

Zeitschrift:	Schauplatz Spitex : Zeitschrift der kantonalen Spitex Verbände Zürich, Aargau, Glarus, Graubünden, Luzern, Schaffhausen, St. Gallen, Thurgau
Herausgeber:	Spitex Verband Kanton Zürich
Band:	- (2009)
Heft:	6: Sanfte Medizin und Spix
Artikel:	Schnittstellen im Zentrum
Autor:	Meier, Karin
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-822205

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: 18.02.2026

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

Schnittstellen im Zentrum

Die 11. Arbeitstagung der Nationalen Gesundheitspolitik stand unter dem Titel «Zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung». Vorgestellt wurde unter anderem ein Pilotprojekt für Palliative Care im Zürcher Oberland. Zu Beginn der Tagung, die am 19. November im Zentrum Paul Klee in Bern stattfand, präsentierte Bundesrat Didier Burkhalter seine Vorstellungen für den Gesundheitsbereich.

Karin Meier // Bundesrat Didier Burkhalter begann seine Rede vor den Kantonsvertretern mit den Worten: «In meinen ersten gut zwei Wochen als Gesundheitsminister ist mir aufgefallen, dass man häufig auf die gleiche Art mit mir spricht. Egal wer mein Gegenüber ist, der Ton ist fast immer derselbe: Mit einem feinen, wissenden und fast resignierten Lächeln gibt man mir zu verstehen, dass die Herausforderungen des Gesundheitswesens unermesslich seien.» Eine «Mission impossible», sozusagen. Er selber, fügte er hinzu, sei allerdings vom Gegenteil überzeugt.

Didier Burkhalter strebt ein Gesundheitssystem an, das seine Qualität halten oder steigern und gleichzeitig die Kosten eindämmen kann. Erreichen will er dies mit einer ganzheitlichen Betrachtung und gemeinsamen Zielen in den Bereichen Qualität, Versorgungszugang, Ressourceneinsatz und Effizienz. Er plä-

derte für eine stärkere Führungsrolle des Bundes in der Gesundheitspolitik. Das Management der Schweinegrippen-Pandemie zeige, dass derzeit eher zu viele Piloten als keiner an Bord seien, stellte Burkhalter in seiner Rede vor Kantonsvertretern fest.

Mit Fallpauschalen Kosten eindämmen

Möglichst rasch will der neue Gesundheitsminister bereits beschlossene Revisionen umsetzen. Bei der Spitalfinanzierung sieht er in den leistungsbezogenen Fallpauschalen ein geeignetes Mittel, um Effizienz und Qualität im stationären Bereich zu steigern und den Kostenanstieg zu bremsen. Bei der Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung signalisierte er allerdings Bereitschaft zur Verschiebung, damit die Umsetzung reibungslos ablaufen kann.

Entschlossenes Handeln erwartet Burkhalter vom Parlament. Es soll die dringlichen Massnahmen und die Förderung von Managed Care rasch verabschieden. Gute Managed-Care-Modelle betrachtet der neue Bundesrat als Schlüssel zur Gesundheitsreform, sofern sie kostengünstigere Behandlungen bei gleichzeitig höherer Qualität ermöglichen. Voraussetzungen dafür seien u.a. eine effiziente Patientensteuerung mittels Case- und Care-Management, eine integrierte Versorgung von chronischkranken Menschen und ein flächendeckendes Angebot, führte er aus.

Im Weiteren nahm Burkhalter die Idee einer dualen Grundversicherung wieder auf – mit der Behandlungssteuerung in Netzwerken als Normalfall. Wer das nicht möchte, kann sich für eine teurere Alternativversicherung mit grösserer Wahlfreiheit entscheiden.

Eine therapeutische Kette bilden

Wulf Rössler, Mitglied der Geschäftsleitung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, zeigte auf, wie in einem idealen Modell die Institutionen eine therapeutische Kette bilden, um die Patientinnen und Patienten je nach Schweregrad ihrer Erkrankung sinnvoll zu unterstützen. Solange die einzelnen Teile dieser Kette jedoch ihrem Eigeninteresse folgten und gute Risiken suchten, sei das Modell in der Realität zum Scheitern verurteilt, hielt er fest. Die Folgen seien ein (zu) hoher Anteil an stationären Akutbehandlungen und – damit verbunden – unnötige Einschränkungen der Patientinnen und Patienten.

Für die Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen forderte Wulf Rössler ein effizientes Schnittstellenmanagement. In der Praxis existier-

Qualität sichern, Palliative Care fördern
pd // Der Bund will künftig eine aktive Rolle bei der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen übernehmen. Mit der Publikation von Qualitätsindikatoren von Spitälern hat er bereits erste Massnahmen ergriffen. Auf Anstoss des Ständerates wurde nun eine umfassende Qualitätsstrategie entworfen. Der Bund will u.a. Anreize zur Sicherung der Qualität schaffen und den Informationsaustausch zwischen den Akteuren sicherstellen. Zusammen mit den Kantonen will der Bund auch die Palliative Care in der Schweiz fördern. Im Rahmen einer «Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012» sollen die bestehenden Lücken in der Versorgung, Finanzierung, Information, Bildung und Forschung geschlossen werden.

ten dafür bereits mehrere Modelle, sagte er. So setze England auf so genannte Community Teams, die einen Patienten nicht nur bei einer ambulanten Behandlung, sondern auch bei einem stationären Aufenthalt betreuen. Für die Schweiz erwähnte er u.a. das Modell der Gemeindeintegrierten Akutbehandlung in Luzern (siehe Schauplatz Spitex Nr. 5/09).

Pilotprojekt im Zürcher Oberland

In Workshops, die im Rahmen der Arbeitstagung stattfanden, wurden konkrete Ausgestaltungen der Schnittstelle ambulant-stationär vorgestellt. So hat zum Beispiel das Gesundheitszentrum Zürcher Oberland GZO – Spital Wetzikon in einem Pilotprojekt die Schnittstellenkoordination für Palliative-Care-Patienten übernommen. Auslöser für das Projekt sei die Erkenntnis gewesen, dass eine ungenügende Austrittsplanung nicht nur teuer sein könne, sondern die Situation von sterbenden Menschen zusätzlich und unnötig erschwere, sagte Dr. med. Andreas Weber, Co-Präsident Palliative Care Netzwerk ZH/SW, der für das Projekt im GZO zuständig ist.

Ein Beispiel: Ein unheilbar kranker Patient wurde nach einem Spitalaufenthalt zum Sterben nach Hause entlassen, wo seine Ehefrau und die Spitex mit der Situation jedoch überfordert waren und die Ambulanz riefen. Der Patient wehrte sich noch gegen die Einweisung durch den Notfallarzt und verstarb nach wenigen Minuten auf der Notfallstation.

Betreuungsplan für sterbende Menschen

Das Pilotprojekt im Zürcher Oberland wurde von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe, in der auch die Spitex vertreten ist, ausgearbeitet. Es sieht vor, dass für eine Testgruppe von Palliative-Care-Patienten mit einer voraussichtlichen Lebensdauer von weniger als einem Jahr ein Betreuungsplan aufgestellt wird, der die Zeit nach ihrem Spitalaustritt regelt. Damit soll sichergestellt werden, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten eine lückenlose Betreuung an dem Ort erhalten, den sie selber wünschen und der auch aus fachlicher Sicht optimal ist.

Der Betreuungsplan beinhaltet: Beschreibung des Krankheitsverlaufs und möglicher Komplikationen, Definition und Festhalten von Massnahmen in Absprache mit dem Patienten oder der Patientin, Verfassen von Anweisungen für Angehörige und involvierte Leistungserbringer wie die Spitex oder den Hausarzt und Organisation einer 24-stündigen Betreuung.

Die ersten Resultate sind viel versprechend: In mehr als 90% der 35 ausgewerteten Fälle konnten die Menschen dort sterben, wo sie es sich gewünscht hatten. Überhaupt hätten die Patientinnen und Patienten gut auf das Angebot angesprochen, erklärte Andreas Weber. Er präzisierte, dass den Menschen gegenüber keine Prognose für die Lebenserwartung gemacht wer-



Bild: Karin Meier

de. Es werde lediglich gesagt, dass etwa 80% aller Patientinnen und Patienten in der gleichen Situation das nächste Jahr nicht überlebten, 20% allerdings schon.

Mit dem Projekt sei auch die Zusammenarbeit mit externen Partnern wesentlich verbessert worden, hielt Weber fest. Der intensive Austausch habe neue Einsichten in die Probleme und Bedürfnisse der verschiedenen Beteiligten ermöglicht. Einzig bei den Hausärzten sei das Engagement sehr unterschiedlich ausgefallen, fügte er hinzu. Nicht alle seien bereit gewesen, abends und am Wochenende bei Bedarf zur Verfügung zu stehen. Ziel ist es nun, das Projekt weiterzuführen und auf andere Kliniken auszudehnen.

Bundesrat Didier Burkhalter signalisierte den Kantonen, er sei bereit, die Einführung der neuen Pflegefinanzierung wenn nötig nochmals zu verschieben.