

Projektwettbewerb 2016: Anmeldeformular

Projektname: Entwicklung und Validierung eines ICF-basierten Fragebogens bei Harn- und Stuhlinkontinenz: Teilprojekt Konsensuskonferenz am 25.11.2016		
Das Projekt wird eingereicht von: Prof. Dr. Barbara Köhler		
Organisation 1	Stadtspital Triemli Zürich	
Kontaktperson:	Prof. Dr. rer medic. Barbara Köhler	Funktion: Fachverantwortliche Beckenbodentherapie Physiotherapie
Telefonnummer:	04441 683 75	E-Mail: barbara.koehler@triemli.zuerich.ch
Adresse:	Birmensdorferstrasse 501, 8063 Zürich	
Organisation 2		
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW		
Kontaktperson:	Prof. Dr. rer medic. Barbara Köhler	Funktion: Dozentin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Telefonnummer:	079 488 42 54	E-Mail: barbara.koehler@zhaw.ch
Adresse:	Technikumstrasse 71, 8401 Winterthur	
Organisation 3		
Berner Fachhochschule BFH		
Kontaktperson:	Prof. Dr. Lorenz Radlinger	Funktion: Leiter aF&E Physiotherapie
Telefonnummer:	031 848 35 87	E-Mail: lorenz.radlinger@bfh.ch
Adresse:	Murtenstrasse 10, 3008 Bern	
Weitere Beteiligte: Studierende MSc-Physiotherapiewissenschaften und freiwillige Mitarbeitende: Manuel Kuhn, Stephanie Gass, Pascale Brand, Irene König-Barbüda, Anita Müller-Spillmann.		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Bisherige Fragebögen bei Harn- und Stuhlinkontinenz sind ausschliesslich defizitorientiert, überwiegend diagnoseorientiert und bilden nicht alle relevanten Aspekte dieser Gesundheitsstörung im Sinne des biopsychosozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ab. Für eine patientenorientierte Therapieplanung bedarf eines Erfassungsinstrumentes, das die Bedürfnisse und Ressourcen der Betroffenen erfasst und die Kommunikation zwischen den Betroffenen und den Gesundheitsfachpersonen der verschiedenen Professionen im holistischen Sinn unterstützt. Zwei Fachhochschulen in der Schweiz (ZHAW und BFH) haben sich in einem Kooperationsprojekt die Beseitigung dieses Mangels zum Ziel gesetzt. Die Praxispartner für die Durchführung von Interviews mit Betroffenen sind das Stadtspital Triemli Zürich (Madeleine Isler, Stadtspital Triemli Zürich, Leitung Therapien) und das Inselspital Bern (Prof. Dr. med. Annette Kuhn, Chefärztin Urologie, Inselspital Bern). In das Projekt sind Ausbildungsprojekte des MSc-Studienganges Physiotherapie der beiden Fachhochschulen einbezogen.</p> <p>Die zentralen Ziele der Entwicklung des ICF-IAF sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifizierung der Probleme und Ressourcen aus der Sicht der Betroffenen im Sinne der ICF, Erfassen der Auswirkungen von Harn- und Stuhlinkontinenz aus der Sicht aller relevanten Berufsgruppen des Gesundheitswesens und Erstellen und Validieren einer standardisierten Vorlage für Planung und Evaluation von Interventionen bei Harn- und Stuhlinkontinenz im multiprofessionellen Setting. <p>Das aktuelle Teilprojekt bereitet für den November 2016 eine Konsensuskonferenz vor, zur der 10 Vertretungen von Physiotherapieverbänden aus 5 deutschsprachigen Ländern eingeladen werden. Die Spesen betragen etwas CHF 10.000.-</p> <p>Der ICF-IAF wird ein praktikabler Fragebogen zur Erfassung und Kontrolle der Probleme und Ressourcen bei Harn- und Stuhlinkontinenz sein und kann einen Beitrag zur Standardisierung von Therapie- und Forschungspro-</p>		

tokollen leisten.

Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten).
Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.

Einsendeschluss: 31. März 2016

Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)



Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Development and validation of the ICF-Incontinence Assessment Form (ICF-IAF) to identify problems and resources for planning and evaluation of interventions in male and female patients with urinary or faecal incontinence

from

**Prof. Dr. rer. medic. Barbara Koehler
Zurich University of Applied Sciences ZHAW**

Summary of the project:

The major goal of incontinence treatment is to reduce symptom burden and ensure that patients' resources are supported as helpful as possible. This goal requires standardized assessment that will represent the typical spectrum of problems and resources, as well as positive and negative influencing factors.

Current level-A recommended questionnaires provide valid assessment of urinary (UI) or faecal incontinence (FI), but do not cover all aspects of the burden of the disease in the holistic sense of the biopsychosocial model of the World Health Organisation (WHO), which limits the value of these assessments¹. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) offers an international, scientific tool for the paradigm shift from the purely medical model to an integrated biopsychosocial model of human functioning and disability². It is a valuable tool in research into disability, in all its dimensions: impairments at the body and body part level, person level activity limitations, societal level restrictions of participation, and influencing environmental factors. The ICF will be an essential basis for the standardization of data concerning all aspects of human functioning and disability around the world. The ICF looks like a simple health-status classification, but it can be used for a number of purposes³. One of the most important aspects is the use of the ICF as a planning and evaluation tool to facilitate the cooperation in multi-professional healthcare settings. It is expected that the ICF will become the world standard for disability data and social policy modelling and will be introduced in the legislation of many countries around the globe⁴.

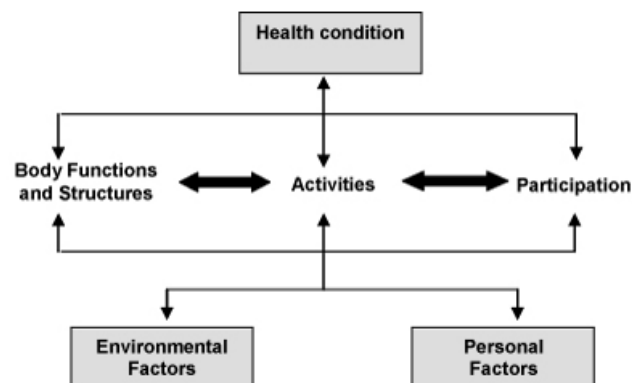


Figure 1: The biopsychosocial model of the WHO

The ICF as a whole is composed of 1458 categories, making it a highly comprehensive assessment tool. To facilitate the implementation of the ICF into clinical practice, so called “ICF Core Sets” have been developed for more than 30 health conditions, but do not include a “Core Set for Incontinence”. The development and validation process of ICF Core Sets follows standardized rules which have been described elsewhere⁵.

There is need for a validated short, simple instrument to quantify the UI and FI impact to aid health status assessment and communication between patients and all involved health

¹ Koch M, Cartwright R, Tikkinen KAO, Siddiqui NY, Couri BM, Gibson W, Igalada-Martinez P, Chapple CR. What was hot at the ICS Meeting 2014? *Neurourol Urodyn* 2015;34:206-12.

² World Health Organization (WHO). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization; 2001.

³ Stucki G, Grimby G. Applying the ICF in medicine. *J Rehabil Med*. 2004;44: 5-6.

⁴ World Health Organization (WHO). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health*. Geneva 2002.

⁵ Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Ustün B, Cieza A. A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health core set. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015;51:105-17.

professionals. To address this need and following the rules of the development of ICF Core Sets, an ICF-Incontinence-Assessment-Form (ICF-IAF) is under construction. The ICF-IAF will be a short, simple questionnaire for assessing and monitoring UI and FI. The current more than 90 translations of the ICF and the serially numbered coding system allow world-wide use and will help to standardize therapy and research protocols⁶.

In this project the health departments of two Universities of Applied Sciences in Switzerland (Zurich: ZHAW and Bern: BFH) are working together. Fellow researchers from both Universities as well as postgraduate students completing subprojects are included in this project. In addition according physiotherapy associations in Germany, Austria, Switzerland, Liechtenstein and Luxembourg are involved. The International Continence Society (ICS) has been contacted and is mostly welcome to take part.

Given a successful validation the ICF-IAF will be disseminated within the community of all related health professions managing patients with UI and / or FI. The ICF-IAF will help to structure and shape interventions.

The ICF-IAF will be an essential basis for the standardization of data concerning all aspects of UI and FI around the world. The initiation of this project is based on the perspective of physiotherapists and patients from German speaking countries because of organisational and financial reasons. The inclusion of all related health-professionals and informations about patients in all WHO regions during the validation process will make the ICF-IAF a valid tool for a patients and health care providers. The ICIQ-Net could be an ideal framework for publishing and implementing the ICF-IAF.

The steps of the development and summary of previous outcomes:

Phase one (2014-2016)

- Systematic analysis of 27 level-A disease-specific questionnaires recommended by the International Continence Society (ICS) including linking to the ICF. (completed)
- Delphi-survey among 262 specialized physiotherapists from five German speaking countries: Germany, Switzerland, Austria, Liechtenstein and Luxembourg. (completed)
- Identification of the patients' perspective using focus groups (completed) and single person interviews (ongoing).

Phase two (2016)

- Consensus-conference to evaluate all current results and approve the first version of the ICF-IAF (projected)

Phase three (2016-2018)

- International and multi-professional validation of the first version of the ICF-IAF. Delphi-surveys among physicians of all relevant disciplines, nurses, physiotherapists etc. using Delphi technique surveys by international fellow researchers. (projected)
- Development of a software-assisted tool including a handbook and training concept. (projected)

⁶ Koehler B, Brand P, Isler M, Passweg D, Radlinger L. The development of the ICF-Incontinence Assessment Form to identify problems and resources for planning and evaluation of interventions (ICF-IAF). *Physiotherapy* 2015 May;101:e774.

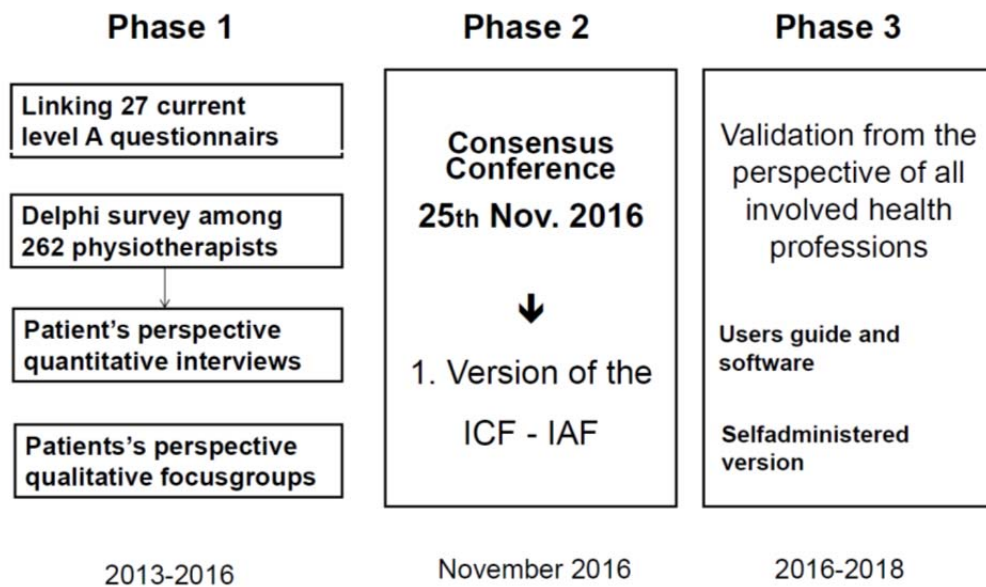


Figure 2: The project phases

Project Funding

Total cost of the Project / Budget

CHF 114.000.-.

Existing / previously secured financing for this project:

The working hours to set up the project group and the proposal are partly covered by the two collaborating Universities and the Stadtspital Triemli Zurich. In addition "Pelvisuisse e.V." supported the project with an initial funding of CHF 1200.-, as well as additional funding of CHF 950.- by "SOMT Pelvic Education Program".

No further applications are pending currently. There is need of financial support.

There are no pre-existing results. Copyright agreements which arise if the ICF-IAF will be made available by commercial software will be projected separately. At this point such procedures are foreseen but not yet concretely planned.

Existing Infrastructure:

Permanent offices with all necessary equipment, adequate to establish meetings as well as interviews with patients. The consensus-conference in 2016 will be attached to the yearly Pelvisuisse-Symposium at the ZHAW (www.pelvisuisse.ch). Mentoring of MSc-Theses in both Universities is established and the aim of publishing the results is focused. In case of the integration of the ICS as a project partner, and in case of integration of international and multi-professional research partners an International Consensus Conference could be conducted at the annual ICS Meeting in 2018 to develop the final version of the ICF-IAF.

Start and duration of the project:

2014-2018.

Winterthur, ZHAW March 11th 2016

Prof. Dr. rer. medic. Barbara Köhler

Projektwettbewerb 2016: Anmeldeformular

Projektname: Gesundheitszentrum		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1		
Kontaktperson:	Elisabeth Ziegler-Hasiba	Funktion: Professorin Fachhochschule St. Gallen
Telefonnummer:	079 422 77 24	E-Mail: elisabeth.ziegler@ggaweb.ch
Adresse:	Geerenstrasse 1b; 8118 Pfaffhausen	
Organisation 2		
Kontaktperson:	Rong Jun	Funktion: Taiji Meister
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:	Tobelhofstrasse 21; 8044 Zürich	
Organisation 3		
Kontaktperson:	Dr. Lothar Natau	Funktion: Management Berater und Projekt-coach
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:	9300 Wittenbach	
Weitere Beteiligte:		
<p>Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen) Geschäftsidee: Wir planen ein Gesundheitszentrum in Zürich, das die Bedürfnisse der Patienten in den Mittelpunkt stellt. Für eine umfassende Bedürfnisabdeckung wurde eine Kundenbefragung durchgeführt und ihre Ergebnisse in folgendem Leistungsspektrum berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es gibt ein gleichberechtigtes Angebot an schulmedizinischer und komplementärmedizinischer Behandlung. • Eine bereits bestehende Taiji Schule wird in das Zentrum integriert. • Patienten werden ganzheitlich behandelt. • Der Umgang zwischen Fachperson und Patientin ist von Empathie und Wertschätzung geprägt. • Corporate Social Responsibility ist ein Schwerpunkt: es werden auch Randgruppen behandelt, wie zum Beispiel Obdachlose. <p>Die Stossrichtung basiert auf einer integrierten Versorgung, digitalen Vernetzung und Einbindung der Patienten in den Therapieplan. Damit die Leistungen gut und vor allem kostengünstig erstellt werden, wird das Zentrum in drei Geschäftsfelder aufgeteilt. Damit wird gewährleistet, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • die jeweils angemessene medizinische Kompetenz verfügbar ist • das Angebot für die Patientinnen angemessen zugänglich ist • und die Leistung dort in Anspruch genommen wird, wo sie am kostengünstigsten ist. 		
<p>Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.</p>		
Einsendeschluss: 31. März 2016		
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)		

1. Geschäftsidee

Die Herausforderungen für die medizinische Grundversorgung sind vielfältig. Die demographische Alterung entwickelt sich rapide: im 20. Jahrhundert hat sich die Lebenserwartung praktisch verdoppelt. In der Schweiz leiden derzeit 2.2 Millionen Menschen an einer chronischen Erkrankung. Dazu kommen zunehmende Anforderungen am Arbeitsplatz, die zu stressbedingten Ausfällen führen – um nur einige dieser Herausforderungen zu nennen.

Als Lösungsansätze sind neue Versorgungsmodelle gefordert. Diese sollten sich am Patientennutzen orientieren und gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung verbessern.

Wir planen ein Gesundheitszentrum, das die Bedürfnisse der Patienten in den Mittelpunkt stellt. Um die Orientierung am Patientennutzen zu gewährleisten, wurde eine Marktanalyse durchgeführt, die sich in eine Kundenbefragung und eine Konkurrenzanalyse aufteilt.

2. Umfassende Bedürfnisabdeckung

Die Analyse wurde mit einer Online Befragung durchgeführt. Es wurden ca. 300 Personen angeschrieben, wovon 138 den Fragebogen ausgefüllt haben. Das ergibt statistisch gesehen eine gute Basis für die Auswertung.

Unsere Geschäftsidee deckt wichtige Bedürfnisse der Kunden ab. Daher wird im Folgenden das Ergebnis der Kundenbefragung kurz zusammengefasst.

- Von 126 der 138 Befragten wird es als Gewinn angesehen, wenn Schulmedizin und Traditionelle Chinesische Medizin gleichwertig an einem Ort angeboten werden. Dieser Wunsch wird in unserem Zentrum erfüllt, indem Schulmedizin mit alternativen Medizinformen gleichwertig und koordiniert angeboten werden.
- Ein grosser Anteil, nämlich 134 Befragte wollen über die Entscheidung mitbestimmen, wann Schulmedizin und wann Komplementärmedizin in Anspruch genommen wird. Wenn dieses Angebot in unserem Zentrum vorhanden ist, sind 70 von 138 Befragten bereit Ihren Hausarzt zu unseren Gunsten zu wechseln. Es gibt einen grossen Zuspruch zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Für 107 Befragte ist es interessant, gemeinsam mit mehreren Fachpersonen des Gesundheitszentrums einen interdisziplinären Diagnose-/Therapieplan zu erstellen.
- Für einen grossen Teil der Befragten, zwischen 136 und 138 ist Vertrauen zu den Fachpersonen das wichtigste Kriterium, gefolgt von Atmosphäre, freundlicher Empfang und dem Kriterium „verschiedene Angebote unter einem Dach“. Im Umgang der Fachpersonen mit den Befragten als Kundinnen und Kunden werden die Kriterien Aufmerksamkeit, Wertschätzung, Respekt, emotionale Unterstützung jeweils von 136 Befragten und mehr als sehr wichtig beziehungsweise wichtig eingestuft. Diese Aspekte werden bei der Rekrutierung der Fachkräfte eine wichtige Rolle spielen.
- Auch der offene Umgang mit den Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten wird von 135 Befragten als sehr wichtig beziehungsweise wichtig eingeschätzt.
- Abschliessend sei noch die Flexibilität bei den Öffnungszeiten erwähnt, die vor allem für berufstätige Kunden wichtig sind.

Gesundheitszentrum

3. Stossrichtung

Daraus ergeben sich für unser Gesundheitszentrum folgende umfassende Leistungen:

Angebot	Das Angebot umfasst – ohne Kompetenzgerangel – gleichberechtigt komplementärmedizinische und schulmedizinische ganzheitliche Behandlung.
TCM	Chinesische Medizin ist ein wichtiger Schwerpunkt des Angebots
Taiji / QiGong	Die Rong Jun Taiji & Wushu Academy Switzerland wird in das Zentrum eingegliedert und mit dem medizinischen Bereich vernetzt.
Ganzheitlich	Unsere Patienten werden ganzheitlich (Körper – Geist – Seele) behandelt.
Prävention	Das medizinische Angebot setzt verstärkt auf Prävention.
Eigenverantwortung	Unsere Patienten und Patientinnen werden als mündige Teilnehmer im Prozess verstanden und ihre Eigenverantwortung gefördert.
Patientennutzen	Der Patientennutzen steht im Vordergrund.
Forschung	Das Zentrum unterstützt aktiv Forschung und Weiterbildung.
Fürsorge	Ärzte und Fachpersonen pflegen einen Umgang mit den Patienten, der von Wertschätzung, Empathie und Aufmerksamkeit geprägt ist.
Soziale Verantwortung	Es wird soziale Verantwortung wahrgenommen: <ul style="list-style-type: none">○ einerseits gegenüber der Gesellschaft, indem die Leistungen an alle Bevölkerungsgruppen zur Verfügung gestellt werden.○ andererseits gegenüber den Mitarbeitern, indem Personen beschäftigt werden, die in unserem Arbeitsmarkt systematisch ausgegrenzt werden (Rollstuhlfahrer, Alleinerziehende).

4. Erkenntnisse aus der Marktanalyse

Die Erkenntnisse aus der Marktanalyse geben folgende Stossrichtung vor:

Einbindung des Patienten

- Patienten gestalten, wenn erwünscht, die Versorgung gemeinsam mit den Fachpersonen (Patient als Mitgestalter)
- Das Selbstmanagement der Patienten wird gefördert (Patient als Partner)
- Einbezug von Patientenorganisationen bei der Gestaltung der Behandlungspfade
- Ganzheitliche Betrachtung des Krankheitsbildes

Koordinierte Versorgung

- Die Versorgungspläne werden Kundengruppen-orientiert ausgearbeitet
- Erhöhung des Patientennutzens, indem mit verschiedenen Partnern integrierte Versorgungspläne aufgestellt werden
- Erhöhung des Patientennutzens durch eine geführte Koordination zwischen den Fachpersonen
- Forschungsaktivitäten; Zusammenarbeit mit Kliniken und Forschungsinstituten
- Geschäftsmodell mit drei Geschäftsfeldern

Vertragsebene

- Differenzierte Vergütung je nach Geschäftsfeld

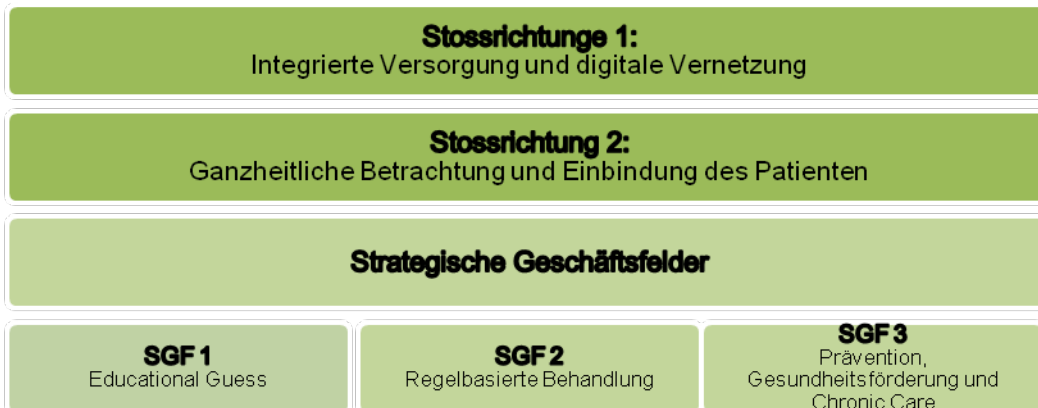
Governance

- Angemessene Strukturen zur Koordination der drei Geschäftsfelder
- Integrierte Behandlungspfade zur Sicherstellung der Leistungserbringung
- Einsatz vielfältiger Vertriebskanäle
- Zentraler Standort gekoppelt mit flexiblen Öffnungszeiten
- Unterstützung der Abläufe und Behandlungspfade durch elektronische Prozesse
- Wahrnehmung der sozialen Verantwortung gegenüber der Gesellschaft, indem auch Randgruppen, wie zum Beispiel Obdachlose medizinisch betreut werden.

5. Geschäftsmodell

5.1 Einleitung

Basierend auf diesen Überlegungen wurde folgendes Geschäftsmodell entwickelt:



Langfristig zielen wir darauf ab, in unserem Zentrum ein Modell zu etablieren, mit dem wir folgende Fragen beantworten wollen:

- Wie können unsere Leistungen gut und kostengünstig erbracht werden?
- Wie können die verfügbaren Kapazitäten für alle Kundengruppen optimal eingesetzt werden?

5.2 Stossrichtungen

Mit den beiden Stossrichtungen decken wir einen grossen Teil der Kundenbedürfnisse ab, die in den Kapiteln 2 - 4 bereits ausführlich beschrieben sind.

Stossrichtung 1: Integrierte Versorgung und digitale Vernetzung

Integrierte Versorgung bedeutet im Fall unseres Gesundheitszentrums, dass wir sowohl intern über drei verschiedene Modelle, als auch extern mit verschiedenen Partnern aus dem Gesundheitswesen vernetzt sind. Die drei Modelle werden unten stehend mit den drei strategischen Geschäftsfeldern erläutert. Die Leistungserbringung und die Versorgungsabläufe werden so gestaltet, dass eine integrierte Versorgung gewährleistet ist. Zur Unterstützung der Vernetzung werden elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt. Wichtigstes Element sind elektronische Patientendossiers.

Stossrichtung 2: Ganzheitliche Betrachtung und engagierter Patient

Wir verfolgen eine patientenorientierte Medizin, die den Menschen in seiner Ganzheit unter Berücksichtigung sozialer und psychischer Aspekte wahrnimmt. Unsere Patienten werden als mündige Teilnehmer im Prozess verstanden und ihre Eigenverantwortung gefördert. Wir binden die Patientinnen und Patienten als Partner ein und wir unterstützen und fördern ihr Selbstmanagement, wobei ein wesentlicher Schwerpunkt des Angebots bei der Prävention liegt. Der Umgang zwischen den Patienten und Fachpersonen ist von Wertschätzung, Empathie und Aufmerksamkeit geprägt.

5.2 Geschäftsfelder

Im aktuellen Geschäftsmodell von Gesundheitspraxen gibt es eine Durchmischung von Behandlung akuter Krankheiten und chronischen Krankheiten. Diese Durchmischung wird mit drei Geschäftsfeldern durchbrochen. Normalerweise erbringt ein Allgemeinmediziner sämtliche Leistungen für seine Patienten und Patientinnen. Dabei werden sowohl akute Fälle betreut wie auch chronische Krankheiten therapiert. Hier setzt unser Geschäftsmodell an. Es gibt eine Neuordnung der wichtigsten Funktionen.

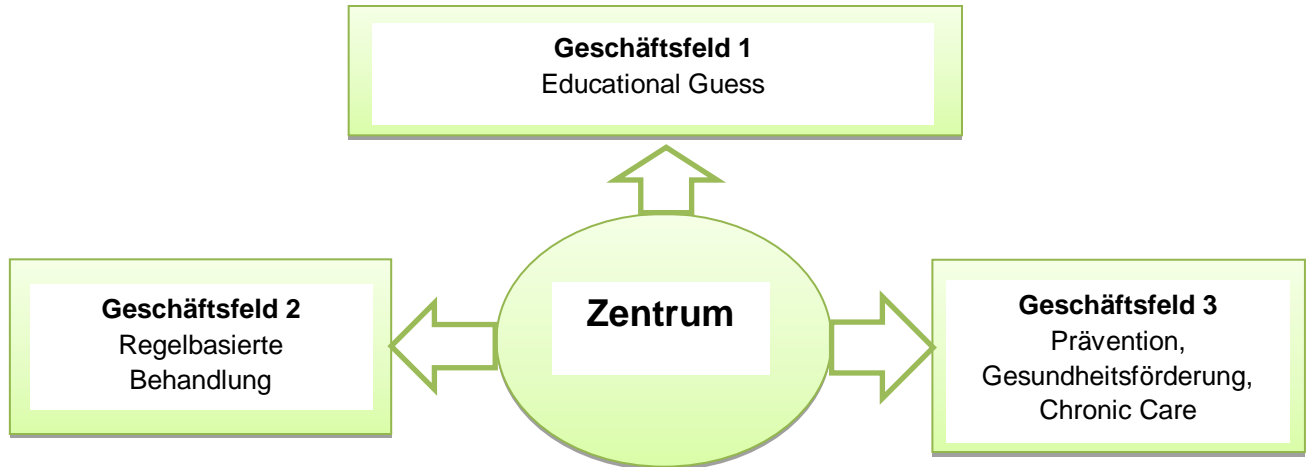
Grundlage für die Aufteilung der Leistungen in drei Geschäftsfelder sind die Kriterien: Kompetenz, Convenience und Kosten.

Dies bedingt, dass

- für die Betreuung jeweils die angemessene medizinische und fachliche Kompetenz verfügbar ist.
- für die Patienten das Angebot „convenient“, das heisst angemessen zugänglich ist
- die Leistung dort in Anspruch genommen wird, wo sie am kostengünstigsten ist.

Die unterschiedlichen Leistungen werden in den drei Geschäftsfeldern jeweils auf jene Fachpersonen verteilt, deren Intervention am angemessensten und am kostengünstigsten ist. Diese drei strategischen Geschäftsfelder werden im Folgenden erläutert.

Gesundheitszentrum



Strategisches Geschäftsfeld 1: Educational Guess

Im Geschäftsfeld 1 gibt es eine Konzentration auf die Kernkompetenzen ärztlicher Leistung.

In diesem Geschäftsfeld wird von den Ärzten die hochwertige individuelle Arbeit zur präzisen Problemanalyse und Diagnose vollzogen. Die Konzentration liegt bei jenen Leistungen, die mit intuitivem Vorgehen, Trial and Error und Problemlösung auf höchstem Niveau mit hohen Anforderungen an Ausbildung und Erfahrung durchgeführt werden müssen. Das heisst, bei klinisch diagnostischem Bedarf und therapeutischen Bedarf ist der Arzt der primäre Leistungserbringer.

Strategisches Geschäftsfeld 2: Regelbasierte Behandlung

In dieses Geschäftsfeld werden präzise Behandlungspfade, die sich nach der Erstellung der Diagnose ergeben, ausgelagert. Die Durchführung dieser Aufgaben kann von speziell ausgebildetem Pflegepersonal übernommen werden. Die Trennung dieser Aufgaben vom strategischen Geschäftsfeld 1 entlastet die Ärzte und resultiert in einer drastischen Kostensenkung.

Behandlung, die auf klar definierten Regeln und Abläufen basiert und eine geringe Komplexität aufweist, kann von Pflegefachpersonen übernommen werden. Bei diesen Leistungen erwarten Patienten einen niederschweligen Zugang. In den USA wurden mit sogenannten „Retail Clinics“, in denen ausschliesslich Pflegepersonal tätig ist, um 32 bis 47 Prozent geringere Kosten festgestellt.¹

Strategisches Geschäftsfeld 3: Prävention, Gesundheitsförderung und Chronic Care

In unserem Modell gibt es ein eigenes Geschäftsfeld, das auf die Bedürfnisse chronisch Kranker zugeschnitten ist. Chronische Erkrankungen erfordern einerseits fachkundige Pflege und andererseits Förderung des Selbstmanagements. Beide Aufgaben können auf speziell ausgebildetes Pflegepersonal übertragen werden. Die Patientinnen und Patienten werden jeweils in Gruppen – gemäss ihrem Krankheitsbild – betreut. Damit entsteht ein Patientennetzwerk, in dem die Betroffenen kontinuierlich Hilfe von Fachkräften erhalten, sich aber auch gegenseitig unterstützen können.

In diesem Geschäftsfeld werden aber nicht nur medizinisch-kurative Betreuungsleistungen angeboten, wir bemühen uns auch um Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Früherkennung und Vorsorge. Mit gezielten Kursen und Beratungstätigkeit wird die Gesundheitskompetenz gefördert.

Der Zugang zu den Leistungen in diesem Geschäftsfeld ist ebenfalls niederschwellig.

¹ Clayton M. Christensen: The Innovator's Prescription – A Disruptive Solution for Health Care. McGraw-Hill, 2009, S.119

6. Diese Zielgruppen stehen im Mittelpunkt

6.1 Zielkunden

Wer sind unsere Zielkunden?

Unternehmen, Gesundheitsbewusste, Junge Alte (65 – 85), Sozialkunden, Sonstige

6.2 Welchen Nutzen erbringen wir unseren Zielkunden?

Zielkunden	Nutzen
Unternehmen	Angebot zur Umsetzung des betrieblichen Gesundheitsmanagements
	Steigerung des Gesundheitsbewusstseins der Mitarbeiterinnen
	Erhöhung der Produktivität der Mitarbeiterinnen
	Senkung der Absenzen
	Verringerung Präsentismus
	Angebot auf Firmenbedürfnisse zugeschnitten
Gesundheitsbewusste	Plattform für ein gesundheitsbewusstes Leben
	Kursangebot in Ernährung und gesunder Lebensweise
	Vorsorgeuntersuchungen
	Niederschwelliger Zugang über Gesundheitsportal
Junge Alte	Behandlung vorbeugend/erhaltend
	Niederschwelliger Zugang bei Langzeitbetreuung chronischer Krankheiten
	Soziale Plattform
„Sonstige“	Ganzheitliches Angebot
	Unterstützung in allen Lebensfragen
	Kursangebot in Ernährung und gesunder Lebensweise
Sozialkunden	Steigerung der Lebensqualität

Gesundheitszentrum

6.3 Unsere Leistungen, Stärken und Nutzen für die Kunden aus Sicht der Geschäftsfelder

Strategisches Geschäftsfeld 1 Educational Guess	Leistung	Nutzen	Stärke
	Problemlösung auf höchstem Niveau mit hohen Anforderungen an Ausbildung und Erfahrung des Arztes, die ohne Kompetenzgerangel mit anderen Medizinrichtungen geteilt wird	Gleichzeitige Inanspruchnahme verschiedener Medizinrichtungen	Schnellere Überleitung in die richtige Therapie
	Wertschätzung, Empathie und Aufmerksamkeit der Fachperson	Patient wird als Partner wahrgenommen und wirkt gleichberechtigt im Heilungsprozess mit	Schnellere Genesung und Kostensenkung
	Ganzheitliche Betrachtung	Unterstützung in allen Lebensfragen	Langfristige Lösungen, die sich kostensenkend auswirken
Strategisches Geschäftsfeld 2 Regelbasierte Behandlung	Bei erstellter Diagnose in Geschäftsfeld 1 gibt es bei eindeutigen Behandlungspfaden die Übernahme der medizinischen Betreuung durch speziell geschultes Pflegepersonal	Niederschwelliger und schneller Zugang zu medizinischer Behandlung	Kostensenkung
Strategisches Geschäftsfeld 3 Prävention, Gesundheitsförderung, Chronic Care	Hilfestellung in Patientengruppen mit gleichen chronischen Behandlungen	Austausch mit anderen Personen mit dem gleichen Krankheitsbild	Erfahrungsaustausch der Patienten untereinander; Einhaltung des Therapieplans und Förderung einer der Krankheit angepassten Lebensweise
	Hilfestellung für Angehörige und Betreuerinnen	Erfahrungsaustausch mit anderen betreuenden Personen	Unterstützung des Umfeldes der Patienten
	Diverse Kurse; Prävention	Prävention und Gesundheitserhaltung	Präventive Massnahmen, die gesundheitsfördernd und kostensenkend wirken

Projektwettbewerb 2016: Anmeldeformular

Projektname: Klartext. Besser informierte Patientinnen und Patienten dank Leichter Sprache		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Pro Infirmis Zürich	
Kontaktperson 1:	Bettina Ledergerber	Funktion: Kommunikation und Sozialpolitik & Projektmitarbeiterin Leichte Sprache
Telefonnummer:	058 775 25 25	E-Mail: bettina.ledergerber@proinfirmis.ch
Adresse:	Hohlstrasse 560 Postfach 8048 Zürich	
Kontaktperson 2:	Beatrice Schwaiger	Funktion: Beratungsstellenleiterin
Telefonnummer:	058 775 25 25	E-Mail: beatrice.schwaiger@proinfirmis.ch
Adresse:	Hohlstrasse 560 Postfach 8048 Zürich	
Organisation 2	-	
Kontaktperson:	-	Funktion: -
Telefonnummer:	-	E-Mail: -
Adresse:	-	
Weitere Beteiligte:		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Die Stichworte Informationsgesellschaft und Digitalisierung charakterisieren die gegenwärtige Zeit. Auch Patientinnen und Patienten informieren sich über ihre Symptome, Beschwerden und Diagnosen meistens im Internet. Das ist prägend für die Beziehung zwischen Gesundheitsspezialisten und Leistungsnehmern.</p> <p>Trotz der Fülle zur Verfügung stehenden Informationen tun sich viele Menschen schwer mit Texten. Gemäss einer Untersuchung des Bundesamtes für Statistik aus dem Jahr 2006 können rund 16 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in der Schweiz nicht richtig lesen und schreiben.</p> <p>Das Büro für Leichte Sprache von Pro Infirmis hilft Organisationen, Texte zu vereinfachen. Denn gerade in Stress- und Überforderungssituationen fördert eine klare und einfache Kommunikation das Verständnis. Empirische Untersuchungen zeigen speziell im Gesundheitsbereich positive Wirkungen, wenn mit Leichter Sprache kommuniziert wird.</p> <p>Das Projekt <i>Klartext</i>. möchte die Informationen der Gesundheitsanbieter im Kanton Zürich verbessern und vereinfachen. Dank einer Kooperation des Gesundheitsnetz 2025 mit dem Büro für Leichte Sprache geschieht das zielgerichtet, kostengünstig und effizient.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2016		
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)		

Klartext.

**Besser informierte Patientinnen und Patienten
dank Leichter Sprache**

Ein Projekt des Gesundheitsnetz 2025 in Zusammenarbeit mit
dem Büro für Leichte Sprache



Stand: Projekteingabe Projektwettbewerb

Zürich, 31. März 2016

Projekt Klartext. Kurzbeschreibung

Die Stichworte Informationsgesellschaft und Digitalisierung charakterisieren die gegenwärtige Zeit. Auch Patientinnen und Patienten informieren sich über ihre Symptome, Beschwerden und Diagnosen meistens im Internet. Das ist prägend für die Beziehung zwischen Gesundheitsspezialisten und Leistungsnehmern.

Trotz der Fülle zur Verfügung stehenden Informationen tun sich viele Menschen schwer mit Texten. Gemäss einer Untersuchung des Bundesamtes für Statistik aus dem Jahr 2006 können rund 16 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in der Schweiz nicht richtig lesen und schreiben.

Das Büro für Leichte Sprache von Pro Infirmis hilft Organisationen, Texte zu vereinfachen. Denn gerade in Stress- und Überforderungssituationen fördert eine klare und einfache Kommunikation das Verständnis. Empirische Untersuchungen zeigen speziell im Gesundheitsbereich positive Wirkungen, wenn mit Leichter Sprache kommuniziert wird.

Das Projekt *Klartext* möchte die Informationen der Gesundheitsanbieter im Kanton Zürich verbessern und vereinfachen. Dank einer Kooperation des Gesundheitsnetz 2025 mit dem Büro für Leichte Sprache geschieht das zielgerichtet, kostengünstig und effizient.

Inhalt

1. Ausgangslage	1
1.1. Informationsdefizite im Gesundheitswesen	1
1.2. Leichte Sprache: Einfach kommunizieren	1
1.3. Wissenschaftliche Fundierung	3
2. Projektbeschreibung	3
2.1. Die Projektidee	3
2.2. Ziele und Vorteile des Projekts	4
3. Projektorganisation	5
3.1. Umsetzungsschritte	5
3.2. Organisationsstruktur und Verantwortlichkeiten	6
3.3. Finanzierung	6
3.4. Evaluation	7
4. Anhang	I
4.1. Literatur	I
4.2. Weblinks	I
4.3. Tages-Anzeiger	II
4.4. Übersetzungsbeispiele	III

1. Ausgangslage

Mit neuen Kommunikationsmedien und der Entwicklung des Internets sind Informationen einfacher sowie schneller verfügbar. Der Begriff Informationsgesellschaft wurde zu einem Schlagwort und charakterisiert gegenwärtige Erscheinungen. Zum Beispiel: Jeder kann sich über verschiedene Themen einfach und unkompliziert informieren. Dank dem Internet müssen Informationen nicht mehr mühsam in Lexika und Bibliotheken zusammengesucht werden, sondern stehen überall zur Verfügung.

Die Informationsflut fordert allen die Kompetenz ab, Wichtiges von Unwichtigem, seriöse von fehlerhaften Meldungen zu unterscheiden.

1.1. Informationsdefizite im Gesundheitswesen

Jeder Arzt kennt den Patienten, der mit ausgedrucktem Medizinwissen aus dem Internet zu ihm kommt. Und jeder Arzt kann auch davon berichten, wie viel Unsinn in diesen ungefilterten Informationen steckt (Süddeutsche Zeitung 2014). Deshalb fordern die medizinischen Vertreter des Gesundheitsforum der Süddeutschen Zeitung: „Ärzte müssen ihre kommunikativen Fähigkeiten stärken.“ Auch in anderen, neueren Publikationen und Untersuchungen wird die Forderung nach verbesserter Information der Patientinnen und Patienten aufgegriffen.

Wie eine Untersuchung des deutschen Gesundheitsmonitors (2010) zeigt: Für Patientinnen und Patienten sind relevante Information zum Gesundheitssystem und zur Versorgung Mangelware. Texte sind so schwierig aufgebaut, dass sie oft nur Fachpersonen verständlich sind. Auf der anderen Seite, bei den Kundinnen und Kunden des Gesundheitssystems, kommen gravierende Wissensdefizite und Irrtümer zum Vorschein. In der vom Gesundheitsmonitor publizierten Untersuchung war dies besonders zum Thema „Untersuchungen zur Früherkennung“ der Fall.

Das typische Informationsmachtgefälle zwischen Experte (Arzt) und Laie (Patient) wird in der Informationsgesellschaft somit kaum geringer. Benötigt werden aus Sicht der Patientinnen und Patienten also einfach verständliche, sachliche und kompetente Informationen. Hier kommt die Leichte Sprache ins Spiel, ein in der Schweiz neueres, in Deutschland und im angelsächsischen Raum bereits erprobtes Praxiskonzept, welches Informationen verständlich macht.

1.2. Leichte Sprache: Einfach kommunizieren

Leichte Sprache will vereinfachen und Sachverhalte so darstellen, dass sie für mehr Menschen verständlich sind. Mit Leichter Sprache werden schwierige Begriffe erklärt und einfache Sätze mit einfachen Wörtern gebildet. Die Leichte Sprache hat im deutschsprachigen Raum ihren Ursprung darin, Menschen mit kognitiven Behinderungen oder Lernbehinderungen Informationen zugänglich zu machen. Die im Jahr 2014 von der Schweiz unterzeichnete UN-Behindertenrechtskonvention hat dafür das Recht auf Information definiert.

Inzwischen werden mit der einfachen Sprache unterschiedliche Zielgruppen adressiert: **Menschen mit Lernschwierigkeiten, Hirnverletzung oder Hörschädigung, ältere oder demente Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund etc.. Texte in Leichter Sprache helfen diesen Menschen, Informationen besser zu verstehen.**

In der Schweiz können gemäss einer Untersuchung des Bundesamtes für Statistik 800'000 Menschen nicht richtig lesen und schreiben. Das entspricht rund 16 Prozent der erwachsenen Bevölkerung (Bundesamt für Statistik 2006). In Deutschland beträgt der Anteil der sogenannten funktionalen Analphabeten¹ 14,5 Prozent der Bevölkerung (Grotlüschen & Riekman 2011). Von funktionalem Analphabetismus wird gesprochen, wenn eine Person zwar einzelne Sätze lesen oder schreiben kann, nicht jedoch zusammenhängende – auch kürzere Texte. Betroffene Personen sind aufgrund ihrer begrenzten schriftsprachlichen Kompetenzen nicht in der Lage, am gesellschaftlichen Leben in angemessener Form teilzuhaben. So misslingt etwa auch bei einfachen Beschäftigungen das Lesen schriftlicher Arbeitsanweisungen. Bei der Definition des funktionalen Analphabetismus geht es noch nicht um die Rechtschreibung, sondern um die Fähigkeit, kurze Texte sinnentnehmend zu erfassen.

Anfang 2015 startete Pro Infirmis Zürich das Projekt „Büro für Leichte Sprache“. Das neue Angebot übersetzt schwierige Texte in Leichte Sprache. Neben freischaffenden Übersetzer/innen und Texter/innen kommen auch Personen der Zielgruppen zum Einsatz. Diese sogenannten Prüferinnen und Prüfer (z. B. Menschen mit Migrationshintergrund oder kognitiver Behinderung) kontrollieren die übersetzten Texte wie ein Lektorat auf ihre Verständlichkeit. Im Sinne der Partizipation wird so das betroffene Zielpublikum direkt in den Entstehungsprozess eines Textes eingebunden.

Pro Infirmis Zürich finanziert das Projekt „Büro für Leichte Sprache“ aus eigenen Mitteln und mithilfe des Lotteriefonds Kanton Zürich. Innert zwei Jahren, bis Ende 2016, soll der Betrieb kostendeckend geführt und das Angebot in den regulären Dienstleistungskatalog von Pro Infirmis aufgenommen werden können.

Die Leichte Sprache ist ein geeignetes Instrument für alle Organisationen, die ihre Informationen einer breiten Bevölkerung zugänglich machen möchte. Zu den ersten Kunden von Pro Infirmis gehört das Kantonsspital St. Gallen. Es beauftragte das Büro für Leichte Sprache mit einer Vereinfachung einer Präsentation der Personalabteilung. Die Präsentation richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und behandelt Themen wie Arbeitsgesetz, Zeiterfassung, Kompensation und Ferien. Die Rückmeldung der zuständigen HR-Leiterin war positiv: „Die Präsentation war bereits einige Male im Einsatz. Unsere Mitarbeitenden verstehen das Thema nun besser“ (Telefongespräch vom 16. Februar 2016). Die Leichte Sprache kann also nicht nur den Patientennutzen erhöhen, sondern auch jenen der Mitarbeitenden innerhalb der eigenen Organisationen.

Weitere Referenzen des Büros für Leichte Sprache sind das Volksschulamt Zürich, die Stadtkanzlei der Stadt Zürich, das Sozialamt Zug, verschiedene Behindertenorganisationen und diverse Fachstellen.

¹ In der Schweiz wird das Phänomen des Funktionalen Analphabetismus auch Illetrismus genannt.

1.3. Wissenschaftliche Fundierung

Dieser Abschnitt soll aufzeigen, ob eine einfache, verständliche Sprache tatsächlich einen globaleren Nutzen für das Gesundheitswesen darstellt: Leider gibt es noch keine empirischen Daten zur Wirksamkeit von Leichter Sprache in Deutschland, der Schweiz oder Österreich, weshalb im Folgenden auf zwei Publikationen aus der angelsächsischen Forschung eingegangen wird.

- Stableford & Mettger (2007) sehen bezüglich einfacher Sprache gerade im Gesundheitsbereich ein riesiges Potential, um Missverständnisse zu vermeiden und Kosten zu sparen, da in diesem Bereich Informationen zu schwierig aufbereitet werden (zum Beispiel Packungsbeilagen oder Präventions-Empfehlungen der Regierungen).
- Eine britische Studie untersuchte anhand von qualitativen Interviews, ob leicht verständliche Informationsbroschüren im „Pregnancy Support Pack“ Menschen mit Lernschwierigkeiten während der Schwangerschaft helfen, Informationen besser zu verstehen. Insbesondere Hebammen berichteten, dank den vereinfachten Informationsmaterialien besser mit lernbehinderten Kundinnen umgehen zu können. Zudem – so das Resultat der Studie – brauchten die Hebammen dasselbe „Pregnancy Support Pack“ für nichtenglischsprachige Familien, funktionale Analphabeten und jugendliche Eltern. Sie regten an, einige der einfacher geschriebenen Inhalte für alle Kundengruppen und nicht nur für schwangere Frauen mit Lernschwierigkeiten zu verwenden (Porter et al., 2012: 310 ff.).

Informationsmittel in einer leicht lesbaren Sprache werden nicht nur besser verstanden. Sie erleichtern auch die Kommunikation für die Gesundheitsanbieter wie Hebammen, Ärzte, staatliche Stellen oder Versicherungsdienstleister und machen sie effizienter.

2. Projektbeschreibung

2.1. Die Projektidee

Im Gesundheitsnetz haben sich verschiedene Leistungserbringer organisiert, um die Zusammenarbeit besser zu koordinieren. Mitglied im Gesundheitsnetz sind unter anderem verschiedene Ärzte und Pflegezentren, Spitäler, Alterseinrichtungen sowie Krankenversicherungen in und um die Stadt Zürich. Die Leistungserbringer haben teilweise ähnliche Informationsbedürfnisse.

Die Informationsbedürfnisse werden im Projekt *Klartext* durch eine Arbeitsgruppe bestehend aus verschiedenen Mitgliedern des Gesundheitsnetzes gebündelt und priorisiert. Die Übersetzungsdienstleistungen des Büros für Leichte Sprache von Pro Infirmis Zürich stehen innerhalb des Gesundheitsnetz allen Interessierten zu einem deutlich reduzierten Tarif zur Verfügung. Die Kosten werden gemeinsam getragen. Texte können auch interessierten Gesundheitsanbietern ausserhalb des Gesundheitsnetzes zu einem marktüblichen Tarif weitergegeben werden, um das Projekt weiter zu finanzieren.

Um welche Informationen soll es sich handeln? Zur besseren Veranschaulichung werden nachfolgend einige Beispiele aufgeführt:

- Allgemeine Informationen für den Spitaleintritt: Informationsbroschüre, Merkblatt Patientenrechte und Eintrittsformulare.
- Merkblätter über gewisse häufige, allgemeine Situationen und Diagnosen: Schwangerschaft, Alzheimer/Demenz, Präventions-/Routineuntersuchungen, etc.
- Informationen des städtischen Gesundheitsdepartements z. B. Eltern-Informationen zum obligatorischen Zahnarztbesuch, die „Laus-Tante“ in der Schule etc.
- Merkblatt der Ärztegesellschaft für verschiedene Arztpraxen.

2.2. Ziele und Vorteile des Projekts

Patientennutzen

- Die Informationen der Gesundheitsorganisationen sind besser verständlich, einfacher zugänglich.
- Das Wissen über Angebote, Krankheiten und Symptome wird erhöht.
- Alle, auch Menschen mit Leseschwächen, können sich selbstständig über die Angebote der Dienstleister informieren.

Vernetzung

- Kommunikationsverantwortliche und Vertreter/innen verschiedener Organisationen des Gesundheitsnetzes kommen an einen Tisch. Synergien über Organisationstypen werden gebildet. Z. B. arbeiten Arztpraxen mit dem Gesundheitsamt zusammen.
- Das Zielpublikum der Gesundheitsakteure (z. B. Menschen mit Migrationshintergrund) wird in den Texterstellungprozess des Büros für Leichte Sprache ohne Mehraufwand seitens der Gesundheitsakteure eingebunden.

Innovation

- Erstmals im deutschsprachigen Raum entscheidet sich ein Verbund, in Leichter Sprache zu kommunizieren.
- Die Gesundheitsorganisationen im Kanton Zürich nehmen ihre Verantwortung ernst (*Corporate Social Responsibility*).
- Dem Bedürfnis nach verständlicher Kommunikation der Gesundheitsbranche und deren Nutzer/innen wird Rechnung getragen.
- Die kostengünstiger zur Verfügung stehenden Texte in Leichte Sprache bilden einen zusätzlichen Anreiz, dem Gesundheitsnetz 2025 beizutreten.

Effizienz

- Das Projekt verhindert Doppelspurigkeiten, Synergien werden genutzt: Kosten werden gemeinsam getragen. Verschiedene Akteure nutzen die gleichen Informationen.
- Knowhow und Wissen über Leichte Sprache wird gemeinsam erarbeitet.
- Verschiedene gemeinsame Kommunikationsbedürfnisse kommen zum Tragen.
- Kommunikationskompetenz wird als Stärke des Gesundheitsnetzes wahrgenommen.
- Das verbesserte Verständnis über Krankheit, Diagnose etc. fördert das Vertrauen in die behandelnde Person, die Compliance und Behandlungsbereitschaft — es kann das Bedürfnis nach Dritt-, Viert- oder sogar Fünft-Meinungen vermindern.
- Der Nutzen von einfacher Sprache im Gesundheitsbereich ist wissenschaftlich erwiesen (siehe Kapitel 1.3).

Umsetzung

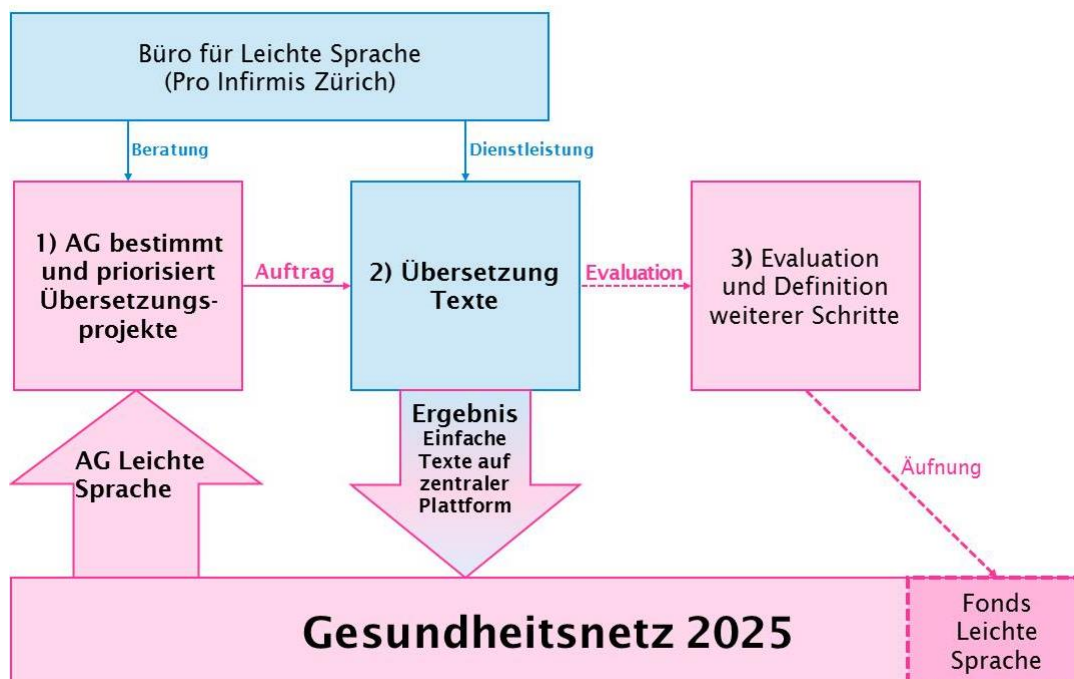
- Die Umsetzung ist einfach und kann nach erfolgreicher erster Durchführung beliebig wiederholt werden. Weitere Texte werden erstellt (siehe auch nächstes Kapitel 3).

3. Projektorganisation

3.1. Umsetzungsschritte

Die untenstehende Grafik stellt die nachfolgend beschriebenen Umsetzungsschritte dar. Der Ablauf definiert die Schritte innerhalb der ersten Durchführung (Pilotprojekt). Diese wird dank der Anschubfinanzierung des Projektwettbewerbs finanziert. Nach erfolgter Durchführung und Evaluation kann der Ablauf beliebig wiederholt werden.

- 1) Mehrere interessierte Vertreter des Gesundheitsnetzes bilden eine *Arbeitsgruppe Leichte Sprache* und bestimmen ein erstes Übersetzungsprojekt (Pilottexte). Dies geschieht durch eine Evaluation und Priorisierung der verschiedenen Kommunikationsbedürfnisse der Vertreter des Gesundheitsnetzes.
- 2) Ein bis drei Pilottexte werden vom Büro für Leichte Sprache übersetzt und den interessierten Vertretern zur Verfügung gestellt.
- 3) Der Nutzen dieser Texte wird evaluiert.
- 4) Falls das Projekt weitergeführt werden soll, öffnet das Gesundheitsnetz einen Fonds über Mitgliederbeiträge (mehr zur konkreten Finanzierung des Projekts siehe Kapitel 3.3.)



Umsetzungsschritte Projekt Klartext.

Das Projekt wird inhaltlich und finanziell vom **Gesundheitsnetz 2025** (pink) getragen. Das **Büro für Leichte Sprache** (blau) steht dem Projekt in beratender Funktion und als Übersetzungsdienstleisterin zur Seite.

3.2. Organisationsstruktur und Verantwortlichkeiten

Vorstand GN 2025	Entscheidungen bezüglich Finanzierung und Weiterführung des Projekts
AG Leichte Sprache	Projektkompetenz bezüglich Inhalt und Priorisierung der Textaufträge.
Unabhängige/r Projektleiter/in Pro Infirmis Zürich	Durchführung des Pilotprojektes Büro für Leichte Sprache: externe Dienstleisterin, verantwortlich für Qualität der übersetzten Texte
Fonds Leichte Sprache	Der Fonds finanziert die Textprojekte. Er wird über Mitgliederbeiträge geüfnet und ermöglicht die Finanzierung der Übersetzungen. Die Höhe dieser Beiträge ist durch den Vorstand zu bestimmen. Später zusätzliche Finanzierung durch Beiträge aus Verkauf von Texten an externe Interessierte.

3.3. Finanzierung

Das folgende Budget zeigt die Finanzierung des Projektaufbaus (Pilotprojekt).

Ausgaben	Betrag in CHF	Eigenleistung Pro Infirmis
<i>Personalaufwand</i>		
Projektentwicklung (25 h)	3'750.—	3'750.—
Umsetzungsschritt 1 Durchführung und Koordination Sitzungen AG durch externe PL (1-2 Workshops à 4 h; Vor-, Nach- und Aufbereitung von Arbeitsgrundlagen)	3'500.—	
Beratungsleistung Büro für Leichte Sprache + Informationsveranstaltung während des Umsetzungsschrittes 1	1'250.—	1'250.—
Umsetzungsschritt 2 Übersetzung der Pilottexte durch Büro für Leichte Sprache, max. 15 Normseiten (inkl. MwSt. und 20 % Rabatt)	3'500.—	
Umsetzungsschritt 3 Evaluation (Wirkungsmessung) (10 h)	2'000.—	
Reserve	1'000.—	
<i>Sachaufwand</i>		
Raummieten AG-Sitzungen, pauschal		800.—
Verpflegung AG-Sitzungen, pauschal		200.—
Total Ausgaben	16'000.—	
davon Anteil Eigenleistung		6'000.—
Einnahmen		
Projektbeitrag Gesundheitsnetz	10'000.—	
Eigenleistung Pro Infirmis		6'000.—
Total Einnahmen	16'000.—	

Weitere Finanzierung

Falls das Projekt zustande kommt und das Gesundheitsnetz weitere Texte verbessern und vereinfachen will, wird die Grundfinanzierung des Projekts Leichte Sprache über einen Anteil des Mitgliederbeitrags in einem Fonds sichergestellt. Dies ermöglicht allen Mitgliedern die kostengünstige Nutzung der Texte in Leichter Sprache.

Nutzer innerhalb des Gesundheitsnetzes: Die konkreten Nutzer zahlen einen kleinen Unkostenbeitrag

Nutzer ausserhalb des Gesundheitsnetzes: Die Arbeitsgruppe Leichte Sprache sucht weitere mögliche Abnehmer von Texten. Interessierte Nutzer ausserhalb des Gesundheitsnetzes zahlen einen grösseren Unkostenbeitrag.

Das bedeutet: Je erfolgreicher die Übersetzungen sind, respektive je mehr sie innerhalb und ausserhalb des Projektes genutzt werden, desto mehr weitere Textprojekte können umgesetzt und kostengünstig finanziert werden.

3.4. Evaluation

Im Fokus der Evaluation liegt die Zielüberprüfung. Die Arbeitsgruppe evaluiert ihren Auftrag, das Finanzierungsmodell und ihre Zielerreichung laufend und greift, falls nötig, korrigierend ein. Nach einem Jahr und danach im weiteren Verlauf des Projekts in einem regelmässigen Rhythmus soll der Nutzen des Projekts für das Gesundheitsnetz als Ganzes evaluiert werden. Hierfür bietet sich eine interne Evaluation in Form einer Umfrage bei den Mitgliedern des Gesundheitsnetzes an: Folgende Leitfragen können hierfür definiert werden, weitere Fragestellungen werden sich im Laufe der Projektbearbeitung zeigen: Zeigt die Verwendung von Texten in Leichter Sprache die erwünschte Wirkung? Wird das Angebot von Mitgliedern des Gesundheitsnetzes genutzt? Wie gross ist die Reichweite der übersetzten Texte? Die Rückmeldungen werden ausgewertet und fliessen in die weitere Projektumsetzung ein.

4. Anhang

4.1. Literatur

Grotlüschen, A. & Riekmann, W. (2011). Konservative Entscheidungen – Grössenordnung des funktionalen Analphabetismus in Deutschland. Report, 3. S. 24–34.

Marstedt, G. (2003). Auf der Suche nach gesundheitlicher Information und Beratung: Befunde zum Wandel der Patientenrolle. Gesundheitsmonitor, 2003, S. 117–35.

Marstedt, G. (2010). Gesundheitsfragen–Information und Wissen der Bürger. Gesundheitsmonitor, S. 43–89.

Notter, P., Arnold, C., von Erlach, E., & Hertig, P. (2006). *Lesen und Rechnen im Alltag. Grundkompetenzen von erwachsenen in der schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Porter, E., Kidd, G., Murray, N., Uytman, C., Spink, A. & Anderson, B. (2012). Developing the pregnancy support pack for people who have a learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 40(4). S. 310–317.

Stableford, S. & Mettger, W. (2007). Plain Language: A Strategic Response to the Health Literacy Challenge. *Journal of Public Health Policy*, 28(1). S. 71–93.

Süddeutsche Zeitung (2014). Der gebildete Kranke. Ausgabe vom 19.11. URL: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/sz-gesundheitsforum-der-gebildete-krank-1.2223186>

4.2. Weblinks

Büro für Leichte Sprache

Webseite: www.büro-leichte-sprache.ch

Broschüre:

http://www.proinfirmis.ch/fileadmin/user_upload/pdf_kantone/ZH/RZ_leichtesprache_broschuere_A5_sb_170415_pruefen1.pdf

4.3. Tages-Anzeiger

28.08.2015

Sprache leicht gemacht

800 000 Menschen sind in der Schweiz von wichtigen Informationen ausgeschlossen, weil ihnen das Lesen schwerfällt. Das Büro für Leichte Sprache will das ändern.

Helene Arnet

Hanspeter Roost stockt: «Selbstbestimmungsgruppen», liest er dann langsam und sagt: «Ich glaube, die meinen eine Gruppe, in der man lernt, wie man selbstständig leben kann.» Janine Deuber ergänzt: «Vor allem selbstständig wohnen.» Barbara Egli macht Notizen, fragt nach, ohne die Aussagen zu werten. Wir befinden uns in einer Prüfung. Genauer: in einer Sitzung der Prüfungsgruppe des Büros für Leichte Sprache von Pro Infirmis Zürich. Überprüft wird ein Text, der in «Leichte Sprache» übersetzt wurde. Dabei diskutieren Menschen, denen es schwerfällt zu lesen, Schriftstücke. Sie sagen, was sie nicht verstehen und überlegen, wie sie es eher verstehen würden. Pro Infirmis bietet in dem seit Anfang Jahr tätigen Büro für Leichte Sprache an, schwierige Texte einfach verständlich zu machen.

Soraya Dawoud ist beim Vorlesen etwas aufgeregt. Manchmal kommt sie ins Stocken. Sie entschuldigt sich dafür mit einem Lächeln. Sie liest: «Eines Tages wollen wir unsere Anliegen mit den Bundesräten diskutieren und unsere Forderungen vortragen.» Ihr Kommentar: Das verstehe man gerade noch knapp. «Es meint, dass diese Leute nach Bern gehen und dem Bundesrat sagen, was man besser machen könnte.»

Unverständliches Amtsdeutsch

Wenn es nach Pro Infirmis ginge, sollten möglichst alle amtlichen Mitteilungen, Abstimmungsunterlagen, aber durchaus auch Zeitungen in «Leichter Sprache» geschrieben werden. «Alle Menschen haben ein Recht auf Information», sagt Bettina Ledergerber, die bei Pro Infirmis für die Kommunikation zuständig ist. Und: «In der Schweiz haben 800 000 Menschen Mühe beim Lesen. Es handelt sich also nicht um ein Nischenprodukt.»

Texte in «Leichter Sprache» orientieren sich nicht nur an Menschen mit kog-



Sie prüfen die Sprache: Janine Deuber (links) und Soraya Dawoud. Foto: Dieter Seger

nitiven Einschränkungen. Auch ältere Menschen oder Menschen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, haben oft Mühe, längere und verschachtelte Sätze zu verstehen. In Deutschland gibt es bereits gegen hundert solche Übersetzungsbüros, in der Schweiz sind ein entsprechendes Angebot in Basel und dasjenige von Pro Infirmis Zürich allein auf weiter Flur. «Wir müssen noch Pionierarbeit leisten», sagt Ledergerber.

Das Büro für Leichte Sprache ist noch im Aufbau. Aufträge kommen aber stetig herein. Die Übersetzerinnen und Übersetzer sind Linguistinnen oder auch Journalistinnen, welche die Texte in «Leichte Sprache» umschreiben. Prüferinnen und Prüfer mit kognitiven Behinderungen kontrollieren danach, wie gut sie die Texte verstehen. Für diesen Pool werden noch Mitarbeitende gesucht. Sie werden für ihre Arbeit bezahlt.

Eine Leseprobe. Im Leitbild von Pro Infirmis steht:

Pro Infirmis ist Kompetenzzentrum für Fragen rund um Behinderung. Wir beraten, begleiten und unterstützen Menschen mit Behinderungen, ihre Angehörigen und Fachpersonen in der ganzen Schweiz.

Übersetzt in «Leichte Sprache»:

Wir heissen «Pro Infirmis». Wir sind eine Organisation in der Schweiz. Wir unterstützen Menschen mit Behinderung. Wir sprechen mit den Menschen mit Behinderung, mit ihren Familien und mit den Betreuerinnen und Betreuern.

Also: Schön ist «Leichte Sprache» nicht gerade. Bettina Ledergerber lacht: «Sie

ist vielleicht etwas gewöhnungsbedürftig. Es ist aber eine spannende Auseinandersetzung, darüber zu diskutieren, was Sprache leisten soll.»

Das Konzept der «Leichten Sprache» wurde 2006 von einem international zusammengesetzten Verein erstellt, orientiert sich aber stark an der Praxis. Natürlich sei es nicht das Ziel, Max Frischs «Stiller» nur noch in «Leichter Sprache» anzubieten. «Aber Texte aus dem Dienstleistungssektor sind nicht Literatur. Sie sollten doch für möglichst viele verständlich sein.»

Ist Handicap das richtige Wort?

Mittlerweile sind auch die Hochschulen auf dieses Thema gestossen. Die ZHAW baut mit der Uni Genf ein Kompetenzzentrum Barrierefreie Kommunikation auf. «Leichte Sprache» ist eine Methode, die in diesem Zusammenhang erforscht werden soll. Dass die Wissenschaft das Anliegen ernst nimmt, ist laut Ledergerber ein wichtiger Schritt hin zur Umsetzung der von der Schweiz unterzeichneten UNO-Behindertenrechtskonvention. Sie besagt, dass alle Menschen ein Recht auf Zugang zu Information haben, um an der Gesellschaft teilhaben zu können. Doch Ledergerber fügt an: «Die Forschung ersetzt nicht die Bemühungen, sich im Alltag so auszudrücken, dass man wirklich verstanden wird.»

Zurück ins Prüfungszimmer. Diskutiert wird gerade der Begriff «Handicap». «Ist das das richtige Wort?», fragt Barbara Egli in die Runde. «Kennt ihr ein anderes, ein besseres?» Kay Lutomirsky sagt: «Gemeint ist Einschränkung. Mir gefällt das Wort Handicap aber besser, es ist weniger negativ.» Soraya Dawoud ergänzt: «Handicap ist irgendwie feiner.» Und Janine Deuber findet: «Eingeschränkt sind doch eigentlich alle irgendwo. Auch normale Leute.» Alle lachen. Und Hanspeter Roost sagt: «Wir brauchen nur etwas mehr Zeit, bis wir etwas kapiieren.»

10 goldene Regeln

Damit es alle verstehen

Zehn Tipps des Büros für Leichte Sprache:

Machen Sie einen Punkt. Bleiben Sie einfach, und machen Sie auch mal einen Punkt. Was wollten Sie genau sagen? Schreiben Sie das – und nur das.

Fremdwörter vermeiden. Verzichteten Sie auf Fach- und Fremdwörter. Ihr Know-how kommt als einfaches Wissen besser zur Geltung. Eine Drehung ist sowieso leichter als eine Pirouette.

Keine grossen Sprünge. Schreiben Sie nur zusammen, was zusammengehört. Auch der Sprung auf eine neue Zeile ist für viele Leserinnen und Leser eine Herausforderung. Das Büro für Leichte Sprache empfiehlt, jeden Satz auf einer neuen Zeile zu beginnen.

Strukturen schaffen. Bringen Sie Ordnung in Ihre Texte. Zwischentitel helfen den Leserinnen und Lesern bei der Orientierung. Genauso wie Absätze und Aufzählungen.

Kurze Wörter. Vermeiden Sie lange, zusammengesetzte Wörter. Oder gefallen Ihnen Privathaftpflichtversicherungsvertreterinnen und Privathaftpflichtversicherungsvertreter?

Klare Schriften. Verwenden Sie klare Schriften. Arial und Calibri sind solche. Geschwungene Schriften sehen zwar schön aus, sie sind aber für manche Menschen viel schwieriger zu entziffern.

Schriftgrösse. Verstecken Sie Ihre Buchstaben nicht. Benutzen Sie mindestens Schriftgrösse 12.

Aktiv bleiben. Gegen Passivsätze oder Nominalstil ist noch in keiner Behörde ein Verbot ausgesprochen worden. Wir finden das ärgerlich.

Kontrastreich sein. Die Formel lautet: schwarze Schrift + weisser Hintergrund = guter Kontrast. Oder mit Goethes Worten: «Denn was man schwarz auf weiss besitzt, kann man getrost nach Hause tragen.»

Wiederholen Sie sich. Auch wenn sich in einem Text eine «Vorschrift» in eine «Weisung» verwandeln könnte: Synonyme vermeiden, denn eine Regel bleibt eine Regel.

4.4. Übersetzungsbeispiele

Textausschnitt original	Übersetzung in Leichte Sprache
<p>Merkblatt Datenschutz</p> <p><i>Personendaten werden nur soweit erhoben, als es für die Erfüllung des Beratungsauftrages notwendig ist.</i></p>	<p>Wir fragen Sie nur nach den Daten, die wir für die Beratung brauchen.</p>
<p>Merkblatt Einbürgerung einer Schweizer Gemeinde (Ausschnitt aus Aufzählung von Bedingungen)</p> <p>Aufenthalt während insgesamt zwölf Jahren in der Schweiz, wovon drei in den letzten fünf Jahren vor Einreichung des Gesuchs, Doppelzählung zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr</p>	<p>Sie haben während insgesamt 12 Jahren in der Schweiz gelebt. Von den letzten 5 Jahren haben Sie mindestens 3 Jahre in der Schweiz gelebt. Die Jahre zwischen Ihrem 10. und 20. Lebensjahr zählen doppelt.</p>
<p>Kursausschreibung: Besuch in einem Spital</p> <p><i>Ins Ambulanz-Auto und die Notfallaufnahme schauen? Wollen Sie mehr übers Röntgen lernen?</i></p>	<p>Sie besuchen die Notfall-Station und schauen ins Ambulanz-Auto. Und in die Therapie-Räume. Sie lernen mehr über das Röntgen</p>
<p>Amtliche Elterninformation</p> <p>Schülerinnen und Schüler sind verschieden. Die Interessen und der Entwicklungsstand, die Voraussetzungen und Bedürfnisse, Begabungen und Neigungen, aber auch kleinere oder grössere Lernschwierigkeiten sind von Kind zu Kind unterschiedlich. Die Lehrpersonen der Regelklassen versuchen, jedem Kind so gut wie möglich gerecht zu werden und es seinen Möglichkeiten entsprechend zu fördern. Dabei werden sie von Schulischen Heilpädagogen und Heilpädagoginnen (SHP) im Rahmen der Integrativen Förderung (IF) unterstützt.</p>	<p>Jedes Kind ist anders. Und jedes Kind hat unterschiedliche Interessen und Talente. Nicht alle Kinder und Jugendliche haben das gleiche Wissen. Und manchmal haben einige Schüler und Schülerinnen mehr Lern-Schwierigkeiten als andere. Die Lehrer und Lehrerinnen unterstützen jedes Kind beim Lernen. Neben den Lehrern und Lehrerinnen gibt es auch Heilpädagogen und Heilpädagoginnen in der Schule. Die Heilpädagogen und Heilpädagoginnen helfen den Lehrern und Lehrerinnen dabei, das Kind richtig zu unterstützen. Diese Unterstützung heisst Integrative Förderung. Hier erklären wir Ihnen, was Integrative Förderung bedeutet und wie sie Ihrem Kind helfen kann.</p>

Mitarbeiter-Präsentation Kantonsspital St. Gallen

Mitarbeiterinformation: Arbeitsgesetz, Mehrzeiten und Ferien

13



Anzahl freie Sonntage (ArG)

- 12 freie Sonntage (plus 4 / 5 / 6 Sonntage während Ferienbezug) sind das Minimum auch für Teilzeit-Mitarbeitende, welche nur sonntags arbeiten.
- Sonntagsarbeit von z. B. 6 Stunden muss mit einem ganzen Ruhetag à 8.4 Stunden Sollarbeitszeit kompensiert werden.

19.02.2016

Kantonsspital St.Gallen – ein Unternehmen, drei Spitäler: St.Gallen Rorschach Flawil

Human Resources B&I

Information für Mitarbeitende: Arbeitsgesetz, Mehrzeiten und Ferien

18



Freie Sonntage gemäss ArG

- Die Mitarbeitenden müssen **12 freie Sonntage pro Jahr** haben. Plus 4 oder 5 oder 6 Sonntage **in den Ferien**. Das ist auch so für Teilzeit-Mitarbeitende, die nur am Sonntag arbeiten.
- Manchmal arbeiten Mitarbeitende **an einem Sonntag**, zum Beispiel 6 Stunden. Für diese 6 Stunden bekommen sie einen **ganzen Ruhetag von 8.4 Stunden**.

19.02.2016

Kantonsspital St.Gallen – ein Unternehmen, drei Spitäler: St.Gallen Rorschach Flawil

Human Resources B&I

Projektwettbewerb 2016: Anmeldeformular

Projektname: D-MKT (Metakognitives Training bei Depression)		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Klinik für Alterspsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich	
Kontaktperson:	Dr. Sandra E. Leh	Funktion: Leitung Neuropsychologie
Telefonnummer:	+41 (0)44 389 1558	E-Mail: sandra.leh-seal@bli.uzh.ch
Adresse:	Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach Neuropsychologie und Neuroimaging, Minervastrasse 145, #415 8032 Zürich	
Organisation 2		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:		
Organisation 3		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:		
Weitere Beteiligte:		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen) Trotz bestehender psychotherapeutischer und pharmakologischer Konzepte wird derzeit von einer deutlichen Versorgungslücke bei Depression im Alter ausgegangen. Gleichzeitig nimmt die Prävalenz depressiv Erkrankter weiter zu. Die Ergänzung bestehender Angebote durch (ambulante) Therapiekonzepte stellt daher einen viel versprechender Ansatz für die Zukunft dar. Trotz des bereits hohen Anteils depressiv Erkrankter unter den Patienten der ambulanten Behandlung, fehlen bislang auf das besondere Setting passende (niedrigschwellige) Gruppentherapiekonzepte. Das Metakognitive Training bei Depression (D-MKT) ist ein solches Gruppenkonzept und behandelt Denkverzerrungen, die der Depression zugrunde liegen. Ältere Menschen leiden insbesondere an den Folgen der kognitiven Folgen der Depression, die wesentlich zur Verschlechterung der Alltagsfähigkeiten und zum sozialen Rückzug der Betroffenen beitragen. Das D-MKT findet im Rahmen einer Gruppenintervention statt. Im Zentrum der Intervention stehen jene Denkstile, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression beteiligt sind.		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2016		
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)		

Projektbeschreibung:

Metakognitives Training bei Depression (D-MKT)

Dr. Sandra Leh, Prof. Dr. med. Egemen Savaskan

Klinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Einleitung

Mit einer 1-Jahres-Prävalenz von ca. 3-10% gehören unipolare Depressionen zu den weltweit häufigsten psychischen Erkrankungen (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 2010b; Wittchen & Jacobi, 2005). Die Leitsymptome sind Niedergeschlagenheit und/oder ein deutlicher Interessens- oder Freudeverlust. Zu den weiteren Symptomen gehören ein deutlicher Appetit- bzw. Gewichtsverlust, Schlafstörungen, psychomotorische Verlangsamung oder Agitiertheit, Energielosigkeit, Gefühle der Wertlosigkeit, Konzentrations- oder Entscheidungsschwierigkeiten und Suizidalität (APA, 2003). Zu den aufgeführten psychischen und vegetativen Symptomen zählen zudem charakteristische kognitive Auffälligkeiten und dysfunktionale Verarbeitungsstile, sogenannte „Denkverzerrungen“ (engl. cognitive biases). Zu diesen dysfunktionalen Denkmustern gehört z. B. ein veränderter Attributionsstil: Negative Ereignisse werden vermehrt sich selbst zugeschrieben bzw. internal attribuiert (z. B. Ball, McGuffin, & Farmer, 2008), während für positive Ereignisse meist der Zufall, Umstände oder andere Personen (externale Ursachen) verantwortlich gemacht werden (für eine Übersichtsarbeit siehe Sweeney et al., 1986). Psychisch gesunde Menschen dagegen schreiben sich für positive Ereignisse die Verantwortung selbst zu, während sie negative Ereignisse eher auf externale Faktoren attribuieren (u. a. Randjbar, Veckenstedt, Vitzthum, Hottenrott, & Moritz, 2011). Es wird angenommen, dass dem letzteren Attributionsstil eine selbstwertschützende Funktion zukommt. Weiterhin konnten zahlreiche Studien ein geringeres explizites Selbstwertgefühl bei Depressiven im Vergleich zu gesunden Kontrollen bestätigen (u. a. Franck, De Raedt, & De Houwer, 2007; Moritz, Werner, & von Collani, 2006). Nach Aaron Beck et al. (1979) kognitiv-verhaltenstherapeutischem Konzept stellen darüber hinaus Alles-oder-Nichts-Pauschalisierungen sowie die „übertriebene Verallgemeinerung“ von Einzelsituationen (z. B. wenn ich einmal versage, werde ich immer versagen) zentrale Denkverzerrungen in der Depression dar (z. B. Carver, 1998). Weiterhin gibt es Hinweise, dass Menschen mit Depressionen uneindeutige Situationen häufig negativ interpretieren (für Übersicht siehe Wisco, 2009).

Neben den bisher beschriebenen Denkverzerrungen, die in Behandlungskonzepten der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) thematisiert werden, konnten weitere Denkverzerrungen aus der neuropsychologischen Grundlagenforschung zu Depressionen, wie beispielsweise allgemeine Konzentrations- und Gedächtnisdefizite, wiederholt belegt werden (z. B. Hinkemann et al., 2009). Zusätzlich weisen depressive Patienten eine verzerrte Erinnerungsleistung auf, wobei ein besseres Gedächtnis für negative und somit stimmungskongruente Ereignisse gezeigt wurde (Joormann, Teachman, & Gotlib, 2009). Ferner konnte eine erhöhte

Tendenz zu Fehlerinnerungen für negatives Material, d. h. Erinnern von negativen, zuvor nicht präsentierten Wörtern, gefunden werden (Joormann et al., 2009; Moritz, Voigt, Arzola, & Otte, 2008). Zudem konnten Studien zeigen, dass depressive gegenüber gesunden Personen einen Vorteil in der Identifizierung von negativen Emotionsausdrücken (Trauer, Wut) aufweisen (Joormann & Gotlib, 2006), während sie sich in der Wahrnehmung positiver Emotionen (Glück, Freude) eingeschränkt zeigten (Joormann & Gotlib, 2006; LeMoult, Joormann, Sherdell, Wright, & Gotlib, 2009).

Diese Denkverzerrungen beeinflussen soziale Interaktionen, Bewertungen von Situationen und spielen eine Rolle bei der Aufrechterhaltung von Depressionen. Darüber hinaus konnte nachgewiesen werden, dass dysfunktionale Verhaltensstrategien wie z. B. sozialer Rückzug (für theoretische Ausführungen siehe A. T. Beck et al., 1979, S. 204), Grübeln (für Metaanalyse siehe Rood, Roelofs, Bogels, Nolen-Hoeksema, & Schouten, 2009) oder auch der Versuch der Unterdrückung negativer Gedanken (z. B. Van der Does, 2005) eine Depression begünstigen bzw. die depressive Symptomatik aufrechterhalten oder verschlimmern können.

Neben einer reduzierten Lebensqualität (ten Doesschate, Koeter, Bockting, & Schene, 2010) sowie dem immensen Leidensdruck der Betroffenen, ergibt sich zudem eine erhebliche volkswirtschaftliche Belastung. Die jährlichen Krankschreibungen aufgrund von Depressionen betragen durchschnittlich 35-50 Tage (BPtK, 2010a). Zudem entstehen durch die Behandlung hohe direkte Kosten, welche sich im Jahr 2008 auf ca. 5,23 Milliarden Euro beliefen (Statistisches Bundesamt, 2010). Nach Berechnungen der WHO werden Depressionen bis zum Jahr 2020 zu der Krankheitsgruppe zählen, die mit den höchsten Kosten einhergeht. Schon heute stellen affektive Störungen (davon 86 % depressive Störungen) die zweithäufigste Diagnose im Rahmen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen dar (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2005).

Trotz bestehender psychotherapeutischer und pharmakologischer Konzepte wird derzeit von einer deutlichen Versorgungslücke bei Depression im Alter ausgegangen, insbesondere im Bereich der kognitiven Einschränkungen. Gleichzeitig nimmt die Prävalenz depressiv Erkrankter weiter zu. Die Ergänzung bestehender Angebote durch (ambulante) Therapiekonzepte stellt daher einen viel versprechenden Ansatz für die Zukunft dar. Trotz des bereits hohen Anteils depressiv Erkrankter unter den Patienten der ambulanten Behandlung, fehlen bislang auf das besondere Setting passende (niedrigschwellige) Gruppentherapiekonzepte. Das Metakognitive Training bei Depression (D-MKT) ist ein solches Gruppenkonzept und behandelt Denkverzerrungen, die der Depression zugrunde liegen. Die Reduktion der depressiven Symptomatik sowie die Veränderung der postulierten Denkverzerrungen durch das D-MKT sollen gezielt bei älteren Menschen eingesetzt werden. Ältere Menschen leiden insbesondere an den Folgen der kognitiven Folgen der Depression, die wesentlich zur Verschlechterung der Alltagsfähigkeiten und zum sozialen Rückzug der Betroffenen beitragen.

Das D-MKT findet im Rahmen einer Gruppenintervention statt. Im Zentrum der Intervention stehen jene Denkstile, die nach den Ergebnissen verschiedener Studien an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression beteiligt sind, z. B. ungünstige Zuschreibungsmuster und erhöhte Erinnerungsleistung für negatives

Material. Diese ungünstigen Denkmuster werden besprochen und Bewältigungsstrategien aufgezeigt. Das Metakognitive Training bei Depression (D-MKT) verbessert das Erkennen und die Korrektur von Verzerrungen im Denken und der Wahrnehmung, das Erkennen der Auswirkungen von Stimmungsschwankungen auf Konzentration und Gedächtnis sowie den Umgang mit negativen Denkmustern und vermittelt Strategien zur Steigerung der Selbstwahrnehmung und des Selbstwertgefühls sowie Strategien zur Entlastung des Gedächtnisses. In dieser Studie erfolgt eine Erhebung von kognitiven Leistungen, Selbstwertgefühl, Depression, dysfunktionale Grundüberzeugungen, metakognitives Denken, Zufriedenheit und subjektiver Lebensqualität aufgrund von standardisierten und etablierten neuropsychologischen Testverfahren und psychometrischen Skalen vor dem Training, sowie zu bestimmten Intervallen während und nach dem Training.

Klinik für Alterspsychiatrie

Die Klinik für Alterspsychiatrie (KAP) ist als ein Teil der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich für die Versorgung von über 65-jährigen, psychiatrisch erkrankten Personen verantwortlich. Vier Station mit 64 Akutbetten, ein Ambulatorium und eine Tagesklinik decken die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung ab. Die Stationen sind spezialisiert auf unterschiedliche alterspsychiatrische Diagnosen wie z.B. Demenz und Altersdepression. Das hauseigene Ambulatorium und die Tagesklinik sind wichtige Elemente der Versorgungskette, die helfen den Betroffenen eine akute Behandlung anzubieten ohne stationär aufgenommen werden zu müssen. Die Tagesklinik hilft bei Krisensituationen, die ambulante Behandlung auszuweiten, um eine stationäre Aufnahme zu vermeiden oder den Betroffenen nach der stationären Behandlung den Übergang in die Selbstständigkeit im angestammten Umfeld zu erleichtern. Die Patientinnen und Patienten übernachten zu Hause und besuchen tagsüber die Therapieangebote der Tagesklinik. Die Tagesklinik stellt somit eine wichtige Schnittstelle in der Behandlungskontinuität dar. Das Therapieangebot umfasst eine aktivierende Tagesstruktur mit Einzel- und Gruppentherapien für Personen ab 60 Jahren, die den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angepasst wird. Die Tagesklinik ist alters- und diagnosespezifisch ausgerichtet.

Beschreibung des Angebots

Das D-MKT findet im Rahmen einer Gruppenintervention alle 2 Wochen im Rahmen des Tagesklinikprogramms statt und werden von Dr. Sandra Leh und Daniel Summermatter durchgeführt. Im Zentrum der Intervention stehen jene Denkstile, die nach den Ergebnissen verschiedener Studien an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression beteiligt sind, z. B. ungünstige Zuschreibungsmuster und erhöhte Erinnerungsleistung für negatives Material. Diese ungünstigen Denkmuster werden besprochen und Bewältigungsstrategien aufgezeigt. Das Metakognitive Training bei Depression (D-MKT) verbessert das Erkennen und die Korrektur von Verzerrungen im Denken und der Wahrnehmung, das Erkennen der Auswirkungen von Stimmungsschwankungen auf Konzentration und Gedächtnis sowie den Umgang mit negativen Denkmustern und vermittelt Strategien zur Steigerung der Selbstwahrnehmung und des Selbstwertgefühls sowie Strategien zur Entlastung des Gedächtnisses.

Genereller Ablauf der Sitzungen

- **Vor der ersten Gruppenteilnahme (Schnuppertag)**

Bevor ein Patient das erste Mal die Gruppe besucht, wird ein kurzes Vorgespräch durch das Tagesklinikpersonal oder die Gruppenleiter durchgeführt (ggf. telefonisch) und ein Schnuppertag angeboten. Beim Schnuppertag werden Fragen zur Organisation geklärt (wann, wo, was ist mitzubringen), ein Einblick auf eine Trainingseinheit (Modul), die Struktur und den Inhalt des Trainings gegeben, um ggf mögliche Erwartungsängste abzubauen. Manchen Patienten entlastet der Hinweis, dass Informationen zu Depression präsentiert werden («Seminarcharakter»). Der Hinweis, dass die Inhalte anhand von Übungen und Beispielen verdeutlicht werden, jeder persönliche Beitrag sehr willkommen, aber keinesfalls ein Muss ist, kann zusätzlich eine entlastende Information sein («Sie können auch erst mal teilnehmen, indem Sie einfach nur zuhören«).

- **Module**

Jede Trainingseinheit (Modul) ist in sich abgeschlossen. Dies ermöglicht einen Ein/Ausstieg in die Gruppe zu jedem Zeitpunkt. Das Modul beginnt mit der Begrüssung, i.b. bei neuen Teilnehmern, die sich in der Gruppe kurz vorstellen können. Wenn nötig, sind die wichtigsten Gruppenregeln zu nennen. Im Anschluss können die bereits erfahrenen Teilnehmer den neuen Teilnehmern kurz das Ziel und die Besonderheiten des Trainings, sowie ihre Erfahrungen mit dem Training erläutern.

Nach der Begrüssung erfolgt eine kurze Rekapitulation des vorausgegangenen Moduls, sowie die Besprechung der Nachbereitungsbögen, bevor mit dem jeweiligen modulspezifischen Inhalt begonnen wird. Nach einer allgemeinen Einleitung schließt sich der spezifische Inhalt des Moduls an. Das primäre Ziel eines jeden Moduls besteht darin, die Patienten dazu zu befähigen, ihre eigenen Denkverzerrungen als solche zu identifizieren und in einem zweiten Schritt zu modifizieren. Patienten können in der Anfangszeit des Trainings bewusst ihre Denkvorgänge und Bewertungen beobachten, bevor sie versuchen, ihr Denken zu verändern. Die Umsetzung der gelernten Strategien erfordert Übung und Zeit. Die Gruppenteilnehmer profitieren hier auch von den Erfahrungsberichten und Ratschlägen der anderen Gruppenteilnehmer.

Am Ende jeder Trainingseinheit erhalten die Teilnehmer eine schriftliche Zusammenfassung der behandelten Inhalte zur jeweiligen Sitzung mit Hausaufgaben zur Vertiefung des Gelernten und zur Unterstützung des Transfers in den Alltag.

Schlussfolgerung:

Mit dem vorliegenden Projekt soll eine wichtige alterspsychiatrische Versorgungslücke in der Behandlung von Depression im Alter in der Region Zürich geschlossen werden. Trotz bestehender psychotherapeutischer und pharmakologischer Konzepte wird derzeit von einer deutlichen Versorgungslücke bei Depression im Alter ausgegangen, insbesondere im Bereich der kognitiven Einschränkungen. Gleichzeitig nimmt die Prävalenz depressiv Erkrankter und somit eine erhebliche volkswirtschaftliche Belastung weiter zu. Die Ergänzung bestehender Angebote durch (ambulante) Therapiekonzepte stellt daher einen viel versprechenden Ansatz für die Zukunft dar. Das Metakognitive Training bei Depression (D-MKT) ist ein neuer Ansatz zur Behandlung von Depression. Es

versteht sich als eine Variante der kognitiven Verhaltenstherapie mit metakognitivem Fokus: Im Zentrum steht die Modifikation dysfunktionaler Denkmuster. Das Training leitet Betroffene an, die meist automatischen und unbewussten Denkmuster zu erkennen und zu korrigieren. Zu diesem Zweck werden den Teilnehmern Informationen über die depressiogenen Denkmuster spielerisch vermittelt und an einer Reihe von Beispielen veranschaulicht, um sie so praktisch erfahrbar zu machen. Darüber hinaus werden auch fehlerhafte Annahmen über die eigenen Denkprozesse sowie dysfunktionale Coping-Strategien (z.B. Gedankenunterdrückung; Grübeln zur Problembewältigung) bearbeitet.

Erste Erfahrungen mit dem Metakognitives Training bei Depression (D-MKT)

Das D- MKT wurde von Dr. Jelinek und Dr. Moritz entwickelt und seit mehreren Jahren an der Universitätsklinik Hamburg angewandt. Die Machbarkeit und Wirksamkeit einer beta-Version des Trainings wurde erstmals in einer offenen Pilotstudie (Jelinek, Otte, Artl & Hauschildt, 2013) bestätigt. Dabei erwies sich das Training als effektiv zur Reduktion der depressiven Symptomatik im mindestens mittleren Effektstärkebereich (Cohen's d zwischen 0,56 und 0,73). Ferner zeigten sich signifikante Effekte bezüglich einer Abnahme der depressiven Denkverzerrungen und des Grübelns sowie einer Zunahme des Selbstwertgefühls (Effektstärken zwischen $d = 0,26$ und $0,64$).

Die Erfahrungen der Pilotstudie wurden genutzt, das Trainingsmaterial zu verbessern. Die überarbeitete Version des Trainings wurde mit einem Gesundheitstraining (bestehend aus Walking) in einer randomisierten Studie verglichen. Alle Patienten erhielten eine teilstationäre psychosomatische Behandlung im RehaCentrum Hamburg. Direkt zum Ende der Behandlung sowie 6 Monate später (Katamnese) zeigte sich eine signifikant stärkere Symptomverbesserung in der D-MKT-Gruppe im Vergleich zum Gesundheitstraining (Jelinek, Hauschildt & Moritz, 2014).

Seit ca. 2014 wird das D-MKT bei uns in der Alterspsychiatrie angeboten und angewandt und ist bei den Patienten sehr beliebt. Die Gruppen sind durch eine ausgezeichnete Gruppendynamik und eine zuverlässige und regelmässige Teilnahme kennzeichnend für ihren Erfolg.

Das Trainingsmanual sowie die kompletten Materialien (alle Folien, Teilnehmerinformationsblatt, Gruppenregeln und Nachbereitungsbögen) sind ab dem 12. Januar 2015 im Beltz Verlag.

Referenzen:

- American Psychiatric Association. (2003). Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen –Textrevision- DSM-IV-TR (H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig & I. Houben, Trans.). Göttingen: Hogrefe.
- Ball, H. A., McGuffin, P., & Farmer, A. E. (2008). Attributional style and depression. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 275-278.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression* New York: The Guilford Press.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2010a). BPtK-Studie: Gesundheitsreports der Krankenkassen ausgewertet. BPtK- Newsletter, 1, 4-6.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2010b). Nationale Versorgungsleitlinie Depression. BPtK-Spezial, Ausgabe Mai.
- Carver, C. S. (1998). Generalization, adverse events, and development of depressive symptoms. *Journal of Personality*, 66, 607-619.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2005). VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2004 (Vol. 154). Frankfurt am Main: DRV.
- Franck, E., De Raedt, R., & De Houwer, J. (2007). Implicit but not explicit self-esteem predicts future depressive symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2448-2455.
- Hinkelmann, K., Moritz, S., Botzenhardt, J., Riedesel, K., Wiedemann, K., Kellner, M., et al. (2009). Cognitive Impairment in Major Depression: Association with Salivary Cortisol. *Biological Psychiatry*, 66, 879-885.
- Jelinek, L., Hauschildt, M., Otte, C. & Moritz, S. (2009). Metakognitives Training bei depressiven Patienten. DGPPN Kongress 2009, Berlin. Retrieved October 10, 2013, from http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/index_15115.php.
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2006). Is this happiness I see? Biases in the identification of emotional facial expressions in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 705-714.
- Joormann, J., Teachman, B. A., & Gotlib, I. H. (2009). Sadder and less accurate? False Memory for negative material in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 412-417.
- LeMoult, J., Joormann, J., Sherdell, L., Wright, Y., & Gotlib, I. H. (2009). Identification of Emotional Facial Expressions Following Recovery From Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 828-833.
- Moritz, S., Voigt, K., Arzola, G. M., & Otte, C. (2008). When the half-full glass is appraised as half empty and memorised as completely empty: Mood-congruent true and false recognition in depression is modulated by salience. *Memory*, 16, 810-820.
- Moritz, S., Werner, R., & von Collani, G. (2006). The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the Implicit Association Test. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11, 402-415.
- Randjbar, S., Veckenstedt, R., Vitzthum, F., Hottenrott, B., & Moritz, S. (2011). Attributional biases in paranoid schizophrenia: Further evidence for a decreased sense of self-causation in paranoia. *Psychosis*, 3, 74-85.
- Sweeney, P. D., Anderson, K. & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.
- ten Doesschate, M. C., Koeter, M. W., Bockting, C. L., & Schene, A. H. (2010). Health related quality of life in recurrent depression: a comparison with a general population sample. *Journal of Affective Disorders*, 120, 126-132.
- Wisco, B. E. (2009). Depressive cognition: Self-reference and depth of processing. *Clinical Psychology Review*, 29, 382-392.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.

Zürich, 26.01.2016

Projektwettbewerb 2016: Anmeldeformular

Projektname: mind the gap		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Spitex Zürich, bestehend aus Spitex Zürich Limmat AG, Spitex Zürich Sihl und SAW (Stiftung Alterswohnungen)	
Kontaktperson:	Esther Indermaur	Funktion: Teilprojektleitung im Projekt Spitex 2022, Pflegeexpertin APN
Telefonnummer:	079 511 62 84	E-Mail: esther.indermaur@spitex-zuerich.ch
Adresse:	Rotbuchstrasse 46, 8037 Zürich	
Organisation 2		
PPZ Psychiatrisch Psychologische Poliklinik Zürich		
Kontaktperson:	Jan Holder	Funktion: Leitender Arzt PPZ, Stv. Leiter
Telefonnummer:	044 362 12 13	E-Mail: jan.holder@zuerich.ch
Adresse:	Walchestrasse 31, 8021 Zürich	
Organisation 3		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:		
Weitere Beteiligte:		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet und können für Betroffene und Angehörige einen hohen Leidensdruck verursachen. Unterstützung bieten in der Stadt Zürich unter anderem die Spitex Zürich (bestehend aus Spitex Zürich Limmat AG, Spitex Zürich Sihl und SAW) und die Psychiatrisch Psychologische Poliklinik (PPZ) an. Das Projekt mind the gap ist an der Schnittstelle zwischen diesen beiden Diensten angesiedelt und soll die Situation von Menschen in psychischen Ausnahmesituationen durch eine engere Zusammenarbeit verbessern.</p> <p>Das Projekt fusst auf zwei Säulen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die mobilen Kriseninterventionsteams des PPZ (MokiT) werden multiprofessionell umgestaltet und die aufsuchenden Psychiater/Psychiaterinnen durch eine Psychiatrie-Pflegefachperson der Spitex ergänzt (MokiT plus). So werden Einschätzung und Triage vor Ort erleichtert und Betroffene können optimal unterstützt werden. - Für psychisch schwer und chronisch erkrankte Menschen stehen nur wenige Möglichkeiten für soziale Teilhabe und Gesundheitsförderung in der Gruppe zur Verfügung. Für sie werden niederschwellige Gruppenangebote eingeführt, um die soziale Inklusion und die Recovery zu fördern. 		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2016		
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)		



Stadt Zürich

Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik



S P I T E X

Hilfe und Pflege zu Hause

mind the gap

AMBULANTE GRUPPENANGEBOTE UND MOBILE MULTIPROFESSIONELLE TEAMS
AN DER SCHNITTSTELLE ZWISCHEN SPITEX UND AMBULANTER PSYCHIATRIE

INDERMAUR ESTHER, HOLDER JAN



Inhalt

1	Einleitung.....	3
1.1	Psychische Gesundheit	3
1.2	Ambulante psychosoziale Angebote	3
1.3	Die Situation psychisch schwer und chronisch erkrankter Menschen.....	3
2	Aktuelle Situation in Zürich	4
2.1	Aufsuchende Angebote in Zürich	4
2.2	Niederschwellige Gruppenangebote in Zürich.....	5
2.3	Zusammenarbeit von Spitex Zh und PPZ.....	5
3	Projektidee und Ziel	5
3.1	Ziele.....	5
3.2	Projekthalte.....	6
3.3	Motivation	7
4	Finanzierung und Organisation der Projektidee	8
4.1	Entstehende Lohnkosten	8
4.2	weitere Kosten	8
4.3	organisatorische Eingliederung.....	8
5	Evaluation des Projekts	8
5.1	Interdisziplinäres aufsuchendes Angebot.....	8
5.2	Angebot niederschwelliger Gruppenangebote	9
6	Verantwortlichkeiten in der Projektidee	9
7	Projektplanung.....	9

1 Einleitung

1.1 Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit (Mental Health) wird von der WHO wie folgt definiert: „Ein Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ (WHO, 2006).

Gemäss dem Obsanbericht von 2012 leidet die Hälfte aller Menschen im Verlauf ihres Lebens unter psychischen Ausnahmesituationen. Psychische Krankheiten machen über 40% der chronischen Krankheiten aus.

Die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen spiegelt sich in der Nutzung psychiatrischer Versorgungsangebote wieder. Hierbei ist eine angepasste Versorgung von grosser Wichtigkeit. Bei ungenügender Versorgung erhöht sich das Risiko für schwere Verläufe, Chronifizierung, Komorbidität, soziale Isolation und Suizidalität (Meyer, Meyer & Camenzind, 2003). Es bestehen zurzeit keine verlässlichen Daten aus der Schweiz, die ambulante psychiatrische Pflege, ihre Inanspruchnahme, ihren Nutzen und die ökonomischen Folgen in der Schweiz abbilden (Obsan, 2012). Die zunehmende Nutzung psychiatrischer Angebote und eine veränderte Wahrnehmung des bestehenden Leidensdrucks haben dazu geführt, dass psychische Gesundheit im Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz als prioritär eingestuft wird (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2004).

1.2 Ambulante psychosoziale Angebote

Gemäss dem Mental Health Atlas der WHO (20014) gibt es in der Schweiz 1,32 psychiatrische Spitalbetten pro 1000 Einwohner (im Vergleich dazu: Italien (0,17/1000), Deutschland (0,76/1000), England (0,58/1000)). Die stationäre Pflege und Betreuung in der Schweiz hinkt den internationalen Bestrebungen einer Verlagerung der Betreuung in den ambulanten Bereich hinterher. Aufsuchende Hilfen sind im Rahmen der Enthospitalisierung ein zunehmend wichtiger Pfeiler in der Versorgungsstruktur der Psychiatrie in Europa geworden.

Internationale Forschungsarbeiten über gemeindenahere aufsuchende Modelle erbrachten neben Kosteneffizienz eine grössere Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen und eine geringere Stigmatisierung. Zu den wichtigsten Konzepten in aufsuchenden Modellen gehört der multiprofessionelle und mobile Ansatz (Burns, 2002).

1.3 Die Situation psychisch schwer und chronisch erkrankter Menschen

Chronische und schwere psychische Erkrankungen stellen Betroffene und ihre An- und Zugehörigen vor grosse Herausforderungen. Viele Betroffene sind ohne Arbeit oder Beschäftigung, sind auf finanzielle Unterstützung angewiesen und verfügen dementsprechend über eingeschränkte Mittel. Die sozialen Netzwerke psychisch schwer und chronisch erkrankter Menschen sind meist klein und wenig tragfähig (Angermeyer & Klusmann, 1988). Viele psychische Erkrankungen gehen mit einer Einschränkung der Beziehungsfähigkeit einher und Betroffene erleben soziale Isolation.



Der OECD-Bericht Nr.12/13 zeigt, dass der Zugang zu psychiatrischen Dienstleistungen für marginalisierte Personen erschwert ist und ihre Behandlungsmöglichkeiten dadurch vermindert sind. Gleichzeitig geht der Mangel an Beschäftigungsmöglichkeiten und an sozialem Austausch mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Erkrankungen einher (Richter et al., 2016).

2 Aktuelle Situation in Zürich

In der Stadt Zürich gibt es bisher kaum multiprofessionelle aufsuchende Angebote um Personen mit schwerer psychischer Erkrankung und ungenügender Compliance zu erreichen. Als Folge davon kommt es immer wieder zu Behandlungsabbrüchen und eigentlich vermeidbaren Fürsorgerischen Unterbringungen (FU). Die Anzahl der FU ist im Kanton Zürich vergleichsweise hoch.

Die Spitex Zürich und die Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik führen psychiatrische/ psychosoziale Hausbesuche durch.

2.1 Aufsuchende Angebote in Zürich

Die **Spitex Zürich**, nachfolgend Spitex Zh, bestehend aus den drei Organisationen Spitex Zürich Limmat AG, Spitex Zürich Sihl und Stiftung Alterswohnungen (SAW), bietet mit ihren Spezialdiensten aufsuchende psychiatrische Pflege an. Psychiatrische Pflege bietet Unterstützung für Menschen in psychosozialen Ausnahmesituationen. Dabei liegt der Schwerpunkt in der direkten Alltagsbegleitung. Betroffene werden durch Gespräche, Anleitungen und Beratung befähigt, ihre Selbständigkeit so weit als möglich zu wahren. Die psychosozialen Fachdienste der Spitex Zürich bieten Begleitung in akuten und in längerdauernden (chronischen) Ausnahmesituationen an. Die Spitex bietet aufgrund der bestehenden Leistungsverordnung alle Pflegeleistungen in Einzelleistungen an, d.h. es werden keine pflegerischen Gruppenangebote durchgeführt. Die psychosozialen Angebote der Spitex Zürich werden nach ärztlicher Verordnung durch ausgebildetes Psychiatriepflegefachpersonal erbracht. Die Spitex Zh erbringt ihre Pflegeleistungen auf dem gesamten Stadtgebiet.

Die **Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich (PPZ)** ist ein Angebot der Städtischen Gesundheitsdienste und stellt einen Teil der ambulanten psychiatrischen Versorgung in der Stadt Zürich (rund 1500 PatientInnen jährlich) sicher. Das Leistungsangebot umfasst allgemeinspsychiatrische Sprechstunden in der Poliklinik an der Walchestrasse, Konsiliardienste für städtische Institutionen (Stadtspitäler Triemli und Waid, Sozialzentren, Wohneinrichtungen) sowie die spezialisierten mobilen Equipen für Krisenintervention. Die Mobilien Krisenteams (MoKit) setzen sich adhoc aus einer PPZ-Ärztin, dem Sozialarbeiter oder einer Bezugsperson des Begleiteten Wohnens zusammen. Weiter besteht mit **Kompass** des Stadtärztlichen Dienstes ein sozialmedizinisches Case Management. Ziel dieser Angebote ist es, die soziale und medizinische Hilfe zu koordinieren und schnell den Patienten zukommen

zu lassen. Ausserdem werden im Rahmen des Bezirks- und Amtsärztlichen Dienstes Gefährdungsmeldungen aus der Bevölkerung entgegengenommen und mobile Krisenteams nach Prüfung von Indikation und Dringlichkeit eingesetzt.

2.2 Niederschwellige Gruppenangebote in Zürich

Therapeutische Gruppen haben zum Ziel, Betroffene in den Prozess einzubeziehen, Kommunikation mit anderen zu ermöglichen und zu fördern, Isolation zu verringern, das Selbstwertgefühl zu stärken und Stigmatisierung zu reduzieren (Simpson, 2002). Sozialkompetenzen und Beziehungsgestaltung können in Gruppensituationen eingeübt und ausprobiert werden. Bestehende Gruppenangebote in der Stadt Zürich stehen psychisch schwer und chronisch erkrankten Menschen oft nicht zur Verfügung. Anbieter sind einerseits Ambulatorien und Tageskliniken, andererseits niedergelassene Psychiater. Die bestehenden Gruppenangebote stehen Menschen in Akut-Behandlung (Tageskliniken, Ambulatorien) und/oder Menschen mit angepasstem Sozialverhalten offen. Für Menschen mit auffälligem Verhalten und einer chronisch psychischen Erkrankung gibt es in Zürich zurzeit kaum niederschwellige Gruppenangebote, um ihre Sozialkompetenzen und ihre Gesundheit zu fördern.

2.3 Zusammenarbeit von Spitex Zh und PPZ

Bisher geschieht die Zusammenarbeit der beiden Dienste Spitex Zh und PPZ trotz ähnlicher Klientel und grosser Nahtstellen nur punktuell. Von beiden Institutionen, wie auch von beiden Berufsgruppen, Pflegefachpersonen und Ärzten, wird eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit gewünscht.

3 Projektidee und Ziel

Der Erfolg moderner, multidisziplinärer Projekte ermunterte die Initianten zur Projektidee „mind the gap“, mit dem Ziel Versorgungslücken (gaps) zu schliessen.

Dabei soll mind the gap auf zwei Hauptpfeilern aufbauen:

- Multiprofessionelle, aufsuchende Krisenteams
- Gruppenangebote für chronisch schwer erkrankte Menschen

3.1 Ziele

- Mind the gap soll die Zusammenarbeit der städtischen Anbieter ambulanter psychiatrischer Leistungen optimieren.
- Menschen in akuten psychischen Krisen sollen zuhause durch ein interdisziplinäres Team eingeschätzt, beraten und ihre weitere Unterstützung adäquat triagiert werden.



- Menschen mit chronischen und schweren psychischen Erkrankungen sollen die Möglichkeit erhalten, an pflegetherapeutischen Gruppenangeboten teilzunehmen und soziale Teilhabe zu erfahren.

3.2 Projektinhalte

Multiprofessionelle, mobile Krisenteams (MoKit plus)

Für mind the gap soll ein multiprofessionelles mobiles Krisenteam Team (MoKit plus-Team) neu aus einer Person aus der PPZ und einer Psychiatrie-Pflegefachperson der Spitex Zh zusammengesetzt werden. In der Situation vor Ort können so Angebote in der Stadt Zürich im direkten Gespräch mit dem Betroffenen aufgezeigt und Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung in der Stadt Zürich besprochen werden. Betroffenen und ihren An- und Zugehörigen steht in der Ausnahmesituation ein kompetentes, gut vernetztes, interdisziplinäres Team zur Seite. Für mind the gap müsste eine Pflegefachperson in ärztlicher Delegation der PPZ angegliedert werden. Diese Pflegefachperson soll gleichzeitig die Kommunikation zwischen Spitex Zh und PPZ erleichtern und in den MoKit plus-Einsätzen Möglichkeiten und Grenzen ambulanter psychiatriepflegerischer Unterstützung aufzeigen. Die Pflegefachperson soll für die MoKit plus-Einsätze von Montag bis Freitag zwischen 8 und 17 Uhr einsetzbar sein.

Angebot niederschwelliger Gruppenangebote

Schwer und chronisch psychisch erkrankten Menschen stehen nur sehr eingeschränkt Möglichkeiten für die Teilnahme an therapeutischen oder pflegerischen Gruppenangeboten zur Verfügung. Die Teilnahme an bestehenden Angeboten scheitert oft an den finanziellen Möglichkeiten Betroffener, an mangelnder Absprachefähigkeit, an auffälligen, für die bestehenden Gruppen nicht tolerierbaren Verhaltensweisen oder daran, dass die Gruppenangebote nur in akuten psychischen Krisen im Rahmen von Ambulatorien oder Tageskliniken angeboten werden.

Gruppenangebote der medizinischen Grundversorgung müssen ärztlich oder in ärztlicher Delegation durchgeführt werden. Die Einführung niederschwelliger Gruppenangebote unter psychiatriepflegerischer Leitung in Delegation der PPZ würde die Möglichkeit der sozialen Teilhabe für eine vulnerable Klientel verstärken und die Möglichkeit für Gesundheitsförderung bieten.

Für mind the gap sollen wöchentlich zwei niederschwellige Gruppenangebote für psychisch schwer und chronisch erkrankte Menschen durchgeführt werden. Diese Gruppenangebote sollen neben der Möglichkeit, sich in sozialen Situationen zu üben Bewegung (in Form einer Spazier- und Freizeitgruppe) und Well-Being (in Form einer Achtsamkeitsgruppe) in den Fokus stellen. Die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Gruppen soll bei einer Psychiatriepflegefachperson liegen, die die Gruppen in Delegation der PPZ durchführt. Die Gruppenangebote sollen an zwei fixen Terminen pro Woche stattfinden und die Dauer von je 90 Minuten nicht überschreiten.

3.3 Motivation

Von mind the gap sollen in erster Linie Betroffene profitieren. Die engere Zusammenarbeit von PPZ und Spitex Zh soll einerseits in Krisensituationen (MoKit plus), andererseits in lange dauernden psychischen Krankheitssituationen mit eingeschränkten Möglichkeiten zur Partizipation den Zugang zu psychosozialen Gesundheitsleistungen verbessern.

Das Team der MoKit wird in psychischen Ausnahmesituationen beigezogen. Durch die Erweiterung zu MoKit plus ergibt sich für Betroffene die Möglichkeit, ein weiteres ambulantes Angebot (Spitex Zh) kennenzulernen und für das MoKit plus Team die einer optimaleren Triage. Die PPZ könnte Betroffene gemeinsam mit der Spitex Zh in einer Krisensituation unterstützen und nach Möglichkeit kann die Behandlung ambulant weitergeführt werden. Der Erstkontakt mit der Spitex Zh wird bereits im Erstgespräch hergestellt und Möglichkeiten der Unterstützung werden besprochen. Durch die Kontinuität, die eine Begleitung durch die psychosozialen Angebote der Spitex Zh bietet, können viele Betroffene ambulant in ihren psychosozialen Krisen unterstützt werden. Dadurch kann es zu weniger stationären Eintritten und zu weniger gravierenden Krankheitsverläufen kommen.

Die engere Zusammenarbeit mit der PPZ ermöglicht der Spitex Zh zudem einen multiprofessionellen Austausch in komplexen Situationen, in denen Betroffene psychiatrisch nicht betreut sind. Diese Unterstützung verbessert die Situation Betroffener und erleichtert die Arbeit der Spitex Zh.

Viele psychisch erkrankte Menschen leiden unter sozialer Isolation und haben Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung. Im Einzelkontakt mit den Pflegefachpersonen der Spitex Zh sind diese Probleme oft Thema, können aber nur eingeschränkt angegangen werden. Durch ein niederschwelliges Gruppenangebot stände ein Übungsfeld für Menschen mit Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion zur Verfügung. Gleichzeitig könnten Betroffene durch den gesundheitsfördernden Inhalt der Gruppenangebote motiviert werden, ihre Selbstpflege zu optimieren. Eine Psychotherapie ist ein intensiver Prozess und für Betroffene manchmal kaum zu bewältigen. So kann es zu Behandlungsabbrüchen führen und Betroffene verlieren den Kontakt zum professionellen Helfernetz. Die niederschwelligen, nicht-gesprächsorientierten Gruppenangebote könnten hier eine Möglichkeit bieten, Betroffene im Kontakt zu halten und so Barrieren zu einer intensiveren Behandlung abzubauen.

Sowohl PPZ als auch Spitex Zh verfolgen das Ziel, Betroffene in ihrer Recovery zu unterstützen. Durch mind the gap sollen Schwellen abgebaut werden, die den Zugang und die konstante Begleitung für psychisch erkrankte Menschen erschweren. Langfristig erhoffen sich die Betriebe ein tragfähigeres ambulantes psychosoziales Behandlungsnetz für die Stadt Zürich, Unterstützung für Betroffene und Angehörige und letztendlich eine Verminderung stationärer Aufenthalte.

4 Finanzierung und Organisation der Projektidee

Für die Projektidee „mind the gap“ ist die Einführung neuer Aufgaben in der Spitex Zürich nötig. Die Lohnkosten der Pflegefachperson, die ihre Leistungen an den Betroffenen in Delegation der PPZ erbringt, werden von den drei Spitexorganisationen getragen. Ein Teil der Kosten kann mittels Tarmed (als nichtärztliche Leistung) finanziert werden.

4.1 Entstehende Lohnkosten

Pflegefachperson: Für die Erfüllung der Pflegerischen Aufgaben in „mind the gap“ werden 60 Stellenprozente veranschlagt:

- 20% Gruppen vorbereiten, leiten, nachbereiten, dokumentieren
- 20% MoKit plus-Einsätze, von Montag bis Freitag zwischen 8 und 17 Uhr
- 20% Administrationsaufgaben, Projektarbeitsaufgaben

Für die Lohnkosten werden für die Dauer des Projekts (12 Monate) CHF 60'000 veranschlagt. Die Lohnkosten werden von den drei Spitexorganisationen der Spitex Zürich anteilig getragen.

PPZ: Entstehende Lohnkosten sind noch nicht abschliessend besprochen und geregelt.

4.2 weitere Kosten

Materialkosten: Für die Gruppenangebote und für die MoKit-Einsätze werden keine speziellen Materialien benötigt. Die Materialien zur Bedarfsabklärung Pflege werden von den Spitex-Organisationen zur Verfügung gestellt.

Raumkosten: Für die Gruppenangebote stellt die Spitex Zürich geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung. Für die Pflegefachperson steht bei der Spitex Zürich ein Arbeitsplatz zur Verfügung.

4.3 organisatorische Eingliederung

Die organisatorische Eingliederung der Pflegefachperson ist noch nicht abschliessend geklärt.

5 Evaluation des Projekts

Mind the gap soll mittels quantitativer und qualitativer Daten evaluiert werden. Ein Evaluationskonzept ist noch zu erarbeiten.

5.1 Interdisziplinäres aufsuchendes Angebot

Quantitative Erhebung der folgenden Daten:

- Anzahl Einsätze MoKit plus

- Zuweisende Instanz
- Ergebnis der Intervention (Übernahme durch Spitex Zh, PPZ oder andere Institution)

Qualitative Befragung der MoKit-Mitarbeitenden sowie einer Fokusgruppe aus beiden Institutionen zur Zufriedenheit und Zusammenarbeit.

5.2 Angebot niederschwelliger Gruppenangebote

Quantitative Erhebung der Nutzung durch Patientinnen und Patienten

6 Verantwortlichkeiten in der Projektidee

Mind the gap wird im Rahmen der Spitexstrategie 2022 im Teilprojekt Psychosoziale Pflege und Betreuung (PPB) entwickelt.

Projektleitung: Esther Indermaur, Pflegeexpertin APN

Projektteam:

- Lioba Schober (Leitung Fachstelle Psychosoziale Pflege und Betreuung, Spitex Zürich Limmat AG)
- Elian Dürr (Pflegefachfrau, Spitex Zürich Limmat AG)
- Regula Rüegg (Pflegefachfrau, Spitex Zürich Sihl)
- Franziska Sommer (Bereichsleitung, Spitex Zürich Sihl)
- Markus Wigger (Ressortleitung Spitex, SAW)

Das Projektteam des Teilprojekts PPB wird für „mind the gap“ ergänzt durch Jan Holder (Leitender Arzt PPZ).

7 Projektplanung

1	Ausarbeitung Projektidee, Klären offener Fragen	März-Mai 2016
2	Erarbeiten Konzepte der Gruppenangebote	April-Juni 2016
4	Start des Praxisprojekts	Sept. 2016
5	Zwischenevaluation 1	Dez. 2016
6	Zwischenevaluation 2	Mai 2017
7	Entscheid über Weiterführung des Projekts	Juni 2017



Literaturverzeichnis

Angermeyer, Matthias C. (1989): Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Berlin, New York: Springer-Verlag.

Baer, Niklas (2013): Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan Bericht, 56).

Burns, Tom (2004): Community mental health teams. In: *Psychiatry* 3 (9), S. 11–14. DOI: 10.1383/psyt.3.9.11.50258.

Burns, T. (2002): International differences in home treatment for mental health problems. Results of a systematic review. In: *The British Journal of Psychiatry* 181 (5), S. 375–382. DOI: 10.1192/bjp.181.5.375.

Mental health atlas 2014 (2015). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2016): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).

Schuler, Daniela; Burla, Laila (2012): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. Neuchâtel: OBSAN (Bericht / OBSAN, 52).

Simpson, D.Dwayne (2002): A conceptual framework for transferring research to practice. In: *Journal of Substance Abuse Treatment* 22 (4), S. 171–182. DOI: 10.1016/S0740-5472(02)00231-3.

Projektwettbewerb 2016: Anmeldeformular

Projektname: Nove Plus (Notfallversorgung Plus)		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Aerztefon AG	
Kontaktperson:	Dr. med. Monika Hänggi	Funktion: Geschäftsführerin
Telefonnummer:	044 421 21 06	E-Mail: m.haenggi@aerztefon.ch
Adresse:	Grütstrasse 60, 8802 Kilchberg	
Weitere Beteiligte: Ärzteverband der Bezirke Zürich und Dietikon (ZüriMed), Gruppe unabhängiger Ärzte Stadt Zürich, Spitäler, Visionary AG und weitere IT-Firmen		
<p>Das Projekt Nove Plus stellt eine Lösung für zukünftige Versorgungsprobleme im ambulanten Notfall bereit. Als Grundlage wurde die dreistufige Versorgungspyramide definiert.</p> <p>Stufe 1 beinhaltet die Notfallzentrale mit Anleitung zur Selbstbehandlung. Der Zugang zur kostengünstigsten Stufe wurde durch neue Informationsmaterialien (Patientenkarten, Flyer, Klebeetiketten) und eine Webapp erleichtert; die Beratung durch eine Triage-Software unterstützt.</p> <p>Auf Stufe 2 wird der Hausbesuchsdienst durch eine neu gegründete Gruppe aus Violdienstleistern entlastet und durch diverse technische Lösungen (sichere Kommunikationskanäle, Austausch von Kontaktdaten, Berichte) unterstützt.</p> <p>Die teuerste Stufe 3 (Spitäler) wird durch die Stufen 1 und 2 von Bagatellfällen entlastet.</p> <p>Mit der erfolgten Umsetzung des Projektes liegt ein Lösungsweg vor, der den kosteneffizienten Einsatz der vor Ort vorhandenen Ressourcen aufzeigt, und dadurch in anderen Gemeinden / Kantonen umsetzbar ist. Der gezielte Einsatz der vorhandenen Ressourcen aufgrund eines Kosten-Mengen-Gerüsts (Versorgungspyramide) hat zudem einen positiven Einfluss auf die Gesundheitskosten. Schwächen oder Lücken in den Versorgungsstufen wurden analysiert und durch zusätzliche Lösungen ersetzt.</p>		
Beilage: Projektbeschreibung		
Einsendeschluss: 31. März 2016 Eingesandt am 30. März 2016		
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)		

Projekt

„Nove Plus“

Notfallversorgung Plus

Dr. med. Monika Hänggi

Geschäftsführerin Aerztefon AG

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	2
2. Projektziel und Projektgruppe.....	3
3. Umsetzung	3
3.1. Analyse.....	3
3.1.1. Bedürfnisanalyse	3
3.1.2. Situationsanalyse	4
4. Lösung.....	4
4.1. Die dreistufige Versorgungspyramide als Lösung in der ambulanten Notfallversorgung.....	4
4.1.1. Stufe 1 der Versorgungspyramide: Die Notfallzentrale.....	5
4.1.2. Stufe 2 der Versorgungspyramide: Die Grundversorger.....	6
4.1.2.1. Hausbesuche als innovatives ärztliches Arbeitsmodell	6
4.1.2.2. Förderung der Dienstwilligkeit	7
4.1.3. Stufe 3 der Versorgungspyramide: Die Spitäler	7
4.1.4. Die Patienten	8
4.1.4.1. Informationshilfsmittel.....	8
4.1.4.2. WebApp.....	8
4.1.4.3. Technische Hilfsmittel zur Verbesserung der Patientenbetreuung.....	8
5. Stand der Umsetzung.....	9
6. Literatur	9

1. Einleitung

In einigen Regionen der Schweiz wird aufgrund einer Überalterung der Hausärzte und eines Nachwuchsmangels die Notfallversorgung in der bestehenden Form nicht mehr garantiert werden können ^{1,2}.

Demgegenüber stehen die Herausforderungen auf Seite der Gesundheitskosten, die in den letzten Jahrzehnten massiv gestiegen sind. Angesichts der geringer werdenden Spielräume vor allem für die öffentliche Finanzierung wird zumindest ein Bremsen dieser Dynamik gefordert. Gleichzeitig sind jedoch 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 ³, die Zunahme von chronischen Erkrankungen und eine Veränderung der Familienstrukturen, die zu einer Verringerung der Leistungsfähigkeit informeller Hilfe führt.

Die ambulante Notfallversorgung beruht auf einer Dienstleistungskette. Dies bedeutet mehrere Kettenglieder und Schnittstellen. Sie besteht aus mehreren Gesundheitsanbietern und verschiedenen Fachleuten. Die Dienstleistungskette stellt einen wichtigen Bestandteil der Grundversorgung dar, deshalb wurde sie innerhalb des Projektes auf Vollständigkeit, Angebot und Schwächen untersucht. Dabei wurde mehrfaches Optimierungspotential festgestellt.

2. Projektziel und Projektgruppe

Angesichts der Ausgangssituation und der Herausforderungen im Gesundheitswesen ergibt sich ein klares Projektziel: Die nahtlose Einbindung von bestehenden und neuen medizinischen Ressourcen (Gesundheitsanbieter) inklusive reibungslose Zusammenarbeit in den bereits vorhandenen und neuen Schnittstellen zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Die Dienstleistungskette soll in allen Bereichen abgedeckt sein. Die Zusammenarbeit soll auf allen Versorgungsstufen soweit funktionieren, dass weder eine Unterversorgung, noch eine Überversorgung entsteht, und die Ressourcen kosteneffizient eingesetzt werden. Damit ist eine Ausbalancierung der Angebote und der Kosten zu postulieren.

Die Projektleitung wird von der Aertzefon AG (Notfallzentrale der Stadt Zürich und angeschlossener Gemeinden) ausgeführt. Die ärztliche Seite wird von der Bezirksgesellschaft ZüriMed (Ärzte in Zürich und Dietikon) und unabhängigen aufsuchenden Ärzten in der Stadt Zürich vertreten. Die vorgenannten drei Projektteilnehmer bilden die eigentliche Projektgruppe.

Weiterhin waren mehrere IT-Firmen involviert, die die umfangreichen elektronischen Lösungen konzipierten und umsetzten. Die Visionary AG war für die elektronischen Schnittstellen zwischen Patient - Notfallzentrale – Arzt - zuständig.

3. Umsetzung

3.1. Analyse

3.1.1. Bedürfnisanalyse

Durch gezielte Umfragen bei Patienten und Ärzten wurden die Bedürfnisse und die Zufriedenheit im Zusammenhang mit einer reibungslosen Zusammenarbeit erfragt und analysiert.

Patientenseitig wurde die Zufriedenheit mit der Dienstleistungskette erfasst. Dabei wurde einerseits die Zufriedenheit mit der telefonischen Erstanlaufstelle und andererseits die Zufriedenheit mit den nachgeschalteten Dienstleistern geklärt. Das Ziel einer qualitativ guten Triagierung ist die richtige Einschätzung des Patienten und des weiteren Vorgehens und die adäquate Zuweisung in die Dienstleistungskette. Die Studie konnte nachweisen, dass bei 80% der an die Ärzte verwiesenen Patienten eine ärztliche Intervention (Hausbesuch, Aufsuchen einer Praxis) auch tatsächlich stattfand. Die restlichen 20% wurden auf Schnittstellenverbesserungspotential untersucht. Denn durch die noch engere Zusammenarbeit zwischen Notfallzentrale und Ärzten kann die Einschätzung durch gezielte Rückfragen weiter verbessert werden.

Ärzteseitig konnte festgestellt werden, dass im Falle eines Hausbesuches 60% der Ärzte bereits nach einer Stunde beim Patienten eintrafen. Erschwert wird dies, wenn der Arzt noch gleichzeitig eine Praxis betreut. Die Ärzte betrachteten die Kombination von Praxisdienst mit Hausbesuchen als „nicht sinnvolle Lösung“. Die Umfrage zeigte, dass in der Stadt Zürich jeden Tag und Nacht auf freiwilliger Basis Hausbesuche angeboten werden könnten. Jedoch verteilte sich das Interesse an der Dienstübernahme unter den Ärzten ungleichmässig. Es meldeten sich sogar Ärzte, die gerne als Haupttätigkeit Hausbesuche leisten würden. Diese brauchen jedoch eine finanzielle Sicherheit in Form eines garantierten Patientenvolumens, um die Praxistätigkeit als zweites Standbein aufgeben zu können.

Die Umfrage ergab weiter, dass sich die Mehrheit der Ärzte eine Entlastung von der Fakturierung bei Notfällen wünschen. Die Grösse der Dienstkreise, die Einsatzzeiten und eine kostendeckende finanzielle Vergütung wurden von vielen Ärzten als wichtiges Kriterium für die Zufriedenheit angegeben.

3.1.2. Situationsanalyse

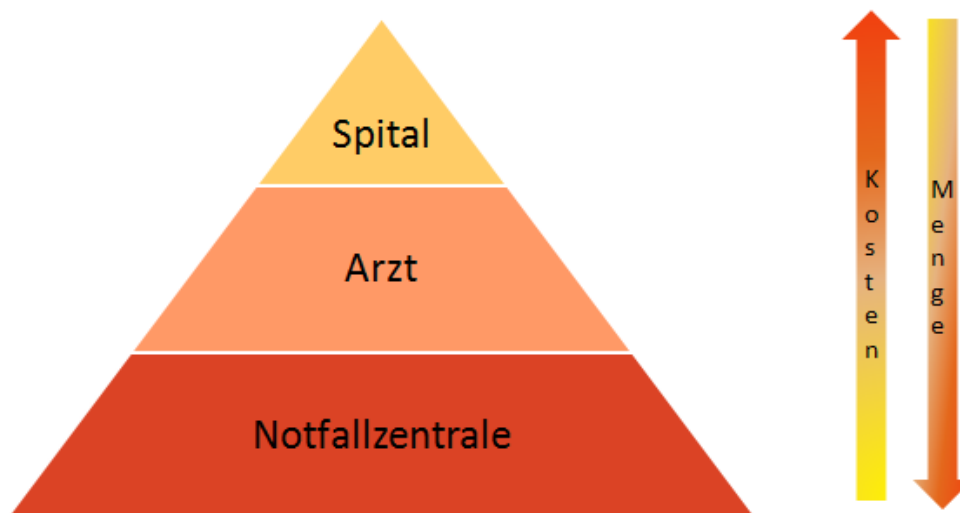
Untersuchungen zeigen, dass die Patienten in der Selbstbeurteilung des Schweregrades ihrer Beschwerden oft überfordert sind und die vorhandenen Ressourcen nicht korrekt nutzen^{1,4}. 80% der Notfallkonsultationen an den Spitälern hätten auch durch den Grundversorger ambulant durchgeführt werden können. 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 kontaktieren⁵. Eine systemische Übersichtsarbeit ergab, dass aufgrund der computerassistierten Telefontrriage 50% der Anrufe durch die Gesundheitsberater eines Medizinischen Call Centers ohne Einbezug des Dienstarztes bearbeitet werden konnten⁶. In ähnlichem Sinne zeigen Erfahrungen von einem dänischen Notfallzentrum¹, 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 und 15% der Anrufe in einem Hausbesuch. Bei 7% der letztgenannten erfolgte eine Spitaleinweisung. Durch diese stufengerechte Triage konnten die Gesamtkosten im ambulanten Notfallbereich um 16% reduziert werden¹.

4. Lösung

4.1. Die dreistufige Versorgungspyramide als Lösung in der ambulanten Notfallversorgung

Die Lösung basiert auf einer bedürfnisgerechten Stufen-Triagierung inkl. Behandlung. Jede Stufe enthält Optionen, die mit Kosten verbunden sind. Die unterste Stufe ist die kostengünstigste Stufe. Dort befinden sich die meisten Patienten. Die Spitze der Versorgungspyramide ist die teuerste Stufe mit den wenigsten Patienten.

Versorgungspyramide im ambulanten Notfall



Aufbau der dreistufigen Versorgungspyramide: An der kostengünstigen Basis befinden sich die meisten, in der teuren Spitze die wenigsten Patienten.

1. Stufe 1 -> Notfallzentrale: Triagierung aufgrund der Bedürfnisabklärung. Beratung durch geschultes medizinisches Fachpersonal. Das Ziel ist die Beratung zur Selbstbehandlung. Eigene Studien konnten nachweisen, dass knapp 90% der zur Selbstbehandlung angeleiteten Patienten das Gesundheitswesen nach dieser Beratung nicht mehr an Anspruch nahmen. Wenn die Selbstbehandlung nicht möglich ist, wird der Patient auf die nächst höhere Stufe geleitet.
2. Stufe 2 -> Grundversorger: Vermittlung durch Stufe 1. Bedürfnisabklärung und weitere Schritte: Selbstbehandlung zu Hause doch möglich?, Gang in die offene Praxis (mobil?), Hausbesuch?, Spitalnotfall?.
3. Stufe 3 -> Spital: Vermittlung durch Stufe 1 oder 2. Auf den Notfall gelangen nur diejenigen Patienten, die weder durch Stufe 1 noch durch Stufe 2 versorgt werden können. Bagatellfälle werden durch die Stufen 1 und 2 abgefangen.

Die Herausforderung bestand in der Sicherstellung der Vollständigkeit und in der Zusammenarbeit der verschiedenen Dienstleister innerhalb der Versorgungspyramide. Mehrere Schnittstellen mussten dabei ohne Informations- und Zeitverlust überwunden werden.

Zusätzlich mussten aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedene Lösungsmodulare für die Versorgungsstufe 2 erarbeitet und getestet werden. Denn die Bedürfnisse an den Notfalldienst variieren zwischen Stadt und Land, zwischen einzelnen Kantonen und zwischen den Ärztesellschaften. Somit ist die Einzellösung als ungünstige Option zu werten.

4.1.1. Stufe 1 der Versorgungspyramide: Die Notfallzentrale

Die Notfallzentrale deckt in der Stadt Zürich und mehreren angeschlossenen Gemeinden eine einheitliche Notfallnummer ab, die die Erreichbarkeit und den Zugriff zum Gesundheitswesen 365 Tage und 24 Stunden sicherstellt. Der Anrufer erhält eine Bedürfnisabklärung mit anschliessender Triagierung. Die verschiedenen Triagemöglichkeiten enthalten die telemedizinische Beratung (Stufe 1), die Vermittlung an medizinische Einrichtungen (Arzt (z.B. Hausbesuch, Praxis, Permanence) (Stufe 2) oder Spital (Stufe 3).

Die Beratung durch das geschulte Gesundheitsfachpersonal (Pflegerberuf, medizinische Praxisassistentinnen) mit dem Ziel der Selbstbehandlung entlastet die niedergelassenen Ärzte und den Spitalnotfall und hat dadurch einen positiven Einfluss auf die Gesundheitskosten, da Bagatellfälle gar nicht erst auf die nächst höheren, teureren Behandlungsstufen gelangen.

Verbesserungsbedarf	Lösung
Schnittstelle zur Stufe 2	Kontakt verbessert durch Einrichtung sichererer Kommunikationskanäle (HIN-Mail, App, Praxissoftware). Übermittlung von Patientendaten und Berichten über sicherere Kanäle
Vermittlung der Patienten auf die Stufe 2	Steigerung der Treffsicherheit durch Zugriff auf ärztlichen Hintergrunddienst. Bei Unklarheiten bezüglich des weiteren Vorgehens wird zukünftig jederzeit ein Arzt telefonisch ansprechbar sein
Beratungssicherheit	Implementierung einer unterstützenden Beratungssoftware (Kap. 4.1.4)
Patientenbetreuung	Implementierung eines Customer Relationship Managements (Kap. 4.1.4)
Erreichbarkeit	Entwicklung von Webapp, informative Patientenkarten, Klebeetiketten (Kap. 4.1.4)
Bekanntheitsgrad	Entwicklung Flyer

4.1.2. Stufe 2 der Versorgungspyramide: Die Grundversorger

Im Notfall stehen den Patienten mehrere ärztliche Lösungsmöglichkeiten zur Verfügung. Einerseits gibt es Einrichtungen wie offene Praxen, Permanenzen, Notfallpraxen ect. Andererseits stehen aufsuchende Ärzte (Hausärzte, Ärzteorganisationen) für Hausbesuche zur Verfügung.

Hausbesuche sind Teil eines traditionellen und bewährten ärztlichen Betreuungskonzepts, welches von den Patienten sehr geschätzt wird ⁷. 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. Somit ist der Hausbesuch ein einfaches und unkompliziertes Mittel, um die Patienten in ihrer gewohnten Umgebung für ein therapeutisches Setting zu erreichen.

Aufgrund des sich abzeichnenden Ärztemangels und der Wichtigkeit des Hausbesuchsangebotes wurde nach weiteren Lösungen gesucht.

4.1.2.1. Hausbesuche als innovatives ärztliches Arbeitsmodell

Eine neue Lösung ist die Bildung einer Gruppe aus unabhängig tätigen Notärzten, welche in der Stadt Zürich im Rahmen des vorliegenden Projektes erfolgte. Diese Ärzte sehen ihre Arbeit in der ausschliesslichen Ausübung von Hausbesuchen. Sie sind weder angestellt, noch besitzen sie eine Praxisinfrastruktur. Im Grunde genommen sind sie ein Pendant zu den niedergelassenen Ärzten mit Praxis. Der Zusammenschluss in einer Gruppe bietet ihnen Vorteile. Die Ärzte profitieren von der Gruppendynamik bei Verhandlungen. Die Gruppe schliesst Vereinbarungen über Einsatzzeiten und Dienste mit den Kunden (Gemeinden, Ärztegesellschaften) ab, jedoch rechnet jeder Arzt seine Einsätze selbstständig mit dem Patienten resp. der Krankenkasse ab. Ein weiterer Vorteil ist der Austausch von Wissen untereinander, die terminliche Absprache und die gegenseitige Vertretung im Verhinderungsfall. Die Kameradschaft untereinander ist dabei ein zusätzlicher Gewinn, denn niemand ist ein Einzelkämpfer.

Die Gruppe nutzt vorhandene Synergien, was wiederum einen Einfluss auf die Kosten hat. Denn die unabhängigen Ärzte müssen keine Einsatzzentrale, Telefonzentrale oder einheitliche Notfallnummer finanzieren, da diese bereits mit der bestehenden Notfallzentrale besteht. Im Gegenzug erhalten die mit der Notfallzentrale zusammenarbeitenden Kunden (Gemeinden, Ärztegesellschaften) die Möglichkeit, bei Bedarf auf die Notärztengruppe zurückzugreifen oder Teile des Notfalldienstes mit ihnen zu planen.

Die Hausbesuche können durch eine Zusammenlegung der Dienstgebiete in ökonomischer Hinsicht sogar noch weiter optimiert werden. Erfahrungswerte können auf diese Weise schnell umgesetzt werden. So wird mit einer Bündelung der Hausbesuche ein Volumen der Einsätze erreicht, das ein kostendeckendes Arbeiten ermöglicht, eine Spezialisierung auf Hausbesuche erlaubt, und keine parallel geführte ambulante Tätigkeit in der Hausarztpraxis mehr nötig macht. Erhebungen aus Dänemark weisen darauf hin, dass solche Massnahmen zu einer erheblichen Kostenreduktion im Bereiche der ambulanten Notfallversorgung führen können ¹. Denn die Kosten für eine Praxisinfrastruktur oder sonstige Organisationsstrukturen entfallen. In der Stadt Zürich werden 100% der nach Dienstreglement der verantwortlichen Bezirksärztegesellschaft möglichen Dienste von den unabhängigen Ärzten übernommen. In der Nacht sind dies alle und am Tag 60% der Dienste.

Dieses innovative Berufsbild hat Zukunftschancen. Denn es gibt Ärzte, die die Notarztstätigkeit als Arbeitsmodell bevorzugen, und dieses ohne Belastung durch eine Praxisinfrastruktur ausüben möchten. Die neue Arbeitsperspektive kommt Lebensumständen, die eine gewisse zeitliche Unabhängigkeit und Flexibilität erfordern, entgegen. Mütter, die gerne als Notärztin arbeiten, können nach ihren zeitlichen Bedürfnissen tätig sein. Und auch nach der Pensionierung kann ein Arzt tageweise seinen Beruf ausüben.

4.1.2.2. Förderung der Dienstwilligkeit

Die Ärzte sind von Gesetzes wegen zum Notfalldienst verpflichtet. Jedoch nimmt der Unwillen zu und die Bereitschaft ab. Insbesondere der Nachtdienst ist unbeliebt, weil Störungen in der Nacht die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit am nächsten Tag beeinflusst.

Die bereits vorhandenen Unterstützungsmassnahmen für den Hausbesuchsdienst wurden analysiert, und wo nötig, neue Lösungen erarbeitet. Ein Auszug aus den Massnahmen wird nachfolgend präsentiert:

- Die Notfallzentrale: Triagiert Bagatellfälle, schätzt die Dringlichkeit ein und leitet zur Selbstbehandlung an, sodass der Patient seinen Hausarzt innerhalb der Öffnungszeiten aufsuchen wird. Der Arzt kann im besten Fall in der Nacht schlafen und muss am Wochenende nur zu den wirklich dringenden Fällen ausrücken. Zusätzliche Entlastung in der Nacht ist in den ländlichen Gemeinden / Kantonen durch die Spitäler möglich (Kapitel 4.1.3.)
- Übergabe von unbeliebten Diensten (Nacht, Wochenende) an organisierte Ärzte (siehe Kapitel 4.2.3.1.).
- Erleichterung der Diensterteilung und Dienstabtausch durch geeignete Software. Kontinuierliche Verbesserung gemäss dem Bedürfnis der Ärzte.
- Übermittlung der für die Abrechnung relevanten Daten über sichere Kanäle (HIN-Mail, App, Praxissoftware) durch die Notfallzentrale. Diese Schnittstelle wurde zusammen mit der Firma Visionary entwickelt. Über die erweiterte Schnittstelle erhält der Arzt neu während des Notfalldienstes die Abrechnungsrelevanten Daten ohne zeitaufwändige Selbsterfassung.
- Übermittlung von Kontaktdaten und Anamnese durch die Notfallzentrale erleichtert dem Dienstarzt die Arbeit. Der Hausarzt ist am nächsten Tag informiert.

4.1.3. Stufe 3 der Versorgungspyramide: Die Spitäler

Notfallstationen klagen zunehmend über die Zunahme an Bagatellfällen, die den Notfall verstopfen. Die anspruchsvolle, teure Infrastruktur des Notfalles ist zu hochstehend für Bagatellfälle, deren Einnahmen deshalb auch nicht die Kosten decken. Die vorgängige Triagierung und Behandlung über die Versorgungsstufen 1 und 2 kann jedoch zukünftig die Spitalnotfälle entlasten, sodass die Ressourcen für wirkliche Spitalnotfälle bereit stehen.

Insbesondere in ländlichen Gemeinden oder Kantonen, wo die Ärztedichte niedrig und die Anfahrtswege weit sind, könnte der Nachtdienst mit Hausärzten aufgrund des zunehmenden Ärztemangels nicht mehr aufrechterhalten werden. Eine Lösung kann den Spitalnotfall einbeziehen. Bei einem Notfall übernimmt die Notfallzentrale wie bisher die Triagierung und Beratung. Sollte der Patient einen Arzt benötigen, dann wird er unter Umgehung der Versorgungsstufe 2 (niedergelassener Arzt) direkt an den nächst gelegenen Spitalnotfall verwiesen. Für beide Seiten ist die Lösung ein Gewinn, denn das Spital erhält einen echten Notfall ohne vorherige Triagearbeit, die Hausärzte werden vom Nachtdienst vollständig entlastet. Umgesetzt wurde diese Lösung zwischen der Ärztesgesellschaft des Kantons Appenzell AR, dem Aerztefon und den Spitälern Heiden (AR) und Rorschach (SG).

4.1.4. Die Patienten

4.1.4.1. Informationshilfsmittel

Bei einem Notfall soll für den Hilfesuchenden die Telefonnummer schnell greifbar sein. Deshalb wurden verschiedene Informationshilfsmittel konzipiert. Es wurden Karten im Kreditkartenformat erstellt, die im Portemonnaie usw. mitgetragen oder beim Telefon und anderen Orten hinterlegt werden können. Klebeetiketten können an prominente Stellen geklebt werden, sodass die Telefonnummer jederzeit griffbereit ist. Die Karten und Klebeetiketten werden in der Gemeinde (Gemeindeschalter) oder der Praxis (Wartezimmer, Empfangsdesk) in einem praktischen Steller einem hohen Publikumsverkehr zugänglich gemacht. Zusammen mit den neu erstellten Flyern dienen die Hilfsmittel auch als Werbeträger, um die Patienten auf die kostengünstige Stufe 1 zu leiten und dadurch die Inanspruchnahme der teureren Stufen 2 und 3 zu vermeiden.



Informationskarte im Kreditkartenformat: Vorderseite

DIE OFFIZIELLE NOTFALLZENTRALE IHRER GEMEINDE UND DER STADT ZÜRICH

- Kostenlose Beratung durch geschultes Fachpersonal
- Vermittlung an Notfallärztinnen und Notfallärzte
- 24 Stunden / 365 Tage

Weitere Informationen
unter www.aerztefon.ch



Rückseite



Klebeetiketten (Kreditkartenformat): Vorderseite

DIE OFFIZIELLE NOTFALLZENTRALE IHRER GEMEINDE UND DER STADT ZÜRICH

- Kostenlose Beratung durch geschultes Fachpersonal
- Vermittlung an Notfallärztinnen und Notfallärzte
- 24 Stunden / 365 Tage

Weitere Informationen
unter www.aerztefon.ch



Rückseite

4.1.4.2. WebApp

Mit der WebApp können die Inhalte der Homepage auf allen möglichen Geräten (wie Mobiltelefonen oder Tablet Computern) angezeigt werden. In einem Notfall kann direkt aus der Web-App die Nummer der Aerztefon AG gewählt und somit über das Mobiltelefon von überall her die Aerztefon AG erreicht werden.

4.1.4.3. Technische Hilfsmittel zur Verbesserung der Patientenbetreuung

Das neu in der Notfallzentrale implementierte Customer Relationship Management (CRM), das auf die Beziehung zum Kunden ausgerichtet ist, bringt die Patienten mit den Gesundheitsfachleuten zusammen, um die maximale Hilfe im Notfall erbringen zu können.

Mit der Integration einer Software zur computerassistierten Triage in der Notfallzentrale kann die Dringlichkeit des Anliegens der Patienten mittels einer wissenschaftlich validierten, strukturierten Befragung noch genauer und

sicherer beurteilt und Ratschläge zum weiteren Vorgehen vermittelt werden. Die Inhalte, wie auch die Ergebnisse der Befragung, werden anschliessend im neuen CRM System dokumentiert und unveränderbar abgelegt. Somit bleiben sämtliche Informationen über jede Beratung gespeichert und sind rückwirkend genau nachvollziehbar.

5. Stand der Umsetzung

Die Einbindung von medizinischen Ressourcen, sodass die neu definierte Versorgungspyramide auf allen Stufen mit Dienstleistern abgedeckt ist, wurde in der Stadt Zürich umgesetzt.

Erste Messinstrumente, die die Qualität messen, liegen vor. Jedoch sollen noch weitere Kontrollinstrumente erarbeitet werden, um die Einhaltung der Zielvorgaben zu messen und gegebenenfalls Änderungen einzuleiten.

Mit der erfolgten Umsetzung des Projektes liegt ein Lösungsweg vor, der den kosteneffizienten Einsatz der vor Ort vorhandenen Ressourcen aufzeigt, und dadurch in anderen Gemeinden / Kantonen umsetzbar ist. Der gezielte Einsatz der vorhandenen Ressourcen aufgrund eines Kosten-Mengen-Gerüsts (Versorgungspyramide) hat zudem einen positiven Einfluss auf die Gesundheitskosten. Schwächen oder Lücken in den Versorgungsstufen wurden innerhalb des Projektes analysiert und durch zusätzliche Lösungen ersetzt.

6. Literatur

1. **Meer A:** Die ambulante Notfallversorgung im Umbruch. *PrimaryCare* 5: 459-463. 2005
2. **Müller M:** Randregionen. *PrimaryCare* 3: 879-880. 2003
3. **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 Luxembourg: 1993*
4. **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
5. **Flaig C, Zehnder K, Zürcher H, Eichenberger P, Frei C, Gegeckas A, et al.:** Selbsteinweisung ins Spital. *PrimaryCare* 2: 280-283. 2002 **Flaig C, Zehnder K, Zürcher H, Eichenberger P, Frei C, Gegeckas A, et al.:** Selbsteinweisung ins Spital. *PrimaryCare* 2: 280-283. 2002
6. **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
7. **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

Projektwettbewerb 2016: Anmeldeformular

Projektname: Physiotherapie im Akutspital: durch „Extended Roles“ zur optimierten Versorgung	
Das Projekt wird eingereicht von: Kathrin Meyer	
Organisation 1	Physiotherapie und Ergotherapie USZ
Kontaktperson:	Kathrin Meyer Funktion: Physiotherapeutin, MPH
Telefonnummer:	044 255 36 17 E-Mail: katharina.meyer@usz.ch
Adresse:	U OST 153, Gloriastr. 25, UniversitätsSpital Zürich, 8091 Zürich
Organisation 2	
Kontaktperson:	Funktion:
Telefonnummer:	E-Mail:
Adresse:	
Organisation 3	
Kontaktperson:	Funktion:
Telefonnummer:	E-Mail:
Adresse:	
Weitere Beteiligte: Zusammenarbeit findet mit Ärzteschaft und Pflege des USZ statt, diese sind aber nicht im Projektteam, sondern im Lenkungsausschuss. Somit werden sie hier nicht aufgeführt.	
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)	
Hintergrund und Ziel	
<p>Der Verordnungsprozess (VP) in der Physiotherapie des UniversitätsSpitals Zürich (USZ) soll effizient erfolgen und Mehraufwand vermeiden. Der internationale Vergleich zeigt, dass ein erweitertes Kompetenzprofil der Physiotherapie („extended roles“) ein innovativer Ansatz ist, welcher zu einer Optimierung führen kann. Projektziel: Der VP ist auf einer interprofessionellen Basis analysiert und ein effizienterer Soll ist definiert, um die Behandlungsqualität für die Patienten zu verbessern.</p>	
Methoden	
<p>Mit Fokusgruppeninterviews (Pflege, Ärzteschaft, Physiotherapie) wird der Ist-Zustand interdisziplinär evaluiert. Darauf aufbauend wird ein Fragebogen für eine interprofessionelle breite Befragung erstellt. Mit diesen Resultaten und den Erkenntnissen aus einer Literaturrecherche wird ein optimiertes Soll für den VP definiert.</p>	
Erfolgsfaktoren	
<p>Die Heterogenität des USZ muss berücksichtigt werden. Transparente Kommunikation und der Einbezug aller Beteiligten sind Erfolgsfaktoren.</p>	
Zeitplan	
<p>Nach der Durchführung der Fokusgruppen im Frühjahr 2016 startet eine breite Umfrage mit dem Fragebogen. Anfangs 2017 werden der Soll in einem Pilot umgesetzt und die Resultate publiziert.</p>	
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.	

Einsendeschluss: 31. März 2016

Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)

Physiotherapie im Akutspital: durch „Extended Roles“ zur optimierten Versorgung

1 Einleitung

1.1. Projekthintergrund

Die Physiotherapie und Ergotherapie (PEU) des UniversitätsSpitals Zürich (USZ) wurde dieses Jahr ausgewählt, um das Innovationsprojekt 2016 des USZ durchzuführen. In diesem Projekt geht es um einen verbesserten Verordnungsprozess in der stationären Physiotherapie.

1.1.1. Aktuelle Situation für den Zugang zu stationärer Physiotherapie im USZ

Indikationsstellung und Verordnungsprozess: Die Patientinnen und Patienten (PAT) der Intermediate Care und der Stationen des USZ werden von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten für die Physiotherapie via klinikinternem Informationssystem (KISIM) angemeldet.

Die Verordnungen (VO) enthalten Angaben zu Diagnosen, Operationen, Limiten, Zielen und Massnahmen, und wenn nötig Bemerkungen zu besonderen Situationen.

Die zuständigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (PTs) sichten per KISIM-Mail die VO und teilen sie den behandelnden PTs zu. Daraufhin findet das Einlesen in die Patientenakte im KISIM statt und die Physiotherapeutin bzw. der Physiotherapeut (PT) beurteilt vor Ort die Situation der PAT und führt die Therapie gemäss VO durch. Bei Ungenauigkeiten der Indikationsstellung oder der Ziele und Massnahmen wird mit der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt Kontakt zwecks Klärung aufgenommen.

1.1.2. Probleme, die sich beim aktuellen Verordnungsprozess ergeben

Die ärztliche Indikationsstellung für Physiotherapie und das Bestimmen von physiotherapeutischen Massnahmen sind aus Fachperspektive der Physiotherapie am USZ nicht immer optimal. Die Angaben auf den VO können fehlerhaft sein. Zudem wird das Ausstellen von VO teilweise vergessen oder die VO wird zu spät ausgestellt. Die Physiotherapie wird teils auch erst auf Initiative der Pflege verordnet. Dies alles generiert unnötigen Mehraufwand und ist nicht wirtschaftlich. Teilweise gibt es Einbussen der Qualität, indem die Behandlung erst verzögert oder gar nicht stattfindet oder Massnahmen nicht adäquat verordnet werden. Dies wirkt sich auf die Gesundheit, Aufenthaltsdauer und Lebensqualität negativ aus. Gründe dafür können das Knowhow der Ärzteschaft bezüglich der Indikationsstellung für Physiotherapie sein, mangelnde Zeit und häufige Wechsel mit kurzen Einarbeitungszeiten der Assistenten.

Die Zugänglichkeit zu den physiotherapeutischen Dienstleistungen könnte verbessert werden, indem neue Modelle der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Professionen, inkl. der Ärzteschaft, genutzt würden. Eine Optimierung der Gesundheitsversorgung zeichnet sich beispielsweise in verschiedenen Ländern ab, in welchen der Direktzugang zur ambulanten Physiotherapie oder eine Erweiterung der Rollen in der Physiotherapie erfolgreich umgesetzt wurden. „Extended Roles“ oder „Advanced Practice“ bedeuten, dass PTs zusätzliche Verantwortung übernehmen wie zum Beispiel in der Rolle einer Triagefähigkeit. Direktzugang bedeutet, dass die PTs die Indikation zur Physiotherapie selber stellen, und dass die PAT ohne ärztliche VO zur Physiotherapie Zugang haben. Diese „Advanced Practice“ ist in einigen Ländern schon erlaubt und in einigen Kantonen der Schweiz zumindest nicht verboten.

In der Schweiz hat trotz verändertem Kompetenzprofil der PTs diesbezüglich noch kaum Entwicklung stattgefunden. So wird die Physiotherapie immer noch ärztlich verordnet.

1.2. Projektziele

1.2.1. Hauptziel:

Die Indikationsstellung und der Verordnungsprozess für die Physiotherapie im USZ sind analysiert und evaluiert (Ist-Zustand). Eine Handlungsempfehlung zur Verbesserung der Indikationsstellung und Verordnungsprozesse ist formuliert (Soll-Zustand). Zudem sind effektive und effiziente Anpassungen der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Sinne von „extended roles“ der Physiotherapie evaluiert und beschrieben.

1.2.2. Etappenziele

- Der Ist-Zustand der aktuellen Indikationsstellung und Verordnungsprozesse ist interdisziplinär aus den Perspektiven der Ärzteschaft, der Pflege und der Physiotherapie beschrieben.

-
- Der Sollzustand wird aufgrund des Ist-Zustandes und aufgrund der Literatur definiert. Dabei werden interdisziplinär schlankere Prozesse erzielt.
 - Eine verbesserte Kontinuität wird durch einen zeitlich rascheren Behandlungsstart und eine präzisere Indikationsstellung erwirkt.
 - Die relevanten Anforderungen und erweiterten Kompetenzen sind für die PTs erstellt.
 - Ein Pilot zur Umsetzung des Soll-Zustandes mit „extended roles“ ist umgesetzt.

2 Projektlösungsansatz

2.1. Methoden

Die aktuellen Verordnungsprozesse und Indikationsstellungen werden interdisziplinär, qualitativ und quantitativ erfasst (IST/Soll-Analyse). Die beteiligten Disziplinen sind die Ärzteschaft, Pflege und Physiotherapie. Die IST-/SOLL-Analyse besteht aus vorgängigen Interviews, anschliessender Durchführung von Fokusgruppen und den Resultaten von einem Fragebogen. Mithilfe dieser Resultate werden die Empfehlungen für einen neuen Soll-Zustand erarbeitet. Der Soll-Zustand bezieht sich auf den Verordnungsprozess und die Indikationsstellung für Physiotherapie am USZ.

2.1.1. Vorgehen

- Zeitgerechte Information aller am Verordnungsprozess beteiligten Personen
- Zu Beginn wird mittels Interviews mit Chephysiotherapeutinnen und Chephysiotherapeuten der Verordnungsprozess erfragt. Daraus erstellen der Leitfäden für die verschiedenen Fokusgruppen
- Auswahl von Mitarbeitenden, die an den Fokusgruppen teilnehmen
- Einholen des Einverständnisses der Ärzteschaft und Pflege zur Bereitstellung der Ressourcen
- Probedurchlauf einer Fokusgruppe
- Durchleuchtung des aktuellen Verordnungsprozesses mit Hilfe von ca. 5-6 Fokusgruppen
- Durchführung von 90 minütigen Fokusgruppeninterviews mit 6-10 Teilnehmern
Zusammenfassung des Gesagten während den Fokusgruppen in Themenblöcke (FIM = Focusgroup Illustration Map) und mittels zusätzlichen Tonbandaufnahmen
- Interdisziplinarität, um alle am Verordnungsprozess beteiligten Disziplinen zu involvieren (Ärzteschaft, Physiotherapie, Pflege) und Aufteilung der Fokusgruppen nach Disziplinen, um eine freie Meinungsäusserung zu gewährleisten (1 Oberärzte-, 1 Assistenzärzte-, 2 PT-, 1 Pflegegruppe)
- Auswertung der Fokusgruppen mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse um den IST- und Sollzustand zu beschreiben
- Erstellen eines quantitativen Fragebogens aufgrund der ausgewerteten Daten aus den Fokusgruppen und des Einbezugs von Literatur
Dieser zusätzliche Fragebogen ergänzt die Methoden mit einem Mixed Method-Approach
- Grossflächige Erhebung mit dem Fragebogen auf den Stationen bei allen involvierten Disziplinen
- Auswertung der quantitativen Daten des Fragebogens mit dem Statistikprogramm SPSS
Evaluation der Anzahl zu spät ausgestellte oder nicht ausgestellte VO, falsche Indikationsstellungen, etc.
- Beschreibung eines optimierten und evidenzbasierten Soll-Zustandes für die Physiotherapie bezüglich Indikationsstellung und Verordnungsprozess unter Einbezug von Literatur
- Erstellen von Vorschlägen für benötigte Weiterbildungen der PTs, um allfällig erweiterten Kompetenzen gerecht zu werden
- Empfehlung wie der Soll-Zustand auf ausgewählten Stationen als Pilot umgesetzt werden kann mit Einbezug der leitenden Stellen
- Die Möglichkeiten im Bereich Informatik und KISIM sollen für die Problemlösung ausgeschöpft werden

2.1.2. Umfeldanalyse

Bei nicht Gelingen der Einführung von erweiterten Kompetenzen im Verordnungsprozess sollen andere Optionen geprüft werden, z.B. mit einer für eine Station zuständige PT, welche mit dem Assistenzarzt einmal pro Tag alle VO besprechen würde. Oder indem die VO durch eine PT ausgefüllt und nachträglich vom Arzt visitiert würden.

Die rechtliche Situation soll in der Schweiz mit Hilfe eines Literaturstudiums geklärt werden. Zudem sollen beim schweizerischen Physiotherapieverband Erfahrungen bezüglich erweiterten Kompetenzen beigezogen werden. Der rechtliche Rahmen wird mit der Rechtsabteilung des USZ abgesteckt werden.

Die berufspolitischen Perspektiven und Möglichkeiten für die Schweiz werden aufgrund von internationaler und nationaler Literatur evaluiert.

Externe Institutionen wie die Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), das Kantonsspital Winterthur und der schweizerische Physiotherapieverband „physioswiss“ werden für eine Stakeholder-Analyse beigezogen.

2.2. Ausserhalb des Projektumfangs

- Die Empfehlungen werden später auf allen geeigneten Stationen umgesetzt.
- Es wird geprüft, ob eine Übertragung des erarbeiteten Soll-Zustandes auf die Ergotherapie möglich ist.

3 Projektbegründung

3.1 Betrieblicher und qualitativer Nutzen

Das Innovationsprojekt wirkt sich vor allem auf die Behandlungsqualität für die Patienten aus.

Qualitativer Nutzen	Beschreibung	Messung / Begründung
Verbesserung der Patientenzufriedenheit	Die PAT erhalten Physiotherapie zum richtigen Zeitpunkt	Zeit vom optimalen bis effektiven Therapiestart (Fragebogen)
Verbesserung der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterzufriedenheit	PT arbeiten wo nötig und setzen ihre Kompetenzen vollumfänglich ein Die Ärzteschaft muss weniger Administration erledigen, und kann sich um ihre Kernkompetenzen kümmern	Fragebogen oder Rückmeldungen
Verbesserung des Images	Die Physiotherapie im USZ ist innovativ und schweizweit eine Vorreiterin	Rückmeldungen von Berufskollegen
Quantitativer Nutzen		
Effizienzsteigerung der Abläufe	Zeiten von Klärungen und administrativem Aufwand werden vermindert Es werden nur die im Akutspital notwendigen Therapien durchgeführt Der Verordnungsprozess bei Komplexbehandlungen wird den DRG angepasst	Erhebung der Zeiten für Klärungen und administrative Aufwände Zeitersparnis für unnötige Therapien Zeitersparnis durch vorgegebene Indikationsstellung (DRG)
Verkürzung der Aufenthaltsdauer	Eine optimale physiotherapeutische Versorgung kann die Aufenthaltsdauer der PAT positiv beeinflussen	Die Wartezeit bis zur ersten Behandlung wird verkürzt Es werden weniger VO vergessen
Einsatz der Ressourcen der PTs in deren Kernkompetenzen	Die Wertschöpfung wird erhöht Das Fachwissen der PTs fliesst direkt in den Verordnungsprozess	Abwägung der eingesparten administrativen Zeiten und der durch die PTs neu aufgewendeten Zeiten für die VO

3.2 Innovation durch das Projekt

Dieser innovative Ansatz prüft, ob „extended roles“ in der Physiotherapie den Verordnungsprozess verbessern könnten. Mit einem entsprechenden neuen Versorgungsmodell soll der Behandlungsprozess verbessert werden, was sich auf die Aufenthaltsdauer sowie auf die Patientenzufriedenheit positiv auswirken könnte. Dabei sollen die physiotherapeutischen Leistungen patientenorientiert und zum relevanten Zeitpunkt erbracht werden, um den „State of the Art“ der Physiotherapiebehandlung im USZ sicher zu stellen.

3.3 Wirtschaftlichkeitsrechnung

Das Ziel hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit ist den Indikations- und Verordnungsprozess schlanker zu gestalten. Während dem Projekt wird der IST-Zustand hinsichtlich ökonomischer Aspekte mittels Fragebogen erhoben. Für die Ausarbeitung der Empfehlungen sind wirtschaftliche Überlegungen zur Anpassung des Indikations- und Verordnungsprozesses begleitend. Während der Pilotphase findet wiederum eine quantitative Erhebung mit dem Fragebogen statt, um danach folgende Wirtschaftlichkeitsrechnung durchführen zu können:

$$\text{Nutzen} = +t(\text{PT}_{\text{VO erstellen}}) - t(\text{Ärzte}_{\text{VO erstellen}}) + t(\text{Ärzte u. PTs}_{\text{Klärungen}}) - t(\text{unnötige Therapien/Klärungen})$$

Legende: t=Zeit

Die benötigten Parameter werden mit dem Fragebogen erfasst:

Die Zeiten werden mit den durchschnittlichen Löhnen der PTs und Ärzteschaft multipliziert, um neben der qualitativen eine monetäre Einschätzung zu erhalten.

4 Projektorganisation

4.1. Projektleitung und –Team

Lenkungs- ausschuss	Auftraggeberin	Christine Meier Zürcher (Leiterin PEU)
	Mitglieder Lenkungsausschuss	Dr. Didier Schneiter (Leit. Arzt Thoraxchirurgie) Christoph Von Dach (Klin. Pflegewissenschaftler) Dieter Elsener (Leiter PT-Teams) Mirjam Stauffer (PT, Vizepräsidentin physioswiss)
Projektteam	Projektleiter	Dragos Ionescu
	Fachleitung quantitative Datenerhebung, Auswertung, Publikation	Kathrin Meyer
	Fachleitung qualitative Datenerhebung und Festlegen des Soll	Dragos Ionescu

4.2. Schnittstellen und Abhängigkeiten

Es wird eine interdisziplinäre Analyse des IST-Zustandes durchgeführt (Ärzterschaft, Pflege, Physiotherapie und Informatik (ICT)). Der daraus empfohlene Soll-Zustand soll einen besser koordinierten Verordnungsprozess beinhalten. Durch den Einbezug der verschiedenen Professionen wird die Akzeptanz bei der Umsetzung des Pilotprojekts gewährleistet.

Schnittstelle	Beschreibung	Ansprechperson
Leitende sowie verordnende Ärztinnen und Ärzte	Bereitschaft zur Mitarbeit Die verordnenden Ärztinnen und Ärzte sind die ersten Ansprechpersonen für die Physiotherapie Analyse der Situation Bedarfsabklärung Diskussion von Optionen	Leitende Ärztinnen und Ärzte von ausgewählten Kliniken Oberärztinnen bzw. Oberärzte und Assistenzärztinnen bzw. Assistenzärzte sollen bei der Analyse mithelfen (Fokusgruppen, Fragebogen)
PTs	Diese sind bei der Ist/Soll-Analyse involviert	Cheftherapeuten/Innen Pro Station zuständige PTs
Pflege	Von Prozessen betroffen? Einbezug in Analyse und Klärung neuer Optionen	Christoph Von Dach
Rechtsdienst	Klärung der rechtlichen Möglichkeiten/Potenzial	Rahel Eschmann
ICT	Unterstützende Optionen im KISIM klären	Manuel Möckli

4.3. Kritische Risiken

Titel	Beschreibung	Massnahmen	Wahr-schein-lichkeit	Aus-wir-kung
Rechtliche Hürden	Rechtliche Situation durch die Rechtsabteilung des USZ prüfen	Vergleich der rechtlichen Lage mit dem Ausland und ausgewählten Kliniken in der Schweiz	m	m
Heterogenität der verschiedenen Stationen und PAT	Ein evaluiertes Soll ist nicht einheitlich auf alle Stationen übertragbar	Angepasste Umsetzung Ausschluss von Stationen, wo ein Change geringe Chancen hat	m	m
Mangelnde Bereitschaft einer Zusammenarbeit und Veränderung bei der Ärzteschaft	Die Ärzteschaft muss für einen optimierten Verordnungsprozess bereit sein Die Ärzteschaft muss bereit sein, mehr Verantwortung an die PTs zu delegieren	Früher Einbezug der Ärzteschaft Qualitativer u. zeitlicher Nutzen einer neuen Verordnungspraxis aufzeigen (mehr Zeit für Kernaufgaben wie Operationen, Patienten und Führungsaufgaben)	m	m
Ärzterschaft traut den PTs das fachliche Knowhow nicht zu	Die PTs könnten zu wenig über die Indikationsstellung wissen	Vertiefung des Wissens in Bezug auf die Indikationsstellung während Grund- und Weiterbildung	g	m
Mangelnde Bereitschaft von Seite der Physiotherapie	PTs müssten in Zukunft mehr Verantwortung und Zeit aufwenden	Aufzeigen des qualitativen Nutzens und eines interessanteren Arbeitsumfeldes	g	h
Fragebogen gibt ungenügende Resultate	Nur wenige Personen füllen Fragebogen aus	Gezielte Information über das Projekt	g	g

Legende: g=gering, m=mittel, h=hoch

4.4. Zeitplan

Phasen	Jahr	Beginn-Ende	Etappenziele
Initiierung	2015	Sept.-Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Projektleitdokument
Konzeption	2016	Jan.-März Feb. Feb.-März Apr.-Mai Apr.-Jun. Jul. Aug. Aug.-Nov. Nov.	<ul style="list-style-type: none"> Informationsveranstaltung für alle Berufsgruppen Interviews mit Cheftherapeutinnen / -therapeuten Fokusgruppen Fokusgruppenauswertung Fragebogen erstellen Fragebogenumfrage Fragebogenauswertung Soll-Prozess, inklusive Literaturstudium Indikationschecklisten für ausgewählte Stationen
Resultate des Soll		Dez. Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Schriftlicher Veränderungsvorschlag Publikation wird eingereicht
Umsetzung	2017	Jan.-März	<ul style="list-style-type: none"> Umsetzung des Solls auf den empfohlenen Stationen
Abschluss		Okt.	<ul style="list-style-type: none"> Publikation

4.5. Ressourcenbedarf und Kosten Gesamtprojekt

Es stehen 100 Stellenprozent für das Innovationsprojekt 2016 zur Verfügung. 60% werden von der Direktion Pflege und MTTB und 40% von der PEU des USZ finanziert. Diese Vollzeitstelle wird zu 70% durch den Projektleiter Dragos Ionescu und zu 30% durch Katharina Meyer besetzt. Zusätzlich werden 180 Stunden Aufwand für ausgesuchte Mitarbeitende für Interviews, Fokusgruppen und Fragebögen berechnet. Diese Stunden fallen in die normale Arbeitszeit. Das erarbeitete Soll wird im Jahr 2017 auf einzelnen Stationen umgesetzt werden. Diese Anpassungen im Verordnungsprozess werden im Pilot in das Daily Business integriert. Somit kommt es bei der Umsetzung des Pilotprojektes im Jahr 2017 zu keinen zusätzlichen Kosten.

5. Wichtigkeit des Projektes

Mit der Verbesserung des Verordnungsprozesses wird ein qualitativer Nutzen für die PAT angestrebt. „Extended Roles“ in der Physiotherapie, welche sich aus dem Projekt ergeben könnten, helfen neue Modelle im Gesundheitssystem zu implementieren und könnten von der Ergotherapie im USZ und anderen schweizerischen Kliniken übernommen werden. Eine Publikation der Resultate sorgt für Nachhaltigkeit, sowie für die weitere Verbreitung des Projektes.

6. Glossar

PEU	= Physiotherapie Ergotherapie UniversitätsSpital Zürich
USZ	= UniversitätsSpital Zürich
PAT	= Patient und Patientin
KISIM	= Klinikinternes Informationssystem (z.B. elektronische Krankengeschichten)
VO	= Verordnung für Physiotherapie, beziehungsweise Verordnungen
PTs	= Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen
PT	= Physiotherapeut und Physiotherapeutin
ICT	= Dienste für Informatik

7. Literatur

- François Desmeules et al. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. BMC Musculoskeletal Disorders 2012; 13:107
- Stamm T, Hill J. Extended Roles of non-physician health professionals and Innovative Models of Care within Europe: Results from a Web-based Survey. Musculoskeletal Care 2011; 9(2): 93-101
- Künzi K et al. Aktueller Stand der Schweiz. Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der Medizin. Grundversorgung. Schlussbericht 2013. Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG
- M. Scheermesser et al. Direktzugang zur Physiotherapie in der Schweiz; Kulturelle Validierung eines Fragebogens und Untersuchung der Einstellung von Physiotherapeuten. Physioscience 2011; 7: 143–149
- Yardley D et al.(): Clinical Specialists and Advanced Practitioners in Physical Therapy: A Survey of Physical Therapists and Employers of Physical Therapists in Ontario, Canada, Physiotherapy Canada 2008; 60(3): 224–238
- Moore B: Extended scope practitioners: our changing role in rural practice, 9th National Rural Health Conference, March 2007, Albury NSW

Projektwettbewerb 2016: Anmeldeformular

Projektname: Runder Tisch ZULIDAD	
Das Projekt wird eingereicht von: Dr. phil. Stefanie Eicher	
Organisation 1	Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich
Kontaktperson:	Stefanie Eicher, Dr. phil. Funktion: Leitung Grundlagen und partizipative Altersforschung
Telefonnummer:	044 635 34 03 E-Mail: stefanie.eicher@zfg.uzh.ch
Adresse:	Pestalozzistrasse 24 8032 Zürich
Organisation 2	
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Abteilung für psychiatrische Forschung und Klinik für Alterspsychiatrie	
Kontaktperson:	Florian Riese, Dr. med. Funktion: Oberarzt
Telefonnummer:	044 384 27 82 E-Mail: florian.riese@bli.uzh.ch
Adresse:	Lenggstrasse 31 8032 Zürich
Organisation 3	
Pflegezentren der Stadt Zürich	
Kontaktperson:	Heike Geschwindner, Dr. Funktion: Klinische Pflegewissenschaft, Pflegeentwicklung/ Pflegeforschung
Telefonnummer:	044 412 44 20 E-Mail: heike.geschwindner@zuerich.ch
Adresse:	Walchestrasse 31 Postfach 8021 Zürich
Kurze Projektskizze	
<p>Der Runde Tisch ZULIDAD ist ein Teilprojekt der ZULIDAD-Studie, welche vom Schweizerischen Nationalfonds im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms NFP 67 „Lebensende“ gefördert wird. Der Runde Tisch ist ein Instrument partizipativer Forschung, unter welcher die aktive Zusammenarbeit zwischen relevanten Stakeholdern während der gesamten Dauer eines Forschungsprojektes verstanden wird. Der Runde Tisch verfolgt zwei Ziele: Einerseits die Steigerung der Praxisrelevanz der Forschungsfragen, andererseits den zeitnahen und ökonomischen Transfer der Forschungsergebnisse zurück in die Praxis. Die 31 Mitglieder des Runden Tisches ZULIDAD, welche sich paritätisch den Stakeholdergruppen Angehörige, Praktiker/innen und Forschende zuordnen lassen, treffen sich während der gesamten Projektdauer von anfangs 2014 bis anfangs 2018 dreimal jährlich zum Runden Tisch sowie zusätzlichen gemeinsamen Vorbereitungssitzungen. Bis anhin wurden acht Runde Tische durchgeführt, während denen die ZULIDAD-Forschungsstudien bearbeitet (Ziel Steigerung Praxisrelevanz) und ein eigenständiges Buchprojekt (Ziel Wissenstransfer) aufgelegt wurden. In Bezug auf letzteres erarbeiten die Mitglieder aktuell einen Leitfaden für Angehörige von Menschen mit fortgeschrittener Demenz. Der aktuelle Projektstand und die Tatsache, dass bereits acht Runde Tische erfolgreich durchgeführt werden und mehrere Kapitel des Leitfadens erarbeitet werden konnten, zeugt davon, dass die Einbindung von primär nicht-forschenden Stakeholdern in die Altersforschung möglich ist und auch von verschiedenen relevanten Institutionen unterstützt wird. Damit ist der Runde Tische ZULIDAD beispielhaft für die Einbindung von Einzelpersonen und Institutionen als Stakeholdern in zukünftige Projekte im Bereich Altersforschung.</p>	
Beilagen	
<ul style="list-style-type: none"> - Projektbeschreibung „Der Runde Tisch ZULIDAD“ - Auszug aus dem Leitfaden für Angehörige zum Thema „Leben und Sterben mit Demenz“ (Kapitel Ernährung) 	



**Universität
Zürich** UZH

Der Runde Tisch ZULIDAD

Ein partizipatives Forschungs- und Entwicklungsprojekt im
Bereich fortgeschrittene Demenz

Projektbeschreibung zur Teilnahme am
Projektwettbewerb des Gesundheitsnetz' 2025

Kontaktperson:

Dr. phil. Stefanie Eicher
Projektleiterin Runder Tisch ZULIDAD
Universität Zürich
Zentrum für Gerontologie
Pestalozzistrasse 24
8032 Zürich
Tel. 044 635 34 03
Email: stefanie.eicher@zfg.uzh.ch



Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund.....	3
2	Ziele.....	3
3	Organisation	3
3.1	Leitung und beteiligte Institutionen	3
3.2	Mitglieder	4
3.3	Häufigkeit, Dauer und Ort der Treffen	4
3.4	Ablauf und Inhalt der Treffen	4
3.5	Dokumentation der Treffen	5
4	Buchprojekt: Leitfaden für Angehörige zum Thema „Leben und Sterben mit Demenz“	5
4.1	Zielgruppe	5
4.2	Form.....	5
4.3	Inhalt.....	6
4.4	Aufbau.....	6
4.5	Vorgehen.....	7
4.6	Stand der Dinge	7
5	Finanzierung	8
6	Konklusion.....	8
7	Referenzen.....	8

Abkürzungsverzeichnis

UZH	Universität Zürich
ZfG	Zentrum für Gerontologie, UZH
ZULIDAD	Z urich L ife and D eath with A dvanced D ementia
PZZ	Pflegezentren der Stadt Zürich



1 Hintergrund

Demenz ist eines der grossen Themen unserer Zeit. Die Erkrankung war in der Schweiz im Jahr 2013 bei den über 85-jährigen Personen die dritthäufigste Todesursache (Bundesamt für Statistik, 2015). Doch wie Betroffene und ihre Angehörigen die letzte Lebensphase erleben, wurde in der Schweiz bislang kaum erforscht. Auf einige Fragen, die sich bezüglich Sterben mit Demenz stellen, möchte die ZULIDAD-Studie¹ Antworten liefern. Die Studie wird vom Schweizerischen Nationalfonds (Nationales Forschungsprogramm NFP 67 „Lebensende“) gefördert und setzt sich aus drei Teilprojekten zusammen: ZULIDAD-A², ZULIDAD-B³ und Runder Tisch ZULIDAD.

Der Runde Tisch ZULIDAD begleitet die beiden empirischen Untersuchungen in ZULIDAD A und B. Er ist ein Instrument partizipativer Forschung. Am Zentrum für Gerontologie der UZH, welches bereits mehrere partizipative Projekte erfolgreich abgeschlossen hat, wird unter partizipativer Forschung die gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen den relevanten Stakeholdern⁴ während des gesamten Forschungsprozesses verstanden.

Gründe für partizipatives Forschen gibt es viele (Eicher, Moor, Riese & Martin, 2015). Einer der Hauptgründe für die Anwendung partizipativer Forschungsmethoden ist sicherlich die Steigerung der Praxisrelevanz und damit verbunden die Steigerung des Wirkungsradius von Forschungsergebnissen. Denn die Zusammenarbeit mit Beforschten und Praktiker/innen führt einerseits dazu, dass die Forschungsfragen in engem Bezug zu den realen Fragestellungen der Praxis stehen, andererseits, dass die Ergebnisse durch den Kontakt schneller und in geeigneter Form in die Praxis zurück fliessen. Übergeordnet steht die Idee der partizipativen Forschung also dafür, dass durch die systematische Zusammenarbeit der Stakeholder der Nutzen für die beforschte Zielgruppe (in diesem Fall Menschen mit Demenz) optimiert wird.

2 Ziele

Der Runde Tisch verfolgt zwei übergeordnete Ziele:

- 1) Steigerung der Praxisrelevanz: Er beteiligt sich an strategischen und wissenschaftlichen Überlegungen und Entscheidungen in den Forschungsprojekten ZULIDAD-A und -B (z.B. Auswahl der Erhebungsinstrumente, Interpretation von Ergebnissen) und trägt so zur Praxisrelevanz der Forschungsprojekte bei.
- 2) Wissenstransfer: Er entwickelt ein eigenständiges aber themenverwandtes Projekt zur Dissemination der gewonnenen Erkenntnisse.

3 Organisation

3.1 Leitung und beteiligte Institutionen

Projektkoordinator/in sind Dr. med. Henrike Wolf und Dr. med. Florian Riese. Sie werden in ihrer Leitungsfunktion von der Steuergruppe unterstützt. Diese setzt sich

¹ www.zfg.uzh.ch/projekt/zulidad.html, <http://www.nfp67.ch/de>

² In der ZULIDAD-A Studie wird ein umfassender RAI-Datensatz (Pflegedokumentationsdaten, welche in vielen Schweizer Pflegeheimen routinemässig erfasst werden) retrospektiv analysiert.

³ In der ZULIDAD-B Studie werden Angehörige und Pflegende von 126 Pflegeheimbewohner/innen aus elf Heimen in und um Zürich während drei Jahren vierteljährlich zur Gesundheit und zum Befinden des/der Bewohner/in befragt.

⁴ Unter Stakeholder werden jene Personen oder Personengruppen verstanden, die ein berechtigtes Interesse an der Forschungsfrage bzw. an den Forschungsergebnissen haben.



aus folgenden Personen zusammen: Prof. Dr. Mike Martin (Ordinarius für Gerontopsychologie und Gerontologie an der UZH, Albert Wettstein (Leitungsmitglied des ZfG's der UZH, ehemaliger Chefarzt Stadtärztlicher Dienst Zürich) und Heike Geschwindner (Fachstelle Entwicklung und Forschung Pflege, Pflegezentren der Stadt Zürich). Für die Leitung und Organisation des Runden Tisches ZULIDAD ist Dr. phil. Stefanie Eicher zuständig.

Folgende Institutionen sind am Projekt beteiligt: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Abteilung für psychiatrische Forschung und Klinik für Alterspsychiatrie, Zentrum für Gerontologie der UZH, Pflegezentren der Stadt Zürich, Sonnweid AG in Wetzikon.

3.2 Mitglieder

Der Runde Tisch ZULIDAD zählt aktuell 32 Mitglieder (Stand März 2016). Diese teilen sich in auf in die Gruppen Angehörige, Praktiker/innen und Forschende (siehe Tabelle 1). Die paritätische Verteilung der Mitglieder auf die drei Gruppen stellt sicher, dass die Sichtweisen der drei Gruppen gleichermassen Gehör finden. Eine solche Verteilung kann aber aufgrund von Fluktuationen nicht zu jedem Zeitpunkt gewährleistet werden.

Tabelle 1. Mitglieder des Runden Tisches ZULIDAD (Stand März 2016)

Angehörige	Praktiker/innen	Forschende
Tochter (3)	Pflegeexpertin (3)	Projektkoordination (2)
Sohn (2)	Ehem. Vorstandsmitglied der Alzheimervereinigung ZH	Professor für Gerontopsychologie und Gerontologie UZH
Nichte	Studiengangleitung Geriatric Care und Palliative Care	Leitungsmitglied ZfG
Schwester	Reformierter Pfarrer, Spitalseelsorger Chefarzt Geriatrie und Palliative Care Betriebsleiter Pflegeinstitution Spitexmitarbeiterin (Beraterin für Anliegen zu Demenz) Fachmann Aktivierung Beiständin	Postdoktorand Wissenschaftl. Mitarbeiterin Doktorandin UZH Praktikantin UZH
7	11	8
+ Kooperationspartner PZZ und Sonnweid (4), Projektleiterin (1) und Moderatorin (1)		

3.3 Häufigkeit, Dauer und Ort der Treffen

Im Frühjahr 2013 hat sich der Runde Tisch zum ersten Mal getroffen. Seither haben acht Treffen stattgefunden und sechs weitere sind bis Anfangs 2018 geplant (siehe auch Abbildung 1 im Abschnitt 4.6). Die Treffen finden je nach Projektphase etwa dreimal jährlich statt, dauern jeweils vier Stunden (von 14.00 bis 17.45 Uhr) und werden in den Räumlichkeiten der Universität Zürich abgehalten.

3.4 Ablauf und Inhalt der Treffen

Die Struktur der einzelnen Sitzungen wird dem jeweiligen Inhalt angepasst. Über die acht Treffen hat sich aber folgender Ablauf herauskristallisiert: Zu Beginn berichtet die Projektleitung von ZULIDAD-A und -B über den aktuellen Stand in den Forschungsstudien (z.B. Verlauf Datenerhebung, Ergebnisse) und stellt diese zur Diskussion. Danach wird meist in Gruppen eine bestimmte Fragestellung bearbeitet, welche im Anschluss im Plenum diskutiert wird. Geleitet werden die Sitzungen von der Moderatorin und der Projektleiterin. Allen Sitzungen gemeinsam ist, dass im Vorfeld jeweils eine Vorbereitungssitzung stattfindet, in der die konkreten



Sitzungsinhalte festgelegt werden. Die Teilnahme an diesen Vorbereitungssitzungen steht allen Mitgliedern offen. Durch diese Sitzungen beschränkt sich die partizipative Zusammenarbeit nicht nur auf die regulären Treffen, sondern wird auf die Bestimmung der Sitzungsinhalte und den -ablauf erweitert.

Die Inhalte der acht Treffen, die bereits statt gefunden haben, sind in Tabelle 2 dargestellt. In der ersten Sitzung wurde an der Methodik der ZULIDAD-B Studie gearbeitet. In den Sitzungen zwei bis fünf wurde das Projekt zum zweiten Ziel des Runden Tisches „Wissenstransfer“ entwickelt (siehe Kapitel 4). Die Sitzungen sechs bis acht widmeten sich der konkreten Umsetzung dieses neu entwickelten Projektes. In der fünften Sitzung wurden die Mitglieder ausserdem zu ihren persönlichen Erfahrungen bezüglich Partizipation befragt. Diese Umfrage wird in jeder fünften Sitzung zur Dokumentation des partizipativen Prozesses wiederholt.

Tabelle 2. Inhalt der bisherigen acht Treffen des Runden Tisches ZULIDAD

	Zeitpunkt	Inhalt
1	März 2013	Überarbeitung Fragebogen ZULIDAD-B
2	Mai 2013	Brainstorming Ziel „Wissenstransfer“ Runder Tisch
3	Dez. 2013	Konkretisierung Ziel „Wissenstransfer“ – Idee Leitfaden für Angehörige
4	März 2014	Recherche: Was gibt es schon an Informationsmaterial für Angehörige?
5	Sept. 2014	Festlegung von inhaltlichen und formalen Aspekten zum Leitfaden, Evaluation des partizipativen Prozesses
6	März 2015	Besprechung des ersten Kapitels zum Thema Ernährung
7	Juni 2015	Besprechung der überarbeiteten Version des Kapitels Ernährung
8	Dez. 2015	Überarbeitung des zweiten Kapitels zum Thema Kommunikation

3.5 Dokumentation der Treffen

Jedes Treffen wird ausführlich protokolliert. Die Ausführlichkeit der Protokolle stellt sicher, dass alle Mitglieder jederzeit auf dem gleichen Stand sind.

4 Buchprojekt: Leitfaden für Angehörige zum Thema „Leben und Sterben mit Demenz“

Das Buchprojekt dient der Umsetzung des zweiten Ziels des Runden Tisches „Wissenstransfer“. Das übergeordnete Ziel des Publikationsprojektes ist es, praktisches und empirisches Wissen verständlich darzustellen und das Wissen an jene Stellen zu transferieren, wo es gebraucht wird.

4.1 Zielgruppe

Mit dem Leitfaden sollen in erster Linie Angehörige angesprochen werden, da sie mit der Einführung des neuen Erwachsenenschutzrechts (auf 1.1.2013) ein höheres Mass an Entscheidungskompetenz erhalten haben. Damit ist aber nicht ausgeschlossen, dass der Leitfaden nicht auch für andere Personengruppen, die mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz in Kontakt sind, von Interesse sein kann oder zu Aus- oder Weiterbildungszwecken eingesetzt werden kann.

4.2 Form

Für die Umsetzung des Leitfadens bietet sich ein Buch an, für welches der Hogrefe-Verlag bereits seine Zustimmung gegeben hat. Dem Buch wird eine Broschüre beigelegt, welche die Inhalte des Buches zusammenfasst. Zusätzliche Exemplare der Broschüre, die im Rahmen einer Sonderauflage gedruckt werden, stehen ausserdem zur kostenlosen Verteilung an Angehörige zur Verfügung. Zur besseren Erreichung jüngerer Generationen ist ausserdem die Entwicklung einer App angedacht.



4.3 Inhalt

Für das Buch sind folgende Themen geplant, welche partizipativ festgelegt wurden und in jeweils einem Kapitel umgesetzt werden (Stand März 2016):

1. Lebensqualität (u.a. Würde und Demenz, Einsamkeit, Selbstbestimmung)
2. Kommunikation mit Menschen mit Demenz (u.a. Möglichkeiten der Kommunikation, Erkennen und Interpretieren von Kommunikationssignalen)
3. Ernährung (u.a. Essensverweigerung, Gewichtsverlust, Schluckschwierigkeiten, künstliche Ernährung)
4. Gesundheit (u.a. häufige gesundheitliche Probleme, Behandlungen und Therapien, Medikamente)
5. Herausforderndes Verhalten (u.a. Agitation, Apathie, Verwirrtheit, Verweigerung der Behandlung, Enthemmung)
6. Spiritualität (noch offen)
7. Rechtliche und finanzielle Aspekte in Bezug auf die Behandlung und Betreuung (u.a. Entscheidungsfindung, Patientenverfügung, Finanzen)
8. Gutes Sterben (u.a. Vermeidung von Leiden, Mutmasslicher Wille, Sterbehilfe)
9. Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Fachpersonen (u.a. Zuständigkeiten, Meinungsverschiedenheiten)
10. Eigener Umgang mit der Situation (u.a. Umgang mit dem Spannungsfeld Selbstbestimmung vs. Fürsorgepflicht, Umgang mit Verlusten)

Den zehn Kapiteln wird ein Einleitungskapitel vorangestellt, welches Aufschluss über Ziel und Zweck der Leitlinien gibt und zentrale Begrifflichkeiten definiert wie z.B. fortgeschrittene Demenz oder Palliative Care. Im Anschluss an die zehn Kapitel folgen ein Glossar, ein Literaturverzeichnis und ein Verzeichnis aktueller Anlaufstellen. Letzteres soll Angehörigen darin unterstützen, an der richtigen Stelle individuell angepasste Hilfe zu erhalten.

4.4 Aufbau

Die zehn Kapitel umfassen jeweils eine bestimmte Anzahl Fragen (z.B. Kapitel Ernährung, Frage 7: Mein/e Angehörige/r verweigert Essen und Trinken. Woran kann das liegen?), welche von den drei am Runden Tisch vereinten Perspektiven beantwortet werden (siehe Beilage „Auszug aus dem Leitfaden“). Während die individuelle Perspektive spezifische Erfahrungen, die im Einzelfall gemacht wurden, enthält, werden bei der praktischen Perspektive erfahrungsbasiertes Wissen und Vorgehen vermittelt. Die wissenschaftliche Perspektive beinhaltet (wenn vorhanden) evidenzbasierte Daten aus den ZULIDAD- und anderen Studien. Jedem Kapitel wird eine Zusammenfassung der drei Perspektiven voran gestellt, gefolgt von Denkanstössen zur Reflexion der eigenen Situation.

Die Antworten auf die gestellten Fragen beinhalten ausserdem eine Abstufung nach Komplexität. Während die Zusammenfassungen und Denkanstösse am Anfang jeden Kapitels einen einfachen Einstieg ins Thema ermöglichen, beinhalten die individuelle Perspektiven bereits einen vertieften Einblick ins Thema, der aber immer noch leicht verständlich ist. Die praktische Perspektive beinhaltet dann für interessierte Leser vertiefte Informationen aus Sicht der Praktiker/innen und die wissenschaftliche Perspektive umfasst dann nochmals weiterführende Informationen zum aktuellen Stand der Forschung. So soll sichergestellt werden, dass die Angehörigen schnell zu den gewünschten Informationen gelangen bzw. durch den Aufbau nach Komplexität selbst bestimmen können, wie weit sie sich in ein Thema vertiefen wollen.



4.5 Vorgehen

Die Kapitel werden nach einem standardisierten Vorgehen erarbeitet. Dieses beinhaltet in einem ersten Schritt die telefonische Befragung aller Mitglieder des Runden Tisches ZULIDAD, was ihrer Erfahrung nach die zentralen Fragen sind (z.B. in Bezug auf Ernährung), mit denen sich Angehörige beschäftigen. Diese Antworten werden in einem zweiten Schritt zu Fragen zusammengefasst, pro Kapitel zwischen fünf bis zehn. Diese wiederum werden in einem dritten Schritt an die Mitglieder zurück gegeben mit der Bitte, diese aus der eigenen Perspektive schriftlich zu beantworten. Mit den Angehörigen werden nach Möglichkeit Interviews geführt, um deren Erfahrungen im Originalton wiedergeben zu könne. Die Antworten werden dann in einem vierten und letzten Schritt zusammengetragen, aufgearbeitet und zu einer ersten Version des Kapitels zusammen geführt. Diese ersten Versionen werden dann jeweils an den Runden Tischen in Gruppenarbeiten diskutiert und überarbeitet. Die finale Version wird dann nochmals an alle Mitglieder verschickt mit dem Aufruf letzte Änderungsvorschläge einzureichen. Die Federführung bei der Erarbeitung der Kapitel liegt bei der Projektleiterin und den Projektkoordinatoren.

4.6 Stand der Dinge

Die Kapitel zu den Themen *Ernährung*, *Kommunikation mit Menschen mit Demenz* und *Zusammenarbeit Angehörige und Fachpersonen* liegen bereits vor. Das Kapitel *Gutes Sterben* liegt ebenfalls vor und wird beim neunten Treffen im April 2016 besprochen (siehe Abbildung 1). Die Kapitel *Gesundheit* und *herausforderndes Verhalten* sind aktuell in Arbeit. Die Fragen zu den Kapiteln *Lebensqualität*, *rechtliche und finanzielle Aspekte*, *eigener Umgang mit der Situation* wurden bereits formuliert, die Antworten dazu stehen aber noch aus. Das Kapitel *Spiritualität* steht noch gänzlich aus. Die Zusammenarbeit mit dem Hogrefe-Verlag ist aufgegleist, der Vertragsabschluss ist für Frühjahr 2016 geplant, das Erscheinen des Buches auf Ende 2017.

	2013			2014			2015			2016			2017		2018
Runder Tisch Nummer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Entwicklung der Idee „Leitfaden“															
Besprechung Beispielkapitel Ernährung															
Besprechung überarbeitete Version Kapitel Ernährung															
Besprechung Kapitel Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Fachpersonen															
Besprechung Kapitel gutes Sterben															
Besprechung Kapitel Gesundheit und herausforderndes Verhalten															
Besprechung Kapitel Lebensqualität															
Besprechung Kapitel eigener Umgang mit der Situation															
Besprechung Kapitel Spiritualität															
Besprechung Kapitel rechtliche und finanzielle Aspekte															
Einleitungskapitel, Glossar, Verzeichnis Anlaufstellen															
Begleitung von ZULIDAD-A und -B															
Abschlussveranstaltung															

Abbildung 1. Zeitplan zur Umsetzung des Buchprojektes (rot = aktueller Stand)



5 Finanzierung

Das Projekt ZULIDAD und somit auch der Runde Tisch ZULIDAD wird primär vom Schweizerischen Nationalfonds (NFP 67 „Lebensende“) und der Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung finanziert. Die Psychiatrische Universitätsklinik, das Zentrum für Gerontologie der UZH und der Forschungsschwerpunkt „Dynamik Gesunden Alterns“ der UZH unterstützen das Projekt mit personellen und infrastrukturellen Ressourcen. Die Mitglieder des Runden Tisches leisten mit ihrer ehrenamtlichen Mitarbeit ebenfalls einen massgeblichen Beitrag zum Projekt.

6 Konklusion

Das zentrale Anliegen des Runden Tisches ZULIDAD ist die Einbindung der relevanten Stakeholder in den Forschungsprozess, um die Praxisrelevanz der Forschung zu erhöhen und einen zeitnahen Rückfluss der Ergebnisse in die Praxis zu fördern. Die Idee des Einbezugs von Stakeholdern in Forschungsprojekte ist nicht neu, in der Altersforschung aber noch nicht gut etabliert und wird daher von verschiedenen Seiten gefordert, z.B. in der Nationalen Demenzstrategie 2014-2017 (BAG, 2013). In diesem Sinn hat der Runde Tisch ZULIDAD wegweisenden Charakter. Dass bis jetzt acht Treffen durchgeführt, drei Kapitel gemeinsam erarbeitet und die Zusammenarbeit mit einem etablierten Verlag aufgegleist werden konnte, zeigt einerseits, dass Partizipation im Bereich der Altersforschung von verschiedenen Seiten unterstützt wird und sich tatsächlich umsetzen lässt. Somit hat der Runde Tisch ZULIDAD Beispielcharakter für künftige Projekte im Bereich Altersforschung in Zürich und darüber hinaus.

Der partizipativ erarbeitete Leitfaden wird Angehörige darin unterstützen, Entscheidungen im Sinne der von Demenz betroffenen Person zu treffen und somit ihre Lebensqualität zu fördern. Gerade bei Menschen, die nicht mehr in der Lage sind ihre Bedürfnisse zu äussern, ist die Unterstützung der Entscheidungsträger sehr wichtig. So kann der Leitfaden auch dazu beitragen, dass sich Angehörig mit ihrer Entscheidung und der damit verbundenen Verantwortung nicht allein gelassen fühlen. Im besten Fall verbessert dies auch die Lebensqualität der Angehörigen. Da der Leitfaden in Buchform und als Kurzbroschüre erscheinen wird, hat er das Potential für eine hohe Verbreitung und nachhaltige Praxisrelevanz.

7 Referenzen

Bundesamt für Gesundheit (2013). *Nationale Demenzstrategie 2014-2017*. Bern: BAG und GDK.

Bundesamt für Statistik (2015). *Häufigste Todesursachen*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. Verfügbar unter:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>

Eicher, S., Moor, C., Riese, F. & Martin, M. (2015). Partizipative Altersforschung als Mittel zur Förderung des Implementierungserfolgs. In M. Hoben, M. Baer & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie* (S. 265-271). Stuttgart: Kohlhammer.

Projektwettbewerb 2016: Anmeldeformular

Projektname: „Vom losen Verbund zur integrierten Versorgung“		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Gemeinde Horgen	
Kontaktperson:	Karl Conte	Funktion: Abteilungsleiter
Telefonnummer:	044 725 95 55	E-Mail: karl.conte@horgen.ch
Adresse:	Baumgärtlistrasse 12, 8810 Horgen	
Organisation 2		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:		
Organisation 3		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:		
Weitere Beteiligte:		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Die gescheiterte Fusion der Spitex mit dem See-Spital wurde zum Anlass, die Strukturierung der Altersarbeit in Horgen mit einem externen Berater zu überprüfen und 2011 das Projekt Verbundlösung zu starten. 2014 wurden sämtliche relevanten Fachbereiche zur Abteilung Alter und Gesundheit zusammengeführt. Dazu gehören die neu geschaffene Beratungsstelle (Anlaufstelle Alter und Gesundheit), die aufsuchende Tätigkeit und die Quartierarbeit der Siedlungs- und Wohnassistenz, die Spitex, die Mitarbeiterin des Fachbereichs Gesundheit, das Senioren Begegnungszentrum, die beiden Alterssiedlungen und das Altersheim Tödi. Die Abteilung vernetzt diese Fachbereiche und die externen Anbieter (private Heime, Kirchen etc.), verbindet unterschiedliche methodische Vorgehensweisen aber auch die geografischen Ebenen, vom einzelnen Haushalt, über das Quartier bis hin zur ganzen Gemeinde.</p> <p>Die integrierte Versorgung Alter und Gesundheit hat zum Ziel, mit intensiver Netzwerkarbeit die Lebensqualität der Seniorinnen und Senioren zu fördern, damit sie ihrem Wunsch entsprechend möglichst lange zuhause leben können. An einer Retraite anfangs Februar 2016 konnte der Stand der Entwicklung beurteilt und festgestellt werden, dass die organisatorische Vernetzung weit gediehen und die professionelle Qualität in der Altersarbeit kontinuierlich gestiegen ist.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2016		
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)		

Projektbeschreibung, Projektwettbewerb 2016, gesundheitsnetz 2025

Vom losen Verbund zur integrierten Versorgung –

die Abteilung Alter und Gesundheit der Gemeinde Horgen



Chronologische Entwicklung

Die Gemeinde Horgen ist seit Jahren in der Alterspolitik aktiv.

- 1988 wird das Seniorenbegegnungszentrum Baumgärtlihof mit der dazugehörigen Alterssiedlung eröffnet. Der Zentrumsleiter ist gleichzeitig Altersbeauftragter und für die Entwicklung der Altersarbeit in Horgen zuständig.
- 1993 wird das erste Altersleitbild von Horgen erarbeitet,
- 2006 wird die Nachbarschaftshilfe Horgen als Interessengemeinschaft gegründet.
- 2008 wird Altersleitbild von 1993 in einem partizipativen Prozess mit Einwohnern von Horgen aktualisiert.
- 2009 Pensionierung des ersten Altersbeauftragten, Stellenantritt seines Nachfolgers.
- 2010 Start des Projekts Siedlungs- & Wohnassistenz in einem begrenzten Quartierperimeter, mit dem Ziel, die älteren Bewohnerinnen und Bewohner mit Nachbarn und Dienstleistern zu vernetzen, damit das Wohnen zuhause so lange wie erwünscht möglich ist. Der Gemeinderat schafft dafür ein 80%-Stelle.
- 2011 Das neue Pflegegesetz tritt in Kraft.
Der Trägerverein der Spitex löst sich nach der gescheiterten Fusion mit dem See-Spital auf. Bis die organisatorische Anbindung geklärt ist, integriert die Gemeinde die Spitex temporär in die Gemeindeverwaltung.
- > Dieses Ereignis wird zum Anlass, die Strukturierung der Altersarbeit in Horgen mit einem externen Berater zu überprüfen. *Das Projekt Verbundlösung startet.*
Start des Projekts Neu-Tödi: der Ersatz des bestehenden Altersheims durch eine Mehrgenerationensiedlung mit integrierten Pflegeeinheiten.
- 2013 Der Gemeinderat entscheidet, die Verbundlösung als Abteilung innerhalb der Verwaltung zu realisieren.
Im Dezember beschliesst die Gemeindeversammlung das Projekt Siedlungs- & Wohnassistenz in eine dauernde Aufgabe zu überführen und auf ganz Horgen auszudehnen.
- 2014 Start der neuen Legislatur. Die Umsetzung der Verbundlösung im Rahmen der Abteilung Alter und Gesundheit beginnt.
- 2015 Spatenstich zum Mehrgenerationenwohnen Strickler-Areal mit 44 Wohnungen und der Pflegewohngruppe.
- 2016 Standortbestimmung zur Umsetzung der Abteilung Alter und Gesundheit

Die wegweisende Funktion des Altersleitbildes von 2008 und der Arbeitsgruppe Alter

Das Altersleitbild aus dem Jahr 2008 spricht von „altersverträglichen Lebensräumen“ und setzt sich das Ziel, altersgerechten Wohnraum in der Gemeinde zu erhalten und wo möglich neuen zu schaffen. Auf diese Weise soll die Lebensqualität der betagten Bewohnerinnen und Bewohner gefördert werden. Angestrebt wird auch die Entlastung der stationären Versorgungseinrichtungen mit positiven finanziellen Effekten für die öffentliche Hand.

Diese Ziele sollen mit verschiedenen Massnahmen erreicht werden: Es sollen

1. die persönlichen Ressourcen der Seniorinnen und Senioren gefördert,
2. die nachbarschaftlichen Netzwerke erhalten, gestärkt oder neu aufgebaut werden.
3. die Quartiere der Gemeinde als attraktives Wohnumfeld für die älteren Personen erhalten und altersverträglich weiter entwickelt,
4. der Verbleib in der eigenen Wohnung auch bei alters- oder krankheitsbedingten Einschränkungen gefördert werden.

Um dies zu erreichen, soll die Zusammenarbeit der Dienstleistungsanbieter im Altersbereich optimiert werden.

Die mit drei Gemeinderäten dotierte Kommission Alter und Gesundheit (früher Arbeitsgruppe Alter) lenkt die Umsetzung des Altersleitbildes im Sinne der strategischen Führung.

Vom losen Verbund zur integrierten Versorgung

In der Analysephase wurde festgestellt:

- Horgen ist wie andere Gemeinden von der demografischen Alterung herausgefordert: Die Horgner Bevölkerung wird von 2010 bis ins Jahr 2030, von 18'935 auf ca. 21'900 Einwohner/innen, um 15.8% wachsen. Der Anteil der mehr als 65-Jährigen nimmt im Verhältnis zur übrigen Bevölkerung im Laufe der nächsten zwanzig Jahre überproportional (+38%). Bei den 65- bis 79-Jährigen um gut 600 Personen (+ 25%)
Bei den 80-jährigen und älteren Menschen um 650 Personen rund 70%.
Bei den über 90-jährigen Horgnerinnen und Horgnern in den kommenden zwanzig Jahren um 140%.¹
- Die Altersarbeit verfügt zwar über wichtige Angebote. Die verschiedenen Organisationseinheiten innerhalb der Gemeindeverwaltung arbeiten aber noch neben- statt miteinander.
- Es existiert bereits eine Vernetzung mit anderen im Altersbereich tätigen Organisationen (z.B. Kirchen, Pro Senectute) aber auch hier ist die Zusammenarbeit lose. Zum Beispiel ist die Beratungstätigkeit der Pro Senectute aus institutionellen Gründen (Datenschutz) zu wenig mit den anderen Hilfsaktivitäten verbunden.
- Ältere Menschen leben mehrheitlich zu Hause; bei den 80 - 84-Jährigen sind es noch rund 90 Prozent. Anschliessend steigt die stationäre Versorgung rasch an. Im hohen Alter von 95 Jahren und mehr leben 45 Prozent in einer Alters- und Pflegeeinrichtung.
- Allein lebende pflegebedürftige alte Menschen können oft nur zu Hause bleiben, wenn die Spitex und das informelle Netz mit Familie, Freunden und Nachbarn zusammenspielen. Dies soll gestützt werden.
- Es treten trotz dem Slogan „ambulant vor stationär“ immer noch Personen in Pflegeeinrichtungen ein, die gut zuhause betreut werden könnten. Als Folge steigen die Pflegekosten seit der Einführung des neuen Pflegegesetzes.
- Es hat zu wenig günstigen, altersgerechter Wohnraum in Horgen. Dies fördert teilweise den Heimeintritt.

Für die integrierte Versorgung wurden folgende Ziele formuliert:

Die Altersarbeit von Horgen

- fördert die Lebensqualität der Seniorinnen und Senioren, damit sie ihrem Wunsch entsprechend möglichst lange zuhause leben können.
- intensiviert die Zusammenarbeit der bestehenden Organisationseinheiten, damit diese im Sinne eines Netzwerks arbeiten.
- ist von einer präventiven Grundhaltung geprägt, welche die Menschen bei Lebensübergängen bis hin zum Sterben begleitet. Von dieser Haltung wird auch von der Bildungsarbeit des Begegnungszentrums und der neue Fachbereich Gesundheit unterstützt.
- fördert die sorgende Gemeinschaft, gemeint sind Quartiere, die von Miteinander und Teilhabe geprägt sind.
- arbeitet intensiv mit der Nachbarschaftshilfe zusammen und fördert die Freiwilligenarbeit, um die beschränkten fachlichen Ressourcen zu verstärken.
- sorgt für ein qualitativ gutes und quantitativ genügendes Angebot der stationären Langzeitpflege.
- dämpft mit ihren Aktivitäten die stark steigenden Kosten der Langzeitpflege.

Massnahmen auf dem Weg zur integrierten Versorgung:

¹ Obsan-Studie 2011

- Da sich die Beratungstätigkeit der Pro Senectute aus institutionellen Gründen nicht konsequent in die Verbundlösung integrieren lässt (Datenschutz), soll eine niederschwellige, gemeindeeigene Beratungsstelle eingerichtet werden.
- Die Verknüpfung der Beratungstätigkeit mit der aufsuchenden und vernetzenden Arbeit der Siedlungs- & Wohnassistenz (S&W) und der Spitex-Dienstleistungen ist ein wichtiger Schlüssel zur Erzielung einer besseren Wirkung.
- Es sollen gemeinsame Weiterbildungen und Fallbesprechungen durchgeführt werden, damit sich die bestehenden Organisationseinrichtungen fachlich weiter entwickeln und sie enger zusammenarbeiten.
- Die Betreuungskompetenz der Spitex muss neben den pflegerischen Kompetenzen mehr entwickelt werden.
- Es sollen Strategien für die Förderung von altersgerechtem Wohnraum entwickelt werden.
- Die bestehenden Alterssiedlungen und die neu entstehenden Mehrgenerationensiedlungen sollen zu Stützpunkten für die Quartierarbeit ausgestaltet werden.

Schematische Zielvorstellung der Abteilung Alter und Gesundheit als Verbundlösung:

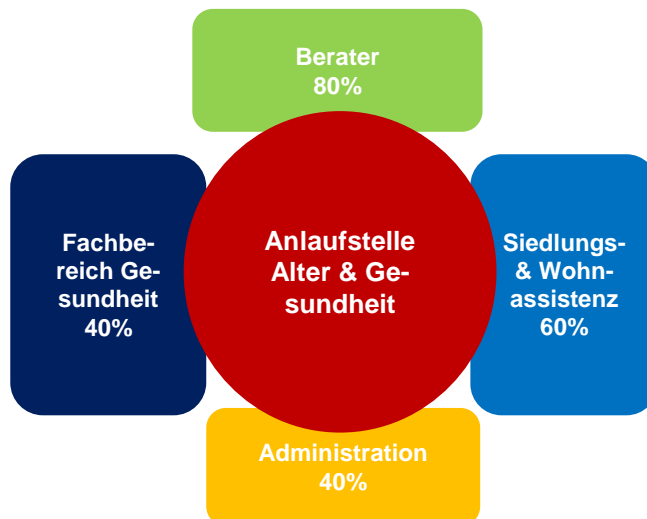
Arbeitsfelder	Erwachsenenbildung Gesundheitsprävention	Sozialberatung, aufsuchende Beratung und Vernetzung	Gemeinschaftsbildung und Quartierarbeit	Selbständiges oder betreutes Wohnen	Ambulante Pflege und Betreuung	Tagesbetreuung	Abklärung und Rehabilitation	Stationäre Pflege und Betreuung
Organisationseinheiten der Gemeinde	Senioren Begegnungszentrum Baumgärtlihof Fachbereich Gesundheit	Anlaufstelle Alter und Gesundheit Siedlungs- und Wohnassistenz Fachbereich Gesundheit	Senioren Begegnungszentrum Baumgärtlihof Siedlungs- und Wohnassistenz	Alterssiedlungen Baumgärtlihof und Tannenbach (Strickler + Neu-Tödi)	Spitex Horgen Oberrieden			Altersheim Tödi
Private Einrichtungen	Kirchengemeinden	Pro Senectute		Amalie Widmer-Stiftung	Diverse private Pflegedienste	Amalie Widmer-Stiftung, Tagaktiv	Kompetenzzentrum Akutgeriatrie	Amalie Widmer-Stiftung, Haus Tabea, Stapfer-Stiftung, Tertianum

Was bis heute geschehen ist – die Umsetzung

2014

Das erste Jahr der Abteilung Alter und Gesundheit war stark durch den Aufbau geprägt.

- Für die neue Beratungsstelle (Anlaufstelle Alter und Gesundheit) konnte ein erfahrener Sozialarbeiter mit langjähriger Beratungserfahrung im Altersbereich gewonnen werden, für den Fachbereich Gesundheit eine Pflegefachperson, die vorher bei der Spitex gearbeitet hat.
- Die Anlaufstelle konnte örtlich niederschwellig im Senioren Begegnungszentrum eingerichtet werden. Sie ist wie folgt zusammengesetzt:



- Die Zusammenarbeit wurde mit regelmässigen Sitzungen des Teams Anlaufstelle und der ganzen Abteilung strukturiert und das Konzept bei allen relevanten Partnern (andere Fachstellen) vorgestellt.
- 2014/15 wurden 270 umfassende Beratungen, 198 telefonische Anfragen und aufsuchende, vernetzende Beratungen für Seniorinnen und Senioren durchgeführt. Durch den bewusst gesuchten Austausch zwischen den Fachbereichen und Fallbesprechungen in den Teamsitzungen, hat sich allmählich ein gemeinsames Arbeitsverständnis entwickelt und das Fachwissen der verschiedenen Bereiche konnte gezielt eingesetzt werden. Es ist ein Vertrauensverhältnis zu den spezifischen Fähigkeiten der Kolleginnen und Kollegen entstanden, ein Wissenspool, der zugunsten der Ratsuchenden eingesetzt werden kann.
- Die Aufbauarbeit wurde vom Begegnungszentrum Baumgärtlihof mit Erwachsenenbildung begleitet. Der Bildungszyklus „Leben gestalten – das Alter geniessen“ nahm an neun Veranstaltungen Themen auf wie „Die positiven Auswirkungen des Älterwerdens unserer Gesellschaft“ mit Prof. Dr. Peter Gross; „Freiwilligen Arbeit – Kitt für unsere Gesellschaft“, mit Monika Weber oder „Leben dürfen, sterben müssen – oder manchmal eher umgekehrt?“ mit Dr. med. Roland Kunz.
- Die Weiterentwicklung des Projekts Siedlungs- und Wohnassistenten (S&W)
Nachdem die Gemeindeversammlung im Dezember 2013 beschlossen hatte, das Projekt S&W in eine dauernde Aufgabe zu überführen und auf ganz Horgen auszudehnen konnte die Mitarbeiterin der Alterssiedlung Tannenbach in diese Arbeitsweise eingeführt werden. Die S&W moderieren das Zusammenleben in den beiden Alterssiedlungen Baumgärtlihof und Tannenbach und sind Ansprechperson für die Bewohnerinnen und Bewohner. Sie betreuen und unterstützen die Seniorinnen und Senioren, welche in den Quartieren in ihren Wohnungen leben. Die S&W arbeiten einzelfall- und sozialraumbezogen. In der Einzelfallhilfe bietet sie folgende Leistungen an:
Sie beraten betagte Personen bei allen möglichen Lebensfragen, suchen Menschen im Quartier auf, vermittelt bei Bedarf Unterstützung durch die Nachbarschaftshilfe, Angehörige, Nachbarn oder Fachstellen. Sie zeigen Möglichkeiten und Grenzen des selbstständigen Wohnens auf und regeln Notfallsituationen. Sie fördern die sozialen Beziehungen von älteren Menschen, indem sie gesellige Anlässe im Sinne der Soziokultur organisieren und sie zur Teilnahme motivieren.
Im sozialraumbezogenen Teil der Arbeit explorieren sie die Quartiere und versuchen die Stärken zugunsten der Betagten nutzbar zu machen und Schwächen zu verändern. So fördern sie die sorgende Gemeinschaft in den Quartieren, das Miteinander und die Teilhabe. Im Evaluationsbericht der Firma Interface zum Projekt S&W haben sich Hinweise darauf ergeben, dass die Verweildauer der Betagten zuhause dank dieser Tätigkeit erhöht werden kann, sodass von neutralen oder sogar positiven finanziellen Effekten für die Gemeinde ausgegangen wird.
- Die Nutzungsstudie und das Konzept „Neu-Tödi“ zeigen, dass auf dem Grundstück des Altersheims eine neue Pflegeeinrichtung mit 60 Betten und ca. 200 Wohnungen für ein weiteres Mehrgenerationenwohnen realisiert werden können. Damit entstünde ein weiterer Quartierstützpunkt der S&W.

2015

- Spatenstich für das Mehrgenerationenwohnen Strickler-Areal mit 44 Wohnungen.
- Gemeinsame Weiterbildung aller Organisationseinheiten mit Frau Dr. Bettina Ugolini zum Thema „Kommunikation mit Angehörigen“.
- Die Abteilung Alter und Gesundheit erhält den Zuschlag, am Programm Socius der Age-Stiftung mitzuwirken. Dadurch profitiert sie von überregionalen Anregungen zur Weiterentwicklung der Verbundlösung.
- Die S&W beginnen mit einer Fachbegleitung, um die Ausdehnung der Arbeit auf ganz Horgen und den Aufbau der Quartierstützpunkte zu reflektieren und umzusetzen.
- Es kann ein Projektauftrag an das gerontologische Institut der Universität Zürich vergeben werden, um die angestrebte Wirkung der Abteilung regelmässig evaluieren zu lernen.
- Die Abteilung meldet ihr Interesse an, um bei OPAN und dem elektronischen Patientendossier mitwirken zu können.

2016

- Die Mitarbeiterin des Fachbereichs Gesundheit bietet als erstes Projekt eine Gruppe zur Dalcroze Rhythmik an. Sie wirkt beim Projekt AIDA CARE der Gesundheitsdirektion mit.
- Im Februar wurde eine Retraite durchgeführt, um die Umsetzung der Abteilung Alter und Gesundheit zu beurteilen. Dabei konnte festgestellt werden,
 - o dass die interne Vernetzung zwischen Spitex und Anlaufstelle, S&W sowie dem Begegnungszentrum und dem Altersheim schon weit gediehen ist, was die Effizienz in der Lösungssuche und -findung gesteigert hat. Dadurch werden die verschiedenen Angebote heute besser koordiniert, die professionelle Qualität ist kontinuierlich gestiegen und kann noch weiter verbessert werden.
 - o Die Organisationseinheiten der Abteilung Alter und Gesundheit sind intensiv mit den folgenden externen Stellen vernetzt: See-Spital (Sozial- und Pflegedienst), Alters- und Pflegezentren, Psychiatrische Klinik Kilchberg, Kompetenzzentrum Akutgeriatrie, Kirchliche Sozialdienste, Amt für Sozialversicherungen, Pro Senectute DLZ und Ortsvertretung, Fachstelle für Erwachsenenschutz, KESB, Integrationsbeauftragte
 - o Die in Horgen domizilierten Altersorganisationen treffen sich, eingeladen durch die S&W neben den operativen Kontakten zu Fachstellentreffen.
 - o Die Leiter der Alters- und Pflegezentren werden vom Abteilungsleiter zwei Mal jährlich zum Heimleitertreffen eingeladen.
 - o Die Mitwirkung am Teilprojekt Socius Regional, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Zusammenarbeit auf Stufe Region, ebenso wie die Planung spezialisierter Einrichtungen verbessert wird.

Es wurde vereinbart:

- o Es soll eine weitere gemeinsame Weiterbildung zum Thema „Dienstleistungsverhalten“ durchgeführt werden.
- o Für neue Mitarbeitende wird ein gemeinsamer Einführungsanlass geplant, um sie ins Gedankengut der Verbundlösung einzuführen.
- o Auf der organisatorischen Ebene, ist die Abteilung Alter und Gesundheit als integrierte Versorgung ausgebildet und sie spielt in der Praxis bereits recht gut zusammen, vor allem dort, wo sich die Mitarbeitenden der verschiedenen Organisationseinheiten kennen. Darum sollen vermehrt Fallbesprechungen, unter Beteiligung der verschiedenen Organisationseinheiten, durchgeführt werden, um die Effizienz der Zusammenarbeit auf der Ebene der Mitarbeitenden zu stärken.
- o SWING Beratung wird erarbeitet:
Da die Spitex bereits mit der Software „SWING Ambulant“ arbeitete und das Altersheim mit „SWING Stationär“, konnte nach Gesprächen mit der Firma SWING erreicht werden, dass sie in Zusammenarbeit mit der Anlaufstelle ein weiteres Tool erstellen wird, „SWING Beratung“, das den stufengerechten Zugriff auf die Klienten-Daten in allen Phasen der integrierten Versorgung ermöglicht. Damit kann eine innovative Lösung für die integrierten Versorgungen entwickelt werden. Darin wird auch das Evaluationsinstrument für den Wirkungsnachweis integriert.

Integriertes und vernetztes Arbeiten konkret

Herr B. (72-jährig) lebt alleine in einer 3.5-Zimmerwohnungen im 5. Stock. Die Wohnung ist ziemlich ungepflegt. Sein soziales Umfeld besteht aus den beiden hochbetagten Schwestern, die sich so gut wie möglich um sein Wohlbefinden kümmern, mit der Betreuung aber überfordert sind. Nach einem Sturz bricht er sich das Bein. Sie nehmen mit der Anlaufstelle Kontakt auf und diese findet einen Platz im Altersheim Tödi für die Akut- und Übergangspflege. Der geplante Kurzaufenthalt verlängert sich, weil Herr B. die hotelartige Atmosphäre genießt und sich psychisch fallen lässt. Es ist klar, dass er in diesem Zustand nicht in die Wohnung zurückkehren kann. Mit aktivierender Pflege wird Herr B. wiederhergestellt, so dass er den Rollstuhl wieder verlässt und zunehmend an Lebensfreude zurückgewinnt. Trotzdem ist klar, dass er nicht mehr in eine Wohnung ohne Lift zurückkehren kann. Die Anlaufstelle sucht mit ihm zusammen nach einer passenden Wohnung und organisiert gemeinsam mit den Schwes-

tern den Umzug. Nach drei Monate zieht Herr B. in die neue Wohnung zurück und führt mit Hilfe der Schwestern und der Nachbarschaftshilfe wieder ein selbständiges Leben.

Die S&W haben in der Alterssiedlung Tannenbach erlebt, dass einem betagten Mieter nach dreimaliger Mahnung der Strom abgestellt wurde. Nach diesem Vorfall haben sie die Werke gebeten, ihnen jeweils die über 65-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner zu melden, damit sie mit ihnen Kontakt aufnehmen können, bevor der Strom abgestellt wird. Mit diesem Vorgehen sind sie auf die 77-jährige Frau L. gestossen, die an der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung COPD leidet und darum an einem mit Strom betriebenen Atemgerät angeschlossen ist. Bei der Kontaktaufnahme wurde deutlich, dass Frau L. Mühe hatte, ihre administrativen Angelegenheiten zu erledigen und darum die Stromrechnung nicht bezahlt hatte. Sie war damit einverstanden, dass der Mitarbeiter der Anlaufstelle mit ihr die Administration durchging. Er konnte Ordnung erstellen und sie motivieren, den Administrationsservice der Nachbarschaftshilfe in Anspruch zu nehmen. In einem weiteren Gespräch wurde sie dafür gewonnen, die Haushalthilfe der Spitex einzusetzen, da ihr das Reinigen der Wohnung mit dem Atemgerät schwer fällt. Mit diesem kombinierten Einsatz konnte ein Vertrauensverhältnis und ein tragfähiges Netzwerk errichtet werden, das Frau L. das Wohnen zuhause weiter ermöglicht.

Der Patientennutzen im Überblick

Kommission Alter und Gesundheit	Altersleitbild von Horgen	Durch das intensivere Zusammenarbeiten der verschiedenen Organisationseinheiten konnte ein kreativer Prozess ausgelöst werden, der sich in sorgfältigen, unkonventionellen, pragmatischen und passgenauen Lösungen ausdrückt.
Abteilung Alter und Gesundheit	Patientennutzen	
▪ Begegnungszentrum Baumgärtlihof	Erwachsenenbildung, Soziokultur, Empowerment: Treffpunkt mit Kafi, Sprach-, Computer- und Tanz-Kurse, Fotogruppe, Plattform für neue Ideen und vieles mehr	
▪ Fachbereich Gesundheit	Prävention, Beratung bei gesundheitlichen Fragen	
▪ Anlaufstelle Alter und Gesundheit	Beratung in allen Lebenslagen: Finanzen, Lebensfragen/-krisen, administrative Unterstützung, Wohnfragen, Übergänge gestalten, Vereinsamung, Messverhalten, Partnerschaft, pflegende Angehörige, Testament, Patientenverfügung, usw.	
▪ Alterssiedlungen Baumgärtlihof, Tannenbach	Wohnen mit gelebter Nachbarschaft: Gemeinschaftsbildung, Soziokultur	
▪ Siedlungs- und Wohnassistentz	Ansprechpersonen für alle möglichen Fragen, aufsuchende Beratung mit Vermittlung von Unterstützung, durch Nachbarschaftshilfe, Angehörige, Nachbarn oder Fachstellen. Regeln von Notfallsituationen, usw.	
▪ Quartierentwicklung	Quartierexploration, fördern der sorgenden Gemeinschaft	
▪ Spitex Horgen-Oberrieden	Hilfe, Pflege und Betreuung zuhause, Mahlzeitendienst, Haushalthilfe	
▪ Altersheim Tödi ▪ Pflegewohngruppe Strickler-Areal	Stationäre Langzeitpflege, Akut- und Übergangspflege, Ferienbetten	



Wettbewerbsbeitrag
Gesundheitsnetz 2025
Sekretariat gn2025.ch

Alter und Gesundheit

Karl Conte, Abteilungsleiter
Direktwahl 044 725 95 55
karl.conte@horgen.ch

Gemeindeverwaltung Horgen
Alter und Gesundheit
Baumgärtlistrasse 12
8810 Horgen

Telefon 044 725 95 55
Fax 044 725 95 56
altergesundheit@horgen.ch
www.horgen.ch

29. März 2016

I Eingabe Projektwettbewerb 2016, gesundheitsnetz 2025

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Gemeinde Horgen hat eine lange Tradition in der Entwicklung ihrer Altersarbeit. 1988 wurde das Seniorenbegegnungszentrum Baumgärtlihof mit der dazugehörigen Alterssiedlung eröffnet, 1993 das erste Altersleitbild erarbeitet und 2008 in einem partizipativen Prozess mit Einwohnern von Horgen aktualisiert.

Beim Start der neuen Legislatur 2014/18 wurden sämtliche relevanten Fachbereiche zur Abteilung Alter und Gesundheit zusammengeführt. Dazu gehören die neu geschaffene Beratungsstelle, die aufsuchende Tätigkeit der Siedlungs- und Wohnassistenz, die Spitex, die Mitarbeiterin des Fachbereichs Gesundheit, das Senioren Begegnungszentrum, die beiden Alterssiedlungen und das Altersheim Tödi. Die Abteilung vernetzt die Fachbereiche, verbindet unterschiedliche methodische Vorgehensweisen aber auch die geografischen Ebenen, vom einzelnen Haushalt, über das Quartier bis zur ganzen Gemeinde.

Die integrierte Versorgung Alter und Gesundheit hat zum Ziel, mit intensiver Netzwerkarbeit die Lebensqualität der Seniorinnen und Senioren zu fördern, damit sie ihrem Wunsch entsprechend möglichst lange zuhause leben können.

An einer Retraite anfangs Februar haben wir den Stand der Entwicklung beurteilt. Dabei konnten wir feststellen, dass die organisatorische Vernetzung weit gediehen und die professionelle Qualität kontinuierlich gestiegen ist. Nun müssen wir die Idee der integrierten Versorgung noch stärker im Bewusstsein der einzelnen Mitarbeitenden verankern, damit sie im konkreten Fall vermehrt daran denken, organisationsübergreifend und vernetzt zu handeln. Bei 115 Mitarbeitenden ist dies eine Aufgabe, die uns noch länger fordern wird. Gerne überreichen wir Ihnen das Ergebnis unserer Standortbestimmung als Eingabe für den Wettbewerb 2016 „Gesundheitsnetz 2025“. Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldung.

Freundliche Grüsse
Alter und Gesundheit Horgen

Karl Conte
Abteilungsleiter

– Projektbeschreibung "Vom losen Verbund zur integrierten Versorgung"



horgen