

APN-geleitete postakute Versorgung

Pilotprojekt in der Gemeinde Meilen

Das Pilotprojekt erprobt ein APN-geleitetes Versorgungsmodell für ältere Menschen nach einem Spitalaustritt. Ziel ist es, Übergänge zwischen Spital und häuslichem Umfeld sicherer zu gestalten und Versorgungslücken in der postakuten Phase zu reduzieren.

Anna Tschopp, Pflegeexpertin APN-CH

Hintergrund

Der Spitalaustritt markiert für ältere, multimorbide Menschen einen kritischen Übergang: Medikation, Symptomkontrolle, Alltagsbewältigung und Zuständigkeiten müssen plötzlich zu Hause funktionieren. Häufig gelingt diese Abstimmung zwischen den Versorgungsbereichen nicht – mit Versorgungslücken, Unsicherheit sowie vermeidbaren Notfallkonsultationen und Rehospitalisationen als Folge.

Pflegegeleitete Transitional-Care-Modelle setzen genau hier an: Eine APN übernimmt die kontinuierliche fachliche Begleitung,

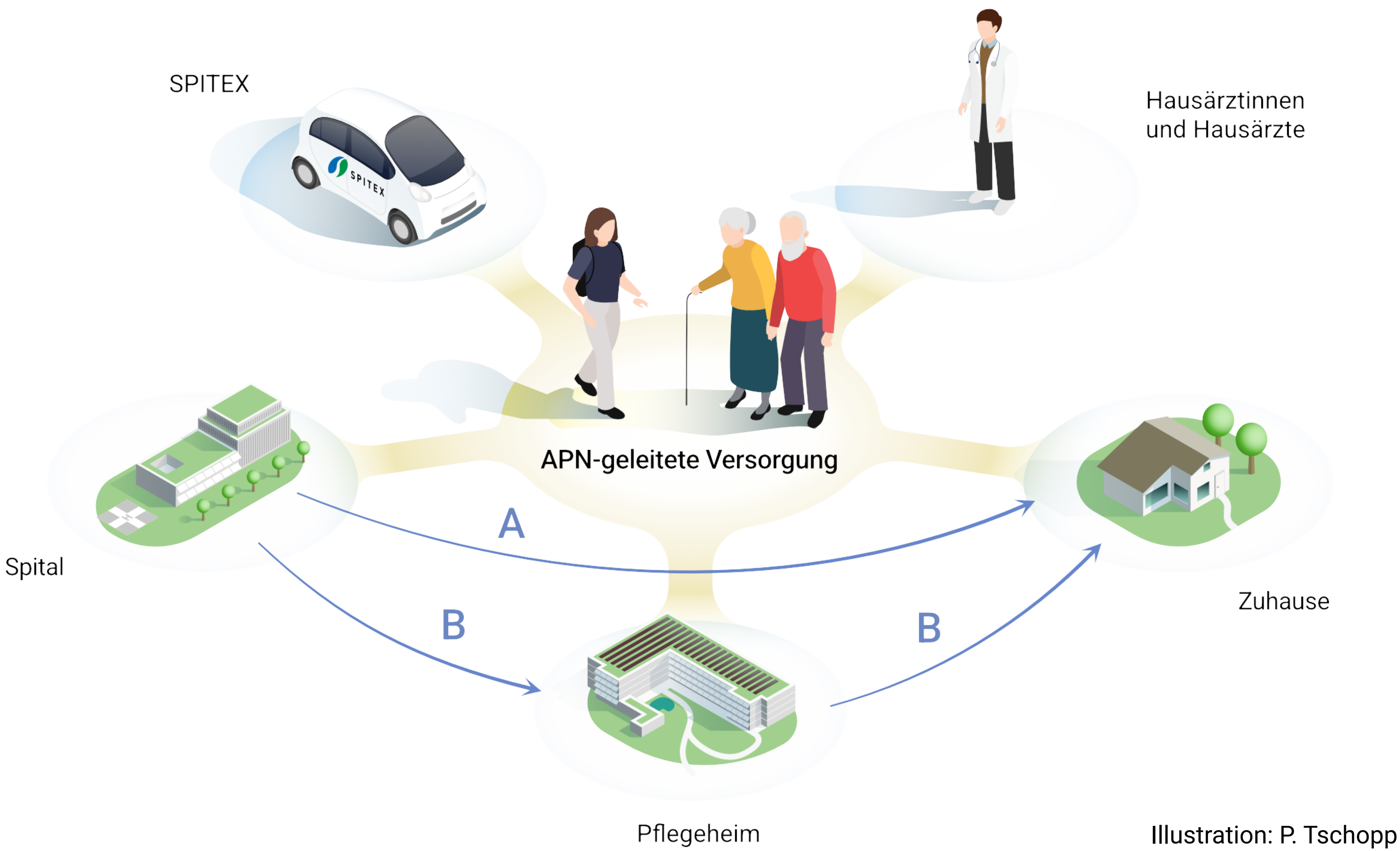
Behandlungspfade

Die APN wird bereits im Spital einbezogen, führt eine strukturierte Bedarfsabklärung durch und koordiniert die Nachsorge mit allen Beteiligten. Das Modell umfasst zwei Pfade: die direkte Entlassung nach Hause (A) oder den Übergang über einen intermediären Pflegeheimaufenthalt mit anschliessender Rückkehr ins häusliche Umfeld (B).

koordiniert die Versorgung über verschiedene Leistungserbringende hinweg und stellt die Verbindung zwischen allen Beteiligten sicher. So lassen sich Risiken reduzieren und die Lebensqualität verbessern (Naylor et al., 2004; Sakashita et al., 2025).

Das Pilotprojekt richtet sich an Personen ab 65 Jahren mit Wohnsitz in Meilen und komplexem postakutem Unterstützungsbedarf, insbesondere bei Multimorbidität, Frailty oder wiederholten Hospitalisationen.

In beiden Fällen begleitet die APN die betreuten Personen während sechs Wochen zu Hause als konstante fachliche Bezugsperson. Aufgaben sind Visiten, klinische Verlaufskontrolle, Medikationsmanagement, Edukation, Symptommonitoring und Koordination.



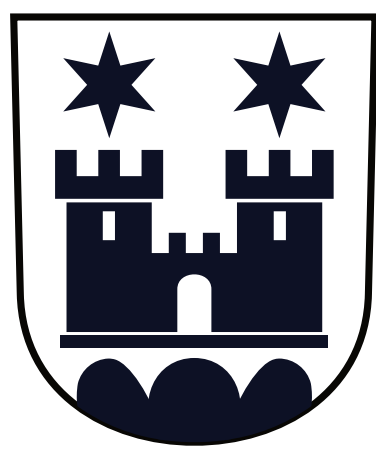
Erwarteter Nutzen

Das Projekt adressiert die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Erwartet werden eine verbesserte Versorgungskontinuität, höhere Patientensicherheit, mehr Selbstständigkeit sowie weniger Wiederaufnahmen. Gleichzeitig

liefert das Modell Impulse für die Weiterentwicklung integrierter Versorgungsstrukturen (Naylor et al., 2004; Sakashita et al., 2025).

Finanzierung und Partnerschaft

Die Umsetzung erfolgt über eine Projektdauer von zwölf Monaten durch eine freischaffende APN in Zusammenarbeit mit Spital, Pflegeheim, Spitex, Hausarztpraxen, Angehörigen und der Gemeinde Meilen. Die Finanzierung basiert auf bestehenden Abrechnungsmöglichkeiten der Pflegefinanzierung sowie auf ergänzenden projektbezogenen Mitteln der Gemeinde Meilen.



Literaturverzeichnis

Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 675–684. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x>

Sakashita, C., Endo, E., Ota, E., & Oku, H. (2025). Effectiveness of nurse-led transitional care interventions for adult patients discharged from acute care hospitals: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, 24, 379. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03040-w>



+41 76 515 48 50
mobile-pflegeexpertin.ch
info@mobile-pflegeexpertin.ch