

Betreutes Wohnen in der Gemeinde

Ein Projekt in sechs Gemeinden
des Oberen Fricktals (Kanton Aargau)
Projektevaluation 2020–2023

Prof Dr. Romy Mahrer Imhof
Prof Dr. Lorenz Imhof

ns&c
Nursing Science & Care GmbH

Impressum

Auftraggeber	Kooperationspartner BWG Andre Rotzetter (Geschäftsführer VAOF) Verein für Altersbetreuung im Oberen Fricktal www.vaof.ch
Co-Projektverantwortliche	Jeannette Zumsteg Roberta Samero
Projektelevaluation	Nursing Science & Care GmbH Prof Dr. Romy Mahrer Imhof Prof Dr. Lorenz Imhof Thiersteinerrain 70 4059 Basel 052 263 25 25 Lorenz.imhof@ns-c.ch www.ns-c.ch
Lektorat	Dore Wilken, dwilken@gmx.de
Gestaltung	Simone Kuhn, sqn grafik, www.sqn.ch
Fotografien	VAOF, Spitex Regio Frick, Adobe Stock, iStock
Projektförderung	Dieser Bericht dokumentiert ein Förderprojekt der Age-Stiftung www.age-stiftung.ch
Zitation des Berichts	Mahrer Imhof, R., Imhof, L. (2023): Betreutes Wohnen in der Gemeinde. Basel: Nursing Science & Care GmbH.

August 2023



Inhalt

1	Zusammenfassung	4
2	Ausgangslage und Ziele	7
2.1	Das Ziel: «Zu Hause alt werden»	7
2.2	Schwerpunkte in der Versorgung in der Region Fricktal	7
2.3	Die Gemeinden, strukturelle Rahmenbedingungen, Versorgungsnetzwerke	8
2.4	Ein dreistufiges Modell «Betreutes Wohnen in der Gemeinde»	9
3	Ausrollen des Projektes BWG	12
3.1	Finanzielle Abgeltungen und Kosten	12
4	Interview mit Daniela Teutsch	13
4.1	Entwicklung der Struktur – Projektleitung und Geschäftsstelle	15
5	Nachfrage und Bekanntheit des Angebots	17
5.1	Medienpräsenz	17
5.2	Flyer und Video	17
5.3	Werbeauftritte und Standaktionen	18
6	Beschreibung der Klientinnen und Klienten	19
6.1	Zeitlicher Verlauf der Anmeldungen der Klientinnen und Klienten	19
6.2	Demographie	21
6.3	Motivation für das BWG	21
6.4	Austritte	22
6.5	Betreuungssituation	22
6.6	Unterstützungsleistungen	23
6.7	Alarmierung mit dem Notknopf	23
7	Anpassung des Konzepts BWG	25
7.1	Entwicklungsprozess	25
7.2	Erweiterung des Konzepts	27
7.3	Kommunikation, Kontinuität und Kollaboration	27
8	Interview mit Jeannette Zumsteg & Roberta Samero	29
9	Kostenvergleich: BWG und Pflegeheim	31
10	Kommentar der Autorin, des Autors	34
10.1	Sicherheit: Ein Ziel der Klientinnen, Klienten und Angehörigen	34
10.2	Langjährige Zusammenarbeit als Gelingensfaktor	35
10.3	Regionale Organisation oder lokale Vernetzung von Fachpersonen in Teams	36
11	Methode der Evaluation	41
11.1	Evaluationsziele	41
11.2	Evaluationsdesign	41
11.3	Interviews, Sitzungs- und Dokumentenanalyse	41
11.4	Quantitative Daten	42
12	Referenzen	43

Zusammenfassung



Projektidee

Das «Altwerden zu Hause» zu unterstützen, steht im Zentrum eines Projekts in sechs Gemeinden des Oberen Fricktals, mit total 13 300 Bewohnenden und einem Anteil von 17.6% Personen im Alter von über 65 Jahren. Organisiert wird das Projekt vom Verein für Altersbetreuung im Oberen Fricktal (VAOF), der Pro Senectute Laufenburg und der Spitex Regio Frick. Mit dem Projekt «Betreutes Wohnen in der Gemeinde» (BWG) soll die bestehende Versorgung im Heim-, intermediären und ambulanten Bereich durch zusätzliche Dienstleistungen für ältere Menschen im häuslichen Umfeld ergänzt werden.

Das Angebot umfasst drei Stufen:

- 1** *Den Betrieb eines Notrufsystems und der Aufbau eines 24-h-Pikettdienstes der Spitex*
- 2** *koordinierte Leistungen der Spitex und der Pro Senectute*
- 3** *ein Fallmanagement (Case Management), zur Koordination verschiedener Organisationen und freiwilligen Helfer*

Begleitstudie

Die Firma Nursing Science & Care GmbH wurde mit der wissenschaftlichen Evaluation des Projektes BWG beauftragt. Hauptzweck der Evaluation mittels Aktionsforschung war es, die Entwicklung des Projektes zu dokumentieren und Erkenntnisse in die Projektstrukturen einfließen zu lassen. Durch die enge Zusammenarbeit zwischen den Forschenden und den Akteuren und Akteurinnen im Projekt und die Kommunikation von Ergebnissen wird die Entscheidungsfindung der Projektleitung in notwendigen Veränderungsprozessen unterstützt.

Die Hauptbereiche der Evaluation, die von Januar 2020 bis Mai 2023 erfolgte, waren einerseits die Versorgung von Klienten bzw. Klientinnen durch das Notrufsystem und andererseits die Beschreibung der Auswirkungen des Projekts auf die Zusammenarbeit der beteiligten Personen.

Es wurden Interviews mit Klientinnen und Klienten, Angehörigen und Gemeindevertretern bzw. -vertreterinnen geführt. Die Interviewmethoden und die Analyse dieser Daten orientieren sich an Methoden



der qualitativen Sozialforschung. Alle Sitzungen der verschiedenen Projektgremien sowie die Sitzungen mit den Gemeindevertreter und -vertreterinnen wurden protokolliert.

Um Dienstleistungen und Prozesse zu quantifizieren, wurden mittels Fragebogen Daten zur Person, zur Betreuungs-, Lebens- und Wohnsituation sowie Notruf- und Austrittsberichte erfasst. Die Fragebogen wurden gemeinsam mit den beteiligten Organisationen entwickelt. Alle Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse

Entwicklung des Angebots

Bereits 2019 wurde ein erstes Konzept für BWG mit dem Schwerpunkt Sicherheit zu Hause entwickelt und die Projektstrukturen, die finanziellen Abgeltungen zwischen den drei Organisationen und die finanzielle Beteiligung der Gemeinden wurden vertraglich geregelt. Die Projektlaufzeit wurde von Februar 2020 bis Ende Juni 2023 festgelegt. Die Idee des BWG und die Projektentwicklung sind aus der Perspektive der beteiligten Organisationen und Gemeinden gedacht. Die Weiterentwicklung des Projekts basiert auf der langjährigen Zusammenarbeit von Personen aus den drei Organisationen. Die BWG-Angebotsweiterung führt deshalb nicht in erster Linie zu einer Diskussion um neue Strukturen, sondern nutzt das Potential der bestehenden Versorgungsstruktur. Dieses Vorgehen hat sich aus Sicht der beteiligten Organisationen bewährt, da über einen echten Ausbau nachgedacht werden kann, ohne dass Konkurrenz- und Kompetenzfragen den Prozess behindern.

Akquise und Werbung

Wichtige Mittel der Werbung für das Projekt sind die Website, ein Flyer und ein Video. Das Projekt stösst auf Interesse in der lokalen Presse und wird in mehreren Zeitungsartikeln vorgestellt. Die pandemiebedingten Lockdowns verhindern Veranstaltungen und die Teilnahme an Anlässen. Erst 2022 können erste Veranstaltungen und Standak-

tionen organisiert werden. Die Werbemassnahmen konzentrieren sich stark auf potentielle Klienten und Klientinnen.

BWG-Klientinnen und Klienten – Abschluss von Verträgen

Die Spitex Regio Frick gewinnt die meisten Klientinnen und Klienten für das BWG. Daher beziehen de facto der Grossteil der Klienten und Klientinnen die Stufe 1 mit dem Notrufsystem und Stufe 2 mit koordinierenden Dienstleistungen der Spitex zusammen. Die Auswertungen von Interviews mit Klienten und Klientinnen und ihren Angehörigen zeigen, dass Angehörige die Empfehlungen der Spitex verstärken. Niemand nimmt das Case Management der Stufe 3 in Anspruch.

Die meisten Personen entscheiden sich nach gesundheitlichen Veränderungen, Sturzereignissen oder als Massnahme zur Entlastung von Angehörigen für das BWG. 31 Personen nehmen die Dienstleistungen des BWG in Anspruch, die meisten davon Frauen (72 %). Das Durchschnittsalter ist 86 Jahre. Die Klienten und Klientinnen nutzen das Angebot im Schnitt ein Jahr (Stichtag 31.3.2023 – 347 Tage).

Sechzehn Personen haben das BWG verlassen. Sieben Klientinnen und Klienten verstarben, eine Person wechselte ins betreute Wohnen und fünf Personen wechselten in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Eine Person entschied sich für ein anderes Alarmierungssystem und zwei Personen verzichteten aus familiären und anderen Gründen auf die Leistungen des BWG.

Unterstützungsbedarf

Obwohl die Klienten und Klientinnen ihre Gesundheit als mittelmässig bis gut einschätzen (86 %), hat sich bei 44 % der Gesundheitszustand aber vor der Anmeldung verschlechtert. Die Personen sind in ihrer Mobilität im Alltag stark eingeschränkt: 90 % der Klientinnen und Klienten sind sturzgefährdet; 46 % können das Haus nicht mehr selbständig verlassen; 50 % brauchen auch im Haus Unterstützung bei der Mobilität. Rund 75 % der Klientinnen und



Klienten haben täglich oder mehr als dreimal pro Woche Kontakt zu Angehörigen, Freundinnen und Freunden oder Nachbarn bzw. Nachbarinnen.

Für die 31 Teilnehmenden werden professionelle pflegerisch-betreuerische Leistungen im Umfang von durchschnittlich 1200 Stunden pro Monat geleistet: 63% für Körperpflege, Unterstützung der Mobilität und Ausführung medizinisch-therapeutischer Aufgaben und 16% für die Unterstützung beim Wohnen und im Haushalt. Die Unterstützung variiert stark: Drei Personen benötigen keine Unterstützung, 15 Personen benötigen Hilfe bis max. eine Stunde pro Tag. Bei neun Personen ist Unterstützung im Umfang von 1–2 Stunden und bei vier Personen von mehr als drei Stunden pro Tag notwendig. Zehn Personen erhalten regelmässig informelle Unterstützung, vor allem von ihren erwachsenen Kindern (7.3 Stunden pro Woche).

Der Alarm über den Notknopf wurde von zwölf Klientinnen und Klienten insgesamt 43-mal ausgelöst. Die Hälfte der Notrufeinsätze erfolgt bei zwei Personen. In beinahe der Hälfte der Fälle führte ein Sturz zur Alarmierung. Die Ambulanz musste viermal aufgeboden werden.

Kostenrechnung

Die Vollkostenrechnung zeigt, dass die ambulante Versorgung billiger ist als die stationäre in einem Pflegeheim. Es entstehen rund CHF 15 420.– weniger Kosten pro Jahr bei Personen, die durch das BWG ambulant betreut werden. Die Kostenaufteilung zwischen dem Klienten oder der Klientin, der Gemeinde und der Krankenkasse bei der ambulanten Versorgung unterscheidet sich stark von jener bei einem stationären Aufenthalt.

Weiterentwicklung

Nach einer ersten Zwischenauswertung beschliesst die Arbeitsgruppe, dass eine Präzisierung und eine Rollenklärung für das Case Management (Stufe 3) notwendig sind. Das vertikale Fallmanagement, welches sich auf die Bestandaufnahme, Bedarfsanalyse und Zielvereinbarung aus der Per-

spektive von Klientin und Klient fokussiert, wird priorisiert. Das BWG mit allen drei Stufen soll einen einfachen Zugang ins Gesundheitssystem ermöglichen und zu einem gelingenden Alltag der Klienten und Klientinnen beitragen. Case Management und niederschwellige Soforthilfe sollen angeboten werden. Der Einbezug von Freiwilligen in den Gemeinden stellt hohe Anforderungen an die Kommunikation und Koordination.

Der Kommunikationsfluss zwischen den Organisationen des BWG muss neu überdacht werden. Die gemeinsamen Formulare für den Informationsaustausch erweisen sich als eher unübersichtlich und wenig hilfreich. Die geringe Anzahl von aktiven Fällen erlaubt einen informellen Austausch. Der Druck, Massnahmen zu treffen, um den Informationsfluss organisatorisch zu verstetigen, ist deshalb gering. Die Wichtigkeit einer Formalisierung (Strukturen und Prozesse) wird durch personelle Veränderungen (Mitarbeitendenwechsel, Pensionierungen) und Neuwahlen bei den Gemeindevertretern bzw. -vertreterinnen im Projektverlauf deutlich.

Kritische Würdigung der Autorin, des Autors

Sicherheit ist und bleibt ein wichtiges Ziel in der ambulanten Versorgung. Dies schliesst den Einbezug der Angehörigen und den Fokus auf einen gelingenden Alltag ein. Das Projekt priorisiert deshalb ein vertikales Case Management und klientenzentrierte Prozesse. Eine verstärkte Kollaboration ist die Grundlage für diese Form des Case Managements. Dafür müssen Aufgaben definiert, Rollen geklärt und entsprechende Strukturen aufgebaut werden. Das Projekt BWG nutzt bestehende lokale Strukturen und entwickelt diese weiter. Studien zeigen, dass lokal verankerte Angebote die kollaborative Entwicklung von Fachwissen in kleinen Teams fördert. Die Attraktivität der Arbeitsplätze wird gesteigert und die Motivation der Fachpersonen steigt. Dies sind Faktoren, die wesentlich zur Qualität einer Versorgung beitragen, welche sich auf den gelingenden Alltag der älteren Menschen konzentriert.

Das «Altwerden zu Hause» ist im Projekt «Betreutes Wohnen in der Gemeinde (BWG)» das zentrale Ziel. BWG versteht sich als Angebot für ältere zu Hause wohnende Menschen in der Region des Oberen Fricktals. Es wird gemeinsam vom Verein für Altersbetreuung im Oberen Fricktal (VAOF), der Pro Senectute Laufenburg und der Spitex Regio Frick in sechs Partnergemeinden durchgeführt. Das Projekt BWG ergänzt die bestehende Versorgung im Heimbereich, im intermediären Betreuten Wohnen und in der Spitex durch zusätzliche Dienstleistungen für ältere Menschen im häuslichen Umfeld.

2.1 Das Ziel: «Zu Hause alt werden»

Ältere Menschen wollen möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung wohnen bleiben. Grund dafür ist, dass das Wohnen biografische Kontinuität bietet. Wohnen unterstützt Alltagsroutine, Autonomie und Selbständigkeit. Wohnen am gleichen Ort bietet Sicherheit, soziale Kontakte und fördert die Selbständigkeit¹.

Vor allem gesundheitliche, finanzielle und soziale Faktoren können das Altern am angestammten Ort in Frage stellen. Obwohl dies in jedem Lebensalter vorkommen kann, sind im vierten Lebensalter, ab 80 Jahren, die gesundheitlichen Veränderungen die grösste Herausforderung. Sie führen dazu, dass die Anforderungen des Alltags die Selbstpflegefähigkeiten der Menschen übersteigen können. Z. B. kann eine Einschränkung der Mobilität dazu führen, dass der Einkauf im Quartierladen nicht mehr erfolgen kann. In diesen Situationen werden die Unterstützung und Betreuung durch Angehörige, Freunde bzw. Freundinnen und Nachbarinnen und Nachbarn unabdingbar, damit die Person den Alltag noch individuell gestalten kann.

Häufig braucht es zusätzliche Unterstützung durch Fachpersonen. Diese müssen individuell angepasste Betreuung und Unterstützung, die entlastet und nach Lösungen sucht, anbieten². Die pflegerische Grundversorgung bietet deshalb neben den pflegerisch-medizinischen Leistungen auch sozial-

betreuerische und hauswirtschaftliche Leistungen an. Ziel der Unterstützung ist, Menschen ein selbständiges Leben zu ermöglichen und für einen gelingenden Alltag zu sorgen³.

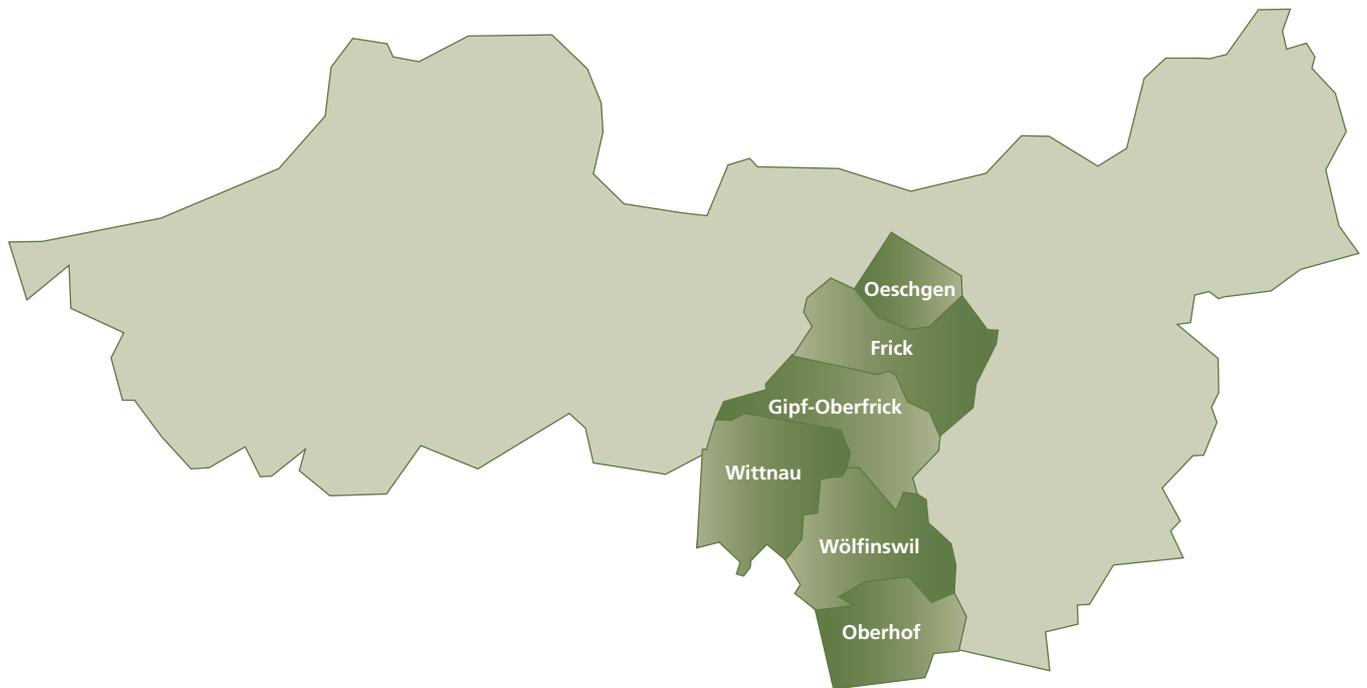
Bei gesundheitlichen Problemen kann die Sicherheit in den eigenen vier Wänden gefährdet sein. So ist z. B. bekannt, dass es im häuslichen Umfeld zu Stürzen kommen kann, die ohne fremde Hilfe nicht bewältigt werden können. Mit einer funktionierenden Alarmierung in Notsituationen und einer fachlich kompetenten pflegerischen Versorgung kann die Sicherheit erhöht und ein Verbleiben im gewohnten Wohnumfeld (Bestand) ermöglicht werden. Zusätzlich erhöhen koordinierte Dienstleistungen z. B. von Spitex und Pro Senectute und ein Case Management die Sicherheit und damit die Möglichkeit, zu Hause wohnen zu bleiben. Dies sind die leitenden Überlegungen bei der Entwicklung des Projektes «Betreutes Wohnen in der Gemeinde» (BWG).

2.2 Schwerpunkte in der Versorgung in der Region Fricktal

Im Jahr 2013 beantragt die Regionalplanung für die Region Fricktal, die Anzahl der Pflegeheimplätze in der kantonalen Planung nach unten zu korrigieren und das ambulante Angebot im angestammten Wohnen auszubauen⁴. Die Spitex wird dabei als substituierend für stationäre Angebote in Pflegeheimen angesehen. Das Angebot der Spitex

- 1 Höpflinger, «Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen»;
Höpflinger und Van Wezemael, Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends;
Imhof, «Gesundheit und Wohnen im Alter – Eine Herausforderung für die professionelle Pflege».
- 2 Imhof, «Gesundheit und Wohnen im Alter – Eine Herausforderung für die professionelle Pflege».
- 3 United Nations Economic Commission for Europe, «Innovative, wirkungsvolle Pflegestrategien»;
World Health Organization, World Report on Ageing and Health; World Health Organization (WHO), «Integrated Care Models: An Overview».
- 4 Fricktal Regio Planungsverband, «Fricktal_Regionales Entwicklungskonzept Fricktal Charta»;
Zimmerli, «Wohnen im Alter im Fricktal: Planen in der Region».

Abbildung 1: Oberes Fricktal – teilnehmende Gemeinden



soll durch Anlauf- und Beratungsstellen, Angebote für pflegende Angehörige oder durch altersgerechte Wohnungen mit Dienstleistungen (Betreutes Wohnen) ergänzt werden.

In der Folge entstehen in der Versorgungsregion des oberen Fricktals viele neue hindernisfreie Wohnungen und ein Angebot an betreuten, altersgerechten Wohnungen (48 Wohnungen in Frick, 39 Wohnungen in Laufenburg). Die Spitex Regio Frick, Pro Senectute und das Schweizerische Rote Kreuz erbringen, mit einem gut etablierten Netzwerk, ambulante Dienstleistungen in der Pflege und in der Hauswirtschaft im angestammten Wohnumfeld. Im Übergang vom Wohnen im angestammten Umfeld hin zu institutionellen Lösungen besteht eine enge Kooperation mit dem VAOF als Anbieter von intermediärem betreutem Wohnen und Pflegezentren.

Die Diskussionen auf kantonaler und regionaler Ebene, die Kollaboration zwischen den Dienstleistungsanbietern zu verstärken, beflügelt die Idee, eine ergänzende Dienstleistung für die alternde Bevölkerung im Gemeindeverbund zu implementieren.

Im Jahr 2019 wird das Konzept für betreutes Wohnen in der Gemeinde entwickelt.

2.3 Die Gemeinden, strukturelle Rahmenbedingungen, Versorgungsnetzwerke

Am Projekt BWG beteiligen sich die Gemeinden der Versorgungsregion der Spitex Regio Frick: Frick, Gipf-Oberfrick, Oeschgen, Wölflinswil, Wittnau, Oberhof (Abbildung 1).

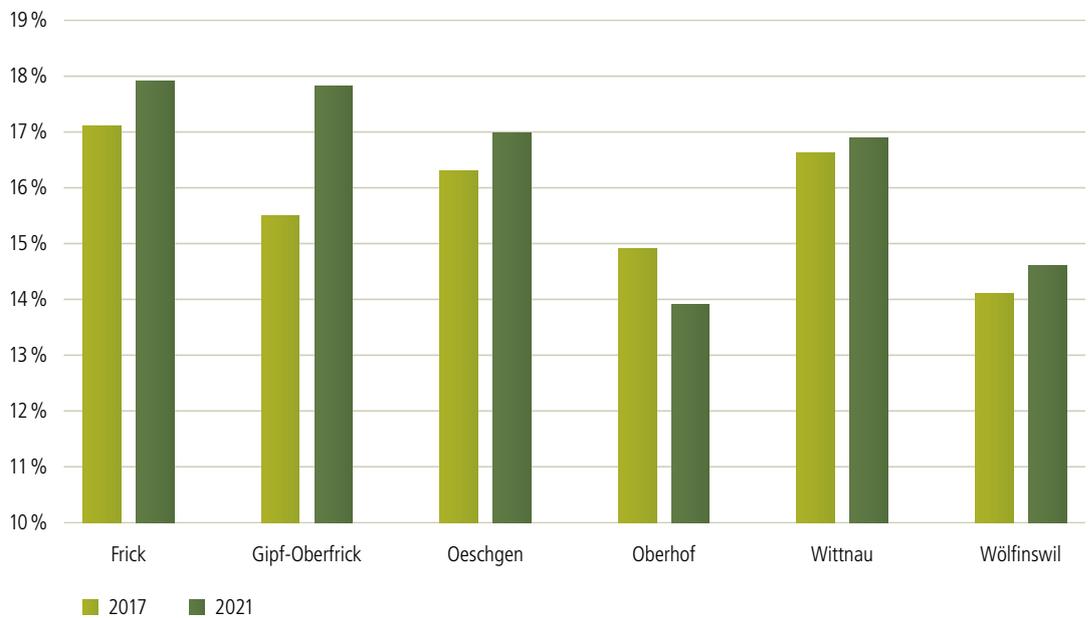
«Wir wissen, dass die drei Organisationen gute Dienstleistungen erbringen. Wenn die mit einem neuen Projekt kommen, dann kann das gut werden.»

Gemeinderätin

Die sechs Gemeinden haben 2021 eine Wohnbevölkerung von 13 306 Personen. Davon sind 2342 Personen (17.6 %) über 65 Jahre alt. Die Gemeinden sind ländlich geprägt. Neben dem Hauptort Frick



Abbildung 2: Bevölkerungsanteil Personen 65+ in den Gemeinden in %



«Wir müssen der Wohnbevölkerung etwas anbieten, damit sie zu Hause wohnen bleiben kann. BWG kann dazu beitragen, dass das länger möglich ist.»

Gemeinderat

mit 5655 Einwohnenden (2021) und Gipf-Oberfrick mit 3646 Personen haben drei Gemeinden um tausend Einwohnende. Oberhof ist mit 590 Einwohnenden die kleinste Gemeinde.

Die demografische Entwicklung zeigt in allen Gemeinden, ausser bei Oberhof, einen Anstieg der Bevölkerung im Alter über 65 Jahren (Abbildung 2). Dieser Anteil ist in den sechs Gemeinden seit 2017 um 303 Personen auf 2342 Bewohnende angestiegen.

«Betreutes Wohnen in der Gemeinde unterstützt die Idee «ambulant vor stationär» und passt in die Aargauer Alterspolitik. Wir sind damit Vorreiter und viele Gemeinderäte fragen schon nach den Erfahrungen.»

Gemeinderätin

Die Gemeinden haben unterschiedlich ausgeprägte Angebote für diese Altersgruppe. Vereine wie «Mitenand – Fürenand» und Kirchgemeinden bieten

Dienstleistungen für Senioren und Seniorinnen an. Seniorenräte beteiligen sich in der Planung der alterspolitischen Stossrichtung (Abbildung 3).

Alle Gemeinden haben einen Leistungsvertrag mit der Spitex Frick Regio und Zusammenarbeit mit der Pro Senectute des Bezirks Laufenburg und dem Verein für Altersbetreuung Oberes Fricktal (VAOF). Die Gemeinden sind Träger des Pflegeheimes Bruggbach in Frick.

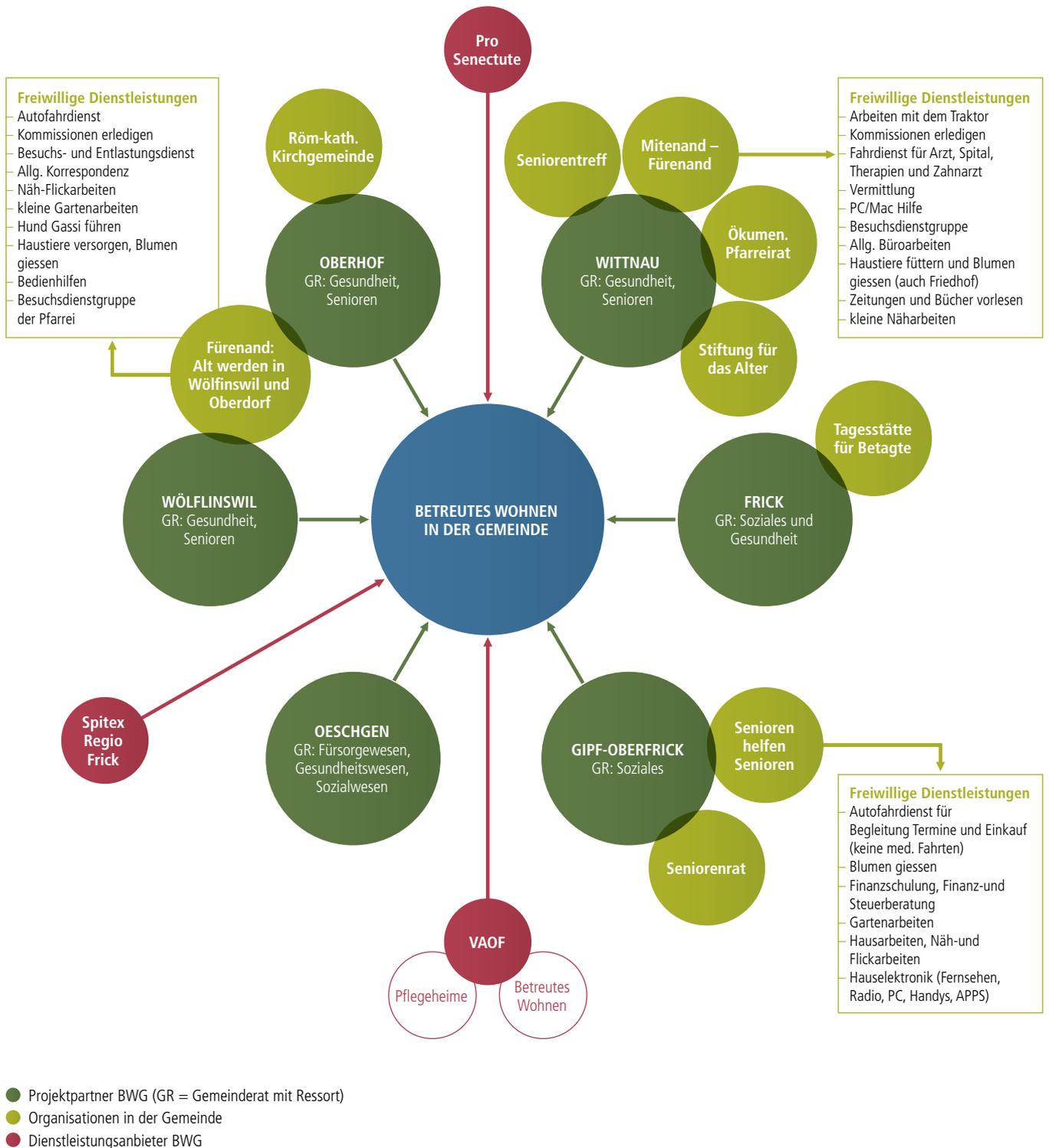
2.4 Ein dreistufiges Modell «Betreutes Wohnen in der Gemeinde»

Für das betreute Wohnen in der Gemeinde wird ein dreistufiges Modell entwickelt. Die angebotenen Leistungen beinhalten die Stufen:

- 1 Sicherheit durch ein Notrufsystem
- 2 koordinierte Dienstleistungen von VAOF, Spitex und Pro Senectute
- 3 ein Fallmanagement (Case Management) in komplexen Situationen

Dieses Stufenmodell wird in der Werbung des Projekts vorgestellt (Abbildung 4).

Abbildung 3: Gemeindeangebote für Personen 65+



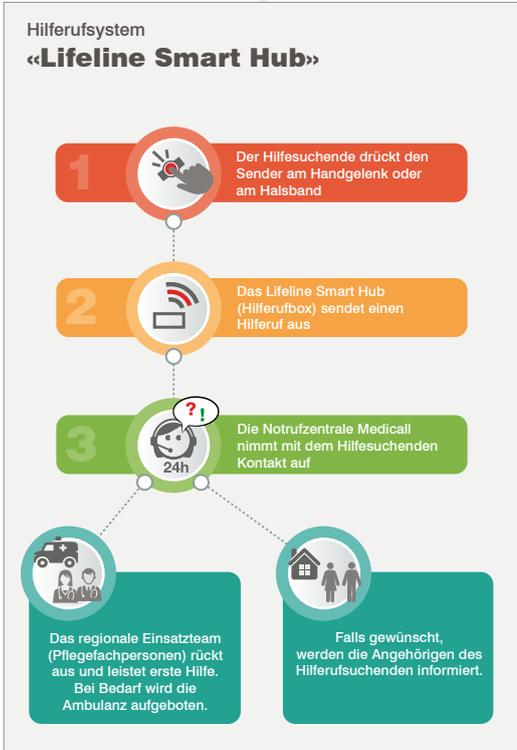


Abbildung 4: Angebot in drei Stufen (Werbe-Flyer des BWG)

Sicherheit und Betreuung beim Wohnen zu Hause

Leben in den eigenen vier Wänden, dabei die Gewissheit haben, dass im Notfall professionelle Hilfe angefordert werden kann und Unterstützung nach Bedarf möglich ist, das bietet das Projekt **Betreutes Wohnen in der Gemeinde**.

Im Auftrag der sechs Fricktaler Gemeinden Frick, Gipf-Oberfrick, Oberhof, Oeschgen, Wittnau und Wöllinswil bieten der Verein für Altersbetreuung im Oberen Fricktal (VAOF), die Spitex Regio Frick und die Pro Senectute Aargau gemeinsam diese Dienstleistungen an:

- **Stufe 1 - Sicherheit:** Hilferufgerät, mit dem rund um die Uhr in einer Notsituation Hilfe durch die Spitex Regio Frick angefordert werden kann.
- **Stufe 2 - Allgemeine Dienstleistungen:** Haushaltshilfe, Mahlzeitendienst, pflegerische Leistungen werden durch die Spitex Regio Frick und die Pro Senectute Aargau koordiniert erbracht.
- **Stufe 3 - Fallmanagement:** sind verschiedene Organisationen, Nachbarn und Angehörige in der Unterstützung und Betreuung involviert, wird ein Fallmanagement durch eine Fachperson einberufen, welche als Bezugsperson die Unterstützung koordiniert.

BWG
Betreutes Wohnen in der Gemeinde

5 Betreutes Wohnen in der Gemeinde, «Konzept Betreutes Wohnen in der Gemeinde (BWG): Pilot integrierte Versorgung in speziellen Situationen der Altersbetreuung».

Technisch-praktische Lösung

Für die erste Stufe «Sicherheit» wird das Notrufsystem der Firma Tunstall gewählt. Es handelt sich um das gleiche Gerät, das auch in den Wohnungen des «Betreuten Wohnen» des VAOF verwendet wird. Eine medizinische Notrufzentrale nimmt die Notrufe entgegen, kann über die installierte Box direkt mit den Klienten oder Klientinnen kommunizieren und nach einer ersten Abklärung die Spitex alarmieren.

Das System kann mittels eines Knopfes am Armband oder Anhänger ausgelöst werden. Zusätzlich wird bei den Klientinnen und Klienten ein «Not-

fallböxli» installiert. In diesem befinden sich für die Spitex-Mitarbeitenden wichtige Informationen wie z. B. die Patientenverfügung.

Rollenklärungen und Kooperation

Zur Entwicklung der Dienstleistung werden die beteiligten Organisationen im Gemeindeverband mit ihrer fachlichen Expertise einbezogen. Fragen der Legitimation werden geklärt und Individuen sowie ihre Rolle als Vertreter und Vertreterinnen von Organisationen berücksichtigt. Die Kooperation soll Doppelspurigkeiten vermindern. Ein einfacher effizienter Informationsaustausch, Rollenklärungen unter den Anbietern, klienten- und familienzentrierte Prozesse und Versorgungskontinuität werden angestrebt⁵.

FAZIT

- ➔ BWG wird durch politische Entscheide unterstützt, die auf kantonaler und regionaler Ebene das Ziel einer Stärkung der ambulanten Versorgung vorsehen und sich am Grundsatz ambulant vor stationär orientieren.
- ➔ Das Projekt BWG nutzt das Potential bestehender Strukturen der Spitex Regio Frick, der Pro Senectute und des Vereins für Altersbetreuung im oberen Fricktal (VAOF) und strebt keine neuen Strukturen an.
- ➔ Die Organisationen bieten jeweils spezifische Dienstleistungen in der Altersversorgung und wollen für ein neues Versorgungsangebot zusammenarbeiten. Dieses Vorgehen erlaubt es, über einen echten Ausbau zu diskutieren, ohne dass Konkurrenz- und Kompetenzfragen den Prozess behindern.

Ausrollen des Projektes BWG

Die ersten Schritte des Projekts finden auf der Ebene der beteiligten Organisationen statt und legen die Verantwortlichkeiten für das Projekt fest. Dies beinhaltet die Budgetierung und die vertragliche Regelung der Kooperation. Kooperationsvereinbarungen zwischen den Organisationen und den Gemeinden bilden die Basis. Organisationbezogene Strukturen und Kommunikationsflüsse werden skizziert. Die inhaltliche Definition des BWG bleibt vage. Das Angebot mit den drei Stufen soll in der Projektgruppe inhaltlich weiterentwickelt werden.

Zwischen den Dienstleistungsanbietern und den Gemeinden wird ein Vertrag zur Regelung der Projektstrukturen, der finanziellen Abgeltungen und der finanziellen Beteiligung der Gemeinden erarbeitet und unterzeichnet. Ein Budget wird erstellt, das von 50 teilnehmenden Klienten und Klientinnen ausgeht. Für einen kostendeckenden Regelbetrieb müssen 70 Personen teilnehmen. Die Projektlaufzeit geht von Februar 2020 bis Ende Juni 2023.

3.1 Finanzielle Abgeltungen und Kosten

Das Projekt wird durch Stiftungen, Fonds und Gemeindebeiträge gesichert. Die finanziellen Abgeltungen im Projekt erfolgen aus diesen Geldern. In der Folge baut die Spitex den Pikettdienst aus. Ein Team von Mitarbeitenden ist bereit, die Noteinsätze zu übernehmen. Zusätzlich zu den Projektgeldern werden bezogene Dienstleistungen separat mit den Klientinnen und Klienten abgerechnet (Abbildung 5).

Für die Stufe 2 mit diversen Zusatzleistungen der beteiligten Organisationen werden die Kosten gemäss den Tarifen der jeweiligen Organisation direkt mit den Krankenkassen oder EL-konform abgerechnet.

Abbildung 5: Beiträge für Leistungen im Projekt

Abgeltung durch das Projekt

Geschäftsstelle	pauschal / pro Jahr	12 000.–
Pikettdienst Spitex	70 Klientinnen / pro Jahr	60 000.–
Tel. Kundencenter, techn. Betreuung	pro Klientin / pro Monat	105.–
Fallführung (Bericht monatlich)	pro Klientin / pro Monat	30.–

Abgeltung durch die Klientin oder den Klienten

Miete Notrufsystem (Stufe 1)	pro Klientin / pro Monat	200.–
Case Management (Stufe 3)	pro Klientin / pro Monat	300.–
Notruf (Tag)	Einsatz 07:00–22:00 h	80.–
Notruf (Nacht)	Einsatz 22:00–07:00 h	100.–

Interview mit Daniela Teutsch



Daniela Teutsch,
Leitung Spitex Regio Frick

Die Spitex Regio Frick ist eine Partnerin im Projekt «Betreutes Wohnen in der Gemeinde». Was hat die Spitex Regio Frick bewogen, in Kooperation dieses Projekt zu starten?

Seit Jahren existiert eine gute Zusammenarbeit mit Pro Senectute und dem VAOF. Die Basis dafür sind persönliche Beziehungen. Dazu kommt, dass die Zusammenarbeit auch den politischen Zielen im Kanton Aargau entspricht. **Der Mangel an Pflegefachpersonen und die Idee, zu Hause alt zu werden, sind die treibenden Faktoren.** Diese Themen sind nicht neu, die waren schon vor 15 Jahren aktuell.

Ihr verpflichtet euch im Kooperationsvertrag, einen Pikettdienst aufzubauen. Was hat das für die Spitex Regio Frick bedeutet?

Wir haben schon früher einen Pikettdienst am Tag angeboten und immer wieder Klientinnen und Klienten gehabt, die auch nachts einen Pikettdienst in Anspruch nahmen. Finanziell war das nicht kostendeckend, aber es war wichtig für unsere Klienten bzw. Klientinnen. Wir haben basierend auf diesen Erfahrungen Hochrechnung für die Kosten eines Pikettdienstes im Projekt BWG gemacht.

Es wurde ein Betrag für die Spitex Regio Frick von CHF 60 000.– pro Jahr im Projekt vereinbart. Reichte dieses Geld aus, um die Kosten für den Aufbau des Pikettdienstes zu begleichen?

Das BWG-Projektteam hat die Hochrechnung für 70 Kunden und Kundinnen gemacht, damit der 24h-Dienst kostendeckend wäre. Das war aber nie der Fall. Wir haben berechnet, dass rund CHF 60 000.– pro Jahr finanziert werden müsste. Da wir mit unserem «normalen» Pikettdienst einen grossen Teil abfedern konnten, belaufen sich die realen Kosten auf rund CHF 40 000.–/Jahr. Wir sprechen dabei von rund 10–15 Kunden bzw. Kundinnen, welche auf den Pikettdienst aufgeschaltet worden sind, die wir mit der «normalen» Anzahl Pflegepersonen tätigen können. Bei mehr Klientinnen und Klienten hätten wir zusätzliches Personal einstellen müssen und ergo wäre der Pikettdienst teurer geworden.

Welche Anforderungen stellt der Aufbau eines Pikettdienstes an das Personal?

Wir haben ein stabiles Team mit langjährigen Mitarbeitenden. Diese Fachleute arbeiten ausserordentlich selbständig in der Spitex. Die wissen, was zu tun ist. Dank dieser Ressource haben wir die neue Aufgabe erfolgreich übernommen. Auch wenn mehrere pensioniert wurden/werden, ist ein Kernteam, auch für die Nacht, vorhanden.

Hat sich die Zusammenarbeit mit den Klienten und Klientinnen durch die zusätzlichen Einsatzmöglichkeiten verändert?

Der Pikettdienst ist grundsätzlich freiwillig. Vor allem Mitarbeitende mit kleinen Kindern haben meist darauf verzichtet. Mitarbeitende müssen flexibel sein. Wir nutzen vor allem die lange Erfahrung und das grosse Engagement unserer Pflegefachpersonen. Auch Mut ist wichtig, da nicht klar ist, was man antrifft. Wir erleben zum Glück keine Situationen, wo das Personal an seine Grenzen kam, wie z.B. Todesfälle in der Wohnung. Wichtig ist auch, wir sind eine mittelgrosse Organisation mit einer guten Teamkultur. Der Austausch unter den Mitarbeitenden ist von grosser Bedeutung. V.a. in einem Fall waren die Noteinsätze sehr anspruchsvoll und haben das ganze Team gefordert. Sehr anspruchsvolle menschliche Kontakte gehören eben zur Arbeit in der Spitex.

Als nächster Schritt ist eine Ergänzung von Leistungen im Sinne einer Unterstützung im Alltag angedacht. Was bedeutet das für die Spitex?

Wir sind einer der wichtigsten Anbieter von Leistungen in den Gemeinden und sind daher eine wichtige Partnerorganisation für diese Idee. Unsere Organisation kann das in den bisherigen Gemeinden mittragen. Eine Ausweitung der Aufgaben wäre spannend, eine Ausweitung unseres Einsatzgebiets auf andere Gemeinden dürfen wir nicht unterstützen, da die Einsatzgebiete mit Leistungsvereinbarungen mit den Gemeinden definiert sind. Die Unterstützung von Alltagstätigkeiten könnten wir durch die Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz

oder Pro Senectute organisieren. Diese Koordination würde der Kompetenz unserer fallführenden Mitarbeitenden entsprechen und als interessante Ergänzung ihrer Aufgaben angesehen. Es wäre auf neudeutsch ein «Job Enrichment», würde den Beruf der Spitex-Pflegefachperson interessanter machen. Wir haben dafür exzellent ausgebildete Fachpersonen mit einem Hochschulabschluss. Die Abklärung und vor allem die Beratung ist eines unserer Hauptaufgabengebiete, welches zur Spitex gehört. Dieses Case Management ist in den Plänen des VAOF aber leider nicht als Aufgabe der Spitex angedacht.

Was möchten Sie den Bewohnenden der Region als Spitex Regio Frick in fünf Jahren anbieten können?

Unsere Kerndienstleistungen müssen im Zentrum stehen. Diese ergänzt durch eine starke Entwicklung der Angehörigenbetreuung. Weiter gedacht werden sollte die Idee, dass auch Angehörige als Arbeitskraft für spezielle Aufgaben gewonnen werden könnten und dafür geschult werden. Elektronische Mittel würden vermehrt eingesetzt und so konzipiert, dass sie auch von Klientinnen oder Klienten und ihren Angehörigen genutzt werden können. Wir müssen erreichbar sein und wir müssen die Menschen in Entscheidungen einschliessen. Unser Case Management wäre in fünf Jahren zudem als Beratungsangebot für einen gelingenden Alltag in allen Gemeinden etabliert. Wir würden dafür gerne mit anderen Organisationen zusammenarbeiten.

Das zentrale Problem dieser Zukunftsaussichten ist der Fachkräftemangel. Wir wissen nicht, wie sich die Situation im oberen Fricktal entwickelt.

Wir sind deshalb auch bereit, neue Organisationsformen zu prüfen, um Arbeitsplätze durch «Job Enrichment» attraktiv zu machen. Wir haben schon mehrmals über selbstorganisierte Teams diskutiert, welche auf Gemeindeebene gebildet werden könnten. Das würde auch die Kontinuität in der Versorgung erhöhen. Wir haben bisher jedoch das Problem, dass sich die Arbeitsbelastung zwischen den Gemeinden sehr unterscheidet. Es ist deshalb



Spitex Regio Frick:
Lernen im Team macht
auch Spass.

nicht klar, wie wir Mitarbeitende mit sehr hoher Belastung in den Gemeinden kurzfristig immer wieder entlasten können. Auch gibt es Mitarbeitende, welche die Abwechslung schätzen. Wir suchen nach einer Lösung.

Für die Spitex ist weiter wichtig, dass sie gut in den einzelnen Gemeinden verwurzelt ist. Unser Image in den Gemeinden ist uns wichtig. Ich habe Glück, dass Vorstand und Gemeinden die Entwicklungen sehr konstruktiv und vertrauensvoll unterstützen.

Es gibt Beispiele aus dem Fricktal, dass gut verankerte Spitex-Organisationen zum Dorf gehören. Sichtbar wird dies an den Spitex-Mitgliederversammlungen dieser Gemeinden, wenn bedeutend mehr Bewohnerinnen und Bewohner teilnehmen. **Das zeigt für mich, wie stark Spitex-Teams zur Gemeinde gehören. Ich wünsche mir diese Nähe der Spitex zu den Menschen in allen Gemeinden der Spitex Regio Frick.** Dies würde unsere Arbeit bereichern.

4.1 Entwicklung der Struktur – Projektleitung und Geschäftsstelle

Als kontinuierliche Projektstruktur werden eine Projektgruppe und eine Geschäftsstelle eingesetzt.

Projektgruppe

Die Projektgruppe besteht aus Vertretern und Vertreterinnen der Dienstleistungsanbieter und Gemeindevertreter und -vertreterinnen. Ganz zu Beginn tritt diese in der vereinbarten Form in Aktion. Bald finden Arbeitssitzungen, aber ohne Gemeindevertreter und -vertreterinnen statt. Sie sind durch die Pandemie in ihrem Ressort Alter- und Jugendgesundheit äusserst gefordert. Einige betonen, dass die Pandemie viel ihrer Energie abgezogen hat und sie wenig für die Bekanntmachung des BWG beitragen konnten. Trotzdem erachten sie das Projekt als notwendig, da sie mehrere Personen in ihren Gemeinden benennen können, die aus ihrer Sicht von BWG profitieren würden.

Ab 2020 werden die Gemeindevertreterinnen und -vertreter zweimal jährlich zu Sitzungen begrüsst, informiert und um ihre Meinungen gebeten. Sie erhalten jeweils ein schriftliches Update zum Projekt, das sie zur Budgetplanung in ihrer Gemeinde nutzen. Das Projekt wird jedes Jahr unterstützt. Auch über die Region hinaus stösst das Projekt BWG auf Interesse. Auf kantonaler Ebene werden die involvierten Vertreterinnen und Vertreter um Informationen gebeten.

Neuwahlen auf Gemeindeebene Ende 2022, bei denen vier der sechs Gemeindevertreter und -vertreterinnen sich nicht mehr zur Wahl stellten, beeinflusst eine vorgeschlagene Weiterführung respektive die Beteiligung an einem Folgeprojekt.

Der Projektgruppe wird die Aufgabe übertragen, während den drei Jahren Laufzeit das Konzept BWG zu entwickeln und wo nötig anzupassen. Die Kommunikationsflüsse (Anmeldeformulare, Informationsmittel) und die Zusammenarbeitsmodalitäten sollen festgelegt werden.



Geschäftsstelle

Die Aufgaben der Geschäftsstelle für das BWG werden dem VAOF übertragen. Dazu gehören die administrativen Arbeiten, insbesondere das Führen der Kostenstelle, sowie die Auswertungen des Projekts.

Eine Person des VAOF übernimmt diese Aufgaben und die Funktion der Projektleitung. Sie organisiert Sitzungen, überlegt neue Marketingmassnahmen und hält Kontakt zu den Arbeitsgruppenmitgliedern. Sie tauscht sich informell häufig mit der verantwortlichen Person der Spitex über die Klienten und Klientinnen aus. Die Projektleiterin ist auch die erste Anlaufstelle für die Klientinnen und Klienten des BWG. Sie besucht die Interessenten und Interessentinnen des BWG zu Hause, klärt die Wohnsituation ab, erklärt das Notrufsystem und schliesst den Vertrag ab. Zusammen mit einem technischen Mitarbeiter installiert sie das Notrufsystem und überprüft dieses regelmässig.

Die Zusammenarbeit in der Arbeitsgruppe ist von Vertrauen geprägt und es gelingt, gemeinsam am Projekt zu arbeiten. Die Idee des betreuten Wohnens und die Projektentwicklung sind aus der Perspektive von Organisationen und Gemeinden (Top-down-Ansatz) angedacht. Es ist möglich, die Kommunikation, Kooperation sowie einzelne Dienstleistungen zu diskutieren. Ein konkreter Plan, in welchen Schritten das Projekt weiterentwickelt werden soll, wird in dieser Flut von Alltagsgeschäften nicht erstellt. Beschreibungen der neuen Dienstleistung sind nur teilweise vorhanden.

Der gut funktionierende informelle Austausch wird durch Personalwechsel und Pensionierung von Arbeitsgruppenmitgliedern der ersten Stunde erschwert. Neue Stelleninhaber und -inhaberinnen gewichten das Projekt weniger hoch, da es nicht zu den Kernaufgaben der Stelle zählt. Die Zusammenarbeit erliegt für einige Monate und der informelle Austausch geht zurück. Die Weiterentwicklung des Projektes erfolgt im Frühjahr 2022. Die Definition des Case Managements soll weiterentwickelt werden. Die Arbeitsgruppe geht diese Thematik, trotz pensionsbedingtem Wechsel, mit den ursprünglichen Initiantinnen und Initianten aus allen drei Organisationen an.

FAZIT

- Im BWG werden die operativen Aufgaben rund um die Abgeltungen und den Businessplan organisiert. Ein Pikettdienst der Spitex Regio Frick kann mit motivierten, erfahrenen Mitarbeitenden eingerichtet werden.
- Die Beteiligung der Gemeinden im Diskussionsprozess ist pandemiebedingt zurückhaltend. Den «Expertinnen und Experten» wird die Aufgabe der Entwicklung überlassen. Dies führt zu Zweifeln, ob das BWG politisch unterstützt und das Angebot der Bevölkerung auch von politischer Seite empfohlen wird.
- Ein informeller Austausch über die Klienten und Klientinnen findet zwischen den Vertreterinnen bzw. Vertretern der Organisationen regelmässig statt. Eine systematische Projektentwicklung, inkl. Klärung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten, geht im Alltagsgeschäft unter. Die Arbeitsgruppe nimmt diese Arbeit nach zwei Jahren Projektzeit in Angriff.

Nachfrage und Bekanntheit des Angebots

Trotz viel Interesse in der Presse und grossem Flyerversand ist der Zulauf geringer als erwartet. Die Pandemie verhindert persönliche Begegnungen und Auftritte bei Veranstaltungen. Erst im Jahr 2022 finden persönliche Treffen und Auftritte statt. Eine Verlängerung des Projektes wird ins Auge gefasst.

Quelle: Neue Fricktaler Zeitung, 29. August 2019

Lücke bei der Altersbetreuung schliessen

Die Eckpfeiler für das Pilotprojekt sind eingeschlagen



Sie freuen sich auf den Start des Pilotprojektes: Andre Rutzatter, Geschäftsführer des Vereins für Altersbetreuung Oberes Fricktal (VAOF) und seine Stellvertreterin, Jeannette Zumsteg. Foto: vfg

5.1 Medienpräsenz

Die Geschäftsstelle des VAOF und die Arbeitsgruppe informieren die Bevölkerung schon in der Entwicklungsphase über das BWG. Sie kontaktieren und informieren die lokalen Medien regelmässig. Im Laufe des Projektes erscheinen deshalb mehrmals Artikel in den Lokalzeitungen und in der Aargauer Zeitung (August 2019, November 2019, Juli 2020, Oktober 2020, Oktober 2021).

In den Gemeindemitteilungen erscheinen ebenfalls Artikel zum BWG. So informiert z. B. «Usem Dorf», die Dorfzeitung der Gemeinde Gipf-Oberfrick, im Juni 2020 über das Projekt und schreibt:

«Benötigen Sie die Unterstützung durch Ihre Familie, Nachbarn oder Pflegepersonen? Möchten Sie zu Hause leben – wissend, dass bei Bedarf in kürzester Zeit professionelle Hilfe vor Ort ist? Wünschen Sie zum Beispiel Unterstützung im Haushalt oder Entlastung beim Zubereiten der Mahlzeiten? Dann startet ab Juli 2020 ein Projekt, das Sie interessieren wird!»

Quelle: Usem Dorf, Juni 2020, Nr. 2, 34. Jahrgang

Quelle: Neue Fricktaler Zeitung, 28. Juli 2020

Pilotprojekt «Betreutes Wohnen in der Gemeinde»

Fünf Gemeinden und drei Organisationen spannen zusammen

Wenn sich das Pilotprojekt bewährt, so könnte dieses neue Angebot mittelfristig im ganzen Einzugsgebiet des Vereins für Altersbetreuung im Oberen Fricktal (VAOF) eingeführt werden.

Dieter Deiss

FRICK/FRIKKTAL. Zumeist sind es Angehörige, die mit Besorgnis feststellen, dass ihre Mutter oder ihr Vater altersbedingt zunehmend Mühe bekundet mit den täglichen Verrichtungen. Der zeitliche Aufwand für die Betreuung steigt stetig. Selber ist die jüngere Generation häufig noch im beruflichen Alltag beschäftigt oder es sind noch Kinder da, die ebenfalls die nötige Aufmerksamkeit heischen. Der Stress von Jung und Alt steigt. Man ruft die Spitex zu Hilfe, sucht Unterstützung bei der Pro Senectute. Aber was ist, wenn meine Mutter oder mein Vater in der Wohnung stürzt und hilflos am Boden liegen bleibt? Ein Eintritt ins nahe Alterszentrum wird erwogen, aber da winken viele Betrof-



Das Projektleitungsteam (von links): Daniela Teutsch (Spitex), Silvia Bischoff (Spitex), Eva Schütz (Pro Senectute), Ronja Steiger (VAOF), Jeannette Zumsteg (VAOF), Roberta Samero (VAOF). Foto: vfg

5.2 Flyer und Video

Die Organisationen entwerfen einen Flyer und erstellen ein Informationsvideo (Link), welches das Vorgehen der Klientin, des Klienten bei einem Notruf zeigt. Eine Webseite mit dem Video wird aufgeschaltet.

Der Flyer wird in Arztpraxen, Gesundheitszentren und Altersinstitutionen aufgelegt. Noch vor dem Corona-Lockdown besuchen die Initiantinnen und Initianten Veranstaltungen, z. B. Ärztequalitätszirkel,



und präsentieren Informationen bei Treffen mit Altersinstitutionen in der Region. Das Werbematerial und die Zeitungsartikel konzentrieren sich stark auf die Aspekte des Notrufs und der Sicherheit zu Hause.

5.3 Werbeauftritte und Standaktionen

Die Informationskampagne mit direktem Kontakt bricht, bedingt durch die Corona-Einschränkungen, ab. Anlässe mit möglichen Klientinnen und Klienten sind während der Pandemie nicht möglich. Alle Anlässe des Seniorenrats, des Vereins «Für- und Miteinander» oder die Gewerbeausstellung sind abgesagt.

Erst nach Abflauen der Pandemie kann bei ersten Anlässen auch das BWG wieder vorgestellt werden. Das Projekt stösst sofort wieder auf viel Interesse.

Die Mitarbeitenden der Spitex Frick Regio empfehlen bei Bedarf ihren Klienten und Klientinnen das BWG und sind die «Hauptzulieferer». Sie werden unterstützt von Familienangehörigen, welche Klientinnen und Klienten überzeugen, das Alarmierungssystem zu akzeptieren. Immer wieder äussern diese, dass sie «unter sanftem Druck» ihrer Tochter oder ihres Sohnes am BWG teilnehmen.

FAZIT

- ➔ Als wichtigste Mittel der Werbung für das Projekt BWG werden die Website, ein Flyer und ein Video eingesetzt.
- ➔ Die Pandemie verunmöglicht Werbeauftritte und Veranstaltungen. Erst nach den Lockerungen der Corona-Massnahmen werden persönliche Begegnungen wieder möglich.
- ➔ Der Aspekt der Sicherheit wird in mehreren Artikeln der lokalen Presse als zentrales Thema aufgegriffen. Erweiterte Dienstleistungen der Stufe 2 oder das Case Management der Stufe 3 werden kaum thematisiert.
- ➔ Die Werbemassnahmen konzentrieren sich stark auf die älteren Personen. Im Projektverlauf wird klar, dass Familienangehörige, Freunde und Freundinnen und Nachbarn oder Nachbarinnen eine wichtige Rolle spielen

Beschreibung der Klientinnen und Klienten

Klientinnen und Klienten des BWG leben in vier der sechs teilnehmenden Gemeinden. Der Eintritt in das Angebot des BWG erfolgte v. a. über die Stufe 2, welche koordinierte Dienstleistungen anbietet. Eintritte über die Stufe 1 (nur Notruf) sind selten und solche über die Stufe 3 (Case Management) kommen nicht vor.

Gründe für die Nutzung des BWG waren Ereignisse (z. B. Stürze), Veränderungen der Gesundheit, direkter Kontakt zur Spitex und die Entlastung von Angehörigen.

Das Konzept des BWG richtet sich an Personen im vierten Lebensalter (80+ Jahre), die durch gesundheitliche Instabilität stark gefordert sind. Damit erhält die Pflege/Betreuung eine grosse Bedeutung. Die Familienangehörigen, Freund oder Freundinnen sind Ressource, benötigen aber oft selber fachliche Unterstützung.

6.1 Zeitlicher Verlauf der Anmeldungen der Klientinnen und Klienten

Das Rekrutieren von Klientinnen bzw. Klienten hat sich durch die Corona-Pandemie verzögert. Immer wieder interessieren sich Personen telefonisch für die Leistungen des BWG. Sie erhalten Unterlagen zum Angebot. Wieso es danach nicht zu einem Vertragsabschluss kommt, ist nicht bekannt.

Aus vier der sechs Gemeinden nehmen Personen am BWG teil (Abbildung 6).

Total wurden in den drei Jahren 31 Personen ins BWG als Klientinnen bzw. Klienten aufgenommen. 14 Personen lebten gemeinsam mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin, 16 Personen lebten allein in einem Haushalt. Ab dem dritten Quartal 2020 wurden die Eintritte der Personen ins Projekt BWG systematisch dokumentiert. Ausser im ersten Quartal 2021 war eine kleine, aber kontinuierliche Aufnahme von neuen Klientinnen und Klienten vorhanden (Abbildung 7).

Abbildung 6: Gemeinden – BWG-Klientinnen und Klienten

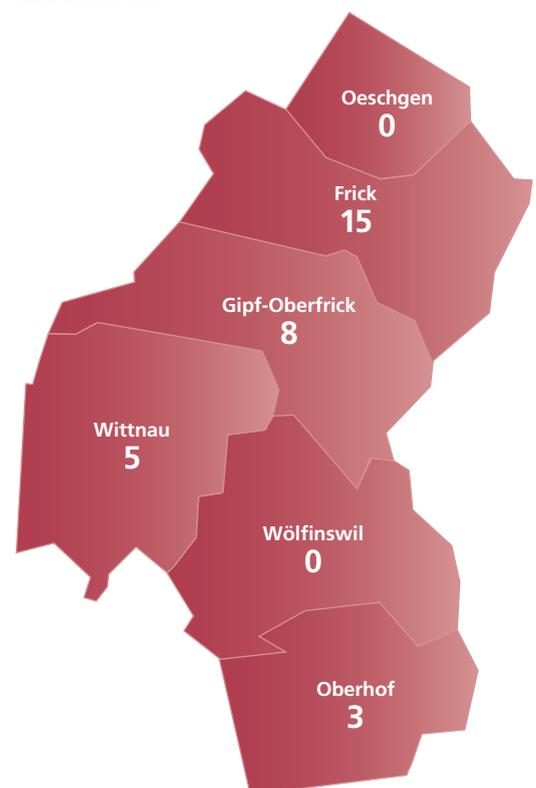




Abbildung 7: Aufnahme neuer Klientinnen und Klienten pro Quartal 2020–2023

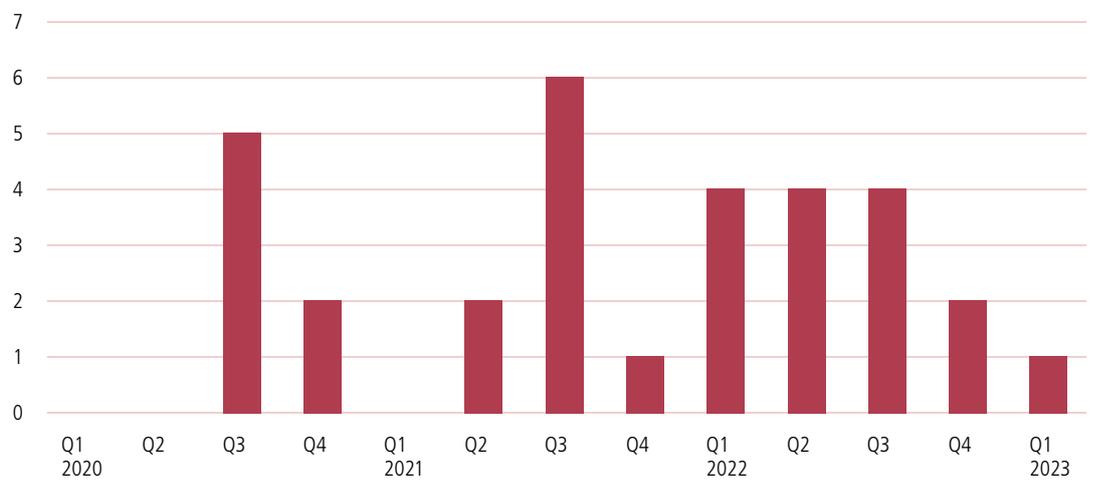
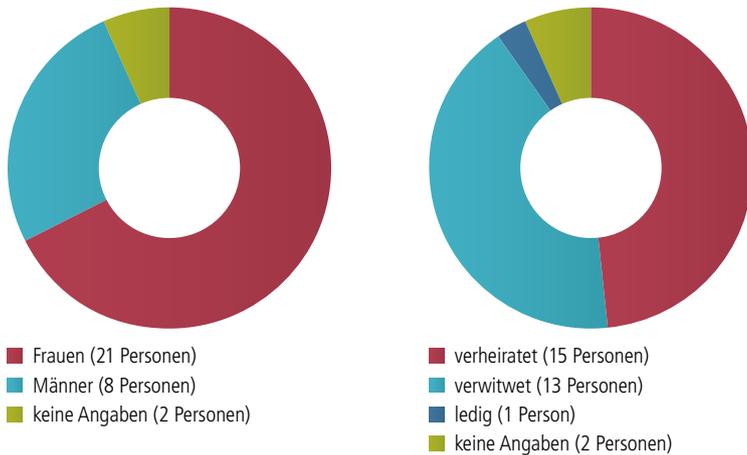
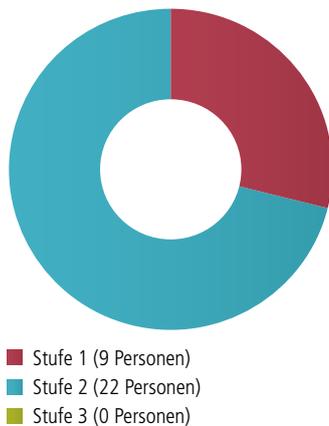


Abbildung 8: Demographische Daten

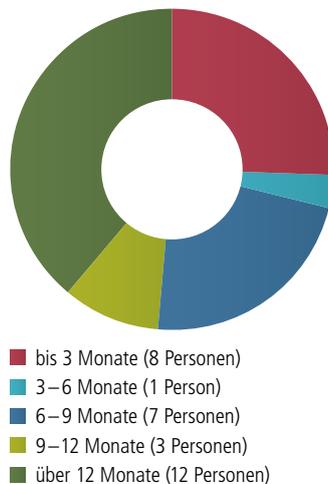
Teilnehmende (75- bis 96-jährig, Durchschnittsalter 86.4 Jahre)



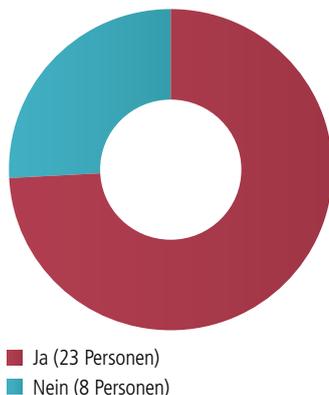
BWG-Stufe



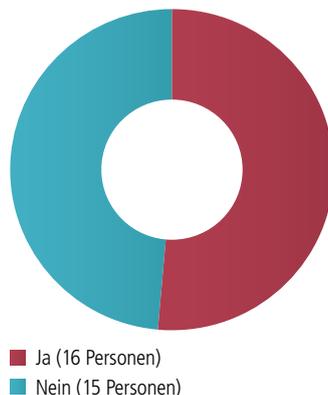
BWG-Dauer (Ø 347 Tage)



Pflege Spitex



Pro Senectute



6.2 Demographie

Alle Klientinnen und Klienten, ausser einer Person (75 Jahre), sind über 80 Jahre alt. Das Durchschnittsalter beträgt 86.4 Jahre. Die Mehrheit sind Frauen (Abbildung 8).

Drei Personen lassen das Alarmsystem für Notfälle installieren, ohne zusätzliche Leistungen zu beziehen, und sechs Personen beziehen lediglich hauswirtschaftliche Unterstützung. Sie sehen die «24 h/7 Tage-Erreichbarkeit» der Spitex als Absicherung, sollte ihnen je etwas zustossen, und sind deshalb in Stufe 1 des BWG eingeteilt. Die grosse Mehrheit (22 Personen) beziehen bereits Leistungen der Spitex und evtl. der Hauswirtschaft. Sie werden daher in Stufe 2 des BWG aufgenommen.

Die Klientinnen und Klienten nutzen das Angebot längerfristig. Am Stichtag 31.3.2023 werden die 31 Personen im Durchschnitt 347 Tage durch das BWG unterstützt. Zwölf Personen waren länger als ein Jahr dabei.

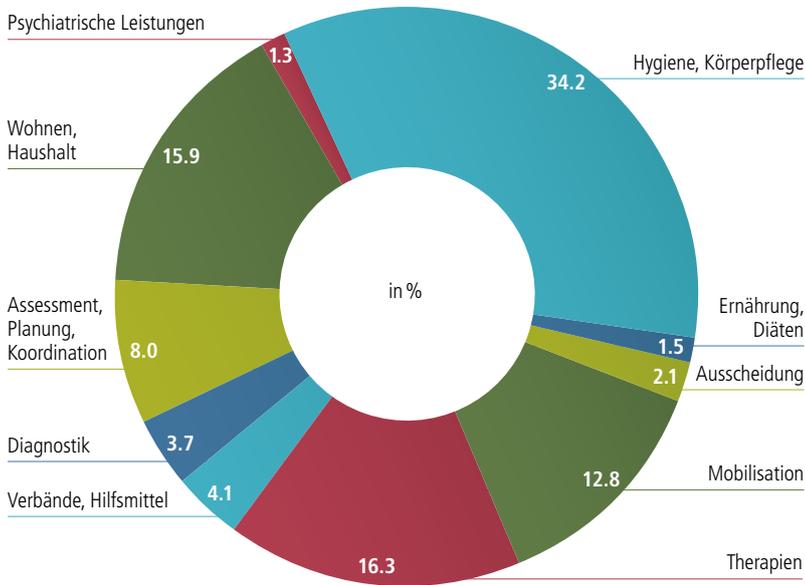
6.3 Motivation für das BWG

Die Interviews mit den Klientinnen und Klienten zeigen, dass sich die meisten Personen nach einem oder mehreren Ereignissen für das BWG entschieden. Dies waren gesundheitliche Veränderungen, Stürze oder Handlungen tagsüber oder nachts, bei der jemand Hilfe gebraucht hätte. Entweder erleben die Befragten selbst eine beängstigende Situation oder sind als Angehörige Zeugen.

«Ich fiel in der Wohnung hin und konnte nicht mehr aufstehen. Ich versuchte meinen Bruder und die Schwägerin zu kontaktieren. Ich robbte bis ins Wohnzimmer, konnte aber das Telefon nicht erreichen. Jemand läutete an der Tür, aber diese Person hörte mein Rufen nicht. Die Nachbarin alarmierte dann meinen Bruder. Sie nahm an, dass etwas nicht stimmen konnte. Ich lag also schon mehrere Stunden, bis mein Bruder kam.»

Klientin BWG, 80-jährig

Abbildung 9: Pflegerisch-betreuerische Unterstützung – Zeitaufwand



Die Empfehlung der vertrauten Spitex veranlasst die Klientinnen und Klienten, das Alarmierungssystem zu nutzen. Andere, zum Teil günstigere, Lösungen werden nicht in Betracht gezogen, da mit dem BWG-System die Spitex als erste Ansprechpartnerin über das Medical Center kontaktiert wird.

Die Klienten und Klientinnen wollen auch ihre Angehörigen entlasten. Dies gilt auch für Personen, die mit dem Partner bzw. der Partnerin in der gemeinsamen Wohnung leben oder bei denen die Angehörige nicht in der näheren Umgebung wohnen.

«Es ist für meine Kinder auch eine grosse Beruhigung, dass sie wissen, dass ich um Hilfe rufen kann, wenn etwas ist. Ich selbst glaube nicht, dass ich das System je brauche. Aber meine Kinder sind viel ruhiger.»

Klientin BWG, 82-jährig

Die Angehörigen verstärken die Empfehlungen der Spitex. Vor allem erwachsene Kinder oder Enkelkinder sehen sich nicht in der Lage, auf Notrufe ihrer Eltern zeitlich oder fachlich adäquat zu reagieren.

«Ich benötige eine Stunde, um zu meinen Eltern zu kommen. Im Falle eines Sturzes müssten sie zu lange warten. Wenn ich nachts los muss, bringt das meinen ganzen Tagesablauf durcheinander. Ich muss am nächsten Morgen wieder zur Arbeit.»

Tochter, 63-jährig

6.4 Austritte

Bis zum Ende der Datenerhebung haben 16 Personen das BWG wieder verlassen. Die durchschnittliche Vertragsdauer bei den ausgetretenen Personen beträgt 207 Tage. Die Hälfte von ihnen nutzte das BWG zwischen 1–3 Monate. Drei der austretenden Personen waren länger als 12 Monate dabei. Sieben Klientinnen und Klienten verstarben, eine Person wechselte ins Betreute Wohnen und fünf Personen wechselten in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Eine Person entschied sich für ein anderes Alarmierungssystem und zwei Personen verzichteten aus familiären und anderen Gründen auf die Leistungen des BWG. All diese Personen unterscheiden sich weder im Alter noch im Geschlecht oder in den Unterstützungsleistungen von den verbleibenden Personen.

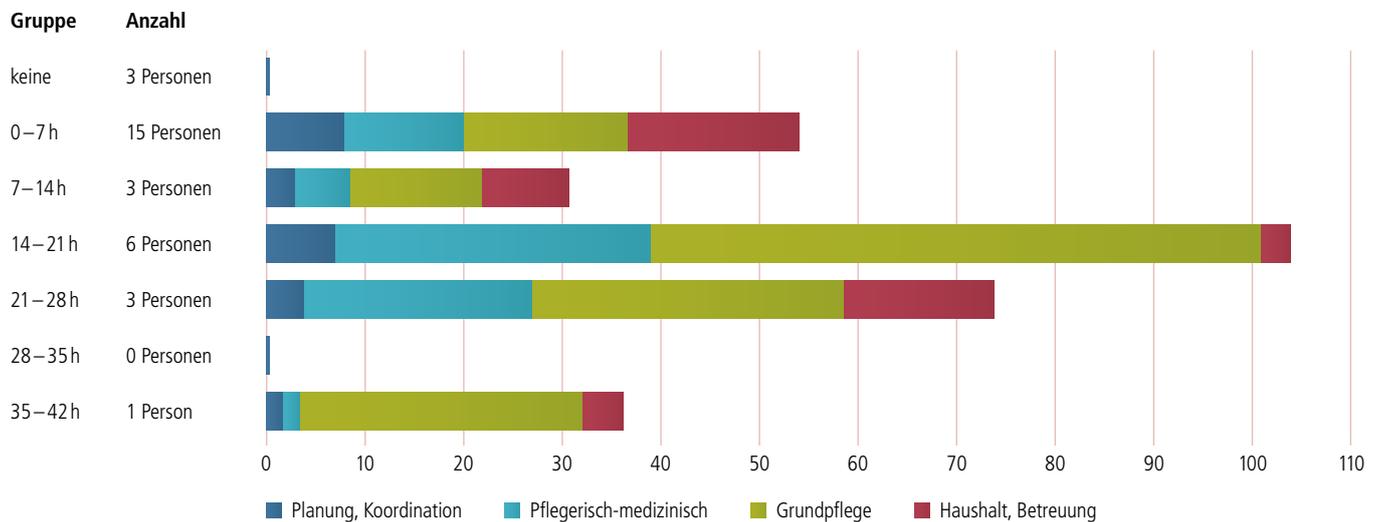
6.5 Betreuungssituation

Bei 70 % der Personen konnten bei Eintritt in das BWG Daten zur Betreuungssituation erhoben werden. Die Klientinnen und Klienten berichten von mittelmässiger und guter Gesundheit (86 %), bei 44 % hat sich der Gesundheitszustand vor der Anmeldung aber verändert.

Bei den Personen im BWG ist die Mobilität stark eingeschränkt. 90 % der Klientinnen und Klienten sind sturzgefährdet und 46 % können das Haus nicht mehr selbstständig verlassen. Die Hälfte braucht auch Unterstützung bei der Mobilität im Haus.

Da Einsamkeit das Wohlbefinden und die Gesundheit beeinflusst, wurden die Klientinnen und Klienten zu ihren sozialen Kontakten befragt. Rund 75 % von ihnen haben regelmässig Kontakt zu Angehörigen.

Abbildung 10: Zeitlicher Aufwand für Pflege und Betreuung (pro Gruppe und pro Woche in Stunden)



rigen, Freundinnen und Freunden oder Nachbarn und Nachbarinnen. Drei Personen berichten von gelegentlicher Einsamkeit, keine spricht von häufigen Gefühlen der Einsamkeit. Diese Zahlen sind im Vergleich zu einer Schweizer Studie tief. Diese Studie zeigt, dass sich 5.5 % der Personen über 75 Jahren häufig oder sehr häufig einsam fühlen, und sich weitere 29 % manchmal einsam fühlen⁶. Mit steigendem Alter nehmen Einsamkeitsgefühle aber tendenziell ab⁷.

6.6 Unterstützungsleistungen

Im Projekt BWG beziehen die 31 Teilnehmenden bei Eintritt durchschnittlich 1200 Stunden pflegerisch-betreuerische Leistungen pro Monat. Rund zwei Drittel der Zeit wird für Hygiene und Körperpflege, die Mobilisation und die Ausführung medizinisch-therapeutischer Aufgaben aufgewendet. Für die Unterstützung beim Wohnen wie der Reinigung der Wohnung und Aufgaben im Haushalt wie Kochen, Bügeln und Einkaufen werden weitere 16 % der Zeit aufgewendet (Abbildung 9).

Die Unterstützung variiert zwischen den Personen sowohl im zeitlichen Umfang wie auch in der Art der Unterstützung. Drei Personen benötigen keine Unterstützung und 15 Personen benötigen Hilfe bis max. eine Stunde pro Tag. Am anderen Ende der

Skala ist Unterstützung im Umfang von 3–6 Stunden pro Tag notwendig, vor allem für pflegerisch-medizinische Leistungen, für Körperpflege und Mobilisation (Abbildung 10).

Bei 22 Klientinnen und Klienten stehen Daten zur Betreuungssituation durch Angehörige zur Verfügung. Zehn Personen werden regelmässig unterstützt, zum Teil von mehreren Personen. Am häufigsten sind Töchter und Söhne involviert (n=10). Daneben unterstützen auch andere Verwandte (n=5) oder Bekannte/Nachbarn und Nachbarinnen (n=1). Im Schnitt erhalten die Personen 7.3 Stunden Hilfe pro Woche.

6.7 Alarmierung mit dem Notknopf

Für die 31 Personen ist der Notrufknopf ein wichtiger Grund für die Teilnahme am BWG. Leistungen der Sicherheit tragen einer potentiellen Gefährdung bei steigendem Alter Rechnung. Die altersbedingte Abnahme von Kraft, Gleichgewicht, Seh- und Hörvermögen sowie der Kognition beeinträchtigt die Gangsicherheit und führt zu einem erhöhten Sturzrisiko⁸. Die Vorstellung, sich zu verletzen und nicht nach Hilfe rufen zu können, war sowohl bei Angehörigen wie auch bei den Klientinnen bzw. Klienten ein wichtiges Argument. Die Zahlen

6 Bundesamt für Statistik, «Persönliche und soziale Ressourcen».
 7 Statistik Luzern, «Einsamkeit».
 8 Bundesamt für Unfallverhütung, «Fakten und Zahlen – Kampagne sicher stehen – sicher gehen».

Abbildung 11: Notfalleinsätze pro Klientin / Klient

Einsätze	Personen	%
1 Einsatz	7	16.3 %
2 Einsätze	1	4.7 %
5 Einsätze	1	11.6 %
8 Einsätze	1	18.6 %
10 Einsätze	1	23.3 %
11 Einsätze	1	25.6 %
Gesamt	12	100 %

Abbildung 12: Einsatzgrund (Mehrfachnennungen möglich)

Einsatzgrund	Anzahl	%
Fehlalarm	3	6.4 %
Sturz	22	46.8 %
Atmung	2	4.3 %
Lagerung	5	10.6 %
Inkontinenz/Toilette	10	21.3 %
Schmerzen	1	2.1 %
Herz- / Kreislauf	3	6.4 %
Anderes	1	2.1 %
Gesamt	47	100 %

zeigen, dass auch im Projekt BWG der Sturz zu den bedeutendsten Risikofaktoren gehört.

Zu Beginn zeigten sich einige technische Probleme mit dem Alarmierungssystem. Einerseits hat das Gerät eine begrenzte Reichweite (kein GPS, Sendeleistung nur innerhalb des Hauses) und andererseits ist die Kompatibilität mit anderen Geräten nicht einfach herzustellen. Ergänzend wird auch der Wunsch nach einem integrierten Falldetektor laut, der mit dem gewählten Produkt aber nicht abgedeckt werden kann.

Bei Auslösen des Notrufes durch Klientinnen oder Klienten funktioniert die Alarmierung zur medizinischen Zentrale ohne Probleme. Das Aufbieten der

Abbildung 13: Tageszeit der Einsätze

Tageszeiten	Anzahl	%
08:00–12:00 h	9	20.9 %
12:00–16:00 h	7	16.3 %
16:00–20:00 h	5	11.6 %
20:00–24:00 h	8	18.6 %
00:00–04:00 h	10	23.3 %
04:00–08:00 h	3	7.0 %
Keine Angaben	1	2.3 %
Gesamt	43	100 %

Spitex erfolgt umgehend. Die Spitex ist nach eigenen Angaben im Zeitraum von 15–30 Minuten vor Ort. Der Pikettdienst ist ein Schritt in die Richtung einer bedarfsgerechten Versorgung. Die Versorgung der 31 Klientinnen und Klienten während des Projektes bezeichnet die Spitex als gut machbar. Die vertraglich festgelegte Kapazität von fünfzig Personen mit Alarmierungseinsätzen würde aber die Kapazitäten der Spitex im Moment sprengen.

Zwölf Klientinnen und Klienten lösten 43-mal den Notruf aus. Beinahe die Hälfte der Noteinsätze fand bei zwei Personen statt (Abbildung 11). Bei vier Einsätzen musste zusätzlich die Ambulanz aufgebieten werden.

Für die Alarmierung werden total 47 Gründe dokumentiert. In beinahe der Hälfte der Alarmierungen stürzten die Klientinnen und Klienten. Der zweithäufigste Grund war Hilfe bei Inkontinenz oder Schwierigkeiten beim Gang zur Toilette (Abbildung 12).

Der Pikettdienst ist ursprünglich für den Nachtdienst geplant. Die Notrufe erfolgen aber nicht ausschliesslich nachts, sondern über den ganzen Tag verteilt. Die Besetzung des Pikett-Telefons und der reguläre Betrieb müssen neu organisiert werden (Abbildung 13).

FAZIT

- BWG hat die Bevölkerungsgruppe im vierten Lebensalter erreicht, die durch gesundheitliche Einschränkungen im Alltag gefordert ist. Die Spitex und Pro Senectute kennen als aufsuchende Dienstleistung die konkrete Lebenssituation sehr gut.
- Die Koordination der Dienstleistungen (Stufe 2) und das von der Spitex bereits angebotene Case Management könnte im Rahmen des BWG mehr genutzt und ausgebaut werden.
- Häufige soziale Kontakte prägen den Alltag der Klientinnen und Klienten. Gefühle der Einsamkeit spielen kaum eine Rolle. Auffallend ist das grosse Engagement von Angehörigen. Der Ansatz, familiäre Systeme einzubinden und durch fachliche Betreuung zu stärken, muss (weiter-) entwickelt werden.

Anpassung des Konzepts BWG

Eine Schärfung des Konzepts BWG wird in Angriff genommen. Die Lebenssituation und der Alltag der teilnehmenden Menschen über 80 Jahren werden wesentlich von gesundheitlichen Problemen geprägt. Gesundheitliche Krisen können mit dem Notrufsystem und dem Pikettdienst der Spitex aufgefangen werden.

Zum Verbleiben in der angestammten Wohnung bedarf es zusätzlich präventiver Dienstleistungen, die auf die Aufrechterhaltung eines gelingenden Alltags zielen. Dienstleistungen sind notwendig, die die Fähig- und Fertigkeiten der Klienten und Klientinnen stärken und zum Erhalt von familialen Unterstützungssystemen beitragen.

Dies fordert den Ausbau der 3. Stufe des BWG, des Case Managements. Ein Entwicklungsprozess wird gestartet, welcher die Stufen des BWG neu als sich ergänzende Module definiert und v. a. im Modul 3 die Form des Case Managements festlegt.

Das Angebot des Hilferufsystems der Spitex bei gesundheitlichen Ereignissen hat sich gut bewährt (Modul 1). Die Arbeitsgruppe beschliesst, dass eine Rollenklärung und Schärfung des Konzepts des BWG vor allem für das 3. Modul des Case Managements notwendig sind. Auch eine Rückmeldung der Gemeindevertreter und -vertreterinnen betont, dass noch vermehrt auf das Modul 3 und die Kooperation zwischen den Organisationen Gewicht gelegt werden kann. In der Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen des VAOF, der Spitex Regio Frick und der Pro Senectute werden in zwei Workshops die Eckpfeiler der Erweiterung von der Sicherheit zur Alltagsgestaltung herausgearbeitet.

7.1 Entwicklungsprozess

Das Case Management wird als Methode bezeichnet, wie Prozesse in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können. Ziel ist es, im Einzelfall die nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen zu garantieren⁹.

In der Diskussion ging es darum, sich für ein spezifisches Case Management zu entscheiden. Zur Dis-

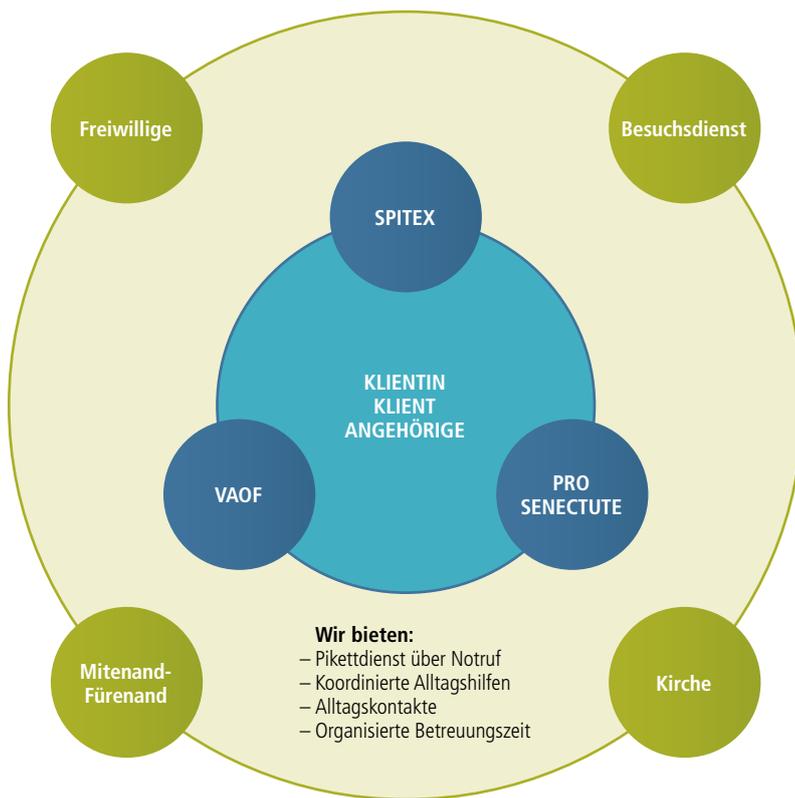
kussion steht das «horizontale» Fallmanagement mit dem Fokus auf die Zusammenarbeit von Organisationen, die Bildung von Versorgungsnetzen und die entsprechenden Marktanalysen. Andererseits fokussiert sich das vertikale Fallmanagement auf die Bestandesaufnahme, Bedarfsanalyse und Zielvereinbarung aus der Klientenperspektive. Die Arbeitsgruppe entscheidet sich für eine Rollenklärung im Rahmen des vertikalen Case Managements, welches die Case Managerin als Advokatin, Vermittlerin oder Gatekeeperin sieht.

Der Entscheid basiert auf der Erkenntnis, dass das horizontale Case Management auf Organisationsebene im BWG vertraglich gut abgesichert ist. Aus Organisationssicht sind die drei Module logisch aufgebaut, da eine höhere Stufe auch zunehmend grössere Anforderungen an die Kooperation zwischen den Dienstleistern stellt.

Die Aufgabenteilung ist klar für die Module 1 und 2, fehlt aber für das Modul 3, wo die Rollen des vertikalen, individuellen Case Managements die Grundlage bilden. Vor allem in einem Fall wird dies deutlich sichtbar, als Organisationsvertreterinnen, Klientin und ihre Familienangehörigen «in einem Round Table» die Grenzen des BWG gemeinsam be-

⁹ Deutsche Gesellschaft für Case and Care Management (DGCC), «Case Management».

Abbildung 14: Flipchart-Notizen der Arbeitsgruppe zum Case Management



sprechen. Case Management soll, so die Erkenntnis aus diesen Gesprächen, nicht dazu dienen, die Limitierung des BWG festzustellen, wenn die Situation zu Hause prekär wird. Vielmehr sollen frühzeitig präventive Fähigkeiten und Fertigkeiten von Klientinnen und Klienten erhalten oder Anpassungen in der Wohnung initiiert werden. Die Diskussionen in der Arbeitsgruppe zeigen, dass für diese Aufgabe die Spitex prädestiniert ist. Ziel soll es sein, den Leistungsauftrag der Spitex um diese Komponenten zu erweitern.

Die Sicht auf ein Case Management mit präventiven Anteilen wirft die Frage auf, wie Leute frühzeitig, d. h. vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen, eingeschlossen werden können. Beispiele aus der Praxis zeigen, dass bei den Klienten und Klientinnen und ihren Angehörigen ein niederschwelliger Zugang zur Hilfe für einen gelingenden Alltag wichtig ist.

«Wer schaut zu meiner Mutter, wenn ich nun einmal für zwei Wochen in die Ferien gehen will? Immerhin erlaubt das Notrufsystem, dass sie Hilfe bekommt, wenn was ist, aber sie bräuchte Begleitung zum Einkaufen und jemand sollte mal nach ihr schauen.»

Tochter, 58-jährig

Einen normalen Alltag zu leben und sich notwendige Hilfe zu organisieren, bedeutet, dass Bewohnende Kenntnisse über das Gesundheits- und Gemeindegewerbe besitzen müssen (wer bietet was an?), dass sie über die Fähigkeit verfügen, ihre Situation einzuschätzen (was ist mein Unterstützungsbedarf in der Zukunft) und dass das notwendige Angebot zeitlich und örtlich erreichbar ist (wie und wann steht Unterstützung zur Verfügung?). Das BWG soll, so die Idee, Unterstützung für Klienten und Klientinnen in der Beantwortung dieser drei Wer-was-wie-Fragen anbieten und durch einen einfachen Zugang ins Gesundheitssystem ermöglichen. Dabei soll im Case-Management (3. Modul) der Unterstützungsbedarf professionell erfasst und die Verantwortung für konkrete Unterstützungsmaßnahmen übernommen werden. Das ist mehr als ein Informationsangebot. Der Bedarf muss mit dem vorhandenen Angebot abgestimmt und mit dem Klienten oder der Klientin ausgehandelt werden. Das 3. Modul des BWG verlangt deshalb eine möglichst gute Zusammenarbeit mit den verschiedenen Leistungserbringern (Abbildung 14).

Beim Ausbau des BWG geht es um Betreuung zu Hause und nicht allein um den Sicherheitsaspekt. Die Arbeitsgruppe diskutiert, dass der Slogan einer neuen Kampagne auf den Betreuungsaspekt und den gelingenden Alltag ausgerichtet werden muss:

«Dass ihr Alltag zu Hause gelingt, ist uns wichtig. Gemeinsam besprechen wir, was es für Sie braucht. Wir unterstützen Sie beim Organisieren, sofern Sie dies nicht selbst machen können.»

Slogan



7.2 Erweiterung des Konzepts

Letztlich wird eine Erweiterung des Angebotes darin gesehen, Entlastungen für die Angehörigen und Betroffenen zu organisieren. Zum Angebot des Case Managements gehören eine regelmässige persönliche Bedarfsabklärung, zielgerichtete Beratung und die konkrete Organisation von gewünschten Hilfeleistungen, bis hin zur Soforthilfe, wenn ungeplante Ereignisse dies verlangen. Das Case Management kann mit einem Stundenansatz verrechnet werden, der dem Aufwand entspricht. Es gilt, eine Anlaufstelle zu bieten, die niederschwellig und kostenlos angerufen werden kann. Die Soforthilfe steht im Vordergrund. Es wird angenommen, dass Soforthilfe langfristige Unterstützungsangebote der Organisationen initiieren kann.

7.3 Kommunikation, Kontinuität und Kollaboration

Beim Ausbau der Soforthilfe und einem Zugang zu BWG über ein Case Management werden die Kommunikationswege zwischen den involvierten Organisationen noch entscheidender. Sie bestimmen, ob die Leistungen sinnvoll und hilfreich geplant werden können. Sie entscheiden darüber, ob die Leistungen mit der notwendigen Qualität für die Klienten und Klientinnen erbracht werden.

Im Verlaufe des Projekts erweist sich aber die gemeinsam erarbeitete Dokumentation als unübersichtlich und schwierig. Die Formulare enthalten zum Teil redundante Informationen. Die Projektleitung vom VAOF und die Projektverantwortliche der Spitex tauschen sich deshalb regelmässig informell aus. Die geringe Anzahl von aktiven Fällen erlaubt diesen informellen Austausch. Der Druck, organisatorische Massnahmen zu treffen, um den Informationsfluss zu verbessern, ist deshalb gering. Die Berichte, die im Projektvertrag vorgesehen sind, erübrigen sich.

Sollen die Dienstleistungen stärker mit den Klientinnen und Klienten und anderen Leistungsanbietern gemeinsam geplant werden, dann müssen diese gemeinsam verhandelt werden. Ein Weitergeben von

Ein zusätzliches neues Angebot «Individueller Unterstützungsleistungen» soll Angehörige und Betroffene entlasten und zur Überbrückung von Ausnahmesituationen unkomplizierte Soforthilfe gewährleisten. Zudem soll der Ausbau der stationären Langzeitpflege im Einzugsgebiet des Oberen Fricktals «eingedämmt» sowie für die Übergangspflege, zum Beispiel nach Spitalaustritt, ein unterstützendes Angebot geschaffen werden.

aus dem Antrag BWG, Dez. 2022



Information reicht dann nicht mehr aus. Vielmehr spielt die Kontinuität, mit der Leistungen erbracht werden, eine entscheidende Rolle. Es werden drei verschiedene Formen der Kontinuität unterschieden¹⁰. Alle beteiligten Personen sind über die Abmachungen und Neuerungen informiert (Informationskontinuität), Anpassungen werden gemeinsam vorgenommen und die Planung wird von allen verstanden und auch umgesetzt (Managementkontinuität). Die Personen im Netz bleiben miteinander in Verbindung und möglichst immer wieder werden dieselben Personen in Entscheide und deren Umsetzung involviert (Beziehungskontinuität).

Die Verbindung dieser drei Formen der Kontinuität ermöglicht es, dass Pflege- und Betreuungspläne koordiniert und laufend der individuellen Klientensituation angepasst werden. Sie sind die Grundlage, dass das Gefühl von Vorhersehbarkeit entsteht, dass Klientinnen und Klienten vertrauen und die Möglichkeit erleben, sich an Zielsetzungen und Entscheidungsprozessen aktiv beteiligen zu können¹¹.

Es braucht neue Formen und Strukturen der Zusammenarbeit, welche Aufgaben definiert, Rollen klärt und entsprechende Strukturen aufbaut und verstetigt. Die Klärung der Aufgaben ist für alle drei Module des BWG wichtig. Die Verantwortlichen haben

deshalb Regeln festgelegt, wer die Führung je nach Situation wie übernehmen soll. Bis zum Projektabschluss sind aber noch keine Pläne vorhanden, wie die Zusammenarbeit auch strukturell dem Bedarf eines Case Managements angepasst werden soll. Teambildung, Rollen- und Wertklärung, das Festlegen von Zielen und der fachliche Austausch bleiben vorerst der informellen Form von Zusammenarbeit überlassen.

10 Bahr und Weiss, «Clarifying Model for Continuity of Care»; Haggerty, «Continuity of Care».

11 Adler, Vasiliadis, und Bickell, «The Relationship between Continuity and Patient Satisfaction»;

Chen, Tu, und Chen, «Effect of Continuity of Care on Quality of Life in Older Adults with Chronic Diseases»;

Davis u. a., «Effectiveness of Nurse-Led Services for People with Chronic Disease in Achieving an Outcome of Continuity of Care at the Primary-Secondary Healthcare Interface».

FAZIT

- ➔ Herausfordernde Situationen einerseits und präventive Unterstützung andererseits fordern den Ausbau eines 3. Moduls des BWG, dem Case Management, welches auch Hilfe für einen gelingenden Alltag anbietet.
- ➔ Präventive Massnahmen verlangen einen niederschweligen Zugang für Klientinnen und Klienten und Angehörige. Der Unterstützungsbedarf wird dazu professionell im Rahmen eines vertikalen Fallmanagements erfasst.
- ➔ Es gilt auch Personengruppen anzusprechen, bei denen zeitlich limitiert der Alltag zu unterstützen ist. Z. B. bei Ferienabwesenheit der Angehörigen, nach einem Todesfall, bei einem Austritt aus dem Spital nach einem geplanten Eingriff.
- ➔ Neben informeller Kommunikation muss der Informationsaustausch einfach und zuverlässig verstetigt werden, um die Zusammenarbeit zwischen den Dienstleistern VAOF, Spitex Regio Frick und Pro Senectute und den Klienten und Klientinnen und Angehörigen zu sichern. Massnahmen zur Förderung aller Aspekte von Kontinuität sind dabei bestimmend.
- ➔ Ein ausgebautes und verstetigtes Case Management verlangt nach Kollaboration. Entsprechende Entwicklungsschritte zur Rollenklärung, Teambildung, Zieldefinition, Klärung von Werten und den notwendigen strukturellen Veränderungen sind Bestandteil einer nächsten Phase.

Interview mit Jeannette Zumsteg & Roberta Samero



Roberta Samero, Projektleiterin und Jeannette Zumsteg, Leitung Betreutes Wohnen und stv. Geschäftsführerin VAOF.

Welches waren für Sie wichtige Entwicklungsschritte im Projekt?

Jeannette Zumsteg: Den stärksten Einfluss hatte die Corona-Pandemie. Diese führte über einen langen Zeitraum zu einem beinahe kompletten Stopp des Projekts. Weiter hatten wir personellen Wechsel, welcher das Projekt gefordert hat. Im Projektverlauf war der Wunsch vorhanden, das Netzwerk zu stärken. Dazu gehört, bestehende Strukturen in den Gemeinden einzubinden. Dieses Ziel konnten wir leider aufgrund der Situation nicht in der gewünschten Konsequenz verfolgen. Äusserst positiv erleben wir, dass die drei Organisationen untereinander sehr gut zusammenarbeiten und für ihre Arbeit stets eine klientenorientierte Perspektive vertreten. Gemeinsam sind wir dabei auch mal «über uns hinausgewachsen» beim Finden von Lösungen. Positiv war auch das Wohlwollen der Gemeinden. **In Zukunft müssen aber Strukturen geschaffen werden, damit das Gelingen der Dienstleistungen sowie das Fortbestehen des Angebotes personennabhängiger wird.**

Roberta Samero: Ja, die Gemeinden haben in der Projektgruppe gut mitgearbeitet. Die Bekanntmachung des Projekts in den Gemeinden wurde jedoch uns überlassen. Eigentlich war am Anfang angedacht, dass die Gemeinden in der Projektgruppe vertreten sind. Das hat sich dann so entwickelt, dass sie für Entscheidungen einbezogen wurden, dass aber die Vorbereitung und Ausarbeitung der möglichen Prozesse und Angebote uns überlassen blieb. Die Interaktion mit den Gemeindemitgliedern und das «Bekanntmachen» des Angebots in den Gemeinden war kaum vorhanden. Das ist schade, da sie die Situation in den Gemeinden bzw. der Gemeindemitglieder besser kennen.

Was konkret bedeutet «eine aktivere Rolle» zu spielen?

R.S.: Eine aktivere Rolle bedeutet, Unterstützung und Mitarbeit der Strukturen auf Gemeindeebene zu gewinnen. Z.B. die Freiwilligenorganisationen einzubinden. **Man muss diese Organisationen, die Basisarbeit leisten, früher einbeziehen und nicht mit dem fertigen Paket zu den Leuten gehen. Man muss sie abholen und ihre Ideen bei der Erarbeitung des Angebotes nutzen.** Es ist schade, dass beim Leistungsangebot des BWG der Fokus vor allem auf das Modul Sicherheit gesetzt wurde. Die Vorteile der Zusammenarbeit der drei Organisationen (Spitex, Pro Senectute und VAOF) und des «Case Management» konnten nicht sichtbar gemacht werden. So entstand der Eindruck, dass wir stark darauf geschaut haben, was wir anbieten können und vielleicht zu wenig auf das, was die Leute brauchen.

J.Z.: Gemeinsam haben wir im Kleinen gestartet und mit den bestehenden Strukturen abgedeckt was möglich war. Mit der Aktionsforschung haben wir auf Flexibilität gesetzt, wir wollten gemeinsam die Leistungen bedarfs- und bedürfnisgerecht entwickeln. Wir alle waren jedoch neben dem Projekt BWG enorm gefordert während der gesamten Zeit der Pandemie. Wir mussten feststellen, dass die Ressourcen für diese flexible, klientenzentrierte Entwicklung des Projekts immer wieder fehlten.



R.S.: Nur eine Teilzeit-Mitarbeiterin war für die Umsetzung von Beschlüssen, Aufnahme und Betreuung von Kundinnen und Kunden, Datenerfassung Evaluation aber gleichzeitig auch für das Nachfolgeprojekt zuständig. Anträge für neues Sponsoring mussten gestellt, Verträge ausgearbeitet werden. Auf dem Papier waren Ideen vorhanden, aber wir waren nicht für die Umsetzung bereit.

Bedeutet das, dass eine neue Organisation dafür nötig ist?

J.Z.: Es ist eine andere Dynamik spürbar. Die seit Beginn geplante Koordinationsleistung für die BWG-Kundinnen und Kunden soll im Folgeprojekt in den Fokus gestellt werden – mit der Erweiterung für die Versorgungsregion soll eine «Drehscheibe» für Einwohnende wie auch für die Gemeinden entstehen. Daneben gilt es, die Einzelbetreuung sicherzustellen und weiter auszubauen. Eine Schwierigkeit hierbei besteht darin, dass die Spitex mit ihrem Pikett eine solche Ausweitungen nicht einfach so machen kann. Kommen weitere Gemeinden dazu, gilt es, mit der jeweiligen Spitex vor Ort zu prüfen, welche Einzelleistungen möglich sind. Eine Erweiterung des Einzugsgebietes muss schrittweise erfolgen, das Schaffen der notwendigen Strukturen geht nicht so einfach auf die Schnelle.

R.S.: Die Abwicklung der Hilferufe war unser Unique-Selling-Point. Ohne das Pikett und die Spitex geht es nicht. Das war das Kernstück des BWG. Das war v.a. eine Leistung der Spitex.

Welche Rolle haben Sie und andere in der Entwicklung der Versorgungskontinuität, der Kollaboration, des Informationsflusses gespielt?

R.S.: Was gut funktioniert hat ist der Informationsaustausch zum Hilferuf auf Kundenebene. Wir haben später bemerkt, dass wir (VAOF) Informationen zu Klientinnen und Klienten, zum Beispiel zu Spitaleinweisungen, Ferienabwesenheiten, zu Todesfällen nicht erhalten haben. Da haben wir Defizite festgestellt. Der VAOF hat die Projektleitung inne. Die Spitex kannte die Klientinnen und Klienten am besten. Der Austausch ausserhalb der Hilferufeinsätze und Evaluation erfolgte eher informell.

J.Z.: Ein gemeinsames Dokumentationssystem wollten wir bei Projektstart angehen. Der Informationsfluss ist wichtig. Im Alltag lief es bisher praktisch und informell. Werden mehr Gemeinden und Organisationen einbezogen stellt dies enorme Anforderungen.

Im Projekt wurden doch Besprechungen mit allen organisiert. Wie lief der Informationsfluss da?

R.S.: In einem Fall haben die Angehörigen einer Klientin eine Aussprache verlangt. Da sind wir dann zusammen mit der Spitex und Pro Senectute in ein Roundtable- Gespräch gegangen und haben gemeinsam Lösungen gefunden.

J.Z.: Wenn das Case Management weiter bestehen soll, braucht es entsprechend ausgebildete Mitarbeitende.

Sowohl der VAOF wie die Spitex könnten diese Leistung erbringen. Wichtig hierbei ist sicherlich, die Schnittstellen weitmöglichst zu reduzieren. Dies muss in den nächsten Monaten diskutiert werden.

Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie aus dem BWG für ein zukünftiges Projekt?

J.Z.: Wir können eine positive Bilanz ziehen in Bezug auf Kollaboration, Flexibilität und im Sinne einer lernenden Organisation. Fachpartner, Gemeinden und Ärzte/Ärztinnen sollten mehr involviert und die Zusammenarbeit mit den Vertretern aus den Gemeinden stärker eingefordert werden. Die teilnehmenden Klientinnen und Klienten konnten sicherlich vom Projekt profitieren. Das Angebot hat sich entwickelt. Es war und ist wichtig, dass sowohl die Wünsche der Klientinnen und die Möglichkeiten der Anlaufstelle berücksichtigt werden. ***Der Informationsfluss und die Strukturen müssten für den Regelbetrieb ausgebaut werden. Es ist klar, der Aufbau neuer Strukturen braucht seine Zeit.***

Kostenvergleich: BWG und Pflegeheim

Bei Projekten im Gesundheitswesen steht die Frage der Finanzierung oft im Vordergrund. Häufig wird angenommen, dass neue Angebote zu einer Verteuerung führen. Sie verwandelt mit einem Bleistiftstrich wie von Zauberhand Klientinnen und Klienten in Kundinnen und Kunden, die zu zahlen haben oder zu teuer sind, und der Einsatz von Fachpersonen ist ein Kostenfaktor. Im Zusammenhang mit dem BWG werden auch finanzielle Aspekte diskutiert. Vollkostenrechnungen und die Verteilung der Kosten werden dargestellt.

Verglichen werden die durchschnittlichen Kosten einer Person im BWG mit den Kosten bei einem Aufenthalt im Pflegeheim. Der Vergleich zwischen den Kosten einer stationären Betreuung und der Betreuung durch das BWG wird basierend auf folgenden Zahlen berechnet:

In der stationären Betreuung wird die Hotellerie gemäss der Tabelle für Taxen 2023 der Pflegeheime Kanton Aargau berechnet¹². Diese beträgt in Frick im Mittel CHF 115.– pro Tag. Diesen Kosten werden auf der ambulanten Seite die Kosten für Essen und Miete/Energie gemäss Haushaltsausgaben für Personen 75+ gegenübergestellt¹³.

Für die Pflegekosten im BWG wird der Durchschnitt der bezogenen Leistungsstunden aller Personen im BWG mit den Ansätzen der Kantonalen Tarifordnung berechnet. Diese Kosten werden durch die Krankenkasse, die Person und die Gemeinde getragen. Die Kosten für die Person sind auf 20 % der Gesamtkosten oder max. CHF 15.35 pro Tag limitiert. Die restlichen Kosten übernimmt die Gemeinde. Für die Berechnung der Pflegekosten im Heimbereich werden die Leistungsstunden der Spitex zugrunde gelegt. Die nicht KVG pflichtigen Leistungen werden im ambulanten BWG mit einem Ansatz von CHF 37.– pro Arbeitsstunde der Spitex/Pro Senecute verrechnet. Für das BWG wird zusätzlich die Grundgebühr von CHF 200.– pro Monat aufgeführt. Diese Kosten beinhalten einen elektronischen Notknopf und eine 24/7-Erreichbarkeit der Spitex auch an Feiertagen, Wochenenden und in der Nacht.

Damit lässt sich die Betreuung im Heim mit einer 24h-Betreuung annähernd mit den Leistungen der ambulanten BWG-Situation vergleichen.

Die Anzahl dieser Stunden entspricht der Pflegebedarfsstufe 4-d der kantonalen Tarifordnung für stationäre Pflegeeinrichtungen. Damit ist die Anzahl der KLV-Stunden in der Berechnung des BWG und im Heimbereich identisch. Im Bereich Pflegeheim trägt der Versicherer in dieser Stufe pro Tag CHF 38.40, Bewohnende CHF 23.– und die Gemeinde Restkosten von CHF 20.40. Dies entspricht Gesamtkosten für Hotellerie und Pflege von CHF 70 884.– pro Jahr. Dieser Betrag entspricht in etwa dem durchschnittlichen Aufwand für den Heimaufenthalt, wie er in einer Studie für den Kanton Aargau berechnet wurde¹⁴. Im Pflegeheim haben Bewohnende zusätzlich CHF 41.– pro Tag (CHF 14 760.– pro Jahr) für nicht KVG-Leistungen (Betreuung) zu bezahlen. Dies ergibt jährliche Gesamtkosten von CHF 85 644.–. Werden diese Kosten einbezogen, liegt der Selbstbehalt, welcher durch die betreute Person zu bezahlen ist, bei 75 %.

Im BWG beziehen fünf Personen eine Hilflosenentschädigung (HE) in der Höhe zwischen CHF 239.– und CHF 956.– pro Monat. Bei zwei Personen wird diese Unterstützung im Projekt beantragt. Diese finanzielle Unterstützung basiert auf der Pflegebedürftigkeit und ist unabhängig davon, ob eine ambulante oder stationäre Betreuung stattfindet. Die HE wird deshalb nicht in die Berechnungen integriert.

12 Kanton Aargau, «Tarife und Taxen 2023 der Pflegeheime im Kanton Aargau – Bewohneranteil».

13 Bundesamt für Statistik, «Haushaltsbudgeterhebung (HABE)».

14 Knöpfel u. a., «Einkommen älterer Menschen in der Schweiz».



Alterswohnungen in Frick:
Ein intermediäres Angebot.

Abbildung 15: Kostenvergleich stationäre und ambulante Betreuung im Monat?

	Selbstkosten	Krankenversicherung	Gemeinde	Total
Alters- und Pflegeheim				
Wohnkosten (stationär)	3450.–			
Pflege KVG	690.–	1152.–	615.–	
Haushalt, Betreuung nicht KVG	1230.–			
Betreuung durch Angehörige				
Total CHF	5370.–	1152.–	615.–	7137.–
BWG daheim				
Grundgebühr BWG	200.–			
Miete/Energie und Essen	1591.–			
Pflege KVG	224.–	2003.–	844.–	
Haushalt, Betreuung nicht KVG	250.–			
Betreuung durch Angehörige	740.–			
Total CHF	3005.–	2003.–	844.–	5852.–

Die Betreuung durch Angehörige, Bekannte und Freundinnen und Freunde entfällt in der stationären Version. Für diese informelle Betreuung wird in den Kosten für das BWG ein minimaler Ansatz von CHF 25.– pro Stunde berechnet (Abbildung 15).

Der Vergleich zeigt, dass die ambulante Versorgung in dieser Vollkostenrechnung billiger ist als die stationäre Versorgung. Rund CHF 15 420.– können pro Jahr gespart werden, wenn Personen ambulant durch das BWG betreut werden.

Die Kostenaufteilung zwischen den beiden Varianten unterscheidet sich stark. Für die Gemeinde ist das BWG auf den ersten Blick die leicht teurere

Variante. Ihre Ausgaben fallen für Dienstleistungen CHF 229.– pro Monat höher aus. Deutlich teurer ist die ambulante Versorgung für die Krankenkasse. Immer wieder kommt es deshalb zu Situationen, in denen auch aus Kostengründen eine Verlegung in eine stationäre Versorgung empfohlen wird. Diese Praxis entspricht nicht einem bestehenden Bundesgerichtsurteil, welches die ambulante Kostenübernahme auch dann garantiert, wenn die Pflege sehr umfangreich ist¹⁵. Zusätzlich wird die Verlegung in eine stationäre Einrichtung auch durch die EL-Finanzierung (Ergänzungsleistungen) beeinflusst. Diese Berechnungen wurden hier nicht ausgeführt, da Fragen zu EL-Leistungen bei den Klientinnen und Klienten im Projekt BWG keine Rolle spielten.

15 Bundesgericht, «Gegenstand: Krankenversicherung (Krankenpflege; Wirtschaftlichkeit der Behandlung);»

Demuth, «Stephanie Burger (83) pflegt ihren todkranken Mann zu Hause. Doch der Krankenkasse ist das zu teuer. Sie kürzt das Geld für die Spitex. Die Frau wehrt sich – mit Erfolg.»



Für die Klientinnen und Klienten ist die ambulante Versorgung deutlich billiger. Die Betreuung zu Hause sind rund CHF 2365.– pro Monat weniger. Es kann von weiteren Kosteneinsparungen ausgegangen werden, da die Unterstützung der Angehörigen (CHF 740.–/mtl.) selten finanziell abgegolten wird. Damit wird das persönliche Monatsbudget der Person im Vergleich mit einem Heimaufenthalt pro Monat um CHF 3105.– entlastet.

Ein Rentnereinkommen reicht kaum aus, um die Pflegekosten nach einem Heimeintritt zu bezahlen. Fehlende Mittel müssen aus dem Vermögen gedeckt werden. Reicht das Vermögen nicht aus, müssen zusätzliche Mittel, z. B. Ergänzungsleistungen durch den Kanton, beantragt werden. Die finanziellen Mittel der betreuten Personen sind bei einer Kostenbeteiligung von über CHF 5000.– pro Monat in einem Pflegeheim daher wahrscheinlich schneller aufgebraucht als im BWG. Dazu konnten aber keine Daten erhoben werden.

Die finanziellen Aufwendungen für das BWG werden von den Klientinnen und Klienten als hoch, von Angehörigen aber als verhältnismässig eingestuft. Klienten und Klientinnen berichten, dass sie durch Angehörige bestärkt werden, die Kosten zu tragen, da sie zeitlebens Geld für ihre jetzige Situation auf die Seite gelegt hätten und sie deshalb nicht weiter sparen müssten. Sie sollen das Geld für sich brauchen. Wenn sie damit weiter zu Hause leben könnten, wäre das doch gut investiert.

FAZIT

- Das BWG ist billiger als eine stationäre Unterbringung im Pflegeheim. Jedoch ist die ambulante Versorgung nicht für alle Kostenträger kostengünstiger. Versicherer und Gemeinden müssen sich an der ambulanten Versorgung mehr beteiligen als an der stationären Unterbringung. Durch den Verbleib in den Gemeinden bei der ambulanten Versorgung bleibt aber das Steuersubstrat der Gemeinde erhalten.
- Sieben Personen verstarben zu Hause und fünf benötigten eine stationäre Unterbringung. Es fehlen Vergleichszahlen, um die Frage zu beantworten, ob das BWG eine stationäre Unterbringung verhindern konnte.

Die Kostenaufstellung zeigt, dass dieses Argument durchaus seine Richtigkeit hat. Trotzdem, eine Klientin willigte in die Installation des Systems nur unter der Bedingung ein, dass die Kosten vom Sohn übernommen werden. Inwieweit Personen in den Gemeinden Leistungen des BWG wegen der Kosten nicht in Anspruch nehmen, kann nicht beurteilt werden.

Kommentar der Autorin, des Autors

Im Laufe des Projektes bestätigten sich Annahmen oder sie mussten revidiert werden. In der Folge wurden Ziele angepasst und neue Massnahmen ergriffen. In diesem Kapitel werden das erworbene Wissen und die Chancen im Projekt aufgeführt. Es werden Gelingensfaktoren beschrieben und Vergleiche angestellt.

10.1 Sicherheit: Ein Ziel der Klientinnen, Klienten und Angehörigen

Wohnen zu Hause ist länger möglich und ungewollte Eintritte ins Pflegeheim können verhindert werden, wenn die Sicherheitslücke für zu Hause lebende ältere Personen durch ein ergänzendes Unterstützungsangebot geschlossen wird. Diese Idee leitete das betreute Wohnen in der Gemeinde zu Recht.

Es ist bekannt, dass Stürze bei über 80-jährigen Menschen häufig Grund für Verletzungen und Notfall-einsätze sind und in der Folge zu einer stationären Unterbringung führen. Rund 88 000 Stürze werden jährlich bei älteren Personen in der Schweiz registriert. Davon kommen rund 1200 ältere Menschen durch den Sturz ums Leben¹⁶. Für die Behandlung und Pflege nach Stürzen fallen jedes Jahr Kosten von rund 1.8 Mia. CHF an. Die gesamten volkswirtschaftlichen Kosten durch Unfälle bei Senioren werden vom BFU auf 14 Mia. CHF geschätzt¹⁷.

Ohne Alarmierungssystem besteht nach einem Sturz die Gefahr eines Liegetraumas, wenn die eigenständige Mobilisierung nicht möglich ist. Eine kürzlich veröffentlichte Studie zeigt, dass beinahe 70 % der Patientinnen und Patienten, die im Schnitt 13 Stunden ohne Hilfe blieben, auf der Intensivstation behandelt werden müssen. Ihre Sterblichkeit liegt bei 50 %¹⁸.

Das Projekt BWG vermindert mit seinem Angebot eines Alarmierungssystems diese Gefahr. Inwieweit bei der Installation des Alarmierungssystems auch eine pflegerische Beratung zu Risikoverminderung erfolgte, liess sich nicht systematisch eruieren. Eine

experimentelle Studie aus der Schweiz zeigt, dass eine pflegerische Beratung bei Menschen im Alter von 80 Jahren und älter Stürze und Hospitalisierungen reduziert. Damit wird nicht nur wesentlich zur Sicherheit, sondern auch zu einer besseren Lebensqualität beigetragen¹⁹.

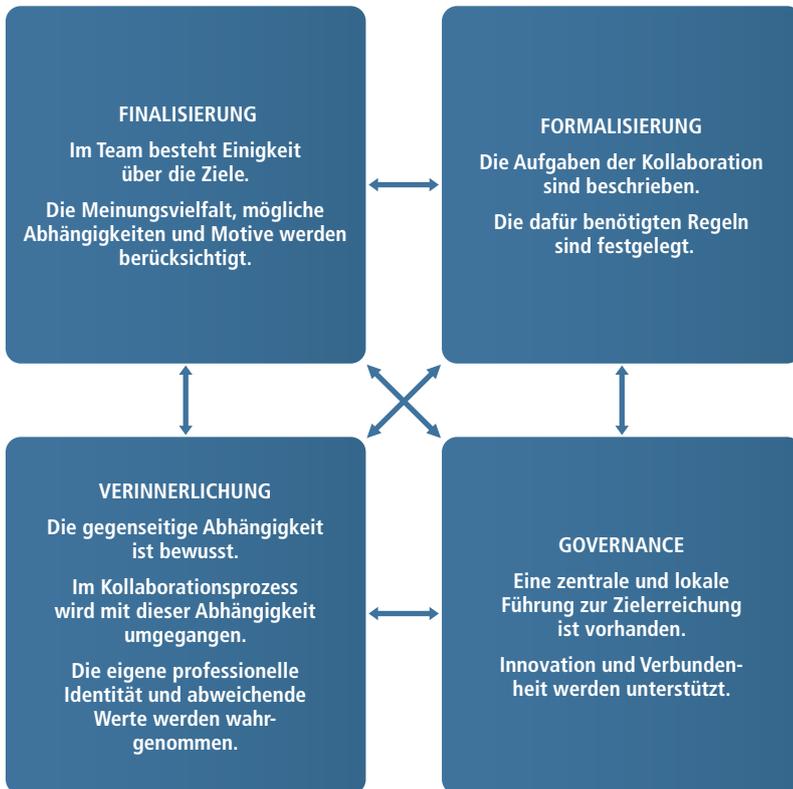
Auch Angehörige sorgen sich um die Sicherheit der älteren Menschen zu Hause und um die Begrenzung ihrer Möglichkeiten, helfend einzugreifen. Viele wohnen weiter weg, sind im Berufsleben eingespannt und wollen, dass ihre betagten Eltern weitere Ansprechpersonen und ein professionelles Netz haben, das sie mit unterstützt (just in case). Die Erfahrung zeigt, dass zusätzliches Potential vorhanden ist, wenn sich das BWG vermehrt auf das Familiensystem ausrichtet.

Konzepte der familienzentrierten Pflege gehen davon aus, dass Veränderungen durch Krankheit oder durch Nachlassen von Kräften nicht nur die individuelle Person, sondern ihr gesamtes soziales Netz, also ihre Familie betrifft²⁰. So erleben pflegende und betreuende Angehörige grossen Stress, wenn sich die Situation bei ihren betreuten Personen verändert, sich ihre eigene Belastung erhöht oder sie mit neuen Pflege- und Betreuungsansprüchen umgehen müssen²¹. Das BWG kann diesen Herausforderungen begegnen, indem Familienangehörige einbezogen werden²².

Eine Ausdehnung auf Angehörige setzt jedoch einen Ausbau des Fachwissens des Personals in den kooperierenden Organisationen voraus. Wissen zu Veränderungen im Alter muss mit Techniken der Gesprächsführung in Familiengruppen ergänzt werden. Eine allparteiliche Haltung gegenüber den

- 16 Wiesli, Decurtins, und Zuniga, «Sturzprävention in Alters- und Pflegeinstitutionen. Analyseinstrument und Fachinformation als Leitfaden für die Praxis».
- 17 BFU, Beratungsstelle für Unfallverhütung, «Fakten und Zahlen Kampagne «sicher stehen – sicher gehen»».
- 18 Hüser u. a., «Liegetrauma».
- 19 Imhof u. a., «Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older».
- 20 Wright und Leahey, Familienzentrierte Pflege. Assessment und familienbezogene Interventionen.
- 21 Chan u. a., «Psychosocial Factors and Caregiver Burden among Primary Family Care-givers of Frail Older Adults with Multimorbidity»; Ornstein und Gaugler, «The Problem with «Problem Behaviors»: a Systematic Review of the Association between Individual Patient Behavioral and Psychological Symptoms and Caregiver Depression and Burden within the Dementia Patient – Caregiver Dyad»; Ris u. a., «Pflegeauszeit und deren beeinflussenden Faktoren aus der Perspektive der Familienmitglieder, die eine ältere Person zu Hause betreuen und pflegen: Eine Querschnittstudie»; Ris u. a., «Exploring Factors Associated with Family Caregivers' Preparedness to Care for an Older Family Member Together with Home Care Nurses».
- 22 Mahrer-Imhof und Bruylants, «Ist es hilfreich, Familienmitglieder einzubeziehen?»; Naef u. a., «Variances in family carers' quality of life based on selected relationship and caregiving indicators: A quantitative secondary analysis».

Abbildung 16: Wesentliche Elemente der Kollaboration



Quelle: D'Amour et al., 2005²⁶, dargestellt in Connaughten und Collinge

Klientinnen und Klienten des BWG und den Angehörigen ist notwendig, um allfällige Konflikte in der Familie mildern zu können oder erst gar nicht entstehen zu lassen. Familiäre Strukturen sind gefordert, wenn gemeinsame Entscheide gefällt, der Alltag verändert und Autonomie verhandelt werden muss. Familienzentrierte Pflegepraktiken haben sich bei der Gestaltung dieser Verhandlungsprozesse bewährt.

10.2 Langjährige Zusammenarbeit als Gelingensfaktor

Ein Gelingensfaktor im Projekt BWG ist die Erfahrung einer langjährigen Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitenden der drei Organisationen. Dazu kommt eine hohe Akzeptanz der Organisationen und ihrer Vertreterinnen und Vertreter in den Gemeinden.

Im Projekt BWG nutzen die Verantwortlichen in der Folge diese bestehenden Strukturen und Prozesse, welche geprägt sind durch ein «sich persönlich kennen und vertrauen». Sie entschieden sich bewusst, nicht zusätzliche Strukturen zu bilden, sondern auf Veränderung und Ergänzung bestehender Möglichkeiten zu setzen.

Alle Vertreterinnen und Vertreter der drei Organisationen haben in ihrer Arbeit erfahren, dass die Situation der Klientinnen und Klienten sehr instabil sein kann und sich rasch verändert. Sie wissen, dass diese Veränderungen in hohem Masse durch individuelle Faktoren bedingt sind. Von allen drei Organisationen war das Ziel von Anfang an, eine umfassende, individuelle Unterstützung im Alltag anzubieten. Dazu wird die Notwendigkeit eines Case Managements thematisiert. Sowohl der Umfang wie auch die Art und Weise der Unterstützung kann nicht standardisiert angeboten werden. Die Abstimmung auf die individuelle Situation und individuelle Bedürfnisse verlangt eine koordinierte Versorgung unter Einbezug mehrerer Fachpersonen²³.

Bei einer gemeinsamen Beteiligung an der Versorgung sind kollektive Aktionen mit einer gemeinsamen Zielsetzung für und mit dem Klienten bzw. der Klientin unabdingbar (Klientenzentrierung).

Laut D'Amour haben Fachpersonen jedoch ihre eigenen Sichtweisen und Interessen und beanspruchen als professionell handelnde Expertinnen und Experten in ihrem Fachgebiet einen hohen Grad an Autonomie und Unabhängigkeit. Machtansprüche erschweren oftmals eine sinnvolle Aufteilung von Aufgaben und Übergabe von Verantwortung²⁴ (Abbildung 16). Deshalb ist es wichtig, dass gemeinsame Strukturen geschaffen und konsensuell geführt werden. Dies erlaubt Innovation, basierend auf einem gemeinsamen Austausch und Anerkennung von Expertise verschiedener Berufsleute. Eine Formalisierung dieser Kollaboration ist notwendig zur Verstetigung gemeinsamer Informationsflüsse und gemeinsam genutzter Infrastruktur²⁵.

Vertrauen und sich kennen und schätzen ist im Projekt BWG durch die informelle Zusammenarbeit

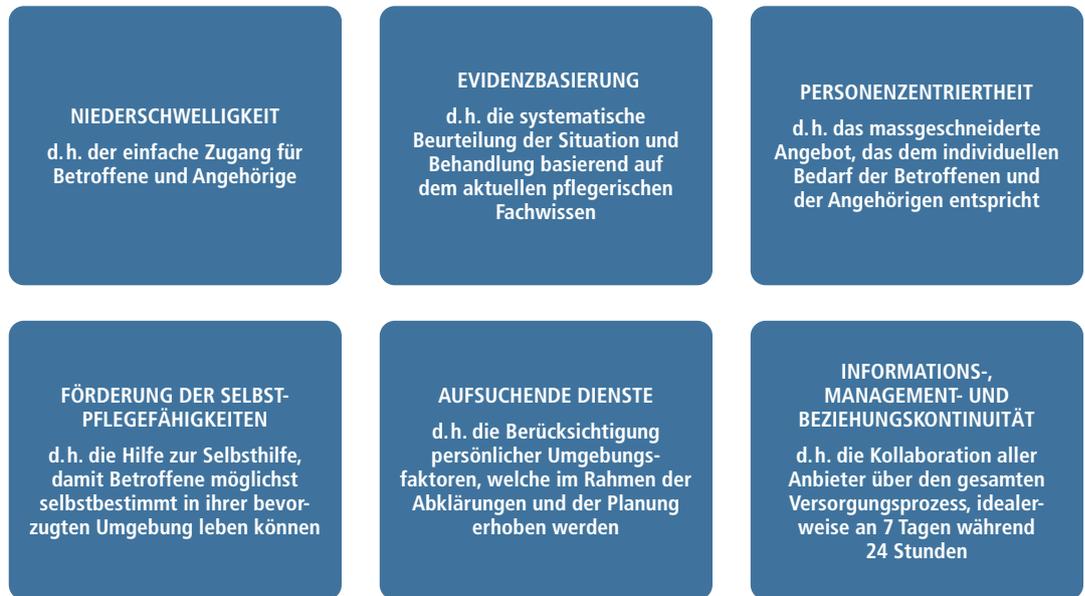
23 Schmid und Giger, «Integrierte Versorgung»; World Health Organization (WHO), «Integrated Care Models: An Overview».

24 D'Amour u. a., «A Model and Typology of Collaboration between Professionals in Healthcare Organizations».

25 D'Amour u. a., «The Conceptual Basis for Interprofessional Collaboration»; D'Amour u. a., «A Model and Typology of Collaboration between Professionals in Healthcare Organizations».

26 D'Amour u. a., «The Conceptual Basis for Interprofessional Collaboration».

Abbildung 17: Qualitätskriterien effektiver Zusammenarbeit aus Klienten- und Klientinnensicht



Quelle: Imhof et al. (2015) «Modell einer Pflegerischen Anlauf- und Beratungsstelle (PABS) für die Gemeinden von Baden Region».

der vergangenen Jahre in hohem Masse gegeben. Im Laufe des Projektes entstand auch eine zum Teil konsensuelle Führung. Es gab fachlichen Austausch und die Arbeitsgruppe diskutierte ihre Vorstellungen zur Organisation des Case Managements. Die Formalisierung gemeinsamer Prozesse, der regelmässige fachliche Austausch und gemeinsame Instrumente der Kommunikation konnten aber nicht ausreichend entwickelt werden. Dies steht einer Verstetigung des BWG im Weg.

Für eine Verstetigung fehlt auch eine systematische Qualitätskontrolle, welche die Qualität dieser Zusammenarbeit aus Sicht der Klientinnen und Klienten beurteilt. Wesentliche Merkmale sind dabei ein niederschwelliger Zugang zu den Dienstleistungen und eine fachlich kompetente Beurteilung der Situation. Massnahmen sollen Klienten und Klientinnen befähigen und müssen deshalb mit ihnen verhandelt werden (Abbildung 17).

10.3 Regionale Organisation oder lokale Vernetzung von Fachpersonen in Teams

Im Bericht zur Alterspolitik im Kanton Aargau wird festgehalten, dass insbesondere im Bereich der Vernetzung und Koordination von Angeboten Handlungsbedarf besteht²⁷. Darunter kann verstanden werden, dass Angebote klarer aufeinander abgestimmt werden (nicht jede Organisation macht alles und sieht die anderen als Konkurrenz). Im Sinne des horizontalen Case Managements werden notwendige Vernetzungen geplant, die auch zu neuen grösseren Organisationseinheiten führen können. Dies zeigt sich in Fusionen der Spitex-Organisationen z.B in der Region Aarau²⁸, in der Gemeinde Suhr²⁹, in der Region Zurzach³⁰ oder im unteren Fricktal mit der Spitex Frick AG, die seit 2014 Leistungen in 17 Gemeinden erbringt.

Obwohl häufig eine Qualitätsverbesserung als Zielsetzung der Fusion angegeben wird, stehen Leistungsfähigkeit sowie Effizienz und Kostenreduktion im Vordergrund. Viel Raum nehmen in den Berichten die finanzielle Planung, die Veränderung von

27 Zweifel, «Leitsätze zur Alterspolitik im Kanton Aargau».
 28 BDO AG, «Zusammenschluss Spitex Region Aarau».
 29 Vizentini, «Spitex und Altersheim werden definitiv zusammengelegt – ab Januar geht es los».
 30 Probst, «Zurzibiet».

Leistungsstrukturen, die Optimierung von administrativen Abläufen oder der Informationsaustausch durch EDV-Systeme ein.

Fusionen befassen sich nur selten mit der konkreten Durchführung von Dienstleistung. Es bleibt daher unklar, wie ein niederschwelliger Zugang ermöglicht wird oder wie die professionelle Beurteilung der Situation verbessert werden kann. Die Personenzentriertheit, wichtig für Klientinnen und Klienten und Angehörige, und die Förderung der Selbstpflegefähigkeit werden kaum beschrieben. Auch Massnahmen und eine Garantie für Kontinuität der Dienstleistung fehlen häufig.

Wenn die Zusammenführung von Organisationen zur Vereinheitlichung der Administration und Rechnungslegung führt und dies als Dienstleistung für die primären Leistungserbringer bei Klienten und Klientinnen verstanden wird, kann viel administrativer Leerlauf oder Doppelspurigkeit eliminiert werden. Die Fachpersonen sind entlastet und können sich auf die Kollaboration und die gemeinsame Zielerreichung mit den Klientinnen und Klienten konzentrieren. Wenn eine Zusammenführung jedoch auf eine Standardisierung und Vereinheitlichung von Dienstleistungen zielt, mündet dies häufig in Fragmentierung der Leistungen bei den Klientinnen und Klienten. Die Arbeit wird für die Leistungserbringer «an der Front» sinnentleert und uninteressant. Es findet kein Enrichment im Job mehr statt.

Erfahrungen von Fachpersonen werden wenig gewichtet oder erst dann einbezogen, wenn die Strukturen und Prozesse bereits festgelegt sind. Zum Beispiel wird das Potential von Spitex-Fachpersonen zu wenig genutzt. Die Spitex-Organisationen sind heute mit 27 000 Beschäftigten und 440 000 Klientinnen und Klienten der grösste bestehende Anbieter für die Unterstützung von Menschen im Alter 65+. Ihre fachliche Expertise und Erfahrung mit der Lebenswelt von älteren Menschen stellen den Kern ihrer Unterstützung dar. Trotzdem wird aber auch in neuesten Publikationen diese Expertise nicht beachtet. Ein 2023 erschienener Bericht verwendet eine einengende Definition: «Pflege bezieht sich im engeren Sinne auf die medizinisch-techni-

sche Unterstützung von Menschen, die aufgrund gesundheitlicher oder funktioneller Einschränkungen (...) das tägliche Leben nicht mehr selbständig verrichten können»³¹. Seit Jahrzehnten bestätigt Pflegeforschung international, dass gesundheitliche und soziale Faktoren gegenseitig den Alltag nachhaltig beeinflussen und in der Pflege gemeinsam adressiert werden müssen³². Der Bundesrat formulierte bereits vor 18 Jahren: «Wie auch immer die Pflege aber umschrieben werden mag: Allen Definitionsansätzen gemein ist die starke Verknüpfung medizinischer, psychischer, sozialer und funktionaler Aspekte, der bei der Leistungserbringung im Einzelfall Rechnung getragen werden muss»³³. Diese Definition pflegerischer Expertise wird im Finanzierungssystem aber nicht abgebildet. Darum werden heute pflegerisch-betreuerische Handlungen im Gegensatz zu medizin-technischen Handlungen der Pflege finanziell nicht entschädigt oder anders ausgedrückt: Betreuung wurde der gesetzlich unbezahlte Anteil der Pflegearbeit. Durch die Trennung von Sozial- und Gesundheitswesen und der damit verbundenen Finanzierungen von Leistungen wird das Konkurrenzdenken gefördert und eine Kollaboration von Fachbereichen verhindert³⁴. Nicht selten wird in dieser Situation erfolglos versucht, Lücken im existierenden Versorgungssystem zu schliessen.

Ein Editorial der Zeitschrift *The Lancet* beschreibt diese Negierung des Potentials als Problem fehlender Wertschätzung der modernen Industriegesellschaft gegenüber «frauenspezifischen» Tätigkeiten: «Wenn Pflegearbeit nicht geschätzt und schlecht bezahlt wird, dann werden Frauen nicht geschätzt. Wenn Frauen nicht geschätzt und schlecht bezahlt werden, dann wird als Folge davon auch wieder die Pflegearbeit geringgeschätzt.»³⁵ Statt neue Player als allein kompetent ins Feld zu führen, geht es darum, die alten Player nicht abzuwerten und in besseren Kollaborationen zum vollen Handlungsspielraum der jeweiligen Berufsgruppe einzusetzen. Dazu müssen bestehende Restriktionen überwunden werden (Abbildung 18).

31 Heger-Laube u. a., «Alt werden ohne betreuende Familienangehörige».

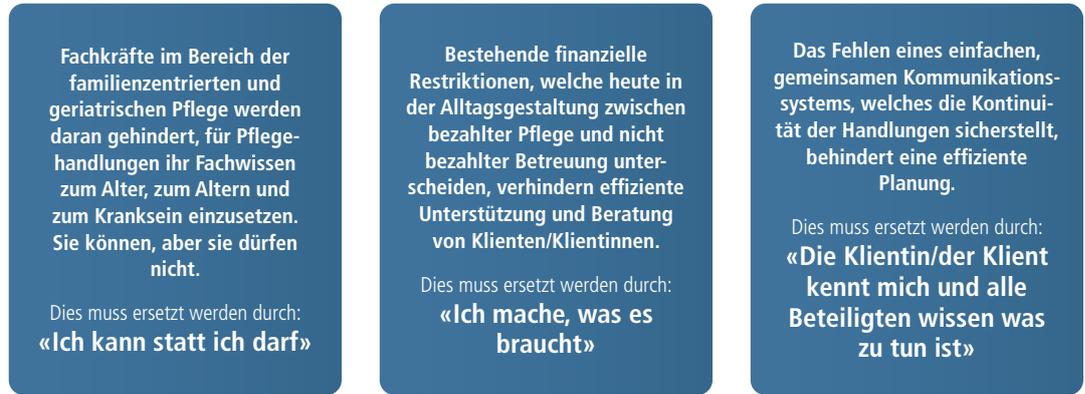
32 Meleis, *Theoretical Nursing. Development and Progress*.

33 Lenz, Gruetter, und Haering, «Konzept Vulnerabilität».

34 Heger-Laube u. a., «Alt werden ohne betreuende Familienangehörige».

35 *The Lancet*, «Do we care about who cares?»

Abbildung 18: zu überwindende Restriktionen



Überwindung von Restriktionen

Behält jede Berufsgruppe klar abgegrenzt ihre Kompetenzen, wie dies im horizontalen Case Management der Fall ist, ist Koordination gefragt. Klientenorientiertes, vertikales Case Management verlangt aber Kollaboration. In der Kollaboration arbeiten Fachpersonen so zusammen, dass ein situativer Transfer von Kompetenzen von der einzelnen Fachperson zur interprofessionellen Gruppe stattfindet. Wichtig ist dabei die Erkenntnis, dass dieser Einsatz fachlicher Kompetenz für die Zufriedenheit und die Motivation des Personals entscheidend ist. Wenn die Arbeit eine Anforderungsvielfalt aufweist, Ganzheitlichkeit verlangt, wichtig für jemand anderen ist, erleben Mitarbeitende ihre Aufgabe als bedeutsam. Mit der entsprechenden Autonomie über Entscheidungen übernehmen Mitarbeitende vermehrt Verantwortung für ihr Handeln und können die Qualität und die Grenzen ihrer eigenen Tätigkeit einschätzen (Abbildung 19). Erst wenn diese drei psychologischen Grundbedingungen im Arbeitsalltag erfüllt sind, Autonomie gewahrt ist und positive Rückmeldungen erfolgen, entsteht Motivation und damit auch die Möglichkeiten der Entwicklung³⁶. In Zeiten des Fachkräftemangels sind die Stärkung von Motivation und von kollaborativen Prozessen deshalb wichtige Bausteine zur Lösung des Problems.

Der Nutzen von hoch motivierten Mitarbeitenden wurde in Holland durch die Organisation «Buurtzorg» erkannt³⁷. Dieses Modell der ambulanten Ver-

sorgung ist ausserordentlich erfolgreich und wird bereits in 15 Ländern verwendet. Buurtzorg priorisiert einen «Bottom-up»-Prozess. Die Organisation konnte trotz Fachkräftemangel rund 10 000 meist hochqualifizierte Pflegefachpersonen rekrutieren. Diese Mitarbeitenden sind in 800 Teams mit bis zu 12 Fachpersonen organisiert und betreuen rund 70 000 pflegebedürftige Menschen³⁸. Die Teams organisieren sich selbst, garantieren einen intensiven fachlichen Austausch und betreuen rund um die Uhr die gleiche Gruppe von Klientinnen und Klienten in ihrem Stadtteil oder ihrem Dorf. Dadurch sind die Pflegefachpersonen gut mit dieser Umgebung verbunden, kennen vorhandene Unterstützungsangebote, Kontaktpersonen und Eigenheiten der Bewohnenden. Sie führen ein umfassendes Assessment zu den medizinischen und pflegerischen Bedarfen sowie persönlichen und sozialen Versorgungsbedürfnissen durch. Sie sind zuständig für alle Belange der Klientinnen und Klienten mit dem Ziel, Selbstversorgung und Unabhängigkeit zu fördern. Eine Unterscheidung zwischen Pflege, Betreuung oder Hilfe existiert nicht.

In der Schweiz behindern finanzielle Vorgaben und Restriktionen häufig die Entwicklung des vertikalen Case Managements. Der Notwendigkeit eines Beziehungsaufbaus für die Planung und Beratung von Klientinnen und Klienten und Angehörigen steht eine im Minutentakt geplante Handlungsabfolge gegenüber. Es entsteht ein Konflikt zwischen den

36 Hackman und Oldham, «Motivation through the Design of Work: Test of a Theory».

37 Monsen und De Blok, «Buurtzorg Nederland: A Nurse-led Model of Care has Revolutionized Home Care in the Netherlands»;

RCN Policy and International Department, «The Buurtzorg Nederland (Home Care Provider) Model. Observations for the United Kingdom (UK)».

38 Cavedon, Minnig, und Zängl, «Menschlichkeit vor Bürokratie».

Abbildung 19: Arbeitsmotivation



Quelle: Nerdinger et al., 2011, Seite 398

Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten und ihren Angehörigen auf der einen und den finanziellen und zeitlichen Vorgaben auf der anderen Seite. Erlebt wird dies als fehlende Möglichkeit, das zu tun, was es braucht. Die Konsequenz ist, dass heute 90 % der Pflegefachpersonen häufig unter Zeitdruck arbeiten³⁹. «Es geht nur noch darum Arbeit zu erledigen, wir haben keine Zeit mehr für Patientinnen und Patienten»⁴⁰. Eine Konsequenz dieser Situation ist, dass 50 % der Pflegefachpersonen den Beruf in den ersten Jahren wieder verlassen⁴¹.

Demgegenüber stehen Modelle, bei denen für Besuche bei Klientinnen und Klienten ein pauschales Zeitbudget zur Verfügung stehen. Einzelhandlungen

müssen nicht erfasst und abgerechnet werden. Der Druck durch Zeitvorgaben und Abrechnung entfällt. Trotzdem konnten die auf die Klienten und Klientinnen bezogenen Kosten im Vergleich mit anderen Organisationen um 40 % gesenkt werden. Die Pflegestunden konnten durch präventive Gesundheitsförderung und Unterstützung der Selbstpflegefähigkeit um 50 % gesenkt werden⁴². Während innerhalb Buurtzorg, mit seinen kleinen selbstorganisierten Teams, lediglich 0.5 % aller Beschäftigten für die Abrechnungen, Führung und andere administrative Aufgaben eingesetzt werden, liegt dieser Anteil in der Schweiz bei 13.6 %⁴³. Kleine selbstorganisierte Teams ohne finanzielle und organisatorische Restriktionen sind nicht nur billiger und bieten eine bessere

39 Unia, «Unia-Umfrageresultate: Pflege am Limit. Wie weiter nach Dank und Applaus».

40 Greuter, «Care» in der Pflege – ein Auslaufmodell?»

41 Perricone, «Jeder zweite dreht dem Beruf den Rücken zu».

42 Cavedon, Minnig, und Zängl, «Menschlichkeit vor Bürokratie».

43 Bundesamt für Statistik, «Spitex-Statistik. Synthese nach Kantonen».



Versorgung, sie bieten auch ein motivierendes Umfeld für Fachkräfte. Buurtzorg ist ein attraktiver Arbeitgeber. 70 % der Fachkräfte sind Pflegepersonen mit Hochschulabschluss. Eine hohe Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz und eine Krankheitsrate halb so hoch wie bei anderen Organisationen sprechen für sich.

Erkenntnisse aus anderen Ländern deuten darauf hin, dass kleinere Organisationen mit einer flachen hierarchischen Struktur Vorteile bieten⁴⁴. Fachleute müssen sich kennen, um der Person und ihrer Expertise vertrauen zu können. Kleinere lokale Teams garantieren eine hohe personelle Kontinuität in der Versorgung von Klientinnen und Klienten. Absprachen sind einfacher, die Organisation flexibler. Lokal bedeutet auch, in der Gemeinde bekannt zu sein. Statt Flyer und Werbung spricht schnell eine Mund-zu-Mund-Propaganda für die Dienstleistung, vor allem im ländlichen Umfeld.

Das BWG-Projekt ist in einem überschaubaren lokalen Setting angesiedelt, schliesst Fachleute ein, die sich gut kennen und Absprachen treffen können.

Eine Ausweitung mit dem Einbezug von Freiwilligen aus den Gemeinden ist möglich. Eine Verstärkung des Angebots sollte diese vorhandenen Qualitäten und die Bildung kleiner, gemeindenaher Organisationseinheiten nutzen. Dabei können administrative Aufgaben im Sinne einer Dienstleistung für diese selbstverwalteten Einheiten durchaus zentralisiert werden. Verhindert werden sollte aber, dass administrative Stellen in den Prozess des vertikalen Case Managements eingreifen können. Dies hat sich in der Schweiz und im Ausland nicht bewährt.

44 Kreitzer u. a., «Buurtzorg Nederland».

Die Firma Nursing Science & Care GmbH wurde mit der wissenschaftlichen Evaluation des Projektes beauftragt. Hauptzweck der Evaluation von 2020 bis 2023 war es, die Entwicklung des Projektes zu dokumentieren, mit der Arbeitsgruppe Erkenntnisse laufend zu besprechen. Diese Form der Evaluation, bekannt unter dem Begriff der «Aktionsforschung», bedingt eine enge Zusammenarbeit zwischen den Forschenden und den Akteuren im Projekt⁴⁵.

Diese Zusammenarbeit unterstützt die Entscheidungsfindung der Projektleitung. Sie bietet Hilfe bei nötigen Veränderungen im Projektverlauf und bei der Kommunikation von Ergebnissen. Die Elemente der Aktionsforschung sind:

- 1 *Menschen zu befähigen*
- 2 *gemeinsames Lernen zu ermöglichen*
- 3 *Anpassungspotential von Organisationen aufzubauen*
- 4 *nachhaltig Veränderungsprozesse zu ermöglichen⁴⁶.*

11.1 Evaluationsziele

- Die Projektevaluation soll zeigen,
- welche Personen das Angebot des BWG mit seinen drei zusätzlichen Stufen zur angestammten Versorgung in Anspruch nehmen und wie die Wirkung der Massnahmen aus der Perspektive der Klientinnen und Klienten und Angehörigen eingeschätzt wird.
 - wie die fachliche Expertise von allen Beteiligten der kooperierenden Organisationen einbezogen wird und wie Fragen der Legitimation geklärt werden und wie Individuen sowie ihre Rolle als Vertreterinnen und Vertreter von Organisationen berücksichtigt werden.
 - wie das Angebot weiterentwickelt werden kann. Empfehlungen für eine Fortführung werden formuliert. Diese konzentrieren sich im Schlussbericht auf verallgemeinerbare Empfehlungen, die für eine breite Leserschaft gedacht sind.

Für die Evaluation wurde ein Wirkungsmodell erstellt, welches zwei Hauptbereiche benennt. Zum einen das Kernstück des Projekts, welches Sicherheit durch ein elektronisches Notrufsystem anbietet und dieses Angebot mit einem Pikettdienst der Spitex verbindet. Hier werden der niederschwellige Zugang und die Funktion des Alarmsystems evaluiert. Andererseits wurden die Auswirkungen des Projekts auf die Zusammenarbeit der beteiligten Personen untersucht. Dazu gehören die Form der Kollaboration, der Informationsaustausch und notwendige Rollenklärungen.

11.2 Evaluationsdesign

Das Pilotprojekt startete 2019 mit der Entwicklung des Konzepts und der Vereinbarungen unter den Leistungsanbietern und den Partnergemeinden. Der Start erfolgte im Juli 2020. Die Finanzierung für die Evaluation war erst im November 2019 gesichert und ein Auftrag an Nursing Science & Care GmbH zur Evaluation wurde Ende 2020 erteilt.

11.3 Interviews, Sitzungs- und Dokumentenanalyse

Vom Januar 2020 bis Mai 2023 erfolgte eine summative Evaluation (Erfassung der Wirkung auf Klientinnen und Klienten und die Zusammenarbeit).

Dazu wurden elf Interviews mit ausgewählten Klientinnen und Klienten und Angehörigen geführt. Zusätzlich wurden vier der sechs politischen Vertreterinnen und Vertreter der Gemeinden befragt. Als Interviewtechnik wurde die Form des offenen Interviews gewählt. Alle 17 Sitzungen der Projekt-

45 Reason und Bradbury, The Sage Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice.

46 Blair und Minkler, «Participatory Action Research with Older Adults: Key Principles in Practice».



Arbeitsgruppe wurden protokolliert und durch ns&c zusätzlich elektronisch aufgezeichnet. Ebenfalls ausgewertet wurden die Protokolle von sechs Sitzungen der Projektgruppe, in denen sich die Projektleitung, die Arbeitsgruppenmitglieder und die Gemeindevertreter und -vertreterinnen trafen. Zudem konnten diese zu spezifischen Fragen zur Gemeinde schriftlich Stellung nehmen. Sieben Sitzungen von ns&c mit Vertreterinnen und Vertretern des Projekts wurden dokumentiert. Diese Daten dienen der Evaluation der Projektprozesse und der Diskussionsthemen im Projektverlauf. Interviewmethoden und die Analyse dieser Daten orientieren sich an Methoden der qualitativen Sozialforschung⁴⁷.

11.4 Quantitative Daten

Um Dienstleistungen und Prozesse zu quantifizieren, wurden Daten zur Person, zur Betreuung-, Lebens- und Wohnsituation sowie Notruf- und Austrittsberichte erfasst. Dazu wurden Fragebogen eingesetzt, die gemeinsam mit den beteiligten Organisationen entwickelt wurden. Die im Rahmen des Projekts erbrachten Leistungen wurden dokumentiert und ausgewertet.

Basierend auf den gesammelten Daten generierte die Aktionsforschung laufend Empfehlungen zum weiteren Projektverlauf, welche in den Sitzungen der Arbeitsgruppe diskutiert wurden. So konnte das Konzept der BWG weiterentwickelt und die Lehren aus den Erkenntnissen während der gesamten Projektdauer dokumentiert werden.

47 Lamnek und Krell, Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch; Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken.

12 Referenzen

- Adler, R., A. Vasiliadis, und N. Bickell.** «The Relationship between Continuity and Patient Satisfaction: A Systematic Review». *Family Practice* 27, Nr. 2 (1. April 2010): 171–78.
➔ <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp099>
- Bahr, S.J., und M.E. Weiss.** «Clarifying Model for Continuity of Care: A Concept Analysis». *International Journal of Nursing Practice* 25, Nr. 2 (2019): e12704.
➔ <https://doi.org/10.1111/ijn.12704>
- BDO AG.** «Zusammenschluss Spitex Region Aarau», 2023.
- Betreutes Wohnen in der Gemeinde.** «Konzept Betreutes Wohnen in der Gemeinde (BWG): Pilot integrierte Versorgung in speziellen Situationen der Altersbetreuung». Frick: VAOF, 2020.
- BFU, Beratungsstelle für Unfallverhütung.** «Fakten und Zahlen Kampagne «sicher stehen – sicher gehen»», 2022.
- Blair, T., und M. Minkler.** «Participatory Action Research with Older Adults: Key Principles in Practice». *Gerontologist* 49, Nr. 5 (Oktober 2009): 651–62.
➔ <https://doi.org/10.1093/geront/gnp049>
- Bundesamt für Statistik.** «Haushaltsbudgeterhebung (HABE)», 2019.
- Bundesamt für Statistik.** «Persönliche und soziale Ressourcen». Su-d-14.02-ESS-TPSYG05_CH.xlsx, 2019
- Bundesamt für Statistik.** «Spitex-Statistik. Synthese nach Kantonen», 2021.
➔ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/medienmitteilungen.assetdetail.23566153.html>
- Bundesamt für Unfallverhütung.** «Fakten und Zahlen – Kampagne sicher stehen – sicher gehen». Bern: Bundesamt für Unfallverhütung, 2021.
- Bundesgericht.** «Gegenstand: Krankenversicherung (Krankenpflege; Wirtschaftlichkeit der Behandlung)». Luzern: Bundesgericht, 2018.
- Cavedon, E., Ch. Minnig, und P. Zängli.** «Menschlichkeit vor Bürokratie». *Spitex Pflege* 3 (2020): 13–17.
- Chan, C.Y., J.G. De Roza, G.T.Y. Ding, H.L. Koh, und E.S. Lee.** «Psychosocial Factors and Caregiver Burden among Primary Family Caregivers of Frail Older Adults with Multimorbidity». *BMC Primary Care* 24, Nr. 1 (2023): 36.
➔ <https://doi.org/10.1186/s12875-023-01985-y>
- Chen, H-M., Y-H. Tu, und C-M. Chen.** «Effect of Continuity of Care on Quality of Life in Older Adults With Chronic Diseases: A Meta-Analysis». *Clinical Nursing Research* 26, Nr. 3 (Juni 2017): 266–84.
➔ <https://doi.org/10.1177/1054773815625467>
- D'Amour, D., L. Goulet, J., F. Labadie, L. Martin-Rodriguez, und R. Pineault.** «A Model and Typology of Collaboration between Professionals in Healthcare Organizations». *BMC Health Services Research* 8, Nr. 1 (2008).
➔ <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- D'Amour, D., M. Ferrada-Videla, L. San Martin Rodriguez, und M-D. Beaulieu.** «The Conceptual Basis for Interprofessional Collaboration: Core Concepts and Theoretical Frameworks». *Journal of Interprofessional Care* 19, Nr. sup1 (Mai 2005): 116–31.
➔ <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- Davis, Km., Mc. Eckert, A. Hutchinson, J. Harmon, G. Sharplin, S. Shakib, und Ge. Caughey.** «Effectiveness of Nurse-Led Services for People with Chronic Disease in Achieving an Outcome of Continuity of Care at the Primary-Secondary Healthcare Interface: A Quantitative Systematic Review». *International Journal of Nursing Studies* 121 (2021): 103986.
➔ <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103986>
- Demuth, Y.** «Stephanie Burger (83) pflegt ihren todkranken Mann zu Hause. Doch der Krankenkasse ist das zu teuer. Sie kürzt das Geld für die Spitex. Die Frau wehrt sich – mit Erfolg.» *Beobachter*, 2019, 5.
- Deutsche Gesellschaft für Case and Care Management (DGCC).** «Case Management». dgcc, 2022.
➔ <https://www.dgcc.de/case-management-leitlinien>
- Fricktal Regio Planungsverband.** «Fricktal Regio_ Regionales Entwicklungskonzept Fricktal Charta». Laufenburg: Fricktal Regio Planungsverband, 2008.
- Greuter, S.** ««Care» in der Pflege – ein Auslaufmodell?» Zürich: Denknnetz, 2015.
➔ https://www.denknnetz.ch/wp-content/uploads/2019/02/9_Care_in_der_Pflege_ein_Auslaufmodell_Greuter.pdf
- Hackman, J.R., und G.R. Oldham.** «Motivation through the Design of Work: Test of a Theory». *Organizational Behavior and Human Performance* 16, Nr. 2 (1976): 250–79.
➔ [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(76\)90016-7](https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90016-7)
- Haggerty, J.L.** «Continuity of Care: A Multidisciplinary Review». *BMJ* 327, Nr. 7425 (2003): 1219–21.
➔ <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Heger-Laube, I., R. Durolet, Y. Bochsler, S. Jannet, und C. Knöpfel.** «Alt werden ohne betreuende Familienangehörige.» Muttenz: Fachhochschule Nordwestschweiz, 2023.
➔ www.im-alter.ch
- Höpflinger, F.** «Alter im Wandel – Zeitreihen für die Schweiz, 2023.
➔ <http://www.hoepflinger.com/fhttp/Wandel-des-Alters.pdf>
- Höpflinger, F., und J. Van Wezemaal.** *Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends.* Zürich: Seismo, 2014.
- Hüser, Ch., M. Hackl, V. Suárez, I. Gräff, M. Bernhard, V. Burst, und Ch. Adler.** «Liegetrauma: retrospektive Analyse einer Patientenkohorte aus einer universitären Notaufnahme». *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin* 118, Nr. 3 (April 2023): 220–27.
➔ <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00912-w>
- Imhof, L.** «Gesundheit und Wohnen im Alter – Eine Herausforderung für die professionelle Pflege». In *Age Report III. Wohnen im höheren Lebensalter – Grundlagen und Trends*, herausgegeben von F. Höpflinger und J. Van Wezemaal, 169–77. Zürich: Seismo Verlag, 2014.
- Imhof, L., R. Naef, M.I. Wallhagen, J. Schwarz, und R. Mahrer-Imhof.** «Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older». *Journal of the American Geriatrics Society*, 29. November 2012.
➔ <https://doi.org/10.1111/jgs.12026>
- Imhof, L., S. Suter Riederer, E. Saner, und S. Schorno.** «Modell einer Pflegerischen Anlauf- und Beratungsstelle (PABS) für die Gemeinden von Baden Regio». Projekt-Abschlussbericht. Winterthur: Gemeinden Region Baden-Wettingen & ZHAW, 2015.

- Kanton Aargau.** «Tarife und Taxen 2023 der Pflegeheime im Kanton Aargau – Bewohneranteil». Pflegegesetz. Aarau: Kanton Aargau, 2023.
- Knöpfel, C., J. Leitner, N. Meuli, und R. Pardini.** «Das frei verfügbare Einkommen älterer Menschen in der Schweiz». Muttenz: FHNW, 2019.
→ https://www.swissfoundations.ch/wp-content/uploads/2019/11/Einkommen_Aeltere_CH_2019_de.pdf
- Kreitzer, M.J., K.A. Monsen, S. Nandram, und J. De Blok.** «Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing». *Global Advances in Health and Medicine* 4, Nr. 1 (2015): 40–44.
→ <https://doi.org/10.7453/gahmj.2014.030>
- Lamnek, S., und C. Krell.** *Qualitative Sozialforschung*. 6 Bd. Beltz Psychologie, 2016.
- Lenz, K., M. Gruetter, und B. Haering.** «Konzept Vulnerabilität». Zürich: Pro Senectute, 2014.
- Mahrer-Imhof, R., und M. Bruylands.** «Ist es hilfreich, Familienmitglieder einzubeziehen?» *Pflege* 27 (5), 2014: 285–296.
- Mayring, P.** *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 13. Aufl. Weinheim: Beltz, 2022.
- Meleis, A. I.** *Theoretical Nursing. Development and Progress*. 6. Aufl. Lippincott Williams and Wilkins, 2017.
- Monsen, K., und J. De Blok.** «Buurtzorg Nederland: A Nurse-led Model of Care has Revolutionized Home Care in the Netherlands». *The American Journal of Nursing* 113, Nr. 8 (2013): 55–59.
- Naef, R., H. Hediger, L. Imhof, und R. Mahrer-Imhof.** «Variances in family carers' quality of life based on selected relationship and caregiving indicators: A quantitative secondary analysis». *International Journal of Older People Nursing*, 2016, 1–10.
- Ornstein, K., und J.E. Gaugler.** «The problem with problem behaviors: a systematic review of the association between individual patient behavioral and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient-caregiver dyad». *International Psychogeriatrics* 24, Nr. 10 (2012): 1536–52.
→ <https://doi.org/10.1017/S1041610212000737>
- Perricone, M.** «Jeder zweite dreht dem Beruf den Rücken zu». SRF, 2020.
→ <https://www.srf.ch/news/schweiz/tag-der-pflege-jeder-zweite-dreht-dem-beruf-den-ruecken-zu>
- Probst, L.** Grosse Spitex-Fusion im Zurbibiet – Bevölkerung soll profitieren. *Luzerner Zeitung*, 23. September 2022.
→ <https://www.luzernerzeitung.ch/aargau/zurbibiet/gesundheit-grosse-spitex-fusion-im-zurbibiet-bevoelkerung-soll-profitieren-ld.2348233>
- RCN Policy and International Department.** «The Buurtzorg Nederland (Home Care Provider) Model. Observations for the United Kingdom (UK)». Policy Briefing 02/15. London: Royal College of Nursing, 2016.
- Reason, P., und H. Bradbury.** *The Sage Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*. SAGE, 2008.
→ <http://books.google.ch/books?id=2f11mcue2p0C>
- Ris, I., T. Volken, W. Schnepf, und R. Mahrer-Imhof.** «Exploring Factors Associated with Family Caregivers' Preparedness to Care for an Older Family Member together with Home Care Nurses: An Analysis in a Swiss Urban Area». *Journal of Primary Care & Community Health* 13 (2022): 215013192211039.
→ <https://doi.org/10.1177/21501319221103961>
- Ris, I., T. Volken, W. Schnepf, und R. Mahrer-Imhof.** «Pflegeauszeit und deren beeinflussenden Faktoren aus der Perspektive der Familienmitglieder, die eine ältere Person zu Hause betreuen und pflegen: Eine Querschnittsstudie» 22, Nr. 6 (2020): 361–71.
- Rüegger, H.** «Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung alter Menschen.», 2013.
→ https://www.curaviva.ch/files/AVBOE84/wuerde_und_autonomie_im_alter_heinz_rueegger_curaviva_schweiz_2021.pdf
- Schmid, F., und M.A. Giger.** «Integrierte Versorgung». KPMG AG, 2022.
- Statistik Luzern.** «Einsamkeit», 2023.
- The Lancet.** «Do we care about who cares?» *The Lancet* 397, Nr. 10277 (März 2021): 853.
→ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00518-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00518-3/fulltext)
- Unia.** «Unia-Umfrageresultate: Pflege am Limit. Wie weiter nach Dank und Applaus». Bern: UNIA, 2020.
→ https://www.unia.ch/fileadmin/user_upload/Arbeitswelt-A-Z/Pflege-Betreuung/Ergebnisse_Pflegeumfragen_Unia_April_2020_D_def.pdf
- United Nations Economic Commission for Europe.** «Innovative, wirkungsvolle Pflegestrategien». Kurzdossier. UNECE Kurzdossier zum Thema Altern. Geneva: UNECE, 2015.
- Vizentini, D.** «Spitex und Altersheim werden definitiv zusammengelegt – ab Januar geht es los». *Aargauer Zeitung*, 11. März 2022.
- Wiesli, U., U. Decurtins, und F. Zuniga.** «Sturzprävention in Alters- und Pflegeinstitutionen. Analyseinstrument und Fachinformation als Leitfaden für die Praxis». bfu-Fachdokumentation. Bern: Bundesamt für Unfallverhütung, 2013.
→ www.bfu.ch
- World Health Organization, Hrsg.** *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: WHO, 2002.
- World Health Organization, Hrsg.** *World Report on Ageing and Health*. Geneva: WHO, 2015.
- World Health Organization (WHO).** «Integrated Care Models: An Overview». Copenhagen: Regional Office for Europe, 2016.
- Wright, L. M., und M. Leahey.** *Familienzentrierte Pflege. Assessment und familienbezogene Interventionen*. Bern: Verlag Hans Huber, 2014.
→ <https://www.hogrefe.com/ch/shop/familienzentrierte-pflege-92789.html>
- Zimmerli, J.** «Wohnen im Alter im Fricktal: Plänen in der Region». *Age-Report*. Zürich: Age-Stiftung, 2015.
- Zweifel, Ch.** «Leitsätze zur Alterspolitik im Kanton Aargau». Aarau: Regierungsrat des Kantons Aargau, 2023.
→ <https://www.ag.ch/media/kanton-aargau/dgs/bilder/gesellschaft/alter/fajf/kantonale-alterspolitik/ktag-dgs-leitsaetze-alterspolitik-januar2023.pdf>

