

# Integrierte Versorgung in der Geriatrie



Bericht über einen Modellversuch im Kanton Bern

April 2015

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

Dieser Bericht ist eine Zusammenfassung des wissenschaftlichen Schlussberichts der „*Evaluationsstudie Integrierte Versorgung in der Geriatrie*“, die im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern vom Institut für Sozial- & Präventivmedizin der Universität Bern erstellt wurde.

Herausgeber: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern  
Vom Regierungsrat verabschiedet am 19.10.2016

Projektleitung: Spitalamt, Abteilung Planung und Versorgung  
Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

## Inhaltsverzeichnis

Kurzzusammenfassung.....	5
Auftragshintergrund .....	6
Zusammenfassung der Erkenntnisse .....	8
Methoden .....	8
Organisation.....	8
Studiendesign .....	8
Untersuchungsgegenstand.....	9
Datenerhebungen .....	9
Quantitative Ergebnisse des Modellversuchs .....	11
Beschreibung der behandelten Patientinnen und Patienten .....	11
Wohnsituation und Unterstützung.....	12
Behandlungspfade .....	14
Gesundheitliche Veränderungen während und nach dem Spitalaufenthalt .....	15
Leistungen und Kosten .....	18
Fazit der quantitativen Ergebnisse .....	19
Qualitative Ergebnisse des Modellversuchs .....	21
Integrierte Versorgung aus Sicht der Betroffenen .....	21
Interventionen und andere Aspekte des Modellversuchs.....	22
Integrierte Versorgung in der Geriatrie aus Sicht der Expertinnen und Experten .....	25
Medienberichterstattung .....	27
Internationale wissenschaftliche Literatur.....	28
Fazit der qualitativen Ergebnisse.....	28
Schlussfolgerungen.....	30
Potentiale zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung.....	30
Rolle des interprofessionellen Teams und der Coachpersonen.....	31
Hemmende und fördernde Bedingungen der Integration .....	31
Strukturell-institutionelle Voraussetzungen .....	32
Empfehlungen.....	33
Literatur.....	35

## Abkürzungsverzeichnis

ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BAG	Bundesamt für Gesundheit
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GDS	Geriatrische Depressionsskala
eHealth	Anwendungen elektronischer Geräte zur medizinischen Versorgung und anderer Aufgaben im Gesundheitswesen
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte)
GEF	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
IT	Informations- und Kommunikationstechnik
RPD	Regionaler Psychiatrischer Dienst
RSZ	Regionales Spitalzentrum
SpVG	Spitalversorgungsgesetz vom 5. Juni 2005 (SpVG; BSG 812.11)
STS AG	Spital STS AG (Simmental-Thun-Saanenland)

In diesem Bericht werden entweder Paarformen oder als Kurzform die Binnengrossschreibung (Binnen-I) gemäss den Empfehlungen in der Broschüre „Geschlechtergerechte Sprache - Leitfaden zum geschlechtergerechten Formulieren im Deutschen“ der Schweizerischen Bundeskanzlei verwendet (2009).

## Kurzzusammenfassung

---

Der Kanton Bern will die Integrierte Versorgung fördern. Im dreijährigen Versuch ergänzten zwei integrativ wirkende Massnahmen, interprofessionelle Teams und persönliche Bezugspersonen (Coach), die geriatrische Versorgung in einem Regionalen Spitalzentrum (Spital Thun, STS AG). Die Versorgung in der geriatrischen Universitätsklinik (Spital Ziegler, Spital Netz Bern AG) diene als Referenz.

Für die Evaluation wurden Behandlungsdaten von 266 Patientinnen und Patienten der beiden Spitäler sowie Daten aus Befragungen einbezogen und mit einem mehrjährigen Medienmonitoring sowie internationaler Literatur ergänzt. Befragt wurden Stichproben der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen sowie ausgewählte Expertinnen und Experten der regionalen Leistungserbringer und des schweizerischen Gesundheitswesens.

Der Modellversuch zeigt das Potential zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung auf, das mit interprofessionellen Teams und PatientInnen-Coaching in einem Regionalen Spitalzentrum bzw. in einem regionalen Versorgungssystem erzielt werden kann. Die Verbesserungen des Gesundheitszustands werden nicht nur im Spital sondern auch in den sechs Monaten nach der Entlassung erzielt.

Darüber hinaus zeigt der Modellversuch hemmende und fördernde Bedingungen für die Integrierte geriatrische Versorgung auf, die bei der Ausgestaltung neuer Versorgungsmodelle berücksichtigt werden sollten. Hemmend wirken sich die Fragmentierung des Versorgungssystems, ungenügende oder unvollständige Information der Betroffenen, ungenau oder zu spät an mitbeteiligte Leistungserbringer weitergegebene Informationen sowie unzweckmässige oder ungenügende finanzielle Anreize aus. Fördernd wirken sich eine ausgeprägte „konkurrenzfreie“ Zusammenarbeitskultur, ein standardisiertes Schnittstellenmanagement, eine auf Kriterien abgestützte Patientensteuerung und Flexibilität bei allen Beteiligten aus. eHealth kann die Versorgungsintegration fördern, z.B. durch Patienteninformati- und Kommunikationssysteme. Zudem werden strukturell-institutionelle Voraussetzungen für die Integrierte geriatrische Versorgung identifiziert, u. a. Guidelines, standardisierte Prozessabläufe und Weiterbildungen. Bei Expertinnen und Experten umstritten sind staatliche Massnahmen zur Steuerung bzw. Lenkung der Behandlungspfade.

Die gewonnenen Erkenntnisse sind wichtig und wertvoll für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung sowohl hinsichtlich einer integrierten geriatrischen Versorgung als auch der Versorgungsintegration im Allgemeinen.

## Auftragshintergrund

---

Die Lebenserwartung steigt weiterhin. Die Geburtenrate verharrt auf tiefem Niveau. Folglich steigt die Anzahl der im Kanton Bern wohnenden Menschen, die über 64 Jahre alt sind, stark an. Ihr Anteil an der gesamten Wohnbevölkerung beträgt inzwischen 19.7%. Der Altersquotient<sup>1</sup> erreicht 32.2%. Nur in fünf Kantonen ist er noch höher, in der Schweiz insgesamt beträgt er 28.4%.

Hochbetagte Menschen benötigen oft medizinische Behandlungen und Pflege für mehrere Gesundheitsprobleme sowie Unterstützung im Alltagsleben. Dabei sind zahlreiche Versorger in die Betreuung einbezogen. Dadurch gestaltet sich die Koordination nicht selten als aufwändig und komplex. Häufig wird auch von gleichzeitigen Mehrfachbehandlungen berichtet.

Die starke Zunahme der Anzahl älterer Menschen, insbesondere der über 85-Jährigen, veränderte in den letzten 20 Jahren den medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf. Auch das Versorgungssystem, das Lücken in der Behandlungskette, Brüche bei der Zusammenarbeit der Leistungserbringer und Defizite in der spezifischen geriatrischen Behandlung aufwies, verlangte nach Veränderungen. Der Regierungsrat und der Grosse Rat befassten sich daher immer wieder mit dieser Problematik.

Im Jahr 2004 erschienen Bericht „Alterspolitik im Kanton Bern“ hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) Massnahmen aufgezeigt, die in die Wege geleitet wurden, um einige dieser Versorgungsdefizite zu beheben, u. a. das Pilotprojekt Übergangspflege, die Projekte Stärkung der ambulanten Versorgung durch die Spitexdienste und Umsetzung des Geriatriekonzepts. In der „Versorgungsplanung gemäss Spitalversorgungsgesetz (SpVG) 2007-2010“ hat der Regierungsrat einen zunehmenden Bedarf an akuter geriatrischen Behandlungen in den Spitälern ausgewiesen und die Durchführung eines Modellversuchs „Vernetzte Versorgung in der Geriatrie“ beschlossen.

Im Rahmen der Berichterstattung über die Motion Meyer - Kantonale Managed Care Organisation (25/2007) sprach sich der Regierungsrat für eine kantonale Managed Care Strategie aus, nicht als kantonale Intervention im Sinn neuer Versicherungsformen, sondern als modellhafte Entwicklung neuer Versorgungselemente zur besseren Vernetzung der Versorgung. Zur selben Zeit liefen auch auf gesamtschweizerischer Ebene Bestrebungen zur gesetzlichen Verankerung der Integrierten Versorgung. Bundesrat und Parlament befassten sich mit der sogenannten Managed-Care-Vorlage, die schliesslich im Jahr 2012 in der Volksabstimmung scheiterte.

Bei der Revision im Jahr 2013 wurden dann die Grundsätze der Integrierten Versorgung in das Spitalversorgungsgesetz aufgenommen. Es hält nun fest, dass künftig die Versorgung integriert sicherzustellen ist. Und die GEF kann Modellversuche durchführen oder Projekte zur Erprobung neuer Methoden, Konzepte oder Versorgungsmodelle mit Beiträgen fördern.

---

<sup>1</sup> Verhältnis der ab 65-Jährigen zur erwerbsfähigen Wohnbevölkerung.

Der Modellversuch „Integrierte Versorgung in der Geriatrie“, der am 24. 1. 2011 vom Grossen Rat bewilligt wurde, trägt zur Entwicklung von Versorgungselementen bei, welche die Leistungserbringer besser vernetzen können. Er weist die beiden folgenden Fragestellungen auf:

- Kann eine Vernetzung ambulanter und stationärer Leistungserbringer sowie ein gemeinsames Behandlungs-Management die Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Versorgung von (hoch)betagten Personen, die in hohem Masse medizinische und pflegerische Leistungen beanspruchen, unter den gegenwärtigen gesetzlichen und strukturellen Bedingungen verbessern?
- Welche Bedingungen hemmen oder fördern die integrierte Versorgung in der Geriatrie und welche strukturell-institutionelle Voraussetzungen werden benötigt?

## Zusammenfassung der Erkenntnisse

---

### Methoden

Mit diesem Modellversuch wurden Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Integrierten Versorgung in der Geriatrie unter Alltagsbedingungen in der routinemässigen Anwendung regionaler stationärer und ambulanter Leistungserbringer untersucht. Es wurden bestehende, für den Modellversuch angepasste Behandlungsprozesse, jedoch kein völlig neues Versorgungskonzept unter standardisierten Idealbedingungen geprüft.

### Organisation

Der Modellversuch „Integrierte Versorgung in der Geriatrie“, der vom Spitalamt der GEF konzipiert worden ist, wurde zwischen April 2011 und Dezember 2014 in zwei Spitälern, dem Spital Thun der Spital STS AG und dem Spital Ziegler der Spital Netz Bern AG, durchgeführt. Mit der wissenschaftlichen Begleitung beauftragte die GEF das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (handelnd durch Prof. Dr. Thomas Abel, Leiter der Evaluation Support Unit, sowie Heinz Bolliger-Salzman, Michaela Hlavica, Sarah Heiniger, Sabine Bucher und weiteren Mitarbeiterinnen). Das Spitalamt bildete ein Projektteam, das aus VertreterInnen der beteiligten Spitäler, des Instituts und der GEF zusammengesetzt war und sich regelmässig traf.

### Studiendesign

Beim Modellversuch handelte es sich um eine Interventionsstudie in zwei Umgebungen, dem Ort bzw. Pilotbereich mit integrativen Interventionen (Spital Thun der Spital STS AG und nachgelagerte regionale Leistungserbringer) und dem Kontrollbereich ohne Intervention (Spital Ziegler der Spital Netz Bern AG). Dieser Versuch war keine randomisierte klinische Studie, mit welcher die Wirksamkeit von Behandlungen unter Idealbedingungen ermittelt werden kann.

Die Integrierte Versorgung in der Geriatrie, die im Rahmen des Modellversuchs geprüft wurde, bestand aus den existierenden Behandlungsprozessen im Spital Ziegler, ergänzt durch die beiden folgenden Interventionen im Spital Thun:

- Bildung und Einsatz eines *interprofessionellen Teams* aus den verschiedenen die Patientinnen und Patienten betreuenden Organisationen, Professionen und dem informellen Sektor, das für die Bedarfserhebung und Behandlungsplanung beim Spitaleintritt und für die Austrittsplanung zuständig ist;
- Einsatz einer *persönlichen Bezugsperson für die Patientinnen und Patienten (Coachperson)*, die für das Prozessmanagement innerhalb des Spitals, für das Austrittsmanagement und für die Kontinuität der Betreuung bis zu sechs Monate nach der Entlassung aus der Spitalbehandlung verantwortlich ist. Nach dem Spitalaustritt nimmt die Coachperson nach ungefähr drei Wochen und am Ende der sechs Monate telefonischen Kontakt mit den Patientinnen und Patienten auf.

Die genannten Interventionen ergänzten also die routinemässige, stationäre Akutbehandlung nur im Pilotspital, Spital Thun der Spital STS AG. Im Referenz- bzw. Kontroll-Spital, Spital Ziegler der Spital Netz Bern AG, erfolgte die für die Geriatrie Universitätsklinik übliche stationäre Akutbehandlung. Im Spital Thun kam das interprofessionelle Team nicht bei allen Patientinnen und Patienten sondern nur bei komplexen Fällen zum Einsatz. Diese

Abweichung von der Studienplanung könnte zu einer Unterschätzung der Unterschiede beigetragen haben.

### **Untersuchungsgegenstand**

Der Untersuchungsgegenstand des Modellversuchs bezieht sich auf die folgenden Kollektive und Materialien:

- in den beiden Spitälern Thun STS AG und Ziegler Spital Netz Bern AG zwischen Oktober 2011 und Mai 2013 behandelte und bis spätestens Oktober 2013 beobachtete bzw. nachuntersuchte geriatrische Patientinnen und Patienten
- mittels Stichprobe ausgewählte Angehörige der Patientinnen und Patienten
- das mit der Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten befasste ärztliche, medizinterapeutische und Pflege-Personal der beteiligten Spitäler, der Nachsorgeinstitutionen und der ambulanten Leistungserbringer (v.a. HausärztInnen, Spitex)
- regionale und überregionale Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens, der öffentlichen Verwaltung und der Wissenschaft
- Medienberichte betreffend die geriatrische Versorgung im Kanton Bern und die Integrierte Versorgung in der Geriatrie in der Schweiz
- internationale Literatur zur Integrierten Versorgung in der Geriatrie.

Geriatrische Patientinnen und Patienten mussten die folgenden Einschlusskriterien erfüllen, um in diese Studie aufgenommen zu werden:

- 75-jährig oder älter bei Spitaleintritt
- Eintritt von zu Hause bzw. Einweisung durch Hausarzt/Hausärztin
- erwarteter Spitalaufenthalt von weniger als 7 Tagen
- Geriatrisches Risikoprofil mit 2 oder mehr Punkten
- Potential zur Rückkehr in gewohnte Umgebung
- Urteilsfähigkeit (mindestens 24 Punkte im Mini-Mental-Status)
- schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie (Informed Consent).

Geplant war die Aufnahme von 720 Patientinnen und Patienten. Dieses Ziel wurde wegen hoher Ausfälle, hauptsächlich wegen Urteilsunfähigkeit und fehlendem Einverständnis zur Teilnahme, verfehlt. Trotz Verlängerung der Rekrutierungsphase um sechs Monate resultierte eine Fallzahl von 266 Personen. Für die Datenauswertung verblieben schliesslich vollständige Datensätze von 256 Personen. <sup>2</sup>

### **Datenerhebungen**

Um die Zielerreichung sowie die Auswirkungen der Interventionen auf die Betroffenen und die beteiligten Leistungserbringer messen zu können, wurden qualitative Daten erhoben, und zwar: zum jeweiligen Stand der Versorgungsintegration, zu ihren organisatorischen, strukturell institutionellen Voraussetzungen, zu Hemmnissen und/oder fördernden Bedingungen.

Dazu wurden „**face-to-face**“ **Interviews mit Betroffenen**, d.h. Patientinnen und Patienten und Angehörigen, sowie mit spitalinternen und -externen Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen durchgeführt. Die Befragungen der Betroffenen fanden zu zwei Zeitpunkten, während des Spitalaufenthalts und sechs Monate nach Spitalentlassung,

---

<sup>2</sup> Drei PatientInnen des Spitals Ziegler zogen nachträglich ihre Einwilligung wieder zurück und bei sieben Fällen (3 Ziegler, 4 Thun) konnten die Datensätze des Fragebogens und der Medizinischen Statistik nicht zusammengeführt werden.

statt. Ergänzend fand im Spital Thun eine dritte Befragung (Prä-Studie) von Patientinnen und Patienten statt, die keine Nachbetreuung gemäss Studie erhielten. Um keine Person zweimal befragen zu müssen, wurden für die Erhebungszeitpunkte unterschiedliche Stichproben, die für die Grundgesamtheit repräsentativ sind, gezogen. Insgesamt wurden 68 Betroffene befragt, 38 Personen im Spital Thun und 30 im Spital Ziegler.

Um eine Aussenperspektive zu erhalten wurden zwischen Dezember 2011 und Februar 2014 37 **Interviews mit Expertinnen und Experten** aus den Bereichen, d.h. stationäre und ambulante Versorgung der beiden Regionen, Krankenkassen, Sozialberatung, Patientenschutz, öffentliche Verwaltung und Wissenschaft durchgeführt.

Zusätzlich wurden zwischen Dezember 2011 und März 2012 sechs thematisch zusammengesetzte **Fokusgruppen**, moderierte Gruppendiskussion mit 6-12 Personen, durchgeführt. Die Teilnehmer können der spitalinternen Behandlung (N=15), der Nachsorge (N=11) und der ambulanten Versorgung (N=16) zugeordnet werden.

Alle im Dialekt durchgeführten Interviews wurden mittels wörtlicher Transkription in ein Textdokument überführt, aber inhaltsgetreu ins Schriftdeutsche übertragen. Die Transkripte wurden mit dem Programm ATLAS.ti thematisch kodiert. In den Ergebnissen werden keine exakten Häufigkeiten von Nennungen sondern nur unbestimmte Mengenangaben (z.B. einzelne, manche) dargestellt.

ABBILDUNG 1: ÜBERSICHT ÜBER DIE DATENERHEBUNGEN

Jahr Quartal	2011		2012				2013				2014			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Qualitative Daten:</b>														
Medienmonitoring (retrospektiv von Juli 08 bis September 2011)														
Literaturrecherche														
Fokusgruppen Thun (Spitalintern, Nachsorge, Ambulant) (N=24)														
Fokusgruppen Bern (Spitalintern, Nachsorge, Ambulant) (N=18)														
Betroffeneninterviews Prästudie Thun (N=13)														
Betroffeneninterviews Thun 1 (N= 11) bzw. 2 (N=14)														
Betroffeneninterviews Bern 1 (N=16) bzw. 2 (N=14)														
ExpertInneninterviews Region Thun (N=11)														
ExpertInneninterviews Region Bern (N=11)														
ExpertInneninterviews überregional (N=13)														
<b>Quantitative Daten:</b>														
Erhebung PatientInnen Daten (Studien-Fragebogen)														
Erhebung der PatientInnen Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser														

Zur Ermittlung von Umfeldveränderungen während des Modellversuchs wurde eine Kontextanalyse durchgeführt, bestehend aus einem **Medienmonitoring**, das sich über den Zeitraum vom Juli 2008 bis September 2013 erstreckte, und einer internationalen **Literaturrecherche betreffend die Integrierte Versorgung** in der Geriatrie. Das Medienmonitoring war von Juli 2008 bis September 2011 retrospektiv und fokussierte sich aufgrund der greifbaren Datenquellen (56 Dokumente aus „Berner Zeitung“ und „Der Bund“) auf den

Kanton Bern. Ab Studienbeginn (d.h. ab September 2011) bis September 2013 wurde ein fortlaufender Medienspiegel von insgesamt 403 Zeitungs- und Zeitschriftenartikeln sowie elektronischen Medien (Radio- und Fernsehbeiträgen) aus der gesamten Deutschen Schweiz erstellt. Die Literaturrecherche erfolgte nach dem Scoping-Verfahren, d.h. geleitet, transparent und nachvollziehbar sowie ohne Gewichtung nach bestimmten Kriterien und ohne Selektion „ungenügender“ Arbeiten. Es wurden ausschliesslich deutsch- und englischsprachige Informationen aus Industrieländern Europas und Nordamerikas berücksichtigt. Insgesamt wurden 96 Artikel in die Analyse einbezogen.

Um die Wirkungen dieser Interventionen messen zu können, wurden in beiden Spitälern identische **Patientendaten** erhoben. Die Daten wurden soweit möglich der routinemässig erhobenen Medizinischen Statistik entnommen, und zwar soziodemografische Merkmale, administrative und medizinische Angaben über den Spitalaufenthalt, Kostenträgerdaten sowie Rehospitalisierungen. Ergänzend wurden mittels Fragebogen folgende Informationen über die behandelten Patientinnen und Patienten erfasst: Einschlusskriterien in die Studie, Aufenthaltsort nach Austritt und sechs Monate nach Austritt, geriatrisches Screening und Assessment (Depression, Ernährung, Aktivitäten des täglichen Lebens), Inanspruchnahme von Leistungen und deren Kosten. Gesundheitsbezogene Merkmale wurden zu maximal vier Zeitpunkten erhoben. Bezüglich der Inanspruchnahme und Kosten wurde im Zieglerspital von diesen Vorgaben abgewichen (Angabe von Pauschal- statt realen Werten). Dies verunmöglichte eine vergleichende Analyse dieser Daten. Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern digitalisierte und prüfte die Papierbogen für die Auswertung.

Die Medizinische Statistik erfuhr mit der Einführung von SwissDRG per 1.1. 2012 nicht nur Änderungen in der DRG-Klassifikation sondern auch bei den Falldefinitionen, der Berechnung der Aufenthaltsdauer und den Klassifikationen von Diagnosen und operativen Eingriffen sowie den Richtlinien zu deren Kodierung. Letzteres führte zu nicht nachträglich korrigierbaren Verzerrungen bei den Diagnosen, operativen Eingriffen und den Swiss DRG-Gruppen, da einige Behandlungen bzw. Prozeduren (u. a. geriatrisches Assessment, Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) für die Statistik und Abrechnung neu nur verwendet werden dürfen, wenn die Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Leitung eines Schwerpunktträgers Geriatrie (FMH) erfolgt ist. Darüber verfügte während der Studie nur das Spital Ziegler.

Schliesslich wurden die anonymisierten Datensätze der Medizinischen Statistik mit denjenigen der Fragebogen bei Übereinstimmung bestimmter Variablen (Geschlecht, Geburtsjahr Spital, Nebendiagnose [Z00.6], Eintritts- und Austrittsdatum) zu einheitlichen individuellen Datensätzen zusammengeführt. Die Datensätze wurden mit dem Programm SPSS bezüglich Häufigkeiten, Unterschieden und Zusammenhängen ausgewertet.

## Quantitative Ergebnisse des Modellversuchs

Dieser Teil des Berichts befasst sich mit der Frage, ob und in welchem Ausmass die Integrierte Versorgung gemäss Modellversuch die Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der geriatrischen Versorgung bei (hoch)betagten Personen verbessern kann.

### *Beschreibung der behandelten Patientinnen und Patienten*

**Kernaussage:** Bei Aufnahme in die Studie unterschieden sich die beiden PatientInnen-Kollektive in Bezug auf soziodemografische Kriterien nicht. Und kein Kollektiv konnte aufgrund der gemessenen Indikatoren statistisch eindeutig als „kränker“ bezeichnet werden. Die Einschlusskriterien dürften zur Vereinheitlichung beigetragen haben.

Von den 266 in den Modellversuch aufgenommen Patientinnen und Patienten konnten die erhobenen Daten von insgesamt 256 Personen, 57 des Spitals Ziegler und 199 des Spitals Thun ausgewertet werden.

Die Patientinnen und Patienten, davon 60% weiblichen Geschlechts, waren im Durchschnitt 83.5 Jahre alt. 77% waren für die allgemeine Abteilung krankenversichert. Statistisch liessen sich zwischen den Patientinnen und Patienten der beiden Spitäler keine Unterschiede der Verteilungen nach Alter, Geschlecht und Versicherungsstatus feststellen.

Hingegen konnten bei den vier im Zeitpunkt des Spitaleintritts gemessenen Indikatoren des Gesundheitszustands Unterschiede zwischen den Patientenkollektiven beobachtet werden, und zwar:

- Beim geriatrischen Risikoprofil, das die fünf Dimensionen kognitive Einschränkungen, Wohnsituation, Gehunsicherheit, Hospitalisation/Notfallstationsbesuch vor kurzer Zeit und Mehrfachkonsum von Medikamenten umfasst und eine Skala von 0 (kein Risiko) bis 6 Punkte aufweist, lag der Mittelwert bei den Patientinnen und Patienten des Spitals Ziegler bei 3.26 und denjenigen des Spitals Thun bei 2.51 Punkten.
- Beim Barthel-Index, welcher die Selbständigkeit bei 10 Aktivitäten des täglichen Lebens auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten (volle Selbständigkeit) misst, wiesen die Patientinnen und Patienten des Spitals Ziegler einen tieferen durchschnittlichen Wert von 65.26 auf als diejenigen des Spitals Thun mit 71.08 Punkten.
- Umgekehrt war die Situation beim Ernährungszustand und bei der Depressionsneigung. Mit 58% hatten Patientinnen und Patienten des Spitals Thun häufiger ein handlungsrelevantes Mangelernährungsrisiko (ab 3 Punkte) als jene des Spitals Ziegler (22% Betroffene). Auch das Depressionsrisiko (DGS 5-Skala: 0 niedrig, 5 hoch) war im Durchschnitt höher (Mittelwert: 1.25 bzw. 1.0).

Hauptsächliche Gründe für die Spitalbehandlung waren „Krankheiten des Kreislaufsystems“, „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde“ sowie „Krankheiten der Atmungsorgane“. Auffällig ist auch das für geriatrische Patientinnen und Patienten typische Vorliegen mehrerer Krankheiten. 88% wiesen 8 und mehr Nebendiagnosen auf. Hauptdiagnosen und -behandlungen waren unterschiedlich häufig. „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde“ bildeten im Spital Ziegler (54% der Patientinnen und Patienten) die häufigste Hauptdiagnose und „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (33%) sowie der „Atmungsorgane“ (17%) im Spital Thun. Behandlungen der Gruppe „verschiedene diagnostische und therapeutische Massnahmen“ waren die Hauptbehandlung bei fast allen Patientinnen und Patienten des Spitals Ziegler (95%), aber nur bei 62% der Patientinnen und Patienten des Spitals Thun. Diese Unterschiede sind eine Folge der für den Modellversuch bewusst gewählten Spitäler, dem Spital Thun und der geriatrischen Universitätsklinik im Spital Ziegler, die über ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Leitung eines Schwerpunktträgers Geriatrie (FMH) verfügt. Die unterschiedlichen Verteilungen der Diagnosen und der operativen Eingriffe bedeuten aber nicht, dass sich die beiden Patientenkollektive des Modellversuchs grundsätzlich unterscheiden.

### **Wohnsituation und Unterstützung**

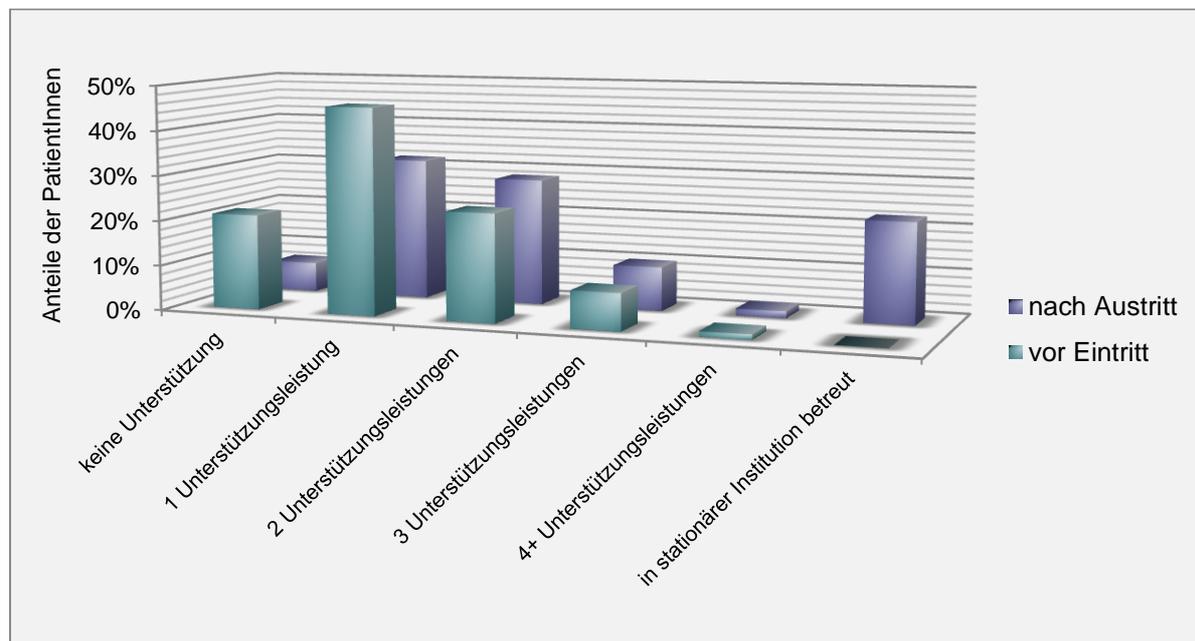
**Kernaussage:** Nach dem Akutspitalaufenthalt beanspruchten mehr Patientinnen und Patienten auch mehrere und andere Arten der Unterstützung als zuvor. Unterstützung leisteten hauptsächlich die Spitex, Familienangehörige und die Ehe- oder LebenspartnerIn.

Nach dem Spitalaufenthalt waren zwischen den beiden PatientInnen-Gruppen keine Unterschiede bei den Unterstützungsleistungen feststellbar.

Die grosse Mehrheit der Patientinnen und Patienten lebte vor dem Spitaleintritt alleine (63%) oder zusammen mit Ehe- bzw. LebenspartnerIn (34%). Bezüglich der Wohnsituation waren keine Unterschiede nach Spital, jedoch deutlich nach Geschlecht feststellbar. Frauen lebten vor Eintritt ins Spital zu 79% alleine, Männer zu lediglich 39%. Die Wohnsituation der Studienpopulation spiegelt somit die demografischen Verhältnisse in der Bevölkerung.

Der Spitalaufenthalt hatte auf die Patientinnen und Patienten beider Spitäler bedeutende Auswirkungen auf die in Anspruch genommenen Unterstützungsleistungen. Während vor dem Eintritt 21% zu Hause selbständig ohne Unterstützung lebten, waren es nach dem Austritt nur noch 7%. Auch der Anteil der Personen, die mehrere Unterstützungsleistungen beanspruchten, war nach Austritt höher (40%) als vor dem Eintritt (33%). Entsprechend benötigten nach dem Spitalaufenthalt mehr Personen mehrere Unterstützungsleistungen gleichzeitig. Mit 22% war der Anteil der Patientinnen und Patienten, die nach dem Austritt nicht nach Hause zurückkehrten sondern in eine Institution (z. B. anderes Akutspital, Rehabilitationsklinik, Alters-/Pflegeheim) eintraten, auffallend hoch. Es zeigten sich Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven, aber nur in Bezug auf die Situation vor Eintritt. So war die Zahl der Personen, die vor Eintritt keine Unterstützungsleistungen beanspruchten, bei den Patientinnen und Patienten des Spitals Ziegler höher.

ABBILDUNG 2: HÄUFIGKEIT DER UNTERSTÜTZUNG VOR SPITAL-EINTRITT UND NACH -AUSTRITT, IN PROZENT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

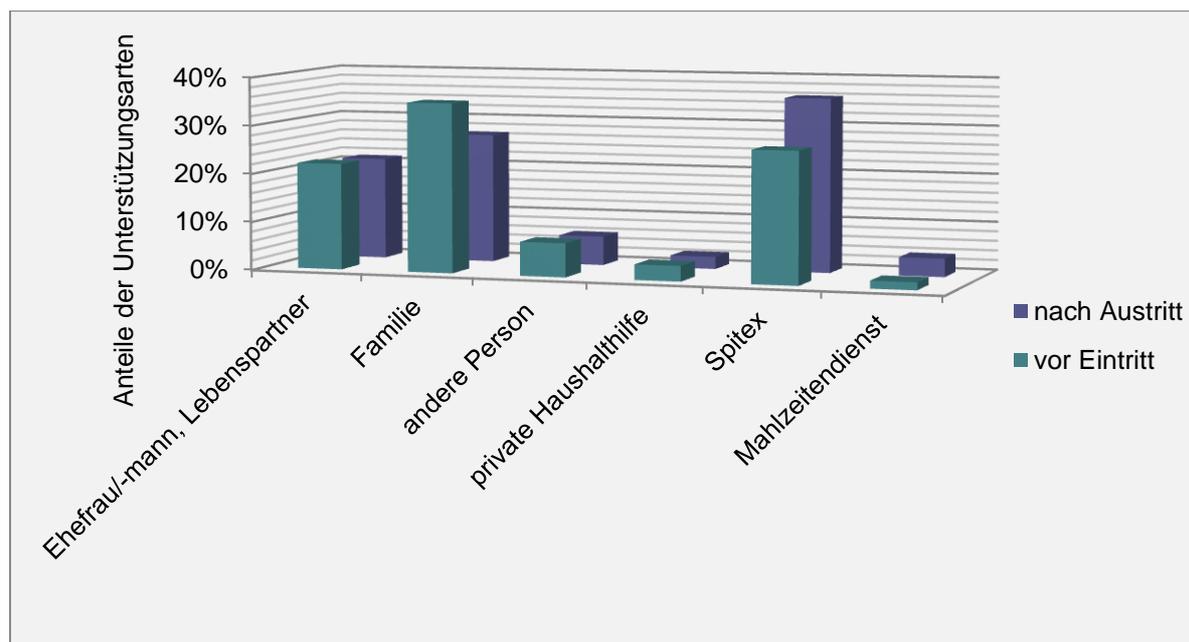


Der Akutspitalaufenthalt veränderte nicht nur die Häufigkeit sondern auch die Art der beanspruchten Unterstützung der zu Hause Wohnenden<sup>3</sup>. Vor dem Spital-Eintritt leisteten Familienangehörige (35%) und die Spitex (27%) am häufigsten Unterstützung. Nach Austritt kehrte sich das Verhältnis um (Spitex 36%, Familie 27%). Häufig, zu rund 20% boten auch die Ehe- oder LebenspartnerIn Unterstützung. Nach dem Spitalaustritt waren zwischen den

<sup>3</sup> Bei den vom Spital in stationäre Betreuung, d.h. ein Akutspital, eine Rehabilitationsklinik oder eine Langzeitinstitution übertraten, wurden allfällige weitere Unterstützungsleistungen nicht erfasst.

beiden PatientInnen-Gruppen keine Unterschiede der genannten Unterstützungsart feststellbar.

ABBILDUNG 3: ART DER UNTERSTÜTZUNG ZU HAUSE WOHNENDER PERSONEN VOR SPITAL-EINTRITT UND NACH -AUSTRITT, IN PROZENT DER GENANNTEN UNTERSTÜTZUNGSARTEN



### Behandlungspfade

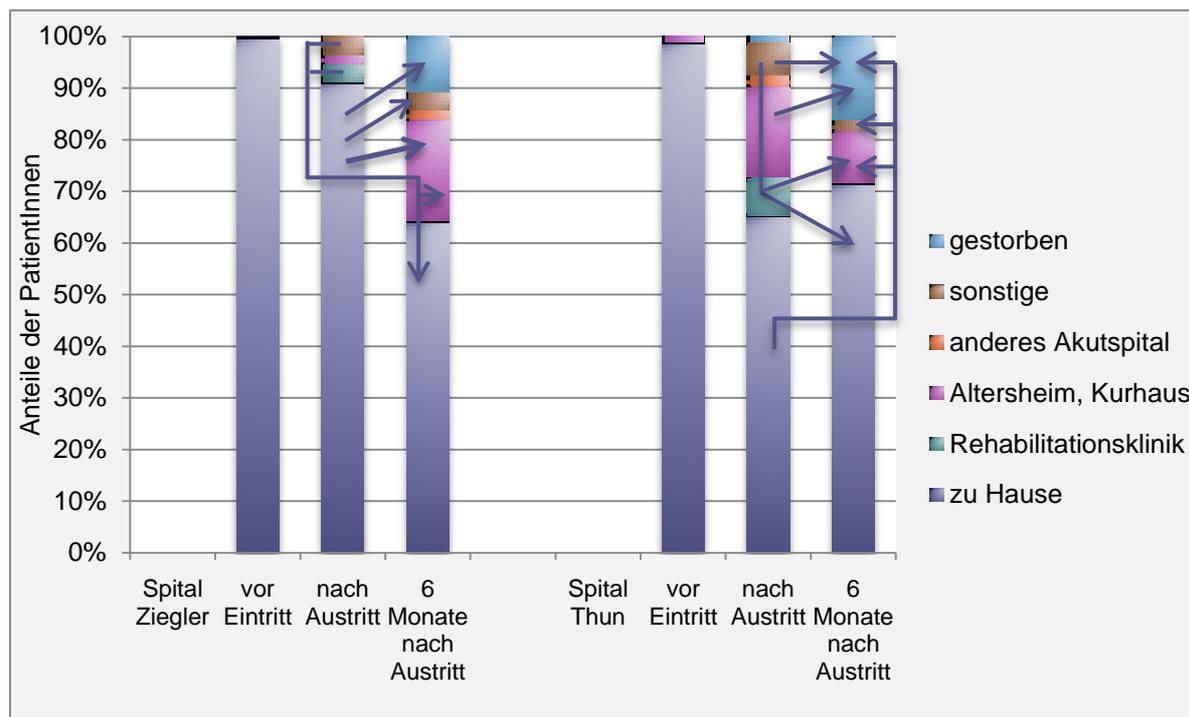
**Kernaussage:** Die Behandlungspfade der beiden PatientInnen-Kollektive unterschieden sich deutlich. Während im Spital Ziegler 9 von 10 Patientinnen und Patienten nach Hause entlassen wurden, wohnten nach sechs Monaten noch 64% zu Hause und 20% in einer Langzeit-Institution. Im Spital Thun wurden rund 3 von 10 Patientinnen und Patienten in eine stationäre Nachbehandlung entlassen, aber nach sechs Monaten wohnten 72% zu Hause und 10% in einer Langzeit-Institution. Dies könnte auf ein unterschiedliches PatientInnen-Management hinweisen.

Der Spitaleintritt erfolgte in den beteiligten Spitälern auf unterschiedliche Weise. Im Spital Thun traten 88% als Notfall ein, im Spital Ziegler nur 44%. Im Spital Ziegler traten 44% nach Anmeldung ein und weitere 12% kamen von anderen Spitälern der Spital Netz Bern AG. Der beobachtete Unterschied dürfte auf einem unterschiedlichen PatientInnen-Management beruhen (siehe dazu unter „Potential zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung“ im Kapitel „Schlussfolgerungen“).

Ausgenommen zwei von einem Kurhaus notfallmässig eingelieferte Personen, wohnten alle in die Studie aufgenommenen Patientinnen und Patienten vor dem Spitaleintritt zu Hause. Zurück nach Hause kehrten 71%. 14% traten in eine Institution der Langzeitversorgung (Altersheim/Kurhaus) und 7% in eine Rehabilitationsklinik ein. Für die übrigen 8% konnte eine andere Unterbringung gefunden werden. Wohin die Patientinnen und Patienten entlassen wurden, war bei den beiden Spitälern unterschiedlich. Im Spital Ziegler kehrten 9 von 10 Patientinnen und Patienten nach Hause zurück, nur ganz wenige traten in eine Rehabilitationsklinik oder eine stationäre Langzeit-Institution ein. Im Spital

Thun wurden 18% in eine Langzeit-Institution, 8% in eine Rehabilitationsklinik und 65% in ihr Zuhause entlassen, zwei PatientInnen starben im Spital.

ABBILDUNG 4: WOHNORT-SETTING VOR SPITAL-EINTRITT, NACH SPITAL-AUSTRITT UND SECHS MONATE NACH AUSTRITT, IN PROZENT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN



Im weiteren Verlauf nach dem Spitalaustritt entwickelten sich bemerkenswerte Veränderungen des Wohnort-Settings. Nach sechs Monaten lebten noch 7 von 10 Patientinnen und Patienten zu Hause, obwohl 29% der vom Spital direkt nach Hause Entlassenen in eine Institution der Langzeitversorgung eintreten mussten oder andere starben. Interessanterweise konnte jedoch ein hoher Anteil von 67% derjenigen Personen, die ursprünglich in eine stationäre Langzeit-Institution, Rehabilitationsklinik oder Akutspital entlassen wurden, danach nach Hause zurückkehren.

Während sich bei den Patientinnen und Patienten des Spitals Ziegler der Anteil der zu Hause Wohnenden durch Eintritt in eine Langzeitinstitution oder durch Tod auf 64% reduzierte, erhöhte er sich hingegen bei den Patientinnen und Patienten des Spitals Thun durch Entlassung aus der stationären Nachsorge auf 72%. Die Entwicklungen des Aufenthaltsorts nach dem Spitalaufenthalt waren bei den beiden PatientInnen-Kollektiven also gegensätzlich und führten dazu, dass sechs Monate nach Spitalentlassung mehr Patientinnen und Patienten des Spitals Thun zu Hause lebten als jene des Spitals Ziegler.

### Gesundheitliche Veränderungen während und nach dem Spitalaufenthalt

**Kernaussage:** Rehospitalisationen waren häufig (jede dritte PatientIn). Die Patientinnen und Patienten aus dem Spital Ziegler waren deutlich häufiger betroffen. Das Depressionsrisiko änderte sich in beiden Spitälern nicht während, aber nach dem Spitalaufenthalt. Nach sechs Monaten war es höher als bei Spitaleintritt. Das Mangelernährungs-Risiko sank während und nach dem Spitalaufenthalt, jedoch nur bei den Patientinnen und Patienten des Spitals Thun. Die Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten (Barthel-Index) konnte während des Spitalaufenthalts verbessert werden. Aber in den sechs Monaten danach

verbesserten sich die Werte nur noch bei den Patientinnen und Patienten des Spitals Thun, jene der Patientinnen und Patienten des Spitals Ziegler verschlechterten sich.

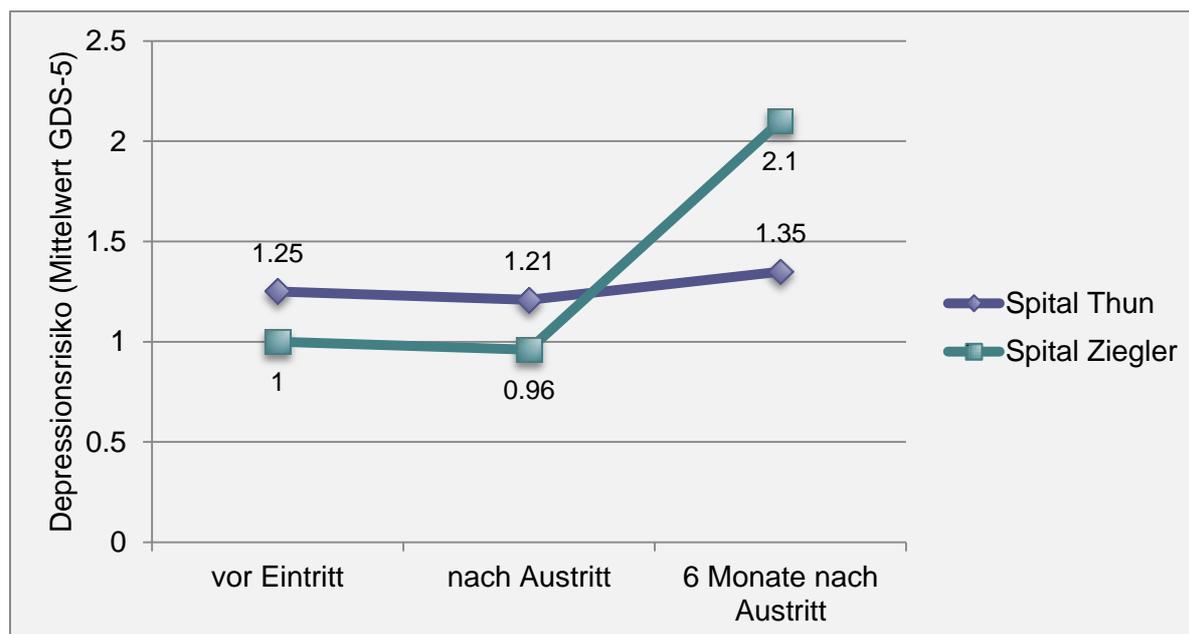
Im Beobachtungszeitraum von Spitaleintritt bis zu sechs Monaten nach Entlassung starben 40 Personen (16%). Wesentliche Unterschiede der **Sterblichkeit** zwischen den beiden PatientInnen-Kollektiven waren nicht feststellbar.

Jede dritte PatientIn war während der sechs-monatigen Beobachtung von einem oder mehreren gesundheitlichen Problemen betroffen, die einen neuen Spitalaufenthalt in einem Akutspital nötig machten. Insgesamt wurden 131 erneute Spitalaufenthalte (**Rehospitalisationen**) bei 84 Patientinnen und Patienten gezählt, d.h. im Durchschnitt 1.6 Rehospitalisationen pro rehospitalisierte Person. Die Kollektive unterschieden sich deutlich. Vom Spital Ziegler wurden 42% der Patientinnen und Patienten durchschnittlich 1.9-mal rehospitalisiert. Vom Spital Thun waren es 30% mit durchschnittlich 1.4 Rehospitalisationen.

Die psychische Gesundheit (Depressionsrisiko [GDS-5]), der Ernährungszustand (Nutritional Risk Screening) und die Aktivitäten des täglichen Lebens (Barthel-Index) wurden dreimal bzw. bei Patientinnen und Patienten mit Spitalaufenthalt von mehr als drei Wochen viermal geprüft.

Insgesamt blieb die **Depressivität** während des Spitalaufenthalts bei den Patientinnen und Patienten, sowohl im Spital Ziegler als auch im Spital Thun, nahezu unverändert. Nach Spitalaustritt nahm sie zu, jedoch vorwiegend bei den Patientinnen und Patienten aus dem Spital Ziegler. Diese Entwicklung zeigte sich bei beiden Arten der statistischen Analyse, den Mittelwerten der 5-Punkte-Skala (Abbildung 5) und beim Anteil der Patientinnen und Patienten, die 2 oder mehr Punkte, d.h. ein relevantes Depressionsrisiko, aufwiesen.

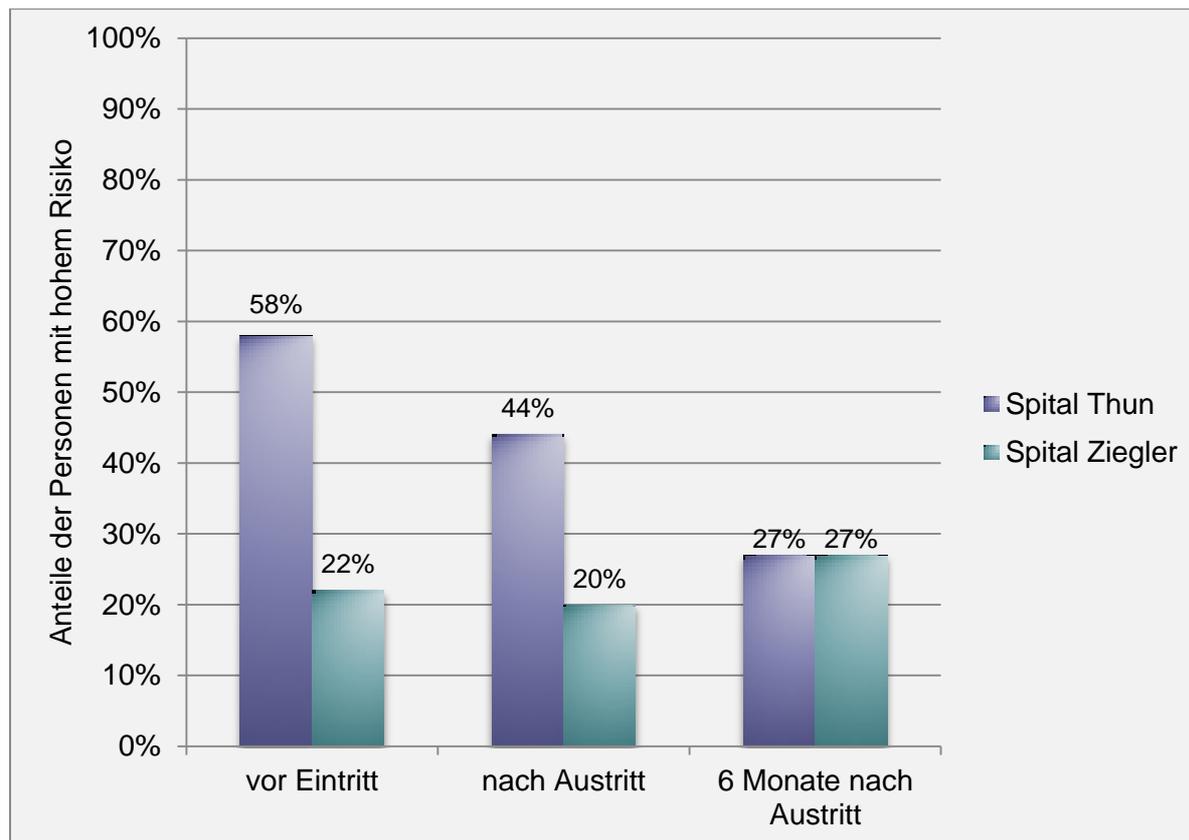
ABBILDUNG 5: PSYCHISCHE GESUNDHEIT (DEPRESSIONSRISIKO) IM ZEITVERLAUF NACH SPITAL, MITTELWERTE DER PATIENTENKOLLEKTIVE AUF DER GDS-5-SKALA



Das Risiko einer **Mangelernährung** zeigte nur Veränderungen bei den Patientinnen und Patienten des Spitals Thun. Ab Spitaleintritt, als die Werte sehr hoch waren, verminderten sich die gemessenen Mittelwerte, Mediane und Häufigkeiten der Personen mit hohem Risiko (3 und mehr Punkte) bis sechs Monate nach Austritt. Bei den Patientinnen und Patienten des Spitals Ziegler konnten das durchschnittliche Risiko und die Anteile der

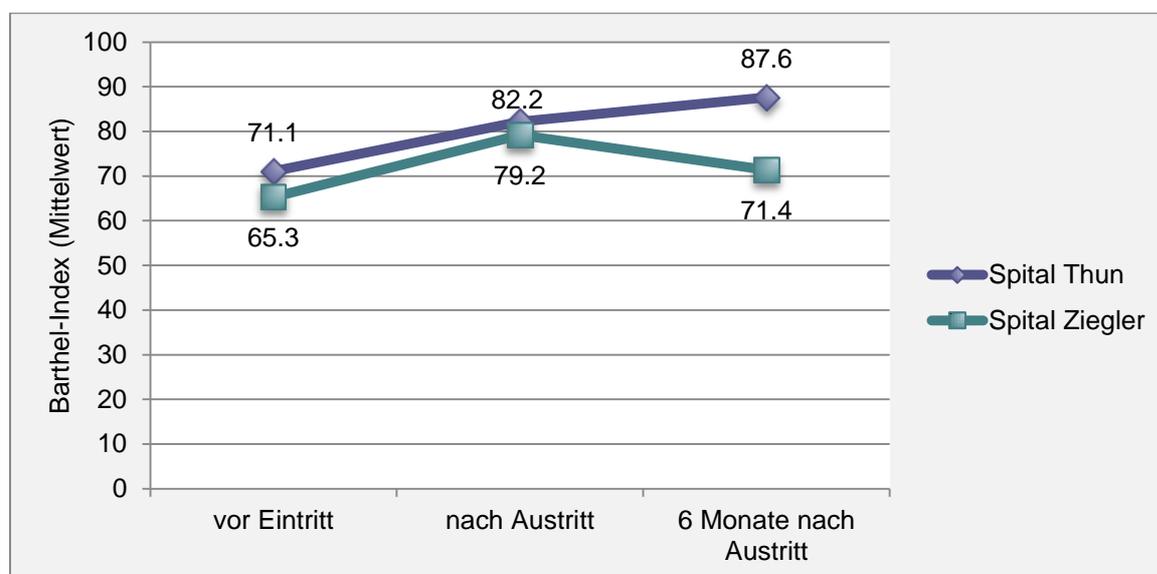
Hochrisiko-Fälle während des Spitalaufenthalts gesenkt werden. Sechs Monate nach Austritt war der Anteil der Hochrisiko-Fälle aber höher als bei Spitaleintritt.

ABBILDUNG 6: ERNÄHRUNGSZUSTAND (MANGELERNÄHRUNGS- RISIKO) IM ZEITVERLAUF NACH SPITAL, IN PROZENT DER PERSONEN MIT HOHEM MANGELERNÄHRUNGS-RISIKO (3 UND MEHR PUNKTE GEMÄSS NUTRITIOAL RISK SCREENING)



Als **selbständig in den Alltagsaktivitäten** werden Personen eingestuft, die beim Test nach Barthel 70 oder mehr Punkte erreichen. Bei Spitaleintritt war die Hälfte der Patientinnen und Patienten selbständig (Mittelwert 69.8, Median 70 Punkte). Es zeigten sich klare Unterschiede zwischen den Patientinnen und Patienten des Spitals Ziegler und des Spitals Thun. Bei Eintritt wiesen Patientinnen und Patienten des Spitals Ziegler einen durchschnittlichen Barthel-Index von 65.3 und einen Median von 70 Punkten auf. Der im Vergleich zum Median tiefe Mittelwert weist darauf hin, dass in diesem Kollektiv einige Personen mit einer sehr geringen Punktzahl, d.h. einem hohen Grad von Pflegebedürftigkeit, vertreten waren. Der durchschnittliche Barthel-Index sowie der Median erhöhten sich bis zum Austritt auf 79.2 bzw. 85 Punkte, um sechs Monate später bei 71.4 bzw. 70 Punkten anzukommen. Ein grosser Teil der in der Spitalbehandlung gewonnenen Selbständigkeit ist also zu Hause in einem halben Jahr wieder verloren gegangen.

ABBILDUNG 7: AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS (BARTHEL-INDEX) IM ZEITVERLAUF NACH SPITAL, MITTELWERTE DER PATIENTENKOLLEKTIVE GEMÄSS BARTHEL-INDEX



Anders die Entwicklung bei den Patientinnen und Patienten des Spitals Thun. Hier erhöhte sich der durchschnittliche Barthel-Index von 71.1 (Median 70) bei Eintritt auf 82.2 (90) bei Austritt und auf 87.6 (95) nach sechs Monaten. Während des Spitalaufenthalts erhöhte sich der durchschnittliche Barthel-Index bei den Patientinnen und Patienten des Spitals Ziegler etwas stärker, als bei jenen des Spitals Thun.

### Leistungen und Kosten

**Kernaussage:** Im Spital Ziegler waren der Aufwand für die Spitalbehandlung höher, die Rehospitalisationen häufiger und die nachfolgenden Behandlungen in stationären Einrichtungen seltener als im Spital Thun.

Wie im Abschnitt Methoden erwähnt, konnten die Leistungen und Kosten der Behandlungen nicht fundiert und vergleichend analysiert werden. Mit Hilfe von Leistungsdaten, die mit Behandlungskosten korrelieren, konnten die Kosten jedoch teilweise mengenmässig dargestellt werden.

Der Einsatz der persönlichen Bezugspersonen für die Patientinnen und Patienten (Coaches) kostete durchschnittlich CHF 311.71 pro PatientIn, insgesamt somit CHF 61'719 im Spital Thun für den Modellversuch. Im Spital Ziegler sind diese Kosten nicht entstanden.

Durchschnittlich waren die Patientinnen und Patienten 14.1 Tage im Spital. Der kürzeste Aufenthalt dauerte 4 Tage, der längste 79 Tage. Die Aufenthaltsdauer war in den beiden Spitälern signifikant verschieden. Im Spital Ziegler verweilten die Patientinnen und Patienten durchschnittlich 6.4 Tage bzw. um 50% länger als im Spital Thun.

Ein ähnliches Bild zeigte sich bei den Rehospitalisationen. Patientinnen und Patienten des Spitals Ziegler wurden häufiger rehospitalisiert als jene des Spitals Thun (um 83%). Bei den 57 Patientinnen und Patienten des Spitals Ziegler ereigneten sich 45 Rehospitalisationen (0.79 pro PatientIn). Bei den 199 Patientinnen und Patienten des Spitals Thun waren es 86 Rehospitalisationen (0.43 pro PatientIn).

Die Kosten weiterer Leistungen, die nach dem Spitalaustritt während der sechs-monatigen Beobachtung beansprucht wurden, konnten nicht exakt beziffert werden. Für die vergleichende Analyse konnten die folgenden Sachverhalte ermittelt werden. So wurden 22% der Patientinnen und Patienten aus dem Spital direkt in eine weitere stationäre Einrichtung

transferiert. Mit 26% waren im Spital Thun deutlich mehr Personen als im Spital Ziegler (6%) betroffen. Zwischen den Patientinnen und Patienten der beiden Spitäler konnten keine weiteren Unterschiede festgestellt werden.

### Fazit der quantitativen Ergebnisse

Die quantitativen Ergebnisse werden in Tabelle 1 zusammenfassend dargestellt. Sie zeigen in Bezug auf die gesundheitliche Situation der behandelten Betagten bei drei von fünf gemessenen Indikatoren (Rehospitalisation, Depressionsrisiko, Aktivitäten des täglichen Lebens) einen günstigeren Verlauf der integrierten geriatrischen Versorgung im Spital Thun als die Behandlung in der geriatrischen Universitätsklinik im Spital Ziegler. Bei zwei Indikatoren (Ernährungszustand bzw. Mangelernährungsrisiko, Wohnsituation) erreichten die Werte für die Patientinnen und Patienten des Spitals Thun erst sechs Monate nach Spitalentlassung dasselbe höhere Niveau wie jene des Spitals Ziegler. Im Spital Thun konnte also die Qualität der Spitalbehandlung Betagter mehrheitlich, aber nicht in allen Dimensionen verbessert werden. Bemerkenswert sind jedoch die Verbesserung des Gesundheitszustands und der Wohnsituation dieser Patientinnen und Patienten in den sechs Monaten nach dem Austritt aus dem Spital. In der Nachspitalphase gewannen die Patientinnen und Patienten aus Thun an Selbständigkeit und Lebensqualität, während jene aus Bern sie nach Spitalaustritt wieder einbüssten.

Die Wirtschaftlichkeit liess sich aus den oben genannten Gründen nicht quantifizieren. Ihre qualitative Beurteilung mit den verfügbaren Indikatoren zeigte einige Vorteile, wie eine geringere Aufenthaltsdauer und weniger Rehospitalisationen. Die direkten Übertritte in Rehabilitationskliniken oder andere stationäre Einrichtungen waren ein Kostenfaktor, führten jedoch im weiteren Verlauf zu wesentlichen Vorteilen wie höhere Selbständigkeit, weniger Rehospitalisationen und späterer Eintritt in eine stationäre Langzeit-Institution.

TABELLE 1: ÜBERSICHT ÜBER DIE QUANTITATIVEN ERGEBNISSE DES MODELLVERSUCHS

Kriterium	Integrierte Versorgung (Spital Thun)	Standard-Versorgung (Spital Ziegler)	Vergleich	Beurteilung Integrierte Versorgung
<b>Gesundheitliche Aspekte</b>				
- Wohnsituation (zu Hause wohnend)				
Nach Austritt	65%	91%	- 26% (sig.)	●●
6 Mte. nach Austritt	72%	64%	≈ (n.s.)	●●
- Barthel-Index [ATL] (Mittelwert, max. 100 Pkt.)				
Nach Austritt	82.2	79.2	≈ (n.s.)	●●
6 Mte. nach Austritt	87.6	71.4	+ 16.2 (sig.)	●●
- Depression (2-5 Pkt.: erhöhtes Risiko)				
Nach Austritt	16%	28%	≈ (n.s.)	●●
6 Mte. nach Austritt	32%	60%	+ 28% (sig.)	●●●
- Mangelernährung (3-5 Pkt.: relevantes Risiko)				
Nach Austritt	44%	20%	- 24% (sig.)	●●●
6 Mte. nach Austritt	27%	26%	≈ (n.s.)	●●
- Rehospitalisationen (Anzahl pro 100 Patienten)				
6 Mte. ab Austritt	43	79	+ 36/100 (sig.)	●●●
- Sterblichkeit (Todesfälle in % seit Eintritt)				
bis 6 Mte. nach Austritt	16%	11%	≈ (n.s.)	●●
<b>Ökonomische Aspekte (Leistungen und Kosten)</b>				

- Aufenthaltsdauer - Integrierte Versorgung: Coach - Rehospitalisationen - direkter Übertritt in Institution - Unterstützungsleistungen nach Austritt	12.7 Tage CHF 312 /Pat. 43 /100 Pat. 26% rund 70%	19.1 Tage keine 79 /100 Pat. 6% rund 70%	- 6.4 Tage Mehrkosten -36/100 Pat. Mehrkosten ≈	●●●● ● ●● ●● ●●
<b>Ertrag/Aufwandverhältnis</b>				●
Legende: ● Vorteil Integrierte Versorgung    ● Vorteil Standard-Versorgung ≈ (n.s.): kein statistisch signifikanter Unterschied (sig.): statistisch signifikanter Unterschied				

## Qualitative Ergebnisse des Modellversuchs

In diesem Berichtsteil wird aus der Sicht von Betroffenen sowie Expertinnen und Experten dargelegt, welche Bedingungen die Integrierte Versorgung in der Geriatrie hemmen oder fördern und welche strukturell-institutionellen Voraussetzungen benötigt werden. Zudem wird dargestellt, wie in den nationalen Medien berichtet wurde und welche Erkenntnisse aus der internationalen wissenschaftlichen Literatur für die Schweiz nutzbar gemacht werden könnten.

### *Integrierte Versorgung aus Sicht der Betroffenen*

**Kernaussage:** Die Autonomie ist für die Patientinnen und Patienten ein zentrales Anliegen. Aus PatientInnen-Sicht fördernd wäre eine konstante und präsente Ansprechperson. Für die Patientinnen und Patienten sind die institutionellen Voraussetzungen, wie fachlich kompetentes, Zuwendung vermittelndes Personal und wohnortnahe Angebote, ein wichtiges Anliegen, das sowohl bei der Integrierten Versorgung als auch bei der Gesundheitsversorgung allgemein zu beachten ist. Angehörige bringen nur hemmende Bedingungen zur Sprache, z. B. dass sie von den Patientinnen und Patienten als Ansprechperson nicht anerkannt werden, ihre Mitwirkung an Entscheidungsprozessen schwierig sei und sie durch die Betreuung Angehöriger selbst eingeschränkt werden.

### Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten

Die Autonomie ist für die befragten Patientinnen und Patienten ein zentrales Anliegen. Bei den betagten Patientinnen und Patienten selbst ist der Wunsch teilweise so stark ausgeprägt, dass die durch den Abbau körperlicher und kognitiver Fähigkeiten erzeugten Schwierigkeiten im Alltag verdrängt werden. Innerhalb der stationären Versorgung sind die Ansprüche der Betroffenen in den vergangenen Jahren stark gestiegen und übersteigen aus Sicht der Leistungserbringenden oftmals die vorhandenen Möglichkeiten der Anbieter. Die Betroffenen betrachten die medizinische Fachkompetenz des Personals als wesentliches Kriterium einer guten Versorgung, die teilweise unzureichend erfüllt sei. Als nicht weniger wichtig gelten ihnen „weiche“ Faktoren wie Wertschätzung, Vertrauen und Zuwendung. Sie kritisieren das Fehlen einer präsenten Bezugsperson sowie auch die mit dem Personalwechsel verbundene Unsicherheit.

Der Spitalaustritt wird von den Betroffenen häufig thematisiert. Sie kritisieren kurzfristig angekündigte Spitalaustritte. Dabei handelt es sich um eine Wahrnehmung, die nicht spezifisch für die Integrierte Versorgung sondern für die gegenwärtige Spitalversorgung gilt. Vorschläge zur Nachbetreuung in spezialisierten Einrichtungen wie Rehabilitations- oder Kurkliniken wird von manchen der Befragten aus unterschiedlichen Gründen ausgeschlagen. Wohnortnahe Angebote oder ambulante Therapien im Spital werden von den Patientinnen und Patienten eher geschätzt und dementsprechend gerne angenommen. Die Konfrontation der Patientinnen und Patienten mit einer möglichen Unterbringung in einem Pflegeheim oder einer Altersresidenz gilt grundsätzlich als heikel und die Auseinandersetzung mit einem Heimeintritt fällt den meisten Patientinnen und Patienten schwer. Oftmals stehen finanzielle Ängste bezüglich der Heimkosten im Raum.

Der Betreuungskontext im ambulanten Bereich ist unterschiedlich. Betroffene legen Wert auf geografische Nähe sowie ein Hausbesuchsangebot, bei dem sie Wert legen auf Pünktlichkeit und konstante Beziehungen zum Personal. Sie beurteilen die Hausärztin oder den Hausarzt wegen deren Fach- und Kommunikationskompetenzen als wesentlich für das Wohlbefinden.

### Situation der Angehörigen

Angehörige nehmen eine Vermittlerrolle zwischen den professionellen Involvierten und den Patientinnen und Patienten ein. Für die Angehörigen gestaltet sich die Teilnahme am Entscheidungsfindungsprozess oft schwierig, da die Patientinnen und Patienten häufig dem Spitalpersonal mehr Respekt und Autorität entgegenbringen. Die wahrgenommene hohe Verantwortung ist für die Angehörigen teilweise schwer zu tragen. Als belastend empfinden sie Schuldgefühle, die sich vor allem dann einstellen, wenn sie meinen, Entscheidungen entgegen den Wünschen der Patientinnen und Patienten getroffen zu haben.

Die Übernahme der Betreuung bringt für die Angehörigen oft starke Einschränkungen in ihrer Lebensgestaltung mit sich. Schwerwiegende Erkrankungen, die starke Veränderungen in der Persönlichkeit hervorrufen (z.B. Demenz) oder palliative Situationen, stellen die Angehörigen zusätzlich vor grosse Herausforderungen.

Wichtig beim Einsatz von ambulanten Anbietenden ist es, den Betroffenen frühzeitig realistische Vorstellungen der zu erwartenden Leistungen zu vermitteln. Die Angehörigen schätzen dabei einerseits den direkten Kontakt mit den jeweils zuständigen Fachpersonen und andererseits, wie bereits im Spital, in relevante Entscheidungsfindungsprozesse miteinbezogen zu werden.

### *Interventionen und andere Aspekte des Modellversuchs*

**Kernaussage:** Die Coachpersonen des Spitals Thun können als ein die Integrierte Versorgung fördernder Faktor bezeichnet werden. Sie werden von den Angehörigen als gute Ansprechperson und von den Expertinnen und Experten als nützliches Element anerkannt. Zahlreiche Faktoren hemmen gemäss den Befragten die Integrierte Versorgung, u. a. suboptimale Aufenthaltsdauern in Spitälern, nach Spitalaustritt benötigte stationäre und ambulante Nachsorge, Benachteiligung psychiatrischer Gesundheitsprobleme, mangelhafter Informationsfluss zwischen Leistungserbringern. Im Zusammenhang mit eHealth wurde auf Mängel, z. B. den lückenhaften elektronischen Informationsaustausch über die Spitalgrenzen hinaus, und Befürchtungen in Bezug auf den Datenschutz oder eine abnehmende Gesprächsbereitschaft unter Fachleuten hingewiesen.

### Die Coachperson im Spital Thun

Die Leistungen der Coachpersonen des Spitals Thun werden vielschichtig beurteilt. Grundsätzlich übernehmen die Coachpersonen<sup>4</sup> eine wichtige Rolle und sie sorgen für eine effiziente Steuerung der Patientinnen und Patienten – womit beispielsweise eine optimale Aufenthaltsdauer oder die Vermeidung von internen Wartezeiten gemeint sind. Aus der Sicht von einigen der befragten ambulanten Leistungserbringenden weisen die Coachpersonen im Vergleich zu den AssistenzärztInnen ein besseres Austrittsmanagement auf. Obschon die Coachpersonen als Ansprechpersonen gelten, suchen die Patientinnen und Patienten meistens den Kontakt zu den sie pflegenden Fachpersonen und nicht zu den Coachpersonen. Auch innerhalb des Spitals wird von Aufgabenverschiebung gesprochen: Aufgaben, die in anderen Spitälern der Pflege oder den AssistenzärztInnen zufallen, gehören in Thun teilweise in das Tätigkeitsfeld der Coachpersonen. Die Coachpersonen selber geraten gemäss eigenen Angaben manchmal in einen Rollenkonflikt, da sie einerseits als Ansprechperson der Patientinnen und Patienten und ihren Bedürfnissen gelten, aber gleichzeitig die Interessen des Spitals vertreten müssen.

---

<sup>4</sup> Coachpersonen sind ausgebildete Pflegefachpersonen, die als Case ManagerInnen tätig sind.

Die konstante Begleitung durch eine Coachperson während des Spitalaufenthaltes wird von den Angehörigen geschätzt. Die Betroffenen haben somit, so berichten sie, eine klare Bezugsperson innerhalb des Spitalalltags. Der Kontakt zur Coachperson beschränkt sich für die Angehörigen aber teilweise auf zufällige Begegnungen, da die Coachpersonen, laut den Angehörigen, unter grossem Zeitdruck stehen. Für viele Betroffene bedeutet die Austrittsvorbereitung, d. h. die Suche nach geeigneten Anschlusslösungen und der Vermittlung dieser Informationen, eine grosse Unterstützung.

Betroffene haben die Coachperson in der sechsmonatigen Nachbetreuungsperiode nur selten als fortbestehende Ansprechperson einbezogen. Es sind meistens alleinstehende Patientinnen und Patienten mit Fragen zur Versicherung oder Medikation oder ausserhalb von Thun wohnende Angehörige, die sich nach dem Dienstleistungsangebot in der Region Thun erkundigten. Als sinnvoll beurteilt wird die Nachbetreuungsfunktion insofern, als dass dadurch eine Ansprechperson im Spital über den eigentlichen Spitalaufenthalt der Patientinnen und Patienten hinaus vorhanden ist.

*„I: Und haben Sie das geschätzt, dass Ihnen da jemand zur Seite gestanden ist?*

*B: Sehr, sehr geschätzt. Und ich fand es super, dass man praktisch ein halbes Jahr, wenn man vom Spital zu Hause ist, dass man noch eine Ansprechperson hat. Das fand ich ganz super. Das muss ich sagen. Und das ist jemand Nettes, die Coachin. Das darf ich auch sagen. Ich bin sehr zufrieden gewesen. Ich bin glücklich und ich habe gewusst, ich kann die anrufen, wenn etwas nicht in Ordnung ist. Die hilft mir. Das ist für mich das A und O gewesen.“ (A3PT2; 3:141)*

Der Nutzen der im Modellversuch lancierten Nachbetreuung wird aufgrund der zeitlichen Verzögerung zwischen dem Spitalaustritt und der ersten Kontaktaufnahme von den Expertinnen und Experten in Frage gestellt. Sie erachten eine engmaschige Nachbetreuung in der ersten Phase nach dem Austritt als notwendig, um einen guten Übertritt in den ambulanten Bereich zu gewährleisten. Ein Hauptkritikpunkt an der Nachbetreuung ist, dass der Sinn eines telefonischen Kontaktes angezweifelt wird. Eine valide Beurteilung der Situation der Patientinnen und Patienten wäre nur bei Hausbesuchen möglich. Hingegen werden auch positive Aspekte geäussert. Das Thematisieren der Finanzierung der Versorgung oder allgemein von administrativen Fragen im Rahmen des Kontaktes könne präventiv wirken, da es ermögliche, überforderte Patientinnen und Patienten frühzeitig aufzufangen. Die damit verbundene Rollenumkehrung (die Nachbetreuenden kontaktieren in einer gewissen Frequenz proaktiv die Betroffenen und nicht die Betroffenen melden sich bei einem Bedürfnis) kann bei einzelnen Betroffenen einen entlastenden Effekt haben. Von der Coachperson durchgeführte Kontaktaufnahmen haben ausserdem einen zusätzlichen positiven sozialen Aspekt.

### eHealth

In den beiden untersuchten Spitälern wird ein klinisches Informationssystem eingesetzt, das einen raschen spitalinternen Informationsaustausch ermöglicht, ohne dass ein persönlicher Kontakt notwendig ist. Dennoch ersetzt das Informationssystem gemäss der Erfahrung verschiedener Befragter den persönlichen Austausch zwischen den Fachpersonen bisher noch nicht. Im Spital Thun werden die Kommunikationswege zusätzlich durch ein Fragesystem verkürzt. Verschiedenste Fachpersonen können Fragen direkt an die zentrale Koordinationsstelle, die Coachperson weiterleiten. Den elektronischen Informationsaustausch über die Spitalgrenzen hinaus behindern vorerst verschiedene Punkte, unter anderem die unterschiedlichen eHealth-Infrastrukturen der HausärztInnen, die hohen Kosten für die Implementierung eines solchen Systems und die ungeklärten Fragen hinsichtlich des Datenschutzes.

### Behandlungspfade

Die Aufenthaltszeit von Spitalaufenthalten entspricht gemäss Aussagen von Leistungserbringenden oftmals nicht mehr der optimalen Behandlungs- und Betreuungszeit. Das bedeutet einerseits, dass weniger Zeit bleibt, die Patientinnen und Patienten bestmöglich auf den Spitalaustritt vorzubereiten und Vorabklärungen zu treffen (z.B. rollstuhlgängige Wohnung?). Andererseits müssen die fragileren Patientinnen und Patienten nun von Nachsorgeinstitutionen und dem ambulanten Bereich versorgt werden.

Grundsätzlich werden psychiatrische Einrichtungen von allen Beteiligten erst sehr spät, wenn bereits eine schwere oder komplexe Symptomatik vorliegt, in Betracht gezogen. Grundsätzlich wird die Psychiatrie sowohl von den ÄrztInnen als auch den Betroffenen (Patientinnen und Patienten und Angehörigen) als letzte Massnahme betrachtet. Allerdings beeinflusst auch der Bekanntheitsgrad gewisser Angebote, wie z.B. der Demenzabklärungen in Memorykliniken, die Zuweisungsrate.

Die Inanspruchnahme der ambulanten Pflegedienste erfolgt häufig entweder bei einem Spitalaufenthalt über das Spital oder dann über einen, aufgrund von Bezug von Hauswirtschaftsleistungen bereits etablierten Kontakt zu den Pflegediensten. Ob Pflegedienste hinzugezogen werden hängt damit stark von den Betroffenen selber ab. Nebst den ersten Berührungspunkten mit den Pflegediensten sind auch die Pflegebereitschaft der Angehörigen, resp. die familiären Ressourcen dafür ausschlaggebend. Freiwilligendienste dienen oft zur Entlastung der Angehörigen, welche meistens selber mit diesen Diensten in Kontakt treten.

### Nahtstellen

Beim Übertritt in den ambulanten Bereich sind neben mangelhaften Informationsprozessen auch ungeeignete Organisationsprozesse für eine suboptimale Übergabe von Patientinnen und Patienten verantwortlich. Gemäss Erfahrungen von Spitexmitarbeitenden treten z.B. Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Anmeldeprozedere auf. Nebst teilweise fehlenden Austrittsmeldungen an die ambulanten Pflegedienste gelten kurzfristige An- oder Abmeldungen als problematisch. Gemäss Auskunft ambulanter Pflegedienste wäre für sie eine definierte Ansprechperson bei Unklarheiten wertvoll. Diese könnte beispielsweise auch im Spital angesiedelt werden.

Manche ambulante Leistungserbringer kritisieren, dass die Verhältnisse zu Hause bei den Patientinnen und Patienten (Wohnsituation, Angehörige, Nachbarschaft, etc.) in den Entscheidungsprozessen nur marginal in Betracht gezogen werden.

Die Thematisierung der Wohnsituation nach Entlassung aus dem Spital, insbesondere die Rückkehr ins eigene Zuhause, gilt bei nicht voll selbständigen Personen als äusserst konfliktgeladen, weil oft divergierende Interessen der verschiedenen Protagonisten aufeinander prallen. Grundsätzlich steht beim Austritt die Sicherung von Informationsprozessen im Vordergrund. Die Austrittsorganisation gehört in den meisten stationären Einrichtungen zwar in den Aufgabenbereich der internen Sozialdienste, aber es zeigen sich teilweise andere Zuständigkeiten: Im Spital Thun sind analog die Coachpersonen für Austrittsplanung und Organisation zuständig. Im Zieglerspital liegt sie, je nachdem ob es sich um die stationäre oder ambulante Nachbetreuung handelt, in der Zuständigkeit der Spitalsozialarbeit oder der Pflege. Eine gute schnittstellenübergreifende Zusammenarbeit und starke Vernetzung steht gemäss der Meinung vieler Befragter mit hoher Versorgungsqualität und -effizienz im Zusammenhang. Von vertraglichen Regelungen der Zusammenarbeit wird jedoch von Expertinnen und Experten abgeraten. Verschiedene Seiten benennen den im Gesundheitswesen herrschende Zeitdruck, die im stationären Rahmen etablierten

Rotationsstrukturen sowie das Zusammenprallen von Denk- und Betrachtungsweisen unterschiedlicher Berufsgruppen als für die Zusammenarbeitskultur hinderliche Rahmenbedingungen.

Ein Case Management würde gemäss Ansicht von involvierten Betroffenen im Wesentlichen die Kontaktpflege zu den betroffenen Patientinnen und Patienten und Angehörigen umfassen. Darunter fallen regelmässige Bedarfsabklärungen, ebenso wie der Aufbau und die Koordination des Versorgungsnetzwerkes rund um die Patientinnen und Patienten. Die Fallführung, bzw. Fallverantwortung sei solange als möglich bei den Betroffenen (Patientinnen und Patienten und Angehörigen) zu lassen und erst auf deren Wunsch an Leistungserbringende zu delegieren. Traditionell gilt der Hausarzt oder die Hausärztin zwar als die langjährige Vertrauensperson par excellence und wäre entsprechend prädestiniert für die Rolle des Case Managers bzw. der Case Managerin. Die heutige Realität sieht aber anders aus. Als ungeeignet werden die Krankenkassen, als problematisch die Pflegedienste und die Pro Senectute betrachtet.

### Integrierte Versorgung in der Geriatrie aus Sicht der Expertinnen und Experten

**Kernaussage:** Aus Sicht der Expertinnen und Experten werden institutionelle Voraussetzungen genannt, welche die Integrierte Versorgung behindern oder fördern. Als zentrale Voraussetzung werden die Vergütungssysteme genannt, die heute für eine Integrierte Versorgung nicht geeignet sind. Organisierte Versorgungsformen werden im ambulanten Sektor eher als nützlich eingestuft als im stationären Bereich. Die Expertinnen und Experten erwarten von der Integrierten Versorgung einen höheren Nutzen. Da sie über kein gemeinsames Verständnis der Integrierten Versorgung verfügen, bleibt aber offen, welche organisierte Versorgung gemeint ist. Und aus welchen Gründen der stationäre Sektor nicht einbezogen werden soll.

In diesem Abschnitt kommen ausschliesslich die befragten Expertinnen und Experten zur Sprache. Sie verstehen unter einer Integrierten Versorgung grundsätzlich die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden. Obschon sich in den Befragungen ein gewisses gemeinsames Verständnis zeigt, denken die Expertinnen und Experten doch bei „Integrierter Versorgung“ im Detail an sehr unterschiedliche Modelle.

Die Umsetzung von Integrierter Versorgung würde teilweise nach grundlegenden Veränderungen im Gesundheitssystem verlangen. Solche tiefgreifenden Veränderungen würden konstitutiv ein Grundübereinkommen in mindestens den folgenden drei Punkten bedingen, welche als Voraussetzungen für eine Einführung von Integrierter Versorgung von den Expertinnen und Experten genannt werden:

- Eine Kultur der Zusammenarbeit sowohl innerhalb der einzelnen Institutionen als auch ausserhalb an den Nahtstellen
- Eine Steuerung über die Finanzströme (z. B. Anschubfinanzierung, geeignete Anreizsysteme)
- Die Berücksichtigung regionaler Spezifitäten, aber auch von historisch gewachsenen Strukturen.

Das Beschreiten eines Integrierten Versorgungspfades setzt ausreichende Angebotskenntnisse der anderen Leistungserbringenden voraus. Nach Meinung der Expertinnen und Experten müssten an der Nahtstelle im ambulanten Bereich kooperative Versorgungsformen etabliert sein, um von integrierter Versorgung sprechen zu können. Dies im Gegensatz zur heutigen Situation, in der Fachleute innerhalb von Einzelpraxen oder losen Organisationen mehr oder weniger autonom agieren.

Die Koexistenz von unterschiedlichen Vergütungsarten im jetzigen System führe zu Fehlreizen, da die meisten Institutionen einer betriebswirtschaftlichen Steuerung und damit einer kurzfristigen Gewinnmaximierung unterliegen würden. Fallpauschalen setzten den Anreiz, möglichst wenige Leistungen zu erbringen, so dass es für die Spitäler attraktiv sei, ambulante Dienstleistungen anzubieten und zu verkaufen. Sie können dann vom im ambulanten Bereich etablierten Vergütungssystem „Fee-for-Service“ profitieren.

*„(...) Aber letztlich müsste die Vergütung eigentlich auch integriert sein. Die separaten Vergütungssysteme - DRG stationär, Fee-for-Service ambulant sind ein absoluter ‚Clash of Cultures‘. Zwei wildfremde Vergütungssysteme, die man parallel hat und noch parallel betreiben will - das kann nicht funktionieren. Man sieht zum Beispiel, dass Spitäler unter diesem Druck ambulant aufrüsten. Die verhalten sich betriebswirtschaftlich absolut sinnvoll, aus Versorgungssicht [aber] absolut blödsinnig. Da kann man nicht etwas anprangern, das Einzige, das man anprangern kann, ist die Inkohärenz dieser Geschichten. (...)“ (WE, 1:49)*

Die Überwindung der heutigen Fragmentierung wäre eine Aufgabe einer Integrierten Versorgung, wobei die Koordinationsaufgaben innerhalb dieses neuen Systems speziell zu vergüten wären. Die grosse Vielfalt der Gesundheitsversorgung im Kanton Bern macht in den Augen einer Expertin die Berücksichtigung der regionalen Strukturen notwendig. Daher müsse die Integrierte Versorgung kontextspezifisch entwickelt werden. Beispielsweise macht es das ungleich verteilte Versorgungsangebot in ländlichen Gebieten mit nur einzelnen Versorgern schwierig, überhaupt über eine Vernetzung nachzudenken.

Schwierigkeiten an den Nahtstellen können dazu führen, dass jede Dienstleistung isoliert stattfindet, dies nicht nur über die Institutsmauern hinaus sondern auch innerhalb eines Spitals. Als Isolationsfördernd werden z.B. die stark verankerten Berufskulturen oder die fortschreitende Spezialisierung in der Medizin genannt. Ein Teil dieses konservativen Standesdenkens kann gemäss einem Experten dazu führen, dass einzelne Leistungserbringende primär ihre eigenen Interessen vertreten und nicht unbedingt diejenigen ihrer Patientinnen und Patienten. Dahinter stehe die Angst vor einem allfälligen KundInnenverlust. Aber auch das Verhalten der Patientinnen und Patienten trägt zur momentanen Situation bei. Man spricht von der verbreiteten Mündigkeit der Patientinnen und Patienten und den gestiegenen Ansprüchen. Zudem sinkt die Autorität der Ärztinnen. Dass sich ein unkoordiniertes „Doctor Shopping“ preissteigernd auswirken kann, leuchtet unmittelbar ein. Zum kostentreibenden unkoordinierten Einholen von Zweitmeinungen trägt hingegen die hochgradige Spezialisierung in der Medizin bei.

Bezüglich der Koordinationsleistungen wird von den Expertinnen und Experten insbesondere bei der Versorgung betagter Patientinnen und Patienten ein Potential gesehen: Je mehr Leistungserbringende in die Versorgung involviert sind – was bei betagten Patientinnen und Patienten häufiger der Fall ist - desto aufwändiger ist die Koordination dieser Versorgungsprozesse. Für betagte Patientinnen und Patienten könnten die Vorteile einer Integrierten Versorgung gross sein. Ein Experte äusserte sich so:

*Das Potenzial der Integrierten Versorgung besteht generell und bei den chronisch Kranken noch viel extremer, weil man bei diesen einfach eine gewisse Koordination braucht.“ (EF3; 3:128)*

Lösungen zu den angesprochenen Themen werden von den Befragten nur spärlich präsentiert. Generell wird ein ganzheitlicher Ansatz gefordert, was bei der Vielzahl der involvierten Leistungserbringenden eine besondere Herausforderung darstellen dürfte. Die bei-

den wichtigsten Elemente im Managed Care-Ansatz werden von verschiedenen Expertinnen und Experten in der Budget-Mitverantwortung und in der Capitation gesehen.

Als das weitverbreitetste Modell von Ansätzen zur Integrierten Versorgung gelten die ÄrztInnennetzwerke. Allerdings werden ÄrztInnennetzwerke, insbesondere von ihren BetreiberInnen, teilweise auch (etwas voreilig) als Synonym für Integrierte Versorgung schlechthin genommen. Allerdings sind sich die meisten Expertinnen und Experten einig, dass durch ein ÄrztInnennetzwerke alleine noch keine Integrierte Versorgung gegeben ist und andere im Gesundheitssektor tätige Leistungserbringende verstärkt einbezogen werden müssten, insbesondere auf der vertikalen Achse. Zudem wird befürchtet, dass bereits bestehende ÄrztInnennetzwerke den Aufbau unterschiedlicher Modelle in der Integrierten Versorgung verhindern.

*„Bis zu einem gewissen Grad glaube ich das schon. Ärztenetzwerke haben jetzt gesagt: ‚Wir brauchen diese Integrierte Versorgung gar nicht. Wir haben ja schon alles. Schliesst euch einfach unserem Netzwerk an, und dann ist die Sache erledigt.‘ Das könnte gut dazu führen, dass der Grundgedanke, nämlich verschiedene Modelle innerhalb der Integrierten Versorgung zu fahren, nicht mehr zustande kommt. (..)“ (OEHS; 3:35)*

### Medienberichterstattung

**Kernaussage:** Die Integrierte Versorgung in der Geriatrie wurde von den Medien nur im Zusammenhang mit der (Spital-) Versorgungsplanung und dem Bericht über die Alterspolitik thematisiert, im Vorfeld des Modellversuchs. Die Kreditbewilligung war die einzige Medieninformation über den Modellversuch.

In den Medien des Kantons Bern und der deutschsprachigen Schweiz erhielt die Integrierte Versorgung nur im Zusammenhang mit der Referendumsabstimmung gegen die Revision des Krankenversicherungsgesetzes, die gesetzliche Bestimmungen zu Managed Care enthielt, 2011-12 breiteren Raum<sup>5</sup>. Über andere Aspekte der Integrierten Versorgung wurde sehr selten berichtet. In den bernischen Printmedien erschienen Artikel zu zwei erwähnenswerten Aspekten. Im Zusammenhang mit der „Versorgungsplanung gemäss Spitalversorgungsgesetz 2007-2010“ und dem „Bericht über die Alterspolitik im Kanton Bern 2011“ wurde über das Geriatriekonzept und deren Umsetzung berichtet. 2012 wurde über die Chancen von Einzelpraxen auf dem Land als Versorgungsmodell der Zukunft und einer engeren Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Apotheken und Regionalspitalern als möglichen Pfeiler einer Integrierten Versorgung informiert. Die einzige Medieninformation über den Modellversuch betraf die Kreditbewilligung 2011.

Die Themen mit der häufigsten Medienberichterstattung im Beobachtungszeitraum waren die Prämienhöhungen der Krankenkassen und die Sparmöglichkeiten durch Kassenwechsel, die Spitalversorgungsplanung und deren Umsetzung mit Reorganisationen und Schliessungen von Spitalabteilungen oder -standorten sowie die Sparmassnahmen des Kantons 2013. Die Spitex stand 2013 mit den Themen Fusionen von Spitexbetrieben und Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten im medialen Fokus. In diesem Zusammenhang thematisierten die Medien auch die Freiwilligenarbeit.

Sehr selten berichteten die Medien über Themen, bei welchen die Patientinnen und Patienten oder Angehörige im Zentrum stehen. Im Zentrum ihrer Berichterstattung stehen in der Regel die Akteure des Gesundheitswesens.

<sup>5</sup> Die Vorlage wurde am 17. Juni 2012 hauptsächlich wegen des vorgeschlagenen, differenzierten Kostenbeteiligungsmodells abgelehnt.

### **Internationale wissenschaftliche Literatur**

**Kernaussage:** In der internationalen Literatur sind keine direkt auf die Schweiz übertragbaren Konzepte oder Modelle integrierter Versorgung in der Geriatrie zu finden. Im Sinne des „Besten aus aller Welt“ können Elemente aus verschiedenen Theorien und Konzepten übernommen und für die Verhältnisse im Kanton Bern angepasst werden.

Aus der internationalen wissenschaftlichen Literatur konnten keine leicht auf die Schweiz übertragbaren Konzepte oder Modelle integrierter Versorgung identifiziert werden. Zu stark unterscheiden sich die Versorgungssysteme und die gesetzlichen Regelungen zwischen den Ländern. Einige, mehrfach festgestellte Erfolgsfaktoren konnten aber heraus kristallisiert werden:

- Integrierte Versorgungsmodelle zeigten grundsätzlich positive Resultate.
- Die Implementierung von Integrierter Versorgung geschieht sinnvollerweise zentral
- Speziell geschultes Pflegepersonal kann spezifische (Routine-) Aufgaben kostengünstig und qualitativ gut übernehmen.
- Vermehrter Einsatz von eHealth unter Berücksichtigung eines strikten Personen- und Datenschutzes wird als Voraussetzung angesehen.
- An den Schnittstellen müssen Anreize für kostengünstiges Verhalten geschaffen werden.

Das Expanded Chronic Care Model (ECCM) wird als theoretische Grundlage bzw. Modell zur Ausgestaltung und Wirkungsanalyse der Versorgung chronisch kranker Menschen angesehen. Sein Nutzen ist heute sowohl in Bezug auf die Versorgungsprozesse als auch auf die medizinischen Ergebnisse ausreichend belegt.

### **Fazit der qualitativen Ergebnisse**

In Tabelle 2 sind die hemmenden bzw. fördernden Bedingungen und die benötigten strukturell-institutionellen Voraussetzungen zusammenfassend dargestellt.

In der Schweiz besteht ein politischer Konsens darüber, dass im Gesundheitswesen die Zusammenarbeit und Koordination der Leistungserbringer verbessert werden müssen. Das „Wie“ bleibt kontrovers und aus der internationalen Literatur können auch keine Konzepte oder Modelle der Integrierten Versorgung in der Geriatrie direkt und ohne Anpassung übernommen werden. Der Modellversuch zeigte institutionelle Voraussetzungen sowie fördernde und hemmende Bedingungen auf.

Wichtige Bedingungen, welche die Integrierte Versorgung fördern, sind Coachpersonen und organisierte Versorgungsformen im ambulanten Sektor, z. B. Managed-Care-Organisationen. Die Coaches des Spitals Thun sorgen für das Prozessmanagement innerhalb des Spitals, für das Austrittsmanagement und für die Kontinuität der Betreuung nach der Spitalentlassung zu Hause. Sie werden von den Angehörigen als gute Ansprechperson und von den Expertinnen und Experten als nützliches Element anerkannt. Da ein gemeinsames Verständnis der Integrierten Versorgung fehlt, bleibt offen, was unter organisierter Versorgung zu verstehen ist und welche Rolle Coaches zukommen soll. Dazu äussern die Befragten verschiedene Vorstellungen.

Aus der Sicht der Betroffenen stellen wohnortnahe Angebote eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheitsversorgung dar, bei konventioneller oder integrierter Versorgung. Die Zentralisierung der Versorgung wird daher als Hindernis empfunden.

Bedeutende hemmende Bedingungen betreffen die überfrachteten Rollenerwartungen an die Angehörigen, die mangelhafte Zusammenarbeit an den Nahtstellen und die schwierige

Umsetzung von eHealth-Elementen. Angehörige werden heute durch die Betreuung von Familienmitgliedern selbst eingeschränkt und können an Entscheidungsprozessen unzureichend mitwirken. Die Art und Weise der Übergabe an nachfolgende Leistungserbringer und der diesbezügliche mangelhafte Informationsfluss hemmen gegenwärtig die Zusammenarbeit der Leistungserbringer, v.a. an der Nahtstelle stationär zu ambulant. Die Weiterentwicklung von eHealth hat nicht nur dem Datenschutz und der Sicherheit sondern auch der persönlichen Information und Meinungsbildung zwischen Fachpersonen Rechnung zu tragen, um den Befürchtungen der Betroffenen nach Ersatz des persönlichen Austauschs durch eHealth zu entgegenen.

TABELLE 2: ÜBERSICHT ÜBER DIE QUALITATIVEN ERGEBNISSE DES MODELLVERSUCHS

Themenkreis	Kriterium	Wirkung	Beurteilung
Bedürfnisse der PatientInnen	Fachlich kompetentes, Zuwendung vermittelndes Personal	institutionelle Voraussetzung	↓↑
	konstante und präsente Ansprechperson	fördernde Bedingung	↓↑
	Wohnortnahe Angebote	institutionelle Voraussetzung	↑↑
Bedürfnisse der Angehörigen	Mitwirkung an Entscheidungsprozessen schwierig	hemmende Bedingung	↓
	Eigene Einschränkungen infolge der Betreuung Angehöriger	hemmende Bedingung	↓↓
Coachs (Thun)	von PatientInnen nicht als Ansprechperson anerkannt	hemmende Bedingung	↓
	von Angehörigen als gute Ansprechperson anerkannt	fördernde Bedingung	↑↑
	von Expertinnen und Experten als nützlich anerkannt	fördernde Bedingung	↑
Behandlungspfade	suboptimale (eher zu kurze) Aufenthaltsdauern im Spital	hemmende Bedingung	↓
	stationäre und ambulante Nachsorge nach Spitalaustritt benötigt	hemmende Bedingung	↓↑
	psychiatrische Gesundheitsprobleme zu wenig berücksichtigt	hemmende Bedingung	↓
Zusammenarbeit an den Nahtstellen	Uebergabe und Informationsfluss problematisch bis mangelhaft	hemmende Bedingung	↓↓
eHealth	Informationssysteme ersetzen nicht persönlichen Austausch der Fachleute	hemmende Bedingung	↓↓
Rahmenbedingungen der Integrierten Versorgung	kein gemeinsames Verständnis unter Expertinnen und Experten	institutionelle Voraussetzung	↓↑
	organisierte Versorgungsformen im ambulanten Sektor eher als nützlich eingestuft	institutionelle Voraussetzung	↑↑
	Heutige Vergütungssysteme als ungeeignet eingestuft	institutionelle Voraussetzung	↓↓↓
	höherer Nutzen der Integrierten Versorgung erwartet	fördernde Bedingung	↑

Legende: ↑ wichtiges förderndes Kriterium    ↓ wichtiges hemmendes Kriterium

Als zentrale, die Integrierte Versorgung hemmende Voraussetzung nennen die Expertinnen und Experten die heutigen Vergütungssysteme. Diese sind für die Integrierte Versorgung

nicht geeignet. Ein Umbau der Vergütungssysteme, auch ohne gleichzeitige Neuordnung der Finanzierung, erfordert jedoch Gesetzesänderungen auf Bundesebene. Ein solcher Vorgang, der aufwändig und zeitraubend ist, wäre aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit bedeutungsvoll. Denn die Expertinnen und Experten erwarten von der Integrierten Versorgung einen höheren Nutzen als von der konventionellen Versorgung.

### Schlussfolgerungen

In diesem Modellversuch war kein Konzept einer Integrierten Versorgung in der Geriatrie, das der Definition der GEF umfassend entspricht, auf dem Prüfstand. Es ging vielmehr darum, aufzuzeigen, ob eine neue Art von integrierter geriatrischer Spitalversorgung die Versorgungsqualität im klinischen Alltag verbessern kann, und welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen seine Funktion hemmen oder fördern.

#### *Potentiale zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung*

- Der Modellversuch zeigte, dass mit der integrierten geriatrischen Versorgung im Spital Thun die Lebensqualität Betagter mehrheitlich, aber nicht in allen Dimensionen verbessert werden konnte. Bemerkenswert ist besonders, dass der Gesundheitszustand und die Wohnsituation dieser Patientinnen und Patienten auch noch in den sechs Monaten nach dem Spitalaustritt weiter verbessert werden konnten. Eine qualitative Beurteilung der Wirtschaftlichkeit mit den verfügbaren Indikatoren zeigte einige Vorteile, wie eine geringere Aufenthaltsdauer und weniger Rehospitalisationen, aber auch gewisse Nachteile wie häufigere direkte Übertritte in Rehabilitationskliniken oder andere stationäre Einrichtungen.
- Die Wirkungsmechanismen blieben ungeklärt. Das interprofessionelle Team und die Coachs können, müssen aber nicht für die erzielten Effekte verantwortlich sein. Zahlreiche andere Faktoren könnten zu den Ergebnissen beigetragen haben, z. B. die Unterstützung durch das soziale Netz, nach dem Spitalaustritt durchgeführte stationäre und ambulante Behandlungen, andere medizinische oder organisatorische Aspekte des Patientenmanagements im Spital Thun. Die Analyse der Behandlungspfade zeigte eine auf Ressourceneffizienz und Kooperation ausgerichtete Behandlungsstrategie bei der Versorgung betagter Patientinnen und Patienten im Pilotspital auf: Eintritt mit akutem Gesundheitsproblem, kurzer Aufenthalt in der Akutklinik, Entlassung nach Hause mit ambulanter Versorgung oder Übertritt zur Postakutpflege, Rehabilitation oder Kur zur weiteren Verbesserung des Gesundheitszustands, und von dort Rückkehr nach Hause. Eine andere Strategie ist bei der universitären geriatrischen Behandlung im Referenzspital zu erkennen: Wahleintritt mit andauernden Gesundheitsproblemen, langer Aufenthalt in der Akutklinik, Entlassung nach Hause mit ambulanter Versorgung.
- Die Betroffenen äusserten Bedürfnisse, die im Rahmen dieser Integrierten Versorgung nicht ganz erfüllt werden konnten. Zeit und Autonomie sind die Schlüsselbegriffe. Beispielsweise werden kurzfristig angekündigte Ereignisse oder Veränderungen in der Tagesstruktur kritisiert. Patientinnen und Patienten gewichten die Autonomie so hoch, dass sie stationäre Rehabilitationen oder Kuraufenthalte zugunsten von ambulanten Angeboten ablehnen.
- Ein grosses Potential von Integrierter Versorgung für die hier beschriebene PatientInnen-Gruppe liegt in einer (weiteren) Stärkung der ganzheitlichen Betreuung über den Spitalaufenthalt hinaus mit dem Fokus auf die Kontinuität der Betreuung und mit dem Schwerpunkt auf der psycho-sozialen Situation der Patientinnen und Patienten zu Hause oder in der Nachfolge-Institution.

### ***Rolle des interprofessionellen Teams und der Coachpersonen***

- Interprofessionelle Teams (auch anders benannt, z.B. Runder Tisch, Standortbestimmung, Fallbesprechungen oder Zielkoordination), zuständig für die Organisation der Prozesse entlang des PatientInnen-Pfads, stellen gemäss Aussagen von verschiedenen Beteiligten die Qualität der geriatrischen Versorgung sicher. Sie fördern den Informationsfluss und eine gute Koordination im Hinblick auf die Aufgabenverteilung. Zudem erleichtern sie Zusammenarbeitsprozesse zwischen den unterschiedlichen Berufs- und Interessensgruppen und erlauben grundsätzlich eine umfassende Austrittsplanung.
- Derzeit ist ihre Arbeit jedoch noch mit Hindernissen bestückt. So bedeuten Planungs- und Koordinationssitzungen einen beträchtlichen zeitlichen Aufwand, weshalb oft pragmatisch und patientInnen-spezifisch vorgegangen wird, in dem die „problemlosen“ Fälle nur bilateral und nicht im Gesamtgremium besprochen werden. Und kurzfristige Einladungen zu den Gesprächen verunmöglichen oftmals eine Teilnahme von Personen mit hoher Arbeitsbelastung oder von Teilzeitmitarbeitenden. Zu verbessern ist der Einbezug der Leistungserbringenden aus der hausärztlichen und sozialen Versorgung, was am ehesten mit der finanziellen Abgeltung des anfallenden Aufwandes erreicht werden könnte.
- Die Coachpersonen erfüllen gemäss ihrem Pflichtenheft die Rolle eines Case Managers bzw. einer Case Managerin. Ihre Wirkung kann wegen der hohen Komplexität der Patientinnen und Patienten und der Vielzahl von involvierten Disziplinen und Leistungserbringenden im geriatrischen Bereich auch als eine integrative Leistung zur Effizienz- und Qualitätssteigerung verstanden werden, welche der Fragmentierung entgegenwirkt.
- Die Coachpersonen leisten eine unverzichtbare Rolle, die sich vielfältig positiv auf die Zusammenarbeitsprozesse unter den Leistungserbringenden, auf das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Betroffenen und das Nahtstellenmanagement Richtung Nachfolgelösungen auswirkt. Auf ihre Beratung und Unterstützung aller Patientinnen und Patienten nach der Spitalentlassung könnte hingegen mangels erkennbarem Nutzen und kontroversen Äusserungen der Betroffenen wahrscheinlich verzichtet werden. Für Patientinnen und Patienten mit klarem Profil (Alleinstehende, Personen mit kleinem oder zeitlich sehr beanspruchten sozialen Netz), die von den Leistungen einer Coachperson nach dem Spitalaustritt profitieren können, müsste das Angebot aber vorhanden sein.

### ***Hemmende und fördernde Bedingungen der Integration***

- Eine ausgeprägte „konkurrenzfreie“ Zusammenarbeitskultur, ein standardisiertes Schnittstellenmanagement, eine kriterienbasierte PatientInnen-Steuerung und Flexibilität bei allen Beteiligten werden als Basis der Integrierten Versorgung und als förderliche Elemente genannt.
- Die auf allen Systemstufen zu findende Fragmentierung ist ein grosses Hindernis für eine stringente Integrierte Versorgung in der Geriatrie und soll u.a. mit finanziellen Anreizen entgegen getreten werden. Dabei soll eHealth als unumgängliches Instrument eine wichtige Rolle übernehmen, wenn auch die Problematik des umfassenden Datenschutzes in den Augen vieler der Befragten stärker gewichtet werden müsste.
- Ein zeitnaher und vollständiger Informationsfluss bildet die Grundlage für eine gute Zusammenarbeit. Das tragende Element des Zusammenarbeitsprozesses ist die gemeinsame Absprache innerhalb von festgelegten Gefässen ist. Dabei wird der direkte Kon-

takt und das persönliche Kennen von verschiedenen Seiten als nicht unwesentlich bezeichnet.

- Um gute Übergänge zu gewährleisten sind zudem die Betroffenen adäquat zu informieren, wobei ein systemischer Blickwinkel auf das ganze Geschehen als fördernder Aspekt, genannt wird.
- Die Zusammenarbeit wird heute oft dadurch erschwert, dass die nötigen Informationen zu ungenau oder zu spät weiter gegeben werden und das Kader ihre Vorbildrolle bezüglich Informationspolitik zu wenig profiliert wahrnimmt.

### **Strukturell-institutionelle Voraussetzungen**

- Als allgemeine Komponenten einer geriatrischen Versorgung gelten ein kriterienbasiertes Assessment nach definierten Gesichtspunkten, der Einbezug des sozialen Umfelds und ein guter Informationsfluss sowie standardisierte Prozessabläufe.
- Die Rolle der HausärztInnen ist zentral.
- Es fehlen Guidelines oder Weiterbildungen, die den Einbezug (medizinisch, psychosozial und finanziell) der psychiatrischen Patientinnen und Patienten in die Integrierte Versorgung gewährleisten können.
- Die Steuerung der Patientinnen und Patienten entlang des Pfades in der Versorgungskette erfolgt in gewissen Fällen aufgrund von monetären und nicht medizinischen oder psycho-sozialen Kriterien. Der allgegenwärtige Spardruck führt zusammen mit strukturellen Fehlanreizen öfters zu ungünstigen Entscheidungen, sowohl was das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten als auch die Gesamtkosten anbetrifft. Inwiefern aber der Staat Lenkungen vornehmen soll, ist bei den Expertinnen und Experten umstritten. Wissenschaftliche Forschungen und Evaluationen werden als gute Entscheidungsgrundlagen für allfällige Weichenstellungen angesehen. Einige Expertinnen und Experten schlugen vor, nicht nur die Versorgung sondern auch ihre Finanzierung integriert zu gestalten.
- In der untersuchten Region sind einige Zusammenarbeitsmodelle aktiv, in denen Ansätze von Integrierter Versorgung umgesetzt werden. Die Modelle greifen aber im Allgemeinen zu kurz, um als umfassende Integrierte Versorgung bezeichnet werden zu können, dies insbesondere wenn es sich um ein in sich geschlossenes AertztInnennetzwerk handelt, das kaum sektorübergreifende Schnittstellen bedient.
- Effektive Ansätze von Integrierter Versorgung sind nur spärlich auszumachen. Insbesondere wird der Informationsfluss an der Schnittstelle zum ehrenamtlichen Sektor (z.B. Pro Senectute) als ungenügend identifiziert. Infolge der Komplexitätszunahme durch die Multimorbidität der Patientinnen und Patienten wird der Nutzen von Integrierter Versorgung von den Expertinnen und Experten aber grundsätzlich als unbestritten eingeschätzt, auch wenn es dazu zusätzliche Koordinationsaufgaben zu bewältigen gibt, die bisher nicht in allen Teilen finanziell abgegolten worden sind – ein Mangel, der behoben werden müsste.

## Empfehlungen

Die folgenden Empfehlungen, die sich auf die Ergebnisse des Modellversuchs und auf alters- und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen stützen, zeigen auf, wie die Integrierte Versorgung in der Geriatrie weiter entwickelt werden kann.

- Empfehlung 1: Die von der GEF seit 2011 verwendete Definition von Integrierter Versorgung in der Geriatrie soll weiterhin Gültigkeit haben und Schritt für Schritt umgesetzt werden.
- Empfehlung 2: Konzeptionell soll sich der Kanton an das Expanded Chronic Care Model (ECCM) von Barr et al. (2003) halten.
- Empfehlung 3: Aufbauend auf dem „Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern 2011“ (Frischknecht & Hornung, 2011) soll sich die Strategie des Kantons den Zielen des vom Bundesrat verabschiedeten Berichts „Gesundheit 2020“ anschliessen.
- Empfehlung 4: „Damit eine Integrierte Versorgung erreicht werden kann, muss in neuen Versorgungsmodellen die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen verbessert und die Arbeits- und Kompetenzverteilung optimiert werden.“ (BAG & GDK, 2012).
- Empfehlung 5: Der Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit an den Schnittstellen muss besonderes Augenmerk geschenkt werden.
- Empfehlung 6: Eine Unterstützung zur Bildung neuer Netzwerke sollte angestrebt werden, was insbesondere mit einem gerechten Finanzierungssystem für die Leistungserbringenden ermöglicht werden könnte.
- Empfehlung 7: Die GEF soll ihren Spielraum zur Steuerung im Sinne ihrer Alterspolitik 2011 voll ausschöpfen und mindestens als „moderierender Staat“ auftreten.
- Empfehlung 8: Im Rahmen ihrer Möglichkeiten sollte die GEF Innovationen, die richtige Anreize in der Integrierten Versorgung setzen, auch finanziell unterstützen.
- Empfehlung 9: Das Potential, das in der Schulung der Patientinnen und Patienten liegt, sollte im Kanton Bern weiterhin oder sogar vermehrt unterstützt werden.
- Empfehlung 10: Förderung von Aus- und Weiterbildungen, durch welche heute Personen ausgebildet werden, die den künftigen Herausforderungen gewachsen sind und die z.B. HausärztInnen substantiell entlasten könnten.
- Empfehlung 11: In Aus- und Weiterbildungen sollten vermehrt „soziale Kompetenzen“ unterrichtet werden.
- Empfehlung 12: Die Versorgungsforschung ist zu stärken.



## Literatur

---

### Wissenschaftlicher Schlussbericht des Modellversuchs

Bolliger-Salzmann, H., Hlavica, M., Heiniger, S., Bucher, S. et al. (2015). Evaluationsstudie Integrierte Versorgung in der Geriatrie. Erstellt im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Universität Bern, Institut für Sozial- & Präventivmedizin.

### Sonstige Grundlagen

Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., & Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82.

Bundesamt für Gesundheit (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates (Gesundheit2020). Bern, Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen (2012). Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. In G. u. BAG (Hg.), Bericht der Arbeitsgruppe "Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung". Bern.

Bundesamt für Gesundheit (2007). Strategie "eHealth" Schweiz. Bern, Bundesamt für Gesundheit.

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2004). Alterspolitik im Kanton Bern - Planungsbericht und Konzept für die weitere Umsetzung der vom Grossen Rat mit dem «Altersleitbild 2005» festgelegten Ziele. Bern, Gesundheits- und Fürsorgedirektion.

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2011). Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern 2011. Bern, Gesundheits- und Fürsorgedirektion.

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2007). Versorgungsplanung gemäss Spitalversorgungsgesetz 2007-2010. Bern, Gesundheits- und Fürsorgedirektion.

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2011). Versorgungsplanung gemäss Spitalversorgungsgesetz 2011-2014. Bern, Gesundheits- und Fürsorgedirektion.