



Koordinierte Versorgung

Patientengruppe 1: (Hoch-)betagte, multimorbide Menschen

Handlungsfelder und Massnahmen

Version vom 23.03.2016

Die Förderung der koordinierten Versorgung ist eine Massnahme der gesundheitspolitischen Agenda «Gesundheit2020» des Bundesrates. Es wurde beschlossen, dass der Fokus dabei auf spezifische Patientengruppen gelegt werden soll, die überdurchschnittlich viele verschiedene Gesundheitsleistungen beanspruchen, respektive auf bestimmte Schnittstellen. In einem ersten Schritt soll die koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten, vor allem im Kontext Spital, verbessert werden.

Die «koordinierte Versorgung» wird definiert als die Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern. Dabei sollen – wo sinnvoll – auch Präventionsaspekte einfließen. Im Zentrum steht die Patientin bzw. der Patient: Die Koordination und Integration erfolgen entlang der ganzen Behandlung und Betreuung.

Mittels einer Literaturrecherche wurden die wichtigsten Probleme im Bereich der koordinierten Versorgung für die Patientengruppe der (hoch-)betagten, multimorbiden Menschen ermittelt. Diese Situationsanalyse wurde am 4. September 2015 in einem Workshop mit Expertinnen und Experten validiert und der Handlungsbedarf festgelegt. Am 13. November 2015 fand ein zweiter Workshop mit über 40 Vertreterinnen und Vertretern von Organisationen und Verbänden statt, um für diese Handlungsfelder Massnahmen zu ermitteln. Auf dieser Grundlage schlägt das Bundesamt für Gesundheit BAG nun vier Handlungsfelder mit dazugehörigen Massnahmen vor, deren Umsetzung innerhalb einer absehbaren Frist und mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen umsetzbar scheint:

- 1. Stärkung des Patientenwillens und Vorausplanung eines allfälligen Pflegebedarfs**
- 2. Planung des Spitalaustritts sowie der Betreuung an der Schnittstelle Spital/Pflegeheim/zu Hause**
- 3. Verbesserung des Zugangs zu spezialisierten, geriatrischen Versorgungsstrukturen**
- 4. Schaffung von Grundlagen zur Vermittlung von geriatrischem Grundwissen**

Vorgehen zur Umsetzung:

Es ist vorgesehen, dass die Rolle des BAG vor allem darin besteht, Projekte Dritter zu initiieren bzw. konkrete Aufträge an externe Mandatnehmer zu vergeben. Das BAG unterstützt die Akteure mit Grundlagen, Instrumenten etc. bei der Umsetzung und stellt eine Plattform für die Verbreitung der Ergebnisse zur Verfügung. Zur Erarbeitung von Grundlagenwissen kann eine finanzielle Unterstützung geleistet werden. Zudem stellt das BAG die Synergien mit anderen Strategien und Projekten sicher.



Koordinierte Versorgung

Patientengruppe «(Hoch-)betagte, multimorbide Menschen»: Handlungsfelder und Massnahmen

HANDLUNGSFELD 1	HANDLUNGSFELD 2	HANDLUNGSFELD 3	HANDLUNGSFELD 4
Stärkung des Patientenwillens und Vorausplanung eines allfälligen Pflegebedarfs	Planung des Spitalaustritts sowie der Betreuung an der Schnittstelle Spital/Pflegeheim/zu Hause	Verbesserung des Zugangs zu spezialisierten, geriatrischen Versorgungsstrukturen	Schaffung von Grundlagen zur Vermittlung von geriatrischem Grundwissen
Ziel Die Qualität und der Stellenwert von Patientenverfügungen und Vorsorgeaufträgen sollen gestärkt werden, so dass die Behandlung und Betreuung besser entlang den Bedürfnissen der Patientin, des Patienten koordiniert werden kann. Die Anwendung von Advance Care Planning (ACP) als Instrument zur vorausschauenden Planung, Vorbereitung, Entscheidungsfindung eines allfälligen Pflegebedarfs und zur Vermeidung von unnötigen Hospitalisierungen soll gefördert werden. Es soll geprüft werden, ob die Anwendung von ACP mit den bestehenden Finanzierungssystemen abgedeckt ist und ob ACP im Rahmen eines eHealth-Pilotprojekts implementiert werden kann.	Ziel Es soll geprüft werden, wie die Planung des Spitalaustritts sowie die Betreuung an der Schnittstelle Spital/Pflegeheim/zu Hause verbessert werden können, z.B. durch die Erarbeitung von Checklisten/Empfehlungen für die Planung der Entlassung von (hoch-)betagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten aus dem Spital unter besonderer Berücksichtigung des Medikamentenmanagements. Zudem sollen der Bedarf und die Umsetzung von Angeboten der Übergangspflege nach einem Spitalaufenthalt geklärt werden.	Ziel Es sollen exemplarisch Good-Practice-Modelle in den Kantonen, Gemeinden und Institutionen (z.B. mobile geriatrische Notfallteams, geriatrische Notfalldienste oder Konsiliardienste in den Spitälern etc.) ermittelt und analysiert werden. Diese Erkenntnisse sollen als Grundlage dienen, um den Aufbau solcher Versorgungsstrukturen auch in anderen Regionen der Schweiz zu fördern.	Ziel Erarbeitung von konkreten Fallbeispielen, die aufzeigen, welche Aspekte bei der Betreuung und Behandlung von betagten, multimorbiden Menschen aus geriatrischer, gerontologischer und gerontopsychiatrischer Sicht berücksichtigt werden sollen. Diese Anschauungsbeispiele sollen in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheits- und Sozialberufen auf allen Stufen als Grundlage zur Vermittlung von geriatrischem Grundlagenwissen verwendet werden können.
Massnahme 1.1 Stärkung des Stellenwerts von Patientenverfügungen	Massnahme 2.1 Erarbeitung und Verbreitung von Empfehlungen für die Entlassungsplanung	Massnahme 3.1 Ermittlung und Analyse von Good-Practice-Modellen im Bereich der spezialisierten, geriatrischen Versorgung	Massnahme 4.1 Erarbeiten von Patientenbeispielen als Grundlage zur Vermittlung von geriatrischem Grundlagenwissen
Massnahme 1.2 Förderung der Implementierung von Advance Care Planning	Massnahme 2.2 Stärkung von Angeboten der Übergangspflege		

RAHMENBEDINGUNGEN

Überprüfung der Abgeltung mit den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen

Es soll eine Übersicht erstellt werden, die aufzeigt, welche Leistungen/Angebote im Rahmen der oben genannten Massnahmen bereits mit den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen abgegolten werden können und welche nicht.