



ANLAGE 1

PLAN ZUR
INTERMEDIÄRBETREUUNG
2022-2026

Definition/klinische Indikationen	2
Klinische und organisatorisch/verwaltungsmässige Verantwortung	2
Einweisungsformulare	2
Bewertungsskala	3
Herkunft der Patienten/Einweisungskriterien	3
Einweisung	3
zu erreichendes Ergebnis	3
Ausschlusskriterien	4
Aufenthaltsdauer	4
Fallübernahme des Patienten	4
Personalparameter und Tarife	5
Akkreditierungskriterien	6
Dokumentation	6
Diagnostische und fachärztliche Leistungen	6
Verortung der Betten	6

DEFINITION/KLINISCHE INDIKATIONEN

Dabei handelt es sich um Leistungen, Dienste und Aktivitäten, die für diejenigen Patienten angezeigt sind, die teilweise stabilisiert sind oder aus medizinischer Sicht den Abschluss der Stabilisierung erfordern, die keine Krankenhausbehandlung benötigen, aber nicht ambulant behandelt werden können und Probleme aufweisen, die in einem begrenzten Zeitraum gelöst werden können.

Die intermediäre Versorgung erfordert einen kurzen Aufenthalt in einer Einrichtung, welche dem wesentlichen Standard der territorialen Betreuung zugeordnet wird und sich an Patienten richtet, die als Folge eines akuten Vorfalls, der Verschlimmerung chronischer Krankheiten oder um dem Involutionsprozess chronischer Krankheiten entgegenzuwirken, Gesundheitsinterventionen geringer Intensität benötigen, die potenziell zu Hause durchgeführt, die jedoch weder ambulant noch am Wohnort erbracht werden können, daher in diesen Einrichtungen aufgenommen und kontinuierliche pflegerische Hilfe/Betreuung benötigen, auch nachts, die zu Hause nicht erbracht werden kann, und - falls erforderlich - auch rehabilitativer Interventionen bedürfen, einschließlich ergotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen, wie vom Beschluss der Landesregierung 1152/2019 (Aktualisierung des Landestarifverzeichnisses für die stationäre postakute Krankenhausbetreuung und für die intermediäre Betreuung) vorgesehen.

Operative Einheiten zur Kurzzeitversorgung können geschützte Umgebungen bieten, die für Patienten mit Demenz oder Verhaltensauffälligkeiten vorgesehen sind, die nicht besonders schwerwiegend sind, da sie an akuten Pathologien leiden, die zu Hause oder bei der Entlassung aus dem Krankenhaus aufgetreten sind. Diese Einrichtungen könnten die Institutionalisierung und die Hospitalisierung in ungeeigneten Krankenhausumgebungen verringern (siehe Nationaler Demenzplan, der mit Einvernehmen vom 30. Oktober 2014 genehmigt wurde).

KLINISCHE UND ORGANISATORISCH/VERWALTUNGSMÄSSIGE VERANTWORTUNG

Die Verantwortung für die Organisation und Verwaltung der Betten für Intermediärbetreuung obliegt dem Krankenpflegepersonal (Koordinator/in).

Die klinische Verantwortung der Einrichtung obliegt dem Arzt für Allgemeinmedizin, kann dem gebietsmäßig zuständigen Arzt des Sprengels oder einem Arzt der Einrichtung für Intermediärbetreuung anvertraut werden.

EINWEISUNGSFORMULARE

Für die Intermediärbetreuung wird vom Sanitätsbetrieb ein eigenes Einweisungsformular erarbeitet und genehmigt.

BEWERTUNGSSKALA

Um den Gesundheitszustand des Patienten zu überwachen wird der NEWS Index als Bewertungsskala eingeführt. Nachdem die Einführung dieser Bewertungsskala getestet wird, wird der Sanitätsbetrieb ein Jahr nach deren Einführung eine Evaluation durchführen, um zu beurteilen, ob diese Bewertungsskala definitiv bestätigt werden kann.

Mit der Einführung des NEWS Index werden Informationen gesammelt, die einen eigens dafür eingerichteten Informationsfluss speisen werden.

HERKUNFT DER PATIENTEN/EINWEISUNGSKRITERIEN

Die Herkunft des Patienten kann folgende sein:

- Akute oder post-akute Krankenhausabteilung;
- Notaufnahme;
- Wohnort oder territoriale Einrichtung

EINWEISUNG

Die Einweisung erfolgt über

- den Primar oder delegierten Facharzt des Krankenhauses, wenn der Patient aus einer akuten oder post-akuten Krankenhausabteilung kommt;
- den Primar oder delegierten Arzt der Notaufnahme, wenn der Patient aus der Notaufnahme kommt;
- den Arzt für Allgemeinmedizin, wenn der Patient vom Wohnort oder anderer territorialen Einrichtung kommt
- die multidimensionale Bewertungseinheit

in die territoriale Einsatzzentrale – wo vorhanden. Diese übernimmt und koordiniert die darauffolgende Einweisung in die Intermediärbetreuung.

ZU ERREICHENDES ERGEBNIS

Das zu erreichende Ergebnis ist die klinische Stabilisierung und die Erleichterung der Wiedereingliederung des Patienten in sein soziales Umfeld.

AUSSCHLUSSKRITERIEN

Patienten mit folgenden Merkmalen sind von der Intermediärbetreuung ausgeschlossen:

- Terminalpatienten, die am Netz der Palliativbetreuung Zugang haben
- Patienten, die aus sozialen Gründen den Aufenthalt verlängern
- Stabilisierte Langzeitpatienten ohne Rehabilitationspotential und mit einem reinen Betreuungsbedarf: diese Patienten werden in Kurzzeitpflegebetten oder Betten in Seniorenwohnheimen behandelt;
- Patienten, die spezifischen Rehabilitationsprogrammen im und außerhalb des Krankenhauses unterliegen (Code 28.00, 56.00, 60.00 und 75.00)
- Psychiatrische Patienten, bzw. Patienten mit Abhängigkeiten/Suchtproblemen, die andere Behandlungen erhalten;
- Patienten mit schweren kognitiven und Verhaltensstörungen, die andere Behandlungen erhalten.

AUFENTHALTSDAUER

Die Aufenthaltsdauer liegt generell bei 15-20 Tagen.

Im Falle eines Antrags auf Verlängerung muss dieser vom ursprünglich verschreibenden Arzt erstellt werden, der auch die Dauer der Verlängerung angibt.

FALLÜBERNAHME DES PATIENTEN

Der Zeitpunkt der Entscheidung, einen Patienten in eine Einrichtung mit intermediären Pflegebetten einzuweisen, muss mit der Programmierbarkeit der Aufnahme und dem Ort, an dem die Entscheidung getroffen wird, zusammenhängen:

- Innerhalb von 12 Stunden, wenn es sich um Notaufnahme handelt,
- innerhalb von 24 Stunden, wenn der Patient aus dem eigenen Wohnort kommt,
- innerhalb von 72 Stunden, wenn der Patient aus einer akuten oder post-akuten Krankenhausabteilung entlassen wird.

PERSONALPARAMETER UND TARIFE

Für Personalparameter und Tarife verweist man auf den entsprechenden, aktuell gültigen Beschluss der Landesregierung (derzeit Nr. 1152 vom 17. Dezember 2019), der nachstehend zur Erläuterung wiedergegeben wird.

a) Standards minimi di personale / Personal-Mindeststandards

standard minimo totale di attività sul singolo paziente	minuti erogati per le diverse figure professionali		minuti erogati esclusi notturni e reperibilità
Gesamter Mindeststandard der Tätigkeit am Patienten	Von den verschiedenen Berufsbildern geleistete Minuten		Geleistete Minuten, ausgenommen Nachtschicht und Bereitschaftsdienst
210 <i>minuti medi totali al giorno e per paziente</i> <i>Durchschnittliche Gesamtmenge an Minuten pro Patient</i>	attività infermieristiche	114	90
	Pflegerische Tätigkeit		
	attività assistenziali e di supporto alla riabilitazione (OSS) Betreuungs- und unterstützende Tätigkeit zur Reha (Pflegehelfer)	74	50
	attività di riabilitazione		
	Reha-Tätigkeit	al bisogno / nach Bedarf	al bisogno / nach Bedarf
	ai fini del raggiungimento del minutaggio complessivo medio minimo per paziente può contribuire il tempo di lavoro del medico, del coordinatore infermieristico	22	13
	Um die durchschnittliche Gesamtmenge an Minuten pro Patient zu erreichen, kann auch die Arbeitszeit des Arztes und des Pflegekoordinators mitberechnet werden.		
Assistenza per paziente in minuti pro die	210	153	
Betreuung pro Patient (Minuten pro Tag)			

b) Tariffe di finanziamento / Finanzierungstarife

Tariffa giornaliera indifferenziata	Ricovero in regime residenziale
Undifferenzierter Tagessatz	Stationäre Betreuung
<i>FASCIA A) - Strutture pubbliche (ex fasce A, B, C)</i> <i>Kategorie A) - Öffentliche Einrichtungen (ehemalige Kategorien A, B, C)</i>	234,85
<i>FASCIA B) - Strutture private convenzionate (ex fascia D)</i> <i>Kategorie B) - Private Einrichtungen (ehemalige Kategorie D)</i>	
	213,50

Die Parameter sind auf ein Modul von 15-20 Betten berechnet.

AKKREDITIERUNGSKRITERIEN

Die derzeit gültigen Akkreditierungskriterien sind im Dekret des Landesrates Nr. 22555 vom 28. November 2018 definiert. Man unterstreicht, dass die Figur des Ergotherapeuten Teil der allgemeinen Rehabilitationstätigkeit ist, die bei Bedarf aktiviert werden kann.

DOKUMENTATION

Es muss eine individuelle Krankengeschichte bzw. eine klinische Dokumentation und ein individueller Betreuungsplan für jeden Patienten erstellt werden. Der einweisende Arzt kümmert sich um Diagnose und Therapie und erarbeitet in Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam den individuellen Betreuungsplan (PAI).

DIAGNOSTISCHE UND FACHÄRZTLICHE LEISTUNGEN

Es müssen die wichtigsten fachlichen Beratungen vor Ort gewährleistet werden (z.B. psychiatrische oder geriatrische Beratung), aufgrund der Bedürfnisse des Patienten.

Es ist auch notwendig, die Tätigkeit der Blutentnahmen und die Möglichkeit der Durchführung traditioneller radiologischer Untersuchungen, auch in Form von Telemedizin, zu gewährleisten.

VERORTUNG DER BETTEN

Für die Intermediärbetreuung bezieht man sich auf einen Standard von 0,4‰ Einwohnern, wie mit Dekret des Gesundheitsministeriums Nr. 70/2015 und von der Agentur für die regionalen Gesundheitsdienste (Agenas) im Jahr 2011 definiert, was einem Höchstwert von 214 Betten landesweit entspricht, welche in Krankenhäusern, akkreditierten und vertragsgebundenen Privatkliniken, territorialen Wohneinrichtungen, Gemeinschaftshäusern und Gemeinschaftskrankenhäusern eingerichtet werden können.

Der Sanitätsbetrieb wird die Betten schrittweise aktivieren, unter Berücksichtigung

- der aktivierten und zu aktivierenden Gemeinschaftskrankenhäuser
- des tatsächlichen Bedarfs
- der parallel dazu stattfindenden Konversion von akuten und post-akuten Betten, wie vom Landesgesundheitsplan 2016-2020 definiert

- der verfügbaren Ressourcen/der kurz- und mittelfristigen, wirtschaftlich-finanziellen Nachhaltigkeit
- der Entwicklung des Territoriums
- des Höchstwertes von 214 Betten, welcher die Einrichtung Sarnthein und die Gemeinschaftskrankenhäuser miteinbeziehen muss.

Im Jahr 2022 wird man, aufgrund der Planung des Sanitätsbetriebes, mit der Errichtung von 45 Betten beginnen, welche auf die verschiedenen Gesundheitsbezirke ausgewogen verteilt sein müssen. Hinzu kommen die Gemeinschaftskrankenhäuser in den Gesundheitsbezirken Bozen und Meran mit insgesamt 80 Betten, die bis 2026 mit den dafür vorgesehenen Finanzmitteln des PNRR, Mission 6 C1, Punkt 1.3, errichtet werden sollen.