

Pro Senectute Kanton Zürich (PSZH)

# **Evaluation integriertes Altersversorgungs-Netzwerk (CareNet+) Zwischenbericht**

Zürich, 14. Juni 2017

Judith Trageser, Eva Gschwend, Thomas von Stokar (INFRAS)  
Anna Hegedüs, Ulrich Otto (Careum Forschung)

# **Impressum**

## **Evaluation integriertes Altersversorgungs-Netzwerk (CareNet+)**

Zwischenbericht

Zürich, 14. Juni 2017

Zwischenbericht CareNet+.docx

### **Auftraggeber**

Pro Senectute Kanton Zürich (PSZH)

### **Autorinnen und Autoren**

Judith Trageser, Eva Gschwend, Thomas von Stokar (INFRAS)

Anna Hegedüs, Ulrich Otto (Careum Forschung)

INFRAS, Binzstrasse 23, 8045 Zürich

Tel. +41 44 205 95 95

## Inhalt

<b>Zusammenfassung</b>	<b>5</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>8</b>
1.1. Ausgangslage	8
1.2. Ziele und Vorgehen der Evaluation	9
<b>2. Herausforderungen und Trends in der Altersversorgung</b>	<b>14</b>
2.1. Demografischer Wandel und Auswirkungen auf den Unterstützungsbedarf	14
2.2. Trends in der Angebotslandschaft der Schweiz	16
2.3. Koordinationsbedarf der Akteure	17
2.4. Bestehende Projekte zur Koordination der Leistungserbringer	18
<b>3. Das Altersversorgungs-Netzwerk CareNet+</b>	<b>19</b>
3.1. Konzept	19
3.2. Organisation	21
3.3. Finanzierung	22
3.4. Wirkungsmodell	22
<b>4. Stand der Umsetzung</b>	<b>24</b>
4.1. Aktivitäten auf übergeordneter Ebene	24
4.2. Fallabwicklung	25
<b>5. Beurteilung durch die befragten Akteure</b>	<b>28</b>
5.1. Konzept	28
5.2. Organisation	30
5.3. Umsetzung	31
5.3.1. Rekrutierung von Betroffenen	31
5.3.2. Fallkoordination und Zusammenarbeit auf Fallebene	33
5.3.3. Zufriedenheit der KlientInnen und Angehörigen (Careum)	36
<b>6. Wirkungen</b>	<b>38</b>
6.1. Wirkungen auf die Versorgungsprozesse	38
6.2. Wirkungen auf die Leistungserbringer	40

6.3.	Wirkungen auf die Krankenversicherer	41
6.4.	Wirkungen auf die KlientInnen und Angehörige	42
6.4.1.	Datenquellen	42
6.4.2.	Situation zu Beginn der Unterstützung	43
6.4.3.	Fallverläufe	49
<b>7.</b>	<b>Zwischenbilanz der EvaluatorInnen</b>	<b>58</b>
7.1.	Konzept und Organisation	58
7.2.	Umsetzung	61
7.3.	(Potenzielle) Wirkungen auf das Versorgungssystem	63
7.4.	Übertragbarkeit von CareNet+	67
<b>8.</b>	<b>Empfehlungen für das weitere Vorgehen</b>	<b>69</b>
<b>Annex</b>		<b>72</b>
<b>Literatur</b>		<b>75</b>

## Zusammenfassung

Um den Herausforderungen der alternden Bevölkerung und zunehmenden Komplexität von gesundheitlichen und damit häufig verbundenen sozialen Problemen älterer Menschen zu begegnen, hat die Pro Senectute Kanton Zürich (PSZH) im Jahr 2016 das Modellprojekt CareNet+ lanciert. Das Kernelement von CareNet+ besteht darin, die fallbezogene Zusammenarbeit unter den bestehenden Leistungserbringern und Kostenträgern aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich zu koordinieren. PSZH lässt die zweijährige Pilotphase von CareNet+ evaluieren. Der vorliegende Zwischenbericht zieht – basierend auf qualitativen Interviews mit den verschiedenen involvierten Akteuren sowie einer Analyse der bisherigen CareNet+-Fälle – eine erste Bilanz des Konzepts, der Umsetzung und der (potenziellen) Wirkungen. Nachfolgend sind Hauptergebnisse festgehalten:

- **Innovatives und geeignetes Konzept mit Blick auf die zukünftigen Herausforderungen:** Das Konzept von CareNet+ geht weiter als bereits existierende integrierten Versorgungsformen und zeichnet sich durch drei Alleinstellungsmerkmale aus: 1) die fallbezogene intersektorale Zusammenarbeit zwischen dem gesundheitlichen und sozialen Sektor; 2) dem Einbezug der Kostenträger und 3) der Neutralität des Akteurs CareNet+. Zudem bildet die partizipative Einbindung der verschiedenen beteiligten Akteure in der Steuergruppe von CareNet+ einen Erfolgsfaktor für das Gelingen des Projekts.
- **Projektumsetzung nach anfänglichem Stocken auf gutem Weg:** Bis dato konnten im CareNet+ insgesamt 17 Fälle aufgenommen und betreut werden. Diese Fallzahl bleibt hinter den anfänglichen Erwartungen zurück, was teilweise auf die bisherige Projektumsetzung zurückzuführen ist. Erstens wurde rückblickend zu viel Zeit in die konzeptionelle Ausgestaltung investiert, die für eine Pilotphase bereits sehr stark ins Detail geht. Zweitens haben mehrere personelle Wechsel in der Geschäftsstelle die Kontinuität in der Umsetzung gebremst. Diese anfänglichen Schwierigkeiten scheinen mit der von verschiedenen Seiten positiv gewürdigten derzeitigen personellen Besetzung der Geschäftsstelle sowie einem Prozess der Rückbesinnung auf die Kernelemente von CareNet+ nun überwunden zu sein. Die EvaluatorInnen erachten es in dem Zusammenhang auch als richtig, dass die im ursprünglichen Konzept vorgesehene aufsuchende Arbeit zunächst einmal zurückgestellt wurde.
- **Schwierigkeiten bei der Fallrekrutierung:** Neben den Anlaufschwierigkeiten in der operativen Umsetzung scheinen folgende weitere Faktoren, die bisherige Fallrekrutierung gehemmt zu haben: 1) Hemmungen der Betroffenen, ihre Daten freizugeben; 2) Der Nutzen von CareNet+ ist für die Betroffenen teilweise zu wenig vorstellbar; 3) Einige Leistungserbringer wie z.B. die Pflegeheime vermitteln bisher keine CareNet+-Fälle. Vor diesem Hintergrund

könnte CareNet+ die Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit noch verstärken und die Kommunikation mit Blick hinsichtlich des Nutzens von CareNet+ für die Betroffenen schärfen.

- **Fallabwicklung mehrheitlich positiv verlaufen, aber hoher Aufwand beim Assessment:** Gemäss der mehrheitlich positiven Rückmeldungen der KlientInnen und der beteiligten Akteure im Betreuungsprozess scheint die Fallabwicklung bisher insgesamt positiv verlaufen zu sein. Optimierungspotenziale zeigen sich bei der Abklärung, ob es sich um einen CareNet+-Fall handelt. Dieses Assessment gestaltete sich bisher als sehr aufwändig und viele Fälle stellen sich nach der Abklärung nicht als CareNet+-Fall heraus. Es stellt sich die Frage, ob die Abklärung bereits so detailliert erfolgt und mit einer Vorstufe vereinfacht werden könnte.
- **Qualität der Versorgung der Betroffenen mit CareNet+ erhöht:** Die Rückmeldungen der KlientInnen und der bei den Fällen involvierten Akteure zeigen, dass die Betroffenen mit CareNet+ eine angemessenere Versorgung erhalten. Förderlich waren diesbezüglich insbesondere die Fallkonferenzen, im Rahmen derer Informationslücken geschlossen sowie Finanzierungsfragen geklärt und damit geeignete Lösungen für die Betroffenen gefunden werden konnten. Die Falldaten und die Befragungen der KlientInnen zeigen zudem, dass sich deren Lebensqualität in Form von einer Verbesserung der gesundheitlichen, sozialen und finanziellen sowie einer subjektiv empfundenen Entlastung durch CareNet+ bereits erhöht hat. Auch die Angehörigen fühlen sich durch CareNet+ entlastet und stärker wertgeschätzt.
- **Potenzial zur Dämpfung des Kostenwachstums vorhanden:** Auch wenn es noch etwas zu früh ist, dies abschliessend zu belegen, dürfte durch CareNet+ aus Sicht der EvaluatorInnen mittel- bis längerfristig Kosten eingespart werden können. Dafür sprechen insbesondere die folgenden Gründe:
  - Durch die qualitativ bessere Versorgung mit CareNet+ dürften weniger Notfallsituationen resultieren bzw. unnötige Behandlungen und Spitaleinweisungen vermieden sowie in Einzelfällen auch Heimweinsweisungen verzögert werden können.
  - Es gibt bereits mehrere Hinweise, dass die koordinierte Versorgung in CareNet+ zu effizienteren Versorgungsprozessen führt. Damit dürften Kosten in Form von vermiedenen Doppelspurigkeiten, einer effizienteren Aufgabenteilung sowie vermiedenem administrativem Aufwand eingespart werden.

Aus der Zwischenbilanz leiten die EvaluatorInnen folgende Empfehlungen ab:

- **Empfehlung 1:** Fokus auf die Rekrutierung von weiteren Fällen setzen. Dazu gehört:
  - Stetige Öffentlichkeitsarbeit mit gezielterer Kommunikation des Nutzens von CareNet+ für die Betroffenen und Angehörigen sowie zuweisende Akteure.
  - Vernetzung auf operativer Ebene weiter vorantreiben und ausweiten.
  - Überprüfen, ob Eintritt in CareNet+ offener und niederschwelliger erfolgen kann.

- *Empfehlung 2:* Effizienz der Fallabklärungen überprüfen.
- *Empfehlung 3:* Kontinuität und genügende Ressourcen im Koordinationszentrum sicherstellen.
- *Empfehlung 4:* Umsetzungskonzept (Handbuch) mittelfristig praxisnaher ausgestalten.
- *Empfehlung 5:* Mittelfristig Kombination mit aufsuchender Arbeit ins Auge fassen.

## 1. Einleitung

### 1.1. Ausgangslage

Die Gesundheits- und Alterspolitik in der Schweiz ist geprägt von einem hohen Komplexitätsgrad und einer Vielzahl verschiedener und häufig auch widersprüchlicher Interessen. In Bezug auf das Altersversorgungssystem resultieren daraus Ineffizienzen und Doppelspurigkeiten. Auch sind vulnerable Ältere und deren Angehörige mit dem komplexen Gesundheitswesen häufig überfordert und benötigen Koordinationshilfen. Mit Blick auf das partiell bereits eingetretene und prognostizierte zukünftige überproportional starke Wachstum der älteren Bevölkerungsanteile in den nächsten Jahrzehnten und die damit verbundenen stark steigenden Kosten, insbesondere im ambulanten und stationären Pflegebereich, stellt sich die Frage, wie künftig die Kosten in der Altersversorgung finanziert und eine bedarfsgerechte Unterstützung, Betreuung, Behandlung und Pflege der älteren Bevölkerung sichergestellt werden kann.<sup>1</sup>

Die Schweiz ist zunehmend gefordert, bei der Versorgung der älteren Bevölkerung neue Wege zu beschreiten, um die Unterstützungs- und Pflegeleistungen besser zu koordinieren, effektiver und effizienter zu gestalten. Zu diesem Zweck lanciert die Pro Senectute Kanton Zürich (PSZH) ab 2016 ein Modellprojekt unter der Bezeichnung „Integriertes Altersversorgungsnetzwerk (CareNet+)“. Das Modell knüpft am bestehenden Versorgungssystem an und zielt auf eine koordinierte, fallbezogene Zusammenarbeit unter den bestehenden Leistungserbringern und Kostenträgern. Es baut dazu keine neuen Versorgungsstrukturen auf, sondern bietet ergänzende Koordinationsleistungen an und entlastet damit die bestehenden Leistungserbringer. CareNet+ will die Altersversorgung sektorübergreifend organisieren: Es koordiniert sowohl die verschiedenen Leistungserbringer aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich, als auch die Kostenträger „entlang des effektiven, individuellen Bedarfs der Betroffenen“.

Das Modell wird seit 2016 im Bezirk Affoltern am Albis in einem zweijährigen Pilotprojekt erprobt. Um die Pilotphase wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten, hat PSZH INFRAS und Careum Forschung beauftragt, eine Evaluation durchzuführen. Der vorliegende Zwischenbericht zieht eine erste Bilanz des Konzepts, der Umsetzung und (potenziellen) Wirkungen von CareNet+.

---

<sup>1</sup> Gemäss Hochrechnungen im Mai 2016 veröffentlichten Bericht des Bundesrats über die Perspektiven in der Langzeitversorgung werden sich die Ausgaben für die Langzeitpflege von rund 6 Milliarden Franken (2011) bis 2045 verdreifachen (Schweizerischer Bundesrat, 2016, S. 4).



## 1.2. Ziele und Vorgehen der Evaluation

### **Ziele der Evaluation**

Ziel der Evaluation ist es, die Machbarkeit und Wirksamkeit des Projekts zu prüfen. Die Evaluation soll aufzeigen, ob das Pilotprojekt funktioniert, wie es sich auf die Kosten und die Versorgungsqualität auswirkt und ob und wie es sich über die Pilotregion hinaus auf andere Zürcher bzw. Schweizer Regionen ausweiten lässt. Zudem interessiert, welche Erfahrungen mit dem Konzept und der Umsetzung gemacht werden und wie das Modell allenfalls noch verbessert werden könnte.

### **Evaluationsfragen**

Im Folgenden sind die Evaluationsfragen entlang der Evaluationsgegenstände Konzept, Organisation, Umsetzung und Wirkungen aufgeführt:

**Tabelle 1: Evaluationsfragen zu CareNet+****Konzept**

- Wie beeinflussen sich abzeichnende Entwicklungen in der Gesellschaft und in der Altersversorgung das zukünftige Leistungsangebot?
- Wie ist das Konzept von CareNet+ mit Blick auf die Entwicklungen zu beurteilen?
- Ist das Modell der Zusammenarbeit aus Sicht der beteiligten Akteure geeignet, das Ziel der verbesserten Koordination der Altersversorgung und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und letztlich der effizienteren und bedarfsgerechten Versorgung zu erreichen?
- Lässt sich das Konzept CareNet+ auf andere Gemeinden und Kantone übertragen?

**Organisation**

- Wie bewährt sich die Organisationsstruktur? Ist sie auf strategischer und operativer Ebene zweckmässig ausgestaltet? Sind die Akteure zweckmässig vertreten?

**Umsetzung**

- Welche Prozesse haben sich aus Sicht der beteiligten Akteure bewährt, welche weniger? Sind die zur Verfügung stehenden Umsetzungsinstrumente aus Sicht der Akteure für die effiziente Fallabwicklung geeignet und zielführend?
- Was sind die Stärken und Schwächen der Umsetzung? Wo besteht aus Sicht der Beteiligten Optimierungsbedarf?

**Wirkungen***Outcome (Wirkung auf die involvierten Akteure)*

- Hat sich aus Sicht der beteiligten Akteure durch CareNet+ die Koordination unter den involvierten Partnern gegenüber den Erfahrungen ohne CareNet+ bei vergleichbaren Fällen vereinfacht und verbessert? Was sind dabei die wichtigsten Erkenntnisse?
- Welcher konkrete Mehrwert ist durch CareNet+ für die am Fall beteiligten Akteure entstanden?

*Impact (Wirksamkeit in Bezug auf die Qualität und Kosten der Versorgung)*

- Wie ist die Qualität des Versorgungsprozesses zu beurteilen? Erfolgt er stärker auf den Bedarf und die Ressourcen der Betroffenen orientiert?
- Welche Wirkungen hat CareNet+ auf die Kosten des Versorgungssystems in der Gemeinde und im Kanton? Trägt CareNet+ zu einer Reduktion der Kosten bei? Bei wem wieviel? Was sind die ausschlaggebenden Elemente hierfür (Mobilisierung von Präventionspotenzial; Vermeidung/ Verzögerung von Heimeintritten; Vermeidung von Doppelspurigkeiten/Drehtüreffekten; effizientere Abläufe etc.)?

**Methodisches Vorgehen**

In der Evaluation kommen sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsmethoden zum Einsatz:

Tabelle 2: Übersicht über die Forschungsmethoden

Evaluationsgegenstände (Hauptfragestellungen)	Dokumen- ten-/ Literatur- analyse	Qualitative Interviews und Fokus- gruppenge- spräche	Fallanalysen		Vergleich mit Kontroll- gruppe
			Auswertung Falldaten und - dokumente (inkl. Nullmes- sung)	Befragung von KlientInnen und Angehöri- gen und Aus- wertung	
Kontext/Trends und Konzept	●	●			
Umsetzung CareNet+ (Prozesse)	●	●	●	●	
Wirksamkeit Kostenein- sparungen		●	●		●
Wirksamkeit Qualität		●	●	●	

● Primäre Bearbeitungsmethode, ● ergänzender Beitrag.

Einleitend diente eine umfassende **Literaturanalyse** dazu, das Projekt in die aktuellen Trends der Gesundheitsversorgung einbetten zu können. Die Analyse der CareNet+ **Dokumente** verschaffte zudem Einblicke in den Aufbau und die Prozesse von CareNet+.

Mittels **qualitativer Interviews** mit an CareNet+ involvierten Akteuren wurden weitere Erkenntnisse zur Umsetzung und erste Eindrücke zur Wirksamkeit des Projekts erhoben. Ferner wurden die Trends mit einem Experten der Altersfragen diskutiert. Darüber hinaus wurde ein Interview mit einem Experten zum Thema Altersversorgung und Kontext in der Schweiz durchgeführt. Zudem fand ein **Fokusgruppentreffen** mit beteiligten Leistungserbringenden zur Klärung der Zweckmässigkeit, Angaben zur Umsetzung und möglicher Wirksamkeit statt. Folgende Personen konnten für die Evaluation interviewt oder für das Fokusgruppentreffen einbezogen werden:

**Tabelle 3: InterviewpartnerInnen und Fokusgruppenteilnehmende**

Name	Funktion/Institution
<b>Interviews</b>	
Thomas Rüfenacht*	Projektleiter, PSZH
Simon Heiniger	Stv. Projektleiter, PSZH
Karin Schmidiger	Leiterin Koordinationszentrum CareNet+, PS Zürich, frühere Bereichsleiterin DC Pfannenstiel
Anita Attinger	Bereichsleiterin DC Oberland, ad interim Leiterin Koordinationszentrum CareNet+, PSZH
Anton Schaller*	Fallkonferenzmoderator, Präsident Zürcher Senioren- und Rentnerverband
Henk-Jan Berg*	Vertreter Krankenversicherungen, CSS
Erich Scheibli*	Vertreter Krankenversicherungen, SWICA
Dr. med Philippe Luchsinger*	Präsident Zürcher Hausärzterverband
Prof. em. François Höpflinger	Experte für das Thema Altersversorgung und Kontext in der CH
<b>Fokusgruppentreffen</b>	
Verena Bieri*	Geschäftsleiterin, Spitex Knonaueramt
Dr. med. Roland Kunz	Chefarzt der universitären Akutgeriatrie, Waidspitals Zürich, ehemals Chefarzt Geriatrie und Palliative Care Spital Affoltern
Jörg Stüdeli	Bereichsleiter DC Limmattal und Knonaueramt. PSZH
Andrea Wanner	Geschäftsführerin, Senevita Pflegeheim Affoltern

\* Die mit einem \* gekennzeichneten Personen sind Mitglieder der Steuergruppe von CareNet+, PSZH steht für Pro Senectute Kanton Zürich

**Fallanalyse:** Zur Analyse der durch CareNet+ behandelten Fälle standen vornehmlich zwei Quellen zur Verfügung: Von CareNet+ selbst erhobene Stammdaten sowie die Resultate einer Befragung der KlientInnen durch das Evaluationsteam.

- Insgesamt lagen zu 17 Fällen **Stammdaten** vor, wobei für 15 dieser Fälle die Daten zum Zeitpunkt der Fallaufnahme vollständig verfügbar sind. Für 11 dieser Fälle sind Daten zu mehreren Zeitpunkten und somit Angaben zum Verlauf über die Zeit vorhanden.
- Das Evaluationsteam hat zudem KlientInnen und deren Angehörige nach deren Zustimmung jeweils zu Beginn von CareNet+ (Zeitpunkt t0), nach 4 Monaten (Zeitpunkt t1), nach 10 Monaten (Zeitpunkt t2) und nach Abschluss (Zeitpunkt tA) befragt<sup>2</sup>. Die Befragungen wurden mittels strukturierten Fragebögen durchgeführt, wobei neben den geschlossenen Fragen auch offene Fragen zum Einsatz kamen. Die Antworten wurden protokolliert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

<sup>2</sup> Die Anzahl Befragungen hing von der Dauer der Begleitung durch CareNet+ ab.

Insgesamt konnten 7 Fälle befragt werden. Unterschiedliche Gründe wie die Erreichbarkeit der KlientInnen oder auch ein Todesfall haben dazu geführt, dass nicht alle bisherigen CareNet+ Fälle befragt werden konnten. Für insgesamt 6 Fälle kann ein Fallverlauf aufgezeigt werden. Die Befragungen fanden aufgrund der schwierigen Situationen der KlientInnen teilweise verzögert statt: Die Erstbefragung erfolgte immer retrospektiv und in gewissen Fällen wurde an einem Interviewtermin die Befragung für mehrere Zeitpunkte durchgeführt.

Der Zwischenbericht liefert bereits vertiefte Informationen zum Konzept und zur Umsetzung von CareNet+. Zudem zeigt der Zwischenbericht aufgrund der gemachten Erfahrungen mit den ersten Fällen bereits erste Hinweise auf die Wirksamkeit von CareNet+. Die qualitativen Interviews mit den Betroffenen und Angehörigen ermöglichten vertiefte Einblicke in die Fallverläufe und die Situation der Betroffenen.

In einer zweiten Phase der Evaluation ist geplant, die Kostenwirksamkeit des Projekts mit Versicherungsdaten anhand eines **Vergleichs mit einer Kontrollgruppe** zu prüfen. Dabei vergleichen wir die angefallenen Krankenversicherungskosten eines CareNet+ Falles mit ähnlichen komplexen Fällen ohne CareNet+. Zum jetzigen Zeitpunkt sind die Fallzahlen noch zu klein und die Falldauer noch zu kurz, um aussagekräftige Ergebnisse mit einem solchen Kontrollgruppenvergleich zu erzielen.

## 2. Herausforderungen und Trends in der Altersversorgung

### 2.1. Demografischer Wandel und Auswirkungen auf den Unterstützungsbedarf

#### **Verbreitung chronischer Krankheiten**

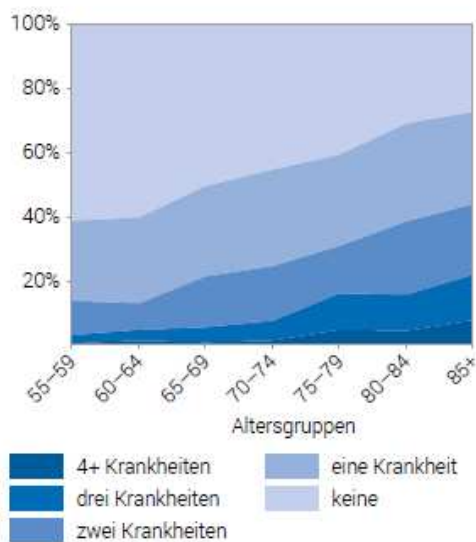
Mit dem demographischen Wandel und dem medizinischen Fortschritt erreichen immer mehr Menschen ein hohes Alter. Damit steigt auch die Zahl der Menschen, die an funktionalen Einschränkungen oder (chronischen) Krankheiten leiden, hilfsbedürftig sind und im Alltag Unterstützung, Betreuungs- und Pflegeleistungen benötigen. Besonders verbreitet unter Personen über 50 Jahren sind funktionale Einschränkungen (z.B. Arthrose und Rheuma (20%), grauer Star (10%)) der über 50-jährigen), psychische Krankheiten (Depression (19%)) und andere chronische Krankheiten wie Herzkrankheiten und Diabetes (je 7%) und Krebs (6%) (vgl. Obsan 2013). Besonders starker Unterstützungsbedarf besteht auch bei Demenz. Obwohl diese bei der Bevölkerung 50 Jahren nicht die häufigste chronische Krankheit ist (1%, vgl. Obsan 2013), ist ihr gemäss Aussagen des befragten Experten bei der hochbetagten Bevölkerung eine grosse Bedeutung zuzuschreiben. So würden die sich stets verbessernden medizinisch-technischen Lösungen dazu führen, dass die körperliche Gesundheit immer länger aufrechterhalten werden könne. Für die Behandlung neurologischer Krankheiten seien die Möglichkeiten hingegen eingeschränkt, wodurch die Anzahl der Hochbetagten mit Demenz stets steige. Neueste Projektionen der Schweizer Alzheimervereinigung (2016) gehen von einem Anstieg zwischen 2015 und 2030 von rund 145'000 auf 227'000 Menschen mit Demenz aus – einem Anstieg um mehr als die Hälfte also allein bis 2030.

#### **Multimorbidität**

Häufig leiden Menschen nicht nur an einer Krankheit, sondern an mehreren, d.h. sie sind multimorbid. Multimorbidität wird definiert als das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr chronischen Krankheiten. Die Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) aus dem Jahr 2010/2011 zeigen, dass bei den 65-69-Jährigen zuhause Lebenden ca. ein Fünftel an Multimorbidität leiden. Ab 85 Jahren verdoppelt sich dieser Anteil. In Alters- und Pflegeheimen haben gar 85.5% der BewohnerInnen mindestens zwei Diagnosen (Gesundheitsbericht des Obsan 2015).

Abbildung 1: Multimorbidität nach Alter und Wohnform

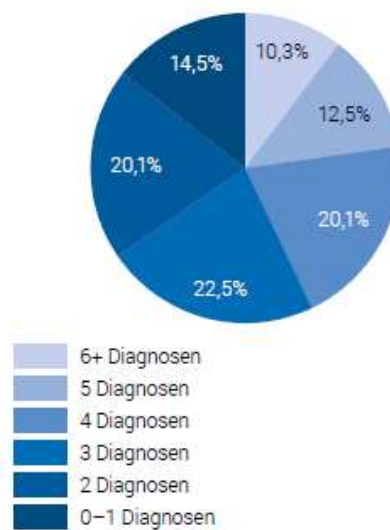
## Anzahl chronischer Krankheiten von Personen in Privathaushalten, 2010/11



Quelle: SHARE

© Obsan 2015

## Anzahl Diagnosen bei Personen in Alters- und Pflegeheimen, 2008/09



Quelle: BFS – EGBI

© Obsan 2015

Quelle: OBSAN 2015

Mit physischen gesundheitlichen und psychischen Belastungen gehen im Alter oft auch und soziale Probleme einher.

### Auswirkungen des demografischen Wandels

Die Verbreitung von chronischen Krankheiten und der Multimorbidität, insbesondere bei älteren Personen, führt mit dem demografischen Wandel zu einer steigenden Hilfsbedürftigkeit und einem zunehmenden Pflegebedarf. Höpflinger et al. (2011) haben aufgezeigt, dass im Jahr 2008 rund 120'000 ältere Menschen über 64 pflegebedürftig sind. Mehr als die Hälfte davon ist älter als 84 Jahre. Bei der Annahme, dass die Pflegebedürftigkeit trotz steigender Lebenserwartung im Alter konstant bleibt (aufgrund einer relativen Kompression schwerer Morbidität), erhöht sich die Zahl über 64-jähriger pflegebedürftiger Menschen bis zum Jahr 2030 um 46% (Schweizerischer Bundesrat 2016).

Darüber hinaus entstehen gemäss Experteninterview auch neue Kombinationen verschiedener Einschränkungen – dies insbesondere mit der zunehmenden Prävalenz der Demenz bei der hochbetagten Bevölkerung – bspw. Demenz und Diabetes. Andererseits entstünden auch neuere Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, bspw. «rüstige» Menschen mit Demenz, die viel körperliche Bewegung wünschen.

## 2.2. Trends in der Angebotslandschaft der Schweiz

Die physische und psychische Multimorbidität hat nicht nur Auswirkungen auf die Betroffenen und deren Angehörige, sondern auf alle Akteure des Gesundheitswesens. Dieses sieht sich mit komplexen Krankheitsbildern und unerwünschten Wechselwirkungen bei der Behandlung konfrontiert.

### **Spezialisierung und Fragmentierung des Altersversorgungssystems**

Zudem findet laut dem Experten eine zunehmende Spezialisierung des Gesundheitswesens statt. Obwohl versucht werde, diesem Trend mit interdisziplinärer Zusammenarbeit entgegenzuwirken, würden sich immer spezialisiertere Fachgruppen bilden. Dieser Trend beschränke sich aber nicht nur auf das Gesundheitswesen, sondern sei auch bei den Unterstützungsleistungen für SeniorInnen zu beobachten. Nicht nur hätten sich die Angebote und Aktivitäten für SeniorInnen vervielfacht, es seien auch immer mehr Berufsgruppen – von der Sozialberatung zur psychologischen Begleitung bis zur Scheidungsberatung – involviert.

In der Alterspflege entstehen zudem neben den traditionellen Angeboten der Spitex, der Pflegeheime und den pflegenden Angehörigen neue private Angebote, bspw. private Spitex-Organisationen oder Care MigrantInnen als zusätzliche Akteursgruppe. Gemäss Experte führen diese diversen Angebote zu einer Unübersichtlichkeit für die Pflegebedürftigen selbst.

### **Kostendruck und Fachkräftemangel in der Pflege**

Dem zunehmenden Koordinationsbedarf der Leistungserbringenden stehen bereits heute ein hoher Kostendruck und Mangel an Betreuungs- und Gesundheitspersonal gegenüber.

- Der Kostendruck für koordinative Angelegenheiten ist insofern sehr hoch, weil für diese bei den bestehenden Organisationen für die Alterspflege nach Krankenversicherungsgesetz keine Abgeltung vorgesehen ist (KVG). Gemäss Experte könnten gewisse technische Lösungen wie elektronische Patientendossiers hier zumindest Abhilfe verschaffen, wenn doch diese auch mit datenschutzrechtlichen Problemen behaftet seien.
- Ferner müssen die anfallenden koordinativen Arbeiten innerhalb bestehender Gesundheitsorganisationen durch ein begrenztes Pflegepersonal ausgeführt werden. Künftig ist ein Mangel absehbar. Grund hierfür ist einerseits die steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen. Bis zum Jahr 2020 werden gemäss einer Studie in der Schweiz rund 9'000 neue Pflegefachpersonen pro Jahr benötigt, während die Anzahl der AbsolventInnen im Jahr 2009 bei rund 4'500 gelegen ist (Jaccard-Ruedin et al. 2009). Gleichzeitig liegt die heutige Zahl der Pflegeabschlüsse massiv unter dem Bedarf und die Berufsverweildauer ist gering (GDK, Obsan 2012). Der 2016 veröffentlichte Bericht des Bundesrats zu Perspektiven der Langzeitversorgung fasst zusammen: „Aufgrund des erhöhten Pflegebedarfs wird der Personalbedarf in den



kommenden Jahren erheblich steigen. Prognosen legen nahe, dass allein bis im Jahr 2020 rund 17'000 Vollzeitstellen neu geschaffen werden müssen. Dazu kommen rund 60'000 Gesundheitsfachleute, die wegen Pensionierung ersetzt werden müssen. Der grösste Bedarf an zusätzlichen Fachkräften ist in den Alters- und Pflegeheimen zu erwarten“ (Schweizerischer Bundesrat 2016, S. 3). Auch bei den ärztlichen Grundversorgern zeichnet sich bereits ein Mangel ab, dies insbesondere in der Peripherie (vgl. z.B. Buddeberg-Fischer et al. 2008, BAG 2010).

### **Rolle der pflegenden Angehörigen**

Bei der Alterspflege spielen pflegende Angehörige eine wichtige Rolle. Diese ermöglichen es oftmals, dass kranke Personen in ihrer gewohnten Umgebung gepflegt werden können und entlassen damit das Gesundheitswesen stark (Appenzeller-Winterberger 2012). Schätzungsweise nehmen zwischen 220'000 und 260'000 Personen über 65 mit oder ohne Spitex-Dienste zusätzlich informelle Hilfe in Anspruch. Entwicklungen in den Familien wie die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen führen dazu, dass ihr traditionell hohes Engagement bei der Pflege der Angehörigen in Zukunft eingeschränkt wird (Bundesrat 2014). Nimmt der Anteil der pflegenden Angehörigen ab, bedeutet dies, dass mit einem vermehrten Bedarf an Alltagsunterstützung bei zu Hause lebenden Menschen mit chronischen Krankheiten gerechnet werden muss.

### **2.3. Koordinationsbedarf der Akteure**

Aufgrund der oben ausgeführten Entwicklungen ist das Gesundheitssystem zunehmend gefordert, effiziente Versorgungsmodelle für Pflegebedürftige bereitzustellen. Weil PatientInnen meist von mehreren Leistungserbringern und wechselndem Personal behandelt werden, muss der Informationsfluss und die Koordination durch integrierte Versorgungsformen sichergestellt werden. Eine enge Vernetzung der Akteure werde aber laut Experte zusätzlich dadurch erschwert, dass die Leistungserbringer bzw. Kostenträger teilweise auf kommunaler oder regionaler (bspw. Heime, Spitex, Entlastungsdienste, Sozialdienste, etc.) teilweise auf kantonaler (bspw. Spitäler, die Beistandschaften oder die Ausgleichskasse) und in gewissen Fällen gar nationaler (bspw. die Versicherungen) Ebene organisiert seien.

Der befragte Experte stellt deshalb einen klaren Bedarf nach einem Case-Management fest. Viele Stellen seien involviert, aber es mangle oft an der notwendigen Koordination, wodurch Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen entstehen würden und ältere Menschen sich teils ungenügend unterstützt und überfordert fühlen würden. Im Idealfall würden diese durch Case-ManagerInnen durchgeführt, die klare PatientInnendossiers hätten. Dadurch würden einerseits Abklärungen nicht mehrfach geführt werden und die PatientInnen könnten sich auf eine für sie zuständige Person verlassen.

## 2.4. Bestehende Projekte zur Koordination der Leistungserbringer

Bisher sind wenige Projekte bekannt, die ein koordiniertes Case-Management für multimorbide Pflegebedürftige in komplexen Situationen leisten. Schweizweit verbreitet ist die Pro Senectute als Anlaufstelle für Altersfragen. Diese fokussiere aber gemäss Experte vor allem auf soziale Themen wie Bewegung und Sport aber auch finanzielle Angelegenheiten bei älteren Menschen. Hochaltrigkeit bzw. Multimorbidität stehe dabei nicht im Zentrum.

Ferner würden laut Einschätzung des Experten viele Gemeinden über Altersbeauftragte und/oder Altersleitstellen verfügen, welche auch Altersleitbilder für die Gemeinden erstellen. Diese würden zwar oftmals Aktivitäten im Altersbereich vernetzen, jedoch nicht mit zwingendem Fokus auf die Zusammenarbeit in den einzelnen Fällen (vgl. z.B. zu den Altersleitstellen im Kanton Zürich Abraham, Huber & Baumann-Hölzle 2015; zu alterspolitischen Netzwerken vgl. Zweifel 2015). Häufig steht bei ihnen vor allem die Information über die lokal verfügbaren Angebote im Vordergrund, die in unterschiedlichen Intensitätsgraden auch individuelle Beratung einschliessen könne.

Weiter bestehen einzelne Projekte, die zwar die Vernetzung der Akteure im Altersbereich anvisieren. Auch bei diesen Projekten stehe aber die Koordination komplexer Fälle selbst nicht im Zentrum, sondern die generelle Vernetzung der Angebote. Dazu zählen bspw. das Programm «Socius» der Age-Stiftung<sup>3</sup>, welches Projekte finanziell unterstützt, die versuchen, ein bedürfnisorientiertes Unterstützungssystem für ältere Menschen zu fördern. Auch zu nennen ist das «Quartier solidaire»<sup>4</sup> der Pro Senectute Waadt. Dieses Projekt begleitet kommunale Projekte, die zum Ziel haben, die Integration älterer Menschen in Quartieren zu stärken.

---

<sup>3</sup> Siehe dazu <http://www.programmsocius.ch/>.

<sup>4</sup> Siehe dazu <https://www.quartiers-solidaires.ch/>

### 3. Das Altersversorgungs-Netzwerk CareNet+

#### 3.1. Konzept

##### Projektidee

Das Integrierte Altersversorgungs-Netzwerk (CareNet+) ist ein Modellprojekt, das einen Beitrag zur Lösung der sich zunehmend verschärfenden Probleme im Altersversorgungsbereich leisten soll. Es geht insbesondere das Problem an, dass die heutigen Versorgungsstrukturen zu stark auf die medizinische Akutversorgung und den stationären, sehr kostenintensiven Versorgungsbereich und zu wenig auf die Gesundheitsförderung, Krankheitsvorbeugung und eine bedarfsorientierte ambulante Behandlung, Pflege und Betreuung sowie die soziale Situation von älteren Menschen und ihren Angehörigen ausgerichtet sind. Es soll insbesondere eine Antwort geben auf das zu stark fragmentierte Versorgungssystem, das gerade bei komplexen Bedarfskonstellationen keine optimalen Ergebnisse liefert.

Ursprünglich entstanden ist die Idee durch Andreas Lanz, einem Mitarbeiter der PSZH mit früheren Erfahrungen als Case-Manager bei einer Krankenversicherung. Innerhalb der PSZH sei bemerkt worden, dass soziale Anliegen und der Gesundheitsbereich nicht gut abgestimmt waren und gleichzeitig die Thematik der Komplexfälle wichtiger würde. Bei den Mitarbeitenden der PSZH sei die Projektidee deshalb schnell auf Anklang gestossen. Da die Person, die die Projektidee eingebracht hatte, im Dienstleistungszentrum Limmattal und Knonaueramt arbeitete, haben sich die Projektträger für eine dortige Umsetzung entschieden. Man habe sich auch deshalb für diesen Standort entschieden, da dort bereits eine viel praktizierte Zusammenarbeit bestehe, bspw. durch eine Fachstelle für Alters- und Gesundheitsfragen. Zur Weiterentwicklung der Idee wurden sodann wichtige Partner der Gesundheitsversorgung gesucht.

##### Übergeordnetes Konzept

Beim CareNet+ handelt es sich um ein neuartiges Konzept, das am bestehenden Versorgungssystem anknüpft und eine koordinierte, fallbezogene Zusammenarbeit unter den bestehenden Leistungserbringern und Kostenträgern regelt. Obwohl auch andernorts – international – eine Reihe von Versorgungskonzepten und Modellprojekten zumindest teilweise die analysierten Probleme anzugehen versuchen<sup>5</sup>, weist das Projekt CareNet+ insbesondere in der Kombination seiner Eigenschaften klare Alleinstellungsmerkmale auf. Es basiert auf Erfahrungen in der institutionenübergreifenden, multiprofessionellen Steuerung von Komplexfällen im Sozial- und Gesundheitswesen. Es richtet sich primär an Menschen ab 50 Jahren, ihre Angehörigen oder

---

<sup>5</sup> Vgl. zu einem deutschen Modell intensiven ganzheitlich ansetzenden integrierten Fallmanagements Hedtke-Becker, Hoevels, Otto, Stumpp & Beck 2012; Hedtke-Becker, Hoevels, Otto & Stumpp 2011.

ihnen nahestehende Personen. Betreut werden Personen, die aufgrund von komplexen Problemstellungen im gesundheitlichen und sozialen Bereich individuelle, fallspezifische Hilfe benötigen. Die Fallzuweisung kann durch Partner (Spitex, Hausärzte, Spitäler, Krankenversicherungen, Behörden), aber auch durch betroffenen Personen selbst erfolgen.

### **Umsetzungskonzept**

Die Koordination wird über für alle Netzwerkpartner verbindliche Prozesse, transparente Regeln und ein einfach zu handhabendes Fallführungsinstrument geregelt. Dabei werden keine neuen, das bestehende Versorgungssystem konkurrenzierende Strukturen aufgebaut, sondern das CareNet+ übernimmt ergänzende Koordinationsleistungen, welche von den bestehenden Akteuren heute noch nicht erbracht werden.

Ausgangspunkt für die Koordination sowohl der Leistungserbringer als auch der Kostenträger ist eine ganzheitliche individuelle Bedarfsabklärung, d.h. ein Assessment mit Formulierung einer für alle involvierten Stellen nachvollziehbaren Fallstrukturhypothese. Für die Assessments wird, so weit als möglich, auf Know-how von Netzwerkpartnerorganisationen (CareNet+-Vertrags- und CareNet+-Kooperationspartner) sowie auf Netzwerk-ExpertInnen zurückgegriffen.

### *Leistungsangebot*

Das Leistungsspektrum der Koordinationsstelle umfasst die folgenden Aufgaben:

- Bedarfsabklärung und Erstellung eines koordinierten Behandlungsplans
- Prozessbegleitung (Fallmoderation und -monitoring)
- Koordination der Leistungserbringer (Spitex, Ärzte, Alters-/ Pflegeheime, Spital Affoltern, KESB, Bezirkssozialdienst etc.) und der Kostenträger (z.B. Krankenkassen)

Das gesamte Dienstleistungsangebot von CareNet+ ist modulartig aufgebaut und umfasst derzeit 9 definierte Servicemodule:

1. Standardmodul „Fallabwicklung“
2. Standardmodul „Fallführung – Monatspauschale“
3. Zusatzmodul „AB Aufsuchende Gesundheitsberatung“
4. Zusatzmodul „Assessment“
5. Zusatzmodul Einweisungsmanagement“
6. Multidimensionales geriatrisches Assessment“
7. Zusatzmodul „Entlassungsmanagement“
8. Zusatzmodul „Kostenträgerkoordination“
9. Zusatzmodul „interdisziplinäre Fallkonferenz“

Zu jedem Modul sind im CareNet+-Handbuch Ablauforganisation, die Leistungen und zeitliche Vorgaben sowie eine Kostenpauschale festgelegt. Zudem sollen im Laufe des Pilots Hilfsmittel entwickelt und validiert werden.

### 3.2. Organisation

Träger des CareNet+-Projekt ist die PSZH. In der Projektsteuerungsgruppe sind alle Vertreter der wesentlichen Leistungserbringer sowie der Kostenträger der Pilotregion vertreten (Vertreter der Gemeinderäte, der Gesundheits- und Sozialvorstände der Bezirksgemeinden, PSZH, Bezirkssozialdienst, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde KESB, Bezirksärzteschaft, Spitex, Spital Affoltern, Alters-/Pflegeheime, Senioren- und Rentnerverband, Krankenversicherungen). Die Projektsteuerungsgruppe bereitet die strategischen Projektentscheide auf und ist für die Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für eine erfolgreiche Entwicklung und Umsetzung des CareNet+-Konzeptes verantwortlich. Die konkreten inhaltlich operativen Grundlagen werden im Rahmen verschiedener Arbeitsgruppen (Leistungen & Prozesse, Tarife & Verrechnung, Informatik, Rechtliches, Marketing & Kommunikation, Evaluation) erarbeitet.

Zudem wurde ein Projektpatronat gegründet, in dem Senectute Schweiz sowie die Regierungsräte Thomas Heiniger, Direktor Gesundheitsdirektion Kanton Zürich und Mario Fehr, Direktor Sicherheitsdirektion Kanton Zürich, Einsitz haben. Das Projektpatronat kümmert sich vornehmlich um eine optimale Vernetzung des Projektes mit bestehenden öffentlichen und privaten Strukturen.

Die operative Umsetzung des CareNet+-Konzeptes erfolgt über eine Fachstelle, die CareNet+-Geschäftsstelle. Eng mit ihr vernetzt ist die Beratungsstelle für Alters- und Gesundheitsfragen der PSZH, welche als Kontakt- und Anlaufstelle ältere Menschen (ab Alter 60) zu Fragen und Problemen im Zusammenhang mit dem Älterwerden berät. Die Fragen können soziale, körperliche, funktionelle, psychische und/oder ökonomische Aspekte betreffen, wodurch die Beratungsstelle Beratung und Unterstützung nach dem Prinzip „alles aus einer Hand und unter einem Dach“ leistet. Die Beratungsstelle überführt die KlientInnen an die CareNet+-Koordinationsstelle, welche Unterstützungsaufgaben für alle informellen und formellen Leistungserbringer und Kostenträger erbringt.

Die Umsetzung der Leistungen von CareNet+ erfolgt durch die Koordinationsstelle in Zusammenarbeit mit relevanten Leistungserbringern in der Altersversorgungskette (u.a. Sozialdienste/Bezirkssozialdienst, Spitex, Haus-/Fachärzte, Spital, Heime) und den Kostenträgern (Gemeinden/öffentliche Sozialhilfe, Krankenkassen, Privatversicherungen, Betroffene/Angehörige etc.). Kernleistung der Koordinationsstelle ist dabei das Fallmanagement und die Koordination der Leistungserbringer und Kostenträger.

### 3.3. Finanzierung

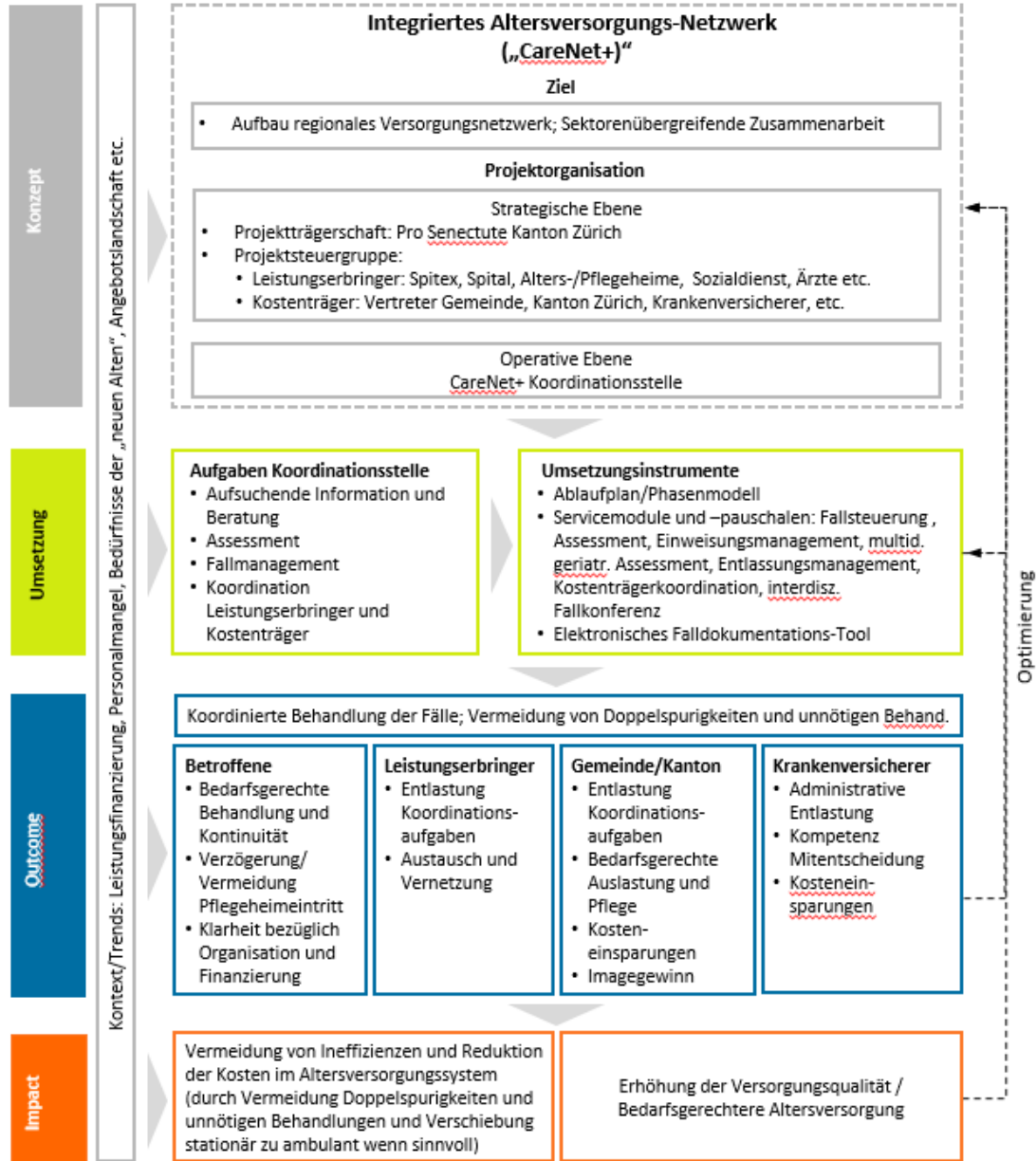
Die von der CareNet+-Koordinationsstelle erbrachten Leistungen sind während der Pilotphase kostenlos für die KlientInnen und die Kosten werden von PSZH getragen. Nach der Pilotphase soll die Finanzierung von folgenden Akteuren getragen werden:

- Krankenkassen
- Gemeinden
- Bezirkssozialdienst
- PSZH
- Betroffene Personen (Selbstkostenbeitrag)
- Ggf. weitere Sozialversicherungen und Privatversicherungen (i.d.R. zu mobilisieren über Kostenträgerkonferenzen)

### 3.4. Wirkungsmodell

Die folgende Abbildung zeigt das Wirkungsmodell von CareNet+, das die Projektelemente und die Wirkungsketten entlang der Evaluationsebene beschreibt. Das Wirkungsmodell basiert auf Dokumentationen, die von PSZH zur Verfügung gestellt wurden (Projektbeschreibung von CareNet+ und CareNet+ Handbuch: Beschreibung der Servicemodule Version 02.04 vom 19. Februar 2016).

Abbildung 2: Wirkungsmodell



Eigene Darstellung

## 4. Stand der Umsetzung

### 4.1. Aktivitäten auf übergeordneter Ebene

#### **Aufbau des Koordinationszentrums**

Zur Fallabwicklung ein Koordinationszentrum (Geschäftsstelle) CareNet+ aufgebaut werden. Um möglichst von der Zusammenarbeit mit der PSZH zu profitieren, haben die Projektträger dieses in die Ortsvertretung der PSZH in Affoltern am Albis integriert. Anfänglich war die Ortsvertreterin der PSZH gleichzeitig auch Leiterin des Koordinationszentrums CareNet+. Nach dem ersten personellen Wechsel (siehe nächster Abschnitt) wurde diese personelle Verflechtung nicht weiter beibehalten. Die Büroräumlichkeiten teilen sich die PSZH Ortsvertretung und die CareNet+ Koordinatorin weithin.

Seit der Gründung des Koordinationszentrums im Februar 2016 gab es mehrere personelle Wechsel. Nachdem die erste Leiterin der Koordinationszentrums in Pension ging, hat deren Nachfolgerin die Stelle bereits während der Probezeit gekündigt. Daraufhin hat eine Sozialberaterin der PSZH die Geschäftsstelle ad Interim übernommen, jedoch neben ihrer regulären Tätigkeit als Leiterin eines Dienstleistungszentrums. Seit 1.1.2017 ist die Leitung der Geschäftsstelle neu besetzt.

#### **Öffentlichkeitsarbeit**

Um Informationsmaterial zu schaffen, hat die Projektsteuergruppe eine Webseite CareNet+ erstellen lassen. An zwei Informationsanlässen, einem für GemeindevertreterInnen und einem für die Öffentlichkeit, hat die Steuergruppe zudem das Projekt vorgestellt. Gemäss Aussagen der Projektträger haben verschiedene Zeitungen über das Projekt berichtet: Die NZZ und ein lokales Blatt mit drei Berichten.

Parallel dazu haben die Projektträger und das Koordinationszentrum verschiedene Organisationen, mit denen in Zukunft zusammengearbeitet werden soll, informiert. Dazu gehören die Sozialdienste der Gemeinden, die Zentrumsleitung der Spitex, die Präsidenten-, Sozialvorsteher-, und Gesundheitskonferenz.

Einen positiven Reputationseffekt erhoffen sich die Projektträger auch von der Nennung von CareNet+ in einer «Good Practice Studie» zu geriatrischem Wissen in der koordinierten Versorgung im Auftrag des BAG (Brügger, Kohli & Sottas 2016).



## 4.2. Fallabwicklung

### Fallrekrutierung

Die Rekrutierung der bisherigen CareNet+ Fälle verlief gemäss Interviews in allen Fällen über eine Meldung durch andere Fachpersonen im Gesundheits- oder Sozialwesen. Eine Anmeldung durch die betroffenen hilfebedürftigen Personen (oder ihre Angehörigen) selbst fand nur vereinzelt statt. Folgende Akteure haben bis jetzt Fälle gemeldet:

- Die aktivste Rolle ist gemäss Interviews dabei der Spitex mit ihren detaillierten Einblicken in die Lebenssituationen der Leute zuzuschreiben (schätzungsweise 10-12 der bisherigen 17 Fälle).
- Auch die Sozialdienste der umliegenden Spitäler melden Fälle der Koordinationsstelle bzw. ermuntern die Leute dazu, sich bei CareNet+ zu melden.
- Einzelne Fälle wurden von anderen Akteuren wie den SozialberaterInnen der PSZH oder PhysiotherapeutInnen gemeldet.
- Über Hausärzte und Pflegeheime seien bis jetzt keine Fälle gemeldet worden.

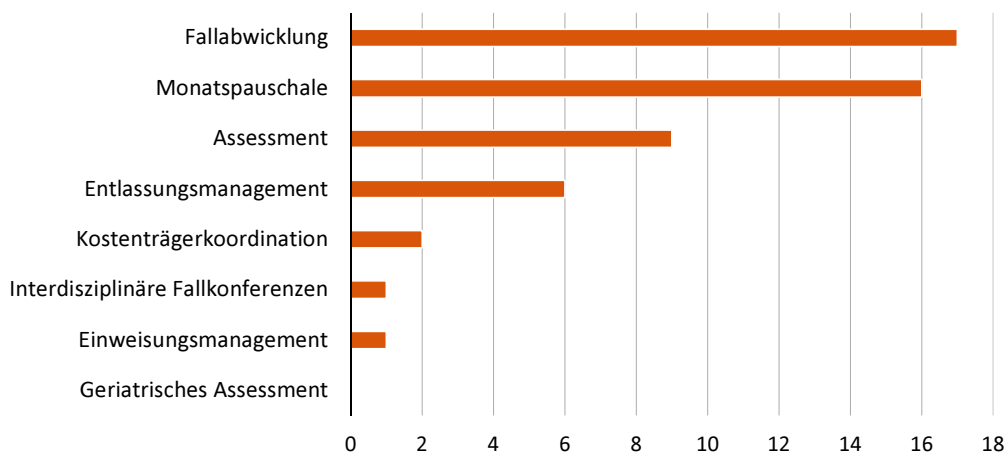
Zusätzlich rufen gemäss Interviews auch Privatpersonen vereinzelt an, um abzuklären, ob CareNet+ für ihre Situation oder jene eines Angehörigen passend wäre. Ferner sei geplant, dass die Versicherungen in Zukunft Fälle, die ein internes Case Management bräuchten, CareNet+ melden.

Dabei schildern die Koordinatorinnen auch, dass Aufwand um die Anmeldungen auf eine Eignung für CareNet+ zu prüfen, sehr hoch sei und die Kapazitäten zurzeit noch übersteige, weswegen eine Warteliste geführt werde.

### Abwicklung der CareNet+-Fälle

Nach erfolgter Fallaufnahme lässt sich die Arbeit der KoordinatorInnen in neun Kernprozesse, sogenannte Servicemodule, unterteilen. In den bisherigen Fällen wurden gemäss Stammdaten von CareNet+ die folgenden Leistungen erbracht:

Abbildung 3: Erbrachte Servicemodule durch CareNet+



Grafik INFRAS. Quelle: Stammdaten von CareNet+

Bei allen Fällen kam die Servicepauschale «Fallabwicklung» zum Einsatz. Mit Ausnahme eines Falles wurde auch überall die Monatspauschale, d.h. eine Abrechnung für das Monitoring des Fallablaufs inkl. Datenerfassung, angewendet. In der Hälfte der Fälle wurde das Zusatzmodul Assessment angewendet. Ein erstes Assessment ist in der Fallabwicklung bereits enthalten. Zusätzlicher Abklärungsbedarf wird durch das Zusatzmodul abgerechnet.

Bei einem Drittel der Fälle hat die CareNet+ Fallkordinatorin die Entlassung aus der stationären Pflege koordiniert. Seltener mussten die Kostenträger koordiniert werden, eine Einweisung geplant werden oder interdisziplinäre Fallkonferenzen durchgeführt werden<sup>6</sup>. Noch gar nicht zum Einsatz gekommen sind ein spezifisches geriatrisches Assessment sowie die aufsuchende Gesundheitsförderung. Das Angebot letzteren Moduls wurde wie bereits erwähnt von der Projektleitung zunächst zurückgestellt.

Aus den Interviews geht hervor, dass es für die Koordinatorinnen teilweise schwierig bzw. sehr aufwendig ist, ihre getätigten Leistungen einem der Servicemodule zuzuordnen. Um diesen Aufwand zu minimieren sei es teilweise einfacher, getätigte Leistungen der generellen Fallabwicklung zuzuschreiben.

Die qualitativen Befragungen der Akteure und KlientInnen geben Einblicke dazu, welche Leistungen CareNet+ im Verlauf der Fälle konkret für die KlientInnen erbracht hat:

- Organisation eines runden Tisches bzw. Teilnahme an Fallkonferenzen im Spital inkl. Identifikation von und Terminfindung mit den relevanten Akteuren.

<sup>6</sup> Aus den Interviews geht allerdings hervor, dass häufiger interdisziplinäre Fallkonferenzen stattgefunden haben.

- Hilfe bei finanziellen Angelegenheiten, dazu gehören:
  - Beantragung zur Finanzierung der Reparatur von kaputten Haushaltsgeräten (im vorliegenden Fall die Waschmaschine) durch die PSZH und Angehörige.
  - Einreichung von Belegen
  - Einzahlungen
  - Organisation der Übernahme der Vollmacht durch den Sohn
  - Organisation von SVA Geldern
- Informationsbeschaffung bzgl. Wohnungssuche, Hilfe, Planung und Umzug
- Organisation des Fahrdienstes des Roten Kreuz
- Beistandschaft organisiert
- Organisation der persönlichen Betreuung inkl. Ergotherapie
- Verbesserung des persönlichen Netzwerks
- Unterstützung beim Todesfall des/r PartnerIn

## 5. Beurteilung durch die befragten Akteure

Im Folgenden werden die Aussagen und Beurteilungen der befragten Akteure zum Konzept, der Organisation und Umsetzung von CareNet+ zusammenfassend festgehalten. Dabei fliessen folgende Quellen mit ein:

- Interview mit der Projektleitung von CareNet+ (Projektleitung und stellvertretende Projektleitung).
- Interviews mit 2 Leitenden der Koordinationsstelle CareNet+ bzw. FallmanagerInnen.
- Interview mit dem Moderator der Fallkonferenzen.
- Fokusgruppengespräch mit den beteiligten Leistungserbringern: Spitex, Pflegeheim, Geriatrie Spital Affoltern, DC Pro Senectute. Die Vertreterin der Spitex Knonaueramt hat dabei bei allen involvierten Spitexzentren separate Erkundigungen eingeholt.
- Interview mit einem Vertreter der HausärztInnen, welcher bei den bisher beteiligten Hausärzten Erkundigungen eingeholt hat.
- Interviews mit zwei an CareNet+ beteiligten Versicherern.

Zudem sind auch Aussagen der Betroffenen und Angehörigen zu ihrer Zufriedenheit mit CareNet+ in diesem Kapitel festgehalten (Kap. 5.3.3).

### 5.1. Konzept

#### Projektidee und grundlegendes Konzept

Die Projektidee mit dem Fokus auf eine sektorübergreifende Zusammenarbeit und Fallkoordination bei komplexen Fällen wird von allen beteiligten Akteuren sehr positiv gewürdigt. Zwei Aspekte des Modells CareNet+ werden als besonders innovativ hervorgehoben: die Fallkoordination unter Einbezug sowohl von gesundheitlichen als auch sozialen Aspekten und Akteuren aus beiden Bereichen sowie die Beteiligung von Kostenträgern (Versicherer und Gemeinden) auf strategischer Ebene sowie auf Ebene der Fallkoordination.

Als ein weiteres neues und wichtiges Element nennen einzelne Akteure des inneren Kreises die Neutralität von CareNet+. CareNet+ vertrete nicht das Interesse einer Partei, sondern das übergeordnete Interesse, eine möglichst effiziente und für die Betroffenen geeignete Lösung zu finden. Dies stelle die Akzeptanz und Bereitschaft mitzuwirken bei den verschiedenen Akteuren sicher. Jeder Akteur trage die Verantwortung, dass eine geeignete Lösung zustande komme und stelle die eigenen Interessen zurück.

Bei den Leistungserbringern und den Versicherern ist das Modell gemäss eigenen Aussagen so auch gleich auf Interesse gestossen. Einzelne Leistungserbringer äussern, dass die komplexen Fälle immer mehr zunehmen. Die Koordination würde daher immer wichtiger, aber es sei-

en kaum zeitliche Ressourcen hierfür verfügbar, zumal die Finanzierung von koordinativen Leistungen nicht immer sichergestellt sei. Bisher habe man zwar mit einzelnen Akteuren – meist bilateral – zusammengearbeitet, aber nie alle Akteure inklusive Sozialberatung und insbesondere auch die Kostenträger an einen Tisch gebracht. Die Versicherer sehen den Mehrwert von CareNet+ in einer zielgerichteten Betreuung und einer früheren Erkennung der komplexen Fälle.

Auch die Betroffenen und deren Angehörige äussern sich vereinzelt zum Modell CareNet+. Sie halten die Vernetzung unter den Ärzten für eine gute Idee und schätzen es, dass die einzelnen Akteure sich durch CareNet+ kennenlernen und untereinander kooperieren («gegen Einzelkämpfer»).

Die befragten Akteure sind alle der Auffassung, dass CareNet+ ein geeignetes Modell sei, um eine bedarfsgerechtere und effizientere Versorgung von komplexen Fällen zu erzielen. Dadurch, dass alle relevanten Akteure – inklusive der Betroffenen – einbezogen seien, könnten frühzeitig und niederschwellig geeignete Lösungen für die Betroffenen gefunden werden. Dies trage zu mehr Kontinuität und einer besseren Abstimmung der Versorgung der Betroffenen bei. In erster Linie würde dadurch die Qualität der Versorgung und so die Lebensqualität der Betroffenen erhöht. Einzelne Leistungserbringer äussern, dass die Betroffenen häufig den Wunsch hätten, so lange wie möglich zu Hause betreut zu werden. CareNet+ könne dazu beitragen, geeignete Lösungen zu finden oder Situationen zu verhindern, welche zum Eintritt in ein Pflegeheim führen.

Die Akteure gehen auch davon aus, dass langfristig Kosten eingespart werden können, wenn die Fälle besser koordiniert werden – dies, indem weniger Abklärungen und Leistungen doppelt erbracht werden und unnötige Behandlungen und Hospitalisierungen vermieden werden könnten. Diesbezüglich betonen mehrere Akteure, dass es zentral sei, die Komplexfälle früh zu erkennen und schnell eine geeignete Lösung zu finden. Daher sei auch die aufsuchende Arbeit ein wichtiges Element von CareNet+. Einzelne Akteure (Versicherer und einzelne Leistungserbringer) bedauern, dass dieses Element derzeit zurückgestellt wurde. Auch die Projektleitenden von CareNet+ sind der Meinung, dass mit der aufsuchenden Arbeit mehr Heimeintritte verzögert werden könnten. Man wolle zunächst aber das Kernelement der sektorübergreifenden Fallkoordination erproben und das Modell noch nicht zu stark „überladen“.

### **Umsetzungskonzept**

Die Befragten äusserten sich auch zum Umsetzungskonzept, d.h. insbesondere die Servicemodule mit den Fallpauschalen und die definierten standardisierten Prozesse des Fallmanagements. Die Befragten halten es grundsätzlich für richtig, dass definierte Prozesse und die Servicemodule vorhanden sind. Gemäss einem Versicherer sind verbindliche Prozesse im Case-

Management sehr wichtig. Es brauche Verbindlichkeiten und transparente Regeln, so dass auch die seltener eingebundenen Partner orientiert seien und das Netzwerk funktioniere. Die Servicemodule geben aus Sicht einzelner Befragten eine gewisse Orientierung und Flexibilität für CareNet+. Gemäss den Versicherern war die Definition von Servicemodulen auch wichtig, um eine Kostenabschätzung für die Kostenträger zu ermöglichen.

Die Befragten sind sich aber darin einig, dass die Konzeption im Rahmen der Pilotphase bereits zu sehr ins Detail gehe und zu umfassend sei. Ein Leistungserbringer fühlte sich zunächst von dem umfassenden Handbuch und der wenig praxisnahen konzeptionellen Ausgestaltung abgeschreckt. Auch aus Sicht der Projektleitung hätte man das Umsetzungskonzept rückblickend schlanker und offener halten und schneller einmal erproben sollen. Von den acht definierten Servicemodulen würden in der Praxis nur drei Module genutzt (Fallabwicklung, Assessment und Fallkonferenzen). Das umfassende Konzept sei dadurch entstanden, dass die verschiedenen Mitfinanzierer neue Aspekte eingebracht haben, denen man gerecht werden wollte. Es habe ein Prozess stattfinden müssen, in dem man sich wieder auf die Kernaktivitäten, d.h. die Fallkoordination besonnen hat.

## 5.2. Organisation

### **Strategische Ebene: Projektsteuergruppe**

Aus Sicht der Projektleitung von CareNet+ bewährt sich die Projektsteuergruppe als strategisches Gremium gut. Die Beteiligung der verschiedenen Akteure bringe ein breites Wissen ein, so dass gemeinsame Entscheide breit abgestützt getroffen werden könnten. Aus Sicht der Projektleitung sind heute – mit Ausnahme von 3 de 14 Gemeinden - alle wichtigen Akteursgruppen bei CareNet+ vertreten, was als ein Erfolg gewertet werden könne. Zwar habe es etwas Zeit gebraucht, alle mit an Bord zu holen und einige Leistungserbringer seien skeptisch gewesen, dass ihnen Leistungen weggenommen würden. Inzwischen seien aber alle relevanten Akteure überzeugt, dass es eine Institution wie CareNet+ brauche und hätten sich gut in das Projekt eingefügt. Dies bezeichnet die Projektleitung als einen Kernfaktor für eine erfolgreiche Umsetzung von CareNet+. Die Projektsteuergruppe ist aus Sicht der Projektleitung wichtig, um die beteiligten Akteure an Bord zu halten. Zudem habe sich zwischen den Akteuren ein Verständnis für die jeweiligen anderen Akteure entwickelt, was die Zusammenarbeit auch auf operativer Ebene begünstige. Die befragten weiteren Akteure aus der Projektsteuergruppe schätzen es, dass sie ihr Wissen einbringen können und CareNet+ aktiv mitgestalten können. Ein Leistungserbringer und ein Versicherer erwähnen beispielsweise, dass sie mitgeholfen haben, das Konzept wieder praxisnäher und pragmatischer auszugestalten.

### **Operative Ebene: CareNet+ Koordinationszentrum**

Auch die Einrichtung des Koordinationszentrums von CareNet+ bewährt sich aus Sicht der Projektleitenden prinzipiell. Wichtig sei die lokale Verankerung. Die geografische Nähe zu anderen Akteuren fördere den Schritt zu CareNet+. Viele potenzielle KlientInnen würden auch die Beratungsstelle der PSZH aufsuchen, in die CareNet+ räumlich integriert ist. Anfangs habe man CareNet+ auch in Personalunion in die Beratungsstelle integriert, was sich allerdings nur bedingt bewährt habe.

Die Arbeit des Koordinationszentrums wird von den befragten Akteuren unterschiedlich beurteilt. Insbesondere sei diese durch die drei Wechsel der Leitung geprägt gewesen. Gemäss der Spitex Knonaueramt hätten einige Spitexzentren nach den Wechseln erst wieder Vertrauen aufbauen müssen. Man sei dadurch in der «Anfangsphase stecken geblieben», in der die Mitarbeitenden immer wieder erinnert werden müssten, dass es CareNet+ gibt. Einzelne Akteure betonen die Wichtigkeit der Kontinuität in der Koordinationsstelle für die Bekanntmachung und Netzwerkarbeit. Nach den ersten Erfahrungen mit der derzeitigen personellen Besetzung zeigen sich alle befragten Akteure zuversichtlich, dass diese die nötigen Qualifikationen und die Persönlichkeit für die Netzwerkarbeit einbringe und wieder mehr Kontinuität bei den operativen Arbeiten schaffen könne.

## **5.3. Umsetzung**

### **5.3.1. Rekrutierung von Betroffenen**

Bis dato konnten gemäss der Projektleitung weniger Fälle als gewünscht und erwartet in CareNet+ aufgenommen werden. Den Hauptgrund hierfür sehen die Projektleitung sowie einzelne weitere Akteure in den personellen Wechseln auf Ebene der Projektleitung und im Koordinationszentrum, welche die Kontinuität der Projektumsetzung gehemmt hätten. Zudem führen die Befragten weitere Gründe an:

- **Bekanntheit von CareNet+:** Die Leistungserbringer und Versicherer sind der Auffassung, dass die Bekanntheit von CareNet+ bei den zuweisenden Leistungserbringern und potenziellen KlientInnen noch gesteigert werden könne. Dazu wird auch in der Fokusgruppe diskutiert, dass beim Eröffnungsanlass nur wenige Personen teilgenommen hätten. Hier hätte man aus Sicht einzelner Akteure besser Werbung machen können.
- **Hemmungen der Betroffenen:** Gemäss einzelnen Leistungserbringern besteht bei vielen Betroffenen eine Hemmschwelle, CareNet+ in Anspruch zu nehmen bzw. die persönliche Situation vor den beteiligten Akteuren offen zu legen und sich auf die Koordination einzulassen. Einige potenzielle KlientInnen hätten abgelehnt, als sie die Einwilligungsfomulare zur Freigabe ihrer Daten unterschreiben sollten. Gemäss der Projektleitung haben ca. ein Fünftel

der Personen, die CareNet+ gemeldet wurden, aufgrund von Hemmungen eine Teilnahme abgelehnt.

- Schnittstelle Leistungserbringer und CareNet+: Die Projektleitung merkt an, dass CareNet+ auf den «Goodwill» der Leistungserbringer angewiesen ist. Gemäss einem Leistungserbringer ist mit der Abklärung, ob ein Klient/eine Klientin bei CareNet+ mitmachen will, viel Aufwand für den Leistungserbringer verbunden. Es sei möglich, dass andere Leistungserbringer diesen Aufwand scheuen und die Fälle nicht vermitteln würden. Beispielsweise würden bisher wenige Hausärzte Zuweisungen machen. Auch die KESB sei ein wichtiger Partner, würde bisher aber keine Zuweisungen machen. Nach Meinung eines Leistungserbringers ist die Schnittstelle der Sozialberatung zu CareNet+ kein einfaches Thema. SozialberaterInnen seien zum Teil wenig sensibilisiert für ein gemeinsames Case-Management mit Leistungserbringern aus dem Gesundheitsbereich. Zudem müssten sie ihren Fall an CareNet+ abgeben, was für sie einen gewissen Verlust bedeute.

### **Optimierungspotenziale**

Die befragten Akteure nennen in Bezug auf die Rekrutierung von CareNet+-Fällen noch verschiedene Optimierungspotenziale.

- Ein Akteur schlägt vor, eine Analyse zu machen, wer die zuweisenden Stellen sind, welche weiteren Partner benötigt werden und ob die Stellen genügend informiert und sensibilisiert sind.
- Mehrere Akteure schlagen verschiedene Werbemassnahmen vor. Gemäss zwei Akteuren könne man die Lokalzeitung kontinuierlicher nutzen. Mehrere Akteure verweisen dabei auf die Werbung mit Fallbeispielen oder Testimonials, um CareNet+ greifbarer zu machen. Unter den Leistungserbringern ist man sich zudem einig, dass es jeweils schwierig prägnant zu erklären sei, was CareNet+ beinhalte. Man müsse versuchen, mit drei Sätzen CareNet+ auf den Punkt zu bringen.
- Mehrere Akteure sind auch der Meinung, dass die aufsuchende Arbeit mehr Priorität geniesse sollte, um mehr potenzielle Fälle selbst aufzudecken.
- Ein Versicherer ist der Ansicht, dass auch über die Versicherer Fälle generiert werden können und plädiert dafür, mehr Versicherer an Bord zu holen.
- Zwei Leistungserbringer schlagen eine stärkere Kooperation mit dem Spital Affoltern vor. Zum einen könne man die Rundtischgespräche für geriatrische PatientInnen nutzen und CareNet+ dort involvieren. Zum anderen könne eine stärkere Kooperation bei Spitalaustritten gesucht werden.
- Ein Akteur schlägt zudem vor, den Kanal über die Angehörigen zu öffnen, d.h. diese stärker anzusprechen, so dass sie selbst ihre Angehörigen CareNet+ melden.



### 5.3.2. Fallkoordination und Zusammenarbeit auf Fallebene

#### **Fallkoordination**

Die Fallkoordination durch die Fallkoordinatorinnen bei CareNet+ wird durch die befragten Akteure unterschiedlich bewertet. Laut einem Akteur seien die wechselnden Fallkoordinatorinnen unterschiedlich gut für die Koordination qualifiziert gewesen. Der Ärztevertreter, einzelne Spitexzentren und die Versicherer berichten von einer guten Zusammenarbeit mit den Fallkoordinatorinnen. Ein Versicherer hebt hervor, dass eine Fallkoordinatorin hilfreiche und kompetente Vorabklärungen zu Finanzierungsfragen im Hinblick auf die Fallkonferenz gemacht habe. Einzelne Spitexzentren erwähnen, dass sie teilweise immer noch selbst viele Koordinationsaufgaben übernehmen würden. Sie würden sich eine noch stärkere Entlastung von diesen Aufgaben durch CareNet+ wünschen («nur noch Namen der Betroffenen an CareNet+ weiterleiten»).

#### **Zusammenarbeit auf Fallebene**

Mit der Zusammenarbeit auf Fallebene zeigen sich die beteiligten Akteure alle sehr zufrieden. Im Folgenden sind die Perspektiven der einzelnen Akteure separat dargestellt.

#### *Perspektive der Fallkoordinatorinnen und des Moderators der Fallkonferenzen*

Die Zusammenarbeit der Akteure auf Fallebene erleben die Fallkoordinatorinnen und der Moderator der Fallkonferenzen sehr positiv und stellen eine grosse Kooperationsbereitschaft der mit den jeweiligen Fällen verbundenen Akteure fest. Die Akteure hätten sich aktiv für eine Lösung im Sinne einer bestmöglichen Versorgung für die Betroffenen eingesetzt. Ein wichtiger Faktor für das wohlwollende Klima ist aus Sicht dieser Akteure die Neutralität der Fallkoordination und des Moderators. Die Fallkonferenzen haben laut dem Moderator bei jedem Fall zu einer Lösung geführt. Es seien zum Teil Lösungen entstanden, die ein einzelner Akteur alleine nicht gesehen hätte. Auch hätten kleinere Probleme und Missverständnisse in Bezug auf die Finanzierung einzelner Leistungen niederschwellig und pragmatisch geklärt werden können.

Die Fallkoordinatorinnen berichten, dass es eine Schwierigkeit sei, die betroffenen Akteure zeitnah an einen Tisch zu bringen. Insbesondere die ÄrztInnen verfügten über wenige zeitliche Ressourcen und es brauche zum Teil dennoch Überzeugungsarbeit. Auch die Spitex, welche zum Teil die Koordinationsaufgaben wahrgenommen hat, berichtet von Schwierigkeiten, einen Termin für alle Betroffenen zu finden. Insbesondere wenn CareNet+ noch nicht bekannt sei, erzeuge dies einen grösseren Aufwand.

*Perspektive der Versicherer*

Auch aus Perspektive der beteiligten Versicherer ist die Zusammenarbeit jeweils positiv abgelaufen. Bei den Fallkonferenzen habe man Abläufe und Verantwortungen bei der Versorgung der Betroffenen geklärt. Zudem habe es auch Finanzierungsfragen gegeben. Das Klima bei den Fallkonferenzen wird von dem Versicherer sehr positiv wahrgenommen, es sei insbesondere eine Bereitschaft zu Kompromissen bei allen Akteuren vorhanden gewesen.

*Perspektive der Leistungserbringer*

Die Leistungserbringer (insbesondere die Spitexzentren) berichten mehrheitlich von positiven Erfahrungen mit der Fallabwicklung. Andere Spitexzentren wünschen sich noch eine stärkere Entlastung von Koordinationsaufgaben durch CareNet+. Auch zu den Fallkonferenzen äussern sich die Leistungserbringer positiv. Der Vertreter der ÄrztInnen berichtet, dass ÄrztInnen es nicht gewohnt seien, an Fallbesprechungen teilzunehmen und über weniger zeitliche Ressourcen hierfür verfügten. Die drei Ärztinnen, welche an den Konferenzen teilgenommen haben, hätten aber den Nutzen für die PatientInnen gesehen und die Fallbesprechungen sehr geschätzt. Die Leistungserbringer geben an, dass an den Fallkonferenzen jeweils geeignete Lösungen gefunden werden können. Die Moderation sei professionell verlaufen und der Moderator habe ein entspanntes Klima schaffen können. Einzelne Spitexzentren, ein Sozialberater und ÄrztInnen berichten von positiven Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Versicherern. Sie hätten aktive Lösungen mitgesucht und verfügten über ein Wissen zu möglichen Alternativen. In einem Fall hätten sich die Versicherer beim gemeinsamen Treffens für eine Kostenübernahme entschieden. Positiv erwähnt wird auch, dass durch die Zusammenarbeit aller Akteure eine hohe Entscheidungsfähigkeit entstehe. Einzelne Spitexzentren empfinden die Terminfindung als eine Herausforderung und sind der Meinung, dass es in einzelnen Fällen bis zu einem ersten Treffen der Akteure zu viel Zeit vergangen sei.

**Umsetzungsorganisation und Umsetzungsinstrumente**

Die beteiligten Akteure bezeichnen die Umsetzungsorganisation, d.h. die Rollen und Prozesse mehrheitlich als klar. Einzelne Unklarheiten bestehen gemäss verschiedenen Aussagen bei der Abgrenzung der Rollen zwischen der Spitex und CareNet+. Die Verantwortlichkeiten seien zwar theoretisch aufgeteilt, in der Praxis aber nicht immer klar abgrenzbar. Gemäss den Fallkoordinatorinnen ist die Spitex immer stark in die Fälle involviert und würde zum Teil auch Koordinationsaufgaben übernehmen. Auf Seiten der Spitex wird erwähnt, dass die Fallkoordination teilweise in Fragen der Pflege hineingreife und die Spitex noch viele Koordinationsaufgaben wahrnehmen müsse. Diese Schwierigkeiten scheinen sich mit der heutigen personellen Besetzung der Fallkoordination reduziert zu haben. So berichtet die Spitex und die bestehende Fallkoordi-

natorin, dass die Fallkoordinatorin inhaltlich auf soziale Fragen konzentrierte und bei pflegerischen Fragen die Spitem zuständig sei.

Mehrere Akteure erwähnen in Bezug auf die Umsetzungsorganisation, dass die Praxis von den im Handbuch definierten Prozessen und Servicemodulen abweiche. Das Handbuch ginge bereits viel zu sehr ins Detail (vgl. dazu Kap. 5.1). Eine Fallkoordinatorin bemerkt, dass das Handbuch durch die Detailtiefe sowie die Fülle der vorhandenen Dokumente in der Umsetzung eher hemmend seien. Ein anderer Akteur stellt fest, dass die Fälle zu komplex und individuell seien und die Prozesse daher schwer im Detail standardisierbar seien.

In Bezug auf die Servicemodule bemerken zwei Akteure, dass diese teilweise nicht isoliert umsetzbar seien. Beispielsweise stellt eine Fallkoordinatorin fest, dass das Assessment eigentlich Teil der Fallabwicklung und nicht davon trennbar sei - sofern es kein spezielles geriatrisches Assessment sei, das durch eine weitere Fachperson durchgeführt werden müsse. Das normale Assessment beginne aber bereits bei der Abklärung, ob es ein CareNet+ Fall ist. Wichtig sei auch, dass dies durch die Fallkoordination geleitet wird und diese daraufhin den Maßnahmenplan erstelle. Dies würde der schnelleren Problemlösung dienen. Als weiteres Beispiel nennt ein Versicherer die Fallkonferenzen, bei denen automatisch auch finanzielle Fragen auftauchen und daher schwer von Kostenträgerkonferenzen abgrenzbar seien.

Auch die Projektleitung räumt ein, dass die definierten Prozesse und Servicemodule bei der Fallkoordination von den Akteuren prinzipiell gelebt werden, aber einem Anpassungsprozess unterliegen. Man sei noch in der Erprobungsphase, in der überprüft werden müsse, ob die Konzeption der definierten Prozesse und Servicemodule der Realität gerecht werde. Beispielsweise habe sich bei den Fallkonferenzen ein pragmatischeres Vorgehen entwickelt.

### **Schwierigkeiten in der Umsetzung**

Schwierigkeiten in der Umsetzung sind laut den befragten Akteure (abgesehen von den bereits erwähnten Unklarheiten bei der Rollenverteilung zwischen Spitem und Fallkoordination) nur in Bezug auf die Betroffenen entstanden. So berichten einzelne Leistungserbringer, dass einer teilweise geringen Compliance der Betroffenen, die den Erfolg der Fallführung hemme. Die Leistungserbringer berichten von Widerständen bei den Betroffenen gegenüber Vorschlägen zur Verbesserung ihrer Situation – dies insbesondere bei Personen aus ländlichen Regionen. Der Motivierungsprozess, Veränderungen anzunehmen, sei nicht zu unterschätzen. Medizinische Empfehlungen mit präventivem Charakter würden von den Betroffenen auch teilweise nur so lange umgesetzt bis sie wieder nach Hause gehen können. Später würde wieder gelebt wie vorher, was wieder zu Spitemeinweisungen und/oder einer Überforderung der Angehörigen führe.

### 5.3.3. Zufriedenheit der KlientInnen und Angehörigen (Careum)

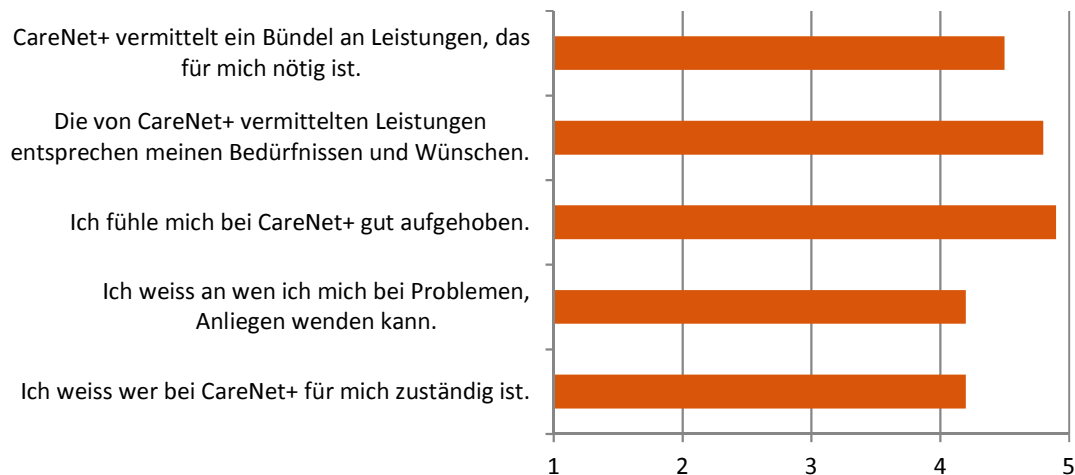
Im Rahmen der Befragung der KlientInnen und Angehörigen konnten Auskünfte über deren Zufriedenheit mit CareNet+ eingeholt werden.

Die Zufriedenheit jener 5 Fälle, die bei Abschluss von CareNet+ befragt wurden war hoch. Je 2 KlientInnen sind sehr zufrieden bzw. eher zufrieden mit den erbrachten Leistungen von CareNet+ (siehe 4.2). Der Angehörige, bei dem die Klientin keine Auskunft geben konnte, ist sehr zufrieden. Zwei weitere bei den Befragungen anwesende Angehörige sind sehr zufrieden bzw. eher zufrieden mit den Leistungen. Bis auf einen Fall („trifft zu“) gaben die befragten Personen an, dass die vermittelten Leistungen den Bedürfnissen/Wünschen entsprechen (4 Personen mit der Antwort „trifft genau zu“) und auch notwendig sind (3 Personen mit der Antwort „trifft genau zu“, 1 Person ohne Angaben).

Bis auf eine Ausnahme („trifft nicht zu“), gaben alle KlientInnen und Angehörige an, zu wissen wer bei CareNet+ für sie zuständig ist und an wen sie sich bei Problemen wenden könne („trifft genau zu“). Der Klient, welcher «trifft nicht zu» angab, bedauerte den (für ihn) zu kurzen Kontakt zu CareNet+ und bemerkt, dass er eine Zeit lang keine Ansprechperson bei CareNet+ hatte und sich aktiv um den Kontakt kümmern musste. Eine Angehörige empfand den Wechsel der Ansprechpersonen bei CareNet+ als schwierig, da sie eine neue Person über ihre Situation informieren und in den Fall „einführen“ musste.

Das Gefühl, bei CareNet+ gut aufgehoben zu sein, wurde fast ausnahmslos bestätigt („trifft genau zu“). Einzig ein Klient gab an, dass die Aussage „zutrifft“ – wobei sie auf seine Ehefrau „genau zugetroffen“ hat.

Positiv bewertet wurden die nette, zuvorkommende Art, der gute Umgang der Fallkoordinatorin, sowie deren Bemühungen und guten Vorschläge, ein Netz zwischen den Fachpersonen zu schaffen und die Koordination zu verbessern der Fallkoordinatorin. Ausserdem wurden Fallbesprechungen/-konferenzen als gelungen wahrgenommen. Einzelne Aussagen der Befragten verdeutlichen: Die Teilnehmenden der Fallbesprechung gingen toll aufeinander ein; es wurden die richtige Leuten in die Fallkonferenz eingeladen, die auch Beiträge leisteten; niedrige Hierarchiestufen; super Mensch-zu-Mensch-Kontakt; Offenheit und gute Leitung. Einzig ein Klient war unzufrieden mit der Fallbesprechung/-konferenz, weil man ihm Vorschriften machen wollte. Seine Ehefrau fand die Fallbesprechung/-konferenz zudem belastend, weil „alles zur Sprache kam“. Ein Klient erwähnte explizit, dass es gut sei, einen Ansprechpartner zu haben, der nicht zur Familie gehört und die Institutionen in der Umgebung kennt.

**Abbildung 4: Hinweise auf Zufriedenheit mit CareNet+ bei Abschluss der Fallkoordination**

1 = trifft nicht zu; 2 = trifft eher nicht zu; 3 = trifft teilweise zu; 4 = trifft zu; 5 = trifft genau zu; Mittelwerte; N=5 (abgeschlossene Fälle)

Jene 2 KlientInnen, die zusätzlich zum Abschluss auch nach 4 Monaten CareNet+ interviewt wurden, waren sehr zufrieden bzw. zufrieden mit den bisher erbrachten Leistungen. Die jeweiligen Angehörigen waren beide sehr zufrieden. Hier waren keine Veränderungen zur Beurteilung bei Abschluss erkennbar.

In einem noch nicht abgeschlossenen Fall war der Klient nach 4 Monaten eher unzufrieden mit den bisher erbrachten Leistungen. Die Angehörige gab an, die Zufriedenheit noch nicht beurteilen zu können. Laut ihren Angaben entsprachen die vermittelten Leistungen eher nicht den eigenen Bedürfnissen/Wünschen des Betroffenen und waren nicht die Leistungen, die für den Betroffenen nötig waren (Antwort jeweils „trifft eher nicht zu“). Die leichte Unzufriedenheit des Klienten wurde damit begründet, dass der Klient nicht möchte, dass sich fremde Menschen in seine Situation einmischen. Seine Ehefrau wusste zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht, was sie selber will und braucht.

Alle befragten Personen – sowohl nach 4 Monaten, als auch bei Abschluss – würden CareNet+ erneut in Anspruch nehmen und auch an andere Personen weiterempfehlen. Begründet wurde dies mit der guten Unterstützung und der Entlastung, die die KlientInnen und Angehörige erfahren haben, ausserdem mit den guten Gesprächen und dem Mehrwert für das Versorgungsnetzwerk. Situationen in denen CareNet+ nach Ansicht der Befragten besonders sinnvoll wäre, seien dann gegeben, wenn verschiedene Interventionen und Dienste nötig sind und „gerade wenn es komplexer wird“, sowie für Personen, die Hilfe annehmen können.

## 6. Wirkungen

In diesem Kapitel werden die Wirkungen auf den Versorgungsprozess und die im Versorgungsprozess involvierten Akteure ausgeführt. Die Ausführungen basieren auf Einschätzungen der involvierten Akteure sowie – in Bezug auf die KlientInnen und Angehörigen – auf Falldaten und der Befragung von KlientInnen und Angehörigen.

### 6.1. Wirkungen auf die Versorgungsprozesse

#### **Koordination unter den Leistungserbringern**

Die befragten Akteure sind sich darin einig, dass sich die Koordination unter den Akteuren durch CareNet+ deutlich verbessert hat. Als wichtiges Element heben sie dazu die gemeinsamen Fallbesprechungen hervor. Ein Vorteil der gemeinsamen Fallbesprechungen ist laut mehreren Akteuren, dass bei einem Gespräch alle vom Gleichen reden und alle auf dem gleichen Informationsstand seien. Dies helfe auch Unsicherheiten, Missverständnisse und Konflikte in der Versorgung der Betroffenen sowie Doppelspurigkeiten zwischen den Leistungserbringern abzubauen.

Mehrere Akteure Leistungserbringer nennen konkrete Beispiele, wie durch CareNet+ die Koordination unter den involvierten Akteuren optimiert werden konnte:

- Ein Spitexzentrum berichtet, dass vor CareNet+ während einem dreiviertel Jahr versucht worden sei, eine Lösung zu finden und viel Aufwand betrieben worden sei. In der Fallbesprechung habe dann sofort eine Lösung gefunden werden können.
- Ein anderes Spitexzentrum berichtet, dass in einem Fall mit CareNet+ entschieden worden sei, eine zweite Organisation beizuziehen. Es sei erst durch die Fallbesprechung bewusst geworden, wie komplex der Fall auch innerhalb des eigenen Spitexzentrums sei.
- In einem anderen Fall konnte laut einem Akteur durch CareNet+ die Rollenteilung zwischen der psychiatrischen Spitex und einer anderen Spitexorganisation geklärt werden. Dies habe zu einer besseren Aufgabenteilung und einer qualitativ besseren Versorgung des Betroffenen geführt.
- Mehrere Leistungserbringer von Fällen, in denen erst bei der gemeinsamen Fallbesprechung klar geworden sei, wie komplex die Situation der Betroffenen ist. In einem Fall hätten beispielsweise die Angehörigen nichts von den finanziellen Schwierigkeiten des Betroffenen gewusst. In anderen Fällen erfuhr das betreffende Spitexzentrum erst bei der Fallbesprechung von weiteren involvierten Leistungserbringern oder, dass ein Rezept von einem Arzt ausgestellt worden sei.
- Bei einem weiteren Beispiel konnte ein Missverständnis bei der Finanzierung aus dem Weg geräumt werden. Vor der Fallbesprechung habe es einen mehrmaligen Briefverkehr zwi-

schen der Krankenversicherung und der Spitex gegeben, bei der die Kostengutsprache einer Leistung immer abgelehnt worden sei, weil diese falsch deklariert war. Bei der Diskussion in der Fallkonferenz hat sich herausgestellt, dass es sich um eine bezahlte Leistung handelt.

Mehrere Akteure erwähnen die durch CareNet+ stärker gewordene **Vernetzung** miteinander. Die Akteure sprechen von «kürzeren Wegen» und den Vorteil die anderen Akteure persönlich kennen zu lernen. Dies vereinfache es auch in anderen Fällen, schneller miteinander zu kommunizieren und näher miteinander zusammen zu arbeiten. So hat sich beispielsweise zwischen einem Versicherer und einem Spitexzentrum ein stärkerer Austausch seit CareNet+ entwickelt.

### **Qualität des Versorgungsprozesses**

Die befragten Akteure sind der Auffassung, dass durch die Koordination auch die Qualität der Versorgungsprozesse verbessert werden könne. Im Rahmen der Fallbesprechungen könnten alle Akteure an einem Tisch den Fall systematisch analysieren, gemeinsam nach Lösungen suchen und einen Behandlungsplan aufstellen. Von den Leistungserbringern wird geschätzt, dass durch die Fallbesprechung ein «Blick von aussen» auf den Fall geworfen werde und die Kompetenzen der anderen Akteure in die Lösungsfindung einfließen. Dies habe in Einzelfällen (vgl. Beispiele oben) auch zu einer qualitativ besseren Versorgung geführt. In Bezug auf die Qualität der Versorgung wird von Seiten des Spitexzentrums erwähnt, dass diese die Qualität der Betreuung durch CareNet+ besser sicherstellen könne, da sie von Koordinationsaufgaben entlastet werde.

Die verschiedenen Akteure bemerken zudem, dass man in der Zusammenarbeit ein Verständnis füreinander und gegenseitiges Vertrauen entwickeln konnte. Laut mehreren Akteuren trage dies dazu bei, dass die Akteure ihre eigenen Interessen zurückstecken und die optimale Versorgung zum Ziel hätten.

### **Kosteneffizienz**

Da bisher erst 17 Fälle bei CareNet+ aufgenommen werden konnten (zum Zeitpunkt der Befragung noch weniger Fälle), konnten die Akteure keine konkreten Beispiele nennen, inwiefern durch CareNet+ eine kosteneffizientere Versorgung erzielt wird. Verschiedene Akteure gehen aber davon aus, dass durch die optimierte Planung der Versorgung auch unnötige Behandlungen, Hospitalisierungen und Notfallsituationen verhindert werden können. Zwei Akteure weisen darauf hin, dass dies aber auch von der Compliance der Betroffenen abhängt. So sei man sich unter den Leistungserbringern und dem Versicherer in einem Fall einig gewesen, dass das Pflegeheim die beste Lösung für die betroffene Person sei, da der Pflegebedarf sehr hoch, das Risiko eines Notfalls zu Hause gross gewesen sei. Die betroffene Person hätte aber dringlichst gewünscht, zu Hause gepflegt zu werden, so dass man dies arrangiert hätte. Nach einer Woche

sei die Person gestürzt und notfallmässig ins Spital gekommen. Am Ende habe man sie überzeugen können, ins Pflegeheim zu gehen.

## 6.2. Wirkungen auf die Leistungserbringer

Die befragten Leistungserbringer berichten von verschiedenen Wirkungen, die CareNet+ auf Ebene der Fälle und in der Organisation ausgelöst hat.

### **Aufwand der Leistungserbringer**

Die Leistungserbringer äussern sich zu ihrem Aufwand mit CareNet+ Fällen unterschiedlich. Einige Spitexzentren geben an, dass sich bei den CareNet+ Fällen der Koordinationsaufwand reduziert habe, da dieser von CareNet+ übernommen werde. Gleichzeitig wünschen sich einzelne Spitexzentren noch eine stärkere Entlastung bei den koordinativen Aufgaben durch CareNet+. Ein Spitexzentrum erwähnt auch eine hohe Vorbereitungszeit für Abklärungen und die Treffen mit anderen Akteuren. Dagegen dürften sich nach Aussagen eines Spitexzentrums Doppelspurigkeiten, welche mit anderen Leistungserbringern und den Versicherern bestanden hätten, reduziert haben. Mehrere Spitexzentren schätzen es, dass sie mit CareNet+ den Koordinationsaufwand teilweise abrechnen können. Man habe seit Jahren Arbeit für Koordination aufgewendet, die nicht abgerechnet, die nicht abgerechnet werden konnte. Dies sei eine unbefriedigende Situation gewesen.

Auch der Ärzterevertreter spricht von einem Mehraufwand für die Ärzte durch die Anwesenheit bei den Fallkonferenzen. Dieser würde aber in Kauf genommen, da der Mehrwert für die Betroffenen gesehen würde.

### **Wirkungen durch die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren**

Von mehreren Leistungserbringern wird hervorgehoben, dass durch die Zusammenarbeit im Rahmen von CareNet+ ein besseres gegenseitiges Verständnis entstanden sei. Insbesondere berichten die Spitexzentren, dass sich das Verhältnis zu den Versicherern verbessert habe und Vorurteile abgebaut wurden. Andere Akteure bemerken, dass sich die Leistungserbringer besser durch die Versicherer verstanden fühlten, da letztere in einzelnen Fällen nach bei der Fallbesprechung entschieden hätten, die Kosten zu übernehmen. Ein Spitexzentrum erwähnt, dass man als Spitex bei einem CareNet+ Fall die Hoffnung haben könne, dass die Versicherer die Leistungen eher übernehmen, da sie mit an einem Tisch sitze. Laut einem Spitexzentrum hat die Zusammenarbeit bei CareNet+ zu einem besseren Zugang zu den Versicherern und so auch in anderen Fällen zur schnelleren und sachangemesseneren Klärung beigetragen.

Des Weiteren berichten insbesondere die Spitexzentren, dass sie sich durch die Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren in einzelnen Fällen entlastet fühlen. Ein Spitexzentrum



bezeichnet es als einen Mehrwert, eine Ansprechperson für komplexe Fälle zu haben – auch wenn daraus kein CareNet+-Fall entsteht. Ein anderes Spitexzentrum hält fest, dass CareNet+ Zuversicht gäbe, wenn man sich bei einem Fall in einer Sackgasse fühle.

### 6.3. Wirkungen auf die Krankenversicherer

#### **Aufwand für die Versicherer**

Die beiden befragten Versicherer sind der Meinung, dass der Aufwand durch CareNet+ für die Versicherer gleich bleibe. Beide Versicherer bemerken, dass sie bei Komplexfällen in der Regel im Rahmen ihres Case-Managements ebenfalls Abklärungen treffen und teilweise Fallkonferenzen organisieren. Wenn man an eine Fallkonferenz gehe, habe man zwar einen zusätzlichen Aufwand, im Gegenzug spare man Aufwand, indem man offene Fragen mit verschiedenen Akteuren an einem Tisch klären könne und direkte Kontakte gewinne.

#### **Wirkungen durch die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren**

Laut einem Versicherer hat die Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren auch einen Mehrwert für die Versicherer. Erstens könne man bei den Fällen mitreden und somit dazu beitragen, dass eine optimale Versorgungslösung in Bezug auf die Qualität und Kosten gefunden wird. Zweitens könnten Finanzierungsfragen geklärt werden, bei denen bei den Akteuren Missverständnisse und Unwissenheit bestehen. Den Versicherten und teilweise den Leistungserbringern sei häufig unklar, was die Krankenversicherung übernehmen kann. Inwieweit Kosteneinsparungen bei der Krankenversicherung durch CareNet+ erzielt werden können, lässt sich laut den Versicherern noch nicht beziffern, da es noch zu wenig Fälle gebe.

## 6.4. Wirkungen auf die KlientInnen und Angehörige

### 6.4.1. Datenquellen

Informationen zu den bisherigen CareNet+ Fällen können primär aus zwei Quellen entnommen werden: Zum einen liegen die Stammdaten von CareNet+ zu allen Fällen vor. Zudem liefert die Befragung der KlientInnen und Angehörigen durch das Evaluationsteam weitere Informationen zur Situation vor der Betreuung durch CareNet+ und den Fallverlauf. Im Folgenden werden die CareNet+-KlientInnen und deren Fallverläufe anhand dieser quantitativen Daten dargestellt. Wo vorhanden, ergänzen wir diese mit Aussagen aus den qualitativen Interviews mit den Fallkoordinatorinnen und dem Fallmoderator.

Insgesamt wurden bisher 17 CareNet+ Fälle eröffnet. In den Stammdaten von CareNet+ liegen Angaben zum Zeitpunkt der Falleröffnung und zu verschiedenen Zeitpunkten danach vor<sup>7</sup>, wobei für vier Fälle bislang lediglich die Einschätzungen zum Zeitpunkt der Falleröffnung vorliegen. 7 der 17 betroffenen Personen konnten durch das Evaluationsteam befragt werden. Nachfolgende Tabelle zeigt, zu welchem Themenbereich Angaben wie vieler KlientInnen verfügbar sind. Die Befragung durch das Evaluationsteam wurde bei Falleröffnung, nach vier Monaten und bei Fallabschluss durchgeführt. Eine Befragung derselben Person über die Zeit ist für 5 KlientInnen<sup>8</sup> verfügbar. Bei 4 der 7 befragten KlientInnen waren jeweils auch Angehörige – in allen Fällen die EhepartnerInnen – anwesend und haben aktiv bei der Befragung teilgenommen.

---

<sup>7</sup> Dies sind t1: 4 Wochen nach Falleröffnung, t2: 4 Monate nach Falleröffnung, t3: 10 Monate nach Falleröffnung und tA: Fallabschluss.

<sup>8</sup> Insgesamt konnten 7 Klienten bzw. deren Angehörige befragt werden. 3 Personen konnten zu Beginn von CareNet+ (t0) und zum Abschluss (t\_A) befragt werden, wobei diese Fälle vor 4 Monaten Falldauer abgeschlossen wurden. Zwei Personen wurden zu t0, nach 4 Monaten (t1) und T\_A befragt. Ein Fall ist noch nicht abgeschlossen, aber konnte bereits zu t0 und t1 befragt werden. 1 Fall wurde bisher nur zu t0 interviewt.

**Tabelle 4: Datenquellen und Fallzahlen**

<b>Bereich</b>	<b>Stammdaten CareNet+</b>	<b>KlientInnen/Angehörigenbefragung</b>
Allg. Informationen über die KlientInnen	N=17 (Erhebung nur bei Fallaufnahme)	▪ N=7 (Erhebung nur zu Beginn)
Erwartungen an CareNet+	-	▪ N=7 (Beginn) ▪ N=3 (Entwicklung)*
Soziale Situation/Umfeld	N=15 (Beginn)** N=11 (Entwicklung***)	▪ N=7 (Erhebung nur zu Beginn)
Gesundheitszustand	N=15 (Beginn) N=11 (Entwicklung)	▪ N=6 (Beginn) ▪ N=4 (Entwicklung)*
Unterstützungsbedarf	N=15 N=11 (Entwicklung)	▪ N=7 (Beginn) ▪ N=5 (Entwicklung)*
Abdeckung der Unterstützungsleistungen	-	▪ N=7 (Beginn) ▪ N=5 (Entwicklung)*
Belastung der Angehörigen	-	▪ N=4 (Beginn) ▪ N=3 (Entwicklung)*

\* Für diese Anzahl KlientInnen sind Angaben über mehrere Zeitpunkte verfügbar (zu Beginn (t0) und tA (nach Fallabschluss). Für 2 KlientInnen sind zusätzlich Angaben zum Zeitpunkt t1 (4 Monaten) möglich. Bei 1 KlientIn ist die Entwicklung t0-t1 darstellbar. \*\* Obwohl insgesamt 17 KlientInnen in den Stammdaten registriert sind, wurde für deren zwei auch bei Fallaufnahme keine detaillierte Komplexitätseinschätzung vorgenommen. \*\*\*Für diese Anzahl KlientInnen sind Angaben über mehrere Zeitpunkte verfügbar, d.h. eine Entwicklung ihrer Situation kann abgebildet werden.

#### 6.4.2. Situation zu Beginn der Unterstützung

##### **Allgemeine Informationen zu den durch CareNet+ begleiteten Pflegebedürftigen**

Aus den beiden Datenquellen gehen folgende Angaben zu den bisherigen KlientInnen hervor:

**Tabelle 5: Merkmale der bisherigen Fälle CareNet+**

<b>Merkmal</b>	<b>Ausprägung</b>
Status	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abgeschlossen: 9</li> <li>▪ Aktiv: 8</li> </ul>
Dauer der Begleitung durch CareNet+	φ Dauer abgeschlossene Fälle: ~5 Monate
Alter der Personen	φ Alter: 75
Geschlecht der Personen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frauen: 6</li> <li>▪ Männer: 11</li> </ul>
Höchster Schulabschluss*	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obligatorische Schule: 1</li> <li>▪ Lehre, Berufsschule: 3</li> <li>▪ Fachhochschule: 1</li> <li>▪ Universität/ETH: 2</li> </ul>
Wohnsituation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alleine in Wohnung oder Haus: 8</li> <li>▪ Gemeinsam mit Angehörigen in Wohnung oder Haus: 6</li> <li>▪ Im Heim: 0</li> <li>▪ Keine Angaben: 3</li> </ul>

\* Diese Angaben sind nur aus der Befragung durch das Evaluationsteam verfügbar und somit nicht für alle 17 Fälle bekannt.

Tabelle INFRAS. Quelle: CareNet+ Stammdaten und Befragung durch das Evaluationsteam

Im Durchschnitt wurden die abgeschlossenen Fälle während knapp 5 Monaten durch CareNet+ begleitet<sup>9</sup>. Der kürzeste abgeschlossene Fall dauerte knapp drei und der längste Fall 9.5 Monate.

Die unterstützten KlientInnen waren mehrheitlich männlich (elf Männer im Vergleich zu sechs Frauen) und im Durchschnitt 75 Jahre alt, wobei die Altersspanne der KlientInnen zwischen 58 und 84 Jahren liegt.

Bei den Befragungen der KlientInnen waren bei vier Personen auch die Angehörigen (zwei Männer und zwei Frauen) anwesend. Diese waren 72 bis 80 Jahre (Mittelwert 77 Jahre) alt, pensioniert und lebten im gemeinsamen Haushalt mit der/dem CareNet+ KlientIn. Diese Ehepartnerhilfe innerhalb des gemeinsam bewohnten Haushalts ist ein häufiges und in der Regel eher stabiles Setting.

### **Umfeld der KlientInnen zu Beginn der Unterstützung**

Die von CareNet+ erhobenen **Stammdaten** zeigen, dass die Komplexität der sozialen Situation der KlientInnen (Wohnsituation, finanzielle Situation, familiäre Situation) zu Beginn der Fallfüh-

<sup>9</sup> Der Median liegt bei 4.0 Monaten.

rung unterschiedlich hoch war<sup>10</sup>. Für zwei KlientInnen liegt keine Einschätzung durch die Fallkoordinatorin vor. Es lassen sich aus den Daten folgende Situationen erkennen:

- **Wohnsituation:** Gemäss den Stammdaten CareNet+ haben zum Zeitpunkt der Fallaufnahme alle KlientInnen zuhause gelebt – entweder alleine (8 von 15 Fällen) oder mit anderen zusammen (6 von 15 Fällen). Die Wohnsituation zum Zeitpunkt der Fallaufnahme dreier Fälle ist nicht bekannt. Bei 6 der 15 Fälle schätzten die Fallkoordinatorinnen die Wohnsituation, d.h. die Eignung der bewohnten Wohnung/des bewohnten Hauses für die Pflegebedürftigen, als komplex oder eher komplex ein, während diese bei neun der 15 Fälle als unproblematisch beurteilt wurde.
- **Finanzielle Situation:** Die finanzielle Lage schätzen die Fallkoordinatorinnen bei 8 der 15 KlientInnen als schwierig oder eher schwierig ein und bei 7 als unproblematisch.
- **Soziales Umfeld:** Gemäss Stammdaten von CareNet+ leben 8 der 15 KlientInnen in einem Umfeld, welches sie bei den erschwerten gesundheitlichen Bedingungen weniger gut unterstützen kann<sup>11</sup>. Bei 7 Fällen kann das Umfeld teilweise Unterstützung bieten. Gravierende Probleme zwischen KlientIn und Angehörigen bestehen jedoch gemäss Einschätzung der Fallkoordinatorinnen in keinem Fall.

In der **Befragung der KlientInnen und Angehörigen** durch das Evaluationsteam wurden diese befragt, wie sie zu CareNet+ gelangt sind und aus welchen Gründen sie Hilfe gesucht haben. Die KlientInnen geben an, dass sie entweder zufällig von CareNet+ erfahren hätten und „hineingerutscht seien“ (1 Person), CareNet+ explizit auf die Betroffenen zugegangen sei (2 Personen) oder sie aktiv jemanden gesucht hätten, der „alles organisiere“ (4 Personen). Die Gründe zur Hilfesuche waren ähnlich: unterschiedliche Infos von verschiedenen Seiten, Überforderung mit der Situation, Unsicherheit bei der Pflege und Betreuung des Partners, der Wunsch nach Freiräumen und Entlastung des Angehörigen, vielschichtige Problematik und nicht wissen an wen man sich wenden soll oder dass die ÄrztInnen sich der Probleme nicht annehmen könnten.

Bei der Befragung der KlientInnen (N=7) wurden zusätzlich Angaben zu ihrem sozialen Umfeld durch den F-SozU<sup>12</sup> Fragebogen erhoben. Dabei handelt es sich um ein wissenschaftlich validiertes und häufig angewendetes Instrument (vgl. Fydrich, Sommer, Tydecks & Brähler 2009). In der vorliegenden Evaluation kam die Kurzform mit 14 Fragen zum Einsatz. Bei einer Skala von 1-5 (höhere Werte bedeuten bessere Unterstützung), lag die durchschnittliche sozia-

<sup>10</sup> Da die Einschätzung der Situation jedoch von unterschiedlichen Fallkoordinatorinnen vorgenommen wurden, können diese nicht detailliert miteinander verglichen werden.

<sup>11</sup> Diese Einschätzung beruht auf einem Rating durch die Fallkoordinatorinnen, wobei 3 auf einer Skala von 0 bis 3 am „komplexesten“ ist.

<sup>12</sup> Dieser Fragebogen erfasst die subjektive Überzeugung, im Bedarfsfall Unterstützung von anderen zu erhalten sowie die Einschätzung, auf Ressourcen des sozialen Umfeldes zurückgreifen zu können.

le Unterstützung, gemessen mit dem F-SozU, der befragten KlientInnen von CareNet+ bei 3.6 (Median 4.4). Das bedeutet, dass die Betroffenen durchschnittlich angaben, eine zufriedenstellende soziale Unterstützung zu haben. 3 der 7 befragten Personen gaben eine eher unterdurchschnittliche soziale Unterstützung an. Zwei davon scheinen sogar ein sehr schlecht ausgebautes soziales Unterstützungssystem zu haben (Mittelwert kleiner als 2). Ein Vergleich mit repräsentativen Normwerten für die deutsche Bevölkerung über 60 Jahren zeigt, dass die CareNet+ KlientInnen über eine leicht niedrigere soziale Unterstützung verfügen (Mittelwert Normbevölkerung: 3.9).

Die Komplexität der Finanzierung der Pflege erhöhe gemäss Aussagen der an CareNet+ Involvierten den Bedarf nach einer externen Koordination. So sei es für die Angehörigen schwierig, einerseits in diesen Belangen überhaupt unterstützen zu können. Andererseits belaste die Unsicherheit, was auf die Familie zukommt, die Situation zusätzlich.

#### **Gesundheitszustand zu Beginn der Unterstützung**

Auch zum Gesundheitszustand sind Angaben aus den **Projektstammdaten** verfügbar. Gemäss diesen Daten haben die Personen in 10 von 15 Fällen einen mittel oder stark eingeschränkten Bewegungsapparat, in 5 von 15 Fällen liegen mittlere oder erhöhte neurologische oder kognitive Einschränkungen vor. Und in ebenfalls 5 von 15 Fällen werden mittlere bis starke Schmerzen berichtet. Oftmals hat eine Kombination dieser Schwierigkeiten – also das Phänomen Multimorbidität – die Situation zusätzlich belastet (in einem Fall war die Person von allen drei Problemen betroffen, drei Personen litten unter eingeschränktem Bewegungsapparat und neurologischen/kognitiven Einschränkungen bzw. drei unter eingeschränktem Bewegungsapparat und Schmerzen).

Weitere gesundheitliche Schwierigkeiten traten zu Beginn der Fallführung nur vereinzelt auf. So litten bspw. nur wenige KlientInnen an leichten geriatrischen Problemen, Problemen mit der Haut, dem Magen und Darm, Depressionen, Suchtproblemen, Problemen aufgrund der Einnahme vieler Medikamente, Sehbehinderungen, Problemen mit der Ernährung oder mit Nieren und Blasen. Herz-Kreislauf Probleme und eine Hörbehinderung waren in keinem der Fälle ein Problem.

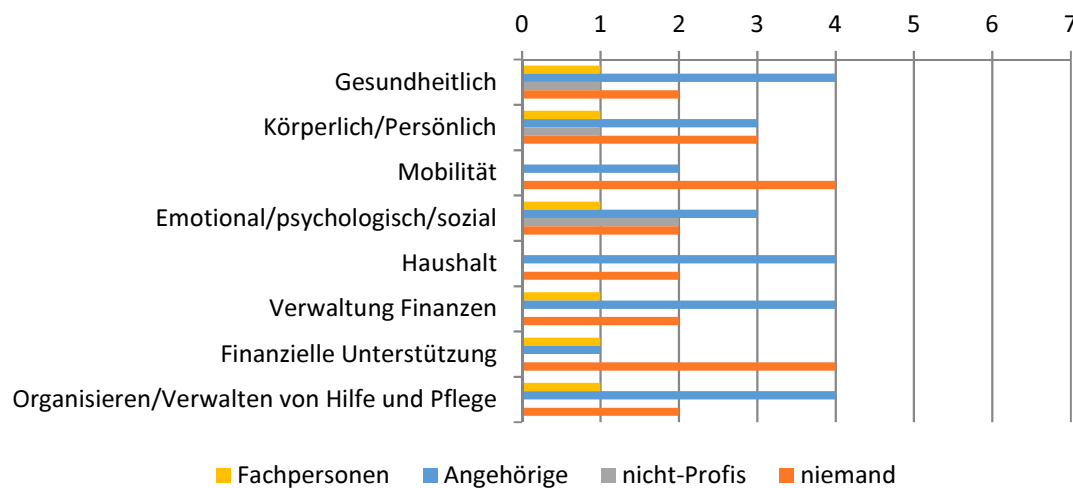
#### **Gesundheitliche Versorgung bei Fallaufnahme**

Zur Gesundheitlichen Versorgung der KlientInnen zu Beginn von CareNet+ sind Angaben aus der **KlientInnen- und Angehörigenbefragung** verfügbar. Diese zeigen für 7 der 17 Fälle, welche Versorgung sowohl im halben Jahr vor der Fallaufnahme als auch danach in Anspruch genommen wurde. In sechs dieser sieben Fälle fand in den sechs Monaten vor der Begleitung durch CareNet+ ein Spitalaufenthalt statt, wobei dieser in einem Fall durch einen temporären Pflege-

heimaufenthalt ergänzt wurde. Letzterer Fall bildet auch insofern eine Ausnahme, dass er keine ambulante Pflege in Anspruch nahm, weder durch die Spitex, die Angehörigen oder einen Arzt. Alle anderen KlientInnen bedienten sich einer Form der ambulanten Pflege: Am häufigsten wurde ärztliche Betreuung (sechs der sieben Fälle) und eine Betreuung durch Angehörige (5 der 7 Fälle) in Anspruch genommen. Die Spitex kam in drei Fällen zusätzlich zum Einsatz.

Die Befragung der KlientInnen zeigt zudem, welche Art von Unterstützung zum Zeitpunkt vor CareNet+ durch wen geleistet wurde:

**Abbildung 5: Anzahl KlientInnen, die Hilfe und Unterstützung vor CareNet+ erhalten (Mehrfachnennungen)**



N=7, Zeitpunkt t0; Quelle: KlientInnenbefragung

Vor CareNet+ übernahmen nach eigenen Angaben der KlientInnen die Angehörigen den Grossteil an Unterstützungsleistungen, und zwar über alle Bereiche hinweg.

### Unterstützungsbedarf bei Fallaufnahme

Die Einschätzungen der Fallkoordinatorinnen in den **Stammdaten von CareNet+** weisen darauf hin, dass eine Unterstützung bei der Pflege zwar in einigen Fällen gefragt ist (in 4 von 15 Fällen stark oder mittel und in 6 Fällen leicht), der Unterstützungsbedarf bei der Finanzadministration aber noch leicht grösser eingeschätzt wird (5 von 15 Fälle stark oder mittel, 7 Fälle leicht).

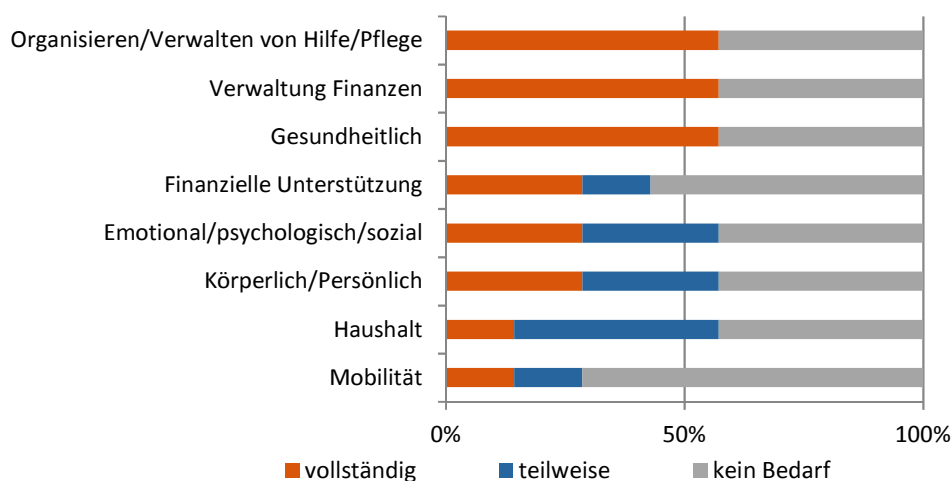
Die hohe Bedeutung der koordinativen Rolle von CareNet+ zeigt sich auch beim eingeschätzten Koordinationsaufwand für die Fallkoordinatorinnen. Dieser ist gemäss Stammdaten bei zwei Drittel der KlientInnen mittel oder hoch und bei einem Fünftel leicht vorhanden.

Teilweise ist ersichtlich, welche Problemlagen mit welchen Akteuren bestehen. Bei keinem Fall bestehen mit einer Akteursgruppe gemäss dieser Einschätzung Probleme, die grösser als

«leicht» eingestuft werden. Am häufigsten ist dies mit den Angehörigen der Fall (bei 11 der 15 Fällen), gefolgt von Problemen zwischen KlientInnen und Leistungserbringenden (4 Fälle) und Problemen zwischen Leistungserbringenden und Kostenträgern (2 Fälle).

Aus der **Befragung der KlientInnen** zeigt sich, dass vor Beginn der Koordination durch CareNet+ die Mehrheit (4 der 7 befragten KlientInnen) in den Bereichen „Organisieren/Verwalten von Hilfe und Pflege“, „Verwaltung der eigenen Finanzen“ und „Gesundheitlich“ vollständig auf Hilfe und Unterstützung angewiesen war:

**Abbildung 6: Unterstützungsbedarf vor Beginn CareNet+ (t0; 7 Fälle)**



N=7, Zeitpunkt = t0, Quelle: KlientInnenbefragung

Die Hälfte der Befragten, die in den jeweiligen Bereichen einen Hilfebedarf angaben, wünschte sich vor CareNet+ mehr Unterstützung in gesundheitlichen (2 von 4 Personen) und emotionalen Belangen (2 von 4 Personen), im Bereich Mobilität (1 von 2 Personen) oder beim Organisieren und Verwalten von Hilfe/Pflege (2 von 4 Personen). Bei der finanziellen Unterstützung hätten zwei von drei KlientInnen gerne mehr Hilfe erhalten. Auffallend war, dass keiner der Befragten benennen konnte, von wem er/sie sich die Unterstützung wünschen würde. Das verdeutlicht auch die Aufgabe und die Notwendigkeit der CareNet+ Koordinatorinnen, die mit einem ausführlichen Assessment und den Kenntnissen der regionalen Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten die nötigen Hilfestellungen vermitteln können.

Aussagen aus den geführten Interviews mit den Fallkoordinatorinnen veranschaulichen die Komplexität und Verschiedenheit der einzelnen Situationen. Einzelne Schilderungen der Befragten zeigen, dass vielfältige Aspekte die schwierige Situation prägen können. Solche Aspekte sind beispielsweise eine Demenzerkrankung oder psychische Probleme oder der starke Wunsch, trotz erheblicher gesundheitlicher Probleme und damit einhergehendem Betreuungs-



aufwand zu Hause gepflegt zu werden. Auch finanzielle Probleme haben mehrere Aspekte, bspw. wenn zusätzlich Partner betroffen sind oder wenn unklar ist, wo und wie viel Geld noch vorhanden ist.

### **Erwartungen der KlientInnen und Angehörigen**

Die **KlientInnen-/Angehörigenbefragungen** liefern Hinweise dazu, welche Erwartungen diese Personen an die Begleitung durch CareNet+ hatten. Diese waren zu Beginn der Koordination durchaus unterschiedlich:

- CareNet+ sollte die Koordination übernehmen, die Übersicht haben, Anleitung geben und die Situation beschleunigen.
- CareNet+ sollte Betroffene entlasten, indem Telefonate, Warteschlangen etc. abgegeben werden können. Es sollte gegenüber ÄrztInnen die Sichtweise der Betroffenen vertreten oder beim Umzug/Wohnungssuche und der Beschaffung von Möbeln helfen.
- Ausserdem sollte CareNet+ Unterstützung bei der Finanzierung, bei der Abrechnung, der Organisation von Transporten und der langfristigen Planung (Vorsorge) leisten.
- Ein Klient hatte keine Erwartungen an CareNet+.

Konkret wünschten sich die **KlientInnen** eine Verbesserung Ihrer Situation durch die Koordination durch CareNet+. Einerseits durch die Organisation z.B. der Spitex, die die Medikamenteneinnahme kontrollieren und überwachen kann und andererseits durch Unterstützung der Anpassung an neue Lebenssituationen (z.B. nach dem Tod des Partners).

**Angehörige** wünschten für sich persönlich selten eine Veränderung durch CareNet+. Eine Person äusserte den Wunsch nach einem Gesprächspartner zum Abwägen, Besprechen, Informationen-abholen und Nachfragen. Ein pflegender Angehöriger wollte ferner mit Hilfe von CareNet+ sein Netzwerk überprüfen und erweitern und sich so vermehrt Freiräume schaffen. Indes gaben zwei Personen explizit an, keine Veränderungen bei sich oder ihren Angehörigen durch CareNet+ zu erwarten.

### **6.4.3. Fallverläufe**

Auch für die Fallverläufe liegen Angaben aus den Stammdaten von CareNet+ und der KlientInnenbefragung vor.

### Entwicklung der sozialen Situation

Aus den **CareNet+ Stammdaten** sind für 11 Fälle Angaben zu mehreren Zeitpunkten verfügbar. Gemäss den Einschätzungen der Fallkoordinatorinnen hat sich die soziale Situation der KlientInnen über die Zeit in 10 Fällen verbessert. In einem Fall ist diese gleichgeblieben<sup>13</sup> und in vier Fällen fand noch keine zweite Einschätzung statt. Folgende Entwicklungen haben diese Verbesserungen unterstützt:

- In allen sechs Fällen, in denen gemäss ursprünglichem Assessment Leistungserbringende gefehlt haben, konnte diese Lücke geschlossen werden.
- Bei vier Fällen mit finanziellen Schwierigkeiten konnten die Probleme (teilweise bis ganz) entschärft werden. Bei zwei Fällen haben sich die erheblichen finanziellen Probleme nicht verbessert, in einem waren diese unverändert leicht bzw. unverändert nicht vorhanden. In einem Fall hat sich die finanzielle Situation verschlechtert.
- Die Wohnsituation konnte in zwei Fällen verbessert werden (bei einem Fall mit leicht und einem Fall mit stark ungeeigneter Wohnform). Erhebliche Probleme bestanden in diesem Handlungsbereich jedoch nur in wenigen Fällen.
- Eine ähnliche Ausgangslage bestand beim sozialen Umfeld, auch hier konnte die Integration in dieses laut Stammdaten in drei Fällen verbessert werden, wobei die Situation in zwei dieser Fälle zuvor nur leicht prekär war.
- Probleme zwischen KlientInnen mit Angehörigen bzw. den Leistungserbringenden oder Leistungserbringenden und Kostenträgern wurden weniger verbessert. Diesbezüglich bestand jedoch in keinem Fall eine grössere Problemlage.

In den Stammdaten von CareNet+ halten die Fallkoordinatorinnen den für sie erwarteten Koordinationsaufwand pro Fall fest. Die oben dargestellten Entwicklungen – mehrheitlich Verbesserungen - der sozialen Situation der KlientInnen haben dazu beigetragen, dass die KoordinatorInnen diesen Aufwand für 7 KlientInnen als über die Zeit abnehmend eingeschätzt haben.

Die **Befragung der KlientInnen und Angehörigen** zeigen ähnliche Entwicklungen. Bei Abschluss der Fallbegleitung von CareNet+ hatte sich die Situation der KlientInnen und Angehörigen in soweit verändert, dass in zwei Fällen Transportmöglichkeiten organisiert waren, wodurch die Betroffenen mobiler sein konnten. Ein Angehöriger gab an, dass er sein soziales Netz verbessern und neue Kontakte knüpfen konnte. Dadurch hat auch sein Sicherheitsgefühl für die zukünftige Pflege und Betreuung seiner demenzkranken Ehefrau zugenommen.

---

<sup>13</sup> Dort fand erst eine weitere Einschätzung nach dem Assessment statt, und zwar 4 Wochen danach.

Die Koordination durch CareNet+ führte bei je einem Fall zu einer finanziellen Entlastung (durch die Organisation von SVA Geldern) und zu vereinfachten administrativen Aufgaben.

Zu einer Entlastung kam es jedoch nicht nur, wenn bereits konkrete Veränderungen (wie z.B. Transportdienst, Spitex) sichtbar wurden. Eine Angehörige empfand bereits die Hoffnung auf Veränderung als eine Entlastung. Zu diesem Zeitpunkt (nach 4 Monaten CareNet+) hatte sich in ihrem Fall noch nicht viel Konkretes verändert. Bis zum Abschluss der Fallkoordination kam es zwar nicht zum erhofften Umzug, aber zur Errichtung einer Beistandschaft. Zusätzlich stellte die Angehörige fest, dass sie nun besser Hilfe annehmen könne, sie sei offener geworden, fühle sich gut organisiert und entlastet.

Eine weitere Angehörige bemerkte bei Abschluss der Fallkoordination eine deutliche Entlastung, da sie nicht alles alleine regeln müsse. Viele Aufgaben der Koordination wurden von CareNet+ und der Spitex übernommen. Gleichzeitig erfahre sie aber auch Anerkennung für Ihre Tätigkeiten. Nichtsdestotrotz empfand sie die vielen durch CareNet+ organisierten Termine und telefonischen Absprachen der Angehörigen auch als eine Belastung (z.B. der telefonische Aufwand und die Anwesenheit bei Terminen). Diese Belastung war nach 4 Monaten CareNet+ bereits spürbar. Die Entlastung stellte sich aber mehrheitlich in den darauffolgenden 6 Monaten ein. Ihr Ehemann (der Klient) ergänzte, dass er nun das Gefühl hatte, dass die Versorgung nun gut koordiniert und deswegen auch ganzheitlich sei.

Die genannten subjektiven Veränderungen, wie die verbesserte Mobilität, Sicherheitsgefühl, Entlastung und Zufriedenheit mit der Versorgung deuten auf Veränderungen in der Lebensqualität der KlientInnen und Angehörigen hin.

In jenem Fall, der noch nicht abgeschlossen wurde, aber zum Zeitpunkt 1 (nach 4 Monaten) befragt werden konnte, zeigten sich nach 3 Treffen mit CareNet+ noch keine konkreten Veränderungen.

### **Entwicklung des Gesundheitszustands**

Zur Entwicklung des Gesundheitszustands liegen für 11 Fälle Einschätzungen der Fallkoordinatorinnen in den **Stammdaten** vor. In fünf dieser Fälle hat er sich über die Zeit verbessert, in drei Fällen verschlechtert. In drei Fällen ist er gleichgeblieben. Die Verbesserung der gesundheitlichen Situation ist gemäss der Einschätzung seitens der Koordinatorinnen v.a. auf folgende Punkte zurückzuführen:

- die Reduktion von Depressionen oder starken Ängsten (2 Fälle)
- Reduktion des Schmerzes, Probleme mit Niere und Blase und eine Verbesserung des Bewegungsapparats (je in einem Fall).
- Verschlechterungen im Gesundheitszustand waren durch folgende Entwicklungen geprägt:

- Verschlechterung des Bewegungsapparats und grössere neurologische oder kognitive Einschränkungen (je in zwei Fällen)
- Verstärkte Schmerzen, Probleme mit Nieren und Blase sowie Polypharmazie (je in einem Fall).

Auch die **Befragung der KlientInnen** liefert Angaben zur Entwicklung des Gesundheitszustands. Diese wurden bei jeder Befragung nach ihrem subjektiv eingeschätzten aktuellen Gesundheitszustand gefragt (Skala: 1 sehr schlecht bis 10 sehr gut). Auffallend ist der unterdurchschnittlich schlechte Gesundheitszustand der KlientInnen vor der Koordination durch CareNet+. Keine der befragten Personen gab zu Beginn einen höheren Wert als 5 an (Mittelwert 3.5). Bei jenen vier Fällen (eine fehlende Angabe), bei denen eine Befragung bei Beginn und nach Abschluss von CareNet+ möglich war, ist sogar eine Steigerung von 3 Punkten feststellbar (von 2.8 auf 5.8). Die grösste Verbesserung zeigte sich beim Klient mit dem längsten Betreuungsaufwand bei CareNet+ (9.5 Monate). Sein subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand stieg von 1 auf 6. Der subjektive Gesundheitszustand des Klienten, der bisher zu Beginn und nach 4 Monaten befragt werden konnte, hatte sich nicht verändert. Eine Verschlechterung des Zustandes wurde von keinem der Befragten wahrgenommen.

Interviews mit den beteiligten Akteuren weisen schliesslich darauf hin, dass für die Entwicklung des Gesundheitszustands auch die Kooperationsbereitschaft der KlientInnen massgeblich sei. Dabei trete teilweise auch ein Konflikt zwischen dem medizinischen Ziel, Leben so lange wie möglich zu erhalten, und dem Wunsch der PatientInnen, möglichst nichts mehr zu verändern, in Vordergrund.

#### **Entwicklung des Unterstützungsbedarfs**

Die **Stammdaten** weisen auf folgende Entwicklungen beim Unterstützungsbedarf der KlientInnen hin. Entwicklungen können natürlich nur für jene Personen analysiert werden, für die Daten zu mehreren Untersuchungszeitpunkten vorliegen:

- Der durch die Fallkoordinatorinnen **festgestellte Pflegebedarf** ist bei den meisten Fällen gleichgeblieben (in 7 der 11 Fälle, bei denen Angaben zu mehreren Zeitpunkten vorliegen). Bei je zwei Fällen hat der Bedarf nach Pflege zu- bzw. abgenommen.
- Der festgestellte **Unterstützungsbedarf** in finanziellen und administrativen Angelegenheiten konnte indes gemäss Fallkoordinatorinnen bei den meisten Fällen (sieben Fälle) stark reduziert werden. Bei den restlichen vier Fällen ist er unverändert geblieben.

Detaillierte Angaben dazu, welcher Unterstützungsbedarf bei verschiedenen Aspekten<sup>14</sup> vorliegt, liegen in den Stammdaten nur für 10 Fälle vor, wobei die Entwicklung über die Zeit erst für sechs Fälle ersichtlich ist. Demnach konnte der Bedarf nach emotionaler/psychologischer und sozialer Betreuung, derjenige nach finanzieller Unterstützung und der Bedarf, die Pflege administrativ zu organisieren etwas häufiger reduziert werden (in zwei der sechs Fälle). In jeweils einem Fall konnte der gesundheitliche Unterstützungsbedarf, der körperliche/persönliche Unterstützungsbedarf und der Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Mobilität verringert werden.

Auch die **Befragung der KlientInnen und Angehörigen** verdeutlicht, wie sich der Unterstützungsbedarf über die Zeit entwickelt hat. Jene 3 KlientInnen, die nur zu Beginn und bei Abschluss befragt werden konnten, gaben keine Veränderung in ihrem Unterstützungsbedarf in den verschiedenen Bereichen an. Anzumerken ist, dass 2 dieser 3 KlientInnen/Angehörige in keinem der aufgeführten Bereiche einen Unterstützungsbedarf angaben (weder zu Beginn noch zu Abschluss der CareNet+ Koordination). Veränderungen wurden in jenen 2 Fällen, bei denen eine zusätzliche Befragung nach 4 Monaten CareNet stattfand, ersichtlich. Beim längsten CareNet+ Fall (10 Monate) konnte der Bedarf in den Bereichen „Emotional/psychologisch/sozial“ und „Finanzielle Unterstützung“ von vollständig auf teilweise gesenkt werden. Im Bereich „Haushalt“ sank der Bedarf von teilweise auf kein Bedarf. Im zweiten Fall sank der Unterstützungsbedarf in den Bereichen „Gesundheitlich“, „Verwaltung Finanzen“ und „Organisieren/Verwalten von Hilfe und Pflege“ von vollständig auf teilweise. Im Bereich der „Mobilität“ stieg der Bedarf jedoch von „kein Bedarf“ auf „vollständig“ und betreffend der finanziellen Unterstützung war ebenfalls eine Verschlechterung erkennbar von „kein Bedarf“ auf „teilweise“.

Auch der **Wunsch nach mehr Unterstützung** könnte ein Indikator für die Wirkungen von CareNet+ sein. Aus den Befragungen der KlientInnen und Angehörigen sind deutlich Veränderungen sichtbar. Im Vergleich zu Beginn von CareNet+ äusserten jene 3 KlientInnen, die nach 4 Monaten immer noch von CareNet+ betreut wurden, einen deutlichen Wunsch nach mehr Unterstützung in einer Reihe von Lebensbereichen: Mobilität (2 von 3 Personen), Emotional/psychologisch/sozial (1 von 3), Haushalt (2 von 3), Verwaltung Finanzen (2 von 3), Finanzielle Unterstützung (2 von 3) und Organisieren/Verwalten von Hilfe und Pflege (3 von 3). 2 dieser Fälle sind bereits abgeschlossen. Bei Abschluss hatte nur noch 1 Klient den Wunsch nach mehr Unterstützung im Bereich „Finanzielle Unterstützung“. In den anderen Bereichen Mobilität,

---

<sup>14</sup> Folgende Aspekte wurden ab dem siebten CareNet+-Fall differenziert abgefragt: Gesundheitlicher Unterstützungsbedarf; Körperlich/persönlicher Unterstützungsbedarf; Mobilität; Emotionaler, psychologischer und sozialer Unterstützungsbedarf; Unterstützungsbedarf im Haushalt; Finanzielle Unterstützung; Organisieren und Verwalten von Hilfe und Pflege.

Haushalt, Verwaltung Finanzen und Organisieren/Verwalten von Hilfe und Pflege wünschten sich die beiden KlientInnen (im Vergleich zum Zeitpunkt 1) keine weitere Unterstützung mehr.

Der vermehrte Wunsch nach Hilfe nach 4 Monaten CareNet+ lässt sich möglicherweise damit erklären, dass CareNet+ den KlientInnen die Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt hatte. Mit einem besseren Bewusstsein darüber, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, fällt es den KlientInnen evtl. leichter, den Wunsch danach auch explizit zu äussern.

Jene Person, die bei Beginn und Abschluss der Fallkoordination befragt wurde und zu Beginn mindestens einen Unterstützungsbedarf angab, zeigte keine Veränderung beim Wunsch nach mehr Unterstützung. Auch nach CareNet+ wünschte sie sich Unterstützung in gesundheitlichen Belangen.

### **Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen**

Aus der **KlientInnenbefragung** geht hervor, wie sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen seit Eintritt in CareNet+ verändert hat. Diese Inanspruchnahme hat sich bei den sechs Fällen, zu denen Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen nach Beginn von CareNet+ vorhanden sind, wie folgt entwickelt:

- Gleiche Inanspruchnahme wie vor CareNet+ (inkl. Spitex und ÄrztInnen), nochmaliger Spitalaufenthalt (3 Fälle)
- Gleiche Inanspruchnahme wie vor CareNet+ (inkl. Spitex und ÄrztInnen), kein weiterer Spitalaufenthalt (1 Fall)
- Neu Inanspruchnahme von Spitex, nochmaliger Spitalaufenthalt (1 Fall)
- Neu Inanspruchnahme von Spitex, kein nochmaliger Spitalaufenthalt (1 Fall)

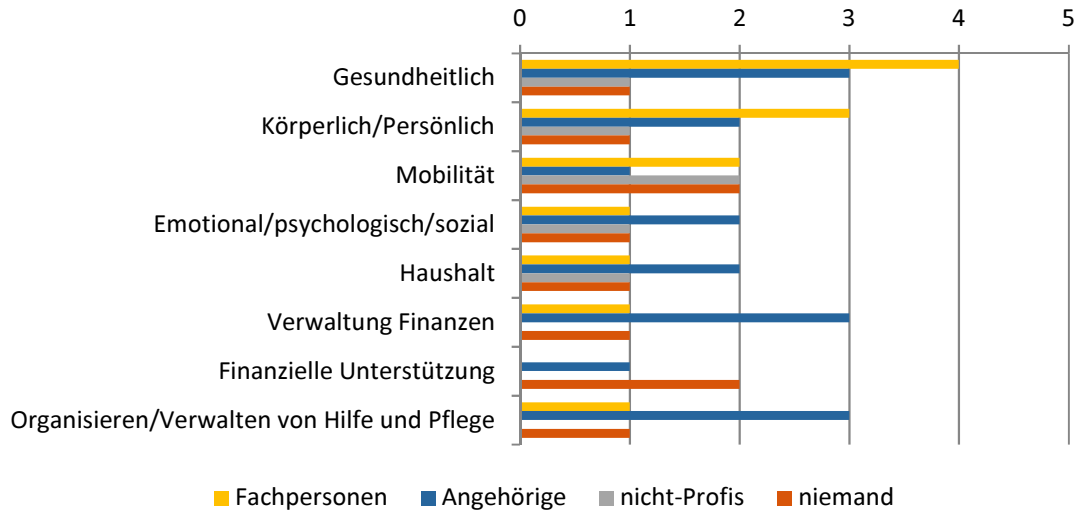
### **Entlastung von KlientInnen und Angehörigen**

Aus der Befragung der KlientInnen geht ferner hervor, welche **Unterstützungsleistungen** zu den verschiedenen Befragungszeitpunkten durch Fachpersonen, Angehörige, andere oder niemand übernommen wurden. Während vor der Koordination von CareNet+, nach eigenen Angaben, die Angehörigen den Grossteil an Unterstützungsleistungen (über alle Bereiche hinweg) erbrachten (vgl. Abbildung 5 in Kapitel 6.4.2), wurde zum Abschluss von CareNet+ von mehreren unterschiedlichen Personen Unterstützung geleistet. Vor allem in Bezug auf gesundheitliche Belange erhielten 4 der 5 befragten KlientInnen<sup>15</sup> Unterstützung von einer Fachperson und zusätzlich von Angehörigen oder anderen nicht-professionellen Hilfeleistenden (z.B. aus der Nachbarschaft)

---

<sup>15</sup> Eine Person hat keine Angaben gemacht, da er/sie laut eigenen Angaben keinen Unterstützungsbedarf hatte.

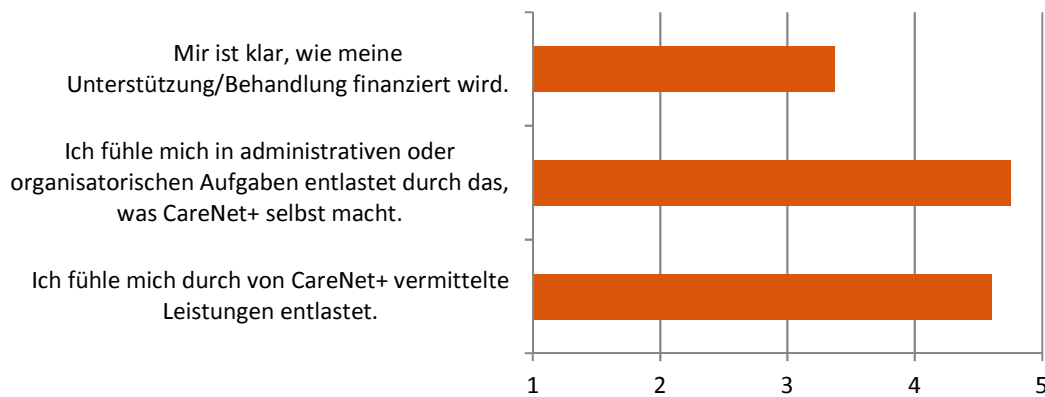
**Abbildung 7: Anzahl der KlientInnen, die Hilfe und Unterstützung nach CareNet+ erhalten (Mehrfachnennungen)**



N=5, Zeitpunkt tA; Quelle: KlientInnenbefragung

Die folgenden Ergebnisse zeigen, dass sich bei Abschluss die KlientInnen und Angehörige durch die Koordination von CareNet+ sowohl persönlich als auch in administrativen und organisatorischen Belangen subjektiv entlastet fühlen.

**Abbildung 8: Subjektiv empfundene Entlastung durch CareNet+ bei Fallabschluss (Mittelwert)**



Quelle: KlientInnenbefragung. N=5; Zeitpunkt tA; Durchschnittliche Beurteilung der KlientInnen, wobei 1 = trifft nicht zu; 2 = trifft eher nicht zu; 3 = trifft teilweise zu; 4 = trifft zu; 5 = trifft genau zu.

Eine Veränderung im Zeitverlauf kann nur bei jenen 2 Klienten untersucht werden, die bereits zweimal, d.h. nach 4 Monaten und bei Abschluss befragt wurden. Bei einem dieser beiden Kli-

enten, konnte keine Veränderung festgestellt werden, d.h. er fühlte sich nach 4 Monaten und bei Abschluss von CareNet+ gleich stark entlastet. Der Klient mit der längsten Fallkoordination durch CareNet+ und seine Ehefrau, gaben beide bei Fallabschluss an, sich stärker durch CareNet+ entlastet zu fühlen als nach 4 Monaten (persönlich und in administrativen/organisatorischen Belangen. Im Hinblick auf das Wissen, wie die Versorgung finanziert wird, unterscheiden sich die Aussagen dieses Klienten und seiner Angehörigen und die Situation scheint sich eher verschlechtert zu haben.

In den **Interviews mit den an CareNet+ beteiligten Fachpersonen** wurde die Beobachtung geschildert, dass vor allem deshalb eine Entlastung der KlientInnen zu spüren war, weil diese die Fallführung abgeben konnten. Denn bis auf enge Angehörige seien die KlientInnen die einzigen, die mit allen Leistungserbringern zu tun hätten und die eigene Situation gänzlich kennen würden. Dies führe dazu, dass diese die komplexe und teilweise belastende Fallführung selbst durchführen müssten.

Sofern die Angehörigen bei der **Befragung durch das Evaluationsteam** anwesend waren, wurden auch diese nach ihren wahrgenommenen Veränderungen gefragt. Auswirkungen auf die wahrgenommene Wertschätzung, Unterstützung und Belastung wurden mit dem COPE-Index erfasst. Dieser besteht aus 15 Items und umfasst drei Dimensionen: Die negativen Auswirkungen, die durch Pflege entstehen (Belastung); die positiven Aspekte häuslicher Pflege (Wertschätzung); die Qualität der Unterstützung durch professionelle und informelle Helfer (Unterstützung). Aufgrund der geringen Fallzahlen sind im Folgenden die Werte der einzelnen Fälle im Zeitverlauf dargestellt:

**Tabelle 6: Entwicklung der Belastung der Angehörigen**

Angehörige/r	Wertschätzung			Unterstützung			Belastung		
	t0	t1	tA	t0	t1	tA	t0	t1	tA
1	2	2	nV	3	4	4	5	5	3
2	4	6	6	3	4	6	3	3	1
3	6	-	6	6	-	6	1	-	1
4	3	3	-	4	4	-	3	nV	-

Wertspanne: 1 - 6: 1 = tiefst mögliche wahrgenommene Wertschätzung/Unterstützung /Belastung; 6 = höchst möglich wahrgenommene Wertschätzung/Unterstützung/Belastung. nV Berechnung aufgrund fehlender Werte nicht möglich

Quelle: KlientInnenbefragung

In 2 Fällen konnten positive Veränderungen bei Angehörigen, nicht nur durch subjektive Einzelaussagen, sondern auch mit einem standardisierten Instrument aufgezeigt werden. Grund-



sätzlich erhöhten sich die empfundene Wertschätzung und die wahrgenommene Unterstützung der Befragten (Tabelle 6; Angehörige 1 und 2). Die Verbesserung konnte bei diesen Fällen bereits zum Teil bereits in den ersten 4 Monaten wahrgenommen werden. Die Belastung der Angehörigen sank hingegen während dem Zeitraum nach der t1-Befragung bis zum Abschluss der Fallkoordination.

Im Vergleich zu den Angaben der Angehörigen 1 und 2, fühlte sich Angehörige/r 3 schon zu Beginn von CareNet+ sehr wertgeschätzt in seiner Angehörigenrolle, erhielt viel Unterstützung und zeigte eine vergleichsweise niedrige Belastung. Diese Werte änderten sich nicht über den Zeitraum der Koordination. Fall 4 wurde bisher noch nicht abgeschlossen und zeigte noch keine Veränderung den Bereichen.

Die **Interviews mit in CareNet+ involvierten AkteurInnen** zeigen ein ähnliches Bild wie die Aussagen der befragten Angehörigen. Die Fallkoordinatorinnen und der Fallmoderator berichteten von Fällen, bei denen zu Beginn der Unterstützung der Leidensdruck der Angehörigen sehr hoch gewesen sei. Zum einen wirkte das Wissen darüber, dass sich jemand um die Koordination der Pflege und der Finanzierung kümmere, entlastend. Auch der neue Blickwinkel, mit dem CareNet+ den Fall betreut, könne den Familien neue Optionen aufzeigen bzw. dadurch würde auch überhaupt über Alternativen zum bisherigen Pflegeangebot gesprochen werden.

Die Fallkoordinatorinnen und der Fallkonferenzmoderator schildern Situationen, bei denen sich durch die Begleitung von CareNet+ die Angehörigen wieder mehr auf sich selbst konzentrieren konnten. Durch diese Belastung der Angehörigen konnten die Fallkoordinatorinnen und der Fallkonferenzmoderator auch eine Entspannung der Verhältnisse zwischen KlientIn und Angehörigen feststellen.

## 7. Zwischenbilanz der EvaluatorInnen

### 7.1. Konzept und Organisation

- *Wie beeinflussen sich abzeichnende Entwicklungen in der Gesellschaft und in der Altersversorgung das zukünftige Leistungsangebot?*

#### **Herausforderungen und Trends in der Altersversorgung in der Schweiz**

Gemäss Schätzungen wird sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen bis zum Jahr 2030 um rund 45% erhöhen. Dabei ist die Multimorbidität in der älteren Bevölkerung stark ausgeprägt. Von den über 65-jährigen zu Hause lebenden Personen leiden rund ein Drittel an mehr als einer chronischen Krankheit und mit steigendem Alter nimmt dieser Anteil stetig zu. Komplexe gesundheitliche Situationen gehen oft einher mit psychischen und sozialen Problemen, welche sich gegenseitig verschärfen können. Ob Hausarzt, Spezialist, Spitex, Spital, der Sozialdienst in der Gemeinde oder Angehörige und Freiwillige der Kirchgemeinden – ältere Menschen sind häufig auf Unterstützung und Betreuung durch mehrere Institutionen und Personen angewiesen. Das Angebot an Leistungserbringern ist in der Altersversorgung der Schweiz zwar sehr vielfältig, aber auch stark fragmentiert. Vulnerable ältere Personen sind häufig mit dem vielfältigen Angebot und Finanzierungsfragen überfordert. Vielfach haben die Leistungserbringer keine zeitlichen und finanziellen Ressourcen, sich mit anderen Akteuren auszutauschen. Hinzu kommt, dass aufgrund verschiedener Finanzierungsquellen zum Teil widersprüchliche Interessen bei der Altersversorgung bestehen. Die Folge davon sind Ineffizienzen in der Versorgung in Form von Doppelspurigkeiten und Fehlversorgungen.

Vor diesem Hintergrund besteht ein grosser Bedarf an Koordination bei pflegebedürftigen Personen mit komplexen gesundheitlichen Situationen. Der Bedarf ist bereits länger erkannt und es entstehen vermehrt neue Formen der Vernetzung zwischen den Leistungserbringern. Auch die Versicherer bieten häufig ein Case-Management an, um die Versorgung komplexer Fälle zu koordinieren. Die bestehenden Modelle der Koordination konzentrieren sich aber bisher vor allem auf Akteure im Gesundheitswesen. Sektorübergreifende Kooperationen, bei denen auch sozialen Situationen angegangen werden, sind bisher keine bekannt. Im Altersbereich existieren zwar Projekte und häufig auch Altersbeauftragte in Gemeinden, welche sektorübergreifend Akteure vernetzen (z.B. Projekt «Socius» der Age-Stiftung<sup>16</sup>, oder Projekt «Quartier solidaire»<sup>17</sup> der Pro Senectute Waadt). Diese fokussieren allerdings nicht auf die Zusammenarbeit auf Ebene von einzelnen Fällen.

<sup>16</sup> Siehe dazu <http://www.programmsocius.ch/>.

<sup>17</sup> Siehe dazu <https://www.quartiers-solidaires.ch/>

Neben der durch die demografische Entwicklung zunehmenden Anzahl pflegebedürftiger Personen mit komplexen Gesundheitsproblemen sind weitere Trends zu nennen, die eine vermehrte Koordination in Zukunft erfordern:

- Zunehmende Fragmentierung des Gesundheits- und Sozialwesens: Im Gesundheitswesen bilden sich immer spezialisiertere Fachgruppen heraus. Auch bei den Unterstützungsleistungen/Angeboten für SeniorInnen ist eine Zunahme spezialisierter Angebote zu beobachten, bei denen auch neue Berufsgruppen involviert sind.
  - Neue Kombinationen von Multimorbidität: Durch die zunehmende Prävalenz der Demenz bei der hochbetagten Bevölkerung entstehen neue Kombinationen verschiedener Einschränkungen – bspw. Demenz und Diabetes.
  - Neue Bedürfnisse Pflegebedürftiger: Des Weiteren sind neue Bedürfnisse der Pflegebedürftigen beobachten, bspw. «rüstige» Menschen mit Demenz, die viel körperliche Bewegung wünschen.
- *Wie ist das Konzept von CareNet+ mit Blick auf die Entwicklungen zu beurteilen?*

#### **Innovatives und geeignetes Konzept mit Blick auf die Herausforderungen.**

Das Konzept von CareNet+ ist aus unserer Sicht als innovativ und geeignet im Hinblick auf die bestehenden und zukünftigen Herausforderungen im Bereich der Altersversorgung zu bezeichnen. Gegenüber den bereits existierenden integrierten Versorgungsformen weist CareNet+ drei Alleinstellungsmerkmale aus:

- Fallbezogene intersektorale Zusammenarbeit: CareNet+ fokussiert auf die fallbezogene Zusammenarbeit des gesundheitlichen und sozialen Sektors und geht damit weiter als bestehende Modelle, die sich auf einen Sektor beschränken oder wo zwar eine Vernetzung besteht, aber keine fallbezogene Zusammenarbeit stattfindet.
- Einbezug der Kostenträger: CareNet+ bezieht die Kostenträger im Rahmen der Vernetzung der Akteure mit ein. Dies ermöglicht es, dass gleichzeitig geklärt werden kann, welche Formen der Versorgung finanziell möglich sind. Neben den Krankenversicherern sind auch die Gemeinden als Kostenträger einbezogen. Dadurch begegnet CareNet+ dem durch unterschiedliche Finanzierungsquellen verursachten Fehlanreiz, dass die Form der Versorgung durch finanzielle Interessen der einzelnen Kostenträger beeinflusst wird anstelle der bestmöglichen Versorgung für die Betroffenen.
- Neutralität des Akteurs CareNet+: CareNet+ kann als ein neutraler Akteur bezeichnet werden, der weder die Interessen einzelner Leistungserbringer noch der Kostenträger vertritt. Die Neutralität verleiht dem Projekt die Akzeptanz der verschiedenen Akteure und legt die Basis für eine konstruktive Zusammenarbeit unter den Akteuren.

### **Element der aufsuchenden Arbeit zunächst nicht im Vordergrund.**

Das Konzept von CareNet+ enthält neben dem Kernelement der koordinierten Fallzusammenarbeit das Element der aufsuchenden Arbeit. Dabei soll im Rahmen von Hausbesuchen, präventive Arbeit geleistet und potenzielle CareNet+ Fälle aufgedeckt werden. Dieses Element steht aus Sicht der EvaluatorInnen im Einklang mit dem Ziel, das Kostenwachstum zu senken und reiht sich als vorgeschaltetes Element im Sinne des ganzheitlichen Versorgungszyklus in die Leistungen von CareNet+ ein. Mit der aufsuchenden Arbeit können Komplexfälle früher aufgedeckt und in CareNet+ überführt werden. Zudem hat die aufsuchende Arbeit den Vorteil, dass bei einer Aufnahme im eigenen Haushalt die Probleme und Ressourcen der betroffenen Person genauer in ihrem Lebensumfeld zu erkennen. Auf der anderen Seite erhöht dieses Element die Komplexität des Konzepts, was in einer Pilotphase der Umsetzung hinderlich sein kann. Zudem ist davon auszugehen, dass die Wahrscheinlichkeit, mit der aufsuchenden Arbeit ausgerechnet einen Komplexfall aufzudecken, eher gering ist. Zur Aufdeckung von Komplexfällen steht daher aus unserer Sicht eher die Vernetzungsarbeit als die aufsuchende Arbeit im Vordergrund. Aus diesen Gründen ist es unseres Erachtens gerechtfertigt, dass dieses Element zunächst einmal zurückgestellt und auf das Kernelement von CareNet+ fokussiert wurde.

- *Wie bewährt sich die Organisationsstruktur? Ist sie auf strategischer und operativer Ebene zweckmässig ausgestaltet? Sind die Akteure zweckmässig vertreten?*

### **Die partizipative Organisationsstruktur auf strategischer Ebene ist ein Erfolgsfaktor.**

CareNet+ wird durch die PSZH getragen und ist auf strategischer Ebene durch eine Projektsteuerungsgruppe organisiert, in der die wesentlichen Leistungserbringer sowie der Kostenträger der Pilotregion vertreten sind. Wie bereits erwähnt, bildet die Neutralität des Projektträgers eine Voraussetzung für die kooperative Zusammenarbeit unter den Akteuren. Die partizipative Ausgestaltung der Organisation auf strategischer Ebene bildet aus Sicht der EvaluatorInnen einen weiteren Erfolgsfaktor für das Gelingen des Projektes. Mit Ausnahme einzelner Gemeindevertretenden ist es gelungen, die wichtigsten Akteure an Bord zu holen – was vor dem Hintergrund der beschränkten zeitlichen Ressourcen der Akteure sowie bestehenden Einzelinteressen keine Selbstverständlichkeit darstellt. Die Akteure konnten sich im Rahmen der Projektsteuerungsgruppe aktiv in die konzeptionelle Ausgestaltung von CareNet+ einbringen, was deren Motivation und das Commitment zu CareNet+ gefördert haben dürfte. Entsprechend äussern sich die befragten Akteure in den Interviews. Zudem liefern die geführten Interviews auch Hinweise darauf, dass die intensive Zusammenarbeit in der Steuerungsgruppe in der Vorbereitungsphase zu einer positiven Haltung zur fallbezogenen, intersektoralen Zusammenarbeit

beitragen hat. Es ist möglich, dass eine nachhaltige systematische Kultur der Zusammenarbeit und Koproduktion durch das Projekt ausgelöst wurde. Aus Sicht der Evaluation ist CareNet+ ein Beispiel für einen gelungenen materialen Vernetzungsprozess, der über viele der zahlreichen sogenannten „Vernetzungs“-bemühungen im Rahmen kommunaler Altershilfe hinausweist. Denn er begrenzt sich nicht nur auf gegenseitige Information und auch nicht nur auf Einzelfälle, sondern scheint eine systemische Veränderung zu bewirken. Dies wäre ein bedeutsamer Sekundärnutzen der Projektanlage.

### **Zweckmässige Organisation auf operativer Ebene, aber getrübt durch personelle Wechsel.**

Die Organisationsstruktur mit dem räumlich an die Beratungsstelle PSZH angegliederten Koordinationszentrum ist aus Sicht der EvaluatorInnen prinzipiell für eine erfolgreiche operative Umsetzung geeignet. Die Besetzung des Koordinationszentrums war allerdings geprägt durch drei personelle Wechsel. Hinzu kam ein personeller Wechsel in der Projektleitung. Die personellen Wechsel in der Anfangsphase dürften das Etablieren des Koordinationszentrums als bekannte Institution und das Anlaufen des operativen Geschäfts gebremst haben.

## **7.2. Umsetzung**

- *Was sind die Stärken und Schwächen der Umsetzung? Wo besteht Optimierungsbedarf?*
- *Was sind Erfolgsfaktoren und Hindernisse in der Umsetzung/konkreten Fallführung?*

### **Projektumsetzung nach anfänglichem Stocken auf gutem Weg.**

Bis dato konnten im CareNet+ insgesamt 17 Fälle aufgenommen und behandelt werden. Diese Fallzahl bleibt hinter den anfänglichen Erwartungen zurück. Dies ist aus Sicht der EvaluatorInnen teilweise auf die bisherige Projektumsetzung zurückzuführen.

- Erstens wurden viel Zeit und Ressourcen für die konzeptionelle Ausgestaltung der Umsetzung aufgewendet, so dass mit der effektiven Fallrekrutierung erst spät begonnen wurde. Die sorgfältige Konzeptionsphase und die Detailtiefe des Umsetzungskonzepts hat gewisse Vorteile, nämlich, dass eine tiefe Auseinandersetzung mit dem Thema stattfindet und das Projekt für die Kostenträger planbarer wird. Rückblickend wäre es aber zweckmässiger gewesen, das Umsetzungskonzept fokussierter und gröber auszugestalten und später auf Basis der Erprobung an Fällen detaillierter auszufüllen.
- Zweitens dürften die erwähnten personellen Wechsel die Umsetzung gebremst haben. So ist auch gemäss Interviewaussagen durch die Wechsel in der Geschäftsstelle Kontinuität verloren gegangen.

Nach diesen Anlaufschwierigkeiten scheint die Umsetzung heute aber auf gutem Weg zu sein. Verschiedene Akteure berichten von positiven Erfahrungen mit der derzeitigen Leiterin der

Geschäftsstelle und attestieren ihr eine hohe Kompetenz. Zudem hat bei der Projektleitung und in der Steuergruppe ein Prozess stattgefunden, bei dem man sich wieder auf das Wesentliche fokussiert hat.

### **Schwierigkeiten bei der Fallrekrutierung.**

Neben den Anlaufschwierigkeiten bei der operativen Umsetzung haben weitere Faktoren die Fallrekrutierung erschwert. So konnten gemäss den befragten Akteuren mehr als doppelt so viele potenzielle Komplexfälle für CareNet+ identifiziert werden, welche aber aufgrund von Hemmungen, Informationen über sich zu teilen, abgesprungen sind. Die Formulare, mit denen das Einverständnis für die Freigabe der Daten eingeholt werden, scheinen auf die Betroffenen abschreckend zu wirken. Darüber hinaus scheint es viele Fälle zu geben, die sich im Rahmen des Assessments nicht als CareNet+-Fall erweisen. Es stellt sich die Frage, ob evtl. die Kriterien für einen CareNet+-Fall zu eng gefasst sind. Möglich ist auch, dass den Fallzuweisenden die Kriterien für einen CareNet+-Fall nicht genügend bekannt sind.

Erstaunlich ist auch der Befund im Rahmen der persönlichen Befragung von KlientInnen, dass einige KlientInnen den Nutzen von CareNet+ für sich offenbar gar nicht erkannt haben. Dies legt den Verdacht nahe, dass der Nutzen von CareNet+ für die KlientInnen teilweise nicht vorstellbar gemacht werden konnte. Auch aus den Aussagen der befragten Akteure geht hervor, dass es schwierig ist, die Essenz von CareNet+ anderen Akteuren und den KlientInnen zu vermitteln.

Des Weiteren fällt im Hinblick auf die Fallrekrutierung auf, dass die meisten Fälle von den Spitexzentren gemeldet werden. Dies ist auf der einen Seite naheliegend, da die Spitexzentren viele ältere KlientInnen haben, deren Situation vor Ort erleben und somit sehr geeignet sind, potenzielle CareNet+-Fälle aufzudecken. Das hohe Engagement und Commitment der Spitex im Bezirk Affoltern ist somit als Erfolgsfaktor zu werden. Auf der anderen Seite ist es erstaunlich, dass bisher keine Fälle von Pflegeheimen, dem Spital Affoltern, den HausärztInnen oder der KESB vermittelt wurden, obwohl diese Akteure in der Steuergruppe vertreten sind.

### **Fallabwicklung mehrheitlich positiv verlaufen, aber hoher Aufwand beim Assessment.**

Zu der Abwicklung der bestehenden Fälle kann insgesamt eine positive Bilanz gezogen werden. So zeigen sich die KlientInnen mehrheitlich zufrieden. Die weiteren beteiligten Akteure berichten insbesondere positiv von der Zusammenarbeit im Rahmen der Fallkonferenzen, bei denen jeweils Lösungen gefunden werden konnten.

Beim Assessment scheint es aber teilweise noch Optimierungspotenziale zu geben. Laut den Fallkoordinatorinnen gestaltet sich das Assessment, d.h. die Abklärung, ob es sich um einen CareNet+-Fall handelt, als sehr aufwändig. Das Assessment konnte im Rahmen der Evalua-

tion nicht genauer analysiert werden. Es stellt sich die Frage, ob es bereits zu detailliert und z.B. mit einer Vorstufe vereinfacht werden könnte.

Darüber hinaus ist bei der Evaluation aufgefallen, dass ein aktiver Fall über einen längeren Zeitraum nicht erreichbar war und der Fallkoordinatorin keine Kenntnis über die aktuelle Situation dieser Person hatte. Es ist möglich, dass dies durch die personellen Wechsel bedingt ist. Im Sinne eines effektiven Case-Managements müsste aus unserer Sicht die Betreuung aber enger erfolgen.

### **Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit mit Verbesserungspotenzial.**

Versorgungsmodelle, deren Kern die Koordination der Akteure sind, bedürfen viel und kontinuierlicher Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit. CareNet+ hat mehrere mögliche Kanäle genutzt, um das Projekt bekannt zu machen (Eröffnungsanlässe, lokale Medien). Zudem ist insbesondere in der Anfangsphase viel Vernetzungsarbeit gelaufen, um die relevanten Akteure auf strategischer Ebene einzubinden.

Aus unserer Sicht könnte die Öffentlichkeitsarbeit aber noch weiter verstärkt werden und kontinuierlicher erfolgen. Darüber hinaus könnte die Kommunikation darüber, was CareNet+ ist und welchen Nutzen es bereitet noch geschärft werden. Die Botschaft «alles aus einer Hand, wenn die Situation schwierig und komplex ist» scheint teilweise noch nicht herübergekommen zu sein. Mehrere Akteure regen auch an, CareNet+ stärker durch Fallbeispiele und Testimonials greifbarer zu machen.

In Bezug auf die Vernetzungsarbeit liegt aufgrund des Befunds, dass die Fälle bisher ziemlich einseitig durch die Spitex vermittelt werden, die Vermutung nahe, dass die Vernetzung auf operativer Ebene mit anderen Akteuren (z.B. Spital Affoltern, KESB, Pflegeheime, HausärztInnen) noch zu wenig etabliert ist.

## **7.3. (Potenzielle) Wirkungen auf das Versorgungssystem**

Die Wirkungen von CareNet+ auf das Versorgungssystem können aufgrund der begrenzten Anzahl bisheriger Fälle noch nicht abschliessend beurteilt werden. Aus den ersten Erfahrungen der involvierten Akteure und dem bisherigen Verlauf der einzelnen Fälle gehen aber erste Hinweise auf Veränderungen in der Qualität der Versorgung und auf Wirkungen bei den Akteuren von CareNet+ hervor. In Bezug auf die Wirkungen auf Kosten lassen sich noch keine empirisch gestützten Aussagen machen. Es können lediglich aufgrund von ersten Erfahrungen zu Veränderungen in den Versorgungsprozessen Vermutungen über Kostenwirkungen abgeleitet werden.

- *Welche Wirkung hat CareNet+ auf die Qualität der Versorgung?*

#### **Qualität der Versorgung der Betroffenen dürfte sich mit CareNet+ erhöhen.**

Aus den Befragungen der verschiedenen Akteure und den Daten zu den bisherigen Fällen geht unseres Erachtens hervor, dass sich die Qualität der Versorgung der Betroffenen mit CareNet+ erhöht. Einzelne Fallbeispiele zeigen, dass die Betroffenen nach der gemeinsamen Fallbesprechung eine ihrem Bedarf stärker angemessene Versorgung erhalten haben. Förderlich hierzu war, dass im Zuge der Fallbesprechung unter Einbezug der Krankenversicherer und durch vorherige Abklärungen zu weiteren Finanzierungsquellen gleichzeitig Finanzierungsfragen geklärt werden konnten. Ein weiterer Indikator hierfür ist, dass bei mehreren einzelnen Fällen vor der Fallbesprechung von den einzelnen Akteuren keine volle Kenntnis über die Versorgung der KlientInnen vorhanden war. Durch CareNet+ wurden somit Informationslücken der Leistungserbringer geschlossen, welche immer auch ein Potenzial von Fehlversorgungen bergen. In einem Fall konnte durch eine Fallbesprechung auch erzielt werden, dass eine geeignete Lösung für die Versorgung gefunden werden konnte, nachdem mehrere Monate durch einen Leistungserbringer Lösungen gesucht wurden. Die Daten zu den einzelnen Fällen und Befragung der KlientInnen zeigen auch, dass der Unterstützungsbedarf nach Abschluss des Falles tiefer eingeschätzt wird und offenbar Versorgungslücken geschlossen werden konnten. So zeigt sich auch, dass nach CareNet+ mehr Akteure in die Versorgung der Betroffenen eingebunden sind. Dies deutet darauf hin, dass CareNet+ die Aufgaben der „Koordination“ und Organisation von bedarfsgerechter Hilfe/Unterstützung in mehreren Fällen gut erfüllt und teilweise umfangreiche Versorgung organisiert. In weiteren Analysen wäre zu untersuchen, ob damit erfolgreich Unterversorgung mit wichtigen Dienstleistungen verhindert wird. Eine wichtige Frage in diesem Zusammenhang war aber auch, inwiefern es damit auch zu einer – unerwünschten – Überversorgung kommen könnte. Die Daten auf der Basis der Fallzahlen mit mehreren Messzeitpunkten lassen sich allerdings so interpretieren, dass es nicht zu einer Substitution der Leistungen seitens der Angehörigen kommt. Die Unterstützungsleistungen durch die Angehörigen nehmen sogar zu, während gleichzeitig die empfundene Belastung (subjektiv und objektiv) sinkt.

#### **Hohe Wirkungen auf Lebensqualität der Betroffenen und Angehörigen**

Aus der Evaluation geht hervor, dass CareNet+ deutlich zu einer höheren Lebensqualität der KlientInnen und Angehörigen beiträgt. So hat sich die gesundheitliche, soziale und finanzielle Situation der KlientInnen gemäss Einschätzungen der Fallkoordinatorinnen tendenziell verbessert. Es wird aber deutlich, dass die grösseren Effekte in Bezug auf die Lebensqualität in dieser kurzen Frist insbesondere bei der subjektiv empfundenen Entlastung für die KlientInnen und Angehörigen liegt, welche CareNet+ beispielsweise durch die Organisation einer Beistand-



schaft, eines Fahrdienstes und das Zusammenbringen der involvierten Akteure bieten kann. Die KlientInnen fühlten sich besser in Bezug auf die Vermittlung von (gesundheitlichen) Dienstleistungen, der Übernahme von administrativen und organisatorischen Belangen und in Bezug auf Finanzierungsfragen entlastet. Einzelne KlientInnen äussern sogar ein erhöhtes Sicherheitsgefühl und eine Hoffnung auf Veränderung durch CareNet+. Die bisherigen Falldaten zeigen so auch, dass das Unterstützungsniveau der Betroffenen erhöht werden konnte. Auch von den Angehörigen wird eine subjektiv empfundene Entlastung geäussert, auch wenn diese teilweise stärker involviert wurden. Eine weitere wichtige Wirkung ist die erhöhte Wertschätzung für ihre Unterstützung, die die Angehörigen gemäss eigenen Aussagen durch CareNet+ erfahren.

### **Mehrwert für die Leistungserbringer und Krankenversicherer**

Auch wenn die Leistungserbringer und Krankenversicherer durch CareNet+ einen (zusätzlichen) Aufwand haben, ergibt sich für sie gemäss eigenen Aussagen bisher dennoch ein Mehrwert. Der Mehrwert ist vielfältig und liegt beispielsweise in einem geringeren Koordinationsaufwand durch kürzere Wege und persönliche Kontakte (Leistungserbringer und Versicherer), dem Abbau von Vorurteilen zum Akteur (Versicherer), dem Mitbestimmen-Können bei der Versorgung der KlientInnen (Versicherer), dem Abstützen auf Know-how anderer Akteure (Leistungserbringer) und der Gewissheit, dass für die KlientInnen Lösungen gefunden werden können (Leistungserbringer).

- *Welche Wirkungen hat CareNet+ auf die Kosten des Versorgungssystems in der Gemeinde und im Kanton? Trägt CareNet+ zu einer Reduktion der Kosten bei?*

### **Hinweise auf höhere Effizienz der Versorgungsprozesse gegeben.**

Aufgrund der ersten Erfahrungen mit CareNet+ lassen sich bereits Hinweise erkennen, dass mit CareNet+ die Effizienz der Versorgungsprozesse erhöht werden kann. So berichten die Leistungserbringer und Versicherer von Beispielen, in denen durch die gemeinsame Fallbesprechung Unsicherheiten, Doppelspurigkeiten und Missverständnisse zwischen den Leistungserbringern sowie Leistungserbringern und Versicherern ausgeräumt werden konnten. Dabei handelte es sich beispielsweise um Missverständnisse bei der Kostenübernahme oder der Rollenenteilung zwischen zwei Leistungserbringern. Es ist davon auszugehen, dass solche Reibungspunkte zwischen den Akteuren sowie Informationslücken über die Versorgung der KlientInnen gewisse Ineffizienzen im Versorgungsprozess mit sich bringen, indem beispielsweise Leistungen erbracht werden, mehrere E-Mail-Wechsel erfolgen oder die Leistungen verschiedener Akteure nicht effizient aufeinander abgestimmt sind. Ein weiterer Hinweis auf eine effizientere Versorgung durch CareNet+ ist, dass sich bereits eine stärkere Vernetzung und zwischen den ver-

schiedenen Akteuren abzeichnet, welche auch bei Fällen ausserhalb von CareNet+ zu besseren Absprachen im Versorgungsprozess führen dürfen.

### **Potenzial zur Dämpfung des Kostenwachstums von CareNet+ vorhanden.**

Auch wenn es zu früh ist, um dies durch empirisches Datenmaterial zu belegen, dürfte durch CareNet+ mittel- bis längerfristig Kosten eingespart werden können. Das Kosteneinsparpotenzial stammt aus unserer Sicht aus drei Quellen, für die es ansatzweise bereits erste Hinweise aus der Starphase gibt:

- Erstens dürfte mit CareNet+ eine qualitativ bessere Versorgung sichergestellt werden, im Sinne, dass die Betroffenen die Versorgung erhalten, die ihrem Bedarf entspricht (s.o.). Daraus dürften weniger Notfallsituationen resultieren bzw. unnötige Behandlungen und Spitalweisungen vermieden werden können. Die Befragung der KlientInnen hat ergeben, dass viele KlientInnen mindestens einen Spitalaufenthalt in den letzten 6 Monaten vor Eintritt in CareNet+ hatten, welche sich evtl. zum Teil durch eine bessere Betreuung vermeiden lassen könnten. Möglich ist auch, dass Heimeinweisungen durch die koordinierte Versorgung verzögert werden können.
- Zweitens zeichnet sich bereits ab, dass die koordinierte Versorgung in CareNet+ zu effizienteren Versorgungsprozessen führt (s.o) und damit auch Kosten in Form von vermiedenen Doppelspurigkeiten, einer effizienteren Aufgabenteilung sowie vermiedenem administrativem Aufwand durch Missverständnisse etc. eingespart werden dürften.
- Drittens resultiert aus dem konzeptionellen Element der Einbindung aller Kostenträger in CareNet+, dass sich Ineffizienzen aufgrund von finanziellen Einzelinteressen eingrenzen lassen. Die Kostenträger werden gemeinsam nach der besten Lösung im Sinne des Betroffenen suchen, anstatt für die Versorgungsform zu plädieren, die ihnen am wenigsten Kosten bereitet.

CareNet+ hat aus unserer Sicht bereits zwei wichtige Grundsteine dafür gelegt, mittel- bis längerfristig Kosteneinsparungen zu realisieren. So ist bereits die erste Hürde, das Commitment und Engagement der relevanten Akteure in der Region zu erreichen, genommen. Von verschiedenen Seiten wurde somit bereits viel Aufwand in CareNet+ investiert, wodurch wertvolles Kapital für CareNet+ aufgebaut wurde. Als zweiter Grundstein wurde auf operativer Ebene ein gegenseitiges Verständnis der Akteure aufgebaut und es ist eine gute Kultur der Zusammenarbeit entstanden. Damit ist auch das «Schmiermittel» für eine nachhaltig erfolgreiche fallbezogene Koordination vorhanden.

Um die Kosteneinsparungen zu realisieren, wird aber noch etwas längerer Atem notwendig sein. Schon die erste Evaluationsphase macht deutlich, dass gerade mit der Anfangsphase eine Reihe von Kosten verbunden sind, die später deutlich niedriger ausfallen können. Es müssen

neue Strukturen aufgebaut werden, es bestehen noch Friktionen und teilweise weniger effiziente Handlungsabläufe. Zudem ist ein zunächst überproportionaler Aufwand damit verbunden, diejenigen Fälle zu erreichen, für die das Projekt konzipiert ist und bei denen es potenziell besonders vorteilhaft ist – gemäss Konzept auch in puncto Kosteneffizienz. Zudem kann es sich erweisen, dass erst im Laufe des Projekts weitere durch CareNet+ sinnvoll zu bearbeitende Bedarfskonstellationen identifiziert werden könnten, die in der Konzeptionsphase noch nicht gesehen wurden.

Um die Kosteneffizienz von CareNet+ abschliessend seriös beurteilen zu können, ist der bisherige Evaluationszeitraum zu kurz. In einer zweiten Phase der Evaluation ist daher geplant, die Kostenwirkungen auf der Basis einer grösseren Fallmenge und mehr langzeitlichen Daten zu den einzelnen Fällen quantitativ zu analysieren.

#### 7.4. Übertragbarkeit von CareNet+

- *Lässt sich das Konzept CareNet+ auf andere Gemeinden und Kantone übertragen?*

Mit Blick auf die Übertragbarkeit auf andere Schweizer Versorgungsräume ist es wichtig, die Erfolgsbedingungen und spezifischen Rahmenbedingungen genau zu analysieren. Im vorliegenden Zwischenbericht können zunächst nur ausgewählte Aspekte beleuchtet werden. Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse lässt sich festhalten, dass folgende Voraussetzungen eine erfolgreiche Umsetzung von CareNet+ begünstigen:

- Initiative und Engagement einzelner, gut vernetzter Personen
- Offenheit und Unterstützung der Gemeinden
- Vorhandensein eines Projektträgers, der Anfangsinvestitionen leistet und einen neutralen Status hat
- Sozialräumliche Verhältnisse, z.B. Vorhandensein einer regionalen Spitex, bereits bestehende Zusammenarbeitsformen und Beziehungsnetze

Hinzu kommt ein durchaus bedeutsamer „Nebeneffekt“. Er steht vermutlich im Zusammenhang damit, dass es sich bei CareNet+ um ein innovatives Modellprojekt handelt, das einen erheblichen Vorlauf in der Entwicklungs- und Konzeptionsphase hatte. Ganz offensichtlich haben die vielfältigen Vorbereitungs- und Aushandlungsprozesse in dieser Phase mit dazu beigetragen, dass es in der Akteurslandschaft vor Ort zu einer tragfähigen Vernetzung kam. Hier wurde zu gemeinsamen Aufgaben- und Problemverständnissen beigetragen, hier herrschte offenbar auch ein nicht selbstverständliches Mass an gemeinsam geteilter Haltung und kooperativem Antrieb, das sehr ambitionierte Projekt zu einem guten Erfolg zu führen und Probleme aus dem Weg räumen zu wollen.

Es könnte allerdings auch sein, dass dieser Effekt nicht nur (oder nicht vorwiegend) durch den Neuentwicklungscharakter, sondern wesentlich durch die beim Vollzug von CareNet+-Prozessen nötigen Schnittstellen und Zusammenarbeitspraxen bewirkt wird. Bei einem Roll-out wäre – im einen wie im anderen Falle – dringlich darauf zu achten, dass entsprechende systemische Effekte einer nachhaltigen Weiterentwicklung einer integrierten kooperativen Versorgungslandschaft und entsprechender organisationskultureller Orientierungen ebenso intensiv entstehen können.

Die Übertragbarkeit soll im Rahmen der zweiten Phase der Evaluation noch näher beleuchtet werden.

## 8. Empfehlungen für das weitere Vorgehen

Basierend auf der Zwischenbilanz in Kapitel 7 skizzieren wir im Folgenden Empfehlungen für das weitere Vorgehen, um die bisher sich bereits abzeichnenden positiven Ergebnisse von CareNet+ zu optimieren. Die Empfehlungen sollen – im Sinne eines Lernprozesses – mit dem Projektträger (und evtl. der Steuergruppe) diskutiert und präzisiert werden.

### Empfehlung 1: Fokus auf Rekrutierung von weiteren Fällen setzen.

Um CareNet+ bekannter zu machen, mehr Wissen über realisierte und realisierbare Wirkungen zu erlangen und die Umsetzung auf Basis von gemachten Erfahrungen weiter zu optimieren und letztendlich von den (potenziellen) positiven Wirkungen auf das Versorgungssystem im Bezirk Affoltern zu profitieren, ist es aus unserer Sicht zentral, mehr Fälle für CareNet+ zu gewinnen. Ab einer Grösse von 50-100 Fällen dürften die Wirkungen spürbarer und messbarer werden. Um mehr Fälle für CareNet+ zu rekrutieren könnten folgende Massnahmen verfolgt werden:

### Empfehlung 1a: Stetige Öffentlichkeitsarbeit mit gezielterer Kommunikation des Nutzens von CareNet+ für die Betroffenen und Angehörigen sowie zuweisende Akteure:

Mögliche Massnahmen:

- Nutzen vorstellbar machen, z.B. mit Testimonials von Betroffenen und Angehörigen.
- Nutzen/Wesen von CareNet+ stärker auf den Punkt bringen, z.B.: «Hilfe aus einer Hand, wenn die Situation schwierig wird».
- Gezielte Kommunikation für die zuweisenden Stellen erarbeiten, beispielsweise unter Einbezug von bisher gemachten positiven Erfahrungen einzelner Leistungserbringer.
- Anwesenheit bei Dorffesten und anderen traditionellen Veranstaltungen in der Region.
- Innovativen Charakter von CareNet+ nutzen, und mit Identifikation und Stolz auf die Region in der Bevölkerung verknüpfen.

### Empfehlung 1b: Vernetzung auf operativer Ebene weiter vorantreiben und ausweiten:

Mögliche Massnahmen:

- Kontakt suchen zu Leistungserbringern, welche bisher kein oder kaum Fälle geliefert haben: Pflegeheime, KESB, Spital Affoltern
- Sozialräumliches Beziehungsnetz als Ressource stärker nutzen, z.B. Freiwilligenarbeit, Nachbarschaftshilfe, Kirchengemeinden, evtl. ApothekerInnen oder Coiffeurläden.

### Empfehlung 1c: Überprüfen, ob Eintritt in CareNet+ offener und niederschwelliger erfolgen kann:

Mögliche Massnahmen:

- Eintrittskriterien und Gründe für abgelehnte Fälle überprüfen: Sind die Eintrittskriterien zu eng gefasst? Sind die Gründe für die Ablehnung gerechtfertigt und zielkonform?
- Überprüfen, ob Einwilligungserklärungen niederschwelliger gestaltet werden könnten.

### Empfehlung 2: Effizienz der Fallabklärungen überprüfen.

Bisher wurde durch die Fallkoordinatorinnen viel Aufwand für die Fallabklärungen verwendet, welcher teilweise abgeschrieben werden musste, da viele Fälle nicht die Eintrittskriterien erfüllten. Es sollte überprüft werden, ob mit CareNet+ nichtkompatible Fälle, durch einen «Vorfilter» abgefangen werden könnten. Beispielsweise könnten drei einfache Kriterien definiert werden, die auf der ersten Stufe erfüllt sein müssen, bevor die Fälle in die vertiefte Abklärung mit dem Komplexitätsmeter überführt werden. Eventuell könnten auch die zuweisenden Stellen im Rahmen der Vernetzungsarbeit stärker zu den Eintrittskriterien gebrieft werden.

### Empfehlung 3: Kontinuität und genügende Ressourcen im Koordinationszentrum sicherstellen.

Die Kontinuität der personellen Besetzung der Geschäftsstelle und der Fallkoordination hat eine hohe Bedeutung für das Image von CareNet+ und inwiefern CareNet+ bei den relevanten Akteuren präsent ist. Die Kontinuität sollte daher so gut wie möglich sichergestellt werden, indem beispielsweise motivierende Arbeitsbedingungen sichergestellt sind und die Leiterin der Geschäftsstelle in strategische Fragen mit eingebunden wird. Zudem sollten ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, um die bestehenden CareNet+-Fälle auch eng genug zu betreuen.

### Empfehlung 4: Umsetzungskonzept (Handbuch) mittelfristig praxisnaher ausgestalten.

Das Handbuch von CareNet+ sollte mittelfristig – basierend auf den weiteren gemachten Erfahrungen – auf Praxistauglichkeit überprüft und angepasst werden. Ziel sollte sein, dass das Umsetzungskonzept ein Hilfsmittel für die beteiligten Akteure auf operativer Ebene darstellt und für Aussenstehende verständlich ist.

### Empfehlung 5: Mittelfristig Kombination mit aufsuchender Arbeit ins Auge fassen.

Die Massnahme der aufsuchenden Arbeit könnte aus unserer Sicht mittelfristig wieder ins Auge gefasst werden bzw. dann, wenn die Umsetzung der Kernelemente von CareNet+ an Routine gewonnen hat. Prinzipiell dürfte die aufsuchende Arbeit mit präventiven Massnahmen und

durch eine frühere Erkennung von Komplexfällen dazu beitragen, die positiven Wirkungen von CareNet+ zu verstärken.

## Annex

### Detaillierte Evaluationsfragen

Evaluationskriterien	Evaluationsfragen
<b>Kontext</b>	
Einbezug bei der Beurteilung bzgl. Eignung, Zweckmässigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Wie beeinflussen sich abzeichnende Entwicklungen in der Gesellschaft und in der Altersversorgung das zukünftige Leistungsangebot?</b> z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sich wandelnde Bedürfnisse der „zukünftigen Alten“ (Babyboomer-Generation)</li> <li>▪ Verbesserung der Lebenserwartung</li> <li>▪ Sich abzeichnender Personalmangel in der Pflege</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Wie ist das Konzept von CareNet+ mit Blick auf die Entwicklungen zu beurteilen?</b> Inwiefern ist es kohärent mit diesen Entwicklungen bzw. greift diese in geeigneter Weise auf? Welche Perspektiven ergeben sich für eine Zusammenarbeit mit weiteren Arten von Leistungserbringern?</li> <li>▪ <b>Wie beeinflusst die Leistungsfinanzierung das Leistungsangebot im Altersversorgungsbereich? Welche eventuellen Lücken ergeben sich hierdurch und inwiefern ist CareNet+ geeignet, diese Lücken zu füllen? Wie würde sich eine Änderung der heutigen Finanzierung auf diese Situation auswirken?</b></li> </ul>
<b>Konzept/Organisation</b>	
Relevanz Kohärenz Übertragbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inwieweit entspricht CareNet+ einem Bedürfnis der Anspruchsgruppen?</li> <li>▪ Wie stehen die beteiligten Partner grundsätzlich zur Projektidee? Welches Interesse besteht bei den Projektpartnern an der Form der Zusammenarbeit?</li> <li>▪ <b>Ist das Modell der Zusammenarbeit aus Sicht der beteiligten Akteure geeignet, das Ziel der verbesserten Koordination der Altersversorgung und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und letztlich der effizienteren und bedarfsgerechten Versorgung zu erreichen?</b></li> <li>▪ Wie bewährt sich die Organisationsstruktur? Ist sie auf strategischer und operativer Ebene zweckmässig ausgestaltet? Sind die Akteure zweckmässig vertreten?</li> <li>▪ <i>Optional: Wie wird die Idee von CareNet+ von externen Akteuren wahrgenommen? Bei weiteren Gemeinden, Kantonen, Versicherern?</i></li> <li>▪ <b>Lässt sich das Konzept CareNet+ auf andere Gemeinden und Kantone übertragen?</b> Welches sind Rahmenbedingungen für das Funktionieren des Konzepts? Welche Anpassungen wären für eine Übertragung nötig?</li> </ul>
<b>Umsetzung / Leistungen</b>	
Machbarkeit Angemessenheit Eignung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie sind die Prozesse der Zusammenarbeit und die bestehenden Umsetzungsinstrumente konzipiert? Sind die Verantwortlichkeiten und Schnittstellen klar geregelt?</li> <li>▪ Wie sehen die fallbezogenen Versorgungsprozesse konkret aus? Welche Leistungen werden durch welche Akteure erbracht?</li> <li>▪ Inwiefern werden die Prozesse von den verschiedenen Akteuren eingehalten? Welche Schwierigkeiten treten bei der Umsetzung auf?</li> <li>▪ Welche Prozesse haben sich aus Sicht der beteiligten Akteure bewährt, welche weniger? Sind die zur Verfügung stehenden Umsetzungsinstrumente aus Sicht der Akteure für die effiziente Fallabwicklung geeignet und zielführend? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CM-Prozess (6-Phasenmodell)</li> <li>▪ Servicemodule (Standardmodul Fallabwicklung und Zusatzmodule, z.B. Fallkonferenzen und Kostenträgerkonferenzen)</li> <li>▪ Servicepauschalen</li> <li>▪ Elektronisches Fallführungsinstrument</li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie wird die Umsetzung durch die Koordinationsstelle von den beteiligten Akteuren beurteilt?</li> <li>▪ Was sind Erfolgsfaktoren und Hindernisse in der Umsetzung/konkreten Fallführung?</li> <li>▪ <b>Was sind die Stärken und Schwächen der Umsetzung? Wo besteht aus Sicht der Beteiligten Optimierungsbedarf?</b></li> </ul>
<b>Outcome (Wirkungen auf die beteiligten Akteure)</b>	
Wirksamkeit Wirtschaftlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Hat sich aus Sicht der beteiligten Akteure durch CareNet+ die Koordination unter den involvierten Partnern gegenüber den Erfahrungen ohne CareNet+ bei vergleichbaren Fällen vereinfacht und verbessert?</b> Was sind dabei die wichtigsten Erkenntnisse? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Können Doppelspurigkeiten und unnötige Leistungen vermieden werden? In welchen Bereichen konkret?</b></li> </ul> </li> <li>▪ Wie ist die Qualität des Versorgungsprozesses zu beurteilen? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Erfolgt er aus Sicht der beteiligten Akteure im Vergleich zu Erfahrungen ohne CareNet+ stärker auf den Bedarf und die Ressourcen der Betroffenen orientiert?</b></li> <li>▪ Wie werden der Versorgungsprozess und die Qualität der Versorgung durch die Betroffenen und Angehörigen beurteilt? Welches sind wichtige Qualitätsaspekte für die Betroffenen und Angehörigen?</li> </ul> </li> <li>▪ Werden die Erwartungen der Beteiligten (KlientInnen, Angehörige, Leistungserbringer, Kostenträger) erfüllt? Welche mehr, welche weniger?</li> <li>▪ <b>Welcher konkrete Mehrwert ist durch CareNet+ für die am Fall beteiligten Akteure entstanden?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie werden die Leistungen von den Betroffenen und Angehörigen wahrgenommen? Stellen sie Veränderungen fest?</li> <li>▪ Ist die Entlastung von administrativen Koordinationsaufgaben für die Beteiligten spürbar?</li> <li>▪ Trägt CareNet+ zu einer Verbesserung der Lebensqualität und der Selbstbestimmung der Betroffenen bei?</li> <li>▪ Können aus Sicht der Kostenträger Kosteneinsparungen erzielt werden?</li> <li>▪ Kann der Austausch und die Vernetzung zwischen den Akteuren gestärkt werden? Inwiefern profitieren die Akteure hiervon?</li> <li>▪ Profitieren die Gemeinden und der Kanton von einem Imagegewinn?</li> </ul> </li> </ul>
<b>Impact (Wirkungen auf das Versorgungssystem)</b>	
Wirksamkeit Wirtschaftlichkeit Ressourceneffizienz Volkswirtschaftlicher Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Welche Wirkungen hat CareNet+ auf die Kosten des Versorgungssystems in der Gemeinde und im Kanton?</b> <b>Trägt CareNet+ zu einer Reduktion der Kosten bei? Bei wem wieviel?</b> <b>Was sind die ausschlaggebenden Elemente hierfür (Mobilisierung von Präventionspotential; Vermeidung/ Verzögerung von Heimeintritten; Vermeidung von Doppelspurigkeiten/Drehtüreffekten; effizientere Abläufe etc.)?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gibt es Hinweise darauf, dass Heimeintritte verzögert/verhindert werden?</li> <li>▪ Welche Kosteneinsparungen ergeben sich grob aus der Vermeidung von Doppelspurigkeiten/Reduktion von unnötigen Leistungen? Wie verhalten sich diese Kosteneinsparungen im Vergleich zu den CareNet+-Zusatzkosten?</li> <li>▪ Oder (bei Modul Zusatzmodul): In welcher Höhe lassen sich Kosteneinsparungen im Vergleich zur Versorgung ohne CareNet+ bei vergleichbaren Fällen beobachten?</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Welche Wirkung hat CareNet+ auf die Qualität der Versorgung?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Führen die Elemente der aufsuchenden Beratung und das Demenzmodul zu gestärkter Prävention und Gesundheitsförderung?</li> </ul> </li> <li>▪ Tragen die Lernprozesse und Koordinationserfahrungen von CareNet+ zu einer nachhaltigen Veränderung des lokalen Versorgungssystems bei?</li> <li>▪ Vor dem Hintergrund der knappen Personalressourcen im Bereich der Altersversor-</li> </ul>

	gung und Pflege: Trägt das Modell von CareNet+ dazu bei, dass die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen optimal eingesetzt werden?
--	---

## Literatur

- Abraham, A., Huber, H. & Baumann-Hölzle, R. 2015:** Ethische Orientierung und Entscheidungsfindung in den kommunalen Altersstellen. Eine qualitative Studie zum „guten Entscheiden und Handeln“ bei Wohn- und Lebensübergängen fragiler alter Menschen. Zürich: Institut Dialog Ethik.
- Alzheimer Schweiz 2016:** Demenzprävalenz 2016 in der Schweiz. Internet unter: <http://www.alz.ch/index.php/zahlen-zur-demenz.html> (Abruf am 09.05.2017).
- Appenzeller-Winterberger 2012:** Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege. Grundlagen für Massnahmen und Empfehlungen des Bundes. Projektarbeit eingereicht an der Universität Bern im Rahmen des Executive Master of Public Administration.
- Brügger, S., Kohli, L. & Sottas, B. 2016:** Analyse von Good-Practice-Modellen im Bereich der spezialisierten, geriatrischen Versorgung, Fribourg: Sottas formative works. Internet unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung/hochbetagte-multimorbide-menschen-koordinierte-versorgung.html> (Abruf am 10.05.2017)
- Fydreich, T., Sommer, G., Tydecks, S. & Brähler, E. 2009:** Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 18. Jg., Nr. 1, S. 43-48.
- GDK, BAG 2012:** Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe "Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung" im Rahmen des Dialogs nationale Gesundheitspolitik. Bern, 2012.
- Haslbeck, J., Klein, M., Bischofberger, I. & Sottas, B. 2015:** Leben mit chronischer Krankheit. Die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen. Obsan Dossier 46.
- Haslbeck, J., Kickbusch, I., Schneemann, M., & Fischer, C. 2016:** *Machtfaktor Patient: Gesundheit gemeinsam gestalten*. Patientenbeteiligung und -kompetenz. Zürich: Careum Stiftung.
- Hedtke-Becker, A., Hoevels, R., Otto, U., Stumpp, G., & Beck S. 2012:** Zu Hause wohnen wollen bis zuletzt: Beraten und Intervenieren im Netzwerk chronisch kranker alter Menschen: Eine Fallstudie. In: S. Pohlmann (Hrsg.), *Altern mit Zukunft* (S.141-176). Wiesbaden: VS Verlag.
- Hedtke-Becker, A., Hoevels, R., Otto, U., & Stumpp, G. 2011:** Selbstbestimmt bis zum Lebensende zu Hause bleiben – Strategien niederschwelliger Hilfen und psychosozialer Beratung für alte Menschen und ihr Umfeld. In: S.B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.). *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (S. 246-260). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., Zumbrunn, A. 2011:** Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Huber.
- Jaccard-Ruedin H., F. Weaver, M. Roth, M. Widmer, 2009:** Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020. Observatoire suisse de la santé. Document de travail 35.
- OBSAN 2013:** Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Obsan Bulletin 4/2013.
- OBSAN 2015:** Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Hogrefe, Bern.
- Schaeffer, D. 2009:** Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. In: *Pflege & Gesellschaft* 14(4): 306-324.
- Schweizerischer Bundesrat 2014:** Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz.
- Schweizerischer Bundesrat 2016:** Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 12.3604 Fehr Jacqueline vom 15. Juni 2012; 14.3912 Eder vom 25. September 2014 und 14.4165 Lehmann vom 11. Dezember 2014 vom 25. Mai 2016, Bern, 2016.
- Zweifel, C. 2015:** Alterspolitische Netzwerke in Schweizer Gemeinden, in: F. Höpflinger & J.v. Wezemaël (Hg.), Age Report III. Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. S. 201-210. Zürich: Seismo.