Rouven Brenner MScN
Prof. Dr. oec. Wilfried Lux
Prof. Dr. Heidrun Gattinger
Prof. Dr. phil. Myrta Kohler MScN RN

Geschäftsentwicklungsmodell für die Übergangspflege im Schweizer Projekt „Daheim statt Heim“ – Visualisierung und Dimensionen

Zusammenfassung

Im Zuge der Einführung des schweizerischen Fallpauschalen-Systems (SwissDRG) im Jahr 2012 zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen wurde ein Paradigmenwechsel in der Abrechnung von Gesundheitsdienstleistungen vollzogen – weg von der Kostendeckung hin zur Leistungsfinanzierung. Um diesbezügliche negative Auswirkungen durch die Einführung abzufedern, wurden vom Gesetzgeber verschiedene Maßnahmen ins Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) aufgenommen.

Eine dieser Schutzmassnahmen war die Akut- und Übergangspflege (AÜP). Der angestrebte Nutzen von AÜP wurde aus verschiedenen Gründen jedoch nicht erreicht.

Daher wurde im Projekt „Daheim statt Heim“ die Entwicklung eines Geschäftsentwicklungsmodells als ein möglicher Lösungsansatz angestrebt.

Das Geschäftsentwicklungsmodell «Daheim statt Heim» kombiniert das St. Galler Management-Modell (SGMM) als äußeren und das Business Model Canvas (BMC) als inneren Raum miteinander. Dabei bilden die Umweltsphären des SGMM – Natur, Gesellschaft, Wirtschaft und Technologie – den übergeordneten, umgebenden Kontext, in welchem das Programm zur Förderung einer ressourcenorientierten und personenzentrierten Pflege und Betreuung (und somit auch deren Finanzierung) eingebettet ist.

Schlüsselwörter

Akut-/Übergangspflege, Geschäftsentwicklungsmodell, DRG, Business Model Canvas, St. Galler Management-Modell

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.23.1866-0533.2533

Im Zuge der Einführung des schweizerischen Fallpauschalen-Systems (SwissDRG) am 1. Januar 2012 zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen wurde ein Paradigmenwechsel in der Abrechnung von Gesundheitsdienstleistungen, weg von der Kostendeckung hin zur Leistungsfinanzierung, vollzogen. Um diesbezügliche negative Auswirkungen durch die Einführung abzufedern, wurden vom Gesetzgeber verschiedene Maßnahmen ins Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) aufgenommen – eine dieser Schutzmaßnahmen war die Akut- und Übergangspflege (Padrutt, 2019). Die Akut- und Übergangspflege (AÜP) wurde im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung in Art. 25a Abs. 2 KVG verankert. Durch diese 14-tägige, spitalärztliche Verordnung einer Anschlusslösung nach einem Spitalaufenthalt sollten sog. „blutige Entlassungen“ verhindert werden – d. h., Personen sollten nicht aufgrund der verkürzten Behandlungs- und Aufenthaltsdauer behandlungs- und betreuungsbedürftig nach Hause entlassen werden (Padrutt, 2019; Zou et al., 2020). Dennoch wird AÜP in der Schweiz im stationären Bereich sehr selten verordnet oder von den Betroffenen in Anspruch genommen.

>> Der angestrebte Nutzen und die angestrebte Nutzung von AÜP wurden aus verschiedenen Gründen nicht erreicht:

- Die Dauer von 14 Tagen ist für die meisten Betroffenen, jedoch insbesondere für ältere Menschen, zu kurz.
- Die Aufenthaltskosten (Pension und Hotellerie) bei einem stationären Aufenthalt müssen vollumfänglich von den Betroffenen getragen werden, obwohl diese gleichzeitig laufende Fixkosten, wie eine Wohnungsmiete, decken müssen.
- Stationäre Pflegeeinrichtungen sind häufig auf eine rein pflegerische und nicht rehabilitative Betreuung ausgerichtet und fokussiert, wodurch Ressourcen- und Förderungspotentiale bei den älteren Menschen nicht erkannt werden und diese in eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit abrutschen (IG Pflegefinanzierung, 2018; Kollbrunner et al., 2020).

Hier setzt das von der Gesundheitsförderung Schweiz geförderte Projekt „Daheim statt Heim“ des Instituts für Angewandte Pflegewissenschaften der OST–Ostschweizer Fachhochschule (IPW-OST) an, indem zwei der Gründe adressiert werden – die Ressourcenförderung während des Aufenthaltes und die Finanzierung der AÜP. Innerhalb des im Frühjahr 2020 gestarteten Projektes wurde gemeinsam mit drei Praxisinstitutionen in den Kantonen St. Gallen und Thurgau ein Programm zur Förderung einer ressourcenorientierten und personenzentrierten Pflege und Betreuung entwickelt. Hierfür wurden alle relevanten Stakeholder wie Gesundheitsfachpersonen, Bewohnende und deren Angehörige befragt und diese Ergebnisse analysiert, um daraus ein an jede Institution adaptiertes Programm zu entwickeln und dieses durch gezielte Unterstützung zu implementieren. Parallel dazu begann die Entwicklung eines Geschäftsentwicklungsmodells, wozu wiederum relevante Stakeholder wie finanzverantwortliche Personen der Praxisinstitutionen und Vertretungen von Krankenversicherungen befragt wurden. Zusätzlich wurden Expertinnen und Experten zu Pflegefinanzierung bzw. AÜP auf nationaler, kantonaler und Gemeinde-Ebene interviewt. Für die darauffolgende Weiterentwicklung des Geschäftsentwicklungsmodells „Daheim statt Heim“ und dessen inhaltlichen Rahmens entscheidend waren dabei Ergebnisse, welche einen Bezug zum Konzept „Koordinierte Versorgung“ oder zu Projekten wie der Vision „Wohnen im Alter“ von CURAVIVA herstellten (CURAVIVA Schweiz, 2020).

Die Entwicklung des Geschäftsentwicklungsmodells wurde durch die Grundsätze der «koordinierten Versorgung» geleitet. „Koordinierte Versorgung“ kann als Gesamtheit von Verfahren, welche dazu dienen, die Behandlungsqualität über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern, definiert werden. Im Zentrum stehen die Betroffenen mit ihren Angehörigen sowie deren Integration und die Koordination entlang der ganzen Betreuung (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2016). Bei der „koordinierten Versorgung“ von (hoch-) betagten, multimorbiden Menschen ergeben sich nach einem Spitalaufenthalt verschiedene Herausforderungen. Diese umfassen u. a. Information und Einbezug der Betroffenen (z. B. bei der Austrittsvorbereitung, Beratung zu Unterstützungsleistungen oder von hochbetagten, pflegenden Angehörigen), Informationsweitergabe an das nachfolgende Versorgungssetting (z. B. durch interprofessionellen Austausch) und die Medikation (z. B. bei Unsicherheiten und Non-

Adhärenz). Die diesbezüglichen Handlungsempfehlungen beinhalten unter anderem eine adäquate, ganzheitliche und personenzentrierte Übergangsbetreuung nach dem Spitalaustritt, ein multidimensionales Assessment, welches auch die Lebenswelt berücksichtigt, bessere Information der Betroffenen und deren Angehörigen, Berücksichtigung der Selbstbestimmung und Wahrung des Willens der Betroffenen, gezielte interprofessionelle Zusammenarbeit sowie eine ganzheitliche Entlassungsplanung (BAG, 2015).

Die diesbezüglichen Ergebnisse und Erkenntnisse wurden zusammen analysiert und bildeten die Grundlage für die Entwicklung eines ersten Vorschlages für das Geschäftsentwicklungsmodell. Dieser wurde in einem Workshop ausgesuchten Expertinnen und Experten sowie den Praxisinstitutionen vorgestellt und hinsichtlich Reichweite und Einsatzfähigkeit diskutiert. Hierbei wurde nochmals bestärkt, dass sich die drei Praxisinstitutionen, auch bei gleichen kontextuellen Voraussetzungen, deutlich voneinander unterscheiden. So haben diese bspw. jeweils eine andere Trägerschaft (Zweckverband, Genossenschaft und öffentliche Personalkörperschaft), welche in unterschiedlichen strategischen Ausrichtungen, Leistungsaufträgen sowie (finanzieller) Selbstständigkeit in der Unternehmensführung resultieren (Auer, 2016; Volkswirtschaftsdepartement SO, 2015). Dementsprechend war es wesentlich für die Entwicklung, dass das Geschäftsentwicklungsmodell diesem Spannungsfeld aus vorgegebenen, kontextuellen Rahmenbedingungen und den diversen Geschäftsmodellen von (zukünftigen) Langzeitpflegeinstitutionen angemessen Rechnung trägt. Um dies zu erreichen, wurden zwei bestehende Management-Modelle, das St. Galler Management-Modell und das Business Model Canvas, kombiniert und als Rahmenwerk für die Entwicklung des Geschäftsentwicklungsmodells herangezogen (vgl. Abb. 1).

Hintergrund

St. Galler Management-Modell

Eine Unternehmung kann als komplexes System definiert werden, welches als geordnete Ganzheit von Elementen verstanden werden kann, welche wiederum in vielfältiger Weise interagieren und zueinander in einer spezifischen, dynamischen Beziehung stehen (Rüegg-Stürm, 2003). Auf der Grundlage des skizzierten Systembegriffs werden sechs zentrale Begriffskategorien (Umweltsphären, Anspruchsgruppen, Interaktionsthemen, Ordnungsmomente, Prozesse und Entwicklungsmodi) für das St. Galler Management-Modell (SGMM) unterschieden.

Für den Kontext des Geschäftsentwicklungsmodells „Daheim statt Heim" werden lediglich die Umweltsphären und die Anspruchsgruppen berücksichtigt, welche nachfolgend näher erläutert werden (siehe auch Abb. 1):

Umweltsphären sind die äußeren Faktoren, die die unternehmerische Tätigkeit beeinflussen. Konkret handelt es sich um technologische, gesellschaftliche, ökologische und wirtschaftliche Aspekte. Die gesellschaftlichen Faktoren werden häufig weiter unterteilt in soziale, politische und rechtliche Aspekte. Je nach Branche und Tätigkeitsschwerpunkten sind diese Umweltsphären auf wichtige Veränderungstrends und auf ihre Auswirkungen auf das Unternehmen hin zu analysieren.

Beispiele für gesellschaftliche Trends sind die demografische Entwicklung, Multimorbidität im Alter und eine gesteigerte Erwartungshaltung der Bewohnenden und deren Angehörigen hinsichtlich der Versorgung. Technologische Entwicklungen betreffen Digitalisierung, Robotik und Ambient Assisted Living. Wirtschaftliche Aspekte können konjunktureller Natur sein oder beispielsweise auch Lohnniveaus in Pflegeberufen. Ökologische Aspekte schließlich betreffen sauberes Wasser, reine Luft und Schutz vor Naturgefahren. Auch Pandemien könnten hier angesiedelt sein.

Anspruchsgruppen (Stakeholder) sind Menschen, Gruppen von Menschen, Organisationen oder Institutionen, die von den unternehmerischen Wertschöpfungs- und manchmal auch Schadschöpfungsaktivitäten betroffen sind (Rüegg-Stürm, 2003) oder umgekehrt die Organisation beeinflussen können. Im unternehmerischen Umfeld handelt es sich dabei v. a. um Kundschaft, Kapitalgeber, Mitarbeitende, Konkurrenten, Lieferanten, den Staat sowie die Öffentlichkeit.

Organisationen der Sozialwirtschaft sind vornehmlich normativ-kritisch, im Gegensatz zu strategisch-ökonomisch, ausgelegt. Das strategisch-ökonomische Anspruchsgruppenkonzept folgt der Funktionslogik des Marktes, wohingegen das normativ-kritische Anspruchsgruppenkonzept der Funktionslogik ethischer Vernunft folgt (Lambers, 2015). Bezogen auf den Gesundheitssektor bzw. Pflegeheime gilt somit das Stakeholdermodell nach wie vor, jedoch sind andere Anspruchsgruppen relevant, v. a. Bewohnende, Angehörige, Mitarbeitende, Versicherungen, die öffentliche Hand (Bund, Kanton, Gemeinde) sowie mögliche Netzwerke.

Zentrale Aufgabe der Pflege ist es, die Bewohnenden und deren Angehörige in den Mittelpunkt des professionellen Handelns zu stellen. Daher ist es wichtig, die diesbezüglichen Qualitätsstandards einzuhalten sowie den Zugang zur Zielgruppe sicherzustellen, ggf. durch Multiplikatoren.

Angehörige sind eine weitere wichtige Anspruchsgruppe. Sie können eine wichtige Informationsquelle sein für die Biografie, Gewohnheiten, Vorlieben und Bedürfnisse der Bewohnenden. Daher ist es wichtig, den Angehörigen eine partnerschaftliche Partizipation zu ermöglichen.

Die Mitarbeitenden prägen ein Unternehmen und sind für dessen Erfolg und Weiterentwicklung entscheidend. Auch angesichts des aktuellen Fachkräftemangels ist dieser Anspruchsgruppe gebührend Rechnung zu tragen.

Mit Netzwerken sind Verbände, Multiplikatoren und andere Dienstleister gemeint. CURAVIVA als Branchenverband spielt hier sicher eine zentrale Rolle, ebenso Spitäler.

Die öffentliche Hand, insbesondere die Kantone, sind gemäß Bundesverfassung für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung verantwortlich. Die Finanzierung erfolgt meist über Leistungsverträge mit den entsprechenden Institutionen (Pflegeheime).

Krankenversicherungen sind eine weitere Anspruchsgruppe. Sie übernehmen teilweise auch Kosten, die über den Geltungsbereich der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) hinausgehen.

Unter Förderung wird verstanden, dass je nach Angebot sowie diesbezüglicher Entwicklung es sinnvoll sein kann, für die Abdeckung von (Teil-)Kosten und (Anschubs-)Finanzierung, befristetr Finanzierungsquellen zu akquirieren.

Business Model Canvas

Das Business Model Canvas (BMC) ist ein Framework für die Visualisierung und Strukturierung von Geschäftsmodellen (Osterwalder & Pigneur, 2013). Dadurch ist es u. a. möglich, Potenziale für die Entwicklung des Unternehmens aufzuzeigen. Das BMC setzt sich aus neun Bausteinen zusammen: Wertangebote (Value Propositions), Kundensegmente (Customer Segments), Kundenbeziehungen (Customer Relationships), Kanäle (Channels), Einnahmequellen (Revenue Streams), Schlüsselaktivitäten (Key Activities), Schlüsselressourcen

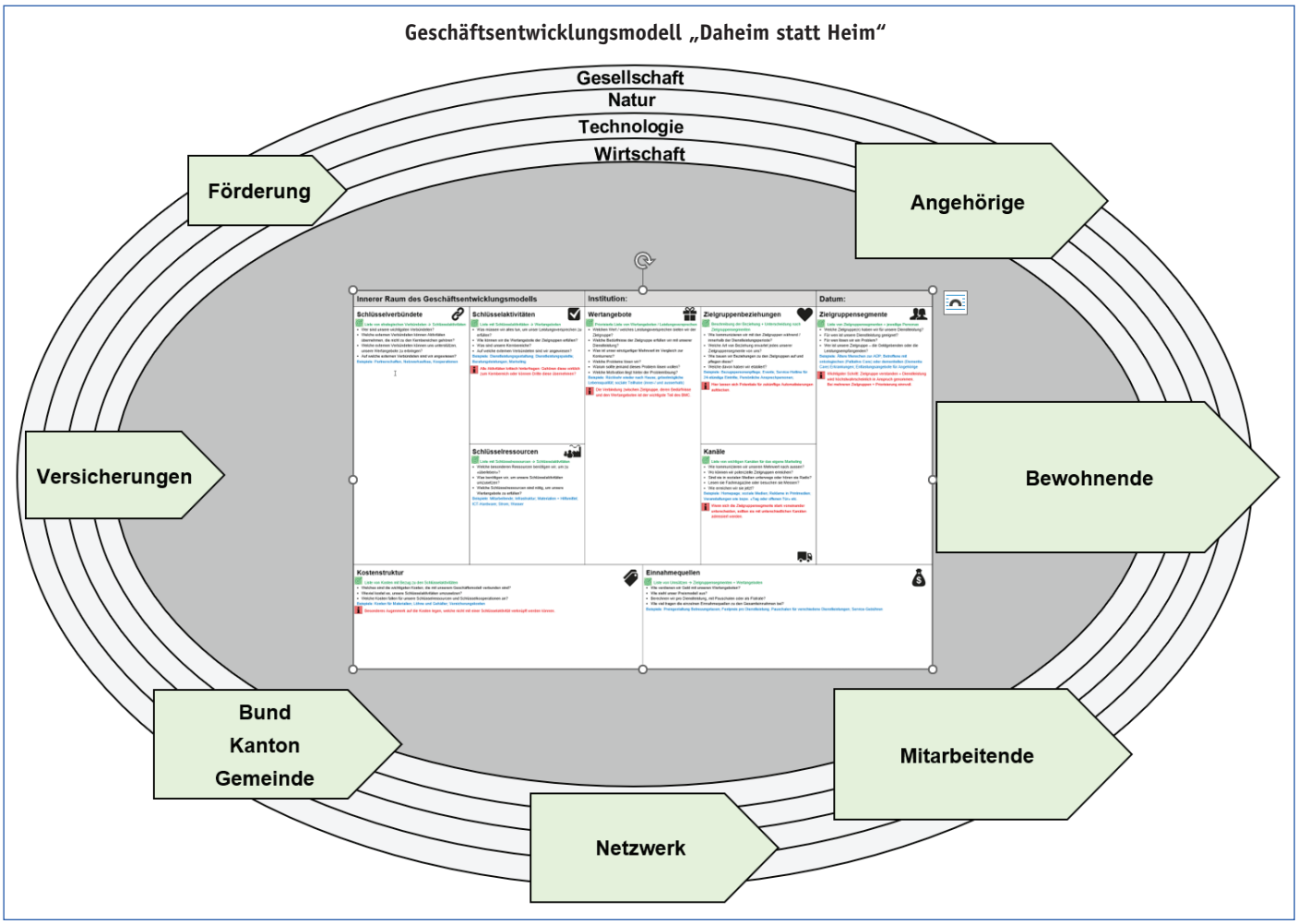


Abb.1: Geschäftsentwicklungsmodell „Daheim statt Heim“. Der innere Bereich des Geschäftsentwicklungsmodells, das Business Modell Canvas, ist in Abb. 2 dargestellt.

(Key Resources), Schlüsselpartner (Key Partners) und Kostenstruktur (Cost Structure).

Das Leistungsversprechen, das sog. Wertangebot im BMC, steht im Zentrum des Geschäftsmodells (siehe Abb. 2). Die rechte Seite des Modells widmet sich, als wertschöpfende Seite des BMC, der Kundschaft an sich, der Beziehung zu ihnen und wie sie über verschiedene Kanäle erreicht werden sowie den Einnahmequellen. Wortwörtlich dem gegenüber werden mit den Schlüsselaktivitäten, -ressourcen, und -partnern sowie der Kostenstruktur diejenigen Mittel definiert, mit welchen das Unternehmen sein Geschäftsmodell erfolgreich umsetzen will (Osterwalder & Pigneur, 2013).

Geschäftsentwicklungsmodell „Daheim statt Heim“

Das Geschäftsentwicklungsmodell „Daheim statt Heim“ kombiniert die externen Umweltsphären und die Anspruchsgruppen des SGMM als äußeren und das BMC als inneren Raum miteinander (Abb. 1 und 2). Dadurch kann der äußere Raum ohne größere Anpassungen auf andere Institutionen der stationären Langzeitpflege in der Deutschschweiz übertragen werden. Der innere Raum hingegen ist eher spezifisch für eine Einrichtung bzw. Organisation.

Im Zentrum des Geschäftsentwicklungsmodells befindet sich das BMC als Instrument zur Visualisierung des Geschäftsmodells mit dem Leistungsversprechen, der Wertschöpfung und Kostenstruktur. Dieser innere Raum ist einzigartig und spezifisch für jede Institution. Darin wird aufgezeigt, wie sich eine Institution von einer anderen Institution im äusseren Raum unterscheidet. So wird bspw. die übergeordnete Anspruchsgruppe der Bewohnenden für die einzelne Institution konkretisiert, im Sinne davon, welches Klientel welche Dienstleistung in Anspruch nimmt. Dementsprechend wird das Geschäftsmodell im inneren Raum mit gezielten Fragestellungen auf jede einzelne Institution abgestimmt erstellt.

Im Folgenden werden für jede Dimension des BMC einige Beispiele genannt, die für ein Pflegeheim relevant sein können.

Wertangebote:
- Rückkehr wieder nach Hause ermöglichen
- größtmögliche Lebensqualität
- soziale Teilhabe innerhalb und außerhalb der Institution

Zielgruppen:
- ältere Menschen zur Akut- und Übergangspflege (AÜP)
- Betroffene mit onkologischen oder demenziellen Erkrankungen
- Entlastungsangebote für pflegende Angehörige

Kanäle:
- Veranstaltungen, Tag der offenen Tür
- Homepage
- soziale Medien
- Reklame in Printmedien

Zielgruppenbeziehung:
- persönliche Ansprechpersonen

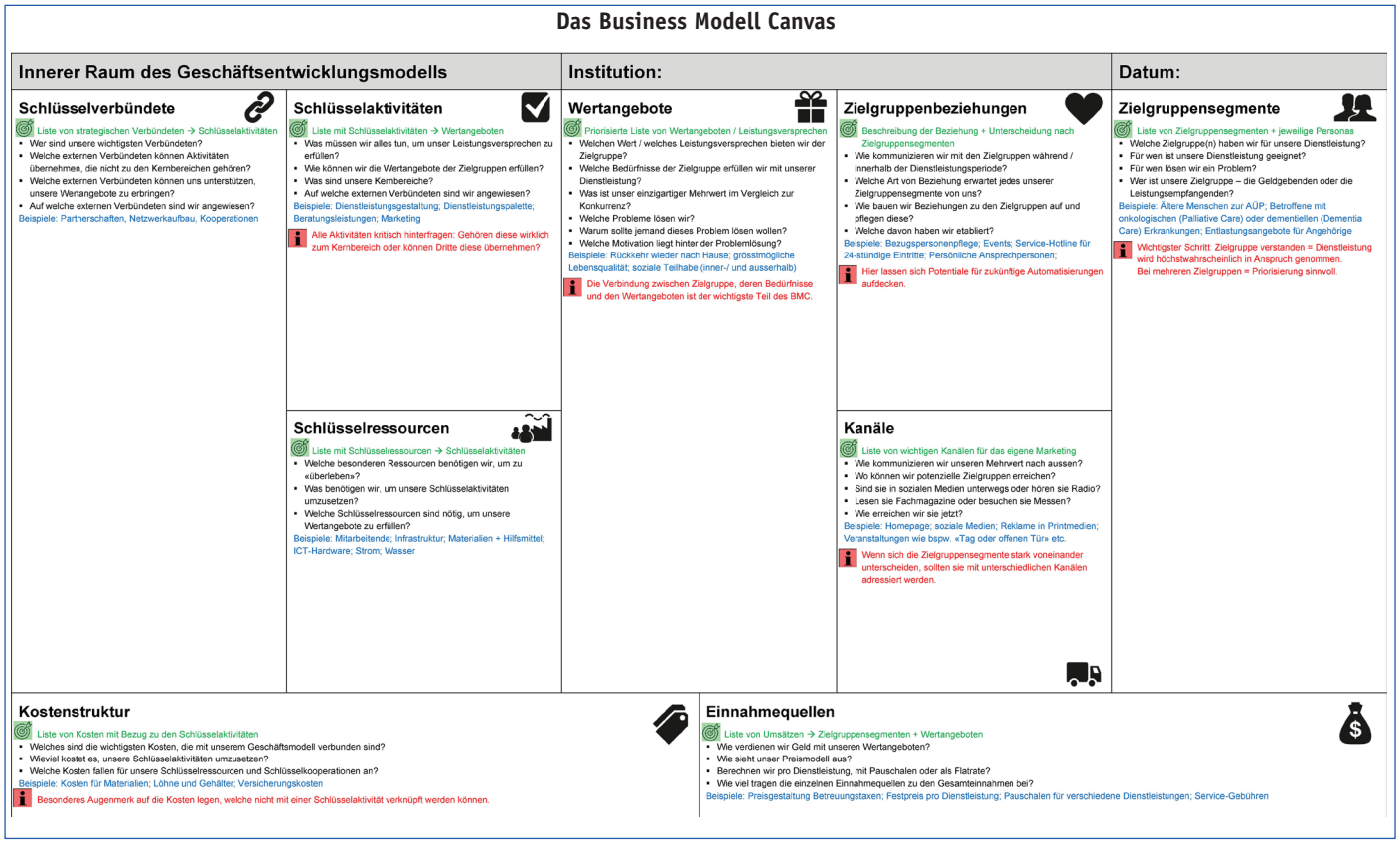


Abb. 2: Geschäftsentwicklungsmodell „Daheim statt Heim". Der innere Bereich des Geschäftsentwicklungsmodells, das Business Modell Canvas, ist in Abb. 2 dargestellt.

- Bezugspersonenpflege
- Service-Hotline

Schlüsselaktivitäten:

- Marketing
- Beratungsdienstleistungen
- Dienstleistungspalette

Schlüsselressourcen:

- Mitarbeitende
- Infrastruktur
- Finanzen

Schlüsselverbündete:

- Netzwerke
- Kooperationen

Einnahmequellen:

- Service-Gebühren
- Preisgestaltung Betreuungstaxen
- Festpreis pro Dienstleistung

Kostenstruktur:

- Personal
- Material
- Versicherungen

Zusammenfassung und Ausblick

Das Projekt „Daheim statt Heim" adressiert eine wichtige Versorgungslücke im schweizerischen Gesundheitswesen. Gerade hinsichtlich der staatlichen Maßnahmenpakete zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen wie auch der Entwicklungen hin zu integrierten Versorgungsmodellen besitzt das Projekt hohe Relevanz. Weiterführende, wissenschaftlich begleitete Implementierungen in stationären

Literatur

Auer, A. (2016). Staatsrecht der schweizerischen Kantone. Stämpfli Verlag.
Bundesamt für Gesundheit (2015). Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext „Spital": Situationsanalyse und Handlungsbedarf.
Bundesamt für Gesundheit (2016). Faktenblatt Koordinierte Versorgung.
CURAVIVA Schweiz (Hrsg.). (2020). Faktenblatt: Vision Wohnen im Alter von CURAVIVA Schweiz.
IG Pflegefinanzierung (Hrsg.). (2018). Argumentarium zu den Forderungen der IG Pflegefinanzierung.
Kollbrunner, L., Rost, M., Koné, I., Zimmermann, B., Padrutt, Y., Wangmo, T. & Elger, B. (2020). Acute and transitional care or rehabilitation? Retrospective analysis of discharge planning from a municipal hospital in Switzerland. BMC health services research, 20(1), 712. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05547-1
Lambers, H. (2015). Management in der Sozialen Arbeit und in der Sozialwirtschaft: Ein systemtheoretisch reflektiertes Managementmodell. Grundlagentexte Soziale Berufe. Beltz. http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1136574
Osterwalder, A. & Pigneur, Y. (2013). Business model generation: A handbook for visionaries, game changers, and challengers. Wiley & Sons.
Padrutt, Y. (2019). Akut- und Übergangspflege: Rechtliche Ausgestaltung, Schwachstellen und Handlungsbedarf (1. Aufl.). Zürcher Studien zum öffentlichen Recht: Bd. 268. Schulthess.
Rüegg-Stürm, J. (2003). Das neue St. Galler Management-Modell: Grundkategorien einer integrierten Managementlehre (2. Aufl.). SGMM. Paul Haupt.
Volkswirtschaftsdepartement SO (Hrsg.). (2015). Merkblatt zur Ausgliederung oder Auslagerung von (öffentlichen) Gemeindeaufgaben.
Zou, K., Li, H.-Y., Zhou, D. & Liao, Z.-J. (2020). The effects of diagnosis-related groups payment on hospital healthcare in China: a systematic review. BMC Health Services Research, 20(1), 112. https://doi.org/10.1186/s12913-020-4957-5

Langzeitpflegeinstitutionen und eine forschungsbasierte Evaluation sind gerade auch aufgrund der Dynamik im Gesundheitswesen indiziert.

In einem nächsten Schritt soll dieses Geschäftsentwicklungsmodell in stationären Langzeitpflegeinstitutionen mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen (d. h. Größe der Institution, Trägerschaft, ländlicher oder städtischer Standort, Versorgungsstruktur und Etablierung des Angebotes „Kurzzeitpflege“) wissenschaftlich begleitet implementiert und weiterentwickelt werden. <<

Development of a business model for the transition in care: „Home instead of Nursing home“

When the Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) were introduced in 2012 to contain costs in the healthcare system, a paradigm shift was made in the billing of healthcare services - away from cost recovery to service financing. The legislator included various measures in the Federal Health Insurance Act (KVG) to cushion the adverse effects of this introduction.

One of these protective measures was acute and transitional care. However, for various reasons, the intended benefits of AÜP were not achieved. Therefore, the project „Home instead of Nursing home“ aimed at developing a business model.

The business model, “ Home instead of Nursing home “, combines the St. Gallen Management Model (SGMM) as the outer space and the Business Model Canvas (BMC) as the inner space. The environmental spheres of the SGMM - nature, society, economy, and technology - form the overarching, surrounding context in which the program is embedded which aims to promote resource-oriented and person-centered care and support (and thus also its financing).

Keywords

Acute/transitional care, business development model, DRG, Business Model Canvas, St.Gallen Management Model

Autorenerklärung

Rouven Brenner, Wilfried Lux, Heidrun Gattinger und Myrta Kohler sind Mitarbeitende der OST Ostschweizer Fachhochschule in St. Gallen, Schweiz. Die Entwicklung des Geschäftsentwicklungsmodells erfolgte mit finanzieller Unterstützung der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz.

Zitationshinweis

Brenner et al.: „Geschäftsentwicklungsmodell für die Übergangspflege im Schweizer Projekt „Daheim statt Heim“ – Visualisierung und Dimensionen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/23), S. 62–66. http://doi.org/10.24945/MVF.04.23.1866-0533.2533

Rouven Brenner MScN ORCID: 0000-0003-3756-7660



absolvierte ein Masterstudium in Pflegewissenschaft an der Fachhochschule in St. Gallen und arbeitet hauptberuflich als wissenschaftlicher Mitarbeiter mit Lehrtätigkeit am Institut für Angewandte Pflegewissenschaft der OST Ostschweizer Fachhochschule in St. Gallen. Er arbeitet zusätzlich nebenberuflich als Pflegeexperte APN in einem Alterszentrum im Kanton Zürich.
Kontakt: Rouven.Brenner@ost.ch

Prof. Dr. oec. Wilfried Lux



ist Leiter des Kompetenzzentrums für Accounting & Corporate Finance am Institut für Finance & Law der OST Ostschweizer Fachhochschule in St. Gallen. Er lehrt und forscht zu den Themen Accounting, Controlling und Performance Management und begleitet Projekte im Bereich Gesundheitsökonomie.
Kontakt: Wilfried.Lux@ost.ch

Prof. Dr. Heidrun Gattinger ORCID: 0000-0003-2399-8689



ist Leiterin des Instituts für Angewandte Pflegewissenschaft der OST Ostschweizer Fachhochschule in St. Gallen. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Gerontologie, Personzentrierte Pflege und Kinästhetik.
Kontakt: Heidrun.Gattinger@ost.ch

Prof. Dr. phil. Myrta Kohler MScN RN ORCID: 0000-0003-3542-8296



ist Leiterin des Kompetenzzentrums Rehabilitation und Gesundheitsförderung am Institut für Angewandte Pflegewissenschaft der OST Ostschweizer Fachhochschule in St. Gallen. Sie ist Leiterin Pflegeentwicklung in den Kliniken Valens. Ihre Arbeits- und Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen rehabilitative Pflege, Selbstmanagementförderung und Evaluation komplexer Interventionen.
Kontakt: Myrta.Kohler@ost.ch