

Das 4-Stufen-Modell des Betreuten Wohnens in der Praxis

Evaluation eines Projekts im Pflegewohnheim
St. Christophorus Basel (2020–2022)



Prof Dr. Romy Mahrer Imhof
Prof Dr. Lorenz Imhof

ns&c
Nursing Science & Care GmbH



Inhalt

Zusammenfassung		5
1	Einführung	8
1.1	Evaluation: Themen, Daten und Analyse	8
1.2	Ausgangslage	10
1.3	Angebot und Bedarf für das Betreute Wohnen	11
2	Das 4-Stufen Modell des Betreuten Wohnens	13
2.1	Die Anwendung des Modells in der Praxis	15
3	Nachfrage und Motivation der Bewohnenden	18
3.1	Gründe für die Bewerbung	18
3.2	Der definitive Entscheid für das BEWO	20
4	Auswertung der Nutzungsdaten im BEWO	21
4.1	Bedarf: Erhaltene Leistungen bei Eintritt	21
4.2	Veränderung der Leistungen über Zeit	22
4.3	Leistungen der sozialen Teilhabe	23
4.4	Leistungen in Notsituationen (Notruf)	25
4.5	Die Grenzen des Betreuten Wohnens	26
5	Die Projekt-Bilanz der Leitung Pflegedienst	29
6	Neue Herausforderungen an Organisation und Personal	30
7	Betriebliche Herausforderungen	33
7.1	Eine einzige Anlaufstelle	34
7.2	Neue Prozesse gestalten	35
7.3	Qualitätsmerkmal: Kontinuität der Beziehung und Information	35
8	Fachliche Expertise und Teamentwicklung	37
8.1	Weiterbildung	39
9	Bemerkung der Autorin, des Autors	40
10	Referenzen	42

Impressum

Auftraggeber	Pflegewohnheim St. Christophorus Basel www.aph-christophorus.ch
Projektverantwortliche	Sabine Jung Katja Schupp
Projektleitung	Hilde Heitzmann (bis September 2021) Celine Doyon
Schlussbericht	Prof. Dr. Lorenz Imhof Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof Nursing Science & Care GmbH, Basel www.ns-c.ch
Lektorat	Dore Wilken, dwilken@gmx.de
Gestaltung	Simone Kuhn, sqn grafik, www.sqn.ch
Fotografien	Hanna Schiesser St. Christophorus, Basel iStock Photos
Förderung	Dieser Bericht dokumentiert ein Förderprojekt der Age-Stiftung und ist Bestandteil der Förderung. Weitere Informationen dazu unter www.age-stiftung.ch . Dossier-ID: 787.
Zitation des Berichts	Imhof Lorenz, Mahrer Imhof Romy (2022). Das 4-Stufen-Modell des Betreuten Wohnens in der Praxis. Evaluation eines Projekts im Pflegewohnheim St. Christophorus Basel (2020–2022). Basel: Nursing Science & Care GmbH
Kontaktadresse	Nursing Science & Care GmbH Thiersteinerrain 70, 4059 Basel 061 321 49 23 Lorenz.imhof@ns-c.ch

Dezember 2022

WOHNEN
UND LEBEN |
St. Christophorus

**Age —
Stiftung**

Zusammenfassung

Projektidee

Im Jahr 2020 stand mit der Eröffnung eines neuen Hauses des Pflegewohnheims St. Christophorus ein zusätzliches Angebot für Betreutes Wohnen (BEWO) mit 41 Wohnungen zur Verfügung. Konzeptionell sollte sich das Angebot zwischen den ambulanten Leistungen der Spitex und den stationären Leistungen der Pflegewohnheime als intermediäres Angebot ansiedeln. Das Ziel war es, sich am 4-Stufen-Modell für Betreutes Wohnen zu orientieren, welches 2019 von CURAVIVA Schweiz, Senesuisse und Spitex Schweiz entwickelt wurde. Das Modell definiert vier Stufen des Betreuten Wohnens, die den Bedarf an Betreuung abbilden. In der Stufe D) werden keine oder nur hauswirtschaftliche Leistungen angeboten; in der Stufe C) werden neben hauswirtschaftlichen Leistungen auch Leistungen der Grundpflege und in Stufe B) zusätzlich medizinpflegerische Leistungen angeboten. In der Stufe A), der intensivsten Stufe der Betreuung, werden Leistungen angeboten, die eine spezialisierte Expertise benötigen. Dazu gehören z.B. Unterstützung von Menschen mit Demenz, mit psychischen Erkrankungen oder Menschen in palliativen oder End-of-life-Situationen. Im Modell wird neben der fachlichen Qualifikation des Personals auch die zeitliche Verfügbarkeit wie z.B. Alarmierung bei Notfällen definiert. Zudem legt das Modell grossen Wert auf den präventiven Charakter der Leistungen und einem Erhalt der Selbstpflegefähigkeiten.

Begleitstudie

Die Einführung des Betreuten Wohnens im St. Christophorus wurde in der Zeit vom Dezember 2020 bis Juli 2022 durch die Firma Nursing Science & Care GmbH wissenschaftlich begleitet.

Die Grundlage der Studie bildeten Daten zu erbrachten Leistungen, Fragebögen zur Gesundheit und Lebenssituation und zu schriftlichen Beschreibungen neuer Prozesse. Zudem wurden Interviews mit Bewohnenden, Mitarbeitenden und Leitungspersonen im St. Christophorus und anderen Organisationen mit betreutem Wohnangebot geführt.

Ergebnisse

Einzug: Bei Eröffnung des neuen Hauses interessierten sich 117 Personen (73 % Frauen, Durchschnittsalter 78 Jahre) für einen Einzug. Zwei Drittel von ihnen lebten zu dem Zeitpunkt in unmittelbarer Nähe zum betreuten Wohnangebot im selben Quartier. Im Zeitraum von 2020 bis 2022 konnten 51 Personen ins Betreute Wohnen einziehen. Davon wohnten 21 bereits vorher in einer Liegenschaft mit Verbindung zum Pflegeheim. Beweggründe für den Einzug waren ein bestehender Unterstützungsbedarf im Alltag, erwartete Einschränkungen durch gesundheitliche Veränderungen und die Sicherheit, in Notfällen Hilfe zu erhalten. Die Bewohnenden nannten auch die Entlastung von Angehörigen, die Bewahrung sozialer Kontakte und die Freiheit in der Alltagsgestaltung als Gründe, ins Betreute Wohnen zu wechseln. Zusätzlich beeinflussten Veränderungen auf dem Wohnungsmarkt, der Umbau günstiger Wohnungen, die Zahl der Anmeldungen.

Unterstützungsbedarf: Bei Einzug ins BEWO benötigten 22 Personen keine Unterstützung und 14 hatten sich für hauswirtschaftliche Leistungen angemeldet. Diese 36 Personen (70 %) gehörten zur tiefsten Betreuungsstufe D. Sieben Personen bezogen Leistungen der Grundpflege (Stufe C), sechs Personen erhielten zusätzlich pflegerisch-medizinische Leistungen (Stufe B) und zwei Personen benötigten für ihre Versorgung pflegerisches Spezialwissen (Stufe A).

In der 19-monatigen Beobachtungsphase wurden die Monate mit Betreuung für die 51 Bewohnenden zusammengezählt. Total konnten 760 Personen-Monate ausgewertet werden. In 60 % der Personen-Monate waren Personen in der Stufe D und bezogen keine oder nur hauswirtschaftliche Leistungen; 18 % der Personen-Monate waren in der Stufe C; 16 % in der Stufe B und 6 % in der höchsten Stufe A mit Spezialpflege/Beratung.

Unterstützungsleistungen im BEWO: Durchschnittlich wurden 207 Stunden pro Monat für Leistungen aufgewendet (Range 170–241 Stunden/Monat). Am grössten war der Anteil von Leistungen



der Hauswirtschaft (42 %) und im Bereich der pflegerisch-medizinischen Leistungen (31 %). 26 % waren Leistungen der Grundpflege und 1 % der Leistungen benötigten pflegerisches Spezialwissen, wie etwa die Beratung und Beurteilung in besonders anspruchsvollen Situationen. Zusätzlich wurden diverse Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe, z. B. Jassrunden, Ausflüge oder die Teilnahme an kulturellen Anlässen entwickelt.

Notrufsystem: Wie im 4-Stufen-Modell gefordert, wurde ein Angebot zur 24-Stunden/7-Tage-Unterstützung in Notfallsituationen eingeführt. Dies führte zu zusätzlichen Unterstützungsleistungen durch die Betätigung des Notrufknopfes in 149 Situationen, wobei drei Personen 51 % der Notrufe

auslösten. In 41 Fällen handelte es sich um akute Situationen mit einer Gefährdung der Gesundheit, am häufigsten im Zusammenhang mit einem Sturz. In den anderen Notrufen waren Inkontinenz, Hilfe für den Toilettengang oder die Lagerung im Bett die Gründe. Nachts zwischen 00:00 h–04:00 h sowie nachmittags zwischen 12:00 h–16:00 h wurde Hilfe am häufigsten mit dem Notfallknopf angefordert.

Verweildauer im BEWO: Das 4-Stufen-Modell sieht vor, dass Bewohnende möglichst bis zum Tod im Betreuten Wohnen verbleiben können. Im Verlauf der 19 Monate verließen neun Personen das BEWO. Drei Personen verstarben im BEWO. Sechs Personen traten ins Pflegewohnheim ein. Bei zwei von ihnen geschah dies nach einem längeren Spital-

und Rehabilitationsaufenthalt, mit einer akuten Verschlechterung der Gesundheitssituation. Diese Verlegung wurde durch die Hausärztin, Angehörige und die Fachperson des BEWO empfohlen. Bei den übrigen vier Personen waren weder der Umfang der Leistungen noch Notfalleinsätze für eine Verlegung ausschlaggebend. Eine Aufarbeitung der Umstände, die zum Entscheid geführt haben, findet zurzeit statt.

Aufbau des Pflege- und Betreuungsteams: Ziel des Modells ist der Erhalt und die Förderung der Selbstpflegefähigkeiten der Bewohnenden. Dazu sollen Autonomie und Selbstbestimmung verhandelt und im Sinne einer personenzentrierten Pflege unterstützt werden. Die Herausforderung bestand im Aufbau eines Teams, das diesen Anforderungen gerecht werden kann. Neue Fachpersonen für das BEWO-Team konnten in der vorherrschenden Arbeitsmarktsituation nicht gefunden werden. Dadurch wurde der Einsatz von Personal des Pflegewohnheims im BEWO notwendig. Organisatorische Prozesse bei «Eintritt», «Austritt», «Spitalaufenthalt» und «Zustandsverschlechterung» wurden den Erfordernissen im BEWO angepasst. Diese Bearbeitung geschah mittels Standards, welche sich stark auf die einzelnen Handlungsschritte in Form von Arbeitsanweisungen an das Personal, auf die Anforderungen an die Dokumentation und die Koordination der involvierten Stellen konzentrierte. Bei Personalentscheidungen wurde viel Wert auf die personelle Kontinuität gelegt. Dafür wurde die Zahl der Mitarbeitenden im Betreuten Wohnen reduziert, indem Mitarbeitende eingesetzt wurden, die die Bewohnenden z.B. durch Einsätze im Rahmen des Notrufsystems bereits kannten. Gleichzeitig garantierte der Leiter des BEWO eine hohe zeitliche Anwesenheit und telefonische Erreichbarkeit.

Haltungsänderungen und Teamcoaching: Der Einsatz der Mitarbeitenden in beiden Bereichen machte es notwendig, die im Pflegewohnheim traditionell aufgabenorientierten Haltungen des Personals und die damit verbundenen Werte in einem Teamprozess an die Erfordernisse einer personenzentrierten Pflege anzupassen. Erste Teamweiterbil-

dungen zu Palliativpflege und zur «professionellen Deeskalation» wurden durchgeführt.

Die Erfahrung zeigt, dass die fachlichen Anforderungen an das Personal sehr hoch sind und deshalb ein längerfristiger Teamentwicklungsprozess notwendig ist. Für die Begleitung dieses Prozesses für das klinische Coaching des Teams, für die Beratung der Bewohnenden und Angehörigen war die Einstellung einer Advanced Practice Nurse (APN) mit absolviertem Master-Studium der Pflegewissenschaft vorgesehen. Die Leitung des St. Christophorus hat aus finanziellen Gründen auf diese personelle Ressource verzichtet. Dabei wurde argumentiert, dass trotz vieler Sturzereignisse und Spitaleinweisungen der Bedarf an dieser fachlichen Expertise gering sei und das heutige Finanzierungssystem die Anstellung dieser Fachperson nicht zulasse. Für die Pflege in palliativen und End-of-life-Situationen wurde die Zusammenarbeit mit einer externen Fachstelle gesucht.

Bemerkungen von Autor und Autorin

Die Autorin, der Autor unterstreichen die Erkenntnis, dass das 4-Stufen-Modell den Anspruch auf eine bewohnendenzentrierte Versorgung erhebt. Dies verlangt Werte- und Haltungsänderungen des Personals. Die Erfahrung zeigt, dass dafür in langfristige Prozesse der Teambildung und Entwicklung von Fachwissen investiert werden muss. Die Steuerung dieser Prozesse orientiert sich an einer pflegerischen «best practice». Sie erfordert zusätzliches Expertenwissen das eine fachliche Beurteilung von Situationen erlaubt, Schulungsprogramme entwickelt, Coaching für Teammitglieder in schwierigen Situationen anbietet und damit ganze Teams im beruflichen Wachsen und im kontinuierlichen Lernen unterstützt.

1 Einführung



Kompetente Ansprechperson: Frau Brigitte Dettwiler am Empfang.

Im Jahr 2020 stand die Eröffnung des «Betreuten Wohnens» als zusätzliches Angebot des Pflegewohnheims St. Christophorus in Basel bevor. Konzeptionell sollte sich das intermediäre Angebot, d. h. ein Angebot zwischen den ambulanten Leistungen der Spitex und den stationären Leistungen der Pflegewohnheime, am 4-Stufen-Modell orientieren, welches 2019 in einer Studie von CURAVIVA Schweiz, Senesuisse und Spitex Schweiz entwickelt wurde. Definiert werden in diesem Modell neben der fachlichen Qualifikation des Personals auch die zeitliche Verfügbarkeit und der präventive Charakter der Leistungen. Unterstützt durch das Förderprojekt der Age-Stiftung wurde die Einführung des Betreuten Wohnens im St. Christophorus in der Zeit vom Dezember 2020 bis Juli 2022 wissenschaftlich begleitet.

1.1 Evaluation: Themen, Daten und Analyse

Zwei Themen wurden als Schwerpunkte der Evaluation bestimmt.

1 Die Entwicklung eines Modells des Personaleinsatzes, welches vorhandene Ressourcen nutzt. Dabei soll besonders Gewicht gelegt werden auf das Thema «Zusammenarbeit zwischen Betreutem Wohnen und der Organisation im Pflegewohnheim» sowie auf die Gestaltung der Kommunikation zwischen den beiden Bereichen.

Es wurde angenommen, dass für den Bereich des Betreuten Wohnens zusätzliche fachliche Expertise benötigt wird. Es gilt, diese Expertise zu beschreiben und in Zusammenhang mit dem Angebot an Weiterbildung zu beurteilen.

2 Die Beantwortung der Frage, welche Entwicklungen der Pflege- und Betreuungsform notwendig sind, um Selbstpflegefähigkeiten der Bewohnenden zu erkennen und zu fördern und damit Autonomie und soziale Integration zu ermöglichen.

Zur Beantwortung der Fragen wurden Daten durch die Teilnahme an den Sitzungen des Projektteams, an der Sitzung des Sounding Boards und an den Diskussionen zur Veränderung wichtiger Prozesse gesammelt.

Qualitative Daten wurden von Bewohnenden und Angehörigen zum Entscheid, ins BEWO umzuziehen, und zu Veränderungen in der Gestaltung des Alltags erhoben. Die interviewten Personen gaben Auskunft zur Bezugsperson des BEWO und die Art und Weise, wie Abmachungen getroffen wurden. Dies erlaubte eine Einschätzung der Versorgungskontinuität und die Förderung der Selbstpflegefähigkeiten. Ebenso erhoben wurde das Sicherheitsempfinden im Zusammenhang mit dem Notrufsystem. Interviews wurden zudem nach dem Übertritt ins Pflegewohnheim geführt, um Daten zum Entscheidungsprozess und zur neuen Lebenssituation zu erhalten.

Interviews wurden auch mit Mitarbeitenden der Pflege und der Hauswirtschaft sowie mit Leitungspersonen geführt. In diesen Interviews wurden Daten erhoben zu: Definition und Bedeutung der Autonomie; zur Praxis der Einschätzung der Selbstpflegefähigkeiten; zu Anlässen der sozialen Teilhabe; zum Personaleinsatz sowie zur fachlichen Expertise und zum Bedarf an Weiterbildungen. Diese Daten wurden inhaltsanalytisch bearbeitet.

Quantitative Daten zum Aufbau des BEWO wurden systematisch in der Zeit vom 1.12.2020 bis zum 31.07.2022 erhoben. Dazu gehörten Daten zu den angemeldeten Personen. Von den Personen, die für eine Wohnung in Frage kamen, wurden vor dem Eintritt Daten zur Gesundheit, zur Wohn- und Familiensituation und zur Selbständigkeit in den Bereichen der instrumentellen Aktivitäten und den Aktivitäten des täglichen Lebens erhoben. Alle drei Monate (vier Erhebungen) wurde zudem von allen

Bewohnenden ein Fragebogen ausgefüllt, welcher Daten zur Gesundheitssituation, zum Unterstützungsbedarf und zur Hilfe durch Familienangehörige/Freunde und Freundinnen erhob. Mittels Fragebogen dokumentiert wurden alle Notfalleinsätze: Tageszeit, Grund, Dauer des Einsatzes und zuständige Fachperson. Ebenso wurden Spitaleinweisungen und -aufenthalte dokumentiert.

Im Gegensatz zum Pflegeheim mit einem Abrechnungssystem, das auf Pflegestufen beruht, wurden die einzelnen Unterstützungshandlungen im BEWO entsprechend der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) unterschieden, die auch in der Spitex verwendet wird.

Laut gesetzlichen Bestimmungen und den Ausführungen der Abteilung für Alterspflege sind die Leistungen, die im BEWO erbracht werden, über die ambulanten Pflgetarife abzurechnen, um keinesfalls mit den Pflegeheimtarifen vermischt oder quersubventioniert zu werden. Daher wurden die Leistungen im St.Christophorus über das Spitex-Abrechnungssystem gemacht und zwischen Abklärung, Beratung und Koordination (A-Leistungen), pflegerisch-medizinischen Handlungen (B-Leistungen) und Leistungen der Grundpflege (C-Leistungen) unterschieden. Zusätzlich wurden hauswirtschaftliche Leistungen erfasst, die jedoch nicht durch die Grundversicherungen abgedeckt werden, sondern durch die Mieterinnen und Mieter selbst bezahlt werden (Abbildung 1).

Diese Daten gaben Auskunft über die individuell erhaltenen Unterstützungsleistungen und wurden monatlich von allen Bewohnenden basierend auf dem Abrechnungssystem erfasst. Alle quantitativen Daten wurden mit Hilfe von Statistiksoftware deskriptiv analysiert.

Abbildung 1: Finanzierte Leistungen im BeWo gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung

A-LEISTUNGEN

beinhalten Tätigkeiten zur Abklärung, Beratung, Koordination. Dazu gehört z. B. die Abklärung des Unterstützungsbedarfs, die Koordination mit der Hausärztin oder anderen Diensten, die Instruktion der Person im Gebrauch von medizinischen Hilfsmitteln oder die Pflegeanleitung von Angehörigen.

B-LEISTUNGEN

beinhalten pflegerisch-medizinische Handlungen. Dazu gehören Untersuchung und Behandlung wie z. B. Medikamente richten, parenterale Ernährung, Blutentnahmen, Injektionen, Wundversorgung oder das Durchführen von Therapien.

C-LEISTUNGEN

beinhalten die Grundpflege. Dazu gehören z. B. Handlungen der Körperpflege (Duschen, Baden), Hilfe beim Gang zur Toilette, Lagerung im Bett, Hilfe beim Aufstehen, beim An- und Ausziehen der Kleidung.

HAUSWIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGEN

werden von der finanziellen Unterstützung ausgeschlossen. Es handelt sich dabei um pflegerisch-betreuerische Unterstützungshandlungen. Diese unter dem Begriff «Hauswirtschaft» geführten Leistungen beinhalten z. B. Reinigungsarbeiten in der Wohnung, Waschen/ Bügeln, Einkaufen, Kochen, Gespräche, Tier- und Pflanzenpflege.

Der vorliegende Evaluationsbericht gliedert sich in fünf Teile. Im Teil Eins wird das Projekt sowie Datenerhebung und Evaluationsziele vorgestellt. Fakten zum Pflegewohnheim und zur Kontextsituation werden präsentiert sowie das Angebot und der Bedarf für das BEWO beschrieben (Kapitel 1). Im zweiten Teil werden die wichtigsten Elemente des 4-Stufen-Modells sowie die Definition der vier Stufen in der Praxis dargestellt (Kapitel 2). Im dritten Teil werden die Entwicklung des Projekts, das Angebot und die Nutzung des BEWO im St. Christophorus dargestellt. Informationen zu den Anmeldungen, den Bewohnenden, den erbrachten Leistungen und zu den Grenzen des BEWO werden dem Leser/der Leserin präsentiert (Kapitel 3 und 4). Im vierten Teil wird die betriebliche Umsetzung vorgestellt. Dazu gehören betriebliche Herausforderungen und die Bedeutung der Weiterbildung (Kapitel 7 und 8). Im fünften Teil nehmen die Autorin und der Autor zu grundsätzlichen Fragen der Projektumsetzung und den damit verbundenen Herausforderungen Stellung (Kapitel 9).

1.2 Ausgangslage

Der Verein St. Christophorus betreibt in Basel seit 1956 ein Pflegewohnheim, seit 2008 kombiniert mit einem Betreuungsangebot. Dieses Angebot wurde im Jahr 2020 ausgebaut. Dazu wurde ein Neubau für das Betreute Wohnen in Nachbarschaft des Pflegewohnheims erstellt (Abbildung 2).

Zu ermöglichen, dass auch einkommensschwache ältere Einwohnerinnen das Betreute Wohnen (BEWO) nutzen können, entspricht den politischen Zielen des Kantons Basel-Stadt¹. Deshalb werden zurzeit in Basel-Stadt 721 Wohnungen mit Leistungen des BEWO angeboten, die direkt geografisch an ein Pflegeheim angegliedert sind². Generell besteht das Ziel des BEWO, nicht nur in Basel, darin, dass ältere Menschen eigene Ressourcen so lange wie möglich nutzen, ohne die Betreuung eines Heims in Anspruch nehmen zu müssen³.

- 1 Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, «Merkblatt zur Regelung betreffend Wohnungen mit Serviceangebot für Betagte».
- 2 Kanton Basel-Stadt, «An Pflegeheime angegliederte Wohnungen im Kanton Basel-Stadt».
- 3 Sidler, «Kontaktperson vor Ort. «Wohnen plus» oder «betreutes Wohnen light»».

Abbildung 2: Infografik St. Christophorus

GESCHICHTE

- 1953 Gründung des Christophorus Vereins Basel
- 1955 Baubeginn
- 1956 Einweihung und Inbetriebnahme
- 2018 Grundsteinlegung für den Neubau Kleinhüningeranlage
- 2020 (Dezember) Bezug der 23 Wohnungen für BEWO

BETREIBER / BESITZER / TRÄGERSCHAFT

- Christophorusverein Basel

BESCHREIBUNG DES QUARTIERS

- Das Quartier Kleinhüningen, mit rund 2900 Einwohnerinnen und Einwohnern, ist seit 1908 Teil der Gemeinde Basel. Die Bewohnenden lebten lange vom Fischfang und Ackerbau. Das Quartier ist geprägt durch die Hafenanlagen im Dreiländereck (Deutschland, Frankreich, Schweiz), eine junge Einwohnerschaft und eine hohe Arbeitslosigkeit.

ANZAHL PLÄTZE IM PFLEGEWOHNHEIM

- 52 Plätze für pflegebedürftige Bewohnende, 8 Plätze für junge pflegebedürftige Bewohnende im IV-Alter, 1 Ferienbett

ANGEBOT BETREUTES WOHNEN

- 41 Wohnungen in zwei Liegenschaften. 1- bis 3-Zimmer-Wohnungen

ANGEBOT IM NEUEN GEBÄUDE

- Kirche, Wohn- und Begegnungszimmer
- Coiffeur
- Podologin
- Kindertagesstätte




1.3 Angebot und Bedarf für das Betreute Wohnen

Menschen in der Schweiz werden zunehmend älter, ohne von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen zu sein. Darum unterscheidet man heute zwischen dem dritten Lebensalter (65–80 Jahre) und dem vierten Lebensalter (80+). Die verschiedenen Lebensphasen haben unterschiedliche Themen, mit denen sich die Menschen befassen. So ist in der zweiten Lebensphase, im Alter 30–54 Jahre, der Beruf und die Familie äusserst präsent und ab dem

Alter 65 wird die Gesundheit ein wichtiges Thema. Beim Gesundheitsverlauf zeigt sich, dass nur rund 15% der Personen bis zu ihrem Tod unabhängig bleiben können⁴. Die Mehrheit erlebt eine Phase, in der sich langsam Abhängigkeiten entwickeln. Diese Entwicklung nennt man die Phase der Fragilisierung. Sie startet ohne Einschränkungen in den Aktivitäten, vielleicht mit leichten Schmerzen beim Gehen und endet mit Abhängigkeiten zum Beispiel bei der Körperpflege, dem Essen, der Kommunikation.

⁴ Gasser, Knöpfel, und Seifert, *Erst agil, dann fragil*.



Neben der Gesundheit spielen weitere Faktoren eine wichtige Rolle. Wer eine gute Schulbildung besitzt, ausreichend finanzielle Mittel hat und in einem sozialen Netzwerk eingebunden ist, leidet weniger unter dieser «Fragilisierung»⁶. Alle diese Faktoren können sich gegenseitig stark beeinflussen und die Situation verschlimmern.

Die eingeschränkte Fähigkeit, mit der herausfordernden Situation umzugehen, und die fehlende Unterstützung erhöhen diese Vulnerabilität, welche nicht nur negative Konsequenzen in der Alltagsgestaltung hat, sondern selber wieder zu einer Quelle von Stress und neuen Gesundheitsrisiken wird⁷.

In den letzten Jahren haben sich viele Formen der Unterstützung etabliert. Neben dem BEWO auch Alterswohnungen, Nachspitex, (betreute) Alterswohngemeinschaften oder Wohnen Plus⁸. Die einzelnen Formen unterscheiden sich durch den Grad der Unterstützung und zielen auf unterschiedliche Grade von Fragilität der Personen, die sich für diese Form des Alltags entschieden haben. Dies wird deutlich an den Beispielen des Age-Dossiers zum «Wohnen Plus»⁹. Es wird beschrieben, wie sich die Rolle der Kontaktperson von anderen Angeboten unterscheidet. Sie hilft, Unterstützung im Rahmen eines Nachbarschaftsnetzes aufzubauen und zu stärken. In diesem Fall bietet die Kontaktperson Beratung an, erledigt kleinere Handreichungen, dient als soziale Anlaufstelle und als Kommunikationsschnittstelle zu Nachbarn oder Verwaltung. Die meisten Projektverantwortlichen im «Wohnen Plus» betonen, dass es sich dabei nicht um Betreutes Wohnen handelt. Von ihrer Seite wird auch keine Pflege geleistet. Das Angebot richtet sich deshalb gezielt an selbständige Mieterinnen und Mieter im dritten Alter zwischen 65–80 Jahren.

Vor allem im vierten Lebensalter ab 80 Jahren wird die «physische und psychische Gesundheit» zum entscheidenden Faktor für eine erhöhte Fragilität. So benötigen 6.3% der über 80-Jährigen zu Hause lebenden Personen Hilfe bei Hausarbeiten, 5.3% sind nicht in der Lage, allein zu baden oder zu duschen und 7.9% können nur einige Schritte oder überhaupt nicht mehr gehen. Um die Anforderungen des Alltags meistern zu können, benötigen diese zu Hause lebenden Menschen regelmässige Unterstützung.

Steht ihnen diese Unterstützung nicht zur Verfügung, steigt ihre Verletzlichkeit (Vulnerabilität). Dies liegt daran, dass eine instabile Gesundheitssituation einerseits grössere Anpassungen in der Alltagsgestaltung verlangt und andererseits chronische Leiden die vorhandenen Fähigkeiten, mit diesen Situationen umzugehen, reduzieren. Die Kluft zwischen den Anforderungen des Alltags und den eigenen Fähigkeiten, den sogenannten Selbstpflegefähigkeiten, wird grösser⁵.

5 Imhof und Mahrer Imhof, «Betreutes Wohnen in der Schweiz. Grundlagen eines Modells».

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

7 Spini, Bernardi, und Oris, «Vulnerability Across the Life Course».

8 Sidler, «Betreute Alterswohngemeinschaften»; Sidler, «Age-Dossier 2016: Betreute Wohnungen mit Heimvorteil»;

Sidler, «Kontaktperson vor Ort. «Wohnen plus» oder «betreutes Wohnen light»»;

Werner, «Alterswohnungen – das aktuelle Angebot»

9 Sidler, «Kontaktperson vor Ort. «Wohnen plus» oder «betreutes Wohnen light»».

2

Das 4-Stufen Modell des Betreuten Wohnens



Der Ausbau des Angebots im St. Christophorus stellte die Frage, nach welchen Grundsätzen das BEWO konkret betrieben werden soll und welche Formen der Koordination zwischen Heimangebot und BEWO dafür sinnvoll wären. Dies ist besonders wichtig, da der Begriff des Betreuten Wohnens nicht einheitlich definiert ist und entsprechende Bestimmungen in den Kantonen variieren¹⁰.

Im Jahr 2019 wurde in einer Studie von CURAVIVA Schweiz, Senesuisse und Spitex Schweiz das 4-Stufen-Modell des Betreuten Wohnens entwickelt¹¹. Bei dieser Definition handelt es sich um ein intermediäres Angebot, d. h. um ein Angebot zwischen den ambulanten Leistungen der Spitex und den

stationären Leistungen der Pflegewohnheime. Ein Modell, das mit seinen Leistungen auch den Vorstellungen des Bundesrats entsprach. Dieser sah das Ziel pflegerischer Leistungen darin, Patienten und Patientinnen in ihrer Autonomie zu unterstützen und Vulnerabilität zu vermeiden. «Wie auch immer die Pflege aber umschrieben werden mag: Allen Definitionsansätzen gemein ist die starke Verknüpfung medizinischer, psychischer, sozialer und funktioneller Aspekte, der bei der Leistungserbringung im Einzelfall Rechnung getragen werden muss.»¹²

Die Heimleitung entschied sich deshalb, als Grundlage das neu dokumentierte 4-Stufen-Modell zu nutzen, weil dieses Modell Pflegeleistungen ein-

10 Oesch und Künzi, «Kantonale Rechtsgrundlagen und Regelungen für betreutes Wohnen».
 11 Imhof und Mahrer Imhof, «Betreutes Wohnen in der Schweiz. Grundlagen eines Modells».
 12 Bundesrat, «Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung».

Abbildung 3: Organisationsmerkmale des Betreuten Wohnens A-D

		A	B	C	D
Ziele	gelingender Alltag	■	■	■	■
	Würde, Unterstützung von Autonomie	■	■	■	■
	Möglichkeit zur sozialen Partizipation	■	■	■	■
	Sicherheit	■	■	■	■
Präsenz	telefonisch (Anliegen bearbeiten oder weiterleiten)				■
	persönlich, Bürozeiten (Anliegen bearbeiten oder weiterleiten)			■	
	24-h-Präsenz einer Fachperson (Anliegen bearbeiten)	■	■		
Planung	Bedarfsabklärung ADL/IADL	■	■	■	
	Bedarfsabklärung Gesundheit	■	■	■	
	Bedarfsabklärung/Ressourcen soziale Netzwerke, Angehörige	■	■	■	
	Informationsaustausch mit anderen Leistungserbringern	■	■		
Angebot	Wäsche, Haushalt	■	■	■	■
	finanzielle, administrative Aufgaben (Bank, Behörden, etc.)	■	■	■	■
	Unterstützung beim Kochen/Einkauf, Mahlzeitendienst, Restaurant	■	■	■	■
	Essen, Ernährung (inkl. Diät)	■	■	■	
	Körperpflege, Sich-kleiden, Mobilisation	■	■	■	
	Therapien, präventiv-fördernde Massnahmen	■	■	■	
	Sicherheit durch Telefon/Notrufknopf (24-h-Erreichbarkeit)	■	■	■	■
	Sicherheit durch Fachperson externe Dienste (Spitex, etc.)			■	■
	Sicherheit durch Im-Haus-24-h-Präsenz einer Fachperson	■	■		
	Sicherheit durch regelmässige Kontrollen	■	■		
	Massnahmen gegen soziale Isolation/Einsamkeit	■	■	■	■
	Freizeitanlässe, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben des Wohnorts	■	■	■	■
	spezialisierte Angebote: z. B. bei Demenz, Diabetes, Palliativpflege, psychischen Leiden, Sucht	■			
	Doku und Qualität	Dokumentation: Bedarfsabklärung, Vereinbarung, Leistungen	■	■	■
Evaluation Zielerreichung Self-Care-Fähigkeiten/gelingender Alltag		■	■	■	
Qualität	Evaluation Sicherheit	■	■	■	■
	Evaluation Lebensqualität, Würde, Autonomie	■	■	■	■
	Evaluation interprofessionelle Zusammenarbeit	■	■		



schliesst und deshalb auch für Personen im vierten Alter mit einer höheren Fragilität geeignet ist. Dabei überzeugen vor allem die im Modell aufgeführten vier Stufen von Leistungen, deren Ähnlichkeit zu den Leistungen des Pflegewohnheims Synergien versprechen: 1) Leistungen zur Erhöhung der Sicherheit in Notsituationen; 2) Leistungen zur Entlastung der Bewohnenden und deren Angehörigen; 3) Leistungen der pflegerischen Grundversorgung; 4) Leistungen im Bereich der Teilhabe, d.h. sozialen Aktivitäten und Veranstaltungen.

Das Modell unterscheidet vier Stufen. Von der Stufe D mit dem kleinsten bis zur Stufe A mit dem grössten Unterstützungsbedarf, und verlangt, dass Orga-

nisationen die Bedingungen für alle vier Stufen erfüllen. Dazu werden die fachliche Qualifikation des Personals, die zu erbringenden Leistungen und die zeitliche Verfügbarkeit über 24 Stunden als Kriterien beschrieben (Abbildung 3).

2.1 Die Anwendung des Modells in der Praxis

Im Modell werden nur die Eigenschaften der Organisation beschrieben, welche Bewohnende in den vier Stufen betreut. Ob eine Person der Stufe A, B, C oder D zugeordnet werden kann, wurde in der Beschreibung des Modells anhand von Beispielen dargestellt, gehörte jedoch nicht zum Entwicklungsschritt des Modells.

Die systematische Zuordnung der Personen in eine bestimmte Stufe war deshalb die Aufgabe der Umsetzung des Modells im St.Christophorus. Im Verlauf des Projekts hat man sich entschieden, für die Definition den zeitlichen Umfang der Leistungen und vorhandene Handlungskategorien zu nutzen. Es hat sich gezeigt, dass die Beschaffung von Abrechnungsdaten, basierend auf den ABC-Leistungen nach Krankenpflege-Leistungsverordnung, inklusive der hauswirtschaftlichen Leistungen, den geringsten Aufwand für die Datensammlung darstellt. Aus Machbarkeitsgründen wurden deshalb diese ABC-Leistungsdaten verwendet und auf die Nutzung vielleicht präziserer Daten (Planungsdaten, Pflegedokumentation, spezifische Bewohnendenbefragungen etc.) für die Stufendefinition verzichtet.

Ebenfalls in Kauf genommen wurde, dass diese ABC-Leistungen den Bedarf nur ungenügend darstellen. Es handelt sich lediglich um personenbezogene Leistungen, welche eine Reihe von zusätzlichen Aufgaben der Organisation nicht berücksichtigen. Dazu gehört gemäss Modell der Aufbau von Strukturen, die sich positiv auf die soziale Teilhabe auswirken: Unterstützung, die soziale Kontakte und Hobbies ermöglicht; kulturelle Anlässe, die das Zusammensein mit anderen Menschen im BEWO und dem bisherigen Bekanntenkreis fördern.

Abbildung 4: Vignetten – Beispiele der Lebenssituationen von Personen im St. Christophorus

<p>STUFE A</p> 	<p>Herr Meier ist 83 Jahre alt, verwitwet und kennt das Quartier seit seiner Jugend. Er ist durch eine neuromuskuläre Erkrankung und Schmerzen stark in seiner Mobilität eingeschränkt. Er braucht deshalb Hilfe bei der Mobilisation, beim Duschen, beim An- und Ausziehen. Durch die eingeschränkte Mobilität ist Herr Meier stark Dekubitus-gefährdet und leidet trotz täglicher Kontrolle und Behandlung immer wieder unter Hautschäden. Diese müssen der Situation entsprechend behandelt werden. Medikamente müssen vorbereitet und die Einnahme kontrolliert werden. Schmerztherapie und Krankheitsverlauf verändern den Pflegebedarf und verlangen eine regelmässige Neueinschätzung und Rücksprache mit der Hausärztin. Die erwachsenen Kinder von Herr Meier unterstützen ihn regelmässig jede Woche während ca. 2 Stunden. Regelmässige Gespräche mit ihnen und Herr Meier über die laufende Therapie und konkrete Unterstützungsmöglichkeiten gehören zur Aufgabe der Pflege. Im Haushalt wird Herr Meier durch kleinere Aufräumarbeiten, beim Richten des Bettes und bei Reinigungsarbeiten unterstützt.</p>
<p>STUFE B</p> 	<p>Frau Keller ist 85 Jahre alt, seit längerer Zeit verwitwet und hat bereits vor ihrem Einzug ins BEWO Unterstützung durch die Spitex erhalten. Sie hat sich nach einem Spitalaufenthalt kurzfristig für einen Umzug ins BEWO entschieden. Wegen einer leichten Herzinsuffizienz benötigt sie Kompressionsstrümpfe. Sie hat Schwierigkeiten, sich zu drehen, braucht einen Rollator und ist stark sturzgefährdet. Wegen dieser eingeschränkten Beweglichkeit und einer leichten Inkontinenz erhält sie tägliche Hilfe bei der Körperpflege, beim Ausziehen am Abend und bei der Mobilisation aus dem Bett am Morgen. Medikamente werden für die Woche in einem Doset gerichtet und die Einnahme täglich kontrolliert. Frau Keller legt sehr viel Wert auf eine gepflegte Wohnung. Einmal pro Woche wird sie bei einem Teil der Reinigungsarbeiten durch das BEWO unterstützt. Ihre erwachsenen Kinder kümmern sich um ihre finanziellen Anliegen, das Einkaufen und diverse Hausarbeiten im Umfang von ca. vier Stunden pro Woche.</p>
<p>STUFE C</p> 	<p>Frau Sarasin ist 92 Jahre alt. Als sie ins BEWO umzog, benötigte sie lediglich Hilfe bei Hausarbeiten. Sie ist aktiv und trifft täglich Leute. Ihre Mobilität ist etwas eingeschränkt, sie braucht einen Rollator. In den letzten Monaten nimmt sie gerne Hilfe in Anspruch, wenn es darum geht, den Alltag anzupassen oder mit der Ärztin oder ihren Kindern Dinge abzusprechen. Ihre Kinder besorgen den Einkauf. Medikamente nimmt sie selbständig ein. Sie werden wöchentlich in ihrem Doset gerichtet. Zweimal pro Woche wird ihr beim Duschen und täglich beim Anziehen der Antithrombosestrümpfe geholfen. Wie bereits früher wird sie bei Reinigungsarbeiten in der Wohnung unterstützt.</p>
<p>STUFE D</p> 	<p>Herr Müller ist 42 Jahre alt. Trotz einer starken Beeinträchtigung ist er selbständig im Alltag unterwegs. Er ist berufstätig. Die zunehmende Beeinträchtigung und das Alter seiner Mutter, die ihn in verschiedenen Tätigkeiten unterstützt, nannte er als Gründe, ins BEWO umzuziehen. Sicherheit und eine unkomplizierte Art, Hilfe in Anspruch nehmen zu können, bezeichnet er als grossen Vorteil gegenüber der alten Mietwohnung. Herr Müller benötigt alle zwei Wochen Unterstützung bei der Reinigung seiner Wohnung.</p>

Abbildung 5: Kriterien für die Zuordnung von Bewohnenden zu den vier Stufen des Modells

STUFE A

Personen der Stufe A benötigen Abklärung, Beratung und pflegerisch-medizinische Leistungen im Umfang von mehr als acht Stunden pro Monat. Spezialisiertes Pflegefachwissen wird benötigt. Zusätzlich werden Leistungen im Bereich der Grundpflege erbracht.

STUFE B

Personen der Stufe B benötigen zwischen zwei bis acht Stunden Abklärung, Beratung, Planung und medizinisch-pflegerische Leistungen pro Monat. Zusätzlich werden C-Leistungen der Grundpflege erbracht.

STUFE C

Personen der Stufe C benötigen maximal zwei Stunden Abklärung, Beratung und Planung pro Monat. Sie sind auf Leistungen der Grundpflege angewiesen.

STUFE D

Personen der Stufe D benötigen keine oder nur hauswirtschaftliche Unterstützung.

Diese Leistungen schaffen Bedingungen für die soziale Teilhabe und gegen Einsamkeit und sind damit in hohem Masse relevant für einen gelingenden Alltag. Die Stufen des BEWO in dieser Art und Weise zu definieren, stellt deshalb einen Versuch dar, bestehende Handlungskategorien und ihren zeitlichen Umfang sinnvoll zu nutzen (Abbildung 5).

Personen, die keine oder nur hauswirtschaftliche Leistungen bezogen, wurden in die Stufe D eingeteilt. Sie entsprachen am ehesten den Personen, die im Wohnen mit einem Concierge oder in den Projekten des Wohnens Plus beschrieben werden. Die Stufe C schloss jene Personen ein, die zusätzlich zum Beispiel Hilfe bei der Körperpflege oder in der Mobilität benötigen. Bereits ab Stufe C wird die Einschätzung der Selbstpflegefähigkeiten und der Gesundheitssituation wichtig, da Leistungen gemäss dem 4-Stufen-Modell einen präventiven Anteil aufweisen müssen. Hilfe in der Mobilität benötigt zum Beispiel eine Einschätzung der Sturzgefahr.

In der Stufe B wurden zusätzlich pflegerisch-medizinische Leistungen erbracht. Dazu gehörten neben medikamentösen Therapien auch diagnostische Massnahmen und eine regelmässige Beobachtung von Krankheitssymptomen. Für Personen in der Stufe A wurde pflegerisches Spezialwissen verlangt. Dies traf für Personen zu, deren gesundheitliche Situation sich rasch veränderte, Personen in Palliativsituationen, mit Atemnot, starken Schmerzen oder Personen am Lebensende. Es betrifft die Unterstützung von Personen mit Demenz oder mit psychischen Erkrankungen und herausforderndem Verhalten oder verlangt Spezialwissen im Umgang mit Suchtverhalten.

Diese Aufteilung hat sich in der Evaluation dieses Projekts bewährt. Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Stufeneinteilung wurde jede Stufe durch eine Vignette dargestellt, welche die Situation einer Bewohnerin oder eines Bewohners des BEWO im St. Christophorus konkret schildert (Abbildung 4).

Nachfrage und Motivation der Bewohnenden

In den 20 Monaten zwischen dem 01.12.2020 bis zum 31.07.22 haben sich 117 Personen, 85 Frauen und 32 Männer, für eine Wohnung im BEWO beworben (Abbildung 6). Die hohe Zahl spiegelt den hohen lokalen Bedarf wider. 57 Personen kamen aus dem Quartier Kleinhüningen und 53 aus den umliegenden Quartieren. Nur 7 Personen wohnten ausserhalb des Kantons Basel-Stadt.

Abbildung 6:
Am Betreuten Wohnen interessierte Personen

Anzahl Personen	117
Altersdurchschnitt	78.3
Frauenanteil	73%
Alleine lebend	79%
Spitex Leistungen	33%
Haushaltshilfe	39%

Bewerberinnen und Bewerbern für das Angebot wurde bei Aufnahme ein normaler Mietvertrag für die Wohnung vorgelegt. Dieser Vertrag wurde durch einen Zusatz ergänzt, welcher Mieterinnen und Mieter verpflichtete, Unterstützungsleistungen ausschliesslich vom Pflegewohnheim St. Christophorus zu beziehen. Vertraglich zugesichert und in einer Pauschale enthalten waren ein 24-h-Notruf, ein täglicher Kurzkontakt und Unterstützung bei alltäglichen Problemen. Der Vertrag sieht vor, dass zusätzlich Leistungen in Rechnung gestellt werden. Dazu gehören die Angehörigenberatung, Ausflüge und die Teilnahme an kulturellen Anlässen. Für das Mittagessen steht ein Restaurant im Pflegewohnheim zur Verfügung. Unterstützung der Hauswirtschaft, Pflege und Betreuung sowie Unterstützung durch den technischen Dienst (Kabel verlegen, Möbel um- oder aufstellen) werden nach Aufwand verrechnet. Allen Mieterinnen und Mietern wird gemäss diesem Zusatz bei Pflegebedürftigkeit, die über den Rahmen einer Spitex-Betreuung hinausgeht, ein nahtloser und unkomplizierter Übergang in das Pflegewohnheim garantiert¹³.

3.1 Gründe für die Bewerbung

In den Vorabklärungen wurden von den Bewerbern und Bewerberinnen immer wieder ähnliche Themen genannt, um den Entscheid für den Einzug ins BEWO zu begründen. Die meisten betonten, dass bei ihnen nur ein «geringer Unterstützungsbedarf» im Alltag bestand. Dabei handelte es sich um Kleinigkeiten, die das Leben komplizierter machen, aber von der Person gleichzeitig auch als Hinweis einer sich verändernden Situation interpretiert wurden. Dieser Unterstützungsbedarf betraf vor allem Hilfe bei den Hausarbeiten (58%), beim Einkauf (15%), bei der Nutzung des öffentlichen Verkehrs (15%) und in finanziellen Belangen (10%).

Angemeldete Personen beschrieben einen Unterstützungsbedarf im Umgang mit Medikamenten (24%), beim Ankleiden (19%), bei der Körperpflege (21%) und beim Gang zur Toilette (8.3%).

Diese Zahlen entsprechen wohl generell dem Bedarf im BEWO. Sie unterscheiden sich kaum von den Zahlen anderer Erhebungen, wie etwa jener von Köppel¹⁴, die ebenfalls zum Unterstützungsbedarf für Personen im Betreuten Wohnen veröffentlicht wurden. Lediglich im Bereich Einkaufen wurde in ihren Berichten von einem höheren Bedarf ausgegangen als bei den Anmeldungen im St. Christophorus.

In den Interviews mit neuen Bewohnenden hatten sieben Personen vor Eintritt ins BEWO einen Spitalaufenthalt. Aber nur 4% erklärten, dass sich ihr Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen verschlechtert habe. «Sicherheit» spielte eine entscheidende Rolle, zum Beispiel die Angst vor einem Sturz. Die Befürchtung, dass sich die gesundheitliche Situation rasch verändern könnte, liessen präventive Schritte für eine solche Situation sinnvoll erscheinen.

¹³ Pflegewohnheim St. Christophorus, «Mietvertrag: Vereinbarung Wohnen mit Serviceangebot».

¹⁴ Köppel, «Was Betagte sich wünschen».



Das BEWO sollte zudem auch vorhandene soziale Kontakte bewahren, die bei 92% der Anmeldungen als regelmässig und gut bezeichnet wurden. Der Entscheid für das BEWO diene deshalb auch als Garantie, ein Stück «Freiheit» und die Kontinuität im Umgang mit diesen Kontakten zu sichern. Ein Stück Freiheit, die sie bei einem Heimeintritt in Frage gestellt sahen.

«Ich wollte selbständig bleiben. Ich koche gerne und lade gerne Leute zum Essen ein. Ich bin noch aktiv. Das ist im Pflegewohnheim weg, da hat man nur noch sein Zimmer.»

Interview Frau D.

Es scheint deshalb logisch, dass 2/3 der Personen aus dem gleichen Quartier stammten, in dem das BEWO angeboten wird. Verschiedene Bewohnende kannten sich schon vorher, haben sogar miteinander im gleichen Betrieb gearbeitet oder waren Mitglied im gleichen Kirchenchor. Der Wunsch nach Freiheit, aber auch nach Kontinuität entspricht Erkenntnissen aus der Fachliteratur. Gemäss diesen Studien wollen Menschen, die ins BEWO wechseln, auch dort alt werden¹⁵. Sie stellen sich vor, dass sie nicht (nochmals) umziehen müssen, wenn der Pflegebedarf steigt. Das BEWO ist gemäss diesem Wunsch der Ort, wo man bis zum Tod sicher leben kann.

Als weiterer Grund für den Umzug ins BEWO wurde die «Entlastung von Angehörigen» genannt. Dies traf vor allem dann zu, wenn Angehörige nicht in der näheren Umgebung wohnten. Diese Entlastung wurde nicht nur als eine Entlastung von Unterstützungsaufgaben beschrieben. Sie beinhaltete auch eine Entlastung im Sinne von «Angehörige brauchen keine Angst zu haben, dass etwas passiert», oder «Meine Angehörigen wissen, da ist jemand zusätzlich, der für mich schaut».

¹⁵ Carder, O'Keefe, und O'Keefe, «Compendium of Residential Care and Assisted Living Regulations and Policy 2015 Edition»;

Hawes und Phillips, «Defining Quality in Assisted Living»;

World Health Organization, *World Report on Ageing and Health*.

«Ich werde von einer Verwandten unterstützt. Sie ist schon älter. Jetzt wollte ich einfach dieses Angebot. Wenn etwas ist, dann weiss ich, da ist immer jemand da, den ich fragen kann.»

Interview Frau F.

«Das ist hier anders als vorher. Mein Sohn wohnt in R (Ort), der kann doch nicht jedes Mal kommen, das geht ja nicht. Ich habe niemand hier in der Nähe.»

Interview Frau D.

Kaum überraschend entsprechen die Gründe für das BEWO den Wohnbedürfnissen, wie sie bereits in anderen Studien gefunden wurden. Auch im St. Christophorus werden Freiheit im Sinne von Autonomie, Sicherheit trotz einer sich verändernden gesundheitlichen Situation und das Bewahren von sozialen Kontakten ganz oben auf die Liste der Gründe gesetzt, die den Entscheid erklärten¹⁶.

Doch der Wunsch ins Betreute Wohnen umzuziehen, kann nicht nur mit einem steigenden Unterstützungsbedarf oder individuellen Wünschen erklärt werden. In den Interviews wurde auch die limitierende Wohnsituation genannt, die nicht nur in städtischen Gebieten die Wohnmöglichkeit älterer Personen einschränkt. Vor allem günstige und für Rentnerinnen damit auch erschwingliche Wohnungen müssen aufgegeben werden. Sei es, weil veraltete sanitäre Installationen das Baden und Duschen erschweren oder der Zugang zur Wohnung schwieriger wird, wie Frau C beschreibt:

«Ich lebte in einer Wohnung im vierten Stock ohne Lift. Das ging mit meinem Knie einfach nicht mehr. Einer Freundin von mir ging es ebenso. Da haben wir uns gemeinsam angemeldet.»

Interview Frau C.

Zusätzlich hat ein sich verändernder Wohnungsmarkt die Anzahl der Gesuche spürbar beeinflusst. Mehrere Anmeldungen waren darauf zurückzuführen, dass bestehende Mietverhältnisse wegen der

Sanierung von grossen Überbauungen im Quartier aufgelöst wurden. Deutlich sichtbar wird damit, was in verschiedenen Publikationen als erhöhte Vulnerabilität beschrieben wird. Die Kumulation von finanziellen, kulturellen und gesundheitlichen Faktoren, die zusammen die Situation der Person übermässig belasten¹⁷. Gleichzeitig zeigen die Beweggründe aber auch auf, welche Leistungen vom BEWO erhofft und erwartet werden können.

3.2 Der definitive Entscheid für das BEWO

Von den 117 Personen, die sich für eine Wohnung interessierten, wurde bei vier Personen das Gesuch vom Vermieter der Wohnungen aus finanziellen Gründen abgelehnt. 49 (42%) der Bewerbungen wurden von der Person selbst zurückgezogen. Von ihnen begründeten 45 ihre Absage. Am häufigsten genannt wurden dafür der Entscheid für eine andere Wohnung (17) oder der Übertritt in ein Pflegeheim während der Wartezeit (12). Sechs Personen verstarben. Seltener wurde die Wohnungsgrösse (2), der tiefe Unterstützungsbedarf (5) oder die Vorbehalte von Partnerinnen und Partnern oder Familienangehörigen (3) gegen einen Umzug ins BEWO als Gründe für einen Verzicht aufgeführt. 13 Personen wurden auf eine Warteliste aufgenommen.

Während der Periode vom Dezember 2020 bis Juli 2022 traten 51 Personen ins Betreute Wohnen ein. 21 von ihnen bewohnten bereits vorher Liegenschaften mit Verbindung zum Heim und wurden nach Beendigung des Neubaus ins Versorgungsangebot des BEWO integriert. Weitere 30 Bewohnende hatten auf ihre Bewerbung eine Zusage erhalten. 57% von ihnen bezogen die Wohnung in den ersten drei Monaten, bis März 2021. Die restlichen 13 Personen traten in den folgenden 16 Monaten, bis Juli 2022, ein. Total haben in der 19-monatigen Beobachtungsperiode neun Personen das Betreute Wohnen verlassen. Drei von ihnen sind verstorben und sechs sind ins Pflegeheim übergetreten.

16 Köppel, «Was Betagte sich wünschen».

17 Gasser, Knöpfel, und Seifert, Erst agil, dann fragil; Lenz, Gruetter, und Haering, «Konzept Vulnerabilität»;

Spini, Bernardi, und Oris, «Vulnerability Across the Life Course».

4

Auswertung der Nutzungsdaten im BEWO



Wer das 4-Stufen-Modell anschaut und die hohen fachlichen Anforderungen an das Personal im Pflegeheimbereich kennt, stellt sich natürlich die Frage, ob im BEWO Leistungen begrenzt werden müssen und wo diese Grenze liegt. Um diese Fragen diskutieren zu können, mussten drei Grundlagen erarbeitet werden.

Erstens, in welchen Stufen befinden sich Personen bei Eintritt in das BEWO. Diese Frage gibt Auskunft über den erwarteten Aufwand an Hilfeleistungen und welche Leistungen bei Eintritt der Personen ins BEWO erbracht wurden. Zweitens, wie entwickelt sich dieser Bedarf über Zeit. Dabei spielt der Umfang dieser Zu- und Abnahmen eine Rolle und in welchen zeitlichen Abläufen diese Veränderungen stattfinden. Drittens gilt das Augenmerk jenen Personen, die aus dem BEWO ausscheiden, den Gründen, die dazu führten und der Betreuungssituation zum Zeitpunkt des Austritts.

4.1 Bedarf: Erhaltene Leistungen bei Eintritt

In der Periode vom 1.1.21 bis 31.07.22 wurden die tatsächlich erbrachten Unterstützungsleistungen dokumentiert, wie sie als Stunden für die pflegerischen ABC-Leistungen und die Hauswirtschaft erbracht wurden.

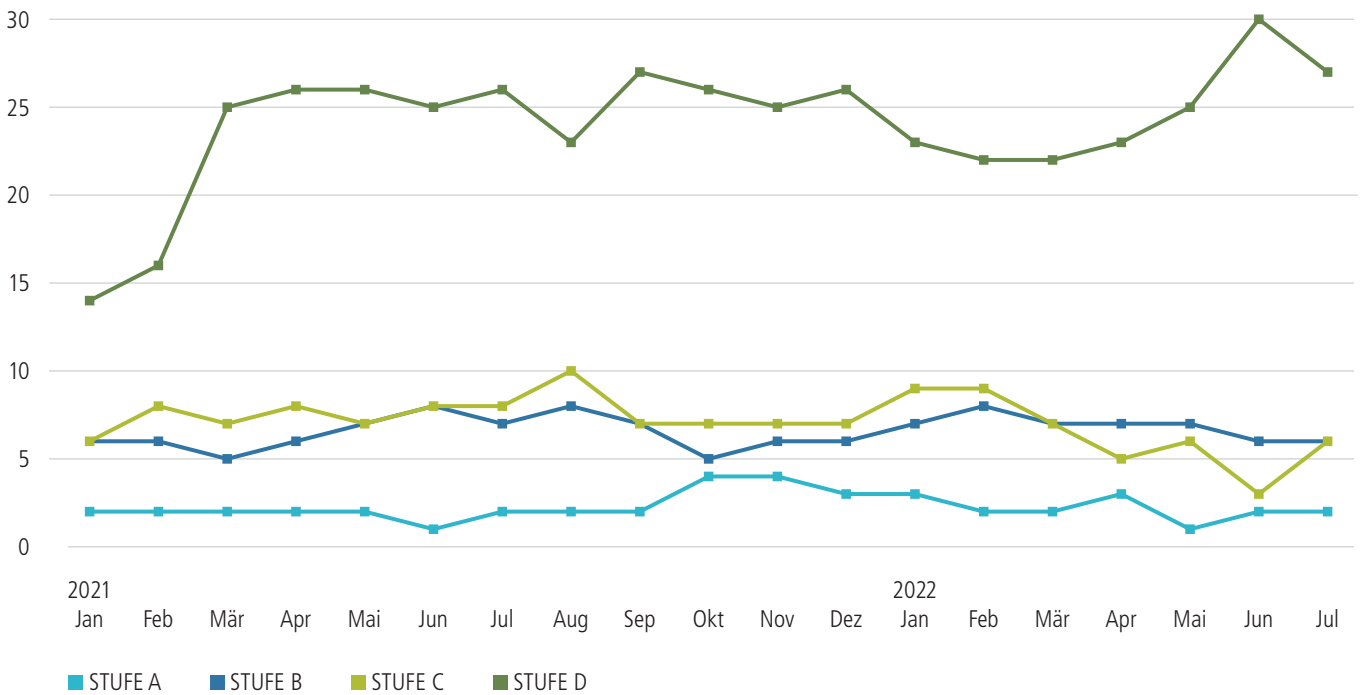
Im ersten Monat ihres Aufenthalts im BEWO benötigten 22 Bewohnende keinerlei Unterstützung. Weitere 14 hatten sich entschieden, hauswirtschaftliche Leistungen zu beziehen. Damit entsprachen 36 Bewohnende (70%) bei Eintritt den Kriterien der Stufe D des Modells. Total 93.3 Stunden, d.h. im Durchschnitt 1.7 Stunden hauswirtschaftliche Unterstützung pro Woche und Person wurden in dieser Gruppe bezogen.

Die übrigen 15 Personen waren bei Erhebung der ersten Daten auf ABC-Leistungen entsprechend der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) angewiesen. Die Personen mit ABC-Leistungen benötigten im ersten Monat ihres Aufenthalts total 120 Leistungsstunden. Sieben Personen benötigten 80% dieser Stunden. Pro Person war ein Unterstützungsbedarf zwischen 1.3 und 4.3 Stunden pro Woche nötig.

Sieben Personen erfüllten nach dem 4-Stufen-Modell Kriterien der Stufe C mit Leistungen der Grundpflege und nur geringen Leistungen im medizinpflegerischen Bereich. Sechs Personen gehörten der Stufe B an; zwei von ihnen bezogen vor allem pflegerisch-medizinische B-Leistungen, die übrigen benötigten zusätzlich auch grundpflegerische C-Leistungen. Zwei Personen, die bereits vorher in Wohnungen des St. Christophorus wohnten, erfüllten bei Messbeginn im Januar 2021 die Kriterien der Stufe A.

Die Gruppe der Stufe B und C war im Durchschnitt älter als die Gruppe, die keine oder nur hauswirtschaftliche Leistungen bezogen (83.5 Jahre vs. 78.0 Jahre).

Abbildung 7: Anzahl Personen nach Stufe und Monat



4.2 Veränderung der Leistungen über Zeit

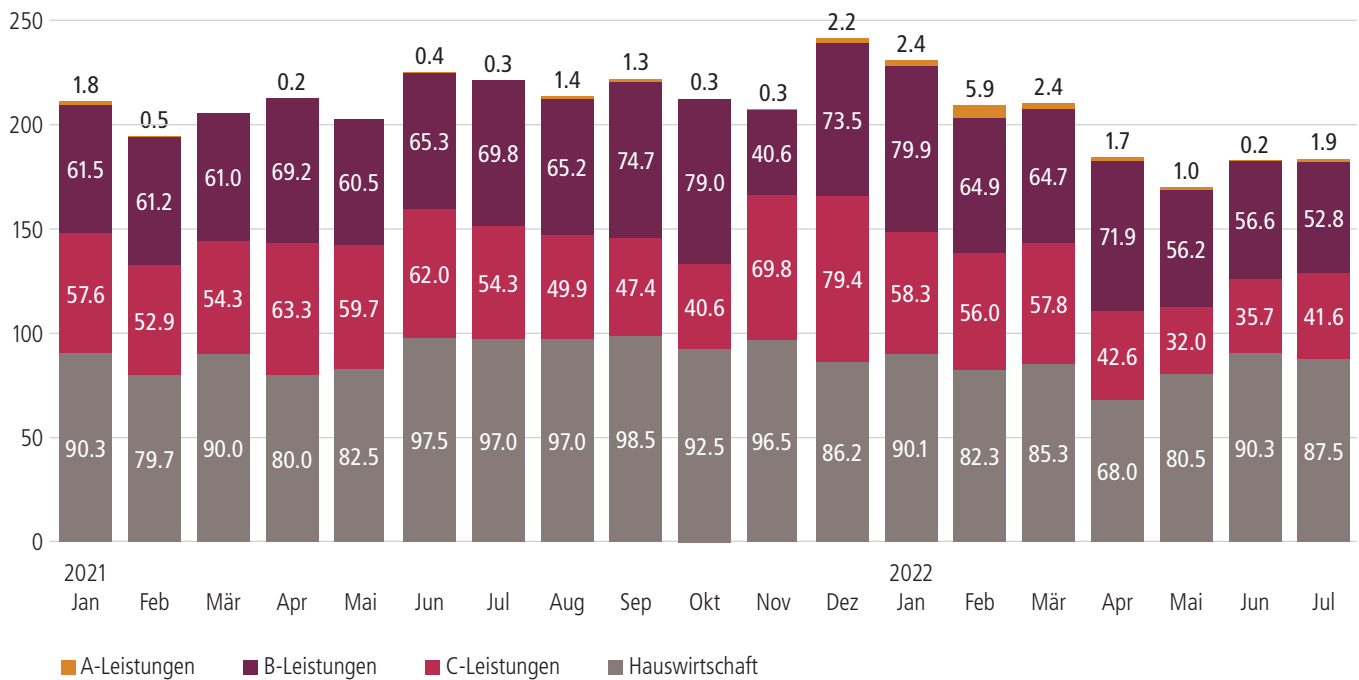
In den 19 Monaten der Beobachtung wurde dokumentiert, wie viele Monate sich Bewohnende in einer bestimmten Betreuungsstufe befanden. Total 760 Personen-Monate konnten ausgewertet werden. 60 % dieser Personen-Monate gehörten zur tiefsten Stufe ohne oder nur mit hauswirtschaftlichen Leistungen; 18 % befanden sich in der Stufe C; 16 % in der Stufe B und 6 % in der höchsten Stufe A mit Spezialpflege/Beratung (Abbildung 7).

Um Veränderungen des Bedarfs darzustellen, wurde der Bedarf im ersten Monat mit dem Bedarf während den folgenden Monaten verglichen. Bei rund einem Drittel der Personen stieg die Zahl der Unterstützungsstunden im Verlauf des Aufenthalts an, bei den übrigen blieb dieser Zeitaufwand konstant.

Zwei Gruppen wurden verglichen. Jene, die im Eintrittsmonat bereits Leistungen bezogen, und jene, die in der Stufe D, d. h. ohne Leistungen ins BEWO eintraten. Der Vergleich zeigt, dass in der Personengruppe ohne Leistungen bei Eintritt die Zunahme mit 0.42 Wochenstunden geringer ausfiel als in der Personengruppe, die im Eintrittsmonat bereits ABC-Leistungen bezogen (1.14 Wochenstunden). Die Auswertung zeigt, dass bei Personen mit bestehenden ABC-Leistungen mit einem stärkeren Anstieg gerechnet werden muss.

Der Gesamtbedarf an Leistungen zeigte sich über die 19 beobachteten Monaten als relativ stabil. Im gesamten BEWO wurden für die 51 Bewohnenden in dieser Zeit 3939 Stunden Unterstützung geleistet. Im Durchschnitt 207 Stunden pro Monat, mit Schwankungen zwischen 170–241 h/Monat. Durchschnittlich wurden 88 Stunden pro Monat durch die Hauswirtschaft erbracht und 119 Stunden pro Monat waren pflegerische ABC-Leistungen (Abbildung 8).

Abbildung 8: Anzahl ABC-Stunden und Hauswirtschaft pro Monat



Am grössten waren der Anteil von Leistungen der Hauswirtschaft (42 %) und der pflegerisch-medizinischen Leistungen (31 %). 26 % waren Leistungen der Grundpflege und 1 % der Leistungen benötigten pflegerisches Spezialwissen, wie etwa die Beratung und Situationsbeurteilung in besonders anspruchsvollen Situationen.

Es scheint unwahrscheinlich, dass sich im BEWO der gesamte Unterstützungsbedarf der Bewohnenden rasch ändert und schnell eine hohe Intensität annimmt. Planungssicherheit scheint damit auch für Organisationen gegeben zu sein, die eine breite Klientel für das BEWO rekrutieren und dem 4-Stufen-Modell folgen wollen. Veränderungen können möglicherweise abgefangen werden, wenn das Zusammenspiel zwischen BEWO und Heim diesen Veränderungen Rechnung tragen kann und eine Flexibilität beim Personaleinsatz besteht.

4.3 Leistungen der sozialen Teilhabe

Nicht alle Aufgaben des BEWO lassen sich im Katalog der ABC-Leistungen erfassen. Dazu gehört die Unterstützung beim Erhalt oder der Schaffung sozialer Kontakte. Ein Problem im vierten Lebensalter ist, dass soziale Kontakte abnehmen und Menschen deshalb unter Einsamkeit leiden können. Dazu tragen die limitierte Mobilität, Einschränkungen im Hören und Sehen oder abnehmende kognitive Kapazitäten bei¹⁸. Bei den 69–75-Jährigen in der Schweiz leiden 5 % häufig und 20 % manchmal unter Einsamkeit. Bei den über 80-Jährigen steigt dieser Anteil auf 7–8 % (häufig) und 25 % (manchmal)¹⁹.

Im BEWO wurde deshalb «Teilhabe» zu einem wichtigen Anliegen. In einem ersten Schritt wurde erfasst, wie die Mieterinnen und Mieter sich fühlen. Fragen wie «Fühlen Sie sich einsam?», «Haben Sie

18 Gasser, Knöpfel, und Seifert, *Erst agil, dann fragil*.

19 Höpfinger, «Soziale Beziehungen im Alter – Entwicklungen und Problemfelder».



das Einsamkeitsrisiko reduzieren. Im Neubau wurde ein Wohnzimmer eingerichtet, das auch als Bibliothek dient und rege benutzt wurde. Angeboten wurden zudem eine Sportstunde, eine Jassrunde und Konzerte. Gegen eine Gebühr können Bewohnende auch an den Aktivitäten der Aktivierung im Pflegewohnheim teilnehmen²⁰.

Das Angebot entsprach damit den in den Pflegeheimen üblichen Strategien der Aktivierung und beschreibt die erste Phase der Entwicklung. Weitere Massnahmen werden notwendig sein. Dazu gehört der Einbezug von Bewohnenden und Angehörigen in die Planung, um eine integrative Wirkung zu verstärken. Eine aktuelle Studie zeigt die Schwierigkeiten in diesem Prozess. Bei den bestehenden Angeboten in Institutionen werden Bewohnende leider nicht oder nur ungenügend in die Entscheidungsfindung einbezogen. Obwohl das Management und das Personal der Institutionen den Einbezug in die Entscheidungsfindung begrüßen, scheint dieses Ideal nicht mit der Praxis übereinzustimmen. Vielmehr entscheidet das Personal «im besten Interesse der Bewohnenden»²¹.

Interesse, etwas zu unternehmen» oder «Wie häufig hatten Sie in der letzten Woche Kontakt zu anderen Personen?» wurden regelmässig gestellt. Die Auswertung dieser Daten zeigt, dass im BEWO des St. Christophorus der Anteil der Personen, die sich manchmal einsam fühlten, im Herbst 2021 rund 24 % betrug und sich im Januar 2022 auf 12 % reduzierte. Keine Bewohnenden erklärten, häufig einsam zu sein. Dies könnte damit zusammenhängen, dass beinahe 60 % der Bewohnenden mindestens viermal pro Woche Kontakt zu Angehörigen oder zu ihrem Freundeskreis hatten und 41 % mindestens einmal pro Woche von diesen Personen auch in der Alltagsgestaltung unterstützt wurden.

In einem zweiten Schritt wurden bauliche Massnahmen ergriffen, um ein Gemeinschaftsleben im BEWO zu ermöglichen. Ein gezieltes Angebot an Aktivitäten sollte die soziale Teilhabe fördern und

Im St. Christophorus war der Wunsch, Bewohnende mehr in die Gestaltung des BEWO zu integrieren, zu Beginn des Projekts klar formuliert worden. So waren auch der Einbezug einer Vertreterin oder eines Vertreters in das Sounding-Board des Projekts und die Bildung eines Bewohnenden-Rates als mögliche Massnahmen geplant. Der Einbezug einer Bewohnerin und einer angehörigen Person ins Sounding-Board des Projekts fand statt, während die Bildung eines Bewohnenden- oder Angehörigenrates nicht gelang.

Nicht zu unterschätzen waren spontane Aktivitäten der Bewohnenden. In den Interviews beschrieben sie, dass unabhängig von Massnahmen der Institution im Verlauf des Jahres spontan Kontakte zu Nachbarinnen und Nachbarn entstanden. Diese Entwicklungen waren auf den verschiedenen Stockwerken sehr unterschiedlich ausgeprägt und entsprachen den Prozessen, die auch in Mehrfamilienhäusern zu beobachten sind.

20 Doyon und Schupp, «Abschlussbericht Projekt 4-Stufen-Modell im betreuten Wohnen St. Christophorus».

21 Erlandsson, Knutsson, und Schön, «Perceptions of Participation».

4.4 Leistungen in Notsituationen (Notruf)

Zu Beginn wurde ein Mitarbeitender im BEWO eingesetzt, um die Morgenstunden 07:00–12.00h und Abendstunden 17:00–21:00h abzudecken. Die Person arbeitete also in einem geteilten Dienst. Am Wochenende war nicht eine Person, sondern Mitarbeitende des Pflegeheims in Rotation eingeplant, um Unterstützung zu übernehmen oder ungeplante Einsätze des Notrufsystems abzudecken.

Sicherheit ist einer der meistgenannten Gründe, wieso sich Menschen für das BEWO entschlossen. Das 24-Stunden-7-Tage-Alarmsystem gehört deshalb als Standard zum Angebot. In der 15 Monate dauernden Beobachtungsperiode wurde dieses System 149-mal in Anspruch genommen. Zwischen 5–13-mal pro Monat reagierte das Personal auf einen Notruf. Dabei handelte es sich 22-mal um einen

Fehlalarm oder eine Fehlfunktion. Der gesamte Zeitaufwand betrug 49 Arbeitsstunden. Zum Einsatz kam in 86 Situationen eine Diplomierte Pflegefachperson. In 46 Situationen war eine Fachangestellte Gesundheit im Einsatz und in 17 Situationen eine Person mit einer SRK-Assistenzausbildung.

In 41 Fällen handelte es sich um eine Notfallsituation, in der die Gesundheit der Person durch ein Ereignis akut gefährdet war. Vor allem Sturzereignisse waren die Ursache dieser Notfalleinsätze (Abbildung 9).

In den Situationen, die nicht als Notfalleinsätze eingeschätzt wurden, waren Inkontinenz, Hilfe auf der Toilette, Mobilisation und Lagerung im Bett die häufigsten Unterstützungshandlungen. Vor allem nachts zwischen 00:00–04:00h sowie nachmittags zwischen 12:00–16:00h wurden Einsätze am häufigsten mit dem Notfallknopf ausgelöst (Abbildung 10).

Abbildung 9: Notrufsystem – Einsätze Mai 2021 bis Juli 2022 (N=149)

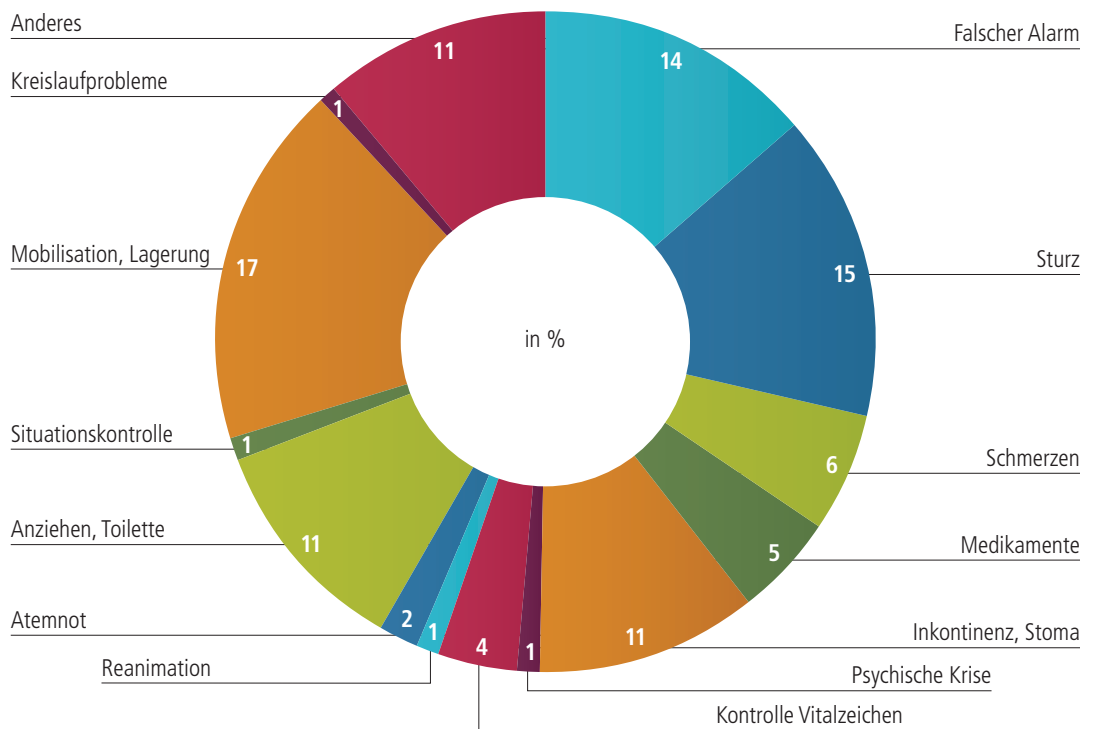
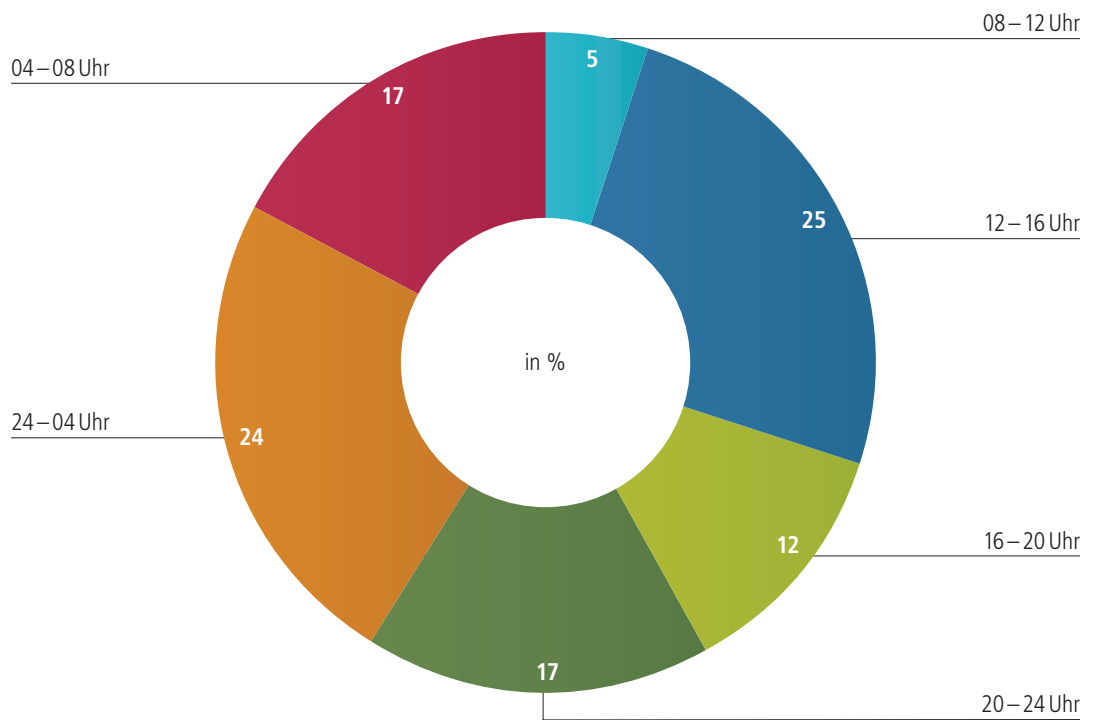


Abbildung 10: Grafik 4: Notfallknopf-Einsätze – Tageszeit (N=149)



Notfallknopf-Einsätze konzentrierten sich stark auf einige wenige Personen. So wurden 51% der Notfalleinsätze bei drei Personen geleistet. Dazu gehörte eine Person der Stufe D (17 Einsätze), eine Person der Stufe B (25 Einsätze) und eine weitere Person der Stufe B später A (34 Einsätze).

Die hohe Frequenz von Einsätzen bei diesen Bewohnenden erklärt, wieso Personen der Stufe B im Durchschnitt jeden zweiten Monat diese Dienstleistung beanspruchten. Im Gegensatz dazu nutzte eine Person der Stufe A den Notknopf im Durchschnitt jeden dritten Monat, die Person der Stufe C jeden sechsten Monat und Personen der Stufe D im Durchschnitt jeden zehnten Monat.

4.5 Die Grenzen des Betreuten Wohnens

Entsprechend dem Wunsch der Bewohnenden versucht das 4-Stufen-Modell Betreuung und Pflege präventiv anzubieten und damit einen Übertritt in ein Pflegewohnheim zu verhindern. Drei Personen konnten während der 19-monatigen Beobachtungsperiode bis zu ihrem Tod in der angestammten Wohnung verbleiben. Dies betraf je eine Person ohne Unterstützung (Stufe D), mit nur wenig (Stufe C) und umfangreicher pflegerischer Unterstützung (Stufe B).

Im Verlauf der Beobachtungszeit verließen sechs Bewohnende das Betreute Wohnen. Sie traten ins Pflegewohnheim über, zwei von ihnen nach längerem Spital- und Rehabilitationsaufenthalt. Vier lebten schon vor dem Neubau während Jahren in Al-



terswohnungen des St. Christophorus und wurden im Februar 2021 in das System des BEWO integriert.

Eine Verlegung wurde auf Druck der Krankenkasse durchgeführt. Sie verlangte, dass wegen den anfallenden Kosten ein Übertritt der Bewohnerin in das Pflegewohnheim stattfinden soll²². Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Praxis nicht einem bestehenden Bundesgerichtsurteil entspricht²³.

Die jahrelange enge personelle und örtliche Verbundenheit von zwei Personen zum Pflegewohnheim St. Christophorus führte sicherlich dazu, dass der Übertritt als Option eher in Betracht gezogen wurde. In ihrem Statement zu den Übertritten betont die Projektleitung, dass der Wunsch, im BEWO zu bleiben, sich bei einer Verschlechterung der Gesundheit ändert. Dies, weil die Situation zu Unsicherheiten führt, die «auch durch Gespräche nur bedingt aufgefangen werden können»²⁴. Aufgeführt wird von der Projektleitung als Grund für den Wechsel deshalb vorwiegend der «Wunsch der Bewohnenden oder deren Familienangehörigen». Wenn Unsicherheit zu diesem Schritt führt, wird damit aber nicht erklärt, wieso neben den drei Personen der Stufe B, zwei Personen der Stufe C und sogar eine Person der Stufe D ins Pflegewohnheim übertraten.

Bei den sechs Bewohnenden, die ins Pflegewohnheim eintraten, hatte niemand eine sehr intensive Unterstützung mit spezialisierter Pflege nötig (Stufe A). Es fällt auf, dass bei zwei Personen ein hoher zeitlicher Aufwand für die Pflege bestand, der sich nach Übertritt weiter erhöhte (26 respektive 19 Stunden pro Woche) und es bei diesen beiden Personen zu wiederholten Notrufen kam (21 respektive 19 in drei Monaten vor Übertritt).

Bei den restlichen vier Personen, die in das Pflegeheim übertraten, spielte weder der Umfang der Leistungen noch die Anzahl der Notfalleinsätze eine Rolle. Drei Personen wiesen einen Pflegebedarf von bis zu sieben Stunden, eine Person von bis zu fünf Stunden pro Woche aus. Nur eine Person wurde vorher hospitalisiert und lediglich fünf Notfalleinsätze wurden für diese vier Personen in den vergangenen drei Monaten vor Übertritt ausgelöst. Die alle drei Monate durchgeführte Einschätzung der Gesundheitsindikatoren ergab eine erhöhte Sturzgefahr bei einer Person und Anzeichen einer Depression bei einer weiteren Person. Eine Person bezeichnete ihre Gesundheit als unverändert mittelmässig, die restlichen drei als unverändert gut.

Leider liegen keine Daten vor, welche eine Erklärung oder eine Interpretation dieser Übertritte erlauben. Die Projektleitung betont in diesem Zusammenhang, dass die Situation und involvierte Prozesse zurzeit diskutiert werden, um Erkenntnisse für die Zukunft zu gewinnen.

Bei Nachfragen bei anderen Pflegezentren mit BEWO wurde darauf hingewiesen, dass ein hoher zeitlicher Aufwand nicht zwingend zu einem Heimeintritt führen muss. Vielmehr hänge dies von den pflegerischen Handlungen ab. Gründe, die für eine Verlegung sprechen, wären die Notwendigkeit einer engmaschigen Überwachung in der Nacht, sehr anspruchsvolle pflegerische Handlungen, die spezielle technische Apparaturen benötigen. Wenn Hilfsmittel zur Mobilisation verwendet werden müssen, die in der Wohnung aus Platzgründen nicht aufgestellt werden können, ist ein Übertritt ins Pflegewohnheim nicht vermeidbar. Die Möglichkeit eines Ver-

22 Doyon und Schupp, «Abschlussbericht Projekt 4-Stufen-Modell im betreuten Wohnen St. Christophorus».

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

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

24 Doyon und Schupp, «Abschlussbericht Projekt 4-Stufen-Modell im betreuten Wohnen St. Christophorus».

bleibs im BEWO kann deshalb nicht generell beantwortet werden. In vielen Fällen entscheidet ein Abwägen zwischen Wunsch und Sicherheit. Dazu gehört vor allem die Einschätzung der vorhandenen Personalressourcen sowohl fachlich wie auch zahlenmässig.

In den Interviews mit Bewohnenden hat sich gezeigt, dass die Anbindung des BEWO an ein Pflegewohnheim tatsächlich einen Übertritt für Bewohnende erleichtert und im Sinne eines «wenn es halt dann sein muss» erlaubt. Dies ist v. a. dann der Fall, wenn der Personaleinsatz an beiden Orten durch die gleichen Personen erfolgt und die Alternative «Pflegewohnheim» durch personelle Kontinuität den Schrecken verliert.

Es ist nachvollziehbar, dass bei den beiden Personen mit hohem Personalaufwand personelle und Infrastruktur-Ressourcen nicht gegeben waren, um eine Versorgung im BEWO zu garantieren und deshalb Aspekte von Sicherheit beim Entscheid dominierten. Doch Interviews mit Bewohnenden relativieren deren vermuteten Wunsch nach einem Übertritt.

«Es hat mir weh gemacht, dass ich die Wohnung verlassen musste. Mein Sohn und die Frau Doktor haben mich bearbeitet. Es gehe nicht mehr, ich müsse ins Pflegeheim. Ich musste es dann einsehen. Es fiel mir schwer, weil es mir doch so gefallen hat.»

Interview nach dem Übertritt ins Pflegeheim Frau A.

Für Frau A war die Entscheidung keine leichte Sache. Sie hat ihre gestiegene Abhängigkeit deutlich geschildert. Trotzdem hat sie sich nach einem Spitalaufenthalt zwei Wochen lang gegen den Gedanken gewehrt, dass sie ihre Wohnung verlassen muss. Es sei anders hier im Pflegeheim und ihr Alltag und das Leben hinge stark von der jeweils zuständigen Person ab.

Das Gleiche gilt auch für Frau B. Sie beschreibt, dass nach dem Tod ihrer beiden Freundinnen es ihr nicht so schwer fiel, einer Verlegung ins Pflegeheim zuzustimmen. Aber auch sie beschreibt, dass dieser Schritt weg aus dem BEWO eine schwierige Entscheidung war, welche vom Personal aus Gründen der Sicherheit aktiv gefördert wurde:

«Ich bin viel gefallen. Ich habe zugestimmt. Ich habe gesagt, aber nur in eine bestimmte Abteilung, sonst springe ich in den Rhein. Das habe ich gesagt. Er (Name der zuständigen Pflegefachperson) kam und sagte: Es tut mir leid, aber ich muss mit ihnen reden. Es ist besser, wenn sie ins Pflegeheim gehen. Da kommt jemand in der Nacht (...) Ich würde es lieber sehen, wenn sie rüber gehen.»

Interview nach dem Übertritt ins Pflegeheim Frau B.

Für ältere Personen bedeutet der Übergang in ein Pflegewohnheim immer auch einen plötzlichen Wechsel bezogen auf Identität, verbunden mit Autonomieverlust, Veränderungen der täglichen Routine, sozialem Status und Kontakten. Oft ist dieser Wechsel deshalb mit Trauer und Gefühlen der Einsamkeit verbunden²⁵. Dies trifft für alle Phasen des Übergangs zu. Für die erste Phase der Diskussion der Möglichkeit bis zum Entscheid, in der zweiten Übergangsphase bis zum Übertritt und in der dritten Phase nach dem Übertritt, wenn es um die Anpassung an die neue Lebenssituation geht²⁶. Unabhängig davon, was zum Übertritt führt, ist eine professionelle Begleitung in allen drei Phasen pflegerisch indiziert.

25 Groenvynck u. a., «Interventions to Improve the Transition From Home to a Nursing Home».

26 Sussman und Dupuis, «Supporting Residents Moving into Long-Term Care».

Die Projekt-Bilanz der Leitung Pflegedienst



Frau Katja Schupp,
Leitung Pflegedienst

Was war im Rückblick der ersten 18 Monate die grösste Herausforderung im Aufbau des Betreuten Wohnens?

Die grösste Herausforderung stellte sicherlich die erschwerte Personaleinsatzplanung dar. Mit einem Teil der Probleme hatten wir gerechnet, aber nicht mit allen. Wir waren überrascht, dass die Bildung eines eigenen Teams für das BEWO nicht möglich war. Wir haben mit einem grösseren Arbeitsaufwand und komplexeren Pflegesituationen gerechnet. «Zuwenig Arbeit» hat dann dazu geführt, dass die neuen Angestellten im BEWO sich «unterfordert» fühlten.

Hat sich durch die Zusammenarbeit BEWO – Pflegewohnheim die Arbeit in den beiden Bereichen verändert?

Um die Flexibilität, aber auch Fachlichkeit zu gewährleisten, haben wir eine Abteilung des Pflegewohnheims dem Betreuten Wohnen zugeteilt und den Personalbestand dort dementsprechend aufgestockt. Die Reduktion der verantwortlichen Personen auf eine Abteilung hat dazu geführt, dass die Vertrautheit der Klienten zum Personal gestärkt werden konnte. Alle Mitarbeitenden, welche das Betreute Wohnen betreuen, sind den Klienten und Klientinnen bekannt. Gleichzeitig konnten wir so die anfänglichen Schwierigkeiten mit einem sehr komplexen Fluss der Informationen lösen.

Was würden Sie als die grösste fachliche Herausforderung im BEWO bezeichnen? Wie kann das Personal darauf vorbereitet werden?

Aufgrund unserer Prozessabläufe bei einer Zustandsverschlechterung ist heute gewährleistet, dass diese früh erkannt und entsprechend reagiert wird. Beim kleinen Team von 2–3 Mitarbeitenden konnte dies am Anfang so nicht gewährleistet werden. Daher war die Anbindung an das Pflegewohnheim auch so wichtig. Durch die Bearbeitung und Anpassung des Prozessablaufs «Verschlechterung des Allgemeinzustandes», die Einführung des Systems «Stop & Watch» und Teamsitzungen, die sich mit dem Thema beschäftigten, ist es uns gut gelungen, das Personal auf die Herausforderungen vorzubereiten.

Was würden Sie anderen Institutionen in der gleichen Situation als «lessons learned» weitergeben?

Das BEWO sollte gut überlegt, abhängig von der Grösse und den Leistungen der vorhandenen Spitex-Organisationen geplant werden, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Die Kriterien für die Klientenauswahl sollten gut vorbereitet und vorher festgelegt werden. Ich bin heute der Meinung, dass ein Einzug ins BEWO mit der Notwendigkeit verbunden sein sollte, gewisse pflegerisch-medizinische Leistungen oder Leistungen der Grundpflege zu benötigen. Das BEWO verlangt zudem Leistungen, die nicht vom Personal des Pflegewohnheims durchgeführt werden können, weil hierfür Personalressourcen mit zusätzlichen Personalkosten benötigt würden. Dazu gehört z. B. die Durchführung von Veranstaltungen und anderen Aktivitäten der Teilhabe. Diese Trennung ist nicht hilfreich, aber sie entspricht den gesetzlichen Vorgaben einer strikten Trennung zwischen Pflegewohnheim und BEWO. Ebenfalls hätten die Übertrittskriterien vom BEWO ins Pflegewohnheim klarer definiert werden müssen. Damit Vorstellungen der Bewohnenden nicht enttäuscht werden, müssen Bewohnende und Angehörige schon bei Eintritt über diese Kriterien informiert werden.

Was sind Ihre nächsten Schritte und Ziele im BEWO?

Die nächsten Schritte entsprechen den Punkten, die ich vorher erwähnt habe: die Prozessoptimierung durch Klärung der Eintrittskriterien und für den Übertritt ins Pflegewohnheim. Bei vielen dieser Prozesse haben wir festgestellt, dass Angehörige eine bedeutende Rolle spielen. Sie spielen eine bedeutende Rolle bei der Beobachtung von gesundheitlichen Veränderungen der Bewohnenden mit unserem «Stop & Watch»-System. Sie arbeiten dafür eng mit dem Pflegepersonal zusammen. Ein enger Kontakt zu den Angehörigen ist die Grundlage dafür. Wir sind deshalb daran, besser und umfassender aufzuklären und haben dafür regelmässige Gespräche geplant.

6

Neue Herausforderungen an Organisation und Personal



Leiter betreutes Wohnen: Herr Tomasz Kurzawa
Ansprechperson für kleine und grosse Probleme im Alltag.

Das Ziel des 4-Stufen-Modells ist es, einen «gelingenden Alltag» zu unterstützen. Dazu gehören Sicherheit, Würde im Umgang mit den Bewohnenden, Autonomie und der Erhalt sozialer Partizipation²⁷. Die Leitung des St. Christophorus war sich bewusst, dass die angebotene Unterstützung einerseits substituierend ist, wenn Handlungen stellvertretend übernommen werden, und andererseits präventiv sein müssen, wenn die Selbstpflegefähigkeiten, deren Unterstützung und die Bedürfnisse der Bewohnenden im Fokus stehen und verhandelt werden. Dies betont auch die Leitung des St. Christophorus in ihrem Antrag an die Age-Stiftung:

«Der Fokus auf die Selbstpflegefähigkeiten setzt neu das Verhandeln von Unterstützungsleistungen voraus. Dieses Verhandeln kombiniert die professionelle Bedarfseinschätzung und die Bedürfnisse der Bewohnenden. Dieser Prozess ist Kernstück des Projekts.»²⁸

Fachliteratur zeigt, dass die Attraktivität von Pflegewohnheimen und damit auch die Nachfrage dafür sinken, weil Selbstbestimmung und Autonomie durch institutionelle Rahmenbedingungen eingeengt werden. Andererseits ist die Form des BEWO besonders geeignet, den Anspruch auf Autonomie zu erfüllen. Dieser Trend wird sich noch verstärken²⁹. In den Interviews mit Bewohnenden des St. Christophorus spiegelt sich dieser Trend wider. Begriffe wie «Autonomie», «Selbständigkeit», «Unabhängigkeit» wurden häufig von Bewohnenden genannt, um den Entscheid für das BEWO zu begründen und die Qualität des Wohnens zu beschreiben. Die grosse Bedeutung dieser Werte ist typisch für die Generation der Baby-Boomer und erklärt auch das Interesse an alternativen Wohnformen wie Wohnen Plus, Alterswohngemeinschaften und eben auch des BEWO³⁰.

In der Zusammenarbeit zwischen BEWO und Pflegeheimen müssen sich nicht nur die institutionellen Rahmenbedingungen im Heim ändern, um eine individuell angepasste Unterstützung zu ermöglichen, sondern es werden hüten und drüben neue Fähigkeiten und Haltungen des Personals notwendig.

In Interviews mit Fachpersonen wurde die Ansicht geteilt, dass Abhängigkeit von Unterstützung, Selbstpflegefähigkeiten und Autonomie erlebt werden und sich nur im Kontext der Biografie von Menschen verstehen lassen. Die Wahl der Problemlösung sollte deshalb möglichst in Einklang mit der Biografie der Menschen stehen. Durch diese Ausrichtung auf die Biografie können Situationen entstehen, in denen nicht einfach und schnell eine

27 Imhof und Mahrer Imhof, «Betreutes Wohnen in der Schweiz. Grundlagen eines Modells».

28 Jung, «Antrag für Förderbeiträge an die AGE-Stiftung (Internes Dokument)».

29 Leser, *Herausforderung Alter*.

30 Knöpfel, Pardini, und Heinzmann, *Gute Betreuung im Alter in der Schweiz: Eine Bestandsaufnahme*.

Lösung gefunden wird. Der Anspruch stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligten im BEWO und im Pflegeheim.

Traditionell erleben Beschäftigte und Bewohnende einen Unterschied zwischen Heim und BEWO. Das Heim wird, im Gegensatz zum BEWO, nicht als ein privates Zuhause angesehen. Im Heim steht traditionell nicht der individuelle Alltag einer Einzelperson im Zentrum, sondern der einer Einheit, einer Gruppe von Menschen. Dieser Alltag wird bestimmt von Fachpersonen, welche mit einer höheren Gestaltungsmacht das gemeinsame Leben und Arbeiten bestimmen, sich aufgabenorientiert organisieren und damit auch die Anpassungsmöglichkeiten von Bewohnenden bestimmen³¹. Eher tradierte Werte und Haltungen des Personals werden, ohne eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Thema Alltag und Selbstpflegefähigkeiten, übernommen. Damit besteht eine Gefahr, dass auch im BEWO eine gruppenorientierte Haltung und ein aufgabenorientiertes Handeln beibehalten werden. Damit würde aber ein Verhandeln und ein Beitrag zu einem selbstbestimmten gelingenden Alltag verhindert. Bestehende Unterschiede wurden in den Interviews mit Personal sichtbar. So waren eher traditionelle Vorstellungen aus dem Heimbereich anzutreffen:

«Es besteht eine Liste, was bei jeder Person zu tun ist. An die hält man sich. Das ist wie im Pflegeheim.»

Interview mit Mitarbeiter:in A

Der Erhalt von individuellen Gewohnheiten und Werten und die angepasste Unterstützung im Umgang mit Veränderungen im Alltag ist daher ein wichtiges Qualitätskriterium, deren Effekt sich in einem gelingenden Alltag und im Erhalt der Lebensqualität zeigt³². Auch in diesem Sinne äusserten sich Mitarbeitende.

«Die Situationen sind im BEWO anders als im Pflegeheim. Die Privatsphäre und Gewohnheiten sind wichtig. Es ist wichtig, wie ich in die Wohnung gehe, wie ich ein Bett mache. Es gibt hier nicht ein Standard wie im Pflegeheim.»

Interview mit Mitarbeiter:in B

Sie bestätigen mit ihrer Aussage die Ansicht, dass es im BEWO und eigentlich auch im Heimbereich darum geht, das «zu Hause sein» zu unterstützen³³.

Ein Ruf nach personen-zentrierter Pflege wird deshalb nicht nur im BEWO laut, sondern aktuell auch für den Heimbereich vermehrt als notwendig erklärt³⁴. Dabei gilt es zu bedenken, dass das Alter aber auch über eine einzigartige Dynamik verfügt: Der Tod naher Angehöriger und Freunde, die Wahrscheinlichkeit von Autonomieverlust durch chronische Leiden und das nahende Lebensende verändern die Sicht auf Autonomie und Selbständigkeit³⁵. Die absolute Unabhängigkeit und Freiheit des «ich entscheide alles allein» wird weniger wichtig. Sie wird mit unterstützter Selbständigkeit ersetzt und als Folge davon wird absolute Autonomie auch mit verhandelter Autonomie ersetzt. Das Gefühl von Selbständigkeit entsteht, wenn mit oder ohne Unterstützung eine neue Alltagsroutine entsteht. Dies gilt es in der Pflege zu bedenken, damit nicht aus einer paternalistischen Haltung heraus Menschen vernachlässigt werden, weil «machen lassen» mit Autonomie verwechselt wird³⁶.

«Autonomie bedeutet, selbst zu Hause leben zu können. Es braucht keine Pflege. Ich bin wie im Stand-by und halte Kontakt.»

Interview mit Mitarbeiter:in A

31 Ammann und Afzali, «Heimat im Alter. Lebensrückschau und Alltagsgestaltung»;

Welford u. a., «Autonomy for Older People in Residential Care».

32 Imhof und Mahrer Imhof, «Betreutes Wohnen in der Schweiz. Grundlagen eines Modells».

33 Rijnaard u. a., «The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes».

34 Kim und Chang, «A Meta-Synthesis Study of Person-Centered Care Experience from the Perspective of Nursing Home Residents»;

Kitwood, *Demenz: Der personen-zentrierte Ansatz mit verwirrten Menschen*;

McCormack, «A Conceptual Framework for Person-Centred Practice with Older People»;

van der Kooij, *Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell*.

35 Leser, *Herausforderung Alter*.

36 Gardijan, «Abhängigkeit, Isolation und Vernachlässigung im Alter».



Autonomie im Sinne der Bewohnenden bedeutet, dass Fachpersonen Interesse für ihre Biografie zeigen, damit der Alltag nahe bei dem gestaltet werden kann, was früher Normalität war. Autonomie ist kein Zustand, sondern ein Prozess. Sie entsteht im Verhandeln darüber, was in einer Situation sinnvoll und möglich ist. Diese Autonomie ist neben einem Anspruch auf Schutz von Leib und Leben, der persönlichen Integrität, dem Respekt und dem Anspruch auf die Menschenrechte das, was «Würde» definiert³⁷. Es ist das, was Bewohnende in den Interviews meinten, wenn sie von einem würdevollen Altern sprachen, und das, was gemeint ist, wenn Pflegefachpersonen von einer «personenzentrierten Pflege» sprachen.

Nicht nur im BEWO des St. Christophorus stellt die Haltung der «Personen-Zentrierung» auch hohe Anforderungen an das Personal anderer Betriebsbereiche. Zur Umsetzung der Ausrichtung auf Selbstpflegefähigkeiten und Autonomie bedarf es der

Schulung sowohl für alle Mitarbeitenden der Pflege wie auch der Bereiche der Hauswirtschaft, des technischen Dienstes, der Hotellerie.

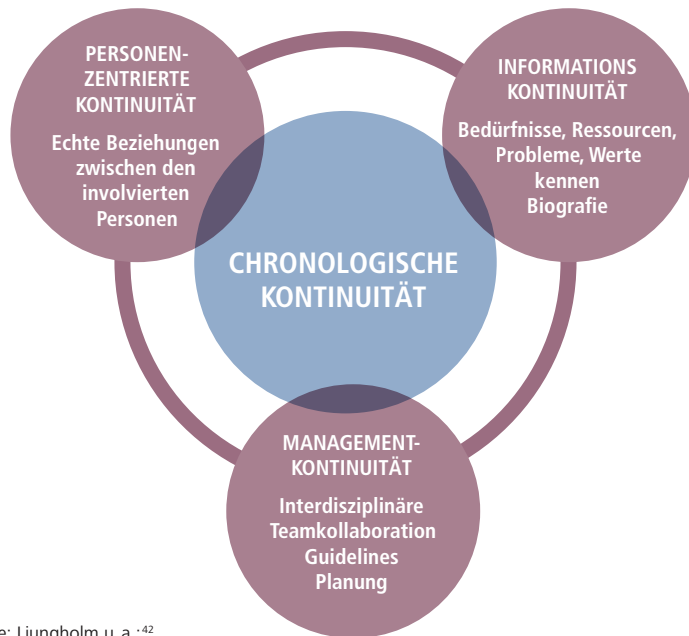
Im Zentrum steht die Teamentwicklung in Richtung personenzentrierte Pflege. Eine Literaturreview von Welford et al. (2010) benennt die Merkmale, wie ein solches Team die Autonomie im BEWO wie auch in einem Pflegewohnheim ermöglichen kann: 1) Bewohnende sind in Entscheidungen einbezogen; 2) sie entscheiden über Unterstützung basierend auf ihren Selbstpflegefähigkeiten; 3) Unterstützung wird in einer respektvollen Kommunikation verhandelt; 4) Angehörige werden einbezogen, v. a. wenn die Entscheidungsfähigkeit der Bewohnenden eingeschränkt ist; 5) Flexibilität und eine Atmosphäre von Würde bestimmen den Alltag; 6) die Beziehung zwischen Personal und Bewohnenden wird durch ein stabiles und motiviertes Team gefördert und das Ziel ist der Erhalt von Autonomie.

37 Rüegger, «Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung alter Menschen».

7

Betriebliche Herausforderungen

Abbildung 11: Die drei Elemente der Kontinuität



Quelle: Ljungholm u. a.:⁴²

Die Fachliteratur bestätigt: Kontinuität zu garantieren, ist zentral, wenn es darum geht, Spitaleintritte zu reduzieren, Bedürfnisse der Bewohnenden zu erfüllen³⁹. Vor allem im Kontext chronischer Leiden und zum Beispiel in palliativen Situationen spielt Kontinuität eine zentrale Rolle in der Qualitätssicherung, weil Informationen, Planung und Entscheidungen in ein integriertes System der Kollaboration einfließen müssen⁴⁰.

Kontinuität meint auf der einen Seite die Erfahrung von Bewohnenden mit ihrer Fachperson und andererseits die Kontinuität über Zeit, die «chronologische Kontinuität». Die chronologische Kontinuität wird oft als der beste Indikator für Kontinuität angesehen⁴¹.

Drei Typen von Kontinuität spielen in den Diskussionen eine zentrale Rolle und sollten aus einer Bewohnenden-Perspektive angeschaut werden (Abbildung 11):

- 1) Die Informations-Kontinuität beinhaltet Informationen zu früheren Umständen, Ereignissen und anderen Anbietern von Leistungen. Sie erlaubt, die Situation der Person zu verstehen. Sie sollte nicht nur gesundheitsbezogen sein, sondern biografische Daten, Werte, Vorlieben, den sozialen Kontext der Bewohnenden erfassen.
- 2) Beim zweiten Typ von Kontinuität handelt es sich um die Beziehungs-Kontinuität, den Aufbau einer echten und vertrauensvollen Beziehung. Sie ist zentral im Heimbereich und im BEWO und bildet die Verbundenheit zwischen Bewohnenden und der Fachperson ab. Diese Form der Kontinuität erzeugt das Gefühl der Sicherheit und das Gefühl, Zusammenhänge zu erkennen.
- 3) Management-Kontinuität ist der dritte Typ und beschreibt die sich ergänzenden Leistungen in einem interdisziplinären Team und wie sie in einem gemeinsamen Plan, gemeinsamen Guidelines dargestellt werden. Dieser Plan erzeugt Beständigkeit und beschreibt, wann, wie und von wem welche Leistungen erbracht werden.

38 Jung, «Antrag für Förderbeiträge an die AGE-Stiftung (Internes Dokument)».

39 Ma u. a., «Continuity of Nursing Care in Home Health»;
World Health Organization und United Nations Children's Fund (UNICEF), *Primary Health Care Measurement Framework and Indicators*.

40 den Herder-van der Eerden u. a., «How Continuity of Care Is Experienced within the Context of Integrated Palliative Care».

41 Reid, Heaggerty, und McKendry, «Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare».

42 Ljungholm u. a., «What Is Needed for Continuity of Care and How Can We Achieve It?»;
Reid, Heaggerty, und McKendry, «Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare».

Die Arbeit im BEWO findet, wie diejenige der Spitex, in der Privatwohnung ohne ein Zutun eines immer vorhandenen Teams statt. Selbstverantwortlich, ohne schnelle Rücksprache mit einem Team fachlich korrekt agieren und handeln zu müssen, braucht fachlich qualifiziertes Personal, wie die Leitung des St. Christophorus festhält:

«Die zusätzlich benötigte fachliche Qualifikation sowie die Informationskontinuität müssen durch neue Prozesse gesichert werden.»³⁸

Zudem wurde im Antrag formuliert, dass zusätzlich neue und überarbeitete Arbeitsabläufe die Kontinuität der Versorgung mit möglichst geringem Aufwand unterstützen sollen. Beides, genügend Fachpersonal und Kontinuität, wurden als wichtige qualitätsrelevante Voraussetzungen angesehen.

7.1 Eine einzige Anlaufstelle

Für die Organisation bedeutet Management-Kontinuität deshalb die Planung eines guten Informationsflusses innerhalb der Organisation, mit externen Stellen, sowie eine optimale Koordination der verschiedenen Abläufe. Wie bei der Bildung eines neuen Betriebsteils in Verbindung mit einem Neubau zu erwarten, war im St. Christophorus vom ersten Tag an Kreativität und Improvisation gefragt, um die notwendige Management-Kontinuität zu gewährleisten.

Überrascht von der hohen Zahl von Interessenten und Interessentinnen wurde früh ein Diagramm der einzelnen Arbeitsschritte, Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen geregelt und damit neben der Anlaufstelle für die sich bewerbenden Personen klare Prozesse geschaffen. Die Aufgaben teilten sich die administrative Mitarbeiterin mit Concierge-Funktion und der Leiter des BEWO. Angemeldete Personen wurden zur Wohnungsbesichtigung eingeladen und gleichzeitig in einem Gespräch die Lebenssituation, der pflegerisch-betreuerische Unterstützungsbedarf und die Dringlichkeit eines Einzugs erhoben. Diese Daten wurden systematisch dokumentiert und bildeten die Grundlage des Entscheids. Bewerberinnen und Bewerber erhielten so alle Informationen aus einer Hand und zwei gut informierte Personen standen zu Bürozeiten für Fragen zur Verfügung.

Nach dem Einzug sprachen die Projektleitung und die Mitarbeitenden in den ersten Wochen von einer «chaotischen Situation» und führten dies auf den fehlenden Einbezug der Pflegefachpersonen in der Bauphase zurück.

«Niemand von uns war involviert, sie haben gebaut und wir wurden <wenn es gebrannt hat> zugezogen, in den Prozess der Wohnungsgestaltung und der Gestaltung der Büroräumlichkeiten waren wir nicht einbezogen.»

Statement C. Doyon, Projektleitung

Die Zuständigkeit bei technischen Problemen war nicht geklärt und, wie zu erwarten, gab es davon viele. Bewohnende wussten nicht, ob sie sich an den Vermieter, den Dienst des Pflegewohnheims oder die Baufirma wenden mussten, wenn Rollläden nicht funktionierten oder sich ohne Zutun öffneten und schlossen, der Lift nicht funktionierte, Türen nicht aufgingen, Haltegriffe bei der Toilette fehlten, Briefkästen für die Post nicht zugänglich waren oder ganz simpel eine Glühbirne zu ersetzen war. Die Klärung dieser Verantwortlichkeiten war nicht einfach und konnte nur zeitlich verzögert erfolgen.

In dieser Situation übernahm der Empfang im Pflegewohnheim spontan eine Concierge-Funktion für die Koordination und Bearbeitung der Anliegen aus dem BEWO.

«Die Leute aus dem BEWO kommen an meinen Schalter. Sie kennen mich persönlich. Ich höre mir ihre Sorgen an und leite sie an die zuständige Stelle weiter. Das ist eine gute Lösung.»

Brigitte Dettwiler, Sekretariat

Dieser direkte persönliche Kontakt trug wesentlich dazu bei, dass der Umzug «kundenfreundlich» gelang. Ärger und Konflikte, die mit der Anfangsphase des BEWO verbunden waren, verringerten sich. Personen mit Dienstleistungen, vor allem pflegerischer Unterstützung, hatten mehr Kontaktmöglichkeiten und konnten ihre Anliegen direkt anbringen. Um auch für Personen ohne Dienstleistung die Möglichkeiten zu erhöhen, wurden «Kaffeegespräche» vereinbart. Es handelte sich dabei um Kurzbesuche der Leitung BEWO (Pflegeperson), während denen die konkrete Situation, Probleme, Wünsche und Bedürfnisse diskutiert werden konnten.

7.2 Neue Prozesse gestalten

Als Grundlage der Management-Kontinuität wurden vier Prozesse als wichtig eingeschätzt und prioritär bearbeitet. Es handelte sich um den Prozess bei «Eintritt», «Austritt», «Spitalaufenthalt» und «Zustandsverschlechterung». Für die Bearbeitung betonten die Verantwortlichen die Bedeutung flexibler, praxisnaher Lösungen. Massnahmen, welche rasch umsetzbar möglichen Problemen in der Organisation vorbeugen konnten.

«Wir treffen zwar Entscheidungen auf professionellem Fachwissen und jahrelanger Erfahrung (...), dennoch machen wir bei Herausforderungen meist keine grossen Analysen, sondern reagieren agil darauf und finden praxisnahe, schnell umsetzbare Lösungen.»

Projektleitung St. Christophorus

Dieses Vorgehen entspricht der Situation im Langzeitpflegebereich, wo trotz Personalknappheit und stark schwankenden Belastungen pragmatische Entscheide im Alltag gefällt werden müssen, um neue und bestehende betriebliche Abläufe zu verbinden.

Die Bearbeitung der ausgewählten Prozesse konzentrierte sich deshalb in den ersten 19 Monaten stark auf die einzelnen Handlungsschritte in Form von Arbeitsanweisungen an das Personal, auf die Anforderungen an die Dokumentation und die Koordination der involvierten Stellen. Ziel der Projektleitung war es, die Kommunikationswege und die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbindlich festzulegen⁴³. Die Perspektive der Organisation dominierte deshalb die Ziele für eine Bearbeitung. Lediglich beim Spitalaufenthalt wurde ein Nachgespräch mit Angehörigen und den Bewohnenden geplant, aber auch hier mit dem Ziel, Abläufe innerhalb der Organisation zu optimieren.

7.3 Qualitätsmerkmal: Kontinuität der Beziehung und Information

Pflegerische Tätigkeiten oder die Reinigung der Wohnung finden in der Privatsphäre anderer Menschen statt und laufen deshalb Gefahr, die persönliche Integrität der Person zu verletzen. Informations- und Beziehungskontinuität sind Qualitätsmerkmale, die den Schutz der Integrität aller beteiligten Personen erhöhen.

«Man weiss über die Personen Bescheid. Man kennt sich. Es ist wie ein Besuch und manchmal bleibt etwas Zeit für ein Kaffee. Dann erzähl ich über das Problem mit meiner Tochter.»

Interview Bewohnerin Frau M

Für Bewohnende bedeutet diese Kontinuität die Erfahrung der Verbundenheit und des Vertrauens. Der Aufbau einer persönlichen Beziehung gelingt nur dann, wenn die Zahl der zuständigen Pflegefachpersonen und der Haushalthilfen nur wenige Personen umfasst. Eine organisatorische Herausforderung, die es möglich macht, dass Informationen zu Präferenzen, Werten, Ereignissen weitergegeben und konkrete Abmachungen zwischen Bewohnenden und Personal eingehalten werden.

Zu Beginn des Projekts bestand die Crew im BEWO vorwiegend aus zwei (bis drei) Personen. Dem Leiter des BEWO, welcher alle pflegerischen Massnahmen auch persönlich durchführte, und der zuständigen Fachperson für hauswirtschaftliche Leistungen. Die Arbeitszeiten wurden so gelegt, dass eine Präsenz über 14 Stunden, mit einer längeren Mittagspause, garantiert wurde. Es scheint kein Zufall zu sein, dass gerade in dieser Pause zwischen 12:00 h–16:00 h die Zahl der Notrufe deutlich grösser war als im Rest des Tages. Samstags und sonntags und in der Nacht war zusätzliches Personal aus zwei Stockwerken des Pflegewohnheims zuständig.

43 Doyon und Schupp, «Abschlussbericht Projekt 4-Stufen-Modell im betreuten Wohnen St. Christophorus».



«Er ist meine Bezugsperson. Er weiss, wie er mir helfen muss. Er spürt, wenn es mir nicht gut geht, und er passt seinen Plan der Situation an. (...) Er hört zu, wenn ich etwas sage, und setzt sich für mich ein.»

Interview Bewohnerin Frau K

Die personelle Kontinuität durch die Anwesenheit und die telefonische Erreichbarkeit des Leiters des BEWO wurde in allen Interviews mit Bewohnenden erwähnt und sehr geschätzt. Diese optimalen Bedingungen für die Informations- und Beziehungskontinuität waren mit einer extremen Arbeitsbelastung für den Leiter des BEWO verbunden und deshalb längerfristig nicht vertretbar.

Geplant war die Bildung eines kleinen Teams, welches während des Tages und an Wochenenden zum Einsatz kommen sollte. Doch die Neubesetzung der Stellen im BEWO des St. Christophorus schlug lange fehl. Geeignete Personen konnten wegen des

Fachkräftemangels nicht gefunden werden. Eine im Heim ausgebildete Kraft konnte nach ihrem Lehrabschluss eingesetzt werden. Nach mehreren Monaten wurde entschieden, für die Ausführung der pflegerischen Leistungen zusätzlich Personal einer Pflegeabteilung einzusetzen, welche bereits mehrmals Notrufe betreut hatte. Das Personal dieser Abteilung war mit den Bewohnenden vertraut und die personelle Kontinuität in der Betreuung wurde durch diesen Entscheid unterstützt. Dies trug auch dem Umstand Rechnung, dass im BEWO und im Heim nicht das gleiche Dokumentationssystem verwendet wurde. Dies behinderte die Informationskontinuität stark.

Eine reibungslose Integration der Informationskontinuität zu Personen im BEWO konnte nach 19 Monaten nicht erreicht werden. Als Gründe wurden die vorhandenen IT-Lösungen, unterschiedliche Abrechnungssysteme und gesetzliche Vorschriften aufgeführt. Als Massnahme für die Sicherung der Informations- und Management-Kontinuität fand für das Personal eine gezielte Anwenderschulung zum IT-System im BEWO statt.

Fachliche Expertise und Teamentwicklung

Ausser in der Stufe D, wo keine Leistungen oder nur Leistungen der Hauswirtschaft angeboten werden, verlangt das 4-Stufen-Modell, dass Leistungen einen präventiven Charakter haben. Dazu benötigt es eine professionelle Einschätzung vorhandener Ressourcen, der Selbstpflegefähigkeiten sowie der Gesundheitssituation und -risiken⁴⁴. Diese Einschätzungen der Situation erlauben erst eine vorausschauende Planung. Vor allem im BEWO, wo Kontakte und damit auch die Möglichkeiten der Beobachtung seltener sind als im Pflegewohnheim, bietet eine umfassende Einschätzung der Situation eine wichtige Grundlage für Sicherheit.

Fälschlicherweise wird angenommen, dass komplexe pflegerische Situationen im BEWO kaum vorkommen. Die Personen sind meist selbständig oder benötigen nur Leistungen der Grundpflege (C-Leistungen), so die Argumentation. Dies ist oft nicht der Fall. Im St. Christophorus kam die Projektleitung zum Schluss, «... dass die Anforderungen an das Personal im BEWO sehr hoch sind»⁴⁵. Gespräche mit mehreren Anbietern von BEWO bestätigen diese Einschätzung. Der fördernde und präventive Ansatz im BEWO stellt hohe Anforderungen an eine professionelle Beziehung.

Zeit haben, Unterstützungsmöglichkeiten mit den Bewohnenden auszuhandeln, ist vor allem da besonders schwierig, wo erste Limitierungen Anpassungen im Alltag verlangen. Im «BEWO sind Pflegefachpersonen die Besucher», wie sich eine Pflegefachperson ausdrückte, und das verlangt viele Fähigkeiten v. a. im Bereich der Kommunikation.

Deshalb werden an verschiedenen Orten vor allem Pflegefachpersonen mit mehrjähriger Spitex-Erfahrung bevorzugt eingestellt. Sie besitzen die notwendigen Fähigkeiten und sind es gewohnt, im Gegensatz zum Teammitglied im Pflegewohnheim, selbständig als Einzelpersonen Situationen zu beurteilen, Entscheide zu fällen und mit Ambiguität und möglichen Fehlentscheiden kreativ umzugehen. Dieses Handeln als Einzelperson wurde auch von Beschäftigten des St. Christophorus als grosser Unterschied im Einsatz zwischen BEWO und Pflegewohn-

heim genannt. Die zeitliche Belastung kann dabei im Umfang kleiner sein als im Pflegewohnheim. Im «häuslichen Umfeld» stellen die Beziehungsgestaltung (z. B. bei verhaltensauffälligen Personen), Krisensituationen, Alltagsorgen und Ängste, das Verhandeln von pflegerischen Massnahmen, die Einschätzung von Krankheitssymptomen hohe Anforderungen an die fachliche Expertise. Expertinnen und Experten von Institutionen raten deshalb dazu, einen hohen Anteil von Pflegefachpersonen mit FH-/HF-Abschluss und «mehrjähriger Spitex-Erfahrung» einzustellen und trotz Mangel auf dem Arbeitsmarkt andere Bewerbungen abzulehnen. Leider deutet die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt darauf hin, dass sich nicht nur im BEWO, sondern auch im Heimbereich die Situation verschlechtert, da der Anteil von diplomiertem Fachpersonal sich seit 2012 weiter reduziert hat⁴⁶.

Das 4-Stufen-Modell sieht vor, dass für die Stufe A zusätzlich speziell ausgebildete Spezialistinnen und Spezialisten mit einem Hochschulabschluss (Masterstufe) den Personalbestand im BEWO ergänzen sollten. Gesucht ist immer wieder Expertise in den Bereichen Demenz, psychiatrische Erkrankungen, Umgang mit Suchtkrankheiten und Pflege in palliativen und End-of-life-Situationen.

Im Pflegeheimbereich des St. Christophorus waren bereits früher fachliche Ressourcen für eine verbesserte Situationseinschätzung implementiert worden. Einschätzungsinstrumente und Prozesse, die sich bei der Reduktion von Spitalüberweisungen bewährt hatten, wurden im Rahmen des Projekts «Intercare» bereits verwendet⁴⁷. Es lag deshalb nahe, diese Ressource auch im Bereich des BEWO einzusetzen. Standardisierte Fragebogen für Bewohnende, Angehörige und Personal sowie Massnahmen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Fachpersonen⁴⁸ wurden dem BEWO zur Verfügung gestellt. Der geriatrische Pflegeexperte stand bei Fragen auch persönlich zur Verfügung und übernahm in schwierigen Situationen das Coaching von Pflegepersonen.

44 Imhof und Mahrer Imhof, «Betreutes Wohnen in der Schweiz. Grundlagen eines Modells».

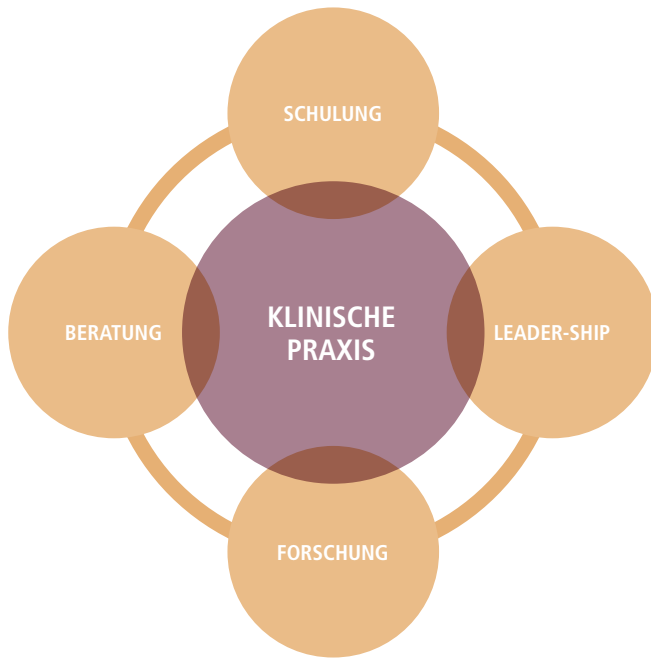
45 Doyon und Schupp, «Abschlussbericht Projekt 4-Stufen-Modell im betreuten Wohnen St. Christophorus».

46 Mercay, Grünig, und Dolder, «Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021».

47 Zúñiga u. a., «Strengthening Geriatric Expertise in Swiss Nursing Homes»; Zúñiga u. a., «Positive Effect of the INTERCARE Nurse-Led Model on Reducing Nursing Home Transfers».

48 Burgess u. a., «Teaching Clinical Handover with ISBAR».

Abbildung 12: Kompetenzen der Advanced Practice Nurse (APN)



Der Projektplan sah vor, diese situative Beurteilung und Begleitung durch eine systematische Beurteilung der Ressourcen, der Selbstpflegefähigkeiten sowie der Gesundheitssituation und -risiken zu ergänzen. Verschiedene konkrete Situationen hätten für diese Systematik gesprochen. So waren Stürze der häufigste Grund für den Einsatz des Notknopfes. Sieben Hospitalisationen hatten ihre Ursache in einem Sturz. Die Häufigkeit dieser Situation und die dazugehörige Forschung würden Abklärungen und präventive Massnahmen bei gefährdeten Personen verlangen⁴⁹. Dazu gehören z. B. Tests für Kraft und Balance zur Einschätzung des Sturzrisikos, die Beseitigung von Stolperfallen in den Wohnungen oder ein sturzpräventives Bewegungsangebot, welches im St. Christophorus als Gruppentraining geschaffen wurde.

Das Modell sieht vor, dass eine Advanced Practice Nurse (APN), eine Pflegefachperson mit entsprechender Expertise und erweiterter Kompetenz, die fachliche Voraussetzung für diese Aufgabe mitbringen würde (Abbildung 12).

Entsprechende Stelleninserate wurden jedoch nicht lanciert. Die Projektleitung erklärte diesen Entscheid so: Der Bedarf schien eher gering angesichts der grossen Selbständigkeit der Bewohnenden. «Grundsätzlich hat sich gezeigt, dass das Modell, so wie es angedacht war, aus unserer Sicht auf personeller Ebene nicht finanzierbar ist.»⁵⁰

«Das Beschäftigungsfeld für eine APN wäre aktuell noch viel zu situativ und zu selten. Wir können nicht eine APN einstellen für gelegentlich auftretende komplexe Situationen, es ist aber auf dem Schirm für die Zukunft.»

Statement Projektleitung C. Doyon

Trotz der finanziellen Herausforderung müssten der Nutzen und die Effizienz einer APN im BEWO genauer angeschaut werden. In verschiedenen Situationen hätten die Bewohnenden im BEWO vom Einsatz einer APN profitieren können. Im Umgang mit Palliativ-Situationen, beim Verhindern von Spitaleintritten oder bei der Rückkehr ins BEWO nach mehrmonatiger Rehabilitation könnte eine Abklärung und proaktive Planung weitere Komplikationen verhindern und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachpersonen und Organisationen verbessern. Auch Übertritte von Personen der Stufen C und D ins Pflegewohnheim könnten eventuell durch Abklärung einer APN mit vertiefter klinischer Praxis verhindert oder herausgeschoben werden. Eine koordinierende Planung mit anderen beteiligten Personen, seien dies Angehörige oder Hausärztinnen und -ärzte, könnte zu weniger Stress und zu verbesserten Kooperationen führen. Beim Versuch von Versicherungen, Bewohnende aus finanziellen Gründen ins Pflegewohnheim zu verlegen, könnte eine kompetente Stellungnahme die Interessen der Bewohnenden schützen.

Die klinische Expertise und die erweiterten Kompetenzen einer APN mit Masterabschluss wären deshalb auch eine Unterstützung für ein Team, das im St. Christophorus genau mit diesen Fragen beschäftigt ist. Die Prozesse der Teamentwicklung hin zu einer personenzentrierten Pflege würden davon profitieren.

Diese erwarteten positiven Effekte eines APN-Einsatzes lösen nicht das aktuelle Problem der Finanzierung. Sie zeigen aber, dass der Bedarf an fach-

49 Imhof u. a., «Effects of an Advanced Nursing Practice In-Home Counselling Program for Community-Dwelling Persons 80 Years or Older»;

Oliveira, Baixinho, und Henriques, «Prevention of Falls – Interventions in the Home Visits to the Elderly»;

Zúñiga u. a., «Positive Effect of the INTERCARE Nurse-Led Model on Reducing Nursing Home Transfers».

50 Doyon und Schupp, «Abschlussbericht Projekt 4-Stufen-Modell im betreuten Wohnen St. Christophorus».

licher Expertise durchaus existiert und APNs auch an anderen Orten erfolgreich eingesetzt wurden. Ein Zusammenlegen von vorhandenen Ressourcen aus dem Pflegeheim- oder Spitex-Bereich und die Bildung einer Kooperation mit Personalpool wären möglicherweise ein gangbarer Weg, um das Finanzierungsproblem zu lösen und zusätzliche fachliche Expertise einzusetzen. Der Einsatz einer Advanced Practice Nurse ist volkswirtschaftlich lohnenswert und im Kontext von Spitaleinweisungen aufgezeigt⁵¹.

8.1 Weiterbildung

Verschiedene Angebote von Weiterbildung wurden organisiert, um das Personal auf die Anforderungen im BEWO vorzubereiten. Für die Leitung umfasste dies Weiterbildungen zum Thema Patientenverfügung, zur Palliative Care und zum Abrechnungssystem. Das gesamte Team von BEWO und Pflegewohnheim wurde intern zum Thema «professionelle Deeskalation» geschult und dafür auch Fallbesprechungen und Praxisbegleitung angeboten. Im hauswirtschaftlichen Team wurde ein SRK-Kurs ermöglicht.

Konkrete Arbeitssituationen führten zu dieser Auswahl der Weiterbildungsthemen. Diese «kompensatorische Weiterbildung» förderte gezielt einzelne Mitarbeitende, diente zur Kompensation von Wissenslücken und sollte das für zukünftige Anforderungen benötigte Wissen vermitteln.

Nachteil dieser Methode ist es, dass sie kaum nachhaltig ist, da beim Wechsel von Personal dieses Wissen wieder verloren geht und der Prozess immer wieder neu gestartet werden muss. Beim Verändern von professionellen Werten und Haltungen in Teams handelt es sich um kontinuierliche und längerfristige Prozesse, die im Rahmen einer geplanten Teamentwicklung gestaltet werden müssen. Dies gilt besonders dann, wenn es darum geht, die Teamkultur einer gefühlsarmen und rein funktionellen Pflege zu ändern⁵².

Dabei müssen nicht nur das klassische Wissen, sondern zusätzlich die in der Praxis benötigten Fähigkeiten im Zentrum stehen. Fähigkeiten sind das Ergebnis von Erfahrung und Erfahrung bildet sich in der Praxis, wenn über das eigene und das Handeln anderer nachgedacht und gesprochen wird⁵³. In der Pflege haben begleitete Rapporte zwischen den Schichten, Fallbesprechungen, Teamsupervision, Retraiten (Weiterbildungstage für ganze Teams) und viele andere Methoden diesen Fokus auf Erfahrung und Teamentwicklung aufgenommen.

Auch die längerfristige Planung von Weiterbildung spricht für die Kompetenzen einer Pflegeexpertin APN. Sie wäre durch ihr Hochschulstudium zu diesem Zweck mit einer umfassenden Schulungskompetenz ausgestattet. Ihre Ausbildung in der klinischen Praxis erlaubt ihr eine fachliche Beurteilung von Situationen, ihre klinische Kernkompetenz ermöglicht ihr, Schulungsprogramme basierend auf dem Bedarf, Prioritäten und vorhandenen Ressourcen zu planen. Weil lernen in der Praxis stattfindet, sind Coachingfähigkeiten gefragt, die Teammitglieder in schwierigen Situationen mit Bewohnenden und Angehörigen zu beraten. Damit unterstützt die APN ganze Teams im beruflichen Wachsen und im kontinuierlichen Lernen. Ihre wissenschaftliche Ausbildung erlaubt es, dass sie eine zentrale Rolle in der Qualitätssicherung übernimmt, die den Erfolg getroffener Massnahmen laufend überprüft und diese wenn nötig auch anpasst⁵⁴.

Der Vorteil, eine hochqualifizierte Pflegefachperson einzusetzen, hat aktuell auch die Spitex von Basel-Stadt erkannt. Sie sucht in einem Inserat eine registrierte Advanced Practice Nurse (APN) mit Masterabschluss. Die Anforderungen sind, wie oben erwähnt, in der Spitex und im BEWO ähnlich. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass das Inserat der Spitex auch die im BEWO genannten Schwerpunkte nennt: die Unterstützung von Einzelpersonen und Teams, themenbezogenes Coaching, klinische Supervision, Verbesserung der multiprofessionellen Zusammenarbeit, Teilnahme an Fachgremien und Evaluation der Effekte ihrer Tätigkeit in der Gesundheitsversorgung⁵⁵.

51 Martin-Misener u. a., «Cost-Effectiveness of Nurse Practitioners in Primary and Specialised Ambulatory Care»;

Tappenden u. a., «The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Home-Based, Nurse-Led Health Promotion for Older People».

52 van der Kooij, *Das mündliche Pflege- und Betreuungsmodell*.

53 Benner, *From Novice to Expert*.

54 Mahrer-Imhof, «Advanced Nursing Practice: Eine Einführung».

Bemerkung der Autorin, des Autors

Das Projekt zur Einführung des BEWO im St. Christophorus hat an alle involvierten Personen sehr hohe Anforderungen gestellt. Der Zeitrahmen für die Entwicklung und Umsetzung benötigter Veränderungen war kurz. Der Prozess der Neuorganisation dauert deshalb an. Dies wäre eigentlich zu erwarten gewesen, weil die beschriebenen Schritte, Anforderungen und Hindernisse auch in anderen Projekten im Heim- und BEWO-Bereich immer wieder beschrieben werden. Veränderungen, die eine personenzentrierte Pflege verlangen, neue Werte und veränderte Haltungen voraussetzen, verändern den Alltag der Beschäftigten. Sie können deshalb nicht angeordnet, sie müssen verhandelt werden. Auch wenn dieser Prozess mit der notwendigen Sorgfalt durchgeführt wird, entsteht Widerstand. In beiden Richtungen, bottom-up und auch top-down. Widerstand kündigt sich an und wird sichtbar, wenn in Gesprächen der Mitarbeitenden, der Leitung und der Bewohnenden immer wieder das Argument der fehlenden Finanzierung begründet, wieso notwendige Veränderungen nicht möglich sind. Damit das dann auch jedem klar wird, wird das Argument «fehlende Finanzen» zusätzlich mit einem zweiten Argument der Praxis verbunden, der «fehlenden Zeit» im Alltagsstress. Diese beiden «Argumente» werden im Bereich der Langzeitpflege wie allgemeingültige Glaubenssätze gehandelt, die nicht in Frage gestellt werden können. Sie lassen bestehende Abläufe, Handlungen und Hierarchien als die einzige Variante erscheinen. Der Nachteil: Wo immer diese beiden Argumente in Kombination erscheinen, stirbt die echte inhaltliche Diskussion um Lösungen und Alternativen. Dies müsste nicht sein. Obwohl einzelne Betriebe externe Rahmenbedingungen kaum beeinflussen können, haben sie durchaus einen Spielraum in der konkreten Handhabung dieser Rahmenbedingungen⁵⁶.

Projekte wie das BEWO im St. Christophorus leben in diesem Spielraum, jenem Ort, in dem Innovation und Veränderung lebt. Ohne den Mut, diesen Spielraum zu nutzen und an die Grenzen zu gehen, geht's nicht. Da der Spielraum im Langzeit-Pflegebereich generell zu selten genutzt wird, bestehen die Probleme weiter. Die Suche nach Lösungen wird an CEOs, Finanzbuchhalter, IT-Experten, Krankenkassenrech-

nungsprüfer, Ökonomen und Beraterfirmen delegiert, die sich gerne auf den Kampf für mehr Effizienz und Kostenreduktion konzentrieren. Ihre Ansichten erscheinen wissenschaftlich fundiert, sind geschätzt und gut bezahlt und werden von Fachpersonen kopiert. Sie verwandeln mit einem Bleistiftstrich Patientinnen und Patienten in Kundinnen und Kunden und Pflegefachpersonen in einen Kostenfaktor. Sie haben vielleicht gute Absichten, aber sie verstehen die Faszination und den Wert der Pflege nicht.

Die in diesem Bericht beschriebene Ausrichtung auf Selbstpflegefähigkeiten, den gelingenden Alltag und die dafür benötigten Werte und Haltungen sind ein Beispiel für das, was den Wert der Pflege ausmacht. Fachpersonen im Langzeit-Pflegebereich müssen deshalb im Aufbau eines Teams des BEWO bereit sein, ihren Fokus auf diesen Kern der Pflege zu legen. Es geht darum, dass ein «Sich-um-andere-Sorgen» im Kern professioneller Pflege stehen muss⁵⁷. «Caring», so werden Handlungen und die dazu notwendige Haltung „des sich Sorgens“ bezeichnet, beinhaltet die Fürsprache für die Anliegen der Person und bildet die Basis für Selbstbestimmung, Autonomie und Würde im BEWO. Es sind Aussagen, wie die des Leiters BEWO, der in seinem Zitat beschreibt, wie er auf Gewohnheiten der Bewohnenden achtet und seine Handlungen entsprechend anpasst. Oder jene der Concierge am Schalter des Pflegewohnheims, welche den Menschen begegnet und die Situation als persönliche Begegnung beschreibt.

Caring macht den Beruf interessant. Es handelt sich um Handlungen, die besondere Anforderungen stellen, weil die Ziele der Arbeit wie auch die Art und Weise, wie Handlungen ausgeführt werden, gemeinsam festgelegt werden müssen⁵⁸. Sich um jemanden Sorgen, heisst, sich jemandem zuzuwenden. Darum ist, wie beschrieben, die Beziehungs- und Informationskontinuität für die Qualität der Leistungen im BEWO so wichtig. Es geht darum, Menschen zu treffen und mit ihnen Zeit zu verbringen.

Menschen zu treffen, braucht Zeit. Es ist bekannt, dass im Alter die Geschwindigkeit zu handeln, zu denken und zu kommunizieren sich verändert. Da-

56 Stocker u. a., «Fachkräfte-Erhalt in der Langzeitpflege – Ansätze zur Gestaltung attraktiver Arbeitsbedingungen. Ein Handlungsleitfaden für Alters- und Pflegeheime, Spitex-Organisationen und Beratende».

57 Adams, «The Conundrum of Caring in Nursing»; Benner und Wrubel, *Pflege, Stress und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*.

58 Imhof, «Pflege: Auch für Männer eine sinnstiftende Arbeit».

mit verändern sich auch der Tagesablauf und viele Handlungen, die damit verbunden sind. So wie die Mutter, die mit ihrem Kind spaziert, sich an dessen Laufgeschwindigkeit anpassen muss, so muss sich die Pflegefachperson deshalb der Geschwindigkeit der Bewohnerin anpassen. Diese gemeinsame Zeit ist «Pflegetzeit». Pfelegetzeit ermöglicht die Begegnung. Sie lässt dem Gegenüber Zeit, beachtet den richtigen Zeitpunkt, die Geschwindigkeit der eigenen Handlungen und passt diese der Situation an. Man meint damit einen gemeinsamen Takt, die zeitliche Synchronisierung zwischen den beteiligten Personen⁵⁹. Pfelegetzeit ist Voraussetzung für die pflegerische Beziehung und damit auch für die Beziehungs-Kontinuität. Menschen, die in anderen (Pfleget-)Zeiten leben, treffen sich nie. Diese Erkenntnis gilt nicht nur für die Begegnung mit Bewohnenden. Sie bedeutet, Prozesse in einem Projekt so zu planen, dass Menschen sich treffen und ein Team entstehen kann. Meinungen müssen Platz finden und Erfahrungen ausgetauscht werden können.

Diese persönliche Pfelegetzeit steht in Konkurrenz zur «Zeit für die Pfeleget», welche die Organisation und ihre Arbeitsteilung repräsentieren. «Zeit für die Pfeleget», gemessen mit der Stoppuhr, standardisiert und separiert Handlungen auf Tätigkeitslisten im Minutentakt⁶⁰. Die Kluft zwischen dem betrieblichen Anspruch, im Minutentakt zu funktionieren, und dem eigenen Anspruch auf Pfelegetqualität, die Caring einschliesst, erzeugt Stress. Die Konsequenz ist, dass heute 90 % der Pfelegetfachpersonen häufig unter Zeitdruck arbeiten und 69 % sich beklagen, dass sie das Arbeitstempo nicht selbst bestimmen können⁶¹.

Ohne Caring verliert die Pfeleget ihren Sinn und ihre Bedeutung für die Fachpersonen. Sie wenden sich in dieser Situation von ihrem Beruf ab. Rund 50 % der Pfelegetfachpersonen verlassen den Beruf innert wenigen Jahren wieder und verstärken so den Fachkräftemangel durch ihre Kündigung⁶². Viele davon mit der Begründung: Es geht nur noch darum, Arbeit zu erledigen, wir haben keine Zeit mehr für Patientinnen und Patienten⁶³. Projekte wie das BEWO haben deshalb das Potential, längerfristig stabile Teams von Fachpersonen aufzubauen.

Wenn das BEWO gemäss dem 4-Stufen-Modell den Anspruch auf eine bewohnendenzentrierte Versorgung erhebt und dafür der Fokus gelingender Alltag bestimmt wird, sind wie oben erwähnt Werte und Haltungsänderungen notwendig, die die «Pflegetzeit» ins Zentrum stellen. Dies verlangt zusätzliches Wissen des Personals. Dieses Wissen kann nicht nur in einzelnen Weiterbildungen erworben werden. Es setzt generalisiertes, wissenschaftliches Wissen voraus, welches verschiedene Möglichkeiten und die Auswirkungen auf die Bewohnenden beschreibt. Es setzt aber auch praktische Fähigkeiten voraus. Dazu gehört die Erfahrung, wie am besten gehandelt werden soll in einer bestimmten Situation. Die Pfelegettheoretikerin Patricia Benner hat beschrieben, wie durch die Verbindung dieser Wissensformen Pfelegetexpertinnen und -experten in der klinischen Praxis entstehen⁶⁴. Sie kam zum Schluss, dass das gemeinsame Nachdenken und Gespräche über die eigene Praxis eines der zentralen Elemente darstellen, um zu lernen. Gespräche im Alltag, in kurzen Pausen, beim Mittagessen, beim Schwatz nach der Arbeit oder auch in organisierten Teambesprechungen. Es sind diese Gespräche, die ermöglichen, dass man nicht nur etwas weiss, sondern lernt und schlussendlich auch versteht. Dieser Prozess muss von Personen begleitet werden, die den Kern der Pfeleget aus ihrer professionellen Praxis kennen und sich durch ein Hochschulstudium auf die Entwicklung von Pfelegetinhalten, -prozessen und -teams spezialisiert haben.

Projekte des BEWO, die im Sinne des 4-Stufen-Modells entwickelt werden, priorisieren Selbstpfelegetfähigkeiten, Selbständigkeit und Autonomie. Sie stellen eine sinnvolle, von Caring geprägte Unterstützung dar und bedeuten einen Gewinn an Lebensqualität für die Bewohnenden. Sie haben aber auch das Potential, der Arbeit von Pfelegetfachpersonen Sinn zu geben und damit zur Lösung des Problems Fachkräftemangel beizutragen. Projekte des BEWO sind Teil eines gesellschaftlichen Auftrags: Weil eine qualitativ hochstehende und sinnvolle Betreuungs- und Pfelegetarbeit einen Gewinn für die meisten Menschen darstellt, weil fast alle von uns in ihrem Leben einmal diese Hilfe brauchen werden.

59 Imhof, «Zeit in der Pfeleget – Pfelegetzeit».

60 Spitex, «Tarifliste für die Verrechnung von Dienstleistungen in der Pfeleget».

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

62 Perricone, «Jeder Zweite dreht dem Beruf den Rücken zu».

63 Greuter, ««Care» in der Pfeleget – ein Auslaufmodell?»

64 Benner und Chesla, *Pfelegeteexperten. Pfelegetkompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik*.

10 Referenzen



Adams, Lisa Y. «The Conundrum of Caring in Nursing». *International Journal of Caring Sciences* 9, Nr. 1 (2016): 1.

Ammann, Eva Soom, und Minou Afzali. «Heimat im Alter. Lebensrückschau und Alltagsgestaltung». *De Facto*, Nr. 11 (2022): 4–6.

Benner, Patricia. *Stufen zur Pflegekompetenz*. Bern: Huber, 1994.

Benner, Patricia, und Catherine A. Chesla. *Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik*. Seattle: Verlag Hans Huber, 1996.

Benner, Patricia, und Judith Wrubel. *Pflege, Stress und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*. Seattle: Verlag Hans Huber, 1997.

Bundesgericht. «Gegenstand: Krankenversicherung (Krankenpflege; Wirtschaftlichkeit der Behandlung)». Luzern: Bundesgericht, 2018.

Bundesrat. «Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung». Bern: Schweizerischer Bundesrat, 2005.

Burgess, Annette, Christie van Diggele, Chris Roberts, und Craig Mellis. «Teaching Clinical Handover with ISBAR». *BMC Medical Education* 20, Nr. Suppl 2 (3. Dezember 2020): 459. doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0

Carder, Paula, Janet O'Keefe, und Christine O'Keefe. «Compendium of Residential Care and Assisted Living Regulations and Policy 2015 Edition» Washington (DC): U.S. Department of Health & Human Services (ASPE), 2015. aspe.hhs.gov/reports/compendium-residential-care-assisted-living-regulations-policy-2015-edition-0

Demuth, Yves. «Stephanie Burger (83) pflegt ihren todkranken Mann zu Hause. Doch der Krankenkasse ist das zu teuer. Sie kürzt das Geld für die Spitex. Die Frau wehrt sich – mit Erfolg.» *Beobachter*, 2019, 5.

Doyon, Celine, und Katja Schupp. «Abschlussbericht Projekt 4-Stufen-Modell im betreuten Wohnen St. Christophorus», 2022.

Erlandsson, Sara, Ola Knutsson, und Ulla-Karin Schön. «Perceptions of Participation: How Nursing Home Staff and Managers Perceive and Strive for Participation of Older Residents». *European Journal of Social Work*, 13. Juli 2022, 1–13. doi.org/10.1080/13691457.2022.2094345

Gardijan, Nadja. «Abhängigkeit, Isolation und Vernachlässigung im Alter». *Swiss Medical Forum* 21, Nr. 3536 (1. September 2021): 600–603.

Gasser, Nadja, Carlo Knöpfel, und Kurt Seifert. *Erst agil, dann fragil: Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen*. Herausgegeben von Pro Senectute Schweiz, 2015.

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt. «Merkblatt zur Regelung betreffend Wohnungen mit Serviceangebot für Betagte», 2020. www.gesundheitsversorgung.bs.ch

Greuter, Susy. «Care in der Pflege – ein Auslaufmodell?» Zürich: Denknetz, 2015. www.denknetz.ch

Groenvynck, Lindsay, Amal Fakha, Bram de Boer, Jan P. H. Hamers, Theo van Achterberg, Erik van Rossum, und Hilde Verbeek. «Interventions to Improve the Transition From Home to a Nursing Home: A Scoping Review». Herausgegeben von Patricia C. Heyn. *The Gerontologist* 62, Nr. 7 (12. August 2022): e369–83. doi.org/10.1093/geront/gnab036

Hawes, Catherine, und Charles D. Phillips. «Defining Quality in Assisted Living: Comparing Apples, Oranges, and Broccoli». *The Gerontologist* 47, Nr. suppl_1 (2007): 40–50.

Herder-van der Eerden, Marlieke den, Jeroen Hasselaar, Sheila Payne, Sandra Varey, Sven Schwabe, Lukas Radbruch, Karen Van Beek, u. a. «How Continuity of Care Is Experienced within the Context of Integrated Palliative Care: A Qualitative Study with Patients and Family Caregivers in Five European Countries». *Palliative Medicine* 31, Nr. 10 (Dezember 2017): 946–55. doi.org/10.1177/0269216317697898

Höpflinger, François. «Soziale Beziehungen im Alter – Entwicklungen und Problemfelder», 2009. www.hoepflinger.com

Imhof, Lorenz. «Pflege: Auch für Männer eine sinnstiftende Arbeit». In *Auf weiblichem Terrain – Hogrefe Verlag*, 1. Aufl., 115–20. Bern: Hogrefe, 2021. www.hogrefe.com/ch/shop/auf-weiblichem-terrain-94995.html

Imhof, Lorenz. «Zeit in der Pflege – Pflegezeit». Referat gehalten auf dem Studientag des Vereins Ehemaliger der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Kinderspital Luzern, Luzern, 2005.

Imhof, Lorenz, und Romy Mahrer Imhof. «Betreutes Wohnen in der Schweiz. Grundlagen eines Modells». Winterthur: Nursing Science & Care, 2019. Bericht.

Imhof, Lorenz, Rahel Naef, Margaret I. Wallhagen, Jürg Schwarz, und Romy Mahrer-Imhof. «Effects of an Advanced Nursing Practice In-Home Counselling Program for Community-Dwelling Persons 80 Years or Older». *Journal of the American Geriatric Society* 60, Nr. 12 (2012): 2223–31. doi.org/10.1111/jgs.12026

Jung, Sabine. «Antrag für Förderbeiträge an die AGE-Stiftung (Internes Dokument)». St. Christophorus, 2020.

Kanton Basel-Stadt. «An Pflegeheime angegliederte Wohnungen im Kanton Basel-Stadt», 2021. www.gesundheitsversorgung.bs.ch

Kim, Eun-Young, und Sung-Ok Chang. «A Meta-Synthesis Study of Person-Centered Care Experience from the Perspective of Nursing Home Residents». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, Nr. 14 (14. Juli 2022): 8576. doi.org/10.3390/ijerph19148576

Kitwood, Tom. *Demenz: Der personen-zentrierte Ansatz mit verwirrten Menschen*. Herausgegeben von C. Müller-Hergl. 3. erweiterte Auflage. Bern: Huber, 2004.

Knöpfel, Carlo, Riccardo Pardini, und Claudia Heinzmann. *Gute Betreuung im Alter in der Schweiz: Eine Bestandsaufnahme*. Zürich: Seismo Verlag, 2018.

Kooij, Cora van der. *Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell*. 2. Aufl. Bern: Hogrefe, 2017. doi.org/10.1024/85626-000

Köppel, Ruth. «Was Betagte sich wünschen». Age-Dossier. Zürich: Age-Stiftung, 2016. www.age-stiftung.ch

Lenz, Kathrin, Max Gruetter, und Barbara Haering. «Konzept Vulnerabilität». Zürich: Pro Senectute, 2014. www.econcept.ch

Leser, Markus. *Herausforderung Alter: Plädoyer für ein selbstbestimmtes Leben*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2017.

Ljungholm, Linda, Anette Edin-Liljegren, Mirjam Ekstedt, und Charlotte Klinga. «What Is Needed for Continuity of Care and How Can We Achieve It? – Perceptions among Multiprofessionals on the Chronic Care Trajectory». *BMC Health Services Research* 22, Nr. 1 (Dezember 2022): 686. doi.org/10.1186/s12913-022-08023-0

- Ma, Chenjuan, Margaret V. McDonald, Penny H. Feldman, Sarah Miner, Simon Jones, und Allison Squires.** «Continuity of Nursing Care in Home Health: Impact on Rehospitalization Among Older Adults With Dementia». *Medical Care* 59, Nr. 10 (Oktober 2021): 913–20.
→ doi.org/10.1097/MLR.0000000000001599
- Mahrer-Imhof, Romy.** «Advanced Nursing Practice: Eine Einführung». Studienbrief 1. Hamburg, 2021.
- Martin-Misener, Ruth, Patricia Harbman, Faith Donald, Kim Reid, Kelley Kilpatrick, Nancy Carter, Denise. Bryant-Lukosius, u. a.** «Cost-Effectiveness of Nurse Practitioners in Primary and Specialised Ambulatory Care: Systematic Review». *BMJ Open* 5, Nr. 6 (8. Juni 2015): 1–14.
→ doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007167
- McCormack, Brendan.** «A Conceptual Framework for Person-Centred Practice with Older People: Person-Centred Practice and Older People». *International Journal of Nursing Practice* 9, Nr. 3 (Juni 2003): 202–9.
→ doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x
- Mercay, Clémence, Annette Grünig, und Peter Dolder.** «Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021». Neuchâtel: OBSAN – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2021.
- Oesch, Thomas, und Kilian Künzi.** «Kantonale Rechtsgrundlagen und Regelungen für betreutes Wohnen». Bern: Büro Bass, 2016.
- Oliveira, Teresa, Cristina Lavareda Baixinho, und Maria Adriana Henriques.** «Prevention of Falls – Interventions in the Home Visits to the Elderly: Scoping Review». *International Journal of Clinical Skills* 12, Nr. 1 (2018).
→ doi.org/10.4172/Clinical-Skills.1000134
- Perricone, Michael.** «Jeder Zweite dreht dem Beruf den Rücken zu». *SRF*, 2020.
→ www.srf.ch/news/schweiz/tag-der-pflege-jeder-zweite-dreht-dem-beruf-den-ruecken-zu
- Pflegewohnheim St. Christophorus.** «Mietvertrag: Vereinbarung Wohnen mit Serviceangebot», 2022.
- Reid, Robert, Jeannie Heaggerty, und Rachael McKendry.** «Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health-care». Canadian Health Services Research Foundation, 2002.
- Rijnaard, Maurice D., Jorijn van Hoof, Bienke M. Janssen, Hilde Verbeek, Woulter Pocornie, Annemarie Eijkelenboom, Hanneke C. Beerens, Sheila L. Molony, und Eveline. J. M. Wouters.** «The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes: A Systematic Review from the Perspective of Residents». *Journal of Aging Research* 2016 (2016): 1–16.
→ doi.org/10.1155/2016/6143645
- Rüegger, Heinz.** «Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung alter Menschen», 2013.
→ www.curaviva.ch
- Sidler, Andreas.** «Betreute Alterswohngemeinschaften». Age-Dossier. Zürich: Age-Stiftung Wohnen und Älterwerden, 2018.
- Sidler, Andreas.** «Kontaktperson vor Ort. «Wohnen plus» oder «betreutes Wohnen light». Zürich: Age-Stiftung, 2020.
- Sidler, Andreas.** «Age-Dossier 2016: Betreute Wohnungen mit Heimvorteil». Age-Dossier. Zürich: Zürich, 2016.
→ www.age-stiftung.ch/publikation/betreute-wohnungen-mit-heimvorteil/
- Spini, Dario, Laura Bernardi, und Michel Oris.** «Vulnerability Across the Life Course». *Research in Human Development* 14, Nr. 1 (2. Januar 2017): 1–4.
→ doi.org/10.1080/15427609.2016.1268891
- Spitex.** «Tarifliste für die Verrechnung von Dienstleistungen in der Pflege». Spitex: Internes Dokument, 2014.
- Spitex Basel.** «Insertat für eine Pflegeexpertin/Pflegeexperten APN». Ressort Personal und Bildung, 2022.
- Stocker, Desirée, Jolanda Jäggi, Kilian Künzi, Sven Goebel, und Nina Zumstein.** «Fachkräfte-Erhalt in der Langzeitpflege – Ansätze zur Gestaltung attraktiver Arbeitsbedingungen. Ein Handlungsleitfaden für Alters- und Pflegeheime, Spitex-Organisationen und Beratende». Arbeitspapier. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz, 2020.
→ www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2020/GFCH_2020_FachkraefteerhaltLangzeitpflege_Leitfaden_de.pdf
- Sussman, Tamara, und Sherry Dupuis.** «Supporting Residents Moving into Long-Term Care: Multiple Layers Shape Residents' Experiences». *Journal of Gerontological Social Work* 57, Nr. 5 (2014): 438–59.
- Tappenden, Paul, Fiona Campbell, Andrew Rawdin, Ruth Wong, und Neelam Kalita.** «The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Home-Based, Nurse-Led Health Promotion for Older People: A Systematic Review.» *Health Technology Assessment* 16, Nr. 20 (April 2012).
→ doi.org/10.3310/hta16200
- Unia.** «Unia-Umfrageresultate: Pflege am Limit. Wie weiter nach Dank und Applaus». Bern: UNIA, 2020.
→ www.unia.ch
- Welford, Claire, Kathy Murphy, Vivien Rodgers, und Theresia Frauenlob.** «Autonomy for Older People in Residential Care: A Selective Literature Review: Autonomy for Older People in Residential Care». *International Journal of Older People Nursing* 7, Nr. 1 (März 2012): 65–69.
→ doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00311.x
- Welford, Claire, Kathy Murphy, Meredith Wallace, und Dympna Casey.** «A Concept Analysis of Autonomy for Older People in Residential Care». *Journal of Clinical Nursing* 19, Nr. 9–10 (Mai 2010): 1226–35.
→ doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03185.x
- Werner, Sarah.** «Alterswohnungen – das aktuelle Angebot». Age-Dossier. Zürich: Zürich, 2016.
- World Health Organization.** World Report on Ageing and Health. Geneva: WHO, 2015.
- World Health Organization und United Nations Children's Fund (UNICEF).** *Primary Health Care Measurement Framework and Indicators: Monitoring Health Systems through a Primary Health Care Lens. Web Annex: Technical Specifications.* Technical Series on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 2022.
→ apps.who.int/iris/handle/10665/352201
- Zúñiga, Franziska, Sabina De Geest, Raphaëlle Ashley Guerbaai, Kornelia Basinska, Dunja Nicca, Reto W. Kressig, Andreas Zeller, u. a.** «Strengthening Geriatric Expertise in Swiss Nursing Homes: INTERCARE Implementation Study Protocol». *Journal of the American Geriatrics Society* 67, Nr. 10 (Oktober 2019): 2145–50.
→ doi.org/10.1111/jgs.16074
- Zúñiga, Franziska, Raphaëlle-Ashley Guerbaai, Sabina de Geest, Lori L. Popejoy, Jana Bartakova, Kris Denhaerynck, Diana Trutschel, u. a.** «Positive Effect of the INTERCARE Nurse-Led Model on Reducing Nursing Home Transfers: A Nonrandomized Stepped-Wedge Design». *Journal of the American Geriatrics Society* 70, Nr. 5 (Mai 2022): 1546–57.
→ doi.org/10.1111/jgs.17677

