

Evaluation ELiA

Schlussbericht

Autorinnen und Autoren

- Miriam Frey
- Mirjam Suri
- Alice Hengevoss

Projektleitende der Evaluation Gesundheitsförderung Schweiz

- Beatrice Annaheim

Evaluation im Auftrag von
Gesundheitsförderung Schweiz

Bern, 14. Mai 2025

Schlussbericht

Evaluation ELiA

**Verbreitung der integrierten und sozialraumorientierten
Versorgung in der Schweiz basierend auf den Prinzipien
des Wohn- und Pflegemodells 2030**

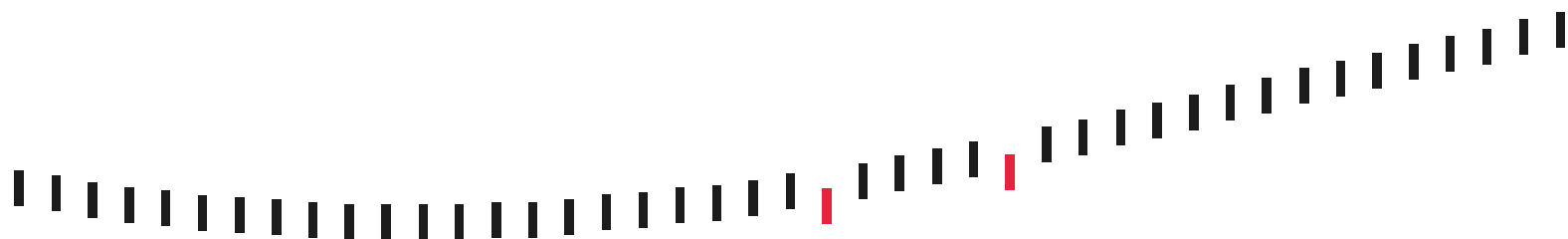
Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz

Miriam Frey

Mirjam Suri

Alice Hengevoss

Basel | 14.05.2025



Impressum

Vertragsnummer:	20.035
Evaluiertes Projekt:	Verbreitung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung in der Schweiz basierend auf den Prinzipien des Wohn- und Pflegemodells 2030 (PGV02.015)
Laufzeit der Evaluation:	Januar 2020 – Dezember 2024
Datenerhebungsperiode:	April 2020 – November 2024
Begleitung Evaluationsprojekt:	Dr. Beatrice Annaheim und Dr. Giovanna Raso, Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) / Evaluation
Meta-Evaluation:	Das Team «Wirkungsmanagement» bei Gesundheitsförderung Schweiz hat den Entwurf des Berichts, gestützt auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards), geprüft. Die Resultate dieser Prüfung wurden den Evaluationsverantwortlichen mitgeteilt und fanden Berücksichtigung im vorliegenden Bericht. Jedoch müssen Interpretation der Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen nicht dem Standpunkt von Gesundheitsförderung Schweiz entsprechen.
Zitiervorschlag:	BSS Volkswirtschaftliche Beratung (2025): Evaluation «ELiA» – Verbreitung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung in der Schweiz basierend auf den Prinzipien des Wohn- und Pflegemodells 2030. Evaluationsbericht im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz.
Korrespondenzadresse:	BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG Aeschengraben 9 4051 Basel T +41 61 262 05 55 miriam.frey@bss-basel.ch www.bss-basel.ch

Inhalt

Executive Summary	1
1. Einleitung	4
2. Methodik	4
2.1 Ziel und Inhalt der Evaluation	4
2.2 Methoden	5
2.3 Wirkungsmodell	5
3. Input	8
3.1 Konzept	8
3.2 Personelle Ressourcen	8
3.3 Finanzielle Ressourcen	9
3.4 Beurteilung Akteure	9
3.5 Einschätzung Evaluation	10
4. Umsetzung	11
4.1 Arbeitsschritte	11
4.2 Organisation	11
4.3 Beurteilung Akteure	12
4.4 Einschätzung Evaluation	13
5. Output	13
5.1 Produkte	13
5.2 Kommunikation und Verbreitung	16
5.3 Beurteilung Akteure	17
5.4 Einschätzung Evaluation	18
6. Outcome	20
6.1 Wissen	20
6.2 Verhalten	20
6.3 Verhältnisse, Struktur und Kultur	21
6.4 Beurteilung Akteure	23
6.5 Einschätzung Evaluation	23
7. Impact und Ausblick	24
8. Schlussfolgerungen	25
8.1 Fazit	25
8.2 Empfehlungen	25
A. Anhang	28

| Tabellen

Tabelle 1	Methodentabelle	28
Tabelle 2	Interviewpersonen.....	29
Tabelle 3	Arbeitsschritte	30

| Abbildungen

Abbildung 1	Wirkungsmodell	7
Abbildung 2	Reifegradmodell.....	14
Abbildung 3	Ergebnis Reifegradmodell	15

Executive Summary

Einleitung

Mit dem Projekt «WOPM - Verbreitung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung in der Schweiz basierend auf den Prinzipien des Wohn- und Pflegemodells 2030» (neu: «ELiA») soll die Selbstbestimmung betagter Menschen verbessert werden. Das Projekt wird vom Verband CURAVIVA gemeinsam mit Projektpartner*innen der Westschweizer Fachhochschule HES-SO (Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, HEIG-VD) durchgeführt. Es identifiziert anhand von Good-Practice-Beispielen die Erfolgsfaktoren einer integrierten und sozialraumorientierten Versorgung und entwickelt für die Akteure (primär Alters- und Pflegeheime) eine Online-Toolbox. Konkret wurden ein digitales Modell zur Standortbestimmung erarbeitet und Finanzierungsmodelle entwickelt. Dies mit dem Ziel, die Verbreitung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung zu fördern.

Das Projekt wird durch Gesundheitsförderung Schweiz mitfinanziert und durch eine externe Evaluation begleitet. Die Evaluation beinhaltet summative und formative Elemente. Evaluationsgegenstand ist das Projekt ELiA. Der Zweck der Evaluation umfasst verschiedene Aspekte: Erstens dient die Evaluation der Rechenschaftslegung. Zweitens liefert sie während ihrer Laufzeit Ansatzpunkte zur Optimierung des Projekts. Drittens trägt sie zur Wissensgenerierung für die Prävention in der Gesundheitsversorgung insgesamt bei. Methodisch wurden v.a. Dokumentenanalysen und Interviews mit Projektbeteiligten und weiteren Akteuren durchgeführt.

Ergebnisse

Input: Konzept und Ressourcen

Die befragten Akteure beurteilen das Konzept grundsätzlich positiv. Das Thema ist relevant und der Bedarf für eine Unterstützung scheint vorhanden. CURAVIVA ist zudem der richtige Absender. Denn CURAVIVA ist der nationale Branchenverband der Dienstleister für Menschen im Alter und zählt über 1700 Organisationen als Mitglieder, die 100'000 Menschen im Alter pflegen und betreuen. Dadurch sind Reputation, Vernetzung und institutionelles Wissen sichergestellt. Teils fehlende Kompetenzen wurden durch Projektpartner*innen und weitere Akteure dazu geholt.

Umsetzung: Arbeitsschritte und Organisation

Die vom Projektteam vorgesehenen Arbeitsschritte wurden wie geplant durchgeführt. Der partizipative Ansatz des Projekts ist dabei positiv zu bewerten: Die Zielgruppe Alters- und Pflegeheime wurde während des gesamten Projekts einbezogen, die Praxisrelevanz ist gewährleistet. Auch das Projektteam zählt zu den Erfolgsfaktoren des Projekts und hat bspw. auf Herausforderungen rasch und flexibel reagiert.

Output: Produkte und Verbreitung

Die Produkte werden von den befragten Akteuren überwiegend gut bewertet. Das Modell kann bei der (Weiter-)Entwicklung hin zu einer integrierten und sozialraumorientierten Versorgung

als strategisches Instrument unterstützen und auch als Kommunikationsmittel eingesetzt werden. Die Verbreitung des Angebots wird hingegen als Schwäche wahrgenommen, was von den Projektbeteiligten bestätigt wird.

Outcome: Nutzung und Nutzen

Die aktuelle Nutzung liegt im Rahmen der Erwartungen resp. im Bereich der gesetzten Ziele. Neben dem Nutzen für einzelne Institutionen zeichnet sich dabei bereits jetzt das Potenzial auch auf übergeordneter Ebene ab. Dies wird bspw. anhand eines Praxisbeispiels sichtbar (bei welchem die Mitwirkung am Projekt einen Schub im Hinblick auf die integrierte und sozialraumorientierte Versorgung ausgelöst hat) und bestätigt sich in Fachgesprächen, in denen Ideen zur Nutzung auf Ebene Versorgungsregion bereits angedacht wurden.

Impact und Ausblick: Übergeordnete Wirkungen und Nachhaltigkeit

Bestehende Studien zeigen, dass die integrierte Versorgung für Menschen mit einem Unterstützungsbedarf eine positive Wirkung hat, da die Koordination zwischen den einzelnen Gesundheitsdienstleistern verbessert wird. Eine übergeordnete Wirkung kann allerdings nur erreicht werden, wenn das Projekt nachhaltig ist. Die Projektbeteiligten engagieren sich für eine Weiterführung. Den laufenden Unterhalt und gewisse Aktivitäten im Bereich Verbreitung / Kommunikation kann CURAVIVA längerfristig sicherstellen. Allerdings bestehen keine Ressourcen für die Weiterentwicklung. Denn: Vorgesehen war der Aufbau eines (kostenpflichtigen) Beratungsangebots, das die Institutionen bei der Umsetzung unterstützt und den Projektbeteiligten eine Einnahmequelle für die Weiterentwicklung des Angebots schafft. Dieses Beratungsangebot ist jedoch noch nicht implementiert, da das gem. Projektteam zunächst in einer Pilotphase in der Praxis getestet und danach konkretisiert werden müsste. Die Finanzierung dieser Pilotphase kann allerdings keine der beteiligten Organisationen aus eigenen Mitteln tragen.

Empfehlungen

Empfehlung 1: Direkte Information der Alters- und Pflegeheime

- Wir empfehlen, die Sichtbarkeit des Angebots auf den Websites des Projektteams zu stärken.
- Wir empfehlen, regelmässig auf das Angebot aufmerksam zu machen. Denn die wiederholte Information kann dazu beitragen, dass das Angebot im passenden Moment präsent ist.
- Wir empfehlen, innerhalb von CURAVIVA Möglichkeiten zur Verbreitung zu prüfen (z.B. bestehende Angebote im Bereich Weiterbildung oder Anlässe).

Adressat: Projektleitung und Projektpartner*innen

Empfehlung 2: Indirekte Information über Multiplikator*innen

- Wir empfehlen, die Kantonalverbände von CURAVIVA anzufragen, ob sie einen Link zum Angebot setzen.
- Wir empfehlen zu prüfen, ob Gefässe von Gesundheitsförderung Schweiz zur Verbreitung genutzt werden können.

Adressat: Projektleitung (ggf. Gesundheitsförderung Schweiz)

Empfehlung 3: Erfolgsbeispiele

- Wir empfehlen, den Nutzen des Angebots über Erfolgsbeispiele stärker sichtbar zu machen.
- Wir empfehlen, einen Erfahrungsaustausch zwischen den Institutionen zu initiieren.
- Wir empfehlen, gemeinsam mit Kantonalverbänden Erfolgsbeispiele auch auf regionaler resp. struktureller Ebene zu schaffen.

Adressat: Projektleitung und Projektpartner*innen

Empfehlung 4: Beratungen

- Wir empfehlen, das Beratungsangebot zu testen und den Bedarf in einer Pilotphase vertieft abzuklären.
- Wir empfehlen, auf dieser Grundlage den Entscheid für oder gegen die Schaffung eines Beratungsangebots zu treffen.

Adressat: Projektleitung und Projektpartner*innen

Empfehlung 5: Priorisierung

- Falls die Finanzierung der Pilotphase nicht zustande kommt oder der Beratungsbedarf zu gering sein sollte, empfehlen wir, das Angebot weiterzuführen. Wir würden in diesem Fall empfehlen, mit den (geringeren) Mitteln die Verbreitung zu stärken (keine Weiterentwicklung).

Adressat: Projektleitung

Empfehlung 6: Strategische Verankerung

- Wir empfehlen, das Engagement von CURAVIVA strategisch zu verankern. Denn das Projekt hängt aktuell stark vom Engagement einzelner Personen ab. Ein strategischer Entscheid für das weitere Engagement könnte zur Nachhaltigkeit des Angebots beitragen.

Adressat: Projektleitung

1. Einleitung

Mit dem Projekt «WOPM - Verbreitung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung in der Schweiz basierend auf den Prinzipien des Wohn- und Pflegemodells 2030» (neu: «ELiA» (Enable Living in Autonomy))¹ soll die Selbstbestimmung betagter Menschen verbessert werden. Das Projekt wird von CURAVIVA gemeinsam mit Projektpartner*innen der Westschweizer Fachhochschule HES-SO durchgeführt (Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, HEIG-VD). Die integrierte und sozialraumorientierte Versorgung stellt den Erhalt des bisherigen Sozial- und Lebensraums der Betagten mit dem gesamten sozialen Beziehungsnetz ins Zentrum der Dienstleistungen für Menschen mit Bedarf an Pflege, Begleitung und Betreuung. Das klassische Alters- und Pflegeheim wird zu einem Gesundheits- bzw. Quartierszentrum, welches sich mit spezialisierten Angeboten in die Lebenswelt der Betagten integriert.

Das Projekt ELiA identifiziert anhand von Good-Practice-Beispielen die Erfolgsfaktoren einer integrierten und sozialraumorientierten Versorgung, entwickelt für die Akteure eine Online-Toolbox zur Selbstevaluation und Planung und erarbeitet Finanzierungsmodelle. Dies mit dem Ziel, die Verbreitung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung zu fördern.

Das Projekt wird im Rahmen der Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) durch Gesundheitsförderung Schweiz mitfinanziert und mittels einer externen Evaluation durch BSS Volkswirtschaftliche Beratung begleitet. Evaluationsgegenstand ist das Projekt ELiA. Der Zweck der Evaluation umfasst verschiedene Aspekte: Erstens dient sie der Rechenschaftslegung. Zweitens liefert sie während ihrer Laufzeit Ansatzpunkte zur Optimierung des Projekts. Drittens trägt sie zur Wissensgenerierung für die PGV insgesamt bei. Das vorliegende Dokument stellt den Schlussbericht dieser Evaluation dar.

2. Methodik

2.1 Ziel und Inhalt der Evaluation

Mit der Evaluation sollen Projektsteuerung und Qualitätssicherung unterstützt und evidenzbasiertes Wissen generiert werden. Die Evaluation beinhaltet dabei einen summativen und einen formativen Teil. Der summative Teil beurteilt die Zielerreichung. Der formative Teil umfasst die Begleitung des Umsetzungsprozesses während 5 Jahren.

Die Evaluationsfragen beinhalten die Dimensionen Konzept (Ziele, Ansatz, Ressourcen), Input (Ressourcen), Umsetzung (Organisation, Aktivitäten), Output (Leistungen), Wirkung (Effekte auf die Zielgruppe, Änderung auf Ebene der Verhältnisse und Strukturen) sowie einen Ausblick auf die Weiterführung des Projekts und dessen Finanzierung (Nachhaltigkeit). Die konkreten Evaluationsfragen sind im Anhang dargestellt.

¹ Das Projekt WOPM wurde während der Laufzeit in ELiA (Enable Living in Autonomy) umbenannt, weshalb nachfolgend von ELiA gesprochen wird.

Das Projekt hatte eine Laufzeit von 4 Jahren (01.01.2020 - 31.12.2023). Die Evaluation war ursprünglich auf die Dauer der Laufzeit des Projekts angelegt. Allerdings zeigen sich erst in einer längerfristigen Perspektive die effektiven Wirkungen des Projekts. Um zumindest erste Ergebnisse darstellen zu können, wurde die Evaluation um 1 Jahr «gestreckt». Dadurch war es möglich, Zahlen zur Nutzung des Angebots zu analysieren sowie erste Erfahrungen aus Sicht der Zielgruppe mit dem Angebot zu erfassen.

2.2 Methoden

Zur Informationserhebung und Analyse der Evaluationsfragen wurden verschiedene Methoden angewendet:

- Dokumentenanalyse: Sichtung der Dokumente, die an Gesundheitsförderung Schweiz eingereicht wurden (Projektantrag, Zwischen- und Jahresberichte) sowie der erarbeiteten Produkte
- Jährliche Gespräche mit der Projektleitung während der Laufzeit des Projekts (4 Gespräche)
- Fachgespräche mit am Projekt beteiligten Personen (Projektteam, Praxispartner*innen) sowie weiteren Akteuren (Multiplikator*innen, Nutzende der Zielgruppe), die nach Abschluss des Projekts durchgeführt wurden (13 Gespräche). Vorgehen Auswahl weitere Akteure (Multiplikator*innen und Nutzende): Die Auswahl erfolgte auf Grundlage der Stakeholderanalyse, die von CURAVIVA für das Projekt ausgearbeitet wurde. Die Auswahl der einzelnen Interviewpersonen wurde dann zufällig vorgenommen.
- Teilnahme an Informationsveranstaltung zum Projekt (durch das Projektteam organisiert)
- Kurze Recherche zu den Verlinkungen auf die Website
- Test der erarbeiteten Produkte (Online-Toolbox)

Eine Methodentabelle, welche Evaluationsfragen und Methoden im Detail darstellt, ist im Anhang aufgeführt.

2.3 Wirkungsmodell

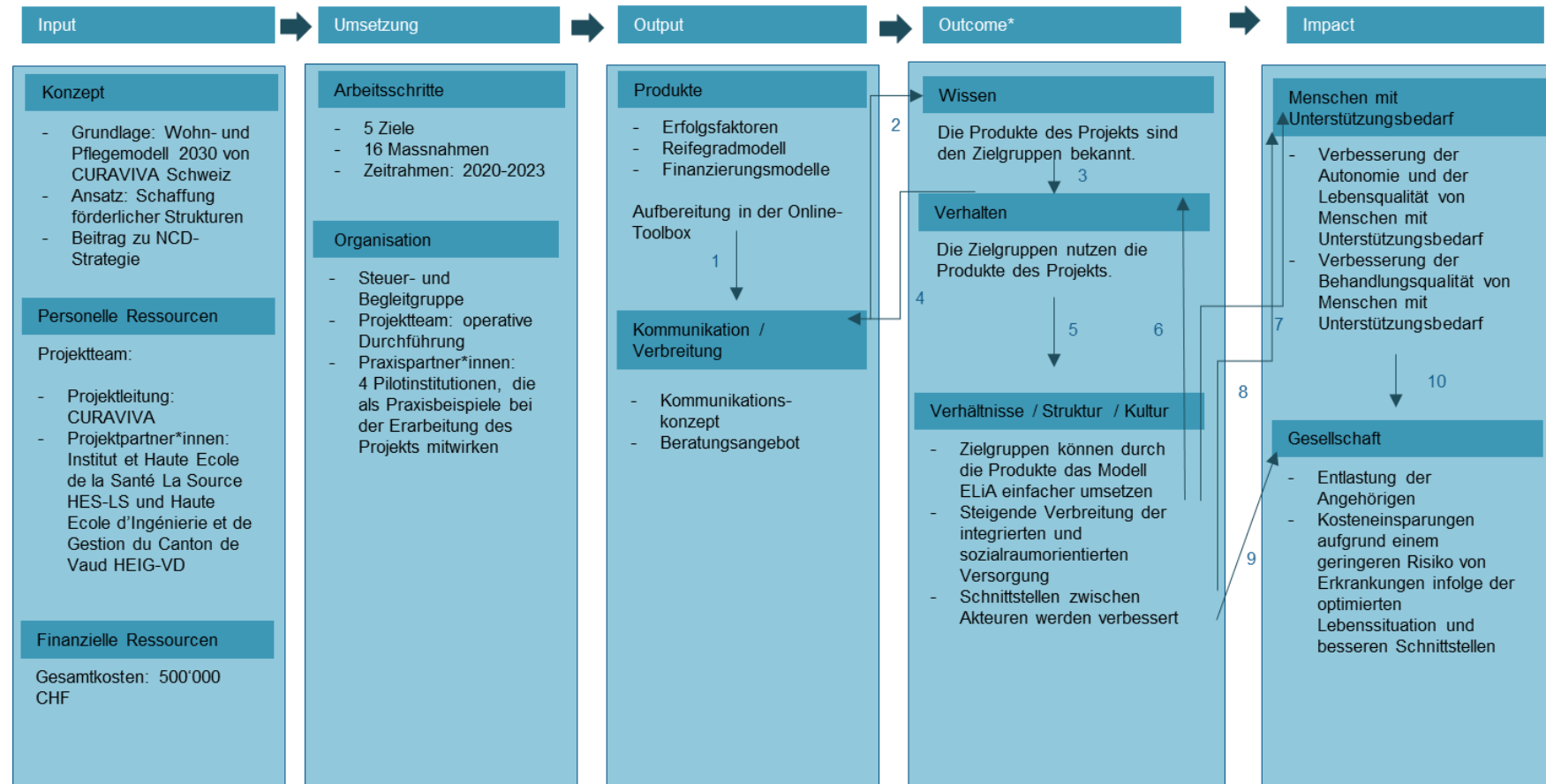
Die Wirkungslogik des Projekts wird anhand des Wirkungsmodells aufgeführt, welches die eingesetzten Ressourcen, die Tätigkeiten und deren (erwartete) Wirkungen miteinander ins Verhältnis setzt. Dieses ist nachfolgend abgebildet.

Zunächst werden Instrumente resp. Produkte erarbeitet (1). Diese werden bei den Zielgruppen bekannt gemacht (2) und von diesen verwendet (3). Die Zielgruppen geben Rückmeldung, so dass die Produkte weiterentwickelt werden können (4). Durch die Instrumente kann die integrierte und sozialraumorientierte Versorgung einfacher umgesetzt werden, die Schnittstellen verbessern sich (nahtloser Übergang zwischen verschiedenen Unterstützungssettings) und die Verbreitung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung nimmt zu (5). Durch die Verbreitung werden die Instrumente verstärkt genutzt (6). Die integrierte und sozialraumorientierte Versorgung führt zu höherer Autonomie bei den Personen mit Unterstützungsbedarf (7) und kann z.B. durch die verbesserte Nutzung der Schnittstellen auch die Behandlungsqualität und die Betreuungsqualität erhöhen (8) und Kosten senken (9). Davon profitieren die betroffenen Personen, ihre Angehörigen und die Gesellschaft insgesamt (10).

Als Zielgruppe des Projekts sind die Alters- und Pflegeheime resp. ergänzend die Gemeinden zu verstehen (sie nutzen die Produkte). Die Verbreitung erfolgt sowohl über direkte Ansprache der Zielgruppe durch den Projektträger als auch indirekt über Multiplikator*innen (insb. über die Kantonalverbände von CURAVIVA sowie weitere Organisationen).

Inwieweit die erwarteten Wirkungszusammenhänge effektiv realisiert werden konnten (bspw. welche Massnahmen durchgeführt und welche Ziele erreicht wurden), wird in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt.

Abbildung 1 Wirkungsmodell



* Zielgruppen = Alters- und Pflegeheime, Gemeinden

3. Input

3.1 Konzept

Um Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit Unterstützungsbedarf zu fördern, hat CURAVIVA Schweiz das Wohn- und Pflegemodell 2030 entwickelt. Dabei steht die Idee der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung im Fokus. Das Projekt ELiA möchte die schweizweite Verbreitung solcher Modelle fördern. Es leistet damit auch einen Beitrag zur NCD-Strategie, die Lebensphasen- und Settingansätze entwickeln und Schnittstellen verbessern möchte.² Dazu werden Tools entwickelt, die von den zuständigen Akteuren für die (Weiter-)Entwicklung als Standortbestimmung und Unterstützung genutzt werden können. Das Projekt hat dementsprechend eine Veränderung von Strukturen als Ziel. Die angesprochenen Akteure sind hauptsächlich Alters- und Pflegeheime, ergänzend auch Gemeinden. Zu Projektbeginn wurden Zielwerte definiert: Ein Jahr nach Projektabschluss sollen 100-250 Alters- und Pflegeheime und 20 Gemeinden die Online-Toolbox nutzen.³ Im Laufe des Projekts hat sich gezeigt, dass zunächst die Zielgruppe der Alters- und Pflegeheime adressiert werden soll. Entsprechend wurden die Instrumente auf Alters- und Pflegeheime zugeschnitten (eine Ausdehnung auf weitere Zielgruppen soll folgen).

3.2 Personelle Ressourcen

Die Projektleitung liegt bei CURAVIVA (Projekträger), weitere Projektpartner*innen sind das Institut et Haute Ecole de la Santé La Source und die Haute Ecole d'Ingénierie et de Gestion du Canton de Vaud HEIG-VD (Teil der Westschweizer Fachhochschule HES-SO).⁴ Das Projektteam bringt verschiedene Kompetenzen ein und weist unterschiedliche Funktionen auf:

- CURAVIVA: Projektidee und Trägerschaft, Leitung und Koordination des Projekts
- La Source: wissenschaftliche Begleitung, Datenerhebung bei den Praxispartner*innen
- HEIG-VD: Erarbeitung der Aspekte zur Finanzierung

Anmerkung: Die Institutionen La Source und HEIG-VD haben mit einer dritten Hochschule die Plattform «senior-lab» gegründet (interdisziplinäre Plattform zur Innovation und angewandten Forschung im Bereich Lebensqualität von Seniorinnen und Senioren). Das Projekt läuft darüber.

² NCD-Strategie steht für Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, welche von Bund, Kantonen und Gesundheitsförderung Schweiz gemeinsam entwickelt wurde. Informationen dazu sind verfügbar unter folgendem [Link](#).

³ Anmerkung: In den Jahresberichten erfasst sind Zielsetzungen bezogen auf die Anzahl erreichter Personen (Fachpersonen, Betroffene). Für das vorliegende Projekt erachten wir dies als nicht ganz passend, weshalb wir gemeinsam mit dem Projekträger zu Projektbeginn eine Schätzung zur Anzahl erreichter Institutionen vorgenommen haben. Die aufgeführte Anzahl Personen sind als (potenziell) erreichte Akteure zu betrachten, wenn die Verbreitung in Bezug auf die Organisationen resp. Institutionen wie vorgesehen stattfindet.

⁴ Zu Beginn war die frühere Fachhochschule St.Gallen (neu: OST) ebenfalls am Projekt beteiligt, hat sich dann aber zurückgezogen. Der Entscheid wurde gemeinsam getroffen und erfolgte relativ früh (bei Projektbeginn). Die Arbeitspakete wurden dann dem Institut et Haute Ecole de la Santé La Source übergeben resp. die Hochschule HEIG-VD wurde neu Teil des Projektteams und hat Aufgaben übernommen.

3.3 Finanzielle Ressourcen

Die Gesamtkosten des Projekts wurden gem. Projektantrag auf rund 500'000 CHF geschätzt, wovon Gesundheitsförderung Schweiz knapp 400'000 CHF übernimmt. Die tatsächlichen Kosten für die Entwicklung der Tools waren dann etwas tiefer. So lagen die effektiven Aufwände während der Laufzeit des Projekts (2020-2023) bei rund 400'000 CHF. Demgegenüber hat sich herausgestellt, dass die Verbreitung substanziell aufwändiger ist als erwartet. In Absprache mit Gesundheitsförderung Schweiz konnten die restlichen gesprochenen Mittel daher im Jahr 2024 für weitere Aktivitäten zur Verbreitung und Kommunikation genutzt werden.

Nach Abschluss des Projekts soll die Weiterentwicklung und der Betrieb über kostenpflichtige Beratungen finanziert werden. Das Projekt ist damit selbsttragend konzipiert. Allerdings werden aktuell noch keine Beratungen durchgeführt. Zu deren Konzipierung sind weitere finanzielle Mittel nötig.

3.4 Beurteilung Akteure

Konzept

Aus Sicht Projektteam hat sich das Konzept bewährt. Diese Einschätzung wird von den befragten Multiplikator*innen geteilt. Sie erachten die Thematik als aktuell und relevant. Die Erarbeitung einer Online-Toolbox sei dabei neu, es gebe für diese Zielgruppe und in diesem Detaillierungsgrad kein vergleichbares Angebot. Die Methodik des Reifegradmodells sowie dessen Darstellung war dabei teilweise bereits bekannt. Erwähnt wurde bspw. die Initiative SCIROCCO.⁵ Es handelt sich hierbei um ein Modell für staatliche Behörden zum Stand der integrierten Versorgung. Dieses wurde auf europäischer Ebene entwickelt und durch die HEIG-VD auf die Schweizer Verhältnisse resp. den Kanton Waadt angepasst.

Die Instrumente sind aktuell auf die Zielgruppe der Alters- und Pflegeheime (APH) zugeschnitten. Mit Blick auf die Weiterentwicklung möchte das Projektteam dies erweitern und Gemeinden sowie Spitex ansprechen. Dafür müssten die Instrumente allerdings angepasst werden. Die Erweiterung wird von den befragten Multiplikator*innen und Nutzenden begrüsst. Verschiedene Akteure – Institutionen und auch Gemeinden – seien in der Thematik relevant und ihr Engagement für die Weiterentwicklung der Versorgung gefordert. Sie seien gleichwertig zu berücksichtigen. Denn ein grosses Thema sei, wer zuständig sei und wer den Anstoss für Änderungen gebe. Erfolgsversprechend wäre es, beide Gruppen anzusprechen:

«Die APH können das Modell zwar zur strategischen Positionierung nutzen, aber ergänzend müsste in grösseren Einheiten gedacht werden (Versorgungsregionen). Zudem müsste die Seite der Gemeinden auch dabei sein. Zentral sind bspw. die finanziellen Möglichkeiten der APH, es muss ausfinanziert sein.»

*(Multiplikator*in)*

⁵ Vgl. dazu z.B. das europäische Modell ([Link](#)) sowie die Anpassung der HEIG-VD ([Link](#)).

Personelle Ressourcen

In Bezug auf die personellen Ressourcen sind die Einschätzungen des Projektteams sehr positiv. Die Komplementarität zwischen den Projektpartner*innen habe sich bewährt und sei ein grosser Mehrwert gewesen.

Finanzielle Ressourcen

Als Herausforderung erwiesen sich die finanziellen Ressourcen (in Bezug auf die Entwicklung des Beratungsangebots, s.o.). Die Projektpartner*innen sind jedoch überzeugt, dass mit einer Zusatzfinanzierung die Lücke zwischen Anschubfinanzierung und Regelbetrieb geschlossen werden kann.

3.5 Einschätzung Evaluation

Konzept

Das Projekt möchte die Verbreitung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung fördern. Die integrierte Versorgung stellt aus unserer Sicht ein grosses Potenzial dar, da sie die Schnittstellen optimieren möchte (nahtloser Übergang zwischen verschiedenen Unterstützungssettings). Dies kann die Qualität der Versorgung erhöhen und die Kosten senken. Das Projekt greift damit ein wichtiges und aktuelles Thema auf. Die Umsetzung der integrierten Versorgung ist aber mit Herausforderungen verbunden. Das Projekt adressiert diese und unterstützt die Akteure beim Prozess.

Personelle Ressourcen

Die Projektleitung durch CURAVIVA schätzen wir als eine der grossen Stärken des Projekts ein. CURAVIVA ist der Branchenverband der Dienstleister für Menschen im Alter. Der Verband zählt über 1700 Organisationen als Mitglieder, die 100'000 Menschen im Alter pflegen und betreuen. Er hat bei den Alters- und Pflegeheimen ein starkes Gewicht und eine hohe Reputation. Der «Absender» ist damit in hohem Masse geeignet für die Entwicklung und Verbreitung des Angebots. Auch das inhaltliche und institutionelle Wissen ist dadurch gewährleistet. Durch die Projektpartnerschaft mit weiteren Akteuren konnten zudem weitere Kompetenzen ergänzt werden.

Finanzielle Ressourcen

Für die Erarbeitung der Tools wurden weniger Mittel eingesetzt als ursprünglich vorgesehen. Dies ist u.E. ein Hinweis auf die effiziente Durchführung des Projekts. Denn das Produkt wurde wie vorgesehen entwickelt. Gleichzeitig sind die Verbreitung und Kommunikation von zentraler Bedeutung. Entsprechend erachten wir es als sehr positiv, dass die Mittel nach Projektabschluss für die Bekanntmachung investiert werden konnten.

Nach Ablauf der Projektförderung ist das Projekt noch nicht selbsttragend. Entsprechend steht die Nachhaltigkeit in Frage. Dies ist kritisch zu betrachten, da die Projektförderung PGV von Beginn an temporär befristet war. Die Überführung des Projekts in den Regelbetrieb ist nicht wie

vorgesehen gelungen. Gleichzeitig ist aus unserer Sicht positiv zu werten, dass das Angebot selbsttragend ausgestaltet werden soll, d.h. keine (längerfristige) staatliche Finanzierung angestrebt wird. Aus Sicht der ökonomischen Theorie sind die bisher investierten Beiträge als «sunk costs» zu betrachten.⁶ Für die Entscheidung, ob die Zusatzfinanzierung gewährt werden soll, ist daher folgende Frage relevant: Überwiegt der Nutzen (nachhaltiger Betrieb des Angebots) die zusätzlichen Kosten? Als Grundlage zur Beantwortung der Frage können die nachfolgenden Ausführungen zu den Wirkungen dienen.

4. Umsetzung

4.1 Arbeitsschritte

Für die Umsetzung des Projekts wurden 5 Ziele festgelegt:

1. Vorbereitende Arbeiten
2. Übersicht zu den Erfolgsfaktoren für die integrierte und sozialraumorientierte Versorgung
3. Toolbox mit praxistauglichen Instrumenten zur Verbreitung dieser Versorgungspraxis
4. Know-how aus dem Projekt steht den Akteuren langfristig zur Verfügung
5. Know-how aus dem Projekt wird von den Akteuren genutzt

Zur Operationalisierung dieser Ziele wurden 16 Massnahmen definiert. Eine Tabelle findet sich im Anhang. Das Projekt hat eine Laufzeit von 4 Jahren (01.01.2020 - 31.12.2023). Von den 16 Massnahmen wurden bei Abschluss des Projekts 14 Massnahmen wie vorgesehen umgesetzt, 2 Massnahmen wurden zwar durchgeführt, benötigen aber noch Vertiefungen. Es handelt sich hierbei um die Konzipierung der Beratungsangebote und um die Erarbeitung des Businessplans für die Beratungsangebote. Dieses war vorgesehen, um die Institutionen bei der Umsetzung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung zu unterstützen und auch, um mit dem (kostenpflichtigen) Beratungsangebot eine Finanzierungsquelle für Betrieb und Weiterentwicklung des Angebots zu schaffen. Im Rahmen des Projekts wurde die Massnahme zwar grundsätzlich durchgeführt. Das im Projekt erarbeitete Ergebnis konnte aber nicht direkt in ein Beratungsangebot überführt werden. Die Arbeiten haben gezeigt, dass es noch weitere Abklärungen resp. eine Vertiefung braucht. So müssen die Beratungsformen gem. Projektpartner*innen in der Praxis zunächst in einer Pilotphase getestet und das Beratungskonzept konkretisiert werden (z.B. in Bezug auf Dauer der Beratung, notwendige Kompetenzen der Beratenden).

4.2 Organisation

Neben dem Projektteam wurden weitere Akteure in die Erarbeitung der Produkte einbezogen. Zentral dabei waren die Praxisbeispiele: Fondazione Parco San Rocco, Fondation Saphir, Stiftung

⁶ Die «sunk costs» sind Kosten, die aufgewendet wurden und durch künftige Entscheidungen nicht zurückgewonnen werden können. Diese dürfen daher bei den künftigen Entscheidungen keine Rolle spielen.

Gesundheitsnetz Sense und Stiftung Lindenhof Oftringen. Bei diesen wurden Erfolgsfaktoren erhoben und sie waren während der gesamten Laufzeit in das Projekt eingebunden.

Weitere Akteure wurden einerseits in Form einer Begleitgruppe und andererseits zu punktuellen Anlässen (z.B. Validierung) einbezogen. Das Projekt beinhaltete verschiedene Feedback-Runden und Tests bei den Akteuren, um die Praxisnähe und die Nutzerfreundlichkeit zu gewährleisten.

4.3 Beurteilung Akteure

Die wichtigen Akteure sind aus Sicht Projektpartner*innen einbezogen worden. Eine Person äusserte, dass es möglicherweise zielführend gewesen wäre, auch Akteure von Seiten der Verbreitung resp. Finanzierung zu involvieren. Eine andere Person verneinte dies hingegen, das Projekt habe die Alters- und Pflegeheime im Fokus, entsprechend gehe es darum, diese in die Erarbeitung einzubeziehen und dies sei gelungen. So sei die Abdeckung sowohl aus sprachregionaler Sicht (alle Landesteile sind vertreten) als auch im Hinblick auf die Form der Organisation (Alters- und Pflegeheim, Netzwerk, Mischformen) ausgewogen und breit gewesen.

Zu Organisation und Zusammenarbeit äusserten sich alle Beteiligten sehr positiv. Sie sei professionell, konstruktiv und angenehm gewesen. Die Praxispartner*innen schätzten ihre Mitwirkung. Sie äusserten sich dabei wie folgt:

«Wir waren sehr froh angefragt worden zu sein und dass uns die Möglichkeit gegeben wurde mitzumachen [...]. Für mich ist CURAVIVA ein guter Ansprechpartner. [...] Es ist für mich auch ein Gradmesser, um zu verstehen, ob wir in die richtige Richtung gehen. Auch die Leute, die in der Organisation arbeiten, sind lösungsorientiert und sehr unterstützend.»

*(Praxispartner*in)*

«Das Projekt war sehr hilfreich und nützlich. Wir haben Interviews durchgeführt und die Methodologie fand ich sehr gut. Als ich den Report erhalten habe, schien es mir, als hätten sie gut verstanden, was wir berichtet haben. Ich bin froh, Teil des Projekts gewesen zu sein. Das Einzige, was mir gefehlt hat, waren die persönlichen Treffen.»⁷

*(Praxispartner*in)*

Die Projektleitung selbst war allerdings intern auch mit Herausforderungen konfrontiert. So fiel das Projekt in eine Phase der Neu-Strukturierung (ab 1.1.2022 werden die drei Branchenverbände CURAVIVA, INSOS und YOVITA unter dem gemeinsamen Dach ARTISET geführt), was Ressourcen band. Das Projekt hatte zudem auch auf strategischer Ebene nicht immer Priorität.

⁷ Hintergrund: Das Projekt wurde während der Corona-Pandemie durchgeführt.

4.4 Einschätzung Evaluation

Arbeitsschritte

Die Arbeitsschritte wurden grundsätzlich wie vorgesehen durchgeführt. Die entsprechenden Produkte liegen vor (vgl. die nachfolgenden Ausführungen zum Output). In Bezug auf das Beratungsangebot muss aus unserer Sicht differenziert werden: Formal wurde der Arbeitsschritt erreicht – Konzept resp. Business Plan liegen vor. Inhaltlich hat sich hingegen herausgestellt, dass damit das Beratungsangebot noch nicht beginnen kann. Grundsätzlich ist dies aus unserer Sicht nicht nur negativ: Inhaltliche Anpassungen sind bei einem mehrjährigen Projekt zu erwarten und die Offenheit und das Engagement, darauf auch zu reagieren, sind positiv zu werten. Die Herausforderung dabei ist, dass die Ressourcen aktuell nicht sichergestellt sind (s.o.).

Organisation

Der partizipative Ansatz des Projekts ist u.E. dabei sehr positiv zu bewerten: Die Zielgruppe der Alters- und Pflegeheime wurde während des gesamten Projekts einbezogen, die Praxisrelevanz ist dadurch gewährleistet.

Die konstruktive und professionelle Zusammenarbeit mit dem Projektteam hat sich im Rahmen der Evaluation bestätigt: Diese lief inhaltlich und organisatorisch problemlos ab und der formative Aspekt in Form von Anregungen und Ideen wurde jeweils gerne aufgenommen und geprüft.

5. Output

5.1 Produkte

Erfolgsfaktoren

Basierend auf der Datenerhebung zu Entwicklung, Funktionsweise, Erfolgsfaktoren und Finanzierung der vier Organisationen resp. Praxispartner*innen, die integrierte und sozialraumorientierte Versorgung für Menschen im Alter anbieten, wurden vier einzelne Berichte zu den jeweiligen Organisationen erstellt. Ein Synthesebericht fasst die Erkenntnisse zu den Erfolgsfaktoren und Herausforderungen schliesslich zusammen. Zu den Erfolgsfaktoren zählen bspw. eine kundenorientierte Grundhaltung, flexible Strukturen oder auch eine zentrale, physische Präsenz der Organisation. Als Herausforderungen kristallisierten sich z.B. strukturelle, finanzielle und rechtliche Einschränkungen heraus. Diese Erkenntnisse bildeten die Grundlage für die Erarbeitung des Reifegradmodells. Der Bericht ist unter dem folgende [Link](#) verfügbar. Der Bericht liegt dreisprachig vor (Deutsch, Französisch, Italienisch). Ergänzend dazu wurden im Rahmen des Projekts Berichte an die Praxispartner*innen erstellt. Diese beinhalten Erkenntnisse zur jeweiligen Organisation (d.h. spezifische Erfolgsfaktoren und Hürden) sowie Empfehlungen. Die Berichte sind vertraulich.

Reifegradmodell

Auf Grundlage der Erfolgsfaktoren wurde das Reifegradmodell entwickelt. Das Reifegradmodell besteht aus 4 Quadranten resp. 12 Dimensionen: 1. Vision: Grundhaltung, Philosophie, Offenheit, 2. Angebot: Leistungen, Strukturen, Verwaltung, 3. Personal: Management, Identität, Interdisziplinarität, 4. Kontext: Ökosystem, Öffentliche Politik, Finanzen.

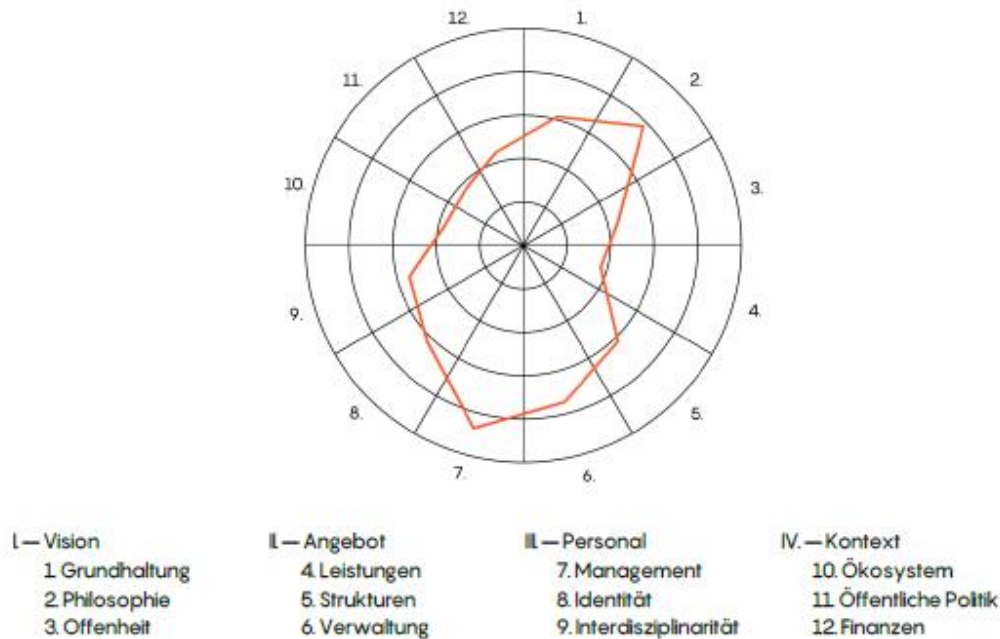
Abbildung 2 Reifegradmodell



Quelle: ELiA

Im Rahmen des Online-Instruments für die Selbstevaluierung von Organisationen werden für die 4 Quadranten je 3x8 Fragen gestellt, d.h. insgesamt 96 Fragen. Diese werden mittels Gewichtung und Aggregation in ein Ergebnis überführt, das den Stand der Organisation im Hinblick auf die integrierte und sozialraumorientierte Versorgung abbildet und Anregungen für weitere Entwicklungsschritte gibt.

Abbildung 3 Ergebnis Reifegradmodell



Quelle: ELiA. Das Ergebnis stellt eine fiktive Organisation dar.

Finanzierungsmodelle

Zu den Finanzierungsmodellen wurde ein Bericht erarbeitet. Dieser führt Grundlagen zum Thema Finanzierung auf, stellt mögliche Finanzierungsinstrumente vor und diskutiert diese für unterschiedliche Konstellationen einer Organisation. Beispiel einer solchen Konstellation: Die Organisation hat Liquiditätsprobleme, weist aber im operativen Geschäft einen Gewinn auf. Für die Konstellationen werden unterschiedliche Massnahmen aufgezeigt, unterteilt nach operativem Bereich (z.B. Überprüfung Leistungsangebot), Investitionen (z.B. Anpassung Investitionsplan), Finanzierungsbereich (z.B. Aufnahme eines Überbrückungskredits, Fundraising) sowie weiteren Möglichkeiten (z.B. Kooperationen). Zudem wird nach Zeithorizont differenziert (kurzfristig, mittelfristig, langfristig). Der Fokus liegt dabei auf einer Erhöhung der Unabhängigkeit gegenüber den Finanzierern Krankenversicherungen resp. öffentliche Hand.

Der Bericht zu den Finanzierungsmodellen ist unter folgendem [Link](#) verfügbar. Der Bericht liegt dreisprachig vor (Deutsch, Französisch, Italienisch).

Online-Toolbox

Die obigen Produkte wurden in einer Website aufbereitet: <https://elia-assessment.ch/de/>. Diese liegt dreisprachig vor (Deutsch, Französisch, Italienisch). Im Kern steht die digitale Version des Reifegradmodells für die Selbstevaluierung: Nach einer (kostenlosen) Registrierung kann das Reifegradmodell online ausgefüllt werden. Im Ergebnis werden eine grafische Darstellung (s.o.) sowie Empfehlungen erstellt. Zur Vorbereitung ist ein pdf-Dokument mit den Fragen und Ant-

wortmöglichkeiten verfügbar. Weiter werden Informationen zum Projekt (Hintergrund und Akteure) sowie Downloads der Berichte (Synthesebericht Erfolgsfaktoren, Finanzierungsmodelle) zur Verfügung gestellt.

5.2 Kommunikation und Verbreitung

Kommunikation

Gemeinsam mit externen Partner*innen (Zeilenwerk, uma collective) wurden ein Nachhaltigkeits- und Kommunikationskonzept sowie eine Kommunikationsstrategie für das Jahr 2024 erarbeitet. Diese definieren Zielgruppe, Multiplikator*innen, Kommunikationskanäle, Nutzenformulierung und zeitlichen Ablauf. Die Dokumente sind intern. Auch erfolgt ein Monitoring zur Wirkung der Massnahmen.

Bereits laufende Tätigkeiten zur Kommunikation sind:

- Direkte Information der Zielgruppe Alters- und Pflegeheime: Diese erfolgt in erster Linie über die Website, Präsentationen (z.B. Informationsveranstaltung anfangs des Jahres 2024 und weitere Präsentationen in einzelnen Regionen) und Social Media (LinkedIn). Bereits vorgesehen ist die bessere Positionierung der Links auf den Websites der Projektpartner*innen⁸ sowie auf prevention.ch.
- Information über Multiplikator*innen: Über einen Newsletter hat CURAVIVA die Kantonalverbände informiert, diese entschieden dann, ob und in welcher Form sie diese Information an Mitglieder weitergeben. Im Rahmen der Fachgespräche wurde von unterschiedlicher Handhabung berichtet: Es gab Kantonalverbände, die in ihrem Newsletter darauf hinwiesen, andere nicht. Auch von anderen Akteuren erfolgte teilweise eine Information (z.B. von sene-suisse).
- Schliesslich wurden Fachartikel publiziert und Projektbeteiligte nahmen an internationalen Tagungen teil (dabei wurde das Angebot ebenfalls vorgestellt).

Beratung

Zur nachhaltigen Umsetzung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung in den einzelnen Institutionen ist ein Beratungsangebot vorgesehen. Das Ziel des Beratungsangebots ist, die Zielgruppe Alters- und Pflegeheime bei der Umsetzung der aus dem Reifegradmodell resultierenden Handlungsfeldern zu unterstützen. Im Projekt wurde in Zusammenarbeit mit Zeilenwerk GmbH ein Business Modell zu den Beratungen erarbeitet. Dieses diskutiert zwei Ansätze (Community Plattform resp. Coaching und Begleitung). Ein internes Dokument liegt vor. Dieses konnte aber noch nicht in ein Beratungsangebot überführt werden (s.o.). Aktuell werden daher keine Beratungen angeboten. Sie sind aber weiterhin vorgesehen und werden breit gefasst. Mögliche Beratungsformen können «klassische» Organisationsberatung, aber auch Peer-to-Peer-Veranstaltungen sein.

⁸ Bspw. ist in Diskussion, den Link auf Gerontologie.ch bei der Fachstelle für angewandte Gerontologie resp. der Fachstelle für altersfreundliche Gemeinde einzubetten (ein Mitglied des Projektteams ist gleichzeitig im Präsidium von Gerontologie.ch).

5.3 Beurteilung Akteure

Produkte

Die Praxispartner*innen äussern sich positiv über das Reifegradmodell. Eine Interviewperson sagt beispielsweise dazu:

«Als ich den Test jetzt nochmals gemacht habe, kam ein ganz anderes Bild raus. Das zeigt natürlich unsere Entwicklung. Es zeigt aber auch, dass das Tool die Situation gut abbilden kann.»

*(Praxispartner*in)*

Von Seiten der weiteren Akteure (Multiplikator*innen, Zielgruppe) wird das Reifegradmodell im Grundsatz auch sehr positiv beurteilt. Einerseits wird es als strategisches Instrument für die Positionierung und (Weiter-)Entwicklung eines Alters- und Pflegeheims gesehen. Andererseits aber auch eine Unterstützung in der Kommunikation. Besonders hervorgehoben wird das kostenlose und praxisorientierte Angebot. Dies gebe die Möglichkeit einer ersten Standortbestimmung. Gleichzeitig äussern sich mehrere Personen dahingehend, dass dies nur der erste Schritt sei. Zudem werden punktuell Kritikpunkte geäussert:

- Durch das hohe Mass an Selbsteinschätzungen bilde das Modell subjektive Wahrnehmungen ab, insb. wenn es von einer einzelnen Person ausgefüllt werde. Voraussetzung dafür sei Offenheit resp. eine entsprechende Haltung der Führungsperson für mögliche Änderungen.
- Das breite Spektrum des Dienstleistungsangebots der Institutionen, das im Modell als Erfolgsfaktor aufgeführt wird, wird z.T. skeptisch betrachtet. Es gäbe Regionen, die sich strategisch bewusst für eine Spezialisierung entschieden hätten. Die (grundsätzliche) Empfehlung, möglichst viel anzubieten, werde daher nicht geteilt.
- Der Begriff «integrierte Versorgung» könne verwirrend sein, da er oftmals im Kontext des Gesundheitswesens, d.h. integrierte Versorgung durch Spitäler, Reha, Spitex und APH, verwendet werde. Hier sei aber die Alterspolitik angesprochen. Gleichzeitig sei dies zu hinterfragen, da auch die kantonale Gesundheitsversorgung (z.B. Pflegeheimplanung) relevant sei, die im Modell keine Berücksichtigung finde.
- In Bezug auf die Leistungen wäre es zielführend, auch das Leistungsangebot für Personen in Privathaushalten zu thematisieren. Damit würden weitere Zielgruppen angesprochen.
- Die physische Umgebung und das politische Umfeld sollten ergänzt werden.
- Ein Benchmarking wäre zielführend.
- Eine Person schlägt ein Ampelsystem vor.

Der Bericht zu den Finanzierungsmodellen wird – sofern bekannt – als grundsätzlich gut und umfassend wahrgenommen. Allerdings sei der Umfang auch eine Herausforderung. Eine Person hätte sich bspw. gewünscht, dass der Inhalt des Berichts auf 1 Seite zusammengefasst würde.

Kommunikation und Verbreitung

Aus Sicht der Projektleitung war und ist die Kommunikation herausfordernd. Dies primär aus zwei Gründen:

- Die Projektverantwortlichen müssen Organisationsrichtlinien beachten, die ihren Spielraum und ihre Flexibilität teils einschränken. Beispielsweise werden keine laufenden Projekte auf der Website von CURAVIVA aufgeführt, sondern es erfolgt erst eine Kommunikation, wenn die Projekte abgeschlossen sind und die Produkte vorliegen.
- Es sei keine Kernkompetenz des Verbands, Projekte und Produkte zu verbreiten und bekannt zu machen. Entsprechend fehle es teilweise an internem Know-how.

Projektleitung und Projektpartner*innen sind mit dem aktuellen Stand der Kommunikation und Verbreitung wenig zufrieden. Zwar zeigten sich die Zielgruppe resp. Multiplikator*innen grundsätzlich interessiert, aber es sei sehr schwierig, sie nachhaltig zu erreichen, so dass sie das Angebot auch tatsächlich nutzen resp. dieses bekannt machen. Auch aus Sicht der Zielgruppe resp. Multiplikator*innen selbst stellt diese eine Schwachstelle des Projekts dar. Dazu wurden die folgenden Herausforderungen und Ansatzpunkte genannt:

- Institutionen im Strategieprozess könnten das Modell nutzen, ein solcher sei aber nur alle 5-10 Jahre relevant. Die Herausforderung sei daher, dass die Institutionen in diesem Moment das Modell dann präsent hätten. Als Möglichkeit dazu wurden etwa erwähnt, dass CURAVIVA auch Weiterbildungen zu strategischen Fragen anbiete. In diesem Zusammenhang könnte das Modell aktiv eingebracht werden (da dies dem richtigen Zeitpunkt entspreche).
- Von entscheidender Bedeutung sei, den Nutzen des Angebots klar aufzuzeigen.
- Es sei nicht ganz klar, wer mit dem Angebot angesprochen werde. Auf der Website werde von «innovativen Dienstleistern für Menschen im Alter» gesprochen, das Modell selbst fokussiere dann jedoch primär auf Alters- und Pflegeheime. Anmerkung: Jüngst wurde eine Anpassung vorgenommen, indem im Modell die Organisationsform ausgewählt werden kann. Dann werden gewisse Fragen nicht gestellt. Inhaltlich ist das Modell aber weiterhin auf die Alters- und Pflegeheime zugeschnitten (müsste also für andere Akteure noch angepasst werden).
- Die Zuständigen in den Organisationen erhielten viele E-Mails und Informationen. Ohne einen spezifischen Zugang oder einen persönlichen Kontakt würde die Information untergehen. Die Präsentation einer anderen Institution (z.B. im Rahmen einer Veranstaltung), die aufzeigt, wie sie das Modell genutzt habe und was dies gebracht habe, wäre erfolgsversprechend.

5.4 Einschätzung Evaluation

Produkte

Das Reifegradmodell ermöglicht aus unserer Sicht eine gute Standortbestimmung. Auch die Aufbereitung in Form der grafischen Darstellung erlaubt den raschen Überblick zu den aktuellen Stärken und Schwächen einer Organisation. Die detaillierten Resultate ermöglichen dann eine vertiefte Diskussion.

In Bezug auf die Empfehlungen ist zu sagen, dass diese sehr allgemein gehalten sind resp. sich stark an die Fragen anlehnen. Beispiel: Wenn man auf die Frage «Liegen Informationsbroschüren der Organisation an unterschiedlichen Orten auf (z.B. Informationsbüro, Hausarztpraxen)?» mit nein beantwortet, lautet die entsprechende Empfehlung: «Es empfiehlt sich, Broschüren zur Vorstellung der Organisation an Informationsstellen (z.B. Informationsbüro, Hausarztpraxen) auf-

zulegen». Dies ist einerseits nachvollziehbar, denn die relevanten Erfolgsfaktoren sind in die Erarbeitung der Fragen resp. Indikatoren eingeflossen. Andererseits ist der Mehrwert von Empfehlungen dadurch begrenzt. Möglicherweise könnten die Empfehlungen mit Verweise auf Good-Practice-Beispiele ergänzt werden. Auch eine Begründung resp. ein Verweis auf den Synthesebericht zu den Erfolgsfaktoren wäre teilweise hilfreich.⁹ Die Thematik wird sich aber nicht grundsätzlich lösen lassen. Vielmehr zeigt es u.E. die Wichtigkeit eines ergänzenden Beratungsangebots auf. Denn das Tool adressiert ein breites Spektrum an Organisationen und muss viel abbilden können. Damit geht einher, dass der Detaillierungsgrad / die Konkretisierung eingeschränkt ist. Aus diesem Grund könnte ein Beratungsangebot ergänzend wirken, indem es eine individuell zugeschnittene Analyse sowie detaillierte und konkrete Empfehlungen beinhaltet.

Im Hinblick auf eine möglich Weiterentwicklung möchten wir zudem auf zwei Punkte hinweisen:

- Der Wunsch nach einem Benchmarking ist grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings verstehen wir das Instrument primär zur (Weiter-)Entwicklung der eigenen Organisation. Insofern ist für uns ein Vergleich mit anderen Institutionen im Hinblick auf die Ergebnisse des Reifegradmodells nicht zwingend. Dies insb. auch aufgrund der Tatsache, dass die Fragen oftmals subjektive Einschätzungen beinhalten. Hierbei spielen Gewichtungen, Wertungen und persönliche Präferenzen eine Rolle (z.B. gibt es Personen, die sehr kritisch sind und selten die höchste Bewertung angeben). Dies ist unproblematisch, wenn das Instrument entweder von derselben Person ausgefüllt wird (z.B. im zeitlichen Vergleich) oder aber im Rahmen einer (internen oder externen) Diskussion ausgefüllt resp. besprochen wird. Wenn aber nur die «Werte» angeschaut und ggf. verglichen werden, könnte dies u.E. kontraproduktiv sein.
- Ein zweiter Aspekt betrifft das Thema Wirtschaftlichkeit resp. Monitoring. Hier würden wir anregen, die Kostenersparnisse bei einer konsequenten Umsetzung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung – die sich in der Theorie und auch der Literatur zeigten – auch in der praktischen Anwendung zu thematisieren. Dies wird wahrscheinlich nicht in jedem Fall sinnvoll oder möglich sein, aber sollte u.E. immer mitgedacht werden (z.B. im Rahmen der Beratungen). Dann haben die Modelle nicht nur die Chance, längerfristig finanziert, sondern auch gesamtschweizerisch implementiert zu werden.

In der konkreten Umsetzung ist das Reifegradmodell aus unserer Sicht sehr nutzerfreundlich und ansprechend gestaltete. Beim Reifegradmodell sind uns folgende kleine Punkte aufgefallen:¹⁰

- Im Ergebnis resultiert ein Dokument mit Grafik (vgl. Abbildung 3) und Empfehlungen. Aus unserer Sicht wäre es hilfreich, auch den (ausgefüllten) Fragebogen herunterladen zu können.
- Auf der Ergebnisseite kann ein «Vergleich» angewählt werden (wobei dies nur funktioniert, wenn man mehrere Reifegradmodelle ausfüllt). Dies müsste aus unserer Sicht entsprechend erläutert werden, denn so erwartet man einen Vergleich mit anderen Organisationen.

⁹ Beispiel: Es wird empfohlen, dass die gesamte Bevölkerung in der Umgebung Zugang zu den Angeboten hat. Hier wäre u.E. von Nutzen, zu erläutern was der Mehrwert davon ist. Hierbei stehen u.E. Aspekte der lokalen Verankerung, aber auch finanzielle Überlegungen dahinter.

¹⁰ Ergänzend dazu folgender Hinweis: Bei einer Frage (VI. Für welche Bevölkerungsgruppe(n) sind die Leistungen hauptsächlich bestimmt? (mehrere Antworten möglich)) sind die Antwortmöglichkeiten als Drop-Down (d.h. als Einfachauswahl) ausgestaltet. Dies ist u.E. inhaltlich richtig, da es um die «hauptsächliche» Bevölkerungsgruppe geht. Allerdings müsste dann auf die Angabe «mehrere Antworten möglich» verzichtet werden.

Kommunikation und Verbreitung

Im Rahmen der Evaluation haben wir eine kurze Recherche zu den Verlinkungen durchgeführt. Diese bestätigt den bereits vom Projektteam genannten Handlungsbedarf:

- Die Sichtbarkeit von ELiA ist aktuell auf der Website der Projektpartner*innen noch gering. So ist das Angebot bspw. auf der Website von CURAVIVA nicht direkt ersichtlich, auf der Website der anderen Projektpartner*innen haben wir den Link nicht gefunden.
- Von den 29 regionalen Verbänden von CURAVIVA (in einigen Kantonen gibt es 2 Verbände) haben 4 eine Verlinkung auf den Newsletter von Artiset aufgeschaltet (Artiset Magazin), in diesem wurde das Reifegradmodell einmal erwähnt resp. vorgestellt. Der direkte Link wurde hingegen auf keiner Website gefunden (zumindest nicht auf der öffentlich zugänglichen Website, es gibt meist noch einen Mitgliederbereich).
- Verlinkungen auf die Website von ELiA fanden sich bei den folgenden Institutionen (ausserhalb der Projektbeteiligten): senesuisse, Fachvereinigung Altersarbeit St.Gallen, INSOS. Zudem ist das Projekt auch auf der Website von Gesundheitsförderung Schweiz aufgeführt.

6. Outcome

6.1 Wissen

Zur Bekanntheit des Angebots bei den potenziell Nutzenden liegen keine Daten vor. Dazu wäre eine grössere Erhebung bei der Zielgruppe nötig, die im Rahmen der vorliegenden Analyse nicht durchgeführt werden konnte. Entsprechend verwenden wir zur Einschätzung die Aussagen aus den Fachgesprächen. Die Interviewpersonen (Projektteam, Praxispartner*innen, Multiplikator*innen, Nutzende aus der Zielgruppe) erachten die Bekanntheit bei Alters- und Pflegeheimen in der überwiegenden Mehrheit als gering. Hinweise darauf geben beispielsweise folgende Punkte:

- Bereits bei den angefragten Multiplikator*innen (z.B. den Kantonalverbänden) war das Angebot nicht immer präsent resp. sie schauten es sich teilweise erst im Hinblick auf das Gespräch an. Entsprechend geben sie die Information an die Zielgruppe der Alters- und Pflegeheime auch nicht aktiv weiter.
- Das Angebot sei bei Alters- und Pflegeheimen kaum Thema. So gaben die befragten Multiplikator*innen an, dass Alters- und Pflegeheime das Modell nicht ansprechen würden (keine Fragen resp. Rückmeldungen), woraus die Multiplikator*innen eine geringe Bekanntheit ableiten.

6.2 Verhalten

Inwieweit das Angebot genutzt wird, können folgende Zahlen zur Nutzung der Website ELiA aufzeigen (zwischen Anfang Oktober 2023¹¹ bis Anfang November 2024):

¹¹ Lancierung Tool resp. Zeitpunkt der Aufschaltung

- Anzahl Seitenaufrufe: 1706 Seitenaufrufe der Seite ELiA-Assessment (Einstieg zum Tool)
- Downloads: 685 Downloads der Berichte resp. Fragebögen
- Durchschnittliche Dauer eines Besuchs: 2 Minuten 39 Sekunden
- Durchschnittliche Aktionen bei einem Besuch (z.B. Seitenaufruf, Download): 2.8 Aktionen
- Absprungrate (nach 1 Aufruf wird die Seite verlassen): 55%

Für die Nutzung des Reifegradmodells liegen zudem folgende Zahlen vor (Anfang Oktober 2023 bis Anfang November 2024):

- Anzahl Logins: 94 Logins wurden an die Zielgruppe versendet
- Anzahl ausgefüllte Fragebögen: 84-mal wurde das Modell vollständig ausgefüllt

Die Nutzenden sind mehrheitlich Alters- und Pflegeheime.

6.3 Verhältnisse, Struktur und Kultur

Wirkung in den Institutionen

Die Institutionen, welche das Reifegradmodell genutzt haben, sehen den Nutzen primär in einem strategischen Instrument (Standortbestimmung) resp. als Kommunikationsmittel. Folgende Aussagen illustrieren dies:

«Die Ergebnisse konnte ich für die Risikobeurteilung resp. SWOT-Analyse nutzen, z.B. welche Möglichkeiten zukünftig bestehen. Das Modell kann zur strategischen Risikobeurteilung eines Alters- und Pflegeheims dienen.»

«Mir hilft das Tool auch, wenn ich meine Strategie dem Verwaltungsrat vorstelle. Ein Modell zu haben, hilft mir meine Vorschläge zu validieren bzw. rechtfertigen.»

(Nutzende)

Wirkung auf Ebene Versorgungsregion

Aufgrund des erst relativ neu lancierten Angebots¹² sind Änderungen auf Ebene der Verhältnisse / Strukturen / Kultur, d.h. die integrierte und sozialraumorientierte Versorgung, erst punktuell sichtbar. Das Beispiel des Praxispartners Gesundheitsnetz Sense zeigt jedoch das Potenzial auf. Denn der Praxispartner wurde in das Projekt einbezogen, obwohl es sich hierbei weniger um ein Good Practice-Beispiel handelte, denn die Entwicklung hin zu einer integrierten und sozialraum-integrierten Versorgung stand noch ganz am Anfang. Die Mitwirkung am Projekt hat jedoch einen Schub ausgelöst (vgl. dazu nachfolgenden Einschub). Das Beispiel zeigt daher auf, welche Wirkung das Angebot haben kann.

¹² Anmerkung: Damit beziehen wir uns auf das neu lancierte Angebot ELiA mit der Online-Toolbox resp. der entsprechenden Website. Die integrierte und sozialraumorientierte Versorgung selbst resp. das Wohn- und Pflegemodell von CURAVIVA sind demgegenüber nicht neu entwickelt worden, sondern sollen durch das neue Online-Tool verbreitet werden.

Einschub: Gesundheitsnetz Sense

Nachfolgend aufgeführt sind Auszüge aus dem Gespräch mit der Verantwortlichen der Praxisinstitution, welche die Mitwirkung am Projekt und den Nutzen daraus beschreibt.

«Uns war klar, dass wir etwas ändern müssen. Der Prozess hat uns geholfen zu priorisieren und unseren Auftrag als Gesundheitsnetz besser zu verstehen. Es brauchte eine Reorganisation als Gesamtes. Das hat die Analyse bzw. die Standortbestimmung gezeigt. Insbesondere wurde auch aufgezeigt, dass das Gesundheitsnetz die Perspektive Bezirkssicht haben muss. Wir mussten klar zuordnen, wer welchen Auftrag hat.

Der Prozess hat unseren Bezirk extrem weitergebracht. Er hat uns gezeigt, wie sehr wir im Tagesgeschäft waren. Jedes APH hatte seine eigene Strategie. Früher hatte das Gesundheitsnetz nie den Anspruch, dass man weiss, was im ganzen Bezirk läuft und eine gesamte Strategie für den Bezirk entwickelt wird. Wir haben uns nie überlegt, was unser Bezirk braucht und wo wir uns externe Partner holen müssen. Das hat sich geändert. Nun überlegen wir, wie wir das gemeinsam finanzieren können, das hat uns geholfen, eine neue Trägerschaft zu gründen. Wir werden alle APH und Spitex unter einem Dach organisieren. Wir gründen eine gemeinnützige AG (auf 1.1.2026).

[...]

Wir haben gemerkt, dass einige Organisationen im Tagesgeschäft gar nicht die Zeit haben, sich auch noch untereinander zu vernetzen. Nun haben wir ein Forum gegründet, wo sie sich einfacher zusammenschliessen können, um bspw. ein gemeinsames Thema auszuarbeiten. Das ist dieser koordinative Ansatz, um zu schauen, wer was machen muss. So weiss jeder wer welche Ressourcen hat und wo man sie einsetzen kann. So haben wir auf Ebene des Bezirks eine Gesamtübersicht.

Das gibt uns auch Kraft gegenüber dem Kanton, wenn wir ein Projekt vorstellen. Wir zeigen, dass wir strategisch unterwegs sind. Es gab einen richtigen Sog – es haben sich viele neue Sachen daraus ergeben.»

Auch in anderen Gesprächen deutet sich das Potenzial an und erste Ideen werden entwickelt. Dabei fällt auf, dass es grosse regionale Unterschiede gibt. In einigen Kantonen ist die Entwicklung hin zu einer integrierten und sozialraumorientierten Versorgung resp. einer entsprechenden Alterspolitik bereits relativ weit (mit Vorgaben, Instrumenten und strategischen Zielsetzungen von Seiten Kanton), in anderen ist dies noch nicht der Fall. Grosse Hürde erscheint hier die Frage, wer den Lead in diesem Bereich übernehmen soll. Das Potenzial des Modells in diesen Fällen lässt sich im Gespräch mit einem Multiplikator erahnen:

«Die Frage ist, wer den Lead übernimmt. Eigentlich wäre dies beim [Gemeindeverband] richtig, aber dort gibt es aktuell Schwierigkeiten. Es besteht die Befürchtung, dass es dann liegen bleibt. Eine mögliche Idee wäre, dass wir dies initiieren und die Alters- und Pflegeheime auffordern, das Tool zu nutzen, danach kann dann nach Versorgungsregion eine Auswertung / Diskussion erfolgen. Gleichzeitig könnten wir uns bei [Gemeindeverband] dafür einsetzen, dass die Diskussion unter Einbezug der Gemeinden erfolgt.»

*(Multiplikator*in)*

Eine andere Multiplikatorin hat aktuell damit begonnen, sich bei der Verbreitung in Form von Präsentationen, Social Media und Newsletter zu engagieren. Sie spricht von folgender Überlegung:

«Ich sehe die Möglichkeit, dass wir das in unsere Qualitätssystem implementieren könnten. Das Qualitätssystem hält Normen und Standards fest, die Pflegeheime und Spitex erfüllen müssen, damit sie im Kanton [...] praktizieren dürfen.»

*(Multiplikator*in)*

6.4 Beurteilung Akteure

Die befragten Akteure erachten das Angebot mehrheitlich als hilfreich und sehen das Potenzial darin. Sie erwähnen allerdings auch Herausforderungen, die primär mit der integrierten Versorgung selbst zusammenhängen. Dazu zählen bspw. Fragen der Finanzierung, die Vielzahl der Akteure, die Demographie oder der notwendige Kulturwandel zu mehr Offenheit und Interdisziplinarität. Dies erfordere etwa, dass Akteure über Schnittstellen hinweg zusammenarbeiten. Hier könne das Tool einen Beitrag leisten:

«Eine Auseinandersetzung zwischen den Akteuren ist nötig, aber es besteht die Herausforderung, dass nicht die gleiche Sprache gesprochen wird. Hier kann Projekt ELiA vielleicht einen Beitrag leisten.»

*(Multiplikator*in)*

Das Modell wird dabei oftmals als möglicher Anstoss resp. Anfang des Prozesses bezeichnet. Die weitere Umsetzung muss dann folgen. Die meisten Interviewpersonen würden ein ergänzendes Beratungsangebot in diesem Zusammenhang als zielführend erachten. Es gab allerdings vereinzelt auch kritische Stimmen zum Bedarf resp. der Zahlungsbereitschaft.

6.5 Einschätzung Evaluation

In Bezug auf die Bekanntheit des Modells wird von Projektleitung und Projektpartner*innen Handlungsbedarf verortet. Wir können dies nicht fundiert abschätzen. Aber die Erfahrungen im Rahmen der Evaluation bestätigen diese Aussagen. So konnten die Multiplikator*innen noch nicht genügend erreicht werden. Dies zeigt sich bspw. durch die fehlenden Verlinkungen, aber auch in den Fachgesprächen.

Dennoch: In Bezug auf die Nutzung schneidet das Modell nicht schlecht ab. Gemessen an den Zielsetzungen (100-250 APH resp. 20 Gemeinden)¹³ sind die aktuellen Werte zumindest relativ nahe dran. Rechnet man nämlich die obigen Werte auf Ende des Jahres 2024 hoch, erhält man 108 Logins resp. 97 vollständig ausgefüllte Modelle. Vor dem Hintergrund, dass das Projekt erst

¹³ Der Zielwert von 20 Gemeinden wird dabei nicht spezifisch berücksichtigt. Denn die Instrumente wurden auf die Zielgruppe der Alters- und Pflegeheime zugeschnitten. Es ist allerdings eine Ausdehnung auf weitere Zielgruppen vorgesehen (erste Arbeiten dazu sind bereits erfolgt).

relativ neu ist, ist dies aus unserer Sicht zufriedenstellend. Denn das Modell haben schätzungsweise 7% der Alters- und Pflegeheime in der Schweiz bereits genutzt.¹⁴ Allerdings ist auch klar: Die Massnahmen zur weiteren Verbreitung müssen weitergeführt oder sogar noch verstärkt werden. Sonst lässt sich das Potenzial des Projekts nicht realisieren.

Kosten pro Nutzer*in: Setzt man das Projektbudget von 500'000 CHF ins Verhältnis zu den aktuell rund 100 Nutzenden (Alters- und Pflegeheim), resultieren Kosten pro APH von 5000 CHF.

7. Impact und Ausblick

Das Projekt zählt zu Förderbereich IV «Verbreitung eines bestehenden Angebots». Die Dimension Impact wurde entsprechend in bisherigen Analysen bereits untersucht und ist nicht Teil der vorliegenden Evaluation.¹⁵ Für Menschen mit einem Unterstützungsbedarf hat die integrierte Versorgung eine positive Wirkung, da die Koordination zwischen den einzelnen Gesundheitsdienstleistern verbessert wird. Parallel dazu werden verfrühte und dauerhafte Eintritte in stationäre Langzeitinstitutionen vermieden, was zu Kosteneinsparungen führt.

Diese übergeordnete Wirkung kann allerdings nur erreicht werden, wenn das Projekt weitergeführt wird. Ansonsten «versandet» die Investition. Wie sieht es daher mit der Nachhaltigkeit aus? Grundsätzlich ist der Projektträger engagiert und motiviert, das Projekt weiterzuführen. Der laufende Betrieb und gewisse Aktivitäten im Bereich Verbreitung / Kommunikation können geleistet werden. Ohne ein Beratungsangebot gibt es aber möglicherweise Unsicherheiten in Bezug auf die Nachhaltigkeit – und zwar in zweierlei Hinsicht: Mit den Beratungen möchte man einerseits die Organisationen bei der Umsetzung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung unterstützen und damit zur Wirkung resp. Nachhaltigkeit auf Ebene der Institutionen und Verhältnisse beitragen. Andererseits dienen die Einnahmen daraus auch zur Weiterentwicklung des Angebots (d.h. Aktualisierung und Erweiterung Zielgruppe) und damit zur Nachhaltigkeit auf Ebene des Projekts.

¹⁴ Insgesamt gibt es gem. Bundesamt für Statistik ca. 1500 Alters- und Pflegeheime. Die Schätzung ist nur eine grobe Grössenordnung, da möglicherweise nicht alle Logins / ausgefüllte Fragebögen von einer Institution aus dem Bereich Alters- und Pflegeheime kommt und es auch möglich ist, dass verschiedene Personen aus einer Institution den Fragebogen ausgefüllt haben. Es geht daher nur um eine ungefähre Abschätzung zur Einordnung.

¹⁵ Vgl. dazu z.B. Bundesrat (2016). Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 12.3604 Fehr Jacqueline vom 15.06.2012, 14.3912 Eder vom 25.09.2014 und 14.4165 Lehmann vom 11.12.2014 und Polynomics (2018). Abschätzung der Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030. Studie im Auftrag von CURAVIVA Schweiz.

8. Schlussfolgerungen

8.1 Fazit

Zahlreiche Indikatoren zeigen einen erfolgreichen Projektstart:

- Die befragten Akteure beurteilen Konzept und Umsetzung in weiten Teilen positiv. Der Bedarf für das Instrument scheint vorhanden und die Ausgestaltung wird nutzerfreundlich bewertet.
- CURAVIVA ist der richtige Absender. Reputation, Vernetzung und institutionelles Wissen sind in hohem Ausmass vorhanden. Teils fehlende Kompetenzen wurden durch Projektpartner*innen und weitere Akteure dazu geholt.
- Der partizipative Ansatz des Projekts ist positiv zu bewerten: Die Zielgruppe der Alters- und Pflegeheime wurde während des Projekts einbezogen, die Praxisrelevanz ist gewährleistet.
- Das Projektteam zählt zu den Erfolgsfaktoren des Projekts. Dieses hat bspw. sehr rasch und flexibel auf Herausforderungen reagiert und bei Bedarf Anpassungen vorgenommen.
- Die Nutzung liegt im Rahmen der Erwartungen resp. der gesetzten Ziele. Schätzungsweise etwa 7% der Alters- und Pflegeheime haben das Reifegradmodell bereits genutzt. Vor dem Hintergrund, dass das Angebot neu und insb. bei der strategischen Positionierung relevant ist (was nur alle paar Jahre erfolgt), scheint dies kein schlechter Wert zu sein.
- In ersten Beispielen hat das Angebot sein Potenzial bereits aufgezeigt und z.B. bei einer mitwirkenden Praxisinstitution einen Schub hin zur integrierten und sozialraumorientierten Versorgung ausgelöst.

Allerdings gibt es auch Herausforderungen:

- Die Verbreitung des Angebots wird von den Projektbeteiligten als herausfordernd geschildert. So sei das Modell in erster Linie im Rahmen eines Strategieprozesses von Nutzen. Dieser finde jedoch nur alle paar Jahre statt und es sei daher eine Herausforderung, dass die Institutionen das Angebot genau zu diesem Zeitpunkt präsent hätten – umso mehr, weil sie eine Vielzahl von Informationen erhielten und das Angebot daher z.T. untergehe. Die Gespräche und Erfahrungen im Rahmen der Evaluation bestätigen dies. Das Angebot scheint bei den Multiplikator*innen und der Zielgruppe der Alters- und Pflegeheime noch nicht genügend angekommen.
- Der Aufbau der Beratungsangebote ist noch nicht erfolgt. Dadurch ist die Nachhaltigkeit des Projekts möglicherweise auf zwei Ebenen in Frage gestellt: einerseits auf Ebene Institution (Unterstützung der Umsetzung in den Organisationen) und andererseits auf Ebene Angebot (Aktualisierung und inhaltliche Erweiterung auf Zielgruppe Gemeinde).

8.2 Empfehlungen

Basierend auf den Herausforderungen formulieren wir nachfolgend Empfehlungen. Einige Empfehlungen resp. Ansätze werden bereits umgesetzt. Die nachfolgenden Ausführungen sind entsprechend als Bestätigung dieses Vorgehens zu sehen und können möglicherweise punktuell auch ergänzende Inputs liefern. Die Empfehlungen 1-3 setzen bei der Herausforderung Verbreitung an, Empfehlungen 4-6 adressieren die Nachhaltigkeit.

Empfehlung 1: Direkte Information

Wir empfehlen, die Sichtbarkeit des Angebots auf den Websites der Projektbeteiligten zu stärken (wie vorgesehen). Weiter empfehlen wir, sowohl auf der Website als auch auf Social Media in einem bestimmten Rhythmus resp. zu bestimmten Anlässen auf das Angebot aufmerksam zu machen. Denn die wiederholte Information kann gewährleisten, dass das Angebot im passenden Moment präsent ist. Weiter empfehlen wir, innerhalb von CURAVIVA Möglichkeiten der Bekanntmachung zu prüfen (z.B. in bestehenden Angeboten zur Weiterbildung oder Anlässen).

Adressat: Projektleitung und Projektpartner*innen

Empfehlung 2: Indirekte Information

Wir empfehlen, die Möglichkeit von Verlinkungen von anderen Websites zu prüfen. Beispielsweise könnten die Kantonalverbände von CURAVIVA angefragt werden, ob sie einen Link setzen. Wir würden zudem vorschlagen, dass die Projektleitung gemeinsam mit Gesundheitsförderung Schweiz diskutiert, ob es Gefässe gibt, die zur Bekanntmachung genutzt werden könnten (z.B. Veranstaltungen). Anmerkung: Unseres Wissens ist bereits eine solche Präsentation vorgesehen, möglicherweise könnte der Kommunikationskanal noch gestärkt werden.

Adressat: Projektleitung (ggf. Gesundheitsförderung Schweiz)

Empfehlung 3: Erfolgsbeispiele

Wir empfehlen, den Nutzen des Angebots über Erfolgsbeispiele stärker sichtbar zu machen. Dazu könnten ggf. die Verantwortlichen der Praxisbeispiele angefragt werden. Solche Erfolgsbeispiele könnten auf der Website dargestellt werden. Gleichzeitig hat sich in den Fachgesprächen auch der Mehrwert des persönlichen Kontakts gezeigt. Hier könnte das Gefäss eines Erfahrungsaustausches zwischen den Institutionen genutzt werden. Eine weitere Möglichkeit wäre eine regionale Initiative. So könnte mit 1-2 Kantonalverbänden, die sich mit der Thematik beschäftigen (wollen), ein spezifischer Effort getätigt werden. In zwei Interviews wurden solche Möglichkeiten andiskutiert. Dadurch liessen sich Erfolgsbeispiele auf regionaler resp. struktureller Ebene schaffen (d.h. die Wirkung würde dann nicht nur für ein einzelnes Alters- und Pflegeheim aufgezeigt werden können, sondern z.B. für eine Versorgungsregion). Wir empfehlen, solche Massnahmen im Sinne eines strategischen Entscheids auch in der Kommunikationsstrategie zu dokumentieren.

Adressat: Projektleitung und Projektpartner*innen

Empfehlung 4: Beratungen

Wir empfehlen, das Beratungsangebot wie vorgesehen zu testen. Zur Finanzierung könnten grundsätzlich verschiedene Quellen genutzt werden.¹⁶ Dabei erscheint uns wichtig, die Zahlungsbereitschaft resp. den Bedarf der Organisationen vertieft abzuklären (in den Fachgesprächen gab es unterschiedliche Einschätzungen). Auf dieser Grundlage wäre dann zu entscheiden, entweder

¹⁶ Eine Übersicht von Gesundheitsförderung Schweiz zu Finanzierungsmöglichkeiten durch verschiedene Stiftungen findet sich unter diesem [Link](#). Anmerkung: Zum Antrag für die zusätzliche Finanzierung an Gesundheitsförderung Schweiz nehmen wir bewusst keine Stellung. Die in der vorliegenden Evaluation vorgenommenen Analysen und Einschätzungen können und sollen aber selbstverständlich als Grundlage genutzt werden.

ein Beratungsangebot zu schaffen oder aber darauf zu verzichten (vgl. dazu Empfehlung 5). Anmerkung: Aus unserer Sicht erscheint ein Beratungsangebot zielführend, falls die Zahlungsbereitschaft aber zu gering sein sollte, macht ein Aufbau dennoch keinen Sinn.

Adressat: Projektleitung und Projektpartner*innen

Empfehlung 5: Priorisierung

Falls die Finanzierung zum Aufbau resp. Test des Beratungsangebots nicht zustande kommen sollte oder der Bedarf als zu gering eingestuft wird, empfehlen wir, das Angebot weiterzuführen. Auch wenn sich der Fokus auf die Alters- und Pflegeheime beschränken sollte, scheint das Angebot einen Anstoss in Richtung integrierte und sozialraumorientierte Versorgung geben zu können. Wir würden dann empfehlen, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln Verbreitung und Kommunikation zu stärken (und nicht eine inhaltliche Weiterentwicklung vorzunehmen).

Adressat: Projektleitung

Empfehlung 6: strategische Verankerung

Unabhängig vom konkreten Angebot empfehlen wir schliesslich, dieses strategisch zu verankern (z.B. Definition von Ressourcen, Zielen). Dies aufgrund der Tatsache, dass das Projekt aktuell stark vom Engagement einzelner Personen abhängt. Ein strategischer Entscheid für das weitere Engagement könnte zur Nachhaltigkeit des Angebots beitragen.

Adressat: Projektleitung

A. Anhang

Evaluationsfragen und Methoden

Tabelle 1 Methodentabelle

Evaluationsfragen	Methode	Zeitraum
Konzept		
– Welche Ziele verfolgt das Projekt? Welche Wirkungslogik liegt dem Projekt zugrunde (Wirkungsmodell)? – Welche Ansätze wurden gewählt? – Inwiefern besteht ein Bezug zur nationalen NCD-Strategie? – Wer sind die wichtigsten Akteure und Zielgruppen? – Wie ist die geografische Abdeckung des Projekts (Region)? <i>Kapitel 2.3. (Wirkungsmodell) / Kapitel 3.1.</i>	Dokumentenanalyse (Projektantrag, Stakeholderanalyse) / Interview Projektleitung CURAVIVA	April 2020 – Juni 2020
Input		
– Welche Ressourcen stehen im Projekt zur Verfügung? – Welche Aktivitäten und Massnahmen umfasst das Projekt? <i>Kapitel 3.2. und 3.3. (Ressourcen) / Kapitel 4 (Massnahmen)</i>	Dokumentenanalyse (Projektantrag) / Interview Projektleitung CURAVIVA	März/April 2020
Umsetzung		
– Wie kommt das Projekt voran? Wurde das Projekt wie geplant umgesetzt? – Welche Faktoren fördern die Umsetzung des Projekts? – Welche Faktoren behindern die Umsetzung des Projekts? – Wie wurde auf diese Hindernisse reagiert bzw. welche Lösungen wurden gefunden? <i>Kapitel 3 (Faktoren Input) / Kapitel 4 (Faktoren Umsetzung) (sowie Zwischenberichte während des Projekts)</i>	Dokumentenanalyse (jährliche Zwischenberichte) / Interview Projektleitung CURAVIVA (insgesamt: 4 Interviews)	November / Dezember 2020, 2021, 2022 und 2023
Output		
– Welche Leistungen wurden erbracht? – Wie sind die Leistungen zu beurteilen? – Inwiefern ist das Projekt wirksam und effizient? – Inwiefern ist das Projekt zweckmässig? – Inwiefern kann durch das Projekt ein Angebot geschaffen werden, das den Bedürfnissen der Akteure in der Gesundheitsversorgung entspricht? – Konnten mit Hilfe des Projekts präventive Praktiken in die Gesundheitsversorgung integriert werden, oder bestehen die Voraussetzungen, damit dies in Zukunft erfolgen kann? – Ist eine nachhaltige Integration des Projekts gewährleistet? <i>Kapitel 5 / Kapitel 6</i>	Dokumentenanalyse (Produkte wie z.B. Reifegradmodell, Finanzierungsmodelle, Beratungsangebot) Test des Reifegradmodells Interview Projektleitung CURAVIVA (4 Interviews)	November 2020, 2021, 2022 und 2023
Outcome / Impact		
– Welche Wirkungen wurden bei den Multiplikator*innen und/oder auf der Verhältnisebene erzielt? – Welche und wie viele Multiplikator*innen wurden erreicht? – Welche Wirkungen auf die Verhältnisse wurden erzielt? – Wurde die inter- und/oder multidisziplinäre Zusammenarbeit verbessert? Wenn ja, zwischen wem? – Wurden Schnittstellen innerhalb und/oder ausserhalb der Gesundheitsversorgung verbessert? Wenn ja, inwiefern? – Wie sind die erzielten Wirkungen zu beurteilen? – Welche Faktoren fördern die Wirkungsentfaltung? – Welche Faktoren behindern die Wirkungsentfaltung? – Wie wurde auf diese Hindernisse reagiert? <i>Kapitel 6 (Outcome) / Kapitel 7 (Impact)</i>	Teilnahme an Informationsveranstaltung zum Projekt Interviews: – Projektleitung CURAVIVA – Projektpartner*innen – Praxispartner*innen – Multiplikator*innen und weitere Akteure (13 Interviews mit 14 Personen)	Primär: November 2024

Fazit und Ausblick		
– Inwiefern ist das Projekt wirksam und effizient? – Inwiefern ist das Projekt zweckmässig? – Inwiefern kann durch das Projekt ein Angebot geschaffen werden, das den Bedürfnissen der Akteure in der Gesundheitsversorgung entspricht? – Konnten mit Hilfe des Projekts präventive Praktiken in die Gesundheitsversorgung integriert werden, oder bestehen die notwendigen Voraussetzungen, damit dies in Zukunft erfolgen kann? – Ist eine nachhaltige Integration des Projekts gewährleistet? <i>Kapitel 7 (nachhaltige Integration) / Kapitel 8</i>	Interview Projektleitung CURAVIVA	November 2024

Interviewpersonen

Tabelle 2 Interviewpersonen

	Person	Institution
Projektträger und Projektpartner*innen		
1	Patricia Jungo	ARTISET und Branchenverband CURAVIVA
2	Delphine Roulet Schwab	Institut et Haute Ecole de la Santé La Source
3	Gabrielle Wanzenried	HEIG-VD
Praxispartner*innen		
4	Ralph Bürge	Lindenhof Oftringen
5	Christine Meuwly	Stiftung Gesundheitsnetz Sense
6	John Gaffuri	Fondazione Parco San Rocco
7	Valérie Baud	Fondation Saphir
Multiplikator*innen und Nutzende		
8	Marco Petruzzi Andreas Siegrist	Gemeinschaft Solothurnischer Alters- und Pflegeheime GSA
9	Claude Bertelletto	AFIPA / VFA - Vereinigung Freiburgischer Alterseinrichtungen
10	Hélène Chenevey-Antoine	Héviva - Association vaudoise d'institution médico-psycho-sociales
11	Eliane Leuzinger	Netzwerk altersfreundliche Städte / Gerontologie CH
12	Andrea Wanner	Viva Luzern
13	Daniel Suter	Vaka Verband der Spitäler, Kliniken, Pflegeinstitutionen und Spitex-Organisationen im Kanton Aargau

Arbeitsschritte

Tabelle 3 Arbeitsschritte

	Ziel	Massnahme	Status
0	Vorbereitende Arbeiten	Erarbeiten eines Evaluationskonzepts	Abgeschlossen
		Wahl eines Beispiels für die Westschweiz	
		Workshop mit interessierten Stakeholder	
		Formalisieren der Zusammenarbeit im Rahmen eines LOI	
1	Systematische Übersicht zu den Erfolgsfaktoren für die Versorgung gemäss WOPM	Erfassen der Erfahrungen bei der Umsetzung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung	Abgeschlossen
		Formulieren der Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung einer Versorgungspraxis gemäss WOPM	Abgeschlossen
2	Toolbox mit praxistauglichen Instrumenten zur Erhöhung der Erfolgchancen einer Versorgungspraxis gemäss WOPM	Synthetisieren der Erfolgsfaktoren für eine Versorgungspraxis gemäss dem WOPM	Abgeschlossen
		Erarbeiten von Finanzierungsmodellen für die integrierte und sozialraumorientierte Versorgung	Abgeschlossen
		Evaluierung und Finalisierung Reifegradmodell sowie der Finanzierungsmodelle	Abgeschlossen
		Entwicklung einer digitalen Anwendung für das Reifegradmodell	Abgeschlossen
3	Know-how aus dem Projekt steht den Akteuren der integrierten Versorgung und des Sozialraums langfristig zur Verfügung	Zusammenführen der Projektergebnisse in einer Online-Toolbox	Abgeschlossen
		Konzeption von Seminaren für Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens	Abgeschlossen
		Durchführung von Seminaren für Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens	
		Konzeption von Beratungsangeboten	Grundlagen liegen vor, diese sind aber zu vertiefen, um mit den Beratungen beginnen zu können
		Erarbeiten eines Businessplans für die Beratungsangebote	
4	Know-how aus dem Projekt wird von den Akteuren der integrierten Versorgung und des Sozialraums genutzt	Erarbeiten eines Monitoring- und Kommunikationskonzepts	Abgeschlossen

Blau markiert: wie vorgesehen, grau markiert: Vertiefung nötig.

Projektberichte

CURAVIVA Schweiz, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, senior-lab (2021; Hrsg.). Synthesebericht: Erfolgsfaktoren, Herausforderungen und Empfehlungen. Projekt «Verbreitung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung in der Schweiz basierend auf den Prinzipien des Wohn- und Pflegemodells 2030» Link: <https://elia-assessment.ch/wp-content/uploads/2024/11/synthesebericht-erfolgsfaktoren-und-herausforderungen-des-wopm-2030-curaviva-schweiz-2021.pdf>

Gabrielle Wanzenried (HEIG-VD HES-SO), Anna Jörger (CURAVIVA), Patricia Jungo (ARTISET), Delphine Roulet Schwab (HES-SO La Source und senior-lab), Floriane Roulet Jeanneret (HES-SO La Source) (2024): Finanzierungsmodelle für Anbieter – grundsätzliche Betrachtungen und Handlungsübersichten. Projekt Verbreitung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung in der Schweiz basierend auf den Prinzipien des Wohn- und Pflegemodells 2030 von CURAVIVA Schweiz. Link: <https://elia-assessment.ch/wp-content/uploads/2024/02/elia-finanzierungsmodelle-de.pdf>

