

AdvantAGE

Sicherer Übergang vom Spital nach Hause: APN-geführte, integrierte geriatrische Versorgung

Autor:innen

Oliver Mauthner, RN, PhD, CNO Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER
(oliver.mauthner@felixplatter.ch)

Thekla Brunkert, PhD, Assistenzprofessorin für Interprofessionelle Grundversorgung,
Universität Luzern (thekla.brunkert@unilu.ch)

Isabel Pfundstein, MSc, cand. PhD, wissenschaftliche Mitarbeiterin Universitäre
Altersmedizin FELIX PLATTER (isabel.pfundstein@felixplatter.ch)

Mario Ernst, MSc, Studienkoordinator Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER
(mario.ernst@felixplatter.ch)

Zusammenfassung

Das Projekt AdvantAGE etabliert eine Advanced Practice Nurse (APN)-geführte, sektorenübergreifende geriatrische Übergangsvorsorgung in enger Zusammenarbeit mit einem interprofessionellen Team bestehend aus Ärztinnen und Fachpersonen aus Sozialberatung und Therapie. Das Modell verbessert Qualität und Kontinuität beim Übergang vom Spital nach Hause und stärkt die patientenzentrierte Versorgung älterer, komplex erkrankter Menschen. Es demonstriert das Potenzial innovativer Versorgungsansätze zur nachhaltigen Verbesserung der geriatrischen Betreuung in der Schweiz.

Ausgangslage

Ungeplante Wiedereintritte nach einem Spitalaufenthalt sind bei älteren Menschen häufig und stellen ein zentrales Qualitäts- und Effizienzproblem der aktuellen Versorgung dar. Studien zeigen, dass bis zu 20 % der hospitalisierten älteren Patient:innen innerhalb von 30 Tagen und bis zu 34 % innerhalb von 90 Tagen erneut eingewiesen werden [1]. Solche Wiedereintritte gehen mit funktionellen und kognitiven Einbussen einher, belasten Patient:innen und Angehörige erheblich [2] und beanspruchen substantielle Ressourcen des Gesundheitssystems.

Internationale Evidenz belegt eindrücklich, dass integrierte Versorgungsansätze besonders wirksam sind, um den komplexen Bedürfnissen gebrechlicher älterer Menschen gerecht zu werden [3]. Transitional-Care-Modelle (strukturierte Übergangsversorgungsmodelle) stellen hier einen wichtigen Evidenzpfeiler dar: Sie sichern eine kontinuierliche Versorgung zwischen Spital und häuslichem Umfeld und reduzieren erwiesenermassen Wiedereintritte, während sie gleichzeitig Funktionalität und Lebensqualität verbessern [4, 5]. Zentral ist dabei die Rolle von APNs, die aufgrund ihrer erweiterten klinischen, edukativen und koordinativen Kompetenzen eine Schlüsselstellung in der Stabilisierung des Übergangs einnehmen. Studien zeigen, dass APNs als klinische Expert:innen vor Ort in der Primärvorsorgung bereits heute einen signifikanten Mehrwert leisten – insbesondere in der Betreuung

multimorbider, komplexer Patient:innen [6].

Trotz dieser Evidenz existieren in der Schweiz bislang kaum strukturierte, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle, die die besonders vulnerable Phase nach dem Spitalaustritt systematisch begleiten. Bestehende Programme konzentrieren sich meist entweder auf die stationäre Phase oder bieten nach dem Austritt nur begrenzte Unterstützung im häuslichen Setting [5, 7, 8]. Dadurch bleibt genau jene Phase unterversorgt, in der ältere Patient:innen das höchste Risiko für Wiedereintritte, Funktionsverluste oder Medikationsprobleme aufweisen.

Das AdvantAGE Projekt schliesst diese Versorgungslücke durch ein evidenzbasiertes, APN-geführtes, integriertes geriatrisches Versorgungsmodell, das eine nahtlose Verbindung zwischen Hospitalisierung und intensiver Versorgung im häuslichen Umfeld schafft. Die klar definierte, hochvulnerable Zielgruppe erhöht Wirksamkeit und Übertragbarkeit des Ansatzes. Damit entspricht AdvantAGE den Zielen der nationalen Strategie «Gesundheit 2030»: Durch die zentrale Steuerung durch APNs und eine sektorenübergreifende Koordination besitzt das Modell hohes Potenzial, Patientensicherheit, Kontinuität und Qualität der integrierten geriatrischen Versorgung nachhaltig zu verbessern.

Projektziele

Das AdvantAGE Projekt zielt darauf ab, ein innovatives, APN-geführtes Modell der integrierten geriatrischen Übergangsversorgung im Schweizer Kontext zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren. Die Konzeption des Versorgungsmodells orientiert sich an den Bedürfnissen älterer Patient:innen mit komplexen Versorgungssituationen und basiert auf internationaler Evidenz sowie einer umfassenden Analyse des lokalen Versorgungskontexts im Kanton Basel-Stadt. Konkret verfolgt das Projekt die Reduktion ungeplanter Wiedereintritte (90 Tage) sowie die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgungskontinuität, der Patientensicherheit und der funktionellen Stabilität im häuslichen Umfeld. Damit leistet das Modell einen strukturellen Beitrag zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgungsqualität.

Vorgehen

Das Projekt wird an der Universitären Altersmedizin FELIX PLATTER (UAFP) in Basel umgesetzt. Von 2021 bis 2023 wurde eine umfassende Kontextanalyse und Pilotphase durchgeführt, welche die Grundlage für die Entwicklung eines lokal anschlussfähigen, patientenzentrierten und evidenzbasierten Versorgungsmodells bildete [9].

Zur präzisen Ausrichtung auf die Bedürfnisse älterer Menschen wurden qualitative Interviews mit Patient:innen, Hausärzt:innen und weiteren Fachpersonen sowie eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Eine breit abgestützte, bis heute aktive Interessensgruppe – bestehend u. a. aus SPITEX, Hausärzteschaft, kantonalen Altersorganisationen, Curaviva und Pro Senectute – begleitete den gesamten Entwicklungsprozess. Diese enge Zusammenarbeit stellte sicher, dass das Modell praxistauglich, bedarfsgerecht und zukunftsfähig ist.

Von Februar bis Dezember 2023 wurde das neu entwickelte Versorgungsmodell im Rahmen einer Pilotphase getestet. Die Erfahrungen aus dieser Phase führten zu gezielten Anpassungen, etwa bei den Einschlusskriterien und einzelnen Interventionskomponenten.

Gemeinsam mit einer Forschungsgruppe und dem klinisch tätigen Team wurde zudem ein logisches Modell erarbeitet, welches die erwarteten Wirkmechanismen abbildet.

Seit Januar 2024 wird die neu entwickelte Übergangsversorgung in der UAFP angeboten. Das Versorgungsmodell enthält fünf Kernelemente: kontinuierliche Unterstützung von Mensch zu Mensch; Koordination mit den Leistungserbringern der Grundversorgung; ganzheitliche Versorgung zu Hause; Unterstützung beim Medikamenten- und Selbstmanagement sowie gesundheitliche Vorausplanung (Abbildung 1).

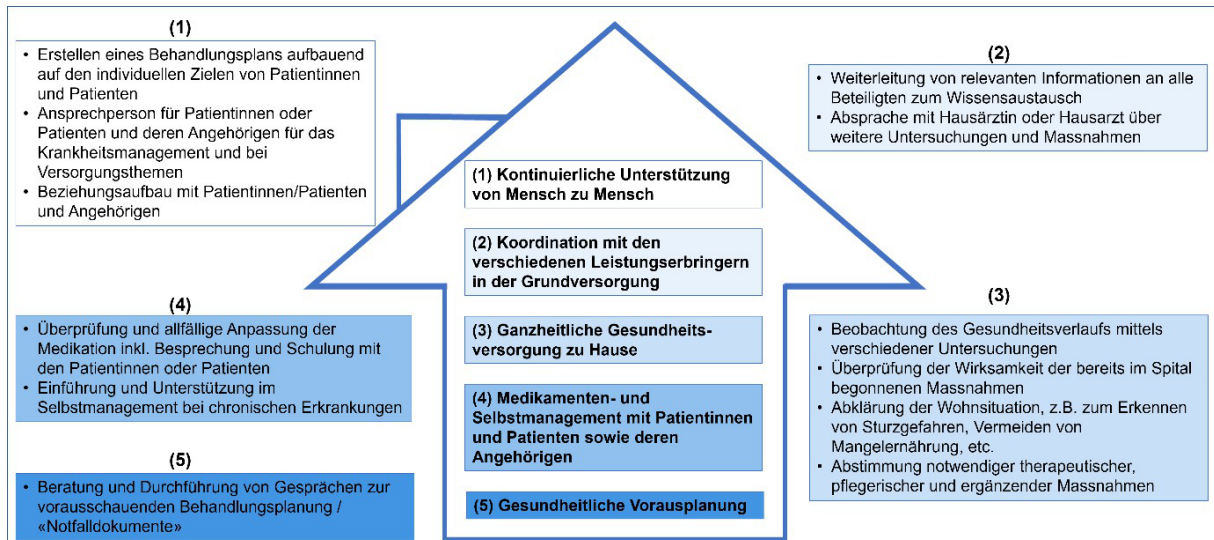


Abbildung 1: Fünf Interventionselemente und Subelemente des Versorgungsmodells.

Die Versorgung wird durch APNs geleitet, die mit ihren erweiterten klinischen, koordinativen und evaluativen Kompetenzen eine zentrale Rolle einnehmen. Unterstützt werden sie von einem interprofessionellen Team aus Sozialberatung, Geriater:innen, Ergotherapeuten und einer Ernährungsberaterin.

Patient:innen werden bereits während des Spitalaufenthalts anhand definierter Kriterien wie Gebrechlichkeit und erhöhtem komplexem Versorgungsbedarf identifiziert. Noch vor dem Austritt führt die APN erste Gespräche, erfasst Risiken, Ressourcen und individuelle Ziele für die erste Zeit zu Hause und legt die notwendigen Versorgungsprioritäten fest. Nach dem Spitalaustritt übernimmt die APN die kontinuierliche Begleitung im häuslichen Umfeld und führt regelmässige Hausbesuche durch, in deren Rahmen die definierten Interventionselemente umgesetzt werden. Als zentrale Bezugsperson gewährleistet sie sektorenübergreifende Koordination, Kontinuität und einen reibungslosen Übergang zwischen Spital, Grundversorgung und dem häuslichen Setting. Die Hausbesuche erfolgen personenzentriert und werden bis zu 90 Tage nach dem Austritt durchgeführt (Abbildung 2).



Abbildung 2: Ablauf der Übergangsversorgung

Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität werden mehrere Massnahmen implementiert: Root Cause Analysen bei Wiedereintritten, standardisierte Patientenbefragungen und die Überprüfung definierter Minimalkriterien zur Sicherstellung der Versorgungsqualität.

Von Januar 2024 bis Dezember 2025 wird das Projekt im Rahmen einer klinischen Studie evaluiert [10]. Diese untersucht primär den Effekt auf Wiedereintrittsraten sowie die Kosteneffektivität. Die Datensammlung endet im März 2026.

Teil-Ergebnisse

Das AdvantAGE Projekt hat bereits wesentliche Outputs und erste Wirkungen erzielt:

- Das Angebot der Übergangsversorgung ist in dem Prozess der Austrittsplanung der UAFP integriert.
- Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen, SPITEX und weiteren Akteuren beim Übergang von Spital nach Hause wurde aufgebaut und kontinuierlich vertieft.

- Zum Zeitpunkt dieser Bewerbung (November 2025) konnten insgesamt bereits 295 Patient:innen betreut werden. Damit liegt die Rekrutierung über der erwarteten Zahl. Ab 2026 ist mit weiter steigenden Teilnehmerzahlen zu rechnen, da mit Abschluss der Begleitstudie strukturelle Hürden für die Aufnahme entfallen.
- Erste Ergebnisse der Patientenbefragung deuten auf einen hohen Mehrwert hin (Abbildung 3): Die grosse Mehrheit der Teilnehmer sind sehr zufrieden mit der Versorgung und würden sich diese erneut wünschen.
- In begleitenden Interviews mit Hausärzt:innen und SPITEX-Mitarbeitenden wurden insbesondere die verbesserte Kommunikation, die klare Koordination und die „Tür-öffner-Funktion“ der Übergangsversorgung für weiterführende Unterstützungsangebote hervorgehoben.
- In Interviews gaben Patient:innen und Angehörige an, dass die kompetente Begleitung durch die APNs ihnen Sicherheit und spürbare Entlastung im Übergang nach Hause vermittelte.
- Mehrere Publikationen und Fachbeiträge dokumentieren die Projektergebnisse und tragen zur Dissemination und zum Wissenstransfer bei.

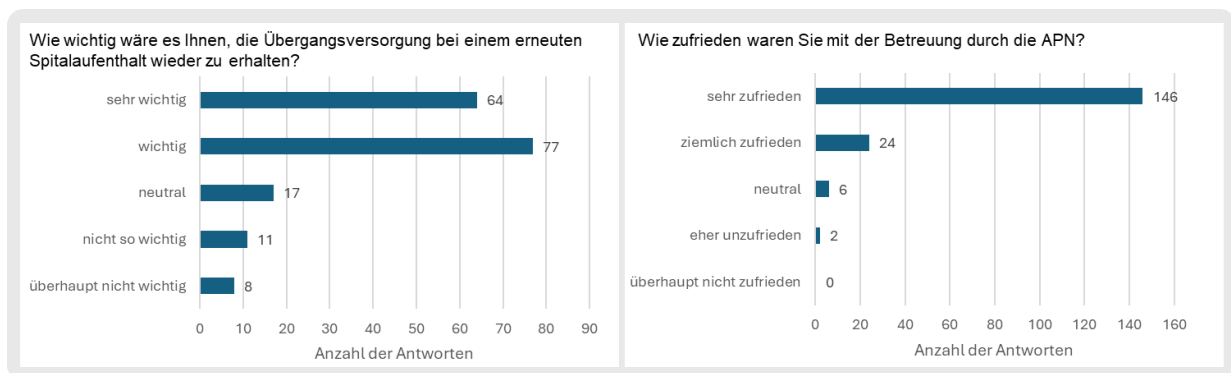


Abbildung 3: Auszug aus der standardisierten Patientenbefragung, Stand 03.11.2025. n=177

Damit leistet dieses Projekt einen nachweisbaren Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität, stärkt die Patientensicherheit und schafft nachhaltigen Mehrwert für Patient:innen, Angehörige und das Gesundheitssystem insgesamt.

Ausblick

Die bevorstehende wissenschaftliche Auswertung umfasst neben der Analyse der Effekte auf ungeplante Wiedereintritte und der gesundheitsökonomischen Bewertung eine vertiefte Prozessevaluation nach etablierten Standards der Implementierungswissenschaft. Diese ermöglicht es, Wirkmechanismen, Kontextfaktoren sowie die Akzeptanz und Umsetzbarkeit einzelner Interventionselemente systematisch zu identifizieren. Auf dieser Basis wird das APN-geführte, integrierte Versorgungsmodell gezielt weiterentwickelt, und die Effektivität zentraler Komponenten kann evidenzbasiert optimiert werden.

Die Nachhaltigkeit des AdvantAGE Projekts ist bereits strukturell gesichert: Die Weiterfinanzierung für 2026–2028 ist genehmigt, wodurch sowohl die Fortführung gewährleistet sind. Parallel wird eine Tarifierung im Rahmen der Krankenpflege-Leistungsverordnung angestrebt. Die Ergebnisse der Kosteneffektivitätsanalyse bilden

hierbei eine essenzielle Entscheidungsgrundlage und schaffen
die Voraussetzung für eine langfristige Verankerung des Modells
im regulären Leistungskatalog

Das AdvantAGE Projekt zeichnet sich durch eine hohe wissenschaftliche Fundierung, konsequente Patientenzentrierung und einen klaren Innovationsfokus aus. Die gezielte Nutzung der erweiterten Kompetenzen von APNs zur Steuerung einer sektorenübergreifenden Versorgung – unter Berücksichtigung lokaler Bedürfnisse und Gegebenheiten – stellt einen zentralen Erfolgsfaktor dar. Die hohe Akzeptanz bei Patient:innen und Leistungserbringenden bestätigt, dass das Modell eine relevante Versorgungslücke praxistauglich und wirksam adressiert.

Durch die Umsetzung nach Prinzipien der Implementierungswissenschaft ist eine skalierbare und übertragbare Ausweitung in weitere Regionen und Versorgungskontexte realistisch vorbereitet. Insgesamt demonstriert das AdvantAGE Projekt das erhebliche Potenzial eines APN-geführten, integrierten Versorgungsansatzes, die patientenzentrierte geriatrische Versorgung beim Übergang vom Spital nach Hause langfristig strukturell zu stärken und gesundheitssystemisch relevante Effekte zu erzielen.

Literaturverzeichnis

1. Jencks, S.F., M.V. Williams, and E.A. Coleman, *Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program*. N Engl J Med, 2009. **360**(14): p. 1418-28.
2. Loyd, C., et al., *Prevalence of Hospital-Associated Disability in Older Adults: A Meta-analysis*. Journal of the American Medical Directors Association, 2020. **21**(4): p. 455-461.e5.
3. Briggs, A.M., et al., *Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews*. BMJ Open, 2018. **8**(4): p. e021194.
4. Naylor, M.D., et al., *Components of Comprehensive and Effective Transitional Care*. J Am Geriatr Soc, 2017. **65**(6): p. 1119-1125.
5. Kutz, A., et al., *Integrative hospital treatment in older patients to benchmark and improve outcome and length of stay – the In-HospITool study*. BMC Health Services Research, 2019. **19**(1): p. 237.
6. Altermatt-von Arb, R., et al., *Daily practices of advanced practice nurses within a multi-professional primary care practice in Switzerland: a qualitative analysis*. BMC Primary Care, 2023. **24**(1): p. 26.
7. Pellet, J., M. Weiss, and C. Mabire, *Evaluation of a theory-informed implementation of a nursing discharge teaching intervention for older adults*. Journal of Advanced Nursing, 2023. **79**(8): p. 3147-3159.
8. Donzé, J., et al., *Effects of a Multimodal Transitional Care Intervention in Patients at High Risk of Readmission: The TARGET-READ Randomized Clinical Trial*. JAMA Internal Medicine, 2023. **183**(7): p. 658-668.
9. Pfundstein, I., et al., *A Multi-Method Study to Develop and Pilot Test an Interprofessional Transitional Care Model for Frail Older Adults - AdvantAGE*. 2025(1365-2648 (Electronic)).
10. Brunkert, T., et al., *AdvantAGE: Implementation and Evaluation of an Interprofessional Transitional Care Model for Frail Older Adults-Protocol of an Effectiveness-Implementation Hybrid Study*. 2025(1365-2648 (Electronic)).