



Spitäler fmi AG

Information für Patienten zu Rehabilitation, Kurzzeitpflege (Kur) und Akut- und Übergangspflege (AÜP)

Sozialberatung/ Case Management

April 2021

Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG

Sehr geehrte Damen und Herren

Ist ein Austritt nach Hause mit ambulanter Physiotherapie und allenfalls Spitexhilfe nicht möglich oder gewünscht, werden Sie durch den behandelnden Spitalarzt bei der Sozialberatung/ Case Management der Spitäler fmi AG Interlaken angemeldet. Die Mitarbeitenden der Sozialberatung/ Case Management werden sich bei Ihnen melden. Sie werden mit Ihnen die verschiedenen Möglichkeiten (siehe unten) besprechen und alles nötige für den Übertritt organisieren (Zimmerreservation, Akut- und Übergangspflege (AÜP), Kurverordnung, Information Krankenkasse usw.) und den Transport mit Ihnen klären.

Rehabilitation in der Rehaklinik

Zur Rehabilitation werden die Patientin/der Patient angemeldet, wenn sie/er noch spitalbedürftig ist. Es ist ein Aufenthalt im Spitalmilieu notwendig, da eine Pflegebedürftigkeit oder eine ärztliche Behandlungsnotwendigkeit besteht, die keine ambulante Behandlung zu Hause (inkl. Spitex) oder in einer Pflegeinstitution (Kurhaus) zulässt. Das heisst, wenn die Person noch viel Pflege benötigt, die Mobilisation nach Komplikationen nach der Operation stark verzögert ist, Wundheilungsstörungen aufgetreten sind oder bei schwerwiegenden Nebendiagnosen.

Die WHO definiert Rehabilitation als kombinierten Einsatz medizinischer, sozialer, pädagogischer und technischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung, Schulung und Umschulung sowie zur Anpassung der Betroffenen und ihrer Umwelt, im Hinblick auf das Erlangen der bestmöglichen Funktionsfähigkeit und eines angemessenen Platzes in der Gesellschaft.

Das Ziel der Rehabilitation ist es, die Gesundheitsbeeinträchtigung möglichst rückgängig zu machen → **Daher muss ein Reha-Potential und ein Reha-Ziel ausgewiesen sein.**

Dauer in der Regel 2 – 4 Wochen (je nach Reha-Art z.B. Neurorehabilitation auch länger möglich).

Übertritt aus dem Spital direkt in die Rehaklinik zwingend.

Leistungen der Krankenversicherung:

Die Sozialberatung/ Case Management reicht beim Vertrauensarzt der Krankenversicherung ein Gesuch für eine Kostengutsprache ein. Dieser entscheidet ob die Rehabilitation bewilligt wird und somit die Krankenversicherung die vollen Kosten der Rehabilitation übernimmt.

Kosten für den Patienten/ die Patientin

Selbstbehalt der Krankenversicherung und Franchise.

Kurzzeitpflege im Kurhaus (Kuraufenthalt)

Eine Kur soll die Genesung des Patienten/ der Patientin fördern. Sie erhalten Unterstützung und Zeit, um geistig und körperlich wieder zu Kräften zu kommen. Eine direkte Rückkehr nach dem Spitalaufenthalt ist auf Grund ungünstiger Wohnverhältnisse (viele Treppen, abgelegener Wohnsitz usw.) oder sozialer Umstände (lebt alleine, keine Nachbarschaftshilfe) nicht möglich. Eine besondere Pflege- oder Behandlungsbedürftigkeit liegt aber nicht vor. Eine Kur in einem Kurhaus kann, aber muss nicht zwingend, unmittelbar nach einem Spitalaufenthalt erfolgen. Wenn zudem mindestens ein Kriterium auf der AÜP-Verordnung (siehe unten) mit „Nein“ beantwortet wird, oder der Patient nicht direkt aus dem Spital übertritt, kommt die Kurzzeitpflege im Kurhaus in Frage.

In den ersten Tagen des Aufenthaltes wird der Pflegebedarf nach BESA ermittelt und eingestuft. Eine Verordnung dieser KVG-Pflichtleistung muss nicht mehr vom Spitalarzt/Spitalärztin ausgestellt werden.

Der Kurhausarzt/Kurhausärztin wird die Kurzzeitpflege verordnen. Hierfür wird er/sie ein Formular über ein vom BESA-care bereitgestelltem Formular „Erfassungsformular für die Abrechnung der Pflegeleistungen“ verordnen. Nach einem AÜP-Aufenthalt kann ein Kurzzeitpflegeaufenthalt angehängt werden.

Dauer in der Regel 2 – 4 Wochen

Übertritt vom Spital ins Kurhaus am gleichen Tag ist Voraussetzung. Sonst darf die Verordnung nicht vom Spitalarzt/ärztin ausgefüllt werden und muss durch den Hausarzt erfolgen.

Leistungen der Krankenversicherung:

Bei Kur mit BESA-Kurzzeitpflege: Direkte Verrechnung mit der Krankenkasse sowie dem Kanton. Ausserkantonale Patienten bezahlen einen Kantonsanteil, dieser kann jedoch beim Wohnkanton zurückerstattet werden (Kanton Luzern bei der Wohngemeinde). Die jeweilige Gemeindeverwaltung kann darüber Auskunft geben, wo und wie der Kantonsanteil zurückgefordert werden kann.

90 % der medizinischen Anwendungen (Arzt, Physiotherapie, Medikamente, Pflege) werden aus der Grundversicherung bezahlt. Für die Kur selber besteht keine gesetzliche Leistungspflicht der Krankenversicherung.

Kosten für den Patienten/ die Patientin

Franchise und allgemeine 10%-Selbstbeteiligung.

Der Patient/die Patientin bezahlt einen Anteil für Pflegeleistungen, Medikamente und Pflegematerial von maximal Fr. 23.00/Tag (Stand 2021), sowie eine Betreuungspauschale von Fr. 10.00/ Tag wenn der Pflegeaufwand Pflegestufe 2 nach BESA-Einteilung übersteigt. Diese Kosten werden ev. von der Zusatzversicherung übernommen, fragen Sie ihre Zusatzversicherung.

Die Kosten für die Hotellerie gehen zu Lasten des Patienten/ der Patientin. Je nach Versicherungsdeckung und wenn die Kur vom Vertrauensarzt der Krankenversicherung bewilligt wird, bezahlt die Krankenversicherung zwischen Fr. 20.00 bis Fr. 100.00 pro Tag an den Zimmerpreis aus der Zusatzversicherung (Allgemein ganze Schweiz, Halbprivat oder Privat) für maximal 20 – 28 Tage pro Kalenderjahr. Klären Sie dies im Vorfeld bei Ihrer Krankenkasse ab.

AÜP im Kurhaus (Akut- und Übergangspflege)

Zur AÜP geht die Patientin/der Patient wenn sie/er pflegebedürftig ist (Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Erkrankung oder nach einer grossen Operation). Es stehen in der Regel sogenannte soziale Indikationen sowie eine zeitlich befristete Pflegebedürftigkeit im Vordergrund. Das heisst fehlende Selbständigkeit, ungünstige Wohnverhältnisse (viele Treppen, kein Lift usw.), alleinstehend, sie/er braucht nur noch wenig Pflege (Duschen / kleine Hilfestellungen beim Waschen), keine Physiotherapie in der Nähe.

Kostenbeteiligung Selbstbehalt der Patienten entfallen (Fr. 10.00/Tag) und die AÜP ist zwingend auf max. 14 Tage beschränkt. Zudem müssen nachfolgende Bedingungen erfüllt sein:

- Die medizinischen Probleme sind bekannt und stabilisiert
- Eine tägliche ärztliche Behandlung und Betreuung erübrigt sich
- Es besteht ein befristeter, pflegerischer Interventionsbedarf über 24 Std
- Eine ambulante oder stationäre Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt
- Die Patientin / der Patient besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht.
- Sie / er hat den ausdrücklichen Wunsch geäussert in die gewohnte Lebens- /Wohnsituation zurückzukehren
- Die Patientin / der Patient hat die kognitiven Fähigkeiten um gezielte Informationen zu verarbeiten
- Die Ziele der AÜP wurden mit der Patientin / dem Patienten vereinbart

Damit Leistungen aus der Zusatzversicherung oder auch eine MwSt-Befreiung an die Hotelleriekosten geltend gemacht werden können, muss eine ärztliche Verordnung für Kur/Erholungsaufenthalte zusätzlich zur AÜP-Verordnung ausgefüllt werden.

Auch wenn bei Spitalaustritt unklar ist, ob die 14 Tage Aufenthalt in der Akut-und Übergangspflege (AÜP) ausreichen werden, kann der/die Spitalarzt/Ärztin, von zusätzlich Anfang an 3-4 Wochen Erholung (=Kur) verordnen. Somit muss bei Patienten mit einer Zusatzversicherung eine AÜP- und eine Kurverordnung 3 Tage vor Eintritt ins Kurhaus an die Krankenversicherung gesandt werden.

Dauer max. 14 Tage AÜP

Übertritt vom Spital ins Kurhaus am gleichen Tag.

Leistungen der Krankenversicherung:

Eine Sonderregelung gilt für die Akut- und Übergangspflege, welche im Anschluss an einen Spitalaufenthalt benötigt wird. Diese (meist besonders intensive) Pflege muss während längstens 14 Tagen nach Austritt aus dem Spital von der Krankenkasse und dem Kanton zu den gleichen Anteilen wie der Spitalaufenthalt vergütet werden. Die versicherte Person kann höchstens im Rahmen der Franchise und der allgemeinen 10%-Selbstbeteiligung belastet werden. Damit die Sonderregelung zur Anwendung gelangt, muss die Akut- und Übergangspflege bereits von den Ärzten des Spitals angeordnet worden sein. Ausserkantonale Patienten bezahlen einen Kantonsanteil, dieser kann jedoch beim Wohnkanton zurückerstattet werden. Die jeweilige Gemeindeverwaltung kann darüber Auskunft geben.

Kosten für den Patienten/ die Patientin

Auf den Pflegekosten wird keine Franchise und kein Selbstbehalt erhoben. Die übrigen medizinischen Leistungen werden nach den geltenden ambulanten Tarifen verrechnet und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu mindestens 90% übernommen.

Die Kosten für die Hotellerie gehen zu Lasten des Patienten/ der Patientin. Je nach Versicherungsdeckung und wenn die Kur vom Vertrauensarzt der Krankenversicherung bewilligt wird, bezahlt die Krankenversicherung zwischen Fr. 20.00 bis Fr. 100.00 pro Tag an den Zimmerpreis aus der Zusatzversicherung (Allgemein ganze

Schweiz, Halbprivat oder Privat) für maximal 20 – 28 Tage pro Kalenderjahr. Klären Sie dies im Vorfeld bei Ihrer Krankenkasse ab.

Badekur (vor allem bei rheumatischen Erkrankungen)

Zur Badekur geht die Patientin/der Patient, wenn sie/er selbständig ist, keine Pflege mehr benötigt, im Hotel oder einer Ferienwohnung untergebracht werden kann und ambulant zum Baden und in die Physiotherapie geht.

Leistungen der Krankenversicherung: Die Krankenversicherung übernimmt aus der Grundversicherung 90 % der medizinischen Anwendungen sowie während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr einen täglichen Beitrag von 10 Franken, wenn die Badekur ärztlich verordnet ist. Aus der Zusatzversicherungen sind je nach Versicherungsdeckung noch weitere Beiträge möglich, fragen Sie ihre Versicherung.

Dauer max. 21 Tage

Übertritt vom Spital ins Kurhaus am gleichen Tag.

Kosten für den Patienten/ die Patientin

Gleiche Leistungen wie bei einer Kur.

Ist eine Operation geplant so kann über das weitere Vorgehen erst nach der Operation entschieden werden. Es ist immer der behandelnde Arzt, der die nötigen Verordnungen ausstellt.

Weiteres Vorgehen

Der behandelnde Spitalarzt meldet Sie bei der Sozialberatung/ Case Management des Spitals an. Vor dem Spitaleintritt werden sich die zuständigen Mitarbeiter der Sozialberatung bei Ihnen melden. Sie werden Ihnen dann bei der Organisation einer AÜP/Kur/Badekur oder Rehabilitation und der Klärung der Kosten gerne behilflich sein. Bei diesbezüglichen Fragen erreichen Sie die Sozialberatung unter der Telefonnummer 033 826 27 80/ 033 826 27 81.

Kontaktadresse:

spitäler fmi ag spital interlaken

tel: 033 826 27 80 / 81/ 84

sozialberatung

weissenaustrasse 27, 3800 unterseen

e-mail:sozialberatung@spitalfmi.ch

Unterseen, April 2021, **Spitäler fmi AG**, Sozialberatung dz