



Neue Rollen der Pflege in der erweiterten Hausarztmedizin

leila

Leben mit Langzeiterkrankung

Impressum

Herausgeberin

Stadt Zürich
Städtische Gesundheitsdienste
Projekt Leila
Walchestrasse 31
Postfach, 8021 Zürich

Telefon 044 412 44 97
www.stadt-zuerich.ch/leila
www.gesundheitsnetz2025.ch
leila@zuerich.ch

Verfasserinnen

Stefania Bonsack, MNSc
Christine Reichart, RN, MAS Gerontologie

Bilder

Susi Lindig

Layout

Lumir Vaculik

1. Auflage

200 Exemplare
FSC-zertifiziertes Papier

© 2013
Stadt Zürich
Städtische Gesundheitsdienste

Inhalt

Editorial	1
Einleitung	3
Hintergrund: Best Practice bei Complex Chronic Condition	4
Teil 1: Das Projekt	6
Projektgestaltung	6
Projektumsetzung	10
Teil 2: Best Practice erfolgreich umgesetzt	13
Selbstmanagement-Unterstützung	13
Erweiterung der Hausarztmedizin	18
Befähigung sozial benachteiligter Menschen	21
Schlusswort	24
Rolle der Pflege in der erweiterten Hausarztmedizin	24
Empfehlungen/Dank	25
Literatur	26
Abkürzungsverzeichnis	28

Editorial

Das Projekt Leila ist der Initiative Gesundheitsnetz 2025 des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich zu verdanken.¹

Das Ziel, gemeinsam mit Partnerinnen und Partnern neue Formen der Zusammenarbeit zu schaffen und die integrierte Versorgung im Raum Zürich zu fördern, wurde mit konkreten Projekten untermauert. Inzwischen konnte sich der Verein Gesundheitsnetz 2025 unter Mitwirkung der verschiedenen Akteurinnen und Akteure etablieren.

Leila war ein pflegebasiertes Projekt mit dem Ziel, ein Angebot für chronisch kranke Menschen aufzubauen. Dieses Angebot beinhaltete Beratung, Begleitung und Befähigung der erkrankten Personen und ihrer Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung und mit den Auswirkungen im Alltag.² Durch eine enge Zusammenarbeit mit den zuweisenden Hausärztinnen und -ärzten wurden zudem Versorgungsprozesse unterstützt.

Mit dem Projekt Leila setzten wir drei Jahre lang in die Tat um, was vielerorts proklamiert wird: «Selbstmanagement-Unterstützung», «*Chronic Care Teams*» und «proaktive Versorgung» sind die Schlagworte dazu. Die Durchführung des Projekts war auf allen Ebenen anspruchsvoll, aber auch spannend. Nach der Pilotphase wurde das Projekt Ende 2012 beendet. Unser Ziel, Impulse für integrierte Versorgung zu geben, konnten wir erreichen. Voraussetzung für die Überführung des Projektes in die Regelversorgung wäre der Wille aller involvierten Akteure im Gesundheitswesen und eine Regelung der Leistungsvergütung.

Leila ist ein wichtiges und zukunftsweisendes Pilotprojekt. Die Erfahrungen daraus möchten wir mit den Projektpartnern, den Unterstützerinnen und weiteren interessierten Fachpersonen teilen:

- In dem im Dezember 2012 publizierten Band «Leitfaden zur Beratung bei Langzeiterkrankung durch APNs» (Klein et al., 2012) werden Methoden und Instrumente der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten aufgezeigt, die sich bewährt haben.
- Im vorliegenden Band bilanziert die Projektleitung die Erfahrungen der Durchführungsphase und reflektiert das Erreichte vor dem Hintergrund des wissenschaftlichen Diskurses.

Zürich, Juli 2013

Renate Monego
Direktorin Städtische Gesundheitsdienste

¹ <http://www.gn2025.ch>

² Unter «Angehörige» verstehen wir alle nahe stehenden, sich kümmernden Personen.



Einleitung

«Chronische Krankheiten und Multimorbidität sind die Herausforderung des 21. Jahrhunderts, sie werden eine fundamentale Umstrukturierung der Versorgung erzwingen.»³ Mit dem Projekt Leila wurde drei Jahre lang insgesamt 187 Patientinnen und Patienten Beratung und Begleitung angeboten. Es gelang, Selbstmanagement-Unterstützung, Verbesserung von Versorgungsprozessen und Therapieanpassungen miteinander zu verknüpfen. Dies führte bei den Betroffenen zu einer veränderten Haltung, zu mehr Selbstvertrauen und zu günstigen Strategien im täglichen Umgang mit dem Kranksein. Parallel dazu konnten zusammen mit Hausarztpraxen diverse Versorgungsprobleme gelöst werden.

Die wissenschaftliche Evaluation zeigt eine hohe Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Angebot,⁴ was nicht verwundert, denn die beobachteten Veränderungen im Selbstmanagement und die Verbesserungen in der Versorgung führten zu mehr Lebensqualität und oft zu nachhaltig stabilisierten Krankheitsverläufen.

Dies wurde im Projekt mittels Nachverfolgung von Patienten und Patientinnen beobachtet und mit etlichen Beispielen festgehalten. Auf diesen Beispielen basiert der vorliegende Bericht. Er ist kein wissenschaftlicher Evaluationsbericht, sondern eine Projektreflexion der Projektleitung. Um die Subjektivität hervorzuheben, wird im Folgenden die wir-Form verwendet.

Leila war ein evidenzbasiertes Projekt, das heisst: Wir richteten uns nach *Best Practice*, also nach forschungsgestützten Empfehlungen für die Versorgung von chronisch mehrfach kranken Menschen. Darum nehmen wir in diesem Bericht immer wieder Bezug auf Erkenntnisse aus der Forschung.

Im 1. Teil stellen wir das Projekt und dessen Umsetzung vor. Im 2. Teil beschreiben wir, was wir erreicht haben und skizzieren unsere Diskussion der Aspekte, die zum Erfolg geführt haben. Der 2. Teil ist nach den drei wichtigsten Merkmalen von Leila gegliedert:

- Selbstmanagement-Unterstützung für mehrfach erkrankte Personen, verstanden als Befähigung zu einem möglichst guten Leben trotz Langzeiterkrankung dank einer Dienstleistung, die in die Regelversorgung integriert ist.
- Ergänzung der hausärztlichen Versorgung, um Probleme zu lösen und Therapien zu optimieren.
- Befähigung von Betroffenen mit geringer Gesundheitskompetenz,⁵ also Menschen aus unteren Schichten mit und ohne Migrationshintergrund.

Das Projekt Leila wurde von der Abteilung Pflegeforschung der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (zhaw) unter Leitung von Prof. Lorenz Imhof wissenschaftlich evaluiert. Zu den Resultaten dieser externen Evaluation ist eine Zusammenfassung erhältlich.⁶ Dort sind auch statistische Angaben zum evaluierten Teilsample des Projekts zu finden.



3 http://www.nationalegesundheit.ch/fileadmin/dateien/agenda/14._Arbeitstagung_dt/WS2_Rosemann_D.pdf

4 Zusammenfassung des Evaluationsberichtes:

http://www.gn2025.ch/fileadmin/files/docs/Projekte/Leila_FMC_2012_Nomin_fuer_Foerderpreis.pdf

5 Definition «Gesundheitskompetenz»: «...die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken», siehe www.gesundheitskompetenz.ch

6 http://www.gn2025.ch/fileadmin/files/docs/Projekte/Leila_FMC_2012_Nomin_fuer_Foerderpreis.pdf

Hintergrund: Best Practice bei Complex Chronic Condition

Fachexpertinnen und -experten gehen, analog zur Zunahme älterer Menschen, von einer starken Zunahme der Anzahl chronisch Erkrankter aus (insbesondere Herzinsuffizienz, Arthrose und Diabetes). So geben von den 3721 Personen im Pensionsalter, deren Daten im Zusammenhang mit Projekten des Gesundheits-Profil Verfahrens erhoben worden sind, 66 % an, mehr als zwei chronische Erkrankungen zu haben und 19 %, mehr als fünf verschreibungspflichtige Medikamente zu nehmen (Blozik et al., 2007). Santésuisse geht von zwei Millionen chronisch Kranken in der Schweiz aus, die 80 % der Gesundheitskosten verursachen.⁷ Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass die heutige Versorgung zu sehr auf Akutmedizin ausgerichtet ist und im Bereich der chronisch Erkrankten qualitative Mängel aufweist.⁸ Gut belegt sind Probleme mit der Therapiebefolgung. Das Nichtbefolgen der Therapien, Missverständnisse rund um Medikamente und Einnahmefehler führen zum Beispiel zu unnötigen Spitaleintritten bei Patientinnen und Patienten mit Herzschwäche (Wadgi et al., 1993). Santésuisse rechnet in Ableitung internationaler Zahlen für die Schweiz mit 829 920 chronisch Kranken, die «*non compliant*» sind, und pro «*non compliant*»-Patient mit viermal höheren Kosten.⁹

Prof. Thomas Rosemann, Leiter des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Zürich, nennt in Anlehnung an das *Chronic Care Modell*¹⁰ folgende Punkte, die für die Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker in der Hausarztmedizin angegangen werden müssten:¹¹

- frühzeitiges Erkennen von Chronifizierung;
- Selbstverantwortung und Selbstmanagement der Patienten und Patientinnen fördern («*patient empowerment*»);
- aktive Planung und Steuerung des Versorgungsprozesses;
- Schnittstellenoptimierung zwischen Versorgungsebenen;
- konsequente Prioritätensetzung (Berücksichtigung von Ko- und Multimorbidität) und risikoadjustierte Umsetzung wirksamer Therapien.

Vor allem aus den USA gibt es etliche Studien zu neuen Versorgungslösungen, mit welchen diese Probleme angegangen werden. Meist wird die ärztliche Versorgung mit zusätzlichen Fachpersonen und neuen Elementen wie *Care Management* und Selbstmanagement-Unterstützung ergänzt (Ouwens et al., 2005). Für diese zusätzlichen Elemente werden fast immer Pflegeexpertinnen beigezogen (Bischofberger & Bonsack, 2009). Einerseits gibt es krankheitsspezifische Angebote, deren Nutzen sehr gut belegt ist,¹² andererseits und immer häufiger werden neue Versorgungslösungen für mehrfach erkrankte Personen erprobt. Dabei scheint sich der Begriff *Complex Chronic Condition* für in Kombination auftretende, sich gegenseitig beeinflussende, chronische Krankheiten zu etablieren. In diesem Bereich zeigen sich einerseits gute Resultate bei Spitalaustrittsbegleitungen (Coleman et al., 2006), andererseits bei *Chronic Care Teams* in der ambulanten Grundversorgung (Boult et al., 2011; Katon et al., 2010 und 2012).

7 Dank sms zum Erfolg? Info Santésuisse Im Fokus 6(12) 16–17.

8 www.improvingchroniccare.com; Bodenheimer & Grumbach (2007); Lewis & Dixon (2004).

9 Siehe Fussnote 7.

10 Siehe zum Beispiel: Steurer-Stey & Rosemann (2009).

11 http://www.nationalesgesundheit.ch/fileadmin/dateien/agenda/14_Arbeitstagung_dt/WS2_Rosemann_D.pdf

12 für COPD: Bourbeau et al., 2003; für Diabetes: Sadur et al. 1999; Überblick für Herzinsuffizienz: Windham et al. 2003).

Hintergrund: Best Practice bei Complex Chronic Condition

TEAMcare (Katon et al., 2010 und 2012)

Zielpersonen: Patientinnen und Patienten mit Diabetes und/oder Herz-Kreislaufkrankung und der Komorbidität Depression, Altersdurchschnitt 57.

Intervention: Ein Hausarzt/eine Hausärztin und eine Pflegeexpertin begleiten die Patientinnen und Patienten eine Phase lang intensiv, danach organisiert die Pflegeexpertin die Nachbegleitung.

Inhalt: Selbstmanagement-Unterstützung, *Monitoring* der wichtigen physiologischen Parameter, Verfolgung gemeinsamer, zusammen mit den Patientinnen und Patienten erarbeiteter Versorgungsziele.

Pflegeexpertinnen sind erfahrene *Nurse Diabetes Educators*, zusätzlich unterstützt durch ein Supervisionsteam inkl. Psychiater und Mailkontakt zu Diabetologen und Kardiologen.

Resultate: signifikant verbesserte Blutwerte und Depressionswerte (Katon et al., 2010), verbesserte Lebensqualität (gemessen am QUALY-Wert) und Kostenneutralität (Katon et al., 2012).



Teil 1: Das Projekt

Projektgestaltung

Das Angebot von Leila

Mit dem Projekt Leila nahmen wir die Forschungsergebnisse auf und schufen ein multifaktorielles Angebot. Dieses lässt sich gut anhand des untenstehenden Pyramidenmodells veranschaulichen. Das Modell wird von der WHO empfohlen (Nolte & McKee, 2008) und in den National Health Services in Grossbritannien zur Steuerung der Versorgung chronisch Kranker angewendet.¹³



Stufenmodell für die Versorgung bei «long term condition» (Nolte & Mc Kee, 2008).
Blauer Kreis und Text neben Graphik = Leila-Angebot

Das Modell zeigt eine dreistufige Versorgung für Langzeiterkrankte:

- 1** Für die grosse Mehrheit wird eine konsequent durchgeführte Befähigung zum Selbstmanagement empfohlen. Selbstmanagement besteht aus der emotionalen Bewältigung und aus vielfältigen Handlungen rund um das Kranksein sowie aus den Therapien und der Alltagsgestaltung mit oder trotz Beschwerden und Einschränkungen.
- 2** Für chronisch Kranke mit erhöhtem Risiko, oder in einer aktuelleren Ausdrucksweise: bei *Complex Chronic Condition* oder/und psychosozialen Belastungsfaktoren braucht es zudem vorausplanende koordinierte Versorgung durch multidisziplinäre Versorgungsteams.
- 3** Ganz an der Spitze der Pyramide erschweren meistens psychische Erkrankung und Instabilität die Situation. Hier steht Case- und Krisenmanagement im Vordergrund.¹⁴

Der Auftrag des Leila-Teams lautete, auf den zwei unteren Stufen zu wirken und die rechts der Grafik vermerkten Aufgaben zu übernehmen. Für die Spitze der Pyramide startete im Gesundheitsnetz 2025 zeitgleich das Projekt Kompass.¹⁵

¹³ http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Longtermconditions/DH_4130655
retrived 8.12.2012

¹⁴ Case Management wird meistens als fallbezogene Koordinationsarbeit verstanden, bei der Sozialarbeit inbegriffen ist. Siehe http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Longtermconditions/DH_4130655
retrived 8.12.2012

¹⁵ <http://www.gn2025.ch/abgeschlossene-projekte/kompass/angebot>

Teil 1: Das Projekt

Projektgestaltung

Durchführung mit APNs

Das Projekt wurde, wie weltweit üblich, von Pflegeexpertinnen geleitet und durchgeführt. Es handelt sich um ein typisches Arbeitsfeld von *Advanced Nursing Practice* (ANP). ANP wird als erweiterte und vertiefte Pflegepraxis definiert mit folgenden Charakteristika:

- 1 Spezialisierung im klinischen Feld;
- 2 Erweiterung der professionellen Grenzen;
- 3 evidenzbasierte Entwicklung und Weiterentwicklung der Interventionen.¹⁶

All diese Kriterien erfüllte das Projekt Leila. Uneinig waren wir uns bei der Frage, ob die bei Leila arbeitenden Fachpersonen zwingend *Advanced Practice Nurses* (ANP), das heisst, wie es aktuell in der Schweiz Konsens ist, Absolventinnen eines Masterstudiums sein müssen. Wir denken, dass die bei Leila benötigten Kompetenzen auch in einer Kombination von klinischer Erfahrung und Weiterbildungsmodulen ohne Masterabschluss erworben werden können und dass umgekehrt einseitig wissenschaftlich orientierte Studiengänge der Pflegewissenschaft nicht genügend auf die Leila-Arbeit vorbereiten. So stellten wir Pflegeexpertinnen mit und ohne Masterabschluss an, reden aber im Folgenden zur Vereinfachung von Leila-APNs.

In der Umsetzung erwiesen sich folgende mitgebrachte und *on the job* weiter entwickelte Kompetenzen der Leila-APNs als unerlässlich:

- klinische Erfahrung in der inneren Medizin, Geriatrie oder Spitem;
- Kenntnisse in *clinical assessment* (= systematische medizinisch-pflegerische Situationserhebung, teils mit körperlicher Untersuchung);
- Kenntnisse in Beratung, insbesondere Familienberatung;
- gute Grundlagenkenntnisse der Pathophysiologie, Gerontologie und der Selbstmanagement-Unterstützung;
- Kenntnisse der lokalen Versorgungsstruktur und der Angebote (von der Rheumaliga bis zum kirchlichen Sozialdienst).

Das Leila-Team bildete sich während des Projekts vor allem im Bereich Beratungstheorie weiter, führte Fallbesprechungen durch, wurde durch Supervision unterstützt und von Fachärztinnen und -ärzten der Kardiologie, Endokrinologie, Rheumatologie und Pulmologie begleitet.



Teil 1: Das Projekt

Projektgestaltung

Integration in die Hausarztmedizin

Folgende Gründe sprachen gegen die Anbindung an eine Spitexorganisation und für die Umsetzung des Projekts mit Hausarztpraxen:

1 Chronisch kranke Menschen nehmen nur zu einem kleinen Teil Spitexdienste in Anspruch. Erst im hohen Alter deckt sich chronisch Kranksein, Gebrechlichkeit und Hilfsbedürftigkeit. So geben von den 55- bis 64-jährigen der Befragten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 zwar 48 % an, ein dauerndes Gesundheitsproblem zu haben, Spitexdienstleistungen beziehen aber nur 2 %. Bei den 75+ -jährigen sind es 48 % mit einem chronischen Gesundheitsproblem, 49 % mit Hilfebedarf in Haushaltsaktivitäten und 12 % mit Spitexdienstleistungen (Lieberherr et al., 2010). Diese Zahlen spiegelten sich im Leila-Projekt wieder: Bei einem Durchschnittsalter von 72 Jahren beanspruchten nur 10 % Spitexdienstleistungen.¹⁷

2 Bei mehrfach erkrankten Personen stehen meistens gewichtige Behandlungsfragen an, wie z. B. eine bessere Schmerztherapie. Diese können und sollen sinnvollerweise nur innerhalb der ärztlichen Grundversorgung gelöst werden.

Darum suchten wir Hausärztinnen und Hausärzte (im folgenden HA),

- die Leila als Ergänzung ihrer Praxis verstanden,
- das Angebot ihren Patientinnen und Patienten empfahlen und
- uns mit der Zuweisung über Problemstellung, Diagnosen und Behandlung informierten.

Umgekehrt verpflichteten wir uns, den behandelnden HA mindestens nach dem Erstgespräch und bei Abschluss der Beratung eine schriftliche Zusammenfassung unserer Arbeit zu geben. Wenn Patientinnen und Patienten über andere Zuweisungswege zu uns kamen, nahmen wir mit dem/der behandelnden HA Kontakt auf.

Für die Patientinnen und Patienten hiess dies, dass sie mit dieser Zusammenarbeit und dem Informationsaustausch einverstanden sein mussten. Das war Bedingung, um die kostenlose Leila-Dienstleistung in Anspruch zu nehmen und war in der Umsetzung praktisch nie ein Problem. Im Gegenteil: Die Patientinnen und Patienten schätzten diesen Austausch zwischen HA und Leila-Mitarbeitenden.

Struktur

Um mit den sich teilweise konkurrenzierenden Arztpraxen zusammenarbeiten zu können, betrieben wir das Projekt Leila als städtisches Angebot. Wir schufen 260 Stellenprozente, die wir nur im zweiten Projektjahr voll ausnutzten.

Als Bürostützpunkt stellte uns die Gruppenpraxis santémed Zürich Wiedikon Räume zur Verfügung. Die Beratungen fanden zu zwei Dritteln bei den chronisch Kranken zuhause statt und zu einem Drittel in den Praxen ihrer Ärztinnen und Ärzte, in Apotheken oder in Spitälern.

Teil 1: Das Projekt

Projektgestaltung

Finanzierung

Es ergab sich keine Möglichkeit, um die Leistungen über die Krankenkversicherer abzurechnen. Dazu fehlen die gesetzlichen Grundlagen, und santésuisse war nicht bereit, eine Sonderregelung für ein Projekt der öffentlichen Hand einzugehen. Wir ersuchten darum die grossen Krankenkversicherungen um Mitfinanzierung und konnten die SWICA-Gesundheitsorganisation davon überzeugen, unsere Präsenz in der damals neu gegründeten Gruppenpraxis SWICA Gesundheitszentrum Zürich Wiedikon, heute santémed, pauschal zu vergüten. Der grösste Anteil an den Projektkosten wurde von der öffentlichen Hand übernommen.



Teil 1: Das Projekt

Projektumsetzung



Projektpartner

Unsere Partner waren: santémed Zürich Wiedikon und Zürich Oerlikon, MediX Gruppenpraxis Zürich Wipkingen, einzelne Hausärztinnen und Hausärzte des Ärztenetzwerkes z-med AG und des Vereins Hausärzte Zürich, insbesondere Dr. med. Andrea Häner. Nicht ärztliche Partnerinnen waren Apotheken von TopPharm und des Apothekerverbandes der Stadt Zürich,¹⁸ die Abteilung Case Management der Gesundheitsorganisation SWICA und im letzten Projektjahr für die Durchführung von Kursen das Bildungsinstitut Careum.

Um die Patientinnen und Patienten gut beraten zu können, arbeiteten wir mit zahlreichen weiteren Institutionen und Diensten zusammen: mit Spitex, Rheumaliga, Lungenliga, Sozialdienste etc.

Zielgruppe und Zuweisungen

Leila nahm explizit die Problematik der Multimorbidität auf, das heisst, das Projekt richtete sich an Menschen mit den typischen Kombinationen von chronischen rheumatologischen, Herz-, Kreislauf-, Lungen- und Stoffwechselerkrankungen (insbesondere Diabetes Typ 2). Das sind die in den Hausarztpraxen am häufigsten gesehenen Krankheiten (Laux et al., 2008), die zu *Complex Chronic Condition* führen. Ab dem zweiten Projektjahr schränkten wir die Zielgruppe auf über 50-jährige Personen ein, um uns zur Vereinfachung einen geriatrischen Schwerpunkt zu geben. Mit der bei Klein et al. (2012) beschriebenen familienzentrierten Beratung wurden die Angehörigen konsequent einbezogen.

Als wichtigstes Einschlusskriterium definierten wir das Vorliegen von mindestens zwei der oben genannten Krankheiten. Die Partnerärzte und -ärztinnen (HA) wünschten zusätzliche Kriterien für die gezielte Auswahl von besonders bedürftigen Patientinnen und Patienten. So definierten wir Kriterien der erhöhten Komplexität auf verschiedenen Ebenen, etwa Risikomedikation, Komorbidität, Depression oder Probleme bei der Therapiebefolgung.

Als Rekrutierungsweg wählten die HA folgendes Prozedere:

- Sie überlegten sich mit Hilfe der Kriterien, welche Patientinnen und Patienten das Angebot benötigen und
- empfahlen das Leila-Angebot diesen Personen während einer Konsultation.

Weder die Definition der Kriterien noch dieses Vorgehen führten zum Ziel. Wir erhielten weniger Zuweisungen als vereinbart, und viele der Zugewiesenen litten unter Problemen, für deren Lösung es andere, besser qualifizierte Dienste gab, so z. B. für finanzielle Schwierigkeiten einen Sozialdienst. Wir wurden hier als Vermittlerinnen von geeigneten Angeboten gebraucht. Das war wertvolle Arbeit, aber nicht der Sinn des Projekts.

18 Mit den Apotheken bauten wir, vom Pharmaunternehmen MSD unterstützt, ein spezielles Angebot auf, bei welchem Kunden und Kundinnen durch ein Team von Apotheker / Apothekerin, Leila-APN und Hausarzt / Hausärztin ein Stück weit in ihrem Umgang mit der Erkrankung begleitet wurden.

Teil 1: Das Projekt

Projektumsetzung

Ein viel besserer Zuweisungsweg, für den wir mit der Zeit einige der HA gewinnen konnten, war die systematische Anfrage aller mehrfach erkrankten Patientinnen und Patienten einer Praxis. Am besten funktionierte dies im Gesundheitszentrum santémed Zürich Wiedikon dank der Brückenfunktion einer Medizinischen Praxisangestellten: Sie filterte aus der elektronischen Datenbank die Patientinnen und Patienten heraus, welche die Kriterien > 2 chronische Erkrankungen und/oder mindestens 4 Dauermedikamente¹⁹ erfüllten und kontaktierte sie nach dem Verschicken eines Empfehlungsschreibens des behandelnden Arztes telefonisch. 30% der Angefragten willigten in ein Erstgespräch mit der Leila-APN ein und aus zwei Dritteln dieser Gespräche entstand ein sinnvoller Beratungszyklus.

Die beteiligten HA fühlten sich durch diese Form der Zuweisung entlastet. Der hohe Anspruch entfiel

- in der Alltagsroutine an das Angebot Leila zu denken,
- im Voraus abschätzen zu können, wer vom Angebot profitieren würde und
- dieses in der sowieso mehr als ausgefüllten Konsultationszeit zu «verkaufen».

Ausserdem erlebten sie den Nutzen von breit geführten Erstgesprächen durch die Leila-APN (siehe unten).

Ein typischer Leila-Patient als gutes Beispiel für *Complex Chronic Condition*: Der 76-jährige Mann kam über das Auswahlkriterium «mehr als 4 Medikamente» in die Beratung. Seine Diagnoseliste: mittelschwere bis schwere Depression; Arteriosklerose mit PAVK, Status nach Stent A. fem. Superficialis 2006, St. n. Hirninsult 2004; Art. Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus Typ II, Adipositas, Kniearthrose bds., rezidivierende Divertikulitis.

Bewährtes Vorgehen

Nach gut einem Jahr Laufzeit hatten wir das Projekt konzeptionell geschärft.

- 1 Es war klar, dass nur die systematischen Anfragen mit dem oben beschriebenen Vorgehen zu regelmässigen Zuweisungen von Patientinnen und Patienten führen würden. Es hatte sich als sinnloses Unterfangen erwiesen, Kriterien zu definieren, wer der mehrfach Kranken eine Leila-Begleitung benötigt und wer nicht, respektive davon profitiert oder nicht. Von einem Angebot wie Leila profitieren nur Personen, die Veränderungsprozesse selber vornehmen oder wenigstens zulassen können. Die Fähigkeit, sich auf Veränderungsprozesse einzulassen, hängt aber von vielen Faktoren ab (Persönlichkeitsstruktur, momentane psychische Verfassung, Phase im Krankheitsverlauf und Ressourcen). Erst mit zunehmender Erfahrung lernten wir im Erstgespräch abzuschätzen, woran und wie gut mit den Betroffenen gearbeitet werden kann. Vorauszusehen war es nicht.



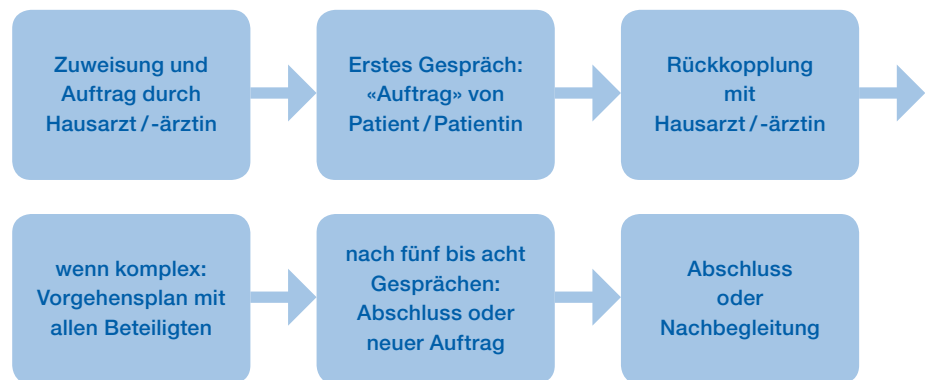
19 Diese Zahl war mit dem zuständigen Apotheker der SWICA als plausibel festgelegt worden. Vergleicht man sie mit den Zahlen von Blozik et al. 2007 (siehe Kapitel Forschungsgrundlagen) werden mit dem Kriterium «mindestens vier Dauermedikamente» sicher Personen mit mehr als zwei chronischen Krankheiten erfasst.

Teil 1: Das Projekt

Projektumsetzung

2 Es lohnte sich auf alle Fälle, Erstgespräche durchzuführen, auch wenn sich daraus keine längere Beratung entwickelte. Die Ärztinnen und Ärzte erhielten dadurch wichtige Informationen und die Patientinnen und Patienten eine gute Gelegenheit, ihren Umgang mit den Erkrankungen zu reflektieren.

3 Mit den ersten Erfahrungen verfeinerten wir unser Vorgehen in der Beratung, wählten geeignete Instrumente und Methoden aus und konnten den Beratungsablauf, soweit sinnvoll, standardisieren. Das Resultat dieses Prozesses ist bei Klein et al. (2012) beschrieben. Wir definierten Beratungszyklen, die folgendermassen dargestellt werden können:



Schematische Darstellung eines Leila-Beratungszyklus

Zusammenfassung

Die Rekrutierungsfrage war eine grosse Herausforderung. Die Zusammenarbeit mit den Arztpraxen stellte sich als enorm wichtig heraus. Dort, wo sie gut war, zeigte sich unser Angebot als ideale Verbindung zwischen Arbeit mit den Betroffenen und Hilfe bei der Lösung von Versorgungsproblemen, genau so, wie dies Pflegeexpertinnen weltweit in zukunftsweisenden Versorgungslösungen tun. Was wir damit bewirken konnten und aufgrund welcher Grundlagen, zeigen wir in den folgenden Kapiteln.

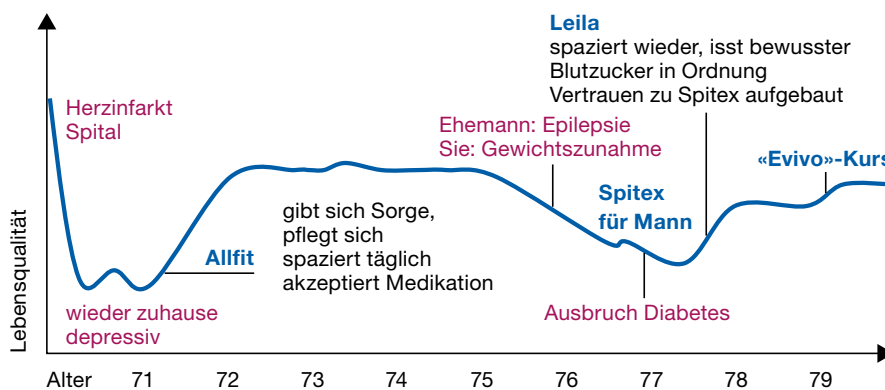
Teil 2: Best Practice erfolgreich umgesetzt

Selbstmanagement-Unterstützung

Umsetzung in Leila

Kern des Leila-Angebots war die Arbeit mit den chronisch kranken Personen und ihren Angehörigen im Umgang mit der Krankheit, also die so genannte Selbstmanagement-Unterstützung. Dabei stützten wir uns auf das im nächsten Kapitel vorgestellte Konzept des «Lebens mit chronischer Krankheit» und des «*Illness Trajectory*». Wir boten vor allem individuelle Begleitung als intensiven Prozess über einen begrenzten Zeitraum von ungefähr zwei bis fünf Monaten an. Zudem führten wir Veranstaltungen und Kurse durch, im letzten Projektjahr die «Evivo»-Kurse.²⁰ Der Blick in die Forschung zeigt, dass unterschiedlich gestaltete Programme wirksam sein können, so Gruppen- oder Einzelschulungen, krankheitsspezifische oder krankheitsübergreifende Programme, von Professionellen oder von Laien geleitete Programme (de Silva, 2011). De Silva und Battersby et al. (2010) plädieren für ein Nebeneinander verschiedener Angebote. Wir erlebten Patientinnen und Patienten, die im zeitlichen Verlauf von verschiedenen Programmen profitierten. Beispiel:

Die heute 80-jährige Frau C., ehemalige Zeitungsverkäuferin, hat über die Jahre hinweg verschiedene Programme besucht, jedes Mal mit einer deutlichen Wirkung auf ihre Befindlichkeit und auf den Krankheitsverlauf. Hier dargestellt als Verlaufskurve ihrer Lebensqualität:



Verlaufskurve des Krankseins von Frau C. und Einfluss der Interventionen

Frau C., die nach einem Herzinfarkt depressiv wurde, konnte mit dem Besuch von «allfit»²¹ ihre Kurve positiv beeinflussen und erlebte eine längere stabile Phase. Mit den zunehmenden gesundheitlichen Problemen ihres Ehemanns wurde sie in ihrer Selbstsorge nachlässig und rutschte mit starker Gewichtszunahme in eine Stoffwechselproblematik. Nach Ausbruch des Diabetes kam sie in die Leila-Beratung, was – nach ihren Worten – wieder «eine Wende» bewirkte. Aber da die Beratung wissenslastig war, was beim Diabetes-Selbstmanagement unvermeidlich ist, und weil Frau C. mit vielen negativen Emotionen zu kämpfen hatte, riet die Leila-APN zum Besuch des vom Projekt angebotenen «Evivo»-Kurses. Diese Gruppenkurse bewirken über soziales Lernen ziemlich sicher eine emotionale Stärkung, so auch bei Frau C.

²⁰ «Evivo» ist das vom Careum Bildungsinstitut adaptierte und lizenzierte Chronic Disease Self-Management Program der Stanford Universität.

²¹ «allfit» bestand aus einem krankheitsspezifischen Gruppenkurs und aus Turnen, je achtmal, wöchentlich, geleitet von Pflegeexpertinnen (siehe Bonsack et al., 2006).

Teil 2: Best Practice erfolgreich umgesetzt

Selbstmanagement-Unterstützung

In der Leila-Einzelberatung erreichten wir bei vielen Patientinnen und Patienten, aber auch bei Angehörigen mit einem Aufwand von zwei bis zwölf Beratungsstunden (Durchschnitt: vier)²² Veränderungen auf folgenden Ebenen:

- 1** psychische Stärkung und Verbesserung der Lebensqualität;
- 2** Veränderungen in Haltung, Einstellung und Verständnis zur Krankheit und zu deren Behandlung;
- 3** neues oder wieder aufgenommenes Gesundheitshandeln, wie z. B. gesunde Bewegung (siehe unten).

Dies entspricht den Forschungsergebnissen. Als direkte Wirkung von Selbstmanagementprogrammen wurden verschiedentlich gestärkte *«self efficacy beliefs»*²³ und verbesserte Lebensqualität sowie verbessertes Gesundheitshandeln und sinkende Symptombelastung nachgewiesen (de Silva, 2011). In Studien, welche krankheitsspezifische Programme evaluieren, gelingt darüber hinaus der Nachweis von Folgewirkungen: Bei Diabetikerinnen und Diabetikern sind dies bessere Blutzuckerwerte oder bei Herz- und Lungenkranken weniger negative Ereignisse im Zeitverlauf, was zu weniger Notfallkonsultationen und Spitaleinweisungen und damit zu Kostenreduktionen führt (Newman et al., 2004).

Für die externe Evaluation hielten wir die Handlungen schriftlich fest, welche die Patientinnen und Patienten in der Beratung planten und danach grösstenteils auch umsetzten. Bei einem Teilsample von 59 Patientinnen und Patienten waren dies 274 Handlungen.²⁴ Diese Handlungen waren unterschiedlich kleine und grosse Schritte in Richtung eines aktiven Umgangs mit dem Kranksein. Beispiele:

Der einsame Rheumatiker besuchte ein Bewegungsprogramm der Rheumaliga. Eine Diabetikerin schaffte es zwar nicht, die Ernährungsempfehlungen zu verstehen, geschweige denn umzusetzen, aber sie bat den Wirt ihrer Stammbeiz, ihr statt Dessert jeweils einen Salat zu spendieren. Ein Hilfsarbeiter holte sich im auf die Beratung folgenden Jahr dreimal rechtzeitig die notwendigen Antibiotika (vorher kam er jeweils mit Lungenentzündung notfallmässig ins Spital), ausserdem schützte er sich vor Erkältungen, indem er seine bei der Arbeit nass geschwitzten Unterleibchen wechselte. Die ältere, verwitwete Hausfrau mit Minderwertigkeitsgefühlen und der Klage, dass der Arzt sie nicht ernst nehme, konnte dazu gebracht werden, bei der nächsten Arztkonsultation eine Liste mit ihren Haupt- und Nebenanliegen vorzulegen. Das Ehepaar, welches mit ihrem Stolz, alles immer allein gemeistert zu haben, wegen Krankheit und Alter in eine desolante Situation gerutscht war, meldete sich bei der Spitex an.

²² Interne Projektstatistik.

²³ Self efficacy beliefs (Selbstwirksamkeitsüberzeugungen) zeigen die Zuversichtlichkeit einer Person in Bezug auf ihre Fähigkeit, sich Wissen anzueignen oder Handlungen auszuführen. Zu deren Erhebung gibt es verschiedene Messinstrumente (<http://patienteducation.stanford.edu/research/>).

²⁴ http://www.gn2025.ch/fileadmin/files/docs/Projekte/Leila_FMC_2012_Nomin_fuer_Foerderpreis.pdf

Teil 2: Best Practice erfolgreich umgesetzt

Selbstmanagement-Unterstützung

Best Practice der Selbstmanagement-Unterstützung

Die Forschung zeigt deutlich, dass Selbstmanagement-Unterstützung oder -Schulung nur wirkungsvoll ist, wenn mehr getan wird als Wissen zu vermitteln (de Silva 2011; Newman, 2004). Es braucht neben dem Aufbau von krankheitsbezogenen kognitiven Kompetenzen auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz, die Motivierung und Befähigung zu Verhaltensänderungen und den Aufbau der Überzeugung von Selbstwirksamkeit (de Silva, 2011). De Ridder et al. (2008) weisen mit ihrer Literaturanalyse deutlich auf die bessere Wirksamkeit von Programmen hin, welche die psychische Verarbeitung adressieren.²⁵

Die Erfahrungen aus dem Projekt bestätigen, dass es auf die Art und Weise der Selbstmanagement-Unterstützung ankommt. Dabei sind Beratungsmethoden wie motivierendes Interviewing oder familienzentrierte Beratung wichtig²⁶, aber sie funktionieren nicht ohne ein fundiertes Verständnis der Erfahrungen mit dem Kranksein. Die wichtigen Fragen sind: Welche (neuen und zahlreichen) Aufgaben sind zu bewältigen? Welche Strategien wenden die Betroffenen an? Was gelingt, was gelingt nicht? Wie werden all die Therapien in den Alltag eingepasst? Warum kommt es so oft zu den verheerenden Entmutigungsspiralen? Welche Phasen in den Karrieren des Krankseins sind typisch?²⁷ Dazu gibt es gute theoretische Grundlagen, ohne die Leila nicht denkbar gewesen wäre, und darum beschreiben wir sie hier genauer.

Theoretische Grundlagen der Selbstmanagement-Unterstützung

Die in der interaktionstheoretischen Tradition stehenden Sozialwissenschaftler rund um Anselm Strauss führten zahlreiche Interviews mit von chronischer Krankheit betroffenen Menschen und entwickelten daraus eine Theorie (Strauss et. al., 1984). Sie erfassen das Leben mit der Erkrankung in seiner jahrelangen, prozessualen Eigendynamik und der damit einhergehenden sozialen Interaktion als Laufbahn, die sie «*Illness Trajectory*» nennen, hier mit «Verlaufskurve des Krankseins» übersetzt.²⁸ Sie konzeptualisieren das Auf und Ab im Leben mit dem Kranksein, beeinflusst durch die Bewältigungsarbeit der Kranken und ihres Umfelds. Sie bündeln die Aufgaben, die es zu bewältigen gibt, zu folgenden Themen: den Krankheitsverlauf bewältigen, mit Krisen und Symptomen umgehen, zu einer Normalität finden, diverseste Therapievereinbarungen in den Alltag einpassen, soziale Isolation vermeiden und einen guten Umgang mit Angehörigen und Hilfspersonen finden.

In der Weiterentwicklung dieses Ansatzes wurde der Begriff «Selbstmanagement» geprägt. Barlow et al. (2002) definieren Selbstmanagement folgendermassen: «*The individuals ability to manage the symptoms, treatment, physical and psychosocial consequences and life stile change inherent in living with a chronic condition*» (S.177).



²⁵ De Ridders et al. nennen dies «psychological adjustment».

²⁶ Beschreibung der Methoden bei Klein et al. (2012).

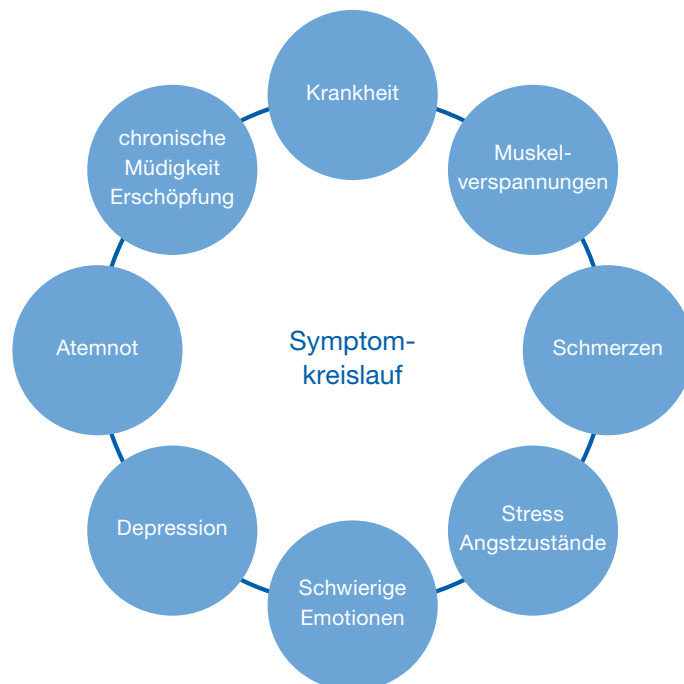
²⁷ Eine gute Beschreibung der Phasen und der Entmutigung geben Schaeffer & Moers (2008).

²⁸ Es gibt keine einheitliche deutsche Übersetzung für «*Illness trajectory*». Schaeffer & Moers (2008) verwenden sowohl «Trajekt» als auch «Verlaufskurve».

Teil 2: Best Practice erfolgreich umgesetzt

Selbstmanagement-Unterstützung

Das Forscherteam um Kate Lorig arbeitete heraus, wie die Betroffenen ihre Verlaufskurve des Krankseins so beeinflussen können, dass diese milder verläuft und es zu weniger Krisen kommt. Lorig & Holman (2003) beschreiben folgende hilfreichen Fähigkeiten und Fertigkeiten: Problemlösung, Entscheidungsfindung, partnerschaftlicher Umgang mit Fachpersonen aus der Gesundheitsversorgung, Handlungsplanung und *self-tailoring*. Unter letzterem verstehen sie die auf das eigene Leben angepasste Anwendung von Wissen und Fertigkeiten zur Therapie. Diese Fertigkeiten und Fähigkeiten können in Kursen erlernt und eingeübt werden. Darauf aufbauend entwickelten Lorig und ihr Team das *Chronic Disease Self-Management Program* (CDSMP). In diesen CDSMP-Kursen wird die Abwärtsdynamik der sich gegenseitig beeinflussenden Symptome sehr ernst genommen. Die Teilnehmenden lernen einfach anzuwendende und wirksame Mittel zur Unterbrechung des so genannten Symptomkreislafs, wie zum Beispiel Turnübungen, Entspannungstechniken, die Anwendung von Alltagshilfen und vieles mehr (Lorig et. al., 2011).



Symptomkreislaf nach Lorig et al. (2011)

Tausende von Teilnehmenden aller Alters-, Schichts- und Kulturzugehörigkeit mit diversesten chronischen Krankheiten haben unterdessen die Kurse besucht, diese Mittel ausprobiert und damit psychische Stärkung erfahren, diverse Probleme gelöst, gesundes Handeln in ihr Leben integriert und ihre Symptombelastung gesenkt.²⁹

Teil 2: Best Practice erfolgreich umgesetzt

Selbstmanagement-Unterstützung

Anwendbarkeit der theoretischen Grundlagen im Projekt Leila

Das in den USA entwickelte Verständnis der Verlaufskurve des Krankseins und den Anforderungen an das Leben mit chronischer Erkrankung entsprach ausgesprochen gut der Erfahrungswelt der Leila-Patientinnen und -patienten. So konnten wir dieses Wissen bestens anwenden und damit die Betroffenen bei ihrem Erleben abholen.

Das Konzept des *Illness Trajectory*, der Verlaufskurve des Krankseins, verhilft zu einer konsequenten Berücksichtigung der langzeitlichen Dimension. Diese kommt sonst in der eher episodenhaft ausgerichteten medizinischen Versorgung zu kurz, ist aber für die Betroffenen allgegenwärtig. Es gilt als schwierige, aber wichtige «Überlebensstrategie», trotz des multiplen Krankseins, eine Zukunftsperspektive zu entwickeln (Schaeffer & Moers, 2008; Lorig et al., 2011). In der Leila-Beratung konnten wir hier ansetzen, die individuelle Verlaufskurve des Krankseins mit unserem Wissen zu den Krankheitsverläufen ergänzen und gemeinsam mit den Betroffenen Möglichkeiten suchen, um den Verlauf positiv zu beeinflussen.

Die von Lorig et al. (2011) zusammengestellten «Werkzeuge», um den Verlauf aktiv zu beeinflussen, erwiesen sich als Schlüsselempfehlungen, weil sie korrekt sind und bei richtiger Umsetzung meistens rasch eine spürbare Erleichterung bringen. Wie wichtig diese Erleichterung ist, erlebten wir vor allem bei passiven, entmutigten Patientinnen und Patienten: Wenn sie mit Mühe und Not zu etwas motiviert werden konnten, war eine positive Erfahrung ausschlaggebend, um ihre «Es nützt doch alles nichts»-Gefühle zu überwinden.

Zusammenfassung

Das in einer langen Forschungstradition aufgebaute Wissen rund um das Leben mit der Erkrankung und der Verlaufskurve des Krankseins ist eine exzellente, für die Akzeptanz und Wirksamkeit wahrscheinlich unabdingbare Grundlage für Selbstmanagement-Unterstützung. Glücklicherweise werden diese Ansätze an den schweizerischen Instituten der Pflegewissenschaft gezielt weiterentwickelt und verbreitet.



Teil 2: Best Practice erfolgreich umgesetzt

Erweiterung der Hausarztmedizin



Wie bereits erwähnt, zeichnet sich ein Konsens der *Best Practice* für die Hausarztversorgung chronisch kranker Menschen ab: Die Hausarztmedizin soll durch auf chronische Krankheiten spezialisierte Fachpersonen erweitert und in Teamarbeit erbracht werden. Mit Leila gelang es ein Stück weit, in diese Richtung zu gehen.

Erreichte Ziele

- 1** Den Rückmeldungen der Hausärztinnen und -ärzte (HA) ist zu entnehmen, dass sie durch die Zusammenarbeit mit uns Informationen erhielten, die ihnen zu einem erweiterten Verständnis der Patientensituation verhalfen. Sie schätzten vor allem unsere Erhebungen der häuslichen Situation, des Hilfsbedarfs sowie der Motivation und Ziele der Patientinnen und Patienten.
- 2** Die Forschung zu Problemen mit der Therapieumsetzung³⁰ spiegelte sich im Projekt. Wir trafen auf Patientinnen und Patienten, welche die Verordnung nicht verstanden oder sich an veralteten Medikationsverordnungen orientierten. Einige trauten den neu verordneten Generika nicht. Andere waren so mutlos geworden, dass sie sich nicht mehr zum Kauf der Medikamente entschliessen konnten. Auch Lebensereignisse wie Arbeitslosigkeit führten zur Vernachlässigung der Therapie. Im Hin und Her zwischen der Arbeit mit den Betroffenen und Besprechungen mit den HA wurden Lösungen gefunden, die zu einer guten Übereinstimmung zwischen Verordnung und Umsetzung führten.
- 3** Gute Therapieumsetzung ist eine Grundbedingung, um Versorgungsziele verfolgen und Therapien optimieren zu können. Einige HA ergriffen die Gelegenheit der Zusammenarbeit mit Leila, um dies zu tun. Dabei gelang die von Thomas Rosemann angesprochene³¹ und bei Multimorbidität so anspruchsvolle «konsequente Prioritätensetzung und risikoadjustierte Umsetzung wirksamer Therapien» unter Berücksichtigung der Vorstellungen, Möglichkeiten und Entscheide der Patientinnen und Patienten.
- 4** Vor allem im Bereich der Geriatrie, das heisst bei Fragen wie Sturzgefährdung, diffusem Schwindel, Inkontinenz und Umgang mit Hilfsbedarf konnten wir die HA sinnvoll ergänzen. Hier ein Beispiel:

Eine hochaltrige Frau kommt mit einer Platzwunde an der Stirn in die Praxis. Der Arzt näht diese. Die Medizinische Praxisassistentin schaltet Leila ein, weil sie erkennt, dass es sich hier um eine Sturzproblematik handeln könnte. Die Leila-APN geht zu der Frau nach Hause, macht eine umfassende Sturzabklärung, der Arzt baut darauf auf und schliesst den Verdacht auf Herzrhythmusstörung aus, die APN geht weitere drei Mal zu der Frau und zeigt ihr einfache Möglichkeiten, um ihre Gangsicherheit zu erhöhen (gute Schuhe, Licht/Geländer im Treppenhaus, gezielte Turnübungen).

Teil 2: Best Practice erfolgreich umgesetzt

Erweiterung der Hausarztmedizin

- 5 Die Angst vieler HA, Leila würde die Patientinnen und Patienten von der Praxis weglotsen, erwies sich als falsch. Das Gegenteil war der Fall: Unsere Arbeit mit den Patientinnen und Patienten half diesen, die Arztbesuche bewusster und ohne überhöhte Hoffnungen anzugehen. Patientinnen und Patienten, die sich wegen Missverständnissen abgewendet hatten – bei älteren Menschen war dies oft nur ein Problem der nicht erkannten Gehörschwäche –, konnten wir mit etwas Vermittlung wieder an die Praxis anbinden.
- 6 Einige HA schätzten unsere Hilfe, um schwierige Situationen zu stabilisieren. Hier ein Beispiel, wo dank der facettenreichen Intervention der Leila-APN und der guten Zusammenarbeit mit der Ärztin eine enorme Veränderung bewirkt wurde:

Herr Z. ist seit zwei Jahren zum ersten Mal wieder in die Praxis gekommen und völlig verzweifelt. Er redet viel und wirt und erscheint verwahrlost. Seine Blutwerte deuten auf eine schlechte Ernährung hin. Dies ist aber nicht das einzige zu lösende Gesundheitsproblem. Die Ärztin weiss, dass er die dringenden Untersuchungen und Eingriffe im Spital nicht allein bewältigen kann. Sie befürchtet, dass er wieder für längere Zeit «abtaucht». Herr Z. besitzt kein Telefon, und so bittet sie die Leila-APN, ihn aufzusuchen. Diese begleitet Herrn Z. in den folgenden Monaten Schritt für Schritt durch die nötigen Untersuchungen. Parallel dazu ermutigt sie ihn, fremde Hilfe zu akzeptieren. Dabei geht sie sehr zurückhaltend vor, um den verwahrlosten und sozial isolierten älteren Herrn nicht zu überfordern. Die Bilanz nach einem halben Jahr lässt sich sehen: Er hat ein Telefon, hält die Termine bei der Ärztin ein, freut sich auf die Besuche des Spitexpflegers und hat mit Hilfe einer kirchlichen Sozialarbeiterin Wohnung und Finanzen in Ordnung gebracht.

Viel mehr als Versorgungskoordination

Im angelsächsischen Raum übernehmen APNs in den erfolgreichen Versorgungsteams selbstverständlich verschiedene Aufgaben. Sie klären ab, machen Untersuchungen, koordinieren, bringen Ideen in die Versorgungsteams ein und arbeiten mit den Familien. Gut qualifizierte APNs entscheiden selber, welche Interventionen im Vordergrund stehen. Die Verordnungshoheit bleibt dabei unangefochten bei den Ärztinnen und Ärzten (Watts et al., 2009).

In der Schweiz stiessen wir mit unserem nicht standardisierten Kombinationsangebot oft auf Unverständnis. Die Erfahrung mit dem Projekt zeigte aber, dass es bei *Complex Chronic Condition* genau diese flexible, ganz am individuellen Bedarf orientierte Intervention braucht.

Teil 2: Best Practice erfolgreich umgesetzt

Erweiterung der Hausarztmedizin

Die Rolle der Leila-APN im Therapieoptimierungsprozess kann folgendermassen dargestellt werden:



Rolle der Pflege im Prozess der Therapieoptimierung

Wichtig war, die beteiligten Fachpersonen immer wieder zu einer Sonderanstrengung für verbesserte Versorgungsergebnisse zu gewinnen. Dies gelang uns, auf die konkreten Patientensituationen fokussiert, sogar über Animositäten hinweg, zum Beispiel zwischen Hausärzten und Apothekerinnen. Natürlich waren wir uns bewusst, dass wir temporär und neu in Situationen kamen, für die schon etliche Sonderanstrengungen getätigt worden waren. Aber wir hatten einen besonderen Trumpf auszuspielen: Weil wir parallel mit den Betroffenen an ihrem Selbstmanagement arbeiteten, konnte mit einer aktiveren Rolle ihrerseits gerechnet werden. Zudem begleiteten wir die Veränderungen, bis sie zufriedenstellend umgesetzt waren.

Zusammenfassung

Mit Leila wurde die Grundversorgung während einer begrenzten Zeitphase intensiviert, und es kam zu mit den Betroffenen geplanten, unter den Fachpersonen gut abgesprochenen und koordinierten, bis zur Umsetzung begleiteten Optimierungsanstrengungen. Die vielen positiven Veränderungen zeigen, dass sich die Interventionen gelohnt haben.

Teil 2: Best Practice erfolgreich umgesetzt

Befähigung sozial benachteiligter Menschen

Theoretische Grundlagen

Gesundheit hängt vom sozio-ökonomischen Status ab. In den Statistiken zeigt sich ein Schichtgradient, das heisst: Je tiefer der sozio-ökonomische Status, desto schlechter ist die Gesundheit. Deutlich wurde dies einmal mehr in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007:³²

Personen mit wenig Schulbildung leiden häufiger unter psychischen und physischen Beschwerden und an mehr gesundheitlichen Einschränkungen als Personen mit viel Schulbildung.

Es gibt etliche Erklärungsversuche, warum soziale Ungleichheit so stark auf die Gesundheit durchschlägt. Im Zusammenhang mit Leila ist die enge Korrelation zwischen tiefer Gesundheitskompetenz³³ und Zugehörigkeit zu einer unteren sozialen Schicht wichtig (Gazmararian et al., 1999). Zudem führt tiefe Gesundheitskompetenz erwiesenermassen zu ungünstigem Selbstmanagement und damit z. B. bei Diabetikern und Diabetikerinnen zu schlechteren Blutzuckerwerten (Schillinger et al., 2002). Und obwohl hier ein Bedarf besteht, sind Personen aus unteren sozialen Schichten in den Selbstmanagement-Unterstützungsprogrammen, respektive in den Studien dazu, deutlich untervertreten (Pignone et al., 2005).

Umsetzung in Leila

Wir wollten im Projekt Leila auch Menschen mit geringem sozio-ökonomischem Status erreichen:

- 1 Darum suchten wir Partnerärztinnen und -ärzte in Quartieren, in denen viele Menschen aus unteren sozialen Schichten leben, wie in Zürich Nord oder in Wiedikon.
- 2 Darum war uns die Verknüpfung von Selbstmanagement-Unterstützung und -schulung mit dem Lösen von anstehenden Versorgungsproblemen so wichtig, denn dieser praktisch ausgerichtete Ansatz gilt als Methode der Wahl, um Menschen aus sozial unteren Schichten zu erreichen (Coulter et al., 2008).
- 3 Darum orientierten wir uns an Beratungsmethoden, von denen alle Menschen profitieren, die aber bei Menschen mit tiefer Gesundheitskompetenz besonders wichtig sind, und hielten uns an folgende Regeln:
 - möglichst wenig reine Wissensvermittlung, möglichst viel praktisches Einüben;
 - nicht über konkrete, subjektiv vordringliche Probleme hinweggehen;
 - Vereinfachungen und gute Bilder finden;
 - nicht meinen, man erkenne die Lebenswelt der Patientinnen und Patienten von alleine, sie ist wertschätzend und fragend zu explorieren;
 - keine Ratschläge erteilen, bevor nicht Vertrauen und eine tragfähig Beziehung aufgebaut ist;
 - nichts über die Betroffenen hinweg tun, sie nicht managen, sondern sie Schritt für Schritt mitnehmen.

32 Gute Zusammenstellung in der Präsentation von Wiedenmayer et al. 2009: www.statoo.ch/jss09/presentations/Wiedenmayer.ppt

33 In den Studien wird Gesundheitskompetenz als «*health literacy*» enger als im deutschen Sprachgebrauch als Grad des Verständnisses von Fachinformationen definiert und gemessen.

Teil 2: Best Practice erfolgreich umgesetzt

Befähigung sozial benachteiligter Menschen

Bei den im Projekt Leila begleiteten chronisch kranken Menschen aus sozial unteren Schichten erlebten wir nicht nur geringe Gesundheitskompetenz als Problem, sondern auch die Divergenz zwischen den eigenen Vorstellungen und dem Tun und Denken der Fachpersonen. Die Entfremdung zur Fachwelt potenzierte sich manchmal mit Ohnmachtserfahrungen aus anderen Lebensbereichen. Diese Patientinnen und Patienten sind misstrauisch, hegen oft merkwürdige Vorstellungen von ihren Krankheiten, versuchen sich trotz Eigenbestimmung zu erobern und ecken damit an. Sie generieren laufend neue Erfahrungen der Machtlosigkeit. Auch das ist ein negativer Kreislauf, den es zu durchbrechen gilt. In Leila gelang es uns, diese Menschen zu erreichen, zwischen ihnen und Fachpersonen zu vermitteln und ihnen zu Erfolgserlebnissen zu verhelfen.

Migrantinnen und Migranten

Unsere Erfahrungen mit chronisch kranken Menschen aus der Migrationsbevölkerung gehen in eine ähnliche Richtung. Wir arbeiteten einerseits mit Arbeitsmigrantinnen und andererseits mit Flüchtlingen ohne definitive Aufenthaltsbewilligung. Diese Gruppen haben dieselben Probleme wie alle Menschen aus unteren sozialen Schichten, verstärkt und erschwert allerdings durch Sprachschwierigkeiten, durch die Unkenntnis der hiesigen Regeln des Gesundheitswesens und durch die kulturelle Differenz (Kayser & Kläui, 2010). In ihrer Studie erwähnen Bischoff & Denhaerynck (2010), dass Kranke mit Verständigungsschwierigkeiten zwei- bis dreimal soviel Leistungen der Gesundheitsversorgung brauchen wie solche ohne Sprachbarrieren.

Wir möchten hier zwei Erfahrungen hervorheben:

1 Im Gegensatz zu den Arztpraxen leisteten wir uns professionelle Dolmetscher und Dolmetscherinnen. Wir zogen diese mindestens für das Erstgespräch zu, teilweise auch bei schon länger in der Schweiz lebenden Arbeitsmigranten und -migrantinnen. Interessanterweise war es für die dolmetschenden Personen ungewohnt, vorwiegend deren Antworten zu ihrem Erleben des Krankseins übersetzen zu müssen und kaum Informationen und Anweisungen der Leila-APNs. Aber gerade weil wir mit der gleichen Methode arbeiteten wie bei allen Patientinnen und Patienten, nämlich die sorgfältige Erhebung der Erfahrungen mit dem Kranksein an den Anfang stellten, erhielten wir wertvolle Informationen und deckten manches Missverständnis auf.

Ein 82-jähriger Arbeitsmigrant aus Südeuropa mit Diabetes, Arthrose und Adipositas kommt in die Apotheke zur Leila-Beratung. Er bringt all seine Medikamente in einer Sporttasche mit, weiss aber nicht genau, wie er sie einzunehmen hat, respektive versteht die schriftliche Verordnung (Blutdruck- und Blutzuckerlimite) nicht richtig. Die Ehefrau scheint die Zuständige für seinen Diabetes zu sein. So geht die Leila-APN fortan zu ihm nach Hause, nimmt eine Übersetzerin aus seiner Herkunfts-

Teil 2: Best Practice erfolgreich umgesetzt

Befähigung sozial benachteiligter Menschen

kultur mit und bezieht die Ehefrau in die Beratung mit ein. Und obwohl das Ehepaar immer wieder in gebrochenes Deutsch wechselt, können nur dank der Übersetzerin die Missverständnisse zur Verordnung rasch und sicher beseitigt werden. Zudem spricht er plötzlich in seiner Muttersprache aus, dass er wegen seiner Knieschmerzen Selbstmordgedanken wälze. Im Team von Hausarzt, Apothekerin, Leila-ANP und Übersetzerin gelingt daraufhin die als heikel bekannte Einstellung auf Morphinpflaster. Diese bringt zwar keine völlige Schmerzfreiheit, aber eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität.

2 Wir gehen mit Kayser & Kläui (2010) einig, die sagen, die kulturelle Differenz sei ein erschwerender Faktor unter vielen und dürfe nicht überbewertet werden. Dazu folgendes Beispiel:

An einem Arztbericht entspann sich eine rege Diskussion über die – zugegeben für uns sehr fremde – Vorstellung eines Westafrikaners zu seinem Diabetes. Die Meinung war, dass er darum die verordnete Therapie verweigere. In der Leila-Beratung stellte sich aber heraus, dass er unsicher war, wie die Verordnung (Darstellung des Insulinnachspritzschemas) zu lesen war. Neben all seinen andern Problemen als arbeitsloser Afrikaner in Zürich war dieses Problem natürlich lösbar und brachte schon ein gutes Stück bessere Blutzuckerwerte.

Zusammenfassung

Unsere Erfahrung zeigt, dass allein schon der Beizug von professionellen Übersetzungsdiensten ein enormer Verbesserungsschritt wäre. Kulturelle Differenzen sollten wertschätzend exploriert und geachtet werden, statt sie hochzuspielen und dann genervt das Handtuch zu werfen.

Diese Ausführungen zu ausgewählten Patientinnen- und Patientengruppen gelten grösstenteils auch für weitere vulnerable Gruppen wie Hochaltrige (in den Sinnen eingeschränkte) oder für kognitiv eingeschränkte Menschen. Und zudem kann das chronische Kranksein auch gesundheitskompetente und sozio-ökonomisch gut gestellte Personen in Erfahrungen der Machtlosigkeit, des Kontrollverlusts und der Entfremdung zur Gesundheitsversorgung katapultieren (Thorne & Paterson, 2001). Auch diese Menschen profitieren von dem Empowerment nach den oben genannten Regeln.

Wir brauchten bei diesen Menschen allerdings mehr Zeit als bei gesundheitskompetenten Personen, bis etwas in Gang gekommen ist und die grössten Probleme gelöst waren. So erklärt sich die grosse Varianz von zwei bis zwölf Beratungen pro Patient respektive Patientin. Zudem erwies sich bei Patientinnen und Patienten aus unteren sozialen Schichten eine Nachbegleitung als wichtig und sinnvoll. Diese braucht nicht intensiv zu sein, sollte aber aus regelmässigen Kontaktaufnahmen und bei Bedarf aus wiederholten Beratungen bestehen.



Schlusswort

Rolle der Pflege in der erweiterten Hausarztmedizin

Mit dem Projekt Leila zeigten wir auf, was der Beitrag von Pflegeexpertinnen (mit oder ohne Titel APN) zur erweiterten Hausarztmedizin und damit zur Qualität der Versorgung chronisch kranker Menschen sein kann:

- Selbstmanagement-Unterstützung mit bewährten und weiter zu entwickelnden Methoden;
- Stärkung der im *Chronic Care Modell* geforderten Voraussicht der Versorgungsteams mittels des Konzepts des *Illness Trajectory* und der Kenntnis von Gesetzmässigkeit, Beeinflussbarkeit und Vorausssehbarkeit von Krankheitsverläufen;
- ergänzende Erhebungen (*Clinical Assessments*) und deren Durchführung in Hausbesuchen, bei Bedarf mit professioneller Übersetzung, und damit Vertiefung des Verständnisses der Situation;
- Mithilfe bei der Erstellung von Versorgungsplänen, der Versorgungskoordination, bei der Lösung von Versorgungsproblemen und bei der Anpassung von Therapien;
- Vermittlung zwischen dem Erleben der Betroffenen und dem Versorgungssystem, so dass Wünsche, Vorstellungen und Möglichkeiten der Betroffenen besser in die Therapieentscheide einfließen.

Falls das zusätzliche Angebot einen geriatrischen Schwerpunkt hat, bringen die APNs zudem Gerontologiewissen ein und kennen die Zusammenhänge zwischen chronischen Erkrankungen, der Entstehung von Gebrechlichkeit und Hilfebedarf sowie den Möglichkeiten der Beeinflussung dieser Entwicklungen. Ausserdem kennen sie diverse Hilfsangebote und können diese vermitteln.



Schlusswort

Empfehlungen/Dank

Wir sind davon überzeugt, dass ein Angebot wie Leila in die Hausarztpraxis gehört, denn nur so ist die in Leila als produktiv erfahrene Parallelität von Selbstmanagement-Unterstützung und Optimierung der Behandlung gewährleistet.

Dazu muss das Angebot ein integrierter Bestandteil von Praxen sein, in denen alle Beteiligten bereit sind, alte Routinen aufzugeben. Die Zuweisungsfrage könnte in der Praxis als Teamprozess angegangen und gelöst werden. Wir empfehlen bei einfachen und objektiven Auswahlkriterien zu bleiben und nicht nach speziell geeigneten Patientinnen und Patienten zu suchen. Anzahl Dauermedikamente oder Anzahl Diagnosen von chronischen Krankheiten zeigten sich als geeignete Kriterien. Medizinische Praxisassistentinnen (MPA) sind für die Gewinnung der Patientinnen und Patienten sehr wichtig. Wir können uns gut weitergehende Funktionen für die MPA vorstellen, vor allem in Arbeitsteilung mit APNs, wie sie schon erfolgreich praktiziert werden (Rea et al., 2004; Katon et al., 2010).

Natürlich müsste die Finanzierungsfrage gelöst sein. Wir unterstützen die Idee, dass die Krankenversicherungen im Rahmen von *Managed Care*, also von Budgetverträgen mit Gruppenpraxen und Ärztenetzen ihren Beitrag an erweiterte Hausarztmedizin leisten könnten und müssten. Eine andere Möglichkeit wäre die direkte Vergütung der von der APN erbrachten Leistung. Dazu müsste ein spezieller KLV-Artikel für APN-Leistungen im ambulanten Bereich geschaffen und ein Tarif ausgehandelt werden, analog zur Diabetesberatung³⁴.

Die Stadt Zürich, selber Anbieterin von Grund- und Sekundärversorgung ist auf gute Hausarztversorgung angewiesen. Mit dem Pilotprojekt Leila wollte die Regierung Impulse für erweiterte Hausarztmedizin im Bereich *Complex Chronic Condition* geben und Erkenntnisse zur möglichen Rolle von Pflegeexpertinnen gewinnen. Dies ist sicher gelungen, was sich auch an dem anhaltend starken und breit gestreuten Interesse am Projekt zeigt.

Wir schliessen diese Projektreflexion mit einem herzlichen Dank an unsere Vorgesetzten, die immer an uns glaubten; an all die zahlreichen Fachpersonen, die mit uns diskutierten, uns (unentgeltlich) unterstützten und begleiteten; an diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die unsere Arbeit schätzten und darauf aufbauten; an die Praxisassistentinnen, die uns den Zugang zu den Praxen erleichterten; an die Spitex, die uns nicht als Konkurrenz empfand, sondern unsere Anregungen schätzte – und vor allem an die von chronischer Krankheit betroffenen Menschen, die uns an ihren Erfahrungen teilnehmen liessen.

Literatur

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Pat Educ Couns*, 48,177–187.

Battersby, M., Von Korff, M., Schaefer, J., Davis, C., Ludman, E., Greene, S. M., et al. (2010). Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 36(12), 561–570.

Bischoff, A. & Denhaerynck, K. (2010). What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC*, 10(1), 248.

Bischofberger, I. & Bonsack, S. (2009). Neue Wege in Bildung und Praxis. *Care Management*, 2 (4), 11–14.

Blozik, E., Meyer, K., Simmet, A., Gillmann, G., Bass, A. & Stuck, A.E. (2007). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. *Schweizerisches Gesundheitsobservatorium*. Arbeitsdokument 21.

Bodenheimer, T. & Grumbach, K. (2007). *Improving primary care: Strategies and tools for a better practice*. McGraw Hill: Lange.

Bonsack, S. (2006). *Lernen mit der Erkrankung gesund zu Leben*. Zürcher Schriften zur Gerontologie 4. Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich.

Boult, C., Reider, L., Leff, B., Frick, K.D., Boyd, C.M., Wolff, J.L., et al. (2011). The effect of guided care teams on the use of health services: results from a cluster-randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 171(5), 460–466.

Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F., Rouleau, M., Beupre, A., Begin, R., et al. (2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med*, 163(5), 585–591.

Coleman, E.A., Parry, C., Chalmers, S. & Min, S.J. (2006). The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 166(17), 1822–1828.

Coulter, A., Patsons, S. & Ashkam, J. (2008). *Welche Stellung haben Patienten im Entscheidungsprozess in eigener Sache*. Grundsatzpapier für die Europäische Ministerkonferenz der WHO. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/76435/E93419G.pdf

de Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R. & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246–255.

de Silva, D. (2011). *Evidence: Helping people help themselves*. London: The Health Foundation.

Gazmararian, J.A., Baker, D.W, Parker, R.M., Scott, T.L., Green, D.C., Fehrenbach, S.N., et al. (1999). Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA*, 281, 545–551.

Katon, W. J., Lin, E.H., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E.J., Young, B., et al. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med*, 363(27), 2611–2620.

Katon, W., Russo, J., Lin, E.H., Schmittdiel, J., Ciechanowski, P., Ludman, E., et al. (2012). Cost-effectiveness of a multicondition collaborative care intervention: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 69(5), 506–14.

Kayser, A. & Kläui, H. (2010): Transkulturelle Kompetenz – Notwendigkeit oder Freifach? *Schweizerische Ärztezeitung* 91: 661–662.

Klein, M., Rex, C., Sommer, H. & Reichart, C. (2012). *Leitfaden zur Beratung bei Langzeiterkrankung durch APNs. Leila - Leben mit Langzeiterkrankung*. Stadt Zürich: Städtische Gesundheitsdienste.
<http://www.gn2025.ch/abgeschlossene-projekte/leila/publikationen>

Laux, G., Kuehlein, T., Rosemann, T. & Szecsenyi, J. (2008). Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMC Health Serv Res*, 8, 14.

Lewis, R. & Dixon, J. (2004). Rethinking management of chronic disease. *BMJ*, 328, 220–222.

Lieberherr, R., Marquis, J-F., Storni, M. & Wiedenmayer, G. (2010). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007*. Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Lorig, K. & Holman, H (2003). Selfmanagement education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*, 26,(1): 1–7.

Lorig, K., Holman, H., Sobel, D., Diana, L., Gonzalez, V.M. & Minor, M. (2011). *Gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben*. Zürich: Careum.

Newman, S., Steed, L. & Mulligan, K. (2004). Self-management for chronic illness. *The Lancet*, 364, 1523–1537.

Nolte, E. & Mc Kee, M. (2008). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead: Open Univ. Press.

Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M. & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*, 17(2), 141–146.

Pignone, M., DeWalt, D.A., Sheridan, S., Berkman, N. & Lohr, K.N. (2005). Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *J Gen Intern Med*, 20(2), 185–192.



Literatur

Rea, H., McAuley, S., Stewart, A., Lamont, C., Roseman, P. & Didsbury, P. (2004). A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Intern Med J*, 34(11), 608–614.

Sadur, C.N., Moline, N., Costa, M., Michalik, D., Mendlowitz D., Roller S., et al. (1999). Diabetes management in a health maintenance organization. *Diabetes Care*, 22, 2011–2017.

Schaeffer D. & Moers, M. (2008). Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. *Pflege und Gesellschaft*, 13(1); 6–30.

Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., et al. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA* 31 (288): 475–482.

Steurer-Stey, C. & Rosemann, T. (2009). Das Chronic-Care-Modell nutzen. *Care Management*, 2(4), 19–22.

Strauss, A., Fagerhaugh, S., Glaser, B., Maines, D., Suczek, B. & Wiener, C. (1984): *Chronic illness and the quality of life*. St. Louis: Mosby.

Thorne, S.E. & Paterson, B.L. (2001). Health care professional support for self-care management in chronic illness: insight from diabetes research. *Pat Educ and Couns*, 42, 81–90.

Wadgi, Ph., Vuilliomenet, A., Kaufmann, U., Richter, M. & Bertel, O. (1993). Ungenügende Behandlungsdisziplin, Patienteninformation und Medikamentenverschreibung als Ursachen für die Notfallhospitalisation bei chronisch herzinsuffizienten Patienten. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 123, 108–112.

Watts, S.A., Gee, J., O'Day, M.E., Schaub, K., Lawrence, R., Aron, D., et al. (2009). Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: the unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. *J Am Acad Nurse Pract*, 21(3), 167–172.

Windham, B.G., Bennett, R.G. & Gottlieb, S. (2003). Care management interventions for older patients with congestive heart failure. *Am J Manag Care*, 9(6), 447-459; quiz 460–441.

Abkürzungsverzeichnis

HA = Hausärztinnen und Hausärzte

APN = *Advanced Practice Nurse*

ANP = *Advanced Nursing Practice*

CDSMP = *Chronic Disease Self-Management Program*

MPA = Medizinische Praxisassistentinnen

Stadt Zürich
Städtische Gesundheitsdienste
Projekt Leila
Walchestrasse 31
Postfach, 8021 Zürich

Telefon 044 412 44 97
www.stadt-zuerich.ch/leila
www.gesundheitsnetz2025.ch
leila@zuerich.ch