



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

# H+ präzisiert die Übergangspflege

## Definition und Forderungen

*Beschluss des H+ Vorstandes vom 3. Februar 2011*

## 1. Vorbemerkungen

H+ will mit der vorliegenden Präzisierung zur laufenden Diskussionen über die Übergangspflege beitragen, Probleme aufzeigen und Lösungen vorschlagen. Die heute von den Kostenträgern des KVG, namentlich den Krankenversicherungen, bezahlten Pflichtleistungen sollen in Zukunft nicht alleine oder mehrheitlich von den Patientinnen und Patienten getragen werden.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit möchten wir zu Beginn Bedeutung, Ziele, Definition und Abgrenzungsmerkmale der Leistungen aufzeigen, um dann eine konkrete Lösung für alle Patientinnen und Patienten in einer Übergangssituation nach einer Akutbehandlung zu präsentieren.

## 2. Bedeutung der postakuten Pflege

Die Bedeutung der Pflege nach der Behandlung einer akuten Krankheit wird in Zukunft zunehmen. Dies vor allem aufgrund zweier Entwicklungen: 1. Medizinische Innovation und die daraus folgende Verkürzung der Aufenthaltsdauer und 2. die Einführung einer neuer Finanzierung der stationären Aufenthalte. Die Übergangspflege bildet eine unabdingbare Ergänzung zum Angebot der Akutspitäler.

Die Erfahrungen aus Deutschland zeigen darüber hinaus, dass der Erfolg der Spitalbehandlung durch vorausschauende, interdisziplinär abgestimmte Planung fortgeführt und gesichert werden kann. Die Übergangspflege hat also in der integrierten Versorgung ihren Platz.

Eine der wichtigsten Änderungen in den Spitälern ist die Einführung einer neuen Spitalfinanzierung, unter anderem der Fallpauschalen als Diagnosis Related Groups DRG. Sie führen jedoch nicht zu neuen Behandlungen, auch nicht im Übergang nach einer Akutbehandlung. Ein Wandel weg von der Akutbehandlung hin zu nachgelagerten oder Übergangsbearbeitungen ist heute schon sichtbar. Aber die Leistungsfinanzierung der akutsomatischen oder psychiatrischen Behandlungen wird transparenter. Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen stellen sich darauf ein, dass folglich Quersubventionierungen von nachgelagerten Behandlungen wegfallen. Deshalb ist eine separate und vollumfängliche Finanzierung der nachgelagerten Behandlungen, sei es Übergangspflege, Rehabilitation oder Langzeitpflege, vordringlich.

Zu dem medizinisch und ökonomisch Wünschbaren kommt die Realität, dass die Akutspitäler ihre Patientinnen und Patienten medizinisch entlassen könnten, aber zu dem Zeitpunkt kein Platz für eine weitere Pflege frei ist. Die Akutspitäler sind auf Partner, zum Beispiel der Langzeitpflege, angewiesen.

Trotz steigender Bedeutung muss einschränkend festgehalten werden, dass die Übergangspflege eine Minderheit der Patientinnen und Patienten (3–10 %) betrifft, von derzeit 1,5 Mio. stationären Behandlungen pro Jahr. Dies bedeutet, dass zwischen 90 und 97 % aller stationär behandelten Patientinnen und Patienten gar keine Übergangspflege in Anspruch nehmen. Vor allem die älteren Menschen benötigen solche Übergangslösungen, weil sie in der Regel länger erholungsbedürftig sind als die übrigen Patientinnen und Patienten. Für diese ist sie aber zentral.

## 3. Ziele der Übergangspflege

Die Übergangspflege hat drei Ziele: 1. eine adäquate Organisation nach einer Akutbehandlung; 2. einen zu frühen Langzeitpflegeaufenthalt verhindern; und 3. Qualitäts- und Effizienzsteigerung.

Der Hauptzweck der Übergangspflege ist es, Kranken nach einem Spitalaufenthalt einen Übergang anzubieten, der sowohl ihren medizinischen oder psychiatrischen Bedürfnissen,

als auch ihrer Rekonvaleszenz entspricht. Dazu ist eine frühzeitige Indikation im Akutspital zentral. Die Medizin hat in den letzten Jahren entsprechende Methoden entwickelt, um Patientinnen und Patienten richtig zu evaluieren und zu behandeln: Dazu werden spezifische Assessments durchgeführt. Diesen muss mehr Bedeutung gegeben werden. Unweigerlich gibt es Momente, in denen die Abstimmung der Prozesse nicht möglich ist oder nicht rechtzeitig vorgenommen werden kann. Das ist heute so und wird in Zukunft auch so bleiben. Solche Situationen haben patientenbezogene, soziale und systembedingte Ursachen.

Das zweite Ziel ist, dass die Entscheidungsträger verhindern, dass die Patientinnen und Patienten zu früh oder fälschlicherweise Langzeitpflege erhalten.

H+ setzt als drittes Ziel die Qualitätssicherung für die Patientinnen und Patienten bei gleichzeitiger Kostenreduktion ein. Dies passiert mit der Einschätzung der noch mobilisierbaren Ressourcen der Patientinnen und Patienten. Mit minimalem Pflegeaufwand soll eine maximale Lebensqualität für die Patientinnen und Patienten erreicht werden. Zudem bleibt die Beobachtung durch die Pflegefachkräfte bestehen und kann so Folgekosten bei Komplikationen und Situationsverschlechterungen vermindern oder gar vermeiden. Mit der Übergangspflege sollen also auch die Gesamtkosten einer akutsomatischen oder psychiatrischen Behandlung gesenkt werden. Finanziell profitieren davon Kantone und Versicherer.

### **4. Definition der Übergangspflege**

Die Übergangspatientinnen und -patienten wurden schon immer gepflegt. Heute wird die Übergangspflege in unterschiedlichster Form erbracht und beinhaltet je nach Anbieter unterschiedliche Leistungen. Es handelt sich also nicht um einen medizinischen Ausdruck. Eine Legaldefinition besteht in Art. 25a Abs. 2 rKVG. Ihr fehlt weitgehend der Bezug zur Praxis. Das vorliegende H+-Positionspapier meint mit der Übergangspflege die Leistungen und nicht die Institutionen, die diese erbringen. Die Übergangspflege muss über standardisierte Indikatoren, Strukturen und Ressourcen definiert werden.

Früher war die Übergangspflege ein Teil des langen Aufenthalts der akutsomatischen oder psychiatrischen, stationären Behandlung. Seit Jahren sinkt nun die Aufenthaltsdauer in den Spitälern. Für den Grossteil der Patientinnen und Patienten ist dies kein Problem, können sie doch früher als in der Vergangenheit in ihre gewohnte Umgebung, an den Arbeitsplatz zurück oder in eine Rehabilitation. Für einen anderen Teil der Patientinnen und Patienten ist die frühere Entlassung problematisch.<sup>1</sup> Es handelt sich dabei meist, aber eben nicht nur (!), um Seniorinnen und Senioren. Sie sind noch nicht in der Lage, den Alltag selbständig zu bewältigen, benötigen eine längere Rekonvaleszenzperiode oder können noch nicht zurück in ihre gewohnte Umgebung, z. B. weil sie dort alleine wären. Die sozialen Umstände spielen bei der Genesung also eine Rolle. In diesen Situationen ist aber das Akutspital nicht mehr der ideale Aufenthaltsort für diese Patientinnen und Patienten. Ihre besondere Situation verlangt nach entsprechenden Strukturen. In den letzten Jahren mussten auch andere stationäre Einrichtungen ihre Pflege an die kürzere Verweildauer im Akutspital anpassen und frühere Eintritte übernehmen, namentlich die Rehabilitation und die Langzeitpflege.

Innerhalb eines Assessment, das bereits in der Akutphase durchgeführt werden kann, könnten verschiedene Faktoren (Vital-, Lebens- und Sozialfaktoren) analysiert werden.

Mit den Informationen, ob und unter welchen Bedingungen eine Person wieder in ihr gewohntes Umfeld zurückgehen kann, wird entschieden, ob Übergangspflegemassnahmen und was für individuelle therapeutische Massnahmen angezeigt sind.

Die Übergangspflege bezeichnet ein Leistungsangebot, das sich in den letzten Jahren unter den stationären Leistungserbringern entwickelt hat. Sie ist aber auch ambulant und aufsuchend möglich. Dies hängt sowohl von der bereits erreichten Autonomie der Patientinnen und Patienten ab, als auch vom Umfang der noch notwendigen Pflege und Therapie (zu den

---

<sup>1</sup> Gemäss einem Spital sind dies 20% der Langlieger in einem Akutspital.

Grenzen siehe unten Punkt 5.). Im Weiteren zeigt die Erfahrung, dass auch das soziale Umfeld ausschlaggebend ist. Vor allem stellt sich die Frage, ob einige Leistungen durch Angehörige erbracht werden können.

Die Übergangspflege findet dann statt, wenn

1. die medizinisch- oder psychiatrisch-pflegerische Situation der Patientinnen und Patienten stabil ist.
2. ein Austritt aus dem Akutspital stattfinden soll;
3. weiterhin mobilisierende und intensive somatische oder psychiatrische Pflege, die ein Spitalarzt verordnet (so auch Art. 25a Abs. 2 revidiertes KVG), notwendig ist und diese im Vordergrund steht. In einigen Fällen ergänzt eine minimale therapeutische Behandlung die Pflege.
4. kein Langzeitpflegeaufenthalt absehbar ist.
5. keine Indikation für eine spezialisierte (kardiale, pulmonale, neurologische, geriatrische oder muskuloskelettale) Rehabilitation vorliegt.
6. die Übergangspflege zeitlich begrenzt ist.
7. der Wille der Patientin oder des Patienten zur Übergangspflege und zur Wiedererlangung der Autonomie und Selbstversorgung vorliegt.

## 5. Abgrenzungsmerkmale

Sobald der Umfang an notwendigen Therapien steigt, ist dies meist ein Anzeichen dafür, dass die Patientin oder der Patient nicht einer blossen Monotherapie ausgesetzt werden sollte, sondern multi- und interdisziplinär therapeutische Massnahmen zugute hätte (Rehabilitation).

Die Abgrenzung der Übergangspflege von anderer Pflege ist wichtig.

### 5.1. Merkmale der akutsomatischen Behandlung

- Die medizinisch-pflegerische Situation der Patientinnen oder Patienten ist instabil oder knapp stabil.
- Diagnostische Massnahmen werden durchgeführt.
- Intensive medizinisch-therapeutische Massnahmen werden ergriffen.
- Ständige ärztliche Präsenz.
- Ständige Präsenz der Fachkräfte.

Die medizinisch-akute Phase bedeutet, dass die Patientin oder der Patient auf ärztliche und pflegerische Betreuung über 24 Stunden und jeden Tag sofort verfügen kann (= ständig). Dies bedeutet ebenso, dass diagnostische Abklärungen und therapeutische Behandlungen zur Anwendung kommen. Der medizinische Zustand dieser Patientinnen und Patienten kann sich täglich oder gar mehrmals täglich ändern.

### 5.2. Merkmale der psychiatrischen Behandlung

- Die medizinisch-pflegerische Situation der Patientinnen und Patienten ist instabil.
- Diagnostische Massnahmen werden durchgeführt.
- Psychotherapeutische Massnahmen werden ergriffen.
- Ständige ärztliche Präsenz.
- Ständige Präsenz der Fachkräfte.

Die Diagnose kann meist eine psychiatrische Behandlung gut abgrenzen. Für die akut-psychiatrische Behandlung gelten die Verhältnisse des Akutspitals. Der psychiatrische Zustand dieser Patienten kann sich täglich oder gar mehrmals täglich ändern.

### **5.3. Merkmale der Rehabilitation**

- Die medizinisch-pflegerische Situation der Patientinnen und Patienten ist in der Regel knapp stabil oder stabil. Bewusste Ausnahmen bilden die Intensiv- oder Frührehabilitation.
- Ziel der intensiven, multi- und interdisziplinären therapeutischen Massnahmen ist die Funktionsverbesserung, damit eine grösstmögliche Autonomie und Partizipation der Betroffenen an allen Lebensbereichen erreicht werden kann und sie in ihrer Lebensgestaltung wieder so frei wie möglich sind. Kurz, die Patientinnen und Patienten am Arbeitsplatz oder in ihr gewohntes privates Umfeld wiederinzugliedern.
- Ständige ärztliche Präsenz.
- Ständige Präsenz der Fachkräfte.

Die Rehabilitation wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst und bestimmt. Um die Therapien zielführend zu gestalten, gibt es mehrere anerkannte Assessmentmethoden. Assessments werden, wenn immer möglich, vor der Zuweisung und interdisziplinär durchgeführt. Für akute Situationen und Behandlungen gelten die Verhältnisse der Akutbehandlung. Rückverlegungen in eine Infrastruktur der Akutmedizin sind selten.

### **5.4. Merkmale der Geriatrie**

Die Geriatrie verfolgt durch eine holistische Philosophie die medizinische Behandlung der grossen geriatrischen Syndrome und damit verbunden die frühe Identifizierung der funktionellen und sozialen Bedürfnisse des alten Menschen. Die medizinische Situation ist komplex. Die Patientinnen und Patienten sind polymorbid, viele auch psychisch krank (Beispiel Demenz).

- Geriatrische Patientinnen und Patienten sind polymorbid, gebrechlich und alt, in der Regel über 65, meist über 80 Jahre.
- Stabilität der Situation ist nicht entscheidend: Sie hängt ab von der vorgesehenen Behandlung: Akut oder rehabilitativ, somatisch oder psychiatrisch.
- Komplexe Interaktion aus akutsomatischer Problematik und einer kognitiven und/oder psychischen Komponente.
- In der Akutgeriatrie ständige ärztliche Präsenz.
- In der Akutgeriatrie ständige Präsenz der Fachkräfte.

### **5.5. Merkmale der Palliativpflege**

- Stabilität der Situation ist nicht entscheidend.
- Palliationsmassnahmen.
- Ständige Präsenz der Fachkräfte.

In der Palliativpflege geht es weder darum, eine Krankheit zu diagnostizieren oder zu heilen, noch um das Wiedererlangen von Körperfunktionen. Es geht darum, den Krankheitsverlauf und gegebenenfalls Schmerzen zu kontrollieren. Palliativpflege wird bei unheilbaren, lebensbedrohlichen oder terminalen Erkrankungen eingesetzt. Oft wird die Palliativpflege deshalb mit Sterbebegleitung gleichgesetzt. Das Bild ist allerdings zu eng und verkennt vor allem die Dauer, die sich bis zu Monaten hinziehen kann.

### **5.6. Merkmale der Langzeitpflege**

Die Langzeitpflege stellt eine spezielle Form der Versorgung dar und wird auch anders finanziert. Im Gegensatz zum restlichen Gesundheitswesen haben hier die Gemeinden in einigen Regionen Einfluss und Pflichten.

- Die Situation ist stabil oder hat palliativen Charakter.
- Je nach Situation gibt es wenige oder keine therapeutischen Massnahmen.
- Haus- oder Heimärzte leisten die ärztliche Versorgung.
- Fachkräfte sind verfügbar.
- Prozesse und Erfahrungen zum Eintritt ins Akutspital und zur Rückkehr mit postoperativer Pflege sind bereits in den meisten Heimen etabliert.

Wer nicht mehr zu Hause gepflegt werden kann und nicht in einer der oben beschriebenen Behandlung ist, kann in der Schweiz auf einen gut ausgebauten Sektor der Langzeitpflege zugreifen. Hier ändert sich die Nachfrage der unterschiedlichsten Leistungen zwar langsamer, doch darf man sich diese Aufenthalte nicht als statisch vorstellen. Die demographischen und medizinischen Herausforderungen sind heute schon hoch und steigen in den nächsten 30 Jahren noch weiter an.

### **5.7. Merkmale der Überbrückungspflege**

Bei der Überbrückungspflege geht es anders als in der Übergangspflege darum, dass die Patientinnen und Patienten aus gesicherten Pflegebedürfnissen kommen und dahin auch wieder zurückkehren. Es handelt sich hier um eine Übergangssituation, die das (Pflege-) Umfeld bedingt und nicht die Situation der Patientinnen und Patienten. Es liegt also kein Behandlungsbruch wie bei der Übergangspflege vor. Typischerweise sind dies Angebote, wenn die Pflegenden oder Angehörige in den Ferien sind.

- Der Patient oder die Patientin kommt von zu Hause und geht wieder nach Hause: Ferienbetten oder kurzfristige Pflegebedürftigkeit.
- Zeitlich begrenzt auf wenige Tage oder Wochen.

## 6. Der Aufenthalt in der Übergangspflege

### 6.1. *Wer kann den Weg bestimmen?*

Zu beachten gilt es dreierlei: 1. Ist das medizinische Handeln von vielen nicht genau messbaren Faktoren beeinflusst? 2. Sind Faktoren wie Aufenthaltsdauer, Verlegung und der Austritt nach Hause nicht in jedem Fall vorhersehbar? 3. Birgt dies bei der Pauschalierung von Tarifen und Preisen Probleme bei teuren, also schwerstkranken Patientinnen und Patienten?

Wie bei allen medizinischen Entscheiden liegt der gewählten Behandlungsform der Patientin oder des Patienten nach einer Akutbehandlung eine ärztliche Verordnung zugrunde. Dafür gelten die allgemeinen Regeln des KVG, allem voran die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. In der Rehabilitation und Geriatrie gibt es z. B. gute Instrumente, um einen solchen Entscheid transparent zu dokumentieren und überprüfbar zu machen, nämlich die spezifischen Assessments: Rehabilitationsassessment und Geriatrieassessment. Dabei klärt jene Person oder interdisziplinäre Gruppe, die die Triage vornimmt, die Situation ab und zeigt auf, was erreicht werden kann und was nicht. Sämtliche Varianten sind zu prüfen, zum Beispiel eine stationäre oder eine ambulante Pflege. Während und nach der Übergangspflege müssen die Anbieter die Situation der Patientinnen und Patienten evaluieren. Dazu stehen ihnen Verlaufs- und das Austrittsassessment als Instrumente zur Verfügung. Die Anbieter der Übergangspflege müssen ins Auge fassen, ein spezifisches Assessment zu konzipieren.

Beim Einholen von Kostengutsprachen bestehen heute schon Abmachungen der Leistungserbringer mit den Krankenversicherungen, um solche Assessments auszuweisen. Es ist zu erwarten, dass die kantonale Aufsicht der Übergangspflege über Leistungsaufträge verstärkt wird.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass trotz einer medizinischen oder psychiatrischen Indikation und damit Notwendigkeit heute nicht immer ein entsprechendes Angebot vorhanden ist.

### 6.2. *Kosten und Vergütung der Übergangspflege*

Drittes Ziel der Übergangspflege war die Kostensenkung durch gute Qualität und adäquate Pflege und Strukturen. H+ geht davon aus, dass die Anbieter der Übergangspflege eine günstigere Pflege anbieten können als die Akutpflege.

Heute beobachten die Spitäler, Klinken und Pflegeinstitutionen, dass die Versicherungen die Patientinnen und Patienten nicht nach medizinischen oder psychiatrischen, sondern nach finanziellen Gesichtspunkten beurteilen und Kosten gutschreiben. Deshalb kommt es immer wieder zu Unter- oder Fehlversorgung. Damit die Vergütung der Übergangspflege keine Behandlungsunterbrüche und Fehlanreize bietet, muss sie sich an derjenigen der vorhergehenden Versorgung orientieren. Dies ist die Akutversorgung. Damit ist eine duale Finanzierung durch Kantone und Krankenversicherungen angezeigt. Analoges fordert H+ für die integrierte Versorgung überhaupt.

Tarifmerkmale:

- ➔ Pauschale Abgeltung der betriebsnotwendigen Kosten mit einheitlichen Tarifstrukturen.
- ➔ Zeitliche Limitierung des Aufenthaltes von 3 Wochen plus 3 Wochen Verlängerungsmöglichkeit nach tarifvertraglicher Regelung der Tarifpartner.
- ➔ Identische Finanzierung zum stationären Bereich, also durch die öffentliche Hand und die Sozialversicherer.

## **7. Auswirkungen der Gesetzesrevision Pflegefinanzierung 2008**

Das Parlament hat die KVG-Revision Pflegefinanzierung am 13. Juni 2008 abgeschlossen. Die Hauptlinien für die Übergangspflege lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Anteile der sozialen Krankenversicherungen werden als Beiträge in Franken durch den Bundesrat fixiert; die Pflegedauer wurde auf 14 Tage beschränkt, die Finanzierung wurde derjenigen der Akutbehandlung gleichgestellt, also zwischen den Kantonen und obligatorischen Krankenversicherungen aufgeteilt. Die Nennung der Übergangspflege im Art. 25a KVG und damit in den Leistungen der Langzeitpflege suggeriert, dass die Kosten der Hotellerie usw. nicht übernommen werden.

Da der Gesetzgeber nicht festgelegt hat, welche Leistungen, resp. die ihnen zugrunde liegenden Kosten, vergütet werden, ist das Total der Kosten der Übergangspflege nicht bekannt. Dies müssen die Kantone festlegen (Art. 25a, Abs. 5, letzter Satz KVG). Hier wäre eine nationale Lösung wünschenswert.

Die Beschränkung der Dauer der Übergangspflege auf 14 Tage entspricht in keiner Weise der medizinischen Realität und ist ein politischer Kompromiss, leider zulasten der Patientinnen und Patienten. Diese Beschränkung wird dazu führen, dass viele potenzielle Leistungserbringer von der Übergangspflege absehen werden.



## 8. H+ Position

H+ hatte sich während der parlamentarischen Beratung während der 2. KVG-Revision Bot-schaft Pflegefinanzierung (2005–2008) für die Verankerung der Übergangspflege im Gesetz ausgesprochen. Dies vor allem mit der Absicht, dass hier eine zusätzliche Leistung ausserhalb der Akutbehandlung und der DRG zu finanzieren ist, die aber – wie bereits erwähnt – schon immer bestand. Mit der Beschränkung auf 14 Tage hat das Parlament aber eine Gesetzesdefinition geschaffen, die nicht der Realität entspricht. Aus Sicht der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen macht das Gesetz die Übergangspflege für die Spitäler und Kliniken definitiv zu einem Verlustgeschäft. Es darf also nicht verwundern, wenn in Zukunft immer weniger Leistungserbringer die Übergangspflege erbringen werden. Neue Regelungen dürfen nicht zu zusätzlicher Verwaltung führen. Im Einzelnen nimmt H+ wie folgt Stellung:

H+ fordert:

- 1 Die H+-Mitglieder sind frei, Übergangspflege anzubieten oder nicht. Wenn die Übergangspflege aber medizinisch oder psychiatrischen notwendig ist, dann soll – aufgrund der Rechtsgleichheit – die soziale Krankenversicherung / obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP, die im Krankenversicherungsgesetz KVG geregelt wird, dafür aufkommen.
- 2 Die H+-Mitglieder sind einer qualitativ hochstehenden und effizienten Leistungserbringung verpflichtet. Eine ineffiziente Strukturerhaltung lehnt H+ deshalb sowohl für die Übergangspflege als auch für andere Leistungen ab.
- 3 Die Tarifpartner handeln partnerschaftlich die Tarife aus. Amtstarife und amtlich festgesetzte Beiträge sind zu vermeiden.
- 4 Die betriebsnotwendigen Aufwändungen zur Erbringung der Leistungen sind voll zu vergüten. 26 kantonal unterschiedliche Lösungen sind nicht akzeptabel (Art. 25a, Abs. 5 rKVG). Das Gesetz muss erweitert werden.
- 5 Die Dauer der Übergangspflege soll 3 Wochen betragen und einmal verlängert werden können. Die gesetzliche Dauer (Art. 25a, Abs. 2 rKVG) ist ein willkürlicher Kompromiss der letzten Minute. Sie entspricht in keiner Weise der medizinischen oder psychiatrischen Notwendigkeit oder den bisherigen Erfahrungen. Sie führt direkt zur Abschaffung der Übergangspflege durch Spitäler und Kliniken. Aus diesen Gründen soll das Parlament die gesetzliche Dauer aufheben.
- 6 Die Übergangspflege ist wie die vorgelagerte Behandlung einer akuten Krankheit zu finanzieren, um Finanzierungsbrüche und Fehlanreize zu vermeiden.
  - 6.1 Die gesetzliche Regelung für die Finanzierungsanteile der Pflege (Art. 25a, Abs. 2 rKVG) entspricht dieser Forderung.
  - 6.2 Die Nichtvergütung der Hotellerie durch die OKP während der Übergangspflege entspricht dieser Forderung nicht. Sie führt zu einer ungleichen Vergütung zwischen Akut-, Rehabilitations- und Übergangspflege und ist deshalb rückgängig zu machen.
  - 6.3 In Kantonen, wie zum Beispiel die Waadt, die Einrichtungen für Akutpflege und Rehabilitation von Langzeitinstitutionen unterscheiden, verbleiben die beiden Kategorien Akutpflege und Rehabilitation in der Spitalfinanzierung nach Artikel 49f. KVG.
- 7 Die Anbieter der Übergangspflege benötigen verlässliche Rahmenbedingungen, namentlich für die Tariffestlegung.