

Bericht

Weiterentwicklung Langzeitpflege: Massnahmen Übergangsphase

Kanton Uri und Urner Gemeinden

Altdorf

Baar, 12.09.2025



Impressum

Erstellt am:	15.01.2025
Version Nr. / vom:	1.0 vom 12.09.2025
Verfasser/in	Angela Escher-Greiter (ESCA) und Alard du Bois-Reymond (ADR)
Dateiname	100-04_0703_Bericht Massnahmen_V1.0_2025 09 12 ESCA ADR

Revision

Version	Datum	Autor/en	Revision – Kapitel-Num
0.10	15.01.2025	ESCA / ADR	Raster und Erstversion Vorentwurf
0.11	20.01.2025	ESCA	Ergänzungen anlässlich Besprechung mit E. Imholz und B. Planzer am 20.1.25
0.12	20.01.2025	ESCA / ADR	Änderungen im Nachgang zur Besprechung
0.13	27.01.2025	ESCA	Änderungen während PGr 01 vom 27.01.2025
0.14	28.01.2025	ESCA	Änderungen im Nachgang zur PGr 01 vom 27.01.2025
0.15	31.03.2025	ESCA	Ergänzungen Kap. 4
0.16	16.05.2025	ESCA / ADR	Ergänzungen Kap. 4
0.17	19.05.2025	ESCA / ADR	Neustrukturierung und Ergänzungen Kap. 4, neues Kap. 5
0.18-0.22	19.06.2025	ESCA / ADR	Neues Kapitel 6
0.23	26.06.2025	ESCA / ADR	Änderungen während PGr 04 vom 26.06.2025
0.24	27.06.2025	ESCA / ADR	Anpassungen Kap. 6
0.25	30.06.2025	ESCA / ADR	Finalisierung für Versand an Projektgruppe
0.26	07.07.2025	ESCA / ADR	Neues Kap. 1, 7, Ergänzungen Kap. 6
0.27	16.07.2025	ESCA	Änderungen während PGr 05 vom 16.07.2025
0.28	24.07.2025	ESCA / ADR	Anpassungen Kap. 4.5.2, 6.1. und 6.2
0.29	12.08.2025	ESCA / ADR	Änderungen während PGr 06 vom 12.08.2025
0.30	13.08.2025	ESCA / ADR	Anpassungen / Ergänzungen Kap. 6.1 und 6.2
0.31	18.08.2025	ESCA	Finalisierung für Versand an Steuergruppe
0.32	03.09.2025	ESCA / ADR	Anpassungen im Rahmen der Informationsveranstaltung 2.9.
0.33	10.09.2025	ADR	Finalisierung Berichtsentwurf
1.0	12.09.2025	ADR / ESCA	Finalisierung Bericht

Abkürzungen

APH	Alters- und Pflegeheim	Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
AHD	Aufenthaltsdauer	RAI	Resident Assessment Instrument
BESA	Bewohnenden Einstufungs- und Abrechnungssystem	SIA	Schweizerischer Ingenieur- und Architektenverein
BeWo	Betreutes Wohnen	Somed	Sozialmedizinische Statistik
Curaviva	Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf, www.curaviva.ch		
EL	Ergänzungsleistungen zur AHV/IV		
ELG	Ergänzungsleistungsgesetz zur AHV/IV		
gAG	Gemeinnützige Aktiengesellschaft		
KSU	Kantonsspital Uri		



Inhalt

1	Management Summary	5
2	Ausgangslage	6
3	Projekt.....	7
3.1	Auftrag.....	7
3.2	Projektorganisation	7
3.3	Projektverlauf.....	8
4	Eckwerte Massnahmen Übergangsphase	8
4.1	Übersicht Massnahmen	8
4.2	S1-02.M_ÜP1: Aktionsplan Palliative Care	10
4.3	S1-02.M_ÜP2: Palliative Care Plätzen in einzelnen APH.....	10
4.4	S1-02.M_ÜP3: Mobiler spezialisierter Palliative Care	12
4.5	S2-01.M_ÜP1: Strukturiertes Angebot Kurzzeitplätze	12
4.6	S2-04.M_ÜP1: Gesetzliche Bestimmung Wohnsitzregelung BeWo	16
4.7	S2-04.M_ÜP2: Übergangsregelung für Beiträge an EL-Bezieher:innen	16
4.8	S2-04.M_ÜP3: Anreize für Trägerschaften.....	18
4.9	S5-01.M_ÜP1: Zentrale Beratungsstelle	18
5	Priorisierung.....	20
5.1	Allgemeines	20
5.2	Kriterien	20
5.3	Beurteilung Massnahmen	22
5.4	Fazit und Empfehlung für Priorisierung	22
6	Detaillkonzept priorisierte Massnahme(n) Übergangsphase.....	23
6.1	S2-01.M_ÜP1a: Kurzeitaufenthalt planbares Entlastungsbett	23
6.2	S2-01.M_ÜP1c: Kurzzeitbett mit «Reha-light»-Charakter.....	28
7	Fazit und weiteres Vorgehen	35
8	Anhang.....	38
8.1	Literatur	38
8.2	Begrifflichkeiten Palliative Care.....	39
8.3	Begrifflichkeiten: Statistische Definition Plätze	39
8.4	Begrifflichkeit Betreutes Wohnen	40
8.5	Ausprägungen Koordination.....	40
8.6	Detaillierte Nutzwertanalyse Massnahmen Übergangsphase.....	42



8.7	Berechnung Abfederung Auslastungsrisiko Gemeinden / Kanton	43
8.8	Stimmungsbarometer APH Kanton Uri.....	44



1 Management Summary

- *Ausgangslage (Kap. 2)*: Im Kanton Uri wurde in den Jahren 2022 bis 2024 das Projekt «Weiterentwicklung Langzeitpflege Uri» durchgeführt. Der Schlussbericht empfiehlt die Gründung einer gemeinnützigen Aktiengesellschaft (gAG), welche Planung, Finanzierung und Steuerung der Langzeitpflege im Kanton übernimmt. Um in der Zwischenzeit bereits notwendige Verbesserungen einzuleiten, wurde neben dem Folgeprojekt «Trägerschaft / Gesetzgebung» das Folgeprojekt «Massnahmen Übergangsphase» gestartet. Ziel dieses Folgeprojekts ist es, konkrete Eckwerte für ausgewählte Massnahmen zu definieren, die in der Übergangsphase – also vor Aufnahme des Betriebs der neuen Unternehmung – konzipiert oder umgesetzt werden können.
- *Eckwerte Massnahmen (Kap. 4)*: Insgesamt wurden acht Massnahmen aus den Handlungsfeldern Palliative Care, Kurzzeitpflege, Betreutes Wohnen und Beratung betrachtet. Für sechs dieser Massnahmen wurden vertiefte Eckwerte ausgearbeitet.
- *Priorisierung (Kap. 5)*: Die Steuergruppe entschied auf Empfehlung der Projektgruppe, zwei davon prioritär weiterzuverfolgen: die Einführung planbarer Entlastungsbetten sowie der Aufbau eines Kurzzeitangebots mit «Reha-light»-Charakter.
- *Detailkonzepte (Kap. 6)*: Für diese Massnahmen wurden entsprechende Detailkonzepte ausgearbeitet.
 - Das Angebot **«planbares Entlastungsbett»** (siehe Kap. 6.1) soll die Entlastung pflegender Angehöriger ermöglichen und dadurch den Verbleib älterer Menschen im gewohnten Umfeld unterstützen. Derzeit bestehen im Kanton Uri sieben sogenannte «Ferienbetten», von denen aber nur der kleinere Teil dem Angebot «planbare Entlastungsbetten» entspricht. Geplant ist der Ausbau von «planbaren Entlastungsbetten» auf vorerst maximal sechs Betten an einem zentralen Standort. Das Angebot wird klar abgegrenzt vom «Probierangebot für Langzeitpflege» und zeichnet sich durch planbare Buchung, definierten Leistungsumfang und ein vereinfachtes Aufnahmeverfahren aus. Durch das planbare Entlastungsbett sollen Angehörige physisch und psychisch entlastet werden, auch präventiv. Die Finanzierung des Mehraufwand für den geplanten Kurzaufenthalt erfolgt über einen Zuschlag, den der / die Bewohner:in trägt. Zudem soll das Auslastungsrisiko unter 85 % für eine zu definierende Pilotphase grundsätzlich von Kanton und Gemeinden abgedeckt werden. Eine Berechnung auf Basis der Zahlen 2025 des Seniorenzentrums Oberes Reusstal zeigt einen möglichen maximalen Risikobeitrag für Kanton und Gemeinden bis zu TCHF 110 / pro Jahr. Die anderen APH verpflichteten sich im Rahmen des «letter of intent» keine (planbaren) Entlastungsbetten anzubieten. Unter der Berücksichtigung der politischen Prozesse bei Kanton und Gemeinden wird das erweiterte Entlastungsangebot frühestens ab dem 1. Januar 2027 zur Verfügung stehen können.
 - Das **«Reha-light»-Angebot** (siehe Kap. 6.2) richtet sich an betagte Menschen nach einem Spitalaufenthalt, die ein gewisses Rehabilitationspotenzial aufweisen. Ziel ist es, die Rückkehr nach Hause zu fördern und Langzeitaufenthalte in Pflegeheimen von Bewohner:innen zu vermeiden, die sich nach einer gewissen Zeit im Pflegeheim wieder erholen. Die Umsetzung soll in einem Pilotbetrieb mit vorerst fünf Betten erfolgen. Das Angebot wird an einem Standort in der Nähe des KSU



- konzentriert. Das Konzept basiert auf einer fallführenden Pflegefachperson im Pflegeheim, einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Uri, dem Hausarzt sowie auf pflegerisch begleiteten Trainings und Therapien.
- Die tatsächlichen Zusatzkosten im Kanton Uri sind stark von der Kostenstruktur des gewählten Pflegeheims sowie der Ausgestaltung und des Umfangs des «Reha-light»-Angebots abhängig. In der Vorbereitung der Umsetzung müssen die ungefähren Zusatzkosten im Rahmen eines Betriebskonzeptes bestimmt werden. Der Kanton Uri und die Gemeinden können in der Folge entscheiden, ob sie die erwarteten Zusatzkosten im Rahmen einer Pilotfinanzierung übernehmen oder ob die Kosten den Patient:innen vollumfänglich weiterverrechnet werden. Die im Vergleich zu einem klassischen Heimeintritt höheren Pflegestufen in einem «Reha-light»-Angebot werden auch die Gemeinden in einer ersten Zeit in der Form einer höheren Restkostenfinanzierung zusätzlich belasten. Mittelfristig hingegen wird die Restkostenfinanzierung der Gemeinden deutlich sinken, weil das «Reha-light»-Angebot die Nachfrage nach stationären Langzeitaufenthalten reduzieren wird.
 - Die Projektgruppe empfiehlt eine Konzentration der neuen Angebote auf jeweils einen Standort. Für die Wahl des konkreten Standorts zeichnete sich eine Zustimmung zum Standort Rüttigarten ab.
- *Fazit und weiteres Vorgehen (Kap. 7):* Die Projektgruppe und Steuergruppe empfehlen die Umsetzung der Angebote «planbares Entlastungsbett» und «Kurzzeitbett mit «Reha-light»-Charakter im Rahmen von Pilotprojekten. Bei einer erfolgreichen Einführung der beiden Angebote erwarten wir, dass sich mittelfristig die Nachfrage nach Langzeitbetten im Kanton Uri in der Grössenordnung von 10 % bis 20 % reduzieren wird. Die Detailkonzepte dienen als Grundlage für Betriebskonzepte und Finanzierungsmodelle sowie für Verhandlungen mit Gemeinden und dem Kanton. Die Pilotprojekte werden evaluiert und fliessen in die Weiterentwicklung der künftigen Unternehmung Langzeitpflege Uri ein.

2 Ausgangslage

Im Kanton Uri ist der Kanton für die ambulante Pflege (Spitex), Entlastungsdienste, Tagesheime und Mahlzeitendienste zuständig, während die Gemeinden die stationäre Pflege in Heimen sicherstellen. Durch die demographische Entwicklung und den Wunsch älterer Menschen, länger zu Hause zu bleiben, steigt der Bedarf und die Nachfrage nach intermediären Versorgungsleistungen und spezialisierter Pflege für chronisch Kranke und Demenzkranke. Zudem steigen die Ansprüche der Gesellschaft an die medizinische Versorgung. Gleichzeitig steigen die Kosten im Gesundheitswesen und der Fachkräftemangel verstärkt sich.

Diese Herausforderungen führten im März 2022 zu einem gemeinsamen Projekt von Kanton und Gemeinden zur Überprüfung der bestehenden Strukturen der Langzeitpflege. Ziel war es, eine integrierte und koordinierte Versorgung «stationär und ambulant aus einer Hand» zu entwickeln und bestehende Fehlanreize zu beheben. Das Projekt «Weiterentwicklung Langzeitpflege Uri» wurde bis April 2024 umgesetzt. Der Schlussbericht empfiehlt die Gründung einer



neuen gemeinnützigen Aktiengesellschaft (gAG), um eine koordinierte Planung und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri sicherzustellen. Zudem wurden für die künftige Gestaltung der LZP Uri Handlungsfelder und Massnahmen ausgearbeitet. Bei einem Teil der Handlungsfelder und Massnahmen kann nicht auf die konkrete Umsetzung nach Abschluss des Folgeprojekts und dem Gesetzgebungsverfahren inkl. Urnenabstimmung gewartet werden. Diese werden nun in dem Folgeprojekt «Umsetzung Massnahmen Übergangsphase» bearbeitet.

3 Projekt

3.1 Auftrag

Im Bereich «Massnahmen in der Übergangsphase» (siehe Schlussbericht, Ziffer 11.7.2 Massnahmen, Übergangsphase) sollen zuerst auf Konzeptstufe Lösungen für die konkrete Umsetzung geschaffen werden. Je nach Ergebnis werden die Massnahmen während der Übergangsphase oder allenfalls bereits durch die neue Trägerschaft umgesetzt.

3.2 Projektorganisation

Steuergruppe

Die Steuergruppe (strategische Ebene) ist für beide Projekte identisch und stellt so die Verzahnung und den Abgleich sicher. Sie besteht aus

- Regierungsrat Christian Arnold, Vorsteher GSUD
- Regierungsrat Urs Janett, Vorsteher Finanzdirektion
- Claudia Gisler-Walker, Gemeindepräsidentin Bürglen, Urner Gemeindeverband
- Brunno Gamma, Gemeindepräsident Schattdorf, Gemeindeverband
- Esther Imholz, Amtsvorsteherin Gesundheit (mit beratender Stimme)
- Beat Planzer, Amtsvorsteher Stv. Gesundheit (mit beratender Stimme)

Projektgruppe Massnahmen Übergangsphase

Die Projektgruppe (operative Ebene) besteht aus

- Petra Weber, Leitung Kerndienste Spitex Uri
- Olivia Schuler, Pflegeexpertin Spitex Uri
- Elmar Reinhardt, Heimleiter Pflegeheim Gosmergartä
- Simone Imhof, Heimleiterin Seniorenzentrum Wassen
- Claudia Zwyer, Sozialvorsteherin Gemeinde Sisikon
- Erich Arnold, Gemeindekassier Gemeinde Bürglen
- Tania Forrer, Geschäftsleiterin Pro Senectute Uri
- Marika Aschwanden, Geschäftsleiterin SRK Uri
- Hubert Scheiber, Abteilungsleiter EL Sozialversicherungsstelle
- Jürg Bollhalder, Amt für Gesundheit, Kantonsarzt
- Esther Imholz, Amt für Gesundheit, Amtsvorsteherin



- Beat Planzer, Amt für Gesundheit, Amtsvorsteher Stv.

Projektleitung

Die Gesamtprojektleitung wird von HeCaCons GmbH – Angela Escher-Greiter (PL) und Roland Wormser (Stv. PL) übernommen. Alard du Bois-Reymond unterstützt die Gesamtprojektleitung. Die interne Projektkoordination erfolgt durch Esther Imholz und Beat Planzer.

3.3 Projektverlauf

Massnahmen Übergangsphase	
AP Start – Projektmanagement <ul style="list-style-type: none">▪ Organisation und Vorbereitung Projekt▪ Datenbedarf dokumentieren▪ Kick-off-Sitzung: Teil 1 mit allen Projektbeteiligten inkl. detaillierte Projektplanung, Teil 2 mit Projektgruppe, Beginn inhaltliche Arbeit▪ Nachbearbeitung und Datensammlung	Methoden <ul style="list-style-type: none">▪ Sitzung▪ Dok.-Analyse▪ Quant. Datenanalyse
AP 1 – Eckwerte und Priorisierung Massnahmen Übergangsphase <ul style="list-style-type: none">▪ Ausarbeiten Eckwerte Massnahmen▪ Priorisierung Massnahmen für Ausarbeitung in AP2▪ Erstellung und Überprüfung Berichtsentwurf	Methoden <ul style="list-style-type: none">▪ Sitzungen ProjGr und StGr▪ PL-Besprechungen▪ Dok.-Analyse▪ Berichtsentwicklung
AP 2 – Konzeptpriorisierte Massnahmen Übergangsphase <ul style="list-style-type: none">▪ Konzept (z.B. Ausgangslage, Ziele / erwartete Wirkung, Beschreibung Massnahme, Zuständigkeiten, Grenzen / Möglichkeiten bestehende gesetzliche Grundlage, Finanzierung, Grobabschätzung Kostenfolgen auf Zeitachse)▪ Vorschlag / Entscheid Umsetzungszeitpunkt (Übergangsphase versus neue Trägerschaft)▪ Erstellung und Überprüfen Berichtsentwurf	Methoden <ul style="list-style-type: none">▪ Sitzungen ProjGr und StGr▪ PL-Besprechungen▪ Dok.-Analyse▪ Berichtsentwicklung
AP 3 – Fertigstellung Bericht <ul style="list-style-type: none">▪ Bereitstellung Berichtsentwurf▪ Letzte Validierung durch Stakeholder▪ Erstellen Schlussbericht	Methoden <ul style="list-style-type: none">▪ Sitzungen StGr▪ PL-Besprechungen▪ Berichtsentwicklung▪ Workshop

100-04_01_Methoden & Vorgehen_2024_09 11 RW.pptx

4 Eckwerte Massnahmen Übergangsphase

4.1 Übersicht Massnahmen

Im Projekt «Weiterentwicklung Langzeitpflege Uri» wurden strategische Stossrichtungen, Handlungsfelder und Massnahmen pro Handlungsfeld definiert (siehe ausführlicher Schlussbericht, Kap. 7.3, 11.6, 11.7).



Bei den Massnahmen wurde differenziert zwischen solchen, die primär die neue Trägerschaft bzw. das neue Unternehmen umsetzen soll und solchen, die in der Übergangsphase konzipiert werden und allenfalls auch in dieser Zeit schon umgesetzt werden sollen. Die «Übergangsphase» bezeichnet den Zeitraum ab Januar 2025 bis zu dem Zeitpunkt, in dem das neue Unternehmen seinen operativen Betrieb aufnimmt.

Im Projekt «Massnahmen Übergangsphase» werden für die nachstehenden acht Massnahmen Eckwerte ausgearbeitet.

Tabelle 1: Massnahmen Übergangsphase aus Schlussbericht

Handlungsfeld S1-02: Palliative Care		
Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S1-02.M_ÜP1	Sicherstellung Umsetzung Aktionsplan Palliative Care.	Projektorganisation Übergangsphase
S1-02.M_ÜP2	Einrichtung von einzelnen Palliative Care-Plätzen in 1 bis 2 APH inkl. ärztliche Betreuung und Regelung Finanzierung (auch der Vorhalteleistung).	Projektorganisation Übergangsphase
S1-02.M_ÜP3	Prüfung Möglichkeiten Aufbau mobiler spezialisierter Palliative Care Teams für zuhause und / oder als Unterstützung in APH (inkl. Finanzierung, insbesondere bei Einsätzen in APH) oder allfälliger Alternativen, ggf. in Zusammenarbeit mit einem Nachbarkanton (beispielsweise Kt. SZ).	Projektorganisation Übergangsphase
Handlungsfeld S2-01: Kurzaufenthalte		
Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S2-01.M_ÜP1	Schaffung strukturiertes Angebot für Kurzzeitplätze (z.B. definierte Anzahl (zu Beginn 3 % bis 5 % aller stat. Plätze), regionale Schwerpunkte, evtl. Aufnahmestation und / oder Kombination mit Tag- / Nachtbetreuung («Triage- und Entlastungsstation»)) sowie Koordination durch Beratungsstelle (falls Ressourcen durch Beratungsstelle vorhanden).	Projektorganisation Übergangsphase
Handlungsfeld S2-04: Betreutes Wohnen nach Curaviva Kat. B (und A)		
Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S2-04.M_ÜP1	Anpassung gesetzliche Bestimmungen Wohnsitzregelung bei Betreutem Wohnen, um Gemeinden, die Angebot schaffen, nicht mit nachträglicher Übernahme von Pflegerestkosten von Zuzüglern zu belasten.	Kanton
S2-04.M_ÜP2	Schaffung Übergangsregelung für Beiträge an EL-Bezüger (z.B. für Betreuungspauschale) bis Lösung auf Bundesebene kommt.	Kanton
S2-04.M_ÜP3	Ausarbeitung Anreize für Trägerschaften zur Förderung von Angeboten	Projektorganisation Übergangsphase
Handlungsfeld S5-01: Beratung über alles		
Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S5-01.M_ÜP1	Schaffung zentrale Beratungsstelle inklusive Finanzierung	Projektorganisation Übergangsphase



4.2 S1-02.M_ÜP1: Aktionsplan Palliative Care

Der Aktionsplan Palliative Care vom 8. April 2020 enthält 13 Massnahmen.

1. Neudefinition Ausrichtung der Arbeitsgruppe Palliative Care
2. Initialisierung Charta Palliative Care
3. Behandlungsplan für alle Akteure
4. 24h Spitex (für bestehende Klient:innen in Palliative Care-Situationen)
5. Gemeinsame Palliative Care Konzept (institutionsübergreifend)
6. Fachkompetenz Hausärzte
7. Fachkompetenz des Personals stärken
8. Freiwilligeneinsatz fördern
9. Information der Öffentlichkeit
10. Optimierung Online-Präsenz
11. Zentrale Anlaufstelle für fachliche Beratung und 24h-Triage
12. Angebot für spirituelle Bedürfnisse
13. Hospizbetten (1 bis 2) in Pflegeheimen

Die Massnahmen wurden, mit Ausnahme der Punkte 11 und 13, per Ende 2024 weitgehend abgeschlossen. Die Steuergruppe hat im September 2024 entschieden, dass die Massnahme 13, Schaffung von ein bis zwei Pflegeheimplätzen mit Hospizcharakter, im Rahmen des vorliegenden Projektes behandelt wird (siehe Kap. 4.3).

Die weitere Bearbeitung der sonstigen Massnahmen des Aktionsplans Palliative Care im Rahmen des vorliegenden Projekts ist hingegen nicht mehr notwendig.

4.3 S1-02.M_ÜP2: Palliative Care Plätze in einzelnen APH

Rekapitulation / Aktualisierung Ausgangslage

Die Diskussionen in der Projektgruppe und mit den Vertretungen der Gemeinden zeigten, dass es für die Alters- und Pflegeheime im Kanton Uri schwierig und aufwändig wäre, ein Angebot für spezialisierte Palliative Care im Umfang von ein bis zwei Plätzen aufzubauen. Das Sicherstellen von komplexen Behandlungen palliativer Personen mit instabilen Krankheitsverläufen wäre für ein bis zwei Plätze mit unverhältnismässigem Aufwand verbunden. Es wurde deshalb entschieden, dass in den APH nur Plätze der allgemeinen Palliative Care aufgebaut werden sollen. Zu der Unterscheidung der Begrifflichkeiten «allgemeine» versus «spezialisierte» Palliative Care, siehe Anhang 8.2.

Es ist anzunehmen, dass weiterhin eine Anzahl sterbenskranker Personen unter 65 Jahren und ihrer Angehörigen auf ein möglichst wohnortsnahes angepasstes stationäres Angebot Rückgriff nehmen möchte, auch wenn es sich nicht um ein spezialisiertes Palliative Care Angebot handelt. Das Ziel Palliative Care für den Kanton Uri wurde deshalb wie folgt angepasst.



Ziele

- Für Personen in einer palliativen Situation unter 65 Jahren, stellt ein Pflegeheim des Kantons Uri im Rahmen eines befristeten Pilotprojekts ein bis zwei Plätze zur Verfügung, in denen allgemeine Palliative Care angeboten wird.

Zielgruppe

- Erwachsene Personen unter 65 Jahre, mit fortgeschrittener, unheilbarer Krankheit und mehrheitlich stabiler Symptomatik und erhöhtem Betreuungsaufwand. Die erwartete Überlebenszeit liegt unter sechs Monaten.

Eckwerte

- *Leistungsumfang*: Die Leistungen entsprechen im Grundsatz denen, die bereits im Pflegeheim angeboten werden, mit folgenden spezifischen Eckwerten:
 - o Ärztliches Personal: Eine ärztliche Betreuung ist sichergestellt (z.B. für die zeitnahe Freigabe von Medikamenten wie Morphinum, gegebenenfalls Vereinbarung mit Kantonsspital Uri)
 - o Pflegerisches Personal: Diplomiertes Pflegefachpersonal ist während 24h präsent, die zuständige Fachperson verfügt über eine Weiterbildung Niveau B1
- *Übernachtungsmöglichkeiten* im Zimmer für nahestehende Bezugspersonen
- *Mengengerüst*: Ein bis zwei Plätze, die explizit für Palliative Care vorgehalten werden

Weiteres Vorgehen

Das bisher geplante umfassende Vorgehen, wie es beispielsweise in der «Projektskizze: Palliativplatz mit Hospizcharakter» festgehalten wurde, erscheint für das oben beschriebene angepasste Ziel nicht mehr verhältnismässig. Eine Bedarfsanalyse und eine ausgebaute Projektorganisation ist für die sehr beschränkte Aufgabenstellung nicht notwendig.

Ein Pflegeheim bietet für eine Pilotphase von zwei Jahren ein bis zwei Betten für sterbenskranke Personen unter 65 Jahren an. Vorgängig werden mit dem Heim die wichtigsten Eckwerte des Projekts vereinbart:

- Definition und Festlegen der Entschädigung der zu erwartenden Zusatzkosten, insbesondere der Vorhalteleistungen
- Kostenteiler Kanton / Gemeinden
- Evaluationskriterien (z.B. angestrebte Auslastung am Ende der Pilotphase, strukturierte Rückmeldungen betroffener Angehöriger und weiterer Stakeholder)
- Planung der Kommunikation nach Innen und Aussen



4.4 S1-02.M_ÜP3: Mobiler spezialisierter Palliative Care Dienst

Die fachliche Unterstützung / Kompetenz ist durch zwei Pflegefachpersonen der Spitex Uri, die eine Palliative Care-Ausbildung haben, sichergestellt.

Das GSUD hat zusammen mit dem Spital Schwyz einen möglichen Aufbau einer mobilen spezialisierten Palliative Care geprüft. Weder der Kanton Schwyz noch der Kanton Uri können gegenwärtig einen diesbezüglichen Dienst anbieten.

Die Massnahme wird daher im Rahmen des vorliegenden Projekts nicht weiterbearbeitet.

4.5 S2-01.M_ÜP1: Strukturiertes Angebot Kurzzeitplätze

4.5.1 Ausprägung Kurzeintaufenthalte

Alle Pflegeheime bieten Kurzaufenthalte an. Meist ist das Angebot jedoch abhängig von freien Plätzen für unbefristete Aufenthalte. Die Kurzeintaufenthalte haben unterschiedliche Ausprägungen, weshalb die Massnahme «Schaffung strukturiertes Angebot für Kurzzeitplätze» differenziert wurde auf drei unterschiedliche Angebote. Bezüglich der Unterscheidung «Langzeintaufenthalt» und «Kurzeintaufenthalt» siehe Anhang 8.3. Die Bezeichnung der heute bestehenden Kurzzeitangebote wird von den APH nicht einheitlich gehandhabt. Meist werden sie als Ferienbetten bezeichnet.

4.5.2 S2-01.M_ÜP1a: Kurzeintaufenthalt planbares Entlastungsbett

Rekapitulation / Aktualisierung Ausgangslage

- Die Mehrheit der APH im Kanton Uri hält keine planbaren Entlastungsbetten vor, sondern vergibt die Plätze als kurzzeitiges «Ferienbett», wenn diese gerade frei sind. Das APH Rüttigarten und das APH Spannort bieten gesamt sieben fixe Ferienbetten an, was 1.27 % der 551 stationären Plätze im Kt. Uri (ohne Notbetten) entspricht. Im Jahr 2024 war die Bettenanzahl wie folgt:
 - o APH Rüttigarten: 6 Betten, durchschnittliche AHD 17.3 Tage
 - o APH Spannort: 1 Bett, durchschnittliche AHD 16.5 Tage
- Die gesamte Anzahl Ferientage in einem Urner APH betrug im 2024 1'007 Tage. Davon entfallen rund 400 Tage auf die geplanten Ferienbetten und rund 600 Ferientage auf nicht speziell dafür vorgehaltene Ferienbetten.
- Das unternehmerische Risiko der allfälligen Minderauslastung des Ferienbetts liegt aktuell bei den APHs.
- Mit der Nutzung des Ferienbetts wird aktuell sehr oft die Hürde für einen Heimeintritt gesenkt. Für die Angehörigen ist oft schon klar, dass die Bewohner:in dauerhaft im Heim bleiben wird, für den / die Bewohner:innen selbst jedoch oft nicht. Eigentlich handelt es sich in diesem Fall mehr um ein «Probierangebot für die Langzeit» als um einen echten Kurzeintaufenthalt.
- Ferienbetten werden aktuell im Kanton Uri auch für Zwischenlösungen genutzt, wenn im präferierten Heim kein Platz frei ist (je nachdem erfolgt anschliessend eine Rückverlegung oder auch nicht) oder bei Übertritten aus anderen Institutionen wie dem Kantonsspital Uri.



Ziele

- Mit dem planbaren Entlastungsbett soll die überbrückende Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger gefördert werden, sodass Personen möglichst lange im angestammten Umfeld betreut und gepflegt werden können.

Zielgruppe

- Das Angebot ist für Personen, die zuhause gepflegt werden und die nach dem geplanten Entlastungsaufenthalt nach Hause in das gewohnte Umfeld zurückgehen.
- *Abgrenzung*: Das planbare Entlastungsbett ist kein Ferienbett wie es gegenwärtig von den APH im Kanton Uri angeboten wird und damit auch kein «Probierangebot für den Langzeitaufenthalt». Ein «automatischer» bzw. schon geplanter Übertritt vom «Entlastungsbett» in den Langzeitaufenthalt ist nicht vorgesehen.

Weitere Eckwerte

- *Länge Aufenthalt*: Das geplante Entlastungsbett ist ein «Entlastungsaufenthalt» mit einem geplanten Ein- und Austritt. Der Aufenthalt im Entlastungsbett ist begrenzt auf den reservierten Zeitraum. Für den Aufenthalt wird ein temporärer Vertrag gemacht.
- *Reservation Betten*: Die Entlastungsbetten werden explizit für Entlastungsaufenthalte reserviert und können im Voraus planbar gebucht werden (vergleichbar mit einem Hotelaufenthalt mit geplantem Ein- und Austritt).
- *Pflegeheimliste*: Die Betten werden als Kurzzeitbetten auf der Pflegeheimliste geführt und sind zusätzliche Betten zu den bestehenden Betten für stationäre Langzeitaufenthalte.
- *Regionalisierung versus Konzentration Angebot*: Planbare Entlastungsbetten sind nicht an eine bestimmte Grösse des APH gebunden und können daher auch regional in mehreren APHs angeboten und nicht zwingend in einem Heim konzentriert werden. Sollte das Angebot an einem Ort konzentriert werden, so könnten auch die Vorhalteleistungen an diesem Ort gebündelt werden. Die Projektgruppe unterstützt diesen Ansatz. Eine abschliessende Empfehlung erfolgt im Rahmen des Detailkonzepts.

4.5.3 S2-01.M_ÜP1b: Kurzzeitbett mit Reha-Charakter

Rekapitulation / Aktualisierung Ausgangslage

- Personen, die nach einem Spitalaufenthalt in ein APH eintreten, erholen sich oft nach einer gewissen Zeit, bleiben aber dann auch mit einer tieferen Pflegestufe im APH und gehen in der Regel nicht mehr nach Hause zurück.
- Die Erhebung bei den Urner APHs für das Jahr 2024 zeigt, dass gesamt 107 Personen vom KSU oder aus einer anderen Institution in ein APH eingetreten sind, mit dem Ziel des anschliessenden Austritts. Die effektive Rückkehrquote betrug rund über alle Urner APHs 48 %, wobei die Rückkehrquoten unter den Heimen sehr unterschiedlich sind und auch davon abhängen, welches rehabilitatives Angebot das APH schon hat.



- Ein allfälliges Reha-Angebot im Heim dient jedoch noch nicht durchgehend dem Ziel der «Rückkehr nach Hause», sondern ähnlich wie die Aktivierung der Verbesserung / der Erhalt der Fähigkeiten im Pflegeheim.
- Pflegerische Notfälle aus dem KSU, die nicht in ein Heim übertreten können, sind durch die Leistungsvereinbarung KSU – Gemeinden abgedeckt. In diesem Fall verbleiben die Personen im KSU.

Ziele

- Mit dem Kurzzeitbett mit Reha-Charakter soll die Rückkehr nach Hause gefördert werden für die Bewohner:innen, deren Pflegebedürftigkeit nach einem Spitalaufenthalt allenfalls nur vorübergehend hoch ist.
- Damit soll verhindert werden, dass diese Personen nach einem Spitalaufenthalt als Langzeitaufenthalt im APH «verbleiben», obschon ein Leben im angestammten Zuhause mit entsprechender Förderung wieder möglich wäre. Das Angebot reduziert somit den Bedarf nach stationären Langzeitbetten.

Zielgruppe

- Personen, die nach einem Aufenthalt in einem Spital nicht in eine anerkannte Reha-Klinik eintreten aber auch nicht direkt nach Hause zurückkehren können. Der Pflegebedarf dieser Personen ist meist nur vorübergehend erhöht. Die Personen haben ein Rehabilitationspotential für eine Rückkehr nach Hause.
- *Abgrenzung:* Das Kurzzeitbett mit Reha-Charakter ist abzugrenzen vom «normalen» Übertritt aus dem Spital in ein APH, so wie er jetzt schon stattfindet. Für diese Fälle werden auch keine Betten vorgehalten und auch keine spezifischen Zusatzleistungen angeboten.

Weitere Eckwerte

- *Länge Aufenthalt:* Der Aufenthalt im Kurzzeitbett mit Reha-Charakter ist begrenzt auf maximal drei Monate. Der Eintritt erfolgt mittels eines Reha-Kurzzeitvertrags. Anschliessend wird der Entscheid getroffen, ob eine Rückkehr nach Hause möglich ist oder ein Übertritt in die stationäre Langzeitpflege erforderlich ist.
- *Bausteine Angebot Kurzzeitbett mit Reha-Charakter*
 - o Auf das Ziel «Rückkehr nach Hause» angepasstes Physio- und Ergotherapieangebot
 - o Therapie 1 Mal / Arbeitstag, d.h. fünf Mal pro Woche; Start ab Heimeintritt
 - o Die von der Therapie festgelegten Massnahmen werden in Form von regelmässigen (wenn möglich mindestens täglichen) Pflegetrainings umgesetzt.
 - o Ärztliche Betreuung und Koordination mit Arzt zeitnah nach Austritt sowie ärztliche Verordnungen
 - o Zielorientierte Haltung Pflege
 - o Einbezug Spitex und Sozialbetreuung zu Hause für Setting nach Reha-Aufenthalt



- Case Management im Sinne einer fallführenden Verantwortung ab Spitalaustritt mit dem Ziel einer Rückkehr nach Hause. Fallführung bis zum Abschluss des Reha-Programms.
- *Regionalisierung versus Konzentration Angebot*
 - Das Angebot bedingt gewisse Voraussetzungen wie diplomiertes Pflegepersonal (auch in der Nacht), idealerweise die Nähe Therapeuten und zum KSU. Eine Konzentration des Reha-Angebots macht unter diesen Aspekten Sinn.
 - Ein ausgebautes Angebot im Sinne von einer Reha-Abteilung im APH bedingt ein Mindestvolumen von ca. 10 Betten.

Exkurs: Erkenntnisse aus dem Angebot «Thurvita Care»

Die Thurvita AG hat mit dem Angebot «Thurvita Care» ein rehabilitatives Angebot im Jahr 2015 eingeführt. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitstudie (Flurina Meier et al., 2019) wurde untersucht, ob mithilfe des Angebots «Thurvita-Care» mehr ältere Menschen nach einem Spitalaufenthalt nach Hause zurückkehren als mit einer herkömmlichen Versorgung, wie nachhaltig die Rückkehr nach Hause ist und welche Auswirkung das auf die Nachfrage nach klassischen Pflegeheimplätzen hat.

Es wurden dazu Fallserien von jeweils zwei Jahren vor («Usual Care») und nach der Einführung des rehabilitativen Angebots («Thurvita-Care») untersucht.

Die Untersuchung zeigte, dass mittels «Thurvita-Care»

- doppelt so viele Personen nach Hause zurückkehren konnten als im Setting «Usual Care»,
- mehr als 90 % der Personen, die nach dem «Thurvita-Care»-Aufenthalt nach Hause zurückgekehrt waren, auch tatsächlich weiter zu Hause wohnten und nicht wieder in ein APH eintreten mussten,
- 14 % langfristige APH-Aufenthalte vermieden worden sind.

4.5.4 S2-01.M_ÜP1c: Kurzzeitbett mit «Reha-light»-Charakter

Rekapitulation / Aktualisierung Ausgangslage

- Identisch mit jener für das «Kurzzeitbett mit Reha-Charakter» (vgl. Kap. 4.5.3)

Ziele

- Identisch mit denen für das «Kurzzeitbett mit «Reha-Charakter» (vgl. Kap. 4.5.3)
- *Abgrenzung:* Im Vergleich zum voll ausgebauten Reha-Angebot soll das «Reha-light»-Angebot den beteiligten Heimen ermöglichen, mit einem reduzierten Zusatzaufwand Erfahrungen mit ersten Elementen eines rehabilitativ orientierten Angebots zu realisieren.

Zielgruppe

- Identisch mit der für das «Kurzzeitbett mit Reha-Charakter» (vgl. Kap. 4.5.3)



- **Abgrenzung:** Im Vergleich zum voll ausgebauten Reha-Angebot werden nur Personen in das Angebot übernommen, die dem bestehenden Skill-Grade-Mix des Pflegepersonals des jeweiligen Heims entsprechen.

Weitere Eckwerte

- **Länge Aufenthalt:** Identisch mit dem für das «Kurzzeitbett mit Reha-Charakter» (vgl. Kap. 4.5.3)
- **Bausteine Angebot Kurzzeitbett mit «Reha-light»-Charakter**
 - o Auf das Ziel «Rückkehr nach Hause» angepasstes Physio- oder Ergotherapie-Angebot. Ergotherapie hat, falls verfügbar, Priorität im Vergleich zu Physiotherapie.
 - o Therapie mindestens einmal pro Woche, ab erster Woche des Heimeintritts. Die von der Therapie festgelegten Massnahmen werden in Form von regelmässigen (wenn möglich mindestens täglichen) Pflgetrainings umgesetzt.
 - o Ärztliche Verordnung der Therapien, zeitnah nach Spitalaustritt
 - o Zielorientierte Haltung Pflege
 - o Case Management im Sinne einer fallführenden Verantwortung ab Spitalaustritt mit dem Ziel einer Rückkehr nach Hause. Fallführung bis zum Abschluss des Reha-Programms.
- **Regionalisierung versus Konzentration Angebot**
 - o Im Hinblick auf ein voll ausgebautes Reha-Angebot und einem kontinuierlichen Know-how Aufbau, soll das «Reha-light»-Angebot auf einen oder höchstens zwei Betriebe konzentriert werden.
 - o Es muss keine separate Reha-Abteilung im APH geführt werden. Ein Start mit einem Gesamtangebot von maximal fünf Betten sehen wir als realistisch.
 - o Die gewählten Betriebe eignen sich dazu, falls sich die Massnahmen bewähren, ein voll ausgebautes Reha-Angebot zu übernehmen.

4.6 S2-04.M_ÜP1: Gesetzliche Bestimmung Wohnsitzregelung BeWo

Der Gemeindeverband hat den Rechtsdienst beauftragt und ist daran, ein Agreement innerhalb der Gemeinden bzgl. Wohnsitzregelung zu erarbeiten. Die Massnahme wird daher im Rahmen des vorliegenden Projekts nicht weiterbearbeitet.

4.7 S2-04.M_ÜP2: Übergangsregelung für Beiträge an EL-Bezieher:innen

Rekapitulation / Aktualisierung Ausgangslage

Leistungen mit sozialem Charakter sind ein zentrales Element des Betreuten Wohnens. Sie werden im ambulanten Bereich gegenwärtig nur ungenügend von den Sozialversicherungen vergütet. Entscheidender Anreiz für eine breite Nutzung des Angebots ist deshalb eine verbesserte Anerkennung dieser Leistungen im Rahmen der Ergänzungsleistungen.



Das eidgenössische ELG wurde überarbeitet und am 20. Juni 2025 vom Parlament verabschiedet. Die Referendumsfrist läuft am 9. Oktober 2025 ab, ein Referendum ist unwahrscheinlich. Der Kanton ist für die Umsetzung des Gesetzes verantwortlich. Wir erwarten, dass die neuen Bestimmungen im Kanton Uri ab 2028 angewendet werden.

Hauptzielsetzung des überarbeiteten ELG ist es, die Anrechenbarkeit von Hilfeleistungen zu erweitern und so das selbstbestimmte Wohnen alter Menschen zu fördern. Mit den neuen Bestimmungen können auch vermehrt Leistungen mit sozialem Charakter angerechnet werden. Das neue ELG fördert auch betreute Wohnformen im angestammten Zuhause alter Menschen. Der nachfolgende Vorschlag beschränkt sich ausschliesslich auf Betreutes Wohnen, das in einem institutionellen Rahmen angeboten wird. Zur Begrifflichkeit «Betreutes Wohnen» siehe Anhang 8.4.

Im vorliegenden Kapitel wurden wesentliche inhaltliche Elemente herausgearbeitet, die in einer kantonalen Regelung berücksichtigt werden sollen, wobei diese abgestimmt werden müssen mit der kantonalen Umsetzungsregelung für Betreuung im angestammten Zuhause. Das Ausarbeiten der Regelungen an sich ist in der Zuständigkeit des Kantons.

Ziele

- Das Unterstützungsangebot des institutionalisierten Betreuten Wohnens fördert eigenständiges Wohnen alter Menschen und fördert die soziale Teilhabe. Verfrühte Heimeintritte sollen damit verzögert oder vermieden werden.
- Die Zugänglichkeit des Angebots soll verbessert werden, indem Anrechenbarkeit von Zusatzkosten des Betreuten Wohnens – insbesondere von Leistungen mit sozialem Charakter – erweitert wird.

Zielgruppe

- Alte Menschen mit einem sich abzeichnenden Hilfebedarf und / oder einem erhöhten Sicherheitsbedarf.

Weitere Eckwerte

- *Anerkennung als institutionalisiertes Betreutes Wohnen:* Der Kanton Uri bestimmt, welche Angebote als institutionalisiertes Betreutes Wohnen anerkannt werden und definiert hierfür bauliche Vorgaben und Vorgaben für die zu erbringenden Leistungen. Der Leistungskatalog des Art. 14a ELG ist nicht abschliessend, der Kanton hat die Kompetenz ihn zu ergänzen. Die Projektgruppe empfiehlt im Rahmen des institutionalisierten Betreuten Wohnens weitere Leistungen mit sozialem Charakter anzuerkennen. Es sind Leistungen, die heute nur vereinzelt von den Sozialversicherungen übernommen werden, die aber für einen Verbleib einer unterstützungsbedürftigen Person zu Hause oft entscheidend sind.
- *Vorgaben Leistungen für das anerkannte institutionalisierte Betreutes Wohnen*
 - o Sicherheit: Notfallsystem mit 24h Rufbereitschaft, pflegerische Fachperson des Betreibers ist innert maximal 30 Minuten vor Ort.



- Pflege und Betreuung: Erbringen oder Organisation / Vermittlung von pflegerischen Leistungen.
 - Aktivitäten des täglichen Lebens: Erbringen oder Organisation / Vermittlung von Hilfe im Haushalt. Unterstützung beim Kochen, Mahlzeitendienst.
 - Soziale Teilhabe: Förderung sozialer Kontakte im Haus und der Umgebung, Begleit- und Fahrdienste.
 - Präventive Leistungen für Bewohnende: Anlaufstelle vor Ort, Stützen persönlicher Ressourcen, frühzeitige Intervention zur Vermeidung von Unterversorgungssituationen.
 - Die Leistungen und die Zielgruppen des institutionalisierten Betreuten Wohnens sind in einem Betriebskonzept zu beschreiben.
- *Bauliche Vorgaben:* Ausgewiesene Zusatzkosten für die baulichen Anpassungen an die Bedürfnisse von in der Mobilität eingeschränkten Personen gemäss Art. 14 Abs. 1 Bst. h. ELG können geltend gemacht werden, wenn zusätzlich zu SIA 500 die minimalen Anforderungen der Planungsrichtlinien für altersgerechte Wohnbauten (Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen, 2014) erfüllt werden.
 - *EL-Abklärungsstelle für Klärung Leistungsbezug:* Der Kanton kann diese Abklärungen selbst durchführen oder eine Fachorganisation mit dieser Abklärung beauftragen.

4.8 S2-04.M_ÜP3: Anreize für Trägerschaften

Aktuell haben hier weder der Kanton noch die Gemeinden die Kompetenz, hier etwas zu regeln.

Die Massnahme wird daher im Rahmen des vorliegenden Projekts nicht weiterbearbeitet.

4.9 S5-01.M_ÜP1: Zentrale Beratungsstelle

Rekapitulation / Aktualisierung Ausgangslage

- Eine zentrale Beratungsstelle im Kanton Uri für soziale und pflegerische Aspekte gibt es bislang nicht.
- Pro Senectute: Die Pro Senectute hat vom Kanton Uri den Leistungsauftrag, die Fachstelle für Altersfragen zu führen und macht auch Beratungen im sozialen Bereich.
- Die Spitex Uri macht Beratungen in pflegerischer Hinsicht für ihre Klient:innen und Angehörige und vermittelt an andere Fachstellen. Ebenso gibt die Spitex Uri Informationen zu Produkten und vermittelt Zubehör und Hilfsmittel.
- Weitere Stellen, die Beratung anbieten, sind Gemeinden, die eigene Beratungsstellen führen, die APHs (für Heimbewohner:innen, Angehörige und Interessenten) sowie der Sozialdienst des KSU für die Patienten des KSU.



Ziele

- Es gibt eine zentrale Anlaufstelle im Kanton Uri für Information und Beratung zu Altersfragen mit pflegerischen, sozialberaterischen und finanziellen Kompetenzen.
- Die Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme soll durch eine entsprechende Namensgebung möglichst tief sein, beispielsweise «Pflege- und Sozialberatung».
- *Abgrenzung zur Phase neue Unternehmung Langzeitpflege:*
 - o Koordination im Sinne von Triage / Zuweisung der Beratungsstelle sowie Koordination der Leistungen auf Kundenebene im Sinne eines ausgebauten Case Management werden erst in der neuen Unternehmung Langzeitpflege implementiert.
 - o Die zentrale Beratungsstelle soll so ausgestaltet und aufgebaut werden, dass viele Elemente mit wenig Anpassung auch nach der Übergangsphase weiter genutzt werden können.

Zielgruppe

- Die Beratungsstelle ist für Personen, für die sich ein Bedarf nach Langzeitpflege abzeichnet sowie deren Angehörige.
- Die Beratungsleistungen stehen dieser Zielgruppe zu, unabhängig vom Alter. De facto werden jedoch 80 bis 90 % der Beratungen vor allem von Personen 65+ und ihre Angehörigen in Anspruch genommen werden.

Weitere Eckwerte

- *Inhalte Beratung:* Die Beratung erfolgt ganzheitlich und verbindet den Gesundheits- und Sozialbereich. Der / Die Sozialarbeiter:in schaut alle Bereiche gesamtheitlich an zu jedem Zeitpunkt im Prozess und zieht dann Spezialist:innen zu.
- *Kompetenzen:* Die Beratungsstelle braucht sozialberaterisches und internes pflegerische Know-how
- *Zusammenarbeit mit vor- oder nachgelagerten Stellen*
 - o Die Gemeinden vermitteln aktiv an die Beratungsstelle weiter (z.B. Vereinbarung Gespräche, Information Beratungsstelle über Problematik).
 - o Ebenso sucht der Sozialdienst des KSU zeitnah langfristige Lösungen in Zusammenarbeit mit Beratungsstelle für austretende Patient:innen.
 - o Spitex und andere Stellen vermitteln aktiv wieder zurück an die Beratungsstelle (z.B. Vereinbarung Gespräche, Information Beratungsstelle über Problematik), wenn beispielsweise im Rahmen der Leistungen der Spitex finanzielle Fragen allgemein oder beispielsweise zu Hilfsmitteln auftauchen.
- *Ausprägungen Koordination*
 - o Die Beratungsstelle bietet ein «Case Management light», das einer «begleitenden» Beratung entspricht. Diese geht so lange, wie die Beratung bei der Beratungsstelle ist und endet oder ein anderer Leistungserbringer «übernimmt», beispielsweise durch einen Heimeintritt.



- Die Beratungsstelle nimmt Koordinationsaufgaben entsprechend der Entwicklungsstufe I ergänzt um einige Elemente aus der Entwicklungsstufe III (siehe Exkurs Begrifflichkeit «Koordination» im Anhang 8.2)
- *Abgrenzung: Was macht die künftige Beratungsstelle nicht*
 - Kein Entscheid bzgl. Zuweisung an Leistungserbringer
 - Keine Entscheidungskompetenz bzgl. Pflege / Betreuung aber Abklärung bzgl. Bedarf und alternativer Möglichkeiten für Pflege und Betreuung
 - Keine Erbringung von pflegerischen, Hilfs- und Betreuungsleistungen
 - Zentrale Anlaufstelle bietet keine spezialisierten Beratungen an, dies erfolgt durch die jeweiligen Fachstellen (z.B. Demenz durch Demenzfachstelle Alzheimer Uri, Fragen im Zusammenhang mit Behinderung / Beeinträchtigung durch Pro Infirmis usw.)

5 Priorisierung

5.1 Allgemeines

Die ursprünglich vorgesehenen acht Massnahmen der Übergangsphase (siehe Kap. 4.1) wurden gemäss den Einschätzungen der Projektgruppe überarbeitet, ergänzt und aktualisiert (vgl. dazu Kap. 4.2 bis 4.9) und für die nachstehenden sechs Massnahmen Eckwerte erarbeitet:

- Einrichten von Palliative Care Plätzen in einzelnen APH (vgl. Kap. 4.3)
- Kurzaufenthalt planbares Entlastungsbett (vgl. Kap. 4.5.2)
- Kurzzeitbett mit Reha-Charakter (vgl. Kap. 4.5.3)
- Kurzzeitbetten mit «Reha-Light»-Charakter (vgl. Kap. 4.5.4)
- Betreutes Wohnen: Schaffung Übergangsregelung für Beiträge an EL-Bezieher (vgl. Kap. 4.7)
- Schaffung zentrale Beratungsstelle (vgl. Kap. 4.9)

Aus diesen sechs Massnahmen sollen zwei Massnahmen weiter priorisiert werden, für die entsprechende Detailkonzepte ausgearbeitet werden sollen. Die Priorisierung erfolgt mittels einer Nutzwertanalyse anhand gewichteter Kriterien.

5.2 Kriterien

Für die Bewertung der sechs Massnahmen wurden die nachstehenden fünf Beurteilungskriterien bestimmt und mittels Rangreihenmethode gewichtet¹:

¹ Für jedes Kriterium wird im paarweisen Vergleich mit den anderen Kriterien ermittelt, welches jeweils wichtiger (1 Punkt) oder weniger wichtig ist (0 Punkte), oder ob sie jeweils gleichwertig sind (je 0.5 Punkte) sind. Die erhaltenen Punktzahlen im Verhältnis zum Total ergeben die prozentuale Gewichtung.



Tabelle 2: Beurteilungskriterien Massnahmen Übergangsphase

Nr.	Kriterium	Gewichtung
1	Umsetzungsmöglichkeiten Übergangszeit Die Massnahmen können während der Übergangszeit umgesetzt werden und inhaltlich an bestehende Leistungen im Kanton Uri anknüpfen.	20%
2	Transfer in neue Unternehmung Die neue Unternehmung kann die Massnahmen der Übergangsphase in ihr Dienstleistungsportfolio übernehmen.	15%
3	Wichtigkeit für die neue Unternehmung Die Massnahmen der Übergangszeit sind für das Dienstleistungsportfolio der neuen Unternehmung wichtig und unterstützen die strategischen Stossrichtungen der neuen Unternehmung, siehe nachstehende Tabelle 3.	40%
4	Quick-Wins Die Umsetzung der Massnahme stärkt die positive Wahrnehmung des Projekts Langzeitpflege bei relevanten Stakeholdern.	10%
5	Projektaufwand Die finanziellen und personellen Ressourcen können während der Übergangsphase sichergestellt werden.	15%

Das Kriterium Nr. 3, Wichtigkeit für die neue Unternehmung, knüpft an die strategischen Stossrichtungen der neuen Unternehmung an.

Tabelle 3: Strategische Stossrichtung Langzeitpflege Uri (gem. Schlussbericht)

Strategische Stossrichtung	Strategisches Ziel
S1 - Stationär halten und differenzieren	Bedarf bis 2030/2035 mit bestehenden Plätzen decken unter Berücksichtigung des Bedarfs an spezialisierter Pflege.
S2 - Intermediär ausbauen	Angebot gemäss Bedarfsabschätzung verfügbar und unabhängig von finanziellen Voraussetzungen nutzbar machen, um selbstbestimmtes Wohnen zu unterstützen und mit den bestehenden stationären Plätzen den künftigen Bedarf decken zu können.
S3 - Ambulant ausbauen	Bedarfsgerechtes Angebot ambulante Pflege, Betreuung und Unterstützung, um selbstbestimmtes Wohnen zu unterstützen und aber auch um mit den bestehenden stationären Plätzen den künftigen Bedarf decken zu können.
S4 - Gesundheit / Prävention fördern	Lebenserwartung bei guter Gesundheit steigern und die individuelle Lebensqualität erhöhen, indem gesunde Verhaltensweisen gefördert werden. Ein gesunder Lebensstil im Alter fördert die Erhaltung der Gesundheit und eine Lebensqualität, die sich durch Autonomie und Selbstständigkeit auszeichnet.



Strategische Stossrichtung	Strategisches Ziel
S5 - Beratung / Koordination schaffen	Umfassende Information, Triage und Beratung mittels einer übergreifenden Anlaufstelle für alle Angebote, um eine effiziente Information und Koordination für Betroffene und Angehörige sicherzustellen.
S6 - Freiwilligenhilfe fördern und stärken	Mittels Schaffung von Angeboten die Ressourcen von Angehörigen und Freiwilligen nutzen, um selbstbestimmtes und selbständiges Wohnen und Leben möglichst lange zu ermöglichen.

5.3 Beurteilung Massnahmen

Anschliessend wurden alle sechs Massnahmen mittels einer Nutzwertanalyse² bewertet. Die nachstehende Tabelle zeigt die bewerteten Massnahmen mit den zusammengefassten Ergebnissen:

Tabelle 4: Ergebnisse Nutzwertanalyse pro Massnahme

Nutzwertanalyse	S1-02.M_ÜP2: Einrichten von 1-2 Palliative Care Plätzen	S2-01.M_ÜP1a: Kurzaufenthalt planbares Ferienbett	S2-01.M_ÜP1b: Kurzzeitbett mit «Reha»-Charakter	S2-01.M_ÜP1c: Kurzzeitbett mit «Reha-light»-Charakter	S2-04.M_ÜP2: Schaffung Übergangsregelung für Beiträge an EL-Bezieher:innen	S5-01.M_ÜP1: Schaffung zentrale Beratungsstelle
Total Punkte	295	350	295	350	310	300

[100-04_0603_Nutzwert Massnahmen V0_8_2025 05 21 ADR ESCA RW.xlsx]Bewertung

Die Massnahmen «Kurzaufenthalt planbares Entlastungsbett» sowie «Kurzaufenthalt mit «Reha-light»-Charakter erhalten die höchsten Werte in der Nutzwertanalyse.

Die detaillierte Bewertung mit Darstellung und Gewichtung der Kriterien sowie Argumentation für die Vergabe der Punkte ist im Anhang 8.6 ersichtlich.

5.4 Fazit und Empfehlung für Priorisierung

Die Projektgruppe empfiehlt, für die Massnahmen «Kurzaufenthalt planbares Entlastungsbett» sowie «Kurzaufenthalt mit «Reha-light»-Charakter» entsprechende Detailkonzepte im Rahmen der Projektorganisation auszuarbeiten.

Die erarbeiteten Eckwerte sind zum Teil schon recht detailliert und somit können auch die Massnahmen, die nun nicht priorisiert wurden, ausserhalb der Projektorganisation auf dieser Basis weiterbearbeitet werden.

² Jedes Kriterium würde für jede Variante bewertet und die Punktezahl (4 = sehr gut, 3 = gut, 2 = genügend, 1 = ungenügend) mit der Gewichtung des Kriteriums multipliziert. Die so ermittelten Werte pro Kriterium wurden pro Variante summiert.



6 Detailkonzept priorisierte Massnahme(n) Übergangsphase

6.1 S2-01.M_ÜP1a: Kurzeitenaufenthalt planbares Entlastungsbett

6.1.1 Rekapitulation / Aktualisierung Ausgangslage

- Die Mehrheit der APH im Kanton Uri hält keine planbaren Entlastungsbetten vor, sondern vergibt die Plätze als «Ferienbett», wenn diese gerade frei sind. Das APH Rüttigarten und das APH Spannort bieten gesamt sieben fixe Ferienbetten an, was 1.27 % der 551 stationären Plätze im Kt. Uri (ohne Notbetten) entspricht. Im Jahr 2024 war die Bettenanzahl wie folgt:
 - o APH Rüttigarten: 6 Betten, durchschnittliche AHD 17.3 Tage
 - o APH Spannort: 1 Bett, durchschnittliche AHD 16.5 Tage
- Die gesamte Anzahl Ferientage in den Urner APHs betrug im 2024 1'007 Tage. Davon entfallen rund 400 Tage auf die geplanten Entlastungsbetten und rund 600 Ferientage auf nicht speziell dafür vorgehaltene Entlastungsbetten.
- Das unternehmerische Risiko der allfälligen Minderauslastung des Ferienbetts liegt aktuell bei den APHs.
- Mit der Nutzung des Ferienbetts wird aktuell sehr oft die Hürde für einen Heimeintritt gesenkt. Eigentlich handelt es sich in diesem Fall mehr um ein «Probierangebot für die Langzeit» als um einen echten Kurzeitenaufenthalt.
- Ferienbetten werden aktuell im Kanton Uri auch für Zwischenlösungen genutzt, wenn im präferierten Heim kein Platz frei ist (je nachdem erfolgt anschliessend eine Rückverlegung oder auch nicht) oder bei Übertritten aus anderen Institutionen wie dem Kantonsspital Uri.

6.1.2 Ziele

- Mit dem planbaren Entlastungsbett soll die überbrückende Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger gefördert werden, sodass alte Menschen möglichst lange im angestammten Umfeld betreut und gepflegt werden können.
- Dabei gelten die gleichen Grundwerte bezüglich Qualität der stationären Langzeitpflege gelten auch für das planbare Entlastungsbett in gleichem Masse, zusätzlich sind als Grundwerte Planungssicherheit und Flexibilität für die Angehörigenentlastung zentral.

6.1.3 Zielgruppe

- *Generell:* Das Angebot ist für Personen, die zuhause gepflegt werden und die nach dem geplanten Entlastungsaufenthalt nach Hause in das gewohnte Umfeld zurückgehen.
- *Wohnsitz:* Das Angebot ist für Einwohner:innen mit Wohnsitz im Kanton Uri. Sofern es freie Betten gibt, können diese auch kurzfristig mit ausserkantonalen Personen belegt werden. Ausserkantonale Personen können das Entlastungsbett im Maximum einen Monat zum Voraus buchen.
- *Altersgruppe:* Das Angebot ist grundsätzlich für Personen 65+ vorgesehen.



- *Pflege- und / oder Betreuungsbedürftigkeit:* Das Angebot ist für Personen mit Pflege- und / oder Betreuungsbedürftigkeit gedacht. Die Abdeckung von hoher Pflege- und / oder Betreuungsbedürftigkeit ist vorgängig mit dem APH zu klären, ebenso spezielle Verhaltensauffälligkeiten.
- *Abgrenzung:* Das planbare Entlastungsbett ist kein «Probierangebot für Langzeit». Ein «automatischer» bzw. schon geplanter Übertritt vom «Entlastungsbett» in den Langzeitaufenthalt ist nicht vorgesehen.

6.1.4 Beschreibung Massnahme

Länge, Reservation und Aufnahme sind wie folgt vorgesehen:

- *Länge Aufenthalt:* Das «geplante Entlastungsbett» ist ein Entlastungsaufenthalt mit einem geplanten Ein- und Austritt. Der Aufenthalt im Entlastungsbett ist begrenzt auf den reservierten Zeitraum. Für den Aufenthalt wird ein temporärer Vertrag gemacht. Die Dauer beträgt vier Tage bis max. acht Wochen. Die Frage der Pflegeeinstufung bei sehr kurzen Aufenthalten wird im Betriebskonzept ausgearbeitet.
- *Reservation Betten:* Die Entlastungsbetten werden explizit für Entlastungsaufenthalte reserviert und können im Voraus planbar gebucht werden (vergleichbar mit einem Hotelaufenthalt mit geplantem Ein- und Austritt). Gebucht werden kann telefonisch, persönlich, schriftlich oder online. Die Reservation für das Entlastungsbett ist verbindlich. Bei einer Stornierung gelten beispielhaft folgende Bedingungen: Bis vier Wochen vor Aufenthaltsbeginn: 50 % der vereinbarten Kosten, zwei Wochen zum Voraus 100 %. Bei unvorhersehbaren medizinischen Gründen (z.B. Spitaleintritt, akute Erkrankung) oder bei Todesfällen erfolgt keine Verrechnung der vereinbarten Kosten.
- *Standardisierter Aufnahmeprozess:* Der Aufnahmeprozess ist im Vergleich zu einem Langzeitaufenthalt vereinfacht, regelt aber die nachstehenden Elemente:
 - Anmeldeverfahren
 - Informationsweitergabe von und an Angehörige
 - Einschätzung des Pflegebedarfs vor Aufnahme
 - «Übergabeprotokoll» bei Eintritt

Die Leistungen im planbaren Entlastungsbett entsprechen in der Regel denen des stationären Langzeitpflegeplatzes. Allfällige Abgrenzungen bzw. Besonderheiten sind im nachstehenden Leistungskatalog aufgeführt:

- **Pflegeleistungen**
 - Grundpflege (z.B. Unterstützung bei Körperpflege, Ankleiden, Mobilisation)
 - Behandlungspflege (z.B. Medikamentengabe, Wundversorgung) nach ärztlicher Anordnung
 - Überwachung des Gesundheitszustands
 - Unterstützung bei Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme
- **Betreuung und Begleitung**
 - Soziale Betreuung und Beschäftigung (z.B. Gespräche, Spiele, Aktivitäten)
 - Begleitung bei Spaziergängen oder kleinen Ausflügen innerhalb des Heims
 - Unterstützung bei Alltagsaktivitäten entsprechend dem Pflegebedarf



- Medizinische Versorgung
 - o Koordination mit Hausarzt oder Fachärzten
 - o Materialbewirtschaftung (Inkontinenzmaterial usw.)
 - o Medikamentenmanagement (Medikamente müssen für den Aufenthalt mitgebracht werden)
 - Zu beachten: Einbindung in das Medikamentenmanagement des APH und Verantwortlichkeiten diesbezüglich sind einheitlich zu definieren und im Aufnahmeprozess entsprechend mitzuteilen.
 - o Notfallmanagement und schnelle medizinische Intervention im Bedarfsfall.
 - Zu beachten: Dieses muss im Rahmen des Aufnahmeprozess geklärt werden; z.B. Allergien, Handhabung lebenserhaltende Massnahmen.
- Verpflegung
 - o Vollverpflegung inklusive Frühstück, Mittagessen, Abendessen und Zwischenmahlzeiten
 - o Berücksichtigung spezieller diätetischer Bedürfnisse (z.B. Diabetes, Allergien)
- Unterkunft und Infrastruktur
 - o Bereitstellung eines vollmöblierten Pflegezimmers (Einzelzimmer)
 - o Reinigung des Zimmers und Wäscheversorgung
 - Zu beachten: Klärung des Wäscheprozesses; Wäsche des Entlastungsbettgastes sollte wenn möglich nicht mit Namen angeschrieben werden.
 - o Nutzung gemeinsamer Aufenthaltsräume und Aussenanlagen
- Soziale Integration
 - o Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten im Heim
 - o Möglichkeiten für soziale Kontakte mit anderen Bewohner:innen
- Inanspruchnahme der externen Dienstleister
 - o Podologie
 - o Coiffeur
 - o Physio / Ergo (soweit verfügbar)
 - Zu beachten: Bestehende Therapien sollten möglichst aufrechterhalten werden können, sofern gewünscht und möglich. Dies muss vorgängig zum Aufnahmeprozess entsprechend geregelt werden.

Die Information und Kommunikation mit den Angehörigen ist entsprechend zu regeln und wenn möglich zu standardisieren:

- Regelmässige Updates an Angehörige über den Zustand des / der Bewohner:in (falls gewünscht)
- Ansprechpartner für Fragen und Anliegen der Angehörigen

6.1.5 Umfang Angebot

Ausgehend von 1'007 erbrachten Ferientage im 2024 (gemäss Erhebung bei den Urner Pflegeheimen im Frühjahr 2025 im Rahmen des Projekts «Massnahmen Übergangsphase») soll das Angebot mit drei planbaren Entlastungsbetten gestartet werden, mit der Option eines möglichen Ausbaus auf bis zu sechs Betten.



Das Startvolumen von drei Entlastungsbetten entspricht rund 0.5 % aller stationären Betten des Kantons. In einem möglichen Endausbau mit sechs Entlastungsbetten entspricht das 1 % aller stationären Betten.

6.1.6 Erwartete Wirkung

Zur Wirkung von Entlastungsbetten in Pflegeheimen, insbesondere im Hinblick auf die Entlastung pflegender Angehöriger und dadurch längere Betreuung zu Hause gibt es keine uns bekannten empirischen Studien. Trotzdem lassen sich aus bestehenden Erkenntnissen und Erfahrungsberichten folgende Wirkungen ableiten:

- Physische und psychische Entlastung der Angehörigen
- Präventive Wirkung durch Vermeidung von Überforderung bei den Angehörigen
- Allenfalls Vermeidung von Unterversorgung und Verbesserung der Pflegequalität durch stärkeren Einbezug von qualifiziertem Pflegepersonal

6.1.7 Lokalisierung Angebot

Das Angebot des Entlastungsbetts muss nicht zwingend von einem der grossen Heime angeboten werden und auch die Nähe zum KSU ist nicht zwingend erforderlich.

Theoretisch ist es möglich, das Angebot an verschiedenen Standorten anzubieten. Die Projektgruppe schlägt jedoch vor, das Angebot des planbaren Entlastungsbetts an einem Standort zu konzentrieren. Mit der Konzentration des Angebots auf einen Betrieb wird eine kritische Masse erreicht, um die Betten analog einem «Hotelbetrieb» zu führen. Die Vorhalteleistungen werden an einem Ort gebündelt und die spezifischen Abläufe / Regelungen für das Angebot des Entlastungsbetts werden nur an einem Ort aufgebaut.

Bei der Auswahl des APHs, das diese Leistungen künftig anbietet, können zudem Faktoren wie Lage, Aussicht und ähnliches berücksichtigt werden.

Die anderen APHs sollen sich mittels des «letter of intent» verpflichten, während der Übergangsphase, keine planbaren Entlastungsbetten anzubieten, dies beinhaltet auch kurzfristige Anfragen bezüglich der Nutzung eines Entlastungsbetts.

Gemäss dem «Stimmungsbarometer» der Heimleitungen vom 3. Juli 2025, siehe Anhang 8.8, wird der Konzentration des Angebots auf einen Standort zugestimmt. Grundsätzlich zeigen das Seniorenzentrum Oberes Reusstal und APH Rüttigarten die Bereitschaft, das Angebot anzubieten, vorbehaltlich der Zustimmung der strategischen Gremien und der Zusage der Abfederung des Auslastungsrisikos (siehe Kap. 6.1.8).

6.1.8 Wirtschaftliche Aspekte des Angebots

Die höhere Fluktuation der Bewohner:innen und die tiefere Auslastung (maximal zwischen 80 bis 90 %) zieht einen entsprechenden Ertragsentgang nach sich. Diese Vorhalteleistung und der operative Mehraufwand durch die Kürze des Aufenthalts, werden über einen Preiszuschlag für das Entlastungsbett entsprechend abgegolten:



- Übernahme Preiszuschlag Entlastungsbett:
 - o In der Regel übernimmt der / die Bewohner:in den Zuschlag; auch heute schon verrechnen die APH in der Regel hier einen höheren Pensionstarif. Im Gegensatz zu einem System, indem die öffentliche Hand die Kosten der Vorhaltleistungen tragen würde, wird so ein «Giesskannenprinzip» vermieden.
 - o Mit der Verrechnung der Zusatzkosten wird der Höchstarif für EL-Beziehende (2025: Pensionstarif inklusive Betreuung max. CHF 172 / Tag, der Differenzbetrag ist vom / von der EL-Bezieher:in zu zahlen) überschritten.
 - o Personen mit geringen finanziellen Mittel, die zu Hause leben und keine EL beziehen, können vor dem Entlastungsaufenthalt eine EL Anmeldung einreichen. Besteht infolge eines Einnahmenüberschusses kein Anspruch auf eine jährliche EL, wird die Vergütung der Krankheitskosten (ausgewiesene oder maximal anrechenbare) aufgrund der Differenz zwischen dem Einnahmenüberschuss und den Kosten für den Entlastungsaufenthalt festgestellt.
- Abfederung Auslastungsrisiko durch Kanton und Gemeinden
 - o Die geringere Auslastung des Entlastungsbetts (Differenz zwischen einer angenommenen maximalen Auslastung des Entlastungsbetts von 85 % zu der Normalauslastung von angenommenen 95 % eines Langzeitbetts wird durch den Preiszuschlag ausgeglichen. Das Auslastungsrisiko unter 85 % soll jedoch für eine zu definierende Pilotphase grundsätzlich von Kanton / Gemeinden getragen werden. Basierend auf der Kostenstruktur 2025 des Seniorenzentrums Oberes Reusstal wurde das mögliche Auslastungsrisiko, das durch Kanton und Gemeinden übernommen werden soll, berechnet. Für die drei Entlastungsbetten in der Startphase ergibt sich ein Betrag von bis zu TCHF 110 pro Jahr als Auslastungsrisiko für Kanton und Gemeinden, wenn die Auslastung auf bis zu durchschnittlich 50 % sinkt.

Die Kalkulation des Preiszuschlags für das Entlastungsbett sowie die Berechnung der möglichen Abfederung des Auslastungsrisiko durch Kanton und Gemeinden sind im Anhang 8.7 ersichtlich.

6.1.9 Werbung und Öffentlichkeitsarbeit

Das Angebot ist entsprechend zu bewerben. Informationen über das Angebot sind via Website, Flyer, Fachstelle Altersfragen, Hausärzte, Gemeinde, Spitex u.a. erhältlich.

6.1.10 Grenzen / Möglichkeiten bestehende gesetzliche Grundlage

Die bestehenden gesetzlichen Grundlagen zur Schaffung des Angebots sehen diesbezüglich keine Begrenzung vor.



6.1.11 Umsetzungsaspekte

Das Pflegeheim, das während der Pilotphase die planbaren Entlastungsbetten anbietet, erarbeitet auf der Basis des vorliegenden Detailkonzept ein Betriebskonzept. Es ist Basis für Verhandlungen mit der öffentlichen Hand (Gemeinde / Kanton) für eine Pilotvereinbarung. In der Pilotvereinbarung wird insbesondere die Frage des Auslastungsrisikos (siehe dazu Anhang 8.7) und der Bezug zum «letter of intent» mit den anderen APH (Kapitel 6.1.7) geregelt.

Unter der Berücksichtigung der politischen Prozesse bei Kanton und Gemeinden wird das erweiterte Entlastungsangebot frühestens ab dem 1. Januar 2027 zur Verfügung stehen können.

6.2 S2-01.M_ÜP1c: Kurzzeitbett mit «Reha-light»-Charakter

6.2.1 Ausgangslage

In der Regel erfolgen in der Schweiz mehr als 80 % der Eintritte in ein Pflegeheim nach einem Aufenthalt in einem Akutspital. Betagte Menschen haben in der ersten Phase nach der Akutintervention typischerweise über längere Zeit einen hohen Pflegebedarf und damit verbunden nur eine beschränkte Möglichkeit ein umfangreiches Rehabilitationsprogramm in einer Rehabilitationsklinik zu absolvieren. In dieser Situation drängt sich oft ein Pflegeheimeintritt als die schnellste und kurzfristig beste Lösung auf. Ein Eintritt in ein Pflegeheim ist häufig definitiv. Die betroffene Person selbst möchte aber nach einer Akutintervention meist nach Hause zurückzukehren.

Die Umfragen von März bis Mai 2025 in den Pflegeheimen des Kantons Uri zeigten, dass in einigen Heimen bereits rehabilitative Ansätze bestehen. In weiteren Diskussionen kam die Projektgruppe aber zum Schluss, dass der Aufbau eines voll ausgebauten Reha-Angebots wie es im Kap.4.5.3 beschrieben ist, für die Übergangsphase nicht realistisch wäre.

Es wurde deshalb entschieden, dass ein «Reha-Light»-Angebot aufgebaut werden soll. Den Aufbau dieses Angebots sollte das Pflegeheim weitgehend mit bereits bestehenden Ressourcen realisieren können.

In der Deutschschweiz bieten gegenwärtig erst wenige Pflegeheime ein ausgebautes rehabilitatives Angebot für betagte Menschen an. Für das Detailkonzept stützen wir uns deshalb zu einem wesentlichen Teil auf Erfahrungen der Thurvita AG in der Region Wil ab.

6.2.2 Ziele

- Das «Reha-Light»-Angebot soll einen Beitrag leisten den Wunsch alter Menschen, möglichst lange zu Hause zu wohnen, zu unterstützen und das Nachfragewachstum nach stationären Plätzen im Kanton Uri zu bremsen.
- Ein rehabilitatives Angebot der Pflegeheime im Kanton Uri soll für betagte Menschen eine «Brücke» nach Hause sein. Das Angebot ist ein Bindeglied für die Weiterführung der geriatrischen Behandlungskette und versteht sich als integrativer Bestandteil eines Versorgungsnetzwerks.



- Die Aufenthalte umfassen grundsätzlich drei bis max. 12 Wochen. Die physiologisch bedingte verzögerte Rekonvaleszenz begründet den längeren Zeitbedarf zur Wiedererlangung funktioneller Fähigkeiten und zum Wiedererlangen der Selbstständigkeit im Alltag.
- Das «Reha-Light»-Angebot soll so ausgestaltet sein, dass, falls die neue zu gründende Unternehmung entscheidet, ein voll ausgebautes Reha-Angebot aufzubauen, das «Reha-Light»-Angebot als Basis für den Ausbau nutzen kann.

6.2.3 Zielgruppe

Zielgruppe sind in erster Linie betagte Personen nach einer Akutintervention, die kurz vor dem Spitalaustritt stehen und pflegebedürftig sind. Die Personen können nicht in eine anerkannte Reha-Klinik eintreten aber auch nicht direkt nach Hause zurückkehren, haben aber ein Rehabilitationspotential für eine Rückkehr nach Hause.

6.2.4 Beschreibung Massnahme

- **Fallführung:** Es wird eine fallführende Person des Pflegeheims bezeichnet, die für den «Reha-light»-Prozess von der Austrittsplanung bis zum Abschluss für die betroffene Person verantwortlich ist. Sie ist für den Patienten, deren Angehörige und alle weiteren Fachpersonen des «Reha-Light»-Angebots die primäre Ansprechperson. Sie koordiniert und bündelt die interdisziplinären Leistungen. Die fallführende Person ist eine Pflegefachperson des Pflegeheims, welches die Reha-Leistungen anbietet. Idealerweise hat sie Erfahrung und / oder eine Fortbildung im Case Management.
- **Eckwerte des «Reha-Light»-Prozesses**
 - o *Aufnahmegespräch* normalerweise vor Ort im Spital, zum Zeitpunkt der Austrittsplanung.
 - o *Triage-Kriterien:* Die fallführende Person des Pflegeheims entscheidet in Absprache mit der Austrittsplanung des Spitals, ob der betagte Mensch über ein ausreichendes Reha-Potential verfügt, sodass er mit dem Ziel einer Rückkehr nach Hause in das «Reha-Light»-Angebot eintreten kann.
 - o *Standortbestimmung bei Eintritt:* Die mit dem Reha-Programm zu erreichende Ziele werden mit den Patient:innen beim Eintritt vereinbart. Für die Zielformulierung werden die am «Reha-Light»-Prozess beteiligten Fachpersonen in Form einer Fallbesprechung einbezogen. In diesem Gefäss werden die Aktivitäten und Therapien bestimmt, um die gesetzten Ziele zu erreichen. Die sozialen Aspekte der Rehabilitation werden berücksichtigt. Aufnehmende Personen oder Organisationen (insbesondere Angehörige, Spitex) werden in geeigneter Form einbezogen. Die fallführende Person bezieht für soziale bzw. finanzielle Problemstellungen eine Fachperson der Sozialarbeit der Pro Senectute bei. Dieser automatische Beizug steht unter dem Vorbehalt, dass die Leistungen der Pro Senectute im Rahmen der bestehenden Leistungsvereinbarung mit dem Amt für Soziales entschädigt werden.
 - o *Ärztliche Verordnung:* Die für die Zielerreichung notwendigen Therapien werden auf der Basis der Standortbestimmung ärztlich verordnet.



- *Ergo- und Physiotherapien*: Es wird, wenn möglich zusammen mit der einem Ergo- oder Physiotherapeuten, das Rehabilitationsprogramm während des «Reha-Light»-Angebots bestimmt. Falls keine Fachpersonen für die Therapien selbst zur Verfügung stehen, wird zusammen mit der fallführenden Person und dem Pflege-Team das Programm der Pflegetrainings bestimmt. Es wird angestrebt, dass mindestens einmal pro Tag eine Therapie und / oder ein Pflegetraining mit der betroffenen Person durchgeführt wird. Das Programm beginnt unmittelbar nach Eintritt, spätestens im Laufe der Eintritswoche.
- *Standortbestimmung Zwischenstand*: Abhängig von der Dauer des «Reha-Light»-Aufenthalts werden Fallbesprechungen zur Bestimmung der Fortschritte durchgeführt. Der Massnahmenplan wird gegebenenfalls angepasst. Es findet mindestens eine Standortbestimmung pro Monat statt.
- *Austritt Reha-Programm*: Die fallführende Person führt vor Abschluss des «Reha-Light»-Programms mit dem / der Patient:in ein Abschlussgespräch. Aufnehmende Personen oder Organisationen werden rechtzeitig vor dem Austritt einbezogen. Falls soziale bzw. finanzielle Fragestellungen wichtig sind, wird eine Fachperson der Sozialarbeit beigezogen. Die Ausgestaltung des Einbezugs bei Ein- und Austritt wird im Betriebskonzept festgelegt.
- **Pflegehaltung**: Das Pflegepersonal der stationären Langzeitpflege ist typischerweise bestrebt, für die ihnen anvertrauten Personen eine qualitativ hochstehende Pflege und Betreuung im Alltag des Heims zu gewährleisten. Die Pflege im Langzeitbereich hat oftmals nur wenig Erfahrung mit einem zielorientierten Aufbau von Restfähigkeiten, einem ressourcenorientierten Arbeitsansatz und einer interdisziplinären Pflegearbeit (z.B. Ärzte, Therapien, Sozialarbeit). Die Pflegehaltung ist in den Pflege-Teams zu thematisieren und zu entwickeln. Sie ist ein entscheidender Faktor für ein erfolgreiches «Reha-Light»-Angebot.
- **Zusammenarbeit mit dem Spital und Hausärzten**: Spitäler haben ein wirtschaftliches Interesse möglichst schnell eine Anschlusslösung zu finden, in der pflegedürftige Patient:innen nach einem Akutaufenthalt nachhaltig versorgt werden. Dies reduziert die durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Spitals und verhindert Re-Hospitalisierungen. Für das «Reha-Light»-Angebot eines Pflegeheims wird sichergestellt, dass die ärztliche Betreuung nach dem Übertritt in das Pflegeheim ohne Unterbruch gewährleistet ist. Insbesondere nimmt der Arzt oder die Ärztin an den Standortbestimmungen teil. Falls der Hausarzt diese Aufgabe nicht übernehmen kann, wird versucht den behandelnden Arzt des Spitals einzubeziehen. Das mit dem «Reha-Light»-Angebot betraute Pflegeheim soll deshalb mit dem KSU klären, ob ein Zusammenarbeitsvertrag abgeschlossen werden kann. Es soll gleichzeitig geprüft werden, ob die Ergo- und Physiotherapie des KSU im Rahmen eines solchen Vertrages Leistungen für das «Reha-Light»-Angebot des Pflegeheims erbringen können.

6.2.5 Umfang Angebot

Die potenzielle Nachfrage nach einem «Reha-Light»-Angebot ist wahrscheinlich in erster Linie vom Anteil der Wohnbevölkerung abhängig, die älter als 70 Jahre ist. Der Anteil der stationären



Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe wird die Nachfrage zusätzlich beeinflussen. Im Vergleich zur Region Wil SG schätzen wir die Determinanten der Reha-Nachfrage im Kanton Uri wie folgt ein:

Tabelle 5: Determinanten der Nachfrage für ein Reha-Angebot

	Bewilligte Heimplätze	Bevölkerung Total (2023)	Bevölkerung 70+ (2023)
Kanton Uri	567	38'000	6'046
Stadt Wil SG	238	25'000	3'584
Uri / Wil %	238%	152%	169%

Quelle: Statistik Uri, Stadt Wil

100-04_602_Anzahl Reha Betten_2025 06 11ADR

Thurvita-Care konnte im Jahr 2024 insgesamt 14 Betten ihres Reha-Angebots zu etwa 94 % auslasten. In der Region Wil sind gegenwärtig 238 Pflegeheimbetten bewilligt. Im Kanton Uri kann somit langfristig mit einer Nachfrage nach 20 bis 25 Betten mit Reha-Charakter gerechnet werden.

Für das «Reha-Light»-Angebot empfiehlt die Projektgruppe, dass vorerst ein Angebot von fünf Betten aufgebaut wird. Dies ermöglicht es mit einem beschränkten Aufwand und Risiko erste Erfahrungen zu sammeln.

6.2.6 Erwartete Wirkung

Die Begleitstudie des ZHAW (Meier et al., 2019) zeigt, dass in der Region Wil die Zahl der notwendigen Langzeitplätze durch ein auf die Bedürfnisse betagter Menschen ausgerichtetes Reha-Angebot langfristig um bis zu 14 % gesenkt werden konnte.

Für den Kanton Uri kann – je nach Ausbau des Reha-Angebots – in einer ersten Annäherung von einer Reduktion der Nachfrage nach klassischen Langzeitbetten von 5 bis 15 % ausgegangen werden. Mit der Evaluation des «Reha-Light»-Angebots ist eine genauere Schätzung des zu erwartenden Effekts möglich.

Diese Reduktion der Nachfrage nach Langzeitplätzen ist gesellschaftlich wertvoll, weil alte Menschen vermehrt ihren Wunsch - im hohen Alter möglichst lange zu Hause zu leben - verwirklichen können.

Es ist zudem mit einer Reduktion der volkswirtschaftlichen Kosten zu rechnen, weil die Zahl der Personen, die mit einer tiefen Pflegestufe in den Pflegeheimen leben, deutlich zurückgehen wird. Das Setting eines Pflegeheims ist für Bewohner:innen mit tiefen Pflegestufen in der Tendenz überteuert und volkswirtschaftlich ineffizient.

Die Selektion der betagten Personen durch das Reha-Programm ist für das Pflegeheim wirtschaftlich interessant, weil die durchschnittliche Pflegestufe der Langzeitbewohnenden mit der Einführung eines «Reha-Light»-Angebots zunehmen wird. Der heute beobachtete Effekt, dass alte Menschen nach einer Akutintervention mit einem hohen Pflegebedarf eintreten und im Heim verbleiben, obwohl sie nach einiger Zeit nur noch eine tiefe Pflegestufe benötigen, wird weniger oft auftreten. Solche Personen werden mit dem «Reha-Light»-Angebot aktiv gefördert und treten bei tiefem Pflegebedarf meist wieder nach Hause aus. Durch diese Rückkehr nach



Hause von Bewohner:innen mit tiefen Pflegestufen, erhöht sich die durchschnittliche Pflegestufe der Heime, was die Wirtschaftlichkeit der klassischen Langzeitinstitutionen stärkt.

6.2.7 Lokalisierung Angebot

Der Aufbau des Know-hows – auch für das «Reha-Light»-Angebots – ist anspruchsvoll und aufwändig. Es ist wertvoll – falls die neue Unternehmung entscheidet das Angebot zu übernehmen oder auszubauen – das erarbeitete Know-how kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Die Projektgruppe empfiehlt deshalb das Pilotprojekt «Reha-light»-Angebot auf ein Pflegeheim zu konzentrieren. Für die Wahl des geeigneten Pflegeheims sind aus Sicht von HeCaCons folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- *Betriebsgrösse*: Im Vollausbau des Reha-Angebots muss eine kontinuierliche Präsenz von diplomiertem Pflegefachpersonal sichergestellt sein. Nur so können auch pflegetechnisch anspruchsvollen Situationen adäquat abgedeckt werden. Meist kann dies – vor allem aus wirtschaftlichen Gründen - nur ein grösseres Pflegeheim mit mindestens etwa 70 Plätzen sicherstellen. Falls für das «Reha-Light»-Angebot ein kleineres Heim gewählt würde, müsste bei einem allfälligen späteren Entscheid der neuen Unternehmung für einen Vollausbau des Reha-Angebots das Heim gewechselt werden. Vorinvestitionen und Know-how gingen damit verloren.
- *Innovationsbereitschaft*: Reha-Angebote in Pflegeheimen mit dem Ziel eine Rückkehr nach Hause zu fördern, sind in der Schweiz noch wenig etabliert. Entsprechend müssen das Management und die Pflegekräfte des Betriebes motiviert sein, neue innovative Angebote aufzubauen und bestehende Prozesse und Leistungen zu hinterfragen.
- *Bestehende Reha-Massnahmen*: Die Umfrage in den Heimen zeigte, dass der Umfang bereits bestehender Reha-Massnahmen je nach Betrieb unterschiedlich ist. Einem Betrieb, der mit bestehenden Massnahmen bereits Erfahrungen gesammelt hat, wird es leichter fallen ein «Reha-Light»-Angebot aufzubauen.
- *Spitalnähe*: Die geographische Nähe zum KSU leistet einen Beitrag, dass die geriatrische Behandlungskette nicht unterbrochen wird. Eine Zusammenarbeitsvereinbarung mit dem Spital kann zudem allenfalls einfacher realisiert und effizienter ausgestaltet werden.

Aus dem Gesichtspunkt dieser Kriterien, eignen sich grundsätzlich folgende Betriebe, um ein «Reha-light»-Angebot aufzubauen:

- Alters- und Pflegeheim Rüttigarten, Schattdorf
- Alters- und Pflegeheim Rosengarten, Altdorf
- Alters- und Pflegeheim Gosmergärtä, Bürglen

In der Konsultation der Alters- und Pflegeheime vom 3. Juli 2025 («Stimmungsbarometer», siehe Anhang 8.8) zeigte sich, dass die Heimleitungen einer Konzentration auf einen Standort grundsätzliche zustimmen. Für die Wahl des konkreten Standorts zeichnete sich eine Zustimmung zum Standort Rüttigarten ab.



6.2.8 Wirtschaftliche Aspekte des Angebots

Die bestehende Pflegeheimfinanzierungen sind nicht konzipiert worden, um stationäre Leistungen mit Reha-Charakter zu finanzieren. Entsprechend können gewisse Kostenaspekte mit den bestehenden gesetzlichen Grundlagen nicht adäquat gedeckt werden. Es sind dies insbesondere:

- *Case Management*: Das Case Management bzw. die Fallführung und der erhöhte Koordinationsbedarfs der interdisziplinären Zusammenarbeit (z.B. Fallbesprechungen) der am Reha-Prozess beteiligten Fachpersonen, kann im bestehenden RAI-(bzw. BESA-)System nicht abgebildet werden.
- *Aufenthaltsdauer*: Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer einer Langzeitbewohner:in im Kanton Uri beträgt gegenwärtig gut drei Jahre (Obsan, 2025). Für einen Reha-Aufenthalt ist mit einer durchschnittlichen Dauer von ein bis zwei Monaten zu rechnen. Die Zusatzkosten der höheren Fluktuation (Administration, Ein- und Austrittskosten, erhöhte Abnutzung Immobilie) werden in den heutigen Pensionstarifen nicht abgebildet.
- *Auslastung*: Die höhere Fluktuation senkt tendenziell die durchschnittliche Auslastung. Um die Kontinuität der geriatrische Behandlungskette sicherzustellen, sollten zudem eine gewisse Anzahl von Plätzen vorgehalten werden. Es kann realistischerweise mit einer durchschnittlichen Auslastung von 90 bis 95 % gerechnet werden, was einige Prozentpunkte unter dem Wert der klassischen Langzeitpflege im Kanton Uri liegt.

Die Kosten der Therapien und der intensiveren ärztlichen Begleitung können von den Leistungserbringern grundsätzlich zu kostendeckenden Tarifen verrechnet werden. Die Therapien an sich verursachen dem Pflegeheim keine ungedeckten Zusatzkosten.

Für die Wirtschaftlichkeit des Angebots ist eine hohe durchschnittliche Pflegestufe gemäss RAI-Stufe wichtig (es ist vorgesehen, dass alle stationären Betriebe im Kanton Uri auf den 1. Januar 2027 vom BESA auf das RAI-System wechseln). Folgende Aspekte müssen dabei besonders berücksichtigt werden:

- Wenn pro Woche und Patient:in mindestens drei Physio- oder Ergo-Einheiten (insgesamt 45 Min.) und zwei Pflgetrainings durchgeführt werden, qualifiziert das Programm gemäss RAI für eine «niedrige Rehabilitation» und löst – unabhängig von weiterem Pflegebedarf – eine Pflegestufe 8 aus.
- Zusätzliche Pflgetrainings im Rahmen einer zielorientierten Pflegearbeit erhöhen die RAI-Pflegestufe weiter und leisten einen wesentlichen Beitrag an die Rehabilitation der betagten Person.

Die im Vergleich zu einem klassischen Heimeintritt höheren Pflegestufen in einem «Reha-light»-Angebot, werden auch die Gemeinden in einer ersten Zeit in der Form einer höheren Restkostenfinanzierung zusätzlich belasten. Mittelfristig hingegen wird die Restkostenfinanzierung der Gemeinden deutlich sinken, weil das «Reha-light»-Angebot die Nachfrage nach stationären Langzeitaufenthalten reduzieren wird.

Auch wenn die Möglichkeiten des RAI-Systems voll ausgenützt werden und die Therapien wirtschaftlich kostendeckend angeboten werden, können nicht alle Zusatzkosten des rehabilitativen Angebots gedeckt werden. Je nach Ausgestaltung ist mit ungedeckten Zusatzkosten



(z.B. Fallbesprechungen) in der Grössenordnung von CHF 40 bis 70 pro Tag und Person zu rechnen. Die Erfahrung zeigt, dass die betroffenen Personen bereit sind diese Zusatzkosten in Form eines Zuschlags zu tragen, weil sie eine gute Chance haben, einen langfristigen Pflegeheimaufenthalt zu vermeiden. Für die EL-Empfänger:innen ist der Zugang zu den Leistungen erschwert, weil der EL-Maximalbetrag von CHF 172 / Tag überschritten werden wird.

Die tatsächlichen Zusatzkosten im Kanton Uri sind stark von der Kostenstruktur des gewählten Pflegeheims sowie der Ausgestaltung und des Umfangs des «Reha-light»-Angebots abhängig. In der Vorbereitung der Umsetzung müssen die ungefähren Zusatzkosten im Rahmen eines Betriebskonzeptes bestimmt werden. Der Kanton Uri und die Gemeinden können in der Folge entscheiden, ob sie die erwarteten Zusatzkosten im Rahmen einer Pilotfinanzierung übernehmen oder ob die Kosten den Patient:innen weiterverrechnet werden. Die zu erwartende tiefere Auslastung im Vergleich zur Langzeitpflege, wird durch den Zuschlag ebenfalls abgedeckt. Im Gegensatz zu den Entlastungsbetten muss kein fixer Sockel von fünf Reha-Betten jederzeit freigehalten werden. Das Risiko einer Auslastung, die unter dem Erwartungswert liegt, ist insgesamt nicht höher als in der normalen Langzeitpflege und muss deshalb von der öffentlichen Hand nicht als gemeinwirtschaftliche Leistung abgegolten werden.

In der Pilotphase «Reha-light» sollen die entstandenen Zusatzkosten erhoben werden. Falls sich das Angebot bewährt, können auf dieser Basis gegebenenfalls die kantonalen Bestimmungen angepasst werden und so die Zusatzkosten künftig gedeckt werden.

6.2.9 Werbung und Öffentlichkeitsarbeit

Zielgruppe von Kommunikationsmassnahmen sind in erster Linie Fachpersonen im Bereich Alter. Die behandelnden Ärzt:innen und Sozialarbeiter:innen des KSU sind dabei Schlüsselpersonen, weil sie während des Spitalaufenthaltes die entscheidenden Referenzpersonen für die Gestaltung des Austritts sind. Diese Personen müssen das «Reha-light»-Angebot kennen und ihr wirtschaftliches und menschliches Potential verstehen.

6.2.10 Grenzen / Möglichkeiten bestehende gesetzliche Grundlage

Das «Reha-light»-Angebot in einem Pflegeheim kann mit den bestehenden gesetzlichen Grundlagen realisiert werden. Für die Einführung des Angebots ist keine Gesetzesanpassung notwendig.

6.2.11 Umsetzungsaspekte

Für die weiteren Arbeiten sind folgende Schritte vorzusehen:

- Das Pflegeheim, das mit dem Aufbau des «Reha-light»-Angebots betraut werden, erarbeitet auf der Basis des vorliegenden Detailkonzept bis zum 2. Quartal 2026 ein für ihre Institution angepasstes **Betriebskonzept**. Das Betriebskonzept beinhaltet insbesondere folgende Elemente:
 - «Reha-light»-Prozess mit detaillierten Arbeitsschritten und Begleitdokumenten
 - Aufbau – und Ablauforganisation des neuen Angebots



- Planerfolgsrechnung des Angebots
 - Schulungsprogramm für Pflegepersonal
 - Gegebenenfalls Zusammenarbeitsvereinbarung mit KSU
 - Bestimmen der Leistungen im therapeutischen Bereich
 - Bestimmen der Evaluationskriterien, Vorgaben für deren Erfassung während der Pilotphase
 - Bestimmen einer Projektleitung
 - Umsetzungsplanung
- Das «Reha-Light»-Angebot ist vorerst als **Pilotprojekt** auszugestalten. Es sind vorgängig Evaluationskriterien zu bestimmen, um den Erfolg und die Nachhaltigkeit des Angebots zu beurteilen. Das Pflegeheim kann sich dabei an der wissenschaftlichen Begleitstudie der ZHAW orientieren (Meier et al., 2019). Die Indikatoren sind so zu vereinfachen, dass sie ohne grossen Zusatzaufwand mit den bestehenden Datenerfassungssystemen erhoben werden können. Auf der Basis der Evaluation entscheidet die neue Unternehmung, ob und gegebenenfalls in welcher Form ein Rehabilitationsangebot definitiv in die Dienstleistungspalette übernommen wird.
 - Auf der Basis des Betriebskonzeptes entscheiden der Kanton und die Gemeinden Ende des 2. Quartals 2026 über den Start des Projekts und bestimmt dessen Rahmenbedingungen.
 - Der operative Start des «Reha-light»-Pilotprojekts ist für Januar 2027 vorzusehen.

7 Fazit und weiteres Vorgehen

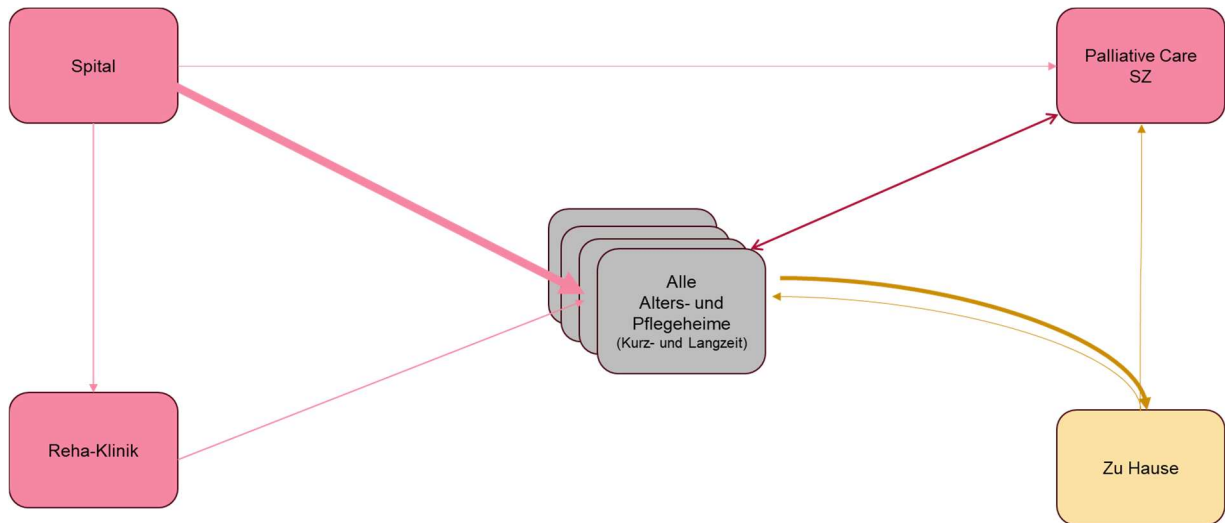
Die Projektgruppe und Steuergruppe empfehlen die Umsetzung der Angebote «planbares Entlastungsbett» und «Kurzzeitbett mit «Reha-light»-Charakter im Rahmen von Pilotprojekten.

Die beiden Kurzzeitangebote für alte Menschen werden die Personenflüsse zwischen den Institutionen mittelfristig deutlich verändern. Die Zahl der Personen, die nach einem Spitalaufenthalt direkt in ein Pflegeheim für einen Langzeitaufenthalt eintritt, wird sich deutlich verringern. Bei einer erfolgreichen Einführung des «Reha-light»-Angebotes wird der «Normalpfad» nach einem Akutaufenthalt einen Reha-Aufenthalt («Reha-light» oder klassische Reha-Klinik) beinhalten. Mit planbaren Entlastungsbetten wird das Pflegeheim vermehrt für temporäre Aufenthalte genutzt. Der definitive Eintritt für einen Langzeitaufenthalt in ein Pflegeheim verzögert sich.

Schematisch kann die Veränderung der Personenflüsse wie folgt dargestellt werden:

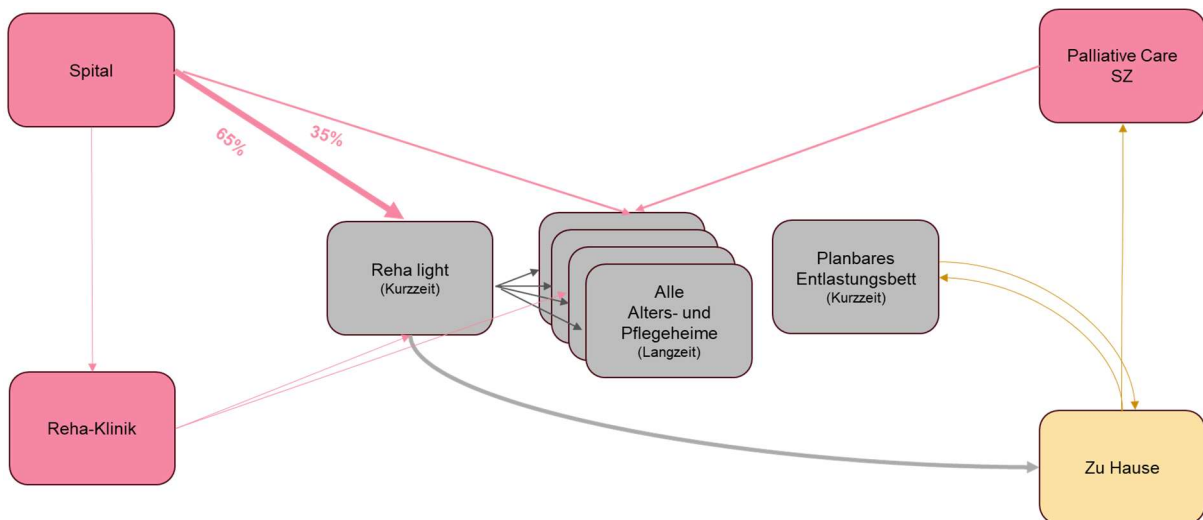


Abbildung 1: Personenflüsse 2025



100-04_0603_Graphiken Massnahmen_2025 09 05 ADR

Abbildung 2: Personenflüsse ab 2027



100-04_0603_Graphiken Massnahmen_2025 09 05 ADR

Bei einer erfolgreichen Einführung der beiden Angebote erwarten wir, dass sich mittelfristig die Nachfrage nach Langzeitbetten im Kanton Uri in der Grössenordnung von 10 % bis 20 % reduzieren wird.

Die Detailkonzepte dienen als Grundlage für Betriebskonzepte und Finanzierungsmodelle. Für die Pilotphase ist eine begleitende Evaluation durch die Alters- und Pflegeheime vorgesehen, um Wirkungen, Wirtschaftlichkeit und allfällige Anpassungsbedarfe systematisch zu erfassen. Die Ergebnisse dieser Evaluation fliessen in die strategische Weiterentwicklung der neuen Unternehmung Langzeitpflege Uri ein.



Die Übergangsphase wird damit gezielt genutzt, um praxistaugliche Angebote aufzubauen, die einen unmittelbaren Nutzen für die betroffene Bevölkerung schaffen und gleichzeitig anschlussfähig an die künftige Unternehmung sind.

Die übrigen vier Massnahmen, für die ebenfalls vertiefte Eckwerte vorliegen, können bei Bedarf ausserhalb der Projektstruktur weiterentwickelt werden.

Zeitplan nächste Schritte

- Von Mitte September bis Ende Oktober 2025 erfolgt die Vernehmlassung bei den strategischen Führungsorganen der Urner Pflegeheime mit folgenden Fragen:
 - o Können Sie sich die Konzentration des Angebots vorstellen?
 - o Stimmen Sie zu, dass das Betriebskonzept «planbares Entlastungsbett» vom Seniorenzentrum Oberes Reusstal und das Betriebskonzept «Reha-light» vom APH Rüttigarten ausgearbeitet wird?
 - o Auf welche konkreten Punkte müsste bei der Ausarbeitung der Betriebskonzepte geachtet werden?
- Sofern die strategischen Führungsorgane der Konzentration und der angedachte Lokalisation der Angebote zustimmen, ist vor der Erarbeitung der Betriebskonzepte die Abfederung des Auslastungsrisikos durch Kanton und Gemeinden sicherzustellen. Im Anschluss
- erarbeiten die Heime Oberes Reusstal und Rüttigarten die entsprechenden Betriebskonzepte für die neuen Angebote während der Übergangsphase.



8 Anhang

8.1 Literatur

- Meier F. et al. (2019). Mit hohem Pflegebedarf in der eigenen Wohnung - Quartierstützpunkte und Thurvita Care, ZHAW, Winterthur
- Obsan (2025), Aufenthaltsdauer im Pflegeheim, <https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/obsan/aufenthaltsdauer-in-pflegeheimen>
- Stadt Wil (2023), Bevölkerungsstatistik, https://www.stadtwil.ch/_docn/5455336/Bevölkerungsstatistik_2024.pdf
- Statistik Uri (2023), www.statistik-uri.ch



8.2 Begrifflichkeiten Palliative Care

Allgemeines

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohenden und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie umfasst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung.

Allgemeine Palliative Care

Patient:innen in der allgemeinen Palliative Care sind Personen, die sich aufgrund des Verlaufs ihrer unheilbaren, lebensbedrohenden und / oder chronisch fortschreitenden Erkrankung vorausschauend mit dem Lebensende auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden. Aufgrund der demographischen Entwicklung handelt es sich dabei derzeit mehrheitlich um (hoch-)betagte Menschen, die zu Hause oder in einem Pflegeheim leben.

Spezialisierte Palliative Care

Unter dieser zahlenmässig kleineren Patientengruppe versteht man Patient:innen, die eine instabile Krankheitssituation aufweisen und daher eine komplexe Behandlung und / oder die Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigen oder bei deren Angehörigen die Überschreitung der Belastungsgrenze erkennbar wird. Sie sind daher auf die Unterstützung durch spezialisierte Palliative Care angewiesen. Diese kann in folgenden Versorgungsstrukturen stattfinden:

- ambulant mittels mobiler Palliativdienste
- stationär auf einer Palliativstation im Spital (Voraussetzung: Spitalbedürftigkeit) oder
- stationär als spezialisierte Palliative Care in der Langzeitpflege
 - o in einem eigenen Hospiz mit Pflegeheimstatus
 - o in einem Pflegeheim integriert

8.3 Begrifflichkeiten: Statistische Definition Plätze

- *Langzeitaufenthalt*: Liegt vor, wenn die Person definitiv in der Institution bleiben möchte.
- *Kurzzeitplätze*: Sind Personen vorbehalten, die sich nur vorübergehend in der Institution aufhalten (werden). Kurzzeitplätze (z.B. Ferien- oder Entlastungsplätze) sind nur dann separat auszuweisen, wenn diese einzig für Kurzaufenthalte reserviert bleiben. Für die Unterscheidung zwischen Lang- und Kurzaufenthalten ist das Kriterium «geplante Rückkehr nach Hause» ausschlaggebend.



8.4 Begrifflichkeit Betreutes Wohnen

In der Schweiz wird bei «Betreutem Wohnen» auch von Wohnen mit Service, Wohnen mit Dienstleistungen oder Wohnen plus gesprochen. Es gibt keine schweizweit einheitliche gesetzliche Regelung für Betreutes Wohnen im Alter bezüglich Angebotsinhalt und Finanzierung.

Im institutionalisierten betreuten Wohnen gemäss Kategorisierung der Wohnformen von Curaviva (Curaviva, 2022 sowie Imhof L. & Mahrer-Imhof R., 2018) werden ergänzend zu einer barrierefreien Wohnung Pflege-, Hilfs- und Betreuungsleistungen angeboten.

- **Kategorie D** unterstützt den Bewohner bei ausgewählten Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL: activities of daily living) wie Reinigung Wohnung, Wäsche, Kochen/ Einkaufen oder allenfalls Mahlzeitendienst, Unterstützung bei administrativen und finanziellen Tätigkeiten. Ebenso gibt es ein Notfalltelefon oder einen Notfallknopf. Der Bewohner vergibt die Leistungen als Kundenauftrag.
- **Kategorie C** unterstützt den Bewohner bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens, also auch bei der Körperpflege, Sich-Kleiden und der Mobilisation. Die Self-Care-Fähigkeiten des Bewohners werden professionell unterstützt, Massnahmen kommen nicht nur im Rahmen eines Kundenauftrags, sondern auch präventiv zum Zug.
- **Kategorie B** umfasst für den Bewohner das gesamte Spektrum an pflegerisch-betreuerischen Aufgaben.
- **Kategorie A** soll dem Bewohner zusätzlich Unterstützung bis ans Lebensende anbieten inklusive 24-Stunden-Pflege und Palliative Care.

8.5 Ausprägungen Koordination

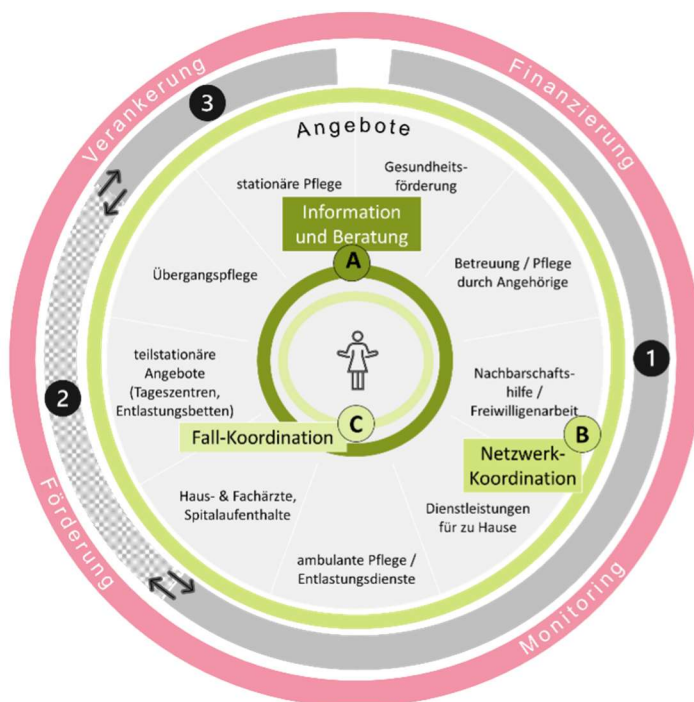
Die untenstehende Grafik zeigt, dass Koordination der Leistungen mit unterschiedlichen Ausprägungen des Abstimmungsgrades stattfinden kann (Stocker et al., 2023):

- Entwicklungsstufe I: Information und Beratung, Anlaufstelle mit Informations- und Beratungsauftrag
 - o Kommunale oder regionale Anlaufstellen haben einen Informations- und Beratungsauftrag. Sie tragen das Angebot verschiedener Dienstleister zusammen, informieren und beraten die Bevölkerung.
 - o Das mögliche Leistungsangebot:
 - Information über das Angebot der Leistungserbringer
 - Beratung vor Ort, sei es zu Hause, im Spital oder im Heim
 - o Sicherstellung des Einbezugs der älteren Bevölkerung und deren Lebensumfeld
- Entwicklungsstufe II: Netzwerk-Koordination, Abstimmung der Dienstleistungsangebote der Organisationen z.B. im Rahmen eines Netzwerkes Alter
 - o Das mögliche Leistungsangebot:
 - Informationsaustausch über das Angebot
 - Eruierung von Entwicklungen und Trends
 - Identifikation der Bedürfnisse der älteren Bevölkerung
 - Entwicklung von gemeinsamen Angeboten
 - Koordination und Vermittlung von Angeboten



- ggf. Aufbau einer gemeinsamen Trägerschaft
- Entwicklungsstufe III: Schaffen einer Stelle mit einem Fall-Koordinationsauftrag.
 - Diese Stellen starten die Beratung in der Regel mit einem differenzierten Assessment der Situation, arbeiten anschliessend einen Betreuungs-, Hilfe- oder Pflegeplan aus, vermitteln die festgestellten Betreuungs- und Pflegeleistungen und übernehmen die Fallbegleitung im Fallverlauf.
 - Das mögliche Leistungsangebot:
 - Beurteilung des Unterstützungsbedarfs in Absprache mit Klientinnen und Klienten, deren Angehörigen, dem medizinischen Fachpersonal, der Krankenkasse sowie weiteren Beteiligten
 - Erarbeitung eines Behandlungs- und Betreuungsplans sowie Finanzierungsabklärung der notwendigen Leistungen
 - direkte und verbindliche Vermittlung der Dienstleistungen
 - Vernetzung der Fachpersonen sowie des sozialen Umfeldes der älteren Personen

Abbildung 3: Koordinationsstufen (Stocker et al., 2023, S.14)



Unterstützungsphasen und Ziele

Jede ältere Person durchläuft mit zunehmendem Alter verschiedene Phasen, in der jeweils ein unterschiedlicher Fokus der Unterstützung notwendig werden kann. Ein flexibler Wechsel der Unterstützungsphasen ist möglich.

- 1 **Selbstständiges Wohnen zuhause**
Fokus auf Stärkung der persönlichen und sozialen Ressourcen → ambulante Angebote
- 2 **Nutzung temporärer Angebote**
Fokus auf Wiederherstellung der Autonomie, Definition und Vorbereitung auf passendes Wohnsetting → intermediäre Angebote
- 3 **Wohnen in spezialisiertem Umfeld**
Fokus auf Pflege und Betreuung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bis zum Lebensende → stationäre Angebote

Koordinationsaufgaben und Ziele

Die ältere Person steht im Fokus. Durch das gezielte Zusammenwirken der Organisationen soll die Autonomie gestärkt werden. Hierfür sind drei Koordinationsaufgaben wichtig:

- A **Information und Beratung**
Übersicht über gesamtes Angebot und Beratung von Einzelpersonen und Angehörigen.
- B **Netzwerk-Koordination**
Netzwerk der Akteure und entsprechende Koordination der Angebote.
- C **Fall-Koordination**
Vermittlung von Dienstleistungen in komplexen, einzelnen Betreuungs- oder Pflegesituationen.

Kantonale Rahmenbedingungen

Für die Umsetzung sind kantonale Rahmenbedingungen und gesetzliche Vorgaben bedeutsam.



8.6 Detaillierte Nutzwertanalyse Massnahmen Übergangsphase

Legende: 4 = sehr gut erfüllt 3 = gut erfüllt 2 = teilweise erfüllt 1 = ungenügend

Kriterium	Detail	S1-02.M_ÜP2: Einrichten von 1-2 Palliative Care Plätzen		S2-01.M_ÜP1a: Kurzzeitaufenthalt planbares Entlastungsbett		S2-01.M_ÜP1b: Kurzzeitbett mit «Reha»-Charakter		S2-01.M_ÜP1c: Kurzzeitbett mit «Reha-light»-Charakter		S2-04.M_ÜP2: Schaffung Übergangsregelung für Beiträge an EL-Bezieher:innen		S5-01.M_ÜP1: Schaffung zentrale Beratungsstelle	
		Beurteilung	P P*G	Beurteilung	P P*G	Beurteilung	P P*G	Beurteilung	P P*G	Beurteilung	P P*G	Beurteilung	P P*G
1 Umsetzungsmöglichkeiten Übergangszeit: Die Massnahmen können noch während der Übergangszeit umgesetzt werden und inhaltlich an bestehende Leistungen im Kanton Uri anknüpfen.	20,0%	Sehr gut erfüllt. Allgemeine Palliative Care für Menschen jünger als 65 ist einfach umsetzbar, da bestehende Leistungen nur wenig angepasst werden müssen.	4 80	Gut erfüllt. Separat geführte Ferienbetten im Rütligarten (6 Betten) und Spannort (1 Bett) vorhanden. Zusatzbetten oder allenfalls Konzentration in einem weiteren Heim (z.B. Wassen) könnte gemacht werden.	3 60	Teilweise erfüllt. Erste Ansätze (Physio- und Ergotherapie) in verschiedenen Heimen vorhanden. Wichtig Elemente eines umfassendes Reha-Angebots (Grundhaltung Rückkehr nach Hause, Interdisziplinarität) können nur langfristig erreicht werden.	2 40	Gut erfüllt. Erste Ansätze (Physio- und Ergotherapie) in verschiedenen Heimen vorhanden. Diese sind eine gute Basis für erste Schritte eines Reha-Angebots.	3 60	Teilweise erfüllt. Es gibt aktuell nur vereinzelt Angebote, die die Anforderungen für betreutes Wohnen erfüllen können (Casa Rütli, Rothus, Alterswohnungen neben APH Spannort).	2 40	Gut erfüllt. Falls Pro Senectute das Angebot übernimmt, könnte das bestehende Angebot der Fachstelle Alter ergänzt werden.	3 60
2 Transfer in neue Unternehmung: Die neue Unternehmung kann die Massnahmen der Übergangsphase in ihr Dienstleistungsportfolio übernehmen ohne grosse Anpassungen.	15,0%	Sehr gut erfüllt. Angebot der Übergangszeit kann überführt und gegebenenfalls erweitert werden.	4 60	Sehr gut erfüllt. Kann ohne grössere Anpassungen überführt werden.	4 60	Sehr gut erfüllt. Kann ohne grössere Anpassungen überführt werden.	4 60	Gut erfüllt. Die Erfahrungen mit Reha-light sind eine wichtige Basis für ein umfassendes Reha-Angebot.	3 45	Sehr gut erfüllt. Kann ohne grössere Anpassungen überführt werden.	4 60	Gut erfüllt. Wahrscheinlich als ein Angebot weiterzuführen, das von der neuen Unternehmung unabhängig bleibt. Abstimmung auf die Koordinationsstelle der neuen Unternehmung.	3 45
3 Wichtigkeit für neue Unternehmung: Die Massnahmen der Übergangszeit sind für das Dienstleistungsportfolio der neuen Unternehmung wichtig und unterstützen die strategischen Stossrichtungen der neuen Unternehmung.	40,0%	Teilweise erfüllt. Spezialisierte Palliative Care aufgrund Grösse Kanton nicht umsetzbar. Massnahme beschränkt sich auf allgemeine Palliative Care mit der Öffnung auf die Personengruppe <65. Insofern kein Angebot der spezialisierten Langzeitpflege im Sinne der Stossrichtung S1. Quantitativ fällt die Leistung auch bei einem Ausbau wenig ins Gewicht.	2 80	Sehr gut erfüllt. Als intermediäres Entlastungsangebot kann es einen Beitrag leisten, die Nachfrage nach stationären Langzeitbetten zu reduzieren und die Ressourcen von Angehörigen zu stärken. Damit Unterstützung Stossrichtungen S1, S2 und S6.	4 160	Sehr gut erfüllt. Reaktivierung der vorhandenen Ressourcen durch Reha-Angebot. Damit Unterstützung Oberziel "möglichst lange selbstbestimmt zu wohnen und zu leben". Mittels Reduktion Bedarf an stationären Betten Unterstützung Stossrichtung S1.	4 160	Gut erfüllt. Reaktivierung der vorhandenen Ressourcen durch Reha-Angebot. Damit Unterstützung Oberziel "möglichst lange selbstbestimmt zu wohnen und zu leben". Mittels Reduktion Bedarf an stationären Betten Unterstützung Stossrichtung S1.	4 160	Sehr gut erfüllt. Betreutes Wohnen ist ein Kernangebot für selbstbestimmtes Wohnen alter Menschen. Mit einer stationären Abrechnung Erweiterung zu einem Angebot "daheim ein Leben lang" möglich. Unterstützt Stossrichtungen S1 und S2.	4 160	Gut erfüllt. Unabhängige Beratung findet ausserhalb der neuen Unternehmung statt, Koordination der Leistungen aber innerhalb der neuen Unternehmung.	3 120
4 Quick Wins: Die Umsetzung der Massnahme stärkt die positive Wahrnehmung des Projekts Langzeitpflege bei relevanten Stakeholdern.	10,0%	Gut erfüllt. Einlösen eines politischen Vorstosses. Wird aber für Bevölkerung und spezifische Stakeholder (Betroffene, Angehörige) allenfalls nur eine beschränkte Bedeutung haben.	3 30	Sehr gut erfüllt. Wird mit der Zeit von den Angehörigen als wertvolles Entlastungsangebot aufgrund der Planbarkeit der Inanspruchnahme genutzt.	4 40	Teilweise erfüllt. Eine umfassende Umsetzung eines Reha-Angebots ist aufwändig und braucht Zeit. Quick-wins, die über Reha-light hinausgehen, sind aber kaum realistisch.	2 20	Sehr gut erfüllt. Rückkehr nach Hause wird als ein wertvolles Angebot von Angehörigen und alten Menschen wahrgenommen. Trägt signifikant zu einem positiven Image der Weiterentwicklung der Langzeitpflege und der neuen Unternehmung bei.	4 40	Teilweise erfüllt. Wegen des beschränkten aktuellen Angebots betrifft es nur wenige Personen, die EL-Empfänger sind. Kantonales Reglement muss sinnvollerweise die zeitnahe Anpassung des ELG abwarten und vernehlacht werden. Neue Angebote können erst mittel- bis langfristig realisiert werden.	2 20	Gut erfüllt. Die Ergänzung des Informationsangebotes wird von Stakeholdern je nach Kommunikation Angebot als positiv wahrgenommen.	3 30
5 Projektaufwand: Die finanziellen und personellen Ressourcen können während der Übergangsphase sichergestellt werden.	15,0%	Gut erfüllt. Vorhalteleistungen von ca. CHF 100'000 pro Jahr signifikant. Finanzierung Kanton / Gemeinde politisch bereits initiiert. Personelle Ressourcen aufgrund Mengenangebot vorhanden.	3 45	Teilweise erfüllt. Umfang und Kosten der Vorhalteleistungen noch nicht definiert. Es kann aber mit einer guten Akzeptanz gerechnet werden. Reduziert Nachfrage nach stationären Betten.	2 30	Ungenügend erfüllt. Aufwändiges und langfristiges Projekt. Anspruchsvolle Finanzierungs- und Handlungsaspekte zu lösen. Wirkt für die öffentliche Hand langfristig insgesamt eher entlastend.	1 15	Gut erfüllt. Kann weitgehend mit bestehenden Ressourcen geleistet werden.	3 45	Teilweise erfüllt. Zusatzkosten v.a. im Bereich EL, die in der mittleren Frist durch reduzierte Kosten stationär kompensiert werden. Inwieweit die Kompensationseffekte schon in der Übergangszeit zum Tragen kommen, ist fraglich.	2 30	Gut erfüllt. Falls das Angebot bei Pro Senectute aufgebaut wird, entstehen nur beschränkte Zusatzkosten zu bereits bestehenden Leistungen. Zudem wird die Beratung durch die Pro Senectute zum Teil durch Bundesfinanzierung unterstützt.	3 45
Total	100%		295		350		295		350		310		300

Anzahl Kriterien

[100-04_0603_Nutzwert Massnahmen V0_17_2025 09 10 ADR ESCA.xlsx]Bewertung



8.7 Berechnung Abfederung Auslastungsrisiko Gemeinden / Kanton

Die Kalkulation bezieht sich auf ein mögliches Angebot im Seniorenzentrum Oberes Reusstal. Das Auslastungsrisiko für Kanton und Gemeinden ist pro Jahr für drei Betten mit einer Minderauslastung bis zu 50 % dargestellt:

Berechnung pro planbares Entlastungsbett

Beschreibung	Werte	Betrag	Bemerkung
Betreuung		CHF 38.50	
Pension Einzelzimmer		CHF 120.00	je nach Zimmerkat. 113.50 - 124.50
Zwischentotal / Tag Pension und Betreuung		CHF 158.50	
Pflegestufe 3		CHF 69.35	davon Kostenbeteiligung Gmd CHF 17.55
Zwischentotal / Tag inkl. Pflege		CHF 227.85	
Auslastungskorrektur/Zuschlag	11.76%	CHF 26.81	Diff. Auslastung 85 % zu 95 %; auf Betrag inklusive Pflege gerechnet
Operativer Zuschlag (Annahme)	13.00%	CHF 29.62	Aufwändigeres Handling Kurzzeitaufenthalt; auf Betrag inklusive Pflege gerechnet, degressive Berechnung*
Total / Tag inkl. Zuschläge		CHF 284.28	
Risiko Seniorenzentrum Oberes Reusstal pro Bett		CHF 10'518.23	Diff. Auslastung 85 % zu 95 %
Risiko öffentliche Hand für Abdeckung Minderauslastung (angenommene Auslastung 60 %)		CHF 25'869.15	Diff. Auslastung 85 % zu angenommenen 60 %
Risiko öffentliche Hand für Abdeckung Minderauslastung (angenommene Auslastung 50 %)		CHF 36'103.10	Diff. Auslastung 85 % zu angenommenen 50 %

Berechnung für drei planbare Entlastungsbetten

Anzahl planbare Entlastungsbetten	3		
Risiko Seniorenzentrum Oberes Reusstal bei drei Betten		31'554.68	Diff. Auslastung 85 % zu 95 %
Risiko öffentliche Hand für Abdeckung Minderauslastung (angenommene Auslastung 60 %)		77'607.45	Diff. Auslastung 85 % zu angenommenen 60 %
Risiko öffentliche Hand für Abdeckung Minderauslastung (angenommene Auslastung 50 %)		108'309.30	Diff. Auslastung 85 % zu angenommenen 50 %

EL-Fähigkeit planbares Entlastungsbett

Tarif Pension inkl. Betreuung und Zuschlag		CHF 214.93	
Grenze Pension und Betreuung 2025/2026:		CHF 172.00	
Differenz zur EL-Grenze		CHF 42.93	

Zzgl. Eintritts-/Austrittspauschale

je CHF 200 pro Entlastungsaufenthalt

*Degressive Taxberechnung

je länger der Aufenthalt, desto tiefer der operative Zuschlag (ca. 10 - 15%)

Einfluss hat hier vor allen die 10-tägige Pflegeeinstufungs- / Beobachtungsphase

Achtung: Zahlen basieren auf Stand 2025, Zahlen für 2027 wären höher, der operative Zuschlag, kann erst im Rahmen der Betriebskonzept-Erarbeitung verlässlich kalkuliert werden

[100-04_0602_Preisschild Entlastungsbett_2025 09 03 ESCA.xlsx|Entlastungsbett



8.8 Stimmungsbarometer APH Kanton Uri

Fragebogen AG Massnahmen Übergangsphase, Weiterentwicklung Langzeitpflege Uri		Dat: 07.07.2025
Rückfrage / Stimmungsbarometer Heimleitungen/ Artisret: Planbare Ferienbetten / Reha Ligth - Bettenplätze		Kürzel: /er & is
Grundlagen: Bericht HECACONS vom 2025.06.30 – Vorentwurf zur internen Orientierung.		
Fragestellungen Planbare Ferienbetten	Rückmeldung „Haltung im Grundsatz“	Rückmeldung „Angebot“
<p>Wird eine Konzentration eines Angebots auf einen Betrieb für „planbare“ Ferienbetten mitgetragen, unterstützt oder als zielführend erachtet.</p> <p>Hierbei ist die Definition von planbaren Eintritten streng zu berücksichtigen - Siehe auch Kapitel 6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rosenberg: ja mit Vorbehalt, Unterstützung von effizienter Lösung, aber noch offene Fragen • Seerose: ja • Gosmer: ja • Oberes Reusstal: ja • Urnersee, ja, vier Tage scheinen uns sehr kurz (Einstufung usw.) • Rüttigarten ja, nicht mit Konzept einverstanden, sofern Pflegefinanzierung nicht geklärt ist (bei 4 Aufenthaltstagen Pflegeeinstufung unrealistisch) • Ursern: ja • Höfli, ja • Spannort, skeptisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Rosenberg: nein, aber indirekte Beteiligung im Sinne von Anschlusslösungen anbieten • Seerose: nein • Gosmer: nein • Oberes Reusstal: ja • Urnersee: nein, sehen bei uns keine Möglichkeit • Rüttigarten: dito Grundsatz • Ursern: nein • Höfli: nein (Ferienbett für an Demenzerkrankten Menschen benötigt eine angepasste Form) • Spannort: nein
Fragestellungen Angebot Reha Light	Rückmeldung „Haltung Grundsatz“	Rückmeldung „Angebot“
<p>Wird eine Konzentration eines Angebots „Reha-Light“ auf einen Betrieb für mitgetragen, unterstützt oder als zielführend erachtet?</p> <p>Siehe auch Kapitel 6</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rosenberg: grundsätzlich ja, aber noch offene Fragen zur Umsetzung und Finanzierung • Seerose: ja • Gosmer: ja • Oberes Reusstal: ja • Urnersee: ja, wir sehen die Notwendigkeit und die Professionalisierung als Vorteil • Rüttigarten: ja • Ursern: ja • Höfli: ja • Spannort: ja 	<ul style="list-style-type: none"> • Rosenberg: indirekte Beteiligung im Sinne von Wissenstransfer od. Mitarbeit an Grundkonzept denkbar • Seerose: nein • Gosmer: nein • Oberes Reusstal: nein • Urnersee: nein, da die notwendigen Räumlichkeiten fehlen • Rüttigarten: ja • Ursern: intern besprechen • Höfli: nein (Reha für an Demenz erkrankte Menschen beinhaltet eine individuelle Umsetzung) • Spannort: nein