
Welche Strukturen braucht es für die geriatrische Versorgung?

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

Sarah Brügger, Laurence Kohli, Beat Sottas

Symposium: koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten
15. Dezember 2017

Ausgangslage und Auftrag

Immer mehr (hoch-)betagte, multimorbide Menschen mit hohem Bedarf an koordinierter Versorgung

Zugang zu geriatrischer Versorgung ist mangelhaft

→ nicht indizierte Hospitalisationen, Verlegungen, Komplikationen

Was können wir von Modellen guter Praxis lernen?

Ziel des Mandats ist es, Good Practice Modelle

- zu identifizieren,
- zu analysieren und
- zu ermitteln, welche Faktoren dazu geführt haben, dass diese Strukturen lanciert und erfolgreich umgesetzt wurden.

Fragen

- 1 Welche **Modelle guter Praxis** der spezialisierten, geriatrischen Versorgung gibt es in der Schweiz?
- 2 Wie wird der **Nutzen** dieser Modelle bewertet?
Wo besteht **Verbesserungspotenzial**?
- 3 Welche **Faktoren** führten dazu, dass diese Modelle **lanziert und erfolgreich umgesetzt** wurden?
- 4 Was sind **Schwierigkeiten und Hindernisse**?
- 5 Was sind **Empfehlungen**, um vergleichbare Modelle auch an anderen Orten umsetzen zu können?
- 6 Wie müss(t)en die **Rahmenbedingungen** ausgestaltet sein?

1 Welche Good-Practice-Modelle gibt es in der Schweiz?

- Spezialisierte, geriatrische Versorgung steckt **erst in den Anfängen** nur wenig Good-Practice-Modelle, häufig erst seit kurzem in Betrieb
- **Institutionsübergreifende Modelle**, die auch den ambulanten Bereich einbeziehen, **sind selten** (Ausnahmen sind insb. VD und GE)
- Lokale Umsetzung:
kaum Ansätze eines lernenden Gesamtsystems mit Austausch

10 Modelle mit einer grossen Variationsbreite betr. Setting, Auftrag, institutioneller Einbettung, Organisation, Schnittstellenmanagement, Finanzierung, u.a.m.

Ausgewählte Good-Practice-Modelle

Aus der Akutsomatik:

UniversitätsSpital
Zürich



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

Kontakt: Otto Meyer

UniversitätsSpital
Basel

2. Interprofessioneller Konsildienst für ältere Patienten & pflegerischer Delir-Konsildienst, UniversitätsSpital Basel

Kontakt: Martina Huber, Florian Grossmann, Wolfgang Hasemann, Manuela Pretto, Anja Ulrich

Aus der Psychiatrie:



3. Akutgeriatriische Station im Psychiatriestützpunkt, Spital Affoltern

Kontakt: Roland Kunz, Markus Minder

Ausgewählte Good-Practice-Modelle

Aus der Langzeitversorgung:



4. Geriatischer Konsiliardienst der Stadtzürcher Alterszentren

Kontakt : Sacha Beck

→ Viele Modelle richten sich ausschliesslich an Personen **innerhalb einer Institution** (meistens Akutsomatik)

Das Ziel ist nicht nur Zugang zu geriatrischer Versorgung, sondern **ein systemischer Versorgungsansatz**, bei dem die Patienten bereits zu Hause oder im Pflegeheim optimal und integriert versorgt werden.

Ausgewählte Good-Practice-Modelle

Aus der ambulanten Versorgung:

5. Unité de gériatrie communautaire,
Hôpitaux Universitaires Genève



Kontakt : Sophie Pautex

6. Consultations gériatrique ambulatoire
du Réseau Santé Haut-Léman



Kontakt : Fabienne Kern, Annelore Sautebin

Ausgewählte Good-Practice-Modelle

Sektorenübergreifende Modelle:



7. KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit
Bassersdorf
Kontakt : Marlies Petrig, Margrith Nagel, Marcel Amstutz



8. Gériatrie régionale du Réseau Santé Nord Broye
Kontakt : Franck Perez, Hélène Jaccard, Sylvie Thierry Perez



9. REAGER et READOM
(CHUV et APROMAD, Lausanne)
Kontakt : Marie-Jo Magnin, Marc Humbert



10. CareNet+,
Koordinationszentrum für Gesundheit und Soziales
Kontakt : Thomas Rüffenacht, Simon Heiniger, Jürg Kuster

② Wie wird der Nutzen bewertet?

😊 **Qualität der Versorgung:**

- weniger Komplikationen, bessere Triage
- Vermeidung von Hospitalisationen und Verlegungen
- steigende Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen

😊 Verbesserte **Arbeitszufriedenheit** und **Berufsverweildauer**

😊 Förderung des **Wissens- und Erfahrungsaustauschs** zwischen der Geriatrie und anderen Disziplinen

Wo besteht Verbesserungspotenzial?

- ☹️ Eingeschränkter Zugang
- ☹️ Fehlende Nachhaltigkeit
- ☹️ Koordination noch nicht optimal – Beispiele leisten geringen Beitrag zur besseren Koordination und koordinierter Versorgung wenig und zu kleine Schnittstellen

Forderungen:

- Ausbau geriatrischer Versorgungsstrukturen auch ausserhalb der Akutspitäler
- Systematisches Screening in verschiedenen Settings
- Kontinuierliche und durchlässige Versorgungskette

③ Welche Faktoren führten dazu, dass Modelle lanciert und erfolgreich umgesetzt wurden?

- **Enthusiasmus innovativer Pioniere** an strategisch und operativ wichtigen Stellen
- **Strategischer Rückhalt** und Sicherstellung der **Finanzierung**
- Verfügbarkeit **geriatrischer Expertise**
- **Akzeptanz** durch Zuweiser und Partner

④ Hindernisse und Schwierigkeiten

Hohe Kosten und fehlende Einnahmen

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.

Im heutigen System der Einzelleistungsvergütung wird die enge betriebswirtschaftliche Sicht höher gewichtet als eine gesamtwirtschaftliche Perspektive.

Koordinationsleistungen können nicht oder nur beschränkt verrechnet werden.

Der Aufwand für die Behandlung v.a. von Menschen mit Demenz wird bei den Fallpauschalen und in der Langzeitversorgung ungenügend berücksichtigt.

④ Hindernisse und Schwierigkeiten

Konkurrenz- und «Gärtli-Denken»

u.a. auf Grund von Finanzierungsmechanismen

Notwendig ist das Schaffen einer **Haltung der Ko-Produktion** unter den Akteuren in der Versorgungslandschaft, denn

- a) für eine gute geriatrische Versorgung braucht es die Kompetenzen und Angebote verschiedener Berufsgruppen, und
- b) gute geriatrische Versorgung kann nur funktionieren, wenn Patienten aus der Grundversorgung und anderen Versorgungsbereichen zugewiesen werden.

→ **Ängste abbauen, Vertrauen schafften,
gemeinsam neue Wege gehen**

5 Empfehlungen

Es braucht:

- **Kommunikation, Kommunikation und noch mal Kommunikation!**
Entscheidend sind das Gespräch und persönliche Kontakte auf der Ebene der Leitung wie auch der einzelnen Mitarbeitenden.
- **Engagement und einen langen Atem!**
Der Zeitaufwand ist gross. Zeit, Geduld, Optimismus und darstellbare positive Effekte sind unabdingbar für die erfolgreiche Umsetzung.
- **keine Angst vor den Kosten!**
Gute geriatrische Versorgung kostet Geld, wird aber schlecht honoriert (v.a. Koordinationsaufgaben).
Return on Investment kann nicht die Hauptmotivation sein.

⑥ Rahmenbedingungen

Mehr Engagement für hochbetagte, multimorbide Menschen

- **Finanzielle Anreize für unzweckmässige Leistungen am falschen Ort beseitigen**
- **Klärung der Zuständigkeiten**, um Abschiebungen über Sektorengrenzen und unnötige Verlegungen zu vermeiden und Lücken zu schliessen
- **Öffentliche Hand und/oder Krankenversicherer** müssen einen Teil **der Verantwortung übernehmen** (Koordination ist für eine gute Versorgung unabdingbar – ihre Finanzierung auch)
- Mehr **Verständnis für Vernetzung und Zusammenarbeit** dank
 - a) Massnahmen in Aus- und Weiterbildung und
 - b) Förderung der koordinierten Versorgung auf regionaler Ebene