

2011

# *HomeCare Thurgau*

**Grundlagenbericht Zukunft Spitex Thurgau**

**Auftraggeber**

Verband Thurgauer Gemeinden VTG

Spitex Verband Thurgau

**Berichterstellung durch**

Curanovis – Care Management GmbH

06.06.2011

**Grundlagenbericht Zukunft Spitex Thurgau**

**Im Auftrag von**

**Spitex Verband Thurgau / Verband Thurgauer Gemeinden**

**Bericht erstellt durch**

**Curanovis – Care Management**

Stefan Knoth MHSc, Gesundheitswissenschaftler  
Monica von Toggenburg, Health Care Consultant

Badenerstrasse 9  
CH-5200 Brugg AG

Copyright Curanovis – Care Management 2011  
Spitex Verband Thurgau / Verband Thurgauer Gemeinden

**Lesehinweis: Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Bericht auf geschlechtsbezogene Formulierungen verzichtet. Die männliche Form gilt auch für die weibliche und umgekehrt.**

## Inhaltsverzeichnis

1	Einführung .....	6
1.1	Projektauftrag und Zielsetzung.....	6
1.2	Ablauf und Methode .....	6
2	Bevölkerungsentwicklung & Altersquotient.....	8
2.1	Bevölkerungsentwicklung.....	8
2.2	Altersquotient.....	8
2.3	Zusammenfassung demographische Entwicklung.....	9
3	Spitexleistungen .....	10
3.1	Bisherige Leistungen.....	10
3.2	Leistungs- und Beschäftigungsentwicklung.....	11
3.3	Verteilung des Personals .....	11
3.4	Leistungsbreite .....	12
3.5	Kontext Akutsomatik .....	13
3.6	Zusammenhang Spitex und Akutsomatik .....	13
3.7	Produktivität pro Stelle.....	14
3.8	Zusammenfassung Spitex-Kennzahlen .....	16
4	Prognose Spitex-Leistung .....	17
4.1	Zusammenfassung Leistungsentwicklung .....	18
5	Auswertung Fragebogen .....	19
5.1	Aktuelle Schwerpunkte.....	19
5.2	Herausforderungen .....	20
5.3	Zusammenfassung Fragebogen I: aktuelle Schwerpunkte und Herausforderungen.....	22
5.4	Tägliche Aufgaben .....	23
5.5	Neue Entwicklungen .....	25
5.6	Zusammenfassung Fragebogen II: tägliche Aufgaben und neue Entwicklungen .....	26
5.7	Neue Organisationsformen .....	27
5.8	Zusammenfassung Fragebogen III: neue Organisationsform .....	28
6	Anforderungen an die zukünftige Organisation .....	29
6.1	Herausforderungen .....	29
6.1.1	Altersentwicklung.....	29
6.1.2	Krankenhausfälle nach Altersgruppen .....	29
6.1.3	Chronische Krankheiten .....	30
6.1.4	Neue Patientenströme und Ambulantisierung .....	32
6.2	Personalverknappung.....	33
6.2.1	Mangel an Pflegepersonal.....	33
6.2.2	Veränderung bei den Ärzten .....	33
7	Determinanten ambulanter Versorgung.....	35
7.1	Maximen.....	35
7.2	Determinanten der Gesundheit .....	36

7.3	Determinanten in der ambulanten Gesundheitsversorgung.....	36
7.3.1	Soziale Gesundheit und Umwelt .....	36
7.3.2	Physiologische und Behavioristische Determinante .....	37
7.3.3	Determinanten im Lebenszyklus .....	37
8	Modelle der ambulanten Versorgung .....	38
8.1	Beispiel Engadin.....	38
8.2	Beispiel Holland .....	38
8.2.1	Gemeindegestützte Grundversorgung.....	38
8.2.2	Die Hausarztpraxis.....	38
8.3	Beispiel Schweden und Finnland .....	39
8.4	Fazit .....	39
9	«Denkraster ambulante Versorgung» .....	40
10	Konsequenzen für die zukünftige Organisation .....	41
10.1	Prämisse .....	41
10.2	Konsequenz für die Angebotsstruktur .....	41
10.2.1	Fallzahlen und Angebote .....	41
10.2.2	Geschätzter Aufwand und Stellenbedarf .....	42
10.3	Konsequenz für die Organisationsstruktur .....	42
10.4	Konsequenz für die Kooperation .....	43
10.4.1	Fachliche Kooperation .....	43
10.4.2	Räumliche und materielle Kooperation .....	44
10.5	Konsequenz für die Ansprechstruktur .....	44
10.6	Beurteilungskriterien für die Modelle .....	44
11	Betriebskonzepte Basismodul .....	45
11.1	Einleitung & Auftrag .....	45
11.1.1	Siedlungsdichte und Gemeindetypen .....	45
11.2	3 Modellvorschläge für Home Care Thurgau.....	45
12	Modell Status Quo (Basis heutige Gliederung).....	46
12.1	Übersicht .....	46
12.2	Einschätzung gemäss Kriterien .....	46
13	Modell Bezirk (Basis Politische Bezirksstruktur).....	47
13.1	Auflistung der Organisationen in den Bezirken .....	47
13.2	Geleistete Stunden der Spitexorganisationen pro Bezirk.....	48
13.3	Personalverteilung pro Bezirk.....	49
13.4	Übersicht .....	49
13.5	Aufbaustruktur Modell Bezirk .....	50
13.6	Einschätzung gemäss Kriterien .....	50
14	Modell Regionen (Basis Betriebswirtschaft) .....	51
14.1	Überlegungen zum Modell .....	51
14.2	Übersicht .....	51
14.3	Aufbaustruktur Modell Region .....	51
14.4	Einschätzung gemäss Kriterien .....	52

15	Fazit .....	53
16	Empfehlung .....	54
17	Weiteres Vorgehen und Projektskizze .....	55
17.1	Projektstruktur .....	55
17.2	Gliederung in Teilprojekte .....	56
17.3	Ablauf .....	57
18	Abbildungsverzeichnis .....	58
19	Tabellenverzeichnis .....	58
20	Literaturverzeichnis .....	60

## 1 Einführung

Der Spitex Verband Thurgau und der Verband Thurgauer Gemeinden haben in einer Vorbereitungsphase im Jahr 2010 ein Seminar für Behörden und Spitexverantwortliche durchgeführt. Die Auswertung dieser Veranstaltungen kommt zu folgendem Ergebnis:

*„Nach zwei gut besuchten Weiterbildungsveranstaltungen mit Gemeindebehörden und Spitexverantwortlichen wurde klar, dass mit der Einführung der DRG sowie der Umsetzung der Pflegefinanzierung die vor- und nachgelagerten Bereiche der Institutionen stark betroffen sein werden. Gemeinden und Spitex sind direkte Vertragspartner. Die Strukturen der einzelnen Organisationen entsprechen noch nicht überall den kommenden Herausforderungen. Ein Handlungsbedarf ist ausgewiesen. Dies wurde auch von den TeilnehmerInnen der beiden Veranstaltungen mehrheitlich festgestellt.“*

Die Initialgruppe, bestehend aus Max Mäder, damaliger Prorektor Bildungszentrum für Gesundheit BfG (während Veranstaltungen), Christoph Tobler, Präsident Spitex Verband Thurgau, Reto Marty, Geschäftsleiter Verband Thurgauer Gemeinden VTG und Christa Lanzicher, Geschäftsführerin Spitex Verband Thurgau, ist zum Schluss gekommen, dass zur weiteren Arbeit eine Analyse und Grundlagenarbeit durchgeführt werden soll, um den Handlungsbedarf und dessen Kontext einschätzen und konkrete Handlungsimpulse auslösen zu können.

### 1.1 Projektauftrag und Zielsetzung

Die beiden Verbände Spitex Verband Thurgau und Verband Thurgauer Gemeinden haben mit der grosszügigen Unterstützung des Gesundheitsdepartementes die Firma Curanovis – Care Management, mit Sitz in Brugg AG, beauftragt, eine Grundlagenarbeit durchzuführen.

Die Grundlagenarbeit hat folgende Zielsetzungen:

- ✓ Vorbereitung einer Diskussionsgrundlage für die Entwicklung der Spitex im Kontext nationaler und kantonaler Entwicklungen
- ✓ Vorschläge möglicher struktureller und organisatorischer Veränderungen
- ✓ Erarbeitung konkreter Handlungsempfehlungen unter Einbezug aktueller und zukünftiger Bedürfnisse und Angebote

Als Ergebnis der Grundlagenarbeit soll ein Bericht erstellt werden, der die Überlegungen zusammenfasst und zwei bis drei Modellvarianten ausführt. Dieser Bericht ist das Ergebnis dieser Arbeit und bildet zugleich deren Abschluss. Am Ende des Berichtes wird ein Vorschlag gemacht, wie ein Umsetzungsprojekt durchgeführt werden kann und welche zentralen Inhalte bearbeitet werden müssen.

### 1.2 Ablauf und Methode

Für die Gliederung der Arbeit wurde eine Reihe von Meilensteinen und Inhalten bearbeitet, die in der nachfolgenden Tabelle kurz zusammengefasst werden.

Meilenstein	Inhalte detailliert
Die aktuelle und zukünftige Versorgungssituation ist beschrieben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klärung der aktuellen Versorgungssituation mit Schwerpunkt Spitex (Stand 2007 - 2009, Vergleich Demographie Kanton TG – CH gemäss BfS)</li> <li>• Einschätzung der künftigen Versorgungslage</li> </ul>
Die Determinanten zukünftiger ambulanter Versorgung sind bestimmt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausarbeitung der erwarteten Determinanten ambulanter Versorgung (z.B. Versorgungsregionen, Praxen und Versorgung zu Hause)</li> <li>• Gewichtung der Determinanten</li> </ul>
Ein Versorgungsmodell (mit Variationen) ist erstellt und fundiert/referenziert	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausarbeitung der Modell-Konzeption als Diskussionsgrundlage</li> <li>• Fundierung mit bestehenden Modellen bzw. Referenzierung anhand wissenschaftlicher Studien</li> <li>• Ausarbeitung des Veränderungsbedarfs</li> </ul>
Eine breite Akzeptanz des Modells ist erreicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vernehmlassung in zwei bis drei Stufen (Verbände, Institutionen, Betroffene und Interessierte)</li> <li>• Veranstaltungen</li> </ul>
Der Masterplan ist erstellt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau eines Masterplanes zur Umsetzung des Modells</li> <li>• Einbezug interessierter Gemeinden und Organisationen</li> </ul>
Die Umsetzung kann durchgeführt werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klärung der Projektleitung</li> <li>• Aufbau eines Projektteams</li> <li>• Klärung allfälliger Kooperationen</li> </ul>

Tabelle 1: Ablauf Grundlagenarbeit

Die Arbeit wurde in **drei Etappen** durchgeführt. In der **ersten Etappe** wurden die Daten zur Versorgungssituation und zu den zukünftigen Herausforderungen (z.B. Demographie, Finanzierung, Nachwuchs) bearbeitet. In dieser Phase wurde eine Befragung der Spitexorganisationen durchgeführt, die einerseits die aktuelle Situation näher beschreiben soll, andererseits auch den Blick in die Zukunft lenkt und die Frage nach möglichen zukünftigen Organisationsstrukturen stellt.

Diese erste Etappe wurde abgeschlossen durch einen Konsultativbericht 1 und einem ersten Hearing mit einer ausgesuchten Anzahl von Stakeholdern (Gemeinde, Stadträte, Spitexorganisationen und kantonale Behörden).

Das Hearing führte zur **zweiten Etappe**. Hier wurden drei Modelle erarbeitet und auf der Basis von verschiedenen Kriterien evaluiert. Der Inhalt der drei Modelle war die Klärung möglicher neuer Organisationsstrukturen. Dazu wurden Modellrechnungen für neue Angebote durchgeführt. Auch diese Phase wurde mit einem Konsultativbericht 2 beendet und in einem zweiten Hearing vernehmfasst. In diesem zweiten Hearing wurde die Gruppe etwas erweitert mit zusätzlichen Vertretern von den Gemeinden und Spitexorganisationen.

Die **dritte Etappe** begann mit einer grossen Veranstaltung: eingeladen wurden alle Spitexorganisationen und Gemeindevertreter. Die Inhalte der Veranstaltung waren die Ergebnisse der beiden ersten Phasen und die Zusammenfassung der Berichte. Der vorliegende Bericht ist die Zusammenfassung der vorangegangenen Konsultativberichte und beinhaltet die Ergebnisse aller drei Veranstaltungen.

## 2 Bevölkerungsentwicklung & Altersquotient

### 2.1 Bevölkerungsentwicklung

Die zukünftige Bevölkerungsentwicklung ist wichtig für die weitere Planung und Organisation der Spitex-Institutionen. Das Bundesamt für Statistik hat bis ins Jahr 2050 Bevölkerungsprognosen erstellt. In der folgenden Statistik wird das mittlere Szenario für die Schweiz und für den Kanton Thurgau aufgezeigt.

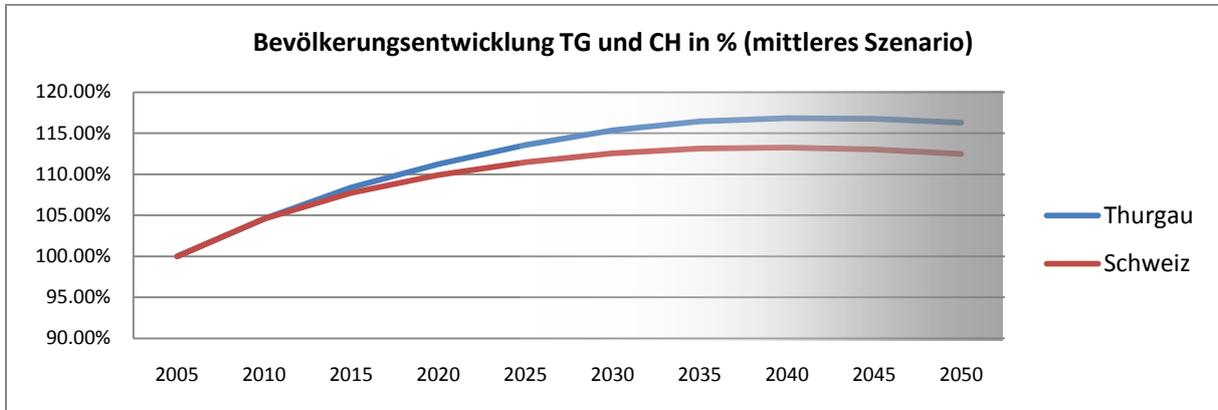


Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung Thurgau und Schweiz (mittleres Szenario Bfs)

Quelle: Bundesamt für Statistik

Der Thurgau wird gemäss Bundesamt für Statistik ein stärkeres prozentuales Bevölkerungswachstum erfahren als die Gesamtschweiz. Bis ins Jahr 2035 wird dieses Wachstum schneller voranschreiten als danach. Im Zeitraum zwischen 2045 und 2050 sollen die Thurgauer und die Schweizer Bevölkerung sogar wieder etwas zurückgehen.

Im Kanton Thurgau wird ein grösseres Bevölkerungswachstum erwartet als im Schweizer Durchschnitt.

Aufgrund der sehr schwierigen Prognose über längere Zeiträume wurden die Kurven zunehmend grau eingefärbt. Dies soll signalisieren, dass die Zahlen noch sehr unsicher und nicht interpretierbar sind.

### 2.2 Altersquotient

In der Abbildung 2 sind der Jugendquotient<sup>1</sup>, der Altersquotient<sup>2</sup> und der Gesamtquotient (Summe von Jugend- und Altersquotient) des Kantons Thurgau demjenigen der Gesamtschweiz gegenübergestellt.

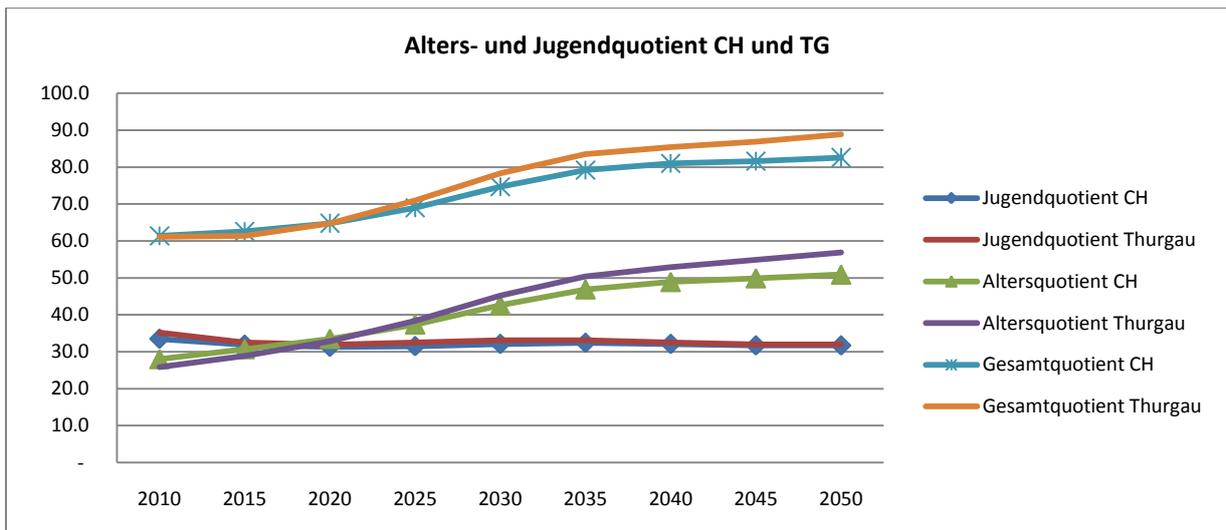


Abbildung 2: Entwicklung Alters- und Jugendquotient Thurgau und Schweiz

Quelle: Bundesamt für Statistik

Auffällig ist der künftig steil ansteigende Altersquotient (im Thurgau extremer als gesamtschweizerisch). Bis ins Jahr 2050 flacht dieser kaum ab. Der Jugendquotient sinkt bis 2015 leicht und bleibt danach weitgehend stabil

<sup>1</sup> Anzahl Personen im Alter von 0-19 Jahren im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung

<sup>2</sup> Anzahl Personen ab 65 Jahren im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung

(im Kanton Thurgau sowie in der gesamten Schweiz). Ein Anstieg des Gesamtquotienten bedeutet, dass der Jugendquotient weniger stark sinkt, als der Altersquotient steigt. Besonders im Kanton Thurgau ist das der Fall zwischen 2020 und 2050.

Der Kanton Thurgau hat damit einen grösseren prozentualen Anstieg der Bevölkerung zu bewältigen, wie auch einen rascher und höher ansteigenden Altersquotienten. Die Ausgangslage des Kantons Thurgau ist ein vergleichsmässig tiefer Altersquotient. Dieser überholt jedoch laut Prognose des Bundesamtes für Statistik den durchschnittlichen Altersquotienten der Schweiz ca. im Jahr 2022, so dass er im Jahr 2050 bei über 55% liegt (CH: ca. 50%).

**Der Kanton Thurgau hat einen grösseren prozentualen Anstieg des Altersquotienten zu bewältigen als im Schweizer Durchschnitt.**

### **2.3 Zusammenfassung demographische Entwicklung**

**Im Kanton Thurgau wird ein grösseres Bevölkerungswachstum erwartet als im Schweizer Durchschnitt. Der Kanton Thurgau hat einen grösseren prozentualen Anstieg des Altersquotienten zu bewältigen als im Schweizer Durchschnitt.**

#### **Bedeutung für die zukünftige ambulante Versorgungsstruktur**

Die Bevölkerung wird in ihrer Gesamtzahl stärker wachsen als die Schweiz als Ganzes. Zudem wird angenommen, dass der Anteil der älteren Bevölkerung ebenfalls überproportional ist. Zukünftige Versorgungsstrukturen müssen auf diese Mehrleistung – unabhängig aller weiteren Versorgungsparameter - vorbereitet sein.

### 3 Spitexleistungen

#### 3.1 Bisherige Leistungen

Eine Übersicht über den aktuellen Leistungsstand der Spitex Thurgau liefern die folgenden Grafiken. Als Basis diente die Spitex-Statistik vom Kanton Thurgau aus den Jahren 2005 bis 2009.

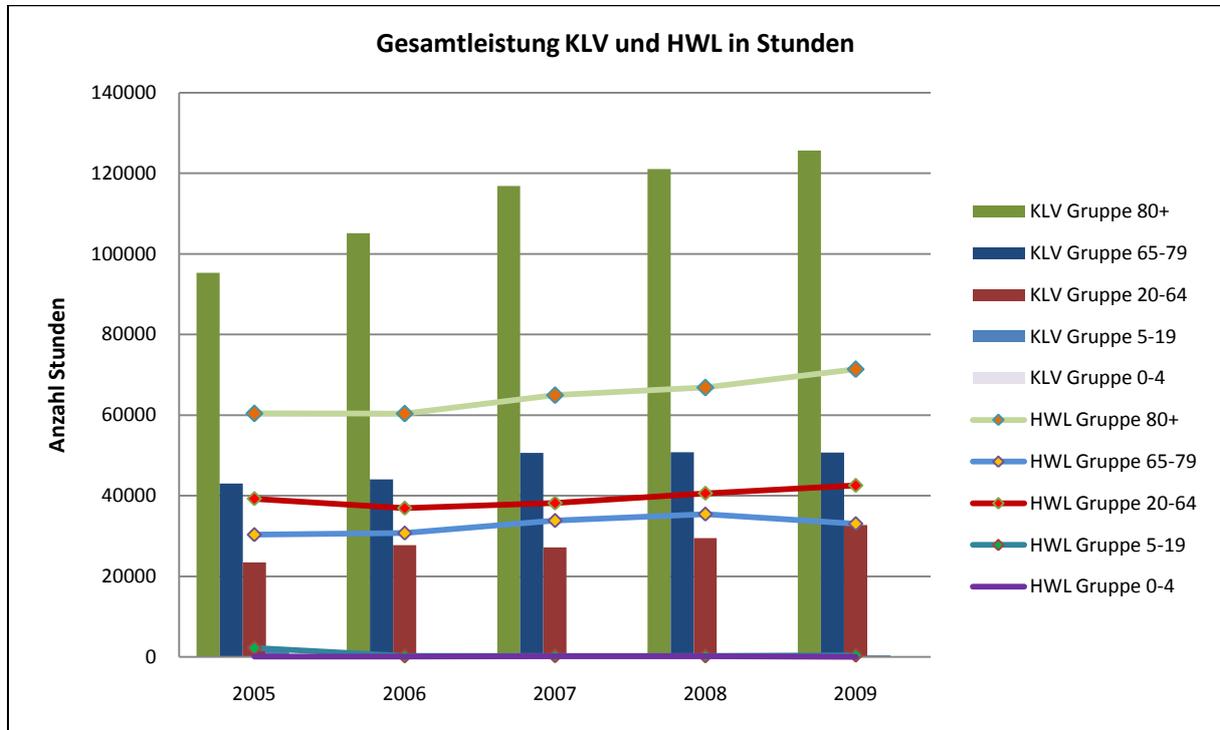


Abbildung 3: Gesamtleistung KLV und HWL in Stunden

Quelle: Thurgauer Spitex-Statistik

Die Grafik über die Gesamtleistung (Abbildung 3) in den beiden Spitex-Bereichen KLV (Krankenpflege-Leistungsverordnung) und HWL (Hauswirtschaftsleistungen: Hauspflege & Haushilfe) untersucht Unterschiede in den Entwicklungen für die beiden Leistungsarten.

Für die Altersklasse 80+ ist der Trend – sowohl im Bereich KLV als auch im Bereich HWL – stark positiv. Die KLV-Stunden verzeichneten insgesamt einen grösseren Anstieg (+30'335 Stunden) als die HWL-Stunden (+11'003 Stunden). Die Klienten im Alter von 65 bis 79 Jahre beanspruchten zwischen den Jahren 2005 und 2007 ebenfalls zunehmend mehr KLV-Leistungen; dieser Trend stabilisierte sich jedoch ab 2007. Im Bereich HWL sind die Zahlen derselben Altersgruppe ab 2008 sogar wieder leicht rückläufig. Die Altersgruppe 20-64 beansprucht sowohl in KLV als auch in HWL 2009 tendenziell mehr Leistungen als im Jahr 2005. Die Aussagekraft der Zahlen der Altersklassen 0-4 und 5-19 ist gering, da die absolute Anzahl geleisteter Stunden sehr klein ist.

Die Leistungsentwicklung bei der Altersklasse 80+ ist sehr gross und bisher ungebrochen.

In den Altersklassen unter 20 Jahren gibt es kaum Leistungen.

### 3.2 Leistungs- und Beschäftigungsentwicklung

Um die Entwicklung der Stellen im Kontext mit den Leistungen beurteilen zu können, werden in der nachfolgenden Abbildung beide Trends dargestellt. Als Basisjahr wurde das Jahr 2005 festgelegt (bei 100% indexiert).

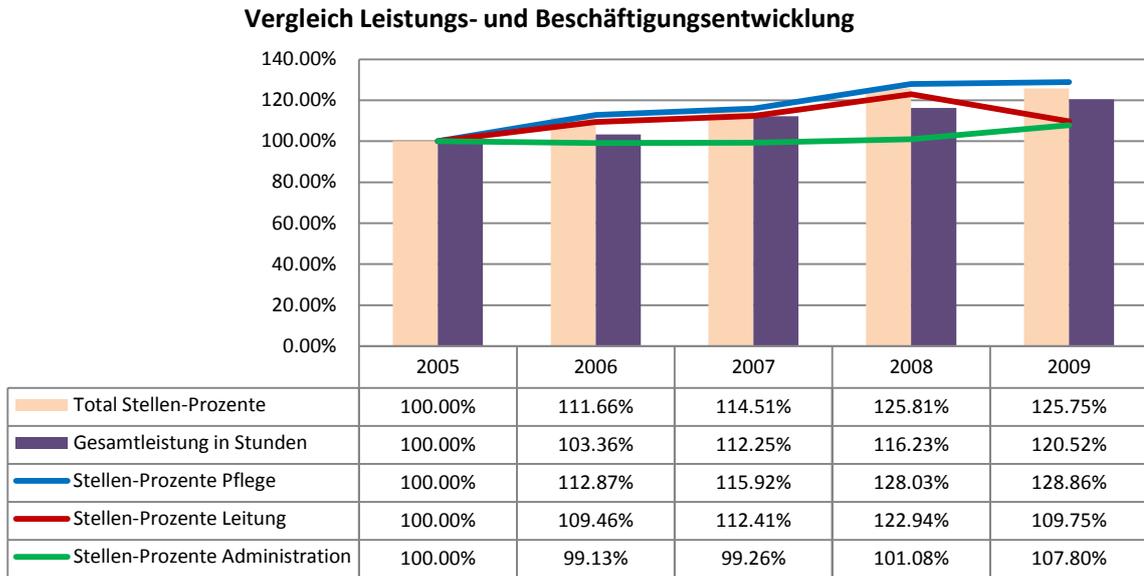


Abbildung 4: Vergleich der Leistungs- & Beschäftigungsentwicklung

Quelle: Thurgauer Spitex-Statistik

Auffallend ist, dass sich die Stellen-Prozente im Vergleich zu der Gesamtleistung in Stunden insgesamt leicht überproportional entwickelt haben. Das Prozentzuwachsttotal der Stellen-Prozente liegt im Jahr 2009 bei 125.75% und dasjenige der Gesamtleistung bei 120.52%. Zwischen 2005 und 2006 wurden 12% Stellen aufgebaut, während die Leistungssteigerung mit 3% deutlich geringer ausfiel. Im nächsten Jahr hingegen konnte die Leistungserbringung um ganze 9% gesteigert werden, während die Stellen-Prozente nur sparsam erweitert wurden (3%). Dieses Muster der ersten drei Erhebungsjahre wiederholt sich zwischen 2007 und 2009, wobei die Stellenprozente im letzten Jahr zum ersten Mal ganz leicht zurückgingen.

Insgesamt haben sich die Gesamtstellen leicht überproportional zu den Leistungen entwickelt. Bei den Leitungsstellen wurden im Jahr 2009 Stellen abgebaut.

### 3.3 Verteilung des Personals

In der Abbildung 5 sind die prozentualen Anteile der 3 Personalgruppen (Dienstgrade: Leitung, Pflege, Administration) am Total der Stellen-Prozente für jedes Jahr dargestellt (Säulen). Zusätzlich sind die zugehörigen Maximal- und Minimalwerte (im Quervergleich aller Organisationen) mit Linien markiert, um die Unterschiede zwischen den einzelnen Institutionen aufzuzeigen.

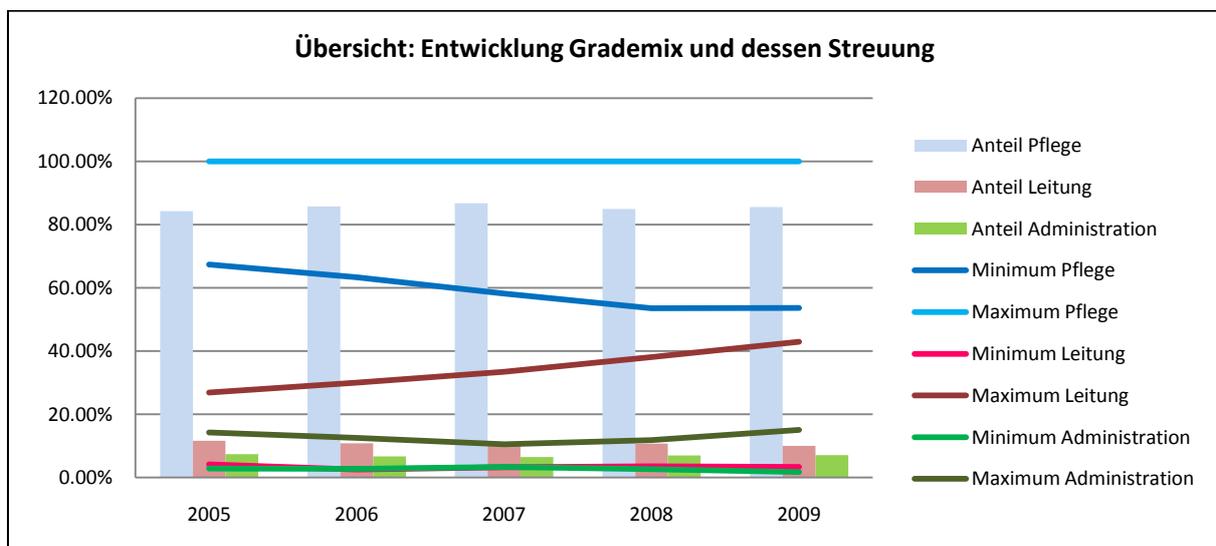


Abbildung 5: Übersicht über die Entwicklung Grademix und dessen Streuung

Quelle: Thurgauer Spitex-Statistik

Der Anteil der Pflegestellen liegt in jedem Jahr über 80%, die restlichen Stellen werden zwischen Leitung und Administration aufgeteilt. Es gab keine grossen Schwankungen. Die Leitung belegte immer über 10% der gesamten Stellen-Prozente und die Administration ca. 7%.

Das Verhältnis der drei Personalgruppen (Leitung, Administration, Pflege/Hauswirtschaft) bleibt über die Jahre stabil. Die Unterschiede zwischen den Institutionen werden immer grösser.

Der maximale Anteil der Leitung steigt von Jahr zu Jahr, der Minimal-Anteil der Pflege sinkt hingegen seit 2005. Dies bedeutet, dass die Unterschiede zwischen den Institutionen in ihrer Verteilung verschiedener Personalgruppen immer grösser werden.

### 3.4 Leistungsbreite

Die Leistungsbreite und Vielfalt der Spitex-Organisationen im Kanton Thurgau ist bemerkenswert. Neben den „Pflichtleistungen“ wurden eine ganze Reihe zusätzlicher Dienste angeboten.

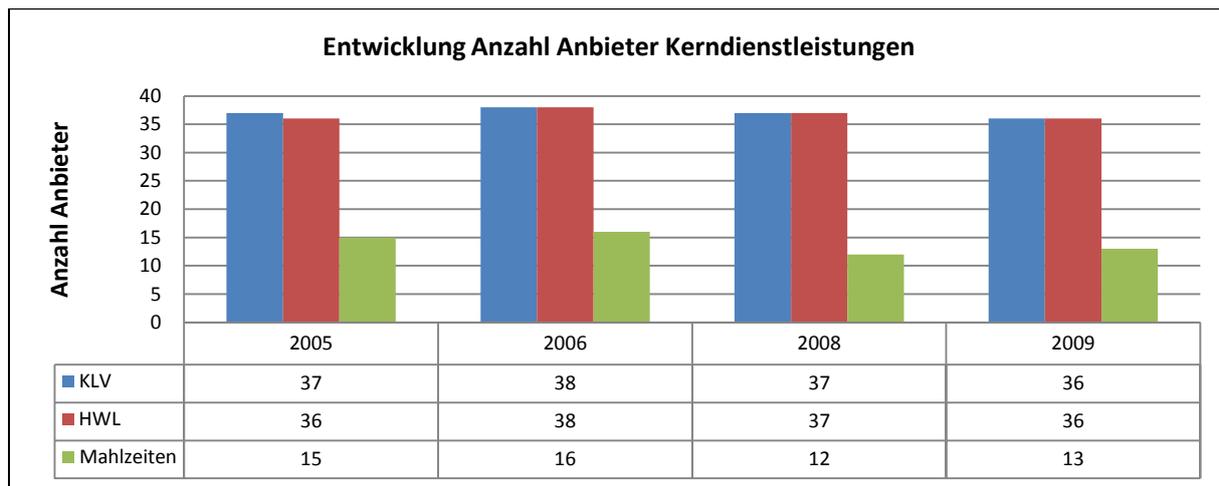


Abbildung 6: Entwicklung Anzahl Anbieter Kerndienstleistungen

Quelle: Thurgauer Spitex-Statistik

Jede Institution bietet sowohl KLV- als auch HWL-Leistungen - ausser im Jahr 2005, als eine Institution keine hauswirtschaftlichen Leistungen erbrachte. Der Mahlzeiten-Dienst wurde insgesamt von weniger als der Hälfte der Institutionen angeboten. Dieses Angebot ist zudem leicht rückläufig. Eine Übersicht über die Arten und die Anzahl zusätzlicher Dienstleistungen in der folgenden Aufzeichnung zeigt die Vielfalt an Angeboten ausserhalb der Kerndienstleistungen.

Ambulatorium	14	Soziale Dienstleistungen	3
Pikettdienst	27	Therapie	2
Ausserordentliche Arbeitszeiten	16	Transport	15
Entlastungseinsätze	11	Andere	19
Notrufdienste	5	Heim	1
begleitende, erzieherische Leistungen	10	Fahrdienst	20
Beratung Öffentlichkeit	16	Gesundheitsdienst in Zusammenarbeit	10
Präventive Hausbesuche	10	Öffentlichkeitsarbeit	25
Ausbildungsbetrieb	11	Weitere	7

Tabelle 2: Anzahl Anbieter zusätzlicher Dienstleistungen (2009)

Quelle: Thurgauer Spitex-Statistik

Die Breite zusätzlicher Leistungen ist gross. Dies lässt eine entsprechende Nachfrage erwarten. Die Hintergründe der Verteilung der Angebote (welche Organisation bietet welche Leistungen an), sind von aussen nicht einsehbar. Hier ist eine vertiefte Analyse für die Ausgestaltung zukünftiger Angebote unter Umständen angebracht.

Die Leistungsvielfalt der Organisationen ausserhalb von KLV- und HWL Leistungen ist gross und lässt eine entsprechende Nachfrage erwarten.

### 3.5 Kontext Akutsomatik

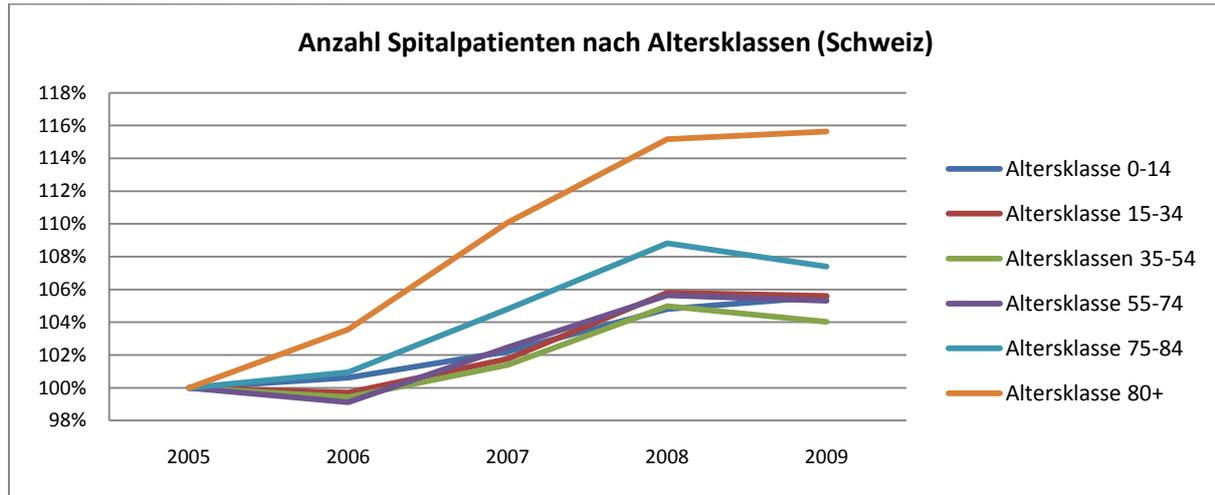


Abbildung 7: Anzahl Spitalpatienten nach Altersklassen in der Schweiz

Quelle: Bundesamt für Statistik

Abbildung 7 zeigt die prozentuale Entwicklung der Anzahl Spitalpatienten verschiedener Altersgruppen während vier Jahren im Vergleich zum Basisjahr 2005 (indexiert mit 100%). Die Altersklasse 80+ sorgte mit einem Zuwachs von 15% für den grössten Anstieg der Spitalpatienten bis ins Jahr 2009. Auch die Altersklasse 75-84 wuchs in 3 Jahren bis auf ca. 109%, schrumpfte aber im letzten Jahr wieder um 2%. Die Entwicklung der jüngsten vier Klassen ergibt ein ziemlich homogenes Muster: Ein Anstieg bis 2008, danach ein leichter Rückgang.

Die Leistungsentwicklung der Spitalpatienten bei der Altersklasse 80+ ist sehr gross und bisher ungebrochen. Bei allen anderen Altersgruppen ist seit 2008 ein leicht fallender Trend sichtbar.

### 3.6 Zusammenhang Spitex und Akutsomatik

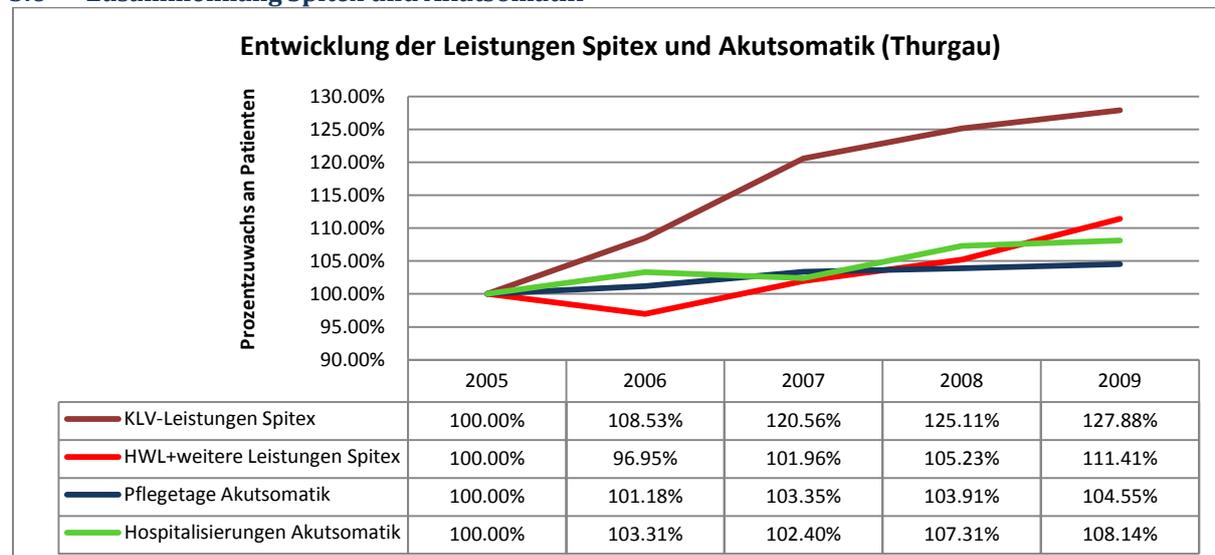


Abbildung 8: Entwicklung – Spitex- und Akuteleistungen

Quelle: Bundesamt für Statistik

Die Abbildung 8 untersucht den Zusammenhang zwischen den Leistungen der Spitex und der Akutsomatik (Spitäler). Zwischen 2005 (Basisjahr, indexiert mit 100%) und 2009 verzeichneten sowohl die Akutsomatik als auch die Spitex einen mehr oder weniger starken prozentualen Leistungsanstieg. Besonders stechen die KLV-Leistungen mit einem Plus von knapp 28% hervor. Es fällt auf, dass die Anzahl Hospitalisierungen in der Akutsomatik stärker steigt (plus 8%) als die Anzahl Pflagetage (plus 4.5%). Daraus kann geschlossen werden, dass Patienten früher entlassen werden und demzufolge weniger Pflagetage im Spital generiert werden.

Die KLV-Leistungen nehmen überproportional im Vergleich zu den Hospitalisationen zu. Der Leistungsschub im KLV-Bereich zeigt eine hohe Korrelation zur Altersgruppe 80+ im Spital.

Vergleicht man die Entwicklung der Altersklasse 80+ in Abbildung 7 mit dem Anstieg der KLV-Leistungen in Abbildung 8 liegt die Vermutung nahe, dass es sich dabei um die gleiche Patientengruppe handelt. Hospitalisierte Patienten über 80 generieren einen grossen Teil der KLV Leistungen, dies neben den Klienten, die dauerhafte Betreuung aufgrund chronischer Krankheit oder Altersgebrechlichkeit benötigen.

### 3.7 Produktivität pro Stelle

Misst man die Produktivität der Organisationen anhand der Leistung (verrechnete Stunden HWL und KLV) pro Stellen (Vollzeitäquivalent), unterscheiden sich die Organisationen im Kanton Thurgau stark. Dazu müssen zwei Prämissen berücksichtigt werden: (1) Die Organisationen haben aufgrund ihrer sehr unterschiedlichen Grösse sehr unterschiedliche Vorhalteleistungen. Zur Erbringung von Leistungen bei kurzfristigen Aufträgen einerseits und zur Sicherung der Anstellung bei starken Schwankungen sind kleine Organisationen zwangsläufig weniger produktiv als grosse Organisationen. (2) Als Leitungsstellen werden nur die ausgewiesenen Stellen berücksichtigt. Der Anteil Vorstandsarbeit oder Führungsaufgaben verteilen sich aber in den einzelnen Organisationen sehr stark. Oft werden Aufgaben durch ehrenamtliche Mitglieder erbracht, deren Leistungen in der nachfolgenden Mittelwertberechnung nicht einfließen. Trotzdem ist dieser Vergleich ein guter Hinweis für zukünftige Organisationsformen.

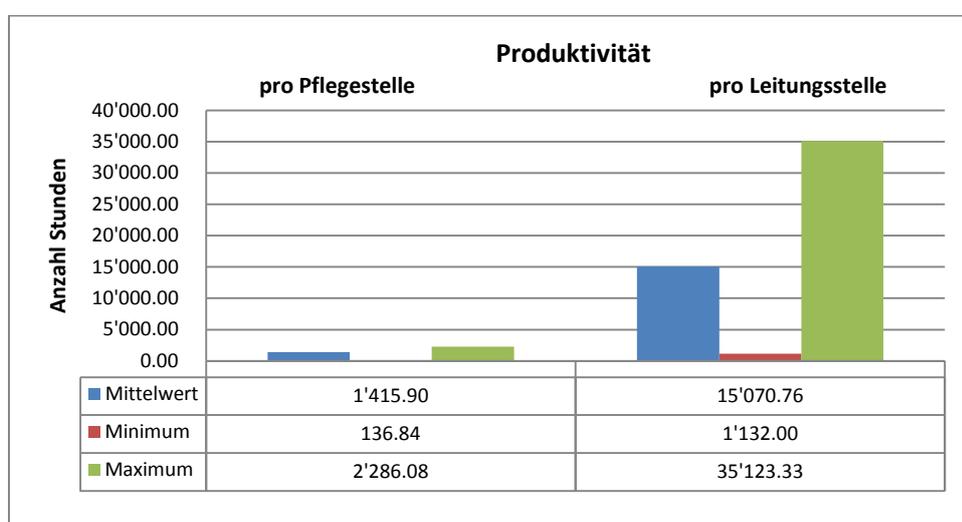


Abbildung 9: Produktivität der Organisationen im Vergleich

Die Unterschiede in der Produktivität erscheinen auf den ersten Blick sehr gross. Bei den Gesamtstunden pro Stelle Pflege/Hauswirtschaft liegt der Durchschnitt bei 1'491 Stunden.

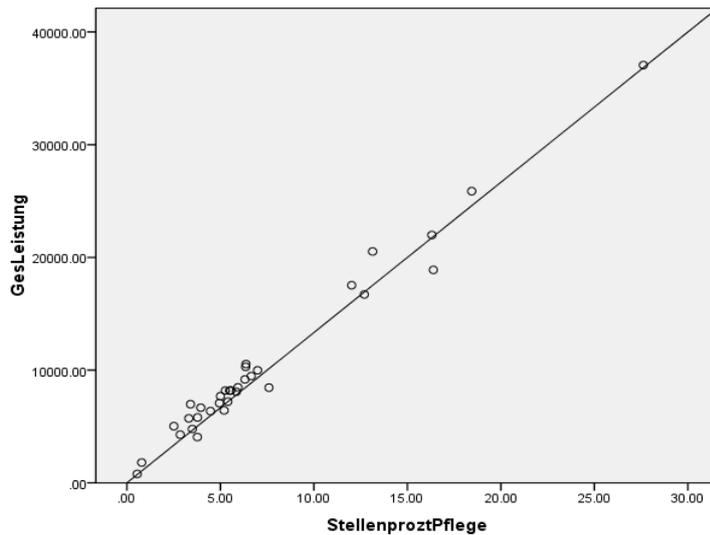
Das Maximum ist doppelt so gross wie das Minimum. Bei den Stunden pro Leitungsstelle liegt der Faktor zwischen Minimum und Maximum bei 7. Hier beträgt der Mittelwert rund 15'000 Stunden.

Die Unterschiede kommen dadurch zustande, dass die Leitungen der Stützpunkte teilweise im operativen Bereich tätig sind. Zudem zeigt eine vertiefte Analyse, dass es in der Regel die kleinen Organisationen sind, die grosse Schwankungen aufweisen.

Die Produktivität im Kanton Thurgau ist hoch. Die Unterschiede im Verhältnis der Leistungsstunden pro Leitungsstelle kommt in erster Linie durch sehr kleine Organisationen zustande.

Zur Orientierung: Die grösste Spitexorganisation Frauenfeld liegt mit 1340 Stunden Leistung pro Stelle genau im Mittelwert und mit rund 12'000 Stunden pro Leitungsstelle etwas unter dem Mittelwert.

Werden die verrechneten Stunden (HWL und KLV) gegenüber den Stellenprozenten der Mitarbeiter in einer Regression berechnet, entsteht diese Grafik:



**Abbildung 10: Leistungen pro Stellenprozent**

Jeder Punkt ist eine Organisation, die Linie ist die Regressionsgerade. Die Nähe der Punkte zu der Linie zeigt auf, dass es im Kanton Thurgau in Bezug auf die Leistungsfähigkeit kaum Unterschiede gibt zwischen den Organisationen. Die Leistungen schwanken zwischen 1'232 und 1'375 Stunden pro Stelle (100%).

Damit können zwei zentrale Aussagen gemacht werden:

1. Die verrechenbaren Leistungen zur Arbeitszeit sind im Kanton Thurgau sehr hoch. Die Produktivität der Spitexorganisationen ist auf einem hohen Niveau.
2. Die Unterschiede zwischen den Organisationen sind sehr klein. Die Unterschiede kommen in erster Linie dadurch zustande, dass in kleinen Organisationen auch die Leitungen im operativen Bereich tätig sind bzw. die wenigen Mitarbeiter der Organisation sich die anfallenden Aufgaben teilen.

### 3.8 Zusammenfassung Spitex-Kennzahlen

Die Leistungsentwicklung bei der Altersklasse 80+ ist sehr gross und bisher ungebrochen.

In den Altersklassen unter 20 Jahren gibt es kaum Leistungen.

Die Leistungsentwicklung der Spitalpatienten bei der Altersklasse 80+ ist sehr gross und bisher ungebrochen.

Bei allen anderen Altersgruppen ist seit 2008 ein leicht fallender Trend sichtbar.

Die KLV Leistungen nehmen überproportional im Vergleich zu den Hospitalisationen zu. Der Leistungsschub im KLV-Bereich zeigt eine hohe Korrelation zur Altersgruppe 80+ im Spital.

Die Leistungsvielfalt der Organisationen ausserhalb von KLV- und HWL- Leistungen sind gross und lassen eine entsprechende Nachfrage erwarten.

Insgesamt haben sich die Gesamtstellen leicht überproportional zu den Leistungen entwickelt. Bei den Leistungsstellen wurden im Jahr 2009 Stellen abgebaut.

Das Verhältnis der drei Personalgruppen Leitung, Administration, Pflege/Hauswirtschaft bleibt über die Jahre stabil. Die Unterschiede zwischen den Institutionen werden immer grösser.

Die Unterschiede in der Produktivität sind gross. Insbesondere bei den Stunden pro Leitung ist der Faktor zwischen Minimum und Maximum bei 7. Diese Unterschiede können in erster Linie durch die sehr unterschiedliche Grösse der Organisationen erklärt werden. Insgesamt ist die Produktivität aber sehr homogen.

#### **Bedeutung für die zukünftige ambulante Versorgungsstruktur**

##### **Leistungen**

Die Altersgruppe, die am meisten ambulante *und* stationäre Versorgungsstrukturen in Anspruch nimmt und auch weiterhin nehmen wird, sind die über 80-Jährigen.

Das Wachstum in der Spitex übersteigt das Wachstum im Spital. Spitalleistungen können nur ungenau als Kennzahl für Leistungen im ambulanten Bereich verwendet werden. Am ehesten kann die Zahl von Hospitalisationen als Leistungsindikator verwendet werden.

##### **Angebot**

Das Angebot ausserhalb der klassischen KLV/HWL-Leistungen ist vielfältig. Eine Nachfrage kann erwartet werden. Die Auswahl dieser zusätzlichen Leistungsangebote erscheint etwas zufällig.

##### **Organisationen**

Der Stellenzuwachs ist überproportional zu den Leistungen. Dabei werden die Unterschiede zwischen den Organisationen in allen Personalgruppen immer grösser. Die Produktivität ist – nach Bereinigung der Grösse der Organisation – hoch und sehr homogen.

## 4 Prognose Spitex-Leistung

Für die zukünftige Entwicklung der Spitex-Leistungen wurden 3 Grafiken erstellt mit denkbaren Szenarien: Die erste Grafik geht von einer konstanten „Stunden pro Einwohner“-Rate aus. Als Referenzgrösse wurde die letztjährige Rate aus der Spitex-Statistik Thurgau festgelegt. In der zweiten und dritten Grafik steigt die „Stunden pro Einwohner“-Rate jährlich und setzt damit den beobachteten aktuellen Trend dieser Rate fort. Ein denkbarer Grund dafür ist die Veränderung in der Spitalfinanzierung, wodurch möglicherweise Pflegeleistungen durch frühere Entlassungen aus den Spitälern in den ambulanten Sektor verlagert werden.

Auf der horizontalen Achse sind die Jahre aufgeführt, vertikal die aus der Hochrechnung resultierende Anzahl Spitex-Stunden in Tausend und pro Jahr (nur für den Kanton Thurgau). Die Tabellen unterhalb der Grafiken sind die genauen Zahlen der Spitex-Stunden in Tausend - für alle 3 Szenarien des BfS für die Bevölkerungsentwicklung im Kanton Thurgau (mittleres, hohes und tiefes Szenario).

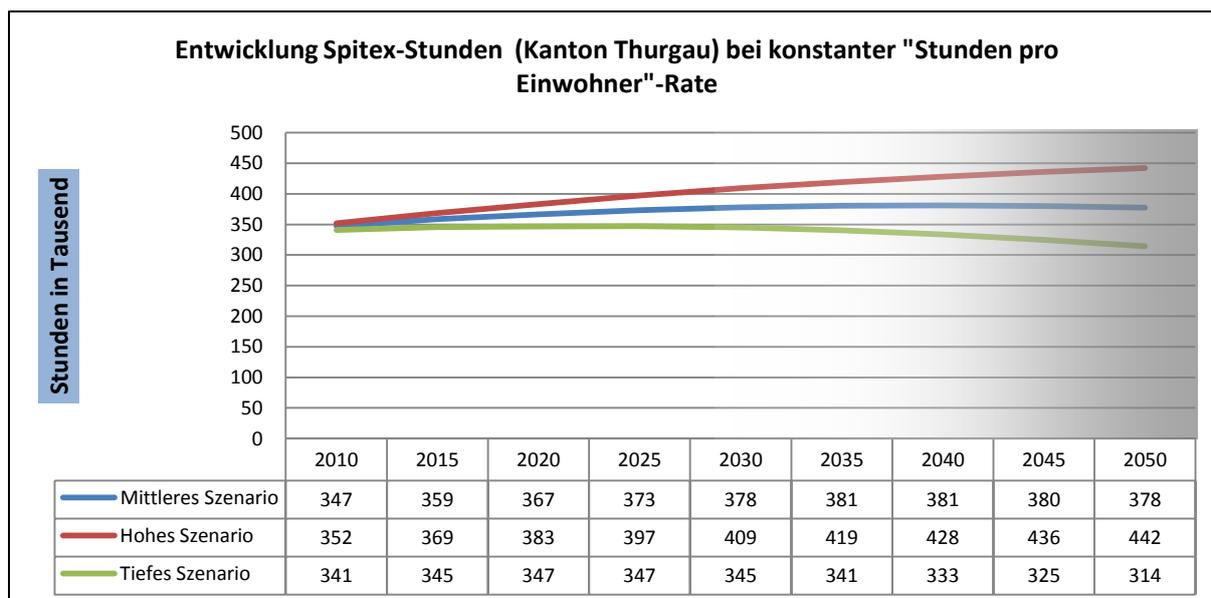


Abbildung 11: Entwicklung Spitex-Stunden bei konstanter "Stunden pro Einwohner"-Rate"

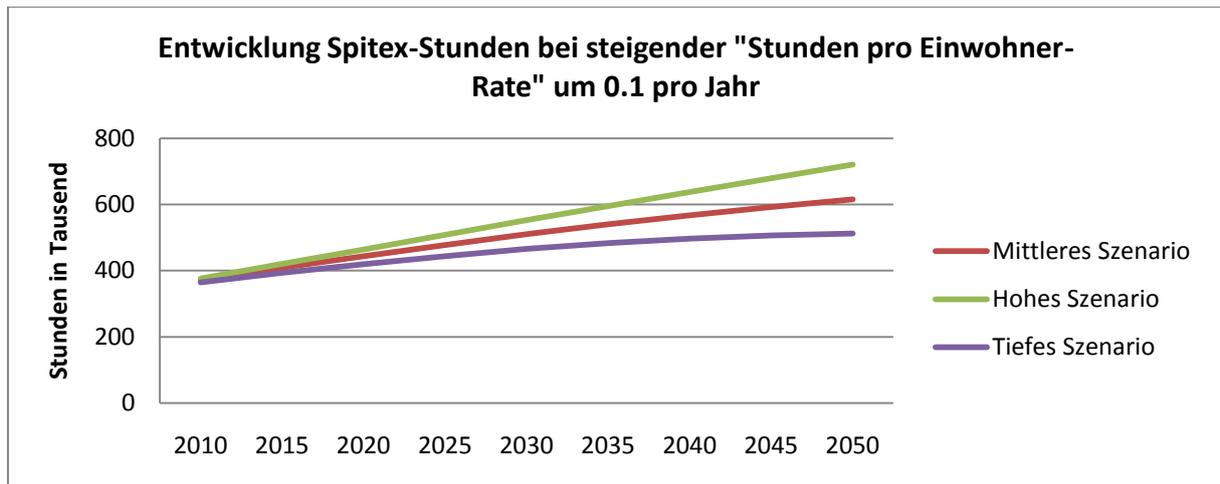
Quellen: Bevölkerungsentwicklung BfS, Stunden pro Einwohner-Rate von der Spitex-Statistik

Wie in Kapitel 1.1 bereits dargestellt, besteht der Trend einer wachsenden Bevölkerung. Angenommen, die Rate der geleisteten Spitex-Stunden pro Jahr und pro Einwohner bleibt bis ins Jahr 2050 konstant (Abbildung 11), steigt die Nachfrage nach Spitex-Leistungen gemäss mittlerem Szenario von jährlich 347'000 Stunden (2010) auf das Maximum von 381'000 Stunden in den Jahren 2035/2040 wegen steigender Einwohnerzahl. Anschliessend sinkt der Bedarf langsam wieder.

Eine lineare Weiterentwicklung ist zumindest in den nächsten fünf Jahren aufgrund der Umstellung der Spitalfinanzierung aber nicht zu erwarten. Die Erwartungen liegen deutlich höher.

Angenommen, der Aufwand an Spitex-Stunden für den einzelnen Einwohner steigt jährlich um + 0.1 Stunden pro Jahr und pro Einwohner (Abbildung 12), steigt die Nachfrage nach Spitexleistungen linear bis ins Jahr 2050 auf 615'000 Stunden, was einer Verdoppelung der aktuellen jährlichen Spitex-Stunden nahekommen würde.

Die Schätzung des zukünftigen Bedarfs ist aufgrund neuer Patientenströme sehr schwierig. Für die nächsten 20 Jahre muss mit einer Zunahme zwischen 10 und 50 Prozent gerechnet werden.



**Abbildung 12: Entwicklung Spitex-Stunden bei steigender "Stunden pro Einwohner-Rate" (0.1 pro Jahr)**

Quellen: Bevölkerungsentwicklung vom BFS, Stunden pro Einwohner-Rate von der Spitex-Statistik (Fortsetzung linear)

Die Schätzung ist aufgrund der fundamentalen Umstellung der Finanzierungsregeln in Spitälern und in der Pflegefinanzierung äusserst unsicher. Es wird erwartet, dass der DRG-Effekt in erster Linie kurzzeitige postakute ambulante Leistungen notwendig macht und die Altersgruppe der über 80-Jährigen weiter stark belastet. Zusammenfassend muss langfristig mit einer Zunahme von (unwahrscheinlichen) 10% bis zu (eher wahrscheinlichen) 50% gerechnet werden. Die Leistungsentwicklung wird eher nicht linear verlaufen. Es wird damit gerechnet, dass in den kommenden fünf Jahren (ab 2012) das Wachstum stärker steigen wird, um sich dann wieder den Hochrechnungen anzunähern.

#### 4.1 Zusammenfassung Leistungsentwicklung

**Die Schätzung des zukünftigen Bedarfs ist aufgrund neuer Patientenströme sehr schwierig. Für die nächsten 20 Jahre muss mit einer Zunahme zwischen 10 und 50 Prozent gerechnet werden.**

##### **Bedeutung für die zukünftige ambulante Versorgungsstruktur**

Die Sicherung der ambulanten Versorgung muss in Etappen geplant und gesichert werden. Die erste Etappe ist durch die Übergangsphase in der Pflege- und Spitalfinanzierung gekennzeichnet. In dieser Zeit (Dauer 2011 bis 2015) ist mit grösseren Schwankungen zu rechnen und die Prognosen sind sehr schwierig. Nach Abschluss dieser Destabilisierung wird damit gerechnet, dass sich die Zahlen einer Trendkurve nähern werden.

## 5 Auswertung Fragebogen

Dieses Kapitel gibt eine Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse einer Umfrage, die im Februar 2011 bei allen Spitex-Institutionen des Kantons Thurgau durchgeführt wurde. Die hier abgebildeten Ergebnisse repräsentieren 30 von 34 Spitexorganisationen, die innerhalb der erweiterten Frist den Fragebogen eingereicht haben.

### 5.1 Aktuelle Schwerpunkte

#### Welche Tendenz weisen Ihre Leistungsstunden auf?

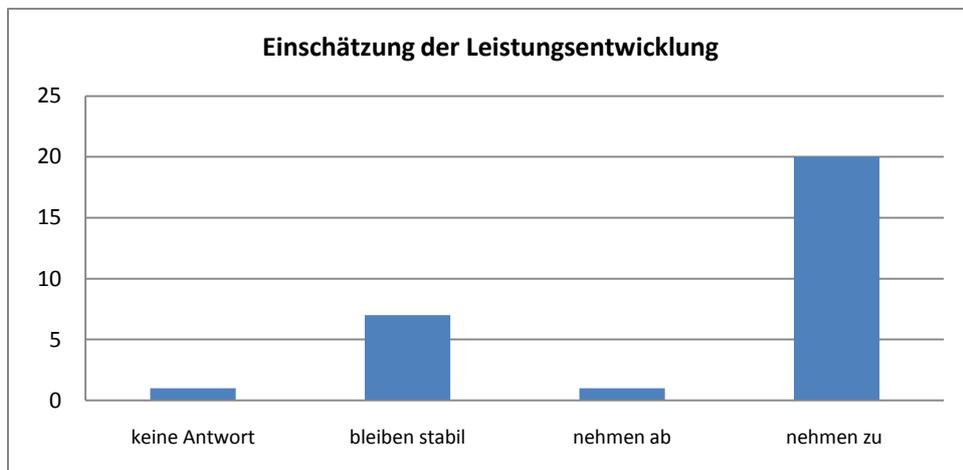


Abbildung 13: Umfrage - Einschätzung der Leistungsentwicklung

Die Mehrheit der Institutionen (20) erwartet eine zunehmende Leistungsentwicklung in den nächsten Jahren, einige rechnen nicht mit grossen Veränderungen.

#### Welche Schwerpunkte haben Sie in der Spitex

(geordnet nach Prioritäten: 1 = höchste Priorität, 4 = tiefste Priorität)

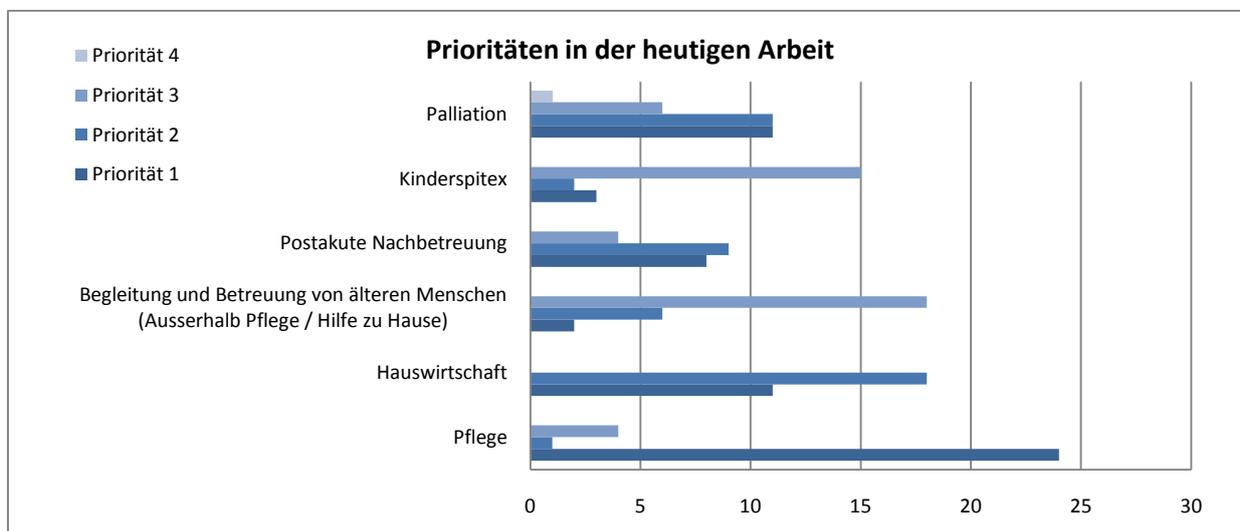


Abbildung 14: Umfrage - Prioritäten in der heutigen Arbeit

Die Frage nach den Prioritäten in der heutigen Arbeit ist in der Abbildung 14 dargestellt: Die Pflege steht bei der Mehrheit der Institutionen an erster Stelle der Prioritätenliste, lediglich eine Institution sieht die Pflege an zweiter Stelle und zwei Institutionen auf Stufe 3. Die Hauswirtschaft wird von 11 Institutionen auf Stufe 1 gesetzt und von 18 auf Stufe 2. Die Begleitung wurde von der Mehrheit der Befragten (17) auf Stufe 3 gesetzt. Bei der postakuten Nachbetreuung gehen die Meinungen auseinander, insgesamt ist dieser Anteil noch weniger bedeutsam. Die Kinderspitex ist ziemlich deutlich dritte Priorität und die Palliation ist gleichmässig verteilt auf die Stufen 1 und 2.

Die Prioritäten der heutigen Leistungsangebote liegen bei der Pflege und Hauswirtschaft, gefolgt von Palliation und postakuter Nachbetreuung.

## 5.2 Herausforderungen

### Welche Themen fordern Sie in Ihren Alltag besonders, sind besonders problematisch?

Die Abbildungen 15 bis 19 illustrieren die Antworten der Befragten zur Aufgabe, aus einer Auswahl von 20 Themen anzugeben, inwiefern sich diese als Herausforderungen für ihre Institution präsentieren.

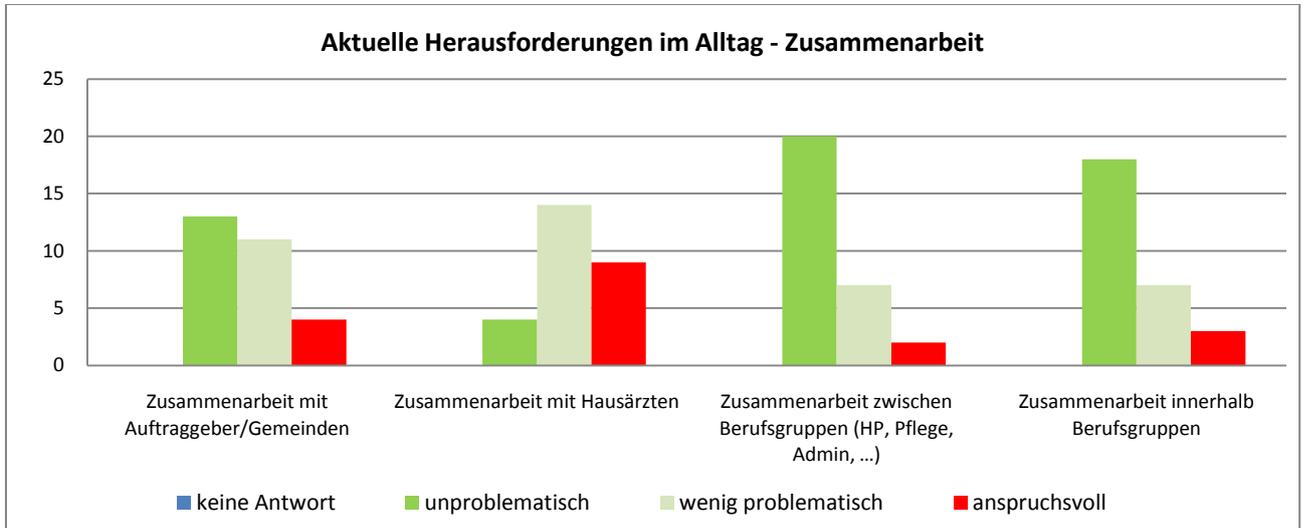


Abbildung 15: Aktuelle Herausforderungen im Alltag (Zusammenarbeit)

Am meisten Schwierigkeiten liegen in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Andere Kooperationsprobleme scheint es kaum zu geben.

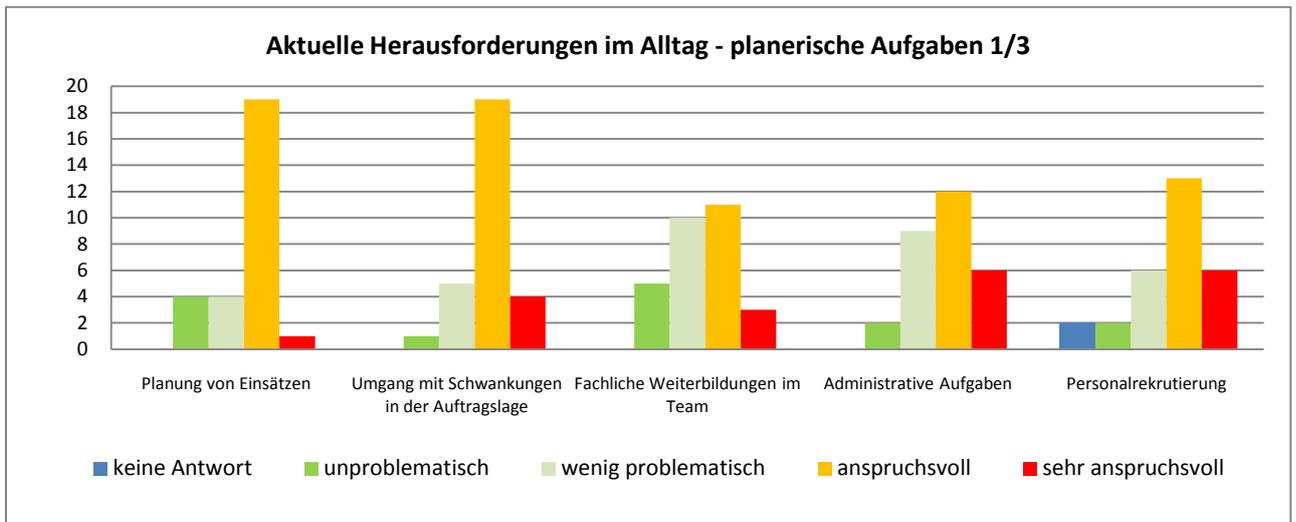


Abbildung 16: Aktuelle Herausforderungen im Alltag (planerische Aufgaben 1/3)

Die Planung der Arbeit bzw. der Einsätze ist an den meisten Orten eine grosse Herausforderung und wird als anspruchsvoll bis sehr anspruchsvoll empfunden. Ebenfalls eine grosse Bedeutung haben administrative Aufgaben und die Personalrekrutierung. Bei der fachlichen Weiterbildung im Team halten sich die Einschätzungen in etwa die Waage.

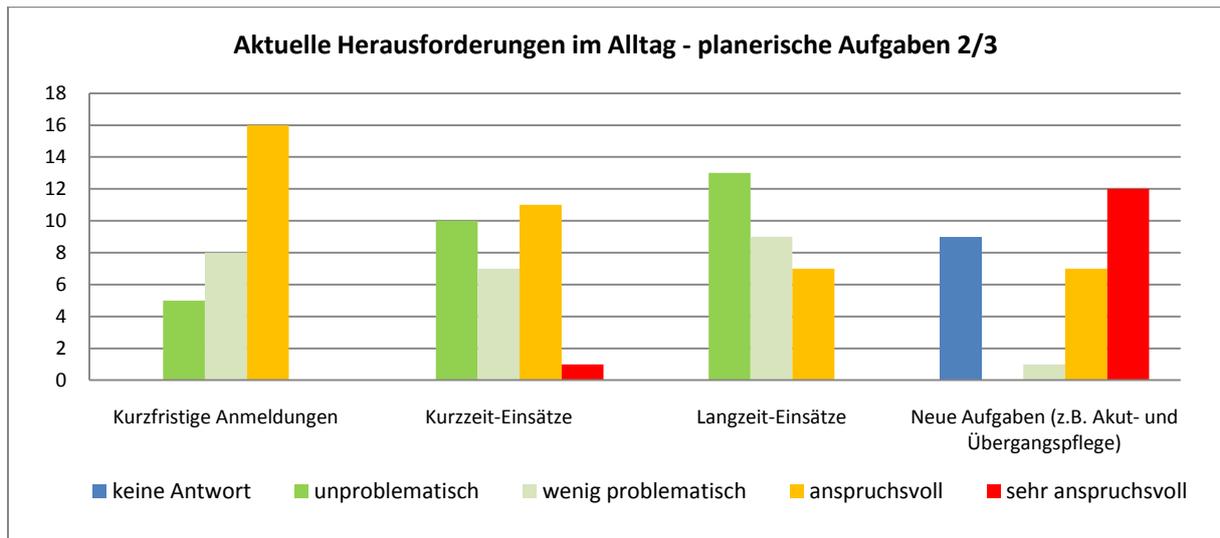


Abbildung 17: Aktuelle Herausforderungen im Alltag (planerische Aufgaben 2/3)

Die grösste Herausforderung in dieser Abbildung bildet die Gestaltung bzw. der Umgang mit den neuen Aufgaben. Der Umgang mit verschiedenen planerischen Aufgaben scheint keine Probleme zu bereiten.

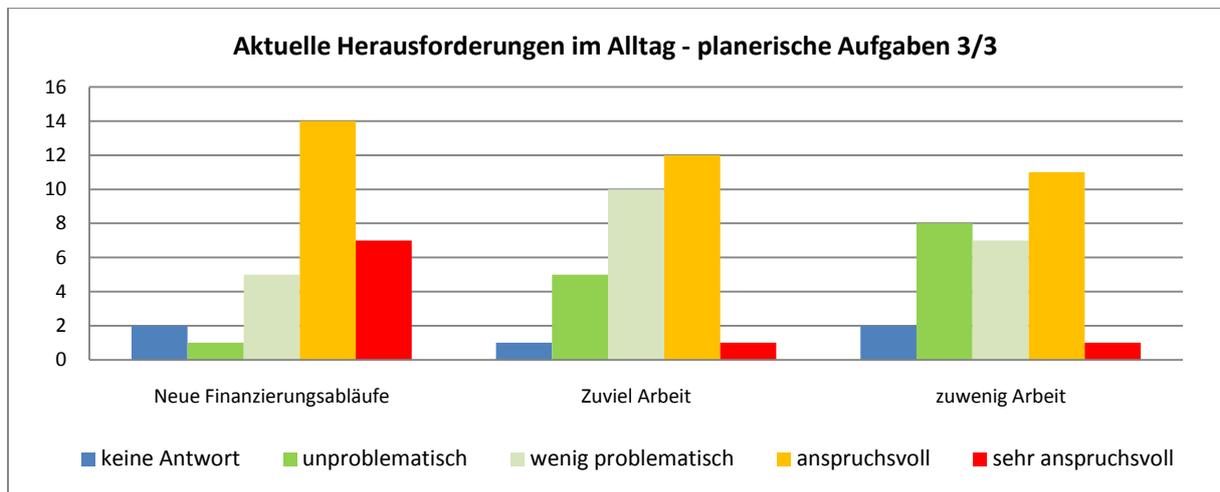


Abbildung 18: Aktuelle Herausforderungen im Alltag (planerische Aufgaben 3/3)

Wie die neuen Aufgaben, so werden auch die neuen Finanzierungsabläufe als anspruchsvoll empfunden. Zuwenig oder zu viel Arbeit sind ebenfalls tendenziell belastend und eine Herausforderung für die Planung der Einsätze bzw. das Ressourcenmanagement.

Herausforderungen sind in erster Linie die Zusammenarbeit mit Hausärzten, die Einsatzplanungen im Kontext von Schwankungen und die Umsetzung der neuen Finanzierungsregeln. Der Umgang mit den neuen Aufgaben (z.B. Akut- und Übergangspflege) ist entweder sehr anspruchsvoll oder wird nicht kommentiert.

Herausforderungen sind in erster Linie die Zusammenarbeit mit Hausärzten und die Einsatzplanungen im Kontext von Schwankungen.

Die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung scheint den Alltag aber am meisten zu belasten.

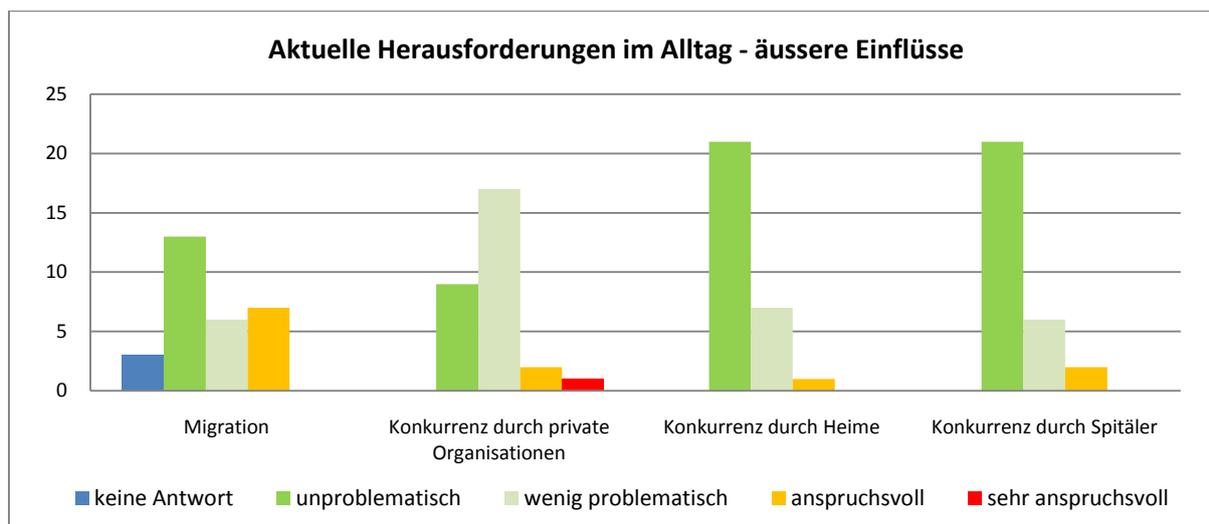


Abbildung 19: Aktuelle Herausforderungen im Alltag (äussere Einflüsse)

Äussere Einflüsse durch die Klienten in Form von Migration oder durch das Umfeld im Bereich der Konkurrenz sind wenig bis gar nicht problematisch.

Eine Konkurrenz durch andere Organisationen wird nicht wahrgenommen. Wenn überhaupt, dann sind private Organisationen am ehesten anspruchsvoll.

### 5.3 Zusammenfassung Fragebogen I: aktuelle Schwerpunkte und Herausforderungen

Die Prioritäten der heutigen Leistungsangebote liegen bei der Pflege und Hauswirtschaft, gefolgt von Palliation und postakuter Nachbetreuung.

Herausforderungen sind in erster Linie die Zusammenarbeit mit Hausärzten und die Einsatzplanungen im Kontext von Schwankungen.

Die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung scheint den Alltag aber am meisten zu belasten.

Eine Konkurrenz durch andere Organisationen wird nicht wahrgenommen. Wenn überhaupt, dann sind private Organisationen am ehesten anspruchsvoll.

#### Bedeutung für die zukünftige ambulante Versorgungsstruktur

Die Prioritäten der heutigen Leistungen liegen in der Pflege und Hauswirtschaft, gefolgt von spezifischen Versorgungsansprüchen wie Palliation und postakuter Nachbetreuung. Die Organisationen haben eine solide Basis für ihre Arbeit und meistern die Aufgaben, die sie herausfordern. Die Zusammenarbeit mit Hausärzten ist in knapp einem Drittel der Organisationen zumindest nicht unproblematisch.

Die Planung wird als anspruchsvoll empfunden, dies wohl auch im Kontext mit grossen Schwankungen in der Auftragslage. Die Grösse einer Organisation ist massgebend für die Schwankungen: je kleiner die Organisation, desto stärker fallen Schwankungen ins Gewicht. Auch weitere anspruchsvolle Arbeiten können in grösseren Organisationen besser durchgeführt werden wie die Bewältigung zunehmender administrativer Aufgaben oder Personalrekrutierung.

Die neuen Regeln der Pflegefinanzierung mit neuen Leistungsaufträgen sind noch nicht gemeistert. Hier besteht noch Unsicherheit und die Arbeit wird als anspruchsvoll empfunden.

Es scheint kein Konkurrenzkampf zu anderen Leistungserbringern wahrgenommen zu werden.

## 5.4 Tägliche Aufgaben

### Wie beurteilen Sie aktuell die folgende Fragestellung

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen verschiedene inhaltliche, fachliche oder qualitätsbezogene Fragestellungen.

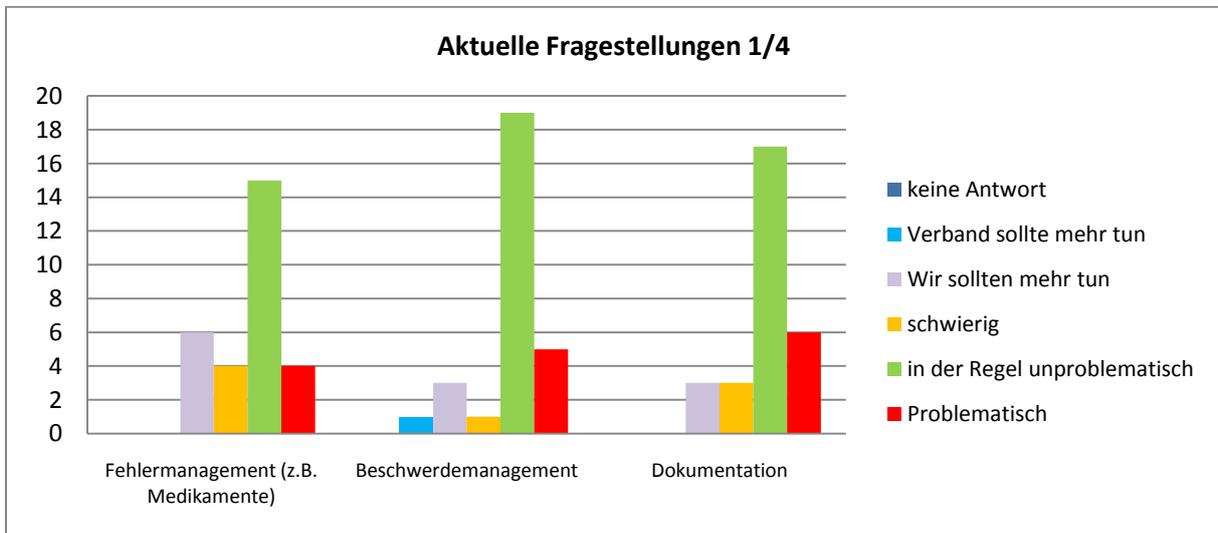


Abbildung 20: Aktuelle Inhalte (1/4)

Insgesamt überwiegt die Einschätzung, dass Fehler- und Beschwerdemanagement und die Dokumentation in der Regel unproblematisch sind. Dem Verband kommt in einer Entwicklung kaum eine Rolle zu, wenn Entwicklungen als notwendig empfunden werden, fühlt sich die Organisation selbst dafür verantwortlich.

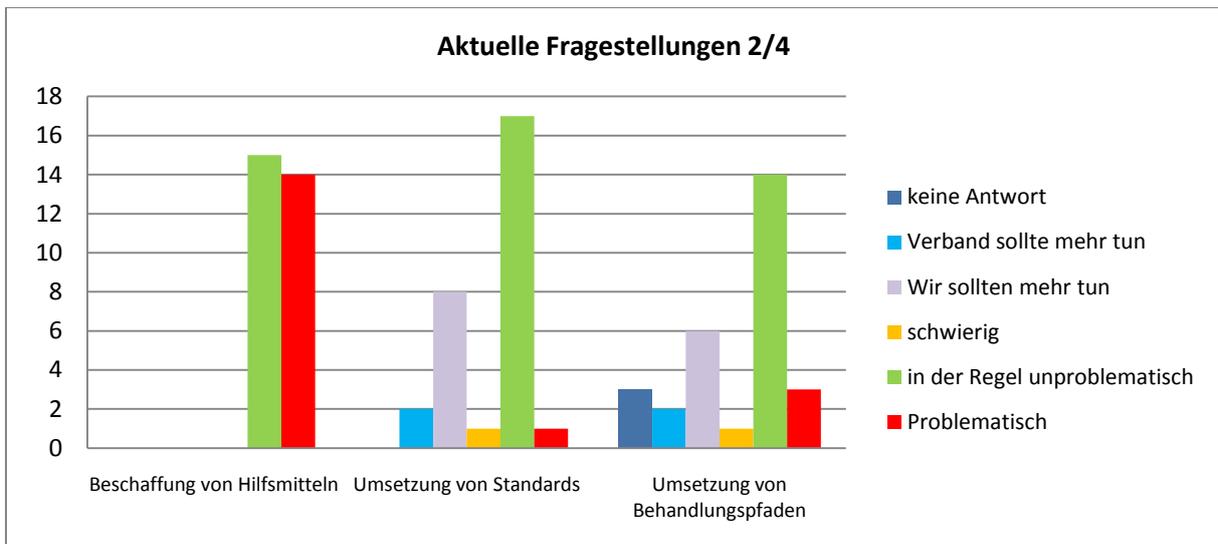


Abbildung 21: Aktuelle Inhalte (2/4)

Bei der Beschaffung von Hilfsmitteln halten sich die Einschätzungen die Waage. Für die Organisation ist dies entweder nicht problematisch oder dann problematisch. Die Umsetzung von Standards und Behandlungspfaden sind in der Regel unproblematisch. Auch hier wird die Verantwortung bei Bedarf durch die Organisation übernommen.

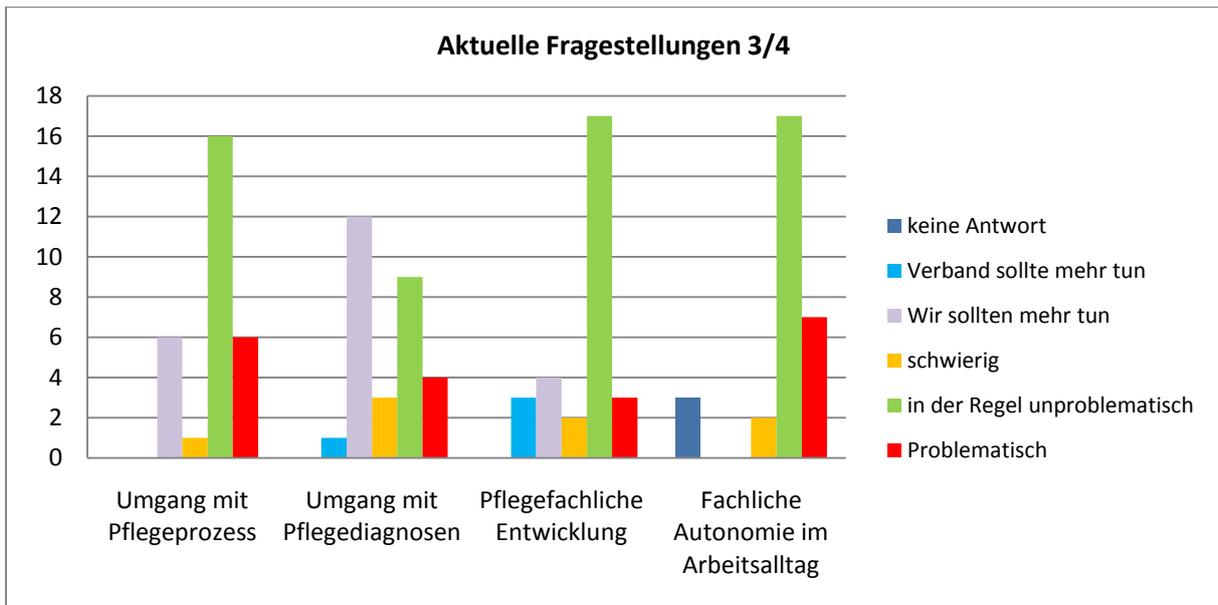


Abbildung 22: Aktuelle Inhalte (3/4)

Der Umgang mit dem Pflegeprozess, die pflegefachliche Entwicklung und die fachliche Autonomie im Arbeitsalltag sind insgesamt im grünen Bereich. Der Umgang mit Pflegediagnosen wird als Entwicklungsaufgabe gesehen, die Verantwortung dafür liegt bei der Organisation. Die pflegefachliche Entwicklung ist in Bezug auf die Verantwortung sowohl dem Verband als auch der eigenen Organisation zugeordnet. Die problematischen Bereiche liegen am ehesten beim Umgang mit dem Pflegeprozess und bei der fachlichen Autonomie im Arbeitsalltag.

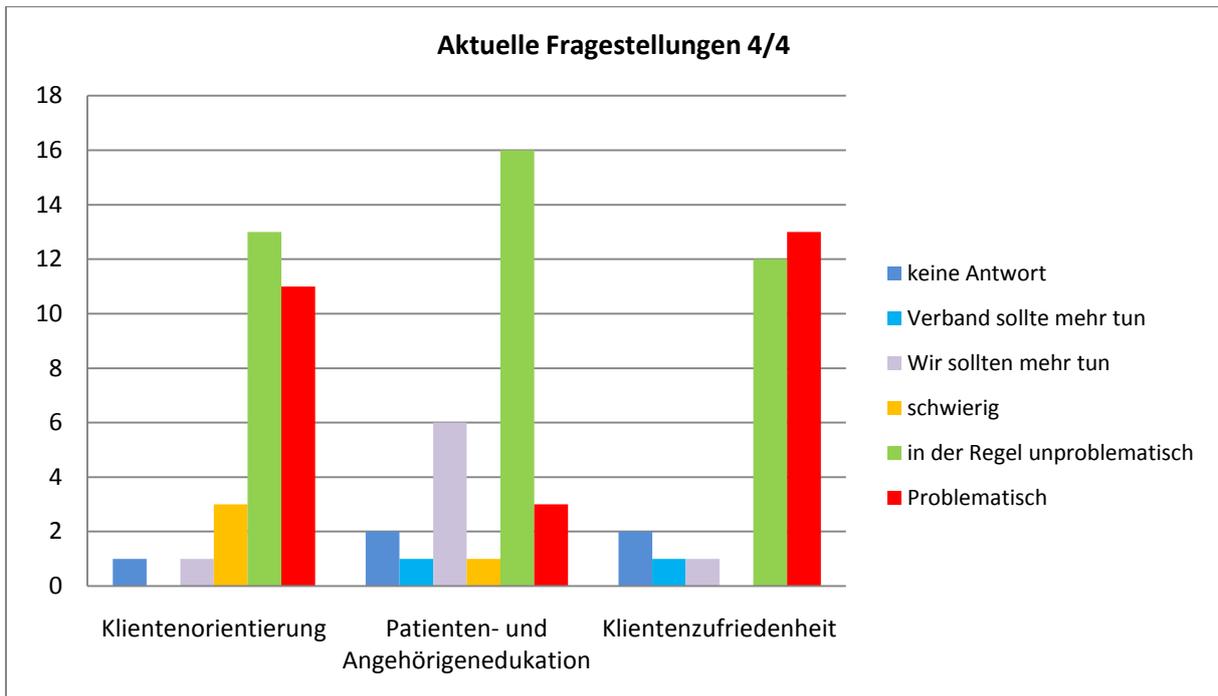


Abbildung 23: Aktuelle Inhalte (4/4)

Der Umgang mit der Patienten- und Angehörigenedukation scheint kaum ein Problem zu sein. Bei der Klientenorientierung und –zufriedenheit halten sich positive und negative Einschätzungen in etwa die Waage. Hier ist noch Entwicklungsbedarf.

Bei drei Themen unterscheiden sich die Organisationen stark: der Beschaffung von Hilfsmitteln, der Klientenorientierung und –zufriedenheit.

Bei pflegefachlichen Ansprüchen besteht ein gewisser Anspruch, mehr zu tun.

## 5.5 Neue Entwicklungen

### Welche Entwicklungen sind bei Ihnen angedacht oder schon umgesetzt?

Die Frage nach aktuellen und zukünftigen Entwicklungen ist innerhalb der aktuellen Herausforderungen zentral. Die Antworten lassen einen Spielraum. Es ging zu diesem Zeitpunkt noch nicht um die Frage, in welcher Konkretheit bereits Projekte bestehen, sondern vielmehr darum, wohin sich die Gedanken und Entwicklungen bewegen, wo sich die Organisationen einig sind, dass Entwicklung stattfinden muss und wo eher kein Entwicklungspotential wahrgenommen wird.

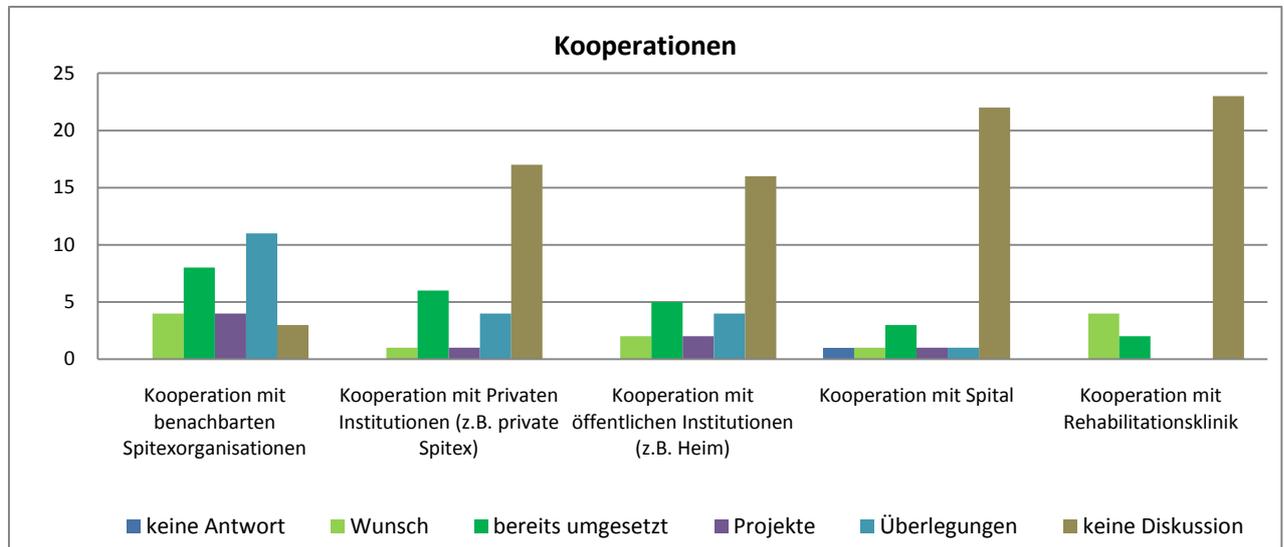


Abbildung 24: Aktuelle Entwicklungen: Kooperationen

Kooperationen sind – wenn überhaupt – eher mit benachbarten Spitexorganisationen denkbar, und dabei eher nicht mit privaten Spitex-Organisationen. Die Kooperation mit anderen zentralen Leistungsträgern wie Heime, Spitäler oder Rehabilitationskliniken stehen derzeit nicht zur Diskussion.

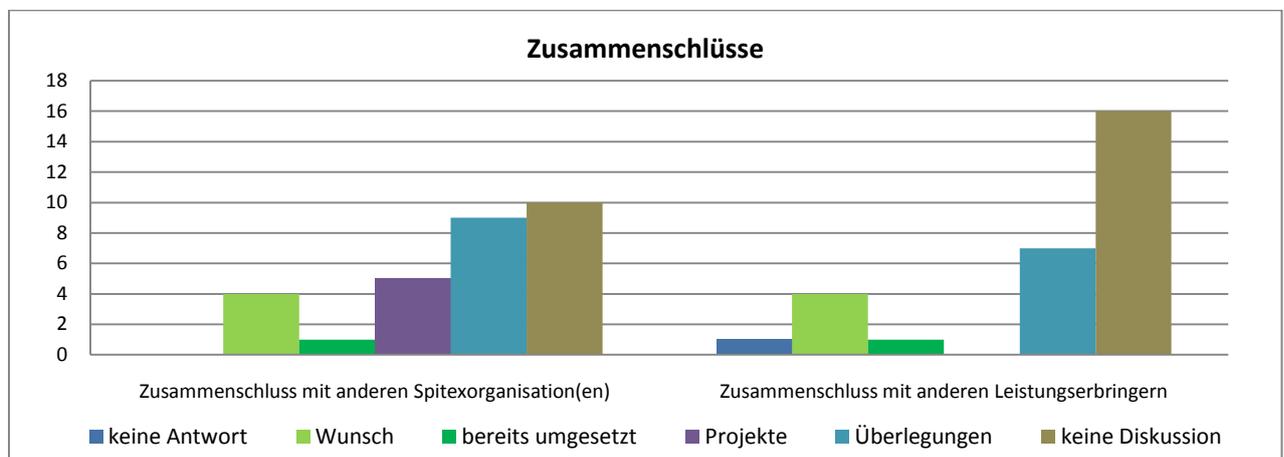


Abbildung 25: Aktuelle Entwicklungen: Zusammenschlüsse

Einen Schritt weiter geht die Frage nach Zusammenschlüssen mit anderen Organisationen. Hier ist der gedankliche Horizont etwas breiter, konkrete Projekte gibt es aber erst beim Zusammenschluss mit anderen Spitexorganisationen. Der Zusammenschluss mit anderen Spitexorganisationen wird mehr diskutiert als mit anderen Leistungserbringern.

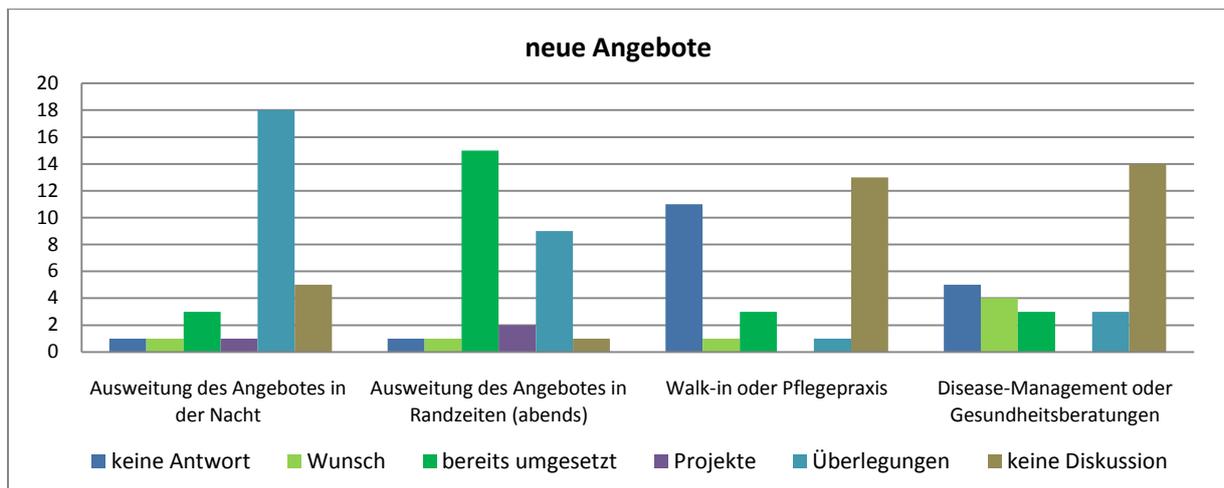


Abbildung 26: Aktuelle Entwicklungen: neue Entwicklungen

Nicht zuletzt im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung sind die Organisationen aufgefordert, über neue Angebote nachzudenken. Hier zeigt sich ein sehr eindeutiger Trend: die zeitliche Ausweitung des bestehenden Angebotes steht stark im Vordergrund. Neue Angebote mit einem anderen Versorgungskontext wie Walk-in, Pflegepraxen oder Disease-Management werden aktuell nicht diskutiert oder sind als Inhalte noch nicht bekannt

Kooperationen sind lediglich unter Spitexorganisationen oder in Arbeit denkbar. Das Gleiche gilt für Zusammenschlüsse. Hier bestehen bei Einzelnen erste Überlegungen zu Zusammenschlüssen mit anderen Leistungserbringern. Die Ausweitung des Angebotes ist primär in Bezug auf die zeitliche Ausdehnung angedacht oder bereits umgesetzt.

## 5.6 Zusammenfassung Fragebogen II: tägliche Aufgaben und neue Entwicklungen

Bei drei Themen unterscheiden sich die Organisationen stark: der Beschaffung von Hilfsmitteln, der Klientenorientierung und Klientenzufriedenheit.

Bei pflegfachlichen Ansprüchen besteht ein gewisser Anspruch, mehr zu tun.

Kooperationen sind lediglich unter Spitexorganisationen denkbar oder bereits umgesetzt.

Das Gleiche gilt für Zusammenschlüsse. Hier bestehen bei Einzelnen erste Überlegungen zu Zusammenschlüssen mit anderen Leistungserbringern.

Die Ausweitung des Angebotes ist primär in Bezug auf die zeitliche Ausdehnung angedacht oder bereits umgesetzt.

### Bedeutung für die zukünftige ambulante Versorgungsstruktur

Die Beschaffung von Hilfsmitteln scheint für einige Organisationen eine grosse Herausforderung zu sein. Hier sind die logistischen Abläufe zu vereinheitlichen, dass der Aufwand für alle Organisationen so klein wie möglich ist.

Die Herausforderung in der Klientenorientierung und –zufriedenheit kann ohne genauere Analyse nicht genügend interpretiert werden.

Pflegfachliche Entwicklungen fordern einzelne Organisationen für sich selbst. In wie fern überregionale Unterstützung akzeptiert und leistbar ist, muss geklärt werden.

Kooperationen und Zusammenschlüsse werden unter einzelnen gleichrangigen Organisationen angedacht, angestrebt oder umgesetzt. Für andere Organisationen ist es keine Diskussion.

In der Ausweitung von Angeboten ist viel Bewegung bei der Ausweitung der tageszeitlichen Spielräume. Neue Angebote wie Walk-in oder Disease-Management sind eher noch nicht bekannt.

### 5.7 Neue Organisationsformen

**Welche Form der Spitex können Sie sich zukünftig vorstellen?**

Die Frage nach der zukünftigen Gestaltung der Spitex ist die Schlüsselfrage und wird zweifach ausgewertet. Die erste Auswertung betrachtet die Verteilung der Antworten im Ampelsystem (grün = ja, rot = nein). Die zweite Auswertung geht vom Durchschnitt aller Antworten pro Frage aus. Diese statistische Betrachtungsweise zeigt Tendenzen auf, befasst sich aber nicht mit den Inhalten der Antworten.

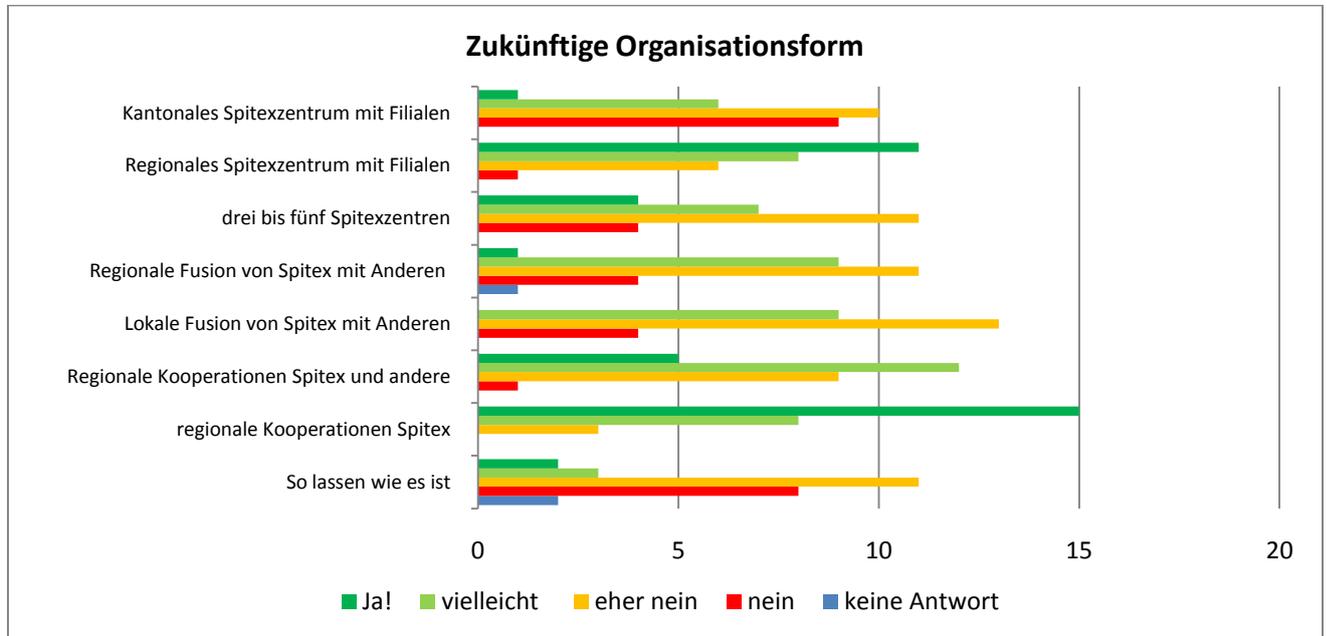


Abbildung 27: Zukünftige Organisationsform (Ampel-Auswertung)

Die regionale Kooperation von Spitex-Organisationen ist diejenige Form der Spitex, welche sich die meisten Organisationen zukünftig vorstellen können. An zweiter Stelle steht das regionale Spitexzentrum mit Filialen. Am deutlichsten abgelehnt werden das kantonale Spitexzentrum mit Filialen und die Option alles so zu belassen, wie es ist. Die Möglichkeiten von drei bis fünf Spitexzentren, sowie von der regionalen oder lokalen Fusion von Spitex mit anderen stossen ebenfalls nicht auf grossen Anklang.

Die Antworten zeigen damit zwei klare Aussagen auf: Es kann nicht so bleiben wie es ist und die Lösung liegt in einer regionale Kooperation oder einem regionalen Zusammenschluss.

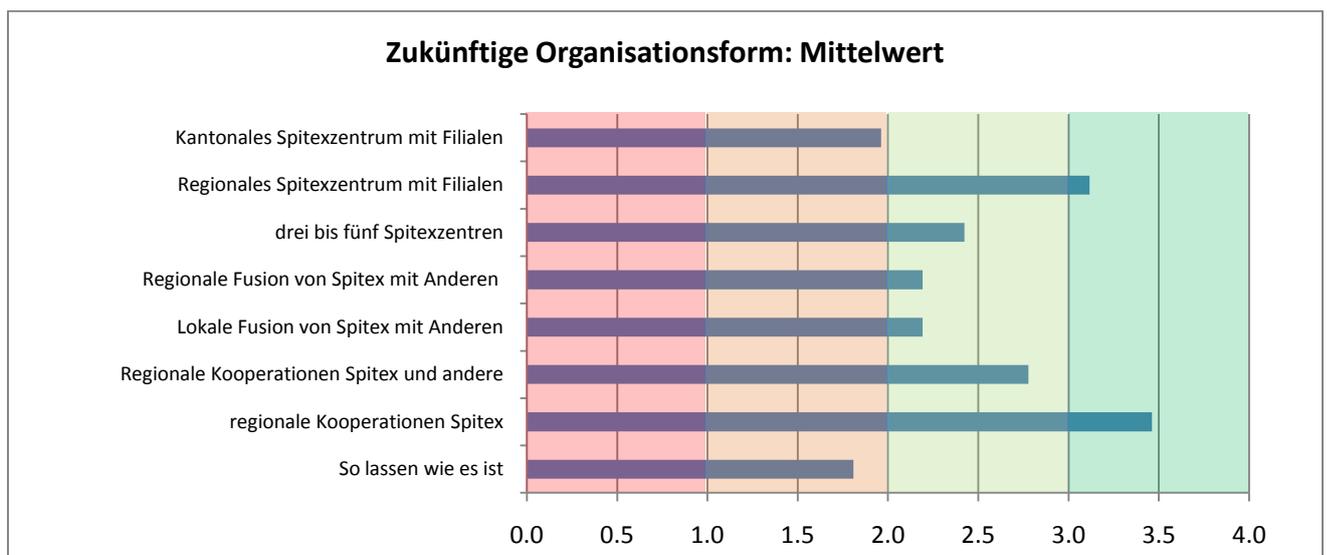


Abbildung 28: Zukünftige Organisationsform (Mittelwert)

In der Abbildung 28 wurden alle Aussagen mathematisch gemittelt. Dies bedeutet, je mehr sich der Mittelwert dem Wert 4 annähert, desto grössere Zustimmung hat die jeweilige Organisationsform von den Spitex-

Organisationen erfahren. Alle Werte über 3 werden als höchste Zustimmung gewichtet. Es wird deutlich, dass die regionale Kooperation von Spitex-Organisationen, dicht gefolgt vom regionalen Spitexzentrum mit Filialen am meisten Zuspruch erhielt. Die wenigsten Institutionen können sich vorstellen, die jetzige Spitexform künftig so zu belassen, wie sie heute ist.

## **5.8 Zusammenfassung Fragebogen III: neue Organisationsform**

### **Bedeutung für die zukünftige ambulante Versorgungsstruktur**

Die Ausgangslage für eine Veränderung ist eindeutig. Die meisten Organisationen lehnen ein Weiterfahren wie bisher ab. Die grösste Zustimmung in der Art und Weise der Veränderung finden regionale Kooperationen innerhalb der Spitex und ein regionales Spitexzentrum mit Filialen. Die regionale Kooperation mit anderen Leistungserbringern wird ebenfalls als möglich erachtet. Bei letzterem ist die Zustimmung allerdings in erster Linie unter der Antwort „Vielleicht“ eingetragen. Ein kantonales Spitexzentrum wird gegenüber einem regionalen Spitexzentrum sehr deutlich abgewiesen.

Mit dieser Eindeutigkeit kann eine Veränderung weiter gedacht werden. Die Form der Veränderung ist allerdings wesentlich, um zu einer grösstmöglichen Akzeptanz zu kommen.

## 6 Anforderungen an die zukünftige Organisation

Um die Anforderungen an die zukünftigen Organisationen in der ambulanten Hilfe und Pflege zu Hause einschätzen zu können, muss einerseits die demographische Entwicklung berücksichtigt werden, andererseits aber auch die sich verändernden Bedürfnisse der Einwohner. Hier wird nicht auf alle Details eingegangen, es werden die wesentlichsten Veränderungen skizziert, die auf die Versorgung zukommen:

### 6.1 Herausforderungen

Die wichtigsten demographischen und sozialen Veränderungen sind die zunehmende Lebenserwartung, die Zunahme an chronischen Erkrankungen in allen Lebensphasen und die, im Rahmen der neuen Finanzierung, beginnenden Veränderungen der Patientenströme.

#### 6.1.1 Altersentwicklung

Die Tatsache, die wir alle kennen und dessen wir uns sehr bewusst sind: wir werden älter. Wir sind bereits oben auf die Altersentwicklung sehr kurz eingegangen und wollen hier nur kurz noch einmal darauf zurückkommen.

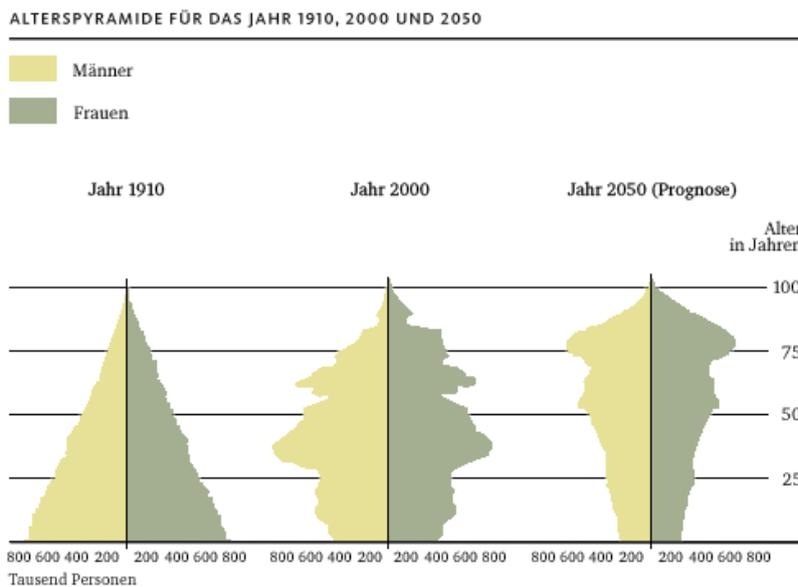


Abbildung 29: Alterspyramiden (Herzog, 2009)

In dieser Abbildung wird die Veränderung, die in den nächsten 40 Jahren auf uns zukommt sehr deutlich sichtbar. Bis zum Jahr 2000 sind die Alterskurven heute bekannt. Unklar ist die Geburtenentwicklung und damit lässt sich der untere Teil der Pyramide (unterhalb der 40 Jährigen) nur grob schätzen. Entscheidend ist aber die markante Ausbuchtung auf der Höhe der 75-jährigen. Dieser Anteil nimmt markant zu und damit auch die in diesem Bereich der Gesundheitsversorgung notwendigen Leistungen.

Insgesamt ist der Trend eindeutig. Die so genannten Babyboomer (die Altersgruppe, die heute zwischen 40 und 55 Jahre alt ist) werden in den nächsten 20 Jahren in Rente gehen. Gleichzeitig hat sich die Lebenserwartung erhöht. Der Anteil der Alten und Hochaltrigen wird sich durch die Kumulation dieser beiden Faktoren in den nächsten Jahren massiv erhöhen.

#### 6.1.2 Krankenhausfälle nach Altersgruppen

Die Bedeutung der bisherigen Hinweise zur Altersentwicklung wird erst relevant, wenn klar wird, in welchem Lebensalter welche Leistungen erbracht werden. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Anzahl Fälle (in Tausend) stationärer und teilstationärer Krankenhausfälle aus dem Jahr 2008.

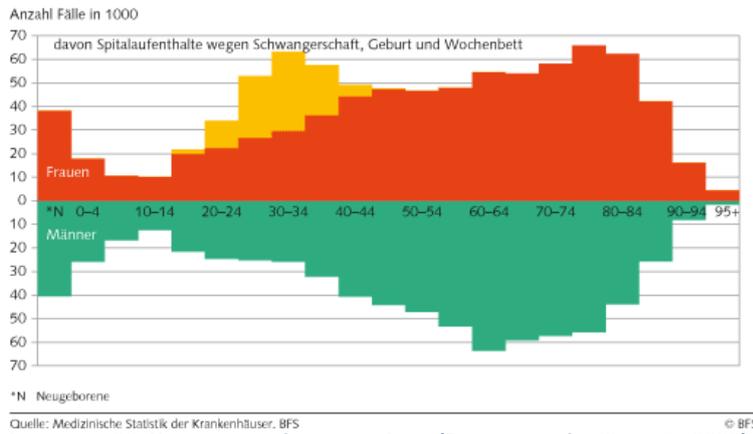


Abbildung 30: Krankenhausfälle nach Alter (Bundesamt für Statistik, 2008)

Bei den Männern ist die Spitze der Fallzahlen kurz vor der Pensionierung erreicht und bleibt hoch bis zum Ende des Lebens. Bei den Frauen liegt die höchste Fallzahl im Alter zwischen 75 bis 84 Jahren. Der frühere Abfall bei den hochaltrigen Männern hat nicht mit einem gesünderen Alter zu tun, sondern mit einer tieferen Lebenserwartung.

Bei den Kosten sieht die Wachstumskurve im Kontext des Alters noch extremer aus. Abbildung 31 zeigt die Bruttokosten der Krankenversicherung im Jahr 2008. Darin enthalten sind nicht nur die Spitalleistungen, sondern alle Versicherungsleistungen nach Krankenversicherungsgesetz.

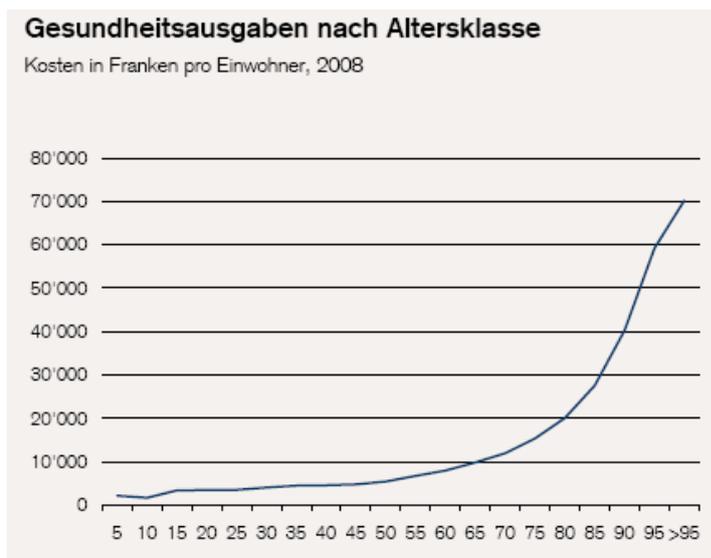


Abbildung 31: Bruttokosten der Krankenversicherung im Jahr 2008 (Brändle, Hoppe, Junod, & Merki, 2010)

Orientiert man sich an den 5000 Franken Schritten, liegen die Bruttokosten in den ersten 65 Lebensjahren unter 5000 Franken pro Kopf pro Jahr. Anschliessend braucht es nur noch 15, 10 und 5 Jahre bis zur jeweils nächsten Linie. Dieses exponentielle Wachstum lässt erahnen, welche Leistungen im hohen Alter notwendig werden.

#### Bedeutung für die zukünftige ambulante Versorgungsstruktur

Die ambulante Spitexversorgung muss mit starken Zuwachsraten rechnen. Die Hospitalisationen nehmen bei den Frauen kontinuierlich zu und haben ihre Spitze bei 75 Jahren. Bei den Männern liegt die Spitze bei 65 Jahren. Die Gesundheitsleistungen (gemessen an den Bruttokosten über alle Versicherungsleistungen KVG) nehmen in der Altersgruppe ab 65 stark zu, ab 75 Jahren ist das Wachstum exponentiell.

Für Organisationen bedeutet dies, dass sie mit starkem Wachstum umgehen müssen. Dieses Wachstum betrifft aus dem demographischen Blickwinkel in erster Linie die Altersgruppen der über 65 jährigen Einwohner.

### 6.1.3 Chronische Krankheiten

Chronische Krankheiten nehmen deutlich zu. Und mit ihnen auch die Leistungen, die in Spitälern, Heimen und in der ambulanten Versorgung erbracht werden müssen. Das Institute for the Future schätzt, dass weltweit 78% der Gesundheitsausgaben auf die Versorgung chronischer Krankheiten fallen (Institute for the Future,

2003). Weiter gehen sie davon, dass chronisch kranke Menschen 55% der Notfallstationsbesuche, 70% der Spitaleintritte und 80% der Spitalaufenthaltsstage beanspruchen (Institute for the Future, 2003). Wagner et al. rechnen damit, dass bis ins Jahr 2020 rund zwei Drittel aller Krankheiten chronischer Natur sind (Wagner & Groves, 2002). Die Zahlen für die Schweiz im Jahr 2007 werden in der Abbildung 32 geschätzt anhand von Arztbesuchen.

Das Entscheidende an den chronischen Krankheiten ist, dass sie nicht eine bestimmte Altersgruppe, sondern alle Lebensphasen betreffen. Price Waterhouse Coopers formulieren dies so: „Während die Überalterung der Bevölkerung oftmals als ein Hauptfaktor für die hohen Ausgaben des Gesundheitswesens angeführt wird, wächst die Besorgnis, dass die Ausgaben in zunehmendem Mass durch Kinder, die an kostenträchtigen chronischen Krankheiten leiden, zusätzlich in die Höhe getrieben werden. In Australien sind zum Beispiel Atemwegserkrankungen der zweitstärkste Kostentreiber im Gesundheitswesen“ (PricewaterhouseCoopers, 2010). Durch die Kumulation von chronischer Krankheit und Alter werden auch Kosten und Leistung hochgeschaukelt.

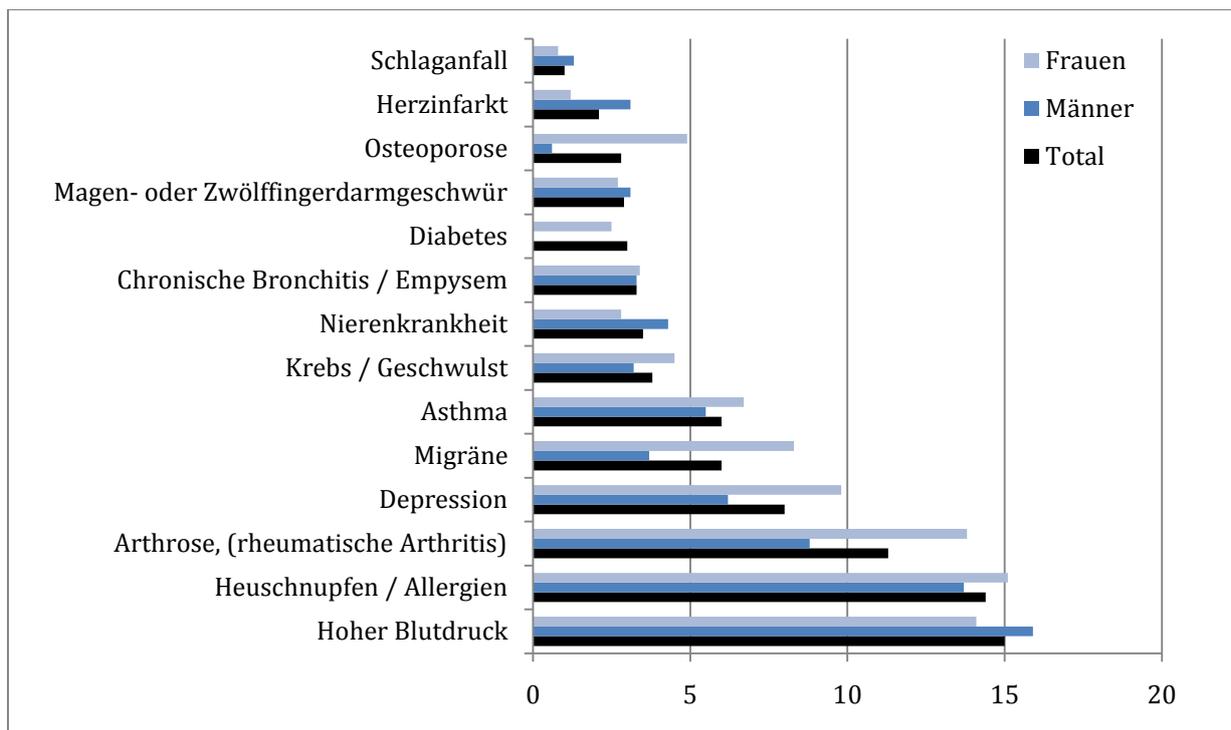


Abbildung 32: Übersicht chronischer Krankheiten nach ärztlichen Behandlungen 2007 (Bundesamt für Statistik, 2008)

Dieser starke Anstieg kommt einerseits von einer besseren Behandlung vieler Krankheiten, viel bedeutsamer ist aber die erhöhte Lebenserwartung, die viele Krankheiten verlängert: „Ehemals lebensbedrohliche Krankheiten sind heute chronisch. Das hat eine längere Lebensdauer, aber auch höhere Ausgaben zur Folge“ (PricewaterhouseCoopers, 2010).

#### Bedeutung für die zukünftige ambulante Versorgungsstruktur

Die Zunahme chronischer Krankheiten erhöht die Nachfrage nach einerseits präventiven Interventionen, andererseits nach Versorgungsangeboten, die eine niederschwellige Versorgung möglichst ohne Hospitalisation ermöglichen. Die unter dem Stichwort Disease-Management bekannten integrierten Ansätze müssen zu einem festen Angebot der ambulanten Versorgung werden. Disease Management betrifft Menschen in allen Altersgruppen, die Angebote müssen zentrumsnah bzw. in Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes stattfinden. Diese Versorgungsform findet nicht nur beim Patienten zu Hause statt, sondern in Praxen oder Gesundheitspflegezentren.

Der Aufbau von Prävention und Disease Management und die Arbeit in diesen Bereichen benötigt eine hohe Expertise und eine gute Infrastruktur.

#### 6.1.4 Neue Patientenströme und Ambulantisierung

Die neuen Finanzierungsregeln einerseits und veränderte Versorgungsformen andererseits führen zu einer Verschiebung der Patientenströme und damit zu einer Verschiebung der Leistungen. Der grosse Anteil dieser neu ambulant angebotenen Leistungen liegt bei den Krankenhäusern. In der Zeit von 1998 bis 2007 hat sich der Anteil ambulanter Leistungen an Krankenhäusern mehr als verdoppelt (Brändle, Hoppe, Junod, & Merki, 2010). Dieser Trend setzt sich wohl in den nächsten Jahren weiter fort.

Die Veränderung der Patientenströme wird einerseits über die neue Spitalfinanzierung stark forciert werden. In Abbildung 33 wird dargestellt, in welchen Bereichen die grössten Veränderungen erwartet werden. Diese Verschiebungen sind auf verschiedene Einflussfaktoren zurückzuführen: demographische Veränderung der Fallzahlen, Entwicklung medizinischer Abläufe, epidemiologische Veränderungen und Verkürzung der Hospitalisationsdauer bis hin zur ambulanten Versorgung.

Insbesondere aufgrund der Verkürzung der Hospitalisationsdauer wird erwartet, dass die postakute Versorgung in der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte und die Spitex zunehmen wird. Schätzungen über das Volumen dieser Zunahme sind derzeit sehr schwierig.

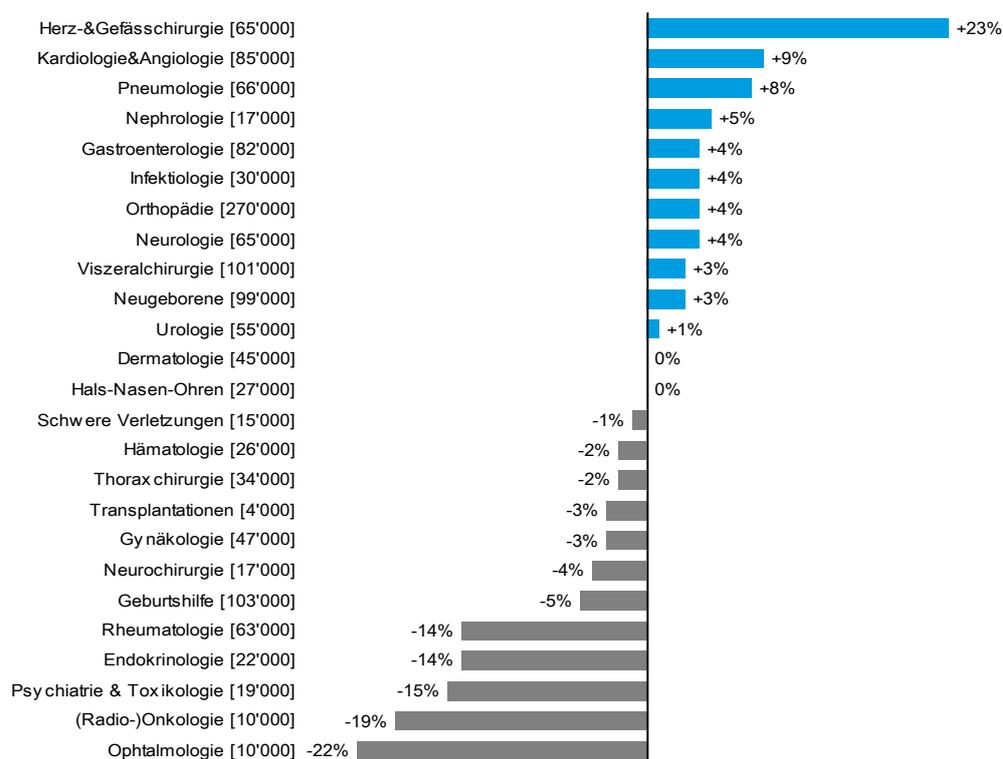


Abbildung 33: Prognostizierte Veränderung für 2020 der Pfl egetage für den Kanton Zürich (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2009)

Die zweite Veränderung wird sich in dem Masse entwickeln, in der Prävention und Disease-Management Spitalaufenthalte unnötig machen. Hier kann die ambulante Versorgung direkt Einfluss nehmen auf die Patientenströme. Dazu sind aber andere Angebote nötig, die heute noch kaum bestehen.

#### Bedeutung für die zukünftige ambulante Versorgungsstruktur

Die ambulante Versorgung wird eine Zunahme der postakuten Übergangspflege bewältigen müssen. Wie schnell und wie stark diese Zunahme sich in den Organisationen niederschlägt ist schwer zu schätzen. Auf der Basis eigener Schätzungen kommen wir auf eine Zunahme von 8 bis 15% der Leistungsstunden.

Die Verkürzung der Hospitalisationszeit führt ausserdem zu grösseren Schwankungen im Patientenaufkommen in den Spitälern (Erfahrungen aus Zentrumskliniken) und dadurch auch zu Schwankungen in der Spitexversorgung.

Die postakute Versorgung direkt nach einem Spitalaustritt benötigt spezifische Kompetenzen, insbesondere in den Bereichen Wundmanagement, postoperatives Delir, Mobilitätstraining und Frührehabilitation.

## 6.2 Personalverknappung

Unabhängig von allen Schätzungen, wie stark und an welchem Ort die Leistungen zunehmen, kommt eine weitere Herausforderung auf uns zu: die zunehmende Personalverknappung.

### 6.2.1 Mangel an Pflegepersonal

In der Schweiz wurde im Jahr 2009 ein viel beachteter Bericht erstellt zur Entwicklung und zum Bedarf der Gesundheitsberufe in der Schweiz (Grünig & Dolder, 2009). In diesem Bericht wurden „die Auswirkungen der demographischen Alterung auf den Pflege- und Betreuungsbedarf in den Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und der Spitex“ dargestellt (Grünig & Dolder, 2009). Auf der Basis von Hochrechnungen der Gesundheitsleistungen in den nächsten Jahrzehnten wird der Bedarf an nicht-ärztlichen Berufen geschätzt. In einem Zeitraum von nur zehn Jahren bis ins Jahr 2020 steigt der Personalbedarf in Therapie- und Pflegeberufen in einem mittleren Wachstumsszenario um rund 25'000 Personen an. Geht man davon aus, dass der Bedarf stärker steigt, werden sogar 48'000 neue Berufsabgänger mehr benötigt als im Jahr 2006. Die Zahl basiert auf den aktuellen Zahlen und berücksichtigt dabei die grosse Zahl der zwischenzeitlichen Abgänge, Pensionierungen, Reduktionen des Beschäftigungsgrades nicht.

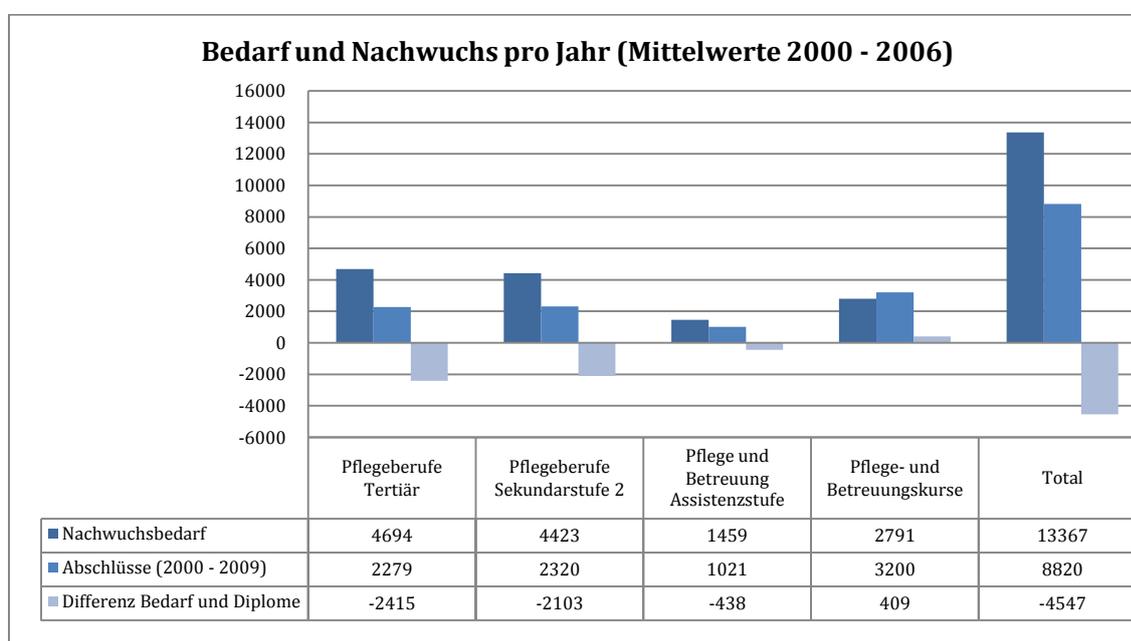


Abbildung 34: Bedarf und Nachwuchs im Mittelwert (modifiziert nach (Grünig & Dolder, 2009))

In Abbildung 34 werden die Hochrechnungen des jährlichen Bedarfes für die Pflege dargestellt. Dazu müssen zwei Hinweise gemacht werden. Die Kapazität der Ausbildungen auf Sekundarstufe 2 befand sich in der Referenzzeit zwischen 2000 und 2006 noch im Aufbau. In der Zwischenzeit können diese Zahlen nach oben korrigiert werden. Der jährliche Bedarf wird pro Jahr damit um rund 4'500 Abschlüsse unterschritten. Dies ist eine stattliche Zahl, die im Kontext der steigenden Ansprüche wachrütteln muss.

Die Verteilung des Bedarfs auf die verschiedenen Sektoren der Gesundheitsversorgung ist schwer zu schätzen. Sie hängt massgeblich von der Umverteilung der Patientenströme ab. Insgesamt wurde auch in den Krankenhäusern in den letzten Jahren das Pflegepersonal ausgebaut. Die Unterschiede in den Regionen der Schweiz sind aber gross (Brändle, Hoppe, Junod, & Merki, 2010).

### 6.2.2 Veränderung bei den Ärzten

Die Personalknappheit trifft nicht nur die Pflege, sondern auch die Ärzte. Die Anzahl ausländischer Ärzte wird auf 40 Prozent geschätzt, die Anzahl an Studienplätzen ist mit 650 Plätzen pro Jahr unter dem Bedarf. Zu diesen Ergebnissen kommt Jacques de Haller (Gesundheitswesen - FMH Präsident warnt vor Ärztemangel, 2011). In einer Medienmitteilung schreibt das schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan: „Im Zuge der demographischen Alterung wird die Nachfrage nach ambulanten Arztkonsultationen in der Schweiz stark steigen. Gleichzeitig ist mit einem Rückgang der Ärztezahl zu rechnen. Aufgrund dieser gegensätzlichen Trends könnte es bis

2030 zu einer erheblichen Versorgungslücke kommen, wobei bis zu 30 Prozent der prognostizierten Konsultationen nicht mehr abgedeckt werden könnten. (...) Im selben Zeitraum wird die Gesamtzahl der ambulant praktizierenden Ärztinnen und Ärzte schätzungsweise um 8 Prozent sinken, und ihre Produktion dürfte sich 2030 auf noch 28,8 Millionen Konsultationen belaufen (2005: 36,1 Millionen)“ (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2008). Als Ursachen für diese Entwicklung werden Feminisierung des Berufs, der pensionsbedingte Abgang und die Beschränkungen in den Studienplätzen und Praxisbewilligungen genannt.

Diese Knappheit wird den Primärprozess im Krankenhaus stark beeinflussen. Die Verfügbarkeit von Ärzten im Rahmen klinischer Prozesse ist abhängig von der Anzahl an Ressourcen.

#### **Bedeutung für die zukünftige ambulante Versorgungsstruktur**

Die ambulante Versorgung wird zu einer gemeinsamen Herausforderung für niedergelassene Ärzte und allen nicht-ärztlichen Gesundheitsfachleuten. Die Organisationsstrukturen müssen so angepasst werden, dass die Summe der benötigten Leistungen sichergestellt werden kann. Professionsbezogene Abgrenzungen werden bereits kurzfristig sehr problematisch.

Die Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Ärzten und Spitex muss stark vorwärts getrieben werden. Gemeinsame Strukturen und übergreifende Prozesse verbessern die Reaktionsfähigkeit auf Veränderungen.

## 7 Determinanten ambulanter Versorgung

In den zwei folgenden Kapiteln sollen nun die Grundlagen für ein Modell der ambulanten Gesundheitsversorgung aufgebaut werden. Im ersten Schritt werden die Grundsätze zukünftiger Versorgungsstrukturen festgelegt und die Bestimmungsgrößen anhand des WHO Rahmenkonzeptes Gesundheit21 skizziert. Anschliessend werden nationale und internationale Umsetzungen vorgestellt.

### 7.1 Maximen

Die Herausforderungen sind klar und unbestritten: Die Sicherung der Grundversorgung gehören zu den grossen Herausforderungen in den nächsten 20 bis 30 Jahren. Im Kontext zunehmender Alterung (BfS, 2010), einer Zunahme chronischer Krankheiten in allen Altersgruppen (WHO) und einer tiefgreifenden Umgestaltung der Finanzierung wird die Bedeutung ambulanter Grundversorgung im akuten und chronischen Bereich massiv zunehmen (Brändle, Hoppe, Junod, & Merki, 2010) (Holthuizen, Homann, & Benz, 2007).

Dem gegenüber stehen die zu erwarteten Personalengpässe in den primären Gesundheitsberufen der Ärzte und der Pflege und die hohe Fluktuation (Harbach & Behrens, 2007). „Im Bereich der ambulanten Grundversorgung wird in der Schweiz - besonders in ländlichen Gebieten - mittelfristig ein Rückgang der Hausärzteschaft befürchtet. Dies vor allem deshalb, weil auf der einen Seite das Interesse der Studierenden an einer Weiterbildung in Allgemeiner Medizin relativ gering ist und auf der andern Seite die heute praktizierenden Grundversorger/innen immer älter werden“ (Studien, 2007). Schätzungen ergeben, dass rund 60% der niedergelassenen Ärzte in den nächsten 10 Jahren pensioniert werden. Einzelne Kantone sind davon stärker betroffen als andere. In der Pflege fehlen bis in 10 Jahren rund 25'000 Fachpersonen in allen Sektoren der Gesundheitsversorgung (Grünig & Dolder, 2009).

Die fünf Maximen werden an diesen starken Promotoren ausgerichtet und sollen einen Rahmen für die nachfolgende Beschreibung der Determinanten bilden.

#### Maxime 1

##### **Sicherstellung einer nachhaltigen ambulanten Grundversorgung**

Das oberste Ziel und der Auftrag der kantonalen Gesundheitsversorgung ist die Grundversorgung (gemäss § 4 Gesundheitsgesetz (Kt TG, 2000)). Der Kranken- und Hauspflagedienst liegt in der Hoheit der Gemeinden (§11 (Kt TG, 2000)). Die Sicherstellung orientiert sich an den zukünftigen Bedürfnissen und Erfordernissen der Bevölkerung bzw. dessen Gesundheitszustandes.

#### Maxime 2

##### **Ambulante Versorgung vor stationärer Versorgung**

Ambulante Versorgung deckt eine weite Spanne der Gesundheitsversorgung ab, beginnend mit der Prävention, präakuter Versorgung, ambulanter Akut- und Übergangspflege, postakuter Versorgung und Versorgung von chronischen Krankheiten. Die Verfügbarkeit von Leistungen im ambulanten Bereich ermöglicht eine Versorgung zu Hause und reduziert damit hohe Infrastrukturkosten.

#### Maxime 3

##### **Ansprechstrukturen für die Bevölkerung schaffen nach den Prinzipien der Niederschwelligkeit und Nähe**

Die neue Spitalfinanzierung wird die Versorgungsprozesse und die Patientenströme nachhaltig beeinflussen. Ein Effekt ist die zunehmende Verschiebung von Leistungen in den nichtstationären Sektor. Die Stärkung niederschwelliger und bürgernaher Angebote fokussiert spezifische Patientengruppen, die in den heutigen Angeboten noch wenig Raum einnehmen: Patienten mit kleinen Gesundheitsproblemen, Patienten mit chronischen Krankheiten, und Patienten in der postakuten Phase.

#### Maxime 4

##### **Sektor übergreifende Versorgung stärken**

Die Umverteilung der Patientenströme durch die neuen Finanzierungsregeln macht es notwendig, alle vorhandenen Ressourcen einzubinden. Die sektoralen Grenzen zwischen den Berufsgruppen (allen voran Ärzte und Pflege) und den Institutionen (ambulante Versorgung, Heime und Spitäler) müssen reduziert werden (Knoth, 2010) (Imhof, 2009).

#### Maxime 5

##### **Sicherung und Förderung von Nachwuchs**

Die Sicherung und Förderung von genügend Gesundheitspersonal kann bei den Ärzten nur politisch beeinflusst werden. In der Pflege ist diese Forderung durch Schaffung von Ausbildungsstellen, attraktiven Karrierechancen und angemessene Lohnperspektiven zu erfüllen.

## 7.2 Determinanten der Gesundheit

Das im Mai 1998 von der WHO verabschiedete Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 bezweckt, die Vision der „Gesundheit für alle“ zu realisieren. GESUNDHEIT21 definiert 21 Ziele für das 21. Jahrhundert, welche einen Handlungsrahmen und Inspirationen für Zielvorgaben auf nationaler und Gemeindeebene bieten (WHO).

Vier Hauptstrategien sollen die Umsetzung der GESUNDHEIT21 vorantreiben:

- multisektorale Strategien, um sich mit den Determinanten von Gesundheit auseinanderzusetzen
- auf das Gesundheitsresultat ausgerichtete Programme und Investitionen zur gesundheitlichen Entwicklung und Versorgung
- integrierte familienorientierte und gemeindenahere primäre Gesundheitsversorgung, unterstützt durch ein flexibles, reaktionsfähiges Krankenhaussystem sowie
- ein partizipatorischer Gesundheitsentwicklungsprozess, der relevante Partner für die Gesundheit auf allen Ebenen einbezieht und der ein gemeinsames Vorgehen im Entscheidungsprozess, bei der Umsetzung und hinsichtlich der Rechenschaft fördert (WHO).

Die Determinanten der Gesundheit lassen sich gemäss WHO dabei in **drei Bereiche** einteilen:

- (1) sozioökonomische Verhältnisse: Einkommen und sozialer Status; Bildung; soziale Unterstützungsnetzwerke; Zugang zu Gesundheitsversorgung
- (2) Physische Umgebung: Wasserversorgung; Luftverhältnisse; Arbeitsbedingungen; Sicherheit des Wohnortes; Infrastruktur
- (3) Individuelle Charakteristiken und Verhaltensweisen: Genetik; Geschlecht; Bewältigungsstrategien; Ernährungs- und Suchtverhalten; Aktivität

## 7.3 Determinanten in der ambulanten Gesundheitsversorgung

Die Kerngruppe HomeCare TG hat sich mit den Determinanten auseinandergesetzt und in den Kontext der ambulanten Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und der Rolle der ambulanten Pflege im Besonderen gesetzt. Nachfolgend sind die drei Bereiche aufgelistet und mit konkreten Inhalten für die ambulante Gesundheitsversorgung ausgestattet. Im Weiteren wurden zu den Inhalten Prioritäten zugeteilt, in welcher Dringlichkeit oder Machbarkeit eine Umsetzung angegangen werden muss.

### 7.3.1 Soziale Gesundheit und Umwelt

Determinante	Inhalte	Prio1	Prio2	Prio3
<b>Soziale Gerechtigkeit</b>	• Gleicher Zugang für alle	<b>x</b>		
	• Niederschwellige Angebote		<b>x</b>	
	• Case Manager Gemeinde; • ev. Kooperation IV		<b>x</b>	<b>x</b>
<b>Zugang zu medizinischen Leistungen</b>	• Postakute Versorgung	<b>x</b>		
	• Chronische Krankheiten	<b>x</b>		
	• Akut-/Übergangspflege	<b>x</b>		
	• Sicherung der Versorgungsqualität	<b>x</b>		
	• Präventive Hausbesuche		<b>x</b>	
<b>Psychische Gesundheit</b>	• Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung (flächendeckend)	<b>x</b>		
<b>Sichere Umwelt</b>	• Wohnberatung		<b>x</b>	
	• Notrufdienst	<b>x</b>		
<b>Settings/Angebotsstrukturen</b>	• Ambulant	<b>x</b>		
	• Pflege und Hilfe zu Hause	<b>x</b>		
	• Praxis/Ambulatorium		<b>x</b>	
	• Gemeindenahes Gesundheitszentrum			<b>x</b>
	• Mobile Grundversorgungspraxis		<b>x</b>	
	• Zentrales Patientenmanagement		<b>x</b>	
	• Schnittstellenmanagement anderer Leistungserbringer		<b>x</b>	
<b>Verantwortung übernehmen</b>	• Patienten- und Angehörigenedukation	<b>x</b>		

<b>Bildung</b>	• Seniorenuniversität			<b>x</b>
	• Bildung in Prävention, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung		<b>x</b>	

Tabelle 3: Determinante Soziale Gesundheit und Umwelt

### 7.3.2 Physiologische und Behavioristische Determinante

	<b>Inhalte</b>	<b>Prio1</b>	<b>Prio2</b>	<b>Prio3</b>
<b>Verringerung übertragbarer Krankheiten</b>	• Beteiligung an Impfprogrammen		<b>x</b>	
<b>Verringerung nicht übertragbarer Krankheiten</b>	• Kooperation mit Ligen (z.B. Lungenliga)		<b>x</b>	
	• Aufbau Disease-Management • Beratungsstellen		<b>x</b>	
<b>Verringerung von Gewalt und Unfällen</b>	• Gewaltprävention an Schulen			<b>x</b>
<b>Mehr Bewegung</b>	• Transportdienst, Mobilität im Alter		<b>x</b>	
<b>Gute Ernährung</b>	• Mahlzeitendienst, ausgewogene Ernährung im Alter	<b>x</b>		
<b>Weniger Drogen</b>	• Prävention und Unterstützung von Suchtkranken im Alltag		<b>x</b>	
<b>Weniger Tabak</b>	• Unterstützung von Suchtkranken im Alltag (Krankheit)		<b>x</b>	
<b>Weniger Alkohol</b>	• Prävention und Unterstützung von Suchtkranken im Alltag		<b>x</b>	

Tabelle 4: Physiologische und Behavioristische Determinante

### 7.3.3 Determinanten im Lebenszyklus

	<b>Inhalte</b>	<b>Prio1</b>	<b>Prio2</b>	<b>Prio3</b>
<b>Gesunder Lebensanfang</b>	• Exklusive Mütterberatung			<b>x</b>
	• Kinderspitex		<b>x</b>	
<b>Gesunde Jugend</b>	• School Nurse ev. mit Mütter- und Väterberatung			<b>x</b>
<b>Gesundheit im Arbeitsleben</b>	• Ev. Kooperation Gesundheitsförderung			<b>x</b>
<b>Gesunde Schwangerschaft</b>	• Familienunterstützung	<b>x</b>		
	• Unterstützung vom familiären System	<b>x</b>		
<b>Alter in Gesundheit</b>	• Wiederherstellung Autonomie und Mobilität	<b>x</b>		
<b>Würdevolles Sterben</b>	• Palliation (Auftrag 2011)	<b>x</b>		

Tabelle 5: Determinanten im Lebenszyklus

## 8 Modelle der ambulanten Versorgung

---

### 8.1 Beispiel Engadin

Die Autoren dieses Berichtes waren aufgefordert, internationale und nationale Modelle ambulanter Versorgung zu prüfen und sich in der Konzeption für das Modell HomeCare TG zu orientieren.

In der Schweiz gibt es im Kontext der parlamentarischen Debatte zu integrierter Versorgung eine Vielzahl an Publikationen. Beinahe alle Texte haben gemeinsam, dass sie unter der integrierten Versorgung die Entwicklung und Stärkung von Ärztezentren verstehen (Forum Managed Care, 2009). Wir gehen davon aus, dass die Versorgung breiter und integrativer angelegt werden muss. Die Einbindung der pflegerischen Angebote ist zwingend, um die Versorgung nachhaltig sicherstellen zu können.

Ein viel diskutiertes Modell ist unter dem Center da sandà Engiadina Bassa zu finden (CSEB). Hier gehen wichtige regionale Anbieter in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Pflege, Betagtenbetreuung und Wellness unter dem Dach des Gesundheitszentrum Unterengadin einen gemeinsamen Weg. So können die Angebote des Regionalspitals, der Spitex, der Pflegegruppen sowie des Engadin Bad Scuol ideal aufeinander abgestimmt werden – zum Wohl der einheimischen Bevölkerung, der Patientinnen und Patienten, der Klienten und der Gäste.

Das Gesundheitsobservatorium (Obsan) beauftragte das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS), eine Übersicht über die internationale Literatur zu Thema zu erarbeiten und erste Erkenntnisse zur Übertragbarkeit von Lösungsansätzen auf die Schweiz zu sammeln (Studien, 2007). Es wurden in dieser Arbeit nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, deren Ausbildungen neu im Fachhochschulbereich angesiedelt sind, untersucht (spezialisierte Pflegefachpersonen, Hebammen, Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen und Ernährungsberater/innen). Es wurden insgesamt 8 europäische Länder (Schweiz, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Dänemark, Schweden, Finnland, Grossbritannien) und noch USA, Kanada, Australien und Neuseeland eingeschlossen.

Die zentrale Schlussfolgerung lautet: Der Einbezug nichtärztlicher Berufsleute in die ambulante Grundversorgung ist in den meisten der betrachteten Ländern in unterschiedlicher Form und Intensität bereits eine Realität und wird als Beitrag zur Lösung diverser Probleme betrachtet (wir gehen auf diese Lösungen weiter unten noch ein).

### 8.2 Beispiel Holland

Es gibt verschiedene Gründe, warum wir nachfolgend ausgerechnet Holland im Fokus innovativer ambulanter Grundversorgung betrachten. Holland ist eines von verschiedenen Ländern, in welchem Patienten den grössten Teil der Gesundheitsversorgung in der ambulanten Grundversorgung erfahren (Groenewegen) (Ministry of Health, 2005) (Studien, 2007). Das System funktioniert erfolgreich. Zudem ist Holland ein Land in Europa und die holländische ist vergleichbar mit der schweizerischen Bevölkerung.

#### 8.2.1 Gemeindegestützte Grundversorgung

Die Gesundheitsversorgung in Holland wird unterteilt in die Gesundheits*grund*versorgung und die *Spital*versorgung. Die gemeindegestützte Grundversorgung (englisch: Primary HealthCare PHC) zeichnet sich aus durch Zugänglichkeit, Erreichbarkeit, Kontinuität der Pflege und weiten Umfang. PHC wird gewährleistet von einem Team aus je einem Allgemeinpraktiker, Pharmazeuten, Physiotherapeuten, einer „Home Nurse“, einer Fachperson psychische Grundversorgung, einer Hebamme und einem Diätassistenten. In PHC nicht-inbegriffene Leistungen sind Haushaltshilfe, ambulante psychische Versorgung, Sozialhilfe, Jugendmedizin, Mutter- und Kindermedizin, Ergotherapie, Zahnarzt und Augenarzt.

#### 8.2.2 Die Hausarztpraxis

Die wichtigsten Prinzipien der holländischen Familienmedizin sind „Listing“, Gatekeeping und Familienorientiertheit. Der Hausarzt deckt die medizinische Grundversorgung ab, auch in Fragen der Frauen- und Kinderheilkunde. Nur durch seine Anordnung können Patienten an Spezialisten weitergeleitet werden, die oftmals in den Spitälern angesiedelt sind. Der Hausarzt koordiniert innerhalb seines Zuständigkeitsbereiches auch den Notarztendienst. Immer mehr Allgemeinmediziner in Holland arbeiten in Gruppenpraxen (von 10,5% (1994) zu 32,5% (2004)), knapp die Hälfte arbeitet mit „Praxis nurses“ (Praxispflegefachpersonen). Die Praxis Nurse ist fähig, Aufgaben selbständig auszuführen; dies vor allem im Zusammenhang mit der Versorgung chronisch kranker Patienten. Ebenfalls werden zum Teil „Nurse Practitioners“ (spezialisierte Pflegefachpersonen) in den Praxen eingesetzt. Diese arbeiten weitgehend selbständig in ihrem Fachbereich (z.B. pränatale Versorgung). Zudem wird der Allgemeinpraktiker in den meisten Fällen durch eine „Physician Assistant“ (Praxisassistentin) unterstützt. Ist die Praxisassistentin erfahren, darf sie oftmals zusätzlich zur Administration auch einfache medizinische Anwendungen ausführen wie Blutdruckmessen oder Spritzengeben. (Schrijvers, 2006) (Groenewegen)

### **8.3 Beispiel Schweden und Finnland**

Schweden und Finnland verfügen über eine gut ausgebaute Grundversorgung. „Sie stützt sich auf District Nurses und Gesundheitszentren, die eine grosse Bandbreite an Pflege- und medizinischen Leistungen sowie auch sozialer und gemeindlicher Leistungen anbieten. Nichtärztliche Berufsgruppen, insbesondere Pflegefachpersonen, haben dabei eine wichtige Funktion (Erstkontakt, Orientierung der Patient/innen, eigene Konsultationszeiten etc.).“ (Studien, 2007)

Gemeindenaher Gesundheitszentren haben unterschiedliche Einzugsgebiete, die in erster Linie aufgrund topographischer und geografischer Verhältnisse aufgebaut werden. Ein Zentrum mit einer Versorgungsregion von rund 10'000 Einwohnern beschäftigt heute rund 4 allgemeinmedizinische Ärzte und daneben 40 Personen, die im nicht-ärztlichen Bereich arbeiten. Die Verwaltung umfasst in der Regel 2-300 Stellenprozent (Studien, 2007). Die Planung der Angebote in der Grundversorgung wird durch 340 Bezirke sichergestellt: „Die Gesundheitszentren der Bezirke bieten neben der medizinischen Grundversorgung eine breite Palette von Dienstleistungen an, von Screening-Programmen über Gesundheitsförderung, Familienplanung, Zahnbehandlung und Spitex-Diensten bis hin zu Sozialarbeit mit Drogenabhängigen. Sie sind erste Anlaufstelle für fast alle Finninnen und Finnen, die medizinische Betreuung suchen. Jeder Bezirk ist zudem Teil einer Spitalregion“ (Sax, 2010).

### **8.4 Fazit**

Es gibt noch viele andere Modelle, die weltweit diskutiert, entwickelt oder umgesetzt werden. Wir haben uns auf drei Erfolgsmodelle fokussiert, um die Kernpunkte möglicher Modelle herauszuarbeiten. Die beschriebenen Modelle erfüllen die Maximen weitgehend, sind auf regionale Bedürfnisse abgestimmt und decken alle oder die meisten der beschriebenen Determinanten ab. Allen Modellen ist gemeinsam, dass die Grundversorgung nicht aus dem Fokus einer Berufsgruppe oder einer Institution betrachtet wird, sondern als Aufgabe, die alle beteiligten Berufsgruppen und Institutionen gemeinsam annehmen müssen. Weitere Gemeinsamkeit betreffen - zumindest bei den Modellen Finnland, Schweden und Holland – die Gestaltung der Ansprechstrukturen und die Rolle der Nicht-ärztlichen Fachpersonen im Allgemeinen und der Pflegefachpersonen im Besonderen.

## 9 «Denkraster ambulante Versorgung»

---

Für die Entwicklung eines Versorgungsmodells Thurgau orientieren wir uns an den Maximen der ambulanten Grundversorgung. Es wird hier zur Gliederung der verschiedenen Anspruchsebenen ein «Denkraster ambulanter Versorgung» aufgebaut. Wir gehen davon aus, dass die ambulante Versorgung auf vier Dimensionen aufgebaut werden muss. Der Zweck dieser Dimensionen besteht darin, die Komplexität der Gestaltung zukünftiger Modelle deutlich und handhabbar zu machen.



Abbildung 35: «Denkraster ambulanter Versorgung» und vier Dimensionen

Das Denkraster enthält vier Dimensionen, die wie folgt definiert werden:

- 1 Organisationsstrukturen:** Die Erbringung der heutigen und auch zukünftigen Angebote soll stärker konsolidiert werden. Die Organisationsstrukturen beziehen sich auf die Art und Weise, wie die Leistungen erbracht werden, welche personellen, administrativen und räumlichen Ressourcen zur Optimierung der Produktivität beitragen.
- 2 Kooperationen:** Die Zusammenarbeit innerhalb der Spitexorganisationen wird im Basismodul bereits zugrunde gelegt. In dieser Dimension geht es um Kooperationen mit anderen Leistungserbringern wie Heime, Spitäler oder auch Hausärzten bzw. Managed Care Organisationen.
- 3 Angebote:** die Vielzahl von Nicht-KLV basierten Leistungen ist im Kanton Thurgau bereits heute erstaunlich. Diese Angebote können ausgebaut, verdichtet oder mit weiteren Angeboten ergänzt werden. Die Angebote müssen die veränderten Patientenströme, den DRG Effekt und die Veränderung bei der Grundversorgung durch Nachwuchsprobleme einbeziehen.
- 4 Ansprechstrukturen:** Der Aufbau neuer, attraktiver und niederschwelliger Ansprechstrukturen ist eine der grössten Herausforderungen. Dieser Aufbau muss im Kontext der sich verändernden Bedürfnisse der Bevölkerung einerseits und in der Finanzierbarkeit andererseits geschehen.

## 10 Konsequenzen für die zukünftige Organisation

Für die Ausgestaltung von Versorgungsmodellen sollen nun die bisherigen Ausführungen noch einmal konzentriert entsprechend dem Denkraster ambulanter Versorgung aufgeführt werden.

Für die Erstellung eines Versorgungsmodells haben die beschriebenen Herausforderungen einschlägige Konsequenzen. Nachfolgend werden die Auswirkungen entlang den vier Dimensionen des Denkrasters ausgearbeitet. Wir beginnen mit der Angebotsstruktur, da viele der anderen Konsequenzen massgeblich vom Angebot abhängig sind.

### 10.1 Prämisse

In den Hearings wurde deutlich, dass die Diskussion zukünftiger Strukturen und Angebote die Vermutung nahe legt, dass die bisherigen Leistungen nicht (mehr) gut genug sind und deshalb nicht mehr angeboten werden sollen. Dies soll hier dezidiert geklärt werden.

#### Prämisse:

**Die Ausgestaltung zukünftiger Spitexstrukturen und –angebote geht davon aus, dass die bisherigen Kernleistungen der *Pflege, Hilfe und Betreuung zu Hause* in mindestens gleicher Qualität und Menge weiter geführt werden müssen. Die neuen Strukturen fokussieren einerseits die bedarfsgerechte Ausweitung der *Pflege, Hilfe und Betreuung zu Hause*. Andererseits sollen neue Angebote geschaffen werden, die ambulant in einer *Pflegepraxis am Stützpunkt der Spitex* angeboten werden können und dadurch eine Entlastungsfunktion für die abnehmende Zahl ärztlicher Ressourcen übernehmen.**

### 10.2 Konsequenz für die Angebotsstruktur

Die Fokussierung auf Pflege, Hilfe und Betreuung zu Hause bei älteren Menschen und jungen Familien wird mittelfristig nicht mehr ausreichen. Es muss eine zunehmende Angebotspalette entwickelt werden, um den sich verändernden Bedürfnissen gerecht werden zu können. Die Schwerpunkte liegen dabei in folgenden Bereichen:

- Postakute Versorgung, Akut- und Übergangspflege
- Aufbau und Angebot von Disease-Management
- Prävention
- Gesundheitsberatung
- Spezifische Einzelangebote wie Wundmanagement, Instruktionen
- Beratung Selbstmonitoring der Alarmzeichen, Ernährung und Medikamenteneinnahme (Götschi/Weber 2002, Weber et al. 2004) in (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, 2007)
- Notfalldienste mit Telefontriage

Neben diesen, meist in Praxen oder Gesundheitszentren angebotenen Leistungen werden die Angebote in den Bereichen Geriatrie, Psychiatrie und Pädiatrie mittelfristig ausgebaut werden müssen. Die Gründe liegen einerseits in einer zunehmenden Zahl der Fälle (Psychiatrie), der verschärften Ambulantisierung (Psychiatrie) und der drohenden ärztlichen Unter- oder Mangelversorgung (Geriatrie, Pädiatrie).

#### 10.2.1 Fallzahlen und Angebote

Um die Angebote schätzen zu können, müssen verschiedene Annahmen getroffen werden, die immer vom Angebot der Leistungen abhängen.

Um überhaupt Zahlen als Grundlage für betriebswirtschaftliche Berechnungen berechnen zu können, nehmen wir einige exemplarische Themen, in denen Angebote über die Spitex gerechtfertigt scheinen.

Thema	Prävalenz	Quelle	Fallzahlen Kt Thurgau (Basis 247'000 Einwohner)
<b>Herzinsuffizienz</b>	1% Gesamt 3 % bei >80	(Rickenbacher, 2001)	2470 316 (>80)
<b>Chronische Wunde</b>	0,3–2,4% (CH) 3,0–13% bei über 65-jährigen	(Läuchli & Traber, 2009)	741 – 5928 1146 – 4967 (>65)
<b>Ulcus Cruris</b>	2.4% zwischen 70 und 79 bei den 80Jährigen beträgt die Prävalenz über 3 %	1997 (nach Pelka (Läuchli & Traber, 2009)	387 (70-79) 316 (>80)
<b>Depression</b>	3-6% der Weltbevölkerung	(Hautzinger, 1999)	6900 – 13'800
<b>psychogene Beeinträchtigung</b>	Mind. 20% der über 65-jährigen	(Häfner, Martens, & Zipfel, 2007)	7641 (>65)
<b>Konsultationen Hausarzt</b>	Lücke an Konsultationen bei einem Rückgang der Hausärzte gemäss Obsan	(Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2008)	Bedarf: 1.24 Mio Konsultationen Versorgungslücke 30%: 371'500 Konsultationen/Jahr oder geschätzte 56 Vollzeitäquivalent (VZA) (30 Konsultationen pro Tag)

Tabelle 6: Fallzahlen für Kanton Thurgau

Diese hochgerechneten Fallzahlen sind in ihrem Aufwand schwer zu schätzen. Es wird für eine Modellrechnung von verschiedenen Prämissen ausgegangen, um eine mögliche personelle Berechnung zu machen.

### 10.2.2 Geschätzter Aufwand und Stellenbedarf

Thema	Prämisse	Aufwand	Vollzeitäquivalent
<b>Herzinsuffizienz</b>	Beratung in einem Disease-Management mit regelmässigen Konsultationen. 1 Konsultation alle 2 Monate à 1h bei 1000 Fällen, bzw. 1 Konsultation pro Monat bei 300 Fällen über 80 Jahren.	9'600 Stunden	5.2 Stellen
<b>Chronische Wunde</b>	741 Fälle werden durchschnittlich in 20 Konsultationen à 45 Minuten behandelt	11'115 Leistungsstunden	6 Stellen
<b>Depression</b>	Keine Schätzung möglich, Programm in Entwicklung		
<b>psychogene Beeinträchtigung</b>	Keine Schätzung möglich, Programm in Entwicklung		
<b>Konsultationen Hausarzt</b>	371'500 Konsultationen/Jahr, davon können 30% von der Pflegefachperson übernommen werden (in Praxisgemeinschaft) mit 20 Konsultationen pro Tag	111'500 Stunden	25 Stellen

Tabelle 7: Aufwand und Leistungen pro Angebot

Anhand dieser Annahmen kann nur eine grobe Schätzung gemacht werden, die auf einigen Prämissen beruht. Auch zu berücksichtigen ist die Tatsache, dass die Angebote über ein bis zwei Jahre aufgebaut werden müssen, dies sowohl in personeller wie auch in fachlicher Hinsicht.

### 10.3 Konsequenz für die Organisationsstruktur

Es wurde bereits mehrfach angesprochen, dass die Angebote eine Veränderung der Organisationsstruktur nach sich ziehen. Neben dem Spitex-Angebot zu Hause bei den Klienten, können viele neue Angebote z.B. in einem Gesundheitspflegezentrum beim Spitexstützpunkt stattfinden. Diese Zentren benötigen eine bestimmte Zahl an Einwohnern, da – zumindest in den ersten Jahren – die Angebote entwickelt werden und die Einwohner einer Region den Nutzen dieser Angebote erkennen müssen.

Der Aufbau der Strukturen beinhaltet fünf zentrale Kriterien:

- 1 Standort und Aufbau der Infrastruktur
- 2 Fallzahlen die eine Auslastung möglich machen

- 3 Kontinuität in der Leistungserbringung entsprechend den Ansprechstrukturen
- 4 Aufbau einer Expertise und einer Qualitätssicherung
- 5 Finanzierung von Infrastruktur und personellen Entwicklungen

Der Aufbau der Standorte mit der notwendigen Infrastruktur ist teuer. Deshalb müssen einige weitere Kriterien berücksichtigt werden. Die Standorte müssen für die Bevölkerung gut erreichbar und zentral sein. Sie sollten sich in Verkehrsknotenpunkten mit einer maximalen Fahrzeit von 15 bis 20 Minuten von zu Hause bzw. vom Arbeitsplatz befinden. Geht man von einer minimalen Besetzung pro Fachbereich von einer Vollzeitstelle aus, können maximal 5 Zentren erstellt werden, damit für die Fachbereiche Herzinsuffizienz und Wundmanagement eine Stelle ausgelastet werden kann. Bei den psychiatrischen Behandlungen sind keine verlässlichen Zahlen vorhanden. Die Erfahrungen der Spitex Frauenfeld zeigt jedoch, dass die Fallzahlen dort zu klein sind, um ein stabiles Team aufbauen zu können. Es wird davon ausgegangen, dass die Bevölkerungszahl auf 40'000 bis 50'000 erhöht werden muss, um eine Stabilität in der Teamstruktur und in der Auslastung erreichen zu können. Dem Aufbau der Expertise und der Qualitätssicherung ist besonderes Gewicht zu geben. Die neuen Angebote entsprechen nicht den bisherigen Kernkompetenzen. Dazu müssen teilweise spezifische Ausbildungen absolviert werden (z.B. Wundmanagement, Beratung Herzinsuffizienz). Um eine Qualität sicherstellen zu können, müssen die Fallzahlen gross genug sein und die Expertinnen brauchen spezifische Fallbesprechungen und Qualitätsindikatoren.

Die Finanzierung dieser Gesundheitspflegezentren oder Praxen bei den Spitexstützpunkten wird auf der Basis der Betriebseinkünfte kaum möglich sein. Aus diesem Grunde müssen Finanzierungsformen gefunden werden, die einen Aufbau möglich machen. Modelle wie Capitation oder ein Anschubfinanzierung durch den Kanton und die Gemeinden stehen im Vordergrund. Andererseits dürfte die im Parlament diskutierte Managed Care Vorlage eine positive Auswirkung auf die Nutzung solcher Angebote haben.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der als Kriterium berücksichtigt werden muss, ist das Personalmanagement. Die Rekrutierung von Fachpersonal, insbesondere von gut ausgebildeten Experten für neue Angebote ist genauso wichtig, wie die zunehmende Ausbildungsfunktion. Alle Bemühungen und Investitionen werden dabei wenig bringen, wenn nicht attraktive Arbeitsplätze geschaffen werden. Hierzu gehören insbesondere langfristige Perspektiven der Berufsentwicklung, Verantwortung und abwechslungsreiche Arbeitsgestaltung (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büschel, & Müller, 2005).

#### **10.4 Konsequenz für die Kooperation**

Durch den doppelten Effekt der Zunahme an Leistungen, Erhöhung der personellen und infrastrukturellen Bedürfnisse, einer zunehmend notwendigen Expertise für einzelne Angebote und die abnehmende Zahl an ärztlichen und nichtärztlichen Ressourcen ist die Kooperation über alle Sektoren und Berufsgruppen zentral. Unabhängig davon, ob die Expertise einer Wundmanagerin aus dem nächsten Spital, die Räumlichkeiten einer ärztlichen Praxis (z.B. bei einer Pensionierung) oder eines Heimes oder Pool-Mitarbeiter einer Institution genutzt werden: Kooperationen sind notwendig um den schrittweisen Aufbau mit minimalem Aufwand leisten zu können.

Kooperationen sind insbesondere dann hilfreich, wenn regional Ressourcen aufeinander abgestimmt werden können. Die Wege sollten so kurz wie möglich sein, um die Kommunikation zu vereinfachen. Aus diesem Grunde gibt es nicht DEN Kooperationspartner schlechthin, sondern es gilt vielmehr der Grundsatz: **soviel Kooperation wie möglich**.

In der Gestaltung von Kooperationen sind verschiedene Ebenen zu berücksichtigen:

##### **10.4.1 Fachliche Kooperation**

Sehr bedeutsam für den Aufbau neuer Leistungsangebote sind fachliche Kooperationen. Hier geht es darum, gemeinsam mit Partnern, die eine bestimmte Leistung bereits erbringen, zusammen zu arbeiten. Dies kann einerseits bedeuten, dass der Partner gewisse Leistungen im Auftrag der Spitex erbringt oder das im Aufbau spitexeigener Angebote die Fachexpertise des Partners verwendet wird.

Konkret: Wenn ein Angebot im Bereich Chronischer Wunden notwendig wird, kann zum Beispiel eine Organisation Leistungen von einem bestehenden Wundambulatorium „einkaufen“ (z.B. das Kantonsspital Münsterlingen stellt jeden Mittwoch ihre Wundmanagerin zur Verfügung). Diese Leistung wird dem Patienten in Rechnung gestellt, die Personalkosten werden vergütet. Diese Form der Kooperation ist anzustreben, wenn die Fallzahlen der Spitexorganisation noch keine Ausbildung rechtfertigen oder die Distanz zwischen der Spitexorganisation und dem Leistungspartner sehr klein ist.

Werden die Fallzahlen gross genug, dass eine Fachexpertise in der Spitexorganisation aufgebaut werden kann, ist die Kooperation im Aufbau, in der Ausbildung und in der nachhaltigen Qualitätssicherung sinnvoll. Die Kooperation auf fachlicher Ebene ist insbesondere mit Spitälern und Fachexperten sehr gewinnbringend. Gerade

bei neuen ambulanten Leistungen wie Disease-Management oder Beratung sind die fachliche Diskussion und die Qualitätssicherung mit anderen spezialisierten Partnern im Vordergrund.

#### 10.4.2 Räumliche und materielle Kooperation

Die Kooperation auf der Ebene materieller Ressourcen wie Materialeinkauf ist z.B. mit Pflegeheimen sehr gut möglich. Bei der Nutzung von Räumlichkeiten spielt die Kernkompetenz des Kooperationspartners eine untergeordnete Rolle, hier geht es um Fragen der Erreichbarkeit und der gegenseitigen Akzeptanz ohne unnötige Konkurrenzierung. Von zusätzlichen Kooperationen (z.B. beim Personalmanagement usw.) zwischen Heimen und Spitexorganisationen existieren momentan noch keine verlässlichen Zahlen über den Synergieeffekt.

#### 10.5 Konsequenz für die Ansprechstruktur

Für viele der neuen Angebote ist es sehr wichtig, niederschwellige und arbeitsplatznahe Ansprechstrukturen zu schaffen, die sich mit dem sozialen Leben vereinbaren lassen. Die wachsenden Zahlen auf den Spitalnotfällen, insbesondere zwischen 17 und 22 Uhr zeigen sehr deutlich, dass die Gesundheitsleistungen zunehmend weniger während dem Arbeitsprozess, sondern danach eingeholt werden. Dies bedeutet, dass die Angebote lange Öffnungszeiten haben müssen, mit öffentlichem und privatem Verkehr gut erreichbar und ohne Voranmeldung aufsuchbar sein müssen. Ergänzende Angebote wie Telemedizinische Unterstützungen haben in anderen Ländern und Kantonen bereits grosse Wirkung.

Angebotsstrukturen, die ohne grossen Aufwand mehrere Leistungen ermöglichen, haben eine grössere Anziehung als isolierte Angebote. Die Integration von ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen in einer Gemeinschaftspraxis ermöglicht schnelle Konsultationen und kurze Wege (Brändle, Hoppe, Junod, & Merki, 2010) (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, 2007) (PricewaterhouseCoopers', 2010).

#### 10.6 Beurteilungskriterien für die Modelle

Um die neue Struktur bewerten zu können, werden aus den bisherigen Überlegungen Kriterien abgeleitet.

Kriterium	Details
<b>Kompetenz für die Pflege , Hilfe und Betreuung zu Hause</b>	Bisherige Kernkompetenz der Spitex wird nicht gefährdet
<b>Disease-Management ist möglich (z.B. Herzinsuffizienz)</b>	Einzugsgebiet muss über 48'000 Bewohner haben für eine Stellenauslastung
<b>Wundmanagement ist möglich</b>	Einzugsgebiet muss über 40'000 Bewohner haben für eine Stellenauslastung
<b>Psychiatrische Spitex ist möglich</b>	Einzugsgebiet muss über 40'000 Bewohner haben für stabile Teamsituation
<b>Support Hausarzt-Versorgung</b>	Einzugsgebiet muss über 10'000 Bewohner haben für stabile Teamsituation
<b>Die Erreichbarkeit der Organisation liegt im zumutbaren Bereich</b>	Maximale Fahrzeit zum Zentrum liegt unter 30 Minuten.
<b>Angebote sind niederschwellig</b>	Öffnungszeiten bis 22 Uhr, gute Erreichbarkeit, in grösseren Agglomerationen oder Zentren
<b>Kooperationen sind möglich</b>	Kooperationspartner in Form von Heimen oder Spitälern sind vorhanden.
<b>Schaffung von Ausbildungsplätzen</b>	Es können neue Ausbildungsplätze für die Pflege (und Ärzte) geschaffen werden.
<b>Rekrutierung von Pflegepersonal</b>	Die Rekrutierung von Personal ist langfristig und nachhaltig.
<b>Attraktivität der Arbeitsplätze</b>	Die Arbeitsplätze sind attraktiv und erlauben langfristige berufliche Entwicklungen.

Tabelle 8: Kriterien für die Einschätzung der Modelle

## **11 Betriebskonzepte Basismodul**

---

### **11.1 Einleitung & Auftrag**

Am 24. März 2011 fand auf Einladung des Spitex Verband Kanton Thurgau ein erstes Hearing bezüglich Konsultationsbericht 1 Home Care Thurgau statt. Von einigen Teilnehmenden wurde festgestellt, dass Spitexorganisationen zwischen 40'000 – 60'000 Einwohner eine sinnvolle Grösse wären, um den Herausforderungen in qualitativer und quantitativer Weise gerecht zu werden. In der Diskussion wurde von den Vertretern der Organisationen ein Detaillierungsvorschlag für das Basismodul gewünscht. Das Basismodell soll sich auf die seit dem 1. Januar 2011 fusionierten 5 Bezirke abstützen. Bestimmte Funktionen und Bereiche überregional zu organisieren wurde an diesem Hearing ebenfalls als wünschenswert erachtet.

Für die Erarbeitung eines Betriebskonzeptes sind kantonsspezifische Punkte zu beachten. Ein wichtiger Punkt ist die momentan hohe Verrechenbarkeit von Leistungen der Spitexorganisationen im gesamten Kanton Thurgau. Der Schweizer Durchschnitt liegt bei ca. 60%, im Kanton Thurgau bei über 65% an verrechenbaren Leistungen. Rein aus diesem Grund ist die Notwendigkeit eines Strukturwechsels momentan noch nicht gegeben. Durch die zukünftigen Anforderungen müssen jedoch weitere Fusionierungen vorangetrieben werden, da in spätestens 5 Jahren die jetzigen Strukturen nicht mehr ausreichen werden.

Die neuen Finanzierungsströme, die Umgestaltung im Gesundheitswesen bis hin zu der überproportional alternden Gesellschaft in den nächsten Jahren werden das gesamte Gebiet der ambulanten Versorgung stark verändern. Zu optimieren wären die Strukturen im Umfeld der Koordination über den gesamten Kanton. Hier gemeint sind fachliche Expertenaufgaben, Logistik, Personal, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Marketing, Öffentlichkeitsarbeit usw.

#### **11.1.1 Siedlungsdichte und Gemeindetypen**

Um eine den vorherrschenden Gegebenheiten adäquate Lösung zu finden, wurden die Fakten einerseits in einer Aufteilung zwischen städtischen bis ländlichen Gebieten eruiert. Ebenfalls wird die Siedlungsdichte des Kantons Thurgau in die Betrachtung mit einbezogen.

Gemäss dem Gemeindetypen-Modell bestehen im Kanton Thurgau wenige Klein-Zentren in Frauenfeld, Kreuzlingen, Amriswil, Romanshorn, Arbon und Weinfelden. Daneben hat es einige touristische Gemeinden und etliche agrar-industrielle Gemeinden.

### **11.2 3 Modellvorschläge für Home Care Thurgau**

In der Folge werden drei Modelle für die Gliederung der Organisationen vorgestellt. Beim ersten Modell bleibt alles wie es ist. Das zweite Modell orientiert sich an der neuen Bezirksstruktur des Kantons Thurgau und das dritte Modell orientiert sich an betriebswirtschaftlichen Fragestellungen. In diesen Modellen werden die einzelnen Vor- und Nachteile kurz diskutiert. Die Modelle sind als Vorschläge zu verstehen und können weiter modifiziert werden.

## 12 Modell Status Quo (Basis heutige Gliederung)

### 12.1 Übersicht

<b>Organisation</b>	Beim Modell Status Quo wird zukünftig nichts verändert. Der Status quo wird aufrechterhalten. Alle 33 Spitexorganisationen bestimmen weiterhin selbständig ihre Ausrichtung, Angebote, Zahlungsmodalitäten, Personal, Buchhaltung usw. Das Ausmass jedes Angebotes kann selbständig bestimmt werden. Fusionierungen mit anderen Spitexorganisationen sind weiterhin möglich.
<b>Finanzierung</b>	Die Finanzierung wird über die bestehenden gesetzlichen Grundlagen sichergestellt. Diese bezieht sich neben den Gemeinden und Mitgliederbeiträgen zusätzlich auf das Krankenversicherungsgesetz (KVG) mit der Spezifizierung in der Krankenleistungsverordnung (KLV).
<b>Fazit</b>	Beim Modell Status Quo ist die Erbringung von Leistungen in der bisherigen Form möglich und durchaus effizient. Auf neue und erweiterte Leistungserbringung kann in dieser Organisationsform aber schlecht reagiert werden. Übergeordnete Aufgaben können nur über den kantonalen Spitexverband entwickelt und erbracht werden. In etwa 5 Jahren werden die lokalen Spitexorganisationen den Anforderungen nicht mehr gerecht werden können.

### 12.2 Einschätzung gemäss Kriterien

Kriterium	Beurteilung	Fazit
<b>Kompetenz für die Pflege, Hilfe und Betreuung zu Hause</b>	Die Kernkompetenz besteht in der heutigen Form	Ja
<b>Disease-Management ist möglich (z.B. Herzinsuffizienz)</b>	Heutige Organisationsstruktur erlaubt keine Angebote, die Fallzahlen sind zu klein.	Nein
<b>Wundmanagement ist möglich</b>	Einzugsgebiete sind zu klein.	Nein
<b>Psychiatrische Spitex ist möglich</b>	Einzugsgebiete sind zu klein.	Nein
<b>Support Hausarzt-Versorgung</b>	In der direkten Kooperation mit Hausärzten möglich	Ja
<b>Die Erreichbarkeit der Organisation liegt im zumutbaren Bereich</b>	Fahrzeiten sind optimal, sie unterschreiten die Minimalforderung	Ja
<b>Angebote sind niederschwellig</b>	Angebote werden gemäss Leistungsauftrag definiert.	0
<b>Kooperationen sind möglich</b>	Kooperationen sind auch lokal möglich	Ja, teilweise
<b>Schaffung von Ausbildungsplätzen</b>	Ausbildungsplätze können nur minimal erweitert werden.	Wenig
<b>Rekrutierung von Pflegepersonal</b>	Die Rekrutierung wird über jede Organisation durchgeführt.	Lokal
<b>Attraktivität der Arbeitsplätze</b>	Die Attraktivität wird gegenüber heute nicht verändert	Nein

Tabelle 9: Einschätzung Status Quo

#### Gesamteinschätzung:

Die heutige Struktur der Spitex ist optimal unter der Voraussetzung, dass keine neuen und zusätzlichen Leistungen auf die Organisationen dazu kommen. Die Leistungsfähigkeit ist hoch, die Effizienz ebenfalls. Jegliche neue Form von Leistungen, insbesondere Leistungen, die im Kontext von Gesundheitszentren angeboten werden, können in dieser Struktur nicht ausgelastet werden.

### 13 Modell Bezirk (Basis Politische Bezirksstruktur)

Im Kanton Thurgau wurde die alte Gemeindestruktur überarbeitet und es wurden 5 Bezirke geschaffen (Abbildung 36). Diese Bezirke haben unterschiedliche Grössen und auch eine sehr unterschiedliche Kompaktheit. Dies wirkt sich auch auf die Wegstrecken zwischen den einzelnen Gemeinden innerhalb des Bezirkes aus.



Abbildung 36: Bezirksstruktur Kanton Thurgau

#### 13.1 Auflistung der Organisationen in den Bezirken

Um ein auf den Kanton Thurgau massgeschneidertes Basismodell aufstellen zu können, wurden die vorhandenen Statistiken und Zahlen in Bezug auf die fünf Bezirke differenzierter ausgewertet. Der Kanton Thurgau hat insgesamt 33 kantonale Spitexorganisationen, die sich nun in den Bezirken wie folgt gruppieren:

<p><b>Bezirk Frauenfeld</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diessenhofen Spitex-Verein</li> <li>• Eschenz-Wagenhausen KP-Komm</li> <li>• Mammern KP-Verein</li> <li>• Steckborn KP u. HP-Verein</li> <li>• Matzingen-Stettfurt-Thundorf Spitex</li> <li>• Bertschikon-Gachnang KP</li> <li>• Unteres Thurtal HP-u.KP-Verein</li> <li>• Untersee Region Spitex*<sup>3</sup></li> <li>• Müllheim Region Spitex*</li> <li>• Seebachtal Spitex-Dienste Region</li> <li>• Verein Spitexdienste Frauenfeld</li> </ul>	<p><b>Bezirk Kreuzlingen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersee Region Spitex*</li> <li>• Tägerwilen-Gottlieben Spitex</li> <li>• Berg-Birwinken-Erlen-Kemmental Spitex*</li> <li>• Kreuzlingen Spitex</li> <li>• Am See Spitex</li> <li>• Thur-Seerücken Spitex Verein*</li> </ul>	<p><b>Bezirk Weinfelden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weinfelden Spitex-Verein</li> <li>• Thur-Seerücken Spitex-Verein*</li> <li>• Bürglen und Umgebung Spitex-Verein</li> <li>• Bischofszell u. Umgebung Spitexverein</li> <li>• Berg-Birwinken-Erlen-Kemmental Spitex*</li> <li>• AachThurLand</li> <li>• Lauchetal KP u. HP-Verein*</li> <li>• Müllheim Region Spitex*</li> </ul>
	<p><b>Bezirk Mönchwilien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aadorf Verein Spitex-Dienste</li> <li>• Wängi Verein Spitex-Dienste</li> <li>• Tannzapfenland Spitex</li> <li>• Wil und Umgebung Spitex-Dienste</li> <li>• Lauchetal KP u. HP-Verein*</li> <li>• Sirnach Spitex</li> <li>• Mönchwilien-Eschlikon Spitex-Verein</li> </ul>	<p><b>Bezirk Arbon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dozwil-Kesswil-Uttwil Spitex</li> <li>• Amriswil und Umgebung Spitex-Dienste</li> <li>• Romanshorn-Salmsach Verein Spitex</li> <li>• Egnach KP-u. HP-verein</li> <li>• Arbon und Umgebung KP-Verein</li> <li>• Roggwil-Berg KP-Verein</li> </ul>

Tabelle 10: Organisationen pro Bezirk

<sup>3</sup> \*= Zersplittung der bisherigen fusionierten Spitexorganisationen

### 13.2 Geleistete Stunden der Spitexorganisationen pro Bezirk

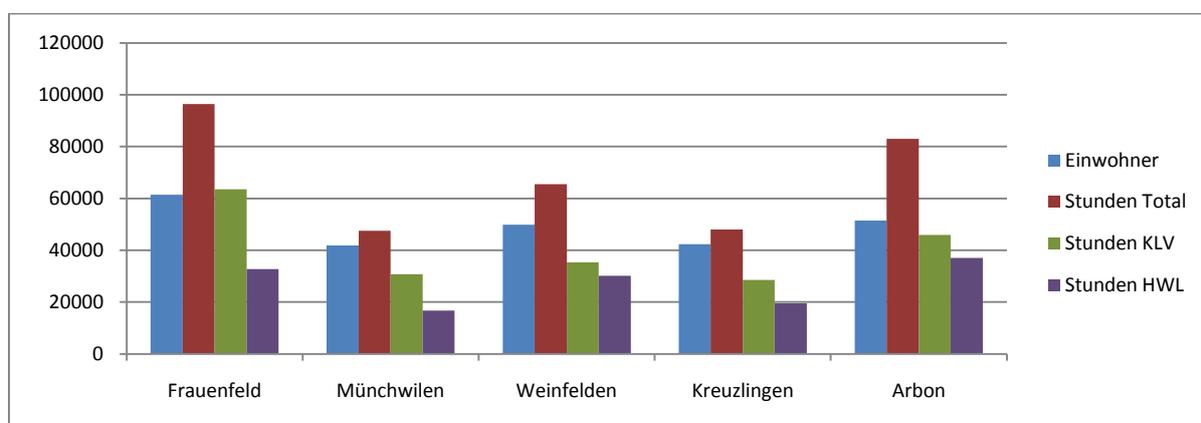
Bei dieser Berechnung wurden alle Kennzahlen pro Bezirk zusammen berechnet (Basis 2009):

Nr.	Bezirk	Einwohner	Gesamtleistung in Stunden	KLV-Stunden 2009	HWL-Stunden 2009
1	Frauenfeld	61'491	96'370	63'578	32'792
2	Münchwilen	41'819	47'559	30'828	16'731
3	Weinfelden	49'913	65'475	35'285	30'190
4	Kreuzlingen	42'336	48'020	28'516	19'503
5	Arbon	51'514	83'004	45'899	37'105

**Tabelle 11: Kennzahlen pro Bezirk**

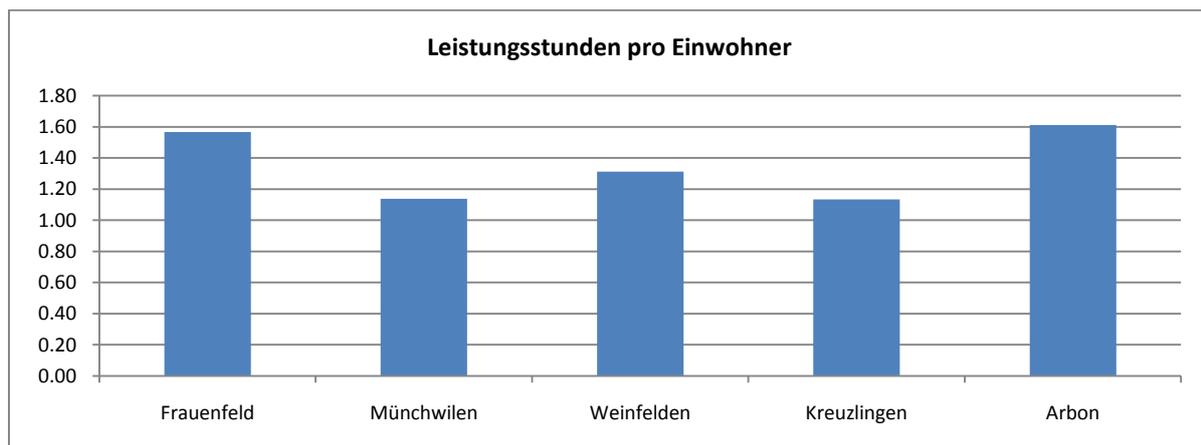
Die Zahlen zeigen, dass die 5 Bezirke grössere Unterschiede in Bezug auf ihre Leistungsstunden aufweisen. Der Bezirk Frauenfeld hat die höchste Gesamtleistung an Stunden, vor allem im KLV-Bereich. Die Einwohner pro Bezirk sind alle im erwünschten Bereich zwischen 40'000-60'000 Einwohner.

Die nachfolgende Abbildung 37 zeigt die gleichen Zahlen noch einmal grafisch. Hier werden die Unterschiede noch deutlicher.



**Abbildung 37: Übersicht aller 5 Bezirke über die Leistungen**

Die genauere Analyse der verschiedenen Bezirke (Abbildung 38) zeigt grössere Unterschiede in den Leistungsstunden pro Einwohner: Arbon hat die meisten Stunden pro Einwohner, gefolgt von Frauenfeld. Die Unterschiede zu den drei Bezirken Weinfelden, Münchwilen und Kreuzlingen sind sehr deutlich.



**Abbildung 38: Leistungsstunden pro Einwohner**

### 13.3 Personalverteilung pro Bezirk

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Leistungen sind auch bei der Personalverteilung Unterschiede zu erwarten.

Nr.	Bezirk	Spitex-Personal ohne Leitung
1	Frauenfeld	70.5
2	Münchwilen	28.9
3	Weinfelden	49.8
4	Kreuzlingen	34.0
5	Arbon	54.5

Abbildung 12: Personalverteilung pro Bezirk

Ersichtlich ist ein starker Unterschied beim Spitexpersonal in den 5 Bezirken. Die Stellen liegen zwischen 28 und 70 pro Bezirk. Anhand der zu erbringenden Leistungen ist es jedoch eine logische Konsequenz. Die Bezirke sind in ihrer Leistung sehr unterschiedlich.

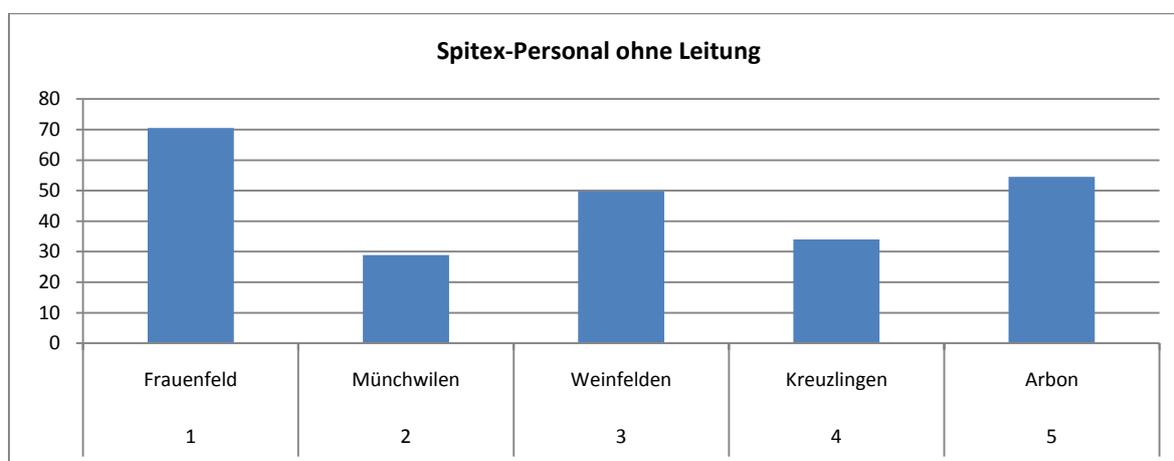


Abbildung 39: Übersicht aller 5 Bezirke über die Verteilung des Spitex Personal ohne Leitung /Administration

### 13.4 Übersicht

<b>Organisation</b>	Die jetzigen 33 Spitexorganisationen des Kantons Thurgau werden den bereits vorgegebenen fünf politischen Bezirken zugeteilt. Jeder Bezirk erhält pro 10'000 Bewohner (Richtgrösse) einen Stützpunkt. Jeder Bezirk arbeitet mit einem Hauptstützpunkt. Der Bezirk nutzt die Synergien über alle Stützpunkte hinweg. Die Leitung jedes Bezirks ist in der Geschäftsleitung der 5 Bezirke vertreten und hat volle Mitbestimmung. Die Prozesse und Strukturen von Modell Bezirke Home Care Thurgau sind nach dem Pflegeleistungsstandardangebot anzubieten. Zusätzliche Angebote können durchaus angeboten werden, hier muss jedoch der betriebswirtschaftliche Nutzen ersichtlich sein.
<b>Geschäftsleitung</b>	Für jeden Bezirk wird eine Geschäftsleitung festgelegt, diese ist Mitglied der Geschäftsleitung der 5 Bezirke. Die Geschäftsleitung der 5 Bezirke hat den Auftrag, Verträge mit Kanton, anderen Leistungserbringern, Sozialversicherungen usw. auszuhandeln. Zusätzlich sind diese zuständig für Expertenaufgaben, Logistik, Personal, Aus-, Fort- und Weiterbildung samt deren Koordination, Marketing und Öffentlichkeitsarbeit, Umsetzungsprüfung von Innovationen, Einberufung von Projektgruppen gesamtkantonal, Kooperationen usw. Die Geschäftsleitung legt in Zusammenarbeit mit den anderen 5 Bezirken die Strategie fest.
<b>Finanzierung</b>	Die Finanzierung der Strategie wird über die bestehenden Quellen sichergestellt. Für den Aufbau von Gesundheitszentren und die Entwicklung von Expertise muss die Finanzierung sicher gestellt werden. Kooperationen mit bestehenden Akteuren ermöglichen eine Reduktion der infrastrukturellen Kosten (z.B. Raumnutzung in einem Heim oder Spital).

### 13.5 Aufbaustruktur Modell Bezirk

Aufgebaut ist die Struktur in 3 Stufen, wobei jeweils die horizontale wie die vertikale Struktur eine eigene organisatorische Einheit bildet: die operative Einheit der Leistungserbringung und –koordination sind in der Bezirke/Regionen-Struktur gegliedert. Hier werden die Leistungen der Bezirke/Regionen koordiniert und die Leistungen geplant. Die Leistungserbringung kann – je nach Organisationsform der Bezirke/Regionen – zentral oder dezentral gesteuert werden. Wichtig sind die Nähe zu den Nutzern und die Reduktion unnötiger Weg- und Abstimmungszeiten.

Übergeordnet werden bezirksübergreifende Leistungen und Entwicklungen koordiniert. Dies kann bilateral zwischen betroffenen Bezirken erfolgen oder aber in Form von Fachgruppen auf der Ebene Geschäftsführung erfolgen.

- Bezirksübergreifend (Organisationsform für alle Bezirke/Regionen)
- Bezirk/Region (Organisationsform pro Bezirk/Region)
- Lokal (Einzugsgebiet bei den Patienten vor Ort)



Abbildung 40: Bezirksmodell

### 13.6 Einschätzung gemäss Kriterien

Kriterium	Beurteilung	Fazit
<b>Kompetenz für die Pflege, Hilfe und Betreuung zu Hause</b>	Die Kernkompetenz besteht in der heutigen Form und geht mit der Überführung nicht verloren	Ja
<b>Disease-Management ist möglich (z.B. Herzinsuffizienz)</b>	Drei von fünf Bezirken erfüllen die minimale Einwohnerzahl.	3 von 5 Bezirken
<b>Wundmanagement ist möglich</b>	Die Bezirke erfüllen die minimalen Einwohnerzahlen	Ja
<b>Psychiatrische Spitex ist möglich</b>	Die Bezirke erfüllen die minimalen Einwohnerzahlen	Ja
<b>Support Hausarzt-Versorgung</b>	In der direkten Kooperation mit Hausärzten oder in einem Gesundheitszentrum möglich	Ja
<b>Die Erreichbarkeit der Organisation liegt im zumutbaren Bereich</b>	Fahrzeiten erfüllen die Minimalforderung von 30 Minuten	Ja
<b>Angebote sind niederschwellig</b>	Der Aufbau von 5 Gesundheitspflegezentren ist möglich	Ja
<b>Kooperationen sind möglich</b>	Kooperationen sind möglich	Ja
<b>Schaffung von Ausbildungsplätzen</b>	Bezirke können grössere Anzahl an Ausbildungsplätzen schaffen.	Ja
<b>Rekrutierung von Pflegepersonal</b>	Die Rekrutierung kann auf Bezirksebene durchgeführt werden.	Ja, Bezirk
<b>Attraktivität der Arbeitsplätze</b>	Durch neue Leistungsangebote können attraktive und langfristige Perspektiven geschaffen werden.	Ja

Tabelle 13: Einschätzung Bezirk

#### Gesamteinschätzung:

Die Struktur in Form der Bezirke erfüllt die Kriterien weitgehend. Problematisch sind lediglich die unterschiedlichen Einwohnerzahlen in den Bezirken. Die Bezirke Münchwilen und Kreuzlingen sind an der Grenze der geschätzten Minimalzahlen oder unterschreiten diese.

Der Aufbau von 5 Gesundheitspflegezentren (z.B. bei den Spitexhauptstützpunkten) ist möglich und kann auch gut über die politische Struktur der Bezirke getragen werden.

## 14 Modell Regionen (Basis Betriebswirtschaft)

### 14.1 Überlegungen zum Modell

Für das Modell Region sind die betriebswirtschaftlichen Kriterien im Vordergrund. Unabhängig von der Zusammensetzung der Gemeinden oder Bezirke, orientiert sich das Modell Regionen an der minimalen Einwohnerzahl für die notwendigen Leistungen. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sind drei Fragestellungen ausschlaggebend:

1. Erbringung bisheriger Spitexleistungen
2. Aufbau von neuen Angeboten
3. Aufbau von Gesundheitspflegezentren

**Ad 1):** Für die Erbringung bisheriger Spitexleistungen sind aus betriebswirtschaftlicher Sicht vor allem die Effizienz der Leistungserbringung und das Verhältnis von Leitung zu Mitarbeitern, einschliesslich der notwendigen Entwicklungsaufgaben massgebend. Die Effizienz ist bereits heute in hohem Mass gegeben. Dazu ist allerdings zu sagen, dass die Organisationen teilweise sehr klein sind und bei personellen Engpässen auch die Kontinuität in der Leistungserbringung leiden kann. Insgesamt sind die Spitexorganisationen aber sehr effizient. Das Verhältnis der Spitexstellenleitung zu den Mitarbeitern wird dadurch optimiert, dass teilweise die Spitexleitungen im operativen Arbeitsprozess eingesetzt sind.

**Ad 2):** Der Aufbau von neuen Angeboten ist in der heutigen Form sehr schwer möglich. Die notwendigen Fallzahlen sind für eine professionelle Entwicklung und Kontinuität in der Leistungserbringung heute zu klein. Die minimale Einwohnerzahl beträgt für die oben berechneten Beispiele zwischen 40'000 bis 48'000 Einwohner. Für Leistungen in der Grundversorgung, in Substitution mit niedergelassenen Ärzten sind minimal 10'000 Einwohner pro Vollzeitäquivalent einer Pflegefachperson notwendig.

**Ad 3):** Der Aufbau von Gesundheitszentren ist teuer und Bedarf einer genügend grossen Einwohnerzahl. Ausserdem ist entscheidend, dass – zumindest in der Übergangszeit, bis sich die Gesundheitspflegezentren in der Bevölkerung etabliert haben – im näheren Umfeld kein anderer grösserer Leistungserbringer mit ambulanten Leistungen vorhanden ist. Ein weiterer Faktor ist die gute Erreichbarkeit mit öffentlichem und privatem Verkehr.

Der Aufbau von Spitexregionen kann sich optimal den politischen, kulturellen und versorgungstechnischen Gegebenheiten anpassen. Wir gehen davon aus, dass eine Region mit einem Gesundheitspflegezentrum über minimal 48'000 Einwohner verfügt, dass das Gesundheitspflegezentrum eine Zentrumsfunktion mit entsprechender fachlicher Expertise hat und in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, Spitälern und anderen Akteuren betrieben wird.

### 14.2 Übersicht

<b>Organisation</b>	Das Modell Betriebswirtschaft orientiert sich an dem betriebswirtschaftlichen Nutzen. Sinnvolle, grössere Einheiten ermöglichen einen hohen Qualitätsstandard. Der Standort muss nicht zwingend einer grossen Ortschaft angehören, es zählen die Wegstrecken innerhalb der Region. In jeder Region gibt es jeweils ein Zentrum. Von dort aus werden die Einsätze geplant.
<b>Geschäftsleitung</b>	Schaffung einer Geschäftsleitung, deren Aufgabe es ist, Verträge mit Kantonen, anderen Leistungserbringern, Sozialversicherungen usw. auszuhandeln. Zusätzlich sind diese zuständig für Logistik, Personal, Aus-, Fort- und Weiterbildung samt deren Koordination, Marketing und Öffentlichkeitsarbeit, Umsetzungsprüfung von Innovationen, Einberufung von Projektgruppen über alle Regionen, Kooperationen, Tarife festlegen, Qualitätsprüfungen kantonale durchführen mit Support usw.
<b>Finanzierung</b>	Die Finanzierung der Strategie wird über die bestehenden Quellen sichergestellt. Für den Aufbau von Gesundheitszentren und die Entwicklung von Expertise muss die Finanzierung sicher gestellt werden. Kooperationen mit bestehenden Akteuren ermöglichen eine Reduktion der infrastrukturellen Kosten (z.B. Raumnutzung in einem Heim oder Spital).

### 14.3 Aufbaustruktur Modell Region

Aufgebaut ist die Struktur identisch wie im Modell Bezirk in 3 Stufen, wobei jeweils die horizontale wie die vertikale Struktur eine eigene organisatorische Einheit bildet: die operative Einheit der Leistungserbringung und –koordination sind in der Bezirke/Regionen-Struktur gegliedert. Hier werden die Leistungen der Regionen koordiniert und die Leistungen geplant. Die Leistungserbringung kann – je nach Organisationsform der Region –

nen – zentral oder dezentral gesteuert werden. Wichtig sind die Nähe zu den Nutzern und die Reduktion unnötiger Weg- und Abstimmungszeiten.

Übergeordnet werden bezirksübergreifende Leistungen und Entwicklungen koordiniert. Dies kann bilateral zwischen betroffenen Bezirken erfolgen oder aber in Form von Fachgruppen auf der Ebene Geschäftsführung erfolgen.

- Bezirksübergreifend (Organisationsform für alle Bezirke/Regionen)
- Bezirk/Region (Organisationsform pro Bezirk/Region)
- Lokal (Einzugsgebiet bei den Patienten vor Ort)

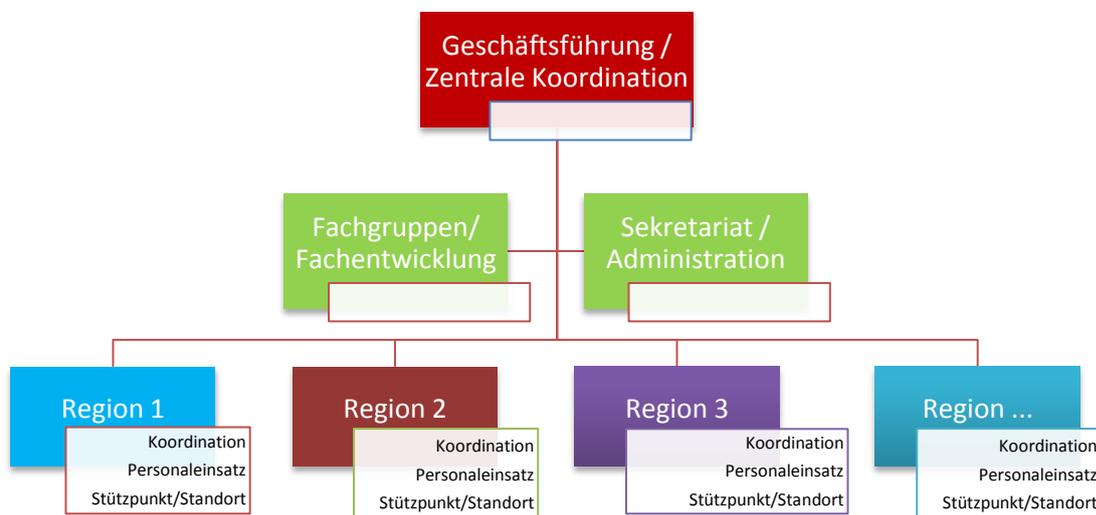


Abbildung 41: Organigramm

#### 14.4 Einschätzung gemäss Kriterien

Kriterium	Beurteilung	Fazit
<b>Kompetenz für die Pflege, Hilfe und Betreuung zu Hause</b>	Die Kernkompetenz besteht in der heutigen Form und geht mit der Überführung nicht verloren	Ja
<b>Disease-Management ist möglich (z.B. Herzinsuffizienz)</b>	Regionen erfüllen die minimale Einwohnerzahl.	Ja
<b>Wundmanagement ist möglich</b>	Die Regionen erfüllen die minimalen Einwohnerzahlen	Ja
<b>Psychiatrische Spitex ist möglich</b>	Die Regionen erfüllen die minimalen Einwohnerzahlen	Ja
<b>Support Hausarzt-Versorgung</b>	In der direkten Kooperation mit Hausärzten oder in einem Gesundheitspflegezentrum möglich	Ja
<b>Die Erreichbarkeit der Organisation liegt im zumutbaren Bereich</b>	Fahrzeiten erfüllen die Minimalforderung von 30 Minuten	Ja
<b>Angebote sind niederschwellig</b>	Der Aufbau von Gesundheitspflegezentren ist möglich	Ja
<b>Kooperationen sind möglich</b>	Kooperationen sind möglich	Ja
<b>Schaffung von Ausbildungsplätzen</b>	Regionen können grössere Anzahl an Ausbildungsplätzen schaffen.	Ja
<b>Rekrutierung von Pflegepersonal</b>	Die Rekrutierung kann auf regionaler Ebene durchgeführt werden.	Ja, Region
<b>Attraktivität der Arbeitsplätze</b>	Durch neue Leistungsangebote können attraktive und langfristige Perspektiven geschaffen werden.	Ja

Tabelle 14: Einschätzung Regionen

#### Gesamteinschätzung:

Das Modell Regionen geht von betriebswirtschaftlichen Überlegungen bzw. von der minimalen Einwohnerzahl aus. Entsprechend werden alle Kriterien erfüllt. Entscheidend ist hier der Einschluss der betroffenen Gemeinden zu Regionen, die sowohl geographisch wie auch in Bezug auf die Leistungsbreite und –vielfalt gut gestaltbar sind.

## 15 Fazit

Die Bevölkerung wird in ihrer Gesamtzahl stärker wachsen als die Schweiz als Ganzes. Zudem wird angenommen, dass die Belastung durch die ältere Bevölkerung ebenfalls überproportional ist. Zukünftige Versorgungsstrukturen müssen auf diese Mehrleistung – unabhängig aller weiteren Versorgungsparameter - vorbereitet sein. Die Altersgruppe, die am meisten ambulante *und* stationäre Versorgungsstrukturen in Anspruch nimmt und auch weiterhin nehmen wird, sind die über 80-Jährigen.

Das Wachstum in der Spitex übersteigt das Wachstum im Spital. Spitalleistungen können nur ungenau als Kennzahl für Leistungen im ambulanten Bereich verwendet werden. Am ehesten kann die Zahl von Hospitalisationen als Leistungsindikator verwendet werden. Das Angebot ausserhalb der klassischen KLV/HWL-Leistungen ist sehr breit und vielfältig. Eine Nachfrage kann erwartet werden. Die Auswahl zusätzlicher Leistungsangebote erscheint etwas zufällig.

Die Sicherung der ambulanten Versorgung muss in Etappen geplant und gesichert werden. Die erste Etappe ist durch die Übergangsphase in der Pflege- und Spitalfinanzierung gekennzeichnet. In dieser Zeit (Dauer 2011 bis ca. 2015) ist mit grösseren Schwankungen zu rechnen und die Prognosen sind sehr schwierig. Nach Abschluss dieser Destabilisierung wird damit gerechnet, dass sich die Zahlen einer Trendkurve nähern werden.

Die Ausgangslage für eine Veränderung ist eindeutig. Die meisten Organisationen lehnen ein Weiterfahren wie bisher ab. Die grösste Zustimmung in der Art und Weise der Veränderung finden regionale Kooperationen innerhalb der Spitex und ein regionales Spitexzentrum mit Filialen. Die regionale Kooperation mit anderen Leistungserbringern wird ebenfalls als möglich erachtet.

Die Anzahl an vorhandenen Pflegepersonen in den Spitexorganisationen des Kantons Thurgau werden weiterhin benötigt. Es muss sogar mit einer zusätzlichen Anstellung von Pflegepersonal gerechnet werden. Für die Entwicklung wurden drei Modelle skizziert, die verschiedene Kriterien berücksichtigen.

Das **Modell Status quo** wird über maximal 5 Jahre noch aufrechterhalten werden können. Durch die zukünftigen Anforderungen müssen weitere Fusionierungen vorangetrieben werden.

Das **Modell Bezirke** liegt in diesem Trend, hier wurden die politischen Grenzen der jeweiligen Bezirke beachtet. Die Homogenität zwischen den Bezirken ist weder bei den Leistungen noch beim Personal optimal verteilt. Zusätzlich besteht die Gefahr, durch die politischen Grenzen zusätzliche Hemmnisse zu erhalten. Dies könnte für die Weiterentwicklung gravierende Folgen haben.

Das Modell **Regionen** (Basis Betriebswirtschaft) hält sich nicht an die politische Bezirke, sondern an die Messgrösse an Einwohnern mit minimal 48'000 Einwohnern mit einer maximalen Distanz von 30 min Fahrtzeit. Ziel war ebenfalls eine hohe Homogenität in der Leistung wie auch beim Personal zu erhalten. Im Modell Region ist es denkbar, die heutigen Organisationen auf eine bis maximal fünf Leistungsregionen zu reduzieren.

Mit den **Modellen Bezirk und Regionen** können hochprofessionelle Netzwerke aufgebaut werden, die durch ihre Grösse agiler und schlagkräftiger sind. Jede Region, bzw. deren Standort hat in der Geschäftsleitung einen Sitz. Die Koordination mit minimal 5 Regionen ist einfacher als mit 34 Organisationen. Ein wichtiger Punkt bei der definitiven Standortfrage ist auch die Prüfung der vorhandenen Infrastruktur wie Lage, Räumlichkeiten, Lager, Parkplatzmöglichkeiten, Ausbaumöglichkeiten, Anfahrtswege usw.

Bei beiden Modellen müssen bestehende Spitexorganisationen getrennt werden. Damit verbunden ist die Frage, ob die heutige Vereinsstruktur noch sinnvoll und langfristig tragfähig ist.

Der primäre Unterschied zwischen dem Modell Bezirk und dem Modell Region liegt darin, dass die definitive Struktur sich nicht an geographischen, sondern an betriebswirtschaftlichen Kriterien orientiert.

## 16 Empfehlung

Die Kriterien zur Einschätzung der Modelle werden hier noch einmal abgebildet:

Kriterium	Modell Status Quo	Modell Bezirk	Modell Region
Kompetenz für die Pflege, Hilfe und Betreuung zu Hause	Ja	Ja	Ja
Disease-Management ist möglich (z.B. Herzinsuffizienz)	Nein	3/5	Ja
Wundmanagement ist möglich	Nein	Ja	Ja
Psychiatrische Spitex ist möglich	Nein	Ja	Ja
Support Hausarzt-Versorgung	Ja	Ja	Ja
Die Erreichbarkeit der Organisation liegt im zumutbaren Bereich	Ja	Ja	Ja
Angebote sind niederschwellig	0	Ja	Ja
Kooperationen sind möglich	Ja, teilweise	Ja	Ja
Schaffung von Ausbildungsplätzen	Wenig	Ja	Ja
Rekrutierung von Pflegepersonal	Lokal	Ja, Bezirk	Ja, Region
Attraktivität der Arbeitsplätze	Nein	Ja	Ja

Tabelle 15: Zusammenfassung Kriterien

Aufgrund der Einschätzung aller Überlegungen machen wir folgende Empfehlung:

### Einführung des Modells Regionen mit der Implementierung von Gesundheitszentren

#### Begründung:

Für das Modell der Regionen spricht die ausgeglichene Zahl der Bewohner, Leistungsstunden und die grössere Flexibilität. In der Strukturierung von Regionen können bei starken Veränderungen der Leistungszahlen leicht Korrekturen angebracht werden, die beim Modell Bezirk aufgrund der Verknüpfung zu politischen Struktur deutlich schwieriger zu kommunizieren sind.

### Aufbau einer neuen Organisationsstruktur

#### Begründung:

Die neue Struktur braucht auch als Organisation eine Geschäftsstruktur mit professioneller Leitung. Es wird empfohlen, eine Organisationsstruktur aufzubauen, die gleichzeitig die lokale Arbeit sicher stellt und übergeordnete Entwicklungen koordiniert.

### Etap pierung in der Umsetzung

#### Begründung:

Die Umsetzung von der heutigen Situation in das Modell Regionen ist gut zu planen und zu etappieren. Es wird empfohlen, in einem ersten Schritt möglich Kooperationen zu prüfen und mögliche Standorte für einen Stützpunkt, bzw. ein Gesundheitspflegezentrum zu evaluieren. Gleichzeitig sollte geprüft werden, in welchen Regionen der grösste Handlungsbedarf durch Unterversorgung, Hausärztemangel aufgrund von Pensionierungen und Distanzen zu anderen Leistungserbringern zu erwarten sind. Auf dieser Grundlage kann der Aufbau mit einem ersten Zentrum begonnen werden.

Es wird erwartet, dass nicht alle Zentren die gleichen Angebote führen müssen, da unter Umständen bereits Konkurrenzangebote in der Region bestehen (z.B. Wundpraxis im Kantonsspital). Hier geht es darum, mögliche Kooperationen zu prüfen.

Auf der Basis erster Erfahrungen können weitere Angebote ausgebaut und die Infrastruktur ergänzt werden.

## 17 Weiteres Vorgehen und Projektskizze

Für die Umsetzung einer neuen Versorgungslandschaft in der ambulanten Versorgung Kanton Thurgau braucht es ein längerfristig aufgebautes Projekt mit einer guten Struktur. Gemäss den Erfahrungen der Autoren ist es sinnvoll, nach einer Phase der politischen Diskussion in ein konkretes Umsetzungsprojekt einzusteigen und an konkreten Teilprojekten die Entwicklung vorwärts zu treiben. Methodisch handelt es sich dabei um ein Aktions- oder Umsetzungsprojekt, das bedeutet, nicht alle Projektbausteine und –schritte lassen sich im Vorfeld genau bestimmen.

Um die Projektziele und –kosten nicht aus den Augen zu verlieren ist es sinnvoll, die Entwicklung zu etappieren und regelmässige Berichterstattungen und Hearings durchzuführen. Dieser Prozess muss durch Auftraggeber und eine eigens dafür eingesetzte Steuergruppe überwacht werden.

### 17.1 Projektstruktur

Die Projektleitung sollte namentlich benannt sein und durch eine Integrationsfigur mit hoher Akzeptanz, aber auch hoher Detailkenntnis besetzt werden. Die Projektleitung wird in der Regel nicht in der Lage sein, sämtliche Teilprojekte inhaltlich zu steuern und zu gestalten. Hier müssen für die verschiedenen Teilprojekte Arbeitsgruppen zur Verfügung stehen. Es wird empfohlen, der Projektleitung eine externe Projektbegleitung zur Seite zu stellen. Die Firma Curanovis stellt sich dazu gern zur Verfügung, es können aber auch andere Angebote gewählt werden. Die Projektbegleitung hat den Auftrag, die einzelnen Teilprojekte zu gestalten, Entwicklungsaufgaben zu übernehmen und laufend Bericht zu erstatten. Es empfiehlt sich, die externe Projektbegleitung nicht aus den betroffenen Organisationen und Verbänden zu rekrutieren. Einerseits geht es dabei um die Wahrung der Neutralität bei Entscheidungen und zum anderen um den Gesamtüberblick bei diesem Veränderungsprozess.

Die nachfolgende Tabelle zeigt eine mögliche Projekthierarchie mit ersten Vorschlägen für die Besetzung der einzelnen Ebenen.

<b>Auftraggeber</b>	Spitex Verband Thurgau Verband Thurgauer Gemeinden (VTG)
<b>Steuergruppe</b>	Spitex Verband Thurgau Verband Thurgauer Gemeinden (VTG) Vertretung Gesundheitsamt Thurgau
<b>Beirat</b>	Spital Thurgau AG Stadt- und Gemeinderäte Kanton Thurgau Curaviva Kantonalverband Thurgau Bildungszentrum für Gesundheit TG (BfG) Santésuisse Thurgau Kantonsarzt Thurgau
<b>Projektleitung</b>	n.o.
<b>Gliederung Teilprojekte / Projektgruppen</b>	<b>TP Angebote</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spitexorganisation</li> <li>• Kantonsspitäler Kanton Thurgau</li> </ul> <b>TP Organisationsstrukturen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spitex Verband Thurgau</li> <li>• Verband Thurgauer Gemeinden</li> </ul> <b>TP Kooperation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curaviva Kantonalverband Thurgau</li> <li>• Kantonsarzt Thurgau</li> <li>• Kantonsspitäler Kanton Thurgau</li> </ul> <b>TP Ansprechstrukturen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spitex Verband Thurgau</li> <li>• Spitexorganisation</li> </ul>
<b>Projektbegleitung</b>	Curanovis – Care Management o.a.

Tabelle 16: Projekthierarchie

## 17.2 Gliederung in Teilprojekte

Das Projekt beinhaltet eine ganze Reihe zentraler Fragen, die einzeln diskutiert werden müssen. Aus diesem Grunde schlagen wir die Gliederung in Teilprojekte entlang dem «Denkraster» vor. In einer ersten Phase sind die Teilprojekte frei in ihrer Diskussion. Die Zusammenführung der einzelnen Projekte soll erst dann geschehen, wenn konkrete Vorschläge vorhanden sind. Es ist die Aufgabe der Projektleitung oder der Projektbegleitung, dafür zu sorgen, dass keine konträren Entwicklungen in den verschiedenen Teilprojekten erarbeitet werden. Die Tabelle (unten) zeigt sehr grob einzelne Inhalte der Teilprojekte auf.

<b>Teilprojekt 1: Angebote</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reglementierung und weitgehende Standardisierung/Homogenisierung der Spitex-Kernleistungen</li><li>• Klärung zukünftiger Angebote (Schwerpunkte: Prävention, Akut- und Übergangspflege, Disease-/ Chronic Care Management, Palliation)</li><li>• Marketing</li></ul>	<b>Teilprojekt 2: Organisationsstrukturen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aufbau einer Organisationsstruktur mit professionellem Management</li><li>• Planung der Übergänge der bisherigen Vereinsstruktur in die neue Organisationsform</li><li>• Planung der Personalentwicklung, namentlich Expertise und Ausbildung</li><li>• Klärung der Finanzierung (Schwerpunkt neue Angebote) mit Instrumenten wie Capitation</li></ul>
<b>Teilprojekt 3: Ansprechstrukturen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Projektierung eines Prototyps Gesundheitspflegezentrum</li><li>• Öffnungszeiten, Niederschwelligkeit, Telemedizin, Triage</li></ul>	<b>Teilprojekt 4: Kooperation</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prüfung der möglichen Kooperationspartner in den Regionen</li><li>• Gliederung nach strukturellen, fachlichen und personellen Koordination</li><li>• Verträge aushandeln</li></ul>

Tabelle 17: Inhalte der Teilprojekte

### 17.3 Ablauf

Der Projektablauf ist abhängig von den Inhalten, der Struktur und vom Auftrag. In der nachfolgenden Abbildung wird ein Projektablauf als erste grobe Skizze dargestellt. Die zeitliche Struktur ist nicht als „Echtzeit“ zu verstehen, sondern als Chronologie. Die Teilprojekte starten weitgehend gleichzeitig, sie haben aber gewisse Schnittstellen und gegenseitige Abhängigkeiten. Diese chronologischen Abläufe sind sehr wichtig, um keine redundanten Entwicklungen zu provozieren.

Die Laufzeit des Projektes (bzw. der ausgewählten Teilprojekte) sollte so kurz wie möglich sein und eine Pilotierung in einer Region fokussieren. Sobald ein Baustein (z.B. die Implementierung eines neuen Angebotes) umgesetzt ist, kann ein nächster Schritt geplant werden. Durch die straffe Führung der Projekte kann die Motivation hoch gehalten werden und erste reale Erfahrungen können in die weitere Entwicklung einfließen.

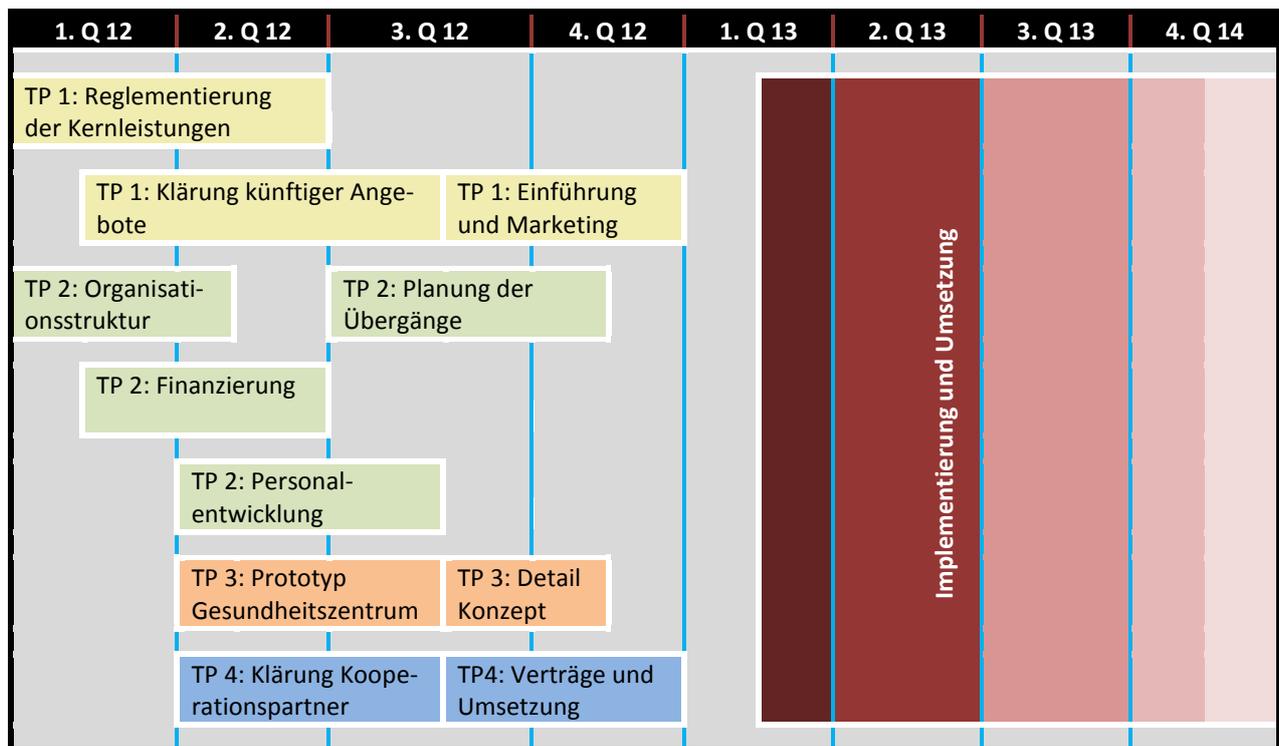


Abbildung 42: Projektskizze (Chronologie)

## 18 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung Thurgau und Schweiz (mittleres Szenario BFS) .....	8
Abbildung 2: Entwicklung Alters- und Jugendquotient Thurgau und Schweiz.....	8
Abbildung 3: Gesamtleistung KLV und HWL in Stunden .....	10
Abbildung 4: Vergleich der Leistungs- & Beschäftigungsentwicklung .....	11
Abbildung 5: Übersicht über die Entwicklung Grademix und dessen Streuung.....	11
Abbildung 6: Entwicklung Anzahl Anbieter Kerndienstleistungen .....	12
Abbildung 7: Anzahl Spitalpatienten nach Altersklassen in der Schweiz .....	13
Abbildung 8: Entwicklung – Spitex- und Akutleistungen .....	13
Abbildung 9: Produktivität der Organisationen im Vergleich .....	14
Abbildung 10: Leistungen pro Stellenprozent.....	15
Abbildung 11: Entwicklung Spitex-Stunden bei konstanter "Stunden pro Einwohner-Rate" .....	17
Abbildung 12: Entwicklung Spitex-Stunden bei steigender "Stunden pro Einwohner-Rate" (0.1 pro Jahr) .....	18
Abbildung 13: Umfrage - Einschätzung der Leistungsentwicklung .....	19
Abbildung 14: Umfrage - Prioritäten in der heutigen Arbeit .....	19
Abbildung 15: Aktuelle Herausforderungen im Alltag (Zusammenarbeit).....	20
Abbildung 16: Aktuelle Herausforderungen im Alltag (planerische Aufgaben 1/3).....	20
Abbildung 17: Aktuelle Herausforderungen im Alltag (planerische Aufgaben 2/3).....	21
Abbildung 18: Aktuelle Herausforderungen im Alltag (planerische Aufgaben 3/3).....	21
Abbildung 19: Aktuelle Herausforderungen im Alltag (äussere Einflüsse) .....	22
Abbildung 20: Aktuelle Inhalte (1/4).....	23
Abbildung 21: Aktuelle Inhalte (2/4).....	23
Abbildung 22: Aktuelle Inhalte (3/4).....	24
Abbildung 23: Aktuelle Inhalte (4/4).....	24
Abbildung 24: Aktuelle Entwicklungen: Kooperationen .....	25
Abbildung 25: Aktuelle Entwicklungen: Zusammenschlüsse .....	25
Abbildung 26: Aktuelle Entwicklungen: neue Entwicklungen .....	26
Abbildung 27: Zukünftige Organisationsform (Ampel-Auswertung).....	27
Abbildung 28: Zukünftige Organisationsform (Mittelwert) .....	27
Abbildung 29: Alterspyramiden (Herzog, 2009).....	29
Abbildung 30: Krankenhausfälle nach Alter (Bundesamt für Statistik, 2008) .....	30
Abbildung 31: Bruttokosten der Krankenversicherung im Jahr 2008 (Brändle, Hoppe, Junod, & Merki, 2010) ..	30
Abbildung 32: Übersicht chronischer Krankheiten nach ärztlichen Behandlungen 2007 (Bundesamt für Statistik, 2008) .....	31
Abbildung 33: Prognostizierte Veränderung für 2020 der Pflgetage für den Kanton Zürich (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2009) .....	32
Abbildung 34: Bedarf und Nachwuchs im Mittelwert (modifiziert nach (Grünig & Dolder, 2009) .....	33
Abbildung 35: «Denkrafter ambulanter Versorgung» und vier Dimensionen .....	40
Abbildung 36: Bezirksstruktur Kanton Thurgau .....	47
Abbildung 37: Übersicht aller 5 Bezirke über die Leistungen .....	48
Abbildung 38: Leistungsstunden pro Einwohner .....	48
Abbildung 39: Übersicht aller 5 Bezirke über die Verteilung des Spitex Personal ohne Leitung /Administration	49
Abbildung 40: Bezirksmodell.....	50
Abbildung 41: Organigramm .....	52
Abbildung 42: Projektskizze (Chronologie) .....	57

## 19 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ablauf Grundlagenarbeit .....	6
Tabelle 2: Anzahl Anbieter zusätzlicher Dienstleistungen (2009) .....	12
Tabelle 3: Determinante Soziale Gesundheit und Umwelt .....	37
Tabelle 4: Physiologische und Behavioristische Determinante.....	37
Tabelle 5: Determinanten im Lebenszyklus .....	37
Tabelle 6: Fallzahlen für Kanton Thurgau.....	42
Tabelle 7: Aufwand und Leistungen pro Angebot .....	42
Tabelle 8: Kriterien für die Einschätzung der Modelle .....	44
Tabelle 9: Einschätzung Status Quo .....	46
Tabelle 10: Organisationen pro Bezirk .....	47
Tabelle 11: Kennzahlen pro Bezirk .....	48

Tabelle 12: Personalverteilung pro Bezirk .....	49
Tabelle 13: Einschätzung Bezirk .....	50
Tabelle 14: Einschätzung Regionen.....	52
Tabelle 15: Zusammenfassung Kriterien .....	54
Tabelle 16: Projekthierarchie .....	55
Tabelle 17: Inhalte der Teilprojekte .....	56

## 20 Literaturverzeichnis

---

- BfS. (2010). *Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) und der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) 2009*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- Brändle, N., Hoppe, M., Junod, F., & Merki, M. (2010). *Am Puls der Gesundheitslandschaft*. Zürich: Credit Suisse - Economic Research.
- BSF, I. (2010). *Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) und der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) 2009*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- Bundesamt für Statistik. (2008). Abgerufen am 2011 von Inanspruchnahme von Dienstleistungen: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01/key/inanspruchnahme.html>
- Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien. (2007). *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- CSEB. (kein Datum).
- Dolder, P., & Grünig, A. (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009*. Bern: OdASanté.
- EVD, BBT. (2010). *Bericht EVD "Bildung Pflegeberufe"*. Bern: Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement EVD und Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT.
- Forum Managed Care. (2009). Orientierungspapier "Integrierte Versorgung in der Schweiz". *Schweizerische Ärztezeitung*, 90 (23).
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2009). *Zürcher Spitalplanung 2012 - Vernehmlassungsversion Dezember 2009*. Zürich: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.
- Gesundheitswesen - FMH Präsident warnt vor Ärztemangel. (2011). Abgerufen am 02. 02 2011 von <http://www.blick.ch/news/schweiz/fmh-praesident-warnt-vor-aerztemangel-104566>
- Groenewegen, P. p. *Primary Health Care in The Netherlands: current situation and trends*. NIVEL - Netherlands Institute for Health Services Research and Utrecht University.
- Grünig, A., & Dolder, P. (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren.
- Häfner, S., Martens, U., & Zipfel, S. (2007). Psychische Erkrankungen im Alter - Häufigkeit und Inanspruchnahmeverhalten. *Psychiatrie*.
- Harbach, A., & Behrens, J. (2007). Wie lange verbleiben Pflegende nach der Ausbildung in ihrem Beruf. *Pflegewissenschaft*, 12; 732-735.
- Health Research Institute. (2010). *Health Cast - Die Individualisierung des Gesundheitswesens*. Deutschland: PriceWaterhouseCooper.
- Herzog, M. (2009). *Brainworker*. Abgerufen am 04. 03 2011 von <http://www.brainworker.ch/Zivilgesellschaft/buergergesellschaft.html>
- Holthuisen, A., Homann, B., & Benz, D. (2007 йил 07). Die Babyboomer müssen schauen, wo sie bleiben. *Beobachter*.
- HWP Planungsgesellschaft / Robert Bosch Stiftung. (2007). *Zukunft für das Krankenhaus - szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Imhof, L. (2009). *Pflegerische und ärztliche Expertise*. Davos: SBK Kongress.
- Institute for the Future. (2003). *Health and Health Care 2010: The Forecast, The Challenge*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Knoth, S. (2010). Nicht teurer, nur besser - Mit neuen Modellen lässt sich auch künftig die Erfüllung des Versorgungsauftrages sicherstellen. *Care Management*, 3 (6).
- Kt TG. (2000). Gesetz über das Gesundheitswesen. *Gesundheitsgesetz*. Thurgau.
- Läuchli, S., & Traber, J. (2009). Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung. *Schweizerische Ärztezeitung*.
- Marques-Vidal, P. (2009 (?)). Evaluation der Versichertendaten der Krankenversicherung CSS über die Prävalenzen von behandelten Personen und die Kosten von Krankheiten im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas in der Schweiz. (www.gesundheitsfoerderung.ch, Hrsg.)

Ministry of Health, W. a. (2005). Primary Healthcare in the Netherlands - The nature, structure, financing, regulation, supply of and training and demand for primary health in the Netherlands.

PricewaterhouseCoopers'. (2010). *Health Cast - die Individualisierung des Gesundheitswesens*. Frankfurt am Main.

PricewaterhouseCoopers. (2010). *Health Cast*.

Rickenbacher, P. (01 2001). Herzinsuffizienz: Epidemiologie, Pathophysiologie. *Swiss Medical Forum* .

Sax, A. (2010). Gesundheitsversorgung als öffentliche Aufgabe. *Schweizerische Ärztezeitschrift* , 91 (35).

Schrijvers, G. (2006). Primary healthcare in the Netherlands-concept, statistics and current developments.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2008). Medienmitteilung. *Der Ärztemangel könnte bis 2030 die ambulante medizinische Versorgung in der Schweiz gefährden* . Bern.

Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A., Büschel, A., & Müller, B. (2005). *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. Universität Wuppertal.

Studien, B. f.-u. (2007). *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Wagner, E. H., & Groves, T. (2002). Care for chronic diseases - The efficacy of coordinated and patient centred care ist established, but now is the time to test its effectiveness. *British Medical Journal* , 325 (7370), S. 913-914.

WHO. (n.d.). Determinanten der Gesundheit. [www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/determinanten-der-gesundheit](http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/determinanten-der-gesundheit): Fonds Gesundes Österreich.