

Schwerpunktthema:

Hospital at Home und Home Monitoring

- 2 «Hospital at Home» der Klinik Arlesheim – ein neues Behandlungssetting etabliert sich in der Gesundheitsversorgung
- 7 «Home Monitoring» ist heute ein Standard
- 8 uniham-bb
- 9 «Hospital at Home» hat Zukunftspotenzial

Die Synapse finden Sie auch unter:
www.synapse-online.ch

Editorial

Innovative ärztliche Konzepte am Beispiel von «Hospital at Home» und «Home Monitoring»

Geschätzte Leserinnen und Leser

In der vorliegenden *Synapse* finden Sie Texte zu «Hospital at Home» und zu «Home monitoring», zwei bekannte und innovative Konzepte, die sich in idealer Weise ergänzen. Ziele sind jeweils die Vermeidung von Hospitalisationen und die Betreuung unserer Patientinnen und Patienten in ihrer vertrauten Umgebung zu Hause. Die Vorteile sind evident: tiefere Kosten (wenngleich die tarifliche Abgeltung für diese Konzepte noch unklar und völlig ungenügend ist), stufengerechte Behandlung und weniger Stürze und Verwirrheitszustände dank der gewohnten Umgebung, gerade bei unseren älteren Patientinnen und Patienten.

Die Ärztegesellschaft Baselland und die Medizinische Gesellschaft Basel unterstützen diese zukunftsweisenden Projekte. Unser Anliegen ist es, die Schnittstellen und Übergänge zu schärfen und weitere Partner einzubeziehen, wobei vor allem der Spitex eine wichtige Rolle zukommen soll.

Gerade in diesen komplexen Zeiten sind derartige «Bottom-up»-Projekte der an der Versorgungsfrente Tätigen wesentlich zielführender als die unzähligen «Top-down»-(Über-)Regulierungen von BAG und Bundespolitik.

Tobias Eichenberger



Zentral ist die Rolle der Medizinischen Notrufzentrale (MNZ). Wir haben das Glück, in unserer Region über eine seit vielen Jahren bewährte und leistungsstarke MNZ zu verfügen, die im Dreieck Arzt/Klinik – «Hospital at Home» und «Home Monitoring» – Spitex die entscheidende Schnittstelle darstellt.

In diesem Sinne wünscht Ihnen die Redaktion eine kurzweilige und erkenntnisreiche Lektüre.

*Dr. med. Tobias Eichenberger,
Präsident Ärztegesellschaft Baselland*

Gesundheitsplatz Schweiz – Vom Weltmeister zum Flickwerk

In den nächsten Ausgaben werden wir versuchen, die äusserst komplexe Entwicklung im schweizerischen Gesundheitswesen aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten. Trotz eines durchaus adäquaten Kostenanstiegs über die letzten Jahr(zehnt)e führt der überproportionale Anstieg der Prämien zu einer zunehmenden Belastung des Mittelstandes und zu politischer Hektik und Aktivismus. Dies wiederum führt zur mehr Bürokratie, einer kontraproduktiven Überregulierung und durch Fehlanreize zu einem kostentreibenden Wettbewerb der Spitäler. Der bereits vorhandene und zukünftig noch grösser werdende Mangel (Fachärztinnen und -ärzte, insbesondere Grundversorger, Pflegekräfte, Medikamente) gerät bei der aktuellen Spardiskussion völlig aus dem Fokus. Die einseitige Diskussion der Kosten ohne gleichzeitige Betrachtung des Nutzens ist letztendlich nicht zielführend.

«Hospital at Home» der Klinik Arlesheim – ein neues Behandlungssetting etabliert sich in der Gesundheitsversorgung

In der Region Nordwestschweiz ist die Klinik Arlesheim Vorreiterin des Konzeptes «Hospital at Home» (HaH). Eine erste Zwischenbilanz ist vielversprechend und zeigt positive Ergebnisse, auch wenn noch nicht alle Probleme (Finanzierung) gelöst sind.

Christiane Leupold-Gross



Dr. med.
Christiane Leupold-Gross
ist Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin FMH

Smart Health schreitet voran

Die Entwicklung in Richtung Smart Health schreitet voran, es ist eine Frage des eigenen Mindsets, der eigenen Denkweise, ob man diese Entwicklung als Evolution betrachtet oder nicht. Man kann die Digitalisierung in der Medizin befürworten, skeptisch beäugen oder gar bekämpfen (an dieser Stelle verweise ich gerne auf unsere Ausgabe *Synapse* 1/23 zum Thema Künstliche Intelligenz in der Medizin) – auf jeden Fall ist sie schon in vollem Gange und eröffnet neue Möglichkeiten in der medizinischen Versorgung unserer Gesellschaft! Dank Smart Health können wir nicht allen, aber einigen grossen, gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Hürden, die auf uns zukommen, entgegenzutreten sowie dem demografischen Wandel und den ökonomischen Aspekten der Gesundheitsversorgung die Stirn bieten.

Wenn man den Zahlen von McKinsey & Company in Kooperation mit der ETH Zürich vom September 2021 Glauben schenken will, lag das Nutzungspotenzial aller Digitalisierungsmöglichkeiten im schweizerischen Gesundheitssystem im Jahr 2019 bei 8,2 Mia. Franken. Das grösste Nutzungspotenzial von 2,6 Mia. CHF liegt gemäss dieser Analyse bei den Onlineinteraktionen, also u. a. den Fernkonsultationen und Fernüberwachungen und in Konsequenz bei den sinkenden Hospitalisationszahlen insbesondere bei chronisch Erkrankten.

Home Monitoring hat sich in der Pilotphase als wirtschaftlich, wirksam und zweckmässig erwiesen

Angesicht solcher Perspektiven, aber auch in Anbetracht des bestehenden Fachkräftemangels, welcher bereits zur Reduktion von Akutbetten im stationären Bereich führt, sind neue Möglichkeiten im Zusammenhang mit Smart Health gefragt. Die Ärztesgesellschaft Baselland (AeGBl) hatte unter Mitwirkung der Klinik Arlesheim, des Praxiszentrums Reinach, der Medizinischen Notrufzentrale (MNZ) und Masimo Schweiz AG während der Covid-Pandemie ein Pilotprojekt für ein alternatives Behandlungsmodell gestartet. Dabei ging es um das Home Monitoring, in der *Synapse* 1/23 berichtete Conrad E. Müller über dessen erfolgreiche Testung. Die Ergebnisse des Home Monitorings, des kontinuierlichen telemedizinischen Monitorings von Vitalparametern wie u. a. Puls, O₂-Sättigung und Atemfrequenz mittels digital übermittelnder Überwachungsgeräte, waren durchwegs erfreulich: Das Home Monitoring (HM) hat sich in der Pilotphase als wirtschaftlich, wirksam und zweckmässig erwiesen. Und ein Tag HM kostet nur ein Drittel eines Tages im Spital! (Siehe auch den aktualisierten Artikel von Dr. C. E. Müller auf Seite 7 in dieser *Synapse*.)

Hospital at home – ein spitaläquivalentes Behandlungskonzept

Von diesen positiven Erkenntnissen und technischen Möglichkeiten beflügelt, entwickeln sich derzeit in der Schweiz mit den «Hospital at Home»-Projekten (HaH) Modelle der Zukunft für eine integrierte Gesundheitsversorgung und eine patientenorientierte Medizin. So in Zürich an der Klinik Zollikerberg unter dem Namen «Visit» oder an die Hirslanden-Klinik angebunden als HaH-AG. Die Grundvoraussetzung für alle HaH-Projekte ist das sichere Home Monitoring. Allerdings liegen die Hürden für dieses für Schweizer Verhältnisse neue Konzept der Patientenbetreuung nicht alleine beim modernen Datenmanagement und bei den hohen Anforderungen an Kommunikation und Kooperation an den Schnittstellen des Gesundheitsversorgungssystems. Die grösste Herausforderung wird die Finanzierung sein – sie ist im aktuellen Tarifsysteem der Schweiz noch ungeklärt.

Severin Pöchtrager



Dr. med. Severin Pöchtrager,
Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin FMH, Anthroposophische Medizin FMH,
Leitender Arzt an der Klinik
Arlesheim und Verantwortlicher für Hospital at Home
der Klinik

Caroline Stierle-Wirz



Dr. med. Caroline Stierle-Wirz,
Fachärztin für
Allgemeine Innere Medizin,
Leitende Ärztin am HaH
der Klinik Arlesheim

Christiane Eberhardt



Christiane Eberhardt,
Pflegeexpertin am HaH
der Klinik Arlesheim

In der Region Nordwestschweiz hat die Klinik Arlesheim, so wie schon beim Pilotprojekt des Home Monitorings, mit einem Team um Severin Pöchtrager, Leitender Arzt an der Klinik, das Momentum für ein neues Medizinmodell erkannt und die Entwicklung eines eigenen HaH-Konzeptes vorangetrieben.

«Das «Hospital at home»-Konzept versteht sich als spitaläquivalentes Behandlungskonzept»,

sagt Severin Pöchtrager im Gespräch mit der Synapse-Redaktion. «Das «Hospital at home» ist ein Zwischenstück zwischen der stationären Medizin und der ambulanten Medizin, in unserem Fall zwischen der Klinik Arlesheim und dem Walk-in 24/7 an der Klinik. Es ist ein akutmedizinisches Angebot, interdisziplinär, telemedizinisch unterstützt mit einer 24/7-Betreuung zu Hause über ein Home Monitoring.»

Das Monitoring von z. B. O₂-Sättigung, BD und Puls wird von der MNZ (Medizinischen Notfallzentrale) überwacht. Die Mitarbeiter in der Zentrale sind geschult, überwachen per Bildschirm und alarmieren, wenn die vom HaH-Team gesetzten Limiten überschritten werden. Das Sensorensystem zur Vitaldatenmessung kommt von der Masimo AG, es können aber auch Geräte anderer Hersteller integriert werden. ««Hospital at Home» ist nicht einfach eine erweiterte Hausarztmedizin, sondern eine spitalersetzende Medizin», so Pöchtrager weiter, «es geht darum, Akutmedizin durch moderne Technik zu den Patienten nach Hause zu bringen, analog, wie das international schon seit den 1990er Jahren praktiziert wird.»

Enger Erfahrungsaustausch mit internationalen HaH-Leadern

Tatsächlich gibt es das Modell des «Hospital at home» im Ausland bereits seit einigen Jahren, dort scheint das Zeitalter neuer Technologien der Telemedizin wie Wearables, Übermittlung und Vernetzung von Überwachungsdaten etwas früher begonnen zu haben, z. B. in Spanien, wo HaH bereits seit mehreren Jahren angeboten wird. Besonders Katalonien konnte während der Corona-Pandemie mittels Home Monitoring und HaH die Versorgungssituation entschärfen und sehr rasch die verfügbaren stationären Betten verdoppeln, gleichzeitig sank dadurch insgesamt das Übertragungsrisiko. Oder in Israel, wo HaH schon länger funktioniert und gezeigt werden konnte, dass die Pflegedauer, aber auch die Anzahl von Wiedereintritten gegenüber von konventionellen Hospitalisationsbehandlungen reduziert werden konnten. Severin Pöchtrager sagt dazu: «Es ist nicht nur eine Annahme, sondern es ist in internationalen Studien nachgewiesen, dass man gegenüber einer stationären Versorgung in einem Spital weniger Schlafmedikamente braucht und deutlich weniger Stürze

und weniger Altersheimaufenthalte nach einer akutmedizinischen Intervention hat, wenn die Versorgung über HaH erfolgt ist.»

Der Erfahrungsaustausch mit internationalen HaH-Leadern ist eng, im April 2023 fand der 3. World Hospital At Home Congress in Barcelona statt, das einzige globale Event dieser Art. Anlässlich der Programmschwerpunkte des Kongresses lassen sich die Herausforderungen erkennen, mit denen die HaH-Community umzugehen hat und die international dieselben sind wie in der Schweiz, u. a. Ausbildung des Personals, Evaluation geeigneter Technologien, Messbarkeit von Effektivität und Effizienz und, allem voran, Finanzierbarkeit.

In der Region Nordwestschweiz war die Klinik Arlesheim auf der Grundlage der positiven Ergebnisse der Monitoring-Pilotphase im Jahr 2022 die erste Klinik, die ein Behandlungskonzept mit einem eigenen HaH-Team entwickelte. Caroline Stierle, leitende Ärztin des HaH, führt aus: «Das Kernteam von HaH setzt sich aus Dipl. Pflegenden und Ärzten zusammen, in Kooperation mit Physiotherapiepraxen kommen Physiotherapeuten ab dem zweiten Tag dazu. Die Spitaläquivalenz soll auch in der funktionierenden Basisdiagnostik erreicht werden, mit Ultraschall, EKG, Labor (als POCT aus dem Visitenbus), ähnlich dem Angebot eines Regionalspitals im Nacht-/Wochenendmodus. Unserem Einsatzteam steht ein Visitenrucksack mit Ausrüstung für VP, Infusionen und Vitalparameter zur Verfügung, eine Wickelkiste für äussere Anwendungen entsprechend der anthroposophischen Medizin, ein normierter Notfallrucksack mit Defi usw., aber auch O₂-Flaschen und Mobilitätshilfen (Rollstuhl).»

Ein leistungsstarkes HaH benötigt stationäre Strukturen im Hintergrund

Die Zuweisung an HaH der Klinik Arlesheim muss zwingend über eine Notfallstation oder über den Hausarzt geschehen.

Es ist wichtig, dass HaH von den Patienten nicht als Hausarztersatz missverstanden wird»,

sagt Caroline Stierle. «Die Triage läuft über ein NF-Telefon der HaH-Zentrale – es gibt dabei klare Kriterien für eine Aufnahme ins HaH, ebenso wie klare Ausschlusskriterien.»

Die HaH-Versorgung organisiert sich in der Schweiz regional. International liegen die von HaH-Teams betreuten Radien bei ca. 20 km, in der kleinstrukturierten Schweiz ist es deutlich weniger, sagt Severin Pöchtrager: «Wir operieren von unserer Basisklinik Arlesheim derzeit mit einem einzelnen HaH-Team. Da Wege zurückgelegt werden müssen, ist für uns ein Radius von ca. 5 km für die HaH-Versorgung realistisch.» Neben dem Wunsch, das HaH-Angebot an der Basisklinik Arlesheim auf zwei oder drei Teams

auszubauen und sich vielleicht noch in Regionen mit einer echten Versorgungsnot in der stationären, geriatrisch-internistischen Medizin wie z. B. das Laufental auszustrecken, hat Severin Pöchträger die Vision, dass über die kommenden Jahre der regionale Ausbau für eine flächendeckende Versorgung mit HaH gelingt. «Für die Zukunft braucht es neue Spots mit HaH-Teams. Ein leistungsstarkes HaH benötigt stationäre Strukturen im Hintergrund, welche z. B. das KSBL bieten könnte.» Severin Pöchträger hofft, dass der Funke des HaH-Konzeptes auch auf andere Spitäler überspringt. Dabei versteht sich das HaH der Klinik Arlesheim als Vermittler von Wissen und Kompetenz. «Die HaH-Community in der Schweiz ist mit dem Kongress in Barcelona noch näher zusammengerückt und hat die Gründung der gemeinsamen «Swiss HaH-Society» beschlossen. Die involvierten Institutionen, allem voran das Spital Zollikerberg, das Spitalzentrum in Biel, das Spital Baden, das Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) und auch wir, sind im regen Austausch miteinander, tauschen Konzepte aus, überprüfen unsere Qualität und lernen voneinander. Zudem entwickeln wir in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule (FH) Bern Evolutionskonzepte. Über diese «Swiss HaH-Society» möchten wir Hand bieten, auch internationales Know-how neuen HaH-Projekten zur Verfügung zu stellen.»

Spitex: DIE Institution der ersten Stunde in der ambulanten Medizin

Auf dem Gesundheitsmarkt gibt es bereits viele Player – alle in einen Handlungsfluss zu bündeln, Akzeptanz für neue Konzepte zu generieren, die umfassende, integrierte Versorgung mit Patienten im Mittelpunkt zu etablieren und zu erhalten, ist eine grosse Herausforderung. Die Spitex ist DIE langjährige, etablierte und flächendeckend organisierte Anbieterin für häusliche Pflege und Behandlung, DIE Institution der ers-

ten Stunde in der ambulanten Medizin.

Die Frage nach einer Integration der Spitex in das HaH-Konzept beantwortet Severin Pöchträger vorsichtig-dezidiert: «Spitex ist ein wertvoller Profi in der Langzeitpflege, aber in der spitaläquivalenten Medizin braucht es pflegeteilig andere Kompetenzen. Einerseits muss sich das Ärzteteam extrem auf deren Einschätzung verlassen können, andererseits ist eine besondere pflegerische Kompetenz in der Akutmedizin zu Hause gefordert. 50 % unseres Pflgeteams bei HaH sind deshalb IMC-Fachkräfte (Intermediate-Care) – die können Akutmedizin.» Er führt internationale Zahlen und Erfahrungen an, die gezeigt hätten, dass eine spitaläquivalente HaH-Versorgung einwandfrei nur mit einem Team aus einer Hand funktionieren. «Ein Team funktioniert, weil es sich gut kennt und die Abläufe eingespielt sind, weil man täglich miteinander Visite macht usw.! Jeder von uns weiss, wie aufwendig sich die Arbeit mit Leasing-Personal gestalten kann.» Gleichzeitig relativiert er dahingehend, dass man an der Aufarbeitung der Kooperationen mit der Spitex ist und die Entwicklung insgesamt jetzt sehr erfreulich ist. Christiane Eberhardt, Pflegeexpertin im HaH der Klinik Arlesheim, fügt hinzu, dass die Spitex gerne dazugenommen wird, um die ununterbrochene Basisversorgung, also die Grundpflege, zu gewährleisten. Dies sei losgelöst von der HaH-Pflege i. S. der akutmedizinisch nötigen Behandlungspflege.

Schnittstellen mit Konfliktpotenzial

Es liegt auf der Hand, dass an dieser Schnittstelle Konfliktpotenzial mit bestehenden und wichtigen Akteuren im Gesundheitswesen besteht. Wirtschaftlich betrachtet bedeutet die Errichtung neuer Parallelstrukturen für die Kliniken immer auch interessante, neue Einkommensmodelle im hart umkämpften Gesundheitsmarkt. Dementsprechend hat sich die Spitex

«Hospital at Home» der Klinik Arlesheim – ein Versorgungsmodell zwischen stationär und ambulant

Die Klinik Arlesheim bietet mit «Hospital at home», kurz HaH, Patienten eine spitaläquivalente, akutmedizinische, telemedizinisch unterstützte 24/7-Überwachung und Behandlung zu Hause an. Das innovative Versorgungskonzept steht zwischen der stationären und der ambulanten Medizin. Das interdisziplinäre Team besteht aus ärztlichem und pflegerischem Personal der Klinik Arlesheim. Die Behandlungsübernahme von Patienten erfolgt durch Zuweisung, sei es von der Hausärztin oder dem Hausarzt, vom Walk-in der Klinik Arlesheim oder vom Notfall kooperierender Spitäler.

Definierte Triagekriterien, u. a. Diagnosen oder Regionalität, entscheiden anlässlich des Zuweisungsverfahrens, ob ein Patient für das HaH-Konzept geeignet ist. Für «Hospital at Home» der Klinik Arlesheim geeignete Diagnosen sind Pneumonie, dekompensierte Herzinsuffizienz, Infekt-exazerbierte COPD, Weichteilinfekte, febrile Zystitis/Pyelonephritis, Schmerzexazerbation, SARS-CoV2-Infektion, Exazerbation einer palliativmedizinischen Situation, akute Diarrhoe, hypertensive Entgleisung, Exsikkose u.ä.

Das HaH-Konzept will einen Beitrag zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen leisten, bei gleichzeitigem Lebensqualitätsgewinn für die Patienten. Der Kanton Baselland unterstützt die Pilotphase mit einem Kostenbeitrag von bis zu 500'000.– bis Ende 2024.

Schweiz am 16. August 2023 mit einer Pressemitteilung klar positioniert und ihre Wichtigkeit bei der Etablierung und Evolution von neuen «ambulant vor stationär»-Konzepten hervorgehoben. Auch wenn Spitex Schweiz die Bewegung HaH begrüsst, fordert sie eine tragende Rolle für die Erbringung pflegerischer Leistung zu Hause, und zwar von Anfang an. Sie fordert ihre zentrale Rolle trotz neu entstehenden Versorgungsstrukturen und möchte insbesondere verhindern, dass Spitäler neue Parallelstrukturen aufbauen, wenn hierfür die Spitex eingesetzt werden könnte.

Eine weitere Schnittstelle und Interaktionsebene sind die Hausärzte: Sie sind jahrelang für den Patienten im Lead und befinden sich im Beziehungsdreieck HaH-MNZ-Arzt. «Insgesamt ist das Echo positiv, oft höre ich von den niedergelassenen Ärzten, dass wir das machen, was der Hausarzt vor dreissig Jahren gemacht hat und jetzt nicht mehr leisten kann oder möchte.» Aus hausärztlicher Sicht ist klar, dass der Patient im Mittelpunkt steht und sich die Strukturen um ihn geeignet vernetzen müssen, um einer akutmedizinischen Situation gerecht zu werden. Hier geht es vor allem um Zuständigkeiten, wer den Lead übernimmt und konsequent danach handelt. «Es kann sein, dass wir den vom Hausarzt zugewiesenen Patienten in weitere Abklärungen schicken, der Patient liegt zwar im eigenen Bett, HaH hat aber den diagnostischen Lead.» Es gibt aber durchaus auch kritische Stimmen seitens der Hausärzte, sei es, dass sie während der HaH-Betreuung entweder gerne in Behandlungsentscheide miteinbezogen werden würden oder eben gerade auch nicht. Beim HaH-Konzept darf der Anspruch der Hausärzte sein, dass das HaH-Team den medizinischen Lead vollständig übernimmt und Entscheidungsfindung in eigener Kompetenz erreicht, z. B. eine ausreichende Schmerztherapie installiert oder über Medikamentenanpassungen entscheidet – spitaläquivalent eben. An der Schnittstelle der «Rückverlegung» in die Hausarztmedizin, i. d. R. nach 5–9 Tagen, darf ebenso erwartet werden, dass das HaH-Team, spitaläquivalent, die Fortsetzungsbetreuung initiiert, z. B. die Anmeldung bei der Spitex. Rückmeldungen von der hausärztlichen Basis zeigen, dass hier die Zahnräder noch nicht reibungsfrei ineinandergreifen.

Ein nicht zu vernachlässigender Stakeholder im Konzept des HaH sind die Angehörigen. Severin Pöchtrager weist darauf hin, dass sie im HaH-Konzept hierarchisch auf eine ganz andere Art und Weise in die Betreuung mit eingebunden sind. Anders als im stationären Setting im Spital

ist HaH auf die Angehörigen angewiesen, es findet eine rollende Patienten- und Angehörigenedukation statt: «Sie sind in den Entscheidungsprozessen unmittelbar dabei und können partizipieren.»

Finanzierung als Knackpunkt

HaH hat den Anspruch, ein spitalersetzendes Konzept zu sein. Neben einer gesteigerten Patientenzufriedenheit sollen dabei auch die Gesundheitskosten sinken.

«International hat sich gezeigt, dass bei gleicher bis besserer Versorgungsqualität und weniger Komplikationen HaH gegenüber stationärer Behandlung unter dem Strich billiger ist»,

sagt Severin Pöchtrager. «Die HaH-Versorgung ist eine spitaläquivalente Medizin, darum braucht es auch eine stationsäquivalente Finanzierung – d. h., es braucht eine Fallpauschale», fordert Pöchtrager weiter.

Tatsächlich ist die Finanzierung der Knackpunkt. In der Schweiz steht einer unbehinderten Umsetzung des HaH-Versorgungskonzeptes die unterschiedliche Finanzierung ambulanten gegenüber stationärer Leistungen im Weg. Die Verhandlungen mit den Leistungsträgern, den Krankenkassen, für eine duale Finanzierung sind gemäss Severin Pöchtrager positiv angestossen. Als erster Kanton der Schweiz hat nun der Kanton Basel-Landschaft das neue Konzept HaH als Chance erkannt, um die Gesundheitsversorgung kosten- und qualitätsbewusst zu stärken, und er hat einen einmaligen Beitrag an das Pilotprojekt «Hospital at Home» der Klinik Arlesheim gesprochen. Damit ist die Finanzierung analog zur stationären Behandlung, mit einem Kostenschlüssel 55 % (Kanton) zu 45 % (Versicherung), gewährleistet. Das Kostendach läuft für 18 Monate, von Mitte Juni 23 bis Dezember 2024. «Mit dieser Kostendachzusage sind wir mit unserem Pilotprojekt in der Pflicht, den Qualitätsnachweis zu erbringen, dass wir wirksam, sicher und wirtschaftlich sind», sagt Pöchtrager. Wie eine Finanzierung nach dieser Phase aussehen wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch offen. Seitens HaH der Klinik Arlesheim arbeitet man intensiv daran, mit möglichst vielen Krankenkassen vertragliche Vereinbarungen für eine duale Finanzierung zu erreichen.

*Dr. med. Christiane Leupold-Gross,
Mitglied Redaktion Synapse*

«Rheumatologie ist auch Detektivarbeit»

Anfang August eröffnete Dr. med. Barbara Ankli das Rheumazentrum Basel. Die Fachärztin für Rheumatologie deckt hier an zentraler Lage in Basel das ganze Spektrum der Rheumatologie ab – von einer detaillierten Diagnosestellung bis zur umfassenden Therapie.



Dr. Ankli, Sie arbeiteten bis vor Kurzem in leitender Position an der Schmerzklinik in Basel. Weshalb haben Sie sich entschieden, eine eigene Praxis zu eröffnen?

Dr. Ankli: Ich wollte mich bei meiner Arbeit wieder voll und ganz auf die ärztliche Tätigkeit im Bereich der Rheumatologie fokussieren und mich weniger um administrative Belange oder Führungsaufgaben kümmern müssen.

Was begeistert Sie am meisten am Fachgebiet Rheumatologie?

In der Regel werden mir Patient:innen mit unklaren entzündlichen Krankheitsbildern überwiesen. Die Abklärung dieser Fälle umfasst eine Vielzahl diagnostischer Schritte, zum Teil auch unter Einbezug externer Spezialist:innen. Aus der Fülle dieser Resultate leite ich dann eine entsprechende Synthese ab. Ich liebe diese komplexe Detektivarbeit. Dabei kommt mir zugute, dass ich vor meiner Spezialisierung sowohl in der Chirurgie als auch der Inneren Medizin Erfahrungen sammeln konnte.

Was ist bei der Diagnosestellung zu beachten?

Oft spiegeln die Laborwerte keine Entzündung wider, da diese in gewissen Fällen auf Gelenke, Knochen oder das Bindegewebe begrenzt ist. Oder es liegt eine autoimmune Genese vor, auch wenn im Serum keine Antikörper nachgewiesen werden können. Das kann schnell zu Fehleinschätzungen führen.

Wie ist der Ablauf, wenn Ihnen jemand mit einem unklaren entzündlichen Krankheitsbild überwiesen wird?

Ich versuche zuerst grob festzustellen, ob einer Erkrankung onkologische, infektiöse oder immunologische Prozesse zugrunde liegen. Danach richtet sich dann das weitere Vorgehen. Oberstes Ziel muss immer sein, eine eindeutige Diagnose zu stellen, um eine zielgerichtete Therapie einleiten zu können. Früher gab man bei fast allen entzündlichen Krankheiten in einem ersten Schritt Kortison. Steroide verursachen, im Vergleich zu modernen, spezifischen Therapeutika, zum Teil starke Nebenwirkungen. Zudem verschleiern sie den für uns Rheumatologen äusserst wichtigen ersten

klinischen Eindruck. Eine Vaskulitis beispielsweise ist nach einer Steroidgabe oft sehr schwierig zu diagnostizieren – mit entsprechenden Mehrkosten und längerem Leidensweg für die Patient:innen.

Bieten Sie deshalb Notfallsprechstunden an?

Genau. Wir führen jeweils Donnerstag über Mittag eine Notfallsprechstunde für dringliche Fälle durch. Zusätzlich halten wir weitere Zeitfenster für Notfallpatient:innen offen.

Wie arbeiten Sie mit den Hausarztpraxen zusammen?

Die Hausarztpraxis bleibt für die Patient:innen die Hauptanlaufstelle bei Gesundheitsfragen. Ich der ersten Phase stehe ich als Spezialistin bei der Diagnostik und allfälligen weiteren organspezifischen Abklärungen zur Seite. Danach wird das weitere Vorgehen mit der Hausärztin, dem Hausarzt festgelegt. Bei beispielsweise einer degenerativen Knochenkrankung findet die Rücküberweisung direkt nach der Diagnosestellung, zum Beispiel durch Sonografien vor Ort, und einer Therapieeinleitung statt. Bei entzündlichen rheumatologischen Erkrankungen kann ich hingegen spezifische Therapien bis hin zur Biologikagabe und Gelenksinfiltration in meiner Praxis vornehmen. In diesen Fällen ist es indiziert, die Betroffenen je nach Krankheitsbild alle drei bis sechs Monate spezialärztlich nachzukontrollieren.

Das Rheumazentrum liegt gegenüber dem Hauptbahnhof. Welche Vorteile bringt diese Lage mit sich?

Einerseits sind wir dank der zentralen Lage für alle Patient:innen, auch diejenigen, die von der Mobilität her eingeschränkt sind, sehr gut erreichbar. Andererseits befinden sich die Spezialist:innen und das Universitätsspital, mit denen ich zusammenarbeite, in der Nähe, was die Zusammenarbeit fördert.

Hohe Kompetenz und breite Erfahrung

Nach dem Studium der Humanmedizin arbeitete Dr. med. Barbara Ankli zuerst auf der Viszeralchirurgie und der chirurgischen Notfallstation des Kantonsspitals Liestal und danach während vieler Jahre an verschiedenen Spitälern der Region auf der Inneren Medizin. Die Facharztausbildung Rheumatologie absolvierte sie am Universitätsspital Basel. Sie arbeitete als Kaderärztin Rheumatologie am Bethesda-Spital Basel. Vor der Praxiseröffnung war sie Ärztliche Direktorin an der Schmerzklinik in Basel. Sie ist weiterhin in die Lehre und Forschung an der Universität Basel und am Universitätsspital Basel involviert.



«Home Monitoring» ist heute ein Standard

«Home Monitoring» ist ein Teil von «Hospital at Home» und setzt sich immer mehr als Standard durch.

Conrad E. Müller



Dr. med. Conrad E. Müller,
FMH, MBA ist Vize-Präsident
der AeG BL

Mit den verfügbaren modernen Sensortechniken und einfachen digitalen Übertragungsmöglichkeiten können viele Patientinnen und Patienten zu Hause überwacht werden, welche bis anhin wegen ihrer Erkrankung hospitalisiert werden mussten.

Ein Beispiel: D.K., 2 Jahre alt, erlitt im Alter von 1 Jahr eine Hirnblutung, die zu Hirndruck führte und epileptische Anfälle auslöste. Ein ventrikuloperitonealer Shunt und eine antiepileptische Therapie brachten eine gewisse Besserung. Trotzdem kommt es im Verlauf zu Episoden, bei denen nicht sicher ist, ob eine Shunt-Dysfunktion vorliegt. Nach Absprache mit dem Pädiater monitorisiert die Mutter bei unklaren Beschwerden, zum Beispiel Erbrechen am Morgen, ihren Sohn und der Arzt kann anhand der Vitaldaten auf seiner Web-Applikation (siehe Abbildung 1, Masimo SafetyNet® Sensor am Finger und Arm) und deren Trend die notwendigen Entscheidungen treffen. Das Home Monitoring bringt eine grosse Sicherheit für den Patienten und Beruhigung für die Familie.

Das Home Monitoring hat den Weg geebnet zu «Hospital at Home» und ist konkret ein Teil folgender Versorgungsmodelle:

1. Akute medizinische Versorgung zu Hause (Hospital at Home)
2. Vorzeitige sichere Entlassung nach Hause (Early secure discharge)
3. Verhindern von Spitalaufnahme (Admittance avoidance)

Es wird in der Erwachsenenmedizin angewendet für Patientinnen und Patienten mit folgenden Diagnosen: Pneumonie, Harnwegsinfekt, Divertikulitis, Erysipel, exazerbierte COPD, Herzinsuffizienz

und Wundinfekte. Bei Kindern eignen sich Infekte der Luftwege wie die Bronchiolitis, welche überwacht werden müssen.

Ein Erfolgsfaktor für die ambulante Überwachung ist die Überwachungszentrale, sei es beim Hausarzt oder Pädiater, im Spital oder wie in unserer Region die medizinische Notfallzentrale (MNZ).

Die Technik muss einfach vom Patienten zu bedienen und zertifiziert sein, das Onboarding darf nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen. Ebenso müssen alle Datenschutzbestimmungen eingehalten werden. Deshalb setzen sich bei den Erwachsenen als Basis die Überwachungsuhren durch mit zusätzlichen Sensoren bei Bedarf (Blutdruck, Temperatur, Gewichtsmessung). Dies bedingt ein offenes System, welches die Integration von Daten von verschiedenen technischen Sensoren erlaubt. Hier ist im Augenblick eine enorme technische Entwicklung von verschiedenen Anbietern im Gange. Die für die Überwachung notwendigen Applikationen auf dem Smartphone dienen nicht nur als Datenüberträger, sondern sind gleichzeitig die telemedizinische Oberfläche, wo die Daten mit den Patientinnen und Patienten besprochen werden. Diese Technik bahnt den Weg zum virtuellen Spital. So werden zum Beispiel im West Hertfordshire Teaching Hospital Patienten mit Herzinsuffizienz erfolgreich zu Hause behandelt. (1)

Dr. med. Conrad E. Müller

Die Abbildung 1 wurde von der Mutter des Patienten bewilligt.

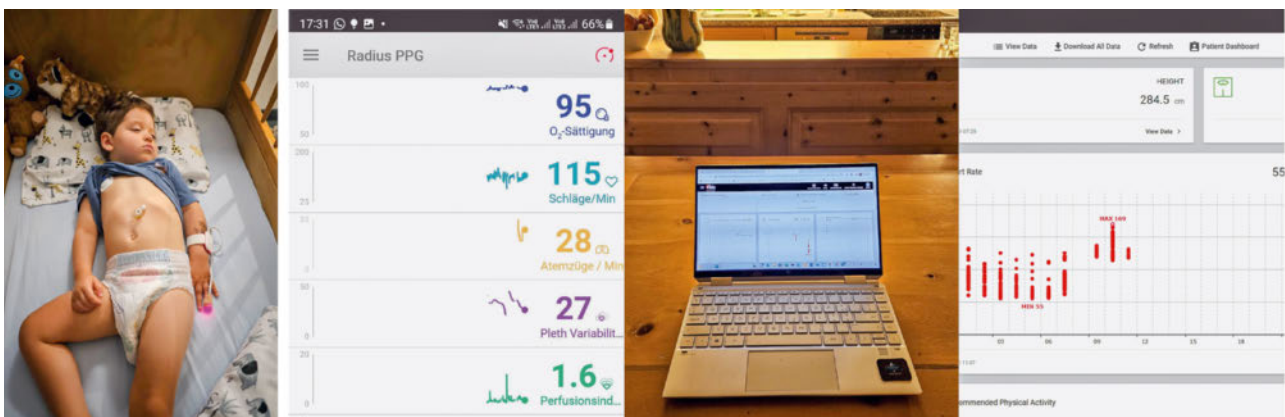


Abbildung 1: Home Monitoring

Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel | uniham-bb

Wichtige Termine 2023

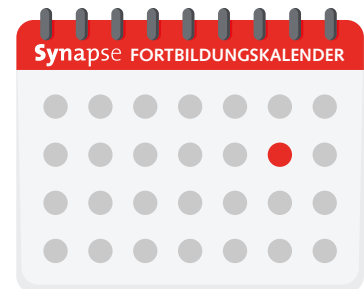
Dienstagmorgen-Fortbildungen im KSBL Liestal, Aula Feldsäge, 7.45–8.30 Uhr

5. Dezember 2023, «Dyslipidämien – immer, gezielt oder gar nicht behandeln?»
PD Dr. Thilo Burkard

Hausarztupdate am 16. November 2023



**Nutzen Sie den Fortbildungs-
kalender unter [http://
fortbildungskalender-synapse.ch/](http://fortbildungskalender-synapse.ch/)**



Diese Plattform für die Fortbildungen der Grundversorgerinnen und Grundversorger in der Nordwestschweiz wird betreut durch den Hausarzt Dr. med. Julian Mettler, der für die Auswahl der Einträge zuständig ist. Er macht diese Arbeit, um für sich und seine Kolleginnen und Kollegen etwas mehr Übersicht über das vielfältige Fortbildungsangebot zu schaffen, selbstverständlich ohne Honorar.



Das Spital, dem ich vertraue!

Einzelzimmer für alle

Zuweisungen

E-Mail: bettendisposition@adullam.ch

Telefon: +41 (0)61 266 96 00

adullam.ch

adullam 
Spital · Pflegezentren

«Hospital at Home» hat Zukunftspotenzial

Der Erfolg des Konzeptes «Hospital at Home» hängt wesentlich von seiner Finanzierung ab. Dazu gehören vor allem die Einführung des TARDOC und von EFAS (Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen). Ausserdem müssen die Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit verbessert werden, für die vor allem der Bund und die Kantone verantwortlich sind.

Carlos Quinto



Bei «Hospital at Home» handelt es sich um eine weitere Möglichkeit, den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entgegenzukommen, mit dem Potenzial, Kosten und Komplikationen zu reduzieren, seien sie auch nur durch einen Umgebungswechsel bedingt, etwa bei Fragilität, wie in den vorliegenden Artikeln in dieser Synapse ausgeführt wird.

«Hospital at Home» ist auf funktionierende Interaktionen und Koordination angewiesen: geeignete medizinische Fachpersonen, welche die Monitoringgeräte überwachen und bei Bedarf das Spital respektive die mobile Equipe des Spitals benachrichtigen. Hier handelt es sich um eine Vorhalteleistung, die finanziert werden muss. Die Monitoringgeräte müssen verfügbar sein, schneller Ersatz und/oder Reparatur müssen gewährleistet sein. Ganz wichtig sind die Verbindungen zu den medizinischen Fachpersonen, die nicht im Spital arbeiten, wie Spitex, inklusive spezialisierte Spitex, Hausarztpraxis, je nach Ort und Situation die lokale Apotheke, je nach Situation medizinisch-therapeutische Berufe.

Koordination und Absprache benötigen Zeit, und zwar Zeit, die für alle beteiligten Berufsgruppen entschädigt werden muss. Derzeit werden Koordination und Absprachen durch den Tarif mehr behindert als gefördert. Während viele Berufe gar keine Entschädigung erhalten, wurde die Zeit für Koordination für Hausärzte durch den Tarifeingriff des Bundesrates massiv gekürzt. Die Einführung von TARDOC ist deshalb entscheidend, um diese Fehler zu korrigieren. Es braucht keine neuen Leistungserbringer, wie von sämtlichen Gesundheits- und Medizinalberufen wie auch Versichererseite festgehalten wurde.

Für eine bessere Koordination müssen nur die durch den Bund begangenen Fehler korrigiert werden, auch im Bereich Digitalisierung.

TARDOC wird auch dazu führen, dass erstmals auch nichtärztliche Berufe eine Entschädigung für ihre Arbeit erhalten.

Aufgrund der demografischen Entwicklung und je nach geografischer Lage der Hausarztpraxis werden wir auf Medizinische Praxiskoordinatorinnen (MPA) klinischer Richtung und/oder Pflegeexpertinnen APN angewiesen sein, um die zunehmende Anzahl von Patientinnen und Patienten qualitativ gut und zweckmässig ver-

sorgen zu können. Es geht hierbei nicht um eine Mengenausweitung, sondern rein darum, Patientinnen und Patienten überhaupt noch innert gegebener Zeit versorgen zu können. Drei wertvolle Jahre sind vergangen, ohne dass TARDOC eingeführt wurde. Da deshalb keine ausreichende finanzielle Basis besteht, haben zahlreiche junge, frisch ausgebildete Fachkräfte das Gesundheitswesen schon wieder verlassen und sich anders orientiert. Berechnungen des Krankenversicherungsverbandes curafutura haben ergeben, dass mit einer Einführung des TARDOC das Kostenwachstum 2021 geringer ausgefallen wäre. Neben überfüllten Notfallstationen hat die bundesrätliche Gesundheitspolitik somit auch noch zu Mehrkosten geführt.

Ein Verteilungsproblem

Wir haben kein Kostenproblem, sondern ein Verteilungsproblem hinsichtlich Finanzierung im Gesundheitsbereich. Obwohl die Gesundheitsversorgung immer leistungsfähiger wird und immer mehr Menschen versorgt, wachsen die Gesundheitskosten in fast allen Industrieländern langsamer, das Kostenwachstum flacht ab. In der Schweiz betrug das Kostenwachstum in den letzten 15 Jahren durchschnittlich 2,6%. Leider wachsen die Prämien stärker als die Gesundheitskosten. Die Gesundheitskosten sind seit 1996 um 82% gestiegen, die Prämien aber um 146%. Das liegt auch daran, dass wir 1996 30% und heute 38% der Gesundheitsversorgung über die Kopfprämien bezahlen. Somit kommen wir zu einer weiteren Voraussetzung für «Hospital at Home»: EFAS (Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen) ist einzuführen. Andernfalls würden auch «Hospital at Home» respektive die unmittelbare Anschlussbehandlung zu einem Prämienanstieg führen, da die gesamten Kosten auf die Prämie abgewälzt werden statt nur ein Bruchteil wie bei einer stationären Behandlung. Ambulant vor stationär, wie es momentan von den Kantonen angedacht ist, führt in erster Linie zu einem Anstieg der Krankenkassenprämien, trotz niedrigeren Gesamtkosten, und zu einer Entlastung des steuerfinanzierten Kantonsanteils.

Real gesehen ist die Entschädigung im ambulanten Bereich so schlecht, dass die Betreiber von «Hospital at Home» für diesen Bereich, wie im Spital, ebenfalls eine DRG-Pauschale als Voraussetzung für ein langfristiges Gelingen dieser Betreuungs- und Therapieform sehen.

Spitäler und Praxen leiden bei seit Jahren nicht angepassten Entschädigungen unter höheren Lohnkosten, Mieten, Energiekosten, höheren Beschaffungskosten für Medikamente und Medizinalprodukte. So sind erste Praxen schon Konkurs gegangen. Möglicherweise werden weitere folgen. In unserem Dorf findet sich aus finanziellen Gründen keine Physiotherapie mehr. Und jetzt sollen die Tarife für Physiotherapie noch weiter gekürzt werden? Auch eine Pflegeinitiative lässt sich mit solchen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen wohl nicht glaubhaft umsetzen.

Rahmenbedingungen müssen verbessert werden

Es gibt noch weitere Punkte, die bei «Hospital at Home» zu berücksichtigen sind:

Auch die Assistenzärzte verlassen zunehmend die Anstellungen noch während der Weiterbildungsphase: nein, nicht primär wegen der Arbeitszeiten und der Verstösse gegen das Arbeitsgesetz, auch nicht wegen des tiefen Stundenlohns. Diese Missstände bestehen schon seit Jahrzehnten und die Situation der Assistenzärztinnen und -ärzten wurde als «Durchgangsposition» ausgenutzt. Nein, was neu ist: Die Sinnhaftigkeit der Arbeit hat abgenommen. Solange «Hospital at Home» es schafft, den administrativen Aufwand sehr klein zu halten und längere Kontaktzeiten mit den Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, so lange hat das Projekt Potenzial. Trifft das Gegenteil ein, kann «Hospital at Home» begraben werden, da sich dann schlichtweg keine Fachkräfte im ärztlichen und pflegerischen Bereich für dieses Versorgungsmodell finden werden.

Gegenwärtig begeht die Gesundheitspolitik den fatalen Fehler, dass sie aus Gründen der politischen Machbarkeit dem einfachsten Weg folgend auf nationaler Ebene die Grundversorgung kaputtspart. Auf kantonaler Ebene versuchen die Kantone diese wiederum zu stützen, da sie im Gegensatz zum Bund die direkten

Folgen zu spüren bekommen. Patientinnen und Patienten weichen in der Folge auch vermehrt auf die Sekundär- und seltenerweise die Tertiäerversorgung aus, was mehr kostet. Die Sparversuche des Bundesrates führen somit paradoxerweise zu Mehrkosten.

Für ihre hochstehende Versorgung gibt die Schweiz mit 11,8 % des BIP weniger aus als das Vereinigte Königreich (12,8 %), mit einem staatlichen System, wie von gewissen Gesundheitspolitikern derzeit favorisiert. Auch Deutschland (12,5 %) und Frankreich (12,4 %) geben mehr aus. Die Kosten in Österreich, Schweden, Norwegen und den Niederlanden (11,2–11,5 %) liegen nur unwesentlich tiefer.

Ebenfalls müssen «Hospital at Home»-Projekte darauf achten, den Zusatznutzen nachzuweisen, sonst werden auch sie Opfer eines einseitigen Kostenfokus.

«Hospital at Home» ist auch deshalb besonders, weil Akutpatientinnen und -patienten behandelt werden, die auf die Verfügbarkeit von Medikamenten angewiesen sind. Derzeit fehlen gerade wieder Medikamente, deren Fehlen als sehr problematisch zu bewerten ist: Antidiabetika, Antikoagulantien, Antihypertensiva und weitere mehr.

Es müssen folglich einige Rahmenbedingungen verbessert werden, damit «Hospital at Home» gelingen kann. Die Verantwortlichkeit hierfür liegt primär bei Bund und Kantonen.

Die FMH und die kantonalen Ärztesellschaften engagieren sich für gute berufliche Rahmenbedingungen, die eine sinnhafte Berufsausübung und Responsible Care erlauben. Die Patientinnen und Patienten sollen im Zentrum stehen und nicht die durch Mikroregulation explodierende Bürokratie. Packen wir es gemeinsam an, mit allen anderen Stakeholdern, die in ihrer täglichen Arbeit Patientinnen und Patienten helfen und sie unterstützen.

*Dr. med. Carlos Quinto,
Mitglied Redaktion Synapse*

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Ärztesgesellschaft Baselland
Hofackerstrasse 40A
4132 Muttenz
E-Mail: synapse@synapse-redaktion.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger,
Facharzt für Urologie FMH
Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg
Dr. med. Christiane Leupold-Gross,
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern
Ruedi Bienz, ehemaliger Geschäftsführer EMH

Inserate

SciMed AG
Matthias Scholer
Stallenrain 24
4103 Bottmingen
Tel. 061 271 20 50
E-Mail: scholer@scimed.ch

Layout, Satz und Litho

bido-graphic GmbH, Muttenz

Druck

Werner Druck & Medien AG, Basel

printed in
switzerland

© 2023. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion Synapse gestattet.

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–
Für Mitglieder der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel ist das Abonnement der Synapse im Jahresbeitrag enthalten.

«Synapse» im Internet:

www.synapse-online.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe:

20. November 2023



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland
Hofackerstrasse 40A, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 465 50 50, E-Mail: aeg-bl@hin.ch
www.aerzte-bl.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel
Dr. Jennifer Langloß-Wetterwald
Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Moderne und offene Räume fördern die Genesung

In diesen Tagen nimmt die Psychiatrie Baselland in Liestal ihre neuen Klinikgebäude für die Krisenintervention sowie für die Alterspsychiatrie und Privatklinik in Betrieb. Die modernen Häuser und Einrichtungen mit offenen Stationsbüros fördern das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten.

Das Gebäude für die Krisenintervention, das Haus Frenke, umfasst zwei Stationen und das Klinikgebäude für die Alterspsychiatrie, das Haus Galms, vier Stationen mit je 20 bzw. 24 Betten. Das Haus Galms verfügt zudem über zahlreiche Therapieräume und einen Garten für Menschen mit Demenz. Die Gebäude liegen in einer schönen Naturlandschaft mit dem nahe gelegenen Tierpark Weihermätteli.

Neue Privatklinik

Auf den obersten beiden Etagen von Haus Galms betreibt die PBL ihre neue Privatklinik Sichtere. Sie ersetzt die bisherige Privatklinik in Haus A und zählt 20 Einzelzimmer mit Dusche und WC und einem grossen Fenster mit Blick ins Grüne. Zur Privatklinik gehören eine gehobene Hotellerie und eine begrünte Dachterrasse.

Das Behandlungsangebot der Privatklinik besteht aus einem therapeutischen Basisprogramm und ergänzenden spezifischen Therapien. «Wir behandeln Menschen, die mit Problemen aus dem gesamten Spektrum psychischer Erkrankungen konfrontiert sind, und unterstützen sie von der akuten Krise bis zur Rückkehr in den Alltag», sagt Prof. Dr. Matthias Jäger, Direktor Erwachsenenpsychiatrie der PBL und Chefarzt der Privatklinik. Ergänzend zum therapeutischen Behandlungsangebot bietet die Privatklinik Sichtere komplementäre Ansätze wie Aromapflege, Biosauna, Massage und Qigong.

«Healing architecture»

Die neuen Häuser sind in angenehmen Farben gestaltet und dank Innenhöfen mit Tageslicht durchflutet; die Böden sind mit Parkett ausgelegt und die Einrichtung lässt kaum erkennen, dass es sich um eine Klinik handelt. Speziell beachtet wurde das Konzept der «Healing architecture». Das Zusammenspiel von Gebäude, Landschaft, Design, Möblierung, Farbwahl und Signalik soll eine positive Wirkung auf das Wohl der Patientinnen und Patienten entfalten.

Mehr Zeit für Patientinnen und Patienten

Mit dem Bezug der Neubauten führt die PBL ein neues Betriebsmodell in der Erwachsenenpsychiatrie ein. Dadurch werden Strukturen und Prozesse konsequent auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgelegt und patientenferne Tätigkeiten reduziert. Kernelemente des Betriebsmodells sind fixe interprofessionelle Kernteams, Stationsassistenzen zur Entlastung von administrativen Aufgaben sowie die Harmonisierung der Tagesabläufe. Die Büros der Ärztinnen und Ärzte, der Psychologinnen und Psychologen sowie der Sozialarbeitenden befinden sich in den Neubauten direkt auf den Stationen. «So werden die Wege kurz und die Kontakte zwischen den Team-Mitarbeitenden direkt gehalten», sagt Matthias Jäger.



Das neue Klinikgebäude für die Alterspsychiatrie und Privatklinik mit dem Dachgarten der Privatklinik.



Das neue Klinikgebäude für die Krisenintervention. Im Hintergrund das bestehende Hauptgebäude Haus B.



Aufenthaltsbereich im Haus Galms.





LABOR ROTHEN

Am Puls der Medizin.

Mit mednet patient sind Ihre Daten jederzeit in der App abrufbar.



Schnell und einfach registriert



Resultate mit wenigen Klicks abrufbar



Ergebnisse direkt aufs Mobilgerät



SCAN ME



Download on the
App Store



GET IN ON
Google Play