



Grobkonzept

**APH «Akutsomatische Pflegestation, Pflege für sterbende
Patienten, Aufbau Hospiz»**



Inhaltsverzeichnis

1 AUSGANGSLAGE	3
2 ZIEL	3
3 VORABKLÄRUNGEN	3
3.1 Bedarf	3
3.2 Analyse von Modellen	5
3.2.1 Erkenntnisse zum Angebot: fachliche Perspektive	5
3.2.2 Erkenntnisse zum Angebot: Auslastung, finanzielle und rechtliche Perspektive	5
3.3 Weiterführende Überlegungen	7
4 LÖSUNGSVORSCHLAG	8
3.1. Künftiges Angebot für drei Zielgruppen	8
4.1.1 Kurzzeitpflege	9
4.1.2 Akut- und Übergangspflege (AÜP)	11
4.1.3 Menschen in der letzten Lebensphase	12
4.2. Planung Pilot	14
5 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	15
5.1 Meilenstein – Verabschiedung Grobkonzept	15



1 Ausgangslage

Am 30. Juni 2021 endet die Zusammenarbeit im Bereich der Inneren Medizin des Spitalverbundes Appenzell Ausserhoden (SVAR) mit dem Kantonalen Spital Appenzell. In der Konsequenz steht ab diesem Zeitpunkt keine 24-Stunden Präsenz des ärztlichen Dienstes mehr zur Verfügung und bedeutet das Ende eines akutsomatischen stationären Angebots.

Aus diesem Grund hat die Standeskommission den Verwaltungsrat und die Geschäftsleitung im Dezember 2020/Januar 2021 beauftragt, das künftige medizinische und pflegerisch-therapeutische Angebot ab Juli 2021 am Standort Appenzell zu konkretisieren.

Das Ziel ist ein Angebot zu definieren, das den Bedarf der Bevölkerung und der lokalen medizinischen Leistungserbringer, insbesondere der HausärztInnen (HÄ), trifft. Zur Abklärung und Prüfung steht ein zukünftiges stationäres Leistungsangebot für die Betreuung von Menschen, die vorübergehend auf eine starke professionelle Pflege angewiesen sind.

Unter dem provisorischen Arbeitstitel APH (Akutsomatische Pflegestation, Pflege für sterbende Patienten, Aufbau Hospiz) wurde das Projekt APH initialisiert und der Projektauftrag im Januar 2021 erteilt. Dieses Projekt hat das Ziel die Machbarkeit zum Erhalt und der Weiterführung eines kleinen stationären Angebotes in den Räumlichkeiten des Spitals Appenzell unter den neuen Rahmenbedingungen abzuklären.

2 Ziel

Das Ziel dieses Grobkonzeptes beinhaltet die Entwicklung von möglichen Lösungsvarianten und erlaubt die Bewertung der Varianten durch die unterschiedlichen Anspruchsgruppen. Im Anschluss folgt dann das Detailkonzept inklusive Business Case.

3 Vorabklärungen

3.1 Bedarf

Nach erfolgreicher Projektinitiierung waren die lokalen HausärztInnen bereit, schriftlich ihren Bedarf für ein stationäres Angebot während vier Wochen zu melden (Kalenderwochen 5-8). Es gingen zwei Meldungen ein. Zusätzlich wurde das persönliche Gespräch mit den HausärztInnen gesucht und aktuell präsentiert sich der Bedarf wie folgt:

- Es besteht ein Bedarf für die stationäre Betreuung von PatientInnen, die akut erkrankt sind oder kurzzeitig auf intensivere Pflege angewiesen sind, aber weiter durch die HÄ medizinisch betreut werden können. Dies betrifft vor allem ältere Personen, die nicht mehr in ein Zentrumsspital eintreten wollen.
Diese PatientInnen sollen lokal versorgt werden und können nach dem Aufenthalt wieder nach Hause zurückkehren oder falls nötig werden Anschlusslösungen gesucht.
Aktuell decken die HÄ solche Situationen mit den Pflegeheimen in Form von Ferienbetten ab, jedoch ist oft bei Bedarf kein Bett frei. Mit dem Projekt «APH» könnte diese Bedarfslücke geschlossen werden, auch mit der Überlegung Familienzimmer anbieten zu können, z.B. für Ehepartner.



Aus dieser ersten Erhebung besteht ein Bedarf von ca. einem Bett.

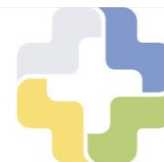
Die HÄ haben bereits über eine mögliche Angebotspalette diskutiert und sehen den Bedarf vor allem bei folgenden akuten Indikationen, die eine 24-Stunden Betreuung nötig machen könnten (nicht abschliessend):

- Infektionen
- Dehydratation
- Dekompensierte Herzinsuffizienz
- Akute delirante Zustände
- Schmerzexazerbationen

Entsprechend braucht das Angebot professionelle Pflegefachpersonen, die ausgebildet sind für die verantwortungsvolle Durchführung von folgenden pflegetechnischen Interventionen (nicht abschliessend):

- Intravenöse Antibiotikatherapie/ Intravenöse Rehydrierung
- Inhalationstherapie / Atemtherapie (inkl. Physiotherapie)
- Einfacher Katheterismus (keine Spülkatheter)
- Bluttransfusionen
- Einfache Isolationen (z.B. Norovirus)
- Assistenz und Nachsorge bei Punktionen (z.B. Pleura, Aszites, Gelenke)
- Durchführung einer adäquaten Schmerztherapie

- Der zweite Bedarf besteht für PatientInnen in Sterbesituationen, in welchen das aktuelle Betreuungsmodell nicht mehr ausreichend ist. Viele Personen sind mit solchen Situationen überfordert und die ambulante Versorgung kann die Verantwortung nicht mehr tragen (z.B. bei hohen Abgaben Morphin). Es sind jedoch Situationen, die weiter von HÄ gemanagt werden können und keine spezialisierte Palliativversorgung benötigen.
Aus dieser ersten Erhebung besteht ein weiterer Bedarf von ca. einem Bett.
- Als dritter Bedarf wird die sogenannte Akut- und Übergangspflege (AÜP) benannt. Es handelt sich hier um PatientInnen, welche nach einem Spitalaufenthalt entlassen werden, jedoch noch weiterhin auf Pflege angewiesen sind. Auch hier bieten alle HÄ ihre medizinische Unterstützung an, jedoch «nur» für ihnen bekannte Patienten und Patientinnen. Der Bettenbedarf in diesem Segment umfasst ebenfalls ca. 1 Bett.
- Insbesondere von den Akutspitalern (SVAR, Kantonsspital St.Gallen (KSSG)) besteht ein Bedarf für mindestens 3 Betten in der Akut- und Übergangspflege. Diese Patienten werden in der Regel nicht durch einen HausärztInnen aus AI betreut. Mittlerweile haben sich fünf HÄ aus AI bereit erklärt, an einem Pilot über 1 Jahr teilzunehmen, wobei sie nach einer Streichliste die Patienten zugeteilt erhalten (Rotationsprinzip). D.h. dass der erste zugewiesene Patient vom HausärztIn A, der zweite zugewiesene Patient vom HausärztIn B und der sechste Patient wieder vom HausärztIn A betreut wird.
- Aufgrund der Neuorganisation des ärztlichen Notfalldienstes in AI und AR leisten die HÄ nachts keine Notfalldienste mehr. Im Bedarfsfall würde die ärztliche Betreuung daher durch den kantonalen Hintergrunddienst abgedeckt werden.



Zusammengefasst ergibt die Bedarfsanalyse damit eine Stationsgrösse von 5-7 Betten. 1 Bett muss aufgrund der Aufnahmepflicht immer verfügbar sein. Diese Station muss zwingend eine Aufnahmepflicht von 24 Stunden/365 Tage gewährleisten können und bedingt gut ausgebildetes diplomiertes Pflegefachpersonal.

3.2 Analyse von Modellen

Zusätzlich zu den Gesprächen/Bedarfserhebung mit den HÄ wurde eine Analyse von drei bestehenden Angeboten durchgeführt. Die Erkenntnisse sind hier kurz zusammengefasst und basieren auf den einzeln erstellten Beschreibungen jedes Angebotes: 1) Pflegezentrum Zofingen; 2) Pflegeheim und Hospiz Werdenberg; und 3) KZU Bassersdorf. Mit den Institutionen 1 und 2 erfolgten weitere Gespräche mit den Verantwortlichen Finanzen und Leitung Pflege zur Rekrutierung von Pflegefachpersonal.

3.2.1 Erkenntnisse zum Angebot: fachliche Perspektive

- Wegweisend sind Vorabklärungen für Zuweisungen. Gibt es vorgängig eine gute Abklärung bei den Zuweisern, dann können realistische Ziele verfolgt werden, dann funktioniert das Angebot.
- Die Kommunikation der Ziele an Betroffene wie Angehörige ist essentiell.
- Einbezug von Casemanagern/Sozialarbeitern erleichtert der Pflege sich auf ihr Kerngeschäft zu fokussieren.
- Die Integration eines Hospizes/AÜP braucht und bringt mehr Fachlichkeit ins Haus. Eine gute geklärte interdisziplinäre/interprofessionelle Arbeit muss etabliert werden.
- Wichtig scheint, dass die MitarbeiterInnen in anerkannten Netzwerken tätig sind, z.B. Netzwerk Palliativpflege, so kann das Angebot bekannt gemacht werden.
- Die Attraktivität als Arbeitgeber steigt für qualifiziertes Personal und die Häuser können sich als Anbieter in ihren Kernkompetenzen ausrichten. Dazu benötigt es die Definition und Kommunikation der Kernkompetenzen.
- Die Angebote benötigen einen höheren Stellenschlüssel als im Langzeitbereich.
- Synergien mit dem Langzeitbereich und den spitalexternen Diensten sind wichtig.
- Die Erarbeitung einer klaren und starken Positionierung ist nötig und soll offen kommuniziert werden. Beispielsweise in Werdenberg herrscht das Gedankengut der Palliation vor und das Angebot ist einzigartig und qualitativ hochstehend.

3.2.2 Erkenntnisse zum Angebot: Auslastung, finanzielle und rechtliche Perspektive

Auslastung

- Der Bedarf an Kurzzeitpflege und AÜP ist vorhanden, Zuweisungen sind aber stark abhängig vom Druck auf die Zentrumsspitäler. Haben diese genügend Betten frei, dann kommen weniger bis keine Zuweisungen. Das Angebot unterliegt somit starken Schwankungen. Ein zentrales Element für eine durchschnittlich gute Auslastung in diesem Bereich ist das Vorhandensein von verlässlichen Kooperationspartnern.
- Der Bedarf an Plätzen für Menschen in Sterbesituationen ist schwankend und kann schwer prognostiziert werden. In der Region bieten das Hospiz St. Gallen sowie das



Hospiz Werdenberg ebenfalls eine entsprechende Pflege an. Gemäss den statistischen Grundlagen (Todesfälle, PalliativpatientInnen) des Bundesamtes für Statistik (BFS) für den Kanton AI liegt der Bedarf bei ca. einem Pflegebett.

- Die Angebote können eine gute Auslastung im Langzeitbereich sichern, da sie ein Nischenprodukt zwischen dem Spital und dem Langzeitbereich darstellen und oft als Zwischenlösungen genutzt werden. Am Gesundheitszentrum Appenzell war die Auslastung für die Langzeitinstitutionen (vor Corona) kein Problem, zumal sogar Wartelisten existierten.

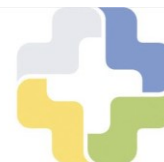
Finanzierung

- Das Finanzierungsmodell für die Kurzzeitpflege und AÜP entspricht im Grundsatz dem der Langzeitpflege. Die Pensionskosten sowie ein Anteil der Pflegekosten müssen durch PatientInnen selber getragen werden. Alle drei Angebote bedingen in der aktuellen Situation eine Kostenbeteiligung durch die PatientInnen für Pension und Betreuung von ca. Fr. 200 pro Tag.
- Demgegenüber entspricht die Finanzierung im Falle einer Behandlung im Rehabilitationszentrum / Zentrumsspital dem Modell der Akutpflege – d.h. Übernahme der gesamten Aufenthaltskosten durch den Versicherer (45%) und durch den Kanton (55%). Hier liegt eine grosse Herausforderung: Wie können die PatientInnen überzeugt werden das Angebot der Kurzzeitpflege oder der AÜP in Anspruch zu nehmen, obwohl Sie einen Teil des Aufenthalts selber finanzieren müssen? Es braucht dringend alternative Vorschläge zur Finanzierung.
- Wenn eine Aufnahmepflicht eingeführt werden soll, dann ist es nicht realistisch, die Finanzierung mit den Angehörigen oder PatientInnen in allen Fällen vorab zu klären.
- Für die Betreuung von Menschen in Sterbesituationen entspricht das Finanzierungsmodell im Grundsatz dem Modell der Kurzzeitpflege bzw. der AÜP. Im Kanton St. Gallen wird die Finanzierungslücke für die BetreiberInnen wie folgt zusätzlich geschlossen:
 - Fr. 66 pro Tag aus Pflegefinanzierungsgesetz des Kantons SG
 - Fr. 97 pro Tag aus Leistungsvereinbarung mit Kanton SG
 - Fr. 119 pro Tag aus privat finanzierten Spenden und Reserven (am Beispiel Pflegeheim/Hospiz Werdenberg)

Allein diese zusätzlichen Finanzierungsquellen ermöglichen einen kostenneutralen Betrieb.

Rechtliche / vertragliche Grundlagen

- Ausarbeitung eines Leistungsauftrages mit dem Kanton AI wird nötig. Falls auch ausserkantonale Zuweiser beteiligt sind, dann muss auch mit diesen Kantonen ein Leistungsauftrag erarbeitet werden.
- Tarifverträge mit den Krankenkassen werden direkt durch Curaviva ausgehandelt



- Standeskommissionsbeschluss über die Pflegefinanzierung (GS 800.011) ist zu ergänzen (mit Spezialtarif für APH)
- Empfehlung zur Ausarbeitung bzw. Definition einer Pilotphase von drei bis fünf Jahren für das Projekt ist vorteilhaft.

3.3 Weiterführende Überlegungen

Zusätzlich zu den Gesprächen mit den HausärztInnen und der Analyse von drei bestehenden Angeboten bestehen weitere wichtige Überlegungen, um das Projekt als innovatives Angebot zu entwickeln.

- Es wird ein pflegegeleitetes Angebot werden, weil keine 24-Stunden Präsenz eines ärztlichen Dienstes mehr besteht. Der Erhalt und/oder die Rekrutierung von gut ausgebildeten Pflegefachpersonen, die gerne selbständig und mit einem hohen Verantwortungsbewusstsein arbeiten, ist nötig, um eine qualitativ hochstehende professionelle Pflege zu garantieren. Das Angebot kann dafür selbst eine Magnetwirkung für Fachpersonen der Pflege entfalten und stellt ein grosses Potential für eine hohe Fachlichkeit dar.
- Der Leitgedanke/die Philosophie des Angebotes ist unter dem Konzept des «Caring» zu verstehen. Unter «Caring» versteht man in der professionellen Pflege sich mit Engagement, Mitgefühl und Vertrauen, um einen anderen Menschen zu sorgen. Inhaltlich geht es um die professionelle Begleitung von Betroffenen in ihrer individuellen Situation, z.B. durch die Stärkung ihres Selbstmanagements, die Förderung ihrer Lebensqualität und ihrer Autonomie etc. (SBK, 2020).
- Das Angebot kann die aktuelle HÄ Medizin stärken, weil sie zusätzlich zu bekannten ambulanten Diensten die Möglichkeit einer lokalen stationären Versorgung für HÄ bietet. Das Angebot steht deshalb aber klar in einer grossen Abhängigkeit zu den HÄ, ihren Zuweisungen und ihrer aktiven Mitarbeit.
- Das Angebot kann als Nischenprodukt zwischen dem Akut- und dem Langzeitbereich etabliert werden. Um sich gegenüber den Angeboten der Langzeitpflege besser abzugrenzen, sollte die Station eine Aufnahmebereitschaft signalisieren und mit einer Aufnahmepflicht eingeführt werden, sprich die Übernahme von PatientInnen während 7 Tagen/Woche während 24 Stunden/Tag ermöglichen.
- Der aktuelle Bedarf ist klein und eine kostendeckende Bewirtschaftung als einzeln geführte Abteilung ohne personelle Kooperationsmöglichkeiten mit den umliegenden Institutionen aufgrund der aktuellen räumlichen Distanz wird nicht umsetzbar sein. Deshalb muss die künftige Integration in eine bestehende Langzeitinstitution konsequent mitgedacht werden, um Synergien vor allem im Bereich der Personalplanung nutzen zu können.
- Synergien mit spitalexternen Institutionen wie z.B. mit der Spitex AI muss ebenfalls konsequent mitgedacht werden. Zwei Aspekte sind hier wichtig: Eine geklärte Zusammenarbeit fördert die Betreuungskontinuität, da wahrscheinlich viele der betreuten Personen von beiden Institutionen Leistungen beziehen werden, respektive sich abwechseln. Dies ist ein wichtiges Element hin zur integrierten Versorgung. Weiter



könnte der Ausbau der fachlichen Kooperation, z.B. das gemeinsame Bearbeiten von Fragestellungen oder Konzepten, die Fach- und Kompetenzentwicklung in der Pflege stärken.

- Um das Angebot zu kommunizieren, sollte von Anfang an die Kommunikation des Angebotes mit allen Beteiligten durchdacht und geklärt werden. Dazu gehört auch eine frühe Namensgebung für die Station.
- Aus Sicht der Gruppe HÄ sollte der Name dieser Station mit dem Begriff «Übergang» verbunden werden, da dies das wesentliche Element ist. Gemäss Einschätzung der ärztlichen Projektmitglieder befinden sich die Patienten auf dieser Station in einem Übergang, entweder vom Zentrum zur Peripherie, vom Leben zum Tod, vom Spital nach Hause etc. Vorschläge sind z. Bsp. Übergangsabteilung (ÜGA) oder Übergang (ÜG).
- Die Finanzierung des Aufenthaltes bedingt einen wesentlichen Kostenbeitrag der PatientInnen. Die Kommunikation mit den Betroffenen und Angehörigen darüber scheint elementar und es braucht Überlegungen, wer diese Aufklärung übernimmt und wie (vor allem auch bei einem ungeplanten Eintritt von PatientInnen).
- Es braucht zwingend die Abklärung von innovativen neuen Finanzierungsmodellen in Kooperation mit dem Kanton, den Versicherern und/oder Stiftungen.
- Es besteht in AI kein Bedarf an einer akut-geriatrischen oder spezialisierten Palliativstation.

4 Lösungsvorschlag

Zusammengefasst zeigt sich, dass in AI der Bedarf besteht für ein kleines Angebot, welches PatientInnen eine Betreuung während 24 Stunden/7 Tage die Woche durch die professionelle Pflege ermöglicht, aber keine ständige Anwesenheit eines ärztlichen Dienstes benötigt. Die HausärztInnen sind bereit die medizinische Betreuung für ihnen bekannte Patienten/Patientinnen zu übernehmen. Eine Auswahl an HÄ sind auch bereit im Rotationsprinzip die medizinische Betreuung für nicht bekannte PatientInnen zu übernehmen. Somit wird für die Station eine Struktur analog eines Belegarzthauses nötig, welches die Prozesse gemeinsam klärt.

Das Angebot trifft vor allem einen Bedarf des älteren Menschen und im Vordergrund steht die individuelle, situationsgerechte Pflege sowie den Zugang zu verordneten Therapien. Das Angebot trifft ein Segment, das näher am Langzeitbereich angesiedelt ist und bedingt deshalb auch diese Finanzierungsmodelle. Diese stellen für die Inanspruchnahme ein Problem dar, weil die Nutzung des Angebotes mit der Bereitschaft der PatientInnen zusammenhängt, einen namhaften Betrag selber zu finanzieren. Im Detailkonzept muss an alternativen Lösungen gearbeitet werden.

3.1. Künftiges Angebot für drei Zielgruppen

Die Bedarfserhebung und Analyse zeigten, dass das Angebot drei unterschiedliche Zielgruppen ansprechen kann. Je nach Gruppe braucht es vertiefte Abklärungen. Nachstehend sind die drei Gruppen grob skizziert.



4.1.1 Kurzzeitpflege

Beispiel: Herr Inauen (85 Jahre) ist gestürzt und nun wegen seinen Schmerzen vorübergehend auf mehr Pflege und Hilfe angewiesen. Er will unbedingt wieder nach Hause. Der Hausarzt weist ihn dem APH zu mit dem Ziel der Schmerzbehandlung und der Rückgewinnung zuvor vorhandener Fähigkeiten.

Zielgruppe: Menschen mit einem vorübergehend erhöhten Pflegebedarf zum Beispiel bei einer akuten Erkrankung, nach einem Unfall oder zur kurzzeitigen pflegerischen Betreuung, und Überwachung nach einem ambulanten Eingriff im Gesundheitszentrum (AVZ).

Kriterien: Diese Menschen befinden sich in einer stabilen Krankheitssituation und benötigen respektive wollen nicht in ein Akutspital eintreten. Sie sind auf eine qualifizierte Pflege und/oder Überwachung während 24 Stunden/Tag angewiesen.

Abgrenzung: Das Angebot richtet sich nicht an Personen, die sich in instabilen, akuten Krankheitssituationen befinden und möglicherweise ein umfassenderes medizinisches Angebot benötigen oder wollen. Diese Abgrenzung muss vorgängig von den zuweisenden ÄrztInnen geklärt und kommuniziert werden.

Ziel: Im Vordergrund steht die Rückgewinnung zuvor vorhandener Fähigkeiten, um wieder in die gewohnte Umgebung zurückzukehren oder um den Eintritt in eine Langzeitinstitution abzuklären und zu planen.

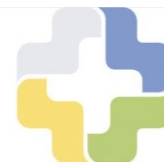
Zuweisungen: HÄ können jederzeit ihre PatientInnen zuweisen. Es besteht eine ständige Aufnahmepflicht.

Medizinische Verantwortung: Diese verbleibt bei den zuweisenden HÄ. Im Falle ihrer Abwesenheit muss die Stellvertretung definiert sein.

Pflegerische Verantwortung: Die professionelle Pflege übernimmt das ganzheitliche Eintrittsassessment und erstellt die Pflegeplanung gemäss den individuell definierten Zielen. Die professionelle Pflege bespricht die Ziele im interdisziplinären Team und ist verantwortlich für die Ausführung der pflegerisch-therapeutischen Interventionen. Dazu sind verbindliche Standards und Handlungsanweisungen eingeführt, welche kontinuierlich überprüft und überarbeitet werden (z.B. Informationssammlung, Pflegeprozess, Schmerzmanagement, IV-Therapien etc.)

Therapeutische Verantwortung: Die Aktivierung und das Trainieren von Fähigkeiten, welche der/die PatientIn für den Austritt benötigt, wird konsequent geplant und umgesetzt.

Zusammenarbeit im interprofessionellen Team: Die HÄ stehen in regelmässigem Kontakt mit der Pflege und sind in die Festlegung der Behandlungsziele aktiv involviert. Es braucht eine geklärte Struktur und Definition für die Zusammenarbeit mit den HÄ und sollte vereinheitlicht werden.



Austrittsplanung: Das Angebot stellt ein Nischenprodukt dar und ist zeitlich begrenzt. Nach Eintritt soll konsequent die Austrittsplanung gemeinsam diskutiert und geplant werden. Das Etablieren eines Sozialdienstes, Case Managers muss überlegt werden.

Zusammenarbeit mit externen Diensten: Die Zusammenarbeit kann das Angebot stärken und die Sicht dieser Dienstleiter muss abgeholt werden. Bis dato wurde ein erstes Gespräch mit der Leitung Spitex AI, S. Tidbury geführt. Es besteht klar Interesse von Seiten Spitex für eine geklärte Kooperation und muss im Verlauf konkretisiert werden. Offen sind noch Gespräche mit weiteren externen Diensten wie dem freiwilligen Brückendienst.

Finanzierung: Dieses Angebot wird aktuell wie folgt finanziert:

Leistung	Kostenübernahme	Anteil	Betrag in Fr. pro Tag (A)
Pension	PatientIn	100%	130 – 150
Betreuung	PatientIn	100%	45 – 60
Pflege	Versicherer	45%	58 – 76 (B)
Pflege	Kanton	55%	70 – 92 (B)
Total PatientIn			175 - 210
Total Versicherer			bis 76
Total Kanton			bis 92

(A) Richtwert

(B) Abhängig vom Tarifpartner (Versicherung)

Die HÄ rechnen ihre Leistungen direkt via TARMED ab. Die Nutzung des Angebots steht somit in direktem Zusammenhang mit der Bereitschaft und Möglichkeit der PatientInnen gewisse Kosten selbst zu tragen.

Alternativen: Im Detailkonzept müssen hier Alternativen zwingend analysiert werden, der Businessplan wird Berechnungen beinhalten, welche die Kosten für den Kanton bei Unterbringung in einem Zentrumsspital aufzeigen und innovative Vorschläge generieren für neue Finanzierungsmodelle.

Bauliche Anpassungen: Keine nötig.



4.1.2 Akut- und Übergangspflege (AÜP)

Beispiel 1: Herr Fässler (79 Jahre) war wegen einer Lungenentzündung im Spital. Er braucht Erholung und ist noch zu schwach, um alleine nach Hause zurückzukehren, was aber sein persönliches Ziel ist. Seine behandelnden Ärzte im Spital überweisen ihn ins APH, seine Hausärztin übernimmt die weiterführende medizinische Betreuung.

Beispiel 2: Frau Müller (82 Jahre) musste wegen einer akuten Cholangitis (Gallenwegsentzündung) im Zentrumsspital hospitalisiert werden. Alle Eingriffe sind abgeschlossen, doch der Aufenthalt war zu kurz, um sie direkt nach Hause entlassen zu können. Sie braucht mehr Zeit für die Rekonvaleszenz und benötigt intensive Pflege, um möglichst selbständig nach Hause austreten zu können. Die behandelnden Ärzte überweisen sie ins APH obwohl sie keinen HA in AI hat.

Zielgruppe: Menschen mit einem vorübergehend erhöhten Pflegebedarf nach einer Behandlung in einem Akutspital

Kriterien: Diese Menschen befinden sich in einer stabilen Krankheitssituation. Sie sind auf eine qualifizierte Pflege während 24 Stunden/Tag und ein «Soft»-Rehabilitationsangebot angewiesen.

Abgrenzung: Das Angebot richtet sich nicht an Personen, die ein umfassendes Rehabilitationsprogramm absolvieren können oder sich weiterhin in instabilen, akuten Krankheitssituationen befinden. Diese Abgrenzung muss vorgängig vom Team des zuweisenden Spitals geklärt und kommuniziert werden.

Ziel: Im Vordergrund steht die Rückgewinnung zuvor vorhandener Fähigkeiten, um wieder in die gewohnte Umgebung zurückzukehren.

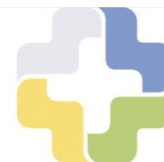
Zuweisungen: Bsp. 1: SpitalärztInnen können PatientInnen, die einen HA in AI haben, zuweisen.
Bsp. 2: SpitalärztInnen können PatientInnen zuweisen und ein HA übernimmt im Rotationsprinzip die medizinische Betreuung.

Medizinische Verantwortung: Bsp1: Diese übernehmen die verantwortlichen HÄ. Im Falle ihrer Abwesenheit muss die Stellvertretung definiert sein. Die Information über die Verlegung von PatientInnen liegt beim/bei der ZuweiserIn, der Übertritt wird gemeinsam mit den HÄ/der Pflege und der zuweisenden Stelle definiert und geplant.

Bsp 2: Diese übernehmen die 5 Pilot-HÄ gemäss Streichliste. Im Falle ihrer Abwesenheit muss die Stellvertretung definiert sein.

In der Nacht und an Wochenenden ist die ärztliche Verantwortung durch den kantonalen Hintergrunddienst sichergestellt.

Pflegerische Verantwortung: Die professionelle Pflege übernimmt das ganzheitliche Eintrittsassessment und erstellt die Pflegeplanung gemäss den individuell definierten Zielen. Die professionelle Pflege bespricht die Ziele im interdisziplinären Team und ist verantwortlich für die Ausführung der pflegerisch-therapeutischen Interventionen. Dazu sind verbindliche Standards und



Handlungsanweisungen eingeführt, welche kontinuierlich überprüft und überarbeitet werden (z.B. Informationssammlung, Pflegeprozess, Aktivierung etc.)

Therapeutische Verantwortung: Die Aktivierung und das Trainieren von Fähigkeiten, welche der/die PatientIn für den Austritt benötigt, wird konsequent geplant und umgesetzt.

Zusammenarbeit im interprofessionellen Team: Die HÄ stehen in regelmässigem Kontakt mit der Pflege und sind in die Festlegung der Behandlungsziele aktiv involviert. Es braucht eine geklärte Struktur und Definition für die Zusammenarbeit mit den HÄ und sollte möglichst vereinheitlicht werden.

Austrittsplanung: Das Angebot ist zeitlich auf 14 Tage begrenzt. Nach Eintritt soll konsequent die Austrittsplanung gemeinsam diskutiert und geplant werden. Das Etablieren eines Sozialdienstes, Case Managers muss überlegt werden.

Zusammenarbeit mit externen Diensten: Die Zusammenarbeit kann das Angebot stärken und die Sicht dieser Dienstleiter muss abgeholt werden. Bis dato wurde ein erstes Gespräch mit der Leitung Spitex AI, S. Tidbury geführt. Es besteht klar Interesse von Seiten Spitex für eine geklärte Kooperation und muss im Verlauf konkretisiert werden. Offen sind noch Gespräche mit weiteren externen Diensten wie dem freiwilligen Brückendienst.

Aktuelle Finanzierung: Analog Kurzzeitpflege.

Bauliche Anpassungen: Rehabilitation-Situation, alles vorhanden?

4.1.3 Menschen in der letzten Lebensphase

Beispiel: Frau Manser (92 Jahre) ist schon einige Zeit gebrechlich und nun zunehmend schwächer. Ihre Angehörigen haben sie mit Hilfe der Spitex zu Hause betreut. Das wird jetzt aber zu aufwändig. Frau Manser weiss, dass sie bald sterben wird. Sie wünscht sich einen Abschied in Würde und Geborgenheit in der Nähe ihrer Familie. Mit diesem Ziel überweist sie ihr Hausarzt ins APH.

Zielgruppe: Menschen, die sich in ihrer letzten Lebensphase befinden, welche zum Teil komplexe aber stabile Krankheitssituationen ohne Spitalbedürftigkeit aufweisen. Es betrifft Personen für die eine ambulante Versorgung nicht mehr ausreichend ist.

Kriterien: Diese Menschen sind in ihrer letzten Lebensphase und benötigen intensive Pflege. Sie werden weiterhin durch die HÄ betreut und begleitet.



Abgrenzung: Das Angebot richtet sich nicht an Personen, die eine spezialisierte Palliativmedizin benötigen. Diese Abgrenzung muss vorgängig vom HÄ geklärt und kommuniziert werden.

Ziel: Dem sterbenden Menschen einen Abschied in Würde und Geborgenheit in einer möglichst vertrauten Umgebung, nahe zu den Angehörigen ermöglichen. Das Angebot soll die nahestehenden Personen und die ambulanten Dienste entlasten.

Zuweisungen: HausärztInnen können jederzeit ihre PatientInnen zuweisen. Es besteht eine ständige Aufnahmepflicht. Hier sollte weiter geklärt werden, ob eine direkte Zuweisung durch weitere externe Dienste nötig ist.

Medizinische Verantwortung: Diese übernehmen die entsprechenden HÄ. Im Falle ihrer Abwesenheit muss die Stellvertretung definiert sein.

Pflegerische Verantwortung: Die professionelle Pflege übernimmt das ganzheitliche Eintrittsassessment und erstellt die Pflegeplanung gemäss den individuell definierten Zielen. Die professionelle Pflege bespricht die Ziele im interdisziplinären Team und ist verantwortlich für die Ausführung der pflegerisch-therapeutischen Interventionen. Dazu sind verbindliche Standards und Handlungsanweisungen eingeführt, welche kontinuierlich überprüft und überarbeitet werden (z.B. Informationssammlung, Pflegeprozess, Schmerzmanagement etc.)

Therapeutische Verantwortung: Die Prävention von Schmerzen, Kontrakturen soll durch den kontinuierlichen Einbezug von Therapeuten geplant und umgesetzt werden.

Zusammenarbeit im interprofessionellen Team: Die HÄ stehen in regelmässigem Kontakt mit der Pflege und sind in die Festlegung der Behandlungsziele aktiv involviert. Es braucht eine geklärte Struktur und Definition für die Zusammenarbeit mit den HÄ und sollte möglichst vereinheitlicht werden.

Zusammenarbeit mit externen Diensten: Die Zusammenarbeit kann das Angebot stärken und die Sicht dieser Dienstleiter muss abgeholt werden. Bis dato wurde ein erstes Gespräch mit der Leitung Spitex AI, S. Tidbury geführt. Es besteht klar Interesse von Seiten Spitex für eine geklärte Kooperation und muss im Verlauf konkretisiert werden. Offen sind noch Gespräche mit weiteren externen Diensten wie dem freiwilligen Brückendienst. Die Zusammenarbeit kann das Angebot stärken und ihre Sicht muss abgeholt werden. Religiöse, spirituelle Bedürfnisse? Konsiliardienst Palliativmedizin?

Aktuelle Finanzierung: Grundsätzlich analog ER Kurzzeitpflege und AÜP. Pflegekosten sind aufgeteilt auf Kanton, Versicherer, PatientIn gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Der Anteil für PatientInnen variiert je nach Pflegebedarf. Nebst Pflegeanteil der Versicherer und des Kantons werden oft Anteile durch Spenden oder Stiftungen finanziert. Die HÄ rechnen ihre Leistungen direkt via TARMED ab.



Leistung	Kostenübernahme	Anteil	Betrag in Fr. pro Tag (A)
Pension	PatientIn	100%	130 – 150
Betreuung	PatientIn	100%	50 -90
Pflege	Versicherer	Gemäss KLV	max. 115
Pflege	Kanton	Gemäss KLV / StKB	max. 150
Pflege	PatientIn	Gemäss KLV	4 - 23
Pflege (B)	Kanton	Zusätzlich gemäss StKB	66
Betriebsbeitrag	Kanton	Zusätzlich gemäss LV	97
Total PatientIn			184 - 263
Total Versicherer			max. 115
Total Kanton			max. 313

(A) Richtwert

(B) Im Kanton SG im Moment Fr. 66 pro Tag zusätzlich zu den Höchstansätzen der Pflegekosten – separate Pflegefinanzierung des Kantons

(C) Im Kanton SG im Moment Fr. 97 pro Tag zusätzlich gemäss separater Leistungsvereinbarung – Basis ist die separate Leistungsvereinbarung mit Hospiz Werdenberg

Bauliche Anpassungen: Wohnlichkeit? Übernachtung Angehörige?

4.2. Planung Pilot

Das Projekt «APH» birgt verschiedene Chancen und Risiken.

Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> + Bedarf ist vorhanden, füllt Lücke + Angebot unterstützt Ziel «Integrierte Versorgung» + schafft attraktive Rollenprofile für Pflegefachpersonen + innovativ und neu (kann als Rollenmodell dienen; neue Finanzierungsmodelle) 	<ul style="list-style-type: none"> – langfristiges Engagement HÄ – Bedingt fachliche Entwicklung Pflege – Betreuung Patienten KSSG/SVAR (Einbezug HÄ im Rotationsprinzip) – Finanzierung – Abhängig von Zuweisungen

Aufgrund des innovativen Charakters, aber auch des Zeitdrucks bei der Entwicklung des Angebotes empfiehlt sich **eine Pilotphase von drei Jahren**. Besonderen Stellenwert haben folgende Punkte:

- Es wird neu eine pflegegeleitete Abteilung, was eine hohe Fachlichkeit der Pflege bedingt.
- Die Abteilung soll in den aktuellen Räumlichkeiten umgesetzt werden, welche räumlich ohne Anbindung an eine der zwei umliegenden Langzeitinstitutionen steht. Dies bedingt hohe Personalressourcen zur Aufrechterhaltung eines 24-Stunden Betriebes.
- Der Personalbedarf ist durch ein Minimum von 6 Betten vorgegeben, entsprechend soll das finanzielle Szenario berechnet werden. Im Detailkonzept werden Simulationen für die Erweiterung auf 9 und 12 Betten berechnet werden.



- Synergien konsequent prüfen: Der parallele Ausbau der Abteilung für die Übernahme von künftigen BewohnerInnen im Langzeitbereich prüfen, die Warteliste abschaffen resp. kürzen.
- Die Prozesse zur Zusammenarbeit mit den HÄ als direkte Ansprechpersonen für medizinische Belange müssen gemeinsam geklärt werden.
- Für die AÜP braucht es Zuweisungen von Spitälern. Diese Kooperationen müssen entsprechend aufgelegt werden.
- Der Selbstbehalt der PatientInnen ist ein wichtiger Hemmfaktor für die Annahme des Angebotes. Alternative Finanzierungsmodelle sollen ermöglicht werden.
- Das Angebot «APH» wird mit der Neuorganisation per 1.7.2021 integrierter Bestandteil des Gesundheitszentrums Appenzell. Sämtliche Marketing- und Kommunikationsmassnahmen sind auf die Gesamtkommunikationsstrategie abgestimmt.
- Das Angebot soll so bald als möglich eine klare Bezeichnung erhalten. Vorschläge existieren z.B. die «Kurzzeit- und Übergangspflege» (KÜ oder ÜG) ergänzt mit einem emotionalen Namen wie z.B. «Heemetli».

5 Zusammenfassung und Ausblick

Entsprechend dem Projektauftrag wurde in der Erstellung des Grobkonzeptes der erste Teil der Konzeptionsphase abgeschlossen.

Folgende Ziele wurden erfolgreich bearbeitet:

1	Ziel Bedarfsabklärung	Bedarf bei HausärztInnen und bei zuweisenden Institutionen für ein stationäres Angebot ist erfasst und bildet die Grundlage für das Grobkonzept, welches gemeinsam hin zu einem marktfähigen Angebot weiterentwickelt wird.
2	Ziel Recht/Finanzen	Rechtliche Aspekte sind geklärt. Mögliche Finanzierungsmodelle sind bekannt und Simulationen von Aufwand und Ertrag sind ermöglicht.
3	Ziel Angebotsentwicklung	Spezifikation und Entwicklung im engen Austausch mit den HÄ. Abgleich mit bestehenden oder neu gedachten Modellen. Unterschiedliche Modelle werden gemäss Aufwand und Ertrag berechnet.

5.1 Meilenstein – Verabschiedung Grobkonzept

Dieses Grobkonzept wurde im Verwaltungsrat des Gesundheitszentrums am Donnerstag, 29.04.2021 besprochen. Vorgängig fand basierend auf diesem Dokument eine weitere Information an die Standskommission AI statt.

Die Genehmigung des Grobkonzeptes ist ein weiterer wichtiger Meilenstein im Projekt «APH» und löst die Freigabe zum Phasenauftrag Detailkonzept aus.