

Zwischen Klinik und Alltag: Wenn Pflege Übergänge sichert

Die psychiatrische Spitex begleitet Menschen nach einem Klinikaufenthalt zurück in den Alltag. Speziell geschulte Mitarbeitende unterstützen Betroffene dabei, wieder selbstständig zu Hause zu leben. Im Interview erklärt Eliane Bettoli von der Spitex Heitersberg, welche Herausforderungen und Chancen dieser Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung mit sich bringt.

Text: Eliane Bettoli, Leiterin Spezialdienste & Team Psychiatrie, stellvertretende Geschäftsführerin der Spitex Heitersberg

Frau Bettoli, welche Klientinnen und Klienten betreuen Sie?

Bei der Spitex Heitersberg betreuen wir Klientinnen und Klienten ab dem 14. Lebensjahr ohne Alterslimit und mit sämtlichen psychiatrischen Diagnosen. Es sind dies beispielsweise Autismus-Spektrum-Störung, ADHS, Bipolare Störung, Borderline, Persönlichkeitsstörung, Depression, Schizophrenie, Angst- und Zwangsstörung, Suchterkrankungen, Burnout, postnatale Depression und Lebenskrisen.

Wie verläuft der Übertritt von den Psychiatrischen Diensten Aargau (PDAG) zur Spitex?

Die Anmeldung erfolgt via OPAN, telefonisch oder per E-Mail. Anschliessend kläre ich als Teamleiterin mit dem Zuweiser den Bedarf. Der Klient muss vollumfänglich informiert sein. Idealerweise liegen ärztlicher Austrittsbericht, Diagnosen, aktueller Medikationsplan sowie die im stationären Setting erarbeiteten Strategien vor. Fehlt die Krankheitseinsicht oder eine Entbindung der Schweigepflicht, erschwert dies die Zusammenarbeit.

Wie beurteilen Sie den Übertritt allgemein?

Der Übertritt ist ein sensibler und gut vorzubereitender Prozess. Autonomie und aktive Mitwirkung der Klientinnen und Klienten sind zentral, jedoch nicht immer gegeben. Bei fehlender Krankheitseinsicht entstehen Belastungen für das System. Seit 2024 besteht der «Round Table Akutpsychiatrie», um Schnittstellen und Verständnis zu fördern und somit Übertritte zu verbessern.

Kommt es zu Wiedereintritten – und weshalb?

Ja. Trotz Notfallplänen können Selbst- oder Fremdgefährdung, Bedarf an Medikamentenanpassung oder akute Krisen einen stationären Aufenthalt nötig machen. Viele Erkrankungen verlaufen chronisch. Eine Teilnahme der Spitex am Austrittsgespräch der PDAG wäre oft sinnvoll, gelingt jedoch wegen Zeitdruck häufig nicht. Übergänge sind risikoreiche Phasen: Isolation, Energie-

mangel und Rückfall in belastende Beziehungsmuster können die Genesung gefährden.

Welche rechtlichen oder organisatorischen Hürden bestehen?

Datenschutz und Schweigepflicht begrenzen den Datenfluss zwischen Klinik und Spitex. Hier wünschen wir uns mehr klientenzentrierte Lösungen. 2018 gründeten wir das Austauschgremium «ERFA Leitungen Psychiatrie Aargau» zur Verbesserung von Strukturen und Überweisungsprozessen. Mit den PDAG besteht ein halbjährlicher Dialog. Problematisch sind zudem aufwändige Abklärungen bei Krankenversicherern und wiederkehrende Kürzungen bewilligter Stunden.

Wo sehen Sie politischen Handlungsbedarf?

Soziale und lebenspraktische Aspekte psychisch erkrankter Personen (z. B. Zahlungsfähigkeit, fehlende Unterstützungsangebote, Einsamkeit) müssen stärker berücksichtigt werden. Die Finanzierung und Abrechenbarkeit von Advanced Practice Nurses (APNs) in der psychiatrischen Pflege ist dringend zu klären, da APNs einen grossen Beitrag leisten könnten.



Ambulante Psychiatrie heisst: Unterstützung dort, wo Betroffene leben – von Krisenintervention bis Alltags-training.

Integrierte Versorgung: Nahtlose Übergänge für psychisch erkrankte Menschen

Der Wechsel von stationärer zu ambulanter Behandlung ist für psychisch Erkrankte ein sensibler Moment. Eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen Klinik, Spitex und weiteren Leistungserbringern ist hierbei von zentraler Bedeutung. Wie dies gelingt und wo Handlungsbedarf besteht, erläutert Dr. Maxim Zavorotnyy, Chefarzt und Leiter des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie stationär (ZPPS) bei den Psychiatrischen Diensten Aargau (PDAG).



Dr. Maxim Zavorotnyy,
Chefarzt und Leiter ZPPS

Nachhaltige Versorgung gelingt nur, wenn wir ambulante Angebote ausbauen und Übergänge flexibler finanzieren.

Um den Übergang so reibungslos wie möglich zu gestalten, beginnt das Austrittsmanagement bereits mit der Aufnahme der Patientin oder des Patienten in die stationäre Behandlung. Frühzeitig wird abgeklärt, welche Unterstützung notwendig ist und wie vorhandene Helfernetzwerke gestärkt werden können, um den Übergang in die ambulante Versorgung zu gewährleisten. Ein allgemeingültiges Rezept gibt es dabei jedoch nicht.

Breites Leistungsangebot für individuelle Bedürfnisse

Die PDAG bieten ein umfassendes Spektrum an stationären, ambulanten und intermediären Leistungen an, wie beispielsweise Tageskliniken, Home Treatment oder Kriseninterventionsambulanzen. Die Angebote werden oft mit externen Partnern, darunter der Spitex, kombiniert. Diese unterstützt etwa bei der Tagesstruktur, der Alltagsbewältigung oder beim Erkennen von Anzeichen einer Verschlechterung.

Wiedereintritte als Herausforderung

Trotz der Bemühungen aller Partner kommt es leider immer wieder zu Wiedereintritten in die Klinik. Die Gründe dafür sind vielfältig: der natürliche Verlauf psychischer Erkrankungen, Rückfälle oder akute Krisen, aber auch Unzulänglichkeiten im ambulanten Unterstützungsnetzwerk. Weitere Faktoren sind Komorbiditäten, Probleme mit der Medikationsadhärenz oder im sozialen Umfeld. Bei jedem Wiedereintritt werden die

Ursachen genau analysiert, um die ambulante Unterstützung beim nächsten Austritt gezielt zu verbessern.

Hürden bei der nahtlosen Versorgung

Der Übergang von den PDAG zur Spitex ist in der Regel gut koordiniert. Dennoch existieren Hürden: Spitex-Einsätze sind oft zeitlich begrenzt und reichen nicht immer aus. Besonders problematisch ist zudem das Fehlen kurzfristig geeigneter Wohn- oder Betreuungsplätze für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen. Hinzu kommen administrative und finanzielle Abstimmungsprobleme sowie regionale Verfügbarkeitsengpässe.

Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

Angesichts dieser Herausforderungen braucht es dringend eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Dazu gehören der Ausbau und die gerechte Finanzierung intensiver ambulanter Angebote und kurzfristig verfügbarer betreuter Wohnplätze sowie flexible Finanzierungsmodelle, die koordinierende Übergangsleistungen ermöglichen. Zentral sind zudem verbindliches Fall-/Case-Management, interoperable Informationssysteme, gezielter Personalaufbau und Bürokratieabbau. Ergänzend tragen präventive Krisenangebote, ein systematisches Monitoring von Leistungsindikatoren sowie die Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen nachhaltig zur Qualität der Versorgung bei.