



Version vom 06.12.2022

Akut- und Übergangspflege

Schlussbericht

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Impressum

Empfohlene Zitierweise

Autor: Ecoplan / Serdaly & Ankers
Titel: Akut- und Übergangspflege
Untertitel: Schlussbericht
Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit
Ort: Bern
Datum: 06.12.2022

Begleitgruppe

Bundesamt für Gesundheit BAG:

Marie Meier, Sektion Tarife und Leistungserbringer stationär (TLS)
Christian Vogt, Sektion TLS
Sektion Medizinische Leistungen, Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen

Externe:

Esther Bättig, Spitex Schweiz
Stefan Berger, H+
Daniel Domeisen, Curaviva
Marcel Durst, ASPS
Susanne Gedamke, SPO
Orianne Grimm, Santésuisse
Silvia Marti, GDK
Aline Schnyder, Curafutura
Christian Streit, Senesuisse
Elsbeth Wandeler, SSR

Projektteam

ECOPLAN:

Eliane Kraft (Projektleitung)
Julia Lehmann
Sarina Steinmann

Serdaly & Ankers:

Christine Serdaly
Estelle Fetida

ECOPLAN AG

Forschung und Beratung
in Wirtschaft und Politik

www.ecoplan.ch

Monbijoustrasse 14
CH - 3011 Bern
Tel +41 31 356 61 61
bern@ecoplan.ch

Dätwylerstrasse 25
CH - 6460 Altdorf
Tel +41 41 870 90 60
altdorf@ecoplan.ch

Serdaly&Ankers snc

www.serdaly-ankers.ch

route de florissant 210
1231 Conches
Tel : +41 76 546 98 52
contact@serdaly-ankers.ch

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Executive Summary	4
.....	7
1 Einleitung	11
1.1 Ausgangslage und Auftrag	11
1.2 Methodisches Vorgehen	13
2 Patientengruppen mit erhöhtem Nachsorgebedarf nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt	14
3 Bestehende Versorgungsangebote in der Nachsorge und ihre Eignung	16
3.1 Ambulante Nachsorge.....	16
3.2 Stationäre Nachsorge	18
3.3 Eignung der unterschiedlichen Versorgungsangebote	20
3.4 Zwischenfazit.....	27
4 Interprofessionelles Übergangsangebot: Definition und Anforderungen	29
4.1 Ziele.....	29
4.2 Kriterien für die Triage.....	29
4.3 Leistungen.....	31
4.4 Dauer.....	33
4.5 Anforderungen für Leistungserbringer	33
4.6 Vergütung / Finanzierung.....	33
4.7 Kantonale Planung	35
5 Fazit und Bewertung	36
5.1 Ambulante Nachsorge.....	36
5.2 Stationäre Nachsorge	37
5.3 Grenzen und Lücken der vorliegenden Studie.....	39
Exkurs 1: Nachsorge nach einem Aufenthalt in der Akutpsychiatrie	40
Exkurs 2: Nachsorge im benachbarten Ausland	42
Anhang A: Einige statistische Auswertungen zur AÜP	48

Anhang B: Liste der beigezogenen Expert/innen	53
Anhang C: Online-Befragung somatische Akutspitäler	54
Anhang D: Online-Befragung Rehabilitationskliniken	61
Anhang E: Ein- und Einschluss- und Ausschlusskriterien von H+ für Patientinnen und Patienten an den Schnittstellen zwischen akutstationärer und nachgelagerter Behandlung.....	66

Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nurse
BFS	Bundesamt für Statistik
BAG	Bundesamt für Gesundheit
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
i.d.R.	in der Regel
Kap.	Kapitel
KVG	Krankenversicherungsgesetz; Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2022), SR 832.10
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung; Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Stand am 1. Januar 2022), SR 832.112.31
u.a.	unter anderem
vgl.	verglichen
z. B.	zum Beispiel

Executive Summary

Ausgangslage und Auftrag

Die Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss [Art. 25a Abs. 2 KVG](#) (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, SR 832.10), die per 2011 im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung eingeführt wurde, soll einen zeitlich befristeten Nachsorgebedarf im Anschluss an einen Spitalaufenthalt abdecken. Sie hat zum Ziel, dass Patientinnen und Patienten wieder in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren können.

In der Umsetzung ist die AÜP hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Der effektive Bedarf nach einer Übergangslösung nach dem Spitalaufenthalt dürfte jedoch grösser sein, als die tiefe Inanspruchnahme der AÜP suggeriert. Zur Klärung dieses Sachverhalts hat das Bundesamt für Gesundheit ein Mandat vergeben, das folgende Schlüsselfragen beantworten soll:

Welche **Patientengruppen** haben typischerweise einen **erhöhten Nachsorgebedarf** nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt?

Ist die bestehende **Versorgung** dieser Patientengruppen **adäquat**? Wo bestehen Lücken und Probleme?

Wie ist die **AÜP weiterzuentwickeln**, damit die identifizierten Lücken geschlossen und Probleme behoben werden können?

Methodisches Vorgehen

Die im vorliegenden Bericht dargelegten Ergebnisse beruhen auf folgendem methodischen Vorgehen:

Phase 1:

12 leitfadengestützte **Interviews** mit **Expert/innen** aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung (D-CH und Romandie)

Web- und Dokumentenanalyse

Erstellung Zwischenbericht und Besprechung mit Begleitgruppe

Phase 2:

2 **Online-Befragungen** bei somatischen **Akutspitälern** und **Rehabilitationskliniken** zur Validierung und Vertiefung der Zwischenergebnisse

Expert/innen-Workshop zur Validierung und Ergänzung der synthetisierten Erkenntnisse

Erstellung Schlussbericht und Besprechung mit Begleitgruppe

Identifizierte Patientengruppen mit erhöhtem Nachsorgebedarf

Welche **Patientengruppen** haben typischerweise einen **erhöhten Nachsorgebedarf** nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt?

Folgende Patientengruppen weisen nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt typischerweise einen erhöhten Nachsorgebedarf auf:

(Hoch)betagte Menschen mit fortgeschrittener Gebrechlichkeit («**frailty**») und dadurch verlängerter Rekonvaleszenz

Menschen mit hohem medizinisch-technischem Bedarf, z. B. Menschen mit aufwändiger Wundpflege oder tracheotomierte Patientinnen und Patienten

Menschen mit Demenz

Menschen nach Delir

Menschen mit starken körperlichen Einschränkungen nach schweren Eingriffen/Operationen bzw. Polytrauma

Menschen, die an zwei oder mehr chronischen Krankheiten leiden

Menschen mit einer sozialen Problematik

Menschen mit psychischen Problemen bzw. psychiatrischen Krankheiten

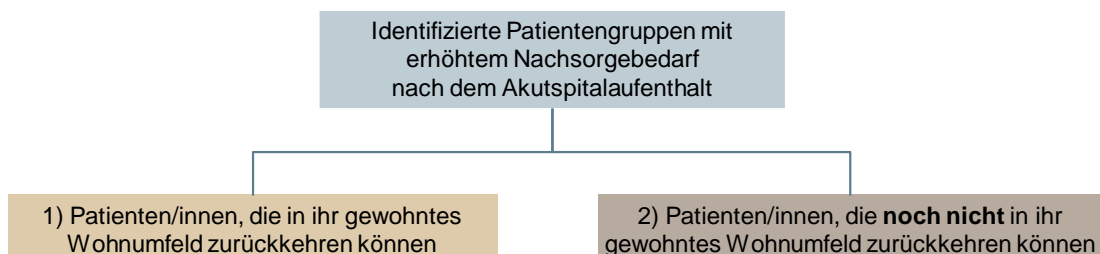
Menschen mit Suchtproblemen

Die kennzeichnende Eigenschaft all dieser Gruppen ist die **Mehrfachproblematik**: Zum somatischen Leiden, das der Grund für die Hospitalisierung war, kommt eine weitere Problematik hinzu.

Beurteilung der bestehenden Versorgung

Ist die bestehende **Versorgung** dieser Patientengruppen **adäquat**? Wo bestehen Lücken und Probleme?

Wenn es darum geht, die bestehende Versorgung der identifizierten Patientengruppen mit erhöhtem Nachsorgebedarf nach dem Akutspitalaufenthalt zu beurteilen, sind zwei Versorgungspfade zu unterscheiden:



Die Beurteilung dieser beiden Pfade fällt unterschiedlich aus:

1) Patient-/innen, die in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können, sind dank der ambulanten Nachsorge durch die Spitex heute grösstenteils **adäquat versorgt** viele Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf kehren nach dem Spitalaufenthalt direkt nach Hause zurück

Auch in der ambulanten Nachsorge gibt es jedoch Finanzierungs- und Angebotslücken, u.a.:

Spitex: unzureichende Finanzierung resp. restriktive Limitierung der Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (sogenannte A-Leistungen)

Hausarzt/innen: zu wenig Zeit für Abklärungen, Beratungen und Koordinationsleistungen

Physio-/Ergotherapie: unzureichendes Angebot an Domiziltherapien

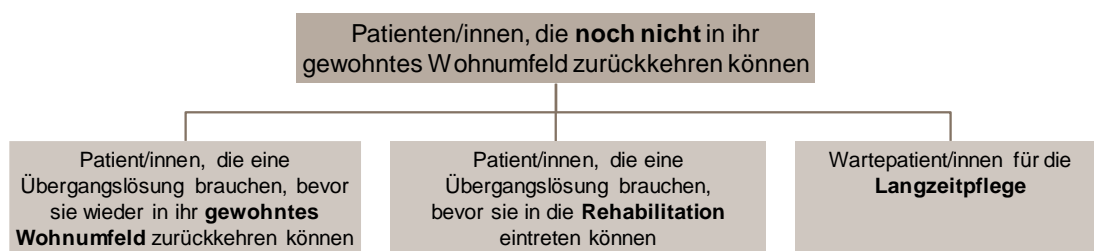
Psychiatrie: teilweise fehlende spezialisierte Spitex-Leistungen und nicht ausreichend teilstationäre Angebote

2) Patient/-innen, die **noch nicht** in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können

sind tendenziell **weniger gut versorgt** als Patient/innen, die in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können

verbleiben heute oft länger im somatischen Akutspital als es ihre Spitalbedürftigkeit erforderlich macht, weil adäquate stationäre Nachsorgelösungen fehlen

Die Patient/innen, die noch nicht in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können und unnötig lange im Akutspital verbleiben, können in drei Gruppen unterteilt werden:



Insbesondere für die beiden erstgenannten Gruppen im obigen Schema würde ein **interprofessionelles Übergangsangebot** eine vielenorts existierende **Angebotslücke schliessen**.

Weiterentwicklung der Akut- und Übergangspflege

Wie ist die **AÜP weiterzuentwickeln**, damit die identifizierten Lücken geschlossen und Probleme behoben werden können?

Eine Weiterentwicklung der AÜP kann aus Sicht der Autorinnen die festgestellte Angebotslücke in der stationären Nachsorge schliessen, indem die AÜP von einem **Finanzierungsinstrument** für Pflegeleistungen in den ersten zwei Wochen nach dem Spitalaufenthalt zu einem eigentlichen **Versorgungsangebot** weiterentwickelt wird, einem **interprofessionellen Übergangsangebot**. In Kap. 4 des vorliegenden Berichts ist dieses Angebot präziser definiert.

Für die Probleme in der ambulanten Nachsorge besteht anderweitiger Handlungsbedarf, z.B. ein Ausbau und eine Harmonisierung der Bewilligungspraxis der Krankenversicherer hinsichtlich der A-Leistungen in der Spitex.

Contexte et mandat

Les soins aigus et de transition (SAT) selon l'art. 25a, al. 2, LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie, RS 832.10), introduits en 2011 dans le cadre du nouveau régime de financement des soins, doivent couvrir un besoin en soins limité dans le temps suite à un séjour hospitalier. Ils ont pour objectif de permettre aux patient.e.s de retourner dans leur environnement habituel.

solution transitoire après un séjour hospitalier devrait toutefois être plus important que ne le suggère le faible taux de recours aux SAT. Afin de clarifier ce point, l'Office fédéral de la santé publique a confié un mandat visant à répondre aux questions suivantes :

Quels sont les **groupes de patient.e.s** qui ont typiquement un **besoin accru de suivi** après un séjour hospitalier en soins somatiques aigus ?

existant pour ces groupes de patients est-il **adéquat** ?

Où se situent les lacunes et les problèmes ?

Comment **développer les SAT**, afin de pouvoir combler les lacunes identifiées et remédier aux problèmes ?

Approche méthodologique

Les résultats présentés dans le présent rapport reposent sur l'approche méthodologique suivante :

Phase 1 :

12 **entretiens** guidés avec des **expert.e.s** de différents domaines du système de santé (Suisse alémanique et Suisse romande)

Analyse Internet et de documents

Rédaction du rapport intermédiaire et discussion avec le groupe d'accompagnement

Phase 2 :

2 **enquêtes en ligne** auprès d'**hôpitaux de soins aigus somatiques** et de **cliniques de réadaptation** pour valider et approfondir les résultats intermédiaires

Atelier d'expert.e.s pour valider et compléter les connaissances synthétisées

Rédaction du rapport final et discussion avec le groupe d'accompagnement

Groupes de patient.e.s identifiés avec un besoin de suivi accru

Quels sont les **groupes de patient.e.s** qui ont typiquement un **besoin accru de suivi** après un séjour hospitalier en soins somatiques aigus ?

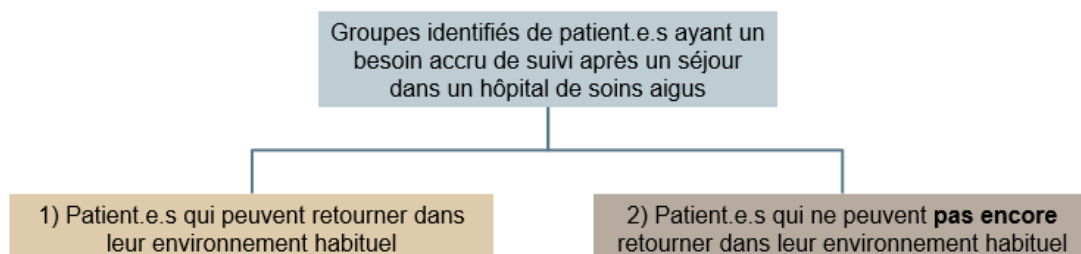
Les groupes de patient.e.s suivants présentent typiquement un besoin accru de suivi après un séjour en hôpital de soins somatiques aigus :

- les **personnes (très) âgées** présentant une fragilité avancée ("**frailty**") et dont la convalescence est ainsi prolongée,
- les personnes ayant des besoins médico-techniques élevés, par exemple les personnes nécessitant des soins de plaie complexes ou les patients trachéotomisés,
- les personnes atteintes de démence,
- les personnes après un délire,
- les personnes souffrant de fortes limitations physiques après des interventions/opérations lourdes ou un polytraumatisme,
- les personnes souffrant de deux maladies chroniques ou plus,
- les personnes ayant une problématique sociale,
- les personnes souffrant de problèmes psychiques ou de maladies psychiatriques,
- les personnes ayant des problèmes de dépendance.

La caractéristique de tous ces groupes est la **multiplicité des problématiques** : à la souffrance somatique qui a induit l'hospitalisation s'ajoute une autre problématique.

existant pour ces groupes de patients est-il **adéquat** ? Où se situent les lacunes et les problèmes ?

Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'approvisionnement en soins existant des groupes de patient.e.s identifiés ayant un besoin accru de suivi après un séjour dans un hôpital de soins aigus, deux voies de prise en charge sont à distinguer:



L'évaluation de ces deux voies diffère :

- 1) Les patient.e.s qui peuvent retourner dans leur environnement habituel sont aujourd'hui en grande partie **pris en charge** de manière **adéquate** grâce au suivi ambulatoire assuré par les organisations d'aide et de soins à domicile. De nombreux patient.e.s nécessitant un suivi accru rentrent directement chez eux après leur séjour à l'hôpital.

Cependant, il existe également des lacunes de financement et d'offre dans le suivi ambulatoire, entre autres :

soins à domicile : financement insuffisant ou limitation restrictive des mesures d'évaluation, de conseil et de coordination (prestations dites "A") ;

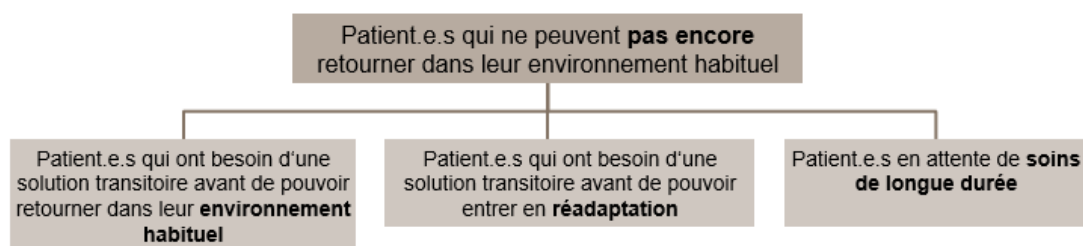
médecins de famille : trop peu de temps pour les examens, les conseils et les prestations de coordination ;

physiothérapie/ergothérapie : offre insuffisante de thérapies à domicile ;

psychiatrie : manque partiel de prestations spécialisées d'aide et de soins à domicile et insuffisance de l'offre semi-hospitalière.

- 2) Les patient.e.s qui ne peuvent **pas encore** retourner dans leur environnement habituel :
- ont tendance à être **moins bien pris en charge** que les patient.e.s qui peuvent retourner dans leur environnement habituel,
 - restent aujourd'hui souvent plus longtemps dans un hôpital de soins somatiques aigus naires adéquates.

Les patient.e.s qui ne peuvent pas encore retourner dans leur environnement habituel et qui restent inutilement longtemps dans un hôpital de soins aigus peuvent être répartis en trois groupes :



En particulier pour les deux premiers groupes cités dans le schéma ci-dessus, une **offre interprofessionnelle de transition** permettrait de **combler un manque d'offre existant** en de nombreux endroits.

Développement des soins aigus et de transition

Comment **développer les SAT**, afin de pouvoir combler les lacunes identifiées et remédier aux problèmes ?

Les auteures estiment qu'un développement des SAT peut combler la lacune constatée dans l'offre de suivi post-hospitalier, en faisant évoluer les SAT d'un **instrument de financement** des prestations de soins dans les deux premières semaines suivant le séjour hospitalier vers une véritable **offre de soins** -à-dire une **offre interprofessionnelle de transition**. Le chapitre 4 du présent rapport définit plus précisément cette offre.

Pour les problèmes de suivi ambulatoire, il est nécessaire d'agir ailleurs, par exemple en développant et en harmonisant la pratique d'autorisation des assureurs-maladie pour les prestations A dans les soins à domicile.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Auftrag

Im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde per 2011 die Akut- und Übergangspflege (kurz AÜP) eingeführt. Dies im Hinblick auf die mit der neuen Spitalfinanzierung per 2012 eingeführten Pauschalvergütung von Leistungen der stationären Akutsomatik (SwissDRG), infolge derer verfrühte Entlassungen der Patientinnen und Patienten befürchtet wurden.

Die Akut- und Übergangspflege gemäss [Art. 25a Abs. 2 KVG](#) (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, SR 832.10) soll einen zeitlich befristeten Nachsorgebedarf im Anschluss an einen Spitalaufenthalt abdecken. Sie hat zum Ziel, dass Patientinnen und Patienten wieder in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren können. Die AÜP ist jedoch kein Substitut für eine stationäre Rehabilitation, die eine Spitalbedürftigkeit gemäss [Art. 49 Abs. 4 KVG](#) voraussetzt.

In der Umsetzung ist die Akut- und Übergangspflege hinter den Erwartungen zurückgeblieben: Die AÜP wird bisher eher lückenhaft angeboten bzw. abgerechnet und nur geringfügig in Anspruch genommen (vgl. hierzu die statistischen Auswertungen in Anhang A). Der effektive Bedarf nach einer Übergangslösung nach dem Spitalaufenthalt dürfte jedoch grösser sein, als die tiefe Inanspruchnahme der AÜP suggeriert.

Zur Klärung dieses Sachverhalts sowie weiterer Fragen hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein Mandat an die Firmen Ecoplan und Serdaly&Ankers vergeben: Eine Studie soll aufzeigen, ob und wie das bestehende Instrument der AÜP ersetzt oder weiterentwickelt werden soll.

Im Zentrum des Mandats steht die Beantwortung folgender **Schlüsselfragen**:

Wer (Patientengruppen) hat inwiefern (Leistungen und Kriterien für stationäre Nachsorge) einen Nachsorgebedarf?

Wie wird dieser Nachsorgebedarf heute abgedeckt (bestehende Versorgungsangebote) und ist diese Versorgung adäquat bzw. wo bestehen Lücken/Probleme? Wie werden die Leistungen finanziert? Wo bestehen Lücken in der Finanzierung?

Was verstehen die Leistungserbringer unter den Angeboten AÜP, Kurzzeit- und Übergangspflege, geriatrische Rehabilitationen und wie grenzen sie diese zur Langzeitpflege und voneinander ab?

Welche regionalen Unterschiede gibt es im Verständnis dieser verschiedenen Begriffe? Ist eine über alle Regionen der Schweiz einheitliche Begriffsdefinition möglich?

Mit welchen Anpassungen der AÜP bzw. mit welchen anderen Instrumenten könnten identifizierte Lücken geschlossen und Probleme behoben werden? Wie sind diese möglichen Anpassungen zu bewerten?

Akut- und Übergangspflege (AÜP) kurz erklärt

In den nationalen Bestimmungen (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, KVG und Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) ist zur Akut- und Übergangspflege Folgendes festgelegt:

Die AÜP kann nur im Anschluss an einen Spitalaufenthalt beansprucht werden und muss im Spital ärztlich angeordnet werden.

Bei der AÜP handelt es sich einzig um Leistungen der **Pflege**¹ unter Ausschluss der Kosten für Hotellerie.

Die AÜP kann ambulant (durch Spitex-Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen) oder stationär (von Pflegeheimen und Spitälern) erbracht werden. Auch bei in Spitälern erbrachter AÜP werden nur Pflegeleistungen vergütet, Kosten für Hotellerie werden nicht übernommen.

Die Leistungen der AÜP werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet², d.h. während diesen zwei Wochen müssen sich die Versicherten nicht an den Kosten für Pflegeleistungen beteiligen.

Für die Vergütung vereinbaren Versicherer und Leistungserbringer Pauschalen. Dies wurde jedoch nur für die Vergütung der AÜP in Pflegeheimen umgesetzt. Gemäss dem [Administrativ-Vertrag für die AÜP](#), den Spitex Schweiz und die Association Spitex privée Suisse (ASPS) mit Tarifsuisse und weiteren Krankenversicherern abgeschlossen haben, kommen bei der Erbringung von AÜP durch die Spitex die kantonalen Tarife (üblicherweise in CHF pro Stunde) zur Anwendung und somit keine Pauschale.³

Die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat in ihren 2009 publizierten [Empfehlungen zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung](#) den Kantonen die Verankerung folgender Definition der AÜP empfohlen (wobei diese Definition nicht von allen Stakeholdern gutgeheissen wurde):

Definition der Akut- und Übergangspflege

- 1 Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:
 - a. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig.
 - b. Die Patientin oder der Patient benötigt vorübergehend eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.
 - c. Ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik ist nicht indiziert.
 - d. Ein Aufenthalt in einer geriatrischen Abteilung eines Spitals ist nicht indiziert.
 - e. Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann.
 - f. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. e aufgestellt.
- 2 Soweit ebenfalls medizinische, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig sind, können diese ambulant oder im Pflegeheim als Einzelleistungen erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil der Akut- und Übergangspflege.

Die Umsetzung der AÜP in den Kantonen ist letztlich sehr unterschiedlich erfolgt. Weitergehende Informationen hierzu sowie zur AÜP generell finden sich im Kap. 2.3 des [Schlussberichts zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung](#) von INFRAS, Landolt Rechtsanwälte und Careum Forschung (2018).

¹ Die Leistungen der AÜP sind in Art. 7 Abs. 3 KLV definiert: Es handelt sich um Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV.

² Die Vergütung wird dabei zu mindestens 55% von den Kantonen und zu maximal 45% von der OKP übernommen.

³ Dies ist jedoch kongruent mit den 2009 publizierten Empfehlungen der GDK zur Pflegefinanzierung, die festhalten, dass der Pauschaltarif für die Pflege zu Hause einen Stundentarif darstellen soll.

1.2 Methodisches Vorgehen

Die Informationen und Einschätzungen im vorliegenden Bericht beruhen auf folgendem Vorgehen:

Zu Beginn des Mandats wurden **leitfadengestützte Interviews** mit **12 Expert/innen** aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung sowohl aus der Deutschschweiz als auch der Romandie geführt (vgl. Liste im Anhang B, Abschnitt a)).

Ergänzend wurde eine Web- und Dokumentenanalyse durchgeführt.

Auf dieser Basis wurde ein Zwischenbericht erstellt, der mit den Mitgliedern der **Begleitgruppe** diskutiert, validiert und inhaltlich weiterentwickelt wurde.

Zur Validierung und Vertiefung der Zwischenergebnisse wurden schliesslich mit Unterstützung des Spitalverbands H+ zwei **Online-Befragungen** bei **somatischen Akutspitälern** und **Rehabilitationskliniken** durchgeführt:

Akutspitäler: Zur Umfrage eingeladen wurden sämtliche Mitglieder des Spitalverbands H+ (insgesamt 182 Adressaten). An der Umfrage teilgenommen haben 30 verschiedene Akutspitäler bzw. Spitalgruppen, von denen insgesamt 32 Antworten eingegangen sind. Die Rücklaufquote kann aufgrund der Teilnahme von Einzelspitälern und Spitalgruppen nicht genau bestimmt werden. Der Fragebogen wurde durch Personen unterschiedlicher Funktionen ausgefüllt. Anhang C enthält die Liste der teilnehmenden Spitäler und den verwendeten Fragebogen.

Rehakliniken: Zur Umfrage eingeladen wurden sämtliche Mitglieder des Spitalverbands H+ (insgesamt 221 Adressaten, davon 39 Mitglieder der Gruppierung Rehabilitation). An der Umfrage teilgenommen haben 17 verschiedene Rehakliniken/-abteilungen, von denen insgesamt 19 Antworten eingegangen sind. Auch hier kann die Rücklaufquote aufgrund der Teilnahme von Einzelspitälern und Spitalgruppen nicht genau bestimmt werden. Anhang D enthält die Liste der teilnehmenden Rehabilitationskliniken und den verwendeten Fragebogen.

Die synthetisierten Erkenntnisse aus den Expert/innen-Interviews, dem Austausch mit der Begleitgruppe und den Online-Befragungen wurden schliesslich in einem **Expert/innen-Workshop** validiert und gezielt ergänzt (vgl. Teilnehmendenliste im Anhang B, Abschnitt b)).

Abschliessend wurde der Entwurf Schlussbericht erstellt, der wiederum mit den Mitgliedern der **Begleitgruppe** intensiv diskutiert und validiert wurde.

2 Patientengruppen mit erhöhtem Nachsorgebedarf nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt

Im Rahmen der geführten **Interviews** wurden die untenstehend aufgeführten Patientengruppen identifiziert, die nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt typischerweise einen erhöhten Nachsorgebedarf aufweisen:

(Hoch)betagte Menschen mit fortgeschrittener Gebrechlichkeit («frailty») und dadurch verlängerter Rekonvaleszenz

Menschen mit hohem medizinisch-technischem Bedarf, z. B. Menschen mit aufwändiger Wundpflege oder tracheotomierte Patientinnen und Patienten

Menschen mit Demenz

Menschen nach Delir

Menschen mit starken körperlichen Einschränkungen nach schweren Eingriffen/Operationen bzw. Polytrauma

Menschen, die an zwei oder mehr chronischen Krankheiten leiden

Menschen mit einer sozialen Problematik

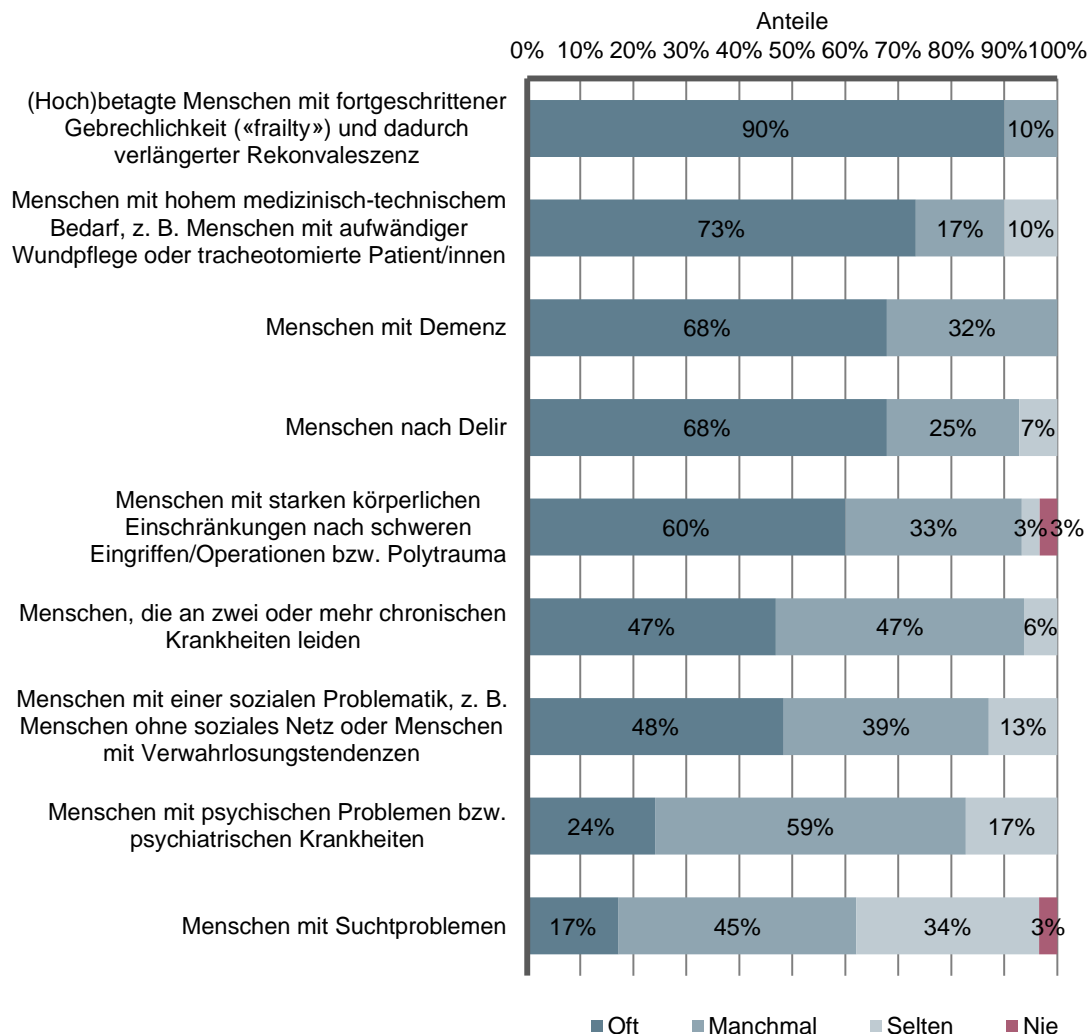
Menschen mit psychischen Problemen bzw. psychiatrischen Krankheiten

Menschen mit Suchtproblemen

Am häufigsten genannt wurde klar die Gruppe der (hoch)betagten Menschen mit fortgeschrittener Gebrechlichkeit, die oft nach Stürzen mit Frakturen oder aufgrund internistischer Diagnosen hospitalisiert werden. Alle genannten Patientengruppen zeichnen sich durch eine **Mehrfachproblematik** aus: Zum somatischen Leiden, das der Grund für die Hospitalisierung war, kommt eine weitere Problematik hinzu.

Die **Online-Erhebung** bei den **Akutspitalern** hat die Relevanz dieser Patientengruppen **bestätigt**. In der Erhebung wurde die Frage gestellt, wie häufig diese Patientengruppen nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt typischerweise einen Nachsorgebedarf aufweisen. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Prozentwerte der verschiedenen Antwortkategorien absteigend geordnet.

Abbildung 1: Häufigkeit eines Nachsorgebedarfs nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt



Quelle: Eigene Erhebung bei Schweizer Akutspitäler, N= 28-32

Im Rahmen der Online-Erhebung konnten die Akutspitäler weitere Patientengruppen nennen, die typischerweise einen Nachsorgebedarf aufweisen. Es gab unter den Nennungen jedoch keine Wiederholungen. Entsprechend kann wie im Rahmen des Expertinnen-Workshops bestätigt wurde davon ausgegangen werden, dass die obige Liste die wichtigsten Patientengruppen beinhaltet. Die tiefen Prozentwerte bei den beiden Gruppen «Menschen mit psychischen Problemen» und «Menschen mit Suchtproblemen» sind gemäss dem Expert/innen-Workshop vor dem Hintergrund zu verstehen, dass diese Gruppen absolut gesehen klein seien und deshalb wohl weniger wahrgenommen würden. Gleichwohl seien diese beiden Gruppen hier unbedingt zu nennen.

In der **Online-Befragung** der **Rehakliniken** wurde die Frage gestellt, wie häufig die genannten Patientengruppen nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt typischerweise einen Nachsorgebedarf haben, der vor dem Eintritt in die Rehabilitation nach einer **Übergangslösung**

verlangt. Die Zustimmung zur Antwortkategorie «oft» ist in dieser Befragung deutlich tiefer ausgefallen als in der Befragung der Akutspitäler. Aus Sicht der am Workshop teilnehmenden Expert/innen ist dies wenig überraschend: Die Rehakliniken hätten sich in den vergangenen Jahren so aufgestellt, dass sie heute in vielen Fällen auch Patient/innen mit einem grossen Nachsorgebedarf nahtlos aufnehmen könnten.

3 Bestehende Versorgungsangebote in der Nachsorge und ihre Eignung

Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf nach dem somatischen Akutspitalaufenthalt werden heute sowohl **ambulant** als auch **stationär** versorgt:

Patient/innen, die in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können, werden heute i.d.R. ambulant versorgt. Das entspricht in vielen Fällen auch den Präferenzen der Patient/innen, die möglichst zuhause versorgt werden möchten.

Für Patient/innen, die noch nicht nach Hause zurückkehren können, braucht es jedoch auch stationäre Versorgungsangebote.

Nachfolgend wird ausgeführt, welche konkreten Versorgungsangebote heute in der ambulanten und in der stationären Nachsorge bestehen und wie diese im Hinblick auf die Versorgung von Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf beurteilt werden.

Da die Akut- und Übergangspflege wie in Kapitel 1 ausgeführt wurde ambulant und stationär erbracht werden, wird untenstehend ihre Bedeutung in beiden Settings erläutert.

Die Rehabilitation findet in diesem Kapitel keine Erwähnung, denn die Rehabilitation ist kein Nachsorgeangebot, sondern eine Spitalbehandlung.

3.1 Ambulante Nachsorge

a) Bestehende Versorgungsangebote

Das **zentrale ambulante Versorgungsangebot** für Patient/innen mit Nachsorgebedarf, die nach Hause zurückkehren können, sind die Organisationen der ambulanten Pflege und Betreuung (**Spitex**). Neben Grund- und Behandlungspflege bieten Spitex-Organisationen in vielen Regionen der Schweiz auch Betreuungsleistungen sowie einen bunten Strauss spezialisierter Leistungen wie Wund-, Demenz-, Psychiatrie- oder rehabilitative Pflege an.

Im Bereich der Pflege haben die **freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen** ein ähnliches Leistungsangebot wie die Spitex-Organisationen. Sie sind aber quantitativ deutlich weniger bedeutsam.

Behandlung und **Therapie** von Patient/innen, die nach Hause zurückkehren, erfolgen durch die Hausärztin/den Hausarzt und niedergelassene Therapeut/innen oder alternativ durch ambulante Angebote der Akutspitäler.

Neben diesen Angeboten, die in der ganzen Schweiz vorhanden sind, gibt es regional und lokal ein diverses Angebot weiterer Versorgungsangebote im Bereich der Nachsorge. Dazu gehören u.a. Folgende:

Im Kanton Genf besteht die Möglichkeit einer «hospitalisation à domicile», die von imad (institution genevoise de maintien à domicile) angeboten wird. Diese Leistung scheint sich primär an Patient/innen mit einem hohen medizinisch-technischem Bedarf zu richten (konkret werden Sondenernährung und intravenöse Infusionen genannt).

In der Stadt Zürich gibt es ein Pilotprojekt, das durch eine Zusammenarbeit von santé24, dem Telemedizin-Anbieter der Krankenversicherung SWICA, mit der Spitex Zürich Patientinnen und Patienten ermöglicht, direkt zu Hause untersucht zu werden. Vor Ort ist eine Pflegeexpertin / ein Pflegeexperte APN, die / der sich in ständigem Kontakt mit den telemedizinischen Ärztinnen und Ärzten befindet.

Um im stark fragmentierten Gesundheitssystem die Koordination der Fachpersonen und die Übergänge für die Patient/innen zu verbessern, bestehen in verschiedenen Kantonen Projekte der integrierten Versorgung (z. B. Projekt Amélio des Réseau Santé Region Lausanne). Diese können auch einen Beitrag zur Verbesserung der Nachsorge leisten.

b) Bedeutung der AÜP

Gemäss der Spitex-Statistik des Bundesamts für Statistik (BFS) haben 2020 Spitex-Organisationen in 14 Kantonen AÜP-Stunden abgerechnet (vgl. Anhang A, Abbildung 7). Die Anzahl AÜP-Patient/innen bzw. das Ausmass der abgerechneten AÜP-Stunden ist jedoch insgesamt unbedeutend. Am häufigsten werden ambulante AÜP-Leistungen in den Kantonen St. Gallen und Basel-Landschaft abgerechnet.

Gemäss der Evaluation zur Pflegefinanzierung sind die Gründe, warum viele Spitex-Organisationen keine AÜP anbieten, vielschichtig und unterschiedlich.⁴ In der damals durchgeführten Befragung wurden mangelnde personelle und/oder infrastrukturelle Kapazitäten, mangelnde Nachfrage und fehlende kantonalen gesetzlichen Grundlagen als Hauptgründe genannt. Die fehlende Nachfrage bzw. die wenigen ärztlichen Anordnungen dürften gemäss den im Rahmen dieses Mandats geführten Interviews auch damit zu tun haben, dass die ärztliche Verantwortung für die Dauer der AÜP bei der/dem anordnenden Spitalarzt/Spitalärztin verbleibt, was von der Ärzteschaft kritisch beurteilt wird.

Die Einschätzungen zur Bedeutung der AÜP für die ambulante Nachsorge gehen unter den beigezogenen Expertinnen und Experten auseinander:

⁴ INFRAS, Landolt Rechtsanwälte und Careum Forschung (2018), [Schlussbericht zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung](#), S. 46-47.

Es steht die Forderung im Raum, die AÜP so schnell wie möglich abzuschaffen, weil deren Abwicklung bei den Spitex-Organisationen zu Aufwand führe, der sich angesichts des geringen Volumens nicht lohne: Die AÜP macht für die Pflegeleistungen in den ersten zwei Wochen nach einem Spitalaufenthalt eine gesonderte Abrechnung sowie eine zusätzliche Bedarfsabklärung erforderlich (eine erste Bedarfsabklärung direkt nach dem Spitalaustritt für die Festlegung der Pflegeleistungen in den ersten beiden Wochen, eine weitere Bedarfsabklärung für die Festlegung der Pflegeleistungen nach diesen zwei Wochen).

Es wird aber auch erwähnt, dass die vollständige Übernahme der Pflegekosten durch Krankenversicherer und Kantone in den ersten 14 Tagen dazu beitrage, dass Personen adäquate und mit Blick auf einen möglichst langen Verbleib im eigenen Zuhause nachhaltige Leistungen (z. B. im Bereich Anleitung/Patientenedukation) erhalten, die sie andernfalls aus finanziellen Gründen teilweise ablehnen würden, wenn sie dafür die reguläre Patientenbeteiligung bezahlen müssten. Diese Hypothese wird aber nicht von allen Expert/innen geteilt: Der finanzielle Aufwand für die reguläre Patientenbeteiligung in den ersten 14 Tagen sei recht tief und deshalb für die meisten Patient/innen wohl kein Grund, benötigte Pflegeleistungen abzulehnen.

3.2 Stationäre Nachsorge

a) Bestehende Versorgungsangebote

Für Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf, die nicht nach Hause zurückkehren können, gibt es verschiedene stationäre Versorgungsangebote, denen je nach Kanton und Region eine unterschiedlich grosse Bedeutung zukommt:

Kurzaufenthalte im Pflegeheim werden gemäss der SOMED-Statistik in allen Kantonen angeboten, die quantitative Bedeutung ist jedoch sehr unterschiedlich.

Spezialisierte Übergangsangebote: Derartige Angebote dürften in mehreren, aber nicht in allen Kantonen bestehen (eine konkrete Erhebung wurde jedoch nicht durchgeführt). Die bestehenden Angebote, die hier unter dem Begriff *spezialisierte Übergangsangebote* zusammengefasst werden, sind zudem sehr unterschiedlich organisiert: Teils als eigenständige Institutionen (z. B. das kürzlich geschlossene Haus für Pflege Nursing Clinic Bern), teils als eigene Abteilungen innerhalb eines Pflegeheims (z. B. Pflegezentren der Stadt Zürich, Alterszentrum Kreuzlingen), eines Spitals (z. B. Kantonsspital Schaffhausen) oder eines Gesundheitszentrums (z. B. die beiden «*médicalisé*» in den Klinken in Carouge und Onex im Kanton Genf). Auch die «*soins de réadaptation*», wie sie bspw. die «*Centres de traitement et de réadaptation*» im Kanton Waadt erbringen, dürften von den stark auf Pflege und Betreuung ausgerichteten Leistungen her den spezialisierten Übergangsangeboten in der Deutschschweiz recht ähnlich sein.

Schliesslich ist auch die **Verlängerung des somatischen Akutspitalaufenthalts** oder eine Überweisung in die **Akutpsychiatrie** (insbesondere für Patient/innen mit Delir, mit psychischen Erkrankungen, mit einer Sucht- oder einer sozialen Problematik) eine Möglichkeit,

die nicht selten zur Anwendung kommt. In unsere Befragung der somatischen Akutspitäler haben 31% der antwortenden Spitäler angegeben, dass Patient/innen «oft» länger als aufgrund ihrer Spitalbedürftigkeit erforderlich hospitalisiert werden müssen.⁵

Quantitativ von geringer Bedeutung sind **Kuraufenthalte** in sogenannten Kurhäusern, die es nur noch vereinzelt gibt.

Die vorhandenen Angebote sind vielfältig und auch innerhalb derselben Angebote dürften sich sowohl die erbrachten Leistungen wie auch die Bedingungen hinsichtlich Infrastruktur und Personal (Skill- und Grademix) teilweise beträchtlich unterscheiden. In der heutigen Situation kann also nicht von einem einheitlichen Begriffsverständnis ausgegangen werden.

b) Bedeutung der AÜP

Gemäss der SOMED-Statistik des BFS haben 2020 in 10 Kantonen Pflegeheime AÜP-Plätze angeboten resp. AÜP-Patient/innen gepflegt und betreut. Die grösste Bedeutung haben AÜP-finanzierte Angebote in den Kantonen Zürich, Tessin und Aargau (vgl. Anhang A, Abbildung 9). Ob die AÜP-Patient/innen auf normalen Pflegeheimabteilungen oder auf spezialisierten Abteilungen für Übergangspflege gepflegt und betreut werden, geht aus der Statistik nicht hervor.

Gemäss der Evaluation zur Pflegefinanzierung sind die Gründe, warum viele Pflegeheime keine AÜP anbieten, vielschichtig und unterschiedlich.⁶ In der damals durchgeführten Befragung wurden mangelnde personelle und/oder infrastrukturelle Kapazitäten, die fehlende finanzielle Attraktivität und die mit zwei Wochen nicht ausreichende Dauer als Hauptgründe genannt.

Die im Rahmen der Expert/inneninterviews in Erfahrung gebrachten spezialisierten Übergangsangebote wenden die AÜP unterschiedlich an:

Im Alterszentrum Kreuzlingen wird die Übergangspflege nur als AÜP abgerechnet, wenn klar ist, dass zwei Wochen ausreichen für die Rückkehr nach Hause. Wenn diesbezüglich Unsicherheit besteht, wird von Anfang an gemäss der Pflegefinanzierung (analog Kurzaufenthalt) abgerechnet, weil eine Umstellung zu aufwändig sei.

In den AÜP-Abteilungen der Pflegezentren der Stadt Zürich werden die ersten zwei Wochen konsequent als AÜP abgerechnet. Die weiteren Wochen, welche die Patient/innen in den allermeisten Fällen auf dieser Abteilung verbringen, werden gemäss der Pflegefinanzierung abgerechnet.

⁵ Art. 49 Abs. 4 KVG beschreibt Spitalbedürftigkeit so, dass der Patient oder die Patientin *nach medizinischer Indikation* der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Art. 49 Abs. 4 KVG besagt zudem, dass die Pflegefinanzierung (statt der Spitalfinanzierung) zur Anwendung kommt, wenn die Spitalbedürftigkeit nicht mehr erfüllt ist. Inwiefern die Spitäler den hier beschriebenen Patient/innen in der Praxis effektiv die Spitalbedürftigkeit aberkennen (und in der Folge dann die Pflegefinanzierung zur Anwendung kommt), wurde in dieser Studie nicht untersucht.

⁶ INFRAS, Landolt Rechtsanwälte und Careum Forschung (2018), [Schlussbericht zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung](#), S. 46-47.

Gemäss Auskünften in den Interviews reicht jedoch weder die AÜP- noch die Pflegefinanzierung aus, um diese Plätze der Übergangspflege kostendeckend zu betreiben.

3.3 Eignung der unterschiedlichen Versorgungsangebote

3.3.1 Beurteilung durch die beigezogenen Expert/innen

a) Ambulante Nachsorge

Die ambulante Nachsorge durch die Spitex-Organisationen wird von allen Interviewpartner/innen durchgehend gelobt: **Spitex-Organisationen** könnten die oben genannten Patientengruppen mit erhöhtem Nachsorgebedarf in vielen Fällen durchaus **adäquat** versorgen (mit Ausnahme wohl der Gruppe der Delir-Patient/innen). Das ambulante Setting komme jedoch je nach Wohn- oder Lebenssituation bzw. Einschränkungen der Patient/innen bzw. je nach erforderlicher Leistungsintensität an seine Grenzen.

Gestützt auf die Gespräche mit den beigezogenen Expert/innen können im Bereich der ambulanten Nachsorge jedoch folgende **Finanzierungs- und Angebotslücken** identifiziert werden:

Für **Spitex-Organisationen** stelle insbesondere die unzureichende **Finanzierung** der **Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination** ein Problem dar. Diese sogenannten A-Leistungen seien für die genannten Patientengruppen mit erhöhtem Nachsorgebedarf besonders wichtig, z. B. für Absprachen mit der Hausärztin, für Konzile mit dem Geriater oder der Gerontopsychiaterin, aber auch für die Koordination mit Angehörigen. Die Krankenversicherer hätten eine sehr unterschiedliche Praxis, was die Abgeltung dieser Leistungen betrifft (z. B. Limitierung auf drei Stunden pro Monat oder pro Quartal; teilweise müssen vorgängig Kostengutsprachen eingeholt werden). Häufig würden A-Leistungen sogar gänzlich zurückgewiesen. Aber auch Massnahmen der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege (sogenannte B- und C-Leistungen), für die nach einem Spitalaustritt häufig ein hoher Bedarf besteht, würden von den Krankenversicherern regelmässig zurückgewiesen. Die administrativen Hürden für die Finanzierung von Spitex-Leistungen in der Nachsorge seien entsprechend hoch. Zu beachten sei auch, dass weitere Leistungen zur Alltagsbewältigung nach einem Spitalaustritt, z. B. Hauswirtschaft, von den Patientinnen und Patienten selbst bezahlt werden müssen (es sei denn, sie verfügen über eine entsprechende Zusatzversicherung).

Der **Mangel an Hausärzt/innen** und die damit verbundenen knappen zeitlichen Ressourcen eben dieser führe dazu, dass die Grundversorger die für (hoch-)betagte, multimorbide Patient/innen erforderlichen Abklärungen, Beratungen und Koordinationsleistungen teilweise nur ungenügend erbringen könnten.

Das **Angebot an Domiziltherapien** im Bereich **Physio-/Ergotherapie** sei **unzureichend**, um die zunehmende Anzahl (hoch-)betagter, wenig mobiler und teils kognitiv eingeschränkter Personen adäquat zu versorgen. Ein Grund dafür scheint die tarifliche Abgeltung, die als wenig attraktiv wahrgenommen wird.

In verschiedenen Regionen der Schweiz sei zudem das ambulante **Versorgungsangebot** für **Menschen mit psychischen Problemen** unzureichend. Hier würden teils spezialisierte Spitex-Leistungen sowie ausreichend teilstationäre Angebote fehlen.

b) Stationäre Nachsorge

In den Expert/innen-Interviews werden die bestehenden **stationären Versorgungsangebote** von Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf, die nicht nach Hause zurückkehren können, mit Ausnahme der spezialisierten Angebote der Übergangspflege eher **kritisch** beurteilt:

Viele Interviewpartner/innen halten **Kurzaufenthalte im Pflegeheim** nicht für geeignet, die oben beschriebenen Patientengruppen mit erhöhtem Nachsorgebedarf zu versorgen. Sie sind der Ansicht, dass dort (aufgrund der Finanzierung) die erforderlichen Kompetenzen und teils auch die Infrastruktur für eine adäquate Versorgung häufig fehlen und zu wenig mit den Patient/innen gearbeitet würde. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Kurzzeitpflege auch ein anderes Ziel hat als die Übergangspflege: Es geht primär darum, das angestammte Umfeld des Klienten / der Klientin bzw. die betreuenden Angehörigen vorübergehend zu entlasten, z. B. bei Ferienabwesenheit.

Spezialisierte Übergangsangebote werden von den Interviewpartner/innen einhellig als geeignet und sinnvoll bzw. notwendig erachtet: Die Multimorbidität und fortgeschrittene Gebrechlichkeit («frailty») vieler (hoch-)betagter Patient/innen führe dazu, dass ihr Genesungsprozess nicht linear verlaufe und sie deutlich länger bräuchten, um ihren Gesundheitszustand wieder zu verbessern. Wenn man ihnen diese Zeit jedoch gewähre und sie mit **interprofessionellen Leistungen** entsprechend fördere, dann könnten viele wieder nach Hause zurückkehren. Derartige Angebote würden aufgrund der **unzureichenden AÜP-Finanzierung**, die nur die Pflegekosten in den ersten beiden Wochen nach dem Spitalaustritt abdeckt, heute in der Schweiz nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Das wird von den befragten Expert/innen als **Angebotslücke** wahrgenommen, die in Kantonen ohne entsprechendes Angebot (z. B. BS und FR) zu **«Abflussproblemen»** in der Akutso-matik führe. Die Interviewpartner/innen waren sich einig, dass es aufgrund der Verkürzung der Aufenthalte in der Akutso-matik und der infolge der Einführung des ST Reha erwarteten «Verengung» in der Rehabilitation (u.a. starker Rückgang von Rehabilitationsangeboten mit geringerer Therapieintensität und mehr Pflege/Betreuung wie bspw. der «soins de réadaptation») flächendeckend stationäre, **interprofessionelle Schnittstellenangebote** brauche. Die Bedeutung dieses Angebots ergebe sich auch aufgrund der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen starken Zunahme der (hoch-)betagten Patient/innen.

Eine **Verlängerung** des **Akutspitalaufenthalts** wird mit Blick auf die **Wirtschaftlichkeit** wie auch auf die **Versorgungsqualität** negativ beurteilt. Was wirtschaftlich nicht sinnvoll sei, sei auch für die meisten Patient/innen nicht gut: Der Aufenthalt auf einer Akutabteilung eines Spitals sei nicht das richtige Setting für ihren Genesungsprozess.

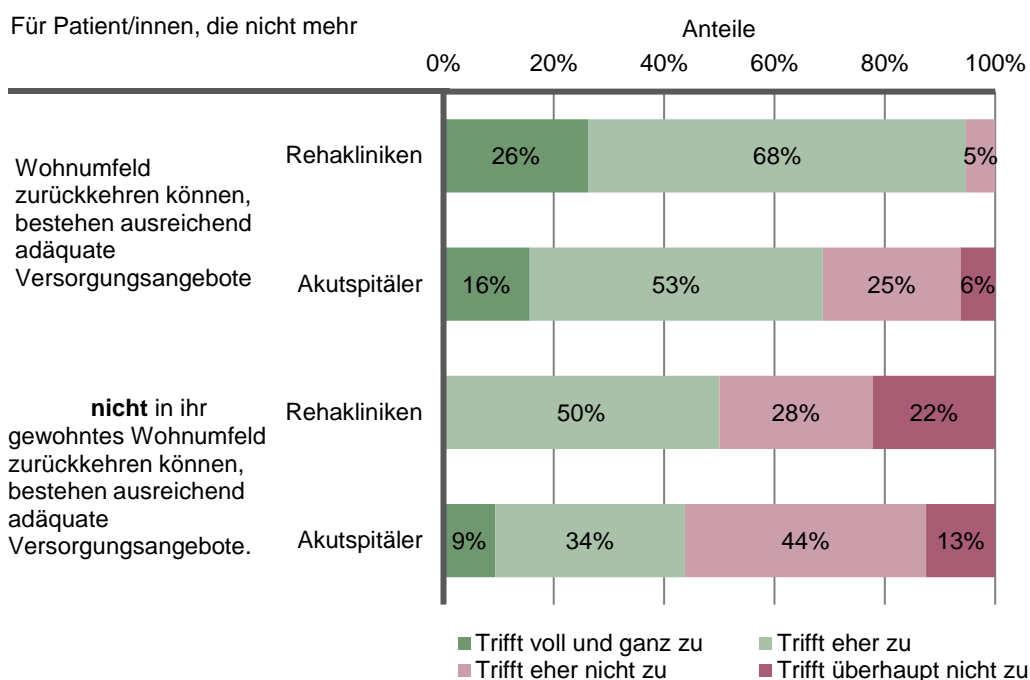
Die **Akutpsychiatrie** sei in der Regel nicht das richtige Setting für die identifizierten Patientengruppen mit erhöhtem Nachsorgebedarf – insbesondere auch nicht von Delir-Pati-

ent/innen. In solchen Fällen kommt es aufgrund der nach wie vor ausgeprägten somatischen Probleme häufig (und teils mehrfach) zu Verschiebungen zwischen der Akutpsychiatrie und der Akutsomatik («Ping Pong»).

3.3.2 Beurteilung durch die befragten Akutspitäler und Rehakliniken

Wie die interviewten Expert/innen beurteilen auch die befragten somatischen Akutspitäler und Rehakliniken die Versorgungssituation der Patient/innen, die nach dem Akutspitalaufenthalt in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können, als klar besser als jene der Patient/innen, die **noch nicht** in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können (vgl. nachfolgende Abbildung 2): In beiden Befragungen geben gut die Hälfte der Antwortenden an, dass in ihrem Einzugsgebiet für Patient/innen, die noch nicht in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können, adäquate Versorgungsangebote eher nicht bzw. überhaupt nicht vorhanden seien.

Abbildung 2: Beurteilung der im eigenen Einzugsgebiet vorhandenen Übergangslösungen aus Sicht der befragten Rehakliniken / Beurteilung der Nachsorge im eigenen Einzugsgebiet aus Sicht der befragten somatischen Akutspitäler



Quelle: Eigene Erhebungen bei Schweizer Akutspitäler und Rehakliniken; Akutspitäler: N= 32; Rehakliniken: N= 19

Der **Mangel** an adäquaten **Nachsorge-/Übergangslösungen** für Patient/innen, die noch nicht in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können, führt zu **Ineffizienzen** in der **Spitalversorgung**:

31% der somatischen Akutspitäler geben an, dass Patient/innen «oft» länger als (aufgrund der Spitalbedürftigkeit) erforderlich hospitalisiert werden müssen; 50% der Akutspitäler geben an, dass dies «manchmal» der Fall sei.

16% der Rehakliniken geben an, dass Patient/innen «oft» verfrüht in die Reha eintreten; 37% geben an, dass dies «manchmal» der Fall sei

Dass die Problematik für die somatischen Akutspitäler ausgeprägter ist als für Rehakliniken, erstaunt nicht: In die Rehakliniken werden grundsätzlich nur Patient/innen mit Rehapotenzial überwiesen, was nur eine Teilmenge aller (und wohl tendenziell der fitteren) Patient/innen ist. Zudem sind viele Rehakliniken wie bereits ausgeführt heute meist in der Lage, auch stark pflege- und betreuungsbedürftige Patient/innen direkt vom Akutspital zu übernehmen.

Eine **Abschätzung** oder **Bezifferung** der Anzahl Patient/innen, die mangels adäquater Nachsorgeangebote länger hospitalisiert werden mussten, konnten nur wenige somatische Akutspitäler angeben. Um eine grobe Vorstellung der Grössenordnung zu vermitteln:

pro Spital und Jahr betroffen sein.

Bei Universitätsspitalern können es mehrere Tausend sein.

Patient/innen, die in den somatischen Akutspitalern **länger als erforderlich hospitalisiert** werden müssen, setzen sich grob wie folgt zusammen (Mittelwerte):

42%: Patient/innen, die eine Übergangslösung brauchen, bevor sie wieder in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können

26%: Wartepatient/innen für die Langzeitpflege⁷

21%: Patient/innen, die eine Übergangslösung brauchen, bevor sie in die Rehabilitation eintreten können

11%: Andere (z. B. Warten auf Palliativpflege/Akutpsychiatrie, auf Reha-Kostengutsprache der Versicherer, auf Gerichtsentscheide, auf Verlegungen in einen anderen Kanton/ins Ausland)

In der Befragung der somatischen Akutspitäler wurde ergänzend gefragt, für wie geeignet die teils bestehenden, teils noch zu schaffenden (stationären) Angebote *Verlängerter Akutspitalaufenthalt*, *Kurzzeitaufenthalt im Pflegeheim* und *Interprofessionelle Übergangsangebot* mit Blick auf die Nachsorge von Patient/innen gehalten werden, die noch nicht in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können. Dabei wurde für folgende drei Patientengruppen eine separate Einschätzung eingeholt:

Patient/innen, die eine Übergangslösung brauchen, bevor sie wieder in ihr **gewohntes Wohnumfeld** zurückkehren können

Patient/innen, die eine Übergangslösung brauchen, bevor sie in die **Rehabilitation** eintreten können

Wartepatient/innen für die **Langzeitpflege**

⁷ Die Arbeitsgruppe "Finanzierung an den Schnittstellen" von H+ definiert diese Patientengruppe in ihrem Synthesepapier wie folgt: Es handelt sich um Patient/innen, bei denen ein Übertritt in die Langzeitpflege angezeigt wäre, die aber keine geeignete Anschlusslösung finden.

Die Einschätzungen der Akutspitäler fallen je nach Patientengruppe unterschiedlich aus (vgl. Abbildung 3):

Patient/innen, die eine Übergangslösung brauchen, bevor sie wieder in ihr **gewohntes Wohnumfeld** zurückkehren können:

Interprofessionelles Übergangsangebot ist klar die am häufigsten geeignete Lösung.

Kurzzeitaufenthalt im Pflegeheim ist die am zweithäufigsten geeignete Lösung.

Verlängerung des Akutspitalaufenthalts ist die am wenigsten häufig geeignete Lösung.

Patient/innen, die eine Übergangslösung brauchen, bevor sie in die **Rehabilitation** eintreten können:

Interprofessionelle Übergangspflege ist klar die am besten geeignete Lösung.

Verlängerung des Akutspitalaufenthalts ist die zweitbeste Lösung.

Kurzzeitaufenthalt im Pflegeheim ist die am wenigsten geeignete Lösung.

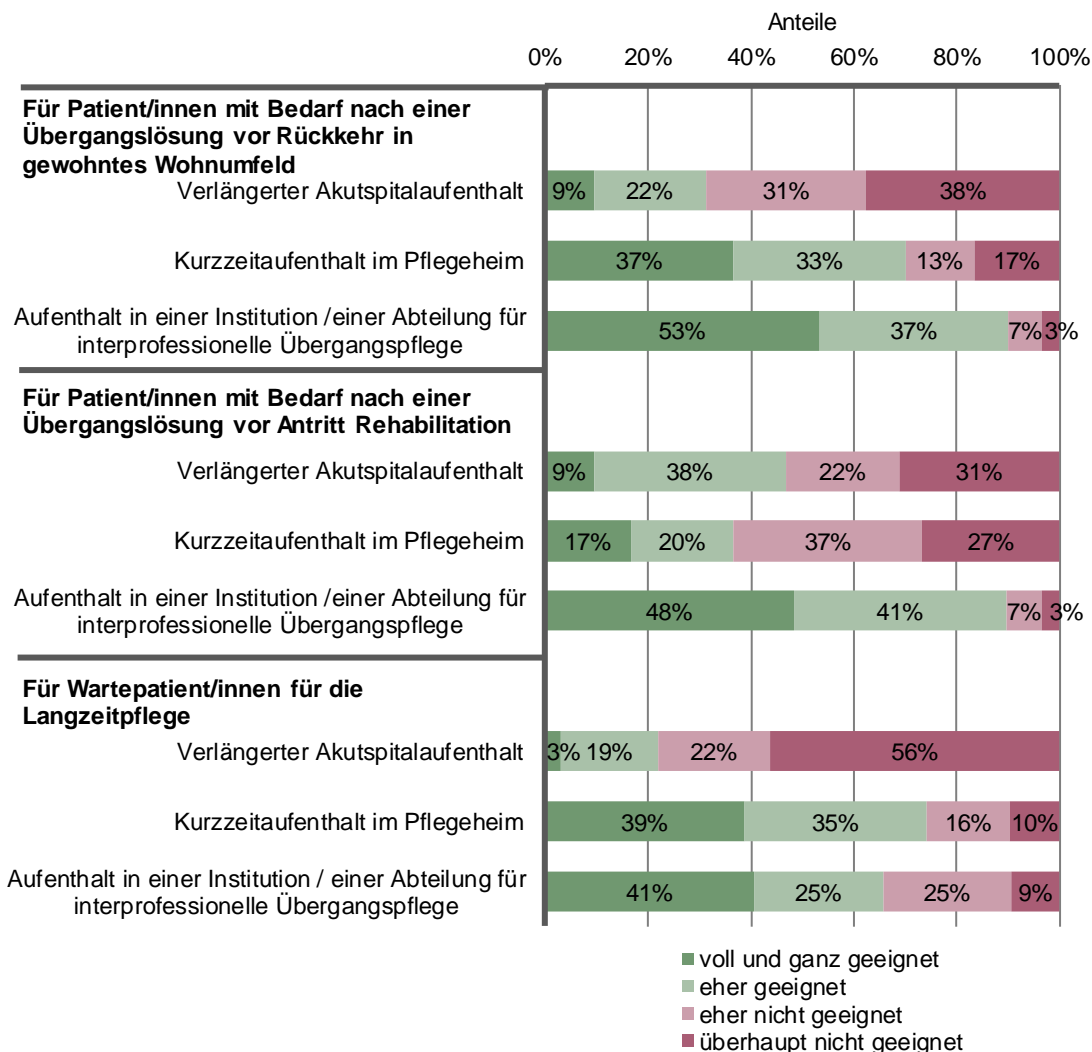
Wartepatient/innen für die **Langzeitpflege**:

Kurzzeitaufenthalt im Pflegeheim ist die am häufigsten geeignete Lösung.

Interprofessionelle Übergangspflege ist die am zweithäufigsten geeignete Lösung.

Verlängerung des Akutspitalaufenthalts ist klar die am wenigsten häufig geeignete Lösung.

Abbildung 3: Eignung unterschiedlicher Nachsorgeleistungen aus Sicht der befragten somatischen Akutspitäler

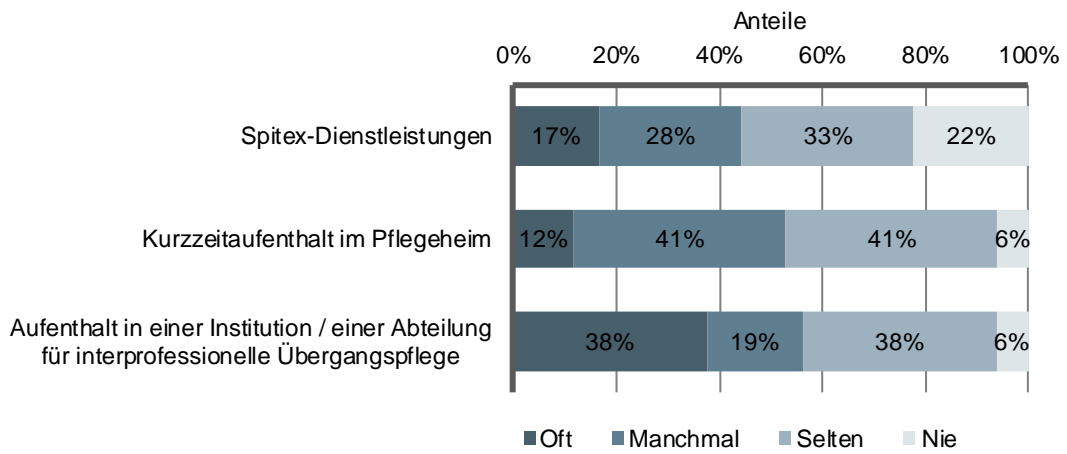


Quelle: Eigene Erhebung bei Schweizer Akutspitäler, N= 32

Die **Rehakliniken** haben eine Einschätzung der unterschiedlichen Versorgungsangebote nur mit Blick auf jene Patient/innen vorgenommen, die eine Übergangslösung brauchen, bevor sie in die Rehabilitation eintreten können: Die Ergebnisse in Abbildung 4 zeigen, dass interprofessionelle Übergangsangebote in der Beurteilung am besten abschneiden.⁸ Insgesamt illustrieren die eher tiefen Zustimmungswerte aber erneut, dass viele Rehakliniken sich in der Lage sehen, auch Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf direkt aus dem Akutspital zu übernehmen und es dann gar keine Übergangslösungen braucht.

⁸ Die Option einer Verlängerung des somatischen Akutspitalaufenthalts wurde leider nicht abgefragt.

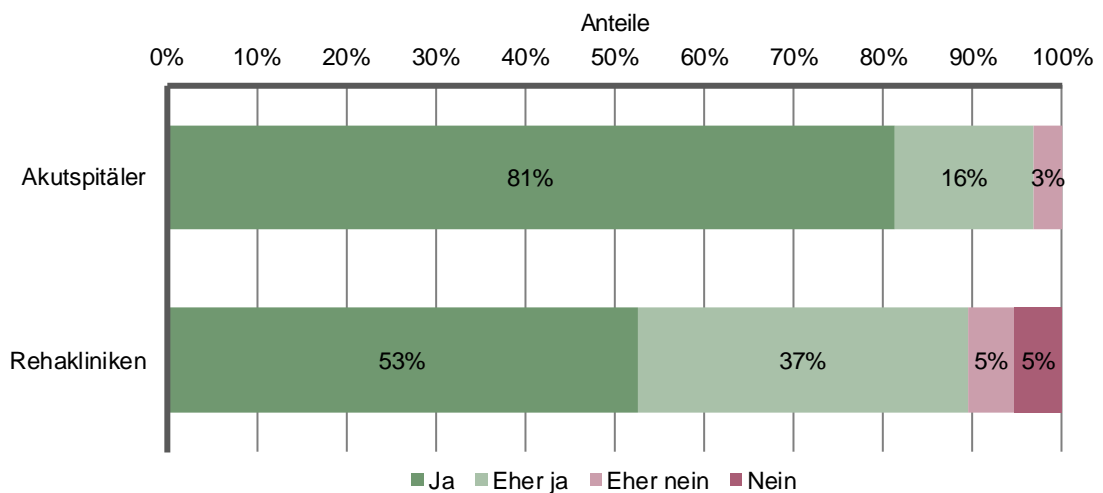
Abbildung 4: Eignung unterschiedlicher Übergangslösungen für Patient/innen, die sonst verfrüht in die Rehabilitation eintreten, aus Sicht der befragten Rehakliniken



Quelle: Eigene Erhebung bei Schweizer Rehakliniken, N= 19

Die Befragungsergebnisse sowohl der somatischen Akutspitäler als auch der Rehakliniken bestätigen den **Bedarf** für ein Angebot der interprofessionellen **Übergangspflege** jedoch **klar**, wie aus der folgenden Abbildung 5 hervorgeht.

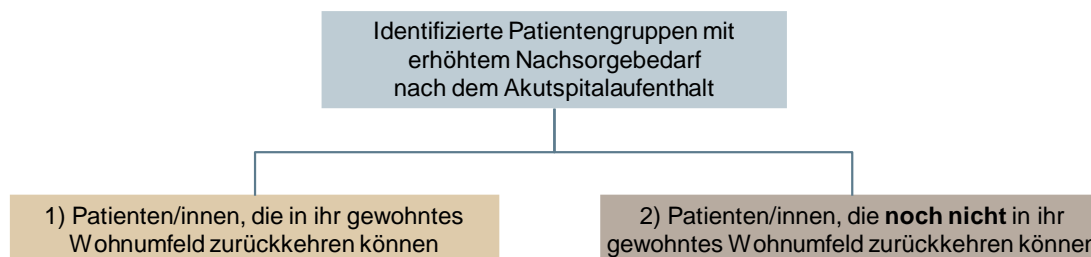
Abbildung 5: Bedarf für ein Angebot der Übergangspflege aus Sicht der befragten somatischen Akutspitäler und Rehakliniken



Quelle: Eigene Erhebungen bei Schweizer Akutspitäler und Rehakliniken; Akutspitäler: N= 32; Rehakliniken: N= 19

3.4 Zwischenfazit

Wenn es darum geht, die bestehende Versorgung der in Kap. 2 identifizierten Patientengruppen mit erhöhtem Nachsorgebedarf nach dem Akutspitalaufenthalt zu beurteilen, sind zwei Versorgungspfade zu unterscheiden:

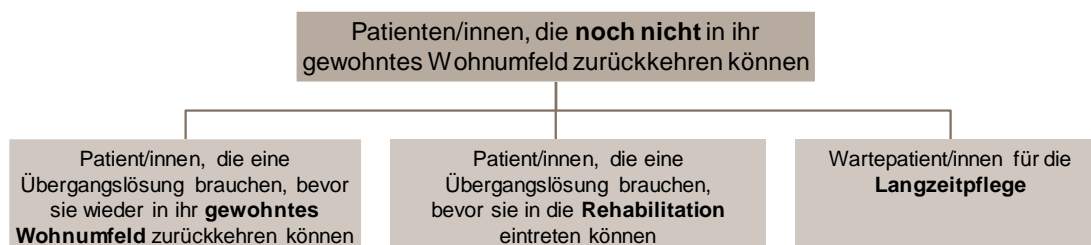


Die Beurteilung dieser beiden Pfade fällt gemäss den im Rahmen dieses Mandats eingeholten Expert/innen-Einschätzung unterschiedlich aus:

Patient/innen, die **in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können**, sind insbesondere dank der Spitex **grösstenteils adäquat versorgt**. Auch in der ambulanten Nachsorge gibt es jedoch Finanzierungs- und Angebotslücken (vgl. Kap. 3.3.1a)).

Die Versorgung der Patient/innen, die **noch nicht in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können**, wird deutlich weniger gut beurteilt. Diese Patient/innen verbleiben oft länger im somatischen Akutspital als es ihre Spitalbedürftigkeit erforderlich macht.⁹ Diese «Abflussprobleme» bedeuten Ineffizienzen in der Spitalversorgung.

Die Patient/innen, die noch nicht in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können und unnötig lange im Akutspital verbleiben, können in drei Gruppen unterteilt werden:



Insbesondere für die beiden erstgenannten Gruppen im obigen Schema würde ein **interprofessionelles Übergangsangebot**¹⁰ eine vielenorts existierende **Angebotslücke schliessen**.

Ein interprofessionelles Übergangsangebot könnte aber gemäss Einschätzung der beigezogenen Expert/innen potenziell auch für weitere Patientengruppen als Second- oder Third-Best-Lösung eine sinnvolle Angebotserweiterung darstellen (wobei dies noch weiter zu vertiefen wäre):

⁹ Art. 49 Abs. 4 KVG beschreibt Spitalbedürftigkeit so, dass der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf.

¹⁰ Da der interprofessionelle Leistungskatalog gemäss Interviews ein wichtiges Merkmal dieser Angebote darstellt, wird in der Folge der Begriff *Interprofessionelles Übergangsangebot* verwendet, da es eben nicht nur um die Übergangspflege geht.

Auch Wartepatient/innen für die Langzeitpflege sind in einem interprofessionellen Übergangsangebot faktisch adäquater und effizienter versorgt als im Akutspital (wobei klar ist, dass die First-Best-Lösung für diese Patient/innen – sofern wirklich kein Potenzial zur Wiederherstellung der Alltagstauglichkeit besteht – ein unmittelbarer Übertritt in die Langzeitpflege ist und die Second-Best-Lösung ein temporärer Kurzaufenthalt im Pflegeheim).

Auch für sogenannte Pflegenotfälle, die im Akutspital landen, weil das Unterstützungssystem zuhause zusammenbricht (z. B. wenn betreuende Angehörige erkranken), dürfte ein interprofessionelles Übergangsangebot häufig die bessere Lösung als ein Akutspitalaufenthalt sein.

Schliesslich wurde erwähnt, dass es Patient/innen gibt, die nach der Rehabilitation noch eine Übergangslösung benötigen, bevor sie nach Hause zurückkehren können. Ein interprofessionelles Übergangsangebot könnte auch hier eine Schnittstelle überbrücken.

Abschliessend kann festgestellt werden, dass es für eine adäquate Nachsorge von Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf unterschiedliche ambulante und stationäre Versorgungsangebote braucht. Mit Blick auf Patient/innen, die noch nicht in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können, braucht es in der Palette von Nachsorgelösungen aber auch ein interprofessionelles Übergangsangebot.

Mit Blick auf die AÜP kann schlussgefolgert werden, dass es nicht ausreicht, die AÜP lediglich als Finanzierungsinstrument anzupassen bzw. zu erweitern (z. B. Vergütung der Pflegeleistungen für mehr als 2 Wochen oder Inklusion der Hotelleriekosten). Vielmehr geht es darum, in der Versorgungskette ein interprofessionelles Übergangsangebot mit klar definierten Leistungen und bestimmten (Mindest-)Anforderungen zu etablieren.

4 Interprofessionelles Übergangsangebot: Definition und Anforderungen

Wie aus Kapitel 3 hervorgeht, besteht für Patient/innen mit einem erhöhten Nachsorgebedarf, die nach dem Akutspitalaufenthalt noch nicht in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können, ein Bedarf für ein interprofessionelles Übergangsangebot.

In verschiedenen Kantonen (z. B. Thurgau, Waadt, Zürich) bestehen bereits heute derartige Angebote. Insofern handelt es sich nicht um ein «neues Leistungsangebot». In diesem Kapitel wird jedoch eine einheitliche Definition vorgeschlagen.

Konkret wird in diesem Kapitel aufgezeigt,

- was die Ziele eines solchen Angebots sind
- anhand welcher Kriterien die Patient/innen für ein solches Übergangsangebot triagiert werden können
- welche Leistungen ein Angebot der Übergangspflege umfassen muss
- welche Anforderungen an ein derartiges Angebot zu formulieren sind
- wie ein solches Angebot zu vergüten ist

Vom Aufbau her orientiert sich dieses Kapitel am Bericht [DefReha© 3.0](#) von H+ zur Definition der stationären Rehabilitation.

4.1 Ziele

In Anlehnung an Vorarbeiten von H+ können für ein interprofessionelles Übergangsangebot folgende Ziele formuliert werden:

- Wiederherstellung der Alltagstauglichkeit zu Hause, ggf. (vorübergehend) mit ambulanten Pflegeleistungen und (in geringerem Mass) mit ärztlichen und therapeutischen Leistungen, d.h.
 - Erreichen der grösstmöglichen Selbstständigkeit im gewohnten Lebensumfeld
 - Erreichen der geringstmöglichen Einschränkungen der vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten
- Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit

4.2 Kriterien für die Triage

Gestützt auf die in Anhang E aufgeführten Kriterien von H+, die im Rahmen dieses Mandats geführten Interviews und den Workshop mit den beigezogenen Expert/innen sowie auch die durchgeführten Online-Erhebungen wird untenstehend ein kurzer und prägnanter Kriterienkatalog vorgeschlagen, der für die Ärzteschaft, die beim **Spitalaustritt** von **Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf** (vgl. Kap. 2) für die Zuweisung in ein geeignetes Versorgungssetting zuständig ist, in der Anwendung im Alltag einfach ist.

Diese Triage ist sehr bedeutsam: Wenn beim Spitalaustritt bedarfsgerecht triagiert wird, welche Patient/innen in ein interprofessionelles Übergangsangebot gehören und welche nicht, dann ist auch das Risiko minimiert, dass sich die ambulante und stationäre Nachsorge gegenseitig konkurrenzieren.

Ausschlusskriterien für das interprofessionelle Übergangsangebot:

Spitalbedürftigkeit (aufgrund von medizinischen oder diagnostischen Massnahmen) ist noch gegeben Verbleib im somatischen Akutspital oder Übertritt in die Akutpsychiatrie

Rehapotenzial und -fähigkeit ist vorhanden Übertritt in die Rehabilitation

Eintritt in die Langzeitpflege ist klar angezeigt Übertritt ins Pflegeheim (bei Wartepatient/in: Überbrückung via Kurzaufenthalt im Pflegeheim)

Wiederherstellung der Alltagstauglichkeit zu Hause kann mit ambulanter Unterstützung im gewohnten Wohnumfeld erreicht werden Rückkehr ins gewohnte Wohnumfeld mit ambulanten Leistungen

Bei dieser Beurteilung sind neben dem medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Bedarf sowie dem Betreuungs- und Aufsichtsbedarf, der ambulant abzudecken wäre, auch folgende Kriterien zu berücksichtigen:

Verhalten: Besteht das Risiko einer Selbstgefährdung oder verweigert er/sie notwendige Unterstützung (z. B. ambulante Pflege)?

Angehörige: Sind Angehörige vorhanden, die ihn/sie im erforderlichen Ausmass unterstützen können, ohne selbst überfordert zu sein?

Wohnsituation: Ist die konkrete Wohnsituation (z. B. Treppen) bewältigbar?

Einschlusskriterien für das interprofessionelle Übergangsangebot:

Alltagstauglichkeit der Patientin/des Patienten zu Hause ist **noch nicht wiederhergestellt**, aber potenziell innert weniger Wochen wiederherzustellen

oder

Rehabilitationsfähigkeit und/oder **-potenzial** der Patientin/des Patienten ist **noch nicht gegeben**, aber potenziell innert weniger Wochen herzustellen

Zum Vergleich mit den in Anhang E aufgeführten Kriterien von H+ lässt sich Folgendes sagen:

Die hier aufgeführten Kriterien decken sich inhaltlich in weiten Teilen mit den Kriterien von H+. Sie wurden jedoch erweitert um zusätzlich zu beachtende Aspekte wie Verhalten, Angehörige und Wohnsituation.

Die Kriterien von H+ sind hingegen präziser ausformuliert. Für die Ausformulierung der Kriterien in allfälligen Verordnungstexten sind die präziseren Formulierungen gemäss dem Vorschlag von H+ wohl zu bevorzugen.

4.3 Leistungen

Folgende Leistungen müssen gemäss der im Rahmen dieses Mandats durchgeführten Expert/innen-Befragungen in einem interprofessionellen Übergangsangebot erbracht werden können:

(Geriatrisches) Assessment bei Eintritt, das als Grundlage für die nachfolgende Therapieplanung dient (wobei noch zu präzisieren ist, wer die Bedarfsermittlung durchführen soll und welche Ausbildung und Spezialisierung diese Person haben sollte)¹¹

interprofessionelle Therapieplanung (auch hier sind die Anforderungen an die Person/en, die diese Planung vornehmen soll/en, noch zu definieren)

Leistungen verschiedener Professionen je nach Indikation:

Pflegeleistungen, inkl. aktivierende Pflegetrainings sowie Patienten- und Angehörigen-schulung und ggf. Hilfsmittelberatung und -schulung (KVG-Leistungen gemäss Art. 7 KLV)

Therapeutische Leistungen: Physio-, Logo- und Ergotherapie, ggf. Ernährungsberatung/-therapie und psychologische Psychotherapie (KVG-Leistungen gemäss Art. 5-6 und 9-11b KLV)

Ärztliche (geriatrische) Leistungen: punktuell, keine ständige ärztliche Präsenz, aber im Notfall schnell verfügbar; Zugang zu einem (geronto)psychiatrischen Konsiliardienst (KVG-Leistungen gemäss Art. 25 Abs. 2 Bst. a KVG)

Sozialarbeiterische Leistungen: Sozialberatung/Case Management, Zusammenarbeit mit Angehörigen (inkl. Familiengespräche), Austritts- und Nachsorgeplanung (ggf. inkl. Hausbesuche) (keine KVG-Leistung)

ggf. Seelsorge (keine KVG-Leistung)

Leistungen der Betreuung und Hotellerie (keine KVG-Leistung)

Diese Liste illustriert, dass die Beschränkung der heutigen AÜP auf Pflegeleistungen zu kurz greift. Ein bedarfsgerechtes Übergangsangebot setzt ein interprofessionelles Bündel an Leistungen voraus, wovon nicht alle KVG-Pflichtleistungen darstellen. Welche Leistungen im Vordergrund stehen, ist von Patient/in zu Patient/in unterschiedlich.

¹¹ Dieses Assessment sollte nicht zu Verzögerungen beim Übertritt aus der Akutsomatik folgen, denn es handelt sich hierbei nicht um die Triage, ob der Eintritt in das Übergangsangebot indiziert ist. Diese Triage findet im Akutspital statt.

Abgrenzung zur geriatrischen Rehabilitation

Angesichts der identifizierten Patientengruppen, der formulierten Ziele wie auch der aufgeführten Leistungen stellt sich die Frage, wie sich das hier skizzierte interprofessionelle Übergangsangebot von der geriatrischen Rehabilitation abgrenzt.¹²

Diese Frage konnte im Rahmen dieses Mandats nicht abschliessend geklärt werden. Folgende Argumente scheinen jedoch schlüssig:

Die Therapieintensität dürfte in der geriatrischen Rehabilitation zumindest im Durchschnitt pro Patient/in höher sein als in einem Übergangsangebot, denn gemäss [DefReha© 3.0](#) betragen die Mindest-Therapieleistungen am Patienten 300 Minuten pro Woche (im Gruppen- oder Einzelsetting).

Der Bedarf an medizinischen Massnahmen dürfte in der geriatrischen Rehabilitation ebenfalls höher sein als in einem Übergangsangebot, zumal in der Rehabilitation der Präsenzdienst des ärztlichen Personals gemäss [DefReha© 3.0](#) auf 24h und 7 Tage pro Woche als Basisvoraussetzung festgelegt ist. Die Rehabilitation setzt im Gegensatz zum interprofessionellen Übergangsangebot ja auch eine Spitalbedürftigkeit voraus.

In einem Übergangsangebot seien die Pflegeleistungen stärker zu gewichten als die ärztlichen und therapeutischen Leistungen.

Vor diesem Hintergrund könnte das interprofessionelle Übergangsangebot gegenüber der geriatrischen Rehabilitation wie folgt abgegrenzt werden: *Das interprofessionelle Übergangsangebot eignet sich für Patient/innen, die dem Programm einer geriatrischen Reha aus kognitiven, somatischen oder psychischen Gründen aktuell nicht folgen können.* Für die Praxis, insbesondere beim Einholen einer Kostengutsprache für die Rehabilitation bei einem Krankenversicherer, dürfte diese Argumentation jedoch eine grosse Herausforderung darstellen. Allenfalls wäre daher eine Abgrenzung über den Pflegebedarf einfacher: *Das interprofessionelle Übergangsangebot eignet sich für Patient/innen, bei denen für die Wiedererlangung der Alltagstauglichkeit der Pflegebedarf wichtiger ist als der Therapiebedarf.*

Dabei ist nicht zu vergessen, dass wie aus den Ausführungen in diesem Bericht hervorgeht das interprofessionelle Übergangsangebot auch eine geeignete Übergangslösung für Patient/innen sein kann, die sonst verfrüht in die Rehabilitation eintreten. Aus den Interviews ging denn auch hervor, dass aufgrund der verkürzten Aufenthalte in der Akutsomatik der Übertritt in die geriatrische Rehabilitation gerade bei vielen Begleiterkrankungen teilweise verfrüht erfolge. Die Kostengutsprachen würden daher häufig nicht die ausreichende Zeitdauer abdecken, bis die Patient/innen ihre Rehabilitationsziele erreicht haben bzw. nach Hause geschickt werden können.

¹² Falls die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) kommt, wäre diese Abgrenzungsfrage aus rechtlicher und ökonomischer Sicht weniger relevant, da die OKP für beide Angebote gleichermassen leistungspflichtig wäre. Für die Triage beim Spitalaustritt bzw. für Zuweisungen ins individuell adäquate Angebot bleibt die Abgrenzungsfrage gleichwohl relevant.

4.4 Dauer

Um die unter 4.1 formulierten Ziele zu erreichen, reichen zwei Wochen wie es die bisherige AÜP vorsah gemäss einhelliger Meinung der beigezogenen Expert/innen nicht aus. Mit der ersten Anordnung sollte ein Aufenthalt bis sechs Wochen möglich sein das entspricht gemäss Expertenaussagen ungefähr dem Mittelwert in bestehenden Angeboten der Übergangspflege. Mit einer erneuten Bedarfsabklärung könnte dann noch eine Verlängerung bis acht Wochen erwirkt werden (alternativ wäre für die Verlängerung auch ein Kostengutsprache-Gesuch an den Krankenversicherer vorstellbar).

4.5 Anforderungen für Leistungserbringer

Die beigezogenen Expert/innen sind sich einig: Das interprofessionelle Übergangsangebot soll **nicht an bestimmte Strukturen** (z. B. Pflegeheime oder Spitäler) geknüpft werden, sondern es soll in den regionalen und kantonalen Versorgungslandschaften unterschiedlich umgesetzt werden können. Neben einem definierten interprofessionellen Leistungskatalog (vgl. Kap. 4.3) sollen für die Leistungserbringer aber gewisse **Mindestanforderungen** an Infrastruktur und Personal formuliert werden, zu denen hier ein Entwurf vorliegt:

Personal	Infrastruktur
24-Stunden-Präsenz von Pflegefachpersonal mit Tertiärabschluss (FH, HF)	Häusliche Umgebung, um Alltagskompetenzen zu fördern
Höherer Anteil an Pflegefachpersonal mit Tertiärabschluss als im Pflegeheim	Therapieräumlichkeiten und medizinisch, technische Hilfsmittel
Interprofessionelles Team mit Vertretung folgender Berufsgruppen:	Räume für Gruppenangebote (z. B. bei Delir / Demenz)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Pflegepersonal ○ Physiotherapeut/innen ○ Ergotherapeut/innen ○ Logopäd/innen ○ Psycholog/innen ○ Sozialarbeitende ○ Mediziner/innen, idealerweise Geriater/innen 	Besprechungsraum (für Besprechungen mit Angehörigen)
	Nähe zu Akutspital für:
	1) gemeinsame interdisziplinäre Visite (z. B. mit Operateur)
	2) rasche Erreichbarkeit in Krisensituationen

4.6 Vergütung / Finanzierung

Die Thematik der Finanzierung konnte im Rahmen dieses Mandats nicht ausreichend vertieft werden. Daher kann hier keine abschliessende Empfehlung zur geeigneten Finanzierungslösung gemacht werden. Nachfolgend sind jedoch die Ansichten und Einschätzungen der beigezogenen Expert/innen sowie der Begleitgruppenmitglieder zu Art und Umfang der Finanzierung eines interprofessionellen Übergangsangebots zusammengestellt.

a) Art der Vergütung

Betreffend Art der Vergütung haben viele der beigezogenen Expert/innen eine klare Präferenz für eine **Pauschalierung** (Tages-/Fallpauschalen) geäußert. In der Begleitgruppe gab es jedoch auch viele Voten für die Beibehaltung der **Einzelleistungsvergütung**:

Eine Pauschalierung würde eine Vereinfachung der Abrechnung bringen sowie mehr Flexibilität in der Leistungserbringung erlauben (Beispiel Physiotherapie: hier wird in der Einzelleistungslogik eine bestimmte Anzahl Sitzungen verordnet in der Praxis lassen sich mit hochbetagten Menschen aber häufig keine regulären Therapiesitzungen am Stück durchführen). Eine Pauschalierung bedingt aber voraussichtlich eine KVG-Anpassung und der Einführung sachgerechter Pauschalen würde sicher ein intensiver und zeitaufwändiger Prozess vorausgehen.

Die Einzelleistungsvergütung hat hingegen den Vorteil, dass sie etabliert ist und keiner Anpassung des KVG bedarf.

b) Umfang der Finanzierung

Betreffend Umfang der Finanzierung wurde insbesondere darüber diskutiert, ob und wie die **Aufenthaltskosten**, die heute von den Patient/innen übernommen werden müssen, durch die OKP und/oder die öffentliche Hand mitzufinanzieren sind:

Die fehlende Übernahme der Aufenthaltskosten behindert aus Sicht vieler beigezogenen Expert/innen eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme des interprofessionellen Übergangsangebots: Patient/innen, die noch nicht nach Hause zurückkehren könnten, würden angesichts dieser Kosten tendenziell darauf drängen, länger im Akutspital zu verbleiben oder sich dafür entscheiden, gleich einen Langzeitaufenthalt im Pflegeheim anzutreten (wo dann die Aufenthaltskosten aus Ergänzungsleistungen finanziert werden können). Damit verbleibe diesen Patient/innen aber nicht nur das adäquate Versorgungsangebot verwehrt: Diese Lösungen seien tendenziell auch teurer zumindest in der langen Frist.

Eine Übernahme der Aufenthaltskosten durch die OKP steht im Widerspruch zum geltenden KVG, gemäss welchem die Aufenthaltskosten nur bei Spitalbehandlungen übernommen werden. Die Erfolgsaussichten einer entsprechenden Anpassung des KVG werden als eher gering eingestuft. Auf jeden Fall müsste hierfür eine detaillierte Kostenanalyse zum potenziellen Einsparpotenzial vorliegen. Alternativ könnten die Kantone und/oder Gemeinden die Aufenthaltskosten aus sozialpolitischen Überlegungen (mit-)finanzieren.

Kritisch an einer allfälligen Übernahme der Aufenthaltskosten ist, dass damit eine Ungleichheit geschaffen würde zu Personen mit einer ambulanten Nachsorgelösung: Denn diese müssen heute die Kosten für Betreuung/Hauswirtschaft i.d.R. auch selbst tragen. Hier könnte es allenfalls zu unerwünschten Verlagerungen kommen, wenn das interprofessionelle Übergangsangebot gar keine Selbstbeteiligung an den Aufenthaltskosten mehr vorsehen würde.

Betreffend Umfang der Finanzierung ist an dieser Stelle ergänzend darauf hinzuweisen, dass die heute bereits bestehenden Angebote, die dem in diesem Kapitel skizzierten interprofessioni-

onellen Übergangsangebot weitgehend entsprechen, teilweise beträchtliche Finanzierungsprobleme aufweisen, wie aus den geführten Expert/innen-Interviews hervorgeht. Diese Probleme haben damit zu tun, dass

die bestehenden Einzelleistungsvergütungen für die KVG-Pflichtleistungen unzureichend sind, weil sie beispielsweise die erforderliche interprofessionelle Koordination nicht genügend abdecken

die erforderlichen Nicht-KVG-Leistungen wie Betreuung und sozialarbeiterische Leistungen nicht ausreichend anderweitig finanziert werden können (z. B. über Selbstbeteiligungen der Patient/innen, Subventionen und/oder gemeinwirtschaftliche Leistungen der öffentlichen Hand)

Diese Finanzierungslücken sind in einem nächsten Schritt noch detaillierter auszuleuchten.

4.7 Kantonale Planung

Die Kantone sollten aufgefordert oder sogar verpflichtet werden, interprofessionelle Übergangsangebote in ihrer Versorgungsplanung zu berücksichtigen und ausgewählte Leistungserbringer mit einem kantonalen Leistungsauftrag zu verpflichten. Denn die Expert/innen sind sich einig: Die Anzahl benötigter Übergangsangebote ist beschränkt.

Bei der Bestimmung der benötigten Anzahl Plätze sowie der konkreten Anbieter gilt es, die unterschiedlichen regionalen und kantonalen Versorgungslandschaften (z. B. den Entwicklungsstand der ambulanten Pflege) zu berücksichtigen und dem spezifischen Bedarf Rechnung zu tragen.

5 Fazit und Bewertung

Abschliessend gilt es die Frage zu beantworten, mit welchen Anpassungen der AÜP bzw. mit welchen anderen Instrumenten identifizierte Lücken in der Nachsorge geschlossen und Probleme behoben werden könnten.

Die Beantwortung dieser Frage bedingt eine differenzierte Betrachtung der ambulanten und stationären Nachsorge, denn Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf nach dem somatischen Akutspitalaufenthalt werden heute sowohl **ambulant** als auch **stationär** versorgt. In den beiden Versorgungssettings liegen jedoch nicht die gleichen Lücken resp. Probleme vor (vgl. dazu auch das Zwischenfazit in Kap. 3.4).

5.1 Ambulante Nachsorge

In der ambulanten Nachsorge kommt der Spitex eine Schlüsselrolle zu. Patient/innen, die in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können, sind dank der Spitex-Leistungen grösstenteils adäquat versorgt. In der Nachsorge durch die Spitex werden jedoch folgende Probleme festgestellt:

Restriktive Limitierung der Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination:

Diese sogenannten A-Leistungen sind für die in diesem Bericht identifizierten Patientengruppen mit erhöhtem Nachsorgebedarf besonders wichtig, z. B. für Absprachen mit der Hausärztin, für Konzile mit dem Geriater oder der Gerontopsychiaterin, aber auch für die Koordination mit Angehörigen. Die Krankenversicherer hätten jedoch teilweise eine sehr restriktive und auch unterschiedliche Praxis, was die Abgeltung dieser Leistungen betrifft: Teils werden diese A-Leistungen auf drei Stunden pro Monat, teils auf drei Stunden pro Quartal limitiert; teilweise müssen für diese Leistungen vorgängig sogar Kostengutsprachen eingeholt werden. Teilweise würden A-Leistungen sogar gänzlich zurückgewiesen.

Rückweisung von Bedarfsabklärungen bei erhöhtem Pflegebedarf nach Spitalaustritt:

Auch Massnahmen der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege (sogenannte B- und C-Leistungen), für die nach einem Spitalaustritt häufig ein hoher Bedarf besteht, würden von den Krankenversicherern regelmässig zurückgewiesen. Der Prozess, bis von Krankenversicherern eine Bewilligung für die im Rahmen von Bedarfsabklärungen ermittelten Pflegestunden vorliegt, ist oftmals aufwändig und die administrativen Hürden für die Finanzierung von Spitex-Leistungen in der Nachsorge seien entsprechend hoch.

Keine Finanzierung von Leistungen zur Alltagsbewältigung nach einem Spitalaustritt:

Als Nicht-KVG-Leistungen müssen Leistungen zur Alltagsbewältigung nach einem Spitalaustritt, z. B. Hauswirtschaft, von den Patientinnen und Patienten in der Regel selbst bezahlt werden (es sei denn, sie verfügen über eine entsprechende Zusatzversicherung).

Aus Sicht der Autorinnen ist jedoch nicht schlüssig, wie eine Anpassung bzw. eine Weiterentwicklung der AÜP diese Probleme lösen könnte:

Ein Ausbau und eine Harmonisierung der A-Leistungen dürfte generell Sinn machen und ist nicht nur für die Zeit nach dem Spitalaustritt relevant.

Eine Bewilligung der Krankenversicherer für die im Rahmen von individuellen Bedarfsabklärungen ermittelten Pflegestunden wird es weiterhin brauchen. Es wäre ja auch nicht bedarfsgerecht, wenn die AÜP bspw. einfach für alle Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf nach dem Spitalaustritt ein identisches Stundenkontingent definieren würde. Hier braucht es bei den Krankenversicherern schlicht eine erhöhte Sensibilität dafür, dass die Alternativen zum erhöhten Spitex-Aufwand nach einem Spitalaustritt in der Regel teurer sind (Verlängerung des Akutspitalaufenthalts, Eintritt in die Langzeitpflege).

Die temporäre Finanzierung von Leistungen zur Alltagsbewältigung nach einem Spitalaustritt kann gerade mit Blick auf die genannten teureren Alternativen durchaus sinnvoll sein. Solange diese Leistungen keine KVG-Pflichtleistungen darstellen, sind hier insbesondere die Kantone und/oder Gemeinden gefordert.

Die AÜP in ihrer heutigen Ausgestaltung – in der sie lediglich die Selbstbeteiligung der Patient/innen an den Kosten der Pflegeleistungen in den ersten zwei Wochen nach dem Spitalaufenthalt aussetzt – ist aus Sicht der Autorinnen für eine adäquate ambulante Nachsorge wenig relevant. Sie kommt bekanntlich auch nur in wenigen Kantonen überhaupt zur Anwendung und die in diesen Kantonen als AÜP verrechneten Pflegestunden machen weniger als 1% der verrechneten Pflegestunden insgesamt aus (vgl. Anhang A). Die heutige AÜP liefert zudem keinen Lösungsbeitrag zu den eben aufgeführten Problemen in der ambulanten Nachsorge. Aus diesen Gründen kommen die Autorinnen zum Schluss, dass sie in der jetzigen Form voraussichtlich abgeschafft werden könnte.

5.2 Stationäre Nachsorge

In der stationären Nachsorge haben wir im Rahmen der in dieser Studie durchgeführten Erhebungen eine Angebotslücke festgestellt, die Ineffizienzen in der Spitalversorgung zur Folge hat: Konkret fehlen heute für Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf nach einem somatischen Akutspitalaufenthalt, die noch nicht nach Hause zurückkehren oder noch nicht in die Rehabilitation eintreten können, häufig geeignete Versorgungsstrukturen, sodass sie ohne eigentliche Spitalbedürftigkeit im somatischen Akutspital hospitalisiert bleiben müssen.

(Hoch)betagte Menschen mit fortgeschrittener Gebrechlichkeit sind eine der zahlenmässig bedeutendsten Patientengruppe dieser Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird diese Patientengruppe künftig noch stärker zunehmen. Angesichts dieser Entwicklung und mit Blick auf die bereits heute bestehenden «Abflussprobleme» der somatischen Akutspitäler besteht Handlungsbedarf.

Vor diesem Hintergrund kommen wir – in Übereinstimmung mit vielen in diesem Mandat beigezogenen Expert/innen – zum Schluss, dass die heutige AÜP von einem Finanzierungsinstrument für Pflegeleistungen zu einem eigentlichen Versorgungsangebot, einem *interprofessionellen Übergangsangebot*, weiterzuentwickeln ist.

Summarisch bewerten die Autorinnen dieses Berichts die Weiterentwicklung der AÜP zu einem interprofessionellen Übergangsangebot (vgl. Definition in Kap. 4) wie folgt:

Versorgungsqualität: Wir gehen davon aus, dass die Versorgungsqualität erhöht werden kann, weil Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf aber ohne Spitalbedürftigkeit in einem interprofessionellen Übergangsangebot gemäss einhelliger Expert/innen-Meinung adäquatere Leistungen erhalten als im Akutspital und besser auf die Rückkehr ins eigene Zuhause vorbereitet werden können.

Kostenwirkung bzw. Kostendämpfungspotenzial: Auch wenn das interprofessionelle Übergangsangebot kein kostengünstiges Angebot darstellt (gemäss Expert/innen-Einschätzungen dürften die Kosten nicht wesentlich tiefer sein als für die geriatrische Rehabilitation), ist doch ein Kostendämpfungspotenzial für die OKP sowie für die öffentliche Hand zu erwarten:

Das interprofessionelle Übergangsangebot entlastet die somatischen Akutspitäler: Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf, die noch nicht ins gewohnte Wohnumfeld zurückkehren können, belegen dank dem Übergangsangebot nicht länger noch teurere Akutbetten.

Das interprofessionelle Übergangsangebot verhindert verfrühte Pflegeheimenintritte, die längerfristig in der Regel Kosten verursachen, die über die Aufenthaltskosten in einem interprofessionellen Übergangsangebot hinausgehen.

Zudem kann erwartet werden, dass dank dem Erreichen der grösstmöglichen Selbstständigkeit im gewohnten Lebensumfeld und der geringstmöglichen Einschränkungen der vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten (vgl. Ziele des interprofessionellen Übergangsangebots in Kap. 4.1) auch der ambulante Pflege- und Unterstützungsbedarf reduziert werden kann.

Klar ist, dass die ambulante Nachsorge in aller Regel kostengünstiger ist als der Aufenthalt in einem interprofessionellen Übergangsangebot. Deshalb sind hier sicherlich keine Verlagerungen erwünscht: Patient/innen mit erhöhtem Nachsorgebedarf, die nach Hause zurückkehren können, sollten wie bereits heute auch künftig ambulant versorgt werden. Hier ist die bedarfsgerechte Triage beim Spitalaustritt zentral. Zudem gilt, dass die möglichst baldige Rückkehr nach Hause nach einem Spitalaufenthalt in vielen Fällen den Präferenzen der Patient/innen entspricht.

Chancengleichheit beim Versorgungszugang: Wie bereits erwähnt gibt es derartige interprofessionellen Übergangsangebote heute bereits vereinzelt in einigen Kantonen. National einheitliche Rahmenbedingungen tragen dazu bei, dass dieses Versorgungsangebot allen zur Verfügung steht. Insofern orten wir hier eine Verbesserung beim Versorgungszugang.

Es besteht jedoch ein gewisses Risiko, dass die Einführung des interprofessionellen Übergangsangebots dazu führt, dass die Krankenversicherer bei den Kostengutsprachen für geriatrische Rehabilitation zurückhaltender würden und Patient/innen der Zugang zur (teureren) Reha vereinzelt vorenthalten würden (was anscheinend in den Niederlanden so eingetroffen sei). Dies illustriert wie relevant die Abgrenzung dieser beiden Angebote ist.

Kritisch im Auge zu behalten ist bei der Konkretisierung der Finanzierung des interprofessionellen Übergangsangebots zudem die Chancengleichheit zwischen ambulanter und stationärer Nachsorge: Patient/innen, die zu Hause versorgt werden, sollen nicht mehr aus

eigener Tasche finanzieren müssen, als jene, die ein interprofessionelles Übergangsangebot nutzen.

Umsetzbarkeit und administrativer Aufwand: Die «richtige» Triage im Akutspital (nach Hause, in einen Kurzaufenthalt im Pflegeheim, in ein interprofessionelles Übergangsangebot, in die Reha) stellt eine Herausforderung dar. Hier braucht es für eine praktikable Umsetzung mit adäquater Zuweisung sicher noch vertiefende konzeptionelle Arbeiten (inkl. Erarbeitung geeigneter Assessmenttools) sowie dann auch entsprechende Anstrengungen im Bereich Schulung/Information durch die Spitäler.

Vorteile sehen wir im Fall einer pauschalierten Finanzierung beim administrativen Aufwand der Leistungserbringer, indem die Abrechnung von Einzelleistungen entfällt.

Insgesamt kommen wir zum Schluss, dass eine Weiterentwicklung der AÜP in die in diesem Bericht aufgezeigte Richtung vielversprechend erscheint und weiterverfolgt werden sollte.

5.3 Grenzen und Lücken der vorliegenden Studie

Die vorliegende Studie weist u.a. folgende Lücken und Grenzen auf:

Limitierte Befragung von Spitex-Vertreter/innen: Im Rahmen der Studie wurden nur sehr wenige Expert/innen aus dem Spitex-Bereich befragt. Was mit den limitierten Ressourcen, erhaltenen Absagen bei Interviewanfragen, aber auch mit dem gewählten Fokus¹³ zu tun hat. Es wäre daher auf jeden Fall angemessen, die Schlussfolgerungen dieses Berichts betreffend die ambulante Nachsorge und die AÜP im ambulanten Bereich nochmals mit Spitex-Vertreter/innen zu validieren.

Keine systematische Befragung und Evaluation bereits bestehender interprofessioneller Übergangsangebote: Entsprechend kann im Bericht nur anekdotisch auf Evidenz aus der bisherigen Praxis verwiesen werden (z. B. hinsichtlich der angemessenen Aufenthaltsdauer in interprofessionellen Übergangsangeboten).

Keine vertiefte Beleuchtung der bestehenden Finanzierungslücken (in der ambulanten Nachsorge wie auch bei bereits bestehenden interprofessionellen Übergangsangeboten) und ihrer Auswirkungen auf die konkrete Versorgung resp. den Zugang zur Versorgung

Quantifizierung des Bedarfs: Die durchgeführten Erhebungen erlauben keine Hochrechnung des schweizweiten Bedarfs an Plätzen in interprofessionellen Übergangsangeboten. Eine derartige Hochrechnung dürfte sich angesichts der heterogenen Versorgungslandschaft in den Kantonen auch als schwierig erweisen.

Quantifizierung der Kostenfolgen resp. der potenziellen Kosteneinsparungen einer (flächendeckenden) Einführung interprofessioneller Übergangsangebote

¹³ Diese Studie hat die Frage ins Zentrum gestellt, wie die Akut- und Übergangspflege weiterzuentwickeln ist angesichts der heute bestehenden Nachsorgelösungen. Aufgrund der eingangs durchgeführten Expert/innen-Interviews, in denen für Patient/innen, die nach einem Spitalaustritt nach Hause zurückkehren können, im Grundsatz eine adäquate Versorgung festgestellt wurde, wurde der ambulante Bereich in der Folge kaum noch beleuchtet. Vielmehr wurden die vorhandenen Ressourcen dafür aufgewendet, die in den Interviews skizzierten Versorgungsprobleme für Patient/innen, die nach einem Spitalaufenthalt nicht ins gewohnte Wohnumfeld zurückkehren können, zu validieren. Deshalb haben die weiteren Erhebungen stark auf den Spitalbereich fokussiert.

Exkurs 1: Nachsorge nach einem Aufenthalt in der Akutpsychiatrie

Grundsätzlich sind zwei Behandlungsketten typisch für die Nachsorge nach einem Aufenthalt in der Akutpsychiatrie:

1. Patient/innen, die nach einem Akutspitalaufenthalt wieder **nach Hause** können
2. Chronische Patient/innen, die eine **Langzeit-Lösung**, d.h. in der Regel eine Einrichtung des betreuten Wohnens brauchen.

Mit Blick auf die Patient/innen der Gruppe 1, die **nach Hause** können, kann festgestellt werden, dass in der Akutpsychiatrie im Gegensatz zur Akutsomatik häufig die Herausforderung besteht, dass viele Patient/innen gar nicht mehr nach Hause wollen. Die Nachsorge dieser Patient/innen ist sehr individuell. Es gibt unterschiedlichste Lösungen, die nicht immer nur abhängig vom Schweregrad einer Erkrankung sind:

Unterstützung durch die **Psychiatrie-Spitex** oder **freischaffende Pflegefachpersonen**: Das klappt in der Regel recht gut.

Nachsorge durch **niedergelassene Psychiater/innen**: Das ist ein grosses Problem, weil Patient/innen häufig lange auf Nachsorge-Termine warten müssen. Insbesondere Patient/innen, die noch keine/n Psychiater/in haben, denn viele nehmen keine neuen Patient/innen mehr auf. Die Patient/innen treten dann trotzdem aus, der nächste Termin ist aber weit weg. Teilweise bieten dann die ambulanten Angebote der Akutpsychiatrie eine Überbrückungslösung an.

Nachsorge durch **Hausarzt/innen**: Weil es nicht genügend Psychiater/innen gibt, haben auch die Hausarzt/innen eine wichtige Rolle in der Nachbetreuung psychiatrischer Patient/innen.

Mit Blick auf die Patient/innen der Gruppe 2 der **chronischen Patient/innen** sind in der Nachsorge zwei Probleme zentral:

Wartepatient/innen: Auf Plätze in Einrichtungen des betreuten Wohnens muss man häufig warten, weil das Angebot einfach zu klein ist. Ein Grund für die Angebotslücke sei dabei sicher die unzureichende Finanzierung.¹⁴ Bei diesen Wartepatient/innen verlängert sich also die Aufenthaltsdauer in der Akutpsychiatrie. Ab einer Aufenthaltsdauer von 60 Tagen gelte im TARPSY die tiefste Entschädigung. Auch wenn diese Stufe grundsätzlich nach oben offen sei, sind viele Krankenversicherer nicht bereit, diese längeren Aufenthalte über TARPSY zu finanzieren. Dies dürfen sie gemäss Art. 49 Abs. 4 KVG auch nicht, wenn die Spitalbedürftigkeit nicht mehr gegeben ist und diese sei bei chronischen Patient/innen insofern schwierig zu begründen, weil eine Behandlung nicht mehr viel bringe, sondern es primär darum gehe, ihnen eine hohe Lebensqualität zu bieten.

Chronische Patient/innen mit Erkrankungen aus dem **Schizophrenen Formenkreis**: Diese Patient/innen bewegen sich dauerhaft am Rande der Spitalbedürftigkeit, d.h. während einer akuten psychotischen Phase mit Symptomen wie Wahn und Halluzinationen sind

¹⁴ Vgl. hierzu die Motion 18.3716 SGK-NR «Ergänzungsleistungen für betreutes Wohnen».

sie häufig akutspitalbedürftig, nach Abklingen der akuten Psychose aber nicht mehr. Gleichzeitig sind sie in der Regel nicht in der Lage, einer strukturierten Beschäftigung nachzugehen und erfüllen damit die Aufnahmekriterien nicht, die in den Einrichtungen des betreuten Wohnens gelten. Diese Patient/innen werden im Beispiel Luzern dann über längere Zeit in der sogenannten Wohnpsychiatrie betreut. Während diese Patient/innen vor TARPSY vollständig über das KVG finanziert wurden, gelte jetzt für die Wohnpsychiatrie dasselbe Finanzierungsregime wie für andere Einrichtungen des betreuten Wohnens (Mischfinanzierung aus Pflegefinanzierung und Finanzierung als soziale Einrichtung). Und dies, obwohl die dort betreute Patientengruppe andere Leistungen bzw. Ressourcen erfordert:

Im Krisenfall müssen ärztliche Leistungen verfügbar sein.

Es braucht Leistungen von Psycholog/innen.

Die Personaldotation ist höher aufgrund der aufwändigen Patient/innen.

Schlussfolgerungen für die AÜP

Das Instrument der AÜP resp. das im Bericht vorgeschlagene interprofessionelle Übergangsangebot, die beide nur einen **vorübergehend** (und nicht einen dauerhaft) erhöhten Nachsorgebedarfs adressieren, können keinen Beitrag leisten, um die hier beschriebenen Angebotslücken und Schnittstellen-Probleme nach einem Aufenthalt in der Akutpsychiatrie zu beheben.

Das interprofessionelle Übergangsangebot kann die Akutpsychiatrie aber entlasten, wenn es zu weniger inadäquaten Verlegungen von Patient/innen (z. B. mit Delir) aus der Akutsonematik kommt und ggf. stellt es auch eine Second-Best-Lösung für Patient/innen dar, die auf einen Platz in der Akutpsychiatrie warten.

Exkurs 2: Nachsorge im benachbarten Ausland

Im Rahmen der Studie wurde eine Webrecherche vorgenommen, um aufzuzeigen, wie die Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt in den drei Nachbarländern der Schweiz Deutschland, Österreich und Frankreich organisiert ist. Die Recherche bringt hervor, dass in diesen drei Ländern unterschiedliche Angebote der Nachsorge bestehen, auch spezifische Übergangslösungen nach dem Spitalaufenthalt. Dass ein Bedarf nach geeigneten Übergangslösungen besteht, zeigt sich auch an der Aktualität in Deutschland, wo im Jahr 2021 die sogenannte *Übergangspflege im Krankenhaus* im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) gesetzlich geschaffen wurde.

a) Deutschland

Bezeichnung des Angebots	Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39e SGB V)¹⁵
Beschreibung	Wenn nach einer Krankenhausbehandlung die Versorgung nicht gewährleistet und bestimmte Leistungen nicht erbracht werden können, haben Patient/innen Anspruch auf Übergangspflege. Jede versicherte Person kann eine Übergangspflege im Krankenhaus in Anspruch nehmen. Dauer: Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung.
Vergütete Leistungen	Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.
Finanzierung	Der Kostenträger der Übergangspflege im Krankenhaus ist die Krankenkasse. Die Vergütung für die Übergangspflege wird in einer Landesrahmenvereinbarung von den Landesverbänden der Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaften verhandelt. Bis April 2022 hat noch keines der Bundesländer die Verhandlungen erfolgreich mit einer Rahmenvereinbarung abgeschlossen.
Problemstellungen und aktuelle Forderungen ¹⁶	Hoher administrativer Aufwand für Krankenhäuser, da nachgewiesen werden muss, dass trotz erheblichem Aufwand keine entsprechende Weiterversorgung möglich ist. Länge der Übergangspflege sei mit 10 Tagen zu kurz angesetzt. Vergütung der Übergangspflege sollte sich an Kostenstruktur der Krankenhäuser orientieren. Kliniken sollen die Übergangspflege selbst organisieren können. Aufbau und vollständige Refinanzierung von Kurzzeitplätzen.

¹⁵ Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/kh_ue_pflge/kh_uebergangspflege.jsp

<https://sozialversicherung-kompetent.de/krankenversicherung/leistungsrecht/1093-uebergangspflege-im-krankenhaus.html>

<https://pflegebox.de/ratgeber/pflegeleistungen/uebergangspflege/>

¹⁶ <https://dekv.de/dekv-3-punkte-plan-zur-uebergangspflege-und-kurzzeitpflege/>

<https://www.bdpk.de/newsroom/news/artikel/uebergangspflege-ein-neuer-hochaufwaendiger-pruefbereich-darf-nicht-entstehen>

Bezeichnung des Angebots	Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 39c SGB V) ¹⁷
Beschreibung	<p>Vorübergehende Versorgung in einer stationären Einrichtung bei Vorliegen einer «schweren Krankheit» oder einer akuten «Verschlimmerung einer Krankheit». Der Anspruch gilt insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung: Die Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit hilft Patient/innen, wenn eine Krankenhausbehandlung nicht mehr nötig, eine Versorgung zu Hause aber noch nicht möglich ist.</p> <p>Die Kurzzeitpflege findet in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung oder einer anderen geeigneten Einrichtung statt. Sie muss vor Entlassung aus dem Krankenhaus ärztlich bescheinigt und beantragt werden</p> <p>Dauer: bis zu 8 Wochen pro Jahr, 26 Wochen mit Kind unter 12 Jahren im Haushalt</p>
Vergütete Leistungen	<p>Grundpflege</p> <p>Hauswirtschaftliche Versorgung</p>
Finanzierung	durch die Krankenkasse statt durch die Pflegekasse wie im Fall einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit (die mindestens 6 Monate dauert)

¹⁷ Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477

<https://www.dachstiftung-diakonie.de/gesellschaften/stephansstift-pflege-und-seniorenwohnen/unsere-angebote/kurzzeitpflege-bei-fehlender-pflegebeduerftigkeit/>

<https://www.ihre-vorsorge.de/magazin/lesen/neu-bei-der-gkv-uebergangspflege-nach-klinikaufenthalt.html>

b) Österreich

Bezeichnung des Angebots	Übergangspflege¹⁸
Beschreibung	<p>In Österreich sind die Länder für die Pflegeversorgung zuständig. Rechtliche Normierungen auf Bundesebene gibt es wenige. Entsprechend ist auch die Übergangspflege je nach Land unterschiedlich ausgestaltet. Hier sind zwei Beispiele ausgeführt:</p> <p><i>Kärnten:</i> Die Übergangspflege stellt eine Überbrückungshilfe nach einer Akutbehandlung in einem Krankenhaus dar, wenn aufgrund des erhöhten Pflegebedarfs noch keine adäquate Versorgung im häuslichen Bereich möglich ist. Je nach pflegerischer Notwendigkeit wird die Übergangspflege im Ausmaß von bis zu 28 Tagen in einem Pflegeheim oder einem Alternativen Lebensraum gewährt. Als Eigenleistung für den Aufenthalt sind pro Aufenthaltstag 1/30 von 80% des monatlichen Einkommens und 1/30 von 100 % des Pflegegeldes zu bezahlen.¹⁹</p> <p><i>Niederösterreich:</i> Leistungsdefinition: Übergangspflege ist eine rehabilitative Pflege und Betreuung von bis zu 12 Wochen pro Kalenderjahr als Überbrückungshilfe nach der Akutbehandlung in einem Krankenhaus und vor der Entlassung nach Hause. Bei dieser Leistung stehen Therapie und Rehabilitation und weniger die Medizin im Vordergrund. Dadurch soll wieder ein selbstständiges Leben zu Hause (mit oder ohne Betreuung) ermöglicht werden. Übergangspflege kann in Übergangspflegezentren oder in Pflegeheimen in Anspruch genommen werden. Für die Inanspruchnahme von Übergangspflege muss die Hilfe suchende Person aus ihrem Einkommen 1/30 von 80% ihres monatlichen Einkommens sowie 1/30 von 100% der pflegebezogenen Geldleistungen (z. B. Pflegegeld) als Eigenleistung für jeden Tag bezahlen.²⁰</p>

¹⁸ <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/2/Seite.360543.html>

¹⁹ <https://www.ktn.gv.at/Themen-AZ/Details?thema=131&subthema=134&detail=567>

²⁰ <https://www.noe.gv.at/noe/Pflege/Uebergangspflege.html>

Bezeichnung des Angebots	Remobilisation/Nachsorge (RNS)²¹
Beschreibung	<p>RNS ist eine abgestufte Form der Akutversorgung zur fächerübergreifenden Weiterführung der Behandlung akutkranker Patient/innen aus anderen Abteilungen (Fachbereichen), unabhängig von deren Alter, vorzugsweise in Krankenhäusern mit breiter Fächerstruktur. Die weiterführende Behandlung beinhaltet Diagnostik und Therapie in eingeschränktem Umfang sowie Leistungen zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung. Die RNS ist ein Bindeglied zwischen primärer Akutversorgung und Rehabilitation bzw. ambulanter Weiterbehandlung und bietet Frühremobilisation von Patientinnen und Patienten, die entsprechend ihrem Krankheitsbild über die durchschnittliche Belagsdauer in der primären Akutversorgung hinausgehend eine ärztliche, pflegerische bzw. therapeutische Versorgung benötigen. Bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die RNS-Versorgung soll die Rehabilitationsfähigkeit hergestellt werden.</p> <p>Zielgruppen: Patient/innen und Patienten mit erhöhter Belagsdauer im Akutkrankenhaus mit Bedarf an abgestufter Akutversorgung bzw. an Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung, insbesondere mit Indikationen wie z. B. Zustand nach orthopädischen, unfallchirurgischen bzw. neurochirurgischen Eingriffen mit Funktionseinbußen im Bereich des Bewegungs- und Stützapparats; chronisch therapieresistenten Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats bzw. Schmerzzuständen; internistischen Erkrankungen mit längerer Rekonvaleszenzdauer (z. B. Pneumonie).</p> <p>(Struktur-)qualitätskriterien für RNS sind im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt. Die Standort- und Kapazitätsplanungen erfolgen im Rahmen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG).</p>

²¹ [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Akutgeriatrie-Remobilisation-\(AG-R\)-und-Remobilisation-Nachsorge-\(RNS\)-in-Oesterreich.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Akutgeriatrie-Remobilisation-(AG-R)-und-Remobilisation-Nachsorge-(RNS)-in-Oesterreich.html)

d) Frankreich

Bezeichnung des Angebots	Hospitalisation à domicile (HAD) ²²
Beschreibung	<p>Die häusliche Krankenpflege (HAD) ist ein vollzeitiger Krankenhausaufenthalt, bei dem die Pflege in der Wohnung der Person durchgeführt wird. Ziel ist es einen Krankenhausaufenthalt verkürzen oder vermeiden. Es gibt drei verschiedene Arten:</p> <p><i>soins ponctuels</i> (en cas de maladies non stabilisées)</p> <p><i>soins de réadaptation au domicile</i> (notamment après la phase aiguë d'une maladie neurologique ou cardiaque, ou d'un traitement orthopédique)</p> <p><i>soins palliatifs</i></p> <p>Die HAD kann von allen Patient/innen unabhängig ihres Alters beansprucht werden.</p> <p>Die HAD kann nach einer Krankenhauskonsultation oder im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt beantragt werden.</p> <p>Die benötigten Materialien werden nach Hause geliefert (wie z. B. Pflegebett).</p> <p>Es gibt HAD-Einrichtungen, die jeweils für ein festgelegtes Gebiet zuständig sind.</p> <p>Dauer: Grundsätzlich ist die HAD zeitlich befristet, die Dauer variiert jedoch je nach Art der Pflege und der Entwicklung des Gesundheitszustands.</p>
Leistungen	Es handelt sich bei der HAD um ein medizinisches, pflegerisches und psychosoziales Angebot.
Finanzierung	Die HAD wird zu 80% über die Krankenversicherung übernommen.

²² <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F732>
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>

Bezeichnung des Angebots	Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)²³
Beschreibung	<p>Bei der SSR handelt es sich um ein stationäres Angebot. Bei den meisten Aufnahmen kommen die Patient/innen direkt von den medizinischen oder chirurgischen Abteilungen des Krankenhauses, um eine kontinuierliche Betreuung zu gewährleisten. Ziel der Behandlung ist es, nach Hause zurückzukehren.</p> <p>Rund 3/4 der Personen in SSR-Einrichtungen kommen nach einem Krankenhausaufenthalt. Ein Eintritt ist jedoch auch von zu Hause aus möglich.</p> <p>SSR-Einrichtungen sind öffentliche oder private (kommerzielle oder gemeinnützige) Gesundheitseinrichtungen, die möglicherweise an eine Krankenhauseinrichtung mit Kurzzeitpflege angegliedert oder eigenständig sind. Es gibt verschiedene Strukturen (über 1'600 in Frankreich), in denen SSR angeboten wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SSR polyvalents ○ SSR adultes polyvalents ○ SSR adultes spécialisés ○ SSR pédiatriques <p>Derzeit wird eine Finanzierungsreform für die Aktivitäten im Bereich der SSR eingeführt. Ziel ist es, die territorialen Ungleichheiten bei der Ausstattung zu verringern und gleichzeitig die verschiedenen angebotenen Spezialisierungs- und Kompetenzniveaus anzuerkennen.</p>
Leistungen	Die Behandlung kann neben ärztlichen Leistungen auch ein therapeutisches Angebot (Physiotherapie, Ergotherapie, Orthopädie, Logopädie etc.) beinhalten.

²³ <http://www.fhp-ssr.fr/les-ssr-c-est-quoi>
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr>
<https://pourvous.croix-rouge.fr/articles/les-etablissements-de-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr>

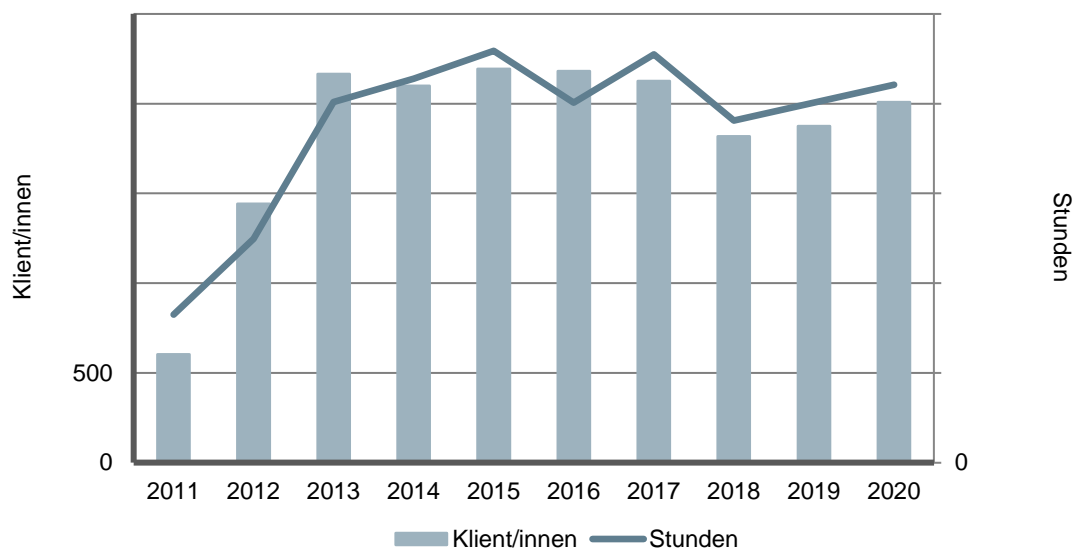
Anhang A: Einige statistische Auswertungen zur AÜP

a) AÜP in der Spitex

Die Spitex-Statistik des Bundesamtes für Statistik enthält Informationen zu den Leistungen der Akut- und Übergangspflege (AÜP), die von gemeinnützigen und gewinnorientierten Spitex-Unternehmen sowie von selbstständigen Pflegefachpersonen erbracht werden.

Gemäss Abbildung 6 ist die Nachfrage nach ambulanten AÜP-Leistungen in der ganzen Schweiz auf tiefem Niveau. Im Zeitraum von 2013 bis 2020 stagniert die Anzahl Patient/innen pro Jahr bei ca. 2'000 Personen und 20'000 abgerechneten Stunden.

Abbildung 6: Akut- und Übergangspflege der Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause: Anzahl Patient/innen und abgerechnete Stunden pro Jahr, 2011-2020



Quelle: Spitex-Statistik, BFS

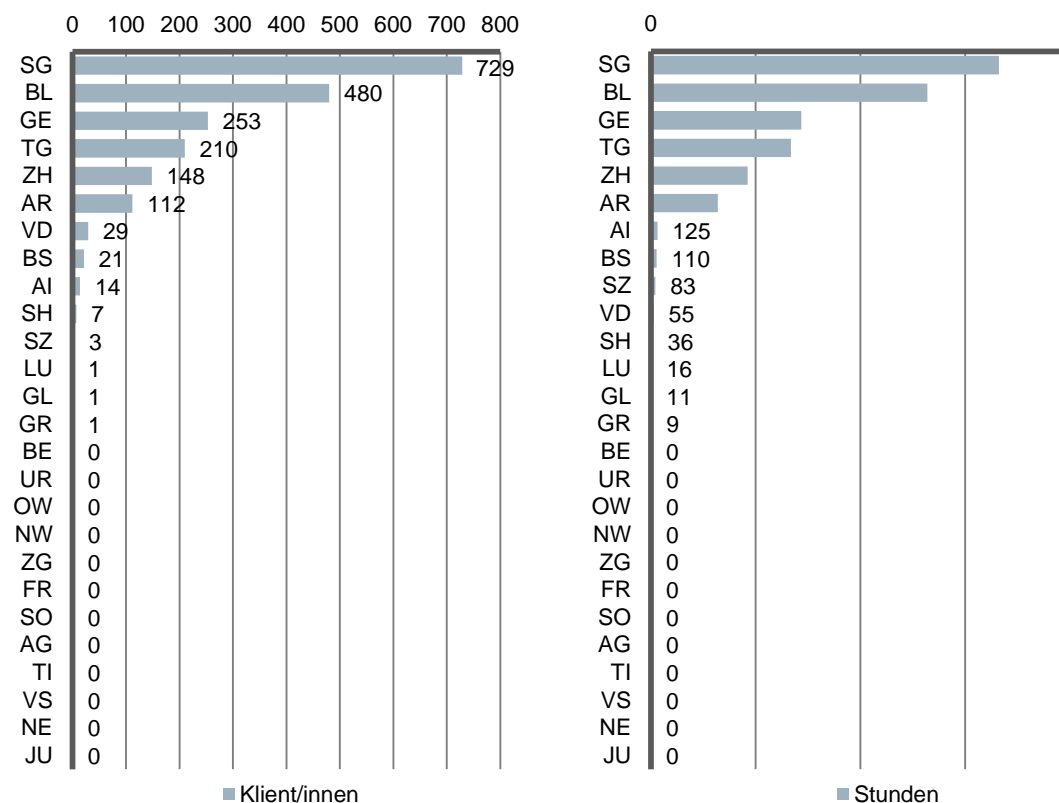
Die kantonale Betrachtung der Entwicklung der verrechneten Stunden in den Jahren 2011 bis 2020 zeigt ein heterogenes Bild:

Im Kanton Zürich wurden im Jahr 2011 6'702 Stunden ambulante AÜP abgerechnet, diese sanken über die Jahre und lagen im Jahr 2020 bei 1'850 Stunden.

Anders im Kanton St. Gallen, wo bis 2017 ein kontinuierliches Wachstum festgehalten werden kann, das sich in den folgenden Jahren bei rund 6'500 Stunden einpendelte.

Die Aufteilung nach Kantonen legt offen, dass im Jahr 2020 lediglich in 14 Kantonen ambulante AÜP abgerechnet wurde (vgl. Abbildung 7). Die beiden Kantone St. Gallen und Basel-Land mit den höchsten Werten bei den abgerechneten ambulanten AÜP-Stunden vereinen somit 57% der gesamtschweizerischen Stunden.

Abbildung 7: Akut- und Übergangspflege der Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause: Anzahl Patient/innen und Stunden nach Kanton, 2020



Quelle: Spitex-Statistik, BFS

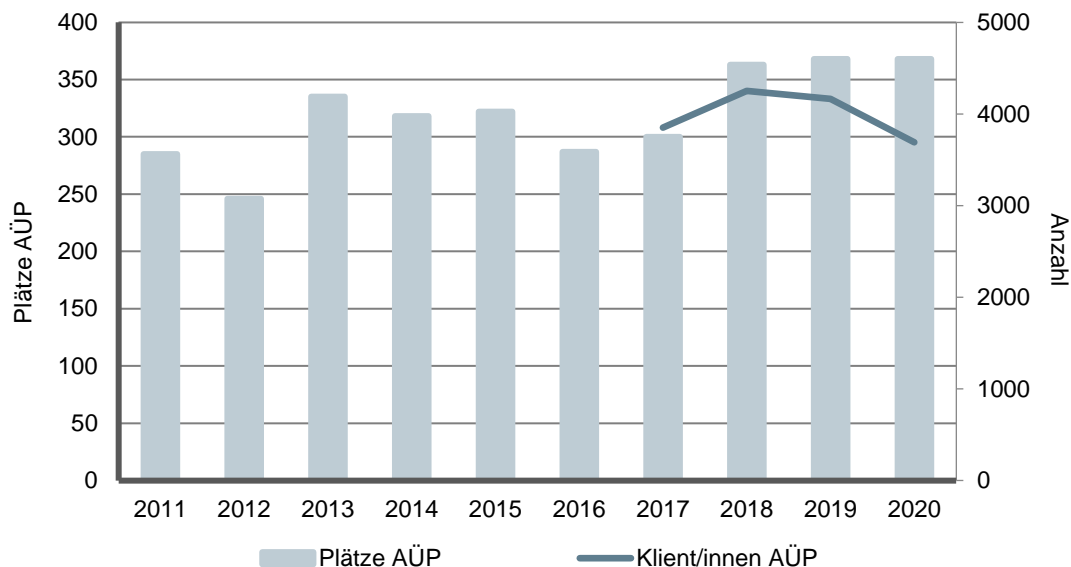
b) AÜP in Pflegeheimen²⁴

Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen des Bundesamtes für Statistik enthält Informationen zur Anzahl AÜP-Plätze und (ab dem Jahr 2017) auch zur Anzahl AÜP-Patient/innen in Pflegeheimen.

Gemäss Abbildung 8 hat das Angebot an AÜP-Plätzen in Pflegeheimen im Zeitraum von 2011 bis 2020 tendenziell etwas zugenommen. Mit schweizweit gut 350 Plätzen ist das Angebot insgesamt aber sehr gering geblieben. Das Angebot beschränkt sich zudem auf eine beschränkte Anzahl an Kantonen wie aus Abbildung 9 hervorgeht.

Bei der Nachfrage der AÜP-Patient/innen ist über die kurze Zeit der Erhebung (2017 bis 2020) kein klarer Trend erkennbar.

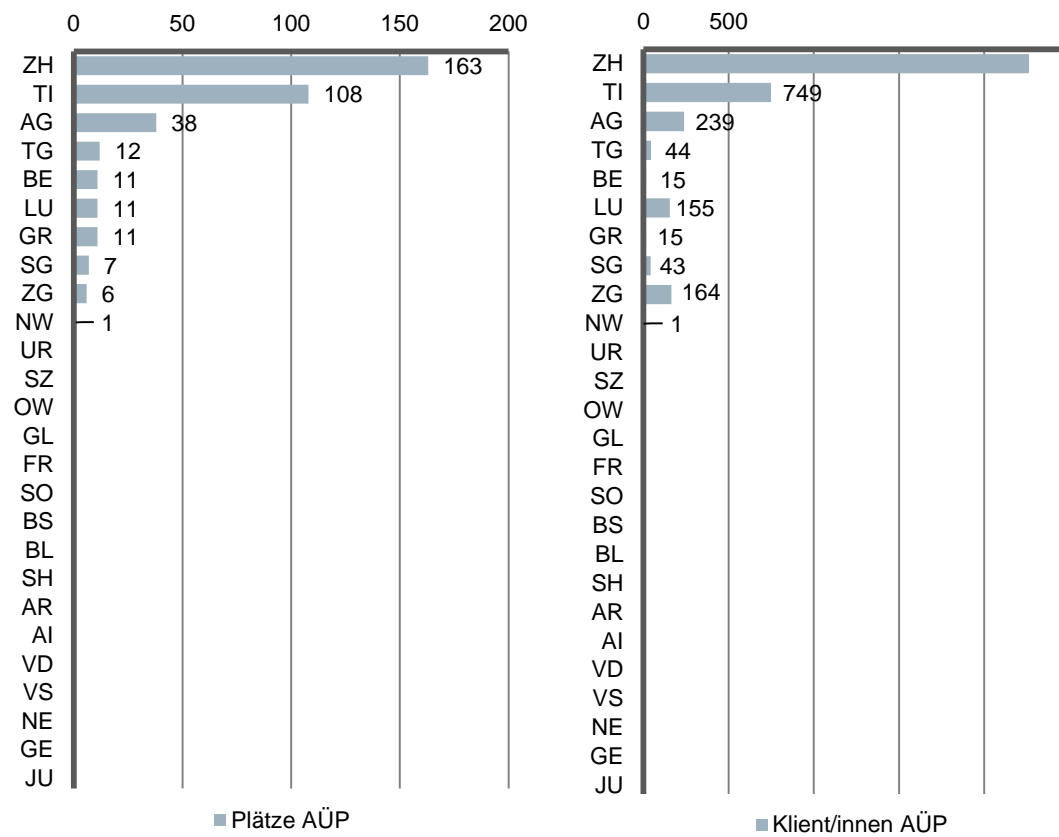
**Abbildung 8: Akut- und Übergangspflege in den Pflegeheimen:
Anzahl Plätze und Patient/Innen pro Jahr, 2011-2020**



Quelle: Statistik der sozialmedizinischen Institutionen Standardtabellen 2011-2020, BFS
Hinweis: Anzahl Klient/innen AÜP wird in der SOMED ab dem Jahr 2017 separat ausgewiesen

²⁴ Die SOMED enthält sehr wahrscheinlich nur Pflegeheime, keine Langzeitpflegeabteilungen der Spitäler.

Abbildung 9: Plätze und Anzahl Patient/innen in der Akut- und Übergangspflege in den Pflegeheimen nach Kanton, 2020

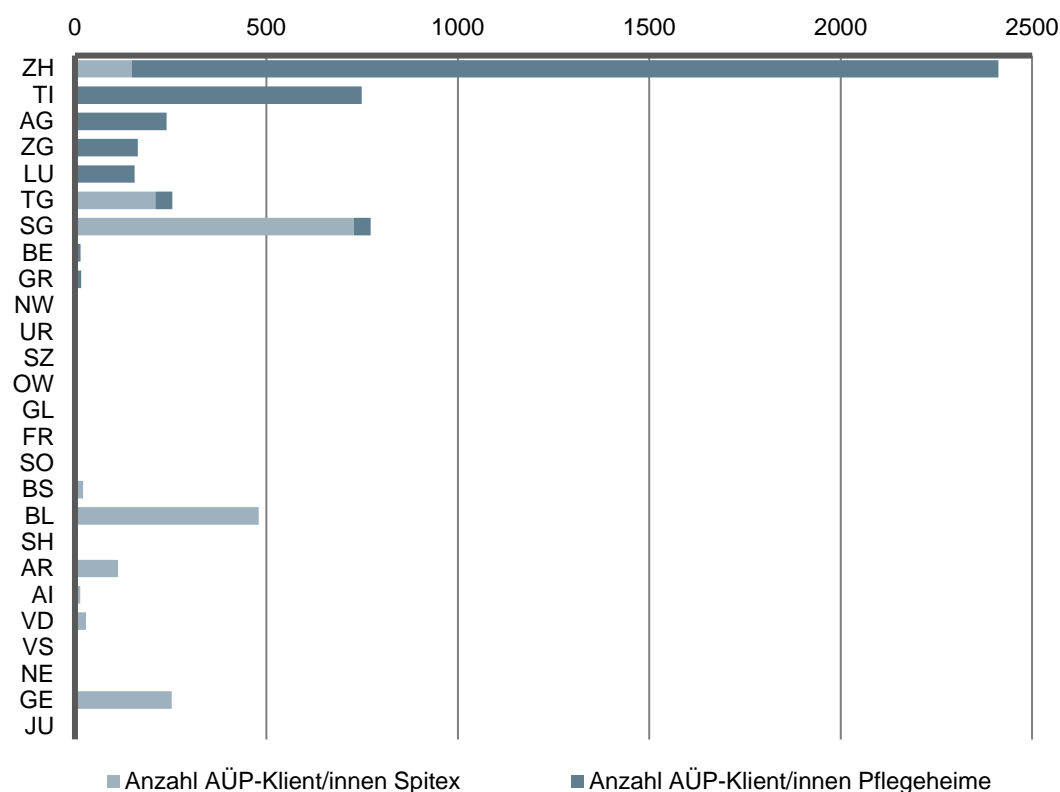


Quelle: Statistik der sozialmedizinischen Institutionen Standardtabellen 2020, BFS

c) AÜP-Patient/innen Spitex und Pflegeheime

Abbildung 10 zeigt die aggregierte Anzahl von AÜP-Patient/innen in der Spitex sowie in Pflegeheimen im Jahr 2020. So wird auf einen Blick ersichtlich, in welchen Kantonen die ambulante AÜP durch die Spitex resp. die stationäre AÜP in Pflegeheimen überwiegt. Was hier fehlt ist jedoch die AÜP, die durch Spitaler erbracht wird (wie bspw. im Kanton SH). Dazu fehlen unseres Wissens Daten.

Abbildung 10: Anzahl AÜP-Patient/innen Spitex und Pflegeheime nach Kanton, 2020



Quelle: Spitex-Statistik 2020, SOMED-Statistik 2020, BFS

Anhang B: Liste der beigezogenen Expert/innen

a) Interviews in Phase 1

Landesteil Expertise	Deutschschweiz	Romandie
Kantone	Pia Arnold, Fachexpertin Alter, Pflege und Betreuung, Amt für Gesundheit, Kanton Thurgau	Stéphanie Monod, ex Directrice de la Direction générale de la santé, Canton de Vaud
Spitäler	Reto Kressig, Ärztlicher Direktor/ Mitglied der Geschäftsleitung, Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Basel	Annamaria Müller, VR-Präsidentin Freiburger Spital HFR, ehem. Vorsteherin Spitalamt Kt. Bern
Heime	Gabriela Bieri, Ärztliche Direktorin / Chefärztin Geriatrischer Dienst Pflegezentren Stadt Zürich	Nicolas Crognaletti, Directeur de Division Tertianum Romandie
Spitex	Markus Reck, Geschäftsleiter von Spitex Zürich Sihl, ehem. Direktor der Spitex für Stadt und Land, ehem. Vizepräsident ASPS	
Reha	Till Hornung, CEO; Kliniken Valens	Christophe Graf, Chef de département de réadaptation et gériatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, Président Plateforme Reha
Hausärzte		Sébastien Jotterand, médecin de famille, Vizepräsident mfe
Soziale Arbeit	Piero Catani, Vorstandsmitglied SA- GES, Sozialberatung Spital Interlaken	
Psychiatrie	Lienhard Maeck, Chefarzt stationäre Dienste/Mitglied der Geschäftsleitung, und Rainer Sturzenegger, Leiter Finan- zen und Controlling, Luzerner Psychiatrie LUPS	

b) Workshop-Teilnehmende

Pia Arnold, Fachexpertin Alter, Pflege und Betreuung, Amt für Gesundheit, Kanton Thurgau

Stefan Berger, Fachverantwortlicher Gesundheitspolitik, H+ Die Spitäler der Schweiz

Gabriela Bieri, Ärztliche Direktorin / Chefärztin Geriatrischer Dienst, Pflegezentren Stadt Zürich

Piero Catani, Sozialberatung Spital Interlaken / Vorstandsmitglied SAGES

Christophe Graf, Chef de département de réadaptation et gériatrie, Hôpitaux universitaires de Genève HUG, Président Plateforme Reha

Gilles Hirt, Fachverantwortlicher Tarife, H+ Die Spitäler der Schweiz

Till Hornung, CEO Kliniken Valens

St

cheffe du Département Epidémiologie et systèmes de santé à Unisanté

Annamaria Müller, VR-Präsidentin Freiburger Spital HFR, ehem. Vorsteherin Spitalamt Kt. Bern

Elsbeth Wandeler, Schweizerischer Seniorenrat SSR

Anhang C: Online-Befragung somatische Akutspitäler

Liste der teilnehmenden somatischen Akutspitäler bzw. Spitalgruppen

Spitäler	Ort	Kanton
Asana Spital Leuggern	Leuggern	AG
Asana Spital Menziken	Beinwil am See	AG
Bethesda Spital	Basel	BS
Center da Sanadad Savognin SA	Savognin	GR
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)	Lausanne	VD
Clinica Luganese Moncucco	Lugano	TI
Fondation Rive-Neuve	Blonay	VD
Geriatrische Klinik St.Gallen AG	St.Gallen	SG
HFR Hôpital fribourgeois	Fribourg	FR
Hôpital du Jura (H-JU)	Porrentruy	JU
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	Genève	GE
Kantonsspital Baselland	Bruderholz / Liestal / Laufen	BL
Kantonsspital Graubünden	Chur	GR
Kantonsspital Winterthur	Winterthur	ZH
Landesspital Liechtenstein	Vaduz	FL
LINDENHOFGRUPPE AG	Bern	BE
Luzerner Kantonsspital	Luzern	LU
Pôle Santé du Pays-d'Enhaut	Château-d'Oex	VD
Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe)	La Chaux-de-Fonds	NE
Spital Affoltern	Affoltern a.A.	ZH
Spital Lachen AG	Lachen	SZ
Spital Limmattal	Schlieren	ZH
Spital Thurgau AG	Frauenfeld	TG
Spital Zollikerberg	Zollikerberg	ZH
Stadtspital Zürich	Zürich	ZH
Universitäre Altersmedizin Felix Platter (3 Antworten)	Basel	BS
Universitäts-Kinderspital	Zürich	ZH
Universitätsspital Basel	Basel	BS
Venenklinik Bellevue	Kreuzlingen	TG
Zuger Kantonsspital AG	Baar	ZG

Fragebogen somatische Akutspitäler

Block 1: Angaben zur Institution und Kontaktangaben

1) Geben Sie bitte an, welcher der folgenden Kategorien Ihre Institution angehört:

Falls Sie für eine Spitalgruppe/Holding antworten, kreuzen Sie bitte zusätzlich alle beteiligten Institutionen an.

Spitalgruppe

Allgemeinspitäler

Universitätsspital (BFS Kategorie K111)

Allgemeinspital der Zentrumsversorgung (K112)

Allgemeinspital der Grundversorgung (K121, K122, K123)

Spezialkliniken

Psychiatrie: universitär (K211)

Psychiatrie: andere (K212)

Rehabilitation (K221)

Chirurgie (K231)

Gynäkologie/Neonatologie (K232)

Pädiatrie (K233)

Geriatric (K234)

Andere (K235), nämlich: _____

Damit wir Sie für etwaige Rückfragen kontaktieren können, bitten wir Sie, uns Ihre Kontaktangaben bekannt zu geben. Die Auswertung zuhanden des BAG erfolgt jedoch anonymisiert.

Vorname und Name: _____

Funktion: _____

Institution: _____

Ort: _____

Kanton: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Block 2: Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt

Wie häufig haben die folgenden **Patientengruppen** nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt typischerweise einen **Nachsorgebedarf**?

Die im Rahmen der Nachsorge benötigten Leistungen können vielseitig sein. Nicht mitgemeint sind hier jedoch andere Spitalbehandlungen in der Psychiatrie oder Rehabilitation.

	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Weiss nicht
(Hoch)betagte Menschen mit fortgeschrittener Gebrechlichkeit («frailty») und dadurch verlängerter Rekonvaleszenz					
Menschen nach Delir					
Menschen mit Demenz					
Menschen, die an zwei oder mehr chronischen Krankheiten leiden					
Menschen mit psychischen Problemen bzw. psychiatrischen Krankheiten					
Menschen mit Suchtproblemen					
Menschen mit einer sozialen Problematik, z. B. Menschen ohne soziales Netz oder Menschen mit Verwahrlosungstendenzen					
Menschen mit hohem medizinisch-technischem Bedarf, z. B. Menschen mit aufwändiger Wundpflege oder tracheotomierte Patient/innen					
Menschen mit starken körperlichen Einschränkungen nach schweren Eingriffen/Operationen bzw. Polytrauma					

- 3a. Gibt es **weitere Patientengruppen**, die nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt typischerweise einen Nachsorgebedarf haben? Wie häufig haben diese einen Nachsorgebedarf (oft/manchmal/selten/nie/weiss nicht)?

Wie beurteilen Sie die **Nachsorge** nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt in Ihrem **Einzugsgebiet**?

Bitte geben Sie an, inwiefern Sie folgenden Aussagen zustimmen.

Für Patient/innen, die nicht mehr akutspitalbedürftig sind	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Weiss nicht
kehren können, bestehen ausreichend adäquate Versorgungsangebote (z. B. Spitex-Dienstleistungen).					
nicht in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können, bestehen ausreichend adäquate Versorgungsangebote.					

Block 3: Nachsorge für Patient/innen, die noch nicht in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können

Für Patient/innen, die vor dem Spitaleintritt zu Hause gelebt haben: Wie häufig sind die folgenden Kriterien Grund dafür, dass diese noch nicht nach Hause zurückkehren können?

	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Weiss nicht
kein adäquates Spitex-Angebot in der Region					
keine Angehörigen bzw. kein soziales Netz					
nicht bewältigbare Wohnsituation (z. B. steile Treppe ohne Lift)					
(verzögert abklingendes) Delir					
Demenz					
Selbstgefährdung					
Verweigerung einer Spitex-Betreuung zu Hause					
hoher medizinisch-technischer Bedarf					
24-Stunden-Überwachungsbedarf durch Pflegefachpersonal mit Tertiärabschluss (FH, HF)					

5a. Gibt es **andere wichtige Kriterien**, warum Patient/innen nicht nach Hause zurückkehren können? Wie häufig sind diese (oft/manchmal/selten/nie/weiss nicht)?

Für Patient/innen, die vor dem Spitaleintritt bereits im Pflegeheim gelebt haben: Wie häufig sind die folgenden Kriterien Grund dafür, dass diese noch nicht ins Pflegeheim zurückkehren können?

	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Weiss nicht
(verzögert abklingendes) Delir					
Demenz					
Selbstgefährdung					
Im Pflegeheim nicht abdeckbarer medizinisch-technischer Bedarf					
Im Pflegeheim nicht abdeckbarer 24-Stunden-Überwachungsbedarf durch Pflegefachpersonal mit Tertiärabschluss (FH, HF)					

6a. Gibt es **andere wichtige Kriterien**, warum Patient/innen nicht ins Pflegeheim zurückkehren können? Wie häufig sind diese (oft/manchmal/selten/nie/weiss nicht)?

Wie häufig kommt es in Ihrer Institution vor, dass Patient/innen, die noch nicht in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können, mangels adäquater Nachsorgeangebote **länger hospitalisiert** bleiben müssen, obwohl sie nicht mehr akutspitalbedürftig (im Sinne von Art. 49 Abs. 4 KVG) sind?

- Oft
- Manchmal
- Selten
- Nie direkt zu Frage 9
- Weiss nicht

Können Sie für das letzte verfügbare Datenjahr beziffern oder grob abschätzen, wie viele Patient/innen in Ihrer Institution mangels adäquater Nachsorgeangebote länger hospitalisiert werden mussten, obwohl sie nicht mehr akutspitalbedürftig waren?

- Ja
- Nein

8a.

Ja, exakt, nämlich: _____

Ja, grob geschätzt ungefähr: _____

8b. Kommentarmöglichkeit:

Wie setzt sich die Gruppe der nicht mehr akutspitalbedürftigen Patient/innen zusammen, die länger hospitalisiert werden mussten?

Bitte verteilen Sie 100% auf die genannten Kategorien (grob geschätzt).

Patient/innen, die eine Übergangslösung brauchen, bevor sie in die Rehabilitation eintreten können: _____ %

Patient/innen, die eine Übergangslösung brauchen, bevor sie wieder in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können: _____ %

Wartepatient/innen für die Langzeitpflege (= Patient/innen, für die noch kein Platz in einem geeigneten Pflegeheim gefunden wurde): _____ %

Andere: _____ %

9a. Welche anderen Patient/innen meinen Sie?

Für wie geeignet halten Sie folgende teils bestehenden, teils noch zu schaffenden Angebote, für die (vorübergehende) Nachsorge dieser Patient/innen?

	Voll und ganz geeignet	Eher geeignet	Eher nicht geeignet	Überhaupt nicht geeignet	Weiss nicht
Patient/innen, die eine Übergangslösung brauchen, bevor sie in die Rehabilitation eintreten können					
Verlängerter Akutspitalaufenthalt					
Kurzzeitaufenthalt im Pflegeheim					
Aufenthalt in einer Institution / einer Abteilung für interprofessionelle Übergangspflege					
Patient/innen, die eine Übergangslösung brauchen, bevor sie wieder in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können					
Verlängerter Akutspitalaufenthalt					
Kurzzeitaufenthalt im Pflegeheim					
Aufenthalt in einer Institution / einer Abteilung für interprofessionelle Übergangspflege					
Wartepatient/innen für die Langzeitpflege					
Verlängerter Akutspitalaufenthalt					
Kurzzeitaufenthalt im Pflegeheim					
Aufenthalt in einer Institution / einer Abteilung für interprofessionelle Übergangspflege					

10a. Gibt es **andere Nachsorgeangebote, die** für diese Patient/innen geeignet sind (bereits vorhandene oder neu zu schaffende)?

Block 4: Übergangspflege

In welcher Form kommt die heutige Akut- und Übergangspflege gemäss KVG ([Art. 25a Abs. 2 KVG](#)) in Ihrer Institution zur Anwendung?

Wir bieten selbst Akut- und Übergangspflege an.

Wir überweisen gelegentlich austretende Patient/innen in externe Angebote der Akut- und Übergangspflege (z. B. Spitex oder Pflegeheim mit entsprechender Abteilung).

Gar nicht

Weiss nicht

Unabhängig von der Ausgestaltung der heutigen Akut- und Übergangspflege: Besteht aus Ihrer Sicht *grundsätzlich* ein **Bedarf** für ein Angebot der **Übergangspflege**?

- Ja
- Eher ja
- Eher nein
- Nein
- Weiss nicht

12a. Kommentarmöglichkeit:

Wie wichtig sind folgende **Anforderungen** für eine bedarfsgerechte **Übergangspflege**?

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher nicht wichtig	Nicht wichtig	Weiss nicht
(Geriatrisches) Assessment					
Rehabilitative interprofessionelle Therapieplanung					
Interprofessioneller Leistungskatalog (Pflege, Therapie, Sozialarbeit, Seelsorge/Psychologie, Medizin)					
24-Std.-Präsenz von Pflegefachpersonal mit Tertiärabschluss (FH, HF)					
Maximaldauer Aufenthalt deutlich länger als 2 Wochen					
Patient/in soll Aufenthaltskosten nicht selbst bezahlen müssen					

13a. Kommentarmöglichkeit:

Block 5: Abschluss

Falls Sie noch zusätzliche Bemerkungen zu einzelnen Aspekten oder zur Befragung anbringen möchten, können Sie diese hier festhalten.

Sie sind am Ende des Fragebogens angelangt. Besten Dank für Ihre Zeit und Ihre Auskunft!

Anhang D: Online-Befragung Rehabilitationskliniken

Liste der teilnehmenden Rehabilitationskliniken/-abteilungen

Klinik	Ort	Kanton
Bethesda Spital AG (2 Antworten)	Basel	BS
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)	Lausanne	VD
Clinique Le Noirmont	Clinique Le Noirmont	JU
Gesundheitszentren für das Alter, Stadt Zürich	Zürich	ZH
HFR Hôpital fribourgeois	Fribourg	FR
Hochgebirgsklinik Davos	Davos Wolfgang	GR
Hôpital du Jura (H-JU)	Porrentruy	JU
Kinder-Reha Schweiz, UZH	Affoltern am Albis	ZH
Klinik Barmelweid	Barmelweid	AG
Kliniken Valens	Valens	diverse
Luzerner Kantonsspital	Luzern	LU
Pôle Santé du Pays-d'Enhaut	Château-d'Oex	VD
Reha Rheinfelden	Rheinfelden	AG
Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe)	La Chaux-de-Fonds	NE
Salina Rehaklinik	Rheinfelden	AG
Universitäre Altersmedizin Felix Platter (2 Antworten)	Basel	BS
Universitätsklinik Balgrist Zürich	Zürich	ZH

Fragebogen Rehabilitationskliniken

Block 1: Nachsorge nach einem Akutspitalaufenthalt

- 1) Wie häufig haben die folgenden **Patientengruppen** nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt typischerweise einen Nachsorgebedarf, der vor dem Eintritt in die Rehabilitation nach einer **Übergangslösung** verlangt?

Die im Rahmen der Nachsorge benötigten Leistungen können vielseitig sein. Nicht mitgemeint sind hier jedoch andere Spitalbehandlungen in der Psychiatrie oder Rehabilitation.

	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Weiss nicht
(Hoch)betagte Menschen mit fortgeschrittener Gebrechlichkeit («frailty») und dadurch verlängerter Rekonvaleszenz					
Menschen nach Delir					
Menschen mit Demenz					
Menschen, die an zwei oder mehr chronischen Krankheiten leiden					
Menschen mit psychischen Problemen bzw. psychiatrischen Krankheiten					

	Oft	Manch- mal	Selten	Nie	Weiss nicht
Menschen mit Suchtproblemen					
Menschen mit einer sozialen Problematik, z. B. Menschen ohne soziales Netz oder Menschen mit Verwahrlosungstendenzen					
Menschen mit hohem medizinisch-technischem Bedarf, z. B. Menschen mit aufwändiger Wundpflege oder tracheotomierte Patientinnen und Patienten					
Menschen mit starken körperlichen Einschränkungen nach schweren Eingriffen/Operationen bzw. Polytrauma					

- 1a. Gibt es **weitere Patientengruppen**, die vor einem Eintritt in die Rehabilitation typischerweise einer **Übergangslösung** bedürfen? Wie häufig brauchen diese eine Übergangslösung (oft/manchmal/selten/nie/weiss nicht)?

Wie beurteilen Sie die vorhandenen **Übergangslösungen** nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt in Ihrem **Einzugsgebiet**?

Bitte geben Sie an, inwiefern Sie folgenden Aussagen zustimmen.

Für Patient/innen, die nicht mehr akutspitalbedürftig sind und die	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft über- haupt nicht zu	Weiss nicht
in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können, bestehen ausreichend adäquate Versorgungsangebote (z. B. Spitex-Dienstleistungen).					
noch nicht in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können, bestehen ausreichend adäquate Versorgungsangebote.					

Wie häufig kommt es in Ihrer Institution vor, dass Patient/innen nach einem Akutspitalaufenthalt mangels adäquater Übergangslösungen verfrüht in die Rehabilitation eintreten?

- oft
- manchmal
- selten
- nie direkt zu Frage 5
- weiss nicht

Können Sie beziffern oder grob abschätzen, wie viele solcher Fälle es in Ihrer Institution im Jahr 2021 gab?

- Ja
- Nein

4a.

Ja, exakt, nämlich: _____

Ja, grob geschätzt ungefähr: _____

4b. Kommentarmöglichkeit:

Wie häufig sind die folgenden Kriterien Grund dafür, dass gewisse Patient/innen vor einem Eintritt in die Rehabilitation einer **Übergangslösung** bedürfen?

	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Weiss nicht
(verzögert abklingendes) Delir					
Demenz					
Selbstgefährdung					
hoher medizinisch-technischer Bedarf					
24-Stunden-Überwachungsbedarf durch Pflegefachpersonal mit Tertiärabschluss (FH, HF)					

5.a. Gibt es **andere wichtige Kriterien**, warum Patient/innen einer **Übergangslösung** bedürfen? Wie häufig sind diese (oft/manchmal/selten/nie/weiss nicht)?

Wie häufig sind die folgenden (teils bestehenden, teils noch zu schaffenden) Angebote die adäquate Übergangslösung für Patient/innen, die sonst verfrüht in die Rehabilitation eintreten (würden)?

	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Weiss nicht
Spitex-Dienstleistungen					
Kurzzeitaufenthalt im Pflegeheim					
Aufenthalt in einer Institution / einer Abteilung für interprofessionelle Übergangspflege					

6a. Gibt es **andere Übergangslösungen**, die für diese Patient/innen geeignet sind (bereits vorhandene oder neu zu schaffende)? Wie häufig sind diese die adäquate Lösung (oft/manchmal/selten/nie/weiss nicht)?

Block 2: Übergangspflege

Bietet Ihre Institution Akut- und Übergangspflege gemäss KVG ([Art. 25a Abs. 2 KVG](#)) an?

- Ja
Nein

Unabhängig von der Ausgestaltung der heutigen Akut- und Übergangspflege: Besteht aus Ihrer Sicht *grundsätzlich* ein **Bedarf** für ein Angebot der **Übergangspflege**?

- Ja
Eher ja
Eher nein
Nein
Weiss nicht

8a. Kommentarmöglichkeit:

Wie wichtig sind folgende **Anforderungen** für eine bedarfsgerechte **Übergangspflege**?

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher nicht wichtig	Nicht wichtig	Weiss nicht
(Geriatrisches) Assessment					
Rehabilitative interprofessionelle Therapieplanung					
Interprofessioneller Leistungskatalog (Pflege, Therapie, Sozialarbeit, Seelsorge/Psychologie, Medizin)					
24-Std.-Präsenz von Pflegefachpersonal mit Tertiärabschluss (FH, HF)					
Maximaldauer Aufenthalt deutlich länger als 2 Wochen					
Patient/in soll Aufenthaltskosten nicht selbst bezahlen müssen					

9a. Kommentarmöglichkeit:

Block 3: Kontaktangaben und Abschluss

Besten Dank für Ihre Angaben. Damit wir Sie für etwaige Rückfragen kontaktieren können, bitten wir Sie, uns Ihre Kontaktangaben bekannt zu geben. Die Auswertung zuhanden des BAG erfolgt jedoch anonymisiert.

Vorname und Name: _____

Funktion: _____

Institution: _____

Ort: _____

Kanton: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Falls Sie noch zusätzliche Bemerkungen zu einzelnen Aspekten oder zur Befragung anbringen möchten, können Sie diese hier festhalten.

Sie sind am Ende des Fragebogens angelangt. Besten Dank für Ihre Zeit und Ihre Auskunft!

Anhang E: Ein- und Einschluss- und Ausschlusskriterien von H+ für Patientinnen und Patienten an den Schnittstellen zwischen akutstationärer und nachgelagerter Behandlung

Der Verband H+ hat für das vorliegende Mandat zur AÜP die untenstehenden Kriterien zur Verfügung gestellt, die auf Arbeiten der Arbeitsgruppe «Finanzierung an den Schnittstellen» basieren und in einem 2021 erarbeiteten internen Papier «Synthese: Finanzierung an den Schnittstellen» definiert wurden. Diese Kriterien sind jedoch weiterhin Gegenstand laufender Projektarbeiten.

Einschlusskriterien

Alle Kriterien treffen zu:

1. **Die akuten gesundheitlichen (medizinischen oder psychiatrischen) Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik sind aktuell nicht notwendig.**
2. **Qualifizierte, insbesondere reaktivierende Pflege ist weiterhin notwendig, je nach Bedarf somatisch und/oder psychiatrisch. Eine therapeutische und/oder ärztliche Behandlung ergänzt die Pflege.**
3. **Der Aufenthalt ist Bestandteil der Behandlungskette. Er ist bedarfsgerecht, wirksam und gezielt anzuordnen. Ziel ist die Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit oder die Wiederherstellung der Alltagstauglichkeit (Wiedererlangung der Selbstpflegekompetenz sowie Vorbeugung von Abbau der Funktionalität und Mobilität, sodass die Patientin/ der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann).**
4. **Der Aufenthalt kann als Übergangslösung im Hinblick auf einen späteren Übertritt in eine stationäre (z.B. geriatrische) Rehabilitation dienen. Die für eine stationäre Rehabilitation notwendigen Voraussetzungen – namentlich Rehabilitationsbedarf, -potenzial und -fähigkeit – sind aktuell aber nicht erfüllt.**
5. **Der Aufenthalt ist zeitlich begrenzt. Ein Übertritt in die Langzeitpflege ist nicht das Ziel und auch nicht absehbar.**
6. **Ein Wiedereintritt in ein Akutspital oder die Verlängerung eines bestehenden Akutspitalaufenthalts ist nicht das Ziel und medizinisch nicht indiziert. Für den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik gilt sinngemäss dasselbe.**

Ausschlusskriterien

Eines oder mehrere Kriterien treffen zu:

1. **Die medizinisch-pflegerische oder psychiatrisch-pflegerische Situation des Patienten/ der Patientin ist instabil oder knapp stabil.**
2. **Dringliche diagnostische Massnahmen sind indiziert.**
3. **Hochfrequente oder intensive medizinisch-therapeutische, psychiatrische oder psychotherapeutische Massnahmen sind notwendig.**
4. **Ständige, d.h. tägliche ärztliche Präsenz ist notwendig.**
5. **Indikation und Voraussetzung für eine stationäre Rehabilitation im Sinne von DefReha 3.0 sind gegeben, namentlich Rehabilitationsbedarf, -potenzial und -fähigkeit.**
6. **Der Patient bzw. die Patientin erfüllt die Kriterien gemäss den heute oder künftig geltenden BA CHOP-Codes.**
7. **Ein Eintritt in die Langzeitpflege gemäss Art. 39 Abs. 3 und Art. 50 KVG ist klar angezeigt.**