



Faktenblatt 128

«Daheim statt Heim» – Folgemandat

Postakute Übergangsangebote in der Schweiz – Erkenntnisse aus erfolgreichen Modellen und Handlungsempfehlungen

Abstract

Im Folgemandat des Pilotprojekts «Daheim statt Heim» wurde das Geschäftsentwicklungsmodell für postakute Übergangsangebote in der Schweiz (GeMo-PÜCH) entwickelt. Es unterstützt Institutionen, erfolgreiche Ansätze wie «Daheim statt Heim» systematisch auf weitere Zielgruppen und Institutionen zu übertragen. In der Schweiz besteht eine erhebliche Versorgungslücke bei postakuten Übergangsangeboten: 2023 erhielten lediglich 4225 Personen eine stationäre Akut- und Übergangspflege (AÜP), obwohl der Bedarf deutlich höher ist. Das Projekt «Daheim statt Heim» und die Kooperation zwischen dem Pflegezentrum Lindenfeld und dem Kantonsspital Aarau (KSA) zeigen, dass strukturierte, zielgruppenspezifische Programme die Selbstständigkeit, die Lebensqualität und die Rückkehrquote älterer Menschen nach einem Spitalaufenthalt deutlich verbessern. Das revidierte GeMo-PÜCH bietet Institutionen ein praxistaugliches Instrument zur Planung, Umsetzung und Finanzierung solcher Angebote.

In Kürze

- 2023: nur **4225 Personen** in stationärer AÜP – Bedarf deutlich höher.
- **«Daheim statt Heim»:** Verbesserung der funktionellen Fähigkeiten, 68% der Teilnehmenden erreichten ihre individuellen Fernziele, drei Monate nach dem Austritt lebten 61% selbstständig zu Hause.
- **Kooperation Lindenfeld/KSA:** 600 eingesparte Spittaltage, Steigerung der Lebensqualität, wirtschaftlich tragfähig.
- Verschiedene Zielgruppen benötigen spezifische Übergangsmodelle.
- **GeMo-PÜCH** unterstützt Entwicklung, Anpassung und Finanzierung zielgruppenspezifischer Angebote.

Inhaltsverzeichnis

1	Postakute Übergangsangebote: Bedarf und Herausforderungen	2
2	Erfolgreiche Lösungsansätze: von der Erprobung zur Weiterentwicklung	3
3	Zielgruppenspezifische postakute Übergangsangebote: von ersten Erfolgen zur breiteren Anwendung	4
4	Von punktuellen Erfolgen zur systematischen Weiterentwicklung	5
5	Empfehlungen für systematische Weiterentwicklung	5
6	Fazit: systematische Weiterentwicklung als logischer nächster Schritt	6
7	Literaturverzeichnis	6

1 Postakute Übergangsangebote: Bedarf und Herausforderungen

Die Versorgung älterer Menschen nach einem Spitalaufenthalt stellt eine zunehmende Herausforderung für das Schweizer Gesundheitssystem dar. Durch demografische Veränderungen, kürzere Spitalaufenthalte infolge der DRG-Einführung und die steigende Multimorbidität älterer Menschen wächst der Bedarf an adäquaten Übergangslösungen kontinuierlich (Liu, 2021; White, 2019; Yarnall et al., 2017). Ältere Menschen benötigen nach einer akuten Erkrankung oft mehr Zeit, um ihre funktionalen Fähigkeiten wiederzuerlangen und Alltagsaktivitäten wieder selbstständig durchführen zu können. Ohne geeignete Übergangsangebote entstehen problematische Versorgungslücken: Betroffene erfüllen die Kriterien für einen Akutspitalaufenthalt nicht mehr, sind aber für eine direkte Rückkehr nach Hause noch nicht selbstständig genug. Gleichzeitig entsprechen sie nicht den klassischen Indikationen für eine stationäre Rehabilitation (Bello-Haas et al., 2023; Naylor et al., 2011).

Postakute Übergangsangebote wie die Akut- und Übergangspflege (AÜP) wurden entwickelt, um genau diese Lücke zu schliessen. Die Realität zeigt jedoch, dass diese Angebote aufgrund struktureller Hindernisse ihr Potenzial nicht annähernd voll entfalten können (IG Pflegefinanzierung, 2018; Kollbrunner et al., 2020).

Aktuelle Daten belegen die Diskrepanz: Im Jahr 2023 wurden in der Schweiz lediglich 4225 Personen in Pflegeheimen im Rahmen der stationären AÜP betreut (Bundesamt für Statistik, 2025), obwohl der tatsächliche Bedarf deutlich höher eingeschätzt wird. Die AÜP-Versorgung konzentriert sich dabei auf wenige Kantone (hauptsächlich Zürich, Tessin und Aargau), während in vielen Regionen keine entsprechenden Angebote existieren. Schweizweit stehen nur etwa 370 spezialisierte AÜP-Plätze zur Verfügung – eine Kapazität, die den realen Bedarf bei Weitem nicht deckt (Bundesamt für Statistik, 2021).

1.1 Vielfalt der postakuten Übergangsangebote

Akut- und Übergangspflege (AÜP)

Zeitlich befristete Versorgung (maximal 14 Tage¹) im direkten Anschluss an einen Spitalaufenthalt, wenn Betroffene nicht in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren können. Voraussetzung ist eine spitalärztliche Verordnung auf einem spezifischen Formular, die die Indikation bestätigt, sowie das Fehlen eines Bedarfs für spezialisierte Rehabilitation. (Ecoplan, Serdaly & Ankers, 2022; Padrutt, 2019)

Übergangspflege

Zeitlich begrenzte pflegerische Versorgung nach einem Spitalaufenthalt, oft in spezialisierten Übergangseinrichtungen mit längerem Zeithorizont als die AÜP und interprofessionellem Versorgungsansatz. (Ecoplan, Serdaly & Ankers, 2022)

Kurzzeitpflege

Zeitlich befristete, stationäre Unterbringung in Pflegeeinrichtungen zur Überbrückung von Pflegesituationen, zum Ferienaufenthalt oder als Vorbereitung auf eine Rückkehr nach Hause. Erfordert keine ärztliche Verordnung aus dem Spital. (Ecoplan, Serdaly & Ankers, 2022)

Slow-Stream-Rehabilitation

Rehabilitationsmodell mit längerer Behandlungsdauer und geringerer Intensität im Vergleich zu traditionellen Ansätzen, speziell für gebrechliche ältere Menschen mit langsamerem Verlauf der Genesung. (Maximos et al., 2019)

Geriatrische Rehabilitation

Spezialisierte Behandlung von Behinderungen und Funktionsfähigkeiten mit Fokus auf Rückgewinnung der möglichst selbstständigen Lebensführung durch interprofessionelle Teams unter fachärztlicher Leitung. (H+ Die Spitäler der Schweiz, 2025)

¹ Derzeit ist die AÜP in allen Kantonen auf maximal 14 Tage begrenzt. Der Kanton Aargau plant im Rahmen der GGpl 2030 eine Ausweitung auf bis zu vier Wochen. Auf nationaler Ebene werden im Rahmen der parlamentarischen Initiative 09.528 ebenfalls Reformen diskutiert, darunter eine gesetzlich verankerte Verlängerung der AÜP sowie die teilweise Übernahme der Aufenthaltskosten durch die obligatorische Krankenversicherung (Bundesamt für Gesundheit, 2023; Kanton Aargau, 2023). Eine Umsetzung steht derzeit aus.

1.2 Strukturelle Hindernisse der postakuten Übergangsangebote

Organisationale Hindernisse

Viele stationäre Pflegeinstitutionen sind nicht auf Personen mit postakutem Rehabilitationsbedarf vorbereitet. Es fehlen flächendeckende Konzepte für rehabilitative Pflege in der stationären Langzeitversorgung – sowohl hinsichtlich Personalqualifikation als auch in Bezug auf Infrastruktur und Prozesse. [Gattinger et al., 2018]

Finanzielle Hürden

Postakute Übergangsangebote, die im Pflegeheim erbracht werden, unterliegen der Pflegefinanzierung. Dabei sind Hotellerie- und Betreuungskosten nicht über die obligatorische Krankenversicherung gedeckt. Für Betroffene entstehen dadurch erhebliche finanzielle Belastungen, insbesondere wenn parallel weiterhin Wohnkosten zu tragen sind. [Ecoplan, Serdaly & Ankers, 2022]

Zeitliche Limitationen

Viele Übergangsangebote sind zeitlich zu stark begrenzt, um eine vollständige funktionale Stabilisierung und eine sichere Rückkehr in die häusliche Umgebung zu ermöglichen – insbesondere bei komplexeren Genesungsverläufen. [Ecoplan, Serdaly & Ankers, 2022]

2 Erfolgreiche Lösungsansätze: von der Erprobung zur Weiterentwicklung

2.1 Systematische Selbstmanagementförderung: das Projekt «Daheim statt Heim»

Das von Gesundheitsförderung Schweiz geförderte Projekt «Daheim statt Heim» (2020–2022) hat in drei Pflegeinstitutionen der Deutschschweiz erfolgreich demonstriert, dass ressourcenorientierte, personenzentrierte Kurzzeitpflege hochbetagte Menschen systematisch in ihrer Selbstständigkeit fördern kann.

Zielgerichtete Intervention

27 ältere Menschen erhielten nach einem Spitalaufenthalt eine strukturierte rehabilitative, personenzentrierte Pflege und Betreuung mit dem expliziten Ziel, eine Rückkehr nach Hause zu ermöglichen und einen dauerhaften Heimeintritt zu vermeiden.

Messbare Erfolge

Der durchschnittliche Barthel-Index stieg signifikant von 66 auf 85 Punkte, was eine deutliche Verbesserung der funktionalen Fähigkeiten widerspiegelt. 68% der Teilnehmenden erreichten ihre individuellen Fernziele vollständig, weitere 24% teilweise. Drei Monate nach dem Austritt lebten 61% selbstständig zu Hause, ohne Wiedereintritte.

Strukturiertes Vier-Pfeiler-Programm

Der Erfolg basiert auf einer ressourcenorientierten, personenzentrierten Pflege- und Betreuungskultur sowie auf einer diesbezüglichen Pflegeplanung, gezielter Förderung der Bewegungskompetenz, kontinuierlichem Coaching und regelmässiger Beratung der Fachpersonen durch speziell ausgebildete «Champions» [Brenner et al., 2025].

Nachhaltiges Geschäftsmodell

Parallel wurde ein evidenzbasiertes Geschäftsentwicklungsmodell erarbeitet, das Pflegeinstitutionen dabei unterstützt, rehabilitative Kurzzeitpflege als strategisches, wirtschaftlich tragfähiges Angebot zu etablieren [Brenner et al., 2023; Gattinger et al., 2022].

Das Projekt «Daheim statt Heim» beweist eindrücklich: Strukturierte, rehabilitative Pflege kann auch bei hochbetagten, multimorbiden Menschen zu signifikanten Verbesserungen der Selbstständigkeit führen. Diese Erkenntnisse bilden die Grundlage für die Entwicklung zielgruppenspezifischer Programme für verschiedene Populationen in postakuten Übergangsangeboten.

2.2 Praxiserprobte Kooperation: Pflegezentrum Lindenfeld und Kantonsspital Aarau

Ein wegweisendes Beispiel für erfolgreiche postakute Übergangsversorgung zeigt die Kooperation zwischen dem Pflegezentrum Lindenfeld und dem Kantonsspital Aarau (KSA) im Bereich der Gefässchirurgie. Diese zielgruppenspezifische Zusammenarbeit verdeutlicht das Potenzial strukturierter Übergangsangebote.

Zielgerichtete Versorgung

35–40 Patient*innen nach gefässchirurgischen Eingriffen erhielten eine durchschnittlich 21-tägige spezialisierte Übergangsbetreuung mit Fokus auf

Wundheilung, Mobilisation und Vorbereitung auf die anschliessende Rehabilitation (Holler & Schaub, 2023).

Die Kooperation führte zu über 600 eingesparten Spittagen und einem potenziellen Nutzen von über 500 000 CHF für das KSA. Gleichzeitig wurde bei den Betroffenen eine messbare Steigerung der Lebensqualität erreicht (EQ-5D-Index von 0.568 auf 0.775) (Holler & Schaub, 2023).

Strukturierte Zusammenarbeit

Der Erfolg basiert auf klaren Prozessen – von der frühzeitigen interprofessionellen Fallplanung im Spital über die definierte Übertrittlogistik bis hin zur gezielten pflegerischen Intervention mit aktivierender Pflege.

Win-win-win-Situation durch Kostenübernahme

Die Kooperation schafft eine echte Drei-Parteien-Lösung: bessere Outcomes und vollständige Kostenübernahme für die Patient*innen, Kosteneinsparungen für das Spital und wirtschaftliche Tragfähigkeit für die Pflegeinstitution.

Dieses Beispiel unterstreicht eine zentrale Erkenntnis: Verschiedene gesundheitsfürsorgende Fachbereiche und Personengruppen benötigen unterschiedliche Ansätze für postakute Übergangsangebote. Diese Erfolgsgeschichte bildet zusammen mit den Erkenntnissen aus «Daheim statt Heim» die Grundlage für eine systematische Weiterentwicklung.

3 Zielgruppenspezifische postakute Übergangsangebote: von ersten Erfolgen zur breiteren Anwendung

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass unterschiedliche Populationen spezifisch zugeschnittene postakute Übergangsangebote benötigen. In der Praxis lassen sich – ausgehend von den bisherigen Projekterfahrungen – drei Versorgungsansätze unterscheiden, die sich insbesondere in Dauer, Intensität und Schwerpunktsetzung unterscheiden.

Längerfristig angelegte, rehabilitativ orientierte Übergangsangebote – in der Regel über mehrere Wochen bis hin zu rund drei Monaten – kommen vor allem bei komplexeren Genesungsverläufen zum

Einsatz. Sie richten sich an ältere Menschen, die nach einer schweren Erkrankung oder Operation nur langsam wieder zu Kräften kommen, ebenso wie Personen mit leichten kognitiven Einschränkungen nach einem Delir oder in frühen Demenzstadien. Auch gebrechliche, mehrfach erkrankte Menschen profitieren von einem zeitlich flexiblen, interprofessionellen Ansatz, wie er etwa im «Daheim statt Heim»-Vier-Pfeiler-Programm umgesetzt wurde.

Demgegenüber steht die **kurze, intensive Übergangsversorgung** im unmittelbaren Anschluss an einen Spitalaufenthalt, die sich meist über ein bis drei Wochen erstreckt. Sie richtet sich an klar definierte Gruppen mit gutem Rehabilitationspotenzial, etwa nach chirurgischen Eingriffen oder internistischen Behandlungen. Die Kooperation zwischen dem Pflegezentrum Lindenberg und dem KSA verdeutlicht, wie eine solche, gezielt strukturierte Betreuung sowohl die funktionale Gesundheit der Betroffenen verbessern als auch die Akutversorgung entlasten kann.

Schliesslich gibt es **spezialisierte Übergangsformen mit verlängerter Programmdauer** und geringerer Intensität, die sich über mehrere Monate erstrecken können und besonders für Menschen mit spezifischen, oft chronischen Bedarfen geeignet sind. Dazu gehören Personen mit neurologischen Folgeschäden, mehrfach erkrankte ältere Menschen oder sozial isolierte Senior*innen, die zusätzliche Zeit und Unterstützung benötigen, um psychosoziale Stabilität und Selbstversorgungskompetenzen wiederzuerlangen.

Für eine präzisere Abgrenzung dieser Zielgruppen und die Entwicklung passgenauer Programme kann in einem nächsten Schritt das revidierte Geschäftsentwicklungsmodell für postakute Übergangsangebote in der Schweiz (GeMo-PÜCH) genutzt werden. Es bietet einen strukturierten Rahmen, um den Bedarf systematisch zu erheben, Zielgruppen klarer zu definieren und darauf abgestimmte Angebotsvarianten zu planen sowie wirtschaftlich tragfähig zu gestalten (Brenner & Gattinger, 2025).

4 Von punktuellen Erfolgen zur systematischen Weiterentwicklung

4.1 Aktuelle Defizite trotz bewährter Ansätze

Fehlende systematische Übertragung erfolgreicher Modelle

Obwohl bewährte Ansätze wie das Vier-Pfeiler-Programm von «Daheim statt Heim» oder die Kooperation Lindenfeld/KSA existieren und ihre Wirksamkeit bewiesen haben, fehlt deren systematische Adaptation für verschiedene Populationen. Jede Institution entwickelt eigene Lösungen, nicht immer unter Einbezug evidenzbasierter Grundlagen.

Unzureichende zielgruppenspezifische Geschäftsmodelle

Viele Institutionen verfügen nicht über tragfähige Geschäftsmodelle für spezialisierte Übergangsangebote verschiedener Zielgruppen. Das GeMo-PÜCH bietet zwar die methodische Grundlage, doch fehlen konkrete Anwendungsbeispiele für spezifische Populationen (postoperative Fälle, neurologische Patient*innen, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen).

Mangelnde Evidenzbasis für Zielgruppendifferenzierung

Es fehlen systematische Vergleichsstudien darüber, welche Ansätze für welche Zielgruppen am wirksamsten sind. Die Erfolge von «Daheim statt Heim» bei multimorbiden älteren Menschen und von der Kooperation Lindenfeld/KSA bei gefässchirurgischen Fällen zeigen das Potenzial – aber eine systematische Evidenzgenerierung für andere Populationen steht aus.

4.2 Chancen durch systematische Weiterentwicklung bewährter Ansätze

Skalierung nachgewiesener Wirksamkeit

Die dokumentierten Erfolge (Barthel-Index-Verbesserung, über 600 eingesparte Spitaltage, 68% Zielerreichung) können durch zielgruppenspezifische Adaptation vervielfacht werden.

Kosteneffizienz durch evidenzbasierte Modelle

Bewährte Ansätze reduzieren Entwicklungsrisiken und ermöglichen schnellere Implementierung mit kalkulierbaren Kosten-Nutzen-Verhältnissen.

Qualitätssteigerung durch Spezialisierung

Zielgruppenspezifische Programme können Outcomes deutlich verbessern, da sie auf die spezifischen Bedürfnisse verschiedener Populationen zugeschnitten sind.

Gesellschaftliche Neupositionierung stationärer Langzeitpflege

Erfolgreiche postakute Übergangsangebote positionieren Pflegeheime als kompetente, rehabilitativ orientierte Gesundheitsdienstleistende, die Menschen gezielt dabei unterstützen, wieder nach Hause zurückzukehren. Dies verbessert das gesellschaftliche Ansehen und kann dem Fachkräftemangel entgegenwirken, da Pflegefachpersonen in einem aktivierenden, sinnstiftenden Umfeld arbeiten können.

5 Empfehlungen für systematische Weiterentwicklung

Prioritäre Massnahmen aufbauend auf bewährten Grundlagen

1. Zielgruppenspezifische Anpassung bewährter Programme

- Systematische Anpassung des Vier-Pfeiler-Programms für verschiedene Populationen (z. B. neurologische, postoperative, geriatrische, onkologische Zielgruppen)
- Übertragung des Erfolgsmodells der Kooperation Lindenfeld/KSA auf andere medizinische Fachbereiche (z. B. Orthopädie, Kardiologie, Onkologie)
- Spezifizierung von Assessments und Interventionen für jede Zielgruppe auf Basis der bewährten Grundstruktur

2. Systematische Evidenzgenerierung für Zielgruppen

- Vergleichende Wirksamkeitsstudien verschiedener Ansätze für spezifische Populationen
- Longitudinale Nachverfolgung der Outcomes nach zielgruppenspezifischen Interventionen
- Gesundheitsökonomische Evaluationen für jede Zielgruppe und jeden Übergangstyp

3. Systematischer Kapazitätsaufbau und Transfer

- Entwicklung von Schulungsprogrammen basierend auf den erfolgreichen Modellen «Daheim statt Heim» und «Kooperation Lindenfeld/KSA»
- Aufbau regionaler Kompetenzzentren, die bewährte Ansätze für lokale Zielgruppen adaptieren
- Etablierung von Kooperationsnetzwerken zwischen erfolgreichen und entwickelnden Institutionen

6 Fazit: systematische Weiterentwicklung als logischer nächster Schritt

Die erfolgreichen Projekte «Daheim statt Heim» und die Kooperation Lindenfeld/KSA haben eindrücklich bewiesen:

Strukturierte, zielgruppenspezifische postakute Übergangsversorgung ist nicht nur machbar, sondern hocheffektiv. Betroffene erhalten eine qualitativ hochwertige Versorgung und es entsteht ein volkswirtschaftlicher Nutzen durch einen verbesserten Gesundheitspfad (kürzere Spitalaufenthalte).

Das revidierte GeMo-PÜCH schafft die methodische Grundlage, um diese erfolgreichen Modelle systematisch auf verschiedene Zielgruppen zu übertragen. Die bewiesene Wirksamkeit strukturierter Programme und die Verfügbarkeit praxistauglicher Geschäftsmodelle ermöglichen nun den entscheidenden nächsten Schritt: die systematische Adaptation für die Vielfalt postakuter Übergangsbedarfe. Gleichzeitig zeigen aktuelle Entwicklungen auf kantonaler und nationaler Ebene – etwa die geplante Verlängerung der AÜP im Kanton Aargau oder die Reformvorschläge im Rahmen der parlamentarischen Initiative 09.528 –, dass die strukturelle Weiterentwicklung postakuter Angebote zunehmend auch politisch adressiert wird. Die konkrete Umsetzung dieser Massnahmen steht jedoch vielerorts noch aus und verdeutlicht die Notwendigkeit, evidenzbasierte Praxisansätze mit politischen Struktur-reformen zu verknüpfen.

Ohne systematische Weiterentwicklung bleiben die vielversprechenden Ansätze auf einzelne Pilotprojekte und spezifische Institutionen beschränkt. Mit einer gezielten Förderung zielgruppenspezifischer Varianten dieser bewährten Programme kann die postakute Versorgung älterer Menschen weiter ausgebaut und damit den demografischen Herausforderungen begegnet werden.

Pflegeheime verfügen über ungenutztes Potenzial für die postakute Übergangsversorgung. Mit passenden Konzepten, Qualifikationen und systematisch entwickelten Geschäftsmodellen können sie eine wichtige Rolle in einer integrierten, wohnort-nahen Versorgungsstruktur übernehmen – gerade dort, wo spezialisierte Angebote fehlen.

Die erfolgreiche Pflege und Betreuung älterer Menschen nach einem Spitalaufenthalt gelingt dann am besten, wenn Programme gezielt an die Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen angepasst werden. Fachlich, zeitlich und strukturell differenzierte Ansätze führen zu besseren Ergebnissen – für Betroffene ebenso wie für das Gesundheitssystem.

7 Literaturverzeichnis

14. Maximos M, Seng-lad S, Tang A, Stratford P, Bello-Haas VD. *Slow Stream Rehabilitation for Older Adults: A Scoping Review*. Can J Aging 2019; 38(3):328–49.
- Bello-Haas, V. D., Kaasalainen, S., Maximos, M., Virag, O., Seng-lad, S., Te, A. & Bui, M. (2023). Short-Term, Community-Based, Slow-Stream Rehabilitation Program for Older Adults Transitioning from Hospital to Home: A Mixed Methods Program Evaluation. *Clinical Interventions in Aging*, 18. 1789–1811. <https://doi.org/10.2147/CIA.S419476>
- Brenner, R., Lux, W., Gattinger, H. & Kohler, M. (2023). Geschäftsentwicklungsmodell für die Übergangspflege im Schweizer Projekt «Daheim statt Heim» – Visualisierung und Dimensionen. *Monitor Versorgungsforschung*, 16(04). 62–66.
- Brenner, R., Kohler, M., Rohner, S. L. & Gattinger, H. (2025). Home, Instead of Nursing Home – Improving the Quality of Care for Older People Receiving Short-Term Care: Development of a Person-Centred, Resource-Oriented Programme. *International Journal of Older People Nursing*, 20(2). <https://doi.org/10.1111/opn.70020>

- Brenner, R. & Gattinger, H. (2025). *Geschäftsentwicklungsmodell für postakute Übergangsangebote (GeMo-PÜCH): Revision des Geschäftsentwicklungsmodells «Daheim statt Heim»*. Ostschweizer Fachhochschule (OST). Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bundesamt für Gesundheit (2023). *Finanzielle Auswirkungen einer Abschaffung des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen sowie einer Verlängerung der Akut- und Übergangspflege mit Übernahme der Kosten des Aufenthalts; zeitlich flexibler Einbezug der Pflegeleistungen: Bericht des Bundesamts für Gesundheit vom 19. Juni 2023*.
- Bundesamt für Statistik (2021). *Sozialmedizinische Betreuung älterer Menschen, 2010–2019*.
- Bundesamt für Statistik (2025). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED): Datenstand 02.05.2025; Erhebungsperiode*.
- Ecoplan, Serdaly & Ankers (2022). *Akut- und Übergangspflege: Schlussbericht*. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.
- Gattinger, H., Plank, D. & Kohler, M. (2018). *Stationäre Kurzzeitpflege im Kanton St. Gallen: Unveröffentlichter Abschlussbericht*.
- Gattinger, H., Brenner, R. & Kohler, M. (2022). *Evaluationsbericht «Daheim statt Heim– Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen in der stationären Kurzzeitpflege»*. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz.
<https://gesundheitsfoerderung.ch/node/8451>
- Holler, T. & Schaub, F. (2023). *CEO Summary Kooperation Lindenfeld: KSA-Nutzen Kooperation Gefässchirurgie – Lindenfeld*. Kantonsspital Aarau und Pflegezentrum Lindenfeld. (Power-Point-Präsentation).
- H+ Die Spitäler der Schweiz (2025). *DefReha©: Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen, Version 4.0*.
- IG Pflegefinanzierung (2018). *Argumentarium zu den Forderungen der IG Pflegefinanzierung*.
- Kanton Aargau (2023). *Anhörungsbericht: Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2030*.
- Kollbrunner, L., Rost, M., Koné, I., Zimmermann, B., Padrutt, Y., Wangmo, T. & Elger, B. (2020). Acute and transitional care or rehabilitation? Retrospective analysis of discharge planning from a municipal hospital in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05547-1>
- Liu, W. (2021). Global demographic change and international capital flows: Theory and empirics. *SSRN Electronic Journal*.
<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3920162>
- Maximos, M., Seng-lad, S., Tang, A., Stratford, P. & Bello-Haas, V. D. (2019). Slow Stream Rehabilitation for Older Adults: A Scoping Review. *Canadian Journal on Aging*, 38(3): 328–349.
<https://doi.org/10.1017/S0714980818000740>
- Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M. & Hirschman, K. B. (2011). The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, 30(4). 746–754.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>
- Padrutt, Y. (2019). *Akut- und Übergangspflege* (1. Aufl.). Schulthess. [Zürcher Studien zum öffentlichen Recht, Bd. 268].
- White, H. K. (2019). Post-acute Care: Current State and Future Directions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(4). 392–395.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.02.027>
- Yarnall, A. J., Sayer, A. A., Clegg, A., Rockwood, K., Parker, S. & Hindle, J. V. (2017). New horizons in multimorbidity in older adults. *Age and Ageing*, 46(6), 882–888.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afx150>

Impressum

Herausgeberin

Gesundheitsförderung Schweiz

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz

- Dr. Franziska Widmer Howald, Stv. Leiterin und Projektleiterin Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)

Autor*innen

- Prof. Dr. Heidrun Gattinger
- Rouven Brenner, MScN FHO
- Dr. Franziska Widmer Howald

Evaluationsbericht

Evaluation Projekt «Daheim statt Heim»

Fotonachweis Titelbild

OST – Ostschweizer Fachhochschule, IGW Institut für Gesundheitswissenschaften

Reihe und Nummer

Gesundheitsförderung Schweiz, Faktenblatt 128

© Gesundheitsförderung Schweiz, Dezember 2025

Auskünfte/Informationen

Gesundheitsförderung Schweiz
Wankdorfallée 5, CH-3014 Bern
Tel. +41 31 350 04 04

office.bern@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen