



CURAVIVA Schweiz

Projekt- und Business- plan «Gesundheitszent- rum»¹

**im Wohn- und Pflegemodell 2030 von
CURAVIVA Schweiz**

2018

¹ Synonyme: u.a. «Gesundheits- und Beratungszentrum», «Gesundheits- und Lebenszentrum», «Zentrum für Wohnen, Pflegen, Leben», «Zentrum für Leben und Gesundheit», , «Carepoint» etc.

Inhalt

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Management Summary..... | 4 |
| 2 | Einleitung..... | 5 |
| | 2.1 Ausgangslage..... | 5 |
| | 2.2 CURAVIVA Wohn- und Pflegemodell 2030..... | 6 |
| | 2.3 Zweck und Aufbau des Projekt- und Businessplans..... | 7 |
| 3 | Gesundheitszentrum..... | 7 |
| | 3.1 Hintergrund, Vision und Zielgruppen..... | 7 |
| | 3.2 Übersicht «Modell Gesundheitszentrum» von CURAVIVA Schweiz..... | 9 |
| | 3.3 Leistungen..... | 9 |
| | 3.4 Fachpersonal bzw. -Dienste und Interprofessionalität..... | 10 |
| | 3.5 Standort und Struktur..... | 10 |
| | 3.6 Finanzierung..... | 11 |
| | 3.7 Einordnung «Modell Gesundheitszentrum CURAVIVA» ins «WOPM 2030»..... | 11 |
| 4 | Markt..... | 11 |
| | 4.1 Marktübersicht und Mitbewerber..... | 11 |
| | 4.2 Eigene Marktstellung..... | 13 |
| | 4.3 Chancen und Risiken im Marktumfeld..... | 13 |
| | 4.4 Stärken und Schwächen des Gesundheitszentrums..... | 14 |
| | 4.5 Marktbeurteilung..... | 14 |
| 5 | Entwicklung..... | 15 |
| | 5.1 Gemeinsame Vision als Startpunkt / Initiative..... | 15 |
| | 5.2 Strategische Entwicklung..... | 16 |
| | 5.3 Finanzierung und Preispolitik..... | 16 |
| | 5.4 Marketing..... | 18 |
| 6 | Standort..... | 19 |
| | 6.1 Lage Gesundheitszentrum..... | 19 |
| | 6.2 Standorte innerhalb des Gesundheitszentrums..... | 19 |
| | 6.3 Verbindung zu den anderen Hauptbereichen im WOPM 2030..... | 20 |
| 7 | Organisation und Infrastruktur..... | 21 |
| | 7.1 Rechtliche Struktur..... | 21 |
| | 7.1.1 Kooperation..... | 21 |
| | 7.1.2 Rechtsform und Zweck..... | 21 |
| | 7.2 Aufbauorganisation..... | 22 |
| | 7.2.1 Übersicht..... | 22 |
| | 7.2.2 Strategische Führungsebene..... | 23 |

| | | |
|-------|---|----|
| 7.2.3 | Operative Führungsebene und Organisation | 23 |
| 7.2.4 | Leistungsbereiche und Organisationseinheiten | 24 |
| 7.3 | Ablauforganisation | 25 |
| 7.3.1 | Übersicht | 25 |
| 7.3.2 | Leistungen für Kunden | 25 |
| 7.3.3 | Supportleistungen..... | 27 |
| 7.3.4 | Qualitätsmanagement und Reporting | 27 |
| 7.4 | ICT..... | 28 |
| 7.5 | Bauliche Infrastruktur und Raumbedarf..... | 28 |
| 8 | Umsetzung..... | 29 |
| 9 | Finanzierung und Finanzplanung | 30 |
| 10 | Mögliche Erfolgsfaktoren..... | 31 |
| 10.1 | Aufbau und Betrieb eines Gesundheitszentrums | 31 |
| 10.2 | Handlungsempfehlungen interprofessionelle Zusammenarbeit | 32 |
| 11 | Ausblick | 34 |
| 12 | Anhang | 36 |
| 12.1 | Bibliographie | 36 |
| 12.2 | Begleitgruppe..... | 38 |
| 12.3 | Mögliches Vorgehen für die Entwicklung einer Strategie für ein Gesundheitszentrum..... | 39 |

1 Management Summary

Ausgangspunkt des Projekts ist das «Wohn- und Pflegemodell 2030» (WOPM 2030) von CURAVIVA Schweiz. Ein Gesundheitszentrum (GZ) bildet dabei das Kernstück des WOPM 2030. Im Rahmen des Folgeprojekts «Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum» wurde ein Modell für das GZ entwickelt. Die Leistungen eines GZ sind dabei durch drei Merkmale charakterisiert:

- *Anlaufstelle im Sinne einer Drehscheibe* (niederschwellig und in geeigneter Form rund um die Uhr erreichbar) als «single point of contact»
- *medizinische, pflegerische (ambulant und stationär), therapeutische bzw. pharmazeutische Grundversorgung*, je nach Situation ergänzt um weitere Leistungen wie Ernährungsberatung u.a.m.
- *Gesundheitsförderung und Prävention*, wo das GZ Leistungen anbietet, die den regionalen Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen

Grundsätzlich wird dann ein Projekt- und Businessplan benötigt, wenn Entscheidungsträger vor einem wichtigen Entwicklungsschritt mit grosser Tragweite stehen. Ein profunder Projekt- und Businessplan zeigt die konzeptionelle und finanzielle Machbarkeit sowie Chancen und Risiken des Vorhabens auf. Normalerweise bezieht sich ein solcher Plan auf ein konkretes Projekt. Das vorliegende Dokument stellt daher einen Baukasten dar, welche Elemente in einem Projekt- und Businessplan für ein GZ zu berücksichtigen sind (mit praktischen Hinweisen). Möglicher Aufbau (mit Kapitelnummer des vorliegenden Berichts):

- Kap. 3: Definition des Gesundheitszentrums und Einordnung in das WOPM 2030.
- Kap. 4: Darstellung des Marktes (siehe auch OBSAN-Dossier 57 «Integrierte Versorgung in der Schweiz» (Schusselé et al., 2017), der möglichen Einordnung des Unternehmens (SWOT) und abschliessend die Marktbeurteilung.
- Kap. 5: Wie ein GZ entwickelt wird. Startpunkt ist dabei die Entwicklung einer gemeinsamen Vision (5.1), insbesondere zum Sozialraum bzw. Zielgruppen und der Interprofessionellen Zusammenarbeit. Genügend Zeit für diese Entwicklungsphase ist ein Erfolgsfaktor. Es können zwei typisch unterschiedliche Ausgangslagen «Neuaufbau eines GZ» oder «Ankerunternehmen weiterentwickeln» unterschieden werden.
- Kap. 6: Kriterien zu Lage und Standorten des GZ und der Elemente des WOPM 2030.
- Kap. 7: Grundlagen zur rechtlichen Struktur, zur Aufbauorganisation, zur Ablauforganisation (bei letzterem v.a. die Prozesse des Unternehmens), zur Informatik und zur baulichen Infrastruktur. Ein einheitliches Organigramm sowie eine übergeordnete Führung (vgl. 7.2) sowie das Engagement im Bildungsbereich (7.3.3) sind für die interprofessionelle Zusammenarbeit im GZ von grosser Bedeutung.
- Kap. 8: Wie ein GZ aufgebaut bzw. umgesetzt werden kann.
- Kap. 9: Hinweise zur Finanzplanung. Neben der Eigen- kann auch eine Fremdfinanzierung in Betracht gezogen werden.
- Kap. 10: Mögliche Erfolgsfaktoren einerseits für die Konzipierung, den Aufbau und die Umsetzung eines GZ und andererseits Handlungsempfehlungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit.

2 Einleitung

2.1 Ausgangslage

Bekanntlich wird aufgrund des drohenden Hausärztemangels die medizinische Grundversorgung in Heimen in Zukunft an ihre Grenzen stossen. Eine der grossen Sorgen der Alters- und Pflegeheime ist denn auch, wie diese Versorgungsstrukturen und deren Inhalte künftig geregelt und ausgestaltet werden können.

CURAVIVA Schweiz hat das «Wohn- und Pflegemodell 2030» (WOPM 2030) entwickelt, auf dessen Basis das Folgeprojekt «Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum» durchgeführt wird. Im WOPM 2030 bildet das «Gesundheitszentrum» das Kernstück. Dort angesiedelt sind diverse Anbieter aus dem medizinisch-therapeutischen Leistungsumfeld, wie z.B. Ärzte oder Apotheken, aber auch weitere therapeutische Angebote.

Das Projekt ist eines von derzeit vier Folgeprojekten zum WOPM 2030 (weitere sind: Vernetzte Technologieumgebung, Kostenwirkung, Betreutes Wohnen). Das Projekt bindet Akteure und bestehende Grundlagen der interprofessionellen Zusammenarbeit ein, vgl. Charta Zusammenarbeit (SAMW, 2014), Akteure der «Plattform Interprofessionalität in der Grundversorgung» und Grundlagen zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Rahmen des BAG-Projekts «Koordinierte Versorgung» (BAG, 2017).

Ziele des Projekts sind:

- Wie das «Gesundheitszentrum» konkret ausgestaltet werden kann und wie sich eine interprofessionelle Zusammenarbeit erreichen lässt.
- Auf der Basis des Wohn- und Pflegemodells, wie im «Gesundheitszentrum» die künftige medizinisch-therapeutische Grundversorgung im gesamten Sozial- und Lebensraum der älteren Menschen sichergestellt werden kann.
- Grundlagen für ein Pilotprojekt zur Umsetzung des «Gesundheitszentrums» erstellen.

Anvisierte Resultate / Endprodukte zum Projekt «Gesundheitszentrum» sind:

- Dokument: Neue Versorgungs- und Zusammenarbeitsmodelle: Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum. Literaturrecherche und Praxisbeispiele
- Dokument: Prototyp Modell Gesundheitszentrum
- Dokument: **Projekt- und Businessplan Gesundheitszentrum**, welcher die mögliche Umsetzung des «Modells Gesundheitszentrum» beschreibt.

Ebenfalls erarbeitet wurde eine «Abschätzung der Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030» (Polynomics, 2017).

2.2 CURAVIVA Wohn- und Pflegemodell 2030

Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz versteht sich als Dienstleistungsunternehmen mit einer dezentralen (sozialorientierten) Infrastruktur. Besonders wichtig ist im Wohn- und Pflegemodell 2030 die Zusammenarbeit mit medizinischen Grundversorgern, Therapieangeboten und mit dem Quartier. Der bisherige Sozial- und Lebensraum der älteren Menschen soll noch viel gezielter ins Zentrum gestellt werden als bisher. Der Autonomie und Selbstbestimmung älterer Menschen wird damit gezielter Rechnung getragen.

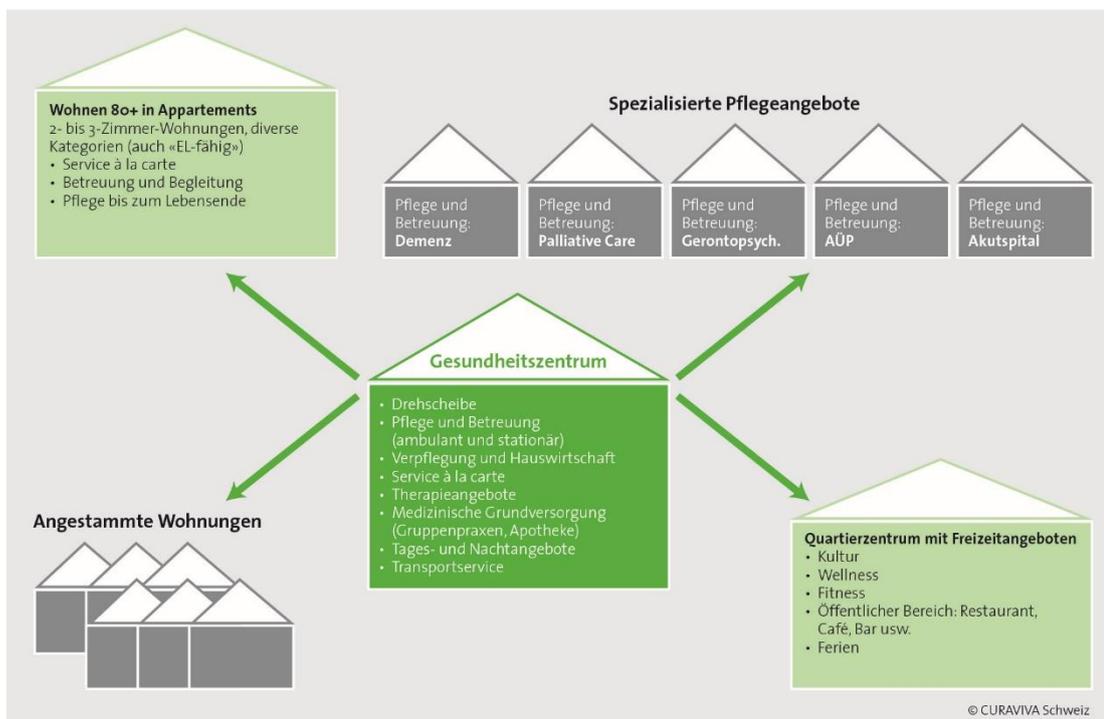


Abbildung 1: Wohn- und Pflegemodell 2030 (CURAVIVA, 2016, Graphik 2017 ergänzt)

Die Aufgaben der Alterspflege-Institution werden in Zukunft folglich umfassender sein und aus den folgenden Hauptbereichen bestehen:

- Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Leistungen in den angestammten Wohnungen
- Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Leistungen in altersgerechten Appartements
- Spezialisierte Pflege- und Betreuungsangebote (z.B. Demenz, Palliative Care, Gerontopsychiatrie etc.)
- Die klassische Pflegeinstitution wird zu einem Gesundheits- resp. Quartierszentrum im angestammten Lebensraum des älteren Menschen

2.3 Zweck und Aufbau des Projekt- und Businessplans

Grundsätzlich wird dann ein Projekt- und Businessplan benötigt, wenn Entscheidungsträger vor einem wichtigen Entwicklungsschritt mit grosser Tragweite stehen. Ein profunder Projekt- und Businessplan zeigt die konzeptionelle und finanzielle Machbarkeit sowie Chancen und Risiken des Vorhabens auf. Anhand des fertigen Dokumentes sind Entscheidungsträger in der Lage, einen Entschluss über das weitere Vorgehen zu fassen. Bei einem Gesundheitszentrum könnte dies z.B. die Planung eines neuen GZ oder die Erweiterung einer bestehenden Institution mit einem oder mehreren neuen Geschäftsfeldern² sein. Dabei wird der Projekt- und Businessplan als Planungs- und Kommunikationsinstrument breit eingesetzt.

Ein Projekt- und Businessplan bezieht sich normalerweise auf ein konkretes Projekt. Er zeigt eine «Unternehmensidee» auf und welche Massnahmen zu ergreifen sind, um diese erfolgreich umzusetzen. Im vorliegenden Fall liegt kein spezifisches Projekt vor, weshalb das vorliegende Dokument einen Baukasten darstellt, welche Elemente in einem Projekt- und Businessplan für ein GZ zu berücksichtigen sind. Das Dokument gibt auch Hinweise, auf was bei einem entsprechenden Projekt erfahrungsgemäss zu achten ist. Der Projekt- und Businessplan ist wie folgt gegliedert:

- Kap. 3: Definition des Gesundheitszentrums und Einordnung ins WOPM 2030
- Kap. 4: Darstellung des Marktes, der möglichen Einordnung des Unternehmens (SWOT) und abschliessend die Marktbeurteilung
- Kap. 5: Wie ein GZ entwickelt wird
- Kap. 6: Kriterien zu Lage und Standorten des GZ und der Elemente des WOPM 2030
- Kap. 7: Grundlagen zur rechtlichen Struktur, zur Aufbauorganisation und zur Ablauforganisation (bei letzterem v.a. die Prozesse des Unternehmens)
- Kap. 8: Wie ein GZ aufgebaut bzw. umgesetzt werden kann
- Kap. 9: Hinweise zur Finanzplanung
- Kap. 10: Mögliche Erfolgsfaktoren für die Konzipierung, den Aufbau und die Umsetzung eines GZ

3 Gesundheitszentrum

3.1 Hintergrund, Vision und Zielgruppen

Ausgehend vom «Wohn- und Pflegemodell 2030» hat eine interdisziplinär zusammengesetzte Projektgruppe im Auftrag von CURAVIVA Schweiz ein «Modell Gesundheitszentrum» zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Rahmen des WOPM 2030 erarbeitet (QUALIS evaluation, 2017). Das Modell wurde als Idealvorstellung konzipiert, ohne Einschränkung durch Machbarkeits- und Finanzierungsüberlegungen.

² In letzterem Fall wird ein Business Plan oft auch als «Business Case» bezeichnet.

Die Projektgruppe, welche das Modell des GZ erarbeitet hat (QUALIS evaluation, 2017), hat auch die Erarbeitung des vorliegenden Projekt- und Businessplans begleitet (Liste siehe Anhang 12.2).

Die ursprüngliche Zielgruppe des GZ, nämlich ältere Menschen, wurde von der Projektgruppe erweitert auf alle Menschen mit besonderen Bedürfnissen d.h. für Menschen mit Behinderungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen oder in Krisen sowie für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Das Konzept der Sozialraumorientierung sieht vor, dass der Mensch mit seinem Willen und seinen Ressourcen betrachtet wird und seine Angehörigen sowie sein erweitertes soziales Umfeld in die Betreuung mit einbezogen werden. Das Modell eines GZ ist daher nicht nur für ältere Menschen, sondern auch für andere Gruppen gültig und darum breiter formuliert. Der angestrebte Sozialraum – mehr oder weniger breit definiert – wird die Basis für die Zielgruppenpräzisierung geben. Zu beachten ist jedoch, dass ein GZ in Städten, in Agglomerationen und auf dem Land unterschiedliche Ausprägungen haben kann. Als sinnvolle Grösse für den Sozial- und Lebensraum eines Gesundheitszentrums geht die Projektgruppe von einer Region mit rund 25'000 Einwohnerinnen und Einwohnern aus. In Randregionen und kleineren Städten kann dieser auch beschränkter sein. Ein peripher gelegenes Gesundheitszentrum wird sich zudem nicht auf eine bestimmte Zielgruppe einschränken können, sondern muss die Gesundheitsversorgung der ganzen Bevölkerung gewährleisten.

Das Gesundheitszentrum hat eine übergeordnete Vision, der sich alle verpflichten, die im Gesundheitszentrum selbst oder in dessen Auftrag arbeiten. Die zentralen Aspekte dieser Vision sind:

- Sozialraumorientierung
- Bedarfsorientierung
- Partizipation
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Lebensqualitätskonzeption (vgl. CURAVIVA, 2014)

3.2 Übersicht «Modell Gesundheitszentrum» von CURAVIVA Schweiz



Abbildung 2: Modell Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum (Qualis, 2017)

3.3 Leistungen

- **Erstes Merkmal** ist eine Anlaufstelle im Sinne einer Drehscheibe (niederschwellig und in geeigneter Form rund um die Uhr erreichbar) als «single point of contact» im Sinne einer Anlaufstelle für sämtliche Gesundheits- und Lebensfragen. Damit wird es auch einen Anteil an «fallunspezifischer Arbeit» für Zielgruppen geben.
 - Sie ist gestaltet als «Walk-In» sowie Telefon- und Online-Beratung, mit Triage durch eine fachlich und sozial kompetente Person
 - Konstante Bezugspersonen koordinieren und organisieren im Sinne eines Case Managements den Einbezug verschiedener Fachpersonen sowie die Übergänge zwischen Akut- und Langzeitbetreuung oder ambulanten und stationären Behandlungen (Spital, Psychiatrie, Geriatrie, Rehabilitation, Übergangspflege, Langzeitpflege oder Spitex zu Hause)

- *Zweites Merkmal* ist die medizinische, pflegerische (ambulant und stationär), therapeutische bzw. pharmazeutische Grundversorgung, je nach Situation ergänzt um weitere Leistungen wie Ernährungsberatung u.a.m.
- *Drittes Merkmal* ist Gesundheitsförderung und Prävention, wo das GZ Leistungen anbietet, die den regionalen Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen, z.B. Bildungsveranstaltungen, Entwicklung von Ratgebern und Guidelines, Coachings für die Freiwilligenarbeit, etc.

3.4 Fachpersonal bzw. -Dienste und Interprofessionalität

- Die Drehscheibe wird durch Personal mit z.B. sozialem und pflegerischem Hintergrund betrieben.
- Das Gesundheitszentrum verfügt über eine Praxis für medizinische Grundversorgung mit Spezialisierung in Altersmedizin (Geriatric, Gerontopsychiatrie). Die Praxis verfügt in geeigneter Form über einen Notfall-Dienst und kann kleine operative Eingriffe ambulant durchführen.
- Je nach regionalen Gegebenheiten sind weitere sinnvoll ergänzende Dienstleistungen dem Gesundheitszentrum angegliedert, z.B. Apotheke, Therapiedienste, Optiker, Ernährungsberatung oder Pedicure, Coiffure, Mahlzeitendienst, Reinigung und Hauswartung
- Wichtige Voraussetzung für den Erfolg ist die Interprofessionalität:
 - Die Teams arbeiten nach dem Prinzip der Kollegialität zusammen und verfügen über transparente kollegiale Entscheidungsstrukturen.
 - Gemeinsame elektronische Dokumentation (z.B. e-health, EPD), regelmässige kollegiale Fallbesprechungen und Qualitätszirkel sind wichtige Elemente. Die interprofessionellen Teams arbeiten nach denselben Guidelines. Sie besuchen gemeinsame Weiterbildungen. Alle sprechen vom Gleichen und benutzen die gleiche Sprache.
 - Das Kernteam hat eine Festanstellung. Dies erleichtert die interprofessionelle Zusammenarbeit und fördert das Commitment zur Institution und zur gemeinsamen Arbeitsphilosophie.

3.5 Standort und Struktur

- Das Gesundheitszentrum steht an zentraler Lage und ist in die örtlichen Strukturen integriert. Das kann in einem Alters- und Pflegeheim, Regionalspital, Gemeinde- oder Quartierzentrum, in einer Institution für Menschen mit Behinderungen, Gemeinschaftspraxis, Apotheke oder Spitexorganisation sein. Entsprechend sind Rechtsform und Organisation offen, doch soll eine übergeordnete Gesamtleitung bestehen.
- Zentrumsfunktion mit einerseits Angeboten des täglichen Bedarfs und andererseits einem Treffpunkt mit Café oder Restaurant.

3.6 Finanzierung

- Langfristig sind Rahmenbedingungen mit einheitlichen Finanzierungssystemen anzustreben. Als Beispiel wird bei Polynomics (2017) auf Fehlanreize durch unterschiedliche Finanzierung in ambulanter und stationärer Langzeitversorgung hingewiesen. Im Rahmen der Forschungsberichte des Bundesamts für Gesundheit zur Interprofessionalität im Gesundheitswesen hat das IWSB (2017) eine Komplexpauschale in die Diskussion eingebracht, welche die Vergütung einer ganzen Behandlungsepisode über alle Versorgungsstufen bündeln und die heutigen Fehlanreize beseitigen würde.
- Darüber hinaus soll das GZ über öffentliche Unterstützung mit Globalbudget verfügen, welche es erlauben, soziale und gesellschaftliche Dienstleistungen zu finanzieren.

3.7 Einordnung «Modell Gesundheitszentrum CURAVIVA» ins «WOPM 2030»

Vergleicht man das «Modell Gesundheitszentrum» mit dem «Wohn- und Pflegemodell 2030», sind zur Einordnung vier Punkte zu ergänzen:

- «Wohnen 80+ in Appartements»: Zielgruppe dieses Leistungsbereichs sind Menschen in der Dritten Altersphase «Verstärkte Fragilisierung», bei denen gesundheitliche Beschwerden und funktionale Einschränkungen mit der Zeit dazu führen, dass sie ein selbständiges Leben erschweren oder verunmöglichen (Höpflinger & Van Wezemaël, 2014). Dies erfordert eine klare Einbindung in die Interprofessionalität, Leistungen und Prozesse des Gesundheitszentrums.
- «Angestammte Wohnungen»: Im Grundsatz gelten dieselben Anforderungen auch bei Leistungen für Menschen in angestammten Wohnungen. Allerdings ist dort in der Leistungsbreite eher eine differenzierte «à la carte» Nachfrage von Leistungen zu erwarten.
- «Quartierzentrum mit Freizeitangeboten»: Teile dieser Elemente sind im Modell CURAVIVA auch im Gesundheitszentrum erwähnt, z.B. Café / Begegnungsort, was eine Variante sein dürfte. Ideal wäre eine enge Zusammenarbeit von GZ und Quartierzentrum.
- «Spezialisierte Pflege- und Betreuungsangebote» sind entweder direkt Teil des GZ oder arbeiten in geeigneter Form eng mit ihm zusammen.

4 Markt

4.1 Marktübersicht und Mitbewerber

Ein eigentlicher «Markt» von Gesundheitszentren mit Unternehmen, die zueinander im Wettbewerb stehen, ist zurzeit in der Schweiz aufgrund der grossen Unterschiede in der Ausprägung bestehender GZ schwierig zu beschreiben. Dies liegt einerseits an einer fehlenden all-

gemein anerkannten Definition des Begriffs «Gesundheitszentrum», andererseits an der starken Fragmentierung des Gesundheitswesens in der Schweiz. Die im WOPM 2030 anvisierten Ziele des GZ entsprechen in vielen Punkten der aktuell im In- und Ausland diskutierten «Integrierten Gesundheitsversorgung», bei der die gesundheitliche Versorgung der Zielgruppen durch Leistungserbringer entlang des Patienten- bzw. Behandlungspfads koordiniert und abgestimmt erfolgen soll.

Eine erste fundierte Übersicht zur Situation in der Schweiz wurde kürzlich mit dem OBSAN-Dossier 57 «Soins intégrés en Suisse» (Schusselé et al., 2017) publiziert. Zur Teilnahme an der Erhebung 2015 / 2016 wurden Initiativen eingeladen, welche die vier folgenden Kriterien erfüllen:

1. die Integrationsprinzipien sind formalisiert
2. mindestens zwei Ebenen der Gesundheitsversorgung sind integriert/koordiniert
3. mindestens zwei Gesundheitsfach- bzw. Berufsgruppen sind beteiligt
4. die Initiativen sind im Zeitpunkt der Erhebung aktiv.

Dies erlaubte die Identifikation von 172 Initiativen der Integrierten Versorgung. Sie zeichnen sich durch eine grosse Vielfalt aus, weshalb sie sechs Kategorien zugeordnet wurden. Im vorliegenden Zusammenhang wichtig ist die Kategorie «Gesundheitszentren» (Anzahl: 20).

Gesundheitszentren («Centres de santé») definiert das OBSAN (Schusselé et al., 2017, S. 14) wie folgt: «Initiatives regroupant, sous une même gouvernance, plusieurs structures et niveaux de prestations de soins: premier recours (médecin ou autre) et/ou soins ambulatoires spécialisés (médecin ou autre) et/ou Stationnaire aigu et/ou Soins de transition et/ou Soins de longue durée» (Initiativen, die verschiedene Pflegeleistungen (stationär und/oder ambulant, Übergangspflege und/oder Langzeitpflege, Hausärzte und anderes medizinisches Personal etc.) unter einer Unternehmensführung zusammenfassen).

Betrachtet man die Tabelle mit den 20 im OBSAN-Dossier 57 dargestellten GZ (Schusselé et al., 2017) im Vergleich mit dem hier zugrunde gelegten Modell, richten sich 85% (17/20) der GZ an die allgemeine Bevölkerung. 90% der GZ bieten ärztliche Grundversorgung an. 75% (15/20) verfügen über stationäre und ebenso viele über ambulante Langzeitpflege (Spitex), wobei die Schnittmenge für beides bei 55% (11/20) liegt. Je 60% bieten Prävention und Gesundheitsförderung an, wobei die Schnittmenge für beides bei 50% (10/20) liegt. 40% der GZ haben ein Care-Case-Management.

Interessant ist, dass 30% der GZ (6/20) sich allein schon im Kanton Graubünden und oft in eher ländlichen/entlegenen Regionen befinden, wo die Vision auch darin besteht, in strukturschwachen Regionen Leistungen im Gesundheitswesen zu konzentrieren und zu koordinieren. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass einige dieser GZ schon seit 10 Jahren und teilweise deutlich länger existieren. Auch einige der anderen GZ befinden sich in ländlichen Regionen. Unter den 20 aufgeführten GZ befinden sich aber auch Beispiele aus Agglomerationen und Städten.

Die Initianten sind je nach GZ unterschiedlich, umfassen aber meist mehrere oder alle Leistungserbringer aus Akutspitälern, Ärzten (Grundversorger und/oder Spezialärzte), Pharmazeuten, Alters- und Pflegeheimen und Spitex-Organisationen (vgl. Annexe 6.5 zu Schusselé et al., 2017).

Auch wenn ein «Markt» für GZ im betriebswirtschaftlichen Sinn nur bedingt besteht, sollte der Businessplan die Teilmärkte (verschiedene Leistungs- oder Versorgungsbereiche) kurz darstellen. Allfällige Marktlücken sind aufzuzeigen (häufig ist dies Beratung und insbesondere Care- und Case-Management, weil dieser Leistungsbereich in der Finanzierung komplex ist). Erfolgsfaktoren für das GZ sind zu skizzieren (z.B. Einzigartigkeit dank Interprofessionalität, Anlaufstelle/Drehscheibe und Care-/Case-Management oder konkrete Faktoren wie Pr senzdauer / Erreichbarkeit, kundenorientierter Service oder Qualität).

4.2 Eigene Marktstellung

Auch wenn es m glichlicherweise nur bedingt Mitbewerber im Sinne eines GZ im Umfeld gibt, macht es doch Sinn, zumindest für einzelne Leistungsbereiche die eigene Marktstellung darzustellen. Dabei geht es um Fragen wie:

- Welche Leistungen für welche Zielgruppen angeboten werden. Zu beachten:
 - o Jedes GZ-Projekt muss über seinen Sozialraum seine Zielgruppen definieren.
 - o Wichtig ist, dass Leistungen konkreten Zielgruppen zugeordnet werden (Leistung A zu Zielgruppe A, Leistung B zu Zielgruppe B usw.)
- Wie gross der eigene Marktanteil im Vergleich zu den wichtigsten Mitbewerbern ist (so es welche gibt); bei Bedarf sind Marktanteile einzelner Leistungsbereiche wie z.B. stationäre oder ambulante Langzeitpflege abzuschätzen
- Positive Kundenbeurteilungen zu einzelnen Leistungen bzw. zum Image. Gegebenenfalls können hier Aussagen zur Leitungsqualität dienen (insbesondere, sofern Vergleiche vorliegen).

4.3 Chancen und Risiken im Marktumfeld

In diesem Abschnitt geht es darum, die Chancen und Risiken im anvisierten Markt bzw. der Region aus Sicht des Marktes bzw. der Teilmärkte zu beleuchten. Dabei geht es konsequent um die Marktbetrachtung, die sorgfältig von Stärken und Schwächen sowie von internen Chancen und Risiken abzugrenzen sind (falls letztere beide bestehen, wären diese im Abschnitt Stärken / Schwächen darzustellen).

Chancen können z.B. sein, dass

- das GZ mit dem Care- und Case-Management gegenüber Mitbewerbern in Teilmärkten ein Alleinstellungsmerkmal hat und den Kundenpfad besser überblicken kann
- das GZ dank der Integration mehrerer Versorgungsstufen ganzheitlicher betreuen kann
- dank der Interprofessionalität ein Qualit tsvorsprung erreicht werden kann

- dank der Interprofessionalität Bedürfnisse von Kunden, z.B. von Angehörigen für Entlassungsleistungen, früher erkannt und damit ein Akquisitionsvorteil besteht
- Leistungen abgedeckt werden, für die eine Lücke besteht (sofern das zutrifft)
- neue Versicherungsmodelle entwickelt werden könnten
- das GZ Attraktivität für Fachkräfte haben kann, insbesondere für Personen, die «integriert», «sinnvoll» und «ganzheitlich» im Sinne der Bedürfnisse des Patienten / Kunden entlang dem Patienten- und Behandlungspfad arbeiten, zudem etwas Neues oder Innovatives bei einem attraktiven Arbeitgeber in Form eines «Gesundheitszentrums» machen wollen
- zur Entwicklung des Sozialraums beigetragen werden kann

Risiken aus Marktsicht sind z.B.

- fehlende Fachkräfte, insbesondere Ärzte und Pflegefachpersonen
- starke bzw. gut etablierte Mitbewerber in Teilbereichen
- rasche Veränderungen von Zielgruppen, z.B. durch regionale Bevölkerungsbewegungen
- oft unterschätzt wird auch eine allfällige, ggf. örtlich bedingte Stellung als Monopolist (sofern dies zutrifft):
 - o an einen Monopolisten stellen Kunden gern hohe Anforderungen und sind mit Kritik schnell zur Hand, wenn Kunden oder Mitbewerber (letztere z.B. bei Koordination) benachteiligt werden.
 - o entsprechend muss ein Monopolist proaktiv Massnahmen ergreifen, um subtil mit seiner Rolle umzugehen und z.B. kritischen Rückmeldungen bezüglich des Monopols präventiv zu begegnen.

4.4 Stärken und Schwächen des Gesundheitszentrums

Stärken und Schwächen (sowie interne Chancen und Risiken) hängen vom jeweiligen Betrieb bzw. den beteiligten Partnern / Leistungsbereichen ab.

Typische Stärken von GZ, nebst der Interprofessionalität und den hoffentlich nutzbringenden Synergien im Verbund, können z.B. in speziellem Know-how von Teilbereichen liegen (beispielsweise medizinische Disziplinen oder therapeutische Angebote).

4.5 Marktbeurteilung

Basierend auf den Darstellungen im vorderen Teil des Kapitels ist hier zusammenzufassen, wie der Markt beurteilt wird:

- Warum die integrierte Leistung im anvisierten Marktgebiet funktionieren wird
- Wie der Markt beurteilt wird und wo die grössten Chancen für den zukünftigen Erfolg liegen

- Welche Hindernisse bzw. Eintrittsbarrieren zu erwarten sind (z. B. weil in einem Teilbereich Mitbewerber schon sehr gut etabliert sind und dadurch der Leistungsverbund länger braucht, um sich zu etablieren)

5 Entwicklung

5.1 Gemeinsame Vision als Startpunkt / Initiative

Bei den 20 im OBSAN-Dossier 57 dargestellten GZ (vgl. Annexe 6.5 zu Schusselé et al., 2017) fällt die Vielfältigkeit der Initiativen zur Entstehung (Berufsgruppen bzw. Institutionen) ebenso auf wie jene beim Leistungsspektrum. Da der OBSAN-Bericht die Erfolgsfaktoren der GZ nicht herausgearbeitet hat, wurden 19 der 20 GZ im Auftrag von CURAVIVA Schweiz zu den Erfolgsfaktoren der Geschäftsmodelle, insbesondere der interprofessionellen Zusammenarbeit in den GZ befragt (Ecoplan, 2017).

Erfahrungsgemäss braucht es eine oder besser mehrere Personen bzw. Gremien, welche gemeinsam eine Vision entwickeln. Je nach regionalen Gegebenheiten suchen sie passende Partner und versuchen, diese für ihre Vision zu begeistern bzw. die Vision mit den Partnern weiterzuentwickeln³. Beim WOPM 2030 und noch mehr beim GZ ist die Grundlage die «Kundensicht» bzw. der Nutzen für die Kunden bzw. die Bevölkerung. Es ist zwar offensichtlich, dass ein GZ mit integrierter Versorgung für Kunden und Bevölkerung einen deutlich grösseren Nutzen bringen kann als nebeneinander operierende Leistungserbringer. Leider steht vielerorts der Organisationsnutzen vor jenem der Kunden. Die Bedeutung der gemeinsamen Visionsentwicklung (mit dem Kundennutzen im Zentrum) kann gar nicht gross genug eingeschätzt werden. Das beweisen Projekterfahrungen, wo es Alters- und Pflegeheimen nicht gelungen ist, z.B. ärztliche Grundversorger oder Spitex als Mieter zu gewinnen. Oder sie konnten einen bzw. mehrere Partner als Mieter gewinnen, aber die Partner arbeiten weiterhin nebeneinander und für Kunden / Patienten nicht spürbar integriert. Unterschiedliche Finanzierung und damit andere Anreize sind Gründe, welche die engere, interprofessionelle Zusammenarbeit behindern können (vgl. IWSB, 2017).

Ausgangslagen für die Entwicklung von GZ sind sehr unterschiedlich. Es ist daher schwierig, einen allgemeingültigen Plan für Startpunkt und Initiative zu definieren. Grundsätzlich können zwei Modelle skizziert werden:

1. **«Neuaufbau»:** Mehrere getrennt operierende Leistungserbringer und Partner (z.B. Alters- und Pflegeheim, Spitex, Ärzte, Kanton, Gemeinde oder Behörde u.a. m.) finden zusammen, um eine gemeinsame Vision zu entwickeln. Anschliessend wird das Konzept gemeinsam geplant, zur Entscheidung gebracht und umgesetzt (Beispiele: Stiftung RaJoVita, Rapperswil-Jona, oder Cité générations, Genève). Solche Projekte werden

³ «Wenn Du ein Schiff bauen willst, dann sage den Leuten nicht, wie sie es bauen sollen, sondern lehre ihnen die Sehnsucht nach dem grossen, weiten Meer» (Antoine de Saint-Exupéry)

teilweise auch von Gemeinden angestossen, was einerseits einen gewissen positiven Druck erzeugen kann und andererseits die Vision von Beginn weg in der Öffentlichkeit positioniert⁴. Auch raumplanerische Möglichkeiten können eine Rolle spielen bzw. sind solche Projekte auch systematisch in die Raumplanung aufzunehmen.

2. **«Ankerunternehmen»:** Ein bestehendes Unternehmen, z.B. eine Gemeinschaftspraxis, ein Alters- und Pflegeheim, ein Spital oder eine Spitexorganisation baut nach und nach das Konzept auf, evtl. zwischendurch unter Einbezug / Integration von anderen Partnern (Beispiele: Lindenhof, Oftringen oder Flury-Stiftung, Unterengadin)

5.2 Strategische Entwicklung

Nach dem wichtigen Schritt einer gemeinsamen Vision kann die Präzisierung in einem Leitbild hilfreich sein. Anschliessend kommt als mittelfristiges Planungsinstrument die Entwicklung einer Strategie (soweit nicht schon bei der Vision erarbeitet). Bezüglich möglichem Vorgehen siehe Anhang 12.3.

Ein Projekt- und Businessplan (für einen «Neuaufbau» bzw. eine neue gemeinsame Struktur) oder ein Business Case (für eine Ergänzung um ein zusätzliches strategisches Feld) mit einer mittelfristigen Finanzplanung (ggf. mit Kapitalbeschaffung) und der Darstellung des Umsetzungsplans bilden die Basis für den definiten Entscheid zur Umsetzung.

5.3 Finanzierung und Preispolitik

In der Regel dürfte das Selbstverständnis von GZ ein gemeinnütziges sein. Die Rechnung wird deshalb auf Vollkosten-Deckung (inkl. Infrastruktur) ausgerichtet, ohne Gewinnausschüttung. Allfällige Ertragsüberschüsse bleiben im Unternehmen, dienen zur Deckung etwaiger Verluste und werden ansonsten wieder im Unternehmen reinvestiert. Die Preispolitik richtet sich an diesen Zielen aus.

Eine nachhaltige Finanzierung baut darauf auf, dass jede Leistung für jede Zielgruppe langfristig durch klar definierte Rahmenbedingungen finanziert ist. Im Gesundheits- und Sozialwesen sind die allermeisten Leistungen preislich definiert, was zumindest einen klaren Rahmen

⁴ Beispiel Rapperswil-Jona, Stiftung RaJoVita: Die Fusion der Gemeinden Rapperswil und Jona gab den Anstoss, wo als Teilprojekt der beiden Gemeinden mit fünf Leistungserbringern über ein Jahr an Vision und Strategie gearbeitet wurde. Die Umsetzung wurde in einem Business Plan definiert, der sowohl das Soll-Betriebskonzept wie auch die Durchführung der Fusion beinhaltete. Nach dem politischen Entscheid wurde das Fusionsprojekt durchgeführt. In den ersten beiden Betriebsjahren wurde das integrierte Prozessmanagement entwickelt und eine gemeinsame ICT-Plattform eingeführt mit der Drehscheibe als «single point of contact».

gibt. Dies gilt für das im Kap. 3 beschriebene Modell z.B. für medizinische, pflegerische, betreuerische, pharmazeutische und therapeutische Leistungen.

Etwas komplexer ist die Finanzierung einer Anlaufstelle im Sinne des «single point of contact» (Drehscheibe) und dem oft eng damit zusammenhängenden Care- und Case-Management. Beide Leistungen brauchen nicht nur eine klare Definition (zu klar definierten Zielgruppen), sondern auch Abgrenzung. Hilfreich ist hier die Fragestellung nach dem Nutzen für die anvisierten Zielgruppen, die beteiligten Unternehmensteile und potenziellen Partnern dafür. Beide Leistungen sind typischerweise solche, die Betroffenen kaum direkt verrechnet werden können.

- Anlaufstelle / Drehscheibe:
 - Jedes Unternehmen hat in irgendeiner Form eine Anlaufstelle (Empfang, Telefonzentrale etc.)
 - In einem GZ mit verschiedenen Leistungsbereichen sollten die Anlaufstellen gebündelt werden. Die Erfahrung zeigt, dass bei klarer Vision und entsprechend konsequenter Umsetzung interprofessioneller Arbeit Synergien entwickelt werden können, welche die Finanzierung einer Anlaufstelle mit breiterem Auftrag (z.B. Aufnahme von Erstkontaktdaten und einem Beratungsanteil) teilweise oder sogar ganz sicherstellen.
 - Voraussetzung ist eine Umsetzung, bei der die Prozesse vom Erstkontakt (Anlaufstelle) bis zum «Abschluss» der Leistungen definiert sind. Entsprechende ICT, welche möglichst prozessorientiert unterstützt, ist dabei mittelfristig unverzichtbar (z.B. CRM und Kundendossier).
 - Für die Finanzierung ist ergänzend auch der Allgemeinnutzen und die fallunspezifische Arbeit zu erwähnen, die auch öffentliche Unterstützung und/oder Hilfe von Stiftungen erhalten kann.
- Care- und Case Management:
 - Bis zu einem gewissen Grad gibt es, gerade bei GZ mit einem breiten Angebot, mit Care- und Case-Management auch einen internen Nutzen.
 - Primäre Ansprechpartner für externe Finanzierung können Krankenversicherungen und die öffentliche Hand sein. Die Definition eines Pilotprojekts, dessen Dauer eine fundierte Auswertung erlaubt – ggf. in Partnerschaft mit professioneller Evaluation (z.B. Hochschulen oder Stiftungen) – kann die Umsetzung erleichtern.
 - Für die Definition der Finanzierung können bisherige Fallbeispiele hilfreich sein (Leistungsdefinition, Ressourcen, Abläufe, Preis usw.)

Besteht intern einmal Transparenz über die Finanzierung einzelner Leistungen, können Querfinanzierungen zwischen Leistungen innerhalb des Gesamtunternehmens im Sinne der Vision und der Strategie durchaus ein Weg und Teil des Konzepts sein. Dies zeigen auch die Ergebnisse der Interviews (Ecoplan, 2017) mit den Führungspersonen der im OBSAN-Dossier 57 zur «Integrierten Versorgung in der Schweiz» aufgeführten GZ (Schusselfé et al., 2017).

5.4 Marketing

Bei einem Projekt- und Businessplan sind typischerweise folgende Punkte zu klären:

- *Marktsegmentierung* (Unterteilung in verschiedene Teilmärkte):
 - In der Regel zielt ein GZ ja gerade darauf ab, eine integrierte Leistung anzubieten, so dass eine Segmentierung nicht zwingend nötig ist.
 - Allfällig wird sie im Projekt- und Businessplan / Business Case eines GZ evtl. dann darzulegen sein, wenn bestimmte Zielgruppen mit unterschiedlichen Marketinginstrumenten bearbeitet werden sollen, z.B. Interessierte für Betreutes Wohnen. In einem solchen Fall sind dann allerdings die untenstehenden Marketing-Elemente ebenfalls separat darzustellen.
 - Bei der Marktsegmentierung ist evtl. die Zielgruppe «potenzielle Mitarbeitende» klar zu definieren. Dank seiner Leistungsbreite und der Integration verschiedener Aspekte sollte ein GZ keine Mühe haben, für potenzielle Mitarbeitende attraktiv zu sein. Allerdings wird auch ein GZ darin gefordert sein, dem Bereich Personal inkl. Bildung gebührend Aufmerksamkeit zu schenken.
- *Preispolitik*: Diese ist im Marketing insbesondere in einem umkämpften Wettbewerbsumfeld zentral, was bei einem GZ nur in Ausnahmefällen zutreffen dürfte.
- *Markteinführungsstrategie*: Neue Produkte oder Leistungen brauchen in der Regel eine Markteinführungsstrategie, die dem Anbieter in einem Wettbewerbsumfeld die erfolgreiche Lancierung erlaubt. Bei GZ gemäss Konzept im Kap. 3 dürfte der Bekanntheitsgrad aufgrund seines Alleinstellungsmerkmals rasch erreicht werden. Dennoch braucht es bei einem neuen oder neu ergänzten GZ den kundenorientierten Einsatz von minimalen Marketingmitteln wie
 - Website, evtl. als Portal gestaltet
 - Social Media
 - Broschüren
 - Mailings (Papier und/oder elektronisch)
 - Events (z.B. Eröffnungsereignis, Tag der offenen Tür...)
 - Information / Bildung (Vorträge, Kurse...)
- In den Interviews mit den Führungspersonen der im OBSAN-Dossier 57 aufgeführten GZ (Ecoplan, 2017) wurde explizit auf den Erfolgsfaktor einer aktiven Kommunikation hingewiesen. Die Markteinführungsstrategie wie auch die konkrete Kommunikation muss auf **klaren Botschaften** aufbauen («Welche Aussage soll in Erinnerung bleiben?»).
- *Vertrieb*: Die Leistungen des GZ erfolgen direkt an den Endkunden, der in der Regel von sich aus auf das GZ zukommt (ausser z.B. bei präventiven Hausbesuchen). Hingegen können Partner wie Beratungsstellen, öffentliche Verwaltung oder andere Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialwesen das GZ unterstützen. Daher lohnt sich die Planung entsprechender Kontakte, regelmässiger Information, Events und Netzwerkarbeit.

6 Standort

6.1 Lage Gesundheitszentrum

Die im Modell geforderte zentrale Lage ist sicher ein Erfolgsfaktor, aber mit Anforderungskriterien zu ergänzen:

- Entscheidend ist die gute Erreichbarkeit, hindernisfrei und mit öffentlichem Verkehr, aber auch mit motorisiertem Verkehr; für letzteres braucht es genügend und gesicherte Parkiermöglichkeiten.
- Ein Umfeld mit Einkaufsmöglichkeiten des täglichen Bedarfs erleichtert die Ansiedlung anderer Angebote wie z.B. periodischen Bedarf (z.B. Apotheke, Optiker). Einkaufsmöglichkeiten des täglichen Bedarfs in der Nähe vereinfachen den Zugang für ältere Menschen mit Einschränkungen (Erledigung mehrerer Dinge in kurzer Distanz).
- Frequenzen durch Einkaufsmöglichkeiten des täglichen Bedarfs oder guter öV-Anbindung (z.B. S-Bahn) erleichtern auch Begegnungsmöglichkeiten und Gastronomie (Café / Restaurant). Allerdings ist dabei zu beachten, dass das Gesundheitszentrum sich möglicherweise entwickeln wird und dass der Einkauf oder die Einmietung immer auch das Risiko birgt, dass diese entweder zu gross und damit zu teuer oder zu klein sind und keine Expansion mehr zulassen. Institutionen wie Spitäler und Heime etc. hätten da evtl. mehr Gestaltungsmöglichkeiten.
- Vor Ort darf die Bedeutung von Gestaltung / Architektur (leichte Erkennbarkeit des Zugangs und der Wege) und auch für ältere Menschen leicht verständliche Signaletik nicht unterschätzt werden.

Angesichts der Attraktivität zentraler Lagen für viele Branchen wie auch für Wohnmöglichkeiten sind oft Land- bzw. Mietkosten höher. Im Einzelfall kann für ein Gesundheitszentrum – sofern bestehende Standorte nicht sehr peripher liegen – auch die Optimierung eines Standorts insbesondere in Bezug auf Erreichbarkeit (öV/Privatverkehr), Gestaltung (Zugang, Hindernisfreiheit, Signaletik, Licht, Farben etc.) und Begegnungsmöglichkeiten prüfenswert sein. Auf diese Kundenorientierung darf durchaus im Marketing auch explizit hingewiesen werden.

6.2 Standorte innerhalb des Gesundheitszentrums

Für die tägliche Umsetzung von Interprofessionalität sind kurze Wege wichtig. Daher ist – wenn immer möglich – anzustreben, dass die wesentlichen Leistungsbereiche des Gesundheitszentrums (Anlaufstelle/Drehscheibe, stationäre und ambulante Pflege, medizinische/therapeutische Grundversorgung und Prävention/Gesundheitsförderung) sich nicht nur am gleichen Standort befinden, sondern auch gemeinsame Räume und Büros verwenden.

6.3 Verbindung zu den anderen Hauptbereichen im WOPM 2030

«Quartierzentrum» und «Gesundheitszentrum» könnten idealerweise am gleichen Standort sein; dann wäre eine ganze oder teilweise Integration möglich. Sie sollten aber zumindest in kurzer Distanz zueinander situiert sein.

«Wohnen 80+ in Appartements» (Betreute Wohnungen für späten Einzug, wenn Dienstleistungen wirklich benötigt werden): Dieser Leistungsbereich erfordert 365 Tage / 24h Leistungen vom Gesundheitszentrum, weshalb kurze Wege wichtig sind. Dieser Leistungsbereich wird daher entweder direkt auf dem Areal des Gesundheitszentrums oder in unmittelbarer Nähe dazu anzusiedeln sein (Köppel, 2016).

«Spezialisierte Pflege- und Betreuungsangebote» – sofern nicht bereits Teil des Gesundheitszentrums – sind auf Synergien mit den übrigen Pflegeangeboten angewiesen und sind deshalb ebenfalls auf dem Areal oder in unmittelbarer Nähe anzusiedeln.

7 Organisation und Infrastruktur

7.1 Rechtliche Struktur

7.1.1 Kooperation

Das «Modell Gesundheitszentrum» geht davon aus, dass ein GZ als **einheitliches Unternehmen** mit übergeordneter Leitung («unter einem Dach, unter einer Führung») integriert funktionieren muss. Arbeiten unterschiedliche Unternehmen zusammen (z.B. in einem Netzwerk), braucht es gemeinsame Regelungen und entsprechend mehr Koordinationsaufwand. Zudem kann aufgrund unterschiedlicher Entscheidungslinien und Kostenlogiken die Interprofessionalität in der Praxis erschwert sein.

Grosser Vorteil vertraglich geregelter Kooperation ist die Flexibilität. Für eine nur mittelfristig geplante Kooperation wie z.B. ein Pilotprojekt kann sie deshalb sinnvoll sein.

Nachteile sind nicht nur der Aufwand zur Definition der Kooperation und die Kontrolle der Vertragseinhaltung, sondern insbesondere, dass Verträge der Realität oft relativ rasch hinterherhinken, sodass laufend Anpassungen zu prüfen sind, was den Aufwand weiter erhöht.

Ein GZ baut gemäss dem «Modell Gesundheitszentrum» auf einer Vision auf. Definitionsgemäss ist eine Vision langfristig orientiert. Daher dürfte in den allermeisten Fällen zur Gestaltung eines GZ ein einheitliches Unternehmen (mit passender Rechtsform) geeignet sein. Die nachfolgenden Kapitel bauen deshalb darauf auf.

7.1.2 Rechtsform und Zweck

Die im OBSAN-Dossier 57 dargestellten GZ (Schusselé et al., 2017) haben sehr unterschiedliche Rechtsformen, z.B. öffentlich-rechtliche Anstalt, Stiftung, Verein oder Aktiengesellschaft. Die Erfahrung zeigt, dass die Rechtsform selbst weniger wichtig ist. Massgeblich sind vielmehr der verankerte Zweck, die konzeptionelle und organisatorische Gestaltung und regionale Gegebenheiten. Dennoch kann die Rechtsform auf der langfristigen Ebene die Entwicklung beeinflussen, weshalb sie sorgfältig geprüft und bewusst gestaltet werden soll. Ist eine Rechtsform nur als temporäre Lösung gedacht, empfiehlt sich eine klare Begründung und ergänzend die angedachte langfristige Entwicklung.

Beispiele von Kriterien:

- Zweck: Welche Ziele verfolgt man mit der Struktur? Wenn es z.B. nur um ein Pilotprojekt geht mit definierter Dauer, kann eine einfache Rechtsform wie Verein in Frage kommen.
- Regionale Gegebenheiten: Welche Partner wollen in welcher Form zusammenarbeiten und welche Strukturen stehen bei welchem Partner zur Verfügung?

- Langfristige Flexibilität: Die Zukunft kann nicht vorausgesagt werden. Zum Beispiel kann es später sinnvoll sein, mit neuen Partnern eine andere Struktur aufzubauen. Hier ist insbesondere mit der Rechtsform Stiftung Vorsicht geboten. Gemäss ZGB Art. 80 ist eine Stiftung «...die Widmung eines Vermögens für einen bestimmten Zweck», sie gehört daher nur sich selbst und kennt daher keine Mitgliedschaft. Eine Stiftung kann nur mit Stiftungen fusionieren. Andere Rechtsformen sind in allen diesen Kriterien flexibler.
- Finanzierung: Die Finanzierung des Unternehmens kann durch die Rechtsform beeinflusst werden, insbesondere, wenn Fremdkapital benötigt wird. Vereine sind hierfür weniger geeignet. Bei einer Stiftung kann das direkte Eigenkapital nur durch Schenkung erhöht werden (bei einer AG mit gemeinnützigem Zweck kann eine Kapitalerhöhung durchgeführt werden und die Aktionäre erhalten über ihre Anteile / Aktien einen Gegenwert).

In den Interviews mit den Führungspersonen der Gesundheitszentren (Ecoplan, 2017) aus dem OBSAN-Dossier 57 wurde explizit auf die Vorteile privatwirtschaftlicher Rechtsformen hingewiesen. Es gehe darum, nicht (mehr) als Verwaltungsbetrieb, sondern als Unternehmen aufzutreten.

Generell empfiehlt sich, die Vision in geeigneter Form, aber ergänzt um langfristige Flexibilität, im Zweck der Rechtsform zu verankern. Bei den meisten Rechtsformen kann der Zweck später geändert werden, bei Stiftungen hingegen ist dies oft stark erschwert.

7.2 Aufbauorganisation

7.2.1 Übersicht

In einem Projekt- und Businessplan bzw. -Case ist die Darstellung der Aufbauorganisation und insbesondere der wichtigsten Führungskräfte auf der strategischen und operativen Führungsebene wichtig. Gerade potenzielle Fremdkapitalgeber wollen ihre Partner kennen und Gewähr haben, dass

- die Aufbauorganisation und die massgeblichen Führungskräfte der strategischen und operativen Führungsebene eine wirksame Umsetzung von Vision, Strategie und Finanzplanung sicherstellen,
- das benötigte Know-how und Führungskapazität auf allen Ebenen vorhanden sind
- sowie Kontinuität auf den wichtigsten Führungsebenen eine nachhaltige Umsetzung erlaubt.

Diese Faktoren betreffen nicht nur die operative, sondern auch die strategische Führungsebene.

7.2.2 Strategische Führungsebene

Die Bedeutung eines starken strategische Führungsorgan (SFO) wird in seiner Funktion oft noch unterschätzt. Dabei ist das SFO – gemäss Bezeichnung – für die Strategie und damit die mittel- und langfristige Planung zuständig. Basis dazu ist volles Commitment mit der Vision. In der Regel wählt das SFO die operative Leitung, überwacht dessen Arbeit und fungiert als kritischer (aber wohlwollender) Sparringpartner. Im Sinne moderner Corporate Governance ist das SFO (sofern es sich nicht um ein inhabergeführtes Unternehmen handelt, was für GZ die grosse Ausnahme darstellen dürfte) mit anderen Personen besetzt als die operative Leitung.

Um diese anspruchsvollen und verantwortungsvollen Funktionen ausüben zu können, muss das SFO über entsprechendes Know-how, Erfahrung und Führungspersönlichkeiten verfügen. Typischerweise sind dies z.B. Unternehmensführung / Betriebswirtschaft und fundierte Kenntnisse der Märkte, in denen das GZ tätig ist oder sein könnte. Daher braucht es für die Mitglieder des SFO klare Anforderungsprofile. Die vorgesehenen Personen werden im Projekt- und Businessplan / -Case einzeln mit Funktion/Aufgaben in einem Kurzprofil aufgeführt.

Generell empfiehlt es sich, für das Unternehmen eine klare Corporate Governance zu definieren und Interessenkonflikte generell auszuschliessen (z.B. Vermischung von Auftraggeber und Auftragnehmer bei einer Leistungsvereinbarung mit der öffentlichen Hand).

7.2.3 Operative Führungsebene und Organisation

Genau gleich wie beim SFO sind an die operative Führungsebene in Bezug auf ihre Aufgaben klare Anforderungen zu stellen. Die mit der Gesamtleitung beauftragte Person sollte primär eine Managementfunktion ausüben, damit sie die Umsetzung der Strategie und die Erreichung der vereinbarten Jahresziele des Unternehmens sicherstellen kann. Als Führungspersönlichkeit trägt sie massgeblich zum Erfolg des Unternehmens bei. Der berufliche Hintergrund dieser Person ist weniger entscheidend; er kann sowohl fachlicher Natur mit betriebswirtschaftlicher Weiterbildung und Erfahrung als auch umgekehrt sein.

Ausgehend von der Bedeutung der Effizienz und Interprofessionalität des Unternehmens sollte die Aufbauorganisation prozessorientiert gestaltet werden (siehe Kap. 7.3). Die Leitungen der wichtigsten Leistungsprozesse (Kerngeschäft) sollten im Führungsteam bzw. in der Geschäftsleitung (GL) vertreten sein. Sie sollen sich wirklich mitverantwortlich für das Gesamtkonstrukt fühlen. Dass Commitment zur Vision inkl. Interprofessionalität in der GL stark verankert sein müssen, braucht hier nicht weiter ausgeführt werden.

In den Interviews mit den Führungspersonen von GZ zu Erfolgsfaktoren (Ecoplan, 2017) wurde die Bedeutung einer starken Führung für ein GZ hervorgehoben. Die Persönlichkeitsstrukturen und der Spirit der Führungspersonen sind relevant. Konkrete Erfahrungen beim Aufbau eines Gesundheitszentrums haben gezeigt, dass bei der Integration verschiedener Leistungserbrin-

ger-Institutionen die Erarbeitung eines «gemeinsamen Managementverständnisses» im Rahmen einer «Management-Community» stärker wog als die Bedeutung eines einzelnen «Pioniers» und «Visionärs» (Mitterlechner et al, 2016).

Die Mitglieder der GL bzw. Schlüsselfunktionen des GZ (wie z.B. wichtige Fachstellen und/oder Fachpersonen) werden im Projekt- und Businessplan ebenfalls mit Funktion/Aufgaben und einem Kurzprofil einzeln aufgeführt.

Oft unterschätzt werden Anforderungen an die Führung und Organisation der einzelnen Organisationseinheiten. Um eine kontinuierliche Führungslinie von der GL bis zu Teamleitungen und in umgekehrter Richtung laufende Feedbacks sicherzustellen, hat sich die Einsetzung von Leitungsteams für jede übergeordnete Führungsebene bewährt. Damit werden auch Stellvertretungslösungen erleichtert.

7.2.4 Leistungsbereiche und Organisationseinheiten

Aufgrund der Vielfalt möglicher Gesundheitszentren sind allgemeingültigen Ansätze vorsichtig zu formulieren. Aus Sicht der Effizienz (und Vermeidung von Reibungsverlusten) empfiehlt sich, die Aufbauorganisation prozessorientiert zu gestalten. So ist z.B. denkbar, ambulante und stationäre Pflege aus Prozesssicht auf oberster Führungsebene zusammenzufassen und erst auf unterer Ebene zu trennen. Dasselbe gilt für den Hotelleriebereich, wo ambulante und stationäre Leistungen in Inhalten und Prozessen ähnlich bis gleich sind. Diese Grundsätze lassen sich in andere Leistungsbereich wie z.B. medizinische und therapeutische Grundversorgung ausdehnen.

Zur Organisation der Anlaufstelle siehe 5.3. Die Anlaufstelle im GZ benötigt Fachpersonen mit sozialem (ggf. auch sozialwissenschaftlichem), pflegerischen oder MPA-Hintergrund, welche auch über eine Fortbildung im Bereich Beratung verfügen bzw. diese noch absolvieren.

Supportprozesse wie z.B. Finanzen, Personal inkl. Rekrutierung, Bildung, Marketing, Facility Management usw. sollten aus allen Leistungsbereichen (Medizin, Pflege, Therapien usw.) organisatorisch zusammengefasst werden. Hier lassen sich erfahrungsgemäss am einfachsten Synergien nutzen. Es sind Erfolgsfaktoren wie auch Vorteile, die auch in den Interviews mit den Führungspersonen von GZ (Ecoplan, 2017) explizit erwähnt werden. Zusätzlich kann hiermit auch das Gesamt-Know-how verbreitert und die Zusammenarbeit weiter gefördert werden.

Leistungen können physische und nicht-physische Formen haben (z.B. Beratung am Telefon, Chat im Internet, Telemedizin). Denkbar ist auch ein Leistungsangebot, das zusammen mit kompetenten, externen Partnern erbracht wird (z.B. medizinisches Call Center für Randzeiten).

Bei der Entwicklung der Prozessbeschreibungen wird darauf geachtet, identische Teilprozesse zusammenzulegen. Beispiel (Anmerkung: es handelt sich um eine Teilprozess-Ansicht auf «hoher Flughöhe»; so ist z.B. eine Nachkontrolle über Einstufungen im Teilprozess 4 eingeschlossen):

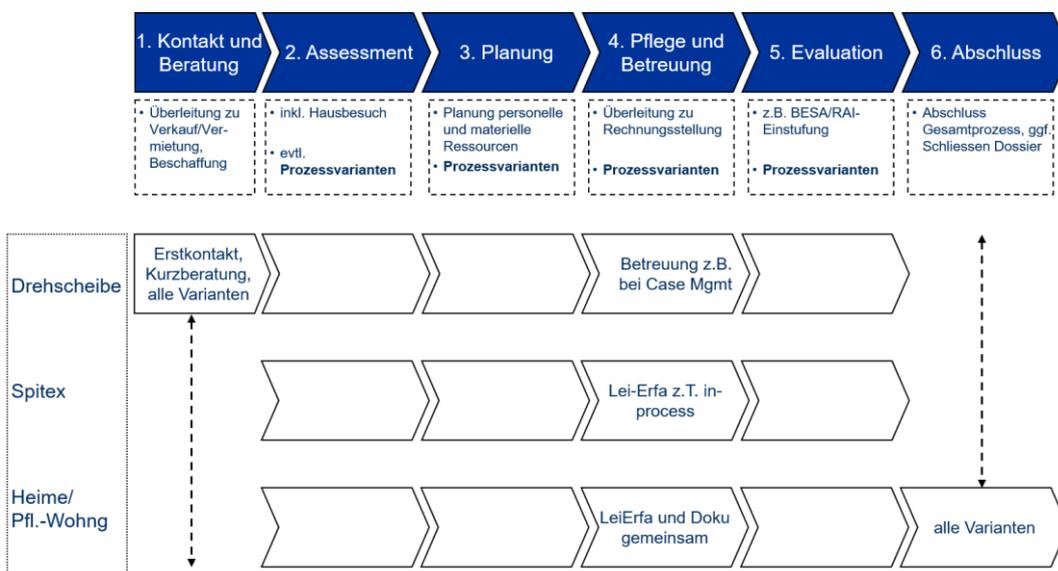


Abbildung 4: Beispiel für die Differenzierung von Teilprozessen (aus der Aufbauphase für ein integriertes Unternehmen)

Zentrales Element eines GZ ist die Interprofessionalität, verbunden mit Care- und Case-Management. Technische Hilfsmittel dazu sind vereinbarte (und eingehaltene) Prozesse sowie eine gemeinsame ICT, insbesondere das elektronische Patientendossier (EPD). In verschiedenen Grundlagenarbeiten wurden zuletzt Erfolgsfaktoren und Hindernisse für interprofessionelle Zusammenarbeit im Schweizer Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen (Individuum, Team, Organisation, Management und Führung) sowie mit Fokus auf verschiedene Themen (Aus- und Weiterbildung, Kommunikation, Abgeltungssysteme etc.) herausgearbeitet (vgl. SAMW, 2014; BAG, 2016; SAMW, 2016; Sottas, 2016; Sottas & Kissmann, 2016; Atzeni, Schmitz & Berchtold, 2017; IWSB, 2017). Ziel des im Januar 2017 vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) lancierten Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» ist es, die Forschung zu interprofessioneller Bildung und Berufsausübung zu fördern und deren nachhaltige Verankerung in der Praxis zu unterstützen (BAG, 2017). Zur interprofessionellen Zusammenarbeit siehe auch Kap. 3.4.

7.3.3 Supportleistungen

Supportleistungen sind solche, welche Leistungsprozesse ermöglichen, für die «der Kunde aber nicht zu uns kommt bzw. nicht separat dafür bezahlt». Da sie in der Regel nicht die Kernkompetenz des Unternehmens darstellen, könnten sie auch durch externe Partner erbracht werden. Typischerweise sind dies z.B. Marketing und Kommunikation, Infrastruktur (Facility Management), Finanz- oder Personalwesen.

Es empfiehlt sich, Supportprozesse über alle Leistungsbereiche zusammenlegen, auch wenn z.B. unterschiedliche Finanzierungen bestehen. Die Erfahrung aus zahlreichen Fusionsprojekten zeigt, dass bei Supportprozessen die Abläufe ganz unterschiedlicher Leistungsbereiche identisch oder sehr ähnlich sind.

Eine Sonderstellung im GZ nimmt die Bildung ein. Idealerweise wird diese – auf der Basis eines unternehmensweiten Bildungskonzepts – ganzheitlich zusammengefasst geführt (d.h. Aus-, Weiter- und Fortbildung) und ist bezüglich Wirkung auf die Interprofessionalität des GZ entsprechend zu gestalten und weiter zu entwickeln. Wichtig sind dabei ähnliche Rahmenbedingungen für alle in Aus-, Weiter- und Fortbildung befindlichen Personen. Ebenso wichtig ist es, die Mitarbeitenden des GZ zur Interprofessionalität zu befähigen, z.B. durch gemeinsames Definieren von Prozessen, Austauschgefässen, gemeinsame Weiterbildung und Plattformen oder gegenseitige Kurzpraktika und Hospitationen von Mitarbeitenden in anderen Organisationseinheiten.

In den Interviews mit den Führungspersonen der GZ (Ecoplan, 2017) aus der OBSAN-Studie werden eigene Ausbildung und gleiche Anstellungsbedingungen als Erfolgsfaktor explizit aufgeführt. Je nach Grösse mancher Gesundheitszentren kann auch ein eigenes Ausbildungsprogramm oder Ausbildungszentrum integriert werden. Das hilft, gute Mitarbeitende zu sichern.

7.3.4 Qualitätsmanagement und Reporting

Jedes moderne Unternehmen braucht ein fundiertes und verlässliches Qualitätsmanagement (QM). Im vorliegenden Fall eines GZ wird es für die Darstellung im Projekt- und Businessplan / -Case darauf ankommen, ob ein neues Unternehmen aufgebaut oder ob ein bestehendes Unternehmen ausgebaut wird. Im ersten Fall wird man im Projekt- und Businessplan wahrscheinlich erst Ziele zum QM und die angedachte Entwicklung darstellen können. Im zweiten Fall kann ggf. auf dem bestehenden QM aufgebaut werden.

Die Beschreibung umfasst das QM-System, die Qualitätssicherung und -überprüfung. Wichtig sind Messgrössen, welche die Leistungsqualität und den Outcome nachweisen lassen. Zur Überprüfung gehören auch Befragungen von Klienten, Angehörigen und Mitarbeitenden.

Das Reporting im Unternehmen beschränkt sich nicht auf ein finanzielles Controlling, sondern schliesst zwingend auch Qualitäts- und Effizienz-Messgrössen ein.

Einen besonderen Stellenwert hat das Feedback-, Beschwerden- und Vorschlagsmanagement. Wirksame Erfassung und Bearbeitung (z.B. Verlauf, Vorgehen und Erledigung) erlauben Unternehmen im «Kontinuierlichen Verbesserungsprozess» (KVP), sich stets weiterzuentwickeln. Dies ganz im Sinne des Grundsatzes, dass «Kunden die beste Entwicklungsabteilung» sind (Peters & Waterman, 1988).

7.4 ICT

Im «Modell Gesundheitszentrum» (QUALIS evaluation, 2017) wird die Bedeutung einer gemeinsamen ICT-Infrastruktur und insbesondere einer Datenbank-Plattform angesprochen. Dies betrifft nicht nur das elektronische Patientendossier (EPD), sondern auch Abläufe und der möglichst automatisierte Datenfluss von der Leistungserbringung/-erfassung zur Fakturierung. Fehlt eine solche Integration, führt dies erfahrungsgemäss zu arbeits- und damit kostenintensiven, oft papierorientierten Umwegprozessen (in der betriebswirtschaftlichen Fachsprache «Prozesse rund um die IT» genannt).

Zusammenfassend ist eine ICT-Infrastruktur anzustreben, die alle Leistungs- und Supportprozesse des GZ unterstützt (d.h. also ein ERP-System). Der Aufbau eines solchen Systems ist anspruchsvoll (analog dem Vorgehen bei Bauprojekten, siehe unten) und erfordert ggf. Unterstützung durch erfahrenes externes Projektmanagement. Immer mehr Anbieter von Systemen für Leistungserbringer bieten (Teil-) Pakete für mehrere Versorgungsstufen an (z.B. für Spitex und Heime). Schnittstellen sind zwar auch eine Variante, zwingen aber zum Einsatz verschiedener Systeme und können im Unterhalt teuer sein. Andererseits kann ein ERP-System eine Abhängigkeit zu einem wichtigen Anbieter schaffen; Wartung und Ersatz können unter Umständen aufwändig und kostenintensiv sein.

7.5 Bauliche Infrastruktur und Raumbedarf

Naturgemäss sind die Anforderungen je nach GZ unterschiedlich. Zentral ist jedoch, dass die Ablauf- und Aufbauorganisation in einem Betriebskonzept (mit klaren Effizienzzielen inkl. Anforderungen für die ICT) zusammengefasst und erst darauf aufbauend das Raumprogramm zu definieren ist. So bestehen gute Chancen, Ziele und Interprofessionalität eines GZ auch in der baulichen Infrastruktur umzusetzen. Bei grösseren Um- oder Neubauprojekten hat sich folgendes Projektschema bewährt⁵ (zur Strategie-Entwicklung siehe auch Anhang 12.3):

⁵ Quelle: Unterlagen zur CURAVIVA-Impulstagung «Neubau, Umbau, Erweiterung» (2016) und eigene Darstellung.

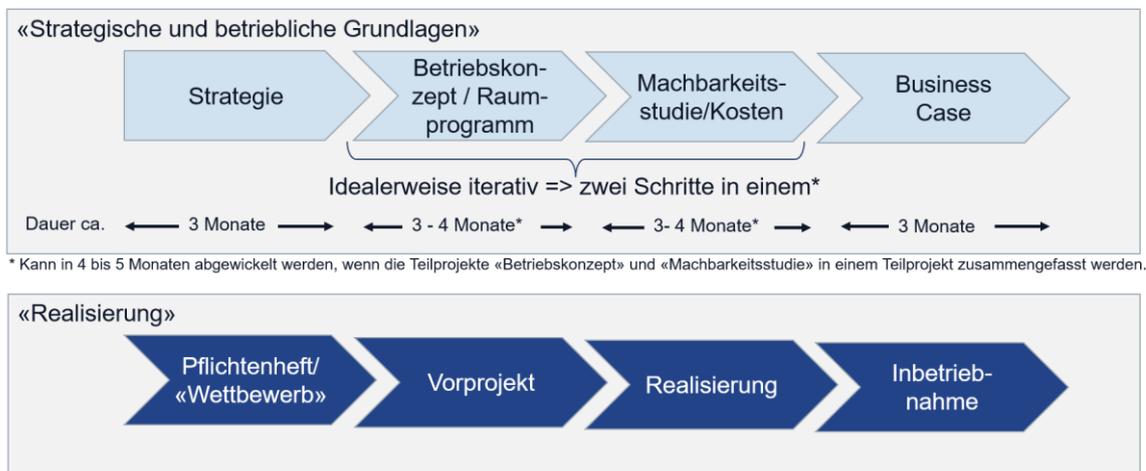


Abbildung 5: Projekt-Masterplan für grössere (Um-)Bau-Vorhaben

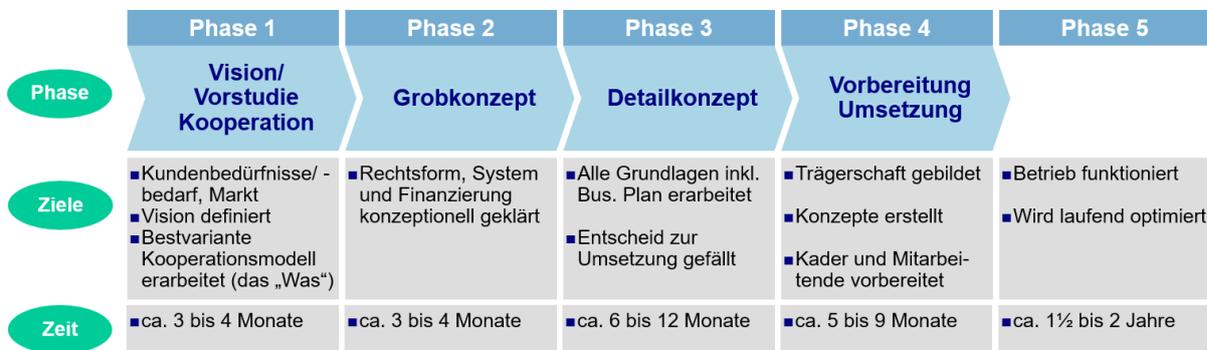
Das früh zu entwickelnde Betriebskonzept fasst das weiter oben beschriebene Unternehmenskonzept zusammen und beantwortet Fragen wie «Welche Leistungen werden in welchem Umfang für welche Zielgruppen angeboten?», «Wie funktioniert der Betrieb?» oder «Wie arbeiten die verschiedenen Leistungsbereiche zusammen?». Ziel ist es, früh das Konzept im Hinblick auf das spätere Pflichtenheft klar festzulegen. Damit soll auch vermieden werden, dass diese Arbeit erst auf Stufe Vorprojekt oder sogar während der Realisierung gemacht wird (wie es leider im Gesundheits- und Sozialwesen allzu oft vorkommt, was zu kostenintensiven Projektänderungen führt).

8 Umsetzung

Die Darstellung des/der Umsetzungsprojekts/e in einem Gesamtzeitplan und ggf. die Beschreibung der einzelnen (Teil-)Projekte⁶ liefert in jedem Projekt- und Businessplan / -Case wichtige Hinweise für die Projektqualität und allfälligen Finanzbedarf über den Zeitablauf.

Wird eine neue Struktur aufgebaut (z.B. durch Zusammenführen von zwei oder mehr vorher separat organisierten Leistungserbringern), hat sich für den Projektablauf bewährt, Vorbereitungsarbeiten in eine Umsetzungsphase zu legen (untenstehend Phase 4). Damit können Auswirkungen einer allfällig schwierigen Anfangsphase, wo die Organisation (zu sehr) mit sich selbst beschäftigt ist, minimiert werden. Möglicher Gesamtphasenplan:

⁶ ggf. mit Ausgangslage, Ziele/erwartete Ergebnisse, Vorgehen/Inhalte, Projektorganisation/Verantwortlichkeiten, Zeitplan, Kosten, Finanzierung



9303_12_Phaseplan generisch_Integration&Trägerschaft_2017 08 23 RW

Abbildung 6: Phasenplan für Integrationsprojekte

Rechtliche Grundlagen und vertragliche Regelungen werden üblicherweise im Rahmen des Detaillkonzepts (im Plan oben Phase 3) erarbeitet und mit Vorbehalt des definitiven Umsetzungsentscheids genehmigt bzw. unterzeichnet.

9 Finanzierung und Finanzplanung

Die Finanzierung und Finanzplanung ist meist eines der wichtigsten Kapitel eines Projekt- und Businessplans, hängt doch die Beurteilung der Machbarkeit eines Vorhabens oft von dessen Finanzierung ab. Finanzierung und Finanzplanung müssen pro Projekt individuell erstellt werden. Typische Themen:

- Projekt- und Initialisierungskosten (Aufbau- / Entwicklungs- bzw. Gründungskosten für ein Gesundheitszentrum); diese sind insofern wichtig, als zumindest ein Teil davon auch anfällt, wenn das Projekt nicht realisiert wird.
- Planerfolgsrechnungen für die ersten fünf Jahre; wichtig ist, die Annahmen detailliert darzustellen, damit die Berechnungen nachvollzogen werden können.
- Liquiditätsbedarf: Oft in der Startphase wichtig. Wird ein neues Unternehmen von Grund auf neu aufgebaut, gilt als Faustregel für den Liquiditätsbedarf der Umsatz für 3 Monate (Grund: Fakturierung ab anfangs des zweiten Betriebsmonats, aber Zahlungseingänge meist erst im Laufe des dritten Betriebsmonats).
- Langfristige Tragbarkeitsrechnung (wichtig, wenn Bauprojekte anstehen). Eine Tragbarkeitsrechnung weist nach, wie der Betrieb Anlagekosten grösserer Investitionen (d.h. Abschreibungen / Amortisationen und Kapitalzinsen) über einen längeren Zeitraum und unter Annahme unterschiedlicher Finanzmarktentwicklungen finanziert. Anstatt der vereinfachten Methode einer Tragbarkeitsrechnung kann auch der Discounted Cash Flow (DCF) über den gesamten Nutzungszeitraum (unter Abdiskontierung der Free Cash Flows) dargestellt werden. Dies setzt allerdings eine einigermaßen überschaubare Abschätzung des Nutzungszeitraum voraus.

- Finanzierung und Eigenkapitalbedarf. Letzterer wird im Zusammenhang mit geplanten Investitionen oft unterschätzt. Auch der Liquiditätsbedarf ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen. Neben der Eigen- kann auch eine Fremdfinanzierung in Betracht gezogen werden.
- Je nach Projekt erfolgen Transaktionen von Anlagen oder anderen Mitteln, welche separat darzustellen sind.
- Plan-Bilanzen und -Mittelflussrechnungen erlauben die präzisere Darstellung des Kapitalbedarfs über den Untersuchungszeitraum.
- Die Eröffnungsbilanz per Startzeitpunkt ist für die Projektpartner als Planungsgrösse wichtig.
- Sind mehrere und unterschiedliche Partner am Projekt beteiligt, empfiehlt sich eine zusammenfassende Darstellung der finanziellen Beiträge der Projektpartner.

10 Mögliche Erfolgsfaktoren

10.1 Aufbau und Betrieb eines Gesundheitszentrums

Aus dem OBSAN-Dossier 57 (Schusselé et al., 2017), den Interviews mit den Führungspersonen der im OBSAN-Dossier 57 aufgeführten GZ (Ecoplan, 2017, Kap. 4.2 Geschäftsmodelle und Erfolgsfaktoren ausgewählter Praxisbeispiele) und Erfahrungen von H Focus können folgende, mögliche Erfolgsfaktoren zusammengestellt werden:

Vision, Rechtsform/Gesamtstruktur und Strategie

1. Gemeinsame und sorgfältige Ausarbeitung einer gemeinsamen Vision durch die beteiligten Projektpartner, ggf. ergänzt durch ein davon abgeleitetes (Unternehmens-) Leitbild.
2. Auf langfristige Flexibilität und Weiterentwicklung ausgerichtete Rechtsform und Unternehmensstruktur. Dies beinhaltet auch, dass das Unternehmen über eine starke, ihrer Aufgabe gewachsenen strategischen Führungsebene verfügt.
3. Ausarbeitung einer Strategie auf Basis einer fundierten Analyse, sowie Ableiten von klaren strategischen Zielen (was, wieviel, bis wann) und einem realistischen und in strategischen Projekten dargestellten Umsetzungsplan. Das Gesamtangebot muss innovativ bleiben und ständig weiterentwickelt werden, um attraktiv zu bleiben (sonst nutzt es sich ab und/oder wird kopiert).
4. Finanzierung: Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Finanzierung des Care- und Case-Managements.
5. Allfällige Bauprojekte folgen einem klaren Masterplan, bei dem die Strategie und das Betriebskonzept die Nachhaltigkeit sicherstellen.

Führung und Betrieb

6. Klares, unternehmensweites Organigramm mit einer starken operativen Führung bzw. einem Führungsteam, in dem alle wichtigen Leistungsbereiche unterschiedlicher Berufe vertreten sind. Gleichzeitig soll eine klar definierte Corporate Governance für «checks and balances» zwischen strategischer und operativer Führungsebene sorgen.
7. Offene Mitarbeiterkultur, bereit sein für Neues und Einordnung in die gemeinsame Vision. Die Förderung kann z.B. über gemischte Workshops, Einführung eines gemeinsamen QM sowie eines gemeinsamen Unternehmensleitbilds (siehe Punkt 1 «Vision») erfolgen.
8. Marketing und Kommunikation: «Sichtbarkeit» und laufende, gezielte Kommunikation sind in unserer Gesellschaft mit Informationsflut ein wichtiger Faktor. Es versteht sich von selbst, dass aktive und regelmässige Kommunikation mit Zuweisern zentral ist. Im Sozialraum besonders wichtig ist der Einbezug des Umfelds der Zielgruppen. Nicht zuletzt gehört auch die regelmässige Kommunikation nach innen dazu.
9. Klare Nutzung von Synergien z.B. im Supportbereich (Finanzen, Personal, Bildung usw.) und eine sorgfältig entwickelte Ablauforganisation mit einem konsequenten Prozessmanagement ist für die Effizienz und die Umsetzung von Interprofessionalität zentral.
10. Das Unternehmen verfügt über eine ICT, welche alle Prozesse und die Interprofessionalität (z.B. gemeinsame Datenbankplattform) effizient unterstützt.

Umsetzung / Aufbauprozess

11. Rückhalt in den Zielgruppen bzw. in der Bevölkerung und Unterstützung durch die Politik
12. Bei Bedarf professionelle Prozessbegleitung beiziehen: Naturgemäss muss nicht immer alles neu erfunden werden. Beim Aufbau sollte auf die Erfahrungen in konkreten Fragestellungen u.a. bei bereits bestehenden integrierten Versorgungsangeboten / GZ zurückgegriffen werden.

10.2 Handlungsempfehlungen interprofessionelle Zusammenarbeit

Angesichts der Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ) für den Erfolg eines GZ lohnt es sich, Erfolgsfaktoren bzw. Handlungsempfehlungen für die IPZ separat darzustellen. Eine im Auftrag der SAMW durchgeführte Studie (Atzeni et al, 2017) hat sich der Frage gewidmet, was IPZ in der Praxis konkret bedeutet. Grundsätzlich gibt es unterschiedliche Handlungsoptionen auf Makro-, Meso- und Mikroebene.

Handlungsempfehlungen für Leistungserbringerorganisationen (Atzeni et al, 2017, S. 8)

1. «Boundary objects» wie etwa gemeinsam genutzte Assessment- Tools und Reportings können helfen, «common ground» zwischen den verschiedenen, beteiligten Berufsgruppen zu gewinnen.
2. Dem jeweiligen Setting adäquate Kommunikationsgefässe erleichtern und ermöglichen IPZ. Um diese nutzbar zu machen, benötigen Leistungserbringer und ihre Organisationen

- eine hohe Aufmerksamkeit für solche Gefässe (z.B. Boards oder Fortbildungsveranstaltungen) innerhalb wie zwischen Organisationen.
3. Neue Kommunikationsgefässe sind gerade auch für gelingende IPZ im ambulanten Bereich und in der Grundversorgung notwendig. So lassen sich die Nachteile gegenüber der organisierten Medizin im Spital ausgleichen, ohne dabei jene Faktoren aufgeben zu müssen, die die ambulante Praxis für Professionelle, Patienten wie das Gesundheitssystem insgesamt so relevant machen: Flexibilität, Autonomie und Individualität.
 4. Organisations-interne Weiterbildungen mit IPZ-Fokus, wie beispielsweise interprofessionelle Simulationstrainings, können als eine Art «boundary object» fungieren, die IPZ in bestimmten Settings und Kontexten befördern können.»

Handlungsempfehlungen Individuum (Atzeni et al, 2017, S. 8)

«Auf individueller Ebene wäre insbesondere das Bewusstsein über jene sozialen, strukturellen und kulturellen Dynamiken zu stärken, die interprofessionelle Arbeit und Zusammenarbeit im Gesundheitssystem auszeichnen und Voraussetzung für eine konstruktive Auseinandersetzung sind.

5. Interprofessionelle Ausbildungsmodule für Medizin- und Pflege-Studierende wie sie beispielsweise von der Universität Lausanne und La Source durchgeführt werden gewährleisten eine frühe Auseinandersetzung mit dem Thema IPZ.
6. Weiterbildungsangebote mit IPZ-Fokus und Ausrichtung auf bestimmte Settings und Kontexte der Grundversorgung fördern die Bereitschaft, IPZ-Projekte zu initiieren und voranzutreiben.
7. Konsequente Schulungen zur Sensibilisierung gegenüber den «tribes effects» von (professionellen) Kulturen von Jung und Alt könnte die (Selbst-)Reflexionsfähigkeit aber auch die Möglichkeiten Barrieren und Hindernisse der IPZ anzusprechen, stark erhöhen.
8. Simulationstrainings in unterschiedlichen Settings und Kontexten unterstützen Professionelle darin, ihre Fähigkeit zu stärken, die eigenen Fähigkeiten, Erfahrungen, Haltungen etc. einzubringen.»

Faktoren für das Misslingen IPZ (Atzeni et al, 2017, S. 31)

Die folgenden Faktoren wurden in Interviews genannt, die mit Personen aus fünf verschiedenen Settings (Grund-, der chirurgischen, der internistischen, der psychiatrischen und der Palliativ-Versorgung) geführt wurden.

9. Fehlende Akzeptanz von Wissensgrenzen
10. Statusbetonende Kommunikation
11. Mangelnder Wissensaustausch auf Augenhöhe
12. Mangelnde Wahrnehmung eigener Kompetenzen
13. Nur auf Anweisung tätig werden (mangelnde Eigeninitiative)
14. Fehlendes gegenseitiges Verständnis
15. (monoprofessioneller) Autismus

16. Individuelle Faktoren (auf Patienten wie auf Professionsseite) wie z.B. fehlende Bereitschaft zur Perspektivenübernahme und Offenheit
17. Individueller Widerstand oder Verweigerung sich in interprofessionellen Gefässen zu beteiligen und einzubringen
18. Zeitknappheit in der bereits sehr beanspruchenden Routine
19. Rechtliche Regelungen, die viele medizinische Entscheidungen nach wie vor in der alleinigen Verantwortung der ärztlichen Profession verorten (bzw. so wahrgenommen werden)
20. Ökonomische bzw. zeitliche Restriktionen bzw. «strukturelle Widerständigkeit», z.B. in der Grundversorgung (mangelnde finanzielle Anreize etc.)

11 Ausblick

Ein möglicher Ausblick schliesst einerseits die Aspekte für Gesundheitszentren ein, die bestehen oder neu gebildet werden und vielleicht einen Projekt- und Businessplan entwickelt haben, andererseits Aspekte des Gesamtmarkts.

Gesundheitszentren:

- *Aktualisierung der Strategie*: Bekanntlich ist eine Strategie keine starre Planung, sondern ist laufend zu überprüfen, in der Regel mindestens einmal jährlich (vgl. Anhang 12.3).
- *Dynamische Unternehmensentwicklung*: Zu beachten sind die Phasen der Entwicklung eines Unternehmens. Zu den bekannteren Modellen gehört jenes nach Glasl und Livegoed (2016).
 - Zu Beginn steht dabei die *Pionierphase*, in der eine Organisation als verschworene Gemeinschaft funktioniert und oft flexibel ist.
 - Es folgt die *Differenzierungsphase*, wo sich die Organisation um Transparenz, Systematik, Logik und Steuerung bemüht.
 - Danach kommt oft eine *Integrationsphase*, in der versucht wird, die Visionen aus der Pionierphase mit der Rationalität der Differenzierungsphase zu verbinden.

Wichtig ist die Erfahrung, dass für die verschiedenen Phasen mitunter unterschiedliche Führungskompetenz benötigt wird. Nicht jede/r Pionier/in eignet sich zur Überführung eines Unternehmens in eine nachhaltige Entwicklung.

Gesamtmarkt:

- Für die *Weiterentwicklung und Umsetzung des WOPM 2030* einschliesslich des Modells «Gesundheitszentrum» wäre es wünschenswert, dass Pilotprojekte durchgeführt werden, die begleitet, evaluiert und publiziert werden. Von einem solchen Vorgehen profitieren einerseits die Betroffenen, andererseits aber auch viele andere interessierte Markt-

teilnehmer. CURAVIVA ist an Pilotprojekten interessiert, die sich am WOPM/GZ orientieren. Minimalkriterien sind: Sozial- und Lebensraumansatz sowie unter einem Dach und einer Führung.

- *Einheitliche Finanzierung verschiedener Versorgungsstufen* könnte Gesundheitszentren Schub verleihen. Hier ist die Diskussion mit dem Vorschlag von Komplexpauschalen für eine Bündelung der Vergütung einer ganzen Behandlungsepisode über alle Versorgungsstufen (IWSB, 2017) lanciert.
- Mittel- bis langfristig wird aus verschiedenen Gründen (z.B. Demographie oder medizinischer Fortschritt) der Anteil an Menschen mit Unterstützungsbedarf zunehmen. Dies und das zunehmende Interesse an interprofessioneller Zusammenarbeit und Gesundheitszentren wird voraussichtlich zu einer Zunahme solcher Projekte führen, wobei möglicherweise auch migrationsspezifische Aspekte dazukommen werden. Es wird daher notwendig sein, die neueren Erfahrungen zu beobachten und bereits mittelfristig auszuwerten.

12 Anhang

12.1 Bibliographie

Atzeni, G., Schmitz, C., Berchtold, P. (2017). [Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit](#). Swiss Academies Reports 12 (2). Studie im Auftrag der SAMW. Zugriff am 16.11.2017 unter www.samw.ch.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2017), Koordinierte Versorgung. [Koordinierte Versorgung](#). Bundesamt für Gesundheit. Zugriff am 23.08.2017 unter www.bag.admin.ch.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2016). [Das interprofessionelle Team in der Palliative Care](#). Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende. Zugriff am 05.09.2017 unter www.bag.admin.ch.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2017). [Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen»](#). Zugriff am 05.12.2017 unter www.bag.admin.ch. Brügger, S., Kohli, L., Sottas, B. (2016). [Analyse von Good-Practice-Modellen im Bereich der spezialisierten, geriatrischen Versorgung](#). Im Auftrag des BAG. Zugriff am 13.12.2017 unter www.bag.admin.ch (Koordinierte Versorgung -> Patientengruppen und Schnittstellen -> (Hoch-)betagte, multimorbide Menschen).

CURAVIVA Schweiz (2016). [Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz](#). Die Zukunft der Alterspflege. Zugriff am 13.12.2017 unter www.CURAVIVA.ch.

CURAVIVA Schweiz (2014). [Die Lebensqualitätskonzeption von CURAVIVA Schweiz](#). Zugriff am 13.12.2017 unter www.CURAVIVA.ch.

Ecoplan (2017). Neue Versorgungs- und Zusammenarbeitsmodelle: Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum. Literaturrecherche und Praxisbeispiele. Im Auftrag von CURAVIVA Schweiz., Bern, 15.12.2017.

Glasl F., Livegoed B. (2016), Dynamische Unternehmensentwicklung, Grundlagen für nachhaltiges Change Management, 5. Auflage, Haupt Verlag Bern / Verlag Freies Gestesleben Stuttgart.

Höpflinger F. & Van Wezemaal J., Hrsg. (2014). Age Report III, Wohnen in höherem Lebensalter, Grundlagen und Trends, Seismo Verlag, Zürich und Genf.

IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel (2017). [Stärkung der \(Ergebnis-\) Qualität, der Koordination und der Interprofessionalität in bestehenden Abgeltungssystemen](#). Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Zugriff am 06.12.2017 unter www.bag.admin.ch.

Köppel, R. (2016). [Was Betagte sich wünschen](#). In Age Dossier 2016 «Betreute Wohnungen mit Heimvorteil», S. 5-10. Age-Stiftung, Zürich. Zugriff am 13.12.2017 unter www.age-stiftung.ch.

Mitterlechner, M., Rüegg-Stürm, J., Koppenberg, J. (2016). Pioniere und ihre Managementpraxis. In IMPacts. Nr. 11. Juni 2016. S. 11-13. Universität St. Gallen. Institut für Systemtisches Management und Public Gouvernance. Zugriff am 13.12.2017 unter www.alexandria.unisg.ch.

Peters T.J., Waterman R.H. (1988). In Search of Excellence. Lessons from America's Best-Run Companies. HarperBusiness, New York.

Polynomics (2017). Abschätzung der Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030. Im Auftrag von CURAVIVA Schweiz, Olten, 05.07.2017

QUALIS evaluation (2017). Modellbeschreibung: Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum. Im Auftrag von CURAVIVA Schweiz, Zürich, 04.08.2017

SAMW - Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2014). Charta «[Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen](#)». Zugriff am 16.11.2017 unter www.samw.ch.

SAMW - Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2016). [Wie gelingt Interprofessionalität?](#) Zweitägiger Workshop 12. April 2016 und 9. Juni 2016, Zürich, Careum Bildungszentrum. Zugriff am 16.11.2017 unter www.samw.ch.

Schusselé Fillietaz, S., Kohler, D., Berchtold, P. & Peytremann-Bridevaux, I. (2017). [Soins intégrés en Suisse](#). Résultats de la 1re enquête (2015–2016) (Obsan Dossier 57). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé (OBSAN). Zugriff am 13.12.2017 unter www.obsan.admin.ch.

Schusselé Fillietaz, S., Kohler, D., Berchtold, P. & Peytremann-Bridevaux, I. (2017). [Annexe 6.5 \(Tableaux synthétiques des initiatives incluses, par catégories\) au document « Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête \(2015–2016\) \(Obsan Dossier 57\) »](#). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé (OBSAN). Zugriff am 13.12.2017 unter www.obsan.admin.ch.

Sottas, B. (2016). [«Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten» - Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema](#). In Müller-Mielitz, S., Sottas, B. & Schachtrupp, A. (Hrsg.) 2016. Innovationen in der Gesundheitswirtschaft. Bibliomed Verlag, Melsungen. S. 44-56. Im Auftrag des BAG. Zugriff am 16.11.2017 unter www.formative-works.ch.

Sottas, B., Kissmann, S. (2016). [«Interprofessionelle Teams sind effizienter + und senken Kosten» - zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema](#). Im Auftrag des BAG. Zugriff am 16.11.2017 unter www.formative-works.ch.

12.2 Begleitgruppe

Mitglieder der Begleitgruppe:

- Dr. Gabriela Bieri-Brüning, Chefärztin Geriatriischer Dienst und Ärztliche Direktorin Pflegezentren der Stadt Zürich, Heimärztin Pflegezentrum Erlenhof, Zürich
- Dr. Christine Bourquin, Apothekerin, Toppharm AG, Aarberg
- Dr. Thomas Häsli, Geriater, Leitender Arzt, Gesundheitszentrum Dielsdorf
- Georges Krieg, Geschäftsführer, irides AG – Ein Engagement der Stiftung Blindenheim Basel, Basel
- Dr. René Kuhn, Delegierter Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG-SPSG / Chefarzt, Reusspark Zentrum für Pflege und Betreuung, Niederwil
- Ursula Ledermann Bulti, Leiterin Bildung, Spitex Schweiz, Bern
- Thomas Mössinger, Leiter, Spital Aarberg - Insel Gruppe AG, Aarberg
- Martine Ruggli, Apothekerin, Co-Leiterin Stabsstelle Innovation und Internationales, pharmaSuisse, Bern

Für CURAVIVA Schweiz:

- Christina Affentranger Weber, Leiterin Fachbereich Erwachsene Behinderte
- Camille-Angelo Aglione, Secrétaire romand, Fachbereich Menschen im Alter
- Marianne Geiser, Ressortleiterin HR Pflege und Betreuung Alter, Geschäftsbereich Bildung
- Dr. Markus Leser, Leiter Fachbereich Menschen im Alter

Seitens H Focus AG wurde das Projekt durch Dr. Roland Wormser begleitet, der auch den vorliegenden Bericht verfasst hat.

12.3 Mögliches Vorgehen für die Entwicklung einer Strategie für ein Gesundheitszentrum

Einleitend sei darauf hingewiesen, dass eine Strategie primär einen Entscheid über die Gestaltung der Zukunft eines Unternehmens darstellt. Da Markt und Umfeld jedes Unternehmens sich ständig ändern, ergeben sich daraus vier wesentliche Faktoren:

- Eine Strategie stellt eine mittelfristige Planung dar (drei bis fünf Jahre).
- Wegen der ständigen Änderungen ist es wichtig, eine Strategie relativ rasch zu entwickeln und zu entscheiden. Anzustreben ist ein Zeitraum von drei Monaten; sechs Monate sollten in der Regel nicht überschritten werden. Am Anfang eines effizienten Strategieprojekts steht ein verbindlicher Zeitplan bis zur formellen Verabschiedung durch das strategische Führungsorgan.
- Zentrales Element in einer Strategie ist der Leistungsbereich für Kunden/Klienten/Patienten. Jedoch muss das Unternehmen fit sein, die Leistungen stets in top Qualität erbringen zu können. Daher umfasst eine Strategie immer auch eine Antwort zur Frage «wie werden und halten wir uns betrieblich top-fit?»
- Markt und Umfeld werden laufend beobachtet; die Erkenntnisse daraus fließen in eine periodische Überprüfung ein. Bewährt hat sich ein Rhythmus von etwa einem Jahr.

Das Vorgehen für die Entwicklung einer Strategie für ein Gesundheitszentrum kann z.B. wie folgt skizziert werden:

- *Definition des Sozialraums* (Mensch mit seinem Willen und seinen Ressourcen betrachten und seine Angehörigen sowie sein erweitertes soziales Umfeld in die Betreuung mit einbeziehen) und daraus Ableitung der Zielgruppen (für wen?). Je breiter die Zielgruppen sind, desto komplexer die Umsetzung.
- *Strategische Analysen* zu Markt und Umfeld des Unternehmens wie:
 - o Die wichtigsten Megatrends darstellen, z.B. zur Markt-/Bedürfnisentwicklung bei den verschiedenen Zielgruppen und Entwicklungen in Bereichen wie z.B. Gesellschaft, Finanzmarkt, Technologie (inkl. «Digitalisierung»), Umwelt usw.
 - o Quantitative Entwicklung der Nachfrage bei den verschiedenen Zielgruppen und Vergleich mit der heutigen Marktstellung des Unternehmens (Marktanteile im relevanten Einzugs- bzw. Tätigkeitsgebiet)
 - o Marktstellung und voraussichtliche Entwicklung der relevanten Mitbewerber
 - o Unternehmensanalyse (z.B. zur Leistungserbringung, zur Organisation, zur Unternehmenskultur, zu Abläufen und Qualitätsmanagement, zu Finanzen und Reporting (d.h. Steuerung des Unternehmens) usw.)
 - o Erstellen einer zusammenfassenden SWOT-Analyse (Stärken, Schwächen, Chancen, Risiken) zum Unternehmen

Diese Analysen können von der operativen Führung bzw. Stabsstellen erstellt oder ganz oder teilweise an externe Spezialisten delegiert werden.

- *Strategie-Formulierung* in Workshop(s): Die Strategischen Analysen werden in einem Bericht zusammengefasst, welcher als Vorbereitung zu einem oder mehreren Strategieworkshops an alle Teilnehmenden (strategische und operative Führungsebene) abgegeben werden. In vielen Unternehmen wird eine Strategie in einem zweitägigen Workshop

entwickelt, um rasch zu einem mindestens provisorischen Bild zu kommen. Typischer Ablauf:

- Ausgangslage (Strategische Analysen)
- Mission (das ist unser Auftrag, dazu sind wir da)
- Vision (wo wollen wir langfristig hin?)
- Verdichtung zu möglichen strategischen Stossrichtungen, immer mit dem Fokus «wo/wie heben wir uns im Markt von anderen ab?» (sog. Wettbewerbsvorteile). Hierzu können verschiedene Methoden angewandt werden, z.B. SWOT-Analyse, SWOT-Normstrategien, BCG-Portfolio-Matrix oder Balanced Scorecard nach Kaplan-Norton (und hier insbesondere die Strategie-Beziehungslandkarte, welche in Verbindung mit einem zentralen, visionären Ziel rasch eine effiziente Übersicht schafft).
- Provisorische Konzentration der Stossrichtungen zu strategischen Zielen (was, wieviel, wer, bis wann)
- *Strategie-Implementierung (Umsetzung)*: Die Ergebnisse aus der Strategie-Formulierung werden in der Regel in den Wochen danach durch die operative Führungsebene in einen Umsetzungsplan gebracht. Hierbei sind zwei Faktoren zentral:
 - Umfangreiche Ziele werden in Strategische Projekte zerlegt, mit entsprechender Projektorganisation sowie einem klaren Endziel und Meilensteinen (Zwischenziele)
 - Ableiten der Anpassungen an Organisation, Abläufen (Prozessen), Management-Informationssystemen sowie Massnahmen zur Information und Einbindung der Mitarbeitenden in die Umsetzung
 - Übergreifender Umsetzungsplan für die Strategie, der sämtliche strategischen Projekte und Umsetzungsmassnahmen in eine mehrjährige Planung mit Kontrollzeiträumen giesst. Bewährt haben sich auf operativer Führungsebene monatliche und auf strategischer Ebene quartalsweise Überprüfungen der wichtigsten Zwischenstände.
- *Formelle Verabschiedung*: Der Umsetzungsplan wird von der operativen der strategischen Führungsebene zur definitiven Diskussion und Verabschiedung vorgelegt.

Impressum

Herausgeberin

CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter
Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 14

Telefon 031 385 33 33
info@curaviva.ch
www.curaviva.ch

Redaktion

Roland Wormser, H Focus AG, Baar

Begleitgruppe

Die von CURAVIVA Schweiz aufgestellte Projektgruppe bestand aus folgenden Mitgliedern:

- Dr. Gabriela Bieri-Brüning, Chefärztin Geriatriischer Dienst und Ärztliche Direktorin Pflegezentren der Stadt Zürich, Heimärztin Pflegezentrum Erlenhof, Zürich
- Dr. Christine Bourquin, Apothekerin, Toppharm AG, Aarberg
- Dr. Thomas Häsli, Geriater, Leitender Arzt, Gesundheitszentrum Dielsdorf
- Georges Krieg, Geschäftsführer, irides AG – Ein Engagement der Stiftung Blindenheim Basel, Basel
- Dr. René Kuhn, Delegierter Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG-SPSG / Chefarzt, Reusspark Zentrum für Pflege und Betreuung, Niederwil
- Ursula Ledermann Bulti, Leiterin Bildung, Spitex Schweiz, Bern
- Thomas Mössinger, Leiter, Spital Aarberg - Insel Gruppe AG, Aarberg
- Martine Ruggli, Apothekerin, Co-Leiterin Stabsstelle Innovation und Internationales, pharmaSuisse, Bern

Für CURAVIVA Schweiz:

- Christina Affentranger Weber, Leiterin Fachbereich Erwachsene Behinderte
- Camille-Angelo Aglione, Secrétaire romand, Fachbereich Menschen im Alter
- Marianne Geiser, Ressortleiterin HR Pflege und Betreuung Alter, Geschäftsbereich Bildung
- Dr. Markus Leser, Leiter Fachbereich Menschen im Alter

Zitierweise

CURAVIVA Schweiz (2018). Projekt- und Businessplan «Gesundheitszentrum» im Wohn- und Pflegemodell 2030. Hrsg. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter, online: www.curaviva.ch.

© CURAVIVA Schweiz, 2018