



Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital»

Situationsanalyse und Handlungsbedarf
Bundesamt für Gesundheit 2015

1. Ausgangslage

Der Bundesrat hat im Januar 2013 die Strategie «Gesundheit 2020» verabschiedet. Mit insgesamt 36 Massnahmen in allen Bereichen des Gesundheitssystems soll die Lebensqualität gesichert, die Chancengleichheit gestärkt, die Versorgungsqualität erhöht und die Transparenz verbessert werden. Im Zentrum all dieser Massnahmen stehen die Menschen und ihr Wohlbefinden. Das Gesundheitssystem soll um sie und ihre Bedürfnisse herum weiter entwickelt werden und bezahlbar bleiben. Die Förderung der koordinierten Versorgung ist eine der zentralen Massnahmen von Gesundheit 2020 (Ziel 1.1).

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

An der 2. Nationalen Konferenz Gesundheit 2020 vom 26. Januar 2015 wurden die über 400 Teilnehmenden zu den konkreten Problemen im Bereich der koordinierten Versorgung befragt. Es zeigte sich, dass unter anderem bei (hoch-)betagten, multimorbiden Menschen, vor allem im Kontext Spital, grosser Handlungsbedarf geortet wird. Bundesrat Alain Berset hat deshalb entschieden, dass diese Patientengruppe in einem ersten Schritt im Fokus stehen soll.

1.1. Vorgehen zur Förderung der Koordination bei (hoch-)betagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten

Das übergeordnete Ziel ist es, die koordinierte Versorgung der (hoch-)betagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten an den Schnittstellen im Kontext «Spital» zu verbessern. Dies betrifft die spitalinternen Übergänge (z.B. die Abstimmung verschiedener Untersuchungen und Therapien oder der Transfer von einer Abteilung in eine andere), wie auch Übergänge von einem Betreuungssetting (z.B. von zu Hause) in ein Spital sowie vom Spital in eine andere Versorgungsform oder ein anderes Versorgungssetting. Mittels einer Recherche nationaler und internationaler Literatur wurden die möglichen Probleme und Herausforderungen für die genannte Zielgruppe in einem Faktenblatt zusammengefasst. Diese Situationsanalyse wurde am 4. September in einem Workshop mit Expertinnen und Experten validiert. Zudem wurden der Handlungsbedarf konkretisiert und die wichtigsten Problemfelder ermittelt. In einem zweiten Workshop vom 13. November 2015 wurden mit über 40 Stakeholdern Lösungsansätze für die dargestellten Problemfelder diskutiert.

2. Situationsanalyse

Als (hoch-)betagte, multimorbide Menschen werden Personen bezeichnet, die an zwei oder mehr chronischen Krankheiten bzw. fortgeschrittener Gebrechlichkeit («frailty») leiden und in der Regel 80 Jahre oder älter sind.¹

(Hoch-)Betagte, multimorbide Menschen leiden oft an einer Vielzahl von Symptomen und bedürfen einer ganzheitlichen Pflege und Behandlung. Auch palliative Leistungen sind bei dieser Patientengruppe frühzeitig miteinzubeziehen.

2.1. Lebenssituation und Sterbeort

- *Lebensort:* In der Schweiz leben (hoch-)betagte Menschen mehrheitlich zu Hause: Bei den 80-bis 84-Jährigen sind dies noch rund 90 Prozent.² In der Altersgruppe der 80-jährigen und älteren Personen lebt die Hälfte alleine in einem Haushalt, 44 Prozent leben in einem Zweipersonenhaushalt.³ Knapp drei von zehn Personen ab 80 Jahren nahmen 2013 Spitex-Leistungen in Anspruch.⁴
- *Informelle Hilfe:* Viele pflegebedürftige (hoch-)betagte Menschen werden von ihren Angehörigen gepflegt und betreut. 2012 erhielten 14% der Bevölkerung innerhalb von 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder der Nachbarschaft. In den obersten beiden Altersgruppen steigt dieser Anteil stark an und erreichte bei den Frauen ab 85 Jahren 41%, während er bei den gleichaltrigen Männern deutlich tiefer blieb (24%). Bei der erhaltenen Hilfe handelte es sich in den meisten Fällen um Hilfe im Haushalt, Einkäufe, moralische Unterstützung, Fahrdienste, Mahlzeiten und Kranken- oder Körperpflege. 52% der informellen Hilfeleistungen wurden durch die Partnerin bzw. den Partner, 31% durch die Kinder, 19% durch die Eltern und 20% durch die übrigen Familienmitglieder erbracht.⁵
- *Einschränkung der Alltagsaktivitäten:* Gemäss der schweizerischen Gesundheitsbefragung waren 2012 über die Hälfte der zu Hause lebenden Personen ab 80 Jahren bei ihren alltäglichen Verrichtungen seit mindestens sechs Monaten wegen eines Gesundheitsproblems leicht oder stark eingeschränkt. Ab 80 Jahren verdoppelt sich zudem der Anteil der Personen mit eingeschränktem Seh- oder Hörvermögen, während sich der Anteil der Personen mit beeinträchtigtem Gehvermögen mehr als verdreifacht.⁶
- *Migrationshintergrund:* Die Gruppe der älteren Migrationsbevölkerung wächst in der Schweiz zunehmend. Den einzelnen älteren Migrantinnen und Migranten geht es unterschiedlich gut. Im Durchschnitt sind sie aber materiell schlechter gestellt, haben ein höheres Armutsrisiko und sind weniger gesund als gleichaltrige Schweizerinnen und Schweizer. Ältere Migrantinnen und Migranten haben unterschiedliche Vorstellungen und Bedürfnisse, wenn sie pflegebedürftig werden.⁷
- *Stationäre Versorgung:* Im hohen Alter steigt die stationäre Versorgung rasch an. Im Alter von 95 Jahren und mehr leben 45 Prozent in einer Alters- und Pflegeeinrichtung.⁸ Der durchschnittliche

¹ Ab wann das höhere Alter oder die Hochaltrigkeit beginnt, ist angesichts der Heterogenität von Alternsprozessen nicht klar definiert: Der Übergang vom höheren zum hohen Alter lässt sich mit einem Anstieg der Risiken gesundheitlicher Einschränkungen und sozialer Verluste (z.B. Partnerverlust) beschreiben. In der Regel geschieht diese zwischen dem 80-ten und 85-ten Lebensjahr. (vgl. Höpflinger, F. (2014): Langlebigkeit und Hochaltrigkeit. Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen). Das Bundesamt für Statistik BFS spricht von «betagten Personen» bei Menschen über 65 Jahren, als «hochbetagte Personen» werden Menschen über 85 Jahren bezeichnet (vgl. Bundesamt für Statistik BFS (2011): Betagte Personen in Institutionen. Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim 2008/2009. BFS Aktuell, 5.2011)

² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2011): Nachfrage nach Pflege zu Hause wird steigen. Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege in der Schweiz: Medienmitteilung vom 19.05.2011

³ Bundesamt für Statistik: Strukturerhebung 2013

⁴ Bundesamt für Statistik (2014): Pflege zu Hause und in Alters- und Pflegeheimen: Privater Sektor legt zu. Sozialmedizinische Betreuung in Institutionen und zu Hause 2013. Medienmitteilung vom 18.11.2014

⁵ Bundesamt für Statistik (2014): Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel, S. 82

⁶ Ebd., S. 62

⁷ Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM und Nationales Forum Alter und Migration (2012): «Und so sind wir geblieben...»: Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Bern, S. 12

⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan. Nachfrage nach Pflege zu Hause wird steigen. Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege in der Schweiz: Medienmitteilung vom 19.05.2011; 2011

Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung – vom Eintritt bis zum Tod – beträgt gut 2 bis 2½ Jahre (durchschnittlich 4,6 Jahre ohne vorherigen Spitalaufenthalt und 1,4 Jahre mit vorherigem Spitalaufenthalt).⁹

- **Sterbeort:** Mit höherem Alter sterben die Menschen in der Schweiz häufiger in einer Alters- und Pflegeinstitution. Frauen sterben häufiger im Pflegeheim als Männer, insbesondere in der Altersgruppe der über 80-Jährigen. Die folgende Angaben beziehen sich auf den Zeitraum von 2006 bis 2011:¹⁰

Sterbeort	<i>80 - 89 Jahre</i>	<i>> 90 Jahre</i>
<i>Spital</i>	37%	20%
<i>Alters- und Pflegeheim</i>	47%	76%
<i>Zu Hause/anderer Ort</i>	16%	4%

- **Todesursachen:** In der Schweiz sterben über Dreiviertel der Menschen an chronisch fortschreitenden Krankheiten. (Herz-Kreislaufkrankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane, Demenz).¹¹ Bei über 80-Jährigen sind Herz-Kreislaufkrankheiten die häufigste Todesursache, gefolgt von Krebserkrankungen.¹²

2.2. Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Krankheiten

- **Instabiler Gesundheitszustand/Gebrechlichkeit («frailty»):** Gebrechlichkeit ist eine Konsequenz der altersassoziierten Funktionseinbussen vieler Organe. Dies führt zu einer erhöhten Vulnerabilität des gesamten Organismus. Hochbetagte mit Gebrechlichkeit haben ein erheblich erhöhtes Risiko für Stürze, Behinderungen und Pflegebedürftigkeit. Auch «harmlose» Krankheiten (z.B. Harnwegsinfekt) oder Ereignisse wie z.B. eine Hitzewelle können zu einem drastischen Einbruch des Allgemeinzustandes führen.¹³
- **Stürze und Altersfrakturen:** Das Sturz- und Verletzungsrisiko ist bei (Hoch-)Betagten nicht primär mit dem hohen Alter assoziiert, sondern oftmals ein Indiz für Multimorbidität. Ein Sturz kann die Prognose bezüglich Lebenserwartung verschlechtern und erhöht das Risiko, häufiger und dann länger hospitalisiert zu sein. Die dabei entstandenen Verletzungen, wie zum Beispiel der Schenkelhalsbruch, führen zu langwierigen Folgebeschwerden und oftmals erhöhter Pflegebedürftigkeit.¹⁴ Das Erkennen von Begleiterkrankungen wie Delirium und Demenz hat bedeutsame Konsequenzen auf den Verlauf.¹⁵
- **Mangelernährung:** Ernährungsdefizite sind bei (hoch-)betagten Patientinnen und Patienten sehr verbreitet. Je älter und hilfsbedürftiger Menschen werden, desto häufiger sind sie davon betroffen. Die Mangelernährung schwächt den Organismus und erhöht die Morbiditäts- und Mortalitätsrate.¹⁶ In der Praxis werden mangelernährte Personen oftmals nicht erkannt oder nicht behandelt.¹⁷
- **Atypische Krankheitspräsentation:** Körperliche Erkrankungen zeigen sich bei geriatrischen Patientinnen und Patienten über Symptome, deren Ursache unklar oder unspezifisch ist. Dazu zählen auch chronische Schmerzen. Herzinfarkte zeigen sich oftmals lediglich über Bauchschmerzen,

⁹ Höpflinger F, Bayer-Oglesby L, Zumbund A (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, S. 98ff.

¹⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan. Auswertung von Daten zum Sterbeort der Jahre 2006 bis 2011: Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.

¹¹ Die restlichen 25% sind «Äussere Ursachen» und «Übrige Diagnosen». Vgl. Bundesamt für Statistik: Todesfälle: Anzahl, Entwicklung und Ursachen http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html#parsys_43445

¹² Bundesamt für Statistik (2013): Todesursachenstatistik. Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, S. 1

¹³ Zeeh J. (2015): Gebrechlichkeit - was ist das eigentlich? MMW Fortschritte der Medizin 2015;157(11):54–8.

¹⁴ Grob D. (2008): Editorial. Stürze und Frakturen im Alter: Zwischen Steilpässen und Offside. Tandjung R, Rosemann T (2011): Nachsorge Schenkelhalsfraktur.

¹⁵ Beck S, Geser C, Grob D (2012): Multidimensionales geriatrisches Assessment als klinischer Zugang zum multimorbiden Patienten im Spital.

¹⁶ Imoberdorf R, Rühlin M, Beerli A, Ballmer PE (2014): Mangelernährung im Alter

¹⁷ Leuenberger MS, Joray ML, Kurmann S, Stanga Z (2012): Wie beurteile ich den Ernährungszustand meines Patienten?

ein Ulkus im Bauchraum kann sich über Blutarmut manifestieren.¹⁸ Auch psychische Erkrankungen wie eine Depression zeigen sich oft atypisch.

- **Chronische Erkrankungen:** Chronische Krankheiten sind im hohen Alter weit verbreitet (z.B. Herz-Kreislaufkrankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane, Demenz). Mehr als dreissig Prozent der über 75-Jährigen leiden an ischämischen Herzkrankheiten. Auch Diabetes gehört zu den relativ häufigen irreversiblen Krankheiten im Alter, ebenso wie Arthrose.¹⁹
- **Infektionen:** Personen mit chronischen Erkrankungen und (hoch-)betagte Menschen haben ein erhöhtes Risiko, an Infektionen zu erkranken. Dazu zählt z.B. die Grippe (Influenza), aber auch nosokomiale Infektionen, d.h. Infektionen, die im Zuge eines Spital- oder Pflegeheimaufenthalts auftreten. Mit zunehmendem Alter sind z.B. Pneumokokkeninfektionen häufiger mit Komplikationen verbunden. Die rechtzeitige Diagnosestellung bei (hoch-)betagten Patientinnen und Patienten kann zudem erschwert sein, da sich Pneumokokkeninfektionen bei dieser Gruppe häufig nur durch unspezifische Symptome zeigen.²⁰
- **Delirium:** (Hoch-)betagte multimorbide Menschen haben ein erhöhtes Risiko für das Auftreten eines Deliriums. Die Ursachen dafür können schwere Infektionen, Mangelernährung, Dehydratation, Medikation oder Immobilität sein.²¹ Delirien werden in der Praxis oft nicht erkannt oder fälschlicherweise als Demenz oder Depression diagnostiziert.
- **Kognitive Beeinträchtigung und Demenz:** (Hoch-)betagte Menschen sind häufig von kognitiven Beeinträchtigungen betroffen, dies beispielsweise auch als Folge eines Deliriums oder aufgrund von Medikamenteninteraktionen. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, eine Demenz zu entwickeln. Bei einer kognitiven Beeinträchtigung stellt der Aspekt der selbstbestimmten Behandlung und Betreuung eine besondere Herausforderung dar.²² Eine Studie aus Lausanne zeigte, dass kognitive Beeinträchtigungen im Spital nur bei einem Drittel der Personen über 75 Jahre erkannt wurden.²³
- **Depression:** Depressive Störungen im Alter sind häufig, folgenschwer und nicht selten von einem ungünstigen Verlauf geprägt.²⁴ Besondere Bedeutung bei älteren, multimorbiden Menschen kommt dem Umstand zu, dass über die depressionsspezifischen Beeinträchtigungen hinaus die Prognose zahlreicher somatischer Erkrankungen negativ beeinflusst wird. Im Vergleich zu multimorbiden Patientinnen und Patienten ohne Depression werden diejenigen mit einer depressiven Erkrankung wesentlich häufiger hospitalisiert.²⁵ Ältere Menschen mit depressiven Symptomen im Spital haben zudem ein höheres Risiko, in ein Pflegeheim verlegt zu werden oder zu sterben.²⁶ Zudem ist die Abgrenzung zwischen einer Depression im Alter und einer beginnenden Demenz eine grosse Herausforderung. Dies ist insbesondere wichtig, weil eine Depression im Alter einerseits gut behandelbar ist, die depressive Symptomatik jedoch auch ein Prädiktor einer beginnenden Demenz sein kann.²⁷ Sterbewünsche und Suizidwünsche können die Folge einer depressiven Störung sein, aber werden nicht als solche erkannt, wenn die Depression nicht diagnostiziert wird.

¹⁸ Grob D (2009): Akutgeriatrie aktuell: Grundlagen akutgeriatrischer Abteilungen und Kliniken in Schweizer Spitälern: Ein Arbeitspapier. Hewer W (2003): Versorgung des akut verwirrten alten Menschen - eine interdisziplinäre Aufgabe

¹⁹ Monod-Zorzi S. (2007): Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées

²⁰ Fätkenheuer G, Kwetkat A, Pletz MW, Schelling J et al. (2014): Prävention im Alter: Stellungnahme zur Pneumokokkenimpfung. Ergebnisse eines Expertenworkshops am 15.11.2013 in Köln

²¹ Pretto M, Hasemann W. (2006): Delirium – Ursachen, Symptome, Risikofaktoren, Erkennung und Behandlung

²² Renteln-Kruse W, Neumann L, Klugmann B et al. (2015): Geriatric patients with cognitive impairment. James BD, Schneider JA (2010): Increasing incidence of dementia in the oldest old: evidence and implications.

²³ Joray, S., Wietlisbach, V., Büla, Ch. (2004): Cognitive Impairment in Elderly Medical Inpatients. Detection and Associated Six-Month Outcomes

²⁴ Gühne U, Stein J, Riedel-Heller S (2015): Depression im Alter - Herausforderung langlebiger Gesellschaften. Psychiatrische Praxis 2015. Riedel-Heller SG, Weyerer S, König H, Luppä M (2012): Depression im Alter: Herausforderung für eine Gesellschaft der Langlebigen.

²⁵ Bock J, Luppä M, Brettschneider C et al. (2014): Impact of depression on health care utilization and costs among multimorbid patients-from the MultiCare Cohort Study

²⁶ Büla, Ch., Wietlisbach, V., Burnand, B., Yersin, B. (2001): Depressive Symptoms as a Predictor of 6-Month Outcomes and Services Utilization in Elderly Medical Inpatients

²⁷ Rotomskis A, Margeviciute R, Germanavicius A, (2015): Differential diagnosis of depression and Alzheimer's disease with the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R). Potter GG, Steffens DC (2007): Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults.

- *Sucht*: Problematischer Alkoholkonsum im Alter wird häufig nicht erkannt. Bei älteren Menschen stellen vor allem die negativen Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Alkohol ein zentrales Problem dar. Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung geht hervor, dass 6% der Männer und Frauen in der Altersklasse von 65 bis 74 Jahren einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum angeben. Bei den 75-Jährigen und Älteren ist dieser Anteil bei beiden Geschlechtern tendenziell etwas tiefer, der Unterschied ist aber statistisch nicht signifikant.²⁸

2.3. Herausforderungen an den Schnittstellen: Vor und während Spitaleintritt

Bei Spitaleintritt bestehen die Herausforderungen insbesondere darin, die komplexen Krankheitsbilder von (hoch-)betagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten ganzheitlich zu erfassen und den Informationsfluss vom zuweisenden Arzt, der zuweisenden Ärztin, der Spitex oder dem Pflegeheim zum Spital sicherzustellen. Oft kommt es bei dieser Patientengruppe zu Notfallhospitalisierungen.

Fehlende Unterstützungsstrukturen im ambulanten Bereich:

- *Überlastung der pflegenden Angehörigen*: Eine Dekompensation des sozialen Netzes kann zu einer Hospitalisierung führen bzw. wird die Überlastung der Angehörigen oft erst sichtbar, wenn die/der kranke Familienangehörige ins Spital eingewiesen wurde.
- *Fehlendes Advance Care Planning*: Oft fehlt es bei der ambulanten Betreuung an einer vorausschauenden Planung und Antizipation von Komplikationen. Palliative Situationen werden häufig nicht erkannt.. Eine holländische Studie zeigte auf, dass nur knapp die Hälfte aller Hausärzte den bevorzugten Sterbeort ihrer Patientinnen und Patienten kennt.²⁹
- *Verfügbarkeit von Fachpersonen nicht permanent sichergestellt*: Für die Versorgung von zu Hause lebenden Patientinnen und Patienten ist die rasche Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Fachpersonen (Arzt/Ärztin, Spitex) sehr bedeutsam, um Hospitalisierungen zu vermeiden. Den hinzugezogenen Notfalldiensten fehlen zum Teil die geriatrische Expertise und die Kenntnis der Person und ihrer Situation. Dazu kommt meistens der Zeitmangel, so dass es diesen Diensten nicht möglich ist, die Situation vor Ort zu stabilisieren, damit die Person zu Hause bleiben kann.

Vermeidbare Hospitalisationen aus dem Pflegeheim:

- *Zweifelhafte Indikation zur Hospitalisierung*: Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner werden in der Regel notfallmässig in Akutkliniken und Geriatriespitäler eingewiesen. Indikationen für die Spitalweisungen aus dem Pflegeheim sind Infekte, eine deutliche Verschlimmerung der Symptome von vorbestehenden Herz-Kreislaufkrankungen und Folgen von Stürzen.³⁰ Eine deutsche Studie ermittelte, dass rund 40 Prozent der ambulanten Behandlungen an der Notfallaufnahme «nicht indiziert» waren.³¹
- *Belastende Transporte*: Der Transport vom Pflegeheim ins Spital ist für viele Patientinnen und Patienten eine enorme Stresssituation. Ausserdem sind die durch die Transporte und die Hospitalisierung entstehenden Kosten nicht zu vernachlässigen.³² Transporte sind ein bekannter Risikofaktor für die Entwicklung eines Deliriums.
- *Verfügbarkeit von Fachpersonen nicht permanent sichergestellt*: Im Pflegeheim ist in der Regel nicht sofort ein Arzt, eine Ärztin verfügbar, da die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner meistens von ihren eigenen Hausärztinnen und Hausärzten betreut werden, die nicht im Heim selbst tätig sind.³³ Wie auch im ambulanten Bereich fehlt den hinzugezogenen Notfalldiensten die

²⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015): Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Neuchâtel, S. 118

²⁹ Meeussen K, Van den Block, Lieve, Bossuyt N et al. (2009): GPs' awareness of patients' preference for place of death..

³⁰ Bally KW, Nickel C (2013): Wann sollen Pflegeheimbewohner hospitalisiert werden und wann nicht?

³¹ Kada O, Brunner E, Likar R et al. (2011): Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück. Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen.

³² Kada O, Brunner E, Likar R et al. (2011): Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück. Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen. Bally KW, Nickel C (2013): Wann sollen Pflegeheimbewohner hospitalisiert werden und wann nicht?

³³ Rosemann T (2013): Spitalweisungen von Pflegeheimbewohnern: Evidenzbasierte Orientierung für Hausärzte könnte nicht nur Kosten sparen.

Kenntnis der Person und ihrer Situation. Dazu kommt meistens der Zeitmangel, so dass es diesen Diensten nicht möglich ist, die Situation vor Ort zu stabilisieren.

Spitaleintritt:

- *Informationsmangel:* Wenn es bei der Einweisung in das Krankenhaus an wichtigen Informationen (z. B. geriatrisches Assessment, Liste der aktuellen Medikation) fehlt oder diese nicht weiter geleitet werden, besteht die Gefahr, dass der Patient, die Patientin in eine für die Erkrankung nicht optimal geeignete Abteilung zugewiesen wird und dort nicht optimal versorgt werden kann.³⁴
- *Zunahme der Notfallhospitalisierungen:* Mit einer Inanspruchnahme von 480 Konsultationen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner sind es Personen ab 86 Jahren, die 2011 am häufigsten eine Notfallstation aufsuchten. Obwohl die Altersklasse der 86-Jährigen und Älteren in absoluten Zahlen die wenigsten Konsultationen in Notfallstationen aufwies (4,5%), verzeichnete sie mit +32 Prozent zwischen 2007 und 2011 das grösste Wachstum. Die Patientinnen und Patienten in hohem Alter werden nach einer Konsultation in einer Notfallstation häufiger hospitalisiert. Zudem ist ihr Spitalaufenthalt meist länger und wird öfter von einem Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim gefolgt (Kurz- oder Langzeitaufenthalt). Schliesslich ist es auch diese Patientengruppe, die am meisten rehospitalisiert wird.³⁵ Die medizinischen Fachpersonen der Notfallstationen müssen sich zunehmend mit der wachsenden Herausforderungen in der Erstbeurteilung und Betreuung dieser hochbetagten Patientengruppe mit komplexen Krankheitsbildern auseinandersetzen.³⁶
- *Selbstbestimmung erschwert:* Bei Notfalleinweisungen in ein Spital ist eine Entscheidungsfindung, basierend auf den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen, erschwert. Zudem kann gerade bei (hoch-)betagten Patientinnen und Patientin durch ihre Krankheitssituation (z.B. Demenz, Delirium) die Möglichkeit zur Willensäusserung eingeschränkt sein. Oft fehlt eine Patientenverfügung oder sie ist nicht zur Hand.³⁷

Medikation

- *Überversorgung:* (Hoch-)Betagte multimorbide Menschen haben oftmals eine komplexe Medikamentenverordnung. Nicht adäquate Polypharmazie und altersbezogene Veränderungen in der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik führen zu einem mehrfach höheren Risiko einer Hospitalisierung verglichen mit jüngeren Erwachsenen.³⁸ Zum Teil werden die Medikamente von zu Hause lebenden Patientinnen und Patienten nicht richtig eingenommen. Wenn sie ins Spital kommen und alles kontrolliert einnehmen, kann es zu einer Intoxikation kommen.
- *Nicht adäquate Medikation:* Der Einsatz eines Medikaments trotz fehlender Indikation, die Duplizität einer Medikation oder eine falsche Dosierung können das Risiko auf Gesundheitsbeeinträchtigungen (Delirium, Stürze), Hospitalisierung und Notfalleinweisung erhöhen.³⁹
- *Unzureichende medikamentöse Behandlung:* Auch eine Unterbehandlung, also der Verzicht auf Medikation trotz gegebener Indikation und fehlender Kontraindikation, kann die Gesundheit gefährden und zu Hospitalisierungen führen. Polypharmazie und Unterbehandlung kommen dabei oftmals auch gleichzeitig vor. Eine niederländische Studie konnte aufzeigen, dass fast die Hälfte

³⁴ Rummer A (2012): Vermeidung des Drehtüreffekts: Der geriatrische Patient an den Schnittstellen zwischen hausärztlicher Versorgung, Krankenhaus, Anschlussbehandlung und Rehabilitation.

³⁵ Vilpert S (2013): Konsultationen in Schweizer Notfallstationen. Obsan Bulletin 3/2013

³⁶ Beck S, Geser C, Grob D (2012): Multidimensionales geriatrisches Assessment als klinischer Zugang zum multimorbiden Patienten im Spital. Ellis G, Marshall T, Ritchie C (2014): Comprehensive geriatric assessment in the emergency department.

³⁷ Bally KW, Nickel C (2013): Wann sollen Pflegeheimbewohner hospitalisiert werden und wann nicht?

³⁸ Lund BC, Schroeder MC, Middendorff G, (2015): Effect of hospitalization on inappropriate prescribing in elderly Medicare beneficiaries.

³⁹ Farrell B, Tsang C, Raman-Wilms L et al. (2015): What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: a modified delphi process. Neuner-Jehle S (2013): Weniger ist mehr - wie Polypharmazie vermeiden? Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M (1999): Medikamentenverordnung und mehrfache Stürze bei älteren, zu Hause lebenden, multimorbiden Menschen.

der Patientinnen und Patienten mit fünf oder mehr verschriebenen Medikamenten gleichzeitig unterbehandelt war.⁴⁰

2.4. Herausforderungen an den Schnittstellen: Beim Spitalaufenthalt

Die komplexen Krankheitsbilder hochbetagter multimorbider Menschen erfordern oftmals den Einbezug verschiedenster Fachpersonen und Fachspezialisten. Die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch der involvierten Fachpersonen unter Einbezug des Patienten, der Patientin und der Angehörigen bilden dabei die Grundlage für die Betreuung und Behandlung während des Spitalaufenthalts.

Risiken und nicht erkannter Bedarf

- *Risiko einer Verschlechterung des Zustands:* Für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen besteht im Spital bei nicht adäquater Betreuung ein gewisses Risiko für Stürze, nosokomiale Infektionen oder die Entwicklung eines Deliriums. Gerade für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen kann ein Spitalaufenthalt ein grosser Stressfaktor sein (Belastung durch den Transport, ungewohnte Umgebung, unbekanntes Pflegepersonal, nicht adäquat berücksichtigte spezifische Bedürfnisse etc.).⁴¹
- *Nicht erkannter Bedarf nach geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlungen:* (Hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten im Spital haben keinen Zugang zu einer adäquaten Behandlung und Betreuung, wenn die Fachpersonen auf den nicht-geriatrischen Abteilungen (z.B. Innere Medizin) den Bedarf nach geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlungen nicht erkennen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

- *Ganzheitliche Sichtweise eingeschränkt:* Die Fokussierung auf einzelne, gut definierte Erkrankungen hat positive Effekte auf deren Diagnostik und Behandlung. Negative Auswirkungen sind aber für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten zu befürchten. Den komplexen Krankheitsbildern entsprechend ist das Spektrum involvierter Fachgebiete sehr breit (z.B. Fachpersonen der Notfallstationen, Unfallchirurgie, Kardiologie, Onkologie, Nephrologie). Dies birgt die Gefahr, die sich überlagernden Problemstellungen nicht als Gesamtbild zu betrachten und damit den individuellen Behandlungsplan nicht optimal auf die vordringlichen Bedürfnisse des Patienten, der Patientin ausrichten zu können. Der Einbezug des multidimensionalen, geriatrischen Assessments in die fachspezifische Behandlungsplanung wird seit längerer Zeit gefordert.⁴²
- *Verantwortungsdiffusion:* Die komplexe Symptomatik bei (hoch-)betagten multimorbiden Patientinnen und Patienten erfordert eine gute Zusammenarbeit und Koordination der Behandlung und Betreuung. Oftmals sind Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der Beteiligten unzureichend geregelt.⁴³

Information und Einbezug der Betroffenen

- *Selbstbestimmung erschwert:* Die selbstbestimmte Betreuung und Behandlung im Spital ist gerade im Hinblick auf Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund ihres aktuellen Gesundheitszustandes (z.B. Delirium) nicht äussern können, eine grosse Herausforderung. Bei Patientinnen und Patienten mit einer Demenz besteht eine ähnliche Problematik.⁴⁴
- *Mangelnder Einbezug der Angehörigen:* Pflegende Angehörige begleiten die betroffenen Patientinnen und Patienten meist bereits über eine längere Zeitspanne. Für die professionellen Betreu-

⁴⁰ Neuner-Jehle S (2013): Weniger ist mehr - wie Polypharmazie vermeiden? Kuijpers, Mascha A J, van Marum, Rob J, Egberts, Antoine C G et al. (2008): Relationship between polypharmacy and underprescribing.

⁴¹ Gozalo P. et al. (2011): End-of-Life Transitions among Nursing Home Residents with Cognitive Issues, S. 1213

⁴² Beck S, Geser C, Grob D (2012): Multidimensionales geriatrisches Assessment als klinischer Zugang zum multimorbiden Patienten im Spital.

⁴³ Keller U, Meier R, Lüthy J et al. (2006): Mangelernährung im Spital.

⁴⁴ Nufer TW, Spichiger E. Wie Angehörige von Patientinnen mit Demenz deren Aufenthalt auf einer Akutstation und ihre eigene Zusammenarbeit mit Fachpersonen erleben: Eine qualitative Studie.

enden sind Angehörige zentrale Wissensträger und Ressource. Gerade bei kognitiv beeinträchtigten bzw. demenzkranken Patientinnen und Patienten ist es ein grosses Problem, wenn ihre Angehörigen nicht in die Versorgung einbezogen werden, sind sie doch die Quellen zu relevanten und wichtigen Informationen.⁴⁵ Oft werden Angehörige jedoch nicht angemessen einbezogen, das heisst nur auf der Kompetenzebene als Helfer und nicht als zugleich emotional Betroffene oder umgekehrt.

- *Informationsmangel:* Pflegende Angehörige haben bei einem Spitalaufenthalt ihres Angehörigen, ihrer Angehörigen oftmals das Gefühl eines Kontrollverlustes, insbesondere wenn ungenügend informiert oder sie zu wenig in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden. Dies kann zu Misstrauen gegenüber den Fachpersonen führen und die Kommunikation und Planung der weiteren Betreuung und Behandlung erschweren.⁴⁶

2.5. Herausforderungen an den Schnittstellen: Während und nach Spitalaustritt

Vor der Entlassung (hoch-)betagter, multimorbider Patientinnen und Patienten muss die Betreuung und Behandlung nach dem Spitalaufenthalt organisiert werden. Dabei sind die individuelle Lebenssituation und die verschiedenen Möglichkeiten der Nachbetreuung zu klären (Wohnsituation, pflegende Angehörige etc.). Gemeinsam mit den Betroffenen sollten die Behandlungs- und Betreuungsprioritäten für die letzte Lebensphase besprochen und sorgfältig geplant werden. Bereits während des stationären Aufenthalts muss allenfalls eine neue, dauerhafte Lösung abgeklärt und organisiert werden. Übergangslösungen sind nicht immer vorhanden.⁴⁷ Zudem benötigen (hoch-)betagte, multimorbide Menschen mehr Zeit, um ihre funktionellen Fähigkeiten wiederzuerlangen.⁴⁸

Informationsübergabe an die Fachpersonen des nachfolgenden Versorgungssettings

- *Wenig Einbezug:* Ist der Patient, die Patientin im Spital, findet wenig Austausch mit dem zuweisenden Hausarzt, der Hausärztin oder der Spitex statt. Nur in wenigen Fällen werden Konsiliargespräche geführt. Für die Hausärztinnen und Hausärzte ist es in den grösseren Kliniken schwierig, während der Behandlung an die richtige Stelle zu gelangen, wenn nicht bereits ein persönliches Netzwerk besteht.⁴⁹
- *Rechtzeitige Übermittlung der Berichte:* Durch den fehlenden Austausch zwischen dem zuweisenden Setting und dem Spital während der stationären Behandlung ist die rechtzeitige Übermittlung der Austrittsberichte zentral. Eine Studie über die Gesundheitsversorgung im Kanton Basel-Stadt konnte aufzeigen, dass dies im Durchschnitt gut funktioniert, die Streuung bezüglich Rechtzeitigkeit und Qualität scheint aber recht hoch zu sein.⁵⁰

Information und Einbezug der Betroffenen

- *Wenig Einbezug der Angehörigen bei der Entlassungsvorbereitung:* Familienmitglieder werden gemäss einer norwegischen Studie selten in die Entlassungsplanung miteinbezogen. Da sie eine wichtige Unterstützung während der Entlassung und für die Betreuung zu Hause sind, geht so eine wichtige Ressource verloren.⁵¹

⁴⁵ Jurgens FJ, Clissett P, Gladman, John R F, Harwood RH (2012): Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care? A qualitative study. Bragstad LK, Kirkevold M, Foss C (2014): The indispensable intermediaries: a qualitative study of informal caregivers' struggle to achieve influence at and after hospital discharge.

⁴⁶ Nufer TW, Spichiger E. Wie Angehörige von Patientinnen mit Demenz deren Aufenthalt auf einer Akutstation und ihre eigene Zusammenarbeit mit Fachpersonen erleben: Eine qualitative Studie. Jurgens FJ, Clissett P, Gladman, John R F, Harwood RH (2012): Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care?

⁴⁷ Wächter M, Kessler O (2014): Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt - Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt

⁴⁸ Grob D (2007): Geriatrie in der Schweiz: Grundlagen und Konzepte altersmedizinischer Arbeit.

⁴⁹ Wächter M, Kessler O (2014): Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt - Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt

⁵⁰ Ebd.

⁵¹ Bragstad LK, Kirkevold M, Foss C (2014): The indispensable intermediaries: a qualitative study of informal caregivers' struggle to achieve influence at and after hospital discharge.

- *Fehlende Anweisung in Nachbetreuung:* Pflegende Angehörige tragen eine grosse Verantwortung in der Pflege und Betreuung des kranken Familienmitglieds. Sie sind nach einem Spitalaufenthalt oft ungenügend über den Gesundheitszustand, Prognosen, Komplikationen sowie Pflege- und Betreuungsmassnahmen informiert.⁵²
- *Komplexes Angebot von Unterstützungsleistungen :* Das Angebot verschiedener Unterstützungsleistungen (mobilitätsfördernde Hilfsmittel, Notrufsysteme, Tageskliniken, Freiwilligensupport etc.) zur Entlastung pflegender Angehöriger zu Hause ist vielfältig und macht eine Beratung der Angehörigen und Koordination der Leistungen notwendig.⁵³
- *Hochbetagter Partner, hochbetagte Partnerin als pflegende/r Angehörige/r:* Bei Abklärungen bezüglich ambulanter Versorgung mit Unterstützung durch den Partner, die Partnerin muss auch dessen/deren Hochaltrigkeit und Gesundheitszustand mit in Betracht gezogen werden.

Medikation

- *Abweichungen in der Arzneimitteltherapie:* Das selbständige Medikamentenregime ist für viele ältere Menschen sehr wichtig. Wenn die Arzneimitteltherapie bei Austritt im Vergleich zum Eintritt abweicht und bisherige Medikamente auf Generika mit anderen Namen und anderem Aussehen umgestellt werden, kann dies den (hoch-)betagten Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen Schwierigkeiten bereiten.⁵⁴
- *Unsicherheit und Non-Adhärenz:* Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen des Spitals wie auch der Hausarzt, die Hausärztin haben eine wichtige Rolle, wenn es um das Erleben von Sicherheit bzw. Unsicherheit der Arzneimitteltherapie aus Sicht der (hoch-)betagten Patientinnen und Patienten geht. Bei Unsicherheiten mit der verordneten Therapie des Spitals warten (hoch-)betagte Patientinnen und Patienten oftmals mit der Einnahme, bis der Hausarzt, die Hausärztin die Arzneimitteltherapie überprüft hat, was zu Verzögerungen der Einnahme und Komplikationen führen kann.⁵⁵
- *Keine schriftliche Information:* Oftmals gibt es bei der Spitalentlassung keine schriftliche Information zum Medikamentenmanagement (Organisation, Einnahme). Auch die Kommunikation zwischen Spital- und Hausarzt, Hausärztin ist bezüglich Medikation oftmals nicht gegeben.⁵⁶

Spezifische Herausforderungen an der Schnittstelle Spital – ambulante Versorgung

- *Kapazitätsengpässe:* Kapazitätsengpässe bei der Spitex können das Austrittsmanagement erschweren oder den Austritt verzögern, was unnötige Kostenfolgen nach sich ziehen kann.⁵⁷
- *Fehlende geriatrische Expertise und Informationsmangel:* Für die hausärztliche Weiterversorgung ist die Aus-, Weiter- und Fortbildung im Spezialgebiet der Geriatrie des behandelnden Arztes, der behandelnden Ärztin und die Kommunikation sowie Informationsaustausch zwischen Spital- und Hausarzt essentiell. Fehlen diese Aspekte, kann es zu Rehospitalisierungen oder Dekompensation des sozialen Netzes kommen.⁵⁸
- *Schwierigkeiten bei der Sicherstellung eines finanziell tragfähigen und sozialen Rahmens:* Die Spitalsozialdienste können zwar Massnahmen planen und einleiten, aber mit dem Spitalaustritt ist ihre Arbeit beendet. Sie können also nicht nachprüfen, ob die Massnahmen wie geplant umgesetzt wurden.⁵⁹

⁵² Küttel C, Schäfer-Keller P, Brunner C et al. (2015): Der Alltag pflegender Angehöriger - Was sie während des Spitalaufenthalts ihres Familienmitglieds beschäftigt im Hinblick auf den Austritt und was sie diesbezüglich für sich benötigen.

⁵³ Wiesli U. (2011): Hochbetagte Menschen zuhause - pflegen, begleiten und betreuen.

⁵⁴ Stauffer Y, Spichiger E, Mischke C (2015): Komplexe Medikamentenregime bei multimorbiden älteren Menschen nach Spitalaufenthalt - eine qualitative Studie. Harris CM, Sridharan A, Landis R et al. (2013): What happens to the medication regimens of older adults during and after an acute hospitalization?

⁵⁵ Stauffer Y, Spichiger E, Mischke C (2015): Komplexe Medikamentenregime bei multimorbiden älteren Menschen nach Spitalaufenthalt - eine qualitative Studie.

⁵⁶ Ebd.

⁵⁷ Wächter M, Kessler O (2014): Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt - Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt

⁵⁸ Rummer A. Vermeidung des Drehtüreffekts: Der geriatrische Patient an den Schnittstellen zwischen hausärztlicher Versorgung, Krankenhaus, Anschlussbehandlung und Rehabilitation.

⁵⁹ Wächter M, Kessler O (2014): Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt - Von Schnittstellen zu Nahtstellen im

Spezifische Herausforderungen an der Schnittstelle Spital-Pflegeheim

- *Zeit- und Kapazitätsengpässe:* Wenn Patientinnen und Patienten nach einem Spitalaufenthalt nicht mehr nach Hause können, ist es die Aufgabe der Fachpersonen des Spitalsozialdienstes, die Verlegung in ein Pflegeheim zu organisieren. Diese Verfahren können sehr zeitaufwändig sein.⁶⁰
- *Notwendigkeit intensiver Betreuung:* Bei einer Rückkehr ins Pflegeheim ist eine intensivere Betreuung der Betroffenen erforderlich und die Wiedereingewöhnung im Pflegeheim erfordert viel Zeit. Oftmals hat sich bei den Patientinnen und Patienten aufgrund des vielen Liegens ein Dekubitus entwickelt.⁶¹

Spezifische Herausforderungen an der Schnittstelle Spital-Rehabilitation/psychiatrische Klinik

- *Zeitliche Engpässe:* Beim Übergang zur Rehabilitation erweist sich das rechtzeitige Eintreffen der Kostengutschrift der Krankenkasse als zentrale Herausforderung.⁶²
- *Schnittstelle Akutspital – Akutpsychiatrie:* Im Spital konzentriert steht die somatische Behandlung im Zentrum, in der Akutpsychiatrie psychische Aspekte. Eine ganzheitliche Perspektive geht dabei verloren. Aufgrund des Spitaldrucks, Patientinnen und Patienten möglichst rasch zu entlassen, wird der Patient/die Patientin zwischen Akutspital und Akutpsychiatrie hin und her geschoben (Problematik Hin- und Zurückweisung des Patienten).

3 Handlungsbedarf aus Sicht der Expertinnen und Experten

Am 4. September 2015 wurde die Situationsanalyse mit Expertinnen und Experten aus den Bereichen Geriatrie, Alterspsychiatrie, Pflege, Ethik, Soziale Arbeit und Patientenschutz validiert. Zudem wurden der Handlungsbedarf und die wichtigsten Problemfelder identifiziert. Diese werden im Folgenden aufgezeigt.

3.1 Versorgungsstrukturen & Qualität der Versorgung

- *Multidimensionales Assessment/Lebenswelt berücksichtigen:* Das interprofessionelle und ganzheitliche Assessment bzw. die ganzheitliche Erfassung der Lebenssituation (Lebenswelt) unter einem ressourcenorientierten Blickwinkel sollten bei (hoch-)betagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten in allen Settings Standard sein. Dazu zählt auch der rechtzeitige Einbezug der psychiatrischen und psychosomatischen Aspekte in somatischen Settings. Die Berücksichtigung des Patientenwillens mittels Patientenverfügung ist verbindlich.
- *Angebot von geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlungen:* Für multimorbide, betagte Patientinnen und Patienten braucht es im Spital eine spezifische, auf die komplexe Situation der Multimorbidität ausgerichtete Behandlung zusätzlich zur medizinisch-pflegerischen Behandlung aufgrund der einzelnen Diagnosen. Eine solche geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung wird aber von vielen Akutspitalern nicht angeboten. Über DRG besteht zwar grundsätzlich eine gute Abrechnungsmöglichkeit, jedoch sei die Abrechnung solcher Leistungen an gewisse Strukturkriterien gebunden, d.h. die Abteilung muss vorgegebene Kriterien erfüllen. In der Romandie wird zudem z.T. anders, d.h. nicht über DRG, abgerechnet. Fazit: Je nach Wohnregion ist der Zugang zu einer solchen Behandlung gegeben oder nicht.
- *Übergangsbetreuung klären:* Wenn eine geriatrische Patientin, ein geriatrischer Patient nicht mehr im Spital bleiben, aber auch nicht nach Hause gehen kann, gibt es drei Möglichkeiten: a)

Kanton Basel-Stadt

⁶⁰ Rummer A. Vermeidung des Drehtüreffekts: Der geriatrische Patient an den Schnittstellen zwischen hausärztlicher Versorgung, Krankenhaus, Anschlussbehandlung und Rehabilitation.

⁶¹ Kada O, Brunner E, Likar R, Pinter G, Leutgeb I, Francisci N et al. Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück. Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen

⁶² Wächter M, Kessler O (2014): Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt - Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt

definitiver Übertritt ins Pflegeheim, b) Aufnahme in eine Rehabilitationsklinik oder -abteilung und c) Aufnahme in eine Einrichtung der Übergangspflege. Diese Postakutbetreuung (Rehabilitation und Übergangspflege) ist in der Schweiz sehr heterogen. Zudem ist bei den Krankenversicherern oft schwierig durchsetzbar, dass auch ältere Menschen einen Anspruch auf Rehabilitation haben. Zum Teil muss auf die Kostengutsprache der Krankenkasse für Übergangspflege oder Rehabilitation lange gewartet werden.

- *Ganzheitliche Entlassungsplanung:* Bevor eine Patientin, ein Patient, vom Spital nach Hause entlassen wird, sollte die Lebenswelt dieser Person – unter Einbezug der Angehörigen – angeschaut werden. Nur wenn zu Hause ein gutes Betreuungsnetz besteht bzw. organisiert wird, können eine gute Betreuung zu Hause ermöglicht und Rehospitalisationen vermieden werden. Das ist auch auf der Notfallstation zu berücksichtigen, z.B. bei Patientinnen und Patienten, die gestürzt sind, aber keine Fraktur haben und wieder nach Hause können. Auch nach ambulant durchgeführten Eingriffen (z.B. minimal-invasive Chirurgie) kann die Fragilität des ambulanten Betreuungssystems (Rolle der Angehörigen) erheblich ansteigen. Dies sollte bei der Planung solcher Eingriffe antizipiert werden.
- *Sichergestellte ambulante Betreuung und Koordination:* Im ambulanten Bereich sollten die Netzwerke für fragile Patientinnen und Patienten zu Hause stabilisiert werden, um eine Überlastung der Angehörigen zu vermeiden. Ein wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist auch die vorausschauende Vermeidung von Hospitalisierungen, zum Beispiel durch den Beizug von geriatrischen Fachpersonen in kritischen Situationen. Zu prüfen wären zudem flexible Angebote (Tages-/Nachtstrukturen, Ferienbetten etc.) zur Entlastung der Angehörigen und Rehabilitationsangebote zu Hause. Für die Koordination der Behandlung und Betreuung wären ambulante Stellen nötig, die Patientinnen und Patienten und die Angebote entlang der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen koordinieren (z.B. ambulante Beratungsstellen als Case Manager).

3.2 Informationsaustausch

- *Förderung des elektronischen Informationsaustauschs:* Die rasche Verfügbarkeit von Informationen der vor- und nachbehandelnden Stellen sollte über einen elektronischen Informationsaustausch verbessert werden.
- *Bessere Information von Patientinnen, Patienten und Angehörigen:* Gerade bei der Spitalentlassung sollten Patientinnen, Patienten und die Angehörigen besser aufgeklärt und informiert werden. Bei der Spitaleinweisung und während dem Spitalaufenthalt sind Angehörige wichtige Informationsträger.

3.3 Sensibilisierung und Ressourcen

- *Geriatrisch geschultes Personal:* Der Bedarf an geriatrisch geschultem Personal wird künftig zunehmen. Es sollte geprüft werden, wie dieser Bedarf gedeckt werden kann – indem geklärt wird, wie die Ausbildungskapazitäten erhöht und/oder die Attraktivität der Geriatrie gefördert werden kann (Tarife, Arbeitsbedingungen, Karrieremöglichkeiten etc.).
- *Geriatrische Sensibilisierung und Know-how:* Es braucht eine Sensibilisierung im Gesundheits- und Sozialwesen für die Besonderheiten und Bedürfnisse der (hoch-)betagten multimorbiden Menschen. Bei den Fachpersonen im Spital und im ambulanten Bereich sollte das Wissen über die für die Geriatrie wichtigen Angebote und Prozesse verbessert werden. Dies ist besonders relevant auf Abteilungen wie z.B. der Inneren Medizin oder Orthopädie, die viele (hoch-)betagte Patientinnen und Patienten versorgen. Auch beim Notfallpersonal braucht es geriatrisches Wissen und Know-how, damit geriatrische Patientinnen und Patienten adäquater aufgenommen werden können. Dieses Wissen könnte zum Beispiel durch geriatrische Unterstützungseinheiten sichergestellt werden.
- *Erkennen des Bedarfs nach geriatrisch frührehabitativer Komplexbehandlungen:* Damit Patientinnen und Patienten Zugang zu Angeboten der geriatrisch frührehabitativen Komplexbehandlung erhalten, müssen die Fachpersonen auf den nicht-geriatrischen Abteilungen im Spital den Bedarf erkennen. Dazu sollten Instrumente zur Indikationsstellung angewendet werden.

- *Interprofessionelle Zusammenarbeit lernen:* Es braucht Aus- und Weiterbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit, zur Kooperation zwischen und mit anderen Berufsgruppen, zur ganzheitlichen, patientenzentrierten Betrachtung der gesamten Versorgungskette (nicht nur der einzelnen Settings) mit den Patientinnen und Patienten im Zentrum und unter Achtung des Patientenwillens. Vor allem Personen, die heute in der Praxis tätig sind, sollten weitergebildet werden.
- *Anwendung von Art. 7 KLV (Abrechnung von Koordinationsleistungen):* Es bestehen grosse Hürden in der Anwendung des Artikels in der Praxis. Es gibt seitens der Leistungserbringer und der Versicherer viele Fehlannahmen (z.B. dass der Artikel nur für palliative Situationen gilt). Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Abrechnung über die Krankenkassen gut läuft, wenn die Koordinationsleistungen gut begründet und dokumentiert sind.

3.4 Finanzierung

- *Fragmentierung der Finanzierung im Gesundheitswesen:* Gemäss den Expertinnen und Experten sind die aktuellen Finanzierungsmechanismen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens hin zu einer besseren Koordination nicht förderlich. Die Fragmentierung der Finanzierung im Gesundheitswesen führt zwangsläufig zu Brüchen in der Versorgungskette. Von den Expertinnen und Experten wurden verschiedene Probleme in diesem Bereich genannt. Das BAG wird diese Fragen im Teilprojekt 3, das die Klärung der Rahmenbedingungen für die koordinierte Versorgung zum Ziel hat, konkretisieren und aktiv weiterverfolgen.

3.5 Selbstbestimmung & Wahrung des Patientenwillens

- *Berücksichtigung des Patientenwillens:* Mit dem Inkrafttreten des neuen Erwachsenenschutzrechts hat die Berücksichtigung des Patientenwillens (z.B. zu Themen wie Medikation und Zwangsernährung am Lebensende, Einbezug einer Vertrauensperson etc.) an Bedeutung gewonnen. Es sollte geprüft werden, wie dieser von Anfang an mit einbezogen und berücksichtigt werden kann – und zwar über die ganze Behandlungskette hinweg. Das hat Implikationen auf Über- und Unterversorgung. Mit dem Erwachsenenschutzrecht gibt es eine sehr gute Grundlage, wie man die Rechte von kognitiv beeinträchtigten Menschen wahren kann.

Literatur

- Bally KW, Nickel C (2013): Wann sollen Pflegeheimbewohner hospitalisiert werden und wann nicht? *Praxis* 2013;102(16):987–91
- Beck S, Geser C, Grob D (2012): Multidimensionales geriatrisches Assessment als klinischer Zugang zum multimorbiden Patienten im Spital. *Praxis* 2012;101(25):1627–32
- Bock J, Luppä M, Brettschneider C, Riedel-Heller S, Bickel H, Fuchs A et al. (2014): Impact of depression on health care utilization and costs among multimorbid patients-from the MultiCare Cohort Study. *PLoS one* 2014;9(3)
- Bragstad LK, Kirkevold M, Foss C (2014): The indispensable intermediaries: a qualitative study of informal caregivers' struggle to achieve influence at and after hospital discharge. *BMC health services research* 2014;14:331
- Büla, Ch., Wietlisbach, V., Burnand, B., Yersin, B. (2001): Depressive Symptoms as a Predictor of 6-Month Outcomes and Services Utilization in Elderly Medical Inpatients. *Arch Intern Med.* 2001; 161: 2609-2615
- Bundesamt für Statistik (2014): Pflege zu Hause und in Alters- und Pflegeheimen: Privater Sektor legt zu. Sozialmedizinische Betreuung in Institutionen und zu Hause 2013. Medienmitteilung vom 18.11.2014
- Bundesamt für Statistik (2014): Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2013): Todesursachenstatistik. Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz
- Bundesamt für Statistik: Strukturerhebung 2013
- Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM und Nationales Forum Alter und Migration (2012): «Und so sind wir geblieben...». Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Bern, S. 12
- Ellis G, Marshall T, Ritchie C (2014): Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical interventions in aging* 2014;9:2033–43
- Farrell B, Tsang C, Raman-Wilms L, Irving H, Conklin J, Pottie K (2015): What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: a modified delphi process. *PLoS one* 2015;10(4)
- Fätkenheuer G, Kwetkat A, Pletz MW, Schelling J, Schulz R, van der Linden, M et al. (2014): Prävention im Alter: Stellungnahme zur Pneumokokkenimpfung. Ergebnisse eines Expertenworkshops am 15.11.2013 in Köln. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 47(4):302–9.
- Gozalo P, Teno JM, Mitchell SL, Skinner J, Bynum J, Tyler D, Mor V (2011): End-of-Life Transitions among Nursing Home Residents with Cognitive Issues. *N Engl J Med* 365; 13: 1212–1221
- Grob D (2009): Akutgeriatrie aktuell: Grundlagen akutergeriatrischer Abteilungen und Kliniken in Schweizer Spitälern: Ein Arbeitspapier
- Grob D (2008): Editorial. Stürze und Frakturen im Alter: Zwischen Steilpässen und Offside. *Geriatrie-Praxis* 2008;19(2):1
- Grob D (2007): Geriatrie in der Schweiz: Grundlagen und Konzepte altersmedizinischer Arbeit. *Schweizerische Ärztezeitung* 2007;88(4):132–9
- Gühne U, Stein J, Riedel-Heller S (2015): Depression im Alter - Herausforderung langlebiger Gesellschaften. *Psychiatrische Praxis*
- Harris CM, Sridharan A, Landis R, Howell E, Wright S (2013): What happens to the medication regimens of older adults during and after an acute hospitalization? *Journal of patient safety* 2013;9(3):150–3
- Hewer W (2003): Versorgung des akut verwirrten alten Menschen - eine interdisziplinäre Aufgabe. *Deutsches Ärzteblatt*; 100(30):2008–12
- Höpflinger F, Bayer-Oglesby L, Zumbrunn A (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter
- Imoberdorf R, Rühlin M, Beerli A, Ballmer PE (2014): Mangelernährung im Alter. *Schweizerisches Medizin-Forum* 14(49):932–6
- Interface (2014): Zweite nationale Konferenz Gesundheit2020: Ergebnisse aus dem "World Café" zum Thema "Koordinierte Versorgung". Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)
- James BD, Schneider JA (2010): Increasing incidence of dementia in the oldest old: evidence and implications. *Alzheimer's research & therapy* 2(3):9
- Joray, S., Wietlisbach, V., Büla, Ch. (2004): Cognitive Impairment in Elderly Medical Inpatients. Detection and Associated Six-Month Outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry* 12:6, S. 639-647
- Jurgens FJ, Clissett P, Gladman, John R F, Harwood RH (2012): Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care? A qualitative study. *BMC geriatrics* 2012;12:57
- Kada O, Brunner E, Likar R, Pinter G, Leutgeb I, Francisci N et al. (2011): Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück. Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2011;105(10):714–22
- Keller U, Meier R, Lüthy J, Rosé B, Sterchi A-B, Horat G (2006): Mangelernährung im Spital. *Schweizerische Ärztezeitung* 2006;87(19):826–31
- Kuijpers, Mascha A J, van Marum, Rob J, Egberts, Antoine C G, Jansen, Paul A F (2008): Relationship between polypharmacy and underprescribing. *British journal of clinical pharmacology* 2008;65(1):130–3

- Küttel C, Schäfer-Keller P, Brunner C, Conca A, Schütz P, Frei IA (2015): Der Alltag pflegender Angehöriger - Was sie während des Spitalaufenthalts ihres Familienmitglieds beschäftigt im Hinblick auf den Austritt und was sie diesbezüglich für sich benötigen: eine qualitative Studie. *Pflege* 2015;28(2):111–21
- Leuenberger MS, Joray ML, Kurmann S, Stanga Z (2012): Wie beurteile ich den Ernährungszustand meines Patienten? *Praxis* 2012;101(5):307–15
- Lund BC, Schroeder MC, Middendorff G, Brooks JM (2015): Effect of hospitalization on inappropriate prescribing in elderly Medicare beneficiaries. *Journal of the American Geriatrics Society* 2015;63(4):699–707.
- Meeussen K, Van den Block, Lieve, Bossuyt N, Bilsen J, Echteld M, van Casteren V et al. (2009): GPs' awareness of patients' preference for place of death. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners* 2009;59(566):665–70
- Monod-Zorzi S (2007): *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature: Document de travail, 25.* Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel
- Neuner-Jehle S (2013): Weniger ist mehr - wie Polypharmazie vermeiden? *Praxis* 2013;102(1):21–7
- Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M (1999): Medikamentenverordnung und mehrfache Stürze bei älteren, zu Hause lebenden, multimorbiden Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32(5):307–11.
- Nufer TW, Spichiger E (2011): Wie Angehörige von Patientinnen mit Demenz deren Aufenthalt auf einer Akutstation und ihre eigene Zusammenarbeit mit Fachpersonen erleben: Eine qualitative Studie. *Pflege* 2011;24(4):229–37
- Potter GG, Steffens DC (2007): Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. *The neurologist* 13(3):105–17
- Preto M, Hasemann W (2006): Delirium--Ursachen, Symptome, Risikofaktoren, Erkennung und Behandlung. *Pflege Zeitschrift* 59(3):9–16
- Renteln-Kruse W, Neumann L, Klugmann B, Liebetrau A, Golgert S, Dapp U et al. (2015): Geriatric patients with cognitive impairment. *Deutsches Ärzteblatt international* 112(7):103–12
- Riedel-Heller SG, Weyerer S, König H, Luppä M (2012): Depression im Alter: Herausforderung für eine Gesellschaft der Langlebigen. *Der Nervenarzt* 83(11):1373–8
- Rosemann T (2013): Spitaleinweisungen von Pflegeheimbewohnern: Evidenzbasierte Orientierung für Hausärzte könnte nicht nur Kosten sparen. *Praxis*;102(16):959–60
- Rotomskis A, Margeviciute R, Germanavicius A, Kaubrys G, Budrys V, Bagdonas A (2015): Differential diagnosis of depression and Alzheimer's disease with the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R). *BMC neurology* 2015;15:57
- Rummer A (2012): Vermeidung des Drehtüreffekts: Der geriatrische Patient an den Schnittstellen zwischen hausärztlicher Versorgung, Krankenhaus, Anschlussbehandlung und Rehabilitation. *Deutsches Ärzteblatt*;109(15):746–9.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015): *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen.* Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Neuchâtel
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2011): Nachfrage nach Pflege zu Hause wird steigen. Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege in der Schweiz: Medienmitteilung vom 19.05.2011
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan: Auswertung von Daten zum Sterbeort der Jahre 2006 bis 2011: Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit
- Stauffer Y, Spichiger E, Mischke C (2015): Komplexe Medikamentenregime bei multimorbiden älteren Menschen nach Spitalaufenthalt - eine qualitative Studie. *Pflege* 2015;28(1):7–18
- Tandjung R, Rosemann T (2011). Nachsorge Schenkelhalsfraktur. *Praxis* 2011;100(15):917–21
- Vilpert S (2013): Konsultationen in Schweizer Notfallstationen. *Obsan Bulletin* 3/2013. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel
- Vilpert S, Ruedin HJ, Trueb L, Monod-Zorzi S, Yersin B, Büla C (2013): Emergency department use by oldest-old patients from 2005 to 2010 in a Swiss university hospital. *BMC health services research* 2013;13:344
- Wächter M, Kessler O (2014): *Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt - Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt: Öffentlicher Schlussbericht.* Hochschule für Wirtschaft Luzern 2014:1–66
- Wiesli Ursula (2011): Hochbetagte Menschen zuhause - pflegen, begleiten und betreuen. In: Petzold H, Horn E, Müller L, editors. *Hochaltrigkeit - Herausforderungen für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit.* Wiesbaden
- Zeeh J (2015): Gebrechlichkeit - was ist das eigentlich? *MMW Fortschritte der Medizin* 157(11):54–8