

Anhang

Anhangverzeichnis

Anhang 1	Kurzberichte der Besichtigungen von Übergangspflegemodellen
Anhang 2	Klärung Bettenbedarf Übergangspflege
Anhang 3	Zahlen und Fakten: Pflegekosten im Heim
Anhang 4	Barthel Index
Anhang 5	Das Pflegemodell nach Erwin Böhm
Anhang 6	Slow Stream Rehab
Anhang 7	Kurzberichte Projekte Präventives Assessment
Anhang 8	MindMap Projekt Präventives Assessment

Anhang 1

Kurzberichte der Besichtigungen von Übergangspflegemodellen

Pflegezentrum Käferberg, Emil Klöti-Str. Zürich

Besuch und Gespräch vom 30. Juni 2005 mit Herrn René Zaugg, Betriebsleiter

Angebot

Das Pflegezentrum Käferberg umfasst insgesamt 283 Betten (nur Pflegebetten, keine Kombination Alter- und Pflegeheim). Von den 283 Betten werden 21 Betten als separate Temporärabteilung mit Slow-Stream-Rehab¹ geführt. Die Temporärabteilung versteht sich als Brücke zwischen dem Aufenthalt in einem Spital und der Rückkehr in die vertraute Wohnsituation. In 98 Prozent der Fälle kommen die Patienten aus einem Spital in die Temporärabteilung. Bei Eintritt wird ein hausinternes interdisziplinäres Assessment durchgeführt mit Physio, Arzt usw. Für den Eintritt wird ein Mini-Mental-Status MMS von mindestens 20 vorausgesetzt.

Auf der Temporärabteilung werden die Patienten unter Einbezug des Umfeldes (insbesondere der Angehörigen) auf eine möglichst selbstständige Lebensführung im häuslichen Umfeld vorbereitet. Die funktionale Selbstständigkeit der Patienten wird durch gezielte pflegerische, medizinische und therapeutische Angebote verbessert. Unter Einbezug des Umfeldes wird die Planung und Entlassung nach Hause vorbereitet. Die beschränkte Aufenthaltsdauer ist bereits beim Eintrittsgespräch ein Thema und es werden Ziele für den Austritt festgelegt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Temporärabteilung beträgt 11 Wochen, die maximale Aufenthaltsdauer 5 Monate.

Das Therapieangebot umfasst Physiotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie, Selbsttraining aber auch Hausabklärungen.

Personal

Der Personalschlüssel ist in der Temporärabteilung rund 20 Prozent höher als im übrigen Pflegezentrum. Auf der Temporärabteilung stehen rund 0.7 Pflegestellen pro Patient zur Verfügung (ohne Auszubildende). Für die Temporärabteilung ist eine Sozialarbeiterin mit 40 Stellenprozent angestellt, sie koordiniert mit den Angehörigen insbesondere den Austritt.

Es findet eine interdisziplinäre Zusammenarbeit statt zwischen Pflegepersonen, Physio- und Ergotherapeuten, Sozialarbeiterin und Ärzteschaft.

Finanzierung

Für die Temporärabteilung besteht keine spezielle Finanzierungsform. Die Entschädigung ist gleich geregelt wie sonst im Pflegezentrum. Die öffentliche Hand übernimmt keine Beiträge für ungedeckte Kosten. Die Kosten (ohne Abschreibungen für die Infrastruktur) werden somit von den Patienten sowie den Versicherern nach BESA getragen. Faktisch findet eine Quersubventionierung der Temporärabteilung durch das übrige Pflegezentrum statt. Dies ist auf Grund der Grösse des gesamten Pflegezentrums möglich.

¹ Der Begriff Slow-Stream-Rehab wird im Zusammenhang mit einer langsamen Förderung im geriatrischen Bereich verwendet.

Im Verständnis von pflegerischer Rehabilitation geht es um eine Form der Rehabilitation, die an der erfolgreichen Bewältigung von Alltagsaufgaben ansetzt und kontinuierlich erfolgen muss. Sie ist damit nicht direkt an Krankheitsbilder oder ärztliche Diagnosen gebunden sondern stellt vielmehr ein langfristiges Angebot qualitativ hochwertiger und umfassender Altenpflege dar.

Der Geriater Hans Peter Meier-Baumgartner prägte den Begriff der „Slow-Stream-Rehabilitation“ als ein neues Verständnis der pflegerischen Bemühungen in Einrichtungen der Altenhilfe.

Kantonsspital Nidwalden, Stans: Übergangspflegestation (ÜPS)

(Grundlage: Besuch und Gespräche vom 4. Oktober 2005 mit Norbert Jenny, Leiter Pflegedienst, Katharina Borer, Pflegefachfrau, Dr. med. Daniel Wegmann, Chefarzt Medizin).

Angebot

Im Zusammenhang mit der Spitalerweiterung wurde im Februar 1992 am Kantonsspital Nidwalden eine Übergangsstation (ÜPS) geschaffen. Die ÜPS hat Platz für 6 Patienten (drei Zimmer mit je zwei Betten). Das Konzept basiert auf dem Modell von Erwin Böhm.

Auf der ÜPS werden die Patientinnen und Patienten reaktiviert und so auf den Spitalaustritt vorbereitet, dass sie möglichst selbstständig sind. Bei Bedarf wird mit den Patientinnen und Patienten ein Heimtraining durchgeführt, die zeitlichen Ressourcen dafür sind aber sehr knapp. Der Kontakt mit den Angehörigen ist sehr wichtig und sie werden in den Prozess miteingebunden.

In der ÜPS werden insbesondere Patienten aufgenommen, welche vorher auf der chirurgischen oder orthopädischen Abteilung als Akutpatienten behandelt wurden. Mit dem Übertritt in die ÜPS gehören die Patientinnen und Patienten zur medizinischen Abteilung. Es kommen keine Patienten direkt von zu Hause oder aus einem Heim direkt in die ÜPS, es geht immer ein Akutereignis voraus, das zu einer Hospitalisierung führte.

Wenn bei einem Patienten ein Übertritt in die ÜPS angezeigt erscheint, wird ein entsprechendes Anmeldeverfahren durchgeführt und die Situation beurteilt (Basis bildet der Barthel-Index). Auf der ÜPS stehen die ergänzenden Angebote von Physiotherapie, Ergotherapie usw. zur Verfügung, der Fokus richtet sich aber nicht primär darauf, sondern insbesondere auf die einfache Alltagsbewältigung.

Nach der ÜPS kehren die Patienten entweder nach Hause zurück, gehen in ein Heim oder bei Bedarf noch in eine Reha.

Die sechs Betten sind in der Regel gut ausgelastet. Die Patienten bleiben zwei bis maximal vier Wochen auf der ÜPS.

Personal

Während des Tages, d.h. bis 16.00 Uhr, wird die ÜPS von einer diplomierten Pflegefachperson und einer Hilfsperson betreut. Ab 16.00 Uhr ist die Stationsleitung auch für die ÜPS zuständig. Für die ÜPS sind zwei diplomierte Fachpersonen angestellt, die nur auf der ÜPS arbeiten. Diese Fachpersonen müssen speziell geschult sein für die Arbeit auf der ÜPS. Die Hilfspersonen arbeiten auch auf den anderen Abteilungen und somit nicht nur für die ÜPS.

Finanzierung

Die Patienten treten als Akutpatienten ins Kantonsspital ein. Bei einem Übertritt in die ÜPS erfolgt keine zusätzliche Finanzierung durch den Versicherer. Die Finanzierung der ÜPS erfolgt somit im Rahmen der normalen Fallpauschale, die Rehabemühungen werden von den Versicherern nicht zusätzlich abgegolten.

Erfahrungen

Auf Grund der Erfahrungen im Kantonsspital Nidwalden hat die Integration der ÜPS in das Kantonsspital folgende Vorteile:

- Mit der Spitalinfrastruktur im Hintergrund können Patientinnen und Patienten rascher in die ÜPS aufgenommen werden, die akute Spitalbedürftigkeit muss noch nicht ganz abgeschlossen sein.
- Während der Nacht kann die Stationsleitung auch die Betreuung der ÜPS übernehmen.

Es gibt aber auch Punkte, welche dafür sprechen, eine ÜPS nicht ins Spital zu integrieren sondern in eine andere Institution bzw. ein Alters- oder Pflegeheim:

- Bei der Finanzierungsweise des Nidwaldner-Modells können die Patienten nur sehr kurze Zeit auf der ÜPS bleiben, was den Patientenkreis einschränkt und/oder die Nachhaltigkeit beeinträchtigt.
- Es braucht nicht das gleiche Pflegepersonal, wie in einem Spital, die Pflegephilosophie unterscheidet sich stark.
- Auf der Basis der Philosophie von Böhm wäre eine ÜPS ausserhalb eines Spitals idealer.

(Weitere Modelle von ÜPS gibt es in folgenden Institutionen: Hirschkamp Luzern, Felix Platter-Spital Basel, in Visp VS).

Anhang 2

Klärung Bettenbedarf Übergangspflege

Kantonsspital Obwalden

Kurzer Bericht über das Gespräch mit Herrn Dr. Franz Britschgi und Frau Carmen Estermann (Leiterin Pflege Medizin) vom 19. August 2005:

- Nach Einschätzung von Dr. Franz Britschgi könnten 4 Betten pro Jahr für die Übergangspflege genügen.
- Im Moment bedingt das Fehlen einer Übergangspflege einen längeren Spitalaufenthalt.
- Indikationen für einen Aufenthalt in der Übergangspflege: Sturzpatienten (Schenkelhalsbruch, Osteoporosenfraktur,..) Hüftoperation, Apoplexie (=Schlaganfall).

Anhang 3

Zahlen und Fakten

Pflegekosten im Heim 2006 für Obwalden

Die durchschnittlich verrechneten Pflegekosten 2006 im Heim betragen für BESA 2 Fr. 87.-, BESA 3 Fr. 147.- und für BESA 4 Fr. 208.- (Bruttotaxen, inkl. Gemeindebeitrag). Erhebung Curaviva Sektion Obwalden.

Pflegebeitrag 2006 der Versicherer an einen Heimaufenthalt:

BESA 1 Fr. 15.-, BESA 2 Fr. 35.-, BESA 3 Fr. 62.-, BESA 4 Fr. 72.-.

gemäss Vertrag santésuisse und Curaviva Sektion Obwalden.

Gemeindebeitrag 2006

BESA 1 Fr. --; BESA 2 Fr. 20.-; BESA 3 Fr. 31.-; BESA 4 Fr. 61.-

gemäss Vereinbarung Curaviva Sektion Obwalden mit den Gemeinden.

Anhang 4

Barthel Index

Der Barthel-Index ist ein international verbreitetes Messinstrument zur Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen. Wegen seiner weiten Verbreitung und vielfach geprüften Zuverlässigkeit ist er gut geeignet zu Vergleichen herangezogen zu werden.

In den oberen Bereichen, also nahe der 100-Punkte-Marke, kann man davon ausgehen, dass die Selbstpflegefähigkeiten eines Klienten erhalten sind und er nicht von Pflege abhängig ist.

Trotzdem kann Hilfsbedarf, z. B. im hauswirtschaftlichen Bereich, bestehen. Fehlende Aktivitäten, die allerdings durch Aussenanregung stimulierbar wären oder zu denen sich der Klient durch die bloße Anwesenheit einer Betreuungsperson allein aus Sicherheitsgründen in der Lage fühlen würde, werden ebenso wenig erfasst wie die Geschwindigkeit bei der Ausführung der Tätigkeiten.

Das heisst, auch ein Klient, der 100 Punkte erreicht, muss damit noch nicht der Lage sein, selbstständig leben zu können. Die psycho-sozialen Voraussetzungen sind bewusst nicht miterfasst. Auch kann der Barthel-Index, da er keine kontinuierliche Skala ist, den Grad der Hilfsbedürftigkeit nicht quantifizieren.

Essen	
– Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck	10
– Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	5
– Nicht selbstständig, auch wenn ob genannte Hilfe gewährt wird	0
Bett / (Roll-)Stuhltransfer	
– Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	15
– Geringe Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich	10
– Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel, Liegen/Sitzenselbstständig	5
– Nicht selbstständig, auch wenn ob genannte Hilfe gewährt wird	0
Waschen	
– Unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen; Kämmen, Zähneputzen	5
– Nicht selbstständig	0
Toilettenbenutzung	
– Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit /inkl. Reinigung)	10
– Benötigt Hilfe, z.B. wegen unzureichenden Gleichgewichts od. Kleidung/Reinigung	5
– Nicht selbstständig, auch wenn ob genannte Hilfe gewährt wird	0
Baden	
– Unabhängig bei Voll- und Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	5
– Nicht selbstständig bei ob genannte Tätigkeit	0
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	
– Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht aber Gehwagen	15
– Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m gehen	10
– Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen, auch um Ecken herum und an einen Tisch heranfahren; Strecke mind. 50 m	5
– Nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	0
Treppensteigen	
– Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	10
– Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5
– Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppensteigen	0
An- und Auskleiden	
– Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	10
– Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbstständig durchführen	5
– Nicht selbstständig, auch wenn ob genannte Hilfe gewährt wird	0
Stuhlkontrolle	
– Ständig kontinent	10
– Gelegentlich inkontinent, maximal 1x / Woche	5
– Häufiger / ständig inkontinent	0
Urinkontrolle	
– Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei der Versorgung mit Katheter	10
– Gelegentlich inkontinent, max. 1x / Tag, Hilfe bei externer Harnableitung	5
– Häufiger / ständig inkontinent	0

Anhang 5

Das Pflegemodell nach Erwin Böhm

Erläuterungen aus, Böhm Bildungs- und Forschungsgesellschaft' www.enpp.ch

Professor Erwin Böhm, Begründer der Psychobiographischen Pflegelehre und des Psychobiographischen Pflegemodells, hat einen ganzheitlichen und äusserst praxisorientierten Ansatz für die Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Psychogeriatric geschaffen.

Sein Modell fördert ein vertieftes Pflegeverständnis durch die intensive Auseinandersetzung mit der Gefühlsbiographie der Betroffenen. Oberstes Ziel der Böhmischen Pflegephilosophie ist die psychische Wiederbelebung ("Reaktivierung") des alten Menschen, die maximale Förderung seiner noch vorhandenen Ressourcen und Anerkennung seiner psychobiographisch gewachsenen Identität.

Grundsätze der psychobiographischen Pflegelehre:

Auffällige Verhaltensweisen lassen sich laut Böhm nur im Lichte der individuellen (thymopsychischen) Biographie und der daraus ableitbaren "Prägung" verstehen. Es ist also wichtig, die psychobiographische Normalität der Menschen zu kennen und wiederherzustellen. Eine Person, die sich ihr Leben lang nur einmal in der Woche gewaschen hat, versteht nicht, warum die Schwester will, dass sie nun täglich duscht. Wichtig ist es deshalb, sich nach der psychobiographisch gewachsenen Normalität und Identität der Bewohner zu richten und nicht etwa das Hygienebedürfnis des Pflegepersonals zu befriedigen.

Die Anwendung des Psychobiographischen Pflegemodells lässt grundsätzlich eine Reaktivierung, d.h. eine deutliche Verbesserung des psychischen Zustandes des demenzten Menschen zu, indem sie die Demenz nicht als organisches, sondern als psychobiografisch interpretierbares Problem sieht. Der demenzkranke Mensch bleibt in seinem Gefühl, also seiner Thymopsyche erreichbar. Durch, aus der individuellen und kollektiven Biographie abgeleitete Schlüsselreize kann die Lebensenergie wieder entfacht werden.

Anhang 6

Slow Stream Rehab

Der Begriff wird im Zusammenhang mit einer langsamen Förderung im geriatrischen Bereich verwendet.

Im Verständnis von pflegerischer Rehabilitation geht es um eine Form der Rehabilitation, die an der erfolgreichen Bewältigung von Alltagsaufgaben ansetzt und kontinuierlich erfolgen muss. Sie ist damit nicht direkt an Krankheitsbilder oder ärztliche Diagnosen gebunden, sondern stellt vielmehr ein langfristiges Angebot qualitativ hochwertiger und umfassender Altenpflege dar.

Der Geriater Hans Peter Meier-Baumgartner prägte den Begriff der „Slow-Stream-Rehabilitation“ als ein neues Verständnis der pflegerischen Bemühungen in Einrichtungen der Altenhilfe.

Anhang 7

Projekt SO!PRA in Solothurn

Im Oktober 2000 startete im Kanton Solothurn das nationale Projekt SO!PRA zur Gesundheitsförderung im Alter. Es hat zum Ziel, eine für die breitere praktische Umsetzung geeignete Form der Gesundheitsförderung im Alter zu entwickeln und zu evaluieren. Dabei kommt ein wissenschaftlich evaluiertes, computerunterstütztes Instrument zum Einsatz, welches durch eine gezielte persönliche Beratung ergänzt wird (Andreas Stuck, Stephan Born). Diese Projekt baut auf dem wissenschaftlichen Projekt „Eiger“ auf.

Das Projekt wurde in drei Projektphasen aufgeteilt

Projektphase „Pilot“ 2000 /Januar 1999 bis Juli 2000: In dieser Phase wurde die Vorgehensweise umfassend den praktischen Verhältnissen angepasst und in einem kleineren solothurnischen Gebiet mit 200 Teilnehmenden praktisch erprobt.

Projektphase „Region“ 2004 / Mitte 2000 bis 2004: Das Projekt wird mit vier bis fünf regionalen Schwerpunkten, mit einigen 1000 Personen ausgeweitet und vor allem die Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit prospektiv und im Vergleich mit einer Kontrollgruppe evaluiert.

Projektphase „Kanton“ 2005 / ab 2005: Ist die Projektphase „Region“ erfolgreich evaluiert, wird das Projekt schrittweise auf den gesamten Kanton ausgedehnt.

Das Projekt SO!PRA ist sehr umfassend und entsprechend kostenintensiv. Im Projekt arbeitet die Forschungsstelle Alter Zieglerspital Bern mit. Die Forschungsstelle ihrerseits arbeitet eng zusammen mit Fachpersonen aus den Bereichen Geriatrie, Allgemeinmedizin, Pflege, Statistik, Gesundheitsberatung und Volkswirtschaft in Bern und Zürich und Solothurn. Finanziert wird das Projekt von den Kantonen Bern und Solothurn, der Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung, der Krankenversicherung Visana, der Pro Senectute Kanton Solothurn und dem Bundesamt für Bildung und Wissenschaft. Das Projekt wurde auch von der kantonalen Ethikkommission des Kantons Solothurn überprüft und genehmigt.

Das Projekt SO!PRA setzt Zeichen. Die positiven Erfahrungen des Pilotprojekts Gesundheitsprofil im Jahr 1999 führten dazu, dass die europäische Union eine Erweiterung des Projekts auf eine europäische Ebene bewilligt hat.

Projekt Zü!PRA

Dieses Projekt steht für Zürcher Prävention im Alter und lehnt sich an das Projekt SO!PRA an. Trägerschaft dieses Projektes ist das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich, Stadtärztlicher Dienst (PD. Dr. med. Albert Wettstein), die Medix-Gruppenpraxis (Leitung Dr. med. Felix Huber) und die Universitäre Geriatrie Bern (Prof. Andreas Stuck).

Im Januar 2005 wurden 114 Patienten der 1. Kohorte angeschrieben. Der Beginn der Beratungsbesuche war ab Februar 2005 geplant.

Projekt GAW

GAW steht für Gesund Altern in Walchwil. Dieses Projekt ist eine Koproduktion der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug und der Gemeinde Walchwil. Das Projekt wird als Pilot in der Zuger Gemeinde Walchwil durchgeführt. Basis des Projektes bildet das in den Kantonen Bern und Solothurn erprobte Modell der „Präventiven Hausbesuche bei älteren Menschen“.

Wirkungsfeld: Alle gesunden Walchwiler Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren werden zum Mitmachen am Projekt eingeladen. Das Projekt setzt auf den kombinierten Ansatz von präventiven Hausbesuchen und thematischen Veranstaltungen. Das Projekt wird unterstützt vom Projektleiter des Kantons Solothurn. Somit ist gewährleistet, dass die Solothurner Erfahrungen im Projekt Walchwil genutzt werden können. Eine umfassende Begleitgruppe gewährleistet den fachlichen Austausch.

Finanzierung: Die Gesamtkosten für das Projekt betragen rund 100'000 Franken. Den Hauptanteil machen der Aufwand für die Arbeit der Gesundheitsberaterin und die Erstellung der Gesundheitsberichte aus. Die Kosten werden je hälftig getragen vom Kanton und von der Gemeinde Walchwil und Sponsoren.

Präventive Hausbesuche im Kanton Luzern

Zur Zeit läuft ein Pilotprojekt in der Gemeinde Sursee. Lanciert wurde das Projekt von der Pro Senectute Luzern. Projektleiter ist Stephan Born. Stephan Born hat mit Prof. Andreas Stuck im Projekt „Eiger“ zusammen gearbeitet und war in der Folge beteiligt am Buch „Gesundheitsförderung im Alter“. Stephan Born ist der Projektmanager von SO!PRA und unterstützt auch das Projekt GAW in Zug.

Vorgehen: Zielpersonen sind ältere Menschen, die zu Hause wohnen. In Zusammenarbeit mit einer Ärztin wird ein Informationsbrief an die Zielpersonen geschickt. Darauf hin besuchen eine Gesundheitsschwester die Personen und geben einen 28-seitigen Fragebogen ab. Die Personen füllen den Fragebogen alleine aus und schicken den Bogen an die Ärztin zurück.

Ein Zentrum wertet die Fragebogen aus und erstellt einen Bericht. Der Bericht anhand des zweiten Besuches mit den betroffenen Personen besprochen und gemeinsam Massnahmen formuliert. Die Ärztin erhält eine Kopie des Berichtes mit den Massnahmen.

Nach dem zweiten Besuch ist das Pilotprojekt abgeschlossen. Eine Weiterführung ist in Prüfung. Auch wird überlegt, ob beim Assessment Sozialarbeiterinnen eingesetzt werden sollen, den sich viele Massnahmen nicht nur auf die Gesundheit beziehen.

Finanziert wird das Projekt von der Pro Juventute, der Stadt Luzern und der Gemeinde Sursee und Sponsoring. Das Projekt entstand in Zusammenarbeit mit der Pro Senectute, dem Sozialdienst der Stadt Luzern und der Interkantonalen Spitex Stiftung von Wilen/Sarnen.

Zusammenfassung Evaluation

Alle vier vorgestellten Projekte bauen auf dem Projekt „Eiger“ auf. Jedes Projekt wird von einer externen Fachperson begleitet. In allen vier Projekten ist dies Stephan Born, der seinerseits der Projektmanager des Projektes SO!PRA ist. Die Zusammensetzung der Mitwirkenden in den Projekten ist überall fast dieselbe, nämlich öffentliche Hand (Kanton und/oder Gemeinde, Ärzte, Institutionen im Gesundheitswesen. Interessant ist, dass im Projekt Luzern die Interkantonale Spitex Stiftung von Wilen mitarbeitete. Für uns stellt sich nun die Frage, inwieweit wir für unsere weitere Arbeit diese Ressourcen nutzen können und zu welchen Bedingungen dies möglich wäre.

Unabdingbar ist die enge Zusammenarbeit mit den Ärzten. Interessant ist die duale Arbeit im Projekt GAW in Zug. Sie setzt auf gezielte präventive Hausbesuche und die Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit mit der Durchführung von thematischen Informationsveranstaltungen. Die klare Begrenzung auf zwei Besuche sind im Luzerner Modell festgehalten, wobei nach relativ kurzer Zeit bereits überlegt wird, ob in gewissen Fällen weitere Besuche angehängt werden müssen.

Anhang 8

