

Akut- und Übergangspflege (AÜP): Mängel, Handlungsbedarf und Forderung einer Neuregelung¹

Februar 2018

Einleitende Zusammenfassung

Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung (Abrechnung mit Fallpauschalen in der Akutsomatik) und der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde per 2011 auch die „Akut- und Übergangspflege“ (AÜP) neu definiert. Das erklärte Ziel: Nach einem (möglichst kurzen) Spitalaufenthalt sollen Patienten, die für ihre Rekonvaleszenz vorübergehend noch der Pflege bedürfen, die Selbständigkeit im Alltag bald zurückerlangen und heimkehren können. Doch die Akut- und Übergangspflege wird im Wesentlichen durch zwei Mängel im Gesetz (Art. 25a Abs. 2 KVG) ausgehebelt: die zeitliche Begrenzung auf 14 Tage und die Nichtvergütung der Aufenthaltskosten (Hotellerie).

Die gesetzliche Dauer von zwei Wochen, ein willkürlicher politischer Kompromiss der letzten Minute, entspricht in keiner Weise der medizinischen, psychiatrischen oder pflegerischen Notwendigkeit und den bisherigen Erfahrungen. AÜP wird deshalb leider nur selten verordnet. 2015 waren es in der ambulanten Pflege (Spitex) knapp 23'000 Stunden, dies entspricht nicht einmal 0.2% der insgesamt 13'724'000 Stunden ambulante Pflegeleistungen. Auch bei den freiberuflichen Pflegefachpersonen fällt die AÜP kaum ins Gewicht. Sie wird von den Spitalärzten kaum angeordnet, obwohl sie die Patienten vom Selbstbehalt der Pflegefinanzierung entlasten würde. Stationär sind 322 der 96'600 Pflegeheimplätze für AÜP vorgesehen, womit diese Leistungskategorie nur 0.3% der Plätze (und 0.2% der Kosten) ausmacht.

Es kommt hinzu, dass die Kantone die AÜP sehr unterschiedlich umsetzen, was zu Ungleichbehandlung führt. Es gibt Unterschiede bei den zugelassenen Leistungserbringern (Spitäler, Pflegeheime, Spitex), in der Höhe der Taxen, bei den Leistungen (Angebotsumfang) und der Finanzierungsdauer (Verlängerung bis zu 60 Tage).

Dass Übergangspflege bei ausreichend langer Finanzierung sehr wohl die gewünschten Resultate erzielt, beweisen etwa die Beispiele Zürich und Luzern sowie das dreijährige Pilotprojekt im Kanton Aargau: Mehr als zwei Drittel der Patienten können nach rund vier Wochen wieder nach Hause zurückkehren. Ohne die gezielte und verlängerte Übergangspflege müssten diese früher in eine Pflegeinstitution eintreten. Damit führt die Übergangspflege auf das Ganze gesehen zu eindeutigen volkswirtschaftlichen Kosteneinsparungen.

Die Leistungserbringerverbände und auch die GDK als Vertreterin der Kantone fordern eine Neukonzeption der AÜP, weil diese in der heutigen Umsetzung ihre Ziele offensichtlich verfehlt. Zu dieser erforderlichen Neukonzeption gehört, nebst der längeren Dauer, dass die Aufenthaltskosten - namentlich Hotellerie und Betreuung - durch die Kostenträger (OKP, Kantone) analog der Spitalfinanzierung übernommen werden. Denn nur so lassen sich Finanzierungsbrüche und Ungleichbehandlung verhindern.

¹ Redaktionsausschuss: Renate Monego (H+/senesuisse), Yann Golay (CURAVIVA Schweiz), Christian Streit (senesuisse), Stefan Berger (H+)

Bestehenden Regelung und deren Mängel

Art. 25a Abs. 2 KVG definiert den Rahmen und die Bezahlung wie folgt:

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.

Hauptzweck der AÜP ist es, Patienten nach einem Spitalaufenthalt einen Übergang anzubieten, der ihren körperlichen oder psychischen Bedürfnissen und ihrer Rekonvaleszenz entspricht, um das Leben zu Hause weiterzuführen. Die Maximaldauer von 14 Tagen verunmöglicht dies aber besonders für hochbetagte, meist multidimensional kranke Patienten. Sehr viele sind nach bloss 14 Tagen AÜP mit ihrer Situation noch deutlich überfordert. Man müsste länger auf die Besonderheiten ihrer Lebenssituation hinarbeiten können, besonders bei Menschen mit Multimorbidität und/oder Anzeichen von Demenz oder bei Menschen ohne intaktes soziales Umfeld.

Die Umsetzung im Gesetz entspricht auch nicht ganz dem vom Parlament geäusserten Willen: In der Debatte zur Einführung der „Neuordnung der Pflegefinanzierung“ hat Ständerat Urs Schwaller den Grundsatz erklärt, dass die gesamte Finanzierung der AÜP „selon les règles du financement hospitalier“ erfolgen müsse – also nach den Regeln der Spitalfinanzierung.

Die Nennung der Übergangspflege im Art. 25a KVG und damit in den Leistungen der Langzeitpflege suggeriert hingegen, dass die Kosten der Hotellerie, Betreuung usw. nicht übernommen werden. Zwar wird in Art. 25a Absatz 2 auf Art. 49a KVG verwiesen (Kostenteiler Kanton-Versicherer nach den Regeln der Spitalfinanzierung), nicht aber auf Art. 49 Abs. 1 KVG (Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen). Als Folge davon müssen Verpflegungs- und Unterbringungskosten im Rahmen der stationären AÜP vollständig durch die Patienten bezahlt werden (nicht nur Fr. 15.- pro Tag wie beim Spitalaufenthalt). Kantone und Krankenversicherer decken nur die Pflegekosten, nicht aber die Aufenthaltskosten. Gemäss den bestehenden Angeboten **müssen Patienten der AÜP Kosten von rund 150-250 Franken pro Tag vollständig selber tragen**, zusätzlich zur weiterhin anfallenden Wohnungsmiete. Dies ist der Hauptgrund, weshalb sie sich oft gegen diese sowohl medizinisch und pflegerisch als auch sozial sinnvolle Leistung entscheiden – mit Folgen wie Verlängerung des Spitalaufenthaltes, versuchtem Ausweichen auf andere stationäre Angebote wie Rehabilitation oder Psychiatrie oder direktem Eintritt ins Pflegeheim. Im ambulanten Bereich werden Spitex und freiberuflichen Pflegefachpersonen von einzelnen Krankenversicherern und bestimmten Kantonen sachlich ungerechtfertigte administrative und zulassungstechnische Hürden zur Erbringung der AÜP auferlegt: Bei der AÜP handelt es sich um eine andere Art der Finanzierung der Pflege und nicht um eine andere Art der Pflege.

So werden gleich beide wesentlichen Ziele der AÜP verfehlt: Weder kann sie den Aufenthalt im Akutspital mit DRG auf ein Minimum verkürzen oder von vornherein verhindern, noch entspricht sie in der heutigen Ausgestaltung den Bedürfnissen der häufig betagten Patienten. Die sinnvolle Übergangspflege wird durch die Beschränkung der Zeitdauer und die Nichtübernahme der Aufenthaltskosten ausgehebelt.

Im Gegenzug wird die stationäre Rehabilitation bzw. Psychiatrie von Patienten belastet, die der ursprünglichen Indikation zu AÜP entsprechen und nicht spitalbedürftig sind. Die aktuelle Entwicklung bei den Leistungen der stationären Rehabilitation und der Psychiatrie zeigt auf, dass vor allem Multimorbidität und Bedarf an komplexer multiprofessioneller Behandlung die Spitalbedürftigkeit definieren. Die Indikation zu AÜP ist klar davon abzugrenzen und ermöglicht ihrerseits einen sinnvollen Behandlungspfad nach dem Spitalaufenthalt.

Good-practice-Beispiele

Am Beispiel der Pflegezentren der Stadt Zürich lassen sich folgende Kennzahlen ablesen:

- Es sind 87 Betten vorhanden für Patienten der AÜP, was ca. 5.4% aller Plätze entspricht.
- Die übliche Aufenthaltsdauer liegt je nach Patient zwischen 20 und 40 Tagen, durchschnittlich beträgt sie 27 Tage.
- Zwei Drittel dieser AÜP-Patienten können wieder selbständig nach Hause zurückkehren.
- Im Durchschnitt ergeben sich, alle Leistungen inbegriffen, Gesamtkosten von 450-600 Franken pro Tag.

Auch die Statistik der Viva Luzern bestätigt diese Werte für die dauerhaft vorhandenen und zu 83% ausgelasteten 11 Betten. Die Heimkehrquote liegt je nach Betrachtungsjahr sogar zwischen 74% und 87%. Aufgrund der mangelhaften Finanzierung werden nur eindeutig geeignete Fälle aufgenommen und beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer entsprechend „bloss“ 21-22 Tage, wobei die Kosten bei durchschnittlich 450 Franken pro Tag liegen.

Die Auswertung eines Pilotprojekts des Kantons Aargau ergab für die grössten Anbieter (Spital Zofingen und Lindenfeld Suhr) eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 24.5 resp. 25.5 Tagen. Kantonsweit liegt die Heimkehrquote zwischen 64% und 68%.

Eine Befragung von H+ bei seinen Mitgliedern (2014) ergab eine durchschnittliche Verweildauer von 28 Tagen.

Forderung einer Neuregelung

Gestützt auf diese Zahlen braucht es folgende Nachbesserungen im Gesetz, um die Ziele der AÜP zu erreichen:

- **Die Dauer der AÜP muss auf mind. vier Wochen ausgedehnt werden, bei nachgewiesenem Bedarf mit einer einmaligen Verlängerungsmöglichkeit.**
- **Die Aufenthaltskosten bei einer stationären AÜP sind wie beim Spitalaufenthalt durch die Kantone und die Krankenversicherer zu tragen.**
- AÜP muss bei der Ärzteschaft, die sie anordnet, bekannter werden, und die Bedingungen für die AÜP müssen gegenüber den Krankenversicherern klarer kommuniziert werden.
- AÜP soll nicht nur durch den Arzt im Spital, sondern auch durch den Hausarzt verordnet werden können. Resp. soll der Hausarzt innerhalb einer kurzen Frist nach Spitalentlassung die Verfügung einer AÜP beim Spital beantragen können.

Darüber hinaus sind zwei Ergänzungen hilfreich, um eine sinnvolle Eingrenzung der AÜP auf dafür geeignete Patienten und Leistungserbringer vorzunehmen:

- Die AÜP soll in jenen Fällen verordnet werden, in welchen austrittsfähige rekonvaleszente Patienten nach einem Spitalaufenthalt die Kriterien der Spitalbedürftigkeit – beispielsweise für eine stationäre Rehabilitation – nicht erfüllen: AÜP ist kein Substitut für Rehabilitation oder für Psychiatrie, kann aber in vielen Fällen die optimale Lösung bei Spitalaustritt darstellen.
- Anbieter von stationärer AÜP sollten den Aufenthalt mit einer Erfassung der Probleme, aber auch der Feststellung erhaltener Funktionen (geriatrisches Assessment) verbinden – für die häufigen Fälle, in welchen die AÜP effektiv auf betagte Personen ausgerichtet ist.

Begründung der Neuregelung

Von der skizzierten Neuregelung würden in erster Linie die Patienten profitieren, aber auch die öffentliche Hand, Krankenversicherer, Leistungserbringer und die Volkswirtschaft insgesamt:

Die Patienten erhalten trotz nicht gegebener Spitalbedürftigkeit eine dem Krankheitsbild adäquate Behandlung aus Pflege/Therapien/Betreuung/Training/Abklärung, welche eine Rückkehr nach Hause auch bei fortgeschrittenem Alter und Beschwerden ermöglichen kann. Hierfür müssen sie nur 15 Franken statt 150-250 Franken pro Tag selber bezahlen.

Die öffentliche Hand (Kanton oder Gemeinde) trägt für AÜP im Vergleich zur Rehabilitation deutlich tiefere Beiträge. Am Beispiel der Stadt Zürich sind es statt rund 300-400 Franken pro Tag (je nach Rehabilitationsklinik) ca. 240 bis maximal 330 Franken. Zudem wird die Gefahr von überlangen Spitalaufenthalten, Rehospitalisationen und frühzeitigen Pflegeheimenritten nachhaltig reduziert.

Die Krankenversicherer erhalten die Gewissheit, dass ihre versicherten Patienten auch ohne Case-Manager im bestmöglichen Setting auf eine Rückkehr nach Hause vorbereitet werden. Für sie sind längere Spitalaufenthalte oder Rehabilitation teurer.

Die Pflegeheime – wie auch diejenigen Spitäler, Kliniken und Kurhäuser, die bereits AÜP leisten - können ihre vorhandenen Mittel im Bereich Personal und Infrastruktur nutzen, um ein optimales Angebot für betagte Übergangspatienten zu schaffen. Die Durchmischung mit wieder genesenden Menschen hat auch positiven Einfluss auf das Personal und auf andere Patienten und Bewohner.

Die Akutspitäler werden beim Austrittsprozess stark entlastet und können die Aufenthaltsdauer dank nachgelagerten Leistungen auf das erwünschte Minimum reduzieren.

Die stationäre Rehabilitation bzw. Psychiatrie wird nicht von fälschlicherweise ihnen zugewiesenen Patienten belastet, die der ursprünglichen Indikation zu AÜP entsprechen und nicht spitalbedürftig sind.

Die Volkswirtschaft profitiert von der bestmöglichen und günstigsten Abdeckung: Statt längeren Spitalaufenthalten oder vorzeitigen Heimeintritten kann ein Grossteil der Patienten trotz fortgeschrittenem Alter sehr bald wieder im angestammten Zuhause weiterleben.

Fazit:

Durch die Anpassung des Finanzierungsumfangs (Aufnahme der Aufenthaltskosten in Angleichung an die Bedingungen des Spitalaufenthalts), der Dauer (mindestens 4 Wochen, bedarfsweise und auf ärztliche Anordnung einmal verlängerbar) und der Zuständigkeit für die Anordnung (ärztlich, aber nicht zwingend spitalärztlich) dürften die gesetzlichen Rahmenbedingungen so verbessert sein, dass die Übergangspflege ihren unbestrittenen Zweck endlich erfüllt. Die Übergangspflege ist klar abzugrenzen von der stationären Rehabilitation bzw. Psychiatrie.

Literatur:

- Yvonne Padrutt: „Akut- und Übergangspflege – wirtschaftlich sinnvoll oder blosser Mehrbelastung der Patienten?“ In: Pflegerecht 2/2016, S. 109-113.
<http://www.pflegerecht.recht.ch/> (passwortgeschützt)
- H+ Die Spitäler der Schweiz: H+ präzisiert die Übergangspflege. Definition und Forderungen. Beschluss des H+ Vorstandes vom 3. Februar 2011
https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/UEbergangspflege/2011-02-03_Hplus_praezisiert_die_UEbergangspflege.pdf