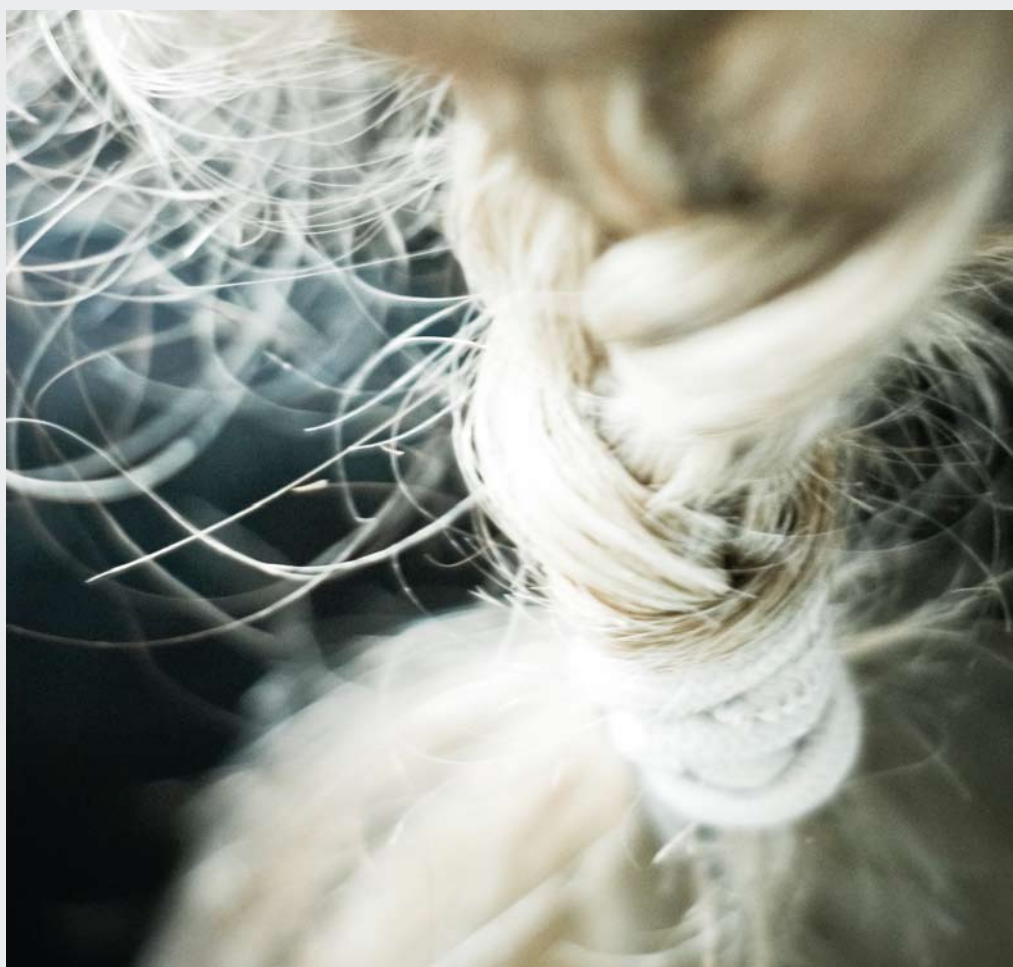


# Verbundlösungen

Kommentierte Zusammenfassung der Studie

«Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich»



Eine Studie der Age Stiftung und von Curaviva Schweiz  
in Kooperation mit dem Spitex Verband Schweiz,  
durchgeführt vom Winterthurer Institut für  
Gesundheitsökonomie

**CURAVIVA.CH**



Im Gesundheitswesen ist aktuell vermehrt ein Trend hin zur integrierten Versorgung zu erkennen. Politische Entwicklungen und Reformen verlangen eine verstärkte Zusammenarbeit der Dienstleister auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitswesens. Darüber, wie weit die Bemühungen zur Zusammenarbeit im Bereich Pflege und Betreuung im Altersbereich gediehen sind, gibt eine Studie des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie Auskunft. Die Studie wurde im Herbst 2009 von der Age Stiftung und Curaviva Schweiz in Kooperation mit dem Spitex Verband Schweiz in Auftrag gegeben. Die Untersuchung basiert auf einer fragebogengestützten Umfrage, an der sich 471 Deutschschweizer Alters- und Pflegeheime sowie Spitex-Organisationen beteiligt haben. Die Studie zeigt, welche und wie viele Organisationen bereits Zusammenarbeitsformen – so genannte Verbundlösungen – umsetzen, welche Angebote und Spezialisierungen im Rahmen von Verbundlösungen erbracht werden und wie die Zusammenarbeit organisiert ist. Dabei wird deutlich, dass das Potential zur Bildung von Verbundlösungen noch nicht ausgeschöpft ist. Ambulante Dienstleister streben häufiger Verbundlösungen an als Alters- und Pflegeheime. Die

Formen der Zusammenarbeit werden allgemein eher situativ und punktuell entwickelt und verfügen selten über durchgängige, organisationsübergreifende Prozesse. Entsprechend uneinheitlich ist das Bild bezüglich der im Rahmen von Verbundlösungen gebildeten Partnerkonstellationen und Angebotspaletten. In der vorliegenden Broschüre werden im Überblick die Resultate präsentiert und Schlussfolgerungen aus Sicht der stationären und ambulanten Pflegedienstleister dargestellt.

## Verbundlösungen – sind wir bereit?

**Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist im Umbruch. Tiefgreifende Veränderungen verlangen nach neuen Lösungsansätzen – auch für die Pflege und Betreuung im Altersbereich.**

2011 tritt die neue Pflegefinanzierung in Kraft und ab 2012 werden im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung in den Spitälern tarifwirksame Fallpauschalen eingeführt. Die parlamentarischen Kammern diskutieren die flächendeckende Einführung von Managed-Care-Modellen und in allen Bereichen des Gesundheitswesens wächst der Kostendruck. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung stellt die Leistungserbringer von Pflege und Betreuung vor grosse Herausforderungen.

Für deren Bewältigung setzt man in der öffentlichen Diskussion wie auch in Fachkreisen auf verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern. Man erhofft sich von gemeinsamen Projekten, Kooperationen, Fusionen und anderen Formen der Zusammenarbeit, hier unter dem Begriff «Verbundlösungen» subsumiert, Vorteile auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene – auch für die Pflege und Betreuung im Altersbereich.

Auf der strukturellen Ebene können Synergien erzielt wer-

den, indem gemeinsam Infrastruktur genutzt und Fachstellen eingerichtet werden. Letzteres erlaubt eine bessere Abdeckung des zunehmenden Bedarfs an spezialisierten Dienstleistungen, beispielsweise in den Bereichen der Palliative Care, Demenzbetreuung, Onkologie, Psychiatrie oder der präventiven Beratung.

Werden Leistungen im Verbund angeboten, hat das auf der Prozessebene nicht nur betriebliche Vorteile, sondern auch Vorteile für den Endkunden, den alten Menschen, der sich nicht mehr alleine durch den «Dschungel» der Angebote organisieren muss.

Es muss davon ausgegangen werden, dass in Zukunft neue Anforderungen auf die Betreuungsinstitutionen zukommen. Patienten werden früher mit rehabilitativen Massnahmen und ambulanter Unterstützung aus den Spitälern wieder nach Hause entlassen oder kommen je nach Gesundheitszustand und familiärer Situation vorübergehend ins Pflegeheim. Das wird zu höheren Anforderungen an die Pflegefachkräfte führen. Durch die Koordination von Behandlungsprozessen und die Definition von Schnittstellen innerhalb eines Verbunds wiederum könnten Abläufe verbessert und vereinfacht werden. Das erscheint nicht nur mit Blick

auf die Kosten sinnvoll, sondern kommt auch den Bedürfnissen der alten Menschen entgegen.

So viel zur Theorie. Doch wie ist die Praxis im Altersbereich für die kommenden Herausforderungen gerüstet? Welche und wie viele ambulante und stationäre Leistungserbringer haben Verbundlösungen bereits umgesetzt oder planen deren Umsetzung? Wie sehen die Zusammenarbeitsformen aus und mit welchen Angeboten warten sie auf? Haben sich in der Praxis bereits typische Verbundlösungen etabliert? Diesen Fragen geht die Studie «Verbundlösung für die Pflege und Betreuung im Altersbereich» nach, die von der Age Stiftung und Curaviva Schweiz in Kooperation mit dem Spitex Verband Schweiz in Auftrag gegeben und vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie durchgeführt wurde.

*Age Stiftung  
Andreas Sidler  
Bereichsleiter Forschung und  
Wissensvermittlung*

## Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich

**Eine Studie von der Age Stiftung und Curaviva Schweiz in Kooperation mit dem Spitex Verband Schweiz durchgeführt vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie.**

*Autoren der Studie: Daniel Imhof, Sylvia De Boni und Holger Auerbach*

**Im Gesundheitswesen ist ein genereller Trend zur integrierten Versorgung zu erkennen. Integrierte Versorgung bedeutet die organisierte Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure auf struktureller und prozessualer Ebene. Auch in der Pflege und Betreuung im Altersbereich lässt sich dieser Trend ausmachen.**

Für die Schweiz wurden bisher noch keine Informationen über die Anzahl und Art der Zusammenarbeitsformen, in dieser Studie Verbundlösungen genannt, systematisch gesammelt und aufbereitet. Die hier vorgestellte Studie gibt Aufschluss über Quantität und Qualität von Verbundlösungen im Bereich Pflege und Betreuung im Altersbereich in der Deutschschweiz.

### **Vorgehensweise und Methodik**

In einer ersten Studienphase wurden Erkenntnisse über Verbundlösungen in Theorie (wissenschaftliche Untersuchungen) und Praxis (Berichte von Praxisbeispielen) gesammelt und zusammengefasst. Daraus abgeleitet konnte der Begriff Verbundlösung in einer Arbeitsdefinition festgelegt werden.

Die Zusammenarbeit/Kooperation kann zwischen zwei oder

***Begriffsdefinition «Verbundlösungen»:** institutionsübergreifende Zusammenarbeit für die Leistungserbringung gegenüber Patienten/Klienten/Bewohnern in Pflege, Betreuung und/oder Hauswirtschaft im Altersbereich.*

mehreren Akteuren aus denselben oder unterschiedlichen Versorgungsgebieten erfolgen. Befinden sich die Akteure im selben Versorgungsgebiet, spricht man von einer horizontalen Integration. Das ist (wie in Grafik 1 ersichtlich) beispielsweise in der Zusammenarbeit zwischen drei Altersheimen der Fall. Bei der Zusammenarbeit von zwei oder mehr in der Versorgungskette vor- bzw. nachgelagerten Akteuren spricht man von einer vertikalen Integration, beispielsweise, wie in Grafik 1 eingezeichnet, bei der Zusammenarbeit zwischen einem Akutspital und einer Spitex-Organisation.

In Zusammenarbeit mit Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen wurde ein Kriterienkatalog und daraus abgeleitet ein Fragebogen entwickelt. Mit 26 Kriterien wurden die Merkmale der teilnehmenden Organisationen sowie die Ausprägungen von Verbundlösungen erfasst.

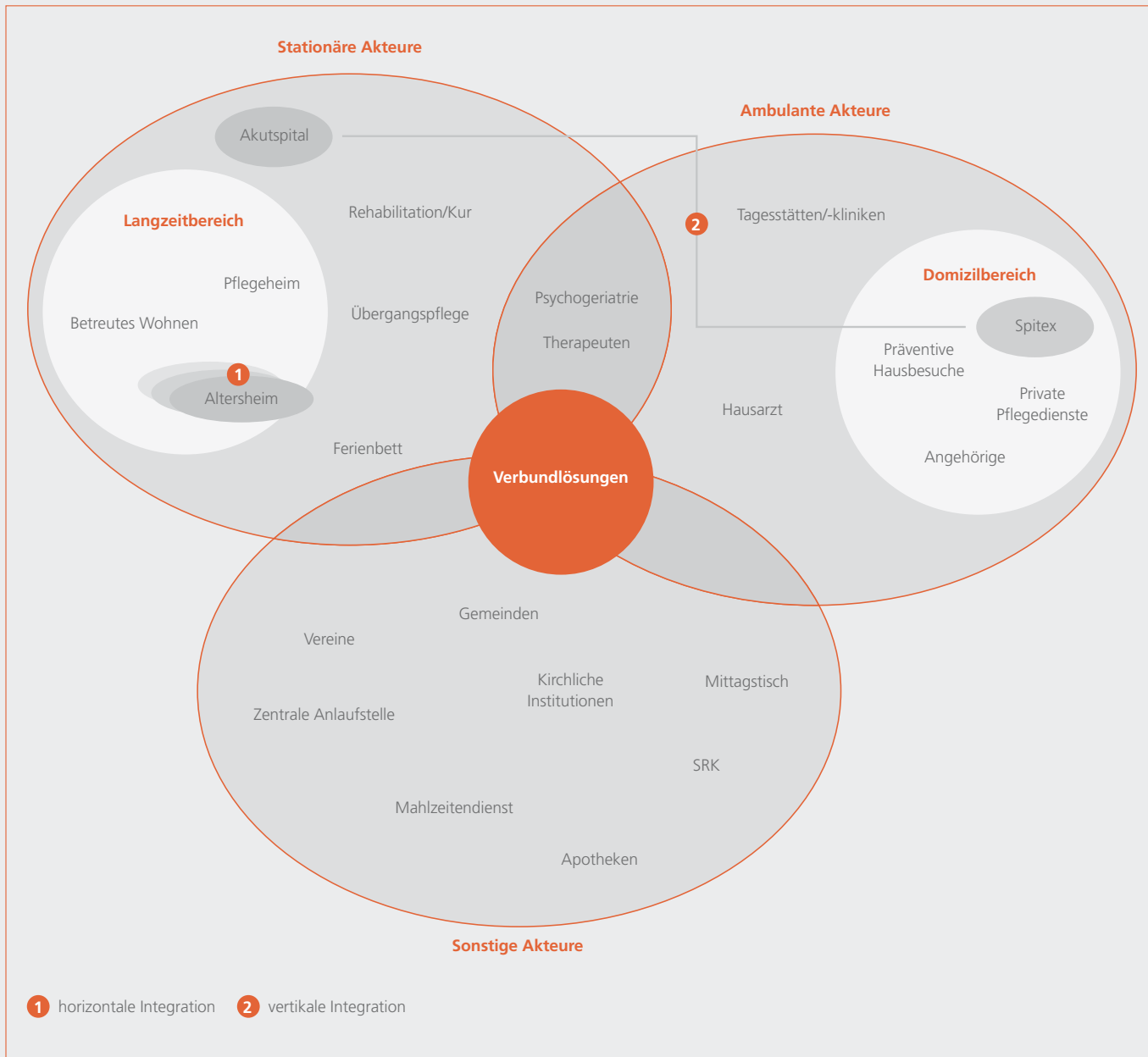
Der Fragebogen wurde in elektronischer Form an rund 1100 Alters- und Pflegeheime

(Mitglieder Curaviva) und an ca. 500 Spitex-Organisationen in der Deutschschweiz versandt. Die teilnehmenden Organisationen mussten jeweils ihren Organisationstyp angeben – «Spitex», «Heim» oder «Zentrum», wobei ein Zentrum eine Organisation ist, die sowohl Spitex als auch Heim(e) unter einem Dach vereint. Die Organisationen konnten an der Umfrage teilnehmen unabhängig davon, ob sie an einer Verbundlösung beteiligt sind oder nicht.

Die Antworten wurden statistisch (deskriptiv) ausgewertet und interpretiert. Mittels einer Clusteranalyse wurde nach Mustern und Gruppierungen in den Daten gesucht.

Mögliche Akteure der Pflege und Betreuung im Altersbereich

Grafik 1



## Resultate

### Begrifflichkeiten

Der vom Projektteam eingeführte Begriff «Verbundlösung» ist in der gängigen Praxis kaum in Verwendung. Im ersten Teil der Studie wurden verschiedene Praxisbeispiele einer Dokumentenanalyse unterzogen. Es zeigt sich, dass in der Praxis, anstelle von «Verbundlösung», folgende Begriffe verwendet werden:

1. *Vernetzung/Netzwerk/Versorgungsnetze* sowie *Koordinati-on (koordiniert)* werden häufig verwendet
2. *Integrierte Versorgung/Integration* sowie *Zusammenarbeit/Zusammenfassung/Zusammenlegung* werden auch verwendet
3. *Kooperation, Ganzheitlichkeit, Verbund, Austausch, Drehscheibe, Hilfe aus einer Hand* sowie *sektoren- und fachübergreifende Versorgung* werden eher selten verwendet

In der quantitativen Befragung der Heime und Spitex-Organisationen zeigt sich ein etwas anderes Bild. Hier fallen besonders die Begriffe «Zusammenarbeit» und «Kooperation» als gebräuchlich auf. Die mit diesen Begriffen bezeichnete Sache weist eine grosse Heterogenität hinsichtlich beteiligter Kooperationspartner,

gemeinsam erbrachter Leistungen, Zusammenarbeitsform und -intensität auf.

### Typologien/Ausprägungen

Bei der elektronischen Befragung nahmen von insgesamt 1654 angeschriebenen Organisationen 471 teil. 201 Organisationen haben mindestens eine Verbundlösung eingetragen. Insgesamt wurden 230 Verbundlösungen registriert (pro Organisation konnten maximal 3 Verbundlösungen eingetragen werden). Siehe Grafik 2.

Die Resultate werden jeweils für die einzelnen Organisationstypen (Heim, Spitex, Zentrum) getrennt dargestellt. Die folgenden Angaben beziehen sich auf jene Organisationen, die sich an der Befragung beteiligten.

Zentren und Spitex-Organisationen schliessen sich häufiger in Verbundlösungen zusammen als Heime. Die Spitex-Organisationen sowie die Zentren sind in 60% respektive 68% an Verbundlösungen beteiligt, die Heime zu einem Drittel (siehe nebenstehende Grafik 3).

Es sind tendenziell die grössten Organisationen, die sich zu einer Verbundlösung zusammenschliessen. Anders als erwartet schliessen sich die privatrechtlich gewinnorientierten Organisati-

onen seltener zu Verbundlösungen zusammen als gemeinnützige Organisationen. Über die geographische Verteilung der Verbundlösungen kann aufgrund der Beteiligungen der Organisationen keine eindeutige Aussage gemacht werden.

### Kooperationspartner

Die erfassten Verbundlösungen sind meistens bilaterale Kooperationen. Verbundlösungen, in denen mehr als zwei Partner zusammenarbeiten, sind seltener. Bei den Spitex-Organisationen ist eine Tendenz zur horizontalen Integration feststellbar: Als Kooperationspartner treten bei Spitex-Organisationen häufig ebenfalls Spitex-Organisationen auf. Das ist beinahe bei jeder dritten Verbundlösung mit Spitex-Beteiligung der Fall (31%). Ähnliches, wenn auch weniger ausgeprägt, lässt sich bei den Heimen feststellen. Auch sie kooperieren häufig mit ihresgleichen, nämlich bei jeder fünften Verbundlösung mit Heimbeteiligung (20%).

Neben der horizontal integrierten Form gibt es auch zahlreiche vertikal integrierte Zusammenarbeitsformen (siehe Tabelle 1). Sehr oft zählen Spitex-Organisationen zu den Kooperationspartnern der Heime und umgekehrt. Als weitere wichtige Koopera-

## Rücklauf

Grafik 2

## Angeschriebene Organisationen

1654

## Teilnehmende Organisationen

471

## Organisationen mit mind. 1 Verbundlösung

201

## Eingetragene Verbundlösungen

230

## Verbreitung von Verbundlösungen

Grafik 3

## Heim Total 314

33% 67%

## Spitex Total 120

60% 40%

## Zentren Total 37

68% 32%

mit Verbundlösungen    ohne Verbundlösungen

## Häufigste Kooperationspartner in vertikal integrierten Verbundlösungen

Tabelle 1

	Heime		Spitex		Zentren	
1	Spitex/andere ambulante Pflegedienste	34 %	Alters- und/oder Pflegeheim	32 %	Freiwillige/Angehörige	69 %
2	Anbieter von Mittagstischen / Mahlzeitendiensten	29 %	Anbieter von Mittagstischen / Mahlzeitendiensten	27 %	Institution mit Alterswohnungen / für betreutes bzw. begleitetes Wohnen	58 %
3	Freiwillige / Angehörige	28 %	Spital/Klinik	26 %	Anbieter von Mittagstischen / Mahlzeitendiensten	50 %
4	Institution mit Alterswohnungen / für betreutes bzw. begleitetes Wohnen	26 %	Karitative und ähnliche Hilfsorganisationen (z.B. SRK, Pro Senectute, kirchliche Institutionen)	25 %	Zentrale Anlauf-/Abklärungs-/Entscheidungsstelle / Drehscheibe	39 %
5	Grundversorger (Arzt inkl. Ärztenetze mit u. a. Grundversorgern)	22 %	Freiwillige/Angehörige	25 %	Sozialamt / andere Gemeindebehörden	39 %
	<b>n = 119</b>		<b>n = 85</b>		<b>n = 26</b>	

Bemerkung: Mehrfachnennungen waren möglich

Bemerkung Tabelle 2 und 3:  
Mehrfachnennungen waren möglich

Die häufigsten Leistungen von Verbundlösungen

Tabelle 2

	Heime	Spitex	Zentren
1	Grund-/Behandlungspflege 40 %	Grund-/Behandlungspflege 64 %	Grund-/Behandlungspflege 85 %
2	Übergangs-/Kurzzeit-/Ferienpflege 32 %	Haushaltspflege/Haushalthilfe 55 %	Haushaltspflege/Haushalthilfe 77 %
3	Therapien/Aktivitäten (Ergo-/Physio-/Aktivierungstherapie, Animation, Altersturnen) 32 %	Betreuung/Begleitung Sterbender und deren Angehöriger 53 %	Übergangs-/Kurzzeit-/Ferienpflege 77 %
4	Haushaltspflege/Haushalthilfe 30 %	Beratung (z.B. Angehörigen-/Sozial-/Präventions-/Ernährungs-/Diabetes-/Finanz-/Rechtsberatung) 38 %	Alterswohnungen/betreutes Wohnen/begleitetes Wohnen 69 %
5		24-h-Dienst/Notruf/Nachtwachen 31 %	Mobilität/Fahrdienste/Reisebegleitung 69 %
6			Betreuung/Begleitung Sterbender und deren Angehöriger 65 %
7			Tagesbetreuung/Entlastungsangebote für pflegerische Angehörige 62 %
8			24-h-Dienst/Notruf/Nachtwachen 58 %
9			Ergänzende Dienstleistungen (z.B. Fuss-/Handpflege, Coiffeur, Hilfsmittelverleih) 58 %
10			Freie Arztwahl (z.B. keinen vorgeschriebenen Heimarzt) 58 %
	<b>n = 119</b>	<b>n = 85</b>	<b>n = 26</b>

Die häufigsten Spezialisierungen von Verbundlösungen

Tabelle 3

	Heime	Spitex	Zentren
1	Betreuung von Menschen mit Demenz 35 %	Palliative Care 38 %	Betreuung von Menschen mit Demenz 69 %
2	Palliative Care 25 %	Onkologie 28 %	Palliative Care 62 %
3	Psychiatrische und /oder psychogeriatrische Betreuung 21 %	Betreuung von Menschen mit Demenz 26 %	Psychiatrische und /oder psychogeriatrische Betreuung 42 %
	<b>n = 119</b>	<b>n = 85</b>	<b>n = 26</b>

Prozessdefinitionen in Verbundlösungen

Tabelle 4

	Heime	Spitex	Zentren
Keine Prozesse definieren oder nur innerhalb einer Institution	63 %	65 %	42 %
Prozesse mit einigen oder allen Institutionen definiert	25 %	24 %	58 %
Nicht bekannt	12 %	11 %	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b> <i>n = 119</i>	<b>100 %</b> <i>n = 85</i>	<b>100 %</b> <i>n = 26</i>



tionspartner treten Freiwillige/Angehörige sowie Anbieter von Mittagstischen/Mahlzeitendiensten auf.

### Leistungen

Viele Verbundlösungen haben ein beschränktes Leistungsangebot. Oft wird nur eine bestimmte Leistung im Rahmen der Zusammenarbeit erbracht. Die häufigsten Leistungen von Spitex-Organisationen, Heimen und Zentren, die in den Verbundlösungen gemeinsam erbracht werden, sind: Grund- und Behandlungspflege, Hauspflege/Haushilfe sowie Übergangspflege/Kurzzeitpflege/Ferienpflege. In der Tabelle 2 werden die häufigsten Leistungsangebote dargestellt.

Oft werden Verbundlösungen auch genutzt, um spezialisierte Dienstleistungen anzubieten, am häufigsten die Betreuung von Menschen mit Demenz und Palliative Care. In der Tabelle 3 werden die häufigsten Spezialisierungen dargestellt.

### Formalisierungsgrad

Gesamthaft basieren Verbundlösungen überwiegend auf vertraglichen Zusammenarbeitsformen oder auf der Rechtsform einer einfachen Gesellschaft, ei-

nes Vereins oder einer Stiftung. Dabei werden meist keine durchgängigen Prozesse definiert. Die Schnittstellen sind mehrheitlich individuell, punktuell und situativ ausgestaltet. Die gemeinsame interne und externe Kommunikation sowie die gemeinsam erbrachten Supportdienste (z.B. Administration, Aus- und Weiterbildung, Marketing) sind bei Zentren stärker ausgeprägt als bei Heimen und Spitex-Organisationen. Die Verbundlösungen von Heimen und Spitex-Organisationen haben eher einen informellen Charakter. In der Tabelle 4 werden die Ausprägungen der Prozessdefinition dargestellt.

### Clustering

Mittels einer Clusteranalyse wurden Verbundlösungsgruppen mit ähnlichen Eigenschaften gesucht (Cluster). Insgesamt haben sich sieben «schwache» Cluster ergeben, die sich in bestimmten Bereichen ähnlicher sind als die Verbundlösungen in anderen Clustern. Die Ähnlichkeit in diesen Gruppen ist jedoch nicht sehr ausgeprägt. Daraus lässt sich schliessen, dass die erfassten Verbundlösungen kaum vergleichbar sind in Bezug auf be-

teiligte Kooperationspartner, gemeinsam erbrachte Leistungen, Zusammenarbeitsform und -intensität. Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal bei den Verbundlösungen ist, welche der drei Organisationstypen «Spitex», «Heim» oder «Zentrum» die Verbundlösung eingetragen hat. Danach sind die Gemeinsamkeiten in den Gruppen und die Unterschiede zwischen den Gruppen wenig ausgeprägt.

Im Folgenden werden die grössten drei identifizierten Verbundlösungsgruppen umschrieben:

«Die stationäre Minimallösung» 81 Verbundlösungen fallen in diesen grössten Cluster. Sie charakterisieren sich dadurch, dass sie vorwiegend durch Heime eingetragen wurden (91,4%), die häufig mit ihresgleichen und eher selten mit Spitex-Organisationen eine Kooperation eingehen und häufig nur an einer oder wenigen Verbundlösungen beteiligt sind. Zudem werden in diesen Verbundlösungen nur wenige Dienstleistungen und Spezialisierungen angeboten.

«Die ambulante Minimallösung» Dieser zweitgrösste Cluster wird

durch 60 Verbundlösungen vertreten. Die eintragenden Organisationen sind hauptsächlich Spitex-Organisationen (95%), welche nur in wenigen Fällen Kooperationen mit Heimen eingehen. Tendenziell bieten sie wenige Dienstleistungen in den Verbundlösungen an, rund die Hälfte betreibt jedoch Spezialisierungen. Die Organisationen, welche diese Verbundlösungen eingetragen haben, sind meist nur an dieser oder nur an wenigen anderen Verbundlösungen beteiligt.

«Die Breitgefächerten» Mit 38 Verbundlösungen ist dies der drittgrösste Cluster. Er wird zu 50% durch Heime und je einem Viertel durch die Spitex und die Zentren repräsentiert. Diese Gruppe zeichnet sich dadurch aus, dass in jeweils ca. zwei Dritteln der Verbundlösungen mehrere Dienstleistungen gemeinsam erbracht werden. Zudem werden innerhalb dieser Verbundlösungen eine oder mehrere Spezialisierungen erbracht. Die Organisationen, welche diese Verbundlösungen eingetragen haben, sind meist nur an dieser oder nur an wenigen anderen Verbundlösungen beteiligt.

## Schlussfolgerungen

Die Studie zeigt, dass die verwendeten Begriffe im Zusammenhang von integrierter Versorgung und Zusammenarbeit nicht einheitlich gebraucht und verstanden werden.

Die Deutschschweizer Heime und Spitex-Organisationen streben durchaus Verbundlösungen an, jedoch noch zaghafte, eher unstrukturiert und in kleinem Umfang. In den meisten Fällen wird eine Kooperation zweier «gleicher» Akteure zur Erbringung einer gemeinsamen Dienstleistung auf Vertragsba-

sis eingegangen. Komplexe Verbundlösungen zwischen mehreren Leistungserbringern entlang der Behandlungspfade sind die Ausnahme.

Es besteht ein hohes Potenzial zur Bildung und Förderung von Verbundlösungen. Insbesondere kleine, ländliche Heime haben einen grossen Nachholbedarf. Supportdienste, beispielsweise administrative Tätigkeiten oder die Nutzung von Infrastruktur, sollten aus betriebswirtschaftlicher Sicht vermehrt gemeinsam und institutionsübergreifend erbracht bzw.

genutzt werden. Die Schnittstellen zwischen den Organisationen sollten besser abgestimmt und koordiniert werden. Viele Verbundlösungen sind informell geregelt. Um die Nachhaltigkeit der Angebote zu gewährleisten, sollte die Zusammenarbeit im Bereich Betreuung und Pflege zunehmend in gefestigte rechtliche und organisatorische Strukturen überführt werden.

Der Begriff «Verbundlösung» sollte im Bereich Pflege und Betreuung einen festen Platz erhalten und im täglichen Gebrauch

sowie in weiteren Studien in Anwendung kommen. Zudem sollte definiert werden, was gute Verbundlösungen sind und wie diese beschrieben werden können. Entsprechend wird die durchgeführte Studie als ein wichtiger erster Schritt im Sinne einer Auslegeordnung verstanden. Allerdings sind vermehrt Anstrengungen der Leistungserbringer bei der Realisierung von Verbundlösungen zu erbringen – dies wird zukünftig auch verstärkt von Seiten der Patienten, Klienten und Kostenträger gefordert werden.

## CURAVIVA Schweiz



Dr. Markus Leser  
Leiter Fachbereich  
Menschen im Alter

**Verbundlösungen oder integrierte Versorgungsansätze liegen im Trend. Der vorliegende Bericht zeigt aus Sicht des Fachbereichs Alter klar auf, dass sich hierzu allmählich verschiedene Ansätze herauskristallisieren.**

Die gesamte Versorgungskette von ambulant bis stationär ist für alle Anbieter wichtiger geworden, nicht zuletzt aufgrund der vorherrschenden Kostendiskussion im Gesundheitswesen. Auch die Kundinnen und Kunden der Anbieter sind anspruchsvoller geworden und fordern immer wieder Dienstleistungen und Serviceangebote aus einer Hand.

So verwundert es nicht, wenn sich immer mehr Anbieter im ambulanten wie im stationären Bereich in der einen oder anderen Form zusammen schliessen und Verbände oder entsprechende Kooperationen bilden. Dies kann im Rahmen des Angebotes geschehen oder aber auch im Rahmen brancheninterner Verbände wie z.B. Ausbildungsverbänden.

### Verbundlösungen als Perspektive

Curaviva Schweiz befürwortet solche Kooperationen und Zusammenarbeitsformen. Zum einen verhindert es das Denken in «Entweder-oder-Kategorien» wie ambulant oder stationär und zum anderen gibt es die Möglichkeit zur Synergienutzung und damit auch zur Kostenoptimierung. Unabhängig von den Kosten sollten die Kunden jedoch künftig auf der gesamten Versorgungskette von ambulant bis stationär die Möglichkeit haben, das für sie geeignete Angebot auszuwählen, am besten – wie oben erwähnt – aus einer Hand, von einer Ansprechperson. Dies entspricht klar einer Vereinfachung und Überschaubarkeit des gesamten Angebotes.

### Zusammenarbeit ja – aber

Nun kommt das «Aber». Trotz dieser positiven Signale haben wir im Gesundheitswesen noch immer zu viele Einzelkämpfer, getreu nach dem Motto: jeder gegen jeden. Synergien werden, aus welchen Gründen auch immer, noch zu wenig genutzt. Es gibt nicht wenige Beispiele, die zeigen, wie mehrere Heime in einem engen Umkreis das exakt gleiche Angebot bereithalten. Kosten hin oder her. Die Diskussion um das «Möglichst-lange-in-den-eigenen-vier-Wänden-wohnen-wollen» führt nicht selten dazu, dass ambulante gegen stationäre Angebote und umgekehrt gegeneinander ausgespielt werden. Verbundlösungen oder Ansätze der integrierten Versorgung betonen das Gemeinsame und nicht das Trennende.

Auffallend ist weiterhin, dass in Diskussionen grundsätzlich niemand etwas gegen solche Lösungsansätze hat, jedoch sind im zweiten Teil des Satzes – dem ABER – relativ schnell eine Reihe von Gründen parat, warum es gerade in dieser oder jener Situation ein Sonderfall ist und deshalb der Alleingang einer Verbundlösung vorzuziehen ist. Es erstaunt zumindest, dass wir uns trotz vielerlei Klagen über die (zu hohen) Kosten noch immer sehr viele «Sonderfälle» leisten (können oder wollen).

### Wie es weitergeht

Der vorliegende Bericht bildet die Grundlage für weitere Abklärungsarbeiten im Fachbereich Alter. Im Rahmen einer Resonanzgruppe mit Verantwortlichen aus dem Heimbereich werden wir bis ca. Ende 2010 der Frage nachgehen, was eine «gute Verbundlösung» ist und wie sich eine solche planen und umsetzen lässt. Auch wird es nötig sein, den Begriff zu klären

und im Sinne dieses Berichtes «salonfähig» zu machen. Noch gibt es zu viele verschiedene Begriffe, die Ähnliches meinen, es aber unterschiedlich benennen. Die Verwirrung, die dabei entstehen kann, ist mitunter gross, selbst unter Fachpersonen und ganz zu schweigen von den Kunden und ihren Angehörigen. Nicht zuletzt auch deshalb sollte es uns gelingen im Sinne eines eigenständigen Markennamens hier Klarheit zu schaffen.

Ansätze für funktionierende Verbundlösungen gibt es einige. Beispiele hierzu finden sich auch in der vorliegenden Studie. Damit sich diese Ansätze weiterentwickeln können, wird der Fachbereich Alter von CURAVIVA Schweiz entsprechende Handlungsansätze und Empfehlungen für die Heimbranche entwickeln.

Curaviva Schweiz  
Dr. Markus Leser

# Spitex Verband Schweiz

**In der Spitex-Strategie 2015 sind die horizontale und vertikale Vernetzung der Behandlungskette sowie die Koordination der Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern erklärte Ziele.**

Die vorliegende Studie ist eine Bestandesaufnahme der vorhandenen Vernetzungsbestrebungen der Heime und der Spitex in der Deutschschweiz sowie der Versuch, diese Bestrebungen zu gruppieren. Gibt es typische Konstellationen von Kooperationen in der Spitex? Die Vernetzung der Leistungserbringer entlang der Behandlungskette (eine Behandlungskette könnte beispielsweise sein: Spital, Hausarzt, Spitex, Heim) ist ein wichtiges Anliegen des Spitex Verbands Schweiz. Deshalb hat der Verband die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit Interesse erwartet.

## **Die Spitex-Organisationen in Verbundlösungen**

Die Mehrheit (60%) der Spitex-Organisationen, die an der Studie teilgenommen haben, ist an mindestens einer Verbundlösung beteiligt. In dieser Verbundlösung werden in vielen Fällen eine oder zwei spezifische Leistungen gemeinsam erbracht. Die Verbundlösung ist oft eine informelle Abmachung zwischen zwei Akteuren und hat kaum strukturierte Prozesse. Häufigster Verbundpartner der Spitex sind andere Spitex-Organisationen, d.h., sie sind meist horizontal vernetzt. Die gemeinsam erbrachten Leistungen sind in der Mehrheit Spitex-Grundleistungen (Grund- und Behandlungspflege sowie Hauspflege/Haushalthilfe). Die häufigste Spezialisierung, die bei Verbundlösungen mit Spitex-Beteiligung genannt wurde, ist die Betreuung und Begleitung Sterbender und deren Angehöriger respektive Palliative Care.

## **Verbundlösungen in der Entwicklungsphase**

Es ist erfreulich, dass sich die Mehrheit der Spitex-Organisationen an Verbundlösungen beteiligt. Aber die Verbünde sind bescheiden ausgeprägt. Verbundlösungen, die sich an der Behandlungskette orientieren und mehrere Leistungserbringer und Leistungen koordiniert verbinden, sind die Ausnahme. Dieses Ergebnis überrascht aber kaum, denn solange es keine finanziellen Anreize zur Vernetzung gibt, wird sich kaum eine Musterform der Zusammenarbeit herausbilden, und die Bestrebungen bleiben punktuell.

Dass sich noch keine typische Verbundlösung durchgesetzt hat, wird durch die Gruppenbildung mittels statistischer Analyse noch unterstrichen. In der Studie werden sieben Gruppierungen – sogenannte Cluster – unterschieden (die drei grössten werden in dieser Broschüre beschrieben). Die Cluster sind jedoch nur schwach ausgebildet und eher heterogen. Ein Zeichen dafür, dass sich die Vernetzungsbestrebungen in der Entwicklungsphase befinden und sich noch kein Standard durchgesetzt hat.

In dieser Entwicklungsphase müssen in einem ersten Schritt neben der Frage der Finanzierung auch Fragen zum Ziel der Vernetzung gestellt und beantwortet werden. Wer kommt für den zusätzlichen Koordinationsaufwand der Vernetzung auf, welches sind die richtigen Kooperationspartner der Spitex und für welche Leistungen?

In der Studie ist der häufigste Kooperationspartner der Spitex eine andere Spitex-Organisation. Ist das ein Zeichen dafür, dass sich die Spitex vertieft horizontal vernetzt, oder handelt es sich dabei um eine Vorstufe zum Zusammenschluss zu grösseren Organisationen? Die Spi-

tex-Statistik zeigt, dass sich seit 1997 die Anzahl der Organisationen um ca. 40% verringert hat (1997: ca. 1000, 2008: 604). Die Klientinnen und Klienten sowie das Personal der Spitex-Organisationen haben im gleichen Zeitraum um 6 bis 7% zugenommen.

Die Grösse von Spitex-Organisationen ist aber nur eine Möglichkeit, auf die zunehmenden Herausforderungen wie 24-h-Dienst während 7 Tagen in der Woche, Akut- und Übergangspflege oder spezialisierte Pflegeleistungen zu reagieren. Die Vernetzung mit anderen Spitex-Organisationen und weiteren Leistungserbringern entlang der Behandlungskette ist eine andere Möglichkeit.

## **Erste Ansätze und viel Potential**

Die Studie hat gezeigt, dass für die Spitex Verbünde und Kooperationen mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen keine Seltenheit sind. Dennoch besteht noch grosses Potenzial für Weiterentwicklung respektive Vertiefung der bestehenden Kooperationen oder für das Eingehen von neuen Verbänden.

Betrachtet man nur die geplanten Verbundlösungen, so zeigt sich bei der Spitex ein Trend hin zur Verbesserung der Schnittstellen zu anderen Leistungserbringern und zur Schaffung von gemeinsamen Anlaufstellen. Vor dem Hintergrund der Einführung der Fallpauschalen (DRGs) und der neuen Pflegefinanzierung sind das Schritte in die richtige Richtung. Diese Schritte müssen nun konsequent umgesetzt werden, damit die Spitex die Herausforderungen weiterhin gut bewältigen kann.



*Dominik Hadorn  
Wissenschaftlicher  
Mitarbeiter  
Qualität/Health*

## Verbundlösungen – ein Ausblick

**Die Resultate bisheriger Vernetzungsbemühungen im Bereich der Pflege im Alter sind noch nicht bahnbrechend, aber durchaus ermutigend. Bereits haben sich eine beachtliche Anzahl stationärer und ambulanter Leistungsanbieter von Betreuung und Pflege in Verbundlösungen zusammengefunden.**

Diese Organisationen begegnen den Herausforderungen eines sich ständig verändernden Gesundheitssystems und einer zunehmend älteren Bevölkerung proaktiv und nicht reaktiv. Verbundlösungen als zukunftsweisende Option sind keine graue Theorie mehr, sondern bereits heute Zielvorgaben im Feld der Praxis.

Die Studie zeigt aber auch, dass trotz vielversprechenden Beispielen noch viel Entwicklungspotential vorhanden und Überzeugungsarbeit zu leisten ist. Organisationsübergreifende Strukturen müssen geschaffen sowie klare Schnittstellen und Prozesse definiert werden. Das erfordert den Mut, aufeinander zuzugehen, um gemeinsame und verbindliche Ziele auszuhandeln und festzulegen.

Auch die Verbände sehen sich in der Pflicht: Curaviva Schweiz hat sich für 2010 das Thema «Verbundlösungen» als Schwerpunkt gesetzt und wird gemeinsam mit Verantwortlichen aus dem Heimbereich eruiieren, wie sich gute Verbundlösungen planen und umsetzen lassen. Der Spitex Verband Schweiz hat die horizontale und vertikale Vernetzung der Behandlungskette sowie die Koordination der Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern in die Spitex-Strategie 2015 integriert. Dass sich beide Verbände partnerschaftlich für die vorliegen-

de Studie engagieren, steht für das Bewusstsein, dass man sich über bisherige Grenzen hinweg für gemeinsame Lösungen einsetzen muss.

Die Beteiligung der Age Stiftung an der Erarbeitung dieser Studie hat damit zu tun, wie sie Wohnen im Alter definiert. Damit vielfältige und gute Wohnmöglichkeiten für alte Menschen bestehen, ist es wichtig, dass die Vernetzung unter den Dienstleistern gut ist. Alte Menschen, die körperlich fragil werden, brauchen ein flexibles und durchlässiges Betreuungs- und Pflegeangebot – idealerweise aus einer Hand, wenn die privaten Ressourcen optimal unterstützt werden sollen.

Die in der Studie dokumentierten ersten Schritte zeigen auf, dass noch viele weitere notwendig sind – nicht nur in der Praxis, sondern auch in der Forschung. So ist es zum Beispiel wichtig zu erkennen, welche Faktoren das Zustandekommen von Verbundlösungen begünstigen und welche Massnahmen diese Kooperationen nachhaltig sichern.

In Anbetracht der allgemein herrschenden Maxime «ambulant vor stationär» werden wir nicht darum herumkommen, den positiven Effekten, die sich durch Verbundlösungen ergeben, noch mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Denn angesichts der demographischen Veränderungen sind die Aufgaben klar – die Lösungswege müssen noch gefunden werden.

*Age Stiftung  
Andreas Sidler  
Bereichsleiter Forschung  
und Wissensvermittlung*

### **Kommentierte Zusammenfassung der Studie «Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich»**

Eine Studie der Age Stiftung und von Curaviva Schweiz in Kooperation mit dem Spitex Verband Schweiz. Durchgeführt vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie.

Redaktion: Andreas Sidler, Age Stiftung

Mitarbeit: Holger Auerbach und Sylvia De Boni, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie; Markus Leser, Curaviva Verband Heime und Institutionen Schweiz; Dominik Hadorn, Spitex Verband Schweiz

Gestaltung: medialink, Zürich

Druck: Zofinger Tagblatt AG

© Age Stiftung, 2010

Die vollständige Studie sowie diese Broschüre stehen zum kostenlosen Download bereit.

[www.curaviva.ch/studien](http://www.curaviva.ch/studien)

[www.age-stiftung.ch/publikationen](http://www.age-stiftung.ch/publikationen)

[www.wig.zhaw.ch](http://www.wig.zhaw.ch)

[www.spitex.ch](http://www.spitex.ch)