

Schlussbericht:

Projekt: Koordination der Altersversorgung im Spitalverband Spital Limmattal

Kontaktperson:

Susanne Vanini, Pflegedirektorin, Spital Limmattal

Urdorferstrasse 100, 8952 Schlieren

Email: Susanne.Vanini@spital-limmattal.ch

Telefon direkt : +41 44 736 81 25

Telefon Zentrale: +41 44 733 11 11

www.spital-limmattal.ch

Region/Beteiligte Gemeinden: Dietikon, Geroldswil, Oberengstringen, Oetwil, Schlieren, Unterengstringen, Urdorf, Weiningen

Autoren gesamt: Susanne Vanini (Pflegedirektorin Spital Limmattal), Veronika Neubauer (Verwaltungsrätin Spital Limmattal), Flurina Meier (Wissenschaftliche Mitarbeiterin ZHAW/Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie), Holger Auerbach (Partner scheggpartner GmbH)

Autoren der Ergebnisberichte der Teilprojekte: Anita Fischer (Pflegeexpertin Spital Limmattal): Spezialisierte Pflege & Wissensaustausch, Aus- und Weiterbildung; Flurina Meier (Wissenschaftliche Mitarbeiterin ZHAW/Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie): Koordinationsstelle & Entlastungsangebote; Marion Baumann (Leitende Ärztin Geriatrie und Innere Medizin Spital Limmattal): Gerontologische Beratungsdienstleistungen; Astrid Hunter-Kummer (Leiterin Pflegezentrum Spital Limmattal): Akut- und Übergangspflege

Schlieren, im Dezember 2015

Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage im Spitalverband Limmattal	3
2.	Vorhaben und übergeordnete Zielsetzung im Projekt	4
3.	Beschreibung des Projektes	5
3.1.	Gesamtprojekt im Überblick.....	5
3.2.	Inhalt und methodisches Vorgehen in den sechs Teilprojekten	6
3.3.	Zeitplanung	7
3.4.	Projektorganisation.....	8
4.	Ergebnisse des Teilprojekts A: Spezialisierte Pflege	10
4.1.	Ziele und Projektorganisation des Teilprojekts Spezialisierte Pflege.....	10
4.2.	Projektverlauf	10
4.3.	Resultate der Analysen	10
4.4.	Kommunikationskonzept	12
4.5.	Erste Umsetzungsschritte.....	13
4.6.	Empfehlungen	13
5.	Ergebnisse des Teilprojekts B: Koordinationsstelle	15
5.1.	Ausgangslage.....	15
5.2.	Methodisches Vorgehen und Zielsetzungen	15
5.3.	Resultate	15
5.4.	Schlussfolgerungen und Umsetzungsempfehlungen	18
6.	Ergebnisse des Teilprojekts C: Gerontologische Beratungsdienstleistungen	20
6.1.	Ausgangslage und inhaltliche Ausgestaltung.....	20
6.2.	Ärztliche Beratungsdienstleistungen.....	20
6.3.	Pflegerische Beratungsdienstleistungen	20
7.	Ergebnisse des Teilprojekts D: Akut- und Übergangspflege	24
7.1.	Ausgangslage.....	24
7.2.	Methodisches Vorgehen und Zielsetzungen	24
7.3.	Resultate	25
7.4.	Erkenntnisse	27
7.5.	Eingeleitete Massnahmen und konkrete Umsetzungsschritte	27
8.	Ergebnisse des Teilprojekts E: Wissensaustausch, Aus- und Weiterbildung	29
8.1.	Zielesetzung des Teilprojekts	29
8.2.	Projektverlauf	29
8.3.	Resultate der Analysen	29
8.4.	Empfehlungen	30

9.	Ergebnisse des Teilprojekts F: Entlastungsangebote	32
9.1.	Ausgangslage.....	32
9.2.	Methodisches Vorgehen und Zielsetzungen	32
9.3.	Resultate	32
9.4.	Schlussfolgerungen und Umsetzungsempfehlungen	35
10.	Fazit und Schlussbemerkungen	38
11.	Anhang	39
11.1.	Teilprojekt „Spezialisierte Pflege“: Ergänzende Unterlagen.....	39
11.2.	Teilprojekt „Koordinationsstelle“: Ergänzende Unterlagen.....	44
11.3.	Teilprojekt „Akut- und Übergangspflege“: Ergänzende Unterlagen.....	62
11.4.	Teilprojekt „Entlastungsangebote“: Ergänzende Unterlagen	68

Abkürzungsverzeichnis

AGS	Assistent/in Gesundheit und Soziales
AGZ	Alters- und Gesundheitszentrum, Dietikon
APH	Alters- und Pflegeheim
AÜP	Akut- und Übergangspflege
AZ	Alterszentrum
AZW	Ärzt Netzwerk Zürich West
BVZ	Berufslehr-Verbund Zürich
FaBe	Fachfrauen und -männer Betreuung
FAGE	Fachfrauen und -männer Gesundheit
KESB	Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde
LTT	Lernbereich Training und Transfer
PZ	Pflegezentrum des Spital Limmattal, Schlieren
RAI-RUG	Resident Assessment Instrument - Ressource Utilization Groups
SL	Spital Limmattal, Schlieren
TARMED	Tarif médical (Schweizerischer Ärztetarif)
TZ	Tageszentrum
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WIG	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Disclaimer: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird lediglich die männliche Schreibweise verwendet. Bezeichnungen in der männlichen Form beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

1. Ausgangslage im Spitalverband Limmattal

In der Region Limmattal, mit ihren ca. 15'000 Senioren (65+), gibt es heute wenig bis gar keine Koordination zwischen den Angeboten für die ältere Bevölkerung.

Im Rahmen eines Vorprojektes, welches von Oktober 2013 bis Juli 2014 vom WIG - Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der ZHAW in Zusammenarbeit mit dem Spital Limmattal durchgeführt wurde, wurde ein Vorgehenskonzept für die Verbesserung der regionalen Koordination der Alters- und Pflegeversorgung in den Gemeinden des Spitalverbandes Spital Limmattal (Aesch, Birmensdorf, Dietikon, Geroldswil, Oberengstringen, Oetwil, Schlieren, Unterengstringen, Urdorf, Weiningen) erarbeitet.

Der Spitalverband des Spitals Limmattal verfügt über ein Akutspital mit 192 Betten sowie über ein angegliedertes Pflegezentrum mit 134 Betten und einem Tageszentrum à 10 Plätzen.

2. Vorhaben und übergeordnete Zielsetzung im Projekt

Um eine künftige Umsetzung des Konzeptes zu realisieren, wurde die Erarbeitung der Ergebnisse sehr breit abgestützt. So wurden z.B. 17 teilstrukturierte Einzel- und Gruppeninterviews in elf Gemeinden und mit diversen Leistungserbringern (u.a. Alters- und Pflegeheimen, Hausärzten, Spitex-Organisationen, Patientenvertretern) durchgeführt. Weiter wurde ein Informationsanlass mit Präsentation der Resultate abgehalten, dem ein Workshop mit neun Gemeindevertretern folgte, in welchem die erarbeiteten Themen diskutiert, politisch abgestützt und priorisiert wurden.

Die Interviews ergaben, dass sich ein Grossteil der Gemeinden und sämtliche Leistungserbringer eine bessere Koordination im Spitalverband des Spitals Limmattal wünschen. So soll zum einen das Pflegezentrum des Spitals Limmattal zu einem Kompetenzzentrum werden, welches auf die Pflege komplexer und aufwändiger Bewohner (Spezialisierte Pflege / Akut- und Übergangspflege) fokussiert ist. Zum anderen soll durch eine optimale Koordination der regionalen Angebote in den Spitalverbandsgemeinden eine hochstehende, ganzheitliche und auf den Patienten ausgerichtete Pflegeversorgung ermöglicht werden. Um dies zu erreichen, wurden von den Gemeindevertretern folgende sechs Themenbereiche priorisiert:

- Spezialisierte Pflege (inkl. komplexe Bewohner)
- Koordinationsstelle (Anlaufstelle für Patienten und deren Angehörige, Netzwerkfunktion auch zwischen den Leistungserbringern)
- Gerontologische Beratungsdienstleistungen (Haus- und Heimärzte, Alters- und Pflegeheime, Spitex)
- Akut- und Übergangspflege
- Wissensaustausch, Aus- und Weiterbildung
- Entlastungsangebote (Tages- und Nachtkliniken, Ferienbetten)

Auf der Basis dieser Erkenntnisse wurde eine Absichtserklärung für eine zukünftige Zusammenarbeit ausgearbeitet, die von acht Gemeinden des Spitalverbandes aktiv unterstützt wird (Anmerkung der Autoren: zu der Phase des Vorprojektes liegt ein gesonderter Bericht vor).

In der nächsten Projektphase – auf dieser basiert der vorliegende Schlussbericht – werden diese sechs Themenbereiche inhaltlich so ausgearbeitet, dass über deren Umsetzung auf politischer Ebene entschieden werden kann.

3. Beschreibung des Projektes

3.1. Gesamtprojekt im Überblick

Die sechs Teilprojekte haben zum Ziel, die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern im Spitalverband Spital Limmattal besser zu koordinieren und für die Patienten und Angehörigen in der Region sinnvolle und nötige Leistungsangebote bereit zu stellen. Dabei soll und kann mit den ausgewählten Themenbereichen nicht nur die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern, sondern auch die Information und Behandlungs-, respektive Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen verbessert werden. Weiter soll durch Spezialisierung, Wissensaustausch, Vernetzung und Entlastungsangeboten für Angehörige der Ressourceneinsatz bei den Leistungserbringern, aber auch bei den Privatpersonen optimiert werden.

Um die Koordination und Vernetzung zwischen den sechs Teilprojekten zu gewährleisten, werden sie in ein Gesamtprojekt eingebunden. Die Abbildung 1 gibt hierzu einen Überblick.

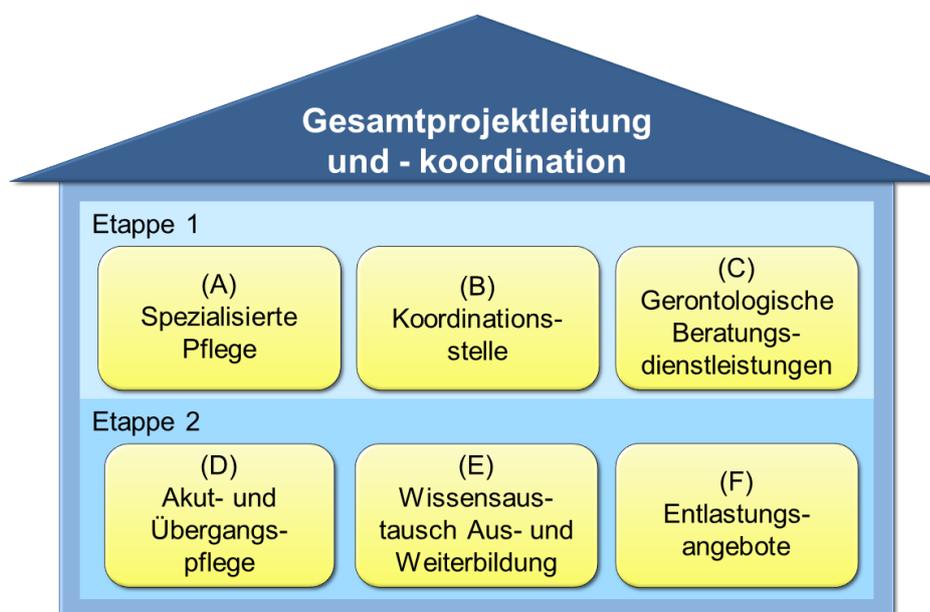


Abbildung 1: Überblick Gesamtprojekt

Alle erarbeiteten Ergebnisse werden der gesamten Projektorganisation zur Verfügung gestellt und auch aktiv nach Aussen kommuniziert, um zu gewährleisten, dass ggf. andere Regionen von den gemachten Erfahrungen und den erarbeiteten Ergebnissen profitieren können.

Die breite Abstützung bei den Anspruchsgruppen und insbesondere die frühe Einbindung der politischen Entscheidungsträger sollen dabei sicherstellen, dass die Inhalte mit den Bedürfnissen der Betroffenen übereinstimmen. Weiter soll durch die abschliessende Entscheidung durch die beteiligten Gemeinden die erarbeiteten Inhalte und Lösungsvorschläge verbindlich umgesetzt und die Angebote langfristig sichergestellt werden.

In der Folge werden die sechs geplanten Themenbereiche (=Teilprojekte) im Überblick vorgestellt. Für Details wird auf die nachfolgenden Kapitel verwiesen.

3.2. Inhalt und methodisches Vorgehen in den sechs Teilprojekten

Je nach Teilprojekt werden unterschiedliche methodische Vorgehensweisen gewählt. So werden beispielsweise Literaturanalysen, Brainstorming-Runden, schriftliche und mündliche Befragungen, Fokusgruppen-Interviews, etc. eingesetzt.

(A) Spezialisierte Pflege: Die Anbindung an das Spital Limmattal macht es für das Pflegezentrum des Spitals Limmattal einfach, für medizinisch, pflegerisch und sozial komplexe Patienten die passende pflegerische und medizinische Behandlung auch kurzfristig anzubieten. Aufwändige und spezialisierte Angebote können angeboten und die fachliche Kontinuität jederzeit gewährleistet werden. Für die Senioren selbst ist ein Wechsel vom Pflegezentrum ins Spital (und umgekehrt) bedeutend einfacher, als derselbe Wechsel von einem der anderen Alters- und Pflegeheimen aus. Hinzu kommt, dass damit auch die Behandlungskontinuität für den Patienten, sowie die Prozesse für den Patienten und die beteiligten Leistungserbringer verbessert werden können.

Von diesem Angebot sollen nicht nur alle Patienten profitieren, sondern gleichzeitig können auch andere Pflegeheime im Bereich der spezialisierten Pflege entlastet werden. Somit kommt dieses Angebot der ganzen Region zu Gute.

(B) Koordinationsstelle: Im Kanton Zürich ist jede Gemeinde verpflichtet, eine Informationsstelle für ihre Senioren einzurichten. Ziel des Teilprojektes ist es, die bestehenden Informationsstellen untereinander zu vernetzen oder sogar zu verbinden und zu professionalisieren. Damit sollen, u.a. durch die Publikation von wichtigen Leitinformationen (u.a. über eine gemeinsame Online-Plattform) und Beratungstätigkeiten, die Selbstständigkeit der Senioren und deren Angehörigen verbessert werden.

Andererseits soll die Koordinationsstelle als Wissensträger auch die Schnittstellen zwischen den Senioren und den lokalen Leistungserbringern (inkl. gemeinnützigen Organisationen, Vereine, etc.), aber auch zwischen den lokalen Leistungserbringern verbessern. Weitere Vernetzungsaufgaben sollen innerhalb des Projektes geprüft werden.

(C) Gerontologische Beratungsdienstleistungen: Ärzte, insbesondere Hausärzte, betreuen immer mehr betagte Patienten in ihren Praxen oder als Heimärzte. Bei geriatrischen Fragestellungen sollen die Health Professionals einfach fachliche Auskünfte erhalten können, z.B. durch eine strukturierte Verlinkung zur Geriatrie des Spitals Limmattal.

Ähnliche Fragestellungen könnten sich in den Alters- und Pflegeheimen sowie in den Spitex-Organisationen der Region stellen. Hier könnten die spezialisierten Pflegefachpersonen des Pflegezentrums des Spitals Limmattal die Ansprechpersonen sein.

Es wird erwartet, dass damit vordergründig die Vernetzung zwischen den Leistungserbringern verbessert wird, zusätzlich im Hintergrund aber die Behandlungsqualität für die Senioren gesteigert werden kann.

(D) Akut- und Übergangspflege: In der Region gibt es zurzeit nicht genügend Betten, um aus dem Spital in die Akut- und Übergangspflege (AÜP) austretende Patienten aufnehmen zu können. Die Unterbringung in nicht spezialisierten Einrichtungen führt zu einer starken Belastung des Pflegepersonals und der zuständigen Ärzte. Daher soll eine zentrale AÜP-Abteilung für die Gemeinden des Spitalverbandes geschaffen werden. Diese Abteilung könnte dem Pflegezentrum des Spitals Limmattal angegliedert sein.

- (E) Wissensaustausch, Aus- und Weiterbildung:** Insbesondere vor dem Hintergrund des Pflegefachpersonalmangels stellt sich die Frage, ob die Alters- und Pflegeheime der Region im Bereich des Wissensaustausches, sowie der Aus- und Weiterbildung zusammen arbeiten könnten. Dies könnte den Bereich der Weiterbildung betreffen oder sogar so weit gehen, dass gemeinsame Ausbildungsplätze in Betracht gezogen würden. Dieser Ansatz könnte helfen, die professionelle Betreuung der Senioren auch in den kommenden Jahren gewährleisten zu können.
- (F) Entlastungsangebote (Tages- und Nachtkliniken, Ferienbetten):** Entlastungsangebote lohnen sich derzeit finanziell für Alters- und Pflegeheime nicht. Pflegenden Angehörigen leisten jedoch eine sehr wertvolle Arbeit, nicht nur für ihre pflegebedürftigen Angehörigen, sondern auch für die Allgemeinheit. Gleichzeitig haben sie ein höheres Risiko für fast alle stressbedingten Erkrankungen. Daher benötigen sie gewisse Entlastungsangebote. Deren mögliche Ausgestaltung und v.a. Finanzierungsansätze sollen in diesem Teilprojekt ausgearbeitet werden. Insbesondere was die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit solcher Entlastungsangebote anbelangt, soll u.a. mittels Literaturrecherche und der Suche nach Best Practices die bestehende Evidenz ermittelt werden.

In allen sechs Teilprojekten wird nicht nur die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Themenbereiche erarbeitet, sondern auch eine tragfähige Finanzierungsgrundlage angediskutiert und z.T. den Gemeindevertretern zur Entscheidung unterbreitet.

3.3. Zeitplanung

Die sechs Teilprojekte werden in zwei Etappen bearbeitet.

Die Etappe 1 zur Bearbeitung der Teilprojekte Spezialisierte Pflege, Koordinationsstelle und Gerontologische Beratungsdienstleistungen wurde seit Oktober 2014 bearbeitet und im Juni 2015 abgeschlossen.

Die Bearbeitung der Etappe 2 mit den Teilprojekten Akut- und Übergangspflege, Wissensaustausch, Aus- und Weiterbildung sowie Entlastungsangebote hat im Mai 2015 gestartet und wurde im Dezember 2015 abgeschlossen.

Die Abbildung 2 gibt einen Überblick über den zeitlichen Ablauf der beiden Etappen.



Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf der beiden Projektetappen

3.4. Projektorganisation

Neben einer Gesamtprojektleitung werden die Teilprojekte von fachlich ausgewählten Teilprojektleitern geleitet.

Jedes Teilprojekt hat eine Projektgruppe, die aktiv an der Projektbearbeitung mitwirkt. Die Vertreter der Projektgruppe sind in der Regel Fachexperten und Vertreter der privaten und öffentlichen Leistungserbringer.

Zusätzlich hat jedes Teilprojekt eine Begleitgruppe – deren Teilnehmer kommen überwiegend aus dem öffentlichen und politischen Bereich und sichern die Berücksichtigung einer breiten Interessenlage im Spitalverband des Spitals Limmattal ab.

In der nachfolgenden Abbildung ist das aktuelle Projektorganigramm abgebildet.

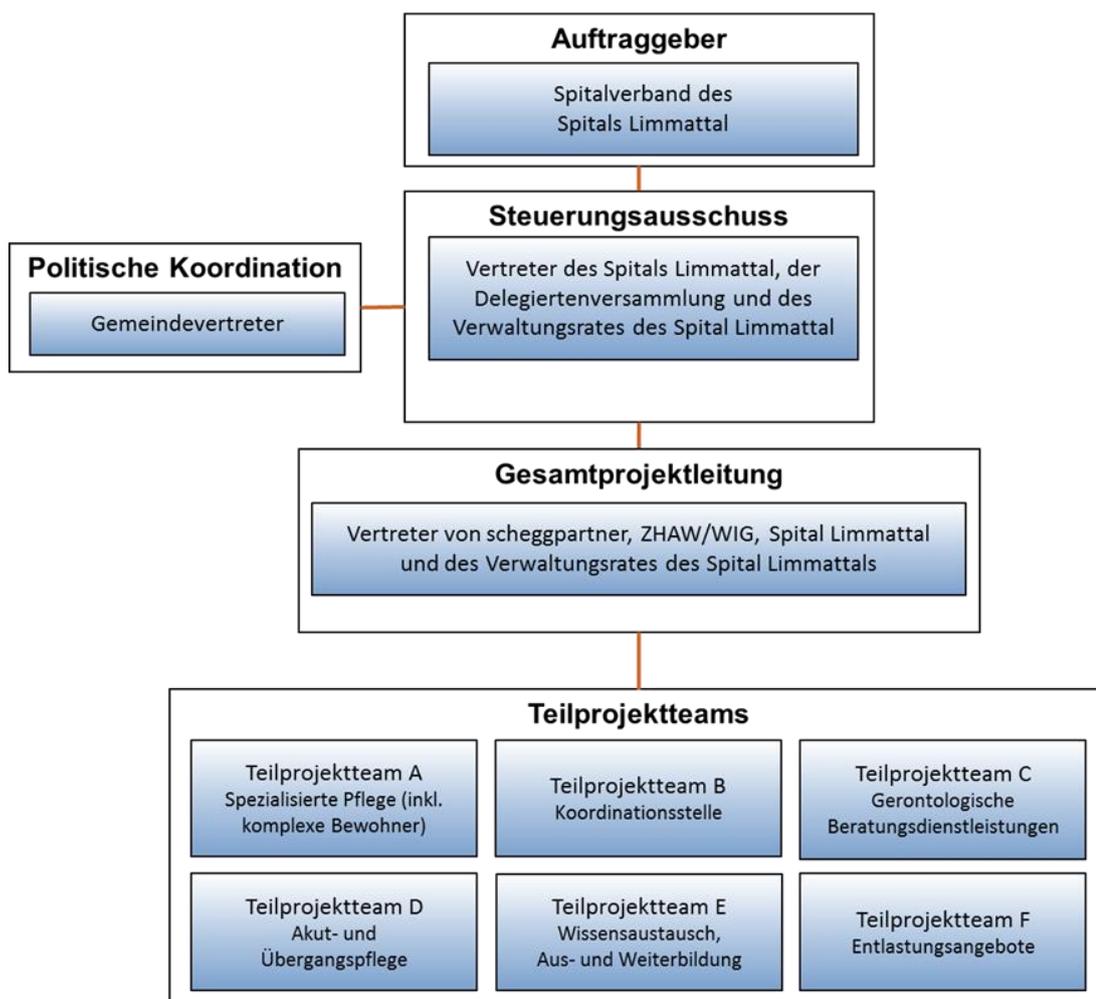


Abbildung 3: Projektorganigramm

Im Detail sind die folgenden Organisationen und Personen in das Projekt eingebunden:

Auftraggeber (=Spitalverband Spital Limmattal): Den politischen Vertretern/Gemeinderäten aus den Gemeinden Aesch, Birmensdorf, Dietikon, Geroldswil, Oberengstringen, Oetwil, Unterengstringen, Schlieren, Urdorf, Weiningen werden regelmässig die Ergebnisse der Projektarbeiten zur Vernehmlassung vorgelegt.

Die Auftraggeber sind mit drei Vertretern im **Steuerungsausschuss** des Projektes sowie mit einem Mitglied in der Projektleitung vertreten. Der Steuerungsausschuss hat die Funktion, die Ergebnisse frühzeitig mit der Gesamtprojektleitung zu diskutieren und die Sitzungen mit den Auftraggebern vorzubereiten.

Politische Koordination: Die zuständigen Gemeinderäte/Stadträte aus den Gemeinden des Spitalverbandes Spital Limmattal werden regelmässig informiert und aktiv in die Projektbearbeitung eingebunden.

Die **Gesamtprojektleitung** setzt sich aus den folgenden Vertretern zusammen: Holger Auerbach (Partner scheggpartner GmbH), Flurina Meier (Wissenschaftliche Mitarbeiterin ZHAW/Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie), Susanne Vanini (Pflegedirektorin Spital Limmattal), Veronika Neubauer (Verwaltungsrätin Spital Limmattal/Gemeinderätin Gemeinde Geroldswil).

4. Ergebnisse des Teilprojekts A: Spezialisierte Pflege

Nachfolgend werden die Zielsetzungen, Prozessschritte, Ergebnisse und Empfehlungen des Teilprojekts Spezialisierte Pflege zusammenfassend dargestellt.

Sowohl für das Thema Finanzierung als auch Kommunikation wurden gesonderte Konzepte erarbeitet, die im Anhang beigelegt sind.

4.1. Ziele und Projektorganisation des Teilprojekts Spezialisierte Pflege

Ziele

Durch das Teilprojekt Spezialisierte Pflege sollte die Nachfrage für das künftige stationäre Leistungsangebot des Pflegezentrums des Spitals Limmattal geklärt und ein entsprechendes Kommunikationskonzept skizziert werden.

Besetzung

Das Projektteam setzte sich aus Anita Fischer (Pflegeexpertin Spital Limmattal, Projektleitung), Astrid Hunter (Leiterin PZ, Spital Limmattal) und Holger Auerbach (Partner scheggpartner GmbH) zusammen.

Zu der einbezogenen Begleitgruppe gehörten Marion Baumann (Leitende Ärztin Geriatrie und Innere Medizin Spital Limmattal), Elisabeth Rebmann (Stationsleiterin PZ, Spital Limmattal) und Christof Langhart (Haus für Betagte Sandbühl) sowie Karin Ament (Alters- und Gesundheitszentrum AGZ).

4.2. Projektverlauf

Das Kickoff Meeting fand am 11.11.2014 statt. Die produktive Phase des Projektes mit mehreren Sitzungen erfolgte zwischen November 2014 und April 2015.

Ideen und Themen rund um die komplexen Bewohnergruppen mit dem entsprechenden Pflege- und Betreuungsbedarf wurden durch Brainstorming gesammelt und diskutiert. Die nötigen Ressourcen für das Aufrechterhalten bzw. die Erweiterung des Angebots wurden weiter analysiert und skizziert.

4.3. Resultate der Analysen

Kategorisierung komplexer Pflegeempfänger

Im Pflegezentrum werden zunehmend ältere, sowohl körperlich wie auch geistig schwer pflegebedürftige Bewohnende und erwachsene Hospizpatienten gepflegt und betreut, welche in anderen Institutionen nicht verbleiben können. Die Aufenthaltsdauer wird tendenziell immer kürzer und das Pflegezentrum entwickelt sich aufgrund der Spitalnähe und den guten pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten zur „Drehscheibe“ zwischen Akutspital und zu Hause bzw. anderen Heimen.

Diese „komplexen“ Pflegeempfänger wurden von der Projektgruppe zur Kategorisierung in vier Bewohnerkategorien eingeteilt:

- I. Personen mit leichter bzw. ausgeprägten Demenzsymptomen und/oder chronischen psychiatrischen Krankheitsverläufen
- II. Hospizpatienten
- III. „Drehscheibenpflege“ (mittel- bis langfristige Stabilisierung oder Förderung des Gesundheitszustandes, um wieder nach Hause oder in ein anderes Heim zurückkehren zu können)
- IV. Pflegebedürftige mit invasiven Behandlungen (z.B. Vac Wundtherapie, Luftröhrenöffnung)

Potentielle Angebote

Gemäss den Rückmeldungen von den Leistungserbringern der Spitalregion besteht für die identifizierten Bewohnerkategorien das folgende Nachfragepotential:

- I. Für ältere Personen mit Demenz und /oder mit chronischen psychiatrischen Symptomen bietet das Pflegezentrum stationäre sowohl separate wie auch integrative Pflege- und Betreuung an. Das separate Angebot, eine geschützte Demenzabteilung, eignet sich für Personen mit mittelschweren bis schweren Demenzsymptomen (Weglaufgefährdung durch Desorientierung und herausforderndes Verhalten). Diese Bewohnenden werden durch ein interprofessionelles und speziell geschultes Team gepflegt und betreut. Integrative Pflege- und Betreuung bei weniger ausgeprägten Symptomen wird auf allen Abteilungen angeboten. Der Bedarf an separativer Pflege und Betreuung, vor allem bei Demenzerkrankten, ist tendenziell zunehmend.
- II. Das Pflegezentrum im 5. Stock bietet aktuell für sechs erwachsene Hospizpatienten jeden Alters stationäre, längerfristige Pflege- und Betreuung in symptomatisch schwierigen und herausfordernden Situationen an. Aktuell werden diese Patienten in 1-er und 2-er Zimmern untergebracht. Diese Patienten werden eng durch ein interprofessionelles und speziell geschultes Team gepflegt und betreut. Der Bedarf variiert von niedrig bis hoch.
- III. Für den grossen Bedarf an „Drehscheibenpflege“ verfügt das Pflegezentrum als Grundlage über interprofessionelle Teams (Pflege, Heimgärtin, Sozialdienst, Therapien und Konsultationsdienste im Spital) und eine interprofessionelle Gesprächskultur.
- IV. Komplexe Wundbehandlungen, invasive Therapien und Isolationsbedingungen (je nach Verfügbarkeit eines 1-er Zimmers), für die ein Spitalaufenthalt nicht (mehr) nötig ist, können im Pflegezentrum durchgeführt werden. Der Bedarf an diesen Angeboten wechselt im ganzen Pflegezentrum von einzelnen bis ca. 25 Fällen im Jahr. Der Bedarf ist tendenziell zunehmend.

Stand der Personal- und Raumressourcen

Für das Angebot der Spezialisierten Pflege und Betreuung sind die personellen Ressourcen im Pflegezentrum weitgehend bereits vorhanden. Bedarf besteht an Konsiliardiensten im gerontopsychiatrischen Bereich sowie an Schulungen spezifischer Kenntnisse beim Pflegepersonal wie z.B. bei chronischen psychiatrischen Erkrankungen. Bei einer weiteren Ausdehnung der „Drehscheibenpflege“ sind die interprofessionellen Ressourcen, vor allem beim Sozialdienst und Therapien, aber auch bei Pflegefachpersonen jedoch schnell erschöpft.

Die räumlichen Ressourcen mit 1-er Zimmern sind im Pflegezentrum begrenzt. Die Belegung von komplexen Hospiz- oder Isolation-Bewohnenden ist dadurch limitiert. Für die Mehrbettzimmer besteht auch bei den anderen Bewohnerkategorien kaum Nachfrage. Der wachsende Bedarf an separativer Pflege und Betreuung kann mit dem aktuellen Raumkonzept nicht gedeckt werden (Anmerkung: Nach einem separativen Ansatz leben Demenzkranke getrennt von anderen Bewohnenden unter sich und erhalten ein spezielles, an ihren Bedürfnissen angepasstes Raumgestaltungs- und Betreuungsangebot.). Ein allfälliger Aus- bzw. Umbau in oberen Stockwerken ohne Gartenzugang entspricht nicht den aktuellen Empfehlungen für Demenzbetreuung.

Herausforderungen in Bezug auf die Finanzierung

Die Finanzierung der Spezialisierten Pflege und Betreuung erfolgt mit dem aktuellen Tarifsystem der Langzeitpflege RAI-NH. Die darin vorgegebenen Pflegestufen bilden die komplexen und instabilen Situationen sowie auch viele Leistungen, die zur Palliative Care Philosophie gehören, ungenügend ab.

Die in der Anzahl stark zunehmende „Drehscheibenpflege“ mit den meistens ungeplanten und unfreiwilligen Eintritten bedeutet aufwändige interprofessionelle Abklärungs- und Beratungstätigkeiten sowie intensive Betreuung, die ebenfalls nicht abgerechnet werden können. Weiter hat die Zunahme dieser Bewohnenden eine höhere Bewohnerfluktuation und somit eine tiefere Bettenauslastung zur Folge. Im Jahr 2014 konnten 56 Bewohnende wieder nach Hause austreten bzw. 20 Bewohnende in ein anderes Heim.

Im Hospiz zeigt sich die Finanzierungsproblematik neben der ungenügenden Abbildung der Leistungen im Tarifsystem auch durch die Unplanbarkeit der Bettenbelegung und durch die relativ kurze, unvorhersehbare Aufenthaltsdauer. Eine konstante und hohe Bettenbelegung ist aus diesen Gründen nicht erreichbar. Wartelisten bei diesen sterbenden Patienten sind nicht realistisch. Die Aufnahme der Hospizpatienten kann in der Regel nicht aufgeschoben werden (Dekompensation zu Hause, Ablauf der Kostengutsprache in einer Akut-Palliativ-Abteilung etc.), sodass jederzeit ein freies Bett zur Verfügung stehen sollte. Dies führt zu nicht-finanzierten Vorhalteleistungen.

4.4. Kommunikationskonzept

Zielgruppen der Kommunikation

Folgende Institutionen, Firmen, Gruppen und Personen wurden als Zielgruppen für die Kommunikation über das Angebot der Spezialisierten Pflege definiert. Es handelt sich um für das Pflegezentrum relevante Entscheidungsträger, Zuweiser, Dienstleistungsinstanzen und um Medienvertreter:

- Zuweiser: Spitäler, Rehakliniken, Hausärzte im Limmattal, andere umliegende Heime
- Verbandsgemeinden/Politik: Gesundheitsvorstände, Gemeindepräsidenten, potentielle Kunden, Gesundheitsdirektion (Zürich)
- Beratungsdienste: Krankenkassen inkl. Fallmanager, regionale Koordinations- und Beratungsstellen sowie Spitex, Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) Dietikon
- PR/Medien: Tageszeitungen, Fachzeitschriften, Limmi Inside, Gemeindekuriere der Verbandsgemeinden

Kommunikationsmöglichkeiten

Je nach der Zielgruppe können folgende Kommunikationswege benutzt werden:

- Broschüren
- Informationsveranstaltungen, regelmässige Führungen und Tage der offenen Türen
- Zeitungsreportagen und Pressemitteilungen
- Homepage
- Persönliche Kontakte durch E-Mails und Briefe

4.5. Erste Umsetzungsschritte

Aufgrund der Ergebnisse des Teilprojektes wurden bereits die folgenden Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

Betriebliche Optimierung der Finanzierung

Im Pflegezentrum werden seit Februar 2015 systematisch den Bewohnenden, die mittel- und längerfristig stabilisiert werden sollen und möglicherweise wieder aus der Institution austreten, koordinierte Therapie- sowie Pflegetrainings angeboten. Diese Angebotsoptimierung entspricht den Zielsetzungen der Bewohnenden in der „Drehscheibenpflege“ und kann zu begründeten Einstufungen in den RAI-Reha Bereich führen, welcher finanziell besser abgegolten wird. Die Voraussetzung ist, dass die Physiotherapie die nötigen Ressourcen für das Pflegezentrum zur Verfügung stellt oder das Pflegezentrum eigene Physiotherapeuten anstellt und beauftragt.

Kommunikation

Im April 2015 wurden Haus- und Belegärzte (Spitäler, Rehakliniken), Spitex und Sozialdienste der umliegenden Gemeinden mit einem persönlich adressierten Brief über das Angebot im Pflegezentrum und über die aktuelle freie Bettenkapazität informiert.

4.6. Empfehlungen

In Bezug auf die Realisierung des möglichen Angebotes für die identifizierten Bewohnerkategorien gibt das Projektteam die folgenden Empfehlungen ab:

Ressourcen

- Wenn im Pflegezentrum ein breiteres Angebot von spezialisierter Demenzpflege und – Betreuung angeboten werden soll, müssen dafür geeignete Räume (mit einem direkten Gartenzugang) zur Verfügung gestellt werden.
- Bei einem Umbau/Neubau muss den Anforderungen der komplexen Bewohnenden mit mehr Einzelzimmern Rechnung getragen werden.
- Physio- und Ergotherapieleistungen sollen im Pflegezentrum jederzeit ausreichend zur Verfügung stehen.

Finanzierung

- Zur Deckung der über dem Normdefizit liegenden Pflegekosten soll eine Leistungsvereinbarung, wie im Pflegegesetz Artikel 9, Absatz 3 vorgesehen, zwischen dem Pflegezentrum Spital Limmattal und den Gemeinden des Spitalverbandes, abgeschlossen werden.
- Die höheren, resp. nicht abgegoltenen Pflegeleistungen der „Drehscheibenpflege“ können ebenfalls mit der vorgängig beschriebenen Leistungsvereinbarung gedeckt werden. Die Geschäftsleitung des Pflegezentrums des Spital Limmattals hat sich bereits für eine Leistungsvereinbarung abgestimmt.
- Wenn im Pflegezentrum jederzeit ein freies Hospizbett zur Verfügung stehen sollte, müssen die Vorhalteleistungen durch die Verbandsgemeinden übernommen werden.

Kommunikation

- Eine professionelle Vermarktung des Pflegezentrums sollte durch die Marketing- und Kommunikationsabteilung des Spital Limmattals erfolgen.

5. Ergebnisse des Teilprojekts B: Koordinationsstelle

5.1. Ausgangslage

Seit September 2010 sind alle Gemeinden des Kanton Zürichs dazu verpflichtet, eine Stelle zu bezeichnen, welche Auskunft über das Angebot der Leistungserbringer gemäss §5 Abs.1 des Pflegegesetzes des Kantons Zürich erteilt (§7, Pflegegesetz, Kanton Zürich). In allen Zweckverbandsgemeinden des Spitals Limmattal bestehen heute solche Auskunftsstellen für die Einwohner. Ziel des Teilprojektes „Koordinationsstelle“ war es, zu prüfen, ob und ggf. wie eine Koordination zwischen den bestehenden Angeboten sinnvoll wäre.

Die Ausgangslage der beteiligten Gemeinden ist sehr unterschiedlich und auch der oben beschriebene gesetzliche Auftrag, welcher nicht genauer umschrieben ist, wurde von den Gemeinden sehr unterschiedlich umgesetzt. Die Abbildung 3 im Anhang „Heutiges Angebot der Anlaufstellen in den beteiligten Gemeinden“ gibt einen Überblick über die Ausgangslage.

5.2. Methodisches Vorgehen und Zielsetzungen

Das methodische Vorgehen und die damit verfolgten Zielsetzungen des Teilprojektes sind in Tabelle 1 aufgeführt.

	Zielsetzung	Methodisches Vorgehen
1.	Erfassung der bereits vorhandenen Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Desk Research • Kontakt mit den Verantwortlichen
2.	Ausarbeitung eines sinnvollen zukünftigen Leistungsangebotes unter Einbezug der Interessen der wichtigsten Anspruchsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Stakeholder Mapping • User Stories aus Sicht der wichtigsten Stakeholder • Diskussionen in der Arbeitsgruppe
3.	Definition und Beschreibung einer sinnvollen Organisationsform und Erstellung eines Finanzierungskonzeptes	<ul style="list-style-type: none"> • Ausarbeitung und Diskussionen mit der Arbeitsgruppe und politischen Gemeindevertretern • SWOT-Analyse
4.	Vernehmlassung bei den Gemeinden und Festhalten der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsanlass für die Gemeindevertreter • Vernehmlassung (schriftlicher Fragebogen) • Diskussion der Rückmeldungen der Gemeinden in der Arbeitsgruppe

Tabelle 1: Zielsetzungen und methodisches Vorgehen im Teilprojekt B: Koordinationsstelle

5.3. Resultate

Die in der Folge beschriebenen Resultate entsprechen dem abschliessenden Konsens der Arbeitsgruppe. Sie basieren auf den durch die Arbeitsgruppe erarbeiteten Resultaten und den Rückmeldungen aus der Vernehmlassung bei den Gemeinden.

Leistungsangebot

Konsens innerhalb der Arbeitsgruppe war, dass die Koordinationsstelle in erster Linie drei Aufgabenbereiche abdecken sollte:

- 1) Erarbeitung und Publikation von Informationen für Senioren / Patienten / Angehörige
- 2) Beratung der Senioren / Patienten / Angehörigen
- 3) Vernetzungsarbeit mit den Leistungserbringern der Region

Die nachfolgende Abbildung zeigt eine Übersicht über die identifizierten Prozesse, welche durch die Koordinationsstelle abgedeckt werden sollten. Insbesondere in den als „zentral“ markierten, d.h. blau hinterlegten, Dienstleistungen wird ein Synergiepotential vermutet.

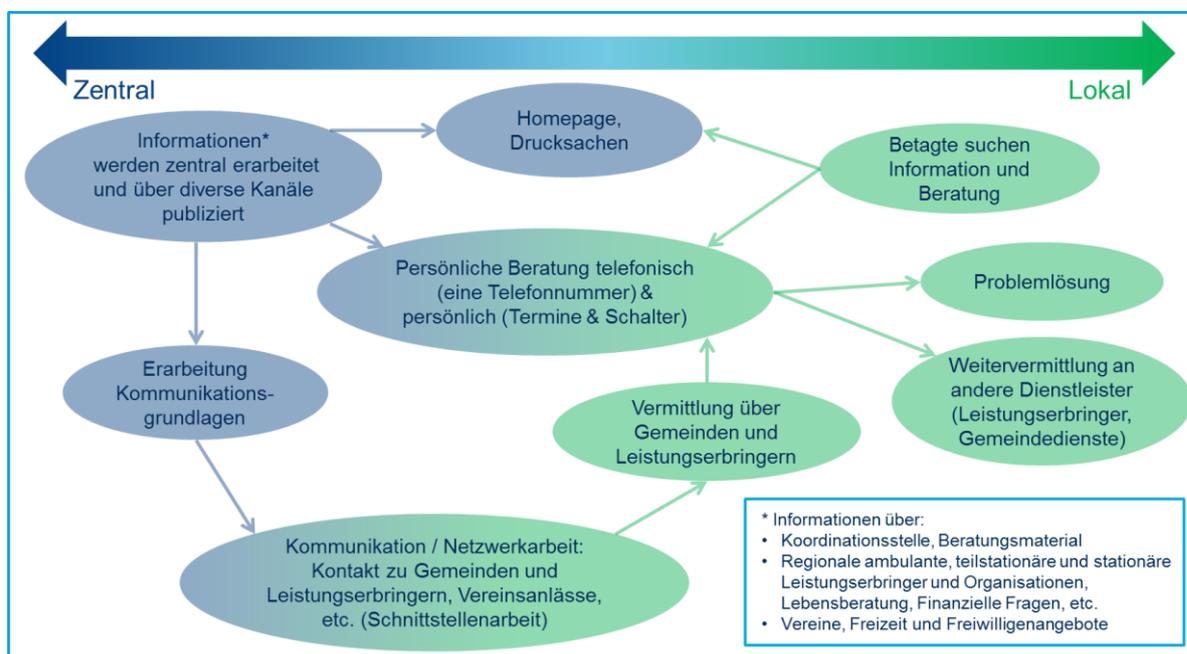


Abbildung 4: Identifizierte Prozesse der Koordinationsstelle, gemessen an den Polen zentral / lokal

Im Anhang sind die potentiellen Dienstleistungen der Koordinationsstelle im Detail beschrieben. Diese wurden von der Arbeitsgruppe ausgearbeitet und in der Vernehmlassung vom Grossteil der Gemeinden bestätigt. Der genaue Dienstleistungskatalog der Koordinationsstelle müsste jedoch innerhalb der Umsetzungsplanung noch im Detail definiert werden.

Organisationsform inkl. Finanzierung

Drei unterschiedliche Organisationsformen wurden von der Arbeitsgruppe ausgearbeitet. Diese sind zusammen mit deren Finanzierung in der nachfolgenden Abbildung kurz beschrieben. Eine detailliertere Beschreibung findet sich in den Vernehmlassungsunterlagen im Anhang.

	Minimale Lösung	Mittlere Lösung	Umfangreiche Lösung
	Status Quo	Netzwerk	Regionale Zentrale
Grafisch			
Tätigkeiten / Aufteilung	<ul style="list-style-type: none"> • Alles wie bisher, ausser: Information über freie APH-Betten wird geteilt • Dezentrale Stellen • Keine Nutzung des Synergiepotentials • Unterschiedliche Leistungsspektren 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestehendes Personal • Personal teilt die zentralen Leistungen unter sich auf und stellt somit einen Teil der Arbeitszeit für gemeinsame Aufgaben zur Verfügung • Regelmässiger Austausch (z.B. alle 2 Wochen) • Die Gemeinden können ihre unterschiedlichen Leistungsspektren beibehalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Zentrales Team (~3 Pers.) mit Gemeindeverantwortlichen • 1 Pers. auf Gemeindeverwaltung macht Erstkontakt, gibt Informationen ab und verweist auf Expertenteam • Experten kommen vor Ort für Beratungen • Schulungen für Erstkontaktpersonen auf der Gemeinde
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Wie bisher 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Zusammenarbeit zwischen den Gemeinden wird mit einem Kooperationsvertrag geregelt, welcher die Leistungen, die Organisation, sowie die Kostenaufteilung klärt. • Ein Team-Mitglied erhält eine Leitungsposition in Bezug auf die gemeinsamen Aufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • separate Trägerschaft (z.B. Verein)
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Jede Gemeinde finanziert ihre Anlaufstelle (wie bisher), ausser: gemeinsame Homepage für Bettenliste • Gesamtkosten für Homepage: ca. CHF 5'000 (Abschreibung über 5 Jahre) 	<ul style="list-style-type: none"> • Jede Gemeinde finanziert ihre Anlaufstelle (wie bisher), deren Mitarbeiter arbeiten jedoch teilweise (z.B. einen Halbttag / Woche) für allgemeine Projekte. • Geschätzte Gesamtkosten (für die gemeinsamen Aufgaben: 0.1 VZÄ pro Anlaufstelle): durchschnittlich CHF 13'000 pro Anlaufstelle pro Jahr • gemeinsame Homepage (grob geschätzt): CHF 50'000 (Abschreibung über 5 Jahre) • Variable Kosten 	<ul style="list-style-type: none"> • Jede Gemeinde bezahlt CHF X/Einw. für gemeinsame Leistungen (Solidaritätsprinzip) plus die Arbeitszeit für die Beratung Ihrer Einwohner (Verursacherprinzip) • Geschätzte Gesamtkosten (für 2.15 VZÄ, Miete und EDV): ca. CHF 315'000 pro Jahr. • gemeinsame Homepage (grob geschätzt): CHF 50'000 (Abschreibung über 5 Jahre) • Variable Kosten

Abbildung 5: Drei mögliche Organisationsformen für die potentielle Koordinationsstelle im Überblick; Abkürzungen: APH: Alters- und Pflegeheime, VZÄ: Vollzeitäquivalente

Resultate aus der Vernehmlassung

Neun der zehn angeschriebenen Gemeinden haben den Vernehmlassungsfragebogen beantwortet. Nur Birmensdorf verzichtete auf eine Rückmeldung, mit der Begründung, dass sie diese Leistungen bereits heute zufriedenstellend abdecken.

Der Grossteil der befragten Gemeinden bevorzugt, unabhängig von der Zeitphase (kurz-, mittel-, langfristig), die Netzwerklösung und wäre auch bereit das entsprechende Budget dafür zu sprechen. Dies trifft insbesondere auf die fünf Gemeinden des rechten Limmattals sowie Dietikon zu.

Aesch signalisierte mittel- und langfristig ebenfalls Interesse an einer Netzwerklösung. Da Aesch allerdings eine gemeinsame Anlaufstelle mit Birmensdorf betreibt, müsste eine weiterführende Zusammenarbeit auch mit Birmensdorf abgesprochen werden.

Schlieren seinerseits tendiert, v.a. auf Grund seiner Ausgangslage, zu den Extremen (Status Quo oder Regionale Zentrale). Urdorf schätzt für sich zurzeit nur die Lösung Status Quo als sinnvoll ein. Im Gespräch mit beiden Gemeinden wurde allerdings die Bereitschaft für weitere Gespräche bezüglich der Netzwerklösung signalisiert.

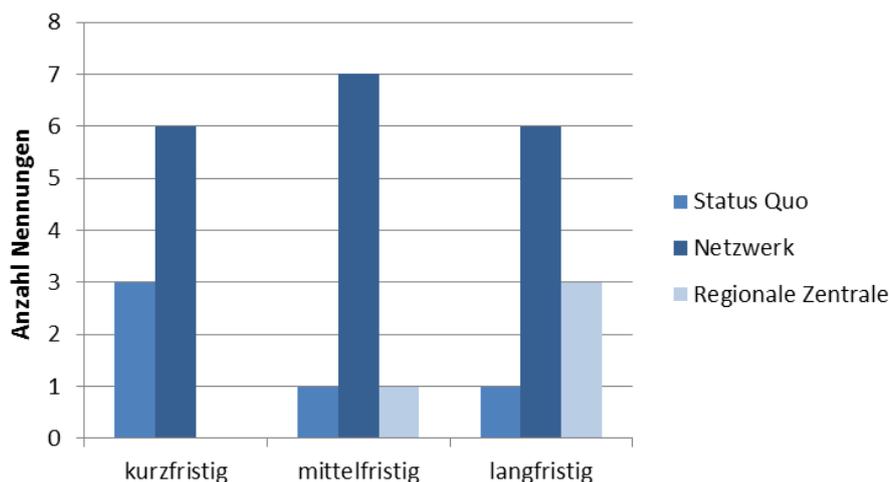


Abbildung 6: Resultate der Vernehmlassung: Bevorzugte Organisationsform, zeitabhängig

5.4. Schlussfolgerungen und Umsetzungsempfehlungen

Basierend auf den erarbeiteten Resultaten und den Rückmeldungen aus der Vernehmlassung empfiehlt die Arbeitsgruppe den Zweckverbandsgemeinden das folgende Vorgehen:

- 1) Durchführung eines Projektes, in welchem ein Umsetzungsplan für die Netzwerklösung ausgearbeitet wird. Das abschliessende Ziel dieses Projektes ist die Erstellung eines Zusammenarbeitskonzeptes in welchem inhaltlich die folgenden Punkte geklärt werden sollen:
 - a) Definition einer gemeinsamen Zielsetzung und eines gemeinsamen Aufgabenverständnisses für die Koordinationsstelle
 - b) Definition eines Leistungskataloges für die gemeinsam erbrachten Leistungen („zentralen“ Dienstleistungen), inkl. Regelung von Verantwortungen, Stellvertretungen, etc.
 - c) Organisation der Zusammenarbeit, inkl. Klärung der Leitung und des Eskalationsprozesses
 - d) Auflistung, welche Prozesse angepasst und somit ggf. (neu) definiert werden müssen
 - e) Finanzierung, inkl. Spesenregelung, etc.
 - f) Kommunikation
 - g) Evaluation der Kooperation
- 2) Es soll versucht werden, alle Zweckverbandsgemeinden für die Teilnahme an diesem Projekt zu gewinnen, d.h. auch jene Gemeinden, die zurzeit wenig bis kein Interesse an der Umsetzung der Netzwerklösung zeigen.

Die Teilnahme an diesen vorbereitenden Gesprächen bedeutet noch keine Zusage für eine zukünftige Zusammenarbeit. Die Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme an der ausgearbeiteten Lösung soll erst nach Abschluss des Umsetzungsplanungs-Projektes gefällt werden.

- 3) Es wird empfohlen, das Projekt von einer externen Projektleitung begleiten zu lassen.
- 4) Die Organisationsform „Regionalen Zentrale“ ist nicht direkt Teil des Ausarbeitungsprozesses, soll jedoch während der Ausarbeitung der Netzwerklösung nicht vollständig vergessen werden.

6. Ergebnisse des Teilprojekts C: Gerontologische Beratungsdienstleistungen

6.1. Ausgangslage und inhaltliche Ausgestaltung

Aufgrund der bekannten demographischen Entwicklung mit Zunahme der Population alter und betagter Menschen sowie strategischer Überlegungen von Seiten des Spitals wurde das Projekt Kompetenzzentrum Geriatrie in Angriff genommen, woraus sich schliesslich mehrere Teilprojekte herauskristallisiert haben.

Da es bisher keine oder nur eine marginale Zusammenarbeit und Vernetzung unter den einzelnen Pflegeinstitutionen im Limmattal gibt, eruierten wir den Bedarf an spezialisierten Pflegeleistungen von Pflegefachfrauen mit entsprechender Qualifikation unseres Pflegezentrums in den Bereichen Fallbesprechung, Demenz, Palliative Care und Kinästhetik.

Gleichzeitig besteht eine Versorgung durch eine fest angestellte geriatrisch spezialisierte Heimärztin nur im Pflegezentrum des Spitals Limmattal. Die anderen Institutionen werden durch hauptsächlich in der Praxis tätige Hausärzte betreut. Hier vermuteten wir einen allfälligen Bedarf an Beratungsdienstleistungen durch eine spezialisierte Geriaterin.

Im Teilprojekt wurde das künftige Leistungsangebot für geriatrische / gerontologische Beratungsdienstleistungen ausgearbeitet. Das Teilprojekt wurde in zwei Bereiche aufgeteilt, es wurde nach ärztlicher und pflegerischer Beratungsdienstleistung unterschieden. Dazu wurden die Bedürfnisse der Hausärzte im AZW (Ärzt Netzwerk Zürich West) und die Bedürfnisse von vier Pflegeheimen und zwei Spitex-Organisationen erhoben.

6.2. Ärztliche Beratungsdienstleistungen

Vorgehen und Resultate

Von Seiten der Hausärzte wurde an der Generalversammlung des AZW der Bedarf erhoben. Die Hausärzte wünschten sich einen Konsiliardienst, welcher telefonisch oder auch vor Ort erfolgen sollte. Die Finanzierung ist über den TARMED geregelt.

Erste Umsetzungsschritte

Seit 1.11.2014 erfolgt die Umsetzung. Es findet bisher ca. 1 telefonische Beratung pro Woche statt.

6.3. Pflegerische Beratungsdienstleistungen

Vorgehen

Bevor der Bedarf bei den lokalen Institutionen erhoben wurde, bestimmte das Pflegezentrum des Spitals Limmattal, welche Dienstleistungen es den umliegenden Pflegezentren und Spitex-Organisationen anbieten könnte. Es handelt sich dabei um die Folgenden:

1) Fallbesprechungen

Fallbesprechungen zu aktuell schwierigen Situationen, auch ethische Fallbesprechungen (Durchführung Pflegeexpertin)

- 2) Demenz-Beratung
Beratung zum Thema Demenz in schwierigen Situationen (Durchführung Stationsleiterin geschützte Demenzabteilung oder Pflegeexpertin)
- 3) Palliative-Care-Beratung
Beratung in komplexen und schwierigen palliativen Situationen (Durchführung Stationsleiterin palliative Abteilung)
- 4) Kinästhetiks-Beratung
Praktische Beratungen zur Mobilisation und Bewegung mit schwierigen Bewohnenden an Hand des Kinästhetikskonzeptes (Durchführung Kinästhetiktrainerin)

Zur Erhebung des Bedarfes für diese vier Dienstleistungen wurde ein Fragebogen entwickelt, welcher mündlich mit den folgenden Institutionen durchgeführt wurde:

- Alters- und Gesundheitszentrum, Dietikon
- Alterszentrum Weihermatt, Urdorf
- Haus für Betagte Sandbühl, Schlieren
- Seniorenzentrum Im Morgen, Weiningen
- RegioSpitex Limmattal, Dietikon
- Spitex rechtes Limmattal, Weiningen

Resultate

a) Quantitative Analysen

Die befragten Institutionen meldeten einen sehr unterschiedlichen Bedarf an den potentiellen Beratungsangeboten an. Ausschlaggebend war dabei insbesondere, ob die befragte Institution die angebotene Expertise bereits institutionsintern abgedeckt hat.

Neben dem eigentlichen Bedarf wurden die Institutionen auch nach ihrer Zahlungsbereitschaft befragt. Die Resultate unterschieden sich auch hierbei zwischen den Dienstleistungen und den Institutionen sehr stark. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Preis-Absatz-Kurve, welche auf Grund der Rückmeldungen aus den Interviews erstellt wurde.

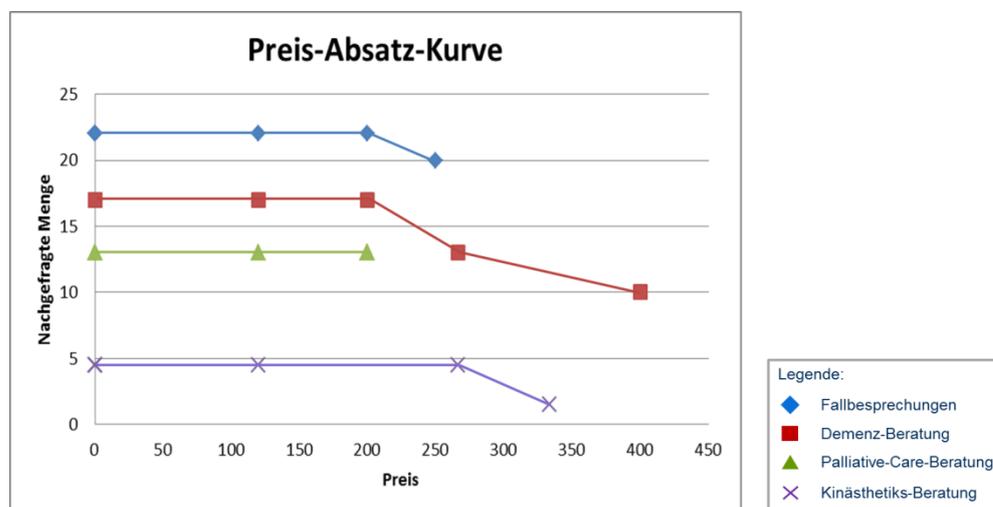


Abbildung 7: Preis-Absatz-Kurve für die vier potentiellen Dienstleistungen

b) Qualitative Analysen

Neben den oben erwähnten Informationen aus der quantitativen Befragung gaben die befragten Institutionen in der qualitativen Befragung noch weitere Bedürfnisse an. Es handelt sich hierbei um die Folgenden:

Der Haupttenor der Wünsche ist eine Vernetzungen und eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen. So denken die Einrichtungen, unkompliziert von unserem Fachwissen profitieren zu können. Wenn man sich untereinander kennt, greift man schneller zum Telefon, als wenn man nicht weiss, wer der Ansprechpartner ist. In dieser Hinsicht hat bereits die mündliche Durchführung der Interviews zu einer gewissen Annäherung zwischen den Institutionen geführt.

Die Einrichtungen wünschen sich zum Teil gemeinsame Weiterbildungsmöglichkeiten, teilweise einen regelmässigen Austausch zwischen den Kadermitarbeitenden der Einrichtungen und zentral geregelte Unterstützungsangebote durch das Pflegezentrum Spital Limmattal. Diese könnten die Übernahme von verhaltensauffälligen Bewohnenden ins PZ1 oder ein zentraler Angehörigenzirkel für Angehörige von an Demenz erkrankten Personen sein.

Ebenfalls würden die Einrichtungen gern über Studienergebnisse, welche im Pflegezentrum des Spitals Limmattal (PZ) durchgeführt wurden, informiert werden.

Schlussfolgerungen und Umsetzungsempfehlungen

a) Quantitative Analysen

Der Bedarf fällt bei den befragten Institutionen sehr unterschiedlich aus und reicht von grossem Interesse über einen kleinen Bedarf bis zu Institutionen, welche zurzeit gar kein Interesse ausweisen.

Aus diesem Grund empfiehlt das Teilprojektteam das folgende Vorgehen:

- Durchführung eines Pilotprojektes mit dem Alterszentrum (AZ) Weihermatt (Urdorf). Das AZ kann alle vier Dienstleistungen bei Bedarf beziehen und bezahlt dem PZ einen fixen Stundenlohn zzgl. Spesen für den aufgewendeten Zeitaufwand seiner Mitarbeitenden. Die genauen Angaben zu diesem Angebot sind weiter unten ausgeführt. Ein Jahr nach Einführung des Angebotes soll von beiden beteiligten Organisationen Bilanz gezogen und geklärt werden, ob das Angebot weiterhin in dieser Form angeboten, respektive in Anspruch genommen werden soll.
- Alle anderen befragten Institutionen sollen über das Angebot, welches dem AZ Weihermatt unterbreitet wird, informiert werden. Sie können die Beratungsdienstleistungen zu denselben Kosten ebenfalls beanspruchen.

Empfohlene Preisfestlegung

Mit den hier vorgestellten Dienstleistungen soll kein Gewinn erwirtschaftet werden. Allerdings sollen die Kosten, welche im PZ tatsächlich anfallen gedeckt sein. Basierend auf Angaben der Personalverantwortlichen des PZs wurde der Stundensatz bei 82 CHF festgelegt. Abgerechnet wird jeweils der aufgewendete Zeitaufwand.

Damit sich die Institutionen ein Bild machen können, welche Kosten pro Beratung in etwa auf sie zukommen, sind in der nachfolgenden Tabelle beispielhaft die zu erwartende Kosten pro Beratung für das AZ Weihermatt angegeben.

	Geschätzter Zeitaufwand pro Beratung* (durchschnittliche Werte, inkl. Wegzeiten, in Stunden)	Anfallende Reisespesen (Basis: 0.7 CHF / km, in CHF)	Durchschnittlich zu erwartende Kosten pro Beratung (gerundet, in CHF)
Fallbesprechungen	2.5	4	210
Demenz-Beratung	2.1	4	180
Palliative-Beratung	2.1	4	180
Kinästhetiks-Beratung	2.5	4	210

* basiert auf Erfahrungswerten und beinhaltet die Zeit vor Ort, Festhalten der Ergebnisse (Protokoll), Wegzeit für das AZ Weihermatt Urdorf, weitere Aufwände z.B. Vereibarung des Termins, etc.

Tabelle 2: Zu erwartende Kosten pro Beratung für das Alterszentrums Weihermatt, Urdorf

Erste Umsetzungsschritte

Die pflegerische Leitung des Pflegezentrums erarbeitet eine Zusammenstellung des definierten Angebotes, welche ebenfalls auf der Homepage veröffentlicht wird. Zusätzlich erfolgt eine erneute Kontaktaufnahme diesbezüglich mit der Leitung des Alterszentrums Weihermatt (Urdorf).

b) Qualitative Analysen

Das Teilprojektteam empfiehlt auf die Bedürfnisse der befragten Institutionen in den folgenden Punkten und in der folgenden Weise einzugehen:

- Die Zusammenarbeit und Vernetzungen zwischen den Einrichtungen soll verbessert werden. Hierzu soll das PZ einmal jährlich einen Anlass organisieren, bei welchem die Leitungs- / Fachpersonen der hier befragten Institutionen zusammenkommen. Inhaltlich könnte dieser Anlass mit einem Vortrag zu einem aktuellen Thema starten und mit dessen Diskussion sowie einem informellen Austausch bei einem Apéro enden.
- In Bezug auf die geforderte gemeinsame Fortbildung besteht seitens des PZ bereits ein breites Angebot, welches von den befragten Institutionen bereits heute in Anspruch genommen werden kann und unterschiedlich genutzt wird. Zusätzlich wird dieses Thema in einem anderen Teilprojekt der zweiten Projektetappe bearbeitet werden.
- Auf die Forderung, dass das PZ verhaltensauffällige Bewohnende aufnehmen sollte, wird im Teilprojekt „Spezialisierte Pflege“ eingegangen.
- Die Erfahrung des PZ zeigt, dass in Angehörigenzirkel für Angehörige von an Demenz erkrankten Personen in erster Linie betriebsspezifische Fragen aufkommen. Aus diesem Grund empfiehlt das Teilprojektteam von der Einrichtung eines zentralen Angehörigenzirkels Abstand zu nehmen.
- Was die Information über die Ergebnisse von Studien, welche im PZ durchgeführt werden, anbelangt, so handelt es sich dabei nicht um hauseigene Studien. Die Studienergebnisse sind daher alle bereits öffentlich zugänglich.

7. Ergebnisse des Teilprojekts D: Akut- und Übergangspflege

7.1. Ausgangslage

Spätestens seit der Einführung von Fallpauschalen im Jahr 2012 sind der Patientenaustritt und die oftmals damit verbundene Nachsorge für Spitäler zu einem wichtigen Thema geworden. Für Patienten, welche nach dem Spitalaufenthalt nicht nach Hause entlassen werden können, gibt es grundsätzlich folgende drei Möglichkeiten der stationären Nachsorge:

- 1) Ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik (nur möglich, wenn eine Kostengutsprache der Krankenkasse vorhanden ist),
- 2) ein Aufenthalt in einer Kur-Einrichtung oder
- 3) ein temporärer Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim (APH). Im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung wurde ein spezieller Tarif für diese temporären Aufenthalte, genannt „Akut und Übergangspflege“, mit Beschränkung auf zwei Wochen geschaffen.

Zum Zeitpunkt der Projektdefinition gab es nicht genügend Betten in der Region, um aus den Spitälern in die Akut- und Übergangspflege (AÜP) austretende Patienten aufnehmen zu können. Im Rahmen des Projektes sollte deshalb überprüft werden, ob eine spezialisierte AÜP-Abteilung geschaffen werden soll, um dem Mangel an Betten entgegenzuwirken.

7.2. Methodisches Vorgehen und Zielsetzungen

Das methodische Vorgehen und die damit verfolgten Zielsetzungen des Teilprojektes sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt.

#	Zielsetzung	Methodisches Vorgehen
1.	Einheitliches Verständnis der AÜP	<ul style="list-style-type: none"> • Desk Research • Austausch mit Fachpersonen
2.	Klärung des Bedarfs an AÜP-Betten	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Befragung
3.	Klärung der finanziellen Situation und Anreize der verschiedenen Stakeholder	<ul style="list-style-type: none"> • Desk Research • Kalkulation
4.	Definition eines bedarfsgerechten zukünftigen Leistungsangebotes	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung der Umfrage • Aufzeigen oder Umsetzen von geeigneten Massnahmen
5.	Aufzeigen der Erkenntnisse und Empfehlungen des Projektteams	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbereitung der erarbeiteten Erkenntnisse und Ableitung von Handlungsempfehlungen in Form eines Schlussberichtes

Tabelle 3: Zielsetzungen und methodisches Vorgehen im Teilprojekt AÜP

7.3. Resultate

Nachfolgend werden die Resultate des Teilprojektes zusammenfassend aufgezeigt.

Definition und Beurteilung AÜP

Die AÜP wurde im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung und der neuen Spitalfinanzierung geschaffen. Sie soll helfen, einen vorübergehend erhöhten Pflegeaufwand nach einem Spitalaufenthalt zu bewältigen und eine Rückkehr in die gewohnte Umgebung zu ermöglichen. Es handelt sich dabei um eine professionelle Pflege, welche zeitlich auf 14 Tage limitiert ist und vom Spitalarzt angeordnet wird¹. Die exakten Anforderungen für die Anordnung können dem Anhang 11.3 entnommen werden. Der Tarif ist eine Pauschale und unabhängig vom Pflegebedarf (RAI-RUG). Für das Jahr 2015 beträgt dieser für die Krankenkasse pro Tag CHF 75.60 und für die Gemeinde CHF 92.40². Der Bewohner bezahlt die Pensions- und Betreuungskosten (zw. CHF 191.00 respektive CHF 231.00, je nach Zimmergrösse³), Eintrittszuschläge und Austrittspauschale, jedoch keinen Anteil an die Pflegekosten.

Bedarfsanalyse

Die Befragung richtete sich an alle APHs und Spitex-Organisationen der am Projekt beteiligten Gemeinden sowie die Akutspitäler der Region (Rehakliniken dürfen keine AÜP verordnen). Untenstehend sind die zusammengefassten Resultate ersichtlich. Die ausführlichen Umfrageergebnisse können dem Anhang 11.3 entnommen werden.

- Drei der fünf befragten APHs (inkl. PZ) bieten AÜP an. Insgesamt wurden 3 Patienten verzeichnet (2 Patienten im PZ im Zeitraum 2014 und 1 Patient in einem weiteren APH im ersten Halbjahr 2015).
- Beide Spitex-Organisationen bieten AÜP an und hatten in 2014 insgesamt 3 Patienten.
- Sieben der zwölf befragten Spitäler beantworteten den Fragebogen. Die Antworten zeigen, dass Zürcher Stadtspitäler relativ oft AÜP verordnen. Dies liegt daran, dass die Stadt Zürich AÜP umfangreicher umgesetzt hat, als im Gesetz vorgesehen. Lediglich die Hirslanden Zürich und das Spital Limmattal gaben an, AÜP-Patienten ins PZ überwiesen zu haben.
- Drei der sieben Spitäler gaben an, zukünftig mehr AÜP-Patienten ins PZ überweisen zu wollen.

Generell zeigt die Befragung, das AÜP ausserhalb der Stadt Zürich nur sehr selten verordnet wird. Mittels Recherche und Diskussion im Projektteam konnten dafür folgende Begründungen ermittelt werden:

1. Die maximale Dauer von 14 Tagen reicht in den meisten Fällen nicht aus, um den Patienten im Anschluss nach Hause entlassen zu können⁴.
2. Am Spital Limmattal wurde festgestellt, dass AÜP sowohl bei den Ärzten, als auch bei den Vermittelnden Diensten (Sozialdienst) zu wenig bekannt ist.

¹ Quelle: Curaviva Kanton Zürich. (2013). *Konzept Akut- und Übergangspflege*. Zürich

² Quelle: Curaviva Kanton Zürich. (2014). *Grundlagen Umsetzung Pflegefinanzierung im Jahr 2015 in Zürcher Alters- und Pflegeheimen*. Zürich

³ Quelle: Spital Limmattal. (2014). *Taxordnung Pflegezentrum Spital Limmattal*. Schlieren

⁴ Quelle: IG Pflegefinanzierung. (2015). *Positionspapier Pflegefinanzierung*. Bern

3. Der Aufenthalt in einer Kur-Einrichtung (sofern diese auch Pflegeleistungen anbietet), kann für Patienten eine Alternative zur AÜP sein. Kuren werden zwar nur teilweise durch die Krankenversicherung getragen, sind aber teilweise leicht günstiger⁵ und bieten für viele ein ansprechenderes Ambiente.
4. Für APHs besteht keine Klarheit, ob, respektive wann, AÜP rentabler ist, als die reguläre Pflegefinanzierung. Aufgrund der Antworten der befragten APHs lässt sich auch schliessen, dass selbst die APHs teilweise keine Klarheit über die Rahmenbedingungen von AÜP haben.

Des Weiteren hat seit der Projektdefinition die Auslastung der regionalen APHs (inkl. PZ) stark abgenommen. Gründe dafür dürften unter anderem mehrere Neueröffnungen von privaten Pflegeeinrichtungen und die hohe Fluktuation der Bewohner sein.

Finanzielle Situation

Um entscheiden zu können, ob das PZ sein AÜP-Angebot ausbauen soll, muss dies auch aus Sicht der Finanzierung betrachtet werden. In der Tabelle 4 wird für die verschiedenen Anspruchsgruppen zusammenfassend aufgezeigt, welche Finanzierungsform (AÜP oder reguläre Pflegefinanzierung) bei welchem Pflegebedarf attraktiver ist. Die Berechnungen sowie die detaillierte Beschreibung sind dem Anhang 11.3 zu entnehmen.

Pflegebedarfsstufe	Bewohner	Gemeinde	PZ	Krankenvers.
1 1-20 min				
2 21-40 min				
3 41-60 min				
4 61-80 min				
5 81-100 min				
6 101-120 min				
7 121-140 min				
8 141-160 min				
9 161-180 min				
10 181-200 min				
11 201-220 min				
12 >221 min				

Durchschnittlicher Pflegebedarf von AÜP Patienten

Legende: ■ Reguläre Pflegefinanzierung ist attraktiver ■ AÜP ist attraktiver

Tabelle 4: AÜP im Vergleich zur regulären Finanzierung⁶

⁵ Als Beispiel: Vergleich der Kosten im PZ Limmattal (14 Tage AÜP) mit Kosten für Kneippshof Dussnang (14 Tage Kur) Quelle: Kneippshof Dussnang. (o.J.). URL: <http://www.kneippshof.ch/index.php?id=kur-kostenstruktur>. Abgerufen am 10.09.2015

⁶ Quelle für Ø Pflegebedarf: Horlacher, K. (2014). *Organisatin des Spitalaustritts*. Zürich. 19.08.2014

Bewohner	Aus Sicht der Bewohner ist AÜP gegenüber der regulären Pflegefinanzierung in der Langzeitpflege insofern attraktiver, da keine Pflegekosten anfallen. Somit spart der Bewohner dank AÜP 14 Tage lang bis zu CHF 21.60 pro Tag (total über 14 Tage: CHF 302.40)
Gemeinde	Bei Patienten, welche regulär in Pflegestufe 1-6 eingeteilt sind, ist die AÜP-Pauschale für die Gemeinde teurer. Ab Pflegestufe sieben ist AÜP für die Gemeinde günstiger.
PZ	Bei Patienten der Pflegestufe 1 bis 6 profitiert das PZ, wenn er als AÜP-Patient eingestuft wird. Bei Patienten, welche in einer höheren Pflegestufe sind, würde das PZ bei einem regulären Patienten höhere Taxen vergütet bekommen.
Krankenversicherung	Für die Krankenversicherung ist AÜP erst attraktiv, wenn es sich um einen Patienten der Pflegestufe 9 oder höher handelt.

Bei einem durchschnittlichen Pflegebedarf von 120 Minuten zeigt sich, dass die Finanzierungsform einen relativ kleinen Einfluss auf die Kosten und Erlöse der verschiedenen Anspruchsgruppen hat. In erster Linie wird der Beitrag des Patienten an die Pflege- und Pflegegeldsteuer (CHF 21.60) auf die Gemeinde und die Krankenversicherung aufgeteilt. Dadurch profitiert der Patient, während die Gemeinde und die Krankenversicherung leicht stärker belastet werden. Für das Pflegeheim macht die Finanzierungsart bei durchschnittlichem Pflegebedarf nahezu keinen Unterschied.

7.4. Erkenntnisse

Aufgrund der durchgeführten Analysen konnten folgende Erkenntnisse gewonnen werden:

1. Der Bedarf nach AÜP ist gering. Zukünftig wird ein leichter Anstieg erwartet.
2. Die Anspruchsgruppen (Patienten und Leistungserbringer) sind grösstenteils nicht gut über AÜP informiert. Dies führt dazu, dass es weder aktiv vermittelt, noch aktiv angeboten wird.
3. Aufgrund der tieferen Auslastung stehen im PZ und in der Region genügend freie Betten für die AÜP zur Verfügung.
4. Aus Kosten- respektive Ertragsicht macht die Art des Tarifes keinen grossen Unterschied.

7.5. Eingeleitete Massnahmen und konkrete Umsetzungsschritte

Das Projektteam rät davon ab, eine spezialisierte Abteilung für AÜP zu schaffen. Der Bedarf nach AÜP-Betten kann, auch bei einer zukünftigen Zunahme, mit dem bestehenden Angebot gedeckt werden. Das bestehende Angebot soll besser kommuniziert und für den Patienten attraktiver gestaltet werden. Dazu werden folgende Massnahmen empfohlen:

1. Engere Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst des Spital Limmattals als Hauptzuweiser. Dies ist im Rahmen des Projektes bereits teilweise erfolgt und soll in Zukunft fortgesetzt werden.
2. Erstellung einer Informationsbroschüre, welche dem Patienten kurz und verständlich das Angebot aufzeigt. Diese wurde im Rahmen des Projektes erstellt.
3. Unkomplizierter Wechsel von AÜP auf die reguläre Pflegefinanzierung, sobald die Maximaldauer für AÜP von 14 Tagen überschritten wird.
4. Einzelne Leistungen der Langzeitpflege wie Familiengespräche oder Unterstützung bei unklarer sozialer oder finanzieller Situation sind während einer Zeitspanne von 14 Tagen nicht möglich und sollen dementsprechend für AÜP-Patienten nicht angeboten werden.
5. Überarbeitung der bestehenden Ein- und Austrittspauschalen, damit diese den Bedürfnissen von temporären Patienten gerechter werden. Die Realisierung erfolgt per 1. Januar 2016.

Das Projektteam erhofft sich durch diese Massnahmen folgenden Nutzen:

1. Schaffung eines übersichtlicheren Angebotes, welches dem Bedürfnis des Patienten gerecht wird.
2. Verbesserte Nachsorgemöglichkeiten für das Spital Limmattal.
3. Verbesserung der Auslastung des PZ.

Im Teilprojekt „Spezialisierte Pflege“ wurde bereits festgestellt, dass das Bedürfnis nach kürzeren Aufenthalten stark gewachsen ist und dass sich das PZ aufgrund der Spitalnähe und den guten pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten zur „Drehscheibe“ zwischen Akutspital und dem zu Hause bzw. anderen Heimen entwickelt hat. Diesem Bedürfnis ist das PZ bereits nachgekommen und bietet individuelle Kurzaufenthalte über mehrere Wochen an. Somit ist auch die Aufnahme von AÜP-Patienten möglich und sinnvoll.

8. Ergebnisse des Teilprojekts E: Wissensaustausch, Aus- und Weiterbildung

8.1. Zielesetzung des Teilprojekts

Durch das Teilprojekt Wissensaustausch, Aus- und Weiterbildung sollte der Ist-Zustand der vorhandenen regionalen Leistungsangebote im Bereich Aus- und Weiterbildung geklärt, der künftige Bedarf eruiert und Empfehlungen für künftige Leistungsangebote und deren Finanzierung ausgearbeitet werden.

8.2. Projektverlauf

Die Themen und Herausforderungen rund um die heutigen Ausbildungen im Bereich Pflege wurden zuerst in der Projektgruppe diskutiert. Diese Erkenntnisse lieferten die Grundlage für die Erarbeitung des Fragebogens zur Eruiierung des regionalen Ist-Zustandes und des künftigen Bedarfs. Insgesamt sechs regionale Institutionen wurden befragt: Altersheim Urdorf Wehermatt, AGZ Dietikon, Seniorenzentrum im Morgen Weiningen, Haus für Betagte Sandbühl (mit Schlieren), RegioSpitex Limmattal und Spitex rechtes Limmattal. Fünf Fragebogen wurden zurückgesendet und ausgewertet.

Anschliessend wurden die Ergebnisse mit der Projekt- und Begleitgruppe diskutiert, bearbeitet und ergänzt.

8.3. Resultate der Analysen

Ausbildungsangebote

In der Region existieren bereits zahlreiche Ausbildungsangebote, welche vor allem auf der Institutionsebene betrieben werden.

Alle fünf befragten Institutionen bilden FaGe's (Fachfrauen und -männer Gesundheit) und/oder FaBe's (Fachfrauen und -männer Betreuung) aus. AGS-Ausbildungen (Assistent/in Gesundheit und Soziales) werden in vier Institutionen angeboten.

Keine der befragten Institution ausser dem Pflegezentrum Spital Limmattal bietet eine HF-Ausbildung an. In den Diskussionen der Projektgruppe wurde die niedrige Nachfrage an HF-Studierenden als wichtigste Ursache genannt. Als potentielle Schwierigkeit wurde auch der nötige hohe Ausbildungsstand der Ausbildungsverantwortlichen erwähnt.

Einzelne Institutionen ermöglichen ihren FaGe's oder DN1-Mitarbeitenden eine berufsbegleitende Höhere Fachschule-Ausbildung.

Fort- bzw. Weiterbildungsangebote

Alle fünf befragten Institutionen organisieren interne fachspezifische Fortbildungen. Die Themen orientieren sich an den aktuellen Schwerpunkten und Zielgruppen. Aufgrund der Diskussionen wurde festgestellt, dass sich nicht jede Fortbildung für externe Teilnehmende eignet. Für die kleineren Institutionen ist der Aufwand einer professionellen Ausschreibung zu hoch, auch ist die unklare Beteiligung Anderer ein zu hohes Risiko. Interne Fortbildungen mit externen Referenten haben eine begrenzte Teilnehmerzahl, die oft bereits von der Institution selbst erreicht wird.

Ergänzende Information: Im letzten Jahr (2014) nahmen 22 externe Teilnehmer/innen am Fortbildungsprogramm des Spital Limmattals aus folgenden Institutionen teil: Spitex rechtes Limmattal (3), Verein Wabe (8), Seniorenzentrum im Morgen (3), Alterszentrum am Bach (4), Spitex Birmensdorf (3), Spitex Senevita (1). Vom Spital Limmattal wird für Spitex-Dienste separat eine Weiterbildung zum Wundmanagement angeboten. Im 2014 nahmen 46 externe Pflegepersonen daran teil.

Zusammenarbeit mit dem Spital Limmattal

Bei der Ausbildung von den FaGe-Lernenden arbeitet ein Teil der Institutionen bereits mit dem Akutbereich des Spital Limmattals zusammen. Ihre FaGe-Auszubildenden absolvieren im Spital ein 4-monatiges Praktikum am Ende des 2. Lehrjahres. Einige Institutionen wurden von externen Anbietern, wie Spicura und Berufslehr-Verbund Zürich (BVZ) bei den Berufslehren der Sekundarstufen unterstützt.

Alle fünf befragten Institutionen kennen das Fortbildungsprogramm des Pflegezentrums und Spital Limmattals.

Bedarf an regionaler Zusammenarbeit und Unterstützung

Vier Institutionen können sich eine Zusammenarbeit betreffend Aus- und Fortbildung vorstellen, eine Institution wünscht diese nicht.

Vorstellungen zur Art der Zusammenarbeit und Unterstützung betreffen vor allem die Ausbildung der Tertiärstufen in Form von konzeptioneller und organisatorischer Unterstützung, Abdeckung gewisser Fachgebiete sowie inhaltlicher Beratung. Konkreter wird die Zusammenarbeit bei der Durchführung der LTT (Lernbereich Training und Transfer) von einer und die Zusammenarbeit betreffend Ressourcenaustausch der Berufsbildnerinnen von einer anderen befragten Institution vermisst.

Institutionen, die ihren FaGe oder DN1 Mitarbeitenden eine berufsbegleitende HF-Ausbildung ermöglichen, betrachten die gemeinsame Organisation der externen Praktika als mögliche Zusammenarbeit. Das Pflegezentrum selbst bietet diese berufsbegleitende HF-Ausbildung jedoch nicht an. Die durch externe Praktika resultierenden Absenzen stellen für alle betroffenen Institutionen ein potentielles Problem dar.

Herausforderungen in Bezug auf die Finanzierung

Eine kostendeckende Finanzierung der Fortbildungen mit externen Referenten ist für alle Befragten selbstverständlich. Bei der Unterstützung im Ausbildungsbereich sind die Ansichten betreffend Finanzierung noch unsicher.

8.4. Empfehlungen

In Bezug auf die Realisierung und Verbesserung des möglichen regionalen Wissensaustausches gibt das Projektteam folgende Empfehlungen ab:

Ausbildung

- Das Thema „Regionale Zusammenarbeit besonders im Bereich der Ausbildung von HF-Studierenden“ findet die Projektgruppe interessant, der Zeitpunkt jedoch für eine weitere Bearbeitung wird noch nicht als reif genug betrachtet.
- Das Spital Limmattal soll weiterhin FaGe-Praktikumsplätze im Akutbereich anbieten.

Weiter- und Fortbildung und deren Finanzierung

- Die Kommunikation über die internen, für andere Institutionen geeigneten, Fortbildungen soll in allen regionalen Institutionen verbessert werden: betriebseigenes Fortbildungsprogramm mit freien Plätzen bekannt machen (Homepage, Mail, durch Koordinationsstelle etc.)
- Das Spital Limmattal soll weiterhin die anderen regionalen Institutionen über sein Fortbildungsprogramm „Fortbildung Pflegedienst für externe Interessenten“ per Post und per E-Mail informieren. Anstelle der Briefpost kann die Homepage vom Spital Limmattal einen zukünftigen Informationsweg für das Fortbildungsprogramm nebst E-Mail darstellen.
- Für externe Teilnehmende sollen Kurzweiterbildungen im Pflegezentrum weiterhin kostenlos sein und Ganztagesveranstaltungen wie bis anhin kostenpflichtig angeboten werden.

9. Ergebnisse des Teilprojekts F: Entlastungsangebote

9.1. Ausgangslage

Die Vorstudie hatte ergeben, dass Tages- bzw. Nachtkliniken sowie Ferienbetten in der Regel für die Leistungserbringer, welche sie anbieten, nicht rentabel sind. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass derartige Angebote Heimeintritte verzögern respektive verhindern können, indem sie die pflegenden Angehörigen entlasten und somit einen sehr hohen volkswirtschaftlichen Nutzen haben. Das Ziel dieses Teilprojektes ist es, abzuklären, welche Entlastungsangebote im Limmattal nötig sind und wie diese ausgestaltet und finanziert werden sollten.

9.2. Methodisches Vorgehen und Zielsetzungen

Das methodische Vorgehen und die damit verfolgten Zielsetzungen des Teilprojektes sind in Tabelle 5 aufgeführt.

	Zielsetzung	Methodisches Vorgehen
1.	Erfassung der bereits vorhandenen Angebote	<ul style="list-style-type: none"> Befragung der Leistungserbringer (Details siehe Anhang Kapitel 11.4)
2.	Abschätzung des Bedarfs	<ul style="list-style-type: none"> Literatursuche Befragung der Leistungserbringer Diskussionen in der Arbeitsgruppe
3.	Ausarbeitung des potentiellen Leistungsangebotes , der inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung sowie des Finanzierungsmodells .	<ul style="list-style-type: none"> Klärung der Definitionen der untersuchten Angebote Zusammenbringen der Informationen aus der Literatursuche und der Befragung der Leistungserbringer Diskussionen in der Arbeitsgruppe: Inhaltliche, organisatorische und finanzielle Weiterentwicklung der Angebote

Tabelle 5: Zielsetzungen und methodisches Vorgehen im Teilprojekt E: Entlastungsangebote

9.3. Resultate

Die in der Folge beschriebenen Resultate basieren auf den durch die Arbeitsgruppe erarbeiteten Resultaten sowie Diskussionen im Steuerungsausschuss und der Gesamtprojektleitung.

Hauptresultate im Überblick

In einem ersten Schritt wurden innerhalb der Arbeitsgruppe alle untersuchten Dienstleistungen genauer definiert, um die einzelnen Angebote voneinander trennen zu können. Die ausgearbeiteten Definitionen sind im Anhang Kapitel 11.4 im Detail aufgeführt.

Zur Frage der volkswirtschaftlichen Kosten und insbesondere zum Vergleich zwischen ambulanten und stationären volkswirtschaftlichen Kosten konnten innerhalb der Literatursuche keine Resultate gefunden werden.

Die zurzeit in der Region bereits vorhandenen Angebote, die Hauptresultate und die von der Arbeitsgruppe abgeleiteten Schlussfolgerungen sind in nachfolgender Tabelle zusammengestellt.

Angebot	Hauptresultate und Schlussfolgerung aus Befragung und Diskussionen
Tageszentrum	Bestand: 20 Plätze Zum Teil schlechte Auslastung und allgemein schlechte Finanzierbarkeit ➤ Detailinformationen: siehe unten
Notfallbett	Bestand: 0 Betten Im Normalfall können Patienten auch sehr kurzfristig ein Bett in einem APH finden. Die Vermutung der Arbeitsgruppe ist es, dass Patienten in dieser Situation jedoch oft ins Spital überwiesen werden, da die Vermittlung in ein Spital mit weniger Umtrieben verbunden ist. Ggf. könnte diese Situation verbessert werden, wenn die im Teilprojekt „Koordinationsstelle“ geplante Bettenliste umgesetzt wird und die überweisenden Ärzte direkt in Erfahrung bringen können, welche der APH noch freie Betten haben, oder sie Kontakt aufnehmen zu den kommunalen Anlaufstellen.
Nachtzentrum	Bestand: 0 Plätze Es besteht kein Bedarf an Nachtzentrumsplätzen.
Ferienbett	Bestand: 4 vorgehaltene Betten Zum Teil schlechte Auslastung und allgemein schlechte Finanzierbarkeit ➤ Detailinformationen: siehe unten
Temporärbett / Drehscheibenpflege	Bestand: ca. 3 nicht-vorgehaltene Betten (Bestand sehr variabel und abhängig von Belegung der Langzeitpflege-Betten) Diese Betten müssen nicht vorgehalten werden, da in den meisten Fällen ein freies Bett in einem der APHs gefunden werden kann. Die Thematik der Temporärbetten / Drehscheibenpflege wird in den beiden Teilprojekten Spezialisierte Pflege und Akut- und Übergangspflege behandelt und wurde daher in diesem Teilprojekt nicht weiter verfolgt.
Wochenendangebote a) Tagesangebote am Wochenende b) Nachtangebote am Wochenende	a) Bestand: 1 Samstag im Jahr ist das TZ geöffnet b) Bestand: 1 Bett ➤ Detailinformationen: siehe unten

Tabelle 6: In der Region vorhandene Angebote, Hauptresultate und Schlussfolgerungen der Arbeitsgruppe basierend auf den Resultaten der Literatursuche und der Befragung der Leistungserbringer; Abkürzungen: APH: Alters- und Pflegeheim, PZ: Pflegezentrum des Spital Limmattal, TZ: Tageszentrum

Detaillierte Resultate zu den Themen Tageszentrum, Ferienbetten und Wochenendangebote

1) Tageszentrumsplätze

In den zehn Trärgemeinden des PZ existieren zwei Tageszentren (TZ). Das eine wird vom PZ, das andere vom Alters- und Gesundheitszentrum in Dietikon (AGZ) betrieben. Beide Institutionen bieten 10 Plätze für Patienten an. Die Auslastung variiert dabei zwischen 55.5% und 90.5% (2014). Die über neunzigprozentige Auslastung wird mittels gelegentlicher Überbelegung der existierenden TZ-Plätze am Spital Limmattal erreicht.

Auch bei einer hundertprozentigen Auslastung kann jedoch nicht grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die Finanzierbarkeit des Angebotes gegeben ist.

Laut Angaben aus der Literatur und auf Grund von Antworten aus der Befragung kann davon ausgegangen werden, dass das Bedürfnis nach Tageszentrumsplätzen grösser ist, als der Bedarf (Darstellung Theorie siehe Anhang Kapitel 11.4 „Darstellung Bedürfnis, Bedarf und Nachfrage“). Dies kann u.a. auf eine grosse Preissensibilität seitens der Patienten / Angehörigen zurückgeführt werden⁷, d.h. dass viele Patienten / Angehörige die Angebote als zu teuer einschätzen. Allerdings wird auch davon ausgegangen, dass in gewissen Fällen eine grosse innere Ambivalenz bei den Angehörigen besteht, welche z.B. aus schlechtem Gewissen gegenüber dem Patienten solche Angebote nicht in Anspruch nehmen, oder sie sich nicht bewusst sind, dass eine Entlastung nötig wäre. Um die Einweisung in ein APH möglichst lange zu vermeiden, wird in der Literatur empfohlen, Entlastungsangebote möglichst niederschwellig zu gestalten.

Ein sehr spezifischer Bedarf scheint derjenige nach arbeits-agogischen Plätzen zu sein. Solche Plätze würden den betroffenen Personen (unter 65 Jahren) eine Tagesstruktur bieten, bis die Betreuung an geschützten Arbeitsplätzen der Invalidenversicherung oder im ersten Arbeitsmarkt wieder wahrgenommen werden kann. Sie müsste jedoch an klare individuelle Ziele (z.B. Wiedereintritt in eine geschützte Arbeitssituation) gebunden werden. Heute würden ca. 3 Patienten des TZ als Kandidaten für arbeits-agogische Plätze in Frage kommen.

2) Ferienbetten

In den untersuchten Gemeinden existieren insgesamt vier vorgehaltene Ferienbetten. Drei im PZ und eines im AGZ. Die Auslastungen variieren zwischen 27.5% und 72%.

Obschon die Angebote für gewisse Patienten / Angehörige zu teuer oder gefühlt zu teuer sind, sind sie auf Grund ihrer systeminhärenten tiefen Auslastung unterfinanziert. Bei einer 100%-Auslastung könnten die Ferienbetten kostendeckend geführt werden. Es wäre damit für die Leistungserbringer wirtschaftlicher, die Ferienbetten als Langzeitpflegebetten zu nutzen, da dadurch eine beinahe hundertprozentige Auslastung erreicht werden könnte.

Innerhalb der Arbeitsgruppe wurden Massnahmen zur Erhöhung der zum Teil sehr tiefen Auslastung diskutiert. Die in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Daten zeigen idealisierte Berechnungen zur Auslastung, respektive der benötigten Anzahl Betten.

⁷ Köppel Ruth: orgavisit - Erfolgreiche Praktiken von Tagesstätten, Age Stiftung und Curaviva Schweiz, 2015

Anvisierte Auslastung (bei heutiger Nachfrage)	80%	70%	60%
Benötigte Anzahl Betten	1.85	2.01	2.47

Tabelle 7: Benötigte Anzahl vorgehaltener Ferienbetten nach Auslastung und bei heutiger Nachfrage; idealisierte Berechnung, d.h. keine saisonalen Schwankungen, etc. einberechnet

Eine Auslastung von über 70% ist laut den Mitgliedern der Arbeitsgruppe für ein vorgehaltenes Ferienbett unrealistisch. Rechnet man noch etwas Puffer für gelegentliche saisonale Schwankungen mit ein, sollten drei vorgehaltene Ferienbetten für die Region (bei heutiger Nachfrage) ausreichen. Da laut Rückmeldungen aus der Befragung in Zukunft höchstens mit einer leichten Erhöhung der Nachfrage zu rechnen ist, sollten drei Betten auch in Zukunft den Bedarf decken können.

3) Wochenendangebote

a) Tagesangebote am Wochenende

Zurzeit bestehen nur sehr eingeschränkt Wochenendangebote in der Region. Das TZ des PZ hat an einem Samstag im Jahr geöffnet. Es ist zurzeit nicht abschätzbar, wie gross der Bedarf nach Tagesangeboten am Wochenende in der Region ist.

b) Nachtangebote am Wochenende

Das AGZ bietet die Möglichkeit für Wochenendaufenthalte im Ferienbett an. Dieses Angebot wird jedoch nur selten genutzt. Weiter plant das PZ die minimale Übernachtungszeit für ihre Ferienbetten von einer Woche (Stand heute) auf eine Nacht zu reduzieren. Es wird davon ausgegangen, dass mit diesen Dienstleistungen der Bedarf an Nachtangeboten am Wochenende in der Region gedeckt ist.

9.4. Schlussfolgerungen und Umsetzungsempfehlungen

Tageszentrumsplätze

- 1) **Beibehaltung der aktuellen Taxen:** Trotz den Empfehlungen aus der Literatur und der Schlussfolgerung, dass das Bedürfnis nach Tageszentrumsplätzen grösser ist als der Bedarf, geht die Arbeitsgruppe davon aus, dass weder eine Verminderung noch eine Erhöhung der Tagestaxen im aktuellen politischen Umfeld angezeigt sind.
- 2) **Empfehlungen zur Erhöhung der Auslastung:** Die aktuellen Kapazitäten sollen beibehalten werden. Um die Auslastung wo nötig dennoch zu verbessern sollen:
 - a. im TZ in Dietikon ggf. die Taxen der „Externen“ (Patienten aus den Gemeinden des Bezirks, welche ausserhalb von Dietikon leben) auf das Niveau der Patienten aus Dietikon gesenkt werden.
 - b. die Angebote besser bekannt gemacht werden (siehe unter 8) „Allgemeine Empfehlungen“).
- 3) **Aufbau von arbeits-agogischen Plätzen:** Das PZ kann sich vorstellen, arbeits-agogische Plätze anzubieten. Auf den bestehenden Bedarf kann jedoch erst reagiert werden, wenn der Umbau des Spitals Limmattal abgeschlossen ist und sich die räumliche Situa-

tion des PZ normalisiert hat. Es wird davon ausgegangen, dass maximal 5 arbeits-agogische Plätze nötig wären, um den Bedarf abzudecken. Diese Plätze sollten zusätzlich zu den bereits bestehenden 10 Tageszentrumsplätzen angeboten werden.

Ferienbetten

- 4) **Beibehaltung der aktuellen Taxen:** Trotz der Erkenntnis, dass die Preise der Ferienangebote für gewisse Patienten / Angehörige zu hoch erscheinen, sollen die aktuellen Taxen beibehalten werden. Diskutierte Modelle aus anderen Ländern, z.B. Österreich (Zuzahlung für Entlastungsangebote aus Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderungen⁸), werden zurzeit nicht als umsetzbar erachtet.
- 5) **Reduktion der Anzahl vorgehaltener Ferienbetten:** Zur Verbesserung der Auslastung soll die Anzahl vorgehaltener Ferienbetten von vier (Stand heute) auf drei reduziert werden, indem ein Bett im PZ geschlossen wird.
- 6) **Keine Änderungen der Finanzierung, aber bessere Bewerbung der Angebote:** Die Finanzierung und die organisatorische Ausgestaltung der Ferienbetten sollen nicht verändert werden. Allerdings soll versucht werden die Auslastung der Angebote noch zu verbessern, indem sie besser bekannt gemacht werden (siehe unter 8) „Allgemeine Empfehlungen“).

Wochenendangebote

7) Pilotprojekt Wochenendangebote

- a) **Tagesangebote am Wochenende:** Es soll ein Pilotprojekt durchgeführt werden, in welchem das TZ des PZ während eines Jahres versuchsweise Tagesangebote am Wochenende anbietet. Dieses Angebot soll wie folgt aufgebaut sein:
 - i. **Ausgestaltung:** 2016 sollen drei Samstage (9-20 Uhr) und drei Sonntage (9-18 Uhr) definiert werden, an welchen das TZ geöffnet wird. Das Wochenendangebot soll mit zwei Mitarbeitern pro Arbeitstag abgedeckt werden.
Die Finanzierbarkeit des Angebotes ist stark von der Anzahl und der Pflegestufe der Patienten abhängig. Eine Mindestanzahl von 10 Teilnehmenden wird angestrebt. Das Angebot soll zu den aktuellen Taxen angeboten werden. Ein Wochenendaufschlag wurde in Erwägung gezogen, jedoch aus betrieblichen Gründen verworfen.
 - ii. **Werbung:** Das Angebot soll breit beworben werden.
Bereits mit den beiden regionalen Spitex-Organisationen abgesprochen ist der Versand eines Flyers mit allen Informationen zum neuen Wochenendangebot (inkl. aller Daten im Jahr 2016) zusammen mit der Spitex-Rechnung. Das PZ entscheidet selbst über weitere Werbemaßnahmen, z.B. den Versand von Informationen an die kommunalen Anlaufstellen, Bewerbung des Angebotes auf den Internetseiten von anderen Leistungserbringern (Spitex, Gemeinden, Anlaufstelle usw.).

⁸ www.sozialministerium.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/Betreuende_und_pflegerische_Angehoerige/Unterstuetzung_fuer_pflegerische_Angehoerige

- iii. **Evaluation:** Falls die Evaluation des Angebotes nach einem Jahr zeigt, dass das Angebot zu wenig genutzt wurde, soll es wieder aufgehoben werden. Als Alternative können den Patienten die Wochenendangebote von anderen Leistungserbringern im Kanton Zürich (z.B. Pflegezentrum Dielsdorf) empfohlen werden.
- b) **Nachtangebote am Wochenende:** Wie weiter oben besprochen, braucht es neben der bereits geplanten Reduktion der minimalen Übernachtungszeit im Ferienbett des PZ keine weiteren Massnahmen.

Allgemeine Empfehlung

- 8) **Bessere Bekanntmachung der Angebote:** Bei jenen Angeboten, welche zurzeit eine tiefe Auslastung aufweisen, wird u.a. davon ausgegangen, dass die Angebote in der Bevölkerung zu wenig bekannt sind. Daher sollen sie wie folgt beworben werden:
 - a) Senden eines Flyers mit Information über die Angebote an: Hausärzte, Spitex-Organisationen, kommunale Anlaufstellen, Mandatszentren, das psychiatrische Ambulatorium Dietikon und weitere ähnliche Organisationen.
 - b) Die Beilage für die Spitex-Rechnung, welche das neue Wochenendangebot bewirbt, könnte ergänzt werden durch eine kurze Information zu den nicht ausgelasteten Dienstleistungen.
- 9) **Ausschreibung einer Masterarbeit:** Die Arbeitsgruppe würde das Ausschreiben einer Masterarbeit unterstützen, welche die volkswirtschaftlichen Kosten der ambulanten und stationären Langzeitversorgung genauer untersucht und vergleicht.

10. Fazit und Schlussbemerkungen

Ein wesentliches Ergebnis des Projektes war die Vernetzung der sehr heterogenen Akteure und Anspruchsgruppen im Spitalverband. So schreibt die Credit Suisse in ihrer Analyse „Swiss Issues Regionen: Das Limmattal auf einen Blick“: Das Limmattal umfasst „vergleichsweise heterogene Gemeinden“. Entsprechend war es nicht verwunderlich, dass neben der inhaltlichen Bearbeitung der Teilprojekte von den Teilnehmern in den Projektgruppen ein grosser Mehrwert darin gesehen wurde, die Ansprechpartner „auf der anderen Seite“ nun zu kennen und bei Bedarf direkt kontaktieren zu können. Diese Vernetzung war von Anfang an ein Ziel des Projektes und wurde in beiden Etappen gepflegt indem alle Teilprojekte möglichst breit mit Akteuren des Spitalverbandes besetzt wurden. Alle angefragten Vertreter von Institutionen im Spitalverband haben denn auch für beide Etappen ausnahmslos ihre Bereitschaft zur Unterstützung des Projektes erklärt.

Auf der inhaltlichen Ebene zeigte sich im Projekt einmal mehr, dass zwar alle Akteure eine Zusammenarbeit für wichtig erachten, im Detail dann aber die Art und Ausgestaltung der Kooperation individuellen Wünschen entsprechen soll und eigene Interessen eine grosse Rolle spielen. Entsprechend gilt es weiterhin auf Seiten des Spitals Limmattal und des Pflegezentrums des Spitals Limmattal den Bedarf der Anspruchsgruppen innerhalb des Spitalverbandes abzuholen und regelmässig zu prüfen, ob und wenn ja, wie diese Nachfrage zufriedengestellt werden kann. Dabei stellt sich in der Regel einerseits die Frage nach den notwendigen Ressourcen (Fokus: Personal und Räumlichkeiten) und andererseits nach den Möglichkeiten der Finanzierung von neuen Leistungen. Dies muss dabei sowohl auf Seiten der Anbieter als auch der Nachfrager konstruktiv geklärt werden.

Nach Abschluss des Projektes wird es ausschlaggebend sein, dass die Akteure und Anspruchsgruppen im Spitalverband die abgestimmten Vorschläge umsetzen – Papier ist ja bekanntlich geduldig. D.h. das Projekt sollte daran gemessen werden, was sich aufgrund der Analysen in der konkreten Zusammenarbeit verändert hat. Die Autoren sind hoffnungsfroh, mit den Ergebnissen des Projektes den Anstoss für diese Veränderungen gegeben zu haben. So schreibt die Limmattaler Zeitung bereits im November 2015: „Das Pflegezentrum soll durch Kompetenzzentrum mit Fokus auf komplexe Erkrankungen ersetzt werden“ – ist das bereits der Beginn von Veränderungen in der Spitalregion Limmattal?

11. Anhang

11.1. Teilprojekt „Spezialisierte Pflege“: Ergänzende Unterlagen

11.1.1. Aktuelle Überlegungen zur Finanzierung der Leistungen der spezialisierten Pflege

Zu den stationären Angeboten des Pflegezentrums des Spitals Limmattal gehören auch Leistungen, die bereits seit mehreren Jahren angeboten und als spezialisierte Pflege verstanden werden können. Im Teilprojekt „Spezialisierte Pflege“ im Rahmen des Projektes „Koordination der Altersversorgung im Zweckverband Spital Limmattal“ wurden diese Leistungen ausdrücklich von den umliegenden Heimen gewünscht.

Die Finanzierung der Pflegeleistungen im Pflegezentrum Spital Limmattal ist jedoch defizitär. So beinhaltet das Angebot der Langzeitpflege nach der Palliative Care Philosophie generell Leistungen wie z.B. die Betreuung der Angehörigen oder Roundtable Gespräche, die im gängigen Tarif- System nicht abgebildet sind. Die Kostenrechnung weist im Jahr 2013 im Durchschnitt eine Differenz der Normkosten zu den Pflegevollkosten von CHF 26.35 pro Bewohnertag aus. Der Betrag vom Jahr 2014 liegt erst Ende April 2015 vor.

Die hohen Pflegekosten begründen sich bei spezialisierten Pflegeleistungen zusätzlich folgendermassen:

- **Bewohnende mit einer Demenzerkrankung (integrative wie separative Betreuung) oder multimorbide ältere Bewohnende mit einer chronischen psychiatrischen Erkrankung**
Die Demenzsymptomatik kann als ständige, instabile Krisensituation des Bewohnenden betrachtet werden, welche v.a. durch zeitintensive Betreuung behandelt werden kann. Aktuell können jedoch aufwändige Betreuungssituationen von Menschen mit Demenz mit den vorgegebenen Pflegestufen (RAI) nicht kostendeckend abgebildet und abgerechnet werden. Der maximale Zeitaufwand von mehr als 220 Minuten in 24 Stunden kann nur bei extensiven medizintechnischen Pflegeverrichtungen bzw. bei mehreren Rehabilitationstherapien bei gleichzeitiger hoher körperlicher Beeinträchtigung (mit vordefinierten Bedingungen) abgerechnet werden. Diese Bedingungen werden in der Praxis nur in Ausnahmefällen erfüllt, bei dieser demenzerkrankten Bewohnergruppe im Pflegezentrum des Spitals Limmattal jedoch nie.
Bei Bewohnenden mit einer chronischen psychiatrischen Erkrankung treffen für den Umgang mit Symptomen die gleichen Rahmenbedingungen zu.
- **Komplexe Hospizpatienten**
Die vorgegebenen Pflegestufen (RAI) bilden die komplexen und häufig instabilen Situationen der Hospizpatienten ungenügend ab. Der maximale Zeitaufwand bei extensiver Pflege (mit vordefinierten Bedingungen) begrenzt sich auch hier auf 220 Minuten in 24 Stunden. Diese medizintechnischen Bedingungen werden am Lebensende nur in Ausnahmefällen erfüllt. Der Schwerpunkt der Pflege und Betreuung orientiert sich an der Linderung der subjektiven Beschwerden und ist zeitintensiv. Im Hospiz treten häufig Patienten ein, die vorgängig in einer „Akut Palliative Care Station“ gepflegt, behandelt und betreut wurden und dasselbe Angebot auch im Hospiz jedoch zum Langzeittarif erhalten.

- **Hospiz Vorhalteleistungen:**

Eine konstante und hohe Bettenbelegung im Hospiz ist nicht möglich. Die Aufenthaltsdauer ist relativ kurz und unvorhersehbar. Eine Wartelistenfunktion ist nicht möglich, da der wartende Patient häufig in der Zwischenzeit auch verstorben ist. Die Aufnahme der Hospizpatienten ist in der Regel nicht aufschiebbar (Dekompensation zu Hause, Ablauf der Kostengutsprache in einer Akut-Palliativ-Abteilung etc.), sodass jederzeit ein freies Bett zur Verfügung stehen sollte. Dies führt zu nicht-finanzierten Vorhalteleistungen.

- **Bewohnende mit grossen Wunden**

Die Wundversorgung wird im Tarifsystem RAI-NH berücksichtigt, jedoch hängt der abrechenbare Zeitaufwand vom Gesundheitszustand der Bewohnenden ab. Beispiele:

- Für einen relativ selbständigen Bewohner mit einer grossen Wunde kann max. 100 Min. Pflegeaufwand pro 24 Stunden (inkl. Verbandwechsel) abgerechnet werden.
- Bei einem mittel bis hochpflegebedürftigen Bewohner kann ein maximaler Pflegeaufwand (inkl. Verband) von 160 bzw. 220 Minuten pro 24 Stunden abgerechnet werden.
- Bei einem sehr komplexen, pflegebedürftigen Bewohnenden, der bereits in einer höheren Tarifestufe codiert ist, wird die Wundversorgung nicht zusätzlich vergütet.

- **Bewohnende in der Drehscheibe des Versorgungssystems**

Bewohnende treten meistens direkt und ungeplant aus dem Spital ins Pflegezentrum ein. Ob sie wieder zurück nach Hause oder in ein anderes Heim ihrer Wahl gehen können, muss zuerst abgeklärt werden (Drehscheibenfunktion des Pflegezentrums). Durch den unerwarteten und unfreiwilligen Heimeintritt benötigen diese Bewohnenden und ihre Angehörigen professionelle Unterstützung und Beratung. Weiter ist häufig auch die finanzielle wie soziale Situation ungeklärt. Diese Leistungen können nicht im Tarifsystem RAI-NH abgebildet werden.

Lösungsvorschlag 1: betrifft alle Bewohnenden

Gemäss Gesetz ist eine Leistungsvereinbarung zwischen dem Pflegezentrum und den Gemeinden für die bisher ungedeckten Pflegekosten abzuschliessen (im Jahr 2013 CHF 26.35 pro Bewohnertag).

Gesetzliche Grundlagen: Im Pflegegesetz Artikel 9, Absatz 3 wird geregelt, dass die restlichen Pflegekosten bei den Leistungserbringern von den Gemeinden getragen werden. Im Kanton Zürich schreibt die Gesundheitsdirektion in ihrer Informationsbroschüre für die Patientinnen und Patienten, Angehörige, Institutionen und Gemeinden (Mai 2013) Folgendes: „Bleiben nach Abzug des Beitrages der Krankenkassen und Ihres eigenen Beitrages noch ungedeckte Pflegekosten übrig, werden diese von ihrer Gemeinde im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen übernommen“.

Curaviva informiert in ihrem Schreiben am 19.4.2010, dass die über den Normkosten liegenden Pflegekosten mit einer Leistungsvereinbarung zwischen dem Pflegeheim und den Gemeinden geregelt und festgelegt werden.

Anmerkung: Dies wird in mehreren grösseren Pflegeheimen im Kanton Zürich mit gleichem Angebot wie z.B. im Gesundheitszentrum Dielsdorf und Pflegezentrum Rotacher in Dietlikon praktiziert.

Teillösungsvorschlag 2: betrifft Bewohnende im Hospiz und der geschützten Demenzabteilung

In den Statuten des Zweckverbandes wird im Artikel 49 aufgeführt, dass für spezielle Leistungsaufträge und Aufträge Dritter, Nebenrechnungen geführt werden. Solche Nebenrechnungen werden beim Jahresabschluss in die Jahresrechnung des Verbandes einbezogen.

Anstelle einer Nebenrechnung könnte auch eine Vollkostenrechnung nach Abteilung erstellt werden. Zweck einer Nebenrechnung bzw. einer Vollkostenrechnung ist der spezifische Nachweis einer Unter- bzw. Überdeckung. Im Falle eines Defizits müsste dieses im Rahmen einer Leistungsvereinbarung durch die Gemeinden gedeckt werden.

Für folgende Abteilungen käme theoretisch eine Nebenrechnung bzw. eine Vollkostenrechnung in Frage:

- für die Hospizeinheit (personalintensiv, Vorhalteleistungen)
- für die geschützte Demenzabteilung (personalintensiv, mehr Räumlichkeiten)

Aufgrund der eigenen Kostenrechnung könnten die höheren Pflege- und Betreuungskosten ausgewiesen und somit verrechnet werden.

Voraussetzung: Hierfür bedarf es einer detaillierten Kostenrechnung. Diese ist im Pflegezentrum erst im Aufbau und die Datenqualität ist noch unklar. Der Aufwand für die Erstellung einer Vollkostenrechnung nach Abteilungen ist sehr hoch. Neben den Verrechnungen zwischen den Abteilungen innerhalb des Pflegezentrums müssten auch die SLA's (Service-Level-Agreement) mit dem Spital auf die Abteilungen des Pflegezentrums aufgeteilt werden.

Teillösungsvorschlag 3: betrifft Bewohnende mit herausforderndem Verhalten

Der Lösungsvorschlag 3 schlägt ein Betreuungszuschlag für Bewohnende mit herausforderndem Verhalten vor.

Bei Bewohnenden mit herausforderndem Verhalten (verbale und körperliche Aggression, Umherirren, sozial unangemessenes Verhalten, alltagsrelevante Halluzinationen, Widersetzung der Behandlung und Rückzug) ist der Betreuungsaufwand sehr hoch. Bis jetzt wurden die Betreuungstaxen nicht nach Betreuungsaufwand abgestuft. Neu könnte bei diesen Bewohnenden ein Betreuungszuschlag in Rechnung gestellt werden. Die entsprechenden Kriterien sind im RAI-NH System bereits codierbar.

Voraussetzung: Die Umsetzung des Vorschlages müsste noch juristisch geklärt werden. Der Betreuungszuschlag wird jedoch bereits in einem grösseren Pflegezentrum im Kanton Zürich umgesetzt.

Teillösungsvorschlag 4: betrifft Bewohnende mit Reha-Potential

Betriebliche Optimierung: Für eine kostendeckende Abrechnung im RAI-NH-System ist es entscheidend, dass der/die Bewohnende in einer REHA-Gruppe (Tarifstufen 8-12) eingestuft werden kann. Bedingungen dafür sind 3 Therapieeinheiten von mindestens je 15 Minuten, optimal 5 Therapieeinheiten von mindestens je 30 Minuten pro Woche, kombiniert mit entsprechenden und dokumentierten Trainings durch die Pflege.

Beispielweise beträgt die Pflegeentschädigung bei Bewohnenden ohne Therapien 41.53 - 177.70 CHF (Pflegestufen 2-7) und mit den Therapien 204.94 - 313.87 (Pflegestufen 8-12)

CHF pro Tag. Die Therapiekosten werden unabhängig der Pflegestufe von der Krankenkasse übernommen.

Voraussetzung: Die Physiotherapie muss die Ressourcen für das Pflegezentrum bereitstellen.

Dieser Lösungsvorschlag wird seit Februar 2015 umgesetzt.

Empfehlung der Geschäftsleitung

Die Geschäftsleitung des Pflegezentrums des Spitals Limmattal hat am 2. April 2015 den Lösungsvorschlag Nr. 1 (die gesetzlich vorgesehenen Leistungsvereinbarung mit den Verbandsgemeinden) favorisiert und als Empfehlung für die Finanzierung der Pflegeleistungen im Pflegezentrum vorgeschlagen.

11.1.2. Kommunikationskonzept

Zielgruppen der Kommunikation

Folgende Institutionen, Firmen, Gruppen und Personen wurden als Zielgruppen für die Kommunikation über das Angebot der Spezialisierten Pflege definiert. Es handelt sich um für das Pflegezentrum relevante Entscheidungsträger, Zuweiser, Dienstleistungsinstanzen und um Medienvertreter.

Zuweiser	Verbandsgemeinden Politik	Beratungsdienste	PR/Medien
<ul style="list-style-type: none"> • Spitäler <ul style="list-style-type: none"> • USZ, Waid, Triemli, PUK, Kilchberg, Affolter • Rehakliniken <ul style="list-style-type: none"> • Bellikon, Baden, Clavadel/Wald, Zurzach, Reha Rheinfelden • Hausärzte im Limmattal <ul style="list-style-type: none"> • gemäss Liste • Andere Heime <ul style="list-style-type: none"> • Ruggacker/Dietikon, Sandbühl/Schlieren, Im Morgen/Weiningen, Weihermatt/Urdsorf, Am Bach/Birmensdorf 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsdirektion ZH • Gesundheitsvorstände <ul style="list-style-type: none"> • gemäss Liste • Gemeindevorstände <ul style="list-style-type: none"> • gemäss Liste • Potentielle Kunden <ul style="list-style-type: none"> • Betroffene • Angehörige 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenkassen inkl. Fallmanager <ul style="list-style-type: none"> • CSS, Helsana, SWICA, Concordia, Visana, Sanitas, INTRAS • Koordinations- und Beratungsstellen <ul style="list-style-type: none"> • Re. Limmattal, Schlieren, Dietikon, Urdsorf, Birmensdorf • Spitex <ul style="list-style-type: none"> • Re. Limmattal, Spitex Regio, Spitex Birmensdorf • KESB <ul style="list-style-type: none"> • Ruth Ledergerber/Dietikon 	<ul style="list-style-type: none"> • Tageszeitungen <ul style="list-style-type: none"> • Limmattaler, Tagesanzeiger • Fachzeitschriften/Newsletter <ul style="list-style-type: none"> • Curaviva, NOVAcura, palliative ch etc. • Limmi Inside • Gemeindegemeinden der Verbandsgemeinden

Kommunikationsmöglichkeiten

Hier wird das Kommunikationsangebot mit den geplanten Zielgruppen dargestellt.



11.2. Teilprojekt „Koordinationsstelle“: Ergänzende Unterlagen

11.2.1. Ausgangslage in den beteiligten Gemeinden

Org.	Gesundheit Limmattal	AGZ Dietikon	Beratungsstelle Pflege & Alter	Gemeinde Urdorf
WER*	Geroldswil, Oberengstringen, Oetwil a.d.L., Unterengstringen, Weiningen	Dietikon	Schlieren	Urdorf
Angebot	<ul style="list-style-type: none"> - SPoC (Telefon & Schalter, Mo.-Fr. ganztags) - Vermittlung von Diensten und Informationen - Bettenvermittlung - Kontakte zu Organisationen - Informationen über LE - Wohn-, Lebens- und Gesundheitsberatung 	<ul style="list-style-type: none"> - SPoC (Telefon & Schalter, Mo.-Fr., vormittags), v.a. Triage - Vermittlung von Diensten und Informationen - Bettenvermittlung - Kontakte zu Organisationen - Informationen über LE - Finanzierung von Vereinen 	<ul style="list-style-type: none"> - SPoC (Telefon & Schalter, Beratungen mit Voranmeldung: Mo.-Fr. ganztags; Di. nachmittags und Do. vormittags: Beratungen ohne Voranmeldung) - Vermittlung von Diensten und Informationen - Bettenvermittlung 	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Telefonnummer / Schalter der Gemeindeverwaltung (Telefon & Schalter, Mo.-Do. ganztags, Fr. vormittags) - Informationen auf der Homepage - Viele Beratungen geschehen direkt durch die LE, (insbesondere AZ Weihermatt, RegioSpitex)

Abbildung 8: Heutiges Angebot der Auskunftsstellen in den beteiligten Gemeinden; * Standort der Auskunftsstelle in fett; Abkürzungen: AGZ: Alters- und Gesundheitszentrum, AZ: Alterszentrum, LE: Leistungserbringer, SPoC: Single Point of Contact

11.2.2. Möglicher Leistungskatalog der Koordinationsstelle

Die folgende Liste zeigt mögliche Dienstleistungen der Koordinationsstelle, insbesondere aus Sicht der drei wichtigsten Stakeholder (Senioren / Patienten / Angehörige, Gemeinden und Leistungserbringer).

Informations-Erarbeitung und Publikation
Aufbereitung von allgemein-gültigen Informationen (über die Koordinationsstelle, allg.-gültiges Beratungsmaterial, allgemeine Informationen zu Lebensberatung und finanziellen Fragen, etc.)
Aufbereitung von gemeinde-spezifischen Informationen (Anpassung des Beratungsmaterials, regionale ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungserbringer und Organisationen, Lebensberatung, finanzielle Fragen, etc.), inkl. Adressverzeichnis
Erstellen von Informations-Material und Drucksachen
Aktuelle Bettenliste: alle beteiligten APHs halten die Bettenliste in Echtzeit aktuell (die beteiligten APHs erhalten Zugriff auf einen passwort-geschützten Teil der Homepage). Die Informationen sind danach für die Koordinationsstelle und alle beteiligten APHs zugänglich
Homepagebetrieb
Erarbeitung von Kommunikationsgrundlagen für Öffentlichkeitsarbeit
Öffentlichkeitsarbeit, ggf. Tournee / Roadshow
Sammeln von Informationen über Veranstaltungen, u.ä. und Publikation eines Veranstaltungskalenders

Beratung von Senioren/ Patienten und deren Angehörigen
Telefonische Auskunft
Beratung der Betagten / Angehörigen z.B.: Problemlösung, Vermittlung von Diensten und Informationen sowie Information über leere Betten
Schalter vor Ort
Verbindung zu anderen Leistungserbringern
Weitervermittlung an andere Dienstleister (Gemeindedienste, Leistungserbringer)
Zur Verfügung stellen von Informationen
Kommunikation / Netzwerkarbeit (Kontakt zu Gemeinden, Leistungserbringern, Vereinen, etc.)
Finanzierung von Vereinen (nur Dietikon)
Verbindung zu anderen Leistungserbringern
ggf. weitere Dienstleistungen , welche der Koordination der Altersversorgung in der Region dienen (abhängig von Resultaten aus anderen Teilprojekten)

Tabelle 8: Möglicher Leistungskatalog der Koordinationsstelle; Abkürzungen: APH: Alters- und Pflegeheim

Abgrenzung

Die Arbeitsgruppe hat gewisse Leistungen identifiziert, welche (zumindest zum jetzigen Zeitpunkt) nicht Teil des Leistungskataloges der Koordinationsstelle sein sollen:

- 1) Vergabe von Pflegeheim-Betten. Die Betagten sollen nur darüber informiert werden, dass in einem gewissen Alters- und Pflegeheim (APH) ein Bett frei ist und stellen die Verbindung zum APH her. Der Entscheid über die Vergabe des Bettes verbleibt beim APH.
- 2) Die Koordinationsstelle informiert die Betagten über ihre Situation bezüglich Finanzierung, sie fällt jedoch keine Entscheide über die Übernahme von Leistungen. Diese Kompetenz verbleibt bei den Gemeinden.
- 3) Die folgenden Leistungen könnten ggf. zu einem späteren Zeitpunkt angeboten werden, werden aber zum jetzigen Zeitpunkt explizit vom Leistungskatalog ausgeschlossen:
 - a) Präventive Besuche beim Betagten zu Hause
 - b) Prävention auf der Ebene von Einzelpersonen

11.2.3. Vernehmlassungsunterlagen

Koordination der Altersversorgung im Zweckverband Spital Limmattal: Teilprojekt „Koordinationsstelle“

Vernehmlassung bei den Gemeinden: Fragebogen

Ziel dieser Vernehmlassung

Das Spital Limmattal führt im Auftrag der Zweckverbandsgemeinden zurzeit ein Projekt durch, in welchem es darum geht, die Altersversorgung in der Region besser zu koordinieren. Ein Teilprojekt mit dem Namen „Koordinationsstelle“ wird Ihnen im Rahmen der vorliegenden Vernehmlassung genauer vorgestellt.

Wir bitten Sie, uns in dieser Vernehmlassung Ihre Meinung, Ihre Bedenken, Ihre Fragen, etc. zum jetzigen Stand der Projektarbeiten mitzuteilen. Sie müssen sich zurzeit jedoch noch nicht für oder gegen die Umsetzung der vorgestellten Lösungsvorschläge entscheiden.

Ihre Rückmeldungen auf diese Vernehmlassung werden in die abschliessende Beurteilung und Empfehlung der Arbeitsgruppe „Koordinationsstelle“, miteinfließen.

Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, unsere Dokumentation und unsere Fragen zu bearbeiten.

Organisatorisches

Bitte senden Sie uns den beantworteten Fragebogen (siehe beiliegendes Dokument) bis zum **20. Mai 2015** per Briefpost, Email oder Fax zurück. Untenstehend finden Sie unsere Kontaktdaten, unter welchen wir auch bei Fragen sehr gerne zur Verfügung stehen.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Flurina Meier

Gertrudstrasse 15

Postfach

8401 Winterthur

Tel.: 058 934 78 98

Fax: 058 935 78 98

E-Mail: flurina.meier@zhaw.ch

Robin Schmidt

Gertrudstrasse 15

Postfach

8401 Winterthur

Tel.: 058 934 66 12

Fax: 058 935 66 12

E-Mail: robin.schmidt@zhaw.ch

Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument lediglich die männliche Schreibweise verwendet. Bezeichnungen in der männlichen Form beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

1. Hintergrund des Gesamtprojektes

In der Region Limmattal, mit ihren ca. 15'000 Senioren (65+), gibt es heute wenig Koordination zwischen den Angeboten für die ältere Bevölkerung. Im Rahmen eines Projektes, welches von Oktober 2013 bis Juli 2014 vom WIG - Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der ZHAW in Zusammenarbeit mit dem Spital Limmattal durchgeführt wurde, wurde eine Bedürfnisanalyse sowie ein Vorgehenskonzept für die Verbesserung der regionalen Koordination der Alters- und Pflegeversorgung in den Gemeinden des Zweckverbandes Spital Limmattal (Aesch, Birmensdorf, Dietikon, Geroldswil, Oberengstringen, Oetwil a.d.L., Schlieren, Unterengstringen, Urdorf, Weiningen) erarbeitet.

Innerhalb dieses Vorprojektes wurden 17 teilstrukturierte Einzel- und Gruppeninterviews in den elf Gemeinden des Bezirks Dietikon und mit diversen Leistungserbringern (u.a. Alters- und Pflegeheimen, Hausärzten, Spitex-Organisationen, Patientenvertretern) durchgeführt. Nach Abschluss der Interviews wurde ein Informationsanlass mit Präsentation der Resultate abgehalten, dem ein Workshop mit neun Gemeindevertretern folgte, in welchem die erarbeiteten Themen diskutiert, politisch abgestützt und priorisiert wurden.

Die Interviews ergaben, dass sich ein Grossteil der Gemeinden und sämtliche Leistungserbringer eine bessere Koordination im Zweckverband des Spitals Limmattal wünschen. So soll zum einen das Pflegezentrum des Spitals Limmattal noch stärker zu einem Kompetenzzentrum werden, welches auf die Pflege komplexer und aufwändiger Bewohner (Spezialisierte Pflege / Akut- und Übergangspflege) fokussiert ist. Zum anderen soll durch eine optimale Koordination der regionalen Angebote in den Zweckverbandsgemeinden eine hochstehende, ganzheitliche Altersversorgung ermöglicht werden. Um dies zu erreichen, wurden von den Gemeindevertretern folgende sechs Themenbereiche priorisiert:

- Spezialisierte Pflege (inkl. komplexe Bewohner)
- Koordinationsstelle
- Gerontologische Beratungsdienstleistungen
- Akut- und Übergangspflege
- Wissensaustausch, Aus- und Weiterbildung
- Entlastungsangebote (Tages- und Nachtkliniken, Ferienbetten)

Auf der Basis dieser Erkenntnisse wurde eine Absichtserklärung für eine zukünftige Zusammenarbeit ausgearbeitet, die von acht Gemeinden des Zweckverbandes aktiv unterstützt wird. Nicht aktiv unterstützt wird das Projekt von den Gemeinden Aesch und Birmensdorf. Sie sind daher lediglich in gewissen Bereichen des Projektes miteinbezogen.

2. Umsetzung des Gesamtprojektes

Die sechs priorisierten Themenbereiche sollen in der aktuellen Projektphase innerhalb von sechs Teilprojekten inhaltlich so ausgearbeitet werden, dass über deren Umsetzung auf politischer Ebene entschieden werden kann.

Die Durchführung des gesamten Projektes erfolgt dabei in zwei Etappen (siehe nachfolgende Abbildung), wobei die zweite Etappe noch dem Vorbehalt der Finanzierung durch die Delegiertenversammlung unterliegt.



Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf der beiden Projektetappen

Die sechs Teilprojekte haben zum Ziel, die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern im Zweckverband Spital Limmattal besser zu koordinieren und für die Patienten, deren Angehörige und die Leistungserbringer in der Region sinnvolle und nötige Leistungsangebote bereit zu stellen. Dabei sollen insbesondere mögliche Synergien identifiziert und in der Folge genutzt werden.

In der hier vorliegenden Vernehmlassung geht es lediglich um eines der sechs Teilprojekte, namentlich um das Teilprojekt „Koordinationsstelle“. In der Folge wird dieses Teilprojekt genauer vorgestellt, bevor auf die bereits erarbeiteten Zwischenergebnisse eingegangen wird.

3. Das Teilprojekt „Koordinationsstelle“ im Detail

3.1. Ziele und Vorgehen

Übergeordnetes Ziel

Das übergeordnete Ziel des Teilprojektes „Koordinationsstelle“ ist es, den Gemeindevertretern eine Empfehlung abzugeben, wie eine solche Koordinationsstelle aufgebaut und ausgestaltet werden könnte. In diese Empfehlung werden auch Ihre Antworten aus dieser Vernehmlassung miteinfließen.

Nach Abschluss des Projektes steht es den einzelnen Gemeinden offen, ob sie sich dafür oder dagegen entscheiden, den nächsten Schritt in Richtung Umsetzung einer Koordinationsstelle anzugehen.

Wichtig:



In dieser Vernehmlassung müssen Sie sich also **nicht für oder gegen** die **Umsetzung** der vorgestellten Lösungsvorschläge entscheiden. Wir möchten aber Ihre **Meinungen, Bedenken, Fragen**, etc. zu den bisher erarbeiteten Resultaten erfahren.

Ihre Rückmeldungen werden in die abschliessende Entscheidung und Stellungnahme der Arbeitsgruppe „Koordinationsstelle“ miteinfließen.

3.2. Aktueller Stand und kommende Projektschritte

Das vorliegende Vernehmlassungsdokument beinhaltet den aktuellen Stand der Ausarbeitungsarbeiten durch die Arbeitsgruppe. In den nächsten Wochen sind konkret die folgenden Schritte geplant (siehe auch nachfolgende Abbildung):

- 1) Die aktuellen Zwischenergebnisse der Arbeitsgruppe halten Sie mit diesen Vernehmlassungsunterlagen in den Händen.
- 2) Sie geben uns, zusammen mit Ihren Kollegen aus den anderen beteiligten Gemeinden, Rückmeldung zum aktuellen Stand der Arbeiten.
- 3) Ihre Rückmeldungen werden innerhalb der Arbeitsgruppe diskutiert. Die Resultate dieser abschliessenden Diskussion werden in einem Schlussbericht festgehalten.
- 4) Auf der Basis dieses Schlussberichtes werden die beteiligten Gemeinden abschliessend entscheiden können, ob eine der vorgeschlagenen Lösungen umgesetzt werden soll, oder nicht.



Abbildung 2: Nächste geplante Projektschritte

3.3. Erarbeitung der Resultate

Die hier vorgestellten Resultate wurden von einer Arbeitsgruppe von Experten aus den beteiligten Gemeinden in Zusammenarbeit mit dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der ZHAW ausgearbeitet. Dabei wurde ein besonderer Fokus auf die Anspruchsgruppen (Senioren / Patienten / Angehörige, Gemeinden und lokale Leistungserbringer) gelegt, welche durch die Teilprojektgruppe als zentral definiert wurden.

Inhaltlich wurden von der Arbeitsgruppe in erster Linie die folgenden drei Themenbereiche bearbeitet:

- 1) Ausarbeitung der **Dienstleistungen**, welche die Koordinationsstelle abdecken sollte, inkl. Abgrenzung dieser Dienstleistungen
- 2) Mögliche Lösungsansätze für die **Organisation** der Koordinationsstelle
- 3) Vorschläge zur **Finanzierung** der Koordinationsstelle

Insbesondere die drei Lösungsvorschläge zur Organisation der Koordinationsstelle führten in der Arbeitsgruppe zu kontroversen Diskussionen. Aus diesem Grund wird sich der Hauptfokus der Ausführungen und Fragen dieser Vernehmlassung auf diesen Teil der Resultate beziehen.

Um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern werden alle nachfolgenden Ausführungen nach diesen drei Organisationsmodellen geordnet.

4. Bisher erarbeitete Ergebnisse aus der Arbeitsgruppe

4.1. Ausgangslage

2010 wurde das kantonale Pflegegesetz des Kantons Zürich angepasst. Seit dieser Änderung sind alle Zürcher Gemeinden dazu verpflichtet, ihren Bewohnern über das Angebot in der stationären und ambulanten Pflegeversorgung, sowie über nichtpflegerische Spitex-Leistungen Auskunft zu geben (§7, Pflegegesetz, Kanton Zürich).

Dieser gesetzliche Auftrag wird zurzeit von den beteiligten Gemeinden sehr unterschiedlich wahrgenommen. Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die heutige Ausgangslage.

Org.	Gesundheit Limmattal	AGZ Dietikon	Beratungsstelle Pflege & Alter	Gemeinde Urdorf
WO	Weiningen	Dietikon	Schlieren	Urdorf
WER	Geroldswil, Oberengstringen, Oetwil a.d.L., Unterengstringen, Weiningen	Dietikon	Schlieren	Urdorf
Angebot	- SPoC (Telefon & Schalter, Mo.-Fr. ganztags) - Vermittlung von Diensten und Informationen - Bettenvermittlung - Kontakte zu Organisationen - Informationen über LE - Wohn-, Lebens- und Gesundheitsberatung	- SPoC (Telefon & Schalter, Mo.-Fr., vormittags), v.a. Triage - Vermittlung von Diensten und Informationen - Bettenvermittlung - Kontakte zu Organisationen - Informationen über LE - Finanzierung von Vereinen	- SPoC (Telefon & Schalter, Beratungen mit Voranmeldung: Mo.-Fr. ganztags; Di. nachmittags und Do. vormittags: Beratungen ohne Voranmeldung) - Vermittlung von Diensten und Informationen - Bettenvermittlung	- Allgemeine Telefonnummer / Schalter der Gemeindeverwaltung (Telefon & Schalter, Mo.-Do. ganztags, Fr. vormittags) - Informationen auf der Homepage - Viele Beratungen geschehen direkt durch die LE, (insbesondere AZ Weihermatt, RegioSpitex)

Abbildung 3: Heutiges Angebot der Anlaufstellen in den beteiligten Gemeinden; Abkürzungen: AGZ: Alters- und Gesundheitszentrum, AZ: Alterszentrum, LE: Leistungserbringer, SPoC: Single Point of Contact

4.2. Prozesse und Leistungen der Koordinationsstelle

Hauptaufgaben der Koordinationsstelle

Unabhängig von der heutigen, heterogenen Ausgangslage, wurde innerhalb der Arbeitsgruppe ausgearbeitet, welche Leistungen die Koordinationsstelle abdecken sollte. Diese potentiellen Dienstleistungen umfassen in erster Linie die folgenden drei Bereiche:

- 1) Erarbeitung von Informationen für die Senioren / Patienten / Angehörigen der Region
- 2) Beratung der Senioren / Patienten / Angehörigen der Region
- 3) Vernetzungsarbeit mit den Leistungserbringern der Region

In der **ersten Kategorie „Informationserarbeitung“** werden die grössten Synergiepotentiale vermutet. Ein Grundstock an Informationen könnte dabei für alle beteiligten Gemeinden erarbeitet werden, z.B. zu grösseren regionalen Leistungserbringern, Wohnformen im Alter,

u.ä. Gemeindebezogene Details, wie z.B. Telefonnummer, Kontaktperson, aber auch gewisse inhaltliche Anpassungen, könnten für die Gemeinden individualisiert werden. Der Hauptteil der Leistungen würde jedoch „zentralisiert“ und müsste damit für alle Gemeinden nur einmal ausgearbeitet werden.

Unter „zentralisiert“ wird hierbei jedoch nicht verstanden, dass diese Leistungen notwendigerweise an einem zentralen Arbeitsplatz erarbeitet werden, sondern, dass diese Informationsgrundlagen nicht von jeder Anlaufstelle einzeln erstellt werden müssen.

Die **zweite Kategorie** an Leistungen betrifft die eigentliche **Beratung der Senioren**. Die Meinung der Arbeitsgruppe hierzu ist, dass diese Dienstleistungen weiterhin möglichst lokal geleistet werden sollten. Begründet wird diese Haltung einerseits auf Grund der eingeschränkten Mobilität gewisser Senioren, andererseits auch auf Grund von geografischen Sensibilitäten, welche in der Region bestehen.

Die **dritte und letzte Kategorie** an Leistungen betrifft die **Kommunikation und Netzwerkarbeit** mit den **regionalen Leistungserbringern**. Der Begriff „Leistungserbringer“ wird dabei sehr breit verstanden. Es sind insbesondere die folgenden Leistungserbringer dabei eingeschlossen:

- Gemeindeverwaltungen
- Regionale ambulante, teil-stationäre und stationäre Leistungserbringer und Organisationen, wie z.B. Spitäler, APHs, Spitex-Organisationen, Mahlzeitendienste, etc.
- Versicherungen
- Vereine und Freiwilligenorganisationen

Die Erfahrung der Fachpersonen der Arbeitsgruppe zeigt, dass viele Beratungen über lokale Leistungserbringer an die Anlaufstellen vermittelt werden. Andererseits ist eine gute Kenntnis der lokalen Leistungserbringer zentral, um die Senioren / Patienten / Angehörigen, welche eine Beratung beanspruchen, effizient und gut beraten zu können.

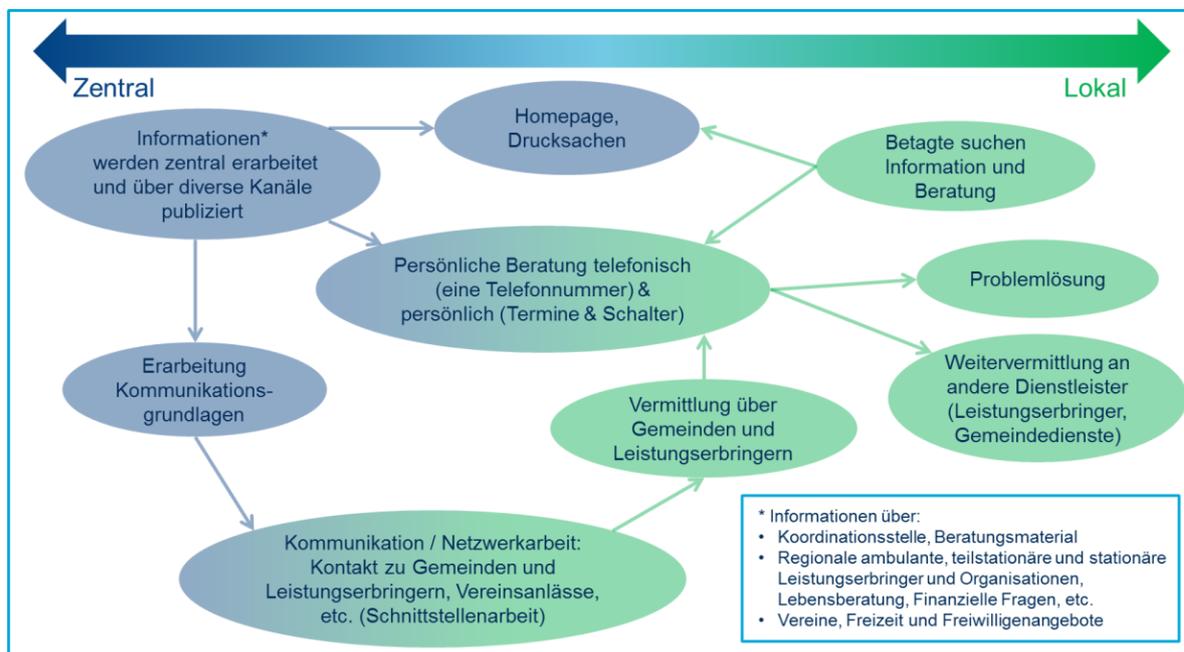


Abbildung 4: Identifizierte Prozesse, welche durch die Koordinationsstelle abgedeckt werden sollten, gemessen an den Polen zentral / lokal

Auch im Bereich der Netzwerkaufgaben, sollen gewisse Leistungen zentral, andere eher lokal erarbeitet werden. Die vorausgehende Abbildung gibt einen Überblick über die von der Arbeitsgruppe identifizierten Prozesse und deren „lokalem“ beziehungsweise „zentralem“ Charakter.

Für alle beschriebenen Dienstleistungen gilt, dass der Umfang des Synergiepotentials zunimmt, je grösser der Konsens zur Ausgestaltung der Koordinationsstelle zwischen den beteiligten Gemeinden ist.

Abgrenzung

Die Teilprojekt- und die Begleitgruppe haben gemeinsam auch gewisse Leistungen identifiziert, welche (zumindest zum jetzigen Zeitpunkt) explizit nicht Teil des Leistungskataloges der Koordinationsstelle sein sollen. Dabei handelt es sich um die folgenden Leistungen:

- 1) Diese Leistungen sollen nicht von der Koordinationsstelle übernommen werden:
 - Keine Vergabe von Pflegeheim-Betten, die Betagten werden nur informiert darüber, dass in einem gewissen Alters- und Pflegeheim (APH) ein Bett frei ist und stellen die Verbindung zum APH her. Der Entscheid über die Vergabe des Bettes verbleibt beim APH.
 - Die Koordinationsstelle informiert die Betagten über ihre Situation bezüglich Finanzierung, sie fällt jedoch keine Entscheide über die Übernahme von Leistungen. Diese Kompetenz verbleibt bei den Gemeinden.
- 2) Die folgenden Leistungen wurden auch als potentielle Leistungen der Koordinationsstelle erwähnt. Der Vorschlag der Arbeitsgruppe ist es jedoch, die folgenden Punkte

zum jetzigen Zeitpunkt nicht in den Leistungskatalog der Koordinationsstelle aufzunehmen. Dies schliesst eine spätere Aufnahme in den Leistungskatalog allerdings nicht aus.

- Präventive Besuche beim Betagten zu Hause
- Prävention auf der Ebene von Einzelpersonen

4.3. Drei Lösungsansätze für die Organisation

Für die Organisation der Koordinationsstelle wurden drei mögliche Lösungsvorschläge ausgearbeitet. Diese werden in diesem Kapitel im Überblick präsentiert (nachfolgende Abbildung) und in den nachfolgenden Kapiteln im Detail beschrieben.

Die Meinungen zu diesen Organisationsmodellen waren in den Workshops mit der Arbeitsgruppe sehr heterogen. In der nachfolgenden Abbildung ist jeweils der grösstmögliche Konsens aufgenommen worden, falls die Meinung von einzelnen Mitgliedern der Arbeitsgruppe abweichend waren.

	Minimale Lösung	Mittlere Lösung	Umfangreiche Lösung
	Status Quo	Netzwerk	Regionale Zentrale
Grafisch			
Tätigkeiten / Aufteilung	<ul style="list-style-type: none"> • Alles wie bisher, ausser: Information über freie APH-Betten wird geteilt • Dezentrale Stellen • Keine Nutzung des Synergiepotentials • Unterschiedliche Leistungsspektren 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestehendes Personal • Personal teilt die zentralen Leistungen unter sich auf und stellt somit einen Teil der Arbeitszeit für gemeinsame Aufgaben zur Verfügung • Regelmässiger Austausch (z.B. alle 2 Wochen) • Die Gemeinden können ihre unterschiedlichen Leistungsspektren beibehalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Zentrales Team (~3 Pers.) mit Gemeindeverantwortlichen • 1 Pers. auf Gemeindeverwaltung macht Erstkontakt, gibt Informationen ab und verweist auf Expertenteam • Experten kommen vor Ort für Beratungen • Schulungen für Erstkontaktpersonen auf der Gemeinde
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Wie bisher 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Zusammenarbeit zwischen den Gemeinden wird mit einem Kooperationsvertrag geregelt, welcher die Leistungen, die Organisation, sowie die Kostenaufteilung klärt. • Ein Team-Mitglied erhält eine Leitungsposition in Bezug auf die gemeinsamen Aufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • separate Trägerschaft (z.B. Verein)
Finanz.	<ul style="list-style-type: none"> • Jede Gemeinde finanziert ihre Anlaufstelle (wie bisher), ausser: gemeinsame Homepage für Bettenliste 	<ul style="list-style-type: none"> • Jede Gemeinde finanziert ihre Anlaufstelle (wie bisher), deren Mitarbeiter arbeiten jedoch teilweise (z.B. einen Halbtage / Woche) für allgemeine Projekte • gemeinsame Homepage 	<ul style="list-style-type: none"> • Jede Gemeinde bezahlt CHF X/Einw. für gemeinsame Leistungen (Solidaritätsprinzip) plus die Arbeitszeit für die Beratung Ihrer Einwohner (Verursacherprinzip)

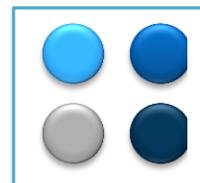
Abbildung 5: Überblick: Drei Lösungsansätze für die Organisation der Koordinationsstelle; Abkürzungen: APH: Alters- und Pflegeheime

4.4. Minimale Lösung: Status Quo

Organisation

Die Organisation im Modell „Status Quo“ entspricht der heutigen, mit der einzigen Ausnahme, dass man auf einer gemeinsamen Homepage eine aktuelle Bettenliste aller freien Alters- und Pflegeheimbetten der Region führen würde.

Auf die Informationen dieser Bettenliste könnten alle beteiligten Alters- und Pflegeheime, alle vier Anlaufstellen, sowie die beteiligten Gemeindeverwaltungen zugreifen. Inhaltlich wird die Homepage von den beteiligten Alters- und Pflegeheimen in Echtzeit gespiesen.



Angebot

Alle Angebote verbleiben wie bisher lokal und entsprechen damit der Abbildung 3, mit Ausnahme der oben erwähnten Bettenliste.

Finanzierung

Die Finanzierung entspricht der heutigen Finanzierung. Einzig die Homepage für die Bettenliste wird gemeinsam erstellt.

Die Kosten für die Homepage werden auf ca. CHF 5'000 geschätzt und würden über 5 Jahre abgeschrieben werden. Diese Kosten würden von allen beteiligten Gemeinden gemeinsam getragen, d.h. pro Gemeinde würde sich der zu bezahlende Betrag auf ca. CHF 125 pro Jahr belaufen.

4.5. Mittlere Lösung: Netzwerk

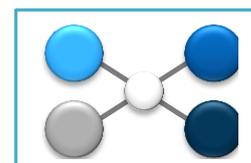
Organisation

Die heute bestehenden Anlaufstellen, inkl. des bestehenden Personals bleiben erhalten. Allerdings arbeiten die Mitarbeiter der heutigen Anlaufstellen neu einen halben Tag pro Woche (10 Stellenprozente) an „zentralen“ Dienstleistungen. Diese „zentralen“ Dienstleistungen werden inhaltlich von den Gemeinden in einem Kooperationsvertrag mit Zusammenarbeitskonzept im Voraus definiert.

Die Koordinationsstelle ist somit ein Netzwerk von vier Anlaufstellen in welchem möglichst das gesamte bestehende Synergiepotential ausgeschöpft wird. Ein regelmässiger Austausch z.B. alle zwei Wochen zwischen den vier Mitarbeitern verbessert die Zusammenarbeit und Netzwerkfunktion. Die Leitung dieses regionalen Teams wird dabei von einem der vier Mitarbeiter übernommen. Bei der Ausführung ihrer Tätigkeit bezieht sich die Leitungsperson auf den von den Gemeinden im Voraus definierten Leistungskatalog.

Der oben erwähnte Kooperationsvertrag basiert auf einem, durch die Gemeinden gemeinsam erarbeiteten, Zusammenarbeitskonzept, welches die folgenden Punkte regelt:

- 1) Hintergrund und Zielsetzung der Kooperation
- 2) Liste der gemeinsam erbrachten Leistungen („zentrale“ Dienstleistungen), inkl. Regelung von Verantwortungen, Stellvertretungen, etc.



- 3) Organisation der Zusammenarbeit, inkl. Klärung der Leitung und des Eskalations-Prozesses
- 4) Auflistung, welche Prozesse angepasst und somit ggf. (neu) definiert werden müssen
- 5) Finanzierung, inkl. Spesenregelung, etc.
- 6) Kommunikation
- 7) Evaluation der Kooperation

Weitere Bereiche können dieser Auflistung während der Ausarbeitung des Konzeptes hinzugefügt werden.

Idealerweise führt das Netzwerk eine eigene gemeinsame Homepage, auf welcher alle Informationen einsichtig sind, auf welcher aber auch auf die Homepages der Gemeinden verwiesen werden kann.

Angebot

Das Angebot wird innerhalb des Kooperationsvertrags/-konzepts von den beteiligten Gemeinden definiert. Eine mögliche Ausgangslage könnte die Auflistung in der nachfolgenden Abbildung bilden, welche von der Arbeitsgruppe erarbeitet wurde.

Org.	Beratungsstelle 1 (Geroldswil, Oberengstringen, Oetwil adL, Unterengstringen, Weiningen)	Beratungsstelle 2 (Dietikon)	Beratungsstelle 3 (Schlieren)	Beratungsstelle 4 (Urdorf)
«lokale» Dienstleistungen	<p>Die Ausgestaltung und der Umfang der «lokalen» Dienstleistungen liegt in der Hand der Gemeinden.</p> <p>Innerhalb der Arbeitsgruppe wurden die folgenden Punkte als mögliche lokale Aufgaben der Ablaufstellen definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SPoC¹: * Schalter vor Ort & telefonische Auskunft - Beratung von Senioren / Angehörigen: Problemlösung, Vermittlung von Diensten und Informationen, Weitervermittlung an andere LE, Information über leere Betten, Öffentlichkeitsarbeit - Aufbereitung von gemeindespezifischen Informationen, inkl. Anpassung des allgemeingültigen Beratungsmaterials, Adressverzeichnis, etc. - Verbindung zu den lokalen LE: Kontakte zu LE, Zur Verfügung stellen von Informationen, Kommunikation und Netzwerkarbeit - * Sammeln von Informationen über Veranstaltungen, u.ä. - * Finanzierung von Vereinen (nur Dietikon) 			
	«zentrale» Dienstleistungen	<ul style="list-style-type: none"> - Aufbereitung von allgemeingültigen Informationen (allg.-gültiges Beratungsmaterial, allgemeine Informationen zu Lebensberatung und finanziellen Fragen, über die Koordinationsstelle, etc.) - Erstellen von Informations-Material und Drucksachen für Öffentlichkeitsarbeit bei Senioren / Angehörigen sowie lokalen LE, ggf. inkl. <ul style="list-style-type: none"> * Tournee / Roadshow - * Homepagebetrieb, inkl. aktueller Bettenliste (durch alle beteiligten APHs in Echtzeit aktuell gehalten) - * Publikation eines Veranstaltungskalenders 	<ul style="list-style-type: none"> - Erarbeiten von allgemeingültigen Informationen über und für lokale LE - Fachlicher Austausch zwischen den Angestellten der Beratungsstellen - Gegenseitige Ferienvertretungen, inkl. telefonische Auskunft, wenn lokale Stelle nicht besetzt ist <p>Ggf. weitere Dienstleistungen welche der Koordination der Altersversorgung in der Region dienen (abhängig von Resultaten anderer Teilprojekte)</p>	

Abbildung 6: zentral und lokal angebotene Dienstleistungen für die Netzwerk-Lösung (mittleren Lösung); Punkte, die mit einem * gekennzeichnet sind, wurden von der Mehrheit der Mitglieder der Arbeitsgruppe als „optional“ beurteilt

Finanzierung

Grundsätzlich finanziert jede Gemeinde weiterhin ihre eigene Anlaufstelle (wie bisher). Auf der Finanzierungsseite bleibt dadurch alles wie es bereits war. Allerdings verwendet jeder Mitarbeiter einen halben Tag pro Woche (entspricht 10 Stellenprozenten) für „zentrale“ Leistungen. Das heisst, dass durchschnittlich pro Anlaufstelle rund CHF 13'000 pro Jahr für „zentrale“ Tätigkeiten verwendet würden.

Hinzu kämen die Kosten für die Homepage. Diese belaufen sich grob geschätzt auf rund CHF 50'000 und würden über 5 Jahre abgeschrieben, was pro Gemeinde jährliche Kosten von rund CHF 1'250 bedeuten würde.

Weitere variable Kosten, welche abhängig sind von deren Ausgestaltung, könnten durch die folgenden Punkte verursacht werden:

- Kosten für Drucksachen (Layout und Druck, je nach Ausgestaltung)

- Zusätzlich Sachaufwand (Informations- und Dokumentationsangebot, Porto etc.)
- Öffentlichkeitsarbeit (generell, also “nicht nur“ Events)
- Zusätzlich Netzwerk und Koordination (z.B. Mitgliederbeiträge)
- Kosten für Roadshows / Events (je nach Ausgestaltung)

Es ist zu berücksichtigen, dass bereits heute ein Teil dieser Kosten in den jeweiligen Anlaufstellen anfällt.

Die nachfolgende Abbildung fasst die wichtigsten Punkte der Finanzierung der Netzwerklösung nochmals zusammen.

Mittlere Lösung	
Netzwerk	
Details zur Finanzierung	
	<ul style="list-style-type: none"> • Jede Gemeinde finanziert ihre eigene Anlaufstelle. Dadurch bleiben die Basiskosten die selben • Von den derzeitigen Lohnkosten würden 10 Stellenprozent, d.h. jährlich durchschnittlich ca. CHF 13'000 / Gemeinde, für «zentrale» Tätigkeiten anfallen. Es wird davon ausgegangen, dass diese durch die Nutzung des Synergiepotentials einen überproportionalen Mehrwert schaffen würden. • Kosten für gemeinsame Homepage: ca. CHF 50'000 einmalig, Abschreibung über ca. 5 Jahre • Variable Kosten

Abbildung 7: Finanzierung der Netzwerklösung (mittlere Lösung)

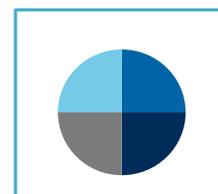
4.6. Umfangreiche Lösung: Regionale Zentrale

Organisation

Die heute bestehenden Anlaufstellen würden in dieser Organisationsform in einer regionalen Zentrale vereint werden. Es wird davon ausgegangen, dass diese Regionale Zentrale mit dem heute bestehenden Personal (215 Stellenprozent, 3 Personen) geführt werden könnte.

Um die Verwurzelung in den Gemeinden aufrecht zu erhalten und den Senioren / Patienten / Angehörigen eine möglichst persönliche Begleitung zu gewährleisten, wäre jeweils einer der Mitarbeiter des zentralen Teams für eine oder mehrere Gemeinden verantwortlich. Dieser „Gemeindeverantwortliche“ ist zuständig für die Betreuung der Senioren / Patienten / Angehörigen der entsprechenden Gemeinde, sowie für die Pflege des Netzwerkes zu den lokalen Leistungserbringern.

Die erste Anlaufstelle für die Senioren / Patienten / Angehörigen in den Gemeinden wäre in diesem Modell die lokale Gemeindeverwaltung. Die extra geschulten Mitarbeiter der Gemeindeverwaltungen verweisen die Senioren / Patienten / Angehörigen in der Folge an die Regionale Zentrale, oder vereinbaren einen Termin. Diese Termine sollten im Normalfall lokal, d.h. in der Gemeinde abgehalten werden. Das bedeutet, die Mitarbeiter der Regionalen Zentrale



gehen in die Gemeinden für die Beratung der Senioren / Patienten / Angehörigen und nicht umgekehrt. Diese Form der Erst-Kontaktaufnahme über die Gemeindeverwaltung ist heute in der Gemeinde Urdorf bereits umgesetzt und läuft in der Praxis auch im rechten Limmattal meist so ab.

Es bietet sich an, dass die Regionale Zentrale mittels separater Trägerschaft (z.B. Verein) geführt wird. Wie bei der Netzwerklösung würden auch bei der Regionalen Zentrale im Voraus der Zweck, der Leistungskatalog, etc. von den Gemeinden definiert und der Verein in der Konsequenz entsprechend geführt.

In seiner Gesamtheit gleicht diese Form der Organisation sehr stark jener, welche das rechte Limmattal bereits heute lebt.

Angebot

Die Arbeitsgruppe hat auch zu dieser Organisationsform einen möglichen Vorschlag an Dienstleistungen ausgearbeitet, welcher in der nachfolgenden Abbildung aufgeführt ist. Inhaltlich bleibt der Leistungskatalog derselbe, allerdings sind fast alle Dienstleistungen, welche im mittleren Modell (Netzwerk) noch lokal erarbeitet wurden, neu zentral.

Zusammenfassend lässt sich daher sagen, dass alle Dienstleistungen vom zentralen Team ausgeführt werden, mit Ausnahme der ersten Kontaktaufnahme am Schalter der Gemeinden (und der Vereinsfinanzierung in Dietikon).

Org.	Beratungsstelle 1 (Geroldswil, Oberengstringen, Oetwil adL, Unterengstringen, Weiningen)	Beratungsstelle 2 (Dietikon)	Beratungsstelle 3 (Schlieren)	Beratungsstelle 4 (Urdorf)
«lokale» DL	- SPoC am Gemeindeschalter	- SPoC am Gemeindeschalter - Finanzierung von Vereinen	- SPoC am Gemeindeschalter	- SPoC am Gemeindeschalter
«zentrale» Dienstleistungen	<ul style="list-style-type: none"> - Aufbereitung von allgemeingültigen Informationen (allg.-gültiges Beratungsmaterial, allgemeine Informationen zu Lebensberatung und finanziellen Fragen, über die Koordinationsstelle, etc.) - Aufbereitung von gemeindespezifischen Informationen, inkl. Anpassung des allgemeingültigen Beratungsmaterials, Adressverzeichnis, etc. - Erstellen von Informations-Material und Drucksachen für Öffentlichkeitsarbeit bei Senioren / Angehörigen sowie lokalen LE, ggf. inkl. * Tournee / Roadshow - * Homepagebetrieb, inkl. aktueller Bettenliste (durch alle beteiligten APHs in Echtzeit aktuell gehalten) - Beratung von Senioren / Angehörigen: Problemlösung, Vermittlung von Diensten und Informationen, Weitervermittlung an andere LE, Information über leere Betten 		<ul style="list-style-type: none"> - Verbindung zu den lokalen LE: Kontakte zu LE, Zur Verfügung stellen von Informationen, Kommunikation und Netzwerkarbeit - Erarbeiten von allgemeingültigen Informationen über und für lokale LE - * Sammeln von Informationen über Veranstaltungen, u.ä., * Publikation eines Veranstaltungskalenders - Fachlicher Austausch zwischen den Angestellten der Beratungsstellen - Gegenseitige Ferienvertretungen, inkl. telefonische Auskunft, wenn lokale Stelle nicht besetzt ist <p>Ggf. weitere Dienstleistungen welche der Koordination der Altersversorgung in der Region dienen (abhängig von Resultaten anderer Teilprojekte)</p>	

Abbildung 8: zentral und lokal angebotene Dienstleitungen für die Regionale Zentrale (umfangreiche Lösung); Punkte, die mit einem * gekennzeichnet sind, wurden von der Mehrheit der Mitglieder der Arbeitsgruppe als „optional“ beurteilt

Finanzierung

In dieser Lösungsvariante würde die Anlaufstelle gemeinsam durch die Gemeinden finanziert werden. Die Kosten, für allgemeine Arbeiten wie zum Beispiel Informationsaufbereitung, Homepagebetrieb, Projekte und Overhead würden im Verhältnis zu ihrer Einwohnerzahl auf die Gemeinden verteilt. Die Kosten für gemeindsspezifische Arbeiten wie beispielsweise Beratungsgespräche für Senioren / Patienten oder gemeindsspezifische Informationsbereitstellung würden der jeweiligen Gemeinde verrechnet werden.

Aufgrund des momentanen Wissensstandes ist noch unklar, wie viel Prozent der Kosten nach Einwohnerzahl (Solidaritätsprinzip) und wie viel Prozent nach erbrachten Leistungen (Verursacherprinzip) abgerechnet würden.

Um eine grobe Abschätzung vornehmen zu können, können die Werte von anderen Institutionen beigezogen werden.

Bei der bestehenden Anlaufstelle Gesundheit und Alter im rechten Limmattal wurden im ersten Betriebsjahr 20% der Leistungen nach dem Verursacherprinzip erbracht. Da die bisher

gemachten Erfahrungen der Anlaufstelle im rechten Limmattal noch stark an den Aufbau und die Etablierung der Anlaufstelle gekoppelt sind, kann davon ausgegangen werden, dass ein wesentlich höherer Wert an gemeindespezifischen Leistungen möglich ist.

Eine andere Dienstleistung, welche im Bereich der Altersversorgung sowohl nach dem Verursacherprinzip, als auch nach dem Solidaritätsprinzip abrechnet, ist die Spitex. Bei der Spitex rechtes Limmattal werden rund Zweidrittel der Leistungen nach dem Verursacherprinzip verrechnet. Da die Tätigkeit der Spitex hauptsächlich aus regelmässiger und langfristiger Pflege besteht, kann diese jedoch stärker verursachergerecht abrechnen, als das von der Koordinationsstelle erwartet werden kann.

Aus diesen Gründen gehen wir davon aus, dass die gemeindespezifische Quote (Verursacherprinzip) sich realistischerweise zwischen 30% und 60% bewegen wird.

Wenn die regionale Zentrale mit denselben Ressourcen wie heute betrieben werden soll (215 Stellenprozente, 3 Personen) kann von den folgenden jährlichen Kosten ausgegangen werden:

Kostenart	Betrag in CHF
Lohnkosten (inkl. Lohnnebenkosten)	CHF 275'000
Mietkosten	CHF 30'000
EDV	CHF 10'000
Total	CHF 315'000

Tabelle 9: Jährliche fixe Kosten der Regionalen Zentrale (ohne Homepage und variable Kosten); Abkürzungen: EDV: Elektronische Datenverarbeitung

Hinzu kämen wiederum die Kosten für die Homepage, welche sich auf jährliche Kosten von CHF 1'250 pro Gemeinde und Jahr (einmalige Ausgaben von CHF 50'000 bei einer Abschreibung über 5 Jahre) belaufen würden.

Weiter wären auch noch die variablen Kosten zu decken, welche abhängig sind von der Ausgestaltung des Angebotes:

- Kosten für Drucksachen (Layout und Druck, je nach Ausgestaltung)
- Zusätzlich Sachaufwand (Informations- und Dokumentationsangebot, Porto etc.)
- Öffentlichkeitsarbeit (generell, also "nicht nur" Events)
- Zusätzlich Netzwerk und Koordination (z.B. Mitgliederbeiträge)
- Kosten für Roadshows / Events (je nach Ausgestaltung)

Die nachfolgende Abbildung fasst die wichtigsten Punkte zur Finanzierung der Netzwerklösung nochmals zusammen.

Umfangreiche Lösung

Regionale Zentrale	
	
Details zur Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzierung vom 215 Stellenprozenten, Miete und EDV-Kosten mit einem Total von ca. CHF 315'000 pro Jahr. • Kostenverteilung nach Anz. Einwohner pro Gemeinde für allgemeine Leistungen (Solidaritätsprinzip). • Kostenverteilung auf einzelne Gemeinden für gemeindespezifische Leistungen und Beratungen (Verursacherprinzip). • Kosten für gemeinsame Homepage: ca. CHF 50'000 einmalig, Abschreibung über ca. 5 Jahre • Variable Kosten

Abbildung 9: Finanzierung der Regionalen Zentrale (umfangreiche Lösung)

Bitte beantworten Sie nun den beiliegenden Fragebogen. Herzlichen Dank.

11.3. Teilprojekt „Akut- und Übergangspflege“: Ergänzende Unterlagen

11.3.1 Kurzzusammenfassung AÜP von Astrid Hunter

Einleitung

Die Akut- und Übergangspflege wurde im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung und der Spitalfinanzierung ins KVG aufgenommen. Nach einem Spitalaufenthalt soll diese Lösung einen vorübergehend erhöhten Pflegeaufwand bewältigen helfen und eine Rückkehr in die gewohnte Umgebung ermöglichen.

Definitionen der Akut- und Übergangspflege

Die „Akutpflege“ kann als professionelle Pflege umschrieben werden, die bei einer Akuterkrankung oder einem Unfall erforderlich ist. Die „Übergangspflege“ bringt dagegen zum Ausdruck, dass es sich um einen zeitlich beschränkten, vorübergehend erhöhten Pflegeaufwand handeln soll.

Die Akut- und Übergangspflege (AÜP) wird vom Spitalarzt angeordnet. Dabei müssen folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sein:

1. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig. Ein Rehabilitationsbedarf ambulant oder in einer Spezialklinik besteht nicht.
2. Die Patientin oder der Patient benötigt nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte, reaktivierende Pflege durch Pflegepersonen.
3. Sie ist nicht als Wartezeit für einen Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim vorgesehen.
4. Die AÜP hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin, der Patient die Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause und die Vermeidung einer Rehospitalisation.

Soweit zusätzlich medizinische oder therapeutische Behandlungen notwendig sind, können diese als Einzelleistungen erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil des AÜP-Leistungskatalogs.

Zur Abrechnung hat die GD einen Tarif definiert, unabhängig von einer RAI-RUG Gruppe. Für das Jahr 2015 beträgt dieser für die Krankenkasse pro Tag CHF 75.60 und für die Gemeinde CHF 92.40. Die/der Bewohnende bezahlt die Pensions- und Betreuungskosten (zw. CHF 191.00 und CHF 231.00, je nach Zimmergrösse), jedoch kein Anteil an die Pflegekosten.

11.3.2 Auswertung Fragebogen

Auswertung AÜP-Fragebogen (Spitex und Heime in den Verbandsgemeinden)

	Angebot AÜP ja (Anzahl)	Angebot AÜP nein	Begründung
Alters- und Gesundheitszentrum Ruggacher, Dietikon		Nein	Kein Leistungsauftrag, jedoch bisher auch keine Anfragen oder Verordnung.
Alterszentrum Sandbühl	Ja (0)		
RegioSpitex Limmattal	Ja (3 im Jahr 2014)		
Seniorenzentrum Im Morgen, Weiningen	Ja (1 im ersten Halbjahr 2015)		
Spitex rechtes Limmattal	Ja (0 im Jahr 2014)		Keine Nachfrage
Weihermatt, Urdorf		Nein	Keine Nachfrage Die Zeit für Übergangspflege ist zeitlich begrenzt und sehr kurz und daher ist der Aufwand nicht zu vernachlässigen. Je nach Krankheitsbild kann es auch sein, dass die notwendige Erfahrung beim Personal nicht vorhanden ist.
Pflegezentrum Spital Limmattal	Ja (2 im Jahr 2014)		Keine Nachfrage

Auswertung AÜP-Fragebogen (Rehakliniken)

	Überweisung Patienten mit AÜP	Überweisung ins PZ Spital Limmattal	Überweisung Spitex rechtes oder linkes Limmattal	Zukünftig mehr Einweisungen ins PZ Spital Limmattal	Bemerkung
	Ja / Nein	Ja / Nein	Ja / Nein	Ja / Nein	
RehaClinik Zurzach	Nein	-	-	-	Nach der Reha nicht vorgesehen. Es gibt aber Patienten, die sich einen AÜP-Aufenthalt wünschen würden und bereit

					sind, die vollen Kosten zu zahlen.
RehaZentrum Wald	Nein	-	-	Nein	
Rehaklinik Bellikon	Nein	-	-	-	Sobald Fallpauschalen eingeführt werden ist evtl. AÜP nötig.
Rehaklinik Dussnang	Nein	-	-	-	Dürfen aus der Reha keine AÜP anmelden.
Rehaklinik Kilchberg	Nein	-	-	Nein	
Rehaklinik Lengg					Keine Antwort
Rehaklinik Rheinfelden					Keine Antwort
Rehaklinik Zihlschlacht					Keine Antwort
aarReha Schinznach					Keine Antwort
Zürcher RehaZentrum Davos					Keine Antwort

Auswertung AÜP-Fragebogen (Spitäler)

	Überweisung Patienten mit AÜP	Überweisung ins PZ Spital Limmattal	Überweisung Spitex rechtes oder linkes Limmattal	Zukünftig mehr Einweisungen ins PZ Spital Limmattal	Bemerkung
	Ja / Nein	Ja / Nein	Ja / Nein	Ja / Nein	
Spital Affoltern	Nein	-	-	Ja (ca. 1-2/Monat Limmattal und 10-15/Monat aus anderen Bezirken, falls das für PZ möglich wäre)	Bisher kein Angebot im Limmattal.
Spital Baden	Nein (selten, nur Kt. Aargau, Über-	-	-	Nein	

	weisung in geriatriische Reha)				
Spital Bülach	Ja	nein	nein	nein	Geographische Gründe
Spital Hirslanden	Ja (20/Monat)	Ja (selten)	unterschiedlich	Ja (nach Bedarf/Wunsch Pat.)	Geographische Gründe
Spital Limmattal	Ja (2-3/Monat)	Ja (1-2/Monat in den letzten Monaten 2015)	Nein (Spitex wird vom Arzt verordnet und von der Pflege organisiert)	Ja (Bedarf ist höher ca. 7 / Monat)	
Seespital Kilchberg	Ja (ca.13/Monat)	Nein	Nein	Nein	Nicht unser Einzugsgebiet
Stadtspital Triemli Zürich	Ja (Anzahl unklar da keine Statistik)	Nein (Palliative Patienten aus der Region werden dort behandelt)	Nein	Nein	
Stadtspital Waid Zürich					Keine Antwort
Privatklinik im Park					Keine Antwort
Spital Balgrist					Keine Antwort
Spital Susenberg					Keine Antwort
Spital Zollikerberg					Keine Antwort

11.3.2 Finanzielle Abgeltung der Akut- und Übergangspflege

Ausgangslage

Für die Bewohnenden mit einer AÜP-Verordnung hat die Gesundheitsdirektion Kt. Zürich einen pauschalen Pflegebeitrag von 168.- pro Tag definiert (gilt für 2015 und 2016). Davon übernimmt die Krankenkasse 75.60, der Restbetrag von 92.40 zahlt die Wohngemeinde des Patienten. Der Bewohner zahlt keinen Pflegebeitrag, jedoch die normalen Pensions- und Betreuungskosten (inkl. Eintritts- und Austrittspauschale).

Der Pflegebeitrag von 168.- entspricht der Pflegestufe zwischen 6 und 7 (die RAI Stufe 6 wird mit CHF 150.45, und die RAI Stufe 7 mit CHF 177.70 vergütet).

Für wen lohnt sich AÜP?

Um entscheiden zu können, ob das PZ Limmattal sein AÜP-Angebot ausbauen soll, muss dies auch aus Sicht der Finanzierung betrachtet werden. Dieses Dokument beantwortet die Fragestellung ausschliesslich von einem finanziellen Gesichtspunkt aus. Die Grundlage der Analyse bildet einerseits die Taxordnung des PZ Spital Limmattal sowie andererseits eine Untersuchung der Solothurner Spitäler AG. Diese untersuchte den Pflegebedarf von 61 AÜP-Patienten und kam zu dem Schluss, dass im Durchschnitt 120 Minuten Pflege pro Patient und Tag benötigt werden (Horlacher 2014). Dies entspricht der Pflegestufe 6.

Nachfolgend werden die regulären Pfl egetaxen des PZ mit dem AÜP-Tarif aus Sicht der einzelnen Kostenträger verglichen.

Bewohner

Aus Sicht der Bewohner ist AÜP insofern attraktiver, weil keine Pflegekosten anfallen. Somit spart der Bewohner dank AÜP 14 Tage lang bis zu CHF 21.60 pro Tag (total CHF 302.40).

Die restlichen Kosten, welche für den Bewohner in dem Zeitraum der 14 Tage analog zur regulären Pflegefinanzierung anfallen (Pensionstaxe, Betreuungskosten und Eintrittspauschale) belaufen sich auf mindestens CHF 3'574.-. Vor diesem Hintergrund spart der Bewohner dank AÜP knapp 8 Prozent seiner Kosten. Dies ist bestimmt ein angenehmer Nebeneffekt, jedoch im Verhältnis zu den Gesamtkosten eher unerheblich.

Gemeinde

Die Gemeinde zahlt für einen AÜP-Patienten einen Pflegebeitrag von CHF 92.40 pro Tag.

Ein Vergleich mit der Taxordnung zeigt, dass ein Patient, welcher regulär in der Stufe 1 bis 6 wäre, teurer ist, wenn er als AÜP-Patient im Pflegeheim ist. Ein Patient der Stufe 7 bis 12, ist für die Gemeinde als AÜP-Patient günstiger. Bei einem durchschnittlichen Pflegebedarf von 120 Minuten ist ein AÜP-Patient also unter dem Strich leicht teurer.

PZ Spital Limmattal

Bei Patienten der Stufe 1 bis 6 profitiert das PZ, wenn er als AÜP-Patient eingestuft wird. Bei Patienten, welche in einer höheren Pflegestufe sind, würde das PZ bei einem regulären Patienten höhere Taxen vergütet bekommen. Bei einem durchschnittlichen Pflegebedarf von 120 Minuten dürften die Patienten in der Stufe 6 eingeteilt sein. Somit macht es für das PZ nahezu keinen Unterschied, ob der Patient nach dem AÜP-Tarif oder regulär abgerechnet wird.

Krankenversicherung

Die Krankenversicherung zahlt für AÜP-Patienten mehr, wenn es sich um einen Patienten der Stufe 1 bis 8 handelt. Patienten, welche regulär höher eingestuft wären sind für die Krankenversicherung günstiger. Wie auch bei der Gemeinde, kann davon ausgegangen werden, dass die Krankenversicherung für AÜP-Patienten einen etwas höheren Betrag zahlt, als wenn diese regulär eingestuft würden.

Fazit

Abschliessend kann festgehalten werden, dass der tägliche Beitrag des Patienten an die Pfl egetaxe (CHF 21.60) auf die Gemeinde und die Krankenversicherung aufgeteilt wird. Dadurch profitiert der Patient, während die Gemeinde und die Krankenversicherung leicht stärker belastet werden. Für das Pflegeheim macht die Finanzierungsart nahezu keinen Unterschied.

Da es sich lediglich um eine sehr geringfügige Umverteilung vom Patienten zu der Krankenversicherung und der Gemeinde handelt, gibt es rein aus Finanzierungssicht keinen Grund für das PZ Spital Limmattal das AÜP-Angebot zukünftig auszubauen.

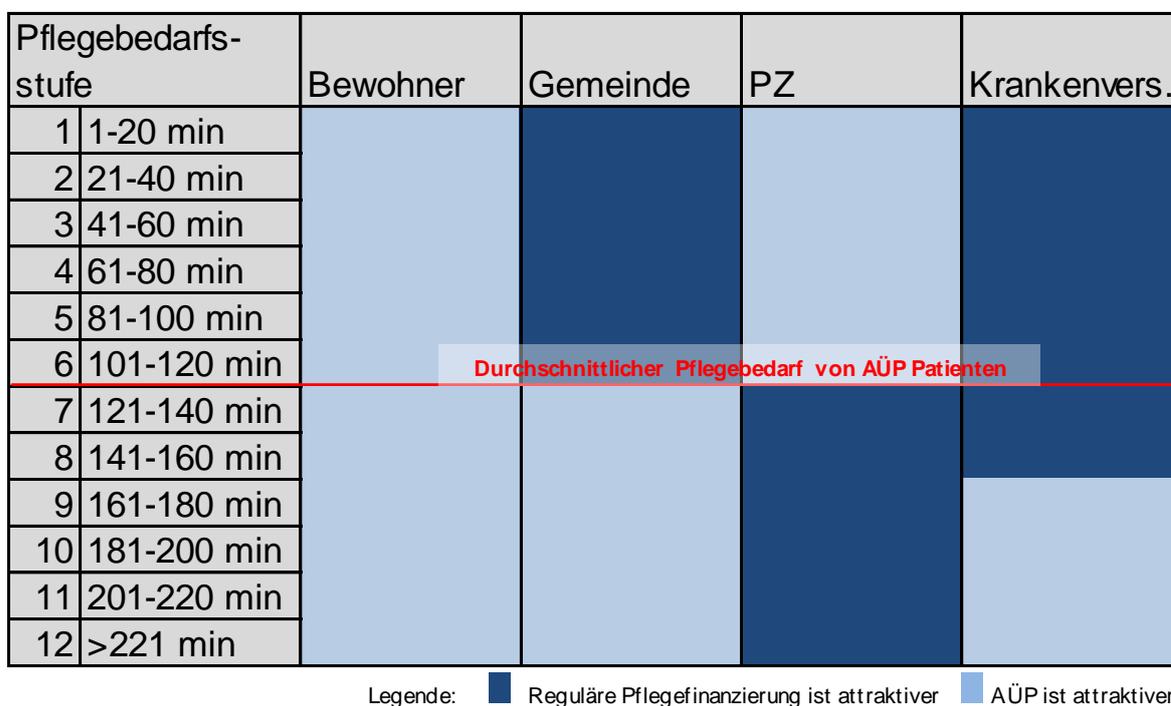


Tabelle 10: AÜP im Vergleich zur regulären Finanzierung (Quelle für Ø Pflegebedarf: Horlacher, 2014⁹)

⁹ Horlacher, K. (2014). *Organisatin des Spitalaustritts*. Zürich. 19.08.2014; Pflegezentrum Spital Limmattal. (2014). *Taxordnung Pflegezentrum Spital Limmattal*. Schlieren

11.4. Teilprojekt „Entlastungsangebote“: Ergänzende Unterlagen

11.4.1 Befragung der Leistungserbringer

Befragte und Inhalte

Befragt wurden einerseits alle Alters- und Pflegeheime (APH) der beteiligten Gemeinden, andererseits die beiden Spitex-Organisationen der Region (siehe nachfolgende Abbildung).

Die folgenden Bereiche wurden mit der Befragung abgedeckt:

- 1) Ist-Situation (aktuelles Angebot, aktuelle Nachfrage, Finanzierbarkeit)
- 2) zukünftige Situation (zukünftig geplante Änderungen im Angebot, absehbare Änderungen in der Nachfrage)
- 3) Qualitative Fragen (z.B. Entspricht das Angebot den Bedürfnissen der Patienten)

Rücklauf und Datenqualität

Von den sieben befragten Leistungserbringern gaben zwei Institutionen an, den Fragebogen nicht ausfüllen zu können. Viele Angaben waren wage, oder konnten nur mit Mühe ausgefüllt werden. Mit Rückfragen wurde versucht die Datenqualität so gut wie möglich zu erhöhen.

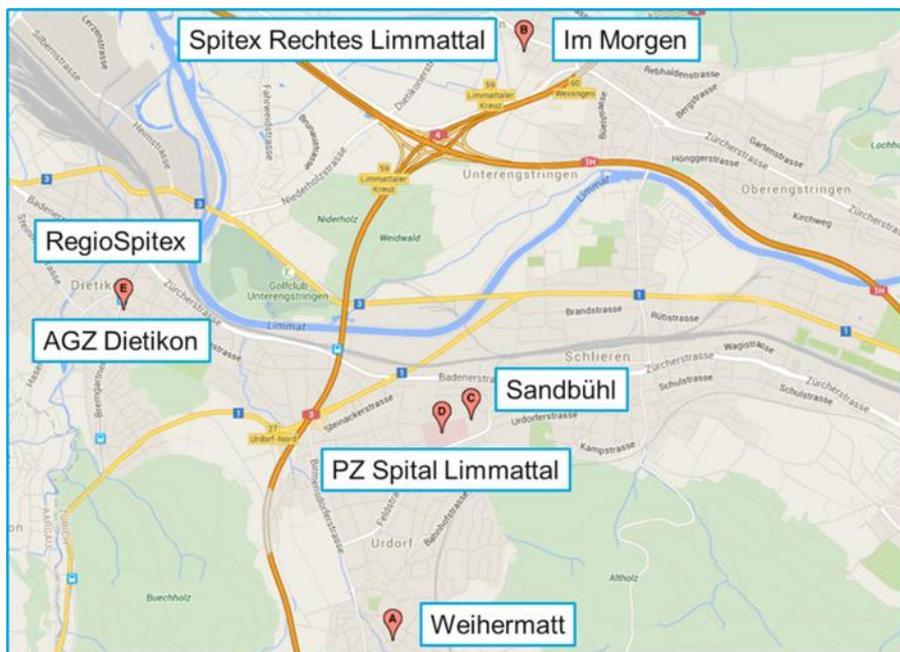


Abbildung 9: Befragte Leistungserbringer; Abkürzungen: AGZ: Alters- und Gesundheitszentrum; PZ: Pflegezentrum

11.4.2 Von der Arbeitsgruppe ausgearbeitete Definitionen im Überblick

Während des zweiten Workshops hat sich herausgestellt, dass einige Begriffe klarer voneinander abgegrenzt bzw. definiert werden müssen, um Missverständnisse auszuschliessen. Tabelle 11 beinhaltet die von der Arbeitsgruppe ausgearbeiteten Definitionen.

Alter Begriff => neuer Begriff	Erklärung / Definition
Tagesklinik => Tageszentrum	Um Fehlinterpretationen auszuschliessen, soll der Begriff „Tagesklinik“ neu durch das Wort „Tageszentrum“ ersetzt werden, da es sich dabei nicht um eine eigentliche Klinik handelt.
Nachtklinik => Notfallbett	Ein Patient braucht sehr kurzfristig (d.h. notfallmässig) eine Übernachtungsmöglichkeit, die seinen Bedürfnissen entspricht. Dies z.B. auf Grund einer plötzlichen Erkrankung des pflegenden Angehörigen.
Nachtklinik => Nachtzentrum	Ein Patient möchte regelmässig eine Nacht oder mehrere Nächte in einer Institution übernachten, z.B. jeweils die Nacht von Mittwoch auf Donnerstag
Ferienbett => Ferienbett	Auf Grund einer Ferienabwesenheit des pflegenden Angehörigen möchte der Patient z.B. für eine Woche ein Ferienbett in einem APH beanspruchen. Im Normalfall werden diese Ferien einige Monate im Voraus geplant, daher muss auch das Ferienbett frühzeitig reservierbar sein.
Ferienbett => Temporärbett / Drehscheibenpflege	In vielen Fällen benötigen pflegebedürftige Personen z.B. nach einem Spitalaufenthalt, eine Übergangslösung, bevor sie wieder nach Hause gehen können. Dieses Angebot wird auch benötigt, wenn pflegende Angehörige z.B. gesundheitsbedingt längerfristig ausfallen. Ein solcher Aufenthalt kann einige Tage bis einige Wochen dauern.
Wochenendangebote	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tagesangebote an Wochenendtagen: das TZ ist an Wochenendtagen geöffnet 2) Nachtangebote an Wochenendtagen: Patienten haben die Möglichkeit am Wochenende in einem Langzeitpflegebett / Ferienbett zu übernachten

Tabelle 11: Überblick Begriffsdefinitionen; APH: Alters- und Pflegeheim, TZ: Tageszentrum

11.4.2 Darstellung Bedürfnis, Bedarf und Nachfrage

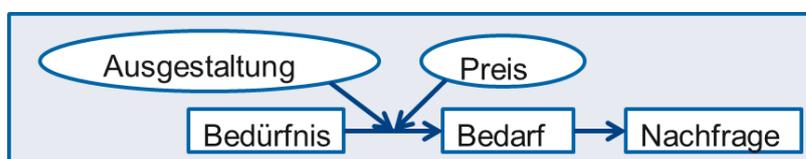


Abbildung 10: Darstellung des Zusammenhangs zwischen Ausgestaltung und Preis sowie Bedürfnis, Bedarf und Nachfrage