

Begleitevaluation Hochschule  
für Soziale Arbeit FHNW 2017–2020

# Wenn es zu Hause vorübergehend nicht mehr geht

Pilotprojekt «Intermediäre Strukturen» (IMS)

Jacqueline Frick, Esteban Piñeiro, Carlo Knöpfel, Nora Meuli

Pilotprojekt der Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch  
und des Vereins Pflegewohnungen Binningen

# Zusammenfassung

Das Projekt «Intermediäre Strukturen» (IMS) stellt ein neuartiges Angebot für Kurzaufenthalte in Pflegeinstitutionen dar. Es wird getragen von der Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch (ABS) und dem Verein Pflegewohnungen (VPW) Binningen. Es richtet sich an ältere und insbesondere betagte Menschen, die in krisenhaften Situationen eine kurzfristige Unterstützung benötigen, welche es ihnen erlaubt, wieder in die eigene Wohnung und das vertraute Umfeld zurückzukehren. Dadurch soll ein direkter Übergang von einer ambulanten Versorgung oder einem Spitalaufenthalt zu einer stationären Unterbringung in einem Alters- und Pflegeheim verhindert oder hinausgezögert werden. Zentral ist, dass der Austritt beim Eintritt bereits «mitgedacht» wird. Seit Ende 2017 nimmt das IMS-Projekt solche Kund\*innen mehrere Wochen bis maximal drei Monate in der 5 ½-Zimmer-Wohnung auf, welche an eine Langzeitstation des VPW angeschlossen ist. In den meisten Fällen war der Grund für einen Eintritt eine akute gesundheitliche Verschlechterung. Kund\*innen des IMS-Projekts müssen grundsätzlich noch über genügend gesundheitliche und finanzielle Ressourcen und über ein entsprechendes Umfeld verfügen, um ihr Leben künftig zu Hause weiterführen zu können. Entsprechend müssen sie auch in der Lage sein, relativ selbstständig zu wohnen. Gleichzeitig stehen ihnen individualisierte Pflege- und Betreuungsleistungen zu Verfügung, um sich zu stabilisieren.

## Methodisches Vorgehen.

Dieser Bericht präsentiert die zentralen Ergebnisse der wissenschaftlichen Projektevaluation, die zwischen November 2017 und Juni 2020 stattfand. Durchgeführt wurde sie von der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung (ISOS). Die Evaluation untersucht die Wirkung des Aufenthalts aus der Sicht von Kund\*innen, Angehörigen und Mitarbeitenden, vergleicht die Kosten des IMS-Projekts mit jenen einer stationären Versorgung in einem Alters- und Pflegeheim und leitet aus den Ergebnissen allgemeine Empfehlungen für die Praxis ab. Es wurden standardisierte Fragebögen bei allen 21 Aufnahmen sowohl bei Eintritt als auch Austritt eingesetzt und zehn Kund\*innen bzw. deren Angehörige vertieft mittels qualitativer Interviews befragt (drei davon auch über einen längeren Zeitraum nach Austritt). Expert\*innen und Fachkräfte des IMS-Projekts wurden interviewt, telefonische Anfragen erfasst und eine betriebswirtschaftliche Analyse durchgeführt.

## Nutzen für Kund\*innen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Kund\*innen im Hinblick auf ihre spezifische Krisensituation und bezüglich ihrer individuellen Lebenslage gezielt unterstützt werden konnten.

Die Kund\*innen schätzten den Aufenthalt als passende Zwischenlösung und erachteten diese häufig als einzig sinnvolle Option in ihrer aktuellen Situation. In der Regel waren sie mit dem Angebot zufrieden oder sehr zufrieden. Ein Grossteil erfuhr während des Aufenthalts eine deutliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der körperlichen Mobilität und konnte schliesslich auch in ihre Wohnung zurückkehren; der Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim konnte bei einer grossen Mehrheit vermieden werden. Die Koordination aller Betreuungs-, Pflege- und sozialarbeiterischen Leistungen durch das Case Management erwies sich als besonders wichtig. Weitere Ergebnisse finden sich in den Kapiteln «Zielerreichung» sowie «Erwartungen und Zufriedenheit der Kund\*innen».

## Externe Beurteilung.

Auch von Seiten der zuweisenden Stellen wurde das intermediäre Angebot als wichtig erachtet. Betont wurden die Niederschwelligkeit und der familiäre Charakter sowie die bewusst tief angesetzten Kosten. Die sich über einen längeren Zeitraum hinweg erstreckende Unterstützung, die auch sozialarbeiterische Leistungen umfasste, wurde als klarer Mehrwert gesehen.

## Case Management.

Der/die Case Manager\*in fungierte als zentrale Ansprechperson sowohl für Kund\*innen als auch gegen aussen für zuweisende Stellen und potenzielle Neu-Kund\*innen. Er/Sie stellte sich als zentraler Erfolgsfaktor des Projekts heraus. Dadurch konnten die zielorientierte und einzelfallspezifische Gestaltung des Aufenthalts, die realistische Planung der Anschlusslösung nach Austritt wie auch die Kommunikation gegen aussen deutlich verbessert werden. Einer engen Zusammenarbeit mit Angehörigen kommt zentrale Bedeutung zu, insbesondere bei der Entwicklung der Anschlusslösung. Zur mittel- bzw. langfristigen Stabilisierung der Kund\*innen nach Austritt sollte eine bedarfsspezifische Nachbetreuung von Seiten des Case Managements vorgesehen werden. Pflege- und Betreuungsleistungen, die sich während des Aufenthalts bewährt haben, sollen nach Bedarf auch nach Austritt weitergeführt werden.

## Betriebswirtschaftliche Sicht.

Zudem konnte aufgezeigt werden, dass sich diese Art Projekt im Vergleich zu einer stationären Lösung in einem Alters- und Pflegeheim auch finanziell lohnen kann. Bereits bei einer Rückkehr von Kund\*innen in die eigene Wohnung für einige Monate können Kund\*innen, Gemeinden und Krankenversicherer Kosten sparen. Dabei stellte sich als wichtig heraus, dass jeweils eine Vollkostenrechnung vorgenommen werden muss (inkl. Monetarisierung der Betreuungs-

## Inhaltsverzeichnis

- 1 Zusammenfassung
- 3 Ausgangslage und Ziele des Projekts «Intermediäre Strukturen»
- 7 Anfangsphase und Projektanpassungen
- 11 Beschreibung des Angebots
- 17 Nachfrage, Bekanntheit, Beurteilung durch zuweisende Stellen
- 23 Beschreibung der Kund\*innen
- 25 Beschreibung der Aufenthalte
- 33 Betriebswirtschaftliche Perspektive
- 37 Zielerreichung
- 41 Erwartungen und Zufriedenheit der Kund\*innen
- 45 Evaluationsdesign und Methoden
- 48 Literatur
- 49 Impressum

Bei sämtlichen Porträtfotos in diesem Schlussbericht handelt es sich um Pressebilder. Die abgebildeten Personen stehen in keinerlei Zusammenhang mit den Fallbeispielen.

und Pflegeleistungen Angehöriger zu Hause), um sowohl mögliche Einsparungen als auch die Zusatzbelastung der Angehörigen im Vergleich mit einer alternativen stationären Pflegeinstitution angemessen zu berücksichtigen.

### Hohe Anforderungen an die Selbstständigkeit.

Gelegentlich stellten sich Probleme im Bereich der eigenverantwortlichen Alltagsbewältigung, wenn die Selbstständigkeit der Kund\*innen zu Beginn überschätzt wurde oder die Erwartungen von Kund\*innen nicht mit dem IMS-Angebot übereinstimmten. Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags traten vor allem dann auf, wenn die Wohnung und das Wohnumfeld als ungewohnt erlebt wurden, gleichzeitig aber ein hohes Mass an Selbstständigkeit gefordert war. Eine Abklärung des Pflegebedarfs der Kund\*innen bei Eintritt reicht daher nicht aus. Zusätzlich zum pflegerischen wie auch zum betreuungsbezogenen und sozialarbeiterischen Bedarf, müssen auch die individuellen Ziele und subjektiven Erwartungen der Kund\*innen erfasst werden.

### Nachfrage und Kommunikation.

Als grösste Herausforderungen erwiesen sich die mangelnde Nachfrage und tiefe Auslastung der Wohnung. Sowohl das Einzugsgebiet wie auch die Zielgruppen müssen mitunter auch hinsichtlich einer optimalen Auslastung des intermediären Angebots definiert werden. Nachfrage und Zuweisungen hängen von einem guten Schnittstellenmanagement mit staatlichen Stellen (Gemeinden, Versorgungsregionen, KESB etc.) und zuweisenden Stellen (Spitäler, Kliniken, Hausärzt\*innen etc.) ab sowie von einer laufend bewirtschafteten Kommunikation, die sich spezifisch an unterschiedliche Adressat\*innen richtet (Kund\*innen, Angehörige, Ärzt\*innen, Spitäler etc.).

### Passung zwischen Kund\*innenbedürfnissen und IMS-Angebot.

Der Bedarf an intermediären Angeboten ist grundsätzlich vorhanden, auch wenn die Nutzung des IMS-Projekts (Eintritte) quantitativ gesehen unter den Erwartungen blieb. In diesem Zusammenhang zeigte sich bei der Nachfrage eine

grosse Variation an individuellen Krisenkonstellationen und Problemstellungen, so dass sich der Bedarf an pflegerischen und Betreuungsleistungen sehr vielfältig ausgestaltete. Hinzu kamen die hohen Anforderungen an die Selbstständigkeit der Kund\*innen, was letztlich dazu führte, dass das Unterstützungsangebot des IMS-Projekts nur zu einem Bruchteil der Anfragen passte. Insgesamt kam es bei einer hohen Anzahl von Anfragen zu keinem Eintritt, obwohl ein grundsätzlicher Bedarf an einer intermediären Versorgung bestand.

### Ausblick.

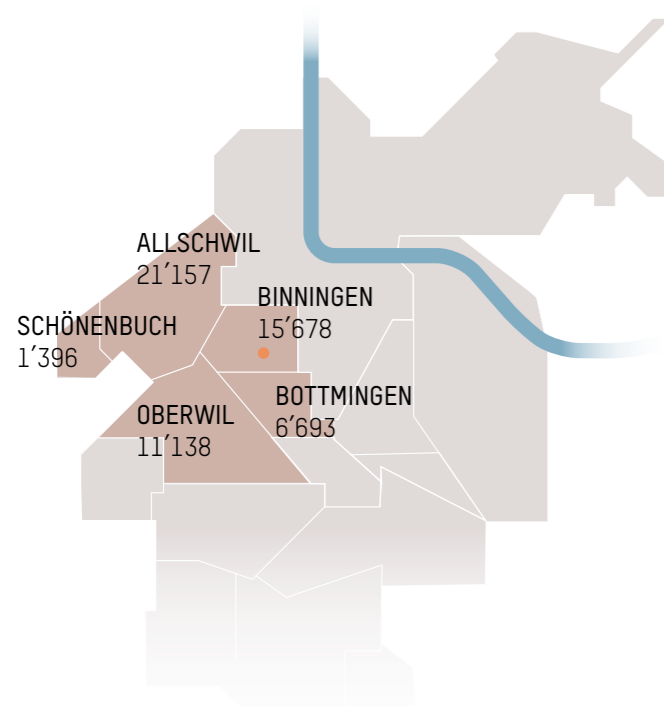
Dieser Bericht liefert Hinweise, inwiefern und wie ein stationäres intermediäres Angebot zielgruppenorientiert aufgebaut und in den regionalen institutionellen Kontext eingebettet werden kann. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation auf die hohe Bedeutung einer flexiblen Ausgestaltung von Betreuung und Pflege hin. Leistungen müssen auf den Einzelfall angepasst werden können. Intermediäre Strukturen sollten daher nicht nur wie das IMS-Projekt als *stationäres* intermediäres Angebot gedacht werden. Von zentraler Bedeutung wird künftig ebenfalls sein, die bestehenden Unterstützungsleistungen innerhalb einer Versorgungsregion (oder über diese hinaus) so zu koordinieren, dass eine optimale Betreuung und pflegerische Versorgung im Einzelfall gewährleistet werden kann. Hier bietet sich eine flexiblere und dynamischere Konzeption intermediärer Strukturen an, etwa im Sinne eines ambulanten begleitenden Case Managements. Dieses würde es erlauben, Pflege-, Betreuungs- und allenfalls auch Hotellerieleistungen unterschiedlicher Leistungserbringer optimal auf die Bedürfnisse von Kund\*innen abzustimmen, so dass diese zu Hause oder im Rahmen eines zeitlich befristeten stationären Aufenthalts stabilisiert und bestmöglichst unterstützt werden können. Das Case Management müsste als *individuelle* Fallbegleitung angelegt werden, die im Sinne einer bedarfsorientierten Nachsorge auch für eine Kontinuität von Pflege und Betreuung sorgen könnte. Das Case Management würde betreuende und pflegende Angehörige angemessen unterstützen, was sich auf eine Stabilisierung der Kund\*innen ebenfalls positiv auswirken dürfte – letztlich mit dem Ziel, dass ältere Menschen möglichst lange zu Hause und in ihrer vertrauten Umgebung leben können.

# Ausgangslage und Ziele

Das Projekt «Intermediäre Strukturen» (IMS) der Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch (ABS) und des Vereins Pflegewohnungen (VPW) Binningen versteht sich als ein Angebot im Bereich der Kurzaufenthalte in Pflegeinstitutionen. Die Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung (ISOS), wurde mit der wissenschaftlichen Evaluation des Pilotprojektes beauftragt. Hauptzweck der Evaluation war es, die Wirkung des Projekts zu dokumentieren und entsprechende Empfehlungen abzuleiten. Zeitlich erstreckte sich die Evaluation von November 2017 bis Juni 2020. Zunächst gehen wir auf die Ausgangslage, auf die Projektziele des Projekts IMS und auf die studienleitenden Evaluationsziele ein.



Eines der vier Einzelzimmer für Kund\*innen.



**Abbildung 1:**  
Die Versorgungsregion Allschwil, Binningen, Schönenbuch. Gemeinden mit Einwohnerzahlen (Stand Dezember 2018) und Standort des Projekts IMS (rot).

## Intermediäre Strukturen

Trotz dem bestehenden, gut ausgebauten Spitex-Angebot kommt es immer wieder zu krisenhaften Situationen, die verhindern, dass ältere und insbesondere betagte Menschen in ihrem angestammten Umfeld bleiben können. Als auslösende Faktoren gelten gesundheitliche wie auch psychische oder soziale Herausforderungen bei den Betroffenen (Unfälle, gesundheitliche Probleme, Isolation, Verwahrlosung) sowie Überlastungen im familiären bzw. sozialen Umfeld. Diese können dazu führen, dass das oft schon sehr labile (Unterstützungs-)System zusammenbricht.

Intermediäre Angebote zielen darauf ab, den Übergang von einer ambulanten Versorgung (in der angestammten Wohnung) zu einem stationären Langzeitaufenthalt (Wohnen im Alters- oder Pflegeheim) hinauszuzögern (vgl. Werner/Kraft/Mohagheghi/Meuli/Egli 2016). Beim Auftreten erster Einschränkungen oder bei Überforderungen im informell-familiären Netz oder bei unzureichender professioneller Versorgung soll die eigene Wohnung nicht (gleich) aufgegeben werden müssen. Intermediäre krisenstabilisierende Kurzaufenthalte sind auch in Alters- und Pflegeheimen möglich (vgl. Werner et al. 2016).

Das Projekt «Intermediäre Strukturen» (IMS) der Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch (vgl. Spitex ABS 2017) ist als «Zwischenlösung» auf Zeit (Wilhelm/Michielan 2011; vgl.

Werner et al. 2016) konzipiert. Es positioniert sich zwischen dem Lebensort der Betroffenen (ihrer privaten Wohnform) und einem dauerhaften Leben im stationären Pflege- oder Altersheim. Es zielt darauf ab, dass betroffene ältere Personen möglichst lange in ihrem vertrauten Umfeld bleiben können, indem ihnen in Krisensituationen Unterstützung im Rahmen eines vorübergehenden stationären Aufenthalts geboten wird (vgl. Flyer Abbildung 2). Auch soll die Zahl der «erzwungenen» Spitaleintritte oder der definitiven Übertritte in stationäre Pflegeinstitutionen vermindert werden – dies insbesondere bei Betroffenen, die grundsätzlich noch über genügend Ressourcen für eine Weiterführung ihres Lebens zu Hause verfügen und bei denen auch ein (potenziell) tragendes Umfeld für eine solche Lösung spricht. Zentral ist, dass der Austritt beim Eintritt bereits mitgedacht wird. In einer der beteiligten Gemeinden wurde geschätzt, dass  $\frac{1}{3}$  der Altersheim-Eintritte nach einigen Wochen wieder in die eigene Wohnung zurückkehren könnten. Für einige dieser Personen wäre vermutlich ein intermediäres Angebot ideal.

Das Projekt IMS grenzt sich von Akut- und Übergangspflegesettings dadurch ab, dass keine intensive Pflege angeboten wird, sondern primär auf eine Stabilisierung und oder Erhaltung der Gesundheit und auf eine Förderung jener Fähigkeiten hingearbeitet wird, die es Kund\*innen erlauben, ihren Alltag wieder möglichst selbständig zu bewältigen. Allenfalls bedarf es dazu auch einer Anpassung der Lebenssituation (soziales Umfeld, Netzwerk professioneller



**Abbildung 2:**  
Ausschnitt aus dem Flyer für potenzielle Kund\*innen.

Hilfen, Tagesstruktur, Training). Von Ferien- oder Entlastungsbetten grenzt sich das IMS-Projekt dadurch ab, dass nicht nur die Entlastung von Angehörigen, sondern auch die Krisenbewältigung von alleine lebenden Kund\*innen ermöglicht wird. Entlastungsbetten bieten Unterstützung in Notfallsituationen von Angehörigen, Ferienbetten wiederum ermöglichen Angehörigen geplante Auszeiten.

## Ageing in place

Ältere Menschen möchten möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung leben. Zuhause alt zu werden, eine grösstmögliche Selbständigkeit bei der Bewältigung des Alltags und der damit einhergehenden «Organisation des Wohnens» (Jann 2015) werden von einer grossen Mehrheit älterer Menschen bevorzugt (vgl. Kwiatkowski/Tenger 2016; WHO 2016; Höpflinger/Van Wezemaël 2014; Perrig-Chiello/Höpflinger/Schnegg 2010; Höpflinger 2009). Der dauerhafte Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (Alters- oder Pflegeheim) soll möglichst lange hinausgezögert werden.

Zentrale Bedeutung kommt hierbei der eigenen Wohnung zu, aber auch einer selbstbestimmten Alltagsgestaltung, dem familiären Umfeld, informellen Formen der Unterstützung und einer individuell angepassten professionellen Versorgung (pflegerisch, ärztlich, häuslicher, sozial etc.) sowie dem Wohnumfeld (Einkaufsmöglichkeiten, Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel) und persönlichen Lebensstilfragen (vgl. Imhof 2014; Höpflinger/Van Wezemaël 2014). Imhof (2014) spricht in diesem Zusammenhang von «unterstützter Selbständigkeit» und «situativer Autonomie»: Hilfestellungen und Unterstützungen werden danach ausgerichtet, dass Betroffene über möglichst viele Entscheidungsmöglichkeiten verfügen und eigene Handlungen in Form von Routinen in den Alltag eingebaut bleiben (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2003 oder Höpflinger/Bayer-Oglesby/Zumbrunn 2011).

## Regionale Einbettung Kanton Basel-Landschaft

Gemäss dem neuen Alters- und Pflegegesetz (APG) des Kantons Basel-Landschaft von 2018 ist die Versorgung mit Pflege- und Betreuungsangeboten neu nach Versorgungsregionen organisiert. Sie stellen das ambulante, stationäre sowie intermediäre Angebot sicher, d. h. die von Sozialversicherungen als Pflichtleistungen finanzierten Pflegeangebote sowie die erforderlichen Hauswirtschaftsleistungen, Betreuungsangebote, Mahlzeitendienste sowie Tages- und Nachtangebote. Die Versorgungsregionen schliessen mit Leistungserbringern, deren Angebote gemäss Versorgungskonzept erforderlich sind, Leistungsvereinbarungen ab. Damit soll die Versorgung besser koordiniert werden. Weiter ist eine stärkere Förderung integrierter Versorgungsmodelle beabsichtigt. Insbesondere im Bereich intermediärer Angebote wird mit dem neuen APG eine wichtige Lücke geschlossen.

Neu müssen die Gemeinden innerhalb der Versorgungsregion eine oder mehrere Informations- und Beratungsstellen zu Fragen der Betreuung und Pflege im Alter (IBS) betreiben. Diese IBS nehmen eine zentrale Rolle ein, sowohl bei der Information der Bevölkerung als auch bei der Abklärung und Vermittlung von ambulanten wie auch stationären Angeboten und damit auch von intermediären Angeboten. Mit der gesetzlichen Verankerung der IBS wird der Zugang zu Beratung für alle Betroffenen sichergestellt.

Die Versorgungsregion Allschwil, Binningen, Schönenbuch (Abbildung 1) baut ihre IBS zeitlich parallel zur Durchführung des IMS-Pilotprojekts auf. Die IBS wird künftig im Rahmen ihres Versorgungsauftrages dafür sorgen, dass Kund\*innen bestmöglich mit intermediären Angeboten wie dem Projekt IMS unterstützt werden können. Eine weitere Neuerung, die im Rahmen des neuen APG (§ 31 Finanzierung der Angebote für betreutes Wohnen und der integrierten Versorgung) wirksam wird, betrifft den strategischen Schwerpunkt der Finanzierung. Der Kanton zieht sich bei den Investitionsbeiträgen im stationären Bereich zurück und stärkt sein Engagement im intermediären Bereich (vgl. Basel-Landschaft 2017). Vermehrt sollen innovative Projekte zum Aufbau betreuter Wohnformen und einer integrierten Versorgung unterstützt werden. Die Finanzierung des Grundangebots liegt in der Verantwortung der Gemeinden und Versorgungsregionen, während sich der Kanton an den Kosten der spezialisierten Versorgung beteiligt, die über das Grundangebot hinausreicht (z. B. bei einem ausserordentlich hohen Pflegebedarf, bei überregionalen Spezialangeboten im stationären Bereich).

## Evaluationsziele

Die Projektevaluation soll zeigen, ob und wie es gelingt, dass ältere und insbesondere betagte Menschen, welche das IMS-Angebot nutzen, wieder zurück in ihre angestammte Wohnumgebung zurückkehren können – und damit Spitaleintritte und definitive Übertritte in stationäre Pflegeinstitutionen verhindert oder hinausgezögert werden können.

Die Evaluation des Pilotprojektes verfolgte insbesondere vier Ziele:

- **Die Wirkung der Massnahmen aus Perspektive der Kundschaft bzw. ihrer Angehörigen und der Mitarbeitenden ist dokumentiert.**
- **Die Funktionsweise des Pilotprojektes ist rekonstruiert.**
- **Die Kosten eines Aufenthalts im Projekt IMS und die Kosten eines Aufenthalts in einem Pflegeheim werden verglichen.**
- **Empfehlungen zur Fortführung des Projektes sind formuliert. Im Rahmen des Schlussberichtes konzentrieren wir uns hierbei auf verallgemeinerbare Empfehlungen, die für eine breite Praxis gedacht sind.**

# Anfangsphase und Projektanpassungen

Das Pilotprojekt «Intermediäre Strukturen» (IMS) und seine wissenschaftliche Evaluation gestalteten sich zu Beginn sehr dynamisch. Während der ersten Pilotphase wurden anhand von Experteninterviews, Standortbestimmungen und reflexiv angelegten Workshops zum Angebotsdesign Verbesserungspotenziale identifiziert, welche zeitnah umgesetzt werden konnten. Gleichzeitig wurde das Evaluationsdesign weiter verfeinert und den neuen Gegebenheiten angepasst.

## Indikatoren, Ein- und Ausschlusskriterien für die Aufnahme im intermediären Angebot «Zwischenlösung»

(Stand 02.05.2019)

Das intermediäre Angebot «Zwischenlösung» richtet sich an **ältere Menschen** aus den Einwohnergemeinden **Allschwil, Binningen und Schönenbuch, sowie ab Mitte Mai 2019 auch Bottmingen und Oberwil**. Der Aufenthalt beträgt 2 Wochen bis zu 3 Monate. Vorausgesetzt wird die Bereitschaft, bei Bedarf an Pflegeleistungen, diese von der Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch bzw. der Spitex Oberwil *plus* erbringen zu lassen.

Wir prüfen jede Anfrage individuell und unverbindlich. Bei Fragen und / oder Anmeldungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch  
Baslerstrasse 35  
4102 Binningen

Telefon 061 425 98 00  
www.spitex-abs.ch

### Indikatoren für eine Aufnahme

- Überlastung im familiären Umfeld bei pflegenden Angehörigen
- Ausfall von pflegenden Angehörigen durch z.B. Spitalaufenthalt
- Unklare oder nicht optimale Wohnsituation - es muss eine neue Lösung gesucht werden
- **Vorübergehend** erhöhter Betreuungs- und Überwachungsbedarf, Ziel Rückkehr nach Hause
- Selbstversorgungsdefizit, welches durch gezieltes Training wieder aufgebaut werden kann
- Soziale Isolation

### Einschlusskriterien für eine Aufnahme

- Pflegeleistungen können in klar abgegrenzten Settings gemäss Spiteauftrag erbracht werden
- Die Person ist in einer der Gemeinden Allschwil, Binningen, Schönenbuch, Bottmingen oder Oberwil wohnhaft
- Bereitschaft, in einer Wohngemeinschaft mit anderen KundInnen zu wohnen (Einzelzimmer)
- Bereitschaft, bei der wissenschaftlichen Begleitung des Pilotprojekts mitzumachen

### Ausschlusskriterien für eine Aufnahme

- Zeitliche und örtliche Desorientiertheit, Delir
- Dauernde Unruhe, unkontrollierter Bewegungsdrang, Weglauftendenz
- Notwendigkeit einer dauerhaften Betreuung, Begleitung und Überwachung
- Komplexe psychiatrische Erkrankungen (wird auf Anfrage individuell geprüft)
- Aggressives Verhalten, Selbst- oder Fremdgefährdung

Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch / mvi

02.05.2019

Abbildung 3:  
Informationsblatt für zuweisende Stellen.

## Evaluationsdesign

Das Pilotprojekt war ursprünglich auf zwei Jahre angelegt. Es startete im November 2017, die Evaluationsarbeiten wurden erst im Frühjahr 2020 beendet. In einer ersten Phase von Herbst 2017 bis Frühjahr 2018 begleitete die Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW das Projekt im Rahmen einer formativen Evaluation (Abbildung 4). Die anschliessende Phase von Frühjahr 2018 bis Frühjahr 2020 wurde als summativ Evaluation angelegt (Erfassung der Wirkung). Dazu wurden leitfadengestützte Interviews mit Kund\*innen und ihren Angehörigen, mit dem Personal der Pflegewohnung des Vereins für Pflegewohnungen wie auch mit zuweisenden Stellen wie Spitälern oder Soziale Dienste der Gemeinden geführt. Weiter wurden standardisierte Fragebögen bei allen Kund\*innen eingesetzt sowie Dokumente der Spitex analysiert. Nähere Ausführungen zu den verwendeten Instrumenten sind im Kapitel «Evaluationsdesign und Methoden» zu finden.

## Projektstart und Anfangsphase

Das Angebot wurde im Rahmen einer 5 ½-Zimmer-Wohnung des VPW in Binningen (Kanton BL) realisiert und war zunächst zugänglich für Einwohner\*innen der Gemeinden Allschwil, Binningen und Schönenbuch (total ca. 38'000 Einwohner\*innen). Zuweisungen konnten über Institutionen im Pflege-, Gesundheits- und Sozialbereich erfolgen, so etwa via Sozialdienste und kirchliche Einrichtungen, über Hausärzt\*innen oder die KESB.

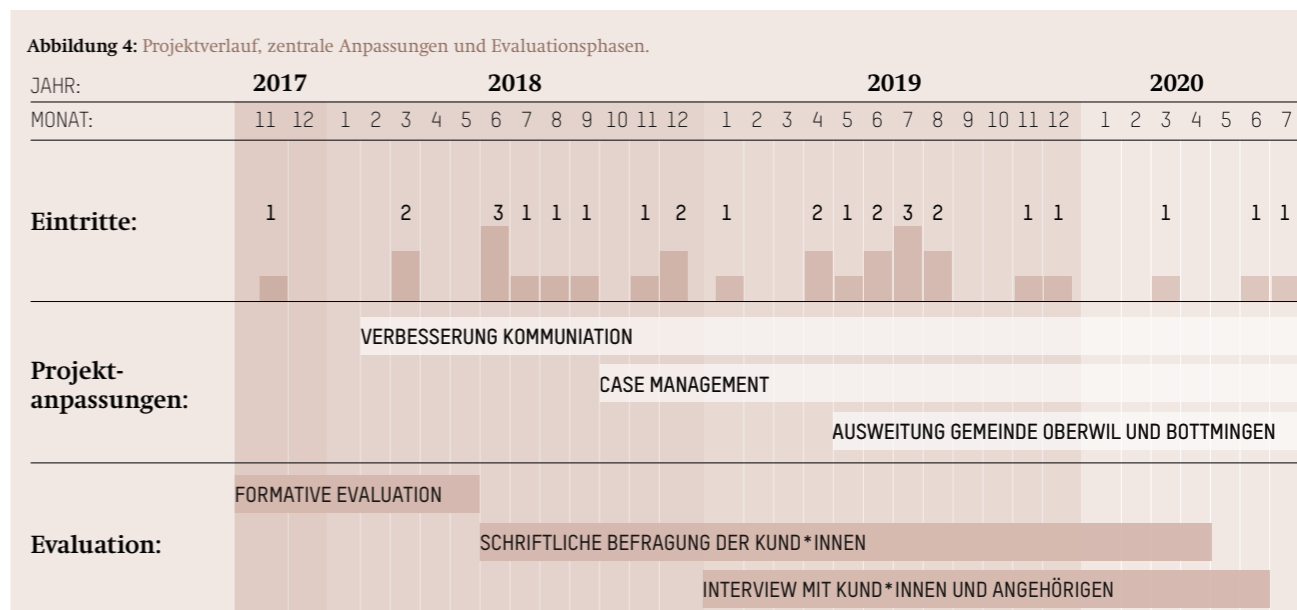
Im ersten halben Jahr der Pilotphase wurde festgestellt, dass das Angebot entgegen den anfänglichen Erwartungen nicht so stark genutzt wurde. Die wenigen, bisher eingetretenen Kund\*innen wurden zudem von Seiten des Projektteams als eher «unpassende» Fälle für das Projekt betrachtet,

da sie nicht über ausreichend Potential zur Mobilisierung ihrer Fähigkeiten verfügten oder eine Ferien- resp. Entlastungsbett-Lösung passend erschien. Das Projekt war sowohl bei Kund\*innen wie auch bei potenziell zuweisenden Stellen zu wenig bekannt und die Vorteile des IMS-Projekts gegenüber anderen Angeboten wurde oft nicht gesehen. Der fachlich, von Seiten der Spitex und zuweisenden Stellen anerkannte Bedarf stimmte nicht immer mit den Bedürfnissen der nachfragenden potenziellen Kund\*innen überein. Die Hemmschwelle, die eigene Wohnung zu verlassen, wurde als sehr hoch wahrgenommen, und insbesondere von Angehörigen schien eine Zwischenlösung oft nicht als Unterstützung oder Entlastung wahrgenommen zu werden, sondern eher als weitere Komplikation der Situation (mehrere «Umzüge»).

## Kommunikation mit zuweisenden Stellen

Es wurde zudem festgestellt, dass die zuweisenden Stellen verschiedene Verständnisse von den Begriffen Ferienbett, Entlastungsbett, Passerellenbett, Akut- und Übergangspflegebett sowie dem neu geschaffenen intermediären Angebot hatten. Diese unterschiedlichen Sichtweisen machten es schwierig, das IMS-Projekt bei zuweisenden Stellen (Spitäler, Soziale Dienste der Gemeinden) zu positionieren. Trotz Versand von Unterlagen (vgl. Abbildung 3) und persönlichen Besuchen vor Ort, Einladung von Hausärzt\*innen zu einer Wohnungsbesichtigung etc., entstanden immer wieder Missverständnisse bezüglich der Aufnahmekriterien. Die Kommunikations- und Klärungsarbeit erwies sich als zeitintensiv.

Für Kund\*innen wurde eine Webseite und ein Flyer erstellt (vgl. Abbildung 2), für die zuweisenden Stellen ein Informationsblatt (vgl. Abbildung 3).





Das Wohnzimmer, gedacht als Raum für sozialen Austausch.

## Beschreibung des Angebots

In diesem Kapitel wird zunächst beschrieben, wie das Angebot des Pilotprojekts «Intermediäre Strukturen» (IMS) aufgebaut ist. Es wird auf die Infrastruktur, auf das Personal und die Zusammenarbeit der involvierten Fachpersonen eingegangen und es werden wesentliche Abläufe und Arbeitsprozesse dargestellt. Insbesondere wird die Arbeitsteilung zwischen der Spitex und dem Verein für Pflegewohnungen dargestellt. Einen besonderen Stellenwert nimmt dabei der Case Manager ein, dessen Aufgaben im Detail beschrieben sind.

Konkrete Ausführungen zum Aufenthalt der Kund\*innen folgen später.

### Projektanpassungen

Aufgrund der festgestellten Herausforderungen wurden am Projektdesign verschiedene Anpassungen vorgenommen, mit dem Ziel, die Bekanntheit, Effizienz und Kundenorientierung des Projekts zu verbessern:

→ **Verbesserung des medialen Auftritts und der Kommunikation:**

Die Kommunikation mit den zuweisenden Stellen wurde intensiviert und deren Bedürfnisse im Projekt besser berücksichtigt. Zudem wurde der Flyer überarbeitet und spezifischer auf die primäre Zielgruppe ausgerichtet.

→ **Verstärkte Integration des Angebots in die Bedarfsabklärung der zuweisenden Stellen:**

So wurde in der Gemeinde Allschwil die Erwägung einer intermediären Platzierung – neben einer ambulanten und stationären Lösung – in die formale Bedarfsabklärung (Formular) aufgenommen.

→ **Regionale Ausweitung des Kund\*innenkreises:**

Zu Beginn des Pilotprojektes war der KundInnenkreis auf Einwohner\*innen der Gemeinden Allschwil, Binningen und Schönenbuch beschränkt (ca. 38'000 Einwohner\*innen). Im Mai 2019 wurde dieser auf die Baselbieter Gemeinden Bottmingen und Oberwil ausgeweitet

(zusätzliche ca. 18'000 Einwohner\*innen) und eine Kooperation mit der Spitex Oberwil *plus* etabliert.

→ **Anstellung einer/s Case Manager\*in:**

Im Juli 2018 wurde die Stelle eines/r Case ManagerIn ausgeschrieben. Die Stelle wurde von Oktober bis Dezember 2018 von einer Pflegefachfrau HF und Erwachsenenbildnerin SVEB1 besetzt, mit jahrelanger Erfahrung in Beratung und Case Management im Gesundheits- und Sozialwesen. Seit Januar 2019 arbeitet ein Pflegefachmann FH als Case Manager des IMS-Projekts. Er besitzt ein CAS in Case Management und langjährige praktische Erfahrung, insbesondere im Spitex-Bereich sowie als Nachtwache in Kliniken; weiter ist er auch mit der Falldokumentation und Qualitätssicherung vertraut. Auf das Aufgaben- und Stellenprofil des Case Managers gehen wir im nächsten Kapitel näher ein.



Die moderne Küche war für einige Kund\*innen ungewohnt.

## Infrastruktur und Hotellerie

Der temporäre stationäre Aufenthalt ist im Rahmen einer Mietwohnung organisiert, die einem privaten Wohn-Setting ähnlich sein soll. Damit grenzt sich das Projekt von einem für Alters- oder Pflegeheime üblichen dauerhaften Aufenthalt ab sowie von einer Zwischenstruktur mit Spital- oder Heimcharakter. Anders als bei einem Ferienbett-Angebot, ist beim IMS-Projekt ein Aufenthalt von mindestens zwei Wochen bis zu maximal drei Monaten vorgesehen.

Die 134 m<sup>2</sup> grosse, rollstuhlgängige 5 ½-Zimmer Wohnung (Abbildung 5) befindet sich im gleichen Haus wie eine bereits bestehende Pflegewohngruppe des Vereins Pflegewohnungen Binningen. Das IMS-Projekt sieht vor, dass die Kund\*innen während ihres Aufenthalts eine Alters-WG bilden. Die gemeinsame, vollausgestattete Essküche, eine Stube mit Fernseher, Sofa und einem grossen Tisch sowie eine gedeckte Terrasse stehen allen Kund\*innen zur Verfügung.

Die vier Einzelzimmer sind jeweils mit einem Pflegebett und Grundmobiliar ausgestattet. Das eigene Zimmer bietet den Kund\*innen eine Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeiten. Eines der zwei Badezimmer hat zwei Lavabos und eine Duschbadewanne, das zweite Badezimmer ist mit einem Lavabo und einer Dusche ausgestattet. Durch WC-Aufsätze wird der Toilettengang für mobilitätseingeschränkte Personen wesentlich erleichtert. Die Wohnung ist per Treppe und Lift

erreichbar. Eine Bushaltestelle befindet sich in unmittelbarer Nähe, 100 m von der Wohnung entfernt.

Grundsätzlich können Kund\*innen nach Wunsch und Fähigkeiten ihre Mahlzeiten selber zubereiten. Falls erwünscht, werden das Mittagessen und das Abendessen in der Küche des Vereins für Pflegewohnungen vorbereitet und in die Wohnung geliefert. Die Kund\*innen sollen hingegen das Frühstück selbst zubereiten, mit den ihnen vom Verein für Pflegewohnungen zur Verfügung gestellten Lebensmitteln. Die Mahlzeiten werden gemeinsam in der Küche eingenommen. Die Kosten für einen Aufenthalt im IMS-Projekt, die die Kund\*innen selber tragen mussten, wurden bewusst sehr tief angesetzt (CHF 45 pro Tag für ein Zimmer und Vollpension, ca. CHF 10 für Verpflegung und CHF 35 für individuelle Betreuung), um die Erhaltung der bisherigen Wohnung zu ermöglichen. Zudem sollte damit ein Anreiz zur intensiven Nutzung des Angebots geschaffen werden. Zusätzlich zur Tagespauschale wird eine einmalige Eintrittspauschale von CHF 100 erhoben, um die administrativen und organisatorischen Kosten abzudecken.

## Organisation und Arbeitsabläufe

Der Aufenthalt wird so gestaltet, dass eine baldige Rückkehr in die vertraute Umgebung bzw. in die eigene Wohnung wieder möglich wird. Während des Aufenthalts können bau-

liche oder technische Anpassungen an der Privatwohnung vorgenommen werden, erforderliche eigene Kompetenzen für die Alltagsbewältigung (wieder) aufgebaut und/oder eine tragfähige ambulante Versorgung implementiert oder wiederhergestellt werden.

Der Aufenthalt dient nicht nur der Krisenbewältigung. Vielmehr geht es darum, im Verbund mit allen Betroffenen und Involvierten (Angehörige, professionelle Dienste) eine neue, tragfähige Lösung zu finden. Der Einbezug des vertrauten familiären und sozialen Umfeldes ist besonders wichtig, kommt doch der informellen Unterstützung in Privathaushalten eine zentrale Bedeutung zu. Jene professionelle Akteur\*innen werden ins Unterstützungssystem mit eingebunden, die nach dem intermediären Aufenthalt im Projekt – bei der Rückkehr in die eigene Wohnung also – auch weiterhin ambulante Unterstützung leisten können. Zudem wird ein flexibles Setting an pflegerischen und nichtpflegerischen Leistungen geschaffen, das auf den einzelnen Fall zugeschnitten ist und damit auch familiäre Hilfen und professionelle Leistungen gut aufeinander abstimmt. Das IMS-Projekt bezieht die Direktbetroffenen aktiv mit ein, indem es ihre Ressourcen mit Blick auf die Rückkehr in die eigene Privatwohnung stärkt, und es richtet sich zugleich auch an die Angehörigen und an das soziale Wohnumfeld, das ebenfalls unterstützt bzw. entlastet werden soll. Im Zentrum stehen somit ein multidisziplinäres, in hohem Masse ausgeprägtes Einzelfallverständnis wie auch ein flexibles Unterstützungssystem

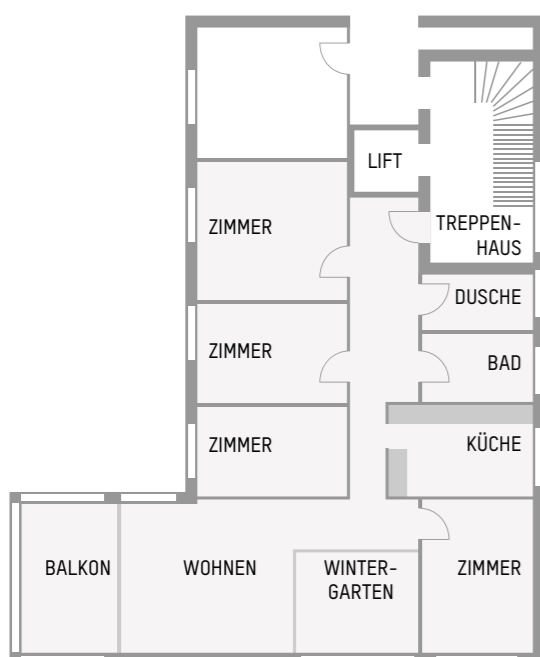


Abbildung 5:  
Grundriss der 5 ½-Zimmer Wohnung.



**Abbildung 6:**

Ablaufschema und Verantwortlichkeiten für die Aufnahme und Begleitung der Kund\*innen im Projekt IMS (IMS = Projekt «intermediäre Strukturen»; VPW = Verein Pflegewohnungen Binningen; Spitex ABS = Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch).

mit einer grossen Massnahmenvielfalt (Verbundlösung), das auf eine möglichst bedürfnisgerechte intermediäre Versorgung ausgerichtet ist.

Die Aufgaben und Zuständigkeiten der Spitex ABS, des Case Managements IMS und des Personals des VPW ist klar geregelt und hat sich in dieser Form bewährt (vgl. Abbildung 6). Das Projekt IMS ist institutionell bei der Spitex ABS angegliedert und direkt der Geschäftsleitung unterstellt. Das vereinfacht Abläufe und schafft kurze Kommunikationswege. Während der Geschäftsleiter Spitex ABS (und Projektleiter IMS) für das Gesamtkonzept, für die Finanzen und die Kommunikation nach aussen zuständig ist, liegt die Verantwortung des Case Managers bei der Triage und Aufnahme der

Kund\*innen, bei der Fallführung und Begleitung bis zum Austritt und für eine kurze Phase der Nachsorge, sowie bei der Kommunikation mit dem Verein für Pflegewohnungen und den zuweisenden Stellen. Seitens der Spitex ABS ist neben dem Leiter/Projektleiter IMS und dem Case Manager zudem auch die Leiterin Personal- und Organisationsentwicklung Mitglied des IMS-Projektteams und seitens des Vereins für Pflegewohnungen die Betriebsleiterin. Der Verein für Pflegewohnungen ist primär für die Hotellerie zuständig und bietet ausserordentliche Betreuungs- und Pflegeleistungen im Sinne einer 24-Stunden-Hilfe via Klingel an, die für kurzfristige Hilfestellungen, unerwartete Schwierigkeiten und pflegerische Notfälle gedacht ist – müssen Kund\*innen doch ihren Alltag weitgehend selbständig bewältigen. Während des Aufenthalts im IMS-Projekt werden die Kund\*innen in pflegerischer Hinsicht von der Spitex ABS (bzw. der Spitex Oberwil plus) begleitet, um die Kontinuität der Pflege zu gewährleisten. Gelegentlich erbringt die Spitex ABS auch Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen.

Am Eintrittstag wird anhand der Bedarfsabklärung festgestellt, welche Pflegeleistungen durch die Spitex erbracht werden sollen. Gleichzeitig schätzen der Case Manager und eine Pflegefachperson des Vereins für Pflegewohnungen die Betreuungsleistungen ein, die durch den Verein für Pflegewohnungen und das Case Management erbracht werden müssen. Der Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen wird beim Spitex-Rapport und Standortgesprächen laufend neu eingeschätzt und die Leistungen angepasst.

Die Betreuung und die Unterstützung der Kund\*innen bei der Gestaltung des Alltags liegen im primären Verantwortungsbereich des Case Managers. Erbracht werden die Betreuungs- und Unterstützungsleistungen von der (ambulant agierenden) Spitex ABS und dem (stationär angelegten) Verein für Pflegewohnungen. Spitex-Angestellte sind nur punktuell, je nach Pflegebedarf vor Ort im Einsatz. Kund\*innen dürfen an der Aktivierung in der Pflegewohngruppe des Verein für Pflegewohnungen teilnehmen (gemeinsames Singen, Spielen etc.; sie findet im Stock gleich unterhalb der IMS-Wohnung statt). Wenn sie Hilfe benötigen, z. B. beim Toilettengang, können sie diese jeweils mit der Klingel anfordern.

Der Case Manager plant auch den Austritt und die Phase nach einem IMS-Aufenthalt. Er organisiert die Pflege und eine individuell zugeschnittene Betreuung zu Hause, klärt Fragen rund um den Haushalt, zur künftigen Tagesstruktur und zur finanziellen Situation. Die Rolle und Funktion des Case Managers ist sozialarbeiterisch angelegt und auf die einzelfallorientierte Implementierung und Koordination verschiedener Unterstützungsleistungen der Pflege, Betreuung und Sozialarbeit ausgerichtet, was einen innovativen Aspekt des Projekts darstellt.



Eines der vier Einzelzimmer für Kund\*innen.

## Stellenprofil Case Manager\*in

Die Stelle umfasst 50 Stellenprozent. Die Aufgaben des/r Case Manager\*in beinhalten die Beantwortung und Abklärung von Anfragen potenzieller Kund\*innen, die Koordination der verschiedenen Aufgaben und Leistungen, das Begleiten von Kund\*innen während der gesamten Aufenthaltsdauer sowie die Kommunikation mit Angehörigen, Mitarbeitenden und externen Fachpersonen:

- Erste Ansprechperson gegenüber Interessierten und Anmeldungen (potenzieller Neukund\*innen) für einen Platz im Projekt IMS
- Definition des individuellen Handlungsplanes
- Triagieren und koordinieren der verschiedenen Aufgaben und Leistungen vor und bei Eintritt, bis zum Austritt, gemeinsam mit Kund\*innen und Angehörigen bzw. Bezugspersonen; Einbezug von Mitarbeitenden des Vereins für Pflegewohnungen, der Spitex ABS und ggf. von externen Fachkräften
- Individuelle Begleitung bei Eintritt und Austritt
- In den ersten zwei bis drei Tagen nach Eintritt täglicher Besuch von Kund\*innen, um anstehende Fragen zu klären, danach nach Bedarf
- Planung des Austritts und der Anschlusslösung, gemeinsam mit Kund\*innen, ihren Angehörigen und professionellen Bezugspersonen

→ Regelmässige Standortgespräche mit Kund\*innen, ihren Angehörigen, sowie Mitarbeitenden der Pflegewohnung und der Spitex

→ Besuch nach Austritt bei Kund\*innen zu Hause, um die neue Situation zu erfassen, einen allfälligen neuen Pflege- oder Betreuungsbedarf zu bestimmen und das Case Management abzuschliessen

→ Laufende Anpassung/Optimierung der internen Projektabläufe

→ Teilnahme an Sitzungen der IMS-Pilotprojektgruppe

→ Netzwerk mit zuweisenden Stellen aufbauen, erweitern und betreuen

Im Rahmen der Ausschreibung wurde eine Person mit hohem Selbstorganisationsgrad gesucht, die mitschwer vorhersehbaren Situationen flexibel umgehen kann, mit Empathie zur Gestaltung von Beziehungen in komplexen Lebenssituationen sowie mit kommunikativen Fähigkeiten, um die unterschiedlichen involvierten Akteur\*innen optimal vernetzen zu können. Bevorzugt wurden Bewerber\*innen mit einer Ausbildung als Pflegefachperson oder in Sozialer Arbeit, mit hoher Beratungskompetenz und Erfahrung in der Langzeitpflege, die zudem auch über Kenntnisse der verschiedenen Versorgungsangebote in der Region verfügt.

# Nachfrage, Bekanntheit, Beurteilung durch zuweisende Stellen

Zur externen Beurteilung des Projekts wurden einerseits die wichtigsten zuweisenden Stellen befragt: Soziale Dienste und Sozialberatungen zweier Gemeinden, zweier regionaler Spitäler sowie der Psychiatrie Baselland. Andererseits wurden durch das Case Management alle telefonischen Anfragen zum Projekt und die Wohnungsbesichtigungen von Kund\*innen, Angehörigen oder zuweisenden Stellen protokolliert. Diese Daten lieferten Hinweise über die Gruppe der potenziellen Kund\*innen, welche letztlich jedoch nicht ins Projekt eintraten. Aus diesen beiden Quellen liessen sich Hinweise ableiten, wie das Projekt von aussen wahrgenommen wurde und wie die Kommunikation gegen aussen ausgestaltet werden soll.

## Nachfrage

Die Nachfrage konnte zunächst einmal anhand der Anzahl Eintritte eingeschätzt werden. In der Pilotphase schwankte diese beträchtlich. Zu Projektbeginn trat ca. monatlich ein/e Kund\*in ein. Im Sommer 2019 stieg die Nachfrage auf zwei Kund\*innen pro Monat an und pendelte sich dann gegen Herbst 2019 wieder auf rund eine/n Kund\*in pro Monat ein. Es zeigte sich, dass trotz der diversen oben beschriebenen Massnahmen und Projektanpassungen (Projektflyer, Einrichtung Case Management, vermehrter Kontakt mit zuweisenden Stellen) die Zahl der Kund\*innen nicht nachhaltig erhöht werden konnte.

Von den befragten zuweisenden Stellen wurde das Angebot grundsätzlich als sehr nützlich und sinnvoll beurteilt. Positiv hervorgehoben wurden die niedrigen Kosten, der familiäre Charakter des Angebots und dass ein begleiteter Entscheidungsfindungsprozess zur Anschlusslösung über einen länger andauernden Zeitraum möglich war. Begrüsst wurde die Möglichkeit einer Wohnproben, dass soziale Fragen bearbeitet werden können, Angehörige aktiv mit einbezogen und Kund\*innen über den stationären IMS-Aufenthalt hinaus begleitet werden.

Gemäss zuweisenden Stellen bestand offensichtlich eine Nachfrage. Oft wurden kurzfristige Zwischenlösungen gesucht (v. a. von Spitälern), da Nachfolgelösungen innerhalb weniger Tage gefunden werden müssten. In der Alterspsychiatrie verblieben Kund\*innen länger, womit auch eine Stabilisierung der Lebenssituation einherging; hier zeichnete sich ein geringer Bedarf an (dringenden) Zwischenlösungen.

Als potenzielle Fälle wurden von Seiten der Spital-Zuweiser vor allem Kund\*innen mit Knochenbrüchen genannt, für die ein herkömmliches Ferienbett nicht finanzierbar sei, bei denen aber Hoffnung bestehe, dass sie nach Heilung des Bruchs wieder nach Hause zurückkehren könnten. In der Alterspsychiatrie eigne sich das intermediäre Angebot v. a. für Kund\*innen, bei denen die psychiatrische Behandlung

abgeschlossen sei, aber die soziale Situation noch unklar bliebe. Ähnlich eigne sich das Angebot vor allem für Personen, die aus dem Spital austreten sollten, bei denen es aber noch zu früh sei, um nach Hause zurückzukehren, und die etwas mehr Zeit für den Entscheidungsprozess für eine Anschlusslösung benötigten.

Als Hindernis wurde gesehen, dass die Kund\*innen relativ selbständig wohnen müssten. Gerade bei Personen mit einer Demenz sei diese Voraussetzung nicht gegeben. Gerade aber in solchen Fällen seien Angehörige überfordert und wünschten sich eine Auszeit.

Kritisiert wurde auch die (anfängliche) geographische Eingrenzung auf die Gemeinden Allschwil, Binningen und Schönenbuch, weil dadurch nur ein kleiner Teil der Fälle für das Projekt in Frage käme. Dadurch könnte das Angebot bei den grossen zuweisenden Stellen in Vergessenheit geraten.

## Kommunikation

Angesprochen wurde weiter auch ein Informationsdefizit: Die Zielgruppe sowie die Kriterien für die Aufnahme ins Projekt seien lange Zeit unklar gewesen. Es wurde zu Beginn z. B. nicht klar kommuniziert, dass keine Kapazitäten für Personen mit Demenz oder für sonstige Personen mit einem hohen Pflegebedarf vorhanden seien. Oft würden (Zwischen-) Lösungen für Patient\*innen gesucht, die (noch) nicht allein sein könnten. Unklar bliebe, ob im Projekt solche Personen betreut werden könnten. Der Aufnahmeprozess und die Zuständigkeiten wurden zu Projektbeginn noch als unklar erlebt. Gewünscht wurden ein Anmeldeformular und eine klare Ansprechperson von Seiten des IMS-Projekts. Angeregt wurde ferner, einen griffigeren Namen für das Projekt zu suchen. «Intermediär» sei ein Begriff, den viele nicht einordnen könnten.

Auf die meisten genannten Punkte wurde im Verlauf des Projekts eingegangen und Verbesserungen vorgenommen (vgl. Kapitel «Projektstart und Projektanpassungen»).



Die grosszügige Wohnung ist auch rollstuhlgängig.

## Anfragen und Nicht-Eintritte

Die Analyse der telefonischen Anfragen, die der Case Manager protokolliert hatte, führte zu weiteren wichtigen Erkenntnissen bezüglich der Nachfrage. Bei Anfragen von Privatpersonen oder Institutionen wurde protokolliert, worin die Krisensituation der Kund\*in bestand und wie man verblieben war. Innerhalb von 26 Monaten verzeichnete das Projekt 110 Anfragen, von denen 24 zu Eintritten führten – ca. 1/5 der Anfragen also. Tabelle 1 stellt die 59 vollständig protokollierten Anfragen ab Januar 2019 dar. Von den anfragenden Privatpersonen (Kund\*innen oder deren Angehörige) hatten neun via Medien (Zeitungsberichte, Homepage, Flyer) vom IMS-Projekt erfahren, sieben weitere via Spitex Mitarbeitende und elf via diverse Beratungsstellen, Pflegeeinrichtungen oder via Hausarzt).

Die Hauptgründe für einen Nicht-Eintritt (nach erfolgter Anfrage) lagen entweder bei einem zu hohen Pflegebedarf – wofür eine APH- oder Ferienbett-Lösung einen idealeren Rahmen boten; oder mit dem IMS-Aufenthalt wurde nicht eine Verbesserung oder Stabilisierung des Gesundheitszustandes bezweckt (sondern bspw. eine Wohn-Zwischenlösung aufgrund eines Wohnungsumbaus gesucht) – womit eine Ersatzwohnung oder ein Hotelaufenthalt eher angezeigt waren (vgl. Tabelle 2).

**Tabelle 2:**  
**Gründe eines Nicht-Eintritts ins Projekt**  
(Ablehnung oder Absage) bei anfragenden Personen / zuweisenden Stellen (Auswertung der Anfrageprotokolle des Case Managers).

BEGRÜNDUNG DES NICHT-EINTRITTS	ANZAHL ANFRAGEN
• Braucht andere Lösung (Ersatzwohnung, Ferienbett)	12
• Pflegebedarf zu hoch (Pflegezentrum bessere Lösung)	11
• Wohnt in Gemeinde ausserhalb des Projektgebietes	11
• Dementielle Entwicklung	10
• Vor Eintritt verunfallt / in Spital verlegt / verstorben	8
• Spitex-Leistungen erhöht, bleibt zu Hause	7
• Nicht dringend, wollte nur Information	7
• Weigerung Kund*in (Angst vor Veränderung, bevorzugt eigene Wohnung)	5
• Andere Lösung gefunden, bleibt zu Hause	3
• Anderer Grund / fehlende Angaben	12

**Tabelle 1:**  
**Verteilung der Anfragen und Eintritte gemäss anfragenden Personen / Institutionen**  
(vollständig protokollierte Anfragen ab Januar 2019).

ANFRAGENDE PERSONEN / INSTITUTIONEN	ANZAHL ANFRAGEN	DAVON EINTRITTE
• Kund*innen oder Angehörige	27	3
• Sozialberatung von Spitälern und Kliniken	22	7
• Spitex-Mitarbeitende	7	1
• Weitere (Hausarzt, Alzheimervereinigung, Pro Senectute)	3	1
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>12</b>

Besonders zu Projektbeginn kamen viele Anfragen aus anderen Gemeinden, ausserhalb des Zielgebietes Allschwil, Binningen, Schönenbuch. Diese Anfragen nahmen gegen Projektende ab, was darauf schliessen lässt, dass die zuweisenden Stellen zusehends über die Bedingungen einer Aufnahme informiert waren.

Insgesamt lässt sich aus diesen beiden Datenquelle (Ausagen der zuweisenden Stellen sowie der Nicht-Eintretenden) schliessen, dass eine intermediäre Lösung nachgefragt wurde, jedoch die potenziellen Kund\*innen häufig nicht der Zielgruppendefinition entsprachen oder nicht zum Angebot des Projektes passten.

## EMPFEHLUNGEN

### → Regionale Einbettung:

Um ein intermediäres Angebot optimal auszulasten, sollte ein genügend grosses Einzugsgebiet definiert werden. Die geografische Ausweitung des Einzugsgebietes des IMS-Projektes über die anfänglich definierte Versorgungsregion (Allschwil, Binningen, Schönenbuch) hinaus, hat das Nachfragepotential erhöht. Bei einem überregionalen intermediären Angebot ist darauf zu achten, dass die Behandlungsketten möglichst nicht unterbrochen werden. Eine konstante Betreuung (Therapien, Spitexleistungen) aus einer Hand durch für Kund\*innen gewohnte Fachpersonen ist sicherzustellen. Die Finanzierung überregional erbrachter Leistungen (im Rahmen intermediärer Angebote) ist frühzeitig zu klären.

### → Zielgruppen:

Die Zielgruppen des intermediären Angebots sind mitunter auch hinsichtlich einer optimalen Auslastung des Angebots zu definieren. Um das intermediäre Angebot auszulasten, müssen Zielgruppen angesprochen werden, die insgesamt eine genügend hohe Nachfrage generieren (z. B. Menschen mit leichter/mittelschwerer Demenz, die weniger selbständig sind). Dies kann u. U. eine Anpassung der Betreuungs- und Pflegestruktur zur Folge haben (z. B. 24-Stunden-Präsenz). Die Einbettung eines intermediären Angebots in die bestehende Angebotslandschaft (Überschneidungen, Ergänzungen, Kooperationen) ist sorgfältig zu prüfen.

### → Schnittstellenmanagement staatliche Fachstelle(n):

Die Zusammenarbeit zwischen zuständigen staatlichen Fachstellen (im Kanton Basel-Landschaft: Informations- und Beratungsstelle IBS einer Versorgungsregion) und dem Case Management des intermediären Angebots sollte institutionell verankert werden. Formalisierte Formen der Koordination und Kooperation sowie regelmässige Austauschungen fördern die gute Zusammenarbeit und schaffen Transparenz bezüglich des intermediären Angebots. Auf dieser Basis lässt sich die Beratungsarbeit der zuständigen staatlichen Fachstelle(n) optimieren, die Passung des intermediären Angebots auf spezifische Kund\*innenbedürfnisse und Erwartungen verbessern.

### → Schnittstellenmanagement zuweisende Stellen:

Eine hohe Bekanntheit und Präsenz v. a. auch bei Hausarzt\*innen und Spitälern ist von zentraler Bedeutung, damit die Zuweisung von Kund\*innen optimal ausgestaltet werden kann. In dieses Schnittstellenmanagement muss laufend investiert werden. Neben Werbung und einem professionellen Internetauftritt, ist ein gut gepflegtes fachliches Netzwerk zentral. Kontakte zu Gemeinden, Spitälern und Kliniken, zu stationären Einrichtungen und ambulanten Beratungsstellen, zu Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich (Gemeindesozialdienste, Rotes Kreuz, Pro Senectute, Alzheimervereinigung etc.) müssen genutzt werden, um das Verständnis und den Bekanntheitsgrad des Angebots zu fördern. Terminologie und Sprache in Werbematerialien müssen für unterschiedliche Adressat\*innen jeweils angepasst werden (Kund\*innen, Angehörige, zuweisende Stellen etc.).


# Beschreibung der Kund\*innen

In diesem Kapitel werden die Kund\*innen des Projekts beschrieben. Wir stellen ihre soziodemographischen Eigenschaften dar, zeigen typische Eintrittsgründe und gehen auf die Ziele ein, die Kund\*innen während ihres IMS-Aufenthalts verfolgten. Inwiefern sie ihre Ziele erreichen konnten, wird im Kapitel «Zielerreichung» weiter unten diskutiert.

Die Kund\*innen des Projekts waren ältere Personen, welche sich in einer gesundheitlichen Krise mit Rehabilitationspotenzial befanden und eine stationäre Zwischenlösung benötigten (z. B. nach Spitalaufenthalt), oder bei welchen es darum ging, pflegende Angehörige zu entlasten, die eine neue Wohn- oder Betreuungsform finden mussten, oder bei denen versucht wurde, ein möglichst selbständiges Wohnen und die Alltagsbewältigung durch Training wieder zu verbessern. Aufgrund der Projektanlage und der personellen Ausstattung eigneten sich für das IMS-Projekt bestimmte Personen nicht: wenn ihre Fähigkeiten für eine eigenständige Alltagsgestaltung nicht ausreichten, sie in ihren kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten mittel bis schwer eingeschränkt waren (z. B. Demenz, Delir), wenn sie komplexe psychiatrische oder Sucht-

erkrankungen sowie ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen (Unruhe, Aggression) oder ein mittlerer bis hoher Pflegebedarf bestand. Solche Personen wurden nicht ins Projekt aufgenommen.

In der Wohnung mit den vier Einzelzimmern waren gleichzeitig bis zu drei Personen anwesend, bis April 2020 wurden total 21 Kund\*innen aufgenommen (in 24 einzelnen Aufenthalten, d. h. drei Kund\*innen haben das Angebot wiederholt genutzt). Drei Personen, die zu Beginn des Projekts eintraten, konnten von der etwas später einsetzenden Evaluation noch nicht ordentlich erfasst werden. Von ihnen existieren nur wenige Daten. Umfassende Evaluationsdaten liegen von 21 Aufenthalten bzw. 18 Kund\*innen vor (ab Mai 2018).



Fallbeispiel 1:

# Herr C.

57-jährig

Herr C. absolvierte zwei Aufenthalte im IMS-Projekt. Er trat beide Male nach einem Spitalaufenthalt ein, aufgrund einer akuten gesundheitlichen Verschlechterung bei Niereninsuffizienz, COPD und Mangelernährung. Herr C. war zuvor Spitex ABS-Kunde für hauswirtschaftliche Leistungen. Im Rahmen des Projekts bezog er wenig pflegerische Leistungen (16 Minuten/Tag bzw. 10 Minuten/Tag), seine Therapien waren extern organisiert.

Beim ersten Aufenthalt war er zwölf Wochen anwesend, beim zweiten Mal hatte man den Aufenthalt vertraglich auf vier Wochen befristet und an Auflagen zur Rehabilitation (Ernährungsverhalten, Bewegung, aktive Wohnungssuche) gebunden. Die Nachbefragung nach dem ersten Aufenthalt zeigte, dass die körperliche Verfassung nicht gut genug war, um selbständig zu Hause zu wohnen. Insbesondere das Treppensteigen machte ihm sehr Mühe.

Nach erneutem Spital- und Reha-Aufenthalt trat er nach vier Monaten erneut ins IMS-Projekt ein. Seine gesundheitliche Verfassung war aufgrund einer neuen Therapie (Dialyse) nun einiges besser, er baute grundsätzlich physische Kraft auf und trainierte insbesondere Treppensteigen, bis er in der Lage war, seine Wohnsituation selbständig zu bewältigen. Jedoch hielt er sich nicht an die Ernährungsempfehlungen. Weiter zeigte er zwar viel Motivation, die Wohnung zu wechseln, kümmerte sich aber nur sehr wenig darum.

Interessant ist dieser Fall aufgrund des zweimaligen Aufenthaltes im Projekt IMS, der unter unterschiedlichen

Bedingungen und seiner veränderten Gesundheitssituation erfolgte. Er gehört zu einer für das Projekt vorgesehenen Zielgruppe, weil sich Herr C. auf das Wiedererlangen von Alltagsfähigkeiten zur Rückkehr in die eigene Wohnung nach dem Spital- und Reha-Aufenthalt konzentrierte. Beim zweiten Aufenthalt gelang dies viel besser, da sowohl seine körperliche Verfassung als auch seine Motivation zur Verhaltensveränderung gestiegen war. Er schätzte die Begleitung von Freiwilligen bei Spaziergängen und beim Üben des Treppensteigens. Er benötigte viel externe Motivation, um kontinuierlich an seiner körperlichen Verbesserung zu arbeiten («Das geht sehr sehr lang, und das stinkt mir ein bisschen. Ich habe keine Geduld, wissen Sie»).

In den Nachbefragungen erzählte Herr C., dass es ihm unterschiedlich ergangen sei seit dem zweiten Aufenthalt. Grundsätzlich gehe es ihm jedoch sehr viel besser, seit er Dialyse-Patient ist und Physiotherapie mit Sauerstoff-Unterstützung machen kann. Er schätze die Möglichkeit sehr, zweimal das Projekt nutzen zu können. Aktuell fühle er sich im Spital gut beraten, in das er dreimal pro Woche zur Dialyse und Physiotherapie geht. Er schätze auch die Ernährungs- und Sozialberatung im Spital und sei zuversichtlich, dass es diesmal wieder aufwärts gehen werde. Er habe sich auch auf Initiative des IMS-Case Managers für eine Alterswohnung angemeldet und freue sich auf eine weniger mühselig Wohnsituation, in der er selbständig wohnen, aber gleichzeitig auch Notfallbetreuung und Mahlzeitendienst in Anspruch nehmen könne.

## Soziodemographie

Bei elf Aufenthalten handelte es sich um männliche Kunden (zwei Männer traten wiederholt ins IMS-Projekt ein, vollzogen also jeweils zwei Aufenthalte), bei zehn Aufenthalten um Frauen (eine Kundin hatte zwei Aufenthalte). Die Kund\*innen waren zwischen 57 und 96 Jahre, im Durchschnitt 84 Jahre alt. Elf der Kund\*innen wohnten alleine, sechs mit einer/m Partner\*in zusammen und eine Frau wohnte mit der Schwester zusammen.

Die meisten Kund\*innen kamen aus der Gemeinde Binningen (zwölf Personen), vier Personen stammten aus Allschwil, eine Person aus Schönenbuch und eine Person aus Bottmingen.

## Eintrittsgründe und Ziele des Aufenthaltes

In den meisten Fällen führte eine akute gesundheitliche Verschlechterung zum Eintritt ins Projekt IMS: bei sieben Fällen mit akuter Erkrankung oder Unfall der/s Kund\*in selbst, in vier Fällen der nahestehenden Angehörigen; in vier Fällen war eine schleichende Erkrankung (z. B. chronische Schmerzen) und in zwei Fällen eine Überbelastung der Angehörigen der Grund für eine Aufnahme ins Projekt. In jenen Fällen, in denen eigene gesundheitliche Einschränkungen eine Rolle spielten, wurden die Kund\*innen meist direkt vom Spital überwiesen oder waren vorher nur wenige Tage zu Hause. In einem Fall führte ein Umbau der eigenen Woh-

nung zum Eintritt. Tabelle 3 bietet einen Überblick über die Eintrittsgründe.

Im Projekt wurden Personen mit einer leichten Demenz aufgenommen, deren Selbständigkeit von zuweisenden Stellen oder Angehörigen allerdings teilweise überschätzt wurde. Das Team des Vereins für Pflegewohnungen erlebte den zusätzlichen Pflegeaufwand entsprechend als höhere Belastung, was auch zu zeitlichen Engpässen führte. Das IMS-Konzept sieht vor, dass Kund\*innen weitgehend in der Lage sein müssen, den eigenen Unterstützungsbedarf selber einzuschätzen und entsprechende Hilfe anzufordern.

Die Aufenthaltsziele bezogen sich in jenen Fällen, in denen ein/e Angehörige/r entlastet wurde, darauf, den Alltag selbständig zu gestalten und die eigenen Therapien weiter zu führen – bis die/der Angehörige die Betreuung wieder aufnehmen konnte. In den anderen Fällen stand oft ein Training zur Wiedererlangung von Kraft und Kondition sowie der Aufbau spezifischer Fähigkeiten im Zentrum. Insbesondere Mobilitäts- und Gehtrainings (Transfer vom Rollstuhl oder Rollator zum und vom Bett bzw. Toilette oder vom Gehen mit Rollator zum Gehen mit Stock) waren häufige Zielsetzungen. Der Aufbau von Fähigkeiten bezog sich z. B. auch auf den selbständigen Umgang mit einem Schutzkragen oder die Verbesserung der Beweglichkeit eines Armes nach einer Fraktur, um sich wieder selbständig anziehen zu können. Weitere Ziele betrafen die Regelung einer neuen oder veränderten Wohnsituation (Anmeldung für ein APH oder eine Alterswohnung oder bauliche Anpassung in der eigenen Wohnung).

# Beschreibung der Aufenthalte

In diesem Kapitel werden zentrale Aspekte der Alltagsgestaltung während eines Aufenthalts beschrieben und Situationen sowie Herausforderungen aufgezeigt, mit denen sich Kund\*innen konfrontiert sahen. Dazu werden Interviewaussagen von Kund\*innen und insbesondere vertiefte Fallrekonstruktionen von drei Kund\*innen (im Rahmen von Fallbeispielen) herangezogen. Ein erstes Fallbeispiel findet sich im vorherigen Kapitel, zwei weitere in diesem und im nächsten Kapitel. Ergebnisse zu Wirkungen des Projekts für Kund\*innen, zur Zielerreichung und Zufriedenheit mit dem Aufenthalt folgen ebenfalls später.

**Tabelle 3:**  
**Eintrittsgründe/Diagnosen der 18 Kund\*innen und deren Aufenthaltsziele**  
(gemäss Falldokumentation und Fragebogen).

KUNDIN	EINTRITTSGRUND	ZIELE DES AUFENTHALTES
1	Nach Spitalaufenthalt, aufgrund Sturz, Fraktur Halswirbel	→ Mobilität, Umgang mit Schutzkragen lernen
2	Aufenthalt 1: Umbau Wohnung / Aufenthalt 2: nach Spitalaufenthalt, periphere arterielle Verschlusskrankheit	→ Umbau Wohnung / Treppen steigen üben
3	Nach Spitalaufenthalt, aufgrund Fraktur Oberarm	→ Wohnungsanpassung
4	Ausfall Angehörige bei Pflege	→ Verbesserung Unterstützungssituation
5	Spitalaufenthalt der Ehefrau	→ Rückkehr der Ehefrau abwarten
6	Nach Spitalaufenthalt, aufgrund Operation	→ Mobilitätsverbesserung
7	Beide Aufenthalte: Kurzaufenthalt für «Ferien» der Ehefrau	→ Entlastung der Ehefrau (Ehefrau ist Zuhause geblieben)
8	Spitalaufenthalt der Ehefrau	→ Rückkehr der Ehefrau abwarten
9	Nach Spitalaufenthalt, Verschlechterung chronische Schmerzthematik, Osteosarkom	→ Treppen steigen, APH-Anmeldung
10	Nach Sturz und Spitalaufenthalt	→ Wartet auf Platz im APH, Mobilitätsverbesserung
11	Beide Aufenthalte: nach Spitalaufenthalt, Niereninsuffizienz und COPD, Unfähigkeit, in die eigene Wohnung zu gelangen	→ Körperlicher Aufbau, Treppen steigen, Ernährungsverhalten verbessern
12	Nach Spitalaufenthalt, Lungentumor	→ Selbständigkeit fördern
13	nach Spitalaufenthalt, aufgrund Sturz mit Fraktur	→ Umgang mit Schutzkragen lernen
14	Spitalaufenthalt der Ehefrau	→ Rückkehr der Ehefrau abwarten
15	Spitalaufenthalt der Ehefrau	→ Rückkehr der Ehefrau abwarten
16	Nach Spitalaufenthalt, schleichende Verschlechterung, Überlastung Angehörige	→ Entlastung Tochter, Vorbereitung Eintritt APH (Ehefrau von Kunde 15)
17	Nach Spitalaufenthalt, chronische Schmerzen	→ Wohnungsanpassung, Mobilität verbessern
18	Nach Spitalaufenthalt, aufgrund Sturz und Hirnschlag	→ Aufbau und Gehtraining



Fallbeispiel 2:

## Frau L.

86-jährig

Frau L. stellt eine für das Projekt typische Kundin dar. Die chronische Verschlechterung ihres Gesundheitszustands liess die Suche nach einer neuen Wohn- oder Unterstützungsform notwendig werden. Sie trat ins Projekt ein, nachdem die chronischen Schmerzen zugenommen hatten und sie in den Ferien nicht mehr alleine aufstehen konnte, was zu einem notfallmässigen Spitalaufenthalt führte. Sie war schon vorher Kundin der Spitex ABS. Die Schmerzschübe schränkten sie nun aber stärker ein und machten ihr Angst. Unter diesen Umständen kam sie zum Schluss, dass sie eine neue Wohnform benötigte.

Während ihres Aufenthaltes im Projekt suchte sie gemeinsam mit ihren Angehörigen nach technischen Lösungen innerhalb ihrer bestehenden Wohnung (Alarm, geeigneteres Bett). Gegen Ende des Aufenthaltes entschied sie sich gemeinsam mit ihren Angehörigen für einen Übertritt in eine betreute 2-Zimmer-Wohnung, die sich in der Nähe ihres Sohnes befand – was auch ein Wechsel der Wohnregion zur Folge hatte.

Frau L. betonte immer, dass sie das Projekt so schnell wie möglich verlassen wolle, weil es ihr sehr langweilig war. Ausserdem empfand sie das Essen als ungesund und mengenmässig oft als zu knapp bemessen. Als Zwischenlösung angelegt, liess sie dennoch den IMS-Aufenthalt «über sich ergehen». Grundsätzlich klagte sie über mangelnde Informationen darüber, welche Hilfestellungen und Leistungen sie vom Projekt erwarten konnte.

Frau L. freute sich darauf, an ihrem künftigen Wohnort ihrer bevorzugten Freizeitbeschäftigung besser nachgehen zu können (Theaterbesuche) und zudem auch nahe bei ihren Kindern zu wohnen.

Am neuen Wohnort (in der neuen Wohnregion) fühlte sich Frau L. dann aber auch nicht wohl. Sie beklagte sich in unseren Nachbefragungen über dieselben Dinge wie im Projekt IMS. Das Essen war ihr zu fad und zu ungesund, die Wohnumgebung uninspirierend und sie fühlte sich schlecht betreut. Sie wünschte sich, wieder in ihre alte Wohnung und Wohnumgebung zurückzukehren, sah jedoch ein, dass dies ohne eine betreute Wohnform kaum zu realisieren war: «Ich wollte nie in dieses Quartier ... Der Sohn sagte, du gehst nicht mehr heim in die Wohnung.» Worauf sie meinte: «Das war der Fehler meines Lebens. ... Ich bin hier fremd.»

Sie hatte zunehmend mit psychischen Problemen zu kämpfen, insbesondere nachdem sie vom Betreuungspersonal am neuen Wohnort in einer hilflosen Situation alleine gelassen worden war. Die Angst schränkte sie in ihrer Mobilität weiter ein und, auf den Rollator angewiesen, konnte sie sich nicht mehr so frei bewegen, wie sie es gerne gewollt hätte. Zudem hatte sie Mühe, sich in ihr neues Wohnumfeld einzuleben, entwickelte gegenüber Wohnung, Personal oder Nachbar\*innen eine abwertende Haltung und berichtet kaum etwas Positives aus ihrem Alltag. Sie war lange der Ansicht, sie müsse sich eine neue Wohnung suchen. Bei unserem letzten Interview äusserte sie diese Absicht jedoch nicht mehr.

Frau L. ist ein Beispiel für eine chronische Schmerzpatientin, die emotional äusserst sensibel ist, was sich wiederum auf ihre physische Genesung auszuwirken scheint. Dies erschwerte es ihr, positiv in die Zukunft zu blicken. Die Tatsache, dass sie sich am neuen Wohnort ebenfalls über viele Dinge beklagte, relativiert ein Stück weit ihre Kritik an das IMS-Projekt (Essen, Attraktivität der Wohnung, Langeweile etc.).



## Aufenthalte im Projekt IMS

Die Aufenthalte dauerten zwischen acht Tagen und drei Monaten, im Durchschnitt waren Kund\*innen 30 Tage im Projekt. Zu Beginn des Projekts (ab Ende 2017) trat im Durchschnitt ca. ein/e Kund\*in pro Monat ein. Im Sommer 2019 nahm die Anzahl Eintritte leicht zu, zeitweise waren bis zu drei Kund\*innen gleichzeitig im Projekt. Danach nahm die Nutzung wieder ab.

In der Wohnung kommen Personen zusammen, die sich bisher nicht kannten, wobei diese auch immer wieder wechseln. Eine Wohnung mit unbekanntem Personen zu teilen, ist für viele ältere Menschen eine Herausforderung – bietet aber auch die Chance, neue Erfahrungen und Bekanntschaften zu machen. Häufig war aber nur eine Person im Projekt, oft stand die Wohnung auch leer. Dies führte u. a. auch dazu, dass sich Kund\*innen teilweise einsam fühlten oder sich langweilten. Zwar waren viele Kund\*innen gewohnt, alleine zu wohnen, aufgrund fehlender persönlicher Gegenstände empfanden sie aber die Beschäftigungsmöglichkeiten als eingeschränkt. Die Wohnung selbst wurde auch als ungemütlich erlebt. So meinte Herr S.: «Es ist etwas luftleer [...] eine triste Umgebung».

Dass die Wohnung als wenig gemütlich erlebt wurde, wird aus Sicht des IMS-Projekts auch positiv betrachtet, wurden Kund\*innen dadurch eher motiviert, sich auf ihre

Therapien und die Erreichung ihrer Genesungsziele sowie auf eine baldige Rückkehr nach Hause zu konzentrieren. Die Möglichkeit, an der Aktivierung des Vereins für Pflegewohnungen im Stockwerk unterhalb teilzunehmen, wurde von einigen Kund\*innen wahrgenommen, von den meisten jedoch nicht.

Die Kund\*innen liessen sich meist ihr Essen in die Wohnung bringen. Einzelne Kund\*innen zogen es ab und zu vor, im unteren Stock, gemeinsam mit den Langzeitbewohner\*innen des VPW zu essen. Selber gekocht wurde mit Ausnahme vom Frühstückskaffee kaum.

Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags traten vor allem auf, weil die Wohnung und das Wohnumfeld für die Kund\*innen ungewohnt war, gleichzeitig aber ein hohes Mass an Selbstständigkeit gefordert wurde. Die Medikamenteneinnahme oder das Kochen wurden dadurch plötzlich zu einer grösseren Herausforderung. Beispielsweise kam eine Kundin mit dem Küchenherd nicht klar und liess eine Herdplatte weiterbrennen. Ein anderer Kunde war mit der eigenständigen rechtzeitigen Insulinverabreichung überfordert, weil ihm die vorhandenen Signale fehlten, die er von Zuhause gewohnt war (Ehefrau beginnt zu kochen). Einige Kund\*innen wünschten sich denn auch eine ständige und damit höhere Verfügbarkeit des Personals, als es das Angebot zulies. Sie übertrugen Erwartungshaltungen auf die neue Wohnsituation, die sie vom Spital her gewohnt waren oder

von Altersheimen kannten. Gemäss Aussagen der zuweisenden Stellen gelten Altersheime bei älteren Personen generell als unattraktiv, jedoch wird dort die soziale Situation sehr geschätzt, die sozialen Angebote werden genutzt.

Kund\*innen erwarteten teilweise auch eine intensivere Betreuung, als dies geplant war. Wiederholt berichteten sie, dass sie sich mit ihren Problemen über längere Zeit alleine gelassen fühlten. Zugespielt brachte etwa Frau S. zum Ausdruck: «Ich hatte einen Sonnenstich, weil niemand gemerkt hat, dass ich vier Stunden auf der Terrasse gesessen bin.»

## Erbrachte Leistungen

Im Rahmen des Projekts wurden hauptsächlich hauswirtschaftliche und pflegerische Leistungen erbracht. Wichtig waren auch die sozialarbeiterischen Leistungen des Case Managers. Pro Kund\*in war er insgesamt zwischen 45 Minuten und 14 Stunden tätig (reiner Kundenkontakt). Auf die Aufenthaltswoche hochgerechnet ergibt dies im Durchschnitt pro Kund\*in knapp zwei Stunden.

Zu den häufigsten Tätigkeiten des Case Managers gehörten:

- **Ziele und Massnahmen für den Aufenthalt vereinbaren, dokumentieren und deren Erreichung/Umsetzung unterstützen**
- **Wochenplan erstellen/führen, um die Termine aller Beteiligten zu koordinieren:**  
Spitex, Physiotherapie, Arztbesuche, Freiwillige usw.
- **Angehörigenarbeit:**  
Angehörigen und Vertrauenspersonen involvieren, private Netzwerke aktivieren

### → Administrative Aufgaben:

Termine vereinbaren, Transporte zum Spital organisieren (Kontrolltermine etwa), Dokumente beschaffen und vorbereiten

Die weiteren Leistungen des Case Managements bezogen sich auf alltagsnahe Begleitung und beratende Unterstützung der Kund\*innen im Alltag. In einer späteren Projektphase wurden Freiwillige zur Begleitung bei Spaziergängen oder für Alltagsgespräche hinzugezogen, um das Team des Vereins für Pflegewohnungen zu entlasten.

Die höchsten zeitlichen Aufwendungen fielen bei der Spitex-Grundpflege und bei der Hotellerie des Vereins für Pflegewohnungen an (vgl. Tabelle 4). Bei 14 Kund\*innen wurden pflegerische Leistungen auch vom Verein für Pflegewohnungen erbracht (v. a. Begleitung bei Toilettengang, besonders in der Nacht), da die Spitex keine Dienstleistungen auf Abruf und keinen Notfalldienst anbietet. Hier fehlt noch ein entsprechendes Abgeltungssystem, damit solche Leistungen, die im IMS-Projekt vom Verein für Pflegewohnungen erbracht wurden, als ambulante Leistungen über die zuständige Spitex verrechnet werden können. Derzeit kann der Verein für Pflegewohnungen keine ambulanten Leistungen bei der Krankenkasse geltend machen.

In zeitlicher Hinsicht variierten die erbrachten Leistungen nicht wesentlich zwischen Kund\*innen, welche nach einem Spitalaufenthalt ins IMS-Projekt eintraten und solchen, die aufgrund eines Ausfalls von Angehörigen im Projekt waren.

**Tabelle 4:**  
**Erbrachte Leistungen für KundInnen in Minuten pro Tag, getrennt nach Verein für Pflegewohnungen (VPW) und Spitex ABS (inklusive Case Management).**

LEISTER	KATEGORIE	MITTELWERT	MINIMUM	MAXIMUM
VPW	• Hotellerie (Essen, Zimmerreinigung etc.)	44	24	53
	• KVG-Leistungen Grundpflege	22	0	97
	• KVG-Leistungen Behandlungspflege	10	0	51
	• Training VPW	8	0	31
Spitex	• KVG-Leistungen Spitex	84	10	131
	• Spitex anderes (Hauswirtschaft, Besorgungen, Begleitung)	3	0	14
	• Case Management	16	1	29

## EMPFEHLUNGEN

### → Förderung der Selbständigkeit:

Es sollte eine Balance geschaffen werden zwischen Stabilisierung, Erholung und Aufgehobensein einerseits und Förderung der und Motivierung zur Selbstständigkeit andererseits, um in absehbarer Zeit wieder in die eigene Wohnung zurückkehren zu können. Der Aufenthalt im intermediären Angebot bietet eine vielfältige Versorgung an pflegerischen, sozialarbeiterischen und Betreuungsleistung. Im Sinne einer «Hilfe zur Selbsthilfe» sollte der Aufenthalt zugleich aber auch produktive Kräfte freilegen und Selbständigkeiten fördern, so dass die Rückkehr in die eigene Wohnung möglich wird. Hier gilt es auch zu prüfen, welche Unterstützungsleistungen nach Austritt aus dem intermediären Angebot weiterhin erforderlich bleiben – weil Einschränkungen in der Selbstständigkeit von Kund\*innen diese notwendig werden lassen.

### → Zielorientierung:

Eine Abklärung des Pflegebedarfs der Kund\*innen bei Eintritt reicht nicht aus. Zusätzlich zur fachlichen Bestimmung pflegerischer Leistungen, müssen der sozialarbeiterische und betreuungsbezogene Bedarf erfasst werden. Insbesondere müssen auch die individuellen Ziele und subjektiven Erwartungen der Kund\*innen geklärt werden.

### → Flexible Betreuung und Pflege:

Der Betreuungs- und Pflegebedarf kann während eines Aufenthalts in einem intermediären Angebot variieren. Leistungen müssen entsprechend flexibel angepasst werden können. So kann vorübergehend ein erhöhter Einsatz von Pflege- und Betreuungspersonal an Randzeiten oder in der Nacht erforderlich werden. Um den Aufenthalt möglichst auf den individuellen Bedarf und auf die persönlichen Bedürfnisse der Kund\*innen abzustimmen, sollte in einem intermediären Angebot geprüft werden, welche Leistungen durch ein Präsenzteam erbracht werden können und wann allenfalls externe Partner hinzugezogen werden sollen. In grundsätzlicher Hinsicht ist zu klären, ob ein ambulanter Anbieter (z. B. Spitex) das intermediäre Angebot mit einem stationären Partner zusammen betreibt oder eine Organisation die ambulanten und auch (stationären) Hotellerie-Leistungen erbringt. In diesem Zusammenhang ist zu klären, inwieweit der stationäre Partner Pflegeleistungen verrechnen kann, die die Spitex nicht erbringen kann (z. B. nachts). Die Leistungen unterschiedlicher interner und externer Fachkräfte müssen flexibel auf die jeweilige Situation von Kund\*innen zugeschnitten werden. Weiter sollte auch ein angemessener Einsatz von Freiwilligen in Betracht gezogen werden. Bei der Koordination der fall- und situationsbezogenen Leistungen kommt dem Case Management zentrale Bedeutung zu.

### → Case Management:

Zuständigkeiten und Rolle des Case Managements sind gegen innen und gegen aussen klar zu kommunizieren. Das Case Management ist für intermediäre Angebote von zentraler Bedeutung. Es übernimmt koordinative Funktionen gegen innen und gegen aussen. Gegen innen fungiert es als Haupt-Ansprechperson der Kund\*innen wie auch gegenüber des Präsenzteams sowie gegenüber der Spitex. Grösstmögliche Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit müssen gewährleistet sein, damit Anliegen der Kund\*innen zeitnah aufgegriffen sowie Anfragen von aussen entgegengenommen werden können (potenzielle neue Kund\*innen, Angehörige, Fachstellen und Einrichtungen). Insbesondere ist darauf zu achten, dass Kommunikationswege und Zuständigkeiten innerhalb des intermediären Angebots Kund\*innen und Angehörigen gegenüber angemessen erläutert werden.

# Betriebswirtschaftliche Perspektive

Die betriebswirtschaftliche Analyse befasst sich mit der grundsätzlichen Frage, welche Kosten beim IMS-Projekt für welche beteiligten Akteur\*innen anfallen und welche Kosteneffizienz dieses aufweist. Dazu vergleichen wir die Kosten für den vorübergehenden Aufenthalt im IMS-Projekt zuzüglich der Wohn- und Lebenskosten (nach Austritt) für insgesamt ein Jahr mit den Kosten eines einjährigen Aufenthaltes in einem Alters- und Pflegeheim (APH). Grundlage dazu bildet ein reales Fallbeispiel (Kunde Herr O.).

OPTION 1:	EINTRITT UND ANDAUERNDER AUFENTHALT IM ALTERS- UND PFLEGEHEIM	
OPTION 2:	VORÜBERGEHENDER AUFENTHALT IMS	RÜCKKEHR IN DIE EIGENE WOHNUNG
OPTION 3:	VORÜBERGEHENDER AUFENTHALT IMS	RÜCKKEHR IN DIE EIGENE WOHNUNG MIT TAGESSTÄTTE

Abbildung 7:  
Alternative Optionen, für welche die Kosten berechnet werden.

Dabei gehen wir von zwei unterschiedlichen Verläufen in den beiden Versorgungssituationen aus (vgl. Abbildung 7). Der Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim führt zu keinem Austritt und spiegelt damit die Erfahrung, dass oft ein auch nur vorübergehend geplanter Aufenthalt zu einem dauerhaften Verbleiben in der stationären Einrichtung führt. Der vorübergehende Aufenthalt im Projekt

führt zu einer stabilisierten Situation daheim und macht es möglich, den Rest des Jahres in der eigenen Wohnung verbringen zu können.

Diese Zusammenhänge werden an einem realen Fallbeispiel aufgezeigt und diskutiert. Es handelt sich um einen Kunden des Projekts IMS, welcher im Sommer 2019 das Angebot nutzte.



Fallbeispiel 3:

# Herr O.

84-jährig

Herr O. hielt sich 25 Tage im Projekt auf, während seine Frau im Spital war. Zu Hause kam er ohne die Hilfe seiner Frau nicht zurecht. Herr O. ist an Morbus Parkinson und Diabetes Mellitus erkrankt und braucht aufgrund einer leichten Demenz Unterstützung bei der Organisation der Medikamenteneinnahme. Ausserdem kann er den Haushalt nicht selbständig erledigen und alleine kochen. Zu Hause benötigte das Paar bisher keine Spitex-Unterstützung. Die Anmeldung erfolgte über den Hausarzt, der eine beginnende demenzielle Entwicklung diagnostizierte. Herr O. galt auch nach einer ausführlichen Bedarfsabklärung durch die Spitex zunächst als selbständiger Kunde mit einer nur leichten demenziellen Entwicklung. Ziel war es, dass Herr O. wieder in die eigene Wohnung zurückkehrt und seine Frau die Betreuung wieder übernimmt.

Der Fall ist typisch für den Kund\*innenkreis des Projekts, weil ein geringer Pflegebedarf besteht, der Betreuungsbedarf aber aufgrund des kurzfristigen Ausfalls der Lebenspartnerin jedoch plötzlich akut wird.

Während des Aufenthaltes stellte sich heraus, dass Herr O. ausserhalb der gewohnten vier Wände und ohne seine Routinen stärker als erwartet desorientiert war. So war er nicht mehr in der Lage, seinen Blutzucker selbständig zu messen und sich das Insulin selber zu spritzen. Das Betreuungsteam VPW war mit den zusätzlichen Leistungen (4 Mal täglich Blutzucker messen) überbelastet und hätte sich Massnahmen zur besseren Abklärung des Demenzstatus vor Eintritt gewünscht.

Nach dem Spitalaufenthalt der Ehefrau kehrte Herr O. mit ihr in ihr Haus zurück. Spitex-Unterstützung bezogen sie nur kurzfristig bis zur hinreichenden Genesung der Ehefrau, die nach der Spitalentlassung noch einen Gehstock benötigte. Bei der ersten Nachbefragung schätzte seine Frau es

als realistisch ein, dass sie weiterhin zu Hause in ihrem Einfamilienhaus wohnen könnten. Die Ehefrau stellte aber zugleich fest, dass sich die Demenz in den drei Wochen des Aufenthalts im IMS-Projekt verstärkt hatte und der Betreuungsbedarf für sie gestiegen war. Bei den weiteren Nachbefragungen bestätigte sich diese Tendenz. Beim dritten Interview einige Monate nach Austritt, berichtete die Frau von Herrn O., dass sie ihn nicht mehr alleine lassen könne, er würde sich sofort Sorgen machen, wenn sie auch nur rasch zur Nachbarin gehen würde. Bei der Abschlussbefragung knapp ein Jahr nach Austritt, sagte die Ehefrau, dass die Vergesslichkeit auch bei ihr selber zugenommen habe und dass sie sich öfters überfordert fühle. Erfreulicherweise hatte sich die Situation aber so weit stabilisiert, dass Herr O. ohne Nervosität auch längere Zeit allein zu Hause sein konnte.

Immer wieder betonten die beiden, dass ihre einzige Sorge sei, dass es plötzlich einem von beiden schlechter gehen könnte und man dann sofort eine Lösung finden müsste. Das Paar hatte sich Unterlagen eines Pflegeheimes zukommen lassen, jedoch nichts weiter unternommen. Die beiden fühlten sich vom Hausarzt bezüglich der weiteren Wohnoptionen schlecht beraten und wussten nicht so recht, an wen sie sich für eine Beratung wenden sollten. Sie hatten einmal versucht, die Fachstelle für Altersfragen zu erreichen, aber dann das Vorhaben wieder beiseitegelegt. Der Leidensdruck hatte inzwischen abgenommen und sie lebten in der Hoffnung, dass für die nahe Zukunft nichts dazwischenkommen würde.

Herr O. hat ein Renteneinkommen von CHF 69'600. Dies entspricht einem Monatsrenteneinkommen von CHF 5'800. Er verfügt über ein Vermögen von CHF 130'000.

Tabelle 5:  
**Kostenvergleich für den 25-tägigen Aufenthalt von Herrn O.**  
 im Projekt IMS und Aufenthalt in einem APH während eines Jahres.

VERSORGUNGSSITUATION:	SELBSTGETRAGENE KOSTEN	KRANKEN- VERSICHERUNG	REST- FINANZIERUNG (GEMEINDE)	TOTAL
<b>Alters- und Pflegeheim*</b>	<b>86'140</b>	<b>24'528</b>	<b>28'653</b>	<b>139'321</b>
<b>IMS und daheim</b>				
· IMS VPW & Case Management**	1'225	0	3'003	4'228
· IMS Pflege/Besorgungen/Begleitung Spitex	238	2'216	659	3'113
· Wohnkosten zu Hause	10'988			10'988
· Vollzeit-Betreuung durch Ehefrau	68'000			68'000
<b>Total</b>	<b>80'451</b>	<b>2'216</b>	<b>3'662</b>	<b>86'329</b>
<b>IMS und daheim und Tagesstätte</b>				
· IMS VPW & Case Management**	1'225	0	3'003	4'228
· IMS Pflege Spitex	238	2'216	659	3'113
· Wohnkosten zu Hause	10'988			10'988
· Tagesstätte (2 Tage pro Woche)	6'790	3'492	4'170	14'452
· Betreuung durch Ehefrau (5 Tage pro Woche)	48'600			48'600
<b>Total</b>	<b>67'841</b>	<b>5'708</b>	<b>7'832</b>	<b>81'381</b>

\* APH-Tarife des Alterszentrums am Bachgraben Allschwil (URL: <https://www.az-ambachgraben.ch>; 17. März 2020).  
 \*\* Die CHF 4'228 teilen sich auf in CHF 1'797 für Hotellerie VPW, 1'779 für Pflege VPW und 652 für Case Management. Da Tages-, Eintritts- und Administrationspauschalen verrechnet werden, kann hierbei die Aufschlüsselung in selbstgetragene Kosten und Restfinanzierung nicht vorgenommen werden. Die Krankenkasse verrechnet nur den Anteil Pflege der Spitex, die Pflege durch den VPW dagegen nicht.

Wir vergleichen nun für Herrn O. tabellarisch die beiden Versorgungssituationen «Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim» (APH) und Projekt «Intermediäre Strukturen» (IMS) und daheim über einen Zeithorizont von einem Jahr. Als weitere Option wird die Variante errechnet, dass sich Herr O. bei einem Aufenthalt zu Hause zwei Tage pro Woche in einer Tagesstätte aufhält, um seine Frau zu entlasten. Das ergibt die folgende Vollkostenrechnung (vgl. Tabelle 5).

## Selbstgetragene Kosten im Alters- und Pflegeheim (APH)

Die Gesamtkosten für einen Aufenthalt im APH betragen CHF 139'321 pro Jahr.<sup>1</sup> Die davon von Herrn O. selbstgetragenen Kosten belaufen sich auf CHF 86'140. Dabei wird angenommen, dass Herr O. in der Pflegestufe 7 eingestuft wird (aufgrund seines während des IMS-Aufenthalts deutlich angestiegenen Pflegebedarfs). Er wohnt im APH in einem Einzelzimmer mit eigener Nasszelle. Der Gesamtbetrag setzt sich aus drei Faktoren zusammen: die selbstgetragenen Pflegekosten (CHF 8'395), die Betreuungskosten (CHF 23'725) und die Hotelleriekosten (CHF 54'020).<sup>2</sup>

Bei Personen im Heim sieht die Finanzierung über die Ergänzungsleistungen wie folgt aus (vgl. Kasten): Der Bund zahlt  $\frac{5}{8}$  der Lebenshaltungskosten, der Kanton die anderen  $\frac{3}{8}$ . Der Kanton zahlt aber zusätzlich die Mehrkosten für den Heimaufenthalt und die Krankheits- und Behinderungskosten. Diese beiden Posten machen weitaus mehr aus als

die «Lebenshaltungskosten». Dabei sind die Kantone frei, wie sie die Kosten zwischen sich und ihren Gemeinden aufteilen.

Herr O. könnte mit seinem Renteneinkommen den Aufenthalt im APH nicht vollumfänglich finanzieren und müsste entweder durch die Ehefrau unterstützt werden oder sein Vermögen aufbrauchen. Die Bemessungsgrundlage der Ergänzungsleistungen beruht auf dem Haushaltseinkommen und den Haushaltsausgaben. Der Gesamtbetrag zeigt, dass Herr O. schon mit seinem Renteneinkommen allein keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen hat und darum als Selbstzahler zu gelten hat. Wäre das Renteneinkommen kleiner, würden sich auch die selbstgetragenen Kosten entsprechend reduzieren. Die Ergänzungsleistungen im Pflegeheim wären dann vor allem von der Gemeinde zu tragen. Darum hat diese ein überaus grosses Interesse, Heimeintritte zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern. Die Ergänzungsleistungen für zu Hause lebende Personen bezahlt der Kanton.

## Selbstgetragene Kosten im Projekt IMS und daheim

Die Gesamtkosten für den 25-tägigen Aufenthalt im Projekt IMS betragen insgesamt CHF 7'341.<sup>3</sup> Die davon von Herrn O. selbstgetragenen Kosten belaufen sich auf CHF 1'463 (vgl. Tabelle 5). Damit ein sinnvoller Vergleich mit dem Aufenthalt im APH möglich ist, müssen jene Posten berücksichtigt

## Ergänzungsleistungsgesetz zur AHV und IV des Kantons Basel-Landschaft (Art. 13, Finanzierung):

- <sup>1</sup> Der auf den Kanton entfallende Anteil an den Aufwendungen für die Ergänzungsleistungen wird wie folgt getragen:
  - a. die Einwohnergemeinden tragen die jährlichen Ergänzungsleistungen für AHV-Beziehende, die in Heimen leben und die vor Erreichen des AHV-Alters keine Ergänzungsleistungen bezogen haben, im Umfang desjenigen Anteils, der die jährlichen Ergänzungsleistungen für zu Hause lebende Personen übersteigt;
  - b. der Kanton trägt die übrigen Ergänzungsleistungen.
- <sup>2</sup> Der einzelne Gemeindeanteil richtet sich nach der Einwohnerzahl.

werden, die analog zur Hotellerie und Betreuung daheim anfallen. Wir haben deshalb, ausgehend von der Haushaltsbudgeterhebung des Bundesamtes für Statistik, die Ausgaben von Rentnerpaarhaushalten berücksichtigt, die einer Hotellerietaxe in etwa entsprechen (vgl. BFS 2019). Es sind dies die Posten Miete, Nahrungsmittel, Wohneinrichtung und Haushaltsführung sowie Unterhaltung und Kultur. Diese Ausgaben haben wir durch zwei dividiert, um der Perspektive einer Person, die in einem Paarhaushalt lebt, gerecht zu werden. Dies ergibt CHF 10'988 Wohnkosten für das ganze Jahr zu Hause. Die Betreuung leistet seine Ehefrau. Wenn wir annehmen, dass sie dafür mindestens acht Stunden pro Tag aufwendet und wir diese Stunden mit bescheidenen CHF 25 monetarisieren (das Bundesamt für Statistik monetarisiert unbezahlte Care-Arbeit mit CHF 45 pro Stunde; vgl. BFS 2020), ergeben sich für die 340 Resttage des Jahres Betreuungskosten für Herrn O. von CHF 68'000. Die selbstgetragenen Kosten für Herrn O. über ein Jahr, mit dem dreiwöchigen Aufenthalt im IMS-Projekt und der restlichen Zeit daheim (Wohn- und Betreuungskosten) belaufen sich dann auf insgesamt CHF 80'451. Somit könnte Herr O. mit seinem Renteneinkommen theoretisch auch die Variante «IMS und daheim» nicht vollumfänglich finanzieren, wenn man die Vollkosten berücksichtigt. Da die Betreuungsarbeit seiner Ehefrau in Realität aber nicht abgegolten wird, ist

1 Pro Tag ergibt dies Gesamtkosten von 382 Franken. Dieser Betrag entspricht der Tagespauschale des APH. Diese Pauschale muss durch die verschiedenen Kostenträger getragen werden.  
 2 Es wäre auch denkbar, dass sein Pflegebedarf sich während des APH-Aufenthaltes wieder etwas verringern würde (analog der Verbesserung seines gesundheitlichen Zustandes zu Hause) und er letztlich mit einer geringeren Pflegestufe 4 betreut werden könnte.  
 3 Pro Tag ergibt dies Gesamtkosten von 294 Franken. Dieser Betrag muss durch die verschiedenen Kostenträger getragen werden.

diese Variante für Herrn O. jedoch finanziell tragbar, ohne das Vermögen anzutasten.

Ein Vergleich mit den selbstgetragenen Kosten für das APH macht deutlich, wie klein die Differenz wird, wenn zu Vollkosten gerechnet und der Betreuungsaufwand der Ehefrau monetarisiert wird. Kleine Änderungen an den Annahmen für die Betreuung, etwa bei der Anzahl Stunden (statt acht Stunden zehn oder mehr Stunden) oder beim Stundenansatz (CHF 25 statt CHF 45) würden rasch zu weit höheren selbstgetragenen Kosten bei der Variante «IMS und daheim» führen als bei der Variante «Aufenthalt im APH». Dabei wäre aber wieder einzuschränken, dass die Betreuung im APH in der Regel kaum im gleichen Zeitaufwand und in der gleichen Art von Zuwendung erbracht werden kann wie daheim durch die Ehefrau.

## Selbstgetragene Kosten im Projekt IMS, daheim und in einer Tagesstätte

Als zusätzliche Ausdifferenzierung der Versorgungsvariante «Projekt IMS und daheim» haben wir angenommen, dass die Ehefrau eine Entlastung erfährt, indem Herr O. zwei Tage in einer Tagesstätte verbringt. Wir haben angenommen, dass für diese zwei Tage der Betreuungsaufwand für die Ehefrau ganz wegfällt. Dann ergeben sich ohne Berücksichtigung des Betreuungsaufwands selbstgetragene Kosten von CHF 19'241 (für IMS-Aufenthalt, Tagesstätte und Wohnkosten) und insgesamt CHF 67'841, wenn der Betreuungsaufwand seiner Ehefrau monetarisiert wird. Der Aufenthalt in der Tagesstätte führt also zu einer markanten Reduktion der selbstgetragenen Kosten, wenn der Betreuungsaufwand berücksichtigt wird. Auch hier muss einschränkend festgehalten werden, dass die Betreuung in einer Tagesstätte in der Regel zeitlich nicht gleicher Art sein kann wie jene, die die Ehefrau daheim erbringt.

## Die Kosten für die Krankenkassen

Die Kosten für die Krankenkassen unterscheiden sich erheblich, je nachdem, ob Herr O. ein Jahr in einem APH verbringt oder Dank dem Aufenthalt im IMS wieder daheim lebt. Selbst die zwei Tage in der Tagesstätte sind für die Krankenkasse weniger teuer als der Aufenthalt im APH. Die Kosten für die Krankenkassen hängen, was das APH anbelangt, auch von der Pflegestufe ab. Wie erwähnt, haben wir für Herrn O. die Pflegestufe 7 angenommen.

## Die Restkosten

Die Restkosten für die Gemeinde unterscheiden sich ebenfalls erheblich. Einem Restbetrag von CHF 28'653 im APH stehen Ausgaben von CHF 3'662 bzw. CHF 7'832 gegenüber, wenn der Aufenthalt im IMS-Projekt dazu führt, dass

Herr O. die restliche Zeit des Jahres daheim (und teilweise in einer Tagesstätte) leben kann.

Aus dieser Analyse lassen sich ein paar grundsätzliche Beobachtungen ableiten. Der Vergleich der selbstgetragenen Kosten des Herrn O. macht den Wert der Care-Arbeit seiner Ehefrau deutlich. Wird diese mit bescheidenen Annahmen zum zeitlichen Aufwand und zum Stundenansatz monetarisiert, tritt schnell die Situation ein, dass sich dann ein Aufenthalt im APH rechnen würde. Die Strategie «ambulant vor stationär» basiert also volkswirtschaftlich auf Voraussetzungen, die sie nicht selber garantieren kann: die unentgeltliche Betreuungsarbeit der Angehörigen. Hier öffnet sich ein Dialograum, um über eine weitere, auch monetäre Entlastung betreuender Angehöriger zu diskutieren.

Die Wirkung des Projekts IMS ist von grosser volkswirtschaftlicher Bedeutung, wenn es tatsächlich gelingt, eine Situation damit so zu stabilisieren, dass Herr O. danach wieder daheim leben kann. Die Differenzen zwischen den Kosten

für die Gemeinde sind so gross, dass sich der IMS-Aufenthalt schon bei einer kürzeren anschliessenden Verweildauer daheim für die Gemeinde rechnet. Annäherungsweise liegt diese Verweildauer bei Herrn O. bei drei Monaten. Wenn also Herr O. auch nur etwas länger als drei Monate zu Hause geblieben und danach ins APH übertreten wäre, hätte sich der Aufenthalt kostenmässig bereits gelohnt.

Auch die Krankenkassen haben einen grundsätzlichen Anreiz, intermediäre Angebote zu unterstützen resp. Entlastungsangebote mitzufinanzieren. Ähnliches gilt für die Ergänzungsleistungen. Es ist deshalb sinnvoll, wenn der Kanton die Verordnung zum kantonalen Gesetz über die Ergänzungsleistungen mit dem Hinweis ergänzt, dass auch Kosten für die Betreuung in intermediären Angeboten übernommen werden.

Alle diese Überlegungen stehen unter dem Vorbehalt, dass das Projekt IMS tatsächlich zu einer längeren Rückkehr in die eigenen vier Wände führt.

## EMPFEHLUNGEN

### → **Vollkostenrechnung:**

Die Monetarisierung der Betreuungs- und Pflegeleistungen der Angehörigen und des Konsums zu Hause ist wichtig beim Kostenvergleich mit alternativen Angeboten. Erst die Vollkostenrechnung ermöglicht es, Situationen angemessen zu vergleichen.

### → **Finanzierung von Entlastungsangeboten für Angehörige:**

Um einen Neueintritt in das intermediäre Angebot verhindern oder zumindest hinauszögern zu können, muss zusätzlich berücksichtigt werden, dass für die betreuenden und pflegenden Angehörigen Entlastungsangebote mitfinanziert werden müssen. Nur so lässt sich einer Überforderung dieser Personen entgegenwirken. Die Nachhaltigkeit der Massnahmen muss ebenfalls berücksichtigt werden: Letztlich führt nur eine stabile Situation zu Einsparungen.

### → **Rechtliche Grundlagen:**

In der Verordnung zum Ergänzungsleistungsgesetz zur AHV und IV (Kanton Baselland, SGS 833.11 – § 19d\*) sollte die Betreuung durch intermediäre Angebote explizit aufgenommen werden. Der bisherige Verordnungstext soll durch den Begriff «intermediären» ergänzt werden:

Kosten für die Betreuung in **intermediären**, Tages- oder Nachtstrukturen,  
<sup>1</sup> Kosten für die Betreuung in **intermediären**, Tages- oder Nachtstrukturen erbracht wird, werden nach Angemessenheit vergütet.

Dies würde es ermöglichen, die Betreuungskosten eines intermediären Aufenthaltes für alle potenziellen Kund\*innen tragbar zu gestalten. Auch für die Gemeinde würden weniger hohe Kosten anfallen, da die Ergänzungsleistungen für Personen in intermediären Strukturen weniger hoch sind als für jene im Pflegeheim. Es muss in jedem Fall geklärt sein, welcher Anteil der Tagespauschale durch die Ergänzungsleistungen vergütet würde, damit man anfragende Personen darüber orientieren könnte. Da der Bezug zeitlich begrenzt wird, muss der Antragsprozess klar, schnell und einfach sein.

# Zielerreichung

Im Kapitel «Beschreibung der Kund\*innen» wurden die Eintrittsgründe und Aufenthaltsziele präsentiert. Im vorliegenden Kapitel wird nun aufgezeigt, inwiefern diese Ziele tatsächlich erreicht wurden. Dies betrifft insbesondere die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und die geplante Rückkehr in eine eigene Wohnsituation.



Der Wintergarten wird vielseitig genutzt.

Im schriftlichen Fragebogen und in den vertiefenden Interviews wurden Kund\*innen zur Erreichung Ihrer Ziele während des Aufenthaltes wie auch zu Anschlusslösungen nach Austritt befragt.

### Zielerreichung während des Aufenthaltes

Die Ziele des Aufenthaltes wurden von den Kund\*innen gemeinsam mit dem Case Manager festgelegt. Sie betrafen in den meisten Fällen die Verbesserung der eigenen körperlichen Mobilität und die Entlastung von Angehörigen. Im Rahmen des standardisierten Fragebogens zeigte die Befragung, dass die Kund\*innen die eigenen Entwicklungen in verschiedenen Bereichen mehrheitlich positiv wahrnahmen (vgl. Abbildung 8).

Sowohl im Bereich der gesundheitlichen Gesamtsituation als auch der körperlichen Mobilität erlebten die Kund\*innen im Durchschnitt eine eindeutige Verbesserung. Nur ein/e Kund\*in stufte ihre Gesundheit schlechter ein als vor dem IMS-Aufenthalt. Die Entwicklung der Selbständigkeit wurde weniger positiv eingeschätzt. Viele fühlten sich beim Austritt weniger selbständig, als sie erhofft hatten.

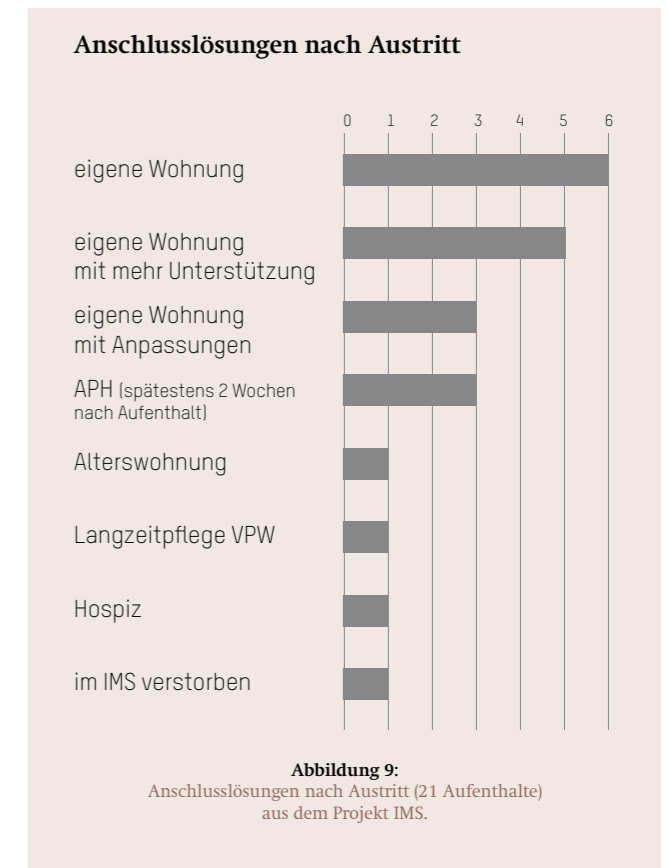
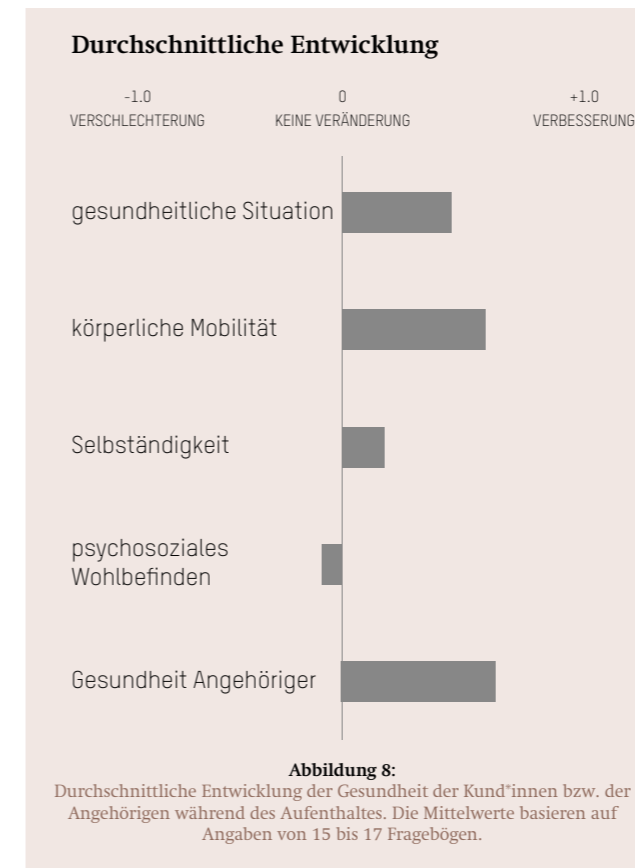
Die Unterstützung durch das Case Management, das Pflegepersonal der Spitex wie auch des Vereins für Pflegewohnungen wurde dabei sehr geschätzt: Herr C. etwa meinte:

«Der zweite Aufenthalt hat mir viel geholfen. [...] Ich bin laufen gegangen, da ist immer irgendjemand mitgekommen. Treppenlaufen. Ich hab ja Therapie gemacht dort. Das hat mir alles schon geholfen.»

### Beschreibung der Anschlusslösungen

Die meisten Kund\*innen kehrten in ihre eigene Wohnung zurück. Teilweise wurden Spitexleistungen temporär oder permanent erhöht oder ein privater Reinigungsdienst organisiert. In den übrigen Fällen erwies sich das bisherige Unterstützungsnetzwerk (Familie, Bekannte, Nachbarn) weiterhin als ausreichend. Nur selten wurden bauliche Anpassungen an der Wohnung vorgenommen (vgl. Abbildung 9). In jenen Fällen, in denen ein Wohnungswechsel und bauliche Anpassungen geplant wurden, konnten diese realisiert werden.

In vier Fällen fand ein Übertritt in ein APH oder in eine Alterswohnung statt. In zwei dieser Fälle war dies schon von vorneherein als Ziel formuliert worden, in zwei weiteren Fällen wäre eigentlich eine Rückkehr in die eigene Wohnung geplant gewesen. Eine weitere Kundin wechselte statt ins Altersheim ins Hospiz, eine in die Langzeitpflege im 1. Stock der Pflegewohnungen des Vereins für Pflegewohnungen; eine Kundin verstarb im Projekt.



Es zeigte sich, dass Angehörige oft selbst über Anschlusslösungen bestimmten, teilweise auch ohne die Kund\*innen oder Mitarbeitende des IMS-Projekts angemessen einzubeziehen. Dies führte bei einzelnen Kund\*innen zu Unzufriedenheit oder hatte zur Folge, dass nach Austritt die Wohnsituation abermals neu evaluiert werden musste.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass das Kernziel des Projekts, Kund\*innen in krisenhaften Situationen individuell so zu unterstützen, dass sie in der Lage sind, in ihre eigene Wohnung zurückzukehren, erreicht wurde.

## EMPFEHLUNGEN

### → **Anschlusslösung:**

Bei der Suche nach einer Anschlusslösung sollte mit Kund\*innen und Angehörigen eng zusammengearbeitet werden. Eine transparente Kommunikation bezüglich realistischer Möglichkeiten eines selbstbestimmten Wohnens ist wichtig. Präferierte Anschlusslösungen und entsprechende Einschätzungen können zwischen Kund\*innen, Angehörigen und Fachpersonen variieren. Der/die Case Manager\*in zeigt hierfür Optionen auf und unterstützt die Entscheidungsfindung. Die Anschlusslösung muss zum Zeitpunkt des Austritts Sinn machen bzw. von Kund\*innen und ihren Angehörigen mitgetragen werden, um Rückfälle, Wiedereintritte oder zeitnahe anschließende Wechsel der Wohnform möglichst zu vermeiden.

# Erwartungen und Zufriedenheit der Kund\*innen

Die Zufriedenheit der Kund\*innen mit dem Aufenthalt wurde mittels leitfadengestützten Interviews ein Monat nach Austritt sowie mittels standardisierten schriftlichen Fragebögen erhoben. Die Ergebnisse wurden mit den zu Beginn des Aufenthaltes formulierten Erwartungen der Kund\*innen verglichen.

## Erwartungen und Zufriedenheit der Kund\*innen

Die via Fragebogen quantitativ erfassten Erwartungen ans Projekt IMS bezogen sich in den meisten Fällen auf eine schnelle Rückkehr nach Hause mit Verbesserung der Mobilität (vgl. Abbildung 10).

Wie bereits im Kapitel «Zielerreichung» dargelegt, beurteilten die Kund\*innen in der standardisierten Nachbefragung ihre Entwicklung während des Aufenthaltes tendenziell positiv (vgl. Abbildung 8). Insbesondere empfanden sie, dass sich ihre körperliche Mobilität (Beweglichkeit) während des Aufenthalts verbesserte hatte. Die eigene Selbständigkeit (bezüglich Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung) wurde jedoch in fast allen Fällen, die diese zu Beginn des Aufenthaltes als Erwartung an den IMS-Aufenthalt formuliert hatten, als unverändert eingeschätzt.

Mit der «guten Pflege», die bei Eintritt oft als Erwartung an das IMS-Projekt genannt wurde (vgl. Abbildung 10), äuserten sich die meisten Kund\*innen zufrieden, wie auch mit der (Entwicklung der) Anschlusslösung. Mit dem Aufenthalt waren alle Kund\*innen «eher zufrieden» oder «sehr zufrieden», ausser mit dem Essen, das weniger gut beurteilt wurde (vgl. Abbildung 11).

Die qualitativen Interviews zeigten, dass die Kund\*innen mehrheitlich zufrieden waren mit dem Aufenthalt und sie das Projekt IMS als notwendige und sinnvolle Lösung in ihrer aktuellen Situation betrachteten. Besonders schätzten sie, dass sie in einem Einzelzimmer relativ selbständig wohnen und ihren Alltag selbst bestimmen konnten – gleichzeitig aber immer jemand vom Verein für Pflegewohnungen gerufen werden konnte, falls Hilfe benötigt wurde. Die Wohnsituation bot somit eine gute Balance zwischen Selbständigkeit und (fachlicher) Unterstützung. In Ausnahmefällen passte das Angebot nicht zu den individuellen Bedürfnissen der Kund\*innen (diese werden weiter unten diskutiert). Einige betrachteten den Aufenthalt sogar als notwendiges Übel, auch wenn sie die Lösung im IMS-Projekt insgesamt als sinnvoll erachteten. So meinte Herr P.: «Wenn ich nicht muss, werde ich nicht mehr kommen [...] Es ist eher eine Notlösung». Herr S. wiederum sagte: «Ich hätte es sonst nicht geschafft. [...] Wenn's notwendig ist, würde ich wieder gehen». Und Frau W. gab zu verstehen: «Am besten daran ist, dass ich wieder hier in der [eigenen] Wohnung bin. [...] Wenn Not am Mann wäre, würde ich wieder hin.»

## Spezifische Kritikpunkte

Die Tatsache, dass zeitweise nur ein/e Kund\*in in die Wohnung bewohnte, machte einigen Kund\*innen zu schaffen. Sie fühlten sich alleine und vermissten soziale Kontakte. Teilweise zogen sich auch einzelne Mitbewohnende aktiv zurück: «Ich würde die Zwischenlösung nicht empfehlen, weil es ist sehr einsam. [...] Es ist langweilig, der Nachbar redet kaum.» (Frau L.)

Wie bereits erwähnt, war es einzelnen Kund\*innen nicht möglich, ihre wichtigen persönlichen Dinge von Zuhause ins Projekt IMS mitzunehmen, um sich zu beschäftigen. Dies drückte einigen auf die Stimmung. Mehrere Kund\*innen beklagten, dass andere Kund\*innen Unordnung verursachten (bspw., weil das Geschirr nach dem Essen nicht gleich weggeräumt wurde oder andere Bewohner\*innen oder das Personal Dinge liegen liessen). Moniert wurden auch die zeitlich ungewohnten Tagesabläufe, an die sie sich anpassen mussten, insbesondere bezüglich Spitex-Einsätzen. Zum Teil wichen diese von den von Zuhause her gewohnten Zeiten ab: «Ich wurde teilweise zu früh von der Spitex geweckt» (Frau B.).

Wie die Interviews zeigten, bestanden von Seiten weniger Kund\*innen unrealistische Erwartungen an das Projekt. Diese hatten oft mit mangelnder Informiertheit über das Angebot zu tun und traten vermehrt dann auf, wenn nur die Angehörigen die Wohnung vorher besichtigten hatten (und nicht die Kund\*innen selbst). Manchmal konnten Kund\*innen bei ihrem Eintritt auch nicht alle wichtigen Informationen aufnehmen. In Fällen, wo die Entlastung Angehöriger als Ziel formuliert wurde, gelang es Kund\*innen, die Zeit im Projekt geduldiger auszuhalten, u. a., weil die Aufenthaltsdauer von Anfang an klar definiert war.

Der mangelnde Informationsfluss wurde teilweise auch von den Kund\*innen selbst kritisiert. Oft war ihnen nicht klar, was sie an pflegerischen oder Betreuungsleistungen erwarten konnten oder von der sozialen Situation in der Wohnung. Beispielsweise waren sie vom Spital her gewohnt, bei Bedarf Schmerzmittel zu erhalten; Medikamentenabgaben in der Nacht waren im Projekt IMS aber nicht möglich. Oder sie rechneten nicht damit, über längere Zeiten alleine in der Wohnung zu sein und vermissten Alltagskontakte oder ihre gewohnten Alltagsaktivitäten. Entsprechend langweilten sie sich. Bezüglich Informationsfluss wurde teilweise auch moniert, dass sie nicht einschätzen konnten, welches Personal für welche Leistungen zuständig war.

Die negative Wahrnehmung des Projekts bezog sich oft auf Veränderungen zur vorherigen Lebens- und Wohnsituation (vor Eintritt), die z. B. das Essen oder fehlende soziale Kontakte während des Aufenthalts betrafen. Oft wurde das Essen bemängelt. So meinte Herr C.: «Das Essen ist zu wenig ... nicht geschmackvoll». Die Kund\*innen fanden sich jedoch mit der Situation ab und versuchten nicht, diese zu verändern bzw. zu verbessern, indem sie beispielsweise nachfragten, ob sie grössere Essensportionen erhalten könnten.

Vereinzelt wurde auch der Verkehrslärm als Kritikpunkt genannt. Herr G. sagte beispielsweise: «Das einzige ist der Sau-Verkehr da unten durch. Vor allem die Töffs Samstag/Sonntag. [...] «Ich muss [das Fenster] zu machen in der Nacht. Es hat Durchgangsverkehr, auch der Schwerverkehr untendurch.»



Die Kaffeemaschine fühlte sich für etliche Kund\*innen ungewohnt an, kochen in einer fremden Küche stellte eine Herausforderung dar.

## Genannte Erwartungen

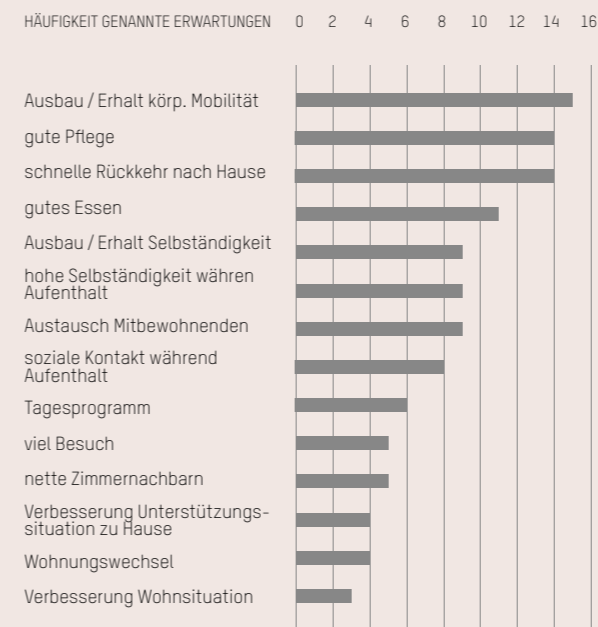


Abbildung 10: Genannte Erwartungen der KundInnen (20 Aufenthalte) im Fragebogen (mehrere Nennungen möglich).

## Durchschnittliche Zufriedenheit

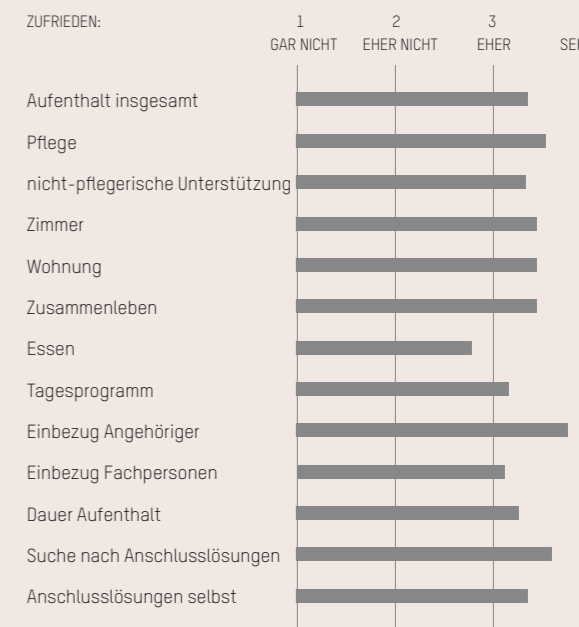


Abbildung 11: Durchschnittliche Zufriedenheit der KundInnen (16 Aufenthalte) mit verschiedenen Aspekten des Aufenthaltes. Die Mittelwerte basieren auf jeweils 5 bis 16 Angaben im Fragebogen.

## EMPFEHLUNGEN

### → Vorgängige Information:

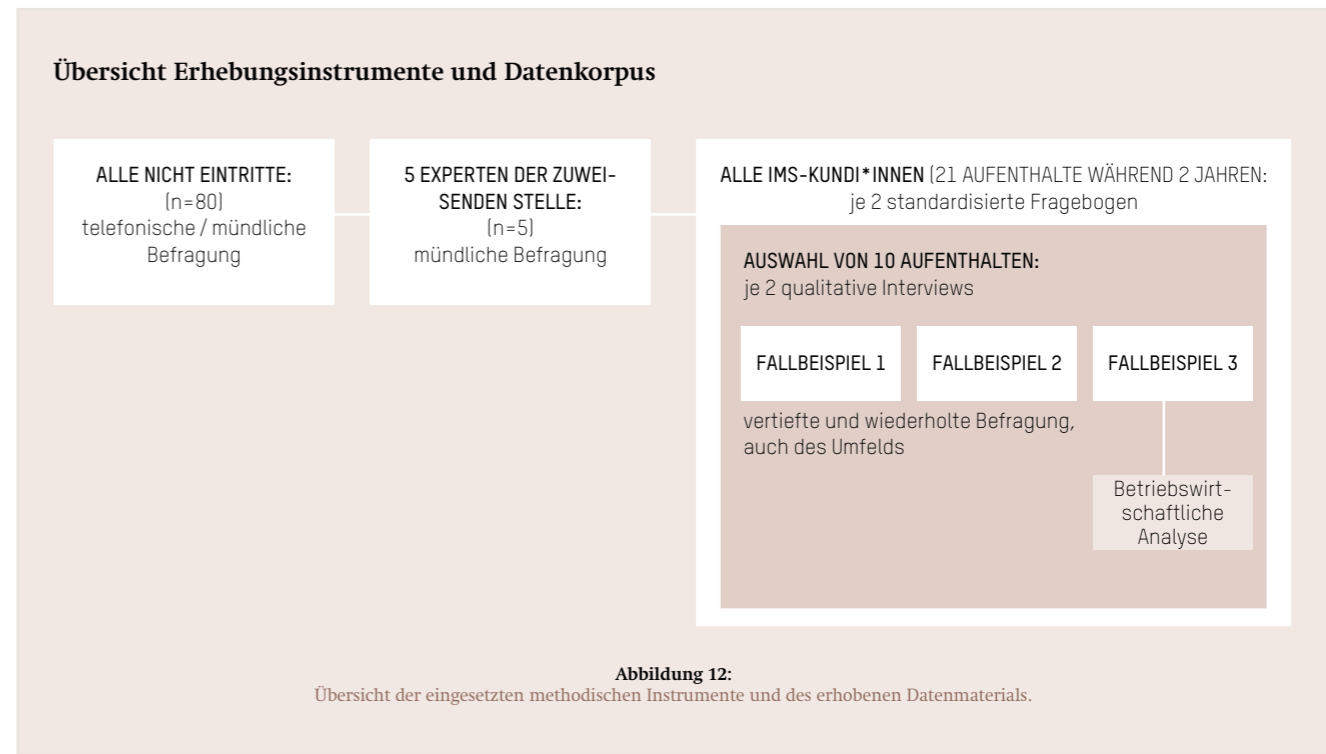
Ausführliche Informationsmaterialien an bzw. Informationsgespräche mit Kund\*innen oder Angehörigen sowie mit zuweisenden Stellen sind wichtig, um falschen Erwartungen entgegenzuwirken. Wenn möglich, sollte eine vorgängige Besichtigung der Wohnung durch die Kund\*innen selbst oder durch Angehörige stattfinden. Damit lassen sich die Erwartungen der Kund\*innen wie auch die für intermediäre Angebote erforderliche Selbständigkeit besser einschätzen. Auch zuweisenden Stellen sollten Wohnungsbesichtigungen ermöglicht werden.

### → Nachbetreuung:

Laufende Pflege- und Betreuungsleistungen sollen nach Bedarf auch nach Austritt aus dem intermediären Angebot weitergeführt werden. Kontinuitäten in Pflege und Betreuung sollen wenn möglich sichergestellt werden. Die im Rahmen des intermediären Angebots erbrachten Leistungen tragen zur Stabilisierung der Kund\*innen bei. Leistungen der Spitex oder anderer Dienste und Einrichtungen (Tagesstruktur, Sozialdienst, Freiwillige) sollten auch im Rahmen der Anschlusslösung weitergeführt werden. Dadurch können Angehörige entlastet und weitere krisenbedingte Wohnungswechsel, ein kurzfristiger Übertritt ins APH, eine Rückkehr in das intermediäre Angebot oder erneute Spitalaufenthalte vermieden werden. Insbesondere ist die Möglichkeit einer befristeten Weiterführung des Case Managements nach Austritt zu prüfen.

# Evaluationsdesign und Methoden

Die Evaluation hatte formativen Charakter (Begleitstudie) sowie summative Elemente (Ergebnisevaluation). Dadurch konnte nicht nur eine Optimierung des Angebotsdesigns vorgenommen, sondern auch eine genauere Bestimmung des Evaluationsgegenstandes unter Einbezug der im Projekt involvierten Personen gewährleistet werden. Die Projektevaluation wurde mittels verschiedener Erhebungen und Analysen durchgeführt, die teilweise zeitlich parallel stattfanden.



**Leitfadengestützte Interviews mit Kund\*innen.**  
Mit zehn ausgewählten Kund\*innen oder (wenn nicht anders möglich) mit ihren Angehörigen wurden rund einstündige qualitative Interviews durchgeführt, jeweils nach Eintritt und einen Monat nach Austritt. Damit erhielten wir qualitative Daten zur Sicht der Kund\*innen, zu ihrer Wahrnehmung des Angebots und insbesondere zum Verlauf des Aufenthaltes, zu ihren Erwartungen, persönlichen Entwicklungen und zu ihrer Zufriedenheit sowie zur Einschätzung der Zielerreichung.

**Vertiefte Rekonstruktion von Fallbeispielen und Nachbefragungen.**  
Eine Auswahl von drei der zehn interviewten Kund\*innen wurde zusätzlich drei bzw. neun Monate nach Austritt wiederholt mittels leitfadengestützter Interviews befragt. Je nach Möglichkeit wurden auch Bezugspersonen aus ihrem Umfeld (Angehörige, IMS-Personal) befragt sowie Kund\*innendatenblätter und Pflegeberichte analysiert. Dadurch konnten vertiefte Aussagen zu Fallverläufen aus unterschiedlichen Perspektiven gemacht werden sowie Hinweise zur Nachhaltigkeit des IMS-Angebots eingeholt werden.

**Schriftliche Befragung aller Kund\*innen.**  
Alle IMS-Kund\*innen wurden zu Beginn und bei Austritt aus dem Projekt mittels standardisiertem schriftlichen Fragebogen befragt (quantitative Vollerhebung). Es wurden Fragen zum Eintrittsgrund gestellt, zu den Erwartungen an den Aufenthalt und zur Zufriedenheit mit dem Angebot, zur gesundheitlichen Entwicklung und zur geplanten bzw. realisierten Anschlusslösung. Darüber hinaus wurden soziodemographische Daten der Kund\*innen erhoben, um die Zusammensetzung der Kundschaft beschreiben zu können.

**Leitfadengestützte Interviews mit und telefonische Nachbefragung der zuweisenden Stellen.**  
Zur Untersuchung der Nachfrage und der Aussenwahrnehmung des Projekts wurden leitfadengestützte und telefonische Expert\*inneninterviews mit Leitungspersonen oder Mitarbeitenden von fünf wichtigen zuweisenden Stellen (Spitäler; Psychiatrie; Soziale Dienste) durchgeführt (zu Projektbeginn und gegen Ende der Evaluation).

**Erhebung der Anfragen und Nicht-Eintritte.**  
Alle telefonischen Anfragen und Wohnungsbesichtigungen von interessierten Kund\*innen bzw. deren Angehörigen oder zuweisenden Stellen wurden protokolliert und hinsichtlich der Krisenkonstellation der Anfragenden sowie der Gründe für einen Nicht-Eintritt analysiert. Damit erhielten wir Hinweise zur Aussenwahrnehmung des Projekts sowie zur potenziellen (noch nicht realisierten) Nachfrage.

**Betriebswirtschaftliche Analyse.**  
Für den Kostenvergleich eines IMS-Aufenthaltes mit einem APH-Aufenthalt wurden die Kosten zweier alternativer Verlaufsoptionen kalkuliert (Eintritt ins Projekt IMS mit Rückkehr in die eigene Wohnung versus dauerhafter Aufenthalt in einem APH). Die Berechnungen wurden bei zwei Fallbeispielen des Projekts durchgeführt. Eines dieser Fallbeispiele wurde im Schlussbericht ausführlich dargestellt.

## Literatur

- Basel-Landschaft (2017): **Vernehmlassungsvorlage zum neuen Altersbetreuungs- und Pflegegesetz.**  
→ [www.baselland.ch/themen/p/politische-rechte/vernehmlassungen/2016/apg/vernehmlassungsvorlage-apg.pdf/@@download/file/Vernehmlassungsvorlage-APG.PDF](http://www.baselland.ch/themen/p/politische-rechte/vernehmlassungen/2016/apg/vernehmlassungsvorlage-apg.pdf/@@download/file/Vernehmlassungsvorlage-APG.PDF) (Zugriff 29.7.2020).
- BFS (2019): **Haushaltsbudgeterhebung 2015–2018,** Tabelle T20.02.01.02.33. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.  
→ [www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/haushaltsbudget.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/haushaltsbudget.html) (Zugriff: 9.9.2020).
- BFS (2020): **SAKE-Erhebung (Schweizerische Arbeitskräfteerhebung).** Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.  
→ [www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeitswerb/erhebungen/shhp.assetdetail.3882343.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeitswerb/erhebungen/shhp.assetdetail.3882343.html) (Zugriff 9.9.2020).
- Höpflinger, F. (2009): **Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter.** Zürich: Seismo.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. und Zumbrunn, A. (2011): **Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter.** Bern: Hans Huber.
- Höpflinger, F. und Hugentobler, V. (2003): **Pflegebedürftigkeit in der Schweiz.** Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Bern: Hans Huber.
- Höpflinger, F. und Van Wezemaël, J. (2014): **Age Report III. Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends.** Zürich: Seismo.
- Imhof, L. (2014): **Gesundheit und Wohnen im Alter – Eine Herausforderung für die professionelle Pflege.** In: F. Höpflinger & J. Van Wezemaël (Hrsg.): Age Report III. Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Zürich: Seismo. S. 169 – 177.
- Jann, A. (2015): **Age-Wohnmatrix. Bedürfnisse statt Begriffe ins Zentrum stellen.** Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48. S.164 – 168.
- Kwiatkowski, M. und Tenger, D. (2016): **Fluid Care. Nachfragemarkt versus Wohlfahrtsstruktur.**  
→ [www.gdi.ch/de/publikationen/studien-buecher/fluid-care](http://www.gdi.ch/de/publikationen/studien-buecher/fluid-care) (Zugriff 9.9.2020).
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. und Schnegg, B. (2010): **Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. Schlussbericht zur Swiss Age Care-Studie 2010.**  
→ [www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht](http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht) (Zugriff 9.9.2020).
- Spitex ABS (2017): **Antrag für Förderbeiträge, «Wenn es zu Hause vorübergehend nicht mehr geht – Intermediäre Strukturen».** Binningen: Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch.
- Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, N. und Egli, F. (2016): **Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz.** Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen.  
→ [www.ecoplan.ch/download/obs-alt\\_sb\\_de.pdf](http://www.ecoplan.ch/download/obs-alt_sb_de.pdf) (Zugriff 9.9.2020).
- WHO World Health Organization (2016): **Zusammenfassung. Weltbericht über Altern und Gesundheit.**  
→ [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/2/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_ger.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/2/WHO_FWC_ALC_15.01_ger.pdf) (Zugriff 9.9.2020).
- Wilhelm, V. und Michielan, E. (2011): **Projekt «Erweiterte Tagesstrukturen».** Von den Pflegeheimen entwickelte ambulante/intermediäre Strukturen und Leistungen, damit betagte Personen weiterhin zu Hause leben können. Bericht im Auftrag von Curaviva. Bern.

## Impressum

- **Leitung Evaluationsstudie:** Prof. Dr. **Esteban Piñeiro**, Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung ISOS, Hochschule für Soziale Arbeit HSA, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
- **Autor\*innen:** Dr. **Jacqueline Frick**, Prof. Dr. **Esteban Piñeiro**, Dr. **Carlo Knöpfel**, **Nora Meuli** MSc
- **Vorgeschlagene Zitierweise:** **Frick, Jacqueline; Piñeiro, Esteban; Knöpfel, Carlo und Meuli, Nora** (2020). Wenn es zu Hause vorübergehend nicht mehr geht – Intermediäre Strukturen. Muttenz: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- **Gestaltung:** aplus caruso gmbh
- **Fotos:** Rebecca Roth, shutterstock.com
- **Evaluationsteam Fachhochschule Nordwestschweiz:** Verantwortung Module 1 – 5, 7: Prof. Dr. **Esteban Piñeiro**, Dr. **Jacqueline Frick**, unter Mitarbeit von Dr. **Martina Koch**; Modul 6 (Betriebswirtschaftliche Analyse): Prof. Dr. **Carlo Knöpfel**, **Nora Meuli** MSc
- **Auftraggeberin der Evaluationsstudie:** Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch, **Peter Kury**
- **Projektgruppe:** **Peter Kury**, Geschäftsleiter, Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch; **Beatrice Zeugin**, Personal- und Organisationsentwicklung, Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch; **Mark von der Insel**, Case Manager Projekt «Intermediäre Strukturen» (IMS), Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch, ab Januar 2019; **Susanna Probst**, Betriebsleitung, Verein Pflegewohnungen Binningen, bis März 2019; **Brigitte Birrer**, Betriebsleitung, Verein Pflegewohnungen Binningen, ab März 2019
- **Begleitgruppe:** **Karin Weiss**, Age-Stiftung, Schweiz; **Gabriele Marty**, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft; **Ulrich Weyermann**, Soziale Dienste Gemeinde Allschwil; **Nicola Schmid**, Soziale Dienste Gemeinde Binningen; **Sandro Zamengo**, Alterszentrum Am Bachgraben Allschwil; **Raphael Thürlemann**, Stiftung Alters- und Pflegeheime Binningen, bis Januar 2020; **Heiko Tscheulin**, Stiftung Alters- und Pflegeheime Binningen, ab Februar 2020
- **Projektförderung:** **Age Stiftung:** 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.

Datum: September 2020

Weitere Exemplare dieses Berichtes können in ausgedruckter Form bei der Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch bezogen werden:

Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch  
Baselstrasse 247  
4123 Allschwil

oder im PDF-Format heruntergeladen werden unter:  
<https://www.age-stiftung.ch/publikationen>

