

Projektwettbewerb 2024: Eingaben

1 – Ambulanter Patient:innenbrief für Patient:innen mit chronischen Rückenschmerzen

Programm Gesundheitskompetenz Zürich (Careum Zentrum für Gesundheitskompetenz, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich)

Projektskizze

Die Hälfte der Schweizer Bevölkerung hat Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen. Dazu kommt, dass viele Patient:innen, die in der Sprechstunde besprochenen Informationen schlecht verstehen oder sich nicht alles merken können. Im Rahmen dieses Projekts wird deshalb eine neue digitale Lösung entwickelt, die es Fachpersonen der ambulanten medizinischen Versorgung ermöglicht, Patient:innen mit chronischen Rückenschmerzen nach der Sprechstunde einen verständlichen und individualisierten Patient:innenbrief mitzugeben. Dieser erleichtert es Patient:innen, das Besprochene zu verstehen, Entscheidungen zu treffen und umzusetzen. Der Patient:innenbrief wird gemeinsam mit Patient:innen und Fachpersonen entwickelt, pilotiert und evaluiert.

Welchen Nutzen bringt das Projekt den betroffenen Menschen / Patient:innen?

Ein individualisierter, leicht verständlicher Patient:innenbrief fördert ein besseres Verständnis und die Erinnerung an die in der ambulanten Konsultation besprochenen Inhalte. Dadurch können Entscheidungsprozesse unterstützt und die Adhärenz mit besprochenen Massnahmen im Alltag gestärkt werden. Patient:innen werden in ihrem Selbstmanagement, ihren gesundheitsrelevanten Ressourcen und der Übernahme von mehr Eigenverantwortung und Selbstbestimmung im Umgang mit ihrer Gesundheit gestärkt. Darüber können schliesslich ihre Gesundheitskompetenz, Gesundheit und ihr Wohlbefinden gefördert werden.

Welche neuen / besseren Vernetzungen schafft das Projekt?

Das Projekt fördert die Vernetzung unterschiedlicher Akteur:innen als auch Prozesse:

- Bei der Entwicklung und Anwendung sind Patient:innen und Fachpersonen aus unterschiedlichen Disziplinen involviert (Rheumatologie, Chiropraktik, Wirbelsäulenchirurgie, Physiotherapie). Auch die Klinikinformatik wird einbezogen, um die technische Lösung in die bestehenden Prozesse zu integrieren.
- Das Projekt stärkt den Übergang des ambulanten medizinischen Bereichs mit dem Alltag der Patient:innen. So trägt dieses Projekt zur Stärkung der interprofessionellen und patientenzentrierten Versorgung bei.

Welche innovativen Aspekte enthält das Projekt?

Innovativ ist sowohl der Ansatz mit einem teilautomatisierten, personalisierten und leicht verständlichen Brief nach einer ambulanten Sprechstunde, der das Verständnis, die gemeinsamen Entscheidungsfindung und das Selbstmanagement der Patient:innen fördert. Auch ist alles in den regulären Ablauf der Sprechstunde integriert: Die Fachpersonen klicken zutreffende Formularfelder an, woraufhin die Software den individuellen Brief aus partizipativ entwickelten, evidenzbasierten und ärztlich geprüften Textbausteinen zusammenstellt, der den Patient:innen direkt mitgegeben wird.

Welche Wirkungen soll das Projekt erzielen (über den Patientennutzen hinaus)?

Mithilfe der Intervention soll das Selbstmanagement und die Gesundheitskompetenz der Patient:innen gestärkt werden. Zudem sollen Fachpersonen in der patientenzentrierten

Kommunikation, Entscheidungsfindung und Zielsetzung mit den Patient:innen gefördert werden. Das Projekt kann damit dazu beitragen, mit der gleichen Konsultationszeit die Behandlungsergebnisse zu optimieren. Der Prototyp des Patientenbriefs wird mit einem Skalierungsmodell entwickelt, damit kann die Intervention durch Skalierung in der Grundversorgung einen Impact auf die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung erreichen.

Wo steht das Projekt und wie wird es umgesetzt?

Das von Gesundheitsförderung Schweiz geförderte 4-jährige Projekt startete 2023 mit einer Kontextanalyse zur Interventionsentwicklung und Skalierung. Als Interventionsbereich für die erste Entwicklung des Briefes wurden „chronische Rückenschmerzen“ identifiziert. Mit allen Projektbeteiligten wurden die Struktur, die Inhalte des Briefes und das zugrundeliegende Formular entwickelt. Auch wurden Interviews mit Patient:innen geführt und Sprechstunden beobachtet. Aktuell wird die Implementierungsstrategie entwickelt. Die Pilotierung, Evaluation und Weiterentwicklung der Skalierungsstrategie sind für 2025 / 2026 geplant.

2 – Fachteam Demenz

Spitex Knonaueramt

Projektskizze

In der Schweiz leben schätzungsweise 150'000 Menschen mit Demenz (MmD). Jährlich kommen 32'200 Neuerkrankungen dazu. Laut Home Care Data pflegte die Spitex Knonaueramt (SpKa) im Vergleich zum Datenpool überdurchschnittlich viele MmD, Tendenz steigend. Die SpKa entwickelt nun ein selbstorganisiertes Fachteam Demenz inkl. Implementierung einer Advanced Nurse Practitioner (APN) mit Schwerpunkt Demenz. Das Ziel ist die Erbringung von Sorgekontinuität (Haggerty et al., 2013) bei MmD. Dies durch gezielte integrierte Versorgung und mit dem familienzentrierten Ansatz im gesamten Versorgungsgebiet.

Welchen Nutzen bringt das Projekt den betroffenen Menschen / Patient:innen?

MmD und ihre Angehörigen erleben durch den familienzentrierten Ansatz verstärkte Sorgekontinuität (Haggerty et al, 2013). Diese setzt sich aus 3 Punkten zusammen. Sie erleben durch ein kleines kontinuierliches Behandlungsteam Beziehungskontinuität. Durch die enge und definierte Zusammenarbeit mit den wichtigen Akteuren im Bezirk und im Kanton Zürich wird die Informationskontinuität und die Behandlungskontinuität gewährleistet.

Welche neuen / besseren Vernetzungen schafft das Projekt?

Die MmD und ihre Angehörige welche sich in komplexen Lebenssituationen befinden, werden nur von Fachpersonen gepflegt/betreut, welche gefestigtes Wissen aus gezielten Aus- und/oder Weiterbildung besitzen. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Spital Affoltern und der dortigen Delir-Unit, Memory Clinic und der Gerontopsychiatrie wird angestrebt. Die Zusammenarbeit mit Care Net+ wird weiter gefördert und mit den Hausärzt:innen wird durch die APN ein enger und standardisierter Austausch angestrebt.

Welche innovativen Aspekte enthält das Projekt?

Das Projekt entwickelt die erste selbstorganisierte pflegerische Einheit in der Spitex Knonaueramt. Gleichzeitig wird die neue Rolle der APN mit Schwerpunkt Demenz entwickelt. Die Zusammenarbeit mit CareNet+ wird intensiviert, da bei den meisten gemeinsamen Kund:innen MmD komplexe, herausfordernde und oft auch sozialbetreuerische Fragestellungen vorliegen.

Welche Wirkungen soll das Projekt erzielen (über den Patientennutzen hinaus)?

- Mitarbeiter:innen mit vertieftem Fachwissen werden effizient und effektiv nur bei MmD eingesetzt. Dies wirkt dem Fachkräftemangel entgegen, da sie dadurch die Versorgungseffizienz steigern.
- Die Selbstorganisation der Einheit und die Spezialisierung einer Einheit soll Aufschluss geben, wie die Entwicklung der Teams in der Spitex Knonaueramt zukünftig organisiert werden können.
- Die Übergänge zwischen ambulant und stationär sollen durch eine durchlässige Teilnahme der APN am Kader-Rapport im Spital niederschwellig verbessert werden.

Wo steht das Projekt und wie wird es umgesetzt?

Ein Pilotprojekt wurde im April 2024 beendet. Die Vorbereitungen zur gesamtbetrieblichen Implementierung sind im Gange. Im September 2024 findet der Kick-Off statt. Bis Januar 2025 soll die Umsetzungsplanung fertig sein. Dabei wird auch definiert, wann der operative Start des Fachteams Demenz und der APN im Gesamtbetrieb 2025 sein wird.

3 – Gesundheitliche Vorausplanung mit Bewohner*innen in den Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich

Gesundheitszentren für das Alter, Stadt Zürich

Projektskizze

Für Institutionen, in denen betagte Menschen in der letzten Lebensphase leben, ist es wichtig, dass sie sich mit den eigenen Werten und Therapiezielen hinsichtlich medizinischer und pflegerischer Interventionen auseinandersetzen. Für die institutionelle Langzeitpflege wurde ein Prozess zur Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) entwickelt, bei dem speziell geschulte GVP-Beratende eine Schlüsselrolle übernehmen. Das Schulungszentrum Gesundheit der Gesundheitszentren für das Alter entwickelte in Zusammenarbeit mit ACP Swiss einen innovativen Lehrgang zur «GVP-Beratungsperson». Fallbesprechungen und Begleitungen durch interne Mentor*innen verbessern die Beratungsfähigkeiten zudem laufend. GVP ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgung und Lebensqualität in der Langzeitpflege.

Welchen Nutzen bringt das Projekt den betroffenen Menschen / Patient*innen?

GVP stärkt den autonomen Entscheid der Bewohnenden zu Fragen der medizinischen Behandlung. Besonders in Notfallsituationen, wenn die Praxen der Hausarzt*innen geschlossen sind, unterstützt GVP die Institutionen bei der Entscheidungsfindung bezüglich Massnahmen. So können unerwünschte Hospitalisierungen und physische sowie psychische Belastungen der Bewohnenden vermieden werden. Proaktive und transparente Dokumentation der Entscheidungen entlastet zudem die Angehörigen, die so in Notfällen keine spontanen Entscheidungen bezüglich Prozedere treffen müssen.

Welche neuen / besseren Vernetzungen schafft das Projekt?

Es fördert die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Bewohnenden, Angehörigen, Hausarzt*innen, Notfallarzt*innen, Pflegenden und Institutionen durch eine verbindliche Kooperation. Eine transparente Dokumentation von Gesprächen und Entscheidungen im Bewohnerdokumentationssystem (wie REA-Status und Behandlungsintensität) sorgt für einen effektiven Austausch und stärkt die Zusammenarbeit. Zudem wird die Entwicklung gemeinsamer, übergreifender Behandlungsprozesse und Arbeitsinstrumente gefördert.

Welche innovativen Aspekte enthält das Projekt?

Medizinische Entscheidungen werden normalerweise von Ärzt*innen dokumentiert. Um GVP in Institutionen ohne Ärzt*innen vor Ort nachhaltig etablieren zu können, haben wir die Rolle der GVP-Beratungspersonen entwickelt. Diese Expert*innen verfügen über Fachwissen in Demenz und Palliative Care. Als GVP-Beratungspersonen übernehmen sie eine zentrale Rolle im GVP-Prozess und koordinieren proaktiv mit den Hausarzt*innen die notwendigen Verordnungen.

Welche Wirkungen soll das Projekt erzielen (über den Patientennutzen hinaus)?

Eine standardisierte GVP hat Potenzial für eine flächendeckende Umsetzung in der Langzeitpflege. Eine Arbeitsgruppe des BAG und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften entwickelt dafür Empfehlungen. GVP erhöht die Versorgungsqualität durch klare Anweisungen für Behandlungsteams. Dies spart personelle, materielle und finanzielle Ressourcen, indem unnötige Behandlungen und Spitaleinweisungen vermieden werden. Dadurch könnten in der Schweiz rund 100 Millionen CHF eingespart werden. Der Lehrgang «GVP-Beratungsperson» fördert zudem die Weiterentwicklung der Mitarbeitenden.

Wo steht das Projekt und wie wird es umgesetzt?

Den ersten Lehrgang haben 10 Fachpersonen aus 9 (von 20) Institutionen erfolgreich absolviert.

Seit März 2024 wird GVP bei allen neu eintretenden Bewohner*innen eingeführt und schrittweise auf bestehende Bewohner*innen ausgeweitet. Die GVP-Gespräche sind ressourcenintensiv (ca. 4 Stunden/Gespräch) und nicht abrechenbar – die Kosten trägt die Institution. Ein weiterer Lehrgang «GVP-Beratungsperson», der auf Basis einer Evaluation angepasst wurde, startet im Herbst 2024. Eine weitere Evaluation der Umsetzung von GVP und des Lehrgangs ist für 2025 geplant.

4 – HealthEase – die Zukunft des patienten-zentrierten Gesundheitsmanagements

adesso Schweiz AG LoB Health

Projektskizze

HealthEase ist eine innovative Plattform, die das Gesundheitsmanagement durch Patientenorientierung und moderne Technologie revolutioniert. Sie verbessert die Gesundheitsversorgung durch personalisierte Empfehlungen, nahtlose Kommunikation und umfassende Vernetzung, was sie zu einer zukunftsweisenden Lösung für die Herausforderungen des modernen Gesundheitswesens macht.

Welchen Nutzen bringt das Projekt den betroffenen Menschen / Patient:innen?

- Steigerung der Gesundheit und Lebensqualität durch personalisierte Empfehlungen und kontinuierliche Überwachung.
- Verbesserung des Zugangs zu Leistungen durch Telemedizin und zentrale Gesundheitsdaten.
- Stärkung der Gesundheitskompetenz durch interaktive Lernressourcen.

Welche neuen / besseren Vernetzungen schafft das Projekt?

- Unterstützung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdienstleistern.
- Entwicklung und Anwendung standardisierter Behandlungsprozesse.
- Einbezug von Patienten und Angehörigen in den Behandlungsprozess.

Welche innovativen Aspekte enthält das Projekt?

- Kombination aus personalisierten Gesundheitsdaten, KI-gestützten Prognosen und Telemedizin.
- Skalierbarkeit und breite Verbreitung durch flexibles Geschäftsmodell.
- Integration in bestehende Systeme erleichtert den Übergang in die Regelversorgung.

Welche Wirkungen soll das Projekt erzielen (über den Patientennutzen hinaus)?

- Effizienzsteigerung durch zentrale Datenintegration.
- Reduzierung des Ressourcenaufwands durch Automatisierung.
- Kosteneinsparungen durch frühzeitige Erkennung und Prävention.

Wo steht das Projekt und wie wird es umgesetzt?

- Aktuelle Pilotimplementierung mit positiven Ergebnissen und geplantem Rollout.
- Gut organisiertes Projektteam mit klaren Verantwortlichkeiten.

5 – Körperstress

mediX Zürich Wipkingen, CareFit, mediX zürich

Projektskizze

Rund ein Drittel alle Hausarztpatient:innen leidet unter einer psychosomatischen Störung. Diese Patienten wurden aufgrund der schwer fassbaren Symptome, fehlender organischer Korrelate und mangelnder fachlicher Kompetenz der Hausärzte bisher nur unbefriedigend betreut. Im Rahmen eines interprofessionellen Projektes von Hausärzt:innen und Physiotherapeut:innen wurde ein neuer Diagnostik- und Behandlungsprozess definiert. Funktionelle Störungen werden neu als sog. Körper-Stress-Erkrankungen definiert und differenziert erfasst. Darauf aufbauende Interventionen mit dem Ziel von verbesserter Schlafqualität sowie mehr körperlicher Bewegung führten zu einer deutlich reduzierten Symptomdruck der Patient:innen. Das Projekt verbesserte die interprofessionelle Zusammenarbeit signifikant.

Welchen Nutzen bringt das Projekt den betroffenen Menschen / Patient:innen?

Patient:innen mit psychosomatischen Symptomen verstehen ihre Körpersymptome zum ersten Mal als Ausdruck von Stress, welcher sich über das vegetative Nervensystem in verschiedenen Organsystemen ausdrückt. Sie erfahren, dass sie durch die Aktivierung eigener Ressourcen (Schlaf und Bewegung) einen direkten Einfluss auf die Körpersymptome haben. Durch die interprofessionelle Kooperation von Hausärzt:innen, Psychiater und Physiotherapeut:innen erleben die Patient:innen einen gemeinsamen therapeutischen Ansatz, der das Vertrauen in den neuen Behandlungsansatz stärkt.

Welche neuen / besseren Vernetzungen schafft das Projekt?

Die Zusammenarbeit der Hausärzt:innen, Psychiater, und Physiotherapeutinnen verbesserte sich durch gemeinsame Schulungen und vereinfachte Kommunikationswege zwischen den Berufsgruppen sowie die einheitliche Abklärung. Dass die verschiedenen Disziplinen für bislang schwammige Entitäten nun einheitliche und klare Begriffe verwenden ("Vegetatives Nervensystem", "Stress"), vermittelt Patient:innen Sicherheit. Für 2025 sind deshalb Schulungen geplant, bei der Grundversorger und Physiotherapeuten sich als Team anmelden und gemeinsam die Diagnostik und Therapie stressbedingter Körpersymptome erlernen.

Welche innovativen Aspekte enthält das Projekt?

Durch ein neues Verständnismodell psychosomatischer Krankheiten als Körper-Stress können Betroffene besser durch Hausärzte informiert und behandelt werden. Der Einsatz strukturierter Edukationsmaterialien sowie eines Begleitheftes, das Patient, Arzt und Therapeuten verbindet, bringt ein zuvor schwer greifbares Thema auf den Punkt. Durch den neuen diagnostischen Algorithmus kann unnötige und teure Diagnostik vermieden werden. Aus passiver Konsumation von meist unergiebigem Diagnostik über Spezialisten wird aktive, nachhaltige kostengünstige und selbständige Gesundheitsregulation.

Welche Wirkungen soll das Projekt erzielen (über den Patientennutzen hinaus)?

Das Projekt setzt Hausärzt:innen als zentrale Schaltstelle für die zahlreichen Körper-Stress-Erkrankten ein, was bereits Zielsetzung des NFP 74 war. In Anbetracht der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen liegt ein wesentlicher Vorteil des neuen Vorgehens in der Vermeidung von Spezialisten-Konsultationen. Neben der Steuerung der schulmedizinischen Diagnostik und Therapie ermöglicht das Projekt mithilfe des Begleitheftes auch die Inklusion und Koordination der Komplementärmedizin, die aber aus der schulmedizinischen Steuerung bislang ausgeschlossen waren.

Wo steht das Projekt und wie wird es umgesetzt?

Aktuell werden die wissenschaftlichen Daten des Projektes ausgewertet; wir streben eine Publikation an. Das Projekt wird 2024 an den wichtigsten drei Hausarzt-Kongressen der Schweiz mit je über 600 Hausärzt:innen vorgestellt, zudem wird es im Herbst 2024 an einem Kongress der Physiotherapie an der FH OST in St. Gallen präsentiert. Für 2025 ist die Aufnahme gemeinsamer interprofessioneller Schulungen für Hausärzt:innen und Physiotherapeut:innen geplant. Im ersten Semester 2025 wird ein neues Weiterbildungsangebot „Stressmedizin“ durch die Fachgesellschaft SAPPm für Hausärzte angeboten.

6 – Kostenfreie psychosoziale und juristische «Walk-In»-Beratung in Zürich

Stiftung Pro Mente Sana

Projektskizze

Das Nordlicht in Zürich dient seit mehr als 30 Jahren als Treffpunkt für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen. Immer mehr hat sich gezeigt: Diese Hilfesuchenden und ebenso jene der e-Beratung und per Telefon, weisen einen wiederkehrenden, persönlichen Beratungsbedarf auf. Dem wurde 2023 mit einer «Walk-in»-Beratung Rechnung getragen. Sie ist einzigartig, niederschwellig, unbürokratisch und kostenfrei. Das Team besteht aus qualifizierten Ansprechpartner:innen, die lösungsorientierte psychosoziale und juristische Kurzzeitberatungen anbieten: Sie ist eine Erstberatung ohne Terminvereinbarung; sie fängt Krisen bereits in einer frühen Phase auf und kann so schwere Verläufe abwenden; sie hilft dabei, psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und mittels professioneller Hilfe zu überwinden.

Welchen Nutzen bringt das Projekt den betroffenen Menschen / Patient:innen?

- Wir tragen kurz- und langfristig dazu bei, dass Menschen mit psychischen Belastungen individuelle Bewältigungsstrategien entwickeln, damit ihre Lebensqualität steigern und stabiler werden. Durch das Erlangen von Selbstwirksamkeit und der Aktivierung individueller Selbsthilfestrategien verbessert sich die Lebensqualität.
- Indem wir direkte und zeitnahe Unterstützung und Interventionen bieten, sind Menschen weniger häufig auf eine akute psychiatrische Versorgung angewiesen. Wir reagieren zeitnah und können damit frühzeitig Hilfe bieten.
- Wir bewegen uns im Gesundheits- und Sozialwesen und bringen beide Bereiche zusammen: für die ratsuchenden Menschen und ihre Angehörigen als auch für die Fachpersonen und -organisationen.

Welche neuen / besseren Vernetzungen schafft das Projekt?

Wir wollen Menschen, die von psychischen Erschütterungen betroffen sind, eine kompetente Beratung auch physisch, niederschwellig und kostenfrei zur Verfügung stellen und damit einen Genesungsweg anstossen. Durch eine gezielte Ansprache und Zusammenarbeit mit relevanten Partnerinnen und Partnern stellen wir sicher, dass uns dies gelingt. Wir können dabei gut triagieren und ganz gezielt Hilfesuchende weiterleiten oder auf Angebote aufmerksam machen; unser Netzwerk ist sehr gross, eng und vielfältig. Auch können wir bei der Kontaktaufnahme oder Vermittlung helfen.

Welche innovativen Aspekte enthält das Projekt?

Die Ratsuchenden schätzen das interdisziplinäre Team; diese Möglichkeit, sich in einer Beratung psychosozial wie auch juristisch beraten lassen zu können, ist äusserst hilfreich und für Nutzende deutlich weniger kraftaufwendig. Neben Betroffenen kommen auch viele Angehörige und Nahestehende zu uns. Diese sind im Gesundungsprozess von grosser Wichtigkeit.

Da häufig auch Folgeberatungen nötig sind, investieren wir in unser Netzwerk zu Zuweisenden; dies bedeutet auch eine Einbindung in das Sozial- und Gesundheitswesen. Es ist innovativ, nachhaltig und soll durch die Dokumentation und Evaluation Modellcharakter haben, damit es in einem weiteren Schritt auch in anderen Städten angeboten werden kann.

Welche Wirkungen soll das Projekt erzielen (über den Patientennutzen hinaus)?

Wir wollen den Zugang zu qualitativ hochwertigen psychischen Gesundheits- und Sozialdiensten verbessern. Wir erleben in der Schweiz eine zunehmende Überlastung des stationären und

ambulanten Angebotes; monatelange Wartezeiten sind Normalität. Umso wichtiger ist unser Angebot, das Hilfe bietet und Wartezeiten überbrückt und dadurch die Belastung des psychiatrischen Systems in der Schweiz verringert. Wir fördern die Zusammenarbeit verschiedener Akteure im Bereich der psychischen Gesundheit und den Austausch von Ressourcen und Erfahrungen. Ein gutes Miteinander im Gesundheits- und Sozialwesen im Sinne der Betroffenen ist uns wichtig.

Wo steht das Projekt und wie wird es umgesetzt?

Im September 2024 erhalten wir einen ersten Zwischenbericht aus der Evaluation der einjährigen Pilotphase. Diese wird anhand des Wirkungsmodells (Konzeption, Umsetzung, Output, Outcome, Impact) durchgeführt. Dafür werden Interviews mit relevanten Akteuren, der Zielgruppe, den Hilfesuchenden sowie den Fachpersonen durchgeführt. Die Antworten auf Fragen wie «Welche Veränderungen sind bei den Zielgruppen aufgrund der Beratung zu beobachten?» und «Welchen Beitrag kann die Walk-in Beratung im Rahmen der Versorgung von Menschen mit psychosozialer Beeinträchtigung und deren Angehörigen leisten?» werden ausschlaggebend für das weitere Vorgehen sein.

7 – Pflege.Zuhause

Institut Neumünster (Zollikerberg), Alterszentrum Hottingen (Zürich), Residenz Neumünster Park

Projektskizze

Das Projekt „Pflege.Zuhause“ bietet Menschen, die in den Alterswohnungen des Alterszentrum Hottingen in Zürich und der Residenz Neumünster Park in Zürich zuhause sind, eine verbesserte und ganzheitliche Unterstützungsstruktur, um den Verbleib in ihrer Wohnung bis an ihr Lebensende zu ermöglichen; dies auch bei hoher Fragilität und umfassendem Hilfe-, Betreuungs- und Pflegebedarf. Angebote und Dienstleistungen werden, wo möglich und sinnvoll, mit Vertreter:innen aus der Bewohnerschaft partizipativ bearbeitet. Aufgrund der ausgeprägten Bedürfnisorientierung und des Einbezugs der Betroffenen findet auf organisationaler Ebene sowie bei den Bewohnenden auch ein Kulturwandel statt. Das Alterszentrum Hottingen (AZH) und die Residenz Neumünsterpark (RNP) sind im Quartier gut vernetzt und bieten auch einen Mehrwert für die Quartierbewohnenden. Als lebendige Begegnungsorte orientieren sie sich an den Grundsätzen von Caring Communities.

Welchen Nutzen bringt das Projekt den betroffenen Menschen / Patient:innen?

Das Projekt soll ein bestmögliches Lebensumfeld für ältere Menschen ermöglichen, damit sie ihr Leben, dort, wo sie zuhause sind, so selbstbestimmt und autonom wie möglich gestalten können. Das Zuhause bietet für die Betreuung und Pflege oft nicht nur ein optimales Umfeld, in dem psychosoziale Faktoren miteinbezogen werden können, sondern auch emotionale Geborgenheit. Der vertraute Ort, an dem Erinnerungen und persönliche Gegenstände das Leben bereichern, trägt zum Wohlfühl bei. Die Menschen fühlen sich sicher und erleben Gemeinschaft.

Welche neuen / besseren Vernetzungen schafft das Projekt?

Das Projekt ermöglicht verschiedene neue und bessere Vernetzungen:

- Ebene Bewohnerschaft: eine bessere Vernetzung unter der Bewohnerschaft (und Quartierbewohnenden) wird anhand der Orientierung an Grundsätzen von Caring Communities und anhand von Umsetzungsideen und Ergebnissen aus der Spiegelgruppe (Partizipationsgruppe aus der Bewohnerschaft) erreicht.
- Ebene Organisation: Aufgrund der interprofessionellen und bereichsübergreifenden Zusammenarbeit zwischen AZH und RNP werden die Dienstleistungsqualität verbessert, die Ressourcen effizient eingesetzt und Wissen ausgetauscht und gemeinsam weiterentwickelt. Ein Beispiel sind regelmässige, interprofessionelle Rapporte.
- Ebene Leistungserbringer:innen/Versorgungsnetz: Schnittstellen zu anderen Leistungserbringer:innen, wie Liegenschaftsverwaltung, Spital Zollikerberg (besonders: Hospital at Home), Gesundheitszentrum Hottingen, Physiotherapie und freiwillig Engagierten werden neu geschaffen oder optimiert. Die Vernetzung im Quartier soll ebenso gestärkt werden, z.B. durch eine Kooperation mit dem Gymnasium Hottingen.

Welche innovativen Aspekte enthält das Projekt?

Die Innovation des Projekts liegt im Ansatz, alle Phasen, die unsere Bewohnenden im AZH und in der RNP durchlaufen, individuell, Bedürfnisorientiert und kompetent zu begleiten. Anhand eines neu entwickelten Modells für eine umfassende und ganzheitliche Unterstützungsstruktur werden beispielsweise Interessierte bereits vor dem Bezug einer Wohnung in die Gemeinschaft eingebunden, und der Bruch vor der letzten Lebensphase (Eintritt in ein Spital oder Pflegeheim) wird, wenn irgendwie möglich und gewollt, vermieden. Das Modell verbindet Angebote und Dienstleistungen mit den dafür nötigen Werten, Haltungen, Kompetenzen, Instrumenten und Zusammenarbeitsmodellen auf der organisationalen Ebene.

Welche Wirkungen soll das Projekt erzielen (über den Patientennutzen hinaus)?

Das Projekt „Pflege.Zuhause“ soll zeigen, dass ein selbstbestimmtes, gemeinschaftliches, sozialraum- und bedürfnisorientiertes Leben im Alter in einer Wohnung mit Services bzw. eben zuhause im angestammten Umfeld auch bei mittlerer bis schwerer Pflegebedürftigkeit im Grundsatz sinnvoll und vor allem möglich sein kann, wenn dafür nötige Angebote, Kompetenzen, Kooperationen, Vernetzungen, Werte und Haltungen aufgebaut und gepflegt werden. In diesem Sinne soll es auch als (Teil-)Modell für die Entwicklung von Gesundheitszentren in Quartieren dienen (vgl. beispielsweise die Altersstrategie der Stadt Zürich). Es soll aber auch zeigen, wo die heutigen Rahmenbedingungen (z.B. Finanzierung, fehlende integrierte Versorgung) Grenzen setzen und damit die fachliche und politische Diskussion anregen und bereichern.

Wo steht das Projekt und wie wird es umgesetzt?

Das Projekt wurde 2021 konzeptionell entwickelt und wird seit Oktober 2022 operativ umgesetzt. Die Projektorganisation besteht aus einer Auftraggeberin (Stiftung Diakoniewerk Neumünster), aus einer Projektleitung (Corina Böhrer, Institut Neumünster), aus einer Steuergruppe auf Leitungsebene der beteiligten Organisationen, aus einer Projektgruppe (interprofessionell und betriebsübergreifend zusammengesetzt) sowie aus einer partizipativen Spiegelgruppe im Alterszentrum Hottingen. Der aktuelle Fokus liegt auf dem Alterszentrum Hottingen – hier sind viele Elemente der integrierten Unterstützungsstruktur bereits umgesetzt und weiter in Arbeit und/oder Planung (Beispiele: Einsatz des PRISM-Instruments, Biografie-Gespräche, Kooperation mit dem Verein Sozialbegleitung, Demenz-Weiterbildungen, vertiefte Bedürfnisanalyse für ein sozialraumorientiertes Gesundheitszentrum). Derzeit wird der Projekt- und Modellname überprüft und angepasst. Die Entwicklung des Modells der integrierten Unterstützungsstruktur für das Leben und Wohnen im Alter im Quartier soll Anfang des Jahres 2025 abgeschlossen sein – die Umsetzung inkl. Kulturwandel wird teilweise noch weiter andauern.

8 – RESONATE – mHealth-Empowerment für Eltern vom früh- / krankgeborenen Kindern

UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Neonatologie; Careum Hochschule Gesundheit; amiamusica

Projektskizze

Studien zeigen positive Effekte von Musiktherapie (Creative Music Therapy CMT) auf die neurologische Entwicklung von Frühgeborenen, die Eltern-Kind-Bindung und das Wohlbefinden der Eltern. Erst wenige Familien haben in der Schweiz Zugang zu CMT. Unser Projekt erweitert die mHealth-App vCreate mit Gesundheitsinformationen und interaktiven Tools zu Musik & Stimme für betroffene Eltern und Fachpersonal. Die CMT-Inhalte werden per Co-Design entwickelt, wir erheben die Anspruchsgruppen-Bedürfnisse und entwickeln partizipativ einen Prototyp für vCreate. Die App wird am USZ pilotiert und Usability, Akzeptanz und Implementierbarkeit in der Klinik sowie zuhause erforscht. Ebenso werden Selbstwirksamkeit, Wohlbefinden, Eltern-Kind-Bindung und Gesundheitskompetenz der Eltern untersucht.

Welchen Nutzen bringt das Projekt den betroffenen Menschen / Patient:innen?

CMT unterstützt das Wohlbefinden frühgeborene Kinder und ihrer Familien, v.a. die neurologische Entwicklung von Frühgeborenen, die Eltern-Kind-Bindung und die mentale Gesundheit der Eltern. Die erweiterte mHealth-App kann diese gesundheitsfördernden CMT-Elemente weiteren Familien und dem Fachpersonal auf den Neonatologie- und Pädiatrieabteilungen im Kanton Zürich zugänglich machen. Es können mithilfe der mHealth-App Sprachbarrieren überwunden und mit Musik als Mediator die Gesundheitskompetenz von Familien aus allen sozialen Schichten gefördert werden.

Welche neuen / besseren Vernetzungen schafft das Projekt?

Die mHealth-App vernetzt Eltern, Verwandte, Fachpersonal und ggf. auch «peers» (ebenfalls betroffene Eltern) über Musik und erleichtert asynchrone Kommunikation. Damit vernetzt sie interdisziplinäre Expert:innen und unterstützt einen Peer-to-Peer-Support. Per Integration in die datengesicherte Plattform vCreate lassen sich wissenschaftliche Erkenntnisse praxisnah umsetzen und eine KI-gestützte Übersetzungshilfe ermöglicht eine unmittelbare, zeitnahe Kommunikation sowie Vernetzung aller Stakeholder.

Welche innovativen Aspekte enthält das Projekt?

Die angestrebte mHealth-App bietet Eltern und Fachpersonal niederschwellig Zugang ohne Sprachbarrieren zu evidenzbasierten, gesundheits- und entwicklungsfördernden CMT-Inhalten/-Methoden. Die Inhalte werden partizipativ per Co-Design mit betroffenen Eltern und Expert:innen aus der Neonatologie, Musikerziehung und Gesundheitsversorgung entwickelt. Damit fördert das seit März 2024 laufende Projekt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Verbesserung der frühkindlichen Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich. Niederschwellig und datensicher erhalten betroffenen Familien Zugang zu mHealth-basierter Gesundheitsförderung mit Musik.

Welche Wirkungen soll das Projekt erzielen (über den Patientennutzen hinaus)?

Mit der Plattform vCreate, die weltweit über 80.000 Personen und Familien nutzen, können die neuen CMT- Inhalte breite Wirkung entfalten. Erleichtert wird die sektorenübergreifende Kommunikation rund um Musik, was neben der Lebensqualität von Familien früh-/krankgeborener Kinder auch die Arbeitszufriedenheit des oft überlasteten Fachpersonals verbessern kann. Die Zusammenarbeit beim Co-Design der App-Inhalte wird die interdisziplinäre Vernetzung und eine effiziente evidenzbasierte Gesundheitsförderung fördern. Der mHealth-basierte Ansatz soll in einer Multi-Center-Studie untersucht werden.

Wo steht das Projekt und wie wird es umgesetzt?

Die Entwicklung der Inhalte für die mHealth-App hat im März 2024 begonnen, umfasst fünf Arbeitspakete und dauert 30 Monate (bis Dezember 2026). Aktuell erheben wir die Bedürfnisse aller Steakholder, gefolgt von einem Prototyping mit vCreate per Co-Design mit betroffenen Eltern und Fachpersonal. Nach einem kurzen Usability-Test soll der Prototyp am USZ in der Neonatologie und zuhause in Familien evaluiert werden. Für die Entwicklungs- und Implementierungsschritte läuft ein Förderantrag bei InnoSuisse (Beurteilung steht aus).

9 – Smart Managed Care

mediX Zürich AG

Projektskizze

In der Schweiz fehlen bereits heute rund 4'000 Hausärzte. Die Telemedizin hätte das Potential zu entlasten und die Zugänglichkeit zu verbessern. Momentan kann dies aber nicht realisiert werden, weil kein Austausch stattfindet und der Zugriff auf die wichtigsten Informationen aus der Krankengeschichte fehlt. Smart Managed Care löst dieses Problem, in dem Hausarzt und Telemedizin die integrierte Versorgung weiterentwickeln: Die Telemedizin kann mittels einer neu entwickelten Technologie sicher und datenschutzkonform live auf relevante Daten aus der hausärztlichen Krankengeschichte zugreifen und der Hausarzt erhält nach jeder telemedizinischen Konsultation einen Bericht. Das von mediX zürich gestartete Projekt konnte in der Pilotphase seit dem 1.1.2024 bereits über 400 Ärzte anbinden.

Welchen Nutzen bringt das Projekt den betroffenen Menschen / Patient:innen?

Patient:innen profitieren davon, dass die behandelnde Person immer Zugriff auf die wichtigsten Informationen hat. Dies ist laut einer [OBSAN Studie](#) eine zentrale Anforderung der Bevölkerung an die zukünftige Grundversorgung. Weiter profitieren Patient:innen von einem besseren Zugang sowie davon, dass sie häufiger abschliessend behandelt werden können, wenn die nötigen Informationen vorliegen und die Hausärztin im Anschluss an eine telemedizinische Behandlung ebenfalls informiert wird.

Welche neuen / besseren Vernetzungen schafft das Projekt?

Smart Managed Care bringt die Hausärztliche Grundversorgung und die Telemedizin, welche bisher als separate Silos funktioniert haben, zusammen, indem die Informationen zwischen den beiden Akteuren fliessen, ohne relevante Zusatzaufwände zu verursachen. Durch Feedbackloops soll auch das gegenseitige Verständnis erhöht und Vorurteile überwunden werden. Smart Managed Care kann zukünftig auch mit weiteren Akteuren (z.B. Spitex, Spitalnotfall, ärztlicher Notfalldienst, etc.) umgesetzt werden.

Welche innovativen Aspekte enthält das Projekt?

Die Hauptinnovation liegt einerseits in der Technologie, die es ermöglicht, Daten von verschiedenen Ärzten mit verschiedenen Systemen live, sicher und datenschutzkonform verfügbar zu machen. Andererseits liegt die Innovation darin, dass zwei Akteure, die sich bisher als Konkurrenz angesehen haben, zusammenarbeiten, um einer besseren und effizienteren Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Welche Wirkungen soll das Projekt erzielen (über den Patientennutzen hinaus)?

Nebst dem direkten Patientennutzen soll die Kosteneffizienz des Gesundheitssystems gesteigert und die Hausärzte von Bagatellen entlastet werden. Weiter ist es für die Ärztenetze ein Instrument, um Patienten einen visiblen Mehrwert anzubieten, wenn sie sich für ein vertragliches Hausarztmodell entscheiden.

Wo steht das Projekt und wie wird es umgesetzt?

Seit dem 1. Januar 2024 läuft die Pilotierung des Projekts. Nebst der Initiantin (mediX zürich) wirken auch weitere mediX-Netze an der Pilotphase mit. Bisher konnten 400 Ärzte angebunden werden. Der Telemedizinpartner ist die Medi24 AG. Die Pilotierung erfolgt mit Versicherten der CSS. In der Pilotphase beschränkt sich der Zugriff auf Stammdaten und die Medikamentenliste. Weitere Anwendungsfälle mit Spitälern, Spitex, ärztlicher Notfalldienst etc. sind in Planung.