

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1997-1998)

Heft: 58

Artikel: Nach dem Spitalaufenthalt : Übergangspflegezentren in Langzeitpflegeeinrichtungen als kostengünstige Lösung

Autor: Sternberg, T. von / Schneider, V.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-790095>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 07.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Nach dem Spitalaufenthalt: Übergangspflegezentren in Langzeitpflege- einrichtungen als kostengünstige Lösung

T. von Sternberg et al. in JAMS 46, I, 87-91, 1997,
übersetzt von V. Schneider, SAD

Ziel: Dieser Artikel beschreibt Übergangspflegezentren (ÜZ), ein innovatives Programm subakuter Pflege, entwickelt von Health Partners, eine grosse Managed Care Organisation in Minnesota, USA, in Partnerschaft mit fünf Pflegeheimen der Umgebung. Zweck der ÜZ ist Sicherstellen einer weiterführenden Pflege gebrechlicher alter Mitglieder der Organisation nach Spitalaustritt.

Design: Diese retrospektive Studie vergleicht die Erfahrungen und Ergebnisse von Mitgliedern der Managed Care Organisation, welche in ÜZ Aufnahme fanden, mit einer Patientengruppe, welche nach Spitalaustritt im gewohnten Rahmen durch Vertragsfirmen weiter gepflegt wurde.

Rahmen: Fünf Pflegeheime der Gegend wurden vertraglich verpflichtet, ÜZ mit wenigstens 15 Betten rund um die Uhr, während sieben Tagen in der Woche für Subakutpflege zur Verfügung zu stellen. Das dafür vorgesehene Heimpersonal sowie der von der Organisation vorgesehene praktische Arzt und ein Geriater nahmen routinemässige eine festgelegte Patientenauswahl, -aufnahme, -assessment, Pflege- und Austrittsplanung vor, um die Teampflege der Patienten sicherzustellen.

Teilnehmer: Das ÜZ-Programm ist für Patienten mit Bedarf nach rehabilitativer Therapie (post-kardiovaskuläres Ereignis, post-Fraktur/ Ersatzoperation), Patienten in schlechtem Allgemeinzustand oder mit unkomplizierten Infektionen (Harnwegsinfekt, Pneumonie) bestimmt. Es nahmen total 1.144 Patienten am hier erläuterten Einjahres-Programm teil, 253 wurden beschrieben; ebenso wurden 100 HealthPartner Ärzte hinsichtlich der ÜZ-Programm-Akzeptanz beobachtet.

Resultate: Der Folgeaufenthalt von Patienten in den ÜZ erwies sich nach der akuten Hospitalisierung als wesentlich kürzer als im üblichen Rahmen der Vertragskrankenheime (14.3 vs 20.5 Tage). Die Wiederhospitalisierungsrate von Patienten aus den ÜZ war vergleichbar mit oder besser als aus andern Subakut-Abteilungen. Sowohl Hausärzte als auch Patienten waren sehr zufrieden mit den ÜZ-Abteilungen; beide konnten ökonomisch vom Programm profitieren. Der ausgehandelte Tarif des Gesundheitsplanes lag für ÜZ-Abteilungen 38% unter dem von Nichtvertragsabteilungen.

Folgerung: Übergangszentren bieten nutzbringendere und weniger kosten spielfige Rehabilitation und geriatrische Evaluation an als andere Pflegeinstitutionen, pflegen besser und zeigen bessere Ergebnisse.

Steigender Spardruck lässt im Gesundheitswesen tätige Organisationen neue Systeme entwickeln, die ihren geriatrischen Patienten eine bessere Pflege bringen und insbesondere die Hospitalisierungsdauer verkürzen. Mit neuen Methoden wird versucht, betagten Menschen nach akuter Krankheit Betreuung und Pflege ausserhalb von Spitätern zu bieten. Die Rehabilitationsmodelle aus dem Spitalbereich beinhalten Rehab-Abteilungen auf anderen Stockwerken des Spitals, Akut-Rehabilitationszentren sowie Rehabilitationsspitäler für Geriatriepatienten; auch Abteilungen aus dem Langzeit-, Subakut- oder Übergangsbereich wurden zur Deckung des Bedarfs herangezogen. Die Wirksamkeit all' dieser Modelle muss in vielen Dimensionen überprüft werden: unter den wichtigsten sind Anwendung der Prinzipien einer umfassenden geriatrischen Evaluation und des Team-Managements, Erreichen des therapeutischen Ziels, Beschränkung sowohl der Kosten als auch der Aufenthaltsdauer, sowie die Wirksamkeit von Massnahmen bei der Spitalentlassung, welche die Genesung vorantreiben- und Komplikationen vermeiden sollen.

HealthPartners, eine von Ärzten gegründete Nonprofit-HMO in Minnesota, hat zur Zeit 2.000 Geriatriepatienten unter Vertrag und bietet ihnen eine breite Palette an präventiven, akutmedizinischen, rehabilitativen und hauswirtschaftlichen Diensten an. Um die Bedürfnisse dieses Bevölkerungsteils abzudecken, hat das Geriatrie Programm von Health Partners eine Anzahl von Pflegeprogrammen entwickelt und eingesetzt, um die Qualität und Kosteneffizienz der Pflege zu verbessern. Dieser Artikel beschreibt eines der erfolgreichsten Programme davon, das der Übergangszentren: ÜZ sind Partnerschaften, bestehend aus Health Partners-Ärzten und einem Netzwerk von Geriatrie-Rehabilitations- und Assessmentabteilungen in fünf Pflegeheimen der Region, die von der Organisation bedient wird.

Programmstruktur

Die betreffenden Langzeitpflegeeinrichtungen wurden aufgrund ihres Interesses und Rufes ausgewählt, auch wurde ihr Personalmix als geeignet betrachtet für die Pflege von Patienten auf dem höherem Akutpflegeniveau. Die ÜZ-Abteilungen verfügen über mehr Pflegepersonal als normale Pflegeheimabteilungen (das Verhältnis liegt bei ca. 1:9 anstatt 1:15). Jede Abteilung garantiert die Aufnahmekapazität für HealthPartners-Patienten mit mindestens 15 Betten pro Abteilung während sieben Wochentagen und 24 Stunden im Tag. Die Patienten können von Akutspitälern überwiesen werden oder nach einer Erstuntersuchung in einer Poliklinik oder Notfallstation das Akutspital übergehen und direkt auf der ÜZ-Abteilung Aufnahme finden. Die Abteilungen bieten zweimal täglich Physio- und Beschäftigungstherapie an sechs Wochentagen, Möglichkeit zu i.V.-Therapie und Magensondenernährung; falls indiziert ist ständige Heparin- sowie intravenöse Flüssigkeitszufuhr möglich. Die Entschädigung der Abteilung durch HealthPartners er-

folgt mit einer vertraglich gesicherten Tagespauschale, welche die Kosten von Unterbringung, Pflege und Therapie sowie der Austrittsvorbereitungen umfasst.

Ein Geriater aus der Geschäftsleitung von HealthPartners sowie ein praktischer Arzt arbeiten zusammen mit dem Pflegedienst sowie Therapie- und Sozialdienstmitarbeitern der Langzeitpflegeinstitution, um in jedem ÜZ ein stabiles klinisches Team zu bilden. Acht Mitgliederärzte des HealthPartner-Geriatrieprogramms sind in jedem der fünf ÜZ ein Teil des Teams, sie rotieren viermonatlich; fünf vollangestellte Health Partner-Allgemeinpraktiker sind ständig den einzelnen ÜZ zugewiesen. Mit diesem System wird Kommunikation und Kollaboration unter den klinischen Partnern gesichert und die Kontinuität der Patientenpflege gewährleistet.

Pflegeprozess

Die Aufnahme ins ÜZ erfolgt entweder direkt oder aus einem Akutspital. Ein HealthPartners-Spitalarzt entscheidet in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Mitarbeiter über die Austrittsplanung im Spital, und nach Rücksprache mit dem für den Patienten verantwortlichen Arzt der Klinik, den Patienten von der Spitalabteilung in die ÜZ-Abteilung zu verlegen, wo grössere Flexibilität in der Austrittsplanung herrscht, als Übergangslösung für ältere Patienten mit folgenden Leiden:

- Patienten nach orthopädischen Operationen (Hüft- und Kniegelenkersatz, Hüftfrakturen), für deren postoperative Therapie mehr als 5 - 7 Tage benötigt werden; diese Patienten werden normalerweise am 3. oder 4. postoperativen Tag verlegt)
- muskoskelettale Verletzungen und stabile Frakturen (Becken- oder Lendenbruch)
- Schlaganfall-Patienten (CVA)
- Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung
- postoperative Patienten mit Wundheilung oder in reduziertem Allgemeinzustand
- Patienten mit unkomplizierten Infektionen (z.B. Harnwegsinfekt) oder in reduziertem Allgemeinzustand wegen einer akuten Krankheit (z.B. Pneumonie)
- Patienten, die aus medizinischen Gründen in Gefahr stehen, ihre Funktionsfähigkeit einzubüßen, jedoch wegen ihres genügend stabilen Zustands keines Akutspitalaufenthalts bedürfen, können unter der neuen Risikoversicherung von Medicare direkt in ein ÜZ eingewiesen werden; typisch dafür sind Patienten nach Sturz (ohne Fraktur), Patienten mit Harnwegsinfekt, verbunden mit leichter Dehydratation, oder Patienten mit

Beckenbruch, sie alle können vom medizinischen und rehabilitativen Angebot der ÜZ profitieren.

Das ÜZ ist der logische Ort, um ein umfassendes geriatrisches Assessment zu betreiben. Spitäler eignen sich wegen der begrenzten Aufenthaltsdauer nicht gut dafür. Sowohl vom Personellen her als auch aus Gründen der rehabilitativen Orientierung und geringeren Tageskosten sind ÜZ besser als Spitäler geeignet für eine Evaluation. - In ein ÜZ gehören Patienten, die in einem Klinikbett, in Notfallpflege oder auf der Intensivabteilung untersucht werden, denen es schlechter geht und die in Gefahr stehen, hospitalisiert zu werden, in schlechten Allgemeinzustand zu geraten, deren Pflegeperson in einer Krise steht, die schlecht ernährt werden oder wahrscheinlich dement oder depressiv sind.

Ungefähr 80% der ÜZ-Patienten werden von Spitälern überwiesen, 20% treten direkt ein. Von den Spitalpatienten sind etwa je ein Drittel Orthopädiepatienten, Patienten in schlechtem Allgemeinzustand und postoperative Patienten, sowie Schlaganfallpatienten. Bei ihrer Aufnahme im ÜZ benötigen alle Hilfe in mindestens einer Aktivität des täglichen Lebens.

Die Pflege im ÜZ ist Patientendaten-gesteuert. Am Übertrittstag von der Akut-Spitalabteilung ins ÜZ diktiert der Spitalarzt einen Austrittsbericht. Dieser Bericht, Kopien der Patientenrapporte, Labordaten der letzten drei Spaltage des Patienten, Kopien der KG sowie sämtlicher Befunde erreichen das ÜZ zusammen mit den Patienten. Bei Eintritt findet eine erste Befunderhebung im ÜZ statt, einschliesslich des funktionellen und Selbstpflegestatus, Mentalstatus und einer Depressionseinschätzung durch Teammitglieder von der Rehabilitationsabteilung des Pflegeheims sowie den Geriater oder den praktischen Arzt. ÜZ-Teammitarbeiter von Health Partners bestimmen das weitere Vorgehen. Diese Information und die Transferdaten tragen zur Entwicklung eines Interimspflegeplanes bei, koordiniert und ausgeführt von einem multidiziplinären Team, bestehend aus dem praktischen Arzt von HeathPartners, dem Geriater sowie dem Pflegepersonal des ÜZ. Der Plan hält die für Rehabilitation oder zur Beurteilung des Patienten notwendigen Aktivitäten des Pflegeteams fest.

Jede Woche werden einzelne Komponenten des Assessments wiederholt, einschliesslich eines Überblicks über

- den Medikamentengebrauch des Patienten
- Gang, Fallrisiko und Fortschritte in der Wiederherstellungstherapie
- Stimmung und Affekt (geriatrische Depressionsskala)
- Mental-Status (leistungsbezogener Test, misst Urteilsfähigkeit, Sicherheit und Problemlösungsfähigkeit)
- Ernährungszustand und Hautpflege

- Patientenverfügung und Verfügung über Nicht-Wiederbelebung (falls sich der Zustand des Patienten ändert)
- den umfassenden Entlassungsplan.
- Diese Informationen werden im Team vorgestellt und die nächsten Schritte werden besprochen

Geleitet vom Geriater, trifft sich das Team wöchentlich zur Fallbesprechung der einzelnen Patienten, Überprüfung des Pflegeplans, des Fortschritts und des Entlassungsplans. Teilnehmer an der Besprechung sind neben dem Geriater der praktische Arzt, die Stationsschwester, Mitarbeiter der Beschäftigungs-, Physio- und Logopädie sowie Sozialarbeiter. Von jedem Teammitglied wird ein Vorschlag erwartet, wie die Grenzen des Genesungsfortschritts beim Patienten zu überwinden sind, sowie Hilfeleistung zum Erreichen des Ziels der Entlassung des Patienten am festgesetzten Datum. Geriater und praktischer Arzt überprüfen die Medikation und medizinische Fakten. Familienschwierigkeiten und Hindernisse in der Patientenumgebung werden ebenfalls diskutiert. Falls das Team zum Schluss kommt, dass der Patient nicht mehr heimkehren kann, wird den Angehörigen Hilfe beim Suchen nach einer für ihn geeigneten Wohnform geboten.

Nach der wöchentlichen Besprechung findet eine Visite des Geriaters und des praktischen Arztes beim Patienten statt. Die Familienmitglieder werden davon informiert und sie werden zur Teilnahme ermuntert, wo sie Fragen stellen können. Der Geriater besucht später in der Woche die Abteilung erneut, um Neueintritte zu beurteilen und um nach Patienten zu sehen, die neu beurteilt werden müssen. Der praktische Arzt sucht zwei- bis dreimal wöchentlich die Patienten auf der Abteilung auf, deren Fortschritte er klinisch überwacht. Der Hausarzt des Patienten wird entweder durch den Geriater oder den Allgemeinpraktiker auf dem laufenden gehalten, auch wird nach seiner Meinung zu klinischen oder sozialen Bezügen gefragt.

Der Patient wird im ÜZ entlassen, wenn er nicht mehr länger eine spezielle Subakut-Pflege benötigt oder nicht mehr von ihr profitieren kann, weil die therapeutischen Ziele erreicht worden sind oder weil die geriatrische Evaluation abgeschlossen ist, jedoch auch, wenn das Team findet, dass der Patient nicht mehr von der intensiven Therapie profitieren wird. Der Sozialarbeiter der Abteilung, welcher den Patienten ab Eintrittstag begleitet, arbeitet während des Aufenthaltes sowohl mit dem Patienten als auch mit seiner Familie zusammen, um sie am Genesungsprozess zu beteiligen und zu informieren, aber auch um die lückenlose Betreuung nach dem Austritt - sei es nach Hause oder in eine andere Pflegeeinrichtung - sicherzustellen.

Resultate

Das grössere klinische Wissen des geriatrischen Teams und die Betonung von auf die Patienten zugeschnittenen Pflegeanweisungen erlauben es, sehr gebrechliche, funktionell eingeschränkte Patienten aufzunehmen, die normalerweise Spitalpflege benötigen würden. Auf Subakut-Abteilungen

werden Patienten in einer ihnen angemessenen Umgebung adäquat gepflegt. Für HealthPartners bedeutet dies auch, dass die Gesamtkosten pro Patient sinken bei guter medizinischer und rehabilitativer Pflege.

Das ÜZ-Programm funktioniert nun seit zwei Jahren und hat ermutigende Resultate erbracht. Während des ersten Jahres erlaubte die Programmstruktur einen natürlichen Vergleich zwischen den Resultaten der ÜZ-Abteilungen und Pflegeheimabteilungen herkömmlicher Art, die HealthPartner-Mitgliedern offenstehen, jedoch ohne Einbindung der teilnehmenden Mitgliederärzte. Während diesem Jahr konnten Patienten, welche zur Rehabilitation in Pflegeheime eingewiesen wurden, wählen, wo sie ihre Pflege nach Spitalaustritt erhalten wollten. Obschon die Patienten nicht zufällig ausgewählt wurden für die beiden Arten von Pflege nach Spitalaustritt, können wir nach einem Überblick über die Diagnosen feststellen, dass die Gruppen vergleichbar sind.

Die Aufenthaltsdauer wurde während 12 Monaten überwacht, die Anzahl Patienten, welche ÜZ-Pflege wählten, wurde mit jener verglichen, welche andere Pflegeeinrichtungen aussuchten (einschliesslich gemeindeeigene Langzeiteinrichtungen und Rehabilitationsstationen in Spitäler): Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug in den ÜZ 14.3 Tage, in den Nichtvertragspflegeeinrichtungen jedoch 20.5 Tage. Dies kann auch als positiv betrachtet werden im Vergleich mit einer Untersuchung anderer Subakut-Pflegeeinrichtungen in der Umgebung, wo die Aufenthaltsdauer zwischen 20 und 22 Tagen schwankte. Diese Zahlen zeigen, dass sich engmaschigere klinische Überwachung und Fall-Management lohnen.

Der Zustand nach der Entlassung wurde 3 und 6 Monate nach der Entlassung aus dem ÜZ durch Sozialarbeiter von HealthPartners telefonisch überprüft. 76 - 80% aller aus ÜZ entlassenen Patienten blieben zu Hause. Wurde die Anzahl erreichter Punkte der Skala der Aktivitäten des täglichen Lebens bei Austritt mit denjenigen 3 und 6 Monate nach dem Austritt verglichen, erreichten sämtliche Patienten eine gleiche oder höhere Punktzahl.

Die Spital-Rückverlegungsquote der ÜZ-Abteilungen war ebenfalls vorteilhaft: Die Rate der erneuten Hospitalisierungen während des Aufenthalts in einem ÜZ war gleich hoch oder niedriger als auf Nichtvertragsabteilungen. Die Anzahl Aufnahmen von Patienten aus Langzeitpflegeabteilungen wird monatlich überwacht. Allgemein betrug die Rate der erneuten Hospitalisierungen ca. 6% bei beiden Patientenarten. Die Rehospitalisierungsrate war bei ÜZ-Patienten mit den Diagnosen Pneumonie, Harnwegsinfekte und Sepsis geringer als bei Patienten aus Nichtvertragsabteilungen (3% der Eintritte), bei schlechtem Zustandsbild, das eigentlich eine höhere Rate von Wiedereintritten ins Spital erwarten liesse (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Zusammenfassender Vergleich ÜZ-Abteilungen mit Nicht-vertragsabteilungen für die Aufnahme von Patienten nach Spitalaustritt und zur Rehabilitation

	Übergangs- pflegeabtei- lungen ÜZ	Nicht-Vertrags- abteilungen
Mittlere Aufenthaltsdauer (Tage)	14.3	20.5
Tageskosten (einschliesslich Therapien)	\$ 185	\$ 280 - 300
Rehospitalisierungsrate	6%	5%
Rehospitalisierungsrate wegen Infektionen (Urosepsis, Pneumonie)	3%	6%

Die Primärversorger sind sehr zufrieden mit der Pflege ihrer Patienten im ÜZ-Programm und mit der Kommunikation mit dem geriatrischen Team. Wir befragten 100 Primärversorger und Hausärzte über die Erfahrungen mit Patienten, die sie ins ÜZ überwiesen haben. Die Befragung suchte Informationen zu gewinnen über die Aufnahmepraxis der ÜZ, die Zufriedenheit mit der Pflege, die Pflegekontinuität und Austrittsplanung sowie über die Kommunikation mit dem Team. 60% der Befragten antworteten und gaben an, dass sie das Bereitstehen der ÜZ bei Spitalaustritt ihrer Patienten hilfreich fanden. 98% fanden, dass ihre Patienten angemessene Pflege erhielten, 62% sandten Patienten unter Umgehung einer Spitäleinweisung direkt aus Notfalleinrichtungen ins ÜZ. Von den antwortenden Ärzten erklärten sich 82% zufrieden oder sehr zufrieden mit der Pflegeleistung des ÜZ und 71% äusserten sich gleichermassen befriedigt über die Kommunikation zwischen ihnen und den ÜZ-Ärzten, sowohl Geriater oder Allgemeinpraktiker.

Auch die Patientenzufriedenheit wurde untersucht. Fragebogen wurden an alle in den letzten sechs Monaten ausgetretenen 253 Patienten gesandt, wovon 92% antworteten. Wir verwendeten eine 5-Punkte-Skala (Übereinstimmung: 1 = gar nicht, 5 = total), und die Patienten schätzten ihre Pflege am ÜZ als positiv ein. Die Frage, ob ihnen das geriatrische Team genügend oft Beachtung schenkte, wurde mit einem Mittelwert von 3.68 bewertet ($SD = 0.97$), und die Bewertung ihrer Zufriedenheit mit der Beantwortung ihrer Fragen über ihr Befinden und den Fortschritt erhielt einen mittleren Wert von 3.79 ($SD 0.86$). Der Mittelwert für das Gefühl der Patienten, dass die Pflege ihre Bedürfnisse erfüllte, betrug 3.92 ($SD 0.90$).

Das Programm hat eine beträchtliche Auswirkung auf die Pflegekosten. Die Konkurrenz auf dem Gebiet der Subakut-Betten ist intensiv, die Heime sind bereit, niedrige Tagestaxen zu gewähren, und HealthPartners war in der Lage, ÜZ-Taxverträge abzuschliessen, die 30-40% unter den normalen Tagestaxen lagen. Der Beizug der Geriater und praktischen Ärzte von

HealthPartners stellte sicher, dass in allen Heimen diese gebrechlichen Patienten gut gepflegt werden konnten und dass auch die Mitarbeiter, was Entwicklungschancen betraf, von der Herausforderung nur profitierten. Während in den ÜZ die Therapie in der Tagestaxe inbegriffen ist, werden die Therapiekosten in den Nichtvertragsinstitutionen separat belastet. Wenn wir die Tagestaxen in den ÜZ mit jenen der Nichtvertragsinstitutionen vergleichen, können wir feststellen, dass die Tagestaxen in den ÜZ um 38% niedriger liegen als in Nichtvertragsinstitutionen. Zusammen mit der kürzeren Aufenthaltsdauer der Patienten in den ÜZ schätzen wir die Einsparungen im ersten Versuchsjahr auf ungefähr 1 - 1.5 Mio. Dollar. In diesen Zahlen sind die Einsparungen wegen der kürzeren Hospitalisierungsspanne der Patienten noch nicht einmal enthalten, was sich speziell bei Orthopädie- und schlaganfallbezogenen Diagnosen positiv auswirken dürfte. Die Analysen von HealthPartners zeigen eine Entwicklung zur kürzeren Spitalaufenthalten (verglichen vor und nach der Entwicklung von ÜZ), die Untersuchungen sind allerdings noch nicht abgeschlossen.

Aktive Teilnahme und Leitung der ÜZ durch Geriater und Allgemeinpraktiker von HealthPartners verursachen Kosten, zusätzlich zu den 185 \$/Tag. Jedes ÜZ beansprucht 0.75 Stellenwerte eines Allgemeinpraktikers und 0.2 Stellenwerte eines Geriaters. Bisher wurden diese Kosten durch die erzielten Ersparnisse aufgefangen. Sobald überall ÜZ, als System etabliert, entstehen, werden kürzere Aufenthaltszeiten von Patienten zur Norm und stellen dann keine Ersparnis mehr gegenüber andern Systemen dar. Ein Gewinnzuwachs wird sich ergeben, wenn das System eine aggressivere Spitalaustrittsplanung betreibt, wie angezeigt erscheint, wenn Komfort und medizinische Versorgung in den ÜZ ständig verbessert werden.

Die mit HealthPartners ausgehandelte Tagestaxe hat sich auch als vorteilhaft für die angeschlossenen Pflegeheime herausgestellt. Obschon ihre Tageseinnahmen - Therapien eingeschlossen - niedriger waren, profitierten sie von einer garantierten, guten Bettenauslastung. Auch wurde ihr Bruttoertrag besser, da HealthPartners innerhalb 60 Tagen ihre Rechnungen bezahlten, nicht wie Medicare und andere, welche viele Monate bis zur Bezahlung verstreichen lassen.

Diskussion

Das Geriatrie-Programm von HealthPartners hat ein erfolgreiches, kostenefektives und umfassendes Modell der Spitalaustrittspflege für seine hinfälligen betagten Patienten entwickelt. Das Programm stützt sich auf Partnerschaften mit hochqualifizierten öffentlichen Langzeitpflegeeinrichtungen mit Interesse an geriatrischer Rehabilitation, die gewillt sind, ein Übergangspflegesystem aufzubauen. Zentrum des Programms ist ein aggressives klinisches Managementteam. Das ÜZ-Modell verlegt das Schwergewicht für

die umfassende Betreuung alter Menschen weg von den Akutspitälern, wo sie oft überschattet wird von hochtechnisierter Pflege, und gibt es weiter an dafür besser geeignete Institutionen, die nach geriatrischen Prinzipien und rehabilitativ pflegen. Auf der Subakut-Station kann die geriatrische Rehabilitation vorangetrieben und den Empfehlungen des Geriatrieteams nachgekommen werden.

Einer der wichtigsten Gründe für die erfolgreiche Pflege akutkranker Patienten ist der Einsatz des klinischen Stabes von HealthPartners. Obschon das multidisziplinäre Team von den Zentrumsangestellten enthusiastisch begrüßt wurde, war das Pflegepersonal in den Langzeiteinrichtungen nicht immer für die Pflege auf so hohem Niveau vorbereitet. Auch die Sozialarbeiter mussten auf die kürzere Verweildauer und intensivere Austrittsplanning vorbereitet werden. Dieser Situation begegneten wir durch eine aktive Rolle in der Personalschulung in medizinischen Belangen des Pflegepersonals auf den Abteilungen und in Form einer Vortragsreihe.

Die Zufriedenheit von Patienten und Familien mit dem Programm ist gross. Es war jedoch manchmal recht schwierig, sie während des Spitalaufenthaltes auf den Transfer in die Subakut-Institution vorzubereiten, und es mussten dafür die Überzeugungskünste aller am Patientenbett Tätigen in Anspruch genommen werden. Einmal am neuen Ort, bei begonnener Rehabilitation, schätzen die Patienten ihre Pflege. Sobald die Familienmitglieder erfahren, an welchen Tagen der Geriater in der Institution anzutreffen ist, sind sie froh über die Möglichkeit, ihm direkt Fragen stellen zu können. Die bessere Kommunikation zwischen Patienten und ihren Angehörigen sowie dem Geriater und Allgemeinpraktiker führte zu einem ehrlicheren, detaillierteren und informativeren Gespräch über die Prognose. Details über die Wiederbelebungsaussichten erfolgen klarer und als Folge davon kommt es sehr selten zu Wiedereintritten ins Spital von Patienten mit Krankheiten im Endstadium (z.B. bei obstruktiver Lungenkrankheit oder Herz-Gefässkrankheit). 90% der Patienten haben verfügt, dass sie nicht wiederbelebt werden möchten.

Das Programm sieht sich mit einer Reihe ständiger Herausforderungen konfrontiert. Die wichtigste ist die Befreiung der am Programm teilnehmenden Geriater und Hausärzte von anderweitigen Verpflichtungen, damit sie voll hinter dem ÜZ stehen können, eine einfache Kosten/Nutzenfrage. HealthPartners anerkennt, dass sich das ÜZ-Programm an die betagte Bevölkerungsschicht richtet und für die Entwicklung innovativer Pflegemodele interessant ist; das Sparpotential ist bekannt. Es ist stets notwendig, der Organisation, aber auch Klinikern den Wert der Arbeit ihrer Kollegen in den ÜZ klarzumachen, so dass deren Bemühungen einen analogen Stellenwert wie die der Kollegen im klinischen Bereich und im Spital erreichen. Der

Transfer von Patienteninformation vom Spital in die ÜZ bedarf der ständigen Überwachung: es kann immer noch schwierig sein, Kardexinformation von Spitätern zu erhalten!

Das ÜZ-Programm bleibt nicht stehen, bereits werden Neuerungen in Betracht gezogen. HealthPartner möchten als nächsten Schritt in der Programmentwicklung einen früheren Transfer ins ÜZ bei Patienten, wo dies möglich ist, sowie klinisch gangbare Wege suchen für Patienten mit Hüftfraktur oder für die Schlaganfall-Rehabilitation; ferner möchte HealthPartners ähnliche Geriatrieabteilungen für gebrechliche Patienten entwickeln, die noch der Spitalpflege bedürfen.

Alles, was Sie über private Pflege zuhause wissen müssen:

**Rufen Sie
Frau Maggie Hügli
oder
Frau Christa Hirt an.**

**Telefon
01-201 16 16**

Krankenkassenanerkannt / KSK Nr. S 7715. 01



Private Hauskrankenpflege SPITEX
Pflegepersonal für Heime und Spitäler

24 Stunden für Sie da

PHS Gebr. Baud AG
Ulmbergstrasse 4, 8039 Zürich-2
Telefon 01-201 16 16, Telefax 01-202 35 04