

Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift
Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
Band: 88 (2017)
Heft: 9: Abschied vom Altersheim : die Wohnformen im Alter werden vielfältiger

Artikel: Curaviva Schweiz stellt ein Folgeprojekt zum Wohn- und Pflegemodell 2030 vor : umfassendes Versorgungsangebot im angestammten Sozialraum
Autor: Kirschner, Michael
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-834277>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 14.03.2025

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

Curaviva Schweiz stellt ein Folgeprojekt zum Wohn- und Pflegemodell 2030 vor

Umfassendes Versorgungsangebot im angestammten Sozialraum

Curaviva Schweiz hat 2016 mit dem Wohn- und Pflegemodell 2030 eine Vision für ein selbstbestimmtes Leben älterer Menschen vorgestellt. Die klassische Pflegeinstitution wird zum Gesundheitszentrum im angestammten Lebensraum. Wie kann dieses ausgestaltet werden?

Von Michael Kirschner*

Der Strukturwandel hat begonnen. Pflegeinstitutionen müssen der grösser werdenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen und den Bedürfnissen der Babyboomer-Generation gerecht werden. Die Trägerschaften klassischer Pflegeinstitutionen

stehen heute vor der Frage, mit welchem «Modell» dieser Strukturwandel anzugehen ist und langfristige Investitionen zu tätigen sind.

Im Sinn einer zukunftsorientierten Vision hat Curaviva Schweiz deshalb das «Wohn- und Pflegemodell 2030» für

ältere Menschen (80+) entwickelt. In diesem Modell verstehen sich die Alterspflege-Institutionen als dezentralisierte und sozialraumorientierte Dienstleistungsunternehmen, die älteren Menschen trotz Pflegebedürftigkeit ein selbstbestimmtes Leben in der von ihnen bevorzugten Wohnumgebung ermögli-

*Michael Kirschner ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich Alter von Curaviva Schweiz und Leiter des Folgeprojekts «Gesundheitszentrum»

chen. Hierbei wird der ältere Mensch mit seinem gesamten sozialen Beziehungsnetz «mitten im Leben» bleiben und bedarfsgerecht die individuell notwendigen Dienstleistungen beziehen können. Das Modell ist in der Branche, in Fachkreisen, aber auch in der Politik und den Medien auf breite Resonanz gestossen.

Die Alterspflege wird umfassender

Die Grafik «Wohn- und Pflegemodell 2030» auf Seite 15 zeigt die Elemente und Dienstleistungsangebote auf, die das Modell umfasst. Die Aufgaben der Alterspflege-Institution werden in Zukunft umfassender sein und aus den folgenden Hauptbereichen bestehen:

- Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Leistungen in den angestammten Wohnungen
- Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Leistungen in altersgerechten Appartements
- spezialisierte Pflege- und Betreuungsangebote (z.B. Demenz, Palliative Care, Gerontopsychiatrie etc.).

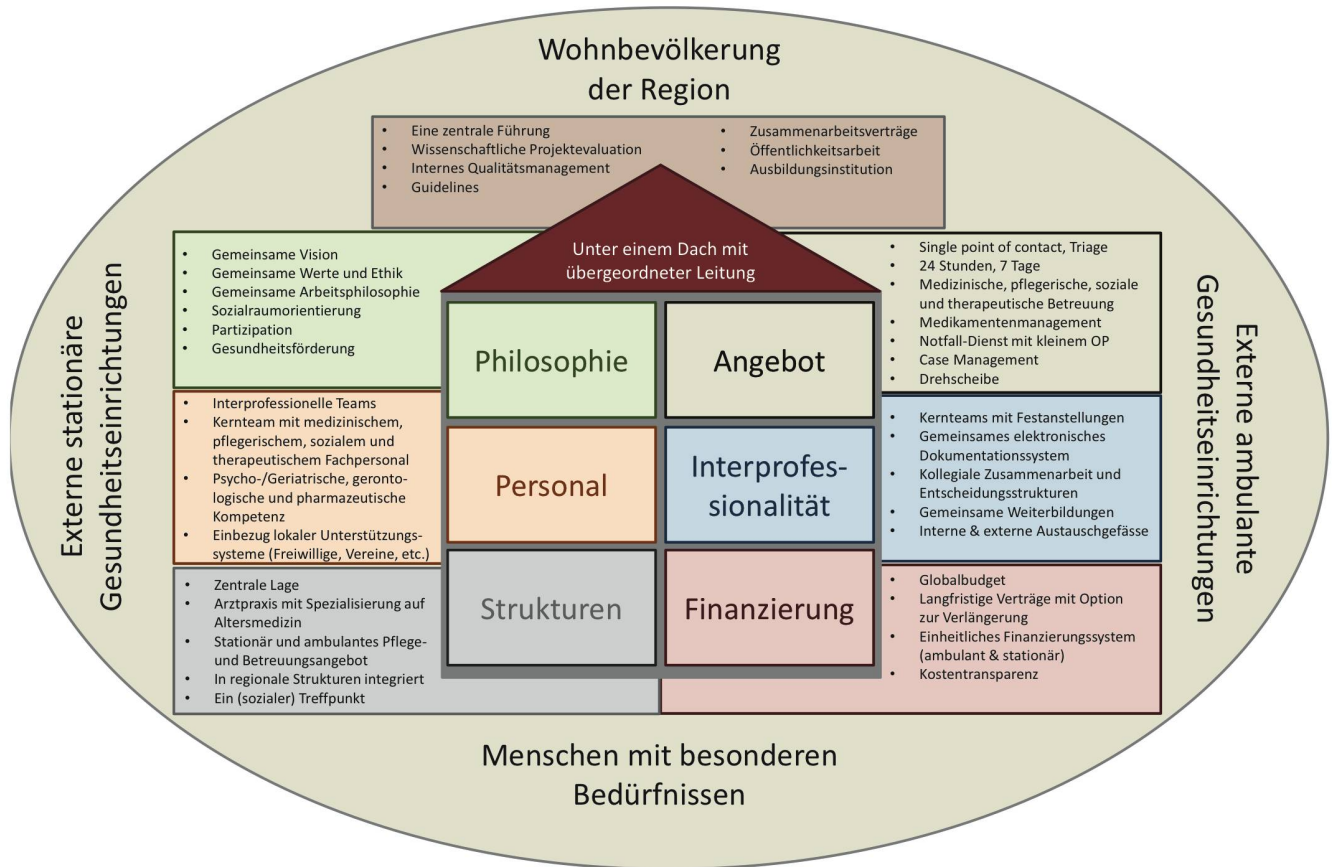
Die klassische Pflegeinstitution wird zu einem Gesundheits- resp. Quartierzentrum im angestammten Lebensraum des älteren Menschen. Es gibt keine klare Trennung mehr zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Es soll vielmehr ein integriertes Versorgungskonzept «ambulant und stationär» gelten, dass die Pflege und Betreuung unabhängig der Wohnform als durchgehenden Prozess betrachtet.

Folge- und Pilotprojekte

Um das Modell in die Praxis zu transferieren, setzt Curaviva Schweiz mit Partnern aus Praxis und Wissenschaft vorerst fünf Folgeprojekte um, die in Pilotprojekte überführt werden sollen.

- Projekt «Kostenwirkung» (2017): Erarbeitung eines Kostenmodells sowie Abschätzung der Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells.

>>



Modell Gesundheitszentrum: Alle Leistungen aus dem medizinisch-therapeutischen, pflegerischen, sozialen und pharmazeutischen Bereich unter einem Dach und mit übergeordneter Leitung.

- Projekt «Modell Gesundheitszentrum» (2017): Erarbeitung eines Modells und Businessplans für das Gesundheitszentrum.
- Projekt «Technologiekonzept» (2017): Erarbeitung eines Konzepts für die Anforderungen an Technologien, die Infrastruktur und bauliche Themen.
- Projekt «Architektonische Lösungsansätze» (2018): Erarbeitung eines Konzepts für die Umsetzung im Rahmen von Neubauinvestitionen, Stadtplanung sowie Quartierentwicklungsprojekten.
- Projekt «Sozialraumkonzept» (2018): Erarbeitung eines Konzepts zur Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im Sozialraum.

Modellentwurf «Gesundheitszentrum»

Im Mittelpunkt des Wohn- und Pflegemodells steht das «Gesundheitszentrum», da die Zusammenarbeit mit den medizinisch-therapeutischen Grundversorgern zukünftig noch wichtiger wird als bisher. Das Projekt soll zum einen aufzeigen, wie das Gesundheitszentrum ausgestaltet werden kann und wie sich eine interprofessionelle Zusammenarbeit erreichen lässt. Zudem soll gezeigt werden, wie im Gesundheitszentrum die künftige medizinisch-therapeutische Grundversorgung im gesamten Sozial- und Lebensraum der älteren Menschen sichergestellt werden kann.

Die Zusammenarbeit mit den medizinisch-therapeutischen Grundversorgern wird noch wichtiger.

Die Erarbeitung und Nutzung des Modells erfolgt unter wichtigen Annahmen: Das Modell wird vom Standpunkt aus erarbeitet, ein Maximum zu denken, ohne sich durch Machbarkeits- und Finanzierungsüberlegungen einschränken zu lassen. Das Modell versteht sich als offene, anschlussfähige und flexible Auslegeordnung für den Sozialraum im Kontext Stadt, Agglomeration und ländlicher Raum. In der lokalen Umsetzung werden sich Angebote unterscheiden und nicht alle Angebote und Anforderungen erfüllen lassen.

Die Arbeiten zum Modell werden erst auf Ende 2017 abgeschlossen sein. Im Sinn eines Werkstattberichts können im Folgenden aber erste Zwischenergebnisse vorgestellt werden. Die Grafik «Modell Gesundheitszentrum» (Arbeitsfassung s. oben) zeigt wichtige Kernelemente und Dienstleistungsangebote des Gesundheitszentrums im Kontext des Wohn- und Pflegemodells, die im Folgenden kurz zusammengefasst werden:

■ Das idealtypische Gesundheitszentrum bietet alle Leistungen aus dem medizinisch-therapeutischen, pflegerischen, sozialen und pharmazeutischen Bereich unter einem Dach mit übergeordneter Leitung an. Es verfügt über eine Praxis mit Spezialisierung in Altersmedizin, stationäre und ambulante Pflegebetten, weitere gesundheitsbezogene Dienstleistungen sowie über einen sozialen Treffpunkt. Die Angebote

richten sich an Menschen mit besonderen Bedürfnissen (Behinderungen, psychische Erkrankungen, Krisen, chronische Erkrankungen).

- Das Gesundheitszentrum hat eine übergeordnete Philosophie, der sich alle verpflichten. Verschiedene rechtliche Organisationsform sind möglich. Ein Globalbudget gewährleistet, dass individuell massgeschneiderte Leistungen gemäss aktuellem Bedarf und von derjenigen Fachperson erbracht werden, die am geeignetsten dafür ist. Mit einem Globalbudget sollen eine Überversorgung beim einzelnen Menschen und interprofessionelle Konkurrenz im Team vermieden werden.
- Das Gesundheitszentrum steht an zentraler Lage und ist in die örtlichen Strukturen integriert (Alters- und Pflegeheim, Regionalspital, Gemeinde- oder Quartierzentrum, Institution für Menschen mit Behinderungen, Gemeinschaftspraxis, Apotheke oder Spitex-Organisation). Das Angebot muss niederschwellig sein, d.h. rund um die Uhr und an sieben Wochentagen erreichbar. Triage und Case-Management sind grundlegende Bestandteile.
- Das Gesundheitszentrum ist eine Anlaufstelle für sämtliche Gesundheits- und Lebensfragen. Es beschäftigt Fachpersonal aus dem medizinischen, pflegerischen, sozialen und therapeutischen Bereich.

Im Frühjahr 2017 hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) die erste umfassende Erhebung sämtlicher Initiativen zur integrierten Versorgung in der Schweiz vorgelegt. Die insgesamt 162 erfassten Initiativen wurde sechs Kategorien zugeordnet:

- Gesundheitszentren
- Ärztenetzwerke, Initiativen mit Zielbereich
- psychische Gesundheit und Psychiatrie
- andere spezifische Zielgruppen

- Medikamente
- Übergänge und Koordination.

Die Analyse des Obsans zeigt: Das Gesundheitszentrum ist kein Gesundheitsnetzwerk. Von den 20 erfassten Zentren verfügen 15 über eine stationäre und ambulante Langzeitpflege.

Unterschiedliche Ausgangslagen

Die Ausgangslage für die Entwicklung eines Gesundheitszentrums ist in der Praxis sehr unterschiedlich. Grundsätzlich lassen sich zwei Varianten unterscheiden. Verschiedene Leistungserbringer und Partner (z.B. Spital, Pflegeheim, Spitex, Gemeinde etc.) kooperieren, um ein Gesundheitszentrum zu entwickeln. Oder ein bestehendes Unternehmen (z.B. Spital, Pflegeheim) baut schrittweise ein Gesundheitszentrum auf. Bei der ersten Variante scheint die Entwicklung eines gemeinsamen Managementverständnisses grundlegend, bei der zweiten mehr noch der Pioniergeist eines Akteurs.

Im Obsan-Bericht nicht erfasst ist eine Reihe interessanter Projekte, die ebenfalls neue Lösungsansätze zur integrierten Versorgung testen. Das breit abgestützte Pilotprojekt «CareNet+» der Pro Senectute Kanton Zürich (2016–2018) etwa testet mit einem Koordinationszentrum im Bezirk Affoltern das Case-Management für Personen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Krankheitsbildern (www.carenetplus.ch). Auf der «Plattform Interprofessionalität» engagieren sich die wichtigsten Partner in der ambulanten Grundversorgung, um Pilotprojekte zu entwickeln und durchzuführen (www.interprofessionalitaet.ch).

Den Wandel gestalten oder verhindern

Der Strukturwandel ist nicht allein eine Frage der Kooperation zwischen den Leistungserbringern. Auch die Gemeinden haben im Strukturwandel beim Aufbau integrierter Versorgungsmodelle für ältere Menschen eine zentrale Rolle inne. Sie können im Strukturwandel Prozesse beschleunigen und mitgestalten – oder verhindern. Sie können Akteure vernetzen und Kooperationen anstossen. Sie können zum einen Investitionsentscheide in Hinblick auf die veränderten Bedürfnisse und die lokalen Gegebenheiten prüfen, aber sie können auch die Umnutzung nicht genutzter Infrastrukturen initiieren. Sie können die Raumplanung entsprechend der demografische Alterung der Bevölkerung in einem bestimmten Sozialraum anpassen und die Bauentscheide für eine entsprechende Architektur und die Quartierentwicklung fällen. ●

