



Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen

Schlussbericht

Forschung & Entwicklung Ergotherapie
Institut für Ergotherapie, Departement Gesundheit
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Technikumstrasse 71, 8401 Winterthur

Winterthur, den 18.02.2021

Projektmitarbeitende

Ursula Meidert, Projektleiterin

Forschung & Entwicklung Ergotherapie

Institut für Ergotherapie, Departement Gesundheit

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Tel.: 058 934 67 02

E-Mail: ursula.meidert@zhaw.ch

Thomas Ballmer, wissenschaftlicher Mitarbeiter

Forschung & Entwicklung Ergotherapie

Institut für Ergotherapie, Departement Gesundheit

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Tel.: 058 934 67 02

E-Mail: thomasmichael.ballmer@zhaw.ch

Unter Mitarbeit von:

Prof. Dr. Heidrun Becker

Ehem. Leiterin Forschung und Entwicklung Ergotherapie

Institut für Ergotherapie, Departement Gesundheit

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Inhaltsverzeichnis

1.	Hintergrund	4
1.1.	Ausgangslage	4
1.2.	Projektziel	5
1.3.	Fragestellungen	5
2.	Methodisches Vorgehen	7
2.1.	Literatursuche	7
2.2.	Auswahl einer Beispielregion und relevante Stakeholder	7
2.3.	Befragung der Stakeholder	8
2.4.	Erarbeitung und Validierung der Empfehlungen und Modelle	11
3.	Ergebnisse	12
3.1.	Ergebnisse aus der Literaturrecherche	12
3.2.	Resultate der Fokusgruppen und Einzelinterviews	17
3.3.	Resultate der Interviews mit Expertinnen und Experten	23
3.4.	Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse	24
3.5.	Mögliche Modelle und Empfehlungen	25
3.6.	Validierung und Priorisierung der Modelle und Empfehlungen	30
4.	Beantwortung der Forschungsfragen, Diskussion und Empfehlungen	36
4.1.	Beantwortung der Forschungsfragen	36
4.2.	Empfehlungen	40
5.	Literatur	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.	Centre Médico-Sociaux	13
Abbildung 2.	Alterszentrum Breiten (ehemals Hom' Care), Hombrechtikon	14
Abbildung 3.	Bromley-by-Bow Campus	15
Abbildung 4.	Westgate Health Co-op	16
Abbildung 5:	Modell 1: Hausarztpraxis mit Casemanagement	26
Abbildung 6:	Modell 2: Multiprofessionelles Gesundheitszentrum mit Case-Mangement	27
Abbildung 7:	Modell 3: Multiprofessionelles Gesundheitszentrum mit Case-Mangement und Spitex	27
Abbildung 8:	Modell 4: Multiprofessionelle Spitex mit Case-Mangementfunktion	28
Abbildung 9:	Modell 5: Niederschwelliges Case-Mangement im Rahmen der Quartiersarbeit	28
Abbildung 10:	Modell 6: Pflegezentrum mit Spitex und Gesundheitszentrum	29
Abbildung 11:	Einfluss auf interprofessionellen Zusammenarbeit	31
Abbildung 12:	Einfluss auf Behandlungsqualität	32
Abbildung 13:	Einfluss auf Berufszufriedenheit	33
Abbildung 14:	Erwartete Verbesserungen Behandlungsqualität, Berufszufriedenheit und Engagement	34
Abbildung 15:	Relevanz der Empfehlungen	34
Abbildung 12:	Dringlichkeit der Empfehlungen	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Zusammensetzung der Fokusgruppen	9
Tabelle 2:	Beispiele für neue Modelle der Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung	12
Tabelle 3:	Berufsgruppen und Arbeitssettings der Teilnehmenden der Online-Befragung	31
Tabelle 4:	Präferierte Modelle nach Berufsgruppen	33
Tabelle 5:	Empfehlungen	40

1. Hintergrund

1.1. Ausgangslage

Eine stetig alternde Gesellschaft, die Zunahme an chronischen Krankheiten in der Bevölkerung und ein wachsender Fachkräftemangel im Schweizer Gesundheitswesen stellen unsere Gesellschaft in naher Zukunft vor grosse Herausforderungen, die Massnahmen und/oder ein Umdenken in der Gesundheitsversorgung erfordern (Bundesamt für Gesundheit, 2013; Wunsch, Buchmann, Wedel & Weg, 2014). Verschiedene Optionen, wie diesen Herausforderungen begegnet werden kann, sind denkbar. Eine mögliche Option sind neue Modelle der Versorgung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Diese beinhalten meist auch neuen Arten oder Modelle der Zusammenarbeit zwischen den involvierten Berufsgruppen, d.h. jenen des Gesundheitswesens, aber auch darüber hinaus mit Akteuren aus dem Sozialwesen und der Zivilgesellschaft. Verschiedene solche Konzepte, wie beispielsweise die integrierte Versorgung oder *Caring Communities*, werden zurzeit in der Schweiz diskutiert und erprobt (Kricheldorf, 2013; Schusselé Fillietaz, Berchtold, Kohler & Peytremann-Bridevaux, 2018; WHO, 2016; Zwygart, Plattet & Spini, 2018).

Neue Versorgungsformen verlangen nach Veränderungsbereitschaft und Anpassungsfähigkeit aller Beteiligten, daher den Institutionen, Organisationen, Berufsgruppen, wie auch den Klientinnen und Klienten. Solche Veränderungen sind oft mit Unsicherheit und Ängsten verbunden. Sie bieten aber auch Chancen für ein Überdenken althergebrachter Strukturen und Hierarchien in der Gesundheitsversorgung, eine Neuverteilung von Kompetenzen und Rollen zwischen den Akteuren, ein Empowerment nicht-ärztlicher Berufe und den vermehrten Einbezug der Klientinnen und Klienten sowie derer Angehöriger (GDK & BAG, 2012; Zwygart et al., 2018).

Eine Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit wird allgemein als ein Mittel angesehen, die schweizerische Gesundheitsversorgung qualitativ zu verbessern und ihre Effizienz zu steigern. So stellt das Bundesamt für Gesundheit in Bezug auf sein Förderprogramm *Interprofessionalität im Gesundheitswesen* fest:

«[Mehrfacherkrankte Personen] müssen oft Leistungen von vielen Gesundheitsfachpersonen in Anspruch nehmen. Gleichzeitig zeichnet sich ein Mangel an Fachpersonen ab. Diese müssen daher in Zukunft effizienter miteinander arbeiten, z.B. in interprofessionellen Teams [...] Fehlbehandlungen können so vermieden, Spitalaufenthalte verkürzt oder die Zahl der Nachkonsultationen verringert werden» (Bundesamt für Gesundheit, 2019, Abschn. 2).

Interprofessionalität wird potentiell als ein Mittel zur Effizienzsteigerung gesehen und soll die schweizerische Gesundheitsversorgung hinsichtlich der doppelten Herausforderung des Fachkräftemangels und des demographischen Wandels stärken. In der interprofessionellen Zusammenarbeit wird aber auch noch ein anderes Potential gesehen - das Potential einer Neuverteilung von Kompetenzen, Verantwortung und Rollen zwischen den Berufsgruppen und dadurch ein *Empowerment* der nicht-ärztlichen Berufe (Bundesamt für Gesundheit, 2017). Haddara und Lingard (2013) bezeichnen diese beiden Diskurse über Interprofessionalität als den *utilitaristischen* und den *emanzipatorischen* Diskurs. Interprofessionelle Zusammenarbeit kann sich somit positiv sowohl auf die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung als auch auf die Attraktivität der Gesundheitsberufe und die Berufszufriedenheit und -verweildauer auswirken (Bundesamt für Gesundheit, 2017).

Im ersten Teil dieses Projektes wurde vor diesem Hintergrund untersucht, ob Genossenschaften als Gesellschaftsform im Gesundheitsbereich eine zukunftssträchtige Organisationsform sein könnte, um Interprofessionalität zu fördern, Kosten für Doppelspurigkeiten zu vermeiden und den beteiligten Stakeholdern das grösstmögliche Empowerment zu ermöglichen. Des Weiteren wurde untersucht, ob eine Genossenschaft eine neue Form der Zusammenarbeit für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten attraktiv sein könnte. Dies, weil einerseits individuelle Risiken bei der Praxisgründung vermindert und Synergien geschaffen werden können, beispielweise in Bezug auf Infrastruktur, Weiterbildung und Einkauf von Material. Andererseits können diese die ambulante Versorgung sicherstellen sowie attraktive Berufskarriere-Optionen für Therapeutinnen und Therapeuten schaffen (siehe *Zwischenbericht 1: TheraCoops - Genossenschaften als Zukunftsmodell der Zusammenarbeit für Therapieberufe?*, Meidert, 2017).

Das Vorläuferprojekt umfasste mehrere Experteninterviews, in welchen deutlich wurde, dass die Berufsverbände der Ergotherapie und Physiotherapie von dieser Geschäftsform eher abraten, da diese in der Schweiz aus ihrer Sicht für selbstständige Therapeutinnen und Therapeuten eher Nachteile birgt.

Anderer Meinung war Prof. Dr. Franco Taisch von der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Luzern. Danach könnten alternative Geschäftsformen, wie die der Genossenschaft, für einen Zusammenschluss verschiedener ambulanter Anbieter geeignet und vorteilhaft sein (Meidert, 2017). Da auch die Berufsverbände die engere Zusammenarbeit verschiedener Anbieter in der Gesundheitsversorgung als wichtiges Anliegen geäußert hatten, wurde der Fokus im zweiten Teil des Projektes auf innovative Modellen in der ambulanten Versorgung und der interprofessionellen Zusammenarbeit gelegt. Bei diesen werden Akteure aus verschiedenen Sektoren (Leistungsnehmer und Angehörige, Gesundheitsfachpersonen, ehrenamtliche Angebote, Gemeinden) miteinbezogen.

1.2. Projektziel

Ziel dieses Projektes war es, die Bedürfnisse und erforderlichen Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsfachpersonen und weiterer Stakeholder in der ambulanten Gesundheitsversorgung älterer Menschen abzuklären. Es sollten sowohl gut funktionierende Aspekte in der Zusammenarbeit wie auch Lücken und Hindernisse erhoben werden. Zudem sollten Einstellungen sowie die Bereitschaft für Veränderungen hin zu einem zukunftssträchtigen Modell der Zusammenarbeit, welches sowohl die ambulante Versorgung sicherstellen als auch als für die Gesundheitsfachpersonen eine attraktive Arbeitsumgebung schaffen kann, erhoben werden. Dabei gingen wir von der Hypothese aus, dass sich neue Formen der Zusammenarbeit positiv sowohl auf die Effizienz und die nachhaltige Wirkung von Pflege, Therapie, Beratung und Betreuung als auch auf die Arbeitsbedingungen und die Berufszufriedenheit der in dem Bereich tätigen Gesundheitsfachpersonen – und damit auf die längerfristige Attraktivität dieser Berufe - auswirken könnten.

Dieses Projekt war ein Teilprojekt des Standortprojektes «Berufskarrieren und Berufsverweildauer Gesundheitsberufe (BB-Ges)», welches das Ziel verfolgt, dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen entgegen zu wirken (siehe auch <https://www.cnhw.ch/standortshyprojekte/bb-ges-zhaw/>).

1.3. Fragestellungen

Die folgenden Fragen wurden in Zusammenhang mit dem Projektziel untersucht:

- a) Welche Gesundheitsfachpersonen und Stakeholder sind in einer spezifischen Region an der ambulanten Versorgung älterer Menschen beteiligt?
- b) Wie wird die aktuelle Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen erlebt?
- c) Welche Lücken in der Versorgung und Zusammenarbeit werden derzeit ausgemacht?
- d) Welche Bedürfnisse und Erwartungen bestehen von den verschiedenen Stakeholdern an die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen?
- e) Welche Rahmenbedingungen sind für die Realisierung der gewünschten Zusammenarbeit erforderlich, welche Hürden bestehen?
- f) Welche innovativen Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Gesundheitsversorgung existieren? Welche sind erfolgreich und praktizieren eine interprofessionelle Zusammenarbeit? Welche scheinen für eine Umsetzung im Schweizer Kontext geeignet?
- g) Welche Modelle der Zusammenarbeit werden von den Stakeholdern befürwortet und aus welchen Gründen?
- h) Auf welche Akzeptanz stossen die verschiedenen Versorgungsmodelle? Welche Vor- und Nachteile bergen diese aus Sicht der Stakeholder?

- i) Welche Auswirkungen könnten neue Modelle der Zusammenarbeit und/oder Versorgung auf die Berufszufriedenheit haben?
- j) Welche Empfehlungen können für beteiligte Stakeholder gemacht werden, um die ambulante Versorgung älterer Menschen auch in Zukunft sicher zu stellen, die Qualität der Versorgung und die Berufszufriedenheit der involvierten Berufsgruppen zu verbessern?

2. Methodisches Vorgehen

Um die oben genannten Fragestellungen beantworten zu können, wurden als erstes eine Literatursuche nach bestehenden Modellen der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung gesucht und beschrieben. Danach wurde eine Beispielregion für das Projekt ausgewählt, in welcher die Studie angesiedelt sein sollte sowie relevante Stakeholder identifiziert. Es wurden Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Stakeholdern geführt und in einem weiteren Schritt Expertinnen und Experten befragt. Danach wurden Empfehlungen formuliert und diese in einer Befragung der involvierten Stakeholder der Beispielregion validiert. In den folgenden Abschnitten werden die einzelnen Arbeitsschritte genauer beschrieben.

2.1. Literatursuche

Für die Ermittlung bestehender Modelle in der ambulanten Versorgung wurde eine Freihandsuche durchgeführt. Dafür wurde einschlägige Literatur durchgesehen als auch mit einer Google-Suche im Internet recherchiert. Modelle wurden nach folgenden Einschlusskriterien ausgesucht: 1. Sie operieren in der ambulanten Gesundheitsversorgung, 2. Sie sind interprofessionell zusammengesetzt, 3. Sie sind neu oder innovativ und 4. Sie passen potentiell in den Schweizer Kontext.

Die ausgewählten Modelle wurden in einem zweiten Schritt genauer analysiert, beschrieben und typisiert.

2.2. Auswahl einer Beispielregion und relevante Stakeholder

Auswahl der Beispielregion

In der Schweiz ist die ambulante Gesundheitsversorgung sehr heterogen organisiert und fällt in die Zuständigkeit der Gemeinden. Je nach Gemeinde und Region finden sich unterschiedliche Angebote in der ambulanten Versorgung und auch unterschiedliche Strukturen der Zusammenarbeit. Es schien daher vorteilhaft, die Erhebungen nur in einer einzelnen Region durchzuführen und die Situation dort beispielhaft zu erheben.

Als Beispielsregion wurde der kleinstädtische Agglomerationsraum Baden ausgewählt, da dieser Bezirk weder die spezifischen Versorgungsmerkmale einer Grossstadt (hohe Ärztedichte, viele Spezialisten, kurze Versorgungswege) noch jener eines ländlichen Gebietes einer Randregion aufweist (niedrige Ärztedichte, wenig Spezialisten, lange Versorgungswege).

Im Bezirk Baden leben 143'600 Menschen in 26 Gemeinden mit teilweise städtischem, teilweise eher ländlichem Charakter. Die grössten Ortschaften liegen im Agglomerationsgürtel des Limmattals und sind Wettingen mit 20'800 Einwohnern, Baden, der Hauptort des Bezirks, mit 19'200 Einwohnern, und Spreitenbach mit 11'800 Einwohnern (Departement Finanzen und Ressourcen/Statistik Aargau, 2018). Gut ein Drittel der Gemeinden im Bezirk liegen ausserhalb des Agglomerationsgürtels. Diese sind ländlich geprägt und weniger dicht besiedelt (Eidgenössisches Departement des Innern, 2019). Im Bezirk Baden kommt auf 1600 Einwohner ca. ein Allgemeinarzt, auf eine Spezialärztin kommen ca. 600 Einwohner. Wie der ganze Kanton Aargau liegt auch der Bezirk Baden hier unter dem Schweizer Durchschnitt. Während die Ärztedichte in den städtischen Gebieten im kantonalen Vergleich hoch ist, ist in den ländlichen Gebieten – parallel zu gesamtschweizerischen Trends – von einer abnehmenden Ärztedichte auszugehen (Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau, 2016). Auf dem Gebiet der Gemeinde Baden steht das Kantonsspital Baden, welches für rund 300'000 Einwohnerinnen und Einwohnern im östlichen Teil des Kantons Aargau, und damit auch für den Bezirk Baden, eine hochstehende und Gesundheitsversorgung rund um die Uhr bietet (KSB, 2018).

Identifizierung der Stakeholder

Als Stakeholder in der ambulanten Versorgung älterer Menschen im Bezirk Baden wurden folgende Personengruppen und Institutionen identifiziert: Seniorinnen und Senioren, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeu-

ten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Vertretende von Spitex- und Entlastungsdiensten, Hausärztinnen und Hausärzte sowie Vertretende anderer in der Versorgung, Betreuung und Begleitung älterer Menschen involvierter Organisationen wie Pro Senectute und dem Schweizerischen Roten Kreuz.

2.3. Befragung der Stakeholder

Für die Befragung der verschiedenen Stakeholder wurde Fokusgruppen, Einzel- und Experteninterviews geführt. Das Vorgehen wird nachfolgend beschrieben.

Fokusgruppen

Fokusgruppen sind Gruppen von sechs bis neun Personen, die aufgrund eines mit dem Untersuchungsgegenstand zusammenhängenden gemeinsamen Interesses oder Charakteristikums ausgesucht werden. Die Teilnehmenden nehmen an einer einmaligen, zeitlich begrenzten Diskussion zur Thematik teil, die von einer/einem unabhängigen Moderatorin oder Moderator geleitet wird (Witte, 2001). Ziel dieser Methode ist es, durch die inhaltsanalytische Auswertung der Aussagen und der ablaufenden gruppenspezifischen Prozesse, Informationen über Hintergründe von Meinungen und Wahrnehmungen zu erhalten (Witte, 2001).

Für die Fokusgruppen wurden fünf verschiedene Stakeholdergruppen definiert: 1. Personen über 65, die zuhause leben, 2. Therapeutinnen und Therapeuten, die in der ambulanten Versorgung tätig sind, 3. Spitex-Organisationen, 4. Hausärztinnen und Hausärzte sowie 5. weitere Organisationen, die in die Betreuung und Versorgung älterer Menschen involviert sind.

Die Rekrutierung der Personen über 65 erfolgte durch die Kontaktierung verschiedene Organisationen, in der Stadt und Region Baden, in denen ältere Menschen engagiert sind. Zudem wurde ein Aufruf in der lokalen Presse veröffentlicht. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten wurden mithilfe des *Ergotherapeutinnen-Verbandes Schweiz* und *Physiosuisse* rekrutiert. Spitex-Organisationen und Unterstützungsdienste in der Region wurden direkt angeschrieben. Für die Fokusgruppe mit Vertretenden von anderen in die gesundheitliche und soziale Versorgung älterer Menschen involvierter Organisationen, darunter Pro Senectute, Alzheimer Schweiz, der Sozialdienst der Stadt Baden, das Schweizerische Rote Kreuz (SRK), das Hilfswerk der evangelischen Kirche Schweiz (HEKS) und andere lokale und regionale Beratungs- und Unterstützungsanbieter wurden ebenfalls direkt angeschrieben. Die Zusammenstellung der Fokusgruppen und Angaben zu den Beteiligten finden sich in *Tabelle 1*.

In den Fokusgruppen und Interviews wurde die Einschätzung der aktuellen Situation in der ambulanten Versorgung älterer Menschen, vor allem in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, erfragt und anhand konkreter Beispiele Eigenschaften möglicher innovativer Modelle, deren Umsetzbarkeit und Akzeptanz diskutiert. Die Auswahl der Beispiele sollte verschiedene Aspekte innovativer Modelle abdecken, wie interprofessionelle Teams, Vernetzung verschiedener Anbieter, Sozialraumorientierung, Vernetzung von Gesundheits- und Sozialwesen, Mitbestimmung von Klientinnen und Klienten. basiert auf der Auseinandersetzung mit aktueller Literatur zu innovativen Modellen der ambulanten Versorgung (u.a. CURAVIVA, 2012; GDK & BAG, 2012; Kricheldorf, 2013; Schusselé Filliettaz et al., 2018; WHO, 2016). Die Interviewleitfäden für die Fokusgruppen und Einzelinterviews finden sich im Zwischenbericht 2 (Ballmer & Meidert, 2020).

Alle Fokusgruppen wurden digital aufgezeichnet und anschliessend transkribiert. Aufnahmen und Transkripte wurden auf einem gesicherten Server des Departementes Gesundheit der ZHAW abgespeichert. Die Teilnehmenden gaben ihr schriftliches Einverständnis für die digitale Aufzeichnung der Gespräche.

Tabelle 1: Zusammensetzung der Fokusgruppen

	Fokusgruppe 1 Ältere Personen	Fokusgruppe 2 Therapeutinnen & Therapeuten	Fokusgruppe 3 Spitex & Entlastungsdienst	Fokusgruppe 4 Weitere Organisationen
Mitarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Moderatorin • 1 Assistierende Person 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Moderatorin • 1 Assistierende Person 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Moderatorin • 1 Assistierende Person 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Moderatorin • 1 Assistierende Person
Teilnehmende	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht: 4 Frauen, 1 Mann • Alle Personen pensioniert • 3 Personen ehemals im Gesundheitswesen tätig • Alle Personen wohnhaft in der Region Baden 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht: 3 Frauen, 1 Mann • 3 Ergotherapeutinnen und 1 Physiotherapeut • Selbständig, teilselbständig und angestellt • Alle Personen in der ambulanten und aufsuchenden Versorgung älterer Menschen im Raum Baden tätig 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht: 5 Frauen, 1 Mann • 3 Personen der Spitex, 1 Person Psychiatriespitex, 1 Person FA SRK • Alle angestellt, teils in leitender Funktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht: 4 Frauen, 1 Mann • Vertretende von Pro Senectute, Alzheimer Schweiz, des Sozialdienstes der Stadt Baden, des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) und des Hilfswerks der evangelischen Kirche Schweiz, Programm Alter und Migration (HEKS-AltUM)
Rekrutierung	<ul style="list-style-type: none"> • Rekrutiert durch öffentlichen Aufruf, anschreiben verschiedener Organisationen der Stadt und Region Baden 	<ul style="list-style-type: none"> • Rekrutiert durch Ergotherapeutinnen-Verbandes Schweiz und Physiosuisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Direkt rekrutiert durch Anschreiben der Organisationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Direkt rekrutiert durch Anschreiben der Organisationen
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • 120 min incl. Vorstellung des Projekts • 4.09.2018, 14.00-16.00 Uhr • Klubschule Migros, Baden 	<ul style="list-style-type: none"> • 120 min incl. Vorstellung des Projekts • 22.10.2018, 16.00-18.00 Uhr • Chorherrehus. Baden 	<ul style="list-style-type: none"> • 120 min incl. Vorstellung des Projekts • 29.11.201, 16.00-18.00 Uhr • Chorherrehus. Baden 	<ul style="list-style-type: none"> • 120 min incl. Vorstellung des Projekts • 10.12.2018, 16.00-18.00 Uhr • Chorherrehus. Baden

Da zu wenig der angeschriebenen Ärzte und Ärztinnen bereit waren, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen und aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen der teilnahmewilligen wurde von einer Befragung in Fokusgruppen abgesehen. Daher wurde für die Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte zwei leitfadengestützte Einzelinterviews durchgeführt.

Einzelinterviews

Für die Rekrutierung der Hausärztinnen und Hausärzte wurde der *Verein Grundversorger der Region Baden* angeschrieben. Dieser willigte ein, unter seinen Mitgliedern für eine Teilnahme zu werben. Zudem wurden in der Region ansässige Hausärzte und Geriater direkt angeschrieben. Zwei Personen konnten so rekrutiert werden. Beiden war es jedoch aus zeitlichen Gründen nicht möglich, an den regulären Fokusgruppen teil zu nehmen. Mit beiden Personen wurden daher Einzelinterviews durchgeführt, in denen ihnen dieselben Fragen gestellt wurden. Die Einzelinterviews dauerten jeweils ca. eine Stunde und wurden in den jeweiligen Praxen der teilnehmenden Hausärzte in Baden und Wettingen durchgeführt.

Als Ergänzung zur Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern sowie Anbietern von ambulanten Dienstleistungen wurde die Sichtweise einer zentralen Vertreterin der städtischen und regionalen Gesundheits- und Sozialpolitik miteinbezogen. Dazu wurde die amtierende Stadträtin für das Ressort Gesundheit und Soziales der Stadt Baden ein Interview, Regula Dell'Anno-Doppler, angefragt. Diese ist neben ihrer politischen Tätigkeit auch im Verband der Gemeinden der Region Baden (*Baden Regio*) und als Kantonsparlamentarierin im Aargauer Grossrat tätig.

Im Vorfeld des Interviews wurde ihr eine kurze Zusammenfassung der Kernthemen aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews sowie Interviewfragen zugesandt. Ein erster Frageblock beschäftigte sich mit den Resultaten aus den Fokusgruppen und die Einschätzungen aus politischer Sicht. Des Weiteren wurden nach den Intentionen und Plänen auf politischer Seite für die ambulante Versorgung in der Region gefragt sowie die Sicht auf ihre Rolle in der Versorgung. Das Interview wurde mit mündlicher Einwilligung der Gesprächspartnerin digital aufgezeichnet und anschliessend transkribiert.

Experteninterviews

In der Freihandsuche (vgl. Kapitel 2.1) wurden insbesondere drei in der Schweiz implementierte Modelle gefunden, welche eine interprofessionelle Zusammenarbeit in einem neuartigen und innovativen Modell praktizieren (*Verein Vicino* in der Stadt Luzern, *Caring Communities* Region Oberaargau und Region Bern).

Angesichts der in den Fokusgruppen und Einzelinterviews geäusserten Hindernisse für eine gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit, kam die Frage auf, wie sich Hindernisse überwinden und neue Modelle implementieren lassen, sowie wie kann eine organisationsübergreifende Kooperation und Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung möglich gemacht werden?

Mit diesen Kernfragen wandten wir uns an Barbara Steffen-Bürgi vom Zentrum Schönberg, welches in drei Berner Gemeinden Versorgungsnetzwerke aufgebaut hat, und an Tamara Renner und Christian Vogt, welche das Co-Präsidium des Vereins Vicino innehaben, eines Netzwerks von Organisationen, welche in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung älterer Menschen in Luzern tätig sind.

Als Methode zur Erfassung der Sicht der politischen Akteure wurde ein leitfadengestütztes Experteninterview gewählt (Meuser & Nagel, 2009). Die Experteninterviews wurden am 4.9.2019 in Bern und am 25.9.2019 in Luzern in den Räumlichkeiten der jeweiligen Organisation durchgeführt. Die Interviews wurden nach mündlicher Einwilligung elektronisch aufgezeichnet und danach transkribiert.

Auswertungen

Für die Auswertung der Befragungen wurden in einem ersten Schritt relevante Passagen identifiziert. Mit einer deduktiven Vorgehensweise wurden die Passagen sowie relevanten Aussagen Themen zugeordnet und danach analysiert. Die Themencluster wurden zusammengefasst und jeweils mit Zitaten empirisch ver-

ankert (siehe Kapitel 3.1). In einem weiteren Schritt wurden für jedes Themen-Cluster die einzelnen Stakeholder-Zitate und Aussagen einander gegenübergestellt und visuell angeordnet. Dieser Arbeitsschritt erfolgte in Zusammenarbeit der Autoren des Berichts. Danach erfolgte die Verschriftlichung dieser Resultate (siehe Kapitel 3.2).

Eine genauere Beschreibung der Vorgehens bei den Befragungen sind in Zwischenbericht 2 nachzulesen (Ballmer & Meidert, 2020).

2.4. Erarbeitung und Validierung der Empfehlungen und Modelle

Nach der Analyse des gesamthaften Materials wurden auf der Grundlage der Ergebnisse Empfehlungen ausgearbeitet für die ambulante Versorgung älterer Menschen. Diese richten sich an verschiedene Stakeholder mit dem Ziel, die ambulante Gesundheitsversorgung angesichts der beschriebenen Herausforderungen bei einer hohen Versorgungsqualität sicher zu stellen, die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie wie die Berufszufriedenheit der involvierten Berufsfachkräfte zu fördern.

Die erarbeiteten Empfehlungen und Resultate der Studie wurden in einem letzten Arbeitsschritt von den Stakeholdern der Region Baden validiert und priorisiert. Dazu wurde eine Online-Befragung vom 8. Juni bis 15. September 2020 durchgeführt. Ein Link für die Befragung wurde an die Teilnehmenden der Fokusgruppen und Einzelinterviews versandt. Darüber hinaus wurde der Link im Sinne einer erweiterten Validierung der Ergebnisse und Empfehlungen auch über den *Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz* und *Physiosuisse* an weitere Therapeutinnen und Therapeuten der Region Baden verschickt. Über den *Verein Grundversorger der Region Baden* wurde der Versand des Fragebogens an weitere Hausärztinnen und -ärzte, Spitex-Organisationen, Unterstützungsdienste sowie an weitere in die gesundheitliche und soziale Versorgung älterer Menschen involvierter Organisationen in der Region weitergeleitet.

3. Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus der Literaturrecherche, den Fokusgruppen, Einzelinterviews und der Experteninterviews zusammengefasst dargelegt. Detaillierte Ergebnisse zu dem Fokusgruppen und Einzelinterviews finden sich in Zwischenbericht 2 (Ballmer & Meidert, 2020).

3.1. Ergebnisse aus der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche hat verschiedene innovative Modelle, die sich im In- und Ausland erfolgreich etablieren haben zutage gebracht. Festzustellen ist, dass in der Schweiz im stationären Bereich die räumliche und institutionelle Nähe die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen erleichtert. Im Bereich der ambulanten Versorgung ist eine Etablierung interprofessioneller Ansätze angesichts des stark fragmentierten, dezentralisierten und privatisierten Schweizerischen Gesundheitssystems (Vatter & Rüfeli, 2014) schwierig.

Es entstanden verschiedenen Modelle und Ansätze unter sehr unterschiedlichen Bedingungen, oft aber in einer Situation geprägt von grösseren Herausforderungen und Umbrüchen oder mangelnder Versorgung. Sie operieren in verschiedensten Kontexten im In- und Ausland. Beispiele reichen von Fusionen verschiedener Anbieter über Netzwerke und Verbundlösungen - mit unterschiedlicher Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit - bis zu gemeindebasierten Modellen, die einen *Caring Community*-Ansatz verfolgen (CURAVIVA, 2012; GDK & BAG, 2012; Kricheldorf, 2013; Schusselé Fillietaz et al., 2018; WHO, 2016). Während manche Modelle auf die unmittelbare Zusammenarbeit unter den verschiedenen Gesundheitsberufen fokussieren, streben andere zusätzlich die Vernetzung mit dem Sozialwesen und der Zivilgesellschaft an. Die in der Literatur dokumentierten Modelle, lassen sich in folgenden Eigenschaftskategorien einteilen:

- Modelle mit interprofessionellen Teams (z.B. in Spitex oder Gesundheitszentren)
- Modelle mit einer Vernetzung verschiedenen Anbieter bis hin zu Fusionen
- Modelle mit Vernetzung von Institutionen Gesundheitswesen mit Institutionen des Sozialwesens und der Zivilgesellschaft
- Modelle mit Mitbestimmung der Klientinnen und Klienten, z.B. Genossenschaftsmodelle

Nachfolgend werden in Tabelle 2 aus jeder der oben genannten Gruppen ein Modell beispielhaft beschrieben:

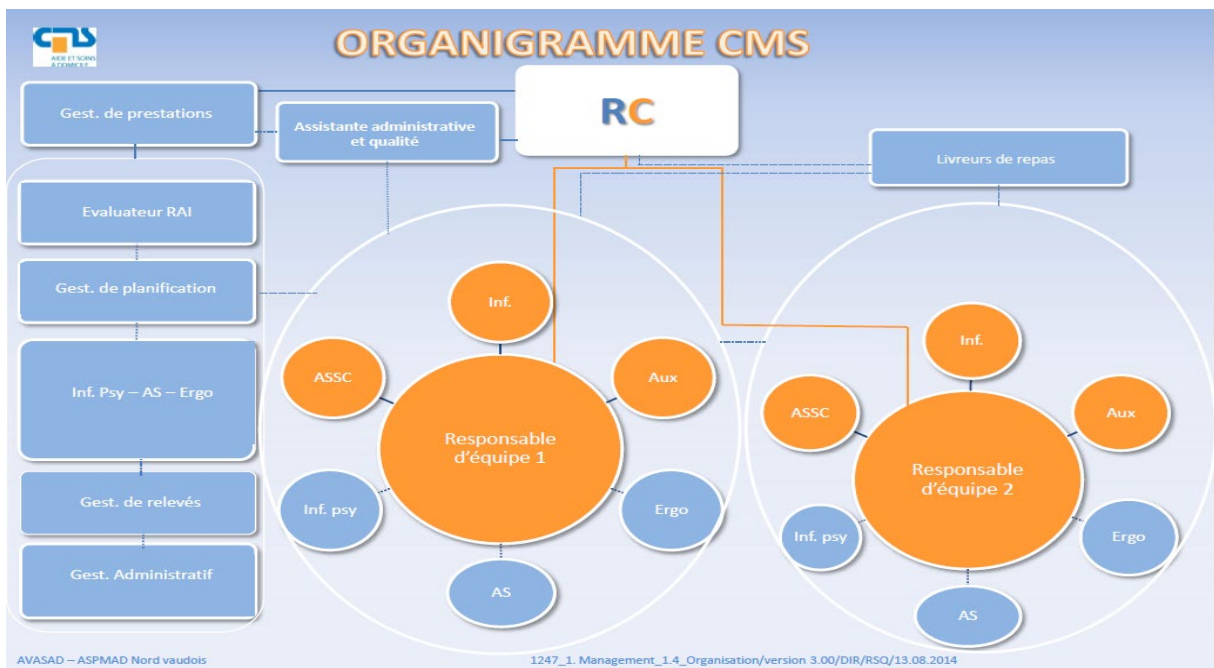
Tabelle 2: Beispiele für neue Modelle der Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung

Modelle	Herkunft	Beschreibung	Eigenschaftskategorien
Centres médico-sociaux	Kanton Waadt	Interprofessionelle Spitex-Teams, die neben Pflege und Betreuung auch weitere Leistungen (Ergotherapie, Ernährungsberatung, Sozialberatung, teilweise Unterstützung Angehöriger) anbieten.	Interprofessionelle Teams
Hom'Care	Gemeinde Hombrechtikon, ZH	Öffentlich-rechtliches Unternehmen, in dem die Gemeinde Hombrechtikon alle ihre Bereiche der Altersarbeit und Gesundheit (Altersarbeit, Alterssiedlung, Alters- und Pflegeheim, Spitex, Beratungsstelle, Koordination von Freiwilligeneinsätzen, Aktivierung und Ergotherapie) organisiert.	Vernetzung zwischen verschiedenen Anbietern (bis hin zur Fusion)
Bromley-by-Bow Centre	London, UK	Gesundheits- und Quartierzentrum in London, das Prävention, Quartierentwicklung, sozialen Betreuung und Unterstützung und Gesundheitsversorgung verbindet.	Sozialraumorientierung, Vernetzung Gesundheit- und Sozialwesen
Westgate Health Co-op	Melbourne, AUS	Genossenschaftliche geführte Gesundheitszentren in Melbourne. Klientinnen und Klienten bestimmen als Genossenschafter mit über Ausrichtung und Prioritäten der Geschäftstätigkeit.	Mitbestimmung Klientinnen und Klienten (z.B. Genossenschaftsmodelle)

Centres médico-sociaux, Kanton Waadt

Die *Centres médico-sociaux* im Kanton Waadt dienen als Beispiel für den Einsatz von interprofessionellen Teams in der ambulanten Versorgung. Beginnend in den 1980er Jahren wurde die ambulante Pflege und Unterstützung im Kanton Waadt neu organisiert und in das integrierte System von *Centres médico-sociaux* (CMS) überführt. Von den 50 Zentren werden sowohl pflegerische und hauswirtschaftliche Spitex-Leistungen als auch weitergehende Leistungen (Ergotherapie, Ernährungsberatung, Sozialberatung, teilweise Unterstützung Angehöriger) angeboten und koordiniert (Greuter & Ringger, 2015). Die Leistungserbringer sind in Teams organisiert mit jeweils einer Teamverantwortlichen. Teilweise wird interprofessionell von Fall zu Fall entschieden, wer jeweils die Fallführung übernimmt (Galli, 2017). Die einzelnen Zentren sind Teil einer kantonalen Dachorganisation, welche auch übergreifende Belange wie z.B. Organisation einer gemeinsamen Informatik übernimmt. Insgesamt arbeiten für die 50 Zentren und die Dachorganisation 4900 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in 3000 Vollzeitstellen (Association Vausdoise d'Aide et de Soins à Domicile, 2014). Die Finanzierung läuft je nach Leistung über den Kanton, die Krankenkasse oder Gemeinde. Im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung ist es wegen der regionalen Unterschiede in der Organisation schwierig, Kosten zu vergleichen, z.B. sind Spitex-Kosten je nach Kanton gänzlich an Gemeinden übertragen. Jedoch «benötigt der Kanton Waadt im schweizweiten Vergleich deutlich weniger Bettenplätze in Pflegeheimen pro Einwohner (auf den Kanton hochgerechnet 1500 bis 1700 Plätze)» als andere Kantone (Greuter & Ringger, 2015, S. 4).

Abbildung 1: Centres médico-sociaux.



Legende: ASSC = *assistant/-e en soins et santé communautaire* (Fachperson Gesundheit); AS = *assistant/-e sociale* (Sozialarbeiter/in); Aux= *auxiliaires de santé* (Pflegehelfer/in). Inf. = *infirmière* (Pflegefachfrau); RC = *responsable de centre*.

Quelle : Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (2014).

Hom'Care (neu: Alterszentrum Breitlen), Hombrechtikon ZH

Das Hombrechtikoner Unternehmen *Hom'Care* dient als Beispiel für eine Fusion stationärer und ambulanter Dienste. Es war ein öffentlich-rechtliches Unternehmen, in dem die Gemeinde Hombrechtikon alle ihre Bereiche der Altersarbeit und Gesundheit organisierte. Dazu gehörten die Altersarbeit (Kommission für Altersfragen Hombrechtikon), eine Alterssiedlung und ein Alters- und Pflegeheim, die Spitex und eine Beratungsstelle sowie die Koordination von Freiwilligeneinsätzen. Auch Aktivierung und Ergotherapie wurden angeboten. Dem Unternehmen stand ein Verwaltungsrat aus Gemeinderäten und unabhängigen Persönlichkeiten vor, dem die Geschäftsleitung unterstellt war (CURAVIVA, 2012). Der stationäre Bereich umfasste 52 Plätze, die Alterssiedlung 33 Wohnungen. 2010 betrug das Vollzeitstellenäquivalent von *Hom'Care* 84 Stellen, darunter vier Lernende. *Hom'care* versorgte per Ende 2017 217 Kundinnen und Kunden ambulant. 76% des Ertrags wurden mit den Kerndiensten 4irtschaftet, die Gemeinde Hombrechtikon leistet einen Beitrag von 14%, die restlichen 11% stammten aus Nebeneinnahmen und Spenden (CURAVIVA, 2012; *Hom'care – Organisation für Alter und Gesundheit*, 2018). Im November 2018 wurde das öffentlich-rechtliche Unternehmen *Hom'Care* in die gemeinnützige Aktiengesellschaft *Alterszentrum Breitlen* umgewandelt, wobei die Spitex Hombrechtikon weiterhin Teil des Unternehmens bleibt.

Abbildung 2 : Alterszentrum Breitlen (ehemals Hom' Care), Hombrechtikon



Quelle: Alterszentrum Breitlen (2019).

Bromley-by-Bow Centre, London (UK)

Das *Bromley-by-Bow Centre* in London dient als Beispiel für ein Modell integrierter Versorgung, welches die sozialraumorientierte Vernetzung von Angeboten aus Gesundheits- und Sozialwesen anstrebt. Das Zentrum existiert seit etwa 30 Jahren in einem der am meisten benachteiligten Quartiere der Stadt. Die praktische Arbeit des Zentrums basiert auf dem Grundsatz, dass die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden einen ganzheitlichen Ansatz erfordert, der auch soziale und ökonomische Determinanten von Gesundheit mit einschließt (siehe auch World Health Organization, 2014). Daher hat man sich zum Ziel gesetzt, nicht nur die gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung zu bedienen, sondern auch aktiv Quartierentwicklung und Prävention zu betreiben (Froggett, Chamberlayne, Buckner & Wengraf, 2005). In der Praxis bedeutet das, dass das *Bromley-by-Bow Centre* eine Art Quartierzentrum ist, dass verschiedene Dienste unter einem Dach vereint. Zum Bromley-by-Bow Centre gehören ein Gesundheitszentrum, ein Zentrum für Präventionsprogramme, ambulante Projekte für Menschen mit psychischen Problemen, Unterstützung für Angehörige, Sozialberatung, Arbeitstraining und Unterstützung bei der Jobsuche oder auch die Unterstützung bei der Gründung sozialer Unternehmen, Möglichkeiten, aktiv zu sein wie Gemeinschaftsgarten und Kunstprojekte, ein Kinderhort, eine Begegnungszone mit Café und so weiter. Unter *Social Prescribing* versteht man die Überweisung von Klientinnen und Klienten an nicht-klinische Dienste, entweder im Zentrum selber oder in Zusammenarbeit mit Partnern im Quartier. Das Zentrum wird aus unterschiedlichen Quellen finanziert und von mehreren tausend Menschen im Monat genutzt. Es versucht die verschiedenen Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung ganzheitlich zu bedienen und gleichzeitig deren Resilienz und Potential zur Selbsthilfe zu fördern – eine Kombination von Quartierentwicklung, Prävention und Gesundheitsversorgung.

Abbildung 3: Bromley-by-Bow Campus



Quelle: Bromley-by-Bow Centre (2018)

Westgate Health Co-op, Melbourne (AUS)

Die Westgate Health Co-op Ltd. dient als Beispiel für ein von Klientinnen und Klienten getragener Gesundheitsdienstleister, organisiert als Genossenschaft. Sie existiert seit den frühen 80er Jahren und umfasst mittlerweile 5500 Mitglieder in zwei Gesundheitszentren welche in Melbourne (Australien). Die Genossenschaft hat einen achtköpfigen ehrenamtlichen Vorstand, wobei höchstens zwei davon Angestellte der Zentren sein können. Die Kooperative erhält keine finanzielle Unterstützung von Staat oder Gemeinde, vielmehr zahlen Mitglieder einen jährlichen Beitrag von 50 AUD (ca. CHF 35.-) beziehungsweise 90 AUD pro Familie (ca. CHF 63.-) und erhalten dafür gewisse Vorteile, wie beispielsweise verbilligte Konsultationen (Derby, 2012; Westgate Health Co-op Ltd., 2017a). Neben Ärztinnen und Ärzten sind Psychologinnen und Psychologen, Pflegefachkräfte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Ernährungsberaterinnen und -berater beim Zentrum angestellt (insgesamt ca. 35 Health-Professionals, davon 16 Ärztinnen und Ärzte). Jährlich wird eine Generalversammlung von der Genossenschaft durchgeführt, in der Mitglieder über das vergangene Geschäftsjahr informiert, Vorstandsmitglieder gewählt und über Geschäfte abgestimmt wird. Dabei hat jedes Mitglied eine gleichwertige Stimme. Die einzelnen Genossenschafterinnen und Genossenschafter haben so einen Einfluss auf die Ausrichtung und die Prioritäten der Geschäftstätigkeit (z.B. Priorisierung von Versorgungslücken, technologische Innovation, Expansion). Allfällige Gewinne werden wieder in die Genossenschaft reinvestiert (Westgate Health Co-op Ltd., 2017b, 2019).

Abbildung 4: Westgate Health Co-op



Quelle: Westgate Health Co-op Ltd. (2018)

3.2. Resultate der Fokusgruppen und Einzelinterviews

In den folgenden Abschnitten werden die Resultate aus den Fokusgruppen dargelegt. Diese sind nach zentralen Ergebnissen geordnet. Zunächst wird auf die derzeitige Versorgungslage in der Region Baden eingegangen, danach auf die interprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung, der derzeitigen Koordination der Arbeit zwischen den Gesundheitsberufen wie auch zwischen den Organisationen, sowie dem geäußerten Bedarf nach einer koordinierenden Stelle. Zum Schluss werden Resultate zu neuen Versorgungsmodellen dargelegt.

Versorgung und Unterversorgung in der Region Baden

Die ambulante Versorgung in der Region Baden wird im Grossen und Ganzen als gut eingeschätzt. Allerdings zeichne sich vor allem auch in ländlicheren Gebieten ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten ab. Dieser bereitet auch den befragten älteren Menschen Sorgen. Gesundheitszentren werden von den älteren Menschen teilweise als positive Entwicklung wahrgenommen, es besteht aber auch die Befürchtung, dass man in einem solchen Zentrum jedes Mal von einer anderen Person behandelt wird, der oder die einen nicht wirklich kenne. Allgemein wird auch beklagt, die Hausärztinnen und Hausärzte würden sich heute zu wenig Zeit in der Sprechstunde nehmen.

Der Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten müsse schon jetzt teilweise durch stationäre Einrichtungen und Notfallpraxen aufgefangen werden. Auch an Psychiaterinnen und Psychiatern gebe es einen Mangel. Therapeutinnen und Therapeuten, die Klientinnen und Klienten zuhause aufsuchend behandeln würden, gebe es ebenfalls nur wenige. Hier sei der Bedarf, zumindest im Bereich Ergotherapie, grösser, als was man erfüllen könne. Neben dem allgemeinen Fachkräftemangel habe dies auch damit zu tun, das sich Arbeit «am Domizil» wirtschaftlich für Praxen kaum lohne, da sie logistisch aufwendig sei und die Wegzeit schlecht vergütet werde.

Neben der medizinisch-therapeutischen Versorgung gebe es auch regionale Unterschiede bezüglich der Verfügbarkeit von Angeboten wie Mahlzeiten- oder Fahrdiensten. Auch das soziale Angebot für ältere Menschen sei je nach Gemeinde unterschiedlich. Während es aber für gesunde, aktive ältere Menschen teilweise ein grosses Angebot an Aktivitäten gäbe, sehe es für körperlich und/oder kognitive eingeschränkte Personen anders aus. Für diese Menschen fehle es an niederschweligen sozialen Angeboten. Ältere Menschen hätten zum Teil auch wegen körperlichen Einschränkungen und/oder ungeeigneter Wohnverhältnissen Mühe, in ihrer Wohnung ein- und auszugehen, wodurch die sozialen Kontakte abnehmen würden. Auch wenn beispielsweise die Pro Senectute in diesem Bereich bereits aktiv sei, gäbe es noch mehr Bedarf an therapeutisch geleiteten Angeboten für ältere Menschen mit Einschränkungen, auch zur Entlastung der Angehörigen.

Auch die soziökonomische Situation der Klientinnen und Klienten habe einen Einfluss auf die Versorgungsqualität. Da Angehörige heutzutage weniger in die Betreuung älterer Menschen involviert seien, seien ältere Menschen vermehrt auf professionelle Pflege und Betreuung angewiesen. Für viele ältere Menschen seien diese Kosten schwierig zu tragen. Klientinnen und Klienten, welche Ergänzungsleistungen zugute hätten, seien sich dessen manchmal nicht bewusst.

«Wenn sie Geld haben, können sie das alles kaufen. Es gibt ja viele Anbieter jetzt. Und die arbeiten rund um die Uhr. Man muss aber das Geld haben dafür. Und das ist dann – ganz schnell ganz teuer.» (Teilnehmerin Fokusgruppe 1)

Vielen Menschen fehlten zudem die Grundkenntnisse, um sich im Sozialversicherungssystem zurechtzufinden. Es existierten zwar (auch fremdsprachige) Merkblätter, doch seien diese selbst auf Deutsch zum Teil schwer verständlich. Viele Menschen hätten sich nie genauer mit diesen administrativen Fragen auseinandergesetzt und seien im Alter plötzlich damit konfrontiert. Oft sei es schwierig für Betroffene und Angehörige herauszufinden, an wen sie sich genau wenden müssen mit Sozialversicherungsfragen.

«Wenn wir Informationsveranstaltungen zur Spitex machen, müssen wir zuerst einmal eine separate Veranstaltung machen, was ist überhaupt der Unterschied, was ist Krankenkasse, was ist Franchise, was ist Selbst-behalt.» (HEKS AltuM)

Unterversorgung aufgrund fehlender Vertrautheit mit dem System gebe es nicht nur, aber gerade auch bei älteren Migrantinnen und Migranten. Es wäre für die Bevölkerungsgesundheit und die Gesundheitskosten von Vorteil, wenn Migrantinnen und Migranten besser und vor allem früher Betreuung durch z.B. die Spitex in Anspruch nehmen würden. Allerdings würde sei die damit verbundene «Kostenausweitung» teilweise von den Gemeinden politisch nicht gewollt.

«Obwohl, wenn man global schaut [...] würde es natürlich die Gesundheitskosten reduzieren, könnte man sie möglichst früh halt in die Spitex einbinden. Aber ja, weil da jeder in sein eigenes «Kässeli» hinein wirtschaftet, ist man auch gar nicht so bereit sich um diese Klientel wirklich zu kümmern.» (HEKS AltuM)

Im technisch-medizinischen Bereich wird teilweise eher eine Überversorgung wahrgenommen. Manche Verfahren und Tests würden wiederholt durchgeführt aufgrund mangelnder Koordination, was hohe und unnötige Kosten generiere.

Situation der interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung

Die Zusammenarbeit zwischen Ärztin oder Arzt als überweisender Stelle und den anderen Gesundheitsfachpersonen wird allgemein als durchmischt wahrgenommen. So geben die Vertretenden der Spitex an, dass die Qualität der Zusammenarbeit mit Ärzten und Spitälern sehr personenabhängig sei. Die befragten Ärzte geben ebenfalls an, dass sich die Zusammenarbeit je nach Therapeutin oder Therapeut beziehungsweise je nach Spitex-Organisation unterscheide. Therapeutinnen und Therapeuten bemängeln, dass sie bei Überweisungen oft zu wenig Informationen (z.B. in der Form von Arztberichten oder vollständigen Verordnungen) erhielten. Das schaffe für sie oft zusätzlichen unnötigen und unabgegoltene Aufwand. Die Vertretende der Entlastungsdienste gab an, wenig Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten zu haben, da sie ihre Anfragen meist von Sozialämtern, Institutionen wie der Pro Infirmis, der Pro Senectute oder Alzheimer Aargau erhielten.

Die Zusammenarbeit der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe untereinander wird unterschiedlich wahrgenommen. Die Vertretenden der Spitex geben beispielsweise an, dass eine gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegeberufen (Psychiatrie-Spitex, privaten Spitex-Organisationen und der Palliativpflege) und sozialen Institutionen wie der KESB bestehe. Jedoch nur ein Teil der vertretenen Spitex-Organisationen arbeiten regelmässige mit Physiotherapeutinnen und –therapeuten zusammen. Zu Ergotherapeutinnen und –therapeuten bestehen keine Kontakte. Zwischen Entlastungsdienst und Spitex gebe es teilweise eine gute Zusammenarbeit, allerdings sind nicht alle Spitex-Organisationen mit dem Angebot des Entlastungsdienstes vertraut.

Die Vertreterin der SRK berichtet, dass die Zusammenarbeit mit anderen Stellen gut funktioniere, sobald das Angebot bekannt sei. Ihre Spezialdienste (Fahrdienst, Notruf) werden sehr geschätzt. Bei der Zusammenarbeit des Sozialdienstes Baden mit anderen Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens gehe es meistens um Fragen der Sozialversicherung, der Finanzierung und des Erwachsenenschutzes. SRK, Sozialdienst Baden und die Fachstelle Alter Baden der Pro Senectute sind im halbjährlich stattfindenden Forum für Altersfragen präsent. Das Projekt Alter und Migration (AltuM) der HEKS arbeitet eng mit der Pro Senectute, Migrantenorganisationen und Spitex-Organisationen zusammen.

Koordination und Kommunikation in der direkten Arbeit mit Klientinnen und Klienten

Die Koordination verschiedener Fachpersonen im Rahmen der Behandlung von Klientinnen und Klienten mit komplexen Problemstellungen ist laut befragten Personen unter anderem dadurch erschwert, dass sich die interprofessionelle Kommunikation im ambulanten Bereich schwierig gestaltet. So sei es oft schwierig und zeitaufwändig, andere in die Behandlung einer Klientin oder eines Klienten involvierte Fachpersonen zu erreichen, um offene Fragen zu klären oder sich bezüglich der Behandlung abzusprechen. Am einfachsten sei der Austausch mit Professionen, die in derselben Praxis arbeiten. Bei Klientinnen und Klienten mit komplexen Problemstellungen könne dies dazu führen, dass diese Kommunikation über die Klientinnen und Klienten selber laufen müsse. Weil die interprofessionelle Kommunikation schwierig sei, gäbe es wenig gemeinsame

Ziele, Informationen müssten mühsam zusammengesucht werden, und es käme zu Leerläufen. Persönliche Bekanntschaft untereinander sei hingegen eine wichtige Basis der Zusammenarbeit und würde diese stark vereinfachen.

Eine weitere Schwierigkeit ist, dass es im ambulanten Bereich keine Berufsgruppe mit einer klaren Koordinationsfunktion gäbe. Die Hausärztinnen und Hausärzte hätten hierfür keine Zeit. Oft falle daher diese Koordinationsfunktion den Klientinnen und Klienten zu, die damit aber teilweise überfordert seien und auch nicht immer wüssten, welche Angebote es gibt und was ihnen zusteht.

«Zum Teil ist es auch, die Leute sind z.T. auch schon älter, haben dann auch Physiotherapie, müssen dann koordinieren, wissen zum Teil auch nicht, dass sie vielleicht auch noch Spitex zu Gute hätten. Also, dann sehe ich auch, dass ich im Verlauf des Gesprächs ihnen auch vermitteln kann: was könnten sie sonst noch machen.» (Teilnehmerin Fokusgruppe 2)

«Um zu schauen, dass jemand – jemand muss in diesem System [...] die Fäden in der Hand halten. Um zu schauen, was braucht es, und wer kann uns da für diese Umstände weiterhelfen, so quasi.» (Alzheimer Aargau)

Dazu komme, dass die gesundheitlichen Probleme der Klientinnen und Klienten oft mit sozialen Problemen verschränkt seien. Anders als im stationären Bereich, in welchem der spitaleigene Sozialdienst sich solcher Probleme annehmen könne, fehle hier im ambulanten Bereich oft klare Verantwortlichkeiten und eine adäquate Unterstützung. Daher werde man manchmal in die Rolle gedrängt, Koordinations- und zum Teil auch Übersetzungsarbeit zu übernehmen und Klientinnen und Klienten dabei zu unterstützen, sich im unübersichtlichen ambulanten Angebots zu orientieren.

«Dass es dann oft auch wirklich/ dann so, wenn man heim geht zu den Leuten ist man so wie – dann therapiert man gar nicht erstmal den Patienten, sondern erstmal Organisatorisches, oder den Angehörigen auch wirklich unterstützen oder entlasten, weil das ist wie / oftmals am Anfang viel wichtiger wie jetzt wirklich mit dem Patienten arbeiten, weil die da so am Anschlag sind. Aber das ist schon ein Phänomen, dass sich seit Jahren da so hinzieht.» (Teilnehmerin Fokusgruppe 2)

Solche Rollen zusätzlich zur eigentlichen Aufgabe wahrzunehmen, könne schwierig sein, da dies je nach Berufsgruppe eigentlich nicht vergütet werde. Zudem fehle auch den Fachpersonen oft der Überblick über das Angebot oder über sozialversicherungsrechtliche Fragen, z.B. bezüglich Anspruch auf Ergänzungsleistungen.

Die unterschiedlichen Vergütungsstrukturen der Professionen können auch sonst eine Hürde für die interprofessionelle Zusammenarbeit sein. So können beispielsweise Physiotherapeutinnen und -therapeuten Leistungen in Abwesenheit von Klientinnen und Klienten nicht abrechnen – Berichte müssten «zwischen Tür und Angel» verfasst werden.

«Die Ergotherapeuten, wie ich es mitbekommen habe, auch in den Kliniken, haben einfach die Möglichkeit, dieses Berichtswesen abzurechnen. Und dementsprechend, wenn sie gut geführt werden, haben sie es halt in ihrem Tagesplan drin und können es dementsprechend auch machen. Und in der Physiotherapie ist das nice-to-have, zu sagen, ich [habe] irgendwie jetzt gerade Zeit, oder ich hab' rechts mein Brot in der Hand und links schreibe ich, weil ich habe gerade Mittagspause und und und...» (Teilnehmer Fokusgruppe 2)

Von Seiten des Sozialdienstes Badens werden als weitere Barriere die unterschiedlichen Berufsgeheimnisse genannt. Jede Institution brauche hier eine eigene Vollmacht. Dies sei manchmal schwierig, gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder kognitiven Einschränkungen.

«Die Person merkt, irgendetwas passiert um mich herum, dass ich ja nicht mehr so ganz im Griff habe, und jetzt wollen die noch etwas von [mir] – entweder sind sie ganz offen, dann wissen sie aber meistens schon gar nicht mehr was sie unterschreiben, was ja dann auch nicht gut ist, oder dann ist eine gewisse Zurückhaltung die ja dann auch wieder verständlich ist. Aber das macht es dann ganz, ganz schwierig, im System miteinander zu arbeiten.» (Sozialdienst)

Eine Koordinations- oder Triagefunktion, die aber auch entsprechend vergütet werden müsste, wird von allen Seiten als sinnvoll erachtet. Die Teilnehmenden können sich vorstellen, dass diese durch Vertreter der involvierten Gesundheitsberufe – Ergotherapie, Physiotherapie, Pflege oder auch Medizinische Praxisassistentinnen oder -assistenten – als eine Art *Case Manager*-Funktion übernommen werden könnte. Auch eine an die Hausarztpraxis angeschlossene Stelle mit Koordinationsfunktion, z.B. durch entsprechend weitergebildete Medizinische Praxisassistentinnen oder Praxisassistenten (MPA), könnten sich die Teilnehmenden vorstellen. Die Kompetenzen müssten allerdings klar definiert sein. In einigen Bereichen der Spitex existiere eine solche Art der Fallverantwortung bereits.

Allgemein wird eine bessere Vernetzung der regionalen Anbieter untereinander als notwendig angesehen. Dazu gehört einerseits die Vernetzung der einzelnen Praxen bzw. der verschiedenen Berufsgruppen untereinander. Es bräuchte geeignete Gefässe, wo man sich auch persönlich kennenlernen könnte. Auch die jeweiligen Sektionen der Berufsverbände seien beide sehr aktiv, würden aber kaum zusammenarbeiten.

Für die befragten älteren Personen ist die Kommunikation zwischen den ambulanten Leistungserbringern weniger ein Thema. Sie beschäftigt mehr die Schnittstelle zwischen stationären und ambulanten Bereich.

Koordination zwischen verschiedenen Organisationen aus Gesundheits- und Sozialwesen

Ein bedeutender Hemmschuh für eine verstärkte sektorübergreifende Zusammenarbeit sei die starke Fragmentierung der Finanzierung von Gesundheits-, Pflege- und Betreuungsleistungen, je nachdem, ob eine Leistung ambulant oder stationär, im Rahmen einer akuten Behandlung oder der Langzeitpflege erbracht werde

Zudem fehlten feste Gefässe für die Zusammenarbeit unter den Organisationen neben dem eher unverbindlichen *Forum für Altersfragen*. Eine der vertretenen Spitex-Organisationen habe jedoch für sich eine institutionalisiertere Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten der Region etabliert. Eine organisierte Zusammenarbeit mit einer klaren, gemeinsamen Zielsetzung gebe es auch auf der Ebene der Organisationen aus Gesundheits- und Sozialwesen kaum.

«Aber die Verbindlichkeit fehlt bei uns. Es wird zusammengearbeitet, und jeder sagt ich arbeite zusammen, und der Wille ist vorhanden, aber es ist ja nicht eine institutionelle Verbindlichkeit da.» (Sozialdienst Baden)

Teilweise bestehe bei den Organisationen eine Diversifizierungstendenz. Viele Anbieter würden auf ein möglichst breites Angebot an Dienstleistungen setzen. Dadurch könne es zu Doppelspurigkeiten kommen. Es sei fraglich, ob dies im Interesse eines effizienten Gesundheitssystems sei. Zudem entstünde so ein Konkurrenzverhältnis unter den Anbietern, welche sich negativ auf eine sinnvolle Koordination und Zusammenarbeit auswirke. Damit Konkurrenten zu Kooperationspartner werden zu könnten, brauche es mehr Kommunikation und Vertrauensaufbau unter den Organisationen.

«Es braucht halt einfach ein bisschen die Einsicht so quasi, es wird mir nichts weggenommen. Und das stelle ich so fest, dass das eine der grössten Ängste ist der verschiedenen Organisationen [ist].» (Fachstelle Alter)

Neue Modelle in der ambulanten Versorgung

Die Teilnehmenden zeigten sich offen gegenüber neuen Modellen. Veränderungen würden ohnehin kommen, und wenn man sie aktiv mitgestalten wolle, müsse man sich jetzt engagieren. Der Domizilbehandlung und der Interprofessionalität wird dabei ein hoher Stellenwert beigemessen. Genannt werden Beispiele aus Australien und Dänemark:

«In Australien gibt es [...] Gesundheitszentren auch von den Gemeinden [...] wo es jetzt nicht primär nur um Ärzte geht, sondern auch um die Versorgung der Bevölkerung mit grundlegenden Gesundheitsdiensten [...] Beratung noch oder Sozialdienst und so. Also ich denke, sowas wäre schon auch wünschenswert oder zukunftsässig.» (Teilnehmerin Fokusgruppe 2)

«Da bräuchte es dann das dänische Modell [...] das sind «Gemeindeschwestern» [...] die sind angestellt bei der Gemeinde [...] nicht so eine Spitex wirklich mit einem medizinischen Auftrag [...] sondern mehr: wie geht's

ihnen heute, ich helfe ihnen die Post holen usw., einfach noch so ein Gesicht, das vorbeischaud und dann eben vielleicht auch merken würde 'die schwanken ja beim Laufen' oder 'was ist denn das los, müssen wir da etwas machen?« (Teilnehmerin Fokusgruppe 2)

Auch dem aus der Westschweiz bekannten Modell der multiprofessionellen Spitex-Teams gegenüber sind die Befragten grösstenteils positiv eingestellt. Spitex-Mitarbeitende bemerkten, es könne für die Pflege entlastend sein, wenn sie gewisse Aufgaben einfacher an spezialisierte Professionen übergeben könnte. Die direkte Anstellung von Personen aus der Sozialarbeit, Ergo- und Physiotherapie oder anderen Berufsgruppen sei grundsätzlich denkbar, eine gewisse Grösse der Spitex-Organisation wäre hier jedoch von Vorteil. Bei Personen aus der Ergo- und Physiotherapie sei es auch denkbar, dass diese innerhalb der Spitex-Strukturen arbeiten, aber selbstständig abrechnen würden. Eine Fallverantwortungs- oder Case Management Funktion könne in diesem Rahmen von unterschiedlichen Professionen übernommen werden. Die ambulanten Therapeutinnen und Therapeuten geben an, sich ein solches Modell vorstellen zu können, solange ihre professionelle Autonomie und Flexibilität (d.h. die Möglichkeit, die eigene Arbeit selbstständig einzuteilen) gewahrt bliebe. Diese Flexibilität sei einer der grossen Vorteile der Arbeit als Selbstständigerwerbende/-r und sei gerade für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sehr wichtig, was auch ein Anreiz für den Wiedereinstieg ins Berufsleben sein könne.

Die Befragten können sich auch vorstellen, dass ein multiprofessionelles Spitex-Team oder Gesundheitszentrum beispielsweise an ein Pflegeheim angegliedert sein könnte. Eine Weiterentwicklung des eher losen Forums für Altersfragen nach dem Vorbild anderer Schweizer Projekte (genannt wird der Verein Vicino, in dem sich verschiedene Anbieter des Gesundheits- und Sozialwesens in der Stadt Luzern zusammengeschlossen haben) wird von einigen Befragten ebenfalls als ein gangbarer Weg genannt. Ein neues Modell müsse auf jeden Fall in bestehenden Strukturen verwurzelt sein, und der Anstoss müsse «bottom-up» von den Institutionen und Organisationen selber kommen. Auch ein verstärktes Engagement von Bürgern, beispielsweise in der Form von genossenschaftlich organisierten Gesundheitszentren, sei denkbar. Aufgrund unterschiedlicher Situationen und Regelungen seien bestehende Modelle oft nicht direkt auf andere regionale Kontexte übertragbar.

Die befragte Politikerin sieht es zwar als Auftrag der Politik an, die Vernetzung von Organisationen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen zu unterstützen. Gleichzeitig merkt sie jedoch an, dass sich gerade die lokale Politik sehr in eine reaktive Position gedrängt sehe und oft die Finanzen im Vordergrund stünden. Als ein mögliches Mittel auf kantonaler Ebene und auf Ebene der Gemeinde sieht sie es, Einfluss auf die Geschäftsstrategien der von Kanton oder Gemeinde mitfinanzierten Institutionen zu nehmen und bei der Vergabe von Leistungsverträgen entsprechende Prioritäten zu setzen. Die stärkere Vernetzung von formeller und informeller Hilfe, im Sinne einer «Caring Community», sei sehr erstrebenswert. Allerdings habe man damit zu kämpfen, dass eigentlich die personellen und finanziellen Ressourcen für die Begleitung eines partizipativen Prozesses zur Entwicklung einer solchen fehlen würden.

Die befragten älteren Menschen zeigen sich neuen Modellen gegenüber weniger offen. Betont wird die Wichtigkeit der Wahlfreiheit. Sie befürchten, sie könnten einem Gesundheitsdienstleister zugewiesen werden, der für sie «nicht passt». Ihre Rolle im Gesundheitswesen sehen sie vor allem als die des «mündigen Konsumenten». Allerdings wird eingeräumt, dass diese Rolle nicht immer erfüllt werden könne.

«Aber wir gehen wieder davon aus, dass wir alle mündig sind – aber wir sind halt nicht alle mündig, wenn wir ein Wehwehchen haben. Das ist der Punkt.» (Teilnehmer Fokusgruppe 1)

Auch die befragten Gesundheits- und Sozialpolitikerin äussert die Beobachtung, dass gerade den «jungen Alten» ihre Freiheit und Unabhängigkeit sehr wichtig sei.

Eine aktivere Rolle der Politik, beispielsweise ein finanzielles Engagement der Gemeinden, wird von den befragten älteren Menschen ebenfalls eher abgelehnt.

«Das läuft dann wieder über die Steuern. [...] Ärzte, wie auch andere Akademiker die lange studieren, verdienen in der Regel genug, die sind dann im Alter auch besser dran als viele andere. Also ich finde nicht, dass man das so finanzieren sollte.» (Teilnehmerin Fokusgruppe 1)

Auch eine grössere Rolle der organisierten Nachbarschaftshilfe bei der Betreuung und Unterstützung älterer Menschen (z.B. über Zeitgutschriftsmodelle) wird von den Befragten eher abgelehnt. Während «spontane» Hilfe im eigenen Umfeld positiv wahrgenommen wird, ist man «organisierter» Hilfe gegenüber skeptisch:

«Also es gab in Bremgarten so etwas, und die sind dann an der Bürokratie gescheitert. Da musste man Versicherungen machen, Verträge, etc. und da haben die Freiwilligen gesagt nein, also so machen wir das nicht, da fragen wir lieber im Nachbarhaus ob sie dort etwas brauchen können.» (Teilnehmerin Fokusgruppe 1)

Technologische Lösungen

Das Potential für den Einsatz technologischer Hilfsmittel zur Unterstützung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung wird vor allem im Bereich der Dokumentation und Kommunikation unter den Fachpersonen gesehen, beispielsweise in Form eines ambulanten Äquivalents zu den im stationären Bereich verbreiteten spitalinternen Kommunikations- und Informationssystemen. Dafür könnte das Elektronische Patientendossier (EPD) ein Ansatzpunkt sein, obwohl es in seiner derzeitigen Form noch weit entfernt von einer solchen Funktionalität ist. Dem EPD wird allerdings auch viel Skepsis entgegengebracht, vor allem, was den Datenschutz, den Aufwand bei der Nutzung, die fehlende Verbindlichkeit und die Akzeptanz in der Bevölkerung angeht. Elektronischen Tools seien ebenfalls für einen verbesserten Zugang zu Informationen über ambulante Angebote und sozialversicherungsrechtlichen Fragen denkbar.

Für die Behandlung und Beratung von Klientinnen und Klienten wird der Einsatz von Videotelefonie oder ähnlichen Hilfsmitteln eher skeptisch gesehen. Die Technologisierung solle nicht auf Kosten der persönlichen Behandlung und Beratung von vulnerablen Menschen gehen. Gewisse Abklärungen und Instruktionen seien sicher über Videotelefonie möglich. Die therapeutische und soziale Komponente des direkten Kontaktes könne aber von der Telemedizin nicht ersetzt werden. Die befragten Hausärzte geben an, dass es gewisse Potentiale für den Einsatz von Bildübermittlung gebe, beispielsweise in der Dermatologie. Telemedizin könne aber keine vollwertige Untersuchung ersetzen. Gerade für viele ältere Menschen sei der Kontakt zu einer Fachperson auch auf sozialer Ebene wichtig. Telemedizin könnte hier eine Ergänzung sein, aber kein Ersatz. Die sei vor allem auch in Bezug auf ältere, tendenziell weniger technikaffine Klientinnen und Klienten der Fall.

«[...] vielleicht eher so nach dem Prinzip 'Besser als gar nichts' - dass ich wenigstens für eine Viertelstunde eine kleine Anamnese mache oder Übungen gebe, weil man es gar nicht schafft, noch hin zu den Leuten [zu gehen].» (Teilnehmerin Fokusgruppe 2)

«Ich finde es halt – als ich denke diese Generation, die wir jetzt alt haben, für die ist das völlige Utopie. Eigentlich finde ich es auch furchtbar. Als ich bin lieber beim Menschen selber, als dass ich über den Bildschirm mit ihm kommuniziere. Für mich ist das nicht die Lösung. Ich finde das eigentlich furchtbar.» (Teilnehmerin 3)

Allerdings wird eingeräumt, dass für kommende Generationen von älteren Menschen der Gebrauch von Bildschirmmedien so vertraut sein wird, dass telemedizinische Angebote, wahrscheinlich gut akzeptiert werden würden. Aber auch bei der gegenwärtigen Generation von älteren Menschen gäbe es einen Anteil, der mit digitalen Medien gut vertraut sei. Die befragten Personen geben teilweise selbst an, neue Technologien in diesen Zusammenhang schon verwendet zu haben, z.B. ihrem Hausarzt per Smartphone ein Foto eines Ausschlags geschickt. Die Teilnehmenden geben aber zu bedenken, dass man für so etwas über ein Smartphone verfügen und dieses auch bedienen können müsse. Viele ältere Leute hätten damit im Moment noch Mühe. In 10 oder 15 Jahren werde das wohl anders aussehen.

3.3. Resultate der Interviews mit Expertinnen und Experten

Um mehr darüber zu erfahren, wie neue Modelle der ambulanten Zusammenarbeit erfolgreich implementiert oder zumindest gefördert werden können, wurden zwei Experteninterviews geführt. Es wurden eine Vertretende des Zentrum Schönberg in Bern (ZSB), welches in drei Berner Gemeinden den Aufbau von Versorgungsnetzwerke begleitet hat, und zwei Vertretende des Vereins Vicino, eines Netzwerks von Organisationen zur Versorgung älterer Menschen in Luzern, interviewt.

Von grundlegender Wichtigkeit bei der Entwicklung neuer Modelle der Zusammenarbeit sei es, dass alle Akteure und Organisationen so früh wie möglich mit eingebunden würden. So könne Vertrauen geschaffen und das «Gärtli-Denken» überwunden werden. Die Organisationen müssten merken, dass sie von einer Zusammenarbeit profitieren, auch wenn sie sich vielleicht als einzelne Organisation weniger stark profilieren können. Netzwerktreffen könnten grundsätzlich die persönliche und institutionelle Vernetzung stärken und als «Möglichkeitsraum» für die Entwicklung gemeinsamer Projekte dienen. Die Vernetzung der Organisationen müsse als partizipativer Prozess durchgeführt werden. Dabei sei eine professionelle Begleitung von Vorteil.

«Von daher glaube ich auch – es wird immer geschrieben, es müsse mehr koordiniert werden. Aber wehe, es übernimmt jemand die Koordination, oder? Das funktioniert dann nämlich auch nicht. Weil es ja dann die anderen sind. Und darum glaube ich, es muss etwas Gemeinsames sein.» (Vicino)

«Am Anfang wussten die Organisationen gegenseitig zum Teil nicht, was die anderen machen.» (Vicino)

«Ich muss so sagen – es entsteht ein Möglichkeitsraum durch solche Sachen.» (ZSB)

Ein solches «Bottom-up»-Vorgehen habe ausserdem den Vorteil, dass niemandem ein Modell «überstülpen» würde, dass vielleicht gar nicht zu den lokalen Gegebenheiten passe. Stattdessen müssten neue Modell der Zusammenarbeit auf solchen lokalen Strukturen und «Kulturen» aufbauen und in diesen verankert sein:

«Das ist eine der Haupteckenpunkte eigentlich: man muss sich wirklich genau an diesen lokalen Strukturen und an dieser lokalen Kultur orientieren. Man kann nicht etwas – das war uns schon klar, als wir mit diesem Projekt angefangen haben – dass es ja nicht darum geht, etwas überzustülpen.» (ZSB)

«Das kann von einem Coiffeuresgeschäft gehen bis zu einem Restaurant. [...] Letztens gab es im Café in Littau eine Frau immer hin, die einfach gegangen ist ohne zu zahlen, weil sie eine Demenz hat. Und die Besitzerin das Cafés kam dann mal auf Vicino zu, und das konnte man über die Organisationen dann wie lösen, dass es inzwischen so ist, dass der von der KESB dort Geld hinterlegt hat und dann wird das abgezogen. Das sind so Sachen, wo es über das Soziale und die Gesundheit hinausgeht.» (Vicino)

Zudem wurde betont, die Entwicklung neuer Modelle der Zusammenarbeit brauche politischen Rückhalt. Die Tätigkeit des ZSB wurde durch kantonale Beiträge finanziert, was die Initiierung von Vernetzungsprozesse in diesen Gemeinden erst ermöglichte. Zudem hat sich die ZSB auf Altersleitbilder in den jeweiligen Gemeinden beziehen zu können. Der Verein Vicino konnte einen politischen Beirat aufbauen; dies stärkte den politischen Rückhalt des Projektes. Schliesslich konnte ein Leistungsvertrag mit der Gemeinde abgeschlossen werden. Es könne aber von Vorteil sein, wenn die Behörden operativ nicht selbst den Lead hätten:

«Wenn die Stadt das organisiert hätte, machen die Organisationen zwar mit, lehnen sich aber auch wieder zurück. Also das ist dann die Gefahr, dass das bei der Verwaltung bleibt.» (Vicino)

Aber auch wenn Unterstützung durch die Politik bestehe, brauch es ein grosses Engagement der Organisationen und von Einzelpersonen. Organisationen und Einzelpersonen müssen Arbeitszeit und teilweise auch Geld in den Prozess (mit-)investieren. Dies könne über die Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens hinausgehen, beispielsweise können auch lokales Gewerbe hier einen Beitrag leisten. Daher seien diese Prozesse immer auch personenabhängig.

«Ich glaube es ist schon – es steht und fällt mit den Leuten. Ich habe das Gefühl, das ist der Hauptaspekt. Denke ich. Aber es braucht schon Energie.» (Vicino)

3.4. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

Nachfolgend werden zentrale Ergebnisse aus den Fokusgruppen und Interviews zusammengefasst dargestellt.

Als bestehende Hindernisse für eine gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) in der ambulanten Versorgung älterer Menschen konnten folgende Punkte identifiziert werden:

- Fehlende Strukturen in der interprofessionellen Kommunikation im ambulanten Bereich
- Interessenskonflikte zwischen verschiedenen Organisationen und Berufsgruppen
- Das Fehlen gemeinsamer (Therapie-)Zielsetzungen
- Das Fehlen einer koordinierenden Stelle im Sinne eines Case Managements
- Mangelnde Kenntnis der vorhandenen Angebote im gesundheitlichen und sozialen Bereich
- Fragmentierung von Gesetzgebung und Finanzierung im Gesundheits- und Sozialwesen

Daneben wurden verschiedene Ressourcen benannt, welche für eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit mobilisiert werden könnten:

- Bestehendes Bewusstsein der befragten Fachpersonen für die bestehenden Herausforderungen
- Grundsätzliche Offenheit der befragten Fachpersonen für neue Modelle der Zusammenarbeit
- Grundsätzliche Veränderungsbereitschaft unter Wahrung der eigenen professionellen Autonomie und andere geschätzte Aspekte der aktuellen Arbeitsbedingungen
- Eine grundsätzlich sehr gute ambulante Gesundheitsversorgung
- Bestehende Möglichkeiten für die Vergütung von Koordinationsarbeiten (z.B. für Ärzte die TARMED-Positionen 00.0134 und 00.0144 *Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten* und bei Pflegefachpersonen die in Artikel 7a der KLV festgelegten *Masnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination*)

Unter Ansatzpunkte für Neuerungen in der ambulanten Versorgung älterer Menschen, wurden folgende Punkte diskutiert:

- Bereits bestehende Ansätze der verstärkten interprofessionellen Zusammenarbeit im ambulanten Bereich (Fallverantwortungen z.B. in der psychiatrischen Spitex, bestehende Gefässe für interprofessionellen Austausch)
- Gesundheitszentren und Spitex-Organisationen sind Ansatzpunkte für neue Modelle der Zusammenarbeit
- Elektronisches Patientendossier als möglicher Ansatzpunkt für eine erleichterte interprofessionelle Kommunikation und Koordination

In den Experteninterviews wurden zudem folgende Punkte genannt, welche es bei der Implementierung neuer Ansätze zu berücksichtigen gilt:

- Vernetzungsprozesse können eine Grundlage für die Erarbeitung neuer Modelle der Zusammenarbeit schaffen

- Vernetzungsprozesse sollten partizipativ und «bottom-up» durchgeführt werden, um Vertrauen zu schaffen und eine Verankerung in lokalen Strukturen zu gewährleisten. Diese Prozesse sollten professionell begleitet werden.
- Politischer Rückhalt ist notwendig für die Etablierung neuer Versorgungsmodelle, beispielsweise in der Form von Leitbildern, ideeller und/oder finanzieller Unterstützung.
- Neben politischem Rückhalt brauche es auch ein starkes Engagement der involvierten Organisationen und Einzelpersonen zumindest in der Entstehungsphase.

3.5. Mögliche Modelle und Empfehlungen

Aufbauend auf den genannten Hindernissen in der interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung (vg. Kapitel 3.4) wurden Modelle ausgearbeitet, welche den zentralen Erfordernissen, die in den Fokusgruppen und Interviews genannt wurden Rechnung tragen. Insbesondere sollen diese interprofessionell aufgestellt sein, die Kommunikation und Koordination strukturieren und vereinfachen sowie gemeinsame Therapiezielsetzungen ermöglichen. In den Fokusgruppen wurde auf das Potential von multiprofessionellen Gesundheitszentren und/oder multiprofessionellen Spitex-Teams hingewiesen, da räumliche Nähe die Koordination und Kommunikation stark vereinfacht. Im Schweizer Gesundheitssystem gibt es dafür bereits Vorbilder, wie multiprofessionelle Gesundheitszentren und multiprofessionelle Spitex-Teams. Multiprofessionelle Gesundheitszentren sind bereits auf dem Vormarsch: Aus einer Umfrage unter Schweizer Gruppenpraxen (Josi & De Pietro, 2019) ging hervor, dass in 46% der Praxen neben Ärztinnen und Ärzten auch nicht-ärztliche Gesundheitsfachpersonen arbeiteten: Ernährungsfachleute waren in knapp 30% der Praxen vertreten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Pflegefachpersonen in je ca. 20% und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in ca. 3%. Multiprofessionelle Spitex-Teams sind aus der französischen Schweiz bekannt (Association Vausdoise d'Aide et de Soins à Domicile, 2014), wo diese bereits gut etabliert sind.

Bedeutung des Case-Managements

Als ein weiteres Element für die Verbesserung der Koordination wurde die Einführung oder Erweiterung einer Case-Management-Funktion genannt, welche eine Fallverantwortung übernimmt. Eine solche könnte sowohl zentral in Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten oder einem multiprofessionellen Gesundheitszentrum angesiedelt sein, dezentral als Teil eines multiprofessionellen Spitex-Teams verrichtet werden oder aus einer Mischform bestehen. Auf der Grundlage der Interviews und Fokusgruppen sind folgende Aufgaben für diese Case-Management-Funktion denkbar:

- Überblick über die gesundheitliche und soziale Situation einer Klientin oder eines Klienten
- Überblick über die involvierten internen und externen Gesundheitsfachpersonen und andern Unterstützungsdienste, inklusive Angehörige und Freiwillige
- Sicherstellen gemeinsamer, klientenzentrierter Zielsetzungen für alle in die Versorgung einer Klientin oder eines Klienten involvierte Personen, inklusive Angehörige und Freiwillige
- Organisation von multiprofessionellen (Online-)Rapporten
- Schnittstelle und Ansprechperson für alle in die Versorgung der Klientin oder des Klienten involvierte Personen sowie diese selbst
- Überblick über verfügbare regionale Angebote in Gesundheits- und Sozialwesen, Unterstützungsangebote und Ressourcen im Gemeinwesen (z.B. Nachbarschaftshilfe, Fahrdienste)

- Erkennen von unerfüllten Bedürfnissen von Klient/-innen und bei Bedarf Vermittlung von Dienstleistern aus Gesundheits- und Sozialwesen und/oder dem Gemeinwesen

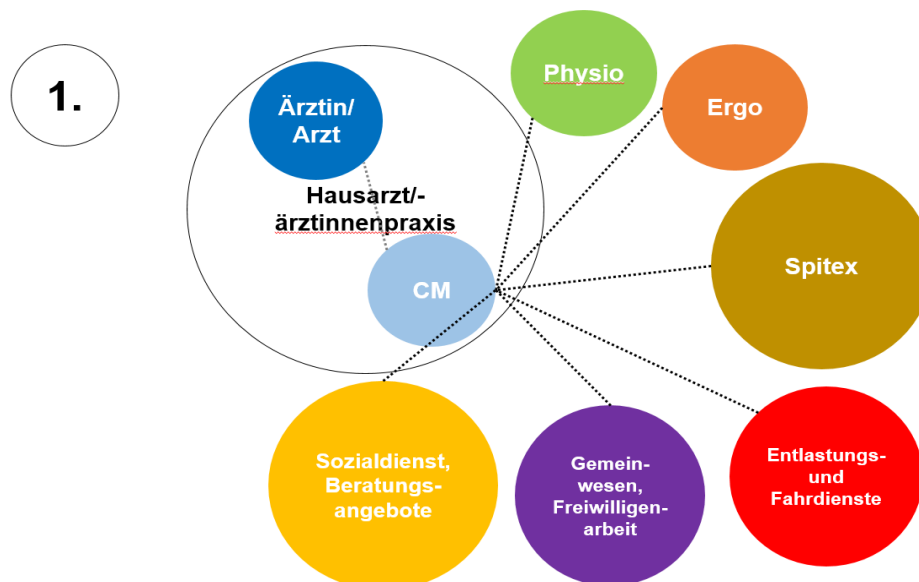
Denkbar ist, dass eine solche Funktion von Medizinischen Praxisassistent/-innen (MPA) mit Zusatzqualifikation, Gesundheitsfachpersonen mit Advanced Practice-Profil oder auch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ausgefüllt werden könnte. Möglich wäre sowohl eine eher zentralisierte Variante, z.B. unter einer oder eines MPA, welche/-r die Case Management Funktion für alle Klientinnen und Klienten einer Hausarztpraxis erfüllt. Auch eine dezentralisierte Variante ist gut denkbar, mit verschiedenen Mitgliedern eines interprofessionellen Spitex-Teams, die jeweils eine Case Management-Funktion für individuelle Klientinnen und Klienten übernehmen. Die spezifische Ausgestaltung eines Case Management-Modells wird auf den lokalen Begebenheiten aufbauen müssen. Voraussetzung ist die gesicherte Vergütung der Koordinationsleistungen durch die Sozialversicherungen. Case Management-Modelle bestehen bereits seit einigen Jahren in verschiedenen Schweizer Spitex Organisationen (Bischofberger & Rex, 2016), wenn auch in beschränkterem Ausmass als hier dargelegt. Koordinationsleistungen sind seit 2012 für die Spitex über die Grundversicherung abrechenbar. Hier gäbe es sowohl Erfahrungswerte als auch Anknüpfungspunkte (Rex, Bischofberger & Sailer Schramm, 2013).

Mögliche Modelle

Folgende mögliche Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit wurden aufgrund der Ergebnisse aus den Fokusgruppen und Interviews sowie unter Berücksichtigung der Schweizer Verhältnisse erstellt.

Allen Modellen gemein ist, dass eine Case-Management-Funktion vorgesehen ist. Diese soll vor allem komplexe Fälle begleiten, die Gesundheitsdienstleister koordinieren und sicherstellen, dass gemeinsame Therapieziele verfolgt werden. Darüber hinaus soll das Case-Management auch Kontakte zur Sozialberatung, Entlastungsdienstes sowie Organisationen der Freiwilligenarbeit herstellen. Das Case-Management kann von Medizinischen Praxisassistentinnen und –assistenten (MPA), Personen aus der Sozialen Arbeit oder Gesundheitsfachperson übernommen werden. Zentral dabei ist, dass die erbrachten Koordinationsleistungen von der Krankenkasse entschädigt werden.

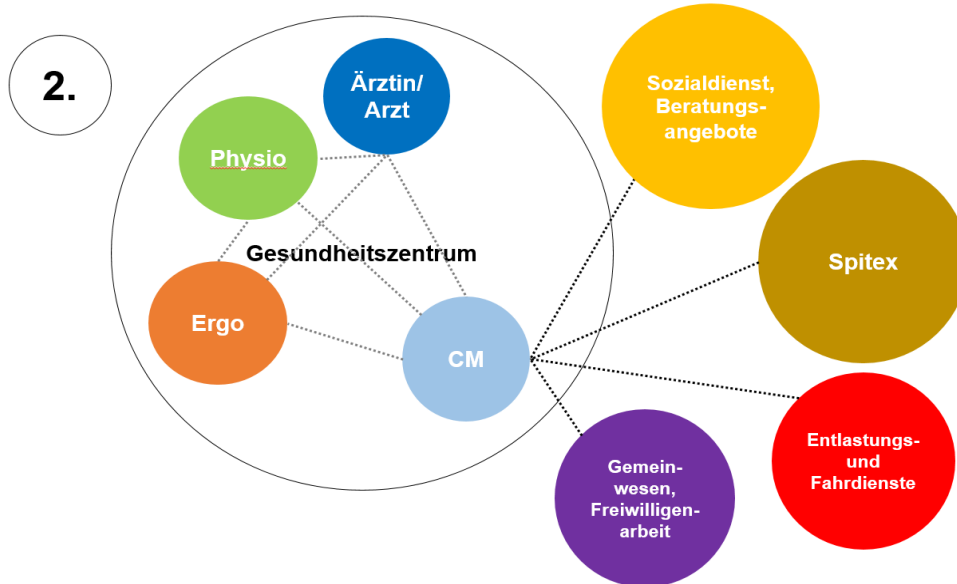
Abbildung 5: Modell 1: Hausarztpraxis mit Casemanagement



Modell Nr. 1 sieht vor, dass Hausarztpraxen eine explizite Casemanagement-Funktion übernehmen und andere externe Gesundheitsdienstleister koordinieren. Diese Modell belässt die Sturkturen in der ambulanten Versorgung weitgehend wie sie derzeit sind. Einzig ein professionelles Case-Management wird zusätzlich in die Arztpraxen integriert, die Koordinatorin von dort aus gesteuert. Der Vorteil dieses Modells ist,

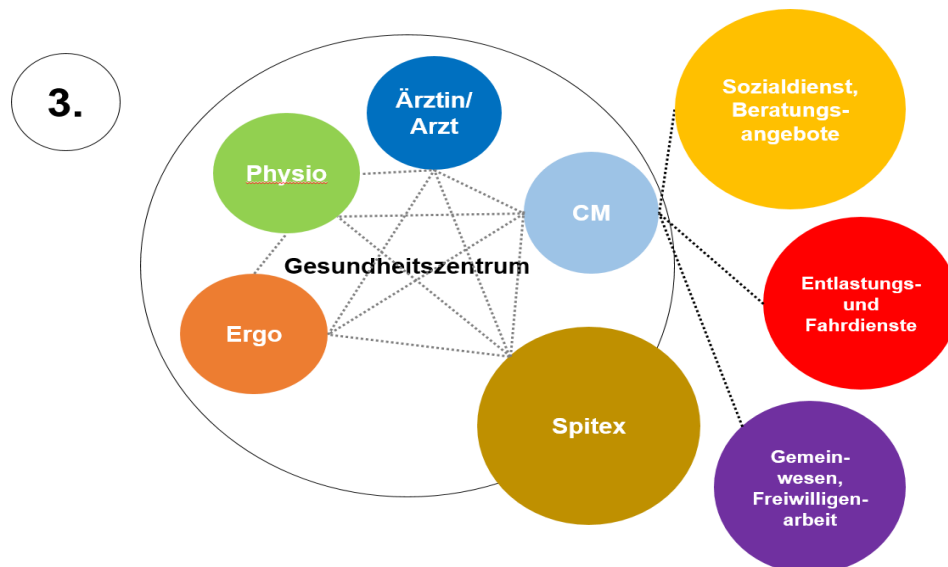
dass es – ausser einer Vergütung des Case-Managements und Weiterbildung der entsprechenden Person keine Umstrukturierungen oder Rollenwechsel geben würde.

Abbildung 6: Modell 2: Multiprofessionelles Gesundheitszentrum mit Case-Mangement



Beim zweiten Modell handelt es sich um ein multiprofessionelles Gesundheitszentrum, bei welchem nicht nur eine Arztpraxis, sondern auch Therapieangebote integriert sind, mit zusätzlichem Case-Management. Dieses koordiniert sowohl zwischen den hausinternen als auch externen Gesundheitsdienstleistern. Dieses Modell nimmt den Trend der Gründungen von Gesundheitszentren auf. Diese bieten den Vorteil von Gemeinschaftspraxen, kurzen Kommunikationswegen sowie umfassende Gesundheitsdienstleistungen unter einem Dach.

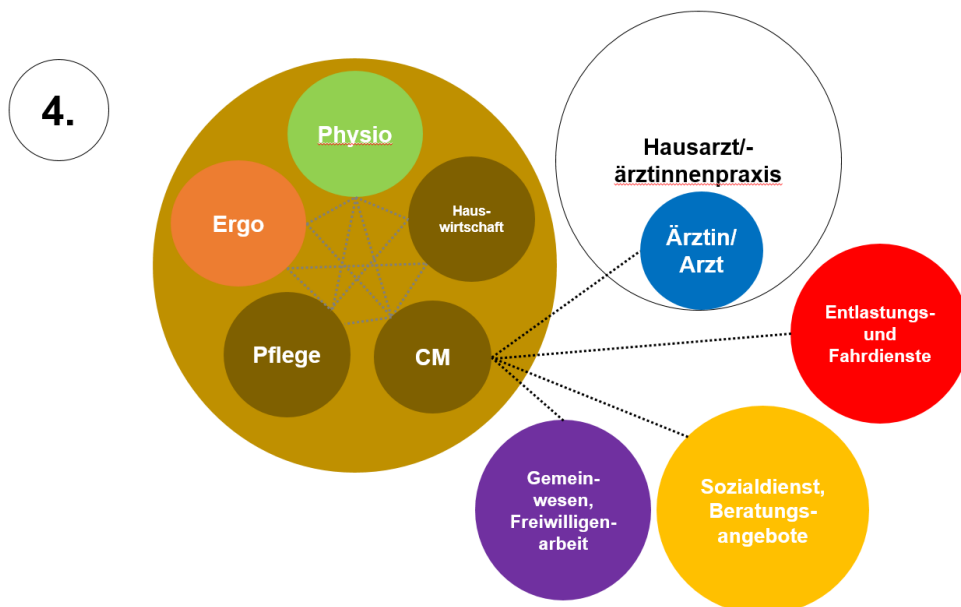
Abbildung 7: Modell 3: Multiprofessionelles Gesundheitszentrum mit Case-Mangement und Spitex



Im dritten Modell wird ein multiprofessionelles Gesundheitszentrum mit Case-Management zusätzlich ergänzt durch eine hausinterne Spitex. Das Case-Management übernimmt die interne wie auch die externe Koordination mit Organisationen aus der Sozialen Arbeit und dem Gemeinwesen. Der Vorteil dieses Modells liegt

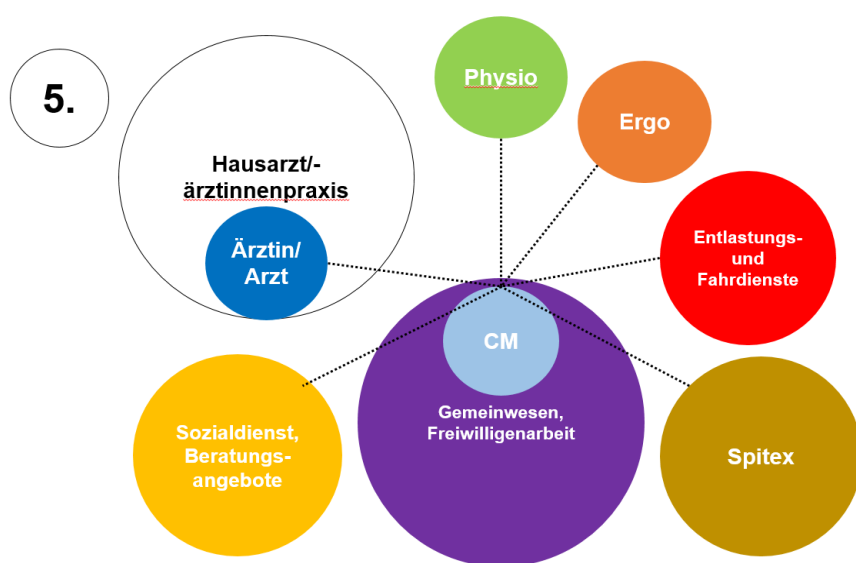
in der Zusammenfassung der verschiedenen ambulanten Gesundheitsdienstleistungen unter einer Organisation und damit kürzere Kommunikationswege, einfachere Kommunikation und durch das Case-Management auch eine Koordination mit weiteren Organisationen ausserhalb des Gesundheitswesens.

Abbildung 8: Modell 4: Multiprofessionelle Spitex mit Case-Mangementfunktion



Modell Nr. 4 sieht eine multiprofessionelle Spitex vor, welche neben der Physio- und Ergotherapie auch Hauswirtschaftsdienste und ein Case-Management beherbergt. Dieses koordiniert fallbezogen sowohl die internen Abläufe als auch den Kontakt zur Hausarztpraxis, dem Sozialdienst sowie den Organisationen des Gemeinwesens und zur Entlastung. Dieses Modell entspricht am ehesten den Centres médico-sociaux, welche im Kanton Waadt verbreitet und erprobt sind, was als Vorteil zählt.

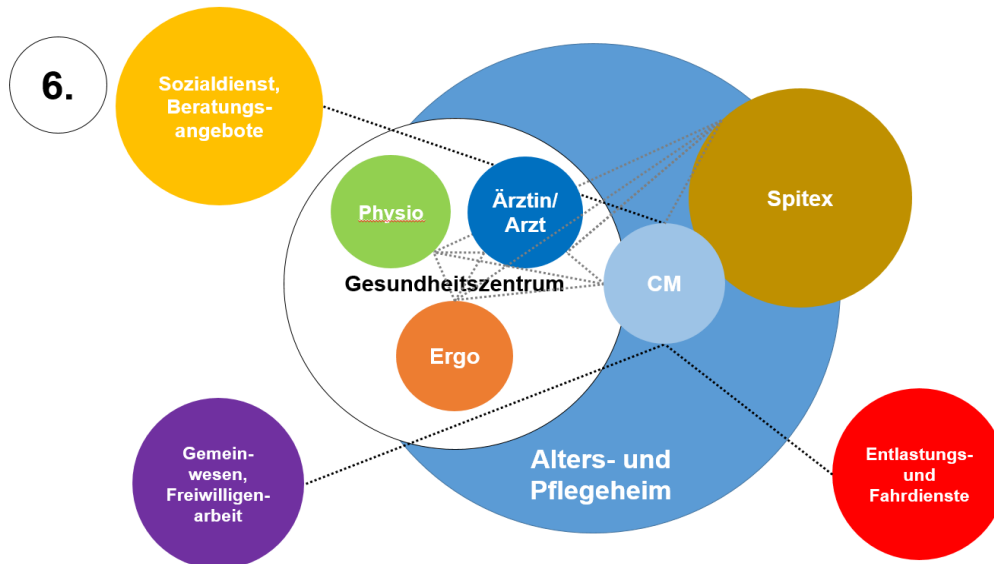
Abbildung 9: Modell 5: Niederschwelliges Case-Mangement im Rahmen der Quartiersarbeit



In Modell 5 wird das Case-Management durch eine Organisation des Gemeinwesens erbracht und fungiert gleichzeitig eine Triage-Stelle. Diese sollte möglichst niederschwellig und im Rahmen der Quartiersarbeit

geschehen, z.B. durch Sozialarbeiter/-in. Der Vorteil dieses Modells liegt in der Niederschwelligkeit des Case-managements und seiner Triage-Funktion. Dies kann unabhängig von einer Institution Beraten und Überweisen.

Abbildung 10: Modell 6: Pflegezentrum mit Spitex und Gesundheitszentrum



Modell 6 sieht ein Alters- oder Pflegezentrum vor, mit integrierter Spitex und multiprofessionellem Gesundheitszentrum. Das Case-Management wird zentral gemacht und koordiniert innerhalb der Institution, wie auch ausserhalb mit Organisationen des Gemeinwesens und der Sozialen Arbeit. Der Vorteil dieses Modells sehen wir in einer kontinuierlichen Gesundheitsversorgung unabhängig davon, ob eine Person unabhängig lebt oder in ein Alters- oder Pflegeheim eintritt.

Etablierung der Modelle

Bezüglich der Etablierung solcher Modelle, wurde von Seite der befragten Expertinnen und Experten mit die Bedeutung persönlicher Kontakte als auch der gegenseitigen Vertrautheit mit dem Angebot der Organisationen untereinander hervorgehoben. Zudem wurde betont, dass alle Organisationen so früh wie möglich in die Gestaltung neuer Kooperationen mit eingebunden und vernetzt werden sollten. Dies sei wichtig, um Vertrauen und günstige Verhältnisse für die Überwindung eines Konkurrenzdenkens zu schaffen. Dieser Prozess sollte aus Sicht der Expertinnen und Experten professionell begleitet werden und von Seiten der Politik unterstützt werden. Neue Modelle der Zusammenarbeit müssten auf lokalen Strukturen aufbauen und könnten diesen nicht «übergestülpt» werden.

In verschiedenen Fällen wurden in einem ersten Schritt regelmässige Vernetzungstreffen zwischen den relevanten Organisationen aus Gesundheits- und Sozialwesen durchgeführt. Diese unterschieden sich von loseren Vernetzungsgefässen durch ihre Frequenz und eine professionelle Begleitung. Die Vernetzungstreffen dienten einerseits zur Lancierung neuer gemeinsamer Projekte und Schaffung von Synergien, aber auch zur Verbesserung der Vertrautheit der Organisationen untereinander und mit ihren unterschiedlichen Dienstleistungen.

Empfehlungen

Folgende Empfehlungen wurden auf der Grundlage der Fokusgruppen und Interviews wurden folgende Empfehlungen formuliert. entwickelt:

- Es sollten regelmässige professionell begleitete lokale/regionale Vernetzungstreffen für Fachpersonen und Organisationen aus Gesundheits- und Sozialwesen lanciert und durchgeführt werden.
- Neben der gegenseitigen Vernetzung sollen diese Treffen das explizite Ziel haben, einen Rahmen zu bieten, um gemeinsam neue Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung zu entwickeln.
- Der politische Rückhalt für die Durchführung solcher Vernetzungstreffen zwischen Organisationen aus Gesundheits- und Sozialwesen soll gestärkt und explizit gemacht werden, beispielsweise durch Aufnahme in Altersleitbilder der Gemeinden sowie ideelle und finanzielle Unterstützung.
- Pilotprojekte für innovative Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit sollen lanciert und bezüglich Kostenwirksamkeit, Patientenzufriedenheit und Berufszufriedenheit der Fachpersonen evaluiert werden.
- Bestehende innovative Modelle in der ambulanten Versorgung (z.B. Case Management-Modelle) sollen bezüglich Kostenwirksamkeit, Patientenzufriedenheit und Berufszufriedenheit der Fachpersonen evaluiert werden.
- Technische Hilfsmittel zur Kommunikation und Koordination im ambulanten Bereich sollen weiterentwickelt, evaluiert und implementiert werden.
- Koordinationsleistungen sollen als Grundleistung gewürdigt und professionsunabhängig vergütbar gemacht werden.

3.6. Validierung und Priorisierung der Modelle und Empfehlungen

Die entwickelten Modelle und Empfehlungen wurden in einem letzten Arbeitsschritt den Stakeholdern der Region Baden zur Validierung und Priorisierung vorgelegt. Zu diesem Zweck wurde ein Online-Fragebogen erstellt. Ein Link zu dieser Befragung wurde an die Teilnehmenden der Fokusgruppen und Einzelinterviews versandt. Darüber hinaus wurde der Link im Sinne eines erweiterten Member-Checkings auch über den Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz und Physiosuisse an weitere Therapeutinnen und Therapeuten, über den Verein Grundversorger der Region Baden an weitere Hausärztinnen und –ärzte, an weitere Spitex-Organisationen und Unterstützungsdienste in der Region sowie an weitere in die gesundheitliche und soziale Versorgung älterer Menschen involvierter Organisationen versandt. Nachfolgend werden die Resultate dieser Validierung dargelegt.

Teilnehmende Personen

Mit dem Online-Fragebogen konnten 59 Fachpersonen befragt werden. Der Grossteil der Teilnehmenden gehörte der Berufsgruppe Ergo- und Physiotherapie an (n=38), daneben waren Ärztinnen und Ärzte (n=8), Pflegende (n=8), Sozialarbeiterinnen und –arbeiter (n = 3) vertreten. Die Teilnehmenden arbeiteten durchschnittlich seit 23.5 Jahren (SD=11.5) im Gesundheits- bzw. Sozialwesen und seit durchschnittlich knapp 15 Jahren (SD = 11.1) in ihrer jetzigen Position. Über die Hälfte, 56%, arbeiteten in monoprofessionellen ambulanten Praxen (siehe Tabelle 3). Therapeutinnen und Therapeuten waren bei der Beantwortung der Umfrage mit 63% deutlich übervertreten. Um diese Übervertretung auszugleichen, wurden im Folgenden die Antworten so gewichtet, dass die Berufsgruppen Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflege und Soziale Arbeit gleichstark berücksichtigt werden.

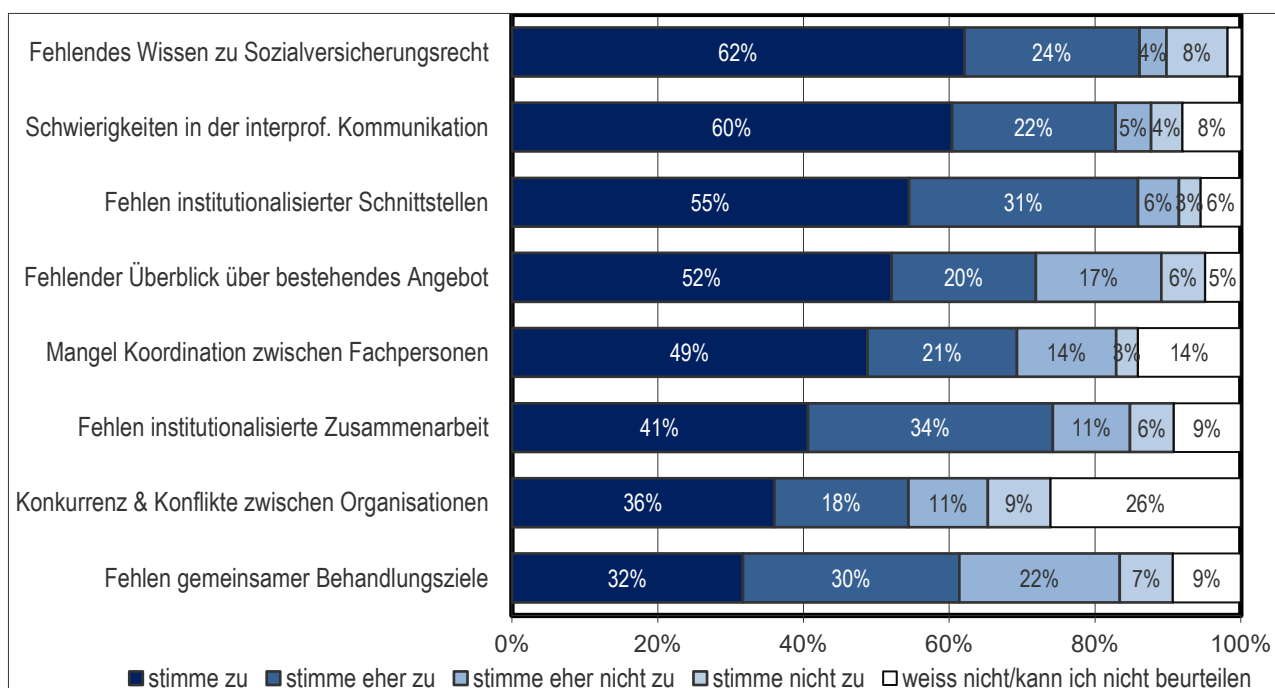
Tabelle 3: Berufsgruppen und Arbeitssettings der Teilnehmenden der Online-Befragung

	Ambulante Praxis	Ambulante Praxis, multiprofessionell	Organisation ambulante Pflege	Organisation nicht-pfleg. Betreuung & Unterstützung	Institution sozialer Bereich	Gemeinnützige Organisation	Andere	Total N (%)
Ärzte/-innen	5	2	-	-	-	-	2	8 (14%)
Pflege	-	-	8	-	-	-	-	8 (14%)
Therapie	27	4	-	-	-	-	8	38 (63%)
Soziale Arbeit	-	-	-	1	2	2	-	3 (5%)
Andere	1	1	-	-	-	-	1	2 (4%)
Total N (%)	33 (56%)	7 (12%)	8 (14%)	1 (2%)	2 (3%)	2 (3%)	11 (19%)	59 (100%)

Barrieren der interprofessionellen Zusammenarbeit

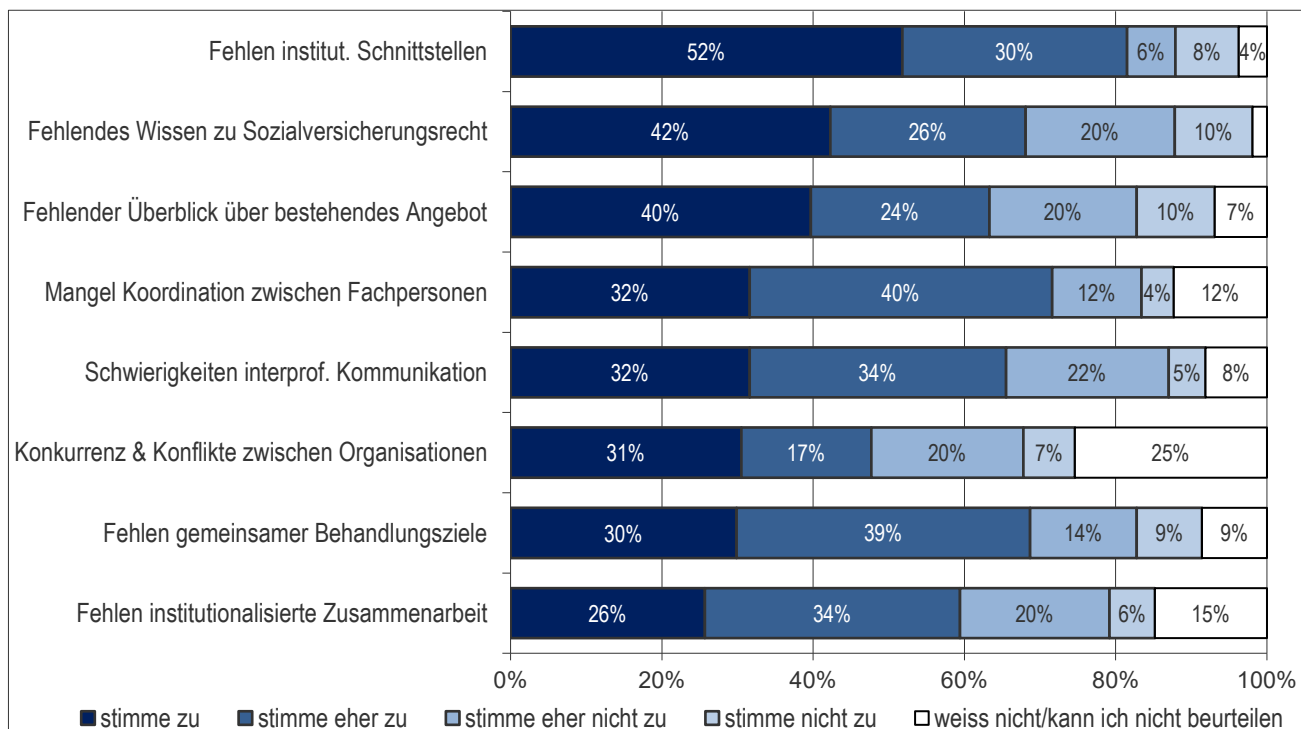
Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird nach Ansicht der Teilnehmenden am meisten dadurch erschwert, dass es den Gesundheitsfachpersonen an Wissen zu sozialversicherungsrechtlichen Fragen fehlt, dass institutionalisierte Schnittstellen zwischen Sozial- und Gesundheitswesen fehlen sowie dadurch, dass die interprofessionelle Kommunikation zurzeit aufwendig und schwierig ist. Am wenigsten ins Gewicht fallen für die Teilnehmenden das Fehlen gemeinsamer Behandlungsziele sowie Konkurrenz oder Konflikte zwischen Organisationen (siehe *Abbildung 11*). Allerdings gab es Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Berufsgruppen, wobei beispielsweise Vertretende der Sozialen Arbeit den Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialwesen und dem Wissen zum Sozialversicherungsrecht am meisten Wichtigkeit beimessen.

Abbildung 11: Einfluss auf interprofessionellen Zusammenarbeit



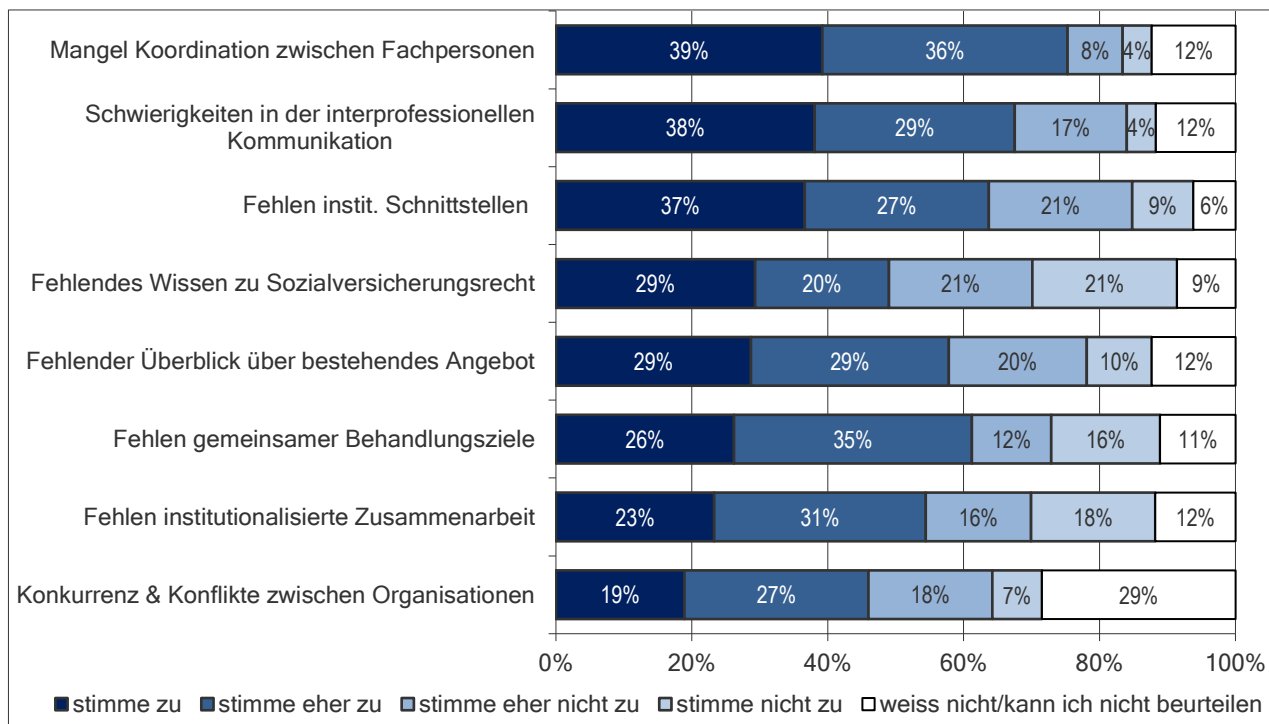
Fehlende Schnittstellen zwischen Sozial- und Gesundheitswesen und fehlendes Wissen zu sozialversicherungsrechtlichen Fragen werden auch als die Punkte mit den grössten negativen Auswirkungen auf die Behandlungsqualität gesehen, neben dem fehlenden Überblick über bestehende Angebote und dem Mangel an Koordination zwischen den Fachpersonen. Konkurrenz und Konflikte zwischen den Organisationen, Fehlende gemeinsame Behandlungsziele sowie fehlende Zusammenarbeit zwischen den Institutionen werden dagegen also weniger bedeutend eingestuft (siehe *Abbildung 12*).

Abbildung 12: Einfluss auf Behandlungsqualität



Der Mangel an Koordination wird in Zusammenhang mit der Berufszufriedenheit als wichtigster Faktor betrachtet, neben der erschwerten Kommunikation zwischen Fachpersonen und dem Fehlen institutionalisierter Schnittstellen zwischen Sozial- und Gesundheitswesen. Konkurrenz und Konflikte zwischen den Organisationen, Fehlende gemeinsame Behandlungsziele sowie fehlende Zusammenarbeit zwischen den Institutionen werden auch hier weniger als bedeutende Faktoren für die Berufszufriedenheit eingestuft (siehe *Abbildung 13*).

Abbildung 13: Einfluss auf Berufszufriedenheit



Validierung Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit

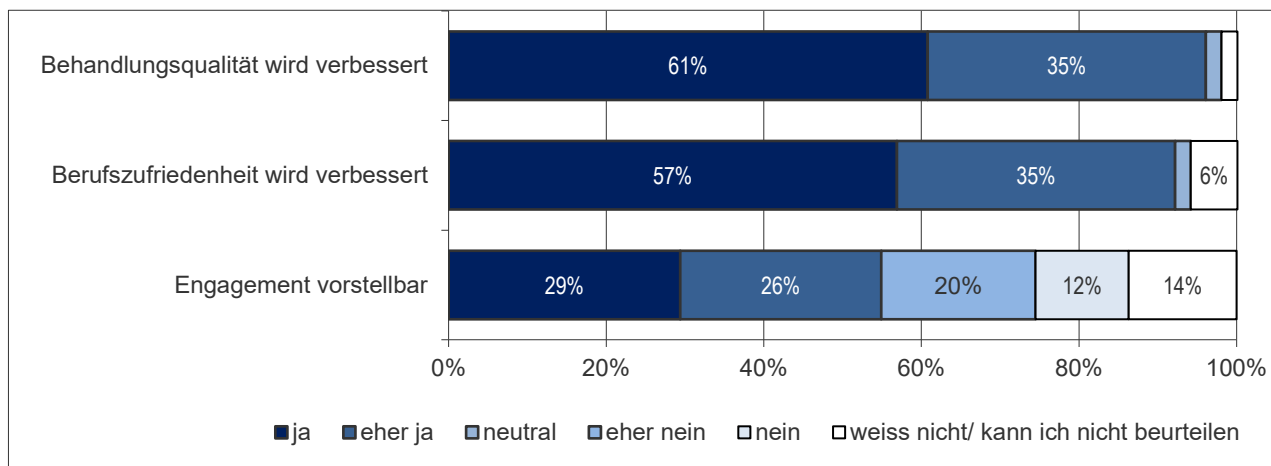
Bezüglich der Priorisierung der innovativen Modelle ergab sich kein einheitliches Bild. Angehörige der grossen Berufsgruppen der Ärzteschaft und Pflege präferieren eher Modelle, bei welchen ihre Berufsgruppe im Zentrum stehen. Die Ergo- und Physiotherapeutinnen und Therapeuten präferieren dagegen das Modell *Multiprofessionelles Gesundheitszentrum*. Allgemein werden die Modelle *Case Management beim Hausarzt/-ärztin*, welche/-r am nächsten am Status Quo ist, sowie *Multiprofessionelles Gesundheitszentrum* (mit oder ohne integrierte Spitex) und *Multiprofessionelle Spitex* vorgezogen (siehe Tabelle 3). Nur ein Teilnehmer sprach sich für eine Beibehaltung des Status Quo aus.

Tabelle 4: Präferierte Modelle nach Berufsgruppen

	Arzt	Pflege	Therapie	Soziale Arbeit	Andere	Total
Case Management in Hausarzt/-innen-Praxis	5	0	7	0	0	12
Multiprofessionelles Gesundheitszentrum	0	0	12	0	2	14
Multiprofessionelles Gesundheitszentrum mit integrierter Spitex	1	1	7	0	0	9
Multiprofessionelle Spitex	1	3	4	2	0	10
Case Management an Gemeinwesenarbeit angegliedert	1	0	1	0	0	2
Gesundheitszentrum und Spitex an Alters- und Pflegeheim angegliedert	0	2	2	0	0	4
Status Quo	0	0	1	0	0	1
Keine Antwort	0	2	4	1	0	7
Total	8	8	38	3	2	59

51 der Teilnehmenden beantworteten die Frage, ob das von ihnen gewählte Modell aus ihrer Sicht die Behandlungsqualität und Berufszufriedenheit verbessern würde und ob sie sich vorstellen könnten, sich für die Umsetzung des Modells zu engagieren. Eine überwiegende Mehrheit ging davon aus, dass sich durch das von ihnen präferierte Modell die Behandlungsqualität und die Berufszufriedenheit verbessern oder eher verbessern würde. Beinahe ein Drittel der Teilnehmenden (29%) gaben zudem an, dass sie es sich vorstellen könnten, sich für eine Umsetzung des Modells zu engagieren (siehe Abbildung 14).

Abbildung 14: Erwartete Verbesserungen Behandlungsqualität, Berufszufriedenheit und Engagement



Validierung und Priorisierung der Empfehlungen

Von den auf der Basis der Fokusgruppen und Interviews entwickelten Empfehlungen wurde die Würdigung von Koordinationsleistungen und deren professionsunabhängige Vergütung mit Abstand als am relevantesten und am dringlichsten eingestuft. (siehe Abbildungen 14 und 15). Hohe Anteile an Zustimmung bezüglich der Relevanz der Empfehlungen bekamen die Items «Stärkung des politischen Rückhalts», «Vernetzungstreffen» sowie «technologische Hilfsmittel». Als weniger relevant wurden dagegen die «Entwicklung, Evaluation neuer Modelle» und «Evaluation bestehender Modelle» erachtet (siehe Abbildung 15).

Abbildung 15: Relevanz der Empfehlungen

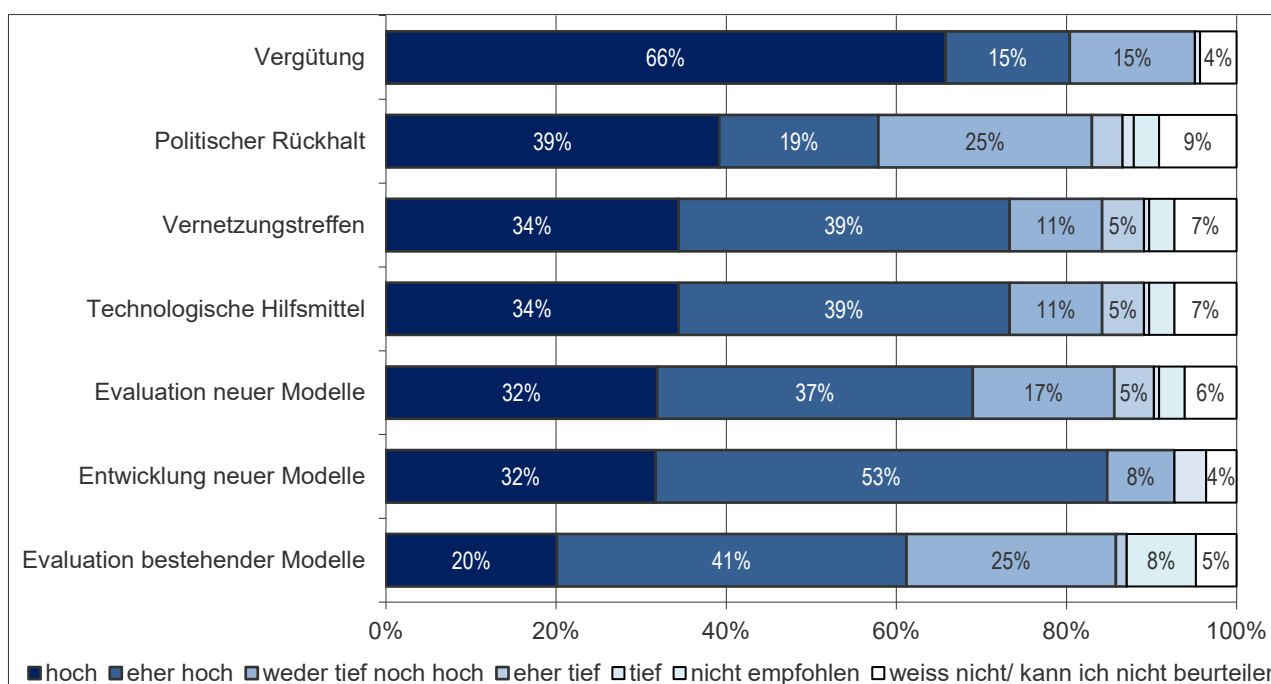
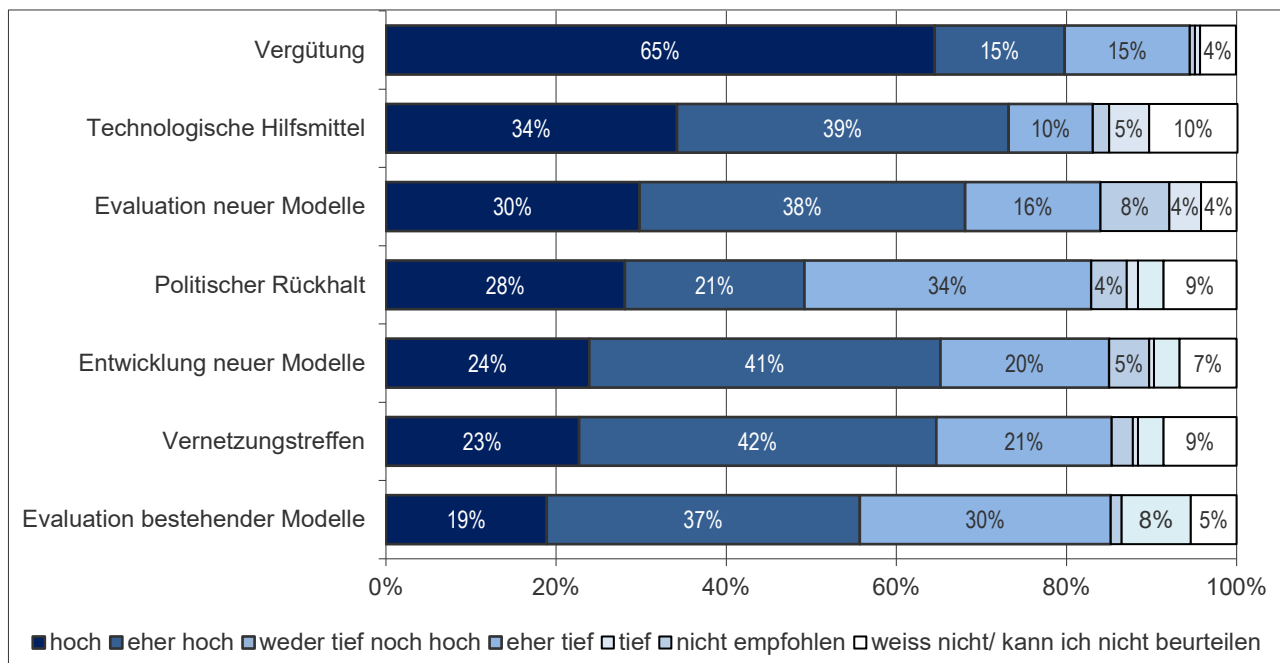


Abbildung 16: Dringlichkeit der Empfehlungen



Bezüglich Dringlichkeit ist neben der bereits erwähnten Vergütung für Koordinationsleistungen auch die Einführung technologischer Hilfsmittel zur Kommunikation genannt worden (siehe Abbildung 11).

Kommentare

In den Kommentaren (offene Fragen) wurden vor allem das Fehlen einer Entschädigung für Schnittstellenarbeit angemerkt. Dies betrifft in besonderem Masse den Beruf der Physiotherapie. Vielfach genannt wurde auch das Fehlen einer Fallführung oder eines Case-Managements, was besonders bei komplexen Fällen notwendig wäre. Des Weiteren wurde das Fehlen eines elektronischen Patientendossiers bemängelt, in welchem beispielsweise Medikamentenlisten oder ein Überblick über bereits erfolgte Behandlungen und Massnahmen einsehbar wären. Einzelne Teilnehmende meinten auch, es fehle an einer gemeinsamen Kultur und gemeinsamen Zielen, da Institutionen oft nicht «Kooperation» als Ziel hätten.

4. Beantwortung der Forschungsfragen, Diskussion und Empfehlungen

In diesem Kapitel werden die Fragestellungen beantwortet, die Resultate diskutiert sowie Empfehlungen für Stakeholder formuliert. Letztere sollen die Etablierung neuer Versorgungsmodelle fördern, die langfristige ambulante Gesundheitsversorgung älterer Menschen gewährleisten sowie die Berufszufriedenheit der involvierten Gesundheitsberufe nachhaltig stärken.

4.1. Beantwortung der Forschungsfragen

Ambulante Versorgung

Eines unserer Ziele in diesem Projekt war es, am Beispiel der Region Baden Bedürfnisse und erforderlichen Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsfachpersonen und weitere Stakeholder in der ambulanten Gesundheitsversorgung älterer Menschen abzuklären. Es wurde in den Fokusgruppen jeweils zuerst der wahrgenommene Stand der ambulanten Versorgung und vorhandene Lücken oder Doppelspurigkeiten in der Region erfragt. Dabei hat sich herausgestellt, dass die ambulante Versorgung als gut eingestuft wird, teils jedoch in der aufsuchenden Therapie auch Lücken bestehen. In die ambulante Versorgung älterer Menschen sind oft eine Vielzahl von Institutionen und Personen involviert. Der Einbezug verschiedener Organisationen geschieht jedoch eher unsystematisch respektive unkoordiniert, dabei kann es auch zu Doppelspurigkeiten kommen. Die Koordination und teils auch Kommunikation zwischen den beteiligten Organisationen und Fachpersonen obliegt oft den Klientinnen und Klienten oder deren Angehörigen. Dies führt insbesondere bei Personen, die schwerer erkrankt sind, Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten haben oder der deutschen Sprache nicht mächtig sind zu Schwierigkeiten. Eine weitere Schwierigkeit, welche einen Bezug zu Doppelspurigkeiten hat, ist das Fehlen gemeinsamer (Therapie-) Zielsetzungen. Dabei sind die involvierten Fachpersonen oft nicht über die Therapieziele anderer Berufsgruppen informiert und können dementsprechend nicht berücksichtigt werden in der eigenen Therapie. Gemeinsam definierte Ziele existieren kaum, obwohl diese von allen Befragten als sehr sinnvoll und erstrebenswert angesehen werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, neben gesundheitlichen Belastungen bei Klientinnen und Klienten, das häufige Auftreten von sozialen Problemstellungen. Diese sind oft eng verbunden mit den gesundheitlichen Problemen, welche den eigentlichen Aufgabenbereich der Gesundheitsfachpersonen ausmachen. Die sozialen Probleme stünden bei den Klientinnen und Klienten jedoch oft im Vordergrund, was eine Fokussierung auf die Therapie schwierig mache. Auch wurde angemerkt, dass sowohl die Klientinnen und Klienten als auch die Fachpersonen oft ungenügend über das bestehende Angebot an ambulanten Dienstleistungen im sozialen wie auch gesundheitlichen Bereich informiert seien. Es fehle ein Überblick über das bestehende Angebot in der Region, welches als breit und vielfältig beschrieben wird. Zudem fehle es oft an Wissen zu sozialversicherungsrechtlichen Fragen (z.B. Anspruch auf Ergänzungsleistungen). In diesen Punkten fehlt es an einem ambulanten Äquivalent eines spitaleigenen Sozialdienstes, welcher bei solchen Problemen Unterstützung bieten könnte. Auch fehle es an etablierten Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialwesen, welche eine Kooperation oder Zusammenarbeit niederschwellig ermöglichen könnten.

Die oben genannten Punkte wurden als deutliche Hürden in der ambulanten Versorgung und der interprofessionellen Zusammenarbeit genannt. Eine auf gemeinsamen Zielsetzungen aufbauende, besser koordinierte Zusammenarbeit könnte, gemäss den Gesundheitsfachpersonen, Fehlversorgung und Leerläufe vermeiden, gesundheitliche und soziale Folgeprobleme für Klientinnen und Klienten verringern und sich zudem auch positiv auf die Berufszufriedenheit der beteiligten Gesundheitsfachpersonen auswirken.

Ein weiterer angesprochener Punkt, welcher die Zusammenarbeit erschweren würde, war, dass sich Organisationen (und Berufsgruppen) teilweise in Bezug auf bestimmte Dienstleistung konkurrenzieren würden oder zumindest das Gefühl hätten, dass sie das tun. Eine gute Zusammenarbeit im lokalen Kontext beruhe oft auf persönlicher Bekanntschaft, während eine institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Organisationen nur punktuell bestehe. So führte z.B. eine der befragten Spitex-Organisationen regelmässige Treffen mit Vertretenden des Hausärzte-Verbands durch. Dieses Beispiel ist jedoch eines der

ganz seltenen für die Region Baden. Vernetzungstreffen oder dergleichen gibt es bis anhin – abgesehen vom Forum für Altersfragen - nicht. Eine Erklärung dafür ist unter anderem, dass Entschädigungen für die investierte Zeit fehlen, jede Organisation sich um die eigenen Belange kümmere und von seiten der Politik nur reaktiv gearbeitet wird. Diese wird in der Regel erst aktiv, wenn Missstände bekannt werden, dies weil hier ebenfalls die Ressourcen fehlten.

Von Seite der befragten Expertinnen und Experten mit Erfahrung im Aufbau innovativer Modelle in der ambulanten Versorgung wurde sowohl die Bedeutung von persönlichen Kontakten unter den Dienstleistern als auch die gegenseitige Kenntnis der Angebote für eine gute ambulante Versorgung hervorgehoben. Zudem wurde betont, dass alle Organisationen so früh wie möglich in die Gestaltung neuer Kooperationen oder Konzepte eingebunden und vernetzt werden sollten. Dies sei wichtig, um Vertrauen und günstige Verhältnisse für die Überwindung eines Konkurrenzdenkens zu schaffen. Dieser Prozess sollte aus Sicht der Expertinnen und Experten professionell begleitet werden und von Seiten der Politik unterstützt werden (ideell wie auch finanziell). Neue Modelle der Zusammenarbeit müssten auf lokalen Strukturen aufbauen und könnten diesen nicht «übergestülpt» werden. In der Validierung der Ergebnisse dieser Studie wurden vor allem die Punkte «besseres Kennen der jeweiligen Angebote», «persönliche Kontakte fördern» und «ein verbessertes Wissen in sozialversicherungsrechtlichen Fragen» von den Befragten als zielführend angesehen.

Basierend auf diesen aktuellen Herausforderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit und den Experteninterviews, welche das Potential einer sektorübergreifenden Vernetzungsarbeit bestätigten, geben wir die folgenden ersten zwei Empfehlungen ab:

- **Es sollten regelmässige, professionell begleitete lokale/regionale Treffen für Fachpersonen und Organisationen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen lanciert und durchgeführt werden mit dem Ziel, sich gegenseitig zu vernetzen.**
- **Neben der gegenseitigen Vernetzung sollen diese Treffen das explizite Ziel haben, einen Rahmen zu bieten, um gemeinsam neue Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung zu entwickeln.**
- **Der politische Rückhalt für eine bessere Vernetzung zwischen den Organisationen aus Gesundheits- und Sozialwesen soll gestärkt werden, durch deren Aufnahme in Altersleitbilder, ideelle und finanzielle Unterstützung.**

In Bezug auf die Verwendung neuer Technologien bestand bei den Befragten eine gewisse Ambivalenz. Begrüsst wurden technologische Hilfsmittel, welche den Arbeitsalltag offensichtlich erleichterten (z.B. Spracherkennung für die Dokumentierung). Andererseits bestanden auch Vorbehalte, weil Telemedizin als nicht äquivalent mit persönlicher Behandlung gesehen wurde und weil Bedenken bestehen bezüglich des Datenschutzes und der Datensicherheit. Bei aller Skepsis würde die Etablierung einer technologisch unterstützte Möglichkeit zum interprofessionellen Austausch im ambulanten Bereich (analog zu einem Klinikinternen Informationssystem im stationären Bereich) nicht nur begrüsst, sondern von der Mehrheit der Befragten als dringlich angesehen. Daher lautet die vierte Empfehlung:

- **Technische Hilfsmittel zur Kommunikation und Koordination im ambulanten Bereich sollen weiterentwickelt, evaluiert und implementiert werden.**

Die Berufszufriedenheit der Gesundheitsfachpersonen in der ambulanten Versorgung ist von grosser Bedeutung. Einerseits, gilt es diese zu verbessern, um gelernte Fachpersonen möglichst im Beruf halten und somit dem Mangel an Fachpersonen entgegen wirken zu können. Andererseits, weil zunehmend eine Verlagerung in der Gesundheitsversorgung vom stationären- in den ambulanten Bereich stattfindet. Dieser macht es erforderlich, dass eine Region über genügend und qualitativ gute Angebote in der ambulanten Versorgung verfügt, die den Bedarf abdecken können. In der Online-Befragung zeigte sich, dass ein Mangel an interprofessioneller Zusammenarbeit sich aus Sicht der Befragten negativ auf die Berufszufriedenheit auswirkt. Die lässt den Schluss zu, dass eine verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit die Berufszufriedenheit der beteiligten Professionen stärken könnte. Dies deckt sich mit Erkenntnissen aus einer vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebenen Befragung von Vertretenden aus verschiedenen Institutionen des

Schweizer Gesundheitswesen, in welcher die positive Wirkung interprofessioneller Zusammenarbeit auf das Arbeitsklima und die Zufriedenheit der Mitarbeitenden genannt wurde (Eicher & Stanic, 2019).

Erforderliche Rahmenbedingungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit

Bezüglich der erforderlichen Rahmenbedingungen wurde an erster Stelle eine Vergütung der Koordinationsaufgaben für alle Gesundheitsberufe genannt. Diese ist derzeit in vielen Fällen nicht gewährleistet. Beispielsweise können Physiotherapeutinnen und –therapeuten solche Leistungen nicht in Rechnung stellen. Die Koordinations- und Abklärungsaufgaben gestalten sich daher «schwierig», nicht nur für die betroffenen Berufe, sondern auch für andere Gesundheitsberufe, mit denen eine Schnittstelle besteht. Die unterschiedlichen Vergütungsstrukturen in den verschiedenen Gesundheitsberufen erschweren die interprofessionelle Zusammenarbeit. Um geeignete Rahmenbedingungen für eine gestärkte und qualitativ gute ambulante Versorgung zu schaffen, bedarf es daher einheitlicher Vergütungsstrukturen und einer Entschädigung für koordinative und dokumentierende Aufgaben. Diese sind insbesondere bei komplexen Fällen von grosser Bedeutung für die Versorgungsqualität. Auch Eicher und Stanic stellen in ihrem Bericht fest: «Die bestehenden Tarifsysteme sowie die Abrechnung von Leistungen an Schnittstellen der Versorgung (ambulant-ambulant oder ambulant-stationär) sind kritisch in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, insbesondere im ambulanten Bereich» (2019, S. 44). Auch sie empfehlen daher, neue Abrechnungsmöglichkeiten zu prüfen. Die fünfte Empfehlung lautet daher:

- **Interprofessionelle Koordinationsleistungen sollen als Grundleistung gewürdigt und professionsunabhängig vergütet werden.**

Innovative Modelle

Ein Hauptziel in diesem Projekt war es, erforderliche Rahmenbedingungen sowie innovative und erfolgreiche Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Gesundheitsversorgung zu identifizieren. Dabei wurden verschiedene Modelle gefunden, die teils sogar schon in der Schweiz implementiert sind, wie beispielsweise die *Centres médico-sociaux* in der französischsprachigen Schweiz oder *Hom'Care* im Kanton Zürich. Diese sind daher auch besonders geeignet dafür, sich im Schweizer Kontext zu verbreiten, da sie in den gegebenen Strukturen entstanden sind.

Grundsätzlich konnte festgestellt werden, dass allgemein ein Bedarf an Veränderung wahrgenommen wird. Nur eine der 59 befragten Fachpersonen sprach sich für eine Erhaltung des Status Quo aus. Die grossen Berufsgruppen der Ärzteschaft und Pflege zeigten tendenziell eine Vorliebe für das jeweilige Modell, bei welchem ihre Berufsgruppe im Zentrum steht. Zuspruch fanden vor allem die Modelle *Case Management in Hausarzt/-ärztinnenpraxis*, *Multiprofessionelles Gesundheitszentrum* mit und ohne *integrierte Spitex* sowie die *Multiprofessionelle Spitex*.

In der Schweiz derzeit kaum bekannt aber dennoch sehr interessant scheinen Modelle zu sein, welche die Gesundheitsdienstleistungen und Dienstleistungen des Sozialwesens kombinieren. Dies, weil verschiedentlich in den Fokusgruppen darauf hingewiesen wurde, dass ein Einhergehen gesundheitlicher und sozialer Probleme gerade bei älteren Klientinnen und Klienten oft anzutreffen sind. Dies stellt Gesundheitsfachpersonen regelmässig vor komplexe und schwierige Situationen, denn sie können sich nicht ausschliesslich um ihre eigentlichen Aufgaben kümmern. Viel mehr stehen oft soziale Probleme (Wohn- und Lebenssituation) bei den Klientinnen und Klienten im Zentrum, die drängend sind und gelöst werden müssen, bevor an einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gearbeitet werden kann. Auch wurde mehrfach angemerkt, dass den Klientinnen und Klienten wie auch den Gesundheitsfachpersonen selbst oft das Wissen um sozialrechtliche Fragestellungen fehle, dieses jedoch gefragt sei, um in entsprechenden Situationen eine Verbesserung herbei führen zu können. Ein Ineinandergreifen des Gesundheits- sowie des Sozialsystems, wie das im stationären Bereich bereits der Fall ist, wäre daher im ambulanten Bereich naheliegend und wünschenswert.

Es wurde ebenfalls erhoben, welche Modelle der Zusammenarbeit von den Stakeholdern befürwortet werden und aus welchen Motiven heraus. Die Fokusgruppeninterviews haben gezeigt, dass besonders Modelle multi- mit professionellen Gesundheitszentren und/oder multiprofessionellen Spitex-Teams als vielversprechend

und wünschenswert angesehen werden. Dies, weil die räumliche Nähe, welche innerhalb solcher multiprofessioneller Teams gegeben ist, die Koordination und Kommunikation stark vereinfacht. Die beiden Modelle sind daher besonders wegen der antizipierten verbesserten Koordination als wünschenswert eingestuft worden. Für beide dieser Modelle gibt es im Schweizer Gesundheitssystem bereits Vorbilder. Aus einer Umfrage unter Schweizer Gruppenpraxen (Josi & De Pietro, 2019) ging hervor, dass in 46% der Praxen neben Ärzt/-innen auch nicht-ärztliche Gesundheitsfachpersonen arbeiteten (Ernährungsfachleute waren in knapp 30% der Praxen vertreten, Physiotherapeut/-innen und Pflegefachleute in je ca. 20%, und Ergotherapeut/-innen lediglich in ca. 3%). Multiprofessionelle Praxen sind daher unter den Gruppenpraxen bereits verbreitet. Multiprofessionelle Spitex-Teams sind wie erwähnt aus der französischen Schweiz bekannt (Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile, 2014) und ebenfalls lokal verbreitet. Was bei den derzeitigen Modellen im Gegensatz zu den angedachten jedoch fehlt ist die Case-Management-Funktion sowie deren Verknüpfung zum Sozialwesen. Der Bedarf für eine solche Funktion, welche auch durch geschulte Gesundheitsfachpersonen oder Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter ausgefüllt werden könnte, wird auch im Positionspapier «Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2019) benannt.

Tendenziell konnte festgestellt werden, dass einerseits Modelle, welche die Case-Management-Funktion einer Berufsgruppe zuordnete, von dieser jeweiligen Berufsgruppe bevorzugt wurde. Andererseits wurden vor allem Modelle bevorzugt, bei welchen die Gesundheitsberufe egalitär miteinander zusammenarbeiten und auf Hierarchien verzichten. Neben Motiven der besseren Zusammenarbeit und Koordination waren es auch Motive der Emanzipation, welche Ausschlag gebend sind für deren Befürwortung bei den Gesundheitsfachpersonen. In der bereits oben genannten, vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebenen Befragung wurde ebenfalls festgestellt, dass «eine gleichberechtigte Zusammenarbeit auf Augenhöhe [...] als Voraussetzung für eine erfolgreiche IPZ (interdisziplinäre Zusammenarbeit) angesehen» wird (Eicher & Stanic, 2019, S. 11). In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass die Wahrung der professionellen Autonomie für alle Berufsgruppen von grosser Bedeutung war, und dass neue Modelle abgelehnt werden, welche diese Autonomie zu beschneiden drohen. So schätzten z.B. die befragten selbstständigen Ergotherapeutinnen die Möglichkeit, ihren Arbeitsalltag selbst einzuteilen und so z.B. mit ihren familiären Bedürfnissen in Einklang bringen zu können. Interessanterweise war der Erhalt der Autonomie auch für die befragten älteren Personen der Hauptgrund, den Status Quo neuen Modellen vorzuziehen, bei welchen sie Einbussen bei der freien Wahl der Fachpersonen (und eine kontinuierlichen Begleitung durch diese) befürchteten.

Bezüglich der Vor- und Nachteile der Modelle wurde seitens der Gesundheitsfachpersonen angemerkt, dass Modelle, welche Gesundheitsfachpersonen unter einem gemeinsamen Dachorganisieren, den grossen Vorteil einer verbesserten Kommunikation und Koordination haben würden. Dies wurde potentiell auch als grosser Vorteil angesehen für eine Verbesserung der Berufszufriedenheit und der Versorgungsqualität. Als möglicher Nachteil wurde angemerkt, dass die Modelle allenfalls die Freiheiten in der Ausübung des Berufes tangieren könnten. Angemerkt wurde zudem, dass eine Case-Management-Funktion von einer unabhängigen Stelle aus organisiert werden sollte. Implizit wurde damit ausgedrückt, dass eine Case-Management-Funktion, welche bei einer spezifischen Organisation integriert ist z.B. Spitex, es zu ungünstigen Machtverhältnissen führen könnte oder eine Zementierung der derzeitigen Situation (Case-Management bei den Hausärztinnen und Hausärzten). Aufgrund dieser Erkenntnisse lautet die letzte Empfehlung:

- **Pilotprojekte zu innovativen Modellen der interprofessionellen Zusammenarbeit sollen lanciert werden sowie bestehende Modelle bezüglich Kostenwirksamkeit, Patientenzufriedenheit und Berufszufriedenheit der Fachpersonen evaluiert werden.**

Diskussion der Hypothese

Die Hypothese, wonach sich innovative Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit positiv sowohl auf die Effizienz und Qualität von Pflege, Therapie, Beratung und Betreuung als auch auf die Arbeitsbedingungen und die Berufszufriedenheit der involvierten Gesundheitsfachpersonen auswirken könnten, lässt sich mit den von uns erhobenen Daten nicht klar belegen. Die erhobenen quantitativen und qualitativen Daten unterstützen allerdings die Annahme, dass sich ein Mangel an Koordination und eine erschwerte Kommunikation zwi-

schen Fachpersonen aus deren Sicht negativ auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, die Behandlungsqualität und die Berufszufriedenheit auswirkt. Eine verbesserte Kommunikation und Koordination könnte sich somit im Umkehrschluss positiv auf diese Bereiche auswirken. Die Teilnehmenden der Online-Umfrage gehen zum allergrössten Teil davon aus, dass sich durch neue Modelle die Behandlungsqualität (96%) und die Berufszufriedenheit (92%) verbessern oder eher verbessern lassen könnte.

4.2. Empfehlungen

Basierend auf den Erkenntnissen aus diesem Projekt können folgende in Tabelle 5 zusammengefasste Empfehlungen abgegeben werden.

Tabelle 5: Empfehlungen

Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none">• Es sollten regelmässige, professionell begleitete lokale/regionale Treffen für Fachpersonen und Organisationen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen lanciert und durchgeführt werden mit dem Ziel, sich gegenseitig zu vernetzen.• Neben der gegenseitigen Vernetzung sollen diese Treffen das explizite Ziel haben, einen Rahmen zu bieten, um gemeinsam neue Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung zu entwickeln.• Der politische Rückhalt für eine bessere Vernetzung zwischen den Organisationen aus Gesundheits- und Sozialwesen soll gestärkt werden, durch deren Aufnahme in Altersleitbilder, ideelle und finanzielle Unterstützung.• Technische Hilfsmittel zur Kommunikation und Koordination im ambulanten Bereich sollen weiterentwickelt, evaluiert und implementiert werden.• Interprofessionelle Koordinationsleistungen sollen als Grundleistung gewürdigt und professionsunabhängig vergütet werden.• Pilotprojekte zu innovative Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit sollen lanciert werden sowie bestehende Modelle bezüglich Kostenwirksamkeit, Patientenzufriedenheit und Berufszufriedenheit der Fachpersonen evaluiert werden.

4.3. Ausblick ambulante Versorgung

In der ambulanten Versorgung ist derzeit einiges im Umbruch. Während auf der einen Seite Hausarztpraxen Mühe bekunden, eine Nachfolge zu finden, investieren auf der anderen Seite zunehmend branchenfremde Betriebe, wie die Migros in die ambulante Versorgung (Braun & Enz, 20.9.2015). So beabsichtigt Migros seit Jahren im grossen Stil ins Gesundheitswesen vorzudringen und hat das wiederholt getan, z.B. als Aktionärin bei Medbase, den Aufkauf der santémed Gesundheitszentren, der Topwell-Apotheken und Übernahme von drei Praxiszentren der Hirslanden-Gruppe, um nur einige zu nennen. Experten gehen davon aus, dass es zunehmend Anbieter geben wird, die mehrere Gesundheitspraxen betreiben werden (Braun & Enz, 20.9.2015). Solche Investitionen von grossen Investoren bieten das Potential, die ambulante Versorgung neu

aufzumischen, zu rationalisieren, aber auch neue Impulse zu setzen. Eine engere interprofessionelle Zusammenarbeit unter demselben (Konzern-)Dach ist vielleicht schon bald verbreitet.

Während dies Hoffnungen weckt, Ziele wie eine nachhaltige qualitativ hochstehende ambulante Versorgung mit attraktiven Arbeitsbedingungen zu erreichen (vgl. SAMW, 2019) birgt das Auftreten von branchenfremden Investoren auch Gefahren. So kann es sein, dass die Chance verpasst wird, aus dem Gesundheitswesen heraus die Strukturen so zu ändern, dass diese Ziele erreicht werden können. Denn branchenfremde Investitionen haben meist ökonomische Beweggründe, in einen Bereich zu investieren. Diese Gefahr wurde am Beispiel der Gruppe «Mein Arzt» im Kanton Aargau deutlich (Medinside, 4.9.2020). Deren Praxen waren zeitweise geschlossen aufgrund von Betrugsvorwürfen gegen den Geschäftsführer und Besitzer. Der Aargauische Ärzteverband stellt folglich fest, dass «Fremdinvestoren im Gesundheitswesen gefährlich sind...» (Medinside, 4.9.2020).

Die Fokussierung auf die ökonomischen Aspekte bei der Reform der Gesundheitsversorgung wird denn auch kritisiert, da diese selten zielführend ist. Diese Sichtweise wird auch von Prof. Dr. Hans Stalder und Prof. Dr. Beat Bürgenmeier geteilt (Stalder & Bürgenmeier, 15.9.2020). Sie haben ein neues Konzept entwickelt, mit dem Namen «Medical Home». Dieses soll eine ganzheitliche Betreuung von Patientinnen und Patienten umfassen und patientenzentriert sein. Die Versorgung Dienstleistungen werden vom Hausarzt aus organisiert, die Patientenversorgung vereinheitlicht. Wesentlicher Bestandteil dabei ist eine neue Art der Finanzierung durch eine Patientenpauschale (Capitation) (Stalder & Bürgenmeier, 15.9.2020). Ob ein solch ganzheitlich gedachtes Modell Chancen hat, überhaupt in Betracht gezogen zu werden, wird sich zeigen. Es ist auf jeden Fall zu hoffen, dass neue Modelle aus dem Gesundheitswesen hinaus entstehen und in der Praxis erprobt und evaluiert werden können, damit die ambulante Versorgung gestärkt werden kann und für die Gesundheitsberufe ein attraktives Arbeitsfeld bleibt.

5. Literatur

- Alterszentrum Breiten. (2019). Über uns. Verfügbar unter: <https://www.azbreiten.ch/alterszentrum/ueber-uns>
- Association Vausdoise d'Aide et de Soins à Domicile. (2014). Organigramme type CMS 2 équipes. http://www.aspmad.ch/jcms/p_33855/fr/organigramme-type-cms-2-equipes?hlText=organigramme
- Ballmer, T. & Meidert, U. (2020). *BB-Ges - Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung. Zwischenbericht über die Stakeholderbefragungen*. Winterthur: ZHAW Departement Gesundheit.
- Bischofberger, I. & Rex, C. (2016). Case Management in der Spitex – klinische und koordinative Aufgaben aus einer Hand. *Case Management*, 5.
- Braun, R. & Enz, K. (20.9.2015). Die Migros investiert in die Gesundheit. Zentralschweiz am Sonntag. <https://files.static-nzz.ch/2019/6/29/1588f617-fdda-4683-b4ea-5f34855c8b85.pdf>
- Bromley-by-Bow Centre. (2018). About Us. <https://www.bbhc.org.uk/about-us/>
- Bundesamt für Gesundheit. (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit. (2017). *Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017 - 2020*. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Zugriff am 4.5.2017. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2019). Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen. Zugriff am 4.5.2017. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html>
- CURAVIVA. (2012). *Integrierte Versorgung - Verbundlösungen für Integrierte Versorgung und Betreuung im Altersbereich*. Bern: CURAVIVA.
- Departement Finanzen und Ressourcen/ Statistik Aargau. (2018). Kanton Aargau: Bevölkerungsbewegungen und -bestand nach Gemeinde und Nationalität, zweites Halbjahr 2018. https://www.ag.ch/de/dfr/statistik/statistische_daten/statistische_daten_details/dynamische_detailseite_10_95681.jsp
- Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau. (2016). *Strukturbericht Gesundheit 2016*. Aarau: Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau. https://www.ag.ch/media/kanton_aargau/dgs/dokumente_4/gesundheit_1/gesundheitsversorgung/strukturbericht_1607_web.pdf
- Derby, M. (2012). *Building a better Australia - 50+ Stories of Co-operation*. Sidney: Focus Publishing.
- Eicher, M. & Stanic, J. (2019). *Berufsausübung: Potenziale für Interprofessionalität - Schlussbericht*. Nr. PT1-2-01. Zürich: ecoconcept.
- Eidgenössisches Departement des Innern. (2019). Raumgliederungen - Resultate. https://www.agv-chapp.bfs.admin.ch/de/typologies/results?SnapshotDate=01.01.2019&SelectedTypologies%5B0%5D=HR_RSC2012
- Froggett, L., Chamberlayne, P., Buckner, S. & Wengraf, T. (2005). *Bromley by Bow Centre research and evaluation project: integrated practice – focus on older people*. Preston: University of Central Lancashire.

- Galli, C. (2017, Frühjahr). «Interprofessionelle Zusammenarbeit bedingt, dass Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geklärt sind.» *Spectra - Gesundheitsförderung und Prävention*. <http://www.spectra-online.ch/spectra/themen/linterprofessionelle-zusammenarbeit-bedingt-dass-zustaendigkeiten-und-verantwortlichkeiten-geklaert-sind-r-571-10.html>
- GDK & BAG. (2012). *Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit. https://www.fmh.ch/files/pdf13/versorgungsmodelle_d.pdf
- Greuter, S. & Ringger, B. (2015). Langzeitpflege und –betreuung in den Kantonen: Vorbild Kanton Waadt. www.denknetz-online.ch/.../grundlagenpapier_vorbild_kanton_waadts_30.11.15.pdf
- Haddara, W. & Lingard, L. (2013). Are we all on the same page? A discourse analysis of interprofessional collaboration. *Academic Medicine*, 88(10), 1509–1515.
- Hom'care – Organisation für Alter und Gesundheit. (2018). Über uns - Zahlen. <https://www.homcare.ch/ueber-uns/zahlen>
- Josi, R. & De Pietro, C. (2019). Skill mix in Swiss primary care group practices-a nationwide online survey. *BMC family practice*, 20(1), 39. BioMed Central.
- Kricheldorf, C. (2013). Vom Pflegemix zur Caring Community. Neue Antworten auf den Pflegebedarf der Zukunft. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 59(2), 2013.
- Medbase (n.d.). Medbase im Laufe der Zeit. <https://www.medbase.ch/ueber-medbase/portrait-medbase/>
- Medinside. (4.9.2020). Hilferuf der Aargauer Ärzte nach Debakel mit "Mein Arzt". <https://www.mediinside.ch/de/post/hilferuf-der-aargauer-aerzte-nach-debakel-mit-mein-arzt>
- Meidert, U. (2017). *TheraCoops - Genossenschaften als Zukunftsmodell der Zusammenarbeit für Therapieberufe?*. [interner Arbeitsbericht]. Winterthur: Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit, Forschungsstelle Ergotherapie.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview—konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft* (S. 465–479). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Stalder, H. & Bürgenmeier, B. (15.9.2020). Ein Gesundheitswesen zum Wohl des Patienten. Neue Zürcher Zeitung.
- Rex, C., Bischofberger, I. & Sailer Schramm, M. (2013). Case Management in der Spitex – Gesetzliche Verantwortung der Pflege. *Case Management*, 5.
- Schusselé Fillietaz, S., Berchtold, P., Kohler, D. & Peytremann-Bridevaux, I. (2018). Integrated care in Switzerland: Results from the first nationwide survey. *Health Policy*, 122(6), 568–576. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.006>
- Schweizerische Akademie der Wissenschaften. (2019). Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems - Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. *Swiss Academies Communications*, 14(2).
- Vatter, A. & Rüfeli, C. (2014). Gesundheitspolitik. *Handbuch der Schweizer Politik* (S. 827–853). Zürich: NZZ Libro.
- Westgate Health Co-op Ltd. (2017a). *Strategic Roadmap June 2017*. <http://www.westgatehealth.coop/index.php/what-s-new>
- Westgate Health Co-op Ltd. (2017b). Rules for Westgate Health Co-op Ltd. <http://www.westgatehealth.coop/images/pdf/2017rules.pdf>

- Westgate Health Co-op Ltd. (2018). *2017 Annual report*. Verfügbar unter: <http://www.westgatehealth.coop/index.php/what-s-new>
- Westgate Health Co-op Ltd. (2019). *2018 Annual report*. Verfügbar unter: <http://www.westgatehealth.coop/index.php/what-s-new>
- WHO. (2016). *Integrated care models: an overview*. (S. 42). Copenhagen: WHO Regional Office.
- Witte, E. H. (2001). Fokusgruppen. (Unterlagen zum Seminar: Techniken zur Leistungsverbesserung aufgaben-orientierter Kleingruppen. Universität Hamburg. <http://www.informatik.uni-oldenburg.de/~sos/kurse/mat/Kreativgruppen.pdf>.
- World Health Organization. (2014). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf;jsessionid=9FCCF4764F7707662BA0D9A00A550CA7?sequence=1
- Wunsch, C., Buchmann, M., Wedel, S. & Weg, P. M. (2014). *Arbeits- und Fachkräftebedarf der Schweiz bis 2060*. Basel: Universität Basel.
- Zwygart, M., Plattet, A. & Spini, D. (2018). "Neighborhood in Solidarity": A community development methodology that emerged throughout an action research experience. *Action research*, 16(1), 65–81.