



Gesundheitsökonomische Evaluation der Kurzzeit- und Übergangspflege des Kantonales Gesundheitszentrums Appenzell

Schlussbericht

**Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie:
Irene Kobler, Thomas Egger, Flurina Meier**

Winterthur, Juni 2024

IMPRESSUM

Herausgeber
ZHAW School of Management and Law
Stadthausstrasse 14
Postfach
8401 Winterthur
Schweiz

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
www.zhaw.ch/wig

Projektleitung, Kontakt
Flurina Meier
flurina.meier@zhaw.ch

Juni 2024

Copyright © 2024,
ZHAW School of Management and Law

Alle Rechte für den Nachdruck und die
Vervielfältigung dieser Arbeit liegen beim
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der
ZHAW School of Management and Law.
Die Weitergabe an Dritte bleibt ausgeschlossen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	4
Das Wichtigste in Kürze	5
1 Einleitung	7
1 Methode	9
1.1 Entwicklung alternativer Patient:innenpfade («Welt ohne KÜP»)	9
1.2 Berechnungen der Beiträge	11
1.3 Sensitivitätsanalysen	13
2 Ergebnisse	16
2.1 Bisherige Inanspruchnahme von KÜP-Leistungen	16
2.2 Einteilung in die Patient:innenpfade	16
2.3 Beiträge pro Falltyp und Patient:innepfad	17
2.4 Beiträge in der Gesamtpopulation	31
2.5 Sensitivitätsanalysen	32
2.6 Exkurs: Qualitative Bewertung der Versorgungsqualität in einer «Welt ohne KÜP»	34
3 Diskussion	36
3.1 Bisherige Inanspruchnahme	36
3.2 Vergleich der Beiträge der «Welt mit KÜP» und einer «Welt ohne KÜP»	37
3.3 Potenzielle Auswirkungen einer Einstellung des KÜP-Angebots	39
3.4 Potenzielle Auswirkungen eines Wegfalls oder einer Anpassung der Mitfinanzierung der Pensions- und Betreuungstaxen durch den Kanton	40
3.5 Limitationen	41
4 Fazit	42
5 Literaturverzeichnis	43
6 Tabellenverzeichnis	45
7 Abbildungsverzeichnis	46
8 Anhang	48
8.1 Zusammensetzung Expert:innen aus der Region (Workshops)	48
8.2 Fallbeschriebe	48

Abkürzungsverzeichnis

APH	Alters- und Pflegeheim
APZ	Alters- und Pflegezentrum
AI	Appenzell-Innerhoden
AÜP	Akut- und Übergangspflege
BESA	Bewohner/-innen-Einstufungs- und -Abrechnungssystem
FIM	Functional Independence Measure
GZAI	Kantonales Gesundheitszentrum Appenzell
KÜP	Kurzzeit- und Übergangspflege
KP	Kurzzeitpflege
Reha	Rehabilitation
WIG	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Das Wichtigste in Kürze

HINTEGRUND UND ZIELE

Die Anzahl älterer Menschen in der Schweiz steigt kontinuierlich und wird sich laut dem Bundesamt für Statistik bis 2050 verdoppeln. Im Kanton Appenzell Innerrhoden wird die Zahl der über 65-Jährigen von 3'233 Personen im Jahr 2020 auf 4'184 Personen im Jahr 2030 ansteigen, was einer Zunahme von 42% entspricht. Gleichzeitig steigt die Zahl der pflegebedürftigen Personen. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurde im Juli 2021 im Gesundheitszentrum Appenzell (GZAI) ein neues Angebot der Kurzzeit- und Übergangspflege (KÜP) eingeführt. Dieses Angebot bietet professionelle Pflege rund um die Uhr in drei Hauptbereichen: Kurzzeitpflege, Akut- und Übergangspflege (AÜP) sowie Pflege in der letzten Lebensphase. Finanziert wird die Versorgung im GZAI über die Pflegefinanzierung, wobei der Kanton AI während einer dreijährigen Pilotphase 80% der Pensions- und Betreuungstaxen übernimmt, welche sonst von den Patient:innen bezahlt werden müssten. Die vorliegende ökonomische Evaluation des KÜP, welche im Auftrag des GZAI erstellt wurde, untersucht, wie sich die Beiträge der Beitragszahlenden (Patient:innen, OKP, Kanton) in der «Welt mit KÜP» im Vergleich zu einer «Welt ohne KÜP» unterscheiden. Diese Ergebnisse bilden die Grundlage, um politische Entscheidungen über die allfällige Weiterführung des KÜP und die zukünftige Finanzierung zu treffen.

METHODISCHES VORGEHEN

Um die Fragestellung zu beantworten, wurde ein Beitragsvergleich zwischen den tatsächlichen Patient:innenpfaden in einer «Welt mit KÜP» (basierend auf bisherigen KÜP-Patient:innen) und mit Fachpersonen erstellte alternative Szenarien in einer «Welt ohne KÜP» durchgeführt. Auf solche Szenarien musste zurückgegriffen werden, weil keine Vergleichsdaten für eine «Welt ohne KÜP» vorlagen. Zum Erstellen der Szenarien wurde zunächst der Datensatz aller bisheriger KÜP-Patient:innen analysiert und es wurden mittels Kriterien wie Eintritts- und Austrittsort sowie Leistungsangebot verschiedene Patient:innengruppen gebildet. Anschliessend wurden für diese Patient:innengruppen typische Stellvertreterfälle (Falltypen) erstellt. Für jeden dieser Falltypen wurde in zwei Workshops mit Expert:innen aus der Region alternative Pfade modelliert. Jedem so erhaltenen alternativen Patient:innenpfad wurden – unter Einbezug der Aufenthaltsdauern der bisherigen KÜP-Patient:innen – die Beiträge jedes Beitragszahlenden (Patient:innen, OKP, Kanton) hinterlegt. Für die «Welt mit KÜP» wurden die tatsächlich angefallenen Beiträge der Patient:innen des KÜP aufsummiert. Zum Schluss wurden die Beiträge insgesamt und pro Beitragszahlendem der «Welt mit KÜP» und der «Welt ohne KÜP» miteinander verglichen. Mittels Sensitivitätsanalysen wurde die Robustheit der zugrundeliegenden Annahmen getestet.

ANALYSEN

Die Gesamtsumme der Beiträge in der «Welt mit KÜP» (CHF 1,42 Mio.) und einer «Welt ohne KÜP» (CHF 1,42 Mio.) fallen gleich hoch aus. Auf der Ebene der einzelnen Beitragszahlenden zeigt sich, dass die Patient:innen in einer «Welt mit KÜP» deutlich weniger bezahlen (CHF 223'904, -66%) als in einer «Welt ohne KÜP» (CHF 660'862). Auch für die OKP ist die «Welt mit KÜP» finanziell attraktiver, da deren Beiträge um rund 20% niedriger ausfallen (CHF 278'026 gegenüber CHF 349'181). Für den Kanton sind jedoch die Beiträge in der «Welt mit KÜP» deutlich höher (CHF 918'071) als in einer «Welt ohne KÜP» (CHF 409'054; -55%). Diese Unterschiede sind stark abhängig von der Übernahme von 80% der Pensions- und Betreuungstaxen durch den Kanton. Würde der Kanton diese finanzielle Beteiligung einstellen, das KÜP aber weiterhin betreiben, würde er in der «Welt mit KÜP» lediglich CHF 314'480 zahlen, was etwa 23% weniger wäre als in einer «Welt ohne KÜP» (CHF 409'054). Diese An-

passung würde jedoch die Patient:innen belasten, da sie dann insgesamt CHF 827'495 bezahlen müssten, was 25% mehr wäre als in einer «Welt ohne KÜP» (CHF 660'862) und 270% (+CHF 603'591) mehr als heute. Für die OKP hat die Übernahme der Pensions- und Betreuungstaxen durch den Kanton keinen Einfluss auf die Beiträge.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Unserer Analysen zeigen, dass die Patient:innen und die OKP in der «Welt mit KÜP» weniger Beiträge bezahlen müssen als in einer «Welt ohne KÜP». Auch der Kanton würde von einer «Welt mit KÜP» profitieren, wenn die Mitfinanzierung von 80% der Pensions- und Betreuungstaxen nicht wäre. Denn er übernimmt mit diesen 80% der Pensions- und Betreuungstaxen den Grossteil an Beiträgen in der «Welt mit KÜP». Aber selbst wenn der Kanton die finanzielle Beteiligung um 30% senken würde, wäre die «Welt mit KÜP» für die Patient:innen noch attraktiver als eine «Welt ohne KÜP».

In Bezug auf die Beiträge sind für den Kanton vor allem die vermiedenen Spiltage, für die Patient:innen die vermiedenen APH-Tage ausschlaggebend. Denn es lässt sich festhalten, dass in einer «Welt ohne KÜP» die Patient:innen aus finanzieller Perspektive einen Anreiz haben, zu Hause zu bleiben oder ins Spital einzutreten, jedoch nicht das APH (ausserhalb der KÜP-Versorgung) zu nutzen. Der Kanton hat einen Anreiz, die Patient:innen im APH zu versorgen und möchte kostspielige Aufenthalte im Spital möglichst vermeiden. Auch in einer Versorgung zu Hause mit Spitex bezahlt der Kanton mehr als bei einem Aufenthalt im APH. Die OKP teilt diese Anreize mit dem Kanton. Die Finanzierung von 80% der Pensions- und Betreuungstaxen im KÜP durch den Kanton, verändert die oben beschriebenen Anreize deutlich. Für den Kanton lohnt sich finanziell diese Beteiligung nur, wenn damit eine sehr grosse Zahl an Spitalaufenthalten vermieden werden können. Für die Patient:innen macht die Übernahme der 80% der Pensions- und Betreuungstaxen durch den Kanton den Aufenthalt im KÜP jedoch deutlich attraktiver. Für die OKP ändert sich durch die Beteiligung des Kantons nichts an den Anreizen.

Unsere Analysen beinhalten viele Annahmen. Daher haben wir diverse Sensitivitätsanalysen durchgeführt. Diese zeigen, dass die oben genannten Aussagen auch bei veränderten Annahmen bestehen bleiben. Hilfen in der Finanzierung von Beiträgen, wie z.B. die Ergänzungsleistungen wurden in unseren Analysen nicht mitberücksichtigt.

FAZIT

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Gesamtbeiträge in beiden untersuchten Welten ungefähr gleich hoch wären, man jedoch mit dem KÜP – laut Aussagen der Expert:innen – die Versorgungssituation in AI deutlich besser ist. Zudem scheint das KÜP bei den Hausärzt:innen auf Anklang zu stossen, was in Bezug auf den aktuellen Hausärztemangel relevant ist. Des Weiteren sind die Beiträge der OKP in der «Welt mit KÜP» niedriger, was angesichts der derzeit stark steigenden Prämien ein weiteres überzeugendes Argument darstellt. Die grössten gesundheitlichen und finanziellen Vorteile ziehen die Patient:innen aus der Existenz des KÜP.

Allerdings stellt die Finanzierung der KÜP-Versorgung für den Kanton eine erhebliche finanzielle Belastung dar. Dies liegt v.a. an der Beteiligung von 80% an den Pensions- und Betreuungstaxen, die eingeführt wurde, um die Hürden einer Inanspruchnahme für die Patient:innen zu senken. Dieser Anreiz für die Patient:innen sollte laut unseren Analysen zwar beibehalten werden, da auch der Kanton davon profitiert, wenn sowohl eine Versorgung im Spital (entweder durch mehr Spitaleintritte oder verlängerte Spitalaufenthalte) als auch – wenn auch in geringerer Masse – eine Spitex-Versorgung vermieden werden können. Wir empfehlen jedoch die Beteiligung an den Pensions- und Betreuungstaxen zu reduzieren. Eine Reduktion der Beteiligung – z.B. auf 50% – würde das Verhältnis zwischen den Beiträgen der Patient:innen und des Kantons deutlich ausgleichen. Trotzdem würde der Anreiz der Patient:innen, sich im Spital oder zu Hause versorgen zu lassen, weiterhin etwas reduziert.

1 Einleitung

Die Anzahl älterer Menschen steigt in der Schweiz seit einigen Jahren kontinuierlich an und dieser Trend wird sich in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen (Bundesamt für Statistik, 2020). Schweizweit wird bis 2050 erwartet, dass sich die Bevölkerung ab 65 Jahren mehr als verdoppeln wird (Bundesamt für Statistik, 2020). Dies bedeutet, dass im Jahr 2050 etwa 2,67 Millionen Personen über 65 Jahre in der Schweiz leben werden, wovon 1,11 Mio. Personen über 80 Jahre alt sein werden (Bundesamt für Statistik, 2020).

Auch im Kanton Appenzell Innerrhoden (AI) zeigt sich ein ähnliches demografisches Bild. Während im Jahr 2020 3'233 Personen über 65 Jahre im Kanton AI wohnhaft waren, wird prognostiziert, dass diese Zahl bis zum Jahr 2030 auf 4'184 Personen ansteigen wird, was einer Zunahme von 42% entspricht (Bundesamt für Statistik, 2020). Dieser Anstieg ist vor allem auf die steigende Lebenserwartung sowie den Eintritt der geburtenstarken Babyboomer-Generation ins Rentenalter zurückzuführen.

Mit der steigenden Zahl älterer Menschen geht auch eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit einher. Während im Jahr 2008 im Kanton AI 225 pflegebedürftige Personen gezählt wurden, wird prognostiziert, dass diese Zahl bis zum Jahr 2030 auf 369 pflegebedürftige Personen über 65 Jahre ansteigen wird (Bayer-Oglesby & Höpflinger, 2010). Dies entspricht einer Zunahme von 64%. Der deutliche Anstieg an pflegebedürftigen Personen stellt die Altersversorgung vor neue Herausforderungen. AI hat auf diese Entwicklungen reagiert indem unter anderem ein neues Angebot der Kurzzeit- und Übergangspflege (KÜP) in Appenzell aufgebaut wurde.

Neues Angebot im Kanton Appenzell Innerhoden

Ende Juni 2021 wurde die Bettenstation im Spital Appenzell Innerhoden geschlossen. Per 1. Juli 2021 wurde das KÜP-Angebot im Gesundheitszentrum Appenzell (GZAI) eingeführt. Dieses Angebot stellt die professionelle Rund-um-die-Uhr-Pflege (24h/7 Tage die Woche) im Kanton AI sicher, wobei eine Aufnahmepflicht besteht und die Hausärzt:innen die medizinische Versorgung ihrer Patient:innen übernehmen. Diejenigen Patient:innen, die nicht über einen lokalen Hausarzt oder eine lokale Hausärztin verfügen, werden im Rotationsprinzip von einer Auswahl an Hausärzt:innen des Kantons AI betreut.

Im KÜP finden Menschen mit einem vorübergehend erhöhten Pflegebedarf die drei nachfolgend beschriebenen Angebote, die sich vor allem – aber nicht ausschliesslich – an ältere Menschen richten. Im Vordergrund stehen die bedürfnisgerechte Pflege und der Zugang zu den verordneten Therapien.

1. **Kurzzeitpflege (KP):** Hat eine Person in einer grundsätzlich stabilen Krankheitssituation vorübergehend einen erhöhten Pflegebedarf, ohne einen Spitalbedarf aufzuweisen, kann die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden. Sie sind auf eine qualifizierte Pflege und/oder Überwachung während 24 Stunden am Tag angewiesen. Die medizinische Verantwortung bleibt dabei bei den Hausärzt:innen. Ein zentrales Ziel dieses Angebots liegt auf der Rückgewinnung der Selbstständigkeit und zuvor vorhandenen Fähigkeiten. Die Kurzzeitpflege kann beispielsweise zur kurzzeitigen pflegerischen Betreuung und Überwachung nach einem Unfall, einer Erkrankung oder einem ambulanten Eingriff in Anspruch genommen werden oder sie dient als Übergangslösung bei einem kurzzeitigen Wegfall der pflegenden Angehörigen aufgrund von Ferien, Überlastung, Krankheiten etc. Die Zuweisung erfolgt über die Hausärzt:innen, Spezialist:innen oder Spitalärzt:innen (Kantonales Gesundheitszentrum, 2023a).
2. **Akut- und Übergangspflege (AÜP):** Die AÜP wurde in der Schweiz 2011 mit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung etabliert (Art. 25a Abs. 2 KVG). Sie soll bei Personen eingesetzt werden, welche nach einem Spitalaufenthalt noch einen erhöhten Pflegebedarf haben. Dies basierend auf

der Erkenntnis, dass insbesondere ältere Menschen nach Spitalaufenthalt oft länger Zeit brauchen für die Rekonvaleszenz. Im Fokus stehen dabei die Erholung und die Rückgewinnung der zuvor vorhandenen Fähigkeiten. Die AÜP ist laut dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) auf zwei Wochen beschränkt und wirkt wie folgt auf die Finanzierung (Art. 25 Abs. 2e KVG; Art. 7 Abs. 1 KLV): Bei AÜP-Patient:innen werden die Pflegebeiträge nicht von der betroffenen Person selbst übernommen, sondern zu mind. 55% vom Kanton und zu 45% von der Krankenversicherung. Die Pensions- und die Betreuungsbeiträge gehen vollständig zu Lasten der betroffenen Person. Dies im Gegensatz zu einem Aufenthalt im Spital, in welchem die Pensions- und die Betreuungsbeiträge zu Lasten des Kantons und den obligatorischen Krankenversicherungen (OKP) gehen.

3. **Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase:** In der letzten Lebensphase ist häufig ein intensiverer Pflege- und Betreuungsbedarf vorhanden. Daher wird im KÜP ein entsprechendes bereitgestellt (Kantonales Gesundheitszentrum, 2023b). Der Einfachheit halber sprechen wir im Rahmen dieser Studie bei diesem Angebot von Palliative Care respektive bei Patient:innen, die das Angebot in Anspruch nehmen von Palliative Care-Patient:innen.

Die stationäre Versorgung im KÜP-Angebot wird grundsätzlich über die Mechanismen der Pflegefinanzierung vergütet. Das bedeutet, dass es drei Beitragszahlende gibt: Die betroffene Person (in der Folge Patient:innen genannt), die OKP und der Kanton. Auf diese drei Parteien teilen sich die Kosten für die pflegerische Versorgung auf. Laut Pflegefinanzierung würden die Beiträge für Pension und Betreuung zu Lasten der Patient:innen gehen. Aus Perspektive der Patient:innen stellt das eine grosse Hürde bezüglich der Inanspruchnahme dar. Um diesem Fehlanreiz entgegenzuwirken, hat der Kanton AI entschieden, während einer Pilotphase von drei Jahren 80% der Pensions- und Betreuungstaxen zu finanzieren und somit die Attraktivität dieses Angebots für Patient:innen zu steigern (Kantonales Gesundheitszentrum Appenzell, 2022).

Inhalt der Studie

Beim GZAI handelt es sich um ein Pilotprojekt, das auf drei Jahren angesetzt wurde. Diese Pilotphase läuft auf Ende Juni 2024 ab. Nach diesem Termin muss geklärt sein, ob 1) das KÜP-Angebot weitergeführt wird und wenn ja, 2) ob und 3) wie die Übernahme von 80% der Pensions- und Pensionstaxen durch den Kanton in Zukunft erfolgen soll. Um die anstehenden politischen Entscheide treffen zu können, wurde das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) mit einer ökonomischen Evaluation des KÜP beauftragt. Auf Wunsch des Auftraggebers wird der Fokus dabei auf die Evaluation der Kurzzeitpflege und der AÜP gelegt, die Palliative Care-Patient:innen werden in den Analysen nicht berücksichtigt.

Um zu eruieren, wie sich die Beiträge aller beteiligten Beitragszahlenden (Patient:innen, OKP, Kanton) mit und ohne KÜP unterscheiden, wird ein Vergleich von deren Beiträgen angestellt. Folgende Fragestellung steht im Vordergrund der Evaluation:

Wie unterscheiden sich die Beiträge insgesamt und für alle beteiligten Beitragszahlenden (Patient:innen, OKP, Kanton) zwischen dem Szenario mit KÜP-Versorgung und dem Szenario ohne KÜP-Versorgung?

Darüber hinaus wird auf der Basis der Ergebnisse diskutiert, welche Argumente für und gegen eine Übernahme von 80% Pensions- und Betreuungstaxen durch den Kanton bestehen und wie mögliche Alternativen aussehen könnten.

1 Methode

Um die oben genannte Fragestellung zu beantworten, wurde ein Vergleich zwischen den Patient:innen in einer «Welt mit KÜP» (basierend auf den bisherigen Patient:innen des KÜP) und einer «Welt ohne KÜP» (basierend auf alternativen Patient:innenpfaden) durchgeführt. Unter alternativen Patient:innenpfaden wird die Versorgung von Patient:innen ohne das Bestehen des KÜP-Angebotes verstanden. Da keine Vergleichsdaten für die Versorgung ohne KÜP bestehen, wurden diese alternativen Patient:innenpfade zusammen mit Expert:innen aus der Region modelliert. Die Zusammensetzung der Expert:innengruppe ist in Anhang 8.1 zu finden. Die nachfolgenden Kapitel zeigen das methodische Vorgehen im Detail auf.

1.1 ENTWICKLUNG ALTERNATIVER PATIENT:INNENPFADE («WELT OHNE KÜP»)

1.1.1 Ermittlung Patient:innengruppen und Falltypen

Als Basis für den Beitragsvergleich wurden innerhalb des bisherigen Patient:innenkollektivs¹ des KÜP sich unterscheidende Patient:innengruppen ermittelt (Abbildung 1). Die Fälle innerhalb einer Patient:innengruppe sind sich in den wichtigen Kriterien möglichst ähnlich, zwischen den Patient:innengruppen unterscheiden sie sich in den wichtigen Kriterien möglichst stark. In einem ersten Schritt wurden die Patient:innen in provisorische Patient:innengruppen aufgeteilt. Es wurde nach Eintrittsort, Austrittsort und in Anspruch genommenem Leistungsangebot unterschieden (Tabelle 1):

Tabelle 1: Relevante Kriterien für die Einteilung in die Patient:innengruppen

Eintrittsort	Austrittsort	Leistungsangebot
– Reha/Kur	– APH	– AÜP
– Spital	– Nach Hause	– Kurzzeitpflege
– Zu Hause		

- Unsere Analysen schlossen alle Patient:innen aus, welche das Palliative Care-Angebot nutzten, bei ihrem Aufenthalt im KÜP verstarben, nach ihrem KÜP-Aufenthalt (re)hospitalisiert wurden oder ein anderes Kriterium aus Tabelle 1 nicht erfüllten.
- Diese provisorischen Patient:innengruppen wurden mit Fachpersonen aus dem GZAI (Pflegedienstleitung GZAI, Leitung KÜP, Vertreterin Verwaltungsrat GZAI) im Rahmen eines Workshops diskutiert und es wurde reflektiert, ob die provisorische Einteilung ihrer Wahrnehmung aus dem Alltag entspricht und welche Kriterien zusätzlich berücksichtigt werden müssten.
- Im Anschluss an den Workshop wurde anhand der Daten ermittelt, welche zusätzlichen Kriterien sich eignen, um die Patient:innen in sich noch besser unterscheidende Gruppen einzuteilen. Dazu gehören Veränderungen im *Funcional Indipence Measure* (FIM), die Aufenthaltsdauer im KÜP und die Effekte von medizinischen und pflegerischen Massnahmen.

¹ = alle Patient:innen, die zwischen 1. Juli 2021 und 20. März 2024 im KÜP behandelt wurden

Pro Patient:innengruppe wurde ein typischer Fall (Falltyp) erstellt (siehe Abbildung 1). Dieser wurde aus den bestehenden Patient:innendaten wie folgt ermittelt: für quantitative Variablen (z.B. Aufenthaltsdauer) wurde der Mittelwert der gesamten Patient:innengruppe verwendet, für alle kategoriellen Variablen wurde die Ausprägung verwendet, welche häufiger in der Gruppe vorhanden war. Diese Typisierung wurde mit den Expert:innen aus der Region gespiegelt (siehe Kapitel 1.1.2).

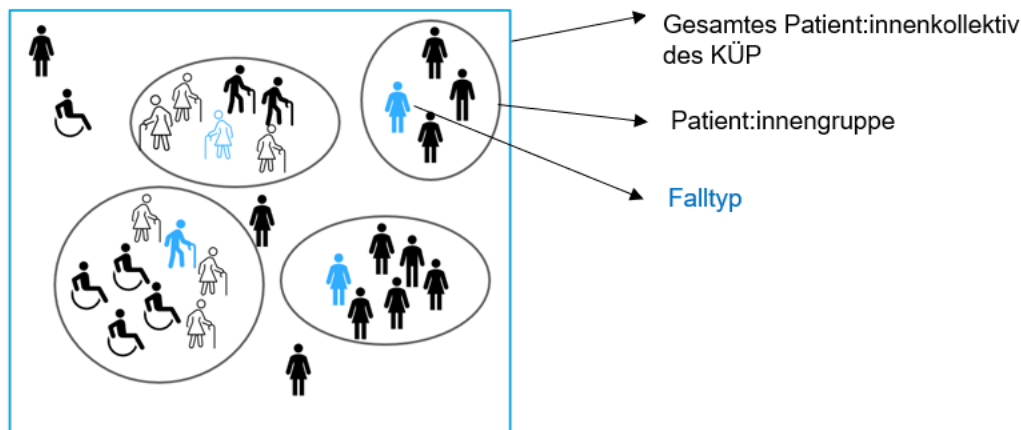


Abbildung 1: Überblick Bildung Patient:innengruppen

1.1.2 Workshops

Für die Falltypen wurden im Anschluss vom Projektteam der ZHAW in Zusammenarbeit mit Fachexpert:innen des GZAI Fallbeschriebe erstellt. Diese bildeten die Basis, um mit den Expert:innen aus der Region in den Workshops die alternativen Patient:innenpfade («Welt ohne KÜP») zu modellieren (Expert:innen sind in Anhang 8.1 aufgeführt). In Abbildung 2 ist ein Beispiel eines Fallbeschriebs zu sehen, alle weiteren Fallbeschriebe sind in Anhang 8.2 zu finden.

Die Person ist 83 Jahre alt und lebte vor ihrem KÜP-Aufenthalt allein. Nach einem Spitalaufenthalt trat diese Person für 10 Tage in die AÜP des KÜP ein. Während ihres Aufenthaltes in der AÜP benötigte diese Person weder medizinische Versorgung noch erweiterte pflegerische Massnahmen. Sie erhielt jedoch die therapeutischen Massnahmen, welche bei einem AÜP-Aufenthalt üblich sind. Über den ganzen Aufenthaltszeitraum verbesserte sich der FIM dieser Person unterdurchschnittlich. Noch während ihres Aufenthaltes in der AÜP wurde zusammen mit den beteiligten Personen entschieden, dass diese Person nicht mehr nach Hause zurückkehren, sondern ins APH eintreten wird.



Abbildung 3: Patient:innenpfad Falltyp 1. APH: Alters- und Pflegeheim, AÜP: Akut- und Übergangspflege

Steckbrief:

Alter	83 Jahre
Lebenssituation	Lebte allein
Verweildauer	10 Tage
BESA	Keine Angaben möglich (AÜP)
FIM-Verbesserung	Unterdurchschnittliche Verbesserung
Massnahmen	Medizinische: Nein Therapeutische: Ja Erweiterte pflegerische: Nein

Abbildung 2: Beispiel eines Fallbeschriebs

Im ersten Workshop lag die Erarbeitung der alternativen Patient:innenpfade im Vordergrund. Gemeinsam wurde dabei für jeden Falltypen diskutiert, welchen Weg oder welche Wege der Falltyp einschlagen könnte, wenn das KÜP nicht existieren würde. Im zweiten Workshop wurden offene Fragen geklärt und die modellierten Pfade kritisch hinterfragt und konsolidiert. So wurden beispielsweise Falltypen zusammengeschlossen, weil beispielsweise die alternativen Patient:innenpfade identisch ausfielen. Ein Zwischenergebnis von Workshop 2 war die Entscheidung, definitiv mit sieben Falltypen (A bis G) weiter zu arbeiten. Falls für einen Falltypen mehr als ein alternativer Pfad vorhanden war, wurde zudem eine Einschätzung zur Eintretenswahrscheinlichkeit der jeweilig alternativen Patient:innenpfade eingeholt. Weiter wurde erfragt, welche Patient:innenmerkmale dazu führen, dass ein spezifischer Patient:innenpfad wahrscheinlicher ist.

Die Expert:innen betonten im Workshop, dass eine Einschätzung der Wahrscheinlichkeit alternativer Patient:innenpfade beinahe unmöglich sei. Anhand der Patient:innenmerkmale, die einen spezifischen Patient:innenpfad wahrscheinlicher machen, wurde daher mit Hilfe der KÜP-Daten ermittelt, wie viele Patient:innen welchem Pfad zugeteilt würden, wenn diese Merkmale angewendet werden.

Nach der Zuordnung der Patient:innen zu den alternativen Pfaden anhand der unten beschriebenen Kriterien wurden die Wahrscheinlichkeiten dieser Pfade mit den von den Expert:innen geschätzten Wahrscheinlichkeiten verglichen. Unsere datenbasierten Berechnungen erwiesen sich als vergleichbar mit den Einschätzungen der Expert:innen. Daher wurde in der Nachbereitung beschlossen, ausschliesslich die Merkmale der Patient:innen als Entscheidungsgrundlage für die Bestimmung der Wahrscheinlichkeit dieser Pfade heranzuziehen.

Die folgenden Kriterien wurden dabei angewandt:

Entscheid zwischen «APH» und «nach Hause mit Spitex»:

- Patient:innen mit medizinischen Massnahmen wurden dem «APH»-Pfad zugeteilt
- Patient:innen mit erweiterten pflegerischen Massnahmen wurden dem «APH»-Pfad zugeteilt
- Patient:innen ohne eine:n Ehepartner:in wurden dem «APH»-Pfad zugeteilt

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nur Patient:innen mit eine:r Ehepartner:in und ohne medizinische oder erweiterten pflegerischen Massnahmen dem «nach Hause mit Spitex»-Pfad zugeteilt wurden.

Entscheid zwischen «Spital», «APH», «nach Hause mit Spitex»:

- Patient:innen mit medizinischen Massnahmen wurden dem «Spital»-Pfad zugeteilt
- Patient:innen mit erweiterten pflegerischen Massnahmen wurden dem «Spital»-Pfad zugeteilt
- Patient:innen ohne eine:n Ehepartner:in wurden dem «APH»-Pfad zugeteilt

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nur Patient:innen mit eine:m Ehepartner:in und ohne medizinischen oder erweiterten pflegerischen Massnahmen dem «nach Hause mit Spitex»-Pfad zugeteilt wurden.

1.2 BERECHNUNGEN DER BEITRÄGE

Sowohl für die «Welt mit KÜP» als auch für eine «Welt ohne KÜP» wurden im Anschluss die gesamten Beiträge sowie die Beiträge für alle Beitragszahlenden (Patient:innen, OKP, Kanton) berechnet. Nachfolgende Ausführungen zeigen die Berechnungsgrundlagen auf.

1.2.1 Berechnung der Beiträge in der «Welt mit KÜP»

Die Beiträge aller KÜP-Patient:innen wurden mit der anonymisierten Datensatzübermittlung mitgeliefert, wobei diese unterteilt waren in folgende Beitragsformen:

- Pensionsbeiträge der Patient:innen
- Betreuungsbeiträge der Patient:innen
- Pflegebeiträge der Patient:innen
- Pflegebeiträge der OKP
- Pflege-Restkostenbeiträge des Kantons
- Pensionsbeiträge des Kantons (80% der Pensionstaxen wurden vom Kanton übernommen)
- Betreuungsbeiträge des Kantons (80% der Betreuungstaxen wurden vom Kanton übernommen)

Diese Beiträge wurden pro Fall und Beitragszahlende addiert:

- Beiträge der Patient:innen
- Beiträge der OKP
- Beiträge des Kantons

1.2.2 Berechnung der Beiträge in einer «Welt ohne KÜP»

Jede:r Patient:in des KÜP wurden einem alternativen Patient:innenpfad zugeteilt. Die Dauer der Aufenthalte in den alternativen Angeboten wurden mit derselben Dauer übernommen, wie sie im tatsächlichen Aufenthalt in den KÜP-Angeboten angefallen waren. D.h. ein:e Patient:in, die während 14 Tagen in der AÜP des KÜP war und dem Patient:innenpfad XX2 zugeteilt wurde, wurden im alternativen Patient:innenpfad eine Spitex-AÜP von ebenfalls 14 Tagen zugeteilt. Die Dauer der AÜP-Aufenthalte wurden dabei 1:1 auf APH-AÜP oder Spitex-AÜP übertragen und die Dauer der Aufenthalte in der Kurzzeitpflege 1:1 auf die Aufenthalte im APH, APH-Ferienbett, in der Spitex und oder im Spital. Diesen so erhaltenen Patient:innen-Pfaden wurden die untenstehenden Beitragsdaten hinterlegt, um die definitiven Beiträge zu erhalten.

AÜP im APH: Anhand der Pflegeheimliste von AI (Gesundheitsamt Kanton AI, 2023) und den «Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime» (Bundesamt für Gesundheit, 2024) ist ersichtlich, dass einzig das Alters- und Pflegezentrum (APZ) Alpsteeblick AÜP für den Kanton AI anbietet. Aus der Tarifordnung des APZ Alpsteeblick (Kantonales Gesundheitszentrum Appenzell, 2024a) wurden die Pensions- und Betreuungstaxen übernommen (Einzelzimmer mit Zuschlag Kurzaufenthalt). Die Pflegebeiträge der OKP und des Kantons wurden der KÜP-Tarifordnung (Kantonales Gesundheitszentrum Appenzell, 2024b) entnommen, da das APZ Alpsteeblick und das KÜP Sonwendling beide dem GZAI angehören.

APH/Ferienbett: Der Pflegeheimliste von AI (Gesundheitsamt Kanton AI, 2023) wurden die APH mit Leistungsauftrag entnommen. Pro APH mit Leistungsauftrag wurde ein durchschnittlicher Pensionsbeitrag für reguläre APH-Betten und für Ferienbetten anhand der Tarife für die verschiedenen Zimmerkategorien berechnet. Den Tarifordnungen der Leistungsbeauftragten APH wurden ausserdem die Tarife zu Betreuung, Pflegebeiträge der Patient:innen, der OKP und des Kantons pro Pflegestufe entnommen. Diese Beiträge wurden anhand der Bettenzahl gewichtet und auf kantonale Durchschnittsbeiträge hochgerechnet.

Spitex-AÜP: Anhand der Spitex-Statistik (Bundesamt für Statistik (BFS), 2023b) wurden die durchschnittlichen Stunden AÜP-Pflege pro Tag für Bewohner:innen des Kantons AI berechnet. Zusammen mit den AÜP-Tarifverträgen des Kantons AI (Spitex Verband SG|AR|AI, 2024) ergeben sich die Pflegebeiträge der OKP und des Kantons. Wiederum aus der Spitex-Statistik (Bundesamt für Statistik (BFS),

2023b) wurde der durchschnittliche Anteil an Betreuung für Bewohner:innen des Kantons AI berechnet. Dieser wurde mit den durchschnittlichen Pflegeminuten pro Pflegestufe und Tag multipliziert, sodass eine tägliche Zeit an Betreuung pro Pflegestufe resultierte.

Spitex: Die Beiträge der Patient:innen, wie auch diejenigen der OKP und des Kantons wurden dem «Tarifblatt» der Spitex AI entnommen (Spitex Appenzell Innerrhoden, 2024). Anhand der durchschnittlichen Inanspruchnahme der einzelnen KLV-Leistungen des Jahres 2022 (Bundesamt für Statistik (BFS), 2023b) wurden Mischstundentarife pro Pflegestufe für den Kanton und die OKP berechnet.

Spital: Die Spitalbeiträge wurden von einer medizinischen Codiererin anhand der Hauptdiagnose und Verweildauer im KÜP mit einer Baserate von 10'000 codiert, wobei dem Kanton jeweils 55% der Beiträge und der OKP jeweils 45% der Beiträge zugeteilt wurden. Die Beiträge der Patient:innen im Spital belaufen sich auf täglich CHF 15.

1.2.3 Beiträge in der Gesamtpopulation

Für die «Welt mit KÜP» und eine «Welt ohne KÜP» wurden die in Kapitel 1.2.2 berechneten Beiträge aller in unseren Analysen berücksichtigten Patient:innen aufsummiert, und zwar sowohl für die einzelnen Beitragszahlenden, als auch als Gesamtsumme.

1.3 SENSITIVITÄTSANALYSEN

Die vorliegenden Analysen basieren auf mehreren Annahmen. Um zu beurteilen, wie stark unsere Ergebnisse variieren würden, falls diese Annahmen nicht zutreffen, haben wir eine Reihe von Sensitivitätsanalysen durchgeführt. Die Resultate dieser Sensitivitätsanalysen dienen dazu, die Stabilität und Robustheit unseres Modells zu bewerten und die kritischen Faktoren zu identifizieren, die das Ergebnis am stärksten beeinflussen.

Die getesteten Annahmen betreffen die:

- 1) Einschätzung der Eintretenswahrscheinlichkeit der alternativen Patient:innenpfade anhand der Patient:innenmerkmale
- 2) Annahme, dass es in den alternativen Patient:innenpfaden keine Verlängerung der Aufenthalte im Akutspital gibt

1.3.1 Eintretenswahrscheinlichkeit der alternativen Patient:innenpfade

Grundscenario: Das Grundscenario geht davon aus, dass alle Patient:innen, die nach einem stationären Aufenthalt im Spital oder einer Reha/Kur (Bspw. APH-Ferienbett, AÜP im APH, Spital) nach Hause zurück kehren, sowohl eine:n Ehepartner:in und gleichzeitig keine medizinischen oder erweiterten pflegerischen Massnahmen haben.

Szenario 1: In Szenario 1 wird davon ausgegangen, dass das Vorhandensein eines Partners oder einer Partnerin keinen Einfluss mehr auf den Aufenthalt nach dem KÜP-Austritt hat, sondern dass allein der Bedarf an medizinischen und/oder erweiterten pflegerischen Massnahmen ausschlaggebend ist für den weiteren Verlauf. Sofern also die Patient:innen entweder erweiterte pflegerische und/oder medizinische Massnahmen haben, werden sie dem APH-Pfad zugewiesen (Anteile dieser Patient:innen pro Pfad siehe **Tabelle 3**). Haben sie keine Massnahmen, fallen sie in den Spitex-Pfad.

Dabei stellt der Falltyp D einen Sonderfall dar, da bei diesem Falltypen drei alternative Patient:innenpfade bestehen (Spitex, APH (Ferienbett) oder Spital (Akutgeriatrie)). Bei diesem Falltypen wurden daher zwei unterschiedliche Szenarien 1 gerechnet:

- Szenario 1.1: Patient:innen ohne Massnahmen, wurden dem alternativen Patient:innenpfad mit Spitex-Versorgung zugeteilt (D3), Patient:innen mit Massnahmen dem alternativen Patient:innenpfad mit Spital-Versorgung (D1).
- Szenario 1.2: Patient:innen ohne Massnahmen, wurden dem alternativen Patient:innenpfad mit Spitex-Versorgung zugeteilt (D3), Patient:innen mit Massnahmen dem alternativen Patient:innenpfad mit APH-Versorgung (D2).

Szenario 2: Das Szenario 2 verhält sich genau umgekehrt zum Szenario 1. Hier wird davon ausgegangen, dass der Bedarf an medizinischen und/oder erweiterten pflegerischen Massnahmen keinen Einfluss hat auf den weiteren Verlauf, es ist nur die Lebenssituation ausschlaggebend. Haben die Patient:innen keinen Partner oder keine Partnerin, dann kommen sie in den APH-Pfad. Sofern die Patient:innen einen Partner oder eine Partnerin haben, dann werden sie dem Pfad «zu Hause mit Spitex» zugeteilt.

Auch hier stellt der Falltyp D einen Sonderfall dar und es wurden wiederum zwei unterschiedliche Szenarien 2 gerechnet:

- Szenario 2.1: Patient:innen mit Ehepartner:in, wurden dem alternativen Patient:innenpfad mit Spitex-Versorgung zugeteilt (D3), Patient:innen ohne Ehepartner:in dem alternativen Patient:innenpfad mit Spital-Versorgung (D1).
- Szenario 2.2: Patient:innen mit Ehepartner:in, wurden dem alternativen Patient:innenpfad mit Spitex-Versorgung zugeteilt (D3), Patient:innen ohne Ehepartner:in dem alternativen Patient:innenpfad mit APH-Versorgung (D2).

1.3.2 Keine ambulante Versorgung

In den Expert:innenworkshops gab es unterschiedliche Einschätzungen darüber, ob oder wie viele Patient:innen sich in einer «Welt ohne KÜP» für eine ambulante Versorgung entscheiden würden. Diese Unsicherheit haben wir in einer Sensitivitätsanalyse getestet.

GrundszENARIO: Das GrundszENARIO geht davon aus, dass Patient:innen, die gewisse Kriterien erfüllen (siehe Kapitel 2.3), sich für eine Versorgung mit der Spitex zu Hause entscheiden würden.

Szenario 3: In diesem Szenario wird angenommen, dass alle Patient:innen eine stationäre Versorgung erhalten und sich keine Person für die Versorgung zu Hause entscheidet.

Im Falltypen D werden alle Patient:innen, die im GrundszENARIO dem Spitex-Versorgungsweg zugewiesen waren, dem APH-Weg zugewiesen.

1.3.3 Verlängerung der Aufenthalte im Akutspital

In den Expert:innenworkshops gab es unterschiedliche Einschätzungen darüber, ob es in der «Welt ohne KÜP» in gewissen Fällen eine Verlängerung des Aufenthalts im Akutspital geben würde oder nicht. Es wurde insbesondere damit argumentiert, dass es im Spital einen ökonomischen Druck gibt, dass Patient:innen nach der normalen Liegedauer aus dem Spital austreten sollen und dass dieser Druck auch auf die Ärzte und Ärztinnen in Entscheidungspositionen übertragen wird. Es ist allerdings unklar, ob ein Spital, welches keine Anschlusslösung für seine Patient:innen findet, nicht doch eine interne Verlegung auf die Akutgeriatrie in Betracht ziehen würde. Diese Unsicherheit haben wir in einer Sensitivitätsanalyse getestet.

GrundszENARIO: Das GrundszENARIO geht davon aus, dass Patient:innen das Spital regulär verlassen und im Anschluss eine AÜP in der Spitex oder im APH erhalten. Verlängerungen ihres Spitalaufenthaltes wurden nicht miteingerechnet.

Szenario 4: In diesem Szenario wird angenommen, dass 10% der Patient:innen, die aus dem Spital entlassen werden und in eine AÜP kommen würden, weitere 14 Tage in der akutgeriatrischen Abteilung des Spitals verbringen würden.

Die Daten für diese zweite Sensitivitätsanalyse wurden uns von der Fachstelle für Statistik des Volkswirtschaftsdepartements des Kantons St. Gallen zur Verfügung gestellt. Sie entsprechen den Daten der «Medizinischen Statistik» des Bundesamtes für Statistik (Bundesamt für Statistik (BFS), 2023a). Das mittlere so erhaltene Kostengewicht wurde mit einer Baserate von 10'000 multipliziert. So erhielten wir eine durchschnittliche Fallpauschale für einen akutgeriatrischen Fall im Jahr 2022 für Patient:innen des Kantons AI.

2 Ergebnisse

2.1 BISHERIGE INANSPRUCHNAHME VON KÜP-LEISTUNGEN

Seit dem Start des KÜP am 1. Juli 2021 wurden 316 Patient:innen im KÜP behandelt (Tabelle 2).

Der grösste Teil dieser Patient:innen benötigte Kurzzeitpflege (224 Personen, 71%). 140 Patient:innen bezogen nur Kurzzeitpflege (63%), im Rest der Fälle wurde die Kurzzeitpflege kombiniert mit dem AÜP-Angebot (77 Personen, 34%) oder dem Palliative Care-Angebot (7 Personen, 3%).

AÜP wurde insgesamt von 47% der Patient:innen (148 Personen) beansprucht. Rund die Hälfte dieser Personen benötigte nach ihrem AÜP-Aufenthalt noch Kurzzeitpflege (77 Personen, 52%). 67 Personen (45%) bezogen nur AÜP und nur 4 Personen (3%) traten nach ihrem AÜP-Aufenthalt in die Palliative Care ein.

Insgesamt 21 Personen (7%) benötigten Palliative Care Versorgung, ohne eines der anderen Angebote in Anspruch genommen zu haben.

Tabelle 2: Inanspruchnahme von KÜP-Leistungen nach KÜP-Angebot

Total	Kurzzeit- pflege	Kurzzeitpflege und AÜP	Kurzzeitpflege und Palliative Care	AÜP	AÜP und Palliative Care	Palliative Care
316	140	77	7	67	4	21

2.2 EINTEILUNG IN DIE PATIENT:INNENPFADE

Von den in Tabelle 2 ausgewiesenen Patient:innen konnten wir 267 (85%) einem Patient:innenpfad zuweisen und daher in allen weiterführenden Analysen berücksichtigen (Tabelle 3).

Circa zwei Drittel (65%) der 49 Patient:innen, welche von den weiteren Analysen ausgeschlossen wurden, waren Palliative Care Patient:innen (32 Patient:innen). Des Weiteren wurden alle Patient:innen ausgeschlossen, die während oder nach ihrem KÜP-Aufenthalt (re)hospitalisiert werden mussten (11 Patient:innen), verstorben waren (4 Patient:innen), oder keinem Pfad zugeordnet werden konnten (2 Patient:innen). Die zwei Letzteren traten nach einem Reha-Aufenthalt in die Kurzzeitpflege des KÜP ein und kehrten danach nach Hause zurück. Für sie wurde kein separater Patient:innenpfad erstellt, da eine Mindestgrösse einer Patient:innengruppe auf 5 Personen festgelegt wurde, um Rückschlüsse auf einzelne Patient:innen zu vermeiden.

Von den 267 untersuchten Patient:innen konnten 75 (28%) nach ihrem KÜP Aufenthalt wieder nach Hause zurückkehren (Tabelle 3). Die anderen 192 Patient:innen (72%) traten im Anschluss an ihren KÜP-Aufenthalt ins APH ein. Von den 75 Patient:innen (28%), die nach Hause zurückkehren konnten, benötigten 41 Personen (55%) zu Hause noch Spitex-Leistungen.

Von den 267 Patient:innen, die einem Patient:innenpfad zugewiesen werden konnten, waren 136 (51%) nach einem Spitalaufenthalt ins KÜP eingetreten. Von diesen 136 Patient:innen konnten 32 (24%) wieder nach Hause zurückkehren, wohingegen 104 (76%) nach ihrem KÜP-Aufenthalt ins APH eintraten. Von den Patient:innen, die von zu Hause aus ins KÜP eintraten (120 Personen, 45% der untersuchten Patient:innen), konnten 43 (36%) nach ihrem Aufenthalt im KÜP wieder nach Hause zurückkehren, 77 (64%) traten nach ihrem KÜP-Aufenthalt ins APH ein.

Tabelle 3: Aufteilung der KÜP-Patient:innen auf die sieben untersuchten Patient:innenpfade

Fall- typ	Pfad	N	Alter (MW & CI)	N (%) mit Ehepartner:in	N (%) mit zusätzlichen Leistungen
A	Spital – AÜP – nach Hause	14	82,7 [78,6 ; 86,8]	9 (64%)	medizinische: 2 (14%) erweiterte pflegerische: 4 (29%)
B	REHA/Kur – KP – APH	11	80,6 [74,8 ; 86,5]	4 (36%)	medizinische: 1 (9%) erweiterte pflegerische: 6 (55%)
C	Spital – AÜP – KP – nach Hause	18	80,4 [77,1 ; 83,8]	11 (61%)	medizinische: 3 (17%) erweiterte pflegerische: 8 (44%)
D	Zu Hause – KP – nach Hause	43	82,8 [80,9 ; 84,8]	18 (42%)	medizinische: 4 (9%) erweiterte pflegerische: 11 (26%)
E	Spital – AÜP – KP - APH	54	82,2 [80,1 ; 84,3]	22 (41%)	medizinische: 6 (11%) erweiterte pflegerische: 22 (41%)
F	Zu Hause – KP – APH	77	83,0 [81,4 ; 84,6]	29 (38%)	medizinische: 8 (10%) erweiterte pflegerische: 23 (30%)
G	Spital – AÜP – APH	50	82,9 [80,6 ; 85,2]	24 (48%)	medizinische: 3 (6%) erweiterte pflegerische: 11 (22%)
Total		267	82,5 [81,6 ; 83,4]	117 (44%)	medizinische: 27 (10%) erweiterte pflegerische: 85 (32%)

KP = Kurzzeitpflege

2.3 BEITRÄGE PRO FALLTYP UND PATIENT:INNEPFAD

Die nachfolgenden Abbildungen zu den Patient:innenpfaden der Falltypen A bis G werden wie folgt gelesen:

2.3.1 Falltyp A

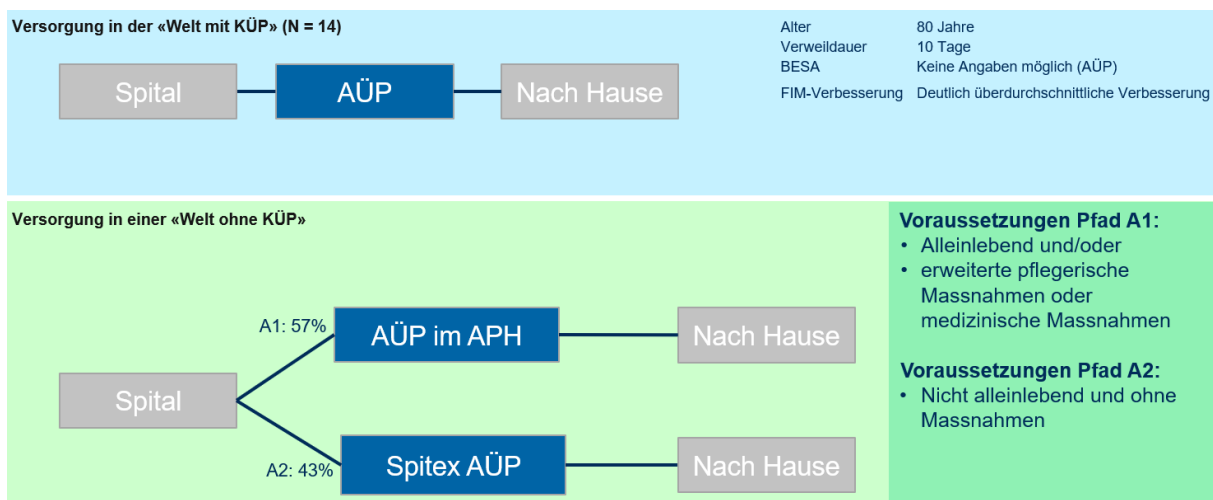


Abbildung 3: Patient:innenpfad Falltyp A

Lesebeispiel Abbildung 3:

Die **grauen und blauen Kästchen** zeigen den Patient:innenpfad auf. Allerdings wurden für die Berechnungen der Beiträge nur die Leistungen in den blauen Kästchen berücksichtigt.

Die **hellblaue Box** beschreibt den Falltypen A in der «Welt mit KÜP». 14 Patient:innen kamen aus dem Spital in die AÜP des KÜP und gingen danach wieder nach Hause. Diese 14 Patient:innen waren durchschnittlich 80 Jahre alt, verweilten 10 Tage im KÜP und haben sich laut FIM-Einstufung deutlich überdurchschnittlich verbessert. Da dieser Falltyp nur einen AÜP-Aufenthalt im KÜP hatte, haben wir für diesen Falltypen keine BESA-Angaben.

Die **hellgrüne Box** zeigt die alternativen Patient:innenpfade A1 und A2 des Falltyps A in einer «Welt ohne KÜP» auf. Diese wurden mit Expert:innen modelliert (siehe Kapitel 1.1.2). Die Patient:innen kommen aus dem Spital. 57% der Patient:innen wurden dem alternativen Patient:innenpfad A1 zugewiesen, welcher mit durchschnittlich 10 Tagen in der AÜP eines APH zu einer Rückkehr nach Hause führt. 43% der Patient:innen wurden dem alternativen Patient:innenpfad A2 zugewiesen, welcher durchschnittlich 10 Tagen AÜP der Spitex beinhaltet.

Die **dunkelgrüne Box** zeigt die Voraussetzungen für die Einteilung der Patient:innen in den jeweiligen alternativen Patient:innenpfad auf. Beim Falltyp A mussten die Patient:innen alleinlebend sein und/oder erweiterte pflegerische Massnahmen oder medizinische Massnahmen im KÜP erhalten haben, um dem alternativen Patient:innenpfad A1 zugewiesen zu werden. Lebten diese Patient:innen mit einer/m Ehepartner:in zusammen und bekamen keine der beiden Massnahmen im KÜP, wurden sie dem alternativen Patient:innenpfad A2 zugewiesen.

Fallbeschreibung

Die Patient:innen des Falltyps A kamen nach einer Behandlung im Spital ins KÜP, wurden durchschnittlich 10 Tage im Rahmen einer AÜP gepflegt und traten danach ins häusliche Umfeld aus (Abbildung 3). In einer «Welt ohne KÜP» gibt es zwei Alternativ-Szenarien. Entweder wird diesen Patient:innen die AÜP in einem APH verschrieben (A1: 57% der Patient:innen) oder sie erhalten AÜP zu Hause durch die Spitex (A2: 43% der Patient:innen). Beide Fälle sind am Ende der Beobachtungszeit zu Hause ohne weitere pflegerische Versorgung.

Beiträge insgesamt und nach Beitragszahlenden

Versorgung in der «Welt mit KÜP»: Pro Patient:in des Falltyps A wurden durchschnittliche Gesamtbeiträge in der Höhe von CHF 3'296 geleistet (Abbildung 4). Davon übernahmen CHF 421 die Patient:innen, CHF 638 die OKP und CHF 2'237 der Kanton.

Übernimmt der Kanton die 80% Pensions- und Betreuungstaxen (CHF 1'458, Abbildung 4 [rote Säule]) nicht mehr, so reduziert sich der Kantonsbeitrag auf CHF 779 und der Patient:innenbeitrag erhöht sich auf total CHF 1'879.

Versorgung in einer «Welt ohne KÜP»: In einer «Welt ohne KÜP» belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge pro Patient:in des Falltyps A auf CHF 2'746 (-16%; Abbildung 5). Dabei übernehmen CHF 1'512 (+259%) die Patient:innen, CHF 555 (-13%) die OKP und CHF 679 (-70%) der Kanton.

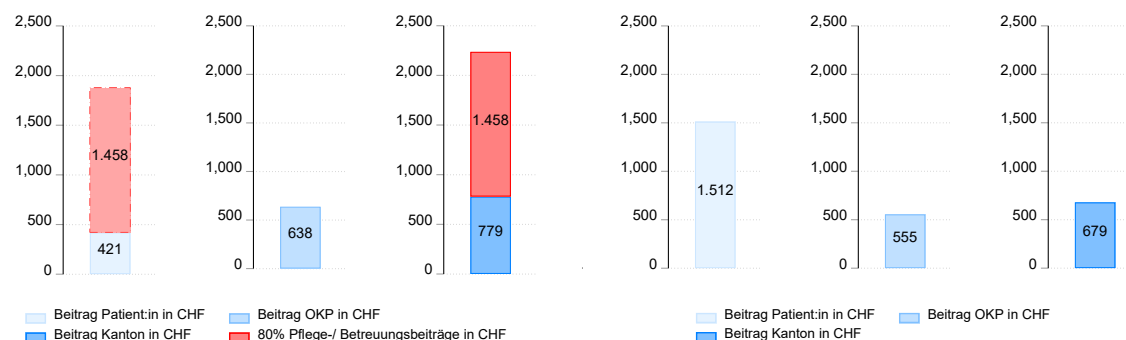


Abbildung 4: Beiträge (in CHF) Falltyp A in der «Welt mit KÜP»

Abbildung 5: Beiträge (in CHF) Falltyp A in einer «Welt ohne KÜP», (A1 und A2)

Lesebeispiel Abbildung 3 bis Abbildung 7:

Abbildung 4 zeigt die Beiträge des Falltyps A in der «Welt mit KÜP» auf. Der linke Balken zeigt den durchschnittlichen Beitrag der Patient:innen des Falltyps A (CHF 421, hellblau) sowie zur Veranschaulichung die 80% der Pensions- und Betreuungstaxen, welche der Kanton übernommen hat (CHF 1'458, rot mit gestrichelter Umrandung). Der mittlere Balken bildet den durchschnittlichen Beitrag der OKP pro Patient:in des Falltyps A ab. Der rechte Balken zeigt den durchschnittlichen Beitrag des Kantons pro Patient:in des Falltyps A, farblich unterschieden nach Beiträgen an die Pflegekosten (dunkelblau, CHF 779) und der Beteiligung an den 80% der Pensions- und Betreuungstaxen (rot, CHF 1'485).

Abbildung 5 stellt die Beiträge der alternativen Patient:innenpfade des Falltyps A dar, also die Summe der beiden Patient:innenpfade A1 und A2. Die Balken entsprechen wiederum den Beiträgen der drei Beitragszahlenden (von links: Patient:innen, OKP und Kanton). In diesem Diagramm sind die Pensions- und Betreuungsbeiträge vollständig in den Balken der beitragszahlenden Personen integriert, da der Kanton keine Spezialfinanzierung bereitstellt

Abbildungen Abbildung 6 Abbildung 7 werden gelesen wie Abbildung 5.

Beiträge pro alternativem Patient:innenpfad des Falltyps

Diese oben beschriebenen Beiträge einer «Welt ohne KÜP» setzen sich aus den gewichteten Beitragszahlen der alternativen Patient:innenpfade A1 und A2 zusammen. Der alternative Patient:innenpfad A1 wurde in 57% der Fälle verwendet, A2 in 43% der Fälle. Im Detail sehen die Beiträge dieser beiden alternativen Patient:innenpfade wie folgt aus:

Falltyp A1 (Spital - AÜP im APH – nach Hause): Für den Falltyp A1 belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge auf CHF 3'995 (Abbildung 6). Davon übernehmen die Patient:innen CHF 2'491, die OKP CHF 677 und der Kanton CHF 827.

Falltyp A2 (Spital – Spitex-AÜP– zu Hause ohne Spitex): Für den Falltyp A2 belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge auf CHF 1'082. (Abbildung 7). Davon übernehmen die Patient:innen CHF 207, die OKP CHF 394 und der Kanton CHF 481.

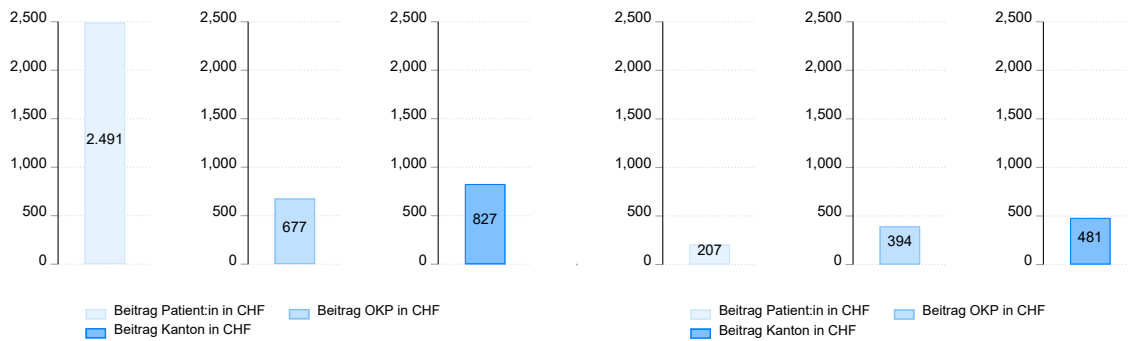


Abbildung 6: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad A1

Abbildung 7: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad A2

2.3.2 Falltyp B

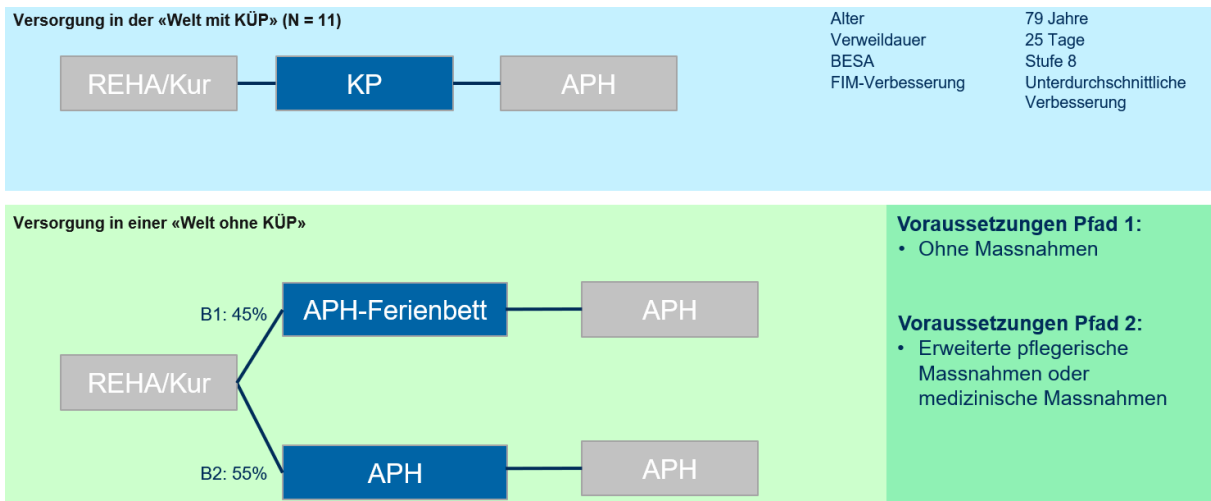


Abbildung 8: Patient:innenpfad Falltyp B

Fallbeschreibung

Die Patient:innen des Falltyps B kamen nach einer Behandlung in einer Rehabilitationsklinik oder nach einer Kur ins KÜP, wurden durchschnittlich 25 Tage lang im Rahmen einer KP gepflegt und traten danach in ein APH aus (Abbildung 8). In einer «Welt ohne KÜP» gibt es zwei Alternativ-Szenarien. Entweder werden diese Patient:innen in einem APH-Ferienbett (B1: 45%) gepflegt und treten nach 25 Tagen in ein reguläres APH-Bett über oder sie werden von Beginn an in einem regulären APH-Bett (B2: 55%) versorgt und bleiben da. Der Beobachtungszeitraum endet nach 25 Tagen.

Beiträge insgesamt und nach Beitragszahlenden

Versorgung in der «Welt mit KÜP»: Pro Patient:in des Falltyps B wurden durchschnittliche Gesamtbeiträge in der Höhe von CHF 8'764 geleistet (Abbildung 9). Davon übernahmen CHF 1'535 die Patient:innen, CHF 2'033 die OKP und CHF 5'196 der Kanton.

Übernimmt der Kanton die 80% Pensions- und Betreuungstaxen nicht mehr (CHF 2'807, Abbildung 9 [rote Säule]), so reduziert sich der Kantonsbeitrag auf CHF 2'389 und der Patient:innenbeitrag erhöht sich auf total CHF 4'342.

Versorgung in einer «Welt ohne KÜP»: Die Beiträge des alternativen Patient:innenpfads belaufen sich im Schnitt auf CHF 9'308 (+6%) pro Patient:in des Falltyps B (Abbildung 10). Dabei übernehmen CHF 4'797 (+213%) die Patient:innen, 2'033 CHF (+-0%) die OKP und CHF 2'478 (-52%) der Kanton.

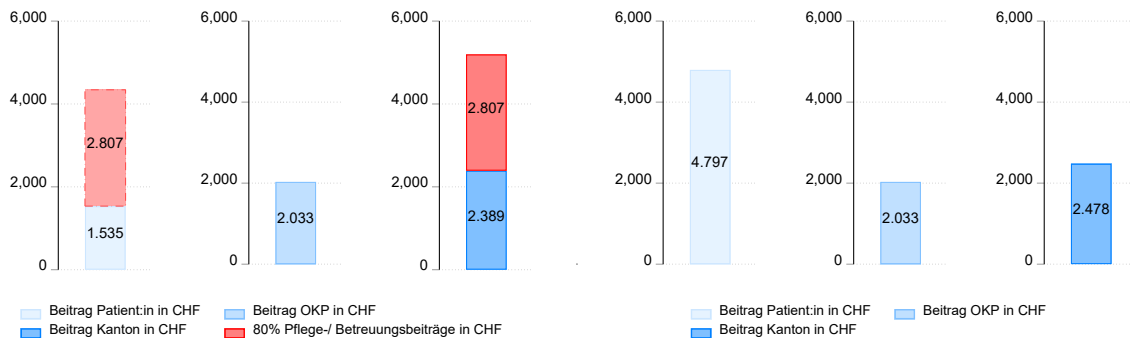


Abbildung 9: Beiträge (in CHF) Falltyp B in einer «Welt mit KÜP»

Abbildung 10: Beiträge (in CHF) Falltyp B in einer «Welt ohne KÜP», (B1 und B2)

Beiträge pro alternativem Patient:innenpfad des Falltyps

Diese oben beschriebenen Beitragszahlen einer «Welt ohne KÜP» setzen sich aus den gewichteten Beitragszahlen der alternativen Patient:innenpfade B1 und B2 zusammen. Der alternative Patient:innenpfad B1 wurde in 45% der Fälle verwendet, B2 in 55% der Fälle. Im Detail sehen die Beiträge dieser beiden alternativen Patient:innenpfade wie folgt aus:

Falltyp B1 (REHA/Kur – APH-Ferienbett – APH): Für den Falltyp B1 belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge auf CHF 7'529 (Abbildung 6). Davon übernehmen Patient:innen CHF 3'784, die OKP CHF 1'678 und der Kanton CHF 2'067.

Falltyp B2 (REHA/Kur – APH – APH): Für den Falltyp B2 belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge auf CHF 10'790 (Abbildung 12). Davon übernehmen die Patient:innen CHF 5'641, die OKP CHF 2'328 und der Kanton CHF 2'821.

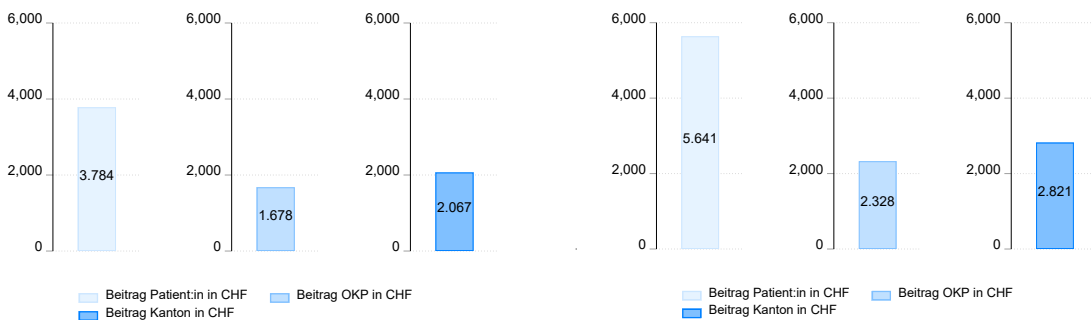


Abbildung 11: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad B1

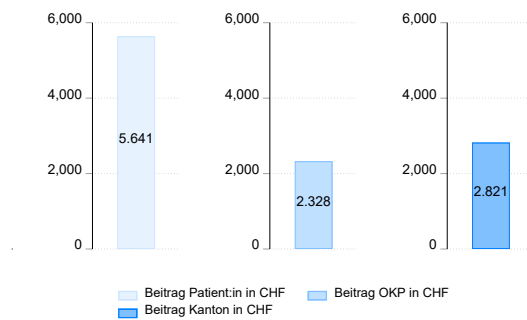


Abbildung 12: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad B2

2.3.3 Falltyp C

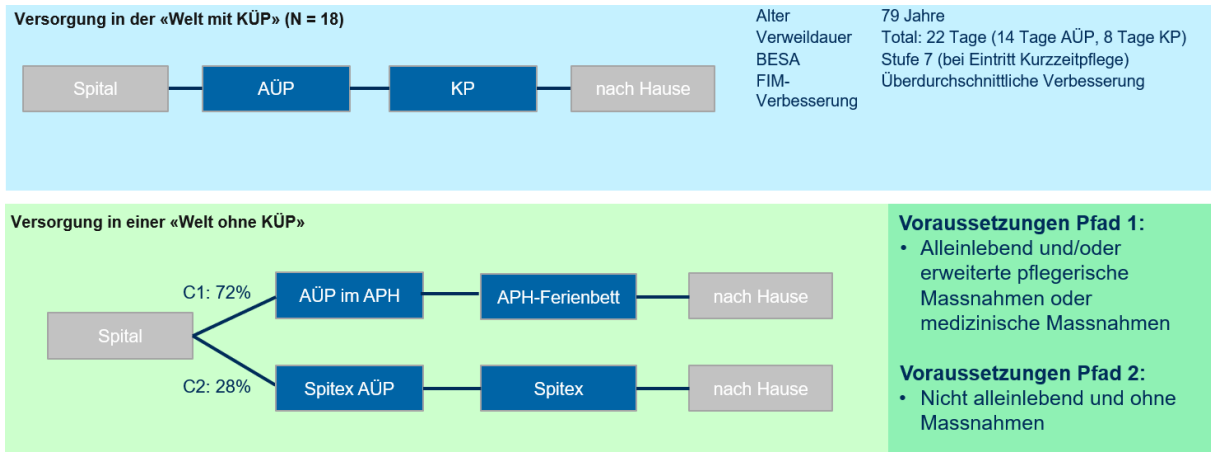


Abbildung 13: Patient:innenpfad Falltyp C

Fallbeschreibung

Die Patient:innen des Falltyps C kamen nach einer Behandlung im Spital ins KÜP, wurden durchschnittlich 14 Tage lang im Rahmen einer AÜP und 8 Tage im Rahmen einer KP gepflegt und treten danach ins häusliche Umfeld aus (Abbildung 13). In einer «Welt ohne KÜP» gibt es zwei Alternativ-Szenarien. Entweder werden diese Patient:innen im APH gepflegt (C1: 72%) und treten nach 22 Tagen ins häusliche Umfeld aus oder sie werden zu Hause 22 Tage durch die Spitex versorgt (C2: 28%). Beide Fälle sind am Ende der Beobachtungszeit zu Hause ohne weitere pflegerische Versorgung.

Beiträge insgesamt und nach Beitragszahlenden

Versorgung in der «Welt mit KÜP»: Pro Patient:in des Falltyps C werden durchschnittliche Gesamtbeiträge von CHF 7'351 geleistet (Abbildung 14). Dabei übernehmen CHF 1'010 die Patient:innen, CHF 1'413 die OKP und 4'928.- CHF der Kanton.

Übernimmt der Kanton die 80% Pensions- und Betreuungstaxen nicht mehr (CHF 3'247, Abbildung 14 [rote Säule]), so reduziert sich der Kantonsbeitrag auf CHF 1'681 und der Patient:innenbeitrag erhöht sich auf total CHF 4'257.

Versorgung in einer «Welt ohne KÜP»: In einer «Welt ohne KÜP» belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge pro Patient:in auf CHF 6'638 (-10%) (Abbildung 15). Dabei übernehmen CHF 3'611 (+258%) die Patient:innen, CHF 1'386 (-2%) die OKP und CHF 1'641 (-67%) der Kanton.

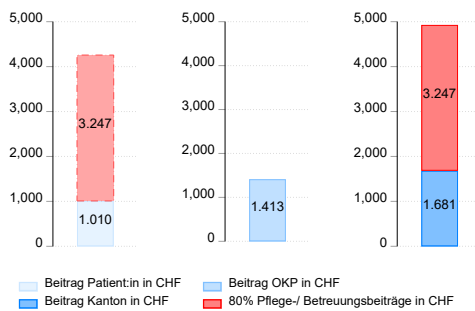


Abbildung 14: Beiträge (in CHF) Falltyp C in einer «Welt mit KÜP»

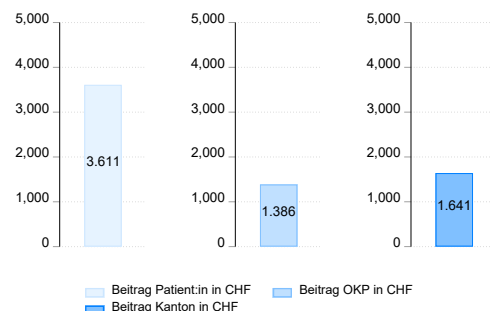


Abbildung 15: Beiträge (in CHF) Falltyp C in einer «Welt ohne KÜP», (C1 und C2)

Beiträge pro alternativem Patient:innenpfad des Falltyps

Diese oben beschriebenen Beitragszahlen einer «Welt ohne KÜP» setzen sich aus den gewichteten Beitragszahlen der alternativen Patient:innenpfade C1 und C2 zusammen. Der alternative Patient:innenpfad C1 wurde in 72% der Fälle verwendet, C2 in 28% der Fälle. Im Detail sehen die Beiträge dieser beiden alternativen Patient:innenpfade wie folgt aus:

Falltyp C1 (Spital – AÜP im APH – APH-Ferienbett – nach Hause): Für den Falltyp C1 belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge auf CHF 8'100 (Abbildung 16). Davon übernehmen die Patient:innen CHF 4'818, die OKP CHF 1'499 und der Kanton CHF 1'783.

Falltyp C2 (AÜP der Spitex – zu Hause mit Spitex – zu Hause ohne Spitex): Für den Falltyp C2 belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge auf CHF 2'835 (Abbildung 17). Davon übernehmen die Patient:innen CHF 472, die OKP CHF 1'092 und der Kanton CHF 1'271.

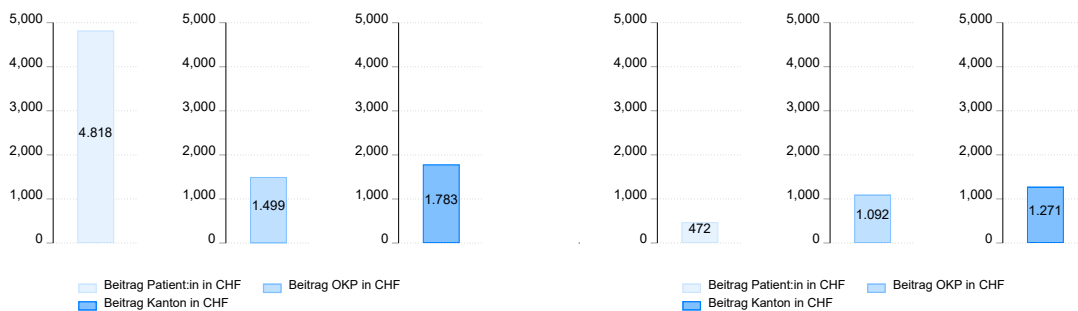


Abbildung 16: Beiträge (in CHF) alternativer Pfad C1 Abbildung 17: Beiträge (in CHF) alternativer Pfad C2

2.3.4 Falltyp D

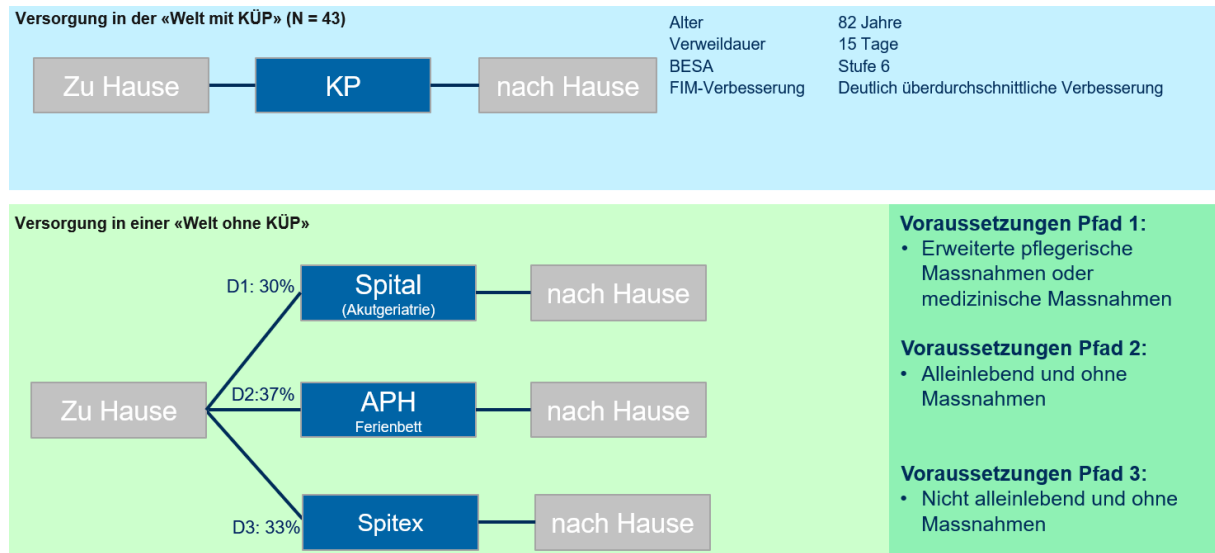


Abbildung 18: Patient:innenpfad Falltyp D

Fallbeschreibung

Die Patient:innen des Falltyps D kamen aus dem häuslichen Umfeld ins KÜP, wurden durchschnittlich 15 Tage lang im Rahmen einer KP gepflegt und traten danach wieder ins häusliche Umfeld aus (Abbildung 18). In einer «Welt ohne KÜP» gibt es drei Alternativ-Szenarien: Entweder werden diese Patient:innen in einem Spital in der Akutgeriatrie behandelt (D1: 30%) oder in einem APH-Ferienbett (D2: 37%)

oder zu Hause durch die Spitex (D3: 33%) gepflegt. Sie treten nach 15 Tagen entweder ins häusliche Umfeld aus oder bleiben zu Hause und stoppen die Spitexpflege.

Beiträge insgesamt und nach Beitragszahlenden

Versorgung in der «Welt mit KÜP»: Pro Patient:in wurden durchschnittliche Gesamtbeiträge in der Höhe von 4'549 CHF geleistet (Abbildung 19). Dabei übernahmen CHF 785 die Patient:innen, CHF 882 die OKP und CHF 2'882 der Kanton.

Übernimmt der Kanton die 80% Pensions- und Betreuungsstaxen (CHF 1'908, Abbildung 19 [rote Säule]) nicht mehr, so reduziert sich der Kantonsbeitrag auf CHF 974 und der Patient:innenbeitrag erhöht sich auf CHF 2'693.

Versorgung in einer «Welt ohne KÜP»: In einer «Welt ohne KÜP» belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge pro Patient:in des Falltyps D auf CHF 6'094 (+34%; Abbildung 20). Dabei übernehmen CHF 1'142 (+45%) die Patient:innen, CHF 2'236 (+154%) die OKP und CHF 2'716 (-6%) der Kanton.

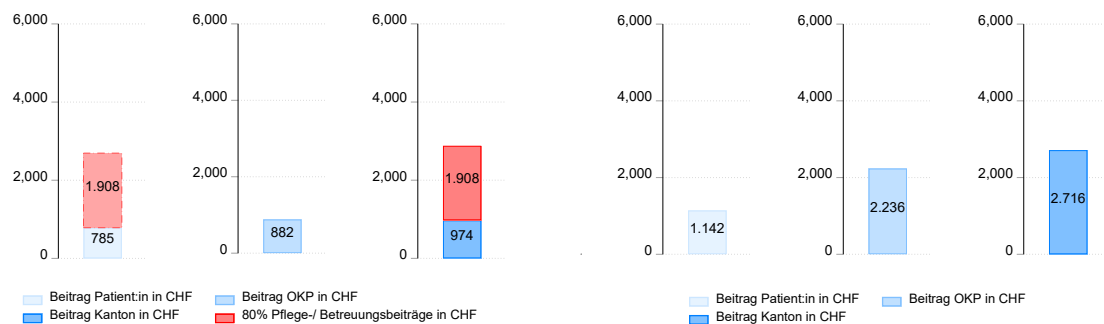


Abbildung 19: Beiträge (in CHF) Falltyp D in einer «Welt mit KÜP»

Abbildung 20: Beiträge (in CHF) Falltyp D in einer «Welt ohne KÜP», (D1, D2 und D3)

Beiträge pro alternativem Patient:innenpfad des Falltyps

Diese oben beschriebenen Beitragszahlen einer «Welt ohne KÜP» setzen sich aus den gewichteten Beitragszahlen der alternativen Patient:innenpfade D1, D2 und D3 zusammen. Der alternative Patient:innenpfad D1 wurde in 30% der Fälle verwendet, D2 in 37% der Fälle und D3 in 33% der Fälle. Im Detail sehen die Beiträge dieser drei alternativen Patient:innenpfade wie folgt aus:

Falltyp D1 (zu Hause – Spital – nach Hause): Für den Falltyp D1 belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge auf CHF 10'324 (Abbildung 21). Davon übernehmen die Patient:innen CHF 201, die OKP CHF 4'445 und der Kanton CHF 5'678.

Falltyp D2 (zu Hause – APH-Ferienbett – nach Hause): Für den Falltyp D2 belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge auf CHF 4'465. (Abbildung 22). Davon übernehmen die Patient:innen CHF 2'519, die OKP CHF 908 und der Kanton CHF 1'038.

Falltyp D3 (zu Hause – Spitex – nach Hause): Für den Falltyp D3 belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge auf CHF 4'026. (Abbildung 23). Davon übernehmen die Patient:innen CHF 443, die OKP CHF 1'701 und der Kanton CHF 1'882.

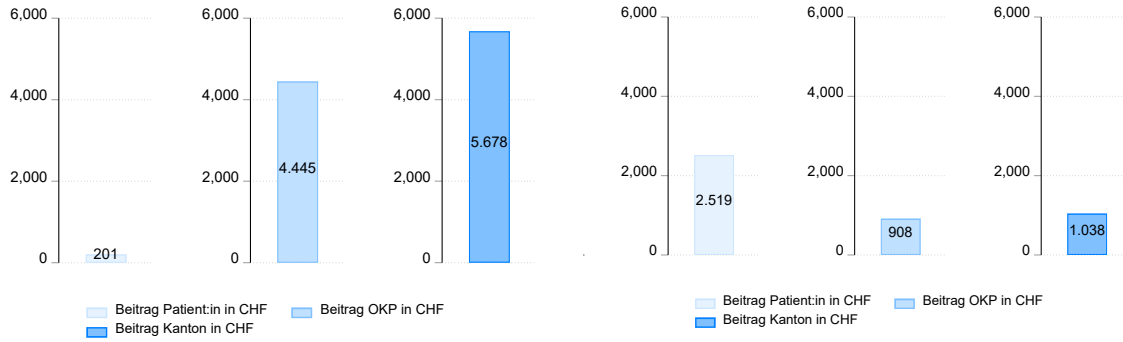


Abbildung 21: Beiträge alternativer Patient:innenpfad D1

Abbildung 22: Beiträge alternativer Patient:innenpfad D2

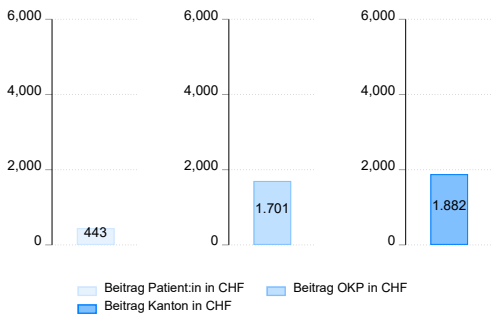


Abbildung 23: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad D3

2.3.5 Falltyp E

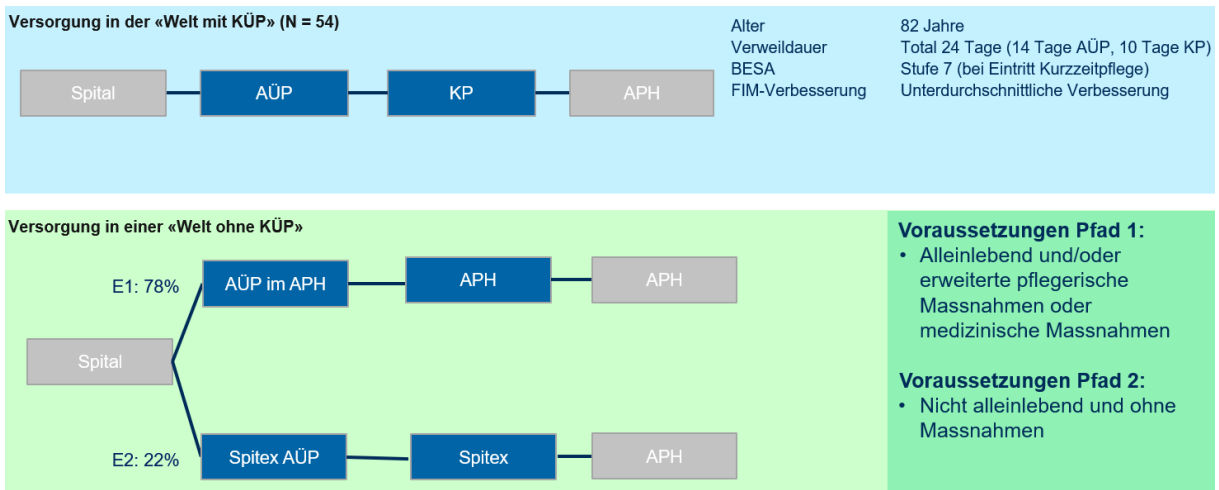


Abbildung 24: Patient:innenpfad Falltyp E

Fallbeschreibung

Die Patient:innen des Falltyps E kamen nach einer Behandlung im Spital ins KÜP, wurden durchschnittlich 14 Tage lang im Rahmen einer AÜP und 10 Tage im Rahmen einer KP gepflegt und traten danach ins APH aus (Abbildung 24). In einer «Welt ohne KÜP» gibt es zwei Alternativ-Szenarien: Entweder wird diesen Patient:innen AÜP im APH (E1: 78%) oder zu Hause durch die Spitex (E2: 22%) verschrieben.

Sie treten nach gesamthaft 24 Tagen entweder ins APH ein, beziehungsweise bleiben darin. Der Beobachtungszeitraum endet nach 24 Tagen.

Beiträge insgesamt und nach Beitragszahlenden

Versorgung in der «Welt mit KÜP»: Pro Patient:in des Falltyps E wurden durchschnittliche Gesamtbeiträge in der Höhe von CHF 8'060 geleistet (Abbildung 25). Davon übernahmen CHF 1'182 die Patient:innen, CHF 1'539 die OKP und CHF 5'339 der Kanton.

Übernimmt der Kanton die 80% Pensions- und Betreuungstaxen (CHF 3'576, Abbildung 25 [rote Säule]) nicht mehr, so reduziert sich der Kantonsbeitrag auf CHF 1'763 und der Patient:innenbeitrag erhöht sich auf total CHF 4'758.

Versorgung in einer «Welt ohne KÜP»: Alternativ werden im Schnitt pro Patient:in des Falltyps E Beiträge in der Höhe von CHF 7'680 (-5%) geleistet (Abbildung 26). Dabei übernehmen CHF 4'301 (+264%) die Patient:innen, CHF 1'566 (+2%) die OKP und CHF 1'813 (-66%) der Kanton.

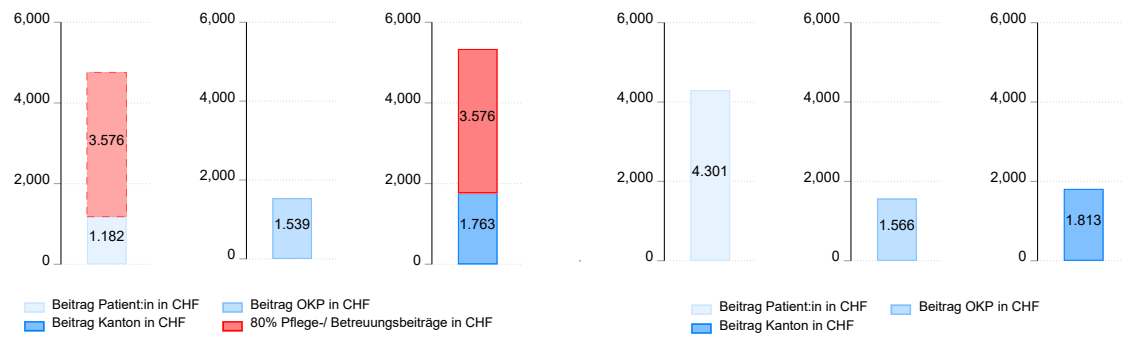


Abbildung 25: Beiträge (in CHF) Falltyp E in einer «Welt mit KÜP»

Abbildung 26: Beiträge (in CHF) Falltyp E in einer «Welt ohne KÜP», (E1 und E2)

Beiträge pro alternativem Patient:innenpfad des Falltyps

Diese oben beschriebenen Beitragszahlen einer «Welt ohne KÜP» setzen sich aus den gewichteten Beitragszahlen der alternativen Patient:innenpfade E1 und E2 zusammen. Der alternative Patient:innenpfad E1 wurde in 78% der Fälle verwendet, E2 in 22% der Fälle. Im Detail sehen die Beiträge dieser beiden alternativen Patient:innenpfade wie folgt aus:

Falltyp E1 (Spital – AÜP im APH – APH): Für den Falltyp E1 belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge auf CHF 8'848 (Abbildung 27). Davon übernehmen die Patient:innen CHF 5'381, die OKP CHF 1'605 und der Kanton CHF 1'862.

Falltyp E2 (spital – Spitex-AÜP – Spitex – APH): Für den Falltyp E2 belaufen sich durchschnittlichen Gesamtbeiträge auf CHF 3'586. (Abbildung 28). Davon übernehmen die Patient:innen CHF 519, die OKP CHF 1'426 und der Kanton CHF 1'641.

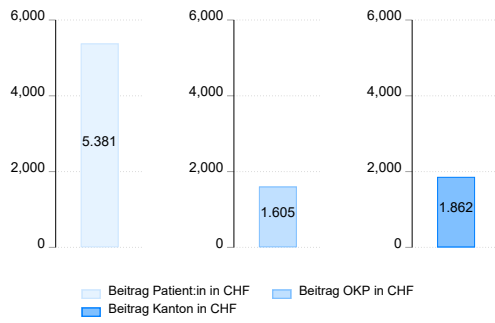


Abbildung 27: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad E1

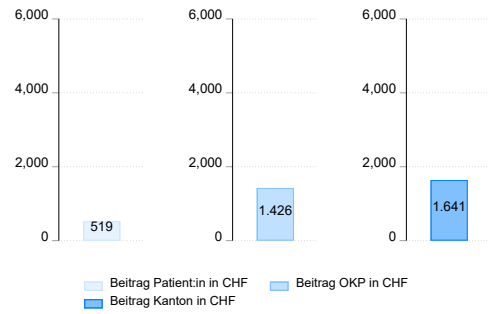


Abbildung 28: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad E2

2.3.6 Falltyp F

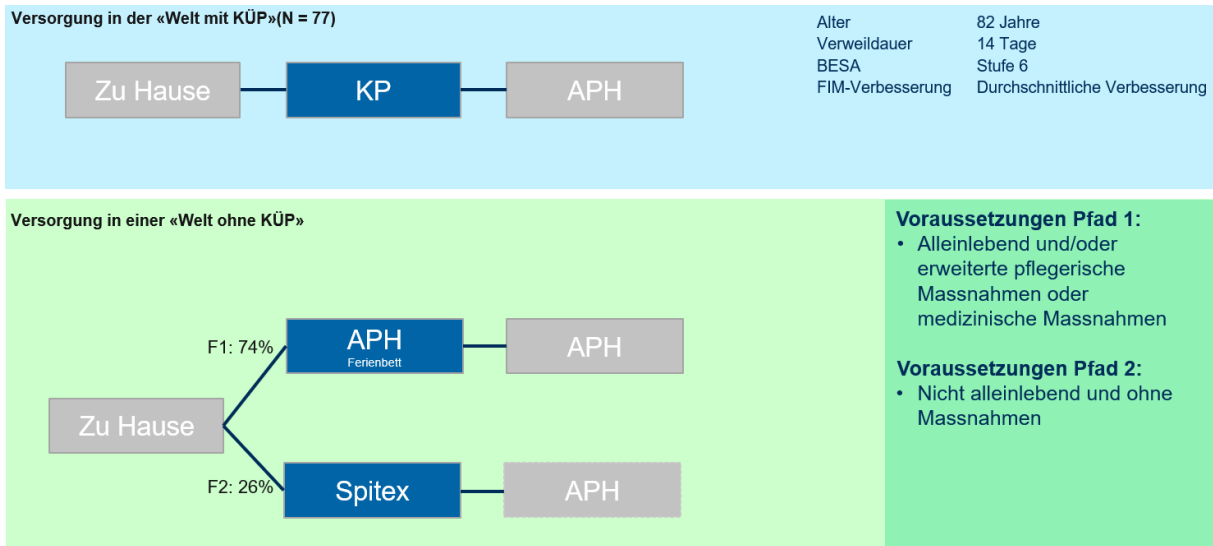


Abbildung 29: Patient:innenpfad Falltyp F

Fallbeschreibung

Die Patient:innen des Falltyps F kamen aus dem häuslichen Umfeld ins KÜP, wurden durchschnittlich 14 Tage lang im Rahmen einer KP gepflegt und traten danach ins APH aus (Abbildung 29). In einer «Welt ohne KÜP» gibt es zwei Alternativ-Szenarien. Entweder werden diese Patient:innen entweder in einem APH-Ferienbett (F1: 74%) oder zu Hause durch die Spitex (F2: 26%) gepflegt. Sie treten nach 14 Tagen entweder in ein reguläres APH-Bett über oder treten ins APH ein.

Beiträge insgesamt und nach Beitragszahlenden

Versorgung in der «Welt mit KÜP»: Im Schnitt werden pro Patient:in des Falltyps F Beiträge in der Höhe von CHF 4'705 geleistet (Abbildung 30). Dabei übernehmen CHF 856 die Patient:innen, CHF 920 die OKP und CHF 2'929 der Kanton.

Übernimmt der Kanton die 80% Pensions- und Betreuungstaxen (CHF 1'968, Abbildung 30 [rote Säule]) nicht mehr, so reduziert sich der Kantonsbeitrag auf CHF 961 und der Patient:innenbeitrag erhöht sich auf CHF 2'824.

Versorgung in einer «Welt ohne KÜP»: In einer «Welt ohne KÜP» belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge pro Patient:in des Falltyps A auf CHF 4'522.- (-4%; Abbildung 31). Davon übernehmen 2'139.- CHF (+150%) die Patient:innen, CHF 1'134.- (+23%) die OKP und CHF 1'249 (-57%) der Kanton.

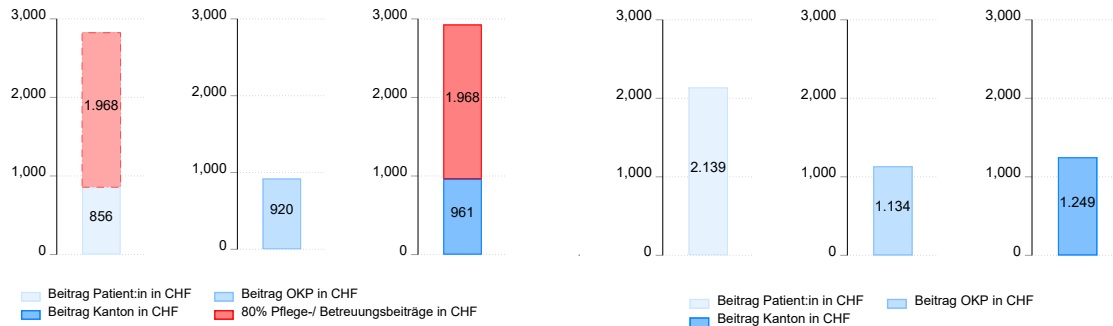


Abbildung 30: Beiträge (in CHF) Falltyp F in einer «Welt mit KÜP»

Abbildung 31: Beiträge (in CHF) Falltyp F in einer «Welt ohne KÜP», (F1 und F2)

Beiträge pro alternativem Patient:innenpfad des Falltyps

Diese oben beschriebenen Beitragszahlen einer «Welt ohne KÜP» setzen sich aus den gewichteten Beitragszahlen der alternativen Patient:innenpfade F1 und F2 zusammen. Der alternative Patient:innenpfad F1 wurde in 74% der Fälle verwendet, F2 in 26% der Fälle. Im Detail sehen die Beiträge dieser beiden alternativen Patient:innenpfade wie folgt aus:

Falltyp F1 (Zu Hause – APH-Ferienbett – Ferienbett): Für den Falltyp F1 belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge auf CHF 4'633 (Abbildung 32). Davon übernehmen die Patient:innen CHF 2'724, die OKP CHF 910 und der Kanton CHF 999.

Falltyp F2 (Zu Hause – Spitex – APH): Für den Falltyp F2 belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge auf CHF 4'208 (Abbildung 32). Davon übernehmen die Patient:innen CHF 471, die OKP CHF 1'774 und der Kanton CHF 1'963.

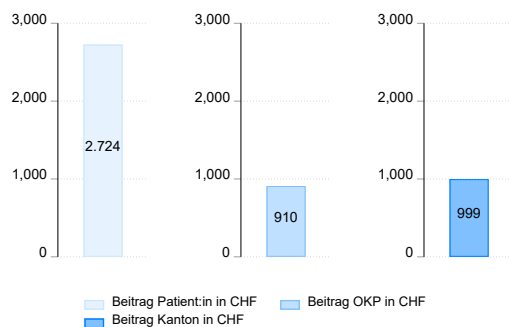


Abbildung 32: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad F1

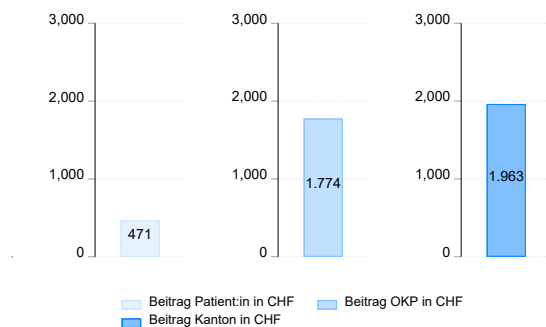


Abbildung 33: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad F2

2.3.7 Falltyp G

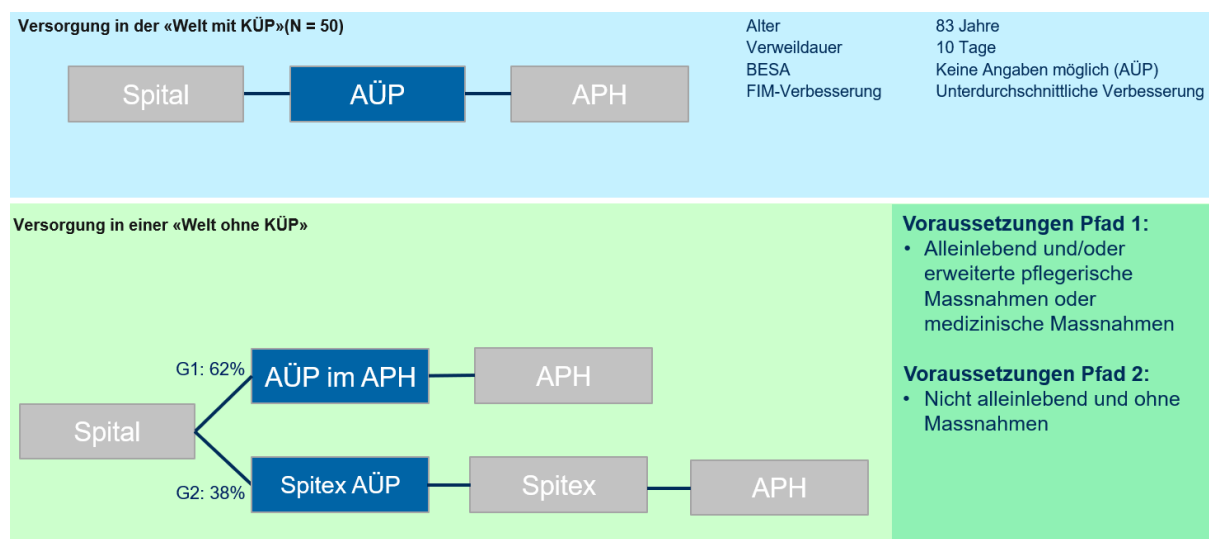


Abbildung 34: Patient:innenpfad Falltyp G

Fallbeschreibung

Die Patient:innen des Falltyps G kamen nach einer Behandlung im Spital ins KÜP, wurden durchschnittlich 10 Tage lang im Rahmen einer AÜP gepflegt und traten danach ins APH aus (Abbildung 34). In einer «Welt ohne KÜP» gibt es zwei Alternativ-Szenarien. Entweder wird ihnen die AÜP in einem APH (G1: 62%) oder zu Hause durch die Spitex (G2: 38%) verschrieben. Nach 10 Tagen treten diese Patient:innen entweder in ein reguläres APH-Bett über, beziehungsweise treten ins APH ein.

Beiträge insgesamt und nach Beitragszahlende

Versorgung in der «Welt mit KÜP»: Im Schnitt werden pro Patient:in des Falltyps G Beiträge in der Höhe von CHF 3'041 geleistet (Abbildung 35). Dabei übernehmen CHF 389 die Patient:innen, CHF 589 die OKP und CHF 2'063 der Kanton.

Übernimmt der Kanton die 80% Pensions- und Betreuungstaxen (CHF 1'344, Abbildung 35 [rote Säule]) nicht mehr, so reduziert sich der Kantonsbeitrag auf 719 CHF und der Patient:innenbeitrag erhöht sich auf CHF 1'733.

Versorgung in einer «Welt ohne KÜP»: In einer «Welt ohne KÜP» belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge pro Patient:in des Falltyps G auf CHF 2'677 (-12%) geleistet (Abbildung 36). Dabei übernehmen CHF 1'517 (+290%) die Patient:innen, CHF 522 (-11%) die OKP und CHF 638 (-69%) der Kanton.

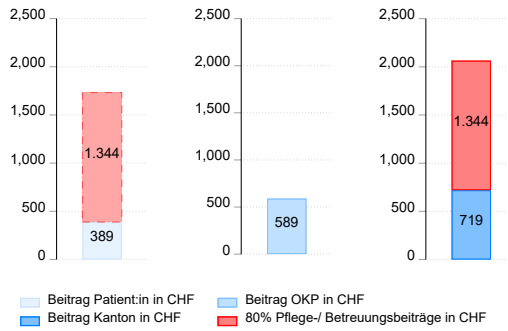


Abbildung 35: Beiträge (in CHF) Falltyp G in einer «Welt mit KÜP»

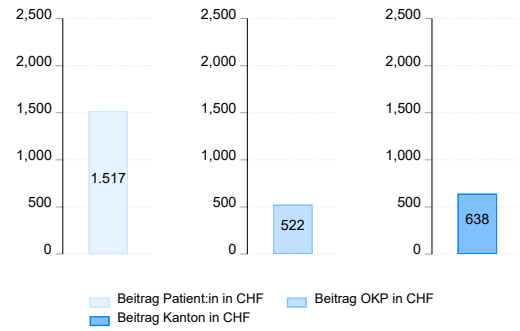


Abbildung 36: Beiträge (in CHF) Falltyp G in einer «Welt ohne KÜP», (G1 und G2)

Beiträge pro alternativem Patient:innenpfad des Falltyps

Diese oben beschriebenen Beitragszahlen einer «Welt ohne KÜP» setzen sich aus den gewichteten Beitragszahlen der alternativen Patient:innenpfade G1 und G2 zusammen. Der alternative Patient:innenpfad G1 wurde in 62% der Fälle verwendet, G2 in 38% der Fälle. Im Detail sehen die Beiträge dieser beiden alternativen Patient:innenpfade wie folgt aus:

Falltyp G1 (Spital – AÜP im APH – APH): Für den Falltyp G1 belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtbeiträge auf CHF 3'664 (Abbildung 37). Davon übernehmen die Patient:innen CHF 2'284, die OKP CHF 621 und der Kanton CHF 759.

Falltyp G2 (Spital – Spitex-AÜP – Spitex – APH): Für den Falltyp G2 belaufen sich die gesamten Beiträge im Durchschnitt auf CHF 1'068. (Abbildung 38). Davon übernehmen die Patient:innen CHF 266, die OKP CHF 361 und der Kanton CHF 441.

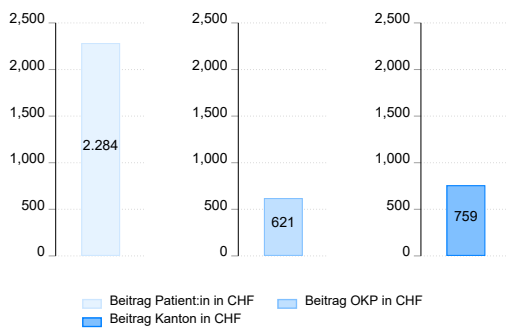


Abbildung 37: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad G1

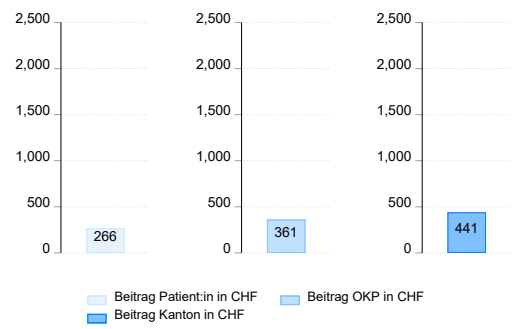


Abbildung 38: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad G2

2.4 BEITRÄGE IN DER GESAMTPOPULATION

Vergleicht man die Gesamtsumme der Beiträge in einer «Welt mit KÜP» (CHF 1,42 Mio.) und einer «Welt ohne KÜP» (CHF 1,42 Mio.), fallen die Beiträge gleich hoch aus (Abbildung 39). Werden die beiden Welten auf der Ebene der einzelnen Beitragszahlenden verglichen, unterscheidet sich die Gesamtbilanz jedoch. Die Patient:innen bezahlen in einer «Welt mit KÜP» deutlich weniger Beiträge (CHF 223'904) als in der «Welt ohne KÜP» (CHF 660'862; +195%). Heute bezahlen die Patient:innen somit nur rund einen Drittel der Beiträge, die sie in einer «Welt ohne KÜP» zu tragen hätten. Auch für die OKP ist die «Welt mit KÜP» finanziell vorteilhafter: Die Beiträge der OKP fallen in einer «Welt mit KÜP» (CHF 278'026) um 20% tiefer aus als in einer «Welt ohne KÜP» (CHF 349'181). Für den Kanton fällt die Bilanz jedoch gegenteilig aus. Er bezahlt deutlich höhere Beiträge in der «Welt mit KÜP» (CHF 918'071) und würde mehr als halb so viel bezahlen (-55%), wenn das KÜP nicht existieren würde (CHF 409'054).

Die Beiträge des Kantons und der Patient:innen sind stark abhängig von der Übernahme der Pensions- und Betreuungstaxen. Würde das KÜP weiterbestehen, jedoch die Mitfinanzierung der Pensions- und Betreuungstaxen durch den Kanton wegfallen, wäre das finanziell die attraktivste Variante für den Kanton. Der Kanton würde dann mit KÜP, aber ohne Mitfinanzierung von 80% der Pensions- und Betreuungstaxen, CHF 314'480 bezahlen. Im Vergleich zu einer «Welt ohne KÜP» (CHF 409'054) wäre das 23% tiefer. Hier wäre jedoch die Bilanz für die Patient:innen finanziell nachteilig. Sie müssten neu bei einem KÜP-Aufenthalt, wie bei einem normalen APH-Aufenthalt, die gesamten Pensions- und Betreuungsbeiträge finanzieren. Somit würden sie in der «Welt mit KÜP» CHF 827'495 bezahlen und damit CHF 166'633 oder 25% mehr als in einer «Welt ohne KÜP» (CHF 660'862). Für die OKP hat die Übernahme der 80% der Pensions- und Betreuungstaxen durch den Kanton keinen Einfluss auf die Beiträge.

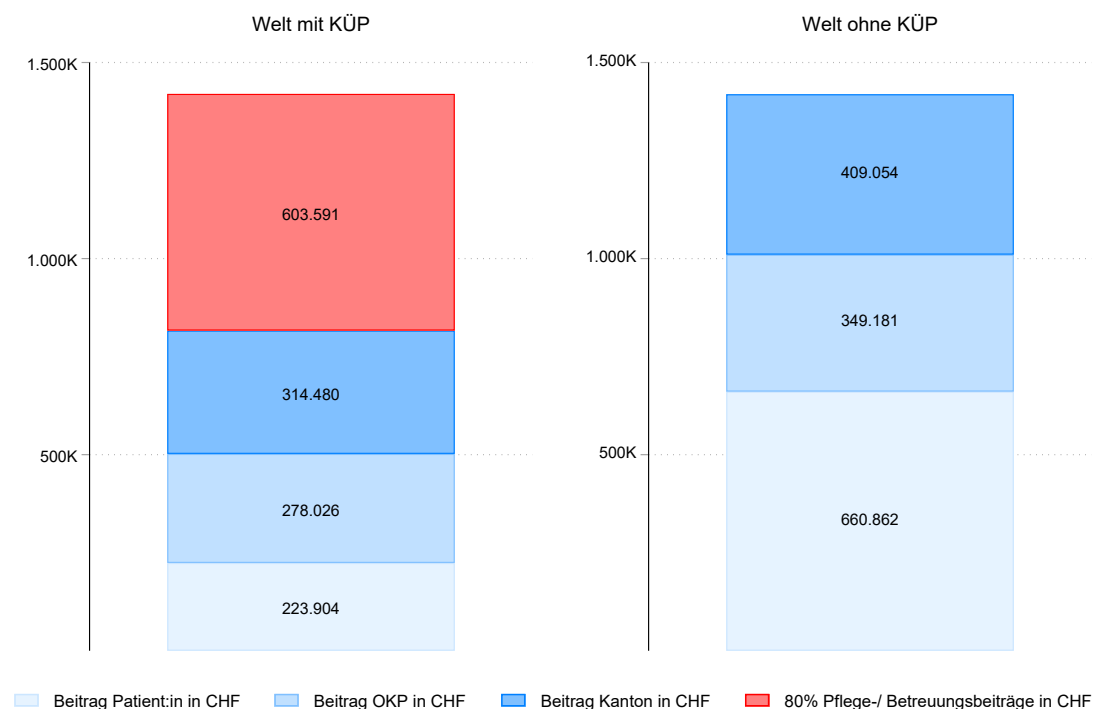


Abbildung 39: Vergleich Gesamtbeiträge (in CHF) nach Beitragszahlende mit und ohne Übernahme der 80% der Pensions- und Betreuungstaxen

2.5 SENSITIVITÄTSANALYSEN

2.5.1 Eintretenswahrscheinlichkeit der alternativen Patient:innenpfade

Szenario 1: Das Szenario 1, in welchem davon ausgegangen wird, dass allein der Bedarf an medizinischen und/oder erweiterten pflegerischen Massnahmen ausschlaggebend ist für die Zuteilung auf die alternativen Patient:innenpfade, hat auf die Gesamtbeträge einen dämpfenden Effekt (Abbildung 40). Wäre dieses Szenario zutreffend, würden 11% weniger Gesamtbeträge anfallen als im Grundszenario. Am deutlichsten reduzieren sich die Beiträge bei den Patient:innen. Sie würden entweder 34% weniger Beiträge bezahlen (Szenario 1.1) als in unserem Grundszenario oder 30% weniger (Szenario 1.2). Dies in Abhängigkeit davon, ob beim Falltyp D die Patient:innen ins Spital (Szenario 1.1) oder ins APH (Szenario 1.2) eintreten würden. Anstatt der CHF 660'862 aus unserem Basisszenario würden die Patient:innen in einer «Welt ohne KÜP» unter den Szenarien 1.1 und 1.2 noch eine Summe von CHF 434'703 respektive CHF 465'718 an Beiträgen bezahlen.

Für den Kanton wären beide Szenarien mit höheren Beiträgen verbunden, entweder mit 9% mehr (Szenario 1.1) oder mit 12% mehr (Szenario 1.2). In einem ähnlichen Ausmass würden die Beiträge der OKP im Szenario 1.1 steigen (+10%). Im Szenario 1.2 würden die OKP-Beiträge jedoch etwas sinken im Vergleich zu unserem Grundszenario (-4%).

Szenario 2: Im Szenario 2 wird davon ausgegangen, dass nur das Vorhandenseine einer Ehepartnerin oder eines Ehepartners ausschlaggebend ist für die Zuteilung zum alternativen Patient:innenpfad. Hier unterscheiden sich die beiden Unterszenarien 2.1 und 2.2 deutlich, sowohl in Bezug auf die Gesamtbeträge als auch bei allen Beitragszahlenden (Abbildung 40). Wäre das Szenario 2.1 zutreffend, würden sich die Gesamtbeträge um 5% erhöhen, die Beiträge des Kantons um 31% und diejenigen der OKP um 25%. Der Kanton würde also anstelle der CHF 409'054 aus dem Grundszenario im Szenario 2.1 CHF 537'823 bezahlen. Bei der OKP würden sich die CHF 349'181 aus dem Grundszenario im Szenario 2.1 auf CHF 436'193 erhöhen. Einzig die Patient:innen würden im Szenario 2.1 deutlich weniger Beiträge bezahlen (-22%).

Würde das Szenario 2.2 zutreffen, würden sich die Gesamtbeträge um 6% reduzieren, diejenigen der OKP um 9% und jene der Patient:innen um 13%. Einzig für den Kanton wären die Beiträge um 7% höher.

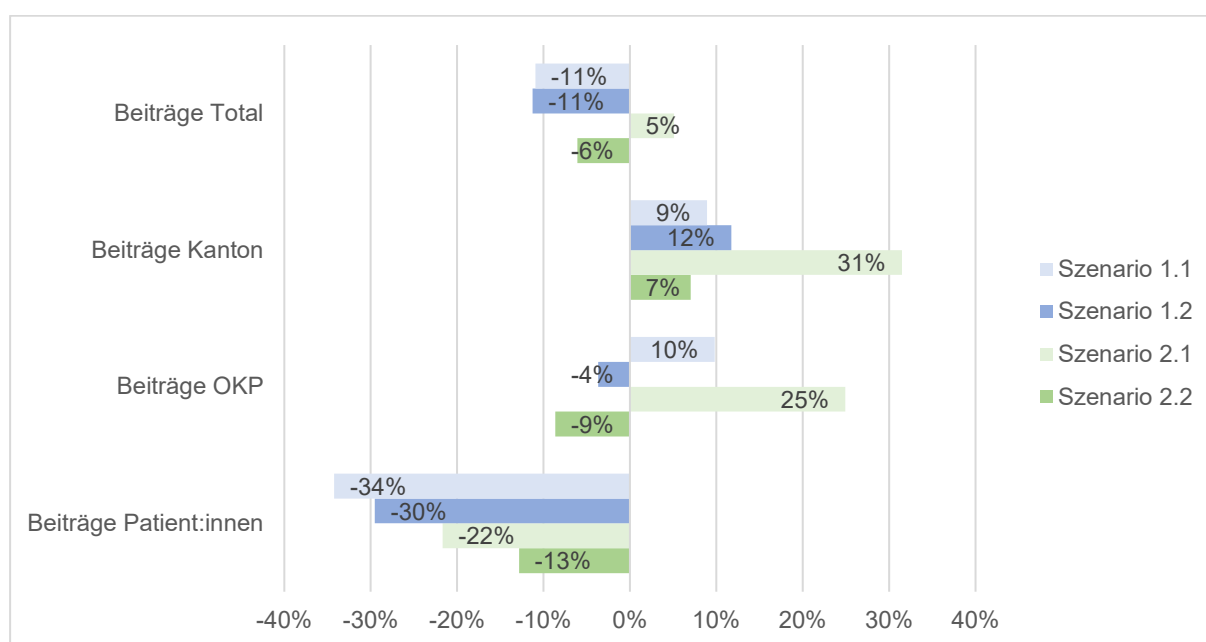


Abbildung 40: Sensitivitätsanalyse, Szenario 1&2 «Eintretenswahrscheinlichkeit der alternativen Patient:innenpfade»

2.5.2 Keine ambulante Versorgung

Szenario 3: Im Szenario 3 wird davon ausgegangen, dass keine ambulanten Leistungen in Anspruch genommen werden. D.h. alle Patient:innen, welche in unserem Grundszenario mit Spitex nach Hause gingen, würden nun in ein APH eintreten (AÜP oder Ferienbett). Die Aufteilung eines Teil der Patient:innen, die im Falltyp D ins Spital eintreten bleiben dabei unverändert zum Grundszenario.

Unter diesem Szenario steigen die gesamten Beiträge um 10% auf CHF 1'556'912 (Abbildung 41). Der Kanton und die OKP würden in der «Welt ohne KÜP» je 7% weniger bezahlen als im Grundszenario. Einzig die Patient:innen würden unter diesen Umständen deutlich mehr bezahlen (+29%) als im Grundszenario. Insgesamt würden sie CHF 851'177 beitragen.

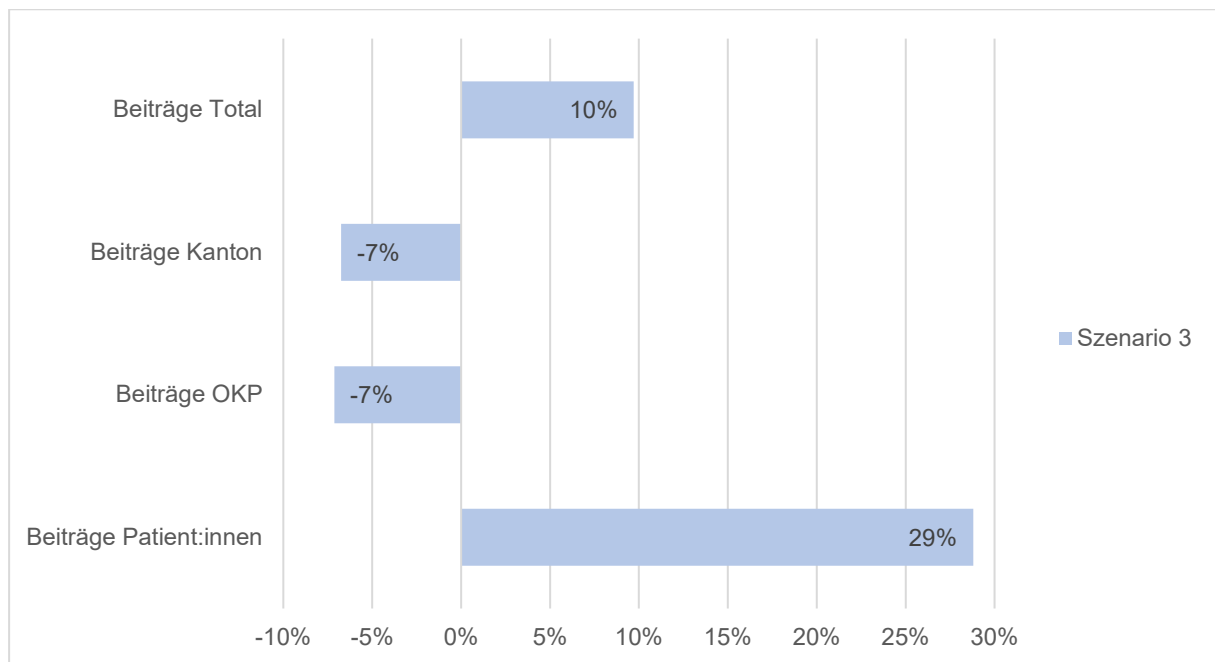


Abbildung 41: Sensitivitätsanalyse, Szenario 3 «Keine ambulante Versorgung»

2.5.3 Verlängerung der Aufenthalte im Akutspital

Szenario 4: In diesem Szenario wird angenommen, dass 10% der Patient:innen, die in der Realität aus dem Spital in die AÜP des KÜP eingetreten sind, im alternativen Szenario anstatt in eine andere AÜP einzutreten, weitere 14 Tage in der akuteriatriischen Abteilung eines Spitals verbringen würden. Da sich in diesem Szenario der Aufenthalt in einem Akutspital verlängert, steigen die Gesamtbeiträge um 5% an (Abbildung 41). Auch die Beiträge des Kantons (+15%) und diejenigen der OKP (+14%) würden ansteigen. Die Beiträge der Patient:innen würden hingegen um 5% sinken.

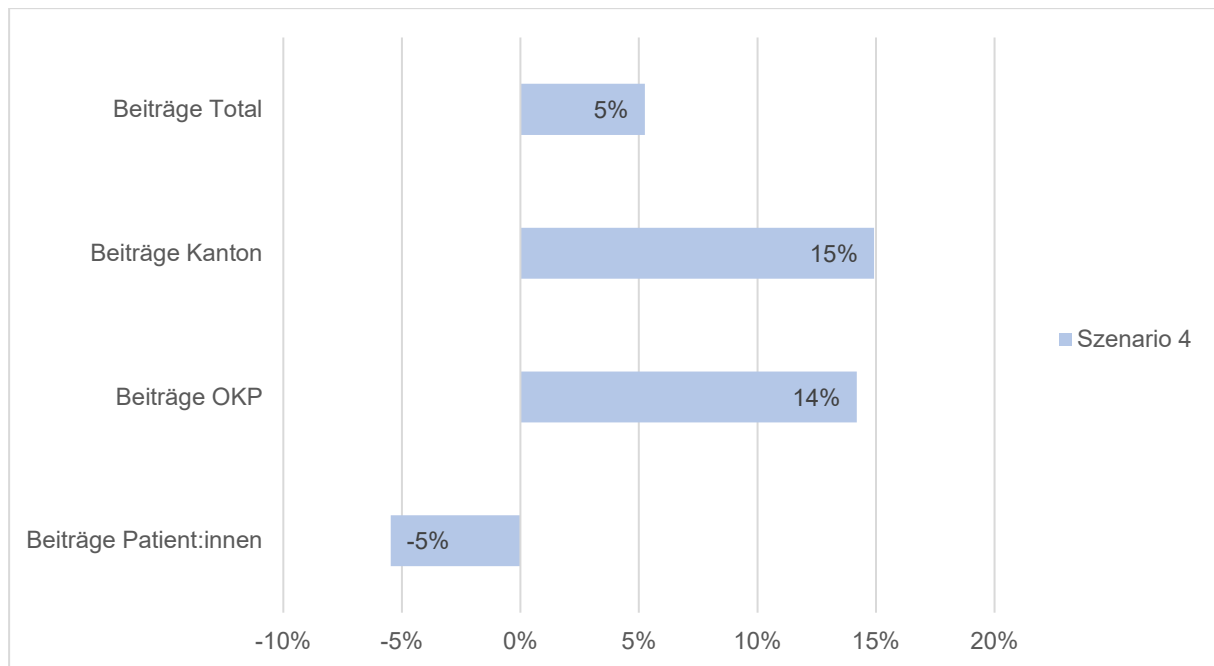


Abbildung 42: Sensitivitätsanalyse, Szenario 4 «Auswirkungen einer erhöhten Inanspruchnahme der Akutsomatik»

2.6 EXKURS: QUALITATIVE BEWERTUNG DER VERSORGUNGSQUALITÄT IN EINER «WELT OHNE KÜP»

Im Rahmen der Workshops mit den Expert:innen aus der Region wurde mehrfach betont, dass die Versorgungsqualität im Kanton AI leiden würde, wenn das KÜP-Angebot nicht weiter existieren würde. Diese qualitativen Einschätzungen stehen nicht im Fokus der vorliegenden Evaluation, erscheinen uns aber für die Beurteilung dennoch relevant. Nachfolgend sind daher die Argumentationen zusammenfassend festgehalten:

- In den Workshops wurde lange und kontrovers besprochen, ob die Liegedauern im Spital sich verlängern würden, wenn es die AÜP im KÜP nicht mehr geben würde. Die Expert:innen waren sich nicht einig. Es wurde beschlossen, dass das Grundscenario keine solchen Verlängerungen der Spitalliegedauern beinhalten solle. Damit das Argument dennoch berücksichtigt wurde, haben wir eine entsprechende Sensitivitätsanalyse (siehe Kapitel 2.5.3) durchgeführt.
- Von den Expert:innen wurde mehrfach angemerkt, dass die ältere Bevölkerung in AI häufig einen Widerstand gegenüber stationären Einrichtung habe. Vergrössert werde diese Abwehr, wenn diese stationären Einrichtungen zusätzlich noch in einem anderen Kanton seien. Ohne KÜP würde sich ein Grossteil der Personen mit AÜP-Indikation für eine Versorgung zu Hause entscheiden (diese Einschätzung wurde in den alternativen Patient:innenpfaden berücksichtigt). Laut Aussagen der Expert:innen im Workshop käme dies einer Unterversorgung gleich. Es wird vermutet, dass diese Unterversorgung zu vermehrten Eintritten in den Spital-Notfall führen würde.
- Es wird zudem erwartet, dass es zu einer Mehrbelastung der Spitäler (v.a. Notfall) in der Umgebung kommen würde, wenn das KÜP abgeschafft würde und die Hausärzt:innen keine Überweisungen ans KÜP mehr machen könnten.
- Laut persönlichen Gesprächen mit einigen der Workshopteilnehmer:innen sind die Hausärzt:innen in AI grosse Befürworter:innen des KÜP.
- Das KÜP hat eine Aufnahmepflicht (innerhalb von 24h), ohne dieses Angebot gäbe es keine Aufnahmepflicht in AI, da APHs keine solche kennen.

- Emotional sei das Angebot des KÜP für die betroffenen Einwohnenden von AI sehr wichtig. Denn viele ältere Menschen sehen das APH häufig als Endstation im Leben an. Da das KÜP das Ziel hat, dass Leute wieder nach Hause zurück gehen sollen, wird ein Eintritt ins KÜP viel eher akzeptiert.

3 Diskussion

Die vorliegende Evaluation verfolgte das Ziel, die Unterschiede in den Beiträgen aller beteiligten Beitragszahlenden (Patient:innen, OKP, Kanton) sowie die Gesamtbeiträge zwischen einer «Welt mit KÜP» und einer «Welt ohne KÜP» zu untersuchen. Dieser Vergleich lässt Aussagen darüber zu, wie sich die finanziellen Anreize durch eine Veränderung des Versorgungsangebotes ändern. Neben diesen Kernaussagen, die auf den durchgeführten Datenanalyse beruhen, werden in der Diskussion auch qualitative Aussagen aus den Workshops miteinbezogen. Diese helfen Konsequenzen im Versorgungssystem aus Sicht der Fachpersonen einzuschätzen. Die Schlussfolgerungen der Expert:innen werden jeweils als solche ausgewiesen, da sie nicht unabhängig überprüft werden konnten.

3.1 BISHERIGE INANSPRUCHNAHME

Seit Eröffnung des KÜP am 1. Juli 2021 wurden 316 Patient:innen im KÜP behandelt. Davon wurden in unseren Analysen 267 Patient:innen (85%) berücksichtigt. Alle weiteren Ausführungen in den folgenden Kapiteln beziehen sich auf diese 267 Patient:innen.

75 dieser Patient:innen (28%) kehrten nach ihrem KÜP-Aufenthalt nach Hause zurück, die restlichen 72% (192 Patient:innen) traten in ein APH ein. In vielen Fällen scheint der Aufenthalt im KÜP also nicht zu einer Rückkehr der Patient:innen nach Hause zu führen, wie ein Ziel des KÜPs lautete (Kantonales Spital und Pflegezentrum Appenzell, 2021). Vielmehr scheint der Aufenthalt im KÜP bei einem Grossteil der Patient:innen einen Bedarf an langfristiger stationärer Versorgung aufzudecken. Die tatsächlichen Gründe für diese Beobachtung können mit dieser Evaluation nicht ermittelt werden, da dieser Aspekt nicht Teil der Fragestellung war. Allerdings können mögliche Ursachen dafür aus der Literatur und aus den Gesprächen in den Expert:innen-Workshops abgeleitet werden:

Zum einen ist das KÜP-Patient:innenkollektiv, welches in die Analysen miteingeschlossen wurde, im Durchschnitt 82,5 Jahre (CI: 81,6 - 83,4) alt. In diesem Alter steigt die Pflegebedürftigkeit und damit die Zahl der Heimeintritte deutlich an (Höpfinger et al., 2011; Obsan, 2023). Das Patient:innenkollektiv des KÜP hat demnach per se eine hohe Wahrscheinlichkeit für Heimeintritte.

Zum anderen trat rund die Hälfte der von uns untersuchten Patient:innen des KÜP nach einem Spitalaufenthalt ins KÜP ein. Aus der Literatur ist bekannt, dass Spitaleintritte v.a. bei Hochaltrigen, d.h. bei Personen ab 80 Jahren, im Anschluss häufig zu einem APH-Eintritt führen (Bundesamt für Statistik (BFS), 2017). Der Anteil derjenigen, auf die das zutrifft, steigt zudem mit steigendem Alter deutlich an (Bundesamt für Statistik (BFS), 2017). Rund ein Viertel der Patient:innen (24%), die nach einem Spitalaufenthalt ins KÜP eintraten, konnte wieder nach Hause zurückkehren. Falls es sich bei diesen Personen um Patient:innen handelt, die ohne KÜP ins APH eingetreten wären, kann es als Erfolg gewertet werden, dass davon 24% wieder nach Hause zurückkehren konnten.

Von den 120 Patient:innen, die von zu Hause aus ins KÜP eintraten, konnte ca. ein Drittel der Fälle (36%) wieder nach Hause zurückkehren. In den restlichen 64% der Fälle folgte auf den Aufenthalt im KÜP der Übertritt ins APH. Da diese Gruppe an Patient:innen in den Daten wenig definiert ist, ist es schwierig, Gründe für diese Beobachtung abzuleiten. Es folgen an dieser Stelle daher einige Einschätzungen und Erklärungsansätze von den Expert:innen, die in den Workshops genannt wurden:

Von den Expert:innen wurde mehrfach betont, dass das KÜP für Patient:innen eine viel kleinere Hürde für einen stationären Aufenthalt darstelle als ein Aufenthalt in einem Akutspital (Herisau oder St. Gallen) oder eine AÜP/ein Ferienbett im APH. Zudem scheint die Bevölkerung von AI ein kantonsinternes Angebot zu bevorzugen. In einer Situation, in welcher die Versorgung zu Hause zunehmend schwierig ist

– sei dies auf Grund des Zustandes der Patient:in oder der Situation der Angehörigen – wird laut Aussagen der Expert:innen ein Eintritt ins KÜP gegebenenfalls besser akzeptiert als ein Eintritt ins Spital oder ins APH. Sobald diese Person dann im KÜP ist und der Fall genauer betrachtet wird, kann ein Entscheid für einen Eintritt ins APH allenfalls leichter fallen.

3.2 VERGLEICH DER BEITRÄGE DER «WELT MIT KÜP» UND EINER «WELT OHNE KÜP»

Hauptaussagen

Unsere Berechnungen zeigen, dass die Gesamtbeiträge für eine Versorgung der von uns untersuchten Patient:innen in einer «Welt ohne KÜP» gleich hoch ausfallen würden wie sie in der «Welt mit KÜP» sind. Insgesamt führte die Versorgung mit KÜP also nicht zu einer Einsparung von Beiträgen. Die Bilanz für die einzelnen Beitragszahlenden fällt dabei wie folgt aus:

- Für Patient:innen sind die Beiträge in einer «Welt mit KÜP» zwei Drittel tiefer als in einer «Welt ohne KÜP».
- Für die OKP sind die Beiträge in einer «Welt mit KÜP» 20% niedriger als in einer «Welt ohne KÜP».
- Für den Kanton sind die Beiträge in der «Welt mit KÜP» mehr als doppelt so hoch wie in derjenigen «ohne KÜP».

Diese höheren Beiträge des Kantons stammen in erster Linie von der eingeführten kantonalen Beteiligung von 80% an den Pensions- und Betreuungstaxen. Werden die Pensions- und Betreuungstaxen weiterhin zu 80% durch den Kanton finanziert, ist die Variante «Welt ohne KÜP» für den Kanton aus finanzieller Sicht attraktiver. Würde dieser Beitrag des Kantons wegfallen, wäre die «Welt mit KÜP» für den Kanton finanziell die attraktivste Variante (23% tiefer als die «Welt ohne KÜP»). Für die Patient:innen hängt jedoch viel von dieser Kantonsbeteiligung an den Pensions- und Betreuungstaxen ab: Sie würden in einer «Welt mit KÜP» ohne die Beteiligung des Kantons 270% mehr bezahlen als heute, respektive 25% mehr im Vergleich zur «Welt ohne KÜP». Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die Beteiligung des Kantons an den Pensions- und Betreuungstaxen um 80% durchaus in der Lage war, die finanziellen Hürden für einen Eintritt ins KÜP für die Patient:innen abzubauen (Kantonales Gesundheitszentrum Appenzell, 2022). Dies zeigt sich auch darin, dass das Angebot des KÜP von der betroffenen Bevölkerung rege genutzt wurde (siehe Kapitel 2.1).

Für den Kanton sind die vermiedenen Spitaltage für die Patient:innen die vermiedenen APH-Tage ausschlaggebend

Aus den Detailanalysen auf der Ebene der Falltypen lässt sich festhalten, dass in einer «Welt ohne KÜP» die Beiträge der einzelnen Beitragszahlenden klare Muster aufweisen:

- die Versorgung im Spital ist für den Kanton und die OKP mit Abstand am teuersten. Zudem ist der Kanton im Spital der grösste Beitragszahlende, gefolgt von der OKP. Die Patient:innen übernehmen einen verschwindend kleinen Teil der Kosten im Spital.
- Der Kanton bezahlt bei der Versorgung mit Spitex zu Hause den grössten Beitrag. Der Betrag der OKP in der ambulanten Versorgung mit Spitex fällt beinahe identisch aus wie derjenige des Kantons. Die Patient:innen übernehmen in der Versorgung mit Spitex zu Hause den geringsten Anteil.
- Im APH bezahlen die Patient:innen die höchsten Beiträge, was insbesondere an den Pensions- und Betreuungsbeiträgen liegt, die sie selbst finanzieren müssen. Der Kanton übernimmt zwar deutlich weniger als die Patient:innen, er bezahlt aber mehr als die OKP.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in einer «Welt ohne KÜP» die Patient:innen aus finanzieller Perspektive einen Anreiz haben, zu Hause zu bleiben oder ins Spital einzutreten, jedoch nicht das APH zu nutzen. Der Kanton hat einen Anreiz, die Patient:innen im APH zu versorgen und möchte kostspielige Aufenthalte im Spital möglichst vermeiden. Die OKP teilt diese Anreize mit dem Kanton.

Die Finanzierung von 80% der Pensions- und Betreuungstaxen im KÜP durch den Kanton, verändert die oben beschriebenen Anreize deutlich. Hier zeigt sich, dass es für den Kanton weiterhin finanziell vorteilhaft ist, Spitalaufenthalte zu vermeiden. Die Versorgung im KÜP ist für den Kanton aber erheblich teurer als die Pflege zu Hause oder im APH. Das heisst für den Kanton lohnt sich finanziell diese Beteiligung nur, wenn damit Spitalaufenthalte vermieden werden können. Für die Patient:innen macht die Übernahme der 80% der Pensions- und Betreuungstaxen durch den Kanton den Aufenthalt im KÜP jedoch deutlich attraktiver. Für die OKP ändert sich durch die Beteiligung des Kantons nichts an den Anreizen.

Die Erkenntnisse bezüglich der Vermeidung von Spitaltagen aus den Falltypen lassen sich durch die Resultate der Sensitivitätsanalyse (Szenario 4) bestätigen, welche zeigen, dass eine zusätzliche Anzahl Spitaltage die Resultate stark beeinflussen. Falls 10% der Fälle in den Falltypen mit Spitalaufenthalt zu einer Verlängerung ihres Aufenthalts in der Akutgeriatrie eines Spitals käme, hätte das folgende Auswirkungen auf die Beiträge: die Gesamtbeiträge in der «Welt ohne KÜP» würden um 5% steigen. Dabei würden die Beiträge des Kantons um 15% und jene der OKP um 14% ansteigen. Als einzige Beitragszahlende würden die Patient:innen von um 5% geringeren Beiträgen profitieren.

Aufgrund der grossen Differenz zwischen den heute für den Kanton anfallenden Beiträgen und denjenigen Beiträgen, welche in einer «Welt ohne KÜP» für den Kanton anfallen würden, zeigt sich jedoch, dass die Menge an verlängerten Spitalaufenthalten fast bei 40% liegen müsste, um diese Differenz auszugleichen. Das scheint aufgrund der Diskussionen mit den Expert:innen in den Workshops kein realistisches Szenario zu sein.

Hauptaussagen bleiben unverändert trotz grosser Unsicherheit in den Daten

Die Resultate der Sensitivitätsanalysen zeigen, dass die in unserer Studie getroffenen Annahmen einen starken Einfluss auf die Endresultate haben. Andere Annahmen könnten das Endresultat für die einzelnen Beitragszahlenden um rund einen Drittel erhöhen oder senken. Unsere Resultate beinhalten also einen grossen Teil an Unsicherheit, da sie aufgrund fehlender Datengrundlage auf Szenarien beruhen und nicht die tatsächlich angefallenen Beiträge vor Einführung des KÜP untersucht werden konnten.

Es lässt sich festhalten, dass:

- die Beiträge für den Kanton in einer «Welt ohne KÜP» im Grundszenario eher unterschätzt wurden
- die Beiträge der OKP in einer «Welt ohne KÜP» im Grundszenario eher unterschätzt wurden
- die Beiträge der Patient:innen in einer «Welt ohne KÜP» im Grundszenario eher überschätzt wurden

Aber dennoch bleiben die getroffenen Hauptaussagen bestehen:

- Für den Kanton ist die «Welt mit KÜP» mit der Mitfinanzierung der Pensions- und Betreuungstaxen die teuerste Variante. Würde sich der Kanton entscheiden, dass KÜP weiterzuführen, die finanzielle Beteiligung an den Pensions- und Betreuungstaxen aber einzustellen, wäre das finanziell attraktiver als eine «Welt ohne KÜP».
- Die Beiträge der OKP fallen in der «Welt mit KÜP» niedriger aus als in einer «Welt ohne KÜP»

- Für Patient:innen ist die Versorgung mit KÜP und der Beteiligung des Kantons mit Abstand die kostengünstigste Variante. Aber selbst wenn der Kanton die finanzielle Beteiligung um 30% senken würde, wäre die «Welt mit KÜP» attraktiver als eine «Welt ohne KÜP».

Weiter zeigt das Szenario 3 der Sensitivitätsanalysen auf, dass, je weniger Leute eine Spitex-Versorgung in Anspruch nehmen, desto:

- mehr lohnt sich in Bezug auf die Gesamtbeiträge die «Welt mit KÜP»
- geringer fallen die Beiträge der OKP und des Kantons aus
- teurer wird die Versorgung für Patient:innen

3.3 POTENZIELLE AUSWIRKUNGEN EINER EINSTELLUNG DES KÜP-ANGEBOTS

Finanzielle Auswirkungen

Würde der Kanton AI beschliessen, das KÜP nach der Pilotphase von drei Jahren nicht mehr weiterzubetreiben, würde dies an der Höhe der gesamten Beiträge nichts ändern. Die Beiträge der Patient:innen und diejenigen der OKP würden dabei jedoch ansteigen (195% für die Patient:innen und 20% für die OKP). Für den Kanton würden sich die Beiträge um 55% reduzieren.

Für den Kanton und die OKP sind die Anzahl vermiedener Spitalerträge oder Verlängerungen von Spitalaufenthalten ausschlaggebend. Diese müssten jedoch unrealistisch hoch ausfallen, wenn ein finanziell positives Resultat für den Kanton dabei herauskommen sollte (siehe Kapitel 3.2). Aus rein finanziellen Überlegungen lohnt sich die Weiterführung des Angebots für den Kanton nicht, respektive der Kanton müsste sich überlegen, die Beteiligung an den 80% der Pensions- und Betreuungstaxen aufzugeben oder zu reduzieren.

Auswirkungen auf das Versorgungsangebot

Die finanziellen Auswirkungen einer Einstellung des KÜP-Angebots zeigt unsere Studie klar auf. Neben den ökonomischen Auswirkungen sollte jedoch auch die Versorgungssituation im Kanton AI berücksichtigt werden. Hierzu kann unsere Studie die folgenden Aussagen aus den Workshops ableiten:

Mit dem Wegfall des KÜP würde ein wichtiges stationäres Angebot mit professioneller Pflege 24h/7 Tage die Woche und eine aufnahmepflichtige Institution wegfallen – und dies, obwohl der Bedarf dafür vorhanden ist (siehe Kapitel 2.1). Laut Aussagen der Expert:innen in den Workshops würde dadurch die Qualität des Versorgungsangebots im Kanton AI leiden. Insbesondere würde das Angebot an AÜP-Betten im Kanton deutlich reduziert werden. Denn obwohl alle APHs unter bestimmten Voraussetzungen berechtigt sind, AÜP anzubieten, rechnet derzeit nur das APH Alpsteeblick im GZAI und das KÜP tatsächlich AÜP ab. Auch in den angrenzenden Kantonen Appenzell-Ausserrhoden und St. Gallen wird kaum AÜP abgerechnet. In persönlichen Gesprächen mit Pflegefachpersonen und einer Mitarbeiterin des Sozialdienstes eines Akutspitals wurde deutlich, dass dies an den hohen administrativen Anforderungen liegt, die mit der Abrechnung von AÜP verbunden sind. Zudem steht häufig nicht genügend Pflegepersonal mit tertiärem Abschluss zur Verfügung, was eine Voraussetzung für die Abrechnung von AÜP darstellt. Deshalb wird im APH auf Ferienbetten zurückgegriffen.

Sollte es kein KÜP mehr geben, könnte dies – laut Aussagen der Expert:innen – partiell zu einer Unterversorgung im Kanton AI führen. Dies in Bezug auf mehrere Patient:innengruppen: einerseits wird davon ausgegangen, dass Menschen mit AÜP-Bedarf aufgrund des fehlenden Angebots keine solche erhalten. Andererseits wird angenommen, dass aufgrund eines fehlenden stationären Angebots mehr Menschen ein ambulantes Angebot beanspruchen würden, obwohl sie eine Indikation für einen stationären Aufenthalt hätten. Letztlich ist es denkbar, dass Spitäler zudem nicht immer eine geeignete Anschlusslösung nach einem Spitalaufenthalt finden und somit verlängerte Spitalaufenthalte entstehen

würden. Die finanziellen Auswirkungen dieser veränderten Patient:innenpfade sind im Detail im Kapitel 3.2 ausgeführt.

Oft wird vermutet, dass eine solche Unterversorgung, v.a. jene in der Versorgung zu Hause, zu mehr Spitaleintritten führen würde. Allerdings ist diese Vermutung bisher in der wissenschaftlichen Literatur nicht ausreichend untersucht. Eine Ausnahme besteht dabei für psychisch erkrankte Personen, für welche eine Studie zeigen konnte, dass eine verbesserte Kontinuität der Betreuung in der Hausarztpraxis zu weniger Spitaleintritten führte (Ride et al., 2019). Des Weiteren werden Spitaleintritte zumindest als Qualitätsindikatoren in der Spitex-Pflege diskutiert (Australian Government Department of Health, 2021). Es bleibt somit offen, wie sich diese mögliche Unterversorgung finanziell auswirken könnte.

3.4 POTENZIELLE AUSWIRKUNGEN EINES WEGFALLS ODER EINER ANPASSUNG DER MIT-FINANZIERUNG DER PENSIONS- UND BETREUUNGSTAXEN DURCH DEN KANTON

Wie in Kapitel 3.2 ausgeführt wurde, lohnt sich eine Weiterführung des KÜP-Angebotes aus einer finanziellen Perspektive für den Kanton nur dann, wenn die Übernahme von 80% der Pensions- und Betreuungstaxen überdacht wird. Daher werden in diesem Kapitel drei Alternativen zur heutigen Ausgestaltung dieser Finanzierung angedacht:

- 1) Der Kanton übernimmt die 80% der Pensions- und Betreuungstaxen nicht mehr
- 2) Der Kanton reduziert seine Beteiligung an den Pensions- und Betreuungstaxen, z.B. auf 50%.
- 3) Der Kanton unterstützt die Finanzierung der Pensions- und Betreuungstaxen weiterhin, allerdings nur noch in ausgewählten Fällen.

Keine Übernahme von 80% der Pensions- und Betreuungstaxen mehr

Die Auswirkungen dieser Massnahme wurden im Kapitel 3.2 ausgeführt. Zusammengefasst, würden die Beiträge für den Kanton deutlich sinken, diejenigen für die Patient:innen deutlich zunehmen und diejenigen der OKP blieben unverändert. Die Übernahme der 80% der Pensions- und Betreuungstaxen sollte die Hürden für einen Eintritt ins KÜP bei den Patient:innen senken (Kantonales Spital und Pflegezentrum Appenzell, 2021). Beim Wegfall steht daher die Frage im Raum, ob die Akzeptanz des KÜPs bei den Patient:innen leiden würde, weil die Beitragsbeteiligung stark ansteigen würde. Aus finanzieller Perspektive wären für Patient:innen sowohl ein Aufenthalt im Spital wie auch ein Aufenthalt mit Spitex zu Hause im Vergleich zum KÜP attraktiver. Somit stellt sich für den Kanton v.a. die Frage, wie viele Spitaltage durch diese Unterstützung vermieden würden. Denn diese sind ausschlaggebend für die Kosten des Kantons (vgl. Kapitel 3.2). Zudem würde sich für den Kanton auch das Vermeiden von Spitex-Tagen lohnen, wie die Ergebnisse unserer Sensitivitätsanalysen aufzeigen (Szenario 3).

Übernahme von 50% der Pensions- und Betreuungstaxen

Unsere Analysen lassen es zu, gewisse Hypothesen zu testen. So haben wir genauer untersucht, was die Auswirkungen für den Kanton und die Patient:innen wären, wenn die Beteiligung des Kantons an den Pensions- und Betreuungstaxen nicht vollständig gestrichen, sondern lediglich reduziert würde. Als mögliches Szenario haben wir eine Reduktion der Beteiligung an den Pensions- und Betreuungstaxen auf 50% untersucht. Unter diesem Szenario würden die Patient:innen neu insgesamt CHF 450'251 an den Gesamtbeiträge finanzieren, was weniger ist, als in einer «Welt ohne KÜP» (-CHF 210'611, -32%) und mehr wäre als die heutige Versorgung mit KÜP mit einer 80-prozentigen Übernahme der Pensions- und Betreuungstaxen durch den Kanton (+ CHF 226'347, +101% mehr als heute). Im selben Szenario würde der Kanton neu Beiträge von CHF 691'724 bezahlen. Das ist CHF 282'670 mehr als in einer «Welt ohne KÜP» (+69%) und ein Viertel weniger als heute (-CHF 226'347, -25%).

Übernahme von 80% der Pensions- und Betreuungstaxen in gewissen Fällen

Ein ebenfalls denkbarer Weg ist, dass der Kanton die 80% der Pensions- und Betreuungstaxen nur in gewissen Fällen übernimmt. So könnte die Übernahme der 80% der Pensions- und Betreuungstaxen an gewisse Kriterien gebunden werden, z.B. die Vermeidung eines Notfallbesuchs im Spital.

Eine weitere Variante könnte darin bestehen, dass die Pensions- und Betreuungstaxen zunächst vom Kanton finanziert werden, jedoch bei einem nachfolgenden Eintritt ins APH zurückbezahlt werden müssten, da der KÜP-Aufenthalt nicht zur Ambulantisierung beigetragen hat.

Beide Vorschläge sind jedoch nur erste Denkanstösse, deren Umsetzung und Auswirkungen zunächst detailliert vom Kanton geprüft werden müssten.

3.5 LIMITATIONEN

Nicht berücksichtigt wurde in unseren Analysen jegliche Mitbeteiligung der öffentlichen Hand an den Beiträgen welche die Patient:innen bezahlen, z.B. über die Ergänzungsleistungen. Weiter endete der Beobachtungszeitraum jeweils mit dem Austritt aus dem KÜP, sowohl in der «Welt mit KÜP» als auch in der «Welt ohne KÜP». Falls ein Nicht-Aufenthalt im APH also mit längeren Behandlungszeiten mit der Spitex zu Hause einhergehen würde, wurden diese längeren Beiträge nicht mitberücksichtigt. Weitere Limitationen wurden mit Hilfe der Sensitivitätsanalysen quantifiziert und weiter oben diskutiert.

4 Fazit

Unsere Studie hat untersucht, wie sich die Beiträge insgesamt und jene aller beteiligten Beitragszahlenden (Patient:innen, OKP, Kanton) in einer «Welt mit KÜP» und einer «Welt ohne KÜP» unterscheiden. Das Fazit ist, dass die Gesamtbeiträge in beiden Situationen ungefähr gleich hoch wären, die Versorgungssituation jedoch mit dem KÜP – laut Aussagen der Expert:innen – in AI deutlich besser ist als ohne. Zudem scheint das KÜP bei den Hausärzt:innen auf Anklang zu stossen, was in Bezug auf den aktuellen Hausärzt:innenmangel relevant ist. Zudem sind die Beiträge der OKP in der «Welt mit KÜP» niedriger, was angesichts der derzeit stark steigenden Prämien ein weiteres überzeugendes Argument darstellt. Die grössten gesundheitlichen und finanziellen Vorteile ziehen die Patient:innen aus der Existenz des KÜP.

Allerdings stellt die Finanzierung der KÜP-Versorgung für den Kanton eine erhebliche finanzielle Belastung dar. Dies liegt v.a. an der Beteiligung von 80% an den Pensions- und Betreuungstaxen, die eingeführt wurde, um die Hürden einer Inanspruchnahme für die Patient:innen zu senken. Dieser Anreiz für die Patient:innen sollte laut unseren Analysen zwar beibehalten werden, da auch der Kanton davon profitiert, wenn sowohl eine Versorgung im Spital (entweder durch mehr Spitaleintritte oder verlängerte Spitalaufenthalte) als auch – wenn auch in geringerem Masse – eine Spitex-Versorgung vermieden werden können. Wir empfehlen jedoch die Beteiligung an den Pensions- und Betreuungstaxen zu reduzieren. Eine Reduktion der Beteiligung z.B. auf 50% würde das Verhältnis zwischen den Beiträgen der Patient:innen und des Kantons deutlich ausgleichen. Trotzdem würde der Anreiz der Patient:innen, sich im Spital oder zu Hause versorgen zu lassen, damit etwas reduziert.

5 Literaturverzeichnis

- Australian Government Department of Health. (2021). *Development of quality indicators for in-home aged care – Evidence review summary report* (QI Program reports and publications).
https://www.health.gov.au/sites/default/files/2023-02/development-of-quality-indicators-for-in-home-aged-care-evidence-review-summary-report_0.pdf
- Bayer-Oglesby, L., & Höpflinger, F. (2010). *Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz Methodik und kantonale Kennzahlen*. OBSAN.
- Bundesamt für Gesundheit. (2024). *Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime 2022*.
- Bundesamt für Statistik. (2020). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone der Schweiz 2020-2050—Anzahl der Personen nach Altersklassen und Kantonen gemäss 3 Szenarien—Jed-01.03.02.02*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/kantonale-szenarien.assetdetail.12107015.html>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2017). *Hospitalisierungen ab 60 Jahren* (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2010–2015). <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/3462198/master>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2023a). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2022)*.
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2023b, November 10). *Statistik der Hilfe und der Pflege zu Hause 2022*. PX-Web.
- Gesundheitsamt Kanton AI. (2023). *Pflegeheimliste Kanton AI*. Gesundheitsamt AI.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglespy, L., & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftig und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Huber.
- Kantonales Gesundheitszentrum Appenzell. (2022). *Detaillkonzept Kurzzeit- und Übergangspflege (KÜP) «Sonnwendlig» (vertraulich)*. Kantonales Gesundheitszentrum Appenzell.
- Kantonales Gesundheitszentrum Appenzell. (2024a). *Tarifordnung 2024 Alpsteeblick*.
- Kantonales Gesundheitszentrum Appenzell. (2024b). *Tarifordnung 2024 KÜP Sonnwendlig*.
- Kantonales Spital und Pflegezentrum Appenzell. (2021). *Grobkonzept (vertraulich)—APH «Akutsomatische Pflegestation, Pflege für sterbende Patienten, Aufbau Hospiz»*.

Obsan. (2023). *Eintrittsalter ins Pflegeheim*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/eintrittsalter-ins-pflegeheim>

Ride, J., Kasteridis, P., Gutacker, N., Doran, T., Rice, N., Gravelle, H., Kendrick, T., Mason, A., Goddard, M., Siddiqi, N., Gilbody, S., Williams, R., Aylott, L., Dare, C., & Jacobs, R. (2019). Impact of family practice continuity of care on unplanned hospital use for people with serious mental illness. *Health Services Research*, *54*(6), 1316–1325. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13211>

Spitex Appenzell Innerrhoden. (2024). *Tarife 2024*.

Spitex Verband SG|AR|AI. (2024, Juni 25). *Vertragsdokumente AÜP Kanton AI*. https://www.spitex.sg/Ueber-uns/Verbandsunterlagen/Vertragsdokumente-AUeP-Kanton-AI/oc20RWQF/PAmQq/?m=1&open_c=99E6AFB9-41C6-4B4E-839EB31DE608A2EC&c=99E6AFB9-41C6-4B4E-839EB31DE608A2EC

6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Relevante Kriterien für die Einteilung in die Patient:innengruppen	9
Tabelle 2: Inanspruchnahme von KÜP-Leistungen nach KÜP-Angebot.....	16
Tabelle 3: Aufteilung der KÜP-Patient:innen auf die sieben untersuchten Patient:innenpfade	17

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick Bildung Patient:innengruppen	10
Abbildung 2: Beispiel eines Fallbeschriebs	10
Abbildung 3: Patient:innenpfad Falltyp A	18
Abbildung 4: Beiträge (in CHF) Falltyp A in der «Welt mit KÜP»	19
Abbildung 5: Beiträge (in CHF) Falltyp A in einer «Welt ohne KÜP», (A1 und A2)	19
Abbildung 6: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad A1	20
Abbildung 7: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad A2	20
Abbildung 8: Patient:innenpfad Falltyp B	20
Abbildung 9: Beiträge (in CHF) Falltyp B in einer «Welt mit KÜP»	21
Abbildung 10: Beiträge (in CHF) Falltyp B in einer «Welt ohne KÜP», (B1 und B2)	21
Abbildung 11: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad B1	21
Abbildung 12: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad B2	21
Abbildung 13: Patient:innenpfad Falltyp C	22
Abbildung 14: Beiträge (in CHF) Falltyp C in einer «Welt mit KÜP»	22
Abbildung 15: Beiträge (in CHF) Falltyp C in einer «Welt ohne KÜP», (C1 und C2)	22
Abbildung 16: Beiträge (in CHF) alternativer Pfad C1	23
Abbildung 17: Beiträge (in CHF) alternativer Pfad C2	23
Abbildung 18: Patient:innenpfad Falltyp D	23
Abbildung 19: Beiträge (in CHF) Falltyp D in einer «Welt mit KÜP»	24
Abbildung 20: Beiträge (in CHF) Falltyp D in einer «Welt ohne KÜP», (D1, D2 und D3)	24
Abbildung 21: Beiträge alternativer Patient:innenpfad D1	25
Abbildung 22: Beiträge alternativer Patient:innenpfad D2	25
Abbildung 23: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad D3	25
Abbildung 24: Patient:innenpfad Falltyp E	25
Abbildung 25: Beiträge (in CHF) Falltyp E in einer «Welt mit KÜP»	26
Abbildung 26: Beiträge (in CHF) Falltyp E in einer «Welt ohne KÜP», (E1 und E2)	26
Abbildung 27: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad E1	27
Abbildung 28: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad E2	27
Abbildung 29: Patient:innenpfad Falltyp F	27
Abbildung 30: Beiträge (in CHF) Falltyp F in einer «Welt mit KÜP»	28
Abbildung 31: Beiträge (in CHF) Falltyp F in einer «Welt ohne KÜP», (F1 und F2)	28
Abbildung 32: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad F1	28
Abbildung 33: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad F2	28
Abbildung 34: Patient:innenpfad Falltyp G	29
Abbildung 35: Beiträge (in CHF) Falltyp G in einer «Welt mit KÜP»	30
Abbildung 36: Beiträge (in CHF) Falltyp G in einer «Welt ohne KÜP», (G1 und G2)	30
Abbildung 37: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad G1	30
Abbildung 38: Beiträge (in CHF) alternativer Patient:innenpfad G2	30
Abbildung 39: Vergleich Gesamtbeiträge (in CHF) nach Beitragszahlende mit und ohne Übernahme der 80% der Pensions- und Betreuungstaxen	31
Abbildung 40: Sensitivitätsanalyse , Szenario 1&2 «Eintretenswahrscheinlichkeit der alternativen Patient:innepfade»	32
Abbildung 41: Sensitivitätsanalyse, Szenario 3 «Keine ambulante Versorgung»	33
Abbildung 42: Sensitivitätsanalyse, Szenario 4 «Auswirkungen einer erhöhten Inanspruchnahme der Akutsomatik»	34
Abbildung 43: Patient:innenpfad Falltyp A. AÜP: Akut- und Übergangspflege	50

Abbildung 44: Patient:innenpfad Falltyp B. APH: Alters- und Pflegeheim, KP: Kurzzeitpflege	51
Abbildung 45: Patient:innenpfad Falltyp C. AÜP: Akut- und Übergangspflege, KP: Kurzzeitpflege.....	52
Abbildung 46: Patient:innenpfad Falltyp D. KP: Kurzzeitpflege	53
Abbildung 47: Patient:innenpfad Falltyp E. APH: Alters- und Pflegeheim, AÜP: Akut- und Übergangspflege, KP: Kurzzeitpflege	54
Abbildung 48: Patient:innenpfad Falltyp F. APH: Alters- und Pflegeheim; KP: Kurzzeitpflege.....	55
Abbildung 49: Patient:innenpfad Falltyp H. APH: Alters- und Pflegeheim, AÜP: Akut- und Übergangspflege	56

8 Anhang

8.1 ZUSAMMENSETZUNG EXPERT:INNEN AUS DER REGION (WORKSHOPS)

- Margot Bühlmann (Teamleitung, Spitex AI)
- Astrid Graf (Sozialdienst, SVAR)
- Anna Havran (Leitende Ärztin Akutgeriatrie, Spital Altstätten)
- Madeleine Köhler (Stv. CEO, Firma Malk)
- Claudia Loher (Leiterin Pflegedienst, GZAI)
- Dr. med. Markus Schmidli (Leiter Ambulante Versorgung, GZAI)
- Rebecca Spirig (Stv. Leiterin Kurzzeit- und Übergangspflege, GZAI)

8.2 FALLBESCHRIEBE

Vorbemerkung zu Patient:innen, die ausschliesslich in der AÜP versorgt wurden

Aus organisatorischen Gründen ist es für Personen, die vom Spital in die Akut- und Übergangspflege (AÜP) eintreten, nicht nötig, dass man ein formelles BESA-Assessment durchführt. Für die Finanzierung der Pflege wird eine Pauschale angewandt. Für diese Personen haben wir daher keine valide BESA-Einschätzung und die Beschreibung der BESA-Stufe fehlt im Fallbeschreibung.

Falls ein:e Patient:in nach der AÜP in die Kurzzeitpflege eintritt, wird ein BESA-Assessment durchgeführt und die BESA-Stufe des Falltypen kann angegeben werden.

Bei den folgenden Falltypen fehlt die Angabe der BESA-Stufe im Falltypenbeschreibung: Falltypen A und H.

Erklärung einiger Begriffe, welche in den Fallbeschrieben verwendet werden

Kategorien von Massnahmen

Medizinische Massnahmen: Massnahmen, welche durch Hausärzte:innen definiert und verordnet werden; bsp. Intravenöse Antibiotikatherapie, Inhalationstherapie mit Medikamenten

Therapeutische Massnahmen: Massnahmen, welche durch die Physiotherapie ausgeführt werden; bsp. Aktive und passive Bewegungstherapie, Sturzprophylaxe

Erweiterte pflegerische Massnahmen: Massnahmen, welche durch die Pflege ausgeführt werden; bsp. Stomapflege, Pflege eines Cystofix

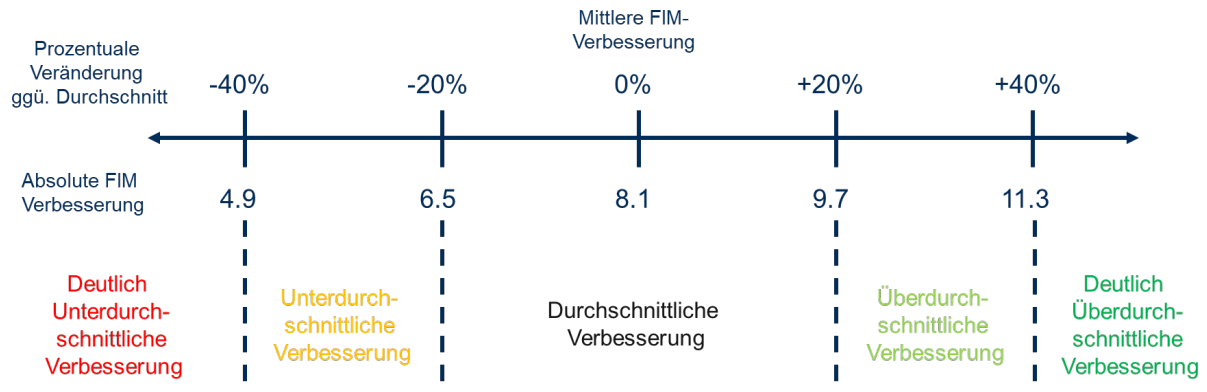
Kategorisierung der FIM-Verbesserung

Bei den KÜP-Patient:innen wird mittels FIM- oder Barthel-Assessment erhoben, inwiefern sich ihre motorischen, respektive kognitiven Fähigkeiten innerhalb ihres Aufenthaltes im KÜP verändert haben. Im KÜP-Angebot wurde zu Beginn das FIM-Assessment verwendet. Im letzten Sommer wurde dieses durch das Barthel-Assessment abgelöst. Aufgrund dieser Datenlage beschränken wir uns bei den Falltypen-Beschreibungen auf die FIM-Werte.

In allen von uns berücksichtigten Falltypen konnte während des KÜP-Aufenthaltes durchschnittlich eine Verbesserung der motorischen und kognitiven Fähigkeiten verzeichnet werden, welche jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Um diese Unterschiede für Sie besser vergleichbar zu machen, haben wir die FIM-Verbesserungen in Kategorien eingeteilt.

Im Mittel über alle berücksichtigten KÜP-Patient:innen verbesserte sich der FIM um 8.1 Punkte. Ausgehend von diesem Mittelwert wurden alle Falltypen mit einer unterdurchschnittlichen FIM-Verbesserung

in zwei Gruppen eingeteilt: unterdurchschnittliche Verbesserung (-20% bis -39% zum Mittelwert) und deutlich unterdurchschnittliche Verbesserung (ab -40% zum Mittelwert; siehe Abbildung 2). Alle Falltypen mit einer überdurchschnittlichen FIM-Verbesserung wurden ebenfalls in zwei Gruppen eingeteilt: überunterdurchschnittliche Verbesserung (+20% bis +39% zum Mittelwert) und deutlich überunterdurchschnittliche Verbesserung (ab +40% zum Mittelwert; siehe Abbildung 2). Falltypen im mittleren Bereich gelten als Personen mit durchschnittlicher Verbesserung.



Detailbeschreibung Kategorisierung FIM-Verbesserungen

Verwendete Abkürzungen:

APH: Alters- und Pflegeheim

AÜP Akut- und Übergangspflege

KP: Kurzzeitpflege

KÜP: Kurzzeit- und Übergangspflege

Beschreibung der Falltypen

Falltyp A

Die Person ist 80 Jahre alt und lebte vor ihrem KÜP-Aufenthalt mit ihrem/ihrer Ehepartner:in zusammen. Nach einem Spitalaufenthalt trat diese Person für 10 Tage in die AÜP des KÜP ein. Während ihres Aufenthaltes in der AÜP benötigte diese Person weder medizinische Versorgung noch erweiterte pflegerische Massnahmen. Des Weiteren erhielt sie die therapeutischen Massnahmen, welche bei einem AÜP-Aufenthalt üblich sind. Über den ganzen Aufenthaltszeitraum verbesserte sich der FIM dieser Person deutlich überdurchschnittlich. Nach ihrem Aufenthalt in der AÜP konnte die Person wieder nach Hause zurückkehren.



Abbildung 43: Patient:innenpfad Falltyp A. AÜP: Akut- und Übergangspflege

Steckbrief Falltyp A:

Alter	80 Jahre
Lebenssituation	Lebte mit Ehepartner:in
Verweildauer	10 Tage
BESA	<i>Keine Angaben möglich (AÜP)</i>
FIM-Verbesserung	Deutlich überdurchschnittliche Verbesserung
Massnahmen	Medizinische: Nein Therapeutische: Ja Erweiterte pflegerische: Nein

Falltyp B

Die Person ist 79 Jahre alt und lebte vor ihrem KÜP-Aufenthalt allein. Aus einem REHA- oder Kur-Aufenthalt trat die Person für 25 Tage in die Kurzzeitpflege des KÜP ein. Im Rahmen des Assessments wurde die Person in die BESA-Stufe 8 eingeteilt. Während ihres Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege benötigte diese Person keine medizinische Versorgung. Sie erhielt jedoch erweiterte pflegerische sowie therapeutischen Massnahmen. Über den ganzen Aufenthaltszeitraum verbesserte sich der FIM dieser Person unterdurchschnittlich. Noch während ihres Aufenthaltes im KÜP wurde zusammen mit den beteiligten Personen entschieden, dass diese Person nicht mehr nach Hause zurückkehren, sondern ins APH eintreten wird.



Abbildung 44: Patient:innenpfad Falltyp B. APH: Alters- und Pflegeheim, KP: Kurzzeitpflege

Steckbrief Falltyp B:

Alter	79 Jahre
Lebenssituation	Lebte allein
Verweildauer	25 Tage
BESA	Stufe 8
FIM-Verbesserung	Unterdurchschnittliche Verbesserung
Massnahmen	Medizinische: Nein Therapeutische: Ja Erweiterte pflegerische: Ja

Falltyp C

Die Person ist 79 Jahre alt und lebte vor ihrem KÜP-Aufenthalt mit ihrem/ihrer Ehepartner:in zusammen. Nach einem Spitalaufenthalt trat die Person für 14 Tage in die AÜP des KÜP ein. Nach dem zweiwöchigen AÜP-Aufenthalt trat sie für zusätzliche 8 Tage direkt in die Kurzzeitpflege über. Bei Eintritt in die Kurzzeitpflege wurde die Person mittels Assessment in die BESA-Stufe 7 eingeteilt. Während ihres Aufenthaltes im KÜP benötigte die Person keine medizinische Versorgung. Sie erhielt jedoch die therapeutischen Massnahmen, welche bei einem AÜP-Aufenthalt üblich sind, sowie erweiterte pflegerische Massnahmen. Über den ganzen Aufenthaltszeitraum verbesserte sich der FIM dieser Person überdurchschnittlich. Nach ihrem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege konnte die Person wieder nach Hause zurückkehren.



Abbildung 45: Patient:innenpfad Falltyp C. AÜP: Akut- und Übergangspflege, KP: Kurzzeitpflege

Steckbrief Falltyp C:

Alter	79 Jahre
Lebenssituation	Lebte mit Ehepartner:in
Verweildauer	Total: 22 Tage (14 Tage AÜP, 8 Tage Kurzzeitpflege)
BESA	Stufe 7 (bei Eintritt Kurzzeitpflege)
FIM-Verbesserung	Überdurchschnittliche Verbesserung
Massnahmen	Medizinische: Nein Therapeutische: Ja Erweiterte pflegerische: Ja

Falltyp D

Die Person ist 82 Jahre alt und lebte vor ihrem KÜP-Aufenthalt allein. Von zu Hause aus trat die Person für 15 Tage in die Kurzzeitpflege des KÜP ein. Im Rahmen des Assessments wurde die Person in die BESA-Stufe 6 eingeteilt. Während ihres Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege benötigte diese Person weder medizinische Versorgung noch erweiterte pflegerische Massnahmen. Sie erhielt jedoch therapeutische Massnahmen. Über den ganzen Aufenthaltszeitraum verbesserte sich der FIM dieser Person deutlich überdurchschnittlich. Nach ihrem Aufenthalt im KÜP konnte diese Person wieder nach Hause zurückkehren.



Abbildung 46: Patient:innenpfad Falltyp D. KP: Kurzzeitpflege

Steckbrief Falltyp D:

Alter	82 Jahre
Lebenssituation	Lebte allein
Verweildauer	15 Tage
BESA	Stufe 6
FIM-Verbesserung	Deutlich überdurchschnittliche Verbesserung
Massnahmen	Medizinische: Nein Therapeutische: Ja Erweiterte pflegerische: Nein

Falltyp E

Die Person ist 82 Jahre alt und lebte vor ihrem KÜP-Aufenthalt allein. Nach einem Spitalaufenthalt trat die Person für 14 Tage in die AÜP des KÜP ein. Nach dem zweiwöchigen AÜP-Aufenthalt trat sie für zusätzliche 10 Tage direkt in die Kurzzeitpflege über. Bei Eintritt in die Kurzzeitpflege wurde die Person mittels Assessment in die BESA-Stufe 7 eingeteilt. Während des gesamten Aufenthaltes im KÜP benötigte die Person keine medizinische Versorgung und keine erweiterten pflegerischen Massnahmen, jedoch die therapeutischen Massnahmen, welche bei einem AÜP-Aufenthalt üblich sind. Über den ganzen Aufenthaltszeitraum verbesserte sich der FIM dieser Person unterdurchschnittlich. Noch während ihres Aufenthaltes im KÜP wurde zusammen mit den beteiligten Personen entschieden, dass diese Person nicht mehr nach Hause zurückkehren, sondern ins APH eintreten wird.



Abbildung 47: Patient:innenpfad Falltyp E. APH: Alters- und Pflegeheim, AÜP: Akut- und Übergangspflege, KP: Kurzzeitpflege

Steckbrief Falltyp E:

Alter	82 Jahre
Lebenssituation	Lebte allein
Verweildauer	Total 24 Tage (14 Tage AÜP, 10 Tage Kurzzeitpflege)
BESA	Stufe 7 (bei Eintritt Kurzzeitpflege)
FIM-Verbesserung	Unterdurchschnittliche Verbesserung
Massnahmen	Medizinische: Nein Therapeutische: Ja Erweiterte pflegerische: Nein

Falltyp F

Die Person ist 82 Jahre alt und lebte vor ihrem KÜP-Aufenthalt allein. Von zu Hause aus trat diese Person für 14 Tage in die Kurzzeitpflege des KÜP ein. Im Rahmen des Assessments wurde die Person in die BESA-Stufe 6 eingeteilt. Während ihres Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege benötigte diese Person weder medizinische noch erweiterte pflegerische Versorgung. Sie erhielt jedoch umfangreiche therapeutischen Massnahmen. Über den ganzen Aufenthaltszeitraum verbesserte sich der FIM dieser Person durchschnittlich. Noch während ihres Aufenthaltes im KÜP wurde zusammen mit den beteiligten Personen entschieden, dass diese Person nicht mehr nach Hause zurückkehren, sondern ins APH eintreten wird.



Abbildung 48: Patient:innenpfad Falltyp F. APH: Alters- und Pflegeheim; KP: Kurzzeitpflege

Steckbrief Falltyp F:

Alter	82 Jahre
Lebenssituation	Lebte allein
Verweildauer	14 Tage
BESA	Stufe 6
FIM-Verbesserung	Durchschnittliche Verbesserung
Massnahmen	Medizinische: Nein Therapeutische: Ja Erweiterte pflegerische: Nein

Falltyp G

Die Person ist 83 Jahre alt und lebte vor ihrem KÜP-Aufenthalt allein. Nach einem Spitalaufenthalt trat diese Person für 10 Tage in die AÜP des KÜP ein. Während ihres Aufenthaltes in der AÜP benötigte diese Person weder medizinische Versorgung noch erweiterte pflegerische Massnahmen. Sie erhielt jedoch die therapeutischen Massnahmen, welche bei einem AÜP-Aufenthalt üblich sind. Über den ganzen Aufenthaltszeitraum verbesserte sich der FIM dieser Person unterdurchschnittlich. Noch während ihres Aufenthaltes in der AÜP wurde zusammen mit den beteiligten Personen entschieden, dass diese Person nicht mehr nach Hause zurückkehren, sondern ins APH eintreten wird.



Abbildung 49: Patient:innenpfad Falltyp H. APH: Alters- und Pflegeheim, AÜP: Akut- und Übergangspflege

Steckbrief Falltyp H:

Alter	83 Jahre
Lebenssituation	Lebte allein
Verweildauer	10 Tage
BESA	<i>Keine Angaben möglich (AÜP)</i>
FIM-Verbesserung	Unterdurchschnittliche Verbesserung
Massnahmen	Medizinische: Nein Therapeutische: Ja Erweiterte pflegerische: Nein

School of Management and Law

St.-Georgen-Platz 2
Postfach
8401 Winterthur
Schweiz

www.zhaw.ch/sml



swissuniversities



European Business Schools
Ranking 2021