



Integrierte Gesundheitssysteme: Potenzial und Grenzen



Tagungsdokumentation vom 15. Juni 2006

Organisation:

Stadt Zürich, Gesundheits- und Umweltdepartement
Stadtspital Waid

Patronat:

Universitäres Institut Alter und Generationen (INAG)
Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)
Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)

Inhaltsverzeichnis

Programm	2
Referentinnen und Referenten.....	3
Tagungsbeschreibung	4
Integrierte Versorgung in der EU: Das PROCARE-Projekt	5
Der Wille zur Integrationsversorgung: Kulturelle Barrieren und ethische Notwendigkeiten.....	6
Integrated Health Care for Older People in Denmark – The Skaevinge-Project “ten years on”.....	7
Integrierte Versorgung für alte Menschen in Holland.....	9
Kurzvorstellung SVSP.....	11
Kurzvorstellung SFGG	13
Kurzvorstellung INAG	15

Anhang

- Powerpoint-Präsentation Kai Leichsenring
- Powerpoint-Präsentation Frank Schulz-Nieswandt
- Powerpoint-Präsentation Kees Theeuwes

Programm

- 09.30 - 10.00 **Begrüssung, Einleitung**
Erwin Carigiet, Robert Neukomm, Daniel Grob
- 10.00 - 10.45 **Integrierte Versorgung in der EU: Das PROCARE-Projekt**
Kai Leichsenring
- 10.45 - 11.15 **Diskussion**
- 11.15 - 11.35 **Pause**
- 11.35 - 12.20 **Der Wille zur Integrationsversorgung: Kulturelle Barrieren und ethische Notwendigkeiten**
Frank Schulz-Nieswandt
- 12.20 – 12.50 **Diskussion**
- 12.50 - 14.15 **Mittagessen (Stehlunch)**
- 14.15 – 15.00 **Integrated Health Care for Older People in Denmark - The Skaev-
inge-Project „Ten years on“**
Lis Wagner
- 15.00 – 15.30 **Diskussion**
- 15.30 – 16.00 **Pause**
- 16.00 – 16.45 **Integrierte Versorgung für alte Menschen in Holland**
Kees Theeuwes
- 16.45 - 17.15 **Diskussion**
- 17.15 **Abschluss der Tagung**

Moderation der Tagung

Erwin Carigiet
Clarissa Kurscheid

Referentinnen und Referenten

Dr. iur. Erwin Carigiet, Departementssekretär des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich, Präsident der Schweizerischen Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)

Dr. med. Daniel Grob, Chefarzt Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Zürich, Präsident der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)

Dr. Clarissa Kurscheid, Gesundheitsökonomin und Sozialwissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Seminar für Sozialpolitik, Universität Köln, Deutschland

Dr. phil. Kai Leichsenring, Politikwissenschaftler, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien, Oesterreich

Stadtrat Robert Neukomm, Vorsteher des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, Professor am Seminar für Sozialpolitik, Universität Köln, Deutschland

Dr. med. Kees Theeuwes, Geriater, ehemaliger Präsident der Niederländischen Gesellschaft für Pflegeheimärzte, Breda, Niederlande

Dr. Lis Wagner, Doktor der Pflegewissenschaft, Professorin University of Southern Denmark, Odense, Dänemark

Tagungsbeschreibung

Im 6. Geriatrieforum Waid richten wir den Blick auf Modelle der integrierten Gesundheitsversorgung.

Spezialisierung und damit einhergehende Fragmentierungen im Gesundheitswesen sind Fluch und Segen zugleich: Ein Segen für alle, die an *einer* schweren Erkrankung leiden und die bestmögliche, spezialisierte Behandlung und Betreuung erhalten.

Insbesondere bei mehrfach kranken alten Menschen ist es aber problematisch, ein gesundheitliches Problem isoliert zu betrachten. Gesundheitliche Störungen sind eng verknüpft mit sozialen, psychischen und funktionellen Ressourcen und Defiziten. Um eine möglichst optimale Behandlungsqualität zu erreichen, erscheint es sinnvoll, einerseits stationäre und ambulante medizinische Dienstleistungen zu verknüpfen und andererseits sozialmedizinische und pflegerische Interventionen zu integrieren. Dem stehen aktuell in der Schweiz verschiedene Barrieren im Wege, so z.B. die noch mangelhafte Koordination an den jeweiligen Schnittstellen, die getrennten Strukturen sowie auch die Beteiligung verschiedener Finanzierer.

Unter dem Begriff „integrated care“ wird eine sektor- (Pflege, Ärztinnen, Therapeuten, usw.) und facharztübergreifende Betreuung von kranken Menschen verstanden, unter Einbezug von Spitälern, Hausärzten, Spezialärztinnen, Spitex, ambulanter und stationärer Rehabilitation, Alters- und Pflegeheimen und Apotheken.

Wie funktionieren solche Systeme? Wo gibt es Barrieren? Wo entsteht ein Nutzen? Nicht nur in der Schweiz wird über solche zukunftssträchtigen integrierten Gesundheitssysteme nachgedacht. Und wie ein Blick über die Grenzen zeigt, wird auf diesem Gebiet sogar schon länger experimentiert. Das 6. Geriatrieforum soll Gedankenanstösse geben und Wege aufzeigen, wie und in welcher Richtung auch in der Schweiz Schritte zu einer vermehrten Integration gesundheitlicher Dienstleistungen unternommen werden können. Ausgewiesene Expertinnen und Experten werden einerseits die Grundlagen von „integrated care“-Projekten aufzeigen und uns andererseits zwei konkrete Beispiele aus den Niederlanden und Dänemark nahe bringen.

Alles ist im Fluss - so auch das schweizerische Gesundheitswesen: Wir freuen uns, im 6. Geriatrieforum das für unsere Verhältnisse heute fast Undenkbare zu diskutieren und sind sicher, dabei viele Anregungen von unseren europäischen Nachbarn zu erhalten.

Integrierte Versorgung in der EU – das Projekt PROCARE

Kai Leichsenring

Dieser Beitrag basiert auf den Ergebnissen des im 5. Rahmenprogramm der EU geförderten Forschungsprojekts "Providing integrated health and social care for older persons" (PROCARE). Von 2002 bis 2005 wurde in neun EU-Mitgliedsstaaten (Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Niederlande, Österreich, Vereinigtes Königreich) erstmals systematisch untersucht, welche politischen, organisatorischen und methodischen Strategien entwickelt wurden, um sich den augenscheinlichen Problemen der Koordination und Integration von Sozial- und Gesundheitssystemen zu stellen. Besonderes Augenmerk wurde auf Arbeitsmodelle im Bereich der Langzeitpflege älterer Menschen gelegt, da vor allem hier Lösungsansätze gesucht werden, welche auf jene Unzulänglichkeiten an den Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten reagieren, unter denen ältere pflegebedürftige Menschen, deren Angehörige, aber auch die MitarbeiterInnen und sonstigen Akteure leiden. Der Vortrag wird einerseits die allgemeinen Trends in der Pflegepolitik der untersuchten Länder beleuchten, andererseits aber auch die Tendenzen im Pflegemanagement (Instrumente, Methoden, Modelle) vorstellen.

Durch die Diskussion dieser Aspekte sollen die Eckpfeiler des neuen Paradigmas von „long-term care“ und die Zukunftsperspektiven, Chancen und Risiken von Koordination und Integration im Bereich der Altenpflege herausgearbeitet werden. Neben den üblichen allgemeinen Unterschieden zwischen den Systemen sozialer Sicherung zeigt sich nämlich auch im Bereich der Integration und Koordination der sozialmedizinischen Dienste eine breite Palette von „Wegen zur Integration“. Angesichts der unterschiedlichen organisatorischen Reifegrade der Systeme ist etwa zu fragen, ob eine Integration nicht zur „feindlichen Übernahme“ sozialer durch medizinische Pflegemodelle führt. Eine weitere Frage betrifft das (in vielen Ländern noch nicht einmal als Standard existierende) case management, dessen Ziele und Ausformung sowie die damit verbundenen Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten. Schließlich ist zu diskutieren, welche Auswirkungen die Entwicklung von „long-term care“ als eigenes System hätte und welche Chancen bzw. Risiken in Bezug auf Effizienz, Qualität, Nutzerfreundlichkeit und nachhaltige Finanzierbarkeit dabei zu bedenken sind.

Literatur

- Billings, J., Leichsenring, K. (2005) *Integrating Health and Social Care Services for Older Persons. Evidence from Nine European Countries*. Aldershot: Ashgate.
- Leichsenring, K., Alaszewski, A. M. (eds) (2004) *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Aldershot: Ashgate.
- Leichsenring, K. (2004) 'Developing integrated health and social care services for older persons in Europe' in: *International Journal of Integrated Care*, Vol. 4, September 2004 - ISSN 1568-4156 - <http://www.ijic.org/>

Der Wille zur Integrationsversorgung: kulturelle Barrieren und ethische Notwendigkeiten

Frank Schulz-Nieswandt

Die ethische Notwendigkeit zur Entwicklung integrierter Versorgungsstrukturen, die transsektoral Medizin, Rehabilitation, Pflege und komplementäre soziale Dienstleistungen umfassen soll, wird im Lichte des demographischen und damit korrelierten epidemiologischen Wandels begründet. Die Alterung der Gesellschaft wirft die Frage nach einer flächendeckenden neuen, in spezifischen Betriebsformen gelebten Medizin- und Pflegeanthropologie, die sich an den Erfordernissen von chronischen Erkrankungen, der Multi-Morbidität, den Funktionsbeeinträchtigungen des Alters bis hin zur Palliativmedizin und –pflege orientiert, auf.

Neue – integrationszentrierte – Betriebsformen und ihre Konfiguration zu neuen altersgerechten Versorgungslandschaften erfordern als notwendige Voraussetzungen eine Änderung des Sozialrechts und somit neue Vertrags- und Vergütungsformen; schwerwiegender und als hinreichende Voraussetzung der Entfaltung von Integrationsversorgung erscheint jedoch die Überwindung kultureller Barrieren, die nicht nur aus der Fragmentierung der Kostenträger, sondern aus den Kommunikations- und Kooperationsbarrieren selbstreferentieller Professionen und ihren spezifischen Handlungslogiken (Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Verwaltung etc.) resultieren. Diese mangelnde multi-professionelle Team- und Integrationskompetenz ist zum Teil ökonomisch bedingt und spiegelt angstgesteuerte Strategien der Domänenbewirtschaftung wider. Wissenssoziologisch und wissenschaftsgeschichtlich spiegeln diese Barrieren aber vor allem die differentiellen epistemischen (erkenntnistheoretischen) und menschenbild-gesteuerten Zugriffsperspektiven auf Körper und Seele der Menschen wider. Dieser multiple, aber fragmentierte Zugriff diskursiver, institutioneller und sozialarchitektonischer Art lässt sich angesichts der Alterung der Bevölkerung nicht mehr halten; der ältere und alte Mensch bedarf in einem un-esoterischen Sinne auf der Grundlage der Mitwirkungssouveränität des Kranken als Respekt-erheischende Person eine ganzheitliche Behandlungs-, Versorgungs- und Betreuungsperspektive.

Der Vortrag bemüht sich daher um eine kulturwissenschaftliche Deutung des schwierigen Weges in die Integrationsversorgung, in dem er die identitätssichernden Selbst-Konzepte der Professionen, ihre segmentierten Funktionsräume, ihre sektoralen Domänen, ihre zum Teil geschlechtsspezifischen kulturellen Codes aufgreift und jenseits der unleugbaren Bedeutung der Setzung rechtlicher Rahmenbedingungen und ökonomischer Anreizstrukturen einen Wandel der Medizinkultur einfordert.

Integrated Health Care for Older People in Denmark - The Skævinge-Project “ten years on”

Lis Wagner

The growing number of elderly people in Western countries makes it increasingly difficult to publicly finance substantive services for those who require care. At the same time the work-force dedicated to delivering care is diminishing. To address this dilemma we need to identify new ways of thinking and to discard myths about elderly care.

Twenty years ago a municipality of 5,000 people in Denmark launched a three-year social experiment that eventually changed the entire field of elderly care (Wagner, 1994). In 1984 the municipality of Skaevinge asked me to lead a project to revisit how it provided services to its 500 citizens age 65 and above. The municipality imposed two parameters. First no employees were to experience salary cuts or to be laid off as a consequence of any restructuring. Second, the budgetary allocation for elderly care was not to change. Two years after the project began, Skaevinge had fully implemented one of the first integrated care initiatives in Denmark.

The Skaevinge project benefited from a concomitant national initiative led by Denmark's Ministry of Social Affairs, which sought to promote the idea that local municipalities should assume increased responsibility for a number of secondary health care services. However very little practical information about how to implement changes at local levels was available.

We identified the following goals for the Skaevinge project:

- To separate the issue of housing from that of care;
- To introduce a 24-hour care service giving citizens equal access to health care services regardless of whether they resided at home or in an institution;
- To increase health personnel's understanding of holistic care;
- To structure work through self-managed and interdisciplinary teams, with increased responsibility and broader competencies assigned to each team member;

These goals were largely achieved, and based on project results, the municipality totally re-organized its departmentalised care for older persons along the lines described above. The project introduced an active, prevention-oriented care policy for older people, and also changed the perception of their needs.

The traditional nursing homes shifted inner structure and became health care centres with private rented flats, instead of rooms in a nursing home and the former nursing home residents now got their pension as normal citizens instead of “pocket money”. Now they attend a 24-hour integrated care service throughout the entire Municipality regardless of type of residents. In Denmark there are built no more Nursing Homes but housing (institutions) designed for elderly.

In 1994 we conducted an evaluation of the new elderly care delivery design and found overall satisfaction. During the ten years of its existence, the number of people 65 years and

above had risen by 30% without a concomitant rise in the cost of elderly service provision (Wagner, 2001).

Results from the Skaevinge project have been presented in Europe, the United States, and Japan. Most recently the European Commission included the project's philosophy in its 5th framework programme: Quality of life and management of living resources. The PROCARE (Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons Issues, Problems and Solutions) programme involves six European countries, with each presenting their most innovative approaches to elderly care (Colmorton *et al.* 2003).

I believe that we will increasingly see innovative approaches to organizing elderly care in response to changing demography. Above all each new initiative should have respect for the individual at its centre.

In 2006 our knowledge of elderly care models has increased tremendously and there have been a number of similar initiatives in Denmark and elsewhere. However the lessons learnt from the Skaevinge project still hold true and will be presented at the Geriatric Forum on 15 June 2006 in Zürich.

Integrierte Versorgung für alte Menschen in Holland

Kees Theeuwes

In Holland lebt man gesund, die Lebenserwartung ist hoch. Von den 65-Jährigen leben 98 Prozent selbstständig, von den 85-Jährigen noch 70 Prozent. Die verbleibenden zwei beziehungsweise 30 Prozent leben in Alters- und Pflegeheimen, was sehr kostspielig ist, Ausdruck eines staatlichen Fürsorgesystems.

Wie wird dieser Übergang von zu Hause in ein Alters- und Pflegeheim organisiert und wie finanziert? Bleibt eine solche Pflegeheimbetreuung auch in Zukunft finanzierbar?

Neben einer obligatorischen Grundversicherung gegen Krankheit gibt es in den Niederlanden eine zusätzliche Sozialversicherung für alle, die AWBZ. Alle ArbeitnehmerInnen bezahlen für diese Versicherung eine extra Prämie. Versichert sind dadurch die Kosten für „unversicherbare chronische Krankheiten“, wie chronisch psychiatrische Fälle, geistige Behinderung, chronisch somatische Pflegebedürftigkeit (nach Hirnschlag, bei Multipler Sklerose usw.) und alle psycho-geriatrischen Fälle im Pflegeheim.

Die AWBZ-Versicherung übernimmt auch die Pflegeheim-Kosten für Betagte, die nicht mehr allein zu Hause leben können sowie für zeitlich beschränkte stationäre und ambulante Pflege. Bei der Inanspruchnahme dieser Versicherung gilt ein Selbstbehalt, der vom Einkommen (nicht aber vom Vermögen) abhängig ist.

Die Abklärungen für die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen der AWBZ werden von einem zentralen Organ (CIZ) gesteuert. Spezialisierte BeraterInnen oder Case ManagerInnen führen in ihrem Auftrag computergestützte Assessments durch. Mit Hilfe eines Computerprogramms wird von Fall zu Fall berechnet, wieviel Unterstützung benötigt wird (Haushilfe, Hauspflege, vorübergehende oder definitive Aufnahme in ein Pflegeheim usw.). Das Resultat dieser Abklärungen ist ausschlaggebend für die Leistungen, welche von der AWBZ-Versicherung übernommen werden: Funktionelle Defizite werden erfasst und auf dieser Basis die Betreuungsleistungen definiert, auf die der jeweilige Patient/die Patientin einen Rechtsanspruch hat.

Wo bleibt dabei die medizinische Diagnostik, d.h. die Frage nach der medizinischen Ursache der vorliegenden funktionellen Defizite? Eine ärztliche Diagnose wird von den Case ManagerInnen in der Regel nur dann verlangt, wenn jemand auf Grund des Resultats des Assessments in ein Pflegeheim eintreten müsste. Oft wird dabei lediglich der Hausarzt gefragt, ob er eine entsprechende Diagnose gestellt hat. So geschieht es öfters, dass gar keine richtige Diagnostik stattfindet, womit auch die Chancen für eine allfällige Behandlung und damit Verbesserung des funktionellen Zustandes verpasst werden.

Die Behandlung von geriatrischen PatientInnen in Holland lässt viel zu wünschen übrig. Für die Diagnostik ist in der Regel der Hausarzt zuständig. In seinem Ermessen liegt, ob er sich dabei von einem Pflegeheimarzt, einem Geriater, einer Neurologin oder einem Facharzt für

Innere Medizin unterstützen lässt. Auf Anfrage des Hausarztes kommt ein Pflegeheimarzt auch im Altersheim auf Arztvisite. Sobald ein Patient aber in einem Pflegeheim betreut wird, übernimmt der entsprechende Pflegeheimarzt die volle Verantwortung für die Behandlung der entsprechenden Patientin (Heimarzt-System).

Die Zusammenarbeit von Hausärztinnen, Pflegeheimärzten und Krankenhäusern ist in den verschiedenen Städten und Regionen unterschiedlich organisiert.

Die AWBZ-Versicherung kostet pro Jahr ca. 17 Milliarden Euro. Da die Zahl der Erwerbstätigen im Verhältnis zur älteren Bevölkerung stetig abnimmt, wird diese Versicherung in der Zukunft unbezahlbar. Aus diesem Grund, aber auch weil die Niederlande innerhalb der EU mit diesem Versicherungssystem allein dastehen, gibt es Bestrebungen, die AWBZ abzubauen. Die Entwicklung geht in die Richtung, dass die AWBZ-Versicherung künftig nur noch „unversicherbare“ Gross-Risiken deckt, wie zum Beispiel den Aufenthalt ab ein bis zwei Jahren im Pflegeheim oder in einer anderen Institution für Chronischkranke.



Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)
Association Suisse de Politique Sociale (ASPS)
Associazione Svizzera per la Politica Sociale (ASPS)

Kurzvorstellung SVSP

In den 80 Jahren ihres Bestehens hat die SVSP Anstösse zur Entwicklung der Sozialpolitik gegeben, sie begleitet, gefördert, kritisiert und sich dabei selbst gewandelt. Die Konstanten in diesem Wandel können mit fünf Stichwörtern charakterisiert werden:

1. Das Diskussionsforum für die Sozialpolitik

In der Vorkriegsphase, als Sozialpolitik vor allem eine Angelegenheit der Sozialpartner war, war die SVSP die Plattform auf der die Vorstellungen und Argumente in einer sachlichen Atmosphäre diskutiert werden konnten, vor dem Kampf auf der politischen Bühne. Nach dem zweiten Weltkrieg nahm sich der Bund des Auf- und Ausbaus der Sozialversicherungen an, und die SVSP bot sich als Forum der Diskussion zwischen ihm und den Sozialpartnern an. Seit etwa 1980, als die Entwicklung der Sozialpolitik zu stagnieren begann, und erst recht in den neunziger Jahren angesichts der von verschiedenen Seiten proklamierten Krise des Sozialstaates tritt die SVSP mit Tagungen und Publikationen auf und versucht, die verschiedenen Kräfte der Sozialpolitik mit Impulsen und Ideen von ihren vorwiegend defensiven Standpunkten weg an einen Ort zu bewegen, an dem gemeinsam Lösungen für die schwierigen Probleme gefunden werden können.

2. Gesamtschau der Sozialpolitik

Die SVSP hat die Sozialpolitik immer als Ganzes gesehen. Diese Optik hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen, denn es zeigt sich, dass die bisherige Praxis der Segmentierung der sozialen Sicherheit keine tragfähigen Lösungen für die absehbaren sozialen Probleme mehr anbieten kann. Es geht darum, die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen sozialen Risiken zu erkennen, zu einer Gesamtschau der Sozialversicherungszweige zu kommen und diese in die Suche nach Lösungen einzubeziehen. Das bedeutet auch, dass Zuständigkeitsgrenzen überschritten werden müssen, da noch auf

absehbare Zeit die sozialen Risiken (z.B. Alter, Gesundheit, Existenzsicherung, Arbeit) sowohl rechtlich (ARVG, ALVG, Sozialhilfe usw.) und verwaltungsmässig (BSV, seco, Departemente der Kantone, Gemeinderessorts usw.) wie auch auf der Seite der Interessenvertreter von unterschiedlichen Strukturen wahrgenommen werden.

3. Verknüpfung von Theorie und Praxis

Die SVSP hat sich immer als Katalysator verstanden und den Dialog zwischen Politik, Verwaltung, Öffentlichkeit und Wissenschaft verstärkt, weil sie der Überzeugung war und ist, dass nur gemeinsame Anstrengungen zu tragfähigen Lösungen führen. Ein Problem, das angeprangert werden muss, ist die vor allem in der Deutschschweiz sehr schwache Basis der Sozialpolitik-Wissenschaft: Es fehlt nach wie vor ein universitäres Institut, das sich kontinuierlich mit Sozialpolitik befassen würde. Nationale Forschungsprogramme sind dafür kein Ersatz.

4. Vorausdenken

Was schon im Zweckartikel angelegt ist, hat die Arbeit der SVSP auch in der näheren Vergangenheit geprägt: 1983 rief die Vereinigung beispielsweise im Rahmen einer Tagung dazu auf, die Perspektiven der Sozialpolitik für das Jahr 2000 zu diskutieren. 1989 hiess ein Tagesthema "Die schweizerische Sozialpolitik im Rahmen der Europäischen Union", 1996 befassten wir uns unter dem Titel "Mehr Föderalismus weniger soziale Sicherheit?" mit den sozialpolitischen Konsequenzen des Finanzausgleichs.

5. Gesamtschweizerisch

Von Anfang an hat sich die SVSP als gesamtschweizerische Organisation verstanden und sich bemüht, die zum Teil unterschiedlichen sozialpolitischen Grundpositionen zur Geltung kommen zu lassen. Die letzten drei Präsidenten waren ein italienisch Bündner, ein Romand und ein Deutschschweizer.

Trotz ihres Alters ist die SVSP hochaktuell. Sie stellt ein Forum für die unvoreingenommene Diskussion sozialpolitischer Fragen zur Verfügung, erarbeitet Unterlagen für die Behandlung wichtiger sozialpolitischer Probleme und informiert die Öffentlichkeit auf unabhängige Weise mittels Tagungen oder Publikationen zu laufenden oder bevorstehenden Entscheidungsprozessen im Bereich der Sozialpolitik.

*Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)
Mühlenplatz 3
Postfach 85
3000 Bern 13
Tel. 031 326 19 20, Fax 031 326 19 10*

www.svsp.ch



Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie
Société Professionnelle Suisse de Gériatrie
Società Professionale Svizzera di Geriatria

Kurzvorstellung SFGG

Die **Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG** versteht sich als Vereinigung der in der Schweiz tätigen Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin und Innerer Medizin mit abgeschlossener oder laufender Schwerpunktweiterbildung in Geriatrie (Altersmedizin) und weiterer geriatrisch interessierter Ärztinnen und Ärzte. Sie ist eine Schwestergesellschaft der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie SGG-SSG.

Die SFGG hat zum Zweck

ein Ort der Begegnung und ein Diskussionsforum für Geriater/Geriaterinnen und die anderen in der Schweiz im Bereiche der Geriatrie tätigen Ärztinnen und Ärzte zu sein;

die Aufgaben im Bereich der Weiterbildungs- und der Fortbildungsordnung der Schweizerischen Ärztesgesellschaft FMH für das Schwerpunktgebiet Geriatrie in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM und der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin SGIM wahrzunehmen;

sich für eine qualitativ hochstehende Geriatrie einzusetzen und zur Sicherung deren Qualität beizutragen;

die Zusammenarbeit mit den anderen Berufen und Personenkreisen, die sich mit den körperlichen, psychischen und sozialen Vorgängen im Laufe des Alterns befassen, zu pflegen;

die Forschung und Entwicklung im Gebiete der Geriatrie anzuregen und zu unterstützen, und den akademischen Nachwuchs zu fördern;

die Erkenntnisse in der Geriatrie und Gerontologie der Ärzteschaft zugänglich zu machen;

das Verständnis für die Geriatrie und die Gerontologie bei allen Partnern im Gesundheitswesen und in der Öffentlichkeit zu fördern;

für die beruflichen Interessen ihrer Mitglieder unter Berücksichtigung der Anliegen der ganzen Ärzteschaft einzutreten;

sich als ein aktiver und anerkannter Partner der ihr verwandten nationalen und internationalen Organisationen zu betätigen.

Präsident der SFGG ist zurzeit Dr. med. Daniel Grob, Chefarzt der Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Zürich. Ihre Geschäftsstelle befindet sich bei derjenigen der SGG-SSG im Spital Bern Ziegler.

Präsident Dr. med. Daniel Grob, MHA, Chefarzt, Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Tièchestr. 99, 8037 Zürich, daniel.grob@waid.stzh.ch
Administration Geschäftsstelle SFGG•SPSG, Pia Graf-Vögeli, Spital Bern-Ziegler, 3001 Bern, Tel. 031 970 77 98, Fax 031 970 78 05, pia.graf@spitalbern.ch

www.geriatrie-schweiz.ch

Kurzvorstellung INAG



Institut universitaire Âges et Générations
Universitäres Institut Alter und Generationen
Istituto universitario Età e Generazioni
Swiss Institute Ageing and Generation

Universitäres Institut Alter und Generationen

Valérie Hugentobler, collaboratrice scientifique
Institut Universitaire Âges et Générations – INAG
c/o Institut Universitaire Kurt Bösch
Case postale 4176
CH- 1950 Sion
Tél. +41 (0) 27 205 73 00
Fax +41 (0) 27 205 73 01
e-mail : inag@iukb.ch

INAG - im Dienst der Forschung über Generationenbeziehungen

Am 12. Oktober 1998 wurde in Sion das Universitäre Institut 'Alter und Generationen' (INAG) gegründet. Unterstützt wurde die Gründung dieses Instituts einerseits durch den Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung und zwei Universitäten (Basel und Genf). Unterstützung erfolgte andererseits auch durch die Pro Senectute Schweiz, die Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG), das Universitäre Institut Kurt Bösch, den Kanton Wallis sowie mehrere Persönlichkeiten aus Wissenschaft, Altersarbeit und Politik.

Das INAG versteht sich als Instrument der Kooperation, mit dem Ziel, die Beziehungen zwischen den Generationen in einer rasch wandelnden soziopolitischen Umwelt zu verstehen und zu verbessern. Seine Aufgabe besteht darin, an den Diskussionen über die Zukunftsoptionen zu Beginn des dritten Jahrtausends teilzunehmen.

Information, Austausch, Weiterbildung, Forschung und Kooperation sind die Leitwörter, welche die Aktivitäten des Instituts bestimmen.

Prof. Hermann-Michel Hagmann

Präsident des INAG

Die Ziele des Instituts

Die Ziele

Ausgangspunkt

Allgemeine Zielsetzungen

Die Ziele des Instituts sind die folgenden :

a) Das INAG sichert die Kontinuität von Diskussionen und vertiefte Analysen über die mit Altern und Generationenbeziehungen verbundenen Fragebereichen, und dies in der gesamten Schweiz.

b) In Zusammenarbeit mit den Universitäten und interessierten Fachhochschulen fördert das INAG die Entwicklung der Ausbildung und der angewandten Forschung in den unter a) angeführten Themenbereichen.

c) Gleichzeitig strebt das INAG in seinen Themenbereichen die Diffusion von Informationen im allgemeinen und entsprechender Forschungsergebnisse im speziellen. Dies soll prinzipiell im Rahmen einer engen Zusammenarbeit mit den im Altersbereich tätigen Fachorganisationen und Institutionen durchgeführt werden.

Der formelle Sitz des Vereins ist das universitäre Institut Kurt Bösch in Sion. Die Beziehungen zwischen dem Institut Kurt Bösch und dem INAG werden durch einen Vertrag geregelt.

Ausgangspunkt

Die demographische Alterung der Schweiz wird sich in den nächsten Jahrzehnten beschleunigen. Gleichzeitig führt das Eintreten neuer Generationen ins Alter auch zu neuen Werthaltungen und Vorstellungen zum Altern. Diese Entwicklungen haben bedeutsame sozial-, arbeitsmarkt- und gesundheitspolitische Auswirkungen. Auch die Generationenbeziehungen verändern sich aufgrund demographischer, familialer und sozial-politischer Entwicklungen rasch.

Zur Bewältigung der neuen Entwicklungen von Altern und Generationenbeziehungen sind kontinuierliche wissenschaftliche Analysen und ihre systematische Umsetzung in die Praxis unabdingbar. Die letzten Jahre brachten der gerontologischen Forschung wichtige Impulse. Gefährdet ist jedoch weiterhin die Kontinuität in Lehre, Forschung und Forschungsanwendung. Der wissenschaftliche Austausch zwischen Fachleuten verschiedener Disziplinen sowie der Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis der Altersarbeit erfordern gerade in einem sich rasch verändernden Themenfeld, wie dies das Altern und die Generationenbeziehungen darstellen, immer wieder neue Denkansätze und einen stetigen fachlichen Gedankenaustausch. Ohne eine gezielte Förderung der Kontinuität gerontologischer Arbeiten und Diskussionen gehen bisher erarbeitete Kompetenzen und Kontakte wieder verloren.

Allgemeine Zielsetzungen des INAG

Das INAG strebt an, zusammen mit anderen Partnern aus den Universitäten und der Alterspraxis, fachliche Diskussionen und Analysen von Alters- und Generationenfragen zu garantieren. Damit soll in Zusammenarbeit mit den Universitäten und Fachhochschulen die gerontologische Forschung und Lehre in der Schweiz gesichert und ausgebaut werden. Gleichzeitig soll die Diskussion und Diffusion von Forschungsergebnissen gefördert werden.

Das INAG ist explizit den drei folgenden Grundsätzen verpflichtet :

- a) Förderung von disziplinübergreifenden Austauschbeziehungen und Diskussionen zum Themenbereich Alter und Generationen
- b) Förderung gesamtschweizerischer und sprachübergreifender Perspektiven und Kooperation in der angewandten gerontologischen Forschung und Lehre.
- b) Förderung der Verknüpfung zwischen Grundlagenforschung, angewandter Forschung und professioneller Altersarbeit.

Diese Grundsätze bestimmen Form, Aufbau und Aktivitäten des INAG. Das INAG will bestehende universitäre Strukturen keineswegs duplizieren, sondern sein Ziel ist es, diese zu ergänzen. Deshalb wird der Aufbau eines flexiblen Kooperations- und Kompetenz-Netzwerkes angestrebt.

Aktivitätsschwerpunkte

Die Aktivitätsschwerpunkte des INAG in einer ersten Aufbauphase liegen auf vier Ebenen :

a) Forum

Das INAG bietet eine Plattform für Informationen und Diskussionen zu den Themenbereichen Alter und Generationen. Neben der Organisation gerontologischer Tagungen und interdisziplinärer Workshops ist zu diesem Zweck auch der Aufbau eines umfassenden Informationsdossiers und die Erarbeitung themenspezifischer Arbeitshefte vorgesehen. Damit sollen ForscherInnen, Studierenden, aber auch Fachleuten aus der Praxis theoretische, methodische und praktische Hilfsmittel für ihre gerontologische Weiterarbeit zur Verfügung gestellt werden.

b) Weiterbildung

Das INAG wird sich - in Zusammenarbeit mit den Universitäten - an der gerontologischen Weiterbildung (z.B. Postgraduierten-Programme) beteiligen, sei es durch Mitorganisation von Weiterbildungs-Modulen, sei es durch Bereitstellung von Lerneinheiten usw.

c) Expertisen und Fachberatung

Im Rahmen des INAG sollen fachliche Expertisen entwickelt werden, welche die angewandte gerontologische Forschung und ihre Umsetzung fördern (z.B. Liste wichtiger Forschungsfragen, Beratung bei der Planung von Forschungsvorhaben u.a.). Gleichzeitig sollen auch Expertisen erarbeitet werden, die für Anwender von Interesse sind (z.B. Expertisen über Zukunftsperspektiven, Fachberatung bei der wissenschaftlichen Evaluation von Projekten usw.).

d) Forschung

Das INAG arbeitet und kooperiert bei Forschungsprojekten zu Themenbereichen wie Lebensverläufe, Generationenbeziehungen, Lage und Probleme älterer Menschen, usw... Die wissenschaftliche Direktion und die Mitglieder des Komitees INAG waren an der Erarbeitung verschiedener Forschungsprojekte beteiligt, welche im Rahmen von NFP's, SPP « Zukunft Schweiz » ausgearbeitet wurden. Diese Aktivitäten wurden in Zusammenarbeit mit Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates INAG und seines Netzwerkes realisiert.

Stadt Zürich – Gesundheits- und Umweltdepartement
6. Zürcher Geriatrieforum Waid
Integrierte Gesundheitssysteme – Potenzial und Grenzen
Zürich, 15. Juni 2006

Integrierte Versorgung in Europa – das Projekt PROCARE

Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in Europe

Kai Leichsenring
Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung



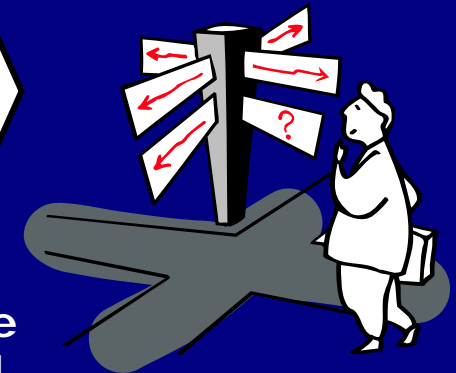
EUROPEAN CENTRE
FOR SOCIAL WELFARE POLICY AND RESEARCH
AFFILIATED TO THE UNITED NATIONS

• EUROPÄISCHES ZENTRUM
FÜR WOHLFAHRTSPOLITIK UND SOZIALFORSCHUNG
• IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEN VEREINTEN NATIONEN

• CENTRE EUROPÉEN
DE RECHERCHE EN POLITIQUE SOCIALE
• AFFILIÉ AUX NATIONS UNIES

Ausgangspunkt und Problemstellung

Gesundheitssysteme
differenziert, spezialisiert,
professionalisiert, kodifiziert,
finanziert, hierarchisiert ...



Soziale Dienstleistungssysteme
lokal, wenig professionalisiert und
differenziert, prekär finanziert, wenig
Rechte ...





Ziele des Vortrags

- ▶ Vorstellung von PROCARE und ausgewählten Ergebnissen
 - ▶ Trends in der **Pflegepolitik** in Europa
 - ▶ Trends im integrierten **Pflegemanagement**
 - ▶ Instrumente und Methoden zur Integration von Gesundheits- und Sozialbereich
 - ▶ Einige Modelle auf dem Weg zur Integration der Dienstleistungserbringung in der Pflege
- ▶ Diskussion des neuen Paradigmas "long-term care"
 - ▶ Zukunftsperspektiven von Koordination und Integration



Das Projektdesign von PROCARE (2002-2005)

▶ Länderberichte zum Status quo

- ▶ Literaturrecherche und Berichte aus 9 Ländern:
A, D, DK, EL, F, FIN, I, NL, UK
- ▶ insgesamt 50 Modelle
- ▶ Europäischer Überblicksbericht
- ▶ Erste Publikation – Verbreitung der Ergebnisse

▶ Analyse von 2 Modellen pro Land

- ▶ ca. 180 Interviews mit Nutzern(pflegenden Angehörigen,
140 mit Managern und MitarbeiterInnen
- ▶ ca. 25 Gruppendiskussionen mit mehr als 150
TeilnehmerInnen
- ▶ Datenblätter
- ▶ Transnationale and transversale Analyse (papers)
- ▶ Schlusskonferenz und zweite Publikation



- ▶ Integrierte Pflege, "managed care", horizontale und vertikale Integration, Übergangspflege ("intermediate care", UK), "transmural care" (NL), "coordination gérontologique" (F), "seamless care" (UK, FIN), person-centred care (NL), die Pflegekette ("chain of care") ...
- ▶ **Wege zur Integration**
 - ▶ personenzentriertes Netzwerken, Koordination, Integration
 - ▶ "Lösungsansätze, welche auf jene Unzulänglichkeiten reagieren, unter denen ältere pflegebedürftige Menschen, deren Angehörige, aber auch die MitarbeiterInenn und sonstigen Akteure an den Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialsystemen leiden."



Nationale Unterschiede in der Pflegepolitik

- ▶ **Spezifische Pflege-Gesetzgebung**
 - ▶ Sozialversicherung o.ä.: A, D, F, NL, UK
 - ▶ Koordinationsmechanismen: I, F, D, DK, FIN
 - ▶ Recht auf Pflege statt Sozialhilfe: DK, FIN, NL, I, F, D
- ▶ **Reformen "von unten"**
 - ▶ Modellprojekte
 - ▶ keine Strategien für Organisationslernen
- ▶ **Heimreformen**
 - ▶ Aufbau (Südeuropa) und Abbau (Nordeuropa)
 - ▶ Innovation, Öffnung, Umstrukturierung, Neuorientierung ...



Nationale Unterschiede in der Pflegepolitik

- ▶ **Glaube an Marktmechanismen ...**
 - ▶ Qualitätssicherung, Regulierung, Akkreditierung: D, I, F, NL, UK
- ▶ ... **“consumer-directed services”** ...
 - ▶ Gutscheine und Geldleistungen: A, D, I, F, ...
- ▶ ... **oder doch “nachfrageorientierte Politik”?**
 - ▶ Rehabilitation, Übergangspflege, Prävention: DK, UK
 - ▶ Gemeinsame Fonds: UK
 - ▶ einheitliche, multidimensionale Bedarfserhebung: I, F, FIN, NL, UK, ...



Unterschiedliche Wichtigkeit von Methoden und Instrumenten

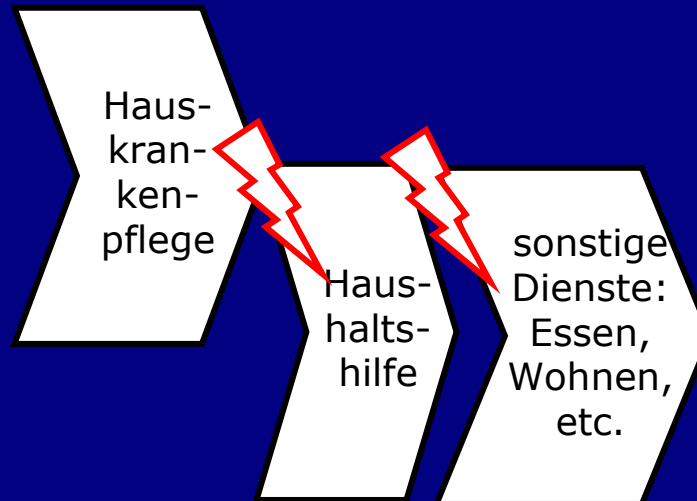
	A	D	DK	EL	F	FIN	I	NL	UK
Case management / Pflegemanagement	◆	◆	◆◆ ◆		◆	◆◆	◆	◆◆	◆◆ ◆
Übergangspflege	◆	◆	◆◆			◆◆	◆	◆◆	◆◆
Multiprofessionelle individuelle Bedarfserhebung und –planung			◆◆		◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆ ◆
Pflegegeld	◆◆ ◆	◆◆ ◆	◆		◆◆			◆◆ ◆	◆
Kooperatives Arbeiten	◆	◆	◆◆ ◆		◆	◆◆	◆	◆◆	◆◆
Prävention und Beratung		◆	◆◆ ◆	◆◆				◆◆	◆◆



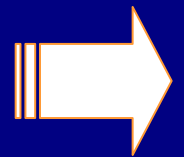
Unterschiedliche Wichtigkeit von Methoden und Instrumenten

	A	D	DK	EL	F	FIN	I	NL	UK
Integration von Wohnen, sozialer Unterstützung und Pflege	◆	◆	◆◆ ◆	◆	◆	◆◆	◆	◆◆	◆
Integration von pflegenden Angehörigen	◆	◆◆		◆	◆◆	◆◆	◆		◆
Unabhängige Beratung	◆	◆◆			◆			◆◆	◆
Pflegekonferenzen		◆	◆◆		◆				◆◆
Qualitätsmanagement	◆	◆◆	◆		◆◆	◆◆	◆◆	◆	◆◆

Wege zur integrierten Pflege



1
**Die Schnittstelle
zwischen
Hauskrankenpflege
und sozialen
Diensten**



EL - UK - D - A -
FIN - NL - F





Beispiel Helsinki (Finnland): Integrierte Pflege für ältere Menschen, die zuhause leben

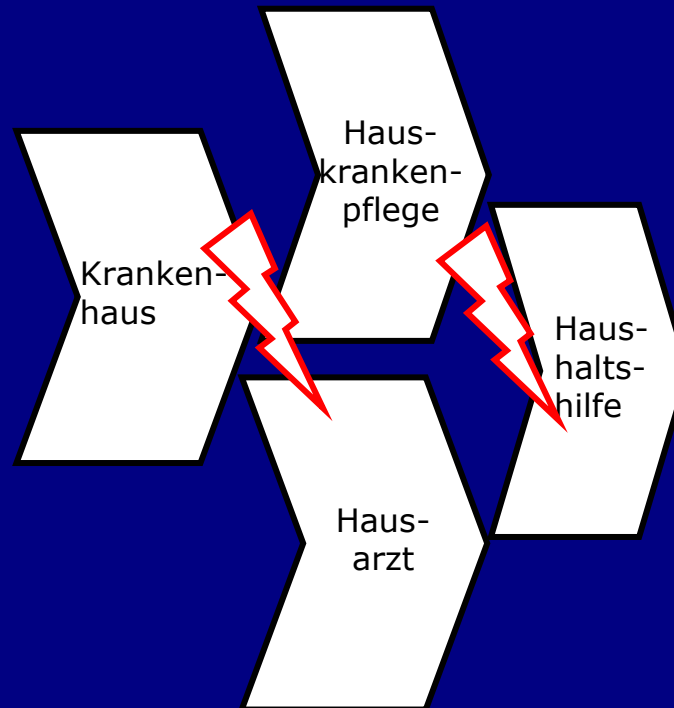
▶ Integrationstypus

- ▶ ein multi-professionelles Team, bestehend aus 6-10 HKP, HaushaltshelferInnen und einem Case manager in einem Einzugsbereich mit 350 KlientInnen

▶ Methoden

- ▶ Erstbesuch (Bedarfserhebung) in der Wohnung des Nutzers (Anwesenheit von Familienangehörigen)
- ▶ Pflege- und Einsatzplan: Medikation, Art und Häufigkeit der Dienste, Rehabilitationsplan
- ▶ eine definierte Bezugsperson: jeder Nutzer hat eine "eigene" Pflegekraft
- ▶ regelmäßige Teambesprechungen, Dokumentation
- ▶ gemeinsamer Raum für Besprechungen
- ▶ kontinuierliche Evaluierung des Pflegeprozesses

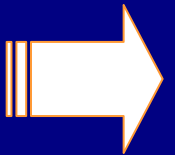
Wege zur integrierten Pflege



2

Die Schnittstelle zwischen Akutpflege und Langzeit-Pflege

**I - UK - DK - A -
FIN - NL - F**





Beispiel Schio (Italien) Einheit für kontinuierliche Pflege

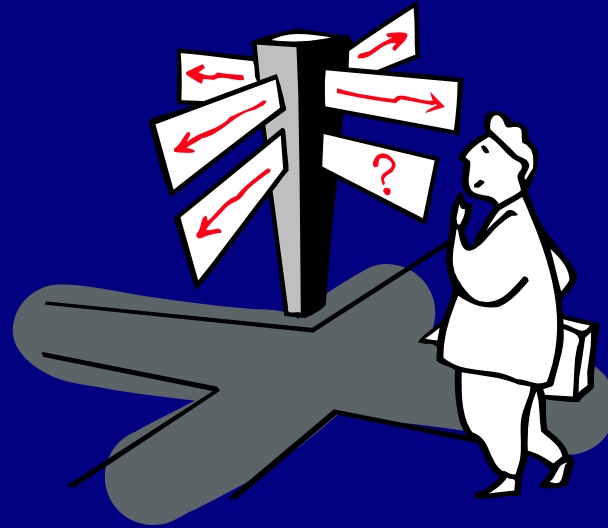
▶ Integrations- bzw. Koordinationstyp

- ▶ vertikale Integration zur Unterstützung der Entlassung aus dem Krankenhaus
- ▶ Organisation und Erbringung kontinuierlicher Pflege (sozial und medizinisch), ausgehend vom Krankenhaus

▶ Methoden

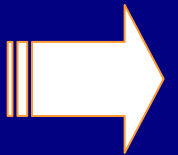
- ▶ gemeinsame Formulare und Dokumentation (Krankenpfleger, Ärzte, Sozialarbeiter, ...)
- ▶ Kommunikation der Ergebnisse der individuellen Bedarfserhebung durch das Multidimensionale Evaluierungsteam an Hausarzt und Dienste im Bezirk
- ▶ Teambesprechungen zur raschen Definition individueller Pflegepläne
- ▶ Evaluierung der Ergebnisse
- ▶ Motto: "Keine Entlassung ohne Vorbereitung"

Wege zur integrierten Pflege



3

**Das
Zugangsproblem:
Beratung,
Information und
multidimensionale
Bedarfserhebung**



F – G – I





Beispiel Frankreich: Lokale Gerontologische Informations- und Koordinationszentren (CLIC)

▶ Koordinationstypus:

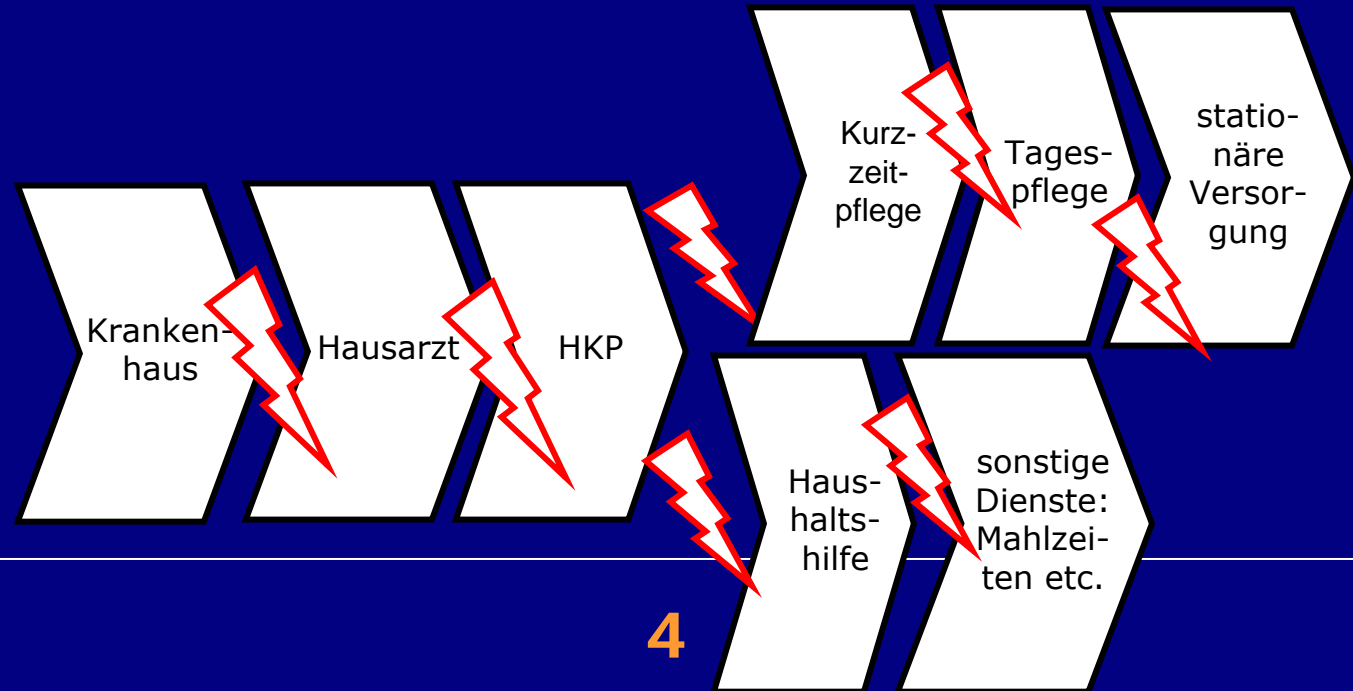
- ▶ einheitliche Anlaufstelle für soziale und medizinische Pflege auf lokaler Ebene

▶ Methoden:

- 1) Empfang, Information, Beratung und Unterstützung
- 2) Bedarfserhebung und personalisierte Pflegeplanung
- 3) Umsetzung, Überwachung und Anpassung der Pflegepläne

- ▶ Ein kleines Team (Case manager, AssistentIn, SekretärIn) zur Entwicklung einer gemeinsamen "gerontologischen Kultur" mit allen relevanten Akteuren im Gemeinwesen

Wege zur integrierten Pflege



**Die (beinahe) konsolidierte integrierte Versorgung:
Ein kommunales Pflegezentrum
rund um die Uhr**

Denmark





Beispiel Skævinge (Dänmark): Gesundheitszentrum "Bauneparken"

▶ Integrationstypus:

- ▶ Integrierte Sozial- und Gesundheitsdienste rund um die Uhr
- ▶ "consolidated direct service model"
- ▶ ein einziger, öffentlicher Anbieter

▶ Methoden:

- ▶ personenzentrierte Integration von Behandlung, Langzeitpflege und sozialer Einbindung älterer Menschen in der Gemeinde
- ▶ Anlaufstelle für alle potentiellen NutzerInnen in der Gemeinde
- ▶ Case management
- ▶ Konzepte der "self-care" und Prävention



Perspektiven: Die Konstruktion von Pflegesystemen (long-term care) in Europa

▶ Politische Rahmenbedingungen

- ▶ Koordination von nationalen, regionalen und lokalen Strategien

▶ Der ökonomische Kontext

- ▶ Schaffung einer nachhaltig finanzierbaren Basis für Langzeitpflege
- ▶ Keine Transfers von Langzeitpflegebudgets zur Akutpflege – keine Gesundheitsreform auf dem Rücken der Langzeitpflege
- ▶ Investitionen mit Langzeit-Effekten



Perspektiven: Die Konstruktion von Pflegesystemen (long-term care) in Europa

► Governance

- Definition von Zielgruppen und Regulierung des Zugangs zum Langzeitpflegesystem durch “multidimensionale Bedarfsfeststellung”
- Definition der Rolle und der Funktionen von Koordination und Integration
 - Koordination als Beruf: Case/Care manager
- Definition von prozess- und ergebnisorientierten Akkreditierungsrichtlinien für alle Anbieter (öffentlich, non-profit, kommerziell)
 - in der Logik von Qualitätsmanagement anstatt in jener bürokratischer Kontrolle



Perspektiven: Die Konstruktion von Pflegesystemen (long-term care) in Europa

► Anbieterebene

- Entwicklung von Organisationslernen:
 - gemeinsame Weiterbildung, gemeinsames Arbeiten
 - Förderung des Dialogs zwischen Hierarchien und Berufskulturen
 - Unterstützung von "Pionieren" und "Mediatoren"
- Einbeziehung von Nutzern und pflegenden Angehörigen
- Entwicklung und Anwendung spezifischer Qualitätsindikatoren



- ▶ **Noch mehr Markt**
 - ▶ “consumerism”: Pflegegeld, Gutscheine
 - ▶ “Schwarzmarkt” vs. regulierte Quasi-Märkte
- ▶ **Noch mehr Management**
 - ▶ Managed care, Pflegemanagement, Sozialmanagement
 - ▶ Professionalisierung? Neue Berufe?
- ▶ **Noch mehr Techno**
 - ▶ Neue Technologien
 - ▶ “smart homes”, “tele-care”
- ▶ **Mehr Zivilgesellschaft?**
 - ▶ “Neues” bürgerschaftliches Engagement
 - ▶ Neue Solidaritäten zwischen den Generationen?
- ▶ **Mehr Einwanderung**
 - ▶ Arbeitskräftemangel



Providing integrated health and social care for older persons
| issues, problems and solutions |

European Centre for Social Welfare Policy and Research (co-ordinator) | Danish National Institute of Social Research (SFI) | Research Society for Gerontology - Institute of Gerontology at the University of Dortmund | National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) | Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss) | National Centre for Social Research - Institute of Social Policy (EKKE) | emme&erre s.p.a. | Studio Come s.r.l. | Dr. Hilda Verwey-Jonker Institute | University of Kent at Canterbury - Centre for Health Service Studies (CHSS)

Vielen Dank für Ihr Interesse!

▶ Weitere Informationen:

- ▶ e-mail: leichsenring@euro.centre.org
- ▶ http: www.euro.centre.org/procare
www.ijic.org
- ▶ Publikationen:

- ▶ J. Billings/K. Leichsenring (eds) (2005)
Integrating health and social care services for older persons. Evidence from 9 European countries. Aldershot: Ashgate.
- ▶ K. Leichsenring/A. Alaszewski (eds) (2004)
Providing integrated health and social care for older persons. A European overview of issues at stake. Aldershot: Ashgate.



THE EUROPEAN COMMISSION
THE 5TH FRAMEWORK PROGRAMME
QUALITY OF LIFE AND
MANAGEMENT OF LIVING RESOURCES
Key Action :: The Ageing Population
and Disabilities
Contract No. QLK6-CT-2002-00227



Der Wille zur Integrationsversorgung:
Kulturelle Barrieren und ethische Notwendigkeiten

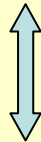
Frank Schulz-Nieswandt

Zürich, 15. Juni 2006



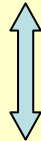
A) Zur Zukunft des Gesundheitswesens (I): Das Effizienzregime des „Homo Telos Contractus“ zwischen Berechtigung und Blickverengung

Kostenträger : Steuerungszentrum „Kostenrahmen“



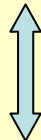
Zielvereinbarung der Makroebene

Unternehmen



Zielvereinbarung der Mesoebene

Personal (Medizin, Pflege)

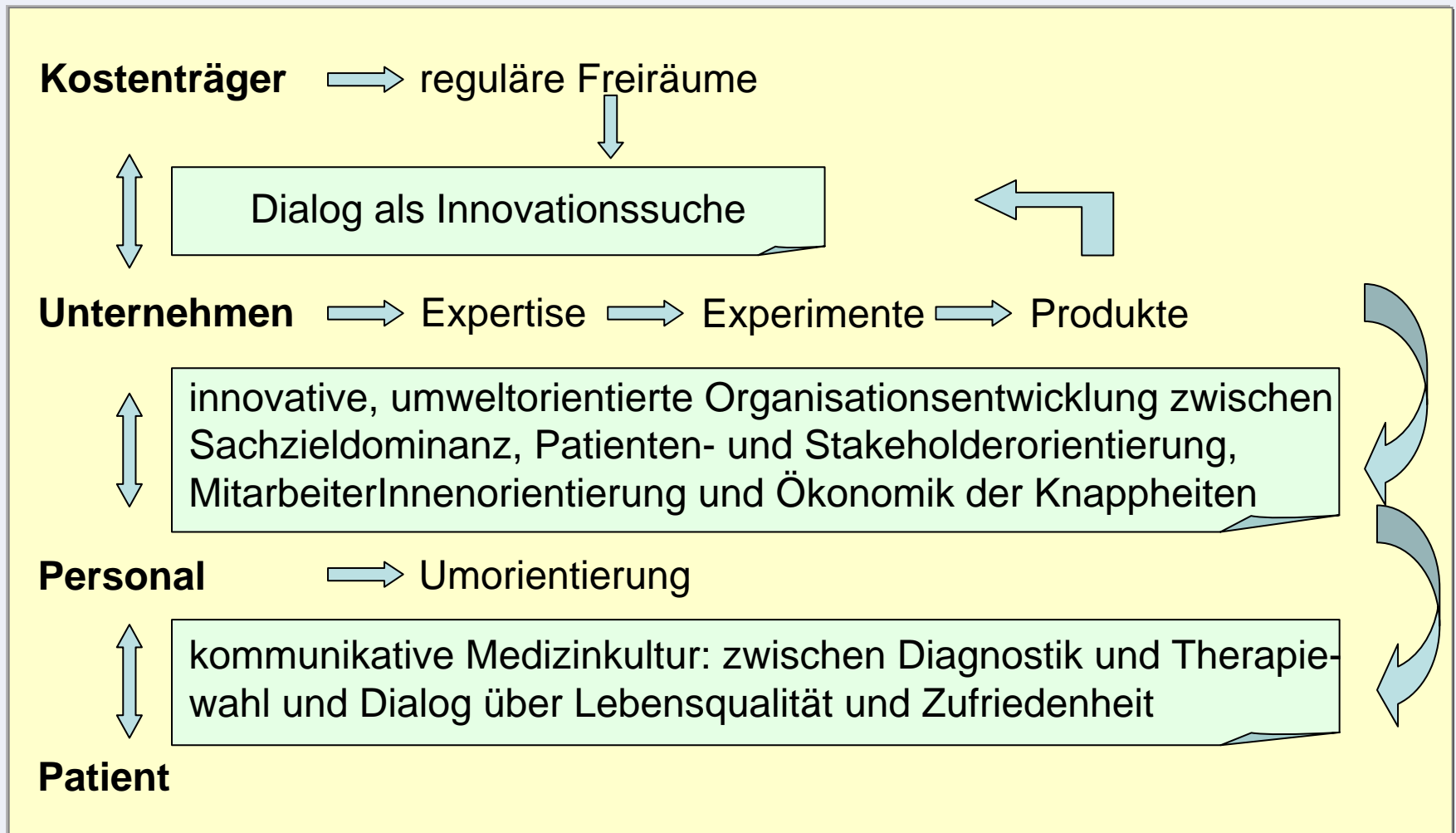


Zielvereinbarung der Mikroebene

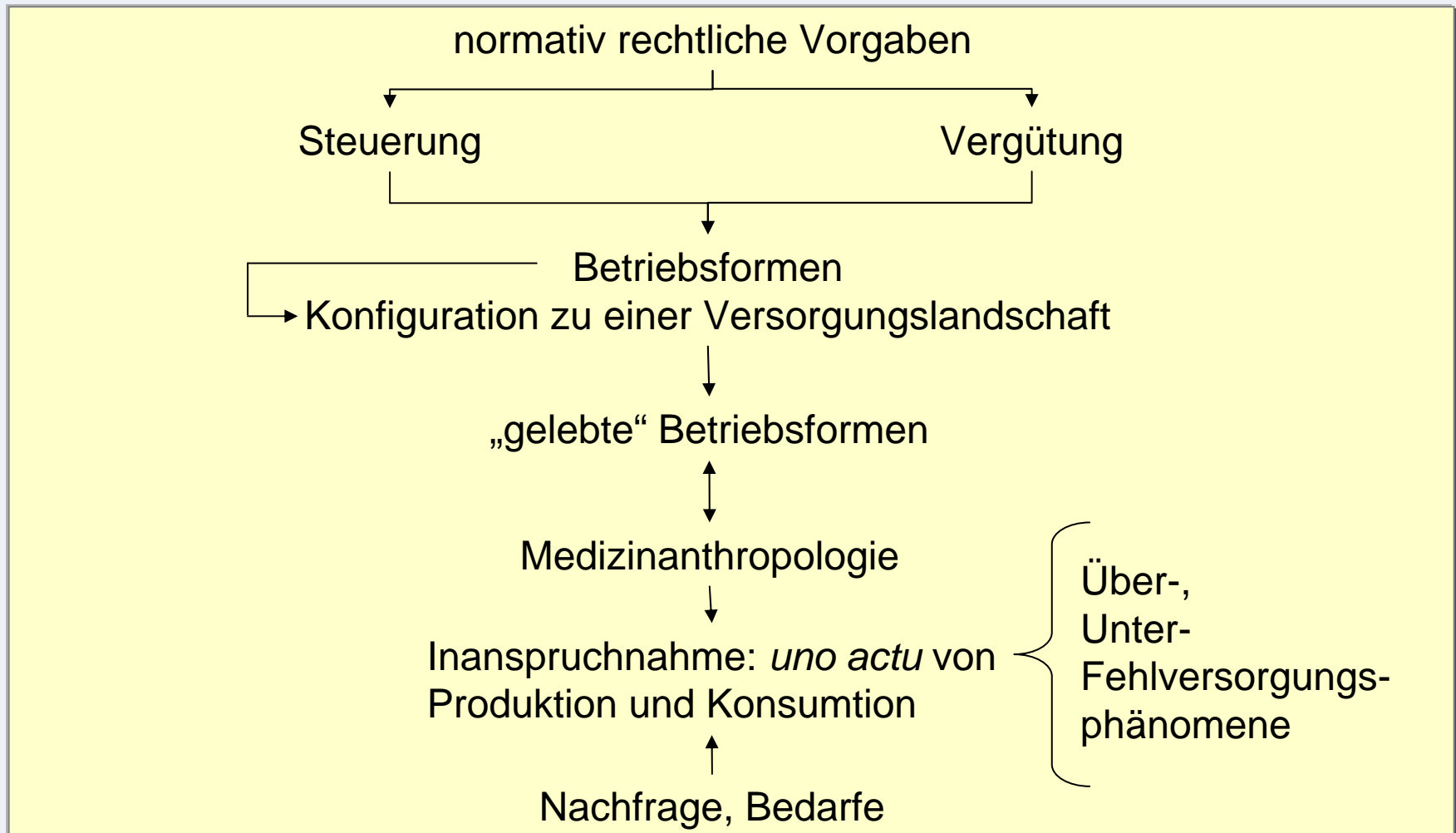
Patient : Steuerungszentrum „Kundenwünsche“



A) Zur Zukunft des Gesundheitswesens (II): „Effiziente Medizinkultur“ in der Mehr-Ebenen-Welt des „Homo Dialogicus“

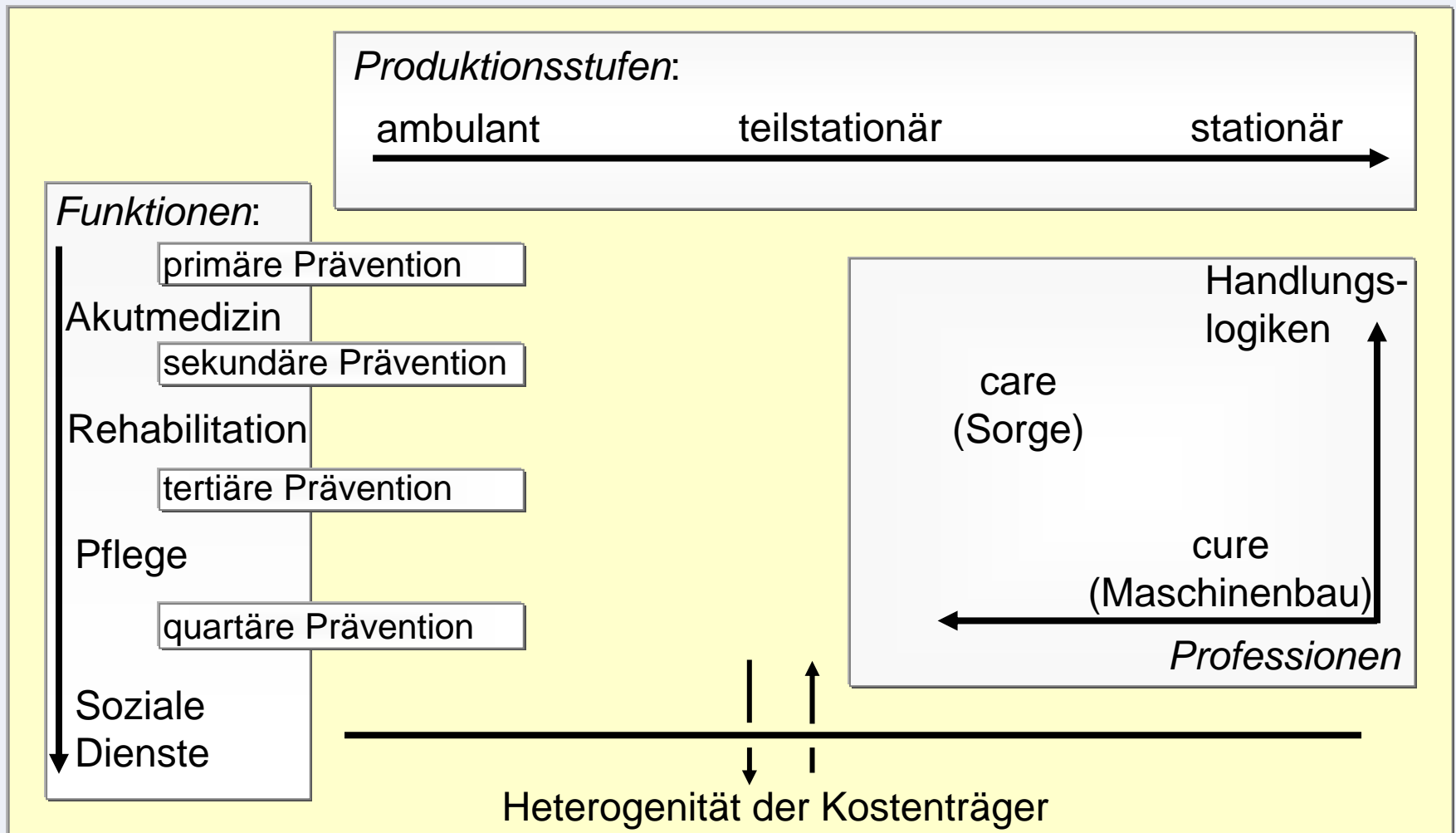


B) Perspektiven auf die Integrationsversorgung (I): Alles nur eine Frage ökonomischer Rahmenbedingungen?



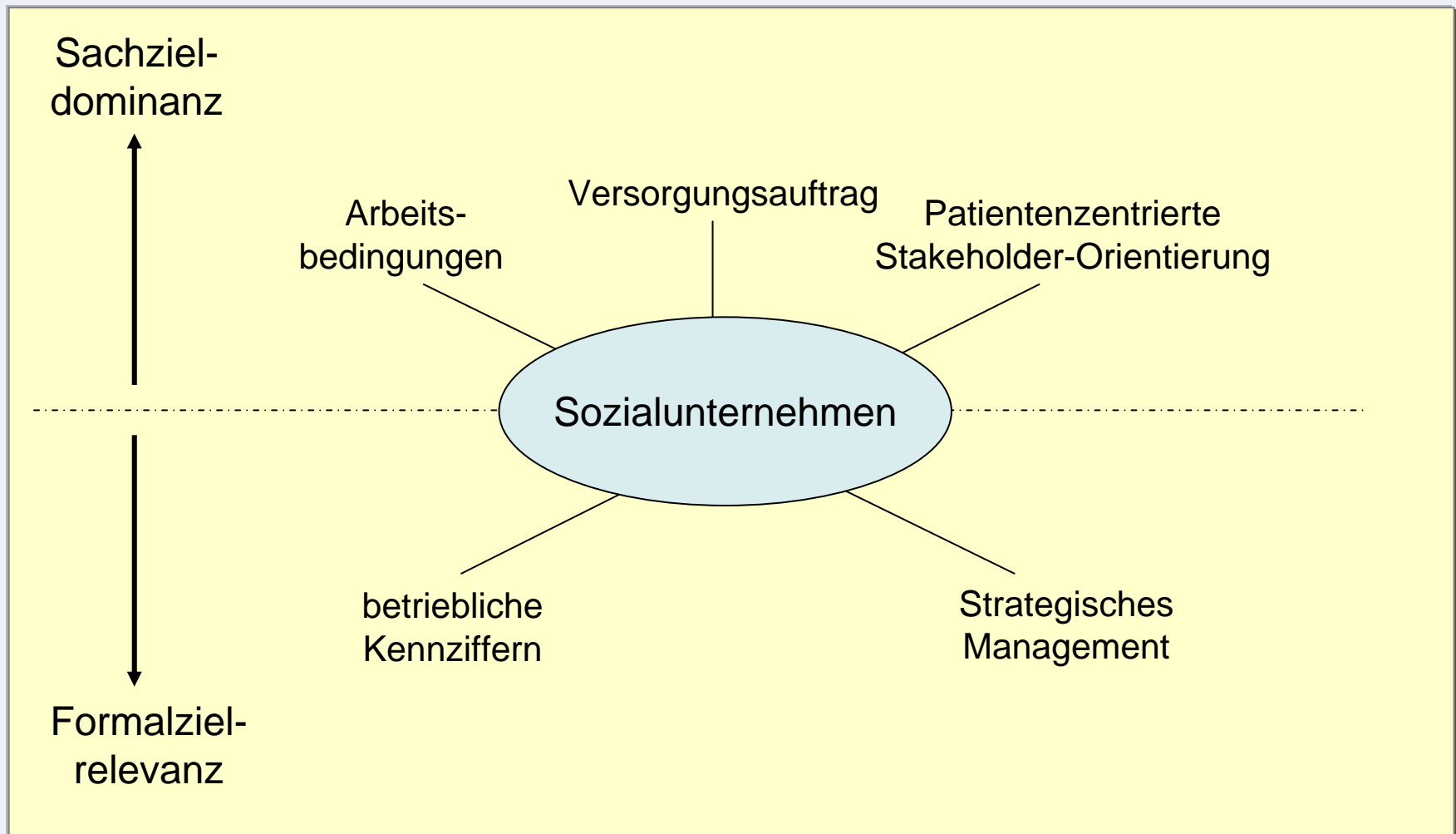


B) Perspektiven auf die Integrationsversorgung (II): Kein Mangel an Komplexität



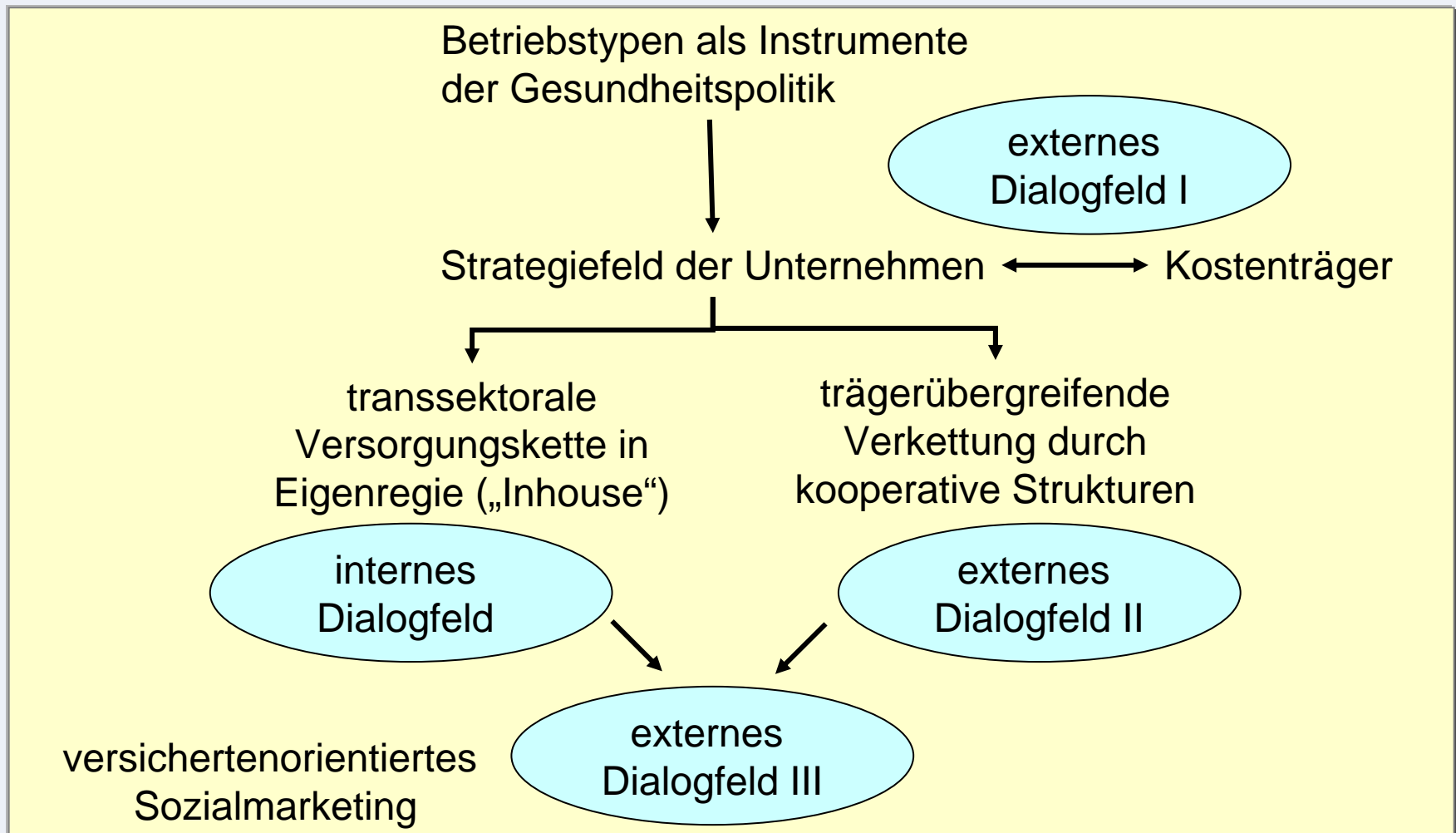


B) Balanceakt der Sozialunternehmen (III)

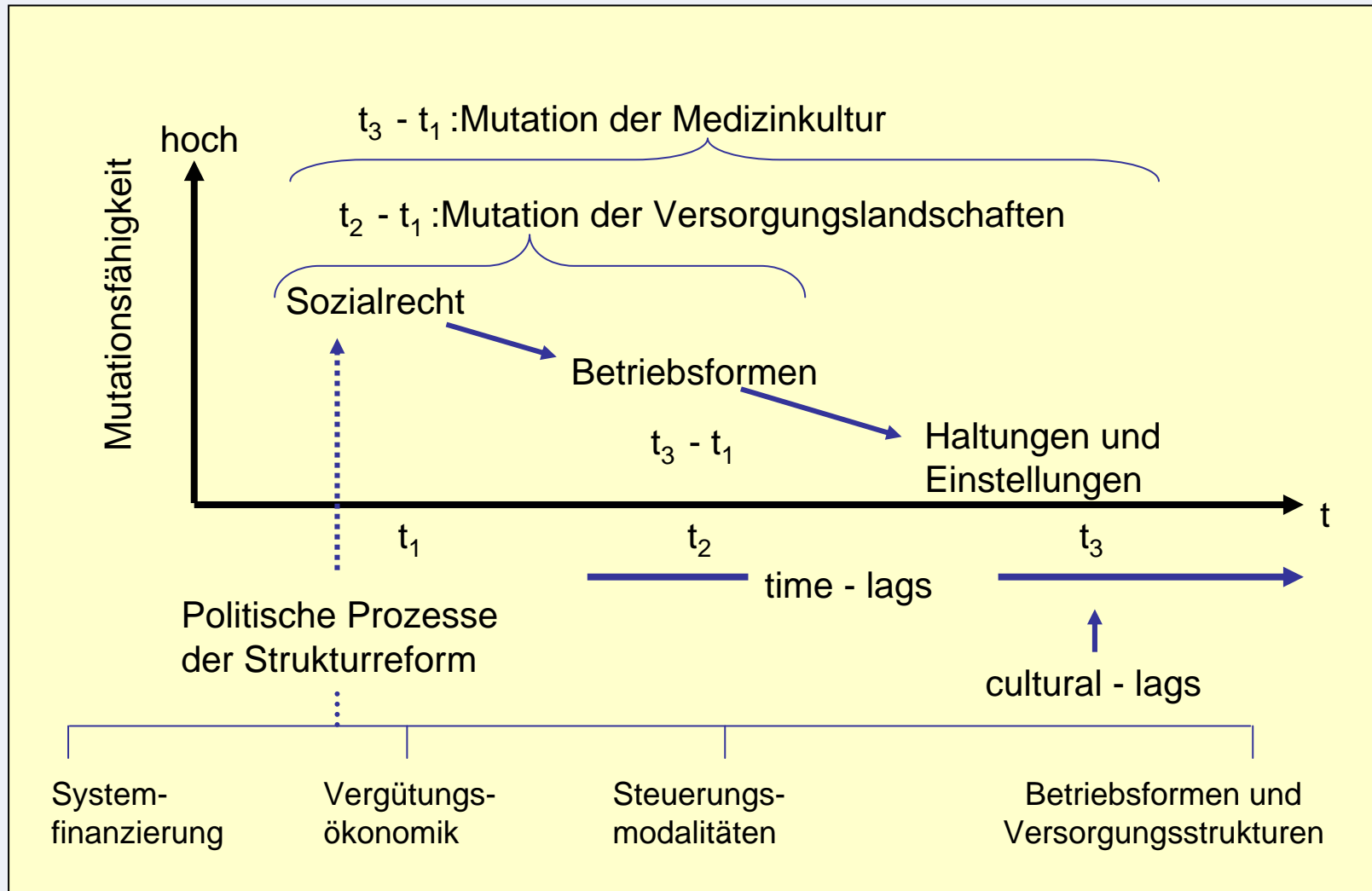


B) Perspektiven auf die Integrationsversorgung (IV):

Network Governance: Felder im Kontext von Integrationsversorgung



C) Struktur der IV - perspektivische, temporale Betrachtung



Integrierte Versorgung für alte Menschen in Holland

Kees Theeuwes

● 65jährige in Holland

- Zu Hause 94 %
- Altersheim/Pflegeheim 6%

● 85jährige in Holland

- Zu Hause 70%
- Altersheim/Pflegeheim 30%

I. Kranken-Versicherung bis 01-01-2006 (nicht chronisch, Grundversicherung)

- Privatversicherung 20%
- Krankenkasse 80%
seit 01-01-2006
- Versicherungsobligatorium

II. Chronisch:

- AWBZ - Versicherung

Grundversicherung

- 25 Milliarden Euro
- Monatsprämien billig: Basis: 85 Euro
- teurer: mit Extra's : bis 140 euro

AWBZ

- 17 Milliarden Euro
- Prämien 13% Einkommen (maximal)
- Selbstbehalt

Was ist AWBZ ?

- Sozialversicherung
neben Krankenversicherung
- Für sog. “unversicherbare” Krankheiten

AWBZ/Sozialversicherung

In Mia Euro

- 2,9 - Hauspflege
- 3,5 - Altersheim 50-1000-65+
- 4,7 - Pflegeheim (somatisch/psychogeriatrisch)
27-1000-65+
- 4,8 - Geistige Behinderung
- 4,1 - Hilfsmittel

Abklärung Leistungen AWBZ

- **CIZ** (Centraal Indicatieorgaan Zorg)

CIZ Leistungen:

- Alle Anfragen für Leistungsabklärungen
- Bearbeitung aller laufenden AWBZ - Fälle

1500 Mitarbeiter

CIZ Beraterinnen

Grundlagen für Entscheide

- Anfrageformular
- Tel. Kontakt
- Besuch beim Patienten
- Dossier

Auskunft

- Alle eingehenden Fragen
- Computergesteuert
- Einteilung in Funktionen und Klassen

Funktionen - Klassen/Stunden

- HV (Haushaltversorgung) 1/2/3
- PV (persönl. Versorgung) 4/5/6
- VB 2/3
- OB (Unterstützung / Begleitung) 1/2/3
- AB (aktivierende Begleitung)
- BH (paramed. Behandlung) 99
- VB (Wohnen – Tage pro Woche) E 7

Mit der Einteilung in Funktionen und Klassen
entsteht ein Recht auf **Leistungsanspruch**.

“Damit man Recht hat das zu versilbern”

WIE?

CIZ elektronisch



ZTW elektronisch



Wahl des Leistungserbringers

- 1. Wahl
- 2. Wahl
- keine Wahl

Täglich 1 bis 2 Mal
auf der Warteliste nachschauen!

Sofort zupacken!!!!

Konkurrenz!

Start AWBZ Pflege/ Betreuung

Deklarieren pro Tag (stationär)

Deklarieren pro Stunde (ambulant)

Alles elektronisch

Pflegeheim

Alles AWBZ finanziert:

- Wohnen
- Pflege
- Med/paramed
- Psycho-sozial
- Medikamente
- (Selbstbehalt)

Altersheim

- Wohnen
- Versorgung
- (Selbstbehalt)

Diagnostik

- Hausarzt
- Geriater
- Arzt für innere Krankheiten
 - Neurologe
 - Psychiater
- Pflegeheimarzt (Team)

Im Pflegeheim und teilweise
im Altersheim:
Pflegeheimarzt

Geriatler/Psychiater u.s.w.:
Überweisung möglich

Innovationen im 2006

- Pflegeheimarzt und Geriater/Psychiater:
Assessment im Geriatrischen Zentrum
- Beratungsstelle (Pflegefachfrau)
- Konsiliarii im Pflegeheim:
Geriater/Psychiater/Rehabilitationsarzt

Besondere Patientengruppen im Pflegeheim :

- Schlaganfall-Patienten
- Geronto-psychiatrische Patienten
- Junge demente Patienten

Regionale Netzwerke:

Schlaganfall

Hüftfraktur

Demenz

Decubitus

Palliativ Care

Kritische Punkte I

- Oft zu späte Diagnostik
- Versorgung, Ansprüche, erst später Diagnostik
- Viele Notfallaufnahmen

Kritische Punkte II

- Diagnostik durch Zufall
- Konkurrenz
- BOPZ (Patientenrechtsgesetzgebung)

- Heute:

Care – Cure

Pflege und Betreuung – Med. Versorgung

- Zukunft:

medizinisch – wirtschaftlich

med. Versorgung – Wohnen, Wohlbefinden, Betreuung

AWBZ Abbau bis auf 1/3 !

Nur sehr besondere unversicherbare
Krankheiten
noch inbegriffen
z.B. Koma-PatientInnen

Bis heute:

- Jeder Pflege-Anbieter AWBZ ist
Stiftung

Zukunft:

- Gewinnorientierung
- Initiative für Neu-Gründungen