

# Mit hohem Pflegebedarf in der eigenen Wohnung – Quartierstützpunkte und Thurvita Care

**Erfahrungsbericht der Thurvita AG und Zusammenfassung der wissenschaftlichen Begleitstudie (2014 – 2018)**

**ZHAW: Flurina Meier, Andrea Huber, Marc Höglinger, Marion Schmidt, Renato Mattli / Thurvita AG: Alard du Bois-Reymond**



## IMPRESSUM

### Auftraggeber

Thurvita AG, Wil St. Gallen

### Projektsteuerung

Alard du Bois-Reymond (Thurvita)

Klaus Eichler (WIG)

Karin Weiss (Age Stiftung)

### Projektleitung – Projektumsetzung (Kontakt)

Alard du Bois-Reymond, Thurvita AG,

Haldenstrasse 18, 9500 Wil SG

### Projektleitung – Begleitstudie (Kontakt)

Flurina Meier, Winterthurer Institut für

Gesundheitsökonomie (WIG),

Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

(ZHAW), Gertrudstrasse 15, Postfach,

CH-8401 Winterthur

### Herausgeber

Flurina Meier, Andrea Huber

### Grafik und Layout

Erich Gantner, Grafikfreelancer.ch

### Druck

Edubook AG

### Projektförderung

Dieser Bericht dokumentiert ein Förderprojekt der Age-Stiftung – weitere Informationen dazu finden Sie unter [www.age-stiftung.ch](http://www.age-stiftung.ch). Der Bericht ist integraler Bestandteil der Förderung. Die Age-Stiftung legt ihren Fokus auf Wohnen und Älterwerden. Dafür fördert sie Wohn- und Betreuungsangebote in der deutschsprachigen Schweiz mit finanziellen Beiträgen. Sie engagiert sich für inspirierende zukunftsfähige Lösungen und informiert über gute Beispiele.

### Dank

Wir danken allen Personen, die am Projekt beteiligt waren: den Seniorinnen und Senioren, die bereit waren, an unserer Studie teilzunehmen, allen Mitarbeitenden von Thurvita für ihre Zeit, Offenheit und die gute Zusammenarbeit, den Mitgliedern des Steuerungsausschusses für die Unterstützung, Kooperation und ihre Feedbacks, den zhaw-internen Mitarbeitenden für ihre Hilfe bei der Koordination für den Schlussbericht und der Age Stiftung für die finanzielle Unterstützung.

Ausgabe Januar 2019

ISBN 978-3-03870-024-1

Copyright © 2019,

ZHAW School of Management and Law

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>8</b>
1.1 Ausgangslage und Zielsetzungen des Projektes .....	8
<b>2. «Älter werden im Quartier»</b> .....	<b>13</b>
2.1 Erfahrungsbericht .....	13
2.1.1 Ursprünglich geplante Ausgestaltung der Angebote .....	13
2.1.2 Stolpersteine und wie darauf reagiert wurde .....	14
2.1.3 Erfolgsfaktoren .....	17
2.1.4 Schlussendliche Ausgestaltung der Angebote .....	18
2.2 Bedürfnisanalyse zu «Älter werden im Quartier» .....	19
2.2.1 Fragestellung .....	19
2.2.2 Methodisches Vorgehen .....	19
2.2.3 Resultate .....	20
2.2.4 Diskussion und Handlungsempfehlungen .....	26
<b>3. «Thurvita Care»</b> .....	<b>29</b>
3.1 Erfahrungsbericht .....	29
3.1.1 Ursprünglich geplante Ausgestaltung der Angebote .....	29
3.1.2 Stolpersteine und wie darauf reagiert wurde .....	29
3.1.3 Erfolgsfaktoren .....	30
3.1.4 Schlussendliche Ausgestaltung der Angebote .....	30
3.2 Evaluation von «Thurvita Care» .....	31
3.2.1 Fragestellungen .....	31
3.2.2 Methodisches Vorgehen .....	31
3.2.3 Zusammenfassung der Resultate .....	33
3.2.4 Diskussion und Fazit .....	40
<b>4. Fazit zum Gesamtprojekt aus Sicht der wissenschaftlichen     Evaluatoren</b> .....	<b>43</b>
<b>Quellenverzeichnis</b> .....	<b>44</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>45</b>
<b>Abbildungs- / Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>46</b>

# Zusammenfassung

## Beschreibung der Projekte und der externen Begleitevaluation

Betagte Menschen sollen bis an ihr Lebensende an einem Ort leben können, den sie als ihr Zuhause empfinden und wo sie möglichst lange am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Um dies zu ermöglichen, erstellte die Thurvita AG eine umfassende Palette an ambulanten und stationären Dienstleistungen, welche sich an den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen orientieren und deren Unterstützungsbedarf umfassend abdeckt. In diesem Rahmen entstanden unter anderem die beiden Dienstleistungen «Älter werden im Quartier» und «Thurvita Care».

Unter der Dienstleistung «Älter werden im Quartier» kombiniert Thurvita im Rahmen eines Quartierzentrums barrierefreie Alterswohnungen mit einem Quartierstützpunkt der Spitex und sozialen Begegnungsmöglichkeiten. Weiter gibt es für die Seniorinnen und Senioren die Möglichkeit, dass ambulant für sie erbrachte Pflegeleistungen stationär abgerechnet werden – eine wichtige Voraussetzung, um eine intensivere Pflege zu Hause für die Betroffenen auch finanziell tragbar zu machen.

«Thurvita Care» hingegen richtet sich an Patienten, welche nach einem Spitalaufenthalt noch Zeit für ihre Rekonvaleszenz und Rehabilitation brauchen, bevor sie wieder nach Hause zurückkehren können. Es vereint eine intensivere therapeutische Versorgung mit einem maximal 12-wöchigen Aufenthalt im Alters- und Pflegeheim und dem Ziel, die Patienten wieder nach Hause zurückzuführen.

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) führte parallel zur Durchführung der Pilotprojekte eine externe wissenschaftliche Begleitevaluation der beiden oben genannten Projekte durch. Die Erkenntnisse der externen Evaluation flossen direkt in die Ausgestaltung der Pilotprojekte mit ein und wurden jeweils in ausführlichen Evaluationsberichten der Teilprojekte festgehalten (Meier & Höglinger, 2018; Meier, Huber, Schmidt, & Mattli, 2018).

## «Älter werden im Quartier»

### Durch Thurvita gemachte Erfahrungen:

Ursprünglich waren drei Pilotprojekte für «Älter werden im Quartier» geplant: An den Standorten Flurhof, Sonnenhof und Bronschhofen (noch in der Bauplanung). In diesen Pilotprojekten gab es diverse Unwegsamkeiten. Diese zeigten sich bei der Informatik, den unterschiedlichen Unternehmenskulturen zwischen Spitex-Mitarbeitenden und stationären Mitarbeitenden, einem sehr grossen Kommunikationsbedarf seitens der Kundschaft sowie einer fehlenden Inanspruchnahme der Dienstleistungen.

Die Idee und die Dienstleistungsangebote an sich haben sich bewährt und mussten nicht wesentlich angepasst werden. Allerdings wurde das Angebot am Standort Flurhof auf Grund der Standortbedingungen und der dort gemachten Erfahrungen eingestellt. Thurvita führt das Projekt zurzeit ausschliesslich am Standort Sonnenhof durch. Der Standort Sonnenhof besticht durch seine architektonischen Voraussetzungen, seine Standortvorteile und die vorhandene Infrastruktur. Die in den Pilotprojekten gemachten Erfahrungen fliessen in die Planung des dritten Pilotprojektes, der neuen Überbauung in Bronschhofen, mit ein.

### Resultate der externen Begleitevaluation:

In der Evaluation von «Älter werden im Quartier» wurden die Motivationen, die Bedürfnisse und die Entscheidungsprozesse von Seniorinnen und Senioren sowie ihren Angehörigen zum Thema Wohnen im Alter untersucht. Dies geschah mittels qualitativer Interviews und einer schriftlichen Befragung.

In der Evaluation zeigte sich, dass sich die Seniorinnen und Senioren wenig mit dem Thema «Wohnen im Alter» auseinandersetzen, solange es ihnen gesundheitlich gut geht. Die Betagten sind mit ihrer Situation zufrieden und schätzen diese als gut ein. Dies sehen die Angehörigen oft etwas anders. Angehörige werden jedoch häufig in den Entscheid, die Wohnung zu wechseln, miteinbezogen. Eine erste Herausforderung für Thurvita dürfte somit darin bestehen, bei den Seniorinnen und Senioren sowie deren Angehörigen das Interesse für ihre Angebote vermehrt zu wecken.

Besteht bereits ein gewisser Pflegebedarf oder steigt dieser, wünschen sich die meisten Personen, dass sie weiterhin zu Hause betreut werden. Allerdings scheitert die Umsetzung dieses Wunsches meist an der Verfügbarkeit der nötigen Betreuung. Diese ist sehr ressourcenintensiv und abhängig von der Anwesenheit von Angehörigen oder den richtigen Dienstleistungen in der Umgebung (beispielsweise Betreuungsdienstleistungen, Einkaufsmöglichkeiten oder niederschwellige Möglichkeiten zum sozialen Austausch). Beim Pilotprojekt im Sonnenhof sind die Umgebungsfaktoren quasi ideal, während sie im Flurhof schwieriger sind, obschon gerade im Flurhof das Potential an möglicher Kundenschaft sehr viel grösser wäre. Die Umgebungsfaktoren im Flurhof müssten somit stark verändert werden, damit «Älter werden im Quartier» sinnvoll umgesetzt werden könnte.

### «Thurvita Care»

#### Durch Thurvita gemachte Erfahrungen:

Die Stolpersteine, welche in «Thurvita Care» auftauchten, beinhalteten die hohen fachlichen Anforderungen an die Mitarbeitenden (auf Grund der höheren Komplexität und Pflegebedürftigkeit der Patientinnen und Patienten), Probleme bei der Koordination der zusätzlichen therapeutischen Leistungen sowie Schwierigkeiten bei der Wirtschaftlichkeit und eine stark schwankende Nachfrage.

Die Grundidee von «Thurvita Care» hat sich aus Sicht von Thurvita bewährt. Es zeigte sich jedoch, dass spezialisierte Leistungen eng in die Prozesse eingebunden sein müssen, um eine gute Qualität des Angebots sicherstellen zu können. Erfolgsentscheidende Leistungen wie Therapien und ärztliche Expertise werden neu vermehrt von Thurvita-internen Mitarbeitenden erbracht. Die Anforderungen an das pflegetechnische Know-how der Mitarbeitenden sind deutlich höher als im Setting eines klassischen Pflegeheims.

#### Resultate der externen Begleitevaluation:

Bei «Thurvita Care» wurde evaluiert, inwiefern das Ziel einer vermehrten Rückkehr nach Hause kurz- und langfristig erfüllt wird und wie sich die Kosten für die drei relevanten Kostenträger (pflegebedürftige Person, Krankenversicherer und öffentliche Hand) mit dem neuen Angebot verändern. Die

beiden Versorgungsformen – «Thurvita Care» und die herkömmliche Versorgung «Usual Care» – wurden an Hand von zwei Fallserien miteinander verglichen. Dabei wurde festgestellt, dass durch «Thurvita Care» doppelt so viele Personen wieder nach Hause zurückkehren konnten, als unter «Usual Care». Dies, obschon der Grad der Pflegebedürftigkeit unter «Thurvita Care» höher war. Für den Grossteil der Patientinnen und Patienten war die Rückkehr nach Hause in beiden Fallserien nachhaltig. Insgesamt konnten mit Hilfe von «Thurvita Care» rund 14 Prozent langfristige Alters- und Pflegeheim-Aufenthalte vermieden werden.

Bezüglich der Gesamtkosten unterscheiden sich die beiden Fallserien («Thurvita Care» und «Usual Care») nicht voneinander. Die höheren Kosten pro Tag in der Fallserie «Thurvita Care» konnten durch eine kürzere Aufenthaltszeit im Alters- und Pflegeheim kompensiert werden. Was für die Gesamtkosten gilt, trifft auch auf die Kostenarten (Pension, Betreuung und Pflege) sowie auf die Kostenträger (pflegebedürftige Person, Krankenversicherer und öffentliche Hand) zu: Es gibt keinen Unterschied zwischen den beiden Fallserien. Die höhere Effektivität von «Thurvita Care» führt also für keinen der Kostenträger zu einer höheren finanziellen Belastung. Auch der Einbezug der Umverteilungen (Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigungen) verändern diese Aussagen nicht und die durchgeführten Sensitivitätsanalysen sprechen für robuste Resultate.

Nicht berücksichtigt wurden in unseren Analysen jedoch indirekte Kosten (beispielsweise Pflege/Betreuung durch Angehörige, Arbeitsausfälle bei Angehörigen) und intangible Kosten (z.B. auf Grund verschlechterter Lebensqualität), die bei den Betagten, den pflegenden und betreuenden Angehörigen anfallen könnten, sowie die Kosten, die bei anderen Leistungserbringern in der Region angefallen sind.

#### Fazit der externen Evaluation

Die von Thurvita gemachten Erfahrungen in «Älter werden im Quartier» decken sich grösstenteils mit den Ergebnissen der Begleitevaluation. Zudem liessen sich einige Erkenntnisse direkt in den (Pilotprojekt-) Alltag von Thurvita übertragen. Insbesondere die Rolle der Angehörigen wird heute auf

Grund der Evaluation anders verstanden; sie werden neu in die Kommunikation der Angebote miteinbezogen.

Auch bezüglich «Thurvita Care» bestätigen die Resultate der wissenschaftlichen Begleitevaluation die Erfahrungen von Thurvita. So liess sich beispielsweise die höhere Pflegebedürftigkeit nicht nur aus dem Erfahrungswissen der Thurvita-Mitarbeitenden, sondern auch datengestützt nachwei-

sen. Zudem bestätigte die Evaluation die Vermutung von Thurvita, dass mit der neuen Versorgung tatsächlich mehr Personen nach Hause zurückkehren konnten. Allerdings ist unklar, ob die Ergebnisse bezüglich der Kosten (kein Unterschied zwischen den beiden Versorgungssettings) auch in Zukunft Bestand haben, denn Thurvita sah sich gezwungen, eine Preiserhöhung bei «Thurvita Care» einzuführen.



# 1. Einleitung

## 1.1 AUSGANGSLAGE UND ZIELSETZUNGEN DES PROJEKTES

«Meine letzten Jahre im Pflegeheim? Alles, nur das nicht!». Wenn Sie mit jemandem über die letzten Lebensjahre diskutieren, scheint dieser Zusatz für die meisten Personen unvermeidlich. Für Thurvita war diese intuitive Abneigung gegen eines ihrer Kernangebote der Ausgangspunkt, ihre aktuellen Dienstleistungen zu hinterfragen. Im Zentrum stand die Frage: Welche Dienstleistungen tragen zu einem guten Leben im Alter bei? Als Antwort entstand eine Neuausrichtung von Thurvita mit einer umfassenden Palette ambulanter und stationärer Dienstleistungen, die sich konsequent an den Bedürfnissen alter Menschen und ihrer Angehörigen orien-

tieren möchte und ihren Unterstützungsbedarf umfassend abdeckt. In der Region Wil sollen betagte Menschen und ihre Angehörigen bei Thurvita an der richtigen Adresse sein, wenn sie Hilfe brauchen.

Die neuen Angebote umfassen:

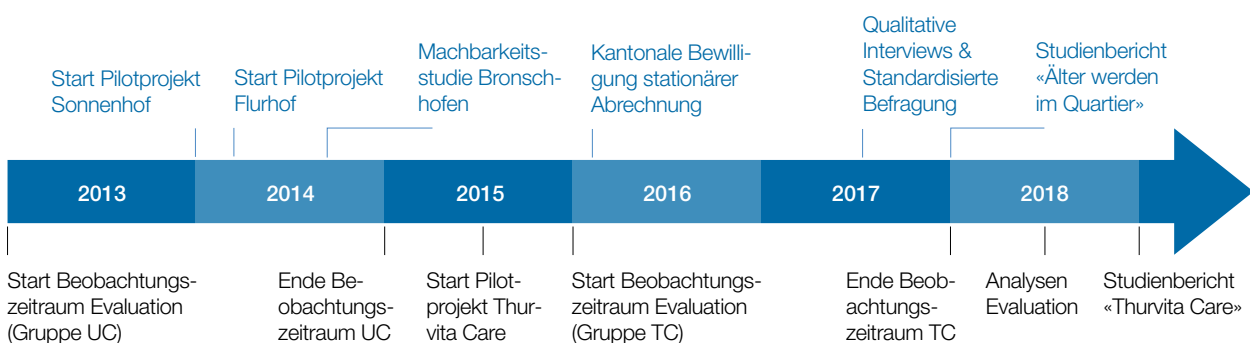
- 1) «Älter werden im Quartier»
- 2) «Thurvita Care»
- 3) «Geborgenheit für demente Menschen»

Der vorliegende Schlussbericht beschränkt sich auf die beiden Angebote «Älter werden im Quartier» und «Thurvita Care» (TC). Abbildung 1 zeigt den zeitlichen Ablauf der Projektdurchführung und -evaluation.

Abb. 1

### ZEITLICHER ABLAUF DER PILOTPROJEKTE UND DER BEGLEITEVALUATION

#### Älter werden im Quartier



#### Thurvita Care





### Exkurs 1: Hintergründe zu Thurvita

Die Thurvita AG ist eine gemeinnützige Aktiengesellschaft im Besitz der Gemeinden Wil, Niederhelfenschwil, Rickenbach und Wilen im Kanton St.Gallen. 2013 kam durch die Fusion mit Wil noch die Gemeinde Bronschhofen hinzu. Bei ihrer Gründung 2013 führte Thurvita vier zuvor unabhängige Institutionen - sechs Alters- und Pflegeheime und die Spitex aus der Region - unter ihrem Dach zusammen. Übernommen wurden 250 stationäre Heimplätze sowie rund 600 ambulant betreute Spitex-Klienten. Thurvita beschäftigte damals und heute ungefähr 370 Mitarbeitende. Der Umsatz beträgt 29 Millionen Franken und in den letzten

drei Jahren schloss Thurvita mit einem EBITDA von 1.5 bis 2 Millionen Franken ab.

Das Ziel von Thurvita ist es, die Altersversorgung unabhängig von der Finanzierung durch die öffentliche Hand zu gewährleisten. Als gemeinnützige Aktiengesellschaft geht die Thurvita einen dritten Weg zwischen Privatisierung der Alterspflege und staatsnaher Organisation mit Defizitgarantie. Bei Thurvita nehmen die Gemeinden über ihre Vertretung im Verwaltungsrat Einfluss auf die Alterspolitik und gleichzeitig behält die Geschäftsleitung ihre unternehmerische Freiheit.

Abb. 2

### THURVITA IM ÜBERBLICK



**THURVITA**  
Lebenswert - ein Leben lang.  
Standorte

### «Älter werden im Quartier»

Betagte Menschen sollen bis an ihr Lebensende an einem Ort leben können, den sie als ihr Zuhause empfinden und wo sie möglichst lange am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Um dies zu ermöglichen, kombiniert Thurvita im Rahmen eines Quartierzentrums barrierefreie Alterswohnungen mit einem Quartierstützpunkt der Spitex und sozialen Begegnungsmöglichkeiten. Zusätzlich bieten Sie die Möglichkeit, ambulante Pflegeleistungen stationär abzurechnen – eine wichtige Voraussetzung, um eine intensivere Pflege zu Hause für die Betroffenen auch finanziell tragbar zu machen (Exkurs 2).

Beim Einzug in eine Alterswohnung sind die meisten Personen nicht auf externe Hilfe angewiesen. Mit zunehmendem Alter und steigendem Pflegebedarf gestaltet sich die Versorgung zu Hause jedoch schwieriger. Thurvita stellte daher unter dem Namen «Älter werden im Quartier» eine Palette an Dienstleistungen zusammen, aus welchen die Bewohnerinnen und Bewohner der Alterswohnungen jene Unterstützung beziehen können, die sie tatsächlich benötigen. Dies soll es den Seniorinnen und Senioren ermöglichen, auch bei höherem Pflegebedarf in ihrer Wohnung zu verbleiben.

Bestehende Konzepte von Alterswohnungen wie beispielsweise Wohnungen mit Service oder betreutes Wohnen stossen spätestens dann an ihre Grenzen, wenn der Pflegebedarf eine gewisse Komplexität übersteigt (meist ab ca. 2.5 Stunden Pflege pro Tag, respektive Pflegestufe 5 (Skala: 1 = niedrigster Pflegebedarf bis 12 = höchster Pflegebedarf)). Die Bewohnerinnen und Bewohner der Alterswohnungen sind dann gezwungen, in ein Pflegeheim umzuziehen, weil eine umfassende Pflege und Betreuung, beispielsweise die Nachtabdeckung, nicht gewährleistet werden kann. Zudem sind die Sozialversicherungen nicht bereit, die steigenden Kosten der ambulanten Leistungen mitzutragen. Thurvita hat deshalb seine Alterswohnungen so mit Quartierstützpunkten der Spitex kombiniert, dass sie die gesetzlichen Anforderungen an ein Pflegeheim erfüllen. Die Quartierstützpunkte können diesen «stationären» Personen beispielsweise dreimal täglich eine vollwertige Mahlzeit anbieten und eine 24-Stunden-Präsenz durch qualifiziertes Pflege-

personal sicherstellen. Schwer pflegebedürftige Menschen erhalten so dieselben Leistungen wie in einem klassischen Pflegeheim, ohne dass sie das eigene Zuhause verlassen müssen. Die Pflegebedürftigen bewahren damit langfristig ihre Unabhängigkeit und Selbstständigkeit.

Quartierstützpunkte schaffen, so die Erwartung von Thurvita, nicht nur für die Bewohnerinnen und Bewohner der Alterswohnungen einen Mehrwert, sondern für alle Bewohnerinnen und Bewohner des umliegenden Quartiers. Sie alle können bei Bedarf Unterstützungsleistungen bei Thurvita beziehen und dadurch, so die Hoffnung, länger zu Hause wohnen. Zudem werden Kostenersparnisse auf Grund der kürzeren Wegzeiten erwartet.

Ein weiteres wichtiges Merkmal von «Älter werden im Quartier» ist die Abrechnungsform (Details siehe Exkurs 2). Nach unserem Wissen ist es schweizweit einmalig, dass Bewohnerinnen und Bewohner einer Alterswohnung ihre bezogenen Pflegeleistungen so abrechnen können, wie wenn sie im Pflegeheim wohnen würden. «Älter werden im Quartier» geht davon aus, dass betagte Menschen (und die Sozialversicherungen) im Vergleich zum pauschalen Angebot eines Alters- oder Pflegeheims (APH) erheblich Kosten einsparen können, da sie nur die Leistungen beziehen, die sie tatsächlich benötigen. Dies im Gegensatz zu Bewohnerinnen und Bewohnern eines APH, welchen – unabhängig vom persönlichen Bedarf – pauschal das umfassende Leistungspaket im Bereich Hotellerie verrechnet wird.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht muss ein Quartierzentrum allerdings eine gewisse minimale Grösse haben. Andernfalls würden fixe Bereitstellungskosten, wie beispielsweise eine bediente Cafeteria oder eine permanente Nachtabdeckung, die Durchschnittskosten pro Person zu stark erhöhen. Eine interne Analyse von Thurvita hatte gezeigt, dass in der Stadt Wil und den beiden Vertragsgemeinden Rickenbach und Wilen insgesamt zwei bis drei Quartierzentren wirtschaftlich betrieben werden könnten. Daher wurde ursprünglich geplant, an drei Standorten einen Pilotversuch von «Älter werden im Quartier» durchzuführen und einen Quartierstützpunkt aufzubauen.



## Exkurs 2: Abrechnungsform von «Älter werden im Quartier»

Innerhalb des Projektes «Älter werden im Quartier», kam es zu einer Vereinbarung zwischen dem Amt für Soziales in St. Gallen und Thurvita:

Wird eine Person, die zu Hause oder in einer Alterswohnung lebt, in der die gesetzlichen Vorgaben für ein Pflegeheim erfüllt werden können, stark pflege- oder betreuungsbedürftig, erhalten die Leistungen für diese Person stationären Charakter. Dies bedeutet, dass die Person

weiterhin zu Hause versorgt wird, aber in der Wohnung der betroffenen Person gesetzestechnisch ein Heim eröffnet wird. Dieses «virtuelle Einzelheim» erlaubt es, die (höheren) Beiträge der Sozialversicherung des stationären Bereichs (insbesondere für Ergänzungsleistungen für Leistungen im KVG) zu verrechnen. Damit können die Kunden die hohen Kosten umfassender Hilfeleistungen auch in der Alterswohnung finanzieren und müssen nicht in ein Pflegeheim umziehen.

### «Thurvita Care»

Gut 80 Prozent aller Eintritte in ein Heim von Thurvita erfolgen über ein Akutspital. Bedingt durch die neue Spitalfinanzierung SwissDRG bleibt den betagten Menschen heute wenig Zeit für die nötige Rekonvaleszenz und Rehabilitation, so dass betagte Personen nach einem Spitalaufenthalt häufig definitiv in ein APH eintreten. Thurvita ging davon aus, dass mehr Personen nach einem Spitalaufenthalt wieder nach Hause zurückkehren können, wenn ihnen genügend Zeit und Unterstützung gewährt und ihr Rehabilitationspotential vollständig ausgeschöpft würde. Im Pflegezentrum Fürstentau wurde daher im Januar 2015 das Projekt «Thurvita Care» (TC) gestartet. Es versteht sich einerseits als eine Brücke zwischen Spitalaufenthalt und Rückkehr nach Hause für ältere und/oder polymorbide Menschen und andererseits als ein Angebot für komplexe Palliative Care-Situationen.

### Unterstützung durch die Age-Stiftung

Das Konzipieren, Testen und Umsetzen neuer Dienstleis-

tungen verursacht hohe Zusatzkosten, die nicht vollumfänglich durch Erträge des laufenden Betriebes gedeckt werden können. Aus diesem Grund hat Thurvita verschiedene Stiftungen angefragt, einen Beitrag an Projekte mit innovativem Charakter zu leisten. Die Age-Stiftung unterstützt die Projekte «Älter werden im Quartier» und TC mit einem Förderbeitrag von CHF 200'000. Zusätzlich finanziert sie die externe Evaluation/Dokumentation mit bis zu CHF 110'000.

### Begleitstudie

Mit der Durchführung der externen Evaluation und der Redaktion des Projekt-Schlussberichts wurde das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) beauftragt. Die Erkenntnisse der externen Evaluation flossen fortlaufend in die Ausgestaltung der Pilotprojekte mit ein und wurden jeweils in ausführlichen Evaluationsberichten festgehalten (Meier & Höglinger, 2018; Meier et al., 2018).



## 2. «Älter werden im Quartier»

### 2.1 ERFAHRUNGSBERICHT

#### Alard du Bois-Reymond

##### 2.1.1 Ursprünglich geplante Ausgestaltung der Angebote

Am 1. April 2014 startete im Rahmen des Projekts «Älter werden im Quartier» der Pilotversuch an der Flurhofstrasse in Wil. An diesem Standort befinden sich 70 Alterswohnungen in drei verschiedenen Häusern (Flurhofstrasse 4, 5 und 7). Die Alterswohnungen gehören der Wohnbaugenossenschaft für Alterswohnungen in Wil. In einem der drei Gebäude betreibt Thurvita eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung – eine Pflegewohnung – mit 15 Betten. Ab 2015 wurde ein zweiter Standort – 26 Alterswohnungen der Wohnbaugenossenschaft an der Haldenstrasse 18 – in den Pilotbetrieb miteinbezogen. Diese Alterswohnungen liegen direkt neben dem Alterszentrum Sonnenhof. Abbildung 3 zeigt schematisch die Gebäudesituation an den beiden Standorten.

Am Standort Bronschhofen ist ein Neubau geplant. Dieser ist zurzeit in Ausarbeitung und soll 2022 eröffnet werden.

In der ursprünglichen Planung war vorgesehen:

Standort Flurhof:

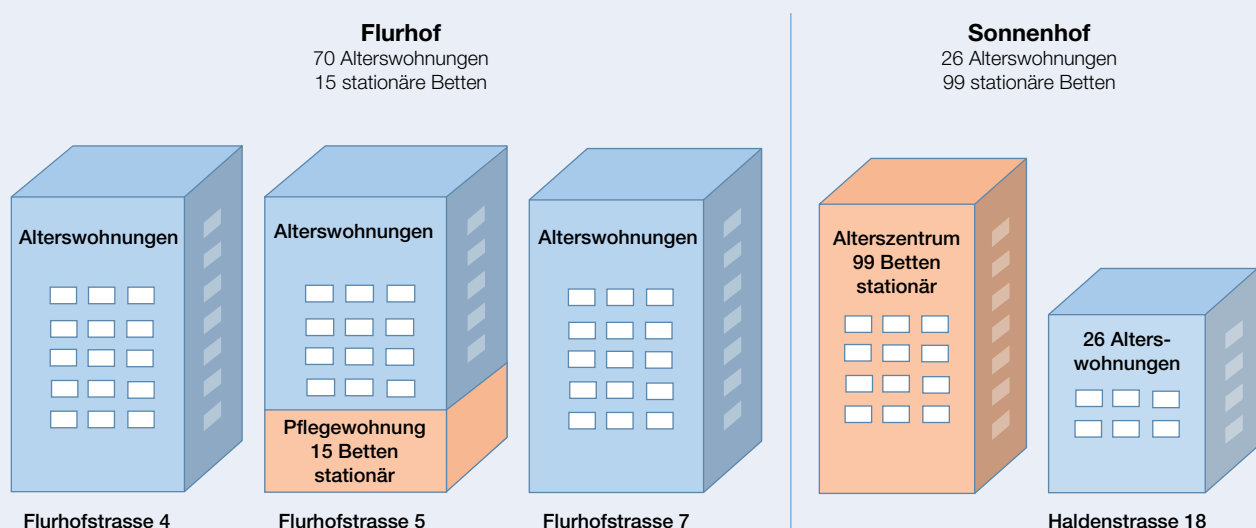
- Ein Spitex-Team mit dem Pflegeteam der stationären Pflegewohnung zu verschmelzen
- Dieses gemischte Team sollte für die Pflege und Betreuung der Bewohnenden der Pflegewohnung und für die Spitex-Klientinnen und -Klienten in den Alterswohnungen der Wohnbaugenossenschaft eingesetzt werden.
- In einem zweiten Ausbauschnitt sollten die Spitex-Klientinnen und Klienten mit höherem Pflegebedarf in ihren Alterswohnungen auch mit stationärer Abrechnung gepflegt und betreut werden.

Standort Sonnenhof:

- Die Mieterinnen und Mieter der Alterswohnungen der Wohnbaugenossenschaft sollten von den stationären

Abb. 3

#### SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DER GEBÄUDESITUATION AN DEN BEIDEN STANDORTEN FLURHOF UND SONNENHOF



Mitarbeitenden des benachbarten Alterszentrum Sonnenhof betreut werden.

Standort Bronschhofen:

- Lehren aus den beiden anderen Pilot-Standorten sollen in die Planung und Umsetzung des Standorts Bronschhofen einfließen.

Ganzes Einzugsgebiet:

- Aufbau einer 24h-Spitexpresenz zur Gewährleistung einer umfassenden stationären Versorgung innerhalb der Alterswohnungen insbesondere in der Wohnbaugenossenschaft im Flurhof.

### 2.1.2 Stolpersteine und wie darauf reagiert wurde

Während des Pilotbetriebes sind diverse Herausforderungen entdeckt worden, welche gelöst werden mussten und zu Veränderungen in der Planung und Umsetzung führten.

#### Informatik

Ambulante und stationäre Leistungen werden gegenwärtig von unterschiedlichen Informatiksystemen unterstützt. Die Systeme sind vollkommen voneinander getrennt und können nicht mit einer Schnittstelle verbunden werden. Dies führte in den Pilotprojekten zu einem wesentlichen Mehraufwand. So mussten beispielsweise im Flurhof die Dienstplanung für ambulante und stationäre Mitarbeitende in unterschiedlichen Systemen geführt werden. Im Sonnenhof mussten die stationären Mitarbeitenden geschult werden, um ambulante Leistungen im Spitex-System zu erfassen. In beiden Pilotprojekten mussten die Kundendossiers parallel in verschiedenen Softwaresystemen gepflegt werden. Diese Inkompatibilität der Informatiksysteme erhöhte den Aufwand für die Administration von Kunden und Mitarbeitenden erheblich (beispielsweise kam es zu separaten Anwendungen auf Papier oder in Excel) und reduzierte gleichzeitig die Datenqualität.

Aufgrund dieser Schwierigkeiten wird Thurvita 2019 ein einheitliches Informatiksystem für ambulante und stationäre Leistungen einführen. Sämtliche Leistungen werden neu in einer zentralen Datenbank verbucht werden.

#### Unterschiedliche Unternehmenskulturen

Thurvita als eine Organisation, die seit ihrer Gründung 2013 ambulante und stationäre Leistungen unter demselben Dach vereint, war sich bewusst, dass sich die Unternehmenskulturen der beiden Bereiche stark unterscheiden. Das Ausmass der Unterschiede und die Schwierigkeiten, die bei einer Zusammenführung entstehen, wurden jedoch unterschätzt. Die Unterschiede der Kulturen haben sich im Projektverlauf insbesondere bei den folgenden Themen kristallisiert:

- Ambulante Mitarbeitende sind selbstständiges Arbeiten alleine auf der Tour gewohnt. Stationäre Mitarbeitende schätzen es, wenn sie sich bei Entscheidungen mit den Berufskolleginnen und Berufskollegen auf der Abteilung austauschen können.
- Stationäre Mitarbeitende sind es gewohnt, einigermaßen pünktlich Dienstschluss zu haben, die nachfolgende Schicht löst sie ab. Ambulante Mitarbeitende haben selten pünktlich Dienstschluss, meistens sind sie früher oder später als geplant fertig mit der Tour.
- Ambulante Mitarbeitende sind nur zu Besuch bei Klientinnen und Klienten, den Rest der Zeit verbringen die Klientinnen und Klienten alleine zu Hause. Stationäre Mitarbeitende hingegen fühlen sich vollumfänglich verantwortlich für die Bewohnenden und neigen dazu, Entscheidungen stellvertretend für die Bewohnenden zu übernehmen.
- Im stationären Umfeld wird auch grossen Wert auf gute Betreuungsleistungen gelegt. Ambulant dürfen keine Betreuungsleistungen erbracht werden, da sie von den Klientinnen und Klienten selbst bezahlt werden müssen. Dieser Unterschied führte zu Missverständnissen zwischen den Mitarbeitenden.

Eine Verschmelzung von zwei bereits bestehenden Pfegeteams ist grundsätzlich anspruchsvoll. Eine Verschmelzung eines bestehenden ambulanten und eines bestehenden stationären Teams ist, rückblickend beurteilt, extrem anspruchsvoll. Die Unterschiede waren schlussendlich zu gross: Die Fusion des Teams im Flurhof musste rückgängig gemacht werden.

Am Standort Sonnenhof konnte eine andere Lösung gefunden werden. Hier wurden und werden die Bewohnerinnen und Bewohner der Alterswohnungen von stationären Mitarbeitenden des Alterszentrums Sonnenhof versorgt.

Im geplanten neuen Quartierzentrum Bronschhofen sollen die Leistungen im Bereich Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft von einem Spitex-Team übernommen werden. Die Grundhaltung der Mitarbeitenden des ambulanten Bereichs ist dem Charakter der neuen Dienstleistungen näher. Insbesondere sind es die ambulanten Mitarbeitenden gewohnt, die Eigenbestimmtheit der Kunden zu respektieren und deren Selbstständigkeit zu fördern. Wir nehmen an, dass bei der Eröffnung des Quartierzentrums Personen einziehen werden, die einen so geringen Unterstützungsbedarf ha-

ben, dass die Leistungen ambulant abgerechnet werden können. Mit zunehmendem Pflege- und Betreuungsbedarf werden zu einem späteren Zeitpunkt vermehrt stationäre Leistungen verrechnet werden. Wir nehmen an, dass das Spitex-Team somit kontinuierlich in seine stationären Aufgaben hineinwachsen wird.

### **Kommunikation des neuen Angebots**

Die wichtigsten Stakeholder (Bewohnerinnen und Bewohner der Alterswohnungen, Angehörige, Mitarbeitende, Zuweisende) wurden beim Start des Projekts über das neue Angebot «Älter werden im Quartier» informiert. Wie die Begleitevaluation aufzeigte, wurde der Kommunikationsbedarf für dieses bisher nicht bekannte Angebot jedoch unterschätzt. Die Erkenntnis aus der Evaluation war, dass es wesentlich

Abb. 4

## **COMPUTERGRAFIK DES GEPLANTEN STANDORTS BRONSCHHOFEN**

---



mehr als eine Fakten-fokussierte Einmal-Information bei Projektstart braucht. Die Begleitevaluation zeigte auf, dass:

- das Einholen von Informationen über mögliche Hilfestellungen bei einem sich verschlechternden Gesundheitszustand tendenziell auf später verschoben wird. Auch weil Bewohnende von heutigen Alterswohnungen meist noch rüstig sind.
- beim Entscheid über einen Heimeintritt die Angehörigen entscheidend sind. Die Angehörigen in den Pilotprojekten waren über die Möglichkeiten des neuen Angebots kaum informiert worden. Der Entscheid über einen Heimeintritt findet oft in einer krisenhaften Situation statt. Es wird in solchen Situationen aufgrund von bekannten Bildern – wie «Im klassischen Pflegeheim sind meine Eltern sicher» – und der Empfehlung von Vertrauenspersonen entschieden.
- der Hausarzt/die Hausärztin und die Pflegefachpersonen solche Vertrauenspersonen sind. Sie waren über die Möglichkeiten des neuen Angebots ebenfalls zu wenig informiert.

Eine umfassende Kommunikation mit den wichtigsten Stakeholder wird als zentral und wegweisend für die weitere Entwicklung der Projektidee eingestuft. Im Rahmen des Pilotprojektes wird nun der regelmässige Austausch mit den Bewohnenden der Alterswohnungen und deren Angehörigen gesucht. Das Wissen über «Älter werden im Quartier» soll so besser verankert werden und es soll ein Vertrauensverhältnis zu den Personen aufgebaut werden, die effektiv über einen Heimeintritt entscheiden.

### **Inanspruchnahme des Angebots**

Der allgemeine Gesundheitszustand der Mieter und Mieterinnen der Alterswohnungen ist – einige Jahre nach deren Eröffnung – mit demjenigen der Bewohnenden des Altersheims Sonnenhof vergleichbar. Die Mieterinnen und Mieter der Alterswohnungen schätzen die Möglichkeit, auf die Dienstleistungen des Alterszentrums Sonnenhof zurückgreifen zu können. Sie beziehen aber sehr viel weniger Dienstleistungen als die Bewohnerinnen und Bewohner des Altersheims, deutlich weniger auch als in der ursprünglichen Projektanfrage erwartet wurde. Aus Klienten-Sicht ist dies

## Eine umfassende Kommunikation wird für die weitere Entwicklung des Projektes als zentral eingestuft.

durchaus erwünscht, die Mietenden sind eigenständiger und bleiben gesellschaftlich integriert. Aus unternehmerischer Sicht ist dies hingegen anspruchsvoll, weil es gelingen muss, Dienstleistungen trotz des tiefen Leistungsumfangs kostengünstig und gleichzeitig kostendeckend auszugestalten.

Der Übergang von der ambulanten zur stationären Leistungsabrechnung ist, aus den in den vorangehenden Abschnitten beschriebenen Gründen, ebenfalls schwieriger als erwartet. Bisher wurde das Angebot einer stationären Abrechnung trotz Verbleib in der Alterswohnung (siehe Exkurs 2) noch nie in Anspruch genommen. In jüngster Zeit hat sich ein weiteres Problem herauskristallisiert: Der Pflege- und Betreuungsbedarf einzelner Mietender der Alterswohnungen hat sich in letzter Zeit deutlich erhöht, sodass mit ihnen Gespräche für eine stationäre Abrechnung aufgenommen wurden. Allerdings sind Mieterinnen und Mieter, die keine Ergänzungsleistungen (siehe Exkurs 3) beziehen, bei einem solchen Wechsel mit einem sehr hohen Kostensprung konfrontiert. Dieser Kostensprung ist insbesondere auf die Verrechnung von Betreuungsleistungen (bei Pflegestufe 5 sind dies beispielsweise CHF 40 pro Tag) zurückzuführen. Bei einem Umzug von einer Alterswohnung in ein klassisches Pflegeheim wird dies nicht in Frage gestellt, weil die betroffene Person sich in ein vollkommen neues «Setting» begibt. Aus Sicht von Bewohnenden der Alterswohnungen hingegen ist ein Kostensprung von CHF 1'000 – 2'000 pro Monat nicht nachvollziehbar, weil sich der tatsächlich bezogene Leistungsumfang mit dem Wechsel zu einer stationären Abrechnung nur wenig verändert. Auch dies könnte ein Grund sein für die fehlende Inanspruchnahme der stationären Abrechnung bei Verbleib in der Alterswohnung. Aus diesem Grund überarbeiten wir gegenwärtig die Tarifstruktur, um solche Kostensprünge beim Wechsel von einer ambulanten zu einer stationären Abrechnung zu vermeiden.





### Exkurs 3: Was ist eine Ergänzungsleistung oder eine Hilflosenentschädigung?

Die teilweise sehr hohen Kosten für die Pflegebedürftigen werden von der öffentlichen Hand teilweise übernommen. So besteht in der ganzen Schweiz unter gewissen Bedingungen Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL) zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), respektive Hilflosenentschädigung [HE (Curaviva Schweiz, o. J.)].

#### Ergänzungsleistungen

EL können von allen AHV- und IV-Bezüglern beantragt werden und dienen dazu, den Existenzbedarf zu gewährleisten. Es gibt zwei Arten von EL:

- 1) Die **jährlichen EL** werden monatlich ausgeschüttet, wenn die berechneten Ausgaben des Rentners sein anrechenbares Einkommen übersteigen. Der Bezug von jährlichen EL ist unabhängig davon, ob jemand pflegebedürftig ist oder nicht.
- 2) Die **Krankheits- und Behinderungskosten** decken effektiv getätigte Gesundheitsausgaben, wie z.B. Franchise und Selbstbehalt, Zahnarztkosten, oder andere nicht von den Krankenversicherungen gedeckte Gesundheitskosten.

#### Hilflosenentschädigung

HE kann von Personen beantragt werden, die AHV oder EL beziehen und in der Schweiz wohnhaft sind. Die HE ist unabhängig vom Vermögen und wird nur gewährt, wenn eine Person:

- 1) Leicht, mittel oder schwer hilfsbedürftig ist,
- 2) diese Hilfsbedürftigkeit seit mindestens einem Jahr ununterbrochen anhält und
- 3) kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung durch die Unfall- oder Militärversicherung besteht.

Als hilflos gelten Personen, welche bei alltäglichen Verrichtungen, wie z.B. Ankleiden, Körperpflege, Toilettenbesuch, Essen etc. dauernd auf Hilfe von Dritten angewiesen sind und dauernde Pflege oder persönliche Überwachung benötigen (AHV/IV, 2018). Basierend auf dem Grad an Hilflosigkeit wird ein fixer Betrag pro Monat ausgeschüttet. 2017 waren dies bei leichter Hilflosigkeit CHF 235, bei mittlerer Hilflosigkeit CHF 588 und bei schwerer Hilflosigkeit CHF 940 (AHV/IV, 2018).

#### 2.1.3 Erfolgsfaktoren

Im Projekt konnten diverse Lehren gezogen werden, welche als Erfolgsfaktoren gelten können:

- Investition von genügend Zeit in die Planung des Projektes
- Absprachen mit und Einholen der entsprechenden Bewilligungen bei Behörden und Ämtern vor Projektstart
- Führungspersonen, die die Mitarbeitenden für die Neuerungen begeistern können
- Schnelle pragmatische Lösungen für Herausforderungen, die nicht im Vorfeld zu erkennen waren
- Evaluation und Anwendung von innovativen Lösungen für die Sicherheit im Wohn-Alltag

Zudem konnten aus der Begleitevaluation weitere Lehren gezogen, die einen Einfluss auf den Erfolg haben:

- Einbezug der Projektmitarbeitenden in die Planung und Vorbereitung des Projektes
- Eine breite Verankerung der Projektidee in der Organisation und regelmässige Informationen aus der Geschäftsleitung an die Teams und Mitarbeitenden im Projekt

- Fähigkeit der Teamleitung und aller Projektmitarbeitenden, das neue Angebot zu «verkaufen».
- Regelmässige Information und früher Einbezug potentieller Kundschaft beim Aufbau einer Dienstleistung und Berücksichtigung derer Wünsche und Bedürfnisse für massgeschneiderte Dienstleistungen
- Kontakt- und Beziehungspflege zu den Kundinnen und Kunden von Anfang an, auch wenn sie noch keine oder nur wenige Dienstleistungen beziehen
- Kontaktaufnahme mit den Angehörigen und dem sozialen Umfeld der Kunden bereits in «guten Zeiten», sodass bei Schwierigkeiten oder in Notfallsituationen von Seiten der Familie bereits Vertrauen besteht in die Kompetenz, Beratung und in die Lösungsvorschläge der Organisation und ihrer Mitarbeitenden

#### 2.1.4 Schlussendliche Ausgestaltung der Angebote

Die Idee und die Dienstleistungsangebote von «Älter werden im Quartier» an sich haben sich bewährt und mussten nicht wesentlich angepasst werden. Allerdings wurde das Angebot – auf Grund der Erfahrungen – an einem Standort eingestellt. Thurvita führt das Projekt heute ausschliesslich am Standort

Sonnenhof durch. Die architektonischen Voraussetzungen in den 2013 erstellten Wohnungen sind deutlich besser als am Standort Flurhof. Zudem ist am Standort Sonnenhof zusätzliche Infrastruktur, wie ein Restaurant sowie die Nähe zu Stadt und Einkaufsmöglichkeiten, vorhanden. Umfangreiche Serviceleistungen können im direkt danebenliegenden Alterszentrum Sonnenhof bezogen werden und eine Integration in diverse Aktivierungsgruppen ist möglich. Weiter sind die beiden Häuser durch einen unterirdischen Gang verbunden.

Die in den Pilotprojekten gemachten Erfahrungen fliessen in die Planung der neuen Überbauung in Bronschhofen ein. Dies gilt unter anderem auch für den Themenbereich der «erlebten und gefühlten» Sicherheit der Kundschaft. Diese hat im Laufe der Projektarbeit einen höheren Stellenwert erhalten. Thurvita untersucht deshalb in einem separaten Projekt «Thurvita-Tech», ob dieses Bedürfnis nach Sicherheit mit modernen technologischen Hilfsmitteln abgedeckt werden kann. Zudem wird der Rolle der Angehörigen und der Beziehungspflege zu den Angehörigen mittlerweile deutlich mehr Gewicht eingeräumt. Der Kontakt zu den Angehörigen wurde systematisiert und wird auch dokumentiert.

## 2.2 BEDÜRFNISANALYSE ZU «ÄLTER WERDEN IM QUARTIER»

Flurina Meier, Marc Höglinger, Andrea Huber

### 2.2.1 Fragestellung

Ursprünglich sollte in der Begleitevaluation zum Projekt «Älter werden im Quartier» ermittelt werden, inwiefern sich die Lebensqualität, der Pflege- und Betreuungsbedarf, die Selbstständigkeit, die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten, die Zufriedenheit sowie die Kosten in der neuen Versorgung verändern. Aufgrund der ausgebliebenen Nachfrage nach dem Angebot «Älter werden im Quartier» in den beiden Pilotprojekten Flurhof und Sonnenhof war dies allerdings nicht möglich. Deshalb wurde in Absprache mit Thurvita beschlossen, die Fragestellung der Begleitevaluation anzupassen. Es sollten nun die Motivation der Senioren und Seniorinnen für beziehungsweise die Entscheidung gegen einen Heimeintritt sowie die Bedürfnisse an das Wohnen im Alter untersucht werden. Erfahrungen von Thurvita deuteten darauf hin, dass ein vertieftes Verständnis der individuellen Bedürfnisse an das Wohnen im Alter wichtig für die richtige Ausgestaltung der Leistungen der Quartierstützpunkte und für die Akzeptanz des Projekts sein dürfte.

### 2.2.2 Methodisches Vorgehen

Um die Entscheidungsprozesse bezüglich eines allfälligen Heimeintritts besser zu verstehen, wurden in einem ersten Schritt qualitative Interviews mit Seniorinnen und Senioren, deren Angehörigen und mit Mitarbeitenden von Thurvita geführt. Im zweiten Schritt wurde mit einer standardisierten schriftlichen Befragung untersucht, inwiefern zentrale Befunde aus den qualitativen Interviews generalisierbar sind oder nicht. Zudem sollte die Angehörigenperspektive nochmals vertieft werden. Aus den Erkenntnissen der beiden Befragungen wurden Handlungsempfehlungen für Thurvita abgeleitet.

### Qualitative Interviews

Im Sommer 2017 führten wir insgesamt 15 ausführliche qualitative Interviews mit Seniorinnen und Senioren, Angehörigen und Fachpersonen von Thurvita durch. Die pflegebedürftigen Interviewpartner wurden im Sinne des «Theo-

Tabelle 1

### VERSAND UND RÜCKLAUFQUOTE DER SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNG

	Spitex-Klienten	Angehörige	Total
Versandte Fragebögen	136	88	224
Rücklaufquote	43 %	59 %	50 %

retical Sampling» nach den folgenden Kriterien ausgesucht: Geschlecht, familiäre Situation (mit respektive ohne Partner) und Wohnsituation (beispielsweise kürzlicher Umzug ins APH). Die Angehörigen waren jeweils Partnerinnen/Partner oder Kinder der befragten Seniorinnen und Senioren. Detaillierte Angaben zu den Interviewpartnern können dem Studienbericht entnommen werden (Meier & Höglinger, 2018). Die Gespräche wurden als semi-strukturierte Interviews geführt und deckten folgende Themenbereiche ab:

- Prozess hin zum Entscheid für/gegen einen Umzug in eine Alterswohnung/ein APH
- Informationsstand und Überlegungen vor und während der Entscheidung
- Gründe für einen (Heim-)Eintritt und die dabei involvierten Parteien

Abb. 5

### AUSZUG AUS DEM FRAGEBOGEN

«Nein [ich habe mir keine Überlegungen gemacht]. Meine Eltern sind alle zu Hause gestorben. Einfach eingeschlafen. Aber ich habe mich angemeldet, bzw. meine Tochter, das hat sie gemacht, sicherheitshalber. Aber ich habe keinen Tag studiert, nein.»

(Fall O, in APH)

- Informationsstand der Betroffenen und Erwägung anderer Optionen
- Bedürfnisse an das Wohnen mit Unterstützung und Erfahrungen mit der aktuellen Wohnsituation
- Wissen über das bestehende Angebot «Älter werden im Quartier»

### Standardisierte schriftliche Befragung

Es wurden Klientinnen und Klienten der Thurvita Spitex befragt, die über 65 Jahre alt und in der Lage waren, einen schriftlichen Fragebogen selbständig auszufüllen, sowie deren Angehörige. Tabelle 1 zeigt die Anzahl Befragte sowie die erzielte Rücklaufquote. Eine ausführliche Dokumentation zur Begleitevaluation von «Älter werden im Quartier» findet sich im Studienbericht «Älter werden im Quartier» (Meier & Höglinger, 2018).

Der Fragebogen (Abbildung 5) wurde basierend auf den Erkenntnissen aus den qualitativen Interviews und auf ähnlichen bestehenden Erhebungsinstrumenten entwickelt. Die Fragenbogenvariante für die Thurvita-Klienten und -Klientinnen war weitgehend deckungsgleich mit derjenigen für die Angehörigen und ermöglicht so einen Vergleich der Klienten- mit der Angehörigenperspektive.

Die schriftliche Befragung deckte die folgenden Themen ab:

- Bedürfnisse und Erwartungen an das Wohnen im Alter
- Erfahrungen mit der aktuellen Wohnsituation
- Handlungsoptionen und -pläne der Befragten bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes
- Bedarf nach bestimmten ambulanten Dienstleistungen wie z.B. Begleitservice, Notfallalarm oder soziale Aktivitäten

- Die Zahlungsbereitschaft für bestimmte ambulante Dienstleistungen.

### 2.2.3 Resultate

#### Erkenntnisse aus der qualitativen Befragung

#### Erste Überlegungen zu einer altersbedingten Veränderung der Wohnsituation

Für die meisten Befragten steht ein Umzug ins APH schon länger als Möglichkeit im Raum. Das bedeutet aber nicht zwingend, dass damit eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Wohnformen im Alter einherging. Bisweilen waren es auch nicht die Befragten selbst, die diese Anmeldung vornahmen. Mitunter waren es erste ernstere gesundheitliche Probleme oder der Verlust des Partners, die zu konkreten Überlegungen bezüglich der zukünftigen Wohnsituation führten.

#### Motive für die Veränderung der Wohnsituation

Alle befragten Senioren und Seniorinnen nannten mehr als einen Grund für eine Veränderung der Wohnsituation. Allerdings lassen sich zwei primäre Auslöser für eine Veränderung der Wohnsituation ausmachen: Der Wechsel in ein APH erfolgt aufgrund eines akut verschlechterten Gesundheitszustands oder der Umzug in eine Alterswohnung erfolgt dann, wenn ein entsprechendes Angebot verfügbar ist.

«Ideal wäre wohl eine Art Alters-WG. Man hat immer jemanden, den sozialen Kontakt und bei Bedarf Betreuung»

(Fall K, in Alterswohnung)

Geschieht der Umzug auf Grund von kleineren und grösseren Notfällen (siehe Exkurs 4), stellt sich der Umzug ins APH aus Sicht der Befragten oft als einzige Möglichkeit dar, auch wenn auf näheres Nachfragen hin meist klar wird, dass auch eine Rückkehr nach Hause oder ein Umzug in eine Alterswohnung prinzipiell in Frage gekommen wäre. Die medizinisch-pflegerische Versorgung hätte in den meisten Fällen auch zu Hause durch die Spitex gewährleistet werden können. Problematisch ist jedoch meist die nötige (24h-) Betreuung. Diese ist zeitintensiv und kann von der professionellen Betreuung nicht vollumfänglich abgedeckt werden oder wäre für viele Seniorinnen und Senioren finanziell nicht tragbar. Externe Hilfe wird in diesen Fällen meist aufgrund von finanziellen Überlegungen wenig oder gar nicht in Anspruch genommen. Pflegen Angehörige die Betagten, führt dies langfristig oft zu Erschöpfung, Überforderung und/oder Erkrankung der pflegenden Angehörigen. Fehlen pflegende Angehörige, drohen den Betagten Probleme wie Selbstgefährdung, Verwahrlosung oder Vereinsamung.

## Probleme macht die notwendige (24h-) Betreuung.

### Wichtige Aspekte von Wohnen im Alter

Sicherheit im Sinne einer permanenten Anwesenheit einer Fachperson scheint für die meisten Betagten gemäss unserer Befragung kein Bedürfnis zu sein. Am ehesten scheint eine schnelle Hilfe in einer Notlage wichtig zu sein. Die Angehörigen sind beim Aspekt Sicherheit hingegen tendenziell sensibler und wünschen insbesondere nach einer Notfallsituation wie einem Sturz eine «Rundum-Überwachung», welche aus Sicht der Befragten nur ein APH bieten kann. Das tatsächliche vor Ort Sein von Betreuungspersonen wird dabei als zentral erachtet. Ein Teil der Befragten vertraut Nothilfesystemen wie dem Notrufknopf nur beschränkt. «Das funktioniert auch nicht überall», «nicht ganz glücklich [gelöst]» waren Aussagen dazu.



### Exkurs 4: Beispiele von kleineren und grösseren Notfällen, die zu einem APH-Eintritt führten:

- Eine pflegende Angehörige einer schwer pflegebedürftigen Person in einer Alterswohnung wird jede Nacht mehrfach geweckt und muss Pflegefachpersonen herbeirufen. Die Angehörige kann sich auf Grund mehrmonatigen chronischen Schlafmangels nicht erholen und entwickelt Folgekrankheiten. Die Versorgung in der Alterswohnung kann nicht mehr aufrechterhalten werden.
- Eine in der eigenen Wohnung lebende Person ohne verfügbare Angehörige kann aus medizinischen Gründen nicht mehr alleine aus dem Haus gehen. Sie entwickelt durch die Situation depressive Phasen. Nach Eintritt ins APH blüht sie auf, die depressiven Phasen verschwinden.
- Ein Demenzpatient gefährdet sich selbst.
- Eine sommerliche Hitzewelle führt zu einer markanten Verschlechterung der Situation einer Seniorin. Ihre Kinder wollen nicht mehr länger zusehen und drängen auf einen Eintritt ins APH.
- Bei einer alleinstehenden Person zu Hause ist der Toilettengang in der Nacht nicht mehr möglich. Nach Anruf bei der Spitex dauert es 30 Minuten, bis diese vor Ort ist. Bei der Ankunft der Spitex ist es bereits «zu spät». Dieses Szenario wiederholt sich mehrfach. Es wird eine andere Lösung gesucht.
- Eine Seniorin stürzt mehrfach. Die Kinder wollen nicht, dass dies ein weiteres Mal passiert und veranlassen den Eintritt in ein APH.
- Ein pflegender Angehöriger einer schwer pflegebedürftigen Person zu Hause, kann sich und die pflegebedürftige Person nicht mehr selbst versorgen, unter anderem weil die Wohnung schlecht an Einkaufsmöglichkeiten angebunden ist.

Die Finanzierung der Wohnsituation ist für die Seniorinnen und Senioren ein wichtiges Thema. Insbesondere der Aufenthalt in einem APH wird im Vergleich zum Wohnen zu Hause oder in einer Alterswohnung als teuer erachtet. Aber auch kostenpflichtige ambulante Betreuungsdienstleistungen werden häufig aus Sorge um die eigene finanzielle Situation nicht genutzt. Nach einem erfolgten Eintritt in ein APH allerdings beschäftigen sich die Seniorinnen und Senioren kaum mehr mit den Kosten. Viele Senioren haben zu diesem Zeitpunkt die finanziellen Belange bereits an Angehörige oder an die Pro Senectute abgetreten.

Soziale Aspekte wie der Umzug in die Nähe einer geliebten Person, der Kontakt mit anderen Betagten oder die Verbindung zum Quartier sowie eine zentrale oder attraktive Lage scheinen wichtige Kriterien für die neue Wohnsituation (APH oder Alterswohnung) zu sein. Die Senioren und Seniorinnen möchten dorthin ziehen, wo sie die Umgebung und andere Bewohner oder Bewohnerinnen kennen und gute Einkaufs- und Austauschmöglichkeiten haben. Bei der Beurteilung der aktuellen Wohnsituation werden insbesondere Bedürfnisse bezüglich der baulichen Ausstattung und die Nähe zu wichtigen Bezugspersonen angegeben.

### **Beim Entscheid involvierte Akteure**

Die meisten Befragten tauschen sich mit ihren Kindern über das Wohnen im Alter und über einen allfälligen Wechsel der Wohnsituation aus. Das bedeutet aber nicht zwingend, dass die Kinder den Entscheid zu einem Wechsel der Wohnsituation stark beeinflussen. Bei Personen, die bereits vor dem Wechsel der Wohnsituation stark unterstützungsbedürftig sind, haben die Kinder aber tendenziell einen grösseren Einfluss auf den Entscheid, und es sind oft die Kinder, die den Eintritt ins APH initiieren und organisieren.

Den Entscheid zu einem Wechsel in eine Alterswohnung fällen Senioren und Seniorinnen hingegen meist selbst, oft unter Einbezug einer Fachperson (insbesondere der Pflegefachpersonen aus dem Bekanntenkreis). Bei Übertritten nach einem notfallmässigen Spitalaufenthalt werden Spitex-Mitarbeitende dagegen selten explizit in die Entscheidungsfindung miteinbezogen, wie die befragten Fachpersonen festhalten.

### **Kenntnis über «Älter werden im Quartier»**

Bei den befragten Seniorinnen, Senioren und Angehörigen ist das Projekt «Älter werden im Quartier» nur sehr vage bekannt.



Einige Befragte wussten, dass in Bronschhofen «etwas» gebaut werden soll. Allerdings kannten sie keine Details zum geplanten Angebot. Weiter besteht generell wenig Wissen über die Pflegefinanzierung. Die spezielle Finanzierung von «Älter werden im Quartier» (stationäre Abrechnung trotz Wohnen in der Alterswohnung) und die Vorteile, die sich daraus für die Betroffenen ergeben, sind deshalb für die Befragten nicht ersichtlich.

**Erkenntnisse aus der standardisierten schriftlichen Befragung**

**Merkmale der Befragten**

Die befragten Seniorinnen und Senioren decken das ganze Spektrum der Thurvita-Klientinnen und -Klienten ab. Weitere Details zu den Merkmalen der befragten Seniorinnen und Senioren sowie deren Angehörigen können dem Studienbericht entnommen werden (Meier & Höglinger, 2018).

Abb. 6

**AKTUELLE WOHN-SITUATION DER BEFRAGTEN**

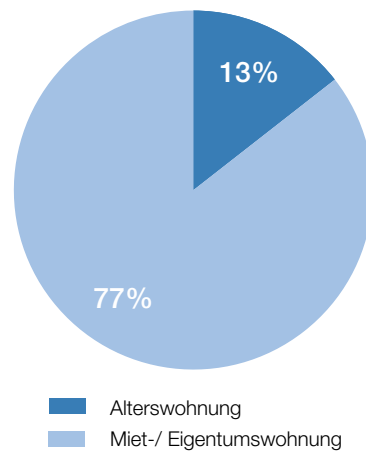
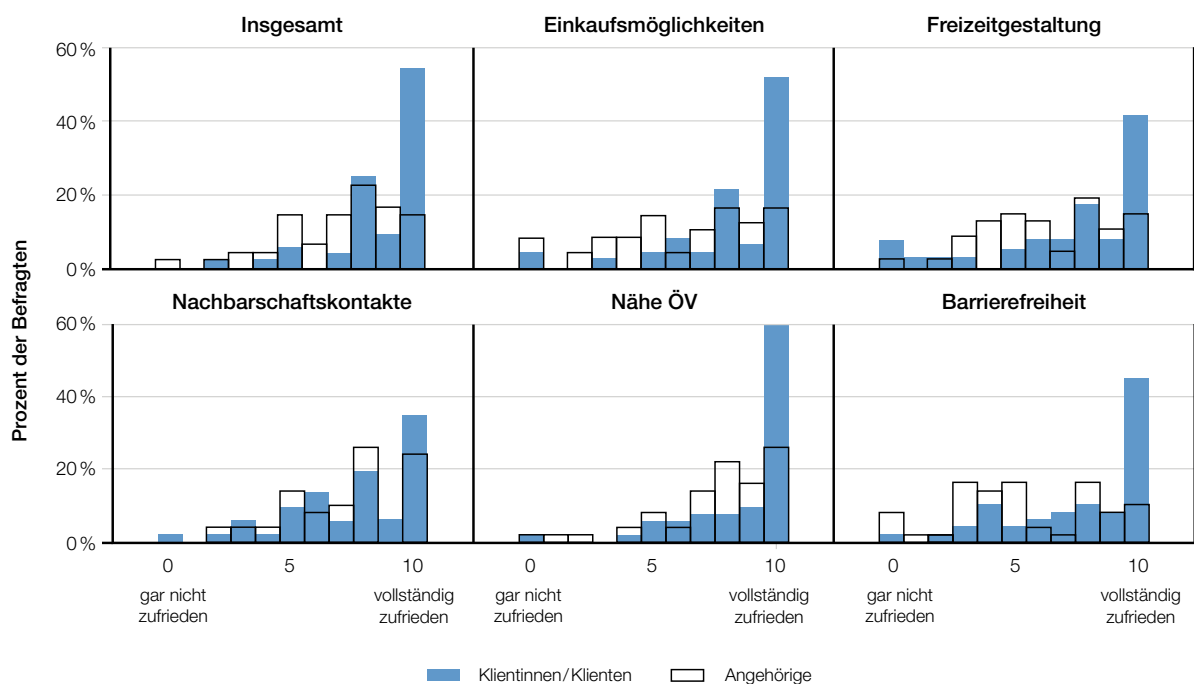


Abb. 7

**ZUFRIEDENHEIT MIT DER WOHN-SITUATION**



### Aktuelle Wohnsituation, Zufriedenheit und Bezug von Hilfe

77 Prozent der untersuchten Klientinnen und Klienten wohnen in einer Miet- oder Eigentumswohnung oder in einem Haus und rund 13 Prozent leben in einer Alterswohnung (Abbildung 6). Ungefähr die Hälfte bezeichnet ihre aktuelle Wohnung/ihr aktuelles Haus als völlig oder zumindest mit Einschränkungen rollstuhlgängig. 29 Prozent verfügen über einen Notrufknopf und rund ein Drittel von diesen musste den Notrufknopf auch tatsächlich schon ein- oder mehrmals benutzen.

Die Zufriedenheit der eigenen aktuellen Wohnsituation wird von den meisten Befragten als hoch oder sehr hoch angegeben (Abbildung 7). Allerdings beurteilen die Angehörigen

die aktuelle Wohnsituation der Seniorinnen und Senioren kritischer und schätzen fast alle Aspekte schlechter ein. Diese unterschiedliche Einschätzung zeigt sich auch, wenn nur die Antworten verglichen werden, bei welchen sowohl die Klienten und Klientinnen als auch die Angehörigen an der Befragung teilgenommen haben (nicht dargestellt).

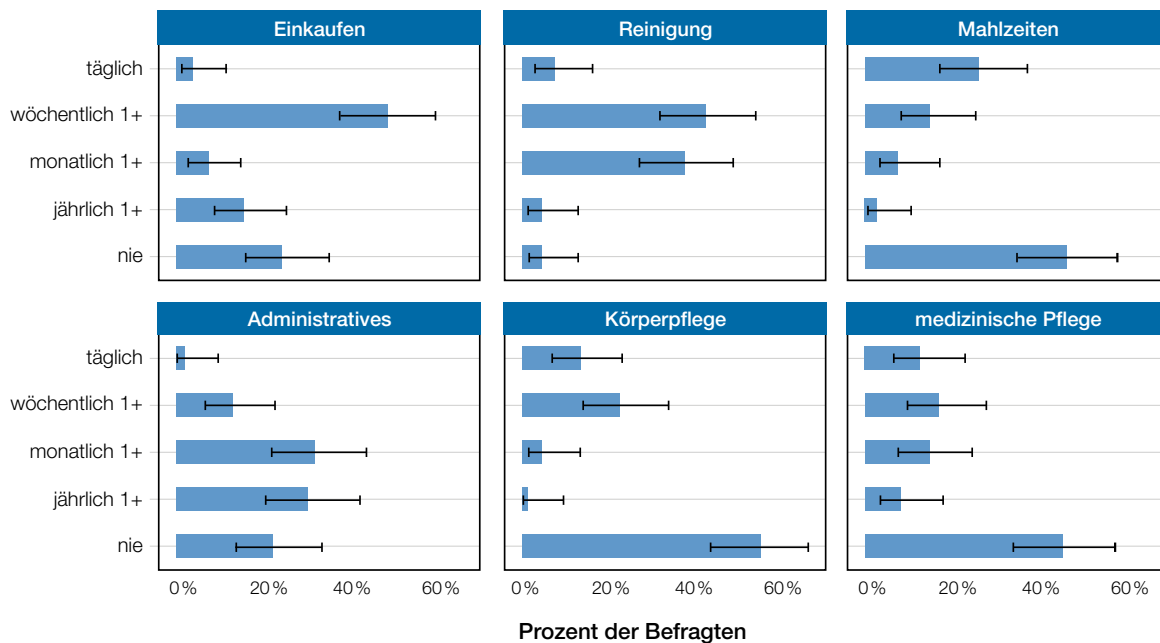
Ein grosser Teil der Klientinnen und Klienten erhält regelmässig Hilfe von Verwandten, Bekannten, Spitex oder Anderen (Abbildung 8).

### Überlegungen zu altersbedingter Veränderung der Wohnsituation

Mit 80 Prozent hat die Mehrzahl der befragten Klientinnen und Klienten «für die nächsten Jahre» keine konkreten Um-

Abb. 8

### REGELMÄSSIGKEIT VON UNTERSTÜTZUNG DURCH VERWANDTE, BEKANNTE, SPITEX ODER ANDERE. KLIENTINNEN-/KLIENTEN-ANTWORTEN ODER ANGEHÖRIGEN-PROXY<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Für die Klientinnen und Klienten, die nicht selbst an der Befragung teilgenommen haben, wurden die Antworten der Angehörigen als sogenannte Proxy-Interviews eingesetzt. Die dünnen schwarzen Markierungen stehen für die 95 %-Vertrauensintervalle.



zugspläne. 14 Prozent der Befragten planen, in ein APH umzuziehen, lediglich 4 Prozent haben Pläne für einen Umzug in eine Alterswohnung, wobei zu bedenken ist, dass 13 Prozent der Befragten bereits in einer Alterswohnung wohnen.

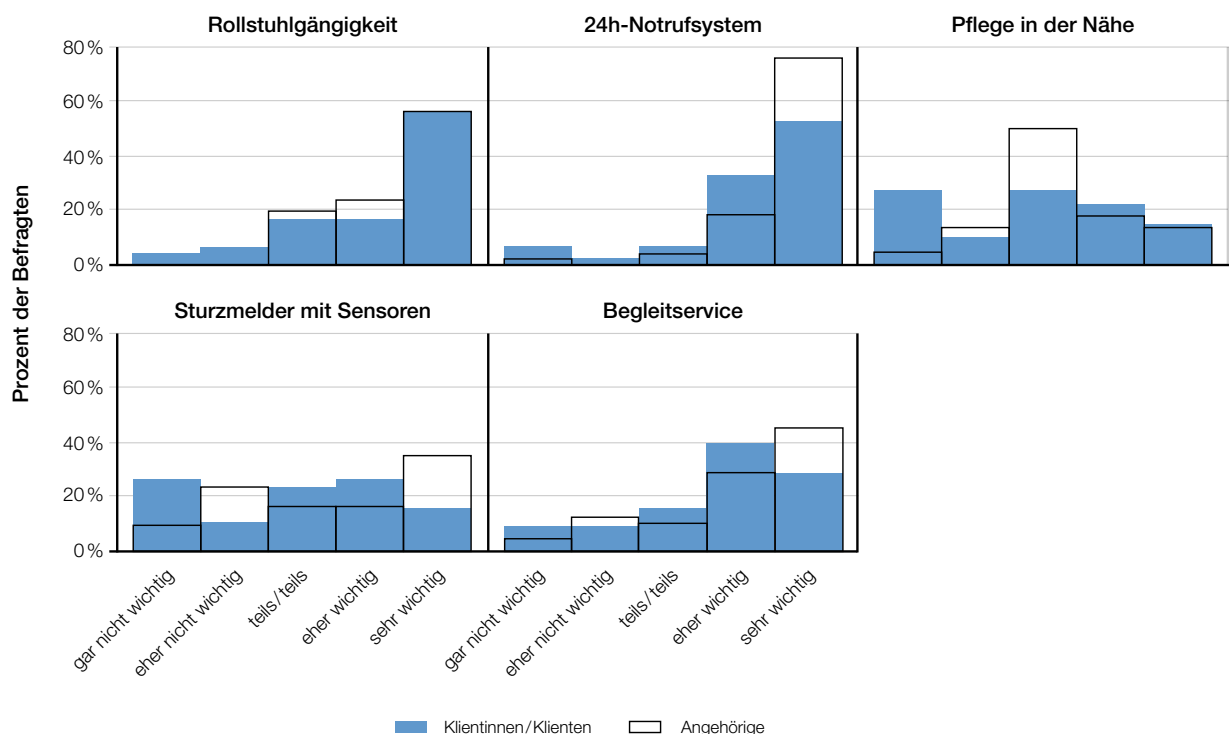
Mehr als 60 Prozent der Klienten und Klientinnen haben sich noch nicht über mögliche Wohnformen im Alter informiert. Hingegen geben knapp 80 Prozent der Angehörigen an, sich bereits über mögliche Wohnformen im Alter informiert zu haben. Dieser frappante Unterschied zwischen Klienten/Klientinnen und Angehörigen bleibt bestehen, wenn nur die Antworten derjenigen Befragten berücksichtigt werden, wo sowohl Klientinnen/Klienten als auch Angehörige, geantwortet haben.

## Angehörige sind besser informiert als Senioren und Seniorinnen.

Wird nach den Wünschen gefragt, wie, beziehungsweise wo, die Personen im Falle einer Gesundheitsverschlechterung wohnen möchten, zeigt sich, dass ein Leben zu Hause – mit Unterstützung durch Angehörige oder Spitex-Mitarbeitende – einem APH, einer Alterswohnung oder einem Umzug zu den Angehörigen klar vorgezogen wird. Dabei ist das Präferenzmuster zwischen APH und Alterswohnung sehr ähnlich. Interessanterweise zeigt sich, dass die Klientin-

Abb. 9

### EINSCHÄTZUNG DER BEDEUTUNG VERSCHIEDENER SICHERHEITSMASSNAHMEN UND DIENSTLEISTUNGEN FÜR EINEN VERBLEIB ZU HAUSE BEI EINSCHRÄNKUNG DER SELBSTÄNDIGKEIT



nen und Klienten die Angehörigenhilfe zu Hause leicht stärker präferieren als die Angehörigen, einen Eintritt in ein APH hingegen bevorzugen sie weniger stark als die Angehörigen. Um auch im Falle einer Gesundheitsverschlechterung weiterhin zu Hause leben zu können, stufen über die Hälfte der Befragten die Rollstuhlgängigkeit der Wohnung sowie das Vorhandensein eines 24-Stunden-Notrufsystems als «eher» oder «sehr wichtig» ein (Abbildung 9).

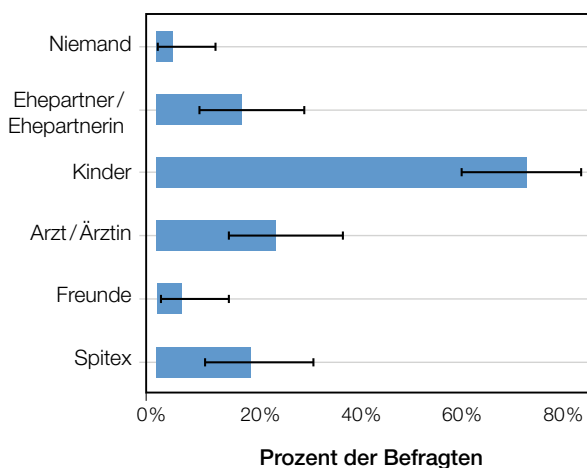
Die Notwendigkeit einer Sturzmeldevorrichtung (durch Sensoren oder Ähnliches) wird von knapp der Hälfte als «eher» oder «sehr wichtig» eingestuft. Sowohl die Notwendigkeit eines 24-Stunden-Notrufsystems als auch jene eines Sturzmelders werden von den Angehörigen stärker gewichtet als von den Klienten und Klientinnen selbst.

#### Involvierte Personen bei einem Entscheid zum Wohnungswechsel

Mit rund drei Viertel gibt eine klare Mehrheit der befragten Klientinnen und Klienten an, sie würden einen allfälligen

Abb. 10

#### PERSONEN, MIT DENEN EIN ENTSCHEID ÜBER WOHNUNGSWECHSEL BESPROCHEN WÜRDE <sup>2</sup>



<sup>2</sup> Die dünnen schwarzen Markierungen stehen für die 95%-Konfidenzintervalle.

## Das Leben zu Hause wird präferiert.

Entscheid über einen Wohnungswechsel mit den Kindern besprechen. 20 Prozent würden den Entscheid mit der Ärztin/dem Arzt oder der Spitex besprechen (Abbildung 10).

#### 2.2.4 Diskussion und Handlungsempfehlungen

Solange es den Seniorinnen und Senioren gesundheitlich gut geht, setzen sie sich wenig mit dem Thema «Wohnen im Alter» auseinander. Dies zeigen auch andere Studien (beispielsweise Höpflinger & van Wezemaal, 2014). Die Befragten sind mit ihrer Situation zufrieden und schätzen diese als gut ein. Ein Wechsel der Wohnsituation wird lange nicht konkret in Betracht gezogen, geschweige denn geplant. Die Angehörigen schätzen die Situation oft etwas anders ein und setzen sich bedeutend mehr beziehungsweise früher mit «Wohnen im Alter» auseinander, insbesondere wenn es um den Aspekt «Sicherheit» geht. Die Angehörigen werden denn auch häufig in den Entscheid, die Wohnung zu wechseln, miteinbezogen.

Besteht bereits ein gewisser Pflegebedarf oder steigt dieser, wünschen sich die meisten Personen, dass sie weiterhin zu Hause betreut werden. Auch dieser Befund deckt sich mit anderen Studien (Borasio, 2012; Seifert & Schelling, 2013) und mit der Strategie von Thurvita. Allerdings scheitert die Umsetzung dieses Wunsches meist an der Verfügbarkeit der nötigen Betreuung. Diese ist sehr ressourcenintensiv und abhängig von der Anwesenheit von Angehörigen oder den Angeboten in der Umgebung wie beispielsweise Einkaufsmöglichkeiten oder niederschweligen Möglichkeiten zum sozialen Austausch.

Beim Pilotprojekt im Sonnenhof sind die Umgebungsfaktoren quasi ideal: Die Nähe zum APH Sonnenhof und zur Stadt vereinfachen die Erbringung von Unterstützungsleistungen und machen den Standort attraktiv. Zudem

zieht der Ausbaustandard der Alterswohnungen im Sonnenhof eine gutsituierte Klientel mit der nötigen Kaufkraft an. Im Flurhof ist die Ausgangslage komplexer. Es gibt nur wenige bis keine Einkaufsmöglichkeiten in der Umgebung, wenige Austauschmöglichkeiten im Quartier und wenige kaufkräftige Bewohnerinnen und Bewohner. Allerdings ist gerade im Flurhof das Potential an möglichen Kunden sehr viel grösser, denn nicht nur an der Flurhofstrasse, sondern auch in der Umgebung gibt es diverse Alterswohnungen und von älteren Menschen bewohnte (Eigentums-)Wohnungen.

Um mit dem Angebot «Älter werden im Quartier» sicherzustellen, dass die Seniorinnen und Senioren in den Einzugs-gemeinden «bis an ihr Lebensende an einem Ort leben können, den sie als ihr Zuhause empfinden und dort möglichst lange am gesellschaftlichen Leben teilnehmen» (Thurvita, 2016), müssten insbesondere in zwei Bereichen Lösungen gefunden werden:

### **1) Verbesserung des Informationsstandes der Seniorinnen und Senioren, der Angehörigen und der Mitarbeitenden**

Da die Entscheidung für einen Eintritt ins APH häufig aus einer Notsituation heraus getroffen wird, ist es für Thurvita wichtig, dass sie die Seniorinnen und Senioren frühzeitig und niederschwellig über mögliche Alternativen informiert. Die Herausforderung für Thurvita dürfte darin bestehen, bei den Seniorinnen und Senioren das nötige Interesse zu we-

cken. Eine wichtige Erkenntnis aus unseren Analysen besteht darin, dass die Angehörigen oft eine wichtige Rolle bei Entscheiden zur Wohn- und Unterstützungssituation spielen. Entsprechend sollten auch sie früher und stärker von Thurvita angesprochen werden. Zu guter Letzt sollten auch die Mitarbeitenden frühzeitig und ausreichend informiert werden. So können sie als Informationsträger fungieren und das Wissen um die neuen Angebote zu den Betroffenen tragen.

### **2) Ausreichende Betreuung und soziale Einbindung zu Hause / in der Alterswohnung**

Die pflegerische Versorgung zu Hause kann durch die Spitex gut abgedeckt werden. Allerdings scheint die Sicherstellung einer ausreichenden Betreuung zu Hause (z.B. Haushaltshilfe) ein Hindernis für die Nachfrage nach «Älter werden im Quartier» darzustellen – insbesondere in Kombination mit der Zurückhaltung der Betagten, solche Angebote in Anspruch zu nehmen, wenn sie selbst finanziert werden müssen. Ob entsprechende Angebote wirtschaftlich betrieben werden können, bleibt jedoch fraglich. Etwas einfacher scheint es da, Angebote zur sozialen Einbindung von alleinstehenden Betagten anzubieten. Diese können vom gemeinsamen Mittagstisch, bis hin zu sozialen Events wie Jassrunden, Vorträgen, musikalischen Anlässen reichen. Solche Angebote sind in «Älter werden im Quartier» bereits angedacht und werden im Pilotprojekt von Bronschhofen ideal umgesetzt werden können.



## 3. «Thurvita Care»

### 3.1 ERFAHRUNGSBERICHT

#### Alard du Bois-Reymond

##### 3.1.1 Ursprünglich geplante Ausgestaltung der Angebote

«Thurvita Care» (TC) soll das Problem angehen, dass viele Seniorinnen und Senioren, die nach einem Spitalaufenthalt ins Alters- und Pflegeheim (APH) eintreten, langfristig im APH verbleiben. Erklärtes Ziel ist es, dass die Patientinnen und Patienten bei ihrem Aufenthalt in TC die nötige Zeit und Unterstützung erhalten, um ihre Selbständigkeit im Alltag wieder zurückzuerlangen. Unmittelbar mit dem Eintritt eines Patienten in TC erfolgt daher eine Standortbestimmung im Rahmen eines Case-Managements. Falls ein Rehabilitationspotential besteht, wird in einem interdisziplinären Setting (Case-Management, behandelnde Ärzte, Physio-Ergotherapie, Logopädie, aktivierende und reaktivierende Pflege) versucht, dieses Potential möglichst weitgehend auszuschöpfen. Falls in der Standortbestimmung eine Rückkehr nach Hause als realistisch eingeschätzt wird, soll diese der betagten Person ermöglicht werden.

Zusätzlich können die TC-Betten auch für Palliative Care Fälle genutzt werden. Angehörige von Sterbenden können insbesondere in komplexen Situationen mit der Pflege und Betreuung zu Hause überfordert sein. In solchen Fällen wird von Thurvita eine menschlich und pflegerisch hochstehende Alternative für diese letzte Lebensphase angeboten. Im Rahmen dieses Palliative Care-Angebotes soll das Leben, Leiden und Sterben würdevoll und gut betreut durch einen ganzheitlichen Ansatz begleitet werden. Dieses Angebot ist nicht auf betagte Menschen beschränkt.

Weiter können bei TC auch Notfallbetten in Anspruch genommen werden. Damit kann im Falle einer Überforderung betagter Menschen und ihrer Angehörigen ein oftmals unnötiger Aufenthalt im Akutspital vermieden werden. Mit den Notfallplätzen bietet das Pflegezentrum Fürstenuau eine Lösung für kurzfristige Probleme bei der Betreuung und Pflege.

TC wird seit Februar 2015 im Pflegezentrum Fürstenuau in Wil angeboten. Für den Standort Fürstenuau sprach dessen

Nähe zum Spital Wil. Die ursprünglichen vier für TC reservierten Betten konnten schon sehr bald auf 15 Betten ausgebaut werden. Bis Mitte 2018 waren ungefähr 20 Betten für das Brückenangebot reserviert. Anvisiert wird ein Maximum von 28 Betten.

##### 3.1.2 Stolpersteine und wie darauf reagiert wurde

###### Qualität der Pflege

Im Vergleich zur klassischen Langzeitpflege haben die Patientinnen und Patienten beim Eintritt in das TC-Programm eine überdurchschnittlich hohe Pflegestufe und komplexere Pflegesituationen. Die bestehenden Mitarbeitenden hatten zwar meist eine breite Erfahrung in der klassischen Langzeitpflege, waren durch die hohen fachlichen Anforderungen der TC-Patientinnen und -Patienten allerdings teilweise überfordert. Die Qualität der Pflege war in der ersten Zeit nicht befriedigend. Daher wurde der Anteil der Mitarbeitenden mit einem Abschluss der Höheren Fachschule (HF) schrittweise erhöht und die Pflegemitarbeitenden wurden für spezifische Anforderungen wie zum Beispiel Infusionen oder anspruchsvolle Mobilisationen von Thurvita geschult.

«Thurvita Care»-Patienten  
haben eine überdurchschnittlich hohe Pflegestufe.

###### Interdisziplinarität

Um die verschiedenen Leistungen besser zu koordinieren, wurde 2016 ein regelmässiger interdisziplinärer Rapport eingeführt. Es zeigt sich, dass ein reines Koordinationsgefäss nicht ausreichend ist, um die Leistungen effektiv miteinander zu verknüpfen. Seit 2018 werden deshalb die Ergotherapeuten direkt von Thurvita angestellt. Zudem wurde mit der Spitalregion Fürstenuau Toggenburg ein Leistungsvertrag zur Anstellung eines Arztes abgeschlossen. Indem dieses Schlüssel-Know-how direkt Thurvita unterstellt ist, gelingt es, Verbindlichkeit und Qualität der Interdisziplinarität erheblich zu steigern.

### Wirtschaftlichkeit

Die komplexe Lage betagter Patientinnen und Patienten – sie sind oft multimorbid und leben häufig in schwierigen finanziellen und sozialen Situationen – macht zudem ein aufwändiges Case-Management notwendig. Die Bettenauslastung bei TC liegt deutlich unter der durchschnittlichen Auslastung in der Langzeitpflege. Nur so ist Thurvita in der Lage, jederzeit Patienten aus dem Akutspital aufzunehmen. Die bisherigen Tarife der Langzeitpflege sind nicht ausreichend, um direkte und indirekte Zusatzkosten (z.B. eine höhere Umschlagfrequenz, Case Management) zu decken. Es zeigte sich, dass auch der ursprüngliche Zuschlag von CHF 30/Tag nicht ausreicht, um die Mehrkosten zu decken. Der Zuschlag wurde deshalb per Januar 2018 auf CHF 65/Tag erhöht. Zusammen mit einer Pensionstaxe von CHF 120/Tag müssen die Patientinnen und Patienten im Vergleich zu einem stationären Aufenthalt in einem Spital oder einer Rehabilitationsklinik wesentlich höhere Kosten selbst tragen. Trotz der Zuschläge bleibt die Wirtschaftlichkeit von TC im Vergleich zur klassischen Langzeitpflege unterdurchschnittlich.

### Umfang der Nachfrage

Die Höhe der Nachfrage ist auch nach drei Jahren schwierig einzuschätzen. Von 2015 bis Ende des dritten Quartals 2017 lag die Nachfrage deutlich über dem Angebot von 15 bis 20 Betten. Thurvita war nicht in der Lage, alle Personen aufzunehmen, die TC nutzen wollten. Zwischen dem vierten Quartal 2017 bis Herbst 2018 war die Kapazität von TC nur noch unzureichend ausgelastet. Seit Oktober 2018 liegt die Nachfrage wieder deutlich über 20 Betten und es müssen vermehrt Leute abgewiesen werden.

### 3.1.3 Erfolgsfaktoren

Im Projekt konnten die folgenden Erfolgsfaktoren identifiziert werden:

- Durch das explizit formulierte Ziel, möglichst viele Patientinnen und Patienten nach Hause zurückzuführen, steigt bei Personen, die nicht nach Hause zurückkehren können, die Akzeptanz für einen Heimeintritt. Diese Personen treten mit einer hohen Pflegestufe in die Langzeitpflege ein, was für Thurvita aus wirtschaftlicher Sicht vorteilhaft ist.
- Indem an die Pflege in der TC-Abteilung hohe fachlichen Anforderungen gestellt werden, können andere Abteilungen betriebsintern auf spezialisiertes, hochstehendes Pflege-Know-how zurückgreifen. Durch TC wird somit die Qualität der Pflege in der ganzen Institution gestärkt.

### 3.1.4 Schlussendliche Ausgestaltung der Angebote

Das Hauptziel von TC, dass mit einem interdisziplinären Brückenangebot im Rahmen eines Case-Managements das Rehabilitationspotential betagter Personen nach einem Aufenthalt in einem Akutspital besser ausgeschöpft werden kann, wurde aus Sicht von Thurvita erreicht. Es zeigte sich, dass spezialisierte Leistungen eng in die Prozesse eingebunden sein müssen, um eine gute Qualität des Angebots sicherstellen zu können. Erfolgsentscheidende Leistungen wie Therapien und ärztliche Expertise werden aus diesem Grund vermehrt von Thurvita-Mitarbeitenden erbracht. Die Anforderungen an das pflegetechnische Know-how der Mitarbeitenden sind deutlich höher als im Setting eines klassischen Pflegeheims.

### 3.2 EVALUATION VON «THURVITA CARE»

**Flurina Meier, Andrea Huber, Marion Schmidt,  
Renato Mattli**

#### 3.2.1 Fragestellungen

Um zu ermitteln, ob Thurvita Care (TC) die von Thurvita angestrebten Ziele auch erreicht, hat Thurvita die ZHAW beauftragt, TC zu evaluieren. Bei dieser Evaluation von TC sollen die folgenden Fragestellungen beantwortet werden:

- 1) Können mit Hilfe des TC-Angebots mehr ältere Menschen nach einem Spitalaufenthalt wieder nach Hause zurückkehren als mit einer herkömmlichen Versorgung?
- 2) Falls ja: Wie nachhaltig ist diese Rückkehr nach Hause, das heisst, inwiefern kann ein Heimeintritt langfristig verzögert werden?
- 3) Welchen Einfluss übt das neue Modell auf die Nachfrage nach klassischen Pflegeheimplätzen aus?
- 4) Führt das neue Modell zu einer Veränderung der Kosten für die Kostenträger (pflegebedürftige Person, Krankenversicherer (KV) und öffentliche Hand)?

#### 3.2.2 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der vier Fragestellungen zu TC wurde ein quantitatives Evaluationsdesign gewählt, in welchem zwei Fallserien miteinander verglichen wurden, welche sich in ihrer Versorgungsform unterscheiden:

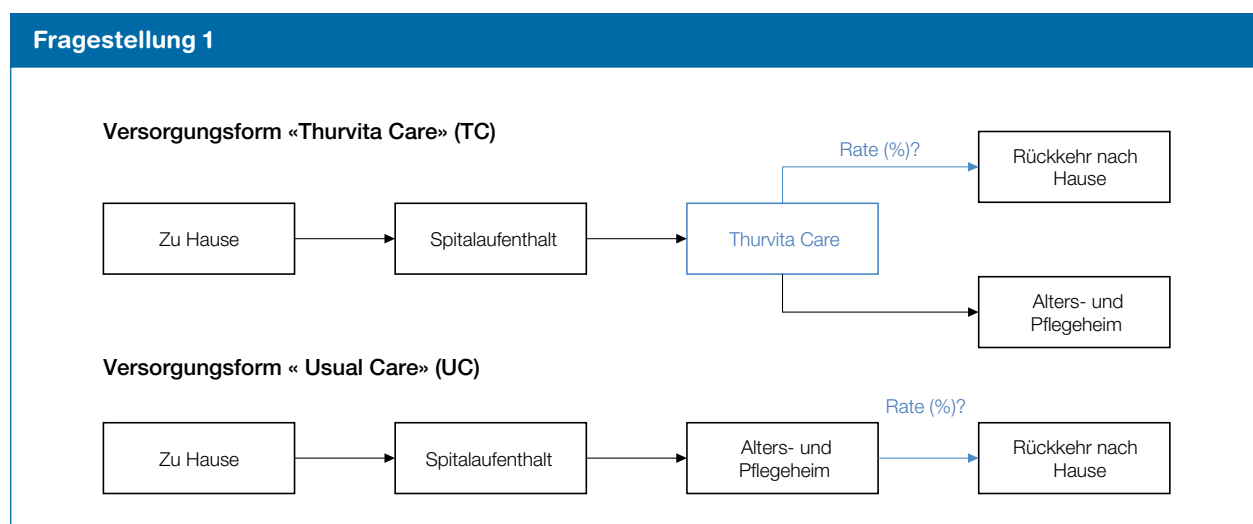
- 1) Neue Versorgung: Fallserie TC mit der Versorgungsform «Thurvita Care» (TC)
- 2) Herkömmliche Versorgung: Fallserie UC mit der Versorgungsform «Usual Care» (UC)

In der Fallserie UC wurden die Jahre 2013 und 2014 und in der Fallserie TC die Jahre 2016 und 2017 untersucht. Das Einführungsjahr von TC 2015 wurde dabei aus der Untersuchung ausgeschlossen, um mögliche Einflüsse des Systemwechsels auf die Daten weitgehend auszuschliessen.

Eingeschlossen wurden nur Personen, die älter als 65 Jahre alt waren und nach einem Spitalaufenthalt bei TC, in ein Altersheim, ein Pflegeheim, oder eine Pflegewohnung von Thurvita eintraten und vor dem Spitalaufenthalt zu Hause gelebt hatten. Ausgeschlossen wurden alle

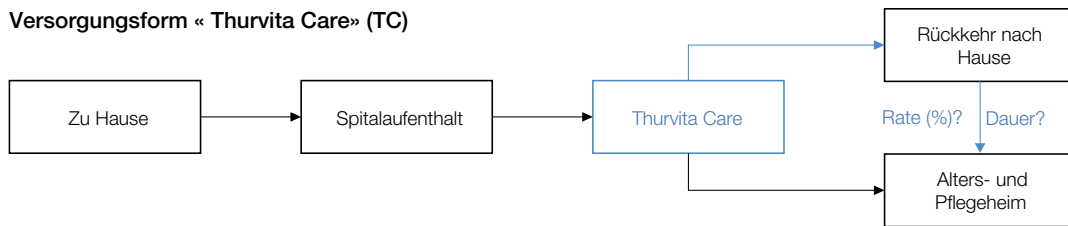
Abb. 11

#### SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DER FRAGESTELLUNGEN 1 – 4

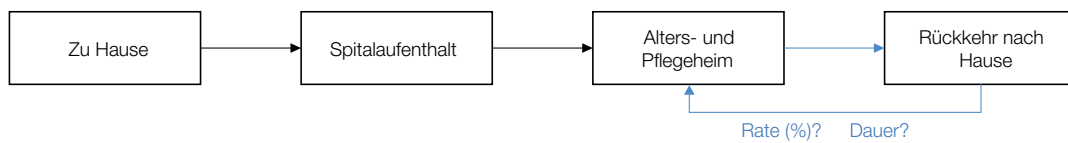


## Fragestellung 2

## Versorgungsform « Thurvita Care» (TC)

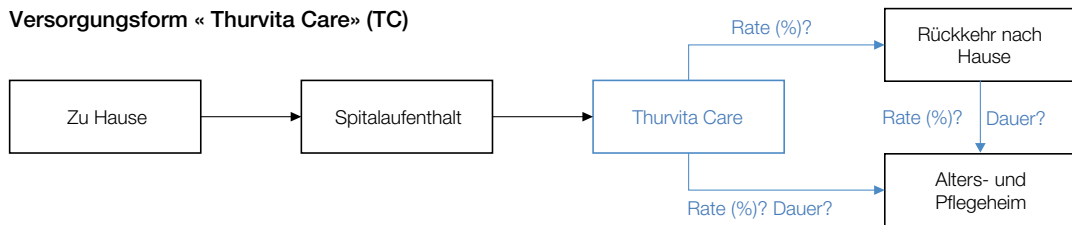


## Versorgungsform « Usual Care» (UC)

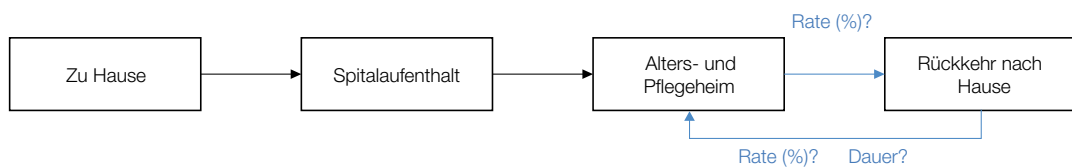


## Fragestellung 3

## Versorgungsform « Thurvita Care» (TC)



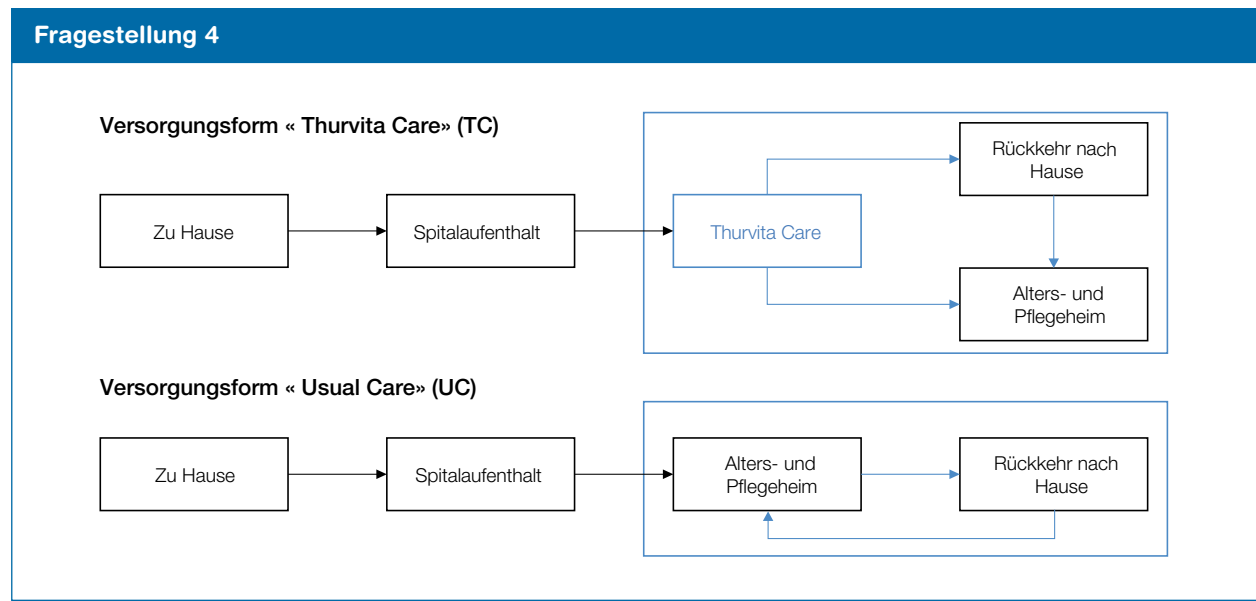
## Versorgungsform « Usual Care» (UC)



Personen, welche die oben beschriebenen Einschlusskriterien nicht erfüllten. Alle Personen, die mit TC versorgt wurden, bei denen jedoch bereits bei Aufnahme das Ziel «Palliative Care»-feststand, wurden nachträglich ebenfalls ausgeschlossen. Bei diesen Patienten war bereits bei Aufnahme in TC das Ziel einer Rückkehr nach Hause nicht gegeben.

Die zentrale Forschungsfrage 1 untersucht, ob durch TC mehr ältere Menschen nach einem Spitalaufenthalt wieder nach Hause zurückkehren konnten als in der Fallserie UC. Deshalb wird als primäres Ergebnis der Studie die Rate an Rückkehrenden nach Hause gemessen (Abbildung 11) Das Verhältnis der beiden Raten zeigt dabei, ob die neue Versorgung zu einem «relativen Gewinn» führt oder nicht.





Für die Fragestellung 2 werden nur jene Personen berücksichtigt, welche nach ihrem Aufenthalt im APH oder in TC wieder nach Hause zurückkehren konnten. Für diese Subpopulation wird die Rate an Wiedereintritten ins APH (ohne Aufenthalt im Spital) nach ihrer Rückkehr nach Hause gemessen (Abbildung 11). Zusätzlich wird die Dauer des Aufenthaltes zu Hause vor dem Wiedereintritt ins APH berechnet (Abbildung 11).

In der Fragestellung 3 interessiert primär, wie sich die veränderte Versorgungsstruktur auf die Nachfrage nach APH-Plätzen auswirkt. Das Outcome ist ein Kaplan-Meier-Schätzer der Rückkehrenden nach Hause bezogen auf den Wiedereintritt ins APH (Meier et al., 2018). Er wird als Indikator für die Veränderung der Nachfrage nach klassischen Pflegeheimplätzen verwendet (Abbildung 11). Nicht berücksichtigt werden die demographische Entwicklung oder die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, welche ebenfalls einen Einfluss auf die Nachfrage haben.

Die Fragestellung 4 deckt zwei Outcomes ab. Es werden die Art der pflegerischen Versorgung zu Hause (Spitex ja/nein) und die Gesamtkosten sowie die Kosten für alle drei Kostenträger (pflegebedürftige Person, Krankenversicherung,

öffentliche Hand) ermittelt (Abbildung 11). Dabei werden die Kosten für Pflege, Betreuung und Pension separat ausgewiesen und zusätzlich die Kosten nach Umverteilung, d.h. unter Berücksichtigung von Ergänzungsleistungen (EL) und Hilflosenentschädigungen (HE; siehe Exkurs 3) berechnet.

Wir führten eine inzidenzbasierte Kostenanalyse für den Zeitraum von einem Jahr durch (siehe auch Exkurs 5). Für die beiden Parameter Pensionskosten zu Hause und durchschnittliche Kosten pro Spitex-Pflege-Leistungsstunde wurden Sensitivitätsanalysen durchgeführt. Hierbei wurden die verwendeten Kosten jeweils um  $\pm 20$  Prozent variiert, um deren Einfluss auf das Gesamtergebnis zu analysieren.

Für Details zu den statistischen Verfahren wird auf den Studienbericht verwiesen (Meier et al., 2018).

### 3.2.3 Zusammenfassung der Resultate

#### Beschreibung der Studienpopulation

Ein erster grosser Unterschied zwischen den beiden Fallserien findet sich in der Anzahl beobachteter Personen (Tabelle 2). Diese ist in der Fallserie TC bedeutend grösser (N=192), als in der Fallserie UC (N=77). Ein weiterer grosser Unterschied liegt

in der Höhe der Pflegestufe bei Eintritt ins APH/TC. In der Fallserie TC waren die Pflegestufen höher als in der Fallserie UC. Weiter sind seit der Einführung der neuen Versorgung mehr ausserkantonale Personen versorgt worden (13.0 Prozent) als in der herkömmlichen Versorgung (3.9 Prozent). Ansonsten unterscheiden sich die beiden Fallserien in keinem der untersuchten Parameter statistisch signifikant (Tabelle 2).

Zwei Personen mussten von den Analysen ausgeschlossen werden, da sie am Tag ihres Eintritts in TC gleich wieder austraten.

### Effektivität in der Rückkehr nach Hause und Nachhaltigkeit dieser Rückkehr

Von den 192 Personen, welche in der Fallserie TC analysiert



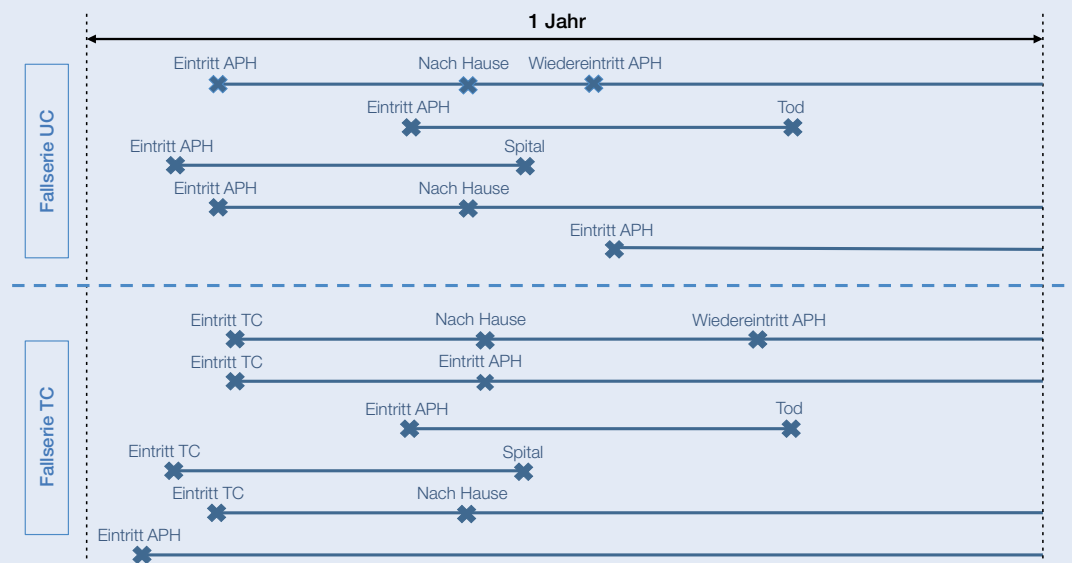
## Exkurs 5: Inzidenzbasierte Kostenanalyse

Für beide Beobachtungsjahre wurde in beiden Fallserien eine inzidenzbasierte Kostenanalyse für den Zeitraum von einem Jahr durchgeführt. Das heisst, für jede Patientin/jeden Patienten, die/der in der Untersuchungsperiode nach einem Spitalaufenthalt ins APH respektive TC eintrat, wurden die anfallenden Kosten für den Rest des Kalenderjahres berechnet. Dabei wurden nur die Kosten betrachtet, die mit dem Aufenthalt im APH/TC oder mit dem Wohnen, der Le-

benserhaltung, der Betreuung und der Pflege zu Hause in Zusammenhang stehen. Nicht berücksichtigt wurden Kosten für die ärztliche Versorgung, Versorgung im Spital, Leistungen von anderen Anbietern in der Langzeitpflege und -betreuung, Leistungen von Freiwilligen oder direkte und indirekte Kosten, welche bei pflegenden und betreuenden Angehörigen anfallen. Abbildung 12 zeigt beispielhaft mögliche Patientenpfade.

Abb. 12

### SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DER INZIDENZBASIERTEN KOSTENANALYSE



APH: Alters- und Pflegeheim, TC: Thurvita Care, UC: Usual Care

wurden, konnten 65 Personen (33.9 Prozent; Vertrauensintervall (VI): 27.2 Prozent – 41.0 Prozent) wieder nach Hause entlassen werden. In der Fallserie UC waren dies 13 von 77 Personen (16.9 Prozent; VI: 9.3 Prozent – 27.1 Prozent). Das bedeutet, dass unter TC-Bedingungen doppelt so viele Personen wieder nach Hause zurückkehren konnten als mit UC (Verhältnis der Rückkehraten: 2.0). Dabei hielten sich

Unter «Thurvita Care»-Bedingungen konnte doppelt so viele Personen nach Hause zurückkehren.



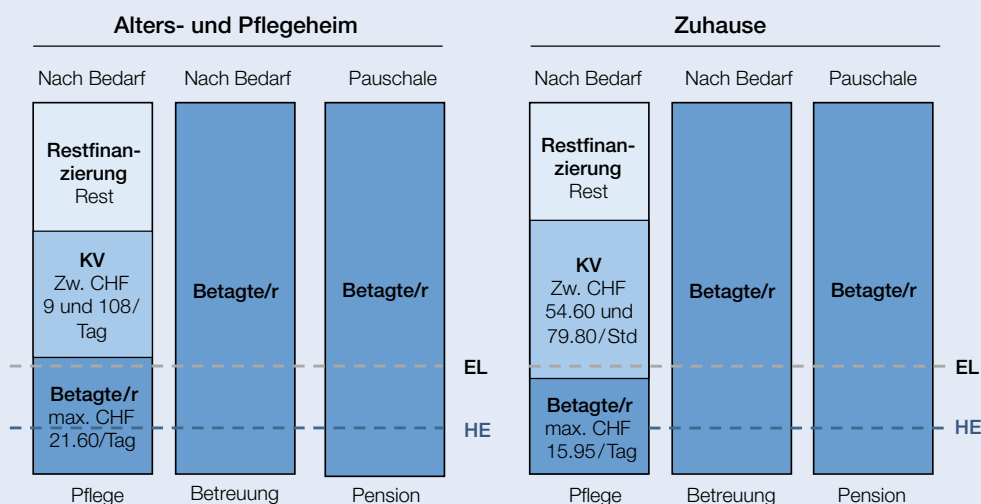
### Exkurs 6: Neue Pflegefinanzierung

Eingeführt am 1. Januar 2011, sollte die neue Pflegefinanzierung die Beteiligung der Krankenversicherer (KV) an den Pflegekosten deckeln und gewisse Pflegebedürftige in sozialpolitisch schwierigen Situationen etwas von der finanziellen Last der Pflegekosten entlasten (Trageser et al., 2018). Im Unterschied zur vorher gültigen Regulie-

rung wurden in der neuen Pflegefinanzierung die Pensions- und die Pflegekosten entflochten (Ausgleichskasse des Kantons Bern, 2010). Heute werden in der Pflegefinanzierung drei Kostenträger differenziert (Abbildung 13). Diese Unterteilungen gelten auch für die von uns gemachten Berechnungen der Kosten.

Abb. 13

#### AUFTEILUNG DER KOSTEN ZWISCHEN DEN DREI KOSTENTRÄGERN IN DER NEUEN PFLEGEFINANZIERUNG



CHF: Schweizer Franken, EL: Ergänzungsleistungen, HE: Hilflosenentschädigung, KV: Krankenversicherer, Std: Stunde

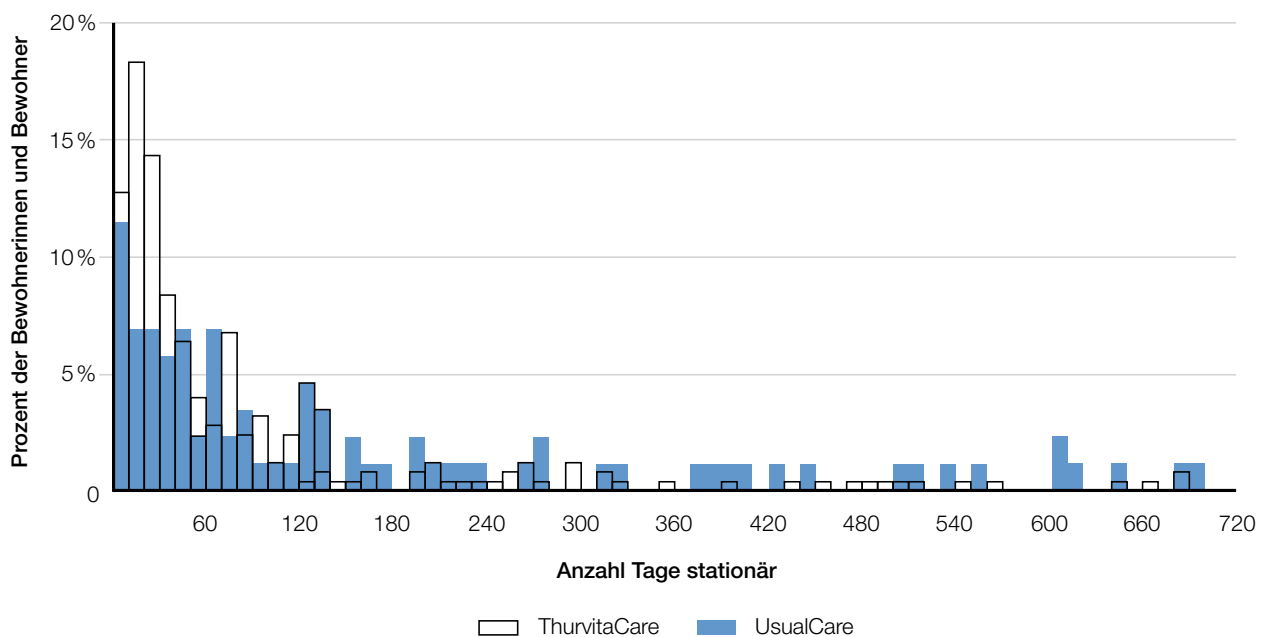
Tabelle 2

**BESCHREIBUNG DER STUDIENPOPULATIONEN**

	Fallserie TC (N=192)		Fallserie UC (N=77)		p-Wert
	MW	%	MW	%	
<b>Demografische Daten</b>					
Anzahl Frauen	135	70.3%	55	71.4%	0.856
Alter bei Eintritt (Jahre)	83.5	n.a.	82.5	n.a.	0.441
Wohnkanton St.Gallen	167	87.0%	74	96.1%	0.027
<b>Art der Versorgung</b>					
Anzahl Personen in TC	169	88.0%	0	0.0%	n.a.
<b>Höhe der Pflegestufe*</b>					
Bei Eintritt	6.7	n.a.	5.3	n.a.	<0.001

MW: Mittelwert, N: Anzahl, n.a. not applicable, TC: Thurvita Care, UC: Usual Care, \* Pflegestufen von Minimum 1 bis Maximum 12

Abb. 14

**STATIONÄRE AUFENTHALTSDAUER (IM ALTERS- UND PFLEGEHEIM / «THURVITA CARE»)**

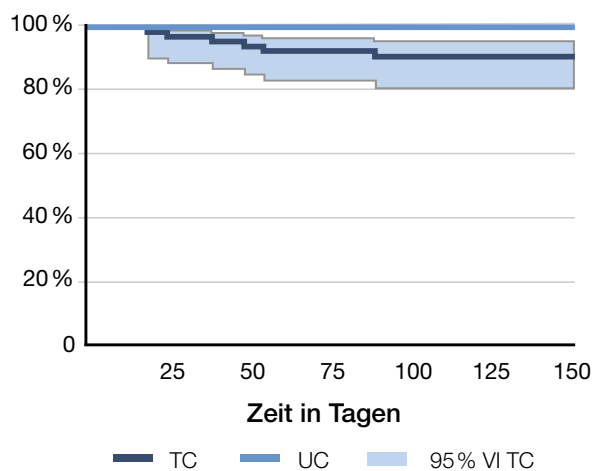
die Patienten der Fallserie TC innerhalb der beiden Beobachtungsjahre bedeutend weniger lang im APH/TC auf (85 Tage), als diejenigen der Fallserie UC (108 Tage; p-Wert: 0.006, Abbildung 14).

Von den 65 Personen, die in der Fallserie TC nach ihrem APH/TC-Aufenthalt wieder nach Hause zurückgekehrt sind, hatten 6 Personen (9.2 Prozent; VI: 3.5 Prozent – 19 Prozent) innerhalb der beiden Beobachtungsjahre einen Wiedereintritt ins APH. Bei über 90 Prozent der Personen war die Rückkehr nach Hause somit nachhaltig. Alle sechs wieder ins APH eingetretenen Personen blieben danach langfristig im APH. Keine der 13 Personen, die in der Fallserie UC nach ihrem APH-Aufenthalt wieder nach Hause zurückgekehrt waren, traten innerhalb des Beobachtungszeitraumes wieder ins APH ein. Die beiden Fallserien unterscheiden sich somit statistisch nicht bezüglich ihrer Rückkehraten ins APH (p-Wert: 0.277).

Die Dauer des Aufenthaltes zu Hause vor dem Wiedereintritt ins APH dauerte in der Fallserie TC im Mittel 46.2 Tage und variierte zwischen minimal 19 bis maximal 90 Tagen.

Abb. 15

#### PROZENT DER PERSONEN, DIE ZUHAUSE VERBLIEBEN SIND



VI: Vertrauensintervall, TC: Thurvita Care, UC: Usual Care

Alle Wiedereintritte geschahen somit in einem Zeitraum zwischen 2.5 Wochen und einem Vierteljahr nach Austritt.

#### Nachfrage nach klassischen Pflegeheimplätzen

In der Fallserie UC verbleibt die Anzahl Personen, die nach ihrer Rückkehr nach Hause auch zu Hause verblieben, im gesamten Beobachtungszeitraum bei 100 Prozent. In der Fallserie TC sinkt diese Anzahl bis 90 Tage nach dem Austritt aus dem APH auf 90.8 Prozent der ursprünglich nach Hause Zurückgekehrten (Abbildung 15). Für beide Fallserien lässt sich somit sagen, dass höchstens ein sehr geringer Anteil der Rückkehrer wieder ins APH eintreten muss. Die Auswirkungen auf die Anzahl benötigter klassischer APH-Betten hängt somit vorwiegend von den Resultaten der Fragestellung 1 (Effizienz der Rückkehr nach Hause) ab. Trotzdem lassen sich Aussagen zur Vermeidung der Anzahl nötiger Pflegeheimplätze durch TC machen. Berücksichtigt man nur die langfristig zu Hause verbliebenen Personen [Fallserie TC: 30.7 Prozent (59/192 Personen); Fallserie UC: 16.9 Prozent (13/77 Personen)], konnten mit Hilfe von TC 13.8 Prozent langfristige APH-Aufenthalte vermieden werden (Abbildung 16).

#### Kosten

Detailangaben zu den verwendeten Kostendaten können dem Studienbericht entnommen werden (Meier et al., 2018). Bei den Kostenangaben handelt es sich jeweils um Durchschnittswerte pro Patient pro Kalenderjahr, ausser es ist im Text anders angegeben.

#### Gesamtkosten

Die Gesamtkosten umfassen die stationär und ambulant angefallenen Kosten für Hotellerie, Betreuung und Pflege für alle drei Kostenträger. Diese unterscheiden sich nicht zwischen den beiden Fallserien. In TC belaufen sich die Gesamtkosten auf CHF 27'308 (VI: CHF 23'636 – CHF 31'237) und in UC betragen sie CHF 27'456 (VI: CHF 22'725 – CHF 33'078). Das entspricht einer Differenz von CHF -148 zwischen den beiden Fallserien. Dieses Ergebnis mag erstauenen, sind doch die stationären Kosten pro Tag in der Fallserie TC mit CHF 327 (VI: CHF 315 – CHF 341) höher, als jene von CHF 252 (VI: CHF 237 – CHF 268) der Fallserie UC. Die kürzere Aufenthaltszeit in der stationären Versorgung kom-

pensiert somit die höheren Kosten pro Tag in der Fallserie TC im Vergleich zur Fallserie UC (Abbildung 17).

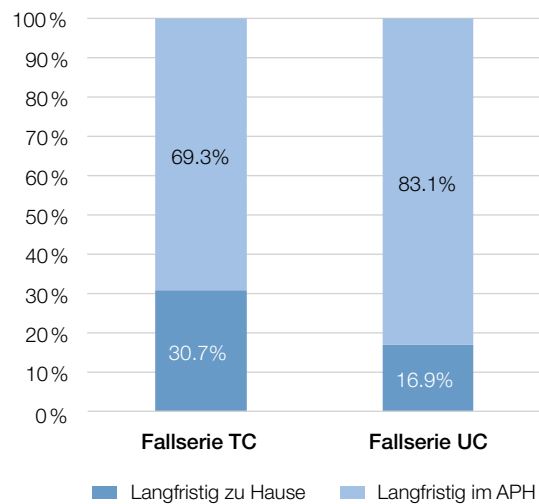
**Verhältnis stationär – ambulant**

Der Hauptteil der Gesamtkosten fällt in der stationären Versorgung an (Abbildung 18). Diese macht in beiden Fallserien fast drei viertel der Gesamtkosten aus (TC: 73 %, UC: 72 %) und unterscheidet sich nicht zwischen den beiden Fallserien. Sie betragen in TC CHF 24'983 (VI: CHF 20'961 – CHF 28'801) und in UC CHF 25'992 (VI: CHF 21'060 – CHF 31'825). Auch bei den ambulanten Kosten wurden keine Unterschiede zwischen den Fallserien gefunden. Bei TC belaufen sich die ambulanten Kosten auf CHF 9'139 (VI: CHF 7'629 – CHF 10'821) und bei UC auf CHF 10'250 (VI: CHF 7'101 – CHF 14'900).

Die Gesamtkosten unterscheiden sich nicht zwischen den beiden Fallserien.

Abb. 16

**PROZENT DER LANGFRISTIG ZU HAUSE / IM APH VERBLIEBENEN PERSONEN**

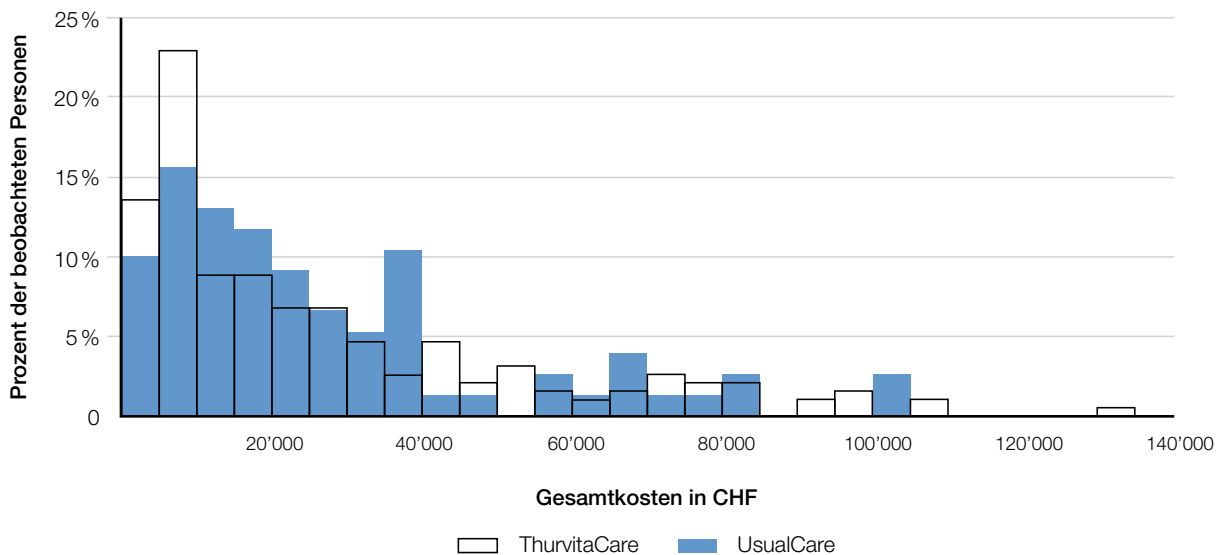


APH: Alters- und Pflegeheim, TC: Thurvita Care, UC: Usual Care

Abb. 17

**VERTEILUNG DER GESAMTKOSTEN**

Dargestellt sind jeweils Kostengruppen in Schritten zu CHF 5'000.



### Analyse nach Kostenarten

Die Gesamtkosten werden hauptsächlich von den Hotellerie-Kosten getrieben, welche vollständig von den Patienten übernommen werden und in beiden Fallserien rund die Hälfte der Gesamtkosten ausmachen (TC: CHF 13'264; UC: CHF 14'339; sowie Abbildung 19). Den zweitgrössten Anteil an den Gesamtkosten machen die Pflegekosten aus (TC: CHF 10'822; UC: CHF 10'025; sowie Abbildung 19). Wenig ins Gewicht fallen hingegen die Betreuungskosten (TC: CHF 3'222; UC: CHF 3'093; sowie Abbildung 19). Die beiden Fallserien unterscheiden sich in keiner der drei Kostenarten (nicht dargestellt, siehe Meier et al., 2018).

### Analyse nach Kostenträgern

Unterteilt man die Gesamtkosten nach Kostenträgern, übernehmen die pflegebedürftigen Personen die grösste Kostenlast mit mindestens zwei Dritteln der Gesamtkosten (TC: CHF 18'221; UC: CHF 19'336; Differenz: CHF -1'115; sowie Abbildung 19). Die zweitgrösste Kostenlast übernehmen die Krankenversicherer mit CHF 5'024 in der Fallserie TC respektive CHF 4'693 in der Fallserie UC (Differenz: CHF

331; sowie Abbildung 19). In einem ähnlichen Umfang beteiligt sich die öffentliche Hand an den Gesamtkosten (TC: CHF 4'063; UC: CHF 3'427; Differenz: CHF 636; sowie Abbildung 19). Für keinen der drei Kostenträger gibt es einen Unterschied zwischen den beiden Fallserien (nicht dargestellt, siehe Meier et al., 2018).

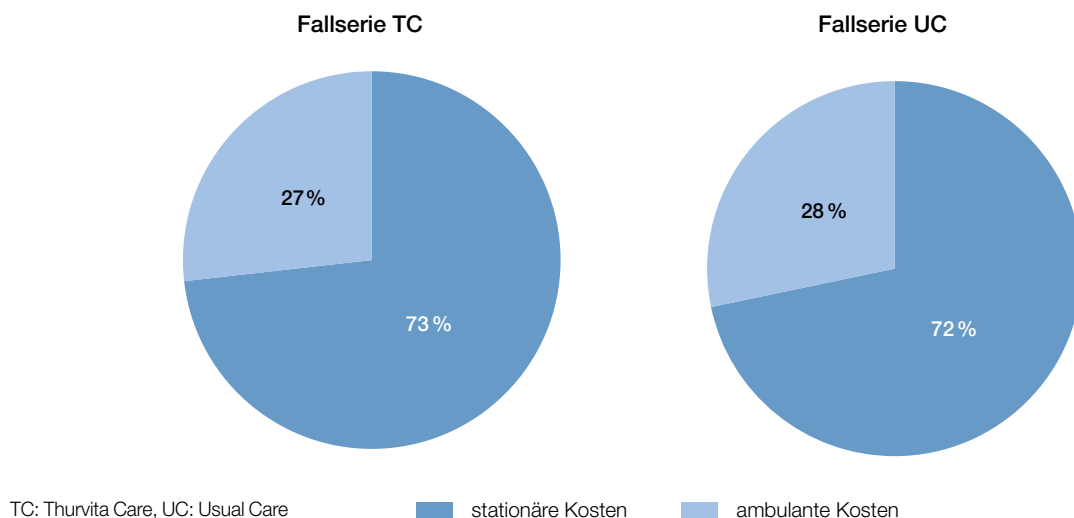
### Kosten mit Umverteilungen und Sensitivitätsanalysen

Die Berücksichtigung der Umverteilungen – Ergänzungsleistungen (EL) und Hilflosenentschädigungen (HE) – erhöhen die Kosten für die öffentliche Hand erwartungsgemäss (TC: Erhöhung um CHF 1'385, UC: Erhöhung um CHF 1'212). Gleichzeitig sinken die Kosten für die pflegebedürftigen Personen (TC: Reduktion um CHF 1'362, UC: Reduktion um CHF 1'197). Allerdings ändert sich nichts an den oben gemachten Aussagen zu den Gesamtkosten (nicht dargestellt, siehe Meier et al., 2018).

Auch die von uns durchgeführten Sensitivitätsanalysen mit einer Variation von  $\pm 20$  Prozent der ambulanten Pensionskosten und der Spitex-Tarife führen nur zu minimalen Ver-

Abb. 18

### VERTEILUNG DER GESAMTKOSTEN NACH VERSORGUNGSSETTING



änderungen in den Gesamtkosten (Variation von maximal -1.12 % und +1.12 %). Das heisst, allfällige Ungenauigkeiten bei den Schätzungen der Hotellerie-Kosten und Spitem-Tarife haben kaum einen Einfluss auf das Gesamtergebnis (nicht dargestellt, siehe Meier et al., 2018).

### 3.2.4 Diskussion und Fazit

#### Effektivität der Rückkehr nach Hause

Die Evaluation von TC zeigt, dass mit der neuen Versorgung doppelt so viele Personen nach Hause zurückkehren können, als mit der herkömmlichen Versorgung (33.9 % versus 16.9 %). Dies trifft zu, obschon die Pflegebedürftigkeit der Personen aus der Fallserie TC höher war, als diejenige der Personen aus der Fallserie UC. Versteht man TC als eine Art verlängerte Akut- und Übergangspflege (AÜP), könnte man sie mit Pilotprojekten mit verlängerter AÜP vergleichen. Solche Projekte wurden in den Kantonen Aargau, Luzern und

Zürich durchgeführt (Monego, Golay, Streit, & Berger, 2018). Im Vergleich zu diesen Pilotprojekten zeigt sich für TC eine geringere Erfolgsquote. In den anderen Projekten konnten zwischen 64 Prozent und 87 Prozent der eingetretenen Patienten und Patientinnen wieder nach Hause zurückkehren (Monego et al., 2018). Allerdings wurden in diesen Pilotprojekten nur Personen aufgenommen, bei welchen die Rückkehr nach Hause als sehr wahrscheinlich eingestuft wurde. In unserer Evaluation wurden explizit alle nach dem Spital ins APH/TC eingetretenen Patienten und Patientinnen berücksichtigt. Weiter ist unklar, ob in den anderen Pilotprojekten auch Personen unter 65 Jahren in die Berechnungen der Erfolgsquoten miteinbezogen wurden, was die Erfolgswahrscheinlichkeit ebenfalls positiv beeinflusst haben könnte.

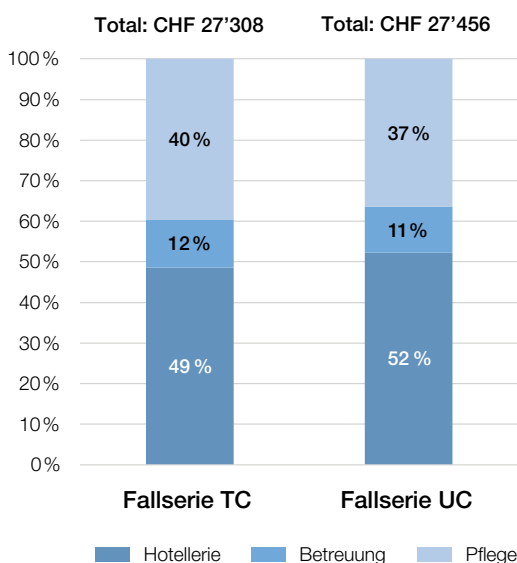
#### Nachhaltigkeit der Rückkehr nach Hause

Der Grossteil der nach Hause zurückgekehrten Personen blieb langfristig zu Hause. Die Rückkehreraten ins APH waren

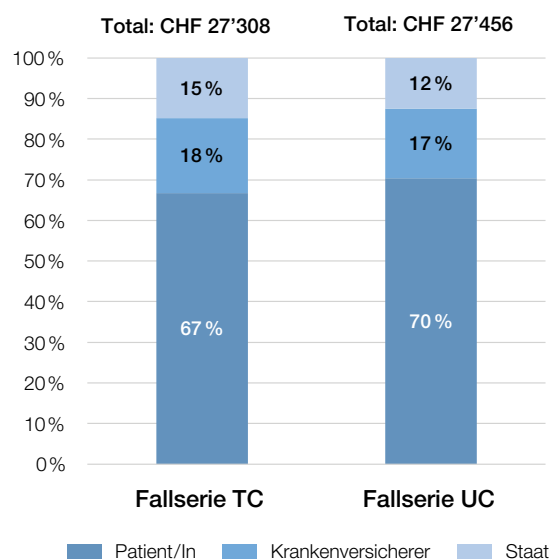
Abb. 19

#### VERTEILUNG DER GESAMTKOSTEN AUF DIE KOSTENARTEN UND DIE KOSTENTRÄGER

##### Nach Kostenarten



##### Nach Kostenträgern





sehr gering und unterschieden sich zwischen dem TC-Angebot und dem herkömmlichen Angebot nicht. Diese Resultate hinsichtlich der Rückkehr nach Hause müssen allerdings, auf Grund der sehr geringen Anzahl an Beobachtungen, mit Vorsicht interpretiert werden. Allerdings weist die geringe Wiedereintrittsrate auf eine gute Triagierung der Patienten durch Thurvita hin. Da die Rückkehr nach Hause nachhaltig ist, bleiben auch die oben gemachten Aussagen zur Effektivität von TC bestehen und werden nicht durch eine erhöhte Rate an Wiedereintritten ins APH wiederlegt.

### **Nachfrage nach klassischen Pflegeheimplätzen**

Die Resultate unserer Studie zeigen: Wer nach Hause geht, bleibt grösstenteils langfristig zu Hause. Für die Nachfrage nach klassischen Pflegeheimplätzen bedeutet dies, dass die Rückkehrquote von TC die Nachfrage nach klassischen APH-Plätzen dominiert. Berücksichtigt man die langfristig zu Hause verbliebenen Personen, zeigt sich, dass durch TC rund 14 Prozent weniger Personen ein klassisches APH-Bett beanspruchten. Generell kann also davon ausgegangen werden, dass TC mithilft, den erwarteten langfristigen Anstieg in der Nachfrage nach klassischen Pflegeheimplätzen (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011) zu dämpfen. Daneben bestätigt TC zwei andere – in den letzten Jahren in der Schweiz beobachtete – Trends: jenen hin zu höheren Pflegestufen im APH sowie den Trend hin zu kürzeren Aufenthaltszeiten im APH (Füglister-Dousse, Dutoit, & Pellegrini, 2015). Beide Tendenzen führen schon heute zu veränderten Ansprüchen an das Know-how der Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege und bringen zusätzliche Herausforderungen bezüglich der erhöhten Anzahl an Ein- und Austritten.

### **Veränderungen der Kosten**

Bezüglich der Gesamtkosten unterscheiden sich die beiden Fallserien nicht voneinander. Dies, obschon die stationären Kosten pro Tag in der Fallserie TC auf Grund der Hotellerie-Pauschale von CHF 30/Tag und der höheren Pflegebedürftigkeit höher ausfallen, als in der Fallserie UC. Die höheren Kosten pro Tag in der Fallserie TC werden durch eine kürzere Aufenthaltsdauer in TC/im APH kompensiert. Zudem stiegen die Preise für Taxen sowie die Lebenshaltungskosten über die vier Beobachtungsjahre. Auch dieser

Anstieg bei den Preisen führte jedoch nicht zu höheren Kosten in der Fallserie TC.

In unserer Studie wurden diverse Kosten jedoch nicht berücksichtigt. So ist es unklar, inwiefern sich die Kosten verändern würden, wenn zusätzlich noch die anderen Leistungserbringer der Region (Pro Senectute, Freiwilligendienst etc.), welche ebenfalls Betreuungsdienstleistungen anbieten, berücksichtigt würden. Ausserdem wurden auch indirekte Kosten (beispielsweise Pflege/Betreuung durch Angehörige, Arbeitsausfälle bei Angehörigen) und intangible Kosten (z.B. auf Grund verschlechterter Lebensqualität), die bei den Betagten oder den pflegenden und betreuenden Angehörigen anfallen, nicht in die Analysen einbezogen. Ausser Acht gelassen wurden weiter direkte Subventionen an Thurvita. Diese Beiträge könnten das Gesamttotal und die von uns gemachten Aussagen möglicherweise noch verändern.

Was für die Gesamtkosten gilt, trifft auch auf die Kostenarten (Pension, Betreuung und Pflege) sowie auf die Kostenträger (pflegebedürftige Person, Krankenversicherer und öffentliche Hand) zu: es gibt keinen Unterschied zwischen den beiden Fallserien. Die höhere Effektivität der neuen Versorgung führt also für keinen der Kostenträger zu einer höheren finanziellen Belastung. Auch der Einbezug der Umverteilungen (Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigungen) sowie die durchgeführten Sensitivitätsanalysen verändern diese Aussagen nicht.

### **Fazit**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die neue Versorgung durch TC dem Wunsch der Seniorinnen und Senioren, nach Hause zurückzukehren, bei einem Drittel der Betagten entgegenkommt. Das TC Angebot erfüllt somit sein Ziel einer vermehrten Rückkehr nach Hause unter gleichbleibenden Gesamtkosten. Nicht berücksichtigt wurden dabei jedoch indirekte Kosten (z.B. Pflege/Betreuung durch Angehörige, Arbeitsausfälle bei Angehörigen) und intangible Kosten (z.B. Kosten auf Grund der schlechteren Lebensqualität bei Angehörigen), die bei pflegenden und betreuenden Angehörigen anfallen könnten, sowie die Kosten, die bei anderen Leistungserbringern in der Region angefallen sind.



## 4. Fazit zum Gesamtprojekt aus Sicht der wissenschaftlichen Evaluatoren

### Flurina Meier, Andrea Huber

Die von Thurvita aufgestellte Strategie und ihre Erfahrungen decken sich zu weiten Teilen mit den Ergebnissen der Begleitevaluation. So bestätigte die Evaluation, dass die Betagten auch bei erhöhter Pflegebedürftigkeit zu Hause verbleiben möchten. Die neuen Angebote von Thurvita kommen diesem Bedürfnis grundsätzlich entgegen. Allerdings stecken die Probleme im Detail. Dies zeigt sich beispielsweise in der Erkenntnis aus der Evaluation nach welcher die Seniorinnen und Senioren die Auseinandersetzung mit dem Thema Wohnen im Alter lieber auf später verschieben. Diese Erkenntnisse konnten direkt zu Veränderungen bei Thurvita führen, indem die Kommunikationsstrategie überarbeitet wurde. Zudem wurden auf Grund der Evaluationsresultate vermehrt das Gespräch mit den Angehörigen gesucht, welche als Kommunikationspartner zuvor nicht miteingeschlossen waren. Insgesamt wurde die Kommunikation seitens Thurvita sowohl nach aussen zu potentiellen Kunden als auch nach innen zu den Mitarbeitenden verstärkt.

Eine weitere Parallele zwischen den Erfahrungen von Thurvita und der Evaluation zeigte sich am Standort Flurhof. Die Standortbedingungen im Flurhof sind ungünstig; beispielsweise fehlen Einkaufsmöglichkeiten und Begegnungsorte, so dass das Pilotprojekt abgebrochen werden musste. Schlechte Standortbedingungen führen gemäss der Evaluation auch dazu, dass eine Aufrechterhaltung der ambulanten Situation nur schwer möglich ist, wenn die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit zunimmt. Dies zeigte sich bei Thurvita in einer mangelnden Nachfrage nach «Älter werden im Quartier». Es scheint zurzeit wenig sinnvoll, den Quartierstützpunkt unter den gegebenen Bedingungen am Standort Flurhof aufrecht zu erhalten, obschon eine grosse Anzahl an Seniorinnen und Senioren an diesem Standort wohnhaft ist. Die Standortbedingungen im Sonnenhof sind bedeutend besser. Trotzdem gab es auch hier auf Grund finanzieller Fragen bisher keine Nachfrage nach stationärer Abrechnung in einer ambulanten Pflegesituation (siehe Exkurs 2). Dies geht einher mit der Erkenntnis aus der Evaluation, dass die Finanzen für die Seniorinnen und Senioren eine wichtige Rolle spielen – zumindest, solange sie die Finanzen nicht an



Dritte abgegeben haben oder sie ins Alters- und Pflegeheim eingetreten sind. Die Seniorinnen und Senioren haben wegen des hohen Kostensprungs zwischen der ambulanten und der stationären Abrechnung in der aktuellen Situation wenig Anreiz, das neue Angebot in Anspruch zu nehmen. Die Überarbeitung der Tarifstruktur, wie sie zurzeit von Thurvita angedacht ist, scheint da eine mögliche Lösung zu sein. Auch bezüglich «Thurvita Care» bestätigen die Resultate der Begleitevaluation einige Erfahrungen von Thurvita. Die in der Evaluation beobachtete erhöhte Pflegebedürftigkeit der Patienten und Patientinnen beispielsweise spürten die Mitarbeitenden von Thurvita im Alltag. Sie sahen sich mit höheren Anforderungen an das pflegetechnische Know-how konfrontiert. Dass trotzdem doppelt so viele Seniorinnen und Senioren nach Hause zurückkehren konnten als in der herkömmlichen Versorgung, ist somit ein grosses Verdienst der Institution und ihrer Mitarbeitenden.

Erfreulich ist, dass TC bei gleichbleibenden Kosten eine höhere Effektivität aufweist. Auf Grund der schlechten Wirtschaftlichkeit des Angebotes musste Thurvita jedoch die Hotellerie-Pauschale für TC von CHF 30 pro Tag auf CHF 65 pro Tag erhöhen. Wie stark sich die Gesamtkosten durch diese Erhöhung verändern werden, kann zurzeit nicht beantwortet werden.

# Quellenverzeichnis

- AHV/IV. (2018). Hilflosenentschädigungen. from <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Alters-und-Hinterlassenenversicherung-AHV/Hilflosenentsch%C3%A4digungen#qa-1154>
- Ausgleichskasse des Kantons Bern. (2010). Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Leistungen der Ergänzungsleistung Bern.
- Borasio, G. (2012). Über das Sterben – Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. München: C. H. Beck.
- Curaviva Schweiz. (o. J.). Neuregelung der Pflegefinanzierung nach Kanton – Stand 2015. Bern.
- Füglister-Dousse, S., Dutoit, L., & Pellegrini, S. (2015). Obsan Rapport 67 – Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse Evolutions 2006–2013. Neuchâtel.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbrunn, A. (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter – Aktualisierte Szenarien für die Schweiz (S. Gesundheitsobservatorium Ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, F., & van Wezemaal, J. (2014). Age Report III – Wohnen im höheren Lebensalter – Grundlangen und Trends. Zürich und Genf: Seismo Verlag.
- Meier, F., & Höglinger, M. (2018). Begleitevaluation der neuen Versorgungsangebote von Thurvita: «Älter werden im Quartier» und Thurvita Care – Studienbericht Teilprojekt 1 «Älter werden im Quartier». Winterthur.
- Meier, F., Huber, A., Schmidt, M., & Mattli, R. (2018). Begleitevaluation der neuen Versorgungsangebote von Thurvita: «Älter werden im Quartier» und Thurvita Care – Studienbericht «Thurvita Care».
- Monego, R., Golay, Y., Streit, C., & Berger, S. (2018). Akut- und Übergangspflege (AÜP): Mängel, Handlungsbedarf und Forderung einer Neuregelung.
- Seifert, A., & Schelling, H. (2013). «Im Alter ziehe ich (nie und nimmer) ins Altersheim»: Motive und Einstellungen zum Altersheim. Eine Studie im Auftrag von Alterszentren Stadt Zürich (ASZ). In E. Battegay, R. Kunz, A. Maercker, M. Martin, & A. Wettstein (Eds.), Zürcher Schriften zur Gerontologie. Zürich: Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.
- Thurvita. (2016). Lebenswert – ein Leben lang. Kernelemente der Thurvita Strategie. Wil, SG: Thurvita AG.
- Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, T., Landolt, H., Otto, U., & Hegedüs, A. (2018). Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung – Schlussbericht. Zürich/Glarus.

# Abkürzungsverzeichnis

<b>AHV</b>	Alters- und Hinterlassenenversicherung
<b>APH</b>	Alters- und Pflegeheim
<b>AÜP</b>	Akut- und Übergangspflege
<b>EBITDA</b>	Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände
<b>EL</b>	Ergänzungsleistungen
<b>HE</b>	Hilflosenentschädigung
<b>HF</b>	Höhere Fachschule
<b>KV</b>	Krankenversicherer
<b>MW</b>	Mittelwert
<b>N</b>	Anzahl
<b>n.a.</b>	nicht anwendbar
<b>TC</b>	Thurvita Care
<b>UC</b>	Usual Care
<b>VI</b>	Vertrauensintervall
<b>WIG</b>	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
<b>z.B.</b>	zum Beispiel
<b>ZHAW</b>	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

# Abbildungs- / Tabellenverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Ablauf der Pilotprojekte und der Begleitevaluation	8
<b>Abbildung 2:</b> Thurvita im Überblick	9
<b>Abbildung 3:</b> Schematische Darstellung der Gebäudesituation an den beiden Standorten Flurhof und Sonnenhof	13
<b>Abbildung 4:</b> Computergrafik des geplanten Standorts Bronschhofen	15
<b>Abbildung 5:</b> Auszug aus dem Fragebogen	19
<b>Abbildung 6:</b> Aktuelle Wohnsituation der Befragten	23
<b>Abbildung 7:</b> Zufriedenheit mit der Wohnsituation	23
<b>Abbildung 8:</b> Regelmässigkeit von Unterstützung durch Verwandte, Bekannte, Spitex oder Andere. Klientinnen- / Klienten-Antworten oder Angehörigen-Proxy	24
<b>Abbildung 9:</b> Einschätzung der Bedeutung verschiedener Sicherheitsmassnahmen und Dienstleistungen für einen Verbleib zu Hause bei Einschränkung der Selbständigkeit	25
<b>Abbildung 10:</b> Personen, mit denen ein Entscheid über Wohnungswechsel besprochen würde	26
<b>Abbildung 11:</b> Schematische Darstellung der Fragestellungen 1 – 4	31/32/33
<b>Abbildung 12:</b> Schematische Darstellung der inzidenzbasierten Kostenanalyse	34
<b>Abbildung 13:</b> Aufteilung der Kosten zwischen den drei Kostenträgern in der neuen Pflegefinanzierung	35
<b>Abbildung 14:</b> Stationäre Aufenthaltsdauer (im APH/TC)	36
<b>Abbildung 15:</b> Prozent der Personen, die Zuhause verbleiben	37
<b>Abbildung 16:</b> Prozent der langfristig zu Hause/ im APH verbliebenen Personen	38
<b>Abbildung 17:</b> Verteilung der Gesamtkosten. Dargestellt sind jeweils Kostengruppen in Schritten zu CHF 5'000	38
<b>Abbildung 18:</b> Verteilung der Gesamtkosten nach Versorgungssetting	39
<b>Abbildung 19:</b> Verteilung der Gesamtkosten auf die Kostenarten und die Kostenträger	40

## TABELLENVERZEICHNIS

<b>Tabelle 1:</b> Versand und Rücklaufquote der schriftlichen Befragung	19
<b>Tabelle 2:</b> Beschreibung der Studienpopulationen	36



Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften

# School of Management and Law

St.-Georgen-Platz 2  
Postfach  
8401 Winterthur  
Schweiz

[www.zhaw.ch/sml](http://www.zhaw.ch/sml)

ISBN 978-3-03870-024-1



9 783038 700241 >