfügung, die für die Entwicklung des Projektes notwendig ist.

Um längerfristig möglichst selbsttragend zu sein, ist man dabei, Modelle auszuarbeiten, damit ein grosser Teil über das KVG finanziert werden kann: „Il y a les questions du codage, de mieux décrire, de mieux coder, de mieux organiser les business plans pour pouvoir avoir le maximum de financement LAMal.“ Man ist sich jedoch bewusst, dass der Finanzierung über das KVG Grenzen gesetzt sind: „La limitation est vite là, même en codant le mieux possible on ne recouvrera pas beaucoup plus que 40%.“ Ohne Subventionen des Kantons ist es deshalb kaum möglich. Die Krankenkassen seien wenig gewillt, in ein solches Projekt zu investieren.

Nachfrage / Inanspruchnahme

Weil sich das Projekt erst in der Entwicklungsphase befindet, sind noch keine Aussagen zur Inanspruchnahme möglich.

Erfolgsfaktoren

- Für eine integrierte geriatrische Versorgung ist die **Koordination der verschiedenen Akteure** essentiell. Dies wird erreicht, in dem man die Fachpersonen regelmässig an einen Tisch bringt und gleichzeitig **eine Trennung zwischen direkter Versorgung und Supervision/Beratung durch Geriater** (2. Linie) gewährleistet.
- Es braucht eine **gemeinsame Vision** aller Beteiligten und **regelmässige Informationen** über den Stand der Arbeiten.
- Es braucht den **persönlichen Kontakt**, bei den Hausärzten aber auch den offiziellen Weg über ihre Berufsorganisationen

Schwierigkeiten und Risiken

- Die Koordination wird erschwert durch **unterschiedliche Finanzierungen, die jeweils nach anderen Prioritäten / für andere Leistungen konzipiert sind**.
- Die auf der Ebene der einzelnen Mitarbeitenden notwendige Haltungs- und Verhaltensänderung ist sehr **zeitaufwendig, sie braucht permanenten Dialog**.
- Vieles was innerhalb der „gériatrie régionale“ gemacht wird, kann **nicht fakturiert** werden: Früherkennung, Dialog, Supervision von Spitexdiensten, Einsatz von Pflegeexpertinnen, lange Anfahrtswege, etc.
- Die Umgestaltung der Versorgung hin zu einer „gériatrie régionale“ ist ein Paradigmenwechsel in der sektoriell organisierten Versorgung - sie braucht viel Zeit.
- Das Verständnis für **interprofessionelle Zusammenarbeit** und die Früherkennung von kritischen Verläufen ist **bei den Hausärzten noch wenig verbreitet**

- **Kostengutsprachen** für geriatrische Rehabilitation werden von den Krankenkassen häufig **abgelehnt** und die Patienten bleiben deshalb zu lange im (teuren) Akutspital.¹⁰
- **Geriatrische Patienten** sind für Spitäler mit einer Akutgeriatrie sehr **lukrativ** und „ça pourrait compromettre la collaboration avec les hôpitaux,“ weil diese kein Interesse haben, auf diese Patienten zu verzichten.

I. REAGER & READOM

Ein weiteres Angebot im Kanton Waadt, ist das Programm REAGER & READOM, das aus einer Zusammenarbeit des „Service de Gériatrie et Réadaptation Gériatrique“ des CHUV und der APROMAD¹¹ entstanden ist. Es handelt sich dabei um ein Angebot in geriatrischer Rehabilitation innerhalb des CHUV (REAGER) und bei den Patienten zu Hause (READOM).

Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Das Projekt REAGER existiert seit 2012. Das Ziel bestand darin, den Patienten im CHUV, die auf einen Platz in der Klinik für geriatrische Rehabilitation (Klinik Sylvana) warteten,¹² bereits auf der Akutstation geriatrische Rehabilitation anbieten zu können. Auch finanzielle Überlegungen spielten dabei eine Rolle. Die Krankenkassen bezahlen für Patienten, die auf einen Platz in der Rehabilitation warten, einen tieferen Tarif als für Patienten mit Akutspitalbedarf. Wenn diese Patienten somit Betten im Akutspital besetzen, entgehen dem Spital Einnahmen. Die Idee bestand somit darin, Betten innerhalb des Akutspitals in Reha-Betten umzuwandeln. Der Service de la Santé Publique (SSP) übergab der geriatrischen Klinik des CHUV und der APROMAD den Auftrag, ein entsprechendes Programm auf die Beine zu stellen.

Zu Beginn war geplant, dass Patienten mit Reha-Bedarf zuerst innerhalb des Akutspitals geriatrische Rehabilitation erhalten (REAGER) und anschliessend zu Hause weiterbetreut werden (READOM). Weil dadurch der Zugang zu READOM eingeschränkt war (s.u.) wurde das Angebot später angepasst.

Die Etablierung des Dienstes war möglich,

- weil die notwendige Expertise innerhalb des CHUV verfügbar war;
- weil es aus betriebswirtschaftlicher Sicht für das CHUV sinnvoll war;
- weil der SSP den entsprechenden Auftrag vergab.

Beschrieb von REAGER und READOM

Organisation / Personal

REAGER und READOM sind Angebote des Service de Gériatrie des CHUV.

Das Team von REAGER setzt sich zusammen aus Geriatern, Pflegefachpersonen, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten des CHUV.

READOM ist als CMS organisiert und aus diesem Grund Teil von APROMAD. Das Team besteht aus Pflegefachpersonen, Pflegehelfer, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten. Letztere sind angestellt im Service de Gériatrie des CHUV, nehmen aber auch an den interdisziplinären Kolloquien von READOM teil und führen Domizilbehandlungen durch. Ein Geriater des CHUV fungiert als Konsiliararzt.

¹⁰ Dieser Punkt wird auch bei REAGER-READOM erwähnt.

¹¹ Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile

¹² Aufgrund einer geringen Anzahl Betten für die Rehabilitation betrug die Wartezeit im Durchschnitt 10 Tage.

Angebot

Das Angebot von REAGER besteht in geriatrischer Rehabilitation für Patienten aller Abteilungen und Kliniken innerhalb des CHUV. Alle Patienten des CHUV, bei denen Bedarf nach geriatrischer Rehabilitation besteht, werden von einer „infirmière de liaison“ evaluiert,¹³ die anschliessend entscheidet, ob sie in das Programm aufgenommen werden oder ob eine stationäre Versorgung in der Klinik Sylvana angezeigt ist. Sie werden in das Programm REAGER-READOM aufgenommen, wenn ihr Zustand stabil genug ist für eine Rehabilitation am Domizil. Ist das der Fall, übernimmt REAGER während ein bis zwei Wochen die geriatrische Rehabilitation innerhalb des Akutspitals, d.h. die Patienten bleiben auf der bisherigen Station, werden aber geriatrisch versorgt.

READOM führt die geriatrische Rehabilitation zu Hause bei den Patienten fort. Nach einer Evaluation durch den Geriater übernimmt das interprofessionelle Team des CMS READOM während max. drei Wochen die Betreuung und Behandlung des Patienten. Falls bereits eine Spitexorganisation im Einsatz ist, werden deren Aufgaben bis zum Abschluss des Programms vom CMS READOM übernommen. Danach wird die Betreuung wieder der bisherigen Spitexorganisation übergeben, die auch die dafür notwendigen Informationen erhält. READOM gibt auch Empfehlungen für die weitere Betreuung ab. Das Ziel von READOM ist die Wiederherstellung der Autonomie bzw. die Verhinderung einer Zustandsverschlechterung und einer erneuten Hospitalisierung.

Zu Beginn war der Zugang zu READOM nur möglich via REAGER. Doch weil dadurch kaum Personen vom Angebot profitieren konnten, kann ein Patient neu auch direkt von zu Hause aus ins Programm eintreten. Die Anmeldung erfolgt in diesem Fall durch den zuständigen Hausarzt, bei dem auch die Fallführung bleibt. Zusätzlich wurde der Entscheid für die Aufnahme in das Programm von REAGER an die „infirmières de liaison“ übergeben und es ist nicht zwingend notwendig, dass auch REAGER zum Einsatz kommt: „Cela a mieux fonctionné. Le processus est moins ralenti et, surtout, cela permet aux personnes qui ont vraiment un bénéfice à passer par READOM de pouvoir partir plus vite dans la filière.“ Einige Patienten werden auch nach Austritt aus der Klinik Sylvana von READOM übernommen.

Das Angebot ist im Perimeter des „Réseau Santé Région Lausanne“ verfügbar und richtet sich an Personen über 65, deren Zustand sich auf Grund eines Sturzes, einer Krankheit oder einer Hospitalisierung rapide verschlechtert hat.

Kosten und Finanzierung

Die Pflege und Therapien zu Hause durch READOM werden von den Krankenkassen übernommen. Hauswirtschaftliche Leistungen werden von den Patienten nach einkommensabhängigen Tarifen selbst bezahlt. READOM funktioniert wie ein Spitexdienst.

REAGER wird als stationäre Rehabilitation bezahlt, d.h. es muss eine Kostengutsprache der Krankenkasse eingeholt werden. Problematisch ist, dass die Kostengutsprachen erst nach 48 Stunden eintreffen und teilweise auch abgelehnt werden.

Nicht fakturiert werden kann „le temps de coordination, de planification, le temps d'entretien, de téléphones.“ Dieser Teil wird durch Subventionen des Kantons abgedeckt.

Weil auch bei geringer Nachfrage hohe Fixkosten anfallen, ist das Programm für den Kanton relativ teuer. Dies obwohl drei Wochen READOM gleich viel kosten wie vier Tage in der Klinik Sylvana.

¹³ Mit Ausnahme der Patienten der Orthopädie: dort sind es die Orthopäden, die bereits vor der Operation entscheiden, ob es sich beim Patienten um einen Kandidaten für REAGER-READOM handelt.

Nachfrage / Inanspruchnahme

In den ersten zwei Jahren wurden sehr viele Patienten evaluiert, um schlussendlich nur wenige davon ins Programm REAGER-READOM aufzunehmen, d.h. es wurden die falschen Patienten gemeldet.¹⁴ Bei Personen, die fit genug waren für eine Rehabilitation zu Hause, hätten die Fachärzte anderer Abteilungen (v.a. der Medizin) gesagt: „Ce patient va bien, il part à la maison, on lui met de la physiothérapie et du CMS parce que si on fait venir REAGER, ça va encore prendre 4-5-jours!“ Auch sind sektorenübergreifende ambulante Angebote noch wenig bekannt: „C'est un élément de changement de culture des gens de manière globale sur le fait que l'on peut avoir des soins qui ne soient pas à l'hôpital.“

Seit es die „infirmières de liaison“ sind, die über den Zugang zu REAGER-READOM entscheiden und seit READOM auch direkt zugänglich ist, haben sich die Zahlen verbessert. Die Auslastung ist jedoch immer noch nicht optimal.

Erfolgsfaktoren

- Man muss bei den verschiedenen Fachpersonen eine **Verhaltensänderung** herbeiführen und das Modell **gut verkaufen**. Alle Beteiligten müssen den Prozess verinnerlicht haben und den Nutzen erkennen. Es gilt, eine neue „Kultur“ aufzubauen, die auch bei Personalrotationen eine gewisse Stabilität hat.
- Eine **Schlüsselperson** ist die „**infirmière de liaison**“, die verantwortlich ist für die Anmeldung der Patienten. Sie musste gut vorbereitet und geschult werden.
- **Schnelligkeit beim Austritts- bzw. Übertrittsmanagement** ist ein zentrales Erfolgskriterium.
- Es ist ein **lernender Prozess**. Das Programm wird bei Bedarf immer wieder adaptiert.

Schwierigkeiten und Risiken

- Weil am Anfang der Zugang zu READOM nur über REAGER möglich war, konnten **nur wenige Personen ins Programm** aufgenommen werden. Das Angebot wurde von den anderen Kliniken als **zu langsam und unnötig** wahrgenommen.
- Das Programm ist relativ klein und deshalb **wenig sichtbar**. Das limitiert die Nachfrage.
- In den meisten Abteilungen des Akutspitals macht man sich **kaum Gedanken um die Austrittsplanung** und denkt darum auch erst viel zu spät an Möglichkeiten wie REAGER-READOM.
- Auch auf Seiten der Betroffenen hält sich die Nachfrage in Grenzen, weil die Vorteile einer Rehabilitation am Wohnort nicht bekannt sind und im Vergleich zu einem stationären Aufenthalt **Ängste auslösen**.
- Die **Kostengutsprachen der Krankenkassen** treffen frühestens nach 48 Stunden ein, was in kritischen Situationen viel zu langsam ist.
- Bei den einzelnen Beteiligten die notwendige Verhaltensänderung herbeizuführen, ist sehr **zeitaufwendig**. Auch aufgrund von **Personalwechseln** muss immer wieder informiert und geschult werden.
- Schwierig sind die **grossen Schwankungen bei der Auslastung**. Aus diesem Grund ist das Programm auch teuer.

¹⁴ Ihr Zustand war zu schlecht für den Austritt nach Hause und sie wurden deshalb in die Klinik Sylvana verlegt.

J. CareNet⁺, Koordinationszentrum für Gesundheit und Soziales

Ein Wunsch für eine verbesserte Versorgung hochbetagter und multimorbider Menschen, der in vielen Gesprächen genannt wird, ist die Einrichtung einer Koordinationsstelle, die eine Art institutionsübergreifendes Case Management bietet. Ein Modell, das genau dies anstrebt, ist CareNet⁺, das im Februar 2016 als Pilotprojekt startete. Im Fokus steht hier zwar weniger die Geriatrie als solche, doch weil sich im Laufe der Erhebung gezeigt hat, dass Defizite v.a. im Bereich der Koordination bestehen, schien es uns angezeigt, auch ein Modell dieser Art einzubeziehen.

Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

CareNet⁺ ist ein zweijähriges Pilotprojekt unter der Trägerschaft von Pro Senectute Kanton Zürich (PSZH), welches durch Koordinationsleistungen im Bezirk Affoltern eine verbesserte zielorientierte und wirkungsvolle Zusammenarbeit aller Leistungserbringer und Kostenträger im Gesundheitsbereich sicherstellen will. Dabei geht es v.a. auch darum, mit einer wissenschaftlichen Begleitung aufzuzeigen, welchen Mehrwert diese neue Form der Zusammenarbeit bringt.

Der Anstoss dazu kann von einer Person, die mit einer Projektidee bei Pro Senectute Kanton Zürich vorstellig wurde und dort auf offene Ohren stiess: „Der Ausgangsgedanke war, dass wir aus der Praxis immer wieder gehört haben, dass man eine Zunahme von Fällen mit sehr komplexen Fällen feststellt. Man hat gesagt: eigentlich müsste man diese Menschen besser durch die ganze Versorgungskette hindurch begleiten können, damit die richtigen Akteure zum richtigen Zeitpunkt involviert werden.“ Die Person wurde angestellt mit dem Auftrag, ein entsprechendes Konzept zu erarbeiten. Ausgehend davon wurde ein Projektantrag an Pro Senectute Schweiz (PSCH) gerichtet. Die Person mit der ursprünglichen Idee hat PSZH in der Zwischenzeit wieder verlassen, ein anderer Projektleiter hat übernommen: „wir haben weiter daran gearbeitet, verschiedenste Partner dazu geholt.“ Wichtig war dabei die Gewinnung von Drittmitteln zur Finanzierung der Konzeptarbeit, des zweijährigen Pilotprojekts und der wissenschaftlichen Evaluation.

Das Knonaueramt wurde als Pilotregion ausgewählt, weil die Gemeinden untereinander schon in einem Zweckverband organisiert sind und weil auch ein Zusammenschluss der Hausärzte besteht: „Das macht es einfacher. Man muss nicht alle einzeln angehen.“ Zudem führte PSZH im Auftrag der Gemeinden im Bezirk Affoltern bereits die Beratungsstelle Gesundheit und Alter, die nun als Basis für CareNet⁺ dient.¹⁵

Nach der Wahl der Region galt es, die lokalen Leistungserbringer (Spitex, Spital, Hausärzte) und Kostenträger (Gemeinden, Krankenkassen) zur aktiven Mitarbeit zu gewinnen. Es wurde ein Detailkonzept erarbeitet und eine Analyse der Aktivitäten auf Bundes- und Kantonsebene und deren Konsequenzen für CareNet⁺ durchgeführt. Anschliessend wurde das zweijährige Pilotprojekt vorbereitet, ein Marketing- und Kommunikationskonzept erarbeitet, Instrumente entwickelt, das wissenschaftliche Evaluationskonzept ausgearbeitet und die Geschäftsstelle in Affoltern a.A. gegründet und personell besetzt. Zu erwähnen ist, dass das Projekt ursprünglich verschiedene Module umfasste, in der Konzeptphase jedoch redimensioniert wurde: „Verschiedene Teile sind als Modul angedacht [z.B. ein aufsuchendes Beratungsangebot], aber wir haben klar gesagt, im Pilot konzentrieren wir uns auf die Koordinationsleistung, um es nicht zu überladen. [...] Auch gegenüber Leistungserbringern müssen wir den Ball ein bisschen flach behalten, damit es nicht nach einer zu komplexen Intervention aussieht.“ Die zusätzlichen Module werden aber weiterhin mitgedacht und werden ev. zu einem späteren Zeitpunkt umgesetzt.

Das Pilotprojekt startete im Februar 2016 und soll zwei Jahre dauern. Bei erfolgreichem Abschluss der Pilotphase ist vorgesehen, CareNet⁺ auch in anderen Regionen einzuführen.

¹⁵ Gemäss dem kantonalen Pflegegesetz sind die Gemeinden im Kanton Zürich verpflichtet, eine Stelle zu bezeichnen, welche Beratung bietet bei Gesundheits- und Altersfragen. Die Gemeinden im Bezirk Affoltern haben sich geschlossen und den Auftrag zur Führung dieser Beratungsstelle der PSZH erteilt. Finanziert wird die Beratungsstelle durch die Gemeinden.

Die Etablierung des Dienstes war möglich,

- weil mit Pro Senectute ein glaubwürdiger und schweizweit renommierter Projektträger mit 100%igem Engagement und Durchhaltewille vorhanden ist, der in der Lage ist, ein solches komplexes Projekt durchzuführen;
- weil Drittmittel im notwendigen Umfang generiert werden konnten;
- weil Projektpartner für die Mitarbeit gewonnen werden konnten.

Beschrieb von CareNet⁺

Organisation / Personal

CareNet⁺ wird getragen von Pro Senectute Kanton Zürich (PSZH). Dort ist auch die strategische und operative Projektleitung und -steuerung angesiedelt.

Eine Projektsteuergruppe mit Vertretern der wesentlichen Leistungserbringer und Kostenträger (Krankenkassen und Gemeinden) unterstützt PSZH in der strategischen Projektausrichtung und der erfolgreichen Entwicklung und Umsetzung des Pilotprojekts: „Da sind inzwischen etwa 12 Organisationen dabei. Das ist also etwas, was wir sicher schon erreicht haben, dass die relevanten Stellen und Personen dabei sind, uns unterstützen und regelmässig zusammen am Tisch sitzen.“ Im Patronat sind der Direktor der Pro Senectute Schweiz (PSCH), der Präsident der Schweizerischen Alzheimervereinigung sowie die Regierungsräte der Zürcher Gesundheits- und Sicherheitsdirektion. Damit ist sichergestellt, dass alle relevanten staatlichen und privaten Akteure involviert und sowohl die strategischen als auch die praktisch-operativen Entscheide breit abgestützt sind.

Die operative Geschäftsstelle befindet sich in den Räumlichkeiten der Spitex Knonaueramt in Affoltern a.A. (in Kombination und Personalunion mit der Beratungsstelle für Alter und Gesundheit des Bezirks). Das Personal besteht aus der Leitung mit Fallführungsverantwortung (50%), einer weiteren Fallverantwortlichen (20%) sowie einem Mediator zur ad hoc Leitung von interdisziplinären Fallkonferenzen und Kostenträgerkoordinationssitzungen.

Notwendig sind zudem aktive Projektpartner als Zuweiser und für die Fallkoordination. So wird gesagt, dass „die wichtigste Vorbedingung für das Gelingen von CareNet⁺ die Motivation zur aktiven Mitarbeit der Leistungserbringer und Kostenträger“ ist. Die Zusammenarbeit erfolgt auf der übergeordneten Ebene durch den Einbezug in der Projektsteuergruppe und im Patronat (s.o.) sowie auf der Mitarbeitenden-Ebene für die konkrete Fallarbeit im Bezirk. Neben den aktiven Partnern werden weitere Akteure wie Krankenkassen oder Leistungserbringer einbezogen, wenn sie in einen konkreten Fall involviert sind: „Bei den anderen Kassen machen wir es so, wenn wir einen Fall haben und sehen, es ist eine andere Kasse, dann gehen wir individuell auf sie zu.“

Angebot

Das Angebot von CareNet⁺ richtet sich an betagte Menschen, die aufgrund eines komplexen Krankheitsbildes individuelle, fallspezifische Hilfe im gesundheitlichen und sozialen Bereich benötigen. Dies betrifft nur wenige Personen, doch diese sind hochkomplex und häufig kostenintensiv.

Ziele sind die Verbesserung der Qualität, der Effektivität und der Effizienz der Versorgung durch eine gezielte Koordination der Leistungserbringer und Kostenträger. Indem Doppelspurigkeiten und Ineffizienz vermieden werden, soll auch den steigenden Kosten im Gesundheitsbereich entgegengewirkt werden. Eine hohe Priorität wird der Früherkennung von bio-psycho-sozialen Problemen sowie der Gesundheitsförderung und Prävention beigemessen. Dabei wird kein Parallelangebot aufgezogen, „sondern wir wollen mit dem arbeiten, was vorhanden ist.“

Patienten werden von ihrem Arzt, der Spitex oder einer anderen zuweisenden Stelle an CareNet⁺ vermittelt oder sie gelangen über eine Erstberatung in der Beratungsstelle für Alters und Gesundheit zu CareNet⁺. Wird ein Fall aufgenommen, wird eine professionelle Bedarfsabklärung durchgeführt und mit Betroffenen und Angehörigen die weiteren Schritte besprochen. Die Case Managerin von CareNet⁺ übernimmt sämtliche koordinativen Aufgaben mit den verschiedenen Leistungser-

bringen und Kostenträger, sie hält die Fäden in der Hand und behält den Überblick über ausstehende und bereits getätigte Abklärungen und Massnahmen. Das Leistungsspektrum von CareNet⁺ umfasst (1) Situationsanalysen, (2) das Erarbeiten von Behandlungsplänen, (3) die Koordination der Leistungserbringung und Fallmonitoring und (4) die Sicherstellung der Finanzierung. Es werden Fallkonferenzen organisiert, d.h. ein Fall wird besprochen unter Einbezug der verschiedenen Akteure inkl. der Betroffenen und Angehörigen. Die Moderation der Fallkonferenzen macht Anton Schaller: „Seine Bekanntheit als TV-Mann ist ein Vorteil. Dadurch ist die Akzeptanz gross.“

Die koordinierte, fallbezogene Zusammenarbeit wird dabei über für alle Netzwerkpartner verbindliche Prozesse und transparente Regeln abgewickelt und dokumentiert.

Zusätzlich wird das Pilotprojekt bzgl. Machbarkeit und Wirksamkeit wissenschaftlich begleitet.

Kosten und Finanzierung

Für die Entwicklung, Vorbereitung, Realisierung und die wissenschaftliche Begleitung des zweijährigen Pilotprojekts sind Gesamtkosten von rund CHF 1.6 Mio. veranschlagt. Diese Projektkosten werden durch PSCH, PSZH und durch Beiträge von Stiftungen und Organisationen gedeckt. Die wissenschaftliche Evaluation wird durch das BSV mitfinanziert.

Für die Weiterführung nach Ablauf der Pilotphase sollen die Gemeinden und Krankenkassen gewonnen werden: „Es wird dann wahrscheinlich um eine Grundfinanzierung durch die Gemeinden gehen. Da müssen wir ein OK bekommen von den Gemeinden, dass sie da weitermachen, dass sie einen Teil der Finanzierung übernehmen.“

Nachfrage / Inanspruchnahme

Bislang (Stand Aug. 2016) wurden ca. 8 Fälle aufgenommen. Dies entspricht der Planung, um bis zum Abschluss des Pilotprojekts mind. 50 Fälle bearbeiten und wissenschaftlich auswerten zu können. Jedoch kommen die Anfragen nicht von selbst: „Es ist ganz klar eine Frage der Etablierung. Es braucht einfach Zeit, bis das bei den Leuten angekommen ist, bei den involvierten Stellen, dass es die Akzeptanz findet, damit sie dann auch Fälle weitergeben.“

Grundsätzlich wird von einem laufend steigenden Interesse bei den Projektpartnern im Bezirk berichtet. Gemäss dem Feedback verschiedener Stakeholders aus der Region sowie dem Interesse von Behörden auf Gemeinde, Kantons- und Bundesebene wird das Konzept als hochinnovativ und bedarfskonform eingeschätzt.

Erfolgsfaktoren

- Die **Neutralität der Trägerschaft** und deren **gemeinnützigen Charakter** (kein gewinnorientierter Leistungsauftrag, keine Verbindung zu Leistungserbringern oder Kostenträgern) trägt zur besseren Akzeptanz bei und ermöglicht eine Optimierung der Versorgung.
- Die **enge Einbindung von Leistungserbringern, Kostenträgern und Behörden** ermöglicht einen Austausch auf gleicher Augenhöhe und erhöht damit die Akzeptanz der Partner von Lösungen in schwierigen Versorgungssituationen.
- Die **Bereitschaft zur Zusammenarbeit** bei allen Beteiligten ist vorhanden.
- Die **finanziellen Mittel** sind vorhanden, um versch. Leistungserbringer für ihre Mitarbeit am Projekt zu entschädigen. In der Umsetzungsphase sollte der Aufwand über die Fallpauschale gedeckt sein.
- Die bisherige Case Managerin von CareNet⁺ war im Bezirk **gut vernetzt und akzeptiert**: „Die Akzeptanz bei den verschiedenen Akteuren ist gut. Das liegt aber sicher auch an der Person, die diese Aufgabe bis jetzt gemacht hat. Sie war sehr bekannt und geschätzt.“ Damit es funktioniert, wird gesagt, müsse man ein „Sympathieträger“ sein.

Schwierigkeiten und Risiken

- Noch haben sich nicht alle an die **interprofessionelle Zusammenarbeit** gewöhnt.
- Die verschiedenen Akteure zur Mitarbeit zu gewinnen ist herausfordernd. Es bestehen **Konkurrenzängste**, zumindest teilweise auch bei Krankenkassen, die ihr Case Management gefährdet sehen. „Zusammenarbeit ist ein zartes Pflänzchen.“
- Für Hausärzte kann es schwierig sein, ein **Zeitfenster für die Fallkonferenzen** ausserhalb der Sprechstunden zu finden.
- Es braucht das **Vertrauen der Klienten** und sie müssen bereit sein, die involvierten Stellen von der Schweigepflicht zu entbinden.
- Ob das Projekt nach **Ablauf der Pilotphase** weiterläuft ist ungewiss. Entscheidend ist dabei v.a. die **Finanzierung**.
- Nicht alles, was diskutiert wurde, konnte umgesetzt werden. Es braucht eine **Konzentration der Kräfte** und ein Setzen von Prioritäten.
- Es braucht eine **kontinuierliche Betreuung der Partner** auf allen Ebenen, was relativ viel Zeit in Anspruch nimmt: „Der Aufwand für die Überzeugungsarbeit ist sehr hoch. Das ist Knochenarbeit. Da ist man am Türfallenputzen.“

5. Auswertung

Die Schlussfolgerungen, die sich aus der Analyse dieser zehn Good-Practice-Modelle und der geführten Gespräche ziehen lassen, können wie folgt resümiert werden:

- Viele Experten orientieren sich an internationaler Best Practice.
- Das Erreichte kann keinen Endpunkt darstellen, sondern ist eine Entwicklung in die richtige Richtung.
- Auch den guten Projekten fehlt es an langjähriger Erfahrung (ausser bei der UGC in Genf)

Obwohl die betrachteten Modelle in Bezug auf Entstehungsgeschichte, Rahmenbedingungen, Auftrag und Angebot sehr heterogen sind, sind einige allgemeingültige Aussagen möglich.

- Erfolgsfaktoren Risikokonstellationen und Schwierigkeiten sind immer ähnlich.
- Auch die Vorstellungen, wie eine gute Praxis und optimale geriatrische Versorgung aussehen müsste, unterscheiden sich kaum.

In der Analyse und Synthese lassen sich die Kernelemente wie folgt darstellen:

5.1 Nutzenbewertung der Good-Practice-Modelle

In welcher Art und Weise die analysierten Good-Practice-Modelle zu einer besseren Versorgung der hochbetagten, multimorbiden Menschen beitragen, zeigt sich in erster Linie bei den Outcomes und positiven Auswirkungen einer besseren Koordination der Versorgung.

In Tabelle 2 sind die Aussagen zu Nutzen und Grenzen der Good-Practice-Modelle aufgelistet. Dabei zeigt sich, dass häufig ähnliche Punkte genannt werden.

Positive Effekte bei Versorgungsqualität, Arbeitszufriedenheit und Bildung

Für die Patienten, die in den Genuss der angebotenen Leistungen kommen, verbessert sich zweifellos die **Qualität der Versorgung**. Dank dem Einbezug geriatrischer Expertise bzw. der besseren Integration gibt es

- weniger Komplikationen,
- können Hospitalisationen und Verlegungen vermieden werden,
- werden die betroffenen Personen besser triagiert (Verlegung auf Akutgeriatrie bei Bedarf, passende Reha-Einrichtung nach Spitalaufenthalt).

- Auch von einer steigenden Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen wird berichtet. Zweitens ist die Behandlung und Betreuung insb. von Menschen mit einer Demenz oder einem Delir sehr anspruchsvoll und für die Behandlungs- und Betreuungsteams sehr belastend. Durch die Entlastung und Unterstützung durch die spezialisierten Dienste **steigen die Arbeitszufriedenheit und die Berufsverweildauer**.

Drittens haben die meisten Good-Practice-Modelle auch einen **Bildungseffekt**. Die Vernetzungen, die dank innovativer Versorgungsmodelle entstehen, fördern den Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen Geriatrie und anderen Fachgebieten. Die Fachpersonen anderer Bereiche und Disziplinen erweitern dank den abgegebenen Empfehlungen ihre geriatrische Kompetenz. Zusätzlich bieten mehrere der betrachteten Modelle attraktive Ausbildungsplätze für angehende Mediziner, die so auf die Herausforderungen im Versorgungssystem der Zukunft vorbereitet werden.

Bessere Versorgung: für wen?

Dass Good-Practice-Modelle die Versorgung im Allgemeinen verbessern, ist unbestritten. Entscheidend ist jedoch, wer davon profitiert. Hier zeigt sich, dass häufig **nur ein Teil der Patienten mit geriatrischem Versorgungsbedarf Zugang zu diesen Leistungen** hat.

Die zehn Modelle lassen sich diesbezüglich in zwei Gruppen unterteilen: Während die Modelle E, F, G, H, I und J grundsätzlich für die gesamte Bevölkerung zugänglich sind, richten sich die Modelle A, B, C und D ausschliesslich an Personen innerhalb einer Institution.

Mit Ausnahme von A handelt es sich dabei um Akutspitäler. Dort erhalten Patienten auch bei einer Versorgung auf einer anderen Abteilung als der Akutgeriatrie Zugang zu geriatrischer Expertise oder die Versorgung wird integrierter erbracht als dies üblicherweise der Fall ist. Das ist sicher wichtig, reicht jedoch nicht aus. Die grosse Mehrheit der hochbetagten, multimorbiden Menschen befindet sich nicht in einem Spital, sondern zu Hause oder in einem Pflegeheim.

Entscheidender wäre es, diesen Menschen bereits **vor einer möglichen Hospitalisierung Zugang zu geriatrischer Expertise zu ermöglichen**: Prävention und nicht nur Reaktion im Sinne einer Krisenintervention. Gute Geriatrie, wird gesagt, sei v.a. Prävention, aber das fehlt, wenn Geriatrie hauptsächlich im Spital stattfindet. Dies sei auch ein Ziel der Spitäler denn „*quand on rentre par le biais des urgences à l'hôpital, le gériatrie a juste les yeux pour pleurer parce qu'il sait que le patient va sortir une semaine plus tard et son potentiel a diminué parce qu'il est couché au lieu de marcher.*“ Zukunftsweisende Versorgungsmodelle gehen deshalb über die Akutversorgung hinaus und richten sich auch an Menschen zu Hause und in Alters- und Pflegeheimen. **Ein ganzheitlicher Blick, wie er v.a. in der Westschweiz praktiziert wird, ist deshalb besonders wichtig.**

In Bezug auf die hier betrachteten Modelle wird auch immer wieder betont, dass der **Bedarf grösser sei als die Nachfrage**. Ob ein Patient Zugang zu geriatrischer Expertise erhält, ist abhängig vom Willen und der Einschätzung der behandelnden Ärzten oder anderen Fachpersonen. Der Bezug ist somit mehr oder weniger zufällig: „*Es gibt natürlich viele geriatrische Patienten, die wahrscheinlich davon [von einem geriatrischen Konsil] profitieren könnten. Aber die werden halt anders, auf anderen Wegen versorgt. Aber der Bedarf ist da, der Bedarf ist in jedem Spital da. Das Durchschnittsalter, die Multimorbidität steigt, alle die multidimensionalen Krankheiten.*“

Ein weiteres Problem ist die Tatsache, dass die Fachpersonen mit geriatrischer Expertise häufig erst in Krisensituationen beigezogen werden. Will man Menschen mit geriatrischem Versorgungsbedarf frühzeitig erkennen und betreuen, braucht es einen Blick auf die gefährdeten Personen – und dies auch zu Hause und in der Langzeitversorgung. Ein **systematisches Screening bzw. die Definition von Alarmzeichen zum Erkennen von kritischen Situationen und Verläufen** in den verschiedenen Versorgungsbereichen wäre somit ein entscheidender Schritt hin zu einer besseren Versorgung (vgl. Kanton Thurgau 2016: 11). Es gibt zwar bei einigen Modellen Bestrebungen, Alarmkriterien zu definieren und Fachpersonen anderer Bereiche zu schulen, damit geriatrische Expertise früh genug einbezogen wird (z.B. Modell H). Der Aufwand dafür ist aber relativ gross, weshalb dies erst selten der Fall ist.

Die Frage der Nachhaltigkeit

Konsiliardienste (Modelle A, B, C) und auch geriatrische Konsultationen am Wohnort der Patienten (Modell G) werden häufig nur punktuell beigezogen. Die Aufgabe besteht darin, Empfehlungen abzugeben, die anschliessend vom Hausarzt und den anderen Fachpersonen umgesetzt werden. Ob dies auch tatsächlich der Fall ist, wird jedoch **meistens nicht überprüft, weil eine langfristige Begleitung fehlt**. Zudem wird der Nutzen dieser Modelle teilweise aus Konkurrenzangst in Frage gestellt. Aus diesem Grund wird auch gesagt, dass Patienten mit geriatrischem Versorgungsbedarf mehr von einer Behandlung auf einer Spezialstation profitieren als nur vom Einbezug eines Konsiliardienstes.

Es herrscht grosse Einigkeit darüber, dass eine längerfristige Begleitung sinnvoll wäre: „Es bräuchte mehr Substanz, denn nachher, wenn man dem Hausarzt sagt, er müsse das in den nächsten vier Wochen engmaschig kontrollieren, dann sagt der sich: ‚Das mache ich nie mehr, da habe ich ja die ganze Arbeit.‘ Und ich selber, ich gebe zwar diese Empfehlungen ab, aber ich habe keine Zeit.“ Gerade bei geriatrischen Patienten mit häufig mehreren chronischen Krankheiten wäre mehr **Nachhaltigkeit mit einem Gesamtblick wichtig**. Es wird in den Gesprächen aber auch darauf hingewiesen, dass ein Ausbau in diese Richtung zu mehr Konkurrenzangst und damit zu mehr **Konflikten mit den Hausärzten oder anderen Leistungserbringern** führen würde (vgl. Kap. 5.4). Im RSNB (Modell H) sieht man die Lösung darin, den Lead bei den Hausärzten zu belassen, mit standardisierten Prozessen und einer engen Begleitung durch Geriater und spezialisierten Pflegefachpersonen aber trotzdem eine gewisse Nachhaltigkeit sicherzustellen.

Eine institutionsübergreifende Vernetzung ist selten

Bei einigen Modellen wird wirklich eine institutionsübergreifende Vernetzung angestrebt, bei anderen verbessert sich jedoch nur die Koordination innerhalb einer Institution oder an einer Schnittstelle. Es ist wenig erstaunlich, dass letzteres häufiger anzutreffen ist, denn Projekte dieser Art sind einiges einfacher umzusetzen als wenn mehrere Leistungserbringer betroffen sind. Aus diesem Grund muss konstatiert werden, dass das **Ziel einer verbesserten Koordination** – von einigen Ausnahmen abgesehen – **noch weit entfernt** ist. Versorgungsmodelle, die an der Grenze einer Institution enden, bringen zwar auch einen Nutzen, aber „solche Dienstleistungen sind vor allem dann gut, wenn sie Teil eines Versorgungsnetzes sind.“

Gesamtwirtschaftlicher Gewinn vs. betriebswirtschaftliche Kosten

Es zeigt sich immer wieder das gleiche Bild: **Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht kann mit grosser Wahrscheinlichkeit von sinkenden Kosten ausgegangen werden**. Davon sind praktisch alle Gesprächspartner überzeugt: „Ich bin sicher, dass wir dank unserer Interprofessionalität viele Hospitalisierungen und Komplikationen vermeiden können. Auch die verbesserte Koordination führt sicher dazu, dass die Gesamtkosten sinken.“ Gleichzeitig sind solche **Einsparungen aber schwierig zu messen**: „Das ist der heilige Gral, dass man sagen könnte, wie viel Geld sparen wir denn nun wirklich. Aber wir haben festgestellt, dass wir das in den 2 Jahren nicht abschliessend beurteilen können mit den Mitteln, die wir zur Verfügung haben.“

Auf der anderen Seite **lohnt sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht kaum eines der präsentierten Good-Practice-Modelle**. Eine Ausnahme sind Stationen wie die Alterstraumatologie am USZ (Modell B), in der Patienten dank der Integration von geriatrischen und chirurgischen Kompetenzen besser und auch kostengünstiger behandelt werden können und wo sich auf Grund der Finanzierung über (die ohnehin höheren) Fallpauschalen ein finanzieller Nutzen für das Spital ergibt.

In den meisten Fällen fallen hingegen Kosten an, die nicht gedeckt sind. Das kann heissen, dass durch die bessere geriatrische Versorgung höhere Kosten entstehen, denen keine zusätzlichen Einnahmen gegenüber stehen. Oder die Versorgung wird an sich günstiger, die (geriatrischen) Leistungen können aber aus verschiedenen Gründen nicht abgerechnet werden (vgl. Kap. 5.3).

Tabelle 2: Nutzen und Grenzen der betrachteten Good-Practice-Modelle

Modell	Versorgungsqualität	Koordination	Mitarbeiterzufriedenheit	Bildungseffekt	Ökonomischer Nutzen
A. Geriatriischer Konsildienst der Stadtzürcher Alterszentren	Hohe Zufriedenheit bei Patienten/Angehörigen Bessere Betreuung und Behandlung geriatrischer Patienten dank geriatrischer Expertise Dank niederschwelligem Zugang zum GKD wird geriatrischer Versorgungsbedarf eher erkannt. Aber: Beizug des GKD ist zufällig und es gibt keine Überprüfung, ob Empfehlungen umgesetzt werden (fehlende Nachhaltigkeit)	Patienten erhalten Zugang zu geriatrischer Expertise ohne dass eine Verlegung in ein Spital nötig ist. Aber: i.d.R. bleibt es bei einem Konsil. Der GKD hat nicht die Ressourcen, die Patienten längerfristig zu begleiten und Umsetzung der Empfehlungen zu kontrollieren.	Steigende Mitarbeiterzufriedenheit, da das Pflege- und Betreuungspersonal eine Ansprechperson hat, die sie in schwierigen Situationen unterstützt. Sie erhalten konkrete Tipps, die den Arbeitsalltag erleichtern. Auch Hausärzte werden bei der Betreuung geriatrischer Patienten in den Alterszentren unterstützt. Ihre Nachfrage hält sich jedoch in Grenzen.	Dank den Berichten, die an Hausärzte und Pflegepersonal abgegeben werden, kann das geriatrische Fachwissen in der Grund- und Langzeitversorgung gefördert werden.	Den 40'000.-, die durch die ASZ finanziert werden, stehen keine Einnahmen gegenüber. Der betriebswirtschaftliche Nutzen ist höchstens indirekt und nicht belegbar (ev. weniger Personal-Fluktuation). Auch beim Waidspital fallen durch die Bereitstellung des GKD geringe ungedeckte Kosten an. Gesamtwirtschaftliche Einsparungen werden angenommen (weniger Komplikationen, weniger Hospitalisationen), können aber nicht belegt werden.
B(a). Konsiliardienst der Klinik für Geriatrie, Universitätsspital Zürich	Bessere geriatrische Versorgung und bessere Austrittsplanung beim Einbezug des Konsiliardienstes. Aber: Beibezug des Konsiliardienst ist zufällig – Bedarf ist grösser als Nachfrage – und keine Überprüfung bzgl. Umsetzung der Empfehlungen	Konsiliardienst ermöglicht ersten Kontakt zwischen Fachärzten versch. Kliniken, Grundlage für weitergehende Zusammenarbeit.	Entlastung der Fachpersonen anderer Abteilungen	Konsilien haben Lerneffekt: Fachärzte versch. Richtungen erweitern ihre geriatrische Kompetenz	
B(b). Zentrum für Alterstraumatologie, Universitätsspital Zürich	Nachhaltige Verbesserung der Behandlungsergebnisse, weniger Komplikationen und Re-Hospitalisationen, steigende Patientenzufriedenheit	Geriatrische Patienten der Unfallchirurgie erhalten innerhalb des USZ koordinierte Versorgung, aber Koordination bleibt auf USZ beschränkt.	Studien zu vergleichbaren Modellen zeigen positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Mitarbeitenden (Beck 2012: 9).		Laut Studien sinkende Fallkosten mit der Einführung integrierter, gerontotraumatologischer Versorgung. Sinkende Gesamtkosten, da weniger Komplikationen und Re-Hospitalisationen
C. Interprofessioneller Konsildienst für ältere Patienten im Akutspital & pflegerischer Delir-Konsildienst, Universitätsspital Basel	Dank Konsildienst günstigerer Delirverlauf, kürzere Hospitalisationen Interprofessionalität ermöglicht ganzzeitliche Beurteilung und Empfehlungen. Aber: akutgeriatrische Spezialstationen erreichen mehr als Konsildienste.	Der Konsildienst kann dank guter Kenntnisse der Versorgungslandschaft zu einer besseren Nachversorgung führen, ist in seiner Tätigkeit jedoch auf das Unispital begrenzt.	Hochkomplexe und/oder delirante Patienten sind sehr belastend für die Pflegenden im Spital. Es sei deshalb sehr wertvoll, wenn ein Back-up vorhanden ist, wenn man jemanden anrufen kann, v.a. auch niederschwellig.	Bildungseffekt durch Konsilien zeigt sich bei den Anfragen, die immer konkreter werden.	Leistungen der APNs können vom USB nicht verrechnet werden. Durch die Vermeidung von Komplikationen Senkung der Behandlungskosten

Modell	Versorgungsqualität	Koordination	Mitarbeiterzufriedenheit	Bildungseffekt	Ökonomischer Nutzen
D. Akutgeriatrische Station im Psychiatristützpunkt, Spital Affoltern	Kleinheit und Atmosphäre der Station hat positiven Einfluss auf Delir-Verlauf, d.h. weniger Fixierungen, weniger Psychopharmaka, weniger Komplikationen, kürzere Aufenthaltsdauer	Patienten erhalten ganzheitliche Betreuung. Keine Verlegung vom Akutspital und die Psychiatrie (und zurück) nötig. Aber: verbesserte Koordination ist sektoriell – sie beschränkt sich auf Spitalaufenthalt.	Entlastung der Mitarbeitenden in „normalen“ Akutspitalern, die mit dieser Patientengruppe überfordert sind. Team dieser Station hat Arbeitsplatz bewusst gewählt und ist trotz schwieriger Patientenpopulation sehr motiviert.		Aus Spitalsicht lohnt sich Station nicht. Tiefere Gesamtkosten da nur noch nach DRG abgerechnet wird und nicht auch noch Aufenthalt in der Psychiatrie nach Psychiatrie-Tarif. Gesamtkosten sinken auch dank weniger Komplikationen und geringerem Betreuungsbedarf (z.B. keine Sitzwache)
E. Unité de gériatrie communautaire, Hôpitaux Universitaires Genève	Patienten, die zu Hause oder in Pflegeheimen leben, erhalten einen besseren Zugang zu geriatrischer Expertise. Dank der Erarbeitung von „critères d’alarme“ werden gefährdete Personen früh genug erkannt. Sie erhalten eine längerfristige geriatrische Versorgung durch ein interprofessionelles Team.	Die Koordination der Versorgung wird verbessert, auch soziale Aspekte werden berücksichtigt. Viele Kontakte zwischen verschiedenen Akteuren in Gesundheits- und Sozialsystem		Die UGC trägt bei zur Ausbildung der zukünftigen Ärzte, die so besser auf die ambulante Versorgung geriatrischer Patienten vorbereitet werden.	Die UGC ist nicht selbsttragend. Der gesamtwirtschaftliche Nutzen ist sicher gegeben, da Hospitalisationen und unnötige Behandlungen dank der besseren Koordination vermieden werden. Der Nutzen ist aber schwierig messbar.
F. KZU Kompetenz-zentrum Pflege und Gesundheit, Bassersdorf	Interprofessionalität führt zu besserer Versorgung. Menschen können länger zu Hause bleiben (oder rascher wieder nach Hause zurück). Gute geriatrische Versorgung und optimale Organisation der Nachbetreuung bereits im Akutspital.	Verbesserte Koordination in der ambulanten Versorgung. Vernetzung Spital - Langzeitversorgung dank Austausch geriatrischer Expertise, transparente Übergänge	Die Arbeit bei den Menschen zu Hause und die Vernetzung mit den anderen Akteuren werden als vielseitig und bereichernd erlebt. Gute Beziehung zu anderen Akteuren verbessert die Arbeitsqualität.	Dank Schulungen Verbesserung geriatrischer Kompetenzen bei Spitex, Hausärzten, etc. Die Kooperation KZU - Spital ermöglicht innovative Modelle der ärztlichen Ausbildung	Angebote des KZU sind nur dank Quersubventionierung möglich. Kostenersparnisse aus gesamtwirtschaftlicher Sicht, weil Heimeintritte hinausgezögert werden.
G. Consultations gériatrique ambulatoire du Réseau Santé Haut-Léman (RSHL)	Bessere Versorgung geriatrischer Patienten, weniger Komplikationen. Grosse Dankbarkeit der Angehörigen, auch angehört zu werden.	Zusammenschluss versch. Akteure im RSHL ist wichtige Grundlage für koordinierte Versorgung.		Austausch der versch. Akteure verbessert Kompetenz in Interprofessionalität und Geriatrie.	Die CGA sind nicht selbsttragend, aber sinkende Gesamtkosten dank besserer Versorgung (weniger Doppelspurigkeiten, weniger Komplikationen).

Modell	Versorgungsqualität	Koordination	Mitarbeiterzufriedenheit	Bildungseffekt	Ökonomischer Nutzen
H. Gériatrie régionale du Réseau Santé Nord Broye	Ein Fokus auf Prävention und geriatrische Angebote im ambulanten Bereich hilft, kritische Verläufe frühzeitig zu erkennen und Komplikationen zu verhindern. Dank Koordination optimalere Versorgung: Patient wird zur richtigen Zeit am richtigen Ort behandelt. Bessere Lebensqualität	Die „gériatrie régionale“ strebt eine umfassende Vernetzung aller Akteure der geriatrischen Versorgung an geht proaktiv auf die Leistungserbringer und Organisationen zu.	Attraktives Arbeitsumfeld dank Vernetzung	Da vorhandene Geriater v.a. in 2. Linie tätig sind, ist geriatrische Expertise für alle Fachpersonen einfacher zugänglich Austausch hat Bildungseffekt.	Ziel ist weniger Hospitalisationen: Kosten für Versorgung als Ganzes sinken. Aber Projekt ist nicht kostendeckend, weil vieles nicht fakturiert werden kann.
I. REAGER et READOM (Service de Gériatrie et Réadaptation du CHUV et APROMAD), Lausanne	Patienten können früher nach Hause (verhindert negative Effekte einer zu langen Hospitalisation) Geringeres Risiko von Rehospitalisationen. Bei der Reha zu Hause kann direkt auf die konkreten Lebensumstände eingegangen werden = nachhaltiger.	Es werden Brücken geschaffen zwischen verschiedenen Bereichen und Berufsgruppen (v.a. Spital – Spitex): man lernt versch. Perspektiven kennen und arbeitet besser zusammen. Verbesserter Übergang vom Akutspital nach Hause.	Die Spitex hat mehr Zeit, um nach einem Spitalaustritt die Betreuung zu Hause zu organisieren. Die Patienten sind dank READOM in einem besseren Zustand, wenn die Spitex übernimmt = Entlastung.	Transfer von Wissen und Kompetenzen (innerhalb der verschiedenen Abteilungen des CHUV und in die ambulante Versorgung hinein).	Gesamtkosten sinken, da ambulanten Betreuung günstiger ist als stationär und weil Rehospitalisationen verhindert werden können. Das Programm funktioniert dank Subventionen des Kantons.
J. CareNet*, Koordinationszentrum für Gesundheit und Soziales im Knonauseramt	Bessere Information und vereinfachter Zugang zu verschiedenen Versorgungsleistungen für die Klienten von CareNet* Klienten werden „besser begleitet, ernst genommen. Sie müssen nicht von Stelle zu Stelle pilgern.“	Aktive, koordinative Fallsteuerung ermöglicht optimale Versorgung in medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Hinsicht. Alle Akteure sitzen gemeinsam am Tisch und bringen versch. Perspektiven ein.	Entlastung für existierende Leistungserbringer, die schwierige und oft nicht kostendeckende (meist administrative) Arbeiten an die Fachstelle delegieren können.	Austausch zwischen den Leistungserbringern fördert Kompetenz und Verständnis.	Im Fallverlauf eher steigende Gesamtversorgungskosten, im Langzeitverlauf wird mit Kosteneinsparungen gerechnet (jedoch schwierig zu messen und zu belegen).

5.2 Die optimale Versorgung – noch ein weiter Weg zu gehen

In den Gesprächen wurde nicht nur das jeweilige Modell besprochen, sondern es wurden auch allgemeine Schwierigkeiten in Bezug auf die geriatrische Versorgung in der Schweiz thematisiert.

Geriatrische Patienten sind (k)eine Randgruppe

Ein zentrales Thema in allen Gesprächen ist die Tatsache, dass die Anzahl multimorbider und hochbetagter Menschen zunimmt, dass das Versorgungssystem bislang aber nur ungenügend auf diese Patientengruppe vorbereitet ist: „Man muss sagen: wir laufen der demographischen Entwicklung ein Stück weit hinterher.“ Es besteht deshalb die **Gefahr einer Unter- oder Fehlversorgung**: „In einer Zeit, in der man primär monetär um den Patienten kämpft, ist es für diese Patientengruppe schwierig. Da hat man immer wieder das Gefühl, der geriatrische Patient habe hier nichts zu suchen. Man kann sagen: die geriatrische Randgruppe wird vernachlässigt – wobei, eine Randgruppe ist es ja eigentlich nicht. Es ist die grösste Population überhaupt in den Spitälern. Aber sie werden behandelt wie eine Randgruppe. Das ist ein Systemfehler.“

Mehr Geriatrie – auch im ambulanten Bereich

Gefordert wird deshalb ein **Ausbau geriatrischer Versorgungsstrukturen**. Spitäler, Institutionen der Langzeitpflege, Anbieter im ambulanten Bereich – sie alle müssen ihr Angebot und ihre **Prozesse so gestalten, dass auch hochbetagte, multimorbide Menschen optimal betreut werden**, denn „der Bedarf ist da. Das Durchschnittsalter, die Multimorbidität steigt, alle die multidimensionalen Krankheiten – irgendjemand muss sich darum kümmern. Der normale Patient, der kommt und geht wieder nach Hause. Aber das geht bei den geriatrischen Patienten nicht. Die sind zu fragil, zu vulnerabel. Es ist nicht nur eine andere Medizin, es ist ein anderes Konzept.“ Aus diesem Grund wird z.B. gesagt, dass jedes Spital Zugang zu einem geriatrischen Konsiliardienst haben müsste. Gleichzeitig müsste man auch „die Prozesse so gestalten, dass geriatrische Patienten gut durch diesen Aufenthalt hindurch kommen. Man müsste wissen, wann braucht es den Konsildienst, aber vieles müsste eigentlich selbstständig ablaufen“ mit einem Blick, der dem geriatrischen Assessment entspricht. Es braucht eine Schulung des Personals auf allen Abteilungen, standardisierte Prozesse und ein Umfeld, das auch Patienten mit einer Demenz gerecht wird und das hilft, die Gefahr eines Delirs zu verringern.

Momentan werden vielerorts geriatrische Strukturen aufgebaut, dies v.a. im stationären Bereich (s. Kap. 3). Mehrmals wird aber auch darauf hingewiesen, wie wichtig es wäre, „geriatrische Patienten bereits im ambulanten Bereich“ abzuholen. Notfallmässige Hospitalisationen liessen sich vermeiden, wenn komplexe Situationen und kritische Verläufe bereits im Vorfeld entschärft werden. **Geriatrische Expertise braucht es deshalb nicht nur in den Spitälern, sondern auch im ambulanten Bereich und in der Langzeitversorgung.**

Aus Sicht der Fachpersonen der Geriatrie ist ein Ausbau im ambulanten Bereich v.a. deshalb wichtig, **weil den Grundversorgern erstens das Wissen und zweitens auch die Zeit fehlt**, um diese hochkomplexe und vulnerable Patientengruppe optimal zu versorgen.

Als weiterer Punkt wird erwähnt, dass es nicht ausreicht, geriatrische Versorgungsstrukturen aufzubauen, sondern das insb. für **eine bessere Vernetzung der verschiedenen Fachbereiche und Settings** zu sorgen ist. Dazu gehört v.a. auch eine verbesserte Vernetzung zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Es braucht eine „kontinuierliche und durchlässige Versorgungskette, die einzelne Angebote miteinander verbindet, sie ideal aufeinander abstimmt und so allfällige Lücken schliesst“ (GEF 2011). Gerade die hochbetagten, multimorbiden Menschen sind auf die Leistungen einer Vielzahl verschiedener Fachpersonen und deshalb auf funktionierende Übergänge und Schnittstellen angewiesen. Damit liessen sich auch Doppelspurigkeiten und Fehlplatzierungen vermeiden. Die Etablierung von integrierten Versorgungsprozesse für hochbetagte Menschen sei

heute „one of the greatest policy issues currently facing governments“ (Stewart et al. 2013). Hier sind jedoch noch grosse Anstrengungen nötig.

Good-Practice-Modelle als erster Schritt

Viele Gesprächspartner haben Vorstellungen, wie ihr Modell ausgebaut werden sollte. Sie beschreiben das Vorhandene als „ein erster Schritt, ein guter Beginn. Schön wäre es, wenn man basierend darauf noch weitere Angebote hinzufügen könnte.“ Dabei geht es wie bereits oben thematisiert v.a. um das **Überschreiten institutioneller Grenzen, um den Ausbau ambulanter Angebote und um die Verbesserung der Übergänge an den Schnittstellen.**

So denkt man beispielsweise am USB (Modell C) darüber nach, geriatrische Konsilien durch APNs auch für Pflegeheime anzubieten: „Auf der Notfallstation haben wir sehr viele Verlegungen von Pflegeheimen. Oft sehen wir: das hätte man auch im Pflegeheim lösen können. Für die Patienten ist das ein furchtbarer Einschnitt, wenn sie hier auf die Notfallstation kommen. Sie werden delirant, weil sie nicht verstehen, was los ist. Es gibt viele Komplikationen, die man verhindern könnte, wenn man in die Pflegeheime gehen könnte.“ Der Konsiliararzt der Stadtzürcher Alterszentren (Modell A) spricht davon, dass es sinnvoll wäre, auch die post-akute Nachbetreuung nach einem Spitalaufenthalt in einen solchen Konsiliardienst einzupacken: „Das ist ein grosses Thema: **das Spital entlässt Leute nach Hause oder in die Alterszentren und erkennt nicht, wie viele der Massnahmen und Empfehlungen, die im Spital gemacht wurden, effektiv umsetzbar sind. Man weiss, dass das nicht funktioniert. Re-Hospitalisierungen innerhalb der ersten vier Wochen wegen Medikamentennebenwirkungen, Überdosierungen, nicht eingenommen, falsch eingenommen, etc. sind extrem häufig.**“ Ein ambulantes Team mit geriatrischer Expertise, das zu Hause, in den Alters- und Pflegeheimen, aber auch in Reha-Einrichtungen u.a. eingesetzt werden könnte, wäre ein enormer Bedarf – ist bislang aber erst an wenigen Orten vorhanden. Dabei ist es nicht notwendig, dass die Konsultationen zwingend von Ärzten durchgeführt werden. APNs und andere geriatrisch geschulte Fachpersonen sind dafür nach Ansicht verschiedener Gesprächspartner genauso geeignet: „Es wäre gut, wenn man gewisse Patienten schon zu Hause oder im Pflegeheim einmal anschauen könnte, damit man den Pfad schon von Anfang an optimieren könnte. Es gibt immer wieder Patienten im Akutspital, die da eigentlich am falschen Ort sind. Es muss nicht zwingend ein Arzt sein. Es kann auch eine Pflegeexpertin, eine Physiotherapeutin oder auch mal der Sozialdienst sein, der wieder einen anderen Blickwinkel hat. Gerade die Pflege übernimmt immer mehr ärztliche Funktionen. Gerade im geriatrischen Bereich hat es da ein sehr grosses Potenzial.“

Insgesamt lässt sich sagen, dass die betrachteten Modelle zweifellos einen Nutzen bringen, gleichzeitig aber auch an Grenzen stossen. Es sind notwendige erste Schritte, die die Entstehung umfassenderer Versorgungsmodelle überhaupt erst ermöglichen – auf dem Weg dahin sind aber noch verschiedene Hindernisse zu überwinden.

5.3 Falsche finanzielle Anreize

Wenn es um die Frage nach Schwierigkeiten und Hindernissen geht, wird immer wieder das gleiche Thema erwähnt: die Frage der Finanzierung. Wie oben erwähnt, sind die meisten Good-Practice-Modelle aus betriebswirtschaftlicher Sicht kein gutes Geschäft. Gründe, die in den Interviews dafür genannt werden, sind:

- Der zusätzliche Aufwand für die Behandlung und Betreuung dieser höchst anspruchsvollen Patientengruppe wird bei der Entschädigung über Fallpauschalen und auch in der Langzeitversorgung klar ungenügend berücksichtigt (v.a. bei Menschen mit Demenz).
- Wer grossen Aufwand betreibt, damit hochbetagte, multimorbide Menschen möglichst zu Hause leben können und ihre Autonomie bewahren oder widererlangen, ist häufig mit Rekursen der Krankenkassen konfrontiert. Kostengutsprachen werden (retrospektiv!) abgelehnt, die gesamtwirtschaftliche und langfristige Perspektive wird zu wenig berücksichtigt.

- Es besteht bei dieser Patientengruppe ein sehr hoher Bedarf nach Koordination. Koordinationsleistungen können häufig jedoch nicht oder nur beschränkt verrechnet werden. Das gilt auch für Wegzeiten, Gespräche und Abklärungen.
- Viele dieser Modelle befinden sich an der Schnittstelle zwischen der Akutversorgung, die in die Zuständigkeit des Kantons fällt, und der Langzeitversorgung, die Sache der Gemeinde ist. Das führt dazu, dass sich schlussendlich niemand dafür verantwortlich fühlt. Die Sektorengrenzen erhöhen den Abschiebedruck und erzeugen organisierte Unverantwortlichkeit.
- Je nach Versorgungsbereich sind andere Kostenträger beteiligt. Das führt bei Koordinationsaufgaben und an den interinstitutionellen Schnittstellen zu Fehlanreizen und Finanzierungslücken.
- Das heutige System der Einzelleistungsvergütung richtet sich an einzelnen Behandlungsphasen oder -episoden aus. Es besteht deshalb ein Anreiz, die enge betriebswirtschaftliche Perspektive höher zu gewichten als eine gesamtwirtschaftliche Perspektive.
- Je breiter die Erbringer geriatrischer Leistungen ihren Auftrag verstehen, desto mehr Leistungen werden erbracht, die nicht abgerechnet werden können (z.B. interprofessionelle Absprachen, Coaching, telefonische Erreichbarkeit, um Fragen zu klären, etc.)
- Kurz gesagt: die finanziellen Anreize bestrafen Innovation.

Die meisten Modelle existieren somit nur dank dem Enthusiasmus einzelner Innovatoren, Goodwill der Träger und Quersubventionierung. Weil das aber wenig nachhaltig und nur beschränkt auf andere Institutionen übertragbar ist, sind Lösungen gefragt. Für die befragten Personen ist es unabdingbar, dass hier **die öffentliche Hand oder auch die Krankenversicherer einen Teil der Verantwortung übernehmen**. So wäre z.B. ein institutionsübergreifender Konsiliardienst in einer Region über eine Mischrechnung mit einem Sockelbeitrag (durch die Gemeinden oder den Kanton) und Tarmed-Einzelabrechnung möglich.

Will man den Zugang zu geriatrischer Expertise für alle hochbetagten, multimorbiden Menschen mit geriatrischem Versorgungsbedarf verbessern, müssen auch die dafür notwendigen Mittel bereitgestellt werden.

5.4 Konkurrenzangst & „Gärtli“-Denken

Ein Ausbau integrierter geriatrischer Versorgungsstrukturen ist nur möglich, wenn die anderen Akteure der Versorgungslandschaft für die Mitarbeit gewonnen werden: „*So etwas geht nicht, wenn man die verschiedenen Akteure nicht im Boot hat.*“ Neben der Finanzierung ist dies die zweite grosse Hürde, die zu überwinden ist, denn der Wille zur Zusammenarbeit ist nicht immer vorhanden: „*Das ‚Gärtli‘-Denken und das Konkurrenz-Denken ist immer noch sehr weit verbreitet.*“ Gemäss den Aussagen der Gesprächspartner wird ein neues Angebot sehr häufig als Gefahr und Konkurrenz wahrgenommen. Insb. die Hausärzte, die häufig die wichtigsten Partner sind, sind oft der Meinung, dass die Betreuung betagter Personen zu ihrer Kernkompetenz gehöre und die Mithilfe der Geriatrie dabei überflüssig sei. Aber „*in der Grundversorgung gibt es eindeutig Lücken im geriatrischen Wissen.*“ Nicht nur bei den Hausärzten, auch bei anderen Fachpersonen im ambulanten Bereich fehlt häufig das Verständnis für die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen: „*Im stationären Bereich ist es eine Selbstverständlichkeit, dass die Pflege die Physio ruft, wenn sie jemanden nicht mobilisieren kann, damit sie das gemeinsam anschauen. Im ambulanten Bereich erreicht man das nur mit extrem viel Aufklärungsarbeit.*“

Dabei ist es nicht nur fehlender Wille, sondern häufig fehlt auch ganz einfach das Wissen darüber, welchen Beitrag andere Berufsgruppen zur Versorgung leisten können. Am KZU in Bassersdorf wird deshalb sehr viel Aufwand betrieben, um den Hausärzten und den Pflegenden der Spitex die Kompetenzen der Physio- und der Ergotherapeutinnen näher zu bringen. Es wird gefordert, dass die **Aus- und Weiterbildung der Health Professionals anders aufgegleist** wird, d.h. mehr Interprofessionalität, mehr Wissen über andere Berufsgruppen.

Die Mitarbeit anderer Leistungserbringer ist aus zwei Gründen wichtig: Erstens braucht es für eine gute geriatrische Versorgung die Kompetenzen und Angebote verschiedener Berufsgruppen und Akteure. Eine gute Versorgung erfordert deshalb gemeinsame Fallbesprechungen, Absprachen und Informationsaustausch. Doch auch dies wird wieder durch die fehlende Finanzierung erschwert: „Gewisse Hausärzte haben uns auch schon gesagt: ‚Wer bezahlt denn das? Wir haben keine Zeit.‘ Das ist die grosse Herausforderung. Die Koordinations- und Vernetzungsarbeit wird nicht bezahlt.“

Zweitens ist geriatrische Versorgung spezialisierte Versorgung. Als solche kann sie nur funktionieren, wenn Patienten aus der Grundversorgung und anderen Versorgungsbereichen zugewiesen werden bzw. wenn Konsiliardienste von den Fachpersonen anderer Disziplinen und Professionen nachgefragt werden. Wie bereits beschrieben, entspricht aus Sicht der in der Geriatrie tätigen Personen die Nachfrage nach geriatrischer Expertise nicht dem tatsächlichen Bedarf. Geriatrische Expertise wird ihrer Meinung nach zu wenig nachgefragt, weil ihr Mehrwert zu wenig bekannt und anerkannt ist. Einerseits geht es somit darum, den Nutzen geriatrischer Versorgung aufzuzeigen, andererseits müssen Konkurrenzangst und „Gärtlidenken“ überwunden werden. Empfehlungen dazu werden weiter unten formuliert.

5.5 Die entscheidenden Faktoren für die Lancierung und Umsetzung

Welche Faktoren haben dazu geführt, dass die präsentierten Good-Practice-Modelle entstanden sind? Die Ausgangslage und die Entstehungsgeschichten der einzelnen Modelle sind sehr heterogen. Nichtsdestotrotz lassen sich Gemeinsamkeiten erkennen. So gibt eine Reihe von Elementen, die erfüllt sein müssen, damit ein Modell lanciert und erfolgreich umgesetzt werden kann.

Ein Problem wird erkannt

Am Anfang steht i.d.R. ein Problembewusstsein. Häufig sind es die Erfahrungen der Personen aus der Praxis (→ Schlüsselpersonen), die in Bezug auf die Versorgung hochbetagter, multimorbider Menschen ein Problem oder einen Bedarf erkennen. Das Problembewusstsein kann sich aber auch auf die Arbeitsbelastung der Fachpersonen bei der Versorgung dieser Patientengruppe beziehen (Modell A) oder es sind veränderte institutionelle Rahmenbedingungen, die nach einer Lösung verlangen (Modell C). Das Problembewusstsein kann bei einzelnen Akteuren aus der Versorgung bestehen, oder es sind – wie im Kanton Waadt – die politischen Akteure, die mit gesetzlichen Vorgaben den entscheidenden Anstoss geben.

Schlüsselpersonen mit Visionen und Engagement

Ein Problembewusstsein oder gesetzliche Vorgaben reichen noch nicht aus, damit tatsächlich ein Good-Practice-Modell entsteht. Sie können zwar den Anstoss geben, aber die Umsetzung hängt ab von einzelnen Personen mit Visionen, Überzeugungskraft und viel persönlichem Engagement. Sie erarbeiten Konzepte, arbeiten an der Umsetzung, überwinden Hindernisse. Eine Gesprächspartnerin beschreibt es so: „Die Voraussetzung sind ein paar Personen innerhalb einer Institution, die wissen, dass integrierte oder koordinierte Versorgung, dass die Nahtstellen zwischen den Versorgern, dass das das eigentliche A und O ist, die wissen dass wir qualitativ und im Interesse der Betroffenen nur weiterkommen, wenn wir daran arbeiten.“ Diese Personen müssen strategisch wichtige Positionen innehaben. Sie müssen bereit sein, Pionierarbeit zu leisten, Risiken einzugehen, Engagement zu zeigen. Oder es handelt sich um eine Person mit Überzeugungskraft, der es gelingt, relevante Personen oder Institutionen für das Projekt zu gewinnen (Modell H.).

Zu erwähnen ist hier, dass Engagement nicht nur in der Aufbau-, sondern auch in der Betriebsphase wichtig ist. So zeigt sich bei der Betrachtung der einzelnen Modelle immer wieder, dass der **Erfolg sehr stark personenabhängig** ist. D.h. es wird ein Nutzen erzielt, weil die entscheidenden Personen bereit sind, im Interesse einer guten Versorgung sehr viel Einsatz zu leisten, verfügbar zu sein, zusätzliche Aufgaben zu übernehmen, etc.

Doch auch das grösste Engagement hilft nichts, wenn gewisse Rahmenbedingungen nicht gegeben sind. Es braucht zusätzlich (1) den strategischen Rückhalt und die Sicherstellung der Finanzierung, (2) die Verfügbarkeit geriatrischer Expertise und anderer institutioneller/struktureller Rahmenbedingungen und (3) die Akzeptanz durch Zuweiser und Partner.

Strategischer Rückhalt und Sicherstellung der Finanzierung

Notwendig sind der strategische Rückhalt und insbesondere auch die Sicherstellung der Finanzierung. Der strategische Rückhalt ist gegeben, wenn – wie im Kanton Waadt – die regionalen Projekte **der kantonalen Politik entsprechen**.

Die anderen Modelle sind mehrheitlich innerhalb von grösseren Institutionen angesiedelt, die über einen öffentlichen Auftrag verfügen und teilweise auch öffentliche Gelder erhalten. Auch hier hilft es, wenn das Modell durch **bestehende Leitbildern und Strategien gestützt** wird. Das ist z.B. in Affoltern der Fall, wo die neue Station dem Leitbild des „Modells Affoltern“ entspricht. Das Beispiel des KZU zeigt aber auch, dass die Strategie eines Unternehmens nicht einfach gegeben ist, sondern mit geschicktem Lobbying durch Schlüsselpersonen auch beeinflusst werden kann. Dazu braucht es gute Argumente, ein überzeugendes Auftreten und persönliche Kontakte, um die Partner zu gewinnen.

Der strategische Rückhalt ist v.a. deshalb wichtig, weil die Umsetzung eines Good-Practice-Modells nicht möglich ist ohne die **Bereitstellung von Ressourcen**. Ob dafür tatsächlich finanzielle Ressourcen benötigt werden oder ob es sich v.a. um die Arbeitszeit von Personen, die innerhalb einer Institution angestellt sind, handelt, hängt ab vom konkreten Modell. So lassen sich die einzelnen Modelle in Bezug auf den Finanzierungsbedarf kaum miteinander vergleichen. Ein Projekt wie CareNet⁺, das von Grund auf neu aufgebaut wird, ist darauf angewiesen, dass verschiedene Stiftungen oder andere Träger bereit sind, die entsprechenden Gelder zur Verfügung zu stellen. Die entscheidende Frage lautet hier – wie auch bei vielen anderen Pilotprojekten –, ob es gelingt das Projekt auch nach Ablauf der Pilotphase weiterzuführen.

CareNet⁺ wird finanziert durch verschiedene Stiftungen und gemeinnützige Organisationen. Im Kanton Waadt wurden für den Aufbau und die Entwicklung von neuen Modellen teilweise staatliche Gelder gesprochen. In den meisten der hier präsentierten Fälle sind jedoch für den Aufbau Drittmittel im grossen Umfang gar nicht nötig. Hier geht es v.a. darum, den Personen, die am Aufbau und an der Umsetzung beteiligt sind, Arbeitszeit und anderer Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Das ist einerseits notwendig für die Arbeiten in der Aufbauphase. Die Zeit, die dafür eingesetzt ist, fehlt für andere Tätigkeiten, mit denen ein Einkommen erzielt werden kann: „*Pour pouvoir mettre tout ça en place, on a diminué le temps de consultation, donc on a diminué drastiquement la part financée par la LaMal, mais notre budget n’a pas changé.*“ Dieser Einkommensverlust ist nur möglich, wenn er von der Leitungsebene als Investition anerkannt ist und aus diesem Grund ist auch der strategische Rückhalt so wichtig.

Die Investition endet nicht mit der Inbetriebnahme eines Modells und kann meistens auch nicht durch spätere finanzielle Gewinne gerechtfertigt werden. Wie in Kap. 5.1 beschrieben, sind die meisten Modelle aus Sicht der Institution ein Verlustgeschäft. Sie werden deshalb nur umgesetzt, wenn **das öffentliche Interesse an einer guten Versorgung höher gewichtet** wird als der betriebswirtschaftliche Gewinn.¹⁶ Das gilt v.a. für Modelle im ambulanten Bereich.

Aufgrund der bestehenden Finanzierungsmechanismen ist die Etablierung eines Good-Practice-Modells für ein gewinnorientiertes, privatwirtschaftliches Unternehmen kaum möglich. Es sind praktisch immer grössere Institutionen, die teilweise öffentliche Gelder erhalten, die dank Quersubventionen neue Modelle entwickeln können. So gilt auch für die oben erwähnten Schlüs-

¹⁶ Oder wenn man sich dadurch als innovativer Akteur positionieren will (z.B. Modell D).

selbstpersonen, dass diese ihren Einsatz nur leisten können, weil sie über ein Anstellungsverhältnis und den Rückhalt ihres Arbeitgebers verfügen.

Verfügbarkeit geriatrischer Expertise

Ein weiterer Punkt, der erfüllt sein muss, ist die Verfügbarkeit geriatrischer (sowie – in einigen Fällen – die ergänzende psychiatrische, chirurgische, therapeutische, etc.) Expertise. Dies wird hier besonders hervorgehoben, weil die **Nachfrage nach Geriatern das Angebot bei weitem übersteigt**. So können manchmal Good-Practice-Modelle nicht umgesetzt werden, weil kein Geriater verfügbar ist. Dies war beispielsweise in Thun der Fall, wo für ein Pilotprojekt der integrierten, geriatrischen Versorgung kein Geriater rekrutiert werden konnte (Bolliger-Salzmänn et al. 2015).

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie trotz einer begrenzten Anzahl von praktizierenden Geriatern in der Schweiz der Zugang zu geriatrischer Expertise verbessert werden kann:

- Einer der befragten Geriater spricht v.a. die **Attraktivität einer möglichen Arbeitsstelle** an: „Ein Problem ist halt, dass man überhaupt Geriater findet. Das ist oft das Nadelöhr. Man muss die Geriater, wenn die dann kommen, auch gut behandeln. Sonst kommen sie nicht. Das ist halt so ein Knackpunkt in vielen Spitälern. Sie stehen dann unter der Fuchtel irgendeines Internisten – nicht gegen Internisten, ich bin selber einer. Aber das geht gar nicht. Da muss man aufpassen. Man muss ein gutes Angebot machen, ein gutes Arbeitsumfeld für den Geriater schaffen, damit man sie in die Akutspitäler locken kann. Das ist ein Knackpunkt, v.a. für die kleineren Spitäler in der Peripherie.“
- Der **Kooperationsvertrag** zwischen Spital Bülach und KZU ermöglicht nicht nur den Austausch geriatrischer Expertise, sondern trägt auch zu einer besseren Vernetzung zwischen Akutspital und Pflegezentrum bei. Gleichzeitig steigt damit auch die Attraktivität der Arbeitsstelle.
- Eine weitere Möglichkeit ist es, auch **andere Berufsgruppen** einzubeziehen, die Rede ist hier v.a. von spezialisierten Pflegefachpersonen. Am Universitätsspital Basel übernehmen APNs eine wichtige Rolle in der geriatrischen Versorgung. Dabei zeigt sich, dass in vielen Fällen gar nicht unbedingt die ärztlichen Kompetenzen gefragt sind, sondern dass mit pflegerischen Massnahmen viel erreicht werden kann. Das Potenzial, mehr Aufgaben Pflegenden zu übergeben, wird in der Geriatrie als sehr gross eingeschätzt: „Il y a aujourd’hui du personnel infirmier qui est spécialisé et qui ne sont pas utilisés à plein essor ou à plein essient par rapport à la formation qu’ils ont reçu.“
- Im RSNB (Modell H) sieht man die Aufgabe der Geriater v.a. in der **Supervision** der Fachpersonen im gesamten Versorgungssystem. Mit standardisierten Prozessen, regelmässigen Schulungen und der Verfügbarkeit eines ärztlichen Back-Ups kann der Zugang zu geriatrischer Expertise für alle hochbetagten, multimorbiden Menschen verbessert werden.
- In mehreren Good-Practice-Beispielen wird das **Engagement im Bildungsbereich** hervorgehoben. Einerseits kann durch die Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen im Gesundheitssystem deren geriatrische Kompetenz erhöht werden, damit der Einbezug eines Spezialisten immer seltener benötigt wird. Andererseits bieten innovative Modelle attraktive Ausbildungsplätze für angehende Mediziner, die damit für eine Tätigkeit im Gesundheitswesen der Zukunft vorbereitet werden.

Neben der Finanzierung und der geriatrischen Expertise gibt es **weitere strukturelle und institutionelle Rahmenbedingungen**, die die Umsetzung eines Good-Practice-Modells begünstigen oder auch verhindern können. Dazu gehören zum Beispiel die Verfügbarkeit der notwendigen Infrastruktur und Räumlichkeiten, die Existenz von entsprechenden Leistungsaufträgen oder auch IT-Systeme und andere Möglichkeiten für einen verbesserten Informationsaustausch zwischen verschiedenen Akteuren.

Akzeptanz durch Zuweiser und Partner

Ein Good-Practice-Modell kann – wie in Kap. 5.4 beschrieben – nur funktionieren, wenn die Leistungen auch nachgefragt werden. In den meisten Fällen sind es Hausärzte oder andere Leistungserbringer, die den entscheidenden Schritt machen müssen. Wie werden potenzielle Zuweiser und Partner nun für die Mitarbeit gewonnen? Was ist notwendig, damit sie die geriatrischen Angebote für ihre Patienten in Anspruch nehmen?

- Betont wird in den Gesprächen die Wichtigkeit, die **Grundversorger und anderen Leistungserbringer von Anfang an einzubeziehen**. Sie müssen die Möglichkeit haben, an der Entwicklung des Modells beteiligt zu sein und ihre eigenen Bedürfnisse und Vorstellungen einbringen zu können: „Was hilft, ist eine gewisse Grosszügigkeit bei der Mitwirkung. Wir sind nicht gekommen und haben gesagt: jetzt so und ihr habt nichts zu melden. Wir haben sie an den Tisch geholt, haben sie angehört. Wir geben dem relativ viel Platz.“
- Dabei kann es sinnvoll sein, angesichts bestehender Konkurrenzängste die **Fallführung/Entscheidungsfreiheit in der Hand der Grundversorger zu belassen** und das Modell nicht zu umfassend aufgleisen zu wollen – auch wenn dies nicht unbedingt dem Ziel einer optimalen Versorgung dient. Ein perfektes, umfassendes Modell geriatrischer Versorgung bringt jedoch nichts, wenn damit die Zusammenarbeit mit den Grundversorgern als Zuweiser gefährdet wird.
- Empfohlen wird ein **Vorgehen in kleinen Schritten**. So ist ein Ausbau zu einem späteren Zeitpunkt immer noch möglich, wenn der Nutzen erkannt wurde und Abläufe etabliert sind.
- Wichtig ist auch das Auftreten gegenüber den anderen Akteuren, d.h. der persönliche Kontakt auf partnerschaftlicher Ebene. Es ist „ein **dezent, aber fachkompetentes Auftreten** erforderlich“ (Hasemann 2015). Man müsse darauf achten, nicht „Fundamentalopposition“ zu provozieren und deshalb sehr vorsichtig vorgehen. „Man muss wissen, wo man was empfehlen soll, was man dem Hausarzt überlassen muss.“
- Eine Nachfrage entsteht erst, wenn ein Modell und die beteiligten Personen auch bekannt sind, deshalb braucht es viel **Kontaktpflege, Schulungen, Informationen**. Aufwendig, aber auch erfolgsversprechend, ist dabei jeweils **der persönliche Kontakt**: „Ohne persönliche Treffen kann keine gewinnende Beziehung entstehen.“ Weil dieser Aspekt so wichtig ist, hilft es, wenn in der Region bereits eine gewisse Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer untereinander besteht.
- Es braucht eine **Vernetzung auf allen Ebenen**: d.h. in der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern reicht es nicht, mit der Leitung eine Vereinbarung abzuschliessen, sondern es geht v.a. darum, die **Mitarbeitenden mit direktem Patientenkontakt** zu gewinnen. Auch hier ist es wieder der persönliche Kontakt und die persönliche Erfahrung, die entscheidend ist. Erschwert wird dies durch häufigen Personalwechsel, wodurch diese Arbeit nie abgeschlossen ist.
- Selbstverständlich steigt die Nachfrage v.a. dann, wenn **gute Arbeit** geleistet wird, wenn ein Dienst sofort verfügbar ist (ein **niederschwelliger Zugang** hilft), in einer konkreten Patientensituation eine Lösung bietet, wenn die anderen Akteure den Nutzen erkennen: „Meistens sind die Hausärzte Fan, sobald sie jemanden haben, der enorm profitiert.“
- Für die Akzeptanz ist es hilfreich, wenn die Personen, die geriatrische Expertise bieten, im Umfeld **bekannt und als Experten ihres Faches anerkannt** sind. Beim Einsatz von nicht-ärztlichen Berufsgruppen kann es für die Legitimation deshalb sinnvoll sein, das Modell einem ärztlichen Dienst anzugliedern.

6. Fazit: Empfehlungen und „Lessons learned“

Der Bedarf nach geriatrischer Versorgung ist hoch und wird weiter zunehmen. Es ist die Rede von einer „Geriatrisierung der Akutspitäler“ (Ulrich et al. 2010) und auch im ambulanten Bereich sind Hausärzte und Spitex immer häufiger mit multimorbiden Menschen in hochkomplexen Situationen konfrontiert. Das Versorgungssystem ist bislang jedoch nur unzureichend auf diese Patientengruppe vorbereitet. Der fehlende Zugang zu geriatrischer Expertise führt bei den hochbetagten, multimorbiden Menschen zu nicht indizierten Hospitalisierungen, zu Verlegungen und Komplikationen, die mit einer guten geriatrischen Betreuung und einer verbesserten Koordination der Versorgung hätten verhindert werden können.

Im vorliegenden Bericht wurden zehn Good-Practice-Modelle präsentiert, in denen geriatrische Expertise als Teil einer koordinierten Versorgung in die ambulante Versorgung, in die Langzeitversorgung, in die Psychiatrie und in die verschiedenen Abteilungen der Spitäler getragen wird. Die Analyse dieser zehn Modelle liefert Erkenntnisse zu Erfolgsfaktoren und Schwierigkeiten, die die Lancierung und Umsetzung dieser Modelle begünstigen oder erschweren.

Ausgehend davon lassen sich Empfehlungen formulieren, damit möglichst auch an anderen Orten in der Schweiz eine optimale und integrierte Versorgung der hochbetagten, multimorbiden Menschen sichergestellt werden kann.

6.1 Merkmale von Good-Practice-Modellen

Die Bewertung des Nutzens (Kap. 5.1) hat gezeigt, dass zwar alle Modelle in irgendeiner Form als Good-Practice-Modell bezeichnet werden können, dass es aber in Bezug auf die Reichweite und Nachhaltigkeit grosse Unterschiede gibt. Auch dort, wo bislang noch kaum eine interinstitutionelle Vernetzung besteht und die geriatrische Expertise nur punktuell einbezogen wird, bestehen Vorstellungen, wie ein ideales Modell auszusehen hätte. Die Eckpunkte, die dabei genannt werden und die bei einzelnen Modellen auch mehr oder weniger stark umgesetzt sind, sind immer wieder die gleichen. Damit ein Modell einen positiven Nutzen für Patienten, Angehörige, Fachpersonen und auch für das Gesundheitssystem als Ganzes erzielen kann, müssen nach Ansicht der befragten Personen die folgenden Punkte erfüllt sein:

- Es wird **interprofessionell** zusammengearbeitet.
- Das Modell ist **eingebettet in ein Versorgungsnetz**, in dem auch der Informationsaustausch gut funktioniert.
- Geriatrische Patienten werden **langfristig und ganzheitlich** begleitet.
- Es besteht ein **niederschwelliger Zugang**.
- **Geriatrische Expertise** ist vorhanden und es wird gute Arbeit geleistet.
- Dank **Screening und der Definition von Alarmzeichen** werden Patienten mit Bedarf frühzeitig und am richtigen Ort identifiziert.

6.2 Empfehlungen für eine erfolgreiche Lancierung und Umsetzung

Was können Akteure in anderen Regionen und Institutionen, die ein innovatives Modell lancieren wollen, von den Erfahrungen, die bei diesen zehn Modellen gemacht wurden, lernen. Hier sind es v.a. drei Empfehlungen, die von den Gesprächspartnern betont werden:

- **Entscheidend sind das Gespräch und persönliche Kontakte**
Es reicht nicht, Vereinbarungen für die Zusammenarbeit auf der Leitungsebene zu unterzeichnen. Für den Erfolg viel entscheidender, ist es, auch die Mitarbeitenden an der Basis zu überzeugen, Beziehungen aufzubauen, sich persönlich kennenzulernen. Im persönlichen Kontakt werden Ängste abgebaut und Vertrauen aufgebaut. Gemeinsam können anschliessend neue Wege begangen werden. Ein partnerschaftliches Auftreten ist dabei erfolgsversprechender als ein kompromissloses Beharren auf den eigenen Vorstellungen. Es braucht Kommunikation, Kommunikation und noch mal Kommunikation!

Weil das Personal an der Basis immer wieder wechselt, ist diese Arbeit nie abgeschlossen, sondern Kontakte müssen immer wieder neu geschaffen und gepflegt werden.

➤ **Es braucht Engagement und einen langen Atem**

Weil die persönlichen Kontakte so wichtig sind, ist der Zeitaufwand relativ gross. Zeit und Geduld und vor allem auch Optimismus sind unabdingbar, um ein langfristig erfolgreiches Modell umsetzen zu können. Durch Widerstände darf man sich nicht zu schnell entmutigen lassen.

➤ **Keine Angst vor den Kosten**

Eine gute geriatrische Versorgung, die in Koordination mit anderen Leistungserbringern erbracht wird und die sich auch um Patienten und Patientinnen, die zu Hause oder in Pflegeheimen leben, kümmert, muss bezahlt werden. Die Gespräche machen deutlich, dass der finanzielle Gewinn nicht die Hauptmotivation sein darf, um ein Good-Practice-Modell umzusetzen, denn in dieser Hinsicht lohnt es sich kaum – vor allem nicht aus der Sicht einer einzelnen Institution.

Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht wird zwar meist von sinkenden Kosten ausgegangen und dies ist auch ein wichtiges Argument, um solche Modelle zu unterstützen und zu fördern. Die Kostenersparnisse sind aber erst längerfristig zu erwarten und lassen sich auch kaum mit Zahlen belegen. Im Vordergrund der betrachteten Modelle steht deshalb die bessere Versorgung der hochbetagten, multimorbiden Menschen und dafür muss man bereit sein, etwas zu investieren. Wenn damit längerfristig Kosten gespart werden können, ist das ein schöner Nebeneffekt.

6.3 Rahmenbedingungen für innovative Versorgungsmodelle

Es konnten für den vorliegenden Bericht zwar zehn Modelle mit guter Praxis identifiziert werden. Insgesamt sind solche Modelle aber noch sehr selten. Ausserdem haben auch die hier vorgestellten Beispiele immer wieder mit den gleichen Schwierigkeiten zu kämpfen, die ihren Nutzen begrenzen. Damit die Entstehung, Weiterentwicklung und Verbreitung von erfolgreichen Modellen möglich ist, müssen Rahmenbedingungen herrschen, die dies nicht behindern, sondern begünstigen. Die Empfehlungen richten sich deshalb nicht nur an die Akteure aus der Praxis, sondern auch an politische Verantwortungsträger, Finanzierer und Bildungsinstitutionen.

Der erste Punkt ist ein Aufruf an die Entscheidungsträger in den verschiedenen Bereichen:

- Es braucht **mehr Engagement für hochbetagte, multimorbide Menschen**. Es handelt sich dabei um eine zahlenmässig grosse Gruppe von Menschen mit einem grossen Bedarf nach Gesundheitsleistungen. Unser Gesundheitssystem kann es aus finanziellen wie auch aus ethischen Gründen nicht leisten, diese Patientengruppe zu vernachlässigen.

Probleme bei der Finanzierung sind das grösste Hindernis für die Umsetzung innovativer Modelle.

- Damit Good-Practice-Modelle für die Versorgung der hochbetagten, multimorbiden Menschen entstehen können, braucht es die **Beseitigung falscher finanzieller Anreize**. Dazu gehört u.a. eine angemessene Entschädigung von Hausbesuchen und Koordinationstätigkeiten, aber auch der Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz.

Gewünscht wird ein **Finanzierungssystem, dass sich stärker an der Qualität der Versorgung und den volkswirtschaftlichen Gesamtkosten orientiert**.

- Mit dem aktuellen Finanzierungssystem sind vernetzte, interinstitutionelle Projekte kaum denkbar ohne die **finanzielle Unterstützung durch Gemeinden, Kantone oder auch die Krankenversicherer**. Es braucht ein Bewusstsein dafür, dass Koordinationsleistungen für eine gute Versorgung unabdingbar sind, unter den aktuellen Bedingungen aber nicht finanziert werden können.

- Die Entstehung von Good-Practice-Modellen könnte gefördert werden, wenn Kantone und ev. auch Gemeinden diese wo nötig **mit Know-how und finanziellen Mitteln in ihrer Startphase unterstützen** (analog zur Anschubfinanzierung bei den Kinderkrippen).
- Es braucht **(finanzielle) Anreize zur interprofessionellen Zusammenarbeit**.
- In Bezug auf die Finanzierung ist v.a. auch die **Klärung von Zuständigkeiten** wichtig, damit die Verantwortung für diese Patientengruppe nicht mehr zwischen Versorgungsbe- reich und Kostenträger hin und her geschoben wird.

Der Einsatz von spezialisierten Pflegefachpersonen und anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen wird in der Geriatrie als sehr sinnvoll erachtet, ist aber bislang v.a. im ambulanten Bereich noch kaum möglich.

- Gefordert ist eine **Finanzierungsmöglichkeit**, die den **Einsatz von spezialisierten Pflegefachpersonen im ambulanten Bereich** erlaubt.

Neben der Finanzierung ist es v.a. das fehlende Verständnis für Vernetzung und Zusammenarbeit, das innovative Akteure behindert. Hier sind vor allem die Bildungsinstitutionen gefordert.

- Es braucht in Aus- und Weiterbildung einen stärkeren Fokus **auf interprofessioneller Zusammenarbeit**, damit das Denken in Silos überwunden werden kann.
- Wichtig ist auch ein **Verständnis für die Geriatrie** bei allen Fachpersonen, die in ihrem Arbeitsalltag mit hochbetagten, multimorbiden Menschen konfrontiert werden. Geriatri- sches Grundwissen und die Fähigkeiten, kritische Verläufe zu erkennen und Expertise ein- zuholen, sind v.a. in der Grundversorgung unabdingbar.

Grundlegend ist bei der gesamten Planung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen und der Ausbildung von Fachpersonal ein ganzheitlicher Blick, der über das bisherige Denken in Silos hin- ausgeht. Hochbetagte, multimorbide Menschen mit komplexen Bedürfnissen können nur dann umfassend und nachhaltig versorgt werden, wenn die verschiedenen Fachpersonen und Versor- gungsbereiche eng vernetzt zusammenarbeiten und Partikularinteressen im Interesse einer Ge- samtsicht beiseitelegen.

Geriatrie Patienten sind teure Patienten. Die Lösung kann jedoch nicht sein, nichts zu tun, denn angesichts der wachsenden Bedeutung dieser Patientengruppe sind Lösungen gefragt. Man muss sich vielmehr fragen: Wie kann mit begrenzten Ressourcen eine gute Versorgung auch der geriat- rischen Patienten sichergestellt werden?

Die hier präsentierten Modelle zeigen Wege auf, wie ein besserer Zugang zu geriatrischer Exper- tise möglich ist. Gerade die umfassenden Modelle, die über eine einzelne Institution hinausgehen und die das Versorgungssystem als Ganzes in den Blick nehmen, stehen jedoch noch ganz am An- fang. Es sind erste Schritte auf dem Weg zu einer besseren Versorgung. Wenn nun auch die Rah- menbedingungen so angepasst würden, dass Institutionen, die neue Wege beschreiten, für ihr Engagement nicht mehr (finanziell) bestraft würden, wäre viel gewonnen. Zur Sicherung des Zu- gangs für alle Bedürftigen, zur Wahrung der Versorgungsgerechtigkeit und zur Verbesserung der Lebensqualität einer steigenden Anzahl von hochbetagten, multimorbiden Bürgern muss das ak- tuell auf individuellem Enthusiasmus beruhende System in nachhaltigere Strukturen überführt werden, auch wenn keine kurzfristige Kostendämpfung zu erwarten ist.

Literaturverzeichnis

Beck S. 2011: Geriatriischer Konsiliardienst der Altersheime der Stadt Zürich. Gesundheitsökonomische Evaluation eines Pilotprojektes. Projektarbeit im Rahmen Nachdiplomstudium Management im Gesundheitswesen VIII. Unveröffentlichtes Manuskript.

Beck S. 2012: Gerontotraumatologie Stadtspital Waid. Masterarbeit im Rahmen Nachdiplomstudium Management im Gesundheitswesen, Kurs VIII. Unveröffentlichtes Manuskript.

Bezirksspital Affoltern o.J.: Modell Affoltern. <http://www.spitalaffoltern.ch/modell-affoltern-leitbild> (Zugriff 19.8.2016)

Bruder J., Lucke C., Schramm A., Tews H.P., Werner H. 1991: Was ist Geriatrie. Rügheim. http://www.dggeriatrie.de/images/stories/pdf/was_ist_geriatrie.pdf (Zugriff 6.7.2016)

Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2015a: Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext „Spital“. Situationsanalyse und Handlungsbedarf. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15937/15938/15941/index.html?lang=de> (Zugriff: 30.6.2016)

Bolliger-Salzmänn H., Hlavica M., Heiniger S., Bucher S. 2015: Evaluationsstudie Integrierte Versorgung in der Geriatrie. Erstellt im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.

Coppex P., Wyss N. 2013: Bestandesaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen. Bericht über die Resultate der Umfrage in den Kantonen (Januar-April 2013). Bern: GDK.

Deschamps E., Hainard N., Büla C., Beetschen P., David S., Gay C., Goy R., Giger T., Santos-Eggimann B., Viens Python N. 2012 : Rapport « Politique cantonale Vieillesse et Santé », version finale du 12 janvier 2012. http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/rapport_version_finale-11janv2012.pdf (Zugriff 10.7.2016)

Di Pollina L., Gillabert C., Kossovsky M. 2008 : Réseaux de soins intégrés gériatriques. *Rev Med Suisse* 4: 2044-7.

Frank M., Born S., Bosshard W., Grob D. 2012: Anforderungsprofil der stationären geriatrischen Rehabilitation. http://www.sfgg.ch/media/RichtlinienEmpfehlungen/geriatriche_Reha_d_Langform_def_17-12-2012.pdf (Zugriff 12.7.2016)

GEF (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern) 2008: Qualitätskriterien für die geriatrische Versorgung im Kanton Bern. I. Regionale Geriatrische Stützpunkte: Akutgeriatrie. <http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheitspolitik/gesundheitspolitik/spitalversorgung/geriatrie.html> (Zugriff 19.10.2016)

GEF (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern) 2011: Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern. https://www.gef.be.ch/gef/de/index/soziales/soziales/alter/Alterspolitik_Kanton_Bern.assetref/dam/document/s/GEF/ALBA/de/Downloads_Publikationen/Alter/Altersbericht_2011_de.pdf (Zugriff 31.10.2016)

Grob D. 2006: Warum braucht es eine Akutgeriatrie? *Competence* 10: 21-24.

Grob D. 2009: Akutgeriatrie aktuell. Grundlagen akutgeriatrischer Abteilungen und Kliniken in Schweizer Spitälern. Ein Arbeitspapier.

Hasemann W., Pretto M. 2006: Abschlussbericht Projekt Delirium. Operative Medizin Chir. 5.1. Universitätsspital Basel.

Hasemann W. 2015: APN – geleiteter Pflegekonsildienst Delir. Zentralschweizer Pflegesymposium ANP2015.

Kanton Thurgau 2016: Geriatrie- und Demenzkonzept Kanton Thurgau. Frauenfeld: Departement für Finanzen und Soziales.

Leuenberger B. 2009: „Herzprobleme habe ich besser im Griff als Demenz“. Geriatriischer Konsiliardienst in der Stadt Zürich. *Curaviva* : 12-27.

Mayring P. 2008: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken (10. Auflage). Weinheim/Basel: Beltz.

Minder M. 2014: Menschen mit Demenz im Akutspital: Erste Erfahrungen von der neuen geriatrischen Station im Spital Affoltern. St. Galler Demenzkongress, 26. November 2014. <http://www.demenzkongress.ch/wp-content/uploads/2013/11/Minder-Markus.pdf> (Zugriff 12.7.2016)

- SAMW 2004: Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. Richtlinien.
- SFGG-SPSG 2006: Profil der Geriatrie in der Schweiz. Teil 1. Grundlagen und Konzepte altersmedizinischer Arbeit. Bern: Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie.
- Stadt Zürich o.J.: Zusammenarbeit Hausärztinnen/Hausärzte – Altersheime der Stadt Zürich. Zürich: Gesundheits- und Umweltsdepartement.
- Stewart M.J., Georgiou A., Westbrook J.I. 2013: Successfully integrating aged care services: a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program. *International Journal of Integrated Care* 13.
- Thierry Perez S., 2015: Gériatrie Régionale Nord vaudois. Rapport d'étude – décembre 2015.
- Ulrich A., Hellstern P., Kressig R.W., Eze G., Spirig R. 2010: Advanced Nursing Practice (ANP) im direkten Pflegealltag: Die pflegerische Praxisentwicklung eines akutgeriatrischen ANP-Teams. *Pflege* 23(6): 403-410.
- Van den Heuvel D. 2013: Geriatrie Versorgungsstrukturen vs. Zukünftiger Versorgungsbedarf. 22. Reha-Kolloquium 2015. http://www.bv-geriatrie.de/Dokumente/Geriatrie%20Reha/Geriatrie%20Versorgungsstrukturen%20vs.%20zuk%20ftiger%20Versorgungsbedarf/Maerz%202013_van%20den%20Heuvel.pdf (Zugriff 1.7.2016)