

PROJEKTANTRAG

Integrierte Wundversorgung Luzern

Aufbau eines spezialisierten Gesundheitsnetzwerks mit verbindlichen Behandlungspfaden und Wundleitstelle

Gesuchsteller	Wundnetzwerk Zentralschweiz
Projektleitung	Dr. med. Sabine Heselhaus, Fachärztin für Chirurgie
Förderbereich	Auf- und Ausbau von spezialisierten Gesundheitsnetzwerken
Projektregion	Kanton Luzern
Projektlaufzeit	24 Monate
Status	GV 09.03.2026: Revision Statuten, neuer Vorstand Arbeitsprozess: Homepage, Wundleitstelle, Partnerkontakte

Antrag

Der Verein Wundnetzwerk Zentralschweiz beantragt im Rahmen des Förderprogramms IGeL eine Anschubfinanzierung für die Weiterentwicklung des seit 2015 bestehenden Wundnetzwerks (damals Verein Luzerner Wundmanagement) zu einem verbindlichen spezialisierten Gesundheitsnetzwerk. Fördergegenstand sind Projekt- und Netzwerkmanagement, verbindliche Partnerintegration, gemeinsame Behandlungspfade, Pilotierung einer Wundleitstelle sowie Evaluation und Überführung in eine tragfähige Regelstruktur.

1. Grundidee und Einordnung in IGeL

Das Wundnetzwerk Zentralschweiz verbindet seit 2015 Fachpersonen und Institutionen rund um chronische und komplexe Wunden. In der neuen Projektphase soll aus dem fachlichen Netzwerk eine verbindlich organisierte Versorgungsstruktur entstehen. Vorhandene ambulante, intermediäre und stationäre Angebote sollen so verbunden werden, dass Patientinnen und Patienten frühzeitig in einen ätiologisch fundierten, interprofessionell getragenen Behandlungspfad gelangen.

Das Vorhaben entspricht dem Förderbereich „Auf- und Ausbau von spezialisierten Gesundheitsnetzwerken“. Das Förderprogramm beschreibt diesen Zielzustand als verbindliche, institutionalisierte Zusammenarbeit zur Versorgung eines spezifischen Krankheitsbildes oder einer bestimmten Bevölkerungsgruppe und verlangt insbesondere mindestens fünf Berufsgruppen aus unterschiedlichen Settings, ein professionelles Koordinations- und Netzwerkmanagement sowie ein gemeinsames Versorgungskonzept mit definierten Rollen und Aufgaben entlang der Behandlungspfade.

Quelle: Förderprogramm IGeL 2026–2030, 2. Version Juni 2026, S. 7, Kap. 2.3.

Die Strategie IGeL definiert integrierte Versorgung als Vernetzung über den gesamten Behandlungspfad – virtuell, ambulant und stationär – mit strukturierter, verbindlicher Zusammenarbeit. Im Zielbild führen die Stationen von Kontaktaufnahme und Problemanalyse/Diagnose über Zuweisung bis zur Therapie; die Übergänge werden koordiniert, um Informationslücken, redundante Behandlungen, Komplikationen und Wiedereinweisungen zu reduzieren.

Quelle: Strategie IGeL 2035 ff., S. 5 und S. 8.

2. Ausgangslage und Versorgungslücke

Chronische und komplexe Wunden betreffen häufig multimorbide, geriatrische, immobile oder anderweitig vulnerable Menschen. Relevante Ätiologien und Komorbiditäten umfassen u.a. Diabetes mellitus, pAVK, chronisch venöse Insuffizienz, Lymphödem, Druckschädigung, postoperative oder posttraumatische Wundheilungsstörungen, Autoimmun- und rheumatologische Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Niereninsuffizienz, Immunsuppression und Mangelernährung.

Eine qualifizierte Wundversorgung beginnt deshalb mit einer ärztlichen Wund- und Krankheitsanamnese, klinischem Assessment, ätiologischer Diagnostik und Kausaltherapie. Das EWMA-Positionspapier beschreibt Wundkomplexität als Zusammenspiel patientenbezogener, wundbezogener, professioneller und ressourcenbezogener Faktoren und fordert die frühe Erkennung verzögerter Heilung sowie die

Neubewertung des Behandlungsplans. Psychosoziale Belastungen und Lebensqualität sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Quelle: EWMA, „Schwer heilende Wunden: ein ganzheitlicher Ansatz“, 2008, S. 1–3.

Die notwendigen Kompetenzen sind im Kanton Luzern vorhanden, aber über Akutspital, Haus- und Facharztpraxen, Spitex, Pflegeheime und weitere Gesundheitsberufe verteilt. An den Schnittstellen entstehen Risiken für Informationsverlust, verspätete Diagnostik, unklare Zuständigkeiten, nicht abgestimmte Therapieentscheidungen, vermeidbare Transporte, Notfallkontakte oder Rehospitalisationen.

Kernproblem

Die zentrale Versorgungslücke ist die fehlende verbindliche Koordination vorhandener Kompetenzen entlang eines gemeinsamen Behandlungspfades.

3. Medizinisches und interprofessionelles Versorgungskonzept

3.1 Diagnostischer Einstieg

Komplexe, rezidivierende oder chronische Wunden werden einer strukturierten Erstbeurteilung zugeführt. Erfasst werden Entstehung, Dauer und Verlauf, Lokalisation, Schmerz, Exsudation, Wundrand/-umgebung, Infektionszeichen, bisherige Therapie, Rezidive, Medikamente und relevante Grunderkrankungen. Je nach Befund folgen vaskuläre, neurologische, metabolische oder weitere fachärztliche Abklärungen. Die ätiologische Diagnosestellung und medizinische Therapieplanung erfolgen durch die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt; bei unklarer Ursache wird frühzeitig spezialisierte Expertise beigezogen.

3.2 Interprofessionelles Assessment und Shared Care

Nach bzw. parallel zur medizinischen Einordnung werden Pflegebedarf, Selbstpflegefähigkeit, Mobilität, Hilfsmittelbedarf, Ernährung, Wohn- und Betreuungssituation, Gesundheitskompetenz, Angehörigenressourcen und individuelle Therapieziele erhoben. Daraus entsteht ein gemeinsamer Plan mit Kausaltherapie, lokaler Wundbehandlung, ggf. chirurgischen Massnahmen, Kompression/Druckentlastung, pflegerischer Durchführung, therapeutischer Mitbehandlung, Kontrollen und Eskalationskriterien. Die medizinische Diagnostik und Indikationsstellung bleiben ärztliche Kernaufgaben; die kontinuierliche Versorgung erfolgt im Sinne von Shared Care gemeinsam mit Pflege, Hausärzteschaft und weiteren Gesundheitsberufen.

3.3 Versorgungskontinuität

Besonderes Gewicht erhält der Übergang vom Spital in das ambulante Setting. Vor Austritt sollen Verantwortlichkeiten, Nachkontrollen, Materialversorgung, Spitex-/Heimversorgung und Eskalationswege geklärt sein. Ziel ist eine wohnortnahe Versorgung auf der jeweils notwendigen Versorgungsstufe und die Vermeidung von Versorgungsbrüchen.

4. Projektziele

- Verbindliche Netzwerkstruktur mit Kernpartnern aus mindestens fünf Berufsgruppen (Spitalärzte und -Pflege, Hausärzte, spezialisierte Fachärzte, Pflege in Spitex und Langzeitpflege, Physio- und Lymphtherapeuten, Podologen, Ernährungsberater, Orthopädietechniker, Orthopädieschuhmacher, Apotheken u.a.), sowie ambulanten, intermediären und stationären Settings.
- Gemeinsames Versorgungskonzept mit Rollen, diagnostischen Mindestanforderungen, Schnittstellen und Eskalationskriterien.
- Mindestens drei prioritäre integrierte Behandlungspfade, z.B. diabetischer Fuss, vaskuläre/venöse Ulzera und postoperative komplexe Wundheilungsstörung.
- Konzeption und Pilotierung einer Wundleitstelle als Koordinations- und Navigationsstruktur.
- Strukturierter Einbezug von Patientinnen, Patienten und Angehörigen sowie Identifikation von Zugangsbarrieren.
- Evaluationskonzept innerhalb der ersten drei Projektmonate und laufende Wirkungsmessung.
- Governance- und Finanzierungsmodell für die Überführung in den Regelbetrieb bis Projektende.

Bezug IGeL: Förderprogramm, S. 5/7 sowie fachliche Förderkriterien S. 12–13.

5. Projektplan und Meilensteine

Phase	Zeitraum	Kernaktivitäten	Meilenstein
1	Monat 1–3	Projektteam; Partner-Mapping; Ist-Prozess; Interviews/Runde Tische; Bedarf und Zugangsbarrieren; Baseline; Evaluationskonzept	Projektorganisation und Soll-Prozess definiert
2	Monat 4–6	Interprofessionelle Workshops; Rollen; diagnostischer Einstieg; Eskalation; Austrittsmanagement; Minimalinformationen	Gemeinsames Versorgungskonzept
3	Monat 7–9	Entwicklung von mindestens drei Behandlungspfaden	Pilotfähige Pfade
4	Monat 7–12	Betriebskonzept Wundleitstelle; Intake/Triage; Koordination; Fallkonferenz; Datenschutz	Wundleitstelle pilotbereit
5	Monat 10–12	Schulung der Pilotpartner; Qualitätszirkel; Patienteninformation	Pilotstart vorbereitet
6	Monat 13–21	Pilotbetrieb, koordinierte Fälle, Monitoring und Qualitätszirkel	Versorgungsmodell erprobt
7	Monat 22–24	Evaluation; WZW-/Prozessanalyse; Governance und Finanzierung	Regelbetriebs- und Transferplan

6. Projektorganisation und Akteure

Für die Gesuchseingabe ist bereits ein verbindliches Kernprojektteam mit Organisation und Funktion ausgewiesen:

- Wundnetzwerk Zentralschweiz – Trägerschaft, Projekt- und Netzwerkmanagement
- Spezialisierte ärztliche Wundversorgung – medizinisch-fachliche Leitung Dr. med. Sabine Heselhaus
- Luzerner Kantonsspital / Zentrum für komplexe Wunden – stationäre und ambulante Schnittstelle, Organisation mit anderen Fachkliniken (u.a. Gefässchirurgie, Angiologie, Rheumatologie, Dermatologie)
- Ärztesgesellschaft Kanton Luzern – Grundversorgung, Institut für Hausarztmedizin, spezialisierte Versorgung
- Spitex öffentlich und privat – ambulante Pflege (inkl. Palliative Care), Wundexpertin Mirjam Fischer (Vorstand)
- Alters- und Pflegeheime – Langzeitversorgung (inkl. Palliative Care)
- Orthopädietechnik/-schuhtechnik, Leitung Thorsten Voll (ORTHO-TEAM Kriens): Kompressionstherapie, Lagerungshilfen, Schuh- und Einlagenversorgung, Schulungen
- Luzerner Apotheker Verein – Erstversorgung
- Hochschule Luzern – Evaluation/Versorgungsforschung/Gesundheitsökonomie
- XUND Luzern – interprofessionelle Fortbildungen

Im erweiterten Versorgungsnetz werden je nach Behandlungspfad weitere relevante Disziplinen einbezogen, u.a. Chirurgie, Gefässchirurgie, Plastische Chirurgie, Angiologie, Diabetologie, Dermatologie, Orthopädie, Rheumatologie, Nephrologie, Onkologie, Palliative Care, Pflege/Wundexpertise, Podologie, Physio-/Lymphtherapie. Patientinnen, Patienten und Angehörige bilden eine eigene Akteursgruppe.

Bezug IGeL: Förderprogramm, S. 7; die Zusammenarbeit soll verbindlich geregelt und institutionalisiert werden und mindestens fünf Berufsgruppen aktiv einbeziehen.

7. Wundleitstelle

Die Wundleitstelle ist keine zusätzliche Behandlungsinstitution, sondern ein Single Point of Contact für koordinationsintensive Wundfälle. Sie nimmt strukturierte Anfragen von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Fachpersonen entgegen, erfasst die für Navigation und Koordination notwendigen Informationen, klärt bestehende Versorgungsstrukturen, vermittelt an die zuständige medizinische oder pflegerische Stelle und organisiert bei komplexen Situationen interprofessionelle Fallbesprechungen. Für stationäre Fälle unterstützt sie das Austrittsmanagement; für Spitex und Pflegeheime schafft sie einen definierten Eskalationsweg zu spezialisierter Expertise.

Das Luzerner Zielbild sieht bei medizinisch, psychologisch oder sozial komplexen Fällen ausdrücklich eine Koordinations-/Case-Management-Funktion vor. Die konkrete Verantwortung bleibt fallbezogen und kompetenzorientiert.

8. Digitalisierung und Daten

Die digitale Unterstützung folgt dem Versorgungskonzept. Zunächst werden Minimalinformationen, Verantwortlichkeiten, Einwilligung, Datenschutz und Übergabeprozesse definiert; bestehende Primärsysteme der Leistungserbringenden bleiben führend. Digitale Wunddokumentation, Telekonsile oder KI-gestützte strukturierte Datenerfassung können ergänzend geprüft werden. Beantragt wird ausdrücklich keine eigenständige B2B-Datendrehscheibe und keine ausschliessliche Produktentwicklung eines privaten Softwareanbieters.

Quelle: Förderprogramm IGeL, S. 13; IGeL-Website/FAQ 2026 zum kantonalen Projekt Gesundheitsdatenraum/Datendrehscheibe.

9. Wirkungskette und Evaluation

Problem	Massnahme	Erwartete Wirkung	Indikator
Unklare Zuständigkeiten	Behandlungspfade	weniger Versorgungsbrüche	Anteil mit dokumentiertem Plan
Verspätete Diagnostik	definierter diagnostischer Einstieg	frühere Kausaltherapie	Zeit bis Fachbeurteilung/Diagnose
Schwieriger Spitalaustritt	strukturierte Überleitung	sichere ambulante Fortführung	Level of service, 30-Tage-Rehospitalisation
Fragmentierte Kommunikation	Wundleitstelle	weniger Koordinationsverlust	Zeitaufwand/fehlende Informationen
Uneinheitliche Standards	Qualitätszirkel/Schulung/interprofessionelle Fortbildung/Wundfachmesse	höhere Handlungssicherheit, schnellere Wundheilung, bessere Arbeits- und Lebensqualität	Mitarbeitendenbefragung, Wundverlauf, Patientenbefragung
Unzureichende Patientenperspektive und schlechte Lebensqualität	PROM (Patient-Reported Outcome Measures), PREM (Patient-Reported Experience Measures), Angehörigeneinbezug	höhere Akzeptanz/Lebensqualität, Value-Based Healthcare	PROM/PREM, Schmerz, Mobilität, Wundgrösse, Co-Morbidität

Das Evaluationskonzept wird in den ersten drei Monaten gemeinsam mit der wissenschaftlichen Begleitung (Hochschule Luzern) erstellt. Es unterscheidet vorhandene Routinedaten und prospektiv zu erhebende Projektdaten. Kernparameter sind Prozessqualität (Zeit bis Beurteilung, Diagnose und Anschlussversorgung), patientenbezogene Ergebnisse (Lebensqualität, Schmerz, Mobilität, PREM), medizinische Ereignisse (Komplikationen, Notfallkontakte, Rehospitalisationen), Mitarbeitendenperspektive (Rollenklärung, Zufriedenheit, Administrationsaufwand) und Gesundheitsökonomie (stationäre Tage, Kontakte, Koordinationsaufwand und – soweit verfügbar – Kosten pro Versorgungsepisode).

Bezug IGeL: Förderprogramm, S. 12; Projektziele sollen messbar sein und eine Evaluation ist einzuplanen.

10. Nachhaltigkeit und Regelstruktur

Die Förderung finanziert die Entwicklungs- und Pilotphase, nicht dauerhaft die medizinischen oder pflegerischen Einzelleistungen. Tariflich abbildbare Leistungen werden weiterhin über die bestehenden Finanzierungssysteme der Leistungserbringenden erbracht. Im Projekt wird ermittelt, welche nicht tarifierten Netzwerkleistungen dauerhaft verbleiben – insbesondere Koordination, Netzwerkmanagement, Qualitätssicherung und Patienteninformation – und wie diese finanziert werden können.

Geprüft wird eine Mischfinanzierung aus Eigenleistungen und institutionellen Beiträgen, Mitglieder-/Partnerbeiträgen, kostendeckenden Fortbildungen, Drittmitteln und – bei nachgewiesenem Nutzen – künftigen Vergütungsmodellen für koordinative Leistungen. Ziel ist ein Regelbetrieb, der nicht dauerhaft von Projektförderung abhängig ist.

Bezug IGeL: Förderprogramm, S. 13 – nachhaltiges Implementierungs- und Finanzierungspotenzial ist darzulegen.

11. Abgleich mit den Förderkriterien

IGeL-Anforderung	Umsetzung im Projekt
------------------	----------------------

Spezialisiertes Gesundheitsnetzwerk	Fokus chronische/komplexe Wunden; kantonale Vernetzung
≥5 Berufsgruppen / mehrere Settings	Kernpartner aus Arztmedizin, Pflege, Spital, Spitex, Langzeitpflege und weiteren Berufen
Verbindliche Kooperation	Kooperationsregeln, Rollen, Prozesse, Behandlungspfade
Koordinationsmanagement	Geschäftsstelle und Wundleitstelle
Gemeinsames Versorgungskonzept	Diagnostik, Assessment, Shared Care, Eskalation
Patienteneinbezug	Co-Design, Angehörige, PREM/PROM, Gesundheitskompetenz
Messbare Wirkung	Wirkungskette und Evaluation
Keine Doppelspurigkeiten	bestehende Ressourcen werden verbunden, nicht ersetzt
Regelstruktur	Governance- und Finanzierungsmodell bis Projektende

12. Formeller Antrag

Der Verein Wundnetzwerk Zentralschweiz beantragt, das Projekt „Integrierte Wundversorgung Luzern – Aufbau eines spezialisierten Gesundheitsnetzwerks mit verbindlichen Behandlungspfaden und Wundleitstelle“ dem Förderbereich „Auf- und Ausbau von spezialisierten Gesundheitsnetzwerken“ zuzuordnen und die 24-monatige Projektphase im Rahmen des Förderprogramms Integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern (IGeL) finanziell zu unterstützen.

13. Quellen

- Gesundheits- und Sozialdepartement Kanton Luzern (2026): Förderprogramm 2026–2030 – IGeL, 2. Version Juni 2026, insb. S. 3–7 und 10–14.
- Gesundheits- und Sozialdepartement Kanton Luzern (2025): Strategie IGeL 2035 ff., insb. S. 5–10.
- European Wound Management Association (2008): Schwer heilende Wunden: ein ganzheitlicher Ansatz.