

Sandra Oppikofer, Hansrudolf Schelling

# Proposal

Version 1.11.2010 für eine

## Evaluation des Projektes «Optimierung Medikamenteneinsatz»

Im Auftrag des Apothekerverbandes des Kantons Zürich – Apotheken in der Altersarbeit

Universität Zürich  
Zentrum für Gerontologie  
Sumatrastrasse 30  
CH-8006 Zürich  
www.zfg.uzh.ch

### Kontakt

Dr. phil., Betr. oec. Sandra Oppikofer  
Tel. & Fax +41 (0)41 440 65 13  
E-Mail sandra.oppikofer@zfg.uzh.ch

## Projekt «Optimierung Medikamenteneinsatz»

### Ausgangslage

Das Hauptproblem bei der Pharmakotherapie älterer Menschen ist die durch Multimorbidität bedingte Polypharmazie (Wettstein, 2009), welche erfahrungsgemäss unerwünschte Nebenwirkungen und Malcompliance potenziert (Field, 2001). Deshalb müssen zu Hause lebende Patienten zum Medikamenten-Selbstmanagement befähigt werden; d.h. schädliche Lebensstile sollen durch gesunde ersetzt werden.

### Projektziele

Das Projekt «Optimierung Medikamenteneinsatz» möchte durch den Einsatz von:

- (a) einer wöchentlich von ApothekerIn aktualisierter, standardisierter Medikamentenkarte (Vermerk aller eingenommener Medikamente: verschriebene u. Selbstmedikation)
  - (b) wöchentlicher Richtung einer Dosette durch ApothekerIn (inkl. Überprüfung Rücklauf) und
  - (c) täglicher DOT (Directly Observed Therapy) durch ApothekerIn
- eine
- (a) verbesserte Compliance und
  - (b) eine Minimierung von Nebenwirkungen durch Polypharmazie erreichen.

## Evaluation

### Ziele und Nutzen der Evaluation

Die Evaluation des Projektes «Optimierung Medikamenteneinsatz» möchte überprüfen, ob es durch die Projektmassnahmen gelingt, dass Patienten einerseits in ihrer Medikation Ordnung haben, diese verstehen und andererseits dazu gewillt sind, regelmässige Hilfe beim Selbstmanagement, z.B. durch DOT, anzunehmen.

Deshalb werden folgende quantitativen Outcome-Kriterien formuliert:

1. Bei wie vielen Kunden kann eine Medikamentenkarte eingeführt werden resp. bei wie vielen bestand sie bereits (inkl. soziodemographischer Beschreibung, Morbidität, Frail Elderly)?
2. Wie viele Prozente der Medikamentenkarten werden regelmässig aktualisiert?
3. Wie viele Dasetten können wöchentlich gerichtet werden resp. wie viele wurden bisher gerichtet?
4. Rücklauf der Medikamente in den Dasetten (wie viele sind noch drin; Unterscheidung notwendige vs. nicht-notwendige)?
5. Wie viele DOT können durchgeführt werden resp. wie viele wurden bisher durchgeführt (insbesondere bei Frail Elderlies)?
6. Konnte die Zusammenarbeit mit Hausärzten dank der Medikamentenkarte verbessert werden (Befragung der Apotheker, in Einzelfällen Rückfrage beim Hausarzt)?

Um Empfehlungen für eine Implementierung des Projektes formulieren zu können, sollen zusätzlich zu den quantitativen Erhebungen qualitative, halbstandardisierte Interviews durchgeführt werden. Dies einerseits bei den teilnehmenden ApothekerInnen und andererseits bei den KundInnen (schriftliche Einverständniserklärung einholen).

Interviews mit ApothekerInnen – Fragenkreise:

1. Was sind die generellen Schwierigkeiten bei der Durchsetzung der formulierten Massnahmen?
2. Was hält Kunden davon ab, das Angebot anzunehmen?
3. Welche positiven Effekte der Massnahmen können erreicht werden (z.B. dienen die Dasetten)?

Interviews mit PatientInnen und Angehörigen – Fragenkreise:

Bei den Patienteninterviews sollen dieselben Fragen gestellt werden wie bei den Apothekern. Zusätzlich wären folgende Angaben erwünscht:

- Nebenwirkungen (in den letzten 3 Monaten)
- Notfall- und Arztbesuch, Spitalaufenthalt (in den letzten 3 Monaten)
- Darf der Hausarzt für Rückfragen kontaktiert werden?
- Frailty-Skala, MMSE, ADL-Skala
- Evtl. Angabe über Vitamin D
- Evt. Wissensfragen

## Zielgruppe

- (a) Apothekenkunden Kanton Zürich, > 60 Jahre alt, multimorbide,  $\geq 4$  Medikamente, Risikogruppe Frail Elderly/Polypharmazie/Malcompliance (Quote Geschlecht: 1/3 m, 2/3 w), Je nach Grösse der Apotheke ca. 100-1000 KundInnen, davon 40-90% Stammkunden (d.h. länger als 1 Jahr Kunde); ca. 50-150 KundInnen/Tag davon ca. 5-10 multimorbide/Tag  
N= 10 KundInnen pro Apotheke x 20 Apotheken = 200 Personen  
Evt. Angehörige miteinbeziehen.
- (b) N=20 Apotheken aus Kanton ZH, resp. 4 ApothekerInnen und PharmaassistentInnen pro Apotheke (Quoten, Verkaufssystem?) (Randomisierte Zuweisung EG/KG)  
20 Apotheken x 4 Apotheker = 80 Personen

## Methode

Damit die Kosten für die Evaluation für den AVKZ möglichst gering ausfallen, soll wo immer möglich auf eine Analyse der Sekundärdaten zurückgegriffen werden (z.B. Patientendaten der Apotheke), ergänzt durch Daten, welche durch die Apotheken mittels bereit gestellter, standardisierter Erhebungsbogen erfasst werden (z.B. Dosetten-Protokoll).

Um die Befragung der KundInnen vorzunehmen, wird folgendes zweistufiges Vorgehen vorgeschlagen:

- (a) ApothekerInnen fragen bei Kunden nach, ob diese einverstanden sind, an der Studie teilzunehmen.
- (b) Falls ja: Apotheker gibt halbstandardisierten, schriftlichen Fragebogen ab, dies mit dem Angebot bzw. mit der Bitte, den Bogen mit Unterstützung durch eine wissenschaftliche MitarbeiterIn mittels telefonischem Interview zu ergänzen. Es wird den KundInnen bei Bedarf empfohlen, den Bogen mit einer angehörigen Person auszufüllen.

Die Erhebung der ApothekerInnen resp. PharmaassistentInnen soll mittels halbstandardisierter schriftlicher Fragebogen durchgeführt werden.

## Zeitplan

Projektstart: Anfang 2011 (1 Monat Vorlauf Information Apotheken)

- Quantitative Erhebung: Alle drei Monate ab Interventionsstart, während 12 Monaten
- Qualitative Erhebung: Einmalig nach drei Monaten ab Interventionsstart

## Budget

Die Kosten für die Evaluation können erst nach Festlegung der Methodik definitiv berechnet werden.

## Literatur

Field, T.S. et al. (2001). The risks of polypharmacie. Archives of international medicine, 161, 1629-1634.

Wettstein, A. (2008). Pharmakotherapie für Alterspatienten. Allgemeine Grundsätze und die Behandlung der Agitiertheit im Speziellen. Praxis, 98, 1211-1217.

## **Projektwettbewerb Gesundheitsnetz 2025**

### **„Besser leben mit COPD“: Neu Versorgungsansätze zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)**

Claudia Steurer- Stey<sup>1,2</sup>, Kaba Dalla Lana<sup>1,2</sup>, Felix Huber<sup>2</sup>, Oliver Senn<sup>1</sup> und Puhon Milo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich

<sup>2</sup> mediX Gruppenpraxis Zürich,

<sup>3</sup> Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore (MD), USA

#### Korrespondenz

PD Dr.med. Claudia Steurer-Stey

Leiterin Chronic Care

Institut für Hausarztmedizin

Universität Zürich

Pestalozzistrasse 24

CH-8091 Zürich

Sekretariat ++41 (0)44 255 98 55

Telefax ++41 (0)44 255 45 67

Email. [claudia.stey@usz.ch](mailto:claudia.stey@usz.ch)

## **Hintergrund:**

Chronische Krankheiten werden in den nächsten 10 Jahren 60% aller Erkrankungen ausmachen; 43% der Gesamtbevölkerung und 70% der über 65-Jährigen werden an einer häufig sogar an zwei und mehr chronischen Erkrankung leiden. Herzkreislauf-Erkrankungen, Chronische Lungenkrankheiten, Krebserkrankungen und Depression sind hier vor allem zu nennen. Bereits heute werden 70% der Gesundheitskosten in Europa und Amerika durch chronische Krankheiten und Multimorbidität verursacht. Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) gehört zu den führenden chronischen Gesundheitsproblemen weltweit und wird bis 2020 die vierthäufigste Todesursache darstellen. Da etwa ein Drittel der männlichen und rund ein Viertel der weiblichen Schweizer Bevölkerung raucht, beträgt die Prävalenz der COPD in der Bevölkerung rund 10%, wovon der Grossteil in der Grundversorgung betreut wird. Damit gehört die COPD zu den häufigsten Erkrankungen in einem ambulanten Krankengut.

Die Auswirkungen und Komplikationen dieser Erkrankung auf die Betroffenen und das Gesundheitssystem sind enorm. Bei den Atemwegserkrankungen ist COPD die häufigste Ursache für Erwerbsausfall. In Europa beträgt der Verlust an Arbeitskraft jährlich insgesamt € 28.5 Milliarden. Einen grossen Anteil der direkten Kosten der COPD nehmen die Kosten für Exazerbationen und Hospitalisationen ein (1,2).

## **Ziel:**

### **Steigerung der Qualität und des Nutzens in der Versorgung von Patienten mit COPD durch integrierte Versorgung und Umsetzung des Chronic Care Models**

Eine effektive Betreuung chronisch Kranker stellt sicher, dass Patienten durch die Unterstützung des Hausarztes und anderer im Praxisteam agierender Fachpersonen zu mehr Kompetenz und besserer Kontrolle der Krankheit befähigt werden und die notwendige vertikale und horizontale Integration in der Versorgung erfolgt.

Das Versorgungsmodell für chronisch Kranke das „Chronic Care Model“(CCM) wurde als Unterstützung für die ambulante, hausärztliche Versorgung entwickelt, um genau diese Ziele zu erreichen und Prozesse zu optimieren sowie relevante klinische Endpunkte zu verbessern (3-5). Die Evidenz für die Verbesserung der Versorgungsprozesse und der klinischen Ergebnisse durch Umsetzung des Chronic Care Modells für verschiedene chronische Krankheiten ist belegt (6-7). Abbildung 1 veranschaulicht die sechs Elemente des CCM und deren Zusammenspiel.

Die Qualität der Versorgung von Patienten mit COPD in der Grundversorgung durch Umsetzung einzelner Elemente des „Chronic Care Models“ zu steigern und durch Verhinderung von Exazerbationen und Hospitalisationen die Lebensqualität sowie den Ressourcenverbrauch günstig zu beeinflussen sind die zentralen Ziele unseres Projektes „**Besser Leben mit COPD**“, das sich an das kanadische und wissenschaftlich belegte „Living well with COPD“ Programm anlehnt (8-9).

Die Umsetzung des CCM für die Population der COPD Patienten welches wir langfristig anstreben ist visionär und braucht Bereitschaft zu Veränderung.

### **Umgestaltung und Koordination der Leistungserbringung sowie Förderung der Patientenkompetenz**

Bei der Gestaltung der alltäglichen Praxisabläufe in der Patientenversorgung ist die verantwortliche Aufgabenteilung innerhalb des Praxisteam sowohl für ein erfolgreiches, gutes klinisches Management als auch für die Sicherheit entscheidend. In unserem Projekt sind die Abläufe definiert und zielen auf Evidenz, „Best Practice“ und Sicherheit. Das Praxis Team mit MPA, Arzt und anderen spezifisch in COPD ausgebildeter Fachpersonen koordiniert und sichert COPD- spezifische Sprechstunden mit Patientenschulungen und plant pro aktive Visiten, die ein auf Evidenz basiertes klinisches Management umsetzen, die Kommunikation zwischen Arzt /Fachteam und Patient verbessern, Komplikationen reduzieren und mehr Sicherheit, Zuversicht sowie Lebensqualität auf Seiten der Betroffenen aufbauen

helfen. Ein zentrales Element ist dabei die Förderung der Patientenkompetenz und die Unterstützung des Selbst-Managements. Gemeinsame Zieldefinition und Problemlösungsstrategien für den Alltag sowie rechtzeitiges und richtiges Handeln bei einer Exazerbation durch Schulung mit einem Aktionsplan sind dabei wissenschaftlich belegte Massnahmen. Effektive Selbst-Management Unterstützung hilft Patienten und Angehörigen, mit den Herausforderungen im Alltag wegen der chronischen Krankheit und ihrer Behandlung besser umzugehen, Komplikationen zu reduzieren und für mehr Sicherheit und mehr Lebensqualität zu sorgen.

In sechs interprofessionellen und interaktiven Gruppenmodulen sowie zwei bis drei Einzelkonsultationen erwerben die Betroffenen und Angehörige das notwendige Wissen über die Krankheit und medikamentöse Therapie, die Fertigkeiten zum rechtzeitigen Erkennen und adäquaten Handeln bei einer Exazerbation und sie erhalten konkrete Hilfestellung für ein besseres Bewerkstelligen des Alltags und Aufrechterhalten der körperlichen Aktivität. Individuelle Unterstützung zum Rauchstop, Sauerstofftherapie, Ernährung und Selbst-Management werden durch interne und externe Vernetzung ermöglicht.

Ein proaktives Vorgehen soll in Zukunft durch geschultes Fachpersonal unterstützt werden und dazu dienen entsprechende Rückmeldungen an Patient und Arzt zu geben, um Verschlechterungen rechtzeitig erkennen und Massnahmen einleiten zu können.

(Abbildung 2)



## **Erste Erfahrungen und Daten:**

In unserem Pilotprojekt zeigten sich die Umgestaltung der Leistungserbringung im Team, die Definition der Zusammensetzung des Teams sowie die klare Rollenverteilung zwar als Herausforderungen, die jedoch durch die bei allen Beteiligten vorhandene Motivation und Überzeugung für die Sache, wenig Probleme bereitete. Die Bereitschaft zur Veränderung, Kreativität und Flexibilität ist sicher eine wichtige Voraussetzung, aber vor allem dürften die Expertise und Fähigkeitsprofile im Team, der Einsatz von Informationssystemen, die Sicherstellung der Vergütung einer langfristigen, proaktiven Betreuung sowie die Rekrutierung der Patienten und die Kooperation und Vernetzung nach extern die für die Zukunft zu lösenden Herausforderungen darstellen.

Das Echo seitens der Patienten und deren Angehörigen war sehr positiv. Von den bisher rekrutierten Patienten (52% Männer, 60% Raucher) beendeten alle das Programm. Das mittlere Alter betrug 65.5 Jahre und die Diagnose COPD war im Mittel seit sechs Jahren bekannt. Die meisten Patienten wiesen eine mittelschwere COPD (GOLD II) und zahlreiche Komorbiditäten (Tabelle 1) auf. Wir konnten eine signifikante und klinisch relevante Verbesserung der Lebensqualität und eine deutliche Abnahme des Leidensdruckes bei den auf diese Weise betreuten Patienten nachweisen (Tabelle 2). Die Daten hinsichtlich Exazerbationsrate und Notfallkonsultationen bzw. Hospitalisationen werden im Verlauf ausgewertet. Unsere Ergebnisse sind in Übereinstimmung mit dem belegten Effekt solcher Versorgungsansätze. Eine systematische Übersichtsarbeit von 32 Studien (20 randomisiert kontrolliert durchgeführte Studien, 5 kontrollierte klinische Studien, 7 vorher/ nachher Studien) untersuchte den Effekt des CCM bei COPD (10). Die Unterstützung des Selbstmanagements, Entscheidungshilfen, klinische Informationssysteme und die Umgestaltung des Versorgungssystems waren die vier Elemente, die in diesen Studien zum Einsatz kamen. Es zeigte sich signifikante Reduktionen der Notfallkonsultationen und der

Hospitalisationsrate sowie eine Verkürzung der Hospitalisationsdauer für die Gruppe, mit mindestens zwei CCM Elementen. Das relative Risiko für ungeplante und Notfallkonsultationen sank um 42% (RR 0.58, 95% CI 0.42 to 0.79). Für Hospitalisationen konnte das relative Risiko um 22% gesenkt werden RR 0.78 (95% CI 0.66 to 0.94). Die Hospitalisationsdauer wurde im Mittel um 2.5 Tage verkürzt (-3.40 bis -1.61). Vier der zwanzig randomisierten Studien untersuchten die Kosten. Drei der vier Studien zeigten eine Reduktion der Gesundheitskosten zwischen 34% und 70%, vor allem auf Grund der reduzierten und verkürzten Krankenhausaufenthalte. Drei vorher/ nachher Studien berichten über Kosten und führten Kosteneinsparungen zwischen 11% und 23% auf.

### **Integrationsgrad/ Wirkungskreis**

In Anbetracht der positiven ersten klinischen Datenauswertung sowie des positiven Echos seitens Patienten und deren Angehörigen, wollen wir uns um die weitere praktische, konkrete und flächendeckende Umsetzung des Konzepts bemühen mit dem übergeordneten Ziel, Evidenz basiertes Management bei COPD und die dazu notwendigen Kompetenzen nachhaltig zu verankern. Die Kernbetreuung und Koordination kann in der Grundversorgung im Sinne des „Medical Home“ Konzepts (11) geleistet werden muss aber die Kooperation und Vernetzung mit Spezialisten auf diesem Gebiet und speziell geschulten, qualifizierten Fachpersonen extern anstreben um eine kontinuierliche sowohl vertikal auch horizontal integrierte Versorgung gewährleisten zu können. Um den Wirkungskreis auszubauen planen wir mit wichtigen Vertretern und Institutionen den Austausch und die nötigen Kooperationen (Spitäler, pulmonale Rehabilitationszentren, Lungenliga, städtische Gesundheitsdienste z.B. LEILA) sowie die Erarbeitung eines Versorgungskonzepts mit

- Erstellung eines integrierten Versorgungspfades
- Adaption der Leitlinien auf das Versorgungskonzept
- Erstellen der notwendigen Unterlagen und Instrumente
- Erstellung eines Indikatorensets für „Performance-Messungen“

- „Train the Trainer“ für die Beteiligten

Im Rahmen des Forschungsauftrages des Instituts für Hausarztmedizin und in Kooperation mit den obengenannten Institutionen möchten wir die weitere Implementierung voranbringen und wissenschaftlich evaluieren. Der Grad der Implementierung (Barrieren und günstige Faktoren) und der wissenschaftliche Nachweis eines gewünschten und postulierten Effekts werden wichtige Voraussetzungen für die Akzeptanz und für einen höheren Integrationsgrad sein.

Eine Unterstützung und Anerkennung dieses Projektes im Rahmen des Projektwettbewerbes Gesundheitsnetz 2025 würde uns sehr freuen.

Mit freundlichen Grüßen

Claudia Steurer-Stey

Beilage: Abbildungen und Literatur auf den folgenden Seiten

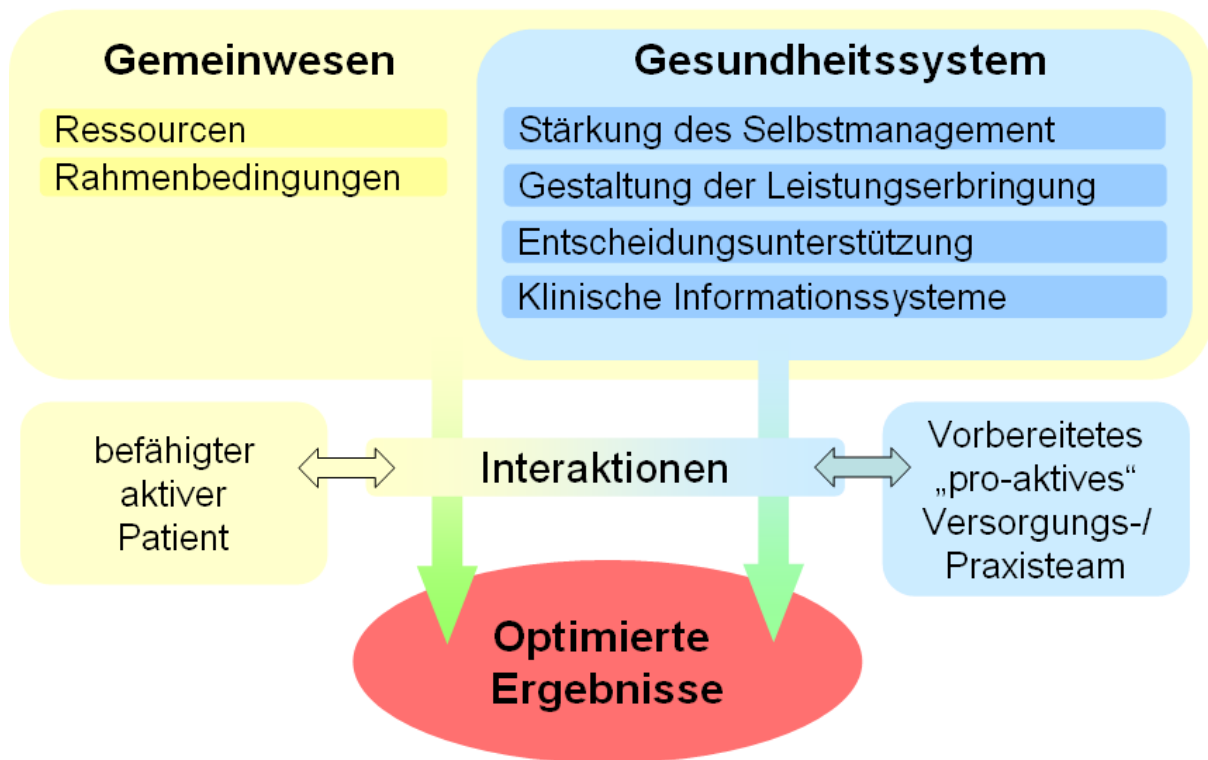


Abbildung 1 Das Chronic Care Modell adaptiert nach Wagner (3)

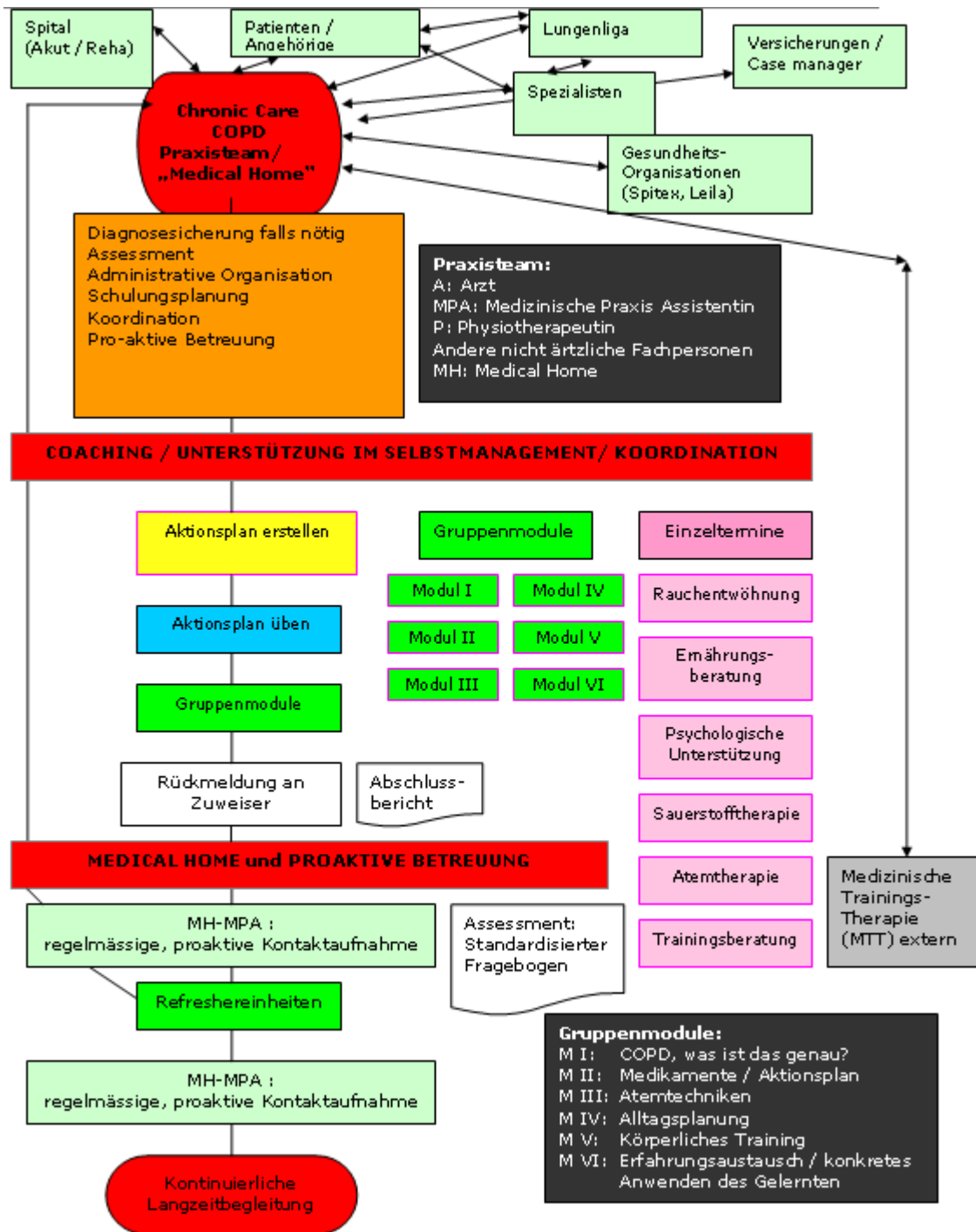


Abbildung 2 Prozessablauf „Besser Leben mit COPD“

Tabelle 1 Patientencharakterisika n = 25

Alter, median (range)	64 (43-85)
Frauen, n (%)	12 (48%)
BMI, median (range)	23.8 (17.9 – 53)
FEV1 in %, median (range)	56 (24-99)
Atemnot MRC (0-4), median (range)	2 (0-4)
Raucher	14 (56%)
Pack years, median (range)	50 (0-120)
Jahre seit Diagnosestellung, median (range)	6 (0-20)
Exazerbationen während der vergangenen 3 Jahre insgesamt oder pro Patient	19 (76%)
Monate (Mittelwert und range) seit letzter Exazerbation	3 (1-36)
Anzahl Hospitalisationen im Vorjahr wegen Exazerbationen	10 (40%)
<b>Komorbidität</b>	
Kardiovaskuläre Erkrankungen bei allen Patienten?	11 (36%)
Adipositas	5 (20%)
Dyslipidämie	4 (16%)
Diabetes mellitus Typ II	3 (12%)
Depressive Verstimmung	3 (12%)
Obstruktives Schlafapnoe Syndrom (OSAS)	2 (8%)

Tabelle 2 Lebensqualität

	Beginn	Ende	Differenz
CRQ Atemnot, median (range)	4.1 (2.6-7.0)	5.7 (2.8-7.0)	1.6
CRQ Erschöpfung, median (range)	4.6 (3.0-6.3)	5.5 (4.0-6.3)	0.9
CRQ Stimmungslage, median (range)	5.8 (3.5-7.0)	6.0 (4.8-6.9)	0.2
CRQ Krankheitsbewältigung, median (range)	4.7 (3.6-6.6)	6.8 (5.5-7.0)	2.1
<b>CRQ total, median (range)</b>	<b>4.5 (3.6-6.5)</b>	<b>5.9 (4.5-6.7)</b>	<b>1.4</b>

CRQ= Chronic Respiratory Questionnaire; ein Zunahme um 0.5 Punkte ist klinisch relevant

## Literatur

1. Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB, Vermeire PA, Buist AS, Thun MJ, et al. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2006 Jan;27(1):188-207.
2. Nowak D, Dietrich ES, Oberender P, Uberla K, Reitberger U, Schlegel C, et al. [Cost-of-illness Study for the Treatment of COPD in Germany]. *Pneumologie*. 2004 Dec;58(12):837-44.
3. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001 Nov-Dec;20(6):64-78.
4. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002 Oct 16;288(15):1909-14.
5. Battersby MW. Health reform through coordinated care: SA HealthPlus. *BMJ*. 2005 Mar 19;330(7492):662-5.
6. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care*. 2005 Aug;11(8):478-88.
7. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009 Jan-Feb;28(1):75-85.
8. Bourbeau J, Collet JP, Schwartzman K, Ducruet T, Nault D, Bradley C. Economic benefits of self-management education in COPD. *Chest*. 2006 Dec;130(6):1704-11.
9. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupre A, Begin R, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med*. 2003 Mar 10;163(5):585-91.
10. Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Arch Intern Med*. 2007 Mar 26;167(6):551-61.
11. Rittenhouse DR, Shortell SM. The patient-centered medical home: will it stand the test of health reform? *JAMA*. 2009 May 20;301(19):2038-40.



# DiaNET Moderne patientenzentrierte ambulante Diabetesbetreuung gemäss dem Chronic Care Modell durch den Einsatz eines integrativen Informationssystems



## Übersicht

1. Kontext und Herausforderung der Erkrankung Diabetes
2. Zielsetzungen von DiaNET und Nutzen: Optimierte Betreuung durch CareTeams
3. DiaNET und Chronic Care Modell : Modernes Disease Management
4. DiaNET Synergy: Konzeption eines klinischen Informationssystems
5. Weiterführende Literatur

© 2011 Konzept, Design und Entwicklung von DiaNET und DiaNET Synergy durch:



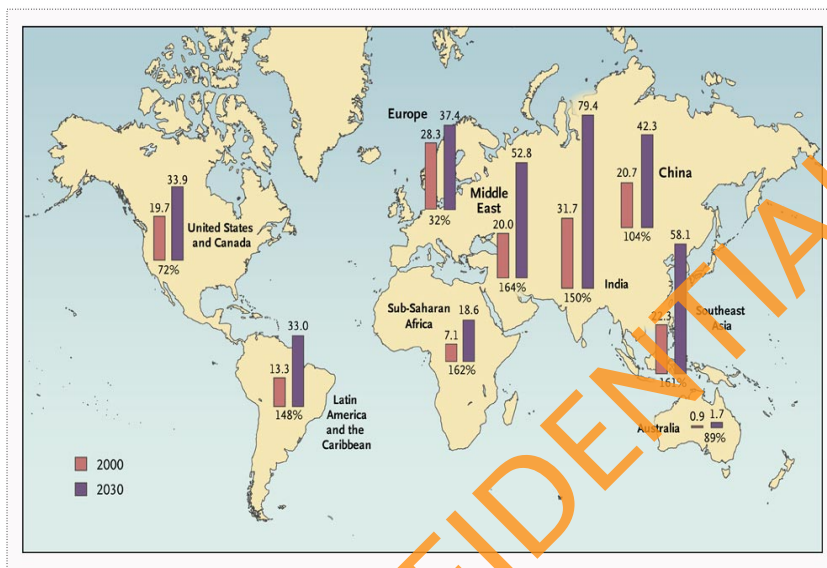
Dr. med. Marco Vecellio-Burckhardt  
Facharzt für Innere Medizin FMH & Allg. Medizin FMH  
Lehrbeauftragter Universität Zürich  
Psychosomatik SAPPM

In geplanter Zusammenarbeit mit: Zürcher Diabetes Gesellschaft, Ärztenetz mediX zürich, movita, Spitex, Gesundheitsnetz 2025 Leila



## 1. Kontext und Herausforderung der Erkrankung Diabetes

Die Erkrankung Diabetes mellitus breitet sich pandemieartig aus, auch in der Schweiz. Schätzungen der International Diabetes Foundation (IDF) gehen auf globaler Ebene von einer Verdoppelung der Zahl der Diabetes-Betroffenen in den kommenden zwanzig Jahren aus. In der Schweiz leben rund 300'000 Menschen mit dieser Erkrankung und jährlich kommen 15'000 neu diagnostizierte Fälle dazu. Für 2025 werden approximativ 600'000 Erkrankte prognostiziert, das entspricht rund 10% der Bevölkerung. Die gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Kosten sind immens. So wird in den USA aktuell mindestens jeder zehnte US-Dollar im Gesundheitswesen für die Diabetesbehandlung und deren Folgen eingesetzt. In der Schweiz liegen die durchschnittlichen Kosten pro Diabetiker bei CHF 8000 jährlich.



Millions of Cases of Diabetes in 2000 and Projections for 2030. Hossain P et al. N Engl J Med 2007;356:213-215

Wichtige Gründe für die ungünstige Entwicklung der Diabeteszunahme sind höhere Lebenserwartung, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht. Schätzungen der WHO gehen davon aus, dass bis zu 15% des gesamten Gesundheitsbudgets aller Länder für die Erkrankung Diabetes mellitus und deren Folgekomplikationen eingesetzt wird.

Die ermutigende Botschaft ist, dass aufgrund der aktuellen Studienlage und wissenschaftlichen Evidenz durch konsequente präventive, interdisziplinäre und integrative Betreuungsansätze sich Stoffwechseleinstellung, Ernährungsgewohnheiten und Lebensqualität erheblich verbessern lassen. Die moderne Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 sollte sich nach heutigem Wissensstand einem umfassenden Management der kardiovaskulären Risikofaktoren sowie Verhaltensänderungen zuwenden. Es lassen sich dadurch nicht nur die Lebensqualität verbessern und Gesundheitskosten einsparen, sondern auch die Anzahl an Hospitalisationen wegen Diabetes und dessen schwerwiegenden Komplikationen wie Herzinfarkt, Hirnschlag, Erblindung, Amputationen oder Niereninsuffizienz reduzieren.

Bedauerlicherweise besteht in vielen Ländern ein klaffender Abgrund zwischen wissenschaftlicher Evidenzlage einer optimalen Betreuung und der alltäglichen Praxisrealität des Grundversorgers sowie Spezialisten.

Im ambulanten Versorgungsbereich besteht berechtigterweise ein erhebliches Optimierungspotential. DiaNET will hier in der Zukunft einen substantiellen Fortschritt durch die Einführung einer interdisziplinären Wissensplattform erzielen.

## 2. Zielsetzungen und Nutzen von DiaNET: Optimierte Betreuung durch CareTeams

Das Projekt DiaNET als substantielle Weiterentwicklung des Projekts Databox zielt auf die Etablierung lokaler Netzwerke und eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungserbringern (CareTeam) unterschiedlicher Sektoren, die eine Verkürzung von Behandlungswegen, Vermeidung von Doppelspurigkeiten und eine effektive gemeinschaftliche Nutzung von Ressourcen und medizinischer Technik bei Diabetespatienten anstreben.

Das Projekt DiaNET beabsichtigt eine verbesserte Koordination unter Berücksichtigung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen mit Rückkoppelung und Feedback ans gesamte Care-Team, wobei eine gemeinsame digitale Informationsplattform (DiaNET Synergy) einen reibungslosen und aktualisierten Informationsfluss zwischen allen Teilnehmern ermöglicht.

Im Rahmen von DiaNET sollen etablierte und funktionierende Ansätze aus dem Disease Management und Chronic Care Management Anwendung finden und konstruktiv integriert werden. Folgende Schwerpunkte werden verfolgt:

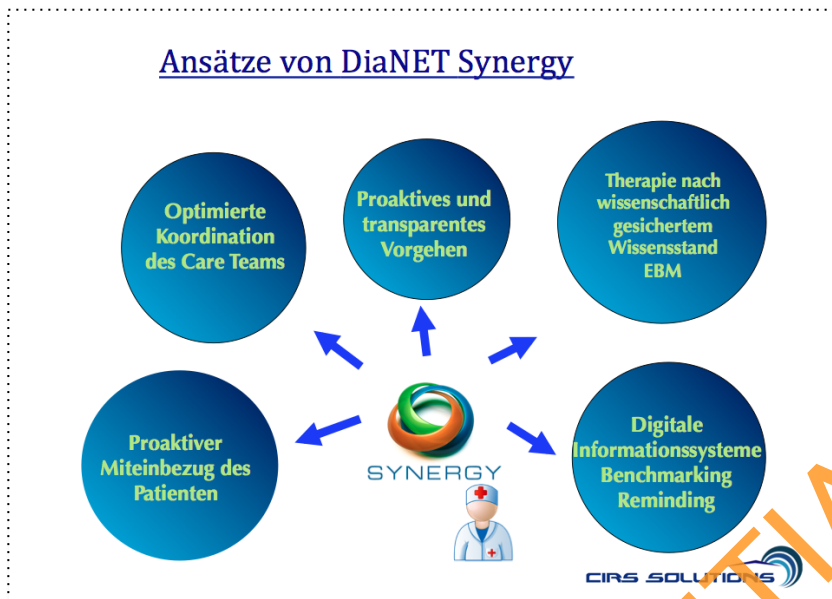
- Prozess der Populations-Identifizierung und Listengenerierung
- Umsetzung evidenzbasierter Praxisleitlinien für das gesamte Care-Team
- Praxis-Modelle mit Koordination der Tätigkeiten von Ärzten und weiteren Fachspezialisten wie Diabetesberatung, spezifisch geschulten Pflegefachkräften wie Leila, Spitex, Ernährungsberatung sowie Integration von Aktivitäts- und Bewegungsprogrammen
- Aspekte der proaktiven Patientenschulung mit dem Ziel des besseren Selbstmanagements (Self-Empowerment und Self-Efficacy) durch Schulungsprogramme
- Evaluation und Management der Prozess- und Ergebnisqualität sowie Implementierung regelmässiger Feedback-Mechanismen zur Qualitätsverbesserung nach Deming
- Strikte Einhaltung des Datenschutzes unter Berücksichtigung modernster Sicherheitskonzepte
- Einsatz eines integralen Informationssystems (DiaNET Synergy), welches die Koordination der Leistungserbringer vereinfacht, das Schnittstellenhandling optimiert, den Informationsfluss fördert und Auswertungen sowie Benchmarking ermöglicht

Wir verfolgen mit dem Projekt DiaNET somit das Ziel, Patienten durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Behandlung nach dem Chronic Care Modell unter Einsatz moderner Informationstechnologie vor Folgeerkrankungen des Diabetes möglichst zu bewahren.

Folgende Aspekte werden durch DiaNET auf Patientenebene berücksichtigt:

- Personalisierter schriftlich festgehaltener und individualisierter «Diabetes Care Plan»
- Förderung der engen Zusammenarbeit zwischen Service Providern und Patienten
- Massgeschneiderte Schulung in Self-Management-Techniken
- Regelmässig eingeplante Follow-up-Konsultationen
- Monitoring von Outcome-Parametern und Evaluation der Behandlungadhärenz
- Gezielter Einsatz von Spezialisten und Stepped-Care Protokollen
- Digitalisierung durch die Informationslösung DiaNET Synergy mit zentraler Datenbank

Fachärzte für Allgemeinmedizin und Spezialisten anderer Richtungen, Krankenhäuser und Rehabilitationszentren sollen zukünftig besser koordiniert zusammenarbeiten können. Das Selfempowerment der Patienten muss gefördert werden und Therapieschritte sollen nach wissenschaftlich gesichertem medizinischem Wissensstand aufeinander abgestimmt sein.



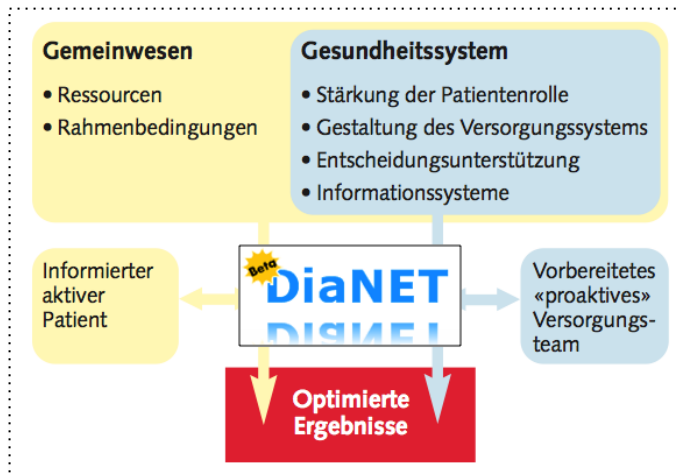
DiaNET ermöglicht die elektronische Koordination von verschiedenen Leistungserbringern, ist EBM-orientiert und bezieht den Patienten proaktiv mit ein. Die zentrale Datenspeicherung erlaubt detaillierte Auswertungen sowie Benchmarking. Der Informationsfluss ist transparent und die Teilnehmer des CareTeams sowie der Patient werden jeweils auf dem aktuellen Wissensstand gehalten.

In der ersten Projektphase arbeiten wir auf Netzwerkebene mit dem Ärztenetz mediX zürich intensiv zusammen, bauen die Zusammenarbeit mit der Zürcher Diabetesgesellschaft aus, integrieren Ernährungsberaterinnen sowie Bewegungstherapeuten aktiv und beabsichtigen den konstruktiven Einschluss von wichtigen Anlaufstellen wie Spitex und spezialisierten CareTeams wie Leila im Rahmen des Gesundheitsnetzes 2025.

### 3. DiaNET und Chronic Care Modell: Modernes Disease Management

Verbesserungen kommen am ehesten innerhalb einer produktiven und von Vertrauen getragenen Beziehung zwischen Patient und Versorgungs-/Praxisteam zustande. Ein im Ausland, v.a. in den Vereinigten Staaten, Holland und Dänemark, fest etablierter und vielversprechender Ansatz hierfür ist das Chronic-Care-Modell, da es interdisziplinär und multidimensional angelegt ist und verschiedene Ebenen gesundheitlicher Entscheidungsfindung integrativ einbezieht (Abb. 2).

Wie Prof. Rosemann (Leiter des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Zürich) erläutert, zeigten verschiedene Metaanalysen, „dass die Erhöhung von Expertise und Anbieterfähigkeiten sowie Support und Schulung des Patienten gekoppelt mit einer teambasierten, geplanten Versorgung unter Einsatz von klinischen Informationssystemen die besten Outcomes erzielt“.



Zentrale Elemente des Chronic Care Modells umfassen proaktive Vorgehensweise, Stärkung der Patientenrolle und Selbstkompetenz, eine verbesserte Gestaltung der bisherigen Behandlungsabläufe innerhalb des Versorgungsteams sowie digitale Informationssysteme. DiaNET moduliert die Interaktionen und fügt sich als wirksames Relais zentral ins CCM-Modell ein.

Adapted graphic by courtesy of PD Dr. Claudia Steurer-Stey

Ein zentraler Bestandteil des Chronic-Care-Modells mit integrativem Behandlungsansatz sind digitale Informationssysteme (CIS), welche ein strukturiertes Patientenregister enthalten, das alle Patienten mit einer bestimmten chronischen Erkrankung präzise erfasst. Auch individuelle Patientenpässe, Therapiepläne und Remindersysteme sind Bestandteil eines CIS.

In meisten heutigen Hausarztpraxen ist dieser Ansatz aufgrund defizitärer Informationssysteme nicht umsetzbar und zusätzlich involvierte Fachkräfte haben nur in seltenen Fällen Zugriff auf relevante Schlüsselinformationen, wie sie in integrierten Informationssystemen abgebildet werden. Dementsprechend finden sich häufig erhebliche Koordinations- und Informationsdefizite im Bereich der einzelnen Schnittstellen, z.B. bezüglich behandelndem Arzt und Ernährungs- oder Diabetesberatung.

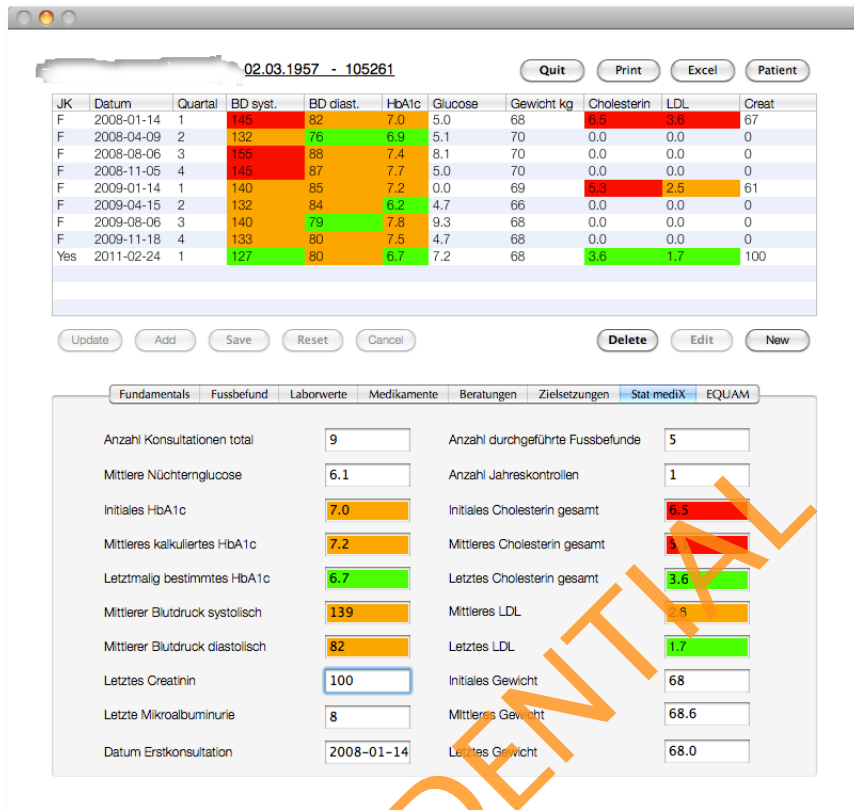
DiaNET greift an dieser kritischen Stelle an und baut auf dem Pilotprojekt «Databox» für Diabetespatienten auf, wobei auf einen mehrjährigen Erfahrungsschatz in der Umsetzung von CIS zurückgegriffen werden kann.

Bei der DiaNET Synergy Applikation handelt es sich um eine plattformunabhängige, modular konzipierte integrale Softwarelösung, die den einfachen Zugriff auf eine gesicherte zentrale Datenbank nach modernen Standards erlaubt.

Es werden bei DiaNET dabei die wesentlichen Aspekte eines klinischen Informationssystems - wie sie im Rahmen des Chronic- Care-Modells gefordert sind - berücksichtigt, nämlich:

- Generierung von spezifischen Registern
- Tabellarische Zusammenfassungen
- Remindinghilfen
- Ampelsysteme und Warnhinweise
- Lokale statistische, automatisierte Auswertungen
- Integriertes Benchmarking
- Externe unabhängige Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die Wissensplattform DiaNET Synergy integriert ein farbiges Ampelsystem und gibt unmittelbares Feedback über kritische Variablen. Automatisierte Auswertungen werden ermöglicht und Vergleiche mit externen Qualitätssicherungssystemen sind durchführbar.



Was externe Qualitätssicherungsmaßnahmen anbelangt, können fakultativ auch die einschlägigen Indikatoren im Outcome-Bereich für die Betreuung von Diabetikern im ambulanten Setting gemäss den Vorgaben der unabhängigen EQUAM-Stiftung oder anderer Institutionen (z.B. Outcome Forschung der Universität Zürich Institut für Allgemeinmedizin IHAM) eingebunden werden. Die Hauptindikatoren der EQUAM-Stiftung für die ambulante Betreuung von Diabetespatienten seien hier exemplarisch aufgeführt.

#### Die Masterindikatoren zu Diabetes mellitus Typ 2

- Indikator DM 1: Die Diabetes-Patienten werden mit dieser Diagnose identifiziert und in der KG als solche dokumentiert
- Indikator DM 2: Die identifizierten Diabetes-Patienten werden systematisch einer Basis-Diagnose sowie periodischen Folgekontrollen nach Evidence-Based-Medicine unterzogen
- Indikator DM 3: Diabetes-Patienten erhalten professionelle Schulung und Beratung
- Indikator DM 4: Diabetes-Patienten erhalten Medikation nach Evidence-Based-Medicine
- Indikator DM 5: Erreichungsraten / Outcome-Ziele zu Blutdruck, Cholesterin und LDL
- Indikator DM 6: Ärztliche Qualitätszirkel und Fortbildung

DiaNET erlaubt Outcome-Performance-Messungen auf Netzwerkebene und ermöglicht Analysen zur Betreuungsstrategie sowie zum Optimierungspotential.

#### 4. Konzeption eines klinischen Informationssystems: DiaNET Synergy

DiaNET Synergy wurde speziell für das Projekt DiaNET entwickelt und liegt in einer Betaversion vor. Es handelt sich um eine integrale, parametrierbare Softwarelösung, die plattformunabhängig konzipiert wurde und den Zugriff auf eine gesicherte zentrale Datenbank erlaubt.

Mit DiaNET Synergy lassen sich Laborwerte, klinische Befunde, vereinbarte Zielsetzungen, medikamentöse Therapien, motivationale Aspekte individuell organisieren und – wesentlicher Aspekt - teamorientiert koordinieren. Alle CareTeam Teilnehmer erhalten zusammen mit dem Patienten Zugang auf die zentrale Datenbank und befinden sich dadurch auf dem gleichen, aktualisierten Informations- und Wissensstand.

Das Programm gibt dem behandelnden Arzt, dem Patienten sowie allen involvierten Fachkräften detaillierte Rückmeldungen zur Behandlungsstrategie, Performancedaten, Zielsetzungen und aktuellen Herausforderungen. Die Stärkung der ambulanten Medizin durch eine transparente Betreuungskultur und die Wahrung der ärztlichen Behandlungsautonomie sind richtungsweisende Gebote.

##### Agile Softwareentwicklung

Die Beta-Version von DiaNET Synergy wurde softwaretechnisch nach agilen Entwicklungsgrundsätzen durch CIRS Solutions geschaffen. Das Ziel war es, den Entwicklungsprozess flexibler und schlanker zu gestalten als dies bei den klassischen Vorgehensmodellen der Fall ist. Wir möchten uns mehr auf die zu erreichenden Ziele fokussieren als auf technische und soziale Probleme bei der Softwareentwicklung eingehen.



Abgebildete Logonmaske. DiaNET Synergy erlaubt mit einer einfach bedienbaren Frontend-Lösung den Zugriff auf die zentrale Datenbank, welche ein umfassendes Diabetesinformationssystem für Patienten, involvierte Ärzte, weitere Leistungserbringer wie Diabetesberatung, Ernährungsberatung, Bewegungsteam und Apotheken darstellt.



Die Entwicklung derartiger Datenbanksysteme vollzog sich im Zusammenhang mit DiaNET in mehreren Schritten, wobei auf die umfangreichen Erfahrungen aus dem Projekt Databox aufgebaut werden konnte. Zunächst wurde festgestellt, welche Informationen die beteiligten Ärzte von Datenbanksystemen erwarten und welches die wissenschaftlichen sowie praxisrelevanten Fragestellungen sind.

Aufgrund dieser Analyse leiteten wir ab, welche spezifischen Datenstrukturen aufzubauen waren, ferner waren die Datentypen und deren Relationen zu definieren. Nach Abschluss der Datenmodellierung konnte mit der Datenbank-Definition begonnen werden. Unter Einhaltung entsprechender Entwicklungsgrundsätze gelang es, eine redundanzfreie, erweiterungsfähige und anwendungsunabhängige internetbasierte moderne Datenbanklösung zu erstellen.

### Entwicklungsumgebung auf professioneller Grundlage mit SQL

SQL (Kürzel für Structured Query Language - Strukturierte Abfragesprache) ist eine Abfragesprache zur Definition, zur Abfrage und Manipulation von Daten in relationalen Datenbanken. Durch seine Rolle als Quasi-Standard ist SQL von großer Bedeutung, da eine weitgehende Unabhängigkeit von der benutzten Software erzielt werden kann. Das Datenbanksystem DiaNET hält sich konsequent an die Standardversion und garantiert damit größtmögliche grenzüberschreitende Kompatibilität. Der initial in den USA lokalisierte Database Backend von DiaNET basiert auf MySQL, mittlerweile ist der Server im Grossraum Zürich lokalisiert.

### Kompatibilität durch Cross-Plattform Entwicklung und modulare Programmierung

Cross-Plattform ist ein Terminus, der sich auf Computerprogramme, Betriebssysteme, Computersprachen und Programmierumgebungen gleichermaßen bezieht, die auf verschiedenen Plattformen lauffähig sind. Diese Art von Software sollte korrekterweise Multiplattform-Software genannt werden. Die Applikation DiaNET wurde von Anbeginn an als derartige Multiplattform-Software konzipiert und ist daher unter Windows, Macintosh sowie Linux Betriebssystemen gleichermaßen lauffähig.

Als Informationssicherheit bezeichnet man Eigenschaften von informationsverarbeitenden und -lagernden Systemen, die mit dem Ziel geschaffen wurden, die Verarbeitung, Speicherung und Kommunikation so zu gestalten, dass die Vertraulichkeit, Verfügbarkeit und Integrität in ausreichendem Maß sichergestellt wird. Diese Aspekte wurden bei DiaNET Synergy gemäss etablierten Standards berücksichtigt.

Zusammenfassend stellt DiaNET durch die Berücksichtigung dieser Entwicklungskonzepte ein offenes, zukunftsfähiges und flexibel einsetzbares System in verschiedensten Umgebungen dar und ist keineswegs nur auf ein singuläres Ärztenetzwerk im Raum Zürich festgelegt.



## 5. Weiterführende Literaturangaben

- American Diabetes Association ADA, Standards of Medical Care in Diabetes 2008, Diabetes Care, Vol 31., Januar 2008
- NICE, National Institute for Clinical Excellence, Guidelines for Diabetes; Great Britain, 2007
- Global Guideline for Type 2 Diabetes, International Diabetes Federation, Brussels 2005
- European Society of Cardiology ESC, European Association for the Study of Diabetes EASD, 2007
- A systematic review of diabetes disease management programs, The American Journal of Managed Care 2005; 111:242-250
- A controlled trial of web-based diabetes disease management: The Massachusetts General Hospital diabetes primary care improvement project. Diabetes Care, 2003; 26(3)
- Databox – internetbasierte Diabetes-Datenbank bei mediX zürich; Care Management 2008;1:Nr.1
- Ein digitales Patientenregister liefert wichtige Daten. Ansätze zum Qualitätsmanagement bei Diabetikern in der Hausarztpraxis. Care Management 2009;2: Nr. 6
- Zwei markante Meilensteine in der ambulanten Qualitätsförderung. Schweizerische Ärztezeitung. 2009;90:43
- Prävention und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Care Management 2009;2: Nr.1
- Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002; 288:1775–9
- Chronic disease management: what will it take to improve care? Effective Clinical Practice. 1998;1:2–4.
- Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA. 2002;288:2469–75.

# Projekt

# Hausbesuche im Notfalldienst

---

Autoren: Dr.med. **Bruno Knöpfli**; Dr.med. **Beat de Roche**

---

Davos, den 24. Februar 2011

## Inhaltsverzeichnis

1.	Executive Summary .....	3
2.	Einleitung .....	4
2.1.	Ausgangssituation bezüglich Hausbesuchen im Notfalldienst .....	4
2.2.	Zukunftsperspektiven bezüglich Hausbesuchen im Notfalldienst .....	6
3.	Projekt .....	7
3.1.	Aktuelle Ausgangssituation .....	7
3.2.	Projektidee .....	7
3.2.1.	Zielsetzung .....	7
3.2.2.	Marktanalyse .....	8
3.2.3.	Gesellschaft oder Institut für Hausbesuche im Notfalldienst .....	8
3.2.4.	Evaluation .....	8
3.3.	Bedeutung des Projekts .....	8
3.3.1.	Bedeutung des Gesamtprojekts .....	8
3.3.2.	Nutzen resp. Anreize für die Ärzteschaft .....	9
3.3.3.	Nutzen für Patienten .....	10
3.4.	Team .....	10
3.4.1.	Gründerteam .....	10
3.4.2.	potentielle Partner .....	11

3.5.	Risikoanalyse .....	12
3.5.1.	Regulierter Markt .....	12
3.5.2.	Entschädigung der Dienstleistung .....	12
3.5.3.	Mitarbeit der Ärztinnen und Ärzte .....	13
3.5.4.	Mitarbeit der Spitäler .....	13
3.5.5.	Politischer Support .....	13
3.5.6.	Risikoprofil .....	13
3.6.	Realisierungsplan .....	14
4.	Marktanalyse .....	15
4.1.	Basisdaten .....	geplant
4.1.1.	Marktgrösse und Wachstum .....	geplant
4.1.2.	Marktpotenzial (Übersicht) / Produktübersicht .....	geplant
4.2.	SWOT-Analyse .....	geplant
4.3.	Ausrichtung .....	geplant
4.3.1.	Markt-Strategien .....	geplant
4.3.2.	Portfolioanalyse.....	geplant
4.3.3.	Marketing-Mix .....	geplant
4.3.4.	Kundenmanagement .....	geplant
4.4.	Befragung freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte .....	geplant
4.4.1.	Umfrage.....	geplant
4.4.2.	Auswertung .....	geplant
4.5.	Befragung Spitäler .....	geplant
4.5.1.	Umfrage.....	geplant
4.5.2.	Auswertung .....	geplant
5.	Gesellschaft oder Institut für Hausbesuche im Notfalldienst .....	15
5.1.	Organisationsstruktur .....	geplant
5.1.1.	Gesellschaft .....	geplant
5.1.2.	Institut .....	geplant
5.2.	Leistungsbeschreibung .....	geplant
5.2.1.	Patientencharakteristik .....	geplant
5.2.2.	Einzugsgebiet.....	geplant
5.3.	Rechtliche Voraussetzungen und Schutz.....	geplant
5.4.	Betreiber .....	geplant
5.4.1.	Koordinationsstelle.....	geplant
5.4.2.	Triagestelle (Ärztefon) .....	geplant
5.4.3.	freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte.....	geplant

5.4.4.	Spitäler.....	geplant
5.4.5.	Ausrüster .....	geplant
5.5.	Werte / Unternehmenskultur .....	geplant
5.6.	Standort .....	geplant
5.7.	Personalplanung .....	geplant
6.	Evaluation.....	15
7.	Finanzplanung.....	15
7.1.	Bilanz .....	geplant
7.2.	Erfolgsrechnung .....	geplant
7.2.1.	Aufwand .....	geplant
7.2.2.	Ertrag .....	geplant
7.2.3.	Gewinn / Verlust.....	geplant
7.3.	Gewinnverwendung .....	geplant
7.4.	Cash Flow .....	geplant
8.	Literatur .....	15

## 1. Executive Summary

**ZüriMed** organisiert in den Bezirken Zürich und Dietikon den hausärztlichen Notfalldienst. Gestützt auf die Rahmenverordnung der AerzteGesellschaft Kanton Zürich (AGZ) wurde das Notfalldienstreglement revidiert und am 9.12.2010 in einer Urabstimmung der Mitglieder genehmigt<sup>15</sup>. Das neue Reglement basiert auf einer grösstmöglichen Freiwilligkeit. Neu ist es möglich, Notfalldienst ohne Hausbesuche zu leisten, da Hausbesuche für viele Kolleginnen und Kollegen ein grosses Hindernis darstellen, Notfalldienst zu leisten.

Hausbesuche sollen deshalb neu durch Kolleginnen und Kollegen garantiert werden, welche diese Leistung freiwillig erbringen. Die Attraktivität für diese Dienstleistung soll durch eine synergistische Zusammenarbeit mit den öffentlichen Spitälern sowie durch ein Auftragsvolumen gefördert werden, welches ein kostendeckendes Arbeiten ohne parallel geführte, termingebundene ambulante Tätigkeit garantiert. Zusätzlich soll das Arbeitsmodell wissenschaftlich ausgewertet und mit den bisherigen und üblichen Modellen verglichen werden.

Zur praktischen Umsetzung wurde von **ZüriMed** ein Projekt lanciert. Dieses erfolgt in 3 aufeinander abgestimmten Phasen:

1. Marktanalyse: Bei den praktizierenden Ärztinnen und Ärzten wird nachgefragt, in welchem Ausmass sie Hausbesuche im Notfalldienst leisten möchten. Die Spitäler werden angefragt, wie weit und in welchem Rahmen sie sich an einem solchen Model beteiligen möchten. Diese Abklärung ist zusammen mit den bereits existierenden Daten Grundlage des Entscheids zur

Gründung einer geeigneten Institution sowie zu deren realistischen und bedarfsgerechten Organisation.

2. Gründung und Etablierung einer Gesellschaft oder eines Instituts für Hausbesuche im Notfalldienst: Zur Förderung und Organisation der Hausbesuche im Notfalldienst soll eine Gesellschaft oder ein Institut gegründet werden. Damit sollen die Dienstleistung wirtschaftlich sowie kostendeckend organisiert, für die beteiligten, freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte attraktiv gestaltet und die Betreuungsqualität verbessert werden.
  3. Evaluation des Betriebs der Gesellschaft oder des Instituts: Eine wissenschaftliche Evaluation des Betriebs erlaubt die objektive Beurteilung und Weiterentwicklung resp. Optimierung.
- Die Vorgehensweise mittels des Projekts erlaubt eine transparente, realistische Planung, eine Verankerung im aktuellen Versorgungsnetz, eine erfolgversprechende Umsetzung der verschiedenen Realisierungsphasen und vermeidet Doppelspurigkeiten.

## 2. Einleitung

### 2.1. Ausgangssituation bezüglich Hausbesuchen im Notfalldienst

**Die Gesundheitssysteme der Industriestaaten erfahren gegenwärtig grundsätzliche Veränderungen. Die demographischen Umstrukturierungen, die schnelle Weiterentwicklung der Medizin- und Biotechnologie sowie die grösseren Erwartungen der Bevölkerung an die Gesundheits- und Krankheitsversorgung führen zu einem erweiterten Angebot, einer steigenden Nachfrage aber auch für viele involvierte Parteien inkl. der Patienten zu unbefriedigend geregelten Versorgungssituationen. Dies ist umso bedauerlicher, da es sich um Bereiche der Grundversorgung handelt wie z.B. den Hausbesuchen im Notfalldienst, welche einen wesentlichen Betrag zur Volksgesundheit liefern sollten. Solchen Entwicklungen wird in der Regel mit einem erhöhten Einsatz an Mitteln, einer mehr oder weniger offengelegten Rationierung sowie einer verbesserten Ressourcenallokation durch Struktur- und Prozessoptimierung begegnet. Letzteres sollte, um nicht an den involvierten Stellen vorbei zu politisieren, mit einem Bottom-up-Ansatz entwickelt werden. Das Projekt Hausbesuche im Notfalldienst soll, entwickelt von den selbst Betroffenen, eine verbesserte Ressourcenallokation durch Struktur- und Prozessoptimierung bewirken und dadurch letztlich zu einer qualitativ besseren, für die involvierten Stellen befriedigenderen und wirtschaftlich vertretbareren Versorgungssituation bezüglich Hausbesuche im Notfalldienst führen.**

**Konventionelles Modell:** Hausbesuche sind Teil eines traditionellen und bewährten, ärztlichen Betreuungskonzepts, welches von den Patienten sehr geschätzt wird<sup>8</sup>. Damit können sowohl der Gesundheitszustand wie auch die Betreuungssituation im häuslichen resp. familiären Milieu erfasst, einfache therapeutische Massnahmen vor Ort durchgeführt und in komplexeren Fällen die Patienten ohne Umwege adäquaten Behandlungsstufen zugeteilt werden. Ausserdem ist der Hausbesuch ein einfaches und unkompliziertes Mittel, um die Patienten in ihrer gewohnten Umgebung für ein therapeutisches Setting zu erreichen. Transportmittel waren früher nicht allen Patienten zugänglich oder nur mit übermässigem Aufwand nutzbar. Die Menschen «schickten nach dem Doktor» und wurden von diesem zu Fuss, zu Pferd oder mit einem der wenigen Automobilen zuhause konsultiert. Hausbesuche wurden früher auch von den betreuenden Ärzten geschätzt und therapeutisch bevorzugt genutzt. Während sie lange Zeit das Grundverständnis der ärztlichen Versorgung prägten und unbestritten zur hausärztlichen Tätigkeit gehörten, führten Umstände wie z.B. Zeitdruck, inadäquate Entgeltung, anderweitige Verpflichtungen, ungenügende Ausrüstung, erhöhter apparativer Abklärungsstandard (z.B. Labor, EKG, Spirometrie),

Reiseaufwendungen immer mehr zu einer ärztlichen Unzufriedenheit mit den Hausbesuchen im Notfalldienst, so dass aktuell nur noch wenige Grundversorger diese anbieten wollen <sup>8</sup>.

**Kostensteigerung im Gesundheitswesen als Damoklesschwert:** Die Kosten der Krankenversorgung sind in den letzten Jahrzehnten global massiv gestiegen. Angesichts der geringer werdenden Spielräume vor allem für die öffentliche Finanzierung wird zumindest ein Bremsen dieser Dynamik gefordert. Gleichzeitig sind eine Reihe von Trends wirksam, die den Bedarf nach Dienstleistungen im Bereich der professionellen, medizinischen und pflegerischen Krankenversorgung weiter steigen lassen werden. Das sind insbesondere die demographische Entwicklung <sup>14</sup>, die Zunahme von chronischen Erkrankungen, die Zunahme von Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten aufgrund der wissenschaftlich-technologischen Entwicklungen und eine Veränderung der Familienstrukturen, die zu einer Verringerung der Leistungsfähigkeit informeller Hilfe führt. Diese Trends erhöhen aktuell den Druck Massnahmen dagegen zu ergreifen und begünstigen die Chancen für neue Projekte. Das Projekt Hausbesuche im Notfalldienst dürfte Erwartungen hinsichtlich Optimierungen der verringerten Leistungsfähigkeit informeller Hilfen aber auch bezüglich wirtschaftlicher Verbesserungen wecken und wahrscheinlich auch befriedigen können.

**Gesundheitspolitische Strategien:** In der aktuellen Situation ist es dringend angezeigt, die vorhandenen Rationalisierungsreserven im System der Krankenversorgung zu nutzen. Hierfür eignen sich folgende Strategien <sup>5</sup>: 1. Optimierung von Strukturen und Abläufen innerhalb der einzelnen Einrichtungen. 2. Optimierung der Schnittstellen, um Übergänge zwischen den verschiedenen Teilsystemen der Krankenversorgung ohne Reibungsverluste zu gestalten (Vermeidung von Doppelspurigkeiten, „DrehtürpatientInnen“ etc.). 3. Optimierung der Versorgungsstufen, auf denen die Leistungen erbracht werden, d.h. PatientInnen nicht unter- aber auch nicht überversorgen. Das Projekt Hausbesuche im Notfalldienst vermag sämtliche dieser Strategien aufzunehmen und damit zu einer optimierteren Krankenversorgung beizutragen. In diesem Sinne können 1. die internen Strukturen und Prozesse durch die Professionalisierung über die Gesellschaft resp. das Institut für Hausbesuche im Notfalldienst angenehmer gestaltet, vereinfacht, fachlich verbessert und ökonomisiert, 2. durch geeignete Berücksichtigung der involvierten Partner und deren Aufnahme ins Gründerteam eine umfassende und interdisziplinäre fachliche Optimierung sowie politisch tragbare Vernetzung erreicht und wie im nächsten Abschnitt speziell diskutiert und 3., wie im nächsten Abschnitt speziell diskutiert, eine „Überversorgung“ abgebaut werden.

**Strategien gegen die „Überversorgung“:** Eine im internationalen Vergleich hohe Bettendichte im Krankenhaus-Aktbereich und eine sehr hohe Nutzung von stationärer Krankenhausbehandlung sind Hinweise, dass derzeit eher eine „Überversorgung“ besteht. Diesbezüglich bestehen international Bestrebungen, eine systematische Substitution der Versorgung in Akutkrankenhäusern durch extramural d.h. ambulant erbrachte Leistungen z.B. in Notfallzentren sowie in Langzeiteinrichtungen anzustreben. Untersuchungen zeigen, dass die Patienten in der Selbstbeurteilung des Schweregrades ihrer Beschwerden oft überfordert sind und die vorhandenen Ressourcen nicht korrekt nutzen <sup>9;10</sup>. Gemäss einer Studie an den Kantonsspitalern Baden und Brugg hätten 80% der Notfallkonsultationen an den Spitalern auch durch den Grundversorger ambulant durchgeführt werden können. Die subjektive Dringlichkeit, die Abwesenheit des Hausarztes, die räumliche Nähe des Spitals und die Unkenntnis über den Notfalldienst wurden als wichtigste Gründe genannt, das Spital direkt aufzusuchen, ohne vorher den Haus- oder Notfallarzt zu kontaktieren <sup>4</sup>. Eine systemische Übersichtsarbeit der Cochrane Database of Systematic Reviews ergab, dass aufgrund der computerassistierten Telefontriage 50% der Anrufe durch die Gesundheitsberater eines Medizinischen Call Centers ohne Einbezug des Dienstarztes bearbeitet werden konnten <sup>2</sup>. Über die gesamte Untersuchungsperiode von zwei Jahren (durchschnittlich 50 Anrufe/Woche) ist kein Ereignis bekannt, bei dem falsch triagiert wurde. In ähnlichem Sinne zeigen Erfahrungen von einem dänischen Notfallzentrum <sup>9</sup>, dass es sich bei mehr als 80% der Anrufe aus medizinischer Sicht um Beschwerden handelt, welche keiner notfallmässigen Konsultation bedürfen. 50% der Anrufe konnten telefonisch durch GesundheitsberaterInnen bearbeitet und abgeschlossen werden. 35% der Anrufe mündeten in einer Konsultation im Notfallzentrum. Im Rahmen des Projekts Hausbesuche im Notfalldienst von besonderer Bedeutung ist, dass 15% der Anrufe einen Hausbesuch benötigen. Bei 7% der letztgenannten erfolgt eine Spitaleinweisung durch den Arzt. Durch die stufengerechte Triage konnten die Gesamtkosten im

ambulanten Notfallbereich um 16% reduziert werden<sup>9</sup>. Ähnliche Resultate zeigen auch 2 schweizerische Studien aus Zürich<sup>3;8</sup>. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um Patienten handelte, die direkt die Notfallstation kontaktierten und nicht durch ein Call-Center triagiert wurden. In der ereignisreichen Zeit zwischen 19 und 22 Uhr wurden die Notfallkontakte mit den diensthabenden Ärzten zu 30 resp. 25% mit Konsultationen in der Notfallpraxis, zu 28 resp. 14% am Telefon und zu 41 resp. 61% mit Hausbesuchen weiter bearbeitet. Die Kosten beliefen sich auf durchschnittlich 90 Euro pro Konsultation in der Notfallpraxis, 48 Euro pro Telefonservice und 176 Euro pro Hausbesuch. 82% der Kontakte konnten vollständig ambulant behandelt werden<sup>3</sup>. Andere Untersuchungen aus der Schweiz zeigen, dass die durchschnittlichen Behandlungskosten in der Notfallpraxis verglichen mit den Notfallstationen der Spitäler mehr als 40 Prozent günstiger sind<sup>13</sup>. In vielen Ländern des OECD-Raums haben solche Überlegungen zu einer Verschiebung der Versorgung von vielen Krankheitstypen bzw. Krankheitsphasen (Verkürzung der stationären Versorgung) in den ambulanten Bereich oder gar in das häusliche Umfeld der Patienten geführt. Gemäss einer zürcherischen Zusammenstellung, welche im Rahmen der Diskussion um den Notfalldienst der Zürcher Ärzteschaft präsentiert wurde<sup>12</sup>, vermögen dabei Walk-In-Angebote nur einer kleinen Bevölkerungsgruppe gerecht zu werden, da deren Service fast ausschliesslich von 25 bis 50-jährigen in Anspruch genommen wird. Zusammenfassend bietet das Projekt Hausbesuche im Notfalldienst verschiedene Angriffspunkte bezüglich einer „Überversorgung“ günstig zu wirken resp. sinnvoll zu regulieren.

**Voraussetzung zur Verlagerung von Betreuung resp. Behandlung in ambulanten oder häuslichen Bereich:** Eine Verlagerung bedarf vor allem in Fällen schwererer Erkrankungen einer Reihe von Voraussetzungen, um Qualitätsverluste (Risiken, Belastungen) zu vermeiden und tatsächlich Kostenvorteile zu erzielen: 1. Neue technologische Errungenschaften begünstigen diese Entwicklungen (bessere, sicherere Medikamente, Miniaturisierung von Geräten, Möglichkeiten von Selbst- und Fernmonitoring etc.). Der geplanten Zusammenarbeit mit der Industrie im Projekt Hausbesuche im Notfalldienst kommt deshalb eine grosse Bedeutung zu. 2. Im professionellen Wissensmanagement (z.B. Entwicklungen von Standards und Leitlinien, klinischen Pfaden etc.) gibt es eine Reihe von Fortschritten, welche die verstärkte Nutzung von extramuralen resp. ambulanten Optionen bis in den häuslichen Bereich erleichtern. Das Projekt Hausbesuche im Notfalldienst beinhaltet deshalb auch die wissenschaftliche Begleitung des Projekts mit der Möglichkeit der laufenden Evaluation der Dienstleistungen sowie der Entwicklung von neuen Strategien. 3. Der wichtigen Aspekte sind aber die Etablierung bzw. Weiterentwicklung von multiprofessionellen und multi-institutionellen Kooperation sowie Qualitätssicherungen in der extramuralen Krankenversorgung und die Optimierung der Schnittstelle zwischen der stationären und der ambulanten Krankenversorgung. Damit soll auch ambulant bis in den häuslichen Bereich ein umfassendes Leistungspaket kontinuierlich, integriert und qualitätsgesichert angeboten werden können. In diesem Sinne wird der Vernetzung im Projekt Hausbesuche im Notfalldienst eine äusserst grosse Bedeutung beigemessen.

## 2.2. Zukunftsperspektiven bezüglich Hausbesuchen im Notfalldienst

Verschiedentlich wird die Meinung geäussert, dass es in den nächsten Jahren in der Schweiz aufgrund einer Überalterung der Hausärzte und eines Nachwuchsmangels in einigen Regionen die Notfallversorgung in der bestehenden Form nicht mehr garantiert werden kann<sup>9;11</sup>. Eine Umgestaltung der ambulanten Notfallversorgung in verschiedenen Regionen ist eine Notwendigkeit und es wird bereits mit verschiedenen Modellen experimentiert.

Die gesamte Notfalldienstorganisation muss überdacht und gegebenenfalls neu strukturiert werden<sup>1;6;9</sup>. Der postulierte Restrukturierungsbedarf kann sowohl als Bedrohung als auch als Chance, das vorhandene Optimierungspotential zu nutzen, empfunden werden. Reformen im Schweizerischen Gesundheitswesen scheitern oft am föderalistischen System und an den fehlenden oder divergierenden Anreizen für die verschiedenen Beteiligten. Im Bereich der ambulanten Notfallversorgung kann sich in den nächsten Jahren eine Situation ergeben, in der sich, aus einer Notwendigkeit heraus, die Interessen der Patienten, Ärzte,

Versicherer und Politiker treffen könnten und in der von allen gemeinsam eine qualitativ hoch stehende, effiziente und effektive medizinische Notfalldienstleistung von allen gemeinsam gefördert wird. Die Zeit scheint deshalb reif für Schritte zur Optimierung der Notfallversorgung.

Zur Umsetzung des daraus hervorgehenden Auftrages bedarf es technischer, finanzieller, politischer und kultureller Voraussetzungen. In Anbetracht der Komplexität der Situation, hat deshalb ZüriMed ein Projekt in Auftrag gegeben, um von allen beteiligten Parteien akzeptierte und fachlich sowie wirtschaftlich erfolversprechende Lösungsansätze zu entwickeln.

## 3. Projekt

### 3.1. Aktuelle Ausgangssituation

Bis vor kurzem wurden die Inhaberinnen und Inhaber einer Praxisbewilligung dazu verpflichtet, **Hausbesuche** im Rahmen ihrer **Notfalldienste** anzubieten und damit die Notfallversorgung durch **Hausbesuche** zu sichern. Für viele der betroffenen Ärztinnen und Ärzte stellt diese eine grosse Belastung dar, welche die zusätzlich und parallel geführte, termingebundene ambulante Tätigkeit erschwert und behindert. Da aber **Hausbesuche** im **Notfalldienst** von den Patienten geschätzt sind, für die eigene Klientel von den praktizierenden Ärztinnen und Ärzten oft ohnehin angeboten werden, das medizinische Spektrum fachlich erweitern und eine kostengünstige Organisation derselben möglich ist, werden Möglichkeiten gesucht, dieses Angebot zu erhalten und zu fördern. Gestützt auf die Rahmenverordnung der AergteGesellschaft Kanton Zürich (AGZ) wurde das Notfalldienstreglement an die aktuellen Gegebenheiten, Hindernisse und Bedürfnisse angepasst und am 9.12.2010 in einer Urabstimmung der Mitglieder von einer grossen Mehrheit genehmigt<sup>15</sup>. Das neue Reglement basiert auf einer grösstmöglichen Freiwilligkeit und bietet neu die Möglichkeit Notfalldienst ohne Hausbesuche zu leisten. Hausbesuche sollen neu durch Kolleginnen und Kollegen garantiert werden, welche diese Leistung freiwillig erbringen. Allerdings müssen optimierte Strukturen entwickelt werden, welche ermöglichen, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte damit zufrieden arbeiten, ihre Kompetenz umsetzen, das Angebot weiter entwickeln und davon auch in wirtschaftlichem Sinne profitieren können.

### 3.2. Projektidee

#### 3.2.1. Zielsetzung

Das Projekt von ZüriMed soll die Attraktivität für **Hausbesuche** im **Notfalldienst** durch eine synergistische Zusammenarbeit mit den öffentlichen Spitälern sowie durch ein Auftragsvolumen fördern. So kann allenfalls ein kostendeckendes Arbeiten ohne parallel geführte, termingebundene ambulante Tätigkeit garantiert werden. Damit könnte man dem Bedürfnis eines Überganges von einem Zwang auf eine Freiwilligkeit bezüglich der Hausbesuche nachkommen.

Die **Umsetzung** des Projekts soll schrittweise erfolgen, mit einzelnen und in sich abgeschlossenen Etappen: **Marktanalyse**, Gründung und Umsetzung **Gesellschaft** oder **Institut für Hausbesuche im Notfalldienst** und schliesslich **Evaluation**.



### 3.2.2. Marktanalyse

Eine Marktanalyse (siehe Kapitel 4) soll den Umfang der Hausbesuche, die personellen Ressourcen sowie die finanziellen Rahmenbedingungen des Projekts abschätzen. Dazu werden die Basisdaten (siehe Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) zusammengetragen, eine Beurteilung mittels SWOT-Analyse (siehe Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) vorgenommen und die Ausrichtung inklusive Strategie (siehe Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) festgelegt. Ausserdem sollen mittels je einer Umfrage bei den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten (siehe Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) sowie bei den Spitälern (siehe Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) das grundsätzliche Interesse und die potentiellen personellen Ressourcen ermittelt werden. Diesen Daten dienen als Grundlage zur Abschätzung von Aufwand und Ertrag (siehe Kapitel 7). Schliesslich werden diese Daten in einem Businessplan zusammengetragen und dem Gründerteam (siehe Kapitel 3.4.1) zur Genehmigung vorgelegt, so dass ein realistisches Geschäftsmodell Grundlage der weiteren Schritte ist.

### 3.2.3. Gesellschaft oder Institut für Hausbesuche im Notfalldienst

Mit einer neu zu gründenden Gesellschaft oder einem Institut für Hausbesuche im Notfalldienst (siehe Kapitel 5) sollen die Hausarztbesuche im Notfalldienst wirtschaftlich und kostendeckend organisiert, für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte attraktiv gestaltet und bezüglich der Betreuungsqualität für die Patienten verbessert werden. Aus den Daten der Marktanalyse sowie der eindeutig festgelegten Organisationsstruktur der Gesellschaft oder des Instituts Hausbesuche im Notfalldienst dürfte eine realistische Abschätzung von Aufwand und Ertrag möglich sein (siehe Kapitel 7).

### 3.2.4. Evaluation

Nachdem das neue Arbeitsmodell in Betrieb genommen wurde, sollen die medizinischen und wirtschaftlichen Daten wissenschaftlich ausgewertet und mit den bisherigen und üblichen Modellen der Notfalldienstorganisation verglichen werden (siehe Kapitel 6).

## 3.3. Bedeutung des Projekts

### 3.3.1. Bedeutung des Gesamtprojekts

Verschiedene Entwicklungen stellen heutzutage die ambulante Notfallversorgung und insbesondere die Hausbesuch in Frage. Nachdem das Notfalldienstreglement an die aktuellen Gegebenheiten, Hindernisse und Bedürfnisse angepasst wurde, müssen Strategien entwickelt werden, welche die Umsetzung der beschlossenen Massnahmen im Alltag erlauben. Ohne Anpassung der bisherigen Strukturen dürften sich kaum genügend Ärztinnen und Ärzte finden, welche die nötigen **Hausbesuche im Notfalldienst** abdecken würden. Das Projekt schafft Bedingungen, welche die Dienstleistung Hausbesuch aufwertet und für die involvierten Partner attraktiv macht. Es ist auf dem schweizerischen Gesundheitsmarkt vorläufig das einzige Model, welches alle an **Hausbesuchen im Notfalldienst** interessierten Partner (Praktiker, Spitäler, Forschungseinrichtungen, Gesundheitsdirektion, Fachgremien, Industrie) berücksichtigt, einschliesst und vernetzt. Es existieren zwar vernetzte Notfallversorgungskonzepte wie z.B. im Stadtspital Waid (Zürich)<sup>3;8</sup> oder im Spital Aarberg mit dem Projekt HANS (Spital Netz Bern)<sup>7</sup>, diese bieten aber keine Hausbesuche an. In diesem Sinne ist das Projekt **Hausbesuche im Notfalldienst** auch ein Pilotprojekt für verschiedene andere Regionen, welche in absehbarer Zeit vor ähnlichen Herausforderungen stehen werden.

### 3.3.2. Nutzen resp. Anreize für die Ärzteschaft

**Einhalten des revidierten Notfalldienstreglements:** Das revidierte Notfalldienstreglement kann langfristig umgesetzt werden. Dabei entfällt für alle Ärztinnen und Ärzte der Versorgungszwang durch Hausbesuche im Notfalldienst. Dies entlastet vor allem diejenigen Ärztinnen und Ärzte, welche keine **Hausbesuche** im **Notfalldienst** anbieten möchten.

**Ökonomische Struktur für Hausärztinnen und Hausärzte:** Die **Hausbesuche** im **Notfalldienst** können durch eine Zusammenlegung und eine koordinierende Organisationsstruktur in ökonomischer Hinsicht optimiert werden. So erreicht man mit einer Bündelung der Hausbesuche ein Volumen der Einsätze, das eine Spezialisierung auf Hausbesuche erlaubt und keine parallel geführte, termingebundene ambulante Tätigkeit mehr nötig macht. Die Terminplanung wird einfacher und der äusserst störende Einfluss der notfallmässigen Unterbrechung der geplanten Aktivitäten entfällt. Ein wirtschaftliches und kostendeckendes Arbeiten wird möglich. Zudem sieht das neue Notfalldienstreglement eine Anerkennungszahlung vor.

**Ökonomische Struktur für Gesundheitswesen:** Gleichzeitig weisen Erhebungen aus Dänemark darauf hin, dass solche Massnahmen zu einer erheblichen Kostenreduktion im Bereiche der ambulanten medizinischen Notfallversorgung führen<sup>9</sup>.

**Organisatorische Optimierung:** Eine koordinierende Organisationsstruktur erlaubt die **Hausbesuche** im **Notfalldienst** so zu planen, dass Hausbesuche als Spezialisierung ohne parallel geführte, termingebundene ambulante Tätigkeit möglich sind. Die Terminplanung wird einfacher; störende Einflüsse der parallel geführten Aktivitäten entfallen. Die versorgenden Ärztinnen und Ärzte können auf eine Unterstützung bei Transporten (z.B. eigenes Taxi) bauen. Anschaffung und Unterhalt der Ausrüstung können professionell, mit gebündelten Möglichkeiten und wegen der gemeinsamen Nutzung kostendeckend organisiert werden. Dies erlaubt beispielsweise eine adäquat zusammengestellte und laufend erneuerte Notfallausrüstung oder eine EDV-Unterstützung mit unkompliziertem Zugriff auf Patientendaten und medizinische Informationen inklusive Notfall-Kommunikationssystem mit Konsiliarärzten.

**Optimierung der Arbeitsbedingungen und des -klimas:** Durch eine Optimierung der Zusammenarbeit der verschiedenen an **Hausbesuchen** im **Notfalldienst** interessierter Partner (Praktiker, Spitäler, Forschungseinrichtungen, Gesundheitsdirektion, Fachgremien, Industrie) kann die Arbeit für Ärztinnen und Ärzte angenehmer, interessanter und qualitativ besser erledigt werden. Einerseits verhilft die Koordination der Diensteinsätze zu einem interessanten und erfüllten Arbeitstag. Andererseits erlaubt die gegenseitige Vertretung eine planbare, medizinische Tätigkeit mit adäquater Erholung. Erhebungen aus Dänemark weisen darauf hin, dass mit solchen Massnahmen die Notfalldienstzeiten der Ärzte deutlich gesenkt werden konnten<sup>9</sup>. Ein interdisziplinärer konsiliarärztlicher Dienst (z.B. Oberarzt oder Oberärztin im Spital als Ansprechpartner), welcher jederzeit beansprucht werden kann, erhöht die Sicherheit für Ärztinnen und Ärzte bei der täglichen Arbeit am Patienten. In diesem Sinne könnten auch technische Verbesserungen auf Grund einer Zusammenarbeit mit der Industrie die Kommunikation zwischen den verschiedenen an **Hausbesuchen** im **Notfalldienst** interessierten Partnern verbessern. Zusätzlich sind die betreuenden Ärztinnen und Ärzte mit einem stets aktualisierten Notfalkoffer ausgerüstet. In diesem Sinne ergab die bereits erwähnte dänische und holländische Studie<sup>9</sup>, dass die höhere Intensität der Notfallkonsultationen während der Präsenzzeiten sowie die Teamarbeit zur gesteigerten Zufriedenheit und Motivation der betreuenden Ärztinnen und Ärzte führten.

**Weiterentwicklung:** Wissenschaftliche Begleitung, Auswertungen der Dienstleistungen und Vergleiche der verschiedenen Modelle der **Hausbesuche** im **Notfalldienst** erlauben eine rationale Auseinandersetzung mit der Dienstleistung Hausbesuche. Auf dieser Grundlage können Evidenz basiert, optimierte Strategien in Form von Richtlinien und Empfehlungen erarbeitet werden. Zusätzlich werden die bestehenden Möglichkeiten bezüglich der Fortbildung qualitativ verbessert.

**Einflussnahme:** Die Erfahrungen und Bedürfnisse von Ärztinnen und Ärzten, welche **Hausbesuche** im **Notfalldienst** machen, werden aktuell nicht systematisch erfasst und aufgearbeitet (z.B. Fortbildungen,

Fachliteratur). Mit dem vorgestellten Modell können diese erkannt und Lösungen entwickelt werden. So könnten zum Beispiel folgende Themen bearbeitet werden, wozu der einzeln agierende Praktiker kaum oder zumindest wenig Ressourcen hat: Optimierung der Transporte, Bereitstellung und Wartung der Ausrüstung, Erhebung von Daten für Tarifverhandlungen usw. Schliesslich kann auf Grund der koordinierenden Organisationsstruktur, der Grösse der Organisation sowie der wissenschaftlich fundierten Daten die Dienstleistung **Hausbesuche im Notfalldienst** auch politisch „sichtbar“ gemacht werden. Dies wird helfen, die Bedürfnisse der Ärzteschaft besser in den Alltag umzusetzen.

### 3.3.3. Nutzen für Patienten

**Optimierung der Versorgungsqualität:** Die Betreuung kann für die Patienten mittels einer optimierten Zusammenarbeit der verschiedenen an **Hausbesuchen im Notfalldienst** interessierten Partner (Praktiker, Spitäler, Industrie) angenehmer gestaltet werden. Insbesondere ist mittels einer koordinierenden Organisationsstruktur eine flexible, individuelle und schliesslich patientenfreundliche Planung der Dienstleistungen im Rahmen der **Hausbesuche im Notfalldienst** möglich<sup>9</sup>. Das Wohlbefinden der Patienten wird dadurch beachtet und gesteigert.

**Optimierung der Behandlungsqualität:** Konsiliarärztliche Dienste mit Hintergrunddienst im Spital (Oberarzt oder Oberärztin), welcher jederzeit beansprucht werden können, erhöhen die fachliche Kompetenz, Sicherheit und Zufriedenheit der verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte. Durch eine optimierte Kommunikation zwischen den verschiedenen an **Hausbesuchen im Notfalldienst** interessierten Partnern vermögen auch technische Verbesserungen auf Grund einer Zusammenarbeit mit der Industrie deren Kompetenz resp. fachlichen Qualitätsstandards und das Arbeitsklima zu verbessern. Schliesslich dürfte die wissenschaftliche und Evidenz basierte Beurteilung der **Hausbesuche im Notfalldienst** zur Optimierung der Strategien, der Prozesse und letztlich der Betreuungsqualität vor Ort beitragen.

**Politische Einflussnahme:** Auch für die Patienten kann auf Grund der koordinierenden Organisationsstruktur, der Grösse der Organisation sowie der wissenschaftlich fundierten Daten die Dienstleistung **Hausbesuche im Notfalldienst** politisch „sichtbar“ gemacht werden. Dies hilft sicher die Bedürfnisse der betroffenen Patienten besser zu erfassen, zu vertreten und schliesslich im Alltag umzusetzen.

## 3.4. Team

### 3.4.1. Gründerteam

Im Folgenden werden die Motivation und der Nutzen für die Partner im Gründungsteam dargestellt:

**ZüriMed:** Gestützt auf die Rahmenverordnung der AerzteGesellschaft Kanton Zürich (AGZ) ist ZüriMed zuständig für die Organisation des Notfalldienstes und damit auch für die **Hausbesuche im Notfalldienst**. Nachdem am 9.12.2010 das neue Notfalldienstreglement genehmigt wurde<sup>15</sup>, hat ZüriMed das Projekt **Hausbesuche im Notfalldienst** lanciert, um die Umsetzung der Revision im Alltag zu realisieren. Die Dienstleistung **Hausbesuche im Notfalldienst** ist zwar eine kassenpflichtige Leistung, wird aber durch den geltenden Tarif (TARMED) ungenügend abgegolten. Um Anreize zu schaffen, ist ZüriMed vorerst bereit Anerkennungszahlungen aus den Ersatzabgaben der nicht Notfalldienst leistenden Ärztinnen und Ärzten zu gewähren. Längerfristig soll aber durch eine verbesserte Abgeltung sowie eine effizientere Organisation sollen die Hausbesuche auch finanziell attraktiv werden. Sie ist aber bereit eine Anerkennungszahlung aus den Ersatzabgaben der Ärzte, welche keinen Dienst leisten zu garantieren. ZüriMed vertritt die betroffenen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, welche die **Hausbesuche im Notfalldienst** zu leisten haben. Diese werden gemäss dem zugrundeliegenden Freiwilligkeitsgedanken eingeladen, sich zu äussern, in welchem Rahmen sie sich am Notfalldienst resp. am Projekt beteiligen möchten (siehe Kapitel 3.1). Ausserdem

werden sie gemäss den Statuten und Gepflogenheiten der Gesellschaft informiert, mit in die Entscheidungsprozesse involviert und anlässlich der Versammlungen, um deren Willen gefragt.

**Ärztetefon als Triagestelle:** Eine zentrale Bedeutung für einen zweckmässigen, wirksamen und wirtschaftlichen Einsatz der Hausbesuche kommt der Triage zu. Diese muss deshalb von einer geeigneten Institution, welche die fachlichen Qualitätsanforderungen erfüllt und mit den lokalen Verhältnissen bestens vertraut ist vorgenommen werden. Ausserdem muss deren Auftrag und Kontrolle sinnvoll in die Grundversorgung eingebettet sein. Diese Voraussetzung erfüllt lediglich das Ärztetefon.

**Spitäler:** Im Einzugsgebiet des Projekts befinden sich die öffentlichen Institutionen Universitätsspital, Stadtsptial Triemli, Stadtsptial Waid und Limmattalsptial sowie die Klinik Hirslanden, welche alle am bisherigen Notfalldienst beteiligt sind. Diese Institutionen werden im Rahmen des Projektes eingeladen, sich zu äussern, in welchem Rahmen sie sich an der Dienstleistung **Hausbesuche** im **Notfalldienst** beteiligen möchten (siehe Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Insbesondere können sie selbst festlegen, ob überhaupt und in welchem Ausmass sie sich personelle und finanziell zu beteiligen gedenken.

**Forschung:** Das Institut für Hausarztmedizin soll von Beginn weg in das Projekt einbezogen werden und sich mit Forschungsarbeiten über dessen Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit beteiligen, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden (siehe Kapitel 6).

**Gesundheits- und Umweltsdepartement der Stadt Zürich (GUD):** Seit je besteht eine gute Zusammenarbeit zwischen dem GUD und der für die Organisation des Notfalldiensts verantwortlichen Bezirksgesellschaft, ZüriMed. Ausdruck und lebhafter Beweis davon sind der Betrieb des Ärztetefons und die gemeinsame Einführung der Notfallpraxis Waid. Da die Stadt Zürich ein vitales Interesse an einem weiterhin funktionierenden Hausarztbesuch im Notfalldienst hat, gehört die Stadt Zürich als wichtiger Partner ins Gründerteam.

**Gesundheitsnetz 2025:** Das Gesundheitsnetz 2025 verbindet Personen und Organisationen, die in der Stadt Zürich die Gesundheitsversorgung in Richtung einer integrierten Versorgung weiterentwickeln wollen, um der Zürcher Bevölkerung auch in der Zukunft Zugang zu einer guten und sozialen Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Um eine optimale und umfassende Vernetzung zu erreichen, müssen diese bereits vorhandenen Strukturen, Vorarbeiten und Kontakte unbedingt genutzt werden. Das Projekt **Hausbesuche** im **Notfalldienst** kann allenfalls auch auf andere Partner, welche im Gesundheitsnetz 2025 aktiv sind, ausgedehnt werden (siehe Kapitel 3.4.2).

### 3.4.2. potentielle Partner

An dieser Stelle werden mögliche Partner aufgelistet und Entwicklungsfelder aufgezeigt. Die Ausführungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sind teils rein zufällig im Sinne eines Brainstormings entstanden. Fundierte Gespräche oder eine detaillierte Ausarbeitung haben noch nicht stattgefunden.

**Andere auf Hausbesuche oder Notfalldienst spezialisierte Organisationen:** Das Gespräch muss mit allen ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten im Einzugsgebiet Zürich und Dietikon gesucht werden, um langfristig eine reibungslose Versorgung zu garantieren. Diese Gespräche machen aber erst Sinn, wenn die Vorstellungen der Gründer konkretisiert sind. Dabei gehören nicht nur ärztlich Institutionen und Organisationen wie z.B. SOS-Ärzte und Walk-In-Kliniken sondern auch nicht ärztliche Organisationen wie z.B. die Spitex oder Heilpädagogischer Dienst.

**Spezialärztliche Notfalldienst:** Im Rahmen dieses Projektes könnte auch die Aufgabe der spezialärztlichen Notfalldienste neu überdacht allenfalls synergistisch geregelt werden. So ist beispielsweise ein Hintergrunddienst denkbar. Durch eine Zusammenarbeit der Psychiater und der Grundversorger kann nicht nur der Notfalldienst angenehmer gestaltet, sondern auch fachlich verbessert werden.

**Dienstleister und Ausrüster:** Durch die Zusammenarbeit mit einem Taxiunternehmen kann ein Betrag zur sicheren, zeitlich adäquaten und wirtschaftlich vertretbaren Beförderung geleistet werden. Eine adäquat und stets dem neusten Stand der Technik angepasste Notfallausrüstung, welche die Möglichkeiten eines

einzelnen Notfalldienst Leistenden übersteigt, ist eine Voraussetzung für einen qualitativ einwandfreien Notfalldienst vor Ort.

**Elektronische Vernetzung:** Eine EDV-Unterstützung mit unkompliziertem Zugriff auf Patientendaten und medizinische Informationen inklusive Notfall-Kommunikationssystem mit Konsiliarärzten dürfte die Behandlungsqualität verbessern und das Arbeiten attraktiver sowie wirtschaftlicher gestalten. Von Bedeutung ist dabei, dass bereits vorhandene Ansätze wie z.B. das Projekt **E-Health** der Stadtspitäler oder die Arbeiten in ZüriMed durch die Firma **visionary AG** (docbox) aufgegriffen werden und eine zumindest für Zürich übergeordnete Lösung gesucht wird. Dabei ist dem Datenschutz die nötige Beachtung zu schenken.

**Fachgremien:** Zur Diskussion, Abstützung und Weiterentwicklung der aktuellen Kenntnisse dürfte die Auseinandersetzung in und der Kontakt zu nationalen und internationalen Fachgruppen von Bedeutung sein.

**Expansionsgebiete:** Hausbesuche könnten allenfalls auf Alters- und Pflegeheime oder andere stationäre Einrichtungen ausgedehnt werden. Unter Umständen könnten ein solcher Dienst auch Hafterstehungsfähigkeiten und Fürsorgerische Freiheitsentzüge angeboten werden.

## 3.5. Risikoanalyse

### 3.5.1. Regulierter Markt

**Hausbesuche im Notfalldienst** bieten neben den diensthabenden, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auch die SOS-Ärzte an. Zwar ist eine Verlagerung von stationären Leistungen in den extramuralen Bereich erwünscht, doch kann eine Ausweitung im Sinne eines nicht zweckmässigen, nicht wirksamen und nicht wirtschaftlichen Einsatzes der Hausbesuche zu einer Verteuerung des Gesundheitswesens führen. Damit würde ein Mehrangebot mit entsprechenden Kostenfolgen (Leistungsausweitung) aber geringem Nutzen kreiert, da nicht nur eine notwendige und kostengünstige Massnahme angeboten würde. Es ist deshalb entscheidend, die neu zu gründende Organisation der Versorgungssituation in ihrer Grösse so anzupassen, dass kein Überangebot entsteht. Es empfiehlt sich mit der Organisation schlank zu beginnen. Der Bestandesaufnahme mittels einer fundierten Marktanalyse sowie eine seriöse und breit abgestützte Planung kommt deshalb besondere Bedeutung zu. Mit anderen Anbietern ist im erwähnten Einzugsgebiet nicht zu rechnen, da entsprechende Genehmigungen der Kontrolle seitens der Kantone sowie der Kostenträger unterliegen. Bezüglich des Risikos der unerwarteten Konkurrenz besteht somit ein verlässlich, geregelter Markt.

### 3.5.2. Entschädigung der Dienstleistung

Die Verrechnung der Dienstleistungen ist gesetzlich geregelt (TARMED). Dies erlaubt eine zuverlässige Einschätzung der Entschädigungen und damit auch eine Planung eines allenfalls kostendeckenden Betriebs. Es ist nicht zu erwarten, dass in absehbarer Zeit wesentliche Änderungen am Tarifsysteem gemacht werden. Wie effizient die im Projekt vorgesehenen Leistungserbringer arbeiten, muss unbedingt unter den veränderten Bedingungen evaluiert werden. Die meisten der bisherigen Untersuchungen stützen sich auf das traditionelle Hausarztmodell, in dem Arzt bekannte Patienten im Rahmen einer Langzeitbetreuung besucht werden. Es bestehen allerdings bereits heute Hinweise darauf, dass auch notfallmässig geleistete Hausbesuche zu einer Kostenreduktion im Bereiche der ambulanten medizinischen Notfallversorgung beitragen können<sup>9</sup>. Diesbezüglich dürfte sich auch günstig auswirken, wenn man sich bei der Indikation auf nicht lebensbedrohende Zustände beschränkt. Der wissenschaftlichen Evaluation des Projekts kommt aber sicher eine grosse Bedeutung zu, was andernorts weiter ausgeführt wird (siehe Kapitel 6).

### 3.5.3. Mitarbeit der Ärztinnen und Ärzte

Die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Einzugsgebiet Zürich und Dietikon haben die **Hausbesuche** im **Notfalldienst** zu leisten. Diese werden neu gemäss dem Freiwilligkeitsgedanken eingeladen, sich am Notfalldienst resp. am Projekt zu beteiligen (siehe Kapitel 2.1). Deren Bereitschaft an einem solchen Projekt teilzunehmen, ist unbekannt und schwer abzuschätzen. Ihre Mitarbeit ist für eine funktionierende Versorgung von entscheidender Bedeutung. Das Projekt schafft deshalb auch Anreize (siehe Kapitel 3.3.2), um die Ärzteschaft für eine Mitarbeit zu gewinnen. Die Ende März geplante Umfrage bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wird über die Akzeptanz und Attraktivität des Projekts Klarheit schaffen (siehe Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

### 3.5.4. Mitarbeit der Spitäler

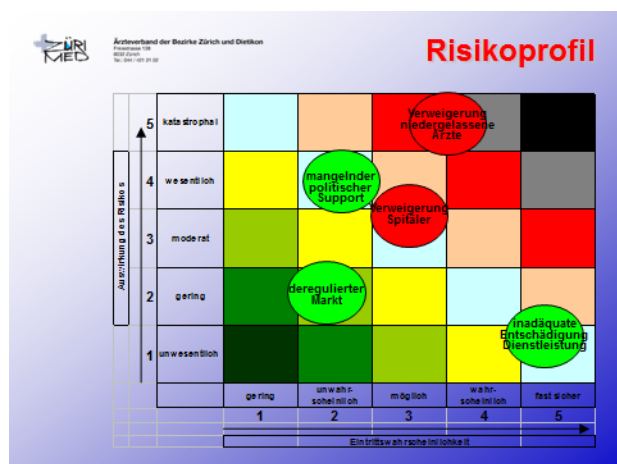
Das Projekt **Hausbesuche** im **Notfalldienst** baut auf einer Zusammenarbeit mit den Spitälern. Die in den Notfalldienst involvierten, öffentlichen Institutionen Universitätsspital, Stadtspital Triemli, Stadtspital Waid und Limmattalspital sowie die Klinik Hirslanden werden deshalb eingeladen, sich am Projekt zu beteiligen (siehe Kapitel 2.1). Die beteiligten Spitäler erhielten damit auch die Möglichkeit, ihre Mitarbeiter auch ausserhalb ihrer Institutionen einzusetzen. Damit würde eine einmalige Möglichkeit geboten, die Ausbildung um einen wichtigen Inhalt, nämlich der Grundversorgung, zu erweitern. Ein entsprechendes Interesse wurde seitens der Auszubildenden bereits angemeldet. Diese Auftragsverlängerung der öffentlichen Spitäler bedarf einer entsprechenden Unterstützung durch die Grundversorger, einer Begründung sowie einer Beurteilung und Genehmigung durch die politischen Instanzen. Auch deshalb ist eine breite Abstützung dringend notwendig (siehe Kapitel 3.5.5).

### 3.5.5. Politischer Support

Ziel des Projekts **Hausbesuche** im **Notfalldienst** ist eine zweckmässige, wirksame und wirtschaftliche Notfallversorgung. Ohne einen solchen Ansatz der integrierten Versorgung dürfte die Grundlage für eine Wirtschaftlichkeit fehlen oder für die Dienstleister derart unattraktiv werden, dass nicht genügend frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte bereit sind, Hausbesuche weiter anzubieten. Ein entsprechender politischer Support ist daher dringend notwendig, um eine Koordination der verschiedenen Bedürfnisse zu erreichen und verlässlich zu regeln. Günstig dürfte sich auswirken, dass am fachlichen Nutzen kaum Zweifel besteht und auf einer bewährten Partnerschaft aufgebaut werden kann.

### 3.5.6. Risikoprofil

Das Risikoprofil des Projekts **Hausbesuche** im **Notfalldienst** präsentiert sich wie folgt:

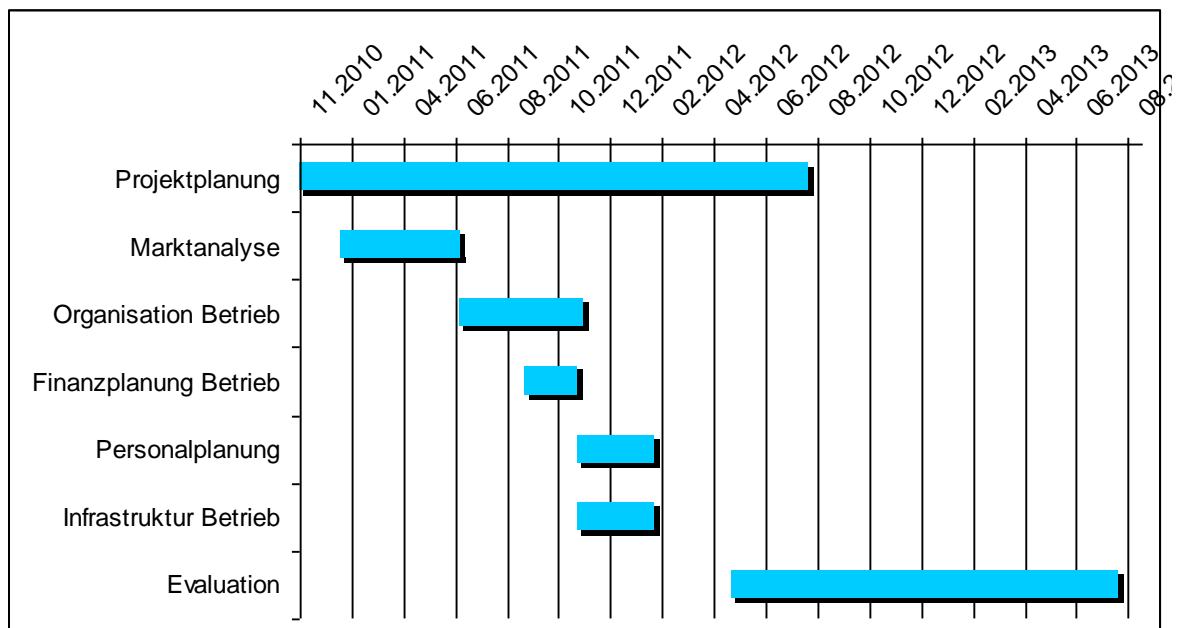


### 3.6. Realisierungsplan

Projektstart erfolgte am 30.11.2010. Die weiteren zeitlichen Eckpfeiler sind:

Version: 14. Januar 2011

Themen	Zuständigkeit	Termine		
		Anfang	Dauer (Tage)	Ende
<b>1 Projektplanung</b>		30.11.2010	603	25.07.2012
1 Auftrag	ZüriMed	30.11.2010	1	30.11.2010
2 Businessplan Projekt	BK	30.11.2010	49	18.01.2011
Businessplan Marktanalyse	BK	18.01.2011	140	07.06.2011
Businessplan Gesellschaft oder Institut für Hausbesuche im Not	BK	07.06.2011	231	24.01.2012
Businessplan Evaluation	BK	24.01.2012	183	24.07.2012
Businessplan Gesamtprojekt	BK	24.07.2012	1	25.07.2012
3 Finanzierungsanträge	BK	18.01.2011	41	28.02.2011
<b>2 Marktanalyse</b>		18.01.2011	140	07.06.2011
1 Literaturbearbeitung	BK	18.01.2011	77	05.04.2011
2 Umfrage Ärztinnen und Ärzte	BdR	18.01.2011	140	07.06.2011
3 Umfrage Spitäler	BK	18.01.2011	140	07.06.2011
4 Businessplan Marktanalyse	BK	18.01.2011	140	07.06.2011
<b>3 Organisation Betrieb</b>		07.06.2011	146	31.10.2011
1 Organisationsform	ZüriMed	07.06.2011	78	24.08.2011
2 Standort	ZüriMed	07.06.2011	78	24.08.2011
3 Werte / fachliche Ausrichtung	ZüriMed	07.06.2011	78	24.08.2011
4 Partnerschaften	ZüriMed	07.06.2011	146	31.10.2011
<b>4 Finanzplanung Betrieb</b>		24.08.2011	61	24.10.2011
1 Bilanz	BdR	24.08.2011	61	24.10.2011
2 Ertrag / Aufwand	BK	24.08.2011	61	24.10.2011
3 Gewinnverwendung	BK	24.08.2011	61	24.10.2011
4 Cash-Flow	BK	24.08.2011	61	24.10.2011
<b>5 Personalplanung</b>		24.10.2011	92	24.01.2012
1 Administration	ZüriMed	24.10.2011	92	24.01.2012
2 Ärztephone	ZüriMed	24.10.2011	92	24.01.2012
3 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	ZüriMed	24.10.2011	92	24.01.2012
4 Spitäler	ZüriMed	24.10.2011	92	24.01.2012
5 politische Instanzen	ZüriMed	24.10.2011	92	24.01.2012
6 Versicherungen	ZüriMed	24.10.2011	92	24.01.2012
<b>6 Infrastruktur Betrieb</b>		24.10.2011	92	24.01.2012
1 Niederlassung	BK	24.10.2011	92	24.01.2012
2 Transporte	BK	24.10.2011	92	24.01.2012
3 Notfallausrüstung	BK	24.10.2011	92	24.01.2012
4 EDV	BK	24.10.2011	92	24.01.2012
<b>7 Evaluation</b>		24.04.2012	460	27.07.2013
1 Team	Inst.HAM	24.04.2012	91	24.07.2012
2 Design	Inst.HAM	24.04.2012	91	24.07.2012
3 Finanzierung	Inst.HAM	24.04.2012	91	24.07.2012
4 Datenerhebung	Inst.HAM	25.07.2012	183	24.01.2013
5 Datenauswertung	Inst.HAM	25.01.2013	91	26.04.2013
6 Publikation	Inst.HAM	27.04.2013	91	27.07.2013





#### 4. Marktanalyse (in Ausarbeitung siehe Inhaltsverzeichnis)

#### 5. Gesellschaft oder Institut für Hausbesuche im Notfalldienst (in Ausarbeitung siehe Inhaltsverzeichnis)

#### 6. Evaluation (in Ausarbeitung siehe Inhaltsverzeichnis)

#### 7. Finanzplanung (in Ausarbeitung siehe Inhaltsverzeichnis)

### 8. Literatur

1. Arnet B, von Below G, Zimmermann H: Bei Notfall zuerst den Hausarzt anrufen. *Schweiz.Ärztzeitung* **85**: 1052-1055. 2004
2. Bunn F, Byrne G, Kendall S: Telephone consultation and triage: effects on the health care use and patient satisfaction. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* **18**: CD004180. 2004
3. Eichler K, Imhof D, Moshinsky CC, Zoller M, Senn O, Rosemann T, Huber CA: The provision of out-of-hours care and associated costs in an urban area of Switzerland: a cost description study. *BMC Family Practice* **11**: 1471-2296-[Epub ahead of print]. 2010
4. Flaig C, Zehnder K, Zürcher H, Eichenberger P, Frei C, Gegeckas A, et al.: Selbsteinweisung ins Spital. *PrimaryCare* **2**: 280-283. 2002
5. Grießler E, Krajic K, Peinhaupt C, Pelikan JM: "Virtuelles Krankenhaus zu Hause" in Österreich - Bestandsaufnahme und Analyse von Modellen der Qualitätsverbesserung der Spitalsentlassungen bzw. der integrierten ambulanten Versorgung akut kranker Menschen. *Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie Endbericht Projekt Nr.6950*: 1-72. 1999
6. Grüniger M: Gedanken zum ärztlichen Notfalldienst – eine Zeitbombe? *Schweiz.Ärztzeitung* **85**: 2533-2534. 2004
7. Hausärzte der Dienstkreise Aarberg-Büren-Lyss-Erlach, Spital Aarberg, Spital Netz Bern AG: Der Hausarzt-Notfall Seeland. *Homepage [www.hans-notfall.ch/](http://www.hans-notfall.ch/)*: 2010
8. Huber CA, Rosemann T, Zoller M, Eichler K, Senn O: Out-of-hours demand in primary care: frequency, mode of contact and reasons for encounter in Switzerland. *J.Eval.Clin.Pract.* **1365-2753.2010.01418** [Epub ahead of print]: 1-6. 2010
9. Meer A: Die ambulante Notfallversorgung im Umbruch. *PrimaryCare* **5**: 459-463. 2005
10. Meer A, Simonin C, Trapp A, Niemann S, Abel T: Einfluss der medizinischen computerassistierten Telefontriage auf das Patientenverhalten: erste Erfahrungen aus der Schweiz. *Schweiz.Ärztzeitung* **84**: 2160-2165. 2003
11. Müller M: Randregionen. *PrimaryCare* **3**: 879-880. 2003
12. Rowedder A: „Walk-In“ – Angebote in der medizinischen Grund- und ambulanten Notfallversorgung. Eine sinnvolle Ergänzung im schweizerischen Gesundheitssystem? *Master Thesis Universität Zürich*: 2010
13. Tommer B: Die besseren Notfallärzte. *NZZ am Sonntag* **13. Februar**: 2011
14. Walker A, Guillemard AM, Alber J: Older people in Europe: social and economic policies. The 1993 Report of the European Community Observatory. *Report of the European Community Observatory Luxemburg*: 1993
15. ZüriMed: Notfalldienstreglement Stadt Zürich und Dietikon. *Homepage [www.zuerimed.ch/archiv.php](http://www.zuerimed.ch/archiv.php)*: 2010





# **Pilotprojekt ServiceWohnenMobil**

## Konzept

**Verfasser/in:**

Liliane Ryser, Abteilungsleiterin und Mitglied der Geschäftsleitung, Altersheime der Stadt Zürich  
Janine Graf, Stabsstelle Projekte + Entwicklung, Altersheime der Stadt Zürich

Version Nr. 1 / 20.9.2010

Freigeber/in: GL AHZ

Gültig ab: 21.9.2010

Verteiler: Arbeitsgruppe SWM, Projektausschuss SWM

# Inhalt

<b>Zusammenfassung</b>	<b>3</b>
<b>1 Ausgangslage</b>	<b>4</b>
<b>2 Zielsetzung</b>	<b>4</b>
2.1 Projektidee und Ziele	4
2.2 Umfeldanalyse	5
2.3 Nachhaltigkeit	5
<b>3 Pilotprojekt</b>	<b>5</b>
3.1 Angebot	5
3.2 Zielgruppe	6
3.3 Preisgestaltung	6
3.4 Betriebsmodell	6
3.5 Projektorganisation	7
3.6 Vernetzung	7
3.7 Kosten	8
3.8 Projektevaluation	8
3.9 Projektplan	8
<b>Anhang</b>	<b>8</b>
Organigramm	
Budgetübersicht	
Projektplan	

## Zusammenfassung

In einem zweijährigen Pilotprojekt soll im Quartier Seefeld in der Stadt Zürich ein neues Unterstützungsangebot für ältere zuhause lebende Menschen geprüft werden. Die ProjektträgerInnen Altersheime der Stadt Zürich und Spitex Zürich Limmat wollen in Ergänzung zu den bestehenden ambulanten und stationären Angeboten eine Versorgungslücke schliessen. Für das Unterstützungsangebot im nichtprofessionellen Bereich soll ein neues Modell in Form von bezahlter Laienarbeit erprobt werden. Die praktischen und sozialen Unterstützungsleistungen wie technische Hilfestellungen, Begleitungen, Organisation von Aktivitäten und Anlässen etc. werden von bezahlten Laienmitarbeitenden erbracht. Damit soll ein Beitrag geleistet werden, dass die älteren Menschen länger in ihrer eigenen Wohnung leben können. Im Zentrum steht die sozialräumliche Orientierung und die Quartierverbundenheit der älteren Menschen, weshalb das Angebot von zwei im Quartier Seefeld gut verankerten Organisationen wie das Altersheim Wildbach und das Spitexzentrum Neumünster in Kooperation eingeführt und getragen wird. Je nach Resultat des Pilotprojektes soll das Modell auf andere städtische Quartiere übertragen werden.

# 1 Ausgangslage

Die Lebenslagen und Versorgungsbedürfnisse von älteren Menschen können sich schnell ändern und entsprechend sind situationsadäquate Lösungen gefragt, die sich nicht immer nach den Grenzen der stationären und ambulanten LeistungserbringerInnen richten. Um die Angebote für die älteren Menschen bedürfnisgerechter und durchlässiger zu gestalten, erfordert es eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den ambulanten und stationären VersorgungsdienstleisterInnen.

Die Idee der integrierten Versorgung ist nicht neu und wird in Fachkreisen bereits seit einiger Zeit verfolgt. Dabei sind auch erste Erfahrungen mit Kooperationsmodellen von stationären und ambulanten Einrichtungen beispielsweise in Holland, in Deutschland oder auch in der Schweiz gesammelt worden. Eine neuere Untersuchung der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) im Auftrag der Age Stiftung, Curaviva Schweiz und des Spitex-Verbandes Schweiz zum Thema 'Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich' zeigt, dass es Bestrebungen zu Verbundlösungen gibt, dass diesbezüglich aber noch Handlungsbedarf und Potenzial besteht.

In der Stadt Zürich wurde bisher zwischen dem ambulanten und stationären Bereich vorwiegend ein informeller Austausch gepflegt. Um die Versorgungsangebote für die ältere Bevölkerung in der Stadt Zürich bedürfnisgerechter abzudecken, zeichnet sich hier für die Zukunft ein Trend hin zu einer stärkeren Zusammenarbeit und Nutzung von Synergien ab. Dabei soll die Quartierverbundenheit und die sozialräumliche Orientierung der älteren Menschen in der Stadt Zürich berücksichtigt werden.

## 2 Zielsetzung

### 2.1 Projektidee und Ziele

Im Pilotprojekt ServiceWohnenMobil soll eine neue Form der Zusammenarbeit zwischen den Altersheimen der Stadt Zürich und der Spitex Zürich erprobt werden. Das neue Unterstützungsangebot wird vom Altersheim Wildbach und dem Spitexzentrum Neumünster gemeinsam entwickelt und soll im Quartier Seefeld eine Versorgungslücke schliessen. Das Angebot ServiceWohnenMobil richtet sich an ältere Menschen im Quartier Seefeld, die in ihrer eigenen Wohnung leben. Es soll ergänzend zu bestehenden professionellen Dienstleistungen der Spitex und des Altersheims Wildbach (ServiceWohnen und öffentliche Angebote wie Mittagstisch, Fit- und Wellness, Soziokultur etc.) angeboten werden. Erfahrungen der Altersheime der Stadt Zürich und auch der Spitex zeigen, dass die älteren Menschen in der Stadt Zürich eine starke Quartierverbundenheit haben (z.B. bei der Wahl des Altersheims). Beide Organisationen sind gut im Quartier verankert und besitzen einen hohen Bekanntheitsgrad. Dies sind optimale Voraussetzungen, um das neue Angebot erfolgreich einzuführen.

Das Unterstützungsangebot ist im nichtprofessionellen Bereich angesiedelt und schliesst eine Lücke im Bereich der praktischen und sozialen Unterstützung. Dafür soll ein neues Modell in Form von bezahlter Laienarbeit erprobt werden. Die Laienmitarbeitenden erbringen Unterstützungsleistungen für die älteren Menschen, welche in ihrer eigenen Wohnung leben. Damit soll einerseits erreicht werden, dass die älteren Menschen gemäss ihrem Wunsch länger zuhause blei-

ben können. Zudem gehen wir von der Annahme aus, dass die praktische und soziale Unterstützung insbesondere auch gesundheitserhaltende und -fördernde Wirkung hat (z.B. soziale Integration versus soziale Isolation).

## 2.2 Umfeldanalyse

In einem Vorprojekt mit externer Projektleitung wurden der Markt und die bestehenden ambulanten Angebote im Quartier Seefeld analysiert. Es hat sich gezeigt, dass trotz einem breiten Angebot, Versorgungslücken vorhanden sind. Die bereits bestehenden Angebote können in folgende Kategorien eingeteilt werden:

- Professionelle Dienstleistungsangebote durch die öffentliche Hand oder nicht gewinnorientierte Betriebe (z.B. D-Mobil, Spitex)
- Private gewinnorientierte Leistungserbringer auf dem ambulanten Markt (z.B. Home Instead)
- Gemeinnützige Angebote (z.B. Besuchsdienst der Pro Senectute)
- Hilfeleistungen durch Freiwillige Mitarbeitende (z.B. Nachbarschaftshilfe Riesbach, Pro Senectute, Kirchen)

ServiceWohnenMobil grenzt sich von den bereits bestehenden Angeboten insbesondere dadurch ab, dass die InitiantInnen bereits gut im Quartier verankert sind und auf eine gut funktionierende Infrastruktur sowie langjährige Kompetenzen in der ambulanten und stationären Versorgung zurückgreifen können. Weiter kann durch die bezahlte Laienmitarbeit die Preisgestaltung so angelegt werden, dass auch ältere Menschen mit einem geringeren Einkommen von diesem Angebot profitieren können. Die Preise werden entsprechend angesetzt.

## 2.3 Nachhaltigkeit

Die Pilotphase soll zeigen, ob und wie das neue Angebot genutzt wird. Gleichzeitig soll das neue Modell der bezahlten Laienarbeit erprobt werden. Je nach Resultat der Projektevaluation wird entschieden, das Angebot ServiceWohnenMobil im Quartier Seefeld weiter zu führen und allfällige Anpassungen vorzunehmen. Das Pilotprojekt hat ebenfalls Beispielcharakter und soll bei Erfolg auf andere städtische Quartiere übertragen werden.

# 3 Pilotprojekt

## 3.1 Angebot

In einer ersten Phase sollen folgende fünf Unterstützungsleistungen angeboten werden:

- **Mahlzeiten** ins Quartier bringen
- **Technischer Bereich / Unterhalt** inkl. Handy- und Computerhilfe
- **Begleitungen** (ÄrztInnen, Behörden, Kulturelle Veranstaltungen, Besorgungen, Grabbesuche)
- **Initiieren und begleiten von Aktivitäten** wie Jassrunden, Zirkus-Besuch, Führungen, Guetzli- oder Tortenbacken zuhause) und das auch gemeinsam mit BewohnerInnen des Altersheim Wildbach
- **Organisation von Anlässen** zuhause (z.B. Geburtstage, Jubiläen etc.)

Je nach Bedarf kann auf weitere Leistungen ausgeweitet oder das bestehende Angebot modifiziert werden.

### **3.2 Zielgruppe**

Angesprochen wird die ältere Quartierbevölkerung im Seefeld. Das Angebot richtet sich an betagte Menschen, welche in ihrer eigenen Wohnung leben und zunehmend auf Unterstützung angewiesen sind. Es ist eine Ergänzung zu den professionellen Angeboten (z.B. Spitex) und soll insbesondere auch zur sozialen Integration von älteren Menschen beitragen, welche zunehmend in der Mobilität eingeschränkt sind.

### **3.3 Preisgestaltung**

Eine Erhebung bezüglich verschiedener bestehender Angebote zeigt ein breites Spektrum von kostenlosen bis hin zu profitorientierten Preisen. Wir planen, wie bereits erwähnt, die Preise so zu gestalten, dass auch nicht vermögende Interessierte vom Angebot profitieren können (in der Grössenordnung von Fr. 20-25.-). Eine gestaffelte Preisgestaltung (für BezügerInnen von Ergänzungsleistungen) ist zudem in Prüfung.

### **3.4 Betriebsmodell**

Die Mahlzeiten werden im Altersheim Wildbach zubereitet. Alle anderen Leistungen werden von bezahlten Laienmitarbeitenden vor Ort erbracht. Während des Pilotprojektes wird hauptsächlich auf die bestehende Infrastruktur des Altersheims Wildbach und des Spitexzentrums Neumünster zurückgegriffen. Dies betrifft z.B. Büro inkl. Hilfsmittel für die Projektleiterin oder Schulungsräume für die Laienmitarbeitenden im Altersheim Wildbach. Weitere Betriebsmittel (z.B. technische Hilfsmittel) werden je nach Bedarf angeschafft.

In der ersten Phase sollen ca. 10 Laienmitarbeitende rekrutiert werden, welche regelmässig einen Einsatz leisten können. Je nach Bedarf wird dann weiter ausgebaut. Ziel ist es, eine sozial- und altersdurchmischte Gruppe an Laienmitarbeitenden zusammen zu stellen. Wir planen, Studierende (z.B. Sozialwissenschaften, Soziale Arbeit, Gerontologie, Medizin), Familienfrauen/Hausfrauen und Pensionierte zu rekrutieren. Die Laienmitarbeitenden erhalten eine sorgfältige Einführung und Unterstützung sowie regelmässige Weiterbildungs- und Austauschmöglichkeiten. Die Anstellungs- und Arbeitsbedingungen werden in einem Vertrag geregelt. Die bezahlte Laienarbeit bietet die Chance, eine alters- und sozialdurchmischte Gruppe an Mitarbeitenden zu gewinnen und somit zu einem wertvollen Austausch zwischen Generationen und sozialen Schichten beizutragen.

Während des Pilotprojektes wird die Zusammenarbeit zwischen den beiden ProjektträgerInnen Altersheime der Stadt Zürich und Spitex Zürich Limmat vertraglich geregelt. Bei erfolgreichem Verlauf und vorbehältlich der Zustimmung des Vorstandes Spitex Zürich Limmat sowie der Erfüllung der städtischen Auflagen soll die Gründung eines Vereins geprüft werden.

### 3.5 Projektorganisation

#### **Steuerungsausschuss:**

Ueli Schwarzmann, Direktor Altersheime der Stadt Zürich (Vorsitz), Christina Brunnschweiler, Geschäftsführerin Spitex Zürich Limmat, Thomas Büchler, Leiter Spitex Kontraktmanagement der Städtischen Gesundheitsdienste, Liliane Ryser, Abteilungsleiterin und Mitglied der Geschäftsleitung Altersheime der Stadt Zürich.

#### **Projektgruppe:**

Liliane Ryser, Abteilungsleiterin und Mitglied der Geschäftsleitung Altersheime der Stadt Zürich (Vorsitz), Pascale Rochat, Zentrumsleitung Spitexzentrum Neumünster, Maria Hartmann, Projektleiterin Spitex Kontraktmanagement der Städtischen Gesundheitsdienste, Mathias Gerig, Heimleiter Altersheim Wildbach, Cornelia Baal, Leiterin Betreuung und Pflege Altersheim Wildbach, Theresa Haueter, Projektleiterin ServiceWohnenMobil.

#### **Projektleitung:**

Theresa Haueter, Aktivierungstherapeutin Altersheim Wildbach, zu 60% im Projekt angestellt, 20% weiterhin als Aktivierungstherapeutin im Altersheim Wildbach tätig.

Theresa Haueter ist bereits sehr gut im Quartier vernetzt und somit geeignet, das Pilotprojekt zu leiten. Die Aufgaben der Projektleiterin sind: Leitung Pilotprojekt, Rekrutierung, Schulung und Betreuung der Laienmitarbeitenden, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit, Projektcontrolling und Kostenkontrolle, Mitarbeit bei der Evaluation.

#### **Laienmitarbeitende (noch zu rekrutieren):**

Studierende (z.B. Sozialwissenschaften, Medizin, Gerontologie, Sozialarbeit und -pädagogik), Familienfrauen und Hausfrauen, Pensionierte.

Die Projektgremien wurden aus personellen Ressourcen der beteiligten Organisationen zusammengestellt und sind bereits seit August 09 aktiv (Vorprojekt, Planungsphase etc.). Die Projektleiterin ist ab 1. Sept. 2010 zunächst befristet für ein Jahr mit einem Pensum von 60% im Projekt angestellt. Die Laienmitarbeitenden werden ab Dezember 2010 rekrutiert.

Das Organigramm befindet sich im Anhang.

### 3.6 Vernetzung

Durch die gute Einbettung der beiden Institutionen im Quartier besteht bereits heute ein regelmässiger Austausch mit anderen Organisationen. Dieser findet teilweise individuell statt, jedoch auch auf der Ebene regelmässiger Treffen. Hier ist beispielsweise der Sozialrapport zu erwähnen.

Im Rahmen des Pilotprojektes sollen ebenfalls regelmässige Treffen auf Einladung des Altersheims Wildbach und des Spitexzentrums Neumünster stattfinden, zu welchen alle ortsansässigen Organisationen und betroffenen AkteurlInnen (z.B. Pro Senectute, Nachbarschaftshilfe Riesbach, KirchenvertreterInnen) eingeladen werden.

### 3.7 Kosten

Die Pilotphase dauert zwei Jahre. Während dieser Zeit wird das Angebot durch Eigenmittel und Drittmittel finanziert. Auch bei einer Weiterführung nach der Pilotphase werden die Unterstützungsleistungen kaum kostendeckend angeboten werden können. Nach der Pilotphase ist längerfristig geplant, dass die Defizite durch Spenden oder Subventionen abgedeckt werden. Dafür soll ein Fundraising-Konzept ausgearbeitet werden.

Die Budgetübersicht im Anhang gibt Auskunft über die Kosten sowie Finanzierungsbeiträge.

### 3.8 Projektevaluation

Zum einen soll im Pilotprojekt geklärt werden, ob und wie das Unterstützungsangebot genutzt wird. Dabei interessiert insbesondere auch die subjektive Zufriedenheit der BezügerInnen mit den Leistungen sowie die Erfahrungen der Laienmitarbeitenden. Zum anderen soll die Wirkung der Unterstützungsleistungen auf die Lebensqualität insgesamt untersucht werden. Unsere Hypothese ist es, dass die Unterstützungsleistungen eine gesundheitserhaltende und -fördernde Wirkung haben und somit einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität der älteren Menschen. Weiter soll geprüft werden, ob mit den Unterstützungsleistungen ein Beitrag zum längeren Verbleib zuhause geleistet werden kann. Zur Überprüfung der Hypothesen möchten wir nicht nur die subjektive Einschätzung der BezügerInnen erfassen, sondern auch das soziale und professionelle Umfeld der älteren Menschen (z.B. Angehörige, Spitexfachleute, ÄrztInnen) in die Untersuchung miteinbeziehen. Die Evaluation wird somit durch objektive Aussagen erweitert. Zur Projektevaluation gehört ebenfalls die Überprüfung des Modells der bezahlten Laienmitarbeit.

Für die externe Evaluation planen wir eine Zusammenarbeit mit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Soziale Arbeit oder der Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit.

### 3.9 Projektplan

Der Projektplan im Anhang gibt einen Überblick über den zweijährigen Pilot.

## Anhang

- Organigramm
- Budgetübersicht
- Projektplan



# SPICURA

## Lehrbetriebsverbund Heime und Spitex

### Konzept

## Lehrbetriebsverbund Heime und Spitex im Kanton Zürich

### Ziele

Der Spitex Verband Kanton Zürich und Curaviva Kanton Zürich wollen mit dem Verbund ihren Mitgliedorganisationen den Einstieg in die Ausbildung von Fachpersonal erleichtern und so die Ausbildungsbereitschaft fördern und die Anzahl von Lernenden innerhalb von Spitexorganisationen und Institutionen im Langzeitbereich markant erhöhen. Im Zentrum steht dabei in der Anfangsphase die Ausbildung von Lernenden der Sekundarstufe II (Berufslehren EFZ), insbesondere die FaGe Ausbildung. Der Verbund will vor allem den kleinen Betrieben ein Engagement in der Berufsbildung ermöglichen. Da viele noch keine praktischen Erfahrungen mit Berufslernenden und somit die Anforderungen einer gesamten Berufsausbildung nicht vollständig abdecken können, will der Verbund qualitativ gute Lehrstellen anbieten.

### Adressaten

Der Verbund richtet sich an alle Betriebe der ambulanten und stationären Langzeitpflege und ist offen für die Kooperation mit weiteren Leistungserbringern. Gestartet werden soll mit dem FaGe EFZ mit guten SchulabgängerInnen. Später – nach Auswertung der gesammelten Erfahrungen – kommt allenfalls auch die Attestausbildung „Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA“ dazu und es können auch schwächere SchulabgängerInnen aufgenommen werden.

### Leistungen

Der angestrebte Lehrbetriebsverbund tritt als Arbeitgeber auf und entlastet die Betriebe bei allen Arbeiten, die rund um ein Lehrverhältnis anfallen. Er leistet Überzeugungsarbeit bei seinen Mitgliedorganisationen, sich als Verbundspartner zu melden, damit genügend Lehrstellen zur Verfügung stehen. Er sorgt für eine professionelle Selektion von Lernenden, stellt diese an, unterstützt und begleitet die BerufsbildnerInnen (LehrmeisterInnen) und Fachpersonen im Betrieb, übernimmt die gesamte Administration im Rahmen der Ausbildungsverhältnisse, pflegt die Kontakte zu Eltern, Schulen und Behörden, betreut die Lernenden in persönlichen und schulischen Belangen und sichert die Qualität der Ausbildung.

### Organisation

Die Trägerschaft des Unternehmens bildet ein Verein mit den Organen Mitgliederversammlung, Vorstand und Revisionsstelle sowie einer professionellen Geschäftsstelle (BerufsbildnerIn mit fundiertem Wissen und aktuellem Bezug zur beruflichen Praxis, Freude und Erfahrung im Umgang mit Lernenden der Grundbildung FaGe, Erfahrungen im Bereich Administration und Koordination, Projektarbeiten und Qualitätsmanagementsystemen). Die Geschäftsstelle des Lehrbetriebsverbunds nimmt Sitz bei einem der beteiligten Verbände und kann dessen Infrastruktur (Räumlichkeiten, EDV) nutzen.

Mit den ausbildenden Betrieben werden klare vertragliche Regelungen vereinbart, damit die Risiken für das Unternehmen minimiert werden können (z.B. Zusammenarbeitsverträge, Leistungsvereinbarungen, Vereinbarungen zu den Lehrverträgen, Pflichtenheft für die Geschäftsstelle etc).

## **Finanzielle Mittel**

Auf mittlere Sicht (drei Jahre) muss der Lehrbetriebsverbund umfassend durch die Ausbildungsbetriebe getragen werden. Die Kostenbeiträge der Ausbildungsbetriebe sind näher zu kalkulieren (siehe auch Kapitel „Preisgestaltung, Finanzierung, Budget“). Es wird ein detaillierter Finanzierungsplan erstellt. Der Verbund finanziert sich insbesondere aus den Beiträgen der Ausbildungsbetriebe. Anschubfinanzierungen sollen durch das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT), das Mittelschul- und Berufsbildungsamt Kanton Zürich (MBA) und die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (GD) erfolgen. Eine allfällige Unterstützung durch weitere Subventionen und Stiftungen ist zu prüfen.

## **Personen und Erfahrung**

Das Projekt wird hauptsächlich vom Spitex Verband Kanton Zürich und von Curaviva Kanton Zürich gefördert und getragen. Die Planung wird von den beiden Geschäftsleitungen mit Beratung durch das MBA wahrgenommen. Eine allfällige Mitbeteiligung anderer Partner wird sorgfältig geprüft. Die Projektleitung muss von einer im Bildungsbereich versierten Person mit entsprechenden zeitlichen Ressourcen übernommen werden. Wegen der fehlenden Erfahrungen in den ausbildenden Betrieben ist wichtig, dass die Geschäftsleitung des Lehrbetriebsverbundes ihre Ausbildungserfahrungen – mit Vorteil bereits in einem Lehrbetriebsverbund – einbringen kann. Die Trägerorganisationen des Vereins können auf ein gutes Netzwerk zählen (siehe unten), so dass die Akquisition von Ausbildungsplätzen mit einem möglichst geringen zeitlichen Aufwand betrieben werden kann.

## **Netzwerk**

Bildungsverantwortliche von Spitexorganisationen und Heimen, die bereits FaGe's ausbilden, Mittelschul- und Berufsbildungsamt Kanton Zürich, Abt. Betriebliche Bildung (MBA), Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (GD), Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT), Organisationen der Arbeitswelt (OdA G ZH und OdA Soziales Zürich), Spitäler, Schule (ZAG Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Kanton Zürich), Weiterbildungsinstitutionen (u.a. Schulungszentrum Gesundheit der Stadt Zürich, SBK-Bildungszentrum, Weiterbildungszentrum Gesundheitsberufe in Aarau, WE'G), Bildungszentrum SRK Kanton Zürich, etc.

## **Adressaten**

### **Lernende**

Erste Zielgruppe sind offene, selbständige Jugendliche, die Interesse am Beruf FaGe haben und bereit sind, den Lehrbetrieb (Praktikumsort) innerhalb der Ausbildung zu wechseln. Mit der Rekrutierung von Lernenden muss aktiv und frühzeitig begonnen werden, damit genügend Zeit für das aufwändige Selektionsverfahren zur Verfügung steht. Die Ausschreibung erfolgt über LENA (Lehrstellennachweis des Kantons Zürich). Zu einem späteren Zeitpunkt können bei Bedarf ev. weitere Ausbildungen wie z.B. FaBe, Attest Gesundheit und Soziales, etc. angeboten werden.

## **Ausbildungsbetriebe**

Erste Zielgruppe sind Betriebe, die Mitglied beim Spitex Verband Kanton Zürich oder Curaviva Kanton Zürich sind. Im Zentrum stehen kleinere und mittlere motivierte Betriebe, die gerne ausbilden möchten und noch keine oder wenig Erfahrung in der beruflichen Grundbildung haben. In jedem Ausbildungsbetrieb, der dem Verbund beiträgt, muss eine Betreuungsperson, die selbst über ein eidgenössisches Fähigkeitszeugnis und mindestens zwei Jahre Berufserfahrung verfügt, die Hauptverantwortung für die Ausbildung übernehmen und als Ansprechperson zur Verfügung stehen. Diese Person hat im Idealfall bereits den sechstägigen BerufsbildnerInnenkurs oder eine andere berufspädagogische Qualifikation absolviert oder ist bereit, diesen innerhalb von zwei Jahren zu absolvieren.

Der Verbund ist in zweiter Priorität. offen für weitere Betriebe wie Spitäler und Betriebe aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, bei Bedarf auch aus anderen Ostschweizer Kantonen. Eine Bedarfsklärung mit genügend verbindlichen Zusagen von Ausbildungsbetrieben ist Voraussetzung für die Gründung des Ausbildungsverbundes und die Beantragung einer Anschubfinanzierung und Bildungsbewilligung.

## **Angebot**

### **Anzahl Ausbildungsplätze**

**(Start mit Minimum u. Maximum, Vollausbau, spätere Entwicklung):**

- Start mit im Minimum 10 Betrieben
- Zielgrösse ab zweitem Jahr: 20 Betriebe pro Schuljahr

### **Leistungen der Geschäftsstelle für die Lehrbetriebe (nicht abschliessend):**

- Rekrutierung und Selektion
- Ausbildungsverantwortung, Abschluss „Bewirtschaftung“ von Lehrverträgen
- Erledigung administrative Belange, inkl. Lohnzahlung
- Ausbildungsplanung und -organisation
- Schnittstellenbearbeitung und Kontakt zu MBA, Schule und Überbetriebliche Kurse
- Ausbildung der AusbilderInnen
- Hilfestellung bei Konflikten

### **Leistungen der Geschäftsstelle für Lernende (nicht abschliessend):**

- Akquisition von Ausbildungsplätzen
- Ausbildungsverantwortung, Abschluss von Lehrverträgen
- Ausbildungsplanung und -organisation
- Zentrale Ausbildungsleistungen für Lernende in beruflicher Praxis
- Zentrale Ausbildungsleistungen für Lernende im schulischen Bereich
- Kontakt zu Eltern und Ausbildungsverantwortlichen im Betrieb
- Hilfestellung bei Konflikten
- Erledigung administrative Belange, inkl. Lohnzahlung

## Marktanalyse

Der Bedarf an Personal in den Bereichen Pflege und Betreuung ist ausgewiesen. In der ambulanten und stationären Langzeitversorgung ist der Bedarf speziell hoch.

**siehe dazu:**

1. Studie des Schweiz. Gesundheits-Observatoriums Obsan 2009: "Gesundheitspersonal in der Schweiz: Aktueller Stand und mögliche Entwicklung bis 2020" ([www.obsan.ch/Publikationen](http://www.obsan.ch/Publikationen))
2. Careum working paper 1 „Wie viele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?“ ([http://www.stiftung-careum.ch/de-ch/careum/publikationen/working\\_paper\\_1.html](http://www.stiftung-careum.ch/de-ch/careum/publikationen/working_paper_1.html))
3. „Massnahmen zur Sicherung des Nachwuchses im Zürcher Gesundheitswesen“ Medienmitteilung der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 11. Dezember 2009
4. Nationaler Versorgungsbericht „Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung“ OdaSanté, 2010 ([www.odasante.ch/plattform\\_verseorgungsbericht](http://www.odasante.ch/plattform_verseorgungsbericht))
5. Bericht Eidg. Volkswirtschaftsdepartement (EVD) „Bildung Pflegeberufe“ (<http://www.bbt.admin.ch/themen/berufsbildung/00106/00114/00341/index.html?lang=de>)

Die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen ist höher als das bereitgestellte Angebot und es besteht insbesondere bei kleineren und mittleren Betrieben Potenzial für ein Angebot an Ausbildungsplätzen.

## Preisgestaltung, Finanzierung, Budget (Kalkulationstool MBA)

**Einnahmen:**

Der Verbund wird seinen Betrieben folgende monatlichen Beträge pro Lehrverhältnis verrechnen:

	1. Lehrjahr	2. Lehrjahr	3. Lehrjahr
Kosten pro Monat (12 mal)	CHF 1'200	1'830	2'600

Damit sollten spätestens ab dem vierten Jahr schwarze Zahlen erzielt werden. Für eine Zwischenfinanzierung der Startkosten wurde ein Gesuch bei der Gesundheitsdirektion eingereicht.

**Ausgaben:**

Wesentlich sind die Löhne und Sozialkosten für die Berufslernenden. Die Kosten für die Geschäftsstelle werden bewusst tief gehalten (für den Aufbau mit 30 Stellenprozenten und Nutzung der Infrastruktur der Verbände). Die Aufbaukosten vor dem eigentlichen Start der Lehrverhältnisse werden sich auf mehr als CHF 100'000.- belaufen. Die Anschubfinanzierung des BBT ist dringend notwendig.

## Trägerschaft, Organisation

Vorgesehen ist die Vereinsform (siehe dazu Kapitel ‚Organisation‘). Zu prüfen ist, ob die Trägerschaft (Curaviva Kanton Zürich und Spitex Verband Kanton Zürich) mit weiteren Partnern erweitert werden kann. Allenfalls sind weitere Trägerschaftsformen (z.B. Stiftung) zu prüfen.

## Risiken

- Es wirken zu wenig Betriebe (Spitex und Heime) mit
- Die Stelle der Geschäftsleitung/Projektleitung Lehrbetriebsverbund kann nicht oder nicht optimal besetzt werden
- In den mitwirkenden Betrieben stehen keine Ausbildungsverantwortlichen zur Verfügung
- Es können nicht genügend Lernende in genügender Qualität rekrutiert werden
- Wechselnde Ausbildungszahlen in der Aufbauphase
- Lehrabbrüche und Rückzug von Lehrbetrieben während der Ausbildung

## Nachweis der fachlichen Qualifikation des Lehrbetriebverbunds

Ist vom Verbund gemäss Vorgaben des MBA nachzuweisen.

## Nachweis der fachlichen Qualifizierung der Verbundfirmen

Ist gemäss Vorgaben des MBA durch den Lehrbetriebsverbund sicherzustellen.

## Realisierungsfahrplan

- Erstellen Konzept
- Vorstellung des Konzepts den Betrieben im Rahmen einer Informationsveranstaltung
- Einholen von Zusagen bei den Betrieben
- Anträge für Anschubfinanzierungen BBT und weiterer Finanzierungen
- Gründung Trägerorganisation
- Besetzung der Geschäftsstelle
- Bildungsbewilligung MBA
- Erarbeitung von Vertragsdokumenten (Dienstleistungsvertrag, Lehrvertrag mit besonderen Vereinbarungen, etc.)
- Erarbeitung Ausbildungskonzept
- Etc.

## Impressum

Das vorliegende Konzept wurde zwischen April und Juni 2010 verfasst. Ergänzungen erfolgten im August 2010 sowie im Februar 2011.

Verfasser:

- Annemarie Fischer, Geschäftsleitung Spitex Verband Kanton Zürich
- Werner Kolb, Testudo GmbH (externe Unterstützung des MBA)
- Claudio Zogg, Geschäftsleiter Curaviva Kanton Zürich

# **Projektskizze**

## **Tertiäre Sturzprävention**

17.01.2011

Jasmin Franzen

### **Kontaktangaben:**

Name: Jasmin Franzen  
Organisation: Helsana Versicherungen AG, LKA  
Telefon-Nr.: 043 340 4120  
E-Mail: [jasmin.franzen@helsana.ch](mailto:jasmin.franzen@helsana.ch)

## Inhalt

<b>1. Ausgangslage</b> .....	<b>3</b>
1.1 Sturz und Sturzfolgen .....	3
1.2 Sturzrisikofaktoren und –ursachen .....	4
1.3 Effektive Interventionen zur Sturzprävention .....	4
<b>2. Tertiäre Sturzprävention in der Stadt Zürich</b> .....	<b>5</b>
2.1 Ziel .....	5
2.2 Intervention .....	5
2.3 Finanzierung .....	6
2.4 Datenerfassung, Datenschutz und Evaluation .....	6
2.5 Projektablauf .....	7
<b>3. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>8</b>

## 1. Ausgangslage

### 1.1 Sturz und Sturzfolgen

Stürze älterer Menschen sind nicht nur wegen ihrer Häufigkeit, sondern vor allem wegen ihren weit reichenden Folgen ein bedeutendes klinisches und ökonomisches Problem, welches durch die demographische Entwicklung weiter verschärft wird. Die Folgen von Stürzen reichen von Prellungen, Wunden und Knochenbrüchen über psychosoziale Probleme, frühzeitige Einweisung ins Pflegeheim bis hin zum Tod der Betroffenen. Die durch Stürze verursachten Kosten bei Senioren werden von der Schweizerischen Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) auf 2.1 Milliarden Schweizer Franken jährlich geschätzt (Gründler 2006).

Zur Epidemiologie von Stürzen liegen zwei Studien aus der Schweiz vor.

Aufgrund der Befragung von 921 Personen über 65 Jahren in den Städten Genf und Zürich berechneten Gostinski et al. (1999) eine Prävalenzrate von Gestürzten von 27.8 Prozent. Jeder zweite Sturz führte zu sturzbedingten Konsequenzen:

Hautverletzungen	32.9 %
Frakturen	19.8 %
Schmerzen	29.5 %
Angst vor weiteren Stürzen	36.7 %

Sturzangst führt zum Verlust des Selbstwertgefühls, Einschränkung der Mobilität und sozialer Isolation. Die mangelnde Bewegung wiederum führt zu erhöhter Gangunsicherheit und einem erhöhten Risiko weiterer Stürze. Personen mit Sturzangst haben ein um 50 Prozent erhöhtes Risiko, gering körperlich aktiv zu sein (De Bruin et al. 2007).

Die zweite Studie wurde 1995 von der bfu durchgeführt und untersuchte das Unfallgeschehen bei Senioren ab 65 Jahren. In dieser Studie wurden sämtliche Unfälle erfasst, welche zu einer Konsultation in einem Spital oder bei einem frei praktizierenden Arzt führten, d.h. die zumindest minimale Verletzungen zur Folge hatten (Hubacher und Evert 1997). Aufgrund dieser Erfassung wurde berechnet, dass in der Schweiz jedes Jahr rund 80'000 Personen ab 65 Jahren infolge eines Unfalls ärztliche Behandlung benötigen. Am meisten Unfälle ereigneten sich mit einem Anteil von 91.3 Prozent im Haushalt-, Garten- und Freizeitbereich. Rund 85 Prozent dieser Unfälle waren Stürze. Demzufolge erlitten etwa 61'000 Senioren einen Sturz, der eine ärztliche Behandlung notwendig machte. Die Sturzrate betrug 63 Gestürzte pro 1'000 Personen über 65 Jahre, wobei mehr Frauen als Männer stürzten (41/1'000 Männer; 77/1'000 Frauen) und die Sturzrate mit zunehmendem Alter stark anstieg (siehe Abb.1).

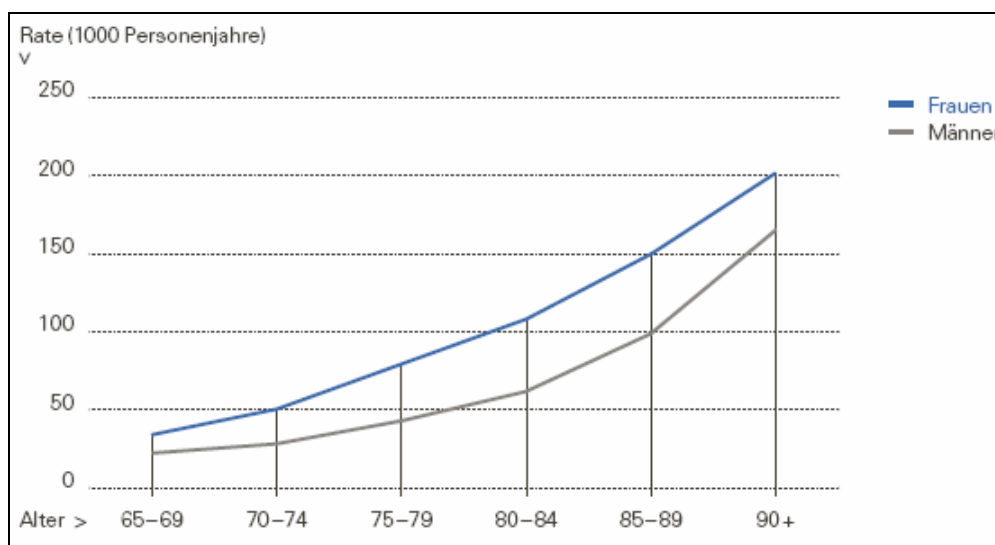


Abb. 1: Alters- und geschlechtsspezifische Sturzraten (pro 1000 Personen/Jahr) (Hubacher 2004)



Jeder zweite Sturz hatte eine Fraktur zur Folge, eine Schenkelhalsfraktur entstand bei rund jedem achten Sturz. Etwa 20 Prozent der Betroffenen waren aufgrund des Sturzes auf zeitweilige Pflege und/oder Hilfeleistung angewiesen, mussten ihr Wohnumfeld jedoch nicht verlassen. In 5 Prozent der Fälle machten die Folgen des Sturzes hingegen die Einweisung in eine Alters- oder Pflegeinstitution notwendig (Hubacher 2004).

Im Alter zwischen 65 und 75 Jahren treten vor allem Frakturen des Handgelenks auf, ab 75 Jahren nehmen die Hüftfrakturen zu. Wahrscheinlich ist die Verletzungsart ein Hinweis auf die abnehmende Fähigkeit, einen Sturz abfangen zu können (Simpson et al. 2003).

Die Schenkelhalsfraktur stellt bei verunfallten Personen ab 65 Jahren die problematischste Verletzung dar, weil sie einerseits häufig ist und andererseits oft weit reichende Folgen hat. Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms "Alter" (NFP 32) wurden die gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen einer Schenkelhalsfraktur bei Frauen und Männern ab 65 Jahren im Kanton Genf und Wallis untersucht (Höpfinger 1999). Ein Jahr nach der Fraktur waren 15 Prozent der untersuchten Patienten verstorben. Nach 3 Monaten hatten lediglich 42 Prozent der Patienten ihre vorherige Mobilität wieder erlangt; nach einem Jahr waren es 49 Prozent der überlebenden Personen. Ein Drittel verblieb auch ein Jahr später bettlägerig oder auf einen Rollstuhl angewiesen. Von den ursprünglich zuhause lebenden Personen mussten 19 Prozent innert einem Jahr in eine Langzeitinstitution wechseln. Allein die Kosten im stationären Spitalbereich für Schenkelhalsfrakturen bei Senioren werden auf 150 bis 200 Millionen Schweizer Franken geschätzt. Bei gleich bleibendem Schenkelhalsfrakturrisiko wird zwischen 1995 und 2020 mit einer zahlenmässigen Zunahme der Schenkelhalsfrakturen bei älteren Menschen um rund 50 Prozent gerechnet (Höpfinger und Hugentobler 2003).

## 1.2 Sturzrisikofaktoren und –ursachen

Ein Sturz ist in rund 90 Prozent aller Fälle durch verschiedene Faktoren, d.h. multifaktoriell bedingt. Er ereignet sich durch das Zusammentreffen identifizierbarer äusserer Gefahrenquellen und durch die erhöhte Anfälligkeit aufgrund von Alter und Erkrankungen. Dementsprechend werden die Risikofaktoren in intrinsische und extrinsische unterteilt (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2005).

Zu den intrinsischen Risikofaktoren gehören:

- Funktionseinbussen wie Probleme mit dem Gleichgewicht, Gangveränderungen, eingeschränkte Bewegungsfähigkeit und Erkrankungen, die mit veränderter Mobilität, Motorik und Sensibilität einhergehen
- Sehbeeinträchtigungen
- Beeinträchtigungen der Kognition und Stimmung
- Erkrankungen, die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen
- Probleme beim Toilettengang
- Angst vor Stürzen
- Sturzvorgeschichte

Extrinsische Risikofaktoren sind:

- Verwendung von Hilfsmitteln (z.B. Gehhilfen)
- Ungeeignetes Schuhwerk
- Medikamente, welche Auswirkungen auf Wachsamkeit, Gleichgewicht oder den Blutdruck haben
- Die Einnahme von mehr als 4 verschiedenen Medikamenten
- Gefahren in der Umgebung (Teppichkanten, frei liegende Kabel, ungenügende Beleuchtung etc.)

Das Risiko, innerhalb eines Jahres erneut zu stürzen, nimmt mit der Anzahl Risikofaktoren drastisch zu, von 27 Prozent bei einem oder keinem Risikofaktor auf 78 Prozent bei vier oder mehr Risikofaktoren (Tinetti ME 1988).

## 1.3 Effektive Interventionen zur Sturzprävention

Entsprechend des multifaktoriellen Sturzgeschehens haben sich multidisziplinäre, multifaktorielle Interventionsprogramme am wirksamsten gezeigt. Die meisten Interventionsprogramme beinhalten Übungen zur Steigerung der Kraft und Balance, die Überprüfung und Anpassung der Medikation, die

Verbesserung der Sehfähigkeit und Anpassung der Umgebung. Stürze konnten in den verschiedenen Studien zwischen 12 bis 29 Prozent reduziert werden (Clemson et al. 2004; Gillespie et al. 2009). In der Schweiz wurden solche Interventionsprogramme bis jetzt nicht angeboten und somit auch deren Wirksamkeit unter schweizerischen Bedingungen nicht überprüft.

Deshalb führte Helsana im Jahr 2008 das Pilotprojekt "Tertiäre Sturzprävention" in der Stadt Zürich durch. Basierend auf den internationalen Erfahrungen, wurde ein eigenes Massnahmenpaket zur Sturzprävention zusammengestellt. Das Pilotprojekt wurde durchgeführt in Zusammenarbeit mit der Fachstelle für präventive Beratung der Spitex Zürich und Pro Senectute Zürich.

Die Evaluation des Pilotprojektes zeigte folgende Erkenntnisse:

- Versicherte über 70 Jahre konnten durch die telefonische Kontaktaufnahme zur Teilnahme an präventiven Massnahmen motiviert werden; die Abschlussquote betrug 20 Prozent.
- Die Beratung durch die Spitex erfasste die wesentlichen Sturzrisikofaktoren. 13 verschiedene Risikofaktoren wurden erfasst.
- Insgesamt wurden bei den 59 Teilnehmern 282 Sturzrisikofaktoren festgestellt, d.h. durchschnittlich 4.8 Risikofaktoren pro Teilnehmer. Der Median lag bei 5 Risikofaktoren. Dies belegt eindeutig, dass die Hochrisikogruppe erreicht wurde.
- Über alle Bereiche hinweg wurden insgesamt 156 Massnahmen geplant und 150 Zielerreichungen überprüft. Die Teilnehmerinnen konnten 67 Prozent der gesetzten Ziele gut bis sehr gut erreichen.
- Sowohl der Balance-Kurs der Pro Senectute als auch die Übungen für das Training zu Hause führten zu einer Verbesserung bzw. Stabilisierung von Kraft und Gleichgewicht.
- Das Angebot zur tertiären Sturzprävention wurde von den Versicherten sehr geschätzt. Fast die Hälfte der Versicherten berichtete, dass die Teilnahme ihre Lebensqualität verbessert habe.
- Das Angebot erfüllt die wesentlichen Kriterien wissenschaftlich erfolgreich getesteter Programme zur Sturzprävention: es richtet sich an die Hochrisikogruppe, es beinhaltet Kraft- und Balance-Training und die Teilnehmer werden bei der Umsetzung der geplanten Massnahmen unterstützt.
- Die Prozesse und Inhalte haben sich im Pilotprojekt bewährt und können mit kleinen Anpassungen für ein Rollout verwendet werden.

Aufgrund des erfolgreichen Pilotprojektes wurde entschieden, das Beratungsangebot weiterhin anzubieten.

## 2. Tertiäre Sturzprävention in der Stadt Zürich

Seit Mai 2010 bietet Helsana in Kooperation mit der Spitex Zürich ihren Versicherten ein Massnahmenpaket zur Vermeidung weiterer Stürze an.

### 2.1 Ziel

Ziel des Angebotes ist es, die Risikofaktoren für sturzbedingte Unfälle bei Versicherten über 70 Jahre zu reduzieren. Die Versicherten sollen in ihren Ressourcen gestärkt und zu eigenem Handeln motiviert werden.

### 2.2 Intervention

Versicherte über 70 Jahre, die eine Unfallmeldung einreichen, werden von Helsana telefonisch kontaktiert. Durch dieses Vorgehen werden gezielt die Versicherten mit einem sehr hohen Sturzrisiko angesprochen. Wenn es sich um einen sturzbedingten Unfall handelt, wird dem Versicherten eine Beratung zur Sturzprävention angeboten:

- Entscheidet der Versicherte sich für eine Beratung durch die Spitex, muss er die Einwilligung geben, dass seine Kontaktadresse an die Spitex weitergegeben wird.
- Entscheidet sich der Versicherte, das Angebot nicht anzunehmen, wird ihm per Post Informationsmaterial zum Thema Sturz zugeschickt.

Die Intervention der Spitex besteht aus 3 Beratungen (2 Hausbesuche, 1 telefonische Beratung) mit folgenden Inhalten:

- Allgemeine Vorgeschichte und Sturzgeschehen analysieren
- Verständnis, Motivation und generelle Ressourcen erfassen

- Risiken, Voraussetzungen: medizinische Sturzursachen, Hilfsbedarf in den Aktivitäten des täglichen Lebens erfassen
- Assessment Bewegung
- In Zusammenarbeit mit dem Versicherten Erstellen eines Massnahmenplanes zur Stärkung der Ressourcen und Reduktion der Risikofaktoren für weitere Stürze
- Anleitung zur Durchführung von Kraft- und Gleichgewichtsübungen
- Überprüfung und Besprechung der umgesetzten Massnahmen

Im Pilotprojekt hat sich gezeigt, dass die Teilnehmer auch ohne Besuch des Balance-Kurses ihre Kraft und ihr Gleichgewicht verbessern bzw. stabilisieren konnten. Die Koordination von Hausbesuch und Kurs waren aber sehr aufwändig. Deshalb wird im Rollout auf ein spezielles Kursangebot verzichtet und die Versicherten werden auf bestehende Angebote aufmerksam gemacht.

Die Beratung ist auf 3 kürzere anstelle von 2 längeren Hausbesuchen verteilt worden. Im Pilotprojekt hat sich gezeigt, dass es einerseits für die Teilnehmer schwierig war, so viele verschiedene Themen innerhalb eines langen Beratungsgesprächs konzentriert zu diskutieren. Andererseits kann durch die Verteilung auf 3 Beratungen die Motivation zur Durchführung der Kraft- und Gleichgewichtsübungen besser unterstützt werden.

## **2.3 Finanzierung**

Die Beratung wird über eine Pauschale finanziert. Diese Pauschale beinhaltet die Terminvereinbarung, 3 Beratungen, die elektronische Erfassung der Beratungen sowie die Datenübermittlung.

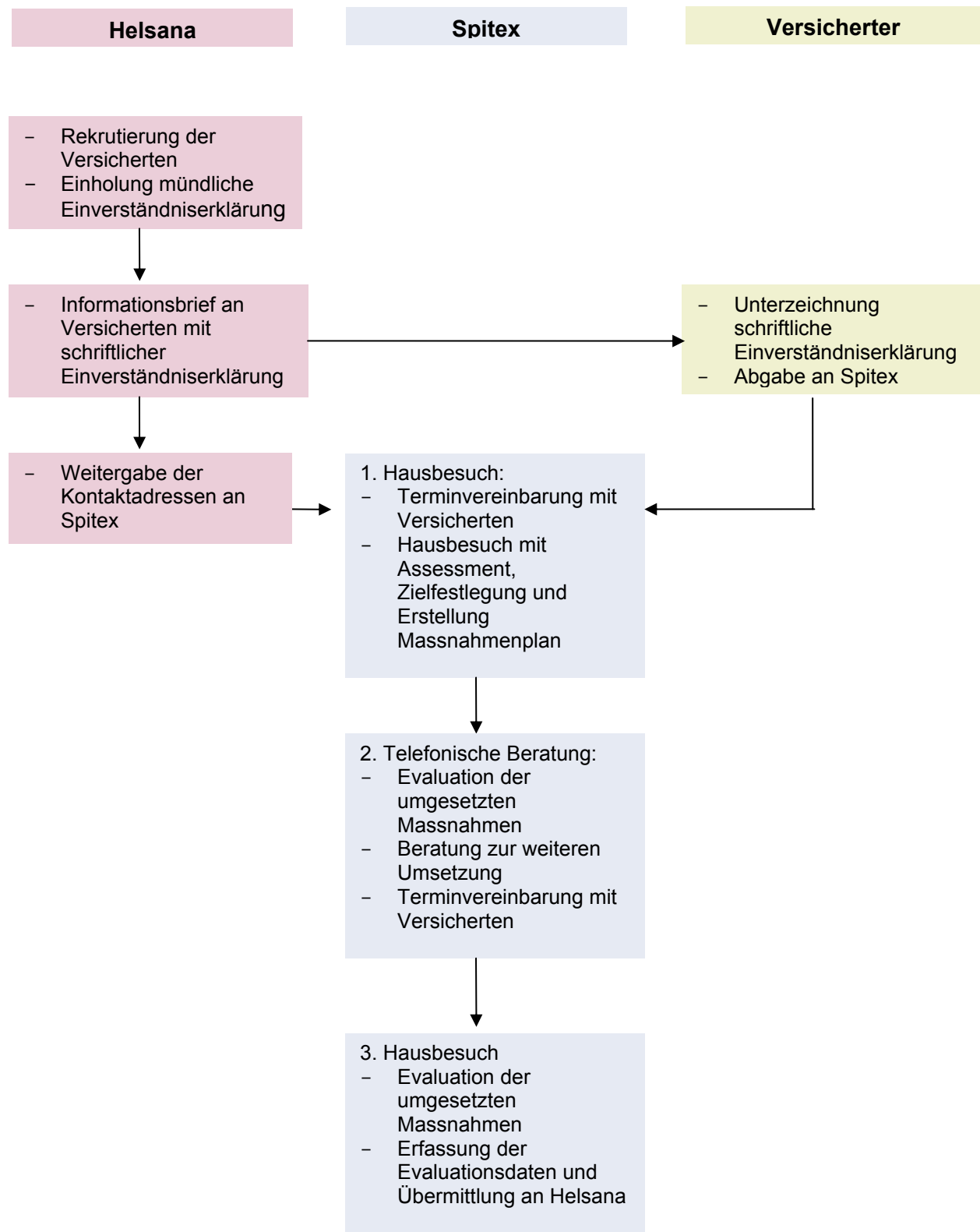
## **2.4 Datenerfassung, Datenschutz und Evaluation**

Die Versicherten müssen am Telefon ihr Einverständnis geben, dass ihre Kontaktdaten der Spitex weitergegeben werden dürfen. Dieses Vorgehen war bereits im Pilotprojekt von der Datenschutzbeauftragten genehmigt worden.

Die Spitex untersteht wie Helsana dem ATSG 33, deshalb muss die Schweigepflicht nicht zusätzlich geregelt werden. Zur Datenerfassung und Auswertung der Beratungsgespräche wird eine Excel-Datenbank der Spitex zur Verfügung gestellt. Die Versicherten müssen eine schriftliche Einverständniserklärung unterschreiben, dass Helsana die Beratungen anonymisiert auswerten darf.

Die Auswertungen werden jährlich mit der Spitex analysiert und Anpassungsbedarf besprochen.

## 2.5 Projektlauf



## 3. Literaturverzeichnis

Beer V, Minder C, Hubacher M, Abelin T. Epidemiologie der Seniorenunfälle. 2000.

Clemson L., Cumming RG, Kendig H., Swann M., Heard R., Taylor K. The effectiveness of a community-based program for reducing the incidence of falls in the elderly: a randomized trial. 2004.

De Bruin E, Blozik E, Meyer K, Simmet A, Gillmann G, Bass AA, Stuck AE. Sturzprävention Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Symposium SVGS&APA, 29.6.2007

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg) Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 2005.

Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people – Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009

Gostynski M., Ajdacic-Gross V., Gutzwiller F., Michel J.-P., Herrmann F. Epidemiologische Analyse der Stürze bei Betagten in Zürich und Genf. 1999.

Gründler BM. Sturzprävention für Senioren und Seniorinnen: Die Rolle des Hüftprotektors in der Frakturprävention. Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu. Bern: Bubenberg; 2006.

Höpflinger F. Demographische Alterung und individuelles Altern. 1999.

Höpflinger F., Hugentobler V. Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. 2003.

Höpflinger F. Demografische Entwicklung und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in: Osteoporose und Stürze im Alter – ein Public Health Ansatz. 2004.

Hubacher M. Epidemiologie der Sturzunfälle von Senioren in: Bundesamt für Gesundheit: Osteoporose und Stürze im Alter – Ein Public-Health-Ansatz. 2004.

Hubacher M., Ewert U. Das Unfallgeschehen bei Senioren ab 65 Jahren. 2000.

Simpson JM, Darwin C, Marsh N. What are older people prepared to do to avoid falling? A qualitative study in London. 2003.

Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. The New England Journal of Medicine. 1988 Dec 29; 319(26);1701-1707.

## Konzept

# Pilotprojekt „va bene – besser leben zuhause“

### **Kooperationspartner:**

Stiftung Diakoniewerk Neumünster-Schweiz. Pflegerinnenschule  
Evangelisch-reformierte Landeskirche des Kantons Zürich  
PD Dr. A. Wettstein, Zürich  
Pro Senectute Kt.Zürich

### **Kontakt:**

Anemone Eglin  
Leitung Institut Neumünster  
[anemone.eglin@institut-neumuenster.ch](mailto:anemone.eglin@institut-neumuenster.ch)  
Tel. 044 397 38 59

©2010/04 Institut Neumünster, Zollikerberg

## Einleitung

Menschen leben heute länger. Die Anzahl alter und hochaltriger Menschen nimmt zu und ihr Anteil an der Bevölkerung steigt. Es werden deshalb mehr Menschen auf Unterstützung zur Bewältigung ihres Alltags angewiesen sein als heute. Gleichzeitig werden jedoch die personellen und finanziellen Ressourcen, um diesen Bedarf zu decken, knapper. Um alte und hochaltrige Menschen darin zu unterstützen, möglichst lange eine optimale Lebensqualität zu finanzierbaren Kosten aufrecht erhalten zu können, sind deshalb innovative Lösungen gefragt, die das Potenzial familialer, ehrenamtlicher und professioneller Unterstützung einschliessen.

Das vorliegende Projekt „va bene – besser leben zuhause“ setzt hier an. Es nutzt bestehende Strukturen sowie eine erprobte Methode, um alte Menschen frühzeitig zu erreichen. Der ganzheitliche Ansatz umfasst den einzelnen Menschen wie auch sein soziales Umfeld in den sechs Dimensionen physisch, psychisch, geistig, spirituell, kulturell und sozial.

Das Projekt ist auf den Kanton Zürich beschränkt. Es ergänzt und akzentuiert die bisherige Tätigkeit der Kooperationspartner im Bereich Alter:

Altersarbeit gehört traditionellerweise zu den Aufgaben, welche die Evangelisch-reformierte Landeskirche wahrnimmt (Art. 66 Abs. 2 KO). Mit der Beteiligung an dem Projekt nimmt die Landeskirche ihren diakonischen Auftrag wahr, ‚Menschen in der selbstständigen Lebensgestaltung‘ zu unterstützen (Art. 66 Abs. 1 KO) und setzt in der Altersarbeit einen neuen Akzent. Sie wendet sich alten Menschen zu, deren Lebenssituation bei fortschreitendem Alter zunehmend von Einschränkungen und Abhängigkeiten geprägt ist. Durch das Engagement im Altersbereich bringt die Landeskirche ihren Glauben zum Ausdruck, dass menschliches Leben auch in seiner Begrenztheit wertvoll ist und die solidarische Unterstützung der Gemeinschaft verdient, damit auch alte Menschen ein möglichst selbstständiges und erfülltes Leben realisieren können.

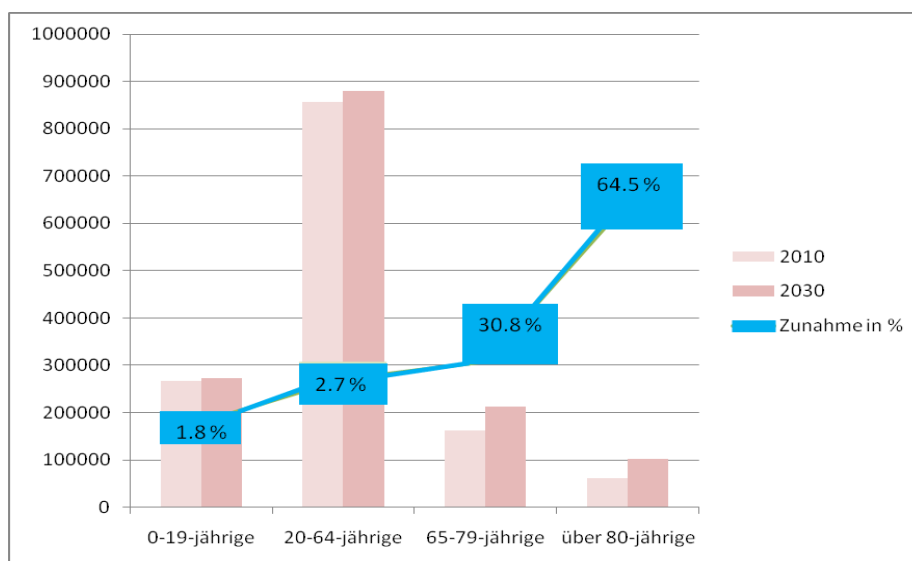
Die Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule verfügt mit ihrem Akutspital und diversen Altersinstitutionen über langjährige Erfahrung in der gesundheitlichen Betreuung älterer Menschen. Sie unterhält zudem mit ihrem Institut Neumünster ein interdisziplinäres Kompetenzzentrum, das auf Fragen der Hochaltrigkeit spezialisiert ist. Die Stiftung orientiert sich in ihrer Tätigkeit an einem ganzheitlichen Menschenbild, das alte Menschen auf verschiedenen Bedürfnissebenen ernst nimmt und sie darin unterstützt, ihr Leben auch in der Erfahrung altersbedingter Grenzen und Abhängigkeiten anzunehmen und eigenverantwortlich zu gestalten (Leitbild der Stiftung 2.2).

## 1 Ausgangslage

Im Folgenden werden ausgewählte Aspekte der gesellschaftlichen Entwicklung im Kanton Zürich, die für das Projekt relevant sind sowie das Beratungsinstrument ‚Aufsuchende Beratung‘ kurz skizziert.

### 1.1 Altersaufbau der Bevölkerung

Im Kanton Zürich nimmt die Gruppe der Personen ab 65 Jahren in den nächsten zwei Jahrzehnten weiter und schneller als bisher zu<sup>1</sup>. 2030 wird ihr Anteil an der Bevölkerung 21.4% betragen. Davon macht der Anteil der über 80-jährigen einen Drittel aus. Im Kanton Zürich nimmt die Anzahl der über 80-jährigen zwar weniger stark zu als in der Schweiz. Dennoch wird ihre Anzahl bis 2030 um über 60% steigen.



**Abb. 1: Entwicklung Anzahl Personen nach Altersgruppen Kt. Zürich**

Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich in absoluten Zahlen:

	2010	2030	Zunahme
0-19-jährige	267'000	272'000	1.8%
20-64-jährige	857'000	880'000	2.7%
65-79-jährige	162'000	212'000	30.8%
über 80-jährige	62'000	102'000	64.5% <sup>2</sup>

Hochaltrigkeit im bevorstehenden Ausmass ist historisch gesehen ein neues Phänomen.<sup>3</sup>

### 1.2 Sozialraum

Die folgenden Zahlen betreffen die Wohnsituation der alten und hochaltrigen Menschen. Sie gelten für die Schweiz sowie für den Kanton Zürich gleichermaßen:

<sup>1</sup> Von 2010 bis 2030 liegt deren Wachstum bei 40%. Danach wird das Wachstum geringer, da die geburtenchwachen Jahrgänge in dieses Alter eintreten. Quelle: statistik.info 07/09

<sup>2</sup> Statistisches Amt des Kantons Zürich: statistik.info 07/09

<sup>3</sup> Bundesamt für Statistik 2006



95% der 65-79-Jährigen leben in privaten Haushaltungen, während ca. 25% der über 80-jährigen Menschen in Kollektivhaushaltungen wohnen.

12% der 80-84-Jährigen, 25% der 85–89-Jährigen und 40% der 90–94-Jährigen leben in sozio-medizinischen Einrichtungen<sup>4</sup>.

Betrachtet man die Anzahl Personen, die alleine wohnen, so steigen die Zahlen von 30% im Alter von 65-79 Jahren auf über 45% im Alter von über 80 Jahren<sup>5</sup>.

Das bedeutet, dass der Sozialraum der Menschen im sog. dritten Lebensalter das eigene Zuhause ist.

Im vierten Lebensalter verschiebt sich der Sozialraum zunehmend zur sozio-medizinischen Einrichtung hin.

### **1.3 Angehörige**

Die meisten alten Menschen möchten so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Der Übergang von der eigenen Unabhängigkeit zu mehr und mehr Abhängigkeit bis hin zum Eintritt in eine sozio-medizinische Einrichtung ist fließend. Oft wird die Betreuung in dieser Übergangszeit von Angehörigen übernommen. Das ist sehr fordernd und kann Angehörige an die Grenzen ihrer Belastbarkeit führen. Auch sie bedürfen vermehrter Unterstützung.

### **1.4 Gender**

Frauen leben länger als Männer, sind jedoch stärker von gesundheitlichen Problemen betroffen.

Meist pflegen sie ihre Partner und ermöglichen ihnen damit, zuhause zu sterben. Benötigen die Frauen dann ihrerseits Pflege, stehen weniger oft soziale Netzwerke zur Verfügung, welche diese übernehmen können.<sup>6</sup>

### **1.5 Migration**

Die ständige ausländische Wohnbevölkerung im Kanton Zürich betrug im Jahre 2009 23,2%. Stammten die AusländerInnen bis vor einigen Jahren aus europäischen Herkunftsländern wie z.B. Deutschland (23%), Italien (16%), Portugal (7%) und Serbien (9%), hat sich der Kreis der Herkunftsländer inzwischen stark erweitert. Aus asiatischen und afrikanischen Ländern kommen mittlerweile 23%. Um auf diesem Hintergrund die Folgen der Alterung der Bevölkerung zu verstehen, wird es zukünftig eine dynamische Analyse brauchen, welche auch sozioökonomische und kulturelle Faktoren mit einbezieht.<sup>7</sup>

### **1.6 Wachsende Ungleichheiten**

Menschen leben sehr unterschiedlich und altern sehr unterschiedlich. Die Ungleichheiten z.B. was den Lebensstil oder die finanzielle Situation betrifft, verstärken sich im Lauf des Lebens und können im Alter zu einer Zweiklassengesellschaft führen. Die alternde Bevölkerung ist keine homogene Gruppe. Sie differenziert sich in unterschiedliche Stilgruppen und Seniorenszenen.<sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> Höpflinger 1997

<sup>5</sup> statistik.info 2005

<sup>6</sup> Guilley 2004; Perrig-Chiello et al. 2004; Wanner 2005

<sup>7</sup> Wanner et al. 2005

<sup>8</sup> Zukunftsworkshop „Wohnen im Alter“ der H.u.E. Walder-Stiftung, 25. April 2009, Zürich.

### **1.7 Vorhandene Angebote**

A. Im Kanton Zürich gibt es Beratungsstellen und Projekte, welche auf die spezifischen Bedürfnisse alter Menschen ausgerichtet sind:

- Pro Senectute Kt.Zürich beispielsweise unterhält ein Netz von gut geführten Fachstellen.
- Die Stadt Zürich sucht mit dem Projekt „Spezialisierte integrierte Langzeitversorgung für an Demenz erkrankte Menschen und ihre Angehörigen SiL“ demenzkranke Menschen und ihr soziales Umfeld zu unterstützen und zu begleiten.

Über den Kanton Zürich hinaus werden Modelle präventiver Hausbesuche diskutiert und erprobt. In Dänemark beispielsweise seit den sechziger Jahren. Allen Personen über 75 Jahre wird dort zwei Mal pro Jahr ein Besuch von einer Pflegefachperson und neu auch von einem Hausarzt oder -ärztin angeboten.<sup>9</sup>

Gemeinsam ist den Ansätzen präventiver Hausbesuche<sup>10</sup> das Ziel, Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen, bei bestehenden Risikofaktoren zu intervenieren und Lebensstil, Lebenslage und Umwelt gezielt zu beeinflussen, um eine Akkumulation von Risikofaktoren zu vermeiden.

Die genannten Angebote legen den Schwerpunkt auf soziale und gesundheitliche Aspekte. Um sie in Anspruch zu nehmen, müssen alte Menschen selbst aktiv werden.

B. Die reformierte Kirche unterhält im Kanton Zürich eine seit Jahrzehnten etablierte sozialdiakonische Altersarbeit. Deren Schwerpunkt liegt im sozialen und spirituellen Bereich. Neben thematischen Angeboten, an denen alte Menschen teilnehmen können, besuchen Sozialarbeitende, Pfarrpersonen sowie Freiwillige in Erfüllung des kirchlichen Auftrags alte Menschen aus eigener Initiative.

Ansätze zur Weiterentwicklung der Altersarbeit sind vorhanden. Zur Zeit sind auf reformierter Seite bereits Überlegungen im Gang, welche in eine ähnliche Richtung wie das Projekt ‚va bene – besser leben zuhause‘ zielen. (z.B. im Bezirk Affoltern)

### **1.8 Beratungsinstrument**

Als Instrument der niederschweligen Beratung eignet sich das Konzept der ‚Aufsuchenden Beratung‘.

Die ‚Aufsuchende Beratung‘ verfolgt das Ziel, über Hausbesuche Menschen beratend in der selbständigen Lebensführung zu unterstützen. Unter Beratung wird eine subjektangepasste, biographiebezogene, situationsadäquate, kommunikativ vermittelte und vereinbarte Unterstützungshandlung zur Verbesserung der Einsichts-, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit von Einzelnen und ihren Bezugspersonen verstanden. Es geht im Weiteren auch um Entwicklungsmöglichkeiten (Empowerment).<sup>11</sup>

Beratung ist eine bestimmte Form der Kommunikation. Sie nutzt professionelle Interventionstechniken, vermittelt Informationen und sucht die Eigenkräfte und Erkenntnisfähigkeiten der zu Beratenden zu stärken. Die sensible Balance zwischen Hilfe und Motivation setzt eine geschulte klientenzentrierte Gesprächsführung der Beratenden

<sup>9</sup> Vass, Avlund, Hendriksen, Philipson, & Riis, 2007; Vass, Avlund, Siersma, & Hendriksen, 2009

<sup>10</sup> In der Literatur werden präventive Hausbesuche unter dem Aspekt der Pflegebedürftigkeit diskutiert. Deutsches Institut für Angewandte Pflegeforschung e.V. 2008

<sup>11</sup> Flückiger et al. 2008

voraus. Soll die Beratung alter Menschen nachhaltig Bestand haben, ist die Bildung informeller Netzwerke zur gegenseitigen Motivation und Unterstützung nötig.

Drei Grundelemente kennzeichnen die professionelle Beratung:

- Freiwilligkeit als handlungsleitender Leitsatz
- Asymmetrie der Beteiligten in der Beratungssituation
- Bezogenheit auf ein Problem<sup>12</sup>

„Aufsuchende Beratung“ ist ein niederschwelliges Angebot, um mit Menschen aktiv in Kontakt zu treten. Beratende sind sich bewusst, dass sie einen Auftrag erfüllen, der über eine rein zwischenmenschliche Begegnung – die selbstverständlich auch ihren Wert hat – hinaus geht.

Das setzt voraus, dass die Beratenden das Vertrauen des Gegenübers geniessen. Sie müssen so geschult sein, dass sie einen Menschen wie auch dessen familiäres Umfeld ganzheitlich wahrnehmen, seine Bedürfnisse erkennen und entsprechend reagieren können. Zum sozialen Umfeld gehören nicht nur die im gleichen Haushalt lebenden Angehörigen, sondern nach Möglichkeit auch nahestehende Personen, die woanders leben.

„Aufsuchende Beratung“ verfolgt die nachstehenden Ziele:

- Unterstützungsbedarf erkennen und gemeinsam mit den zu beratenden Menschen und allenfalls ihren Angehörigen Massnahmen planen und organisieren
- Menschen motivieren, Anpassungen in ihrer Lebensführung vorzunehmen und bei Bedarf Unterstützung anzunehmen
- Risikofaktoren frühzeitig erkennen und entsprechend intervenieren

## **1.9 Fazit**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass immer mehr Menschen, vor allem Frauen und zunehmend auch AusländerInnen, das hohe Alter erreichen. Damit sie möglichst lange eine gute Lebensqualität aufrecht erhalten bzw. ihren Alltag selbständig bewältigen können, werden persönliche und finanzielle Ressourcen wie auch soziale Netzwerke bedeutsamer. Die sind in unterschiedlichem Masse vorhanden. Dementsprechend ist auch der Bedarf an Beratung sowie Unterstützung sehr unterschiedlich. Um allfällige Probleme frühzeitig zu erkennen und den alten Menschen sowie ihrem sozialen Umfeld beratend und unterstützend beizustehen, ist es nötig, einen Zugang zu alten Menschen in ihren Wohnungen zu finden, bevor akute Probleme auftreten, die nach Sofortmassnahmen rufen.

Die bereits vorhandenen Beratungs- und Unterstützungsangebote decken je einzelne Aspekte ab, lassen jedoch auch Lücken erkennen:

Die Fachstellen von Pro Senectute Kt.Zürich wie auch das kantonale Projekt SiL arbeiten mit viel fachlichem know-how. Eine ganzheitliche Sicht, welche auch die spirituelle Dimension mit berücksichtigt, gehört jedoch nicht zu ihrer Aufgabe.

Zudem fehlt ihnen die Möglichkeit, ohne Auftrag alte Menschen aufzusuchen.

Von den Mitarbeitenden der Kirche hingegen wird sogar *erwartet*, dass sie alte Menschen von sich aus aufsuchen und selbstverständlich spirituelle Themen aufgreifen.

---

<sup>12</sup> Sickendiek et al. 2008

Ihnen fehlt jedoch das gerontologische und geriatrische Fachwissen, um beispielsweise auch gesundheitliche Risiken zu erkennen und entsprechende Beratung anzubieten.

Die alten Menschen selber sehen sich mit einer Vielfalt von Angeboten konfrontiert, die schwer zu überschauen sind. Noch schwieriger ist es, bei Bedarf ohne Hilfe ein geeignetes Angebot auszuwählen.

Hier setzt das Projekt „va bene – besser leben zuhause“ an. Es sucht, die Vorteile bestehender Strukturen und Dienstleistungen zu kombinieren und mit einem erprobten Beratungsansatz zu verbinden, um sie zugunsten alter Menschen optimal zu nutzen.

Für die Landeskirche besteht zudem die Chance, gemeindliche oder regionale Projekte, die am Entstehen sind, von Anfang an in ein übergreifendes Konzept zu integrieren und damit in eine gesamtkirchliche Perspektive einzubinden.

## 2 Pilotprojekt „va bene – besser leben zuhause“

Mit dem Projekt „va bene – besser leben zuhause“ soll im Kanton Zürich ein Beratungs- und Unterstützungsangebot aufgebaut werden, das

- präventiv und ressourcenorientiert ausgerichtet ist
- eine ganzheitliche Perspektive einnimmt sowie
- aktiv auf die alten Menschen zugeht

### 2.1 Zweistufiges Angebot

Das Beratungsangebot besteht aus zwei Stufen, die einander ergänzen.

1. **Stufe:** niederschwelliges Gesprächs- und Beratungsangebot, das von Mitarbeitenden in Kirchgemeinden sowie von Freiwilligen wahrgenommen wird, die dafür geschult werden.

In einer ersten Stufe geht es darum, ältere Menschen zuhause zu besuchen und zusammen mit ihnen und ihren Angehörigen heraus zu finden, ob sie in bestimmten Lebensbereichen Unterstützung brauchen, damit sie ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig und für alle Beteiligten befriedigend meistern können. Die Perspektiven der Besuchten und der Angehörigen sind immer zu respektieren. Im Blick sind Lebensbereiche wie z.B.

- Abnehmende körperliche Leistungsfähigkeit
- Abnehmende geistige Leistungsfähigkeit
- Prävention (Umgang mit chronischen Krankheiten, Demenz,...)
- Organisation der Finanzen
- Haushaltsführung (waschen, putzen,...)
- Ernährung (einkaufen, kochen,...)
- Körperpflege (Fusspflege, Haarpflege,...)
- Vereinsamung (soziale Kontakte, generativer Aspekt,...)
- Spiritualität (Lebensziele, Sinnfragen, Sterben und Tod, Schuld, Versöhnung,...)

Ziel der Beratung ist es, *gemeinsam* mit den alten Menschen und ihrem sozialen Umfeld deren

- Ressourcen zur Alltagsbewältigung zu eruieren
- allfälligen Unterstützungsbedarf zu erkennen
- erkannte Probleme zu priorisieren
- geeignete Massnahmen zu definieren

Allenfalls können Beratende

- selber kleinere Hilfestellungen wie z.B. Erstellen eines Zahlungsauftrags oder Begleitung zur Hausärztin übernehmen oder
- auf Wunsch der alten Menschen professionelle Unterstützung vermitteln

- 2. Stufe:** Netzwerk von Fachpersonen, die in komplexen Situationen, in denen es um spezifisches z.B. medizinisches oder pflegerisches Fachwissen geht, beigezogen werden können. Diese Leistungen sind kostenpflichtig.

Stossen Beratende der 1.Stufe an ihre fachlichen und persönlichen Grenzen, stellen sie auf Wunsch der alten Menschen gezielte Kontakte zu entsprechenden Fachstellen bzw. Fachpersonen her, z.B. zur Hausärztin, zum Pfarramt, zur Spitex, zu einer Finanzberatung, zu einer Memoryklinik u.a.

## **2.2 Rahmenbedingungen**

Damit das Projekt gelingen kann, sind folgende Voraussetzungen notwendig.

### **Pilotgemeinden**

Der Abteilung Gemeindedienste der Evangelisch-reformierten Landeskirche des Kt. Zürich gelingt es zusammen mit dem Institut Neumünster 6-7 Kirchengemeinden zu motivieren und davon zu überzeugen, sich als Pilotgemeinden in ihrer Region zur Verfügung zu stellen.

### **Motivation**

- Kirchliche Mitarbeitende sind motiviert, einen neuen Akzent in der Altersarbeit zu setzen.
- Es gelingt ihnen, das schlummernde Potential frisch pensionierter Freiwilliger, die bereit sind, sich sozial zu engagieren, zu aktivieren und motivierend zu begleiten.
- Alte Menschen wissen um das Angebot und sind motiviert, es in Anspruch zu nehmen.

### **Haltung**

Beratende verstehen sich als PartnerInnen der alten Menschen. Sie achten deren Autonomie und bieten in erster Linie Hilfe zur Selbsthilfe an. Die Anliegen und Wünsche der alten Menschen werden in jedem Fall respektiert.

### **Schulung**

- Kirchliche Mitarbeitende und Freiwillige werden für ihre Aufgabe durch das Institut Neumünster in gerontologischem Fachwissen geschult, damit sie in der Lage sind, Gespräche mit alten Menschen zu führen, allfälligen Unterstützungsbedarf zu identifizieren und einen Überblick über bestehende professionelle Fachstellen und Fachpersonen zu haben.
- Die Schulung erfolgt im Rahmen der normalen Aus- und Weiterbildungsstruktur, im sozialdiakonischen, pastoralen oder freiwilligen Bereich.

### **Begleitung**

Beratende können bei Bedarf ein Coaching oder eine Supervision in Anspruch nehmen.

### **Koordination**

- Regionale, kirchliche Kontaktstellen helfen Beratenden bei fachlichen Fragen weiter.
- Bei dieser Stelle können auch Menschen gemeldet werden, für die ein Besuch hilfreich sein könnte.

## **Vernetzung**

Es bildet sich mit der Zeit ein Netzwerk von Fachstellen, die gegenseitig voneinander wissen und miteinander in loser Form kooperieren, z.B. über Sozialkonferenzen u.ä.

### **2.3 Ziele**

Zentrales Ziel:

Gerontologisch weitergebildete Mitarbeitende sowie Freiwillige der reformierten Kirche besuchen ältere Menschen zuhause mit dem Auftrag, gemeinsam mit ihnen und ihren Angehörigen zu eruieren, ob sie in bestimmten Lebensbereichen Unterstützung brauchen, damit sie ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig und für alle Beteiligten befriedigend meistern können. Die Perspektiven der Besuchten und der Angehörigen sind immer zu respektieren.

Übergeordnete Ziele:

1. Unterstützung alter Menschen und ihres sozialen Umfeldes.
2. Förderung der subjektiven Lebensqualität alter Menschen und ihrer Angehörigen.
3. Förderung des physischen, psychischen, geistigen, spirituellen, sozialen und kulturellen Wohlbefindens alter Menschen sowie ihres sozialen Umfeldes.
4. Gewinnung und Motivierung von Pilotgemeinden.
5. Aufbau eines koordinierten Vorgehens zur Prävention für alte Menschen und ihr soziales Umfeld auf zwei Stufen.

Längerfristig:

6. Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts.
7. Behinderungen, Spital- und Heimaufenthalten vorbeugen.
8. Senkung der Kosten für Pflege und Betreuung.
9. Entwicklungsziel: Verantwortliches Einbeziehen der aktiven, älteren Bevölkerung in die Bemühungen, die eigene Selbständigkeit zu erhalten.

Unterziele des Projekts:

1. Beitrag zur reichhaltigen Alltagsgestaltung alter Menschen zur Minimierung von Abhängigkeiten.
  - a. Die Besuche bereichern den Alltag unmittelbar.
  - b. Die Besuche fördern eine aktive Alltagsgestaltung.
  - c. Die alten Menschen fühlen sich ernst genommen und erleben, dass ihre Anliegen aufgenommen werden.
  - d. Die Besuchenden gehen empathisch auf die individuelle Lebenslage der alten Menschen und ihres Umfeldes ein.
  - e. Sie beraten sie kompetent.
2. Information und Motivierung von SozialdiakonInnen, PfarrerInnen und Freiwilligen durch die Abt. Gemeindedienste GD in Zusammenarbeit mit der Abt. Bildung und Gesellschaft B&G.
  - a. GD nimmt Kontakt auf mit möglichen Pilotgemeinden und lädt Interessierte zu Informationsveranstaltungen ein.
  - b. GD und B&G unterstützen die Pilotgemeinden in der Gewinnung von Freiwilligen.
  - c. GD und B&G unterstützen die Pilotgemeinden in der Umsetzung des Pilotprojektes.

3. Schulung von SozialdiakonInnen, PfarrerInnen und Freiwilligen durch das Institut Neumünster in gerontologischen Kompetenzen aus physischer, psychischer, geistiger, spiritueller, ethischer und sozialer Perspektive.
4. Einrichtung und Aufbau von regionalen, kirchlichen Kontaktstellen RKS für die Mitarbeitenden und Freiwilligen der Kirche wie auch für ältere Menschen und ihr Umfeld.
  - a. Die RKS bauen den Kontakt zu professionellen Stellen (Spitex, Pro Senectute etc.) in der Region auf und vermitteln Informationen an Mitarbeitende und Freiwillige der Kirche sowie an ältere Menschen und ihr Umfeld.
  - b. Die RKS machen das Angebot ‚va bene – besser leben zuhause‘ in ihrer Region bekannt.
  - c. Die RKS organisieren und/oder vermitteln Weiterbildungen.
  - d. Die RKS bauen ein Coachingangebot für Mitarbeitende der ‚va bene – besser leben zuhause‘ auf.
  - e. Die RKS dokumentieren ihre Tätigkeiten.

#### **2.4 Zielgruppen**

1. SozialdiakonInnen, PfarrerInnen
2. Freiwillige in Kirchgemeinden
3. Pflegende, Sozialarbeitende, Mediziner u.a., die in eigener Praxis oder an Fachstellen tätig sind.
4. Entwicklungs-Zielgruppe: Qualifizierte Freiwillige im dritten Lebensalter, welche für definierte Aufgaben innerhalb des Projektes Verantwortung übernehmen.

#### **2.5 Projektpartner**

Das Projekt „va bene – besser leben zuhause“ wird von drei Projektpartnern aufgebaut, die einander ergänzen. Es sind dies:

- Stiftung Diakoniewerk Neumünster-Schweiz. Pflegerinnenschule über das Institut Neumünster
- PD Dr. A. Wettstein, Leiter des stadtärztlichen Dienstes der Stadt Zürich
- Evangelisch-reformierte Landeskirche des Kantons Zürich
- Pro Senectute Kt.Zürich als Kooperationspartnerin

Die reformierte Kirche verfügt über eine gut funktionierende Struktur, die den ganzen Kanton umfasst. In den Kirchgemeinden arbeiten insgesamt 229 SozialdiakonInnen, 380 PfarrerInnen sowie ca. 1'400 Freiwillige in Besuchsdiensten. Sie erreichen ca. 40%<sup>13</sup> aller alten Menschen im Kanton Zürich, die sie zum Teil über Jahre kennen und deren Vertrauen besitzen.

PD Dr. A. Wettstein besitzt ein umfassendes geriatrisches Fachwissen und ist sehr gut vernetzt mit professionellen Anbietern im Altersbereich.

Das Institut Neumünster verfügt über tiefes pflegewissenschaftliches, ethisches, spirituelles, sozialarbeiterisches und gerontologisches Fachwissen und hat langjährige Erfahrung in der Bildungsarbeit.

---

<sup>13</sup> Statistisches Amt des Kantons Zürich. Auf Anfrage. Quelle Vesta 2008/2009. Statistische Angaben zu Zürich, Winterthur, Richterswil und Kilchberg fehlen.



## **2.6 Projektorganisation**

Die vorgeschlagene Projektorganisation gilt für die Konzeptphase bis und mit Vorprojekt.

Für die Umsetzung kann bzw. muss sie angepasst werden.

Steuerungsgruppe:

- Vertretung Institut Neumünster
- Dr. A. Wettstein
- Vertretung reformierte Kirche

Projektleitung:

- Institut Neumünster

Projektteam:

- Dr. A. Wettstein
- Mitarbeitende Institut Neumünster
- Mitarbeitende der reformierten Kirche
- Evtl. Mitarbeitende Pro Senectute Kt.Zürich

Sounding Board: Vertretungen aus:

- Pro Senectute Kt.Zürich Zürich
- Alzheimervereinigung Kt. Zürich
- Spitex Verband Kt. Zürich
- SeniorInnenorganisation
- Verantwortliche von Pilotprojekten in Gemeinden
- (plus zwei oder drei weitere)

### **3 Ablauf und Terminplan: Konzeptphase bis Beginn Pilotphase**

Die folgenden Konkretisierungen beziehen sich auf die Konzeptphase sowie die Entwicklung eines Vorprojekts bis zur Beschlussfassung des Pilotprojekts durch den Kirchenrat.

Die Umsetzungsphase kann im jetzigen Zeitpunkt nur in grossen Zügen aufgezeigt werden.

#### ***3.1 Vorbereitung: Mai 2010 – Juni 2011***

- Mai – Juni 2010: Erstellen und Bereinigen des Grobkonzeptes  
Erste Vorlage zuhanden Kirchenrat (26. Mai)  
Kontaktaufnahme mit Aus- und Weiterbildungsinstitutionen der Zielgruppen
- Aug – Dez 2010: Kontaktaufnahme mit möglichen Pilotgemeinden:  
2-3 Stadtgemeinden  
2 Agglomerationen  
2-3 Landgemeinden  
Detailkonzept Pilotprojekt
- Jan – Juni 2011: Mitteilung an Kirchenrat  
Entwicklung von Schulungsmodulen für Zielgruppen  
Planung der Koordination für Pilotphase

#### ***3.2 Umsetzung: Juli 2011 – Dezember 2014***

- Aug – Okt 2011: Projektorganisation neu strukturieren auf Umsetzungsphase hin  
Erprobung der Weiterbildungsmodule mit Zielgruppen der Pilotgemeinden  
Aufbau eines Coachingteams für Zielgruppen der Pilotgemeinden  
Sicherstellen der Koordination in Pilotgemeinden
- Jan 2012 – Dez 2014: Pilotprojekt über 3 Jahre in Pilotgemeinden  
Evaluation des Pilotprojektes
- 2015 – 2021: Umsetzung im gesamten Gebiet der reformierten Kirche

### **3.3 Evaluation**

Für die Evaluation werden die übergeordneten Ziele 1-5 des Projekts entsprechend den Unterzielen operationalisiert. Die übergeordneten Ziele 6-9 sollen in einer zweiten Evaluationsstufe überprüft werden. Die Evaluation wird vom Zentrum für Gerontologie vorgenommen.

1. Prävention für alte Menschen und ihr soziales Umfeld
  - a. Die beratenen Menschen und ihr Umfeld werden in ihrer möglichst selbstständigen Lebensführung unterstützt.
  - b. Ihre subjektive Lebensqualität und diejenige ihrer Angehörigen bleiben erhalten oder werden verbessert.
  - c. Die je spezifischen Stärken, Rollen und Biografien der verschiedenen besuchenden Personen (PfarrerInnen, SozialdiakonInnen ...) werden genutzt.
  - d. Die besuchten alten Menschen empfinden die Besuche als Unterstützung.
  - e. Die besuchten alten Menschen fühlen sich ernst genommen und erleben, dass ihre Anliegen wahrgenommen werden.
  - f. Die Besuchenden beraten die alten Menschen empathisch und kompetent.
  
2. Information und Motivierung der Pilotgemeinden
  - a. Mitarbeitende von 6-7 Pilotgemeinden sind informiert über das Projekt ‚va bene – besser leben zuhause‘ und motiviert, sich darin zu engagieren.
  - b. In den Pilotgemeinden sind genügend Freiwillige motiviert, um das Pilotprojekt zu starten und durchzuführen.
  - c. Die Pilotgemeinden fühlen sich in der Umsetzung des Pilotprojektes durch die Projektleitung angemessen unterstützt.
  
3. Schulung durch Institut Neumünster
  - a. Die Schulung vermittelt gezielt Wissen und Kompetenzen nach dem aktuellen Stand des Wissens.
  - b. Die beratenden Personen fühlen sich durch die Schulung angemessen auf ihre Aufgabe vorbereitet.
  - c. Die beratenden Personen haben nach der Schulung ein umfassenderes Bild der zu besuchenden Personen als vor der Schulung.
  - d. Die beratenden Personen können die Lehrinhalte der Schulung in der Praxis anwenden.
  - e. Die beratenden Personen empfinden die Mitarbeit im Projekt ‚va bene – besser leben zuhause‘ als persönliche Bereicherung.
  
4. Regionale, kirchliche Kontaktstellen RKS
  - a. Die RKS sind eingerichtet und erbringen Leistungen für beratende und beratene Personen.
  - b. Die organisatorische Einbettung der RKS wird als angemessen angesehen.
  - c. Der Stellenbedarf der regionalen Kontaktstellen wird ermittelt und deren Finanzierung ist sichergestellt.
  - d. Die RKS kennen und dokumentieren die relevanten professionellen Stellen in der Region.
  - e. Das Angebot ‚va bene – besser leben zuhause‘ ist bei älteren Menschen in der Region bekannt.

- f. Die anfragenden Personen werden von den RKS umfassend und korrekt informiert und erfahren die RKS als unterstützend.
- g. Die RKS organisieren in Zusammenarbeit mit den Abteilungen Gemeindedienste sowie Bildung und Gesellschaft Weiterbildungen, sichern die Qualität und garantieren einen reibungslosen Ablauf.
- h. Coachingangebote werden aufgebaut, dokumentiert und ausgewertet.
- i. Mitarbeitende und Freiwillige im Projekt nehmen die Coachingangebote als hilfreich wahr.
- j. Erkenntnisse der Coachingangebote fliessen in die Weiterbildung ein.
- k. Die Tätigkeiten der RKS werden systematisch erhoben, ausgewertet und zur Weiterentwicklung des Projektes genutzt.

## 4 Finanzen

### 4.1 Vorbereitungsphase Mai 2010 – Juni 2011

Der geschätzte Arbeitsaufwand bezieht sich auf Konzeptphase und Vorprojekt:

Geschätzter Arbeitsaufwand:

Entwicklung des Projekts:

- |                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| ▪ Institut Neumünster             | CHF 45'000 |
| ▪ Ref. Landeskirche <sup>14</sup> | CHF 20'000 |
| ▪ PD Dr. A. Wettstein             | CHF 10'000 |
| ▪ Sounding Board                  | CHF 1'500  |

Entwicklung von ersten Aus- und Weiterbildungsmodulen

- |                       |            |
|-----------------------|------------|
| ▪ Institut Neumünster | CHF 35'000 |
| ▪ Fachpersonen        | CHF 12'000 |

Evaluation

- Zentrum für Gerontologie CHF 50 - 60'000

### 4.2 Umsetzungsphase Juli 2011 – Dezember 2014

Die Weiterbildungen finanzieren sich über die Kursbeiträge der Teilnehmenden bzw. deren Arbeitgeber. Sie finden im Rahmen der normalen Weiterbildungen statt. Es entstehen für die Kirche keine zusätzlichen Kosten.

Die niederschwellige Beratungstätigkeit vor Ort ist integraler Bestandteil des Pflichtenheftes der kirchlichen Mitarbeitenden, d.h. es entstehen keine zusätzlichen Kosten.

Der Aufwand für die Begleitung und Betreuung der Freiwilligen geht zulasten der Kirchgemeinden.

---

<sup>14</sup> Der Arbeitsaufwand bezieht sich auf Mitarbeitende der gesamtkirchlichen Dienste im Rahmen deren Pflichtenhefte. Es sind keine neu zu schaffenden Stellen oder Beauftragungen vorgesehen.

## 5 Literatur

- Bundesamt für Statistik (2002). Sozialbericht Kanton Zürich. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2006). Bevölkerungswachstum und demografische Alterung: ein Blick in die Zukunft. Hypothesen und Ergebnisse der Bevölkerungsszenarien für die Schweiz 2005 - 2050. . Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2008). Demographisches Portrait der Schweiz 2008. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2009). Panorama - Bevölkerung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik
- Bundesamt für Statistik (2010). Ständige Wohnbevölkerung der Schweiz 1960 - 2000. [Zugriffsdatum: 23.03.10].
- Deutsches Institut für Angewandte Pflegeforschung e.V. (2008) (Hg.). Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil - der Abschlussbericht. Hannover: Schlütersche.
- Flückiger, Christoph/Wüsten, Günther (2008). Ressourcenaktivierung. Ein Manuel für die Praxis. Bern: Hans Huber Verlag.
- Höpflinger, François (1997). Frauen im Alter - Alter der Frauen - ein Forschungsossier. 2. Aufl. Zürich: Seismo
- Huss, A., et al., Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2008. **63**(3): p. 298-307.
- Meinck, M., et al., Präventive Hausbesuche im Alter: eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. *Gesundheitswesen*, 2004. **66**(11): p. 732-8.
- Sickendiek, Ursel/Engel, Frank/Nestmann, Frank (2008). Beratung: eine Einführung in sozialpädagogische und psycho-soziale Beratungsansätze. 3. Aufl. Weinheim: Juventa.
- Vass, M., et al., Preventive home visits to older people in Denmark--why, how, by whom, and when? *Z Gerontol Geriatr*, 2007. **40**(4): p. 209-16.
- Vass, M., Avlund, K., Siersma, V., & Hendriksen, C. (2009). A feasible model for prevention of functional decline in older home-dwelling people--the GP role. A municipality-randomized intervention trial. *Fam Pract*, **26**(1), 56-64.
- Wanner, Philippe (2005). Bildung, Berufstätigkeit und Ruhestand. In: Wanner, Philippe/Sauvain-Digerdil, Claudine/Guilley, Edith/Hussy, Charles (Hg.). *Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. S. 73-83.
- Wanner, Philippe/Sauvain-Digerdil, Claudine/Guilley, Edith/Hussy, Charles (2005). *Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Statistisches Amt des Kantons Zürich: statistik.info 06/09.
- Statistisches Amt des Kantons Zürich: statistik.info 07/09.

## Projektbeschreibung VIVA – Leben im Alter

### Ausgangslage

Bei leicht steigender Einwohnerzahl im Bezirk Horgen (Adliswil, oberer Bezirksteil) in den nächsten Jahren, wird der Anteil der älteren Bevölkerung überproportional stark zunehmen. Der Bedarf an ambulanten und stationären Dienstleistungen für die Generation 60+ wird zunehmen. Das Angebot in den Bereichen Gesundheit/Betreuung/Wohnen ist vielfältig, schwergewichtig lokal ausgerichtet und wenig koordiniert. Es fehlt eine regionale Übersicht. Dies ist insbesondere für ältere Menschen, die entsprechende Dienstleistungen benötigen, aber auch für deren Bezugspersonen (z.B. Familienmitglieder) ein Problem.

### Idee

Das Projekt «VIVA Leben im Alter» entstand, weil Informationen betreffend Altersversorgung und Gesundheits-, Betreuungs-, Wohnangebote für ältere Menschen auf Bezirksebene nur schwer auffindbar sind. Die Suche nach solchen Angeboten ist aufwendig und oft wenig zielführend. Eine Übersicht über alle stationären und ambulanten Angebote im Bezirk Horgen auf einer Internetplattform gibt es bis heute nicht. Mit der Realisierung des Projekts «VIVA Leben im Alter» ist es gelungen, Informationen und Angebote in diesen Bereichen in der Region übersichtlich und transparent für interessierte Benutzerinnen und Benutzer darzustellen.

### Projekt

Die neue Plattform zeigt auf einfache Art und Weise die Angebote der stationären und ambulanten Altersversorgung in der Region. Unter [www.vivalebenimalter.ch](http://www.vivalebenimalter.ch) werden die Dienstleistungen aus den Bereichen Gesundheit, Betreuung und Wohnen dargestellt. Die Informationen sind präzise, sodass der Benutzer schnell zum Ziel gelangt. Er erhält eine Übersicht und kann die Angebote vergleichen.

Für die Dienstleistungserbringer bietet sich die Möglichkeit, ihre Angebote und Kompetenzen ohne grossen Verwaltungsaufwand an die entsprechende Zielgruppe der älteren Generation zu richten.

### Sozialaspekt

Das Einbeziehen vom Umfeld der Familie und Freundeskreisen ist eine wichtige Grundlage. Die Anwendung von elektronischen Hilfsmitteln ist heute an der Tagesordnung und wird weiter an Bedeutung zunehmen. Die Chance das gesamte soziale Netzwerk zusammenzufassen und den Nutzen auf den Ebenen Benutzer, Anbieter, Verwaltung zu vereinfachen, sind gestellte Aufgaben. Unser Engagement ist auf diese Hilfestellung ausgerichtet.

#### Patronat



#### Trägerschaft



#### Bezirks-Gemeinden

Adliswil, Hirzel, Horgen, Hütten,  
Kilchberg, Langnau am Albis,  
Oberrieden, Richterswil, Rüschlikon,  
Schönenberg, Thalwil, Wädenswil

Kontaktadresse ♦  
Weidstrasse 4 ♦  
8135 Langnau am Albis ♦  
Telefon 044 714 77 13 ♦  
Telefax 044 714 77 14 ♦  
[info@vivalebenimalter.ch](mailto:info@vivalebenimalter.ch) ♦  
[www.vivalebenimalter.ch](http://www.vivalebenimalter.ch) ♦

## Realisierung

Die Idee einer solchen Plattform wurde der Gemeindepräsidentenkonferenz des Bezirks Horgen vorgestellt und ein Ausschuss mit der Realisierung beauftragt. Die Initialfinanzierung wurde durch das See-Spital sichergestellt. Die Gemeindepräsidentenkonferenz vom 27. Oktober 2010 sichert mit einer Empfehlung an die Gemeinden die Finanzierung der Betriebskosten für das Jahr 2011. Mittelfristig soll eine gemischtwirtschaftliche Finanzierung (Öffentliche Hand/Privatwirtschaft/Stiftungsgelder) angestrebt werden.

Initialfinanzierung Franken 45000.- (2010)

Sicherstellung der ordentlichen Betriebskosten Franken 65000.- (2011)

## Benutzer

Die Benutzerinnen und Benutzer haben nun eine Plattform mit den zahlreichen Informationen, Angeboten, Dienstleistungen und Anlaufstellen, die übersichtlich dargestellt sind und somit auch einfach genutzt werden können.

## Vollständigkeit

In den 12 Bezirksgemeinden wurden alle Organisationen und Tätigkeitsfelder die im Bereich Leben im Alter, Gesundheit, Betreuung und Wohnen tätig, beziehungsweise sichtbar sind, in einer strukturierten Plattform erfasst. Dieses Vorgehen garantiert die höchste Vollständigkeit.

## Hochschule

Zusammen mit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Wädenswil (ZHAW), wurde ein ausgewiesener Partner für die technisch ausgeklügelte Anwendung gefunden. Mit einer vollautomatisierten Reminder-Funktion werden die Daten überprüft, damit wird die Qualität und Aktualität der Inhalte sichergestellt.

## www Adresse

Sichtbar sind die Informationen unter [www.vivalebenimalter.ch](http://www.vivalebenimalter.ch) und erscheint im Portal von [www.zurichparkside.ch](http://www.zurichparkside.ch) die das Patronat übernommen hat. Hier sind weitere Kapitel wie Kultur, Natur, Wirtschaft und Bildung aus der Region sichtbar. Der Vorteil dieser Vernetzung ist sehr wertvoll und hat schon heute einen grossen Beachtungsgrad.

### Patronat



### Trägerschaft



### Bezirks-Gemeinden

Adliswil, Hirzel, Horgen, Hütten,  
Kilchberg, Langnau am Albis,  
Oberrieden, Richterswil, Rüschlikon,  
Schönenberg, Thalwil, Wädenswil

Kontaktadresse ♦  
Weidstrasse 4 ♦  
8135 Langnau am Albis ♦  
Telefon 044 714 77 13 ♦  
Telefax 044 714 77 14 ♦  
[info@vivalebenimalter.ch](mailto:info@vivalebenimalter.ch) ♦  
[www.vivalebenimalter.ch](http://www.vivalebenimalter.ch) ♦

### Projektverantwortung

Das Patronat übernahm die Stiftung Zurich Park Side. Als Trägerschaft zeichnen alle zwölf Bezirksgemeinden zusammen mit dem See-Spital die Verantwortung.

Adliswil, Hirzel, Horgen, Hütten, Kilchberg, Langnau am Albis,  
Oberrieden, Richterswil, Rüschlikon, Schönenberg, Thalwil, Wädenswil

### Leitender Ausschuss

Walter Bosshard, Präsident Stiftungsrat See-Spital, Horgen  
Bernhard Elsener, Gemeindepräsident, Rüschlikon  
Thomas Dischl, Gemeindeschreiber, Oberrieden  
Heinz Spälti, Präsident Spitex Adliswil  
Cristian Rentsch, Geschäftsführer Kranken- und Altersheim Frohmatt, Wädenswil  
Heinz Burgstaller, Pro Senectute Kanton Zürich, Dienstleistungscenter Zimmerberg, Horgen

### Projektleitung

Christian Schutzbach, Langnau  
Beat Ritschard, Standortförderung Zimmerberg-Sihltal, Thalwil  
Marcel Burkhard, Prof. phil. II, NDS Informatik, Instituttleiter, ZHAW, Wädenswil  
Roland Gassmann, ZHAW, Wädenswil  
Andreas Hauser, ZHAW, Wädenswil

### Rechnungsführung

VIVA Leben im Alter  
See-Spital, Asylstrasse 19, 8810 Horgen

Konto  
Zürcher Kantonalbank, 8010 Zürich  
IBAN CH11 0070 0110 0031 7987 9  
Stiftung Spital Zimmerberg, Asylstrasse 19, 8810 Horgen

### Kontaktadresse

VIVA Leben im Alter  
Weidstrasse 4  
8135 Langnau am Albis  
Telefon 044 714 77 13  
Telefax 044 714 77 14  
info@vivalebenimalter.ch  
www.vivalebenimalter.ch

#### Patronat



#### Trägerschaft



#### Bezirks-Gemeinden

Adliswil, Hirzel, Horgen, Hütten,  
Kilchberg, Langnau am Albis,  
Oberrieden, Richterswil, Rüschlikon,  
Schönenberg, Thalwil, Wädenswil

Kontaktadresse ♦  
Weidstrasse 4 ♦  
8135 Langnau am Albis ♦  
Telefon 044 714 77 13 ♦  
Telefax 044 714 77 14 ♦  
info@vivalebenimalter.ch ♦  
www.vivalebenimalter.ch ♦



## Ausbauprojekte VIVA – Leben im Alter

Nachführend finden Sie eine Reihe von möglichen Ausbauprojekten, welche durch private Finanzierungen mitgetragen werden müssen. Bei positiven Rückmeldungen und gesichertem Geldbedarf wird von uns ein konkreter Projektbeschrieb inklusive Budget ausgearbeitet.

### Systemausbau

Kontinuierlicher Ausbau themenspezifischer Inhalte  
Erweiterung der Suchkriterien  
Erweiterung der Suchmasken  
Finanzierungsbedarf Franken 5000.– bis 20000.–

### Systemergänzungen

Einbinden von neuen Kategorien, Themen  
Erweiterung der Datenbankfelder  
Erweiterung der einachen Benützung  
Finanzierungsbedarf kleine Variante Franken 10000.– bis 20000.–  
Finanzierungsbedarf grosse Variante Franken 30000.– bis 40000.–

### Platzangebots-Spiegel

Erstellen von einem Platzangebots-Spiegel, Wohnungen, Zimmer, Tagesplätze  
Eingabekriterien, Eingabemaske, für alle Heime  
Suchbegriffe für die einfache Anwendung  
Finden aller freien Plätze auf Bezirksebene  
Finanzierungsbedarf einfachere Variante Franken 20000.– bis 25000.–  
Finanzierungsbedarf ausführliche Variante Franken 40000.– bis 50000.–  
(Je nach Automatisierungsgrad, einbinden von Fremdsoftware)

### Vortrags-Spiegel

Erstellen von einem Vortrags-Spiegel, wichtige Informationen von allgemeinem Interesse  
Nach Themen für die Benutzergruppen  
Finanzierungsbedarf Basispräsentation Franken 12000.–  
Finanzierungsbedarf für Vortragsserie 10 Themen Franken 50000.–

### Erkennung über Körperbild

Neue Art der Erkennung von Beschwerden  
Hinweise welche Art von Beschwerden möglich wären  
Erste Hilfeleistung mit Informationen, Hausarzt  
Finanzierungsbedarf Franken 26000.–

#### Patronat



#### Trägerschaft



#### Bezirks-Gemeinden

Adliswil, Hirzel, Horgen, Hütten,  
Kilchberg, Langnau am Albis,  
Oberrieden, Richterswil, Rüschlikon,  
Schönenberg, Thalwil, Wädenswil

Kontaktadresse ♦  
Weidstrasse 4 ♦  
8135 Langnau am Albis ♦  
Telefon 044 714 77 13 ♦  
Telefax 044 714 77 14 ♦  
info@vivalebenimalter.ch ♦  
www.vivalebenimalter.ch ♦

### **VIVA-APP**

Einfache Erreichbarkeit über ein VIVA-APP auf den Smartphones.  
Verlinkung in den heutigen gängigen Möglichkeiten.  
Anzeigen über GPS, Standorte, Wegbeschreibung, Informationen, usw.  
Finanzierungsbedarf Franken 12000.–

### **VIVA-Film**

Erstellen eines VIVA-Films zur Erklärung was das Projekt VIVA  
für die Benutzer, Anbieter, Organisationen und Verwaltungen bedeutet.  
Finanzierungsbedarf Franken 22000.–

### **Benutzer-Informationen**

Bereitstellen der Benutzerinformationen  
Flächendeckende Präsenz markieren  
Finanzierungsbedarf Franken 24000.–

### **Informationszyklus**

In den Bezirksgemeinden werden VIVA-Veranstaltungen durchgeführt  
Eingebunden mit Gemeinde, Altersheime, Pro Senectute, Spitex, usw.  
Finanzierungsbedarf Franken 24000.–

### **Vernetzung Sozialeinrichtungen**

Alle Sozialeinrichtungen werden auf einer Ebene zusammengestellt  
Stufen Gemeinde, Kanton, Bund  
Suchbegriffe für die einfache Anwendung  
Finanzierungsbedarf Franken 35000.– bis 40000.–

#### **Patronat**



#### **Trägerschaft**



#### **Bezirks-Gemeinden**

Adliswil, Hirzel, Horgen, Hütten,  
Kilchberg, Langnau am Albis,  
Oberrieden, Richterswil, Rüschlikon,  
Schönenberg, Thalwil, Wädenswil

Kontaktadresse ♦  
Weidstrasse 4 ♦  
8135 Langnau am Albis ♦  
Telefon 044 714 77 13 ♦  
Telefax 044 714 77 14 ♦  
info@vivalebenimalter.ch ♦  
www.vivalebenimalter.ch ♦