



Faktenblatt 101

«Daheim statt Heim» – Pilotprojekt zur Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen in der stationären Kurzzeitpflege

Erkenntnisse aus Pilotphase und Selbstevaluation 2020–2022

Abstract

Auf einen Aufenthalt in einem Akutspital folgt für hochaltrige Personen vielfach ein stationärer Aufenthalt in einer Langzeitpflegeinstitution. Dieser wird als Kurzzeitpflege bezeichnet. Um älteren Menschen nach einem solchen Aufenthalt die Rückkehr nach Hause zu ermöglichen, müssen ihre Selbstpflegekompetenz und ihr Selbstmanagement systematisch gestärkt werden. Das Pilotprojekt «Daheim statt Heim» entwickelte hierfür unter der Leitung des Instituts für Angewandte Pflegewissenschaft (IPW) der OST Ostschweizer Fachhochschule ein spezifisches Angebot und erprobte es in drei Alters- und Pflegeheimen (APH) in den Kantonen St. Gallen und Thurgau.

Mit dem modularen Programm konnten das relevante Wissen und die Haltung der Gesundheitsfachpersonen verbessert werden. In der Folge zeigten sich positive Wirkungen auf die funktionalen Fähigkeiten der Patient*innen (nachfolgend «Angebotsnutzende» genannt), welche zu einer nachhaltigen Rückkehr nach Hause beitragen. Mit der Entwicklung und Erprobung eines Geschäftsentwicklungsmodells wurde eine Grundlage für APH geschaffen, auf deren Basis eine langfristige Finanzierung der Kurzzeitpflege entwickelt werden kann. Das Projekt «Daheim statt Heim» wurde 2020 bis 2022 von Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen der Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) gefördert.

Erzielte Wirkungen

Auf der Ebene der Multiplikator*innen:

Das Wissen und die Einstellungen der Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich einer personenzentrierten und ressourcenorientierten Versorgung sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit konnten mit dem Programm verbessert werden.

Auf der Ebene der Patient*innen (Angebotsnutzenden):

Die Teilnahme am Programm führte bei den Patient*innen mehrheitlich zu einer Verbesserung der Funktionalität und gesundheitlichen Lebensqualität während des Aufenthalts und drei Monate nach dem Austritt.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|---|--|---|
| 1 | Das Projekt «Daheim statt Heim» | 2 |
| 2 | Umsetzung und Wirkungen | 2 |
| 3 | Fazit | 7 |
| 4 | Eckdaten zum Projekt «Daheim statt Heim» | 8 |

1 Das Projekt «Daheim statt Heim»

Die Rückkehr nach Hause stellt für hochaltrige, multimorbide und fragile Personen nach einem Aufenthalt in einem Akutspital oft eine grosse Herausforderung dar. Sie benötigen nach einer akuten Erkrankung mehr Zeit als jüngere Personen, um ihre funktionalen Fähigkeiten wiederzuerlangen und Alltagsaktivitäten (z. B. sich waschen, sich ankleiden oder die Toilette benutzen) wieder selbstständig durchführen zu können. Oft ist die Lösung ein stationärer Aufenthalt in einer Langzeitpflegeinstitution, auch Akut- und Übergangspflege oder Kurzzeitpflege bezeichnet. Um älteren Menschen in einem solchen Angebot die Rückkehr nach Hause zu ermöglichen, müssen ihre Selbstpflegekompetenz und ihr Selbstmanagement systematisch gestärkt werden. Dafür fehlen in Langzeitpflegeinstitutionen vielfach spezifische Angebote und Konzepte.

Das Pilotprojekt «Daheim statt Heim» setzte hier an und entwickelte ein modulares Programm zur Förderung des Selbstmanagements älterer Personen, die nach einem Spitalaufenthalt einen Kurzzeitpflegeplatz in Anspruch nehmen. Parallel dazu wurde ein Geschäftsentwicklungsmodell erarbeitet, welches längerfristig einen chancengerechten Zugang zu an Selbstmanagement orientierten Kurzzeitpflegeangeboten ermöglichen soll.

2 Umsetzung und Wirkungen

2.1 Ressourcen, Umsetzung und erbrachte Leistungen des Projekts

Das Projekt wurde unter der Leitung des Instituts für Angewandte Pflegewissenschaft (IPW) der OST Ostschweizer Fachhochschule initiiert und durchgeführt. Das Projektkonsortium umfasste zusätzlich Vertreter*innen aus der Politik (Gesundheitsdepartement St. Gallen) und von Krankenversicherern (Helsana und CSS). Als Praxisinstitutionen konnten drei Alters- und Pflegeheime (APH) aus den Kantonen St. Gallen und Thurgau gewonnen werden, die ebenfalls im Konsortium involviert waren. Diese Projektstruktur garantierte, dass das angestrebte Programm zur Förderung des Selbstmanagements von Beginn weg von allen Beteiligten gestützt wurde und die Inputs von wichtigen Stakeholdern in das Geschäftsentwicklungsmodell einfließen.

An finanziellen Ressourcen standen dem Projekt total 281 600 CHF zur Verfügung, 199 000 CHF davon aus der PGV-Projektförderung (Tabelle 1). 98 400 CHF wurden für Projektleitung und -koordination, Kommunikation/Marketing, Personalweiterbildung sowie Infrastruktur/Administration eingesetzt. 126 200 CHF flossen in die Entwicklung des Programms zur Förderung des Selbstmanagements und dessen Implementierung in den APH. Weitere 37 000 CHF wurden für die Entwicklung und Umsetzung des Geschäftsentwicklungsmodells aufgewendet. 20 000 CHF flossen in die Selbstevaluation des Pilotprojekts.

TABELLE 1

Projektrechnung «Daheim statt Heim»

| Einnahmen | 2020 (Vertragsjahr 1) | 2021/2022 (Vertragsjahr 2) ¹ |
|---|--------------------------|--|
| Gesundheitsförderung Schweiz | 81 000 | 118 000 |
| Eigenmittel (total) <i>davon Personalressourcen</i> | 18 300 - | 34 300 - |
| Drittmittel (Konsortium) | 6 000 | 24 000 |
| Ausgaben | | |
| Projektleitung/-koordination | 10 000 | 10 000 |
| Schulung/Weiterbildung | 5 000 | 8 000 |
| Kommunikation/Marketing | 10 000 | 31 000 |
| Evaluation | 3 000 | 17 000 |
| Infrastruktur/Administration | 10 700 | 13 700 |
| Projektspezifisch: Programmentwicklung und Implementierung | 51 600 | 74 600 |
| Projektspezifisch: Entwicklung und Umsetzung des Finanzierungsmodells | 15 000 | 22 000 |

¹ Verlängerung des Projekts bis 30. Juni 2022 aufgrund der Coronavirus-Pandemie.

«Daheim statt Heim» verfolgte folgende Ziele:

- Die Entwicklung und Evaluation eines modularen Programms zur Förderung eines verbesserten Selbst(pflege)managements von älteren Personen, die nach einem Spitalaufenthalt einen Kurzzeitpflegeplatz in Anspruch nehmen. Das Programm soll einer frühzeitigen Pflegeabhängigkeit entgegenwirken und zur Verbesserung von Autonomie und Lebensqualität der Angebotsnutzenden führen.
- Die nicht zufriedenstellende Situation der Finanzierung der Kurzzeitpflege zwecks Selbstmanagementförderung analysieren und ein Geschäftsentwicklungsmodell entwickeln.

2.1.1 Programm zur Förderung des Selbstmanagements und dessen Implementierung

Basierend auf aktueller Forschungsevidenz und unter Einbezug aller relevanten Stakeholder (Gesundheitsfachpersonen inkl. Ärzt*innen, pflegebedürftige Personen und deren Angehörige) wurde das Programm zur Förderung des Selbstmanagements **partizipativ entwickelt**. Bedürfnisse und institutionelle Gegebenheiten wurden in den drei beteiligten Institutionen in interprofessionellen Workshops diskutiert und das modulare Programm entsprechend massgeschneidert. Damit wurde die Akzeptanz des Programms bei den Gesundheitsfachpersonen gefördert.

Das **final entwickelte Programm** basiert auf vier Pfeilern (Abbildung 1). Unter dem Schwerpunkt einer ressourcenorientierten und personenzentrierten Betreuungskultur wird im ersten Pfeiler interprofessionell an einem gemeinsamen Verständnis von Ressourcenorientierung und Personenzentrierung gearbeitet. Im zweiten Pfeiler (ressourcenorientierte und personenzentrierte Pflegeplanung) wird eine entsprechende Planung der Pflege und Betreuung thematisiert. Der dritte Pfeiler fokussiert auf die Förderung der Bewegungskompetenz. Kinästhetik-Trainer*innen führen beim Eintritt der betroffenen Person ein fokussiertes Assessment zur Bewegungskompetenz durch. Dieses Assessment fließt als Grundlage der Bewegungsförderung in die ressourcenorientierte und personenzentrierte Planung der Pflege und Betreuung ein.

Die Umsetzung des Programms im vierten Pfeiler wird durch Coaching und Beratung unterstützt. Sogenannte «Champions» (Personen, welche Verantwortung für die Weiterführung des Programms im APH übernehmen) werden eingeführt und mittels Coaching begleitet.

Das Programm **konnte in den drei Institutionen wie geplant umgesetzt werden**. Die Teilnehmenden-Quote lag bei 75% und erreichte damit fast die anvisierten 80%. Die Implementierung stiess bei den Praxisinstitutionen auf hohe Akzeptanz.

ABBILDUNG 1

Die vier Pfeiler des Programms zur Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen nach einem Spitalaufenthalt, entwickelt und getestet durch das Projekt «Daheim statt Heim», 2022



RES&P: ressourcenorientiert und personenzentriert

2.1.2 Entwicklung des Geschäftsentwicklungsmodells

Aktuell ist die Finanzierung der Kurzzeitpflege, in deren Rahmen das Projekt «Daheim statt Heim» interveniert, weder für die Betroffenen noch für die Institutionen zufriedenstellend. Die betroffenen Personen müssen zusätzlich zum Selbstbehalt für Pflege- und Betreuungsleistungen die Kosten für die Hotellerie tragen. Parallel haben sie weiterlaufende Wohnkosten zu berappen. **Für Betroffene mit bescheidenen finanziellen Mitteln besteht damit eine finanzielle Barriere zur Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege.** Pflegeinstitutionen können Pflegeleistungen mittels einer Verordnung für Akut- und Übergangspflege (AÜP) für 14 Tage abrechnen. Ist ein Aufenthalt von mehr als 14 Tagen notwendig, wird über die Pflegefinanzierung abgerechnet. Für die Pflegeinstitutionen besteht hier wenig Anreiz, ein Kurzzeitpflegeangebot mit rehabilitativer Orientierung zu betreiben.

Das Geschäftsentwicklungsmodell wurde in drei Schritten entwickelt:

1. Workshop mit den drei involvierten Praxisinstitutionen sowie Vertretungen der Krankenkassen. Am Workshop wurden Ausgangslage und Herausforderungen skizziert.
2. Interviews mit Expert*innen auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene. Die Ergebnisse bildeten die Grundlage für die Entwicklung eines ersten Vorschlags für das Geschäftsentwicklungsmodell.
3. Workshop mit ausgesuchten Expert*innen und den Praxisinstitutionen. Der Vorschlag wurde hinsichtlich Reichweite und Einsatzfähigkeit diskutiert.

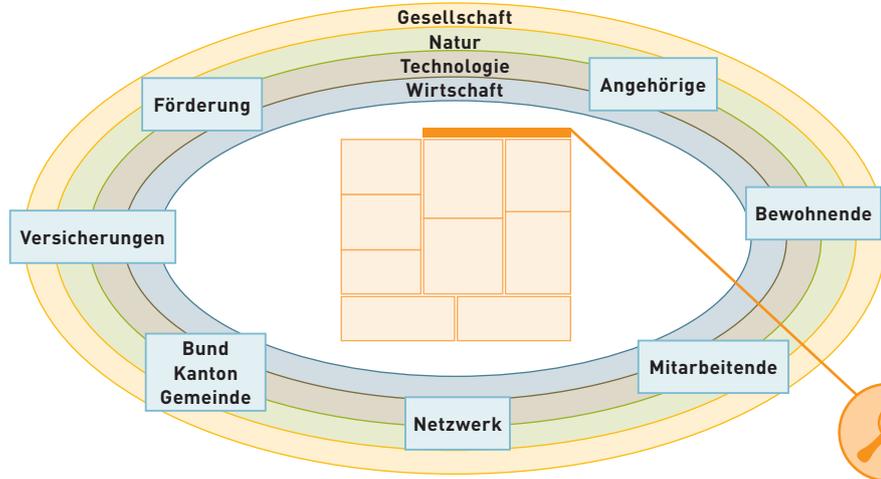
Das Geschäftsentwicklungsmodell «Daheim statt Heim» kombiniert das St. Galler Management-Modell (SGMM) als äusseren und das Business Model Canvas (BMC) als inneren Raum miteinander. Beide Elemente wurden auf die wirtschaftlichen Gegebenheiten von Pflegeinstitutionen adaptiert ([Abbildung 2](#)). Dabei bilden die Umweltsphären des SGMM – Gesellschaft, Natur, Technologie und Wirtschaft – den übergeordneten, umgebenden Kontext, in welchem das Angebot eingebettet ist. Auch die Anspruchsgruppen, zum Beispiel Zielgruppen, Mitarbeitende und Kapitalgebende, und deren Relevanz für das Unternehmen werden auf dieser übergeordneten Ebene beschrieben. **Der äussere Raum des Modells kann auf andere Institutionen der stationären Langzeitpflege in der Deutschschweiz übertragen werden.**

Im Zentrum des Geschäftsentwicklungsmodells befindet sich das BMC als Instrument zur Visualisierung des Geschäftsmodells mit dem Leistungsversprechen, der Wertschöpfung und der Kostenstruktur, also im Sinne von «Was biete ich meinen Zielgruppen und was kostet dieses Angebot?». Dieser innere Raum ist spezifisch für jede Institution. **Das Geschäftsmodell im inneren Raum wird mit gezielten Fragestellungen individuell auf jede einzelne Institution abgestimmt erstellt.**

ABBILDUNG 2

Geschäftsentwicklungsmodell «Daheim statt Heim» (mit äusserem und innerem Raum)

Das Geschäftsentwicklungsmodell «Daheim statt Heim» kombiniert das St. Galler Management-Modell (SGMM)^a als äusseren und das Business Model Canvas (BMC)^b als inneren Raum miteinander. Es beantwortet die Hauptfrage «Was biete ich meinen Zielgruppen und was kostet dieses Angebot?» der sich selbstreflektierenden Institution unter Berücksichtigung von 9 unterschiedlichen Aspekten (9 Bausteine).



Business Model Canvas (innerer Raum)

Schlüsselverbündete
Liste von strategischen Verbündeten → Schlüsselaktivitäten

- Wer sind unsere wichtigsten Verbündeten?
- Welche externen Verbündeten können Aktivitäten übernehmen, die nicht zu den Kernbereichen gehören?
- Welche externen Verbündeten können uns dabei unterstützen, unsere Wertangebote zu erbringen?
- Auf welche externen Verbündeten sind wir angewiesen?

Beispiele: Partnerschaften, Netzwerkaufbau, Kooperationen

Schlüsselaktivitäten
Liste mit Schlüsselaktivitäten → Wertangeboten

- Was müssen wir alles tun, um unser Leistungsversprechen zu erfüllen?
- Wie können wir die Wertangebote der Zielgruppen erfüllen?
- Was sind unsere Kernbereiche?
- Auf welche externen Verbündeten sind wir angewiesen?

Beispiele: Dienstleistungsgestaltung; Dienstleistungspalette; Beratungsleistungen; Marketing

! Alle Aktivitäten kritisch hinterfragen: Gehören diese wirklich zum Kernbereich oder können Dritte sie übernehmen?

Schlüsselressourcen
Liste mit Schlüsselressourcen → Schlüsselaktivitäten

- Welche besonderen Ressourcen benötigen wir, um zu «überleben»?
- Was benötigen wir, um unsere Schlüsselaktivitäten umzusetzen?
- Welche Schlüsselressourcen sind nötig, um unsere Wertangebote zu erfüllen?

Beispiele: Mitarbeitende; Infrastruktur; Materialien & Hilfsmittel; ICT-Hardware; Strom; Wasser

Institution:

Wertangebote
Priorisierte Liste von Wertangeboten/Leistungsversprechen

- Welchen Wert, welches Leistungsversprechen bieten wir der Zielgruppe?
- Welche Bedürfnisse der Zielgruppe erfüllen wir mit unserer Dienstleistung?
- Was ist unser einzigartiger Mehrwert im Vergleich zur Konkurrenz?
- Welche Probleme lösen wir?
- Warum sollte jemand dieses Problem lösen wollen?
- Welche Motivation liegt hinter der Problemlösung?

Beispiele: Rückkehr wieder nach Hause; grösstmögliche Lebensqualität; soziale Teilhabe (inner- und ausserhalb der Institution)

! Die Verbindung zwischen der Zielgruppe, ihren Bedürfnissen und den Wertangeboten ist der wichtigste Teil des BMC.

Kanäle
Liste von wichtigen Kanälen für das eigene Marketing

- Wie kommunizieren wir unseren Mehrwert nach aussen?
- Wo können wir potenzielle Zielgruppen erreichen?
- Sind sie in sozialen Medien unterwegs oder hören sie Radio?
- Lesen sie Fachmagazine oder besuchen sie Messen?
- Wie erreichen wir sie jetzt?

Beispiele: Website; soziale Medien; Reklame in Printmedien; Veranstaltungen wie z. B. «Tag der offenen Tür» usw.

! Wenn sich die Zielgruppensegmente stark voneinander unterscheiden, sollten sie mit unterschiedlichen Kanälen adressiert werden.

Datum:

Zielgruppenbeziehungen
Beschreibung der Beziehung & Unterscheidung nach Zielgruppensegmenten

- Wie kommunizieren wir mit den Zielgruppen während/innerhalb der Dienstleistungsperiode?
- Welche Art von Beziehung erwartet jedes unserer Zielgruppensegmente von uns?
- Wie bauen wir Beziehungen zu den Zielgruppen auf und pflegen diese?
- Welche davon haben wir etabliert?

Beispiele: Bezugspersonen Pflege; Events; Service-Hotline für 24/7-Eintritte; persönliche Ansprechpersonen

! Hier lassen sich Potenziale für zukünftige Automatisierungen aufdecken.

Zielgruppensegmente
Liste von Zielgruppensegmenten & jeweilige Personas

- Welche Zielgruppe(n) haben wir für unsere Dienstleistung?
- Für wen ist unsere Dienstleistung geeignet?
- Für wen lösen wir ein Problem?
- Wer ist unsere Zielgruppe – die Geldgebenden oder die Leistungsempfangenden?

Beispiele: ältere Menschen zur AÜP; Betroffene mit onkologischen (Palliative Care) oder demenziellen (Dementia Care) Erkrankungen; Entlastungsangebote für Angehörige

! Wichtigster Schritt: Zielgruppe verstanden = Dienstleistung wird höchstwahrscheinlich in Anspruch genommen. Bei mehreren Zielgruppen ist eine Priorisierung sinnvoll.

Kostenstruktur
Liste von Kosten mit Bezug zu den Schlüsselaktivitäten

- Welches sind die wichtigsten Kosten, die mit unserem Geschäftsmodell verbunden sind?
- Wie viel kostet es, unsere Schlüsselaktivitäten umzusetzen?
- Welche Kosten fallen für unsere Schlüsselressourcen und Schlüsselkooperationen an?

Beispiele: Kosten für Materialien; Löhne und Gehälter; Versicherungskosten

! Besonderes Augenmerk auf die Kosten legen, welche nicht mit einer Schlüsselaktivität verknüpft werden können.

Einnahmequellen
Liste von Umsätzen → Zielgruppensegmenten & Wertangeboten

- Wie verdienen wir Geld mit unseren Wertangeboten?
- Wie sieht unser Preismodell aus?
- Berechnen wir pro Dienstleistung, mit Pauschalen oder als Flatrate?
- Wie viel tragen die einzelnen Einnahmequellen zu den Gesamteinnahmen bei?

Beispiele: Preisgestaltung Behandlungstaxen; Festpreis pro Dienstleistung; Pauschalen für verschiedene Dienstleistungen; Service-Gebühren

a Quelle St. Galler Management-Modell: <https://www.sgmm.ch/>
 b Quelle Business Model Canvas: <https://www.strategyzer.com/library/the-business-model-canvas>

2.2 Wirkungsorientierung, Wirkungsmodell und Selbstevaluation des Projekts

Alle von Gesundheitsförderung Schweiz geförderten Projekte sind der Wirkungsorientierung verpflichtet. Sie richten ihre Projektaktivitäten an einem Wirkungsmodell (Abbildung 3) aus, welches die beabsichtigte Wirkungslogik aufzeigt.

Die Wirkungen des Projekts «Daheim statt Heim» sowie Aspekte seiner Umsetzung wurden im Rahmen einer Selbstevaluation überprüft.

Der **summative Aspekt** der Evaluation beurteilte die Wirkung (Outcome) des Programms zur Selbstmanagementförderung auf **Ebene der betroffenen Personen** (funktionaler Status, persönliche Zielerreichung, Lebensqualität und Möglichkeit, nach Hause zurückzukehren) und auf **Ebene der Gesundheitsfachpersonen** (Einstellungen und Kompetenz hinsichtlich einer ressourcenorientierten/personenzentrierten Versorgung, interprofessionelle Zusammenarbeit). Dazu kamen verschiedene quantitative Instrumente (Assessmentinstrumente, Fragebögen)

in einem Vorher-Nachher-Vergleich zum Einsatz. Bei den betroffenen Personen gab es drei Messzeitpunkte: bei Eintritt, bei Austritt und drei Monate nach Austritt als Follow-up. Bei den Gesundheitsfachpersonen (Multiplikator*innen) gab es zwei Messzeitpunkte: vor und nach der Intervention (Einführung des Programms zur Selbstmanagementförderung). Der **formative Aspekt** der Evaluation analysierte förderliche und hemmende Faktoren hinsichtlich der Umsetzung. Dabei kamen qualitative Methoden (Einzel- und Fokusgruppeninterviews) zum Einsatz, welche inhaltsanalytisch ausgewertet wurden.

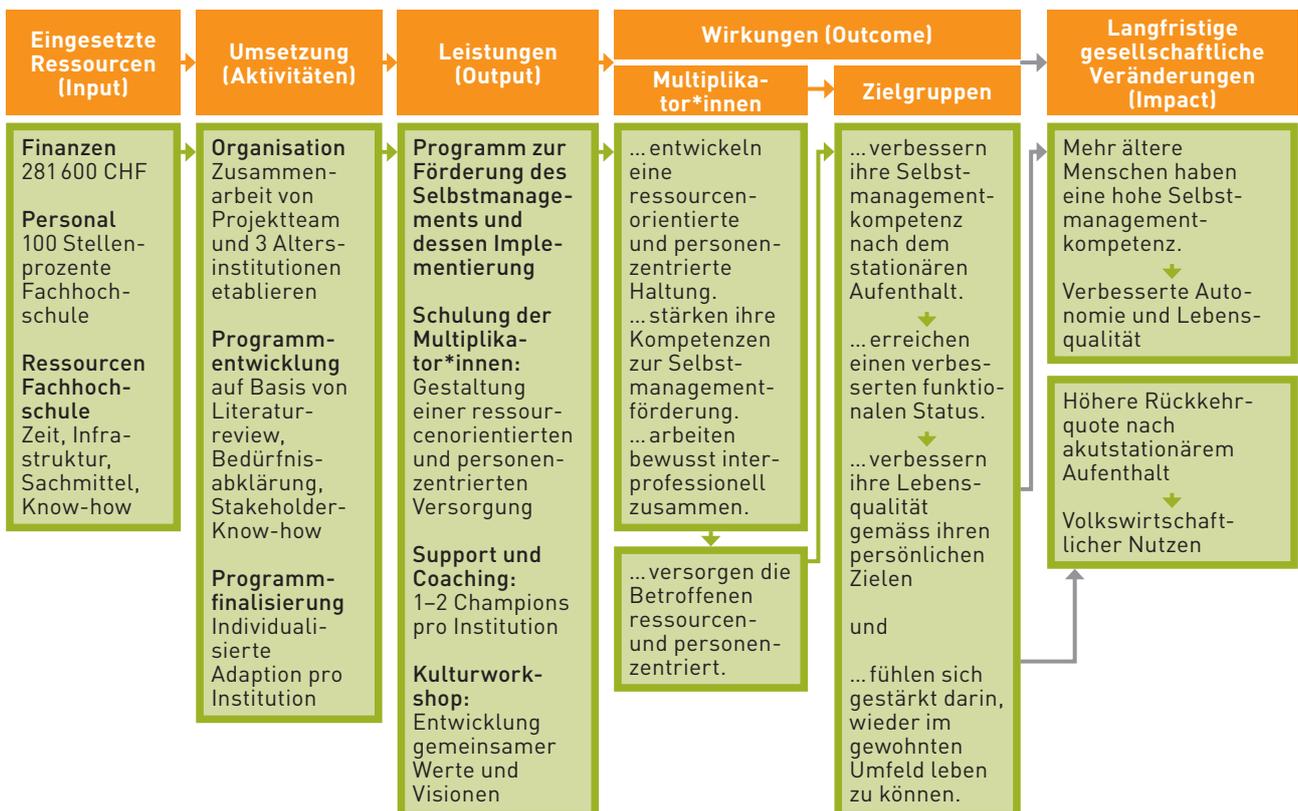
2.2.1 Wirkung auf die Angebotsnutzenden (Zielgruppe)

Die Wirkung auf die 27 älteren Menschen, welche das Programm in Anspruch nahmen, zeigte sich wie folgt:

- Die Funktionalität konnte im Durchschnitt von 66 Punkten auf 85 Punkte erhöht werden (Barthel-Index).

ABBILDUNG 3

Wirkungsmodell zur Selbstmanagementförderung in der Kurzzeitpflege im Projekt «Daheim statt Heim»



- Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-3L) wurde vom Eintritt bis zum Follow-up nach drei Monaten verbessert (von 61 auf 76 Punkte von 100 auf der visuellen Analogskala).
- 68% der Betroffenen erreichten das individuelle Fernziel, 24% erreichten es teilweise, und 8% erreichten es nicht.

Insgesamt resultierte das Programm bei den Angebotsnutzenden in einer **Verbesserung der Funktionalität sowie der Lebensqualität während des Aufenthalts und drei Monate nach dem Austritt.**

2.2.2 Wirkungen auf die Gesundheitsfachpersonen (Multiplikator*innen)

Mehr als 80 Gesundheitsfachpersonen waren in das Programm involviert. Die Ergebnisse der Befragungen zur Personenzentrierung (PCPI-S)² und zur interprofessionellen Zusammenarbeit (AITCS-II)³ zeigen tendenziell eine Verbesserung.

Die Workshops wurden insgesamt als sehr gut beurteilt und die Coachings sowie die Instrumente des Programms als hilfreich angesehen. Das Programm erreichte eine hohe Akzeptanz bei den involvierten Gesundheitsfachpersonen. Laut Gesundheitsfachpersonen hatten sich einzelne Aspekte nach der Teilnahme an den Workshops verbessert, beispielsweise der Einbezug der Betroffenen und Angehörigen.

Insgesamt konnten mit dem Programm das Wissen und die Einstellungen der Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich einer personenzentrierten und ressourcenorientierten Versorgung sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit verbessert werden.

3 Fazit

Auf Grundlage der vorliegenden Resultate wird das Pilotprojekt «Daheim statt Heim» als erfolgreich bewertet. Für eine weiterführende Phase soll auf folgende Punkte fokussiert werden:

- a) Implementierung des Programms zur Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen unter Berücksichtigung folgender Punkte:

- Die Inhalte der vier Pfeiler des Programms sollten untereinander besser koordiniert werden.
- Der intra- und interinstitutionellen Kommunikation zum Programm muss besondere Achtung beigemessen werden.
- Das Coaching als Unterstützungsmassnahme sollte in häufigerer Frequenz angeboten werden. Die Fachpersonen müssen über entsprechende fachliche und Coaching-Kompetenzen verfügen.

- b) Vertiefte Überprüfung des Programms mit folgenden möglichen Fragestellungen:

- Welche Personengruppe profitiert besonders davon?
- Wie kann die Austrittsplanung noch effektiver gestaltet werden?
- Wie kann eine personenzentrierte und ressourcenorientierte Kultur nachhaltig gefördert werden?
- Welches sind die wirksamsten Strategien und Praktiken, um das Programm nachhaltig in einer Institution zu verankern?

- c) Das neu entwickelte Geschäftsentwicklungsmodell sollte in einem nächsten Schritt wissenschaftlich begleitet angewendet und evaluiert werden.

3.1 Potenzial des getesteten Ansatzes

Der im Pilotprojekt «Daheim statt Heim» getestete Ansatz hat positive Wirkungen gezeigt.

Durch die positiven Effekte auf den funktionalen Status und das Selbstmanagement hat der Ansatz das Potenzial, älteren Menschen nach einem Kurzaufenthalt in einer Langzeitpflegeinstitution die nachhaltige Rückkehr nach Hause zu ermöglichen. Das Programm und seine Instrumente können von Langzeitpflegeinstitutionen – mit Anpassungen an die spezifischen Gegebenheiten – übernommen werden.

Das im Rahmen des Pilotprojekts erarbeitete Geschäftsentwicklungsmodell liefert interessierten Institutionen eine Grundlage, um ein solches Angebot betriebswirtschaftlich gut planen und auch langfristig finanzieren zu können.

² Weis, M. L. D., Wallner, M., Köck-Hódi, S., Hildebrandt, C., McCormack, B. & Mayer, H. (2020). German translation, cultural adaptation and testing of the Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S). *Nursing Open*, 7(5), 1400–1411.

³ Orchard, C. A., King, G. A., Khalili, H. & Bezzina, M. B. (2012). Assessment of interprofessional team collaboration scale (AITCS): Development and testing of the instrument. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(1), 58–67.

Das Projekt «Daheim statt Heim» adressiert eine wichtige Versorgungslücke im schweizerischen Gesundheitswesen. Gerade hinsichtlich der staatlichen Massnahmenpakete zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen und der Entwicklung hin zu integrierten Versorgungsmodellen besitzt das Projekt hohe Relevanz.

2023 konnte ein Folgemandat lanciert werden, in welchem das neu entwickelte Geschäftsentwicklungsmodell «Daheim statt Heim» zusammen mit zwei stationären Langzeitpflegeinstitutionen getestet und weiterentwickelt wird. Die daraus ermittelten Erkenntnisse werden in einem Policy Brief zusammengefasst sowie (gesundheits)ökonomischen und (gesundheits)politischen Entscheidungstragenden zur Verfügung gestellt.

4 Eckdaten zum Projekt «Daheim statt Heim»

Projekt

«Daheim statt Heim» – Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen in der stationären Kurzzeitpflege

Trägerorganisationen

- OST Ostschweizer Fachhochschule, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft (IPW)
- Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter der Ortsbürgergemeinden St. Gallen
- Alters- und Pflegeheim Werdenberg, Grabs
- Genossenschaft Alterszentrum Kreuzlingen
- Helsana Versicherungen AG
- CSS Versicherung
- Stiftung Pro Senectute Kanton St. Gallen

Projektleitung beim Institut für Angewandte Pflegewissenschaft (IPW)

- Prof. Dr. Heidrun Gattinger, heidrun.gattinger@ost.ch
- Prof. Dr. Myrta Kohler, myrta.kohler@ost.ch
- Rouven Brenner, rouven.brenner@ost.ch

Zeitraum der Förderung

1.1.2020 bis 30.6.2022

Projekt- und Evaluationsschlussbericht per 1.9.2022

Finanzierung

- Gesamtkosten: 281 600 CHF
- Anteil Projektförderung Gesundheitsförderung Schweiz: 199 000 CHF
- Beiträge verantwortliche Organisation: 52 600 CHF
- Beiträge von Drittparteien (z. B. Sponsoren): 30 000 CHF

Gebiet der Intervention

Kantone St. Gallen und Thurgau

Zielgruppen

- Ärzteschaft: Ärzt*innen der APH
- (Medizinisches) Pflege- und Betreuungspersonal: Pflege- und Betreuungspersonal der APH
- Therapeut*innen (z. B. Physio, Ergo, Psycholog*innen): Therapeutisches Personal der APH

Setting der Intervention

Stationär:

- Alters- und Pflegeheim

Prioritäre Interventionsbereiche:

- Schnittstellen zwischen Patient*innen, ihrem Lebensumfeld und den verschiedenen sie umgebenden Systemen (Gesundheits-, Sozial- und Gemeinwesen)
- Entwicklung und Implementierung von Gesundheitspfaden für Patient*innen mittels Kollaboration, Interprofessionalität und Multiprofessionalität der Multiplikator*innen
- Aus-, Weiter- und Fortbildung der Fachleute im Gesundheits-, Sozial- und Gemeinwesen
- Wirtschaftlichkeit der Massnahmen, beispielsweise via nachhaltige Finanzierungsmöglichkeiten

Krankheitsbilder/Gesundheitsfaktoren

- Nichtübertragbare Krankheiten (NCDs): die fünf wichtigsten NCDs bei älteren Menschen
- Fokussierte Risikofaktoren: Inaktivität, sozioökonomischer Status

Kontaktperson bei Gesundheitsförderung Schweiz

Dr. Franziska Widmer Howald,
franziska.widmer@promotionsante.ch

Impressum

Herausgeberin

Gesundheitsförderung Schweiz

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz

Dr. Franziska Widmer Howald

Autor*innen

- Prof. Dr. Heidrun Gattinger, OST, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft
- Rouven Brenner, OST, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft
- Peter Stettler, Büro BASS
- Dr. Franziska Widmer Howald, Gesundheitsförderung Schweiz
- Prof. Dr. Myrta Kohler, OST, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft

Fotonachweis Titelbild

© AdobeStock

Reihe und Nummer

Gesundheitsförderung Schweiz, Faktenblatt 101

© Gesundheitsförderung Schweiz, März 2024

Auskünfte/Informationen

Gesundheitsförderung Schweiz

Wankdorfallée 5, CH-3014 Bern

Tel. +41 31 350 04 04

office.bern@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen

Faktenblätter zur Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)

Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt im Rahmen der Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) seit 2019 Projekte in den Themen nichtübertragbare Krankheiten (Non-communicable Diseases, NCDs), Sucht und psychische Erkrankungen.

Das Projekt «Daheim statt Heim» gehört zum PGV-Förderbereich II, in dem Pilotprojekte während zweier Jahre mit einem Förderbeitrag von maximal 100 000 CHF pro Jahr finanziert werden. Alle von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützten Projekte sind der Wirkungsorientierung verpflichtet.

Im Förderbereich II führen die geförderten Projekte deshalb eine Selbstevaluation durch.

Die Faktenblätter der abgeschlossenen Projekte der Prävention in der Gesundheitsversorgung beschreiben die Projekte und berichten über die gewonnenen Erkenntnisse aus der Umsetzung und der Selbstevaluation.

«Daheim statt Heim» wurde in den durch die Coronavirus-Pandemie belasteten Jahren 2020 und 2021 durchgeführt. Dies verlangte von allen Beteiligten eine sehr hohe Flexibilität.