



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**

Verfasser: WIG Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Winterthur, im Juni 2010

Verfasser

WIG Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Daniel Imhof

Sylvia De Boni, eMail: sylvia.deboni@zhaw.ch (Kontaktperson)

Holger Auerbach

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

School of Management and Law

St. Georgenstrasse 70, Postfach 958

8401 Winterthur

www.wig.zhaw.ch

Experten der statistischen Auswertung

IDP Institut für Datenanalyse und Prozessdesign

Marianne Müller, Beate Sick, Andreas Hollenweger

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

School of Engineering

Rosenstrasse 3, Postfach

8401 Winterthur

www.idp.zhaw.ch

Inhaltsverzeichnis

1.	MANAGEMENT SUMMARY	7
2.	EINLEITUNG	9
2.1.	Ausgangslage	9
2.1.1.	Akteure	9
2.1.2.	Strukturen und deren Vernetzung	10
2.1.3.	Prozesse: Patienten- und Behandlungspfade	11
2.1.4.	Praxisbeispiele Verbundlösungen Pflege und Betreuung	12
2.2.	Fragestellungen und Zielsetzung der Studie	16
2.3.	Vorgehensweise und Methodik	17
3.	AUSGEWÄHLTE THEORETISCHE GRUNDLAGEN ÜBER VERBUNDLÖSUNGEN	19
3.1.	Begriffs-Definition und Semantik: Bedeutung des Begriffs Verbundlösung	19
3.2.	Ergebnisse aus Studien zum Thema Verbundlösungen	21
4.	KRITERIENKATALOG FÜR DIE KATEGORISIERUNG VON VERBUNDLÖSUNGEN	23
5.	ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG DER HEIME UND DER SPITEX-ORGANISATIONEN	24
5.1.	Beschreibung der teilgenommenen Organisationen	24
5.2.	Vergleich der Organisationen mit bzw. ohne Verbundlösung(en)	27
5.3.	Ausprägungen von Verbundlösungen	31
5.4.	Vergleich der geplanten zu den umgesetzten Verbundlösungen	44
5.5.	Typologien von Verbundlösungen	47
5.6.	Zusammenfassung der Ergebnisse	50
6.	SCHLUSSFOLGERUNGEN: INTERPRETATION, AUSBLICK UND HANDLUNGSEMPFEHLUNG	54
6.1.	Zusammenfassung und Interpretation wesentlicher Ergebnisse	54
6.1.1.	Fragestellungen über die Begriffs-Definition	54
6.1.2.	Fragestellung über die Typologien von Verbundlösungen	54
6.2.	Ausblick	55
6.3.	Handlungsempfehlungen	56
7.	LITERATURVERZEICHNIS	58
8.	ANHANG	59

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mögliche Akteure der Pflege und Betreuung im Altersbereich	10
Abbildung 2: Beispiel vertikaler Integration im Altersbereich	10
Abbildung 3: Beispiel horizontaler Integration im Altersbereich	11
Abbildung 4: Beispielhafter Behandlungsprozess	11
Abbildung 5: Verbundlösungen zwischen stationär und ambulant	12
Abbildung 6: Verbundlösungen im ambulanten Bereich	12
Abbildung 7: Versorgungsstruktur: Drehscheibe der Stiftung RaJoVita	13
Abbildung 8: Strukturen integrierte Pflege und Betreuung	14
Abbildung 9: Vorgehensweise und Methodik der Studie	17
Abbildung 10: Verständnis Semasiologie und Onomasiologie	19
Abbildung 11: Rücklauf der Online-Befragung	24
Abbildung 12: Balkendiagramm zur Visualisierung der Verteilung der Beteiligung an Verbundlösungen	26
Abbildung 13: Häufigkeiten, mit denen genannte Leistungskombinationen vorkommen	34
Abbildung 14: Balkendiagramm zur Visualisierung, wie viele Leistungen im Rahmen von Verbundlösungen (in Kombination) erbracht werden	35
Abbildung 15: Heatmap zur Visualisierung der Leistungsangebote und Spezialisierungen der teilgenommenen Organisationen	36
Abbildung 16: Balkendiagramm zur Visualisierung der Anzahl Partner, die sich zu einer Verbundlösung zusammenschliessen	39
Abbildung 17: Heatmap zur Visualisierung der Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern	40
Abbildung 18: Mosaikplot zur Beschreibung der 7 Cluster hinsichtlich der Beteiligung der eintragenden Organisationsformen	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auswertungsmethoden	18
Tabelle 2: Verteilung nach Trägerschaft der befragten Organisationen	25
Tabelle 3: Verteilung nach Region der befragten Organisationen	25
Tabelle 4: Anzahl Mitarbeitende (VZÄ) der befragten Organisationen	26
Tabelle 5: Anzahl ambulante Fälle und stationäre Plätze der befragten Organisationen	26
Tabelle 6: Verteilung der Organisationen mit und ohne Beteiligung an einer Verbundlösung	27
Tabelle 7: Anzahl Mitarbeitende der Organisationen mit und ohne Beteiligung an einer Verbundlösung	28

Tabelle 8: Anzahl ambulante Fälle und stationäre Plätze der Organisationen mit und ohne Beteiligung an einer Verbundlösung	28
Tabelle 9: Verteilung nach Trägerschaft der Organisationen mit und ohne Beteiligung an einer Verbundlösung	29
Tabelle 10: Verteilung der Organisationen nach Kanton mit und ohne Beteiligung an einer Verbundlösung	30
Tabelle 11: Regionale Verteilung der Organisationen mit und ohne Beteiligung an einer Verbundlösung	30
Tabelle 12: Häufigste Leistungsangebote, welche im Rahmen einer Verbundlösung erbracht werden	32
Tabelle 13: Häufigste Spezialisierungen, welche im Rahmen der Verbundlösung erbracht werden	33
Tabelle 14: Häufigste hauswirtschaftliche Leistungen, welche im Rahmen der Verbundlösung erbracht werden	34
Tabelle 15: Häufigste Kooperationspartner in vertikal integrierten Verbundlösungen	37
Tabelle 16: Häufigkeiten, mit denen dieselben Kooperationspartner sich zu einer Verbundlösung zusammenschliessen.....	38
Tabelle 17: Häufigste Kooperationspartner-Kombinationen in Verbundlösungen	38
Tabelle 18: Häufigste Zusammenarbeitsformen in den Verbundlösungen	41
Tabelle 19: Häufigste Rechtsformen der Verbundlösungen	42
Tabelle 20: Verteilung der Ausprägungen der Prozessdefinition innerhalb der Verbundlösung	42
Tabelle 21: Häufigste Schnittstellenkoordinationen in den Verbundlösungen	43
Tabelle 22: Anteil an Verbundlösungen mit strukturierter interner Kommunikation	43
Tabelle 23: Anteil an Verbundlösungen mit gemeinsamer Kommunikation nach aussen	43
Tabelle 24: Anteil an Verbundlösungen mit gemeinsamen Supportdiensten	44
Tabelle 25: Verteilung des Umsetzungsgrades der Verbundlösungen	44
Tabelle 26: Anzahl VL pro Cluster.....	47
Tabelle 27: Merkmale der typischen Organisation, die sich an der Umfrage beteiligt haben.....	51
Tabelle 28: Merkmale derjenigen Organisationen, die zu Verbundlösungen neigen	51
Tabelle 29: Merkmale der typischen Verbundlösungen	52
Tabelle 30: Zukünftige Trends.....	53

Abkürzungsverzeichnis

BfS	Bundesamt für Statistik
DRG	Diagnosis Related Group/ Diagnosebezogene Fallpauschalen
HMO	Health Maintenance Organisation
k.A.	keine Angaben
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
o.J.	ohne Jahr
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
VL	Verbundlösung(en)
VZÄ	Vollzeit-Äquivalenz
wzb	Wissenschaftszentrum Berlin
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Anmerkung: die männliche und weibliche Schreibweise bezieht sich jeweils auf beide Geschlechter.

1. Management Summary

Ausgangslage

Im Gesundheitswesen ist ein Trend hin 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. Es sind jedoch noch keine Informationen über die Anzahl und Art der Zusammenarbeitsformen, in dieser Studie Verbundlösungen genannt, in der Schweiz systematisch gesammelt und aufbereitet worden. Diese Studie soll Aufschluss über Quantität und Qualität von Verbundlösungen im Bereich Pflege und Betreuung im Altersbereich in der Deutschschweiz geben.

Vorgehensweise und Methodik

In einer ersten Phase 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: institutionsübergreifende Zusammenarbeit, für die Leistungserbringung gegenüber Patienten/Klienten/ Bewohnern, in Pflege, Betreuung und/oder Hauswirtschaft im Altersbereich.

In einer zweiten Phase wurde in Zusammenarbeit mit Fachexperten ein Kriterienkatalog entwickelt, bestehend aus 26 Kriterien/Variablen mit den möglichen Ausprägungen für Verbundlösungen. Daraus wurde ein Fragebogen abgeleitet, der in elektronischer Form an ca. 1'000 Alters- und Pflegeheime (Mitglieder Curaviva) und an ca. 500 Spitex-Organisationen in der Deutschschweiz versandt wurde. Die teilnehmenden Organisationen mussten jeweils ihren Organisationstyp angeben (Spitex, Heim, Zentren - Zentren sind Organisationen, die sowohl Spitex und Heim unter einem Dach vereinen). Die Organisationen konnten an der Umfrage teilnehmen unabhängig davon, ob sie an einer Verbundlösung beteiligt sind oder nicht. Die Antworten wurden statistisch ausgewertet und entsprechend interpretiert.

Resultate

Der Begriff Verbundlösung, welcher vom Projektteam in einer Arbeitsversion zur Bearbeitung der Fragestellungen verwendet wurde, ist in der gängigen Praxis kaum in Verwendung. Aus den Praxisbeispielen konnte erfasst werden, dass die Begriffe Vernetzung, Netzwerk, Versorgungsnetze und Koordination häufig für die mit Verbundlösung bezeichnete Sache verwendet werden. Aus der Befragung 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.

Bei der elektronischen Befragung haben von insgesamt 1'654 angeschriebenen Organisationen 471 Organisationen teilgenommen. 201 Organisationen haben mindestens eine Verbundlösung eingetragen. Insgesamt wurden 230 Verbundlösungen registriert. Die Resultate wurden jeweils für die einzelnen Organisationstypen (Heim, Spitex, Zentrum) getrennt dargestellt.

Bei der Typologisierung der Organisationen, die zur Teilnahme an einer Verbundlösung neigen, ist folgendes aufgefallen: Es sind tendenziell die grösseren Organisationen, die sich zu einer Verbundlösung zusammenschliessen. Anders als erwartet schliessen sich die (meist eher betriebswirtschaftlich-orientierten) privatrechtlich gewinnorientierten Organisationen eher seltener zu Verbundlösungen zusammen als gemeinnützige Organisationen.

Zentren und Spitex-Organisationen schliessen sich häufiger in Verbundlösungen zusammen als Heime. Kooperationspartner von Spitex-Organisationen sind häufig andere Spitex-Organisationen (Tendenz zur horizontalen Integration) oder Heime. Dasselbe lässt sich bei den Heimen feststellen, sie kooperieren häufig mit ihresgleichen oder mit Spitex-Organisationen. Als weitere, wichtige Koope-

rationspartner treten bei allen drei Organisationen Freiwillige/Angehörige sowie Anbieter von Mittagstischen/Mahlzeitendiensten auf.

In der Deutschschweiz sind Verbundlösungen meistens bilaterale Kooperationen. Verbundlösungen in denen mehr als zwei Partner zusammenarbeiten sind seltener.

Sehr viele der erfassten Verbundlösungen haben ein beschränktes Leistungsangebot. Sehr oft wird nur eine bestimmte Leistung im Rahmen der Zusammenarbeit erbracht.

Die wichtigsten Leistungen, die in den Verbundlösungen gemeinsam erbracht werden, sind bei Spitex-Organisationen, Heimen und Zentren: Grund- und Behandlungspflege angeboten. Hauspflege/Haushilfe sowie Übergangspflege/Kurzzeitpflege/Ferienpflege. Als Spezialisierung gehören Betreuung von Menschen mit Demenz und Palliative Care zu den am häufigsten angebotenen Dienstleistungen. Als Supportdienste werden vor allem Aus- und Weiterbildungen gemeinsam erbracht.

Verbundlösungen charakterisieren sich gesamthaft als eine rein vertragliche Zusammenarbeitsform, in der Rechtsform einer einfachen Gesellschaft, eines Vereins oder einer Stiftung, welche keine durchgängigen Prozesse definiert hat, sondern die Schnittstellen individuell, punktuell und situativ definiert. Die gemeinsame interne und externe Kommunikation sowie die gemeinsam erbrachten Supportdienste sind bei Zentren stärker ausgeprägt als bei Heimen und Spitex-Organisationen. Heime und Spitex-Organisationen gestalten die Verbundlösungen auf einen eher informell.

Die eingetragenen Verbundlösungen sind kaum vergleichbar in Bezug auf beteiligte Kooperationspartner, gemeinsam erbrachte Leistungen, Zusammenarbeitsform und -intensität. Es sind also keine klaren Muster im Sinne einer Clusterung in der Angebotsstruktur von Verbundlösungen erkennbar.

Über die mengenmässige und geographische Verteilung der Verbundlösungen in der Deutschschweiz kann aufgrund der Beteiligungen der Organisationen keine eindeutige Aussage gemacht werden.

Schlussfolgerungen und weiteres Vorgehen

Die Studie hat gezeigt, dass es in der Deutschschweiz bei Heimen und Spitex-Organisationen durchaus Bestrebungen zu Verbundlösungen gibt. Diese sind aber noch zaghaft, eher unstrukturiert und von kleinem Umfang. In den meisten Fällen wird eine Kooperation zwischen zwei Akteuren auf Vertragsbasis zur Erbringung einer gemeinsamen Dienstleistung 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, sollen aus betriebswirtschaftlicher Sicht vermehrt gemeinsam und institutionsübergreifend erbracht/genutzt werden. Die Schnittstellen zwischen den Organisationen sollen besser abgestimmt und koordiniert werden. Viele Verbundlösungen sind eher 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 soll 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 (gemäss der Theorie; Soll-Analyse); anschliessend sollte durch eine Ist-Analyse diese Theorie überprüft werden – damit Erfolgsfaktoren für Verbundlösungen erarbeitet werden können.

2. Einleitung

2.1. Ausgangslage

Aufgrund von sich verändernden Patientenwünschen, steigendem Kostendruck und verstärktem Fokus auf die Qualität der Leistungserbringung wird das Schweizer Gesundheitswesen in Zukunft zunehmend von integrierten, vernetzten Versorgungslösungen geprägt sein. Einen Überblick über die verschiedenen Angebote, die konkreten Inhalte und die Arten der Zusammenarbeit zu haben, ist jedoch schwierig.

Auch im Alterssektor haben sich die Akteure des Gesundheitswesens stetig weiter vernetzt und die Zusammenarbeit koordiniert. Verschiedene Verbundlösungen wurden entwickelt und teilweise umgesetzt, aber eine quantitative Bestandesaufnahme über die Zusammenarbeitsformen von ambulanten und stationären Diensten fehlt. Selbst die Bezeichnungen der verschiedenen Verbundlösungen sind sehr unterschiedlich.

Um das Wissen über Verbundlösungen und deren Bezeichnungen zu erweitern, haben die Age Stiftung und Curaviva Schweiz in Kooperation mit dem Spitex Verband Schweiz eine Studie in Auftrag gegeben, welche vom WIG Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften durchgeführt wurde.

In dieser Studie wurde für das Untersuchungsobjekt durchgehend der Begriff „Verbundlösung“ verwendet. Ausnahme bilden dargestellte Praxisbeispiele oder Studien, die eigene Begriffe benutzten. Unter dem Begriff „Verbundlösung“ sind in dieser Studie jegliche Formen der Zusammenarbeit, Kooperation, Integrierter Versorgung, Vernetzung etc. gemeint. Eine genauere Herleitung des Begriffs „Verbundlösung“, wie dieser für die Befragung Verwendung findet, kann dem Kapitel 5 entnommen werden.

Im Folgenden werden die Akteure und wichtige Grundmodelle/-theorien der Zusammenarbeit verschiedener Organisationen dargestellt, welche für das Verständnis des weiteren Berichts hilfreich sind.

2.1.1. Akteure

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten verschiedene Akteure identifiziert werden, die in Verbundlösungen eine Versorgungsfunktion übernehmen können. Die Akteure wurden nachfolgend in drei verschiedene Versorgungsbereiche eingeteilt: ambulante Versorgung, stationäre Versorgung oder sonstige Akteure. Innerhalb der stationären Versorgung wurde zusätzlich die Langzeitversorgung und innerhalb der ambulanten Versorgung die Domizilbehandlung unterschieden. Die Domizilbehandlung umfasst Akteure, die die Betreuung zu Hause bei Patienten übernehmen. Verbundlösungen können grundsätzlich in jeglicher Kombination zwischen zwei oder mehreren Akteuren, welche in der nachfolgenden Darstellung abgebildet werden, vorkommen, auch wenn diese dem gleichen Versorgungsbereich angehören. Die nachfolgende Darstellung hat nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern zeigt beispielhaft auf, aus welchen Versorgungsgebieten sich Akteure zu einer Verbundlösung zusammenschliessen könnten. Der Langzeitbereich und die Domizilbehandlung sind dabei Bestandteil der stationären bzw. ambulanten Versorgung und können sehr wohl Teil der Schnittmenge und damit Element einer Verbundlösung sein.

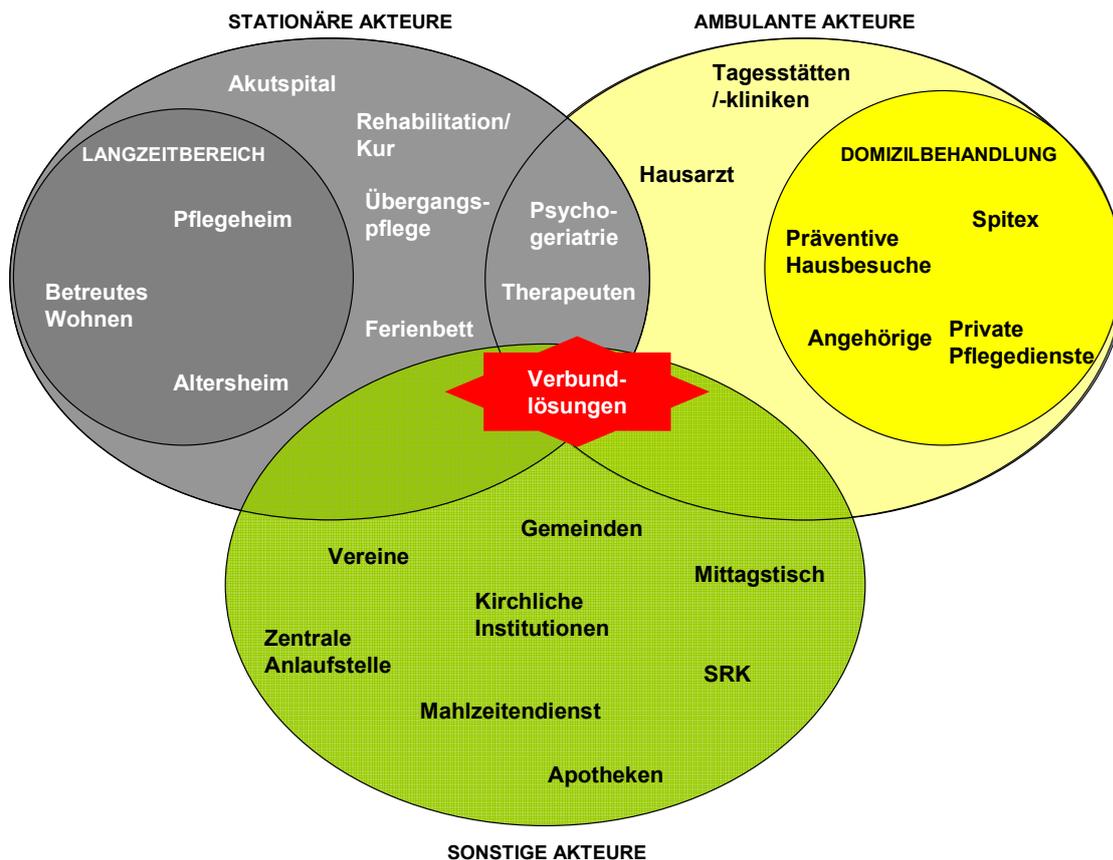
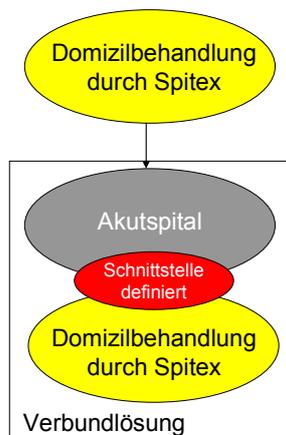


Abbildung 1: Mögliche Akteure der Pflege und Betreuung im Altersbereich (Quelle: eigene Darstellung)

2.1.2. Strukturen und deren Vernetzung

Die Vernetzung bzw. die Integration verschiedener Akteure einer Verbundlösung kann grundsätzlich vertikal oder horizontal ausgestaltet sein. Die vertikale sowie die horizontale Integration kann entweder formell über Verträge oder über einen Zusammenschluss (Fusion, Integration einer Organisation, Akquisition, Allianzen) oder eher informell, z.B. über mündliche Abmachungen geregelt werden.

Vertikale Integration

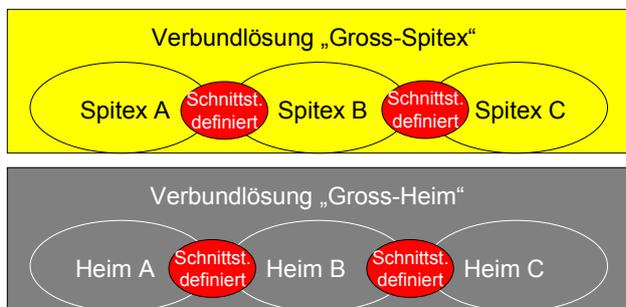


Die vertikale Integration verbindet Institutionen, die in einem vor- bzw. nachgelagerten Dienstleistungsbereich tätig sind. Zweck dieses Zusammenschlusses ist die Überwindung von Schnittstellen der Wertschöpfung, die gemeinsame Nutzung von Ressourcen (Verwaltung, Infrastruktur etc.) und die Nutzung von Grössenvorteilen, die sich daraus ergeben. Ein Beispiel dafür ist die enge Zusammenarbeit einer stationären Institution (z.B. Akutspital) mit einer ambulanten Versorgungsstruktur (z.B. Spitex). Das Modell in Abbildung 2 zeigt dies beispielhaft.

Abbildung 2: Beispiel vertikaler Integration im Altersbereich (Quelle: eigene Darstellung)

Horizontale Integration

Die horizontale Integration verbindet Institutionen, die im selben Dienstleistungsbereich tätig sind. Zweck dieses Zusammenschlusses bzw. der Zusammenarbeit ist meistens die Nutzung von Grössenvorteile. Besonders in ländlichen Gegenden der Schweiz sind die Betriebsgrössen häufig so klein, dass sie unwirtschaftlich arbeiten und häufig nicht alle Dienstleistungen und Services anbieten können (z.B. 24-h Service). Bei stationären Einrichtungen, z.B. Pflegeheimen, können durch den Zusammenschluss Grössenvorteile erzielt werden, indem beispielsweise die Küche oder die Wäscherei für mehr Bewohner verwendet werden kann. Ein weiteres Beispiel dafür wäre auch, wenn sich eine kleinere, lokale Spitex-Organisation einer grösseren, grossflächigeren Organisation anschliesst bzw. in einer Weise zusammenarbeitet. Das Modell in der Abbildung 3 zeigt diese Idee.



Das Modell in der Abbildung 3 zeigt diese Idee.

Abbildung 3: Beispiel horizontaler Integration im Altersbereich (Quelle: eigene Darstellung)

2.1.3. Prozesse: Patienten- und Behandlungspfade

Ein klinischer Patientenpfad ist ein standardisiertes Prozessschema, das den definierten Behandlungsprozess berufsgruppen- und abteilungsübergreifend für Patienten mit spezifischen Diagnosen beschreibt. Patientenpfade sind ein wichtiges ablauforganisatorisches Managementinstrument zur Qualitäts- und Kostenkontrolle. Der Patient steht dabei im Mittelpunkt des Prozesses. Solche Patientenpfade können auch institutionsübergreifend definiert werden. Häufig sind dabei nicht der gesamte Behandlungsprozess, aber zumindest die einzelnen Schnittstellen zwischen den Institutionen definiert. (Uniklinik Freiburg, 2009) Nachfolgendes Modell zeigt dies schematisch auf.

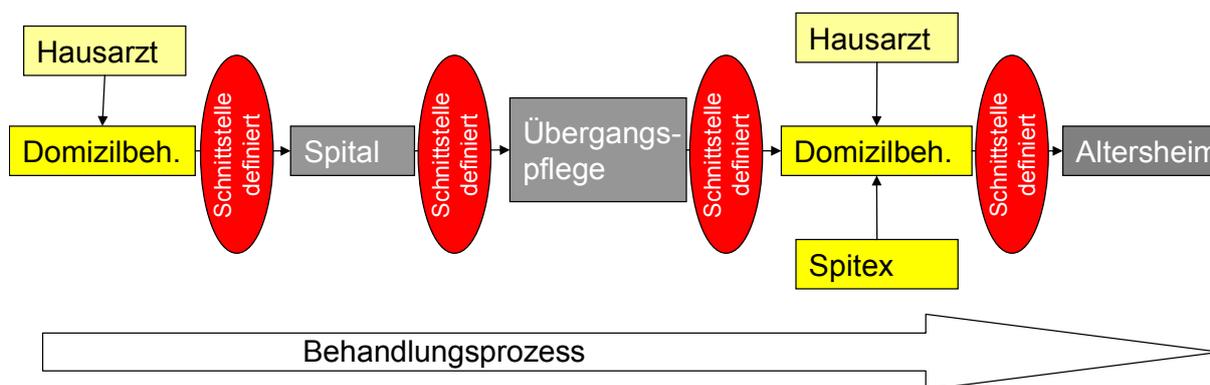


Abbildung 4: Beispielhafter Behandlungsprozess (Quelle: eigene Darstellung)

Häufig wird in komplexen Fällen, in denen es zu vielen Wechseln zwischen den unterschiedlichen Institutionen kommt, ein Case Manager/ Fallmanager eingesetzt. Er verhilft den Patienten über Sektoren, Fachgebiete und berufliche Kompetenzen hinweg eine durchgängige und möglichst reibungslose Behandlung durch eine sektorenübergreifende Steuerung. Für weitere Ausführungen zu einem systematischen Case Management wird auf die Definitionen und die Standards des Netzwerks Case Management Schweiz verwiesen. (Netzwerk Case Management Schweiz, 2006)

2.1.4. Praxisbeispiele Verbundlösungen Pflege und Betreuung

Nachfolgend werden typische Beispiele von Verbundlösungen anhand von Praxisbeispielen aus der Schweiz dargestellt. Es handelt sich um eine zufällige Auswahl von repräsentativen Beispielen, welche modellhaft abgebildet werden und in der Realität so oder in ähnlicher Ausprägung vorkommen können.

Zusammenarbeitsformen zwischen stationärer Versorgung und der Spitex

An zahlreichen Orten in der Deutschschweiz arbeiten stationäre Einrichtungen - vor allem Alters- und Pflegeheime oder Spitäler - mit der Spitex zusammen. Der Grad der Zusammenarbeit reicht dabei von einer gemeinsamen Trägerschaft (quasi Fusion, Beispiele solcher Versorgungsstrukturen findet man in den Ortschaften/Regionen: Roggwil-Wynau, Klosters, Walchwil, Wattenwil-Blumenstein, Unterengadin-Scuol) (Leuzinger 2002) über eine Holdingstruktur (bei der alle Anbieter ihre Eigenständigkeit wahren) bis hin zu einer eher losen Zusammenarbeit basierend auf mündlichen Abmachungen. Die organisatorischen Ausprägungen dieser Verbundlösungen können beispielsweise eine gemeinsame Administration, geteilte Räumlichkeiten, gemeinsam genutzte Fahrzeuge etc. sein. Es kann beobachtet werden, dass es für die Gründung von Verbundlösungen förderlich sein kann, wenn die beteiligten Institutionen zu den Gemeinden gehören oder von ihnen getragen werden. Je höher der Veränderungs- und Kostendruck bei den Organisationen ist, desto eher werden Varianten von Verbundlösungen geprüft. (Leser et al. 2009)

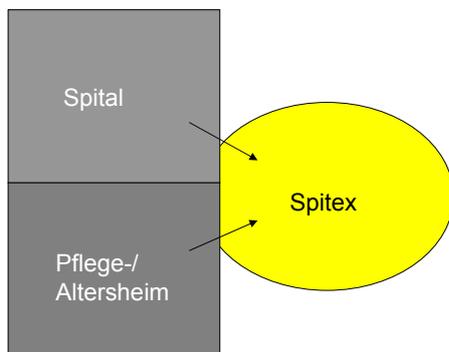


Abbildung 5: Verbundlösungen zwischen stationär und ambulant
(Quelle: eigene Darstellung)

Zusammenarbeit der Grundversorgung (Hausarzt/Ärztenetz) und der Spitex

Weiter an Bedeutung gewinnen werden künftig Versorgungsnetze im Bereich der Grundversorgung, die heute teilweise nach Globalbudget entschädigt werden (Capitation). In diesen Fällen wird die Spitex/ambulante Pflege nicht mehr von der Krankenversicherung entschädigt, sondern vom Hausarzt bzw. dem Ärztenetz selber. (Huber 2006) Der ökonomische Anreiz, sowie der daraus entstehende Qualitätsgewinn und die Verbesserung der Versorgung, bringt die Ärztenetze dazu, die Schnittstellen zwischen den Netzen und der Spitex optimal auszugestalten. Ein Beispiel einer solchen Versorgungsstruktur findet man in der Region Werdenberg-Sarganserland. Unter dem Namen PizolCare wurde ein Netzwerk von etwa 100 Hausärzten etabliert, die in Kooperation mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens (u.a. Spitex-Organisationen) in einem integrierten Versorgungsansatz zusammenarbeiten.

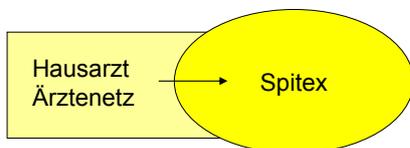


Abbildung 6: Verbundlösungen im ambulanten Bereich
(Quelle: eigene Darstellung)

Verbundlösungen mehrerer Institutionen im Altersbereich

Nachfolgend werden zwei Beispiele von Verbundlösungen mehrerer Institutionen im Altersbereich beschrieben, die man in der Schweizer Versorgungslandschaft findet: Rapperswil-Jona und Waldenburgertal. Auf die Beschreibung weiterer Beispiele wurde zur Vermeidung von Redundanzen verzichtet.

Rapperswil-Jona (Stiftung RaJoVita)

In der Gemeinde Rapperswil-Jona wurden einige Bereiche der Altersarbeit zusammengelegt, um die Versorgungskette für ältere Menschen durchgängiger zu gestalten. Zu diesem Zweck wurde im Jahr 2007 die Stiftung RaJoVita gegründet. Das zu Grunde liegende Altersleitbild setzte den Fokus der zukünftigen Betreuung auf den ambulanten Bereich. Durch die Zusammenlegung sollen Synergien genutzt, mit den eingesetzten Mitteln ein möglichst grosser Nutzen erzielt und neue Dienstleistungen ermöglicht werden. Direkt unter der Geschäftsleitung der Stiftung wurde eine Anlaufstelle, genannt Drehscheibe, mit folgenden Aufgaben geschaffen: Triage bei Anfragen für Betreuungsplätze (Bettenmanagement), Klärung von Fragen in Bezug auf die Betreuung pflegebedürftiger Personen, Entlastungsmöglichkeiten von Angehörigen sowie weitere Dienstleistungen rund um das Wohnen im Alter. Falls die nachgefragte bzw. erforderliche Dienstleistung innerhalb der Stiftung RaJoVita nicht angeboten werden kann, vermittelt die Drehscheibe an externe Institutionen, wie zum Beispiel die Pro Senectute, die Stadt (besonders bei finanziellen Problemen) oder auch an andere Heime. (Brunnschweiler 2009)

Bereiche der Zusammenarbeit der einzelnen Institutionen beinhalten unter anderem die Aus- und Weiterbildung, das Qualitätsmanagement, die Administration, das Personal-, Finanz- und Rechnungswesen (alles primär Supportprozesse). Weitere Vorteile für den Patienten/Bewohner /Kunden sind die hohe Kompetenz der Mitarbeitenden, die Kontinuität in der Betreuung und die eine übergreifende Anlaufstelle.

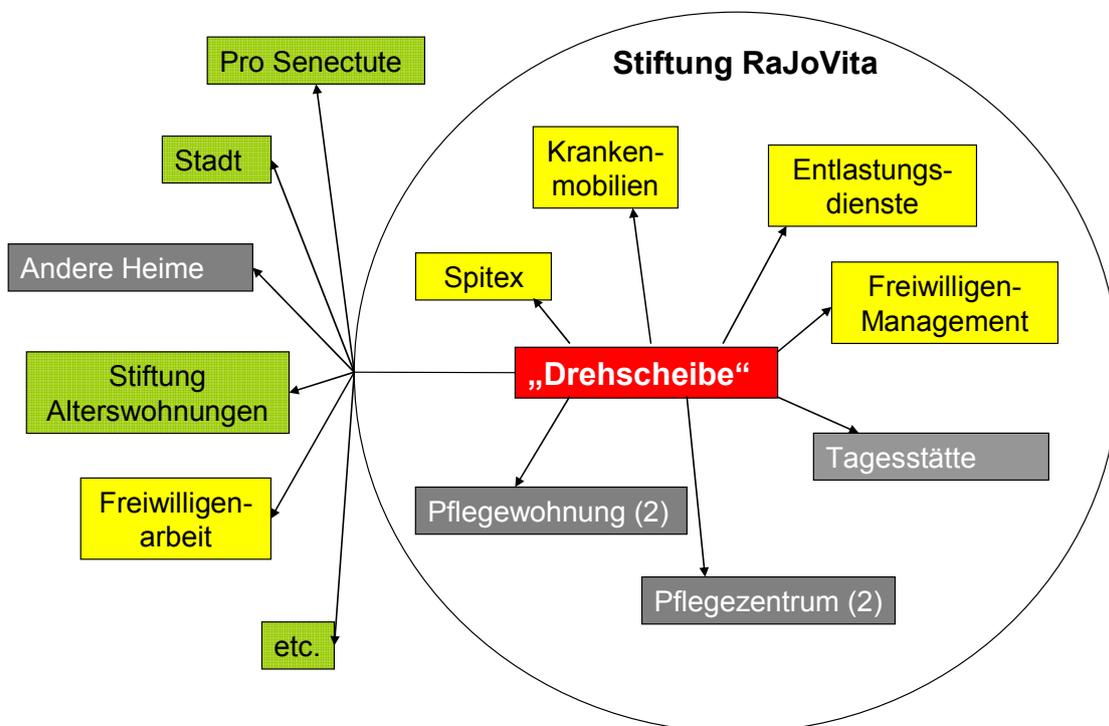


Abbildung 7: Versorgungsstruktur: Drehscheibe der Stiftung RaJoVita (beispielhaft dargestellt)
(Quelle: eigene Darstellung)

Waldenburgerthal

Unter dem Titel „Alt werden im Waldenburgerthal“ oder „wie sehe ich meine Zukunft im Alter?“ hat das Waldenburgerthal ein Alterskonzept (Waldenburgerthal 2008) über gegenwärtige und künftige Strategien der Altersversorgung entwickelt. Mit einer Bedarfsaufnahme und Situationsanalyse wurden zuerst der Stand der Leistungen, Ressourcen und Angebote ermittelt. Es wird vorgeschlagen, die vorhandenen und noch zu bildenden Institutionen und Ressourcen zu einem regionalen Kompetenzzentrum zusammenzufassen.

Die Ziele des Alterskonzepts lauten unter anderem folgendermassen:

- Eine ganzheitliche Versorgung im Waldenburgerthal
- Zentrale Dienstleistungen für das Alter
- Abstimmung der Dienstleistungen sowie Nutzung von Synergien
- Information und Betreuung rund um das Alter
- Vermittlung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung
- Information/Vermittlung von Diensten und Veranstaltungen
- Angebote/Dienstleistungen zur Sicherstellung der Grundversorgung, Mobilität und Pflege zu Hause und im Dorf
- Unterstützende Fachberatung für pflegende Angehörige
- Koordination einer professionellen Pflege und Rehabilitation zur Sicherung der Selbstständigkeit zu Hause und im Dorf
- Entlastungsangebote für Kurz-/Ferienaufenthalte im Heim
- Eine professionelle Betreuung und Pflege im Heim
- Eine enge Zusammenarbeit aller Dienste

In der nachfolgenden Abbildung sind die Strukturen des Alterskonzeptes Waldenburgerthal dargestellt.

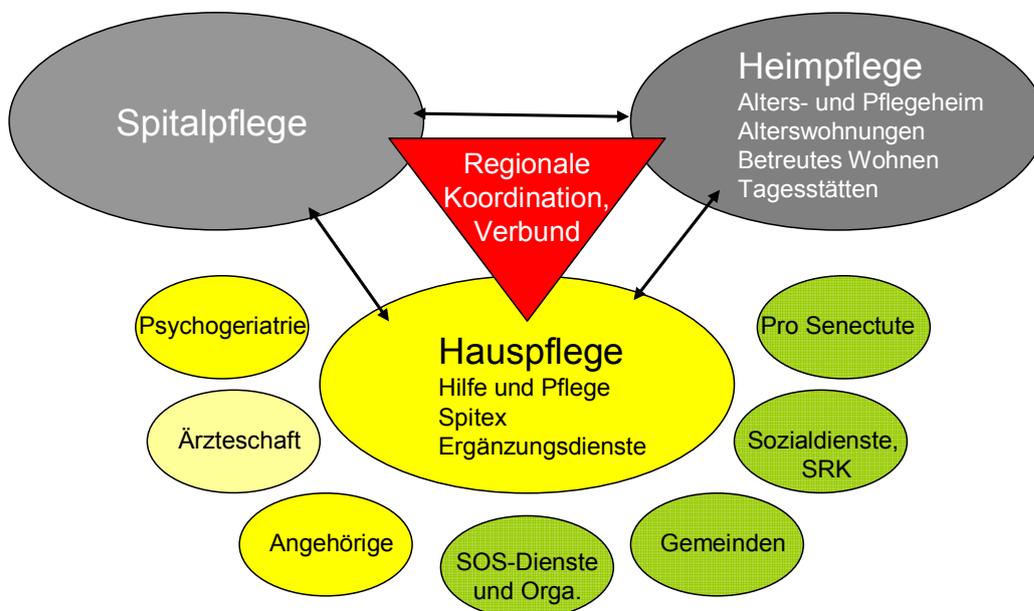


Abbildung 8: Strukturen integrierte Pflege und Betreuung
(Quelle: Umsetzung Alterskonzept Waldenburgerthal, 2008)

Zusammenarbeit in Akut- und Übergangspflege bzw. Post-Akut-Pflege

Ab dem 1.1.2011 gilt die neue Pflegefinanzierung. In diesem Rahmen wird die neue Leistungsart Akut- und Übergangspflege eingeführt. Die Akut- und Übergangspflege wird im Anschluss an einen Spitalaufenthalt im Spital ärztlich verordnet, gilt während maximal 14 Tagen und wird wie ein Spitalaufenthalt finanziert. Im Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist die Akut- und Übergangspflege nicht näher definiert. Deshalb hat die kantonale GesundheitsdirektorInnen-Konferenz (GDK) eine Definition erarbeitet und den Kantonen empfohlen, diese zu übernehmen. Zurzeit sind die Kantone an der Erarbeitung ihrer kantonalen Gesetze und Verordnungen.

Davon zu unterscheiden ist die Post-Akut-Pflege, die in gewissen Spitälern bereits angeboten wird. Die Post-Akut-Pflege soll Patienten nach einem Aufenthalt im Akutspital für eine definierte Zeit eine intensive, tägliche pflegerisch-therapeutische Betreuung bieten. Die Patienten benötigen eine stationäre Betreuung, sind aber noch nicht rehabilitationsfähig. Ziel ist es, den Übergang von einem stationären Akutspitalaufenthalt zur ambulanten Nachbetreuung zu verbessern und die zumeist älteren Patienten bis zu jener Selbstständigkeit zu pflegen, damit ein Leben in der häuslichen Umgebung ermöglicht werden kann. (Brunswicker 2009) Spitäler beginnen zu überlegen, ob sie die Übergangspflege selber anbieten sollen und damit in den ambulanten Bereich vorstossen. (Leser et al. 2009)

In jedem Fall wird eine starke Vernetzung zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich notwendig, da diese Patienten einer Sicherstellung der Pflege und Betreuung auf dem gesamten Behandlungspfad bedürfen.

Erkenntnisse und Interpretationen aus der Ausgangslage:

Die in diesem Kapitel dargestellten Praxisbeispiele zeigen auf, wie unterschiedlich die Strukturen der Zusammenarbeit in Verbundlösungen sein können. Häufig handelt es sich um eine Verbundlösung zwischen zwei Leistungserbringern, die vermutlich eine vereinfachte Fallübernahme an den Schnittstellen zum Ziel hat. Vielfach sind es auch grössere Verbundlösungen, welche viele Akteure, d.h. neben Leistungserbringern auch sonstige Organisationen aus dem Altersbereich, mit einbeziehen. Eine Systematik der Ausgestaltung von Verbundlösungen ist aktuell nicht zu erkennen.

2.2. Fragestellungen und Zielsetzung der Studie

Die Studie soll folgende Fragestellungen über den Stand von Verbundlösungen bei Heimen, Spitex-Organisationen und Zentren in der Deutschschweiz beantworten – die Antworten im Überblick finden sich im Kapitel 6.1 und sind anhand der nachfolgenden Nummerierung zu erkennen:

Fragestellungen über die **Begriffs-Definition**

1. Was wird in der Theorie und in der Praxis unter dem Begriff Verbundlösung verstanden?
2. Welche anderen Begrifflichkeiten und Terminologien werden für das Untersuchungsobjekt ausserdem verwendet und wie lassen sich diese voneinander abgrenzen?
3. Was wird unter den verschiedenen Begriffen wie Verbundlösung, Zusammenarbeit, Kooperation, Integrierte Versorgung etc. verstanden?

Fragestellung über die **Typologien** von Verbundlösungen

4. Welche prozessorientierten und/oder strukturellen Angebote von integrierten Versorgungsmodellen im Bereich der Pflege und Betreuung existieren in der Deutschschweiz?
5. Welche Arten von Kooperationspartnern sind im Rahmen von Verbundlösungen vertreten?
6. Welche Dienstleistungen werden im Rahmen von Verbundlösungen für die zu betreuenden Personen angeboten?
7. Lassen sich die Verbundlösungen anhand der untersuchten Kriterien und entsprechenden Ausprägungen systematisieren?
8. Wie sind die Quantitäten der Dienstleistungen/Angebote in der Deutschschweiz verteilt?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde ein Kriterienkatalog und daraus abgeleitet ein elektronischer Fragebogen erstellt und an Heime und Spitex-Organisationen versandt. Diese hatten die Möglichkeit, sich als Spitex-Organisation, als Heim oder als Zentrum einzutragen. Folgende Definitionen werden den Begriffen zugewiesen:

- Unter dem Begriff „Heim“ werden Heime und andere soziale Institutionen im stationären Bereich der Altersbetreuung und –pflege verstanden.
- Unter dem Begriff „Spitex“ werden Organisationen der spitalexternen Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege, das heisst Hilfe, Pflege und Beratung ausserhalb des Spitals oder Heims, bei den Patienten zu Hause, verstanden.
- Der Begriff „Zentrum“ stützt sich nicht auf eine offizielle Definition. In dieser Befragung bezieht er sich auf Spitex-Organisationen und Heime, die unter einem gemeinsamen Dach zusammenarbeiten.

2.3. Vorgehensweise und Methodik

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Vorgehensweise und die Methodik der Studie auf. Anschließend wird auf die einzelnen Phasen vertiefter eingegangen.

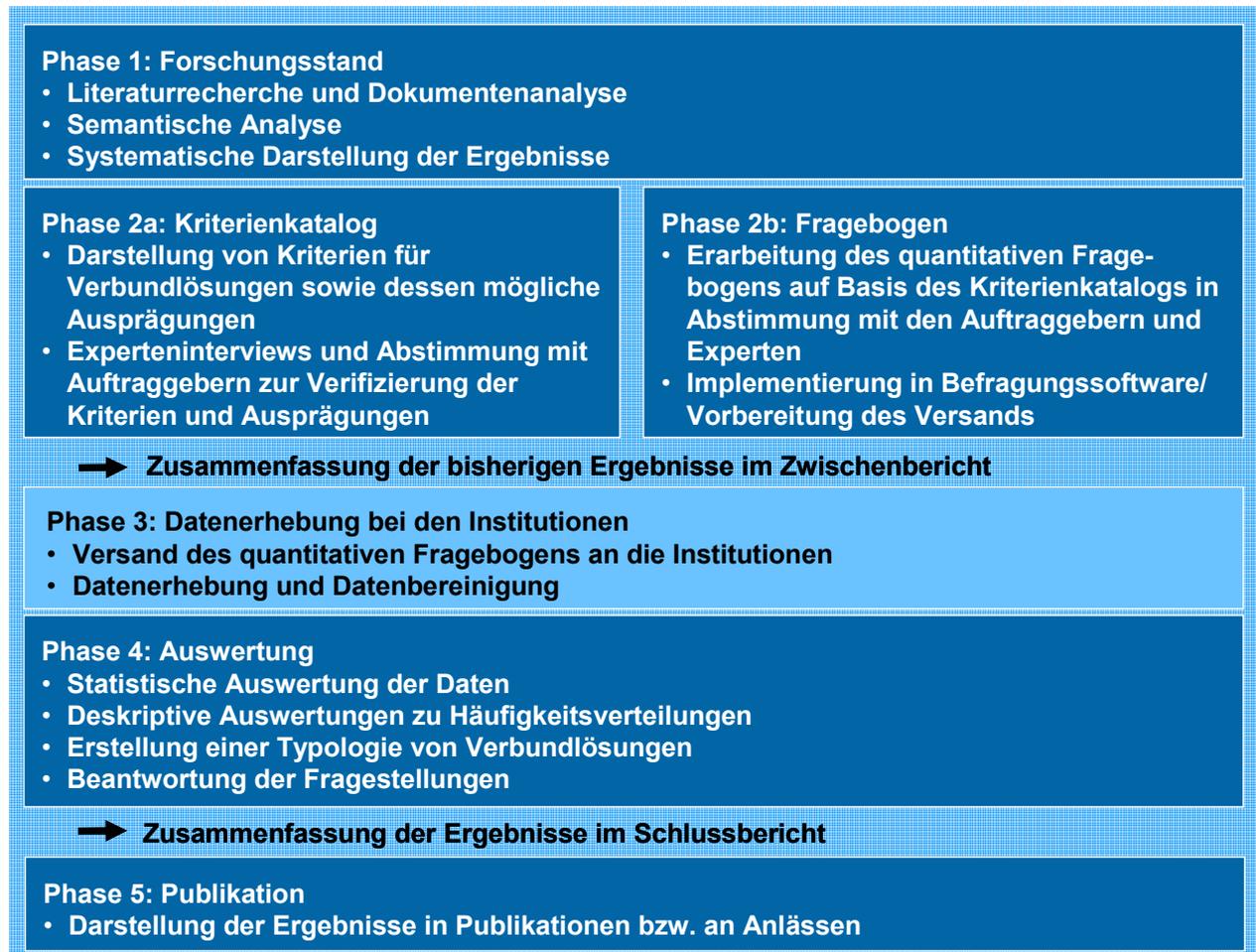


Abbildung 9: Vorgehensweise und Methodik der Studie
(Quelle: eigene Darstellung)

Phase 1: Forschungsstand

Der aktuelle Forschungsstand zur Studienthematik wurde analysiert, um die Fragestellungen nach der Begriffs-Definition und Bedeutung (Semantik) von Verbundlösungen und sinngemäss ähnlichen Begriffen beantworten zu können. Dazu wurden einerseits die aus der Praxis zugänglichen Konzepte für Verbundlösungen im Altersbereich aus der Schweiz sowie die darin verwendeten Begrifflichkeiten ausgewertet. Andererseits wurden Studien aus der Schweiz und aus Deutschland, die sich zum Teil intensiver mit Terminologien auseinander gesetzt haben, analysiert. Die Texte wurden nach den verwendeten Begriffen für Verbundlösungen gescannt und durch Auszählung wurde festgestellt, ob es sich um einen selten verwendeten oder gebräuchlichen Begriff handelt. Im Weiteren wurde interpretiert, ob die mit dem Begriff bezeichnete Sache auch einer Verbundlösung nach Studiendefinition entspricht.

Phase 2a: Kriterienkatalog

Die Ergebnisse aus Phase 1 sowie die kritische Auseinandersetzung der Autoren mit dem Thema Verbundlösungen wurden für die Erstellung eines Kriterienkatalogs verwendet. Der Kriterienkatalog hat zum Ziel, alle möglichen Ausprägungen einer Verbundlösung analysieren und abbilden zu können. Der Kriterienkatalog wurde in einem zweistufigen Verfahren erarbeitet: In der ersten Runde

wurde eine Rohfassung des Kriterienkatalogs an acht Experten sowie die Projektpartner zur Stellungnahme versandt. Nach Einarbeitung der Kommentare wurde die zweite Fassung nochmals an alle zur Kommentarrunde versandt und entsprechend überarbeitet.

Phase 2b: Fragebogen

Vor Ausarbeitung des Fragebogens wurde eine für die gesamte Befragung gültige Definition des Begriffs Verbundlösung erstellt.

Aus dem Kriterienkatalog wurde ein Fragebogen zur quantitativen Erhebung bei den Praxisorganisationen abgeleitet. Pro Kriterium wurde eine Frage formuliert, die Ausprägungen entsprechen den Antwortmöglichkeiten. Der Fragebogen wurde vom ZMM Zentrum für Marketing Management der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften programmiert und elektronisch aufgeschaltet.

Phase 3: Datenerhebung bei den Institutionen

Der Versand der quantitativen Befragung erfolgte über Curaviva und den Spitex Verband Schweiz. Angeschrieben wurden 539 Spitex-Organisationen und 1'115 Alters- und Pflegeheimleitungen. Vorzeitig wurden die angeschriebenen Institutionen über die Durchführung der Erhebung informiert. Für das Ausfüllen des Fragebogens stand ein Zeitfenster von sieben Wochen zur Verfügung (25.9. - 13.11.2009).

Phase 4: Auswertung

Nach Ablauf der Beantwortungsfrist erfolgte in einem ersten Schritt eine Plausibilisierung und eine Bereinigung der Daten. Anschliessend wurden verschiedene Auswertungen vorgenommen, welche in der nachfolgenden Tabelle ersichtlich sind.

Kapitel im Bericht	Auswertung	Methodik
5.1	Beschreibung der teilgenommenen Organisationen	Deskriptive Häufigkeitsanalyse
5.2	Vergleich der Organisationen mit bzw. ohne Verbundlösungen	Vergleich zweier Gruppen durch die Darstellung deskriptiver Häufigkeitsverteilungen
5.3	Ausprägung von Verbundlösungen anhand der verschiedenen Kriterien	Deskriptive Häufigkeitsanalysen, Häufigkeits-Reihenfolgen
5.4	Vergleich der geplanten Verbundlösungen zu den umgesetzten Verbundlösungen	Vergleich zweier Gruppen durch die Beschreibung deskriptiver Häufigkeitsverteilungen (nur bei grossen Unterschieden)
5.5	Typologien von Verbundlösungen	Clusteranalyse (Durchführung durch IDP Institut für Datenanalyse und Prozessdesign, ZHAW)

Tabelle 1: Auswertungsmethoden
(Quelle: eigene Darstellung)

Anhand der oben genannten Auswertungen sollten die Fragestellungen der Studie beantwortet werden können.

Phase 5: Publikation

Die Ergebnisse aus der Studie sollen in geeigneter Form publiziert werden.

3. Ausgewählte theoretische Grundlagen über Verbundlösungen

Um die einleitend genannten Fragestellungen nach Terminologie und Bedeutung von Verbundlösungen und sinnesgemäss ähnlichen Begriffen beantworten zu können, wurde der aktuelle Forschungsstand analysiert und ausgewertet.

Die Untersuchung nach den verwendeten Terminologien und deren inhaltlichen Bedeutung (Semantik) gestaltete sich folgendermassen: Mehrere in der Schweiz auffindbare Praxisbeispiele (vgl. Kapitel 2.1.4) und Studien (keine Vollerhebung) wurden nach den verwendeten Begriffen für Verbundlösungen gescannt und durch Auszählung wurde festgestellt, ob es sich um einen selten verwendeten oder doch häufig gebräuchlichen Begriff handelt. Ob die mit dem Begriff bezeichnete Sache auch einer Verbundlösung nach dem in dieser Studie definierten Untersuchungsobjekt entspricht, lag in der Einschätzung der Autoren.

3.1. Begriffs-Definition und Semantik: Bedeutung des Begriffs Verbundlösung

Semantik nennt man die Theorie oder Wissenschaft von der Bedeutung der Zeichen. Unter „Zeichen“ sind in diesem Sinne Einheiten beliebiger Art zu verstehen, also Wörter, Sätze oder ganze Texte, die entweder gesehen, gehört oder ertastet (Blindensprache) werden können. Für den Empfänger dieser Zeichen haben diese eine bestimmte Bedeutung. (Hoyningen 1998)

Bei der vorliegenden semantischen Analyse des Begriffes Verbundlösung geht es einerseits um die Bedeutung dessen, was hinter dem Begriff steckt und andererseits – wie nachfolgend beschrieben – wie das Untersuchungsobjekt in der Praxis sonst noch bezeichnet wird.

Man unterscheidet in der Semantik folgende Perspektiven:

- Die Semasiologie geht von der Bezeichnung (Wörtern, Metaphern, Symbole, usw.) aus und untersucht, was damit gemeint wird
- Die Onomasiologie (Bezeichnungslehre) geht von den Sachen und Sachverhalten aus und untersucht, wie sie bezeichnet werden (also welche Wörter, Bilder, Symbole, usw. dafür verwendet werden) (König 1994)

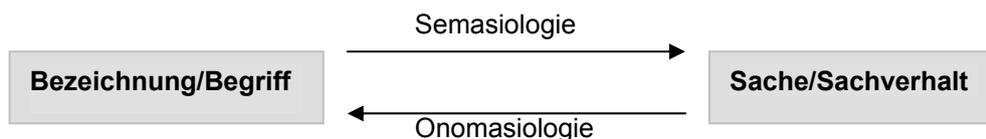


Abbildung 10: Verständnis Semasiologie und Onomasiologie
(Quelle: eigene Darstellung)

Diese Unterscheidung bzw. Perspektivenwahl ist beim Begriff Verbundlösung nicht unwesentlich, da einerseits unter dem Begriff sehr unterschiedliche Sachverhalte verstanden werden können und andererseits – womöglich noch viel ausgeprägter - die in der Praxis vorfindbaren Sachverhalte sehr unterschiedlich bezeichnet werden.

Zu diesem Zweck wurde eine Zusammenstellung von aus Studien und Praxisbeispielen¹ auffindbaren Begriffen, die mit Verbundlösungen gleich gesetzt werden können, vorgenommen. Zudem wird versucht zu beschreiben, welche Ausprägungsmerkmale diese Formen von Verbundlösungen haben. In einem zweiten Teil, wurde in Wörterbüchern und Lexika die Bedeutung und mögliche Synonyme von unterschiedlichen Terminologien, die dieselbe oder eine ähnliche Bedeutung wie Verbundlösungen haben, erfasst.

¹ Die Praxisbeispiele wurden uns von den Projektpartnern zur Verfügung gestellt und zusätzlich konnten aus dem Internet gefunden werden (Gesamtanzahl:13)

Wie im Anhang 1-3 ersichtlich, finden sich viele unterschiedliche Begriffe, die die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Institutionen (im Sinne der Onomasiologie, also dem zu bezeichnenden Sachverhalt) umschreiben sollen. Gewisse Begriffe haben dieselbe semantische Bedeutung und können stellvertretend füreinander verwendet werden. Insbesondere in Praxisbeispielen ist der Wortgebrauch für Verbundlösungen immer wieder unterschiedlich. Deshalb liegt auch der Verdacht nahe, dass die Institutionen die von ihnen gewählten Begriffe eher zufällig oder intuitiv nach ihrem gewohnten Sprachgebrauch gewählt haben. Bei der Untersuchung, was mit den gewählten Begriffen bezeichnet werden soll (im Sinne der Semasiologie) bleibt der Interpretationsspielraum noch offener. Die Verbundlösungen beziehen sich auf unterschiedliche Leistungs- und Organisationsbereiche, involvierte Institutionen und Grad der Verbindlichkeit (formell – informell).

Folgende Begriffe wurden für die in dieser Studie zu untersuchende Sache („Verbundlösungen“) nach Häufigkeit geordnet verwendet:

1. Vernetzung/Netzwerk/Versorgungsnetze sowie Koordination (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 selten verwendet

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass weder der Sprachgebrauch, noch die damit bezeichnete Sache in den untersuchten Praxisbeispielen und der untersuchten Literatur gleich verwendet werden. Auffallend ist aber auch, dass sich in den letzten Jahren offensichtlich eine grössere Anzahl Institutionen Gedanken über die Möglichkeiten von Zusammenarbeitsformen mit anderen Institutionen gemacht haben. Ebenso wurden bereits verschiedene Befragungen zur Erfassung und Beschreibung von Zusammenarbeitsformen gemacht.

Im Bericht des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (wzb) zu Innovationsblockaden und -chancen integrierter Versorgungsformen im Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz (Dietrich, Kümpers 2009) wird folgende Feststellung gemacht: Je nachdem, aus welcher Akteurssicht von einer Sache gesprochen wird, wird sie unterschiedlich genannt. So wird in gesundheitspolitischen Diskussionen von „integrierter Versorgung“ gesprochen, wo hingegen in der Versorgungspraxis selber vielmehr die Begriffe „runder Tisch“, „Netzwerk“, „Verbund“, „Arbeitsgemeinschaft“ etc. Verwendung finden. Eine ähnliche Entdeckung wurde berufsgruppenspezifisch herausgefunden. Die Ärzteschaft und die Kostenträger verwenden häufiger die Begriffe HMO (Health Maintenance Organisation), Managed Care oder integrierte Versorgung. Vernetzungsinitiativen von der Pflege oder Sozialarbeit stützen sich eher auf gerontologische Konzepte wie Case oder Care Management. Weitere Erläuterungen zu dieser Studie finden sich im nachfolgenden Kapitel.

Erkenntnisse und Interpretationen aus der Begriffsanalyse:

Die in der Praxis verwendeten Begriffe für Verbundlösungen sind sehr unterschiedlich. Die Vermutung liegt nahe, dass in der Praxis die Bezeichnungen intuitiv verwendet werden. Es lässt sich aber auch feststellen, dass für eine bestimmte Verbundlösung mehrere Bezeichnungen verwendet werden. Es herrscht eine grosse Begriffsvielfalt. Es ist an der Zeit, dass ein Begriff wie Verbundlösung besetzt und ein allgemeingültiges Verständnis aufgebaut wird.

3.2. Ergebnisse aus Studien zum Thema Verbundlösungen

In der nachfolgenden Studie werden unterschiedliche Begriffe für die Verbundlösungen verwendet. Die Modellbeschreibungen kommen der Definition von Verbundlösungen nahe.

wzb-Studie (Dietrich, Kümpers 2009)

► Parallelwelten integrierter Versorgung – Innovationen für mehr Zusammenarbeit im Gesundheitssystem am Beispiel der Versorgung älterer Menschen

Es handelt sich um eine Studie mit vergleichendem Fallstudiendesign (Dokumentenanalysen und 120 halbstandardisierte Experteninterviews) zum Vergleich der integrierten Versorgungsformen in der Schweiz und in Deutschland. Ziel der Studie war es unter anderem zu untersuchen, welche fördernden und hemmenden Bedingungen für die lokale Entstehung integrierter Versorgungsformen bedeutsam sind – d.h. solcher Innovationen, die eine ‚nahtlose‘ und bedarfsdeckende Versorgung von Patienten unter Kooperation der beteiligten Berufsgruppen und Organisationen (z.B. lokales Krankenhaus, Pflegeheim, ambulanter Pflegedienst, Hausärztin, Seelsorge, Freizeitgestaltung, informelle Hilfe, Angehörige, soziale Dienste etc.) wahrscheinlicher machen. Die Untersuchung wurde exemplarisch auf die Zielgruppe multimorbider älterer Menschen angewandt.

Die Ergebnisse der Studie lauten zusammengefasst wie folgt:

- Integrierte Versorgung multimorbider ältere Menschen beinhaltet:
 - alle geplanten und organisierten Leistungen und Versorgungsprozesse, die auf multidimensionale Bedarfe eines einzelnen Nutzers oder eine Gruppe von Personen mit ähnlichen Bedarfen gerichtet sind.
 - ein koordiniertes Ganzes aus Dienstleistungen, die durch verschiedene Organisationen, kooperierende Professionen und involvierte Laien gemeinsam geplant, gemanagt und für individuelle Leistungsempfänger erbracht werden.
 - dass Versorgungsleistungen im Austausch mit vorhandenen lokalen Selbsthilfeeinrichtungen und „community“-basierten Initiativen geplant und umgesetzt werden.
 - dass Einzelpersonen die Versorgung erhalten, derer sie bedürfen, wann und wo sie ihrer bedürfen.
- In der Schweiz wie auch in Deutschland haben gesundheitspolitische Massnahmen (Reformen) für die Verbesserung der Integration der Versorgungsstrukturen vor allem Auswirkungen auf die ambulante ärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung, MVZ, Managed Care, HMO etc.) gezeigt, nicht aber auf pflegerische Versorgungsdienste.
- Die Studie zeigt, dass es ein breites Spektrum an Initiativen für ältere multimorbide Menschen gibt, wie zum Beispiel schnittstellenbezogene, versorgungsproblembezogene, aber auch sektorübergreifende Kooperationen. Innovative Projekte arbeiten oft unter wenig formalisierten Vertragsbedingungen und mit unsicherer (befristeter und/oder unzureichender) Ressourcenausstattung. Teilweise werden sie durch lokal bereitgestellte Mittel (Spenden, kommunale Ressourcen) erst ermöglicht, was die Übertragbarkeit oder Erweiterung über die Region hinaus einschränkt.
- In der Studie zeigt sich zudem, dass in der Versorgungspraxis häufig ein Bewusstsein für die Erfordernisse und den Entwicklungsbedarf einer vermehrten Zusammenarbeit im Gesundheitswesen existiert. Nicht die formellen Vertragsabschlüsse stehen dabei im Vordergrund, sondern vielmehr bottom-up Projekte wie zum Beispiel der „runde Tisch“ werden diskutiert. Folgende Themen werden dabei als wichtig angesehen:
 - Interprofessionelle Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsbereiche „auf Augenhöhe“
 - Integration von gesundheitlichen und sozialen Versorgungsbereichen
 - Verbindlicher regionaler Bezug der Leistungserbringern mit gleichem Einzugsgebiet und der gemeinsamen Übernahme von Verantwortung für eine Versorgungsregion

- Interprofessionelle verbindliche Handlungsgrundlagen, z.B. Versorgungspfade
- Individuelle Ermessensspielräume für patientenbezogene Entscheide

Spitexverband Baselland und Verband Baselbieter Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen (bap) (Meyer, Bäumle o.J.)

► Befragung: Vernetzung Spitex – Alters- und Pflegeheime

Ingesamt 30 Mitgliederinstitutionen des Verbands Baselbieter Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurden angeschrieben, von denen 17 Institutionen bei der Befragung teilgenommen haben.

Die Ergebnisse zusammengefasst:

- Es bestehen bereits verschiedene Arten der Zusammenarbeit. Insbesondere im Bereich Pflege und Betreuung gibt es formelle und informelle Zusammenarbeitsformen. Wenig Zusammenarbeit gibt es in den Bereichen Administration und Ausbildung.
- Einige der Befragten sind bestrebt, Zusammenarbeit oder Vernetzung in gewissen Handlungsfeldern weiter voranzutreiben. Etwa die Hälfte der Befragten nannten dazu folgende Handlungsfelder: Ausbildung, Pflege und Betreuung sowie Administration. Weniger wünschenswert ist dies bei der Infrastruktur, der Führung und auf der strategischen Ebene.
- Die horizontale Vernetzung der Institutionen hat Priorität.
- Vernetzungen sind auch mit Spitälern, kantonalen psychiatrischen Diensten und mit einem Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation in Planung.
- Im Zentrum der Überlegungen zur Betreuung und Pflege im Alter stehen die Einwohner. Sie erwarten Informationen und Dienstleistungen aus einer Hand.

Erkenntnisse und Interpretationen aus der Studienanalyse:

Das auffindbare Studienmaterial, das einen wissenschaftlichen Ansatz bzw. Hintergrund hat, ist sehr knapp. Viele Konzepte und Projekte basieren nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Es bestätigt sich die Annahme, dass die Begriffsverwendung uneindeutig ist. Der in dieser Studie verwendete Begriff Verbundlösung sollte also zukünftig klar besetzt werden.

4. Kriterienkatalog für die Kategorisierung von Verbundlösungen

Der Kriterienkatalog wurde im Laufe des Projekts entwickelt. Er basiert auf dem Wissen des Projektteams, auf den Erkenntnissen aus Literaturrecherchen und insbesondere aus den Inputs diverser Experteninterviews (vgl. Kapitel 2.3 Vorgehensweise und Methodik). Ein Verzeichnis der involvierten Expertinnen und Experten findet sich im Anhang 4.

Der Kriterienkatalog ist in den Fragebogen der Online-Umfrage eingegangen und kann dem Anhang entnommen werden. Dieser ist folgendermassen strukturiert:

Die ersten elf Kriterien dienen der Umschreibung der Organisationen, welche an der Online-Befragung teilgenommen haben. Darin enthalten sind Kriterien, die u.a. das Tätigkeitsgebiet, die Grösse sowie die geographische Lage der teilnehmenden Organisationen beschreiben.

Weitere 15 Kriterien dienen der Beschreibung der Ausprägung der Verbundlösungen, welche von den teilgenommenen Organisationen eingetragen wurden. Die Kriterien definieren die Namensgebung, die erbrachten Leistungen sowie die Strukturen und Prozesse innerhalb der Verbundlösungen.

Die Anzahl der Ausprägungen innerhalb eines Kriteriums variieren stark. Bis zu 22 Ausprägungen pro Kriterium können der Umschreibung von Verbundlösungen dienen. Die Kriterien lassen meist eine geschlossene Anzahl Ausprägungen zu (optional freie Eingabe).

5. Ergebnisse der Befragung der Heime und der Spitex-Organisationen

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der quantitativen Online-Befragung, welche vom 25.9.2009 bis am 13.11.2009 durchgeführt wurde, dargestellt und erläutert. Für die Befragung wurden von Curaviva Schweiz 1'115 Alters- und Pflegeheime² und vom Spitex Verband Schweiz 539 Spitex-Organisationen angeschrieben. Alle Organisationen, die angeschrieben wurden, befinden sich in der Deutschschweiz (inkl. dem französisch-deutschsprachigen Kanton Freiburg).



Abbildung 11: Rücklauf der Online-Befragung

Die Organisationen wurden von den Verbänden gebeten, an der Befragung teilzunehmen, unabhängig davon, ob sie an einer Verbundlösung beteiligt sind oder nicht. In einem ersten Teil der Online-Befragung wurden die Organisationen zu eigenen Ausprägungen bestimmter Kriterien befragt. Erst in einem zweiten Teil konnten sie Angaben zu Ausprägungen von maximal drei konkreten Verbundlösungen machen, an denen sie beteiligt sind.

Damit die Fülle von Verbundlösungen eingeschränkt werden konnte, wurde bei der Befragung auf eine definierte Gruppe von Verbundlösungen fokussiert. Es sollten insbesondere jene Verbundlösungen erfasst werden, welche die folgenden Kriterien erfüllen (Einschlusskriterien):

- institutionenübergreifende Zusammenarbeit
- für die Leistungserbringung gegenüber Patienten/Klienten/Bewohnern
- in Pflege, Betreuung und/oder Hauswirtschaft
- im Altersbereich

Hinweis zur Repräsentativität der Daten: Eine Einschätzung der Repräsentativität der Stichprobe gegenüber allen Organisationen oder Verbundlösungen in der Deutschschweiz kann nur eingeschränkt vorgenommen werden. Die Grössenverhältnisse könnten verglichen mit den Statistiken des BfS repräsentativ sein. Auch die Verteilung der Rechtsformen dürfte nach Aussagen der Verbände dafür sprechen, dass es sich um eine repräsentative Stichprobe handelt. Hingegen kann bei der regionalen Verteilung davon ausgegangen werden, dass aus verschiedenen Gründen die Teilnahme an der Befragung je nach Kanton unterschiedlich ist. Zudem werden bei einigen Analysen die Daten aufgeteilt, womit die Stichprobengrösse sinkt und damit die Repräsentativität der Ergebnisse eingeschränkt sein könnte.

5.1. Beschreibung der teilgenommenen Organisationen

An der Online-Befragung haben insgesamt 471 Organisationen teilgenommen. Dies entspricht einem Rücklauf von 28.5%. Die Organisationen teilen sich auf in 314 Heime (67%), 120 Spitex-

² Nachfolgend werden Alters- und Pflegeheime unter dem Begriff Heime subsumiert

Organisationen (25%) und 37 Zentren (8%). Für die Abgrenzung der Organisationen wird auf Kapitel 2.2 verwiesen.

Welche Trägerschaft haben die Organisationen?

Wie aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich wird, besitzen 86% der Heime und 76% der Zentren eine privatrechtlich gemeinnützige oder eine öffentlich-rechtliche Trägerschaft. Bei den Spitex-Organisationen überwiegt die privatrechtlich gemeinnützige Trägerschaft mit 69%.

	HEIME	SPITEX	ZENTREN
Privatrechtlich gewinnorientiert	13	1	19
Privatrechtlich gemeinnützig	43	69	38
Öffentlich- rechtlich	43	27	38
Nicht bekannt	1	3	5
Total	100	100	100
<i>n</i>	314	120	37

Tabelle 2: Verteilung nach Trägerschaft der befragten Organisationen (in %)

Wie ist die regionale Verteilung der Organisationen?

Regional befinden sich die Heime und Spitex-Organisationen meist auf dem Land (60% bzw. 70%). Die Zentren hingegen sind sowohl in ländlichen als auch in städtischen Gebieten tätig.

	HEIME	SPITEX	ZENTREN
Ländlich	60	70	40
Städtisch	22	10	22
Ländlich und städtisch	18	20	38
Total	100	100	100
<i>n</i>	313	120	37

Tabelle 3: Verteilung nach Region der befragten Organisationen (in %)

Wie gross sind die Organisationen?

Im Median³ arbeiteten bei den Heimen 25 Pflegende und total 17 übrige Mitarbeitende (es handelt sich dabei immer um Vollzeitäquivalente). Vergleicht man diese Anzahl mit den Ergebnissen der Samed-Statistiken⁴ des BfS (2006), kann gesagt werden, dass es sich, was die Grösse anbelangt, um repräsentative Heime handelt. Die Anzahl der Pflegenden bei den Spitex-Organisationen sind mit insgesamt 16 Vollzeitstellen verglichen mit den Zahlen der BfS-Statistik (2007)⁵ etwas tiefer. Für Zentren stehen keine Vergleichsdaten zur Verfügung. Hier beträgt die Anzahl Pflegende im Median 35, wobei auch die übrige Anzahl der Mitarbeitenden höher liegt als bei den Heimen und Spitex-Organisationen.

³ Der Median liegt dort, wo 50% der Daten darüber und 50% der Daten darunter liegen. Er wird häufig dann angegeben, wenn die Verteilung von Daten nicht symmetrisch ist und entsprechend der Mittelwert keine robuste Aussage ermöglicht.

⁴ Gemäss Samed-Statistik des BfS beträgt die Anzahl Beschäftigter in Altersheimen 15,2 VZÄ Arbeitsstellen und in Pflegeheimen 47 VZÄ Arbeitsstellen

⁵ Gemäss BfS-Statistik: Spitex Vollzeitstellen 12'480 / Anzahl Organisationen 604 = ca. 20 VZÄ

	HEIME	SPITEX	ZENTREN
Pflege	25	8	35
Hauspflege und Haushilfe	0	5	9
Übrige Mitarbeitende	17	3	20
<i>n</i>	313	120	37

Tabelle 4: Anzahl Mitarbeitende (VZÄ) der befragten Organisationen (Median)

Die Heime besitzen im Median 58 stationäre Langzeitplätze, was gemäss Somed-Statistik dem Schweizer Durchschnitt für Pflegeplätze in Pflegeheimen entspricht.⁶ Die Spitex-Organisationen behandeln jeweils pro Jahr im Median 200 ambulante Fälle und die Zentren 80 ambulante Fälle und haben 45 stationäre Langzeitplätze. Die Grössenverhältnisse und deren Verteilung entsprechen der Anzahl Mitarbeitenden gemäss Tabelle 4. Die Anzahl stationärer Kurzzeitplätze von Heimen und Zentren sind vernachlässigbar klein.

	HEIME	SPITEX	ZENTREN
Ambulante Fälle	-	200	80
Stationäre Langzeitplätze	58	-	45
<i>n</i>	310	109	36

Tabelle 5: Anzahl ambulante Fälle und stationäre Plätze der befragten Organisationen (Median 2008)

Von den an der Befragung teilgenommenen 471 Organisationen haben 201 Organisationen eine oder mehrere Verbundlösung nach zu Beginn dieses Kapitels dargestellter Definition (vgl. Kapitel 5) erfasst. Aus der nachfolgenden Abbildung ist zu entnehmen, dass beispielsweise 71 Organisationen an nur einer Verbundlösung beteiligt sind. Nach eigenen Angaben sind die Organisationen mit mindestens einer Verbundlösung im Schnitt an etwa 2-3 Verbundlösungen beteiligt.

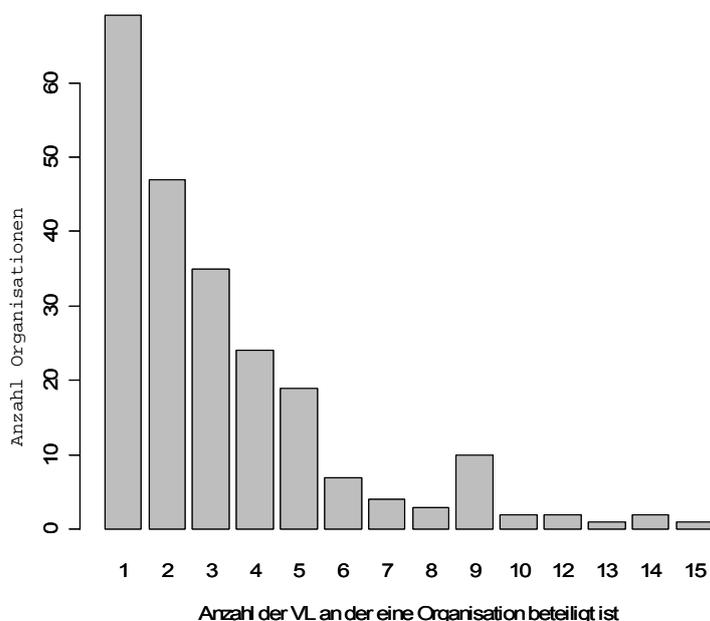


Abbildung 12: Balkendiagramm zur Visualisierung der Verteilung der Beteiligung an Verbundlösungen

⁶ Gemäss Somed-Statistik des BfS beträgt die durchschnittliche Anzahl Plätze in Pflegeheimen 58 und 29.3 in Altersheimen

Erkenntnisse und Interpretationen aus der Beschreibung der teilgenommenen Organisationen:

Die an der Befragung teilgenommenen Organisationen entsprechen, verglichen mit Schweizer Durchschnittszahlen, einem repräsentativen Abbild der Wirklichkeit.

5.2. Vergleich der Organisationen mit bzw. ohne Verbundlösung(en)

In diesem Abschnitt werden Unterschiede zwischen Organisationen mit und ohne Verbundlösungen aufgezeigt. Damit können Aussagen gemacht werden, welche Organisationen eher zu Verbundlösungen neigen und welche nicht.

Welche Organisationsarten tendieren zu Verbundlösungen?

Analysiert man die an der Befragung teilgenommenen Organisationen zur Beteiligung an einer Verbundlösung, dann kann gesagt werden, dass Spitex-Organisationen und Zentren mehrheitlich an einer Verbundlösung beteiligt sind, hingegen die Heime häufig nicht.

	HEIME	SPITEX	ZENTREN
Mit VL	33	60	68
Ohne VL	67	40	32
Total	100	100	100
<i>n</i>	314	120	37

Tabelle 6: Verteilung der Organisationen mit und ohne Beteiligung an einer Verbundlösung (in %)

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich der Organisationsarten:

Die Heime sind verglichen mit den anderen Organisationen eher seltener an Verbundlösungen beteiligt. Bei den Heimen liegt entsprechend noch Potenzial für die Angliederung an oder Bildung von Verbundlösungen.

Die Spitex ist durch ihren öffentlichen Leistungsauftrag möglicherweise bereits häufig gezwungen, mit anderen Leistungserbringern zusammenzuarbeiten, wodurch auch der hohe Anteil der Beteiligungen an Verbundlösungen zustande kommt.

Betrachtet man die Zentren, welche naturgemäss eine Zusammenarbeit mehrerer Leistungserbringer anstrebt, erstaunt es, dass nicht 100% der Zentren angeben, an einer Verbundlösung beteiligt zu sein.

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass bei allen drei Organisationsformen immer noch Potenzial zur Bildung von Verbundlösungen vorhanden ist.

Welche Organisationsgrössen tendieren zu Verbundlösungen?

Es sind tendenziell die grösseren Organisationen, die an Verbundlösungen beteiligt sind. Die Anzahl Mitarbeitende in Pflege, Hauspflege und Haushilfe kann hierfür als Indikator verwendet werden.⁷

⁷ Hinweis: Es handelt sich bei der Anzahl Mitarbeitende meist um eine linkssteile Verteilung. Dies bedeutet, dass viele Organisationen eine kleine Anzahl Mitarbeitende haben und grössere Werte überproportional seltener werden. Es existieren nach oben auch einige Ausreisser. Aus diesem Grund werden die Werte als Median angegeben, welcher genau bei 50% der Daten liegt.

	HEIME		SPITEX		ZENTREN	
	mit VL	ohne VL	mit VL	ohne VL	mit VL	ohne VL
Pflege	28.0	21.0	8.7	7.0	36.6	26.0
Hauspflege und Haushilfe	0.0	1.0	6.0	3.5	7.3	16.5
Übrige Mitarbeitende	21.0	15.5	3.0	2.0	26.0	14.0
<i>n</i> ≈	98	190	71	46	23	10

Tabelle 7: Anzahl Mitarbeitende der Organisationen mit und ohne Beteiligung an einer Verbundlösung (Median 2008)

Auch die Anzahl ambulanter Fälle und stationärer Plätze deutet darauf hin, dass es sich bei den Organisationen mit Beteiligung an einer Verbundlösung um die eher grösseren Organisationen handelt.

	HEIME		SPITEX		ZENTREN	
	mit VL	ohne VL	mit VL	ohne VL	mit VL	ohne VL
Ambulante Fälle	-	-	233	120	80	70
Stationäre Langzeitplätze	64	54	-	-	56	26
<i>n</i>	104	206	68	41	25	11/12

Tabelle 8: Anzahl ambulante Fälle und stationäre Plätze der Organisationen mit und ohne Beteiligung an einer Verbundlösung (Median 2008)

Durch zwei statistische Tests⁸ konnte kein Zusammenhang zwischen der Grösse der eintragenden Organisation und der Anzahl eingegangener Verbundlösungen nachgewiesen werden (gemessen durch drei Variablen: Anzahl Patienten/Klienten pro Jahr, Anzahl stationäre Langzeitplätze, Anzahl stationäre Kurzzeitplätze).

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich der Organisationsgrössen:

Aus den Ergebnissen lässt sich zusammenfassen, dass grössere Organisation eher zur Teilnahme an einer Verbundlösung neigen. Die Grösse der eingetragenen Organisation hat jedoch keinen Einfluss auf die Anzahl der Verbundlösungen, an denen sie beteiligt sind.

Welche Trägerschaften tendieren zu Verbundlösungen oder welche Trägerschaften entstehen bei der Gründung einer Verbundlösung?

Die nachfolgende Verteilung nach Trägerschaft der befragten Organisationen mit und ohne eine Verbundlösung zeigt, dass die Trägerschaft für die Beteiligung an einer Verbundlösung einen Einfluss hat. Es sind vermehrt die privatrechtlich gemeinnützigen und die öffentlich-rechtlichen Organisationen, die zu einer Beteiligung neigen. Die privatrechtlich gewinnorientierten Organisationen gehen dagegen eher selten eine Verbundlösung ein.

⁸ (Wurzeltransformation zur Varianzstabilisierung, multivariates Regressionsverfahren)

	HEIME				SPITEX				ZENTREN			
	mit VL	ohne VL	Σ	n	mit VL	ohne VL	Σ	n	mit VL	ohne VL	Σ	n
Privatrechtlich gewinnorientiert	18	82	100	40	0	100	100	1	43	57	100	7
Privatrechtlich gemeinnützig	34	66	100	134	60	40	100	83	86	14	100	14
Öffentlich-rechtlich	38	62	100	137	66	34	100	32	64	36	100	14
<i>n</i>	<i>104</i>	<i>207</i>		<i>311</i>	<i>71</i>	<i>45</i>		<i>116</i>	<i>24</i>	<i>11</i>		<i>35</i>

Tabelle 9: Verteilung nach Trägerschaft der Organisationen mit und ohne Beteiligung an einer Verbundlösung (in %); Hinweis: Es handelt sich bei den privatrechtlich gewinnorientierten Spitex-Organisationen nur um eine einzige Verbundlösung; daher ist hierzu keine Aussage möglich

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich Trägerschaft:

Auffällig ist, dass gewinnorientierte Organisationen (Heime und Zentren) im Vergleich zu gemeinnützigen Organisationen eher weniger Verbundlösungen eingehen. Es stellt sich die Frage warum es eher unüblich ist, Kooperation zwischen gewinnorientierten und gemeinnützigen Organisationen zu schliessen.

Wo entstehen eher Verbundlösungen?

Die Verteilung der Verbundlösungen nach Kantonen ist in der nachfolgenden Tabelle ersichtlich. Es fällt auf, dass die Beteiligung der Organisationen aus den Kantonen unterschiedlich war. Beispielsweise haben die Spitex-Organisationen im Kanton Luzern an der Befragung nicht teilgenommen, da dort, kurz vor dieser Befragung, bereits eine Befragung über Verbundlösungen stattfand. Aus diesem Grund lassen sich die Kantone einzeln betrachten, aber nicht untereinander vergleichen.

Damit dennoch ein Vergleich zwischen den Kantonen möglich ist, wurden für die folgende Interpretation nur diejenigen Kantone eingeschlossen, aus denen mehr als fünf Antworten vorliegen. In diesen Kantonen wurde pro Organisationsart die Anzahl Verbundlösungen miteinander verglichen und in die Kategorien tief (=die Anzahl der an einer Verbundlösung beteiligter Organisationen ist deutlich tiefer als solche ohne Beteiligung an einer Verbundlösung), mittel (=die Anzahl der Organisationen mit/ohne Beteiligung an einer Verbundlösung halten sich in etwa die Waage) und hoch (=die Anzahl der an einer Verbundlösung beteiligter Organisationen ist deutlich höher als solche ohne Beteiligung an einer Verbundlösung) eingeteilt. In der nachfolgenden Tabelle wird dieser Zusammenhang farbig dargestellt.

Daraus ergibt sich, dass die Heime in der Hälfte der Kantone weniger Organisationen mit Beteiligung an einer Verbundlösung haben, als solche ohne Beteiligung. In den Kantonen Basel Land, Graubünden, Obwalden und Zug ist das Verhältnis umgekehrt.

Bei den Spitex-Organisationen fällt mehr als die Hälfte der Kantone aufgrund von niedrigen Beteiligungszahlen aus der Betrachtung heraus. In den übrigen Kantonen ist das Verhältnis von Organisationen mit/ohne Beteiligung an einer Verbundlösung etwa ausgeglichen oder die Organisationen mit Beteiligung an einer Verbundlösung überwiegen. Im Kanton Solothurn überwiegt der Anteil Organisationen ohne Verbundlösungen.

Bei den Zentren sind kaum Aussagen möglich, da ausser dem Kanton Zürich kein Kanton in die Betrachtung einfließt. In Zürich gibt es viel mehr Organisationen mit Beteiligung an Verbundlösungen, als solche ohne Beteiligung.

	HEIME		SPITEX		ZENTREN	
	mit VL	ohne VL	mit VL	ohne VL	mit VL	ohne VL
AG	7	21	16	10	0	2
AI	0	0	1	0	0	1
AR	5	4	0	0	1	0
BE	18	35	9	0	2	2
BL	5	2	6	1	0	0
BS	3	15	0	0	1	1
FR	3	0	1	0	0	0
GL	1	3	0	1	0	0
GR	5	3	4	3	3	1
LU	8	16	1	1	0	0
NW	0	2	0	0	0	0
OW	5	1	0	1	0	0
SG	11	36	8	9	1	2
SH	0	7	0	0	1	0
SO	4	10	3	11	0	0
SZ	3	6	1	1	0	1
TG	6	10	9	6	1	0
UR	2	5	1	0	0	0
ZG	4	2	0	0	0	0
ZH	14	32	12	4	15	2
<i>n</i>	104	210	72	48	25	12

ausgeschlossen tief mittel hoch

Tabelle 10: Verteilung der Organisationen nach Kanton mit und ohne Beteiligung an einer Verbundlösung (Häufigkeiten)

Die regionale Verteilung der Organisationen mit und ohne Beteiligung an einer Verbundlösung ist bei den Heimen indifferent. Für die Spitex-Organisationen und die Zentren kann gesagt werden, dass diejenigen in städtischen Gebieten eher zu Verbundlösungen tendieren.

	HEIME				SPITEX				ZENTREN			
	mit VL	ohne VL	Σ	n	mit VL	ohne VL	Σ	n	mit VL	ohne VL	Σ	n
Ländlich	34	66	100	189	55	45	100	84	53	47	100	15
Städtisch	28	72	100	67	75	25	100	12	75	25	100	8
Ländlich und Städtisch	35	65	100	57	71	29	100	24	79	21	100	14
<i>n</i>	104	209		313	72	48		120	25	12		37

Tabelle 11: Regionale Verteilung der Organisationen mit und ohne Beteiligung an einer Verbundlösung (in %)

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich der Entstehung:

Bei den Spitex-Organisationen und den Zentren fällt auf, dass bei städtischen bzw. städtisch und ländlich angesiedelten Organisationen die Neigung zur Bildung einer Verbundlösung eher hoch ist. Möglicherweise hat die Dichte der Dienstleistungsangebote in den städtischen Regionen die Bildung von Verbundlösungen gefördert. Grund für die niedrige Anzahl von Verbundlösungen auf dem Land könnten die Gemeindegrenzen sein, die eine Hürde für die Schliessung von Verbundlösungen darstellen könnten.

5.3. Ausprägungen von Verbundlösungen

Die 314 Heime haben 116 Verbundlösungen, die 120 Spitex-Organisationen 85 Verbundlösungen und die 37 Zentren 26 Verbundlösungen erfasst. Von den 471 beteiligten Organisationen wurden insgesamt 230 Verbundlösungen erfasst.

Die 201 Organisationen mit Verbundlösungen gemäss Studiendefinition haben total 230 Verbundlösungen erfasst. Die Ausprägungen dieser Verbundlösungen werden nachfolgend beschrieben.

Wie werden die „Verbundlösungen“ in der Praxis genannt?

Die Befragten wurden dazu aufgefordert, den Namen der Verbundlösung anzugeben. Falls die Verbundlösung keinen Namen besitzen sollte, so sollten die Befragten eine treffende Beschreibung in Kurzform oder einen Namen erfinden. Die Namen/Beschreibungen der 230 erfassten Verbundlösungen enthalten folgende Begriffe:

Begriffe aus Name/Beschreibung	Häufigkeit
▪ Zusammenarbeit	37 (16%)
▪ Kooperation	30 (13%)
▪ Verbundlösung/-verbund	13 (5,6%)
▪ Zusammenschluss/Zusammenlegung	6 (2,6%)
▪ Vereinbarung	5 (2,1%)
▪ Zentrum	4 (1,7%)
▪ Koordination	4 (1,7%)
▪ -verband	4 (1,7%)

Rund die Hälfte der Verbundlösungen enthielten keine Namen, die die gemeinte Sache hätten bezeichnen können. Im Fragebogen wurden Beispiele erwähnt, welche die Namensgebung durch die Befragten unter Umständen beeinflusst hat.

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich der Begriffsbezeichnungen:

Die häufige Nichtbenennung einer Verbundlösung und auch die Ausprägungen der vorgegebenen Begriffe, lassen darauf hindeuten, dass viele Verbundlösungen wenig formalisiert sind. Eine einheitliche Bezeichnung ist in der Praxis nicht vorhanden.

Für die weiteren Auswertungen werden sämtliche erfassten 230 Verbundlösungen berücksichtigt. Falls die Ergebnisse für die umgesetzten oder in Umsetzung befindlichen Verbundlösungen von den nachfolgend aufgeführten Ergebnissen abweichen, wird dies im Kapitel 5.4 erläutert.

Welche Dienstleistungen werden den Bewohnern/Patienten/Klienten in den Verbundlösungen angeboten?

Die häufigsten Leistungsangebote, die im Rahmen der Verbundlösungen erbracht werden, sind in der nachfolgenden Tabelle ersichtlich. Bei sämtlichen Leistungserbringern sind die Grund- und Behandlungspflege an erster Stelle sowie die Hauspflege und Haushilfe in den vorderen Rängen. Lediglich bei 40% der an Verbundlösungen beteiligten Heimen gehört die Grund- und Behandlungspflege zu den Leistungen, die im Rahmen des Verbundes erbracht werden. Bei den Verbundlösungen der Spitex-Organisationen ist diese Dienstleistung dagegen in zwei von drei Fällen fester Bestandteil der Zusammenarbeit, bei jenen der Zentren sogar bei 85%. Letztere zeichnen sich zudem durch eine breite Angebotspalette aus, die im Verbunde erbracht werden. Dies im Gegensatz zu den Heimen, die nur für einzelne, ausgewählte Leistungsangebote die Zusammenarbeit suchen.

	HEIME		SPITEX		ZENTREN	
1	Grund-/Behandlungspflege	40	Grund-/Behandlungspflege	64	Grund-/Behandlungspflege	85
2	Übergangspflege/Kurzzeitpflege/ Ferienpflege	32	Hauspflege/Haushilfe	55	Hauspflege/Haushilfe	77
3	Therapien/Aktivitäten (z.B. Ergo-/ Physio-/Aktivierungstherapie, Animation, Altersturnen)	32	Betreuung/Begleitung Sterbender und deren Angehöriger	53	Übergangspflege/Kurzzeitpflege/ Ferienpflege	77
4	Hauspflege/Haushilfe	30	Beratung (z.B. Angehörigen-/Sozial-/ Präventions-/Ernährungs-/Diabetes-/ Finanz-/ Rechts-/Beratung)	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/Entlastungs- angebote 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 vorgescriebenen Heimarzt)	58
n		119		85		26

Bemerkung: Mehrfachnennungen waren möglich.

Tabelle 12: Häufigste Leistungsangebote, welche im Rahmen einer Verbundlösung erbracht werden (in %)

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich der angebotenen Dienstleistungen:

In den Heimen werden im Rahmen von Verbundlösungen häufig Leistungen angeboten, welche stationäre Strukturen verlangen. Es wird vermutet, dass die Heime vor allem ihre Infrastruktur bei Leistungen in Verbundlösungen zur Verfügung stellen. So fällt auf, dass die stationären Leistungsanbieter, also Heime und Pflegezentren, innerhalb ihrer Verbundlösung viel Übergangspflege, Kurzzeitpflege, Ferienpflege sowie Tagesbetreuung und Entlastungsangebote für pflegerische Angehörige anbieten. Verglichen mit den anderen Organisationen ist die Auswahl und Menge an Leistungen, welche im Rahmen einer Verbundlösung erbracht werden, eher gering.

Die Spitex scheint häufig der Leistungserbringer in der Verbundlösung zu sein, denn es handelt sich bei den Verbundleistungen der Spitex vor allem um Leistungen, welche zu den Kernleistungen der Spitex-Organisationen gehören.

Die Zentren nutzen Verbundlösungen, um ihre Angebotspalette auszubauen. Das Dienstleistungsspektrum, welches aus den Verbundlösungen erwächst, scheint wesentlich grösser zu sein als bei den Heimen und den Spitex-Organisationen.

Die häufigsten Spezialisierungen, welche im Rahmen der Verbundlösung erbracht werden, sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt. Bei allen Leistungserbringern werden u.a. die Betreuung von Menschen mit Demenz und die palliative Betreuung im Rahmen von Verbundlösungen angeboten.

	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
n	119	85	26

Bemerkung: Mehrfachnennungen waren möglich.

Tabelle 13: Häufigste Spezialisierungen, welche im Rahmen der Verbundlösung erbracht werden (in %)

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich der vorgenommenen Spezialisierungen:

Zur Erbringung gewisser Spezialisierungen wie Demenz oder Palliative Care, ist eine interdisziplinäre Leistungserbringung notwendig, welche nur über eine Koordination der Akteure, also in Form einer Verbundlösung, erbracht werden kann. Zunehmende Spezialisierungen führen vermehrt zum Einkauf oder zur gemeinsamen Erbringung von Dienstleistungen.

Die beachtliche Anzahl spezialisierter Dienstleistungen, die in den Verbundlösungen sowohl von stationären wie auch von ambulanten Anbietern erbracht werden, ist ein Hinweis darauf, dass Verbundlösungen für eine zunehmende Durchlässigkeit in Pflege und Betreuung sorgen. Dies kann insbesondere als Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen in der letzten Lebensphase gewertet werden.

Die häufigsten hauswirtschaftlichen Leistungen, welche im Rahmen der Verbundlösung erbracht werden, sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt. Bei allen Leistungserbringern sind ein Mahlzeitendienst/ein gemeinsamer Mittagstisch oder ein Reinigungs-/Wäscheservice wichtige Elemente der Verbundlösung.

	HEIME	SPITEX	ZENTREN
1	Mahlzeitendienst/Mittagstisch 81	Mahlzeitendienst/Mittagstisch 68	Reinigungs-/Wäscheservice 100
2	Reinigungs-/Wäscheservice 53	Reinigungs-/Wäscheservice 66	Mahlzeitendienst/Mittagstisch 62
3		Einkaufsservice 51	Erweiterte Hotellerie (z.B. Einzimer, Mehrkomfort) 45
n	36	47	20

Bemerkung: Mehrfachnennungen waren möglich.

Tabelle 14: Häufigste hauswirtschaftliche Leistungen, welche im Rahmen der Verbundlösung erbracht werden (in %)

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich der hauswirtschaftlichen Leistungen:

Zur Erbringung von standardisierbaren Dienstleistungen wie hauswirtschaftlichen Leistungen lohnt es sich für alle Organisationsformen zusammenzuarbeiten. Es ist gut vorstellbar, dass z.B. Mahlzeiten in den stationären Strukturen zubereitet und von den ambulanten und mobilen Diensten ausgeliefert werden. Dadurch kann die gesamte Leistungserbringung effizienter ausgestaltet werden.

Typische Kombinationen von Leistungsangeboten im Rahmen einer Verbundlösung

Insgesamt gibt es 14 Antwortmöglichkeiten auf die Frage, welche Leistungen in Rahmen der Verbundlösung erbracht werden. Bei dieser Frage konnten auch Mehrfachnennungen vorgenommen werden. Dies erlaubt insgesamt $2^{14} - 1$ (=16'383) Kombinationsmöglichkeiten⁹ wovon 141 verwendet wurden. Aus untenstehender Tabelle ist ablesbar, dass von den 141 Leistungskombinationen 108 nur einmal genannt wurden. Immerhin 20 Leistungskombinationen wurden zweimal genannt. Eine bestimmte Leistungskombination wurde insgesamt 19-mal genannt.

	Total										
Anzahl Leistungskombinationen/ -nennungen	108	20	7	1	1	1	1	1	1	1	141
Häufigkeit der Leistungskombination/- nennung	1	2	3	4	5	6	9	14	19		

Abbildung 13: Häufigkeiten, mit denen genannte Leistungskombinationen vorkommen

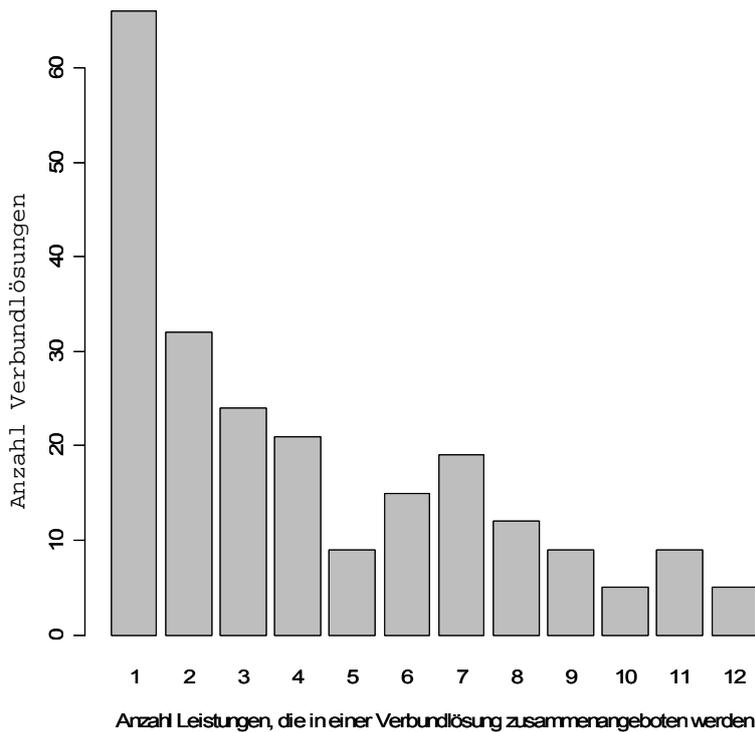
Lesebeispiel: Die grosse Mehrheit der genannte Leistungskombinationen (nämlich 108) werden nur von genau einer Verbundlösung angeboten. Immerhin 20 Leistungskombinationen werden von je 2 Verbundlösungen angeboten. Die Leistungskombination, die am häufigsten genannt wurde (Hauspflege), wird von 19 Verbundlösungen angeboten.

Folgende Leistungskombinationen wurden mehr als einmal genannt:

- „Hauspflege“ ohne weitere Dienstleistungen wird von 19 Verbundlösungen erbracht (vgl. Lesebeispiel)
- „andere“ und „keine“ wurden 14- bzw. 9-mal genannt, wobei diese keine richtigen Leistungskombinationen/ -nennungen darstellen
- „Grund- und Behandlungspflege“ alleinig, wurde 6-mal genannt
- 5-mal wurden alle 13 wählbaren Leistungen angegeben
- „Therapien/ Aktivitäten (z.B. Ergo-/ Physio-/ Aktivierungstherapie, Animation, Altersturnen)“ wurde 4-mal genannt

⁹ eine Kombination liegt immer dann vor, wenn eine oder mehrere Leistung genannt wurde

Wie viele Leistungen in den Verbundlösungen kombiniert werden, ist in der nachfolgenden Abbildung ersichtlich. In 66 Verbundlösungen wird nur eine einzige Leistung gemeinsam erbracht.



Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich der Kombination von Leistungsangeboten:
 Es gibt keine typischen Kombinationen, die mehrfach genannt wurden. Es handelt sich eher um Einzelnennungen (nur eine einzige Dienstleistung wird im Rahmen der Verbundlösung erbracht).

Abbildung 14: Balkendiagramm zur Visualisierung, wie viele Leistungen im Rahmen von Verbundlösungen (in Kombination) erbracht werden

Die nächste Darstellung zeigt eine so genannte Heatmap. Jede Zeile repräsentiert eine Verbundlösung. Der Farbbalken am linken Rand der Heatmap markiert ausserdem, welche Art von Organisation die Angaben zur beschriebenen Verbundlösung gemacht hat (Spitex = grün, Heime = flieder, Zentren = aprikose). Die orange Farbe innerhalb der Fläche bedeutet, dass die entsprechende Leistung, welche in den Spalten angegeben sind, von der Verbundlösung erbracht wird. In blauer Farbe wird gekennzeichnet, dass eine Leistung nicht in der Verbundlösung erbracht wird.

Anhand der Zeilen-Clusterung am linken Rand der Heatmap ist zu sehen, dass es zwei etwa gleich grosse Gruppen von Verbundlösungen gibt. Das obere Cluster zeichnet sich dadurch aus, dass viele Leistungen angeboten werden. Das untere Cluster besteht aus Verbundlösungen, die relativ wenige Leistungen anbieten. Dass fast nur im oberen Cluster die Farbe „aprikose“ auftritt bedeutet, dass Zentren im Allgemeinen viele Leistungen anbieten. Auf mittlerer Höhe der Heatmap ist zu erkennen, dass in einer Reihe von Verbundlösungen ausschliesslich Hauspflege als Leistung angeboten wird, wie in der Häufigkeitstabelle bereits festgestellt wurde (Abbildung 15).

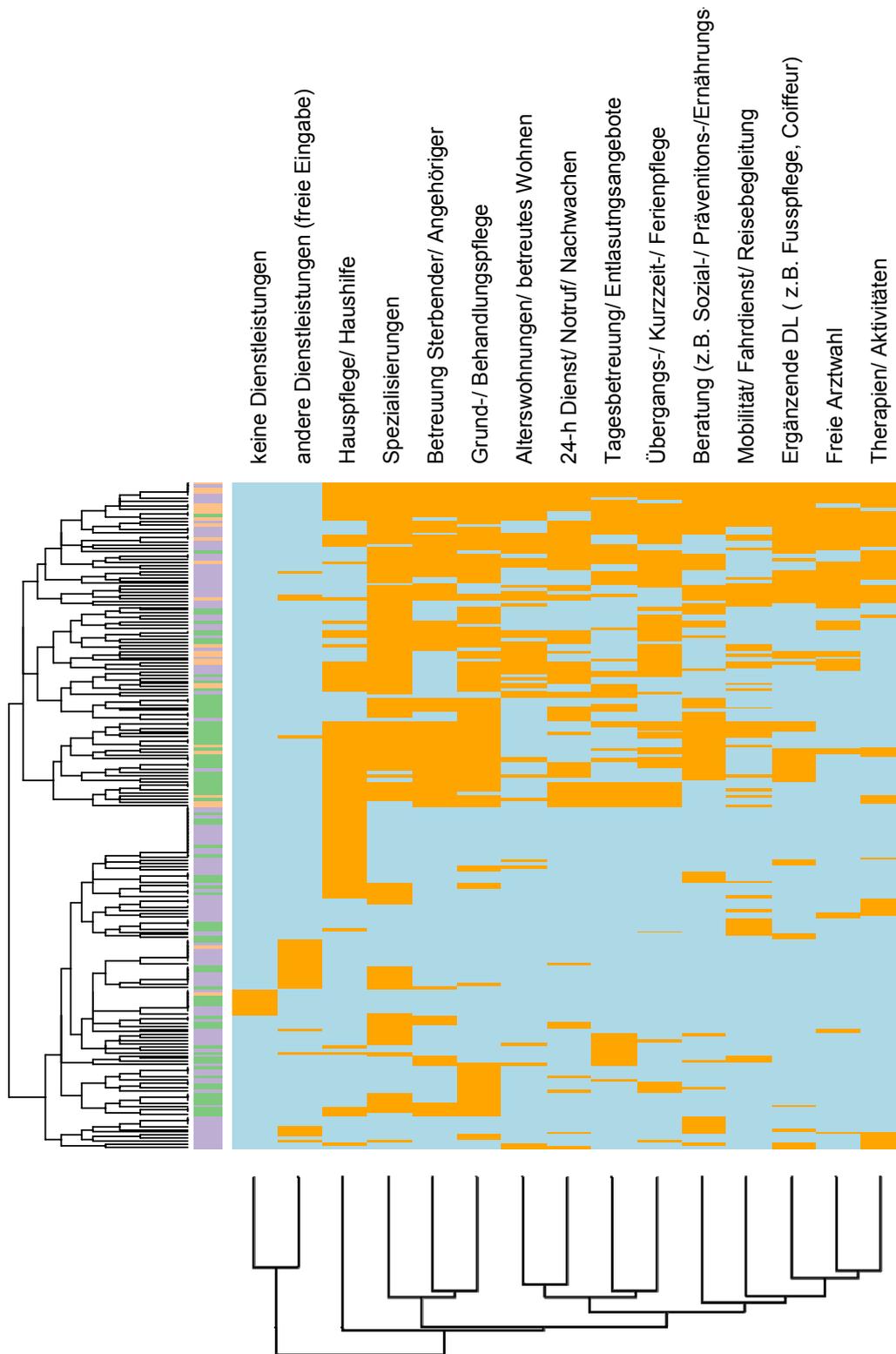


Abbildung 15: Heatmap zur Visualisierung der Leistungsangebote und Spezialisierungen der teilgenommenen Organisationen

Lesebeispiel: Die oberste Zeile der insgesamt 230 Zeilen, stellt eine Verbundlösung dar, die von einem Zentrum eingetragen wurde (linker Farbbalken ist aprikose). Im Rahmen dieser Verbundlösung werden alle Dienstleistungen erbracht, die orange eingefärbt sind (Hauspflege/ Haushilfe, Spezialisierungen, Betreuung Sterbender/ Angehöriger etc.). Nicht erbracht werden die ersten beiden Dienstleistungen (keine Dienstleistung, andere Dienstleistung (freie Eingabe)) - dies ist an der blauen Einfärbung erkennbar.

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich der Leistungsangebote/Spezialisierungen:

In knapp einem Drittel der Verbundlösungen wird genau eine Leistung gemeinsam erbracht. Zentren bieten in Bezug auf die Quantitäten tendenziell mehr Leistungen im Rahmen einer Verbundlösung, als Heime und Spitex-Organisationen. Typische Leistungskombinationen für Verbundlösungen konnten nicht identifiziert werden.

Wer ist an den Verbundlösungen beteiligt?

Bei allen drei Leistungserbringern sind im Schnitt ca. 50% der Verbundlösungen gemeindeübergreifende Konstrukte.

In Bezug auf die vertikal integrierten Zusammenarbeitsformen zählen bei den erfassten Verbundlösungen sehr oft Spitex-Organisationen zu den Kooperationspartner der Heime und umgekehrt. Als weitere wichtige Kooperationspartner treten Anbieter von Mittagstischen/Mahlzeitendiensten, Freiwillige/Angehörige sowie Institutionen mit Alterswohnungen/ Institutionen für betreutes bzw. begleitetes Wohnen auf. Bei den Heimen sind zudem die lokalen Ärzte oft in Verbundlösungen eingebunden und bei Zentren sind es oft Gemeindelösungen mit dem Sozialamt, einer anderen Gemeindebehörde oder einer zentralen Anlaufstelle. Nachfolgend werden die häufigsten Kooperationspartner dargestellt.

	HEIME	SPITEX	ZENTREN
1 Spitex/andere ambulante Pflegedienste	34	Alters- und/oder Pflegeheim	32
2 Anbieter von Mittagstischen/Mahlzeitendiensten	29	Anbieter von Mittagstischen/Mahlzeitendiensten	27
3 Freiwillige/Angehörige	28	Spital/Klinik	26
4 Institution mit Alterswohnungen/für betreutes bzw. begleitetes Wohnen	26	Karitative und ähnliche Hilfsorganisationen (z.B. SRK, Pro Senectute, kirchliche Institutionen)	25
5 Grundversorger (Arzt inkl. Ärztenetze mit u.a. Grundversorgern)	22	Freiwillige/Angehörige	25
n	119	85	26

Bemerkung: Mehrfachnennungen waren möglich.

Tabelle 15: Häufigste Kooperationspartner in vertikal integrierten Verbundlösungen (in %)

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich der Kooperationspartner:

Die Zentren scheinen ihre Verbundlösungen häufig auf dem Altersleitbild einer Gemeinde aufgebaut zu haben. Diese Interpretation erfolgt auf Grund der häufigen Partnerschaft zwischen den Zentren und den Gemeindebehörden und der Häufigkeit der Zusammenarbeit mit Freiwilligen/Angehörigen. Daraus lässt sich auch die starke vertikale Integration mit sehr vielen Kooperationspartnern ableiten.

Welche Organisationen schliessen sich typischerweise zu einer Verbundlösung zusammen?

Insgesamt gibt es 19 Antwortmöglichkeiten auf die Frage, welche Kooperationspartner im Rahmen der Verbundlösung beteiligt sind. Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich. Dies erlaubt insgesamt $2^{19} - 1$ (=524'287) Kombinations-¹⁰/ Nennungsmöglichkeiten¹¹, wovon 130 verwendet wurden. Der nachfolgenden Tabelle ist zu entnehmen, dass die grosse Mehrheit der Partnerkombinationen (nämlich 107) nur einmal zu beobachten ist. 10 Partnerkombinationen werden durch 2 Organi-

¹⁰ eine Kombination liegt immer dann vor, wenn mehr als ein Kooperationspartner genannt wurde

¹¹ eine Nennung liegt immer dann vor, wenn nur ein Kooperationspartner genannt wurde

sationen genannt. Die Partnerkombination, die am häufigsten genannt wird, wird von 22 Verbundlösungen beschrieben.

	Total									
Anzahl Partnerkombinationen/ -nennungen	107	10	6	2	1	1	1	1	1	130
Häufigkeit der Partnerkombination/- nennung	1	2	3	4	5	8	17	21	22	

Tabelle 16: Häufigkeiten, mit denen dieselben Kooperationspartner sich zu einer Verbundlösung zusammenschliessen

In 22 Verbundlösungen von insgesamt erfassten 230 Verbundlösungen, arbeiten Spitex-Organisationen mit ihresgleichen zusammen. Die Kooperation zwischen der Spitex und Heimen kommt in 21 der Verbundlösungen vor. In weiteren 17 Verbundlösungen arbeiten Heime mit Heimen zusammen. Die häufigsten Kooperationspartner-Kombinationen sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Kombinationen	Häufigkeit
Spitex-Spitex	22
Heim-Spitex	21
Heim-Heim	17
Heim-Spital	8
Spitex-Mahlzeitendienst	5
Spitex-Hilfsorganisationen	4
Heim-Spitex-Institutionen mit Alterswohnungen/ für betreutes Wohnen/ begleitetes Wohnen	4
Heim-andere Kooperationspartner	3
Heim-Freiwillige/Angehörige	3
Heim-Karitative und ähnliche Hilfsorganisationen	3
Heim-Institutionen mit Alterswohnungen	3
Heim-Rehabilitation	3
Heim-Spitex-Spital-Grundversorger	3

Tabelle 17: Häufigste Kooperationspartner-Kombinationen in Verbundlösungen

Aus dieser Häufigkeitsverteilung ist zu entnehmen, dass die erfassten Verbundlösungen meistens bilaterale Kooperationen sind. 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%).

Die folgende Abbildung zeigt, wie viele Partner sich zu einer Verbundlösung zusammenschliessen. Am häufigsten, bei mehr als 100 Verbundlösungen, sind zwei Partner involviert. In ca. 40 dieser Fälle handelt es sich um Kooperationen zwischen denselben Organisationstypen (z.B. Heim mit Heim; vgl. Abbildung 17).

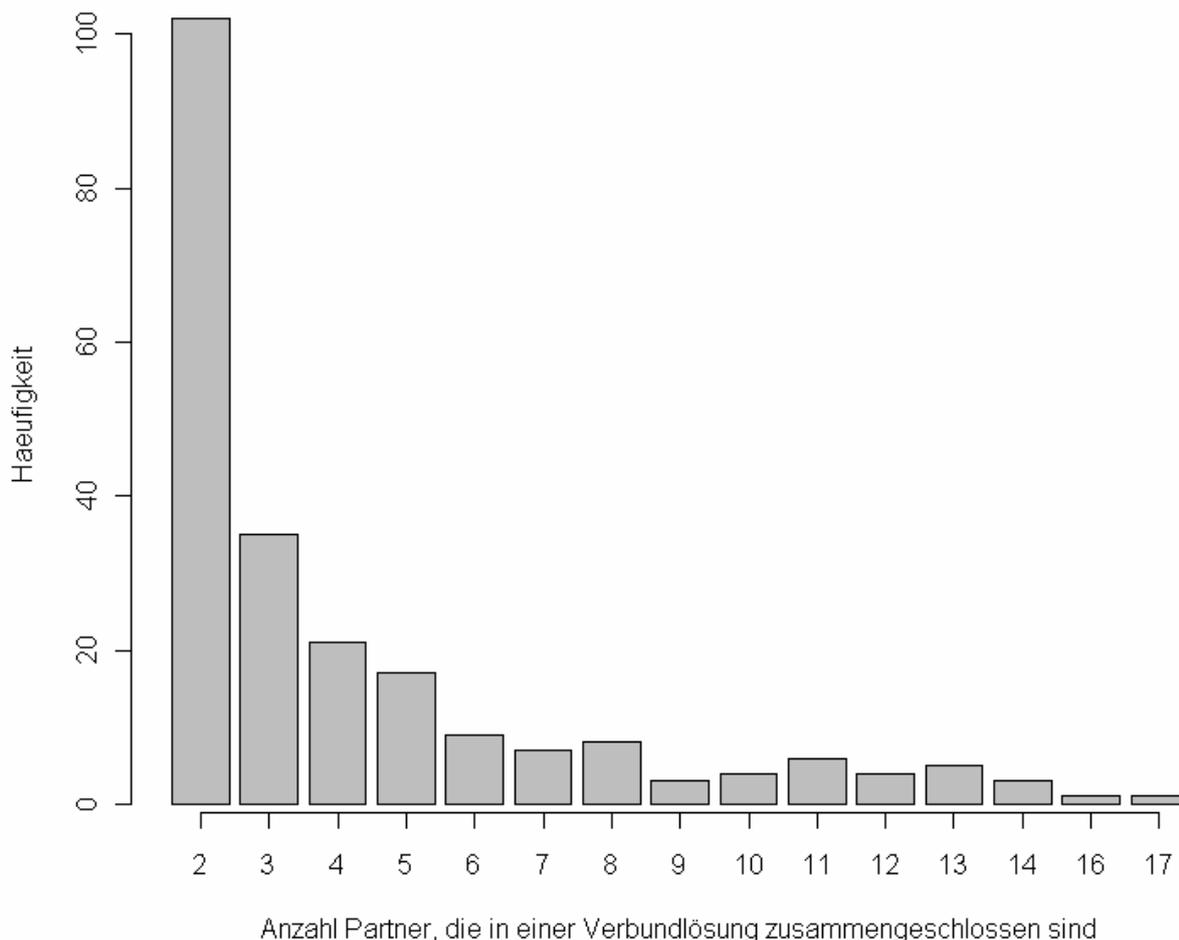


Abbildung 16: Balkendiagramm zur Visualisierung der Anzahl Partner, die sich zu einer Verbundlösung zusammenschliessen

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie sich die Verbundlösung im Hinblick auf die beteiligten Kooperationspartner gruppieren. Die Heatmap visualisiert die Antworten zu den 19 Kooperationspartnermöglichkeiten für jede der 230 beschriebenen Verbundlösungen (dargestellt durch die 230 Zeilen der Heatmap). Die orange Farbe innerhalb der Fläche bedeutet, dass der Kooperationspartner, welcher in der Spalte angegeben ist, in der Verbundlösung vertreten ist. In blauer Farbe wird gekennzeichnet, dass ein Kooperationspartner nicht in der Verbundlösung vertreten ist. Die linke Spalte visualisiert wiederum, welche Organisation die Verbundlösung eingetragen hat (Spitex = grün, Heime = flieder, Zentren = aprikose). Vor der Darstellung wurden die Daten dabei so umsortiert, dass die Verbundlösungen untereinander stehen, die sich hinsichtlich der beteiligten Partner ähnlich sind.

Anhand der Zeilen-Clusterung am linken Rand der Heatmap ist zu sehen, dass es zwei grosse Gruppen von Verbundlösungen gibt. Der obere Hauptcluster enthält Verbundlösungen mit nur wenigen beteiligten Partnern. Der untere Hauptcluster umfasst Verbundlösungen mit zahlreichen Partnern. Die Zentren befinden sich hauptsächlich in diesem unteren Cluster sind oftmals Zentren (apricofarben) vertreten.

Das obere Hauptcluster ist das grössere von beiden. Der Cluster zeichnet sich dadurch aus, dass neben Spitex oder Heim selten weitere Kooperationspartner im Verbund vertreten sind. Der Cluster enthält wiederum zwei ausgeprägte untergeordnete Clustergruppen. Die obere, in der vor allem Heime (fliederfarben) vertreten sind, zeigt, dass bilaterale Kooperationspartnerschaften unter Heimen

stark vertreten sind. Der untere, in welchem vornehmlich Spitex-Organisationen (grün) vertreten sind, weist darauf hin, dass sich viele Verbundlösungen auf die Zusammenarbeit zwischen zwei Spitex-Organisationen beschränken.

Das dritte Cluster besteht aus Verbundlösungen, die aus relativ vielen Partnern bestehen. Der Farbbalken am linken Rand der Heatmap macht deutlich, dass diese Verbundlösungen von allen drei möglichen Institutionen beschrieben wurden.



Abbildung 17: Heatmap zur Visualisierung der Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich der Kooperationen:

Die Kooperationen verlaufen häufig nicht über die verschiedenen Organisationstypen (vertikal), sondern stellen eine horizontale Integration dar, d.h. Kooperation unter den gleichen Organisationstypen (vgl. Kapitel 2.1.2). In knapp 50% der Verbundlösungen sind nur zwei Kooperationspartner involviert.

Wie sind die Verbundlösungen organisiert?

Die Zusammenarbeitsformen zwischen den Kooperationspartnern in den Verbundlösungen sind bei den Heimen und den Spitex-Organisationen meist vertraglich (schriftlich oder mündlich) geregelt. Selten erfolgt die Zusammenarbeit im Rahmen eines Projektes oder handelt es sich um einen Zusammenschluss mehrerer Institutionen. Bei den Zentren werden ebenfalls meist vertragliche Vereinbarungen getroffen, jedoch sind in dieser Gruppe auch ein Drittel der Verbundlösungen Zusammenschlüsse bzw. Integrationen. Dies liegt wohl auch in der Natur von Zentren.

	HEIME	SPITEX	ZENTREN
1	Vertragliche Kooperation 71	Vertragliche Kooperation 70	Vertragliche Kooperation 42
2	Zusammenschluss mehrerer Institutionen 9	Gemeinsames Projekt 12	Institution wird übernommen bzw. in andere integriert 19
3	Gemeinsames Projekt 9	Zusammenschluss mehrerer Institutionen 11	Zusammenschluss mehrerer Institutionen 15
n	119	85	26

Bemerkungen: Der Anteil an Personen, denen die Zusammenarbeitsform nicht bekannt war, beträgt bei Heimen 9.8%, bei der Spitex 4.9% und bei den Zentren 11.5%.

Tabelle 18: Häufigste Zusammenarbeitsformen in den Verbundlösungen (in %)

Bei der Clusteranalyse wird zusätzlich zu den typischen Kooperationspartnerkombinationen auch die Intensität des Kooperationsgrades miteinbezogen. Dabei stellt sich heraus, dass der Kooperationsgrad im Vergleich zu den beteiligten Kooperationspartnern von untergeordneter Wichtigkeit ist. Dies bedeutet, dass durch den Einbezug der Variablen, welche den Kooperationsgrad beschreiben, keine weiteren Erkenntnisse über eine Clusterung gewonnen werden können.

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich der Zusammenarbeitsformen:

Die meisten Kooperationsformen sind vertraglich geregelt, was nicht zwingend eine schriftliche Einigung bedeutet, denn Verträge sind häufig auch mündlich und formlos gültig. Die vertragliche Kooperation ist eine eher gemässigte Form des Kooperationsgrades, eine Übernahme oder ein Zusammenschluss zweier Organisationen würde einen höheren Kooperationsgrad bedeuten.

Die Rechtsform der Verbundlösungen war vielen an der Befragung teilgenommenen Personen nicht bekannt (Heime: 34,5%; Spitex: 45.9%; Zentren: 15.4%). Daraus könnte sich schliessen lassen, dass die Rechtsform für die Leistungserbringer nicht von grosser Wichtigkeit bzw. nicht eindeutig geregelt ist. Die häufigsten Rechtsformen sind dann auch bei allen drei Leistungserbringern verschieden. Mit „Andere Rechtsform“ (vgl. Zentren) ist z.B. die GmbH, öffentlich-rechtliche Anstalt, Genossenschaft, Aktiengesellschaft gemeint.

	HEIME	SPITEX	ZENTREN
1	Vertragszusammenschluss (einfache Gesellschaft) 16	Verein 21	Stiftung 35
2	Zweckverband ohne jur. Persönlichkeit (öff.-rechtl. Körperschaft) 11	Vertragszusammenschluss (einfache Gesellschaft) 18	Andere Rechtsform 19
3	andere öff.-rechtl. Körperschaft (z.B. Gemeinde) 11		Verein 15
<i>n</i>	119	85	26

Bemerkungen: Der Anteil an Personen, denen die Rechtsform der VL nicht bekannt war, beträgt bei Heimen 34.5%, bei der Spitex 45.9% und bei den Zentren 15.4%.

Tabelle 19: Häufigste Rechtsformen der Verbundlösungen (in %)

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich möglicher Rechtsformen:

Auffällig ist vor allem, dass sehr viele Organisationen nicht wussten, in welcher Rechtsform ihre Verbundlösung ausgestaltet ist. Verwirrung könnte sich auch daher ergeben haben, dass die Organisationen selber bereits in einer Rechtsform ausgestaltet sind. Jedenfalls lässt sich zusammenfassen, dass viele Verbundlösungen eher informelle, wenig strukturierte Gebilde sind.

Die Prozesse sind im Rahmen von Verbundlösungen verschieden definiert. Die Heime und die Spitex-Organisationen haben im Rahmen der Verbundlösung meist keine Prozesse definiert oder lediglich innerhalb der eigenen Organisation. Die Zentren haben die Prozesse hingegen mehrheitlich mit einigen oder allen Organisationen der Verbundlösung koordiniert und definiert.

	HEIME	SPITEX	ZENTREN
keine Prozesse definiert oder nur innerhalb einer Institution	63	65	42
Prozesse mit einigen oder allen Institutionen definiert	25	24	58
Nicht bekannt	12	11	0
Total	100	100	100
<i>n</i>	119	85	26

Tabelle 20: Verteilung der Ausprägungen der Prozessdefinition innerhalb der Verbundlösung (in %)

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich Prozessdefinitionen:

Die Heime und Spitex-Organisationen arbeiten häufig in Verbundlösungen, welche keine übergreifende Planung durch formal festgelegte Prozesse haben. Im Gegensatz dazu, sind die Prozesse zwischen den Organisationen, welche einer Verbundlösung mit Zentren angehören, häufiger formell festgelegt. Möglicherweise sind die Prozesse innerhalb und in Anbindung an Zentren komplexer, da die Anzahl Kooperationspartner mit Zentren weitaus höher ist als bei den anderen Organisationen. Dementsprechend müssen die Prozesse auch eher formal ausgestaltet sein.

Die Schnittstellen in den Verbundlösungen werden bei allen Leistungserbringern meist individuell, punktuell oder situativ betrachtet. Systematisch oder beispielsweise durch einen Case Manager wird eher selten koordiniert. Auffallend ist, dass sich die Zentren häufiger systematisch unter den verschiedenen Kooperationspartnern koordinieren (Heime: 17%; Spitex: 19%; Zentren: 42%).

	HEIME		SPITEX		ZENTREN	
1	Individuell, punktuell oder situativ	60	Individuell, punktuell oder situativ	58	Individuell, punktuell oder situativ	58
2	Systematische Koordination unter versch. Partnern	17	Systematische Koordination unter versch. Partnern	19	Systematische Koordination unter versch. Partnern	42
3	Case Manager/Fallverantwortlicher	13	Case Manager/Fallverantwortlicher	14	Case Manager/Fallverantwortlicher	15
<i>n</i>		119		85		26

Bemerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich.

Der Anteil an Personen, denen die Schnittstellenkoordination innerhalb der VL nicht bekannt war, beträgt bei Heimen 12.6%, bei der Spitex 15.3% und bei den Zentren 3.8%.

Tabelle 21: Häufigste Schnittstellenkoordinationen in den Verbundlösungen (in %)

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich Schnittstellenkoordinationen:

Die hohe Anzahl von Zentren, welche eine systematische Koordination unter den Kooperationspartnern ausweisen, deutet abermals darauf hin, dass der Komplexitätsgrad (u.a. Anzahl der Partner) in und um Zentren eine gewisse Planung und Systematik erfordert.

Im Vergleich zu den beiden zuvor erwähnten Ausprägungen in Bezug auf die Prozessdefinitionen und Schnittstellenkoordinationen innerhalb der Verbundlösung schätzen sämtliche Leistungserbringer die interne Kommunikation strukturierter ein. Auch hier wird deutlich, dass die Zusammenarbeit bei Verbundlösungen von Zentren strukturierter, systematischer und koordinierter als bei Heimen und Spitex-Organisationen verläuft.

	HEIME	SPITEX	ZENTREN
Strukturiert	44	58	71
<i>n</i>	102	74	24

Tabelle 22: Anteil an Verbundlösungen mit strukturierter interner Kommunikation (in %)

Die externe Kommunikation deckt sich meist mit der internen Kommunikation. Der Anteil an gemeinsamer Kommunikation nach aussen lässt sich mit den Ergebnissen der vorangegangenen Auswertungen vergleichen. Beispiele für eine gemeinsame Kommunikation nach aussen sind: gemeinsamer Name, gemeinsames Logo, gemeinsame Informationsmaterialien, gemeinsamer Internetauftritt, gemeinsame Anlaufstelle etc.

	HEIME	SPITEX	ZENTREN
Gemeinsame Kommunikationskanäle	41	51	85
<i>n</i>	119	85	26

Tabelle 23: Anteil an Verbundlösungen mit gemeinsamer Kommunikation nach aussen (in %)

Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich Kommunikation:

Die relativ hohe strukturierte interne und gemeinsame externe Kommunikation aller Organisationen im Rahmen von Verbundlösungen deutet darauf hin, dass ein ziemlich starke Innen- und Aussenwirkung, zumindest auf Ebene der Kommunikation, angestrebt wird.

Der Anteil an gemeinsamen Supportdiensten unter den an der Verbundlösung beteiligten Kooperationspartnern ist bei den Heimen im Vergleich zu den vorhergehenden Antworten erstaunlich hoch. Die Zentren erbringen die Supportdienste sehr häufig mit anderen Kooperationspartnern gemeinsam.

Beispiele für gemeinsame Supportdienste, wie sie in der Befragung abgefragt wurden und welche häufig im Rahmen von Verbundlösungen erbracht werden, sind: Aus- und Weiterbildung, Gebäude/Infrastruktur/Facility Management, Sekretariat/Administration, etc.

	HEIME	SPITEX	ZENTREN
Gemeinsame Supportdienste	67	53	89
<i>n</i>	119	85	26

Tabelle 24: Anteil an Verbundlösungen mit gemeinsamen Supportdiensten (in %)

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der internen und externen Kommunikation, der Schnittstellenkoordination, den Prozessdefinitionen und den Supportdiensten. All diese Ausprägungen der erfassten Verbundlösungen hängen miteinander zusammen und sind Indikatoren für den Organisationsgrad. Hat beispielsweise eine Verbundlösung gemeinsame Supportdienste, so wurden auch häufig die Kommunikation, die Schnittstellen und die Prozesse definiert.

Gesamt-Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich der Ausprägungen von Verbundlösungen:

Grundsätzlich zeigt sich aus der Befragung, dass die Zentren einen höheren Formalisierungsgrad in den Verbundlösungen aufweisen. Dies erstaunt wenig, wenn man bedenkt, dass die Anzahl Kooperationspartner und demnach auch die Komplexität des Gebildes weitaus höher/grösser sind als bei den anderen Organisationen. Die Heime und Spitex-Organisationen gestalten die Verbundlösungen, in welchen sie tätig sind, auf einem eher informellen Level.

5.4. Vergleich der geplanten zu den umgesetzten Verbundlösungen

In diesem Kapitel werden die Fälle aufgezeigt, bei welchen sich die Ausprägungen zwischen den geplanten, in Diskussion befindlichen Verbundlösungen im Gegensatz zu den bereits umgesetzten, sich in Umsetzung befindlichen Verbundlösungen, massgeblich unterscheiden. Bei massgeblichen Unterschieden kann abgeleitet werden, dass es sich um mögliche neue Trends handeln könnte, die mit den geplanten Verbundlösungen gesetzt werden.

In welchem Status befinden sich die Verbundlösungen?

Die erfassten Verbundlösungen sind in 85-89% der Fälle in Umsetzung oder bereits umgesetzt. Die übrigen 11-15% der Verbundlösungen sind noch in Diskussion oder in Planung.

	HEIME	SPITEX	ZENTREN
VL umgesetzt/in Umsetzung	89	85	88
VL nicht umgesetzt (in Diskussion, Planung o.ä.)	11	15	12
Total	100	100	100
<i>n</i>	119	85	26

Tabelle 25: Verteilung des Umsetzungsgrades der Verbundlösungen (in %)

Welche Organisationsgrössen tendieren zu Verbundlösungen?

Betrachtet man bei Zentren nur die Verbundlösungen, die in Umsetzung begriffen oder bereits umgesetzt sind, dann kann gesagt werden, dass es sich bei den Organisationen um die eher grösseren

Zentren handelt. Dies bedeutet auch, dass die Unterschiede (grosse Organisationen =eher Beteiligung an einer Verbundlösung) bei geplanten oder diskutierten Verbundlösungen tendenziell weniger deutlich sind.

Welche Dienstleistungen werden den Bewohnern/Patienten/Klienten in den Verbundlösungen angeboten?

Bei den Heimen gibt es diverse Dienstleistungen, die offenbar in zukünftigen Verbundlösungen angeboten werden dürften. Die nachfolgenden Leistungsangebote sind bei den diskutierten/geplanten Verbundlösungen stark überproportional vertreten: Tagesbetreuung und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige; 24h-Dienste, Notrufe und Nachtwachen; Alterswohnungen, betreutes oder begleitetes Wohnen.

Die Dienstleistungen, die bei der Spitex zukünftig häufiger mittels Verbundlösungen angegangen werden sollen, sind die folgenden: Übergangspflege, Kurzzeitpflege und Ferienpflege; Tagesbetreuung und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige; Betreuung und Begleitung Sterbender und deren Angehöriger; psychiatrische und psycho-geriatrische Betreuung.

Bei der Betrachtung der Spezialisierungen zeigt sich Folgendes: Sowohl bei den Spitex-Organisationen, als auch bei den Heimen, welche in der Planungs-/Diskussionsphase von Verbundlösungen sind, wird zukünftig ein Fokus auf die Betreuung von Menschen mit Demenz gelegt. Die Pädiatriepflege scheint zukünftig nicht das Hauptziel der Vernetzung zu sein und wird (zumindest bei den Spitex-Organisationen) nicht mehr prioritär geplant.

Bei der Betrachtung der hauswirtschaftlichen Leistungen ist Folgendes zu erkennen: Bei den Heimen existieren diverse hauswirtschaftliche Leistungen, die offenbar in zukünftigen Verbundlösungen häufiger angeboten werden dürften. Die nachfolgenden Angebote sind bei den diskutierten/geplanten Verbundlösungen stark überproportional vertreten: Reinigungs- und Wäscheservice; Einkaufsservice; Wohnungsräumungsservice; Haustierbetreuung. Hingegen sind der Mahlzeitservice und die Mittagstische und die erweiterten Hotellerieleistungen bei diskutierten/geplanten Verbundlösungen seltener als bei bereits umgesetzten oder in Umsetzung befindlichen Verbundlösungen.

Wie sind die Verbundlösungen organisiert?

Betrachtet man bei den Spitex-Organisationen nur die in Diskussion befindlichen und geplanten Verbundlösungen, dann ist die Anzahl der geplanten institutionellen Zusammenschlüsse viel höher als die Anzahl der geplanten vertraglichen Kooperationen.

Bei den diskutierten oder geplanten Verbundlösungen der Spitex-Organisationen besteht vermehrt die Absicht, die Prozesse besser zu koordinieren und zu definieren. Auch bei den Schnittstellen kann gesagt werden, dass bei diskutierten oder geplanten Verbundlösungen vermehrt angedacht ist, die Schnittstellen besser zu definieren und zu managen.

Bei der Spitex ist bei den geplanten und in Diskussion befindlichen Verbundlösungen ein Trend zu einer gemeinsamen Anlaufstelle (z.B. Drehscheibe) für die externe Kommunikation erkennbar.

Gesamt-Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich des Vergleichs geplante/ umgesetzte VL:

Unterschiede zwischen den geplanten und den umgesetzten Verbundlösungen wurden vor allem hinsichtlich des Leistungsangebotes festgestellt. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die geplanten Verbundlösungen einen grösseren Leistungskatalog vorsehen, als die bisher umgesetzten.

Aussagen hinsichtlich der Grösse von Verbundlösungs-freudigen Organisationen können nur über die Zentren gemacht werden. Es lässt sich vermuten, dass künftig auch kleinere Organisationen, sich zu Verbundlösungen zusammenschliessen werden.

Bei den Spitex-Organisationen werden sich die institutionellen Zusammenschlüsse (Übernahme, Integration) mehren, die vertraglichen Kooperationen abnehmen, die Koordination und das Schnittstellenmanagement verbessert und gemeinsame Anlaufstellen geschaffen.

Hinsichtlich der Heime sind keine klaren Trends erkennbar.

5.5. Typologien von Verbundlösungen

Mittels einer Clusteranalyse, einem multivariaten Analyseverfahren zur Ermittlung von Gruppen, deren Eigenschaften bestimmte Ähnlichkeiten aufweisen, wird versucht, die Verbundlösungen zu kategorisieren. Eine erste Clusteranalyse umfasst alle Variablen des Kriterienkatalogs, welcher bei der elektronischen Befragung verwendet wurde. Dies umfasst insgesamt rund 130 Antwortmöglichkeiten auf 13 Fragen. Insgesamt ergeben sich daraus vier Cluster, wovon der grösste mit 155 von 230 der Verbundlösungen sehr gross ist. Die Zuweisung von bestimmten Merkmalen, welche die Cluster charakterisieren, hat sich als schwierig erwiesen. Der grösste Cluster wird dadurch beschrieben, dass er kaum Gemeinsamkeiten aufweist. Das Leistungsangebot, die Kooperationspartner und viele andere Charakteristika sind zu verschieden, als dass sich Gemeinsamkeiten herauskristallisieren würden.

In einer zweiten Clusteranalyse werden die Antwortkategorien der Variablen zusammengefasst, sodass sich noch knapp 54 Antwortmöglichkeiten ergeben. Als Ergebnis ergeben sich nun sieben Cluster mit folgender Grössenverteilung:

Cluster	Anzahl VL
1	13
2	11
3	18
4	81
5	38
6	60
7	5

Tabelle 26: Anzahl VL pro Cluster

Mittels eines Klassifikationsbaums wird eruiert, welche der 54 Variablen massgeblich für die Zugehörigkeit zu einem der sieben Cluster sind. Sowohl die Variable „Organisationsart“ mit den Antwortmöglichkeiten Spitex, Heim, Zentrum sowie die Variable „Kooperationspartner Heim“ mit den Antwortmöglichkeiten ja/nein, sind die wichtigsten Kriterien für die Clusterzugehörigkeit.

Die Verteilung der Beteiligung der Organisationsformen (jeweils eintragende Organisation genannt) an den sieben Verbundlösungen können nachfolgendem Diagramm entnommen werden.

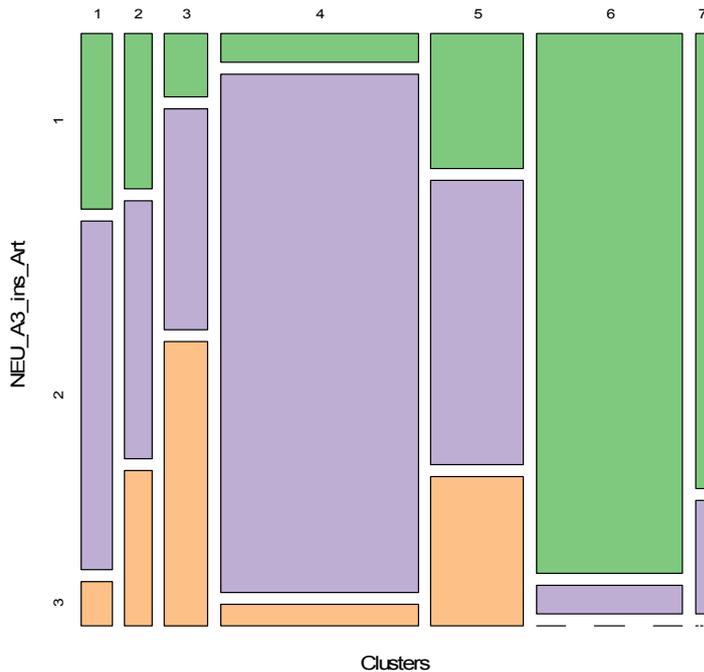


Abbildung 18: Mosaikplot zur Beschreibung der 7 Cluster hinsichtlich der Beteiligung der eintragenden Organisationsformen (Spitex = grün, Heime = flieder, Zentren = aprikose)

Die sieben Cluster werden mit einem passenden und intuitiv interpretierbaren Namen bezeichnet und lassen sich folgendermassen umschreiben.

Cluster 1: „Die Spezialisten“

Dieser Cluster besteht zu knapp zwei Dritteln aus Heimen und knapp einem Drittel aus Spitex-Organisationen. Die Verbundlösungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie mässig viele Dienstleistungen, jedoch immer Spezialisierungen (z.B. Onkologie, Pädiatrie, psychische Erkrankungen), anbieten. Die Anzahl an Verbundlösungen der eintragenden Organisationen verteilt sich relativ gleichmässig von 1-15 Verbundlösungen.

Cluster 2: „Die vernetzten Versorger“

An diesem Cluster sind alle eintragenden Organisationsformen fast gleichermassen beteiligt. Die Kooperation mit Heimen und Spitex-Organisationen ist relativ hoch. Ungefähr zu 50% werden Dienstleistungen oder Spezialisierungen gemeinsam erbracht. Die Anzahl an Verbundlösungen der eintragenden Organisationen ist eher hoch.

Cluster 3: „Die Dienstleistungs-Zentren“

Dieser Cluster besteht zu 50% aus Zentren, ist immer mit Heimen in Kooperation und häufig auch mit Spitex-Organisationen. Die Palette der gemeinsam erbrachten Dienstleistungen ist breit und es werden gemeinsam Spezialisierungen angeboten. Die freie Arztwahl, ergänzende Dienstleistungen wie z.B. Fusspflege und Coiffeur sowie die Zusammenarbeit mit Hilfsorganisationen (z.B. Pro Senectute) werden häufig gewährleistet. Die Anzahl der Beteiligten an Verbundlösungen der eintragenden Organisation ist meist eine oder zwei.

Cluster 4: „Die stationäre Minimallösung“

81 der eingetragenen Verbundlösungen fallen in diesen grössten Cluster. Dieser charakterisiert sich dadurch, dass die eintragenden Organisationen vorwiegend Heime sind (91,4%) und häufig mit

ihresgleichen und eher selten mit Spitex-Organisationen eine Kooperation eingehen. Sie charakterisieren sich zudem dadurch, dass sie im Rahmen der Verbundlösungen nur wenige Dienstleistungen und Spezialisierungen anbieten. Zudem sind sie häufig nur an einer oder wenigen Verbundlösungen beteiligt.

Cluster 5: „Die Breitgefächerten“

Mit 38 Verbundlösungen ist dies der drittgrösste Cluster. Er wird zu 50% durch Heime und je ein Viertel durch die Spitex und die Zentren repräsentiert. Dieser Cluster zeichnet sich dadurch aus, dass in jeweils ca. zwei Dritteln der Verbundlösungen mehrere Dienstleistungen gemeinsam erbracht werden. Zudem werden fast vollständig eine oder mehrere Spezialisierungen innerhalb der Verbundlösungen erbracht. Die Organisationen, welche die Verbundlösungen eingetragen haben, sind meist an einer oder wenigen Verbundlösungen beteiligt.

Cluster 6: „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 betreiben jedoch Spezialisierungen. Die meisten eintragenden Organisationen sind nur an einer oder wenigen Verbundlösungen beteiligt.

Cluster 7: „Die Allrounder“

Der kleinste Cluster umfasst 5 Verbundlösungen. Diese Verbundlösungen erbringen sehr viele Dienstleistungen und Spezialisierungen gemeinsam. Sie erbringen allesamt Betreuungsangebote für palliative Patienten, bieten Übergangspflege an und arbeiten mit Heimen und Grundversorgern zusammen. Die eintragenden Organisationen sind an 3-12 Verbundlösungen beteiligt.

Gesamt-Erkenntnisse und Interpretationen bezüglich der Typologien:

Das wichtigste Unterscheidungs- und damit Clustermerkmal bei den Verbundlösungen ist, welche der drei Organisationen Spitex, Heim oder Zentrum, die Verbundlösung eingetragen hat. Danach sind die Unterscheidungsmerkmale häufig nicht mehr sehr stark bzw. sind sie innerhalb der Cluster nicht eindeutig mit ja (=erfüllt) oder nein (=nicht erfüllt) zu umschreiben. Variablen aus den Fragestellungen zu Dienstleistungsangeboten und zu Kooperationspartnern sind weiter entscheidend für die Zuteilung in die sieben Cluster. Variablen aus den übrigen Fragestellungen (z.B. Charakterisierung der eintragenden Organisation, Zusammenarbeitsform) haben kaum Einfluss auf die Clusterung. Die eingetragenen Verbundlösungen scheinen eine eher zufällige Auswahl und Zusammenstellung von Kooperationspartnern und gemeinsam erbrachter Dienstleistungen zu sein, wie dies auch aus den vagen Beschreibungen der Cluster ersichtlich ist.

5.6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die nachfolgenden Darstellungen zeigen das Verhältnis der teilgenommenen Organisationen sowie das Verhältnis der eingetragenen Verbundlösungen dazu.

Total			
Alle teilge. Organisationen	471	Heim 67%	Sptiex 25% Zentr.
Alle Verbundlösungen	230	52%	37% 11%

67% der teilgenommenen Organisationen (mit oder ohne Verbundlösungen) waren Heime, welche insgesamt 52% der Verbundlösungen eingetragenen haben. Weitere 25% der Organisationen sind Spitex-Organisationen, welche 37% der Verbundlösungen eingetragenen haben. Die restlichen 8% der Organisationen sind Zentren, welche für den Eintrag von 11% der Verbundlösungen verantwortlich sind.

Nachfolgend wird aufgezeigt, in welchem Verhältnis die teilgenommenen Organisationen Verbundlösungen aufweisen oder nicht. Zudem ist ersichtlich, ob die eingetragenen Verbundlösungen bereits umgesetzt, in Umsetzung sind oder ob sie sich noch in der Planungsphase befinden.

Verteilung bei den Heimen:

Total	Organisationen mit Verbundlösungen	Organisationen ohne Verbundlösungen
Anzahl Organisationen	314 33%	67%
Anzahl Verbundlösungen	119 89%	11%
	umgesetzt/ in Umsetzung	in Diskussion/ in Planung

Verteilung bei den Spitex-Organisationen:

Total	Organisationen mit Verbundlösungen	Organisationen ohne Verbundlösungen
Anzahl Organisationen	120 60%	40%
Anzahl Verbundlösungen	85 85%	15%
	umgesetzt/ in Umsetzung	in Diskussion/ in Planung

Verteilung bei den Zentren:

Total	Organisationen mit Verbundlösungen	Organisationen ohne Verbundlösungen
Anzahl Organisationen	37 68%	32%
Anzahl Verbundlösungen	26 88%	12%
	umgesetzt/ in Umsetzung	in Diskussion/ in Planung

Die Heime weisen, verglichen mit den Spitex-Organisationen und insbesondere mit den Zentren, eine relativ geringe Anzahl an Verbundlösungen auf. Die Verteilung zwischen umgesetzten, in Umsetzung befindlichen Verbundlösungen und solchen in Planung, bleibt sich bei allen Organisationen etwa gleich.

Pro Organisationsart werden die zentralen Aussagen und Zusammenhänge zusammengefasst. Die nachfolgende Übersicht stellt die (häufigsten) Ergebnisse dar. Es handelt sich also bei diesen Angaben um den durchschnittlichen Standardtyp.

	Alters- und Pflegeheim n=314	Spitex-Organisation n=120	Zentrum n=37
Merkmale der typischen teilgenommenen Organisation	Privatrechtlich-gemeinnützige oder öffentlich-rechtliche Trägerschaften	Privatrechtlich-gemeinnützige Trägerschaften	Privatrechtlich-gemeinnützige oder öffentlich-rechtliche Trägerschaften
	ländlich	ländlich	ländlich und städtisch
	42 Vollzeit-Mitarbeitende	16 Vollzeit-Mitarbeitende	64 Vollzeit-Mitarbeitende
	58 Langzeitplätze	200 ambulante Klienten	45 Langzeitplätze
	Tendieren grundsätzlich eher nicht zu Verbundlösungen	Tendieren grundsätzlich eher zu Verbundlösungen	Tendieren grundsätzlich eher zu Verbundlösungen

Tabelle 27: Merkmale der typischen Organisation, die sich an der Umfrage beteiligt haben

	Alters- und Pflegeheim n=314	Spitex-Organisation n=120	Zentrum n=37
Merkmale derjenigen Organisationen, die zu Verbundlösungen neigen	Eher die grösseren Organisationen	Eher die grösseren Organisationen	Eher die grösseren Organisationen
	Privatrechtlich gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Organisationen	Privatrechtlich gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Organisationen	Privatrechtlich gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Organisationen
	ländlich und städtisch	eher städtisch	eher städtisch

Tabelle 28: Merkmale derjenigen Organisationen, die zu Verbundlösungen neigen

	Alters- und Pflegeheim n=119	Spitex-Organisation n=85	Zentrum n=26
Merkmale der typischen Verbundlösung	Das Leistungsangebot ist eher klein. Leistungsangebot:	Leistungsangebot: ▪ Grund- und Behandlungspflege	Das Leistungsangebot ist eher gross. Leistungsangebot:

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grund- und Behandlungspflege ▪ Übergangs-, Kurzzeit- und Ferienpflege ▪ Therapien und Aktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hauspflege und Haushilfe ▪ Betreuung und Begleitung Sterbender und deren Angehöriger 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grund- und Behandlungspflege ▪ Hauspflege und Haushilfe ▪ Übergangs-, Kurzzeit- und Ferienpflege
	<p>Spezialisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung von Menschen mit Demenz ▪ Palliative Care ▪ Psychiatrische und psychogeriatrische Betreuung 	<p>Spezialisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Palliative Care ▪ Onkologie ▪ Betreuung von Menschen mit Demenz 	<p>Spezialisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung von Menschen mit Demenz ▪ Palliative Care ▪ Psychiatrische und psychogeriatrische Betreuung
	<p>Kooperationspartner:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Heim (horizontale Integration) ▪ Spitex oder andere ambulante Pflegedienste ▪ Anbieter von Mittagstischen und Mahlzeitendiensten ▪ Freiwillige oder Angehörige 	<p>Kooperationspartner:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spitex (horizontale Integration) ▪ Alters- oder Pflegeheime ▪ Anbieter von Mittagstischen und Mahlzeitendiensten ▪ Spital oder Klinik 	<p>Kooperationspartner:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Freiwillige oder Angehörige ▪ Institutionen mit Alterswohnungen, betreutem oder begleitetem Wohnen ▪ Anbieter von Mittagstischen und Mahlzeitendiensten
	<p>Zusammenarbeitsform: Vertragliche Kooperation</p>	<p>Zusammenarbeitsform: Vertragliche Kooperation</p>	<p>Zusammenarbeitsform: Vertragliche Kooperation</p>
	<p>Rechtsform häufig unbekannt</p>	<p>Rechtsform häufig unbekannt</p>	<p>Rechtsform: Stiftung</p>
	<p>Prozesse, Schnittstellen und interne Kommunikation eher nicht strukturiert oder systematisch</p>	<p>Prozesse und Schnittstellen eher nicht strukturiert oder systematisch, interne Kommunikation eher strukturiert oder systematisch</p>	<p>Prozesse, Schnittstellen und interne Kommunikation eher strukturiert oder systematisch</p>
	<p>Selten gemeinsame externe Kommunikationskanäle</p>	<p>Häufig gemeinsame externe Kommunikationskanäle</p>	<p>Häufig gemeinsame externe Kommunikationskanäle</p>
	<p>Gemeinsame Supportdienste</p>	<p>Gemeinsame Supportdienste</p>	<p>Ausgeprägte gemeinsame Supportdienste</p>

Tabelle 29: Merkmale der typischen Verbundlösungen

	Alters- und Pflegeheim n=314	Spitex-Organisation n=120	Zentrum n=37
Zukünftige Trends	Leistungsangebote: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tagesbetreuung und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige ▪ 24h-Dienste, Notrufe und Nachtwachen ▪ Alterswohnungen, betreutes oder begleitetes Wohnen 	Leistungsangebote: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Übergangs-, Kurzzeit- und Ferienpflege ▪ Tagesbetreuung und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige ▪ Betreuung und Begleitung Sterbender und deren Angehöriger ▪ psychiatrische und psycho-geriatrische Betreuung 	
	Spezialisierungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung von Menschen mit Demenz 	Spezialisierungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung von Menschen mit Demenz 	
	Sonstiges: Schnittstellenmanagement intensivieren	Sonstiges: Zusammenschlüsse mehrerer Organisationen Vermehrte Planung der Prozesse unter den beteiligten Organisationen Schnittstellenmanagement intensivieren Gemeinsame Anlaufstelle (z.B. Drehscheibe geplant)	Sonstiges: Schnittstellenmanagement intensivieren Auch kleinere Organisationen gehen Verbundlösungen ein

Tabelle 30: Zukünftige Trends

6. Schlussfolgerungen: Interpretation, Ausblick und Handlungsempfehlung

6.1. Zusammenfassung und Interpretation wesentlicher Ergebnisse

6.1.1. Fragestellungen über die Begriffs-Definition

Die nachfolgende Nummerierung greift die Fragen gemäss Kapitel 2.2 wieder auf.

1. Was wird in der Theorie und in der Praxis unter dem Begriff Verbundlösung verstanden?

Der Begriff Verbundlösung, welcher vom Projektteam in einer Arbeitsversion zur Bearbeitung der Fragestellungen verwendet wurde, ist in der gängigen Praxis kaum in Verwendung.

2. Welche anderen Begrifflichkeiten und Terminologien werden für das Untersuchungsobjekt ausserdem verwendet und wie lassen sich diese voneinander abgrenzen?

Aus der Befragung wurden die nachfolgenden Begrifflichkeiten als passend für die Beschreibung der bestehenden Formen der Zusammenarbeit genannt. Aufgrund der in der Befragung genannten Beispiele kann eine Verzerrung der Angaben nicht ausgeschlossen werden:

▪ Zusammenarbeit	37 (16%)
▪ Kooperation	30 (13%)
▪ Verbundlösung/-verbund	13 (5,6%)
▪ Zusammenschluss/Zusammenlegung	6 (2,6%)
▪ Vereinbarung	5 (2,1%)
▪ Zentrum	4 (1,7%)
▪ Koordination	4 (1,7%)
▪ -verband	4 (1,7%)

Aus den Praxisbeispielen:

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

3. Was wird unter den verschiedenen Begriffen wie Verbundlösung, Zusammenarbeit, Kooperation, Integrierte Versorgung etc. verstanden?

Die damit bezeichnete Sache (Verbundlösung) ist sowohl in den durch die Befragung erhobenen Beispielen, als auch aus den zuvor angeschauten Praxisbeispielen hinsichtlich Kooperationspartner, gemeinsamer Leistungen, Zusammenarbeitsformen und –intensitäten sehr unterschiedlich.

6.1.2. Fragestellung über die Typologien von Verbundlösungen

Es sind tendenziell die grösseren Organisationen, die sich zu einer Verbundlösung zusammenschliessen. Nicht wie erwartet schliessen sich die (meist eher betriebswirtschaftlich-orientierten) privatrecht-

lich gewinnorientierten Organisationen eher seltener zu Verbundlösungen zusammen als gemeinnützige Organisationen.

4. Welche prozessorientierten und/oder strukturellen Angebote von integrierten Versorgungsmodellen im Bereich der Pflege und Betreuung existieren in der Deutschschweiz?

Verbundlösungen charakterisieren sich gesamthaft als eine rein vertragliche Zusammenarbeitsform, in der Rechtsform einer einfachen Gesellschaft, eines Vereins oder einer Stiftung, welche keine durchgängigen Prozesse definiert hat, sondern die Schnittstellen individuell, punktuell und situativ definiert. Die gemeinsame interne und externe Kommunikation sowie die gemeinsam erbrachten Supportdienste sind bei Zentren stärker ausgeprägt als bei Heimen und Spitex-Organisationen.

5. Welche Arten von Kooperationspartnern sind im Rahmen von Verbundlösungen vertreten?

Zentren und Spitex-Organisationen schliessen sich häufiger in Verbundlösungen zusammen als Heime. Als Kooperationspartner treten bei Spitex-Organisationen häufig ebenfalls Spitex-Organisationen (horizontale Integration) oder Heime auf. Dasselbe lässt sich bei den Heimen feststellen, sie kooperieren häufig mit ihresgleichen oder mit Spitex-Organisationen. Als weitere, wichtige Kooperationspartner treten Freiwillige/ Angehörige sowie Anbieter von Mittagstischen/ Mahlzeitendiensten auf.

6. Welche Dienstleistungen werden im Rahmen von Verbundlösungen für die zu betreuenden Personen angeboten?

Als Hauptdienstleistung werden von allen Organisationsformen Grund- und Behandlungspflege angeboten. Hauspflege/ Haushilfe sowie Übergangspflege/ Kurzzeitpflege/ Ferienpflege gehört ebenfalls zu den häufigeren Dienstleistungen.

Als Spezialisierung gehören Betreuung von Menschen mit Demenz und Palliative Care zu den am häufigsten angebotenen Dienstleistungen.

Als Supportdienste werden vor allem Aus- und Weiterbildungen gemeinsam erbracht.

7. Lassen sich die Verbundlösungen anhand der untersuchten Kriterien und entsprechenden Ausprägungen systematisieren?

Die eingetragenen Verbundlösungen sind kaum vergleichbar in Bezug auf Angebotsstruktur, Organisation etc. (vgl. Clusteranalyse)

8. Wie sind die Quantitäten der Dienstleistungen/Angebote in der Deutschschweiz verteilt?

Über die mengenmässige und geographische Verteilung der Verbundlösungen kann keine eindeutige Aussage gemacht werden.

6.2. Ausblick

Die vorliegenden Ergebnisse der Studie bestätigen die Vermutung, dass sich weder auf Seiten der Begrifflichkeit, noch auf Seiten der Ausgestaltung bisher eine Einheitlichkeit entwickelt hat.

So ist bisher weder der Begriff „Verbundlösung“ als Beschreibung der Form der Zusammenarbeit zwischen den befragten Organisation als Standard etabliert, noch zeigt sich bezüglich des Begriffes ein einvernehmliches Verständnis, sondern eher eine Begriffsvielfalt oder sogar eine Begriffsverwirrung. Sieht man sich die Entwicklungen im Gesundheitswesen generell an, so kann man feststellen, dass auch im Bereich der medizinischen Versorgung die Begriffe Managed Care und Integrierte Versorgung, die thematisch mit dem Begriff der Verbundlösung zusammen hängen bzw. zusammen

hängen können, noch weit davon entfernt sind, einheitlich gebraucht und verstanden zu werden. Auch im medizinischen Bereich sieht man allerdings Entwicklungen, dass verstärkt an dem Begriffsverständnis gearbeitet wird und dass kurz- bis mittelfristig sich dieses bei den Marktteilnehmern entwickelt. Dasselbe wird für den Begriff „Verbundlösung“ erwartet. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass diesbezüglich Handlungsbedarf besteht und dass durch die teilnehmenden Organisationen (Curaviva und Spitex) in Zukunft sicherlich verstärkt an einer „Begriffsschärfung“ gearbeitet wird.

In Bezug auf die Ausgestaltung der Verbundlösungen im Bereich der Pflege und Betreuung lässt sich folgendes feststellen: die angebotenen Leistungen und Spezialisierungen, Art der Kooperationspartner, Organisations- und Rechtsformen, Kommunikation etc. stellen keineswegs eine homogen Ausprägung dar. Dies ist jedoch auch nicht wirklich überraschend, da einerseits eine Vereinheitlichung nicht erstrebenswert ist und andererseits die Entwicklungen noch jung und dynamisch sind und entsprechend sich ein Trend noch nicht eindeutig abzeichnet. Die Vielfalt wird wahrscheinlich auch zukünftig fortbestehen und dies ist zumindest eine Möglichkeit, einseitige Fehlentwicklungen zu vermeiden.

Nichtsdestotrotz sind die Verfasser der Meinung, dass an einer verstärkten Zusammenarbeit bis hin zu einer Integration mittel- bis langfristig kein Weg vorbeiführen wird. Alle Organisationen im Gesundheitswesen kommen immer stärker unter finanziellem Druck und müssen dementsprechend ihre Prozesse optimieren und ihre strategische Positionierung auf die Markterfordernisse ausrichten. Es wird damit gerechnet, dass neben einer vertikalen Integration (z.B. Spitex mit Heim) auch stärker eine horizontale Integration stattfinden wird – d.h. dass sich Organisationen, die im selben Dienstleistungsspektrum tätig sind, zusammen schliessen werden.

Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der Zusammenarbeit wird ein enormes Potenzial für die beteiligten Organisationen durch Verbundlösungen gesehen. Das vom Markt erwartete bereite Angebotsspektrum wird zukünftig durch eine einzige Organisation nur sehr schwierig zu erbringen sein. Eine Ausweitung des Angebotes bei gleichzeitiger Spezialisierung ist in vielen Bereichen der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu sehen – und durch eine Integration der Angebote könnte diese auch mittel- bis langfristig integriert und „aus einer Hand“ angeboten werden. Und diese Entwicklung muss nicht nur für „kleine“ Organisationen sinnvoll sein. Dieser Trend wird durch die hohe Professionalisierung der in der Studie analysierten Zentren bestätigt. Die Zentren sind beispielsweise hinsichtlich Kommunikation, Prozessen etc. sehr fortschrittlich organisiert und entsprechend zukunftsfähig aufgestellt.

Verbundlösungen im Bereich der Pflege und Betreuung bzw. Integrierte Versorgung in der medizinischen Leistungserbringung werden sich weiter im Markt etablieren, da dies die Nachfrager und die Kostenträger fordern und da diese auch die Qualität der Dienstleistungen erhöhen und zeitgemäss ausgestalten können.

6.3. Handlungsempfehlungen

Aufgrund der Ergebnisse der Studie und dem durchaus optimistisch-positiven Ausblick werden die nachfolgenden Handlungsempfehlungen getroffen, wobei zwischen Makro- und Mikroebene unterschieden wird. Unter der Makroebene wird die übergeordnete und eher wissenschaftlich-theoretische Ebene verstanden. Die Mikroebene zeigt ausgewählte Handlungsempfehlungen für die einzelnen Organisationen auf.

Makroebene

- Der aktuell verwendete Begriff „Verbundlösung“ wird von den beteiligten Organisationen sehr unterschiedlich verstanden und verwendet. Daher wäre es dringend geboten, diesen Begriff mit einem einheitlichen Begriffsverständnis zu versehen. Die Erkenntnisse aus der vorliegenden Studie stellen hierfür eine gute und wichtige Grundlage dar und auf dieser Basis sollte eine Begriffsprägung bei den beteiligten Organisationen u.a. durch das Engagement von Curaviva und Spitex realisiert wer-

den. In einem nächsten Schritt gilt es, dieses Begriffsprägung in die Breite der Organisationen und in die Köpfe der Beteiligten zu bringen.

- Zusätzlich sollte dafür gesorgt werden, dass weiterhin Informationen zur Ausgestaltung von Verbundlösungen erfasst werden. Die Transparenz und das gegenseitige Informieren/Lernen der Organisationen wären sehr wünschenswert und es sind entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen. Es wird erwartet, dass diese Transparenz in Kürze von Patienten und Kostenträgern eingefordert wird.
- Es wird empfohlen, zu analysieren, was gute Verbundlösungen sind und wie diese beschrieben werden können. Auf der Grundlage einer theoretisch fundierten und wissenschaftlich gestützten praxisnahen Soll-Analyse sollen „optimale Ausprägungen von Verbundlösungen“ erarbeitet werden (z.B. idealtypische Eigenschaften). Anschliessend soll diese Theorie durch eine Ist-Analyse empirisch überprüft werden, um auf dieser Grundlage Erfolgsfaktoren für gute Verbundlösungen zu erarbeiten und zu kommunizieren. Diese Erkenntnis könnte die Basis für eine Standardisierung im positiven Sinne sein – nicht im Sinne einer Vereinheitlichung der Form sondern im Sinne einer erfolgsorientierten individuellen Ausgestaltung von Verbundlösungen. Dies könnte mittel- bis langfristig mit einem wissenschaftlichen Benchmarking begleitet werden, um Transparenz aber vor allem auch gegenseitiges Lernen zu ermöglichen.

Mikroebene

Auf der Ebene der einzelnen operativ tätigen Organisationen würden sich die folgenden Anpassungen anbieten:

- Supportdienste (z.B. gemeinsame Administration, Einkauf, Nutzung Infrastruktur und IT, Aus- und Weiterbildung), die für die Organisationen kein Alleinstellungsmerkmal darstellen, sollten in Zukunft institutionsübergreifend erbracht werden.
- Gerade im Bereich der Spezialisierungen und weiterer Dienstleistungen mit hohem Fach-Know-How ist über verstärkte Kooperationen/ Formen der Zusammenarbeit nachzudenken – dies kann und soll mittelfristig nicht mehr alleine angeboten werden.
- Die in den ländlichen Regionen aktiven Organisationen müssen stärker über Möglichkeiten der (gemeindeübergreifenden) Zusammenarbeit nachdenken und sich mit der Thematik der Verbundlösung auseinandersetzen. Der finanzielle Druck wird kurz- bis mittelfristig zu einer stärkeren Zusammenarbeit der Leistungserbringer führen.
- Grundsätzlich sollten sämtliche Schnittstellen der Organisation nach aussen – sowohl der vor- als auch nach gelagerten Prozesse – optimiert und gegebenenfalls integriert werden. Eine Koordination der Schnittstelle ist existenziell notwendig.
- Die Organisationen sollten so schnell wie möglich potenzielle Kooperationspartner identifizieren und gegebenenfalls eine vertragliche Zusammenarbeit absichern – ansonsten besteht die Gefahr, dass Leistungen aufgrund von nicht verfügbaren Kooperationspartnern, die sich z.B. vertraglich an eine andere Organisation gebunden haben, nicht angeboten werden können.
- Bestehende Verbundlösungen, die zurzeit auf einer eher informellen Basis agieren, sollten in eine rechtlich und organisatorisch gefestigte Struktur überführt werden. Dadurch können die in Zusammenarbeit erbrachten Leistungen nachhaltig angeboten werden.

7. Literaturverzeichnis

- Brunnschweiler, Christina (2009), Stiftung RaJoVita, Schauplatz Spitex Nr. 1, Februar 2009
- Dietrich, Anja; Kümpers, Susanne (2009), Parallelwelten integrierter Versorgung – Innovationen für mehr Zusammenarbeit im Gesundheitssystem am Beispiel der Versorgung älterer Menschen: Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Beglinger, Ruth; Kern, Anna; Pfister, Thomas; Widmer, Karl (2006) Forum für Altersfragen, Konzept, Fachstelle für Alter und Gesundheit, Stadt Zug; URL: <http://www.walchwil.ch/documents/Konzept.pdf>
- Brunswicker, Christa (2009); Post-Akut-Pflege verbessert Schnittstellenmanagement, Kanton Bern, Kurzinformationen H+
- H focus (2009) Bericht Kooperationen im Altersbereich, Phase 2: Machbarkeitsstudie, Gemeinden Bronschhofen, Niederhelfenschwil, Rickenbach, Wil, Wilen und Zuzwil
- Hoyningen-Huene, Paul (1998); Logik
- Huber (2006) Vernetzte Betreuung im Alter, Managed Care, 4/2006, 11-13
- Kanton Basel-Landschaft (o.J.); Projekt 64plus des Kantons Basel-Landschaft
- König, Werner (1994); dtv-Atlas zur deutschen Sprache. Dtv-Band 1990, (10. Aufl.)
- Leser, Markus; Valoti, Renato; Weber-Rutishauser, Dominik (2009), Zuerst müssen sich alle Beteiligten in einer Region an einen Tisch setzen, Schauplatz Spitex Nr. 1
- Leuzinger, Andres (2002); Unter einem Dach: Unsere Heime – in Zukunft soziale Dienstleistungszentren, in: Fachzeitschrift Heim, Nr. 2 (Februar), 97f
- Meyer, Andi; Bäumle, Lukas (o.J.), Vernetzung Spitex - Alters- und Pflegeheime, Spitexverband Basel-land und Verband Baselbieter Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen
- Netzwerk Case Management Schweiz (2006); Definition Case Management, Standards Case Management; URL: http://www.netzwerk-cm.ch/fileadmin/user_upload/pdf/Mitglieder/Definition_und_Standards_30_03_2006.pdf
- Uniklinik Freiburg (2009);Patientenpfad am UKF; URL: <http://www.uniklinik-freiburg.de/konzept2010/live/Projekt/Pfade.html>; 11.2009
- Waldenburgertal (2005) Alterskonzept Waldenburgertal, Alt werden im Waldenburgertal oder „Wie sehe ich meine Zukunft im Alter?“
- Waldenburgertal (2008) Umsetzung Konzept Waldenburgertal, Vom Wunsch „Seniorenleben im Waldenburgertal“ zur Wirklichkeit „Senioren leben im Waldenburgertal“

8. Anhang

Anhang 1 - Begrifflichkeiten gemäss Praxisbeispielen

Begriff	Beschreibung	Autor/Institution
Alterskonzept	<ul style="list-style-type: none"> -Altersinfrastruktur -koordinierte, ganzheitliche Altersversorgung -Dienste unter einer einzigen „Adresse“ nach aussen auftreten und koordinieren -ganzheitliches Angebot „Betreuung und Pflege im Alter“ -gemeinsame Lösungen 	Waldenburgerthal
Ganzheitliches Angebot	<ul style="list-style-type: none"> -Informationen und Beratung rund um das Alter -Vermittlung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung -Information/ Vermittlung von Diensten und Veranstaltungen -Angebote/ Dienstleistungen zur Sicherstellung der Grundversorgung, Mobilität und Pflege zu Hause und im Dorf -Unterstützende Fachberatung für pflegende Angehörige -Koordination einer professionellen Pflege und Rehabilitation zur Sicherung der Selbstständigkeit zu Hause und im Dorf -Entlastungsangebote für Kurz-/ Ferienaufenthalte im Heim -eine professionelle Betreuung und Pflege im Heim -eine enge Zusammenarbeit aller Dienste 	Waldenburgerthal
Hilfe aus einer Hand	Spitex und Heime werden in Quartierdienstleistungszentren zusammengefasst.	Schaffhausen, Schauplatz Spitex :2/09
Informationsaustausch	zentrums- und gemeindeübergreifend	Projekt64plus: muba, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirek-

		tion Kanton Basel Landschaft
Integration	Gute Angebote, Mobilitätsmassnahmen, geeignete Infrastrukturen	Projekt64plus: muba, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel Landschaft
Integrierte regionale Seniorenbetreuung	Regionale Koordination/ Verbund von Hauspflege, Heimpflege, Spitalpflege	Projekt64plus: muba, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel Landschaft
Integrierte Versorgung	eine an den Klientinnen und Klienten orientierte, „sektoren- und facharztübergreifende Versorgung unter Einbeziehung von Kliniken, niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten, Pflegediensten, ambulanter und stationärer Rehabilitation sowie mit Therapeuten und Apotheken	Güntert (2006); BASS
Integrierte Versorgung	Zielsetzung IV ist es, Behandlungsunterbrüche zu vermeiden. IV verhindert Unterbrüche beim Übergang zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Am offensichtlichsten sind solche Übergänge von der ambulanten zur stationären und zurück zur ambulanten Behandlung. Die Behandlungen sollen nahtlos ineinander übergehen	Bienlein Martin, Integrierte Versorgung: Was ist das?, Kurzinformation H+, Februar 2009
Integrierte Versorgung	Koordinierte Behandlung	H+
Integrierte Versorgung multimorbider ältere Menschen	<ul style="list-style-type: none"> -Alle geplanten und organisierten Leistungen und Versorgungsprozesse, die auf multidimensionale Bedarfe eines einzelnen Nutzers oder eine Gruppe von Personen mit ähnlichen Bedarfen gerichtet sind. -Ein koordiniertes Ganzes aus Dienstleistungen, die durch verschiedene Organisationen, kooperierende Professionen und involvierte Laien gemeinsam geplant, gemanagt und für individuelle Leistungsempfänger erbracht werden. -Versorgungsleistungen werden im Austausch mit vorhandenen lokalen Selbsthilfeeinrichtungen und „community“-basierten Initiativen geplant und umgesetzt. - Einzelpersonen erhalten die Versorgung, derer sie bedürfen, wann und wo sie ihrer bedürfen. 	wzb-Studie
Kantonale Informati-	-Anlaufstelle	Projekt64plus: muba, Volkswirt-

ons- und Koordinationsstelle für Altersfragen	-Überblick über die Angebote -Planung und Koordination des Bettenbedarfs -Beratung und Unterstützung der Gemeinden/ Regionen -Subventionen für Pflegeplätze	schafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel Landschaft
Kompetenzzentrum	Zusammenfassung aller Institutionen und Ressourcen	Waldenburgertal
Kooperation (der Altersheime (...)SO und (...)BL → Interkantonale Lösungen	-Zusammenlegung von Finanzen und Administration -Gemeinsamer Bereich Ökonomie und Einkauf -Gemeinsames Ausbildungsangebot für Pflegeberufe -Gemeinsamer Aufbau von Qualitätssystemen	Projekt64plus: muba, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel Landschaft
Kooperation und Vernetzung von stationären und ambulanten Angeboten		Vitalba Zürich
Koordination	zwischen Kanton - Gemeinden – regionalen Zentren	Projekt64plus: muba, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel Landschaft
Leistungskoordinationzentrum	Alters- und Pflegeheim in Zusammenarbeit mit der Spitex	Angelika Nyffenegger Preisig, Vernetzte Dienstleistungen im Alter, Masterarbeit, 31.07.2009
Neue Versorgungsstrukturen	Modelle, bei denen Spital oder Heim und die Spitex von der gleichen Trägerschaft betreiben werden	Leuzinger (2001), 97f; BASS
Regionale Netzwerke	Ambulante Pflege, stationäre Pflege, Angebote durch SRK, Pro Senectute, Mahlzeitendienst, Mittagstisch, Vereine, Gemeinde, Spitex, Tagesstätten, Ferienbett, Ergotherapie, Demenzbetreuung, Pflege/Betreuung	Projekt64plus: muba, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel Landschaft
Verbund	Mehrere Gemeinden, die Aufgaben rund um das Alter gemeinsam angehen und zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages eine ganzheitliche Lösung anbieten, die für alle beteiligten Gemeinden in Bezug auf	Waldenburgertal

	Bedürfnisse, Dienstleistungen und Kosten gerecht ist. Im Verbund sind alle Dienstleistungen transparent, kalkulierbar und die Strukturen einfach und effizient. Kräfte bündeln, entwicklungsorientiert auf die Bedürfnisse der Bevölkerung und Gemeinden eingehen, Voraussetzungen und Anreize schaffen damit ältere Bevölkerung im Ort bleibt	
Verbundlösung im Altersbereich	-Sicherstellung einer umfassenden, koordinierten Planung und Versorgung für Hombrechtikon in folgenden Bereichen: Altersarbeit, Alterswohnen, Betreutes Wohnen, stationäre Dienste, spitalexterne Langzeitpflege, Beratungsstelle für das Alter	CuraViva/ Gemeinde Hombrechtikon
Vernetzte Dienstleistungen im Alter	Versorgung aus einer Hand ist Schwerpunkt Heime und ambulante Dienste für Betreuung und Pflege	Angelika Nyffenegger Preisig, Vernetzte Dienstleistungen im Alter, Masterarbeit, 31.07.2009
Vernetzung der Akteure im Altersbereich	Vernetzung aller Akteure im Altersbereich sichern in Form eines zu gründenden Forums	Stadt Zug
Vernetzung der Leistungserbringung	-Modelle zur institutionsübergreifenden Zusammenarbeit -Vernetzung der Dienste/ Pflege/ Betreuung -Vernetzung mit Organisationen -institutionalisierte Zusammenarbeit/ Vernetzung -Schnittstellenmanagement, lückenlose Versorgung -organisatorische Verknüpfung -Angliederung, Verbindungen, Koordination, Anschluss -integratives Versorgungssystem -Horizontale/ vertikale Integration	Mylaeus-Renggli Maja, Vernetzung der Leistungserbringung in der Hilfe und Pflege zu Hause zwischen den Spitex-Organisationen und den Spitex-Spezialdiensten, 2007
Vernetzung im Pflegebereich	-verbesserte Koordination und Vernetzung der Leistungserbringer -Schlüsselbegriff dieser Entwicklung ist Integrierte Versorgung -Im Rahmen von Vernetzung und Managed Care werden einerseits Versorgungsstrukturen aufgebaut, wie Hausarztnetze, HMO oder Krankenhausbetriebsgesellschaften (davon zu unterscheiden sind Instrumente, die der Koordination und Steuerung dienen, etwa Case Management, Disease Management, Guidelines und Demand Management)	Berchtold & Hess (2007); BASS
Vernetzung/ Zusammen-	Vernetzung auch mit Spitälern, kantonalen psychiatrischen Diensten und mit dem geplanten Kompe-	Verband Baselbieter Alters-,

menarbeit Spitex – Alters- und Pflegeheime	tenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation	Pflege- und Betreuungseinrichtungen
Versorgungsnetze im Bereich der Grundversorgung	Spitex, die direkt von Grundversorger (Hausarzt) oder Ärztenetz finanziert wird	Gmür & Rüfenacht (2007), 358; BASS
Zusammenarbeit	zwischen Gemeinden und Kanton	Projekt64plus: muba, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel Landschaft
Zusammenarbeit		Spitex
Zusammenlegung der Altersarbeit	<p>-Bereiche der Zusammenarbeit der einzelnen Institutionen beinhalten unter anderem die Aus- und Weiterbildung, das Qualitätsmanagement, die Administration, das Personal-, Finanz- und Rechnungswesen</p> <p>-Drehscheibe: Triage bei Anfragen für Betreuungsplätze (Bettenmanagement), Klärung von Fragen in Bezug auf die Betreuung pflegebedürftiger Personen, Entlastungsmöglichkeiten von Angehörigen sowie alles rund um das Wohnen im Alter</p> <p>-Vermittlung an externe Dienstleister</p>	Stiftung RaJoVita

Anhang 2 - Begrifflichkeiten Duden, das Synonymwörterbuch, Aufl. Mannheim (2007)

Begriff	Beschreibung
Case Management	k.A.
Care Management	k.A.
Fusion	Vereinigung, Verschmelzung, [Unternehmens]zusammenschluss, Zusammenlegung; (Wirtsch.): Merger [of Equals].
Integration	1. Einheit, Ganzheit, Geschlossenheit, Verbundenheit, Vereinigung, Verschmelzung, Zusammenschluss; (bildungsspr.): Unität. 2. Aufnahme, Einbettung, Einbeziehung, Einbürgerung, Eingliederung
integrieren	1. sammeln, verbinden, vereinen, vereinigen, verschmelzen, zusammenfassen, zusammenführen, zusammenschließen; (bildungsspr.): aggregieren. 2. angleichen, anpassen, aufnehmen, einbetten, einbeziehen, einfügen, eingliedern, eingruppierten, einordnen, in Übereinstimmung bringen; (<i>geh.</i>): in Einklang bringen; (bildungsspr.): assimilieren.
Integrierte Betreuung	k.A.
Integrierte Pflege	k.A.
Integrierte Versorgung	k.A.
Kooperation	Gemeinschaftsarbeit, Gemeinschaftsproduktion, Koproduktion, Teamarbeit, Teamwork, Zusammenarbeit; (bildungsspr.): Kollaborati-

	on; (Wirtsch.): Verbund.
Managed Care	k.A.
Netzwerk	Geflecht, Netz, Verflechtung, verflochtenes System.
Schnittstellen(management)	k.A.
Übergangspflege	k.A.
Verbindung	<p>a) Anbindung, Aneinanderreihung, Anschluss, Brückenschlag, Kombination, Paarung, Synthese, Vereinigung, Verkettung, Verknüpfung, Vermischung, Vernetzung, Verquickung, Zusammenfügung, Zusammenführung, Zuordnung, Zusammenschluss, Zusammenstellung; (Philos.): Synthesis.</p> <p>b) Einheit, Gefüge, Gemisch, Kette, Mischung; (bildungsspr.): Konglomerat, Komposition, Konnex; (Fachspr.): Nexus; (Technik): Verbund.</p> <p>c) Beziehung, Bezug, Kausalität, Kontakt, Kontext, Verhältnis, Zusammenfall, Zusammenhang, Zusammengehörigkeit, Zusammenhalt, Zusammenspiel; (bildungsspr., Fachspr.): Relation; (Psych.): Kontiguität; (Rechtsspr.): Konnexität; (Sprachw.): Konnexion.</p> <p>2. Berührungspunkt, Bindeglied, Brücke, gemeinsamer Nenner, Gemeinsamkeit, Verbindungsglied, Verbindungspunkt, Verbindungsstelle, Verbindungsstück; (bildungsspr.): Tertium Comparationis.</p> <p>3. a) Block, Bund, Bündnis, Föderation, Gemeinschaft, Gruppe, Koalition, Konföderation, Liga, Organisation, Pakt, Partnerschaft, Ring, Union, Verband, Vereinigung; (Politik): Entente, Föderation; (Rechtsspr.): Körperschaft; (Völkerr.): Allianz; (Wirtsch.): Konzern.</p> <p>b) Affinität, Bekanntschaft, Bindung, Freundschaft, Nähe, Sympathie, Verbundenheit, Vertrautheit.</p> <p>c) Bund fürs Leben, Ehe[bündnis], Ehegemeinschaft, Lebensgemeinschaft, Lebenspartnerschaft, Liebesverhältnis, [registrierte] Partnerschaft; (geh.): Ehebund; (dichter.): Eheband; (ugs.): Beziehungskiste; (bildungsspr. veraltend): Liaison.</p> <p>4. Burschenschaft, Studentenverbindung, studentische Verbindung; (bildungsspr.): Korporation, Korps.</p> <p>5. Gedankengang, Gedankenkette, Gedankenreihe, Ideenverbindung; (bildungsspr.): Assoziation; (Psych.): Gedankenassoziation.</p>
(Verbund), sich verbünden	sich alliiieren, ein Bündnis eingehen, sich organisieren, sich verbinden, sich verbrüdern, zusammengehen, sich zusammenschließen, sich zusammentun; (schweiz.): sich zusammenspannen; (bildungsspr.): sich assoziieren, konföderieren, sich sozieren; (oft abwer-

	tend): paktieren; (österr. abwertend): packeln.
Vernetzung	k.A.
Zusammenarbeit	Gemeinschaftsarbeit, Gemeinschaftsproduktion, Kooperation, Koproduktion, Partnerschaft, Teamarbeit, Teamwork; (bildungsspr.): Kollaboration; (bildungsspr. veraltend): Liaison; (Psych.): Synergie; (Wirtsch.): Verbund.

Anhang 3 - Begrifflichkeiten gemäss Brockhaus, Enzyklopädie online

Begriff	Beschreibung
Case Management	k.A.
Care Management	k.A.
Fusion	Wirtschaft: Vorgang, bei dem zwei oder mehrere Unternehmen so zusammengeschlossen werden (fusionieren), dass sie rechtlich und wirtschaftlich eine Einheit bilden.
Integration	[lateinisch »Wiederherstellung eines Ganzen«] <i>die, -/en</i> , <i>allgemein</i> : (Wieder-)Herstellung einer Einheit; Einbeziehung, Eingliederung in ein größeres Ganzes.
Integrierte Betreuung	Integrierte Versorgung
Integrierte Pflege	Landespflege (kein Zusammenhang)
Integrierte Versorgung	<p>Form medizinischer Dienstleistung, bei der Akteure aus verschiedenen Bereichen fachübergreifend bei der Betreuung eines Patienten zusammenarbeiten mit dem Ziel, möglichst optimal abgestimmte Handlungsprozesse zu sichern und damit Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Integrierte Versorgung überwindet die in vielen Ländern bestehenden Grenzen zwischen ambulanter und stationärer, akutmedizinischer und rehabilitativer Betreuung sowie die daraus entstehenden Schnittstellenprobleme. Bei der integrierten Versorgung kooperieren niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Krankenhausärzte, aber auch nichtärztliche Leistungserbringer auf medizinischer (z. B. gemeinsame Behandlungsleitlinien, Qualitätsziele), organisatorischer (z. B. einheitliche Informationstechnologie und Dokumentationssysteme) und ökonomischer (z. B. gemeinsames Budget, einheitliches Vergütungssystem) Ebene.</p> <p>Integrierte Versorgung wurde in Deutschland nach ersten Modellversuchen mit der Gesundheitsreform im Jahr 2000 eingeführt und mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung 2004 weiter gestärkt. Als Vorstufe der integrierten Versorgung in Deutschland können Zusammenschlüsse niedergelassener Ärzte zu Praxisnetzen gesehen werden, die aber weitgehend auf den ambulanten Bereich fokussiert sind. Impulse für die integrierte Versorgung kommen auch aus Ansätzen des Managed Care in anderen</p>

	Ländern, insbesondere den USA und der Schweiz.
Kooperation	<p>Zusammenarbeit, besonders auf politischem oder wirtschaftlichem Gebiet.</p> <p>Wirtschaft: als betriebliche Kooperation die Zusammenarbeit zwischen den Aufgabenträgern in einer Organisation (v. a. in einem Unternehmen) zum Zweck der gemeinsamen Erfüllung der Organisationsaufgabe (Koordination). Als zwischenbetriebliche Kooperation wird die auf freiwilliger Basis beruhende, in der Regel vertraglich geregelte Zusammenarbeit von rechtlich und wirtschaftlich selbstständigen Unternehmen bezeichnet, die diese eingehen, um ihre Leistungsfähigkeit zu steigern; sie kann bis zur Errichtung von Gemeinschaftsunternehmen für gemeinsame Projekte oder ausgegliederte Unternehmensbereiche führen. Weitere Formen horizontaler Kooperation (Unternehmen derselben Wirtschaftsstufe), vertikaler Kooperation (Unternehmen verschiedener Wirtschaftsstufen) und konglomerater Kooperation (Unternehmen verschiedener Wirtschaftsstufen und -zweige) sind z. B. Interessengemeinschaft, Konsortium, Preisführerschaft, strategische Allianz, Verbundgruppen des Handwerks; im Handel sind es etwa freiwillige Ketten, Vertragshändler, Franchise, Vertriebsbindungen. Zur zwischenbetrieblichen Kooperation zählt auch die Zusammenarbeit von Unternehmen mit dem Ziel, die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit v. a. kleinerer und mittlerer Unternehmen durch Spezialisierung oder Rationalisierung zu steigern.</p>
Managed Care	Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen durch den Patienten sowie der Erbringung dieser Leistungen durch Krankenhäuser, Ärzte und andere medizinische und pflegerische Dienstleister. Durch die Verknüpfung von medizinischer und ökonomischer Verantwortung für die gesamte Behandlung soll eine Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung erreicht werden (...)
Netzwerk	Soziologie und Sozialpsychologie: Begriff zur Erklärung zwischenmenschlicher Beziehungen in einem gesellschaftlichen System.
Schnittstellenmanagement	Integration
Übergangspflege	Integration
Verbindung	k.A.
(Verbund), sich verbünden	k.A.
Vernetzung	die wechselseitige Verknüpfung und Beeinflussung der Elemente eines komplexen Systems. Dabei kann es sich um natürliche, technische, soziale oder ökonomische Systeme handeln, deren Elemente (z. B. Moleküle, Lebewesen, Computer, Organisationen, Unternehmen) untereinander in Wechselwirkung stehen oder in ein Beziehungsgeflecht eingebunden sind (z. B. durch Austausch von

	Energie, Materie, Informationen, Gütern oder Ähnlichem). Ein derartig vernetztes System wird häufig in einem Netzwerk dargestellt, dessen Knoten und Kanten die Elemente und deren Verknüpfungen repräsentieren (Netzplantechnik).
Zusammenarbeit	k.A.

Anhang 4

Institutionsbezogene Daten								
A1	Name/Vorname der Person, welche den Kriterienkatalog ausfüllt, inkl. ergänzende Angaben zur Funktion und zu Kontaktdaten (Telefon/ E-Mail)	freie Eingabe						
A2	Name der Institution, bei welcher diese	freie Eingabe						
A3	Um was für eine Institution handelt es sich dabei	Spitex	Alters- und/oder Pflegeheim	Spitex und Heim				
A4	Welche Trägerschaft hat die Institution	Privatrechtlich gewinnorientiert	Privatrechtlich gemeinnützig	Öffentlich-rechtlich	nicht bekannt			
A5	Angabe zur Postleitzahl und zum Kanton des Sitzes der Institution	Zahlenformat 4-stellig						
		AG	AI	AR	BE	BS	BL	FR
		GL	GR	LU	NW	OW	SG	SH
		SO	SZ	TG	UR	ZG	ZH	
A6	Wie würde die Person die Region beschreiben, in der ihre Institution tätig ist	ländlich	städtisch	beides				
A7	Wie viele Mitarbeiter (in Vollzeitäquivalenten) arbeiten in der Institution in den verschiedenen Professionen	Ärztliches Personal: Zahlenformat	Pflegefachpersonen: Zahlenformat	Personal in Hauspflege und Haushilfe (mit oder ohne eidg. Fähigkeitszeugnis): Zahlenformat	Therapeutisches Personal (Physio-, Ergo-, Logopädie etc.): Zahlenformat	Personal aus sozialer Arbeit, Sozialpädagogik und psychologisches Personal: Zahlenformat	Übrige Mitarbeitende (Admin., Leitung, Vorstand, Ökonomie, Med.-tech. Personal, Reinigung, Garten, Küche, Fahrdienst, Pediküre, Personal in Ausbildung, Freiwillige): Zahlenformat	jeweils: nicht bekannt
A8	Wie viele Klienten/ Patienten/ Bewohner werden jährlich von dieser Institution ambulant betreut/ behandelt (eine	Zahlenformat	nicht bekannt					
A9	Wie viele stationäre Langzeit-Plätze bestehen in der Institution (Stichdatum: Ende 2008)	Zahlenformat	nicht bekannt					
A9	Wie viele stationäre Kurzzeit-Plätze bestehen in der Institution (Stichdatum: Ende 2008)	Zahlenformat	nicht bekannt					
A10	Anzahl Einwohner im Versorgungsgebiet der Institution zu Beginn 2009 (eine	Zahlenformat	nicht bekannt					
A11	An wie vielen Verbundlösungen ist eine Institution beteiligt	Zahlenformat	keine Verbundlösung					

Einleitende Kriterien --> ab hier handelt es sich um Informationen zur Verbundlösung							
K1	Welchen Namen würde die befragte Person der Verbundlösung geben	freie Eingabe	keine Verbundlösung				
K2	Welchen Stand der Umsetzung hat die Verbundlösung erreicht (alle von der befragten Person nachfolgend gemachten Angaben sollen sich auf diesen Zeitpunkt	in Diskussion	in Planung	in Umsetzung	bereits umgesetzt/ in Betrieb	anderer Status: freie Eingabe	nicht bekannt

Leistungsangebot der Verbundlösung								
K3	Welche Leistungen werden im Rahmen der Verbundlösung erbracht? (Hinweis: jene Leistungen, die zusammen erbracht oder koordiniert werden bzw. nicht jene, die von den Kooperationspartnern unabhängig der Verbundlösung auch noch angeboten werden)	Grund-/ Behandlungspflege	Hauspflege/ Haushilfe (detaillierte Angaben später)	Übergangspflege/ Kurzzeitpflege/ Ferienpflege	Tagesbetreuung/ Entlastungsangebote für pflegerische Angehörige	Betreuung/ Begleitung Sterbender und deren Angehöriger	24-h Dienst/ Notruf/ Nachtwachen	Therapien/ Aktivitäten (z.B. Ergo-/ Physion-/ Aktivierungstherapie, Animation, Altersturnen etc.)
		Alterswohnungen/ betreutes Wohnen/ begleitetes Wohnen	Beratung (z.B. Angehörigen-/ Sozial-/ Präventions-/ Ernährungs-/ Diabetes-/ Finanz-/ Rechts-/ Treuhand-/ Telemedizinische Beratung)	Mobilität/ Fahrdienste/ Reisebegleitung	Ergänzende Dienstleistungen (z.B. Fuss-/ Handpflege, Coiffeur, Hilfsmittelverleih, Religionsgruppen etc.)	Freie Arztwahl (z.B. keinen vorgeschriebenen Heimarzt)	andere Leistung: freie Eingabe	
K4	Werden im Rahmen der Verbundlösung Spezialisierungen angeboten (Hinweis: jene Spezialisierungen, die zusammen erbracht oder koordiniert werden bzw. nicht jene, die von den Kooperationspartnern unabhängig der Verbundlösung auch noch angeboten werden)	Onkologie (z.B. OnkoSpitex)	Palliative Care	Pädiatrie (z.B. KinderSpitex)	Betreuung von Menschen im Wachkoma	Betreuung von Menschen mit Multiple Sklerose	Betreuung von Menschen mit Demenz	Spezialisierung auf andere chronische Erkrankungen
		Psychiatrische und/ oder psycho-geriatrische Betreuung	andere Spezialisierung: freie Eingabe	es werden keine Spezialisierungen angeboten				
K5	Welche hauswirtschaftlichen Leistungen werden in der Verbundlösung angeboten (falls oben bereits Hauspflege und Haushilfe erwähnt: hier spezifizieren)	Reinigungs-/ Wäscheservice	Mahlzeitservice/ Mittagstisch	Einkaufsservice	Wohnungsräumungs-service	Gartenservice	Hauttierbetreuung	Erweiterte Hotellerie (z.B. Einerzimmer, Mehrkomfort etc.)
		andere hauswirtschaftliche Leistungen: freie Eingabe	nicht bekannt					

Struktur/ Aufbauorganisation der Verbundlösung								
K6	Welche Arten von Kooperationspartnern sind im Rahmen der Verbundlösung beteiligt (eigene Institution auch eintragen) (Hinweis: Falls diese Partner bereits zusammengeschlossen sind: verschiedene Abteilungen/ Bereiche/ Funktionen sind einzeln zu erfassen)	Spital/ Klinik	Alters- und/ oder Pflegeheim	Rehabilitation/ Kur/ Therapie	Ambulatorium/ Tagesstätte/ Tagesklinik	Institution mit Alterswohnungen/ für betreutes Wohnen/ für begleitetes Wohnen	Grundversorger (Arzt inkl. Ärztenetze mit u.a. Grundversorgern)	Spezialisten (Arzt inkl. Ärztenetze mit u.a. Spezialisten)
		Spitex/ andere ambulante Pflegedienste (z.B. Freischaffende)	Karitative und ähnliche Hilfsorganisationen (z.B. SRK, Pro Senectute, kirchliche Institutionen etc.)	Apotheken	Freiwillige/ Angehörige	Anbieter von Mittagstischen/ Mahlzeitendiensten	Institutionen der Gesundheitsförderung/ Prävention	Sport- oder Quartiervereine
		Sozialversicherungsanstalt (Ergänzungsleitstung)/ Zusatzleistungs-Durchführungsstelle	Versicherungen (Krankenversicherung, Privatversicherung, IV/ UVG/ MV)	Zentrale Anlauf-/ Abklärungs-/ Entscheidungsstelle/ Drehscheibe	Sozialamt/ andere Gemeindebehörden	andere Kooperationspartner: freie Eingabe		
K7	Handelt es sich um eine Verbundlösung mit Kooperationspartnern aus verschiedenen Anzahl der beteiligten Gemeinden	ja	nein	nicht bekannt				
K8	Wie ist die Zusammenarbeitsform/ der Kooperationsgrad innerhalb der Verbundlösung ausgestaltet	Zusammenschluss mehrerer Institutionen, neue Institution entsteht	Eine Institution wird vollständig durch eine andere übernommen, bzw. in eine andere integrier, eine Institution erlischt	Vertragliche Kooperation (formell-schriftlich oder infomell-mündlich) in bestimmten Bereichen (z.B. Zweckverband), d.h. eher langfristig	gemeinsames Projekt, d.h. eher kurzfristig (klarer Anfang und Ende)	andere Zusammenarbeitsform: freie Eingabe	nicht bekannt	
K9	Welche Institutionen haben Weisungsbefugnis innerhalb der Verbundlösung (eigene Institution auch eintragen, falls Träger)	Gesundheitsdirektion des Kantons	Privatpersonen (Aktionäre)	Stiftungen (Fundraising)	Spital/ Klinik	Alters- und/ oder Pflegeheim	Rehabilitation/ Kur/ Therapie	Ambulatorium/ Tagesstätte/ Tagesklinik
		Institution mit Alterswohnungen/ für betreutes Wohnen/ für begleitetes Wohnen	Grundversorger (Arzt inkl. Ärztenetze mit u.a. Grundversorgern)	Spezialisten (Arzt inkl. Ärztenetze mit u.a. Spezialisten)	Spitex/ andere ambulante Pflegedienste (z.B. Freischaffende)	Karitative und ähnliche Hilfsorganisationen (z.B. SRK, Pro Senectute, kirchliche Institutionen etc.)	Apotheken	Freiwillige/ Angehörige
		Anbieter von Mittagstischen/ Mahlzeitendiensten	Institutionen der Gesundheitsförderung/ Prävention	Sport- oder Quartiervereine	Sozialversicherungsanstalt (Ergänzungsleitstung)/ Zusatzleistungs-Durchführungsstelle	Versicherungen (Krankenversicherung, Privatversicherung, IV/ UVG/ MV)	Zentrale Anlauf-/ Abklärungs-/ Entscheidungsstelle/ Drehscheibe	Sozialamt/ andere Gemeindebehörden
		andere Träger: freie Eingabe						
K10	Welche Rechtsform hat die Verbundlösung	Zweckverband mit eingetragener juristischer Persönlichkeit (öff.-rechtl. Körperschaft)	Zweckverband ohne eingetragene juristische Persönlichkeit (öff.-rechtl. Körperschaft)	andere öffentlich-rechtliche Körperschaft (z.B. Gemeinde)	Vertragszusammenschluss (somit einfache Gesellschaft)	Stiftung	Verein	andere Rechtsform (z.B. Kollektivgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Kommanditaktiengesellschaft, GmbH, öff.-rechtl. Anstalten, AG, Genossenschaft)
		nicht bekannt						

Prozesse/ Ablauforganisation der Verbundlösung								
K11	Sind in der Verbundlösung druchgängige Prozesse der Pflege und Betreuung von Klienten/ Patienten/ Bewohner definiert (z.B. Patientenpfad, Betreuungspfad, Flussdiagramme)	nein	ja, doch jeweils nur innerhalb der eigenen Institution (ohne Abstimmung mit Kooperationspartnern)	ja, institutionsübergreifend mit einigen Kooperationspartnern	ja, institutionsübergreifend mit allen Kooperationspartnern	nicht bekannt		
K12	Wie werden die Schnittstellen in der Verbundlösung koordiniert	gar nicht bzw. über den Klienten/ Patienten/ Bewohner oder einen anderen Leistungserbringer	individuell, punktuell oder situativ	durch einen Case Manager/ Fallverantwortlichen	systematische Koordination unter verschiedenen Kooperationspartnern (Bsp. definierte Patienten- und Behandlungspfade)	nicht bekannt		
K13	Wie wird üblicherweise unter den Kooperationspartnern in der Verbundlösung kommuniziert	telefonisch/ mündlich	handschriftlich	elektronisch	nicht bekannt			
		unstrukturiert (z.B. situativ, nach Bedarf, E-Mails)	strukturiert (z.B. regelmässige Fallbesprechungen, Koordinations-gespräche, Runder Tisch, gemeinsame Software, standardisierte Formulare)	nicht bekannt				
K14	Wie wird die Verbundlösung nach aussen kommuniziert	keine gemeinsame Kommunikation nach aussen	zentrale Anlaufstelle für die gesamte Verbundlösung (z.B. Drehscheibe/ Telefonzentrale/ gemeinsames Sekretariat)	gemeinsamer Namen	gemeinsames Logo	gemeinsame Informationsmaterialien (z.B. Flyer, Prospekte etc.)	gemeinsamer Internetauftritt	gemeinsame Pressearbeit
		andere Elemente: freie Eingabe						
Supportdienste der Verbundlösung								
K15	Welche ergänzenden, gemeinsamen Supportdienste werden im Rahmen der Verbundlösung koordiniert oder zusammen genutzt	Gebäude/ Infrastruktur/ Facility Management	Sekretariat/ Administration	Finanzen/ Buchhaltung	Einkauf/ Logistik	Aus- und Weiterbildung	Qualitätsmanagement	IT: Software/ Hardware
		Wissensmanagement	Marketing/ Kommunikation	Human Resources/ Personalwesen	Abrechnung von Leistungen	Statistiken/ Auswertungen	andere Supportdienste: freie Eingabe	keine gemeinsamen Supportdienste

Anhang 5: Expertenliste

Name	Funktion	Kontakt
John Diehl	Projektleiter "64plus", Gesundheitsplanung, Alters- und Pflegeheime Kanton Basel-Landschaft	Bahnhofstrasse 5 4410 Liestal john.diehl@bl.ch
Jeannette Höfliger	Altersbeauftragte der Stadt Winterthur	Waldhofstrasse 1 8400 Winterthur jeannette.hoeffliger@win.ch
Hanspeter Inauen	Geschäftsleiter Spitex Kriens und dipl. Organisationsberater BSO beraten und entwickeln	Berglistrasse 31 6005 Luzern hp.inauen@bluewin.ch
Angelika Nyffenegger	Geschäftsleiterin Spitex Feuerthalen	Bahnhofstrasse 145 8245 Feuerthalen anyffenegger@preiny.ch
Judith Widmer	Juristin, Spezialistin für Sozialhilferecht in den Gemeinden, Lehrbeauftragte Universität Zürich	Seefeldstrasse 25 8008 Zürich info@jwidmer.ch
Dorothea Zeltner	Geschäftsleiterin Spitex Basel Stadt	Feierabendstr. 44 4051 Basel dorothea.zeltner@spitexbasel.ch