

---

# SPITALAUSTRITT PLANEN UND KOORDINIEREN

**Workshop vom 8. Dezember 2016**  
**Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG**

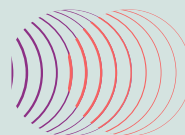
Irène Dietschi März 2017

Dieses Produkt wurde im Rahmen des Projekts  
«Koordinierte Versorgung» erarbeitet



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**



**Koordinierte Versorgung**

Wissen teilen. Gemeinsam planen.  
Patienten stärken.

# Einführung

Betagte und mehrfach kranke Menschen sind in vielen Spitalabteilungen die grösste Patientengruppe. Die Gründe für einen Spitaleintritt sind vielfältig. Gemeinsam ist aber vielen dieser Patientinnen und Patienten, dass Faktoren wie die altersbedingte Gebrechlichkeit, funktionelle Einschränkungen (des Seh- oder Hörvermögens) oder dementielle Erkrankungen dazu führen können, dass sich die Pflege- und Betreuungssituationen nach dem Spitalaufenthalt verändern. Der Spitalaustritt ist deshalb ein wichtiger Meilenstein in der Behandlungskette und sollte insbesondere bei älteren, mehrfach kranken Patientinnen und Patienten gut koordiniert werden. Eine umfassende Planung der Nachsorge kann verhindern, dass die Behandlungskette unterbrochen wird.

Die «Erarbeitung und Verbreitung von Empfehlungen für die Entlassungsplanung» von (hoch-)betagten, multi-morbiden Patientinnen und Patienten ist daher eine Massnahme, die im Projekt des Bundesamtes für Gesundheit BAG zur Förderung der koordinierten Versorgung umgesetzt wird.

Auf Einladung des BAG und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK haben Leistungserbringer und Verbände, kantonale Behörden und Versicherer am 8. Dezember 2016 an einem Workshop diskutiert, wie die Planung der Spitalentlassung verbessert werden kann und welche Elemente dazu wichtig sind. Die rund 80 Teilnehmenden konnten erfahren, welche Vielfalt an Initiativen in der Schweiz bestehen, um die Schnittstellen in der Betreuungskette zwischen Akutsomatik und Nachsorge zu Nahtstellen zu machen.

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse des Workshops «den Spitalaustritt planen und koordinieren» zusammen. Er gibt die Aussagen der Projektverantwortlichen wieder. Den angesprochenen Akteuren sollen damit Ideen und konkrete Instrumente zur Verfügung gestellt werden, wie sie den Spitalaustritt von gebrechlichen und mehrfach kranken Patientinnen und Patienten gemäss ihren jeweiligen Kompetenzen und Möglichkeiten verbessern können.

## **Weblink**

[www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung](http://www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung)

## **Impressum**

### **Zitierweise:**

Bundesamt für Gesundheit (BAG):  
Den Spitalaustritt planen und koordinieren.  
Workshop vom 8. Dezember 2016.  
Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit  
BAG. 2017.  
Olten, März 2017

### **Autorin:**

Irène Dietschi, Really fine ideas GmbH

### **Fotos:**

Christoph Heilig (Diaconis Palliative Care)  
Walter Imhof (Palliativklinik Hospiz im Park)

### **Grafik/Layout:**

René Meier, grafikmeier.ch

### **Download:**

[www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung](http://www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung)

### **Kontakt/Informationen:**

Bundesamt für Gesundheit BAG  
[gesundheitspolitik@bag.admin.ch](mailto:gesundheitspolitik@bag.admin.ch)

# Inhalt

## **Spitalentlassung und Prozesse der Koordination zwischen Leistungserbringern: drei Praxisbeispiele**

**Amélio –  
der Mensch im Zentrum des Gesundheitsnetzwerks** 4  
Projekt des Gesundheitsnetzwerks Region Lausanne

---

**Optima –  
Die Austrittsplanung beginnt auf dem Notfall** 7  
Projekt des Kantonsspitals Aarau

---

**Alvad –  
enge Zusammenarbeit zwischen Spital und Spitex** 9  
Projekt der Spitex und des Regionalspitals Locarno

---

## **Planung der Spitalentlassung: die Rolle der Spitalsozialarbeit**

**Spitalsozialarbeit:  
den Austritt auf gute Bahnen lenken** 11  
Schweizerischer Fachverband Sozialdienst in Spitälern SFSS

---

## **Die Akut- und Übergangspflege: zwei Praxisbeispiele**

**Übergangspflege I:  
das rehabilitative Potenzial ausschöpfen** 13  
Abteilung für Aufnahme und Übergangspflege der Stadt Zürich

---

**Übergangspflege II:  
gesünder werden vor der Rückkehr nach Hause** 15  
Akut- und Übergangspflege im Kanton Aargau

---

**Fazit** 17

---

# Amélio – der Mensch im Zentrum des Gesundheitsnetzwerks

**Speziell geschulte Pflegefachpersonen kümmern sich bei «Amélio» im Kanton Waadt um die kontinuierliche Versorgung der fragilen alternden Bevölkerung. Der Kanton nimmt über die regionalen Gesundheitsnetzwerke starken Einfluss auf die Versorgung.**

«Amélio» ist ein Versorgungsprogramm des Gesundheitsnetzwerks Region Lausanne (RSRL), das die Schnittstelle zwischen dem Universitätsspital CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) und der Spitex beziehungsweise Pflegeheimen stärken will. Ziel des Programms: ältere und fragile Personen vor und nach einem Spitalaufenthalt lückenlos zu betreuen.

Amélio ist vor dem gesundheitspolitischen Hintergrund im Kanton Waadt zu verstehen. Der Kanton sieht sich in der Waadt als Instanz, welche die Gesundheitsversorgung nicht nur gewährleistet, sondern diese in hohem Masse steuert. Ein 2007 verabschiedetes Gesetz verpflichtet sämtliche Anbieter von Pflegeleistungen – Gemeinden, Spitäler, Pflegeheime, ambulante Dienste, Hausärzte auf freiwilliger Basis –, sich einem der vier Gesundheitsnetzwerke des Kantons anzuschliessen: Nord Broye, La Côte, Région Lausanne und Plateforme Haut-Léman. Ziel ist, das Prinzip «ambulant vor stationär» voranzutreiben sowie die Versorgungsangebote entlang des Patientenpfades zu stärken und zu koordinieren.

Eine wichtige Rolle spielt in jeder Region das Informations- und Beratungsbüro BRIO (Bureau Régional d'Information et d'Orientation). Hier laufen die Fäden von Pflegeleistungen zusammen: die Schnittstelle zum Spital,



die Koordination mit der Spitex wie auch das Management von Pflegebetten. Das ist vor allem für die alternde, von chronischen Krankheiten betroffene fragile Bevölkerung von Bedeutung. Das BRIO berät sie über das Prozedere bei einem Spital- oder Reha-Aufenthalt, stellt Anschlusslösungen sicher, koordiniert Platzierungen in ein Pflegeheim und informiert über die Serviceleistungen von Spitex und anderen ambulanten Diensten. So wird sichergestellt, dass fragile Patientinnen und Patienten diejenige Unterstützung bekommen, die sie brauchen, sei's zu Hause oder in einer Institution.

Das Réseau Santé Région Lausanne RSRL, zu dem das Universitätsspital CHUV gehört, ist das grösste und gilt als wichtigstes der vier Gesundheitsnetzwerke: 45 Prozent der über 75-jährigen Personen im Kanton Waadt werden durch das RSRL betreut. Dessen BRIO bearbeitet jährlich 13400 Anfragen (Stand 2014) – rund doppelt so viele wie die BRIOs der anderen Regionen.



Amélio wurde Anfang 2015 lanciert, und zwar durch eine Krise, in der sich das Gesundheitsnetzwerk Region Lausanne damals befand: «Die Sanitätsdirektion war der Ansicht, der Beitrag des regionalen BRIOs zum Patientenmanagement des Universitätsspitals sei ungenügend», erläutert RSRL-Direktor Philippe Anhorn. Die Direktion des CHUV (Spitaldirektor, medizinische und Pflege-Direktion) und die RSRL-Verantwortlichen begriffen die Krise als Chance: Sie lancierten das gemeinsame Projekt Amélio (amélioration des processus de liaison et d'orientation), um Anschlusslösungen für Patientinnen und Patienten nach der Akutphase noch besser zu koordinieren. Amélio soll helfen, dass zum Beispiel Anamnesen nicht doppelt gemacht werden, dass wichtige Informationen (verordnete Medikamente und Therapien) nicht verloren gehen und Beratungen rechtzeitig aufgleist werden. Im Zentrum all dieser Bemühungen steht der alternde, fragile Patient bzw. die Patientin.

Die Koordinationsaufgaben von Amélio nehmen speziell geschulte Pflegefachpersonen wahr: die Infirmières bzw. Infirmiers de Liaison IDL. «Ihre Rolle ist elementar, damit die lückenlose Betreuung der Patientinnen und Patienten gelingt», sagt Philippe Anhorn. Von den 60 IDL, die beim RSRL angestellt sind, arbeiten drei Viertel im Universitätsspital CHUV, die übrigen ambulant. Spital-IDL kümmern sich nicht primär um die Akutpflege der Patientinnen und Patienten, sondern richten den Fokus auf deren Spitalaustritt: Ist eine Entlassung nach Hause möglich? Braucht es einen Aufenthalt in der Übergangspflege oder in einem Heim? Welche ambulanten Angebote des Gesundheitsnetzwerks sind angezeigt? Wie viel Beratung benötigen die Angehörigen? «Die Infirmières oder Infirmiers de Liaison haben eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, insbesondere, wenn die Fälle komplex sind», sagt Philippe Anhorn.

Doch gerade bei komplexen Fällen zeigt sich laut Anhorn der zentrale Erfolgsfaktor von Amélio: Die Infirmières und Infirmiers de Liaison ziehen an einem Strick, egal ob sie im Spital oder ambulant arbeiten. Philippe Anhorn hat seit dem Start von Amélio 2015 viel Zeit in die Teambildung investiert, damit dies gelingt. Auf Anfang 2017 wurde zudem ein detailliertes Pflichtenheft für alle IDL ausgearbeitet, welches das RSRL Interessierten zur Verfügung stellt (Kontakt über [www.reseau-sante-region-lausanne.ch](http://www.reseau-sante-region-lausanne.ch)).

Ein Knackpunkt von Amélio ist die Finanzierung: Heute bezahlt der Kanton die Hälfte der Kosten, die andere Hälfte wird über die Mitgliederbeiträge der Leistungserbringer gedeckt. Die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) kommt nicht zum Tragen, denn: «Der Kanton anerkennt die Koordinationsdienstleistungen der Ge-

sundheitsnetzwerke (noch) nicht an», sagt Philippe Anhorn. Eine Gesetzesrevision könnte dies bald ändern (siehe [www.vd.ch/dsas](http://www.vd.ch/dsas)). Gestützt auf solide Daten soll Amélio deshalb auch zeigen, dass weniger Kosten entstehen, wenn Koordinationsleistungen professionalisiert werden.

Eine weitere Schwierigkeit ist der Zugang zu Gesundheitsdaten. Weil diese häufig noch immer auf Papier geführt werden, fällt es oft schwer, Patientepfade vollständig abzubilden. Mit der Einführung des elektronischen Patientendossiers dürfte sich dies zwar merklich verbessern. Aber: «Noch effizienter wäre es, wenn auch die ambulanten Dienstleister E-Dossiers anbieten müssten», sagt Philippe Anhorn.

### Das Wichtigste in Kürze

- In der Waadt sind alle Anbieter von Pflegeleistungen gesetzlich verpflichtet, sich einem der vier kantonalen Gesundheitsnetzwerke anzuschliessen. Mit dieser Struktur will der Kanton die koordinierte Versorgung vorantreiben.
- «Amélio» ist ein Versorgungsprogramm des Gesundheitsnetzwerks Region Lausanne (RSRL), das die Schnittstelle zwischen dem Universitätsspital CHUV und der Spitex beziehungsweise Pflegeheimen stärken will.
- Die Koordinationsaufgaben von Amélio nehmen speziell geschulte Pflegefachleute wahr: die Infirmières/Infirmiers de Liaison IDL. Drei Viertel von ihnen arbeiten am Universitätsspital CHUV, die übrigen ambulant.
- Die Koordinationsleistungen sind aus Sicht der Programmverantwortlichen noch nicht abschliessend finanziert.

### Weblinks

[www.reseau-sante-region-lausanne.ch](http://www.reseau-sante-region-lausanne.ch)  
[www.vd.ch/dsas](http://www.vd.ch/dsas)

# Optima – Die Austrittsplanung beginnt auf dem Notfall

**«Optima» ist ein Projekt des Kantonsspitals Aarau, das die Interprofessionalität ins Zentrum rückt. Optima will sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten am richtigen Ort behandelt werden, und dass die Nachsorge klappt. Wesentlich ist die Triagierung bei Spitaleintritt.**

Es war die Medizinische Universitätsklinik des Kantonsspitals Aarau (KSA), die 2009 das Projekt Optima angestossen hat. «Früher war die Klinik vor allem im Winter bisweilen überbelegt – von Patienten, die in manchen Fällen gar kein Akutbett benötigt hätten», erklärt Antoinette Conca, Leiterin Pflegeentwicklung am KSA. Mit Optima werde der Patientenpfad interprofessionell verbessert. «Unsere Resultate zeigen, dass sich mit Optima Leerläufe vermeiden und Ressourcen am richtigen Ort einsetzen lassen», sagt Conca.

Das beginnt mit einer Triagierung auf der Notfallstation: Bereits hier wird bei hochaltrigen, fragilen Patientinnen und Patienten die Frage gestellt, ob sie im Akutspital richtig aufgehoben sind oder nicht. Personen, bei denen Notfallarzt und Pflegefachperson ein niedriges medizinisches Risiko, aber einen erhöhten Pflegebedarf feststellen, werden meist nur kurz hospitalisiert. Stattdessen organisiert der Sozialdienst gemeinsam mit der Pflege eine angemessene Alternative – zum Beispiel ein Ferienbett in der Übergangspflege oder ambulante Betreuung zu Hause. Das KSA ist im gesamten Kanton mit Institutionen vernetzt, die Anschlusslösungen bereits auch von

der Notfallstation oder nach einer Kurzhospitalisierung gewährleisten.

Ist das medizinische Risiko gemäss Triagierung «mittel» oder «hoch», kommt es zum Spitalaufenthalt. Trotzdem ist der Austritt der Patientin, des Patienten von Anfang an im Fokus. Ärztlicher Dienst, Pflege, Sozialdienst und auch die Physiotherapie tauschen sich laufend (mindestens einmal täglich) untereinander aus, um ihre «Perspektiven zu integrieren» – dies immer mit Blick auf die Entlassung. Dabei kommt neben der physischen Visite ein virtuelles, interprofessionelles Visitentool zum Einsatz: ein einheitliches Dokument mit einem simplen Ampelschema, welches dazu dient, den Zustand eines Patienten oder einer Patientin täglich festzuhalten, und zwar aus Sicht der Medizin, der Pflege und des Sozialdienstes. Unterschiede werden auf einen Blick sichtbar. So kann beispielsweise bei einem Patienten mit Herzinfarkt die pflegerische Ampel durchaus schon grün sein, während sie aus ärztlicher Sicht aber noch auf Rot steht. Und der Sozialdienst hält möglicherweise fest, dass die Nachsorge noch organisiert werden müsse. Das bedeutet: orange Ampel. Genau umgekehrt kann es bei einer Patientin sein, die aktivierende Pflege benötigt: Der Arzt signalisiert für den Austritt möglicherweise bereits grün, während die Pflege bei der Nachsorge noch hohen Bedarf sieht – rote Ampel. Der Sozialdienst bedeutet mit Gelb, dass der Austrittstermin zwar feststeht, sich aber verzögert. Erst wenn alle drei Ampeln auf Grün stehen, wird die Patientin, der Patient aus dem Spital entlassen.



«Dass unsere Dokumente interprofessionell nutzbar sind, ist ein grosses Plus für alle Beteiligten», sagt Antoinette Conca. Dadurch gebe es mehr Transparenz, die aktuellsten Patienten-Informationen seien wie an einem «virtuellen runden Tisch» ständig verfügbar, und insgesamt seien die Prozesse besser plan- und messbar. Die KSA-Verantwortlichen stellen das Visitentool anderen Spitälern zur Verfügung. Dessen Vorzüge sehen sie durch die Evaluation von Optima bestätigt: Demnach ist die durchschnittliche Dauer von Spitalaufenthalten gesunken, das Entlassungsmanagement und Anschlusslösungen klappen, Verzögerungen halten sich in Grenzen, und die Patientinnen und Patienten sind insgesamt zufrieden (vergleiche Artikel im Fachblatt BMC Emergency Medicine, <http://bmccemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-227X-13-12>). Auch auf mittelfristige Sicht – 30 Tage nach dem Spital – übertreffen die Resultate die angepeilten Zielwerte. Beispiel ungeplante Rehospitalisierungen: Die Medizinische Klinik rechnete damit, dass sieben Prozent der Patientinnen und Patienten nach 30 Tagen wieder ins Spital eingeliefert werden; tatsächlich betraf dies nur 6,5 Prozent. Zum Vergleich: In den USA kommt es je nach Diagnose-schwerpunkt zu 15 bis 25 Prozent Wiedereintritten. Optima wurde von Beginn an durch Kantonsbeiträge gefördert. Das KSA will das Projekt weiter entwickeln und Neuerungen mit Studien begleiten. Aktuell hat das KSA die «In-Hospitool»-Studie lanciert, die vom NFP 74 «Gesundheitsversorgung» des Schweizerischen Nationalfonds unterstützt wird. Spitäler, die an einer Studienteilnahme interessiert sind, können sich bei der Medizinischen Klinik des KSA melden.

### Das Wichtigste in Kürze

- Optima ist ein Projekt des Kantonsspitals Aarau, das helfen soll, Patientinnen und Patienten am richtigen Ort zu behandeln und die Nachsorge frühzeitig zu regeln. Unnötige Hospitalisationen werden vermieden. Dies beginnt bei der Triagierung auf der Notfallstation.
- Prozesse und Abläufe werden mit Optima professionalisiert. Ein wichtiges Instrument ist z.B. das einheitliche Visiten-Dokument, das Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Sozialdienst und weitere Gesundheitsfachpersonen (z.B. Physio-, Ergotherapie) innerhalb des Spitals interprofessionell nutzen.
- Gemäss Auswertung zeigt Optima Wirkung: kürzere Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten im Spital, weniger Rehospitalisierungen, effizientes Austrittsmanagement bei gleichbleibend hoher Patientensicherheit.

### Weblink

[www.ksa.ch](http://www.ksa.ch) → Kliniken & Zentren → Medizin → Forschung

# Alvad – enge Zusammenarbeit zwischen Spital und Spitex

**Beim Spitalaustritt gehen oft wertvolle Informationen verloren: So erlebte es früher die Spitex Locarno «Alvad». Seit die Organisation eng mit dem Regionalspital Locarno zusammenarbeitet, funktioniert die spitalexterne Pflege effizienter.**

«Alvad» (Associazione Locarnese e Valmaggese di Assistenza e Cura a Domicilio) ist ein Tessiner Spitex-Verein, der in den Bezirken Locarno und Maggiatal für die spitalexterne Pflege und häusliche Dienstleistungen sorgt. Die Geschäftsstelle befindet sich in unmittelbarer Nähe des Regionalspitals Locarno. Früher agierten Spital und Spitex-Verein praktisch losgelöst voneinander – die eine Institution wusste wenig von der Arbeit der anderen. Seit zirka zwei Jahren arbeitet Alvad verstärkt mit dem Regionalspital Locarno und anderen Kliniken zusammen. Bindeglied ist ähnlich wie bei Amélio eine Liaison-Pflegefachperson.

Die frühere Situation war für Alvad unbefriedigend: «Wenn ein Patient aus dem Spital nach Hause entlassen wurde und im Anschluss die Spitex brauchte, wurde er bei uns quasi in letzter Minute gemeldet», erklärt Alvad-Direktor Gabriele Balestra. Dieses Ad-hoc-Vorgehen sei sehr mühsam gewesen, vor allem habe es die Einsatzplanung der Mitarbeitenden erschwert. Angaben über den Gesundheitszustand des Patienten und dessen Bedürfnisse waren oft unvollständig oder fehlten ganz. Gabriele Balestra: «Die Alvad-Pflegefachpersonen investierten viel Zeit, um sich während des ersten Besuchs beim Patienten zu Hause ein Bild über dessen

Zustand zu machen.» Sie mussten dazu auch Medikamente und anderes Material besorgen, Ressourcen bei den Angehörigen erfragen (wer hat wie viel Zeit, den Vater, die Mutter zu pflegen?) und aus dem Stand einen Pflegeplan erstellen. Dieser initiale Aufwand habe die Nachsorge oft verteuert.

Heute planen zwei von Alvad angestellte Liaison-Pflegefachleute den Spitalaustritt Hand in Hand mit dem Sozialdienst des Spitals und den Angehörigen einer Patientin oder eines Patienten. Der Spitalaustritt soll flüssiger gestaltet und Brüche zwischen Spital und Spitex vermieden werden. Konkret funktioniert das so: Die Liaison-Pflegefachfrau bzw. der -fachmann besucht den Patienten auf der Station und erläutert ihm die Dienstleistungen von Alvad. An diesem Treffen sind auch Angehörige und die Stationspflege des Spitals präsent, in sehr komplexen Situationen auch die Ärztin bzw. der Arzt. Anschliessend leitet die Liaison-Pflegefachperson die nötigen Schritte ein, damit die Pflege zu Hause reibungslos funktioniert. «Die Liaison-Pflegenden leisten somit zweierlei», erläutert Gabriele Balestra: «Zum einen bereiten sie den Patienten und Angehörige darauf vor, wie die Pflege zu Hause ablaufen wird, zum andern akquirieren sie auf der Station alles Wissenswerte über den Gesundheitszustand des Patienten und leiten diese Informationen weiter – an die Alvad-Mitarbeiterinnen, aber auch an den Hausarzt und die Familie.» Wichtige medizinische Angaben wie beispielsweise die Verabreichung von Medikamenten oder die für den Patienten zuständigen Ärzte sind auf einer «Austrittskarte» festgehalten.



## Alvad – enge Zusammenarbeit zwischen Spital und Spitex

«Das System funktioniert gut», betont Gabriele Balestra. Der Erfolg lasse sich zum Beispiel an den Rehospitalisierungen messen, deren Zahl gesunken sei. Auch Kosten liessen sich einsparen. Der Alvad-Direktor hat an einem Beispiel ausgerechnet, dass durch die koordinierte Zusammenarbeit mit dem Spital in den ersten Wochen nach dem Austritt für die Krankenversicherung rund ein Drittel weniger spitalexterne Pflegekosten entstehen. Der Gewinn für Patientinnen, Patienten und Angehörigen ist zudem, dass sie durch den Besuch der Liaison-Pflegefachpersonen bereits während des Spitalaufenthalts auf die Zeit danach vorbereitet werden. Dies wirkt sich positiv sowohl auf die konkrete Pflege, besonders aber auch auf die Lebensqualität der Betroffenen aus: Sie fühlen sich sicherer, wissen, was zu Hause auf sie zukommen wird. Alvad erhält durch diese Arbeit viel Anerkennung von den Betroffenen.

Trotzdem ist das System noch verbesserungswürdig. Der grösste Stolperstein ist die Finanzierung: Die Arbeit, welche die Liaison-Pflegefachpersonen innerhalb der Spitalmauern leisten, wird von der Krankenversicherung nicht bezahlt, infolgedessen gibt es auch keine Restfinanzierung von Kanton und Gemeinden. Der Alvad-Direktor möchte beim Kanton erreichen, dass die Nachsorge-Planung im Spital künftig ganz an die Spitex delegiert und – den effektiven Kosten entsprechend – entschädigt wird; und/oder dass die Krankenkassen die Spitex-Koordinationsleistungen auch während des Spitalaufenthalts anerkennen. Diese Leistungen würden sich nämlich ausserhalb des Spitals kostengünstig auswirken.

### Das Wichtigste in Kürze

- Dem Spitex-Verein Alvad in Locarno ist es gelungen, dank einer Zusammenarbeit mit dem Regionalspital Locarno die spitalexterne Pflege effizienter zu organisieren.
- Als Bindeglied zwischen Spital und Spitex agieren Liaison-Pflegefachpersonen, die von Alvad angestellt sind: Sie planen Anschlusslösungen spitalintern, zusammen mit dem Sozialdienst, der Spital-Pflege und den Angehörigen.
- Durch die koordinierte Austrittsplanung entstehen spitalextern weniger Kosten. Ein besseres Ankommen zu Hause ist für die Betroffenen möglich.

### Weblink

[www.alvad.ch](http://www.alvad.ch)



# Spitalsozialarbeit: den Austritt auf gute Bahnen lenken

***Eine wichtige Rolle für den Spitalaustritt von Erkrankten in komplexen Situationen spielt die Spitalsozialarbeit. Mit umsichtiger Planung wie zum Beispiel Rundtischgesprächen kann der Sozialdienst dazu beitragen, dass Hochbetagte sozial gut umsorgt werden.***

Die demografische Entwicklung mit immer mehr älteren Menschen bringt es mit sich, dass soziale Problemlagen als Begleiterscheinung eines Spitalaufenthalts insgesamt zunehmen. Viele Hochbetagte leben in Einpersonenhaushalten und sind sozial isoliert. Auch gibt es mehr komplexe Fälle. Piero Catani ist Vizepräsident des «Schweizerischen Fachverbandes Sozialdienst in Spitälern» SFSS, und er ist Leiter Sozialberatung und Case Management in den Spitälern Frutigen Meiringen Interlaken AG. Catani sieht in seinem Berufsalltag viele hochbetagte, multimorbide Personen. «Für sie endet mit dem Spitalaufenthalt möglicherweise ein Lebensabschnitt», sagt der Fachmann, «sie sehen ihr eigenes Heim vielleicht nie wieder.» Das müssten sich Spital-Mitarbeitende immer wieder vor Augen halten.

Spitalsozialarbeit ist auf Bundesebene gesetzlich nicht verankert, und auch auf kantonaler Ebene existieren kaum Regelungen. Trotzdem hat sie in den meisten Spitälern unangefochten ihren Platz. Dies bestätigt eine Bestandaufnahme des SFSS aus dem Jahre 2013: Durchschnittlich dotieren Spitäler auf 444 Patienten eine Stelle im Sozialdienst – wobei öffentliche Spitäler in der Regel mehr Mittel für diesen Bereich aufwenden als private. Von besonderer Bedeutung ist die Spitalsozialar-

beit beim Austrittsmanagement, denn: «Ein Spitalaufenthalt kann Menschen sozial aus der Bahn werfen», sagt Piero Catani. Dieses Risiko dürfe weder ein Spital noch die Gesellschaft als ganze ignorieren. «Werden die sozialen Aspekte von Krankheit ausgeklammert, landet der Patient nach kurzer Zeit wieder im Spital.»

Wie geht der Sozialdienst konkret vor, um den Spitalaustritt in gute Bahnen zu lenken? Catani erklärt es an einem Beispiel: Herr G., Jahrgang 1925, ist wegen kurzzeitiger Bewusstlosigkeit (Sykope) sowie Herz- und Lungenproblemen ins Spital eingeliefert worden. Herr G. ist verheiratet, die Ehefrau zehn Jahre jünger als er, das Ehepaar bewohnt ein Haus, die Kinder leben im gleichen Dorf, einmal pro Woche kommt die Spitex. «Der Sozialdienst hatte in diesem Fall den Auftrag, ein Standortgespräch zu führen und den Austritt von Herrn G. zu planen», erläutert Piero Catani. Dieses Standortgespräch fand typischerweise am Runden Tisch mit der ganzen Familie statt. Das Behandlungsteam und auch eine Vertreterin der Spitex nehmen daran teil. Sogar der Hausarzt war anwesend, was bei spitalinternen Rundtischgesprächen selten vorkommt. Im Fall von Herrn G. wurden medizinische wie auch pflegerische Themen besprochen: Brauchte es Hilfsmittel? Entlastungsmöglichkeiten und Unterstützung für die Ehefrau? Denn: «Klassischerweise übernehmen die Partnerinnen sehr viel Betreuungsarbeit.» Ein Übertritt ins Pflegeheim stand ebenfalls zur Diskussion, doch dem stand der Wunsch von Herrn G. entgegen, nach Hause zurückzukehren. Dies gelang: Der Sozialdienst organisierte die Hilfsmittel und die am-



## Spitalsozialarbeit: den Austritt auf gute Bahnen lenken

bulante Pflege durch die Spitex. Er sorgte somit dafür, dass der Patient umfassend gut versorgt war.

«Die Methoden der Spitalsozialarbeit sind vielfältig», erklärt Piero Catani. Einzel- oder Familiengespräche gehören zur Tagesordnung, ebenso Beratung – zum Beispiel finanzielle und sozialrechtliche Abklärungen – bis hin zum umfassenden Case Management. Auch die Netzwerkarbeit mit Partnern wie Reha- und Kurkliniken oder Altersheimen ist für die koordinierte Versorgung wichtig. So könne es gelingen, das Umfeld der erkrankten Person optimal zu vernetzen und deren Ressourcen zu aktivieren. Im Rahmen des Case Managements wurde auch untersucht, wie sich Rehospitalisierungen aus sozialen Gründen vermeiden lassen. Catanis Team hat in Interlaken ein Jahr lang Zahlen gesammelt und diese mit Daten aus früheren Jahren verglichen. Die Ergebnisse belegen, «dass mit einer sorgfältigen Austrittsplanung und -begleitung der Patienten die Wiedereintritte abnehmen können.» Er sei gerne bereit, das an seinem Spital praktizierte Modell mit Interessierten zu teilen, sagt Piero Catani.

Sozialdienste rechnen im Spital über ein pauschalisiertes Abrechnungsverfahren ab, denn die Organisation der Nachsorge ist gemäss Krankenversicherungsgesetz ein Teil der Fallkostenpauschalen (gemäss Swiss DRG). Dem Sozialdienst bleibt in der Regel nur wenig Zeit für die individuelle Beratung, Unterstützung und Organisation des Spitalaustritts. Die Leistungen enden mit dem Spitalaustritt der Patientin, des Patienten. Allerdings ist dazu noch nicht das letzte Wort gesprochen – unter anderem, weil sich das Bundesverwaltungsgericht mit mehreren Fällen aus diesem Bereich beschäftigen musste. «Zur Zeit diskutiert die Gesundheitsdirektorenkonferenz darüber, Spitalsozialarbeit bis zu einem gewissen Grad als sogenannte ‚gemeinwirtschaftliche Leistungen‘ anzuerkennen», sagt Stefan Leutwyler, stellvertretender

Zentralsekretär der GDK. Gemeinwirtschaftliche Leistungen sind solche, die Spitäler und die Spitex zugunsten der Allgemeinheit erbringen und die von den Kantonen direkt subventioniert werden.

### Das Wichtigste in Kürze

- Soziale Probleme als Begleiterscheinung eines Spitalaufenthalts nehmen aufgrund der veränderten Bevölkerungsstruktur zu.
- Rundtischgespräche mit allen Beteiligten sind ein wirksames Instrument, um einer Rehospitalisierung vorzubeugen.
- Ein wichtiges Thema im Spital sind die finanziellen Problemlagen: Anträge für Ergänzungsleistungen werden oft erst mit dem Eintritt in ein Spital und entsprechender Unterstützung des Sozialdienstes gemacht.
- Sozialdienste werden über Swiss DRG-Fallpauschalen finanziert. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz diskutiert zur Zeit die Option, Spitalsozialarbeit teilweise als gemeinwirtschaftliche Leistungen anzuerkennen.

### Weblink

[www.sfss.ch](http://www.sfss.ch)

# Übergangspflege I: das rehabilitative Potenzial ausschöpfen

***Gebrechliche, hochbetagte Patientinnen und Patienten brauchen nach einem Spitalaufenthalt häufig mehr Zeit, bis sie wieder nach Hause können. Im Akutspital können sie aber nicht bleiben. In solchen Fällen bietet sich die Akut- und Übergangspflege an, die normalerweise zwei Wochen dauert. Anders in der Stadt Zürich: Hier übernehmen die Pflegezentren mit der Übergangspflege einen Teil der Rehabilitationsaufgaben. Die Patienten bleiben bis acht Wochen.***

Nachdem auf den 1. Januar 2102 in der Schweiz die neue Spitalfinanzierung mit Fallkostenpauschalen, den Swiss DRG, eingeführt worden war, schufen die Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ) ein neues Angebot: Für zugewiesene Patientinnen und Patienten aus dem Spital führten sie eine «Abteilung für Aufnahme und Übergangspflege» (AAÜP) ein. Die Gesamtbettenzahl änderte sich dadurch nicht.

Die sogenannte Akut- und Übergangspflege (AÜP) ist im Krankenversicherungsgesetz geregelt: Nach Artikel 25a Absatz 2 wird sie als «Pflegebedarf nach einem Spitalaufenthalt» definiert, vom Spitalarzt angeordnet und ist auf maximal zwei Wochen ausgelegt. Die Pflegezentren der Stadt Zürich halten diese Ausgestaltung von Übergangspflege für ungenügend. «Alte, gebrechliche Menschen brauchen nach dem Spital deutlich mehr Erholungszeit; sie sind multimorbid und multidimensional krank, und nur mit aktivierender Pflege gehen die wenigsten wieder nach Hause», sagt Gabriela Bieri-Brüning, Stadtärztin, Chefärztin Geriatrischer Dienst und Ärztliche

Direktorin der PZZ. Deshalb dauert die Übergangspflege in den PZZ nicht zwei, sondern bis acht Wochen. Und: Sie hat rehabilitativen Charakter. Sie entspricht weder der «Übergangspflege» nach KVG noch einer eigentlichen Rehabilitation, sondern sie ist laut Bieri-Brüning «etwas dazwischen».

Heute betreiben die Pflegezentren vier Abteilungen für Aufnahme und Übergangspflege an drei Standorten mit 87 Betten. Mit den hauptzuweisenden Spitälern ist vereinbart, Patientinnen und Patienten innerhalb von 48 Stunden zu übernehmen. Ausnahmen sind Personen in sehr komplexen und instabilen Krankheitssituationen, die spezialisierte Palliative Care benötigen, einschliesslich Personen mit einer schweren Demenz: Sie werden direkt auf die Langzeitpflegeabteilung oder eine andere für sie geeignete, spezialisierte Einrichtung platziert, damit ihnen ein zusätzlicher Wechsel erspart bleibt.

Alle zugewiesenen Patientinnen und Patienten durchlaufen in den ersten sieben bis zehn Tagen ein interdisziplinäres geriatrisches Assessment. «Die Triage im Spital für den Entscheid, wer über die notwendigen Ressourcen einer Rückkehr nach Hause verfügt, kann im hektischen Spitalalltag oft nicht oder nicht sorgfältig genug getroffen werden», erklärt Bieri-Brüning. Häufig sei es zu früh, oder es fehle das geriatrische Fachwissen. Deswegen nehmen die AAÜP diese Triagierung selber vor. Ziel ist, das rehabilitative Potenzial der Patientin oder des Patienten zu bestimmen. Aufgrund des geriatrischen Assessments werden die rehabilitativen Ziele und die therapeutischen Massnahmen geplant.



## Übergangspflege I: das rehabilitative Potenzial ausschöpfen

«Das Therapieprogramm ist weniger intensiv als in einer Reha-Klinik», erklärt Gabriela Bieri-Brüning, «wir reden deshalb von Slow Stream Rehabilitation.» Die Patientinnen und Patienten brauchen aber vier- bis sechsmal mehr Arzt- und Therapieleistungen als auf der Normalstation. Am Ende können knapp zwei Drittel von ihnen wieder nach Hause austreten, darunter selbst solche mit einer leichten bis mittelschweren Demenz. 2014 verzeichneten die AAÜP 61 Prozent, 2015 bereits 65 Prozent Austritte nach Hause. Für künftige Langzeitpatienten wird von der AAÜP aus ein dem individuellen Bedarf entsprechendes Wohn- und Betreuungsangebot gesucht.

Auch Rückverlegungen ins Spital gibt es von der Übergangspflege aus, aber «nicht entfernt in dem Ausmass, wie sich unter dem Schlagwort ‚blutige Austritte‘ befürchten liesse», betont Bieri-Brüning. 2012 mussten zirka 6 Prozent der Patienten innerhalb der 18-Tage-Frist, die ein DRG umfasst, rehospitalisiert werden, 2013 waren es knapp 4 Prozent. Seither ist die Zahl wieder leicht angestiegen. Der Grund: «Wir sehen zunehmend komplexe Patientensituationen mit kurzfristiger Übertrittverschiebung, was wiederum die Rückverlegungen ansteigen lässt.» Doch insgesamt, betont die PZZ-Direktorin, bewähren sich Struktur und Prozesse der Abteilung. Das Prozedere der städtischen Pflegezentren sei aber nur in Institutionen mit einem interdisziplinären geriatrischen Team unter Leitung eines Geriaters oder einer Geriaterin möglich.

Unbefriedigend ist die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege: Für die Hotelleriekosten müssen Patientinnen und Patienten selber aufkommen – in den PZZ sind dies 190 Franken pro Tag. Nicht alle können sich das leisten, zumal die Verweildauer in der AAÜP wesentlich länger dauert als die gesetzlich vorgesehenen 14 Tage. Für die PZZ selbst ist die Slow Stream Rehabilitation nicht kostendeckend: So sind ärztliche Leistungen und Therapien, Medikamente und Laborkosten über Einzelleistungsvergütung zwar abgedeckt, nicht aber der Pflegemehrbedarf und der Sozialdienst. Letztere ist eine Spitalleistung, die auf die AAÜP verschoben wird. «Die AAÜP wird querfinanziert – und trägt zum Defizit bei, das die PZZ regelmässig verbuchen», sagt Gabriela Bieri-Brüning. Das sei der Preis, den die Stadt Zürich für die integrierte Versorgungskette bezahle. Für die PZZ-Direktorin sind es gut investierte Mittel: «Dadurch entsteht Chancengleichheit für praktisch alle, noch einmal nach Hause zu kommen.»

### Das Wichtigste in Kürze

- Für Spitalpatientinnen und -patienten, die nach der Akutphase ihre Funktionalität noch nicht erreicht haben, sieht das KVG eine «Akut- und Übergangspflege» von maximal 14 Tagen vor.
- Die Pflegezentren der Stadt Zürich PZZ bieten eine Übergangspflege an, die wesentlich länger dauert – bis acht Wochen – und die rehabilitativen Charakter hat. Alle Patientinnen und Patienten, die nach einem Spitalaufenthalt Pflegebedarf haben, treten in eine solche Abteilung für Aufnahme und Übergangspflege (AAÜP) ein.
- Die Basis, um auf der AAÜP das rehabilitative Potenzial einer Patientin oder eines Patienten festzustellen, bildet ein interdisziplinäres geriatrisches Assessment.
- Rund zwei Drittel der Patientinnen und Patienten gehen von der AAÜP aus nach Hause, die übrigen treten in eine Langzeitinstitution über. Ein kleiner Anteil wird ins Spital rückverlegt.
- Die Finanzierung der Übergangspflege wird von vielen als unbefriedigend eingeschätzt. Für Kost und Logis müssen Patientinnen und Patienten selber aufkommen. Die PZZ können ihre AAÜP nicht kostendeckend betreiben.

### Grösste Institution ihrer Art

Die Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ) betreiben an zehn Standorten im gesamten Stadtgebiet rund 1600 Betten. Die PZZ sind die grösste Institution ihrer Art in der Schweiz. Zu ihrem Angebot gehören auch zwei Tageszentren, die Gerontologische Beratungsstelle mit den ambulanten Angeboten Memory-Klinik Entlisberg und Hausbesuche SiL (Sozialmedizinische individuelle Lösungen). Die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten wird durch ein eigenes Heimarztsystem abgedeckt. Die leitenden Ärztinnen und Ärzte sind Geriater/-innen oder Gerontopsychiater/-innen. Etwa 70 Prozent der Heimeintritte erfolgten bereits vor DRG-Einführung direkt aus einem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik, heute sind es 80 Prozent. Die Eintritte in die PZZ waren über Jahre stabil bei rund 1200 pro Jahr. Seit Einführung der DRG sind sie sprunghaft auf 1500, dann 1700 Eintritte angestiegen und haben sich auf diesem Niveau eingependelt. Gleichzeitig haben auch die Austritte nach Hause deutlich zugenommen.

### Weblink

[www.stadt-zuerich.ch](http://www.stadt-zuerich.ch) →Pflegezentren

# Übergangspflege II: gesünder werden vor der Rückkehr nach Hause

**Seit Anfang 2016 bietet der Kanton Aargau für gebrechliche Spitalpatientinnen und -patienten flächendeckend Akut- und Übergangspflege an. Die dreijährige Pilotphase zeigte, dass das Angebot der Zielgruppe nützt. Allerdings nehmen es noch wenige in Anspruch.**

Der Aargauer Regierungsrat hat die Ausgestaltung der AÜP aufgrund des kantonalen Pflegegesetzes geregelt: «Leistungserbringer brauchen eine kantonale Bewilligung und müssen dafür ein Konzept einreichen», erklärt Felix Bader, Leiter Sektion Langzeitversorgung beim Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau. Seit dem 1. Januar 2016 gilt für die Akut- und Übergangspflege im Kanton Aargau der Regelbetrieb. Die Basis dafür bildete ein dreijähriges Pilotprojekt (2012 bis 2014), an dem je acht Pflegeinstitutionen und Spitäler beteiligt waren: die Kantonsspitäler Aarau und Baden; das Gesundheitszentrum Fricktal mit den Standorten Rheinfelden und Laufenburg; zwei Spitäler der Asana Gruppe: Menziken und Leuggern; sowie das Spital Zofingen und das Kreisspital Muri. Fünf dieser Spitäler verfügen über eigene Pflegeinstitutionen, bei dreien befinden sich Pflegeheime in unmittelbarer Nähe.

Im Sommer 2015 veröffentlichte der aargauische Regierungsrat den Evaluationsbericht zur dreijährigen Pilotphase. Er kam zum Schluss, dass die Fallzahlen der AÜP «insgesamt verhältnismässig niedrig» sind: Die acht Pilotbetriebe zählten in den drei Jahren total knapp 900 Patientinnen und Patienten – rund 300 pro Jahr. Das entspricht einem Anteil von rund sieben Prozent von Personen, die nach einem Spitalaufenthalt nicht direkt nach Hause gehen können. «Der Hauptgrund, AÜP in An-

spruch zu nehmen, sind beeinträchtigte Mobilität und Gehfähigkeit sowie Defizite bei der Selbstversorgung», erklärt Felix Bader. In den Spitälern ist es das klinische Team, das zusammen mit dem Sozialdienst eine Empfehlung für AÜP formuliert. Dass der Patient oder die Patientin in vielen Fällen darauf verzichtet, das Angebot zu nutzen, hängt gemäss Evaluation des Pilotprojekts mit den «verhältnismässig hohen Heimtarifen für Betreuung und Hotellerie» zusammen.

Im Kanton Aargau beschränkt sich die AÜP effektiv auf Pflegeleistungen, das heisst sie sieht – im Gegensatz etwa zur AAÜP in den Pflegezentren der Stadt Zürich – keine rehabilitativen Massnahmen vor. Gemäss Evaluationsbericht wird die AÜP mehrheitlich von weiblichen Patientinnen im Durchschnittsalter von 82 Jahren wahrgenommen. Zwei Drittel der Patientinnen und Patienten verlassen innerhalb der Maximaldauer von 14 Tagen die Institution, in welcher die AÜP angeboten wird, und können wieder in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren. Im Spital Zofingen, das schwerpunktmässig auf Altersmedizin ausgerichtet ist, bleiben AÜP-Patientinnen- und Patienten im Schnitt gar 25,5 Tage. Der Austritt geschehe «in der deutlichen Mehrheit auf eigenen Wunsch und wegen eines verbesserten Gesundheitszustands – und nicht etwa, weil sie es sich nicht mehr leisten könnten», erläutert Felix Bader. Knapp 70 Prozent der Patientinnen und Patienten befinden sich auch noch vier Wochen nach der AÜP in ihrem häuslichen Umfeld. Allerdings gibt es zu dieser Zahl keine Kontrollgruppe von Personen, die den gleichen Bedarf nach AÜP gehabt hätten, das Angebot aber nicht in Anspruch nahmen.



Das Departement Gesundheit und Soziales im Kanton Aargau schliesst aus den Resultaten, dass «das Angebot somit überwiegend für eine besonders gebrechliche Patientengruppe geeignet ist, für die einerseits keine Rehabilitation in Frage kommt, die aber dennoch ein hohes Potenzial aufweist, nach dem akutstationären Setting zu Hause zu leben.» Hier wäre beizufügen, dass die Zielgruppe über die finanziellen Mittel verfügen muss, um sich AÜP leisten zu können.

Seit Einführung des Regelbetriebs im Januar 2016 will der Kanton auch ambulanten Leistungserbringern – Spitexorganisationen oder selbstständigen Pflegefachpersonen – erlauben, Akut- und Übergangspflege anzubieten. Allerdings gelten strenge Kriterien, um eine Bewilligung zu bekommen: Die ambulante AÜP muss die gleichen Dienstleistungen gewährleisten können wie im stationären Setting, also 24-Stunden-Erreichbarkeit, gute Vernetzung sowie geringen Koordinations- und Organisationsaufwand. «Bislang», sagt Felix Bader, «gibt es von Spitex-Betrieben oder freiberuflichen Pflegefachleuten noch keine entsprechenden Angebote.»

### Das Wichtigste in Kürze

- Der Kanton Aargau regelt die Akut- und Übergangspflege AÜP aufgrund des kantonalen Pflegegesetzes. Leistungserbringer (Pflegeheime, Spitexorganisationen oder selbstständige Pflegefachpersonen) brauchen eine Bewilligung.
- Die AÜP hat sich in einem dreijährigen Pilotbetrieb in acht Pflegeinstitutionen mit Spital-Nähe bewährt. Die Fallzahlen sind allerdings relativ niedrig. Die Kantonsbehörden führen dies auf die «relativ hohen Hotelleriekosten» zurück, welche die Patienten selber übernehmen müssen.
- Zwei Drittel der Patientinnen und Patienten können nach der Maximaldauer von 14 Tagen AÜP nach Hause zurückkehren.
- Seit Einführung des Regelbetriebs Anfang 2016 sind auch ambulante Leistungserbringer zur AÜP zugelassen.

### Weblink

[www.ag.ch](http://www.ag.ch) →AÜP

Wie soll der Spitalaustritt von hochaltrigen, mehrfach kranken und gebrechlichen Personen geplant und koordiniert werden? Dazu existieren in Schweizer Spitälern keine allgemeingültigen Standards. Gleichwohl gibt es vielerorts sehr gute, nachahmenswerte Modelle, die sich in der Praxis bewähren. Die in diesem Bericht versammelten Praxisbeispiele belegen dies. Die einzelnen Projekte lassen sich zwar nicht vorbehaltlos auf sämtliche Gesundheitsregionen hierzulande übertragen. Ein Projekt wie Amélio etwa ist in den spezifischen gesundheitspolitischen Kontext des Kantons Waadt eingebunden und würde in einem Deutschschweizer Kanton nicht funktionieren; oder die Abteilung für Akut- und Übergangspflege, welche die Pflegezentren der Stadt Zürich betreiben: Sie ist in dieser Form nur möglich, weil sich die Stadt Zürich eine integrierte Versorgungskette leistet.

Trotzdem haben die vorgestellten Modelle einige Gemeinsamkeiten: Sie zeigen allesamt, dass fragile Patientinnen und Patienten umfassend und gut versorgt sind, wenn die Übergänge zwischen Akutspital und Nachsorge (zu Hause, im Pflegeheim) professionalisiert sind und wenn für deren Koordination genügend Ressourcen bestehen. «Wir haben ein Interesse, dass es den Patientinnen und Patienten auch nach dem Spitalaufenthalt gut ergeht», sagt etwa Antoinette Conca vom Kantonsspital Aarau. Fachleute wie sie zählen zur Gesundheit auch soziale und seelische Aspekte, zudem kommt es erwiesenermassen zu weniger Rückverlegungen ins Spital, wenn die Übergänge gut koordiniert sind. Deshalb lohnt es sich für die Gesellschaft, hier zu investieren.

Die Praxisbeispiele weisen aber alle auch auf Herausforderungen bei der Finanzierung hin, die sich hinderlich auswirken können, solche Modelle zu etablieren und verbreiten.

Stefan Leutwyler plädiert dafür, dass die Leistungserbringer in Zukunft vermehrt zusammenkommen, um ihre Erfahrungen zu bündeln. «Es braucht vermehrte und offenere Diskussionen über dieses Thema», ist der stellvertretende Zentralsekretär der GDK überzeugt. Dann komme auch der politische Prozess voran.

