



Rapid Appraisal Versorgungssituation Langzeitfolgen Covid-19

**Bericht zuhanden von Bundesamt für Gesundheit (BAG),
Abteilung Gesundheitsstrategien**

Luzern/ Lausanne, den 13. Dezember 2022

I Autorinnen und Autoren

Birgit Laubereau (Projektleitung)
Chantal Strotz (Stv. Projektleitung)
Tamara Bischof (Projektmitarbeit)
Anatolij Guggenbühl (Projektmitarbeit)
Clément Bourdin (Projektmitarbeit)
Stefan Essig (Projektmitarbeit, Fachexpertise Hausarztmedizin)
Franziska Müller (Qualitätssicherung)

I INTERFACE Politikstudien

Forschung Beratung AG

Seidenhofstrasse 12
CH-6003 Luzern
Tel +41 (0)41 226 04 26

Rue de Bourg 27
CH-1003 Lausanne
Tel +41 (0)21 310 17 90

www.interface-pol.ch

I Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

I Begleitgruppe

Siehe Liste im Anhang DA 1

I Zitiervorschlag

Laubereau, Birgit; Strotz, Chantal; Bischof, Tamara; Guggenbühl, Anatolij; Bourdin, Clément; Essig, Stefan; Müller, Franziska (2022): Rapid Appraisal Versorgungssituation Langzeitfolgen Covid-19. Bericht zuhanden von Bundesamt für Gesundheit (BAG), Abteilung Gesundheitsstrategien. Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern/Lausanne.

I Laufzeit

Dezember 2021 bis Dezember 2022

I Projektreferenz

Projektnummer: 21-091

Management Summary: Zentrale Erkenntnisse und Empfehlungen	5
Auftrag und Zielsetzung	5
Untersuchungsgegenstand und Schwerpunkte des Mandats	5
Methodik und Aussagekraft	6
Zentrale Erkenntnisse	7
Empfehlungen	13
Management Summary: constats centraux et recommandations	17
Mandat et objectifs	17
Objet d'étude et thèmes centraux du mandat	17
Méthodologie et limites	18
Constats centraux	19
Recommandations	26
1. Einleitung	29
1.1 Ausgangslage	29
1.2 Zielsetzung des Rapid Appraisal	29
1.3 Untersuchungsgegenstand und Fragestellungen	30
1.4 Methodisches Vorgehen	31
1.5 Grenzen und Chancen des Berichts	33
1.6 Dank	34
1.7 Aufbau des Berichts	34
2. Hausarztmedizin	35
2.1 Zugang	35
2.2 Ausgestaltung des Angebots	37
2.3 Schnittstellen	38
2.4 Hilfsmittel und Bildungsangebote	40
2.5 Verbesserungspotenzial aus Sicht der Befragten	42
3. Spezialisierte Sprechstunden	43
3.1 Zugang	43
3.2 Ausgestaltung des Angebots	46
3.3 Schnittstellen	48
3.4 Hilfsmittel und Bildungsangebote	50
3.5 Verbesserungspotenzial aus Sicht der Befragten	51
4. Rehabilitation ambulant	53
4.1 Zugang	53
4.2 Ausgestaltung des Angebots	55
4.3 Schnittstellen	58
4.4 Hilfsmittel und Bildungsangebote	59
4.5 Verbesserungspotenzial aus Sicht der Befragten	61

5. Rehabilitation stationär	63
5.1 Zugang	63
5.2 Ausgestaltung des Angebots	65
5.3 Schnittstellen	68
5.4 Hilfsmittel und Bildungsangebote	68
5.5 Verbesserungspotenzial aus Sicht der Befragten	69
6. Selbstmanagement	71
6.1 Begriffsklärung	71
6.2 Zugang	71
6.3 Ausgestaltung des Angebots	72
6.4 Schnittstellen	75
6.5 Verbesserungspotenzial aus Sicht der Befragten	75
7. Rahmenbedingungen der Finanzierung	77
7.1 Hausarztmedizin	78
7.2 Spezialisierte Sprechstunden	79
7.3 Rehabilitation ambulant	81
7.4 Rehabilitation stationär	83
7.5 Selbstmanagement	87
7.6 Weitere Punkte zu Rahmenbedingungen	87
Anhang	89

Management Summary: Zentrale Erkenntnisse und Empfehlungen

Das Management Summary enthält die Analyse der Ergebnisse aus den Erhebungen. Die zentralen Erkenntnisse werden synthetisiert dargestellt und Empfehlungen abgeleitet. Einleitend sind Eckdaten des Mandats erläutert.

Auftrag und Zielsetzung

Der vorliegende Bericht soll dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) als eine Grundlage für die Beantwortung des Postulats 21.3014 «Sicherstellung einer angemessenen Behandlung und Rehabilitation für Menschen mit Long Covid» dienen. Das Mandat verfolgt drei Zielsetzungen: (1) Erfassen der Versorgungssituation (d.h. Behandlung und Rehabilitation) von Personen mit Post-Covid-19-Erkrankung, (2) Aufdecken von möglichen Lücken und Problematiken in der Versorgung sowie bei deren Finanzierung, und (3) Ableiten von entsprechenden Empfehlungen.

Untersuchungsgegenstand und Schwerpunkte des Mandats

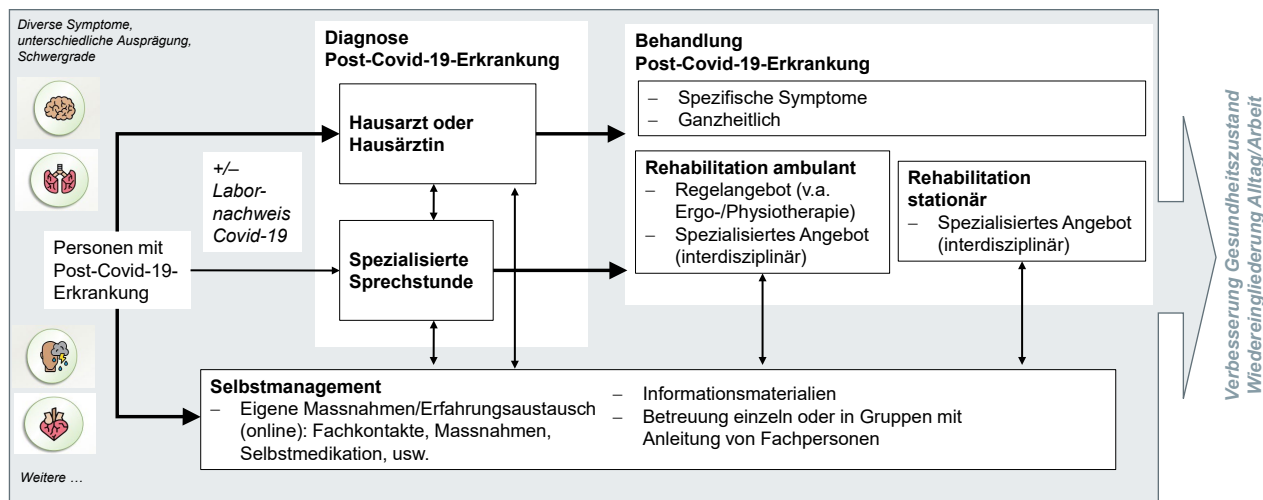
Die Definition einer Post-Covid-19-Erkrankung (auch als Long Covid oder Langzeitfolgen von Covid-19 bezeichnet) folgt der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Demnach kann eine Post-Covid-19-Erkrankung bei Personen mit einer wahrscheinlichen oder bestätigten SARS-CoV-2-Infektion auftreten, in der Regel drei Monate nach Auftreten von Covid-19 mit Symptomen, die mindestens zwei Monate andauern und nicht durch eine andere Diagnose zu erklären sind.¹

Im Zentrum des Mandats steht der potenzielle Weg von Personen mit Post-Covid-19-Erkrankung von der Diagnose zu einer angemessenen Behandlung und Rehabilitation. Auf diesem Weg durchlaufen die Betroffenen einige oder alle der folgenden fünf zentralen Settings der Versorgung: (1) Hausarztmedizin, (2) spezialisierte Sprechstunden, (3) ambulante Rehabilitation, (4) stationäre Rehabilitation und (5) Selbstmanagement². In der nachfolgenden Darstellung wird der mögliche Patientenpfad vereinfacht skizziert, darunter sind die Schwerpunktthemen des Mandats aufgeführt. Der Fokus des Mandats liegt auf der Versorgung der Erwachsenen. Auf die Situation von Kindern wird punktuell eingegangen.

¹ https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021_1, Zugriff am 23.08.2022.

² Der Fokus des Mandats liegt auf Selbstmanagement-Förderung und dabei auf Angeboten zur Unterstützung des Selbstmanagements ausserhalb eines Behandlungssettings (z.B. Informationsmaterial, Bildungsveranstaltungen, technische Tools und Austausch unter Betroffenen). Daneben fördern Fachpersonen (insb. Physio- und Ergotherapeuten/-innen) im Behandlungssetting das Selbstmanagement, indem sie Patienten/-innen befähigen, besser mit der Erkrankung umzugehen. Siehe dazu auch «Konzept Selbstmanagement-Förderung bei nichtübertragbaren Krankheiten, Sucht und psychischen Erkrankungen» des BAG auf www.bag.admin.ch/self, Zugriff am 23.08.2022.

Skizze Patientenpfad Betroffene und Schwerpunktthemen des Mandats



Schwerpunktthemen des Mandats:

- Zugang zur Diagnose, zur Behandlung/Rehabilitation und zum Selbstmanagement
- Ausgestaltung Angebote sowie Schnittstellenmanagement
- Hilfsmittel und Bildungsangebote
- Rahmenbedingungen der Finanzierung

Quelle: Darstellung Interface.

Legende: Wichtigste von Symptomen betroffene Systeme: Haut, Lunge, Nervensystem, Psyche, Herz.

Methodik und Aussagekraft

Die vorliegende Analyse der Versorgungssituation beruht auf folgenden empirischen Grundlagen:

- *Recherche zum spezialisierten Versorgungsangebot:* Im Frühjahr 2022 wurde eine Internetrecherche zu spezialisierten Sprechstunden und Rehabilitationsprogrammen durchgeführt und durch die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) mit den Kantonen validiert und ergänzt.
- *Recherche zum Angebot zur Unterstützung des Selbstmanagements:* Ebenfalls im Frühjahr 2022 wurde eine Internetrecherche zum Angebot zur Unterstützung des Selbstmanagements durchgeführt. Dabei wurde der Fokus auf die Webseiten der Informations- und Austauschplattformen Altea³ und Rafael⁴ gelegt.
- *Experteninterviews:* Von Februar bis Juli 2022 wurden als Kernstück der Analyse insgesamt 37 Interviews mit strategisch und operativ verantwortlichen Fachpersonen aus allen fünf Settings sowie mit Vertretenden einer Patientenorganisation geführt.
- *Interviews mit Betroffenen:* Von Mai bis Juli 2022 wurden zehn Interviews mit Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung geführt.
- *Online-Befragung bei Spitälern:* Von Mitte Mai bis Anfang Juni 2022 wurden Verantwortliche von spezialisierten Sprechstunden und/oder Programmen der ambulanten und stationären Rehabilitation online befragt (Rücklauf 23/84 = 27%).

³ <https://www.altea-network.com/>, Zugriff am 25.02.2022.

⁴ <https://www.rafael-postcovid.ch/>, Zugriff am 25.02.2022.

- *Einbezug der Sentinella-Befragung:* Das BAG führte im Juni 2022 über das Sentinella-Meldesystem⁵ eine Querschnittsbefragung bei den Hausärzten/-innen und den Kinderärzten/-innen des Meldekollektivs durch. Die Antworten zum von uns erarbeiteten Kurzfragebogen wurden in den Bericht integriert (Rücklauf 103/176 = 59%).
- *Einbezug der Begleitgruppe:* Parallel zum vorliegenden Mandat wurde von der Auftraggeberin ein Stakeholderprozess geführt. Die Stakeholdergruppe fungierte auch als Begleitgruppe zum vorliegenden Mandat und brachte in Sitzungen und Interviews ihre Fachexpertise ein.

Im Rahmen des Mandats wurden in kurzer Zeit Erkenntnisse zur Versorgungssituation von Personen mit Post-Covid-19-Erkrankung gesammelt. Dabei lag der Fokus darauf, unter Einbezug eines breiten Spektrums von Fachpersonen und von Betroffenen, mögliche Lücken und Problematiken in der Versorgung sowie bei der Finanzierung zu erfassen. Eine Wirksamkeitsanalyse der Angebote war keine Zielsetzung des Berichts und würde einen anderen methodischen Ansatz erfordern.

Die Analyse basiert auf einer Rückschau der befragten Personen. Bei den Betroffenen ist zu beachten, dass diese in der ersten oder zweiten Welle erkrankten und daher wichtige Erfahrungen eher zu Beginn der Versorgung im Bereich Post-Covid-19-Erkrankung gemacht haben. Es ist möglich, dass sich das Versorgungsangebot im Laufe des Mandats verändert hat und inzwischen neue Fragestellungen in den Vordergrund gerückt sind.⁶ Die handlungsleitenden zentralen Erkenntnisse des Berichts sind unserer Einschätzung nach weiterhin gültig und relevant.

Zentrale Erkenntnisse

Die fehlende wissenschaftliche Evidenz im Zusammenhang mit einer Post-Covid-19-Erkrankung ist eine Grundproblematik, die sich in sämtlichen Themen und Erhebungen des Mandats zeigt. Die Diagnosestellung und Beurteilung des Krankheitsverlaufs sind erschwert, weil das Krankheitsbild komplex ist und fortlaufend neue Erkenntnisse gewonnen werden. Die Wirksamkeit von Massnahmen der Behandlung und der Rehabilitation ist nicht ausreichend erwiesen, was zu Problemen bei der Finanzierung gewisser Leistungen führen kann. Das Ausmass der Krankheitslast und die Anzahl der Betroffenen ist nach wie vor unklar. Dies stellt eine Herausforderung für die Beurteilung der Versorgungssituation dar und von verschiedenen Seiten wird deshalb ein Meldesystem oder ein Monitoring gewünscht. Eine Verbesserung der Evidenzlage ist daher sowohl den Fachpersonen als auch den Betroffenen ein grosses Bedürfnis. Ein weiteres wichtiges und nachvollziehbares Anliegen insbesondere der Betroffenen ist die gesellschaftliche und fachliche Akzeptanz des Krankheitsbildes. Auch der Erhalt der Arbeitsfähigkeit ist für die Betroffenen, aber auch gesamtwirtschaftlich, ein bedeutsames Thema. Dieser Aspekt ist jedoch weder Gegenstand des vorliegenden Mandats noch Bestandteil der vom BAG bearbeiteten politischen Vorstösse zum Thema und wird andernorts behandelt.⁷ Festzuhalten ist aber, dass die Diagnostik und die Behandlung einen Einfluss auf die spätere Arbeitsfähigkeit und deren Beurteilung haben können.

⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/sentinella-meldesystem.html>, Zugriff am 30.08.22.

⁶ In der Begleitgruppensitzung am Ende des Mandats wurde beispielsweise die Langzeitbetreuung von Betroffenen als neueres Thema erwähnt.

⁷ Bei der Beantwortung des Postulats 21.3454 «Auswirkungen von Long Covid auf die Sozialversicherungen» bearbeitet das Bundesamt für Sozialversicherungen sozialversicherungsrechtliche Aspekte zur Arbeitsfähigkeit der Betroffenen.

Ausgehend von den Erhebungen des Mandats präsentieren wir im Folgenden zunächst die übergeordnete Beurteilung der Versorgungssituation (Zentrale Erkenntnis 1). Danach folgen spezifische zentrale Erkenntnisse entlang der Schwerpunktthemen des Mandats (Zentrale Erkenntnisse 2 bis 7). Auftragsgemäss liegt der Fokus dabei auf der Identifizierung von Herausforderungen und Verbesserungspotenzial unter Einbezug der Sicht der Fachpersonen und Betroffenen.

Es ist zu berücksichtigen, dass die Herausforderungen in der Versorgung der Betroffenen mehrheitlich grundlegender Art sind. Sie gelten auch für andere Krankheitsbilder und beziehen sich auf einige bekannte Herausforderungen im Schweizer Gesundheitssystem.

Zentrale Erkenntnis 1

Grundsätzlich ist das Versorgungsnetz dicht genug, es gibt Optimierungspotenzial beim Zugang und bei der Leistungserbringung.

Das Angebot an Versorgungsstrukturen ist derzeit in quantitativer Hinsicht angemessen. Die Akteure des schweizerischen Gesundheitssystems organisieren sich und es gibt spezialisierte Angebote in allen drei Sprachregionen und in insgesamt 18 Kantonen. Mindestens 40 interdisziplinäre spezialisierte Sprechstunden sowie 24 ambulante und 30 stationäre Rehabilitationsprogramme sind schweizweit verfügbar (Stand Mitte Mai 2022). Zusammen mit dem regulären Angebot der Grundversorgung ist das Versorgungsnetz dicht genug. Für Kinder und Jugendliche gibt es deutlich weniger Angebote an spezialisierten Sprechstunden als bei Erwachsenen. Das Angebot an spezialisierten Sprechstunden wird von den Fachpersonen jedoch auch in diesem Bereich als ausreichend beurteilt. Für die stationäre Rehabilitation gibt es nur sehr wenig spezifische Angebote für Kinder.⁸

Die folgenden Erkenntnisse entlang der Schwerpunktthemen beziehen sich auf identifiziertes Optimierungspotenzial.

Zentrale Erkenntnis 2

Der Zugang zur Versorgung ist teilweise eingeschränkt.

Für Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung lassen sich folgende Einschränkungen beim Zugang zu einer angemessenen Diagnostik und Behandlung ausmachen:

- *Wissen in der Grundversorgung:* Die Erhebungen zeigen, dass es grosse Unterschiede gibt, wie gut die Hausärzte/-innen (inkl. Kinderärzte/-innen⁹) betreffend der Post-Covid-19-Erkrankung sensibilisiert sind. Gemäss Sentinella-Querschnittsbefragung nutzt rund die Hälfte der Hausärzte/-innen keine Guidelines für die Diagnose oder Betreuung von Betroffenen mit Post-Covid-19-Erkrankung und kennt die spezifischen Angebote in der Rehabilitation nicht. Eine Herausforderung ist, dass die Zahl der betroffenen Patienten/-innen in der Praxis der einzelnen ambulanten Leistungserbringer gering ist. Hausärzte/-innen betreuen gemäss Sentinella-Querschnittsbefragung schätzungsweise drei Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung pro Monat.¹⁰ Aus Sicht der Betroffenen besteht teilweise eine zu geringe Sensibilisierung für das Krankheitsbild,

⁸ Das zum Zeitpunkt der Erhebungen noch existierende Angebot in der Deutschschweiz ist gemäss Rückmeldung aus der Begleitgruppe nicht mehr in derselben Form verfügbar.

⁹ In der Pädiatrie ist das Bedürfnis bei den Grundversorgern nach Zuweisungsmöglichkeit an eine spezialisierte Sprechstunde eventuell noch grösser, da die Fälle noch seltener sind.

¹⁰ Diese Zahl ist als gering zu beurteilen in Anbetracht der Gesamtzahl betreuter Patienten/-innen in einer Hausarztpraxis. Dazu existieren keine exakten Daten, eine grobe Abschätzung erlaubt die Ärztedichte: 2016 kamen 948 Einwohner/-innen auf einen Hausarzt/ eine Hausärztin. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2016-11_d.pdf, Zugriff am 26.09.2022.

zum Teil wenden sich die Patienten/-innen daher direkt an die Sprechstunden, welche teilweise überlastet sind.

- *Kapazitäten der spezialisierten Sprechstunden:* Gemäss Online-Befragung haben rund 80 Prozent der spezialisierten Sprechstunden aktuell keine oder nur wenige freie Kapazitäten zur Betreuung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung. Bei der Hälfte der befragten Sprechstunden besteht eine Wartezeit von ein bis zwei Monaten, bei knapp 40 Prozent ist die Wartezeit geringer. In den Interviews mit Fachpersonen wurde vereinzelt von langen Wartezeiten bei Sprechstunden berichtet, wobei unklar bleibt, was unter «lang» zu verstehen ist. Die Wartezeit ist für die Betroffenen belastend, unterscheidet sich aber vermutlich nicht stark von Wartezeiten anderer Spezial-Sprechstunden.¹¹ Bei einer stärkeren Einbindung der Hausärzteschaft dürfte die Nachfrage zudem sinken, bei einer Zunahme von schwer Betroffenen allerdings steigen.
- *Kapazitäten in der ambulanten Rehabilitation:* Die Behandlung der Post-Covid-19-Erkrankung besteht derzeit hauptsächlich aus Massnahmen der Rehabilitation. Neben symptom-spezifischen Ansätzen (z.B. pulmonale Rehabilitation) stehen Ansätze zum Energiemanagement und zur Bewältigung der Erkrankung im Vordergrund. In der Regel wird dafür ein ambulanter Ansatz gewählt. Die wichtigsten Leistungserbringer sind niedergelassene Physiotherapeuten/-innen oder Ergotherapeuten/-innen¹², die teilweise nur begrenzte Kapazitäten haben, sodass es gemäss Interviews zu Wartezeiten kommen kann.
- *Zugang zur stationären Rehabilitation und fehlende Qualitätskriterien:* Die spezialisierten stationären Rehabilitationsprogramme haben seltener Wartezeiten als die spezialisierten Sprechstunden: bei vielen Programmen gibt es Wartezeiten von weniger als einem Monat. Unklar ist eher die Qualität der Angebote aufgrund fehlender Qualitätskriterien und der unsicheren Evidenz zur Wirksamkeit von Massnahmen. Anbieter von stationären Rehabilitationsprogrammen können derzeit ihre Programme als spezielle Post-Covid-19-Behandlung kennzeichnen, ohne dass bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllt werden müssen.¹³ Zudem gibt es Hürden bei der Kostengutsprache. Hier haben die Krankenversicherer Entscheidungsspielraum (siehe Zentrale Erkenntnis 7).
- *Labornachweis Covid-19 als potenzielle Hürde:* Nicht alle Betroffenen verfügen gemäss Sentinella-Befragung über einen Labornachweis einer Covid-19 Infektion. In den Interviews wurde dies vereinzelt als potenzielles Problem beim Zugang bezeichnet. Beispielsweise ist in manchen spezialisierten Sprechstunden der Labornachweis Voraussetzung für einen Termin. Unklar ist, inwiefern dadurch auch Hindernisse bei Kostengutsprachen oder Anerkennung als Berufskrankheit entstehen. In den Experteninterviews wurde dies teilweise vermutet. Gleichzeitig wurde berichtet, dass beispielsweise von einer Krankentaggeld-Versicherung die Diagnose «Long Covid ohne Nachweis» akzeptiert wurde.

¹¹ In der Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2020 wird eine Wartezeit auf einen Termin bei einer Spezialistin/einem Spezialisten von weniger als einen Monat als kurz bezeichnet, ein Drittel der befragten Patienten/-innen gab Wartezeiten von mehr als einen Monat an. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-des-commonwealth-fund-laendervergleiche/ihp-befragungen-wohnbevoelkerung-ab-18-jahren.html>, Zugriff am 28.09.2022.

¹² Weitere Anbieter sind zum Beispiel das Schweizerische Rote Kreuz mit Ergotherapie-Angeboten und punktuell engagieren sich auch Spitex-Anbieter mit Schwerpunkt Psychiatrie. Zudem gibt es ambulante Rehabilitationsprogramme in Spitälern, die ähnlich ausgestaltet sind wie die stationären Programme.

¹³ SWISS REHA hat für verschiedene stationäre Angebote Qualitäts- und Leistungskriterien definiert. <https://www.swiss-reha.com/de/stationaer.html>, Zugriff am 24.10.2022.

- *Betreuung «zu Hause» und Telemedizin:* Die Anreise für Termine mit Fachpersonen kann für Betroffene sehr belastend sein und es fehlt teilweise an wohnortsnahen Behandlungsplätzen (insbesondere in ländlichen Regionen). Eine Betreuung «zu Hause» (z.B. durch mobile Rehabilitation oder psychosoziale Spitex) scheint selten zu sein und eine telemedizinische Behandlung im Bereich der ambulanten Rehabilitation ist nicht abrechenbar.¹⁴ In den Interviews mit Fachpersonen wurde gleichzeitig die Wichtigkeit einer kontinuierlichen Behandlung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung betont. Aus unserer Sicht wird dieser Ansatz durch Möglichkeiten der Betreuung zu Hause und der telemedizinischen Betreuung erleichtert.

Zentrale Erkenntnis 3

Selbstmanagement ist bei Hausärzten/-innen und spezialisierten Sprechstunden wenig bekannt und wird insgesamt wenig gefördert.

Selbstmanagement ist für Betroffene wichtig, um die Folgen von langandauernden Erkrankungen zu bewältigen und in ihren Alltag zu integrieren (z.B. Energiemanagement). Dabei ist eine Förderung des Selbstmanagement bedeutsam, um die Kompetenzen und Ressourcen der Betroffenen zu stärken.¹⁵ Die Selbstmanagement-Förderung findet zum einen im Kontakt mit Fachpersonen statt. Zum anderen gibt es Angebote zur Unterstützung des Selbstmanagements ausserhalb des eigentlichen Behandlungssettings (z.B. Austausch unter Betroffenen, Informationsmaterial, Bildungsveranstaltungen und technische Tools). Selbstmanagement wird in den Interviews mit Fachpersonen als sehr wichtig bezeichnet. Dennoch hat sich gezeigt, dass dazu vor allem bei der Hausärzteschaft und bei spezialisierten Sprechstunden entsprechendes Wissen fehlt und insbesondere der Zugang zu Angeboten zur Unterstützung des Selbstmanagements (z.B. zu Informations- und Austauschplattformen) selten vermittelt wird. Ein wichtiger Grund dürfte die zu geringe Bekanntheit der Angebote in der Fachwelt sein. Auch ist das Potenzial der Betreuung «zu Hause» (z.B. durch die Spitex und/oder ambulante Rehabilitation) noch nicht ausgeschöpft.

Die Finanzierung der Entwicklung und des Betriebs von Angeboten zur Unterstützung des Selbstmanagements (z.B. Informations- und Austauschplattformen, technische Tools) ist oft schwierig – ein aus verschiedenen Themenbereichen der Versorgung bekanntes Thema (siehe Zentrale Erkenntnis 7).

Zentrale Erkenntnis 4

Die Behandlung erfordert eine interprofessionelle/ interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Zusammenarbeit an den Schnittstellen ist optimierbar.

Die Behandlung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung erfordert wegen der Komplexität oft einen ganzheitlichen Ansatz. Insbesondere bei schwereren Fällen erfolgt die Betreuung oft interprofessionell/interdisziplinär, durch spezialisierte Sprechstunden und bei Bedarf mit Rehabilitationsprogrammen. Zentrale Fachrichtungen sind vor allem die Pulmologie, da ursprünglich Symptome einer Lungenerkrankung im Vordergrund standen, und die Psychosomatik wegen der ganzheitlichen Ausrichtung. Die Komplementärmedizin ist nur in wenigen Sprechstunden vertreten, was aus deren Sicht bedauert wird, da sie grundsätzlich einen ganzheitlichen Ansatz pflegt. Weitere wichtige Fachdisziplinen

¹⁴ Befristet bis zum 31.12.2023 kann in der Ergotherapie «Therapie auf räumliche Distanz» im Geltungsbereich der IV, Unfall- und Militärversicherung (nicht in der Krankenversicherung), unter gewissen Bedingungen, abgerechnet werden. <https://www.ergotherapie.ch/ergotherapie-de/therapie-auf-raeumliche-distanz/>, Zugriff am 28.09.2022.

¹⁵ Vgl. «Konzept Selbstmanagement-Förderung bei nichtübertragbaren Krankheiten, Sucht und psychischen Erkrankungen» des BAG auf www.bag.admin.ch/self, Zugriff am 23.08.2022.

und Professionen sind Kardiologie, Psychiatrie/Psychologie, Ergotherapie, Physiotherapie und im stationären Setting gegebenenfalls weitere (z.B. Pflege, Onkologie). Die Behandlung orientiert sich an der jeweiligen Symptomatik, welche vielfältig sein kann. Physiotherapeuten/-innen und Ergotherapeuten/-innen wenden dabei ihr übliches Wissen an (z.B. analog Therapie Chronic Fatigue Syndrom oder Kardiologische oder Pulmologische Rehabilitation). Bei starker Erschöpfungssymptomatik steht die Vermittlung von Energiemanagement oder Pacing im Vordergrund, wobei die Selbstmanagement-Förderung ein wichtiges Element der Behandlung darstellt. In der Grundversorgung werden Behandlungsansätze für andere unspezifische Krankheitsbilder angewandt (z.B. virale Langzeitfolgen, Chronic Fatigue Syndrom).

Die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen den Akteuren ist optimierbar, ein bekanntes Problem aus der Versorgung (z.B. Austrittsmanagement, interprofessionelle Zusammenarbeit). Dies betrifft insbesondere den Austausch an Informationen zwischen der Hausarztmedizin und den anderen Akteuren. Die Hausärzte/-innen schätzen eine gute regionale Zusammenarbeit insbesondere mit spezialisierten Sprechstunden, viele sind aber der Ansicht, dass die übergreifende Koordination mehr in der Grundversorgung liegen sollte. Unsere Erhebungen zeigen zudem, dass vor allem in der Hausärzteschaft zu wenig bekannt ist, was die anderen Akteure, insbesondere die Rehabilitation, tun und leisten können. Interviewte Hausärzte/-innen, aber auch Vertretende der spezialisierten Sprechstunden, beurteilen die Finanzierung des Koordinationsaufwands als ungenügend (siehe Zentrale Erkenntnis 7), da der Aufwand für die Behandlung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung hoch ist, wie auch bei anderen komplexen, unklaren chronischen Krankheitsbildern.

Zentrale Erkenntnis 5

Die Verbreitung des bestehenden Wissens ist deutlich optimierbar, es mangelt an koordinierter Verbreitung von Informationen und an Bildungsangeboten.

Die Evidenzlage ist im Bereich der Post-Covid-19-Erkrankung insgesamt noch unsicher. Es ist davon auszugehen, dass es einige Zeit dauern wird, bis belastbares Wissen vorliegt.

Unsere Erhebungen zeigen, dass im ambulanten Bereich (Hausarztmedizin, Rehabilitation) das bestehende Wissen zum Krankheitsbild, zu seiner Behandlung und zu spezialisierten Angeboten zu wenig verbreitet ist. Die interviewten Fachpersonen vermissen eine zentrale, themenspezifische Informationsstelle für fachliches Informationsmaterial. Die Qualität der Versorgung könnte mittels optimierter Nutzung des bestehenden Wissens verbessert werden. Es ist daher zentral, dass vorhandenes Wissen gebündelt und verbreitet wird. Für fast alle Befragte ist die Einführung von einheitlichen Guidelines in der Schweiz für die Diagnosestellung und die Behandlung ein grosses Anliegen.¹⁶ Entsprechende gesamtschweizerische Guidelines, wie sie in den Nachbarländern verfügbar sind, sind noch in Erarbeitung.¹⁷ Die verfügbaren nationalen und internationalen Guidelines sind mässig bekannt und werden nur teilweise genutzt (z.B. von ca. 50% der Hausärzte/-innen gemäss Sentinella-Querschnittsbefragung). In den Spitälern wird vor allem auf interne Vorgaben

¹⁶ Unter Guidelines werden Richtlinien und Empfehlungen verstanden.

¹⁷ Das BAG und die Schweizer Ärztesvereinigung FMH haben im März 2022 einen Prozess zur Entwicklung von Behandlungsempfehlungen zur Post-Covid-19 Erkrankung lanciert, welcher noch nicht abgeschlossen ist.

zurückgegriffen, die Hausärzteschaft orientiert sich meist am mediX Factsheet Long Covid/PASC¹⁸ oder in der Westschweiz an den Guidelines der HUG¹⁹. Aus übergeordneter Sicht entsteht der Eindruck, dass sich für die Bündelung und Verbreitung des Wissens in gewissen Bereichen parallele Strukturen und Ansätze etablieren. Zum einen durch regionale Verankerung und Schlüsselpersonen: die Plattform Altea in der Deutschschweiz, die Plattform Rafael in der Westschweiz. Zum anderen gibt es Aktivitäten zur Erarbeitung von Guidelines durch die Versicherungsmedizin und durch die medizinischen Fachgesellschaften. Bei fehlender Koordination könnten diese Entwicklungen dem Ziel einer einheitlichen Informationsverbreitung entgegenstehen.

Zudem gibt es gemäss unseren Erhebungen insgesamt wenig Bildungsaktivitäten. Punctuell erfolgen Fort- und Weiterbildungen in Spitälern²⁰ im Rahmen der üblichen Gefässe. Die hohe Arbeitsbelastung der ambulanten Leistungserbringer ist eine Hürde für die Fort- und Weiterbildung, zumal die Post-Covid-19-Erkrankung in ihrem Praxisalltag vergleichsweise selten ist.

Zentrale Erkenntnis 6

Die Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Leistungen sind geregelt, in der Praxis zeigen sich aber punktuell Herausforderungen.

Die Finanzierung der Versorgung von Patienten/-innen in der Schweiz ist grundsätzlich unabhängig von der Art der Erkrankung (Diagnose) geregelt. Das gilt damit auch für Versorgungsleistungen für Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung. Spielraum im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) gibt es bei der Finanzierung von Aufenthalten in der stationären Rehabilitation. Hier muss von den Leistungserbringern eine Kostengutsprache bei den Krankenversicherern eingeholt werden. Die Kosten werden von Kantonen und Krankenversicherern anteilmässig übernommen. Im ambulanten Bereich sind die Regelungen und Tarife an den Berufsgruppen der Leistungserbringer ausgerichtet. Leistungen der ambulanten Rehabilitation werden im KVG bei ärztlicher Verschreibung grundsätzlich übernommen. Bei längerer Behandlungsdauer muss dies gegebenenfalls für eine weitere Kostenübernahme begründet werden. Für die Finanzierung von Angeboten zur Selbstmanagement Förderung sind verschiedene Finanzierungsquellen relevant. Die Voraussetzungen für eine Finanzierung der Leistungen im Rahmen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind häufig nicht erfüllt.²¹

Unsere Erhebungen zeigen, dass aus Sicht der Versicherer, des BAG und bei vielen Leistungserbringern kein Handlungsbedarf zur Anpassung gesetzlicher Grundlagen besteht. Zudem seien die bestehenden Tarife für die heutige Behandlung von Post-Covid-19 ausreichend. In der Praxis bestehen jedoch, insbesondere aus Sicht der Betroffenen und einiger Leistungserbringer, folgende Hürden:

- *Kostengutsprachen für die stationäre Rehabilitation:* In den Interviews wurde der Prozess der Kostengutsprache als grösstes Hindernis bei der stationären Rehabilitation von Post-Covid-19-Erkrankten bezeichnet. Dabei wurden vier Hürden hervorgehoben: Das Kriterium der Spitalbedürftigkeit, die fehlende Evidenz bezüglich Wirksamkeit

¹⁸ <https://www.medix.ch/wissen/guidelines/infektionskrankheiten/long-covid-pasc-post-acute-sources-of-sars-cov-2-infection-factsheet/>, Zugriff am 23.08.2022.

¹⁹ <https://www.hug.ch/sites/hde/files/structures/coronavirus/guidelines-postcovid-pourmedecintraisants.pdf>, Zugriff am 23.08.2022.

²⁰ Weiterbildungen beziehen sich auf nicht-ärztliche Berufsgruppen.

²¹ Vgl. Studie «Nachhaltige Finanzierung und Qualität in der Selbstmanagement-Förderung», verfügbar auf der Plattform Selbstmanagement-Förderung (SELF) des BAG.

und Behandlungsalternativen, der hohe Aufwand für den Antrag sowie die unterschiedliche Praxis der Versicherer.²² Wie häufig Kostengutsprachen abgelehnt werden, ist unklar, unsere Erhebungen zeigen gemischte Erfahrungen. Ein Grossteil der interviewten Leistungserbringer hat Erfahrungen mit abgelehnten Kostengutsprachen bei Post-Covid-19-Erkrankungen gemacht, während in der Online-Befragung nur zwei von sieben Verantwortlichen von stationären Rehabilitationsprogrammen Probleme angeben. Es entsteht der Eindruck, dass Ablehnungen primär bei der Zuweisung durch Hausärzte/-innen, die wenig Erfahrung mit der Argumentation haben, erfolgen. Den spezialisierten Sprechstunden stellt sich dieses Problem kaum oder nicht.

- *Massnahmen der ambulanten Rehabilitation:* Bei langer Behandlungsdauer müssen ambulante Leistungserbringer den Krankenversicherern häufig eine detaillierte Begründung vorlegen, wie bei anderen Erkrankungen auch. Unsere Erhebungen zeigen, dass es bisher mehrheitlich keine Schwierigkeiten bei der Abrechnung von Leistungen gab, vereinzelt wird die Kostenübernahme jedoch verweigert. Wiederum werden bekannte Unterschiede zwischen den Versicherungen angesprochen. Telemedizinische Massnahmen in der ambulanten Rehabilitation sind je nach Art der Leistungserbringer nicht immer abrechenbar.²³
- *Finanzierung von Koordinationsleistungen:* In der ambulanten ärztlichen Betreuung (Hausarztmedizin, spezialisierte Sprechstunden) wird die zu geringe Abbildung des Aufwands für Koordinationsleistungen im ambulanten Tarifsysteem Tarmed als grösstes Problem bezeichnet.²⁴ Zudem wird die Vergütung von Gesprächszeiten bei komplexen Krankheitsbildern als ungenügend bemängelt.
- *Selbstmanagement:* Angebote zur Unterstützung des Selbstmanagements werden sowohl von den Betroffenen als auch den Fachpersonen als wichtig erachtet. Es bestehen teilweise Schwierigkeiten in der Finanzierung. Gemäss den Interviews spielen Spenden, Eigenmittel und unbezahlter Einsatz der Betroffenen eine grosse Rolle. Grundsätzlich gibt es aber weitere potenzielle Finanzierungsquellen, so leistet die öffentliche Hand teilweise finanzielle Unterstützung.²⁵

Empfehlungen

Die Situationsanalyse zeigt einige bekannte Herausforderungen im Gesundheitssystem, die durch den Blick auf die Versorgung der Post-Covid-19-Erkrankung erneut thematisiert werden. Zudem ist die Versorgungssituation bei der Post-Covid-19-Erkrankung durch die unklare Evidenzlage geprägt.

Ausgehend von den genannten zentralen Erkenntnissen formulieren wir folgende Empfehlungen zuhanden des BAG und der Akteure im Gesundheitssystem:

²² Anekdotisch gibt es zudem Unterschiede zwischen den Krankenversicherungen bei der Bewilligungsrate, dies ist verschiedenen Akteuren auch aus anderen Kontexten bekannt.

²³ Siehe Fussnote 14.

²⁴ Die Vergütung von Koordinationsleistungen erfolgt im Tarmed in der Regel als Leistungen in Abwesenheit des Patienten und unterliegt gewissen Limitationen und Spezifizierungen. Sie ist seit längerem Gegenstand von Diskussionen der Tarifpartner im Zusammenhang mit der geplanten Revision des ambulanten Tarifsystems. Daneben soll im Rahmen des zweiten Kostendämpfungspakets die koordinierte Versorgung durch Gesetzesanpassungen gefördert werden (persönliche Kommunikation des BAG).

²⁵ https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/selbstmanagement/leitfaden-finanzierung.pdf.download.pdf/01_NCD_LEITFADEN_FINANZIERUNG_210325.pdf, Zugriff am 23.08.2022.

Empfehlung 1*Evidenzlage betreffend Post-Covid-19-Erkrankung verbessern*

Wir empfehlen dem BAG sowie Forschungsförderinstitutionen wie dem Schweizerischen Nationalfonds (SNF) zu prüfen, wie praxisrelevante Forschung in der Schweiz zur Behandlung und Rehabilitation, von Personen mit Post-Covid-19-Erkrankung gefördert werden kann. Insbesondere braucht es Studien zur Wirksamkeit von Behandlungsmassnahmen. Dabei ist wichtig, dass neue nationale und internationale Studienergebnisse verfügbar gemacht werden und insbesondere auch von Studienergebnissen aus dem Ausland gelernt werden kann.

Zudem empfehlen wir dem BAG, den Aufbau eines Monitoring-Systems zur Erfassung der Anzahl Betroffenen voranzutreiben, um die Entwicklung des Versorgungsbedarfs verfolgen zu können. Dabei sollte nach Möglichkeit auf bestehende Systeme, wie zum Beispiel das Sentinella-Meldesystem, aufgebaut werden. Zu prüfen ist, inwiefern Angaben aus den spezialisierten Sprechstunden einbezogen werden können.

Empfehlung 2*Zügig schweizweite Guidelines erarbeiten und mittels Bildungsangebote verbreiten*

Wir empfehlen den medizinischen Fachgesellschaften, einheitliche Guidelines zum Vorgehen bei der Diagnosestellung sowie der Behandlung zu erstellen.²⁶ Sehr wichtig ist hier der Einbezug der späteren Nutzergruppen, allen voran die Hausarztmedizin, aber auch die Berufsgruppen der Rehabilitation (insb. Ergotherapie, Physiotherapie). Dabei sollte auch eine Abstimmung mit der Versicherungsmedizin (Swiss Insurance Medicine [SIM], Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte [SGV]) erfolgen.²⁷ Die Guidelines sollten genutzt werden, um das Wissen bei den Fachpersonen, insbesondere im ambulanten Bereich, zu verbessern. Idealerweise werden sie zentral im Internet zur Verfügung gestellt (siehe Empfehlung 3).

Der Prozess zur Erarbeitung von einheitlichen Guidelines hat bereits begonnen. Wir empfehlen dem BAG, die Begleitung des Prozesses weiterhin zu priorisieren, um in nützlicher Frist ein Produkt zu erzielen. Dabei sollte die Koordination der verschiedenen Informationsaktivitäten hoch gewichtet werden und auf die Vermeidung von Doppelspurigkeiten sowie den interprofessionellen Ansatz geachtet werden.

Wir empfehlen den Fachverbänden,²⁸ die Verbreitung der Informationen an die Fachpersonen in ihren Bereichen zu koordinieren, dazu zählen auch Bildungsangebote (z.B. Schulungen, Webinare). Dabei sollten die Informations- und Austauschplattformen eingebunden werden (siehe Empfehlung 3). Die Bildungsangebote sollten idealerweise interprofessionell ausgerichtet sein, um das Wissen über die Tätigkeiten der anderen Berufsgruppen zu erhöhen. Der interprofessionelle Prozess und die Kontakte im Rahmen der Erarbeitung der Guidelines können dafür eine Grundlage liefern.

²⁶ In allen Nachbarländern der Schweiz bestehen Guidelines seit 2021.

²⁷ Versicherungsmedizin Schweiz (Swiss Insurance Medicine SIM) ist daran, Empfehlungen für die versicherungsmedizinische Abklärung zu erarbeiten. Der Entwurf wird derzeit nach einer Vernehmlassung im Frühjahr 2022 überarbeitet. Bestandteil ist ein einheitlicher Post-Covid-19 Erfassungsbogen, der von allen Akteuren in den verschiedenen Settings eingesetzt werden soll (z.B. Hausarztmedizin, spezialisierte Sprechstunden, Rehabilitation). Die Empfehlungen fokussieren auf die Abklärung der Arbeits-/Ausbildungsfähigkeit. Sie befassen sich am Rande aber auch mit klinisch-medizinischen Rehabilitationsmassnahmen und enthalten eine Beilage mit Rehabilitationsempfehlungen.

²⁸ Medizinische Fachgesellschaften und Fachverbände der anderen Akteure.

Empfehlung 3*Informations- und Austauschplattformen ausbauen, bei Fachpersonen besser bekannt machen und Doppelspurigkeiten vermeiden*

Wir empfehlen den Verantwortlichen der Informations- und Austauschplattformen Altea und Rafael, in Zusammenarbeit mit den Fachverbänden der Leistungserbringer, die Plattformen als Informations-Drehscheiben zur Bündelung und Verbreitung von Wissen auch für Fachpersonen weiter auszubauen und bei den Fachpersonen besser bekannt zu machen (vgl. Empfehlung 4). Bis zum Vorliegen von Guidelines sollte relevantes Erfahrungswissen verfügbar gemacht werden, wie dies teilweise bereits der Fall ist. Dabei sollten sich die beiden Plattformen, die regional unterschiedlich verankert sind, inhaltlich koordinieren. Insbesondere für die französische Sprachregion sollten Doppelspurigkeiten vermieden werden, da beide Plattformen in französischer Sprache Informationen und Austausch anbieten.

Empfehlung 4*Zugang zur stationären Rehabilitation transparent und einheitlich regeln*

Wir empfehlen den Versicherungen und der SGV, die beschriebenen Hürden im Kostenspracheprozess zu prüfen. Wir empfehlen, dass die SGV-Grundlagen für die Beurteilung von Kostensprachen für stationäre Rehabilitation zur Verfügung stellt, welche komplexen Situationen wie der Post-Covid-19-Erkrankung Rechnung trägt. Hier sind insbesondere die unklare Evidenz zur Wirksamkeit von Massnahmen und das Kriterium der Spitalbedürftigkeit wichtige Themen. Wir empfehlen, dass SWISS REHA! eine baldige Festlegung von Qualitäts- und Leistungskriterien, wie sie auch für andere Leistungsbereiche bestehen, für Programme zur stationären Rehabilitation für Betroffene der Post-Covid-19-Erkrankung anstrebt. Idealerweise wird die SGV dabei einbezogen. Zudem empfehlen wir den pädiatrischen Rehabilitationskliniken – idealerweise in Zusammenarbeit mit spezialisierten pädiatrischen Sprechstunden – zu prüfen, inwiefern ein spezialisiertes Angebot für Kinder und Jugendliche (wieder) verfügbar gemacht werden kann.

Empfehlung 5*Fehlender Labornachweis Covid-19 als potenzielle Zugangshürde beseitigen*

Wir empfehlen den spezialisierten Sprechstunden und den Krankenversicherern, zu prüfen, inwiefern ein fehlender Labornachweis einer Covid-19-Infektion eine Hürde beim Zugang zu spezialisierten Leistungen darstellt und diese gegebenenfalls zu beseitigen. Allenfalls braucht es eine Spezifizierung des Vorgehens bei fehlendem Labornachweis.

Empfehlung 6*Telemedizinische Angebote stärken*

Wir empfehlen den Fachverbänden der ambulanten Rehabilitation (insbesondere Physiotherapie, Ergotherapie) und den spezialisierten Sprechstunden, zu prüfen, inwiefern telemedizinische Behandlungen bei Post-Covid-19 eine sinnvolle, ausbaufähige Ergänzung des Angebots sind und ob es weitere Voraussetzungen zur Finanzierung solcher Angebote braucht (insbesondere mit Blick auf die Erfüllung der WZW-Kriterien).

Empfehlung 7*Die Förderung des Selbstmanagements weiter voranbringen*

Wir empfehlen dem BAG, die Plattform Selbstmanagement-Förderung bei nichtübertragbaren Krankheiten, Sucht und psychischen Erkrankungen (SELF) für weitere Themenbereiche wie die Post-Covid-19-Erkrankung zu öffnen. Die vorhandenen Erkenntnisse zu Finanzierungsmöglichkeiten von Angeboten des Selbstmanagements, insbesondere der

Leitfaden «Finanzierung für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung»²⁹, sollten auch bei den Akteuren aus dem Bereich Post-Covid-19 bekannt gemacht werden. Die Bedeutung des Selbstmanagements wurde in unseren Erhebungen mehrfach hervorgehoben. Wir empfehlen daher den Akteuren der Plattform SELF, zusammen mit den Fachverbänden, die Integration der Selbstmanagement-Förderung in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachpersonen weiter zu verfolgen.

²⁹ https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/selbstmanagement/leitfaden-finanzierung.pdf.download.pdf/01_NCD_LEITFADEN_FINANZIERUNG_210325.pdf, Zugriff am 23.08.2022.

Management Summary: constats centraux et recommandations

Ce *Management Summary* présente les données clefs du mandat, l'analyse des résultats ainsi que la synthèse des constats centraux et les recommandations qui en découlent.

Mandat et objectifs

Le présent rapport vise à servir de base à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour répondre au Postulat 21.3014 « Garantir aux personnes atteintes du "Covid long" un traitement et une réadaptation appropriés ». Le mandat poursuit trois objectifs principaux : (1) établir un état de situation en matière de soins (traitement et réadaptation) des personnes avec une affection post-COVID-19, (2) identifier d'éventuelles lacunes et difficultés liées aux soins et à leur financement et (3) formuler des recommandations.

Objet d'étude et thèmes centraux du mandat

Le terme d'affection post-COVID-19 (aussi appelé Covid-long ou effets à long terme du COVID-19) se base sur la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

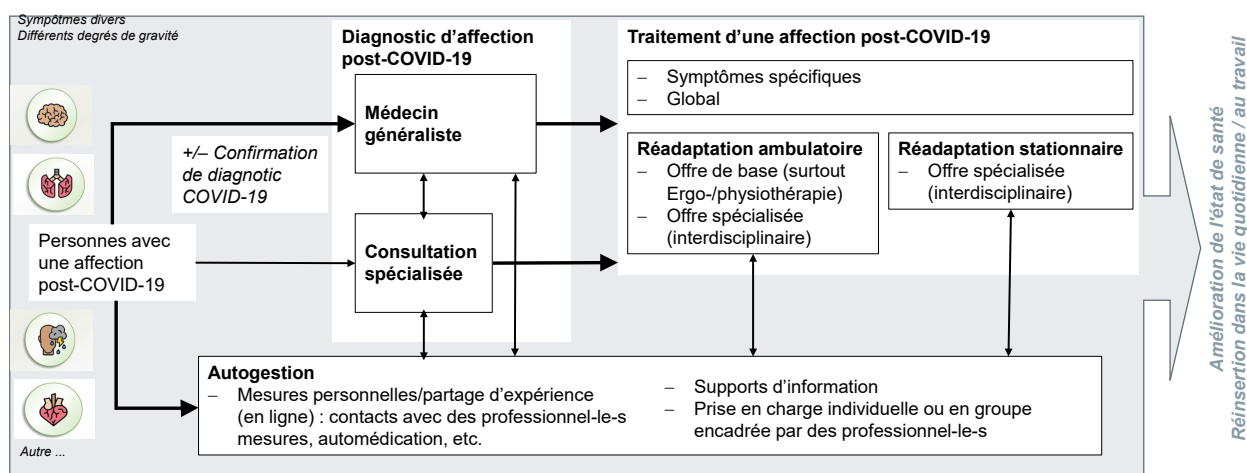
Une maladie post-Covid-19 peut survenir chez les personnes ayant une infection probable ou confirmée au SRAS-CoV-2, généralement trois mois après l'infection, et se caractérise par des symptômes qui durent au moins deux mois et qui ne peuvent pas être expliqués par un autre diagnostic.³⁰

Le mandat se concentre sur le parcours médical des personnes atteintes d'une affection post-COVID-19 depuis le diagnostic jusqu'au traitement et la réadaptation. Au cours de leur parcours médical, les patient·e·s passent par des *settings* médicaux (jusqu'à cinq au maximum) : (1) la médecine générale, (2) les consultations spécialisées, (3) la réadaptation ambulatoire, (4) la réadaptation stationnaire et (5) l'autogestion.³¹ La figure suivante propose un aperçu du possible parcours médical du/de la patient·e et indique (sur le bas de la figure) les thèmes centraux du mandat. Le mandat se focalise sur la prise en charge des adultes, la prise en charge des enfants étant abordée seulement partiellement.

³⁰ https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1 (consulté le 23.08.2022).

³¹ Le mandat porte principalement sur la promotion de l'autogestion ainsi que sur les offres de soutien à l'autogestion existantes en dehors du cadre médical proprement dit, par exemple des supports d'information, des séances de formation, des apps ou encore des forums d'échange entre patient·e·s. En plus de cela, les professionnel·le·s (notamment les physiothérapeutes et les ergothérapeutes) encouragent l'autogestion de la maladie dans le cadre de leurs traitements afin de permettre aux patient·e·s de mieux gérer leur maladie. Voir sur le sujet le « Concept de Promotion à l'autogestion lors de maladies non transmissibles, psychiques et d'addiction » publié par l'OFSP sur [son site](#) (consulté le 23.08.22).

Aperçu du parcours médical du/de la patient-e et des thèmes centraux du mandat



Thèmes centraux du mandat :

- Accès au diagnostic, au traitement/réadaptation et à l'autogestion
- Conception des offres et gestion des interfaces
- Supports de soutien et offre de formation
- Conditions cadre du financement

Source : Interface.

Légende : principaux systèmes affectés par les symptômes : peau, poumons, système nerveux, système psychique, cœur.

Méthodologie et limites

La présente analyse de la situation en matière de soins repose sur les bases empiriques suivantes :

- *Recherche d'offres de soins spécialisées* : une première recherche en ligne des offres de consultations spécialisées et des programmes de réadaptation a été réalisée au printemps 2022. Cette recherche a été validée et complétée par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et les cantons.
- *Recherche d'offre de soutien à l'autogestion* : une deuxième recherche en ligne a été menée, également réalisée au printemps 2022, afin de lister les offres de soutien à l'autogestion existantes. L'accent a été mis sur les deux plateformes d'information et d'échange Altea³² et Rafael³³.
- *Entretiens d'expert-e-s* : constituant le cœur de l'analyse, un total de 37 entretiens ont été menés entre le mois de février et de juillet 2022 avec des professionnel-le-s actif-ve-s aux niveaux stratégique et opérationnel, ainsi qu'avec des représentant-e-s d'une organisation de patient-e-s.
- *Entretien avec des patient-e-s* : dix entretiens avec des patient-e-s souffrant d'affection post-COVID-19 ont été conduits entre mai et juillet 2022.
- *Enquête en ligne auprès des hôpitaux* : une enquête en ligne a été menée entre mi-mai et début juin 2022 auprès des professionnel-le-s responsables de consultations spécialisées et/ou de programmes de réadaptation ambulatoire et stationnaire (taux de réponse : 23/84, soit 27%).

³² <https://www.altea-network.com/> (consulté le 25.02.2022).

³³ <https://www.rafael-postcovid.ch/> (consulté le 25.02.2022).

- *Inclusion de l'enquête Sentinella* : en juin 2022, l'OFSP a conduit avec le système de déclaration Sentinella³⁴ une enquête transversale auprès des médecins généralistes et des pédiatres du collectif de déclaration. Les réponses de cette enquête ont été intégrées dans le rapport (taux de réponse 103/176, soit 59%)
- *Implication du groupe d'accompagnement* : en parallèle au présent mandat, la mandante a mené un processus de consultation avec certains acteurs clés. Le groupe d'acteurs clés a également fait office de groupe d'accompagnement pour le présent mandat et a apporté son expertise lors de séances et d'entretiens.

Le mandat a permis de recueillir en un laps de temps réduit des informations sur la situation actuelle en matière de soins pour les personnes souffrant d'affection post-COVID-19. Le but premier était d'identifier les lacunes et difficultés potentielles en matière de soins et de financement en impliquant un large éventail de professionnel·le·s ainsi que les patient·e·s. L'analyse de l'efficacité des offres ne faisait pas partie du périmètre du mandat et nécessiterait une autre approche méthodologique.

L'analyse est basée sur le regard rétrospectif des personnes interrogées. Il convient de noter ici que les patient·e·s interrogé·e·s sont tombé·e·s malades lors de la première ou deuxième vague et qu'ils/elles ont donc expérimenté les débuts de la prise en charge de l'affection post-COVID-19. Il est ainsi possible que les offres de soins aient évolué au cours du mandat et que de nouvelles problématiques soient apparues entre-temps³⁵. Nous estimons cependant que les constats centraux qui ressortent de ce rapport restent toujours valables et pertinents.

Constats centraux

Le manque de données scientifiques (ou *evidence*) sur l'affection post-COVID-19 est un problème fondamental qui se retrouve dans chacun des thèmes centraux et des recherches effectuées dans le cadre de ce mandat. Le diagnostic et l'analyse de l'évolution de la maladie sont difficiles à établir en raison de la complexité de la pathologie et des avancées constantes en matière de nouvelles connaissances. L'efficacité des mesures de traitement et de réadaptation n'est pas suffisamment avérée et peut entraîner des problèmes de financement de certaines prestations. La charge de morbidité ainsi que le nombre de personnes véritablement atteintes ne pas toujours clairs. Cette situation représente un défi pour l'évaluation de la situation en matière de soins et c'est la raison pour laquelle il est souhaité par plusieurs acteurs qu'un système de déclaration ou un monitoring soit mis en place. L'amélioration de la situation en matière de données est un besoin majeur souligné tant par les professionnel·le·s que par les patient·e·s. Une autre problématique importante et logique, surtout venant de la part des patient·e·s, est l'acceptation sociale et professionnelle de la pathologie. Le maintien des capacités de travail est également ressorti comme une préoccupation importante pour les patient·e·s, mais aussi pour l'économie dans son ensemble.

³⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/sentinella-meldesystem.html> (consulté le 30.08.2022).

³⁵ À titre d'exemple, lors de la dernière réunion du groupe du groupe d'accompagnement, la prise en charge sur le long terme des personnes affectées par la maladie post-COVID-19 a été mentionnée comme un nouveau thème.

Ce dernier aspect ne fait cependant pas partie du présent mandat ou des interventions politiques traitées par l'OFSP et est pris en charge par un autre office³⁶. Il convient néanmoins de noter que le diagnostic et le traitement d'une affection post-COVID-19 peuvent avoir une influence sur la capacité de travail et son évaluation.

Sur la base de la récolte de données, nous présentons tout d'abord l'évaluation globale de la situation actuelle en matière de soins (Constat n°1). Dans un deuxième temps, nous présentons les constats spécifiques aux thèmes centraux du mandat (Constats 2 à 7). Conformément au mandat, nous avons cherché à mettre en évidence les défis et les potentiels d'amélioration existants en prenant en compte le point de vue des professionnel·le·s et des patient·e·s.

Il convient de garder à l'esprit que les défis en matière de soins des patient·e·s sont également valables pour d'autres pathologies et se réfèrent à des défis déjà connus du système de santé suisse.

Constat n°1

Le réseau de soins est globalement suffisamment dense. Des améliorations dans l'accès et la fourniture de prestations sont cependant possibles.

D'un point de vue quantitatif, l'offre proposée par les structures de soins est actuellement adéquate. Les acteurs du système de santé suisse s'organisent et il existe des offres spécialisées dans les trois régions linguistiques et dans 18 cantons au total. Près de 40 consultations spécialisées interdisciplinaires et 24 programmes de réadaptation stationnaire sont disponibles à l'échelle de la Suisse (état à mi-mai 2022). Si on y ajoute l'offre de base, le réseau de soins est suffisamment étoffé. En revanche, l'offre en consultations spécialisées pour les enfants et les jeunes est bien plus faible que pour les adultes. L'offre en consultation spécialisée est néanmoins jugée comme étant suffisante dans ce domaine par les spécialistes. En ce qui concerne la réadaptation stationnaire, il n'existe que très peu d'offres spécifiques pour les enfants³⁷.

Les constats qui suivent s'alignent sur les thèmes centraux du mandat et portent sur les possibilités d'amélioration.

Constat n°2

L'accès aux soins reste dans certains cas limité.

Dans les faits, certaines limites d'accès en matière de diagnostic et de traitement approprié existent pour les patient·e·s atteint·e·s de post-COVID-19 :

- *Niveau de connaissance dans les soins médicaux de base* : les données récoltées montrent qu'il existe de grandes disparités dans le degré de sensibilisation des médecins généralistes (y compris des pédiatres³⁸) sur le thème du post-COVID-19. D'après l'enquête transversale Sentinella, près de la moitié des médecins généralistes ne recourt pas à des recommandations pour le diagnostic ou pour la prise en charge des personnes atteintes de post-COVID-19 et ne sont pas au courant des offres existantes en matière de réadaptation. Le fait que le nombre de patient·e·s pris en charge par les différents

³⁶ Avec le postulat « Conséquences du "Covid long" sur les assurances sociales », l'Office fédéral des assurances sociales traite des aspects du droit des assurances sociales en matière de capacité de travail des personnes atteintes par la maladie.

³⁷ Selon le groupe d'accompagnement, l'offre qui était en place en Suisse alémanique au moment de la récolte de données n'est actuellement plus disponible sous la même forme.

³⁸ En pédiatrie, les médecins ont probablement plus besoin d'orienter les patient·e·s vers une consultation spécialisée, car les cas sont plus rares.

prestataires de soins ambulatoires soit faible constitue à cet égard un défi important. Toujours selon l'enquête transversale Sentinella, les médecins généralistes suivent en moyenne trois patient·e·s atteint·e·s de post-COVID-19 par mois³⁹. De l'avis des patient·e·s, il y a parfois un manque de sensibilisation à la maladie, ce qui explique pourquoi les patient·e·s se dirigent directement aux consultations spécialisées, qui peuvent être parfois pleines et n'avoir que peu de disponibilités.

- *Disponibilités des consultations spécialisées* : selon l'enquête en ligne, près de 80% des consultations spécialisées n'a actuellement pas ou peu de disponibilités pour prendre en charge des patient·e·s atteint·e·s de maladie post-COVID-19. La moitié des consultations spécialisées interrogés ont indiqué avoir un délai d'attente allant d'un à deux mois, tandis que 40% ont un délai d'attente inférieur. Dans le cadre des entretiens, certain·e·s professionnel·le·s ont également mentionné de longs délais d'attente ; même s'il est ici difficile de déterminer ce qui est entendu par « long ». Bien que le délai d'attente soit évidemment pénible pour les patient·e·s, il reste comparable au délai des consultations spécialisées pour d'autres maladies⁴⁰. À l'avenir, la demande pourrait progressivement diminuer si les médecins généralistes s'impliquaient plus dans la prise en charge, mais elle pourrait également augmenter si le nombre de personnes gravement atteintes augmentait également.
- *Disponibilités en réadaptation ambulatoire* : le traitement d'une affection post-COVID-19 comprend en principe des mesures de réadaptation. Outre l'approche spécifique aux symptômes (par ex. une réadaptation pulmonaire), l'accent est mis sur les approches permettant de gérer l'énergie pour maîtriser sa maladie. Dans ce genre de cas, une approche ambulatoire est généralement privilégiée. Les principaux prestataires de soins sont les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes libéraux⁴¹, dont les disponibilités sont parfois limitées et qui peuvent par conséquent, selon les entretiens menés, avoir des délais d'attente importants.
- *Accès à la réadaptation stationnaire et manque de critères pour la qualité* : les programmes de réadaptation stationnaire spécialisés ont des délais d'attente moins importants que les consultations spécialisées : pour nombre de ces programmes, les délais d'attente sont inférieurs à un mois. Cependant, la qualité des offres reste encore floue en raison d'un manque de critères de qualité et de données précises sur l'efficacité des mesures. À l'heure actuelle, les prestataires de programmes de réadaptation stationnaire peuvent catégoriser leurs programmes comme étant adaptés pour traiter la maladie post-COVID-19 sans avoir à respecter certaines exigences de qualité⁴². De plus,

³⁹ Ce nombre peut être perçu comme relativement faible au vu du nombre total de patient·e·s suivi·e·s par un·e médecin généraliste. Il n'existe pas de données précises à ce sujet, mais la densité de médecin permet une estimation approximative : en 2016, il y avait 948 habitant·e·s pour un·e médecin généraliste. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2016-11_d.pdf (consulté le 26.09.2022).

⁴⁰ Dans l'analyse 2020 de l'International Health Policy Survey (IHP), un délai d'attente d'un mois pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste est considéré comme court. Un tiers des patient·e·s interrogé·e·s a indiqué un délai d'attente supérieur à un mois. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-des-commonwealth-fund-laendervergleiche/ihp-befragungen-wohnbevölkerung-ab-18-jahren.html> (consulté le 28.09.2022).

⁴¹ D'autres prestataires existent comme la Croix-Rouge suisse et ses offres d'ergothérapie ou encore, ponctuellement, des prestataires Spitex spécialisés en psychiatrie. En outre, il existe des programmes de réadaptation ambulatoire dans les hôpitaux dont l'organisation est similaire à celle des programmes stationnaires.

⁴² SWISS REHA a défini des critères de qualité et de performance pour plusieurs offres de réadaptation stationnaire. <https://www.swiss-reha.com/fr/stationnaire.html> (consulté le 24.10.2022).

les obstacles à la garantie de prise en charge des coûts sont bien présents et les assureurs-maladie possèdent ici une marge de manœuvre (voir Constat 7).

- *L'absence d'une confirmation de diagnostic COVID-19 positif en laboratoire comme obstacle potentiel* : selon l'enquête Sentinella, tous les patient·e·s ne disposent pas d'une confirmation de la part d'un laboratoire d'avoir été infecté·e·s par le COVID-19. Lors des entretiens, cela a été mentionné comme un potentiel problème pour accéder aux soins. À titre d'exemple, certaines consultations spécialisées exigent une preuve de laboratoire comme condition à remplir pour la prise de rendez-vous. Dans quelle mesure cela constitue un obstacle à une demande de garantie de prise en charge des coûts ou à la reconnaissance d'une maladie professionnelle ? La question reste encore floue. Si certains expert·e·s entendu·e·s ont émis cette hypothèse, d'autres ont dans le même temps rapporté qu'une assurance indemnité journalière a accepté un diagnostic « Covid-long sans confirmation ».
- *Prise en charge « à domicile » et télémédecine* : les déplacements pour se rendre à des rendez-vous médicaux avec des professionnel·le·s peuvent être très éprouvants pour les patient·e·s. Il manque parfois des lieux de traitement à proximité du domicile, notamment dans les régions rurales. La prise en charge « à domicile », par ex. avec une réadaptation mobile ou une prestation psychosociale par Spitex, semble être peu répandue et les traitements par télémédecine dans le domaine de la réadaptation ambulatoire ne sont pas remboursés⁴³. Les entretiens avec les professionnel·le·s ont également souligné l'importance d'un traitement en continu des patient·e·s atteint·e·s de post-COVID-19. Selon l'équipe d'évaluation, cette approche pourrait être facilitée par les possibilités de suivi à domicile et de télémédecine.

Constat n°3

L'autogestion est peu connue et globalement peu encouragée par les médecins généralistes et les consultations spécialisées.

L'autogestion est importante pour les patient·e·s, car elle leur permet de mieux gérer les effets à long terme des maladies dans leur quotidien (par ex. gestion de son énergie). Il est donc important de promouvoir l'autogestion afin de renforcer les compétences et les ressources des patient·e·s⁴⁴. D'une part, la promotion de l'autogestion se fait au contact des professionnel·le·s de la santé. D'autre part, l'autogestion se fait à l'aide d'offres de soutien qui se situent hors du cadre médical proprement dit (par exemple à travers des forums d'échange entre patient·e·s, du support d'information, des séances de formation ou encore des apps). L'autogestion est considérée comme très importante par les professionnel·le·s interrogé·e·s. Néanmoins, il s'avère que les médecins généralistes et les consultations spécialisées manquent de connaissances à ce sujet et que les possibilités d'offres de soutien à l'autogestion (par ex. les plateformes d'information et d'échange) ne sont que rarement mentionnées. Une raison à cela serait le niveau de connaissance trop faible de ces offres par les professionnel·le·s de la santé. En outre, le potentiel de prise en charge « à domicile » (par ex. avec Spitex et/ou une réadaptation ambulatoire) n'est pas encore pleinement exploité.

⁴³ Jusqu'au 31.12.2023, l'« ergothérapie à distance » peut être remboursée dans le cadre de l'AI, de l'assurance-accidents et de l'assurance militaire (mais pas dans l'assurance-maladie) sous certaines conditions. <https://www.ergotherapie.ch/ergotherapie-fr/therapie-auf-raeumliche-distanz-fr> (consulté le 28.09.2022).

⁴⁴ Voir le « Concept de promotion à l'autogestion lors de maladies non transmissibles, psychiques et d'addictions » de l'OFSP, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht.html> (consulté le 23.08.2022).

Il est souvent difficile de financer le développement et le fonctionnement des offres de soutien à l'autogestion (par ex. plateformes d'information et d'échange, apps). Ce sujet est déjà bien connu dans le domaine des soins (voir constat 7).

Constat n°4

Le traitement exige une collaboration interprofessionnelle/interdisciplinaire, la collaboration dans les interfaces peut encore être améliorée.

Le traitement de patient·e·s atteint·e·s de post-COVID 19 nécessitent souvent une approche globale en raison de leur complexité. Dans les cas plus graves, la prise en charge est souvent interprofessionnelle/interdisciplinaire avec l'implication des consultations spécialisées et, si besoin, des programmes de réadaptation. Les spécialités médicales centrales sont avant tout la pneumologie, les symptômes pulmonaires étant à l'origine au premier plan, ainsi que la psychosomatique, en raison de sa portée plus globale. Les médecines complémentaires sont représentées dans très peu de consultations, ce qui est regrettable de leur point de vue considérant l'approche globale qu'elles adoptent. Les autres disciplines et professions importantes en la matière sont la cardiologie, la psychiatrie/psychologie et certaines disciplines du *setting* stationnaire (par ex. les soins infirmiers ou l'oncologie).

Le traitement s'oriente sur des symptômes spécifiques provoqués par la maladie. Les physiothérapeutes et ergothérapeutes appliquent leurs connaissances scientifiques habituelles (par ex. thérapie du Chronic Fatigue Syndrom ou la réadaptation cardio-pulmonaire). Dans le cas de symptômes d'épuisement sévère, la notion de gestion de l'énergie ou du *pacing* est au cœur du traitement, la promotion de l'autogestion étant également un élément important. Dans le domaine des soins de base, certains traitements sont appliqués pour d'autres pathologie non spécifiques (comme les conséquences virales à long terme ou le Chronic Fatigue Syndrom).

De plus, la collaboration au sein des interfaces peut être optimisée. Ce problème est déjà bien connu dans le domaine de la santé, par exemple avec la gestion des sorties ou la collaboration interprofessionnelle. Ce constat concerne notamment l'échange d'information entre la médecine générale et les autres acteurs. Les médecins généralistes jugent que la collaboration entre les acteurs régionaux est bonne, en particulier avec les consultations spécialisées, mais beaucoup estiment que la coordination générale devrait davantage être du ressort des soins de base. Nos analyses montrent en outre que les médecins généralistes ne sont pas au courant de ce que font (et peuvent faire) les autres acteurs, notamment les acteurs du domaine de la réadaptation. Les médecins généralistes, mais aussi les responsables des consultations spécialisées, jugent le financement de la charge de coordination insuffisant (voir le Constat n°7), car la charge de travail liée au traitement de patient·e·s atteint·e·s de post-COVID-19 est particulièrement élevée, tout comme pour d'autres pathologies chroniques complexes.

Constat n°5

La diffusion des connaissances actuelles peut être nettement optimisée. Il existe des lacunes en matière de coordination de la diffusion de l'information ainsi que dans les offres de formation.

La situation en matière de données dans le domaine de l'affection post-COVID-19 est à l'heure actuelle précaire. On peut supposer que disposer de connaissances solides nécessitera encore un certain temps.

Notre analyse montre que dans le domaine ambulatoire (médecine générale, réadaptation) les connaissances sur la pathologie, son traitement et sur les offres spécialisées sont trop

peu diffusées. Les professionnel·le·s interrogé·e·s regrettent l'absence d'un centre d'information qui partagerait des supports d'information spécifiques au post-COVID-19. La qualité des soins pourrait être améliorée en optimisant l'utilisation des connaissances existantes, il est donc essentiel de rassembler et de diffuser les connaissances actuelles.

L'introduction de recommandations uniformes en Suisse pour le diagnostic et le traitement est une préoccupation majeure pour presque toutes les personnes interrogées⁴⁵. Actuellement, des recommandations nationales similaires à celles des pays voisins sont en cours d'élaboration⁴⁶. Les recommandations nationales et internationales disponibles actuellement sont assez peu connues et utilisées (par environ 50% des médecins généralistes selon l'enquête transversale Sentinella). Tandis que les hôpitaux utilisent principalement des directives internes, les médecins généralistes de s'orientent le plus souvent vers la Factsheet Long Covid/PASC⁴⁷ publiée par mediX (en Suisse alémanique) ou vers les directives des HUG⁴⁸ (en Suisse romande).

D'un point de vue général, il semblerait que plusieurs structures et approches se mettent parallèlement en place pour la récolte et la diffusion des connaissances. D'un côté à travers un ancrage régional et des personnes-clefs : la plateforme Altea en Suisse alémanique et Rafael en Suisse romande ; d'un autre à travers l'élaboration de recommandations par la médecine d'assurance et les sociétés médicales spécialisées. En l'absence de mesures de coordination, ces initiatives pourraient aller à l'encontre de l'objectif d'une diffusion uniforme de l'information.

De plus, selon les informations récoltées, il existe globalement peu de possibilités de formation. Des formations continues sont organisées au sein des hôpitaux⁴⁹, mais seulement de manière ponctuelle. La charge de travail élevée des prestataires de soins ambulatoires constitue un obstacle à la formation continue, d'autant que les cas de maladie post-COVID-19 sont plutôt rares dans leur pratique quotidienne.

Constat n°6

Les conditions-cadre relatives au financement des prestations sont réglées sur le papier, mais dans la pratique certains défis persistent de manière ponctuelle.

En règle générale, le financement des soins en Suisse est réglé indépendamment du type de maladie (diagnostic). Ce principe est aussi valable pour les prestations en faveur des patient·e·s atteint·e·s de post-COVID-19. Dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), il existe une marge de manœuvre en ce qui concerne le financement de séjours en réadaptation stationnaire. Dans ce cas, les prestataires de soins doivent obtenir une garantie de prise en charge des coûts auprès des assurances maladie. Les coûts sont ensuite pris en charge au pro rata par les cantons et les assureurs-maladie. Dans le domaine ambulatoire, les règlements et tarifs sont alignés sur les catégories professionnelles des prestataires de soins. Les prestations de réadaptation ambulatoires sont en principe prises en charge par la LAMal lorsqu'elles sont prescrites par un médecin. Si la durée du traitement est plus longue, celle-ci doit être justifiée pour une prise en charge supplémentaire.

⁴⁵ Le terme « directives » est utilisé ici comme un synonyme de « recommandations ».

⁴⁶ L'OFSP et la Fédération des médecins suisse (FMH) ont lancé en mars 2022 une procédure, toujours en cours, visant le développement de recommandations pour le traitement des affections post-COVID-19.

⁴⁷ <https://www.medix.ch/wissen/quidelines/infektionskrankheiten/long-covid-pasc-post-acute-sequelae-of-sars-cov-2-infection-factsheet/> (consulté le 23.08.2022).

⁴⁸ <https://www.hug.ch/sites/hde/files/structures/coronavirus/quidelines-postcovid-pourmedecintraients.pdf> (consulté le 23.08.2022).

⁴⁹ Ces formations continues concernent des groupes professionnels non-médicaux.

Dans le contexte du financement des offres de promotion de l'autogestion, différentes sources de financement sont pertinentes. Les conditions pour financement des prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins ne sont pas souvent remplies⁵⁰.

Notre analyse montre que du point de vue des assureurs, de l'OFSP et de nombreux prestataires de soins, une adaptation des bases légales n'est pas pertinente. En outre, les tarifs actuels prévus pour le traitement du post-COVID-19 sont suffisants. Du point de vue des patient·e·s et de certains prestataires de soins, il existe toutefois les obstacles suivants :

- *Garantie de prise en charge pour la réadaptation stationnaire* : lors des entretiens, le processus de garantie de prise en charge des coûts a été désigné comme le principal obstacle à la réadaptation stationnaire pour les personnes atteintes de post-COVID-19. Quatre obstacles ont été mis en exergue : le critère de nécessité d'hospitalisation, le manque de données relatives à l'efficacité et aux alternatives de traitement, l'effort important requis pour effectuer une demande et les pratiques différentes des assureurs⁵¹. La fréquence des refus des demandes de garanties de prise en charge reste floue, nos analyses révélant des expériences contrastées. Une grande partie des prestataires de soins interrogés a expérimenté un refus de leur demande de garantie de prise en charge pour une affection post-COVID-19, alors que dans l'enquête en ligne, seuls deux responsables de programmes de réadaptation stationnaire sur sept font état de problème en la matière. Il semblerait que les refus soient principalement le fait des médecins généralistes, qui n'ont que peu d'expérience en matière d'argumentation. Les consultations spécialisées ne rencontrent que peu, voire pas du tout, ce problème. La fréquence des refus de ces demandes reste cependant floue, nos analyses montrant des expériences contrastées.
- *Mesures de réadaptation ambulatoire* : lors du traitement de longue durée, les prestataires de soins ambulatoires doivent plus souvent fournir une justification détaillée aux assureurs-maladie, comme c'est le cas pour d'autres maladies. Nos analyses démontrent que, jusqu'à présent, il n'y a dans la majorité des cas pas eu d'embûche pour facturer des prestations, mais que la garantie de prise en charge des coûts est parfois refusée. Ici aussi, des différences, connues, entre les assurances maladies ressortent des analyses. Les mesures de télémédecine dans le cadre de la réadaptation ambulatoire ne sont pas toujours remboursées⁵², dépendant du type de fournisseur de soins.
- *Financement des prestations de coordination* : dans le domaine de la prise en charge ambulatoire (médecine générale, consultations spécialisée) la trop faible prise en considération des coûts de coordination dans le système tarifaire Tarmed est perçue comme le plus gros problème⁵³. De plus, la rémunération des périodes de consultation pour les pathologies complexes est évaluée comme insuffisante.

⁵⁰ Voir l'étude « Nachhaltige Finanzierung und Qualität in der Selbstmanagement-Förderung », disponible – en allemand avec une synthèse en français – sur la plateforme de promotion à l'autogestion de l'OFSP.

⁵¹ Il existe à cet égard des différences entre les assurances maladies en matière de taux d'approbation ce qui est également connu par différents acteurs dans d'autres contextes.

⁵² Voir la note en bas de page 14.

⁵³ Dans le système Tarmed, les prestations de coordination sont en principe rémunérées en tant que prestations en l'absence du/de la patient·e et sont soumises à une série de limitations et spécificités. Cette rémunération fait l'objet depuis de nombreuses années de discussion entre les différents partenaires dans le cadre de la révision prévue du système tarifaire ambulatoire. En outre, dans le cadre du deuxième paquet de mesures visant à maîtriser les coûts, les soins coordonnés devraient être soutenus à travers des adaptations législatives (communication personnelle de l'OFSP).

- *Autogestion* : tant les patient·e·s que les professionnel·le·s affirment que les offres de soutien à l'autogestion sont importantes. Malgré cela, il existe quelques difficultés de financement. Selon les entretiens, les dons, les ressources propres et l'investissement non-rémunéré des patient·e·s sont essentiel à cet égard. De manière générale, il est cependant possible de trouver d'autres sources de financement, par exemple auprès des pouvoirs publics, qui peuvent apporter un soutien financier partiel⁵⁴.

Recommandations

L'analyse de situation fait ressortir certains défis du système de santé connus qui reviennent sur le devant de la scène à travers le prisme de la prise en charge de patient·e·s avec une affection post-COVID-19. De plus, la situation en matière de soins pour les affections post-COVID-19 est caractérisée par le manque criant de données.

Sur la base des constats centraux cités ci-dessus, nous formulons les recommandations suivantes à l'attention de l'OFSP et des acteurs du système de santé :

Recommandation n°1

Améliorer la situation en matière de données concernant les affections post-COVID-19

Nous recommandons à l'OFSP ainsi qu'aux institutions de financement de la recherche telles que le Fonds national suisse (FNS) d'étudier quelles sont les possibilités de soutien existantes en Suisse pour la recherche pratique sur les affections post-COVID-19. Des études sur l'efficacité des traitements devraient être menées. Il est en outre important que les nouvelles études nationales et internationales soient rendues disponibles afin qu'il puisse être possible de tirer des enseignements des études menées à l'étranger.

Nous recommandons également à l'OFSP d'accélérer la mise sur pied d'un système de monitoring du nombre de personnes touchées par une affection post-COVID-19 afin de pouvoir suivre au mieux l'évolution des besoins en soins. Il faudrait à cet égard s'appuyer, dans la mesure du possible, sur des structures déjà existantes, comme Sentinella. En outre, il convient d'examiner dans quelle mesure les données des consultations spécialisées peuvent être intégrées à ce monitoring.

Recommandation n°2

Élaborer des recommandations nationales et les diffuser par le biais des offres de formation

Nous recommandons aux sociétés médicales d'élaborer des recommandations uniformes qui traitent de la procédure lors de la pose du diagnostic et du traitement⁵⁵. Il est essentiel d'intégrer à cette démarche les groupes d'acteurs qui utiliseront ces recommandations, et avant tout les médecins généralistes, ainsi que les autres groupes de professionnel·le·s de la réadaptation (tout particulièrement les physiothérapeutes et les ergothérapeutes). Cette démarche devrait se faire en coordination avec Médecine d'assurances Suisse (Swiss Insurance Medicine [SIM], Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances [SSMC])⁵⁶. Les recommandations devraient en premier lieu permettre d'améliorer les

⁵⁴ https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/selbstmanagement/leitfaden-finanzierung.pdf.download.pdf/01_NCD_LEITFADEN_FINANZIERUNG_210325.pdf (consulté le 23.08.2022).

⁵⁵ Depuis 2021, tous les pays voisins de la Suisse sont dotés de telles recommandations.

⁵⁶ Médecine d'assurances Suisse (Swiss Insurance Medicine SIM) est en train d'élaborer des recommandations concernant le bilan de médecine d'assurance. La première version de ce bilan est en cours de révision après une consultation au printemps 2022. Il comprendra un formulaire post-COVID-19 uniforme qui devrait être utilisé par tous les acteurs des différents *settings* (médecine générale, consultations spécialisées, réadaptation).

connaissances des professionnel·le·s de santé, en particulier dans le domaine de l'ambulatoire. Idéalement, ces recommandations devraient être à disposition sur Internet (voir Recommandation n°3).

Dans les faits, ce processus d'élaboration de recommandations uniforme a déjà débuté. Nous recommandons à l'OFSP de poursuivre l'accompagnement du processus afin de pouvoir disposer d'un résultat dans un délai raisonnable. Dans ce but, il est primordial de rester attentif à la coordination des différentes actions en cours, de considérer une approche interprofessionnelle et d'éviter les doublons.

Nous recommandons aux associations professionnelles⁵⁷ de se coordonner pour la diffusion des informations aux professionnel·le·s dans leurs domaines respectifs, notamment des informations sur les offres de formation (cours, webinars). Pour ce faire, les plateformes d'information et d'échange devrait être utilisées dans ce processus (voir Recommandation n°3). Ces offres de formation devraient idéalement être interprofessionnelles afin d'améliorer la connaissance des activités menées par des autres groupes professionnels. À cet égard, la démarche interprofessionnelle et les contacts établis dans le cadre de l'élaboration des recommandations peuvent servir de base.

Recommandation n°3

Développer les plateformes d'information et d'échange, diffuser ces plateformes auprès des professionnel·le·s et éviter les doublons

Nous recommandons aux responsables des plateformes d'information et d'échange Altea et Rafael de développer davantage, en collaboration avec les associations professionnelles des prestataires de soins, ces plateformes en tant que plaques tournantes regroupant et diffusant les connaissances ainsi que de les faire mieux connaître auprès des professionnel·le·s (voir la recommandation 4). Dans l'attente de l'élaboration de recommandations, les connaissances empiriques devraient être rendues disponibles, comme c'est déjà en partie le cas. Les deux plateformes, dont l'ancrage régional est différent, devrait se coordonner sur le plan du contenu. Pour la région francophone en particulier, il s'agit d'éviter les doublons, puisque les deux plateformes proposent des informations en français.

Recommandation n°4

Rendre l'accès à la réadaptation stationnaire transparent et uniforme

Nous recommandons aux assurances et à la SSMC d'examiner les obstacles décrits dans les entretiens à propos du processus de garantie de prise en charge des coûts. Nous recommandons à la SSMC de mettre à disposition des directives pour l'évaluation des demandes de garanties de prise en charge pour une réadaptation stationnaire lors de situation complexes comme une affection post-COVID-19. Dans ce contexte, le manque de données sur l'efficacité des mesures et le critère de nécessité d'hospitalisation sont des thèmes à prendre en considération. Nous recommandons à SWISS REHA! de définir rapidement des critères de qualité et de performance pour les programmes de réadaptation stationnaire pour les personnes atteint·e·s de post-COVID-19, comme c'est le cas dans d'autres domaines ; la SSMC devrait idéalement faire partie de ce processus. Nous recommandons en outre aux cliniques de réadaptation pédiatrique d'étudier, en collaboration avec les consultations spécialisées pédiatriques, si une offre spécialement destinée aux enfants et aux jeunes pourrait être (re)mise en place.

⁵⁷ Sociétés médicales et autres associations professionnelles.

Recommandation n°5

Supprimer l'obstacle du manque de confirmation de diagnostic COVID-19 positif par un laboratoire

Nous recommandons aux consultations spécialisées et aux assureurs-maladie d'étudier dans quelle mesure le manque d'une confirmation de diagnostic COVID-19 positif par un laboratoire constitue un obstacle dans l'accès aux prestations de soins spécialisées. Il est nécessaire de clarifier la procédure à suivre en cas d'absence de confirmation par un laboratoire.

Recommandation n°6

Renforcer les offres de télémédecine

Nous recommandons aux associations professionnelles de la réadaptation ambulatoire (en particulier la physiothérapie et l'ergothérapie) et aux consultations spécialisées d'analyser dans quelle mesure les traitements post-COVID-19 par télémédecine sont un complément d'offre utile et exploitable et si d'autres conditions sont nécessaires pour financer de telles offres (notamment au regard du respect des critères EAE).

Recommandation n°7

Promouvoir encore davantage l'autogestion

Nous recommandons à l'OFSP d'étendre sa plateforme de promotion à l'autogestion lors de maladies non transmissibles, d'addictions et de maladies psychiques (SELF) à d'autres domaines comme le post-COVID-19. Les connaissances actuelles sur les possibilités de financement des offres d'autogestion, en particulier le guide « Financement des programmes de promotion à l'autogestion »⁵⁸, devraient être diffusées auprès des acteurs du domaine post-COVID-19. Comme indiqué auparavant, l'importance de l'autogestion a été soulignée à de nombreuses reprises lors des entretiens. Nous recommandons donc aux acteurs de la plateforme SELF de promouvoir, en collaboration avec les associations professionnelles, davantage l'autogestion dans la formation de base et la formation continue des professionnel·le·s.

⁵⁸ https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/selbstmanagement/leitfaden-finanzierung.pdf.download.pdf/01_NCD_LEITFADEN_FINANZIERUNG_210325.pdf (consulté le 23.08.2022).

1. Einleitung

Einleitend werden die Ausgangslage, die Zielsetzung und der Untersuchungsgegenstand einschliesslich der Fragestellungen beschrieben. Zudem werden das methodische Vorgehen sowie die Grenzen und Chancen des Berichts dargelegt und es wird allen Beteiligten gedankt. Abschliessend wird der Aufbau des Berichts erläutert.

1.1 Ausgangslage

Der Bundesrat hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt, den Bericht zur Beantwortung des Postulats 21.3014 «Sicherstellung einer angemessenen Behandlung und Rehabilitation für Menschen mit Long Covid» zu erstellen.⁵⁹ Darin soll die Situation von Patienten/-innen mit Langzeitfolgen einer Covid-19-Infektion sowie deren gesundheitliche Versorgung beschrieben werden.⁶⁰ Das BAG hat Interface Politikstudien Forschung Beratung in Luzern und Lausanne mandatiert, eine Situationsanalyse (Rapid Appraisal) durchzuführen und den vorliegenden Bericht zu erstellen.

Der Auftrag für das vorliegende Mandat ist dabei von den folgenden politischen Geschäften abzugrenzen:

- *Motion 21.3453 «Wissenschaftliche Begleitung von Long-Covid-Fällen»*: Für die Bearbeitung war bis Juli 2022 die AG Forschung innerhalb des BAG verantwortlich und ab Herbst 2022 das Projektteam Post-Covid-19 Erkrankung.
- *Postulat 21.3454 «Auswirkungen von Long Covid»*: Für die Bearbeitung ist das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) verantwortlich.⁶¹
- *Petition 21.2012 «Eine nationale Strategie der Schweiz für Long-Covid- und ME/CFS-Patientinnen und -Patienten»*: Die Petition wurde vom Verein ME/CFS⁶² Schweiz eingereicht und in der Generalsekretärenkonferenz (GSK) diskutiert.

1.2 Zielsetzung des Rapid Appraisal

Der vorliegende Bericht soll dem BAG als eine Grundlage für die Beantwortung des Postulats 21.3014 dienen. Inhaltlich fokussiert die Analyse auf die Versorgungssituation von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung in den Bereichen Hausarztmedizin, spezialisierte Sprechstunden, ambulante und stationäre Rehabilitation sowie Selbstmanagement. Die Analyse verfolgt drei Zielsetzungen:

- Erfassen der Versorgungssituation (Behandlung und Rehabilitation) von Personen mit Post-Covid-19-Erkrankung
- Aufdecken von möglichen Lücken und Problematiken in der Versorgung sowie bei deren Finanzierung
- Ableiten von entsprechenden Empfehlungen, zur bestmöglichen Vermeidung sowohl einer Über- als auch einer Unterversorgung

⁵⁹ Auftrag an den Bundesrat vom Ständerat am 8. März 2021.

⁶⁰ Inzwischen hat sich der Begriff Post-Covid-19-Erkrankung etabliert und wird im vorliegenden Bericht für die Langzeitfolgen Covid-19 verwendet (siehe Abschnitt 1.3.1).

⁶¹ In Abgrenzung dazu konzentriert sich das vorliegende Mandat auf die Finanzierung der Versorgung. Fragen zu Krankentaggeld sowie Invalidenversicherung sind nicht Gegenstand, Unfallversicherung und Berufskrankheit werden nur am Rande behandelt.

⁶² Myalgische Enzephalomyelopathie (ME), auch bekannt als Chronic Fatigue Syndrome (CFS).

Parallel zum vorliegenden Mandat wurde von der Auftraggeberin ein Stakeholderprozess geführt. Der Prozess diente dazu, konkrete Massnahmen zu wichtigen Problemfeldern im Bereich der Versorgung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung aufzuzeigen. Die Stakeholdergruppe fungierte auch als Begleitgruppe zum vorliegenden Mandat.

1.3 Untersuchungsgegenstand und Fragestellungen

Der Untersuchungsgegenstand wird wie folgt operationalisiert und eingegrenzt.

1.3.1 Definition Post-Covid-19-Erkrankung

Das BAG bezeichnet den Krankheitszustand mit anhaltenden Folgen einer Coronavirus-Infektion als «Post-Covid-19-Erkrankung» und folgt damit der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO).⁶³ Wie die aktuelle Definition der WHO vom 6. Oktober 2021⁶⁴ zeigt, ist der Krankheitszustand schwierig zu fassen:

- Betroffen sind Personen mit einer wahrscheinlichen oder bestätigten SARS-CoV-2-Infektion in der Vergangenheit.
- Symptome bestehen in der Regel drei Monate nach Auftreten von Covid-19, halten mindestens zwei Monate lang an und können nicht durch eine andere Diagnose erklärt werden.
- Zu den häufigen Symptomen gehören Müdigkeit, Kurzatmigkeit, kognitive Störungen, aber auch andere Symptome, die sich auf das tägliche Leben auswirken.
- Die Symptome können nach der anfänglichen Genesung von einer akuten Covid-19-Erkrankung neu auftreten oder nach der ersten Erkrankung fortbestehen.
- Die Symptome können fluktuieren oder mit der Zeit wiederkehren.

1.3.2 Inhaltliche Schwerpunkte und Fragestellungen

Im Zentrum des Mandats steht der potenzielle Weg der Betroffenen mit Post-Covid-19-Erkrankung von der Diagnose zu einer angemessenen Behandlung und Rehabilitation, mit dem Ziel, ihren Gesundheitszustand zu verbessern und eine Wiedereingliederung in den Alltag und das Arbeitsleben zu erleichtern. Auf dem Weg durchlaufen die Betroffenen einige oder alle der folgenden fünf zentralen Settings der Versorgung:

- Hausarztmedizin
- Spezialisierte Sprechstunden
- Rehabilitation ambulant
- Rehabilitation stationär
- Selbstmanagement⁶⁵

Die folgenden Schwerpunktthemen mit den übergeordneten Fragestellungen strukturieren die Erhebungen und die Darstellung der Ergebnisse:

⁶³ Die anhaltenden Folgen einer Coronavirus-Infektion werden häufig auch als «Long Covid» bezeichnet. Damit ist dasselbe gemeint.

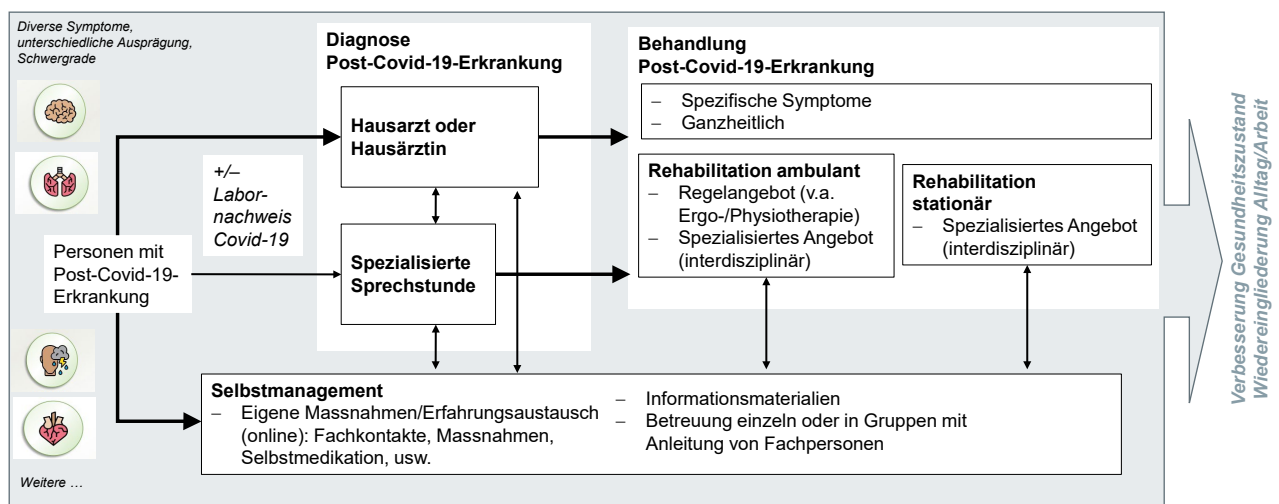
⁶⁴ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350195>, Zugriff am 24.10.2022.

⁶⁵ Der Fokus des Mandats liegt auf Selbstmanagement-Förderung und dabei auf Angeboten zur Unterstützung des Selbstmanagements ausserhalb eines Behandlungssettings (z.B. Informationsmaterial, Bildungsveranstaltungen, technische Tools und Austausch unter Betroffenen). Daneben fördern Fachpersonen (insb. Physio- und Ergotherapeuten/-innen) im Behandlungssetting das Selbstmanagement, indem sie Patienten/-innen befähigen, besser mit der Erkrankung umzugehen. Siehe dazu auch «Konzept Selbstmanagement-Förderung bei nichtübertragbaren Krankheiten, Sucht und psychischen Erkrankungen» des BAG auf www.bag.admin.ch/self, Zugriff am 23.08.2022.

- Wie gestaltet sich der *Zugang* von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung zu Diagnose, Behandlung und Rehabilitation in den fünf Settings?
- Wie ist die *Ausgestaltung der Angebote* zur Behandlung und Rehabilitation von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung in den fünf Settings zu beschreiben?
- Wie funktionieren die *Schnittstellen* zwischen den Settings beziehungsweise zwischen den Anbietern?
- Welche *Hilfsmittel und Bildungsangebote* stehen den Fachpersonen zur Diagnose, Behandlung und Rehabilitation von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung zur Verfügung?
- Wo gibt es aus Sicht von Fachpersonen und Betroffenen *Verbesserungspotenzial* mit Blick auf die Behandlung und Rehabilitation von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung und welches sind wünschenswerte Massnahmen?
- Welche *Rahmenbedingungen* sind für die Finanzierung der Versorgung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung massgeblich und wie sind diese zu beurteilen?

In der nachfolgenden Darstellung D 1.1 wird der mögliche Patientenpfad von Betroffenen mit Post-Covid-19-Erkrankung vereinfacht skizziert. Darunter werden die Schwerpunktthemen des Mandats aufgeführt.

D 1.1: Skizze Patientenpfad Betroffene und Schwerpunktthemen des Mandats



Schwerpunktthemen des Mandats:

- Zugang zur Diagnose, zur Behandlung/Rehabilitation und zum Selbstmanagement
- Ausgestaltung Angebote sowie Schnittstellenmanagement
- Hilfsmittel und Bildungsangebote
- Rahmenbedingungen der Finanzierung

Quelle: Darstellung Interface.

Legende: Wichtigste von Symptomen betroffene Systeme: Haut, Lunge, Nervensystem, Psyche, Herz.

1.4 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden multiperspektivisch qualitative und quantitative Methoden eingesetzt, die nachfolgend kurz beschrieben werden.

1.4.1 Recherche zum spezialisierten Versorgungsangebot

In Absprache mit der Auftraggeberin wurde im Frühjahr 2022 schrittweise eine Internetrecherche durchgeführt. Systematische Basis für die Erfassung der Angebote bildete die

Liste «Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2019» des BAG.⁶⁶ In einem ersten Schritt wurden Informationen zu spezialisierten Sprechstunden und Programmen der ambulanten und stationären Rehabilitation auf den beiden Webseiten des Vergleichsportals *Comparis*⁶⁷ und der Patientenorganisation *Long Covid Schweiz*⁶⁸ erfasst (Daten zur Art und Beschreibung des Angebots, zu entsprechenden Kontaktpersonen, zu involvierten medizinischen Fachrichtungen und Informationen über die Zuweisung). Da die Webseiten keine detaillierten Informationen enthalten, wurden in einem zweiten Schritt zusätzliche Informationen von den Webseiten der Spitäler, sowie des Berufsverbandes der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) ergänzt.⁶⁹ Drittens wurde für alle Kantone, bei denen mit den bisherigen Quellen keine entsprechenden Angebote gefunden werden konnten, eine individuelle Internetrecherche durchgeführt. Abschliessend erfolgte eine Validierung der Liste durch die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK). Dabei haben 19 von 26 Kantonen die Liste überarbeitet und ergänzt, für den Kanton Tessin wurde zusätzlich nachrecherchiert.

1.4.2 Recherche zum Angebot zur Unterstützung des Selbstmanagements

Bei der Internetrecherche zum Angebot zur Unterstützung des Selbstmanagements im Frühjahr 2022 wurde der Fokus auf die Webseiten von Altea⁷⁰ und Rafael⁷¹ gelegt. Über Blog-Einträge und das Forum auf Altea wurden weitere Angebote (z.B. Apps) erfasst. Zudem wurde untersucht, ob Partnerorganisationen von Altea (z.B. Pro Senectute Schweiz) Angebote zur Unterstützung des Selbstmanagements anbieten. Neben Altea und Rafael wurden auch die Webseiten von Long Covid Schweiz⁷² und Selbsthilfe Schweiz⁷³ auf ihre Angebote hin untersucht. Schliesslich wurden die Ergebnisse mit Angeboten ergänzt, auf die wir im Verlauf der Recherche zur Versorgungssituation gestossen sind.

1.4.3 Experteninterviews

Im Zeitraum von Februar bis Juli 2022 wurden Interviews mit strategisch und operativ verantwortlichen Fachpersonen geführt. Eine Übersicht über sämtliche Interviewpartner/-innen findet sich in den Anhängen DA 2 und DA 3.

- Ziel der elf Interviews auf der strategischen Ebene war es, bei Vertretenden der Fachverbände sowie des Vereins der Betroffenen spezifisches Wissen aus einer übergeordneten Perspektive abzuholen. Die Versorgungssituation sowie besondere Herausforderungen und Handlungsbedarf standen dabei im Zentrum der Interviews. Zudem wurden Fragen zu Hilfsmitteln und Bildungsangeboten, Schnittstellen sowie Rahmenbedingungen gestellt.
- Als Kernstück der Analyse wurden leitfadengestützte, themenzentrierte Interviews mit 25 Fachpersonen auf der operativen Ebene geführt. Dadurch sollte ein möglichst konkretes Bild der Versorgungssituation in den verschiedenen Settings gezeichnet werden. Es wurden Interviews in allen fünf Settings sowie in den drei Sprachregionen durchgeführt, mit einem Schwerpunkt auf Hausarztmedizin und ambulante Rehabilitation.

⁶⁶ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>, Zugriff am 11.01.2022.

⁶⁷ <https://www.comparis.ch/gesundheit/corona/long-covid-anlaufstellen-kantone>, Zugriff am 31.03.2022.

⁶⁸ <https://www.longcovidch.info/sprechstunden>, Zugriff am 31.03.2022.

⁶⁹ Die FMH veranstaltete zusammen mit dem BAG im März 2022 eine Plattform zum Thema Wissensmanagement und Behandlungsempfehlungen Post-Covid-19-Erkrankung.

⁷⁰ <https://www.altea-network.com/>, Zugriff am 25.02.2022.

⁷¹ <https://www.rafael-postcovid.ch/>, Zugriff am 25.02.2022.

⁷² <https://www.longcovidch.info/>, Zugriff am 07.03.2022.

⁷³ <https://www.selbsthilfes Schweiz.ch/shch/de.html>, Zugriff am 07.03.2022.

Zusätzlich wurden Interviews mit Vertretenden von Versicherungen und der Versicherungsmedizin geführt, um vertiefte Einblicke in Fragen der Finanzierung der Behandlung und Rehabilitation zu erhalten.

1.4.4 Interviews mit Betroffenen

Im Zeitraum von Mai bis Juli 2022 wurden zehn Interviews mit Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung geführt. Ziel war es, direkt von betroffenen Personen zu hören, wie diese ihre Versorgung erleben und beurteilen, und wo sie allenfalls Verbesserungsbedarf sehen. Dazu wurde ihr Behandlungspfad entlang der fünf Settings erhoben und ihre Erfahrungen mit der Finanzierung diskutiert. Bei der Auswahl der Interviewpartner/-innen wurde auf möglichst vielfältige Merkmale geachtet (drei Sprachregionen, Schweregrad der Erkrankung, Geschlecht). Die Rekrutierung erfolgte primär durch einen Aufruf auf der Facebook-Gruppe von Long Covid Schweiz und durch die Vermittlung behandelnder Ärzte/-innen.⁷⁴ Eine anonymisierte Übersicht über die Eckdaten der interviewten Personen findet sich in Anhang DA 4.

1.4.5 Online-Befragung bei Spitälern

Im Zeitraum von Mitte Mai bis Anfang Juni 2022 wurden in einer Online-Befragung bei Spitälern⁷⁵ mit spezialisierten Sprechstunden und/oder Programmen der ambulanten und stationären Rehabilitation Angaben zum Zugang, zur Ausgestaltung der Programme, zu Hilfsmitteln und Bildungsangeboten, zur Finanzierung sowie zum Handlungsbedarf erhoben. Als Grundlage diente die Liste zum spezialisierten Versorgungsangebot (siehe Abschnitt 1.4.1). An der Befragung beteiligten sich 23 von 84 angeschriebene Personen⁷⁶ (27% Rücklauf). Weitere Eckdaten zur Befragung finden sich in Anhang DA 5.

1.4.6 Einbezug der Sentinella-Befragung

Das BAG führte im Juni 2022 über das Sentinella-Meldesystem eine Querschnittsbefragung bei den Hausärzten/-innen und den Kinderärzten/-innen des Meldekollektivs durch.⁷⁷ Das Kollektiv ist für die Schweizer Grundversorgerpraxen repräsentativ. Der von uns erarbeitete Kurzfragebogen wurde durch die Sentinella-Programmkommission validiert und genehmigt. Mit der Online-Befragung wurden die Häufigkeit von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung in der Grundversorgung, deren Betreuung sowie die Verwendung von Guidelines und die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren erhoben. An der Befragung haben 103 von 176 Ärzten/-innen teilgenommen (59% Rücklauf), 95 verfügen über auswertbare Angaben (84 Hausärzte/-innen, 11 Kinderärzte/-innen).

1.4.7 Einbezug der Begleitgruppe

Die Mitglieder der Begleitgruppe wurden über das Vorgehen informiert und ihre Fachperspektive wurde in Interviews abgeholt, sofern dies im Vorfeld nicht bereits durch das BAG erfolgt war. Die Rückmeldungen der Begleitgruppe zu den zentralen Erkenntnissen und Empfehlungen flossen in die Finalisierung des Schlussberichts ein.

1.5 Grenzen und Chancen des Berichts

Aufgrund des komplexen und dynamischen Untersuchungsgegenstands unterliegt der vorliegende Bericht naturgemäss gewissen Grenzen. Gleichzeitig bietet er die Chance, erstmals einen Überblick über die Versorgungssituation der Post-Covid-19-Erkrankung in der

⁷⁴ Eine Person wurde über einen persönlichen Kontakt rekrutiert.

⁷⁵ Mit Spitaler werden hier auch Rehabilitationskliniken und Spezialkliniken bezeichnet, entsprechend der Typologie der Kennzahlen der Spitäler des BAG.

⁷⁶ Darin enthalten sind acht Verantwortliche für pädiatrische Angebote. Davon haben drei Verantwortliche an der Online-Befragung teilgenommen.

⁷⁷ Bundesamt für Gesundheit, Sentinella-Meldesystem, <https://www.bag.ad-min.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/sentinella-meldesystem.html>, Zugriff am 05.07.2022.

Schweiz zu geben. Folgende Aspekte sind bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen:

- *Momentaufnahme im Zeitraum der Erhebung:* Die vorliegende Analyse wurde im Zeitraum zwischen Dezember 2021 und September 2022 erarbeitet, wobei die Erhebungen grösstenteils im Juni 2022 abgeschlossen wurden. Bei den Betroffenen ist zudem zu beachten, dass diese mehrheitlich in der ersten oder zweiten Welle erkrankten und daher Erfahrungen eher zu Beginn der Versorgung von Post-Covid-19-Erkrankungen gemacht haben. Es ist davon auszugehen, dass sich das Versorgungsangebot im Laufe des Mandats verändert hat und zum Beispiel neue Angebote entstanden sind. Zudem entstehen laufend neue wissenschaftliche Erkenntnisse, Fachpersonen machen laufend neue Erfahrungen und entwickeln ihre Angebote weiter (z.B. hinsichtlich Diagnose, Therapieansätze, Guidelines⁷⁸, Bildungsangebote). Punktuelle neue Entwicklungen konnten aufgrund dieser Dynamik nicht mehr in den Bericht einfließen. Die handlungsleitenden zentralen Erkenntnisse des Berichts sind unserer Einschätzung nach weiterhin gültig und relevant.
- *Notwendigkeit der Schwerpunktsetzung:* Die Heterogenität des Krankheitsbildes, das fehlende Wissen zum Umgang mit der Erkrankung und die sich entwickelnde Versorgungslandschaft bedingen, dass für die Durchführung des Mandats Schwerpunkte bei Themen und Settings gesetzt werden mussten. Weitere, interessante Aspekte konnten daher nur am Rande erfasst werden und auf eine vertiefte Betrachtung musste verzichtet werden (z.B. Situation bei Kindern, Genderbezug, Rolle der Fachärzte/-innen und der Spitex). Die Schwerpunkte des Mandats dürften jedoch einen wichtigen Teil der Handlungsfelder abdecken.
- *Aussagekraft der Datenquellen:* Die Ergebnisse der Situationsanalyse basieren auf den beschriebenen Erhebungen, die ihre bekannten Beschränkungen haben (z.B. Repräsentativität, Beteiligung an Befragungen). Durch die breite Abstützung der Erhebungen bei verschiedenen Akteuren mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen sind wir der Ansicht, diesen Einschränkungen bestmöglich zu begegnen.

1.6 Dank

Wir danken allen Beteiligten für die Unterstützung bei der Erarbeitung dieses Berichts. Ein besonderer Dank gilt den Betroffenen mit einer Post-Covid-19-Erkrankung, die es auf sich genommen haben, ihre Erfahrungen mit uns zu teilen. Ebenso danken wir besonders den Experten/-innen respektive den Fachpersonen sowie den Ärztinnen und Ärzten des Sentinella-Meldesystems, die sich trotz hoher Arbeitsauslastung Zeit für unsere Erhebungen genommen haben. Zudem war die konstruktive Zusammenarbeit mit der engagierten Begleitgruppe und den Verantwortlichen im BAG für uns sehr wertvoll.

1.7 Aufbau des Berichts

Die Synthese und zentralen Erkenntnisse aus Sicht des Projektteams sowie die abgeleiteten Empfehlungen finden sich im Management Summary, am Anfang des Berichts. Darauf folgen die Einleitung in Kapitel 1 sowie die Ergebnisse aus den Erhebungen für die fünf Settings in den Kapiteln 2 bis 6. Den Kapiteln 2 bis 6 ist eine einheitliche Struktur entlang der Schwerpunktthemen des Mandats zugrunde gelegt (Zugang, Ausgestaltung des Angebots, Schnittstellen, Hilfsmittel und Bildungsangebote, Verbesserungspotenzial aus Sicht der Befragten). Die Ergebnisse der Erhebungen zum Thema der Rahmenbedingungen und Finanzierung werden in Kapitel 7 beschrieben. In den Kapiteln 2 bis 7 wurde Wert darauf gelegt die Sicht der Befragten darzulegen.

⁷⁸ Unter Guidelines werden Richtlinien und Empfehlungen verstanden.

2. Hausarztmedizin

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Erhebungen aus Sicht der Fachpersonen und der Betroffenen beschrieben. Sie beziehen sich auf die Schwerpunktthemen Zugang, Ausgestaltung, Schnittstellen, Hilfsmittel und Bildungsangebote sowie Verbesserungspotenzial. Ergebnisse zu den Rahmenbedingungen der Finanzierung finden sich in Kapitel 7.

2.1 Zugang

Beim Zugang zur Versorgung im Setting Hausarztmedizin wird erläutert, wie viele Patienten/-innen von der Hausärzteschaft betreut werden. Es wird kurz auf die Bedeutung der Laborbestätigung eingegangen und Hinweise auf die Detektion der Betroffenen werden beschrieben.

2.1.1 Anzahl Patienten/-innen pro Monat

Die Anzahl Patienten/-innen, die pro Hausarztpraxis wegen einer Post-Covid-19-Erkrankung betreut wird, ist eher gering. Es gibt jedoch einzelne Praxen, die mehr Betroffene betreuen. Entsprechende Hinweise finden sich in der Sentinella-Querschnittsbefragung. Die befragten Hausärzte/-innen und Kinderärzte/-innen (N = 93) betreuen gemäss eigener Schätzung im Mittel drei Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung pro Monat.⁷⁹ Die befragten Ärzte/-innen beziehen sich dabei auf die WHO-Definition.⁸⁰ und auf das Jahr 2022.⁸¹

Im Detail finden sich folgende Angaben:

- 76 von 82 Hausärzten/-innen betreuen Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung. 50 Prozent aller Hausärzte/-innen betreuen zwischen einem und drei Patienten/-innen. Sieben Hausärzte/-innen betreuen mindestens zehn Patienten/-innen, das Maximum beträgt 40.

⁷⁹ Es existieren keine Daten, die einen Vergleich mit anderen Erkrankungen ermöglichen. Zur groben Orientierung können die Ärztedichte und Angaben zur Inanspruchnahme dienen: gemäss Obsan Bulletin 11/2016 kommen 948 Einwohner/-innen auf einen Hausarzt/ eine Hausärztin (bzw. 105.5 Hausärzte/-innen pro 100'000 Einwohner) und 2017 waren gemäss Bundesamt für Statistik acht von zehn Personen mindestens einmal bei einer Ärztin oder einem Arzt. Es ist zu berücksichtigen, dass Personen unterschiedlich häufig Konsultationen in Anspruch nehmen. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2016-11_d.pdf und <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/arztpraxen.html>. Zugriff am 26.09.2022.

⁸⁰ Im Rahmen der Sentinella-Querschnittsbefragung wurde zu Beginn auf folgende WHO-Definition der Post-Covid-19-Erkrankung vom Oktober 2021 verwiesen (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/350195>): «Der Begriff steht für Symptome, die zwölf Wochen nach akuter Covid-19-Infektion andauern, und die nicht durch eine andere Diagnose erklärt werden können». Es wurde auch darauf hingewiesen, dass eine Post-Covid-19-Erkrankung bei Personen mit einer wahrscheinlichen oder laborbestätigten SARS-CoV-2-Infektion auftreten kann.

⁸¹ In einer separaten Sentinella-Längsschnittbefragung wird die Häufigkeit der Post-Covid-19-Erkrankung genauer erhoben. Die Ergebnisse der entsprechenden Auswertung werden anderweitig veröffentlicht.

- Vier von elf Kinderärzten/-innen betreuen Post-Covid-19-Patienten/-innen. Pro Monat betreuen sie eine/-n (n = 2), zwei (n = 1) und elf (n = 1) Patienten/-innen.⁸²

Auch gemäss den Interviews mit Hausärzten/-innen sind Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung in der Praxis eher selten. Ebenfalls wird bestätigt, dass es zwischen den Praxen grosse Unterschiede gibt. Da ein zentrales Meldesystem für neu Diagnostizierte fehlt, sei eine detaillierte Statistik zur Anzahl Betroffener momentan nicht möglich.

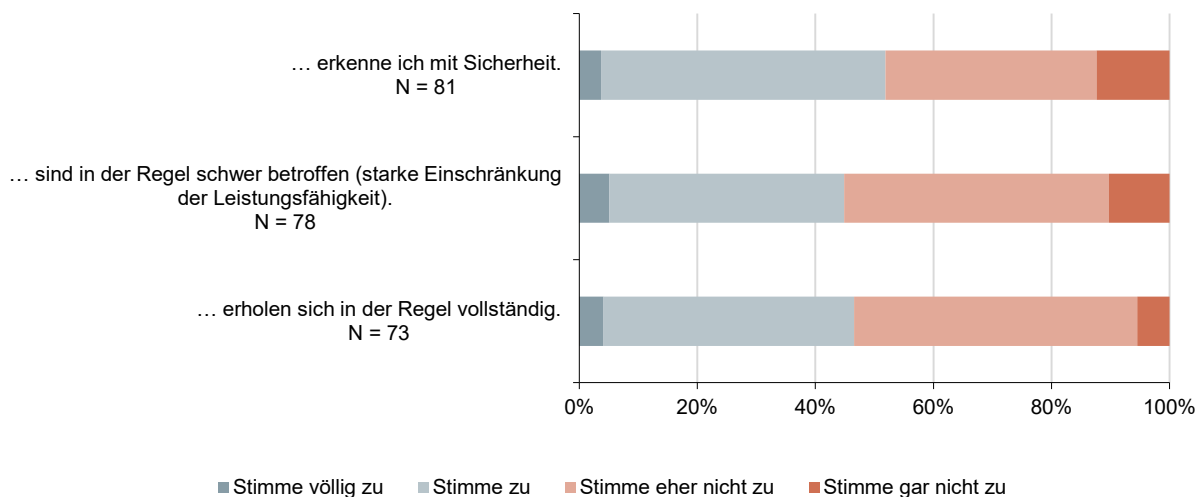
2.1.2 Laborbestätigung

Die meisten – jedoch nicht alle – Patienten/-innen mit Post-Covid-19 Erkrankung, die von Hausärzten/-innen betreut werden, verfügen über eine Laborbestätigung der SARS-CoV-2-Infektion. Im Mittel schätzen die befragten Ärzte/-innen den Anteil von Patienten/-innen mit Post-Covid-19 Erkrankung und mit Laborbestätigung in ihrer Praxis auf 81 Prozent (N = 84). In den Interviews mit Hausärzten/-innen wurden teilweise Bedenken geäussert, dass Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung, die über keine Laborbestätigung verfügen, möglicherweise gewisse Leistungen nicht erhalten (z.B. Anerkennung als Berufskrankheit, Zugang zu spezialisierten Sprechstunden, Schwierigkeiten bei einer Invalidenrente).

2.1.3 Erkennung des Krankheitsbildes und Verlauf

Bei der befragten Hausärzteschaft besteht häufig Unsicherheit bei der Erkennung des Krankheitsbildes. Wie Darstellung D 2.1 zeigt, ist sich gemäss Sentinella-Querschnittsbefragung nur rund die Hälfte der antwortenden Haus- und Kinderärzte/-innen sicher darin, Patienten/-innen, die von der Post-Covid-19-Erkrankung betroffen sind, zu erkennen.

D 2.1: «Meine Patienten/-innen, die von der Post-Covid-19-Erkrankung betroffen sind, ...»



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Querschnittsbefragung Sentinella im Juni 2022 (BAG).

Laut Freitexteinträgen sind die Symptome der Betroffenen sehr unterschiedlich und manchmal sehr unspezifisch. Rund die Hälfte der Ärzteschaft gibt an, dass ihre Patienten/-innen in der Regel schwer von der Post-Covid-19-Erkrankung betroffen sind. Ebenfalls rund die Hälfte gibt an, dass sich die Betroffenen in der Regel vollständig erholen.

⁸² Die weiteren Fragen wurden durch die Hausärzte/-innen und Kinderärzte/-innen sehr ähnlich beantwortet. Deshalb werden die Antworten gemeinsam präsentiert. Nur im Falle unterschiedlicher Ergebnisse werden die Ergebnisse der Kinderärzte/-innen separat beschrieben.

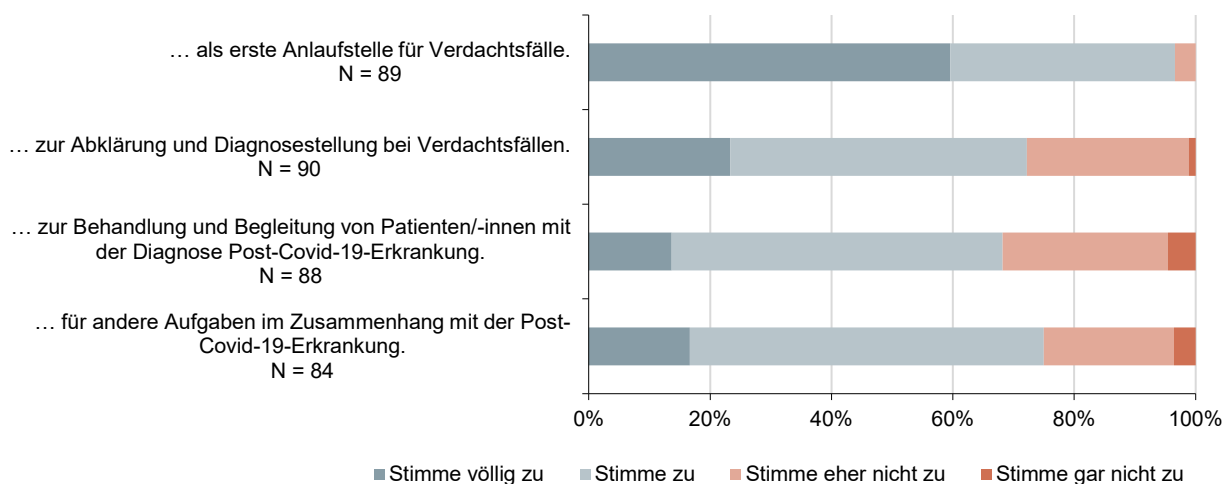
Gemäss den Interviews vermutet ein Teil der Grundversorger, dass Ärzte/Ärztinnen in der Regel schwer betroffene Patienten/-innen erkennen, aber die häufigeren, milderen Verläufe verpassen.⁸³ Weiter vermuten diese Interviewten, dass ein relevanter Anteil an Betroffenen sich direkt an spezialisierte Sprechstunden wendet. Insgesamt würden wohl wenige Betroffene weder durch die Hausärzteschaft noch durch spezialisierte Sprechstunden betreut. Ein Teil der Interviewten ist überzeugt, dass sie bei ihren Patienten/-innen von einer allfälligen Post-Covid-19-Erkrankung erfahren, auch wenn die Patienten/-innen sich beispielsweise direkt an eine spezialisierte Sprechstunde wenden.

2.2 Ausgestaltung des Angebots

Laut Sentinella-Querschnittsbefragung betrachtet sich die Mehrzahl der Hausärzteschaft als richtige Fachperson, um erste Anlaufstelle für Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung zu sein. Auch die Abklärung und Behandlung respektive die Begleitung sieht die Mehrzahl bei sich, wie die nachfolgende Darstellung D 2.2 illustriert. Hier zeigt sich unter den teilnehmenden Kinderärzten/-innen ein differenziertes Bild: Etwa die Hälfte – also deutlich mehr als bei den Hausärzten/-innen – sieht sich nicht oder eher nicht in der Rolle der richtigen Fachperson als erste Anlaufstelle, zur Abklärung und zur Behandlung respektive Begleitung. Allerdings ist hier die Zahl der Teilnehmenden an der Befragung sehr gering (N=11).

Das medizinische Versorgungsangebot wird von der Hausärzteschaft gemischt beurteilt, tendenziell als eher gut. Laut Sentinella-Querschnittsbefragung stimmen 66 Prozent der antwortenden Haus- und Kinderärzte/-innen (N = 76) zu oder völlig zu, dass das medizinische Versorgungsangebot (inkl. Behandlung und Rehabilitation) für Betroffene der Post-Covid-19-Erkrankung momentan gut ist. 33 Prozent stimmen der Aussage eher nicht zu, eine Person stimmt der Aussage gar nicht zu.

D 2.2: «Ich bin als Hausarzt/-ärztin beziehungsweise Kinderarzt/-ärztin die richtige Fachperson ...»



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Querschnittsbefragung Sentinella im Juni 2022 (BAG).

Gemäss Aussagen mehrerer interviewter Hausärzte/-innen ist die Versorgung in den Praxen derzeit mehrheitlich gut. Erste Anlaufstelle für Verdachtsfälle zu sein, wird von den meisten Interviewten unterstützt. Die Betreuung der Betroffenen beginne typischerweise bereits in der Akutphase, es sei anschliessend ein gradueller Übergang zu einer Post-Co-

⁸³ Die Relevanz der Erkennung von milderen Verläufen und Feststellung eines Behandlungsbedarfs ist derzeit unklar.

vid-19-Erkrankung. Gemäss den Interviews sind Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung in der Praxis zwar selten, verursachen aber mit intensiven Gesprächen einen grossen Aufwand. Dies sei ähnlich wie bei anderen Patientengruppen mit viel Bedarf an Unterstützung, wie beispielsweise bei Patienten/-innen mit Langzeitfolgen anderer Virus-erkrankungen. Die Post-Covid-19-Erkrankung sei aber auch anders, da sie viele Organ-systeme betreffe. Man müsse handeln, ohne gesichertes Wissen darüber, wie die Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation durchzuführen sind. Schwierig sei auch die knappe Abgeltung für den grossen Koordinationswand (siehe Abschnitt 7.1). Einzelne interviewte Hausärzte/-innen sehen sich hingegen nicht in einer wichtigen Rolle, da die an Post-Covid-19 erkrankten Patienten/-innen nur eine kleine Gruppe ausmachten. Insbesondere die Kinderärzte/-innen sehen kaum Betroffene und haben dadurch wenig Erfahrung in deren Betreuung.

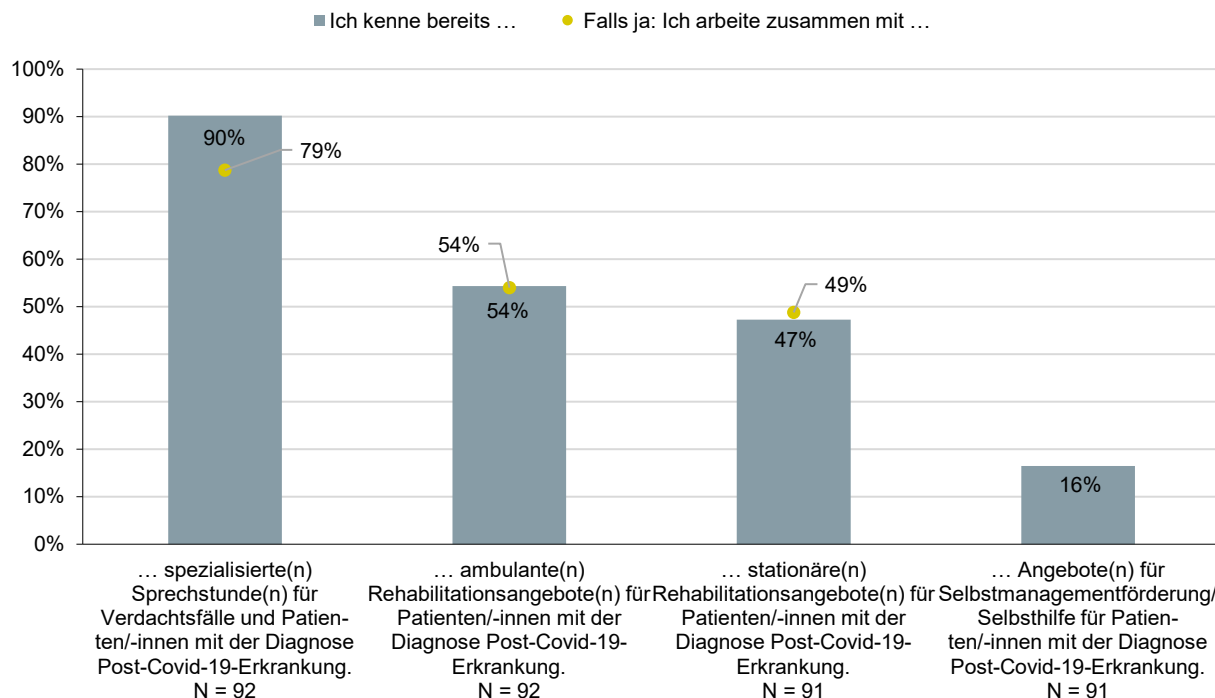
In den Interviews mit den Betroffenen der Post-Covid-19-Erkrankung hat sich gezeigt, dass mit Ausnahme von zwei Personen (die aufgrund des schweren akuten Verlaufs der Covid-19-Erkrankung hospitalisiert wurden) die Hausarztpraxis allen befragten Betroffenen als erste Anlaufstelle diene. Die meisten Befragten schilderten, dass der Hausarzt oder die Hausärztin nicht über die nötigen Informationen verfügte, um eine Behandlung in die Wege zu leiten. Insgesamt fühlten sich aber viele ernst genommen und zeigten sich dankbar für die Unterstützung durch ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin. Sie schätzten, dass ihnen trotz fehlendem Wissen zu Behandlungsmöglichkeiten Unterstützung entgegengebracht wurde, zum Beispiel bei Krankheitszeugnissen, Überweisungen oder Off-Label-Use von Medikamenten. Die meisten Befragten verblieben während einigen Wochen in hausärztlicher Behandlung, bevor sie sich an andere Leistungserbringer wandten. Unter anderem aufgrund des mangelnden Wissens der Hausärzteschaft zu weiterführenden Angeboten zur Behandlung des neuen Krankheitsbilds dauerte es aus Sicht der Betroffenen oft lange, bis die Patienten/-innen zu einer spezialisierten Sprechstunde wechselten.

2.3 Schnittstellen

Wie die nachfolgende Darstellung D 2.3 zeigt, kennen gemäss Sentinella-Querschnittsbe-fragung 90 Prozent der antwortenden Haus- und Kinderärzte/-innen spezialisierte Sprech-stunden für Verdachtsfälle und Patienten/-innen mit der Diagnose Post-Covid-19-Erkran-kung. Wenn bekannt, arbeiten etwa 80 Prozent mit diesen Sprechstunden zusammen. Die Zusammenarbeit mit den Anbietern ambulanter und stationärer Rehabilitation ist weniger häufig etabliert. So kennen rund die Hälfte der Ärzte/-innen die Rehabilitationsangebote, davon arbeitet etwa die Hälfte mit diesen zusammen. Angebote für Selbstmanagementför-derung für Patienten/-innen mit der Diagnose Post-Covid-19-Erkrankung sind nur wenigen bekannt.

Die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern wird mehrheitlich als gut beurteilt. 80 Prozent der antwortenden Haus- und Kinderärzte/-innen, die mit spezialisierten Sprech-stunden oder Rehabilitationsanbietern zusammenarbeiten (N = 60), stimmen der Aussage zu oder völlig zu, dass die Qualität der Zusammenarbeit zufriedenstellend ist. 18 Prozent stim-men eher nicht zu, eine Person stimmt gar nicht zu. Laut Freitexteinträgen ist man froh um eine spezialisierte Hilfe, vielerorts seien die Wartezeiten für die Patienten/-innen aber lang.

D 2.3: Zusammenarbeit der Haus- und Kinderärzte/-innen mit weiteren Akteuren



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Querschnittsbefragung Sentinella im Juni 2022 (BAG).

In den Interviews betonten die Hausärzte/-innen, dass vor allem die Zusammenarbeit mit ambulanten Rehabilitationsangeboten wichtig sei, insbesondere mit der Ergo- und Physiotherapie. Die Interviews bestätigen aber auch, dass Hausärzte/-innen teilweise Sprechstunden und Rehabilitationsangebote nicht kennen. Aus Sicht der interviewten Hausärzte/-innen sei die Verbindung zwischen den spezialisierten Sprechstunden und der Hausärzteschaft optimierbar. Zurückzuführen sei dies – wie so oft im schweizerischen Gesundheitswesen – auf die Fragmentierung der Angebote, die mangelnde Interprofessionalität und entsprechend die mangelhafte Kommunikation. Aus Sicht der Hausärzte/-innen fokussierten die spezialisierten Sprechstunden auf spezifische Probleme. Eine Gesamtbetrachtung des Patienten/ der Patientin (inkl. Psychosozialer Aspekte, Arbeit) sei eher die Aufgabe der Grundversorgung. Daher brauche es eine bessere Einbettung der Grundversorgung in die Versorgungskette. Häufig fehle die notwendige Zeit für den interdisziplinären und interprofessionellen Austausch. Bei der Schnittstelle zur stationären Rehabilitation fehlten aus Sicht einiger interviewten Hausärzte/-innen eine einheitliche Handhabung von Kostengutsprachen, wodurch Patienten/-innen der Zugang erschwert werde und Hausärzten/-innen grosse Aufwände entstünden (siehe Abschnitt 7.1). Mit Selbstmanagementangeboten befasste sich die Hausärzteschaft nicht stark.

Viele der befragten Betroffenen schilderten in den Interviews, dass ihr Hausarzt oder ihre Hausärztin wenig bis kein Wissen zur Post-Covid-19-Erkrankung hatten. So seien einerseits ungenügende Informationen zu den Behandlungsmöglichkeiten vorhanden (u.a. durch bisher mangelnde Evidenz zur Wirksamkeit), andererseits fehlten Kenntnisse zu den

weiteren Leistungserbringern, wie zum Beispiel zu spezialisierten Sprechstunden oder Rehabilitationsangeboten.⁸⁴ Mehrere der befragten Betroffenen zeigten grosse Eigeninitiative in der Recherche von Informationen und aktuellen Entwicklungen zur Erkrankung. Wurde dieses Wissen mit der Hausärzteschaft geteilt, so stiess dies in der Regel auf offene Ohren und gewünschte Überweisungen wurden angeordnet.

2.4 Hilfsmittel und Bildungsangebote

Die Verfügbarkeit und Nutzung von Hilfsmitteln und Bildungsangeboten wird unterschiedlich beurteilt. Rund die Hälfte der Hausärzteschaft greift als Hilfsmittel auf nationale oder internationale Guidelines, mehrheitlich in den Landessprachen, zurück. Zudem ist rund die Hälfte der Ansicht, dass es genügend Fortbildungsangebote für die Hausärzteschaft gibt.

2.4.1 Standards und Guidelines

Im Rahmen der Sentinella-Querschnittsbefragung wurden die Haus- und Kinderärzte/-innen nach der Nutzung von Guidelines gefragt. 49 Prozent der antwortenden Haus- und Kinderärzte/-innen (N = 89) gaben an, Guidelines für die Diagnose oder das Prozedere im Umgang mit Betroffenen mit Post-Covid-19-Erkrankung zu berücksichtigen. Am meisten Verwendung finden laut der Sentinella-Querschnittsbefragung das mediX Factsheet Long Covid/PASC⁸⁵ (28%), die deutsche AWMF S1-Leitlinie Post-Covid-19 Erkrankung/Long-COVID⁸⁶ (15%) und die HUG POST COVID-PASC⁸⁷ (11%). Seltener werden die britische NICE COVID-19 Rapid Guideline⁸⁸ (6%) und die österreichische S1 Leitlinie Long COVID⁸⁹(4%) oder andere Guidelines (3%) verwendet.

Diejenigen Haus- und Kinderärzte/-innen, die Guidelines verwenden, tun dies in der Mehrzahl bei neuen Verdachtsfällen, zur Behandlung und für die Zusammenarbeit mit anderen Stellen respektive die Überweisung an andere Stellen, wie Darstellung D 2.4 zeigt.

⁸⁴ Der Abschnitt gibt die Sicht der Betroffenen während ihrer eigenen Behandlung wieder. Da einige der Betroffenen in der ersten oder zweiten Welle erkrankten, widerspiegelt dies nicht zwangsläufig die derzeitige Situation (vgl. Anhang DA 4).

⁸⁵ Inzwischen aktualisierte Version: https://www.medix.ch/media/fs_long_covid_2022_06.10.22_cc_ub_1.pdf, Zugriff am 26.10.2022.

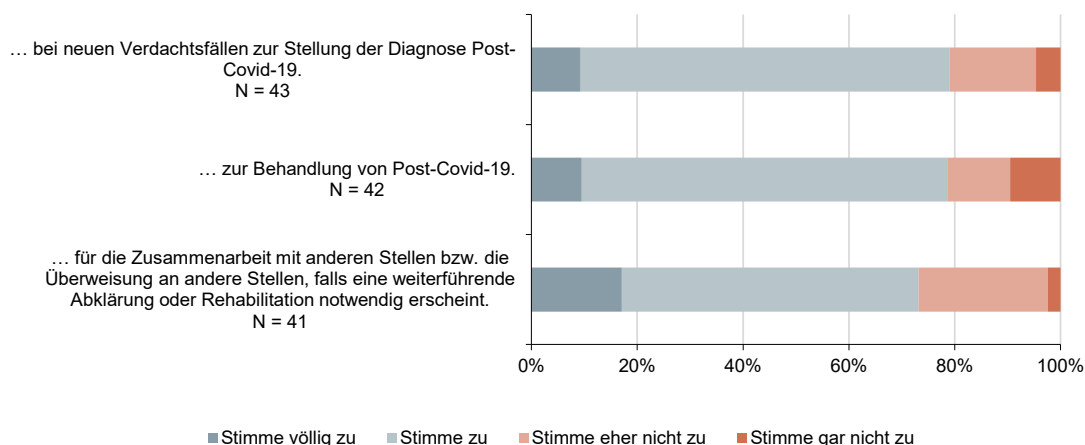
⁸⁶ Inzwischen aktualisierte Version: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-027I_S1_Post_COVID_Long_COVID_2022-08.pdf, Zugriff am 26.10.2022.

⁸⁷ <https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/coronavirus/documents/recommandations-pour-la-prise-en-charge-de-patients-souffrant-de-covid-long.pdf>, Zugriff am 26.10.2022.

⁸⁸ <https://www.nice.org.uk/guidance/NG188>, Zugriff am 26.10.2022.

⁸⁹ <https://www.oqp.at/s1-leitlinie-long-covid-kurzfassung-oesterreichische-leitlinie>, Zugriff am 26.10.2022.

D 2.4: «Falls ich Guidelines verwende, tue ich dies ...»



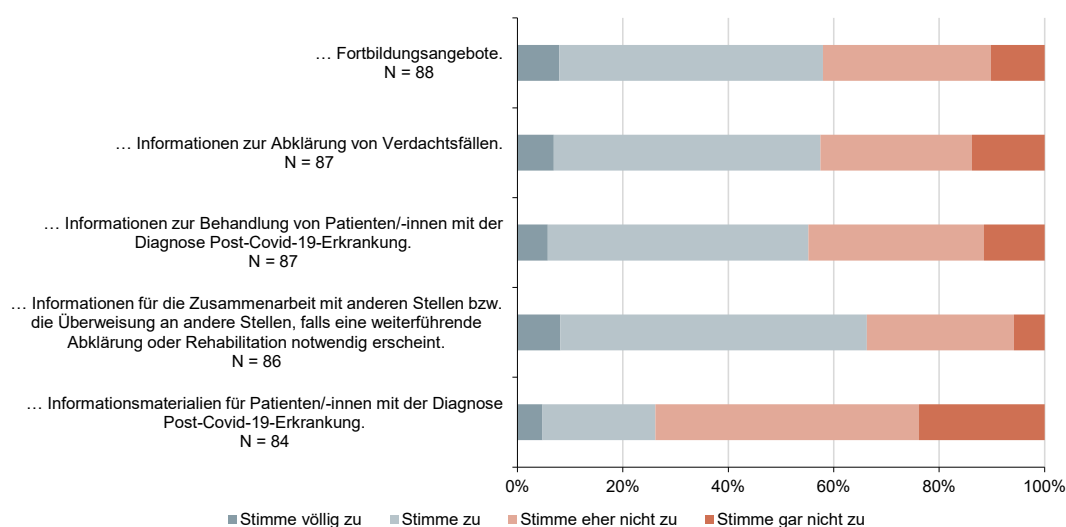
Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Querschnittsbefragung Sentinella im Juni 2022 (BAG).

In den Interviews hat sich bestätigt, dass Hausärzte/-innen teilweise keine Guidelines verwenden. Laut einigen Interviews gibt es bisher keine evidenzbasierten Guidelines. Die bisherigen Guidelines seien durch Expertenwissen zusammengetragene Hinweise, die aber nicht auf datenbasierten Studien und wirksamen Therapien beruhen.

2.4.2 Fortbildung und Informationen

Wie die nachfolgende Darstellung D 2.5 zeigt, verfügt laut der Sentinella-Querschnittsbefragung etwas mehr als die Hälfte der antwortenden Haus- und Kinderärzte/-innen über genügend Fortbildungsangebote, Informationen zur Abklärung, Behandlung und Zusammenarbeit im Zusammenhang mit der Post-Covid-19-Erkrankung. Bei fast der Hälfte ist dies nicht der Fall. Informationsmaterialien für Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung werden von der Mehrzahl der Befragten vermisst.

D 2.5: «Ich verfüge zur Betreuung von Personen mit Post-Covid-19-Erkrankung über genügend ...»



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Querschnittsbefragung Sentinella im Juni 2022 (BAG).

Gemäss Aussagen in den Interviews mit Hausärzten/-innen sind Fortbildungen an Kongressen und Spitälern wichtig, um Erfahrungen unter der Hausärzteschaft beispielsweise in

Workshops auszutauschen und wissenschaftliche Informationen zu Abklärungen und Betreuung zu erhalten. Darüber hinaus gebe es dort oft Informationen von den spezialisierten Zentren und man könne sich wiederum gegenseitig austauschen. Um sich zu informieren sei nicht zuletzt auch das persönliche Netzwerk wichtig.

2.5 Verbesserungspotenzial aus Sicht der Befragten

Im Rahmen der Interviews wurden die Hausärzte/-innen nach besonderen Herausforderungen bei der Behandlung und Betreuung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung in Hausarztpraxen gefragt. Folgende Handlungsfelder wurden benannt:

- *Wissenstransfer an Hausärzteschaft:* Bisher hätten nicht alle Ärzte/-innen die Ausprägungen der Post-Covid-19-Erkrankung in vollem Umfang wahrgenommen. Eine Folge sei, dass die Häufigkeit der Post-Covid-19-Erkrankung in der Hausarztpraxis unterschätzt werde. In der Praxis müsse darum das übergeordnete Ziel sein, dass alle Haus- und Kinderärzte/-innen mit der Post-Covid-19-Erkrankung umgehen könnten und diese ernst nähmen. Die Ärzteschaft solle in der Lage sein, möglichst alle Verläufe von Post-Covid-19-Erkrankung zu diagnostizieren um fortlaufend Erfahrungswissen sammeln zu können.
- *Interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit:* Die Versorgungskette sei noch im Aufbau, ein Überblick fehle noch. Die Hausärzteschaft lerne kontinuierlich dazu, welche Möglichkeiten in der Rehabilitation eingesetzt werden könnten. Die Gesamtbetreuung der Betroffenen in der Hausarztpraxis funktioniere im Zusammenspiel mit den spezialisierten Anlaufstellen noch nicht gut und müsse verbessert werden. Weiter sollten Wartezeiten bei spezialisierten Sprechstunden für die Betroffenen verkürzt werden.⁹⁰
- *Abgeltung für Koordinationsaufwand:* Aus Sicht der Hausärzteschaft sollte die Abgeltung für den grossen Koordinationsaufwand verbessert werden. Vor allem der Zugang zur stationären Rehabilitation sei schwierig. So sollten die Kriterien für Kostengut-sprachen für Rehabilitation vereinheitlicht werden, um den Zugang zu gewährleisten und den Aufwand für die Hausärzte/-innen zu reduzieren. Diese Schwierigkeiten existieren auch bei anderen, komplexen Krankheitsbildern.
- *Informationsmaterialien für Patienten/-innen:* Einem relevanten Anteil der Ärzte/-innen fehlen Informationsmaterialien für Patienten/-innen mit der Diagnose Post-Covid-19-Erkrankung. Auch Guidelines sollten verbreitet werden. Wissen zu Selbstmanagement sollte unter den Ärzten/-innen verbreiten werden, indem die Bekanntheit entsprechender Plattformen erhöht wird und sie für die Unterstützung der Hausärzte/-innen entsprechend finanziert werden.
- *Verbesserung der Evidenz:* Zudem brauche es ein Meldesystem, um die Anzahl Betroffener besser bestimmen zu können. Um eine wissenschaftliche Begleitung und evidenzbasierte Betreuung zu ermöglichen, brauche es bessere Grundlagen, Kriterien und Behandlungsmöglichkeiten. Bei einer Meldepflicht wäre es wichtig, eine detaillierte Abklärung zu finanzieren. Losgelöst von der Rolle der Haus- und Kinderärzte/-innen sei es am wichtigsten, in die biomedizinische Forschung zu Therapien und Versorgungsforschung zu investieren, damit die Betroffenen ideal versorgt werden können. Auch wäre in der öffentlichen Kommunikation mehr zu betonen, dass mittels Impfung das Risiko reduziert werden könne, an Post-Covid-19 zu erkranken.

Aus Sicht der Betroffenen ist es zentral, dass die Hausärzteschaft für das Thema sensibilisiert wird und sie die Patienten/-innen zu weiterführenden Behandlungsmöglichkeiten beraten kann. Mehrere Personen wünschten sich zudem Unterstützung beim Off-Label Use von Medikamenten.

⁹⁰ Die Wartezeiten der spezialisierten Sprechstunden werden in Abschnitt 3.1.3 dargestellt.

3. Spezialisierte Sprechstunden

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Erhebungen aus Sicht der Fachpersonen und der Betroffenen beschrieben. Sie beziehen sich auf die Schwerpunktthemen Zugang, Ausgestaltung, Schnittstellen, Hilfsmittel und Bildungsangebote sowie Verbesserungspotenzial. Ergebnisse zu den Rahmenbedingungen der Finanzierung finden sich in Kapitel 7.

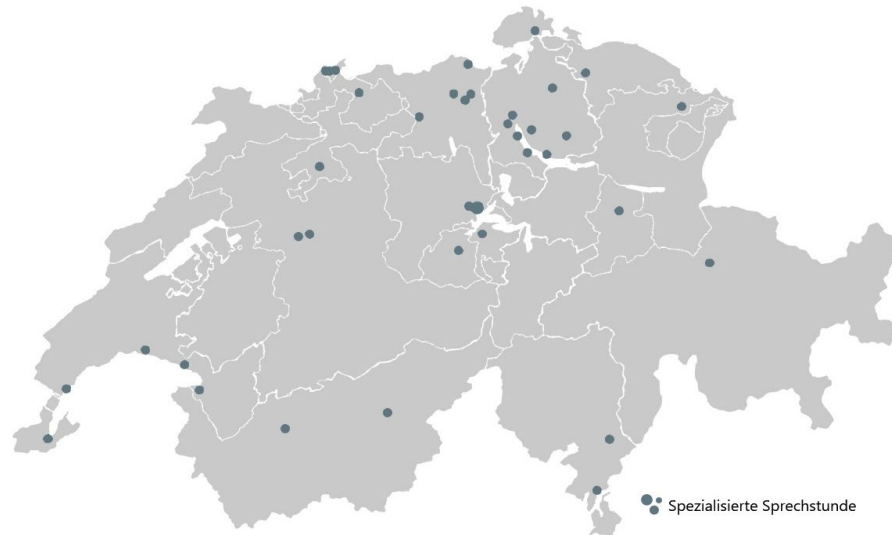
3.1 Zugang

Beim Zugang zur Versorgung im Setting der spezialisierten Sprechstunden wird erläutert, wie viele spezialisierte Sprechstunden in der Schweiz vorhanden sind, welche Hinweise auf die Anzahl behandelter Patienten/-innen es gibt, wie lange allfällige Wartezeiten für eine Erstkonsultation sind und wie die Patienten/-innen an die spezialisierten Sprechstunden gelangen.

3.1.1 Angebote

In den letzten zwei Jahren wurden in der Schweiz zahlreiche spezialisierte Sprechstunden für Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung geschaffen. Gemäss unserer Recherche gibt es in der Schweiz per Mitte Mai 2022 mindestens 40 spezialisierte Sprechstunden, in allen drei Sprachregionen und in insgesamt 18 Kantonen (siehe Darstellung D 3.1).⁹¹ Die meisten spezialisierten Sprechstunden sind gemäss unserer Recherche auf erwachsene Patienten/-innen ausgerichtet.

D 3.1: Verteilung der spezialisierten Sprechstunden in der Schweiz (Stand: 11. Mai 2022)



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Recherche zum spezialisierten Versorgungsangebot im Frühjahr 2022.

Alle fünf Universitätsspitäler bieten eine spezialisierte Sprechstunde an, von den restlichen 39 Zentrumsspitalern verfügen 20 über ein entsprechendes Angebot. 15 spezialisierte

⁹¹ Bei der Zahl handelt es sich um eine Momentaufnahme basierend auf der Recherche per Mitte Mai 2022. Mündliche Aussagen im Rahmen der Interviews weisen auf weitere Angebote hin (z.B. Klinik Arlesheim), die aus unterschiedlichen Gründen nicht erfasst wurden (z.B. noch nicht aktiv nach aussen kommuniziert oder erst im Aufbau). Im Kanton Neuenburg bietet zwar kein Spital eine spezialisierte Sprechstunde an, jedoch können sich Betroffene an die Lungenliga wenden.

Sprechstunden werden von kleineren Spitälern, Rehabilitationskliniken und psychiatrischen Kliniken angeboten.

Gemäss den Angaben in der Online-Befragung wurden die ersten Sprechstunden im Sommer 2020 aufgebaut. Im Frühjahr 2021 zeigt sich ein Anstieg in der Zahl der Sprechstunden: Zehn der 18 antwortenden Vertretenden der Sprechstunden haben angegeben, dass ihre Sprechstunde im Zeitraum zwischen März und Mai 2021 aufgebaut wurde. In dieser Zeit entstand auch die erste pädiatrische Sprechstunde.

In der Pädiatrie ist zum Zeitpunkt der Erhebungen das Angebot deutlich geringer. Gemäss unserer Recherche gibt es Stand Mai 2022 fünf spezialisierte Sprechstunden (Kantone Genf, Luzern, Zürich, Aargau, Thurgau), zusätzlich ist im Kanton Basel eine Sprechstunde im Aufbau. Aussagen in Interviews weisen jedoch darauf hin, dass nicht alle Sprechstunden als solche im Internet ersichtlich sind.

3.1.2 Patienten/-innen

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Vertretenden der Sprechstunden um eine Einschätzung gebeten, wie viele Patienten/-innen in ihrer Sprechstunde pro Monat in etwa betreut werden (das Jahr 2022 galt als Referenz). Aus Darstellung D 3.2 wird ersichtlich, dass oft weniger als zehn Personen pro Monat betreut werden.

D 3.2: Einschätzung der Anzahl Patienten/-innen pro Monat in den spezialisierten Sprechstunden

<i>Anzahl Patienten/-innen</i>	<i>Anzahl Nennungen (davon Pädiatrie)</i>
Keine	0 (0)
Weniger als 10 Personen pro Monat	10 (3)
10 bis 20 Personen pro Monat	2 (0)
21 bis 40 Personen pro Monat	4 (0)
41 bis 80 Personen pro Monat	2 (0)
81 bis 120 Personen pro Monat	0 (0)
Über 120 Personen pro Monat	0 (0)

Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung bei Spitälern mit spezialisierter Sprechstunde im Mai/Juni 2022 (N = 18).

Mehr als die Hälfte der antwortenden Vertretenden der spezialisierten Sprechstunden (11 von 18 Personen) nehmen in ihrer Sprechstunde seit Sommer 2021 eine zunehmende Tendenz in der Zahl der betreuten Patienten/-innen wahr. Zwei Personen haben angegeben, dass sie eine abnehmende Tendenz wahrnehmen, während fünf Personen von einer ungefähr gleichbleibenden Zahl von Patienten/-innen berichten.

In den spezialisierten Sprechstunden für Kinder und Jugendliche gibt es vergleichsweise wenige Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung. Die drei beteiligten pädiatrischen Sprechstunden schätzten, dass sie weniger als 10 Personen pro Monat betreuen. Entsprechende Hinweise ergeben sich auch aus den Interviews. Ein Experte schätzt, dass

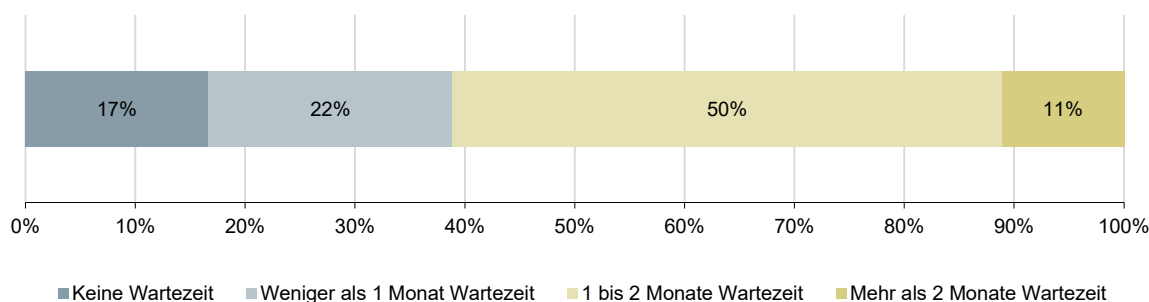
in der Schweiz zwischen 400 und 500 Kindern so stark betroffen sind, dass sie eine spezialisierte Sprechstunde aufsuchen.⁹² Mehrere pädiatrische Sprechstunden haben sich vernetzt, um sich über Zahlen und Entwicklungen auszutauschen.⁹³ Die Sprechstunden wurden Mitte 2021 aufgegleist wegen der Nachfrage von Seiten der niedergelassenen Pädiater/-innen.

3.1.3 Auslastung und Wartezeiten

Gemäss Online-Befragung besteht in der Hälfte der Sprechstunden eine Wartezeit von ein bis zwei Monaten. In einigen Sprechstunden ist die Wartezeit auch geringer. Nur in wenigen Sprechstunden gibt es Wartezeiten von mehr als zwei Monaten.⁹⁴ Die Mehrheit der Sprechstunden (14 von 18 Sprechstunden) bezeichnet sich aktuell als (eher) ausgelastet, das heisst, dass es keine oder nur wenige freie Kapazitäten zur Betreuung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung gibt.⁹⁵ Wenige Sprechstunden (n = 4) sind aktuell (eher) nicht ausgelastet und haben folglich noch einige oder viele freie Kapazitäten. Die Wartezeiten für eine Konsultation in einer spezialisierten Sprechstunde sind je nach Sprechstunde unterschiedlich, wie Darstellung D 3.3 illustriert.

In den Interviews mit Fachpersonen wurde vereinzelt von langen Wartezeiten bei Sprechstunden berichtet, die den Zugang zur Versorgung erschweren. Dabei wurde nicht spezifiziert, was unter einer langen Wartezeit verstanden wird.

D 3.3: Wartezeiten für eine Konsultation bei spezialisierten Sprechstunden



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung bei Spitälern mit spezialisierter Sprechstunde im Mai/Juni 2022 (N = 18).

Gemäss Interviewaussagen war in der Pädiatrie anfangs 2022 ein spürbarer Anstieg der Anfragen in den Sprechstunden zu verzeichnen (4 bis 5 pro Woche im Februar), der mit Sorge verfolgt wurde. Danach gab es in allen Sprechstunden eine deutliche Entlastung

⁹² In der Sprechstunde wurden seit rund einem Jahr 40 bis 50 Kinder mit Post-Covid-19-Erkrankung gesehen bei einem Einzugsgebiet von rund 10 Prozent der Kinder in der Schweiz.

⁹³ Am Kantonsspital Winterthur läuft ein Projekt zur Sammlung von Daten aus verschiedenen Kinderkliniken.

⁹⁴ In der Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2020 wird eine Wartezeit auf einen Termin bei einer Spezialistin/einem Spezialisten von weniger als einen Monat als kurz bezeichnet, ein Drittel der befragten Patienten/-innen gab Wartezeiten von mehr als einen Monat an.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-des-commonwealth-fund-laendervergleiche/ihp-befragungen-wohnbevoelkerung-ab-18-jahren.html>, Zugriff am 28.09.2022.

⁹⁵ Die Frage in der Online-Befragung lautete: Wie stark ist Ihre spezialisierte Sprechstunde aktuell ausgelastet, das heisst inwiefern haben Sie noch freie Kapazitäten?

(rund 1 bis 2 pro Woche). Das Krankheitsbild sei ernst zu nehmen, aber die Strukturen genügten und die Versorgung sei ausreichend gut.

3.1.4 Zuweisung

Gemäss unserer Recherche zum spezialisierten Versorgungsangebot ist die Zuweisung zu den spezialisierten Sprechstunden uneinheitlich organisiert. Während verschiedene spezialisierte Sprechstunden eine Zuweisung durch den Hausarzt/die Hausärztin oder den Facharzt/die Fachärztin voraussetzen, können sich Betroffene bei anderen spezialisierten Sprechstunden selbst anmelden. Dies hat sich auch in der Online-Befragung bei den spezialisierten Sprechstunden bestätigt. Auf die Frage, wie die Patienten/-innen in der Regel ihrer Sprechstunde zugewiesen werden, wurde von den 17 antwortenden Vertretenden der Sprechstunden am häufigsten die Zuweisung durch den Hausarzt/die Hausärztin genannt (n = 16), gefolgt von der Zuweisung durch den Facharzt/die Fachärztin (n = 11) und der selbstständigen Anmeldung (n = 8), dabei waren Mehrfachantworten möglich.

In den Interviews mit den Fachpersonen wurde die selbstständige Anmeldung positiv hervorgehoben. Die Möglichkeit, sich bei verschiedenen spezialisierten Sprechstunden selbstständig anzumelden, sei insbesondere für (jüngere) Personen wichtig, die keinen Hausarzt/keine Hausärztin haben. Als Hürde wurde hingegen genannt, dass gewisse spezialisierte Sprechstunden für eine Konsultation eine Laborbestätigung für eine Covid-19-Infektion verlangen, was vor allem für Betroffene der ersten Welle ein Problem sei (da damals noch nicht so umfangreich getestet wurde bzw. werden konnte).⁹⁶

Aus Sicht der Betroffenen kann der Zugang zu den spezialisierten Sprechstunden teilweise schwierig sein. Zwei Befragte wurden durch die spezialisierte Sprechstunde abgelehnt: Beim betroffenen Kind habe aus Sicht der Sprechstunde kein Bedarf für eine weitere Konsultation bestanden, da der Fall schon ausreichend geklärt gewesen sei.⁹⁷ Die andere Person erhielt aufgrund eines fehlenden PCR-Tests keinen Zugang zum Angebot einer spezialisierten Sprechstunde. Gemäss Aussage der befragten Person handelt es sich dabei um keinen Einzelfall, dies sei vor allem für Personen problematisch, die während der ersten Welle erkrankten und aufgrund der beschränkten Testkapazitäten keinen PCR-Test machen konnten. Einer weiteren Person wurde die Überweisung verweigert, weil sie von den Spezialisten/-innen, die sie während ihres Krankenhausaufenthalts betreut hatten, nicht ernst genommen worden sei. Die Person musste schliesslich selbst die spezialisierte Sprechstunde kontaktieren, um einen Termin zu erhalten. Zudem wurde mehrfach von langen Anreisewegen berichtet, da es im ländlichen Raum und im Tessin an Angeboten mangle. Mehrere Personen bewerteten die Wartezeiten im Allgemeinen als lang. So wartete eine Person im Tessin sechs Wochen auf die erste Konsultation. Gleichzeitig gelangten viele Befragte selbst rasch zu einer Erstkonsultation, da die Angebote zum damaligen Zeitpunkt neu entstanden und noch wenig bekannt waren. In einigen Fällen war eine Überweisung durch den Hausarzt oder die Hausärztin nötig, dabei äusserten die Befragten keine Probleme.

3.2 Ausgestaltung des Angebots

In den spezialisierten Sprechstunden werden Patienten/-innen mit Verdacht auf Post-Covid-19-Erkrankung interdisziplinär beurteilt und betreut. Die spezialisierten Sprechstunden klären multidisziplinär ab, ob eine Covid-19-Infektion der Grund für die langandauernden Beschwerden der Patienten/-innen ist oder ob die Symptome eine andere Ursache

⁹⁶ Gemäss Rückmeldung aus der Begleitgruppe besteht dieses Problem auch im späteren Verlauf der Pandemie wegen der rückläufigen Testbeteiligung.

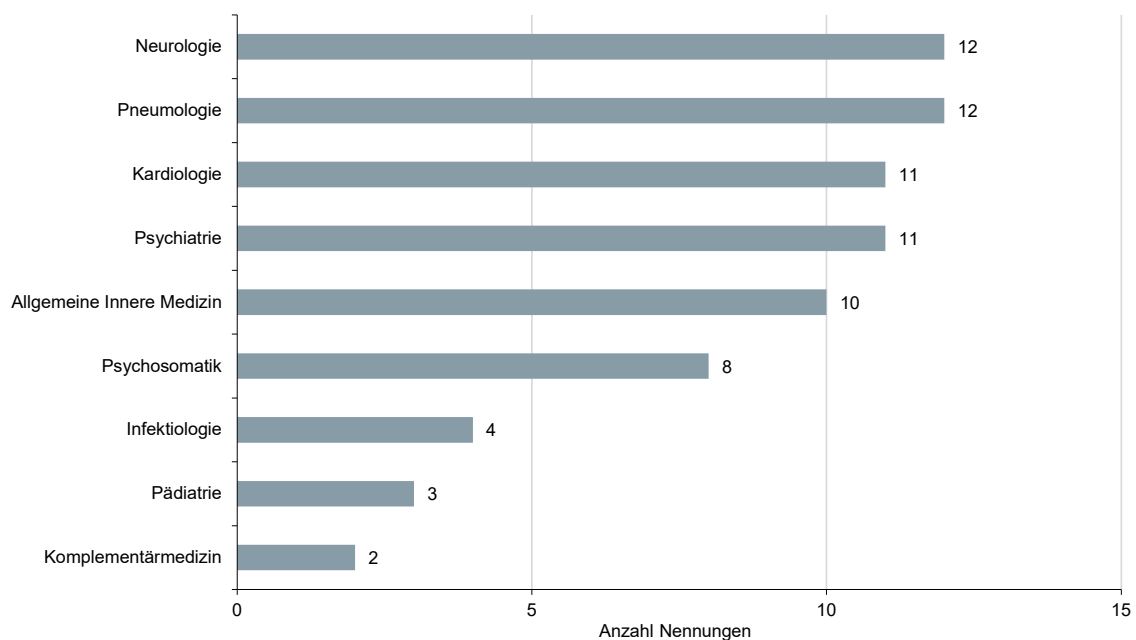
⁹⁷ In den Interviewaussagen mit den Fachpersonen finden sich Hinweise, dass in manchen Fällen die Wahrnehmung der Fachpersonen und der Betroffenen differieren.

haben, und leiten dann eine entsprechende Betreuung ein. Dabei werden unterschiedliche Tests gemacht, wie zum Beispiel Lungenfunktionsprüfungen, Echokardiographie oder Röntgenaufnahmen. Die meisten spezialisierten Sprechstunden sind gemäss Recherche in der Pneumologie angesiedelt, es werden aber oft zusätzliche Spezialisten/-innen aus verschiedenen Fachrichtungen hinzugezogen.

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Vertretenden der spezialisierten Sprechstunden gebeten, anzugeben, welche Professionen in ihrer Sprechstunde in der Regel einbezogen werden (dabei waren Mehrfachantworten möglich). Von den 17 Antwortenden wurden am häufigsten die Medizin (n = 17), die Psychologie (n = 13) und die Physiotherapie (n = 12) genannt, gefolgt von der Ergotherapie (n = 8) und der Pflege (n = 4).

Die nachfolgende Darstellung D 3.4 gibt einen Überblick, welche medizinischen Fachrichtungen dabei am häufigsten einbezogen werden, wenn als Profession Medizin genannt worden war.

D 3.4: Einbezug medizinischer Fachrichtungen im Rahmen der spezialisierten Sprechstunden



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung bei Spitälern mit spezialisierter Sprechstunde im Mai/Juni 2022 (N = 17, Mehrfachantworten möglich).

In den Interviews wurde darauf hingewiesen, dass es in Spitälern oft schon vor der Covid-19-Pandemie interprofessionelle Sprechstunden gab, um schwierige Fälle zu besprechen. Häufig fehle es jedoch an (finanziellen und zeitlichen) Ressourcen für interprofessionelle Absprachen, wobei Absprachen mit anderen Fachgebieten aber sehr wichtig für die Qualität der Versorgung der Patienten/-innen seien. Von Seiten der Komplementärmedizin wurde zudem eingebracht, dass die Komplementärmedizin in vielen Sprechstunden nicht vertreten sei. Für eine interprofessionelle Versorgung könne dies jedoch wertvoll sein wegen des ganzheitlichen Ansatzes. Von einer anderen interviewten Person wurde eingebracht, dass Psychosomatik mehr Gewicht haben und der Bereich gestärkt werden sollte.⁹⁸

⁹⁸ Bei Betroffenen bestehen allerdings manchmal Vorbehalte gegenüber einer psychosomatischen Behandlung (siehe Abschnitt 3.5).

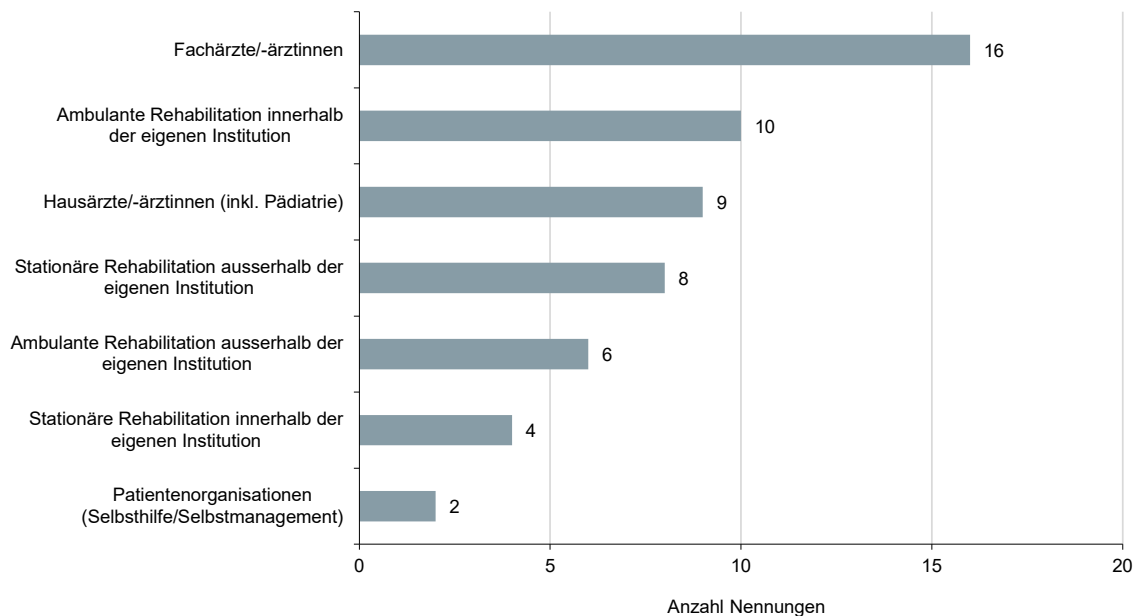
In der Pädiatrie arbeiten gemäss Interviewaussagen unterschiedliche Disziplinen zusammen, je nach Symptomen und Spital. Häufig sind auch hier die Sprechstunden in der Pneumologie angesiedelt. Primär erfolgt eine somatische Abklärung, in rund der Hälfte der Fälle werde eine andere Ursache der Beschwerden gefunden. Dies könne selten zu Konflikten mit den Betroffenen führen, insbesondere, wenn es sich um eine Diagnose im psychosozialen Bereich handle. Bei Bedarf werden Psychologen/-innen, Psychiater/-innen oder Neurologen/-innen beigezogen – vor allem in der Psychologie und Psychiatrie sind aber die Kapazitäten sehr begrenzt. Insgesamt zeichne sich eine zunehmende Bedeutung dieser Disziplinen ab, wegen der Beurteilung von Erschöpfungs-Symptomen. Teilweise entstehen auch in diesem Bereich spezialisierte Sprechstunden. Problematisch sei die gesellschaftliche Wahrnehmung der Psychosomatik in der Gesellschaft. Die fachliche Beratung, die neben den Eltern unter Umständen auch die Schulen einschliesst, sei hier sehr wichtig. Bei weniger schweren Fällen können Aufklärung und Beruhigung hilfreich sein, dazu werden beispielsweise auch Empfehlungen von Altea abgegeben (z.B. Broschüre zum Pacing), dieselben wie bei Erwachsenen. Werde nach den Abklärungen aber die Diagnose einer Post-Covid-19-Erkrankung nicht gestellt, entstünden in seltenen Fällen Konflikte, weil die Betroffenen sich nicht ernst genommen fühlten.

Die befragten Betroffenen zeigten sich mit der Behandlung in den spezialisierten Sprechstunden insgesamt zufrieden. Jedoch wurde auch hier vom grundsätzlichen Problem der fehlenden Evidenz und dadurch fehlenden Behandlungsmöglichkeiten berichtet. Mehrere Befragte waren bei der Erstkonsultation bereits durch eigene Recherchen sehr gut informiert, sodass die Sprechstunden keinen weiteren Wissensgewinn bieten konnten. Mehrere Personen in der Deutschschweiz fühlten sich durch weitere in die Behandlung einbezogene Fachärzte (z.B. für Abklärungen ausserhalb der Sprechstunden) nicht ernst genommen, da diese wenig zum Thema sensibilisiert und informiert seien.

3.3 Schnittstellen

Die spezialisierten Sprechstunden haben Schnittstellen zu einer Vielzahl von Akteuren. In der Online-Befragung wurden die Vertretenden der spezialisierten Sprechstunden gebeten, anzugeben, mit wem sie ausserhalb ihrer Sprechstunde im Zusammenhang mit Post-Covid-19-Erkrankungen zusammenarbeiten und wo es folglich Schnittstellen gibt (dabei waren Mehrfachantworten möglich). Darstellung D 3.5 zeigt, dass mit Abstand am häufigsten eine Zusammenarbeit mit Fachärzten/-innen stattfindet. Rund die Hälfte arbeiten zudem mit der ambulanten Rehabilitation innerhalb der eigenen Institution, mit Hausärzten/-innen und mit einer stationären Rehabilitation ausserhalb der eigenen Institution zusammen. Die Zusammenarbeit funktioniert aus Sicht der Befragten in den meisten Fällen gut bis sehr gut, nur vereinzelt eher nicht gut.

D 3.5: Zusammenarbeit der spezialisierten Sprechstunden im Zusammenhang mit Post-Covid-19



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung bei Spitälern mit spezialisierter Sprechstunde im Mai/Juni 2022 (N = 17, Mehrfachantworten möglich).

In den Interviews wurde verschiedentlich berichtet, dass die Schnittstellen zwischen spezialisierten Sprechstunden und weiteren Anbietern respektive Fachpersonen nicht etabliert sind. Schnittstellen würden insbesondere da gut funktionieren, wo bereits gute Kontakte und Netzwerke bestehen. Schwierige Schnittstellen sind aus Sicht einzelner interviewter Personen die Schnittstelle zu den Hausärzten/-innen sowie die Schnittstelle zur Neuropsychologie. Da fehle teilweise noch die Sensibilität für die Post-Covid-19-Erkrankung. Im Allgemeinen habe aber mit der Zeit die Sensibilität zugenommen. Eine weitere Herausforderung, die in einem Interview angesprochen wurde, ist es, gute Rehabilitationsprogramme und -angebote (z.B. Physiotherapie) zu finden, die sich eignen und mit denen bereits gute Erfahrungen gemacht wurden. Zudem werde in spezialisierten Sprechstunden nur selten auf Selbstmanagementplattformen und -angebote hingewiesen.

In der Pädiatrie sind die meisten Fälle gemäss Interviewaussagen gut ambulant zu behandeln. Nur ein kleiner Anteil der Fälle brauche eine intensivere Betreuung wie eine stationäre Rehabilitation. Gründe für eine stationäre Rehabilitation seien beispielsweise auch Überforderung der Eltern oder der Schulen. Die Zusammenarbeit sei sehr zufriedenstellend, der Austausch funktioniere gut. Auch mit den niedergelassenen Kinderärzten/-innen funktioniere der Austausch gut.

Von Seiten der befragten Betroffenen mit Post-Covid-19-Erkrankung wurden die Schnittstellen der spezialisierten Sprechstunden zu den Hausarztpraxen und der stationären Rehabilitation zumeist als funktionierend wahrgenommen. Mehrere Deutschschweizer Befragte wurden auf die stationäre Rehabilitation hingewiesen, bei der Auswahl beraten und beim Antrag um Kostengutsprache unterstützt. Jedoch seien die Empfehlungen nicht immer angebracht gewesen, so wurden beispielsweise Programme mit grosser körperlicher

Betätigung empfohlen, die bei den Betroffenen so genannte «Crashes»⁹⁹ auslösen können (z.B. psychosomatisches Programm, inkl. Sport, Lungentraining).

3.4 Hilfsmittel und Bildungsangebote

Die Nutzung von Hilfsmitteln im Sinne von internen Guidelines ist bei den spezialisierten Sprechstunden hoch. Bildungsangebote werden deutlich seltener genutzt und sind auch wenig verfügbar. Die spezialisierten Sprechstunden setzen unterschiedliche Hilfsmittel zur Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten/-innen ein.

3.4.1 Standards und Guidelines

Die Vertretenden der spezialisierten Sprechstunden haben im Rahmen der Online-Befragung angegeben, welche Standards und Guidelines sie bei der Diagnose und Behandlung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung nutzen (es waren Mehrfachantworten möglich). Dabei zeigt sich, dass fast alle Sprechstunden standardisierten Abläufen der eigenen Institution folgen (n = 16 bei N = 17). Weitere Guidelines, die genutzt werden, sind die NICE COVID-19 rapid guideline (n = 8), die Deutsche AWMF S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID (n = 5) sowie die HUG POST COVID-PASC und die Österreichische S1 Leitlinie Long COVID (je n = 1).

3.4.2 Schulung und Fort- und Weiterbildung

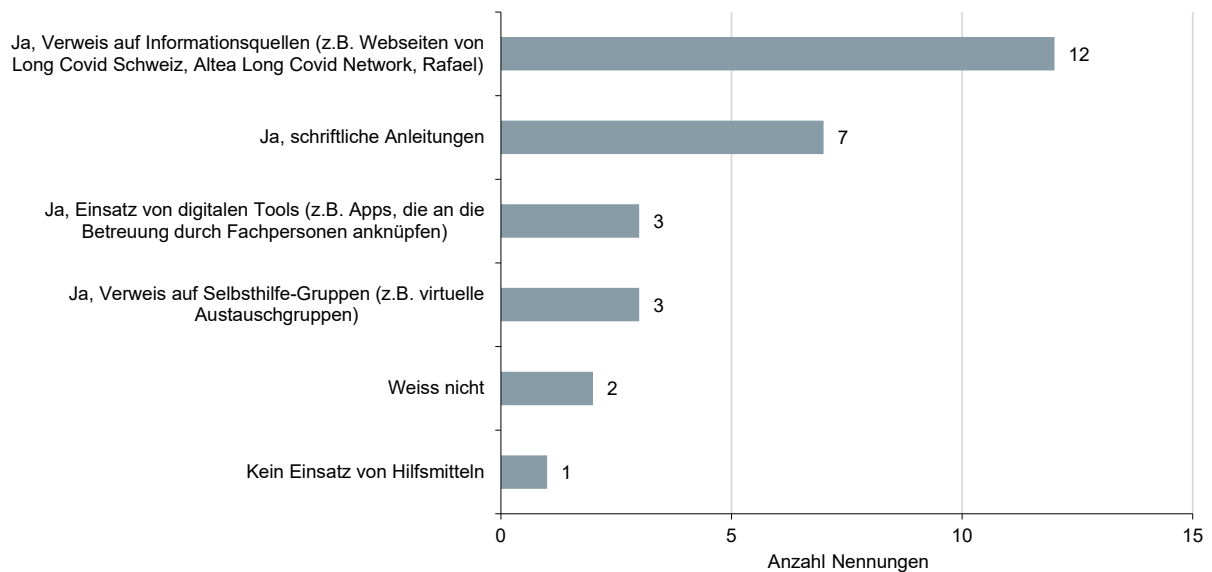
In knapp über der Hälfte der Spitäler mit spezialisierter Sprechstunde, die an der Online-Befragung teilgenommen haben (n = 9 bei N = 17), werden Fachpersonen zur Post-Covid-19-Erkrankung geschult. Dabei handelt es sich zum Beispiel um wöchentliche Meetings, interdisziplinäre Besprechungen, Vorträge, Kolloquien und interne Fort- und Weiterbildungen für Fachpersonen. Fünf von 17 antwortenden Vertretenden der spezialisierten Sprechstunden haben angegeben, dass ihnen (weitere, externe) Bildungsangebote für Fachpersonen zur Post-Covid-19-Erkrankung bekannt sind. Genannt wurden das Altea Netzwerk, Rafael, Qualitätszirkel und Online-Bildungsangebote (z.B. streamedup! Pneumologie der deutschen pneumologischen Gesellschaft). Neun Personen waren keine weiteren externen Bildungsangebote bekannt und drei Personen konnten keine Antwort auf die Frage geben.

3.4.3 Hilfsmittel zur Unterstützung des Selbstmanagements

Wie die nachfolgende Darstellung D 3.6 zeigt, werden von den spezialisierten Sprechstunden unterschiedliche Hilfsmittel zur Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten/-innen eingesetzt (dabei waren Mehrfachantworten möglich). Am häufigsten wird auf Informationsquellen im Internet verwiesen (z.B. Webseiten von Long Covid Schweiz, Altea Long Covid Network, Rafael) oder es werden schriftliche Anleitungen abgegeben (z.B. Broschüren, Ratschläge und Übungen).

⁹⁹ Mit «Crashes» wird die abrupte Zunahme der Erschöpfungssymptomatik nach einer zu grossen Anstrengung bezeichnet.

D 3.6: Einsatz von Hilfsmitteln zur Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten/-innen



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung bei Spitälern mit spezialisierter Sprechstunde im Mai/Juni 2022 (N = 17, Mehrfachantworten möglich).

3.5 Verbesserungspotenzial aus Sicht der Befragten

In den Interviews mit den Fachpersonen wurden konkret folgende Handlungsfelder für Verbesserungen benannt:

- *Interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit:* Verschiedentlich wurde darauf hingewiesen, dass ein früher interprofessioneller Ansatz und interprofessionelle Angebote für die Versorgung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung gestärkt werden müsse. Ebenfalls zu stärken sind, vor allem – aber nicht nur – gemäss Vertretenden der Fachdisziplinen der Bereich der Psychosomatik und der Einbezug der Komplementärmedizin.
- *Wissenstransfer an Fachpersonen:* Die Fort- und Weiterbildung und Sensibilisierung von Fachpersonen (z.B. Neuropsychologen/-innen, Hausärzteschaft) müsse gestärkt werden.
- *Sensibilisierung der Gesellschaft:* Wichtig sei, dass das Krankheitsbild bekannt ist, beispielsweise sollten auch Schulen informiert sein.
- *Verbesserung der Evidenz:* Den Fachpersonen in den spezialisierten Sprechstunden fehlen zudem Informationen zu wirksamen Behandlungsansätzen und Rehabilitationsprogrammen/-angeboten, um die Patienten/-innen an geeignete Fachpersonen zu verweisen.

Gemäss Aussagen der Betroffenen bestehen deutliche Unterschiede in der Qualität der spezialisierten Sprechstunden, was zu langen Wartezeiten bei den besten Sprechstunden führe. In den von den Betroffenen als schlechter wahrgenommenen Sprechstunden bestehe eine Tendenz dazu, die Krankheit auf psychische oder psychosomatische Ursachen zu beschränken, was aus Sicht mehrerer Befragten einer Abwertung entspricht. Von den Fachpersonen wird mehrfach darauf hingewiesen, dass die strikte Trennung zwischen Somatik und Psyche in der Praxis nicht haltbar ist, da beides miteinander verbunden ist. Die gesellschaftliche Abwertung von psychosomatischen Erkrankungen ist grundsätzlich problematisch, das gilt auch für andere Krankheitsbilder. Zudem kann es zu Konflikten zwischen Betroffenen und Fachpersonen kommen, wenn Uneinigkeit bezüglich der Diagnose

besteht. In manchen Fällen werden dann Institutionen in den Austauschgefässen der Betroffenen abgewertet. Insgesamt wünschten sich die befragten Betroffenen mehr Angebote ausserhalb der Ballungszentren und einen Ausbau der Diagnostik. Zudem wünschen sie sich, dass die Behandlung besser koordiniert wird, indem die beigezogene Fachärzteschaft (z.B. Schlaflabor) für das komplexe Krankheitsbild sensibilisiert wird und die Kommunikation zwischen verschiedenen Abteilungen in den Spitälern verbessert wird.

4. Rehabilitation ambulant

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Erhebungen aus Sicht der Fachpersonen und der Betroffenen beschrieben. Sie beziehen sich auf die Schwerpunktthemen Zugang, Ausgestaltung, Schnittstellen, Hilfsmittel und Bildungsangebote sowie Verbesserungspotenzial. Ergebnisse zu den Rahmenbedingungen der Finanzierung finden sich in Kapitel 7.

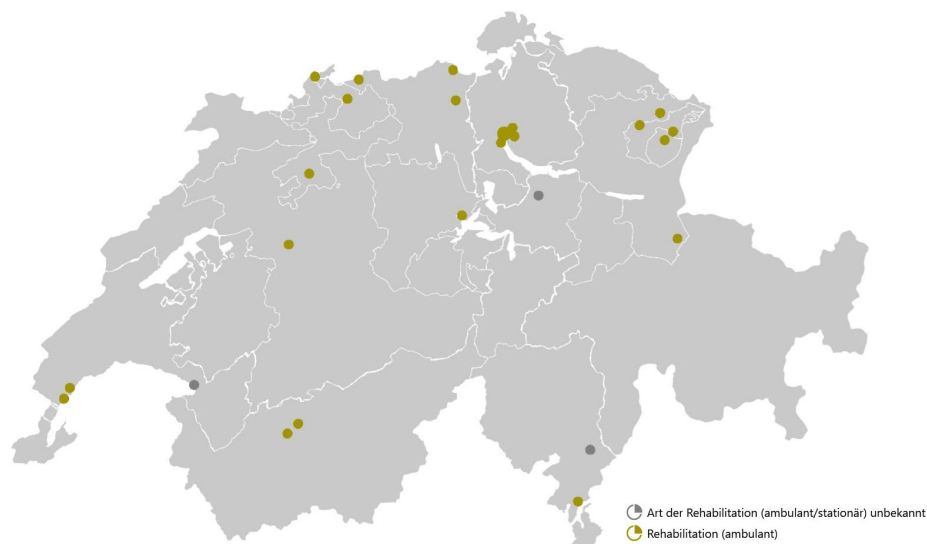
4.1 Zugang

Beim Zugang zur Versorgung im Setting der ambulanten Rehabilitation wird erläutert, wie viele spezialisierte Programme vorhanden sind, welche Hinweise auf die Anzahl behandelter Patienten/-innen es gibt und wie lange allfällige Wartezeiten sind. Zudem wird beschrieben, wie die Patienten/-innen an die Programme gelangen und inwiefern es ein standardisiertes Vorgehen für die Verschreibung der Rehabilitationsmassnahmen gibt.

4.1.1 Angebote

Grundsätzlich können Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung durch selbstständige oder in Spitälern angestellte Leistungserbringer der ambulanten Rehabilitation (insb. Physiotherapie, Ergotherapie) betreut werden. Teilweise betreiben auch weitere Anbieter (z.B. das Schweizerische Rote Kreuz) Therapiestellen der ambulanten Rehabilitation. Zudem bieten in der Schweiz zahlreiche Spitäler spezialisierte ambulante Rehabilitationsprogramme für Post-Covid-19-Erkrankte an. Gemäss unserer Recherche existieren per Mitte Mai 2022 mindestens 24 ambulante Rehabilitationsprogramme.¹⁰⁰ Wie Darstellung D 4.1 zeigt, ist das Angebot in der Deutschschweiz mit 19 ambulanten Programmen am grössten. In der Westschweiz sind es vier Programme und im Tessin ein Programm. Gemäss Online-Befragung bei den Spitälern mit ambulantem Rehabilitationsprogramm (N = 9) werden seit Sommer 2020 in den ersten Programmen Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung betreut.

D 4.1: Verteilung der ambulanten Rehabilitationsprogramme in der Schweiz (Stand: 11. Mai 2022)



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Recherche zum spezialisierten Versorgungsangebot im Frühjahr 2022.

¹⁰⁰ Bei drei Rehabilitationsprogrammen (je eines in der Deutsch- und Westschweiz sowie im Tessin) ist nicht bekannt, ob diese ambulant oder stationär angeboten werden.

4.1.2 Patienten/-innen

Im Rahmen der Online-Befragung wurde um eine Einschätzung gebeten, wie viele Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung in den ambulanten Rehabilitationsprogrammen pro Monat in etwa betreut werden (das Jahr 2022 galt als Referenz). In vier der neun antwortenden Spitäler mit ambulantem Rehabilitationsprogramm werden weniger als zehn Personen pro Monat betreut. In den restlichen fünf antwortenden Spitälern werden zehn bis 20 Personen pro Monat betreut.

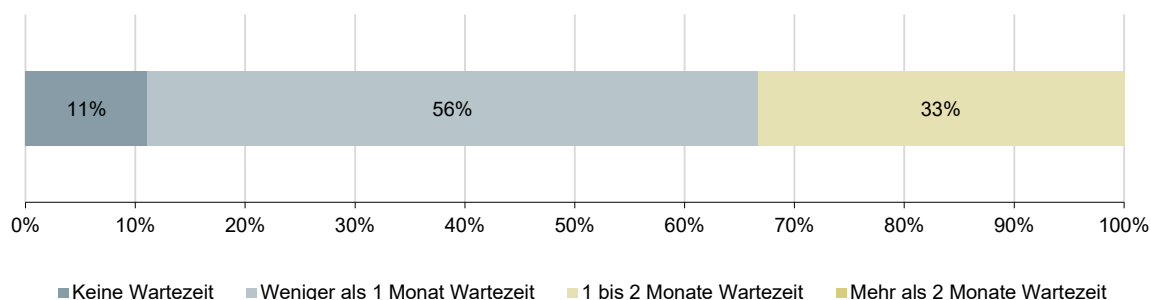
Mehr als die Hälfte der antwortenden Vertretenden der Spitäler mit ambulantem Rehabilitationsprogramm (n = 5 bei N = 9) nehmen bei ihrem Rehabilitationsprogramm seit Sommer 2021 eine zunehmende Tendenz in der Zahl der betreuten Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung wahr. Zwei Personen haben angegeben, dass sie eine abnehmende Tendenz wahrnehmen, während weitere zwei Personen von einer ungefähr gleichbleibenden Zahl von Patienten/-innen berichten.

Auch in den Interviews wurde von einigen Fachpersonen im Bereich der ambulanten Rehabilitation von einer zunehmenden Tendenz in der Patientenzahl berichtet. In Übereinstimmung mit den Erkenntnissen aus der Online-Befragung haben hingegen auch Einzelne angegeben, dass sie nur wenige Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung betreuen. Von einzelnen Fachpersonen wurde vermutet, dass viele Betroffene die Erkrankung (vermutlich eher mildere Verläufe) wohl selbst managen und keine ambulante Rehabilitation in Anspruch nehmen.

4.1.3 Auslastung und Wartezeiten

Gemäss Online-Befragung ist die grosse Mehrheit der ambulanten Rehabilitationsprogramme (n = 7 bei N = 9) momentan (eher) ausgelastet. Das heisst, es gibt keine oder nur wenige freie Kapazitäten zur Betreuung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung.¹⁰¹ Vereinzelt sind Spitäler (n = 2) aktuell (eher) nicht ausgelastet und haben folglich noch einige oder viele freie Kapazitäten. Wie Darstellung D 4.2 illustriert, sind die Wartezeiten für eine Konsultation beziehungsweise eine Behandlung je nach Rehabilitationsprogramm unterschiedlich. Bei den meisten Programmen besteht eine Wartezeit von weniger als einem Monat (n = 5) respektive von einem bis zwei Monaten (n = 3), bei einem Programm gibt es aktuell keine Wartezeit.

D 4.2: Wartezeiten für eine Konsultation beziehungsweise Behandlung in ambulanten Rehabilitationsprogrammen



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung bei Spitälern mit ambulantem Rehabilitationsprogramm im Mai/Juni 2022 (N = 9).

¹⁰¹ Die Frage in der Online-Befragung lautete: Wie stark ist Ihr Programm aktuell ausgelastet, d.h. inwiefern haben Sie noch freie Kapazitäten?

Bei den niedergelassenen Physiotherapeuten/-innen und Ergotherapeuten/-innen sieht die Situation deutlich anders aus. Im Zusammenhang mit dem Angebot und der Auslastung wurde verschiedentlich auf den Fachkräftemangel hingewiesen (u.a. in der Ergotherapie), der deutlich spürbar sei. Die Kapazitäten für Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung seien im Bereich der ambulanten Rehabilitation gering und die Wartelisten generell lang. Aufgrund des Fachkräftemangels sei die lückenlose Weiterführung einer Behandlung oft eine Herausforderung. In den unterschiedlichen Disziplinen gebe es aber auch unterschiedlich lange Wartezeiten (z.B. eher längere Wartezeiten im Bereich der Psychiatrie und Ergotherapie). Es wurde auch von Anbietern berichtet, die keinen Kontakt zu Spitälern und deren Sprechstunden haben, und auch keine Öffentlichkeitsarbeit betreiben, da sie ohnehin schon kaum freie Kapazitäten und lange Wartelisten haben.

4.1.4 Zuweisung

Laut unserer Recherche erfolgt die Zuweisung von Betroffenen zu ambulanten Rehabilitationsprogrammen in der Regel über die behandelnden Hausärzte/-innen oder Fachärzte/-innen. Im Rahmen der Online-Befragung bei den Spitälern mit ambulantem Rehabilitationsprogramm hat sich gezeigt, dass die Patienten/-innen auf unterschiedlichen Wegen zu den Rehabilitationsprogrammen gelangen. Von den neun antwortenden Vertretenden der Spitälern mit ambulantem Rehabilitationsprogramm wurde am häufigsten die Zuweisung durch spezialisierte Sprechstunden genannt (n = 8), gefolgt von der Zuweisung durch den Hausarzt/die Hausärztin (n = 4) sowie der Zuweisung durch den Facharzt/die Fachärztin und der Zuweisung durch stationäre Einrichtungen/Spitäler (je n = 3), dabei waren Mehrfachantworten möglich).

Gemäss Angaben in den Interviews unterscheidet sich der Zugang von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung zur ambulanten Rehabilitation nicht massgeblich vom Zugang bei anderen Krankheitsbildern (Zuweisung über ärztliche Verordnung). Ein standardisiertes Vorgehen oder Entscheidungsgrundlagen für die Verschreibung von ambulanten Rehabilitationsmassnahmen gibt es gemäss Angaben in den Interviews nicht. Aufgrund von unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten (über die Hausärzteschaft, direkt über eine spezialisierte Sprechstunde) und unterschiedlichem Wissensstand bei den Fachpersonen dauere es unterschiedlich lange, bis die Patienten/-innen bei den Anbietern von ambulanten Rehabilitationsmassnahmen ankommen. Aus Sicht einer interviewten Person braucht es einen Leitfaden für Hausärzte/-innen, damit diese wissen, welche Behandlungsmöglichkeiten es für Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung gibt (d.h. eine Guideline für die Ärzteschaft), damit die Betroffenen möglichst schnell an die richtige Stelle gelangen.

Aus Sicht der befragten Betroffenen stellt der Anfahrtsweg zur ambulanten Rehabilitation die grösste Zugangshürde dar. So könne zum Beispiel bei Fatigue bereits ein kurzer Anfahrtsweg grosse Erschöpfung auslösen und den Nutzen der Behandlung erheblich schmälern. Verstärkend komme hinzu, dass besonders im ländlichen Raum zu wenig Angebote vorhanden seien und dadurch die Anfahrtswege länger würden. In den Interviews wurde mehrmals der Wunsch nach einem Ausbau von Angeboten mit Hausbesuchen geäussert. Für Kinder seien zudem die Wartezeiten besonders lange, da es nur wenige Angebote gebe. Für das betroffene Kind konnte keine Ergotherapie mit Hausbesuchen gefunden werden, worauf die Familie die Suche einstellte.

4.2 Ausgestaltung des Angebots

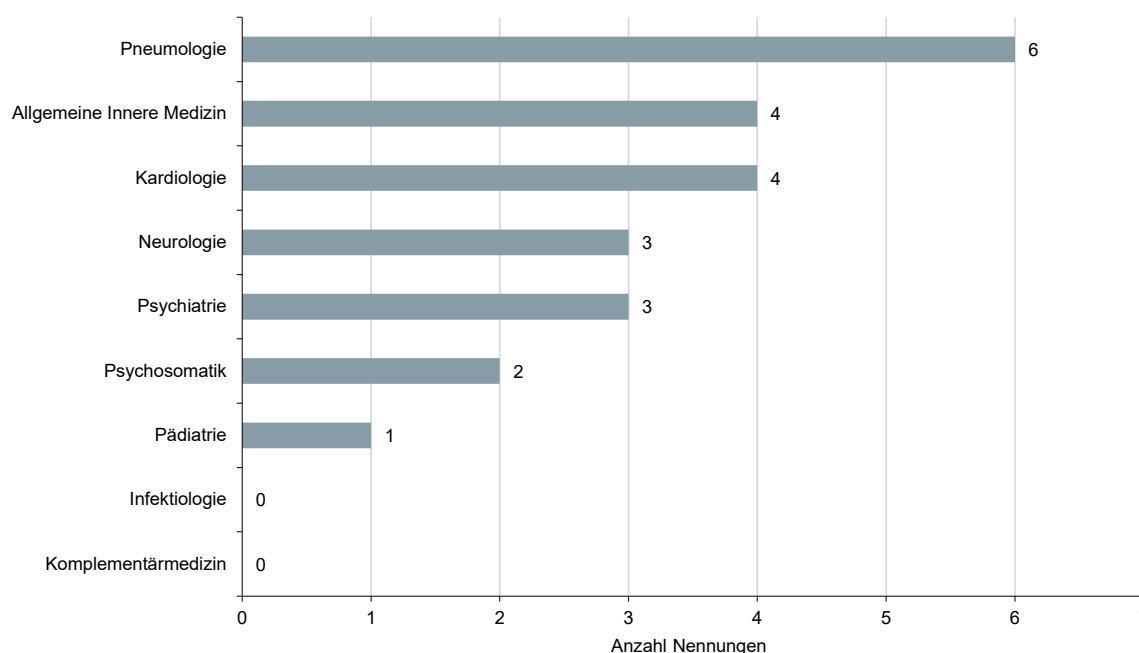
Gemäss unserer Recherche erfolgt der Entscheid über eine ambulante Rehabilitation jeweils nach Absprache mit dem/der Hausarzt/-ärztin, dem/der Spezialisten/-in und dem/der Betroffenen. Gemäss Aussagen in den Interviews gibt es für Patienten/-innen mit Post-

Covid-19-Erkrankung keine standardisierte Behandlung. Auch gebe es aktuell keinen guten Überblick über die verschiedenen Behandlungsansätze und Programme/Angebote. Aufgrund des heterogenen Krankheitsbildes sowie fehlender Erfahrungswerte und fehlender Evidenz werde oft auf Behandlungsansätze zurückgegriffen, die von anderen Krankheitsbildern mit teilweise ähnlichen Symptomen bekannt seien (z.B. Chronic Fatigue Syndrom) und bei denen man merke, dass sie einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Betroffenen leisten können. Der Austausch auf nationaler und internationaler Ebene sowie das Austesten und Lernen von verschiedenen Behandlungsansätzen sei zentral. Wichtig sei auch, dass man laufend Erfahrungen sammle und die Erkenntnisse streue, um sukzessive Empfehlungen und Guidelines erarbeiten zu können.

Gemäss Online-Befragung werden im Rahmen der Rehabilitationsprogramme am häufigsten die Professionen der Physiotherapie (n = 8) und der Medizin (n = 7) einbezogen, gefolgt von der Ergotherapie (n = 6) und der Psychologie (n = 5), dabei waren Mehrfachantworten. Die Pflege ist seltener involviert (n = 2).

Die nachfolgende Darstellung D 4.3 gibt einen Überblick, welche Fachrichtungen in der Medizin am häufigsten einbezogen werden, wenn als Profession Medizin genannt worden war.

D 4.3: Einbezug medizinischer Fachrichtungen im Rahmen der ambulanten Rehabilitationsprogramme



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung bei Spitälern mit ambulantem Rehabilitationsprogramm im Mai/Juni 2022 (N = 7, Mehrfachantworten möglich).

Durch den Einbezug unterschiedlicher Professionen und Fachrichtungen kann ein breites und interdisziplinäres Spektrum an Behandlungsansätzen zur Linderung der – abhängig vom individuellen Krankheitsbild – unterschiedlichen Symptome angeboten werden. Gemäss unserer Recherche sowie Aussagen in den Interviews werden bei Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bedarfsorientiert Physiotherapien (z.B. Pacing-Beratung, Meditations- und Yoga-Techniken, herzfrequenzorientiertes Training), Ergotherapien (z.B. Gedächtnis- und Aufmerksamkeitstraining, Energiemanagement, praktische Übungen), medizinische Trainingstherapien sowie logopädische Behandlungen angewendet.

Vereinzelt wird auch ein psychosozialer Spitex-Ansatz (pflegerischer Ansatz zu Hause in Zusammenarbeit mit der Spitex) angewendet. Bei psychischen Symptomen wie Ängsten und Depressionen werden psychotherapeutische und/oder psychiatrische Behandlungen (z.B. im Rahmen von Resilienz-Gruppen) durchgeführt. Bei eingeschränkter Lungenleistung und Atmung steht die pulmonale Rehabilitation im Fokus (z.B. apparative Atemmuskeltrainings, Atemphysiotherapien und reflektorische Atemtherapien). Bei sämtlichen Behandlungsansätzen ist gemäss Aussagen in den Interviews das Selbstmanagement ein wichtiger Aspekt, der oft im Zentrum von ambulanten Rehabilitationsprogrammen/-angeboten steht und in vielen Fällen gut gelingt. Telemedizin spielt aus Sicht der interviewten Personen hingegen keine grosse Rolle. Einzelne haben zwar von guten Erfahrungen während der ersten Welle der Pandemie berichtet, jedoch fehlen aktuell die Grundlagen, um telemedizinische Leistungen abzurechnen. Aus Sicht der interviewten Personen sind die Behandlungsansätze an sich geschlechtsunspezifisch. Es wurde jedoch vereinzelt von Unterschieden in den Lebensphasen und dem Umfeld der Betroffenen berichtet, die bei der Auswahl des Rehabilitationsprogramms/-angebots berücksichtigt werden müssen.

Gemäss Angaben in der Online-Befragung werden die ambulanten Rehabilitationsprogramme im Einzel- sowie im Gruppensetting angeboten: Fünf Spitäler bieten die Programme in beiden Settings an, drei nur im Einzelsetting und eine nur im Gruppensetting. In den Interviews wurde vereinzelt auf Herausforderungen im Zusammenhang mit Programmen/Angeboten im Gruppensetting hingewiesen. Aufgrund der heterogenen Symptome sowie der unterschiedlichen Schweregrade der Erkrankungen, und somit der Leistungsfähigkeit, sei das Gruppensetting im ambulanten Bereich schwierig. Zu geringe Patientenzahlen, um unterschiedliche Subgruppen (Leistungsgruppen) zu bilden und die Programme/Angebote rentabel auszulasten, seien eine Schwierigkeit. Teilweise seien die Patienten/-innen auch so schwach, dass sie nicht in einer Gruppe teilnehmen können. In den Interviews wurde aber auch von Programmen/Angeboten im Gruppensetting berichtet, die sehr gut ausgebucht sind und für die es lange Wartezeiten gibt (z.B. Energiemanagement-Schulung). Programme/Angebote im Gruppensetting seien insbesondere wertvoll, da sich die Betroffenen auch austauschen können.

In der Online-Befragung wurde angegeben, dass sich die ambulanten Rehabilitationsprogramme für Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung von anderen Programmen im Bereich ambulanter Rehabilitation (z.B. beim Chronic Fatigue Syndrom) unterscheiden. So wurde darauf hingewiesen, dass es ein individuelles Assessment und eine individuelle, spezifische Behandlung braucht. Zudem gebe es Symptome, die behandelt werden müssten (z.B. dysfunktionale Atmung), die bei anderen Krankheitsbildern nicht vorkämen. Und es brauche mehr Aufklärung, da die Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung oft deutlich weniger belastbar seien und dadurch auf einem sehr tiefen Niveau starten müssten.

Drei der neun ambulanten Rehabilitationsprogramme werden gemäss Online-Befragung wissenschaftlich begleitet respektive systematisch evaluiert. Auch in den Interviews mit Fachpersonen wurde vereinzelt davon berichtet, dass ihre Programme/Angebote wissenschaftlich begleitet werden (z.B. Studie mit Patientenbefragung am Kantonsspital Winterthur, qualitative Studie zur Energiemanagement-Schulung am Rehabilitation Research Laboratory der SUPSI¹⁰²). Da die Krankheitsbilder der Betroffenen und entsprechend die Behandlungsansätze sehr individuell ausgestaltet seien, sei es schwierig, eine einheitliche Studie durchzuführen. In den Interviews wurde jedoch von anderen, ähnlichen Krankheitsbildern berichtet, die schon gut erforscht sind. Somit gebe es Evidenz zu einzelnen

¹⁰² Hersche, Ruth; Weise, Andrea (2022): Occupational Therapy-Based Energy Management Education in People with Post-COVID-19 Condition-Related Fatigue: Results from a Focus Group Discussion. *Occupational Therapy International*, 1–9.

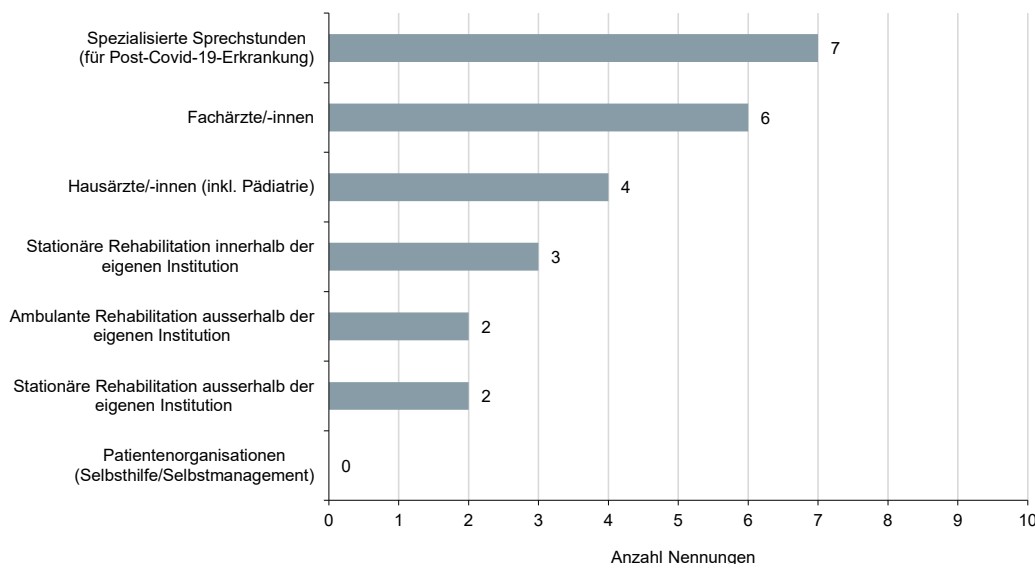
Symptomen (wie Fatigue, Überreizbarkeit, erhöhter Stress) und zu Autoimmunerkrankungen, die bei Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung helfen könne.

In den Interviews mit den Betroffenen hat sich gezeigt, dass die meisten eine Physio- und/oder Ergotherapie besuchten. Ihre Zufriedenheit mit der Behandlung hängt massgeblich davon ab, eine/-n passende/-n Therapeuten/-in zum richtigen Zeitpunkt zu finden. So zeigte sich eine Person sehr zufrieden mit ihrer Physiotherapeutin, die dank einer Weiterbildung zur Post-Covid-19-Erkrankung über viel Wissen verfüge. Die Therapeutin könne ihr gut helfen, indem sie passende Übungen für zu Hause zeige und diene ihr als Coach für die Krankheit. Davor habe sie negative Erfahrungen mit Physiotherapeuten/-innen gemacht, die ihr aufgrund fehlender spezifischer Kenntnisse nicht weiterhelfen konnten. Einen passenden Behandlungsansatz zu finden sei für Kinder noch schwieriger, so die Mutter des betroffenen Kindes. Ihr Sohn musste die Physiotherapie abbrechen, da das Therapieprogramm zu anstrengend war und sogenannte «Crashes» auslöste. Insgesamt bewerteten viele die in der Ergotherapie erlernten Methoden (Energiemanagement und Pacing) positiv. Da einige befragte Personen durch Eigeninitiative oder vorgängige Selbsthilfe bereits ein grosses Wissen erarbeitet hatten, stuften diese Personen den Zusatznutzen einer Ergotherapie als klein ein und beendeten die Therapie vorzeitig oder verzichteten darauf.¹⁰³

4.3 Schnittstellen

Gemäss der Online-Befragung findet am häufigsten eine Zusammenarbeit der ambulanten Rehabilitationsprogramme mit spezialisierten Sprechstunden und Fachärzten/-innen statt (siehe Darstellung D 4.4). Die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Akteuren funktioniert gut bis sehr gut, insbesondere die Zusammenarbeit mit den spezialisierten Sprechstunden.

D 4.4: Zusammenarbeit der ambulanten Rehabilitationsprogramme im Zusammenhang mit Post-Covid-19



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung bei Spitälern mit ambulantem Rehabilitationsprogramm im Mai/Juni 2022 (N = 8, Mehrfachantworten möglich).

¹⁰³ Dieser Umstand dürfte zumindest teilweise darauf zurückzuführen sein, dass die befragten Betroffenen in der ersten und zweiten Welle erkrankten und erst relativ spät Zugang zu Ergotherapie erhielten. Wir gehen davon aus, dass Betroffene heute früher an Ergotherapeuten/-innen überwiesen werden und deshalb der Mehrwert möglicherweise als grösser einzustufen ist.

Die Schnittstellen zwischen ambulanter Rehabilitation und weiteren (vor- und nachgelagerter) Anbietenden respektive Fachpersonen sind gemäss Interviewaussagen nicht geregelt. Schnittstellen würden insbesondere da gut funktionieren, wo bereits gute Kontakte und Netzwerke bestünden. Eine herausfordernde Schnittstelle ist gemäss einzelnen Aussagen die Schnittstelle zu den Hausärzten/-innen. Es wurde berichtet, dass die Patienten/-innen eher selten von Hausärzten/-innen (häufiger über spezialisierte Sprechstunden) zugewiesen werden. Es wurde aber auch von sehr interessierten und engagierten Hausärzten/-innen berichtet, mit denen die Zusammenarbeit gut funktioniert. Vereinzelt wurde vermutet, dass bei der Hausärzteschaft zum Teil Wissen zu Behandlungsansätzen und Programmen/Angeboten (z.B. der Ergotherapie) fehlt. Gemäss Aussagen in den Interviews könnte dort eine Plattform wie Altea eine Drehscheiben- und Informations-Funktion einnehmen. Dafür braucht es aus Sicht mehrerer befragter Personen jedoch ein Qualitätsmanagement (d.h. bezüglich der verbreiteten Informationen/Angebote).

Eine weitere schwierige Schnittstelle ist aus Sicht einer interviewten Person die Schnittstelle zur stationären Rehabilitation. Kritisch betrachtet wurde dabei der Übergang von der ambulanten in die stationäre Rehabilitation respektive die Überbrückung der teilweise langen Wartezeiten, was nur teilweise funktioniert.

Gemäss Aussagen in den Interviews mit den Betroffenen ergeben sich im Bereich der ambulanten Rehabilitation an den Schnittstellen wenige Probleme. Aufgrund der langen Wartezeiten bei der spezialisierten Sprechstunde im Kanton Tessin hat die Schnittstelle zwischen der Sprechstunde und Physio- respektive Psychotherapie gemäss einer Person nicht gut funktioniert, was die Person durch Eigeninitiative löste. Bei einer weiteren Person wurden die angeordneten Physiotherapiesitzungen durch die Krankenversicherung gekürzt.

4.4 Hilfsmittel und Bildungsangebote

Die Nutzung von Hilfsmitteln, im Sinne von internen Standards oder nationalen und internationalen Guidelines, ist bei den ambulanten Rehabilitationsprogrammen hoch. In der ambulanten Regelversorgung (v.a. niedergelassene Physiotherapeuten/-innen, Ergotherapeuten/-innen) scheint dies gemäss Interviewaussagen nicht der Fall zu sein. Bildungsangebote sind insgesamt eher selten verfügbar. Die ambulanten Rehabilitationsprogramme setzen unterschiedliche Hilfsmittel zur Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten/-innen ein.

4.4.1 Standards und Guidelines

Gemäss Online-Befragung folgen fast alle ambulanten Rehabilitationsprogramme (n = 8 bei N = 9) standardisierten Abläufen der eigenen Institution. Die wichtigsten Guidelines, die genutzt werden, sind die Deutsche AWMF S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID (n = 4), die NICE COVID-19 rapid guideline (n = 3) und die HUG POST COVID-PASC (n = 1).

In den Interviews wurde verschiedentlich berichtet, dass es in der Schweiz im Bereich der ambulanten Rehabilitation (z.B. für die Physiotherapie) noch keine offiziellen, standardisierten Behandlungsrichtlinien und -empfehlungen gibt respektive dass ihnen keine solchen bekannt sind. Aufgrund fehlenden Wissens und einer fehlenden Evidenzbasierung werde oft stark mit Erfahrungswissen gearbeitet, das von anderen Krankheitsbildern übertragen werden kann. Teilweise werden auch Richtlinien und Empfehlungen aus dem Ausland übernommen. Im Bereich der Ergotherapie wurde gemäss Aussagen in den Interviews auf der Grundlage von Evidenz und Leitlinien aus dem Ausland sowie persönlichen Erfahrungen ein Leitfaden für Ergotherapeuten/-innen entwickelt. Dazu wurden zudem

Schulungen durchgeführt. Der Leitfaden werde auf Anfrage an interessierte Ergotherapeuten/-innen verschickt, jedoch wurde er nicht breit gestreut.

4.4.2 Schulung und Fort- und Weiterbildung

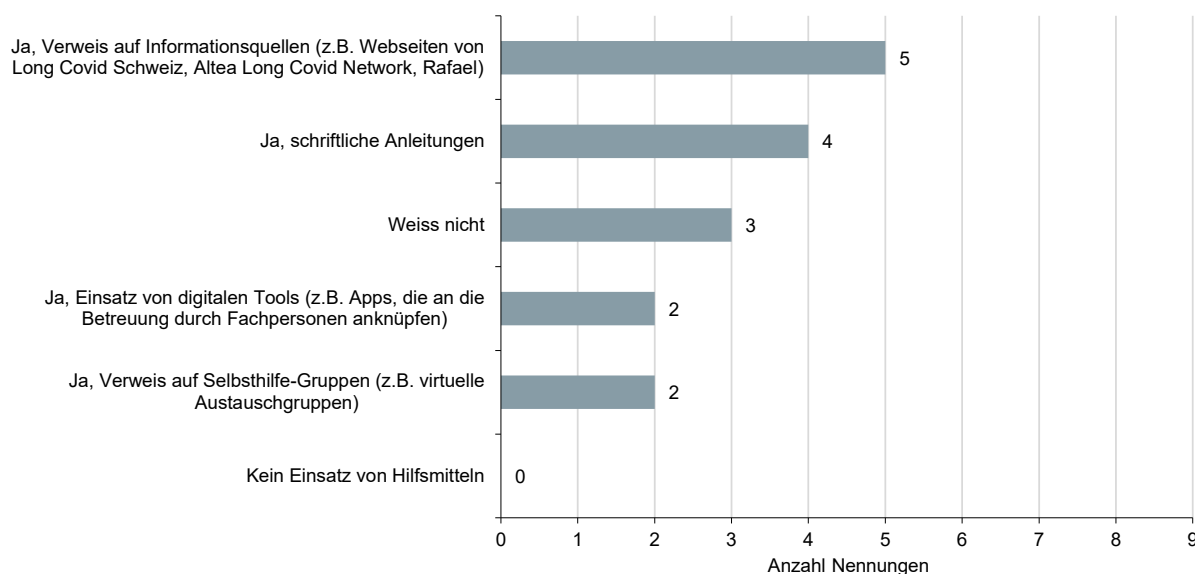
In fünf von neun Spitälern mit ambulantem Rehabilitationsprogramm werden gemäss Online-Befragung Fachpersonen zur Post-Covid-19-Erkrankung geschult. Dabei handelt es sich beispielsweise um interne Fort- und Weiterbildungen (z.B. Physiotherapie der Atemwege und Belastungsrehabilitation bei chronischen Atemwegserkrankungen), strukturierte Kolloquien, interdisziplinäre Besprechungen und die Schulung einzelner Mitarbeitender zur Spezialisierung der Evaluation von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung. Vier von neun Verantwortlichen von Spitälern mit ambulantem Rehabilitationsprogramm haben angegeben, dass ihnen (weitere, externe) Bildungsangebote für Fachpersonen zur Post-Covid-19-Erkrankung bekannt sind. Genannt wurden etwa Fort- und Weiterbildungen der jeweiligen Fachverbände, Weiterbildungstage von Fachhochschulen, Webinare über Theorie und Behandlungsmöglichkeiten, online Fort- und Weiterbildung und Altea. Zwei Personen waren keine Bildungsangebote bekannt und drei Personen konnten keine Antwort auf die Frage geben.

Den Interviews ist zu entnehmen, dass immer mehr Fort- und Weiterbildungsangebote für Fachpersonen im Bereich der ambulanten Rehabilitation entstehen (z.B. Webinar «Physio- und Ergotherapie gegen Long Covid» am LUKS Luzern, Online-Veranstaltung «Ergotherapeutische Behandlung bei Patienten mit Long Covid» des ErgotherapeutInnen-Verbands Schweiz), meist über Fachgesellschaften, Fachhochschulen und Spitäler. Gemäss Aussagen in den Interviews übernehmen Verbände (z.B. Physioswiss) dabei primär eine Vermittlerrolle. Dennoch wurde von verschiedenen interviewten Personen von einem Mangel an guten Bildungsangeboten berichtet. Dies sei mitunter auch auf das mangelnde Wissen sowie fehlende Behandlungsempfehlungen zurückzuführen. Zudem seien die Bildungsangebote noch wenig koordiniert. Eine Herausforderung in Bezug auf die Schulung der Mitarbeitenden seien teilweise die zeitlichen Ressourcen (d.h. dass man in der Lage sein muss, die Mitarbeitenden zu den entsprechenden Zeiten an die Fort- und Weiterbildungen zu schicken). Es brauche deshalb vermehrt niederschwellige Angebote (z.B. Online-Webinare).

4.4.3 Hilfsmittel zur Unterstützung des Selbstmanagements

Wie Darstellung D 4.5 illustriert, werden von den Spitälern mit ambulantem Rehabilitationsprogramm unterschiedliche Hilfsmittel zur Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten/-innen eingesetzt (dabei waren Mehrfachantworten möglich). Am häufigsten wird auf Informationsquellen (z.B. Webseiten von Long Covid Schweiz, Altea Long Covid Network, Rafael) verwiesen oder es werden schriftliche Anleitungen abgegeben.

D 4.5: Einsatz von Hilfsmitteln zur Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten/-innen



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung bei Spitälern mit ambulantem Rehabilitationsprogramm im Mai/Juni 2022 (N = 9, Mehrfachantworten möglich).

Auch in den Interviews mit Personen aus dem ambulanten Rehabilitationsbereich wurde von verschiedenen Hilfsmitteln berichtet. Generell sei die Webseite des Altea-Netzwerks eine gute Informationsquelle. Sie könne Fachpersonen helfen, Fachwissen aufzubauen. Ein konkretes Hilfsmittel, das im Rahmen der Interviews positiv hervorgehoben wurde, ist die am Inselspital Bern entwickelte App «INSELhealth cofit» (siehe Abschnitt 6.2). Gemäss Aussagen in den Interviews ist die App wissenschaftlich gut abgestützt, «up-to-date» und damit sehr hilfreich. Jedoch sei sie nur in deutscher Sprache verfügbar.

4.5 Verbesserungspotenzial aus Sicht der Befragten

In den Interviews mit den Fachpersonen wurden folgende Handlungsfelder für Verbesserungen benannt:

- *Regionale Unterversorgung*: Von verschiedenen Interviewpartnern/-innen wird im Bereich der ambulanten Rehabilitation eine gewisse Unterversorgung wahrgenommen. Diese sei zum einen strukturell bedingt, da es im Vergleich zur Nachfrage generell zu wenige Behandlungsplätze gebe. Oft fehle es dabei an wohnortnahen Behandlungsplätzen, insbesondere in ländlichen Regionen.
- *Betreuungsansatz «zu Hause»*: In den Interviews mit Fachpersonen wurde die Wichtigkeit einer kontinuierlichen und koordinierten Behandlung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung betont. Um dies sowie das dafür benötigte Behandlungsangebot sicherzustellen, solle der Betreuungsansatz «zu Hause» (zusammen mit Spitex und/oder im Sinne eines mobilen Rehabilitationsprogramms¹⁰⁴) auf- respektive ausgebaut werden.

¹⁰⁴ Es gibt einzelne Beispiele für Angebote, bei denen die Betroffenen ihr Rehabilitationsprogramm von zu Hause aus bewältigen können. Dabei werden die Betroffenen von einem interdisziplinären Team bestehend aus Therapeuten/-innen, Pflegepersonen und Betreuungspersonal begleitet und unterstützt. Siehe beispielsweise <https://www.rehaathome.ch/unsere-leistungen/rehabilitation/>, Zugriff am 31.03.2022.

- *Wissenstransfer an Fachpersonen:* Bei Fachpersonen im Bereich der ambulanten Rehabilitation fehle teilweise Wissen bezüglich des Krankheitsbildes und möglicher Behandlungsansätze und es bestehe ein Mangel an Schulungsangeboten für Fachpersonen.
- *Interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit:* Einzelne interviewte Personen orten auch in der Einbindung der Hausärzte/-innen in die Versorgung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung Verbesserungspotenzial. Die Einbindung müsse verbessert respektive sichergestellt werden. Wichtig sei, dass die Hausärzte/-innen dabei als Partner auf Augenhöhe eingebunden werden.
- *Übersicht Angebote:* Gemäss Aussagen in den Interviews müsse eine Übersicht über Behandlungsansätze und Programme/Angebote im Bereich der ambulanten Rehabilitation geschaffen werden. Erfahrungswissen bezüglich der verschiedenen Behandlungsansätze und Programme/Angebote müsse gesammelt und ausgetauscht werden. Dazu solle Informationsmaterial erarbeitet und verbreitet sowie Fachpersonen vernetzt werden.
- *Verbesserung der Evidenz:* Zudem seien schweizweite Studien zum Aufbau von Evidenz zu wirksamen Behandlungsansätzen und Programmen/Angeboten durchzuführen, mit dem Ziel, Behandlungsrichtlinien und -empfehlungen zu erarbeiten. Um bei den Fachpersonen Wissen aufzubauen respektive zu stärken, müssten qualitativ gute Fort- und Weiterbildungsangebote bereitgestellt werden. Generell müsse die Ausbildung von Fachpersonen und der Aufbau von spezifischen Fachkompetenzen gefördert werden.

In den Interviews mit den Betroffenen wurde mehrmals gewünscht, dass die Leistungserbringer besser informiert und für den Umgang mit Betroffenen sensibilisiert werden. Besonders in der Physiotherapie bestehe die Gefahr von unerwünschten Auswirkungen, wenn das Rehabilitationsprogramm/-angebot zu anstrengend sei. Viele Betroffene fanden erst spät Zugang zur Ergotherapie, wodurch der Nutzen dieser Sitzungen als kleiner eingestuft wurde. Weiter wurde die eingeschränkte Erreichbarkeit von Programmen/Angeboten im ländlichen Raum kritisiert und mehr Hausbesuche gewünscht. Einzelne Personen nutzten den Rotkreuz-Fahrdienst. Mehrere Personen äusserten den Wunsch nach einem Austausch, einer Sozialberatung oder einem Coaching durch eine sachverständige Person. Zuletzt bedarf es aus Sicht der Betroffenen mehr Forschung zur Wirksamkeit von Behandlungsansätzen.

5. Rehabilitation stationär

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Erhebungen aus Sicht der Fachpersonen und der Betroffenen beschrieben. Sie beziehen sich auf die Schwerpunktthemen Zugang, Ausgestaltung, Schnittstellen, Hilfsmittel und Bildungsangebote sowie Verbesserungspotenzial. Ergebnisse zu den Rahmenbedingungen der Finanzierung finden sich in Kapitel 7.

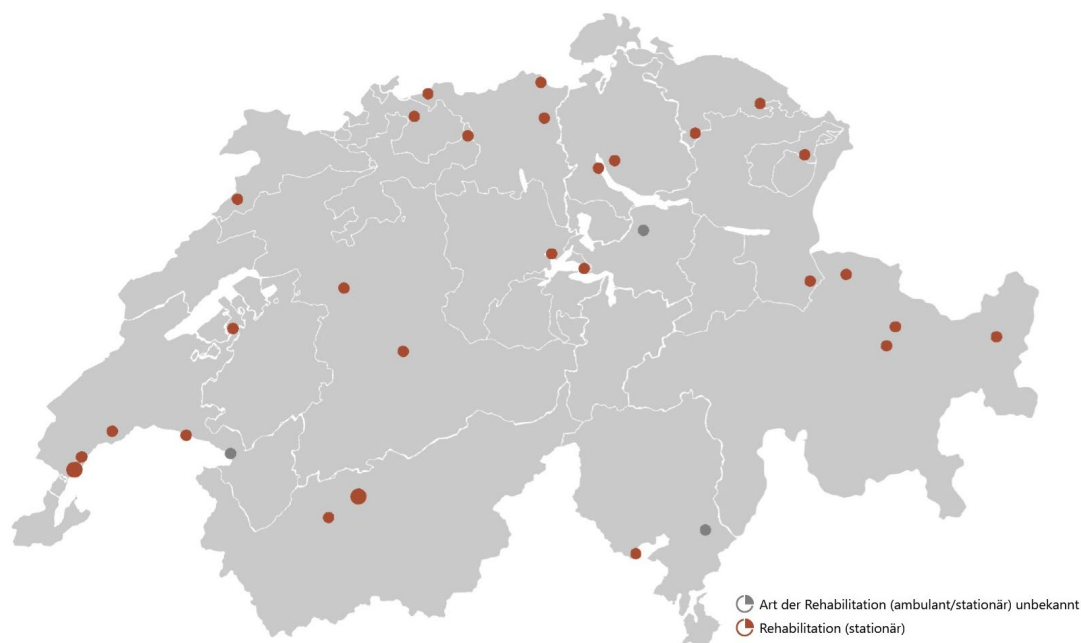
5.1 Zugang

Beim Zugang zur Versorgung im Setting der stationären Rehabilitation wird erläutert, wie viele spezialisierte Programme in der Schweiz vorhanden sind, welche Hinweise auf die Anzahl behandelter Patienten/-innen es gibt und wie lange allfällige Wartezeiten sind. Zudem wird beschrieben wie die Patienten/-innen zu den Programmen gelangen. Die Prozesse zur Beantragung einer stationären Rehabilitation werden in Kapitel 7 beschrieben.

5.1.1 Angebote

In der Schweiz bieten zahlreiche Spitäler stationäre Rehabilitationsprogramme für Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung an. Gemäss der im Rahmen des Mandats durchgeführten Recherche existieren per Mitte Mai 2022 mindestens 30 stationäre Rehabilitationsprogramme.¹⁰⁵ Aus Darstellung D 5.1 wird ersichtlich, dass in der Deutschschweiz 19 Programme, in der Westschweiz zehn Programme und im Tessin ein Programm erfasst sind. Neben klassischen Rehabilitationskliniken (z.B. Luzerner Höhenklinik in Montana, Zuzach Care), bieten auch sechs Spitäler stationäre Rehabilitationsprogramme für Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung an.

D 5.1: Verteilung der stationären Rehabilitationsprogramme in der Schweiz (Stand: 11. Mai 2022)



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Recherche zum spezialisierten Versorgungsangebot im Frühjahr 2022.

¹⁰⁵ Bei drei Rehabilitationsprogrammen (je eines in der Deutsch- und Westschweiz sowie im Tessin) ist nicht bekannt, ob diese ambulant oder stationär angeboten werden.

In der Pädiatrie gibt es nur sehr wenig spezifische stationäre Angebote. Gemäss Interviewaussage existierte zum Zeitpunkt der Erhebung nur in der Deutschschweiz ein stationäres Rehabilitationsprogramm (Höhenklinik Davos)¹⁰⁶. Die Wartezeit dürfte rund zwei Monate betragen. Gemäss Rückmeldung aus der Begleitgruppe besteht inzwischen (Stand August 2022) das Angebot in der Deutschschweiz nicht mehr. Das bedeutet, dass es für Kinder in der Schweiz kein stationäres Angebot zur Rehabilitation mehr gibt.

5.1.2 Patienten/-innen

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Vertretenden der Spitäler mit stationärem Rehabilitationsprogramm um eine Einschätzung gebeten, wie viele Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung im Rahmen ihres Rehabilitationsprogramms pro Monat in etwa betreut werden (das Jahr 2022 galt als Referenz). In sechs der sieben antwortenden Spitäler werden weniger als zehn Personen pro Monat betreut. Nur in einem der antwortenden Spitäler werden 21 bis 40 Personen pro Monat betreut.

Mehr als die Hälfte der antwortenden Vertretenden der Spitäler mit stationärem Rehabilitationsprogramm (n = 4 bei N = 7) nehmen bei ihrem Rehabilitationsprogramm seit Sommer 2021 eine abnehmende Tendenz in der Zahl der betreuten Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung wahr. Zwei Personen haben angegeben, dass sie eine zunehmende Tendenz wahrnehmen, während eine Person von einer ungefähr gleichbleibenden Zahl von Patienten/-innen berichtet.

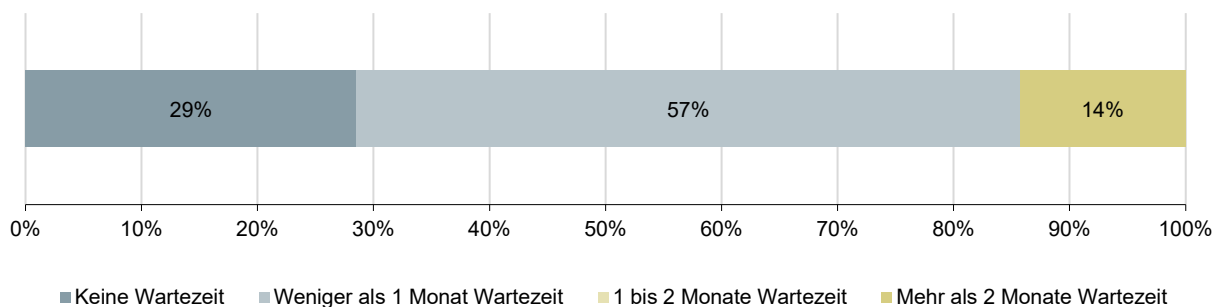
5.1.3 Auslastung und Wartezeiten

Die Resultate zur wahrgenommenen Tendenz in der Zahl der betreuten Patienten/-innen spiegeln sich in der Auslastung. Die Mehrheit der Spitäler mit stationärem Rehabilitationsprogramm (n = 4 bei N = 7) ist laut Online-Befragung aktuell (eher) nicht ausgelastet. Das heisst, es gibt viele oder einige freie Kapazitäten zur Betreuung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung.¹⁰⁷ Eines respektive zwei Spitäler sind aktuell ausgelastet respektive eher ausgelastet.

Wie die nachfolgende Darstellung D 5.2 illustriert, sind die Wartezeiten für eine Konsultation beziehungsweise eine Behandlung je nach Rehabilitationsprogramm unterschiedlich. Gemäss den Angaben der antwortenden Vertretenden der Spitäler mit stationärem Rehabilitationsprogramm gibt es bei zwei Programmen aktuell keine Wartezeit. Bei vier Programmen besteht eine Wartezeit von weniger als einem Monat. Bei einem Programm beträgt die Wartezeit mehr als zwei Monate.

¹⁰⁶ Das zum Zeitpunkt der Erhebungen noch existierende Angebot in der Deutschschweiz ist gemäss Rückmeldung aus der Begleitgruppe aktuell nicht mehr in derselben Form verfügbar.

¹⁰⁷ Die Frage in der Online-Befragung lautete: Wie stark ist Ihr Programm aktuell ausgelastet, d.h. inwiefern haben Sie noch freie Kapazitäten?

D 5.2: Wartezeiten für eine Konsultation beziehungsweise Behandlung in Spitälern mit stationärem Rehabilitationsprogramm

Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung bei Spitälern mit stationärem Rehabilitationsprogramm im Mai/Juni 2022 (N = 7).

Gemäss Aussagen in den Interviews unterscheidet sich die Wartezeit je nach Art des Rehabilitationsprogramms. So betrage die Wartezeit in der somatischen Rehabilitation beispielsweise wenige Wochen, während es in der psychosomatischen Rehabilitation ein bis drei Monate dauern könne, bis ein/-e Patient/-in einen Platz erhalte.

5.1.4 Zuweisung

Gemäss unserer Recherche ist eine Selbstzuweisung der Betroffenen an die stationären Rehabilitationsprogramme in der Regel nicht möglich. Schon aus leistungsrechtlichen Gründen müssen die Betroffenen über den behandelnden Arzt respektive die behandelnde Ärztin zugewiesen werden.

In der Online-Befragung bei den Spitälern mit stationärem Rehabilitationsprogramm hat sich gezeigt, dass die Patienten/-innen auf unterschiedlichen Wegen zu den Programmen gelangen. Die Zuweisung erfolgt in etwa gleich verteilt durch spezialisierte Sprechstunden (n = 4), durch den Hausarzt/die Hausärztin und durch einen Facharzt/eine Fachärztin (je n = 3), dabei waren Mehrfachantworten möglich.

In der Pädiatrie wird der Antrag auf Kostengutsprache gemäss Interviewaussagen von der Sprechstunde gestellt, bisher hat es keine Probleme gegeben. Die Argumentation beim Antrag bezieht sich auf die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betreuung. Eine stationäre Rehabilitation dauert rund vier Wochen und besteht aus einem ganzheitlichen Programm mit Bewegung, Gruppentherapie, Psychologischer Betreuung sowie gegebenenfalls symptom-spezifischen Ansätzen. In der Regel sei der Erfolg gut.

Allen befragten Betroffenen in der Deutschschweiz wurde durch die spezialisierte Sprechstunde oder durch die Haus- oder Fachärzteschaft eine stationäre Rehabilitation empfohlen. Drei Befragte entschieden sich gegen einen Aufenthalt, da sie das Rehabilitationsprogramm als nicht angemessen empfanden, insbesondere aufgrund zu hoher sportlicher Anforderungen zum Beispiel im Rahmen einer Lungenrehabilitation. Die restlichen drei Personen beurteilten den Prozess zur Kostengutsprache als grosse Hürde (siehe Kapitel 7).

5.2 Ausgestaltung des Angebots

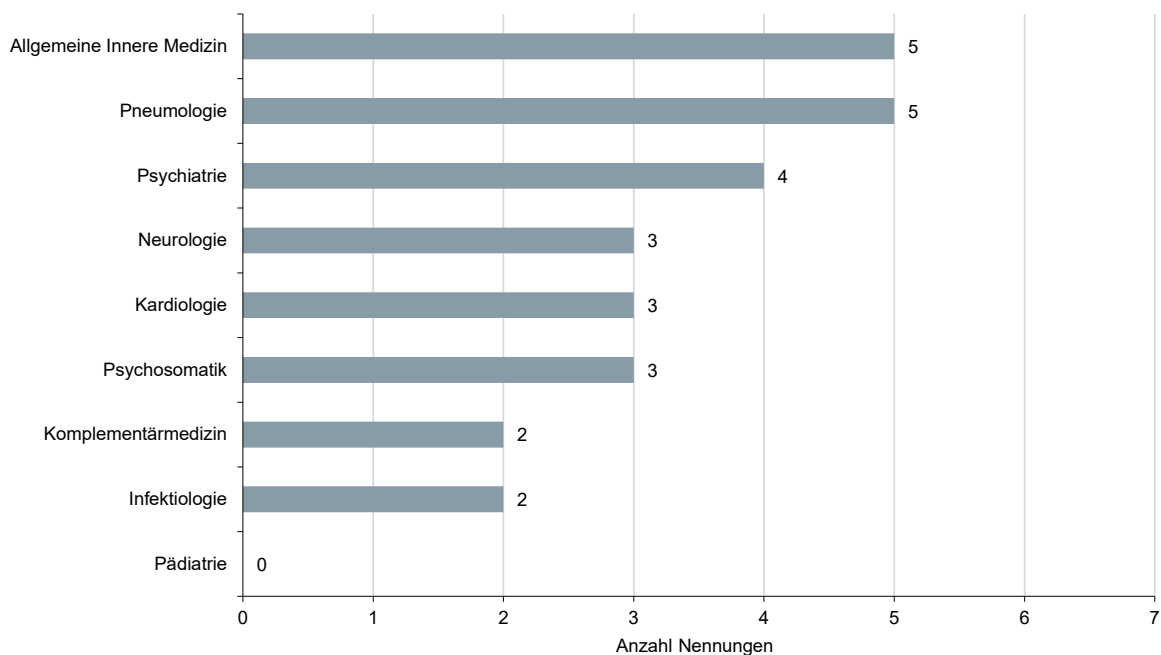
Gemäss unserer Recherche sowie Aussagen aus den Interviews unterscheiden sich die stationären Rehabilitationsprogramme für Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung kaum von ambulanten Rehabilitationsprogrammen. Die Ausgestaltung der stationären Rehabilitation ist gleich wie bei der ambulanten Rehabilitation abhängig vom jeweiligen

Krankheitsbild der Betroffenen. Die Rehabilitation wird grundsätzlich stationär durchgeführt, sobald Alltagsfähigkeiten anhaltend eingeschränkt sind und/oder wenn eine vorgängige ambulante Rehabilitation zu keiner Besserung führte. Der Entscheid über eine stationäre Rehabilitation erfolgt (wie bei der ambulanten Rehabilitation) jeweils nach Absprache mit dem/der Hausarzt/-ärztin, dem/der Spezialisten/-in und dem/der Betroffenen und bedarf einer vorgängigen Kostengutsprache der Versicherer (vgl. Kapitel 7.4.2). Gemäss der Aussage in einem Interview dient das Konzept «International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)» der WHO dem Spital der interviewten Person als Entscheidungsgrundlage, um den Bedarf einer stationären Rehabilitation zu ermitteln.

Gemäss Online-Befragung unterscheidet sich der Einbezug der Professionen etwas von ambulanten Rehabilitationsprogrammen, insbesondere durch den häufigeren Einbezug der Pflege sowie den Einbezug weiterer Professionen. Im Rahmen der Programme werden am häufigsten die Professionen Medizin, Pflege und Physiotherapie (je n = 7) einbezogen, gefolgt von der Psychologie und der Ergotherapie (je n = 5). Zudem werden noch die Ernährungsberatung (n = 3) und die Logopädie (n = 2) erwähnt.

Die nachfolgende Darstellung D 5.3 gibt einen Überblick, welche Fachrichtungen in der Medizin am häufigsten einbezogen werden, wenn als Profession Medizin genannt worden war.

D 5.3: Einbezug medizinischer Fachrichtungen im Rahmen der stationären Rehabilitationsprogramme



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung bei Spitälern mit stationärem Rehabilitationsprogramm im Mai/Juni 2022 (N = 7, Mehrfachantworten möglich).

Wie bei der ambulanten Rehabilitation auch, kann durch den Einbezug unterschiedlicher Professionen und Fachrichtungen ein breites und interdisziplinäres Spektrum an Behandlungsansätzen zur Linderung der – abhängig vom individuellen Krankheitsbild – unterschiedlichen Symptome angeboten werden (siehe Abschnitt 4.2 für die verschiedenen Ansätze). Gemäss Aussagen in den Interviews bieten gewisse Spitäler mit stationärem Rehabilitationsprogramm Patienten/-innen mit sozialen und sozialversicherungsrechtlichen Fragen (z.B. Unterstützung bei der IV-Anmeldung) auch Sozialberatung an. Auch bei der

stationären Rehabilitation sei Selbstmanagement ein zentraler Aspekt. So sollen Patienten/-innen nach einem stationären Aufenthalt in der Lage sein, bestimmte Behandlungsansätze selbstständig zu Hause anzuwenden (z.B. Übungen im Rahmen des Energiemanagements) und den Alltag selbstständig zu bestreiten. Aus Sicht der Interviewpartner/-innen sind die Behandlungsansätze an sich geschlechtsunspezifisch. Je nach Lebensphase und Umfeld der Betroffenen sei eine stationäre Rehabilitation aber nicht geeignet. Zum Beispiel könne eine Mutter mit Kindern nur schwer aus ihrem Alltag herausgenommen werden.

Gemäss Online-Befragung werden die stationären Rehabilitationsprogramme im Einzel- und im Gruppensetting angeboten: Fünf Spitäler bieten die Programme in beiden Settings an, während je ein Spital das Angebot nur im Einzelsetting beziehungsweise nur im Gruppensetting anbietet. Gemäss Aussagen in den Interviews existieren auch Mischformen. So werden Patienten/-innen mit einer Post-Covid-19-Erkrankung beispielsweise in der Ergotherapie zuerst im Rahmen eines Einzelsettings in das Energiemanagement eingeführt und anschliessend werden die Techniken in Gruppen gemeinsam trainiert und angewendet.

Im Rahmen der Online-Befragung haben drei von sieben Vertretenden von Spitälern mit stationärem Rehabilitationsprogramm angegeben, dass sich das Rehabilitationsprogramm für Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung von anderen Programmen im Bereich der stationären Rehabilitation (z.B. bei Chronic Fatigue Syndrom) unterscheidet. Es wurde etwa darauf hingewiesen, dass bei Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung ein zusätzlicher Fokus auf die Pneumologie, das Pacing und die psychosomatische Rehabilitation gelegt wird.

Zwei der sieben stationären Rehabilitationsprogramme werden gemäss Online-Befragung wissenschaftlich begleitet respektive systematisch evaluiert (z.B. durch die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie). Auch einzelne Interviewpartner/-innen haben angegeben, dass sie eine interne Studie zur Wirksamkeit der Behandlungsansätze durchführen, die jedoch noch nicht veröffentlicht wurde (u.a. Klinik Gais).

Die befragten Betroffenen, die eine stationäre Rehabilitation absolvierten, bewerteten den Aufenthalt unterschiedlich. Bei der Ausgestaltung der Programme müsse noch mehr Rücksicht auf die spezifischen Bedürfnisse der Betroffenen genommen werden. Zum einen seien die Rehabilitationsprogramme zu fordernd ausgestaltet und umfassten zu viele Therapien pro Tag, die für Betroffene mit Fatigue nicht leistbar seien. Eine befragte Person brach ihren Aufenthalt ab, weil sie durch das Programm überfordert war. Sie sei körperlich völlig überschätzt worden und das anspruchsvolle Programm habe schliesslich zu einem grossen «Crash» geführt. Zum anderen stelle die fehlende Infrastruktur eine Belastung dar, weil Rückzugsorte fehlten (z.B. Einzel- oder Ruhezimmer) oder die Distanzen zu gross seien. Weil viele Fachpersonen kaum Kenntnisse über die Post-Covid-19-Erkrankung hätten, sei der Umgang schwierig und es werde zu viel von den Patienten/-innen verlangt. Eine Patientin fühlte sich von einzelnen Therapeuten/-innen nicht ernst genommen und empfand, dass diese mit ihrer Behandlung überfordert waren. Gleichzeitig betonten drei Betroffene, dass sie in der Klinik durch verständnisvolle und gut informierte Fachpersonen betreut wurden, die ihnen wertvolles Wissen zur Krankheit vermittelten. Sie hätten dank des Aufenthalts gelernt, besser mit ihrer Krankheit umzugehen, was ihnen im Alltag helfe. Zwei Personen schätzten besonders, dass sie im Selbstmanagement geschult wurden (z.B. Energiemanagement, Pacing) und seither besser mit ihren beschränkten Energiereserven umgehen können.

5.3 Schnittstellen

Die Spitäler mit einem stationären Rehabilitationsprogramm arbeiten mit unterschiedlichen Leistungserbringern ausserhalb ihres Programms zusammen. Laut der Online-Befragung arbeiten sie am häufigsten mit Hausärzten/-innen und Fachärzten/-innen zusammen (je $n = 5$), gefolgt von den spezialisierten Sprechstunden ($n = 4$) und ambulanten Rehabilitationsprogrammen innerhalb und ausserhalb der eigenen Institution (je $n = 1$), dabei waren Mehrfachantworten möglich. Die Zusammenarbeit wird dabei von allen antwortenden Personen als gut bis sehr gut bewertet. Mit anderen stationären Rehabilitationsprogrammen und Patientenorganisationen arbeitet kein stationäres Programm zusammen.

Schwierigkeiten bereitet der fehlende, systematische Austausch zwischen den Leistungserbringern. Gemäss Aussagen in den Interviews ist der Austausch zwischen den verschiedenen Anbietern abhängig von den individuellen Leistungserbringern und den regionalen Angeboten. So überweisen zum Beispiel Hausärzte/-innen mit einer psychosomatischen Weiterbildung Patienten/-innen mit einer Post-Covid-19-Erkrankung eher an ein psychosomatisches Rehabilitationsprogramm; im Vergleich zu Fachpersonen, die keine solche Weiterbildung haben und folglich auf solche Behandlungsmöglichkeiten nicht sensibilisiert sind. Der fehlende, systematische Austausch ist jedoch nicht nur bei der Post-Covid-19-Erkrankung eine Herausforderung, sondern stellt eine grundsätzliche Schwierigkeit im Schweizerischen Gesundheitssystem dar.

Gemäss Aussagen in den Interviews mit Betroffenen erfolgt ein Eintritt in die stationäre Rehabilitation in der Regel auf Vorschlag der spezialisierten Sprechstunden, die die Befragten beim Antrag um Kostengutsprache unterstützen. Die meisten Befragten wurden durch die Sprechstunde bei der Auswahl des Rehabilitationsprogramms beraten, wobei die Qualität der Ratschläge unterschiedlich bewertet wurde, da oft unpassende Angebote mit zu hohem Sportanteil empfohlen worden seien. Mehrere Personen schilderten, dass ihre Kostengutspracheprozesse sehr lange dauerten, unter anderem auch, weil die Anträge bei der antragstellenden Institution (in der Regel Sprechstunden) liegen blieben. Die Krankenversicherung einer Person lehnte deren Anträge zunächst zwei Mal ab, unterstützte sie danach aber mittels einer Care Managerin, dank deren Beratung letztlich ein erfolgreicher Antrag resultierte.

5.4 Hilfsmittel und Bildungsangebote

Die Nutzung von Hilfsmitteln, im Sinne von internen Standards, ist bei den stationären Rehabilitationsprogrammen hoch, nationale und internationale Guidelines werden hingegen seltener genutzt. Bildungsangebote sind insgesamt eher selten verfügbar. Die stationären Rehabilitationsprogramme setzen unterschiedliche Hilfsmittel zur Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten/-innen ein.

5.4.1 Standards und Guidelines

Gemäss Online-Befragung folgen fast alle stationären Rehabilitationsprogramme ($n = 6$ bei $N = 7$) standardisierten Abläufen der eigenen Institution. Guidelines, die ebenfalls genutzt werden, sind die Deutsche AWMF S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID ($n = 2$) und die NICE COVID-19 rapid guideline ($n = 1$). In einem stationären Programm werden keine Hilfsmittel genutzt.

In den Interviews hat eine Person berichtet, dass sie die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie anwenden sowie ihre Erfahrungen mit der Behandlung ihrer ersten Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung berücksichtigen. Gemäss Aussagen in den Interviews werden aktuell in der Schweiz keine ausländischen Guidelines explizit für die Rehabilitation empfohlen.

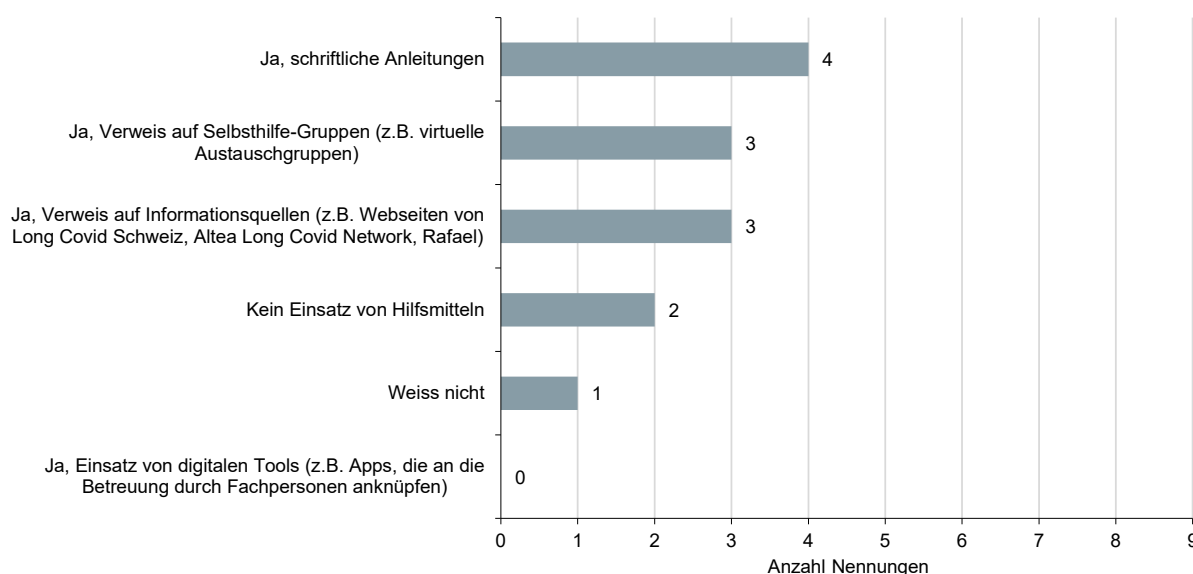
5.4.2 Schulung und Fort- und Weiterbildung

In fünf von sieben Spitälern mit stationärem Rehabilitationsprogramm werden gemäss Online-Befragung Fachpersonen zur Post-Covid-19-Erkrankung geschult. Dabei handelt es sich zum Beispiel um interne Fort- und Weiterbildungen der verschiedenen Berufsgruppen, strukturierte Kolloquien und interdisziplinäre Besprechungen. In den Interviews wurden auch externe Fort- und Weiterbildungen genannt (z.B. Webinare von Rafael). Es wurde jedoch kritisiert, dass die Organisation und die Kommunikation dieser Fort- und Weiterbildungsangebote oftmals informell über persönliche Initiativen einzelner Personen erfolgt. Einem von sieben Vertretenden von Spitälern mit stationärem Rehabilitationsprogramm waren (weitere, externe) Bildungsangebote für Fachpersonen zur Post-Covid-19-Erkrankung bekannt. Genannt wurde eine Fort- und Weiterbildung der Universitätsklinik für Pneumologie am Universitätsspital Bern. Vier Personen waren keine Bildungsangebote bekannt und zwei Personen konnten keine Antwort auf die Frage geben.

5.4.3 Hilfsmittel zur Unterstützung des Selbstmanagements

Wie Darstellung D 5.4 zeigt, werden von den Spitälern mit stationärem Rehabilitationsprogramm unterschiedliche Hilfsmittel zur Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten/-innen eingesetzt (dabei waren Mehrfachantworten möglich). Am häufigsten werden schriftliche Anleitungen abgegeben sowie auf Selbsthilfe-Gruppen (z.B. virtuelle Austauschgruppen) und Informationsquellen (z.B. Webseiten von Long Covid Schweiz, Altea Long Covid Network, Rafael) verwiesen.

D 5.4: Einsatz von Hilfsmitteln zur Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten/-innen



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung bei Spitälern mit stationärem Rehabilitationsprogramm im Mai/Juni 2022 (N = 7, Mehrfachantworten möglich).

5.5 Verbesserungspotenzial aus Sicht der Befragten

In den Interviews mit den Fachpersonen wurden folgende Handlungsfelder für Verbesserungen benannt:

- *Fehlende Qualitätsstandards und Guidelines*: Die grösste Herausforderung im Bereich der stationären Rehabilitation scheinen derweil fehlende Qualitätsrichtlinien zu

sein. Es brauche für die stationäre Rehabilitation einheitliche strukturelle und prozessuale Kriterien, um eine hohe Qualität beim Angebot sicherzustellen.¹⁰⁸ Anbieter von stationären Rehabilitationsprogrammen können derzeit ihre Programme als spezielle Post-Covid-19-Behandlung kennzeichnen, ohne dass bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllt werden müssen. Infolgedessen werden Behandlungsansätze von anderen, ähnlichen Krankheitsbildern ausprobiert, ohne dass deren Nutzen bekannt oder nachgewiesen ist. Gemeinsame, fachübergreifende Guidelines (insbesondere bei der Diagnostik der Post-Covid-19-Erkrankung) wären für eine einheitliche Behandlung hilfreich.

- *Verbesserung der Evidenz:* Mangelndes Wissen über den Nutzen der Behandlungsansätze führt laut Aussagen in den Interviews dazu, dass Patienten/-innen nach einem stationären Rehabilitationsprogramm weder geheilt noch zu 100 Prozent wieder arbeitsfähig seien. Einige Betroffene müssen nach dem stationären Aufenthalt auch weiterhin ambulante Rehabilitationsprogramme/-angebote in Anspruch nehmen. Gemäss Aussagen in den Interviews existieren zwar in der Schweiz Bestrebungen, die Evidenzlage zu verbessern, jedoch nur innerhalb der einzelnen Fachgesellschaften (z.B. in der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie). Zudem mangle es den Spitälern an finanziellen und personellen Ressourcen, um wissenschaftliche Studien zur Post-Covid-19-Erkrankung durchzuführen.
- *Unterversorgung durch Fachkräftemangel:* Auf der operativen Ebene stellen gemäss Aussagen in den Interviews fehlende Fachkräfte in den stationären Rehabilitationsprogrammen eine Herausforderung dar. Die Betten seien zwar verfügbar, jedoch könnten sie aufgrund fehlenden Personals nicht belegt werden.
- *Interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit:* Die Versorgung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung wird von einer interviewten Person als zu wenig koordiniert wahrgenommen. Ob Patienten/-innen Zugang zu einem stationären Rehabilitationsprogramm erhalten, hänge stark vom Kenntnisstand der behandelnden Ärzte/-innen bezüglich stationärer Programme ab (siehe Abschnitt 5.3).
- *Wissenstransfer an Hausärzte/-innen:* Es brauche bessere Schulungen und bessere Kommunikation mit den Hausärzten/-innen, um den Zugang der Patienten/-innen zu den stationären Rehabilitationsprogrammen zu verbessern.

Aus Sicht der Betroffenen besteht Verbesserungsbedarf bei der Ausgestaltung der stationären Rehabilitationsprogramme. Besonders wichtig sei es auch hier, die Wirksamkeit verschiedener Behandlungsansätze zu erforschen. Die fehlende Evidenz erschwere die Wahl eines geeigneten Rehabilitationsprogramms, den Kostengutspracheprozess und die Ausgestaltung der Programme. Die Programme sollten noch besser auf die Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnitten werden, sei dies in der Ausgestaltung der Programme, durch Schulung und Sensibilisierung des Fachpersonals oder durch eine Verbesserung der Infrastruktur (z.B. Einzelzimmer, Ruheräume, geringe Distanz zu Therapieräumen und Cafeteria). Da die Finanzierung vom Wohnkanton der Betroffenen abhängt, kann die ungleiche räumliche Verteilung eine weitere Herausforderung darstellen.

¹⁰⁸ SWISS REHA hat für verschiedene stationäre Angebote Qualitäts- und Leistungskriterien definiert. <https://www.swiss-reha.com/de/stationaer.html>, Zugriff am 24.10.2022.

6. Selbstmanagement

In diesem Kapitel erfolgt eingangs eine kurze Begriffsklärung. Dann werden die Ergebnisse der Erhebungen aus Sicht der Fachpersonen und der Betroffenen beschrieben. Sie beziehen sich auf die Schwerpunktthemen Zugang, Ausgestaltung, Schnittstellen sowie Verbesserungspotenzial. Ergebnisse zu den Rahmenbedingungen der Finanzierung finden sich in Kapitel 7.

6.1 Begriffsklärung

Wir orientieren uns grundsätzlich an den Erläuterungen und Definitionen des Konzepts zur Selbstmanagement-Förderung des BAG:

«Nach einer Diagnose sind die betroffenen Personen gefordert, die körperlichen, psychischen und sozialen Folgen der Erkrankung zu bewältigen und in ihren Alltag zu integrieren. Nicht nur die Lebensumstände, sondern auch der eigene Lebensstil und die Perspektiven verändern sich zum Teil gravierend. [...] Selbstmanagement bedeutet das, was Menschen mit langandauernden Krankheiten und ihre Angehörigen unternehmen, um ihr Leben mit den täglichen Herausforderungen zu meistern und immer wieder in eine Balance zu finden. [...] Selbstmanagement-Förderung bedeutet das, was alle Akteure (Betroffene, Fachpersonen, mitbetroffene Angehörige und Peers) gemeinsam unternehmen, um Menschen mit langandauernden Krankheiten und ihre Angehörigen in ihren Selbstmanagement-Kompetenzen und Ressourcen zu stärken.»¹⁰⁹

Der inhaltliche Fokus des vorliegenden Kapitels liegt auf Selbstmanagement-Förderung und dabei auf Angeboten zur Unterstützung des Selbstmanagements ausserhalb des eigentlichen Behandlungssettings, wie sie auf den Webseiten der Informations- und Austauschplattformen Altea und Rafael vermittelt werden. Ausserdem wird auf das Angebot von Betroffenen-Organisationen eingegangen.

6.2 Zugang

Im Rahmen der Interviews mit den Betroffenen hat sich gezeigt, dass alle befragten Personen (mit Ausnahme der befragten Personen im Kanton Tessin) Angebote zur Unterstützung des Selbstmanagements nutzen. Der Zugang zu diesen Angeboten erfolgte dabei unterschiedlich. Eine Mehrheit der befragten Betroffenen stiess bei eigenen Internetrecherchen auf die Angebote. Das bedeutet, dass eine gewisse digitale Grundkompetenz vorausgesetzt ist. Nützlich sei insbesondere der Austausch mit anderen Betroffenen – primär über virtuelle Austauschgruppen in den Sozialen Medien (z.B. die Facebook-Gruppen Long Covid Schweiz und Covid-19 forme longue Suisse, siehe Abschnitt 6.3). Über solche Plattformen könne von Erfahrungen anderer Betroffener mit Behandlungsansätzen (z.B. Pacing), von Fachpersonen und Spitälern profitiert werden. Neben eigenen Recherchen wurden einzelne Betroffene auch durch Fachpersonen aus den unterschiedlichen untersuchten Settings auf Angebote hingewiesen (z.B. technische Tools oder Plattformen, siehe Abschnitt 6.3). Die Dauer, bis Betroffene Zugang zu den Angeboten erhalten, fällt gemäss Aussagen in den Interviews mit Betroffenen unterschiedlich aus. Abhängig davon, ob die Betroffenen die Angebote selbst recherchieren oder ob die behandelnden Ärzte/-innen sie

¹⁰⁹ Aussage zum Selbstmanagement auf Seite 7 und Definitionen auf den Seiten 8 und 12 in «Konzept Selbstmanagement-Förderung bei nichtübertragbaren Krankheiten, Sucht und psychischen Erkrankungen» des BAG auf www.bag.admin.ch/self, Zugriff am 23.08.2022.

darauf hinweisen, erfahren die Betroffenen schneller oder weniger schnell von den Angeboten (siehe Abschnitt 6.4).

6.3 Ausgestaltung des Angebots

Ausgehend von unserer Internetrecherche im Rahmen des Mandats haben wir die Angebote zur Unterstützung des Selbstmanagements in vier Kategorien eingeteilt. Die nachfolgende Darstellung D 6.1 liefert eine Übersicht über die unterschiedlichen Kategorien der Angebote.

D 6.1: Arten von Angeboten zur Unterstützung des Selbstmanagements

Kategorie	Ziele/Funktionen	Beispiele	Soziale Interaktion	Absender
Austausch unter Betroffenen	Informeller Erfahrungsaustausch, gegenseitige Unterstützung und Tipps; Informationsvermittlung; Stärkung Selbstwirksamkeit; Erleben von Gemeinschaftsgefühl	Altea-Community; Facebook-Gruppen; Selbsthilfe Zürich; Long Covid Kinder Schweiz	Gemeinschaftlich	Betroffene/Patientenorganisationen oder Netzwerke mit/ohne Einbezug von Fachpersonen
Informationsmaterial	Informationsvermittlung	Long-Covid-Ratgeber von Altea und Long Covid Schweiz; Rafael; Altea-Blog/-Stories	Individuell	Je nach Angebot: Fachpersonen (Long-Covid-Ratgeber) oder Betroffene (Altea-Stories)
Bildungsveranstaltungen	Informationsvermittlung; Stärkung Selbstwirksamkeit; Erleben von Gemeinschaftsgefühl	Kurse der Lungenliga Thurgau und des Begegnungszentrums CURA; Rafael Webinare	Individuell/ gemeinschaftlich	Fachpersonen
Technische Tools zur Unterstützung des Selbstmanagements	Informationsvermittlung; Stärkung Selbstwirksamkeit; Unterstützung bei Selbstmonitoring	App «INSELhealth cofit»; Santé24 der SWICA	Individuell	Fachpersonen

Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Recherche zum Angebot zur Unterstützung des Selbstmanagements im Frühjahr 2022.

In der Folge werden die Angebote genauer beschrieben.

6.3.1 Austausch unter Betroffenen

Es gibt unterschiedliche Plattformen, auf denen sich Betroffene informell austauschen und sich gegenseitig unterstützen können. Ziel dieser Angebote ist der Austausch von Erfahrungen und Informationen über Angebote zur Unterstützung des Selbstmanagements, aber auch über die Angebote von Spitälern. Dadurch können Betroffene vom Wissen anderer profitieren. Solche Angebote helfen den Betroffenen zudem auf psychosozialer Ebene, in dem sie merken, dass auch andere von der Erkrankung betroffen sind. Fachpersonen werden teilweise unterstützend hinzugezogen.

Virtuelle Angebote stehen dabei im Vordergrund. Besonders bedeutsam sind die Facebook-Gruppen «Long Covid Schweiz» und «Covid-19 forme longue Suisse». Zudem bieten die Plattformen Altea und Rafael Austauschmöglichkeiten (siehe Abschnitt 6.3.2).

Im Folgenden wird die Facebook-Gruppe «Long Covid Schweiz» exemplarisch genauer beschrieben:

- Seit September 2020 bietet diese Gruppe eine Plattform für den Austausch von persönlichen Erfahrungen und Informationen. Die Facebook-Gruppe wurde von der gleichnamigen Patientenorganisation gegründet, wird von fünf Administratoren/-innen betreut und hat per 4. Juli 2022 total 2'943 Mitglieder. Zwar werden Beiträge in allen vier Landessprachen akzeptiert, jedoch kommunizieren die Mitglieder hauptsächlich auf Deutsch.¹¹⁰ Fachpersonen werden nicht systematisch beigezogen. Die Mitglieder diskutieren diverse Themen im Zusammenhang mit der Post-Covid-19-Erkrankung. Neben Berichten von Betroffenen über ihren Gesundheitszustand und ihre Symptome teilen die Mitglieder der Facebook-Gruppe ihre Erfahrungen mit unterschiedlichen Behandlungsansätzen und Arzneimitteln, den (Neben-)Wirkungen der Covid-19-(Booster-)Impfung, unterschiedlichen Ärzten/-innen, Therapeuten/-innen und Spitälern sowie Medienberichte und wissenschaftliche Studien. Zudem unterstützen sich die Mitglieder auch gegenseitig beim Umgang mit den Sozialversicherungen.
- Bis zu einem gewissen Grad wird von den Administratoren/-innen eine Qualitätssicherung durchgeführt. Gemäss selbst recherchierten, exemplarischen Beispielen aus der Facebook-Gruppe sowie Aussagen in den Interviews werden die Posts kritisch überprüft und die darin enthaltenen Informationen mit dem aktuellen Wissensstand der Administratoren/-innen betreffend Post-Covid-19-Erkrankung gespiegelt. Es bleibt jedoch offen, wie systematisch und nach welchen Kriterien die Qualitätssicherung erfolgt. Aufgrund der vielen Posts und Kommentare dürfte es schwierig sein, eine umfassende Qualitätssicherung durchzuführen. Die Thematik wurde auch im Rahmen der Interviews von Betroffenen angesprochen. So findet es eine Person fraglich, dass beispielsweise auch der Off-Label-Use von Arzneimitteln reg diskutiert wird.

In der Westschweiz tauschen sich Betroffene in der Facebook-Gruppe «Covid-19 forme longue Suisse» aus. Die diskutierten Themen ähneln zwar jenen in der Deutschschweizer Gruppe, jedoch ist die Aktivität in der Westschweizer Gruppe geringer, da sie weniger Mitglieder aufweist.

Die meisten interviewten Betroffenen kennen und nutzen die Facebook-Gruppen. Dabei schätzen sie neben dem Erfahrungsaustausch insbesondere auch das Gefühl, dass andere ihnen zuhören und sie ernst nehmen.

6.3.2 Informationsmaterial

Eine andere Form der Unterstützung des Selbstmanagements stellt Informationsmaterial dar, das je nach Angebot durch Fachpersonen (z.B. Long Covid Ratgeber) oder Betroffene (z.B. Altea-Blog/Stories) bereitgestellt und durch die Betroffenen individuell genutzt wird. Dieses Informationsmaterial wird hauptsächlich über Plattformen unter Einbezug von Fachpersonen aufbereitet und online zur Verfügung gestellt, die Patientenorganisation Long Covid Schweiz arbeitet teilweise mit Altea zusammen:

- Die Webseite von Altea¹¹¹ bietet zum Beispiel eine Übersicht auf Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch zu verschiedenen Post-Covid-19-Symptomen wie Kurzatmigkeit und Atemnot, Konzentrations- und Wahrnehmungsprobleme sowie Fatigue. Dadurch können sich Betroffene über ihre Symptome individuell informieren. Gleichzeitig werden auf der Webseite Übungen aufgezeigt, die bei den verschiedenen Symptomen helfen können. Die Übungen werden jeweils beschrieben und enthalten teilweise weiterführende Informationen in PDF- und Videoformat. Die Zahl der Übun-

¹¹⁰ Mit «Covid-19 forme longue Suisse» existiert auch eine Facebook-Gruppe für die französischsprachige Schweiz.

¹¹¹ <https://www.altea-network.com/de>, Zugriff am 11.07.2022.

gen unterscheidet sich je nach Symptom. Bei gewissen Symptomen, wie Kurzatmigkeit und Atemnot, gibt es sechs verschiedene Übungen, während bei Konzentrations- und Wahrnehmungsproblemen keine Übung empfohlen wird.¹¹² Ein ähnliches Verzeichnis mit Tipps und Erfahrungen zur Behandlung von Post-Covid-19-Erkrankung gibt es auch auf der Webseite von Long Covid Schweiz.¹¹³

- Die Plattform Rafael der Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)¹¹⁴ ist die wichtigste Informationsplattform zum Thema der Post-Covid-19-Erkrankung in der französischsprachigen Schweiz. Sie wurde vom HUG ins Leben gerufen und wird vom HUG gehostet. Ähnlich wie bei Altea werden auf dieser Plattform allgemeine Informationen zur Post-Covid-19-Erkrankung bei Erwachsenen und bei Kindern zusammengefasst. Die Plattform ermöglicht es der Öffentlichkeit, sich über die Definition und die Symptome der Post-Covid-19-Erkrankung, über die aktuellen Behandlungsmöglichkeiten oder auch über Hilfsvereine für Betroffene zu informieren.

Die meisten interviewten Betroffenen aus der Deutschschweiz kennen die Webseite von Altea. Besonders zu Beginn ihrer Krankheit war die Webseite für die Betroffenen als Informationsquelle hilfreich. Mit der Zeit akquirierten sie jedoch genügend Wissen, sodass ihnen die Webseite keinen zusätzlichen Nutzen mehr bieten konnte. In der Westschweiz hingegen ist das Angebot von Altea wenig bekannt, dort informieren sich die Betroffenen über die Plattform Rafael.

6.3.3 Bildungsveranstaltungen

Im Rahmen von Bildungsveranstaltungen teilen Fachpersonen ihr Wissen mit Betroffenen. Bildungsveranstaltungen unterscheiden sich je nach Funktion und Art der Veranstaltung. Zum einen existieren Veranstaltungen, bei denen die Selbstwirksamkeit und das Gemeinschaftsgefühl der Betroffenen mithilfe von Fachpersonen gestärkt wird. Dazu gehören Gruppen- und Einzelkurse, bei denen die Betroffenen Übungen und Methoden für den Umgang mit der Erkrankung im Alltag lernen. Das Begegnungszentrum CURA des Claraspitals in Basel bot im Herbst 2021 beispielsweise einen achtwöchigen Resilienzkurs an, bei dem Betroffene Anwendungsmöglichkeiten für die Stärkung ihrer Resilienz erlernten.

Zum anderen gibt es Veranstaltungen, bei denen die Informationsvermittlung und der Austausch zwischen Fachpersonen und Betroffenen im Zentrum steht. Die HUG in Genf beispielsweise bietet auf seiner Plattform Rafael monatlich zu unterschiedlichen Themen im Zusammenhang mit Post-Covid-19-Erkrankung Webinare an, bei denen Betroffene den Fachpersonen direkt Fragen stellen können. Die häufigsten Fragen werden gesammelt und auf der Webseite publiziert. Ausserdem können Betroffene Anliegen und Vorschläge zur Verbesserung der Plattform Rafael platzieren. Die interviewten Betroffenen aus der Westschweiz kennen und nutzen die Webinare.

6.3.4 Technische Tools

Schliesslich gibt es technische Tools für Betroffene zur Unterstützung ihres Selbstmanagements. Solche Tools können unterschiedliche Funktionen aufweisen und somit zur Informationsvermittlung, zur Stärkung der Selbstwirksamkeit und zur Unterstützung beim Selbstmonitoring beitragen. Die Tools werden von Fachpersonen entwickelt und den Betroffenen individuell genutzt.

¹¹² <https://www.altea-network.com/de/long-covid/ubersicht-symptome/>, Zugriff am 09.02.2022.

¹¹³ <https://long-covid-info.ch/krankheit/#symptome>, Zugriff am 09.02.2022.

¹¹⁴ <https://www.rafael-postcovid.ch/>, Zugriff am 15.07.2022.

Das Institut für Physiotherapie des Inselspitals Bern hat beispielsweise die App «INSEL-health cofit» entwickelt. Die App begleitet Betroffene durch ihren Rehabilitationsprozess basierend auf den neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft.¹¹⁵ Die App unterstützt beim Protokollieren der Symptome, bietet Übungsprogramme und -anleitungen und beinhaltet weitere Hintergrundinformationen und Tipps zum Umgang mit Symptomen.¹¹⁶ Einzelne interviewte Betroffene kennen die App, jedoch finden sie nicht alle hilfreich. Gewisse Personen bevorzugen die Unterstützung durch eine Fachperson.

6.4 Schnittstellen

Gemäss einzelnen Aussagen in den Interviews funktionieren die Schnittstellen zwischen den Fachpersonen und den Angeboten zur Unterstützung des Selbstmanagements noch nicht optimal. Die Hausärzte/-innen, die spezialisierten Sprechstunden und kantonale Anlaufstellen (z.B. Webseiten der kantonalen Gesundheitsdirektionen) würden die Angebote teilweise nicht kennen und wiesen daher zu selten auf sie hin.

In der Pädiatrie werden gemäss Interview bei Bedarf Materialien zur Unterstützung des Selbstmanagements (z.B. Broschüren Altea), abgegeben – dieselben wie bei Erwachsenen. Die Eltern und Kinder müssen das Energiemanagement zum Beispiel bei Schulleistungen berücksichtigen. Wichtig ist, ein gutes Tempo zu finden.

Auch die interviewten Betroffenen weisen auf die Problematik hin. Gemäss eigenen Aussagen wussten einzelne Betroffene – besonders zu Beginn der Pandemie, als es noch wenige spezialisierten Sprechstunden gab – mehr über solche Angebote als ihre behandelnden Ärzte/-innen. Die unzureichend funktionierenden Schnittstellen haben Auswirkungen auf die Dauer, bis die Betroffenen Zugang zu den Angeboten zur Unterstützung des Selbstmanagements erhalten. Personen mit digitalen Kompetenzen und proaktive Betroffene stossen über ihre eigenen Recherchen schneller auf die Angebote als Personen, die eher dem Weg über Fachpersonen vertrauen. So kannten gewisse Betroffene beispielsweise das Pacing bereits nach wenigen Wochen, während andere erst während der Rehabilitation davon erfuhren.

6.5 Verbesserungspotenzial aus Sicht der Befragten

In den Interviews mit den Fachpersonen wurden folgende Handlungsfelder für Verbesserungen benannt:

- *Bekanntheit der Angebote zur Unterstützung des Selbstmanagements bei Fachpersonen:* Aus Sicht einzelner Interviewpartner/-innen besteht Handlungsbedarf insbesondere bei der Unterstützung des Selbstmanagements durch Fachpersonen aus den Hausarztpraxen, den spezialisierten Sprechstunden sowie den Rehabilitationsprogrammen. Vielen Fachpersonen sind die Angebote (wie die von Altea und Rafael oder die informellen Austauschkanäle in den Sozialen Medien) nicht bekannt. Zwar stossen gewisse Betroffene durch eigene Internetrecherche auf entsprechende Angebote, jedoch sind nicht alle dazu in der Lage selbst online zu recherchieren. Durch eine bessere Information und Kommunikation zwischen den Fachpersonen und den Anbietenden der Angebote zur Unterstützung des Selbstmanagements könnte der Zugang der Betroffenen zu den Angeboten optimiert werden. Zudem könnten gemäss Aussagen in den Interviews Fachpersonen entlastet werden, da sie die Angebote (z.B. Informationen

¹¹⁵ <https://www.insel.ch/de/patienten-und-besucher/beratungen-und-dienstleistungen/telemedizinische-dienstleistungen-und-apps/physiotherapie>, Zugriff am 09.02.2022.

¹¹⁶ <https://apps.apple.com/au/app/inSELhealth-cofit/id1566118802>, Zugriff am 09.02.2022.

über Symptome, Behandlungsmöglichkeiten) sowie neue wissenschaftliche Erkenntnisse für ihren persönlichen Wissenserwerb nutzen könnten und nicht selbst recherchieren müssten.

- *Koordination der Strukturen:* Aus Sicht einzelner Interviewpartner/-innen könnten sich Anbieter von Plattformen zur Unterstützung des Selbstmanagements besser koordinieren, um finanzielle und organisatorische Synergien besser nutzen zu können. So gebe es zum Beispiel zwischen Altea und Rafael gewisse Doppelspurigkeiten im Bereich des Long-Covid-Ratgebers.

In den Interviews mit den Betroffenen haben mehrere Personen den Wunsch nach einer örtlichen Austauschgruppe oder Selbsthilfegruppe mit anderen Betroffenen geäußert, die weniger anonym ist als die Facebook-Gruppen. Für Gespräche hätten Ärzte/-innen keine Zeit und teilweise würden die Fachpersonen die Betroffenen nicht verstehen. So schilderte eine Person, dass sie aus diesem Grund eine Psychotherapie besucht habe, aber am Ende eher der Psychotherapeutin eine Fortbildung zur Post-Covid-19-Erkrankung gegeben habe. Es brauche Austausch mit anderen Betroffenen oder eine kompetente Anlaufstelle mit Personen, die sich weiterbilden.

Schliesslich würden die Betroffenen Verhaltensempfehlungen auf den Webseiten der Kantone und des Bundes hilfreich finden – wie beim Impfen und Testen –, damit Betroffene wissen, wie sie sich verhalten und an wen sie sich wenden können. Darin könnten Bund und Kantone beispielsweise die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten erfassen, einen Ratgeber zum Umgang mit der Post-Covid-19-Erkrankung zur Verfügung stellen oder die Anlaufstellen bei den Sozialversicherungen (z.B. IV) kommunizieren. Dadurch könnte sichergestellt werden, dass die Betroffenen schnellen Zugang zu relevanten, vertrauenswürdigen und verlässlichen Informationen bekommen.

7. Rahmenbedingungen der Finanzierung

In diesem Kapitel werden die Rahmenbedingungen der Versorgung mit Fokus auf die Post-Covid-19-Erkrankung entlang der fünf Settings beschrieben. Zu Beginn eines Abschnitts werden Eckdaten der Finanzierung im jeweiligen Setting zusammengefasst. Zum Schluss des Abschnitts werden pro Setting Einschätzungen zu möglichen Finanzierungslücken basierend auf unseren Erhebungen dargelegt.

Generell regeln verschiedene Gesetze und Verordnungen die Finanzierung der Versorgung, unabhängig von einer Diagnose. Die Behandlung und Rehabilitation einer Erkrankung untersteht grundsätzlich dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) und den dazugehörigen Verordnungen (KVV, KLV).¹¹⁷ Die Kosten werden somit durch die Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung, OKP), die Patienten/-innen sowie die Kantone gedeckt. Zusatzversicherungen übernehmen, wo vorhanden, eine Teilfinanzierung gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG).¹¹⁸ Die Erfassung der Diagnose anhand des provisorischen ICD-10-Codes U09.9 ist nicht relevant für die Vergütung von ambulanten und stationären Leistungen, kann aber bei konsequenter Kodierung im stationären Bereich genutzt werden, um entsprechende Fälle und deren Kosten zu berechnen.

Spezialfall ist eine Anerkennung als Berufskrankheit (z.B. bei bestimmten Erkrankungen und bestimmten Berufsgruppen, hier den Gesundheitsberufen). Dann wird die Finanzierung der Versorgung in Unfallversicherungsgesetz (UVG) und -verordnung (UVV)¹¹⁹ geregelt und im Wesentlichen durch die Unfallversicherung getragen. Gemäss Empfehlung¹²⁰ der «Ad-hoc-Kommission Schaden UVG»¹²¹ kann (Post-)Covid-19 unter bestimmten Umständen als Berufskrankheit gelten (Gruppe Infektionskrankheiten gemäss Anhang 1 Ziffer 2b UVV). Dazu müssen zwei zusätzliche Voraussetzungen erfüllt sein: Erstens Arbeit der Betroffenen in einem Spital, Labor oder einer Versuchsanstalt. Zweitens besteht das entscheidende Merkmal der berufsbedingten Exposition darin, dass die konkrete Tätigkeit Arbeiten mit infizierten Patienten bedingt (Spitäler) oder mit einer stark

¹¹⁷ Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG; SR 832.10), Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) und Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31).

¹¹⁸ Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1).

¹¹⁹ Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202).

¹²⁰ Empfehlung 1/2003 Erkrankungen im Sinne von Anhang 1 Ziffer 2b UVV, mit Änderungen vom 23.12.2020 (https://www.koordination.ch/fileadmin/files/ad-hoc/2003/01_2003_2020.pdf, Zugriff am 28.07.2022).

¹²¹ Die «Ad-hoc-Kommission Schaden UVG» erlässt Empfehlungen zu Fragestellungen, die gesetzlich oder durch die Rechtsprechung nicht oder nicht abschliessend geklärt sind, mit dem Ziel einer einheitlichen Anwendung des UVG. Die Kommission setzt sich aus Mitgliedern der Unfallversicherungen und einer Vertretung des Schweizerischen Versicherungsverbands (SVV) zusammen (https://www.svv.ch/sites/default/files/2022-02/Mitgliederliste%20Ad-hoc-Kommission%20Schaden%20UVG_2022_de_fr.pdf, Zugriff am 22.03.2022).

infizierten/infizierenden oder kontaminierten Umgebung umfasst (Laboratorien/Versuchsanstalten). Reine Büroarbeit in einem Spital, oder andere Tätigkeiten mit Kundenkontakt (Detailhandel, Polizei) erfüllen diese Voraussetzungen beispielsweise nicht.¹²²

Die Militärversicherung¹²³ stellt eine weitere, grundsätzliche Finanzierungsmöglichkeit der Versorgung dar. Da dieser Spezialfall nicht im Fokus des Mandats enthalten ist, wird im Folgenden nicht näher darauf eingegangen.

7.1 Hausarztmedizin

Kostenträger:	OKP (Art. 25 KVG)
Anteil Patient/-in:	Franchise (max. 2'500 CHF für Erwachsene) 10% Selbstbehalt (max. 700 CHF pro Kalenderjahr für Erwachsene) ¹²⁴
Art der Vergütung:	Einzelleistungsvergütung (Tarmed)
Weitere Bedingungen:	-

7.1.1 Rahmenbedingungen

Leistungen in der Hausarztpraxis werden im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung mit dem geltenden Tarif (Tarmed) abgerechnet (Art. 25 KVG). Auf die Patienten/-innen entfällt eine Kostenbeteiligung im Rahmen der Franchise und des Selbstbehalts.

Bei einer Berufskrankheit trägt die Unfallversicherung die Kosten (UVG Art. 70b). Die Leistungen werden ebenfalls im Einzelleistungstarif vergütet, dabei gilt jedoch eine frühere Version des Tarmed (Version 2008). Im Unterschied zur Regelfinanzierung über das KVG entfällt die Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt) der Patienten/-innen.

Akupunktur, anthroposophische Medizin, Arzneimitteltherapie der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) und Phytotherapie durch Ärzte/-innen mit anerkannter Weiterbildung werden durch die Grundversicherung übernommen (Art. 4b KLV). Die Kosten für andere alternativmedizinische Leistungen tragen die Patienten/-innen selbst. Wo vorhanden, kann sich die Zusatzversicherung an den Kosten beteiligen. In den Interviews zeigten sich die Vertreterinnen und Vertreter der Komplementärmedizin zufrieden mit der Finanzierung von alternativmedizinischen Behandlungen.

7.1.2 Mögliche Finanzierungslücken aus Sicht der Befragten

Gemäss Einschätzung der befragten Experten/-innen ist die Finanzierung der hausärztlichen Versorgung von Post-Covid-19-Betroffenen gut abgedeckt. Vereinzelt könne der Mehraufwand aber zu einer finanziellen Belastung der Leistungserbringer führen:

- *Abgeltung für Koordinationsaufwand*: Mehrere Personen stellen fest, dass die Behandlung dieser Patientengruppe aufgrund des neuen und komplexen Krankheitsbildes einen grossen Koordinationsaufwand in der Hausarztpraxis bedeutet (z.B. Suche nach Behandlungsmöglichkeiten, Abstimmung mit Fachärzten, aufwändige Bearbeitung

¹²² In diesem Fall kann eine Berufskrankheit nach Generalklausel vorliegen, dazu bedarf es einer *stark überwiegenden Verursachung* durch die Arbeit (Art. 9 Abs. 2 UVG) das heisst 75 Prozent Verursachungsanteil durch den Beruf (<https://www.koordination.ch/de/online-handbuch/uvq/berufskrankheit/uebersicht/>, Zugriff am 23.03.2022).

¹²³ Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG; SSR 833.1).

¹²⁴ Für Kinder liegt die maximale Franchise bei 600 Franken und der maximale Selbstbehalt bei 350 Franken.

von Kostengutsprachege suchen zur stationären Rehabilitation). Aufgrund tariflicher Limitationen können diese Koordinationsleistungen nur in einem beschränkten Umfang abgerechnet werden, weshalb bei Patienten/-innen mit komplexem Krankheitsbild Finanzierungslücken für die Hausarztpraxen entstehen können. Diesem Umstand könnte in einem aktualisierten Tarif Rechnung getragen werden, dies sei aufgrund des aktuellen Stillstandes in den Tarifverhandlungen für die Nachfolgelösung des Tarmed aber kurzfristig nicht umsetzbar, so mehrere Expertinnen und Experten.¹²⁵

- *Wirtschaftlichkeitsprüfungen*: Einzelne Personen befürchteten, von den Versicherungen unter Druck gesetzt zu werden (z.B. Wirtschaftlichkeitsprüfungen), da diese eine grosse Anzahl von Konsultationen nur durch ein gleichzeitig hohes Medikamentenvolumen gerechtfertigt sähen. Dieser Zusammenhang sei bei Post-Covid-19-Erkrankungen nicht erfüllt, da nur wenig Medikamente verschrieben würden.

7.2 Spezialisierte Sprechstunden

Kostenträger:	OKP (Art. 25 KVG)
Anteil Patient/-in:	Franchise (max. 2'500 CHF für Erwachsene) 10% Selbstbehalt (max. 700 CHF pro Kalenderjahr für Erwachsene) ¹²⁶
Art der Vergütung:	Einzelleistungsvergütung (hauptsächlich Tarmed) ¹²⁷
Weitere Bedingungen:	-

7.2.1 Rahmenbedingungen

Es gelten grundsätzlich dieselben Rahmenbedingungen wie in der Hausarztpraxis (siehe Abschnitt 7.1). Einige Versicherungsmodelle (Hausarztmodell, Telemedizinische Modelle) verlangen für die Kostenübernahme von medizinischen Behandlungen durch Spezialisten/-innen (z.B. Pneumologen/-innen, Kardiologen/-innen) eine Überweisung durch den Grundversorger (Hausarztpraxis, Telemedizinisches Zentrum). Fehlt die Überweisung können die Versicherungen die Übernahme der Kosten und aller daraus resultierenden Folgekosten ablehnen.

7.2.2 Mögliche Finanzierungslücken aus Sicht der Befragten

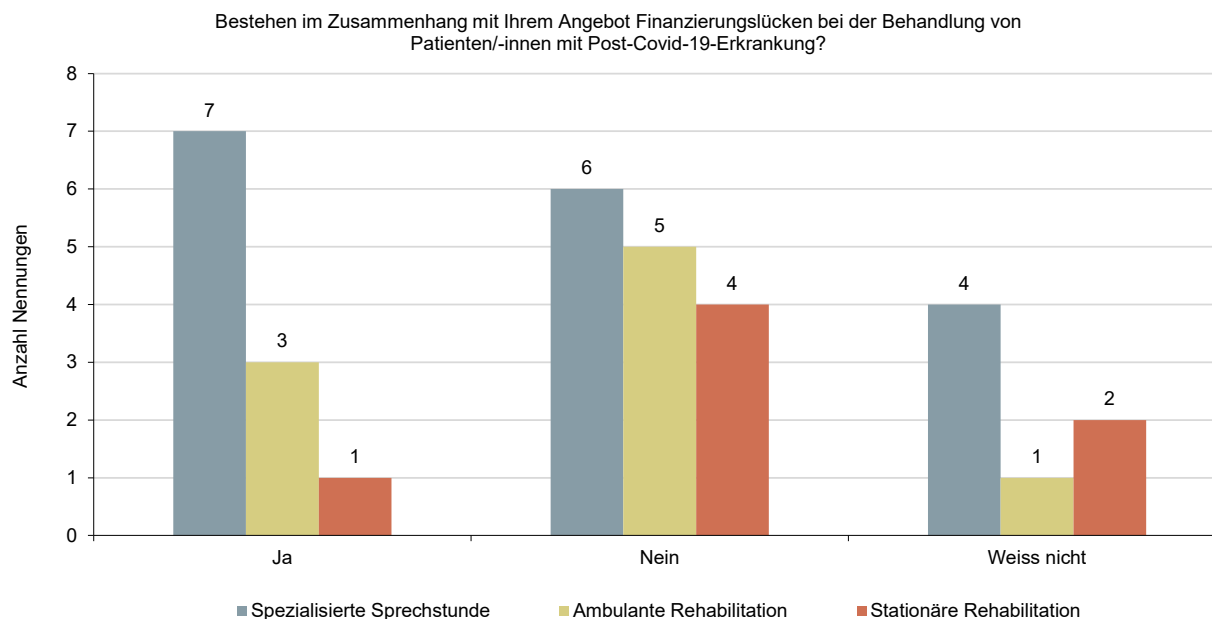
In der Online-Befragung wurde die Finanzierungssituation der spezialisierten Sprechstunden gemischt beurteilt. Sieben von 17 spezialisierten Sprechstunden konstatierten Finanzierungslücken bei der Behandlung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung (siehe Darstellung D 7.1). Dabei wurde am häufigsten angeführt, dass der Koordinationsaufwand oder die angebotenen Leistungen nicht oder ungenügend vergütet werden (je n = 5). Etwas seltener werden Finanzierungslücken bei dem Aufwand für den Kostengutspracheprozess angeführt (n = 3). In den Sprechstunden wird der Handlungsbedarf bei den genannten Punkten als gross oder eher gross eingeschätzt.

¹²⁵ Die Vergütung von Koordinationsleistungen erfolgt im Tarmed in der Regel als Leistungen in Abwesenheit des Patienten und unterliegt gewissen Limitationen und Spezifizierungen. Sie ist seit längerem Gegenstand von Diskussionen der Tarifpartner im Zusammenhang mit der geplanten Revision des ambulanten Tarifsystems. Daneben soll im Rahmen des zweiten Kostendämpfungspakets die koordinierte Versorgung durch Gesetzesanpassungen gefördert werden (persönliche Kommunikation des BAG).

¹²⁶ Für Kinder liegt die maximale Franchise bei 600 Franken und der maximale Selbstbehalt bei 350 Franken.

¹²⁷ Für den Einbezug nicht-ärztlicher Leistungserbringer siehe Abschnitt 7.3.

D 7.1: Finanzierungslücken bei der Behandlung



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung bei Spitälern mit spezialisierter Sprechstunde (N = 17), mit ambulantem Rehabilitationsprogramm (N = 9) und mit stationärem Rehabilitationsprogramm (N = 7) im Mai/Juni 2022.

Ein Aspekt zeigte sich besonders auch in anderen Erhebungen:

- *Fehlende Vergütung für den Koordinationsaufwand:* In Interviews mit Fachpersonen auf strategischer und operativer Ebene wurde dies als wichtigstes Problem genannt. Zwar seien die einzelnen Leistungen der Fachärzte/-innen über den Tarmed abrechenbar. Da die Struktur veraltet sei, würden die anfallenden Koordinationsaufgaben aber nicht vollständig abgebildet. Dieses Problem sei nur im Rahmen einer neuen Tarifstruktur zu lösen. Diese Wahrnehmung bestätigte sich in den Interviews auf operativer Ebene. Mehrere Leistungserbringer führen an, dass die Sprechstunden aufgrund des komplexen Krankheitsbildes interdisziplinär aufgebaut seien, was eigentlich vieler interdisziplinärer und interprofessioneller Absprachen bedürfe. Diese fänden aufgrund mangelnder finanzieller Mittel aber nur bei dringendem Bedarf statt. Weiter sei der teils grosse Aufwand für die Erarbeitung der Kostengutsprachen für die stationäre Rehabilitation (siehe Abschnitt 7.4) belastend. Dabei helfe eine detaillierte Berichterstattung und – in besonders komplizierten Fällen – telefonische Rücksprache mit den Vertrauensärzten/-innen. Die Interviewpartner/-innen wünschten sich dafür mehr finanzielle Mittel.

7.3 Rehabilitation ambulant

Kostenträger:	OKP (Art. 25 Abs. 2d KVG)
Anteil Patient/-in:	Franchise (max. 2'500 CHF für Erwachsene) 10% Selbstbehalt (max. 700 CHF pro Kalenderjahr für Erwachsene) ¹²⁸
Art der Vergütung:	Gemäss Tarifverträgen (in der Regel Einzelleistungsvergütung)
Weitere Bedingungen:	Ärztliche Anordnung, Behandlung durch anerkannte Leistungserbringer, Limitationen (Art. 3, Art. 5, Art. 6 KLV)

7.3.1 Rahmenbedingungen

Ärztlich angeordnete Behandlungen bei anerkannten ambulanten Leistungserbringern (z.B. Physiotherapie) werden durch die OKP abgegolten (Art. 25 Abs. 2d KVG).

Dabei gelten Beschränkungen für die maximale Anzahl Therapiesitzungen pro Tag und pro Anordnung (max. neun Sitzungen Physio- oder Ergotherapie pro Anordnung, Art. 5 Abs. 2 KLV). Nach insgesamt 36 (Ergo- und Physiotherapie) respektive 40 (Psychotherapie) Sitzungen bedarf die Fortführung der Therapie eines ärztlichen Berichts mit einem begründeten Vorschlag über die Fortsetzung, der durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin der Krankenversicherung geprüft wird (Art. 3; Art. 3b; Art. 5 Abs. 4; Art. 6 Abs. 4 KLV). Bestehen Fragen oder Unklarheiten zur ärztlichen Anordnung (z.B. fehlende Kurzdiagnose, Präzisierung nötig für spezifische Fälle), kann die Versicherung bereits vor Ablauf dieser Frist eine schriftliche Stellungnahme verlangen.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt gemäss den geltenden Tarifverträgen, die zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und den Krankenversicherungen ausgehandelt werden (Art. 43 Abs. 4 KVG).¹²⁹ Diese umfassen in der Regel eine Einzelleistungsvergütung. Einzelne Tarifstrukturen beinhalten zudem interdisziplinäre ambulante Rehabilitationsprogramme, die mehrere Therapieeinheiten pro Tag unter einem Dach vereinen und die Koordination der Betreuung vergüten. Auf die Patienten/-innen entfällt eine Kostenbeteiligung im Rahmen der Franchise und des Selbstbehalts.

Bei einer Berufskrankheit bestehen schweizweit einheitliche Tarifverträge für ambulante Rehabilitationsleistungen gemäss UVG.¹³⁰

7.3.2 Mögliche Finanzierungslücken aus Sicht der Befragten

In der Online-Befragung wurde die Finanzierungssituation der ambulanten Rehabilitation gemischt beurteilt. Drei der neun ambulanten Rehabilitationsprogramme sahen Finanzierungslücken bei der Behandlung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung

¹²⁸ Für Kinder liegt die maximale Franchise bei 600 Franken und der maximale Selbstbehalt bei 350 Franken.

¹²⁹ Physiotherapie: Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen (Anhang 3 der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (<https://www.admin.ch/opc/de/referenced-texts/classified-compilation/2017/6023-A3.pdf>, Zugriff am 14.02.2022); Ergotherapie: Einzelne Tarifverträge, zum Beispiel Tarifvertrag EVS-SRK mit tarifsuisse (<https://www.ergotherapie.ch/berufsausuebung/tarifvertraege/?page=35>, Zugriff am 08.07.2022); Psychotherapie: Tarmed/TARPSY.

¹³⁰ Physiotherapie (<https://www.physioswiss.ch/de/tarif/unfallversicherung>, Zugriff am 27.07.2022), Ergotherapie (<https://www.ergotherapie.ch/berufsausuebung/tarifvertraege/?page=36>, Zugriff am 27.07.2022).

(siehe Darstellung D 7.1). Fehlende Mittel für den Koordinationsaufwand und den Kostengutspracheprozess wurde dafür angeführt. Weiter wurde die fehlende oder ungenügende Vergütung der angebotenen Leistungen, von interdisziplinären Boards und für neuropsychologische Therapien genannt. Zu allen genannten Finanzierungslücken wurde der Handlungsbedarf zumeist als (eher) gross bewertet.

Auch in den Interviews mit Fachpersonen auf operativer und strategischer Ebene zeigten sich gemischte Einschätzungen zur Finanzierung der ambulanten Rehabilitation. Grundsätzlich sei die Finanzierung geklärt und in den zwischen Verbänden und Krankenversicherungen ausgehandelten Tarifverträgen geregelt.

Folgende Aspekte wurden besonders herausgehoben:

- *Lange Behandlungsdauer:* Sei beispielsweise nach neun Sitzungen in der Physiotherapie eine neue Anordnung nötig, so würde die Krankenversicherungen vielleicht nachfragen, wieso eine Verlängerung der Therapie nötig sei, in der Regel würde diese aber anschliessend übernommen. Diese Meinung wurde durch mehrere Leistungserbringer bestätigt. Die meisten gaben an, bisher mehrheitlich keine Schwierigkeiten bei der Abrechnung der Leistungen gehabt zu haben. Vereinzelt würden Versicherungen die Übernahme von Leistungen verweigern, dies wurde vor allem im Zusammenhang mit ergotherapeutischen Massnahmen geäussert. Eine Leistungserbringerin kritisierte, dass die Versicherungen Leistungen trotz ärztlicher Anordnung verweigern können, wenn die Therapie die WZW-Kriterien¹³¹ nicht erfülle. Dazu passen Ergebnisse aus der Online-Befragung: Fünf der neun befragten Programme gaben an, dass sich die Finanzierung nicht wesentlich von anderen Programmen im Bereich ambulanter Rehabilitation (z.B. Chronic Fatigue Syndrom) unterscheidet. Nur ein Programm beurteilte den Aufwand als grösser, da die Krankenversicherungen deutlich weniger Therapiesitzungen bewilligten und die Medizinische Trainingstherapie (MTT) meist ablehnten.
- *Unterschiede zwischen Krankenversicherungen:* Mehrfach wurden Unterschiede in der Vergütung von Leistungen zwischen den Krankenversicherungen festgestellt. Dies ist auch für andere Erkrankungen bekannt. So gebe es bestimmte Versicherungen, die nur wenige Leistungen übernahmen, teilweise variere deren Praxis zusätzlich nach Kanton. Die Befragten beurteilten diese Variation kritisch. Die Betroffenen könnten sich zwar wehren, dies sei bei ohnehin tiefen Energiereserven aber eine unnötige Belastung. Gemäss den Erfahrungen einer Leistungserbringerin führt dieser Umstand wiederholt dazu, dass die Betroffenen die Therapie selbst bezahlen.
- *Telemedizin:* Zudem wurde mehrfach gewünscht, dass telemedizinische Leistungen (besser) vergütet werden.¹³²

¹³¹ WZW = Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit; <https://www.vertrauensaerzte.ch/manual/4/wzw/einfuehrung/>.

¹³² Befristet bis zum 31.12.2023 kann in der Ergotherapie «Therapie auf räumliche Distanz» im Geltungsbereich der IV, Unfall- und Militärversicherung (nicht in der Krankenversicherung), unter gewissen Bedingungen, abgerechnet werden. <https://www.ergotherapie.ch/ergotherapie-de/therapie-auf-raeumliche-distanz/>, Zugriff am 28.09.2022.

7.4 Rehabilitation stationär

Kostenträger:	Kantone (min. 55%) (Art. 49a KVG) OKP (max. 45%) (Art. 25 Abs. 2de, Art. 49a KVG)
Anteil Patient/-in:	Tagespauschale ¹³³ (15 CHF), Franchise* (max. 2'500 CHF für Erwachsene) 10% Selbstbehalt (max. 700 CHF pro Kalenderjahr für Erwachsene) <i>Bei ausserkantonaler Behandlung:</i> allfällige Kostendifferenz zur Behandlung im Wohnkanton Allfällige Zusatzkosten für Hotellerie u.ä.
Art der Vergütung:	Pauschalvergütung (ST Reha)
Weitere Bedingungen:	Vorgängige Kostengutsprache
Evtl. Zusatzversicherung gemäss Versicherungsvertrag (z.B. Unterkunft halb-privat/privat; Differenz zwischen übernommenen und tatsächlichen Kosten bei ausserkantonalen Behandlungen, zusätzliche Behandlungen usw.)	
* Franchise und Selbstbehalt entfallen nur auf den Kostenanteil, der durch die OKP getragen wird.	

7.4.1 Rahmenbedingungen

Die Kosten für eine stationäre Rehabilitation werden durch die OKP übernommen, falls eine vorgängige besondere Gutsprache der Versicherung (Kostengutsprache) erfolgt, der die Empfehlung der Vertrauensärztin oder des Vertrauensarztes berücksichtigt (Art. 25 Abs. 2d KVG; Anhang 1, Kapitel 11 KLV).

Werden die Kosten übernommen, so teilen sich der Wohnkanton und die Grundversicherung diese gemäss einem festgelegten Kostenschlüssel, wobei der Kanton mindestens 55 Prozent¹³⁴ der Kosten trägt (Art. 49a KVG). Für die stationäre Spitalbehandlung können die Versicherten ihr Spital grundsätzlich frei wählen. Dabei gilt jedoch, dass eine volle Kostendeckung nur für Aufenthalte in sogenannten «Listenspitälern», das heisst Spitälern der Spitalliste¹³⁵ des Wohnkantons der versicherten Person, sichergestellt ist (Art. 41 KVG). Bei Aufenthalten in ausserkantonalen Institutionen werden die Kosten in der Regel maximal zum kantonalen Tarif des Wohnkantons übernommen (Art. 41 KVG). Zur Abrechnung der Leistungen werden in der stationären Psychiatrie (TARPSY) sowie für die

¹³³ Die Tagespauschale entfällt für Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung (Art. 104 KVV). Für Kinder liegt die maximale Franchise bei 600 Franken und der maximale Selbstbehalt bei 350 Franken.

¹³⁴ Mit Ausnahme von Basel-Stadt (56%) tragen alle Kantone 55 Prozent der Kosten (https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB_Zusammenstellung_Kostenteiler_20180718.pdf, Zugriff am 02.02.2022).

¹³⁵ Patienten/-innen können sich auch in einer Einrichtung behandeln lassen, die über einen Leistungsvertrag mit ihrer Versicherung verfügt («Vertragsspital»). Dabei entfällt der Kantonsbeitrag, die Grundversicherung beteiligt sich mit maximal 45 Prozent. Der Restbetrag entfällt auf den/die Patienten/-in und eventuell auf die Zusatzversicherung. Ausnahmen: Die versicherte Person lässt sich aus *medizinischen Gründen* in einem nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital behandeln, weil kein Listenspital ihres Wohnkantons die erforderliche Leistung anbietet. Eine vorgängige Kostengutsprache durch den Wohnkanton ist jedoch erforderlich. Die versicherte Person wird aufgrund eines *Notfalls* in einem nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital behandelt (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherung/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung.html>, Zugriff am 10.01.2022).

stationäre Rehabilitation seit Januar 2022 (ST Reha) leistungsbezogene Tagespauschalen verwendet. Neben Franchise und Selbstbehalt entfallen auf Patienten/-innen eine Tagespauschale und allfällige Zusatzkosten (z.B. Hotellerie, ausserkantonale Behandlung).

Bei einer Berufskrankheit erfolgt die vollständige Kostenübernahme von Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung von Listen- und Vertragsspitälern¹³⁶ (Art. 15 Abs. 1, Art. 70c Abs. 3 UVV). Die Vergütung erfolgt anhand leistungsbezogener Pauschalen gemäss Tarifen in der allgemeinen Abteilung (Art. 70c UVG). Für ausgewählte Leistungen ist eine Abrechnung nach Einzelleistungstarif möglich.

7.4.2 Ablauf Kostengutsprache

Der Antrag um Kostengutsprache wird vom/von der überweisenden Arzt/Ärztin oder vom Spital mit ambulantem Rehabilitationsprogramm eingeleitet und von der Krankenversicherung geprüft, basierend auf der Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin (Anhang 1, Kapitel 11 KLV). Um die Vertrauensärzteschaft in ihrer Beurteilung zu unterstützen, bietet die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) ein Handbuch¹³⁷ an.

Das wichtigste Kriterium für die Gutsprache einer stationären Rehabilitation ist die Spitalbedürftigkeit. Eine Spitalbedürftigkeit besteht, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital (d.h. unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes) zweckmässig durchgeführt werden können, weil sie zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedürfen, oder sofern die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht.¹³⁸ Weitere Kriterien für die Gutsprache sind Rehabilitationspotenzial, -bedürftigkeit, -fähigkeit, Diagnose/Handicap und eine positive Prognose hinsichtlich Reha-Zielen.¹³⁹ Der Antrag kann vollständig angenommen, abgelehnt, oder angepasst (z.B. gekürzt) werden.

Übersteigt die gewünschte Rehabilitationszeit die gutgesprochene Dauer, so kann eine Verlängerung des Gesuchs auf Kostengutsprache bei der zuständigen Krankenversicherung eingereicht werden. Falls eine Rehabilitation indiziert ist, aber keine Spitalbedürftigkeit anerkannt wird, so kann eine Kostengutsprache für eine ambulante Rehabilitation erfolgen (Finanzierung siehe Abschnitt 7.3). Wird der Antrag abgelehnt, können Betroffene gemeinsam mit ihrem/ihrer behandelnden Arzt/Ärztin ein Wiedererwägungsgesuch ergreifen. Allfällige Anwaltskosten tragen die Patienten/-innen beziehungsweise wo vorhanden eine Rechtsschutzversicherung.

Aus Sicht mancher Betroffener war die Kostengutsprache eine wichtige Hürde. Zwar wurden ihre Anträge durch die spezialisierten Sprechstunden oder Rehabilitationsprogramme bearbeitet, jedoch wurden bei allen drei der erste Kostengutspracheantrag abgelehnt, weil die ambulanten Möglichkeiten nicht ausgeschöpft wurden oder die Begründung ungenügend war. Die Betroffenen reichten daraufhin Wiedererwägungsgesuche oder neue Anträge ein, wiederum unterstützt durch die spezialisierten Sprechstunden oder Rehabilitationsprogramme und – für den dritten Antrag einer Befragten – eine Case-Managerin der

¹³⁶ Ausnahme: Notfälle oder wenn kein Vertrags- oder Listenspital die Leistung anbietet.

¹³⁷ <https://www.vertrauensaerzte.ch/manual/4/rehastartchapt/> Zugriff am 01.02.2022.

¹³⁸ BGE 9C_253/2020, Urteil 9C_413/2012.

¹³⁹ Handbuch der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte, Kapitel 3, Rehabilitations-Kriterien, <http://www.vertrauensaerzte.ch/manual/4/rehastartchapt/rehaallgem/kriterien/>, Zugriff am 01.02.2022.

Krankenversicherung. Eine Person entschied sich in Absprache mit den Spezialisten/-innen dazu, eine psychosomatische Diagnose zu akzeptieren, um so die Chancen einer Kostengutsprache für das gewünschte psychosomatische Rehabilitationsprogramm zu erhöhen. Gemäss eigenen Aussagen verzögerte dieser aufwändige Prozess den Behandlungsstart.

7.4.3 Mögliche Finanzierungslücken aus Sicht der Befragten

In den Experteninterviews wurde der Prozess der Kostengutsprache als grösstes Finanzierungsproblem bei der stationären Rehabilitation von Post-Covid-19-Erkrankten bezeichnet. Folgende vier Hürden kristallisierten sich im Zusammenhang mit dem Prozess der Kostengutsprache heraus:

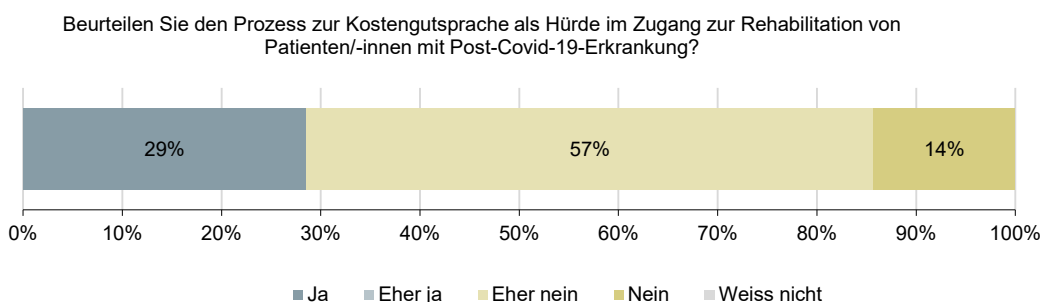
- *Kriterium der Spitalbedürftigkeit:* Besonders das Kriterium der Spitalbedürftigkeit sei bei einer Post-Covid-19-Erkrankung schwierig zu erfüllen, so ein grosser Teil der Interviewpartner/-innen. Da die meisten Betroffenen einen Antrag aus einem ambulanten Setting stellten, sei die Begründung für den stationären Klinikaufenthalt schwieriger als bei anderen Krankheiten, wo der Übertritt üblicherweise aus dem stationären Setting, meist einem Akutspital erfolge (z.B. nach einer Herzoperation). Gemäss Einschätzung eines Experten könne die Spitalbedürftigkeit aus zwei Gründen gegeben sein: Entweder seien die Patienten/-innen auf Pflege angewiesen, was bei Post-Covid eher selten sei, oder die nötige Therapieintensität könne ambulant nicht erfolgen. Diese hohe Intensität sei jedoch auch in stationären Programmen schwierig zu erreichen, dies einerseits aufgrund der häufig (noch) unklaren Rehabilitationsprogramme und andererseits, weil die Patienten/-innen nicht in der Lage seien, viele aufeinanderfolgende Therapien zu machen (z.B. fehlende Energie, Konzentrationsprobleme). Dieser Umstand verlange eine starke Argumentation der antragstellenden Ärzte, wieso das gleiche Resultat nicht in einem ambulanten Setting erzielt werden könne. Mehrere Interviewpartner/-innen stufen diesen Umstand als kritisch ein, da die Anweisung, zunächst die ambulanten Möglichkeiten auszuschöpfen eher theoretischer Natur sei. Beispielsweise bestünden ausserhalb der Ballungszentren keine oder zu wenig entsprechende ambulante Programme/Angebote. Zudem sei die Koordination mehrerer ambulanter Angebote komplex und aufwändig. Nicht zuletzt stelle die Anfahrt zu ambulanten Therapien für Post-Covid-19-Betroffene eine beträchtliche Herausforderung dar. Insgesamt beurteilten mehrere Personen den Druck zu ambulanten Massnahmen höher als bei anderen Krankheitsbildern.
- *Fehlende Evidenz:* Weiter wurde häufig genannt, dass die bisher fehlende Evidenz zur Wirksamkeit von Behandlungen den Kostengutspracheprozess und damit die Finanzierung von stationären Rehabilitationsaufenthalten erschwert. Für die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte sei es – neben der Herausforderung ein passendes Angebot zu finden – schwierig zu argumentieren, wieso ein stationärer Aufenthalt nötig sei. Aufgrund der fehlenden Evidenz sei es für die Versicherungen einfach, einen Antrag abzulehnen, so die Einschätzung mehrerer Interviewpartner/-innen. Einzelne Personen äusserten in diesem Zusammenhang die Vermutung, dass ein beträchtlicher Teil der abgelehnten Kostengutsprachen auf unzureichend begründete Anträge zurückzuführen sei. Ein Leistungserbringer schilderte, dass er bei Post-Covid-19 aufgrund des unklaren Krankheitsbildes mehr Diskussionen mit den Versicherungen führe. Die fehlende Wissensgrundlage bedeute auch für die Vertrauensärzte/-innen eine Herausforderung. Da es keine Guidelines zur Beurteilung durch die Vertrauensärzte/-innen gebe, entstehe ein grosser Ermessensspielraum für einzelne Vertrauensärzte/-innen. Diese könnten sich bei ihrer Beurteilung zwar auf das Handbuch der SGV abstützen, das Hilfsmittel sei aber derzeit noch nicht spezifisch auf Post-Covid-19 ausgerichtet. Eine Person zeigte sich überzeugt, dass Kostengutsprachen insbesondere aufgrund fehlenden Wissens und mangelnden Verständnisses für die Krankheit abgelehnt würden. Es

wurde mehrfach der Wunsch nach einer besseren Evidenzgrundlage, Guidelines oder einem standardisierten Assessment geäussert.

- *Hoher Aufwand:* Der Aufwand für einen Antrag um Kostengutsprache wurde von den meisten Interviewpartnern/-innen als gross bezeichnet. Um dessen Erfolgchancen zu erhöhen, bedürfe es einer ausführlichen Begründung und einer detaillierten Berichterstattung. Mehrere befragte Leistungserbringer bereiten die Anträge gemeinsam mit den Betroffenen vor, dies teilweise im Rahmen mehrerer Gespräche, oder tauschen sich mit den Vertrauensärzten/-innen aus. Zwar können so die Chancen gesteigert werden, jedoch bedeute dies einen beträchtlichen administrativen (und somit finanziellen) Aufwand für die Leistungserbringer. Einige Leistungserbringer erachten den Aufwand als gross, wenn auch vergleichbar mit anderen Krankheiten, gleichzeitig schätzen mehrere Befragte den Aufwand höher ein. Auch in der Online-Befragung gaben vier der sieben befragten Verantwortlichen von stationären Rehabilitationsprogrammen an, dass sich die Finanzierung nicht wesentlich von anderen Programmen im Bereich ambulanter Rehabilitation (z.B. Chronic Fatigue Syndrom) unterscheidet. Nur eine Person beurteilte den Aufwand als grösser. In mehreren Interviews wurde die Vermutung geäussert, dass bei der Beurteilung die Meinung von Fachärzten/-innen, spezialisierten Sprechstunden und Kliniken grösseres Gewicht erhielten als die Einschätzung von Hausärzten/-innen. Es wurde von den Leistungserbringern mehrfach die Vermutung geäussert, dass Anträge beim ersten Versuch pauschal abgelehnt würden und erst bei einem zweiten Antrag oder einem Widererwägungsgesuch eingehend geprüft würden.
- *Unterschiedliche Praxis der Versicherungen:* Mehrere befragte Personen stellten beträchtliche Unterschiede zwischen den Versicherungen im Umgang mit Kostengutsprachen bei Post-Covid-19-Betroffenen fest. Die Gründe dafür lägen im grossen Ermessensspielraum der vertrauensärztlichen Einordnung aufgrund fehlender Guidelines, ausserdem auch in der unterschiedlichen Kulanz der Versicherungen. Als Folge resultiere eine Rechtsunsicherheit, bemängelten einige Personen. Die Unterschiede wurden von den Befragten zumeist kritisiert. Sie wünschen sich einen einheitlichen Kriterienkatalog zur Beurteilung der Gesuche.

Die Erhebungen zeigen kein eindeutiges Bild zum Ausmass der genannten Problematik. Ein Grossteil der interviewten Leistungserbringer hat eigene Erfahrungen mit abgelehnten Kostengutsprachen bei Post-Covid-19-Erkrankungen gemacht, was mehrheitlich als problematisch eingestuft wird. Gleichzeitig sehen einzelne Personen keine grössere Problematik als bei anderen Krankheiten und sind der Meinung, dass nur wenige Fälle abgelehnt würden. Hierzu passen die Ergebnisse der Online-Befragung, in der nur zwei von sieben Verantwortlichen von stationären Rehabilitationsprogrammen den Prozess zur Kostengutsprache als Hürde beurteilen (siehe Darstellung D 7.2) und nur eine Person Finanzierungslücken bei der Behandlung von Patienten/-innen mit Post-Covid-19-Erkrankung feststellt (siehe Darstellung D 7.1).

D 7.2: Kostengutsprache als Zugangshürde: stationäre Rehabilitation



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung bei Spitälern mit stationärem Rehabilitationsprogram im Mai/Juni 2022 (N = 7).

Aus Sicht der Betroffenen kann durch die ungleiche räumliche Verteilung der stationären Rehabilitationsprogramme eine finanzielle Zugangshürde entstehen. Weil es in ihrem Wohnkanton keine geeigneten Möglichkeiten für eine stationäre Rehabilitation gab, wählten zwei Personen ausserkantonale respektive ausländische Spitäler mit stationärem Rehabilitationsprogramm. Die daraus entstandenen Mehrkosten wurden nicht durch die OKP übernommen und mussten aus eigener Tasche respektive durch die Zusatzversicherung übernommen werden.

7.5 Selbstmanagement

Der inhaltliche Fokus liegt auf Angeboten zur Unterstützung des Selbstmanagements ausserhalb des eigentlichen Behandlungssettings, wie sie auf den Webseiten der Informations- und Austauschplattformen Altea und Rafael vermittelt werden. Ausserdem wird auf das Angebot von Betroffenen-Organisationen eingegangen.¹⁴⁰

7.5.1 Rahmenbedingungen

Die bestehenden Angebote zur Unterstützung des Selbstmanagements werden in der Regel nicht durch die OKP finanziert, da die Leistungen nicht durch anerkannte Leistungserbringer erbracht werden (Art. 35 KVG). Es bestehen verschiedene alternative Finanzierungsquellen, beispielsweise durch Kantone oder Spenden. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt Projekte für den Aufbau der Selbstmanagementförderung.¹⁴¹

7.5.2 Einschätzungen zu möglichen Finanzierungslücken

Neben den selbst zu tragenden Kosten für Patienten/-innen führt die fehlende Finanzierung zu einer Finanzierungslücke bei den Angeboten zur Unterstützung des Selbstmanagements. Zwar werden einzelne Angebote durch Spenden unterstützt, eine der grössten bestehenden Plattformen wird aber grösstenteils durch Freiwilligenarbeit aufrechterhalten. Gemäss Einschätzung des befragten Betroffenenverbandes ist die Situation mittelfristig nicht tragbar, da die Ressourcen vieler Beteiligter in der intensiven Aufbauphase stark beansprucht wurden. Zudem seien die meisten Freiwilligen selbst von Post-Covid-19 betroffen und kämpften mit Erschöpfung und fehlender Energie. Die befragten Personen wünschen sich (mehr) finanzielle Unterstützung, um das Angebot aufrechtzuerhalten und weiter auszubauen.

7.6 Weitere Punkte zu Rahmenbedingungen

Im Folgenden werden weitere interessante Aspekte aufgeführt, die nicht einem Setting zugeordnet werden können oder nicht im Fokus des Mandats liegen, aber mehrfach erwähnt wurden:

- *Verschiedene Finanzierungssysteme:* In den Interviews mit Fachpersonen auf operativer und strategischer Ebene wurde mehrfach kritisiert, dass Patienten/-innen während ihrer Behandlung respektive Rehabilitation verschiedene Finanzierungssysteme durchlaufen, da Behandlung, Erwerbsausfall und allfällige Invaliditätsrente aus verschiedenen Töpfen gezahlt werden. Das Problem sei zwar nicht spezifisch für die Post-

¹⁴⁰ Anerkannte Leistungserbringer (z.B. Physio- und Ergotherapeuten/-innen) können zudem Patientinnen und Patienten befähigen, besser mit der Erkrankung umzugehen. Findet diese Befähigung im Rahmen der Behandlung statt, so wird diese gemäss den entsprechenden Rahmenbedingungen durch die genannten Kostenträger übernommen (Abschnitt 7.1 bis 7.4).

¹⁴¹ Der Leitfaden zur Selbstmanagementförderung bietet einen Überblick der Finanzierungsmöglichkeiten: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/selbstmanagement/leitfaden-finanzierung.pdf.download.pdf/01_NCD_LEITFADEN_FINANZIERUNG_210325.pdf, Zugriff am 25.10.2022.

Covid-19-Erkrankung, bedeute aber eine zusätzliche kognitive, administrative und zeitliche Belastung für die Betroffenen.

- *Schwierig fassbares Krankheitsbild und Psychosomatik:* Betroffene sowie Expertinnen und Experten zogen mehrfach Vergleiche zu anderen Krankheitsbildern, insbesondere zum Chronischen Fatigue-Syndrom (CFS). Aus Sicht der Expertinnen und Experten erschwere das komplexe und schwierig fassbare Krankheitsbild neben Diagnose und Behandlung auch die Finanzierung. Betroffene sowie Expertinnen und Experten stellten eine Tendenz fest, derartige Krankheiten als psychosomatisch zu bezeichnen, sei dies in der Forschung oder bei der Behandlung. Bei psychosomatischen Erkrankungen ergäben sich aber zusätzliche Hürden, so die Wahrnehmung mehrerer Betroffener sowie Expertinnen und Experten: Betroffene würden weniger ernst genommen, es drohe eine Stigmatisierung, Kostengutspracheprozesse würden erschwert. Nicht zuletzt befürchteten mehrere Betroffene Schwierigkeiten bei einem allfälligen, späteren IV-Antrag. Letztere Befürchtung teilten mehrere Expertinnen und Experten. Obwohl das Thema ausserhalb des Rahmens des vorliegenden Berichts liegt, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen.¹⁴²
- *Berufskrankheit:* Aus Sicht mehrerer befragter Expertinnen und Experten reduziert die Anerkennung einer Post-Covid-19-Erkrankung als Berufskrankheit die finanzielle Belastung der Betroffenen. Zunächst entfallen in der Unfallversicherung die Kostenbeteiligung der Patienten/-innen und einige Limitationen (z.B. kantonale Vorgaben der stationären Rehabilitation) gegenüber dem KVG. Zudem werden längere Erwerbsausfälle entschädigt als in der Krankentaggeldversicherung. Da das Ziel der Unfallversicherung die berufliche Wiedereingliederung sei, würden tendenziell grosszügigere Therapien finanziert und die Betroffenen bei komplexen Krankheiten vermehrt durch Case-Manager unterstützt, um spätere Taggeldzahlungen reduzieren oder verhindern zu können, so die Einschätzung eines Experten.
- *Ambulante Pflege:* Vereinzelt bieten Leistungserbringer der ambulanten Pflege (Spitex) Betreuung an, die einer ambulanten Rehabilitation nahekommen. Drei Leistungen würden bei Post-Covid-19-Betroffenen am häufigsten verwendet: Bewältigungsstrategien üben, Umgang mit Krisen und Koordinationsleistungen sowie Anleitung und Förderung der Wohnungspflege. Diese seien im Tarif der Pflege als psychiatrische Leistungen definiert und könnten nur durch psychiatrische Pflegefachpersonen abgerechnet werden. Es gäbe aber nicht genügend psychiatrische Pflegefachpersonen, weshalb diese Leistungen nicht immer erbracht werden können.

¹⁴² Diese Fragen werden in der Antwort auf Postulat 21.3454 (Auswirkungen von Long Covid) bearbeitet, <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20213454>, Zugriff am 28.07.2022.

Anhang

DA 1: Begleitgruppe

<i>Name</i>	<i>Institution</i>
Linda Adamíková	BAG, Stab Grundlagen und Forschung
Pietro Antonini	Ambulatorio Long Covid, Clinica Luganese Moncucco
Manuel Battegay	Infektiologie und Spitalhygiene, Universitätsspital Basel
Chantal Britt	Long Covid Schweiz
Silvio Brugger	Post-Covid Sprechstunde, Universitätsspital Zürich
Patrick Brun	Berner Reha Zentrum, Heiligenschwendi
Uta Caduff	ErgotherapeutInnen Verband Schweiz
Corinne Chmiel	Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich
Gisela Etter Kalberer	UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen
Gregory Fretz	Long Covid Sprechstunde, Kantonsspital Graubünden
Karin Gasser	BAG, Sektionsleiterin gesundheitliche Chancengleichheit
Seraina Grünig	GDK
Irène Hänsli	Schweizerischer Versicherungsverband
Marianne Jossen	BAG, Sektionsleiterin Präventionsstrategien
Susi Kriemler	Institut für Epidemiologie, Universität Zürich
Doris Lüthi	BSV
Coralie Menétrey	GDK
Alexandra Molinaro	BAG, Sektion Unfall- und Militärversicherung
Linda Narthey	BAG, Vizedirektorin
Mayssam Nehme	Consultation covid longue, Hôpitaux Universitaires Genève
Stefan Neuner-Jehle	Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich
Milo Puhan	Institut für Epidemiologie, Universität Zürich
Nicolas Regamey	Kinder Long Covid Sprechstunde, Luzerner Kantonsspital
Axel Reichlmeier	Versicherungsverband Santésuisse
Dirk Richter	Long Covid Sprechstunde, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
Hilde Schäffler	BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, Moderation und Leitung Begleitgruppe
Nina Scherrer	BAG, Sektion Forschung am Menschen
Claudia Scheuter	BAG, Sektionsleiterin Medizinische Leistungen

<i>Name</i>	<i>Institution</i>
Michael Schlunegger	Altea Netzwerk
Joachim Schmidt Leuenberger	Physioswiss
Thomas Sigrist	SWISS REHA
Nicole Spillmann	Spitex Zürich
Sven Streit	Berner Institut für Hausarztmedizin, Universität Bern
Silvia Stringhini	Unité d'épidemiologie populationelle, Hôpitaux Universitaires Genève
Maurizio Trippolini	Fachbereich Physiotherapie, Berner Fachhochschule
Andri Tschudi	BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien
Salome von Greyerz	BAG, Abteilungsleiterin Gesundheitsstrategien
Barbara Weil	FMH
Claudia Wyss	FMH
Anja Zyska	SUVA, Bereich Arbeitsmedizin

DA 2: Experteninterviews mit 11 Vertretenden von Verbänden/Vereinen (strategische Ebene)

<i>Name</i>	<i>Institution</i>	<i>Setting/Thema</i>
Gisela Etter Kalberer	UNION Schweizerischer Komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen	Hausarztmedizin
Phillip Luchsinger	mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz	Hausarztmedizin
Uta Caduff	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz	Rehabilitation ambulant
Joachim Schmidt Leuenberger	Physioswiss	Rehabilitation ambulant
Thomas Sigrist	SWISS REHA	Rehabilitation stationär
Florence Isler	Verein Long Covid Schweiz	Selbsthilfe/Selbstmanagement
Michael Schlunegger	Altea Long Covid Network	Selbsthilfe/Selbstmanagement
Yvonne Bollag	Swiss Insurance Medicine (SIM)/asim	Rahmenbedingungen/Finanzierung
Peter Catlos	Curafutura	Rahmenbedingungen/Finanzierung
Axel Reichlmeier	Santésuisse	Rahmenbedingungen/Finanzierung
Claudia Scheuter	BAG, Sektion Medizinische Leistungen	Rahmenbedingungen/Finanzierung

DA 3: Experteninterviews mit 26 Fachpersonen (operative Ebene)

<i>Name</i>	<i>Institution</i>	<i>Setting/Thema</i>
Pierre Béguin	Kinderarztpraxis Seeland – Pédiatrie Seeland	Hausarztmedizin
Dagmar Haller-Hester	Centre médical de Lancy/Université de Genève	Hausarztmedizin
Res Kielholz	Hausarzt-Praxisgemeinschaft von Dr. med. Res Kielholz und Dr. med. Matthias Gasser in Uster	Hausarztmedizin
Christoph Merlo	Gruppenpraxis in Luzern/Co-direction Center for Family Medicine and Community Care	Hausarztmedizin
Severin Pöchtrager	Anthroposophische Klinik Arlesheim	Hausarztmedizin
Pierre-Yves Rodondi	Universität Fribourg, Institut für Hausarztmedizin	Hausarztmedizin
Pietro Antonini	Clinica Luganese Moncucco	Spezialisierte Sprechstunden
Nicolas Regamey	Luzerner Kantonsspital, Kinderspital Luzern	Spezialisierte Sprechstunden
Yvonne Arzberger, Julia Walther	reha@home	Rehabilitation ambulant
Swantje Beyer, Spencer Rezek	Kantonsspital Winterthur	Rehabilitation ambulant
Stephan Erni	Zurzach Care	Rehabilitation ambulant
Mirjam Busch, Andrea Weise	Ergotherapie Impulse / ZHAW Gesundheit, Institut für Ergotherapie; SRK-Ergotherapie-Zentrum in Chur	Rehabilitation ambulant
Luca Scascighini	Fisioterapia Viganello	Rehabilitation ambulant
Stéphanie Vaudan	Hôpital du Valais Martigny	Rehabilitation ambulant
Thomas Egger	Klinik Gais	Rehabilitation stationär
Yan Mischler, Corinne Villard	Clinique Le Noirmont	Rehabilitation stationär
Nicole Spillmann Al Kumrawi	Spitex Zürich Limmat	Pflege
Beat Gründler	Medical Service AXA/SGV	Rahmenbedingungen/Finanzierung
Alexandra Molinaro, Christoforo Motta	BAG, Sektion Unfallversicherung, Unfallverhütung und Militärversicherung	Rahmenbedingungen/Finanzierung
Vertrauensärztin	Standort Romandie einer grossen Schweizer Krankenversicherung	Rahmenbedingungen/Finanzierung

DA 4: Eckdaten Interviews mit Betroffenen

<i>Person</i>	<i>Geschlecht</i>	<i>Alter</i>	<i>Sprachregion</i>	<i>Erkrankt seit</i>	<i>Rekrutiert</i>
Person 1	m	Erwerbsalter	Deutschschweiz	Nov. 2020	Facebook
Person 2	m	Kind	Deutschschweiz	Okt. 2020	Facebook
Person 3	f	Erwerbsalter	Deutschschweiz	Nov. 2020	Facebook
Person 4	m	Erwerbsalter	Deutschschweiz	März 2020	Facebook
Person 5	f	Erwerbsalter	Deutschschweiz	Jan. 2021	Facebook
Person 6	f	Erwerbsalter	Deutschschweiz	Dez. 2020	Ärzteschaft
Person 7	f	Erwerbsalter	Suisse Romande	Okt. 2020	Ärzteschaft
Person 8	f	Erwerbsalter	Suisse Romande	Dez. 2021	Ärzteschaft
Person 9	f	Erwerbsalter	Tessin	März 2020	Ärzteschaft
Person 10	m	Erwerbsalter	Tessin	Jan. 2022	Andere

Hinweis: Das Interview zum betroffenen Kind wurde mit der Mutter des Kindes geführt.

DA 5: Eckdaten Online-Befragung mit Spitälern

Angeschriebene Personen

		Davon Pädiatrie
Anzahl angeschriebene Spitäler	78	8
Anzahl angeschriebene Personen in den Spitälern	84	8

Teilnehmende Personen

		Davon Pädiatrie
Anzahl Teilnehmende	23	3
Rücklaufquote	27%	38%

Angebot

	Anzahl Teilnehmende	Davon Pädiatrie
Spezialisierte Sprechstunde	18	3
Ambulante Rehabilitation	9	1
Stationäre Rehabilitation	7	0

Sprachregion

	Anzahl Teilnehmende	Davon Pädiatrie
Deutschsprachige Schweiz	19	2
Französischsprachige Schweiz	4	1
Italienischsprachige Schweiz	0	0

Typ

	Anzahl Teilnehmende	Davon Pädiatrie
K111 (Allgemeinspital, Niveau 1)	1	1
K112 (Allgemeinspital, Niveau 2)	11	0
K121 (Allgemeinspital, Niveau 3)	1	0
K211 (Psychiatrische Klinik, Niveau 1)	3	0
K221 (Rehabilitationsklinik)	4	0
K233 (Spezialklinik, Pädiatrie)	2	2
K235 (Spezialklinik, Diverse)	1	0

Quelle: Online-Befragung Interface.

Hinweis: Einige Spitäler bieten mehrere Angebote für Post-Covid-19-Betroffene an, weshalb die Anzahl Angebote in der Studienpopulation grösser ausfällt als die Anzahl Spitäler, die an der Befragung teilgenommen haben.