

Zeitschrift:	Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich
Herausgeber:	Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich
Band:	- (2001-2002)
Heft:	73
Artikel:	"Allfit" : das Projekt Empowerment Betagter mit chronischen Erkrankungen
Autor:	[s.n.]
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-790243

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 04.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

"ALLFIT"

Das Projekt Empowerment Betagter mit chronischen Erkrankungen

Projektgruppe* unter der Leitung von Günther Latzel und Albert Wettstein

1. Projektidee

Das Projekt "Empowerment Betagter mit chronischen Erkrankungen" ist Teil eines grösseren Projektes zur Förderung der altersmedizinischen Versorgung in der Stadt Zürich. Alte Menschen sollen unmittelbar nach dem ersten Spitalaufenthalt mit Hilfe von auf ihre Situation zugeschnittenen Trainings (Fitness, Krankheitsbewältigung) ein Stück Lebensqualität zurückgewinnen. Sie werden bei ihren Bemühungen individuell von einer Bezugsperson unterstützt.

Die Projektidee orientiert sich an einem in Seattle, USA, erfolgreich durchgeführten Modellversuch der Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern. Eine randomisierte kontrollierte Studie belegte deren Wirksamkeit und Kosteneffizienz, besonders durch Einsparungen von Rehospitalisationen.

2. Projektziele

Kranke Betagte lernen mit ihrer Krankheit umzugehen, indem sie sich wieder eigene Ziele setzen und verfolgen. Sie verschaffen sich das dafür notwendige Wissen und üben geeignete Fitness- und Gesundheitsverhalten ein. Individuelle, persönliche Betreuung und Gruppenaktivität helfen die eigenen Ressourcen der Teilnehmer/innen zu aktivieren und ihre Zufriedenheit zu steigern.

Die Teilnehmer/innen sind motiviert, an Anschlussprogrammen der Haus- und Spezialärzt/innen, Gesundheitsligen, Spitäler-Dienste und weiterer Anbieter, z.B. Pro Senectute teilzunehmen. Der Übergang zu diesen Anbietern funktioniert einwandfrei.

Neben dem individuellen wird auch ein (volks-)wirtschaftlicher Nutzen erzielt, indem deutlich weniger Hospitalisationen notwendig werden.

Bei positivem Verlauf wird das Projekt auf die ganze Stadt ausgedehnt. Eine Evaluation liefert die Grundlagen dafür.

3. Zielgruppen

Hauptzielgruppe sind akut hospitalisierte Patient/innen im Alter zwischen 65 und 85 Jahren mit einer der folgenden chronischen Krankheiten (Hauptdiagnosen):

- Zuckerkrankheit
- Chronische Lungenkrankheiten
- Herzschwäche
- Gelenk- und Rückenleiden

Ambulante Patient/innen von Haus- und Spezialärzt/innen, Spitex-Diensten, mit ähnlicher Krankheitsausprägung zählen zur erweiterten Zielgruppe.

Demente Betagte (oder Betagte mit anderen als obenerwähnte Diagnosen) werden vorerst nicht in das Programm aufgenommen.

Einzugsgebiet

Das Einzugsgebiet für das Pilotprojekt sind die Stadtkreise 6, 10, 11 und 12. Zuweisende sind das Waidspital, Haus- und Spezialärzt/innen sowie die Spitex-Zentren.

4. Projektinhalte

Das Projekt umfasst zwei Elemente, die individuelle Betreuung und das Training, das in Gruppen stattfindet.

Da das Vertrauen zum Programm eine der wichtigsten Grundlagen für sein Gelingen ist, wird die Patientin/der Patient von der Aufnahme bis zum Abschluss von der gleichen Bezugsperson betreut. Für spezielle und diagnose-spezifische Fragen (z. B. Ernährung) stehen Fachleute der Ligen zur Verfügung.

Individuelle Betreuung in drei Phasen

Phase 1: Aufnahme und Zielgespräch

Die Aufnahme in das Programm erfolgt je nach Situation im Spital, über die Zuweisung durch Haus-, Spezialärzte/ärztinnen oder Spitex-Zentren.

Die Bezugsperson besucht die Patientin/den Patienten (mit deren/dessen Zustimmung) im Spital oder zu Hause, führt das Assessment durch, soweit ein solches nicht bereits vorliegt, hilft der Patientin/dem Patienten in einem oder zwei Gesprächen (ca. 1 Stunde) eigene Ziele zu setzen und Wege zu finden, wie diese erreicht werden können, motiviert zur Teilnahme am Programm und organisiert den Einstieg.

Phase 2: Begleitphase

Die Bezugsperson bleibt für den/die Patient/in Anlaufstelle bis zum Abschluss des Programms. Vor dem Abschluss findet ein Gespräch statt, in dem der weitere individuelle Ablauf für die nächsten Monate vereinbart und der Übergang in permanente Programme der Ligen sowie die weiterführende Unterstützung durch die persönliche Ärztin/den Arzt, den zuständigen Spitex-Dienst, Angehörige etc. organisiert werden.

Phase 3: Nachsorge und Evaluation

Treten nach dem Trainingsprogramm Schwierigkeiten auf, kann der/die Patient/in die Bezugsperson jederzeit kontaktieren. Im Verlauf der nächsten Monate findet ein Evaluationsgespräch statt. - Insgesamt sind maximal 5 Einzelgespräche vorgesehen.

Trainingsprogramm in Gruppen

Das Schulungsprogramm dauert insgesamt 12 Wochen, findet immer am gleichen Kursort statt und besteht aus zwei Modulen:

Modul 1: Fitnessprogramm

Ein allgemeines Fitnessprogramm bildet das Grundangebot für alle Zielgruppen. Es kann nach Bedarf in Bezug auf die einzelnen Diagnosen vertieft werden.

Die Teilnehmer/innen werden in Leistungsgruppen eingeteilt.

Ein/e Trainer/in - nicht die Bezugsperson - leitet das Training wöchentlich einmal (Dauer ca. 1 Stunde).

Modul 2: Training im Umgang mit der Krankheit

Das Programm vermittelt die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen zur Bewältigung der eigenen Krankheit.

Die Teilnehmer/innen lernen im Gespräch mit der Bezugsperson und vor allem untereinander ihre Krankheit zu "managen". Zur Vertiefung werden schriftliche Unterlagen abgegeben.

Die Bezugsperson leitet das wöchentliche Training (Dauer ca. zweimal 45 Minuten). Für einzelne Themen (z.B. Ernährung) und für besondere krankheitsspezifische Fragen können Fachleute der Ligen zugezogen werden.

Kursort / Transport

Kursort ist das Sportzentrum Guggach der UBS 5 Gehminuten vom Bu cheggplatz entfernt. Es verfügt über schöne Räume sowie Garten- und

Sportanlagen. Zusammen mit dem Restaurant ist das Zentrum ein Begegnungsort für Jung und Alt und hat damit eine hohe Integrationswirkung.

Träger des Projektes

Das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich ist Trägerin des Projektes. Die Realisation wird der Spitex-Organisation Zürich-Nord mittels eines speziellen Leistungsauftrags übergeben.

Die inhaltliche Projektleitung liegt beim Chefarzt des stadtärztlichen Dienstes. Das Projektmanagement liegt bei BRAINS. Die Arbeitsgruppe "Empowerment Betagter mit chronischen Erkrankungen" unterstützt Projektleitung und Projektmanagement.

Im operativen Bereich steht das Projekt in der Verantwortung von Esther Baldegger, Projektkoordinatorin. Sie und die Empowerment-Trainer/Trainierinnen sind angestellt von der Spitex-Organisation Zürich-Nord, welche auch die Administration (zum Beispiel Rechnungsstellung) erledigt.

Zeitplan

Die Projektarbeit wurde im Sommer 2000 gestartet. Die Vorbereitungs- und Rekrutierungsarbeiten werden in der ersten Hälfte 2001 abgeschlossen, so dass ab Juli 2001 die Kontaktaufnahme mit potentiellen Teilnehmer/innen beginnen kann. Die ersten Trainings werden entsprechend im Spätsommer stattfinden.

Das Pilotprojekt wird Ende 2002 abgeschlossen. Die - schon früher beginnende - Evaluation soll alle Informationen liefern, welche die Entscheidträger benötigen, um die möglichst nahtlose Fortsetzung als ordentliches Projekt im Spitalkreis Waid und die möglichst rasche Übertragung auf die anderen Stadtkreise beschliessen zu können.

**) Mitglieder der Projektgruppe (alphabetisch):*

Andermatt Christoph, BRAINS; Baldegger Esther; Bayard Paula, Zürcher Diabetes Gesellschaft; Bischof Elisabeth, Lungenliga; Büchler Thomas, Zentralstelle Spitex; Faller Josef, Visana Services AG; Gabathuler Brigitte, Zürcher Diabetes Gesellschaft; Latzel Günther, Brains; Ludin Johannes, Lungenliga; Menk Anja, Geriatrie Waidspital; Noll Georg, USZ; Pennetti Claudia, Helsana AG - Managed Care; Rinderknecht Dora, Rheumaliga; Schalcher Roswitha, Lungenliga, Scherer Monika, Spix Schwamendingen; Sterchi Rolf, Rheumaliga; von Rechenberg Luzi, Arzt; Weber Andreas, Medix Management AG; Weber Marcel, Triemlisipital; Wettstein Albert, Stadtärztlicher Dienst; Willi René, Rheumaliga.