

Soziale Innovation im Spitex-Bereich: Das Projekt Curarete



*Pierre Gobet
Susi Wiederkehr*

Der vorliegende Artikel stellt die Ziele, die Bedeutung und die Annahmen des Projekts Curarete vor, das lanciert worden ist, um eine innovative Form der **Arbeitsgestaltung** im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) zu entwickeln. Trägerschaft war der gleichnamige Verein, der durch Berufsleute aus dem Gesundheitsbereich gegründet wurde. Einige Erkenntnisse zur Innovationsfähigkeit des Schweizer Spitex-Bereichs wurden gewonnen. Dabei wurde die Rolle der Neuordnung der Pflegefinanzierung, die auf eine institutionelle Vertiefung der Arbeitsteilung zwischen Anbieterorganisationen von Grund- und Behandlungspflege zusteuert, unterstrichen.

Gobet, Pierre/ Wiederkehr, Susi (2022): Soziale Innovation im Spitex-Bereich: Das Projekt Curarete. In: Zeitschrift Soziale Innovation 2022. S. 55—68.

Curarete wurde 2013 durch zehn Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich als nicht profitorientierter Verein mit Sitz im Kanton Zürich gegründet. Der Projektverlauf war geprägt durch den Besuch des Hauptquartiers von Buurtzorg in Almelo (Niederlande) 2012 durch die künftigen Gründungsmitglieder des Vereins, die Gründung des Pflegeteams im aargauischen Dottikon 2014 und die Entwicklung einer Software, der eine wichtige Rolle bei der agilen Planung, Dokumentation und Organisation der Pflege der Klientinnen und Klienten zukommen sollte und die von Innosuisse und ab Juli 2019 bis Projektende von der Age-Stiftung gefördert wurde. Geplant war zudem die Gründung von zwei weiteren Pilot-Teams in den Kantonen Waadt und Zürich. Das Projekt musste jedoch im Herbst 2020 eingestellt werden, da die Finanzierung der beiden neuen Pflegeteams nicht sichergestellt werden konnte.

Bedeutung des Projekts: Aufbrechen von Hierarchien

Zündend für das Projekt war das Buurtzorg-Modell der **Selbststeuerung** im Spitex-Bereich. Dieses wurde 2006 in den Niederlanden entwickelt und erfolgreich implementiert. Das Modell stützt sich auf kleine Pflegeteams von höchstens zwölf überdurchschnittlich gut ausgebildeten Mitgliedern. Die Teams, die nicht hierarchisch strukturiert sind, haben weitreichende Befugnisse, was ihnen die Möglichkeit bietet, ihren beruflichen Alltag weitgehend selbst zu gestalten. Über die pflegerische Arbeit hinaus planen sie ihre Einsätze, sie rekrutieren die künftigen Teammitglieder und übernehmen das Monitoring ihrer wirtschaftlichen Ergebnisse aufgrund ausgewählter Indikatoren. Auch die Akquirierung der Patientinnen und Patienten fällt in ihren Zuständigkeitsbereich. Obwohl die Teams über einen breiten Entscheidungsspielraum verfügen, sind sie nicht auf sich allein gestellt. Sie werden bei ihren Aktivitäten durch die Helpdesks im Backoffice und im IT-Zentrum unterstützt. Jedes Team kann zudem auf Wunsch Coachings in Anspruch nehmen.

Die von Curarete verfolgte Art der Selbststeuerung kommt ohne ausgeprägte Arbeitsteilung unter den Pflegenden aus. Eine Verringerung der Arbeitsteilung fördert eine nahtlose Begleitung und Pflege und verspricht

weniger Personalwechsel — ein wesentlicher Vorteil aus Sicht der Patientinnen und Patienten.

Aus Sicht des Personals bietet Selbststeuerung mehr Kontrolle über das Arbeitsumfeld und begünstigt eine **ganzheitliche Pflege**. Damit wird Pflegen attraktiver, auch für Berufsausstiegerinnen und -aussteiger, denn an diese richtete sich das Projekt Curarete im Speziellen. Das niederländische Modell bot sich deshalb als Ergänzung zu der im schweizerischen Spitex-Bereich vorherrschenden Arbeitsgestaltungsauffassung an, die auf eine klare Arbeitsteilung und -hierarchisierung setzt.

Die niederländische Erfahrung zeigt auch, dass Personal mit hohen beruflichen Qualifikationen auch bei hohen Lohnkosten wirtschaftlich arbeiten kann, wenn das Arbeitsgestaltungsmodell den Einsatz der gewonnenen Kompetenzen zulässt. Damit trägt das Modell dem Umstand Rechnung, dass die Pflegenden heute eine Ausbildung geniessen, die sie befähigt, selbstständig zu arbeiten.

Durch seinen agilen und integrierten Ansatz verlieh das Curarete-Projekt den zentralen Postulaten des Begleitungsgedankens, wie er unter anderem von der französischen Pädagogikwissenschaftlerin Maëla Paul ausgearbeitet wurde, eine unmittelbare operative Dimension. Begleitung (*accompagnement*) steht für ein Konzept, das «Versorgung» (*prise en charge*) als konzeptionelle Leitidee der Arbeit im Gesundheits- und Sozialbereich sowie in der Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen ablösen soll (Paul 2009, 2016). Wer die Anforderungen der Begleitung erfüllen will, orientiert sich am Sinn, den die zu begleitende Person ihrer Situation verleiht und betrachtet diese Person als eine vollwertige Partnerin, die für sich viel leistet. Die begleitenden Personen arbeiten integriert, das heisst, dass sie ihre Leistungen in Zusammenhang mit denjenigen der anderen Leistungserbringer betrachten und sich folglich nicht lediglich für ihr eigenes Kompetenzfeld interessieren.

Projektziele

Neben der Anpassung des niederländischen Arbeitsmodells an die Schweizer wirtschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen verfolgte das Projekt zwei weitere Ziele: Zum einen sollte eine agile Methode der Pflege und

Pflegeplanung eingeführt werden. Zum anderen sollte ein integrativer Pflegeansatz umgesetzt werden.

Mit der agilen Methode, die im Rahmen eines von Innosuisse geförderten Projekts¹, das in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule für Soziale Arbeit und Gesundheit Lausanne entwickelt wurde, verfügte Curarete über die passenden Grundlagen und Orientierungen für einen **reaktiven und adaptiven Pflegeansatz**. Im Gegensatz zur konventionellen Pflegeplanung handelt es sich nicht um eine Problemlösungsmethode, die um eine vorgegebene Anzahl von Schritten strukturiert ist und sich an Zielen orientiert, die zu Beginn der Pflege festgelegt werden. Sondern die agile Methode besteht aus sechs Handlungsprinzipien, die die Pflegenden bei Bedarf aktivieren. Die agile Methode ist durch drei Hauptmerkmale gekennzeichnet: Erstens greift sie der Entwicklung der Pflegesituation nicht vor. Im agilen Ansatz verstehen die Pflegenden, dass sie nicht wissen, was der morgige Tag bringen wird. Aus diesem Grund ist ihr Handeln nicht auf ein vordefiniertes Ziel ausgerichtet, das jederzeit hinfällig werden könnte. Ausgehend von der anfänglich vorgefundenen

In den Niederlanden ein Erfolgsmodell

Susanne Bachmann

Wie kann Pflege in einer stark alternden Gesellschaft effizienter und menschlicher organisiert werden? Das in den Niederlanden etablierte Modell «Buurtzorg» («Nachbarschaftspflege», ausgesprochen «Bührtsorch») versteht Pflege ganzheitlich und setzt auf agile, selbstorganisierte Teams.

Die Zufriedenheit mit dem Modell für die ambulante Pflege und Betreuung ist nicht nur bei den Klientinnen und Klienten sehr hoch, auch die

Pflegefachpersonen empfinden die selbstbestimmte Arbeit als sinnstiftend und selbstwirksam. Sie planen und erledigen die anfallenden Arbeiten selbstständig, es gibt keine formalen Hierarchien in den Teams.

Innovativ ist bei Buurtzorg nicht nur die Organisationsform, sondern auch das Verständnis von Pflege: Die Teams beziehen das familiäre, soziale und medizinische Umfeld mit ein und stellen so neben der Pflege auch die Begleitung und Betreuung sicher. So wird die Pflege persönlicher und die Betreuten können vielfach länger

Situation stellen sie diese infrage, um «von dort aus weiterzugehen». Es ist der zurückgelegte Weg, der zählt, mehr als das, was noch zu tun bleibt. Die agile Intervention wird ausschliesslich auf der Grundlage der Bedeutung organisiert, die die begleitete Person ihrer Situation gibt. Schliesslich konzentriert sie sich auf die Ressourcen und Potenziale der zu begleitenden Person und nicht auf ihre Unzulänglichkeiten und Defizite. In dieser Hinsicht ist sie **ermächtigend** und nicht kompensatorisch.

Schliesslich zeichnet sich das Projekt Curarete durch einen integrativen Pflegeansatz aus. Integrativ bedeutet, dass die Dienstleistungen des Teams in der gesamten Betreuungssituation eingebettet sind. Dieser integrierte und ganzheitliche Begleitungs- und Pflegeansatz sollte in der zu entwickelnden Software mittels eines Gantt-Diagramms visualisiert werden. Das Gantt-Diagramm ist ein Instrument des Projektmanagements, das ermöglicht, die zeitliche Abfolge der Interventionen aller Mitglieder der Betreuungsnetzwerke grafisch darzustellen. Mit dem Gantt-Diagramm berichten die Teammitglieder nicht nur über ihre Interventionen, sondern

selbstständig bleiben. Durch gemeinschaftlich erbrachte Leistungen werden Ressourcen frei. Da der bürokratische Aufwand geringer ist, können zudem bis zu ein Drittel der Kosten gespart werden.

Ob das Buurtzorg-Modell auf die Spitex-Organisationen in der Schweiz übertragbar ist, hat ein Forschungsteam der Fachhochschule Nordwestschweiz untersucht (→ www.is.gd/spitex). Sie kamen zum Schluss, dass die Buurtzorg-Idee für die Schweiz nicht einfach kopiert werden kann. Es braucht einen eigenen Weg, der sorgfältig an die rechtlichen, kulturellen und sozialen Rahmenbedingungen angepasst werden muss. Wie das Beispiel Curarete zeigt, stellt das besonders in der föderalistischen Schweiz

mit seinem stark regulierten Tarifsistem in der Pflege eine Herausforderung dar.

Einzelne Spitex-Organisationen in der Schweiz haben Buurtzorg inzwischen mit viel Aufwand adaptiert und Elemente des Modells eingeführt, etwa die Selbstorganisation und das einheitliche Abrechnungsmodell.

Weiterlesen?

Cavedon, Enrico/Minning, Christoph/Zängl, Peter (2018). Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser. Das holländische Buurtzorg-Modell: Selbstorganisation in der ambulanten Pflege. In: Fachzeitschrift Curaviva. (6/2018). S. 12–15. (online verfügbar unter e-periodica.ch)

können auch die Interventionen der anderen Mitglieder des Netzwerks dokumentieren, um sich einen Gesamtüberblick und Informationen über die Situation der zu betreuenden Person zu verschaffen.

Annahmen und Voraussetzungen des Projekts

Curarete stellte sich erstens auf den Standpunkt, dass das **Selbststeuerungsmodell** als bahnbrechende Innovation für den Spitex-Bereich anzusehen ist. Im Gegensatz zur inkrementellen, also schrittweisen Innovation können bahnbrechende Innovationen nicht an die vorgefundene Situation anknüpfen, da sie tiefgreifende Strukturänderungen nach sich ziehen. Es wurde deshalb angenommen, dass ein Gelingen des Projekts in einer dafür neu geschaffenen Organisation wahrscheinlicher ist als in einer bereits bestehenden Struktur. Diese Auffassung deckt sich mit den Erfahrungen in den Niederlanden, Buurtzorg wurde dort als selbstständige Organisation aufgebaut.

Curarete ist zweitens auch von der **agilen Methode** überzeugt. Curarete ging davon aus, dass das Resident Assessment Instrument (RAI-HC, heute InterRAI) eine agile Betreuung nicht unterstützt, denn es setzt die Formulierung von Zielen voraus und nimmt dadurch die Entwicklung der Betreuung vorweg. InterRAI dient der Bestimmung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und der Aufstellung der Pflegeplanung. Die Anwendung des Instruments ist in der Schweiz im Spitex- und Heimbereich gesetzlich vorgeschrieben. Die jeweiligen Richtlinien lassen jedoch die Erprobung alternativer Dokumentationsgrundsätze zu.

Drittens wurde Curarete als **Forschungsprojekt** im Bereich soziale Innovation implementiert und nicht als Mitbewerberin auf einem bereits sehr umkämpften Markt. Dieser Ansatz unterscheidet sich zum Vorgehen von Buurtzorg, bei dem die unternehmerische Dimension des Vorhabens im Vordergrund stand. Dadurch sollte es möglich sein, die Eigenheiten des Schweizer Spitex-Markts stärker zu berücksichtigen, der gefestigter ist als er dies in den Niederlanden zur Zeit der Gründung von Buurtzorg war.

Viertens wurde angenommen, dass sich eine **Zusammenarbeit** mit den von der öffentlichen Hand beauftragten Spitex-Organisationen trotz Konkurrenzdruck gestalten lässt, da diese teilweise stark ausgelastet sind und zudem die Nachfrage in den kommenden Jahrzehnten angesichts der demografischen Entwicklung zunehmen sollte.

Die fünfte Annahme betraf die **Wirtschaftlichkeit** des Modells. Ausgehend von der Einschätzung von Buurtzorg, nach welcher Selbststeuerung Einsparungen von bis zu 50 Prozent bewirken kann (De Blok 2011), wurde Selbststeuerung von Curarete zugleich als Arbeitsgestaltungs- und als Geschäftsmodell betrachtet.

Angenommen wurde schliesslich, dass der Curarete-Ansatz kein globaler Ersatz zum Bestehenden darstellt. Es war als Modell konzipiert, welches mit Agilität und Selbstorganisation neue Impulse in der spitalexternen Pflege, Betreuung und Begleitung setzen wollte.

Projekterkenntnisse

Aus den Erfahrungen des Projekts Curarete, das nach acht Jahren kontinuierlicher Arbeit nun abgebrochen wurde, lassen sich einige Erkenntnisse zum **Reformpotenzial des Spitex-Bereichs** in der Schweiz ziehen. In dieser Hinsicht möchten wir die folgenden Punkte hervorheben:

Zum Geschäftsmodell: Das Geschäftsmodell sagt aus, wie ein Unternehmen sein Geld verdient, wie es für seine Ausgaben aufkommt. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung unterscheidet zwischen Spitex-Organisationen mit und ohne staatlichen Leistungsauftrag. Dieser wird je nach kantonaler Gesetzgebung entweder durch die kommunalen oder durch die kantonalen Gesundheitsbehörden erteilt. Die zwei Organisationstypen werden auf unterschiedlicher Basis entschädigt. Für ein und dieselbe Leistung sind die gewährten Einnahmen bei den Spitex-Organisationen mit Auftrag höher. Die Abteilungsunterschiede werden von den jeweiligen kantonalen Gesundheitsbehörden statistisch ermittelt, jedoch nicht kommuniziert. Nach unserem Kenntnisstand ist der Kanton Zürich die einzige Ausnahme (GD 2019). Am Beispiel des Kantons Zürich kann davon ausgegangen werden, dass die Tarife, die den Spitex-Organisationen

mit Auftrag gewährt werden, durchschnittlich mehr als 1,5-mal höher sind als die Tarife für Organisationen ohne Auftrag. Die Differenz wird gewöhnlich durch die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen wie einem 24-Stunden-Notruf oder einer Versorgungspflicht auch bei längeren Wegzeiten gerechtfertigt (BAG 2017:95).

Bei genauer Betrachtung der tariflichen Regelung fällt auf, dass für eine Spitex-Organisation ohne Auftrag lediglich die Grundpflege kostendeckend ist, denn diese kann von einem Personal ohne spezifische Schulung erbracht werden. Dagegen sind die qualifizierten Pflegeleistungen, die zwingend von diplomierten Pflegefachpersonen erbracht werden müssen, **nicht kostendeckend**. Hinzu kommt, dass nicht alle von den Pflegenden gearbeiteten Stunden in Rechnung gestellt werden können. Curarete rechnet, in Anlehnung an Buurtzorg, mit einem Verhältnis von sechs verrechenbaren für zehn gearbeitete Stunden.

Damit begünstigt die neue Pflegefinanzierung ein Geschäftsmodell, das auf einer Teilung der pflegerischen Tätigkeit basiert. Die Organisationen ohne Auftrag sollen die Leistungen erbringen, die keine Qualifikation im Pflegebereich erfordern, während die Organisationen mit Auftrag die anderen Leistungen übernehmen. Die Effizienz des Selbststeuerungsmodells mit Prägung Buurtzorg basiert allerdings darauf, dass auf eine Arbeitsteilung im Pflegebereich weitestgehend verzichtet wird. Unter diesen Voraussetzungen ist seine Implementierung erheblich erschwert.

Zum Profil von Curarete: Die Leistungen von Curarete wurden gemäss dem Tarif für Organisationen ohne Auftrag abgegolten. Als Spitex-Organisation ohne Auftrag wurde sie als Privat-Spitex-Organisation und gleichsam als profitorientiert betrachtet, denn die Gesundheitsbehörden sowohl auf Kantons- als auch auf Gemeindeebene kennen nur zwei Organisationstypen: die beauftragten Spitex-Organisationen, die als Anbieterinnen des Service public zu den gemeinnützigen Organisationen zugerechnet werden, und die nicht beauftragten Organisationen, die kommerziell arbeiten. Organisationen wie Curarete, die gleichzeitig nicht beauftragt sind und nicht profitorientiert arbeiten, werden zu den kommerziellen Organisationen zugerechnet. Damit entstand eine

Unsicherheit über Profil und eigentlichen Zweck des Vereins. Eine Richtigstellung von Curarete gegenüber den Gesundheitsbehörden erwies sich als unmöglich, obwohl mehrmals auf das Problem hingewiesen wurde.

Zur Zusammenarbeit mit den beauftragten Spitex-Organisationen: Die beauftragten Organisationen haben eine Aufnahmepflicht. Sie müssen die Klientinnen und Klienten betreuen, die Spitex-Pflege benötigen, insofern diese in ihrem Einzugsgebiet wohnhaft sind. Diese Bestimmung erschwert die **Zusammenarbeit** unter beauftragten und nicht beauftragten Spitex-Organisationen, denn die Ersteren gehen das Risiko ein, vertragsbrüchig zu werden gegenüber dem Leistungsauftraggeber, der Gemeinde oder dem Kanton, falls sie Klientinnen und Klienten — aus welchem Grund auch immer — an andere Organisationen übergeben.

Die Auftraggeberin, entweder die Gemeinde oder der Kanton — dies wird kantonale geregelt —, ist jedoch nicht verpflichtet, sich nur mit einer einzigen Organisation vertraglich zu binden. Im Kanton Aargau ist es seit Verabschiedung des letzten Spitex-Leitbilds im Jahr 2008 den Gemeinden überlassen, «mehrere Anbieter mit der Sicherstellung des Mindestangebots zu beauftragen» (DGS 2008:3). Diese Bestimmung stand im Kern des Geschäftsmodells von Curarete im Aargau. Curarete wurde sogar vom Dottiker Gemeinderat eingeladen, um die Frage zu besprechen. Die zwei Sitzungen endeten jedoch ergebnislos. Curarete musste feststellen, dass die Gemeinde von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch machen wollte. Sie zog es vor, mit einer einzigen Organisation zu arbeiten.

Mit dieser Bestimmung verfügen die beauftragten Spitex-Organisationen faktisch über eine Monopolstellung. Diese wird durch Sonderabmachungen unter Leistungserbringern verstärkt. So war es für Pro Senectute Wohlen AG nicht möglich, mit Curarete zu arbeiten, da ein Kooperationsvertrag mit der lokal beauftragten Spitex-Organisation dies untersagte.

Diese Umstände erschwerten den Zugang des Curarete-Teams zum Markt. Anzumerken ist hier, dass die Niederlande vergleichbare amtliche Bestimmungen nicht kennen.

Zur Selbststeuerung: Selbststeuerung und Agilität etablieren sich nicht spontan, weil sie etwa selbsterklärend oder selbstverständlich wären. Weiterbildung und eine **kontinuierliche Reflexion** des Teams über seine Praxis sind unabdingbar, sonst ist die Gefahr gross, in bekannte Handlungsmuster zurückzufallen. Dieser Punkt wurde erkannt und mit gezielter Unterstützung mit dem Team bearbeitet. Ein nachhaltiges Weiterbildungs- und Schulungsangebot dazu war für die zweite Projektetappe vorgesehen.

Zur Datenlage: Curarete musste, wie alle anderen Spitex-Organisationen auch, eine grosse Menge an Daten erstellen und den Behörden liefern. So ist die Kostenrechnung gesamtschweizerisch eine gesetzliche Pflicht. Aufseiten der Behörden wird jedoch eine grosse Intransparenz aufrechterhalten. Über die Ergebnisse der Analyse der Daten wurde Curarete nie informiert. So kennt Curarete die Durchschnittskosten der Spitex-Organisationen ohne Auftrag im Kanton Aargau nicht, obwohl ihre Daten direkt in die Analyse einfließen. Damit ist ein zuverlässiges Monitoring der eigenen Ergebnisse mangels Vergleichsdaten nicht möglich. Auch die Benchmark-Daten der Organisationen mit Auftrag werden nicht kommuniziert. So konnte Curarete die Effizienz ihres Organisationsmodells relativ zur herkömmlichen Arbeitsweise nicht evaluieren.

Zur Innovationsfähigkeit der Spitex-Pflege in der Schweiz

Das abrupte Ende dieses aufwendigen, aber spannenden und lehrreichen Projekts wirft die Frage der **Reformfähigkeit** der Spitex-Pflege in der Schweiz auf. Die neue Pflegefinanzierung fordert implizit die Arbeitsteilung innerhalb des Pflegebereichs, indem Grundpflege einerseits von der Abklärung, Beratung und Koordination sowie von der Behandlungspflege andererseits tendenziell getrennt wird. Damit werden ungünstige Anreize gestellt, die eine Implementierung des Selbststeuerungsmodells, das von einer Pflege «aus einer Hand» ausgeht, merklich erschweren. Die Reform unterstützt zudem die

internationale Entwicklung nicht, die ausdrücklich auf eine Integration der Gesundheitsleistungen insbesondere in der Langzeit- und der Alterspflege seit geraumer Zeit abzielt (WHO 2019). Auch die Zuständigkeitsregelung, insbesondere in den Kantonen, in welchen die Hilfe und Pflege zu Hause Aufgabe der Gemeinde ist, erhöht die Komplexität und die Kosten innovativer Initiativen und bremst deshalb deren Vorankommen.

Das Projekt legt nahe, dass die Rolle der Innovationsträgerin nicht von den nicht beauftragten Spitex-Organisationen übernommen werden kann, denn sie stehen unter grossem wirtschaftlichem Druck. Die finanziellen Ressourcen für diese Aufgabe fehlen ihnen. Innovation scheint vorerst nur endogen, also von den beauftragten Spitex-Organisationen ausgehend, wirklich möglich.

Das Projekt zeigt weiter, dass der öffentlichen Hand primär daran liegt, das gesetzlich festgelegte Mindestangebot im Spitex-Bereich sicherzustellen. Die Förderung sozialer Innovation im Bereich ist hingegen für sie nicht vorrangig. Die Frage der **Finanzierung** der sozialen Innovation im Spitex-Bereich ist somit grundsätzlich noch ungeklärt.

Schliesslich bringt das Projekt die ambivalente Rolle der beauftragten Spitex-Organisationen zum Vorschein. Einerseits scheinen sie in der Lage zu sein, innovative Projekte zu tragen und effektiv umzusetzen, andererseits sind sie bestrebt, ihre Position gegen das Aufkommen der Organisationen ohne Auftrag zu behalten und damit den Status quo zu verteidigen.

Ob und wie der Spitex-Bereich sich erneuern kann, wird sich erweisen. Wir sind aber überzeugt, dass Selbststeuerung, Agilität und nahtlose Begleitung wichtige Pfeiler einer zukunftsorientierten, klientinnen- und klientenfreundlichen und für das Pflegepersonal attraktiven Spitex-Pflege sind.

Pierre Gobet, Prof. Dr., Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL), HES-SO, Präsident von Curarete, pierre.gobet@hetsl.ch

Susi Wiederkehr, Geschäftsführende Sekretärin Curarete, Zürich, su.wi@bluewin.ch

Literatur

- BAG, Bundesamt für Gesundheit (Hg.) (2017): Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Entwurf Schlussbericht. Zürich, Glarus: Infrac, Careum, Landolt Rechtsanwälte.
- De Blok, J. (2011): Buurtzorg Nederland: A new perspective on elder care in the Netherlands. In: The Journal. S.82—86.
- DGS, Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau (2008): Spitex-Leitbild 2008. Aarau: DGS.
- GD, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2019): Normdefizite 2020 und Rechnungslegung — Nachversand. Zürich: GD.
- Paul, M. (2009): Autour du mot accompagnement. In: Recherche et formation, 62. S. 129—139.
- Paul, M. (2016): La démarche d'accompagnement. Repères méthodologiques et ressources théoriques. Paris: De Boeck.
- WHO, World Health Organisation (2019): Integrated Care for Older People (ICOPE). Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1257934/retrieve> (Zugriff 31.05.2022).

1 «Entwicklung einer internetbasierten Arbeitsplattform für eine integrierte Hilfe und Pflege zu Hause» (Projekt Nr. 17591.2 PFES-ES). Ziel ist die Entwicklung einer internetbasierten Arbeitsplattform/Software, die eine integrierte Versorgung in der Pflege zu Hause unterstützt, so dass die benötigten Leistungen miteinander abgestimmt werden können.