



# INTEGRIERTE VERSORGUNG IN DER GEMEINDE

Dezember 2022

**Gemäss Pflegegesetz sorgen die Zürcher Gemeinden für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung (§5 Abs.1) ihrer EinwohnerInnen. Ausserdem tragen sie die Restkosten für diese Versorgung (§ 9 Abs. 4). Weil die Bevölkerung älter wird, die Kosten weiter steigen und die Bedürfnisse der Betroffenen sich verändern, setzen sich die Zürcher Gemeinden vermehrt mit der Planung und Steuerung der Gesundheits-, Alters- und Pflegeversorgung auseinander.**

**Die Gesundheitskonferenz Kanton Zürich will mit diesem Themenpapier aufzeigen, wie die «integrierte Versorgung in der Gemeinde» zusammen mit anderen Akteuren gelingen kann.**

## **Inhalt Themenpapier**

Gemeinsames Verständnis.....	2
Leitgedanken.....	2
Ziele und Wirkung.....	3
Anspruchsgruppen, Angebote und Akteure .....	4
Möglichkeiten zur Verankerung.....	5
Referenzen und Beispiele .....	6
Impressum.....	6



## Gemeinsames Verständnis

«Integrierte Versorgung» wird in der Regel gleichbedeutend mit «koordinierter» oder «vernetzter» Versorgung verwendet, die wichtigsten Elemente sind:

- Integrierte Versorgungsmodelle zeichnen sich durch das **geplante, strukturierte und verbindliche Zusammenspiel verschiedener Akteure** aus.
- Die betroffenen Menschen (PatientInnen, KlientInnen, BewohnerInnen etc.) werden beraten und befähigt, bei relevanten Entscheidungen (Therapien, Lebensort, Lebensform etc.) eine aktive Rolle zu spielen. Ihre **Bezugspersonen** werden einbezogen.
- Die beteiligten Akteure verstehen die Behandlung, Pflege, Betreuung und Begleitung von betroffenen Menschen als gemeinsame Aufgabe und **interprofessionelle Teamleistung**.

Integrierte Versorgung meint also alle Massnahmen, die das Ziel haben, die Schnittstellen effizienter zu organisieren und die einzelnen Behandlungsschritte besser aufeinander abzustimmen. Dazu gehören zum Beispiel neue Kooperationsformen und Aufgabenteilungen, digitale Hilfsmittel und spezielle Vergütungsmodelle. **Bei der Umsetzung ist zu bedenken:**

- Wichtige Voraussetzung ist die Bereitschaft für Veränderung und/oder der Wille zur Steuerung der Gesundheits-, Alters- und Pflegeversorgung.
- Die Transformation von der (weitgehend) fragmentierten zur (bestmöglich) integrierten Versorgung verlangt Geduld.
- Integrierte Versorgung beginnt im Kleinen. Jede Schnittstelle, die gemeinsam und verbindlich organisiert wird, ist ein Gewinn.

Auf einen Nenner gebracht bedeutet integrierte Versorgung **mehr Kommunikation, mehr Koordination und mehr Kooperation**.

Sich vernetzen, etwas gemeinsam gestalten, auf Augenhöhe zusammenarbeiten sind Voraussetzungen für durchgängige Schnittstellen und folglich mehr Integration. Mindestens so wichtig ist dabei, die **Verantwortlichkeiten zu klären und verbindlich zu vereinbaren: Wer macht wann was?**

## Leitgedanken

**Menschenorientiert:** Die Versorgung orientiert sich an den Bedürfnissen, Werten und Präferenzen der betroffenen Menschen. Nahe Bezugspersonen werden als wichtige Ressource beigezogen und gestärkt.

**Wohnortnah:** Die Angebote in den Bereichen Alter, Langzeitpflege und Gesundheit ermöglichen den betroffenen Menschen in der Gemeinde/Region bleiben können, bevorzugt bei sich zu Hause (ambulant vor stationär).

**Vorausschauend:** Zahlreiche komplexe Behandlungs- und Betreuungssituationen lassen sich durch frühzeitige Interventionen oder mit gezielter Früherkennung lindern oder vermeiden.

**Interprofessionell:** Viele Personen benötigen neben medizinischen und pflegerischen Leistungen oft auch psychosoziale Unterstützung. Zusammenarbeit über Berufsgruppen, insbesondere zwischen Gesundheit und Sozialem, sind wichtig.

**Verbindlich vernetzt:** Sich vernetzen, etwas gemeinsam gestalten, auf Augenhöhe zusammenarbeiten sind Voraussetzungen für durchgängige Schnittstellen und mehr Integration.

**Digital:** Effiziente Zusammenarbeit setzt einen reibungslosen Informations- und Datenaustausch mit digitalen Hilfsmitteln voraus (Achtung Datenschutz).

**Partizipativ:** Betroffene Menschen werden möglichst gut in die Planung und Gestaltung der Versorgung einbezogen. Je besser die Angebote und Strukturen in der Bevölkerung verankert sind, desto wirksamer und effizienter.

**Innovativ:** Um etwas zu verändern, sind alte Denk- und Handlungsmuster aufzubrechen. Leider erschweren die bestehenden Vergütungs- und Anreizsysteme Innovationen im Dienste der integrierten Versorgung.

**Inspiziert:** Es gibt viele Good-Practice Beispiele, die man kopieren und adaptieren kann. Erfahrungsberichte von erfolgreichen und gescheiterten Projekten sind besonders hilfreich.



# Ziele und Wirkung

Die Gemeinde und die beteiligten Akteure wollen die Versorgung gemeinsam planen und steuern, um diese für alte und kranke Menschen zu optimieren

## Für die betroffenen Menschen

- Sie können sich im Versorgungsumfeld orientieren und kennen die Angebote der Gesundheits-, Alters- und Pflegeversorgung.
- Sie sind motiviert und in der Lage, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen. Sie können ihre Bedürfnisse, Werte und Präferenzen einbringen.
- Ihre Lebensqualität bleibt erhalten oder verbessert sich. Ein Eintritt in eine stationäre Einrichtung kann verzögert oder verhindert werden; falls gewünscht, können sie länger zu Hause bleiben.

## Für die Angebote und Strukturen

- Die Angebote der verschiedenen Akteure berücksichtigen die Bedürfnisse und decken den Bedarf der betroffenen Menschen und sind aufeinander abgestimmt.
- Das Wohn- und Lebensumfeld deckt möglichst viele Bedürfnisse der betroffenen Menschen ab (z.B. Alter, Einkommen, körperliche-psychische-soziale Einschränkungen, Diversität).
- Die wichtigsten Schnittstellen/Übergänge in der Versorgung sind klar und verbindlich geregelt (falls sinnvoll auch gemeindeübergreifend).
- Überangebote und Angebotslücken werden rasch identifiziert.
- Eine Koordinationsstelle oder Drehscheibe fungiert als zentraler Zugang zu den Angeboten.
- Integrierte Versorgung kann bedeuten, dass man gemeinsam nach neuen passenden Strukturen suchen muss, die eine Entwicklung möglich machen.

## Für die beteiligten Akteure

- Sie stellen die gemeinsamen Interessen vor ihre Einzelinteressen.
- Sie suchen von sich aus die Vernetzung und Koordination und gestalten gemeinsam praktikable Lösungen.
- Die Fachpersonen kennen die Qualifikationen und Kompetenzen von anderen Berufsgruppen und sind bereit, diese bei Bedarf zu nutzen.
- Der Einbezug von Bezugspersonen und Freiwilligen stärkt die betroffenen Menschen im Alltag und ermöglicht ihnen ein möglichst selbständiges Leben.

## Für die Gesellschaft und Gemeinde

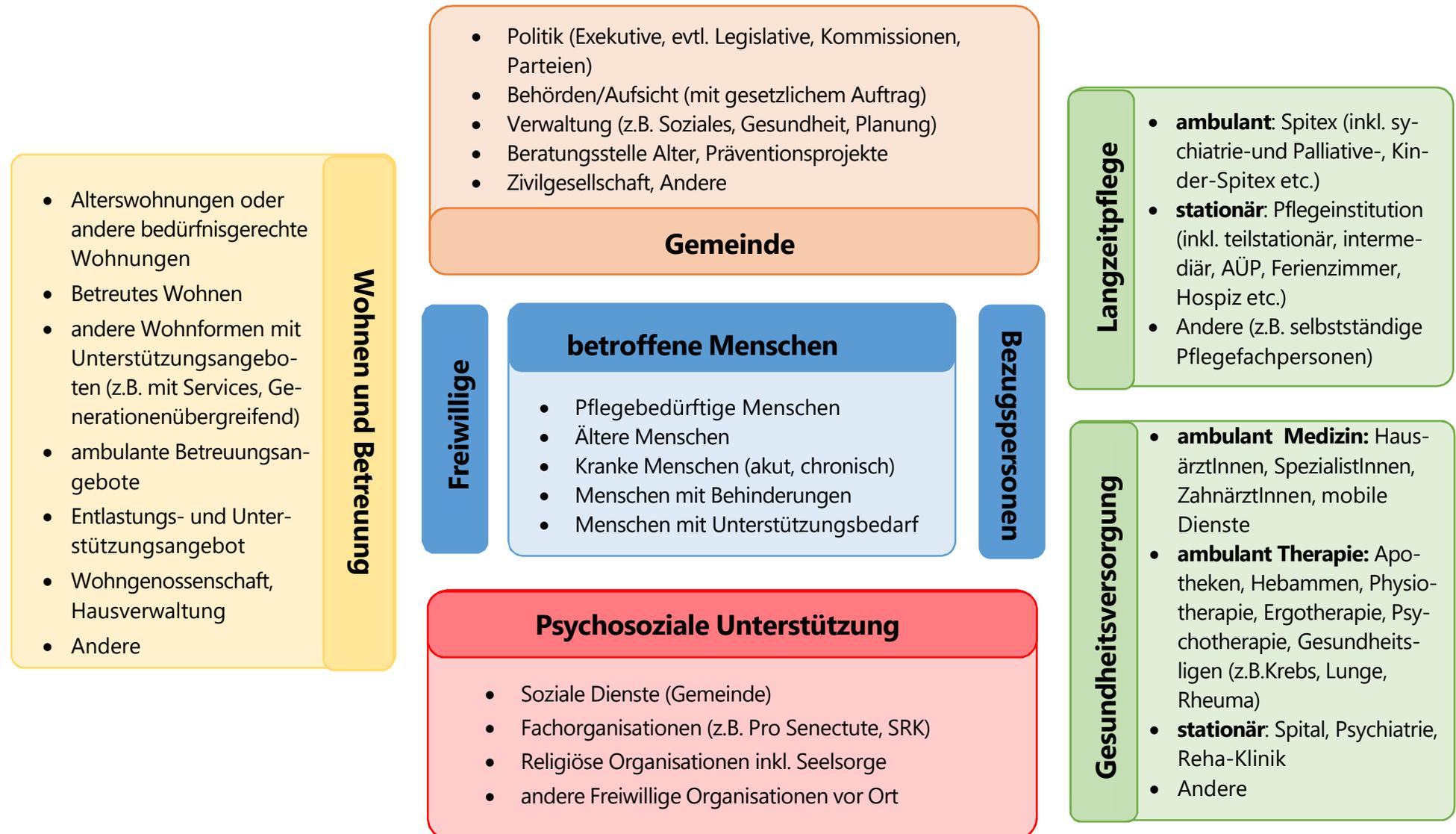
- Die (bessere) Vernetzung der Angebote und Akteure in der Gemeinde festigt das Vertrauen der Bevölkerung ins Versorgungssystem.
- Gesellschaftliche Trends werden antizipiert und neue Lösungen entwickelt.

## Bezüglich Kosten und Investitionen

- Vermeidbare stationäre Aufenthalte und Hochkostenfälle werden frühzeitig erkannt und Handlungsoptionen dafür entwickelt.
- Investitionen in die Versorgung werden langfristig und im Gesamtsystem geplant, um das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Versorgung zu optimieren.
- Die Zahl der Pflegebetten stagniert oder nimmt ab, alternative Wohnformen nehmen zu. Die finanzielle Belastung der Gemeinde wird gedämpft.



# Anspruchsgruppen, Angebote und Akteure



# Möglichkeiten zur Verankerung

## Gemeinde entwickelt oder überarbeitet strategische Dokumente:

- Das Dokument (z.B. Altersleitbild) wird mit Aussagen und Argumenten zur integrierten Versorgung ergänzt (z.B. Ziele, Wirkung).
- Im Dokument ist die Planung bzw. Steuerung der Versorgung und/oder die Vernetzung von Alter, Pflege und Gesundheit ein zentrales Element.
- Das Dokument wird partizipativ erarbeitet (z.B. Fachpersonen, Bevölkerung). Zu prüfen ist, ob das Leitbild zusammen mit Nachbargemeinden entwickelt werden soll. Ausserdem können Leitbilder anderer Gemeinden als Vorlage genutzt werden.
- Das Leitbild (oder ein vergleichbares Dokument) wird in der Exekutive diskutiert und beschlossen. Allenfalls fliesst das Thema in die Legislaturziele der Exekutive ein.

## Umbruchmomente in der Gemeinde nutzen, Überzeugungsarbeit leisten:

- Ein wichtiger Moment ist zum Beispiel, wenn ein altes Pflegeheim ersetzt oder saniert werden muss. Hier kann gefragt werden: Könnten die Mittel für andere Angebote eingesetzt werden, die in der Summe weniger kosten und von denen mehr Personen profitieren? Lassen sich leerstehende Abteilungen umnutzen?
- Überzeugungsarbeit innerhalb von Verwaltung und Politik leisten, z.B. Problembewusstsein und Akzeptanz schaffen, Verbündete finden (und einen «Thementreiber»), Schlüsselpersonen überzeugen, Workshops durchführen. Im Idealfall wird eine Steuergruppe eingesetzt, die das Thema über mehrere Jahre bearbeitet (bei Bedarf mit externen Fachpersonen).



## Zahlen und Argumente in Verwaltung und Politik einsetzen:

- Als Grundlage für die integrierte Versorgung kann man Zahlen und Argumente sammeln (vgl. Referenzen). Auch hier ist zu klären, ob sich mehrere Gemeinden zusammenschliessen können.
- Soweit möglich, ist der Mehrwert der Integration zu quantifizieren, z.B. ein Tag betreutes Wohnen vs. ein Tag in der Pflegeinstitution; Kosten für die Früherkennung und Frühintervention eines möglichen Hochkostenfalles vs. die Durchschnittskosten dieser Fälle; Kosten für ein Case Management vs. die Kosten für die unkoordinierte Behandlung und Betreuung. Im Idealfall lässt sich auch die Lebensqualität in der einen oder anderen Situation quantifizieren oder zumindest beschreiben.
- In jedem Fall gilt: Die Erfahrungen von anderen Gemeinden, Städten, Kantonen nutzen. Es können Good-Practice-Beispiele besucht oder die Verantwortlichen befragt und eingeladen werden.

## Mit anderen Stakeholdern und Partnern:

- Die Vernetzung/Koordination/Integration in Basisdokumente aufnehmen (z.B. Leistungsvereinbarungen mit Spitex, Alters-/Pflegeheim, Freiwilligen; Vereinsstatuten, Stiftungszweck etc.; Verträge von interkommunalen Anstalten).
- Zahlen und Argumente zusammentragen und publikumsgerecht aufbereiten, Mehrwert der Integration beschreiben und quantifizieren.
- Informationsveranstaltungen und Runde Tische durchführen (für Akteure, Bevölkerung, Parteien). Je nach Situation die einzelnen Gruppen separat oder gemeinsam einladen. Nachbargemeinden und lokale Medien auch einladen und informieren.
- Gefässe schaffen für Rückmeldungen und Partizipation (z.B. Umfragen, Briefkasten, Ansprechperson zu Erwartungen, Ideen, Verbesserungen, Reklamationen).

## Referenzen und Beispiele

### Zum Weiterlesen:

- GDK (2019): Leitfaden «Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen» plus Praxisbeispiele
- fmc (2018): Denkstoff Nr. 4 - Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung
- Gemeinde- und Städteverband und Leistungserbringerverbände (2019): Erfolgsfaktoren für den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle
- fmc (2022): Denkstoff Nr. 6 - Besseres Zusammenwirken des Gesundheits- und Sozialsystems - so kann es gelingen
- Age Stiftung (2018): Socius-Themenblatt – Vernetzung der Akteure
- Gerontologie CH: Netzwerk Altersfreundliche Gemeinden, online Ressourcen

### Ausgewählte Projekte und Strukturen mit Gemeinden im Lead:

- Die gemeindeübergreifende Alters- und Gesundheitsstrategie für den Bezirk Affoltern AGSBA wurde 2020 versabschiedet.
- Horgen führt seit längerem Mehrgenerationensiedlungen mit Siedlungsassistenz.
- Das Gesundheitsnetz Küsnacht wurde erst kürzlich gegründet.
- RaJoVita, die Stiftung umfasst einen Grossteil der Alterseinrichtungen und Spitex von Rapperswil-Jona.
- Thurvita ist eine gemeinnützige AG und betreut alte Menschen in allen Lebenslagen, Region Will (SG).
- Gesundheitspunkt Oberägeri

### Aktuelle Forschung (Nationalfonds NFP 74):

- Integrierte gemeindebasierte Versorgung von älteren Menschen, die zu Hause leben
- Aufbau von sorgenden Gemeinschaften für die häusliche Langzeitpflege

### Wichtige Akteure, spezialisiert auf integrierte Versorgung:

- Gesundheitsnetz 2025, Stadt und Kanton Zürich ([www.gn2025.ch](http://www.gn2025.ch))
- Forum Managed Care, ganze Schweiz ([www.fmc.ch](http://www.fmc.ch))

## Impressum

Die Gesundheitskonferenz Kanton Zürich vereint über 100 Mitgliedsgemeinden und sie fokussiert auf die kommunale Gesundheits-, Alters- und Pflegeversorgung.

Ausschuss Integrierte Versorgung: Martina Ernst (Leiterin Gesellschaft & Gesundheit, Regensdorf), Franziska Graf-Schläppi (Gemeinderätin Greifensee), Susanna Schubiger (Gemeinderätin Küsnacht), Rahel Würmli (Leiterin Fachstelle Alter & Gesundheit, Wetzikon).

Projekt: Urs Zaroni hat die GeKoZH fachlich unterstützt mit Konzept, Workshop und Berichterstattung.

Workshop im September 2021: Es haben zusätzlich zum Ausschuss haben folgende Personen teilgenommen: Richard Dunkel (Gemeinderat Bassersdorf), Madeleine Henle (Geschäftsführerin Alterszentrum Breitlen), Wolfram Müller (Team Alter&Gesundheit Horgen), Monika Rohr (Gemeinderätin Stallikon).

Herausgeberin: Gesundheitskonferenz Kanton Zürich

[www.geko-zh.ch](http://www.geko-zh.ch) [info@geko-zh.ch](mailto:info@geko-zh.ch)

