

Pro Senectute Kanton Zürich (PSZH)

# Integriertes Altersversorgungs- Netzwerk (CareNet+)

---

## Evaluationsbericht

Zürich, 6. November 2018

---

INFRAS

Judith Trageser, Eva Gschwend, Thomas von Stokar

---

CAREUM FORSCHUNG

Anna Hegedüs, Ulrich Otto

---



DENKEN  
ÜBER  
MORGEN



Kalaidos  
Fachhochschule  
Schweiz

Die Hochschule für Berufstätige.

# Impressum

Integriertes Altersversorgungs-Netzwerk (CareNet\*)  
Evaluationsbericht

Zürich, 6. November 2018

**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

**Förderung Age-Stiftung:**

Dieser Bericht dokumentiert ein Förderprojekt der Age-Stiftung – weitere Informationen dazu unter [www.age-stiftung.ch](http://www.age-stiftung.ch). Der Bericht ist integraler Bestandteil der Förderung.

Die Age-Stiftung legt ihren Fokus auf Wohnen und Älterwerden. Dafür fördert sie Wohn- und Betreuungsangebote in der deutschsprachigen Schweiz mit finanziellen Beiträgen. Sie engagiert sich für inspirierende zukunftsfähige Lösungen und informiert über gute Beispiele.

# Inhalt

<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>4</b>
Ziel, Vorgehen	4
Ergebnisse	4
Empfehlungen	6
<b>1 EINLEITUNG</b>	<b>7</b>
1.1 Ausgangslage	7
1.2 Wirkungsmodell	8
1.3 Ziele und Vorgehen der Evaluation	9
<b>2 HERAUSFORDERUNGEN UND TRENDS IN DER ALTERSVERSORGUNG</b>	<b>13</b>
2.1 Demografischer Wandel und Auswirkungen auf den Unterstützungsbedarf	13
2.2 Trends in der Angebotslandschaft der Schweiz	15
2.3 Koordinationsbedarf der Akteure	16
2.4 Bestehende Projekte zur Koordination der Leistungserbringer	17
<b>3 DAS ALTERSVERSORGUNGS-NETZWERK CareNet<sup>+</sup></b>	<b>18</b>
3.1 Konzept	18
3.2 Organisation	22
3.3 Finanzierung	24
<b>4 UMSETZUNG</b>	<b>25</b>
4.1 Aktivitäten auf übergeordneter Ebene	25
4.2 Fallrekrutierung	26
4.3 Abwicklung der CareNet <sup>+</sup> -Fälle	27
<b>5 WIRKUNGEN</b>	<b>32</b>
5.1 Wirkungen auf die KlientInnen und Angehörige	32
5.1.1 Datenquellen	32
5.1.2 Situationen der KlientInnen bei Eintritt in CareNet <sup>+</sup>	33
5.1.3 Fallverläufe	34
5.1.4 Fazit	47
5.2 Effizienz und Qualität der Versorgungsprozesse	48
5.3 Finanzielle Auswirkungen	49
5.3.1 Veränderung der Versorgungssituation	50
5.3.2 Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben	53
5.3.3 Aufwand und Mehrwert für die Leistungserbringer und Kostenträger	59
5.3.4 Fazit	61
<b>6 BEURTEILUNG DURCH DIE EVALUATORINNEN</b>	<b>62</b>
6.1 Konzept und Organisation	62
6.2 Umsetzung	65
6.3 Wirkungen auf das Versorgungssystem	67
6.4 Übertragbarkeit von CareNet <sup>+</sup>	70
<b>7 AUSBLICK UND EMPFEHLUNGEN FÜR DAS WEITERE VORGEHEN</b>	<b>71</b>

# Zusammenfassung

## DAS ALTERSVERSORGUNGS-NETZWERK CareNet<sup>+</sup>

**W**enn zu einer oder mehreren chronischen Krankheiten ein weiteres kritisches Lebensereignis oder eine Akuterkrankung hinzukommt, allenfalls zudem Mobilitätseinschränkungen bestehen, und ausgerechnet diesen Menschen vor Ort ein tragfähiges soziales Netz fehlt – dann sprechen wir von besonders komplexen Lebens- und Gesundheitssituationen. Dann werden oft verschiedene Leistungen in den Bereichen Medizin, Pflege und Soziales nötig. Die Leistungserbringer sind aber oft nicht gut aufeinander abgestimmt, einzelne Leistungen werden vielfach isoliert erbracht, vielerorts herrscht ein «Gärtlidenken». Die Hilfeprozesse sind nicht optimal, die Betroffenen oft überfordert, und die Versorgung zu Hause gerät vorschnell an ihre Grenzen.

Hier setzt das integrierte Altersversorgungsnetzwerk CareNet<sup>+</sup> an: Ein zweijähriges Modellprojekt im Bezirk Affoltern am Albis, das Pro Senectute Kanton Zürich (PSZH) im Jahr 2016 lanciert hat. Es knüpft am bestehenden Versorgungssystem an und zielt auf eine besonders intensiv koordinierte fallbezogene Zusammenarbeit unter den bestehenden Leistungserbringern. Durch die ergänzenden Koordinationsleistungen sollen die gemeinsam mit allen Beteiligten getroffenen Massnahmen bestmöglich aufeinander abgestimmt – und damit der Einsatz der personellen und finanziellen Mittel optimiert – werden.

## ZIEL UND VORGEHEN DER EVALUATION

PSZH hat die zweijährige Pilotphase evaluieren lassen. Die vorliegende Evaluation zieht Bilanz über das Konzept, die Umsetzung und die Wirkungen von CareNet<sup>+</sup>. Methodisch wurden dazu Dokumentenanalysen, prozessgenerierte Falldaten,

Fokusgruppengespräche sowie Interviews mit Fachpersonen der unterschiedlichen beteiligten Anspruchsgruppen eingesetzt. Nachfolgend sind die Hauptergebnisse festgehalten.

## ERGEBNISSE

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

Das Konzept von CareNet<sup>+</sup> geht weiter als bereits existierende integrierte Versorgungsformen und zeichnet sich durch drei wichtige Alleinstellungsmerkmale aus: 1) die fallbezogene intersektorale Zusammenarbeit zwischen dem gesundheitlichen

und sozialen Sektor; 2) den Einbezug der Kostenträger und 3) die Neutralität des Akteurs CareNet<sup>+</sup>. Das Konzept von CareNet<sup>+</sup> ist als innovativ und geeignet im Hinblick auf die bestehenden und zukünftigen Herausforderungen im Bereich der Altersversorgung zu bezeichnen.

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

Bis dato wurden insgesamt 40 Fälle aufgenommen und betreut. Die Fallzahlen blieben anfänglich hinter den Erwartungen zurück, konnten aber im weiteren Verlauf gesteigert werden. Das anfängliche Stocken hing erstens damit zusammen, dass viel Zeit und Ressourcen für die konzeptionelle Ausgestaltung der Umsetzung aufgewendet wurde. Inzwischen hat man sich bei der Projektleitung und in der Projektsteuerungsgruppe auf das Wesentliche fokussiert. Die EvaluatorInnen erachten es in dem Zusammenhang auch als richtig, dass die im ursprünglichen Konzept vorgesehene aufsuchende Arbeit zurückgestellt wurde. Zweitens hatten personelle Wechsel die Umsetzung gebremst. Die heute stabile personelle Situation hat stark dazu beigetragen, das operative Geschäft besser ins Rollen zu bringen.

## **Noch etwas Potenzial für mehr Fallvolumen vorhanden**

Mit den derzeit ein bis zwei neuen Fällen pro Monat hat sich CareNet<sup>+</sup> aus Sicht der EvaluatorInnen an die Grenze des möglichen Fallvolumens angenähert. CareNet<sup>+</sup> ist heute bei den Leistungserbringern besser bekannt. Dennoch fällt im Hinblick auf die Fallrekrutierung auf, dass die meisten Fälle von den Spitex-Zentren und den Sozialdiensten der Spitäler gemeldet werden. Weitere potenzielle Vermittler wie Sozialdienste der Gemeinden, Krankenversicherer, Beistände oder die KESB sind bisher wenig aktiv. Dies deutet darauf hin, dass der Mehrwert und das Wesen von CareNet<sup>+</sup> für die potenziellen Zuweisenden noch zu wenig verinnerlicht und die Rollenteilung zu wenig klar ist. Auch aus der Bevölkerung kamen bisher kaum Meldungen. Vor diesem Hintergrund besteht Bedarf nach vermehrter Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit, mit der auch der Nutzen von CareNet<sup>+</sup> für die beteiligten Leistungserbringer und die Betroffenen hervorgehoben wird.

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

Gemäss den mehrheitlich positiven Rückmeldungen der KlientInnen und der beteiligten Akteure im Betreuungsprozess ist die Fallabwicklung bisher insgesamt positiv verlaufen. Optimierungspotenziale zeigen sich bei der Abklärung, ob es sich um einen CareNet<sup>+</sup>-Fall handelt sowie beim frühzeitigen Erkennen der Grenzen von CareNet<sup>+</sup>. Das Assessment gestaltete sich teilweise als sehr aufwändig und einige Fälle stellten sich nach der Abklärung nicht als CareNet<sup>+</sup>-Fall heraus. Es stellt sich die Frage, ob die Abklärung bereits zu detailliert erfolgt und mit einer Vorstufe vereinfacht werden könnte.

## **Qualität der Versorgung der Betroffenen mit CareNet<sup>+</sup> erhöht**

Die Rückmeldungen der KlientInnen und der involvierten Akteure zeigen, dass die Betroffenen mit CareNet<sup>+</sup> eine angemessenere Versorgung erhalten. Förderlich waren diesbezüglich insbesondere die Rundtischgespräche und 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 einer Verbesserung der gesundheitlichen, sozialen, finanziellen und einer subjektiv empfundenen Entlastung durch CareNet<sup>+</sup> bereits erhöht hat. Auch die Angehörigen fühlen sich durch CareNet<sup>+</sup> entlastet und stärker wertgeschätzt.

## **Potenzial zur Dämpfung des Kostenwachstums vorhanden**

Auch wenn es für eine abschliessende Beurteilung noch zu früh ist, gibt es heute aus Sicht der EvaluatorInnen starke Hinweise, dass durch CareNet<sup>+</sup> mittel- bis längerfristig Kosten eingespart werden können. Dafür sprechen insbesondere die folgenden Gründe:

- Aufgrund der verfügbaren Informationen ist davon auszugehen, dass CareNet<sup>+</sup> in vielen Fällen dazu beiträgt, kostenintensive Notfallsituationen bzw. unnötige Behandlungen und Spitaleinweisungen einschliesslich Drehtüreffekten zu vermeiden. Auch gibt es konkrete Beispiele dafür, dass Heimeinweisungen durch die koordinierte Versorgung verzögert oder vermieden werden konnten. Aufgrund der detaillierten Analyse von zwei Fällen zeigt sich, dass effektiv Kosteneinsparungen durch CareNet<sup>+</sup> realisiert werden können. Die möglichen Kosteneinsparungen hängen aber vom individuellen Pflegebedarf ab. Aus der Perspektive der Gemeinden ist das Ausmass der

Kosteneinsparungen zudem davon abhängig, ob die einzelnen Fälle auf Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe angewiesen sind.

- Es gibt mehrere Hinweise, dass die koordinierte Versorgung mit CareNet<sup>+</sup> zu effizienteren Versorgungsprozessen innerhalb der Organisation der einzelnen Leistungserbringer sowie zwischen den Leistungserbringern führt. Damit dürften Kosten eingespart werden in Form von vermiedenen Doppelspurigkeiten, einer effizienteren Aufgabenteilung sowie vermiedenem administrativem Aufwand.

## EMPFEHLUNGEN

**Aus der Zwischenbilanz leiten die EvaluatorInnen folgende Empfehlungen ab:**

### **EMPFEHLUNG 1:**

**Potenziale für ein höheres Fallvolumen ausschöpfen. Dazu gehört:**

- Öffentlichkeitsarbeit verstetigen mit gezielterer Kommunikation des Nutzens von CareNet<sup>+</sup>.
- Vernetzung und Sensibilisierung der Zuweisenden weiter vorantreiben und ausweiten.

### **EMPFEHLUNG 2:**

**Effizienz der Fallabklärungen und -abwicklung überprüfen.**

### **EMPFEHLUNG 3:**

**Kontinuität und genügende Ressourcen im Koordinationszentrum sicherstellen.**

### **EMPFEHLUNG 4:**

**Verschiedene Modelle der Finanzierung prüfen.**

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

**D**ie 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. Aufgrund des überproportional starken Wachstums der älteren Bevölkerungsanteile werden in den nächsten Jahrzehnten die Kosten im ambulanten und stationären Pflegebereich weiter ansteigen. Vor diesem Hintergrund 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. Im Fokus stehen Personen mit besonders komplexen Hilfe- und Pflegebedarfen, die zu Hause leben (vgl. Brügger et al., 2014).

Zu diesem Zweck hat die Pro Senectute Kanton Zürich (PSZH) ab 2016 ein Modellprojekt lanciert unter der Bezeichnung «Integriertes Altersversorgungs-Netzwerk (CareNet\*)». Das Modell knüpft am bestehenden Versorgungssystem an und zielt darauf ab, die formellen und informellen ambulanten und stationären Leistungserbringer und Kostenträger in der lokalen Altersversorgungskette gesamthaft zu koordinieren. Es baut dazu keine neuen Versorgungsstrukturen auf, sondern bietet ergänzende Koordinationsleistungen an und entlastet damit die bestehenden Leistungs-

erbringer. CareNet\* will die Altersversorgung sektorübergreifend organisieren: Es koordiniert sowohl die verschiedenen Leistungserbringer aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich (Cameron et al. 2014), als auch die Kostenträger abgestimmt auf den «effektiven und individuellen Bedarf der Betroffenen». Das Herzstück des Netzwerks ist die Koordinationsstelle, die für die professionelle Bedarfsabklärung verantwortlich ist. Ihre Aufgaben liegen im Fallmanagement, d.h. in der individuellen Beratung, dem individuellen Assessment, der Koordination der Kostenträger und Leistungserbringer sowie dem Schnittstellenmanagement zwischen den Beteiligten.

Das Modell CareNet\*<sup>2</sup> wurde in einer Konzeptphase (Anfang 2013 bis Mitte 2015) aufgeleitet und seit 2016 im Bezirk Affoltern am Albis in einem zweijährigen Pilotprojekt erprobt. Der Bezirk hat 14 Gemeinden und wurde vor allem deshalb ausgewählt, weil er bereits über ein vergleichsweise gut integriertes Versorgungsnetz verfügt und das Projekt auf diesen Strukturen aufbauen konnte.

Um die Pilotphase wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten, hat PSZH *INFRAS* und *Careum Forschung* beauftragt, eine Evaluation durchzuführen. Ein Zwischenbericht mit einer ersten Bilanz zum Konzept, der Umsetzung und den ersten Wirkungen wurde im Juni 2017 vorgelegt. Der vorliegende Bericht zieht eine abschliessende Bilanz der Pilotphase, wobei vor allem die Wirkungen von CareNet\* beleuchtet werden – dies in Bezug auf die Qualität der Versorgung sowie in Bezug auf die finanziellen Auswirkungen aus der Perspektive der verschiedenen Kostenträger.

<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 Mrd. Franken (2011) bis 2045 verdreifachen (Schweizerischer Bundesrat, 2016, S. 4).

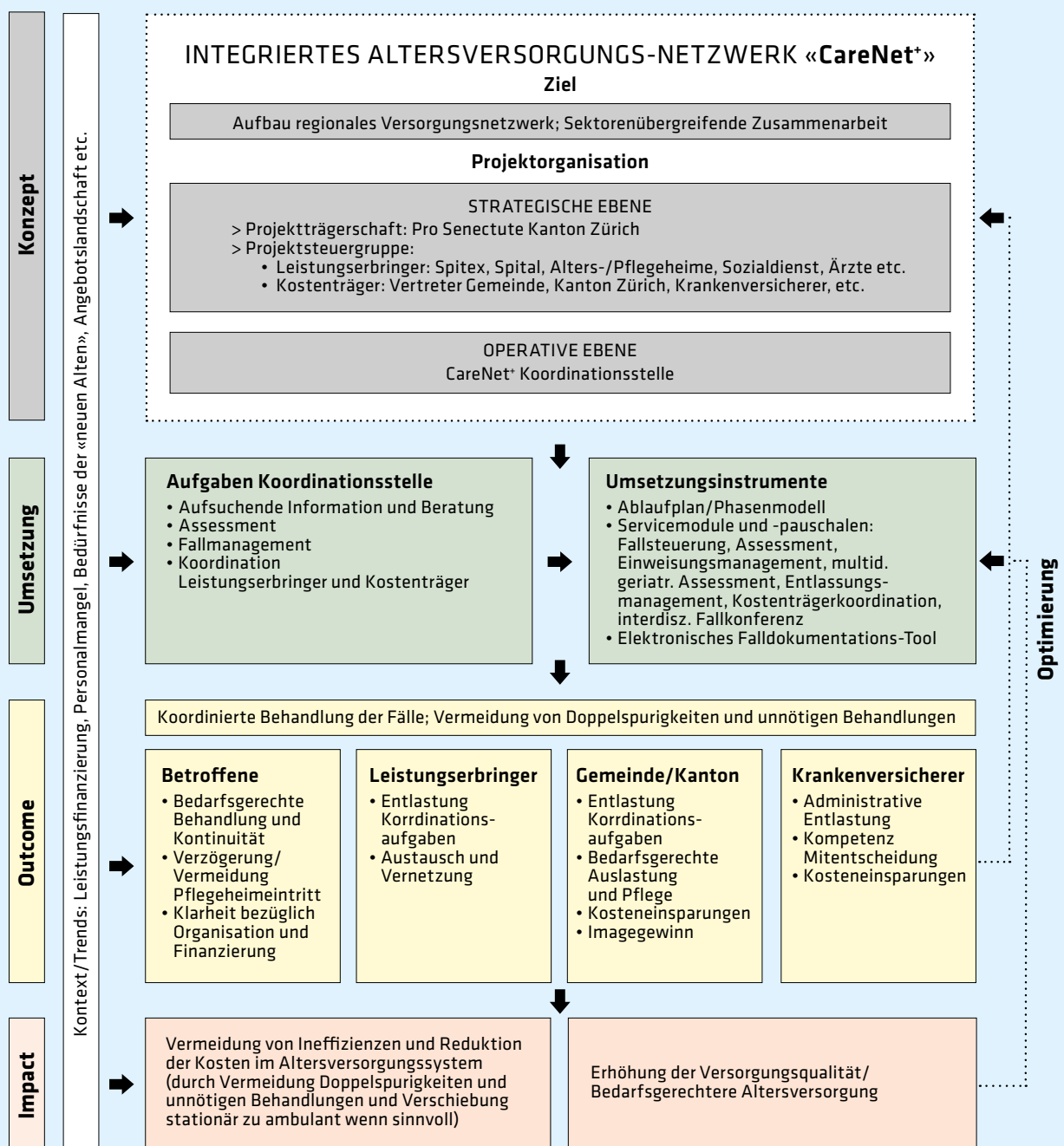
<sup>2</sup> In der Konzeptphase wurde das Projekt CareNet\* noch als IAN integriertes Altersversorgungs-Netzwerk bezeichnet.

## 1.2 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 Care-

Net+ und CareNet+-Handbuch: Beschreibung der Servicemodule Version 02.04 vom 19. Februar 2016). Weitere Informationen zum Konzept und der Organisation sind im Kapitel 3 beschrieben. Kapitel 4 führt auf, wie das Pilotprojekt umgesetzt wurde und Kapitel 5 beschreibt die erzielten Wirkungen.

Abbildung 1: Wirkungsmodell



Eigene Darstellung



## 1.3 Ziele und Vorgehen der Evaluation

### Ziele der Evaluation

Ziel der Evaluation war es, die Machbarkeit und Wirksamkeit des Projekts zu prüfen. Die Evaluation sollte 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 wurden 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\***

<b>Konzept</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie beeinflussen sich abzeichnende Entwicklungen in der Gesellschaft und in der Altersversorgung das zukünftige Leistungsangebot?</li> <li>• Wie ist das Konzept von CareNet* mit Blick auf die Entwicklungen zu beurteilen?</li> <li>• 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?</li> <li>• Lässt sich das Konzept CareNet* auf andere Gemeinden und Kantone übertragen?</li> </ul>
<b>Organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie bewährt sich die Organisationsstruktur? Ist sie auf strategischer und operativer Ebene zweckmässig ausgestaltet? Sind die Akteure zweckmässig vertreten?</li> </ul>
<b>Umsetzung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <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?</li> <li>• Was sind die Stärken und Schwächen der Umsetzung? Wo besteht aus Sicht der Beteiligten Optimierungsbedarf?</li> </ul>
<b>Wirkungen</b>	<p><b>Outcome (Wirkung auf die involvierten Akteure)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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?</li> <li>• Welcher konkrete Mehrwert ist durch CareNet* für die am Fall beteiligten Akteure entstanden?</li> </ul> <p><b>Impact (Wirksamkeit in Bezug auf die Qualität und Kosten der Versorgung)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie ist die Qualität des Versorgungsprozesses zu beurteilen? Erfolgt er stärker auf den Bedarf und die Ressourcen der Betroffenen orientiert?</li> <li>• 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 oder informellen Ressourcen; Vermeidung/Verzögerung von Heim-eintritten; Vermeidung von Doppelspurigkeiten und Drehtüreffekten; effizientere Abläufe etc.)?</li> </ul>

## Methodisches Vorgehen

In der Evaluation kommen sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsmethoden zum Einsatz. Folgende Tabelle gibt eine Übersicht. Die Evaluation wurde durch INFRAS Forschung und Beratung und Careum Forschung durchgeführt.

INFRAS hatte die Federführung in der Evaluation. Careum Forschung war verantwortlich für die Befragung der Pflegebedürftigen und Angehörigen und wirkte bei den weiteren Arbeiten (Konzeption, Beurteilung, Berichte) integral mit.

**Tabelle 2: Übersicht über die Forschungsmethoden**

Evaluationsgegenstände (Hauptfragestellungen)	Dokumenten-/ Literaturanalyse	Qualitative Interviews und Fokusgruppen- gespräche	Fallanalysen		Analyse Kosten- wirkungen (Fallbeispiele)
			Auswertung Falldaten und -dokumente (inkl. Nullmessung)	Befragung von KlientInnen und Angehörigen und Auswertung	
Kontext/Trends und Konzept	●	●			
Umsetzung CareNet <sup>+</sup> (Prozesse)	●	●	●		
Wirksamkeit Kosteneinsparungen		●	●		●
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<sup>+</sup> **Dokumente** verschaffte zudem Einblicke in den Aufbau und die Prozesse von CareNet<sup>+</sup>.

Mittels **qualitativer Interviews** mit in CareNet<sup>+</sup> involvierten Akteuren wurden weitere Erkenntnisse zur Umsetzung und erste Eindrücke zur Wirksamkeit des Projekts erhoben. Ferner wurden die Trends und der Kontext in der Schweiz mit einem Experten zum Thema Altersversorgung diskutiert. Zudem fand ein **Fokusgruppentreffen** mit beteiligten Leistungserbringern zur Klärung

der Zweckmässigkeit, Angaben zur Umsetzung und möglicher Wirksamkeit statt. Unter den Spitex-Zentren, welche sich als zentrale Akteure herausstellten, wurde eine kurze schriftliche Umfrage lanciert.

Die Mehrheit der Interviews wurde bereits in der ersten Phase vor Erstellung des Zwischenberichts geführt. Mit einem Teil der Gesprächspartner erfolgten Interviews in der ersten und zweiten Phase und mit einzelnen Akteuren nur in der zweiten Phase. Folgende Personen konnten für die Evaluation interviewt oder für das Fokusgruppentreffen einbezogen werden:

**Tabelle 3: InterviewpartnerInnen und Fokusgruppenteilnehmende**

Name	Funktion/Institution	Phase
<b>Interviews</b>		
Thomas Rüfenacht*	Projektleiter, PSZH	1 und 2
Simon Heiniger	Stv. Projektleiter, PSZH	1
Karin Schmidiger	Leiterin Koordinationszentrum CareNet*, PSZH	
	Bereichsleiterin DC Pfannenstiel	1 und 2
Anita Attinger	Bereichsleiterin DC Oberland, ad interim Leiterin Koordinationszentrum CareNet*, PSZH	1
Anton Schaller*	Fallkonferenzmoderator, Präsident Zürcher Senioren- und Rentnerverband	1
Henk-Jan Berg*	Vertreter Krankenversicherungen, CSS	1 und 2
Erich Scheibli*	Vertreter Krankenversicherungen, SWICA	1
Dr. med Philippe Luchsinger*	Präsident Zürcher Hausärzterverband	1
Prof. em. François Höpflinger	Experte für das Thema Altersversorgung und Kontext in der CH	1
Monika Rohr*	Gemeinderätin Stallikon – Ressort Soziales, Vorsitzende Sozialvorstände Bezirk Affoltern	2
Priska Metzger*	Vorsitzende Gesundheitsvorstände Bezirk Affoltern	2
Franziska Marty	Beratungsstelle für Alters- und Gesundheitsfragen Bezirk Affoltern	2
Peter Müller	Geschäftsleiter Sozialdienst Unteramt (Bonstetten, Stallikon, Wettswil a.A.)	2
Schriftliche Kurzbefragung der Zentrumsleitungen der Spitex in der Region		1 und 2
<b>Fokusgruppentreffen (Phase 1)</b>		
Verena Bieri*	Geschäftsleiterin, Spitex Knonaueramt	
Dr. med. Roland Kunz	Aktuell Chefarzt der universitären Akutgeriatrie, Waidspital 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<sup>+</sup> behandelten Fälle standen vornehmlich zwei Quellen zur Verfügung: Von CareNet<sup>+</sup> selbst erhobene Stammdaten sowie die Resultate einer Befragung der KlientInnen durch das Evaluationsteam.

- Insgesamt lagen zu 40 Fällen **Stammdaten** vor, wobei für alle die Daten zum Zeitpunkt der Fallaufnahme vollständig verfügbar sind. Für 39 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<sup>+</sup> (Zeitpunkt t0), nach vier Monaten (Zeitpunkt t1), nach zehn Monaten (Zeitpunkt t2) und nach Abschluss (Zeitpunkt tA) befragt<sup>3</sup>. Die Befragungen wurden mittels strukturierten Fragebögen durchgeführt, wobei neben den geschlossenen Fragen auch offene Fragen zum Einsatz kamen. Die Antworten wurden protokolliert und mit statistischen oder inhaltsanalytischen Methoden ausgewertet. Insgesamt konnten 26 Fälle befragt werden. Unterschiedliche Gründe wie die Erreichbarkeit der KlientInnen, kein Einverständnis zur Teilnahme oder auch Todesfälle haben dazu geführt, dass nicht alle bisherigen CareNet<sup>+</sup>-Fälle befragt werden konnten. Für insgesamt 22 Fälle kann ein Fallverlauf (Befragung zu t0 und tA) 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.

**Analyse Kostenwirkungen:** Die Analyse der Kostenwirkungen erfolgte anhand von einzelnen Fallbeispielen. Dazu wurde mit den verfügbaren Informationen aus den Stammdaten, den Interviews mit KlientInnen und Angehörigen sowie der Fallkoordinatorin in einem ersten Schritt ausgewertet, wie sich die Versorgungssituation durch CareNet<sup>+</sup> verändert hat und welche Situation sich ohne CareNet<sup>+</sup> ergeben hätte. Basierend darauf wurden zwei komplexe Fälle ausgewählt, mit denen die Kostenwirkungen für die Situation mit CareNet<sup>+</sup> und die hypothetische Situation ohne CareNet<sup>+</sup> nachverfolgt wurden. Hierzu wurde das Evaluationsteam durch die Fallkoordinatorin unterstützt, die entsprechende Abklärungen getroffen hat.

Ursprünglich war es geplant, die Kostenwirksamkeit mit Versicherungsdaten anhand eines Vergleichs mit einer Kontrollgruppe zu prüfen. Dabei sollten die angefallenen Krankenversicherungskosten eines CareNet<sup>+</sup>-Falles mit ähnlichen komplexen Fällen ohne CareNet<sup>+</sup> verglichen werden. Aufgrund der noch nicht ausreichenden Fallzahlen für einen Kontrollgruppenvergleich wurde zu diesem Zeitpunkt davon abgesehen. ■

<sup>3</sup> Die Anzahl Befragungen hing von der Dauer der Begleitung durch CareNet<sup>+</sup> ab.

# 2 Herausforderungen und Trends in der Altersversorgung

**I**m folgenden Abschnitt werden ausgewählte Herausforderungen und Trends in der Altersversorgung benannt. CareNet<sup>+</sup> will einerseits einen Lösungsbeitrag dazu liefern. Andererseits fordern die benannten Entwicklungen auch die konkrete Praxis im Modell selbst substanziell heraus. Die Aussagen beruhen teils auf dem wissenschaftlichen Fachdiskurs, teils auf Aussagen der interviewten ExpertInnen.

## 2.1 Demografischer Wandel und Auswirkungen auf den Unterstützungsbedarf

### Verbreitung chronischer Krankheiten

Mit dem demografischen 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%), 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 ab 50 Jahren nicht die häufigste chronische Krankheit ist (1%, vgl. Obsan 2013), kommt ihr gemäss Aussagen des befragten Experten bei der hochbetagten Bevölkerung eine grosse Bedeutung zu. So würden die sich stets verbessernden medizintechnischen Lösungen dazu führen, dass die körperliche Gesundheit immer länger auf-

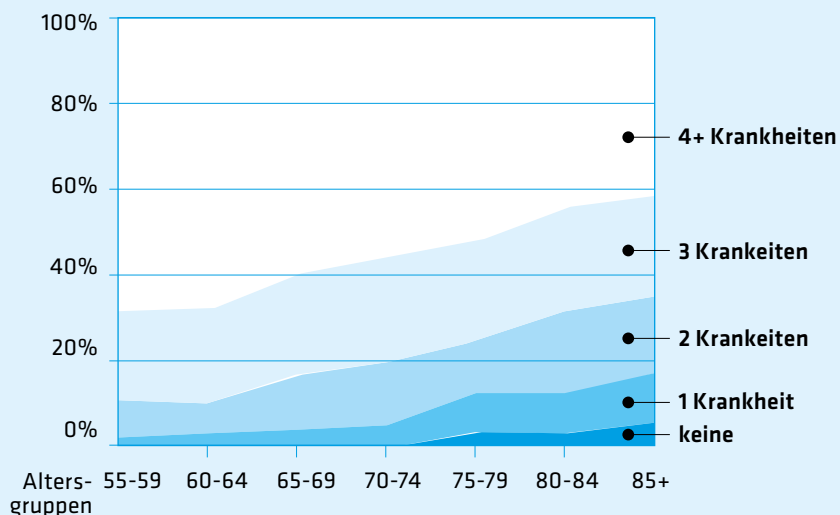
rechterhalten werden könne. Für die Behandlung neurologischer Krankheiten seien die Möglichkeiten hingegen eingeschränkt, wodurch die Anzahl der Hochbetagten mit Demenz stets steige. Neueste Projektionen der Schweizer Alzheimervereinigung (2016) gehen von einem Anstieg zwischen 2015 und 2030 von rund 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 bis 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; vgl. auch Moreau-Gruet 2013).

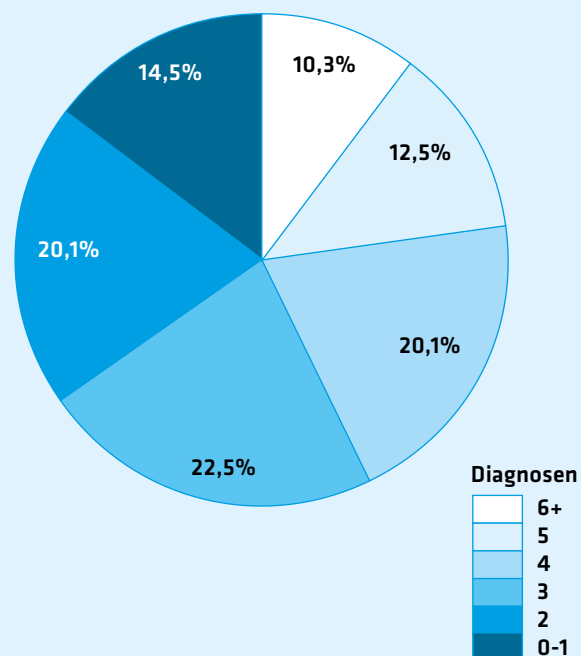
Abbildung 2: Multimorbidität nach Alter und Wohnform

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



Quelle: SHAPE ©Obsan 2015

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



Quelle: BFS-EGBI ©Obsan 2015

Mit physischen, gesundheitlichen und psychischen Belastungen gehen im Alter oft auch soziale Probleme einher. Multimorbidität fordert das Gesundheitswesen in besonderer Weise heraus. Mehrfacherkrankungen werden in der Fachdiskussion als besonders wichtiger Faktor für erhöhten Koordinationsbedarf angesehen (vgl. Brüngger et al. 2014). Die entsprechenden Interventionsansätze zielen in der Regel auf integrierte Versorgungsmodelle.<sup>4</sup>

### 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 Jahren pflege-

bedürftig waren. 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 der über 64-jährigen pflegebedürftigen 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.

<sup>4</sup> Vgl. den Scoping Review von Struckman et al. (2018); zu einer schweizweiten Bestandsaufnahme vgl. Schusselé Fillietaz (2017); Schusselé Fillietaz et al. (2018); zu Integrationsmodellen im Kontext von Gesundheitszentren vgl. EcoPlan (2017).

## 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 (gemäss Expertenaussage ergänzt durch wissenschaftliche Befunde) neben den traditionellen Angeboten der Spitex, der Pflegeheime und den pflegenden Angehörigen neue private Dienstleistungen und/oder Wohnpflegeformen, bspw. private Spitex-Organisationen, Pflegewohngemeinschaften, Wohn-Pflegemodelle, Gesundheitszentren oder Care-MigrantInnen als zusätzliche Akteursgruppe (vgl. van Holten et al. 2013). Gemäss Experte führen diese diversen Angebote zu einer Unübersichtlichkeit für die Pflegebedürftigen selbst.

### Kostendruck und Fachkräftemangel in der Pflege

Dem zunehmenden Koordinationsbedarf der Leistungserbringer 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).<sup>5</sup>
- 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. 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).

### Rolle der betreuenden und pflegenden Angehörigen

Bei der Alterspflege spielen pflegende Angehörige eine wichtige Rolle. Diese ermöglichen es oftmals, dass kranke Personen bzw. Personen mit Betreuungs- und/oder Pflegebedarf in ihrer gewohnten Umgebung wohnen bleiben und betreut und gepflegt werden können. Zugleich entlasten sie

<sup>5</sup> Vgl. allerdings Rex, Giaquinta & Bischofberger (2013), Rex, Guldener Meier & Bischofberger (2015), Rex, Sailer Schramm & Bischofberger (2016).

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. Im Rahmen der Priorisierung der politischen Leitlinie «ambulant vor stationär» (bzw. «ambulant mit stationär»/«ambulant und stationär») ist zu erwarten, dass auch gerade die Teilgruppen derjenigen Menschen, die komplexeren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf haben, künftig vermehrt am Gesundheitsstandort Privathaushalt versorgt werden. Von daher werden Koordinationsleistungen rund um das häusliche Setting noch wichtiger werden.

Entwicklungen in den Familien wie die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen oder immer häufigere und immer grössere Wohnentfernungen, bspw. zwischen pflegebedürftigen Eltern und ihren Kindern (vgl. Bischofberger et al. 2017) führen dazu, dass – bei andererseits rasch steigendem Pflegebedarf – 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, Betreuung und Pflege bei zu Hause lebenden Menschen mit chronischen Krankheiten gerechnet werden muss. Und auch die durch Angehörige selbst erbrachten vielfältigen Koordinationsleistungen wären dann anders zu erbringen.<sup>6</sup>

## 2.3 Koordinationsbedarf der Akteure

Aufgrund der oben ausgeführten Entwicklungen ist das Gesundheitssystem zunehmend gefordert, effiziente Versorgungsmodelle für Pflegebedürftige bereitzustellen. Integrated-Care-Modelle spielen hier eine besonders wichtige Rolle (Kodner & Spreeuwenberg 2002). Ein Zentralelement darin sind die Ansätze, die häufig als Case-Management (vgl. z.B. Ewers & Schaeffer 2000), teils als Care-Management bezeichnet werden.

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, Entlastungs-

dienste, 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 dieses durch Case-ManagerInnen mit klaren Patientendossiers durchgeführt. Dadurch würden einerseits Abklärungen nicht mehrfach geführt werden und die PatientInnen könnten sich auf eine für sie zuständige Person verlassen.

<sup>6</sup> Die Bedürfnisse betreuender und pflegender Angehöriger und entsprechende Entlastungs- und Unterstützungsangebote stehen im Zentrum des laufenden breit angelegten Förderprogramms «Entlastung pflegender Angehöriger». Dabei wird auch (im Mandat G07) der Aspekt der Koordination durch und Koordination für Angehörige differenziert berücksichtigt



In der Fachliteratur werden unterschiedliche Formen, Intensitätsgrade und Reichweiten der Koordination unterschieden resp. propagiert. Neben Formen des oben angesprochenen Case-Management

werden insbesondere Care-Managementmodelle – v.a. im Kontext der Krankenversicherer – angewendet (vgl. Brügger et al. 2014).

## 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 fokussiert 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 verfügen viele Gemeinden über Altersbeauftragte und/oder Altersleitstellen, welche teilweise auch Altersleitbilder für die Gemeinden erstellen und an Altersplanungen beteiligt sind. Laut dem befragten Experten vernetzten diese zwar oftmals Aktivitäten im Altersbereich, jedoch nicht mit zwingendem Fokus auf die Zusammenarbeit in den einzelnen Fällen (vgl. z.B. zu den Altersleitstellen im Kanton Zürich Abraham et al. 2015; zu alterspolitischen Netzwerken vgl. Zweifel 2015). Häufig stehe bei ihnen vor allem die Information über die lokal verfügbaren Angebote im Vordergrund, die in unterschiedlichen Intensitätsgraden auch individuelle Beratung einschliessen könne.

Generell finden sich in den Gemeinden unterschiedlich angesiedelte Anlaufstellen in einer vielgestaltigen Ausprägung. Sie fungieren teilweise – auch bezüglich der unterschiedlichen Namensgebung – als Beratungsstelle, als Koordinationsstelle oder häufig auch als «Drehscheibe». Auch hier ist das reale Potenzial mit Blick auf intensivere

fallbezogene Beratungs- und Managementleistungen nicht leicht zu beurteilen. Zwar beanspruchen viele von ihnen, auch konkrete weitergehende Koordinationsleistungen zu erbringen. Das faktische Angebot beinhaltet dann aber häufiger ebenfalls vor allem Informationsleistungen und eher kein systematisches längsschnittliches Fallmanagement vom Assessment bis zur Fallführung. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch, dass die durch die Spitex nach KVG abrechenbaren Koordinationsleistungen nur sehr zurückhaltend in Anspruch genommen werden (vgl. zur diesbezüglichen Rolle der Spitex Rex et al. 2013, 2015 und 2016).

Weiter bestehen einzelne Projekte, die zwar die Vernetzung der Akteure im Altersbereich anvisieren. Auch bei diesen Projekten steht aber die Koordination komplexer Fälle selbst nicht im Zentrum, sondern die generelle Vernetzung der Angebote. Dazu zählt bspw. das Programm «Socius» der Age-Stiftung<sup>7</sup>, welches Projekte finanziell unterstützt, die versuchen, ein bedürfnisorientiertes Unterstützungssystem für ältere Menschen zu fördern. Auch zu nennen ist das «Quartier solidaire»<sup>8</sup> der Pro Senectute Waadt. Dieses Projekt begleitet kommunale Projekte, die zum Ziel haben, die Integration älterer Menschen in Quartieren zu stärken. Quartiersentwicklungsprojekte wie beispielsweise «Älter werden im Quartier in Frauenfeld» weisen ähnliche Zielrichtungen und Impacts auf (vgl. Hegedüs et al. 2017; Jacovac 2017). ■

<sup>7</sup> Siehe dazu <http://www.programmsocius.ch/>

<sup>8</sup> Siehe dazu <https://www.quartiers-solidaires.ch/>

# 3 Das Altersversorgungs-Netzwerk CareNet<sup>+</sup>

## 3.1 Konzept

### Projektidee

Das Integrierte Altersversorgungs-Netzwerk (CareNet<sup>+</sup>) 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.

Gemäss PSZH ist die Idee ursprünglich durch einen Mitarbeiter von PSZH mit früheren Erfahrungen als Case-Manager bei einer Krankenversicherung entstanden. Auch innerhalb von PSZH stellte man zu dieser Zeit fest, dass soziale Anliegen und der Gesundheitsbereich nicht gut abgestimmt waren und gleichzeitig die Thematik der Komplexfälle<sup>9</sup> immer wichtiger wird. Die Idee wurde somit gut aufgenommen und in einer Konzeptphase (Anfang 2013 bis Mitte 2015) ausgearbeitet. Während der Konzeptphase wurde ein Partnernetzwerk aufgebaut, eine Pilotregion

bestimmt und die Finanzierung für die Pilotphase sichergestellt und die konzeptionellen Leitplanken definiert wurden. Dazu wurden Arbeitsgruppen mit Fachleuten aus unterschiedlichen Disziplinen und Organisationen gebildet. Die Konzepterarbeitung ist in einem Erfahrungsbericht der Trägerschaft Pro Senectute Kanton Zürich dokumentiert (Muheim und Stüdeli 2015).

### Die Pilotregion

Als Pilotregion wurde das Knonaueramt bzw. der Bezirk Affoltern im Kanton Zürich ausgewählt. Für diesen Standort sprach, dass dort bereits eine viel praktizierte Zusammenarbeit sowie eine Fachstelle für Alters- und Gesundheitsfragen<sup>10</sup> bestand. Der Bezirk Affoltern hat 14 Gemeinden mit insgesamt rund 54'000 EinwohnerInnen (vgl. folgende Abbildung). Der Anteil der älteren Bevölkerung (über dem regulären Rentenalter) beträgt rund 17%. Die Versorgung des Bezirks erfolgt über ein zentrales Spital, ein gut koordiniertes Ärztenetz und eine zentrale Spitexorganisation, an die regionale Spitexzentren angebunden sind.

<sup>9</sup> Wenn hier von «Komplexfällen» gesprochen wird, dann deshalb, weil dies innerhalb des Projekts über weite Strecken üblich war. In anderen Kontexten wird bspw. von «leistungsintensiven Patienten» gesprochen (vgl. z.B. Brügger et al. 2014). An entsprechenden Begriffsweisen wird kritisiert, dass sie Menschen zu Fällen machen. Aus einer personen- bzw. patientenzentrierten Sicht liegt es nahe, dann lieber bspw. von «Menschen mit komplexem Hilfe- und Unterstützungsbedarf» zu sprechen.

<sup>10</sup> Diese wurde ebenfalls durch PSZH betreut. Die Person, die die Projektidee eingebracht hatte, arbeitete zu dieser Zeit u.a. in dieser Fachstelle und kannte daher die Strukturen im Knonaueramt gut.

Abbildung 3: Der Bezirk Affoltern am Albis

### BEZIRK AFFOLTERN



<b>Legende:</b>		Kantonsgrenze		Affoltern am Albis = Bezirkshauptort
		Bezirksgrenze		Kappel am Albis = Gemeindenamen
		Gemeindengrenze		

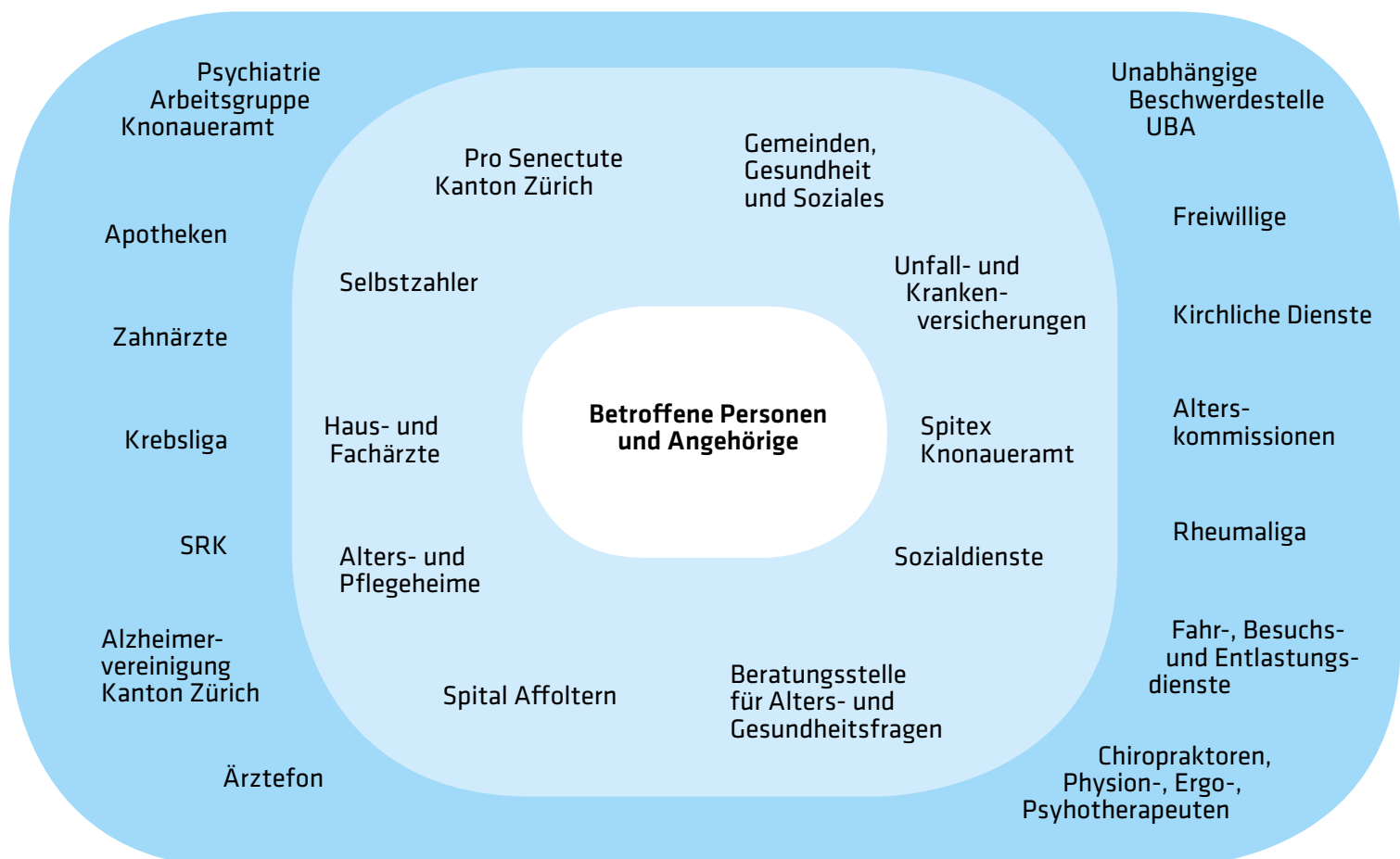
Quelle: Wikipedia

## Konzept

Wie in Kap. 1.1 ausgeführt wurde das Konzept in einer Konzeptphase ausgearbeitet. Es handelt sich bei CareNet\* 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>11</sup>, weist das Projekt CareNet\* insbesondere in der Kombination seiner Eigenschaften klare Alleinstellungsmerkmale auf. Es basiert auf Erfahrungen in der institutionenübergreifenden, multi-professionellen Steuerung von Komplexfällen im Sozial- und Gesundheitswesen. Es richtet sich primär an Menschen ab 50 Jahren, ihre Angehö-

rigen oder 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 betroffene Personen selbst erfolgen.

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.



<sup>11</sup> Vgl. zu einem deutschen Modell intensiven ganzheitlich ansetzenden integrierten Fallmanagements Hedtke-Becker, Hoevels, Otto, Stumpp & Beck 2012; Hedtke-Becker, Hoevels, Otto & Stumpp 2011; Stumpp & Otto 2010. Einen Modellversuch mit Fokus Schnittstellenmanagement im Kanton Basel-Stadt dokumentiert der öffentliche Schlussbericht Wächter & Kessler (2014).

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)

Ursprünglich war das gesamte Dienstleistungsangebot von CareNet\* modulartig aufgebaut.

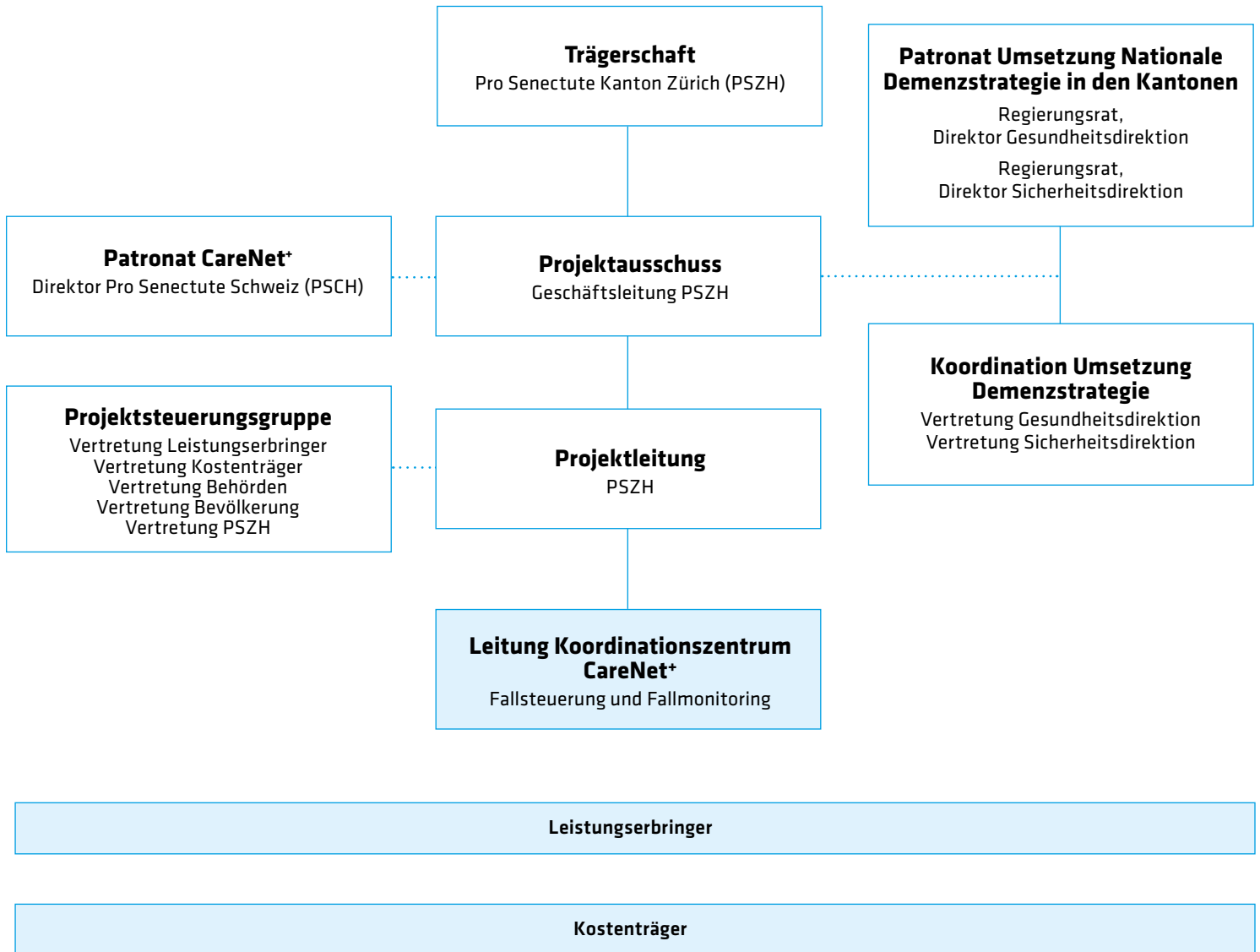
1. Standardmodul «Fallabwicklung»
2. Standardmodul «Fallführung – Monatspauschale»
4. Zusatzmodul «Assessment»
5. Zusatzmodul «Einweisungsmanagement»
6. «Multidimensionales geriatrisches Assessment»
7. Zusatzmodul «Entlassungsmanagement»
8. Zusatzmodul «Kostenträgerkoordination»
9. Zusatzmodul «interdisziplinäre Fallkonferenz»

Ursprünglich war im Konzept als 3. Zusatzmodul die aufsuchende Gesundheitsberatung vorgesehen. Dabei soll im Rahmen von Hausbesuchen, präventive Arbeit geleistet und potenzielle CareNet\* Fälle aufgedeckt werden. Dieses Element wurde zunächst einmal zurückgestellt, um eine zu hohe Komplexität des Konzepts zu vermeiden.

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. Im Pilotversuch wurden die Module an die Erfordernisse der effizienten Fallkoordination angepasst. Als Konsequenz davon wurde gegen Ende des Pilots zunehmend Abstand vom Moduldenken genommen.

## 3.2 Organisation

### Projektorganisation operativ CareNet\*



## Strategische Ebene

Trägerin des Projekts ist PSZH. In der Projektsteuerungsgruppe sind alle 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 Projektentscheidungen auf und ist für die Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für eine erfolgreiche Entwicklung und Umsetzung des CareNet<sup>+</sup>-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 Pro 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<sup>+</sup>-Konzeptes erfolgt über eine Fachstelle, die CareNet<sup>+</sup>-Geschäftsstelle bzw. Koordinationsstelle (vgl. nächsten Abschnitt). Eng mit ihr vernetzt ist die Beratungsstelle für Alters- und Gesundheitsfragen von PSZH, welche als Kontakt- und Anlaufstelle ältere Menschen (ab Alter 60) zu Fragen und Problemen im Zusammenhang mit dem Älterwerden berät.

## Die Koordinationsstelle CareNet<sup>+</sup>

Die Koordinationsstelle CareNet<sup>+</sup> ist räumlich bei der Beratungsstelle für Alters- und Gesundheitsfragen von PSZH verortet. Sie wird seit Dezember 2016 durch Frau Karin Schmidiger geleitet (siehe Bild unten). Frau Schmidiger ist Bereichsleiterin von PSZH und hat gleichzeitig zur Koordinationsstelle CareNet<sup>+</sup> die Leitung des Dienstleistungszentrums in Meilen inne. Sie ist ausgebildete Sozialarbeiterin (FH St.Gallen). Den Aufgaben des Koordinationszentrums CareNet<sup>+</sup> widmet sie 70 bis 80 Stellenprozent.

Kernleistung der Koordinationsstelle ist das Fallmanagement und die Koordination der Leistungserbringer in der Altersversorgungskette (u.a. Sozialdienste/Bezirkssozialdienst, Spitex, Haus-/Fachärzte, Spital, Heime) sowie der Kostenträger (Gemeinden/öffentliche Sozialhilfe, Krankenkassen, Privatversicherungen, Betroffene/Angehörige etc.). Diese Leistungen werden derzeit alleine durch die Leiterin der Koordinationsstelle abgedeckt. Im Aufgabenprofil der Leiterin der Koordinationsstelle sind zudem die Führung der Koordinationsstelle, die Akquisition von Fällen, die Vernetzung, das Fallmonitoring und -controlling, die Dokumentation und das Reporting, die Konzeptweiterentwicklung und die Öffentlichkeitsarbeit definiert.

## 3.3 Finanzierung

Die von der CareNet<sup>+</sup>-Koordinationsstelle erbrachten Leistungen sind während der Pilotphase kostenlos für die KlientInnen. Die Kosten der Konzept- und Pilotphase (2013- Juni 2018) beliefen sich auf rund CHF 1,5 Mio. Diese Kosten wurden durch Beiträge von insgesamt 15 Institutionen<sup>12</sup> getragen, wobei der Lotteriefonds Kanton Zürich und die Age Stiftung den grössten Teil übernahmen.

Für die Betriebsphase kalkuliert PSZH mit jährlichen Betriebskosten von CHF 208'000. Darin enthalten sind der Personalaufwand (70 Stellenprozente), der Aufwand für Drittleistungen (Moderation Fallkonferenzen), der Raumaufwand und sonstige Betriebsaufwand, der Aufwand für Werbung und PR sowie der indirekte Aufwand für Information, HR, Marketing und Kommunikation, Finanzen und Controlling. Unter der Annahme, dass 24 Fälle pro Jahr bearbeitet werden können, betragen die Kosten pro Fall CHF 8'667. Ziel ist, dass die Kosten der Betriebsphase von den betroffenen Akteuren getragen werden, so z.B.:

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

<sup>12</sup> Lotteriefonds Kanton Zürich, Age Stiftung, Bundesamt für Sozialversicherungen, Pro Senectute Kanton Zürich, Entwicklungsfonds Pro Senectute Schweiz, Stiftung Perspektiven Swiss Life, Gesundheitsförderung Schweiz, Paul Schiller Stiftung, Gemeinden Bezirk Affoltern, Sutter-Stöttner Stiftung, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Martha Bock Stiftung, Grütli Stiftung, Migros Kulturprozent, Konrad Rahm Stiftung.



# 4 Umsetzung

Im Folgenden ist die Umsetzung des Projektes CareNet<sup>+</sup> beschrieben. Wir unterscheiden zwischen Aktivitäten auf übergeordneter Ebene und der Fallabwicklung.

## 4.1 Aktivitäten auf übergeordneter Ebene

### Aufbau des Koordinationszentrums

In einem ersten Schritt erfolgte der Aufbau des Koordinationszentrums (Geschäftsstelle) Care-Net<sup>+</sup>. Um möglichst von der Zusammenarbeit mit PSZH zu profitieren, haben die Projektträger dieses in die Beratungsstelle für Alters- und Gesundheitsfragen von PSZH in Affoltern am Albis integriert. Anfänglich war die Leiterin der Beratungsstelle gleichzeitig auch Leiterin des Koordinationszentrums CareNet<sup>+</sup>. Nach dem ersten personellen Wechsel (siehe nächster Abschnitt) wurde diese personelle Verflechtung nicht weiter beibehalten. Die Büroräumlichkeiten teilen sich PSZH-Ortsvertretung und die CareNet<sup>+</sup>-Koordinatorin weithin.

Seit der Gründung des Koordinationszentrums im Februar 2016 gab es mehrere personelle Wechsel. Im Januar 2017 wurde die Leitung der Geschäftsstelle mit einer Fachperson besetzt, welche bis heute in ihrer Funktion tätig ist. Damit konnte eine stabile und für die beteiligten Akteure zufriedenstellende Lösung gefunden werden.

Zur Vernetzung mit den relevanten Akteuren haben die Projektträger und das Koordinationszentrum verschiedene Organisationen, mit denen in Zukunft zusammengearbeitet werden soll, informiert. Dazu gehörten die Sozialdienste der Gemeinden, die Zentrumsleitung der Spitex, die Präsidenten-, Sozialvorsteher-, und Gesundheitskonferenz.

### Öffentlichkeitsarbeit

Zur Bekanntmachung von CareNet<sup>+</sup> hat die Projektsteuergruppe eine Webseite CareNet<sup>+</sup><sup>13</sup> erstellen lassen. In der Anfangsphase hat die Steuergruppe das Projekt an zwei Informationsanlässen, einem für GemeindevertreterInnen und einem für die Öffentlichkeit, vorgestellt. Gemäss Aussagen der Projektträger haben verschiedene Zeitungen über das Projekt berichtet: Die NZZ und ein lokales Blatt mit drei Berichten. Ein weiterer grosser Öffentlichkeitsanlass erfolgte im Februar 2017, bei dem eine Podiumsdiskussion durchgeführt wurde. Dieser Anlass war laut den Organisatoren gut besucht. Einen positiven Reputationseffekt erhoffen sich die Projektträger auch von der Nennung von CareNet<sup>+</sup> in einer «Good Practice Studie» zu geriatrischem Wissen in der koordinierten Versorgung im Auftrag des BAG (Brügger et al. 2016). Mittlerweile tragen auch diverse Homepages zum Projekt sowie erste Veröffentlichungen (vgl. z.B. Scheibli 2018) zur Dissemination bei.

### Planung der Betriebsphase

Für einen möglichen Übergang in einen regulären Betrieb von CareNet<sup>+</sup> hat PSZH einen Businessplan erstellt. Dieser beinhaltet auch die zukünftige Finanzierung der Betriebsphase über weitere Projektträger (vgl. Kap. 3.3). Dazu hat PSZH Gespräche mit den Krankenversicherern, den Gemeinden und dem Kanton geführt. Im Sommer 2018 wurde CareNet<sup>+</sup> in der Gesundheitsvorständekonferenz der Gemeinden vorgestellt. Zudem wurde den

<sup>13</sup> <https://www.carenetplus.ch/>

Gemeinden zwischen Herbst 2017 und Frühling 2018 angeboten, mit diesen die CareNet<sup>+</sup>-Fälle zu besprechen, welche in der Gemeinde angefallen sind. Ziel war es, den Gemeinden die Leistungen von CareNet<sup>+</sup> auf diese Weise näherzubringen. Dieses Angebot haben einzelne Gemeinden in Anspruch genommen.

## 4.2 Fallrekrutierung

Die Rekrutierung der bisherigen CareNet<sup>+</sup>-Fälle verlief gemäss Interviews in allen Fällen über eine Meldung durch andere Fachpersonen im Gesundheits- oder Sozialwesen. Eine Anmeldung durch Angehörige fand nur in einem Fall statt. Folgende Akteure haben vor allem Fälle gemeldet:

- Mit Abstand die aktivste Rolle bei der Fallrekrutierung haben gemäss Interviews die Spitex-Zentren mit ihren detaillierten Einblicken in die Lebenssituationen der Betroffenen.
- Weiter wurden einige Fälle durch die ÄrztInnen des Spitals Affoltern gemeldet. Auch die Sozialdienste der umliegenden Spitäler melden Fälle der Koordinationsstelle bzw. ermuntern die Leute dazu, sich bei CareNet<sup>+</sup> zu melden.
- Eher vereinzelt erfolgen Vermittlungen durch weitere Akteure wie SozialberaterInnen von PSZH, HausärztInnen, PhysiotherapeutInnen, einzelner Ämter der Gemeinden oder die Versicherer (durch deren Case-Management). Über Pflegeheime, die Sozialdienste oder die KESB wurden keine Fälle vermittelt.

Zu Beginn der Pilotphase verlief die Fallrekrutierung eher stockend und nach einem Jahr der Umsetzung kamen weniger Fälle als erwartet zu CareNet<sup>+</sup> (vgl. Zwischenbericht Evaluation CareNet<sup>+</sup>). Im zweiten Jahr der Pilotphase konnte jedoch die Anzahl der Fälle stärker gesteigert werden. Dies

hängt laut mehreren involvierten Akteuren damit zusammen, dass mit der seither angestellten Leiterin des Koordinationszentrums bzw. Fallkoordinatorin eine stabile Situation herrscht und diese sich gut vernetzen konnte. Zudem konnte CareNet<sup>+</sup> bei den Leistungserbringern in der Region bekannter gemacht werden. Förderlich dürfte auch gewirkt haben, dass die Leistungserbringer, insbesondere die Spitex-Zentren, gemäss eigenen Angaben gute Erfahrungen mit der Unterstützung durch CareNet<sup>+</sup> gemacht haben (vgl. Kap. 5.1).

Auf der anderen Seite bestehen gemäss einzelnen befragten Personen nach wie vor gewisse Hürden bei der Generierung von Fällen für CareNet<sup>+</sup>. Einzelne Leistungserbringer äussern, dass bei vielen Betroffenen eine Hemmschwelle besteht, CareNet<sup>+</sup> in Anspruch zu nehmen bzw. die persönliche Situation vor den beteiligten Akteuren offenzulegen und sich auf die Koordination einzulassen. Zudem haben sich gemäss der Fallkoordinatorin einige Betroffene bereits an die schlechte Lebenssituation gewöhnt und Bewältigungsstrategien entwickelt. Aus Angst vor Veränderungen würden KlientInnen die Hilfe ablehnen. Weiter bemerken einzelne Befragte, dass für viele Menschen in der Bevölkerung und teilweise auch Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen nach wie vor nicht klar sei, was CareNet<sup>+</sup> konkret leiste. Auch wenn CareNet<sup>+</sup> inzwischen bekannter sei,

sei die Institution und der Name für einige Personen nicht greifbar. Dies sehen einzelne Personen auch als Grund an, weshalb die Fälle hauptsächlich durch andere Leistungserbringer vermittelt werden und nicht selbst oder über Angehörige zu CareNet<sup>+</sup> kommen. Die Fallkoordinatorin bemerkt, dass man für die Fallrekrutierungen immer noch stark auf den «Goodwill» der Leistungserbringer bzw. deren Haltung zu Care-Net<sup>+</sup> angewiesen sei. Bei einigen Institutionen seien Vorbehalte spürbar, dass CareNet<sup>+</sup> in den eigenen Aufgabenbereich reingreife – dies beispielsweise bei den Case-Managern von Krankenversicherern. Die Berufs-

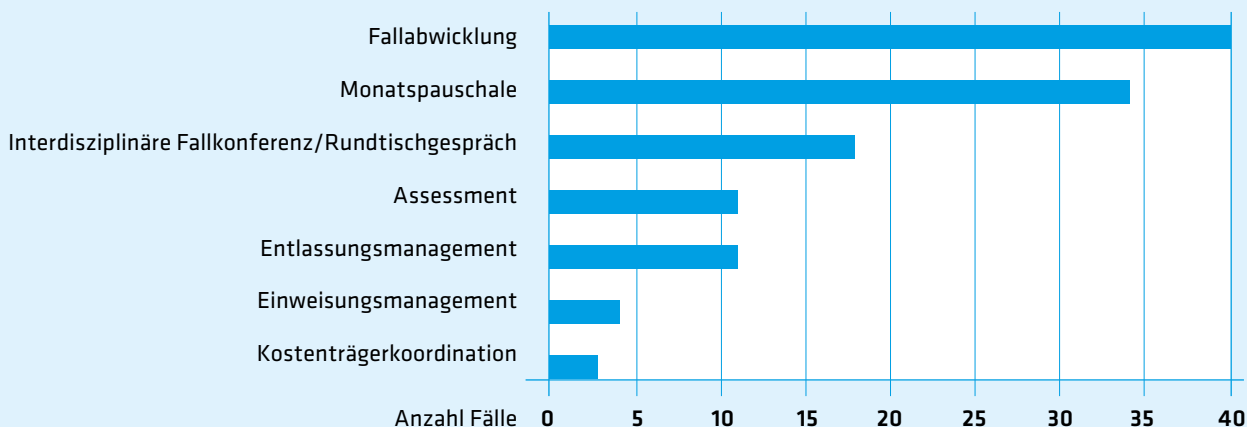
beistände würden infolge ihrer hohen Arbeitsbelastung teilweise befürchten, dass mit CareNet<sup>+</sup> ein zusätzlicher Aufwand auf sie zukäme.

Vor der Aufnahme eines gemeldeten Falles erfolgt zunächst ein Assessment bzw. eine Prüfung der Eignung für CareNet<sup>+</sup>. Muss bei KlientInnen oder Angehörigen die Vertrauensbasis erst aufgebaut werden, ist dies laut der Fallkoordinatorin mit hohem Aufwand verbunden. Mehrheitlich erhalte CareNet<sup>+</sup> aber Zugang durch einen Leistungserbringer, wodurch eine Klärung der Situation einfacher sei.

### 4.3 Abwicklung der CareNet<sup>+</sup>-Fälle

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

Abbildung 3: Erbrachte Servicemodule durch CareNet<sup>+</sup>



Ein Servicemodul wurde bisher gemäss Stammdaten noch nicht umgesetzt: Geriatrisches Assessment  
Grafik INFRAS. Quelle: Stammdaten von CareNet<sup>+</sup>

Bei allen Fällen kam die Servicepauschale «Fallabwicklung» zum Einsatz. Mit Ausnahme von sechs Fällen wurde auch überall die Monatspauschale, d.h. eine Abrechnung für das Monitoring des Fallablaufs inkl. Datenerfassung, angewendet. In knapp der Hälfte der Fälle hat zudem die CareNet<sup>+</sup>-Fallkoordinatorin eine interdisziplinäre Fallkonferenz oder ein Rundtischgespräch veranlasst.

In gut einem Viertel der Fälle wurde das Zusatzmodul Assessment angewendet. Ein erstes Assessment ist in der Fallabwicklung bereits enthalten. Zusätzlicher Abklärungsbedarf wird durch das Zusatzmodul abgerechnet. Ebenfalls bei gut einem Viertel der Fälle hat die CareNet<sup>+</sup>-Fallkoordinatorin die Entlassung aus der stationären Pflege koordiniert. Seltener mussten eine Einweisung geplant werden oder die Kostenträger koordiniert werden.

Aus den Interviews geht hervor, dass es für die Koordinatorinnen teilweise schwierig bzw. sehr aufwändig ist, ihre getätigten Leistungen einem der Servicemodule zuzuordnen. Um diesen Aufwand zu minimieren sei es teilweise einfacher, getätigte Leistungen der generellen Fallabwicklung zuzuschreiben. Qualitative Befragungen der Akteure und KlientInnen geben weitere Einblicke dazu, welche Leistungen von CareNet<sup>+</sup> im Verlauf der Fälle konkret für die KlientInnen erbracht wurden. Diese sind im Anhang aufgelistet.

## **Beurteilung der Fallabwicklung durch die befragten Akteure**

Die Arbeit der derzeit tätigen Fallkoordinatorin wird von den unterschiedlichen Akteuren durchweg positiv beurteilt. Sie habe sich gut vernetzen können und sei bekannt bei den Leistungserbringern. Zudem bringe sie die nötigen Qualifikationen und die Persönlichkeit für die Fallabwicklung mit. Die an konkreten Fällen beteiligten Leistungserbringer (insbesondere Spitex) und GemeindevertreterInnen berichten, dass die Fallkoordinatorin ein gutes Fingerspitzengefühl für die Situationen der KlientInnen habe, schnell Vertrauen bei den KlientInnen und Angehörigen schaffe und Konfliktsituationen zielführend bearbeiten und gut auflösen könne. Dies seien zentrale Eigenschaften für komplexe Situationen, die nicht nur die Gesundheit, sondern auch die soziale und finanzielle Situation betreffe. Ein Versicherer hebt hervor, dass die Fallkoordinatorin hilfreiche und kompetente Vorabklärungen zu Finanzierungsfragen im Hinblick auf die Fallkonferenz gemacht habe.

Mit der Zusammenarbeit auf Fallebene zeigen sich die beteiligten Akteure insgesamt sehr zufrieden. Die Fallkoordinatorin berichtet, dass wenn die Koordination hergestellt sei, die Beteiligten meist an einem Strang ziehen. Dies wird auch von den anderen Leistungserbringern mehrheitlich bestätigt. Vereinzelt wird von Seiten der Spitex geäußert, dass die Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen je nach Arzt/Ärztin unterschiedlich sei. 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.

In Bezug auf die Fallkonferenzen wird von allen Seiten ein positives Klima sowie eine Kooperations- und Kompromissbereitschaft der beteiligten Leistungserbringer und Kostenträger wahrgenommen. Ein wichtiger Faktor für das wohlwollende Klima ist aus Sicht dieser Akteure die Neutralität und Professionalität des Moderators. Mehrere Akteure geben an, dass an den Fallkonferenzen jeweils geeignete Lösungen gefunden werden konnten.

Schwierigkeiten in der Fallabwicklung sind laut den befragten Akteuren nur in Bezug auf die Betroffenen entstanden. So berichten einzelne Leistungserbringer, dass teilweise die geringe Compliance der Betroffenen 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 Spitaleinweisungen und/oder einer Überforderung der Angehörigen führe.

## **Zufriedenheit der KlientInnen und Angehörigen**

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

Die Zufriedenheit jener 22 Fälle, die bei Abschluss von CareNet<sup>+</sup> befragt wurden, war hoch. Zwölf KlientInnen bzw. Angehörige (63%) sind sehr zufrieden und sechs Personen (32%) sind eher zufrieden mit den erbrachten Leistungen von CareNet<sup>+</sup> (siehe 4.2). Eine Person (5%) gab an, dass sie eher unzufrieden mit CareNet<sup>+</sup> war. Bemängelt wurde hier, dass die Fallkoordinatorin unerfahren im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen sei, ihr entsprechendes Feingefühl fehle und der/die KlientIn selber Ideen und Vorschläge einbringen musste.

Bis auf drei Fälle («trifft nicht zu» oder «trifft eher nicht zu») gaben die befragten Personen an, dass die vermittelten Leistungen den Bedürfnissen/Wünschen (teilweise) entsprechen (10 Personen mit der Antwort «trifft genau zu», je drei Personen mit «trifft zu» oder «trifft teilweise zu»).

Bis auf zwei KlientInnen («trifft nicht zu» bzw. «trifft eher nicht zu»), gaben alle KlientInnen und Angehörige an, zu wissen, wer bei CareNet<sup>+</sup> für sie zuständig ist und an wen sie sich bei Problemen wenden können («trifft zu» oder «trifft genau zu»). Der/die KlientIn, welche/r «trifft nicht zu» angab, bedauerte den (für sie/ihn) zu kurzen Kontakt zu CareNet<sup>+</sup> und bemerkt, dass sie/er eine Zeit lang keine Ansprechperson bei CareNet<sup>+</sup> hatte und sich aktiv um den Kontakt kümmern musste. Der/die KlientIn mit der Angabe «trifft eher nicht zu» konnte kaum beschreiben, was CareNet<sup>+</sup> geleistet hatte, da vor allem die Tochter in Kontakt mit CareNet<sup>+</sup> war. Eine Angehörige empfand den Wechsel der Ansprechpersonen bei CareNet<sup>+</sup> als schwierig, da sie eine neue Person über ihre Situation informieren und in den Fall «einführen» musste.

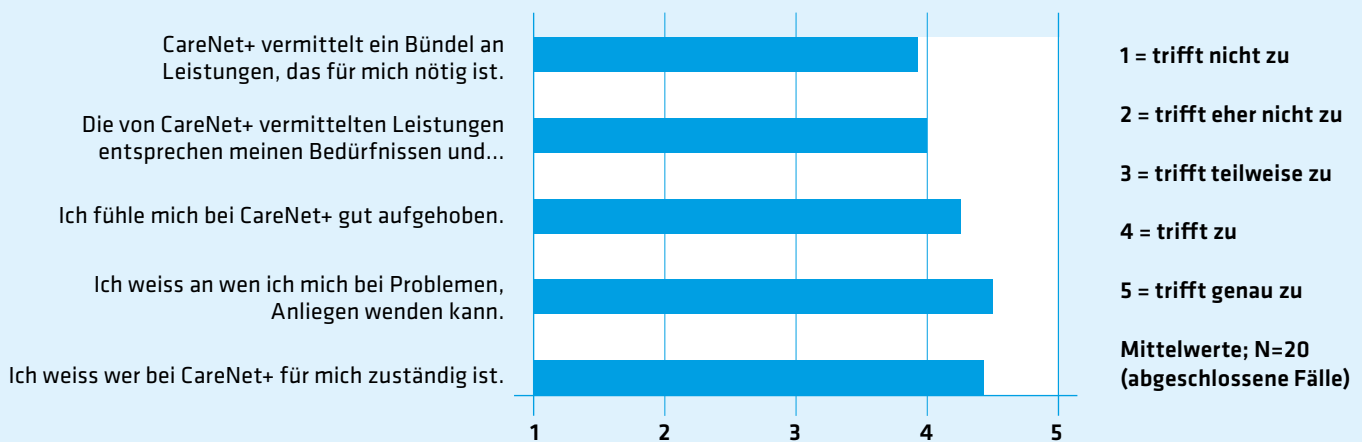
Das Gefühl, bei CareNet<sup>+</sup> gut aufgehoben zu sein, wurde fast ausnahmslos bestätigt («trifft zu» oder «trifft genau zu»). Zwei Personen machten die Angabe «trifft teilweise zu» und je eine Person die Angabe «trifft nicht zu», «trifft eher nicht zu». In letzteren Fällen schien CareNet<sup>+</sup> (aus Sicht der Befragten) an seine Grenzen gekommen zu sein – einerseits aufgrund mangelnder Erfahrung im Umgang mit psychischen Erkrankungen und andererseits aufgrund einer Konfliktsituation zwischen den beteiligten Angehörigen.

Positiv bewertet wurden die nette, zuvorkommende, engagierte, menschliche Art, der offene Umgang der Fallkoordinatorin, die entgegengebrachte Wertschätzung, sowie das professionelle Wissen, die Bemühungen und guten Vorschläge der Fallkoordinatorin, ein Netz zwischen den Fachpersonen zu schaffen und die Koordination zu verbessern. Hervorgehoben wurden auch der konstante Informationsfluss und die Entlastung, die durch CareNet<sup>+</sup> spürbar wurde.

Die Rundtischgespräche und Fallbesprechungen/-konferenzen wurden mehrheitlich als gelungen wahrgenommen. Einzelne Aussagen der Befragten verdeutlichen: Die Teilnehmenden der Fallbesprechung gingen toll aufeinander ein; es wurden die richtigen Leute in die Fallkonferenz eingeladen, die auch Beiträge leisteten; niedrige Hierarchiestufen; und gute Leitung.

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». Eine weitere Angehörige (bei einem Konfliktfall) war schockiert nach einem Mediationsgespräch, bei dem sich ihre Situation sogar verschlechtert hätte. Zwei Personen erwähnten explizit, dass es gut sei, einen Ansprechpartner zu haben, der nicht zur Familie gehört und die Institutionen in der Umgebung kennt.

**Abbildung 4: Zufriedenheit mit CareNet+ bei Fallabschluss (durchschnittliche Bewertungen)**



Von den 13 KlientInnen/Angehörigen, die nach vier Monaten CareNet<sup>+</sup> interviewt wurden, waren elf sehr zufrieden bzw. zufrieden mit den bisher empfangenen Leistungen. Zwei Personen gaben an, sehr unzufrieden mit den Leistungen zu sein. Dabei handelte es sich um einen schwierigen Konfliktfall und einen Fall, bei dem die befragte Angehörige selber noch nicht wusste, was sie brauchte. Im anderen Fall wollte der Klient nicht, dass sich fremde Menschen in seine Situation einmischen.

Alle befragten Personen (bis auf eine nach 4 Monaten und zwei bei Abschluss) würden CareNet<sup>+</sup> erneut in Anspruch nehmen und auch an andere Personen weiterempfehlen. Begründet wurde dies mit der guten Unterstützung, der Wertschätzung und dem Verständnis sowie der Entlastung, die die KlientInnen und Angehörige erfahren haben, ausserdem mit den guten Gesprächen und dem Mehrwert für das Versorgungsnetzwerk. Geschätzt wurde auch die Professionalität, neutrale Stellung von CareNet<sup>+</sup>, die einen Blick von aussen auf die Situation erlaubt. Situationen, in denen CareNet<sup>+</sup> 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. Laut Aussagen der Fallkoordinatorin kommt CareNet<sup>+</sup> in einigen Konfliktsituationen auch an Grenzen. Hier können die Interventionen den Verlauf nur vorübergehend prägen. Sobald die alten Konfliktmuster wieder wirken, dominieren sie den Verlauf. Dies spiegelt sich auch in den Aussagen der KlientInnen bzw. Angehörigen wieder, die in solche Konfliktsituationen verwickelt sind und CareNet<sup>+</sup> nicht wieder in Anspruch nehmen würden. Laut Anmerkung einer Angehörigen stiess CareNet<sup>+</sup> auch bei rechtlichen Angelegenheiten (z.B. bei juristischen Fragen rund um 24h-Pflege) an die Grenzen. Nichtsdestotrotz wurde häufig betont, dass CareNet<sup>+</sup> sehr wichtig sei und unbedingt weiter bestehen solle, damit auch weitere Familien davon profitieren könnten. ■

# 5 Wirkungen

**In diesem Kapitel werden die Wirkungen von CareNet+ auf die KlientInnen und Angehörigen und den Versorgungsprozess 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. Darüber hinaus werden die finanziellen Wirkungen insgesamt und für Leistungserbringer und Kostenträger beleuchtet.**

## 5.1 Wirkungen auf die KlientInnen und Angehörige

### 5.1.1 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. Mit Fallbeispielen werden die Wirkungen und Grenzen zusätzlich verdeutlicht.

Insgesamt wurden bisher 40 CareNet+-Fälle eröffnet, wobei es sich in einem Fall um die Wiederaufnahme eines bereits abgeschlossenen Falls handelt. In den Stammdaten von CareNet+ liegen Angaben zum Zeitpunkt der Falleröffnung und zu verschiedenen Zeitpunkten danach vor.<sup>14</sup> 26 der 40 betroffenen Personen konnten durch das Evaluationsteam befragt werden. Die Befragung durch das Evaluationsteam wurde bei Falleröff-

nung, nach vier Monaten und bei Fallabschluss durchgeführt. Eine Befragung derselben Person über die Zeit ist für 25 KlientInnen<sup>15</sup> verfügbar. Bei den meisten Befragungen (54%) waren nur Angehörige anwesend; bei einem Drittel (34%) gaben die KlientInnen und bei 11% der Interviews Klientinnen und Angehörige Auskunft. Die Tabelle 7 im Anhang A4 zeigt, zu welchem Themenbereich Angaben wie vieler KlientInnen verfügbar sind.

<sup>14</sup> Dies sind t1: 4 Wochen nach Falleröffnung, t2: 4 Monate nach Falleröffnung, t3: 10 Monate nach Falleröffnung und tA: Fallabschluss.

<sup>15</sup> Insgesamt konnten 26 KlientInnen bzw. deren Angehörige befragt werden. 12 Personen konnten zu Beginn von CareNet+ (t0) und zum Abschluss (t\_A) befragt werden, wobei diese Fälle vor 4 Monaten Falldauer abgeschlossen wurden. 10 Personen wurden zu t0, nach 4 Monaten (t1) und T\_A befragt. 3 Personen konnte zu t0 und t1 befragt werden. 1 Fall wurde nur zu t0 interviewt.



## 5.1.2 Situationen der KlientInnen bei Eintritt in CareNet<sup>+</sup>

Die unterstützten KlientInnen waren gleich häufig Männer wie Frauen (je 20 Männer und Frauen) und im Durchschnitt 76 Jahre alt, wobei die Altersspanne der KlientInnen zwischen 50 und 95 Jahren liegt. Im Durchschnitt wurden die abgeschlossenen Fälle während knapp sechs Monaten durch CareNet<sup>+</sup> begleitet<sup>16</sup>. Der kürzeste abgeschlossene Fall dauerte eine Woche und der längste Fall 15,5 Monate.

Die **Stammdaten** von CareNet<sup>+</sup> und die Befragung der KlientInnen und Angehörigen geben Auskunft über die gesundheitliche, soziale und finanzielle Situation der KlientInnen. Es zeigt sich, dass bei Eintritt in CareNet<sup>+</sup> die KlientInnen zum Teil in sehr schwierigen sozialen und finanziellen Situationen sind und zusätzlich mit mittleren bis starken gesundheitlichen Einschränkungen (häufig aufgrund Multimorbidität) leben. Unterstützung leisten zu diesem Zeitpunkt vor allem die Angehörigen. Die Situation der KlientInnen bei Eintritt in CareNet<sup>+</sup> ist im Anhang detailliert beschrieben. Aussagen aus den Interviews mit den Fallkoordinatorinnen veranschaulichen die Komplexität und Verschiedenheit der einzelnen Situationen. Einzelne Schilderungen 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 Betreuungsaufwand zu Hause gepflegt zu werden. Oftmals spielen auch finanzielle Probleme eine Rolle. Diese haben mehrere Aspekte, bspw. wenn zusätzlich Partner betroffen sind oder wenn unklar ist, wo und wie viel Geld noch vorhanden ist.

In der Befragung der **KlientInnen und Angehörigen** durch das Evaluationsteam wurden diese gefragt, wie sie zu CareNet<sup>+</sup> gelangt sind und aus welchen Gründen sie Hilfe gesucht haben. Die KlientInnen geben an, dass CareNet<sup>+</sup> ihnen mehrheitlich von bereits involvierten Leistungserbringern empfohlen wurde (z.B. durch die Spitex, Spital) (15 Personen) und sie dann entweder selber den Kontakt gesucht oder CareNet<sup>+</sup> explizit auf die Betroffenen zugegangen sei. Einige wenige Personen gaben an, dass sie aktiv jemanden gesucht hätten, der «alles organisiere» (5 Personen). Die Gründe zur Hilfesuche waren ähnlich: unterschiedliche Infos von verschiedenen Seiten, Überforderung mit der Situation (z.B. der Organisation/Koordination von Pflege, der finanziellen 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 Spitex oder ÄrztInnen sich der Probleme nicht annehmen könnten.

<sup>16</sup> Der Median liegt bei 5,25 Monaten.

### 5.1.3 Fallverläufe

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

#### Entwicklung der sozialen Situation

Aus den CareNet<sup>+</sup>-Stammdaten sind für alle Fälle Angaben zu mehreren Zeitpunkten verfügbar. Gemäss den Einschätzungen der Fallkoordinatorinnen hat sich die soziale Situation der KlientInnen über die Zeit in 35 Fällen verbessert. In vier Fällen ist diese gleichgeblieben. Folgende Entwicklungen haben diese Verbesserungen unterstützt:

- In elf Fällen, in denen gemäss ursprünglichem Assessment Leistungserbringer gefehlt haben, konnte diese Lücke geschlossen werden.
- Bei 21 Fällen mit finanziellen Schwierigkeiten konnten die Probleme (teilweise bis ganz) entschärft werden<sup>17</sup>, in zwei Fällen haben sie zugenommen. Bei drei Fällen haben sich die erheblichen finanziellen Probleme nicht verbessert, in elf Fällen waren diese unverändert leicht bzw. unverändert nicht vorhanden.
- Eine (stark) ungeeignete Wohnsituation lag zu Beginn der Unterstützung durch CareNet<sup>+</sup> in 28 Fällen vor. In 16 dieser Fälle konnte die Situation verbessert werden. Trotz Verbesserungen bestanden jedoch in acht dieser Fälle auch mit Unterstützung durch CareNet<sup>+</sup> noch erhebliche Schwierigkeiten. In den restlichen elf Fällen war die Situation bereits zu Beginn der Unterstützung unproblematisch, wobei sie sich in zwei Fällen noch leicht verbesserte und in einem Fall leicht verschlechterte.
- Auch beim sozialen Umfeld konnte CareNet<sup>+</sup> die Situation in einigen Fällen entschärfen, auch wenn dieser Aspekt zu Beginn der Unterstützung insgesamt weniger problematisch war als die Wohnsituation (in 21 Fällen bestanden erhebliche Probleme, diese konnten in zwölf Fällen reduziert werden).
- Probleme zwischen KlientInnen mit Angehörigen lagen nur in geringem Ausmass vor: in 30 Fällen waren diese zu Beginn der Unterstützung durch CareNet<sup>+</sup> leicht vorhanden. In der Hälfte dieser Fälle konnten diese Probleme gänzlich beseitigt werden. Zwischen den KlientInnen und den Leistungserbringern bestanden in keinem der Fälle Probleme.

In den Stammdaten von CareNet<sup>+</sup> 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 drei Viertel der KlientInnen als über die Zeit abnehmend eingeschätzt haben.

Die **Befragung der KlientInnen und Angehörigen** zeigen ähnliche Entwicklungen. Bei Abschluss der Fallbegleitung von CareNet<sup>+</sup> hatte sich die Situation der KlientInnen und Angehörigen insoweit verändert, dass in mehreren Fällen weitere Leistungserbringer (z.B. Spitex, Heim, Ärzte) oder andere Unterstützungsleistungen (z.B. freiwillige HelferIn, Transportdienst) hinzugezogen wurden. 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.

Die Koordination durch CareNet<sup>+</sup> führte zudem zu einer Entlastung auf mehreren Ebenen bei den KlientInnen und Angehörigen. Zum Beispiel berichten die Befragten von einer Entlastung im Hinblick auf die finanzielle Situation (z.B. durch das Beantragen von Hilfenentschädigung oder Ergänzungsleistungen), von einer Vereinfachung von administrativen, organisatorischen Aufgaben, aber auch von einer emotionalen Entlastung die CareNet<sup>+</sup> bieten konnte. Auch durch die Organisation von Leistungserbringern (z.B. Spitex, Heimeintritt, freiwillige Helfer) konnten Betroffene und Angehörige entlastet werden. Zusätzlich stellte eine Angehörige fest, dass sie nun besser Hilfe annehmen könne, sie sei offener geworden. Auch bei einem Klienten wurde festgestellt, dass er seit CareNet<sup>+</sup> offener geworden ist und er einsieht, dass er Unterstützung braucht.

Zu einer Entlastung kam es nicht nur, wenn bereits konkrete Veränderungen (wie z.B. Transportdienst, Spitex, Heimeintritt) sichtbar wurden. Einige Befragte empfanden bereits die Hoffnung auf Veränderung bzw. die Abklärungen betreffend möglicher Unterstützungsmassnahmen als eine Entlastung. Zu diesem Zeitpunkt (nach 4 Monaten CareNet<sup>+</sup>) hatte sich in diesen Fällen noch nicht viel Konkretes verändert.

Trotz der grundsätzlichen Entlastung durch CareNet<sup>+</sup> empfanden einige wenige Befragte die vielen durch CareNet<sup>+</sup> organisierten Termine und telefonischen Absprachen auch als eine Belastung (z.B. der telefonische Aufwand und die Anwesenheit bei Terminen). Diese Belastung war nach vier Monaten CareNet<sup>+</sup> spürbar. Eine Entlastung stellte sich aber mehrheitlich in den darauffolgenden Monaten (bis Abschluss von CareNet<sup>+</sup>) ein. Eine Befragte sprach von einer zunehmenden psychischen Belastung, da CareNet<sup>+</sup> für sie nicht zufriedenstellend, frustrierend und stressig war.

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. Fallbeispiel 1 verdeutlicht, wie CareNet<sup>+</sup> die finanzielle Situation der KlientInnen und Angehörigen sichtlich entspannen kann.

<sup>17</sup> In 2 weiteren Fällen haben die finanziellen Schwierigkeiten abgenommen, bestehen aber noch immer in erheblichem Ausmass.

### Fallbeispiel 1: Erleichterung durch mehr finanzielle Unterstützung

**Die Situation:** Herr Jasari (76 Jahre) hat Demenz, ist auf 24h-Pflege und Betreuung angewiesen und verbrachte in den letzten sechs Monaten über 30 Tage im Spital. Frau Jasari (51 Jahre) ist zu 40% berufstätig und musste wegen der Pflege/Betreuung ihres Mannes ihr Pensum bereits reduzieren. Sie arbeitet tagsüber und pflegt ihren Mann die übrige Zeit und nachts. Das Ehepaar hat starke finanzielle Schwierigkeiten. Sie leben von Herrn Jasaris kleiner AHV und dem niedrigen Einkommen von Frau Jasari. Sie haben Schulden, können ihre Rechnungen nicht mehr begleichen und können sich nicht mehr Hilfe durch die Spitex oder eine Übergangspflege im Altersheim leisten.

**Einbezug von CareNet<sup>+</sup>:** Frau Jasari und ihr Sohn wenden sich mit ihrem Wunsch nach mehr Unterstützung an die Spitex. Die Spitex soll entweder häufiger kommen oder ein Heimplatz für Herrn Jasari organisiert werden. Da die finanzielle Situation sehr komplex ist, wendet sich die Spitex an CareNet<sup>+</sup>. Sie soll die finanzielle Situation der Familie klären und wenn möglich entlasten.

**Massnahmen von CareNet<sup>+</sup>:** Nach Aufnahme vom Fall nimmt CareNet<sup>+</sup> am Kundenrapport der zuständigen Spitex teil und nimmt Kontakt mit der Familie Jasari auf. CareNet<sup>+</sup> organisiert die Abklärung sozialversicherungsrechtlicher An-

sprüche und koordiniert alle Beteiligten (Treuhand, Steueramt, Krankenkasse, Sozialberatung, Sozialdienst, Gläubiger) im Hinblick auf die finanzielle Situation der Familie Jasari.

**Wahrgenommene Veränderungen:** Die finanzielle Situation des Ehepaars hat sich wahrnehmbar entspannt. Herr Jasari erhält nun Hilflosenentschädigung und die Zusatzleistungen zur AHV sind beantragt. Frau Jasari und ihr Sohn sind besser informiert über die finanziellen und pflegerischen Möglichkeiten, die sie zur Entlastung nutzen können. Statt zwei Mal pro Woche kommt die Spitex täglich und unterstützt damit Frau Jasari in ihrer Betreuungs- und Pflegetätigkeit. Einen Heimaufenthalt wollten Herr und Frau Jasari noch nicht in Anspruch nehmen.

**Möglicher Verlauf der Situation ohne CareNet<sup>+</sup> :** Ohne CareNet<sup>+</sup> hätte sich das Ehepaar möglicherweise stärker verschuldet und Frau Jasari die Doppelbelastung mit Arbeit und der Pflege bis zum Erschöpfungszustand weitergeführt. Durch den Ausfall von Frau Jasari als Hauptbetreuungsperson wäre es vermutlich zu weiteren Spital- oder Heimaufhalten von Herrn Jasari gekommen.

## Entwicklung des Gesundheitszustands

Zur Entwicklung des Gesundheitszustands liegen für 39 Fälle Einschätzungen der Fallkoordinatorinnen in den **Stammdaten** vor. In 14 dieser Fälle hat er sich über die Zeit verbessert, in 16 Fällen verschlechtert. In neun Fällen ist er insgesamt 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 (8 Fälle)
- Reduktion des Schmerzes (5 Fälle)
- Verbesserung des Bewegungsapparats (4 Fälle)

Verschlechterungen im Gesundheitszustand waren durch folgende Entwicklungen geprägt:

- Verstärkte Schmerzen sowie zunehmende neurologische oder kognitive Einschränkungen (in je 6 Fällen).
- Verschlechterung des Bewegungsapparats (4 Fälle)

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<sup>+</sup>. Durchschnittlich lag der Wert bei 4.2 (Median 4). Nach vier Monaten stieg dieser Wert auf durchschnittlich 5.6 (Median 6) und auf 6.6 (Median 7) bei Abschluss von CareNet<sup>+</sup>. Dies entspricht einer statistisch signifikanten Verbesserung zwischen t0 und tA (t-Test verbundene Stichprobe;  $p < 0.001$ ).

Eine Verschlechterung des Zustandes wurde von einer Person wahrgenommen, wobei hier nur Angaben von vor Beginn von CareNet<sup>+</sup> (t0) und nach vier Monaten (t1) vorliegen. Zwei Fälle, wo ebenfalls nur Angaben von t0 und t1 vorliegen, bemerken keine Veränderung in den ersten vier Monaten von CareNet<sup>+</sup>.

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. Zusätzlich wird aus dem Interview mit der Fallkoordinatorin deutlich, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht im Fokus ihrer Tätigkeiten ist. Nichtsdestotrotz nehmen die KlientInnen und Angehörige eine subjektive Verbesserung ihrer Gesundheit wahr. Diese Wahrnehmung wird von Seiten der Fallkoordinatorin nicht immer geteilt. Ein Erklärungsansatz für diese Differenz wäre, dass KlientInnen und Angehörige unter «Gesundheit» einen ganzheitlichen Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens verstehen (im Sinne der WHO-Definition), wohingegen Fachpersonen mit Gesundheit eher den körperlichen Funktionsstatus verbinden.

## 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 Fallkoodinatorinnen festgestellte Pflegebedarf ist bei den meisten Fällen gleichgeblieben (in 19 der 39 Fälle, bei denen Angaben zu mehreren Zeitpunkten vorliegen). Bei 13 Fällen hat der Bedarf nach Pflege zu- und bei sieben Fällen abgenommen.
- Der festgestellte Unterstützungsbedarf in finanziellen und administrativen Angelegenheiten konnte indes gemäss Fallkoodinatorinnen bei der Mehrheit der Fälle (20 Fälle) reduziert werden. Bei den restlichen Fällen ist er mit einer Ausnahme unverändert geblieben.

Ferner liegen in den CareNet<sup>+</sup>-Stammdaten auch Angaben zu weiteren Dimensionen vor, bei denen die KlientInnen Unterstützungsbedarf haben könnten. Dies sind die folgenden Aspekte: Gesundheitlicher Unterstützungsbedarf, körperlicher/persönlicher Unterstützungsbedarf, Mobilität, emotionaler, psychologischer und sozialer Unterstützungsbedarf, Unterstützungsbedarf im Haushalt, finanzielle Unterstützung sowie die Organisation und die Verwaltung von Hilfe und Pflege. In keinem Fall existierte während der Unterstützung durch CareNet<sup>+</sup> hierzu ein erhöhter Bedarf (der Verlauf über die Zeit kann für 32 der 40 Fälle nachgebildet werden). Alle diese Aspekte blieben in der Mehrheit der Fälle konstant. Zudem nahm der Unterstützungsbedarf für alle diese Aspekte deutlich häufiger ab als zu.

Auch die Befragung der KlientInnen und Angehörigen verdeutlicht, wie sich der Unterstützungsbedarf über die Zeit entwickelt hat. Die Anzahl der Personen, die angeben einen vollständigen Bedarf in den verschiedenen Bereichen zu haben, blieb

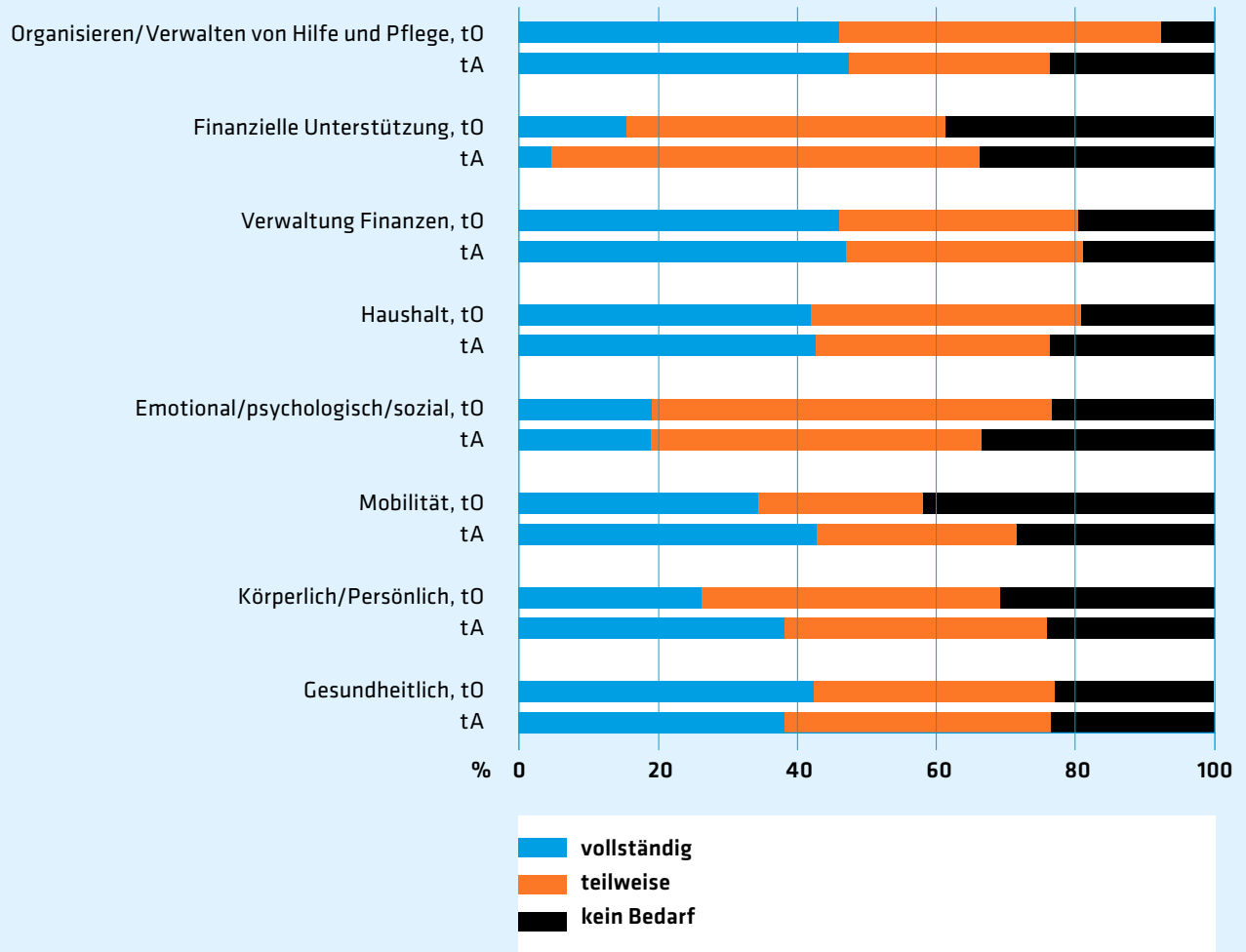
während der Begleitung durch CareNet<sup>+</sup> mehrheitlich gleich. Ein leichter Anstieg zeigte sich im Bereich Mobilität und bei körperlichen/persönlichen Belangen. Im Gegensatz dazu sank die Zahl der Personen mit «vollständigem Bedarf» im Bereich «finanzielle Unterstützung» von vier auf eins (z.B. auch bei Fallbeispiel 3). Dies kann als positive Entwicklung gewertet werden, da CareNet<sup>+</sup> nach eigenen Angaben sich um eine Stabilisation der finanziellen Situation bemüht und körperlichen und gesundheitlichen Belangen vor allem durch das Involvieren von weiteren Fachpersonen begegnet wird.

Die Zahl der Personen, die in den Bereichen «Finanzen», «Mobilität», «körperliche/persönliche Belange» keinen Bedarf angaben, sank während CareNet<sup>+</sup> ebenfalls leicht und deutet auf einen Anstieg des Unterstützungsbedarfs hin. Dies könnte auf eine tendenziell grössere Abhängigkeit aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen hinweisen oder auf eine vermehrte Sensibilisierung für das Thema Unterstützung hindeuten, das durch die Koordination durch CareNet<sup>+</sup> zustande kam.

Im Bereich «Emotional/psychologisch/sozial» gaben nach Abschluss von CareNet<sup>+</sup> mehr Personen an, «keinen Bedarf» zu haben (z.B. auch Fallbeispiel 3). Obwohl ein/e KlientIn berichtet, dass CareNet<sup>+</sup> wenig Erfahrung mit Menschen mit psychischen Erkrankungen hätte, scheint CareNet<sup>+</sup> auch Verbesserungen im Hinblick auf emotionale, psychologische Belange zu bewirken. Hier konnte CareNet<sup>+</sup> vermutlich durch die Organisation von anderen Hilfen (z.B. Besuchdienst) oder durch ihre Funktion der Vertrauens- und Ansprechperson unterstützend wirken.

Bei der Organisation/Verwaltung von Hilfe und Pflege zeigen sich keine Veränderungen im Bedarf der KlientInnen. Fallbeispiel 2 verdeutlicht jedoch, wie CareNet<sup>+</sup> bei starkem Hilfebedarf bei der Organisation unterstützend wirken kann.

**Abbildung 5: Vergleich Unterstützungsbedarf vor und nach CareNet\* (Mehrfachantworten, Prozent der Fälle)**



T0 = Befragung zu Beginn von CareNet; tA: Befragung nach Abschluss CareNet; t0: N= 26; tA: N=22; Quelle: KlientInnenbefragung

## Fallbeispiel 2 – Sofortmassnahmen nach Tod eines Ehepartners

**Die Situation:** Das Ehepaar Müller lebt jahrelang sehr isoliert und hat kaum Kontakt zu seinen Angehörigen. Herr Müller, selber erkrankt, pflegt und unterstützt seine Frau bis zu seinem unerwarteten Tod. Frau Müller (79 Jahre) wird plötzlich zur Witwe aus einer symbiotischen Beziehung. Sie selber ist körperlich krank und leidet seit der Kindheit an einer schweren psychischen Erkrankung. Die Angehörigen stossen bei Frau Müller auf Widerstand und befürchten in der Folge eine Verschlechterung ihrer psychischen Befindlichkeit. Die Leistungserbringer schätzten die Dringlichkeit einer Intervention als weniger hoch ein, wogegen die Angehörigen Druck auf die Leistungserbringer machten.

**Einbezug von CareNet<sup>+</sup>:** Die Spitex zieht CareNet<sup>+</sup> noch zu Lebzeiten von Herrn Müller bei. Sie soll bei der Organisation und Koordination der Pflege unterstützen.

**Massnahmen von CareNet<sup>+</sup>:** Die Fallkoordinatorin hält sofort Rücksprache mit der Spitex und dem Psychiater und organisiert zwei Rundtischgespräche mit den Angehörigen und den Leistungserbringern. CareNet<sup>+</sup> übernimmt dabei eine

vermittelnde, strukturierende Rolle und unterstützt einzelne Leistungserbringer im Hinblick auf eine konstruktive Bearbeitung der Konfliktsituation.

**Wahrgenommene Veränderungen:** Durch die Massnahmen von CareNet<sup>+</sup> konnte die Versorgung von Frau Müller zu Hause gewährleistet werden. Frau Müller wird neu auch von einer psychiatrischen Spitex begleitet. Sie stirbt vier Wochen nach dem Tod ihres Ehemannes, wie von ihr gewünscht, zu Hause. Die Leistungserbringer wurden unterstützt in ihrer Einschätzung und ein sich anbahnender Konflikt mit den Angehörigen konnte verhindert werden. Die Angehörigen fühlten sich emotional, wie auch im Hinblick auf die organisatorischen Aufgaben entlastet. Geschätzt wurde die Menschlichkeit der Fallkoordinatorin und dass der Wille von Frau Müller im Zentrum stand.

**Möglicher Verlauf der Situation ohne CareNet<sup>+</sup><sup>19</sup>:** Die fehlende Einsicht von Frau Müller und die ungelösten Konflikte unter den Angehörigen und mit den Leistungserbringern hätten ein zu Hause bleiben von Frau Müller verunmöglicht. Ohne CareNet<sup>+</sup> hätte der Psychiater bei der KESB vermutlich eine fürsorgerische Unterbringung gegen den Willen von Frau Müller veranlasst.

Auch der **Wunsch nach mehr Unterstützung**

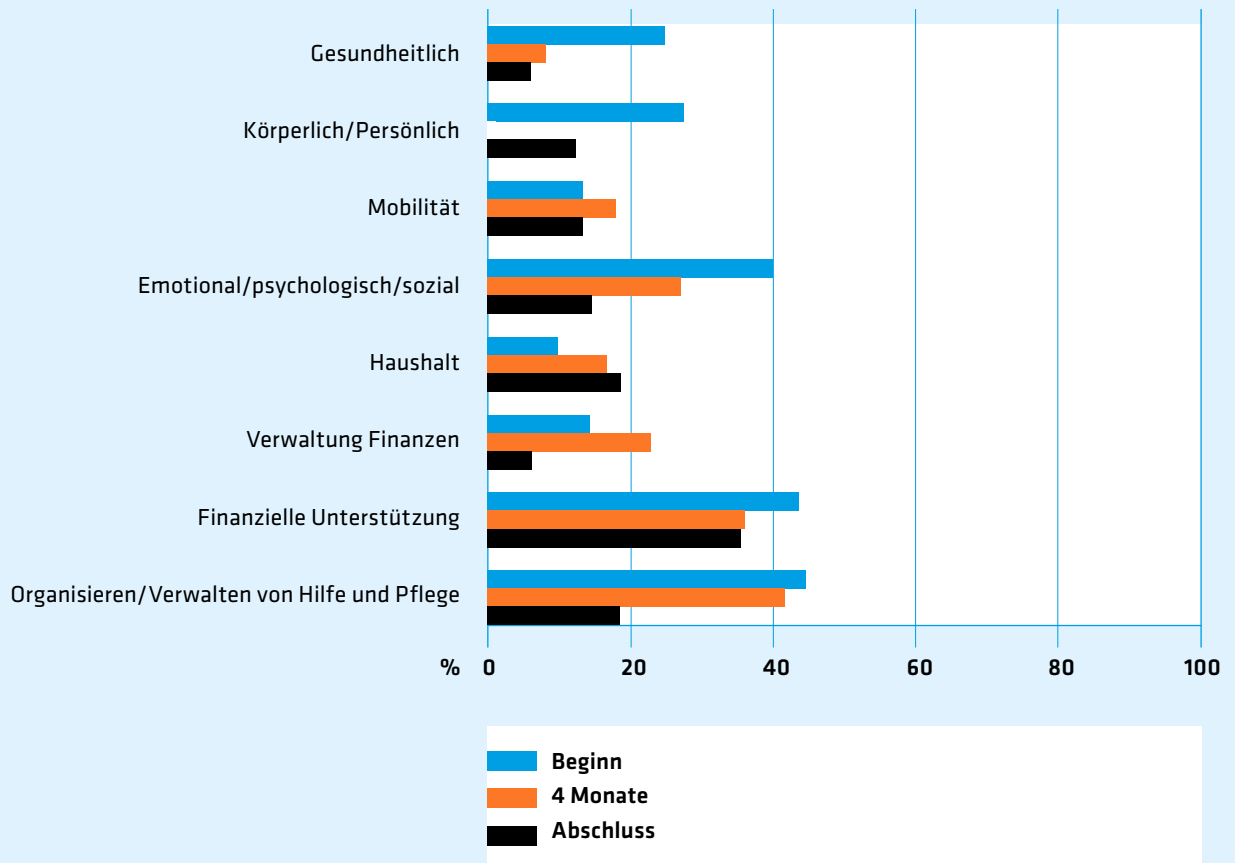
könnte ein Indikator für die Wirkungen von CareNet<sup>+</sup> sein. Aus den Befragungen der KlientInnen und Angehörigen sind deutlich Veränderungen sichtbar. Bei jenen Fällen, die vor CareNet<sup>+</sup> in den jeweiligen Bereichen einen Bedarf (vollständig oder teilweise) angaben, zeigte sich eine klare Reduktion des Wunsches nach mehr Unterstützung bei Abschluss. Eine Ausnahme stellt hier der Bereich «Haushalt» dar, wo der Wunsch nach mehr Hilfe anstieg. Im Bereich «Verwaltung eigener Finanzen» stieg der Wunsch nach mehr Hilfen

in den ersten vier Monaten von CareNet<sup>+</sup> stark an, sinkt bis zum Fallabschluss aber unter den Startwert bei t0. Dieser vermehrte Wunsch nach Hilfe nach vier Monaten CareNet<sup>+</sup> lässt sich möglicherweise damit erklären, dass CareNet<sup>+</sup> 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.

<sup>19</sup> Nach Einschätzung der Fallkoordinatorin von CareNet<sup>+</sup>



**Abbildung 6: Wunsch nach mehr Unterstützung, Prozent der Fälle, die einen Bedarf (vollständig od. teilweise) angegeben haben**



N=22, Zeitpunkt tA; Quelle: KlientInnenbefragung

### Fallbeispiel 3 – fehlende Krankheitseinsicht bringt CareNet+ an seine Grenzen

**Die Situation:** Ehepaar Fischer lebt sehr isoliert und alleine im eigenen Haus. Herr Fischer (86 Jahre) ist an Demenz erkrankt und Frau Fischer leidet an sozialer Phobie. Frau Fischer (80 Jahre) ist überfordert mit der Administration und den Finanzen, Rechnungen bleiben daher liegen. Ausserdem kommt es zu mehrmaligen notfallmässigen Spitalaufenthalten von Herrn Fischer. Zum Beispiel ruft Frau Fischer wegen eines Harninfekts den Notruf 144, anstatt den Hausarzt zu konsultieren.

**Einbezug von CareNet+:** Die Spitex empfiehlt eine intensive Versorgung, welche von Frau Fischer abgewehrt wird. Die Spitex zieht CareNet+ hinzu und ermöglicht ihr den Zugang zum Ehepaar. Nach mehrmaligen Hausbesuchen kann ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden.

**Massnahmen von CareNet+:** CareNet+ holt Informationen von den beteiligten Leistungserbringern (Spitex, Spital, Sozialdienst) und den Angehörigen (Ehefrau, gemeinsamer Sohn) ein. Nach einem Spitalaufenthalt von Herrn Fischer wird ein Rundtischgespräch mit der Spitalärztin

organisiert. Die fragile Situation soll stabilisiert werden durch die Inanspruchnahme von mehr Leistungen (Spitex und psychiatrische Unterstützung) sowie einen Umzug in die Nähe des Sohnes.

**Wahrgenommene Veränderungen:** Das Ehepaar möchte nicht, dass sich Fremde in ihre Situation einmischen, wehrt sich gegen die Massnahmen und fällt nach kurzer Zeit wieder in alte Muster zurück. Zu Beginn erwartete Frau Fischer keine Veränderungen durch CareNet+ und konnte nach vier Monaten auch keine feststellen. Bis zum Abschluss von CareNet+ wurde erreicht, dass der Sohn und die Schwiegertochter das Ehepaar vermehrt bei den finanziellen und administrativen Angelegenheiten unterstützen. Aufgrund der fehlenden Einsicht des Ehepaars, kam die Fallkordinatorin an ihre Grenzen und schloss den Fall wegen ausgeschöpfter Möglichkeiten ab.

**Möglicher Verlauf der Situation ohne CareNet+<sup>20</sup>:** Da Hilfe von aussen als Einmischung empfunden und abgewehrt wurde, wäre die Situation vom Ehepaar Fischer ohne CareNet+ vermutlich ähnlich verlaufen. Dank CareNet+ konnte aber eine Unterstützung durch Angehörige in administrativen Angelegenheiten eingerichtet werden.

### Entlastung von KlientInnen und Angehörigen

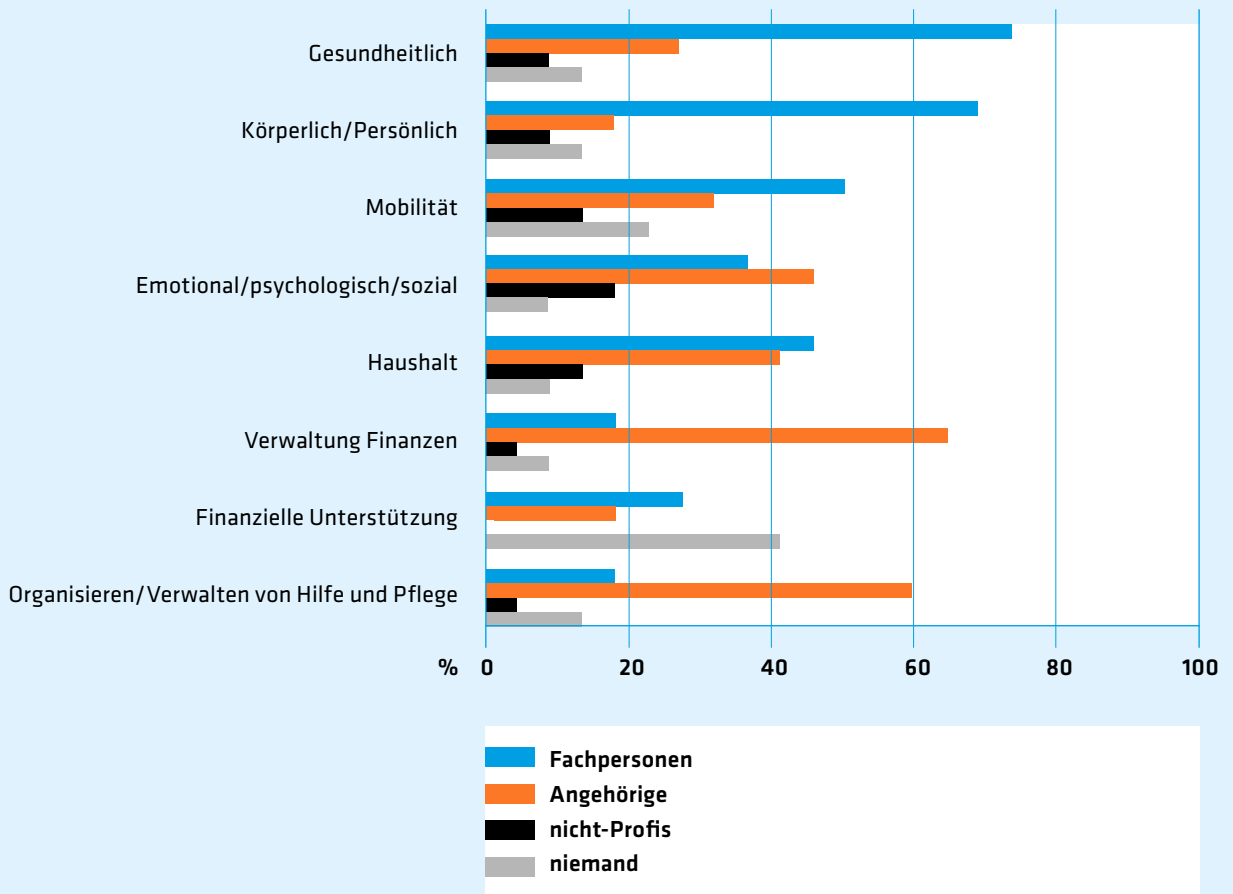
Aus der Befragung der KlientInnen geht ferner hervor, welche Unterstützungsleistungen zu den verschiedenen Befragungszeitpunkten durch Fachpersonen, Angehörige, andere oder niemand übernommen wurden. Während vor der Koordination von CareNet+, nach eigenen Angaben, die Angehörigen den Grossteil an Unterstützungsleistungen (über alle Bereiche hinweg)<sup>21</sup> weitgehend allein erbrachten (vgl. Abbildung 10 in Kapitel 6.4.2), wurde zum Abschluss von CareNet+ von

mehreren unterschiedlichen Personen Unterstützung geleistet. Vor allem in Bezug auf gesundheitliche Belange erhielten drei Viertel der befragten KlientInnen Unterstützung von einer Fachperson. Gleichzeitig wurden in diesen Bereichen die Angehörigen weniger involviert und konnten dadurch entlastet werden. In den Bereichen «Verwaltung der eigenen Finanzen» und «Organisieren/Verwalten von Hilfe und Pflege» übernehmen auch nach CareNet+ die Angehörigen einen Grossteil der Hilfeleistungen.

<sup>20</sup> Nach Einschätzung der Fallkordinatorin von CareNet+

<sup>21</sup> Zum Gesamtspektrum der Leistungen seitens Angehörigen vgl. Wepf, Kaspar, Otto, Bischofberger & Leu (2017).

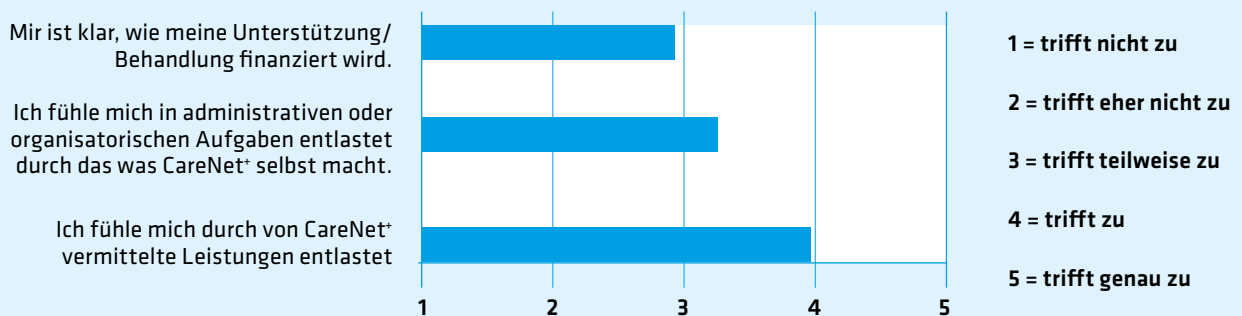
**Abbildung 7: Prozentzahl der KlientInnen, die Hilfe und Unterstützung nach CareNet<sup>+</sup> erhalten (Mehrfachnennungen)**



N=22, Zeitpunkt tA; Quelle: KlientInnenbefragung

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

**Abbildung 8: Subjektiv empfundene Entlastung durch CareNet<sup>+</sup> bei Fallabschluss (Mittelwert)**



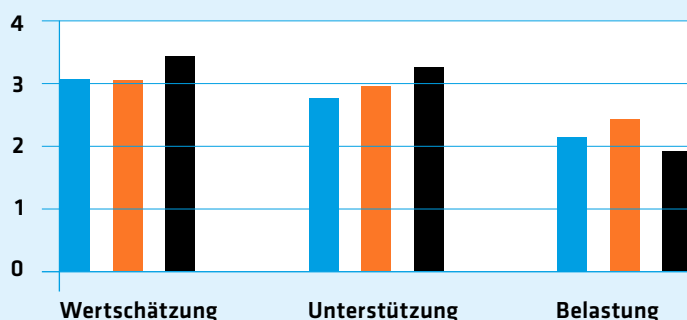
Quelle: KlientInnenbefragung, N=20; Zeitpunkt tA; durchschnittliche Beurteilung der KlientInnen,

Eine Veränderung im Zeitverlauf kann nur bei jenen zehn KlientInnen untersucht werden, die nach vier Monaten und bei Abschluss befragt wurden. Bei sieben der zehn Befragten konnte keine Veränderung festgestellt werden, d.h. sie fühlten sich nach vier Monaten und bei Abschluss von CareNet<sup>+</sup> gleich stark durch die durch CareNet<sup>+</sup> vermittelten Leistungen entlastet. Zwei Befragte gaben an, im Laufe der Zeit stärker entlastet worden zu sein und eine Befragte fühlte sich bei Abschluss weniger entlastet. In administrativen/organisatorischen Belangen fühlten sich drei der zehn Befragten vermehrt entlastet und vier Personen äusserten keine Veränderungen. Eine Person berichtete von einer zunehmenden Belastung und von zwei Personen fehlten entweder Angaben zu t1 oder tA. Anzumerken ist hier, dass bei den Befragungen nicht immer die gleichen Personen anwesend waren (mal der/die KlientIn, mal der/die Angehörige) und Unterschiede auch durch die individuell unterschiedliche Wahrnehmung und den Grad der Involvierung in die CareNet<sup>+</sup>-Massnahmen zustande kommen konnte.

In den **Interviews mit den an CareNet<sup>+</sup> 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). Nachfolgende Abbildung zeigt die Veränderungen im Zeitverlauf auf:

**Abbildung 9: Entwicklung der Belastung der Angehörigen**



Wertschätzung: 1 – 4:

4 = höchstmögliche wahrgenommene Wertschätzung/Unterstützung/Belastung.

1 = tiefstmögliche wahrgenommene Wertschätzung/Unterstützung/Belastung.

t0: N=14    t1: N=9    tA: N=12

Quelle: KlientInnenbefragung

Tendenziell zeigt sich, dass sich die befragten Angehörigen im Laufe von CareNet<sup>+</sup> vermehrt in ihren Unterstützungsleistungen wertgeschätzt fühlen. Diese Veränderung wird vor allem bei Abschluss von CareNet<sup>+</sup> deutlich. Im Hinblick auf die erfahrenen Unterstützungsleistungen zeigt sich hingegen eine stetige Verbesserung. Dies bestätigt auch die weiter oben berichteten Ergebnisse,

dass durch das Involvieren von mehreren Fachpersonen, Angehörige Tätigkeiten abgeben und dadurch in ihrer Betreuungssituation entlastet werden konnten. Die Belastung der Angehörigen sank während der Begleitung durch CareNet<sup>+</sup>, wobei nach vier Monaten eine leichte Mehrbelastung wahrgenommen wurde.

#### Fallbeispiel 4: Entlastung der Angehörigen

**Die Situation:** Herr Burkhalter (88 Jahre) wohnt mit einem seiner beiden Söhne im Eigenheim. Sein Gesundheitszustand verschlechtert sich zunehmend. Er isst fast nicht mehr, trinkt viel Alkohol, raucht und stürzt mehrmals. Herr Burkhalter hat kaum soziale Kontakte, ist sehr misstrauisch, sieht nicht ein, dass er Unterstützung braucht, äussert Suizidgedanken und besitzt zudem Waffen im Haus. Das Zusammenleben mit ihm ist gekennzeichnet von Angst und wird zunehmend unerträglich. Seine Söhne sind beide psychisch krank und werden von der psychiatrischen Spitex begleitet. Herr Burkhalter erhält ebenfalls Spitex. Die Söhne sind überfordert und stark belastet mit der Betreuung und der Erledigung des Zahlungsverkehrs. Der bei ihm lebende Sohn möchte zudem wegziehen. Die Söhne wünschen einen Heimeintritt ihres Vaters.

**Einbezug von CareNet<sup>+</sup>:** Die psychiatrische Spitex zieht CareNet<sup>+</sup> aufgrund der Komplexität des Falles hinzu.

**Massnahmen von CareNet<sup>+</sup>:** CareNet<sup>+</sup> hält Rücksprache mit allen Beteiligten und organisiert ein Rundtischgespräch. Ausserdem schafft sie finanzielle Grundlagen, um mehr Spitex-Einsätze finanzieren zu können. Diese wären nötig, wenn

der Sohn aus dem Haus auszieht. Bei Gesprächen mit den Leistungserbringern stellt sich ausserdem heraus, dass es Konflikte zwischen Hausarzt und Spitex gibt, weil Herr Burkhalter den beteiligten Parteien unterschiedliche Informationen gibt. Hier vermittelt CareNet<sup>+</sup> koordinierend zwischen den Parteien.

**Wahrgenommene Veränderungen:** CareNet<sup>+</sup> konnte erfolgreich zwischen den Leistungserbringern vermitteln und den Konflikt lösen. Die Söhne konnten entlastet werden, indem mehr Spitex-Betreuung und auch der Heimeintritt organisiert wurde. Zudem konnte ein Beistand installiert und die Waffen entsorgt werden. Die Gesundheit von Herrn Burkhalter verbessert sich leicht während der Begleitung durch CareNet<sup>+</sup>. Der starke Wunsch nach mehr Hilfe zu Beginn von CareNet<sup>+</sup> konnte durch den Heimeintritt erheblich gesenkt werden.

**Möglicher Verlauf der Situation ohne CareNet<sup>+</sup><sup>22</sup>:** Ohne die Intervention durch CareNet<sup>+</sup> wäre die Situation zwischen Herrn Burkhalter und dem bei ihm wohnenden Sohn vermutlich eskaliert. Es wäre zu einer Meldung bei der KESB gekommen, mit anschliessender Anhörung. Der Sohn wäre ausgezogen und Herr Burkhalter alleine geblieben und hätte sich gegen vermehrte Unterstützung von Leistungserbringern gewehrt.

<sup>22</sup> Nach Einschätzung der Fallkoordinatorin von CareNet<sup>+</sup>

Die **Interviews mit in CareNet<sup>+</sup> involvierten AkteurInnen** zeigen ein ähnliches Bild wie die Aussagen der befragten Angehörigen. Die Fallkoordinatorinnen und der Fallmoderator berichten von Fällen, bei denen zu Beginn der Unterstützung der Leidensdruck der Angehörigen sehr hoch gewesen sei. Zum einen wirke das Wissen darüber, dass sich jemand um die Koordination der Pflege und der Finanzierung kümmere, entlastend. Auch der neue Blickwinkel, mit dem CareNet<sup>+</sup> 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<sup>+</sup> die Angehörigen wieder mehr auf sich selbst konzentrieren konnten. Durch diese Entlastung der Angehörigen konnten die Fallkoordinatorinnen und der Fallkonferenzmoderator auch eine Entspannung der Verhältnisse zwischen KlientIn und Angehörigen feststellen.

### 5.1.4 Fazit

Die Auswertungen der CareNet<sup>+</sup> Stammdaten und der KlientInnen-/Angehörigenbefragungen verdeutlichen die Wirkung von CareNet<sup>+</sup> auf die KlientInnen. Die Analyse der Fallverläufe zeigt, dass CareNet<sup>+</sup> die drei häufigsten Erwartungen der KlientInnen (Übernahme der Koordination, Entlastung und Unterstützung bei der Finanzierung) mehrheitlich erfüllt hat. Aus den Klientenbefragungen wurde deutlich, dass CareNet<sup>+</sup> den Bedarf rund um die Finanzierung und Organisation von Hilfe und Pflege deckt und es zu einer Entlastung auf mehreren Ebenen kam: im Hinblick auf die finanzielle Situation (durch Beantragen von zusätzlichen Leistungen), Einbringen von Informations-Support, Entlastung von administrativen Aufgaben (durch Koordination, Organisation) und eine emotionale Entlastung (durch die Rolle als Ansprech-/Vertrauensperson). Zusätzlich geht deutlich hervor, dass nach CareNet<sup>+</sup> mehr AkteurInnen in die Versorgung/Unterstützung der KlientInnen involviert sind und vor allem Angehörige dies als entlastend wahrnehmen. Ausserdem zeigt sich eine Verbesserung im Hinblick auf den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand der KlientInnen im Verlauf der CareNet<sup>+</sup>-Koordination.

In wenigen Fällen zeigten die Befragung der KlientInnen und die Interviews mit den Fallkoordinatorinnen aber auch die Grenzen von CareNet<sup>+</sup> auf. Es wird deutlich, dass CareNet<sup>+</sup> bei Personen mit wenig oder keiner Krankheitseinsicht wenig bewirken kann. CareNet<sup>+</sup> kann Empfehlungen geben und Gespräche anbieten, die Massnahmen müssen jedoch von den Betroffenen mitgetragen und umgesetzt werden. In manchen Fällen, zum Teil auch wenn psychische Erkrankungen hinzukommen, sind die Barrieren zu stark, so dass CareNet<sup>+</sup> an seine Grenzen kommt. Ähnlich scheint es bei Konfliktfällen zu sein, wo Konfliktparteien gemeinsame Gespräche vermeiden und so keine Gesprächsbasis entstehen kann.<sup>23</sup>

<sup>23</sup> Hier könnte das stark auf Koordination ausgerichtete CareNet<sup>+</sup>-Modell ggf. auf der Grundlage von stärker systemisch-beraterischen Ansätzen noch deutlich weiterentwickelt und in seiner Wirkungskraft in solchen Konstellationen verstärkt werden. Vgl. z.B. den bei Hedtke-Becker, Hoevels, Otto, Stumpp & Beck 2012; Hedtke-Becker, Hoevels, Otto & Stumpp 2011; Stumpp & Otto 2010 dokumentierten Modellversuch InnoWo.

## 5.2 Effizienz und Qualität der Versorgungsprozesse

### Effizienz der Versorgungsprozesse

Die befragten Akteure sind sich darin einig, dass sich die Koordination unter den Akteuren durch CareNet<sup>+</sup> deutlich verbessert hat. Als wichtiges Element heben sie dazu die gemeinsamen Fallbesprechungen in Form von Rundtischgesprächen oder Fallkonferenzen 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 nennen konkrete Beispiele, wie durch CareNet<sup>+</sup> die Koordination unter den involvierten Akteuren optimiert werden konnte:

- Ein Spitex-Zentrum berichtet, dass vor CareNet<sup>+</sup> während einem Dreivierteljahr versucht worden sei, eine Lösung zu finden und viel Aufwand betrieben worden sei. In der Fallbesprechung habe dann sofort eine Lösung gefunden werden können.
- In einem anderen Fall konnte laut einem Akteur durch CareNet<sup>+</sup> die Rollenteilung zwischen der psychiatrischen Spitex und einer anderen Spitex-Organisation geklärt werden. Dies habe zu einer besseren Aufgabenteilung und einer qualitativ besseren Versorgung des Betroffenen geführt.
- Mehrere Leistungserbringer berichten 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

Spitex-Zentrum 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 zwischen 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<sup>+</sup> stärker gewordene Vernetzung miteinander. Diese wichtige Entwicklung weist weit über die positiven Effekte auf Einzelfallebene hinaus und betrifft die Leistungsfähigkeit des regionalen Versorgungssystems insgesamt. Die Akteure sprechen von «kürzeren Wegen» und dem Vorteil, die anderen Akteure persönlich kennenzulernen. Dies vereinfache es auch in anderen Fällen, schneller miteinander zu kommunizieren und näher miteinander zusammenzuarbeiten. So hat sich beispielsweise zwischen einem Versicherer und einem Spitex-Zentrum ein stärkerer Austausch seit CareNet<sup>+</sup> entwickelt. Durch diese aufgrund von Vernetzung im Einzelfall bewirkte strukturelle Stärkung der organisatorischen Netzwerkbeziehungen sind nachhaltige Wirkungen zu erwarten.



### 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 Spitex-Zentrums erwähnt, dass diese die Qualität der Betreuung durch CareNet<sup>+</sup> 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.

## 5.3 Finanzielle Auswirkungen

Modelle der integrierten bzw. koordinierten Versorgung finden in der politischen Diskussion grosse Beachtung, da u.a. auch Kosteneinsparpotenziale erwartet werden.<sup>24</sup> Diesen Erwartungen liegen folgende Hypothesen zugrunde: Koordinierte Versorgung spart Kosten, da

- die Abläufe bei den Leistungserbringern effizienter erfolgen und weniger doppelte Leistungen erbracht werden, indem die Informationen zwischen den am Fall beteiligten Leistungserbringern besser fließen und
- die Betroffenen schneller richtig und besser versorgt werden und somit unnötige Notfalleinsätze oder (Re-)Hospitalisationen<sup>25</sup> vermieden und Eintritte ins Pflegeheim hinausgezögert oder sogar vermieden werden.

Eine gesamthafte Beurteilung der finanziellen Wirkungen koordinierter integrierter Versorgung

mit Blick auf alle beteiligten Kostenträger ist im Feld der Versorgung von Menschen mit komplexen Hilfebedarfen aber alles andere als einfach. Dabei ist sie – auch international – von hohem Interesse. Die Forschungslage ist u.a. aus zwei Gründen höchst bescheiden: (a) weil wenig einschlägige Versorgungsmodelle bestehen, (b) weil sodann evidenzbasierte methodisch anspruchsvolle Studien fehlen (vgl. z.B. Nolte & Pitchforth 2014; Looman 2018). Für die Schweiz gelten beide Befunde.

Auch im Falle von CareNet<sup>+</sup> ist eine Schätzung der finanziellen Wirkungen nach Massgabe des «state of the art» von gesundheitsökonomischen Evaluationen zum heutigen Zeitpunkt nicht möglich. Die Wirkung von CareNet<sup>+</sup> müsste anhand der Kostenverläufe im Vergleich zu einer Kontrollgruppe analysiert werden. Um eine valide Kontrollgruppe zu bilden, sind die derzeitigen Fallzahlen nicht ausreichend.

<sup>24</sup> Vgl. auch die kürzlich vom Bundesrat publizierte Vorlage zur KVG-Revision betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung: <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/53668.pdf>

<sup>25</sup> Zum Zusammenhang zwischen Case-Management und reduzierter Spitalnutzung vgl. den systematischen Review von Joo & Liu (2017).

Dennoch lassen sich aus den verfügbaren Informationen Aussagen über die finanziellen Auswirkungen von CareNet<sup>+</sup> treffen, insbesondere darüber, in welchen Fällen Kosteneinsparungen möglich sind. Im Folgenden betrachten wir dazu im ersten Schritt die Verläufe der Versorgungssituation mit Intervention von CareNet<sup>+</sup> und identifizieren typische Verläufe (Kap. 5.3.1). Dies gibt erste Hinweise darauf, wie CareNet<sup>+</sup> die Versorgungssituation verändert hat. Im zweiten Schritt zeigen wir anhand von drei konkreten Fallbeispielen die Auswirkungen auf die Fallkosten im Vergleich zu einer hypothetischen Situation ohne CareNet<sup>+</sup> auf (Kap. 5.3.2). Anhand der Informationen, welche zu den einzelnen Fällen bzw. den Krisensituationen bekannt sind, lassen sich Hypothesen dazu bilden, welcher Verlauf sich ohne Intervention von CareNet<sup>+</sup> ergeben hätte.

Der hier verwendete Ansatz zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen entspricht einer Kosten-Nutzen-Analyse, bei der die Kosten einer Massnahme den in Geldeinheiten bewerteten Nutzen gegenübergestellt werden. Die Bewertung des Nutzens stellt dabei die grosse Herausforderung dar. In diesem Fall werden dazu die direkten medizinischen und pflegerischen Kosten sowie die Kosten für das Sozialsystem – beispielsweise bei einem vermiedenen Spitalaufenthalt oder Heimaufenthalt – verwendet. Darüber hinaus können weitere Nutzen entstehen wie Effekte auf die Lebensqualität. Da solche Effekte in diesem Fall nur aus einer hypothetischen Situation abgeleitet werden können und nicht im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, wäre eine solche Abschätzung zu unsicher.

Zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen nehmen wir eine Gesamtausgabenperspektive ein sowie die Perspektive der einzelnen Kostenträger. Somit wird auch die Budgetrelevanz der einzelnen Kostenträger beleuchtet. So ist es möglich, dass die durch die Leistungen von CareNet<sup>+</sup> erzielten Wirkungen in bestimmten Situationen für einen

Kostenträger lohnenswert sind, für den anderen aber keine grosse Rolle spielen.

Schliesslich gehen wir auf den Aufwand und Mehrwert der Leistungserbringer und Kostenträger ein (Kap. 5.3.3).

### 5.3.1 Veränderung der Versorgungssituation

Zu den Veränderungen der Versorgungssituation durch CareNet<sup>+</sup> (Längsschnittperspektive) kann die Klientenbefragung Hinweise geben. In dieser wurde für die Zeiträume 6 Monate vor Eintritt in CareNet<sup>+</sup>, 4 Monate nach Eintritt und bei Fallabschluss erhoben, welche Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch genommen wurden. Insgesamt liegen für 26 Fälle<sup>27</sup> Daten zum Verlauf der Inanspruchnahme vor.

#### Ambulante Versorgung

- **Situation vor CareNet<sup>+</sup>:** Bis auf zwei KlientInnen nahmen alle eine Form von ambulanten Pflege und/oder Betreuung in Anspruch: Am häufigsten wurde ärztliche Versorgung (21 von 26; 80%) und eine Betreuung durch Angehörige (19 von 26; 73%) in Anspruch genommen. Die Spitex kam in 15 von 26 Fällen, bei 58% der KlientInnen, zum Einsatz.
- **Entwicklung Spitex-Leistungen:** Die Pflege und Betreuung durch die Spitex hat bei den auswertbaren Fällen (26) insgesamt zugenommen. Nach Eintritt in CareNet<sup>+</sup> haben sieben KlientInnen (27%) Leistungen der Spitex neu während durchschnittlich 8 Stunden pro Woche in Anspruch genommen, während dies vorher nicht der Fall war (v.a. für die medizinische Pflege und vereinzelt für hauswirtschaftliche Unterstützung). 15 Fälle (58%) haben sowohl vorher als auch nachher Spitex-Leistungen bezogen, wobei in rund der Hälfte dieser Fälle sich die nach-

<sup>27</sup> Für 12 dieser Fälle sind Angaben zum Zeitpunkt t0, t1 und tA verfügbar, für 10 zum Zeitpunkt t0 und tA und für 4 Fälle zum Zeitpunkt t0 und t1.

gefragten Spitex-Leistungen um durchschnittlich drei Stunden pro Woche (von 6 auf 9 Stunden) erhöht haben. Dabei handelte es sich meist um eine Erhöhung sowohl der pflegerischen als auch der hauswirtschaftlichen Unterstützung. Vier weitere Fälle (15%) haben weder vorher noch nachher Spitex-Leistungen in Anspruch genommen.

- **Entwicklung ärztliche Betreuung:** Unter den 25 auswertbaren Fällen<sup>28</sup> zeigen sich keine auffälligen Veränderungen. Elf Fälle (44%) suchten nach Unterstützung durch CareNet<sup>+</sup> die ambulanten ÄrztInnen im selben Ausmass auf wie zuvor. Bei je sieben Fällen wurden ambulante ÄrztInnen nach Eintritt in CareNet<sup>+</sup> entweder häufiger oder seltener aufgesucht.
- **Entwicklung Betreuung durch Angehörige:** Die Betreuung durch Angehörige hat bei den 25 auswertbaren Fällen insgesamt tendenziell leicht zugenommen. In ca. der Hälfte der auswertbaren 25 Fälle (52%) blieb das Ausmass der Unterstützung durch die Angehörigen in etwa gleich, in neun weiteren Fällen (36%) nahm diese Unterstützung zu und nur in drei Fällen (12%) nahm das Engagement der Angehörigen ab.

## Stationäre Aufenthalte

- **Situation vor CareNet<sup>+</sup>:** Wie in Kap. 6.3.2 ausgeführt, fand in 14 (von 24 auswertbaren) Fällen (58%) in den sechs Monaten vor der Begleitung durch CareNet<sup>+</sup> mindestens ein Spitalaufenthalt statt. Bei zwei dieser Fälle hatte der Spitalaufenthalt einen temporären Pflegeheimaufenthalt zur Folge. Einer dieser Fälle bildete auch insofern eine Ausnahme, dass er keine ambulante Pflege in Anspruch nahm, weder durch die Spitex, die Angehörigen oder einen Arzt. Ein weiterer Fall hatte zwar keinen Spitalaufenthalt jedoch einen vorübergehenden Aufenthalt in einem Pflegeheim.
- **Entwicklung Hospitalisierung:** Bei den Hospitalisierungen zeigen sich insgesamt keine auffälligen Veränderungen. Nach Eintritt in CareNet<sup>+</sup> wurden von den auswertbaren 24 Fällen 13 Fälle (54%) mindestens einmal hospitalisiert (gegenüber 14 Fällen vor Eintritt in CareNet<sup>+</sup>). Von den 14 Fällen, die vor Eintritt in CareNet<sup>+</sup> hospitalisiert worden waren, wurden acht Fälle seither nicht mehr hospitalisiert, wobei zwei Fälle erst weniger als sechs Monate CareNet<sup>+</sup> angeschlossen waren. Von den zehn Fällen, die sechs Monate vor CareNet<sup>+</sup> keine Hospitalisierung hatten, mussten sieben Fälle während der Betreuung durch CareNet<sup>+</sup> mindestens einmal in ein Spital eintreten, ein Fall davon jedoch nur für einen halben Tag. Bei zwei dieser Fälle handelt es sich um Fälle, die verstorben sind, so dass der Spitalaufenthalt vermutlich damit zusammenhängt. Bei fünf Fällen kam es sowohl vor als auch nach Eintritt in CareNet<sup>+</sup> nicht zu einer Hospitalisierung und sechs Fälle wurden sowohl vor als auch nach CareNet<sup>+</sup> mindestens einmal hospitalisiert.
- **Entwicklung Pflegeheimaufenthalte:** Auch bei den Pflegeheimaufenthalten zeigen sich keine auffälligen Veränderungen. In einem Fall kam es während der Betreuung durch CareNet<sup>+</sup> zu

einem kurzzeitigen Aufenthalt von zwei Wochen. In einem anderen Fall kam es während der Betreuung in CareNet<sup>+</sup> nicht wieder zu einem kurzzeitigen Pflegeheim eintritt. Zwei Fälle sind während der Betreuung durch CareNet<sup>+</sup> dauerhaft in ein Pflegeheim eingetreten und in einem weiteren Fall ist der dauerhafte Eintritt in ein Pflegeheim geplant.

### Gesamter Verlauf der Versorgung

Die vorangehenden Ausführungen zeigen, dass über alle CareNet<sup>+</sup>-Fälle hinweg die Unterstützung durch die Spitex und die Angehörigen sich in der Tendenz erhöht hat, während bei der Inanspruchnahme der ambulanten ÄrztInnen sowie den Spital- und Pflegeheimaufenthalten weniger eindeutige Veränderungen festgestellt werden können. Betrachtet man, wie sich die gesamte Versorgung über die Zeit entwickelt hat, so können drei typische Verläufe unterschieden werden:

- Typ 1:  
Zunahme ambulanter Leistungen (v.a. Spitex) entweder bei einer Abnahme oder gleichbleibender Inanspruchnahme von stationären Leistungen (Pflegeheim oder Spital) (diese Entwicklung ist bei 13 von 25 auswertbaren Fällen<sup>29</sup> zu sehen),
- Typ 2:  
Zunahme ambulanter Leistungen (v.a. Spitex) bei gleichzeitiger Zunahme von stationären Leistungen (N=5),
- Typ 3:  
Konstante oder abnehmende Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Leistungen (N=4).

Bei diesen drei typischen Fallverläufen ist ein Einfluss von CareNet<sup>+</sup> auf die Gesundheitsausgaben prinzipiell bei allen Typen denkbar. Bei Typ 1 ist es möglich, dass der Rückgang (oder in gewissen Fällen die gleichbleibende Anzahl) der stationären Aufenthalte dank der Koordination von CareNet<sup>+</sup> und der stärkeren (professionellen) ambulanten Betreuung und Pflege entstanden ist.

Auch in den Fällen, bei denen es trotz einer Zunahme der ambulanten Pflege zu einer stärkeren Inanspruchnahme von stationären Leistungen kam (Typ 2), ist ein Einfluss von CareNet<sup>+</sup> nicht auszuschliessen: Möglich ist, dass es ohne die vermehrte ambulante Pflege bereits früher oder häufiger zu Hospitalisierungen oder Eintritten in ein Pflegeheim gekommen wäre. In bestimmten Fällen ist prinzipiell auch denkbar, dass durch CareNet<sup>+</sup> zwar in bestimmten Fällen vordergründig frühere oder intensivere professionelle Hilfen mobilisiert werden, im längsschnittlichen Verlauf dadurch aber ein nachhaltig bedarfsorientierterer Versorgungsverlauf erreicht würde. Bei Typ 3, wo die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Leistungen abgenommen hat ist denkbar, dass CareNet<sup>+</sup> eine vorher bestehende Überversorgung reduzieren konnte oder durch die Koordination und die Absprachen die Versorgung effizienter gestaltet wurde.

<sup>29</sup> Davon konnten drei Fälle keinem dieser Typen zugeordnet werden.

### 5.3.2 Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben

Der Einfluss von CareNet<sup>+</sup> auf die Gesundheitsausgaben kann anhand der alleinigen Betrachtung der Verläufe der Versorgung nicht abschliessend beurteilt werden. Grund dafür ist, dass nicht bekannt ist, welchen Verlauf der Fall genommen hätte, wenn CareNet<sup>+</sup> nicht involviert gewesen wäre. Die bisherigen Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben können lediglich in verallgemeinerter Form aufgrund der Informationen, die uns zu den Fällen vorliegen eingeschätzt werden:<sup>30</sup>

#### Zusätzliche Kosten durch CareNet<sup>+</sup> (Typ 1 und Typ 2)

Wie in Kapitel 5.3.1 beschrieben, hat die Mehrheit der CareNet<sup>+</sup> KlientInnen während der Fallbegleitung vermehrt Hilfe durch ambulante Leistungserbringer bezogen (Typ 1 und Typ 2). Bei den Fällen, zu denen genauere Angaben zur Inanspruchnahme der Spitex (26 Fälle) vorliegen, sind die Spitexleistungen gemäss den Angaben der KlientInnen und Angehörigen bei 22 Fällen um durchschnittlich rund fünf Stunden pro Woche gestiegen (vgl. Kap. 5.3.1). Aufgrund der gemachten Angaben ist davon auszugehen, dass die Hauswirtschaft dabei den grösseren Teil als die KLV-Leistungen ausmacht. Geht man beispielsweise davon aus, dass ein Drittel Pflege und zwei Drittel Hauswirtschaft geleistet wird, lässt sich daraus schliessen, dass sich die zusätzlichen Gesamtkosten der Spitex pro Fall durchschnittlich auf rund CHF 350 pro Woche bzw. CHF 1'400 pro Monat belaufen.<sup>31</sup> Hinzu kommen die Leistungen von CareNet<sup>+</sup>, d.h. einmalig rund CHF 8'500 pro Person (Fallpauschale)<sup>32</sup>. Letztere werden in vielen Fällen jedoch mindestens teilweise kompensiert

dadurch, dass den Leistungserbringern und Gemeinden durch CareNet<sup>+</sup> auch Aufwand reduziert wird (vgl. folgende Fallbeispiele und Kap. 5.3.3).

#### Mögliche Kosteneinsparungen (Typ 1 und Typ 2)

Welche Kosteneinsparungen diesen Mehrkosten gegenüberstehen, ist sehr schwierig zu beurteilen, da sie – wie bereits erwähnt – hypothetischer Natur sind: Was wäre passiert, wenn die einzelnen Fälle keine zusätzliche Pflege zu Hause oder hauswirtschaftliche Leistungen (auch zur Entlastung der Angehörigen) erhalten hätten? Aufgrund der Informationen, die uns zu mehreren Fällen vorliegen<sup>33</sup>, ist bei allen Fällen, die zusätzlich Spitexleistungen in Anspruch genommen haben, denkbar, dass die Intervention von CareNet<sup>+</sup> und der erhöhte Einsatz der Spitex kurz- oder langfristig einen stationären Aufenthalt vermieden oder verzögert haben. Es handelt immer entweder um Fälle, in denen die Betroffenen z.B. aufgrund der ungelösten finanziellen Situation oder einer Isolation unterversorgt sind (siehe auch Fallbeispiele 1, 3, 4 und 6). Oder es liegt ein Konfliktfall oder eine Krise aufgrund der finanziellen oder sozialen Situation vor, welche mit hohen psychischen Belastungen der Betroffenen und Angehörigen verbunden sind (siehe auch Fallbeispiele 2 und 5).

Wie hoch sind nun die Kosteneinsparungen von vermiedenen stationären Aufenthalten? Im Fall von einem vermiedenen Pflegeheimaufenthalt lassen diese sich relativ gut rekonstruieren. Dies wurde anhand von zwei Fallbeispielen gemacht (vgl. Fallbeispiele 5 und 6). Es zeigt sich, dass in Fällen, in denen ein relativ hoher Pflegebedarf vorliegt, die Kosten für die Pflege und Betreuung im

<sup>30</sup> Als Hintergrundinformation zur Pflegefinanzierung vgl. den kürzlich veröffentlichten Evaluationsbericht: Trageser, Gschwend, von Stokar, Landolt, Hegedüs & Otto (2018).

<sup>31</sup> Dabei nehmen wir an, dass die pflegerischen Leistungen rund CHF 130 pro Stunde (zusammengesetzt aus rund CHF 60 Ausgaben der Versicherer, rund CHF 60 Restkosten der Gemeinde und CHF 8 Patientenbeitrag, grober Mittelwert der drei KLV-Leistungen) und die Unterstützung im Haushalt rund CHF 40/Stunde ausmachen (diese groben Angaben entnehmen wir einzelnen Abrechnungen von CareNet<sup>+</sup> Fällen). Quelle: Angaben eines Leistungserbringers zu den Tarifen und Beiträgen der Versicherer und Gemeinden.

<sup>32</sup> Die Fallpauschale wurde basierend auf den geschätzten Vollkosten für die Betriebsphase berechnet (vgl. Kap. 3.3).

<sup>33</sup> Dies liegt bei knapp einem Drittel der 40 KlientInnen vor.

Pflegeheim nur leicht höher sind als für die Pflege und Betreuung zu Hause (Fallbeispiel 6), bei tieferem Pflegebedarf ist die Differenz jedoch eindeutiger (Fallbeispiel 5)<sup>34</sup>. Im Fall von vermiedenen Spitalaufenthalten sind die möglichen Kosteneinsparungen ungewisser, da erstens nicht bekannt ist, wie häufig die Personen einen Spitalaufenthalt gehabt hätten und zweitens mit welchen Ausgaben dieser verbunden gewesen wäre. Als Anhaltspunkt für eine Grössenordnung: Die Base-Rate eines Spitalfalls im Kanton Zürich beläuft sich auf knapp CHF 10'000<sup>35</sup>. Aus dem Vergleich der zusätzlichen Kosten (Spitex und Intervention CareNet<sup>+</sup>) ergibt sich: Konnte mit CareNet<sup>+</sup> bzw. die daraus resultierende zusätzliche Pflege und Betreuung durch die Spitex mehr als ein Spitalaufenthalt pro Fall und pro Jahr vermieden werden, so hat sich die Intervention auch in finanzieller Hinsicht gelohnt – dies rein bezogen auf die Inanspruchnahme von Leistungen und die damit verbundenen Tarife. Mögliche weitere Kosteneinsparungen durch vermiedene Doppelspurigkeiten unter den Leistungserbringern oder sonstige Reibungsverluste sind dabei noch nicht berücksichtigt.

### Finanzielle Wirkungen Typ 3

Zu Fällen, bei denen auch mit der Betreuung durch CareNet<sup>+</sup> die ambulante Betreuung nicht vermehrt zum Einsatz gekommen ist (Typ 3) – insgesamt vier der auswertbaren Fälle – sind nur zu zwei KlientInnen genauere Angaben zu den Fallverläufen bekannt. In einem dieser Beispiele wäre vermehrte ambulante Pflege angezeigt gewesen, die betroffene Person hat sich jedoch wenig kooperativ gezeigt. Das Ziel von CareNet<sup>+</sup> konnte in diesem Fall nicht erreicht werden. Beim anderen Fall, bei dem die Spitex-Leistungen nicht erhöht wurden, war dies – zumindest von aussen betrachtet – nicht zwingend nötig. So bestand in diesem Fall die Leistung von Care-Net<sup>+</sup> v.a. darin, die Person psychisch zu entlasten, indem die finanzielle Situation und die Erwerbssituation geklärt wurden. Dies dürfte eine präventive Wirkung gehabt haben, wodurch in diesem Fall vermutlich langfristig zusätzliche Beiträge durch die Invalidenversicherung vermieden wurden.

### Fallbeispiele

In der Folge präsentieren wir zwei Fallbeispiele inkl. Kostenabschätzungen, die dem Typ 1 (während CareNet<sup>+</sup> kam es zu vermehrten Spitex-Leistungen) zugeordnet werden können und bei denen vermutlich ein Heimaufenthalt vermieden werden konnte.<sup>36</sup> In ersten Fall (Fallbeispiel 5) hängt die Bilanz der finanziellen Auswirkungen davon ab, wie lange die Person in der hypothetischen Situation einen stationären Aufenthalt im Pflegeheim gehabt hätte. Unter der Annahme, dass der Aufenthalt längerfristig gewesen wäre, hat sich die Intervention von Care-Net<sup>+</sup> gelohnt. Im zweiten Fall fallen die Ausgaben für die Kostenträger höher aus.

<sup>34</sup> Dies entspricht auch Erkenntnissen aus der Literatur (siehe dazu bspw. Cosandey (2016)).

<sup>35</sup> Die Base-Rates widerspiegeln die Basisfallkosten der Spitäler für die Behandlungen. Je nach Komplexität des Eingriffs wird diese Base-Rate mit einem grösseren oder kleineren Kostengewicht multipliziert. Auch wenn unklar ist, welche Kosten bei einer typischen Hospitalisation eines CareNet<sup>+</sup>-Falles entstehen, gehen wir grob davon aus, dass dies sich in der Höhe eines durchschnittlichen Spitalfalls belaufen könnte.

<sup>36</sup> Typ 1 ist nicht nur insofern am interessantesten, da er den häufigsten Verlauf repräsentiert. Er ist besonders von Interesse, da zunächst (vermutlich durch die Intervention von CareNet<sup>+</sup>) zunächst die Kosten der ambulanten Versorgung erhöht wurden. Somit stellt sich besonders die Frage, ob und inwieweit durch diese veränderte Versorgungssituation auf der anderen Seite auch Kosten reduziert werden konnten. Zu Typ 2 lagen nicht genügend Informationen vor, um ein Fallbeispiel zu konstruieren.

### Fallbeispiel 5: Krisensituation im engen sozialen Umfeld

**Die Situation:** Herr Walter (72 Jahre) hat Parkinson und eine Hauterkrankung und braucht regelmässig Spritzen zur Linderung der Beschwerden. Er verbrachte in den letzten sechs Monaten eine Woche im Spital. Trotz der Einschränkungen kann er zufrieden zu Hause leben. Es kommt zur Trennung mit der Ehefrau, die aus der Wohnung auszieht. Infolge der Trennung entsteht ein erhöhter Bedarf an Pflege und Haushaltshilfe für die Spitex. Da das Erwerbseinkommen der Ehefrau wegfällt, fehlen ihm die Mittel um die Pflege und Haushaltshilfe zu finanzieren. Er lebt von der AHV und einer kleinen Pensionskassenrente. Ihm fehlen Kenntnisse dazu, welche Sozialversicherungsleistungen er in Anspruch nehmen könnte.

**Einbezug von CareNet<sup>+</sup>:** Die Spitex schaltet CareNet<sup>+</sup> ein, um die Finanzierung zu klären.

**Massnahmen von CareNet<sup>+</sup>:** Nach Aufnahme des Falles nimmt CareNet<sup>+</sup> am Kundenrapport der zuständigen Spitex teil. CareNet<sup>+</sup> organisiert den gerichtlichen Trennungsprozess, klärt die

finanzielle Situation und den Sozialversicherungsanspruch. CareNet<sup>+</sup> organisiert ein Rundtischgespräch mit Herrn Walter, zwei seiner Söhne, der Spitex, dem Hausarzt und der zuständigen Krankenversicherung.

**Wahrgenommene Veränderungen:** Herr Walter erhält nun Hilflosenentschädigung und Ergänzungseistungen zur AHV. Am Rundtischgespräch konnte auch die Finanzierung der Spitexleistungen direkt mit der Krankenversicherung abgestimmt werden. Herr Walter erhält jeden Tag Unterstützung durch die Spitex von 60–80 Minuten pro Tag.

**Möglicher Verlauf der Situation ohne CareNet<sup>+</sup><sup>37</sup>:** Ohne CareNet<sup>+</sup> hätte Herr Walter ggf. kurz- oder längerfristig in ein Pflegeheim eintreten müssen bis die Finanzierung der Pflege zu Hause durch einen Sozialdienst oder die KESB geklärt worden wäre. Der Sozialdienst/die KESB hätte vermutlich eine Berufsbeistandschaft zur Klärung der Sozialversicherungsansprüche und Organisation des Trennungsprozesses errichtet.

Tabelle 4: Kostenvergleich Fallbeispiel 5: Situation mit und ohne Intervention von CareNet\*

Situation mit Intervention CareNet*	Hypothetische Situation ohne CareNet*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kosten der Leistung von CareNet*:</b> Die Intervention nahm knapp 30 Arbeitsstunden in Anspruch. Verrechnet würde die Fallpauschale von CHF 8'500<sup>38</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klärung finanzielle Situation durch von der Gemeinde finanzierte Behörden (KESB, Berufsbeistand): Ca. CHF 6'500 (gemäss Abklärungen Fallkoordinatorin)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gesamtkosten der veränderten Versorgungssituation:</b> Die Kosten für die Spitexleistungen betragen in den ersten Monaten rund CHF 5'800, nach ein paar Monaten sind die Kosten gesunken auf monatlich rund CHF 3'200. Von diesen monatlichen Kosten machen KVG-pflichtige Leistungen mehr als 90% aus. Bei dem Rest handelt es sich um hauswirtschaftliche Leistungen. Die monatlichen Kosten werden zu 49% durch die öffentliche Hand (Gemeinde), 38% durch die Krankenversicherung und 13% durch den Patienten finanziert. Im Fall von Herrn Walter werden die durch den Patienten zu finanzierenden Leistungen durch die Ergänzungsleistungen übernommen. Zudem kommen die Ergänzungsleistungen für die Kosten des Lebensbedarfs, der Miete und der Krankenversicherung auf, welche mit dem Einkommen von Herrn Walter nicht gedeckt werden. Insgesamt fallen Ergänzungsleistungen von monatlich rund CHF 900 (anfänglich) bzw. rund CHF 760 (nach wieder gesunkenen Versorgungsbedarf) an. Davon trägt die Gemeinde rund CHF 500 resp. CHF 425 (nach gesunkenem Versorgungsbedarf).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gesamtkosten hypothetische Situation:</b> Ohne CareNet* wird davon ausgegangen, dass Herr Walter mindestens kurzfristig in ein Pflegeheim gekommen wäre, weil der starke Bedarf sonst nicht hätte finanziert werden können. Die in Anspruch genommenen Pflegeleistungen in der Spitex entsprechen der Pflegebedarfsstufe 4 (bei gesunkenem Pflegebedarf). Die Kosten, welche in diesem Fall in einem Pflegeheim für die Pflege und Betreuung angefallen wären, betragen monatlich CHF 4'800, wobei die Pflege 65% ausmacht. Davon hätte die Krankenversicherung rund 35% gezahlt. Für die restlichen Kosten (inkl. Hotellerie im Pflegeheim) wären die Ergänzungsleistungen aufgekommen.</li> </ul>
<p>Gesamtkosten langfristig (tiefer Versorgungsbedarf)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für Pflege und Hauswirtschaft (ohne Ergänzungsleistungen): CHF 3'200</li> <li>• Für Pflege und Ergänzungsleistungen Hauswirtschaft und Lebensbedarf): CHF 3'780</li> <li>• Nach Kostenträger:</li> <li>• Versicherer: CHF 1'330 (Pflege)</li> <li>• Gemeinde: CHF 2'110 (Pflege und EL)</li> <li>• Staatsbeitrag: CHF 340 (EL)</li> </ul>	<p>Gesamtkosten langfristig (tieferer Versorgungsbedarf):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für Pflege und Betreuung (ohne Ergänzungsleistungen): CHF 4'800</li> <li>• Für Pflege und Ergänzungsleistungen (Betreuung und Hotellerie): CHF 6'370</li> <li>• Nach Kostenträger:</li> <li>• Versicherer: CHF 1'100 (Pflege)</li> <li>• Gemeinde: CHF 3'550 (Pflege und EL)</li> <li>• Staatsbeitrag: CHF 1'720 (EL)</li> </ul>
<p><b>Fazit:</b> Durch die Intervention von CareNet* konnten insgesamt monatlich CHF 2'600 eingespart werden. Demgegenüber steht der Aufwand von CareNet*, welcher im anderen Fall jedoch grösstenteils durch die Gemeinde zu tragen gewesen wäre. Der zusätzliche Aufwand von CareNet* beträgt ca. CHF 2'000. Wäre Herr Peter dauerhaft (mehr als 3-4 Monate) in ein Pflegeheim</p>	<p>eingetreten, kann in diesem Fall von Kosteneinsparungen gesprochen werden. Bei einem nur kurzfristigen Pflegeheimaufenthalt hätte sich die Intervention nur von finanzieller Seite betrachtet nicht gelohnt, da der anfängliche Pflegebedarf höher war und die Differenz zwischen den Kosten in diesem Fall geringer ist (vgl. nächstes Fallbeispiel).</p>

Quellen: Abklärungen durch die Fallkoordinatorin beim Spitex-Zentrum und beim Pflegeheim Senevita Obstgarten.

<sup>38</sup> Dieser Betrag wurde von PSZH aufgrund der gemachten Erfahrungen im Pilot für die geplante Betriebsphase festgelegt.



### Fallbeispiel 6: Starke Pflegebedürftigkeit durch Schlaganfall – Verbleib in der Wohnung

**Die Situation:** Frau Weber ist 78 Jahre alt und lebt alleine in ihrer Wohnung. Nach einem Schlaganfall ist sie halbseitig gelähmt. Sie kommt nach einem Rehaaufenthalt zurück in ihre eigene Wohnung und wird fortan durch die Spitex betreut. Ihre AHV-Rente reicht nicht mehr aus, um den hohen Pflege- und Betreuungsbedarf zu decken.

**Einbezug von CareNet<sup>+</sup>:** Die Spitex schaltet CareNet<sup>+</sup> ein, um die Finanzierung zu klären.

**Massnahmen von CareNet<sup>+</sup>:** CareNet<sup>+</sup> bespricht den Fall mit der Bezugsperson in der Spitex, nimmt eine Situationsanalyse zu Hause bei der Klientin vor und klärt die Ursache für die fehlenden Mittel. Es stellt sich heraus, dass Vermögen vorhanden ist, welches aber nicht verfügbar ist, da dieses in Form von Immobilien besteht und bisher nicht aufgelöst und verteilt wurde. CareNet<sup>+</sup> kann eine moderierte Besprechung innerhalb der Erbgemeinschaft organisieren.

**Wahrgenommene Veränderungen:** Die Erbgemeinschaft zeigte sich kooperativ und somit konnte das Vermögen für Frau Weber verfügbar gemacht werden. Frau Weber konnte dadurch eine weitere Unterstützung (Privatspitex) involvieren, die aus ihrem Vermögen gezahlt wurde.

**Möglicher Verlauf der Situation ohne CareNet<sup>+</sup><sup>39</sup>:** Ohne CareNet<sup>+</sup> hätte die Spitex vermutlich einen Sozialdienst oder die KESB eingeschaltet. Es hätte vermutlich eine Berufsbeistandschaft errichtet werden müssen, um die Erbteilung in Gang zu setzen. Kurzfristig hätte Frau Weber in ein Pflegeheim eintreten müssen, da die Spitex die notwendige Pflege nicht mehr hätte gewährleisten können. Die Kosten für die Leistungen des Sozialdienstes/der KESB und der Beistandschaft hätte Frau Weber im Nachhinein zurückzahlen müssen, da sie über Vermögen verfügt.

<sup>39</sup> Nach Einschätzung der Fallkordinatorin von CareNet<sup>+</sup>

Tabelle 5: Kostenvergleich Fallbeispiel 6: Situation mit und ohne Intervention von CareNet\*

Situation mit Intervention CareNet*	Hypothetische Situation ohne CareNet*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kosten der Leistung von CareNet*:</b> Die Intervention nahm rund 20 Arbeitsstunden in Anspruch. Verrechnet würde die Fallpauschale von CHF 8'500.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Personalkosten für die Gemeinde, da der Aufwand für die Abklärungen von der Klientin hätte zurückgezahlt werden müssen. Allerdings fallen gewisse Strukturkosten für die Bereitstellung der Dienstleistungen der Gemeinde an.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gesamtkosten der veränderten Versorgungssituation:</b> Die Kosten für die Hauswirtschaft und Pflege durch die Spitex machen bei Frau Weber insgesamt rund CHF 7'200 pro Monat aus, davon CHF 6'700 für die Pflege und CHF 500 für die Hauswirtschaft.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gesamtkosten hypothetische Situation:</b> Ohne CareNet* wird davon ausgegangen, dass Frau Weber kurzfristig oder auch langfristig in ein Pflegeheim gekommen wäre. Die in Anspruch genommenen Pflegeleistungen in der Spitex entsprechen der Pflegebedarfsstufe 7. Die Kosten, welche in diesem Fall in einem Pflegeheim für die Pflege und Betreuung angefallen wären, betragen monatlich CHF 7'500, wobei die Pflege CHF 5'800 ausmacht.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtkosten monatlich: CHF 7'200 (Pflege und Hauswirtschaft)</li> <li>• Nach Kostenträger:</li> <li>• Versicherer: CHF 2'550 (Pflege)</li> <li>• Gemeinde: CHF 4'000 (Pflege)</li> <li>• Klientin: CHF 550 (Pflege und Hauswirtschaft, davon CHF 150 Pflege)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtkosten langfristig (tieferer Versorgungsbedarf):</li> <li>• Für Pflege und Betreuung (ohne Ergänzungsleistungen): CHF 4'800</li> <li>• Für Pflege und Ergänzungsleistungen (Betreuung und Hotellerie): CHF 6'370</li> <li>• Nach Kostenträger:</li> <li>• Versicherer: CHF 1'100 (Pflege)</li> <li>• Gemeinde: CHF 3'550 (Pflege und EL)</li> <li>• Staatsbeitrag: CHF 1'720 (EL)</li> </ul>
<p><b>Fazit:</b> Durch die Intervention von CareNet* fallen die Ausgaben für die Pflege und Betreuung insgesamt um CHF 300 tiefer aus als wenn die Klientin in ein Pflegeheim gekommen wäre. Dennoch hat sich von finanzieller Seite die Intervention für die Versicherer und Gemeinden nicht gelohnt. Grund hierfür ist, dass der Pflegebedarf der Klientin sehr hoch ist, was mehr Pflegekosten im</p>	<p>ambulanten Bereich verursacht als im stationären Bereich. Wäre die Klientin auf Ergänzungsleistungen angewiesen, würden sich hingegen vermutlich Einsparungen für die Gemeinde ergeben, da die Ergänzungsleistungen tendenziell höher ausfallen als bei der Pflege zu Hause (siehe vorheriges Fallbeispiel).</p>

Quellen: Abklärungen durch die Fallkordinatorin beim Spitex-Zentrum und beim Pflegeheim Senevita Obstgarten.

### 5.3.3 Aufwand und Mehrwert für die Leistungserbringer und Kostenträger

#### **Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen**

Die Spitex-Zentren äussern mehrheitlich, dass CareNet<sup>+</sup> sie bei ihren Arbeiten entlaste. Mehrere Spitex-Zentren geben an, dass sich bei den CareNet<sup>+</sup>-Fällen der Koordinationsaufwand mit anderen Akteuren wie den ÄrztInnen, den Kostenträgern und den Sozialdiensten reduziert habe, da dieser von CareNet<sup>+</sup> übernommen werde. Ein Spitex-Zentrum mit mehreren CareNet<sup>+</sup>-Fällen führt aus, dass CareNet<sup>+</sup> als Entlastung empfunden werde, da Aufgaben und Verantwortung abgegeben und geteilt werden könnten. Es wird geschildert, dass komplexe Fälle häufig auch mehrmals Thema bei spitexinternen Austauschtreffen seien. Dieser Aufwand würde eingespart, wenn CareNet<sup>+</sup> den Fall übernehme. Schliesslich wird gemäss mehreren Spitex-Zentren auch in Bezug auf administrativen Arbeiten (z.B. Anträge für Hilflosenentschädigungen) durch CareNet<sup>+</sup> Aufwand reduziert.

In der ersten Phase der Evaluation wurde vereinzelt auch ein Mehraufwand für die Leistungserbringer durch CareNet<sup>+</sup> thematisiert. Ein Spitex-Zentrum erwähnte eine hohe Vorbereitungszeit für Abklärungen und die Treffen mit anderen Akteuren. Auch der Ärztevertreter 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.

#### **Gemeinden**

Die befragten Gemeindevertreter äussern sich unterschiedlich zu ihrem Aufwand und dem Mehrwert von CareNet<sup>+</sup>. Drei Befragte sind der Meinung, dass sich CareNet<sup>+</sup> auch für die Gemeinden unter dem Strich lohne bzw. sich der Aufwand und der Nutzen die Waage hielten. Gemäss einer Person falle für die Sozialdienste am Anfang ein Zusatzaufwand an, da man sich vorbereite, am Rundtischgespräch teilnehme und aus dem Rundtischgespräch Aufgaben mitgenommen werden. Mittelfristig lohne sich es aber in vielen Fällen, indem Lösungen gefunden werden könnten. Auch zwei andere Befragte berichten von Fällen in ihrer Gemeinde, bei denen mit CareNet<sup>+</sup> eine Lösung gefunden werden konnte, die für die Gemeinde zufriedenstellend war. Eine befragte Person äussert, dass einzelne CareNet<sup>+</sup>-Fälle die Gemeinde bereits vorher beschäftigt hatten, so dass man froh um die Lösung gewesen sei. Eine Person erwähnt, dass der Nutzen von CareNet<sup>+</sup> auch von der Kooperationsbereitschaft der Betroffenen und Angehörigen abhängt und berichtet von einem Fall, bei dem mangels Kooperationsbereitschaft keine Lösung gefunden werden konnte.

Den Mehrwert von CareNet<sup>+</sup> sehen zwei befragte Person darin, dass alle Beteiligten involviert werden, wodurch es am schnellsten möglich werde, eine gangbare Lösung zu finden und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen. Eine Person bemerkt, dass zwar – zumindest in den grösseren Gemeinden – die Sozialbehörden/Sozialdienste Lösungen für die sozialversicherungsrechtlichen Situationen suchen könnten. CareNet<sup>+</sup> habe aber den Vorteil, dass das Problem auf neutrale Weise angegangen werden könne. Die Sozialdienste seien zum Teil eine Konfliktpartei. Für eine Person liegt der komplementäre Nutzen in der Koordination zwischen den mit Akteuren im Sozial- und Gesund-

heitswesen. Im Sozialwesen kenne man – je nach Erfahrung der Mitarbeitenden in den Sozialdiensten – zum Teil die lokalen Strukturen und Akteure des Gesundheitswesens zu wenig und sei weniger vernetzt. Die Person bemerkt, dass es zum Thema Arbeitsintegration oder Invalidität mit den RAV und den IV-Stellen jeweils Kompetenzzentren habe, mit denen sich die Sozialdienste austauschen könne. Für gesundheitliche Themen für ältere Menschen fehle aber ein solches Kompetenzzentrum.

Eine Person äussert sich hingegen eher kritisch zum Mehrwert von CareNet<sup>+</sup> für die Gemeinde. Aus Sicht dieser Person braucht es keine spezielle Institution, um die Koordination zu übernehmen. Die Sozialbehörden, welche in den grösseren Gemeinden vorhanden seien, könnten (und müssten) dies auch leisten. Eine andere Möglichkeit sei, eine entsprechende Fachperson an die Spitex anzugliedern.

### **Versicherer**

Die beiden befragten Versicherer sind der Meinung, dass der Aufwand durch CareNet<sup>+</sup> 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.

Den Mehrwert sehen die die Versicherer in der Beteiligung an CareNet<sup>+</sup>-Fällen darin, dass man bei den Fällen mitreden und somit dazu beitragen könne, 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. Auch wenn die Versicherer über ein Case-Management verfügen, sehen sie dennoch einen zusätzlichen Nutzen von CareNet<sup>+</sup>: Ein Versicherer merkt an, dass die lokale Verankerung hilfreich sei, da damit die Intervention kürzer und schneller gestaltet werden könne. Darüber hinaus verfüge man im Case-Management nicht über die Kompetenzen zu den finanziellen bzw. Sozialversicherungsaspekten. Erich Scheibli (Leiter Care Management bei der Swica Krankenversicherung) schrieb kürzlich in einem Plädoyer für CareNet<sup>+</sup> im Schlusskapitel: «Wie weiter?»: Einige grössere Krankenversicherungen bieten ihren Kunden schon heute die Dienstleistung eines Case-Managements an. Eine Koordinationsstelle CareNet<sup>+</sup> mit niedrigschwelligem Zugang wäre eine optimale Form der Früherkennung. Zu diesem Zeitpunkt können die Fälle seitens der Krankenversicherungen aus den Routinedaten oft noch nicht erkannt werden. So ergänzen sich in idealer Weise die schon bestehenden Dienstleistungen der Krankenversicherungen mit dem Angebot von CareNet<sup>+</sup>. Dies hat für alle Beteiligten, insbesondere auch für die Kunden, viele Vorteile» (Scheibli, 2018, S. 67).

### 5.3.4 Fazit

#### **Fazit in Bezug auf die Kosten**

Die geschilderten Fälle lassen darauf schliessen, dass die Koordination von CareNet<sup>+</sup> oftmals eine Betreuung durch die Spitex in die Wege leiten konnte, so dass die Wahrscheinlichkeit für einen stationären Aufenthalt im Spital oder im Pflegeheim gesenkt werden konnte. Positiv für die Gesundheitskosten dürfte sich dies v.a. in jenen Fällen erwiesen haben, bei denen der Pflegebedarf an sich nicht hoch war, die KlientInnen jedoch zu wenig Unterstützung für ihre Situation in Anspruch nahmen und medizinische Notfälle riskiert haben. In anderen Fällen mit sehr starkem Pflegebedarf wären die Gesundheitskosten ggf. im Pflegeheim gar tiefer gewesen.

Die geschilderten Fallbeispiele zeigen auch, dass die Kostenfolgen je nach Kostenträger unterschiedlich ausfallen. Für die Gemeinden zeigt sich, dass ein Pflegeheimeintritt v.a. bei hohem Pflegebedarf Kosten sparen kann (vgl. Fallbeispiel 6) – dies insbesondere wenn Ergänzungsleistungen ins Spiel kommen. Für die Krankenversicherer zeigt sich, dass in Fällen, bei denen ein Pflegeheimeintritt durch CareNet<sup>+</sup> vermieden wird, die Kosten für die ambulante Pflege und Betreuung auch bei mittlerem Pflegebedarf höher ausfallen. Die Versicherer profitieren vor allem bei tieferem Pflegebedarf oder, wenn durch CareNet<sup>+</sup> Hospitalisierungen vermieden werden. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn durch CareNet<sup>+</sup> eine Unterversorgung behoben wird – wie dies bei verschiedenen Fällen gemäss den verfügbaren Informationen der Fall war.

Ferner bleibt anzumerken, dass die finanziellen Wirkungen von CareNet<sup>+</sup> viel vielschichtiger sind, als dies in diesem Kapitel beschrieben wurde. So trägt CareNet<sup>+</sup> neben einer Verhinderung von oftmals teureren Versorgungssettings CareNet<sup>+</sup> auch zur Entlastung der Angehörigen bei (siehe dazu Kapitel 5.1.3). In einzelnen Fällen ist bspw. ersichtlich, dass die Angehörigen dadurch ihr Arbeitspensum beibehalten konnten oder möglicherweise Fälle von Burnouts vermieden werden können. Schliesslich zeigen die Fallverläufe auch, dass die Betreuung durch CareNet<sup>+</sup> teilweise dazu geführt hat, dass die KlientInnen keine Abklärungen durch die Sozialdienste oder eine Errichtung einer Beistandschaft benötigten. Auch dies sollte zu Kosteneinsparungen führen. ■

# 6 Beurteilung durch die EvaluatorInnen

## 6.1 Konzept und Organisation

«Evaluationsfrage: 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 Finan-

zierungsquellen 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, insbesondere zu Hause lebenden 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 soziale Situationen angegangen werden (Cameron et al., 2014), sind bisher kaum bekannt. Im Altersbereich existieren zwar Projekte und häufig auch Altersbeauftragte in Gemeinden, welche sektorübergreifend Akteure vernetzen (z.B. Projekt «Socius» der Age-Stiftung<sup>40</sup>, oder Projekt «Quartiers solidaires»<sup>41</sup> der Pro Senectute Waadt). Diese fokussieren allerdings nicht auf die Zusammenarbeit auf Ebene von einzelnen Fällen.

<sup>40</sup> Siehe dazu <http://www.programmsocius.ch/>

<sup>41</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 zu beobachten, bspw. «rüstige» Menschen mit Demenz, die viel körperliche Bewegung wünschen.

## «Evaluationsfrage: Wie ist das Konzept von CareNet+ mit Blick auf die Entwicklungen zu beurteilen?»»

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

Das Konzept von CareNet<sup>+</sup> enthält neben dem Kernelement der koordinierten Fallzusammenarbeit das Element der aufsuchenden Arbeit. Dabei soll im Rahmen von Hausbesuchen, präventive Arbeit geleistet und potenzielle CareNet<sup>+</sup> 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<sup>+</sup> ein. Das Element erhöht aber die Komplexität des Konzepts, was in einer Anfangsphase 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<sup>+</sup> fokussiert wurde. Wenn die Umsetzung der Kernelemente von CareNet<sup>+</sup> weiter an Routine gewonnen haben, ist aus unserer Sicht dennoch zu überdenken, ob dieses Element die positiven Wirkungen von CareNet<sup>+</sup> zusätzlich verstärken könnte.

## «Evaluationsfrage: 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<sup>+</sup> wird durch 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<sup>+</sup> einbringen, was deren Motivation und das Commitment zu CareNet<sup>+</sup> 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 beigetragen hat. Es ist möglich, dass eine nachhaltige systematische Kultur der Zusammenarbeit und Koproduktion durch das Projekt ausgelöst wurde. Aus Sicht der Evaluation ist CareNet<sup>+</sup> 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, anfänglich getrübt durch personelle Wechsel.**

Die Organisationsstruktur ist aus Sicht der EvaluatorInnen prinzipiell für eine erfolgreiche operative Umsetzung geeignet. Die Besetzung des Koordinationszentrums war anfänglich 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. Im weiteren Verlauf konnte die personelle Situation jedoch stabilisiert werden. Die operative Organisation ist heute mit einer Person schlank gestaltet, womit das momentane Aufkommen an Fällen gut abgedeckt werden kann. Eine Gefahr bei der nur aus einer Person bestehenden operativen Organisation ist aus unserer Sicht, dass bei einem möglichen personellen Wechsel die inzwischen gut etablierten Prozesse für einen reibungslosen Übergang nicht genügend institutionalisiert sind.

## 6.2 Umsetzung

### «Evaluationsfragen: 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 gut ins Rollen gekommen.**

Bis dato konnten im CareNet<sup>+</sup> insgesamt 40 Fälle aufgenommen und betreut werden. Die Fallzahlen blieben anfänglich hinter den Erwartungen zurück, konnten aber im weiteren Verlauf gesteigert werden. Das anfängliche Stocken hing erstens damit zusammen, dass viel Zeit und Ressourcen für die konzeptionelle Ausgestaltung der Umsetzung aufgewendet wurden. Inzwischen hat man sich bei der Projektleitung und in der Steuergruppe auf das Wesentliche fokussiert. Die EvaluatorInnen erachten es in dem Zusammenhang auch als richtig, dass die im ursprünglichen Konzept vorgesehene aufsuchende Arbeit zunächst einmal zurückgestellt wurde. Zweitens hatten die erwähnten personellen Wechsel die Umsetzung gebremst. Die heute stabile personelle Situation hat nun aber

ebenfalls stark dazu beigetragen, dass das operative Geschäft besser ins Rollen gekommen ist.

#### **Noch etwas Potenzial für mehr Fallvolumen vorhanden**

Mit den derzeit ca. ein bis zwei anfallenden Fällen pro Monat hat sich CareNet<sup>+</sup> aus Sicht der EvaluatorInnen an die Grenze des möglichen Fallvolumens bereits stärker angenähert. Care-Net<sup>+</sup> ist heute stärker bei den Leistungserbringern bekannt und bei diesen als möglicher Lösungsweg stärker «im Hinterkopf» verankert. Dennoch fällt im Hinblick auf die Fallrekrutierung auf, dass die meisten Fälle von den Spitex-Zentren gemeldet werden. Dies ist auf der einen Seite naheliegend, da die Spitex-Zentren viele ältere KlientInnen haben, deren Situation sie vor Ort erleben, und sie somit sehr geeignet sind, potenzielle CareNet<sup>+</sup>-Fälle auf-

zudecken. Das hohe Engagement und Commitment der Spitex im Bezirk Affoltern ist somit als Erfolgsfaktor zu werten. Auf der anderen Seite sind aus Sicht der EvaluatorInnen weitere Akteursgruppen erst wenig bei der Vermittlung aktiv, insbesondere aus dem Sozialwesen (Sozialdienste/Sozialbehörden der Gemeinden, KESB), aber auch die Krankenversicherer. Dies deutet aus unserer Sicht darauf hin, dass die Rollenteilung zwischen diesen Akteuren und CareNet<sup>+</sup> noch nicht genügend geklärt ist. Das Alleinstellungsmerkmal, bzw. dass CareNet<sup>+</sup> überwiegend die Koordinationsfunktion zwischen allen involvierten Akteuren einnimmt, scheint noch nicht bei allen relevanten Akteuren verinnerlicht zu sein. Auch aus den Aussagen der befragten Akteure geht hervor, dass es schwierig ist, die Essenz von CareNet<sup>+</sup> anderen Akteuren sowie den KlientInnen zu vermitteln.

Beachtenswert ist auch der Befund, dass bisher kaum Meldungen von Fällen direkt aus der Bevölkerung kamen. CareNet<sup>+</sup> scheint somit heute in der Bevölkerung noch nicht als mögliche Unterstützungsinstitution wahrgenommen zu werden. Dies erstaunt aus Sicht der EvaluatorInnen aber wenig, da Versorgungsmodelle, deren Kern die Koordination der Akteure sind, viel und kontinuierlicher Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit bedürfen. CareNet<sup>+</sup> hat mehrere mögliche Kanäle genutzt, um das Projekt bekannt zu machen (Eröffnungsanlässe, lokale Medien, weiterer öffentlicher Anlass). Die Öffentlichkeitsarbeit sollte weiterhin kontinuierlich erfolgen und könnte ggf. noch verstärkt werden. Darüber hinaus könnte die Kommunikation darüber, was CareNet<sup>+</sup> 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<sup>+</sup> stärker durch Fallbeispiele und Testimonials greifbarer zu machen.

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

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

Beim Assessment gibt es aus Sicht der EvaluatortInnen noch Optimierungspotenziale. Laut den Fallkoordinatorinnen gestaltet sich das Assessment, d.h. die Abklärung, ob es sich um einen CareNet<sup>+</sup>-Fall handelt, teilweise als sehr aufwändig. Das Assessment konnte im Rahmen der Evaluation nicht genauer analysiert werden. Es stellt sich die Frage, ob es bereits zu detailliert ist und z.B. mit einer Vorstufe vereinfacht werden könnte.

### **Grenzen von CareNet<sup>+</sup>: Fehlende Einsicht und Veränderungsbereitschaft von KlientInnen / Angehörigen**

Neben vielen positiven Wirkungen von CareNet<sup>+</sup> wurde in der Pilotphase auch deutlich, dass CareNet<sup>+</sup> dort an seine Grenzen kommt, wo KlientInnen oder Angehörige sich gegen ein Einmischen von aussen wehren oder wo keine Bereitschaft für Veränderungen besteht. Solche Fälle sollten möglichst früh im Prozess identifiziert werden und falls die initiierten Massnahmen keine Wirkung zeigen, sollten die Fälle entsprechend abgeschlossen bzw. an andere Stellen vermittelt werden.

## 6.3 Wirkungen auf das Versorgungssystem

Die Wirkungen von CareNet<sup>+</sup> 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<sup>+</sup> hervor. In Bezug auf die Wirkungen auf Kosten lässt sich eine erste Einschätzung treffen, ein empirischer Beleg ist aber noch nicht möglich.

### «Evaluationsfrage: Welche Wirkung hat CareNet<sup>+</sup> auf die Qualität der Versorgung?» »

#### **Qualität der Versorgung der Betroffenen dürfte sich mit CareNet<sup>+</sup> erhöhen.**

Die Befragungen der verschiedenen Akteure und die Daten zu den bisherigen Fällen zeigen, dass sich die Qualität der Versorgung der Betroffenen mit CareNet<sup>+</sup> erhöht. Einzelne Fallbeispiele verdeutlichen, 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 Gemeinden und durch vorherige Abklärungen durch die Fallkoordinatorinnen gleichzeitig Finanzierungsfragen geklärt werden konnten. Ein weiterer Indikator hierfür ist, dass bei mehreren einzelnen Fällen die beteiligten Akteure vor der Fallbesprechung keine volle Kenntnis über die Versorgung der KlientInnen hatten. Durch CareNet<sup>+</sup> 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.

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

Aus der Evaluation geht hervor, dass CareNet<sup>+</sup> deutlich zu einer höheren Lebensqualität der KlientInnen und Angehörigen beiträgt. So hat sich die gesundheitliche, soziale und finanzielle Situation der KlientInnen gemäss Einschätzungen der KlientInnen/Angehörige und Fallkoordinatorinnen verbessert. Es wird 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<sup>+</sup> beispielsweise durch das Beantragen von finanzieller Unterstützung, eine Entlastung im Hinblick auf administrative Aufgaben (z.B. das Zusammenbringen der involvierten Akteure) und durch die Rolle der Ansprech-/Vertrauensperson 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. Die bisherigen Falldaten zeigen so auch, dass das Unterstützungsniveau der Betroffenen erhöht werden konnte. Von den Angehörigen wird eine subjektiv empfundene Entlastung geäussert, obwohl sie in manchen Bereichen gleich viel oder mehr Unterstützung leisten. Diese werden aber vermehrt auch durch

Fachpersonen unterstützt, was sicherlich auch als Entlastung wahrgenommen wird. Ausserdem zeigt sich als weitere wichtige Wirkung die erhöhte Wertschätzung für ihre Unterstützung, die die Angehörigen gemäss eigenen Aussagen durch CareNet<sup>+</sup> erfahren.

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

Auch wenn die Leistungserbringer und Krankenversicherer durch CareNet<sup>+</sup> einen (zusätzlichen) Aufwand haben, ergibt sich für sie gemäss eige-

nen 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).

## «Evaluationsfrage: Welche Wirkungen hat CareNet<sup>+</sup> auf die Kosten des Versorgungssystems in der Gemeinde und im Kanton? Trägt CareNet<sup>+</sup> zu einer Reduktion der Kosten bei?»»

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

Aufgrund der Erfahrungen mit CareNet<sup>+</sup> lässt sich erkennen, dass mit CareNet<sup>+</sup> 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. Es ist davon auszugehen, dass solche Reibungspunkte zwischen den Akteuren sowie Informationslücken über die Versorgung der KlientInnen gewisse Ineffizienzen im Versorgungsprozess (z.B. mehrere E-Mail-Wechsel) mit sich bringen. Ein weiterer Hinweis auf eine effizientere Versorgung durch CareNet<sup>+</sup> ist, dass sich bereits eine stärkere Vernetzung und zwischen den verschiedenen Akteuren abzeichnet, welche auch bei Fällen ausserhalb von CareNet<sup>+</sup> zu besseren Absprachen im Versorgungsprozess führen dürfen.

### **Potenzial zur Dämpfung des Kostenwachstums von CareNet<sup>+</sup> vorhanden.**

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

- Erstens dürfte mit CareNet<sup>+</sup> eine qualitativ bessere Versorgung sichergestellt werden, im Sinne, dass die Betroffenen die Versorgung erhalten, die ihrem Bedarf entspricht (s.o.). Aufgrund der verfügbaren Informationen ist davon auszugehen, dass CareNet<sup>+</sup> in vielen Fällen dazu beiträgt, kostenintensive Notfallsituationen bzw. unnötige Behandlungen und Spitaleinweisungen zu vermeiden. Zudem dürften in mehreren Fällen auch Heimeinweisungen durch die koordinierte Versorgung verzögert oder vermieden werden. Aufgrund der detaillierten Analyse von zwei Fällen zeigt sich, dass effektiv Kosteneinsparungen durch CareNet<sup>+</sup> realisiert werden können, dies

aber vom individuellen Pflegebedarf abhängt. Für Gemeinden ist zudem relevant, ob die einzelnen Fälle auf Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe angewiesen sind.

- Zweitens zeichnet sich ab, dass die koordinierte Versorgung in CareNet<sup>+</sup> zu effizienteren Prozessen innerhalb Organisation der einzelnen Leistungserbringer sowie zwischen den Leistungserbringern führt. Dadurch dürften auch Kosteneinsparungen in Form von vermiedenen Doppelspurigkeiten, mehrmaligen internen Fallbesprechungen (z.B. bei der Spitex) einer effizienteren Aufgabenteilung sowie vermiedenem administrativem Aufwand durch Missverständnisse etc. resultieren. Die Folge sind reduzierte Vollkosten der Leistungserbringer.
- Drittens resultiert aus dem konzeptionellen Element der Einbindung aller Kostenträger in CareNet<sup>+</sup>, 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<sup>+</sup> 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<sup>+</sup> investiert, wodurch wertvolles Kapital für CareNet<sup>+</sup> 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 Kosteneffizienz von CareNet<sup>+</sup> abschliessend seriös beurteilen zu können, ist der bisherige Evaluationszeitraum zu kurz.

## 6.4 Übertragbarkeit von CareNet<sup>+</sup>

### «Evaluationsfrage: Lässt sich das Konzept CareNet<sup>+</sup> 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. Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse lässt sich festhalten, dass folgende Voraussetzungen eine erfolgreiche Umsetzung von CareNet<sup>+</sup> 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<sup>+</sup> 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 Problemverständnis bei. Dabei 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. Bei einem Roll-out wäre dringlich darauf zu achten, dass entsprechende systemische Effekte einer nachhaltigen Weiterentwicklung einer integrierten kooperativen Versorgungslandschaft und entsprechender organisationskultureller Orientierungen ebenso intensiv entstehen können. ■

# 7 Ausblick und Empfehlungen für das weitere Vorgehen

## Ausblick

**D**erzeit plant die PSZH, CareNet<sup>+</sup> nach Auslaufen der Pilotphase Ende 2018 zunächst in eine Konsolidierungsphase und später in einen regulären Betrieb zu überführen. Hierzu hat PSZH bereits einen Businessplan erstellt. Die Finanzierung soll in einer Übergangsphase zunächst durch PSZH sichergestellt werden. Mittelfristig ist das Ziel, CareNet<sup>+</sup> durch andere Kostenträger (insbesondere die Versicherer und die Gemeinden) zu finanzieren. Im Rahmen der Evaluation wurden einzelne Gemeindevertreter und Versicherer zur Frage der Finanzierung bzw. zu deren Bereitschaft einer Mitfinanzierung befragt:

- Gemäss einem Versicherer ist es im Rahmen der derzeitigen gesetzlichen Grundlagen für die Versicherer nicht möglich, einen Finanzierungsbeitrag zu leisten. Hinzu komme die Trittbrettfahrerproblematik, d.h. wenn man sich als einzelner Versicherer beteilige, würden auch Versicherte von anderen Versicherungen profitieren, welche keinen Beitrag leisten. Die befragte Person verweist auf den sogenannten «Experimentierartikel», welcher derzeit in der politischen Diskussion sei. Dabei geht es darum, im KVG zu verankern, dass innovative Projekte pauschal abgegolten werden können.<sup>42</sup>

- Die befragten Gemeindevertreter äussern sich grundsätzlich nicht ablehnend zu einer möglichen Mitfinanzierung. Die Mitfinanzierung müsse aber an gewisse Bedingungen geknüpft werden. Insbesondere ist es gemäss den Aussagen für die Gemeinden wichtig, dass die Mitfinanzierung ursachengerecht ausgestaltet sei, d.h. dass die Gemeinden einen fallweisen Beitrag leisten und nicht einzelne Gemeinden Fälle aus anderen Gemeinden mitfinanzieren. Eine befragte Person plädiert dafür, dass auch die KlientInnen an den Kosten beteiligt werden, sofern diese über hinreichend finanzielle Mittel verfügen. Eine befragte Person könnte sich vorstellen, dass der Basisbetrieb durch einen Sockelbeitrag mitfinanziert werde, welcher anteilig anhand der Anzahl Einwohner bestimmt wird. Zudem äussern Befragte das Bedürfnis, jeweils bei Fallaufnahme als Gemeinde informiert zu werden und die Kostenbeteiligung zu besprechen. Schliesslich äussert eine Person, dass die Gemeinden im Steuerungsgremium der Organisation vertreten sein sollten, wenn sie finanzielle Beiträge leisten.

<sup>42</sup> Vgl. Eidgenössisches Departement des Innern: Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP): Erste Massnahmen, die geprüft werden.

## Empfehlungen

Basierend auf Beurteilung in Kapitel 6 skizzieren wir im Folgenden Empfehlungen für eine mögliche Betriebsphase von CareNet<sup>+</sup>.

### EMPFEHLUNG 1:

#### Potenziale für ein höheres Fallvolumen ausschöpfen.

Um CareNet<sup>+</sup> 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 positiven Wirkungen auf das Versorgungssystem im Bezirk Affoltern zu profitieren, sollte aus unserer Sicht weiterhin versucht werden, das Fallvolumen zu erhöhen und die möglichen Potenziale auszuschöpfen. Ab einer Grösse von 100 Fällen dürften die Wirkungen noch spürbarer und messbarer werden. Um mehr Fälle für CareNet<sup>+</sup> zu rekrutieren, haben die Empfehlungen, welche im Zwischenbericht formuliert wurden (und bereits teilweise umgesetzt wurden) weiterhin Bestand:

### EMPFEHLUNG 1a:

#### Öffentlichkeitsarbeit verstetigen mit gezielterer Kommunikation des Nutzens von CareNet<sup>+</sup>.

Mögliche Massnahmen:

- Nutzen vorstellbarer machen, z.B. mit Testimonials von Betroffenen und Angehörigen.
- Nutzen/Wesen von CareNet<sup>+</sup> 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<sup>+</sup> nutzen und mit Identifikation und Stolz auf die Region in der Bevölkerung verknüpfen.



### **EMPFEHLUNG 1b: Gezielte Vernetzung und Sensibilisierung der Zuweisenden weiter vorantreiben.**

Mögliche Massnahmen:

- Kontakt suchen zu Leistungserbringern, welche bisher keine oder kaum Fälle geliefert haben: Sozialdienste/Sozialbehörden, KESB, Berufsbeistände und freiwillige Beistände, für die Region zuständige Case-Manager der Krankenversicherer.
- Rollenklärung mit diesen Akteuren proaktiv angehen und Mehrwert von CareNet<sup>+</sup> verdeutlichen.
- Sozialräumliches Beziehungsnetz als Ressource stärker nutzen, z.B. Freiwilligenarbeit, Nachbarschaftshilfe, Kirchengemeinden, evtl. ApothekerInnen oder Coiffeurläden.

### **EMPFEHLUNG 2: Effizienz der Fallabklärungen und Fallabwicklung überprüfen.**

Bisher haben die Fallkoordinatorinnen viel Aufwand für die Fallabklärungen betrieben. Dieser musste teilweise abgeschrieben werden, da viele Fälle nicht die Eintrittskriterien erfüllten oder die Betroffenen wenig Krankheitseinsicht zeigten. Es sollte überprüft werden, ob 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. In Bezug auf die Fallabwicklung sollten Fälle, bei denen sich wenig «Compliance» von Seiten der KlientInnen und Angehörigen herauskristallisiert, zügiger abgeschlossen werden.

### **EMPFEHLUNG 3: Kontinuität und genügende Ressourcen im Koordinations- zentrum sicherstellen.**

Die Kontinuität der personellen Besetzung der Geschäftsstelle und der Fallkoordination hat eine hohe Bedeutung für das Image von CareNet<sup>+</sup> und inwiefern CareNet<sup>+</sup> 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<sup>+</sup>-Fälle auch eng genug zu betreuen und abzuschliessen. Zu prüfen ist auch, inwieweit die etablierten Prozesse bei einem möglichen personellen Wechsel hinreichend institutionalisiert sind, um eine gewisse Kontinuität zu gewährleisten.

### **EMPFEHLUNG 4: Verschiedene Modelle der Finanzierung prüfen.**

In Bezug auf die zukünftige Finanzierung von CareNet<sup>+</sup> sollten verschiedene Modelle der Finanzierung geprüft werden. In den Interviews mit den Kostenträgern zeigt sich, dass Gemeinden und Versicherer Vorbehalte gegenüber einer pauschalen Mitfinanzierung haben, aus der sich ein Trittbrettfahrerproblem ergibt (mitmachende Gemeinden/Versicherer finanzieren Nicht-mitmachende mit). Um die Akzeptanz zu erhöhen, sollten aus unserer Sicht insbesondere fallbezogene bzw. ursachengerechte Modelle geprüft werden. Denkbar ist auch, dass KlientInnen, die finanziell dazu in der Lage sind, einen Beitrag leisten.