



Spitalplanung Akutsomatik ARAISG 2023

Datum:
März 2024

Die drei Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen ergriffen vor gut drei Jahren die Initiative für eine vertiefte Zusammenarbeit in der Spitalplanung. Ziel einer besser abgestimmten Spitalplanung sind die Reduktion medizinischer Über-, Unter- oder Fehlversorgung sowie die Bildung kantonsübergreifender Versorgungsräume. Damit soll unter anderem der Anstieg der Gesundheitskosten gedämpft werden. Gleichzeitig muss die qualitativ hochstehende Versorgung in allen Versorgungsregionen sichergestellt bleiben. Schliesslich ermöglicht ein gemeinsames Vorgehen auch das Nutzen von Synergien bei den Gesundheitsdepartementen. In einem ersten Schritt wird im Bereich der Akutsomatik eine gemeinsame Spitalplanung bis Ende 2023 erarbeitet.

Die Kantone beider Appenzell und St.Gallen bilden zusammen eine Planungsregion mit knapp 600'000 Einwohnerinnen und Einwohnern verteilt auf eine Fläche von 2'500 km². Im Jahr 2021 wurden für die Bevölkerung der drei Planungskantone insgesamt 87'111 akutsomatische Spitalaufenthalte mit knapp 451'000 Pflgetagen verzeichnet.

Die Unterzeichnenden haben sich im Rahmen einer Verwaltungsvereinbarung darauf geeinigt, in Zukunft die spitalplanerischen Aktivitäten gemeinsam zu bestreiten. Dafür verwenden wir die identischen Planungskriterien, bilden kantonsübergreifende Versorgungsregionen und führen ein gemeinsames Bewerbungsverfahren durch. Bewertung und Auswahl der Bewerbungen erfolgen ebenfalls gemeinsam. Die erteilten Leistungsaufträge sind identisch. Der Erlass der kantonalen Spitalisten erfolgt individuell durch die jeweiligen zuständigen kantonalen Behörden. Gleiches gilt für die Definition und Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Der vorliegende Planungsbericht umfasst die Bedarfsanalyse und -prognose, die verwendeten Planungskriterien, die Auswertung des Bewerbungsverfahrens sowie die definitiven Leistungsaufträge. Wir sind überzeugt, mit diesem Vorgehen einen Mehrwert für die Gesundheitsversorgung der Region Appenzellerland-St.Gallen zu schaffen. Gleichzeitig nehmen wir die Gelegenheit wahr, allen Mitarbeitenden in den Spitälern für Ihren täglichen Einsatz zu Gunsten der Gesundheit unserer Bevölkerung zu danken.

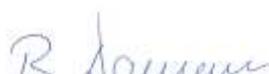
Appenzell, Herisau und St.Gallen, März 2024



Monika Rüegg Bless
Frau Statthalter
Gesundheits- und
Sozialdepartement



Yves Noël Balmer
Landammann
Departement Gesundheit
und Soziales



Bruno Damann
Regierungsrat
Gesundheitsdepartement

Vorwort	2
1 Ausgangslage und Rahmenbedingungen	6
1.1 Gesetzesgrundlagen	6
1.1.1 Bundesvorgaben	6
1.1.2 Kantonale Vorgaben	8
1.2 Übergeordnete Entwicklungen	9
1.3 Gesundheit der Bevölkerung der Planungsregion	11
1.4 Spitalverbunde	12
1.4.1 St.Gallen	12
1.4.2 Appenzell Ausserrhoden	12
1.4.3 Appenzell Innerrhoden	13
1.5 Kantonsbeitrag für die akutsomatische Versorgung	13
1.6 Modellplanung Ost	14
1.7 Planungsverständnis	14
2 Trends und Herausforderungen	15
2.1 Spezialisierung	15
2.2 Fachkräftemangel	15
2.3 Erhöhte Beanspruchung Notfall-Angebote	15
2.4 Finanzierung	16
2.5 Koordination, Integration und Interprofessionelle Zusammenarbeit	16
3 Angebote und Inanspruchnahme	17
3.1 Leistungsangebot	18
3.2 Inanspruchnahme	21
3.2.1 Spitalleistungsbereiche und -gruppen	24
3.2.2 Hospitalisationsraten	25
3.2.3 Mindestfallzahlen	25
3.2.4 Alter	29
3.2.5 Patientenströme	30
4 Schwerpunktthemen	33
4.1 Herzchirurgie	33
4.2 Akut- und post-akut-stationäre Versorgung von hochbetagten Patientinnen und Patienten	38
4.3 Rettungswesen	45
4.4 Kinder- und Jugendmedizin	46

5	Bedarfsprognose	49	
5.1	Bisherige Prognosen für den Bereich Akutsomatik	49	4
5.2	Prognosemodell 2023	50	
5.2.1	Demografie	51	
5.2.2	Epidemiologie-Medizintechnik	53	
5.2.3	Verlagerung stationär – ambulant	54	
5.2.4	CH-Benchmarking Hospitalisationsrate und Verweildauer	56	
5.2.5	Generelle Reduktion der Verweildauer	57	
5.3	Gesamtprognose 2031	58	
6	Evaluation	61	
6.1	Planungsmodell	61	
6.2	Grundsätze	64	
6.3	Allgemeine Kriterien	66	
6.3.1	Qualität	66	
6.3.2	Wirtschaftlichkeit	69	
6.3.3	Zugänglichkeit	72	
6.3.4	Versorgungssicherheit	73	
6.3.5	Bedarfsgerechtigkeit	75	
6.3.6	Regionale Endversorgung	75	
6.3.7	Mindestversorgungsanteil	76	
6.4	Leistungsspezifische Kriterien	79	
6.4.1	Ärztliche Dignität und Verfügbarkeit	80	
6.4.2	Notfallorganisation	81	
6.4.3	Überwachungsstation / Intensivstation	82	
6.4.4	Verknüpfte Leistungen	82	
6.4.5	Tumorboard	83	
6.4.6	Mindestfallzahlen	83	
6.4.7	Kinderanästhesie	83	
6.4.8	Kooperationsvereinbarungen	84	
7	Vernehmlassung	85	
7.1	Koordination mit den umliegenden Kantonen	85	
7.2	Ausführungen zum Planungsbericht	89	
7.3	Versichererverbände	94	
8	Resultate der Evaluation	98	
8.1	Kantonsspital St.Gallen (KSSG)	100	
8.2	SVAR Spital Herisau	103	
8.3	SRRWS Spital Altstätten	107	
8.4	SRRWS Spital Grabs	108	

8.6	Spital Linth	110
8.7	Spital Wil	111
8.8	Kantonsspital Graubünden – Spital Walenstadt	112
8.9	Hirslanden Klinik Stephanshorn	113
8.11	Ostschweizer Kinderspital (OKS)	120
8.12	Geriatrische Klinik St.Gallen AG	122
8.13	Geburtshaus St. Gallen GmbH	123
8.14	Berit Klinik Speicher	123
8.15	Berit Klinik Wattwil	125
8.16	Berit Klinik Goldach	127
8.17	Hirslanden Klinik Am Rosenberg	129
8.19	Rosenklinik AG	130
8.20	Thurklinik AG	131
8.22	Universitätsspital Zürich (USZ)	136
8.23	Kantonsspital Graubünden – KS Graubünden	136
8.24	Stadtspital Zürich Triemli (SZT)	137
8.25	Universitäts-Kinderspital Zürich (KISPI ZH)	138
8.26	Klinik Hirslanden Zürich	139
8.27	Klinik Lengg AG	140
8.28	GZO AG Spital Wetzikon	140
8.29	Kantonsspital Glarus (KS Glarus)	141
8.30	Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	141
9	Spitalliste Akutsomatik ARAISG 2024	142
	Glossar	149
	Anhang 1: Verwendete Datenquellen	153
	Anhang 2: Methodik Bedarfsprognose	154
	Anhang 3: Definitionen	156
	Tabellenanhang	157

1.1 Gesetzesgrundlagen

1.1.1 Bundesvorgaben

Die Kantone sind nach Art. 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) verpflichtet, eine Spitalplanung und eine Spitalliste zu erstellen. Spitäler oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten dienen, sind zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen, wenn sie eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten (Bst. a), über das erforderliche Fachpersonal (Bst. b) und zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten (Bst. c). Im Weiteren muss ein Spital für die Zulassung der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (Bst. d). Bst. e setzt voraus, dass die Spitäler oder die einzelnen Abteilungen in der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind. Schliesslich müssen sich die Spitäler seit dem 1. April 2020 einer zertifizierten Gemeinschaft (Stammgemeinschaft) für die Führung eines elektronischen Patientendossiers angeschlossen haben (Bst. f). In Absatz 2 werden die Kantone verpflichtet, ihre Planungen zu koordinieren. Absatz 2^{bis} schreibt vor, dass die hochspezialisierte Medizin durch die Kantone auf Basis einer gesamtschweizerischen Planung zu erfolgen habe. Schliesslich verpflichtet Absatz 2^{ter} den Bundesrat, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit festzulegen.

Dieser Vorgabe ist der Bundesrat mit den Artikeln 58a-e in der Verordnung über die Krankenversicherung nachgekommen (SR 832.102, abgekürzt KVV; in Vollzug seit 1. Januar 2009). Unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit den neuen Planungsinstrumenten und der Rechtsprechung nahm der Bundesrat mit Änderung vom 23. Juni 2021 eine Präzisierung der Planungskriterien vor (AS 2021 439, in Vollzug seit 1. Januar 2022). Weitere Einzelheiten dazu sind in Kapitel 1.2 zu finden.

Gemäss Art. 58b KVV ermitteln die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche und berücksichtigen dabei die für die Prognose des Bedarfs relevanten Einflussfaktoren (Abs. 1). Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind (Abs. 2). Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Art. 58b Abs. 1 KVV ermittelten Versorgungsbedarfs abzüglich des nach Art. 58b Abs. 2 KVV ermittelten Angebots (Abs. 3). Bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages (Abs. 4). Für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung akutsomatischen Krankheiten schreibt Art. 58c Bst. b KVV eine leistungsorientierte Planung vor.

Weiter werden in Art. 58d die Kriterien festgelegt, welche bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Qualität zu beachten sind. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler erfolgt durch Vergleiche der schweregradbereinigten Kosten (Abs. 1). Die Beurteilung der Qualität der Spitäler erfolgt mittels Prüfung, ob folgende Anforderungen erfüllt sind (Abs. 2):

- a) Vorhandensein des erforderlichen qualifizierten Personals.
- b) Nutzung eines geeigneten Qualitätsmanagementsystems.
- c) Vorhandensein eines geeigneten internen Berichts- und Lernsystems und Anschluss, wo ein solches besteht, an ein gesamtschweizerisch einheitliches Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen.
- d) Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen.
- e) Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel.

Die Ergebnisse national durchgeführter Qualitätsmessungen können als Kriterien für die Auswahl der Einrichtungen berücksichtigt werden (Abs. 3). Bei der Beurteilung der Spitäler ist insbesondere auf die Nutzung von Synergien, auf die Mindestfallzahlen und auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten (Abs. 4). Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität kann sich auf aktuelle Beurteilungen anderer Kantone stützen (Abs. 5).

Nach Art. 58e KVV müssen die Kantone im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Art. 39 Abs. 2 KVG insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen (Bst. a) sowie das Potenzial der Koordination mit anderen Kantonen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital berücksichtigen. (Bst. b). In Abs. 2 ist eine Auflistung der Tatbestände enthalten, die unter den Kantonen eine Koordinationspflicht auslösen.

Art. 58f KVV sieht vor, dass die Kantone auf ihrer Spitalliste die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen aufführen, die notwendig sind, um das nach Art. 58b Abs. 3 KVV bestimmte Angebot sicherzustellen (Abs. 1). Auf den Listen wird für jeden Standort eines Spitalunternehmens das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum in Form von zugeteilten Leistungsgruppen aufgeführt (Abs. 2 und 3). Für akutsomatische Spitäler können die Kantone namentlich folgende Auflagen vorsehen:

- a) Verfügbarkeit eines Grundangebots in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie;
- b) Verfügbarkeit und Qualifikation der Fachärzte und Fachärztinnen;
- c) Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Notfallstation;
- d) Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Intensiv- oder Überwachungsstation;
- e) Verknüpfte Leistungsgruppen innerhalb des Spitals oder in Kooperation mit anderen Spitälern;
- f) Mindestfallzahlen.

Darüber hinaus können die Kantone den akutsomatischen Spitälern als Auflage ein Globalbudget nach Artikel 51 KVG erteilen oder maximale Leistungsmengen vorschreiben, sofern damit weder Strukturerhaltung betrieben noch jeglicher Wettbewerb verhindert werden (Abs. 6). Schliesslich sind die Kantone verpflichtet, mit der Erteilung der Leistungsaufträge sicherzustellen, dass die Spitäler keine ökonomischen Anreizsysteme praktizieren, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten

Mengenausweitung zulasten der OKP oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41a KVG führen (Abs. 7).

1.1.2 Kantonale Vorgaben

Kanton Appenzell Ausserrhoden

Art. 52b des Gesundheitsgesetzes (bGS 811.1; abgekürzt GG) schreibt eine «mittel- und langfristige, jährlich fortgeschriebene Planung der stationären medizinischen und pflegerischen Versorgung der Einwohnerinnen und Einwohner» vor (Abs. 1). Der Kanton Appenzell Ausserrhoden koordiniert seine Planung mit anderen Kantonen. Für die Planung werden die aktuelle Versorgung, der absehbare Bedarf, das voraussichtliche Angebot und die Entwicklungsziele berücksichtigt sowie die Leistungsanbieter evaluiert (Abs. 3 und 4). Gemäss Art. 52b Abs. 4 GG werden namentlich «die Standards und die Qualität der medizinischen Versorgung, die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit des Angebots, der Zugänglichkeit der Leistungen für die Bevölkerung sowie die langfristige Sicherung der Leistungen berücksichtigt».

Art. 52c GG verweist für die Einzelheiten der Spitalplanung auf das KVG (Abs. 1) und sieht vor, dass die Spitäler im Kanton Appenzell Ausserrhoden periodisch und öffentlich aufgefordert werden, ihre Leistungsangebote innert Frist einzureichen (Abs. 3). Bei Bedarf können auch ausserkantonale Spitäler zum Angebot eingeladen werden (Abs. 4). Die Spitalliste wird veröffentlicht (Abs. 5). Art. 52d GG regelt die Voraussetzungen für die Aufnahme der Spitäler in die Spitalliste und Art. 52e ff. GG bestimmen die Einzelheiten zum Leistungsauftrag. Nach Art. 7 Bst. c^{bis} GG bestimmt der Regierungsrat über die Spitalplanung und die Spitalliste. Er erteilt nach Art. 7 Bst. d GG die «Leistungsaufträge an die Spitäler und ähnliche Institutionen des Gesundheitswesens und regelt deren Finanzierung».

Kanton Appenzell Innerrhoden

Gemäss Art. 3 Abs. 1 Bst. e) des Gesundheitsgesetzes (GS 800.000; abgekürzt GesG) überprüft die Standeskommission periodisch die Spitalplanung und erlässt gestützt darauf die Spitalliste. Art. 23 GesG besagt, dass die Standeskommission in Zusammenarbeit mit anderen Kantonen für eine bedarfsgerechte Planung im Bereich der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sorgt. Grundlage und Planung bilden der aktuelle Stand der Versorgung sowie der zukünftige Bedarf und die voraussichtlichen Angebote. Gemäss Art. 23a GesG hat die Standeskommission aufgrund der stationären Planung die Spitalliste periodisch festzulegen. Die Spitalliste umfasst Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser mit einem Leistungsauftrag für die stationäre medizinische Versorgung. Die Spitalliste sei in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen zu gliedern. Das GesG verlangt weiter, dass für die Aufnahme in die Spitalliste die Erteilung eines Leistungsauftrags durch die Standeskommission vorausgesetzt wird (Art. 23a Abs. 3). Die Leistungsaufträge können an Spitäler erteilt werden, welche der Planung bestmöglich entsprechen, die im Leistungsauftrag näher definierten Aufnahmepflichten erfüllen, ihre Leistungsaufträge in der nötigen Qualität, wirtschaftlich und wirksam erfüllen, über eine medizinisch und technisch zeitgemässe Infrastruktur sowie für die vereinbarten Leistungen eine ausreichende Zahl von entsprechend qualifizierten Mitarbeitenden verfügen (Art. 23a Abs. 4 GesG). Die Standeskommission kann die Aufnahme in die Spitalliste mit besonderen Auflagen und Bedingungen verbinden. Art. 24 präzisiert Grundlagen der Leistungsvereinbarungen sowie die möglichen Auflagen und Bedingungen an die Leistungserbringer. Art. 25 GesG regelt schliesslich die Mitwirkung der interessierten Kreise sowie der Leistungserbringer.

Kanton St.Gallen

Für die Spitalplanung ist im Kanton St.Gallen namentlich das Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung (sGS 320.1 abgekürzt [SPFG](#)) massgebend. Für die Spitalverbunde kommen zudem verschiedene Bestimmungen des Gesetzes über die Spitalverbunde (sGS 320.5 abgekürzt [GSV](#)) zur Anwendung.

Das SPFG enthält ergänzende und präzisierende Ausführungen zur Spitalplanung und Spitalliste. Es überträgt die Kompetenz für den Erlass der Spitalplanung und der Spitalliste sowie die Erteilung der Leistungsaufträge an die Regierung (Art. 4). Nebst der Formulierung der Ziele der Spitalplanung, von Form und Inhalt der Spitalliste sowie der Leistungsaufträge werden im SPFG für die Erteilung von Leistungsaufträgen eine Reihe von Voraussetzungen genannt respektive Auflagen formuliert (Artikel 11 und 12). Es sind dies insbesondere:

- a) Vorgaben über die Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen;
- b) Verpflichtung zur Zusammenfassung medizinischer Leistungen zu integral zu erbringenden Leistungsgruppen;
- c) Verpflichtung zur Erbringung von Leistungen in Kooperation mit einem anderen Spital im Kanton oder ausserhalb des Kantons;
- d) Vorgaben über Indikatoren für das Reporting und weitere Grundsätze für das Controlling;
- e) Einhaltung von Mindestfallzahlen für bestimmte medizinische Leistungen;
- f) Sicherstellung einer Notfallaufnahme;
- g) Festlegung eines Mindestanteils an Patientinnen und Patienten aus dem Kanton, für deren stationären Behandlungen keine Zusatzleistungen in Rechnung gestellt werden;
- h) Bereitstellung einer unter Berücksichtigung der Betriebsgrösse und des kantonalen Bedarfs angemessenen Zahl an Aus- und Weiterbildungsplätzen für Fachleute in Berufen des Gesundheitswesens.

Schliesslich bildet Art. 24 die gesetzliche Grundlage für die Leistung von Kantonsbeiträgen an versorgungspolitisch notwendige aber nicht kostendeckende ambulante OKP-Pflichtleistungen, an Nichtpflichtleistungen im Rahmen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie an die Sicherstellung der regionalen Notfallversorgung.

1.2 Übergeordnete Entwicklungen

Seit dem Zeitpunkt der Verabschiedung der letzten Spitalplanungen der Planungskantone (AR: 2012/2020; AI: 2012; SG: 2017) gab es übergeordnete Entwicklungen, die sich direkt auf die gemeinsame Spitalplanung Akutsomatik 2023 der Kantone St.Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden auswirken. Im Folgenden wird im Spezifischen auf Veränderungen der KVV, des KVG, der KLV und auf die nationale Strategie «Gesundheit 2030» eingegangen.

Am 1. April 2021 trat eine Änderung des KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in Kraft. Mit Einführung der Artikel 58a-g und Anpassungen von Art. 59 KVG sind die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer verpflichtet, gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) abzuschliessen. In den Qualitätsverträgen werden u.a. die Mindestanforderungen zur Beurteilung der Qualität konkretisiert. Die Leistungserbringer haben sich an die Qualitätsverträge zu halten. Artikel 58b bildet die Grundlage für die Einsetzung einer nationalen [Qualitätskommission](#) (EQK). Diese gewährt Abgeltungen nach Arti-

kel 58d KVG und Finanzhilfen nach Artikel 58e KVG für Projekte zur Qualitätssicherung. Die Finanzierung der Kosten der EQK für ihren Betrieb und für die Erfüllung ihrer Aufgaben wird zu je einem Drittel vom Bund, von den Kantonen und von den Versicherern sichergestellt (Art. 58f KVG). Für die Jahre 2021–2024 wurde ein Gesamtkredit von 45,2 Millionen Franken bewilligt. Schliesslich verabschiedete der Bundesrat im März 2022 seine Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung ([Qualitätsstrategie](#)). Auf Basis der neuen Qualitätsstrategie werden die Vierjahresziele des Bundesrates sowie die Jahresziele der EQK für die Qualitätsentwicklung festgelegt.

In einer am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderung der KVV präzisierte der Bundesrat namentlich die Anforderungen an die Spitalplanung bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie die Modalitäten der interkantonalen Koordination der Spitalplanungen. Zudem erliess der Bundesrat eine Liste mit möglichen Auflagen, die mit der Erteilung von Leistungsaufträgen verbunden werden können. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung muss auf Effizienzvergleichen mit Hilfe von historischen schweregradbereinigten Fallkosten zwischen Betrieben basieren. Es steht den Kantonen offen, weitere Kriterien wie z.B. die wirtschaftliche Stabilität in die Bewertung einzubeziehen. Die Verordnungsanpassung enthält des Weiteren Mindestanforderungen an die Beurteilung der Qualität von Einrichtungen, um einheitliche schweizweite Qualitätsanforderungen sicherzustellen. Die Mindestanforderungen beziehen sich auf die Qualität der Strukturen, der Prozesse und der Ergebnisse. In der Gewichtung sind die Kantone frei. Beispiele hierfür sind das Vorhalten qualifizierten Personals, der Betrieb eines Qualitätsmanagementsystems, das Vorhandensein eines geeigneten internen Berichts- und Lernsystems (z.B. Critical Incident Reporting System [CIRS]), die Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen, oder das Bereitstellen von Ausstattung, welche die Medikationssicherheit gewährleistet. Über die Mindestanforderungen hinaus sind die Kantone frei, weitere allgemeine und SPLG-spezifische Qualitätsanforderungen im Prozess der Spitalplanung zu definieren.

Darüber hinaus weist die KVV-Revision auf die Bedeutung der interkantonalen Koordination der Planungen durch die Ausdehnung der Wahlfreiheit durch die Patientinnen und Patienten hin. Bestimmungen in Artikel 58b halten fest, dass Kantone im Rahmen der koordinierten Planung das Potenzial der Konzentration der Leistungen für die Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der stationären Leistungserbringung im Spital auch über die Kantongrenzen hinaus beachten müssen. Dies gilt besonders für Kantone, bei dem sich Spitäler auf der Spitalliste überschneiden, oder bei Kantonen mit einer bedeutenden interkantonalen Migration von Patientinnen und Patienten.

Die kantonalen Spitalplanungen und -listen müssen bis spätestens zum 1. Januar 2026 (Akutsomatik) respektive 1. Januar 2028 (Psychiatrie und Rehabilitation) den revidierten Planungskriterien entsprechen.

Im vom Bundesrat per 1. Januar 2024 in Kraft gesetzten Kostendämpfungspaket 1b¹ sind zwei Massnahmen mit direktem oder indirektem Bezug zur Spitalplanung enthalten. In Art. 53 Abs. 1 KVG wird ein Beschwerderecht für Versichererverbände betreffend die kantonalen Planungsentscheide zu Spitälern und anderen Einrichtungen eingeführt. Zudem werden die Tarifpartner neu in Art. 47 Bst. c KVG verpflichtet, Massnahmen zur Überwachung der Kosten zu vereinbaren. Dazu sollen die Tarifpartner in denjenigen Bereichen, in welchen sie Tarifverträge abschliessen, ein gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen, der Volumen und der Kosten

¹ [Botschaft](#) betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) vom 21. August 2019. [Kostendämpfungspaket 1b](#) verabschiedet von den Eidg. Räten am 30. September 2022.

und entsprechende Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen vereinbaren.

Neben den Revisionen des KVV und des KVG hat sich der Bundesrat im Rahmen der Strategie «[Gesundheit 2030](#)» zum Ziel gesetzt, dass Menschen in der Schweiz unabhängig von ihrem Gesundheitszustand und ihrem sozioökonomischen Status in einem gesundheitsfördernden Umfeld leben und von einem modernen, qualitativ hochwertigen und finanziell tragbaren Gesundheitssystem profitieren. Besonders relevante Schwerpunkte für die Spitalplanung liegen in der Steigerung der Versorgungsqualität durch die Reduktion von Über-, Unter- und Fehlversorgung und der angemessenen Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten. Über-, Unter- und Fehlversorgung haben beträchtliche Auswirkungen auf die Gesundheitskosten sowie die Qualität der Versorgung. Mittels gezielter Anreize soll sich die Koordination unter den Leistungserbringern verbessern und die Entschädigungssysteme sollen soweit möglich auf dem Erfolg der Behandlungen und nicht auf der Anzahl durchgeführter Untersuchungs- und Behandlungsschritte beruhen. Doppelspurigkeiten sollen vermieden und die Behandlung stärker an der Evidenz ausgerichtet werden und die Qualitätssicherung soll gewährleistet sein.

Zudem ist im Rahmen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (Art. 3c und Anhang 1a KLV) die Regelung «ambulant vor stationär» (AvoS) weiter ausgestaltet worden. Ab dem 01. Januar 2023 gilt schweizweit eine Liste mit 18 [Gruppen von Eingriffen](#), bei denen grundsätzlich nur die ambulante Durchführung vergütet wird. Diese Regelung des Bundes gilt für die gesamte Schweiz und geht den kantonalen Regelungen vor. Nach geltendem Recht dürfen aber die Kantone nach Ansicht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) weitergehende Regelungen treffen. Diese Regelung hat einen direkten Einfluss auf die stationäre Bedarfsplanung der Kantone.

1.3 Gesundheit der Bevölkerung der Planungsregion

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird in der Schweiz alle fünf Jahre durch die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamts für Statistik (BFS) detailliert erhoben. Die letzte Umfrage basiert auf Daten des Jahres 2017. Für die Kantone Appenzell Ausserrhoden und St.Gallen liegen kantonsspezifische Detailauswertungen in Form eines Gesundheitsberichtes vor ([Gesundheitsbericht 2021 Kanton Appenzell Ausserrhoden](#), [Gesundheit im Kanton St.Gallen 2020](#)). Für den Kanton Appenzell Innerrhoden dürften vergleichbare Werte gelten.

Die Lebenserwartung bei Geburt steigt seit Beginn der Erhebung anfangs der 80er Jahre stetig an. Gleichzeitig wird die Differenz zwischen den Geschlechtern kleiner. Die Lebenserwartung war im Jahr 2017 im Kanton Appenzell Ausserrhoden leicht unterdurchschnittlich (Männer: 80,0 Jahre; Frauen: 84,5 Jahre) gegenüber den Schweizer Werten (Männer: 81,3 Jahre; Frauen: 85,3 Jahre), während der Kanton St.Gallen genau im Durchschnitt lag. Die grosse Mehrheit der Bevölkerung in den beiden Kantonen fühlte sich 2017 gesundheitlich gut bis sehr gut (AR: 83,5 Prozent; SG: 84,1 Prozent). Dieser Wert liegt sehr nahe beim Schweizer Durchschnitt von 84,7 Prozent. Bei den über 65-Jährigen sind diese Werte immer noch bei rund 72 Prozent. Gleichzeitig gaben jedoch auch 18,5 Prozent (AR) respektive 21,5 Prozent (SG) an, in den letzten vier Wochen an starken körperlichen Beschwerden zu leiden (CH: 22,1 Prozent). Häufigste starke Beschwerden sind Rücken- und Schulter-/Nackenschmerzen gefolgt von Schlafstörungen, allgemeiner Schwäche und Müdigkeit sowie Kopf- und Gesichtsschmerzen.

Die Anteile an übergewichtigen (Body-Mass-Index, BMI>25) und adipösen (BMI>30) Personen innerhalb der Bevölkerung nehmen sowohl im Kanton Appenzell Ausserrhoden wie auch in St.Gallen seit Beginn der Erhebung zu. In St.Gallen haben 44,7 Prozent und in Appenzell Ausserrhoden 44 Prozent der Bevölkerung einen BMI, der grösser als 25 ist (CH: 42.7). Gleichzeitig bezeichnet sich ein immer höherer Anteil der Bevölkerung als körperlich aktiv und erfüllt damit die Empfehlungen des Bundesamtes für Sport (BASPO) bezüglich körperlicher Aktivität (AR: 77,9 Prozent; SG: 78,8 Prozent). Weiter ist der Anteil Raucherinnen und Raucher rückläufig (AR: 28,9 Prozent; SG: 26,4 Prozent). Schliesslich hat in den letzten 25 Jahren der tägliche Alkoholkonsum stark abgenommen, dafür ist der wöchentliche Konsum angestiegen.

1.4 Spitalverbunde

1.4.1 St.Gallen

Die vier Spitalverbunde des Kantons St.Gallen sind seit einigen Jahren mit Defiziten konfrontiert und mussten ihre Strukturen und Strategien hinterfragen und optimieren. Wesentliche Schritte wurden mit der Umsetzung von Beschlüssen im Zusammenhang mit der [Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde](#) sowie mit zahlreichen Integrationsvorhaben (Bildung von medizinischen Netzwerken innerhalb der vier Unternehmen und verbundübergreifende Zusammenarbeit in den Supportbereichen) bereits unternommen. Noch ausstehend sind die Schliessung des Spitals Altstätten und die damit verbundene Verlagerung des Leistungsangebots nach Grabs.

Um sich auf dem Gesundheitsmarkt gegenüber den Mitbewerbern behaupten zu können, brauchen die St.Galler Spitalverbunde mehr unternehmerische Freiheiten. Verschiedene politische Vorstösse beauftragen die Regierung, die Handlungsfähigkeit der St.Galler Spitalverbunde zu stärken (Motionen 42.21.09, 42.22.13 und 42.22.21; Interpellationen 51.22.54, 51.22.59 und 51.22.63). Die Regierung wird deshalb dem Kantonsrat im zweiten Halbjahr 2023 eine Botschaft zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit und der unternehmerischen Freiheit der Spitalverbunde unterbreiten. Diese beinhaltet die Abschaffung zahlreicher regulatorischer Einschränkungen und die Fusion der vier Spitalverbunde zu einer selbständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt mit vier Spitalstandorten St.Gallen, Grabs, Uznach und Wil. Der Spitalverbund soll dadurch die Möglichkeit erhalten, Synergien auszuschöpfen, Doppelspurigkeiten zu vermeiden, den Koordinationsaufwand zu senken, die Qualität der Leistungserbringung über alle Standorte zu vereinheitlichen und zu erhöhen, die Personalrekrutierung zu vereinfachen und die Weiterbildung zu verbessern.

1.4.2 Appenzell Ausserrhoden

Mit der Schliessung des kantonalen Spitals Heiden im Jahr 2021 hat der Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) schwierige Jahre hinter sich. Aktuell steht primär die Stabilisierung des SVAR mit dem kantonalen Spital Herisau sowie dem Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden im Vordergrund. In diesem Zusammenhang erliess der Regierungsrat für die Stabilisierungsphase eine befristete Eigenstrategie von 2022–2024 und der Kantonsrat genehmigte ausserordentliche Betriebsbeiträge. Im Sinne einer umfassenden stationären Versorgung in der Region konnte die Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital St.Gallen (KSSG) als nahegelegenes Zentrumsspital – insbesondere in der Viszeralchirurgie, aber auch in weiteren Bereichen – gestärkt werden. Die Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Ambulatorium in Heiden entwickelt sich erfreulich und soll weiter ausgebaut werden.

1.4.3 Appenzell Innerrhoden

Das Kantonale Spital Appenzell (heute Kantonales Gesundheitszentrum Appenzell) schloss die akutsomatische Abteilung mit 18 Betten per 30. Juni 2021. Seither konzentriert sich das Kantonale Gesundheitszentrum Appenzell in Kooperation mit dem KSSG und verschiedenen Belegärztinnen und -ärzten auf die ambulante Versorgung. Zudem betreibt das Kantonale Gesundheitszentrum Appenzell seit dem 1. Juli 2021 eine Kurz- und Übergangspflegeabteilung (KÜP) mit aktuell 9 Betten. Das Angebot der KÜP befindet sich in einer dreijährigen Pilotphase.

1.5 Kantonsbeitrag für die akutsomatische Versorgung

Im Jahr 2022 richteten die drei Kantone Beiträge in der Höhe von knapp 500 Mio. Franken für die Abgeltung an Akutspitäler für stationäre Behandlungen ihrer Kantonsbevölkerung aus (Tabelle 1). Darin nicht enthalten sind spitalspezifische Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen (z. B. für die universitäre Lehre und Forschung, Notfallvorhalteleistungen und Spezialangebote). In der Periode der Jahre 2012 bis 2022 betrug das jährliche Kostenwachstum 2,6 Prozent (Total 29 Prozent). Die stationären Kosten sind abhängig vom Preis, der Anzahl Behandlung und des Schweregrads der Behandlungen. Die Zahl der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung stieg über alle drei Kantone zusammen zwischen den Jahren 2012 und 2022 nur um knapp 2 Prozent. Der durchschnittliche Schweregrad der Fälle stieg um knapp 8 Prozent. Der Grossteil des Kostenwachstums ist damit preisinduziert, d.h. die Tarife der Spitäler haben sich seit 2012 deutlich erhöht.

Tabelle 1: Entwicklung der Kantonsbeiträge für die akutsomatische Versorgung nach Kanton in Mio. CHF, 2012 und 2022 (ohne Gemeinwirtschaftliche Leistungen)

	2012	2022	Veränderung 2012-2022
Kanton Appenzell Ausserrhoden	32.2	42.3	+31%
innerkantonal	17.5	15.7	-10%
ausserkantonal	14.7	26.6	+81%
Kanton Appenzell Innerrhoden	10.6	12.8	+21%
innerkantonal	2.8	0	-100%
ausserkantonal	7.8	12.8	64%
Kanton St.Gallen	343	443	+29%
innerkantonal	280	320	+14%
ausserkantonal	63	103	+63%
Gesamt	385.8	498.1	+29%

Quellen: AFGVE SG, AFG AR, GD AI

Tabelle 1 ist ebenfalls zu entnehmen, dass im Bereich der Akutsomatik die ausserkantonalen Behandlungen in der Beobachtungsperiode stark zugenommen haben. Die Kantone beider Appenzell leisteten im Jahr 2022 weniger hohe stationäre Beiträge an innerkantonale Leistungserbringer als im Jahr 2012, beim Kanton St.Gallen fiel das innerkantonale Beitragswachstum mit +14 Prozent bescheiden aus. Grund dafür ist das stetige Fallzahlwachstum bei den ausserkantonalen Spitalaufenthalten. Beim Kanton Appenzell Innerrhoden kommt zusätzlich dazu, dass seit der Umwandlung des Spitals Appenzell in das kantonale Gesundheitszentrum kein innerkantona-ler Leistungserbringer existiert und somit auch keine innerkantonalen Beiträge ge-

leistet werden können. Der Rückgang des innerkantonalen Beitrags im Kanton Appenzell Ausserrhoden um 10 Prozent ist nebst dem generellen Trend zu immer mehr ausserkantonalen Spitalaufenthalten auch mit der Umwandlung des Spitals Heiden in ein Medizinisches Ambulatorium zu erklären.

1.6 Modellplanung Ost

Die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau haben im Jahr 2020 eine gemeinsame Absichtserklärung betreffend Zusammenarbeit in der Planung der stationären Gesundheitsversorgung unterzeichnet. In einem ersten Schritt wurde bis im Spätsommer 2022 ein [Modell](#) mit Varianten für die gemeinsame Planung der akutsomatischen Gesundheitsversorgung erarbeitet. Zudem verfasste das Gesundheitsobservatorium (OBSAN) einen gemeinsamen [Versorgungsbericht](#), welcher insbesondere die Potenziale von kantonsübergreifenden Versorgungsräumen abschätzen sollte. Gestützt auf diese Resultate beschlossen die Kantone beider Appenzell sowie St.Gallen, den Prozess der gemeinsamen Planung weiter zu konkretisieren. Eine entsprechende Vereinbarung wurde im Frühjahr 2023 abgeschlossen. Die Erkenntnisse des OBSAN-Versorgungsberichts werden aktualisiert. Basierend auf identischen Planungskriterien wird ein einziges Bewerbungsverfahren für die drei kantonalen Spitallisten Akutsomatik durchgeführt. Die Evaluation der Bewerbungen erfolgt gemeinsam. Ein gemeinsamer Planungsbericht enthält alle Ausführungen zu den Leistungsaufträgen. Der Erlass der Spitallisten erfolgt per 1. April 2024 getrennt aber koordiniert. Es werden identische Leistungsaufträge an die Listenspitäler erteilt.

1.7 Planungsverständnis

Die drei beteiligten Kantone betreten mit dem gewählten gemeinsamen Planungsansatz in vieler Hinsicht Neuland. Die nachfolgenden Ausführungen erfolgen primär immer auf Ebene der gesamten Planungsregion der drei Kantone. Eine geografische Strukturierung in einzelne Versorgungsregionen erfolgt über die Kantonsgrenzen hinaus. So bilden die Wahlkreise St.Gallen und Rorschach zusammen mit den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden die Versorgungsregion «Appenzellerland-St.Gallen». Die zuständigen kantonalen Departemente werden im Bericht als «Planungsbehörden» bezeichnet. Die Durchführung aller Planungsschritte erfolgt gemeinsam und mit identischen Anforderungen. Die Leistungserbringer haben die Wahl, sich im Rahmen eines einzigen Verfahrens für eine bis maximal drei Spitallisten-Einträge zu bewerben. Die Bewerbungen werden gemeinsam gesichtet und bewertet. Die Vergabe der Leistungsaufträge erfolgt koordiniert. Der Erlass der Spitallisten ist für den Frühling mit Inkrafttreten per 1. April 2024 geplant. Er erfolgt separat durch die jeweilige kantonale Instanz (SG: Regierung, AR: Regierungsrat, AI: Ständekommission).

2.1 Spezialisierung

Die medizinische Entwicklung geht mit einer raschen Spezialisierung einher. Zur Abdeckung des gleichen Fachgebietes ist in den Spitälern immer mehr medizinisches Personal notwendig, da die Aus- und Weiterbildung der Nachwuchskräfte immer spezifischer in medizinischen (Sub-)Spezialitäten erfolgt. Die Notwendigkeit, verschiedene Funktionen rund um die Uhr zu besetzen, erhöht den Personalbedarf zusätzlich und führt gerade in kleineren Betrieben vermehrt zu Schwierigkeiten, die Breite des medizinischen Leistungsangebots auch in Zukunft medizinisch und wirtschaftlich sicherstellen zu können. Entsprechend steigt das Risiko, dass Leistungen infolge Personalengpässen und fehlendem Rekrutierungserfolg reduziert oder eingestellt werden müssen.

2.2 Fachkräftemangel

Der Fachkräftemangel und die dadurch entstandene Konkurrenz zwischen den Leistungserbringern bei der Gewinnung von qualifiziertem Personal macht die Rekrutierung zunehmend anspruchsvoll. Davon sind insbesondere die Pflege, die medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Bereiche und der IT-Bereich betroffen. Mehrere Spitäler in der Planungsregion waren in jüngster Vergangenheit wegen des Fachkräftemangels gezwungen, Teile ihrer (Betten-)Angebote temporär einzustellen. Auch führt der Personalmangel zu zunehmenden Schwierigkeiten, die Betreuungs- und Behandlungsqualität aufrechtzuerhalten. Diese Situation wird sich erwartungsgemäss in den kommenden Jahren aufgrund der Pensionierung der Baby-Boomer (Jahrgänge 1946 bis 1964) weiter verschärfen.

2.3 Erhöhte Beanspruchung Notfall-Angebote

Viele Schweizer Spitäler sehen sich in jüngster Vergangenheit mit einer erheblichen Zunahme von ambulanten Notfallbehandlungen konfrontiert. Dafür gibt es eine Vielzahl von Gründen. Im Kanton St.Gallen und den beiden Appenzell (Planungskantone) haben die erfolgten Spitalschliessungen die Frequenzen in den verbleibenden Notfallstationen erhöht. Steigende Bevölkerungszahlen und demografische Alterung führen ebenfalls zur erhöhten Inanspruchnahme der Notfallstationen. Veränderte Nutzungsmuster in der Bevölkerung haben auch einen Einfluss. So verfügen immer weniger Personen über eine Hausärztin oder einen Hausarzt. Bei einem Gesundheitsproblem werden vermehrt Notfallstationen als Erst-Anlaufstelle genutzt. Gleichzeitig trägt auch der akzentuierte Mangel an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie deren sinkende Bereitschaft, auch ausserhalb der Bürozeiten ansprechbar zu sein, zur höheren Inanspruchnahme von Notfallstationen bei. Die Folge sind Wartezeiten im Notfall, Aufnahmeschwierigkeiten von Notfallpatientinnen und -patienten, die mit dem Rettungsdienst ins Spital eingewiesen werden, und Verlegungen in andere Spitäler. Verschiedene Spitäler in der Planungsregion reagieren mit einem Ausbau der Notfallstationen. Wo noch nicht vorhanden, ist zudem die Errichtung von integrierten Notfallpraxen (INP) respektive die Ausweitung der Betriebszeiten der bestehenden INPs ins Auge zu fassen. Darin leistet die niedergelassene Ärzteschaft in einer den Notfallstationen betrieblich vorgelagerten Praxis ihren Notfalldienst.

2.4 Finanzierung

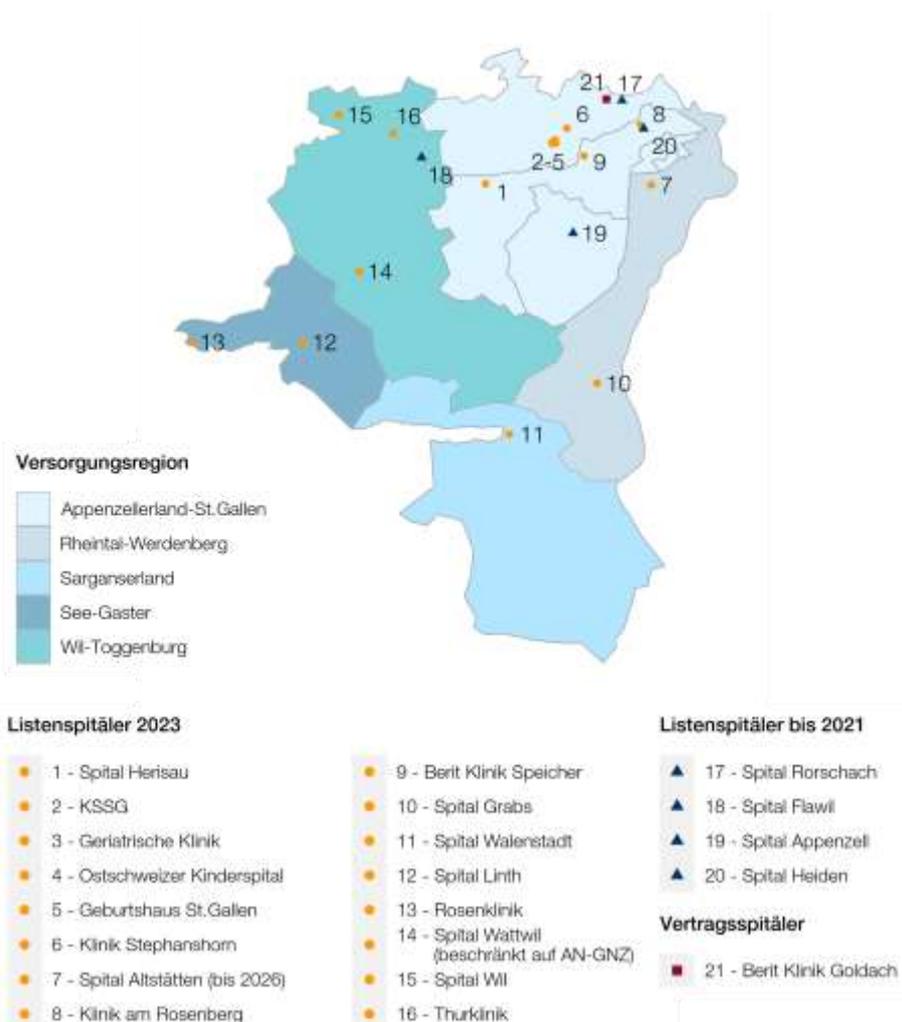
Der ökonomische Druck auf die Spitäler hat sich im stationären Bereich mit der im Jahr 2012 erfolgten Einführung der schweizweit einheitlichen Finanzierung auf Basis von schweregradabhängigen Fallpauschalen stark erhöht. Seitdem haben sich die Spitaltarife an den effizienten Leistungserbringern auszurichten (Benchmarking). Prozesse mussten optimiert und die Behandlung verdichtet werden. Es kam zu einer gewissen Annäherung des Preisniveaus zwischen den Spitälern der gleichen Versorgungsstufe. Die seit dem Jahr 2003 unveränderte ambulante Tarifstruktur TARMED ist für die Spitäler nicht kostendeckend. Mit der gesetzlich vorgeschriebenen Verschiebung von der stationären zur ambulanten Leistungserbringung sind aufgrund der ungenügenden Tarifierung der ambulanten Leistungen deutliche Mindereinnahmen für die Spitäler verbunden. Zudem stehen viele Spitäler vor der Herausforderung, jährlich ausreichend positive Ergebnisse zu erwirtschaften, um längerfristig in der Lage zu sein, die für den Spitalbetrieb notwendigen Investitionen zu finanzieren und amortisieren. Schliesslich nimmt in der Bevölkerung der Anteil Personen mit einer Zusatzversicherung (halbprivat / privat) laufend ab. Die Querfinanzierung des OKP-Bereichs durch Erträge aus dem Zusatzversichertenbereich war für viele Schweizer Spitäler das Geschäftsmodell für einen kostendeckenden Betrieb. Mit weniger Zusatzversicherten nimmt diese Möglichkeit der Querfinanzierung ab. Davon betroffen sind insbesondere jene Spitäler, die bereits zum heutigen Zeitpunkt einen hohen Anteil an ausschliesslich allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten aufweisen. Schliesslich werden die in den nächsten Jahren anstehende Einführung der einheitlichen Finanzierung der stationären und ambulanten OKP-Leistungen (E-FAS) und die geplanten neuen Tarifsysteme TARDOC resp. solutions tarifaires (ambulante Pauschalen) das Ambulantisierungspotenzial voraussichtlich erhöhen.

2.5 Koordination, Integration und Interprofessionelle Zusammenarbeit

Verschiedene Entwicklungen führen dazu, dass eine ganzheitliche Behandlung und Betreuung von Menschen mit akutsomatischen Erkrankungen fortlaufend anspruchsvoller und schwieriger zu bewerkstelligen ist. Umso wichtiger sind patientenzentrierte Kooperationen zwischen Institutionen und Berufsgruppen zum Wohl der Patientinnen und Patienten. Die aus ökonomischen Gründen erfolgte Verdichtung der stationären Behandlung zwingt die Spitäler, neue Lösungen für Patientinnen und Patienten zu finden, die nachgelagerte Behandlungsangebote benötigen. Neuartige Kooperationen mit Einrichtungen des Rehabilitations- und Pflegebereichs sind notwendig. Gleichzeitig nimmt die Wichtigkeit der Nahtstelle zu einer gut ausgebauten Versorgung von spitalexternen Pflege (Spitex) am Wohnort der Patientinnen und Patienten zu. Diese Entwicklungen gelten ganz speziell für hochbetagte und multimorbide Patientinnen und Patienten. Nicht nur die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen nimmt an Bedeutung zu, auch die Zusammenarbeit innerhalb des Spitals zwischen den einzelnen Berufsgruppen ist inskünftig entscheidend für den erfolgreichen Spitalbetrieb. Es sind viele organisatorische und fachliche Herausforderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit zu bewältigen. Regional kommt den Spitälern respektive Gesundheitszentren eine zentrale Rolle bei der Zusammenführung der verschiedenen Behandlungsangebote zu.

3 Angebote und Inanspruchnahme

Die Kantone St.Gallen und beide Appenzell bilden zusammen eine Planungsregion mit knapp 600'000 Einwohnerinnen und Einwohner verteilt auf eine Fläche von 2'500km². Nachfolgend werden im Kapitel 3.1 die bestehenden Angebotsstrukturen innerhalb der Planungsregion und im Kapitel 3.2 die von der Bevölkerung der Planungsregion beanspruchten stationären Leistungen dargestellt. Dabei wird primär immer die ganze Planungsregion als Analyse-Ebene verwendet. Ergänzt wird die Analyse mit Betrachtungen auf Ebene der drei Kantone und von fünf Versorgungsregionen. Für die diesbezügliche Strukturierung wird auf die Erkenntnisse des Versorgungsberichts des Gesundheitsobservatoriums (OBSAN) für die sechs Ostschweizer Kantone der beiden Appenzell, Glarus, Graubünden, Thurgau und St.Gallen abgestellt (Modellplanung Ost, siehe auch Kapitel 1.6). Anhand der Methode der Hospital Service Areas (HSA) identifizierte das OBSAN funktionale Spitalversorgungsräume unabhängig von Kantonsgrenzen und anderen politischen Regionen. Für die gemeinsame Planungsregion der drei Kantone erfolgt folgende regionale Einteilung:



3.1 Leistungsangebot

Im aktuellsten vollständig verfügbaren Datenjahr 2021 boten in den drei Planungskantonen insgesamt 14 Spitalunternehmen akutstationäre Leistungen an 21 Spitalstandorten an. Inzwischen wurden vier Spitalstandorte (Flawil, Rorschach, Heiden und Appenzell) in ambulante Gesundheitszentren sowie der Spitalstandort Wattwil in ein Gesundheits- und Notfallzentrum mit ausschliesslich kurzstationären Notfallbetten umgewandelt². Das Spital Walenstadt wurde per 1. Januar 2023 aus der Trägerschaft der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland (SRRWS) herausgelöst und der Stiftung Kantonsspital Graubünden übertragen. Das Spital Altstätten wird gemäss Kantonsratsbeschluss voraussichtlich im Jahr 2027 in ein ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum (GNZ) überführt.

Nachfolgende Tabelle enthält Kennzahlen für das Jahr 2021 der akutsomatischen Listenspitäler mit Standort innerhalb der Planungsregion. Daraus ist zu entnehmen, dass alle Listenspitäler zusammen fast 92'000 stationäre Fälle aufwiesen, wobei 83 Prozent der Fälle aus den drei Kantonen Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden oder St.Gallen stammten. Das Spital Grabs weist als einziges Spital einen massgeblichen Anteil an ausländischen Patientinnen und Patienten (v.a. aus dem Fürstentum Liechtenstein) auf. Die Berit Klinik Goldach figuriert als Vertragsspital, d.h. sie ist kein Listenspital und ist damit grundsätzlich nicht zugelassen zur stationären Tätigkeit zu Lasten der OKP. Gestützt auf Art. 49a Abs. 4 KVG steht es der Berit Klinik Goldach jedoch offen, mit Krankenversicherern Verträge über die Vergütung von stationären Spitalaufenthalten abzuschliessen. Der OKP-Anteil darf dabei jedoch nicht höher sein als der Anteil der Krankenversicherer an der Vergütung für Listenspitäler gemäss Art. 49a Abs. 2 KVG (45 Prozent). Deshalb verfügt die Berit Klinik Goldach über einen Zusatzversicherten-Anteil von 100 Prozent. Ansonsten variiert der Anteil der Zusatzversicherten Patientinnen und Patienten zwischen acht Prozent (Thurklinik) und 30 Prozent (Klinik am Rosenberg). 12 Spitalstandorte gehören zu einem öffentlich-rechtlichen Spitalunternehmen, drei Spitalunternehmen sind privatrechtlich aber nicht gewinnorientiert organisiert und sechs Spitalstandorte gehören einer gewinnorientierten privaten Einrichtung an³. Fünf Spitalstandorte sind ausschliesslich elektiv tätig. Das Ostschweizer Kinderspital ist ausschliesslich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert und deckt dafür die ganze Planungsregion ab.

² Spital Rorschach per 31.1.2021, Spital Flawil per 30.6.2021, Spital Heiden per 31.7.2021, Spital Appenzell per 30.6.2021 und Spital Wattwil per 1.4.2022.

³ Standorte von öffentlich-rechtlichen Spitalunternehmen:

Kantonales Spital Appenzell, Spital Heiden, Spital Herisau, Kantonsspital St.Gallen, Spital Rorschach, Spital Altstätten, Spital Grabs, Spital Walenstadt, Spital Uznach, Spital Wattwil, Spital Wil, Spital Flawil

Privatrechtlich organisierte Spitalunternehmen ohne Gewinnorientierung:

Ostschweizer Kinderspital, Geriatrische Klinik, Geburtshaus St.Gallen

Private Unternehmung mit Gewinnorientierung:

Berit-Klinik Speicher, Hirslanden Klinik Stephanshorn, Hirslanden Klinik am Rosenberg, Rosenklinik AG, Thurklinik AG, Berit Klinik Goldach.

Tabelle 2: Kennzahlen der akutsomatischen Spitäler innerhalb der Planungsregion, 2021

Kanton	Spital	Fälle Total	Fälle SG-AR-AI	% SG-AR-AI	% Rest-CH	% Aus-land	% HP/P	% OKP	% Not-fälle	Ø PCCL	Ø CMI	Ø Alter
AI	Kantonales Spital Appenzell	180	161	89	9	2	19	89	52	0.53	0.542	55.9
AR	Spitalverbunde Appenzell Ausserrhoden – Spital Herisau	4'948	4'694	95	5	1	15	95	64	1.04	0.814	57.6
AR	Spitalverbunde Appenzell Ausserrhoden - Spital Heiden	1'317	1'251	95	4	1	12	96	62	0.83	0.636	54.2
AR	Hirslanden Klinik Am Rosenberg	2'589	2'084	80	18	1	30	77	2	0.16	1.128	55.3
AR	Berit-Klinik Speicher	4'747	3'822	81	19	0	27	80	0	0.52	1.158	54.9
SG	Kantonsspital St.Gallen – Standort St.Gallen	32'652	27'011	83	15	2	20	95	46	1.53	1.310	59.2
SG	Kantonsspital St.Gallen – Standort Rorschach	41	37	90	10	0	24	100	90	2.29	1.044	76.9
SG	Kantonsspital St.Gallen – Standort Flawil	668	625	94	6	0	15	97	90	2.01	1.042	68.5
SG	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland – Spital Altstätten	2'888	2'791	97	1	2	15	93	69	1.06	0.925	61.8
SG	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland – Spital Grabs	9'093	6'642	73	2	25	21	94	51	0.87	0.817	53.8
SG	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland – Spital Walenstadt	2'747	2'423	88	8	4	15	91	62	1.12	1.100	64.2
SG	Spital Linth	5'586	5'068	91	9	0	13	93	63	0.86	0.755	56.2
SG	Spitalregion Fürstenland Toggenburg – Spital Wil	6'151	4'987	81	18	1	14	94	62	0.98	0.713	57.1
SG	Spitalregion Fürstenland Toggenburg – Spital Wattwil	1'503	1'378	92	8	0	12	97	86	1.52	0.850	67.2
SG	Ostschweizer Kinderspital	4'519	3'462	77	20	3	16	80	71	0.83	0.962	5.3
SG	Geriatrische Klinik St.Gallen	1'636	1'524	93	6	0	28	99	5	2.64	1.512	81.4
SG	Hirslanden Klinik Stephanshorn	8'160	6'798	83	16	1	25	95	23	0.62	0.970	55.2
SG	Rosenklinik	999	650	65	35	0	21	89	1	0.22	0.959	59.1
SG	Thurklinik	537	232	43	57	0	8	99	2	0.18	0.678	35.9
SG	Geburtshaus St.Gallen	774	593	77	22	1	0	100	45	0.03	0.378	24
SG	Berit-Klinik Goldach	6	3	50	33	17	100	0	0	0.17	0.905	39.7
Gesamtergebnis		91'741	76'236	83	13	4	19	93	46	1.10	1.049	55.2

Quelle: Medizinische Statistik, Bundesamt für Statistik

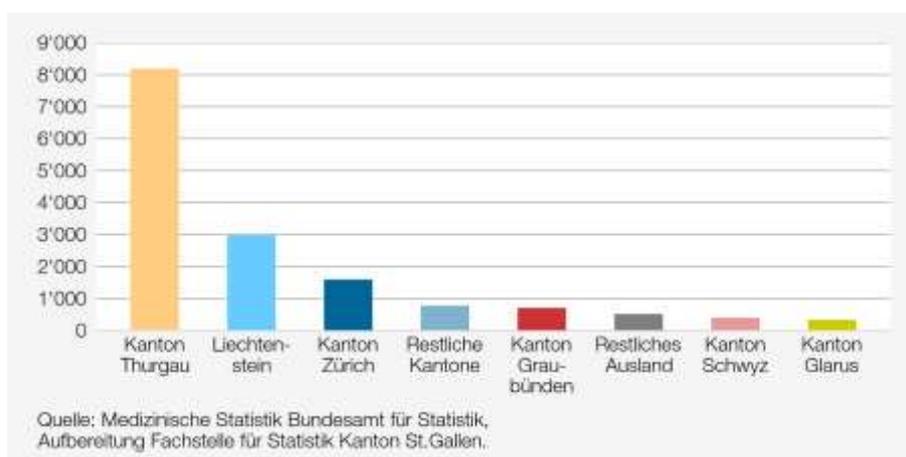
Die Spitäler unterscheiden sich auch in der Fallschwere der behandelten Patientinnen und Patienten. Während das durchschnittliche Fallgewicht («Case Mix Index» [CMI]) den notwendigen Aufwand für die stationäre Behandlung für die Abgeltung wiedergibt, ist der «Patient complexity and complications level» (PCCL) ein Messinstrument für den Schweregrad der Begleiterkrankungen und/oder Komplikationen während eines Spitalaufenthaltes⁴. Beides kann, muss aber nicht korrelieren. So

⁴ Der PCCL wird anhand der Nebendiagnosen eruiert. Dabei werden die Nebendiagnosen abhängig von der Hauptdiagnose und allfälligen anderen Nebendiagnosen gewichtet. Fünf Schweregrade werden unterschieden: 0 keine signifikanten Begleiterkrankungen oder Komplikationen; 1 leichte Begleiterkrankung oder Komplikation; 2 mässig

kann ein Spitalaufenthalt zwar ökonomisch aufwändig sein und damit ein hohes Fallgewicht gemäss SwissDRG aufweisen. Wenn es sich gleichzeitig um eine(n) junge(n) gesunde(n) Patientin oder Patienten ohne Nebenerkrankungen handelt, weist der gleiche Fall einen tiefen PCCL auf. Die PCCL-Werte variieren zwischen 0,03 beim Geburtshaus St.Gallen (alles gesunde Frauen mit gesunden Säuglingen) und 2,64 bei der Geriatrischen Klinik St.Gallen, die ausschliesslich betagte bis hochbetagte geriatrische Patientinnen und Patienten mit vielen Begleiterkrankungen behandelt. Generell weisen Spitalunternehmen mit Endversorgerleistungen wie das KSSG oder Spitäler mit akutgeriatrischen Abteilungen hohe PCCL und hohe durchschnittliche Fallgewichte auf. Ersteres aufgrund seiner Endversorger-Stellung und der damit verbundenen komplexen Behandlungsangebote, letztere aufgrund der zeitlich lange dauernden akutgeriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen von (hoch-)betagten Patientinnen und Patienten mit zahlreichen Begleiterkrankungen. Schliesslich bestehen auch Unterschiede im Altersdurchschnitt zwischen den Spitälern. Listenspitäler mit Geburtsabteilungen weisen tendenziell einen tieferen Altersdurchschnitt, solche mit akutgeriatrischen Abteilungen einen überdurchschnittlich hohen Altersdurchschnitt auf.

Neben den Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion behandelten die Spitäler der drei Planungskantone rund 15'500 Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen oder aus dem Ausland. Aus nachfolgender Abbildung sind die wichtigsten Herkunftskantone von Patientinnen und Patienten ausserhalb der Planungsregion mit Spitalaufenthalten innerhalb der Planungsregion zu entnehmen. Mehr als die Hälfte stammt aus dem Kanton Thurgau (8'196 Austritte), gefolgt vom Fürstentum Liechtenstein (2'976 Austritte) und dem Kanton Zürich (1'595 Austritte).

Abbildung 1: Spitalaufenthalte in Spitälern der Planungsregion von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz ausserhalb der Planungsregion, 2021



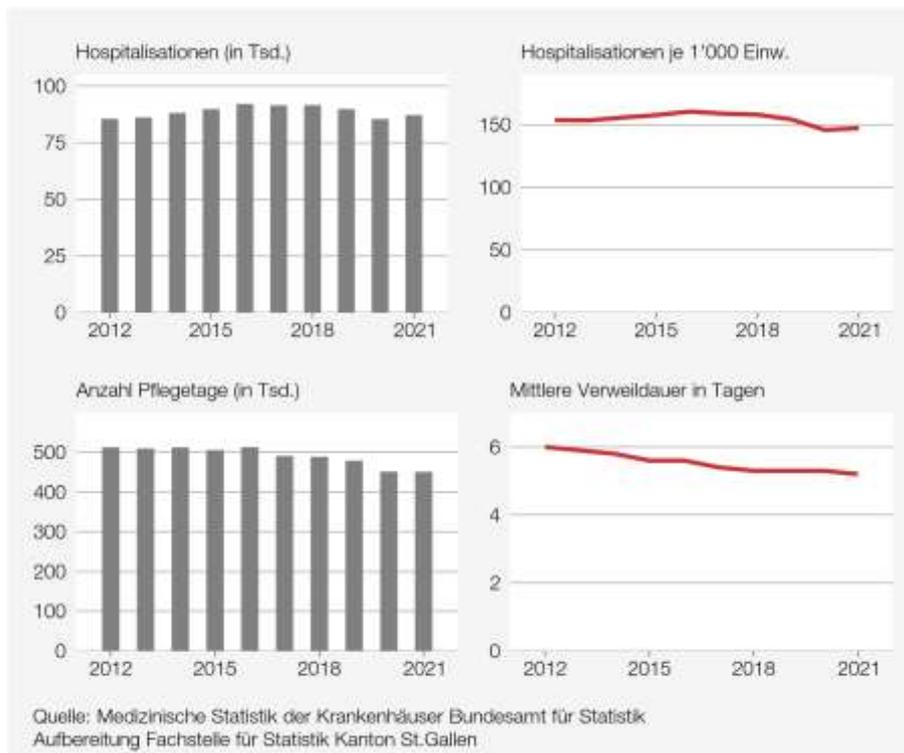
schwere Begleiterkrankungen oder Komplikationen; 3 schwere Begleiterkrankungen oder Komplikationen; 4 äusserst schwere Begleiterkrankungen oder Komplikationen.

3.2 Inanspruchnahme

Nachfolgend wird die stationäre Inanspruchnahme der Bevölkerung der drei Kantone unabhängig vom Standort der Leistungserbringung anhand verschiedener Dimensionen dargestellt und analysiert. Dabei wird im Planungsbericht immer die Ebene der Planungsregion verwendet. Alle nachfolgenden Abbildungen und Tabellen sind im separat verfügbaren Tabellenanhang auch auf Ebene der drei Kantone sowie der fünf Versorgungsregionen einsehbar.

Im Jahr 2021 wurden für die Bevölkerung der drei Planungskantone insgesamt 87'111 akutsomatische Spitalaufenthalte mit knapp 451'000 Pflgetagen und einer durchschnittlichen Verweildauer von 5,2 Tagen verzeichnet. Damit entfallen auf 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion rund 147 Spitalaufenthalte. Während die Anzahl Pflgetage und die durchschnittliche Verweildauer seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 fast kontinuierlich rückläufig sind, ist bei der Anzahl der Spitalaufenthalte ein Anstieg bis ins Jahr 2016 zu verzeichnen, gefolgt von einem Rückgang bis ins Jahr 2020 und einem erneuten Anstieg im Jahr 2021. Da das Bevölkerungswachstum (+6,3 Prozent) seit dem Jahr 2012 höher war als die Anzahl Austritte (+1,9 Prozent), ist die Hospitalisationsrate je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2021 (147) tiefer als im Jahr 2012 (154).

Abbildung 2: Entwicklung der Spitalaufenthalte, der Pflgetage und durchschnittlichen Verweildauer der Bevölkerung der Planungsregion seit dem Jahr 2012, absolut und indexiert (100 = 2012)





Die allgemeine Verkürzung der Verweildauern der Akutpatientinnen und -patienten hat sich seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 kontinuierlich fortgesetzt. Dies ist Ausdruck der Anstrengungen der Akutspitäler zur Effizienzsteigerung im Hinblick auf die optimale Ertragsituation innerhalb des pauschalen Abgeltungssystems SwissDRG, das die Spitalaufenthalte in ökonomisch homogene Abgeltungsgruppen klassiert und schweizweit einheitlich mit entsprechenden Kostengewichten versieht. Ein Spital ist längerfristig nur überlebensfähig, wenn die Mehrzahl seiner Spitalaufenthalte unterhalb der durchschnittlichen Verweildauer je SwissDRG fallen oder es von Zusatzabgeltungen für Überlieger profitieren kann. Zwischen 2016 und 2020 ist in der Planungsregion ein Rückgang der Anzahl Spitalaufenthalte zu verzeichnen. Neben der Covid-19-Pandemie sind die primären Treiber dafür die regulatorischen Eingriffe «Ambulant vor Stationär» (AvoS) sowie die medizinische Entwicklung.

Entwicklung nach Leistungserbringer

In einem eher stagnierenden Markt seit dem Jahr 2012 (+1,9 Prozent) konnten vor allem gewinnorientierte private Trägerschaften sowie Spitalunternehmen ausserhalb der Planungsregion ihre Anteile an Spitalaufenthalten der Bevölkerung der Planungsregion steigern (siehe Tabelle auf nachfolgender Seite). In absoluten Zahlen am meisten zulegen konnten die Berit-Klinik Speicher (+2'590 Austritte) vor der Hirslanden Klinik Stephanshorn (+2'192 Austritte) und dem Kantonsspital Graubünden (+1'134 Austritte). Die öffentlich-rechtlichen Spitalunternehmen der Planungsregion weisen im Jahr 2021 alle weniger Austritte aus der Planungsregion auf als im Jahr 2012. Die Rückgänge in absoluten Zahlen bewegen sich zwischen -2'219 Austritten (KSSG) und -418 Austritten (Spital Linth). Als neuer Leistungserbringer mit Spezialangebot konnte sich das Geburtshaus St.Gallen etablieren.

.....
 Tabelle 3: Spitalaufenthalte, Pfl egetage und mittlere Verweildauer (VWD) der Bevö lkerung der Planungsregion nach Leistungserbringer, 2012 und 2021

Spital	Austritte 2012	Pflegetage 2012	VWD 2012	Austritte 2021	Pflegetage 2021	VWD 2021
Kantonsspital St.Gallen, SG	29'892	202'513	6.8	27'673	164'158	5.9
Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, SG	12'757	65'710	5.2	11'856	59'614	5.0
Hirslanden Klinik Stephanshorn, SG	4'606	20'361	4.4	6'798	27'063	4.0
Spitalregion Fürstenland Toggenburg, SG	6'978	38'468	5.5	6'365	29'926	4.7
Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden, AR	7'300	37'830	5.2	5'945	25'540	4.3
Spital Linth, SG	5'486	28'995	5.3	5'068	24'967	4.9
Berit-Klinik Speicher, AR	1'232	5'763	4.7	3'822	14'960	3.9
Ostschweizer Kinderspital, SG	3'113	16'651	5.3	3'462	13'104	3.8
Kantonsspital Graubünden, GR	1'072	6'217	5.8	2'206	9'960	4.5
Klinik Am Rosenberg, AR	2'667	12'579	4.7	2'084	8'774	4.2
Geriatrische Klinik, SG	1'400	26'950	19.3	1'524	25'024	16.4
Universitätsspital Zürich, ZH	1'222	10'923	8.9	1'215	9'106	7.5
Spital Männedorf AG, ZH	777	4'113	5.3	1'202	5'958	5.0
Klinik Hirslanden Zürich, ZH	531	3'533	6.7	765	4'945	6.5
Rosenklinik, SG	375	740	2	650	1'691	2.6
Geburtshaus St.Gallen, SG				593	1'744	2.9
Klinik Gut St. Moritz und Fläsch, GR	79	265	3.4	484	1'716	3.5
Spital Thurgau AG, TG	428	2'250	5.3	478	1'766	3.7
Spital Lachen, SZ	282	990	3.5	450	1'524	3.4
Schulthess Klinik, ZH	308	1'919	6.2	301	1'169	3.9
Universitätskinderspital Zürich, ZH	258	3'303	12.8	295	2'271	7.7
GZO Spital Wetzikon, ZH	253	1'216	4.8	283	955	3.4
Kantonsspital Winterthur, ZH	176	878	5	281	1'177	4.2
Thurklinik, SG	417	1'283	3.1	232	448	1.9
Kantonsspital Glarus, GL	180	743	4.1	213	1'079	5.1
Stadtspital Zürich Triemli ZH	94	582	6.2	192	1'189	6.2
Universitätsklinik Balgrist, ZH	144	853	5.9	172	941	5.5
Kantonales Spital Appenzell, AI	1'054	5'443	5.2	161	466	2.9
Flury Stiftung Spital Schiers, GR	42	139	3.3	157	493	3.1
See-Spital, Horgen, ZH	126	445	3.5	122	441	3.6
Hirslanden Klinik Im Park, ZH	258	1'199	4.6	117	515	4.4
Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG, TG	55	340	6.2	106	693	6.5
Restliche Leistungserbringer CH	1'926	9'517	4.9	1'839	7'430	4.0
Gesamt	85'488	512'711	6.0	87'111	450'807	5.2

Quelle: Medizinische Statistik, Bundesamt für Statistik

3.2.1 Spitalleistungsbereiche und -gruppen

Das Spitalleistungsgruppenkonzept in seiner Version 2023 klassiert alle Spitalaufenthalte in sieben Hauptgruppen, 24 Leistungsbereiche und insgesamt 137 Leistungsgruppen. Knapp 38 Prozent aller Spitalaufenthalte erfolgten im Jahr 2021 im Basispaket oder Basispaket elektiv. Weitere grössere Bereiche sind die Chirurgie des Bewegungsapparates, die Geburtshilfe, die Urologie sowie die Herz- und Gefässmedizin (Tabelle 4). Die Hälfte aller Spitalleistungsbereiche weisen weniger als 1'000 Austritte je Jahr auf. Veränderungen über die Jahre sind mit Vorsicht zu interpretieren. Aufgrund der grösseren Änderungen mit dem SPLG-Grouper 2023 wurden ausnahmsweise die älteren Datenjahre 2019 und 2020 ebenfalls mit der SPLG-Grouper-Version 2023 gruppiert. Auch wenn dabei von der Gesundheitsdirektion Zürich – soweit möglich – Änderungen der CHOP-Codes rückwirkend berücksichtigt wurden, können Fehleinteilungen aufgrund von Klassifikationsänderungen nicht ausgeschlossen werden. Die Bereiche mit dem grössten Rückgang in absoluten Zahlen seit 2019 sind das Basispaket (-1'915 Austritte), die Pneumologie (-425 Austritte), die HNO (-330 Austritte) und der Bereich Herz (-252 Austritte). Die Geburtshilfe (+338 Austritte) und die Urologie (+258 Austritte) sind die beiden Bereiche mit dem höchsten Zuwachs.

Tabelle 4: Austritte nach Spitalleistungsbereiche, Bevölkerung der Planungsregion, 2019-2021 (alle Jahre gruppiert mit SPLG-Version 2023)

Bereich	SPLB	2019	2020	2021	Diff. absolut	Diff. in %	Anteil 2021
Grundversorgung	Basispaket	34'724	32'860	32'809	-1'915	-5.5	37.7
	Dermatologie	298	263	283	-15	-5	0.3
Nervensystem & Sinnesorgane	Hals-Nasen-Ohren	2'899	2'681	2'569	-330	-11.4	2.9
	Neurochirurgie	488	456	504	16	3.3	0.6
	Neurologie	2'216	2'076	2'214	-2	-0.1	2.5
	Ophthalmologie	675	626	695	20	3	0.8
	Endokrinologie	747	794	756	9	1.2	0.9
Innere Organe	Gastroenterologie	2'722	2'614	2'544	-178	-6.5	2.9
	Viszeralchirurgie	1'788	1'566	1'795	7	0.4	2.1
	Hämatologie	1'056	1'081	995	-61	-5.8	1.1
	Gefässe	1'407	1'337	1'417	10	0.7	1.6
	Herz	4'024	3'744	3'772	-252	-6.3	4.3
	Nephrologie	400	403	340	-60	-15	0.4
	Urologie	4'501	4'453	4'759	258	5.7	5.5
	Pneumologie	1'401	1'011	976	-425	-30.3	1.1
	Thoraxchirurgie	164	147	117	-47	-28.7	0.1
	Transplantationen	34	16	26	-8	-23.5	0
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat	13'786	13'212	13'626	-160	-1.2
Rheumatologie		383	298	411	28	7.3	0.5
Gynäkologie		2'355	2'215	2'413	58	2.5	2.8

Bereich	SPLB	2019	2020	2021	Diff. absolut	Diff. in %	Anteil 2021
Gynäkologie & Geburtshilfe	Geburtshilfe	6'702	6'665	6'902	200	3	7.9
	Neugeborene	6'102	6'103	6'240	138	2.3	7.2
Übrige	(Radio-)Onkologie	699	535	695	-4	-0.6	0.8
	Schwere Verletzungen	212	240	253	41	19.3	0.3
Gesamt		89'783	85'396	87'111	-2'672	-3	100

Quelle: Medizinische Statistik, Bundesamt für Statistik

Die tabellarische Darstellung der Austritte aufgeschlüsselt nach den 137 Leistungsbereichen sprengt die Möglichkeit der vorliegenden Berichtsform. Die entsprechende Auflistung ist jedoch im separaten Tabellenanhang enthalten.

3.2.2 Hospitalisationsraten

Die Kantone St.Gallen und Appenzell Ausserrhoden weisen im schweizweiten Vergleich überdurchschnittliche, der Kanton Appenzell Innerrhoden unterdurchschnittliche Hospitalisationsraten auf. Das heisst, die Häufigkeit von Spitalaufenthalten bei 1'000 Personen ist in den Kantonen AR und SG höher respektive im Kanton AI tiefer als im Schweizer Durchschnitt. Von 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner der drei Planungskantone liessen sich rund 147 stationär behandeln, während der gesamtschweizerische Durchschnitt rund 144 Spitalaufenthalte je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner betrug. Von den 130 im Jahr 2021 angesteuerten Spitalleistungsgruppen wiesen 55 Leistungsgruppen mit 63'000 Patientinnen und Patienten eine höhere Hospitalisationsrate auf als der jeweilige CH-Durchschnittswert. Die Abweichungen sind nicht sehr gross. Neben dem Basispaket betrifft dies insbesondere Leistungsgruppen der Dermatologie, HNO, Gastroenterologie, Urologie, Chirurgie Bewegungsapparat, Gefässchirurgie, Gynäkologie, Herzchirurgie, Rheumatologie, Neurologie und Neurochirurgie sowie Interventionelle Kardiologie.

3.2.3 Mindestfallzahlen

Die Kantone sind gemäss Art. 58d Abs. 4 KVV gehalten, bei der Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer unter anderem auf Mindestfallzahlen abzustellen. Seltene und komplexe Leistungen, die eine aufwändige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern, sollen auf jene Leistungserbringer konzentriert werden, die über die erforderlichen Voraussetzungen in Form von Know-how und Routine verfügen. Die leistungsspezifischen Anforderungen ARAISG 2024.01 der Planungskantone sehen jährliche Mindestfallzahlen auf Spitalebene in 32 Leistungsgruppen vor. Da die Leistungsaufträge gemäss Art. 58f KVV standortbezogen erteilt werden müssen, erfolgt auch die Zählung der Mindestfallzahlen auf Ebene des einzelnen Spitalstandorts. Die Planungskantone verzichten auf die Übernahme von operateurbezogenen Mindestfallzahlen. Gründe dafür sind ein schlechtes Aufwand-Nutzen-Verhältnis (die Erhebung und die Auswertung der operateurbezogenen Daten sind sehr aufwändig) sowie unerwünschte ökonomische Auswirkungen auf die Spitäler aufgrund der «Wertsteigerung» von Zulassungsinhaberinnen und -inhaber (Verhandlungsmacht der Operateurinnen und Operateure bzw. Transferzahlungen). Für die Beurteilung der Einhaltung der Mindestfallzahlen wird der Durchschnitt der Eingriffszahlen der zwei letzten verfügbaren Datenjahre betrachtet.

In der Tabelle auf nachfolgender Doppelseite sind je Spitalstandort innerhalb der Planungsregion die Durchschnittswerte der Jahre 2021 und 2022 je SPLG mit Mindestfallzahlen aufgeführt⁵. In der Tabelle bedeuten weiss hinterlegte Felder, dass die entsprechenden Mindestfallzahlen erfüllt sind. Rot hinterlegte Felder weisen auf bestehende Leistungsaufträge eines Planungskantons für Spitalstandorte hin, die im Durchschnitt der Jahre 2021 und 2022 die Vorgaben für die jährlichen Mindestfallzahlen nicht erfüllten. Schliesslich wurden Eingriffe an Spitalstandorten grau hinterlegt, bei welchen kein Leistungsauftrag vorliegt und trotzdem Behandlungen erfolgten⁶. In der Kinder- und Jugendmedizin ist eine zentralisierte Leistungserbringung von Eingriffen mit Mindestfallzahlen ebenfalls anzustreben. Die Werte der Erwachsenenmedizin können jedoch nicht vollständig übertragen werden. Die Werte des Ostschweizer Kinderspitals dienen deshalb primär Transparenz-Zwecken.

Erfüllt ein Bewerber in einer Leistungsgruppe die Mindestfallzahl im Durchschnitt der Jahre 2021/2022 nicht, erfolgt eine befristete Erteilung des Leistungsauftrags bis Ende 2026. Kann der Bewerber die Mindestfallzahl in den Jahren 2024 und 2025 nicht erfüllen, wird der entsprechende Leistungsauftrag nicht verlängert. Neue Bewerbungen für Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen werden nur dann berücksichtigt, wenn die Summe der Spitalbehandlungen innerhalb der Planungsregion unter den bestehenden Anbietern die Zulassung eines neuen Leistungserbringers zulässt (Potenzialabschätzung). Dabei ist auch die Anzahl Personen zu berücksichtigen, die an den zugelassenen Leistungserbringern als Operateurin und Operateur tätig ist. Diese Leistungsaufträge werden mit einer kurzen Befristung von in der Regel drei Jahren versehen, innerhalb deren das Spitalunternehmen nachweisen muss, dass es die geforderten Fallzahlen erreicht. Wenn dies nicht gelingt, wird der Leistungsauftrag nicht verlängert.

⁵ Die Spitalstandorte Rorschach, Flawil, Wattwil, Appenzell und Heiden wurden nicht aufgeführt, da diese Spitalstandorte seit dem Jahr 2021 in ambulante Gesundheitszentren ohne stationäres Angebot (Rorschach, Flawil, Heiden, Appenzell) respektive beschränkt auf akutstationäre Notfallbetten (Wattwil) umgewandelt wurden oder werden.

⁶ Oftmals handelt es sich um Fehlgruppierungen aufgrund nicht korrekter Codierungen oder aber um Rückverlegungen aus dem Zentrum. Geleistete Kantonsbeiträge an effektiv durchgeführte Eingriffe ausserhalb des Leistungsauftrags werden von den Planungskantonen retrospektiv im Rahmen des Leistungsauftragscontrollings zurückgefordert.

Tabelle 5: Eingriffe nach Spitalleistungsgruppe mit Mindestfallzahlen und nach Spitalstandort innerhalb der Planungsregion, Durchschnittswert 2021-2022⁷

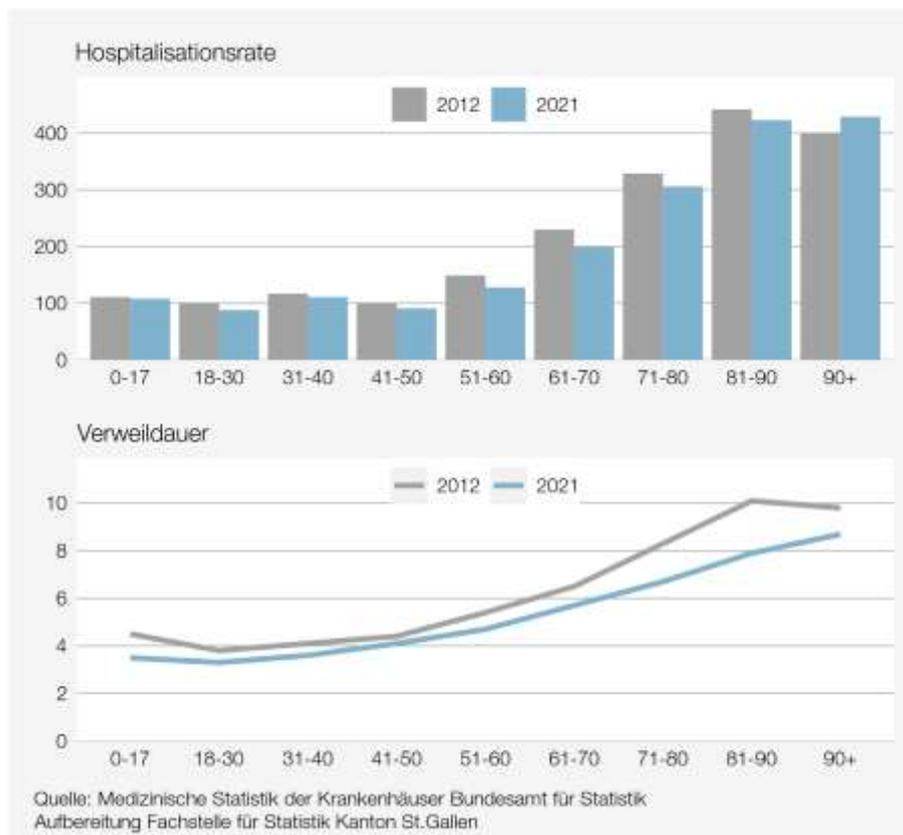
SPLG	SPLG Bezeichnung	MFZ GDZH	Kantonsspital St. Gallen	Spital Altstätten	Spital Grabs	Spital Walenstadt	Spital Linth	Spital Wil	Ostschweizer Kinderspital	Hirslanden Klinik Stephanshorn	Rosenklinik	Thurklinik	SVAR – Spital Herisau	Klinik Am Rossenberg	Berit-Klinik Speicher
DER1.1	Dermatologische Onkologie	10	71	1	2			1		11					1
HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	10	337		8		10			13		1	1		
NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	10	17					1	2						
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	10	15						13						
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung	10	9						3						
VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	25	122		37					125					
HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	10	47						9						
HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation	10	43												
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	10	311		11	11	1	1	1	4			36		1
GEFA	Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	20	239		4	43				12			8		
GEF3	Gefässchirurgie Carotis	10	94										1		
ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	10	71												
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	100													
HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	10													
KAR1	Kardiologie und Devices	50	364	11	51	11	13	1	1	8			11		
KAR2	Elektrophysiologie und CRT	100	471												
KAR3	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	500	2'432		4	1	8	4	1				1		
KAR3.1	Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	10	37			1			1						
KAR3.1.1	Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	75	52												
URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	10	85				8			100			11		

⁷ Für THO1.1 wurden die Mindestfallzahlgrupper-Output der Jahre 2021 und 2022 an Stelle des Mindestfallzahlgrupper-Outputs 2023 verwendet, da letzterer fehlerhaft ist.

3.2.4 Alter

Wichtigster Einflussfaktor auf die Häufigkeit von Spitalaufenthalten ist das Alter. Je älter eine Person ist, je höher ist die Wahrscheinlichkeit für einen Spitalaufenthalt. Abbildung 3 zeigt auf, dass die Häufigkeit von Spitalbehandlungen mit höherem Alter stetig steigt⁸. Von den über 80-jährigen Personen in der Planungsregion werden im Durchschnitt 4,3 von 10 Personen mindestens einmal je Jahr hospitalisiert, während es bei den unter 50-Jährigen nur 1 von 10 Personen betrifft. Mit steigendem Alter dauert der Spitalaufenthalt zudem immer länger. Gründe dafür sind namentlich die Mehrfacherkrankungen der (hoch-)betagten Patientinnen und Patienten, fehlende Anschlusslösungen sowie Spitalaufenthalte vor dem Tod. Gegenüber dem Jahr 2012 hat im Jahr 2021 die Häufigkeit der Spitalaufenthalte in jeder Altersgruppe abgenommen. Einzige Ausnahme ist die Altersgruppe der über 90-Jährigen.

Abbildung 3: Spitalaufenthalte je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Altersgruppe, 2012 und 2021

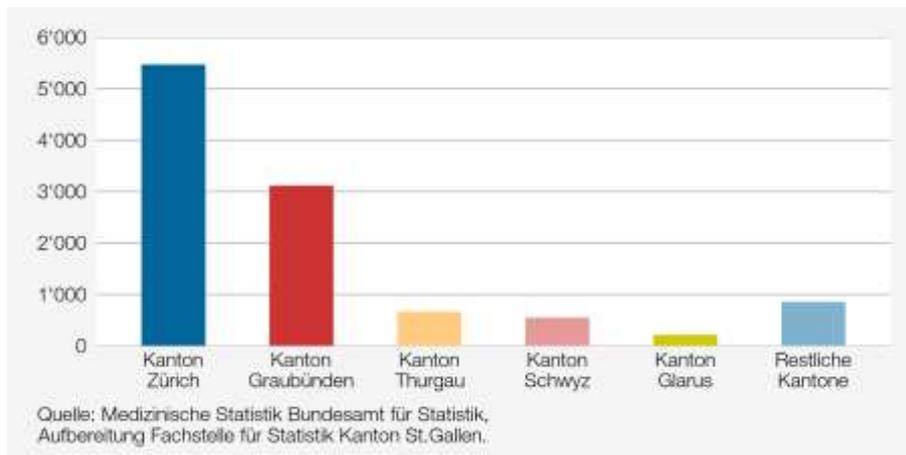


⁸ Die gesunden Säuglinge respektive die Geburten «verfälschen» das Bild bei den jungen Altersklassen.

3.2.5 Patientenströme

Knapp 10'900 oder rund 12 Prozent der Spitalaufenthalte der Bevölkerung der drei Planungskantone erfolgten im Jahr 2021 in 131 Spitalstandorten ausserhalb der Planungsregion. Über 90 Prozent der Spitalaufenthalte fallen auf die fünf Nachbarkantone Zürich, Graubünden, Thurgau, Schwyz und Glarus.

Abbildung 4: Patientenströme nach Zielkanton, 2021



20 Spitalstandorte vereinen mehr als 83 Prozent der Spitalaufenthalte ausserhalb der Planungsregion (siehe Tabelle nachfolgende Seite). Mehr als die Hälfte davon haben ihren Standort im Kanton Zürich (siehe Tabelle nachfolgende Seite). Neben universitären Spitälern (USZ, Balgrist und KISPI-ZH) und Spezialkliniken (Schulthess, Klinik Gut und Herz-Neuro-Zentrum Bodensee) sind unter den zwanzig wichtigsten ausserregionalen Spitälern namentlich grenznahe Leistungserbringer aus den Kantonen Graubünden (Spital Schiers, KS Graubünden), Glarus (KS Glarus), Schwyz (Spital Lachen), Zürich (Spital Männedorf, GZO Spital Wetzikon, See-Spital Horgen, KS Winterthur) und Thurgau (KS Münsterlingen und Frauenfeld) sowie Leistungserbringer mit Spezialisierung auf Zusatzversicherte (Hirslanden Klinik Zürich, Klinik Im Park) vertreten. Das Kantonsspital Luzern und das Stadtspital Zürich Triemli bieten für die Bevölkerung der Planungsregion ausgewählte Spezialangebote an.

Tabelle 6: Austritte und weitere Kenndaten der Spitalaufenthalte der Bevölkerung der Planungsregion in den wichtigsten akutsomatischen Spitaler ausserhalb der Planungsregion, 2021

Spital	Austritte	Pflege- tage	Verweil- dauer	CMI	% HP/P	% OKP	% Not- fälle	Ø PCCL	Ø Al- ter
Kantonsspital Graubünden, GR	2'206	9'960	4.5	0.932	16	89	57	1.04	42.1
Universitätsspital Zürich, ZH	1'215	9'106	7.5	2.547	19	93	30	1.99	56.8
Spital Männedorf AG, ZH	1'202	5'958	5.0	0.918	29	94	46	0.9	59.6
Klinik Hirslanden AG, ZH	765	4'945	6.5	2.186	53	97	13	1.48	64.8
Spital Lachen, SZ	450	1'524	3.4	0.877	18	94	29	0.65	54.9
Klinik Gut Fläsch, GR	444	1'605	3.6	1.301	24	84	1	0.39	59.9
Kantonsspital Frauenfeld, TG	311	1'126	3.6	0.740	17	93	35	0.94	53.4
Schulthess Klinik, ZH	301	1'169	3.9	1.359	49	81	0	0.4	52.1
Universitäts-Kinderspital Zürich, ZH	295	2'271	7.7	2.538	19	44	36	1.36	4.4
GZO Spital Wetzikon, ZH	283	955	3.4	0.763	17	93	39	1.14	50.7
Kantonsspital Winterthur, ZH	281	1'177	4.2	1.169	20	81	34	0.76	43.7
Kantonsspital Glarus, GL	213	1'079	5.1	0.941	14	92	31	1.07	53.6
Stadtspital Zürich Triemli, ZH	192	1'189	6.2	2.090	17	95	35	1.49	56.4
Universitätsklinik Balgrist, ZH	172	941	5.5	1.481	36	75	8	0.7	52.3
Kantonsspital Münsterlingen, TG	167	640	3.8	0.818	13	86	63	1.14	48.1
Spital Schiers, GR	157	493	3.1	0.707	10	88	46	0.39	47.8
Klinik Im Park, ZH	117	515	4.4	1.957	92	94	11	0.93	67.4
Herz-Neuro-Zentrum Bodensee, TG	106	693	6.5	2.780	8	100	8	0.82	66.2

Quelle: Medizinische Statistik, Bundesamt für Statistik

In fünf Leistungsbereichen ist der Versorgungsanteil der ausserregionalen Leistungserbringer höher als 20 Prozent (siehe Tabelle 7). Abgesehen vom Bereich «Herz» handelt es sich um kleine Leistungsbereiche. Spitzenreiter sind die Organtransplantationen, da innerhalb der Planungsregion nur die Nierentransplantation im KSSG angeboten wird. Eingriffe am Herzen weisen ebenfalls eine hohe Rate auf, da innerhalb der Planungsregion kein herzchirurgisches Angebot existiert. Die Bereiche Thorax- und Neurochirurgie sowie «Schwere Verletzungen» beinhalten zahlreiche Fälle mit universitärem Behandlungsbedarf.

Tabelle 7: Leistungsbereiche (SPLB) mit mehr als 20 Prozent Anteilen an Spitalaufenthalten in Spitalern ausserhalb der Planungsregion, 2021

Leistungsbereich	Austritte Total	Davon innerre- gional	Davon ausserre- gional	in %
Transplantationen	26	15	11	42%
Herz	3'772	2'705	1'067	28%
Thoraxchirurgie	117	86	31	26%
Schwere Verletzungen	253	192	61	24%
Neurochirurgie	504	397	107	21%

In 19 Spitalleistungsgruppen beträgt der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Spitalaufenthalt ausserhalb der Planungsregion mehr als zwei Drittel (Tabelle 8). Es handelt sich dabei in erster Linie um Leistungsgruppen, die innerhalb der Planungsregion gar nicht angeboten werden (Geschlechtsumwandlungen: PLC1 / Cochlea-Implantate: HNO1.3.2 / Allogene Stammzelltransplantationen: HAE5 / Herzchirurgie: HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4 und HER1.1.5 / Spezielle Epilepsie-Chirurgie: NCH1.1.3 / Transplantationen: PNE1.2, TPL1, TPL2, TPL3 und TPL4). Darüber hinaus resultieren in vier Leistungsgruppen mit sehr kleinen Fallzahlen hohe ausserregionale Versorgungsanteile (HNO1.3.1, AUG1.1, PNE2 und THO1).

.....
Tabelle 8: Leistungsgruppen (SPLG) mit mehr als 66 Prozent Anteilen an Spitalaufenthalten in Spitälern ausserhalb der Planungsregion, 2021

Kürzel	Leistungsgruppe	Austritte Total	Davon innerre- gional	Davon ausserre- gional	in %
PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität	29	1	28	97%
HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung	3	1	2	67%
HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)	12		12	100%
HAE5	Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen beim Erwachsenen (IVHSM)	16		16	100%
HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)	24	5	19	79%
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	214		214	100%
HER1.1.3	Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta	38	2	36	95%
HER1.1.4	Offene Eingriffe an der Aortenklappe	90		90	100%
HER1.1.5	Offene Eingriffe an der Mitralklappe	70		70	100%
KAR3.1.1	Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	204	38	166	81%
NCH1.1.3	Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen (IVHSM)	1		1	100%
AUG1.1	Strabologie	4		4	100%
PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	52	4	48	92%
PNE2	Polysomnographie	7	1	6	86%
THO1	Thoraxchirurgie	18	6	12	67%
TPL1	Herztransplantationen (IVHSM)	1		1	100%
TPL2	Lungentransplantationen (IVHSM)	1		1	100%
TPL3	Lebertransplantationen (IVHSM)	5		5	100%
TPL4	Pankreas- und Inseltransplantation (IVHSM)	1		1	100%

4.1 Herzchirurgie

Der Kanton St.Gallen ist der einzige grössere Kanton in der Schweiz, der über kein innerkantonales herzchirurgisches Angebot verfügt. Die St.Galler Regierung hielt im Postulatsbericht [«Herzchirurgische Versorgung von st.gallischen Patientinnen und Patienten»](#) im Jahr 2017 fest, dass die Frage nach einem Aufbau eines innerkantonalen herzchirurgischen Angebots im Rahmen der neuen Spitalplanung zu beantworten sei. Aufgrund der gemeinsamen Planung der Kantone St.Gallen und beider Appenzell werden im Folgenden auf die relevanten Leistungsbereiche für die Entscheidung einer eigenen Herzchirurgie im Planungsraum und deren medizinische Zusammenhänge eingegangen, die aktuelle Versorgung in der Herzchirurgie schweizweit und regional dargestellt und die Entwicklungen der Interdependenzen zwischen Kardiologie, Gefässchirurgie und Herzchirurgie beschrieben.

Relevante Leistungsbereiche

Kardiovaskuläre Erkrankungen gehören zu den häufigsten Todesursachen in der Schweiz und Europa ([Townsend et al., 2022](#)). Eingriffe am Herzen und am umliegenden Gefässsystem, die zu den wichtigsten Behandlungen kardiovaskulärer Erkrankungen zählen, werden von drei Fachdisziplinen vorgenommen, welche durch den medizin-technischen Fortschritt einer zunehmenden Abhängigkeit unterliegen.

Tabelle 9: Bereiche der Herzchirurgie, interventionellen Kardiologie und Gefässchirurgie

Bereich	Eingriffsart	Heutige Versorgung
Herzchirurgie	Herzklappenchirurgie	ausserkantonal
	Koronare Bypasschirurgie	ausserkantonal
	Chirurgie von Missbildungen im Erwachsenenalter	ausserkantonal
	Herztransplantationen	ausserkantonal
	Kinderherzchirurgie	ausserkantonal
Interventionelle Kardiologie	Koronarangiographien	innerkantonal
	Koronardilatationen	innerkantonal
	Schrittmacher / Defibrillatoren	innerkantonal
	Katheterablationen	innerkantonal
Gefässchirurgie	Perkutane Herzklappeneingriffe	Inner-/ausserkantonal
Gefässchirurgie	Gefässchirurgische Eingriffe an der Aorta	Inner-/ausserkantonal

Quelle: Postulatsbericht Herzchirurgie 40.17.07

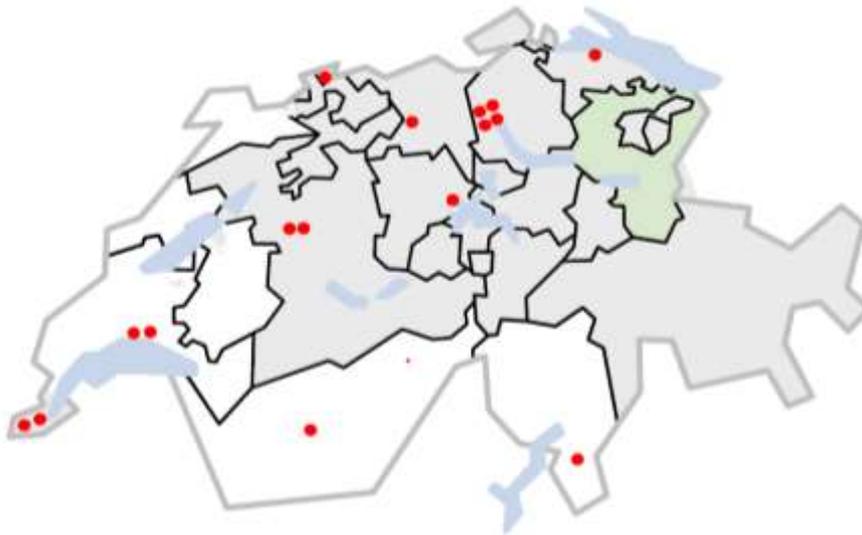
Herzchirurgische Eingriffe werden grob unterteilt in die Herzklappenchirurgie, die koronare Bypasschirurgie, die Herztransplantationen und die Chirurgie angeborener Missbildungen im Kindes- und Erwachsenenalter. Sowohl die Chirurgie von Missbildungen im Erwachsenenalter als auch Herztransplantation gehören zur hochspezialisierten Medizin und werden dementsprechend auf der Grundlage der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) schweizweit zentral durch das HSM-Beschlussorgan geplant. Da auch die Kinderherzchirurgie anderen Planungsmustern unterliegt, wird im Folgenden auf die ersteren beiden Eingriffsarten konzentriert. Diese werden im SPLG-Leistungsbereich «Herz» in sechs herzchirurgische Leistungsgruppen unterteilt (HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4 und HER1.1.5). Unter Herzklappenchirurgie versteht man die Korrektur oder den Ersatz von krankhaft veränderten Herzklappen. Klappenfehler können jede der vier Herzklappen betreffen. Die Eingriffe finden jedoch meist an den linken Herzklappen (Aorten- und Mitralklappe) statt, und weniger häufig an den rechten Herzklappen (Pulmonal- und Trikuspidalklappe). Gründe für Funktionsstörung können vielfältig sein und z.B. in einer Verengung (Stenose), einer Undichtigkeit (Insuffizienz) oder einer Kombination aus beidem (kombiniertes Vitium) bestehen. Die chirurgische Bypasschirurgie ist definiert als der chirurgische Einbau von Umgehungsgefässen zwischen Aorta («Hauptschlagader») und Herzkranzgefässen.

Während die herzchirurgische Versorgung der Bevölkerung der Planungsregion gänzlich von Leistungserbringern ausserhalb der Kantone St.Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden gewährleistet wird, werden kardiologische Eingriffe in der Planungsregion durchgeführt. Hierbei gilt es zu beachten, dass eine Herzchirurgie und die einhergehende strukturelle Infrastruktur neben einer adäquaten Versorgung von herzchirurgischen Patientinnen und Patienten zunehmend auch für die Kardiologie und die Gefässchirurgie relevant sind. Zum einen zeigen Studien, dass die Beurteilung von Patientinnen und Patienten mit koronaren Herzkrankheiten (KHK) in «Herz Teams» von Kardiologen und Herzchirurgen erfolgen sollte (z.B. untersucht in der Studie von [Yamasaki et al., 2019](#)). Dies führt zu weniger Kommunikationsbrüchen, besseren Indikationsstellungen und damit zu qualitativ höheren Behandlungsergebnissen. Zum anderen steigt die Anzahl der perkutanen Herzklappeneingriffe (TAVIs) in der Schweiz signifikant ([Wagener et al., 2022](#)). TAVIs haben das Potenzial, offen-chirurgische Herzklappeneingriffe teilweise zu ersetzen, da sie weniger invasiv sind und gleiche Ergebnisse ausweisen ([Reardon et al., 2017](#)). Obwohl in der Planungsregion das KSSG gemessen an der Anzahl der perkutanen Koronarinterventionen schweizweit über die siebtgrösste Kardiologie verfügt, braucht es für die Durchführung der zukunftsweisenden TAVIs eine Kooperation mit einem Herzzentrum. Ähnliches gilt für die herznahe Gefässchirurgie, da durch das Fehlen einer Herzchirurgie Eingriffe an herznahen Gefässen nicht oder nur stark eingeschränkt möglich sind. Dies gilt zum Beispiel für das Komplikationsmanagement der behandelten Patientinnen und Patienten oder das Vorhalten einer Herz-Lungen-Maschine für komplexere Eingriffe. Hieraus könnte für den Standort St.Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden ein negativer Effekt auf die Qualität, auf die Wirtschaftlichkeit und auf die Attraktivität für Fachpersonal der Kardiologie und der Gefässchirurgie entstehen.

Herzchirurgische Versorgung in der Schweiz

In der Schweiz existieren 16 Herzzentren, die im Jahr 2021 rund 6'700 Patientinnen und Patienten versorgten. Herzzentren ballen sich vor allem in den Kantonen Zürich, Bern, Waadt und Genf (Abbildung 5). So weisen der Kanton Zürich mit dem Universitätsspital Zürich, der Klinik Hirslanden, dem Stadtspital Zürich Triemli und der Klinik im Park vier, die Kantone Bern, Waadt und Genf je zwei Herzzentren auf. In der Ostschweiz hingegen findet sich mit dem Herz-Neuro-Zentrum Bodensee nur ein peripher gelegenes Spital, das herzchirurgische Leistungen anbietet.

Abbildung 5: Übersicht der Standorte der Spitäler mit herzchirurgischem Angebot



Quelle: Postulatsbericht Herzchirurgie 40.17.07

Im internationalen Vergleich verfügt die Schweiz in der Herzchirurgie über ein sehr dezentrales Versorgungssystem und besitzt mit ca. 1,9 Herzzentren je 1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner wesentlich mehr Herzzentren als die Nachbarländer Deutschland (0,94), Österreich (1,02) oder Frankreich (0,94) (siehe [Postulatsbericht](#)). Um eine hohe Qualität der Behandlung zu gewährleisten, empfiehlt die Europäische Gesellschaft für Herzchirurgie und Kardiologie eine Mindestfallzahl bei der koronaren Bypasschirurgie von 200 Eingriffen ([Vahanian et al., 2021](#)). In der Schweiz erfüllen diese Vorgabe aufgrund der hohen Dichte an Zentren nur 11 von 16 Häusern. Zudem ist im SPLG-Konzept eine Mindestfallzahl in der Bypasschirurgie (HER1.1.1) von 100 Eingriffen, in der interventionellen Kardiologie (KAR3) von 500 Eingriffen und in den perkutanen Herzklappeneingriffen von 10 (KAR3.1) respektive 75 (KAR3.1.1) Eingriffen verankert.

Tabelle 10: Fallzahlen (in % gesamt) Schweizer Leistungserbringer in der Herzchirurgie (Herzklappenchirurgie und koronare Bypasschirurgie, HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5), 2019-2021, Gesamtschweiz, Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Spital	2019	2020	2021
Inselspital Bern, BE	1,009 (16%)	961 (16%)	854 (14%)
Klinik Hirslanden AG, ZH	560 (9%)	610 (10%)	637 (10%)
Stadtspital Zürich Triemli, ZH	464 (7%)	563 (9%)	633 (10%)
Universitätsspital Zürich, ZH	761 (12%)	650 (11%)	601 (10%)
Universitätsspital Basel, BS	613 (10%)	492 (8%)	483 (8%)
CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, VD	498 (8%)	494 (8%)	459 (7%)
Luzerner Kantonsspital, LU	294 (5%)	271 (4%)	337 (5%)
Hirslanden Klinik Aarau, AG	296 (5%)	277 (5%)	328 (5%)
Hirslanden Bern AG, BE	319 (5%)	273 (5%)	310 (5%)
EOC Ente ospedaliero cantonale, TI*	337 (5%)	248 (4%)	278 (5%)
Hirslanden Lausanne SA, VD	313 (5%)	293 (5%)	277 (5%)
Spital Wallis, VS	247 (4%)	212 (4%)	235 (4%)
Herz-Neuro-Zentrum Bodensee, TG	231 (4%)	217 (4%)	228 (4%)
Les Hôpitaux Universitaires de Genève, GE	207 (3%)	179 (3%)	187 (3%)
Klinik Im Park, Zürich, ZH	95 (1%)	120 (2%)	146 (2%)
Hôpital de la Tour, Meyrin, GE	82 (1%)	95 (2%)	92 (1%)

Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik Anmerkung: Es werden nur Eingriffe von Personen ab 18 Jahren in die Statistik aufgenommen.

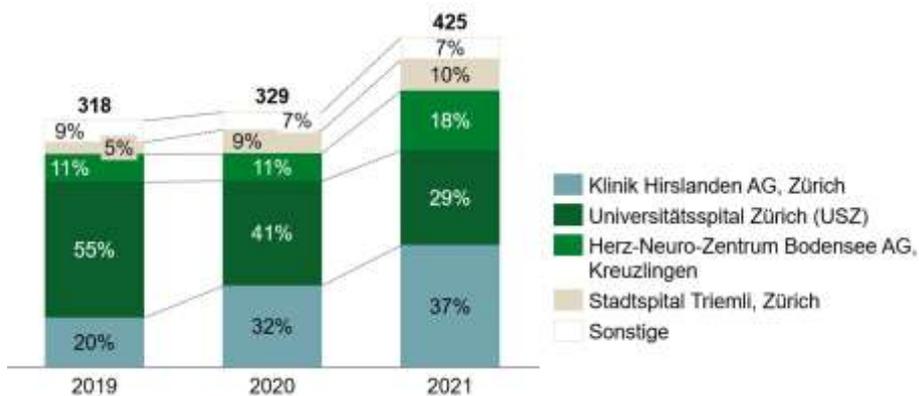
* bis 2020 Cardiocentro Ticino, Lugano

Die Zahl der jährlichen herzchirurgischen Eingriffe je Zentrum schwankt zwischen rund 80 bis 1'000 Eingriffe. Generell ist ein Rückgang der Eingriffe in der Gesamtschweiz zu beobachten. Die grössten Herzzentren sind das Inselspital Bern und drei Kliniken in Zürich (Klinik Hirslanden, Stadtspital Zürich Triemli [SZT] und Universitätsspital Zürich [USZ]), die gemeinsam fast die Hälfte der herzchirurgischen Eingriffe durchführen (siehe Tabelle oben). Weitere Zentren mit einer grösseren Zahl von Eingriffen befinden sich in Lausanne (CHUV), Basel (Universitätsspital), Luzern (LUKS) und Aarau (Hirslanden).

Herzchirurgischen Versorgung der Planungsregion

Im Gegensatz zur Gesamtschweiz sind die Eingriffe in der Herzklappenchirurgie und der Bypasschirurgie für Patientinnen und Patienten aus St.Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden zwischen 2019 und 2021 um ein Drittel von 318 auf 425 Fälle angestiegen (siehe Abbildung auf nachfolgender Seite). Eingriffe werden grösstenteils von vier Herzzentren durchgeführt: den Hirslanden Kliniken in Zürich, dem Universitätsspital Zürich, dem Herz-Neuro-Zentrum Bodensee in Kreuzlingen und dem Stadtspital Zürich Triemli. Zwischen den Zentren sind zwischen den Jahren 2019 und 2021 grössere Verschiebungen zu beobachten. Während der Anteil des Universitätsspitals Zürich an Eingriffen an Patientinnen und Patienten aus den Planungskantonen abgenommen hat (von 55 Prozent im Jahr 2019 auf 29 Prozent im Jahr 2021), haben sich die Anteile der anderen drei Herzzentren in diesem Zeitraum merklich erhöht.

Abbildung 6: Herzchirurgische Eingriffe von Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren aus den Kantonen St.Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden nach Zentrum, Herzklappenchirurgie und koronare Bypasschirurgie, (HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5), 2019-2021



Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik

Herzchirurgische Bewerbungen

Die bestehenden Leistungserbringer USZ, SZT und Hirslanden Klinik Zürich haben sich erneut für einen Leistungsauftrag im Bereich der Herzchirurgie (HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5) sowie die strukturelle interventionelle Kardiologie (KAR 3.1.1) beworben. Das USZ und die Hirslanden Klinik Zürich verfügen bereits über bestehende Leistungsaufträge. Das SZT verfügte bis anhin über keinen expliziten Leistungsauftrag. Das Herz-Neuro-Zentrum Bodensee hat auf eine Bewerbung verzichtet, obwohl es den Mindestversorgungsanteil im Bereich der Bypasschirurgie (HER1.1.1) erfüllt. Das Kinderspital Zürich hat sich erneut für die herzchirurgische Versorgung der Kinder beworben (insbesondere kongenitale Herzchirurgie HER1.1.2). Zusätzlich sind zwei neue Bewerbungen eingegangen. Eine Bewerbung stammt vom KSSG, welche im Rahmen einer neu gebildeten Allianz Herzchirurgie USZ – SZT - KSSG als dritter Standort ebenfalls herzchirurgisch tätig sein will. Die zweite Bewerbung stammt von der Hirslanden Klinik Stephanshorn im Kooperation mit der Hirslanden Klinik Zürich, wobei diese Bewerbung «im Sinn einer Option» nur dann zum Tragen kommt, wenn die Planungsbehörden «eine herzchirurgische Versorgung in der Planungsregion AR, AI und SG für wünschenswert erachten». Die Hirslanden Klinik Stephanshorn selber ist der Meinung, dass eine gute herzchirurgische Versorgung in der Planungsregion durch die Zusammenarbeit mit den etablierten Herzzentren in den angrenzenden Kantonen gewährleistet sei. Für Details zu den einzelnen Bewerbungen wird auf die Ausführungen zu den einzelnen Bewerbungen in Kapitel 8 verwiesen.

Einschätzung der Bewerbungen

Im Gegensatz zur restlichen Schweiz besteht in der Ostschweiz eine Unterversorgung gemessen an der Anzahl der Herzchirurgie-Anbieter. Eine innerregionale Herzchirurgie komplettiert die medizinische Endversorgung in der Ostschweiz und ist für weitere Disziplinen zwingende Voraussetzung für deren Weiterentwicklung auf Endversorger-Niveau (Interventionelle Kardiologie, Anästhesiologie, Intensivmedizin, Gefässchirurgie). Mit der Bewerbung des KSSG im Rahmen der Herzallianz USZ-SZT wird die qualitative Anbindung an die herzchirurgische Spitzenmedizin sichergestellt. Zudem garantiert die zentrale Steuerung der drei Standorte durch den Vorsteher der

Klinik für Herzchirurgie des USZ eine qualitativ und wirtschaftlich optimale Leistungserbringung. Den negativen Effekten der Verzettelung der Fallzahlen wird aufgrund des hohen Marktpotenzials des Standortes KSSG sowie der Einbindung in die Allianz mit dem USZ und dem SZT entgegengewirkt. Die Bewerbung der Hirslanden Klinik Stephanshorn ist ungenügend substantiiert. Im Übrigen wäre der Gewinn für die Sicherstellung der medizinischen Endversorgung in der Ostschweiz mit einer Erteilung eines herzchirurgischen Leistungsauftrags an die Klinik Stephanshorn marginal, da alle anderen Leistungsbereiche (Interventionelle Kardiologie, Thoraxchirurgie, Herznahe Gefässchirurgie, Neurochirurgie) von der Klinik Stephanshorn nicht angeboten werden.

Konkret beabsichtigen die Planungsbehörden deshalb, dem KSSG im Rahmen der Allianz Herzchirurgie neu einen Leistungsauftrag für Herzchirurgie zu erteilen. Die bisherigen Leistungserbringer USZ und Hirslanden Klinik Zürich werden für das gesamte herzchirurgische Spektrum ebenfalls mit einem Leistungsauftrag versehen. Neu wird auch dem SZT als drittem Standort der Allianz Herzchirurgie ein gleichlautender herzchirurgischer Leistungsauftrag erteilt. Die Funktionsweise der Herzallianz bringt es mit sich, dass die gemeinsame Leitung Herzallianz über den Eingriffsort jedes einzelnen Herzchirurgie-Patienten entscheidet. Dabei werden als Kriterien die Kompetenzen der Behandlungsteams, die Konzentration komplexer Eingriffe sowie die Verfügbarkeit von Kapazitäten verwendet. Dies erfordert eine Flexibilität bei der Zuweisung und Verteilung der Patientinnen und Patienten innerhalb der drei Zentren und entsprechend gleichlautende Leistungsaufträge. Die herzchirurgische Versorgung der Kinder aus der Planungsregion wird weiterhin vom Universitäts-Kinderspital Zürich wahrgenommen und mit einem entsprechenden Leistungsauftrag sichergestellt.

4.2 Akut- und post-akut-stationäre Versorgung von hochbetagten Patientinnen und Patienten

Die Planungskantone sind im Bereich der akutgeriatrischen Versorgung Pioniere. Mit der Geriatrischen Klinik in der Stadt St.Gallen besteht ein schweizweit führendes Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie. Die flächendeckende Einführung von akutgeriatrischen Abteilungen trägt darüber hinaus zu einem hohen Versorgungsniveau im Kanton St.Gallen und der Planungsregion insgesamt bei. Gleichzeitig existiert mit der pflegegeleiteten Kurzzeit- und Übergangspflege (KÜP) Sonnwending des Kantonalen Gesundheitszentrums Appenzell in Kooperation mit der regionalen Hausarztmedizin seit Juli 2021 ein innovatives Versorgungsprojekt für die (geriatrische) Spitalnachsorge (Akut- und Übergangspflege, AÜP⁹) und spital-ersetzende Versorgung (Kurzzeitpflege, KP) in der Planungsregion (siehe [Link](#)). Das Angebot der KÜP befindet

⁹ Die AÜP ist durch Art. 25a Abs. 2 KVG und Art. 7b KLV geregelt. Im KVG ist festgelegt, dass die AÜP durch eine Spitalärztin oder einen Spitalarzt angeordnet werden muss und medizinische bzw. therapeutische Behandlung, falls notwendig, ambulant als Einzelleistung erbracht wird. Ausserdem müssen fünf Bedingungen kumulativ erfüllt sein (siehe auch [Link](#)):

1. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital (auch geriatrische Abteilung eines Spitals) sind nicht mehr notwendig. Ein Rehabilitationsbedarf in einer Rehabilitationsklinik besteht nicht.
2. Die Patientin oder der Patient benötigt nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte Pflege durch Pflegepersonen.
3. Die AÜP ist Teil der Behandlungskette. Sie ist bedarfsgerecht und gezielt anzuordnen. Sie ist nicht als Wartezeit für einen Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim vorgesehen.
4. Die AÜP hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin/der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause und Vermeidung einer Rehospitalisation.
5. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele aufgestellt.

sich in einer dreijährigen Pilotphase (initial sechs pflegerisch geführte Betten, derzeit neun) und bietet neben der KP und der AÜP auch Pflege für Menschen in der letzten Lebensphase an.

In der geriatrischen Spitalversorgung und der Nachsorge hochbetagter Patientinnen und Patienten bestehen zwei Herausforderungen: (1) Akutspitäler haben Schwierigkeiten, (hochbetagte) Patientinnen und Patienten nach Abschluss diagnostischer und therapeutischer Leistungen zeitnah in eine an den Akutaufenthalt anknüpfende Nachsorge weiterzuleiten¹⁰ und (2) stehen für multimorbide, hochbetagte Patientinnen und Patienten in akuten Gesundheitssituationen, z.B. aufgrund einer Harnwegsinfektion¹¹, weniger stationäre Spitalstrukturen (v.a. Regionalspitäler) zur Verfügung als früher. Gleichzeitig zeigen diese Patientengruppen weniger Bedarf an spezialisierter medizinischer Versorgung wie es ein Zentrumsspital anbietet, sondern sie benötigen eine überwiegend pflegerische Versorgung, was andere Ressourcen bedingt.

Aufgrund der demografischen Entwicklung und dem damit verbundenen stetig steigenden Versorgungsbedarf mit pflegerischem Schwerpunkt wird sowohl die poststationäre Versorgung in der AÜP als auch die spitaleretzende Versorgung in der KP an Bedeutung zunehmen. Dies muss in der Spitalplanung berücksichtigt werden. Zu diesem Zweck werden in diesem Spezialekapitel (1) die Patientengruppen beschrieben, die derzeit von einer geriatrischen Abteilung im Spital (Hauptkostenstelle «M900 Geriatrie») versorgt werden, (2) spezifische Herausforderungen der geriatrischen Versorgung kurz dargestellt, (3) Möglichkeiten und Herausforderungen der Nachsorge beleuchtet und schliesslich wird (4) eine Bedarfsschätzung vorgenommen.

Darstellung der Patientengruppe

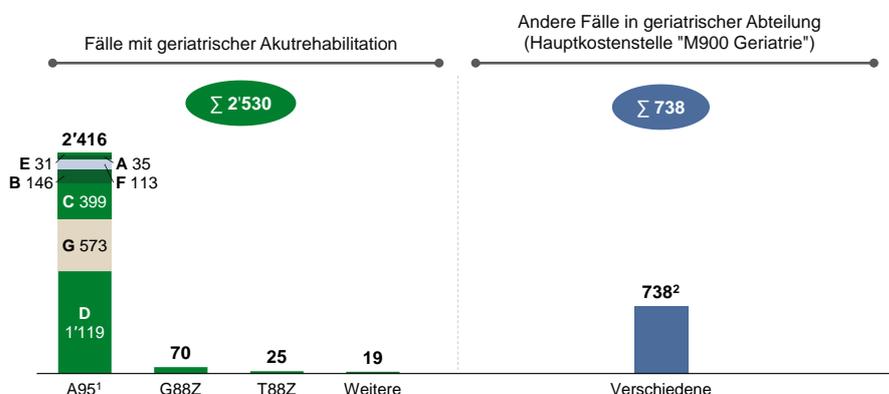
Die Eingrenzung der Patientinnen und Patienten mit geriatrischem Versorgungsbedarf im Spital ist nicht einfach. Einerseits ist eine fixe Altersgrenze nicht sinnvoll. Andererseits reicht eine Betrachtung der Fälle mit geriatrischer akutrehabilitativer Behandlung (CHOP «93.89.9 Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage» bzw. entsprechende DRGs wie Basis-DRG A95) nicht aus. Deshalb sind Fälle, die von einer geriatrischen Abteilung eines Akutspitals (Hauptkostenstelle «M900 Geriatrie») versorgt wurden, mit in die Betrachtung einzubeziehen.

Im Jahre 2021 umfasste die Gruppe der geriatrischen Akutrehabilitation mit CHOP «93.89.9 Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage» in den drei Kantonen der Planungsregion 2'530 Fälle (siehe Abbildung auf nachfolgender Seite). Über 95 Prozent dieser Fälle wurden über die Basis-DRG A95 abgerechnet, also der Haupt-DRG für geriatrische Akutrehabilitation. Die restlichen 5 Prozent verteilen sich v.a. auf die akutgeriatrische Versorgung von Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane (G88Z) und Infektöser und parasitärer Krankheiten (T88Z).

¹⁰ Beispiel: 85-Jähriger multimorbider Mann mit chronischen Krankheiten (Diabetes, Herzinsuffizienz) ist gestürzt (äusserlich Prellungen und Blutergüsse erkennbar) und kommt zur Abklärung von Brüchen und ärztlicher Überwachung in ein Akutspital. Nach zwei Tagen sind alle diagnostischen Leistungen erbracht und ein Knochenbruch ausgeschlossen. Der Patient ist nicht mobil, kann sich nicht selbst versorgen, hat weiterhin hohes Schmerzlevel. Angehörige (87-jährige Ehefrau) und Spitex sind mit häuslicher Krankenpflege überfordert, langfristiger Pflegebedarf im Pflegeheim besteht nach Überstehen der akuten Situation nicht.

¹¹ Beispiel: 83-jährige Frau (koronare Herzkrankheit, Diabetes) lebt selbständig zu Hause mit Ehemann (90-jährig, gebrechlich), erleidet Harnwegsinfektion. Es besteht akuter Pflegebedarf und ärztliche Betreuung (u.a. Antibiotikatherapie) ist angezeigt. Nach Überstehen der Infektion (normalerweise bis zu sieben Tage) ist eine Rückkehr in das häusliche Umfeld die Regel.

Abbildung 7: Verteilung der geriatrischen Fälle in der Planungsregion nach SwissDRG, 2021



Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik

1. Kategorien A bis G zeigen den DRG-Schweregrad. Die drei häufigsten Schweregrade sind beschrieben als «A95C - Geriatrische Akutrehabilitation ab 14 Behandlungstage oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung oder bestimmtem Eingriff», «A95G - Geriatrische Akutrehabilitation, ab 7 bis 13 Behandlungstage» und «A95D - Geriatrische Akutrehabilitation ab 14 Behandlungstage oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls». 2. Zu den häufigsten DRGs zählt die Abrechnung der Diagnose und Behandlung von Delirium, Krankheiten am Verdauungstrakt, Krankheiten am Nervensystem und Herzinsuffizienz.

Die Gruppe der in geriatrischen Abteilungen versorgten Patientinnen und Patienten ausserhalb der geriatrischen Akutrehabilitation umfasst insgesamt 738 Fälle. Diese Gruppe ist sehr divers und setzt sich aus mehr als 200 Einzel-DRGs zusammen. Die wichtigsten Krankheitsbilder bzw. -bereiche sind internistisch-neurologisch geprägt (u.a. Delirium, Krankheiten am Verdauungstrakt, Krankheiten am Nervensystem und Herzinsuffizienz)¹².

Fälle der geriatrischen Akutrehabilitation sind generell komplexer und ressourcenintensiver als andere in geriatrischen Abteilungen versorgte Fälle (siehe Tabelle auf nachfolgender Seite). So weisen Fälle mit geriatrischer Akutrehabilitation eine durchschnittliche Fallschwere (Case-Mix-Index) von 1,77 Punkten auf gegenüber 1,01 Punkten anderer geriatrischer Fälle. Analog ist die Aufenthaltsdauer im Spital für Fälle mit geriatrischer Akutrehabilitation mit 17,7 Tagen mehr als 6,5 Tage höher als diejenige anderer geriatrischer Fälle (11,1 Tage).

Patientinnen und Patienten mit geriatrischer Akutrehabilitation sind durchschnittlich 82 Jahre alt und damit im Schnitt gleich alt wie die Patientengruppe der «andere geriatrische Fälle». Ähnlich verhält es sich mit dem Anteil weiblicher Patientinnen (61 Prozent zu 56 Prozent). Jedoch weisen Patientinnen und Patienten mit geriatrischer Akutrehabilitation mit durchschnittlich 2,4 Spitalaufenthalten im Jahr rund 14 Prozent mehr Spitalaufenthalte aus als andere geriatrische Patienten (2,2 Aufenthalte) und eine wesentlich höhere kumulierte Aufenthaltsdauer im Spital (37,1 gegenüber 25,5 Tagen).

¹² Es gilt zu beachten, dass das Fallvolumen dieser Patientengruppe wesentlich höher ist, als hier mithilfe der Identifizierung über die Hauptkostenstelle «M900 Geriatrie» berechnet werden kann. Fälle dieser Patientengruppe werden regelhaft auch auf anderen internistischen Abteilungen von Spitälern hospitalisiert und versorgt. Insbesondere in Abteilungen der Allgemeinen Inneren Medizin dürfte ein grosser Anteil von Patienten zu der oben ausgewiesenen Patientengruppe gehören.

Tabelle 11: Charakteristika nach Gruppenzuordnung geriatrischer Fälle, 2021

	Fälle mit geriatrischer Akutrehabilitation	Andere Fälle in geriatrischer Abteilung (Hauptkostenstelle "M900 Geriatrie")
Anzahl Austritte	2,530	738
Ø CMI ¹	1.77	1.01
Ø Verweildauer ¹	17.73	11.14
Ø Alter ²	82.02	82.23
% weiblich ²	61%	56%
Ø Anzahl Spitalaufenthalte ²	2.44	2.15
Ø Kumulierte Gesamtaufenthaltsdauer im Spital 2021 in Tagen ²	37.11	25.49

Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik
 1. Berechnet auf Fallbasis; 2. Berechnet auf Patientenbasis

Spezifische Herausforderungen in der geriatrischen Versorgung

Aufgrund der in den kommenden Jahren grösser werdenden Anzahl (hoch-) betagter Menschen in der Planungsregion (siehe auch Kapitel 5.2.1) sieht sich die Spitalplanung und -versorgung vor mehrere Herausforderungen gestellt. Zwar sind ältere Menschen im Vergleich zu früher länger gesund. Trotzdem steigen sowohl heute als auch in Zukunft mit dem Alter die Anzahl der Spitaleintritte. Die steigende Zahl älterer Menschen bedeutet ausserdem, dass Patientinnen und Patienten im Spital öfter multimorbide und chronisch krank sind. Die Spitallandschaft muss sich also sowohl auf eine grössere Fallzahl als auch auf gebrechlichere, pflegebedürftigere Patientinnen und Patienten einstellen.

Diesen Herausforderungen kann auf regionaler Ebene auf dreierlei Weise begegnet werden. Es muss (1) eine bessere ambulante, vorbeugende Versorgung zur Verhinderung von Spitaleintritten entwickelt werden. Dies umfasst z.B. den Aufbau von integrierten Versorgungsnetzen für die Behandlung geriatrischer Fälle und der Etablierung interdisziplinärer, mobiler Behandlungsteams. Zur Bewältigung des höheren Versorgungsbedarfs im Spital müssen darüber hinaus (2) geriatrische Versorgungs-massnahmen wie ein standardisiertes Delirmanagement, Einbezug von Angehörigen (Rooming-In) oder standardisierte Patientenpfade mit geriatrischer ärztlich-pflegerischer Kompetenz (z.B. in der Notaufnahme) umgesetzt werden. Schliesslich muss zur Entlastung von Betten- und Personalkapazitäten der Spitäler (3) eine strukturierte Nachsorge und eine akutspital-ersetzende Versorgung mit pflegerischem Fokus weiter ausgebaut und genutzt werden.

Möglichkeiten und Herausforderungen der Nachsorge

Die geriatrische Akutrehabilitation im Spital ist in der Regel je nach zugrundeliegender Krankheitsschwere, Komplexität der davor erfolgten Behandlung und entsprechend angezeigtem Rehabilitationsprogramm nach 7 bis 13 bzw. nach 14 bis 21 Tagen beendet. An den Aufenthalt im Akutspital kann sich ein Aufenthalt in einer Rehaklinik anschliessen, z.B. für Patientinnen und Patienten mit behandeltem Oberschenkelhalsbruch. Andere Patientinnen und Patienten sind schon so weit wieder selbstständig, dass sie nach Hause entlassen werden können, allenfalls unterstützt durch eine Haushaltshilfe, Angehörige oder eine häusliche Krankenpflege (Spitex). Für diese Patientengruppe (2'530 Fälle im Jahre 2021 in der Planungsregion) besteht kein Versorgungsbedarf in der AÜP. Auch kann die KP hier keinen Akutspital-ersetzenden Beitrag leisten (siehe auch Fussnoten 9 bis 11).

Die durch eine geriatrische Abteilung (Hauptkostenstelle «M900 Geriatrie») behandelten Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Akutrehabilitation haben nach einigen Tagen Spitalaufenthalt nur noch geringen Bedarf an ärztlichen Leistungen, weiteren Untersuchungen und/oder Behandlungen. Sie brauchen jedoch weiterhin gezielte Pflege, um sich weiter zu erholen und die Rückkehr in die gewohnte Alltagsumgebung vorzubereiten. Die Kernaufgabe eines Spitals bzw. einer spezialisierten Abteilung im Spital ist jedoch die Akutversorgung von Patientinnen und Patienten und weniger eine längere pflegerische Betreuung ohne diagnostische oder therapeutische Leistungen. Dementsprechend sind längere, pflegerisch geprägte Spitalaufenthalte durch das SwissDRG-System nur unzureichend vergütet. Für diese Patientinnen und Patienten besteht also ein Bedarf in der Nachsorge in Form von AÜP («Nachsorge»).

Gleichzeitig könnten in dieser zweiten geriatrischen Gruppe auch Patientinnen und Patienten enthalten sein, welche die Charakteristika des in Fussnote 11 beschriebenen Falles aufweisen, d.h. eine klare, akute Gesundheitssituation mit hohem pflegerischem Versorgungsbedarf und ärztlicher Betreuung, jedoch fehlende «Komplexität» für die Versorgung durch eine spezialisierte Spitalabteilung. Für diese Patientinnen und Patienten besteht also ein Bedarf an stationärer Kurzzeitpflege (KP) als spitalersetzende Versorgung.

Die KÜP des Gesundheitszentrums Appenzell Innerrhoden widmet sich dieser Versorgungslücke durch das Angebot von AÜP und KP. Im Kanton St.Gallen ist ausschliesslich die AÜP generell geregelt (siehe [Link](#)), wodurch eine Grundlage zur Abrechnung und für den Aufbau eines Angebots durch Versorger etabliert wurde.

Generell ist ein Versorgungsangebot durch Einrichtungen wie die KÜP zu begrüssen. So werden einerseits stationäre, (akut-) geriatrische Versorgungskapazitäten in Spitälern frei, die dann für neue bzw. andere Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. Während die AÜP explizit auf die Vermeidung von Rehospitalisationen abzielt, so hat die KP das Ziel, die Patientinnen und Patienten pflegerisch umfassend zu betreuen und den Eintritt in ein Akutspital zu vermeiden. Die strukturierte Nachsorge steigert also das stationäre Versorgungsniveau und kostenintensive, spezialisierte Spitalstrukturen können effizienter genutzt werden. Schliesslich besteht für (ländliche) Versorger die Möglichkeit, einen wichtigen, in grossen Teilen nicht-adressierten Versorgungsbedarf zu decken und entsprechende medizin-strategische Massnahmen und Restrukturierungen zu definieren und umzusetzen.

Gleichzeitig bestehen Herausforderungen bei der Finanzierung der AÜP, die sich vor allem auf Patientinnen und Patienten und damit negativ auf die Nachfrage nach Nachsorge auswirken können. Zwar müssen sich Versicherte abgesehen von Franchise und Selbstbehalt nicht an den Pflegekosten der AÜP beteiligen. Im Gegensatz zu einem Akutspitalaufenthalt sind die nichtpflegerischen Leistungen (z.B. Pension und Betreuung) jedoch von den Versicherten zu tragen. Darüber hinaus fallen für Versicherte für verschiedene Dienstleistungen zusätzliche Kosten an (z.B. Schlussreinigung oder Begleitung zum Arzt). Für detailliertere Informationen wird auf die Preisliste des KÜP verwiesen (siehe [Link](#)). Eine zweite Herausforderung besteht darin, dass die AÜP auf 14 Tage begrenzt ist. Danach ist auch die Pflorgetaxe vollumfänglich von den Versicherten zu tragen. In einigen Fällen scheint jedoch eine Verlängerung des Aufenthalts um einige Tage pflegerisch angezeigt zu sein, um eine vollständige Wiedergewinnung der Selbstpflegekompetenz zu erreichen. Jedoch ist hier bisher keine flexible Lösung verfügbar.

Wie für die AÜP bestehen hinsichtlich der Finanzierung der KP ähnliche Herausforderungen. So müssen im Falle der KP nicht nur die nichtpflegerischen Leistungen durch die Patientinnen und Patienten selbst getragen werden, sondern auch ein Teil der Pflorgetaxe (Höhe je Tag ist abhängig von der Pflegestufe, maximaler Anteil der Patientinnen und Patienten ist 20 Prozent des höchsten Beitrag des Versicherers, also maximal Fr. 23.– je Tag ab Pflegestufe 3, siehe [Link](#)). Dieses Problem könnte durch zusätzliche Beiträge der öffentlichen Hand (siehe Beiträge des Kantons Appenzell-Innerrhoden im Rahmen des derzeitigen Pilotprojekts) gelöst werden. Der Kanton Appenzell Innerrhoden übernimmt gegenüber dem Leistungserbringer 80 Prozent der Pensions- und Betreuungskosten, die Restkosten der Pflgetarife sowie Zusatzentgelte für die Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase.

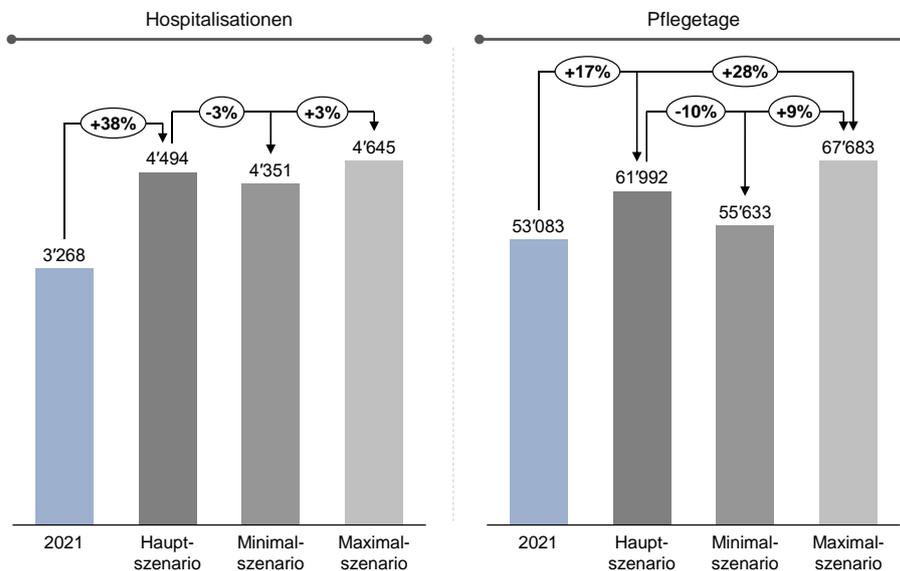
Bedarfsschätzung

Im Kapitel 5 wird eine ausführliche Bedarfsprognose inkl. der verwendeten Methodik und Prognoseparameter vorgestellt. Der steigende Versorgungsbedarf in der geriatrischen Versorgung hat, wie in den vorherigen Kapiteln dargestellt, eine besondere Relevanz für die Spitalplanung und spitalersetzende bzw. -erweiternde Versorgungsstrukturen. Deshalb soll hier kurz auf eine separate Analyse des prognostizierten Bedarfs geriatrischer Fälle eingegangen werden.

Die Basis hierfür bilden die 3'268 geriatrischen Fälle aus dem Jahr 2021 (vgl. Abbildung weiter oben). Diese Fälle fallen in 18 verschiedene Leistungsbereiche, wobei 77 Prozent (2'505) aller geriatrischen Fälle in das Basispaket eingeordnet werden. Weitere relevante Leistungsbereiche sind Neurologie (5 Prozent, 162 Fälle), Bewegungsapparat (4 Prozent, 137 Fälle) und Gastroenterologie (3 Prozent, 114 Fälle).

Die Annahmen und Methodik der Bedarfsprognose werden in Kapitel 5.2 ausführlich dargestellt, hier soll lediglich auf die Veränderung der Fallzahl bis zum Ende des Prognosehorizonts, also 2031, eingegangen werden (siehe Abbildung auf nachfolgender Seite).

Abbildung 8: Prognose der Austritte geriatrischer Fälle (Basis: 2021, Szenarien: 2031)



Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik, eigenes Prognosemodell

Obige Abbildung zeigt, dass im Hauptszenario 2031 mit rund 1'200 mehr Spitaleintritten zu rechnen ist als im Jahr 2021. Dies entspricht einer Steigerung um rund 38 Prozent. Für das Maximalszenario werden rund 150 weitere Spitaleintritte prognostiziert, im Minimalszenario rund 150 Spitaleintritte weniger verglichen mit dem Hauptszenario. Im Wesentlichen gehen aber alle drei Szenarien von deutlich steigenden Fallzahlen aus. Analog den Fallzahlen steigen auch die Pflegetage stark an – je nach Szenario zwischen 17 und 28 Prozent (rund 9'000 bis 14'500 Pflegetage). Unterschiede zwischen den Szenarien basieren auf der unterschiedlichen Fallzahlentwicklung und auf verschiedenen Annahmen zur Verweildauerentwicklung und -benchmarking. Insgesamt zeigt sich also, dass in Zukunft mit einem stark steigenden stationären Versorgungsbedarf zu rechnen ist, der adäquat zu versorgen ist.

Welche Entwicklung tatsächlich eintritt, hängt nicht zuletzt vom Umgang mit den in diesem Kapitel beschriebenen Herausforderungen ab. Der Aufbau von spitalersetzenden Alternativangeboten (KP) könnte den stark steigenden Spitalaufhalten und damit den stationären Versorgungsbedarf dämpfen. Gleiches gilt für eine umfassendere Prävention. Auch könnten spitalerweiternde Strukturen (AÜP) (weiter) gefördert werden, um die Verweildauer im Spital auf das medizinisch-ärztlich-therapeutische Minimum zu reduzieren und so Kapazitäten zur Versorgung anderer Fälle zu schaffen.

Ausblick

Mit der Übernahme der Geriatrischen Klinik durch das Kantonsspital St.Gallen wurde ein weiterer Schritt in Richtung einer integrierten akutgeriatrischen Versorgung im Kanton St.Gallen realisiert. Nach erfolgter Umsetzung der betrieblichen Konsolidierung innerhalb der vier Spitalverbunde ergeben sich zusätzliche Möglichkeiten für die flächendeckende Weiterentwicklung der akutgeriatrischen stationären Angebote innerhalb der Planungsregion. Die Planungsbehörden sind bereit, zu gegebenem Zeitpunkt gemeinsam mit den akutgeriatrischen Leistungserbringern konzeptionelle Überlegungen über die Zukunft der Akutgeriatrie anzustellen.

4.3 Rettungswesen

Die Sicherstellung des Rettungswesens wird in der Planungsregion mittels Leistungsauftrag durch die Rettungsdienste ausgewählter Listenspitäler gewährleistet. Konkret bestehen vier voneinander unabhängige Rettungsorganisationen (Rettungsdienst des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden [SVAR], Rettungsdienst Appenzell Innerrhoden, Rettung St.Gallen und Regio 144). Die Einsätze werden durch die Sanitätsnotrufzentrale des Kantons St.Gallen koordiniert. In allen Planungskantonen gilt der Richtwert des Interverbandes für Rettungswesen (IVR) für dringliche Einsätze, wonach ein Rettungsmittel in 90 Prozent aller D1-Einsätze innerhalb von 15 Minuten nach Alarmierung am Ereignisort sein muss.

Abbildung 9: Kennzahlen Rettungsorganisationen, 2022

Kennzahl	Rettungsdienst AI	Rettungsdienst SVAR	Rettung St.Gallen	Regio 144
Einsätze (ohne Notarzteinsätze)	642	3'773	26'850	9'114*
Fachpersonal (ohne ärztl. Personal)	11.9	22.7	123.5	40.5
Stützpunkte	1	3	14	1

Quelle: Angaben Betriebe/Kantone
* davon 2'621 auf Kantonsgebiet SG.

Heute finden die Bedarfsplanungen für die Rettungsstützpunkte und -fahrzeuge nur aus dem Blickwinkel der jeweiligen Kantonsgebiete statt (Ausnahme: Regio 144). Kantonsübergreifende Synergien können damit nicht optimal genutzt werden. Gleichzeitig nimmt das Einsatzaufkommen stetig zu. Gründe dafür sind die zahlreichen Schliessungen von Spitalstandorten in der Planungsregion (Spitäler Rorschach, Flawil, Wattwil, Heiden und Appenzell) sowie die Trends, dass Notfallpatientinnen und -patienten aufgrund von Kapazitätsengpässen in den Spitälern vermehrt anderen Spitälern über grössere Distanzen zugewiesen oder sekundär in weiter entfernte Spitäler gebracht werden müssen. Zudem ist die Kapazität der niedergelassenen Ärzteschaft, Notfälle in- und ausserhalb der Praxiszeiten zu versorgen stetig abnehmend. Eigenständige Ausbauten oder Anpassungen der Angebote bei jeder Rettungsorganisation ohne Absprache unter den Rettungsorganisationen bzw. unter den Kantonen bergen die Gefahr von betriebswirtschaftlich suboptimalen Strukturen. Auch ist der Betrieb von neuen, innovativen mobilen oder stationären Versorgungsmodellen für die einzelnen Rettungsorganisationen aus Ressourcengründen kaum möglich. Schliesslich verlangen auch der allgemeine Fachkräftemangel und stetig steigende Anforderungen an die Professionalisierung der Rettungsorganisationen (Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Mitarbeiterentwicklung, Qualitätsmanagement, Beschaffung und Instandhaltung von Arbeitsmitteln) neue Organisationsformen, mit welchen entsprechende Synergien realisiert werden können.

Ausblick

Die Rettung St.Gallen bildete bis anhin eine einfache Gesellschaft im Eigentum der drei Spitalverbunde Kantonsspital St.Gallen, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland und Spitalregion Fürstenland Toggenburg. Das heutige Rechtskonstrukt (virtuelle Unternehmung mit eigenem Marktauftritt, Anstellung der Mitarbeitenden beim KSSG, Kosten- und Erfolgsbeteiligung mit Kooperationsvertrag geregelt) ist nicht mehr zeitgemäss und für eine mögliche kantonsübergreifende Kooperation nicht geeignet. Die Regierung des Kantons St.Gallen genehmigte deshalb im Herbst 2023 die Gründung einer privatrechtlichen Aktiengesellschaft «Rettung St.Gallen

AG» durch die drei oben erwähnten Spitalverbunde per 1. Januar 2024. Damit werden zeitgemässe rechtliche Rahmenbedingungen festgelegt, der Weg der betriebswirtschaftlichen Autonomie weiterverfolgt und die notwendigen Voraussetzungen für Kooperationen und Beteiligungen geschaffen. Dies hat zur Folge, dass das Gesundheitsdepartement den Leistungsauftrag für die Sicherstellung des Rettungswesens nicht mehr den Spitalverbunden KSSG, SRRWS und SRFT erteilt, sondern direkt der Rettung St.Gallen.

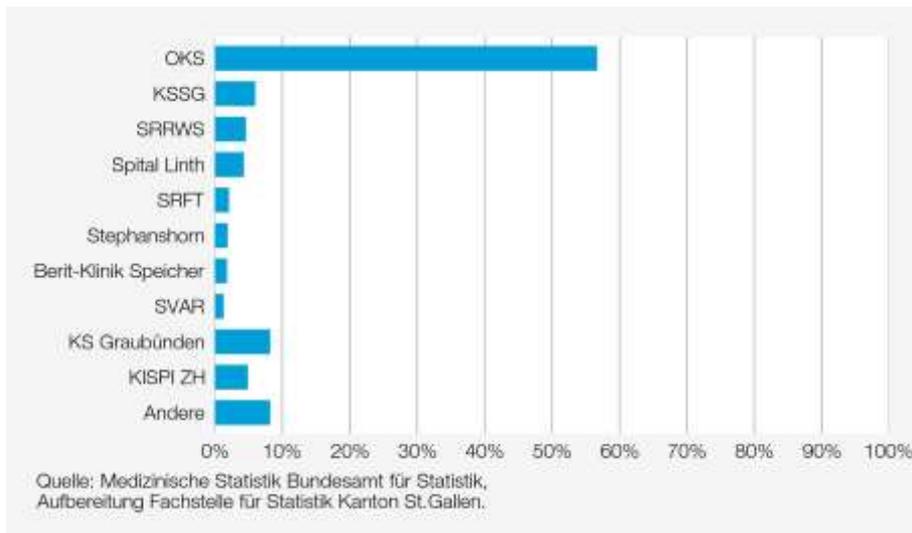
4.4 Kinder- und Jugendmedizin

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit akutsomatischen Erkrankungen sollen grundsätzlich durch ein Spital mit spezialisiertem Leistungsauftrag KINC «Kinderchirurgie» respektive KINM «Kindermedizin» behandelt werden. Die Planungsregion verfügt mit dem Ostschweizer Kinderspital (OKS) über ein Kompetenzzentrum für die stationäre Behandlung von kranken Kindern und Jugendlichen. Die drei Planungskantone bilden zusammen mit dem Kanton Thurgau und dem Fürstentum Liechtenstein die Trägerschaft des OKS. Für die Wahlkreise See-Gaster und Sarganserland tragen auch das Kinderspital Zürich (KISPI ZH) respektive die Kinderklinik des Kantonsspitals Graubünden zur Versorgung bei. Bei Kindern über 2 respektive 6 Jahren kann es aus geographischen Gründen sinnvoll sein, kurze und unkomplizierte Spitalaufenthalte auch in entsprechend eingerichteten Erwachsenen Spitälern in Wohnortnähe vorzunehmen. Voraussetzung dafür sind ein Leistungsauftrag in KINB «Basiskinderchirurgie» und die Erfüllung spezieller Vorgaben im Bereich der Anästhesie (siehe Kapitel 6.4.7 «Kinderanästhesie»).

In den Kantonen der Planungsregion sind seit dem Jahr 2012 jährlich zwischen 5'900 und 6'400 Spitalaufenthalte von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren zu verzeichnen¹³. Davon haben 5'500 einen Wohnsitz im Kanton St.Gallen, gut 500 im Kanton Appenzell Ausserrhoden und rund 150 im Kanton Appenzell Innerrhoden. Gut 70 Prozent aller Spitalaufenthalte von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren erfolgen in spezialisierten Kinderspitälern und -abteilungen. Von den restlichen 30 Prozent waren knapp 4 Prozent Notfallaufnahmen in Erwachsenen Spitälern mit anschliessender sofortiger Weiterverlegung in eine spezialisierte pädiatrische Einrichtung. Je älter die Kinder oder Jugendlichen sind, je grösser wird der Versorgungsanteil der Erwachsenen spitälern. Bei den 1- bis 5-jährigen Patientinnen und Patienten beträgt der Anteil der Behandlungen in spezialisierten Kinderspitälern und -abteilungen fast 100 Prozent (wobei die wenigen Austritte in Erwachsenen spitälern zumeist Verlegungen in ein Kinderspital sind). Bei den 15-jährigen Patientinnen und Patienten reduziert sich dieser Anteil auf rund 50 Prozent.

¹³ Davon ausgenommen sind die gesunden Neugeborenen (SPLG NEO1).

Abbildung 10: Spitalaufenthalte von Kindern und Jugendlichen aus der Planungsregion nach Leistungserbringer, 2021



Das KSSG behandelt neben kranken Säuglingen auf der Neonatologie keine Kinder und Jugendliche. Rund die Hälfte der Austritte fallen deshalb auch auf Neonatologie-Patientinnen und Patienten. Dies ist auch der Grund für die hohe durchschnittliche Verweildauer und das hohe Kostengewicht des KSSG bei Kindern und Jugendlichen. Die übrigen Spitalaufenthalte verteilen sich auf alle Leistungsbereiche des KSSG und betreffen in über 90 Prozent der Fälle Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren. Die restlichen 10 Prozent sind Eingriffe, die am KSSG vorgenommen wurden und anschliessend ins OKS (zurück)verlegt wurden. Gut die Hälfte aller 277 Spitalaufenthalte von Kindern und Jugendlichen in der SRRWS fallen auf Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahren. Innerhalb der Spitalaufenthalte der unter 15-Jährigen bestehen Leistungsschwerpunkte im Basispaket und in der HNO. Häufigste Diagnosen im Basispaket sind Blinddarmentzündungen, Gehirnerschütterungen und einfache Frakturen. In der HNO bestehen die Diagnosen aus chronischen Mittelohr- und Mandelentzündungen sowie Nasenseptumdiviationen. Beim Spital Linth ist der Anteil der über 15-Jährigen mit 84 von 255 Spitalaufenthalten deutlich kleiner (33 Prozent). Dieser tiefe Anteil ist wohl primär darauf zurückzuführen, dass das Spital Linth aufgrund der geografischen Entfernung von stationären pädiatrischen Angeboten öfter als andere Regionalspitäler erste Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche ist. 197 Spitalaufenthalte fallen ins Basispaket, 35 in den Bereich HNO. Das Spital Linth weist in den beiden Bereichen die gleichen Behandlungsschwerpunkte wie die SRRWS auf. In der SRFT (Spital Wil) beträgt der Anteil der über 15-Jährigen fast 60 Prozent. 106 der 126 Spitalaufenthalte fallen ins Basispaket mit identischen Behandlungsschwerpunkten wie die restlichen Regionalspitäler. Die Klinik Stephanshorn hat einen Anteil von über 15-Jährigen von einem Drittel. Sie weist drei Behandlungsschwerpunkte auf: Chirurgie Bewegungsapparat, Basispaket und HNO. Der SVAR behandelt vereinzelt Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren im Basispaket (gut 20 Austritte). Bei der Berit Klinik sind 76 von 105 Austritten der Gruppe der Jugendlichen über 15 Jahren zuzuordnen. Es handelt sich bei allen Spitalaufenthalten um Eingriffe am Bewegungsapparat.

Ausblick

Mit der Einführung der Leistungsgruppen Kinderanästhesie «A-D» wurden für alle Listenspitäler die gleichen Anforderungen für die Durchführung von ausgewählten Eingriffen (siehe Liste GD Zürich mit Bezeichnung Spalte Kinder ab 0 oder ab 6 Jahren) an Kindern und Jugendlichen in Erwachsenenspitälern aufgestellt. Für Listenspitäler mit Basispaket elektiv wird die Leistungsgruppe KINB «Basis-Kinderchirurgie» generell auf die Behandlung von Kindern/Jugendlichen ab 12 Jahren beschränkt. Grund dafür ist die Nichterfüllung der Notfallstation-Anforderung Level-2 durch die Spitäler mit Basispaket elektiv. Listenspitäler mit Basispaket haben die Möglichkeit, das Altersspektrum nach unten zu erweitern, wenn sie die entsprechenden Leistungsaufträge Kinderanästhesie «D» ab 6 Jahren respektive Kinderanästhesie «C» (ab 3 Jahren) beantragen und deren Anforderungen erfüllen. Die Planungsbehörden werden die Entwicklung dieser Behandlungen monitorisieren.

In diesem Kapitel werden die Prognosen der bisherigen kantonalen Spitalplanungen der IST-Entwicklung gegenübergestellt, das Planungsmodell für die vorliegende gemeinsame Planung erläutert und dessen konkrete Resultate für das Zieljahr 2031 dargestellt.

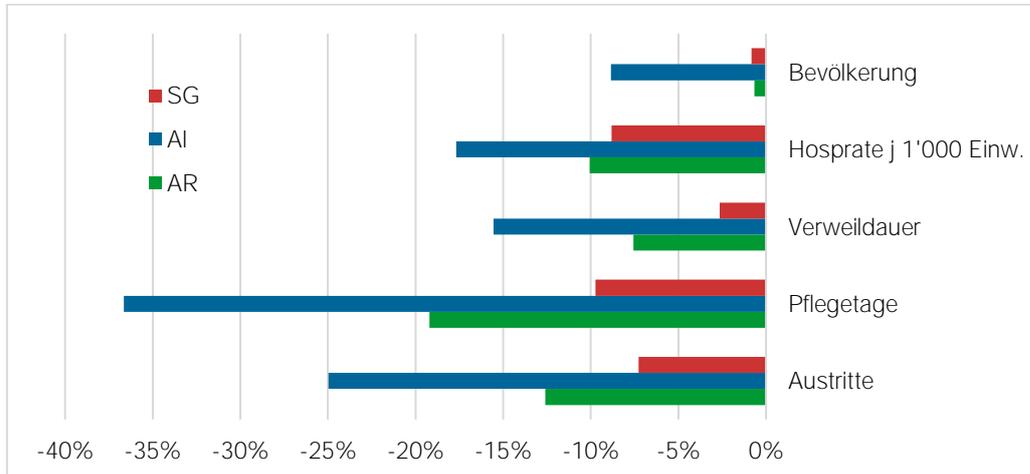
5.1 Bisherige Prognosen für den Bereich Akutsomatik

Alle drei Kantone verfügen über bestehende Prognosen für die Entwicklung des Bedarfs ihrer jeweiligen Kantonsbevölkerung an akutsomatischen stationären Spitalleistungen. Die Planungsdokumente stammen aus unterschiedlichen Jahren und weisen voneinander abweichende Planungshorizonte auf. Der Kanton Appenzell Innerrhoden verfügt über einen [Versorgungsbericht 2012](#) mit einem Planungshorizont bis ins Jahr 2020. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden hat im Jahr 2020 einen [Versorgungsbericht](#) mit Bedarfsprognose bis ins Jahr 2030 publiziert. Der Kanton St.Gallen formulierte in seinem [Planungsbericht Akutsomatik 2017](#) eine Abschätzung der Entwicklung des Bedarfs bis ins Jahr 2025. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden für alle drei Prognosen die jährlichen Veränderungsrate je Kennzahl berechnet und auf das Vergleichsjahr 2021 «standardisiert»¹⁴.

Aus der Abbildung auf nachfolgender Seite geht hervor, dass die effektive Entwicklung der einschlägigen Kennzahlen in allen Kantonen tiefer ausgefallen ist als prognostiziert. Dafür verantwortlich sind drei Faktoren: Die Verlagerungsbestrebungen vom stationären in den ambulanten Bereich wurden von den Bedarfsprognosen gar nicht (AI) respektive zu defensiv (AR) oder nicht ausreichend (SG) berücksichtigt. Folge davon ist ein deutlich stärkerer Rückgang der Austritte als in den Prognosen angenommen. Der Rückgang der Verweildauer infolge Effizienzsteigerungen wurde insbesondere von den beiden Appenzell nicht ausreichend berücksichtigt. Sie sahen eine weitere Zunahme der Pflgetage vor, wohingegen die effektive Entwicklung rückläufig war. Der Kanton St.Gallen hat zwar eine rückläufige Entwicklung erwartet, in der Realität war die Abnahme der Pflgetage jedoch deutlich grösser. Schliesslich ist auch das Bevölkerungswachstum kleiner ausgefallen, als prognostiziert. Dies trifft insbesondere für den Kanton Appenzell Innerrhoden zu.

¹⁴ Für Appenzell Innerrhoden bedeutet dies, dass der ursprüngliche Prognosehorizont 2020 um ein Jahr verlängert wurde. Für die beiden anderen Kantone wurden die jährlichen Veränderungsrate beginnend bei den Ausgangswerten der jeweiligen Prognosen bis ins Jahr 2021 angewendet und den IST-Werten der Inanspruchnahme 2021 gegenübergestellt.

Abbildung 11: Abweichung in Prozent der IST-Werte 2021 gegenüber den Prognosewerten 2021 der jeweiligen Kantonsprognosen



Quelle: AI: Versorgungsbericht 2012; AR: Versorgungsbericht 2020; SG: Spitalplanung 2017

5.2 Prognosemodell 2023

Die Planungskantone verwenden für Ihre Prognose das vom Kanton Zürich im Rahmen seiner Spitalplanung 2023 weiterentwickelte Prognosemodell. Für grundlegende Ausführungen zur Methodik des Modells wird auf Anhang 2: Methodik Bedarfsprognose verwiesen. Als Übersicht enthält die Tabelle 12 die im Prognosemodell verwendeten Parameter sowie die jährlichen Veränderungswerte. Das Planungsmodell weist das Jahr 2031 als Prognosehorizont auf. Es beinhaltet ein Haupt-, ein Minimal- und ein Maximalszenario. Die Prognosen wurden nach Kantonen und Versorgungsregionen sowie nach den 34 Leistungsbereichen respektive 137 SPLG unterteilt in neun Altersgruppen formuliert, wobei nicht alle Parameter unterschiedliche Werte aufweisen.

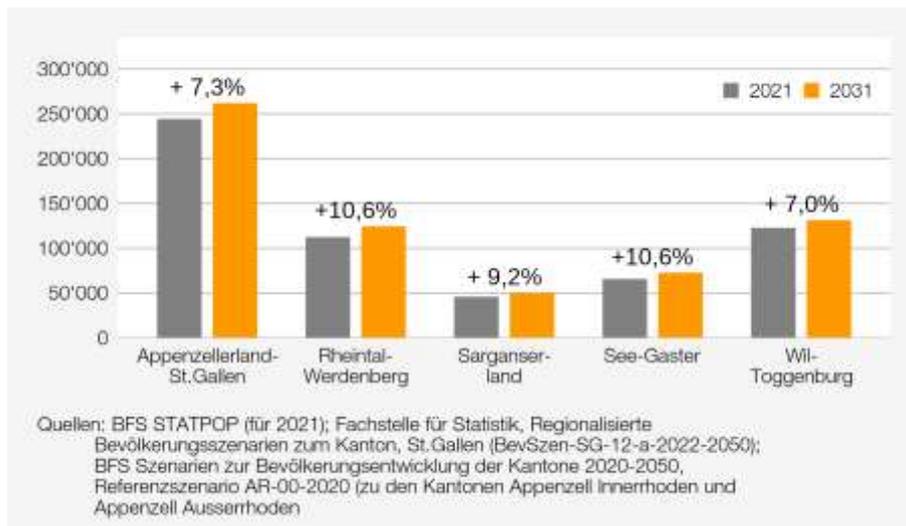
Tabelle 12: Parameter und jährliche Veränderungswerte des Prognosemodells 2023 der Planungskantone

Parameter	Hauptszenario	Minimalszenario	Maximalszenario
Demografie:	+0.8%	+0.6%	+1.0%
AR	+0.8%	+0.6%	+1.0%
AI	+0.6%	+0.3%	+0.8%
SG	+0.7%	+0.2%	+1.1%
Medizintechnik:	+0.03%	+0.0%	+0.04%
Verlagerung stationär - ambulant:	-0.4%	-0.6%	-0.2%
CH-Benchmarking Austritte	-0.4%	-0.6%	-0.2%
CH-Benchmarking Verweildauer:	-0.3%	-0.5%	-0.2%
Generelle Verkürzung der Verweildauer:	-1.0%	-1.5%	-0.7%

5.2.1 Demografie

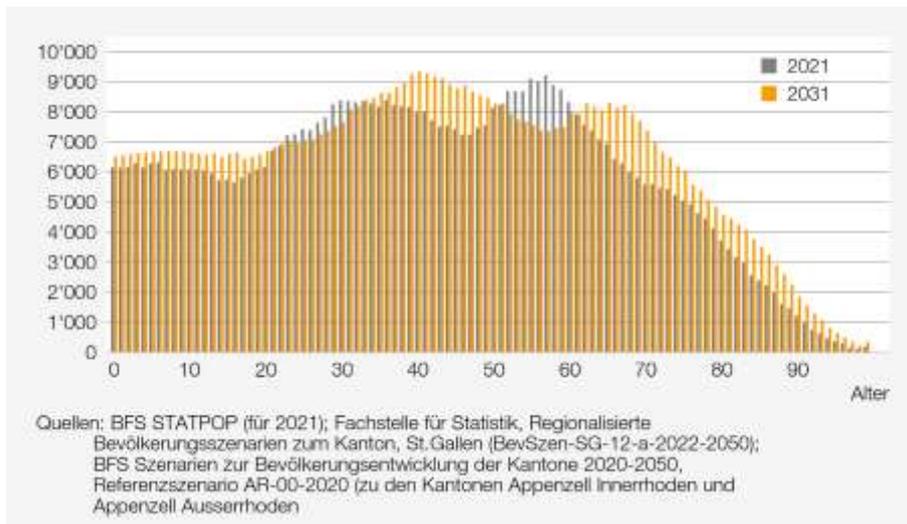
Für die beiden Appenzell werden die kantonalen Bevölkerungsszenarien 2020-2050 des BFS verwendet. Für den Kanton St.Gallen kommt die kantonale Bevölkerungsprognose der Fachstelle für Statistik (FfS) mit Basis 2021 zur Anwendung (www.statistik.sg.ch). Das Szenario Trend geht davon aus, dass die Bevölkerung der Planungsregionen bis ins Jahr 2031 auf gut 640'600 Personen wächst (AR: 58'797; AI: 17'530; SG: 564'274). Gegenüber dem Jahr 2021 mit einer ständigen Wohnbevölkerung von 591'200 Personen entspricht das einem Anstieg von 8,4 Prozent (AR: +5,8 Prozent; AI: +7,2 Prozent; SG: +8,7 Prozent). Innerhalb des Kantons St.Gallen bestehen regionale Unterschiede in den Bevölkerungsszenarien. Aus Abbildung 12 ist die Bevölkerungsentwicklung nach Versorgungsregion ersichtlich. In den Regionen Rheintal-Werdenberg und See-Gaster wächst die Bevölkerung mit über 10,5 Prozent am stärksten. Ein unterdurchschnittliches Wachstum weisen die Regionen Appenzellerland-St.Gallen und Wil -auf.

Abbildung 12: Bevölkerungswachstum je Versorgungsregion, 2021-2031



Neben der absoluten Zunahme der Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner wird sich die Bevölkerung der Planungsregion in den nächsten zehn Jahren in ihrer Altersstruktur weiter verändern (siehe Abbildung auf nachfolgender Seite). Die Anteile der höheren Altersklassen an der Gesamtbevölkerung nehmen jeweils stark zu. So steigt der Anteil der über 64-Jährigen im Hauptszenario von 19,1 Prozent auf 22,7 Prozent im Jahr 2031. Im Jahr 2011 betrug der Anteil noch 16,6 Prozent. Zwei Drittel des Bevölkerungswachstums erfolgt in der Altersgruppe der über 64-Jährigen. In absoluten Zahlen steigt in der Planungsregion die Bevölkerung im Pensionsalter zwischen 2021 und 2031 um rund 32'300 Menschen.

Abbildung 13: Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner je Einjahres-Altersklasse, Kantone Appenzell Ausserrhodon, Appenzell Innerrhodon und St.Gallen, 2021 und 2031



Der Prognoseparameter «Demografie» ist hauptsächlich für die Bevölkerung über 65 Jahre mit einem jährlichen Wachstum der Austritte von 2,5 Prozent (bezogen auf das Jahr 2021) von Relevanz. Die zahlenmässig grösste Bevölkerungsgruppe der Erwachsenen wächst bis ins Jahr 2031 nur um 0,2 Prozent je Jahr.

Der Einflussfaktor des Bevölkerungswachstums – isoliert betrachtet – führt im Hauptszenario im Jahr 2031 zu zusätzlich gut 12'000 Spitalaufenthalten (Min: 9'300 Spitalaufenthalte; Max: 14'800 Spitalaufenthalte) und mehr als 80'000 Pflagetagen (Min: 67'000 Tage; Max: 94'700 Tage). Aus der Tabelle auf nachfolgender Seite sind die aggregierten Resultate auf Ebene der einzelnen Kantone zu entnehmen. Aufgrund des unterschiedlichen Bevölkerungswachstums unterscheiden sich die Veränderungen je nach Kanton. Die Detailergebnisse des Einflussfaktors «Verlagerungspotenzial» auf Ebene der einzelnen Leistungsbereiche sind in der Tabelle 22 im Tabellenanhang zu finden. Die grössten Anstiege sind in den Leistungsbereichen mit einem hohem Anteil an betagten Patientinnen und Patienten zu verzeichnen (Neurologie, Gefässe und Gastroenterologie). Die höchsten absoluten Veränderungen ergeben sich in den Bereichen Basispaket, Bewegungsapparat, Urologie und Herz.

Tabelle 13: Einflussfaktor Demografie auf Prognose nach Kanton, Hauptszenario 2021-2031

Region	Austritte 2021	Austritte 2031	Veränderung absolut	Veränderung in %	Pflagetage 2021	Pflagetage 2031	Veränderung absolut
SG	76'699	87'463	10'764	14,0%	399'416	472'638	73'222
AR	8'177	9'147	970	11,9%	40'315	45'928	5'613
AI	2'235	2'530	295	13,2%	11'076	12'918	1'842
Gesamt	87'111	99'140	12'029	13,8%	450'807	531'485	80'678

Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik, Prognose ARAISG

5.2.2 Epidemiologie-Medizintechnik

Basierend auf diversen Fachabklärungen kam der Kanton Zürich zum Schluss, dass es keine vorhersehbaren epidemiologischen Entwicklungen gibt, die im Rahmen einer Spitalplanung einen quantifizierbaren Effekt auf die stationären Fallzahlen erlauben würde. Ähnliches gilt für die medizintechnischen Entwicklungen. Auch wenn diese in der stationären Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle spielen und im Einzelfall signifikante Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen haben, war es für den Kanton Zürich in den meisten Fällen nicht abschätzbar, welche der prognostizierten Entwicklungen effektiv eintreten und was für Auswirkungen damit verbunden wären. Davon ausgenommen sind zwei Entwicklungen, die im Rahmen der Prognose berücksichtigt werden:

1. Verlagerung von NEU3 zu NEU3.1: Vielversprechende neue Techniken bei der endovaskulären Behandlung von Schlaganfällen in Kombination mit neuartiger (MRI-)Diagnostik führen zu einer Verschiebung von gewissen Fällen von der SPLG NEU3 in die SPLG NEU3.1. Es wird angenommen, dass im Hauptszenario 30 Prozent der Schlaganfälle aus NEU3 inskünftig in der SPLG NEU3.1 behandelt werden. Abweichend vom Kanton Zürich formulieren die Planungskantone auch bei dieser Prognose einen Wert für das Minimal- (+20 Prozent) und das Maximal-Szenario (+40 Prozent).
2. Anstieg der Revisionseingriffe bei Knie- und Hüft-TP: Da die Zahl der durchgeführten Eingriffe für Knie- und Hüft-Totalprothesen in den letzten Jahren stetig zugenommen hat, wird der Bedarf an Revisionseingriffen zeitlich verzögert ebenfalls deutlich ansteigen. Es wird deshalb angenommen, dass sich die Zahl der Eingriffe in BEW7.1.1 respektive BEW7.2.1 im Hauptszenario bis ins Jahr 2031 verdoppelt (Faktor 1), respektive gar nicht (Minimalszenario) oder um den Faktor 1,5 erhöht (Maximalszenario).

Die folgende Tabelle stellt die Auswirkungen dieser Prognoseannahmen auf Ebene der betroffenen Leistungsgruppen dar. Hervorzuheben ist dabei die Zunahme der Pflage tage gegenüber dem Jahr 2021 um 2'066 Tage, da die mittlere Verweildauer in NEU3.1 mit 11,9 Tagen deutlich höher liegt als in NEU3 (6,3 Tage).

.....
Tabelle 14: Einflussfaktor «Medizintechnik» auf die Austritte und die Pflage tage der Planungsbevölkerung, Hauptszenario 2021-2031

Kürzel	Spitalleistungsgruppe	Austritte 2021	Pflage tage 2021	Austritte 2031	Pflage tage 2031	Veränderung in %
NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen	1'383	8'650	968	6'055	-30%
NEU3.1	Komplexe Behandlung von Hirnschlägen (IVHSM)	77	919	492	5'580	+507%
BEW7.1.1	Wechseloperationen Hüftprothesen	153	2'038	306	4'076	+100%
BEW7.2.1	Wechseloperationen Knieprothesen	89	989	178	1'978	+100%

Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik, Prognose ARAISG

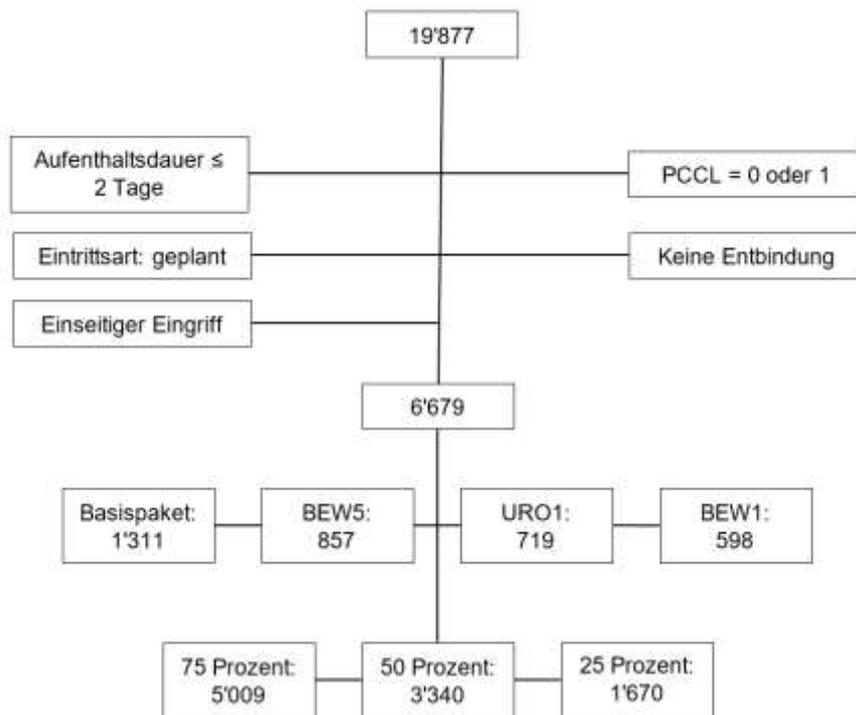
5.2.3 Verlagerung stationär – ambulant

In den Schweizer Spitälern wurden und werden zahlreiche Eingriffe stationär durchgeführt, bei denen ein ambulanter Eingriff sowohl aus medizinischer Sicht angezeigt und patientengerecht wäre, als auch weniger Ressourcen beanspruchen würde. Grund dafür sind insbesondere falsche finanzielle Anreize. Seit dem 1. Januar 2019 gilt schweizweit eine Liste mit sechs Gruppen von [Eingriffen](#), bei denen die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Regel nur die ambulante Durchführung vergütet, es sei denn, es würden besondere Umstände vorliegen. Ergänzend dazu haben verschiedene Kantone weitergehende Listen mit Eingriffen erlassen, deren Vergütung in der Regel nur noch ambulant erfolgt. Der Kanton St.Gallen erliess per 1. April 2022 eine Liste mit neun zusätzlichen Eingriffsgruppen. Diese Liste wurde per 1. Januar 2023 von der erweiterten Liste des Bundes abgelöst, die insgesamt 18 Eingriffe beinhaltet und für alle Kantone verpflichtend ist.

Zwischen 2018 und 2020 ging die Anzahl stationärer Behandlungen in den 18 Eingriffsgruppen in der Planungsregion um die Hälfte zurück¹⁵. Die Auswirkungen der erweiterten Liste sind noch nicht abgeschlossen. Darüber hinaus besteht in zusätzlichen Bereichen ein weiteres Verlagerungspotenzial vom stationären in den ambulanten Bereich. Zur Abschätzung dieses Verlagerungspotenzials wurden in der Planungsregion analog zum Kanton Zürich die Auswirkungen der konsequenten Umsetzung der BAG-Regelung vom 1. Januar 2023 sowie die Übernahme des [Katalogs ambulant durchführbarer Operationen im Krankenhaus](#) aus Deutschland (Eingriffe Kategorie 1) angewendet. Die Bestimmung des ambulanten Potenzials für Spitalaufenthalte der Bevölkerung der drei Planungskantone wurde analog zum Kanton Zürich vorgenommen. Zuerst wurden alle Austritte mit einer Haupt- oder Nebenbehandlung gemäss der erweiterten Liste des BAG respektive des deutschen Katalogs ambulant durchführbarer Operationen identifiziert. Für die Planungskantone ergaben sich 19'877 Austritte im Jahr 2021. Auf diese Auswahl wurden fünf Filterkriterien angewendet (siehe auch Abbildung auf nachfolgender Seite). Aufgrund dieser Filterkriterien reduziert sich das Verlagerungspotenzial auf 6'679 Spitalaufenthalte. Die SPLG mit dem höchsten Verlagerungspotenzial in absoluten Zahlen sind das BP(E) «Basispaket (elektiv)» (-1'311 Austritte), BEW5 «Arthroskopie des Knies» (-857 Austritte), URO1 «Urologie ohne Schwerpunkttitel 'operative Urologie'» (-719 Austritte) und BEW1 «Chirurgie Bewegungsapparat» (-598 Austritte). Darüber hinaus kommen jedoch weitere medizinische und soziale Ausnahmekriterien zur Anwendung, die eine stationäre Durchführung des Eingriffs rechtfertigen. Diese Austritte können anhand der statistischen Routinedaten nicht zweifelsfrei ausgeschieden werden. Im Hauptszenario wird deshalb davon ausgegangen, dass 50 Prozent der identifizierten Spitalaufenthalte in den ambulanten Sektor verlagert werden. Im Minimalszenario beträgt das Verlagerungspotenzial 75 Prozent und beim Maximalszenario 25 Prozent.

¹⁵ Ohne Daten Kanton AI.

Abbildung 14: Vorgehen zur Ermittlung des Verlagerungspotenzials innerhalb der Bevölkerung der Planungsregion



Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik

Gegenüber 2021 beläuft sich der Verlagerungseffekt auf 3'340 Austritte im Hauptszenario. Dies entspricht einem Rückgang der Austritte um 3,8 Prozent gegenüber dem Jahr 2021. Prozentual am stärksten betroffen von der Verlagerung sind Leistungsgruppen aus den Bereichen Chirurgie Bewegungsapparat, Angiologie/Kardiologie, Ophthalmologie und Dermatologie. Gemäss folgender Tabelle betrifft der Einflussfaktor «Verlagerung» prozentual leicht mehr die Bevölkerung des Kantons St.Gallen (+3,9 Prozent) als diejenige der beiden Appenzell (je +3,4 Prozent). Die Detaillierergebnisse des Einflussfaktors «Verlagerungspotenzial» sind in der Tabelle 33 im Tabellenanhang zu finden.

Tabelle 15: Einflussfaktor «Verlagerung» auf Prognose nach Kanton, Haupt-/Minimal-/Maximalszenario, 2021-2031

Region	Austritte 2021	Austritte 2031	Veränderung absolut	Veränderung in %	Szenario Minimal 2031	Szenario Maximal 2031
SG	76'699	73'714	-2'986	-3.9%	-4'478	-1'493
AR	8'177	7'900	-278	-3.4%	-416	-139
AI	2'235	2'159	-77	-3.4%	-115	-38
Gesamt	87'111	83'772	-3'340	-3.8%	-5'009	-1'670

Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik, Prognose ARAISG

5.2.4 CH-Benchmarking Hospitalisationsrate und Verweildauer

Der Kanton Zürich geht davon aus, dass in der aktuellen Spitalversorgung deutlich mehr Anzeichen von partieller Überversorgung vorhanden sind und wenig bis keine Hinweise für Situationen der Unterversorgung. Der OBSAN-Versorgungsbericht hat aufgezeigt, dass die Kantone St.Gallen und Appenzell Ausserrhoden eine überdurchschnittliche Hospitalisationsrate gegenüber dem Schweizer Durchschnitt aufweisen. Die Analyse der aktuell gültigen Prognosen hat für alle drei Planungskantone ergeben, dass die effektive Entwicklung der Austritte und der Pflegetage in den Bedarfsprognosen deutlich überschätzt wurde (Kapitel 5.1). Es rechtfertigt sich daher, die Inanspruchnahmewerte der Planungsregion sowohl bezüglich der Anzahl Austritte wie auch der durchschnittlichen Verweildauer je Altersgruppe und Leistungsgruppe einem schweizweiten Benchmarking zu unterziehen. Für die Prognose wird angenommen, dass in den SPLG mit überdurchschnittlich hohen Spitalbehandlungsraten respektive Verweildauern bis ins Jahr 2031 eine Angleichung an den gesamtschweizerischen Durchschnitt erfolgt. Im Hauptszenario beträgt diese Annäherung 50 Prozent des heutigen Unterschieds, im Maximalszenario erfolgt eine Angleichung um 25 Prozent und im Minimal-Szenario beläuft sich diese auf 75 Prozent zum schweizerischen Durchschnitt¹⁶.

Gesamthaft führt dies im Hauptszenario bis ins Jahr 2031 in der gesamten Planungsregion zu einem Rückgang um 2'921 Austritte (Min: -4'268 Austritte; Max: -1'501 Austritte) und einer Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer um 0,14 Tage (Min: -0,20 Tage; Max: -0,07 Tage). Die Kantone sind unterschiedlich vom Benchmarking betroffen. Von insgesamt 1'242 Prognosegruppen (9 Altersklassen mit je 138 SPLG) weist der Kanton St.Gallen in 290 eine überdurchschnittliche Hospitalisationsrate auf. Für die Kantone Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden beträgt dieser Wert 110 respektive 39. Bei den Verweildauern sind es 255 (SG), 83 (AR) und 25 (AI) Gruppen. Die Unterschiede zwischen den Kantonen sind einerseits auf unterschiedliche Versorgungsmuster zurückzuführen und andererseits auf statistische Effekte. Der Kanton Appenzell Innerrhoden weist tatsächlich die tiefsten Werte sowohl bei der Hospitalisationsrate wie auch bei der Verweildauer auf. Gleichzeitig hat er aufgrund seiner kleinen Bevölkerungszahl auch die höchste statistische Fehlerabweichung in den einzelnen Prognosegruppen. Die Ausscheidung von Prognosegruppen mit fünf oder weniger Fällen kommt deshalb vor allem bei den Kantonen AR und AI zum Tragen.

Tabelle 16: Einflussfaktor «Benchmarking» auf Prognose nach Kanton, Hauptszenario, 2021-2031

Region	Austritte 2021	Austritte 2031	Veränderung absolut	Veränderung in %	Verweil- dauer 2021	Verweil- dauer 2031	Veränderung in %
SG	76'699	74'183	-2'516	-3.3%	5.21	5.07	-2.7%
AR	8'177	7'864	-313	-3.8%	4.93	4.82	-2.1%
AI	2'235	2'142	-93	-4.2%	4.96	4.87	-1.8%
Gesamt	87'111	84'190	-2'921	-3.4%	5.18	5.04	-2.6%

Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik, Prognose ARAISG

¹⁶ Das Benchmarking erfolgte auf Ebene Leistungsgruppe unterteilt in Kanton und Altersgruppe. Zur Erhöhung der statistischen Konfidenz der Prognose wurden nur Gruppen mit mindestens sechs Fällen berücksichtigt.

Die Detailergebnisse des Einflussfaktors «Benchmarking Hospitalisationsrate / Verweildauer» auf Ebene der einzelnen Leistungsbereiche sind in Tabelle 34 und Tabelle 35 im Tabellenanhang zu finden.

5.2.5 Generelle Reduktion der Verweildauer

Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 hat den ökonomischen Druck auf die Behandlungsprozesse in den Spitälern stark erhöht. Die durchschnittliche Verweildauer der Spitalaufenthalte der Bevölkerung der drei Planungskantone ging jedes Jahr um 1,6 Prozent zurück (von 6 auf 5,2 Tage). In Kapitel 5.1 wurde dargestellt, dass die Bedarfsprognose aller drei Kantone den Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer unterschätzt hat. Die Planungskantone gehen davon aus, dass diese Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist. Analog zum Kanton Zürich wird deshalb im Hauptszenario mit einem generellen jährlichen Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer von –1 Prozent, im Maximal- um –0,7 Prozent und im Minimal-Szenario um –1,5 Prozent gerechnet. Als Folge davon reduziert sich die Anzahl Pflgetage für das Jahr 2031 um gut 43'000 Einheiten auf rund 407'700 Tage. Die Detailergebnisse des Einflussfaktors «Generelle Reduktion der Verweildauer» sind in Tabelle 36 im Tabellenanhang zu finden.

.....
Tabelle 17: Einflussfaktor «Generelle Reduktion der Verweildauer» auf Prognose nach Kanton, Hauptszenario, 2021-2031

Region	Pflegetage 2021	Pflegetage 2031	Veränderung absolut	Verweil- dauer 2021	Verweil- dauer 2031	Veränderung absolut
SG	399'416	361'225	–38'191	5.2	4.7	–0.50
AR	40'315	36'460	–3'855	4.9	4.5	–0.47
AI	11'076	10'017	–1'059	5.0	4.5	–0.47
Gesamt	450'807	407'702	–43'105	5.2	4.7	–0.49

Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik, Prognose ARAISG

5.3 Gesamtprognose 2031

Nachfolgend werden die Resultate der Bedarfsprognose nach Altersgruppe, Leistungsgruppe, Kanton und Region dargestellt. Bis ins Jahr 2031 veranschlagt die Prognose über alle Altersgruppen der Planungsregion ein Wachstum der stationären Fallzahlen von gut 6 Prozent (+5'529 Austritte, Min: -438 Austritte; Max: +11'695 Austritte), ein Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer um 7 Prozent (von 5,2 auf 4,8 Tage, Min: 4,5 Tage; Max: 5,0 Tage) und eine Reduktion der Pflegeetage um -1,1 Prozent (-5'150 Tage, Min: -48'478 Tage; Max: +43'600 Tage). Gemäss Tabelle 18 unterscheiden sich die Prognosewerte zwischen den Kantonen nur leicht. Während die Entwicklung der Austritte prozentual fast identisch ist, gehen die Pflegeetage in der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden stärker zurück (-3,8 Prozent verglichen mit je -1,1 Prozent für die beiden anderen Kantone). Grund dafür ist ein gegenüber den beiden anderen Kantonen überproportionaler Korrekturfaktor beim Benchmarking der Verweildauer.

.....
Tabelle 18: Ergebnis Gesamtprognose nach Planungsregion und Kanton, Hauptszenario, 2021-2031

	Parameter	2021	2031	Differenz in Prozent	jährliche Veränderung
Planungsregion ARAISG	Austritte	87'111	92'640	+6,3%	+0,6%
	Pflegeetage	450'807	445'657	-1,1%	-0,1%
	Verweildauer	5,2	4,8	-7%	-0,7%
	Bevölkerung	591'190	640'599	+8,4%	+0,8%
	Hosprate*	147,3	144,6	-1,9%	-0,2%
Appenzell Ausserrhoden	Austritte	8'177	8'561	+4,7%	+0,5%
	Pflegeetage	40'315	38'769	-3,8%	-0,4%
	Verweildauer	4,9	4,5	-8,1%	-0,8%
	Bevölkerung	55'585	58'797	+5,8%	+0,6%
	Hosprate*	147,1	145,6	-1,0%	-0,1%
Appenzell Innerrhoden	Austritte	2'235	2'357	+5,5%	+0,5%
	Pflegeetage	11'076	10'952	-1,1%	-0,1%
	Verweildauer	5,0	4,6	-60,3%	-0,6%
	Bevölkerung	16'360	17'530	+7,2%	+0,7%
	Hosprate*	136,6	134,5	-1,6%	-0,2%
St.Gallen	Austritte	76'699	81'722	+6,5%	+0,6%
	Pflegeetage	399'416	395'935	-0,9%	-0,1%
	Verweildauer	5,2	4,8	-7,0%	-0,7%
	Bevölkerung	519'245	564'272	+8,7%	+0,8%
	Hosprate*	147,7	144,8	-2,0%	-0,2%

Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik, Prognose ARAISG

* Anzahl Spitalaufenthalte je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner der jeweiligen Altersgruppe

Die Prognoseresultate unterscheiden sich deutlich zwischen den Altersgruppen (Tabelle 19). Besonders auffällig ist die Entwicklung der Altersgruppe der 51- bis 60-Jährigen. Hier kumulieren sich verschiedene Aspekte. Einerseits weist diese Altersgruppe als einzige ein negatives Bevölkerungswachstum (-12 Prozent) auf. Dies ist zurückzuführen auf den Pillenknick bzw. das Ende der Baby-Boomer-Generation. Zudem ist sie überproportional vom Benchmarking sowie vom Effekt der Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich betroffen. Gesamthaft ergibt sich daraus ein um 20 Prozent tieferes Fallaufkommen im Jahr 2031 sowie ein Rückgang der Pflégetage um fast 27 Prozent. Dem stehen markante Wachstumsraten sowohl bezüglich Austritten als auch Pflégetagen bei der Bevölkerung der über 80-Jährigen gegenüber (+4'662 Austritte; +22'097 Pflégetage).

Tabelle 19: Ergebnis Gesamtprognose nach Altersgruppe, Hauptszenario, 2021-2031

	Austritte 2021	Austritte 2031	Differenz absolut	Diffe- renz in %	Pflé- tage 2021	Pflé- tage 2031	Differenz absolut	Diffe- renz in %
0 bis 17 Jahre	11'798	12'156	+358	+3.0%	41'602	38'511	-3'091	-7.4%
18 bis 30 Jahre	8'241	7'721	-520	-6.3%	26'806	22'734	-4'072	-15.2%
31 bis 40 Jahre	9'166	9'008	-158	-1.7%	32'961	29'153	-3'808	-11.6%
41 bis 50 Jahre	6'885	7'157	+272	+4.0%	27'976	26'284	-1'692	-6.0%
51 bis 60 Jahre	11'262	9'018	-2'244	-19.9%	53'431	38'899	-14'532	-27.2%
61 bis 70 Jahre	13'398	14'812	+1'414	+10.6%	75'994	75'859	-135	-0.2%
71 bis 80 Jahre	14'898	16'642	+1'744	+11.7%	99'858	99'941	+83	+0.1%
81 bis 90 Jahre	9'747	13'287	+3'540	+36.3%	77'258	92'928	+15'670	+20.3%
91+	1'716	2'838	+1'122	+65.4%	14'921	21'348	+6'427	+43.1%
Gesamtergebnis	87'111	92'640	+5'529	6,3%	450'807	445'657	-5'150	-1,1%

Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik, Prognose ARAISG

Die Leistungsbereiche mit dem prozentual grössten Zuwachs an Austritten sind die Neurologie, die Thoraxchirurgie, die Pneumologie, die Gastroenterologie und das Basispaket (siehe Tabelle auf nachfolgender Seite). Die prozentual grössten Rückgänge weisen die Leistungsbereiche Ophthalmologie, HNO, Gynäkologie, Chirurgie Bewegungsapparat, Rheumatologie und Urologie auf. In absoluten Zahlen verzeichnen das Basispaket, die Geburtshilfe/Neugeborenen, die Neurologie und die Gastroenterologie die höchsten Anstiege bzw. die Chirurgie Bewegungsapparat, Ophthalmologie, Urologie und HNO die grössten Rückgänge.

Tabelle 20: Ergebnis Gesamtprognose nach Leistungsbereich, Haupt-, Minimal- und Maximal-szenario, 2021-2031

Leistungsbereich	Austritte 2021	Austritte 2031 Haupt szenario	Differenz in %	Differenz absolut	Minimal- szenario	Maximal- szenario
Basispaket	32'809	36'875	12.4%	4'066	2'546	5'667
Dermatologie	283	286	1.1%	3	-19	27
Hals-Nasen-Ohren	2'569	2'484	-3.3%	-85	-263	107
Neurochirurgie	504	551	9.3%	47	32	64
Neurologie	2'214	2'542	14.8%	328	213	454
Ophthalmologie	695	510	-26.6%	-185	-320	-35
Endokrinologie	756	759	0.4%	3	-66	78
Gastroenterologie	2'544	2'865	12.6%	321	179	472
Viszeralchirurgie	1'795	1'950	8.7%	155	91	222
Hämatologie	995	1'105	11.1%	110	69	156
Gefäße	1'417	1'507	6.4%	90	-29	220
Herz	3'772	3'863	2.4%	91	-189	390
Nephrologie	340	361	6.2%	21	-2	46
Urologie	4'759	4'669	-1.9%	-90	-520	378
Pneumologie	976	1'109	13.6%	133	100	168
Thoraxchirurgie	117	134	14.3%	17	15	18
Transplantationen	26	29	11.6%	3	3	3
Bewegungsapparat	13'626	13'364	-1.9%	-262	-1'643	1'082
Rheumatologie	411	405	-1.4%	-6	-45	38
Gynäkologie	2'413	2'362	-2.1%	-51	-217	125
Geburtshilfe	6'902	7'306	5.9%	404	-198	1'002
Neugeborene	6'240	6'604	5.8%	364	-181	905
(Radio-)Onkologie	695	728	4.8%	33	-2	73
Schwere Verletzungen	253	272	7.5%	19	6	33
Gesamtergebnis	87'111	92'640	6.3%	5'529	-438	11'695

Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik, Prognose ARAISG

Die Kantone sind verpflichtet, im Rahmen der Bedarfsdeckung ein Bewerbungsverfahren durchzuführen und die eingegangenen Bewerbungen zu evaluieren. Im Rahmen der Evaluation kommen sowohl allgemeine wie auch leistungsgruppenspezifische Kriterien zur Anwendung. Grundlegende Anforderungen und Vorgaben für die Listenspitäler werden von den Regierungen der Planungskantone in den generellen Anforderungen im Anhang zum Regierungsbeschluss über die Spitallisten Akutsomatik 2024 erlassen¹⁷. Für die leistungsspezifischen Anforderungen wird auf das Spitalleistungsgruppenmodell 2023 (SPLG) des Kantons Zürich sowie deren weitergehende Anforderungen abgestützt¹⁸. Abweichungen davon werden begründet. Weiter verwenden die Planungskantone das von den Kantonen AR, AI, GL, GR, TG und SG entwickelte Planungsmodell¹⁹. Nachfolgend werden das Planungsmodell (Kapitel 6.1), die Planungsgrundsätze (Kapitel 6.2) sowie die allgemeinen (Kapitel 6.3) und leistungsgruppenspezifischen (Kapitel 6.4) Planungskriterien erläutert und deren Anwendung im Rahmen des Bewerbungsverfahrens dargelegt.

6.1 Planungsmodell

Mit dem im Rahmen des Projekts «Modellplanung Ost» erarbeiteten Planungsmodell soll erreicht werden, dass die stationäre Gesundheitsversorgung die bestehenden (überkantonalen) funktionalen Räume berücksichtigt und gleichzeitig eine Abstufung des Versorgungssystems gewährleistet. Dazu werden in einem ersten Schritt alle Spitalleistungsgruppen (SPLG) drei Kategorien zugeteilt:

1. **SPLG-HSM:** Diese Kategorie umfasst alle Leistungsgruppen, welche gemäss Beschlussorgan der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) gesamtschweizerisch geplant werden. Die Zuständigkeit für die Vergabe der Leistungsaufträge liegt beim Beschlussorgan der IVHSM.
2. **SPLG-Eignungskriterien:** Diese Kategorie umfasst alle Leistungsgruppen, für deren Erteilung ausschliesslich Eignungskriterien zur Anwendung kommen. Die Bedarfsgerechtigkeit, die Zugänglichkeit sowie die Notfallversorgung werden in diesen SPLG weniger hoch gewichtet respektive spielen eine untergeordnete Rolle. Es handelt sich um SPLG mit hohem Anteil an Wahleingriffen oder -behandlungen. Der Anteil von Spitälern mit Belegarzt/-ärztinnen-System an diesen SPLG ist hoch.
3. **SPLG-Eignungs- und Zuteilungskriterien:** Diese Kategorie umfasst alle Leistungsgruppen, bei deren Vergabe zusätzlich zu den Eignungskriterien auch Zuteilungskriterien zur Anwendung kommen. Wenn die Zahl der Bewerbungen höher ist als die aus Gesamtsicht optimale Leistungsverteilung, erfolgt anhand der Zuteilungskriterien eine Auswahl zwischen den Bewerberinnen und Bewerbern.

¹⁷ Siehe separates Dokument auf der Bewerbungsplattform www.spitalplanung-araig.ch: «Generelle Anforderungen an die Listenspitäler der Spitalliste Akutsomatik der Planungskantone».

¹⁸ Siehe separate Dokumente auf der Bewerbungsplattform www.spitalplanung-araig.ch: «Spitalliste Akutsomatik 2024: Leistungsspezifische Anforderungen ARAISG 2024.01» und «Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen –Akutsomatik».

¹⁹ Siehe Schlussbericht «[Spitalversorgung Modell Ost](#)».

Das Planungsmodell ordnet jede SPLG der Kategorie «Eignungs- und Zuteilungskriterien» eine von drei funktionalen Planungsebenen zu. Für die aktuelle Planungsregion der drei Kantone AR, AI und SG sind dies:

Planungsebene	Beschrieb
Ausserregional	Die Leistungen dieser SPLGs müssen vollständig oder zu einem Grossteil ausserhalb der Planungsregion mit Leistungsaufträgen gesichert werden, da innerhalb der drei Kantone ein Angebot fehlt oder unzureichend ist.
Planungsregion	Die Vergabe von Leistungen dieser SPLGs erfolgt auf Ebene der gesamten Planungsregion der drei Kantone. Bewerber qualifizieren sich für einen Leistungsauftrag, wenn sie einen bestehenden Leistungsauftrag aufweisen und im Jahr 2021 in der Planungsregion entweder 5 Austritte oder einen Versorgungsanteil von mindestens 30 Prozent erreichten.
Versorgungsregion	Die Vergabe von Leistungen dieser SPLGs muss aus Gründen der Erreichbarkeit regional erfolgen. Es sind dies Leistungen der Grundversorgung.

Die Planungsebene «Versorgungsregion» ist wie folgt unterteilt:

Region	Bevölkerung	Fläche
Appenzellerland-St.Gallen	244'602	642 km ²
Rheintal-Werdenberg	112'506	343 km ²
Sarganserland	45'793	566 km ²
See-Gaster	65'719	197 km ²
Fürstenland-Toggenburg	122'829	618 km ²
Gesamt	591'449	2'366km ²

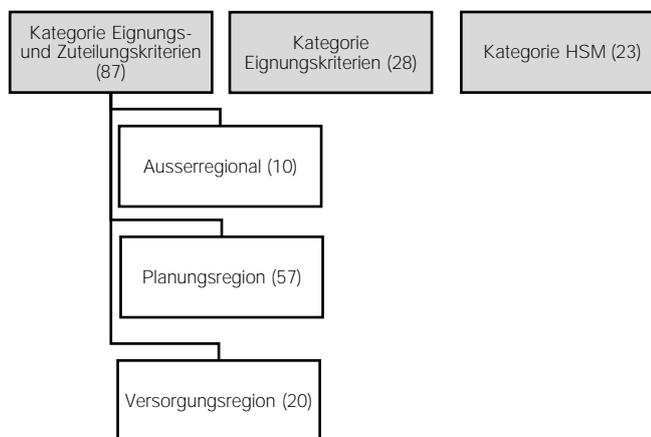
Die Zuteilung der SPLGs der Kategorie «Eignungskriterien + Zuteilungskriterien» erfolgt in einem ersten Schritt kriterienbasiert:

Planungsebene	Dimensionierung	Kriterien
Ausserregional	Gesamte Schweiz	SPLG < 30 Prozent Lokalisationsindex ²⁰
Planungsregion	Kantone AR, AI, SG	SPLG < 250 Austritte
Versorgungsregion	Region Appenzellerland-St.Gallen Region Fürstenland Toggenburg Region See-Gaster Region Rheintal-Werdenberg Region Sarganserland	SPLG > 250 Austritte

²⁰ Der Lokalisationsindex (LI) bezeichnet den Anteil der in der Planungsregion wohnhaften Patientinnen und Patienten, die innerhalb der Planungsregion hospitalisiert werden, bezogen auf allen Spitalaufenthalte von Patient/innen mit Wohnsitz der Planungsregion. Je tiefer der Anteil, je höher die ausserregionale Versorgung. SPLG mit einem LI ≤ 30 Prozent werden ausserregional geplant.

In einem zweiten Schritt wurden aus medizinischen Gründen, Spitalplanungsüberlegungen, effektiven Patientenströmen, Notfallaspekten usw. 19 SPLGs neu zugeteilt. Die definitive Zuteilung ist in Tabelle 31 im Tabellenanhang aufgeführt. Nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick der Kategorisierung nach Planungsebene und Planungskategorie:

Abbildung 15: SPLG nach Planungskategorie und Planungsebene



Bei 28 Leistungsgruppen kommen ausschliesslich Eignungskriterien zur Anwendung (leistungsgruppenspezifische Anforderungen). Bei 87 Leistungsgruppen kommen neben Eignungskriterien auch Zuteilungskriterien zur Anwendung wie u.a. die Planungsebene. Auch wenn zahlenmässig die Mehrzahl der Leistungsgruppen auf Ebene der Planungsregion erteilt wird (57 Leistungsgruppen), so beinhalten diese 57 Leistungsgruppen im Jahr 2021 eine kleine Anzahl an Spitalaufenthalten, nämlich 7'688 Austritte. Im Vergleich dazu umfassen die 20 Leistungsgruppen mit Planungsebene «Versorgungsregion» 24'620 Austritte und die 28 Leistungsgruppen ohne Zuteilungskriterien 53'662 Spitalaufenthalte der Bevölkerung der Planungsregion.

6.2 Grundsätze

Bei der Auswahl der für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung der Planungsregion notwendigen Spitalunternehmen kommt eine Anzahl von Grundsätzen zur Anwendung, die nachfolgend kurz erläutert werden.

Gemeinsame Planung

Die drei Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen erstellen eine gemeinsame Spitalplanung Akutsomatik. Sie verwenden dafür identische Planungskriterien, kantonsübergreifende Versorgungsregionen und führen ein gemeinsames Bewerbungsverfahren durch. Bewertung und Auswahl der Bewerbungen erfolgen ebenfalls gemeinsam. Es werden gleichlautende Leistungsaufträge erteilt. Der Erlass der kantonalen Spitallisten erfolgt individuell durch die jeweiligen zuständigen kantonalen Behörden. Gleiches gilt für die Definition und Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Rahmenplanung

Planungs- und Wettbewerbselemente stehen im KVG einander gegenüber. Die Planungsbehörden haben den Auftrag, den ihnen vom Bundesgesetzgeber übertragenen Planungsauftrag in Form einer Rahmenplanung umzusetzen. Diese enthält die notwendigen Eckwerte, innerhalb deren die wettbewerblichen Elemente des KVG ihre Wirkungskraft entfalten können. Die Steuerung erfolgt auf Ebene der Zuteilung der Leistungsgruppen an die einzelnen Spitalunternehmen. Hingegen wird auf eine direkte Mengensteuerung im Sinne von Vorgaben von maximalen Leistungsmengen für einzelne Leistungsgruppen je Leistungserbringer verzichtet.

Leistungsaufträge an Spitalstandorte

Die Leistungsaufträge werden auf Ebene der einzelnen Spitalstandorte erteilt. Spitalunternehmen mit mehreren Standorten bewerben sich für jeden Spitalstandort separat.

Aufbau auf bestehendem Angebot

Die Versorgung mit Spitalleistungen ist kapital- und personalintensiv. Spitalunternehmen benötigen deshalb eine hohe Investitions- und Planungssicherheit. Die Planungsbehörden bauen daher bei der Bedarfsdeckung auf dem bestehenden Spitalangebot auf. Die aktuelle Versorgung wird grundsätzlich als bedarfsgerecht eingeschätzt. Leistungsaufträge für neue Leistungsgruppen werden somit nur sehr zurückhaltend erteilt. Als bestehend werden Angebote betrachtet, die in der Periode der Jahre 2020 bis 2022 auf einer der Spitallisten der Planungsbehörden bestanden.

Befristung der Leistungsaufträge

Die Leistungsaufträge sind zeitlich befristet. Wo nichts Anderes vermerkt ist, gelten die Leistungsaufträge während acht Jahren (bis Ende 2031). Wenn die Erfüllung der Anforderungen die Umsetzung von zusätzlichen Massnahmen, die erst nach Inkrafttreten der Spitallisten 2024 erfolgen können, oder die nachträgliche Überprüfung der Einhaltung von Mindestfallzahlen voraussetzt, kann ein Leistungsauftrag mit einer kürzeren Befristung versehen werden. Die Planungsbehörden können die Spitallisten dem Bedarf innerhalb der Planungsperiode anpassen.

Interdisziplinäre Abhängigkeiten

Bei der Vergabe eines neu beantragten Leistungsauftrags in einer Leistungsgruppe ist dem Angebotsumfeld Rechnung zu tragen. Dabei ist ein Spital zu berücksichtigen, das bereits die Anforderungen für mehrere Leistungsgruppen des gleichen Bereichs erfüllt und daher den Leistungsbereich als Ganzes erhält. Ebenso sind Spitäler zu bevorzugen, deren Auftrag mit der zusätzlichen Vergabe optimal ergänzt werden kann. Schliesslich sollen sich in einer Versorgungsregion die erteilten Leistungsaufträge eher ergänzen als konkurrenzieren.

Abweichungen vom SPLG-Konzept

Die Planungskantone verwenden für die Vergabe der Leistungsaufträge das Spitalleistungsgruppenkonzept (SPLG) Version ARAISG 2024.01 und die damit verknüpften Anforderungen. Punktuelle Abweichungen davon werden transparent ausgewiesen.

Integrales Angebot innerhalb Leistungsgruppen

Der Bewerber muss den kompletten Leistungsumfang der erteilten Leistungsgruppe effektiv anbieten. Falls dem nicht so ist, kann die Leistungsgruppe entweder eingeschränkt oder verweigert werden.

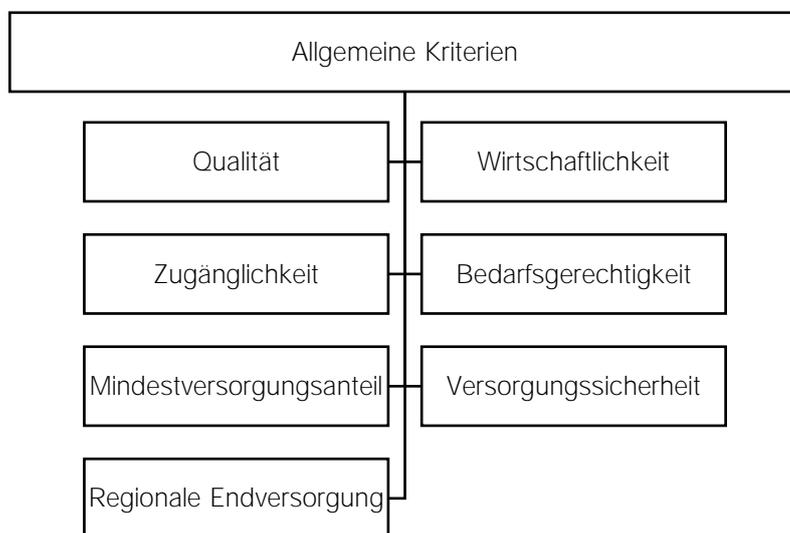
Angemessener Einbezug privater Trägerschaften

Private Einrichtungen sind auf der Spitalliste «angemessen zu berücksichtigen». Gestützt auf den Wortlaut von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG gilt weiterhin die Feststellung, dass ein angemessener Einbezug weniger weit geht als eine umfassende Berücksichtigung privater Trägerschaften. Die Aufhebung der Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Spitälern bei der Mitfinanzierung durch die Kantone bedeutet, dass die Kantone alle Spitäler, welche die Voraussetzungen von Art. 39 Abs. 1 Bst. a bis c KVG erfüllen, bei ihrer Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung grundsätzlich gleich zu behandeln haben. «Angemessen» bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die private Trägerschaft entweder bisher schon einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung geleistet hat oder ihre Kapazitäten zur Abdeckung eines gegenwärtigen oder zukünftigen Bedarfs notwendig sind (BVGE C-401/2012, E.10.3).

6.3 Allgemeine Kriterien

Art. 39 KVG und Art. 58a-f KVV geben den Kantonen den Rahmen vor für die Anwendung der Planungskriterien. Auf kantonaler Ebene bestehen in Art. 10 bis 14 SPFG (Kanton St.Gallen), Art. 48 bis 52I Gesundheitsgesetz (Kanton Appenzell Ausserrhoden) respektive Art. 22 bis 27 Gesundheitsgesetz (Kanton Appenzell Innerrhoden) Ausführungsbestimmungen zur Ausgestaltung der Spitalplanung und der Leistungsaufträge. In Abbildung 16 werden die allgemeinen Kriterien aufgelistet, welche die Planungsbehörden bei der Auswahl der Bewerber für die Aufnahme in die kantonalen Spitallisten anwenden.

Abbildung 16: Allgemeine Evaluationskriterien



6.3.1 Qualität

Bei der Beurteilung der Qualität der stationären Einrichtungen ist gemäss Art. 58d KVV zu prüfen, ob die gesamte Einrichtung über das erforderliche qualifizierte Personal und ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem verfügt. Weiter müssen die Bewerber an den nationalen Qualitätsmessungen teilnehmen und die Medikationssicherheit gewährleisten, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel. Die Ergebnisse national durchgeführter Qualitätsmessungen können als Kriterien für die Auswahl der Einrichtungen berücksichtigt werden. Bei der Beurteilung der Bewerber ist insbesondere auf die Nutzung von Synergien und auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten. Die Beurteilung der Qualität kann sich auf aktuelle Beurteilungen anderer Kantone stützen. Neu gibt das KVG in Art. 58 und 58a vor, dass die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) abschliessen müssen. Darin muss mindestens folgendes geregelt sein:

- die Qualitätsmessungen;
- die Massnahmen zur Qualitätsentwicklung;
- die Zusammenarbeit der Vertragspartner bei der Festlegung von Verbesserungsmassnahmen;
- die Überprüfung der Einhaltung der Verbesserungsmassnahmen;

- e. die Veröffentlichung der Qualitätsmessungen und der Verbesserungsmaßnahmen;
- f. die Sanktionen bei Verletzungen des Vertrags;
- g. das Vorlegen eines Jahresberichts über den Stand der Qualitätsentwicklung gegenüber der Eidgenössischen Qualitätskommission und dem Bundesrat.

Die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung bildet eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Ein Entwurf eines Qualitätsvertrags wurde Anfang Mai 2022 von den Tarifpartnern beim Bundesrat gemäss Art. 58a Abs. 4 zur Genehmigung eingereicht.

Qualität in der Akutsomatik weist verschiedene Dimensionen auf. Wichtigster Aspekt der Qualität sind die effektiven Behandlungserfolge auf Ebene einzelner Patientinnen und Patienten (Ergebnisqualität). Ein von den Planungskantonen in Auftrag gegebenes [Kurzgutachten](#) kommt jedoch zum Schluss, dass die heute verfügbaren Routineauswertungen zur Ergebnisqualität nur eingeschränkt nutzbar sind für die Zwecke der Spitalplanung. Klinische Registerdaten können besser verwendet werden, sind jedoch teilweise sehr aufwändig in der Erhebung und es bestehen Mängel in deren Transparenz. In Absprache mit dem Kanton Zürich setzen die Planungskantone in spezifischen Leistungsbereichen auf ein neues Qualitätsmonitoring mittels Routinedaten (namentlich aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS). Das bedeutet, dass die Routinedaten möglichst umfangreich und hochwertig sein müssen, damit sie die klinischen Register ersetzen. Die Planungskantone haben die Absicht, sich dem Qualitätsprogramm des Kantons Zürich anzuschliessen. Dieses sieht in den nächsten Jahren folgende Massnahmen als Pilotprojekte vor:

POA-Codierung für bestimmte Diagnosen

Aktuell kann aus den Routinedaten der Spitalstatistiken nicht eruiert werden, ob eine Diagnose bei Eintritt bereits bestand oder sich im Spital aufgrund einer Komplikation ergab. Der internationale Standard zur Festlegung dieses Sachverhalts ist das Zusatz-Merkmal "bei Aufnahme ins Spital bereits vorhanden" (present on admission, POA). Während dem Aufenthalt hinzugekommene Diagnosen werden damit als "not present on admission" gekennzeichnet. Dadurch wird im Rahmen der medizinischen Codierung deutlich, welche Diagnosen bereits bei Eintritt bestanden haben (beispielsweise Diabetes oder ein mitgebrachter Dekubitus) und welche im Krankenhaus hinzugekommen sind (beispielsweise eine Katheter- oder Wundinfektion). Die Listenspitäler der Planungsbehörden werden deshalb verpflichtet, für eine kleine Liste von Diagnosen zusätzlich die POA-Codierung vorzunehmen. Ab 1. Januar 2024 können die Listenspitäler freiwillig mit der POA-Codierung beginnen. Ab dem 1. Januar 2025 ist die Codierung verpflichtend. Die Einzelheiten sind in einem separaten Merkblatt auf den kantonalen Websites der Planungsbehörden ersichtlich.

Aufbau eines Programms für Qualitätsanalysen anhand von Routinedaten

Parallel zur Einführung der POA-Codierung baut der Kanton Zürich ein Pilot-Programm für Qualitätsanalysen anhand von Routinedaten in verschiedenen Leistungsbereichen auf. Dabei werden seitens des Kantons Zürich Routinedaten zu Qualitätszwecken aufbereitet und den Listenspitälern im Rahmen von Qualitätsberichten unterbreitet und in jährlichen Qualitätszirkeln besprochen. Die Teilnahme von weiteren Kantonen wird vom Kanton Zürich begrüsst. Die Listenspitäler der Planungskantone werden deshalb in den Bereichen Viszeralchirurgie (Kolonchirurgie), Urologie (Prostatektomien), Gefäss- und Herzchirurgie sowie Chirurgie Bewegungsapparat dazu verpflichtet, an den Qualitätsprogrammen des Kantons Zürich teilzunehmen. Diese Programme sind teilweise noch im Aufbau. Die Planungskantone werden in

Absprache mit dem Kanton Zürich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Spitallisten Ende des Jahres 2023 nähere Vorgaben publizieren.

68

Aufbau eines Monitorings der Indikationsqualität

Aus der Fachliteratur ist bekannt, dass einige wenige Eingriffe besonders anfällig sind für eine Überversorgung. Die Prüfung der Indikationsqualität ist dabei ein Mittel, um medizinisch nicht indizierte Behandlungen oder Eingriffe zu unterbinden. Der Kanton Zürich hat eine Liste von acht Eingriffen publiziert, für die ein spezifisches Monitoring anhand von Routinedaten aufgebaut werden soll. Auch diese Aktivität steht für weitere Kantone offen. Die Planungskantone beabsichtigen deshalb, am Aufbau des Monitorings der Indikationsqualität von ausgewählten Eingriffen teilzunehmen.

Darüber hinaus werden zur Überprüfung der Qualität im Rahmen der Spitalplanung in erster Linie Merkmale identifiziert, deren Vorhandensein eine gewisse Güte der Versorgung gewährleisten soll. Konkret werden folgende Anforderungen gestellt:

1. Vorhandensein eines betriebsweiten Qualitätssicherungssystems mit Zertifizierung. Dies beinhaltet überdies ein Qualitätskonzept (umfassend insbesondere die Struktur-, Prozess-, Indikations- und Ergebnisqualität) sowie ein Risikomanagementkonzept zum systemischen Umgang mit Risiken.
2. Teilnahme an den nationalen Qualitätssicherungsmessungen des ANQ.
3. Betrieb eines spitalweiten Fehlermeldesystems.
4. Regelmässig durchgeführte Patienten-/Angehörigen-/Personal-/Zuweiser-Befragungen und Ableitung von Handlungsfeldern des Leistungserbringers.
5. Vorhandensein eines Hygienekonzeptes, das die Etablierung einer Hygienekommission (mit Protokollierung der Sitzungen und Mitteilung der Ergebnisse an die Spitalleitung) und die Implementierung von Hygienerichtlinien und -empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiene (SGSH) oder Swissnoso vorsieht. Die Einhaltung der Hygienerichtlinien ist zu überwachen. Klinisch tätige Mitarbeitende sind bei Stellenantritt und während der Anstellung regelmässig in der Klinikhygiene zu schulen. Eine Teilnahme am Ostschweizer Kompetenznetz Infektiologie (OSKI) ist für Listenspitäler mit Standort im Kanton St.Gallen oder Appenzell Ausserrhoden obligatorisch.
6. Vorhandensein eines Konzepts zum prophylaktischen und therapeutischen Antibiotikagebrauch (inkl. Berücksichtigung regionaler Resistenzspektren und Empfehlungen zur Dosierung der Antibiotika und zur Dauer der Therapie).
7. Vorhandensein eines Überwachungsprogramms (Surveillance) von nosokomialen Infektionen sowie Resistenzentwicklungen und Erfüllung der strukturellen Mindestanforderungen der Strategie NOSO des BAG.
8. Überwachung der postoperativen Wundinfektionen in mindestens drei Eingriffsarten aus der von ANQ und Swissnoso bereitgestellten Auswahl.
9. Verwendung der H+-Qualitätsberichtsvorlage für die Qualitätsberichterstattung.
10. Vorhandensein eines ausreichend dotierten Sozialdienstes.
11. Vorhandensein einer Kooperation mit einem Dolmetscherdienst für fremdsprachige Patientinnen und Patienten oder Nachweis, dass spitalinterne Ressourcen (fremdsprachiges medizinisches Fachpersonal oder spezifisch geschultes Personal) für Übersetzungszwecke zur Verfügung stehen.
12. Vorhandensein von qualifiziertem Personal in ausreichender Dotation und Beitrag an die Aus- und Weiterbildung der universitären und nichtuniversitären Berufe des Gesundheitswesens.
13. Vorhandensein eines eigenen psychiatrischen Dienstes oder einer vertraglichen Kooperation mit einem psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst.

14. Vorhandensein eines Konzepts zur Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel.
15. Listenspitäler innerhalb der Planungsregion verfügen über ein ethisches Konsil gemäss Bericht «Ethische Beratung in der Gesundheitsversorgung» vom 8. November 2005. Die Mitwirkung am kantonalen Ethik-Forum ist für Listenspitäler mit Standort im Kanton St.Gallen obligatorisch und für die anderen Listenspitäler der Planungsregion fakultativ.

Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens wurde geprüft, ob die Bewerber die oben genannten Anforderungen erfüllen. Dies trifft für die grosse Mehrheit der Anforderungen und der Bewerber zu. Da es sich nicht um Ausschlusskriterien handelt, wird die Nicht-Erfüllung einer Anforderung mit einer Auflage versehen. Die entsprechenden Auflagen sind im Kapitel 8 in den bewerbenspezifischen Ausführungen enthalten.

6.3.2 Wirtschaftlichkeit

Neben Vergleichen zur Qualität schreibt das KVG (Art. 39 Abs. 2ter KVG) auch die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Bewerber vor. In Art. 58b Abs. 5 Bst. a KVV wird bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung vor allem die Relevanz der Effizienz der Leistungserbringer hervorgehoben.

Die Effizienz der Leistungserbringer wird anhand von Kostenvergleichen zwischen den Bewerbern evaluiert. Dabei wird auf den Kostendatenaustausch der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) abgestellt. Hierzu werden die Fallkosten mit dem Schweregrad normiert (CMI-bereinigte Fallkosten). Vergleiche finden auf Betriebsebene statt. Die Planungsbehörden behalten sich vor, ergänzend dazu die CMI-bereinigten Fallkosten auf Spitalplanungsleistungsgruppe (SPLG) und/ oder auf Spitalplanungsleistungsbereich (SPLB) einzubeziehen. Diese Auswertungen fliessen nur in die Evaluation ein, sofern sie einen Mehrwert gegenüber dem Vergleich auf Betriebsebene liefern. Für den Wirtschaftlichkeitsvergleich werden die schweregradbereinigten Fallkosten 2021 aller Leistungserbringer berücksichtigt, die sich im Rahmen des Bewerbungsverfahrens für einen Leistungsauftrag der Planungsregion bewerben. Die Vorjahreswerte werden bei Bedarf herangezogen.

Zusätzlich müssen alle Leistungserbringer im Rahmen des Bewerbungsverfahrens den Nachweis der REKOLE-Zertifizierung erbringen. Zudem soll die Rechnungslegung gemäss Swiss GAAP FER, IPSAS (International Public Sector Accounting Standards) oder IFRS (International Financial Reporting Standards) erfolgen. Falls diese Vorgaben noch nicht erfüllt sind, müssen verbindliche Angaben zum Zeitpunkt der Zertifizierung bzw. Konformität der Rechnungslegung gemacht werden.

Die Planungsregion ARAISG stützt ihren Wirtschaftlichkeitsvergleich auf die von der GDK zum Zweck des Spital-Kostendatenaustausches unter den Kantonen errichteten elektronischen Datenaustausch-Plattform. Mit dieser wird die Vergleichbarkeit der Spitalkostendaten aus verschiedenen Kantonen gewährleistet. Alle Bewerber-Spitäler haben Daten an die Kostendatenaustauschplattform geliefert. Die SRRWS hat für seine damaligen drei Standorte keine unterschiedlichen Kostendaten geliefert. Die Berit Klinik Wattwil nahm ihren Betrieb erst im April 2022 auf. Die Berit Klinik Goldach war bisher auf keiner Spitalliste aufgeführt und lieferte keine Kostendaten. Die beiden Kliniken wurden deshalb im Wirtschaftlichkeitsvergleich nicht berücksichtigt.

Der Wirtschaftlichkeitsvergleich erfolgt in drei Kategorien: Akutspitäler, Universitäts- und Kinderspitäler sowie Geburtshäuser. Mangels Anzahl der am Bewerbungsverfahren teilgenommenen Vergleichsspitälern in den Kategorien Universitäts- und Kinderspitäler respektive Geburtshäuser wird in diesen zwei Spitalbereichen auf die Ermittlung eines Benchmarks verzichtet. Für diese zwei Gruppen sind in Tabelle 21 und Tabelle 22 je die Schweregrad-bereinigten Durchschnittskosten sowie die Anzahl Austritte aufgeführt.

Tabelle 21: Fallschweregewichtete Kosten und Austritte je Spital der Kategorie Universitäts- und Kinderspitäler, 2021

Spitalunternehmen	Kosten je Fall für Schweregrad 1	Austritte
Ostschweizer Kinderspital	10'122	3'727
Insel Gruppe universitär	10'933	45'150
Universitätsspital Basel (USB) - USB Hauptcampus	10'952	35'186
Universitäts-Kinderspital Zürich	11'187	5'461
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	11'524	38'281
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	11'608	4'089
Universitätsspital Zürich (USZ)	11'945	36'732
Universitätsspital Basel (USB) - USB Augenspital	13'151	603
Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)	14'657	39'943

Quelle: GDK-Datenaustauschplattform, Aufbereitung durch Planungsgruppe ARAISG

Tabelle 22: Fallschweregewichtete Kosten und Austritte je Geburtshaus, 2021

Spitalunternehmen	Kosten je Fall für Schweregrad 1	Austritte
Maison de naissances les Cigognes Sàrl	8'426	85
Geburtshaus St.Gallen	8'691	700
Maison de naissance La Roseraie	8'760	299
Geburtshaus Delphys	9'075	601
Geburtshaus Zürcher Oberland	9'093	977
Matthea Geburtshaus GmbH	9'098	679
Geburtshaus Terra Alta	9'200	1'022
Geburtshaus Stans GmbH	9'269	211
Maison de Naissance Le Petit Prince Sàrl	9'283	373
Maison de naissance Tilia Sàrl	10'138	113
Geburtshaus Maternité Alpine	10'550	226
Geburtshaus Luna	10'929	761

Quelle: GDK-Datenaustauschplattform, Aufbereitung durch Planungsgruppe ARAISG

Die Resultate des Wirtschaftlichkeitsvergleichs für die Akutspitäler sind in nachfolgender Tabelle zusammengefasst. Darin enthalten sind die fallschweregewichteten Kosten des Jahres 2021 der am Bewerbungsverfahren für die Spitalliste Akutsomatik der Planungsregion teilgenommenen Spitalunternehmen.

Tabelle 23: Fallschweregewichtete Kosten und Austritte je am Bewerbungsverfahren teilgenommenen Spitalunternehmen, 2021 (ohne Universitätsspitäler, Geburtshäuser, Kinderspitäler)

Spitalunternehmen	Kosten je Fall für Schweregrad 1	Austritte
Hirslanden Klinik Stephanshorn	8'554	8'088
Rosenklinik AG	9'356	996
GZO AG Spital Wetzikon	9'826	9'558
Berit Klinik AG	10'074	3'803
Klinik Hirslanden Zürich	10'078	18'206
Kantonsspital Glarus	10'145	4'186
Stadtspital Zürich Triemli	10'209	23'570
Kantonsspital Graubünden – KS Graubünden	10'210	16'994
Spital Grabs	10'548	9'093
Spital Altstätten	10'548	2'888
Spital Walenstadt	10'548	2'747
Klinik Lengg AG	10'603	788
Geriatrische Klinik St.Gallen AG	10'652	1'627
Kantonsspital St.Gallen	10'654	31'636
SVAR Herisau	10'753	5'967
Hirslanden Klinik Am Rosenberg	10'767	1'995
Thurklinik	10'906	533
Spital Wil	11'381	7'651
Spital Linth	12'336	5'586
Fallgewichtete Durchschnittskosten für Schweregrad 1	Fr. 10'367.–	
+10 Prozent Höchstgrenze	Fr. 11'404.–	

Quelle: GDK-Datenaustauschplattform, Aufbereitung durch Planungsgruppe ARAISG

Ein Spitalunternehmen wird im Rahmen des Spitalplanungsverfahrens als unwirtschaftlich erachtet, wenn dessen Kosten je Fall für die Fallschwere 1 mehr als 10 Prozent über dem fallgewichteten Durchschnittswert der am Bewerbungsverfahren teilnehmenden Spitalunternehmen liegt. Der fallgewichtete Durchschnittswert beträgt Fr. 10'367.–. Die maximale Höchstgrenze für die Wirtschaftlichkeit liegt bei 10 Prozent über dem fallgewichteten Durchschnittswert und beläuft sich somit auf Fr. 11'404.–.

Abgesehen vom Spital Linth erfüllen alle Spitalunternehmen das Kriterium der Wirtschaftlichkeit. Grundsätzlich hat die Nichterfüllung des Wirtschaftlichkeitskriteriums den Ausschluss von der Teilnahme am weiteren Evaluationsverfahren zur Folge. Ein sofortiger Ausschluss vom Spitalistenverfahren des Spitals Linth erscheint jedoch vor dem Hintergrund der Versorgungsrelevanz des Spitals Linth unverhältnismässig. Der gesamte Leistungsauftrag des Spitals Linth wird hingegen mit einer kürzeren Gültigkeitsdauer bis Ende des Jahres 2027 versehen mit der Auflage, die Wirtschaftlichkeit bis zu diesem Zeitpunkt in den Normbereich zu verbessern. Gelingt dies nicht, erfolgt keine Verlängerung des Leistungsauftrags.

6.3.3 Zugänglichkeit

Das Kriterium der Zugänglichkeit beinhaltet in der Spitalplanung verschiedene Dimensionen. Primär ist die Zugänglichkeit abhängig von der geografischen/zeitlichen Erreichbarkeit und vom Aufnahmewillen respektive von der Aufnahmekapazität der Leistungserbringer. Die zeitliche und geografische Erreichbarkeit ist namentlich bei Notfällen und für Leistungen der Grundversorgung von Bedeutung. Die systematische Selektion von Patientinnen und Patienten aufgrund des Versicherungsstatus oder aufgrund des individuellen Risikos der zu behandelnden Personen ist nicht gestattet. Überlange Wartelisten für medizinisch unaufschiebbare Eingriffe respektive sehr tiefe Spitalaufenthaltsraten sind Anzeichen für eine mangelhafte Zugänglichkeit zu stationären Gesundheitsleistungen.

1. Zeitliche Erreichbarkeit: Der Zugang der Patientinnen und Patienten ist gewährleistet, wenn in jeder der fünf Regionen²¹ innerhalb der Planungsregion ein Leistungserbringer mit Basispaket, Notfallstation und medizinischer sowie chirurgischer Bettenabteilung besteht. Die Wohnortnähe bei der spezialisierten Zentrumsversorgung ist gegeben, wenn die entsprechenden Leistungen innerhalb der Planungsregion beansprucht werden können. Im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin stellt das OKS die umfassende Versorgung für die Bevölkerung der Planungsregion sicher. Da die geografische Nähe für Angehörige (Eltern) eine besondere Bedeutung hat, soll für Kinder und Jugendliche des Wahlkreises Sarganserland (inklusive Gemeinden Wartau und Sevelen) für die Kinderklinik des Kantonsspitals Graubünden und für Kinder und Jugendliche des Wahlkreises See-Gaster die volle Freizügigkeit für das Kinderspital Zürich gelten. Zudem gelten in jeder der fünf Versorgungsregionen folgende Richtwerte für die Notfall-Erreichbarkeit:

- Ambulantes oder stationäres Notfallangebot: 95 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 20 Minuten;
- Notfallstation mit Basispaket: 95 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten.

Die Vorgaben zur zeitlichen Erreichbarkeit werden durch die aufsuchenden Rettungsdienste der drei Rettungsorganisationen Rettungsdienst SVAR, Rettung Regio 144 und Rettung St.Gallen, die Notfallanlaufstelle der Berit Klinik Wattwil sowie die Notfallstationen der acht Akutspitäler mit Basispaket erfüllt. Für die Kinder- und Jugendmedizin stellt das OKS die Notfallversorgung in 30 Minuten für die Regionen Appenzellerland-St.Gallen, Fürstenland Toggenburg sowie Rheintal Werdenberg sicher. Für die Regionen Sarganserland und See-Gaster übernehmen das KS Graubünden respektive das Universitäts-Kinderspital Zürich diese Funktion.

²¹ Für die Region Sarganserland erfolgt die Beurteilung der Zugänglichkeit unter Einbezug des Kantonsspitals Graubünden.

2. **Aufnahmepflicht:** Listenspitäler dürfen bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten keine Selektion gemäss Versicherungsstatus oder aufgrund des individuellen Risikos respektive Betreuungsaufwands vornehmen, sowie dies nicht von der Planungsbehörde verlangt wird. Dies beinhaltet auch die Sicherstellung eines gleichberechtigten Zugangs von Menschen mit einer Behinderung. Die Listenspitäler müssen sich im Rahmen des Bewerbungsverfahrens verpflichten, keine Patientinnen/Patienten- oder Risikoselektion zu betreiben. Bei Anzeichen von Nichterfüllung der Aufnahmepflicht (insbesondere bei Listenspitälern, die weniger als 60 Prozent ausschliesslich Grundversicherte aufweisen) können die betroffenen Listenspitäler verpflichtet werden, folgende Daten einzureichen bzw. auf der Spital-Webseite zu publizieren:
- Datum der Anmeldung sowie Datum und Uhrzeit der Operationen/Interventionen bei elektiven Eingriffen, aufgeschlüsselt nach der Spitalisten Akutsomatik 2024 der Planungskantone sowie nach Liegeklasse der Patientinnen und Patienten (allgemein/halbprivat/privat) sowie nach den durchschnittlichen Wartezeiten pro Leistungsgruppe und Liegeklasse.
 - Für Listenspitäler mit Notfallstation zusätzlich: Anzahl aufgenommener sowie an Drittspitäler weitergewiesener Notfallpatientinnen und -patienten, aufgeschlüsselt nach Diagnose, Begründung für Verlegung sowie nach Liegeklasse.

Innerhalb der Planungsregion konnten im Rahmen der Auswertung der Bewerbungen keine Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive für die Selektion nach Versicherungsstatus gefunden werden. Bei einem ausserregionalen Bewerber wurden zwei Bereiche mit Anzeichen für die Selektion nach Versicherungsstatus identifiziert. Entsprechende Ausführungen dazu sind im Kapitel 8.26 in den bewerbenspezifischen Ausführungen enthalten.

6.3.4 Versorgungssicherheit

Listenspitäler müssen dem Kriterium der kontinuierlichen und langfristigen Bereitschaft zum Angebot der jeweiligen Leistungsbereiche entsprechen. Der Bewerber muss glaubhaft darlegen, dass die kontinuierliche und langfristige Bereitschaft zum Angebot der beantragten Leistungsgruppe besteht. Dieses Kriterium wird bei der Beurteilung von Leistungsaufträgen für einzelne Leistungsgruppen herangezogen. Darüber hinaus wird das Kriterium der Versorgungssicherheit hinsichtlich des Beitrags des Bewerbers zum Beitrag an den Fachkräftemangel geprüft. Schliesslich formulieren die Planungskantone unter diesem Kriterium auch Vorgaben für den Betrieb in ausserordentlichen Lagen (Katastrophen, Pandemien, Strommangellage, Cyberangriffe etc.). Die entsprechenden Anforderungen sind dem Dokument «Generelle Anforderungen an die Listenspitäler der Spitalisten Akutsomatik der Planungskantone» in der Dokumentation auf der Bewerbungsplattform www.spitalplanung-araisg.ch zu entnehmen.

Aus- und Weiterbildung nichtuniversitäre Gesundheitsberufe

Die Nachwuchssicherung in Form der Bereitstellung von ausreichenden Aus- und Weiterbildungsplätzen für Berufe des Gesundheitswesens gilt als Indikator für die Sicherstellung der Versorgung. Das Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen formuliert seit dem Jahr 2016 basierend auf einem separaten Versorgungskonzept zu den nicht universitären Gesundheitsberufen konkrete Vorgaben auf Ebene Spitalunternehmen. Im Rahmen der Bewerbung für die Spitalisten Akutsomatik 2024 der Planungsbehörden wird eine Verknüpfung zum Aus- und Weiterbildungsbeitrag der

Bewerber hergestellt (gilt nur für Bewerber mit Standort innerhalb der Planungsregion).

Alle innerregionalen Bewerberinnen und Bewerber haben sich grundsätzlich verpflichtet, ihren Beitrag entsprechend den kantonalen Versorgungskonzepten zur Aus- und Weiterbildung der nicht-universitären Gesundheitsberufe zu leisten. Die Nicht-Erfüllung von kantonalen Anforderungen respektive Verstösse gegen das kantonale Konzept werden vom Standortkanton gemäss seinen Vorgaben sanktioniert.

In Appenzell Ausserrhoden wurde im Jahr 2023 die Erfüllung der Aus- und Weiterbildungspflicht gemäss [Konzept Ausbildungsverpflichtung der Listenspitäler im Kanton Appenzell Ausserrhoden](#) bei den nicht-universitären Gesundheitsberufen überprüft. Dabei wurden die Ausbildungsleistungen der kantonalen Listenspitäler aller Versorgungsbereiche mit dem errechneten Vorgabewert verglichen. Im Rahmen dieser Auswertung – unter Berücksichtigung eines abgestuften Toleranzwertes – wurde bei einem Bewerber festgestellt, dass die Aus- und Weiterbildungsleistungen unzureichend sind. Ausführungen zu den Auflagen für diesen Bewerber in Bezug auf die Ausbildungsleistungen sind im Kapitel 7 in den bewerbenspezifischen Ausführungen enthalten.

Betrieb in ausserordentlichen Lagen

Die akutstationäre Gesundheitsversorgung muss auch in ausserordentlichen Lagen sichergestellt sein. Die Planungskantone verfügen dazu über verschiedene individuelle Konzeptionspapiere. Im Rahmen der Bewerbung für die Spitallisten werden folgende Anforderungen gestellt:

1. Das Listenspital ist verpflichtet, im Pandemiefall Vorgaben des Epidemiegesetzes (EpG), des Pandemieplans Schweiz sowie des Pandemieplans des Standortkantons (sofern vorhanden), des Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes (BZG) und des Bevölkerungsschutzgesetzes (BSG), jeweils in der aktuellen Version, zu berücksichtigen und umzusetzen. Das Listenspital mit Basispaket verfügt über einen innerbetrieblichen Pandemieplan. Es bezeichnet eine Referenz- und Kontaktperson, die für die Planung und Umsetzung von Massnahmen bei ausserordentlichen Lagen zuständig ist.
2. Das Listenspital muss über ein Konzept für eine Strom-Mangellage verfügen sowie in der Lage sein, seinen Betrieb für wenigstens zwei Wochen zu 80 Prozent zu gewährleisten, wobei der Dieselnachschub vertraglich gesichert sein muss. Für Spitalunternehmen mit Basispaket elektiv reduziert sich die sicherzustellende Betriebszeit auf fünf Tage.
3. Das Listenspital muss Vorkehrungen getroffen haben für einen funktionierenden IT-Betrieb im Spital während einer Strom-Mangellage. Das Listenspital befolgt bei der Beschaffung, der Inbetriebnahme und beim Betrieb von IT-Fremdsystemen die Anforderungen des [Leitfadens](#) von H+ Die Spitäler der Schweiz über die IT-Sicherheit von Fremdsystemen. Das Listenspital setzt die vom Nationalen Zentrum für Cybersicherheit (NCSC) veröffentlichten [Mindestanforderungen](#) an die Cybersicherheit für Unternehmen im Gesundheitswesen um.
4. Das Listenspital muss über Mindestvorräte an Schutzmasken, Handschuhen, Überschürzen, Desinfektionsmitteln und Medikamenten gemäss nachfolgender Auflistung verfügen.

Schutzmaterial	Mindestvorrat
Schutzmasken	Vorrat für viereinhalb Monate im Regelbetrieb
Handschuhe	Vorrat für drei Monate im Regelbetrieb
Überschürzen	Vorrat für drei Monate im Regelbetrieb
Desinfektionsmittel	Vorrat für drei Monate im Regelbetrieb
Medikamente	Aufrechterhaltung eines autonomen Betriebs während mindestens einem Monat (d.h. ohne Medikamentennachschub)

Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens wurde geprüft, ob die Bewerber die Anforderungen an den Betrieb in ausserordentlichen Lagen erfüllen. Dies ist mit wenigen Ausnahmen der Fall. Da es sich nicht um Ausschlusskriterien handelt, wird die Nicht-Erfüllung einer Anforderung mit einer Auflage versehen. Die entsprechenden Auflagen sind im Kapitel 7 in den bewerberspezifischen Ausführungen enthalten.

6.3.5 Bedarfsgerechtigkeit

Die Kantone sind verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalplanung zu erstellen. Auf Ebene der Leistungsbereiche wurde in Kapitel 5.3 der zukünftige Bedarf für das Jahr 2031 ermittelt. Im Rahmen der Bewertung der eingegangenen Bewerbungen erfolgt eine Beurteilung in Bezug auf die Bedarfsgerechtigkeit und den bisherigen Beitrag zur Versorgung (Marktanteil). Dabei ist es möglich, dass aus Bedarfssicht ein Antrag für Erteilung eines Leistungsauftrags für eine spezifische Leistungsgruppe verweigert werden kann, auch wenn die leistungsspezifischen Anforderungen erfüllt sind.

6.3.6 Regionale Endversorgung

Ein wichtiges Element einer Versorgungsplanung ist die Sicherstellung eines abgestuften Versorgungssystems. Das stationäre Gesundheitssystem eines Kantons oder einer Versorgungsregion ist umso effizienter, je besser es gelingt, den einzelnen Spitälern stufengerechte Aufgaben zu übertragen: «Einfache» und häufige Leistungen sollen dezentral, komplexe und seltenere Leistungen möglichst zentral angeboten werden. Eine Konzentration drängt sich v.a. dann auf, wenn das Angebot mit Vorhalteleistungen (24 Stunden, 365 Tage), hohen Infrastrukturkosten (z.B. Medizintechnik) und hohen Personalqualifikationen verbunden ist. Diesem Zweck dient das unter Kapitel 6.1 beschriebene Planungsmodell.

Im Vergleich zu anderen Versorgungsregionen ähnlicher Grösse verfügt die Planungsregion bereits heute über ein klar abgestuftes stationäres Versorgungssystem. Im Zentrum stehen dabei für die Erwachsenenmedizin das KSSG und für die Kinder- und Jugendmedizin das OKS als regionale Endversorgerspitäler. Einem solchen Spital, das bis auf wenige Ausnahmen Patientinnen und Patienten nicht mehr an eine «höhere» Instanz weiterverweisen kann, obliegt es, fast alle Fachgebiete in identischer Qualität rund um die Uhr anzubieten. Dazu gehören zusätzlich Aus- und Weiterbildungsaufgaben in den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Berufen sowie die Beteiligung an der medizinischen Forschung. Um das KSSG und das OKS als regionale Endversorgerspitäler gruppieren sich insgesamt vier öffentliche Allgemeinspitäler mit fünf Standorten (SVAR, SRRWS mit den Standorten Altstätten und Grabs, Spital Linth und SRFT), fünf private Spitäler (Hirslanden Klinik Am Rosenberg, Berit-Klinik Speicher, Hirslanden Klinik Stephanshorn, Rosenklinik und Thurklinik) und zwei Spezialkliniken (Geburtshaus St.Gallen und Geriatrische Klinik St.Gallen).

In Zeiten fortschreitender Spezialisierung und vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden Personalengpässen hat die Sicherstellung der regionalen Endversorgung für die Planungsbehörden eine hohe Bedeutung. Dabei sind zwei Aspekte zu berücksichtigen: die Konzentration von stationären Angeboten kann einerseits notwendig sein vor dem Hintergrund von hohen Vorhalte- und Infrastrukturkosten. Der Personalbedarf für die Abdeckung einer Notfallversorgung rund um die Uhr über das Jahr beträgt 5 bis 6 Personen je Funktion. Andererseits kann die Konzentration aber auch begründet sein durch die Notwendigkeit, dass in die Behandlung von gewissen Gruppen von Patientinnen und Patienten eine Vielzahl von unterschiedlichen medizinischen Disziplinen involviert sind, die – aus Qualitäts- und Effizienzgründen – von Vorteil an einem Ort vereint sind. Hingegen soll in elektiven Fachbereichen dem Wettbewerb aufgrund der fehlenden Vorhaltekosten eine höhere Bedeutung zukommen als in Leistungsgruppen, die einen Notfall voraussetzen. In elektiven Bereichen ist die Erteilung neuer Leistungsgruppen an bestehende Leistungserbringer möglich.

6.3.7 Mindestversorgungsanteil

Das Kriterium des Mindestversorgungsanteils wird in der vorliegenden Planung in dreifacher Hinsicht verwendet. Erstens als generelles Ausschlusskriterium für Bewerber innerhalb der Planungsregion und zweitens als Kriterium für die Berücksichtigung von Bewerber mit Standort ausserhalb der Planungsregion. Drittens kommt das Kriterium auch innerhalb des Planungsmodells (siehe Kapitel 6.1) als Zuteilungskriterium zur Anwendung.

Bewerber innerhalb der Planungsregion

Leistungserbringer innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Grund-Spitalleistungsgruppe (X.1)²² einen Versorgungsanteil von mindestens 5 Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen, damit sie nach der Auswertung des Bewerbungsverfahrens für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Damit wird gemäss Art. 58d KVV Abs. 4 das Potenzial der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung eruiert.

.....
Tabelle 24: Erfüllung des Kriteriums Mindestversorgungsanteil innerregional, 2021

Spital	Anzahl angebotene Grundleistungsgruppen	Anzahl Grundleistungsgruppen \geq 5 Prozent
Kantonsspital St.Gallen	34	34
SVAR Herisau	29	28
Spital Altstätten	22	6
Spital Grabs	27	18
Spital Walenstadt	26	5
Spital Linth	28	12
Spital Wil	24	10
Klinik Stephanshorn	28	13
OKS	34	34
Geriatrische Klinik	-	-
Berit Klinik Speicher	13	7

²² BP, DER1, HNO1, NCH1, NEU1, AUG1, END1, VIS1, HAE1, GEF1, ANG1, RAD1, HER1, KAR1, NEP1, URO1, PNE1, THO1, BEW1-BEW7, RHE1, GYN1, GEBH, GEB1, NEO1, ONK1, RAO1, NUK1, UNF1

Spital	Anzahl angebotene Grundleistungsgruppen	Anzahl Grundleistungsgruppen \geq 5 Prozent
Berit Klinik Goldach	-	-
Berit Klinik Wattwil	-	-
Klinik Am Rosenberg	10	7
Rosenklinik	12	1
Thurklinik	-	-
Geburtshaus St.Gallen	2	2

Die Geriatrische Klinik ist spezialisiert auf die konservative multidisziplinäre Behandlung von multimorbiden betagten Patientinnen und Patienten mit Schwerpunkt auf die geriatrische Akutrehabilitation von diversen Krankheitsbildern. Die Zuweisung einzelner organspezifischen Leistungsgruppen macht vor diesem Hintergrund wenig Sinn. Sie erhält einen Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich «GER Akutgeriatrie». Sie muss deshalb auch das Kriterium des Mindestversorgungsanteils nicht erfüllen. Abgesehen von der Thurklinik und der Berit Klinik Goldach erfüllen alle innerregionalen Bewerber das Kriterium, wonach ein Bewerber in mindestens einer Grundleistungsgruppe einen Versorgungsanteil von fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen muss, damit er für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen ist. Die damit verbundenen Konsequenzen werden in den Kapiteln 8.16 und 8.20 ausgeführt.

Bewerber ausserhalb der Planungsregion

Gemäss Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist es Kantonen vorbehalten, den ausgewiesenen Bedarf ihrer jeweiligen Wohnbevölkerung in einem ersten Schritt innerkantonal zu decken (BGE 132 V 6 E 2.4.1). Im Fall einer überkantonalen Planung kommt dieser Grundsatz auf das entsprechende Planungsgebiet zur Anwendung. Leistungserbringer mit Standort ausserhalb der Planungsregion werden in die Evaluation einbezogen, wenn diese in einer Leistungsgruppe einen Mindestanteil von 10 Prozent (in absoluten Zahlen mindestens 10 Fälle) aller Behandlungen von Patientinnen und Patienten der Planungsregion aufweisen.

Insgesamt wiesen neun ausserregionale Leistungserbringer in 15 verschiedenen Leistungsgruppen einen Mindestversorgungsanteil von mindestens 10 Prozent und mindestens 10 Fällen auf (ohne IVHSM-Leistungsgruppen). Schwerpunktmässig betroffen sind die Herzchirurgie respektive die strukturellen Eingriffe in der interventionellen Kardiologie sowie die Epilepsie-Behandlung. Sofern die entsprechenden Leistungserbringer nicht bestehende Listenspitäler waren, wurden sie von den Planungsbehörden mit Verweis auf die Erfüllung des Mindestversorgungsanteils zum Bewerbungsverfahren eingeladen. Das Zuger Kantonsspital, das Kantonsspital Winterthur, die Klinik Gut in Fläsch sowie das Herz-Neuro-Zentrum Bodensee in Kreuzlingen haben keine Bewerbung eingereicht. Die Planungsbehörden werten dies als Verzicht der jeweiligen Leistungserbringer auf einen Leistungsauftrag der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden oder St.Gallen.

Tabelle 25: Ausserregionale Spitäler mit erfülltem Mindestversorgungsanteil je Leistungsgruppe, 2021

Spital	Kürzel	Leistungsgruppe	Anzahl Fälle ARAISG	in % Fälle ARAISG	Total ARAISG
Universitäts-Spital Zürich	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	48	92.3%	
	KAR3.1.1	Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	115	56.4%	
	HER1.1.3	Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta	19	50.0%	
	HER1.1.4	Offene Eingriffe an der Aortenklappe	37	41.1%	
	HER1.1.5	Offene Eingriffe an der Mitralklappe	15	21.4%	
	DER1.1	Dermatologische Onkologie	17	21.3%	
	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	41	19.2%	
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)	22	16.5%	
	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien	23	13.5%	
Hirslanden Klinik Zürich	HER1.1.5	Offene Eingriffe an der Mitralklappe	36	51.4%	
	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	81	37.9%	
	HER1.1.4	Offene Eingriffe an der Aortenklappe	34	37.8%	
	KAR3.1.1	Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	31	15.2%	
Herz-Neuro-Zentrum Bodensee	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	65	30.4%	
Stadtspital Zürich Triemli	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	24	11.2%	
Klinik Lengg	NEU4.1	Epileptologie: Komplexbehandlung	10	47.6%	
	NEU4.2	Epileptologie: Prächirurgische Epilespiediagnostik	45	34.4%	
Klinik Gut Fläsch	BEW7.2.1	Wechseloperationen Knieprothesen	13	14.6%	
Zuger Kantonsspital	PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität	13	44.8%	
Kantonsspital Winterthur	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie	11	11.8%	
Luzerner Kantonsspital	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie	31	33.3%	

Quelle: Medizinische Statistik, Bundesamt für Statistik

Gemäss Vorgaben der GDK werden für Leistungsgruppen der Hochspezialisierten Medizin (HSM) nur innerkantonale Leistungserbringer in die Spitalisten aufgenommen, da dieser Eintrag nur subsidiär zur gesamtschweizerischen Spitalliste des HSM-Beschlussorgans zur Anwendung kommt.

6.4 Leistungsspezifische Kriterien

Für die Evaluation der einzelnen Anträge der Spitalunternehmen verwenden die Planungskantone das Spitalleistungsgruppenkonzept (SPLG) Version ARAISG 2024.01. Die Tabelle mit den leistungsspezifischen Anforderungen befindet sich in der Dokumentation auf der Bewerbungsplattform www.spitalplanung-araosg.ch. Für jede Leistungsgruppe werden darin unterschiedliche Anforderungen an Personal, Prozesse oder Strukturen gestellt.

Die Planungskantone haben in der SPLG-Klassifikation folgende Änderungen gegenüber dem Kanton Zürich vorgenommen:

- Es existiert eine zusätzliche Leistungsgruppe BES «Bewachungsstation» als Querschnittsbereich für die stationäre Versorgung von Strafgefangenen.
- Innerhalb des Basispakets existiert eine zusätzliche Leistungsgruppe ANB-GNZ «Akutstationäre Notfallbetten am Gesundheits- und Notfallzentrum (GNZ)». Diese Leistungsgruppe wurde geschaffen, um ambulanten Notfallanlaufstellen an ehemaligen Spitalstandorten den Betrieb von kurzstationären Notfallbetten zu ermöglichen. Damit verbunden ist die Aufnahme in die Spitalliste. Die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten ist ausschliesslich auf Patientinnen und Patienten aus der Notfallanlaufstelle beschränkt. Punktuell können weitere Patientengruppen bestimmt werden, die stationär behandelt werden dürfen.
- Auf die Erteilung eines Leistungsauftrags für die Querschnitts-Leistungsgruppe AVA «Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker» wird verzichtet, da diese Leistung in den Planungskantonen im Spitalumfeld nicht angeboten wird. Der Zugang zum schweizweit einzigen ausserkantonalen Leistungserbringer ist für die Patientinnen und Patienten der Planungskantone gewährleistet.

Die SPLG-Version ARAISG 2024.01 beinhaltet insgesamt 24 Leistungsgruppen, die der gesamtschweizerischen Planung gemäss Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin zugeteilt sind. In einigen davon bestehen derzeit Regulierungslücken. In Absprache mit dem Sekretariat der GDK-Sekretariat des HSM-Beschlussorgans wird die Leistungsgruppe NEU4.2 für den Teil der nicht-invasiven Epilepsie-Diagnostik für das kantonale Bewerbungsverfahren zugelassen. Zudem besteht zwar im Bereich GYNT ein Entwurf eines Zuteilungsentscheids des Beschlussorgans der IVHSM. Da der genaue Leistungsumfang, der unter die IVHSM fällt, noch unklar ist, wird die Leistungsgruppe GYNT dennoch im kantonalen Bewerbungsverfahren nochmals ausgeschrieben. Im Rahmen der Auswertung des Bewerbungsverfahrens hat sich zudem gezeigt, dass bei Nichterteilung von kantonalen Leistungsaufträgen in den HSM-Leistungsgruppen NEU3.1 sowie URO1.1.2 ab Inkrafttreten der neuen Spitallisten per 1. April 2024 eine Regulierungslücke entstehen würde, da sich die entsprechenden HSM-Entscheid verzögern.

Grundsätzlich gelten für Kinderspitäler dieselben Qualitätsanforderungen wie für alle Listenspitäler. Sonderregelungen sind in begründeten Ausnahmefällen in Absprache mit den Planungsbehörden möglich, so z.B. Absprachen in Bezug auf einen Verzicht auf die Anwendung der Mindestfallzahlen oder die Anforderungen an die Notfallstation.

6.4.1 Ärztliche Dignität und Verfügbarkeit

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten in den einzelnen Leistungsgruppen ist verknüpft an das Vorhandensein von Ärztinnen und Ärzten mit unterschiedlichen Weiterbildungstiteln (Facharzttitel gemäss FMH oder äquivalente ausländische Titel). Es muss mindestens eine oder einer der genannten Fachärztinnen oder Fachärzte verfügbar sein. Grundsätzlich sollten die Patientinnen und Patienten von diesen Fachärztinnen und -ärzten behandelt werden. Es liegt aber in der Verantwortung des Spitals bzw. der Fachärztinnen und -ärzte, die Behandlung zu delegieren. Ist ein Facharzttitel angegeben, dürfen der entsprechenden Leistungsgruppe zugeordnete Eingriffe nur von Operateurinnen oder Operateuren mit entsprechender Facharztqualifikation als verantwortliche Operateurin oder Operateur durchgeführt werden. Die Trägerin oder der Träger des Facharzttitels muss beim Eingriff anwesend sein.

Bei bestimmten Leistungsgruppen ist die Behandlung durch Beleg- oder Konsiliarärztinnen/-ärzte möglich. Steht der FMH-Titel ohne Klammern, müssen die Fachärztinnen und -ärzte am Spital angestellt sein oder ihre Praxis im Spital haben. FMH-Titel in Klammern bedeuten, dass auch Belegärztinnen/-ärzte oder Konsiliarärztinnen/-ärzte zur Behandlung zugelassen sind, sofern sie vertraglich mit dem Spital verbunden sind und eine eigene Praxis in der Nähe des Spitals führen.

Falls vorhanden, wird für Leistungen der Kindermedizin der entsprechende Facharzttitel vorausgesetzt. Im Dokument «Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik» in der Dokumentation auf der Bewerbungsplattform www.spitalplanung-araisg.ch sind die Facharztqualifikationen mit Schwerpunkttitle zur Kinder- und Jugendmedizin aufgeführt.

Je Leistungsgruppe ist auch eine bestimmte zeitliche Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes oder einer Ärztin oder eines Arztes mit entsprechender Facharztqualifikation (FAe) gefordert. Die Verfügbarkeit muss rund um die Uhr an 365 Tagen gewährleistet sein. Diese Voraussetzung gilt auch beim Beizug von Beleg- und Konsiliarärztinnen/ -ärzten.

Es wird zwischen vier Verfügbarkeitsstufen unterschieden:

Stufe	Anforderung
Stufe 1	FAe ist innerhalb 1 Stunde erreichbar oder Patientin/Patient ist innerhalb 1 Stunde verlegt.
Stufe 2	FAe ist jederzeit erreichbar. Eine diagnostische oder therapeutische Intervention ist innerhalb 1 Stunde möglich; sie kann ausnahmsweise anderweitig sichergestellt sein.
Stufe 3	FAe ist jederzeit erreichbar. Eine diagnostische oder therapeutische Intervention ist innerhalb von 30 Minuten möglich.
Stufe 4	FAe Geburtshilfe bzw. FA Neonatologie oder FA Pädiatrie mit Erfahrung in Neonatologie ist innerhalb von 15 Minuten im Spital.

6.4.2 Notfallorganisation

Listenspitäler mit Leistungsauftrag für BP «Basispaket» müssen auch Notfallpatientinnen und -patienten behandeln und dafür eine adäquate Notfallstation betreiben. Entsprechend der Dringlichkeit der Notfallbehandlungen je Leistungsgruppe werden die Anforderungen an Notfallstationen in 3 Stufen unterschieden. Für die Geburtshilfe sind in Stufe 4 zusätzlich spezifische Notfall-Anforderungen vorgeschrieben. Die Vorgaben für die Notfallstation-Stufen lauten wie folgt:

Stufe	Anforderung
Stufe 1	<p>Montag – Freitag, 8-17 Uhr: Dem Notfall stehen Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation Allgemeine Innere Medizin und Chirurgie zur Verfügung (multifunktionaler Spitaleinsatz).</p> <p>Montag – Freitag, 17-8 Uhr, sowie an Wochenenden und Feiertagen rund um die Uhr: Dem Notfall stehen Assistenzärztinnen und -ärzte Allgemeine Innere Medizin und Chirurgie zur Verfügung. Bei medizinischer Notwendigkeit kann eine Fachärztin oder ein Facharzt Allgemeine Innere Medizin bzw. Chirurgie innerhalb von 30 Minuten und eine Fachärztin oder ein Facharzt Anästhesiologie innerhalb von 15 Minuten beigezogen werden.</p>
Stufe 2	<p>Montag – Freitag, 8-17 Uhr: Dem Notfall stehen Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation Allgemeine Innere Medizin und Chirurgie in erster Priorität zur Verfügung. Bei medizinischer Notwendigkeit sind sie innerhalb von 5 Minuten auf der Notfallstation. Ihr Einsatz im OP ist nur für Notfalloperationen zulässig.</p> <p>Montag – Freitag, 17-8 Uhr, sowie an Wochenenden und Feiertagen rund um die Uhr: Gleiche Anforderungen wie bei Stufe 1.</p>
Stufe 3	<p>Montag – Freitag, 8-23 Uhr: Gleiche Anforderungen wie bei Stufe 2.</p> <p>Montag – Freitag, 23-8 Uhr, sowie an Wochenenden und Feiertagen rund um die Uhr: Dem Notfall stehen Assistenzärztinnen und -ärzte Allgemeine Innere Medizin und Chirurgie in erster Priorität zur Verfügung. Bei medizinischer Notwendigkeit sind sie innerhalb von 5 Minuten auf der Notfallstation. Unter diesen Ärztinnen und Ärzten steht mindestens eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt Allgemeine Innere Medizin in der zweiten Hälfte der Facharzt-Ausbildung. Zudem steht dem Notfall bei medizinischer Notwendigkeit eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztqualifikation Chirurgie innerhalb 15 Minuten (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig) und eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztqualifikation Allgemeine Innere Medizin innerhalb 30 Minuten zur Verfügung. Bei medizinischer Notwendigkeit kann eine Fachärztin oder ein Facharzt Anästhesiologie (im Haus) oder Intensivmedizin (im Haus) beigezogen werden.</p> <p>Abweichend davon steht im Kinderspital Montag – Sonntag, 23-8 Uhr ein FA Kinderchirurgie innerhalb 45 Minuten zur Verfügung.</p>
Stufe 4	<p>Montag – Sonntag, 0-24 Uhr: Die Geburtshilfe wird von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 15 Minuten) geführt. Die Notfallsectio hat in < 30 Min zu erfolgen (d.h. von Erkennung Notsituation bis zur Entbindung). Hebammen: 24 Std. vor Ort; Anästhesiepflegepersonal: 24 Stunden vor Ort; wenn keine Gebärende im Spital ist: innert 15 Minuten im Spital. FA Anästhesie: Anwesenheit im Spital innerhalb von 15 Minuten."</p>

6.4.3 Überwachungsstation / Intensivstation

Je nach Leistungsgruppe wird das Vorhandensein einer Überwachungs- oder einer Intensivstation (IPS) verlangt. Leistungserbringer mit einer SGI-anerkannten IPS erfüllen die Voraussetzungen der Stufe 1 des Leistungsgruppenkonzeptes automatisch. In Ausnahmefällen besteht die Möglichkeit, den Leistungsauftrag in Leistungsgruppen mit der Anforderung einer Intensivstation Stufe 2 auf die Behandlung von Fällen zu beschränken, die keine IPS benötigen. Dabei muss jedoch im Haus eine temporäre Beatmung sichergestellt werden können. Diese Listenspitäler müssen über eine zertifizierte IMC verfügen. Je nach Komplexität der angezeigten Intensivbehandlungen muss die Überwachungs- oder Intensivstation einem der folgenden drei Levels entsprechen:

Stufe	Anforderung
Stufe 1	Überwachungsstation: Nähere Vorgaben dazu finden sich im Dokument «Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen» in der Dokumentation auf der Bewerbungsplattform www.spitalplanung-araisg.ch .
Stufe 2	Die aktuellen Richtlinien vom 14.09.2022 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) inkl. Anhang I Qualitätskriterien sind einzuhalten. In Ausnahmefällen: Erteilung von Leistungsaufträgen für Fälle möglich, die keine IPS benötigen. Vorhandene IMC im Haus muss eine temporäre Beatmung sicherstellen können.
Stufe 3	Die Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI inkl. Anhang I Qualitätskriterien sind einzuhalten. Zusätzlich müssen die folgenden beiden FMH-Kriterien für eine Weiterbildungsstätte der Kategorie A erfüllt sein (letzte Revision vom 21.01.2022): Anzahl Pflgeetage p.a. $\geq 3'000$; Anzahl Beatmungsschichten p.a. $\geq 24'000$

6.4.4 Verknüpfte Leistungen

Die stationäre Behandlung eines grossen Teils der Patientinnen und Patienten setzt die Verfügbarkeit von Spezialistinnen und Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen voraus. Deshalb sind verschiedene Leistungsgruppen untereinander verknüpft. Konkret bedeutet dies, dass gewisse Leistungsgruppen nur im Verbund mit anderen Leistungsgruppen angeboten werden dürfen. Dabei wird unterschieden zwischen Leistungsverknüpfungen, die auf Grund der zeitlichen Verfügbarkeit zwingend am gleichen Standort angeboten werden müssen und solchen, bei denen die Verknüpfung auch durch Kooperationen mit anderen Leistungserbringern oder Betriebsstandorten sichergestellt werden kann.

In der Kooperationsvereinbarung regeln die Vertragspartner folgende Punkte:

- Beschreibung der relevanten Behandlungsprozesse inkl. Schnittstellen
- Ansprechpartner auf beiden Seiten
- Umfang der Kooperationsleistungen und Vergütung
- Zeitliche Verfügbarkeit
- Sicherstellung des Informationsflusses (medizinische Dokumentation).

6.4.5 Tumorboard

Bei Leistungen an Patientinnen und Patienten mit malignen Erkrankungen ist ein Tumorboard erforderlich. Dies betrifft auch Leistungsgruppen, in denen es nicht nur um die Behandlung von Tumoren geht. Ein Tumorboard setzt sich in der Regel aus FAe Radio-Onkologie, Onkologie, Innere Medizin, Radiologie, Pathologie und einer/einem Vertreterin/Vertreter der jeweiligen organspezifischen Fachrichtung zusammen und findet regelmässig statt (wöchentlich/zweiwöchentlich). Die Zuschaltung von Teilnehmenden per Videokonferenz ist möglich. Tumorboards können in Kooperation mit einem anderen Spital erbracht werden. Der Beschluss des Tumorboards hat alle Vorgehensmöglichkeiten einschliesslich nicht-operativer Alternativen aufzuzeigen und die für die Patientin oder den Patienten aus medizinischer Sicht geeignetste Behandlung zu empfehlen. Die Empfehlungen des Tumorboards werden protokolliert und den Patientinnen und Patienten in einem Aufklärungsgespräch durch die Fachärztin oder den Facharzt oder durch deren geschulte und qualifizierte Mitarbeitende erklärt. Die Empfehlungen des Tumorboards sind in der Regel umzusetzen. Abweichungen müssen begründet und im Krankenhausinformationssystem (KIS) dokumentiert werden.

6.4.6 Mindestfallzahlen

Die leistungsspezifischen Anforderungen 2024 der Planungskantone sehen jährliche Mindestfallzahlen auf Spitalebene in 32 Leistungsgruppen vor. Die Zählung der Mindestfallzahlen erfolgt auf Ebene des einzelnen Spitalstandortes anhand des entsprechenden Moduls des SPLG-Groupers. Die Planungskantone verzichten auf die Übernahme von operateurbezogenen Mindestfallzahlen. Für die Beurteilung der Einhaltung der Mindestfallzahlen wird der Durchschnitt der Eingriffszahlen der zwei letzten verfügbaren Datenjahre betrachtet.

6.4.7 Kinderanästhesie

Um Eingriffe bei Kindern unter 12 Jahren durchführen zu können, ist mindestens ein Leistungsauftrag für Kinderanästhesie (KA-A bis KA-D) notwendig. Für Einzelheiten wird auf Kapitel 3.39 der weitergehenden leistungsspezifische Anforderungen verwiesen.

6.4.8 Kooperationsvereinbarungen

Leistungsaufträge für (hoch-)spezialisierte Leistungsgruppen können an Spitäler der Grund- oder Zentrumsversorgung erteilt werden, auch wenn nicht alle Eignungskriterien erfüllt sind, sofern eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Spital der Grund- oder Zentrumsversorgung und einem Spital der höheren Versorgungsstufe vorliegt. Damit soll die wohnortnahe Erbringung von spezialisierten stationären Behandlungsleistungen ermöglicht werden. Diese Kooperationen müssen die nachfolgenden Anforderungen erfüllen:

- Nur ein Kooperationspartner je Leistungsbereich
- Das Spital der höheren Versorgungsstufe muss alle Eignungskriterien eigenständig ohne Kooperation mit Dritten erfüllen.
- Das Spital der tieferen Versorgungsstufe erbringt ausschliesslich elektive Leistungen;
- Das Spital der tieferen Versorgungsstufe verfügt über ein Konzept für den Umgang mit spitalinternen und -externen Notfallpatientinnen und -patienten der betreffenden Leistungsgruppe. Dieses Konzept ist mit dem Kooperationspartner abgestimmt.
- Therapiefestlegung für alle Patientinnen und Patienten erfolgt im Rahmen einer gemeinsamen Indikationskonferenz.
- Elektronischer Datenaustausch zwischen den Kooperationsspitalern ist standardisiert gewährleistet.

Entsprechende Kooperationsvereinbarungen müssen bei der Planungsbehörde eingereicht respektive nachgereicht werden. Das Fehlen von unterzeichneten Kooperationsvereinbarungen führt zur Nicht-Erteilung bzw. dem Entzug von entsprechend erteilten Leistungsaufträgen im Spital der tieferen Versorgungsstufe.

Die Planungskantone führten vom 22. November 2023 bis 12. Januar 2024 eine Vernehmlassung bei den betroffenen Kreisen zu den Entwürfen von Planungsbericht und Spitallisten ARAISG inklusive deren Anhänge durch. Insgesamt wurden 36 Adressaten zur Vernehmlassung eingeladen, davon haben 27 die Gelegenheit zur Stellungnahme wahrgenommen. Die Stellungnahmen der umliegenden Kantone sind in Kapitel 7.1 zusammengefasst. Kommentare zum Planungsbericht (Prognose, Planungskriterien, Planungsmodell, generelle und leistungsgruppenspezifische Anforderungen) werden in Kapitel 7.2 erörtert. Die Eingaben der Versicherten-Verbände santésuisse und curafutura sind in Kapitel 7.3 vereint. Die leistungsgruppenspezifischen Stellungnahmen einzelner Bewerber werden im Abschnitt zum entsprechenden Bewerber im Kapitel 8 abgehandelt.

7.1 Koordination mit den umliegenden Kantonen

Die Vernehmlassung dient u.a. dazu, die Koordination mit den Planungsbestrebungen der umliegenden Kantone sicherzustellen. Folglich wurden alle Kantone der GDK-Ost und das Fürstentum Liechtenstein angeschrieben. Materiell liessen sich die Kantone Glarus, Graubünden, Thurgau und Zürich vernehmen.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GD Zürich) äussert Verständnis für die Gründe des Aufbaus eines wohnortnahen herzchirurgischen Angebots in der Ostschweiz und erachtet die geplante Kooperation mit der Allianz Herzchirurgie Zürich als sinnvoll. Die Zukunft werde zeigen, ob alle herzchirurgischen Kliniken bezogen auf die einzelnen Standorte genügend hohe Fallzahlen und im Rahmen des Qualitätsprogramms «Herzchirurgie» der GD Zürich ausreichende Qualitätsindikatoren aufweisen werden. In diesem Zusammenhang wird der Anschluss des KSSG an das Qualitätsprogramm «Herzchirurgie» begrüsst. Schliesslich erachtet die GD Zürich es als wünschenswert, wenn inskünftig im Bereich der Planung der herzchirurgischen Versorgungskapazitäten eine Abstimmung zwischen den Planungsregion ARAISG und dem Kanton Zürich erfolgen würde.

Hinsichtlich Kinderanästhesie begrüsst die GD Zürich die Übernahme der Anforderungen der Querschnittsbereiche (KAA, KAB, KAD, KAC) durch die Planungsbehörden ARAISG. Die GD Zürich bemerkt zudem, dass die Anforderungen aufgrund von zwischenzeitlich erfolgten Bundesverwaltungsgerichtsentscheiden in den nächsten Jahren überarbeitet und präzisiert werden. Diese Präzisierungen werden von den Planungsbehörden ARAISG umgesetzt, sobald diese seitens der GD Zürich vorliegen.

In der Gefässmedizin begrüsst die GD Zürich die Befristung der Erteilung von Leistungsaufträgen für periphere Gefässeingriffe (ANG1, GEF1, RAD1) an Nicht-Endversorger-Spitäler bis Ende 2026 mit dem Verweis auf entsprechende Arbeiten zur Präzisierung des SPLG-Konzeptes. Die GD Zürich stützt die Meinung der Planungsbehörden, die abdominale und thorakale Gefässchirurgie und -angiologie als Endversorger-Leistung zu zentralisieren und steht deshalb einer Erteilung des Leistungsauftrags für GEFA an das Spital Herisau ablehnend gegenüber. Analoge Überlegungen

führen zu abschlägigen Haltungen betreffend Anträgen des Spitals Herisau zu PNE1.1 und GYNT.

86

Im Bereich der Schlaganfallbehandlung begrüsst die GD Zürich die Erteilung eines Leistungsauftrags an das GZO Spital Wetzikon für NEU3 und kritisiert gleichzeitig die Vergabe von NEU3 an mehrere periphere Spitäler (Spitäler Uznach, Herisau, Walenstadt und Wil). Dabei wird u.a. auf die eingängige Fachliteratur zu besseren Outcomes in spezialisierten Zentren gegenüber peripheren Schlaganfall-Behandlungen verwiesen. Aus Sicht der Planungsbehörden scheint diesbezüglich ein Missverständnis vorzuliegen. Die Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten ist gemäss den Planungsbehörden in erster Linie im Stroke Center oder in der Stroke Unit vorzunehmen. Es existieren jedoch Patienten-Umstände, die eine periphere stationäre (Erst-)Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten (in Absprache mit dem Stroke Center resp. der Stroke Unit) medizinisch rechtfertigen. Primär geht es um konservative Behandlungen oder um Erst-Beurteilungen mit nachfolgenden Verlegungen. Zwingend ist dabei, dass diese Entscheide immer in Absprache mit dem KSSG, dem Spital Grabs oder eines ausserregionalen Stroke-Centers/Unit getroffen werden. Für diese zahlenmässig wenigen Patientinnen und Patienten müssen die Grundversorger-Spitäler einen Leistungsauftrag für NEU3 besitzen.

Weiter äussert sich die GD Zürich kritisch zur vom Kanton St.Gallen neu geschaffenen und von den Planungsbehörden ARAISG übernommenen Leistungsgruppe «Akutstationäre Notfallbehandlung im Gesundheits- und Notfallzentrum ANB-GNZ». Es handle sich um eine Leistungsgruppe, die nicht der von der GDK empfohlenen Version der Leistungsgruppensystematik entspreche. Aufgrund der fehlende Operationalisierung der SPLG ANB-GNZ könne nicht beurteilt werden, ob die behandelten Patientinnen und Patienten einen stationären Behandlungsbedarf aufwiesen würden. Eine drohende ambulante Unterfinanzierung alleine rechtfertige nicht eine Aufnahme in die Spitalliste. Schliesslich bestehe auch die Gefahr, dass Leistungserbringer mit ausschliesslichem Leistungsauftrag für ANB-GNZ die Kostenbasis für Grundversorger-Spitäler im Rahmen von Tarifverhandlung zu Ungunsten letzterer verfälschen würden. Dazu kann festgehalten werden, dass aus Sicht der Planungsbehörden die Verwendung von ANB-GNZ als zusätzliche Leistungsgruppe nicht der GDK-Empfehlung zur möglichst ganzheitlichen Übernahme der SPLG-Systematik widerspricht. Es handelt sich dabei um eine aufgrund von regionalen Spezifika weiterentwickelte Systematik. Die Schaffung der Leistungsgruppe ANB-GNZ wurde von den Planungsbehörden – entgegen der Darstellung der GD Zürich – nicht mit einem mangelnden ambulanten Deckungsbeitrag der entsprechenden Leistungen begründet. Gründe für die Schaffung der SPLG ANB-GNZ waren einerseits die Umwandlung des Spitals Wattwil in ein ambulantes Gesundheitszentrum mit 24-Stunden-Notfallanlaufstelle mit der Möglichkeit der zeitlich begrenzten stationären Betreuung und andererseits die Vorgabe des KVG, wonach stationäre Leistungen nur dann abgerechnet werden können, wenn der entsprechende Leistungserbringer auf der Spitalliste eines Kantons figuriert. Um eine konzeptionelle Differenzierung gegenüber Mehrsparten-Spitälern mit Notfallstation und Belegarztspitälern mit elektivem Leistungsangebot herbeiführen zu können, mussten die Planungsbehörden die bestehende Leistungsgruppensystematik in diesem Punkt spezifizieren. Eine tarifarische Benachteiligung der Mehrsparten-Spitälern mit Notfallstationen scheint vor dem Hintergrund der bescheidenen Anzahl von Leistungserbringern, die für die SPLG ANB-GNZ qualifizieren, nicht gegeben.

Aus dem Kanton Thurgau sind eine Stellungnahme des Departementes Finanzen und Soziales (DFS-TG) sowie ein Mitbericht des Amtes für Gesundheit (AfG TG) ein-

gegangen. Das DFS-TG begrüsst im Grundsatz die Verwendung des Planungsmodells, wie es im Projekt «Modellplanung Ost» von den sechs Ostschweizer Kantonen entwickelt wurde. Inhaltlich wird festgestellt, dass das Planungsmodell primär für eine dezidierte Abgrenzung zu Ungunsten der Zürcher Spitäler und des Herz-Neuro-Zentrum Bodensee (HNZB) verwendet wurde. Weiter stellt sich das DFS-TG gegen die Schaffung einer Herzchirurgie am KSSG. Erstens bestünden bereits heute Überkapazitäten in der Herzchirurgie und zweitens widerspräche der Aufbau eines herzchirurgischen Angebots dem von den Vereinbarungskantonen explizit geäusserten Ziel einer Angebots- und Kapazitätsstraffung. Das DFS-TG kann diesen Entscheid nicht nachvollziehen und stellt eine Beschwerde in Aussicht, sollten die Planungskantone an diesem Vorhaben festhalten. Begrifflich bemängelt das DFS-TG die Verwendung des Begriffs «Regionale Endversorgung» im Planungsmodell. Dies entspreche nicht dem gemeinsam entwickelten Planungsmodell. Dieses habe die Schaffung von drei Grossregionen (Thurgau, St.Gallen-Appenzellerland, Graubünden/Glarus/Sarganserland) vorgesehen. Das KSSG sei in diesem Zusammenhang als Zentrumsspital und nicht als Endversorgerhospital zu bezeichnen. Schliesslich konstatiert das DFS-TG, dass die in Aussicht genommenen Spitalisten der Summe der bisherigen kantonalen Spitalisten entspreche und damit die Reduktion von medizinischer Über-, Unter- oder Fehlversorgung respektive die Bildung von kantonsübergreifenden Versorgungsräumen verfehlt werde. Die Planungsbehörden nehmen zur Kenntnis, dass sich das DFS-TG gegen die Schaffung eines herzchirurgischen Angebots am KSSG stellt. Gleichzeitig bedauern die Planungskantone, dass das HNZB trotz Einladung aufgrund der Versorgungsrelevanz in HER1.1.1 darauf verzichtet hat, sich für die Aufnahme in die Spitalisten der Planungskantone für den Bereich Herzchirurgie zu bewerben. Nebst der generellen Aussage, wonach eine Schaffung eines herzchirurgischen Angebotes am KSSG die Patientenströme des Kantons Thurgau beeinflusse (namentlich in den Bezirken Arbon und Münchwilen), vermissen die Planungskantone insbesondere einen Kommentar des DFS-TG zur Einschätzung des KSSG über die Zieldurchdringung des Marktes im Jahr 2029 von 33 Prozent aller thurgauischen herzchirurgischen Patientinnen und Patienten. Die Kritik an der Verwendung des Begriffs «Endversorger-Hospital» kann nicht nachvollzogen werden. Zwar trifft es zu, dass das Projekt «Modellplanung Ost» von drei Grossregionen ausgegangen ist, innerhalb der gesamten Versorgungsregion wurde jedoch in der Modellvariante 1 insgesamt 29 Leistungsgruppen der Versorgungsebene «Ostschweiz» zugeteilt mit in der Regel einem einzigen Leistungsanbieter (Schlussbericht, S.29). Diese Leistungsgruppen entsprechen dem Status «Endversorgung» und wurden in der Modellplanung Ost dem KSSG zugewiesen. Was die Feststellung betrifft, die vorliegende Spitalliste entspreche dem Status Quo, kann dem DFS-TG ebenfalls nicht gefolgt werden. Insbesondere im Rahmen der Integration der regionalen Mehrspartenspitäler mit Notfallstationen sowie der elektiv tätigen Privatspitäler erfolgt eine Bereinigung des Angebotsspektrums (u.a. Konzentration Ophthalmologie, spezialisierte Gefäss- und Thoraxchirurgie, Entzug Listenplatz Thurklinik, Nicht-Aufnahme Berit Klinik Goldach, Verhinderung eines zweiten Anbieters im Bereich der interventionellen Kardiologie), die sich auch in einer Reduktion der Anzahl erteilten Leistungsgruppen widerspiegelt (-73 Leistungsgruppen).

Ergänzend zur Stellungnahme des DFS-TG seien nachfolgend einzelne Bemerkungen des Mitberichts des AfG-TG erwähnt. Kommentare zu spezifischen Kapiteln des Planungsberichts bzw. leistungsgruppenspezifische Anmerkungen zu einzelnen Bewerbern werden direkt im Kapitel 7.2 respektive in Kapitel 8 unter den entsprechenden Subkapiteln erwähnt. Das AfG-TG hält fest, dass innerhalb der Planungsregion rund 15'500 Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen oder aus dem Ausland behandelt würden, wovon mehr als die Hälfte aus dem Kanton Thurgau stamme. Das AfG-TG bemängelt in diesem Zusammenhang, dass die detaillierten

Patientenströme bzw. die Fallzahlen und Marktanteile der einzelnen Spitäler pro Leistungsgruppe im Planungsbericht nicht ausgewiesen würden. Dazu gilt es festzuhalten, dass die Planungsbehörden dem Kanton Thurgau und allen sich bewerbenden Spitäler im Rahmen des Bewerbungsverfahrens vom 23. April bis 12. Juni 2023 einen umfangreichen Tabellenanhang zugänglich machte, der alle Patientenströme innerhalb und ausserhalb der Versorgungsregion je Leistungsgruppe und je Leistungserbringer beinhaltet. Der Vorwurf, die Patientenströme seien nicht transparent ausgewiesen worden, ist somit haltlos.

Das Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit des Kantons Graubünden (DJSG-GR) begrüsst im Grundsatz die Bestrebungen der Planungskantone ARAISG zur Verabschiedung einer gemeinsamen Spitalplanung. Das DJSG-GR zeigt sich jedoch irritiert, dass dem Kantonsspital Graubünden (KSGR) als eigenständiger privatrechtlicher Stiftung der Entscheid des Kantons, nicht an einer gemeinsamen ostschweizerischen Spitalplanung mitzuwirken, im Rahmen der Vergabe der Leistungsaufträge vorgehalten wird. Im Sinne einer umfassenden wohnortnahen Versorgung der Patientinnen und Patienten der Region Sarganserland wäre die Aufnahme des KSGR auf die Spitalliste der Planungskantone aus Sicht des DJSG-GR angezeigt. Dies vor dem Hintergrund, dass umgekehrt sowohl das KSSG wie auch das OKS für bestimmte Leistungsgruppen auf der Spitalliste des Kantons Graubünden figurieren würden. Schliesslich wird auch die Fussnote g) der Spitallisten der Planungskantone ARAISG kritisiert, wonach eine Weiterverlegung von in der Kinderklinik des KSGR behandelten Kinder und Jugendlichen aus der Planungsregion an das OKS erfolgen sollen. Diese Vorgabe könne vor dem Hintergrund der freien Spitalwahl nicht nachvollzogen werden. Zu diesen Kritikpunkten bleibt festzuhalten, dass das KSGR betreffend Planungskriterien (insbesondere Mindestversorgungsanteil) identisch wie die weiteren ausserregionalen Leistungsanbieter behandelt wird. Eine vorteilhaftere Berücksichtigung auf Ebene der Bevölkerung einzelner Regionen liesse sich nur rechtfertigen, wenn der Kanton Graubünden ebenfalls Teil der Planungsregion wäre und seinerseits die Freizügigkeit der Patientinnen und Patienten insbesondere aus dem Churer Rheintal in die Spitäler der Planungsregion gewährleisten würde. Dies wurde mit dem Rückzug des Kanton Graubünden aus den gemeinsamen Planungsbestrebungen verhindert. Damit ist nicht einzusehen, weshalb die Planungskantone unilateral diese Freizügigkeit gewährleisten sollen. Auch eine selektive Aufnahme der Endversorger-Spitäler KSSG resp. OKS auf die Spitalliste des Kantons Graubünden vermag an dieser Ungleichheit nichts zu ändern. Umso mehr, als es sich bei den SPLG von KSSG/OKS auf der Bündner Spitallisten um Angebote handelt, die im Kanton Graubünden gar nicht angeboten werden. Schliesslich ist auch die Rüge der Unangemessenheit der «Weiterverlegungs-Verpflichtung» an das OKS zurückzuweisen. Die freie Spitalwahl bei voller Kostendeckung wird vom KVG nicht garantiert. Es liegt im Ermessen der Kantone, den Bedarf in einem ersten Schritt innerregional zu decken. Im vorliegenden Fall ist es somit legitim und mit den KVG-Vorgaben zur freien Spitalwahl vereinbar, wenn eine Planungsbehörde die Patientenströme in innerregionale Leistungserbringer lenkt.

Das Departement Finanzen und Gesundheit des Kantons Glarus (DFG-GL) hat mit Interesse von der gemeinsamen Spitalplanung Akutsomatik der Planungskantone ARAISG Kenntnis genommen. Zwar wird die Nichtaufnahme der Kantonsspital Glarus AG auf die Spitalliste in den beantragten Leistungsgruppen bedauert, der Verweis auf den nicht erfüllten Mindestversorgungsanteil und die Bemühungen zur Konzentration der Leistungen können jedoch nachvollzogen werden.

7.2 Ausführungen zum Planungsbericht

89

Kantonsbeiträge

Die Hirslanden Gruppe bemängelt in ihrer Stellungnahme, dass bei der Übersicht zu den geleisteten Kantonsbeiträgen die «nicht KVG-bedingten Kantonsbeiträge» fehlten, die der Kanton St.Gallen seinen eigenen Spitälern zusätzlich entrichtete. Spitäler mit privater Trägerschaft und einem kantonalen Leistungsauftrag würden keine solche Unterstützungszahlungen erhalten. Es ist korrekt, dass Beiträge an die St.Galler Spitalverbunde, die der Kanton St.Gallen in seiner Funktion als Eigentümer leistet, im besagten Finanzierungskapitel nicht enthalten sind. Es handelt sich dabei um Beiträge für Rekapitalisierungen des Eigenkapitals. Diese werden jedoch in separaten Vorlagen transparent ausgewiesen ([22.20.02](#), [34.20.09](#), [33.20.09A-D](#), [33.22.09A-D](#)).

Trends und Herausforderungen in der Finanzierung

Aus Sicht der Hirslanden Gruppe zeige die Tatsache, dass keine Tariffestsetzungsverfahren hängig seien, dass nicht die KVG-Tarifsystematik Hauptursache der Finanzierungsprobleme (der St.Galler Spitalverbunde?) seien. Zudem sei die Aussage nicht korrekt, wonach die Quote der Personen mit Zusatzversicherungen abnehme, da das KSSG seit Jahren über einen stabilen Zusatzversicherungsanteil von knapp 20 Prozent verfüge. Schliesslich gehörten die St.Galler Spitalverbunde zu den Leistungserbringern mit den höchsten Tarifen für Zusatzversicherungen in der Schweiz. Andere Spitäler müssten mit denselben Schwierigkeiten umgehen können, ohne dass sich der Kanton bis anhin daran finanziell beteiligt hätte.

Mindestfallzahlen

Die Berit Klinik bemängelt, dass in den SPLG «BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen» und «BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen» keine Mindestfallzahlen gebildet wurden, da seitens SPLG-Konzept für diese zwei Leistungsgruppen nur operateurbezogene Mindestfallzahlen vorgeschrieben werden und die Planungsbehörden ARAISG auf die Anwendung von operateurbezogenen Leistungsgruppen generell verzichtete. Dies habe zur Folge, dass die Revisionseingriffe weniger reguliert seien als die Primärendoprothetik, was stossend sei. Die Berit Klinik beantragt deshalb, für die Leistungsgruppen BEW7.1.1 und BEW7.2.1 je Mindestfallzahlen je Leistungserbringer von 50 jährlichen Eingriffen festzulegen. Für die Gründe des Verzichts auf operateurbezogene Mindestfallzahlen wird auf die Ausführungen in Kapitel 3.2.3 verwiesen. Bei den spitalbezogenen Mindestfallzahlen für Knie- und Hüftprothesen handelt es sich um neue Vorgaben, die mit der vorliegenden Planung eingeführt werden sollen. Eine beträchtliche Anzahl Leistungserbringer erhält aufgrund der Nichterreichung der Mindestfallzahlen nur befristete Leistungsaufträge. Revisionseingriffe sind in der SPLG-Systematik den Primäreingriffen hierarchisch unterstellt. Das heisst, dass eine Erteilung eines Leistungseingriffs für die SPLG BEW7.1.1 und BEW7.2.1 ohne Vorliegen eines Leistungsauftrags für BEW7.1 resp. BEW7.2 nicht möglich ist. Die aktuelle Situation bedeutet, dass bis zum Ende der Befristung der Leistungsaufträge für BEW7.1 und BEW7.2 per 31. Dezember 2026 alle Leistungserbringer mit Leistungsauftrag für BEW7.1 und BEW7.2 automatisch auch zugelassen sind für Revisionseingriffe. Im Rahmen der Gespräche mit den Leistungserbringern zu ihren Bewerbungen wurde kommuniziert, dass die Planungsbehörden beabsichtigen, auf dieses Datum hin eine spitalbezogene Mindestfallzahl für die SPLG BEW7.1.1 resp. BEW7.2.1 festzusetzen. Aus Sicht der Planungsbehörden besteht kein Grund, von diesem Vorgehen abzuweichen.

Die Hirslanden-Gruppe beantragt, dass die abschliessende Prüfung der Mindestfallzahlen für den Entscheid, ob ein befristeter oder unbefristeter Leistungsauftrag per 1. April 2024 erteilt werden soll, erst im Frühjahr 2024 auf Basis der Daten 2022 und 2023 erfolgen solle. Dies deshalb, weil die Daten 2021 noch von der Pandemie beeinflusst worden seien. Sollte in den Fallzahlen 2023 ein deutlicher Trend in die eine oder andere Richtung zeigen, sollte dieses Jahr gegenüber 2022 stärker gewichtet werden, da ersteres nicht durch die Pandemie beeinträchtigt war. Seitens Planungsbehörden wird dazu festgehalten, dass die Mindestfallzahlen auf Basis der jüngsten verfügbaren Daten erhoben werden. Dies sind für die aktuelle Spitalplanung die Daten aus den Jahren 2021 und 2022. Die vollständigen Daten für das Jahr 2023 sind erst im Sommer 2024 verfügbar und können deshalb nicht berücksichtigt werden.

Patientenströme

Die Hirslanden Gruppe stört sich an der abwertenden Bezeichnung der Klinik Hirslanden als «Leistungserbringer mit Spezialisierung auf Zusatzversicherte». Dies möge auf die Hirslanden Klinik im Park mit Vertragsspital-Status zutreffen aber keineswegs auf die Hirslanden Klinik Zürich als Listenspital. Es wird eine entsprechende Korrektur verlangt. Dazu gilt es seitens Planungsbehörden anzufügen, dass die Bezeichnung der Hirslanden Klinik Zürich als «Spezialisierung auf die Behandlung von Zusatzversicherten Patientinnen und Patienten» aus einer Zürcher Versorgungsperspektive nicht zutreffen mag. Hingegen weist die Hirslanden Klinik Zürich für die Spitalaufenthalte aus der Planungsregion einen Zusatzversicherungsanteil von 53 Prozent auf. Kein anderer ausserregionaler Leistungserbringer behandelt einen nur annähernd gleich hohen Anteil an Zusatzversicherten ARAISG-Patientinnen und Patienten. Damit ist die Bezeichnung «Leistungserbringer mit Spezialisierung auf Zusatzversicherte» aus Sicht der Planungsbehörden zutreffend. Eine Korrektur der Formulierung drängt sich nicht auf.

Herzchirurgie

Aus Sicht der Hirslanden Gruppe besteht kein Bedarf für die Aufnahme von zusätzlichen Leistungserbringern im Bereich Herzchirurgie in die Spitalisten der Planungskantone. Eine Aufnahme wäre nur gerechtfertigt, wenn überlange Wartelisten bestünden. Angesichts der Wegzeiten aus der Planungsregion nach Zürich erschliesse sich für die Hirslanden Gruppe auch das Argument der wohnortnahen Versorgung nicht. Wenig überzeugend sei auch der Hinweis, dass die zentrale Steuerung durch den Vorsteher der Klinik für Herzchirurgie am USZ eine qualitativ und wirtschaftlich optimale Leistungserbringung garantiere. Die Hirslanden Gruppe bemängelt weiter, dass die Vergabe im Bereich der Herzchirurgie qualitative und wirtschaftliche Komponenten ungeprüft lasse. So seien weder Qualitätsindikatoren der bestehenden Herzchirurgischen Kliniken noch die Tatsache berücksichtigt worden, dass die Hirslanden Klinik Zürich gegenüber den anderen Kliniken über tiefere Tarife verfüge. Die Hirslanden Gruppe kritisiert weiter, dass mit der beabsichtigten Allianz Herzchirurgie im defizitären KSSG weitere Vorhalteleistungen aufgebaut würden, die zu neuen steuerlichen Belastungen und zu einem weiteren Prämienanstieg führen würden. Gestützt darauf erneuert die Hirslanden Gruppe ihre gemeinsame Bewerbung für Kardiologie und Herzchirurgie der Standorte Hirslanden Klinik Zürich und der Hirslanden Klinik Stephanshorn. Diese beiden Standorte würden in enger Kooperation für die Bevölkerung der Planungskantone ein innovatives und agiles Angebot im Bereich der Kardiologie und Herzchirurgie anbieten. Hierbei sei für die Kooperation die Klinik Stephanshorn erste Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislaufproblemen aus der Planungsregion. Kardiologie und Herzchirurgie würden in St.Gallen gemeinsam Sprechstunden durchführen. Herzchirurgische Eingriffe würden in der Klinik Hirslanden in Zürich stattfinden, die Vor- und Nachbehandlung von herzchirurgischen Patientinnen und Patienten wiederum wohnortnah in St. Gallen.

Notfalleingriffe bei Herzinfarkt könnten in der Klinik Stephanshorn vorgenommen werden. Soweit nötig, würde zwischen der Klinik Stephanshorn und der Klinik Hirslanden ein Notfalltransport sichergestellt, der die sichere Betreuung der Patientinnen und Patienten gewährleisten würde. Die Fahrzeit zwischen der Klinik Stephanshorn und der Klinik Hirslanden Zürich würde es ermöglichen, die Patientinnen und Patienten, falls nötig, umgehend nach dem Eintreffen zu operieren. Anders als im Rahmen der angekündigten Herzallianz KSSG/USZ/SZT offenbar geplant, würde zu keinem Zeitpunkt eine Patientin oder ein Patient an einem Standort operiert, an dem die Mindestfallzahlen nicht erreicht würden. Seitens Planungsbehörden wird zum Thema «herzchirurgische Versorgung der Planungsregion» festgehalten, dass im Rahmen des Bewerbungsverfahrens fünf Bewerbungen eingegangen sind: drei bestehende (USZ, Stadtspital Zürich Triemli und Hirslanden Klinik Zürich) und zwei neue Angebote (KSSG, Hirslanden Klinik Stephanshorn). Davon war diejenige des KSSG als Teil der neu errichteten Herzallianz USZ-SZT-KSSG mit den entsprechenden Unterlagen hinsichtlich Betriebskonzept, Planrechnungen und Zeitplänen versehen. Diejenige der Hirslanden Klinik Stephanshorn beschränkte sich auf den Zusatz, wonach sie sich in Kooperation mit der Hirslanden Klinik Zürich auch für einen Leistungsauftrag für Herzchirurgie bewerben würden. Weder wurde die entsprechende Bewerbung – wie verlangt – mit Ausführungen zum Betriebskonzept und zur Plankostenrechnung noch zum Zeitplan für die Einführung dieses Angebots versehen. Vielmehr wurde die Bewerbung «bedingt» eingereicht: sie bleibe nur dann aufrecht, wenn die Planungsbehörden beabsichtigen würden, einen zusätzlichen innerregionalen Leistungserbringer in die Spitalliste aufzunehmen. Die Planungsbehörden haben in der Folge die Bewerbung der Hirslanden Klinik Stephanshorn mangels Substantiierung von der Prüfung im Rahmen des Bewerbungsverfahrens ausgeschlossen. Die restlichen vier Bewerbungen wurden in die Detailprüfung aufgenommen. Für die entsprechenden Ausführungen wird auf das Kapitel 8 verwiesen. Aus der vorliegenden Stellungnahme der Hirslanden Gruppe geht klar hervor, dass ein Aufbau eines herzchirurgischen Angebots am Standort Stephanshorn von der Hirslanden Gruppe nie ernsthaft beabsichtigt wurde. Die Hirslanden Gruppe wirbt im Rahmen der Vernehmlassung neu für ein «innovatives und agiles Angebot im Bereich der Kardiologie und Herzchirurgie» der Standorte Zürich und Stephanshorn St.Gallen. Tatsächlich beschreibt sie jedoch eine Angebotsstruktur, die bereits heute von der Hirslanden Gruppe praktiziert wird oder werden kann (ambulante Sprechstundentätigkeit, Vorabklärungen, Akquise und Nachbetreuung von Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion am Standort Stephanshorn und herzchirurgische Behandlung durch die Hirslanden Klinik Zürich). Den Planungsbehörden erschliesst sich die Innovation und die Agilität dieses Angebots nicht. Sie weisen jedoch darauf hin, dass die Weiterführung dieses Versorgungsmodells mit der erneuten Erteilung eines Leistungsauftrags für Herzchirurgie an die Hirslanden Klinik Zürich weiterhin gewährleistet ist. Jedoch hat die Hirslanden Gruppe in der Vernehmlassung keine neuen Argumente geliefert, die eine vertiefte Prüfung der Bewerbung der Hirslanden Klinik Stephanshorn für den Bereich Herzchirurgie seitens Planungsbehörden anzeigen lassen.

Rettungswesen

Die Hirslanden Gruppe begrüsst die Übertragung des Rettungsdienstes auf eine selbständige Aktiengesellschaft. Sie fordert, dass das Versorgungs-Prinzip «next best» entsprechend gesetzlich verankert werde. Die Verselbständigung der Rettung St.Gallen geht nicht mit einer Gesetzesrevision einher.

Geriatrische Herausforderungen

Das AfG-TG fügt an, dass die geriatrische Versorgung stark regional organisiert werden müsse. Es wäre deshalb wünschenswert, wenn zukünftige Chancen einer Zusammenarbeit der Region Wil mit dem Kantonsspital Frauenfeld und den Rehabilitationskliniken im Kanton Thurgau genutzt werden könnten.

92

Planungsmodell

Die Berit Klinik mit den Standorten Speicher, Goldach und Wattwil rügt in ihrer Stellungnahme, die in Kapitel 6.1 erfolgte Bildung eines Planungsmodells mit Leistungsgruppen, für deren Vergabe einzig Eignungskriterien zur Anwendung kommen und solchen, in denen zusätzlich zu den Eignungs- auch Zuteilungskriterien relevant sind, sei insofern bundesrechtswidrig, als ein solches Modell erst bei der Beurteilung der Bewerbungen und nicht bereits bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebots verwendet werden dürfe. Konkret stört sich die Berit Klinik an der Einteilung des gesamten Leistungsbereichs «Ophthalmologie» in die Planungskategorie «Eignungs- und Zuteilungskriterien». Der Bereich sei weder mit Vorhalteleistungen verbunden, noch seien eine aufwändige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten erforderlich. Der Bereich «Ophthalmologie» würde deshalb die definierten Anforderungen für die Zuteilung zur Kategorie der Leistungsgruppen, wo bei der Vergabe Eignungs- und Zuteilungskriterien zur Anwendung kommen, nicht erfüllen. Die Berit Klinik beantragt deshalb, dass der Leistungsbereich «Ophthalmologie» in die Planungskategorie «Eignungskriterien» zugeteilt wird. Die Planungsbehörden können der Stellungnahme keine substantiierten Aussagen entnehmen für die Behauptung, dass die angewendete Einteilung der Leistungsgruppen KVG-widrig sei. Die Bildung der Klassifikation erfolgte vor der Eröffnung des Bewerbungsverfahrens zu Zwecken der Transparenz für die sich bewerbenden Leistungserbringer. Im Rahmen der Beurteilung der Bewerbungen wurde die Klassifikation verwendet. Was den Antrag auf Umklassierung des Leistungsbereichs «Ophthalmologie» betrifft, so ist der Berit Klinik insofern zu widersprechen, als der Bereich Ophthalmologie sehr wohl mit Vorhalteleistungen und – mindestens für einen Teil der Eingriffe – mit (hoch)spezialisierten Anforderungen an die Operateurinnen und Operateure verbunden ist. Das KSSG stellt in der Ophthalmologie für die ganze Ostschweiz die Notfall-Versorgung während 24 Stunden und 365 Tagen sicher. Diese personellen Vorhalteleistungskosten fallen je Fall umso tiefer aus, je mehr sich diese stationären Fälle an einem einzigen Leistungserbringer bündeln lassen. Zwar handelt es sich bei einem beträchtlichen Teil der insgesamt 553 von Total 695 (2021) resp. 597 von Total 747 (2022) vom KSSG stationär behandelten ophthalmologischen Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion um Routine-Eingriffe, dennoch sind in den einzelnen ophthalmologischen Subspezialitäten Eingriffe darunter, die besondere bis herausragende Fertigkeiten von den Operateuren verlangen. Als Fazit kann deshalb festgehalten werden, dass die Planungsbehörden an der Einteilung des Leistungsbereichs «Ophthalmologie» zur Kategorie «Eignungs- und Zuteilungskriterien» festhalten.

Das AfG-TG regt an, namentlich aufgrund der tiefen Fallzahl von 72 Fällen im Planungsmodell die Leistungsgruppe «Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems NEU2» nicht der Ebene «Versorgungsregionen» sondern der Ebene «ARAI SG» zuzuordnen. Die Planungsbehörden anerkennen, dass die SPLG aufgrund ihrer geringen Fallzahlen und gemäss den im Planungsmodell formulierten Kriterien auf Ebene «ARAI SG» klassiert werden sollte. Es handelt sich jedoch um eine Leistungsgruppe, die manuell umklassiert wurde, da es sich bei den darin enthaltenen Fällen um Spitalaufenthalte im Rahmen einer Primärdiagnostik bei Verdacht auf ZNS-Neoplasien handelt. Diese Leistung muss in allen Grundversorger-Spitalern mit Basispaket zugänglich sein. Eine kurative Intervention fällt unter die SPLG NEU2.1,

die im Planungsmodell der Ebene «ARAISG» zugewiesen ist und für die ausschliesslich das KSSG resp. das OKS einen Leistungsauftrag erhalten.

93

Die Hirslanden Gruppe rügt, dass keine Gewichtung der Planungskriterien untereinander stattgefunden habe und diese stattdessen auf das Ergebnis hin ausgerichtet seien, ohne dass eine echte Abwägung stattgefunden habe. Dementsprechend seien die Begründungen nicht anfechtbar, womit die Begründungspflicht und damit auch das rechtliche Gehör der Bewerber verletzt seien. Diese Einschätzung wird von den Planungsbehörden nicht geteilt. Sowohl die Ausgestaltung des Spitalplanungsprozesses wie auch das verwendete Planungsmodell sowie die daraus abgeleiteten Begründungen für die Beurteilung der einzelnen Anträge der Bewerber entsprechen in der gemeinsam durchgeführten Spitalplanung Akutsomatik ARAISG 2023 den vom Bundesverwaltungsgericht im Rahmen der Rechtsprechung konkretisierten Anforderungen an das rechtliche Gehör. Allen Leistungserbringern wurde im Rahmen des Verfahrens zu zwei Zeitpunkten die Gelegenheit gegeben, sich zu den Einschätzungen der Planungsbehörden zu äussern (Gespräche im August 2023 für innerregionale resp. Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme für ausserregionale Bewerber, Vernehmlassung vom 22. November 2023 bis 12. Januar 2024). Die verwendeten Planungskriterien wurden vor der Eröffnung des Bewerbungsprozesses im Planungsbericht vom April 2023 transparent dargelegt. Die Anwendung der Planungskriterien auf die Bewerbungen wurden je Bewerber in entsprechenden Schreiben vom Juli 2023 erläutert. Die wesentlichen Argumente der Bewerbungsgespräche respektive schriftlichen Stellungnahmen vom August 2023 wurden in die Version des Planungsberichts für die Vernehmlassung eingearbeitet. Die wesentlichen Argumente der Bewerberinnen und Bewerber aus der Vernehmlassung sind wiederum in den vorliegenden Schlussbericht eingeflossen.

Die Hirslanden Gruppe bemängelt weiter, dass bei der Bewertung der sich bewerbenden Einrichtungen keine ausreichende Qualitätsprüfung stattgefunden habe, was gegen Bundesrecht verstosse. Die nicht substantiierte Einschätzung der Hirslanden Gruppe wird von den Planungsbehörden zur Kenntnis genommen aber nicht geteilt. Die Planungsbehörden weisen diesbezüglich auf die ausführlichen Ausführungen in Kapitel 6.3.1 hin. Dort wird explizit auf die praktischen Schwierigkeiten der Berücksichtigung der Qualität eingegangen. Es wird beschrieben, wie die Qualität im Rahmen der aktuellen Planung berücksichtigt wird, welche Schwierigkeiten damit verbunden sind und namentlich auch, welche Schritte die Planungsbehörden inskünftig für eine noch bessere Berücksichtigung dieses Aspektes zu unternehmen gedenken (Auswertung von Routinedaten, Qualitätsprogramme etc).

Die Hirslanden Gruppe kritisiert den vorgenommenen Wirtschaftlichkeitsvergleich. Die Spanne zwischen dem günstigsten Spital und dem gemäss Wirtschaftlichkeitsvergleich letzten wirtschaftlichen Spital sei zu gross. Zudem würden im Wirtschaftlichkeitsvergleich nicht alle Kosten berücksichtigt, was zum fehlgeleiteten Resultat führe, dass ausser dem Spital Linth alle Spitäler wirtschaftlich seien. Diese Wirtschaftlichkeitsprüfung sei bundesrechtswidrig. Die Planungsbehörden teilen die Ansicht der Hirslanden Gruppe nicht, dass der vorgenommene Wirtschaftlichkeitsvergleich nicht den Anforderungen des KVG im Rahmen der Spitalplanung entspreche. Ein Wirtschaftlichkeitsvergleich im Rahmen der Spitalplanung kann nicht auf den identischen Grundlagen basieren wie derjenige für die Tarifiermittlung. So würde ein Benchmarking auf Basis des 30. Perzentils automatisch 70 Prozent der Bewerberinnen und Bewerber als unwirtschaftlich ausweisen, was bei deren Ausschluss im Rahmen der Spitalplanung nicht vereinbar wäre mit der Anforderung der Spitalplanung, das bedarfsnotwendige Angebot auf der Spitalliste zu sichern.

Generelle Anforderungen an die Listenspitäler

Die Hirslanden Gruppe beurteilt die Auflage, wonach Listenspitäler in Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen nicht als stationäres Vertragsspital tätig sein dürfe, als gesetzeswidrig. Die vom kantonalen Gesetzgeber mit der Spitalliste verbundenen Auflagen seien in Art. 12 abschliessend aufgeführt, weshalb es der Regierung rechtlich nicht zustehe, eigenständig weitere Anforderungen zu definieren. Die Planungsbehörden teilen diese Einschätzung nicht. Sie leiten die gesetzliche Grundlage für diese Bestimmung direkt aus dem KVG ab. Die Bestimmung stellt sicher, dass die kantonalen Planungsbestrebungen zur Qualitätssicherung und zur Leistungskonzentration nicht durch Listenspitäler unterlaufen werden, die bei Nicht-Aufnahme in die Spitalliste aufgrund der Nichterreichung der Mindestfallzahlen das entsprechende Angebot als Vertragsspital weiter erbringen.

7.3 Versichererverbände

Beide Versichertenverbände santésuisse und curafutura begrüssen explizit die regionale Ausgestaltung der Spitalplanung ARAISG und die Fortführung der – bereits in der Vergangenheit initiierten – konsequenten Ausrichtung der Spitalstrukturen am Bedarf. Unterstützt wird insbesondere die Ablehnung des Antrags der Berit Klinik Goldach um Aufnahme in die Spitalliste sowie der Ausschluss der Thurklinik von der Spitalliste aufgrund der fehlenden Versorgungsrelevanz. Ebenfalls auf Zustimmung stösst der Entscheid, der Berit Klinik Wattwil keine zusätzlichen Leistungsaufträge zu erteilen. Kritisch eingestellt sind die beiden Verbände gegenüber der Absicht der Planungskantone, dem KSSG im Rahmen der Allianz Herzchirurgie (USZ-SZT-KSSG) neu einen Leistungsauftrag für Herzchirurgie zu erteilen. Der Bedarf wie auch die wirtschaftliche Effizienz eines solchen neuen Angebotes sei gemäss den Versichererverbänden nicht hinreichend belegt. Weiter wird angeregt, den Wirtschaftlichkeits- und den Qualitätsvergleich auszubauen. Curafutura und santésuisse formulierten darüber hinaus eine Reihe weiterer Anträge zu verschiedenen Themenbereichen.

Gesetzliche Grundlagen

Das vom Eidgenössischen Parlament verabschiedete Kostendämpfungspaket 1b enthält u.a. die Einführung des Beschwerderechts für Versichererverbände (Art. 53 Abs. 1 KVG) sowie die Verpflichtung der Tarifpartner, Massnahmen zur Überwachung der Kosten inklusive entsprechender Korrekturmassnahmen bei nicht erklär-baren Mengen- und Kostenentwicklungen zu vereinbaren (Art. 47c KVG). Diese beiden Bestimmungen wurden vom Bundesrat per 1. Januar 2024 in Kraft gesetzt. Die vorliegende Planung sollte damit ergänzt werden. Die Planungsbehörden haben im Kapitel 1.2 entsprechende Passagen zum Beschwerderecht und zur Überwachung der Kosten eingefügt.

Modellplanung Ost

Der Ausstieg der Kantone TG, GL und GR aus der gemeinsamen Planung wird seitens curafutura bedauert. Die somit entstandenen Nord-(TG) und Südgrenzen (GL/GR) und allenfalls das Fürstentum Liechtenstein sollten in der Planung spezifisch berücksichtigt werden, um auch in diesen Regionen je nach Konstellation die Kapazitäten/Strukturen gezielt reduzieren zu können. Nach dem Rückzug der Kantone TG, GL und GR von den gemeinsamen Planungsbestrebungen sehen die Planungsbehörden keine konkrete Möglichkeit zur spezifischen Berücksichtigung dieser Planungsgrenzen.

Trends und Herausforderungen

Das Kapitel ist sinngemäss mit den von curafutura im Rahmen der Stellungnahme vorgebrachten Ergänzungen anzupassen. Die Planungsbehörden haben gewisse Anregungen von curafutura in das Kapitel 2 eingearbeitet.

Mindestfallzahlen

Die Gründe der Planungsbehörden für den Verzicht auf operateurbezogene Mindestfallzahlen werden von curafutura nicht geteilt. Curafutura beantragt deshalb die Einführung von operateurbezogenen Mindestfallzahlen. Die von curafutura aufgezeigte pragmatische Umsetzung der operateurbezogenen Mindestfallzahlen vermag die Planungsbehörden nicht zu überzeugen. Da es sich um einen massgeblichen Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit einzelner Operateure handelt, muss deren Umsetzung hohen Ansprüchen genügen. Dieser Aufwand wird von den Planungsbehörden als unverhältnismässig eingeschätzt. Die Planungsbehörden bleiben deshalb bei ihrer ablehnenden Haltung.

Leistungsauftrag Herzchirurgie an KSSG

Curafutura und santésuisse beantragen, auf die Vergabe des neuen Leistungsauftrags in der Herzchirurgie zu verzichten. Die für die Erteilung der Herzchirurgie angeführten Gründe seien nicht bedarfs- sondern angebotsorientiert. Der aktuelle Bedarf sowie die Prognosen rechtfertigten keinen Leistungsausbau. Die Planungsbehörden nehmen die ablehnende Haltung zur Kenntnis. Es wird darauf hingewiesen, dass die Einbettung des neuen Angebots am KSSG in der Allianz Herzchirurgie eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Leistungserbringung ohne Mengenausweitung gewährleistet.

Prognose

Aufgrund der in der vergangenen Prognose unterschätzten Verlagerungsdynamik vom stationären in den ambulanten Bereich sowie der neuen Anreize EFAS und TARDOC/Solutions tarifaires beantragt curafutura im Prognoseparameter «Verlagerung stationär-ambulant», für das Hauptszenario 75 Prozent anstatt nur 50 Prozent der identifizierten Spitalbehandlungen als Verlagerungsmasse in den ambulanten Sektor zu verwenden. Zusätzlich soll die Ambulantisierungsquote in der Planungsregion erhoben und mit einem CH-Benchmarking verglichen werden. Daraus wären dann Ambulantisierungsziele festzulegen und bei der stationären Planung zu berücksichtigen. Curafutura bemängelt zudem eine unzureichende Ausgestaltung der Prognoseparameter «CH-Benchmarking Hospitalisationsrate resp. Verweildauer» in der Gesamtprognose. Obwohl die Kantone St.Gallen und Appenzell Ausserrhoden über überdurchschnittliche Spitalaufenthalte je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner verfügten, würden in der Prognose im Hauptszenario nur eine Annäherung an den schweizerischen Durchschnitt um 50 Prozent angenommen. Dies sei ungenügend. Die Prognose sei deshalb derart anzupassen, dass sowohl die Hospitalisationsrate wie auch die Verweildauer auf den gesamtschweizerischen Durchschnitt gesenkt würden (100 Prozent Annäherung). Die Planungsbehörden haben die von curafutura beantragten Änderungen der Planungsparameter in der Bedarfsprognose berechnet. Im Hauptszenario würde gegenüber der aktuellen Prognose ein Rückgang der Austritte um 4'411 und der Pflage tage um 29'262 resultieren. Dies entspräche gegenüber den Ist-Werten aus dem Jahr 2021 einem Zuwachs der Austritte um 1,3 Prozent (anstatt 6 Prozent) und einem Rückgang der Pflage tage um 7,6 Prozent (anstatt 1,1 Prozent). Die Planungsbehörden verzichten jedoch auf eine Anpassung der Bedarfsprognose. Die Gegenüberstellung der Prognoseannahmen der Planungsbehörden mit derjenigen des Kantons Zürich sowie mit dem Planungsmodell des Gesundheitsobservatoriums (OBSAN) hat ergeben, dass im Prognosemodell der

Planungskantone die identischen Annahmen verwendet werden. Das Prognosemodell ist damit valide eingebettet in die massgeblichen Prognosen der Schweiz. Es ist aus Sicht der Planungsbehörden zudem noch unklar, in welchem Ausmass die von curafutura angeführten regulatorisch/tarifarischen Änderungen Einfluss auf die stationäre Leistungserbringung haben werden. Es besteht keine Dringlichkeit, die Planungsparameter ganz am Ende des Spitalplanungsprozesses nochmals zu ändern. Hingegen werden die Planungsbehörden im Rahmen des Monitorings der Bedarfsprognose für die Spitallisten-Anpassungen per 1. Januar 2027 auf Basis der Daten der Jahre 2022 bis 2025 eine Anpassung der Prognoseparameter im Sinne von curafutura nochmals evaluieren.

Qualitätsvorgaben

Curafutura geht davon aus, dass der stationäre Qualitätsvertrag per 1. Januar 2025 in Kraft tritt. Er beantragt, dass die Überprüfung der Einhaltung des Qualitätsvertrags Bestandteil der Anforderungen für die Vergabe des Leistungsauftrags aufzunehmen sei. Die Planungsbehörden sprechen sich gegen diesen Antrag aus. Die Modalitäten der Qualitätsverträge sind bereits ausreichend im Bundesgesetz (Art.58 KVG) geregelt. In Ziffer 9 der generellen Anforderungen wird auf den Qualitätsvertrag verwiesen: «Darüber hinaus gelten die Bestimmungen des nationalen Qualitätsvertrags betreffend Qualitätsentwicklung im Sinne von Art. 58a KVG zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz und den Krankenversichererverbänden (Entwurfsversion vom 31. März 2022)». Eine weitergehende Berücksichtigung ist nicht vorgesehen. Santésuisse beantragte, dass die Qualitätsprüfung auch auf Ergebnisindikatoren abzustützen sei (CH-IQIs BAG und Qualitätsindikatoren ANQ). Diesbezüglich verweisen die Planungsbehörden auf ein [Kurzgutachten](#) des Lehrstuhls für Management im Gesundheitswesen der Universität St.Gallen zur Verwendung von bestehenden Qualitäts-Routine-Daten im Rahmen der Spitalplanung, das zum Schluss kommt, dass diese Instrumente nur bedingt zur Verwendung im Rahmen der Spitalplanung zu empfehlen seien.

Wirtschaftlichkeitsvergleich

Curafutura bemängelt, dass der Wirtschaftlichkeitsvergleich mit zu wenig strengen Kriterien operiert. Ziehe man die im Rahmen der Tarifiermittlung verwendeten Kriterien heran, so würde aktuell die überwiegende Mehrheit der Spitäler (12 von 15) markant zu hohe Gestehungskosten aufweisen. Curafutura beantragt deshalb, die Wirtschaftlichkeitskriterien derart festzusetzen, dass das wirtschaftliche Überleben einzelner Leistungserbringer «nur wo sinnvoll» gesichert sei und Strukturanpassungen nicht verhindert würden. Es ist curafutura zuzustimmen, dass im Jahr 2021 zahlreiche Bewerber deutlich überdurchschnittliche normierte Fallkosten aufweisen. Aus Sicht der Planungsbehörden kann jedoch ein Wirtschaftlichkeitsvergleich im Rahmen der Spitalplanung nicht auf den identischen Grundlagen basieren wie derjenige für die Tarifiermittlung. So würde ein Benchmarking auf Basis des 30. Perzentils automatisch 70 Prozent der Bewerberinnen und Bewerber als unwirtschaftlich ausweisen, was bei deren Ausschluss im Rahmen der Spitalplanung nicht vereinbar wäre mit der Anforderung der Spitalplanung, das bedarfsnotwendige Angebot auf der Spitalliste zu sichern.

Evaluation

Curafutura kann nicht nachvollziehen, dass eine Vielzahl von Leistungsaufträgen an Spitäler (befristet) vergeben werden, obwohl die Mindestfallzahlen nicht erfüllt sind. Falls an der Vergabe festgehalten werde, sollen die prognostizierten Austritte je SPLG publiziert werden, um zu prüfen, ob die Vergabe bedarfsgerecht sei. Aus Sicht der Planungsbehörden liegt ein Missverständnis vor. Es handelt sich dabei überall um bestehende Leistungsaufträge. Diese wurden bei Nichterreichung der Mindestfallzahlen befristet erteilt mit der Auflage, innert der Befristung die Mindestfallzahlen zu erfüllen. Werden die Mindestfallzahlen nicht erreicht, erfolgt keine Verlängerung. Es handelt sich dabei um die kantonale Praxis der Planungskantone wie auch von anderen Kantonen (Zürich). Ein sofortiger Entzug wäre unverhältnismässig. Umso mehr, als die aktuelle Datenbasis (2021/2022) noch von der Corona-Pandemie beeinträchtigt war. Die Bedarfsprognose auf Ebene SPLG wurde den Bewerbern und den Kantonen im Rahmen des Bewerbungsverfahrens im April 2023 zugänglich gemacht.

Leistungsaufträge

Zwecks Umsetzung von Art. 58f Abs. 7 KVV beantragt curafutura, die Leistungsaufträge dahingehend zu ergänzen, wonach die Vergütungssysteme der Spitäler keine Anreizsysteme enthalten dürfen, die eine Mengenausweitung fördern. Die Planungsbehörden verweisen diesbezüglich auf Ziffer 43 der generellen Anforderungen an die Listenspitäler der Spitallisten Akutsomatik ARAISG 2024 der Planungskantone. Darin werden alle Listenspitäler verpflichtet, keine Abgeltungsmodelle mit ökonomischen Anreizsystemen zu verwenden, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung führen. Insbesondere dürfen Lohnbestandteile für das medizinische Personal nicht direkt abhängig sein von der Anzahl der Behandlungen, von der Art der Behandlung, vom Umsatz oder von Sparzielen. Zudem seien gemäss curafutura die Spitäler über die Leistungsaufträge zu verpflichten, in den Tarifverträgen ein Kostenmonitoring mit Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen zu vereinbaren. Diesem Antrag wird seitens Planungsbehörden nicht entsprochen. Das KVG erteilt in Art. 47 Bst. c) den diesbezüglichen Auftrag an die Tarifpartner. Eine einseitige Verpflichtung der Leistungserbringer scheint nicht angezeigt. Eine Beurteilung der Umsetzung seitens der Kantone kann allenfalls im Rahmen der Tarifgenehmigung erfolgen.

Die Planungsbehörden haben vom 26. April bis 9. Juni 2023 ein öffentliches Bewerbungsverfahren für die Aufnahme in die Spitallisten Akutsomatik der drei Planungskantone durchgeführt. Insgesamt haben 19 Spitalunternehmen mit 26 Spitalstandorten fristgerecht eine Bewerbung eingereicht. 17 weisen einen Standort innerhalb und acht einen ausserhalb der Planungsregion auf. Beantragt wurden knapp 1'100 Leistungsgruppen. Der Entwurf der Spitalliste sieht die Erteilung von Leistungsaufträgen für rund 650 Leistungsgruppen an 23 Spitalstandorten vor. Gegenüber den bestehenden Spitallisten resultiert ein Rückgang um rund 73 Leistungsgruppen.

In Tabelle 26 sind die Ergebnisse der Evaluation je Spitalstandort aufgeführt. Daraus wird für jeden Bewerber die Anzahl bestehender, beantragter, erteilter und abgelehnter Leistungsgruppen ersichtlich²³. Die Bewerbung der Berit Klinik Goldach, die bis anhin als Vertragsspital tätig war²⁴, wurde aufgrund der Nicht-Erreichung des Mindestversorgungsanteils und mangels Bedarf nicht mit einem Leistungsauftrag berücksichtigt. Die Thurklinik wird in der neuen Spitalplanung mangels Versorgungsrelevanz und Nichterfüllung des innerregionalen Mindestversorgungsanteils nicht mehr aufgeführt.

Nachfolgend werden die Bewerbungen für jeden einzelnen Leistungserbringer kommentiert, wobei der Schwerpunkt auf die Ablehnungen und Befristungen sowie Auflagen gelegt wird. Die Leistungsaufträge gelten identisch für alle drei Spitallisten.

²³ Die Summe der Spalten «Leistungsgruppen erteilt» und «Leistungsgruppe abgelehnt» muss nicht zwingend deckungsgleich sein mit der Spalte «Leistungsgruppe beantragt». So wurden z.B. dem KSSG vorübergehend zwei IVHSM Leistungsaufträge erteilt, da auf Ebene der IVHSM eine Regulierungslücke besteht. Diese zwei Leistungsaufträge wurden vom KSSG initial nicht beantragt, sie verfügten jedoch über solche Leistungsaufträge in der hochspezialisierten Spitalliste.

²⁴ Gegen den Entscheid der St.Galler Regierung vom 18. Mai 2021 auf Nichtaufnahme in die Spitalliste Akutsomatik 2017 des Kantons St.Gallen ist eine Beschwerde der Berit Klinik AG vor dem Bundesverwaltungsgericht hängig. Mit Zwischenverfügung vom 29. Oktober 2021 wies das BVGer den Antrag der Berit Klinik auf vorsorgliche Erteilung der Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen BPE, HNO1, HNO 1.1, HNO 1.3, KIE1, AUG1, AUG 1.1, AUG 1.2, AUG 1.3, AUG 1.4, AUG 1.5, URO1, URO 1.1, BEW1-BEW8 und GYNI für die Verfahrensdauer ab. Ein Entscheid in der Hauptsache steht aus.

Tabelle 26: Übersicht der Anzahl bestehenden, beantragten, erteilten und abgelehnten Leistungsgruppen

Spital	Bestehende Leistungsgruppe 2022	Leistungsgruppe beantragt 2024	Leistungsgruppe erteilt	Leistungsgruppe abgelehnt	Veränderung
Kantonsspital St.Gallen	100	111	113	-	13
SVAR Spital Herisau	57	57	47	10	-10
Spital Altstätten	50	29	29	-	-21
Spital Grabs	50	53	52	1	2
Spital Walenstadt	40	41	41	-	1
Spital Linth	49	47	43	4	-6
Spital Wil	38	38	36	2	-2
Hirslanden Klinik Stephanshorn	51	77	55	22	4
Ostschweizer Kinderspital (OKS)	90	99	89	10	-1
Geriatrische Klinik St.Gallen	2	2	2	-	-
Berit Klinik Speicher	26	31	24	7	-2
Berit Klinik Goldach	-	21	-	21	-
Berit Klinik Wattwil	1	22	1	21	-
Hirslanden Klinik Am Rosenberg	28	20	19	1	-9
Rosenklinik AG	20	18	16	2	-4
Thurklinik AG	19	23	-	23	-19
Geburtshaus St.Gallen	2	2	2	-	-
KS Graubünden	9	104	12	92	3
Hirslanden Klinik Zürich	26	24	7	17	-19
Klinik Lengg	4	5	4	1	-
Stadtspital ZürichTriemli (SZT)	9	12	6	6	-3
Universitäts-Kinderspital Zürich (KISPI ZH)	35	104	34	70	-1
Universitätsspital Zürich (USZ)	15	117	15	102	-
GZO Spital Wetzikon	-	18	1	17	1
KS Glarus	-	17	-	17	-
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	1	-	1	-	-
Total	722	1'092	649	444	-73
Total Spitäler Basispaket	435	453	416	37	-19
Total Spezialversorgung	94	103	93	10	-1
Total Spitäler Basispaket elektiv	94	135	60	75	-34
Total Spitäler Innerregional	623	691	569	122	-54
Total Spitäler ausserregional	99	401	80	322	-19

8.1 Kantonsspital St.Gallen (KSSG)

100

Das KSSG beantragt einen Leistungsauftrag für 111 Leistungsgruppen. Bis anhin war das KSSG für 100 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen, mit 79 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Appenzell Ausserrhoden sowie für 22 Leistungsbereiche auf derjenigen des Kantons Appenzell Innerrhoden aufgeführt. Bewerber innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Grund-Spitalleistungsgruppe einen Versorgungsanteil von fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen, damit sie für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Das KSSG erfüllt in 34 von 34 angebotenen Grund-Leistungsgruppen den Mindestversorgungsanteil von fünf Prozent für mindestens eine der drei Kantonsbevölkerungen. Die zeitliche und geografische Erreichbarkeit ist namentlich bei Notfällen und für Leistungen der Grundversorgung von Bedeutung. Der Bewerber betreibt eine Notfallstation, eine Intensivpflegestation Level 3 und stellt innerhalb der Planungsregion für die Erwachsenenmedizin die Endversorgung sicher. Für Grundversorger-Leistungen gilt eine Erreichbarkeit von 30 Minuten, für Endversorger-Leistungen eine solche von einer Stunde. Das KSSG ist innerhalb von 30 respektive 60 Minuten für 97 bzw. 100 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden (54'393/56'220), für 81 bzw. 100 Prozent aus dem Kanton Appenzell Innerrhoden (13'302/16'500) und für 62 bzw. 86 Prozent aus dem Kanton St.Gallen (325'567/452'573) erreichbar²⁵. Grundversorger-Leistungen werden umfassend angeboten. Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus oder Behandlungsaufwand bestehen keine. Aufgrund seines Endversorger-Status für die gesamte Planungsregion sowie seiner guten Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten aus der Region Appenzellerland-St.Gallen für die Grundversorger-Leistungen ist das KSSG als bedarfsnotwendig einzustufen.

Das KSSG hat sich neu für die Leistungsgruppen GEBS und NEOG sowie den Bereich «Herzchirurgie» (HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4 und HER1.1.5) beworben. Das KSSG strebt einen solchen Leistungsauftrag als dritter Partner im Rahmen der bestehenden Herzallianz USZ-SZT an. Die drei Vertragspartner haben eine entsprechende Absichtserklärung zum Aufbau der Allianz Herzchirurgie USZ-SZT-KSSG eingereicht. Unter der Gesamtleitung von Prof.Dr. Omer Dzemali (Direktor der Klinik für Herzchirurgie des USZ) erfolgt der Aufbau der Herzchirurgie am Standort St.Gallen in drei Phasen:

- Q3 2024: Start mit komplexen interventionellen kardiologischen Eingriffen (strukturelle Eingriffe) mit herzchirurgischem Stand-by am KSSG;
- Q1 2025: Start elektive Herzchirurgie am KSSG (vorerst mit Risikostratifizierung und Zuweisung der komplexen Fälle an USZ-SZT). Austausch Behandlungsteams zwischen KSSG und USZ-SZT für Aufbau Expertise am KSSG;
- 2026-2028: Graduelle Erhöhung des Risikoprofils der am KSSG operierten Patientinnen und Patienten.

Das Marktpotenzial und das Fallgerüst der zukünftigen Herzchirurgie/Strukturellen Kardiologie am KSSG basiert auf dem Einzugsgebiet der Kantone SG, AR, AI, GR, GL und TG. Wobei von einer Zieldurchdringung des Marktes im Jahr 2029 seitens KSSG von 80 Prozent für die Kantone AR, AI, SG respektive 33 Prozent für die Kantone GR, GL, TG ausgegangen wird. In der Aufbauphase wird mit einem Abschlag

²⁵ Zudem erreichen 40 bzw. 97 Prozent der Thurgauer Bevölkerung (112'819/281278) und 0 bzw. 3 Prozent der Zürcher Bevölkerung (15'400) das Kantonsspital St.Gallen innerhalb von 30 bzw. 60 Minuten.

auf diesem Marktpotenzial gerechnet. Konkret werden folgende Werte angenommen:

	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Chirurgische Eingriffe	0	222	287	360	399	486
Strukturelle Eingriffe	61	144	165	188	211	235

Das Betriebskonzept für den Aufbau der Herzmedizin KSSG wird bis Ende 2023 im Detail ausgearbeitet. Hinsichtlich Infrastruktur ermöglicht der Bezug des Hauses 07A/07B die Umsetzung eines Herzzentrums ohne substanzielle Zusatzinvestitionen. Diese Arbeiten sind bis Ende 2028 abgeschlossen. Als Übergangslösung werden ab dem Jahr 2025 herzchirurgische Eingriffe im Haus 03 durchgeführt. Der Aufbau des Personals erfolgt im Austausch mit den beiden anderen Standorten der Herzallianz. Die Patientenströme werden gemeinsam triagiert. Neben der Risikostratifizierung liegt dabei der Fokus auf der effizienten Nutzung der Infrastruktur und Ressourcen der drei Standorte. Auch im Bereich der OP-Techniken sowie des verwendeten Materials wird eine vollständige Standardisierung innerhalb der Allianz Herzchirurgie angestrebt. Als Gründe für die Wahl des USZ-SZT als Kooperationspartner wird seitens KSSG die seit Jahren bestehende Kooperation in der strukturellen Kardiologie genannt. Dabei nehmen interventionell tätige Kardiologen des KSSG am Standort USZ Eingriffe der perkutanen Klappenchirurgie unter herzchirurgischem Stand-by des USZ vor. Zweitens ist das USZ im Rahmen des Joint-Medical-Master der Partner des KSSG für die Ausbildung der zukünftigen Medizinerinnen und Mediziner.

Der Businessplan geht von Erträgen basierend auf den durchschnittlichen Kostengewichten, einem Basispreis von Fr. 9'800.— sowie einem Zusatzversicherten-Anteil von 24 Prozent aus. Die Kostenseite wird aus Benchmarking-Daten der Vergleichsspitäler SZT, USZ und LUKS gebildet. Es resultieren ab dem Jahr 2025 EBITDA-Werte von 1,87 bis 2,8 Mio. CHF (2029).

Der Antrag des KSSG für Herzchirurgie im Rahmen der Allianz Herzchirurgie USZ-SZT-KSSG wird gutgeheissen. Das angestrebte Kooperationsmodell wird als innovativ erachtet. Es garantiert eine wohnortnahe, wirtschaftliche und qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung der Planungsregion mit herzchirurgischen Leistungen. Zudem ist damit die Weiterentwicklung der schweizweit fünftgrössten Kardiologie am KSSG im Bereich der perkutanen Klappeneingriffe sichergestellt. Gleichzeitig können innerhalb des KSSG zahlreiche interdisziplinäre Synergien zu Gunsten der Patientinnen und Patienten aus anderen (hoch)-spezialisierten Leistungsbereichen erzielt werden (Intensivmedizin, Anästhesie, Thorax-/Gefässchirurgie).

Die vom KSSG beantragte Leistungsgruppe NEOG ist Geburtshäusern vorbehalten. Das KSSG hat sich neu für die Leistungsgruppe GEBS «Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital» beworben und erhält diesen Leistungsauftrag. Die Säuglinge werden jedoch nicht in NEOG klassiert, sondern in NEO1. Die Leistungsgruppe NEOG ist dafür nicht notwendig. Der Antrag für NEOG wird deshalb abgelehnt.

Dem KSSG wird ein Leistungsauftrag für 113 Leistungsgruppen erteilt (BP, DER1, DER1.1, DER1.2, DER2, HNO1, HNO1.1, HNO1.1.1, HNO1.2, HNO1.2.1, HNO1.3, HNO1.3.1, HNO2, KIE1, NCH1, NCH1.1, NCH2, NCH3, NEU1, NEU2, NEU2.1, NEU3, NEU3.1, NEU4, NEU4.1, NEU4.2, AUG1, AUG1.1, AUG1.2, AUG1.3, AUG1.4, AUG1.5, END1, GAE1, GAE1.1, VIS1, VIS1.4, HAE1, HAE1.1, HAE2, HAE3, HAE4, GEF1, ANG1, GEFA, GEF3, ANG3, RAD1, RAD2, HER1, HER1.1,

HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5, KAR1, KAR2, KAR3, KAR3.1, KAR3.1.1, NEP1, URO1, URO1.1, URO1.1.2, URO1.1.1, URO1.1.3, URO1.1.4, URO1.1.7, URO1.1.8, PNE1, PNE1.1, PNE1.2, PNE1.3, PNE2, THO1, THO1.1, THO1.2, BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1, BEW8, BEW8.1, BEW8.1.1, BEW9, BEW10, BEW11, RHE1, RHE2, GYN1, GYNT, GYN2, GEBS, GEB1, GEB1.1, GEB1.1.1, NEO1, NEO1.1, NEO1.1.1, NEO1.1.1.1, ONK1, RAO1, NUK1, UNF1, BES, PAL). Nebst der Neonatologie behandelt das KSSG isoliert keine Kinder- oder Jugendliche. Alle Behandlungen erfolgen in Absprache mit dem Ostschweizer Kinderspital. Das KSSG hat konsequenterweise kein Leistungsauftrag für KINB beantragt. Mit dem Bezug des Neubaus des OKS voraussichtlich im Jahr 2026 werden die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Erwachsenen- und Jugendmedizin erhöht. Der Leistungsauftrag des KSSG wird mit der Auflage erteilt, dass das KSSG in der neuen Unternehmensform bis Ende 2024 den Planungsbehörden ein für das Gesamtunternehmen gültiges Qualitätsmanagement-Konzept einreicht. Die Leistungsgruppe BES wird mit dem Zusatz «Gesichertes Krankenzimmer: beschränkt auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten bis maximal 3 Tage» versehen. Im Rahmen der Vernehmlassung beantragte das KSSG, die Befristung des Leistungsauftrags KAR3.1.1 um zwei Jahre auf Ende des Jahres 2027 zu verlängern. Grund dafür sei der schrittweise Aufbau dieses Angebots ab dem dritten Quartal 2024, womit eine Befristung bis Ende 2025 und eine Überprüfung mit den Daten 2023 und 2024 zu früh ausfalle. Der schrittweise Leistungsaufbau am Standort KSSG und die Falltriage in der Allianz solle sich nach qualitativen und wirtschaftlichen Kriterien richten und nicht durch eine zeitlich zu kurze Befristung am Standort KSSG eingeschränkt werden. Der Argumentation kann insoweit gefolgt werden, als Ende 2025 (Datenjahre 2023 und 2024) als zu früher Zeitpunkt erscheint. In Übereinstimmung mit der allgemeinen Verlängerung der Befristung der SPLG im Falle der Nichterfüllung der Mindestfallzahlen von zwei auf drei Jahre wird die Befristung auf Ende 2026 verlängert. Die Leistungsaufträge KAR1.1.3 und HER1.1.1 werden befristet erteilt bis 31. Dezember 2026 bzw. 31. Dezember 2027, da die Mindestfallzahlen im Durchschnitt der Jahre 2021 und 2022 nicht erfüllt wurden (KAR1.1.3) bzw. es sich um einen neuen Leistungsauftrag mit Mindestfallzahlen handelt (HER1.1.1). Erreicht der Leistungserbringer im Durchschnitt der Jahre 2024 und 2025 bzw. 2025 und 2026 die Mindestfallzahl nicht, wird der entsprechende Leistungsauftrag nicht verlängert.

Um Regulierungslücken zu vermeiden, werden in Absprache mit dem HSM-Sekretariat der GDK in drei IVHSM-Leistungsgruppen vorübergehend kantonale Leistungsaufträge erteilt. Dies betrifft die Bereiche NEU3.1 «Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)», URO1.1.3 «Radikale Zystektomie» und NEU4.2 «Prächirurgische Epilepsie-Diagnostik (Phase I)». In der IVHSM-Leistungsgruppe NEU3.1 kann der Prozess der Reevaluation des Bereichs «Komplexe Behandlung von Hirnschlägen» nicht bis zum Auslauf der bestehenden HSM-Leistungsaufträge am 8. März 2024 abgeschlossen werden. Dem KSSG wird deshalb temporär bis zum Inkrafttreten der neuen IVHSM-Regelung ein kantonaler Leistungsauftrag für NEU3.1 erteilt. Das KSSG ist zudem gehalten, weiterhin seine Daten in das Swiss Stroke Registry einzugeben. In der IVHSM-Leistungsgruppe URO1.1.2 ist ein kantonaler Leistungsauftrag notwendig, da der Zuteilungsbeschluss des HSM-Beschlussorgans erst per 1. Juli 2024 in Kraft tritt. Schliesslich wird dem KSSG auf Empfehlung des HSM-Sekretariats der GDK ein Leistungsauftrag für die prächirurgische Epilepsie-Diagnostik NEU4.2 erteilt, da ab 1. Januar 2024 die bestehende IVHSM-Leistungsgruppe NEU4.2 unterteilt wird in einen kantonalen (NEU4.2) und einen IVHSM-Teil (NEU4.2.1). Ersterer beinhaltet nur die nicht-invasive Epilepsiediagnostik (Phase I).

8.2 SVAR Spital Herisau

103

Das Spital Herisau beantragt einen Leistungsauftrag für 57 Leistungsgruppen. Bis anhin war das Spital Herisau für 57 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Appenzell Ausserrhoden und für 21 Leistungsbereiche auf derjenigen des Kantons Appenzell Innerrhoden aufgeführt. Bewerber innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Grund-Spitalleistungsgruppe einen Versorgungsanteil von fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen, damit sie für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Das Spital Herisau erfüllt in 28 von 29 angebotenen Grund-Leistungsgruppen den Mindestversorgungsanteil von fünf Prozent für mindestens eine der drei Kantonsbevölkerungen. Die zeitliche und geografische Erreichbarkeit ist namentlich bei Notfällen und für Leistungen der Grundversorgung von Bedeutung. Der Bewerber betreibt eine Notfallstation, eine Intensivpflegestation Level 2 und ist für insgesamt 85 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden (47'422), 86 Prozent aus dem Kanton Appenzell Innerrhoden (14'074) und 52 Prozent aus dem Kanton St.Gallen (274'498) innerhalb von 30 Minuten erreichbar²⁶. Grundversorger-Leistungen werden umfassend angeboten. Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus oder Behandlungsaufwand bestehen keine. Aufgrund seiner hohen Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten aus den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Innerrhoden, seinem umfassenden Grundversorger-Angebot und der hohen Marktanteile bei Patientinnen und Patienten aus den beiden Appenzell ist der Bewerber als bedarfsnotwendig einzustufen.

Die Anträge für HNO1.1.1, HNO2, NCH3, HAE1, GEFA, ANG3, GEF3, URO1.1.3, PNE1.1 und THO1 werden abschlägig beurteilt. Abgesehen von HNO2 und URO1.1.3 handelt es sich bei allen abgelehnten Anträgen um Leistungen der Endversorgung. Diese zeichnen sich zumeist durch tiefe Fallzahlen aus. Für eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Leistungserbringung in diesen Leistungsgruppen wird seitens der Planungsbehörden eine Konzentration dieser Leistungen in den Endversorger-Spitälern KSSG und OKS angestrebt. Zu diesem Zweck wurde das in Kapitel 6.1 beschriebene Planungsmodell entwickelt. Endversorger-Leistungsgruppen weisen Notfall-Vorhalteleistungen (24 Stunden, 365 Tage), hohe Infrastrukturkosten (z.B. Medizintechnik), hohe Personalqualifikationen oder zahlreiche interdisziplinären Abhängigkeiten auf, die eine konzentrierte Erbringung aus Versorgungssicht notwendig machen. Im Einzelnen führen folgende Überlegungen zu einer abschlägigen Entscheidung seitens der Planungsbehörden:

HNO1.1.1: Im Jahr 2021 erfolgten 13 stationäre Eingriffe der interdisziplinären Tumorchirurgie am Hals an Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion. Davon wurden alle am KSSG durchgeführt. Es handelt sich um eine Endversorger-Leistungsgruppe, die innerhalb der Planungsregion nur an einen Leistungserbringer vergeben wird. Das Spital Herisau wies in den vergangenen Jahren keine Fälle auf in dieser Leistungsgruppe.

HNO2: Das Spital Herisau wies in den vergangenen Jahren keine Fälle auf in dieser Leistungsgruppe. Derzeit fehlt die Kooperation mit einem Anbieter im Bereich der Nuklearmedizin. Die endokrinologische Verknüpfung ist unsicher. Die weitergehende leistungsgruppenspezifische Anforderung ist nicht erfüllt, wonach bei totalen Thy-

²⁶ Zudem erreichen 26 Prozent der Thurgauer Bevölkerung (74'107) das Spital Herisau innerhalb von 30 Minuten.

reoidektomien ein intraoperatives Neuromonitoring des Nervus recurrens, eine postoperativ systematische Evaluation der Stimmlippenfunktion sowie eine postoperative Messung des Calcium- und Parathormonspiegels erforderlich ist.

NCH3: Es handelt sich bei NCH3 «Periphere Neurochirurgie» um eine Leistungsgruppe mit jährlich 10 bis 30 stationären Eingriffen an Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion. Diese sollen alle vom gleichen Leistungserbringer durchgeführt werden. Ein Leistungsauftrag für Neurochirurgie besteht ausschliesslich am KSSG. Dieses führt bereits heute den Grossteil der Eingriffe durch (15 von total 30).

HAE1: Die Leistungsgruppe weist im Jahr 2021 171 stationäre Spitalaufenthalte aus der Planungsregion auf. Davon behandelte das KSSG 97, das OKS 20, das USZ 23 und die Klinik Stephanshorn einen Fall. Das Spital Herisau wies zwischen 2019 und 2021 fünf Fälle auf. Davon waren drei mit einer hämatologischen Hauptdiagnose (zwei Plasmazellenleukämie, eine akute myeloische Leukämie) und zwei mit einer internistischen (Pneumonie). Auch in dieser Leistungsgruppe wird eine Konzentration der Behandlungen am KSSG angestrebt.

ANG3/GEF3: Die Leistungsgruppen umfassen 101 (ANG3) respektive 56 (GEF3) Austritte aus der Planungsregion. Davon wurden im Jahr 2021 83 respektive 49 Eingriffe am KSSG durchgeführt. Das Spital Herisau weist im Jahr 2021 gar keine Fälle in den beiden Leistungsgruppen auf. In den Jahren 2019 und 2020 wurden am Spital Herisau acht respektive sechs gefässchirurgische Eingriffe durchgeführt. Es handelte sich dabei allesamt um Endarterektomien. Angiologische Eingriffe an der Carotis wurden keine vorgenommen. Die Mindestfallzahl von 20 Eingriffen ist nicht erfüllt. Ein Potenzial für einen zusätzlichen Leistungserbringer ist aus Sicht der Planungsbehörden nicht gegeben. Die Eingriffe wurden alle von einer Person durchgeführt. Der Leistungsauftrag wurde bis anhin personenbezogen vergeben. Eine nachhaltige Sicherung des Leistungsspektrums scheint trotz einer neu eingegangenen Zusammenarbeit mit der Gefässchirurgie des KSSG nicht gegeben.

GEFA: Das Spital Herisau argumentiert, dass der Chefarzt Chirurgie von seiner früheren Tätigkeit am KSSG grosse praktische Erfahrung in der Gefässchirurgie der intra-abdominalen Gefässe mitbringe. Um innerhalb der Leistengefässchirurgie die Versorgung der peripheren Gefässe der Beckenachse zu gewährleisten, sei der Leistungsauftrag GEFA unabdingbar. Insbesondere die Zustromverbesserung durch PTA in der Beckenachse durch die interventionelle Radiologie sei für den SVAR notwendig da sonst die periphere Gefässchirurgie nicht optimal durchzuführen sei. Das Fehlen dieser Leistungsgruppe würde unnötige Überweisungen der Patientinnen und Patienten an einen Kooperationspartner mit erneutem Eingriff zur Folge haben, was eine deutlich schlechtere, zeitlich verzögerte medizinische Versorgung zur Folge hätte. Die vom Spital Herisau eingereichten Unterlagen über das angestrebte Leistungsspektrum innerhalb GEFA haben gezeigt, dass dieses ausschliesslich peripher und damit durch GEF1 abgedeckt ist. Das Spital Herisau wurde mehrmals darauf hingewiesen, dass ein breiteres Spektrum definiert und die Zusammenarbeit mit dem KSSG aufgezeigt werden müssten. Die den Planungsbehörden vorliegenden Kooperationsunterlagen decken den Bereich GEFA nicht ab. Hingegen beinhaltet die von den Planungsbehörden gewährte Erweiterung von GEF1/ANG1 um infrarenale Eingriffe die vom Spital Herisau als Begründung für den Antrag für GEFA angeführten Eingriffe in der Beckenendachse. Somit ist eine Erteilung von GEFA nicht notwendig, um das angestrebte Leistungsspektrum des SVAR im Bereich der Gefässchirurgie/Angiologie abzudecken. Der Antrag für GEFA wird deshalb abgelehnt.

URO1.1.3: Das Spital Herisau verfügt über keinen bestehenden Leistungsauftrag für URO1.1.3. Innerhalb der Planungsregion existieren mit dem KSSG und der Klinik Stephanshorn zwei bestehende Leistungserbringer. Die Leistungsgruppe ist mit einer Mindestfallzahl von 10 Eingriffen versehen. Bei Neu-Bewerbungen in Leistungsgruppen mit einer Mindestfallzahl wird eine Potenzialabschätzung vorgenommen, ob ein zusätzlicher Leistungserbringer zugelassen werden kann. Im Jahr 2021 wurden bei Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion 44 Eingriffe in URO1.1.3 vorgenommen. Ausgehend von der Annahme, dass zwei Operateure je Leistungserbringer aktiv sind, besteht kein Potenzial für einen zusätzlichen dritten Leistungserbringer.

GYNT: Die Leistungsgruppe umfasste im Jahr 2021 157 stationäre Austritte aus der Planungsregion, davon entfielen 74 auf das KSSG, 26 auf Grabs, 19 auf die Hirslanden Klinik Stephanshorn und neun auf das Spital Herisau. Der Bereich «komplexe gynäkologische Tumore» wurde mit Beschluss vom 1. Juni 2021 der hochspezialisierten Medizin zugeordnet. Im 4. Quartal des Jahres 2022 erfolgte die Vernehmlassung des erläuternden Berichts über die Leistungszuteilung. Das Spital Herisau hat sich für keine der drei IVHSM-Leistungsgruppen beworben (Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinome, Karzinome der Vulva und Vagina sowie Zervixkarzinome, Trophoblasttumoren). Die Leistungsvergabe erfolgt gemäss Planungsmodell auf Ebene Region. Es besteht eine Mindestfallzahl von 20 Eingriffen je Jahr. Das Spital Herisau erfüllt das Kriterium der Mindestfallzahl im Durchschnitt der Jahre 2021 und 2022 mit neun Eingriffen nicht. Zudem weist der Operateur keinen Schwerpunkttitel «Gynäkologische Onkologie» auf. Im Rahmen der Vernehmlassung weist das Spital Herisau darauf hin, dass der zuständige Operateur die adäquate Ausbildung und Expertise im Bereich onkologische Gynäkologie im Zusammenhang mit dem Leistungsauftrag GYNT mitbringe. Er habe sich an vorhergehenden Arbeitsstellen in Österreich auf den Bereich der operativen Gynäkologie, insbesondere auf die Behandlung von Korpus-Karzinomen, spezialisiert. Der eingereichte OPS-Katalog übersteige die im Rahmen der Schweizer Schwerpunkttitel «operative Gynäkologie» sowie «gynäkologische Onkologie» vorgeschriebenen Eingriffszahlen. Zudem sei der Operateur daran, den Schweizer Schwerpunkttitel «operative Gynäkologie» zu erlangen. Ebenfalls sei die Zulassung zur Prüfung für den Schwerpunkttitel «gynäkologische Onkologie» beantragt. Der damit verbundene Nachweis der Eingriffe durch Einreichen der Operationsberichte dauere jedoch länger als der Spitalplanungsprozess. Als Fazit hält das Spital Herisau fest, dass ihr zuständiger Operateur über eine adäquate Ausbildung und Expertise im Bereich onkologische Gynäkologie und operative Gynäkologie im Zusammenhang mit dem Leistungsauftrag GYNT verfüge. Gemäss SPLG-Konzept ARAISG 2024.01 wird je nach Leistungsgruppe das Vorhandensein von ärztlichem Personal mit Facharzt- und Schwerpunkttitel FMH oder äquivalenten ausländischen Titel vorausgesetzt. Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob der vom Spital Herisau angestellte Operateur eine dem Schweizer Weiterbildungstitel «Gynäkologie und Geburtshilfe» und den Schwerpunkttiteln «Operative Gynäkologie» sowie «gynäkologische Onkologie» gleichwertige Weiterbildung und Expertise aufweist. Der Operateur verfügt über einen deutschen Facharzttitel «Frauenheilkunde und Geburtshilfe». Darüber hinaus bestehen keine Schwerpunkttitel in onkologischer Gynäkologie. Der Operateur verfügt jedoch über einen umfangreichen OPS-Katalog, der die geforderten Eingriffszahlen für die Erlangung der Schweizer Schwerpunkttitel übersteigt. Entsprechende Schritte zur Erlangung des Schwerpunkttitels sind eingeleitet. Da die Erlangung der Schweizer Schwerpunkttitel durch den zuständigen Operateur nicht abgeschlossen und der Umfang der zukünftigen IVHSM-Regelung unklar sind sowie die Mindestfallzahlen von der Bewerberin in den Jahren 2021 und 2022 nicht erfüllt wurden, erfolgt eine befristete Erteilung des Leistungsauftrags GYNT bis Ende des Jahres 2026.

THO1: Im Rahmen der Vernehmlassung äusserte sich das Spital Herisau dahingehend, dass die Leistungsgruppe THO1 für den SVAR als Teil der erweiterten Grundversorgung unverzichtbar sei. Der Leistungsauftrag THO1 sei fester Bestandteil der heutigen chirurgischen Eingriffe. Konkret würden folgende Eingriffe durchgeführt:

- Einlage Thoraxdrainagen
- Chirurgische Behandlung Hämatothorax
- Pleurodesen bei Pneumothorax / chronischen Pleuraergüssen / malignen Ergüssen
- Empyemasanierungen (Thorakoskopie / Thorakotomie)
- Wedgeresektion und offene Lungenbiopsien bei unklaren Lungenparenchympathologien
- Histologische Abklärung gutartiger Lungenbefunde

Das fachliche Know-How sei in den letzten Jahren gezielt in Coachings und Teachings auf den Chefarzt Chirurgie und sein chirurgisches Team weitergegeben worden, um die langfristige thoraxchirurgische Versorgung am Spital Herisau sicherzustellen. Auch sei die Thoraxchirurgie für die Klinik für Anästhesiologie und die Rettungsmedizin von Bedeutung. Thoraxchirurgische Eingriffe stellen ein Teilgebiet der Anästhesie dar, das eine besondere Expertise benötige. Diese Expertise sei derzeit vorhanden und müsse unbedingt erhalten bleiben, da auch Patientinnen und Patienten der Intensivpflegestation (IPS) davon profitierten. Damit sei die Attraktivität im Bereich der Anästhesie(pflege) sichergestellt, was in Zeiten des Personalmangels wichtig sei. Schliesslich liege auch eine Kooperationsvereinbarung mit dem KSSG im Bereich der Thoraxchirurgie vor, die rückwirkend per 1. Januar 2024 in Kraft getreten sei.

Im gesamten Leistungsbereich «Thoraxchirurgie» erfolgten im Jahr 2021 166 stationäre Eingriffe an Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion. Davon wurden 108 im KSSG behandelt, 15 im SVAR, 14 im USZ und 11 im KS Graubünden. Auch hier handelt es sich um einen Leistungsbereich der Endversorgung, der grossen Zentrumsspitalern vorbehalten ist. Die Fallzahlen des SVAR sind auf eine ausserordentliche, nicht nachhaltige personelle Konstellation zurückzuführen. Thoraxchirurgische Leistungen ausserhalb der allgemeinen Chirurgie sollten von Inhaberinnen und Inhaber des Facharzttitels für Thoraxchirurgie durchgeführt werden. Das Spital Herisau verfügt nicht über die entsprechende Anerkennung als Weiterbildungsstätte und wird sie auch nicht erreichen. Aus Versorgungssicht ist eine Verteilung der begrenzten Fallzahlen auf mehrere Leistungserbringer aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen nicht erstrebenswert. Das von der Bewerberin genannte Leistungsspektrum in THO1 umfasst mehrheitlich Leistungen, die dem Basispaket zugeordnet werden können (Einlage Thoraxdrainagen, Chirurgische Behandlung Hämatothorax, Pleurodesen bei Pneumothorax/ chronischen Pleuraergüssen/ malignen Ergüssen, Histologische Abklärung gutartiger Lungenbefunde). Die Aussage, wonach ein Spital der erweiterten Grundversorgung zwingend über einen Leistungsauftrag für Thoraxchirurgie verfügen muss, wird seitens der Planungsbehörden nicht geteilt. Auch sind die Abhängigkeiten mit der Intensivmedizin und Anästhesiologie nicht derart gross, dass eine Vergabe eines Leistungsauftrags zur Sicherstellung der medizinischen Qualität in diesen Bereichen notwendig wäre. Gutes Beispiel dafür ist das Spital Grabs, das eine IPS und eine hochqualifizierte Anästhesie betreiben kann, ohne über einen Leistungsauftrag für THO1 zu verfügen. Schliesslich spricht auch der zwischenzeitlich vorliegende Kooperationsvertrag im Bereich Thoraxchirurgie nicht für eine Erteilung eines Leistungsauftrags für THO1 an das Spital Herisau, da im Vertrag ausschliesslich die Sicherstellung der operativen Eingriffsbereitschaft des KSSG für

vom Spital Herisau zugewiesene thoraxchirurgische Patientinnen und Patienten sowie deren prä- und postoperative Betreuung durch das Spital Herisau geregelt werden. Der Antrag wird deshalb abgelehnt.

PNE1.1: Das Spital Herisau beantragt einen Leistungsauftrag für PNE1.1, da diese Leistungsgruppe aus seiner Sicht alltägliche Therapien beinhaltet, die ein Spital mit Grundversorgungsauftrag für Pneumologie erbringen können müsse. Insbesondere befürchtet das Spital Herisau, dass es ohne Leistungsauftrag für PNE1.1 die auf einer IPS üblichen invasiven Beatmungen (CHOP-Codes Z93.9G, Z93.9G.1, Z93.9G.2, Z93.9G.4, Z93.9G.5, Z93.9G.7) nicht mehr durchführen dürfe. Des Weiteren werden auf der IPS des SVAR Patientinnen und Patienten mit Critical-illness Polyneuropathie sowie Guillain-Barre-Syndrom behandelt, was ohne Leistungsauftrag für PNE1.1 nicht weiter möglich sei. Die Einschätzung des Spitals Herisau über die Notwendigkeit des Leistungsauftrags für PNE1.1 zur Sicherstellung des aktuellen Behandlungsspektrums steht im Widerspruch zu den in den vergangenen Jahren ausgewiesenen Fallzahlen in PNE1.1. Effektiv klassierte der Grouper-Algorithmus in den letzten fünf Jahren keine einzige vom Spital Herisau stationär durchgeführte Behandlung in der Leistungsgruppe PNE1.1. Aus Sicht der Planungsbehörden ist somit eine Erteilung des Leistungsauftrags für PNE1.1 mit der einzigen Begründung, dass das heutige Leistungsspektrum fortgeführt werden könne, nicht stichhaltig. Der Antrag für PNE1.1 wird deshalb abgelehnt.

Dem Spital Herisau wird ein Leistungsauftrag für 47 Leistungsgruppen erteilt (BP, DER1, DER2, HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, KIE1, NEU1, NEU2, NEU3, END1, GAE1, GAE1.1, VIS1, HAE2, HAE3, GEF1, ANG1, RAD1, KAR1, NEP1, URO1, URO1.1, URO1.1.1, URO1.1.8, PNE1, BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1, BEW8, RHE1, GYN1, GYNT, GYN2, GEB1, NEO1, ONK1, GER). Die Leistungsaufträge KAR1 und BEW8 werden befristet erteilt bis zum 31. Dezember 2026, da die Mindestfallzahlen im Durchschnitt der Jahre 2021 und 2022 nicht erfüllt wurden. Erreicht der Leistungserbringer im Durchschnitt der Jahre 2024 und 2025 die Mindestfallzahl nicht, wird der entsprechende Leistungsauftrag nicht verlängert. Die Leistungsgruppen ANG1/GEF1/RAD1 werden im Paket befristet bis Ende 2026 erteilt. Zu diesem Zeitpunkt erfolgt eine Neu Beurteilung der gesamthaften Versorgung der peripheren Gefässmedizin innerhalb der Planungsregion. Das Paket ANG1/GEF1 wird erweitert um elektive Eingriffe an infrarenalen Gefässen gemäss separater Liste der Planungsbehörden. Der Leistungsauftrag für GYNT wird befristet bis Ende des Jahres 2026 erteilt (Gründe siehe Ausführungen weiter oben). Sodann erfolgt eine Reevaluation des Leistungsauftrags. Der gesamte Leistungsauftrag wird mit der Auflage erteilt, den Planungsbehörden spätestens bis Ende 2024 ein Konzept zur Überwachung von nosokomialen Infektionen und Resistenzentwicklungen nachzureichen.

8.3 SRRWS Spital Altstätten

Das Spital Altstätten beantragt einen Leistungsauftrag für 29 Leistungsgruppen. Bis anhin war das Spital Altstätten für 50 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen aufgeführt. Da der Kanton St.Gallen in der Vergangenheit keine standortspezifischen Leistungsaufträge erteilte, fielen darunter auch zahlreiche Leistungsgruppen, die innerhalb der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland ausschliesslich am Standort Grabs oder am Standort Walenstadt angeboten wurden. Bewerber innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Grund-Spitalleistungsgruppe einen Versorgungsanteil von fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen, damit sie für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Das Spital Altstätten erfüllt in 6 von 22 angebotenen

Grund-Leistungsgruppen den Mindestversorgungsanteil von fünf Prozent für mindestens eine der drei Kantonsbevölkerungen. Die zeitliche und geografische Erreichbarkeit ist namentlich bei Notfällen und für Leistungen der Grundversorgung von Bedeutung. Der Bewerber betreibt eine Notfallstation und ist für insgesamt 55 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden (31'620), 93 Prozent aus dem Kanton Appenzell Innerrhoden (15'372) und 25 Prozent aus dem Kanton St.Gallen (133'514) innerhalb von 30 Minuten erreichbar. Grundversorger-Leistungen werden in reduziertem Umfang umfassend angeboten. Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus oder Behandlungsaufwand bestehen keine. Aufgrund seiner guten Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten aus der Region Rheintal, seinem umfassenden Grundversorger-Angebot und der hohen Marktanteile bei Patientinnen und Patienten aus der Region Rheintal ist das Spital Altstätten als bedarfsnotwendig einzustufen. Die Strategie der St.Galler Spitalverbunde sieht jedoch vor, das Spital Altstätten Ende des Jahres 2027 in ein ambulantes Gesundheits-/ (Notfall) Zentrum G(N)Z umzuwandeln. Im Rahmen des Ergebnisverbesserungsprogramms der St.Galler Spitalverbunde wurde entschieden, per Ende März 2024 die stationäre operative Tätigkeit am Standort Altstätten einzustellen. Im Wissen darum, dass eine Nachbetreuung von am Standort Grabs operierten Patientinnen und Patienten am Standort Altstätten weiterhin erfolgt und seitens Kostenträger ohne zusätzliche Aufwände für das Spital vergütet werden muss, wird auf den kompletten Entzug der operativen Leistungsaufträge verzichtet. Hingegen werden die betroffenen Leistungsgruppen mit einer Fussnote versehen, wonach operative stationäre Eingriffe in diesen Leistungsgruppen am Spital Grabs oder an einem Drittspital durchgeführt werden. Ein Aufenthalt im Spital Altstätten erfolgt postoperativ.

Dem Spital Altstätten wird ein Leistungsauftrag für 29 Leistungsgruppen erteilt (BP, DER2, HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, KIE1, GAE1, VIS1, HAE2, HAE3, URO1, URO1.1, BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1, ONK1, KINB, KAD, GER, PAL). Die Leistungsaufträge BP, HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, KIE1, VIS1, URO1, URO1.1, BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1 werden mit einer Fussnote versehen, wonach operative stationäre Eingriffe in diesen Leistungsgruppen am Spital Grabs oder an einem Drittspital durchgeführt würden und ein Aufenthalt im Spital Altstätten ausschliesslich postoperativ erfolge,

8.4 SRRWS Spital Grabs

Das Spital Grabs beantragt einen Leistungsauftrag für 53 Leistungsgruppen. Bis anhin war das Spital Grabs für 50 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen aufgeführt. Bewerber innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Grund-Spitalleistungsgruppe einen Versorgungsanteil von fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen, damit sie für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Das Spital Grabs erfüllt in 18 von 27 angebotenen Grund-Leistungsgruppen den Mindestversorgungsanteil von fünf Prozent für mindestens eine der drei Kantonsbevölkerungen. Die zeitliche und geografische Erreichbarkeit ist namentlich bei Notfällen und für Leistungen der Grundversorgung von Bedeutung. Der Bewerber betreibt eine Notfallstation, eine Intensivpflegestation Level 2 und ist für insgesamt 24 Prozent der Bevölkerung aus dem Kanton St.Gallen (119'957) innerhalb von 30 Minuten erreichbar²⁷. Grundversorger-Leistungen werden umfassend angeboten. Anzeichen für die Umgehung der Auf-

²⁷ Zudem erreichen 100 Prozent der Liechtensteiner Bevölkerung (38'400) und 7 Prozent der Bündner Bevölkerung (15'400) das Spital Grabs innerhalb von 30 Minuten.

nahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus oder Behandlungsaufwand bestehen keine. Aufgrund seiner guten Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten aus der Region Werdenberg, Teile des Sarganserland sowie des Fürstentum Liechtenstein, seinem umfassenden Grundversorger-Angebot und der hohen Marktanteile bei Patientinnen und Patienten aus der Region Werdenberg/Fürstentum Liechtenstein ist der Bewerber als bedarfsnotwendig einzustufen.

Der Antrag für PAL «Spezialisierte Palliative Care» wird abschlägig beurteilt. Die SRRWS betreibt aktuell am Standort Altstätten eine spezialisierte Station für Palliativmedizin mit dem dafür notwendigen Fachpersonal. Nach der Umwandlung des Spitals Altstätten in ein Gesundheitszentrum im Jahr 2027 ist ein Transfer der Station nach Grabs geplant. Eine vorzeitige Anpassung des Leistungsauftrags am Standort Grabs ist nicht angezeigt.

Im Rahmen der Vernehmlassung beantragt das Spital Grabs eine Verlängerung der drei befristet erteilten Leistungsgruppen DER1.1, HNO2 und BEW8 von zwei auf drei Jahre (bis Ende 2026). Im Rahmen der generellen Verlängerung der Befristung von Leistungsgruppen mit Nicht-Erreichung der Mindestfallzahlen wird dem Antrag stattgegeben. Zudem beantragt das Spital Grabs, es sei ihm die Leistungsgruppe KAR1 unbefristet zu erteilen, da die Mindestfallzahlen von durchschnittlich jährlich 50 Devices in den Jahren 2021 und 2022 mit 83 resp. 76 erfüllt waren und auch im Jahr 2023 erfüllt werden konnten. Diesem Antrag kann entsprochen werden, da die Mindestfallzahl von 50 jährlichen Eingriffen auch gemäss SPLG-Grouper in den Jahren 2021 und 2022 mit einem Durchschnitt von 51 stationären Fälle ohne Berücksichtigung des ambulanten Fallvolumens bereits erfüllt wurde.

Dem Spital Grabs wird ein Leistungsauftrag für 52 Leistungsgruppen erteilt (BP, DER1, DER1.1, DER2, HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, HNO2, KIE1, NEU1, NEU2, NEU3, END1, GAE1, GAE1.1, VIS1, VIS1.4, HAE2, HAE3, GEF1, ANG1, RAD1, KAR1, NEP1, URO1, URO1.1, URO1.1.4, PNE1, BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1, BEW8, RHE1, GYN1, GYNT, GYN2, GEB1, NEO1, ONK1, KINB, KAC, KAD, GER). Die Leistungsaufträge DER1.1, HNO2 und BEW8 werden befristet erteilt bis 31. Dezember 2026, da die Mindestfallzahlen im Durchschnitt der Jahre 2021 und 2022 nicht erfüllt wurden. Erreicht der Leistungserbringer im Durchschnitt der Jahre 2024 und 2025 die Mindestfallzahl nicht, wird der entsprechende Leistungsauftrag nicht verlängert. Die Leistungsgruppen ANG1/GEF1/RAD1 werden im Paket befristet bis Ende 2026 erteilt. Zu diesem Zeitpunkt erfolgt eine Neubeurteilung der gesamthaften Versorgung der peripheren Gefässmedizin innerhalb der Planungsregion. Die Leistungsgruppen ANG1 und GEF1 waren im bestehenden Leistungsauftrag im Rahmen des Ostschweizer Gefässzentrums erweitert um elektive Eingriffe an infrarenalen Gefässen. Diese Erweiterung wird beibehalten gemäss separater Liste der Planungsbehörden. Die Leistungsgruppe KINB «Basiskinderchirurgie» ist auf die Behandlung von Kindern ab 3 Jahren in den entsprechenden Eingriffen gemäss abschliessender Liste der Gesundheitsdirektion Zürich beschränkt.

8.6 Spital Linth

Das Spital Linth beantragt einen Leistungsauftrag für 47 Leistungsgruppen. Bis anhin war das Spital Linth für 49 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen aufgeführt. Bewerber innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Grund-Spitalleistungsgruppe einen Versorgungsanteil von fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen, damit sie für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Das Spital Linth erfüllt in 12 von 28 angebotenen Grund-Leistungsgruppen den Mindestversorgungsanteil von fünf Prozent für mindestens eine der drei Kantonsbevölkerungen. Die zeitliche und geografische Erreichbarkeit ist namentlich bei Notfällen und für Leistungen der Grundversorgung von Bedeutung. Der Bewerber betreibt eine Notfallstation und ist für insgesamt 17 Prozent der Bevölkerung aus dem Kanton St.Gallen (90'100) innerhalb von 30 Minuten erreichbar²⁸. Grundversorger-Leistungen werden umfassend angeboten. Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus oder Behandlungsaufwand bestehen keine. Aufgrund seiner guten Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten aus der Region See-Gaster, seinem umfassenden Grundversorger-Angebot und der hohen Marktanteile bei Patientinnen und Patienten aus der Region See-Gaster ist das Spital Linth als bedarfsnotwendig einzustufen.

Die Anträge für ANG1, RAD1, URO1.1.8 und PNE1.1 werden abschlägig beurteilt. Für den Bereich RAD1 «Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)» ist die Präsenz von Fachärztinnen oder Fachärzten mit Schwerpunkttitel «Interventionelle Radiologie EBIR» angezeigt. Zudem wird die Leistungsgruppe in Kombination mit ANG1 und GEF1 vergeben. Das Spital Linth konnte im Rahmen des Bewerbungsverfahrens keine umfassende gefässchirurgische sowie angiologische Versorgung inklusive Anbindung an ein Zentrum mit interdisziplinärem Indikationsboard nachweisen. Damit sind die Voraussetzungen für die Erteilung von RAD1 und ANG1 nicht gegeben. Da der Leistungsauftrag für URO1.1.8 «Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial» nur an Spitäler vergeben werden kann, die gleichzeitig über einen Leistungsauftrag für RAD1 verfügen, sind die Kriterien für eine Vergabe an das Spital Linth nicht erfüllt. Bei der Leistungsgruppe PNE1.1 «Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie» handelt es sich um eine Endversorger-Leistungen, die gemäss Planungsmodell auf Ebene Planungsregion vergeben wird. Das Spital Linth wies zwischen den Jahren 2019 und 2022 keine Fälle in dieser Leistungsgruppe auf. Obwohl es sich um einen bestehenden Leistungsauftrag handelt, wird dieser nicht mehr erteilt.

Dem Spital Linth wird ein Leistungsauftrag für 43 Leistungsgruppen erteilt (BP, HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, HNO2, NEU1, NEU2, NEU3, END1, GAE1, GAE1.1, VIS1, VIS1.4, HAE2, HAE3, KAR1, NEP1, URO1, URO1.1, URO1.1.1, URO1.1.4, PNE1, BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1, GYN1, GYN2, GEB1, NEO1, ONK1, KINB, KAC, KAD, GER). Da das Spital Linth als einziger Bewerber das Kriterium der Wirtschaftlichkeit im Jahr 2021 nicht erfüllte (siehe Kapitel 6.3.2), wird der gesamte Leistungsauftrag des Spitals Linth mit einer kürzeren Gültigkeitsdauer bis Ende des Jahres 2027 versehen mit der Auflage, seine Wirtschaftlichkeit bis zu diesem Zeitpunkt in den Normbereich zu verbessern. Gelingt dies nicht, erfolgt keine Verlängerung des Leistungsauftrags. Grundsätzlich hat die Nichterfüllung des Wirtschaftlichkeitskriteriums den Ausschluss von der Teilnahme am weiteren Evaluationsverfahren zur Folge.

²⁸ Zudem erreichen 52 Prozent der Glarner Bevölkerung (21'219) und 7 Prozent der Zürcher Bevölkerung (114'796) das Spital Linth innerhalb von 30 Minuten.

Ein sofortiger Ausschluss vom Spitalistenverfahren des Spitals Linth erscheint jedoch vor dem Hintergrund der Versorgungsrelevanz des Spitals Linth unverhältnismässig.

Der Leistungsauftrag für NEU3 wird dahingehend spezifiziert, dass die Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten nur in Absprache mit einem Stroke Center oder einer Stroke Unit erfolgen darf. Die Leistungsaufträge für KAR1, GAE1.1, URO1.1.4 und NEP1 sind beschränkt auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die keine Intensiv-Pflegestation Level 2 (IPS) benötigen. Eine temporäre Beatmung durch die Intermediate Care (IMC) muss gewährleistet werden können. Die Leistungsaufträge VIS1.4, KAR1, URO1.1.1, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2 und BEW7.2.1 werden befristet erteilt bis 31. Dezember 2026, da die Mindestfallzahlen im Durchschnitt der Jahre 2021 und 2022 nicht erfüllt wurden. Erreicht der Leistungserbringer im Durchschnitt der Jahre 2024 und 2025 die Mindestfallzahl nicht, wird der entsprechende Leistungsauftrag nicht verlängert. Die Leistungsgruppe KINB «Basiskinderchirurgie» ist auf die Behandlung von Kindern ab 3 Jahren in den entsprechenden Eingriffen gemäss abschliessender Liste der Gesundheitsdirektion Zürich beschränkt.

8.7 Spital Wil

Das Spital Wil beantragt einen Leistungsauftrag für 38 Leistungsgruppen. Bis anhin war das Spital Wil für 38 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen aufgeführt. Bewerber innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Grund-Spitalleistungsgruppe einen Versorgungsanteil von fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen, damit sie für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Das Spital Wil erfüllt in 10 von 24 angebotenen Grund-Leistungsgruppen den Mindestversorgungsanteil von fünf Prozent für mindestens eine der drei Kantonsbevolkerungen. Die zeitliche und geografische Erreichbarkeit ist namentlich bei Notfällen und für Leistungen der Grundversorgung von Bedeutung. Der Bewerber betreibt eine Notfallstation und ist für insgesamt 31 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden (17'934) und 43 Prozent aus dem Kanton St.Gallen (223'901) innerhalb von 30 Minuten erreichbar. Grundversorger-Leistungen werden umfassend angeboten. Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus oder Behandlungsaufwand bestehen keine. Aufgrund seiner guten Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten aus der Region Fürstenland Toggenburg, seinem umfassenden Grundversorger-Angebot und der hohen Marktanteile bei Patientinnen und Patienten aus der Region Fürstenland Toggenburg ist das Spital Wil als bedarfsnotwendig einzustufen.

Die Anträge für RAD1 und BEW3 werden abschlägig beurteilt. Für den Bereich RAD1 «Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)» ist die Präsenz von Fachärztinnen oder Fachärzten mit Schwerpunkt «Interventionelle Radiologie EBIR» angezeigt. Das Spital Wil beschäftigt kein solches Personal und hat in der Vergangenheit auch keine diesbezüglichen (diagnostischen) Eingriffe vorgenommen. Ein entsprechendes Leistungsangebot im Bereich der Gefässchirurgie und der Angiologie besteht ebenfalls nicht, womit der Leistungsauftrag für RAD1 nicht notwendig ist. Analog verhält es sich in der Leistungsgruppe BEW3 «Handchirurgie». Das Spital Wil hat kein Personal mit Facharzt «Handchirurgie» angestellt und betreibt auch kein handchirurgisches Spezialambulatorium. Der entsprechende Leistungsauftrag wird deshalb nicht mehr erteilt.

Dem Spital Wil wird ein Leistungsauftrag für 36 Leistungsgruppen erteilt (BP, DER1, DER2, HNO1, HNO1.1, HNO1.2, NEU1, NEU2, NEU3, END1, GAE1, VIS1, HAE2, HAE3, KAR1, URO1, URO1.1, PNE1, BEW1, BEW2, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1, RHE1, GYN1, GEB1, NEO1, ONK1, KINB, KAD, GER). Der Leistungsauftrag für NEU3 wird dahingehend spezifiziert, dass die Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten nur in Absprache mit einem Stroke Center oder einer Stroke Unit erfolgen darf. Der Leistungsauftrag für KAR1 ist beschränkt auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die keine Intensiv-Pflegestation Level 2 (IPS) benötigen. Eine temporäre Beatmung durch die Intermediate Care (IMC) muss gewährleistet werden können. Die Leistungsaufträge KAR1, BEW7.2 und BEW7.2.1 werden befristet erteilt bis 31. Dezember 2026, da die Mindestfallzahlen im Durchschnitt der Jahre 2021 und 2022 nicht erfüllt wurden. Erreicht der Leistungserbringer im Durchschnitt der Jahre 2024 und 2025 die Mindestfallzahl nicht, wird der entsprechende Leistungsauftrag nicht verlängert. Die Leistungsgruppe KINB «Basiskinderchirurgie» ist auf die Behandlung von Kindern ab 6 Jahren in den entsprechenden Eingriffen gemäss abschliessender Liste der Gesundheitsdirektion Zürich beschränkt.

8.8 Kantonsspital Graubünden – Spital Walenstadt

Das Spital Walenstadt beantragt einen Leistungsauftrag für 41 Leistungsgruppen. Bis anhin war das Spital Walenstadt für 40 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akut-somatik des Kantons St.Gallen aufgeführt. Bewerber innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Grund-Spitalleistungsgruppe einen Versorgungsanteil von fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen, damit sie für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Das Spital Walenstadt erfüllt in 5 von 26 angebotenen Grund-Leistungsgruppen den Mindestversorgungsanteil von fünf Prozent für mindestens eine der drei Kantonsbevölkerungen. Die zeitliche und geografische Erreichbarkeit ist namentlich bei Notfällen und für Leistungen der Grundversorgung von Bedeutung. Der Bewerber betreibt eine Notfallstation und ist für insgesamt 15 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Kanton St.Gallen (75'197) innerhalb von 30 Minuten erreichbar²⁹. Grundversorger-Leistungen werden in reduziertem Umfang umfassend angeboten. Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus oder Behandlungsaufwand bestehen keine. Das Spital Walenstadt ist betrieblich, medizinisch und pflegerisch vollständig in die Strukturen des Kantonsspitals Graubünden integriert. Die medizinische und pflegerische Leistungserbringung am Standort Walenstadt erfolgt vertikal innerhalb der betrieblichen Strukturen des Standortes Chur.

Dem Spital Walenstadt wird ein Leistungsauftrag für 41 Leistungsgruppen erteilt (BP, DER1, DER2, HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, NEU1, NEU3, END1, GAE1, GAE1.1, VIS1, HAE2, HAE3, GEF1, ANG1, RAD1, KAR1, NEP1, URO1, URO1.1, PNE1, BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1, RHE1, GYN1, ONK1, KINB, KAD, GER, PAL). Der Leistungsauftrag für NEU3 wird dahingehend spezifiziert, dass die Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten nur in Absprache mit einem Stroke Center oder einer Stroke Unit erfolgen darf. Die Leistungsaufträge für KAR1, GAE1.1 und NEP1 sind beschränkt auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die keine Intensiv-Pflegestation Level 2 (IPS) benötigen. Eine temporäre Beatmung durch die Intermediate Care (IMC) muss gewährleistet werden können.

²⁹ Zudem erreichen 43 Prozent der Glarner Bevölkerung (17'535) und 10 Prozent der Bündner Bevölkerung (66'234) das Spital Walenstadt innerhalb von 30 Minuten.

Im Rahmen der Vernehmlassung beantragt das Spital Walenstadt eine unbefristete Erteilung aller Leistungsgruppen (ANG1, GEF1, RAD1, KAR1, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1) bis Ende 2031, in denen die Mindestfallzahlen am Standort Walenstadt im Durchschnitt der Jahre 2021 und 2022 nicht erreicht wurden. Einerseits würde die Bemessung der MFZ-Erreichung aus einer Zeit stammen, in der das KSGR noch nicht für das Spital Walenstadt zuständig gewesen sei. Zudem sei der Standort Walenstadt mit der totalen vertikalen Integration in die Organisation des KSGR nicht mehr separat zu beurteilen. Das KSGR sei seit dem 1. Januar 2023 ein Zentrumsspital mit zwei Standorten (Chur und Walenstadt). Eine standortbezogene Mindestfallzahlbetrachtung weiche von der Philosophie eines Zentrumsspitals ab. Dazu ist festzuhalten, dass die Kantone gemäss Art. 58f Abs. 2 KVV verpflichtet sind, Spitälern mit mehreren Standorten separate Leistungsaufträge zu erteilen. Folglich muss auch die Überprüfung der mit der Aufnahme in die Spitalliste und der Erteilung eines Leistungsauftrags verbundenen Anforderungen standortbezogen erfolgen. Eine standortübergreifende Beurteilung ist mit Inkrafttreten der KVV-Revision vom 23. Juni 2021 per 1. Januar 2022 nicht mehr KVG-konform. Auch wenn die Bewertungsgrundlage der Erfüllung der Mindestfallzahlen aus einer Zeit stammt, in der das Spital Walenstadt unter anderer Trägerschaft betrieben wurde, kann daraus keine unbefristete Erteilung unter Nicht-Berücksichtigung der Mindestfallzahlen abgeleitet werden. Allfällige nachteilige Auswirkungen dieser Begebenheit sind im Rahmen des Entscheids über die Weitervergabe des Leistungsauftrags im Jahr 2026 zu berücksichtigen. Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass die von der Bewerberin im Rahmen der Vernehmlassung vorgebrachten Einwände keinen Verzicht auf eine Befristung rechtfertigen. Die Leistungsaufträge KAR1, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2 und BEW7.2.1 werden befristet erteilt bis 31. Dezember 2026, da die Mindestfallzahlen im Durchschnitt der Jahre 2021 und 2022 nicht erfüllt wurden. Erreicht der Leistungserbringer im Durchschnitt der Jahre 2024 und 2025 die Mindestfallzahl nicht, wird der entsprechende Leistungsauftrag nicht verlängert. Die Leistungsgruppen ANG1/GEF1/RAD1 werden im Paket befristet bis Ende 2026 erteilt. Zu diesem Zeitpunkt erfolgt eine Neubeurteilung der gesamthaften Versorgung der peripheren Gefässmedizin innerhalb der Planungsregion. Die Leistungsgruppe KINB «Basiskinderchirurgie» ist auf die Behandlung von Kindern ab 6 Jahren in den entsprechenden Eingriffen gemäss abschliessender Liste der Gesundheitsdirektion Zürich beschränkt. Der Leistungsauftrag wird mit der Auflage versehen, dass für den Spitalstandort Walenstadt erstmals im Jahr 2024 eine separate Qualitätsberichterstattung publiziert wird. Im Rahmen der Vernehmlassung lässt sich die Bewerberin dahingehend verlauten, dass die separate Qualitätsberichterstattung für den Standort Walenstadt für das Jahr 2024 bereits geplant sei. Diese Berichterstattung würde jedoch ausschliesslich Daten aus dem Jahr 2023 und nicht aus vorhergehenden Jahren beinhalten.

8.9 Hirslanden Klinik Stephanshorn

Die Klinik Stephanshorn beantragt einen Leistungsauftrag für 77 Leistungsgruppen. Bis anhin war die Klinik Stephanshorn für 54 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen aufgeführt, mit 19 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Appenzell Ausserrhoden sowie für den Leistungsbereich «Geburtshilfe» auf der Spitalliste des Kantons Appenzell Innerrhoden. Bewerber innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Grund-Spitalleistungsgruppe einen Versorgungsanteil von mindestens fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen, damit sie für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Die Klinik Stephanshorn erfüllt in 13 von 28 angebotenen Grund-Leistungsgruppen den Mindestversorgungsanteil von fünf Prozent für mindestens eine der drei Kantonsbevölkerungen. Die zeitliche und geografische

Erreichbarkeit ist namentlich bei Notfällen und für Leistungen der Grundversorgung von Bedeutung. Die Bewerberin ist grundsätzlich als Belegarztspital organisiert, betreibt eine Notfallstation und ist für insgesamt 94 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden (52'999), 55 Prozent aus dem Kanton Appenzell Innerrhoden (9'160) und 61 Prozent aus dem Kanton St.Gallen (321'292) innerhalb von 30 Minuten erreichbar³⁰. Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus oder Behandlungsaufwand bestehen keine. Aufgrund ihrer guten Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten aus der Region Appenzellerland-St.Gallen, ihrem in Teilen umfassenden Grundversorger-Angebot und der hohen Marktanteile bei Patientinnen und Patienten aus der Region Appenzellerland-St.Gallen ist die Bewerberin als bedarfsnotwendig einzustufen.

Die Anträge für NCH2, NCH3, NEU3, HAE1, RAD2, HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5, KAR2, KAR3, KAR3.1, KAR3.1.1, THO1, THO1.1, THO1.2, NEOG, RAO1, KINM, KINC und KAC werden abschlägig beurteilt. Abgesehen von zwei Leistungsgruppen (NCH2, NCH3) handelt es sich um neue Leistungsbereiche, welche die Klinik Stephanshorn bis anhin nicht angeboten hat.

Die Leistungsgruppen NCH2, NCH3, HAE1, RAD2, HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5, KAR2, KAR3.1, KAR3.1.1, THO1, THO1.1., THO1.2, RAO1 sind gemäss Planungsmodell Leistungen der Endversorgung. Diese zeichnen sich zumeist durch tiefe Fallzahlen aus. Für eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Leistungserbringung in diesen Leistungsgruppen wird seitens der Planungsbehörden eine Konzentration dieser Leistungen in den Endversorger-Spitälern KSSG und OKS angestrebt. Zu diesem Zweck wurde das in Kapitel 6.1 beschriebene Planungsmodell entwickelt. Endversorger-Leistungsgruppen weisen Notfall-Vorhalteleistungen (24 Stunden, 365 Tage), hohe Infrastrukturkosten (z.B. Medizintechnik), hohe Personalqualifikationen oder zahlreiche interdisziplinären Abhängigkeiten auf, die eine konzentrierte Erbringung aus Versorgungssicht notwendig machen. Darüber hinaus führen im Einzelnen folgende Überlegungen zu einem abschlägigen Entscheid seitens der Planungsbehörden:

NCH2/NCH3: Es handelt sich bei NCH2 «Spinale Neurochirurgie» und NCH3 «Periphere Neurochirurgie» um Leistungsgruppen mit jährlich zwischen 10 und 30 stationären Eingriffen an Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion. Diese sollen alle vom gleichen Leistungserbringer durchgeführt werden. Ein Leistungsauftrag für Neurochirurgie besteht ausschliesslich am KSSG. Dieses führt bereits heute den Grossteil der Eingriffe durch (NCH2: 9 von Total 11; NCH3: 15 von total 30).

NEU3: Die Klinik Stephanshorn weist keine zertifizierte Stroke Unit auf, die sie für die Primärbehandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten qualifizieren würde. Aufgrund ihrer geografischen Lage in der Stadt St.Gallen in unmittelbarer Nähe des KSSG, das eines von schweizweit nur sechs Stroke-Centern ist, wird der Klinik Stephanshorn auch kein eingeschränkter Leistungsauftrag für NEU3 erteilt. Dies im Gegensatz zu allen anderen Leistungserbringern mit Notfallstation innerhalb der Planungsregion. Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall sind in der Region St.Gallen für Diagnostik und Therapie direkt dem KSSG zuzuführen. Im Rahmen der Vernehmlassung führt die Klinik Stephanshorn aus, dass sie den Leistungsauftrag ausschliesslich für die Kostendeckung für tarifarische Ausreisser im Grouper-

³⁰ Zudem erreichen 35 Prozent der Thurgauer Bevölkerung (101'587) die Hirslanden Klinik Stephanshorn innerhalb von 30 Minuten.

system bzw. für stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit nicht eindeutigem zerebrovaskulären Geschehen benötigen. Alternativ käme eine verbindliche Regelung in Frage, dass die Fälle bei dieser Symptomatik in Einzelfällen gedeckt sind. Seitens Planungsbehörden sind die Voraussetzungen für die Erteilung eines Leistungsauftrags für die von der Bewerberin geschilderten Ausnahmefälle aufgrund der geografischen Nähe zum Stroke Center KSSG nicht gegeben. Die Beurteilung von Einzelfällen ausserhalb des Leistungsauftrags erfolgt im Rahmen des Leistungsauftragscontrollings. Ein stationärer Leistungsauftrag für die Klinik Stephanshorn ist vor diesem Hintergrund nicht notwendig und auch nicht sachgerecht.

HAE1: Die Leistungsgruppe weist im Jahr 2021 171 stationäre Spitalaufenthalte aus der Planungsregion auf. Davon behandelte das KSSG 97, das OKS 20, das USZ 23 und die Klinik Stephanshorn einen Fall. Die Klinik Stephanshorn argumentiert, dass es sich um Sekundärtumore von anderen Grund-Tumor-Erkrankungen handeln würde. Dies geht für die Planungsbehörden aus den Detaildaten nicht hervor. Im Jahr 2021 behandelte die Klinik einen Fall mit Hauptdiagnose C92.00 «Akutes myelodisplastisches Lymphom (AML)». Dabei handelt es sich um eine Primär-Tumor-Diagnose, die in die Leistungsgruppe HAE1 fällt. Die Argumentation der Bewerberin, wonach in HAE1 Patientinnen und Patienten mit hämatologischen Sekundär-Diagnosen behandelt werden, trifft somit nicht zu. Im Übrigen bestreiten die Planungsbehörden nicht, dass die personellen und infrastrukturellen Anforderungen gemäss SPLG-Konzept von der Bewerberin erfüllt werden.

RAD2: Die Leistungsgruppe «Komplexe Interventionelle Radiologie» weist jährlich 30 stationäre Fälle auf. Es handelt sich um sehr spezialisierte Gefässeingriffe, die von interventionell tätigen Radiologen minimal invasiv vorgenommen werden. Die Klinik Stephanshorn beschäftigt derzeit kein entsprechend qualifiziertes Personal mit Schwerpunkt «Interventionelle Radiologie EBIR». Die Notfallvorhalteleistungen und interdisziplinären Abhängigkeiten zur Neurologie, Neuro-/Gefäss-Chirurgie und Interventionellen Kardiologie sind hoch. Eine Verteilung dieser wenigen Eingriffe auf mehrere Leistungserbringer innerhalb der Planungsregion ist qualitativ und wirtschaftlich nicht erstrebenswert.

Herzchirurgie (HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5): Grundsätzlich sieht die Klinik Stephanshorn in ihrer Bewerbung keinen Bedarf für ein wohnortnahes herzchirurgisches Angebot innerhalb der Planungsregion. Vielmehr ist sie der Meinung, dass eine gute herzchirurgische Versorgung in der Planungsregion ARAISG durch die Zusammenarbeit mit den etablierten Herzzentren in den angrenzenden Kantonen Zürich und Thurgau gewährleistet sei. Herzchirurgische Eingriffe seien weltweit rückläufig und die Schweiz verfüge bereits über viele herzchirurgische Zentren. Falls die Kantone jedoch eine Herzchirurgie innerhalb der Planungsregion als wünschenswert erachten, wird der Aufbau einer Herzchirurgie an der Klinik Stephanshorn «im Sinne einer Option» angeboten. Als grösster herzchirurgischer Anbieter der Schweiz könne die Hirslanden-Gruppe für den Aufbau einer Herzchirurgie in St.Gallen die höchste Expertise und Erfahrung vorweisen. Es werden keine Ausführungen zu Betriebskonzept, Marktpotenzial und Businessplan gemacht. Die Planungsbehörden erachten diese Ausführungen als offizielle Bewerbung für einen Leistungsauftrag im Bereich der Herzchirurgie. Der Antrag konnte mangels Substantiierung im Rahmen des Bewerbungsverfahrens nicht weiter geprüft werden. Zudem ist der Gewinn für die Sicherstellung der medizinischen Endversorgung in der Ostschweiz mit einer Erteilung eines herzchirurgischen Leistungsauftrags an die Klinik Stephanshorn marginal, da alle anderen Leistungsbereiche (Interventionelle Kardiologie, Thoraxchirurgie, Herznahe Gefässchirurgie, Neurochirurgie) von der Klinik Ste-

phanshorn nicht angeboten werden. Der Antrag wurde deshalb im Rahmen der Auswertung des Bewerbungsverfahrens abgelehnt. In ihrer Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung präzisierte die Hirslanden Klinik Stephanshorn, dass sie «in enger Kooperation» mit der Hirslanden Klinik Zürich «für die Bevölkerung ein innovatives und agiles Angebot im Bereich der Kardiologie und Herzchirurgie» anzubieten gedenke. Dafür benötigt die Klinik Stephanshorn abgesehen von KAR2 offenbar keine zusätzlichen Leistungsaufträge, da in der Vernehmlassungsstellungnahme nicht an den Anträgen für Herzchirurgie und interventionelle Kardiologie festgehalten wurde, jedoch auch kein formeller Rückzug erfolgte. Die entsprechenden Ausführungen zum geplanten Versorgungsmodell im Bereich Herzchirurgie/Kardiologie werden zur Kenntnis genommen. Für grundlegende Ausführungen wird auf das Kapitel 7 verwiesen. Die Planungsbehörden halten an ihrer negativen Beurteilung der Leistungsgruppen-Anträge fest.

KAR2: Die Leistungsgruppe «Elektrophysiologie und CRT» umfasste im Jahr 2021 476 stationäre Austritte aus der Planungsregion ARAISG. Davon erfolgten 375 im KSSG, je 23 im USZ und in der Hirslanden Klinik Zürich sowie 26 im Vertragsspital Hirslanden Klinik im Park in Zürich. Gemäss Bewerberin handelt es sich um eine Leistungsgruppe mit Bedarfszunahme. Der Bewerberin erschliesst sich nicht, weshalb KAR2 an einem Leistungserbringer konzentriert werden soll. Der Grossteil der Interventionen erfolge in diesem Leistungsbereich bereits heute ambulant. Bei diesem Setting spielten die Endversorger-Argumente keine Rolle, weil die Vorhalteleistungen auch in der ambulanten Versorgung erbracht würden, so es denn überhaupt Vorhalteleistungen habe. Aus Sicht der Planungsbehörden werden der Bereich der interventionellen Kardiologie und die damit verbundenen Vorhalteleistungen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit akutem Herzinfarkt und weiteren Krankheitsbildern mit Notfall-Indikationen als Gesamtbereich betrachtet. Das Herausbrechen von einzelnen Leistungsgruppen, die mitunter wenig bis keine Vorhalteleistungen voraussetzen, ist aus Sicht der wirtschaftlichen Erbringung und der Sicherstellung der Notfallversorgung nicht im Interesse der Planungsbehörden. Erfahrungen aus anderen Kantonen zeigen, dass die Notfallversorgung im Bereich der Kardiologie den öffentlichen Zentrums-Spitälern überlassen ist; unabhängig davon, ob es sich um stationäre oder ambulante Leistungen handelt. Aus diesem Grund wurde auch KAR2 als Endversorger-Leistungsgruppe eingestuft und wird innerhalb der Planungsregion auf das KSSG begrenzt. In ihrer Stellungnahme empfiehlt die Hirslanden Klinik Stephanshorn den Planungsbehörden, einen weiteren Leistungserbringer mit einem Leistungsauftrag für KAR2 zu befähigen. Es gehe nicht um eine ökonomisch getriebene Mengenausweitung, sondern um die angemessene und sinnvolle Berücksichtigung eines kostengünstigen zusätzlichen Bewerbers, um die Patientensicherheit über die gesamte Region und im Einzelfall in der Klinik Stephanshorn zu erhöhen. Damit könne das Risiko bei einer Überlastung oder eines Systemausfalls mit einem weiteren Anbieter reduziert werden. Die Planungsbehörden teilen die Notwendigkeit eines innerkantonalen Zweitanbieters zur Minimierung des Überlastungs- resp. Ausfallrisikos nicht. Es bestehen genügend ausserregionale Leistungserbringer, die in diesen Szenarien diese Rolle übernehmen könnten. Am abschlägigen Entscheid wird festgehalten.

Interventionelle Kardiologie (KAR3, KAR3.1, KAR3.1.1): Die interventionelle Kardiologie war bereits in den Jahren 2014 und 2017 Gegenstand von Bewerbungen seitens der Klinik Stephanshorn für die Aufnahme in die Spitalliste. Der Kanton St.Gallen hat in der Vergangenheit diese Anträge jeweils negativ beurteilt. An der diesbezüglichen Argumentation hat sich grundsätzlich nichts geändert. Es ist allgemein anerkannt, dass der Bereich der interventionellen Kardiologie übermässig anfällig ist für

Mengen-Ausweitungen. Die Planungskantone verfügen immer noch über vergleichsweise tiefe Werte für Herzkatheter-Untersuchungen und –Interventionen (siehe [Versorgungsatlas OBSAN](#)). Zu verweisen ist diesbezüglich auf die - aus Versorgungssicht - im Vergleich mit anderen Kantonen vorteilhafte Angebotsstruktur mit einem einzigen stationären Leistungserbringer. Darüber hinaus muss zwischen elektiv tätigen Anbietern und solchen, die Notfälle behandeln, unterschieden werden. Die Versorgungsstruktur schweizweit zeigt, dass mit zwei Ausnahmen die Anbieter mit gewinnorientierter privater Trägerschaft ausschliesslich elektiv tätig sind, während die Leistungserbringer mit öffentlicher Trägerschaft die Notfallversorgung abdecken (müssen). Je besser sich diese Notfallkosten auf elektive Behandlungen verteilen lassen, je günstiger ist die Notfallversorgung aus einer Gesamtperspektive. Der Antrag wird deshalb erneut abgelehnt.

Thoraxchirurgie (THO1, THO1.1, THO1.2): Für den Bereich Thoraxchirurgie gelten die für den Bereich «Interventionelle Kardiologie» angeführten generellen Ausführungen ebenfalls. Im gesamten Leistungsbereich «Thoraxchirurgie» erfolgten im Jahr 2021 166 stationäre Eingriffe an Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion. Davon wurden 108 im KSSG behandelt, 15 im SVAR, 14 im USZ und 11 im KS Graubünden. Auch hier handelt es sich um einen Bereich der Endversorgung, der grossen Zentrumsspitalern vorbehalten ist. Aus Versorgungssicht ist eine Verteilung der begrenzten Fallzahlen auf mehrere Leistungserbringer aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen nicht erstrebenswert. Die Leistungsgruppen THO1.1 und THO1.2 verlangen überdies das Vorhandensein einer Intensivpflegestation (IPS) der Stufe 3 mit jährlich mindestens 2'600 Pflagetagen und mehr als 1'000 Beatmungstage. Diese Anforderungen werden von der Klinik Stephanshorn nicht erfüllt. Die Klinik Stephanshorn leistet zudem keinen Beitrag zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung im Bereich Thoraxchirurgie.

GYNT: Die Leistungsgruppe umfasste im Jahr 2021 157 stationäre Austritte aus der Planungsregion, davon entfielen 74 auf das KSSG, 26 auf Grabs, 19 auf die Hirslanden Klinik Stephanshorn und neun auf das Spital Herisau. Der Bereich «komplexe gynäkologische Tumore» wurde mit Beschluss vom 1. Juni 2021 der hochspezialisierten Medizin zugeordnet. Im 4. Quartal des Jahres 2022 erfolgte die Vernehmlassung des erläuternden Berichts über die Leistungszuteilung. Die Hirslanden Klinik Stephanshorn hat sich für keine der drei IVHSM-Leistungsgruppen beworben (Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinome, Karzinome der Vulva und Vagina sowie Zervixkarzinome, Trophoblasttumoren). Die Leistungsvergabe erfolgt gemäss Planungsmodell auf Ebene Region. Es besteht eine Mindestfallzahl von 20 Eingriffen je Jahr. Die Hirslanden Klinik Stephanshorn erfüllt das Kriterium der Mindestfallzahl im Durchschnitt der Jahre 2021 und 2022 mit 19 Eingriffen nicht (2021: 22; 2022: 15). Zudem weist der Operateur keinen Schwerpunkttitel «Gynäkologische Onkologie» auf. Im Rahmen des Bewerbungsgesprächs im August 2023 wurde seitens der Bewerberin eine rechtliche Eingabe betreffend Gleichstellung von analogen ausländischen Weiterbildungstiteln in Aussicht gestellt. Im Rahmen der Vernehmlassung hat die Hirslanden Klinik Stephanshorn ein juristisches Memorandum über die Gleichwertigkeit der Aus- und Weiterbildungen des verantwortlichen Operators mit den geforderten Schweizer Fach- und Schwerpunkttiteln eingereicht. Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob der an der Hirslanden Klinik Stephanshorn tätige und auf Senologie/Brustchirurgie spezialisierte Operateur eine dem Schweizer Weiterbildungstitel «Gynäkologie und Geburtshilfe» und den Schwerpunkttiteln «Operative Gynäkologie» sowie «gynäkologische Onkologie» gleichwertige Weiterbildung und Expertise aufweist. Der Operateur verfügt über einen deutschen Facharztstitel «Frauenheilkunde und Geburtshilfe» sowie einen bayrischen Schwerpunkttitel «onkologische Gynäkologie». Im Gegensatz zum bayrischen Schwerpunkttitel umfasst der Schweizer Schwerpunkttitel keine

Eingriffe bei Neoplasien der Mamma. Diese sind im separaten Schwerpunkttitel «gynäkologische Senologie» enthalten und für die Beurteilung der Erlangung eines Leistungsauftrags für GYNT irrelevant, da die Brusttumore in einer separaten Leistungsgruppe GYN2 vergeben werden. Eine Gegenüberstellung der Operationszahlen zwischen dem bayrischen Schwerpunkttitel «onkologische Gynäkologie» und den Schwerpunkttiteln «operative Gynäkologie» respektive «gynäkologische Onkologie» muss dieser Begebenheit Rechnung tragen. Vor diesem Hintergrund sind die von einem Operateur im Rahmen seiner Fach- und Schwerpunkttitel zu absolvierenden Eingriffszahlen deutlich tiefer als die von der Schweiz in den beiden Schwerpunkttiteln geforderten Operationszahlen (D: 100; CH: 213). Die Hirslanden Klinik Stephanshorn hat keinen OP-Katalog des betreffenden Operateurs nach Erlangung des Schwerpunkttitels eingereicht. Es bleibt somit offen, ob die zu tiefen Eingriffszahlen im ausländischen Schwerpunkttitel mit praktischer Expertise durch hohe Eingriffszahlen ausgeglichen werden können. Da die Gleichwertigkeit der ausländischen Weiterbildung und Expertise nicht umfassend nachgewiesen wurde, der Umfang der IVHSM-Regelung unklar ist und die Mindestfallzahlen von der Bewerberin in den Jahren 2021 und 2022 nicht erfüllt wurden, erfolgt eine befristete Erteilung des Leistungsauftrags GYNT bis Ende des Jahres 2026.

NEOG: Diese Leistungsgruppe ist Geburtshäusern vorbehalten. Die Klinik Stephanshorn hat sich neu für die Leistungsgruppe GEBS «Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital» beworben und erhält diesen Leistungsauftrag. Die Säuglinge werden jedoch nicht in NEOG klassiert, sondern in NEO1. Die Leistungsgruppe NEOG ist dafür nicht notwendig.

RAO1: Die Leistungsgruppe «Radio-Onkologie» umfasste im Jahr 2021 199 stationäre Spitalaufenthalte aus der Planungsregion. 155 stationäre Therapien wurden im KSSG durchgeführt (davon waren 29 in der Geriatrischen Klinik hospitalisiert und für die Radio-Therapie ins KSSG verlegt), 19 am KS Graubünden, 7 am USZ und 6 am Stadtspital Zürich Triemli. Die Klinik Stephanshorn argumentiert, dass sie im nahegelegenen Neudorf-Center Zugang zu einem vollausgestatteten radioonkologischen Zentrum habe und sich eine Verlegung von stationären Patientinnen und Patienten ins KSSG nur zur strahlentherapeutischen Behandlung ungünstig auf den Behandlungsverlauf auswirke. Dazu ist festzuhalten, dass sich der Standort «Neudorf-Center» ausserhalb des Spitalperimeters der Klinik Stephanshorn befindet. Damit kann nicht argumentiert werden, dass eine spitalinterne radioonkologische Behandlung möglich sei. Vielmehr sind radioonkologische Behandlungen im Rahmen eines stationären Spitalaufenthalts in der Klinik Stephanshorn mit einer Verlegung ins Neudorf-Center verbunden. Im Übrigen bestreiten die Planungsbehörden nicht, dass die personellen und infrastrukturellen Anforderungen gemäss SPLG-Konzept von der Bewerberin erfüllt werden. Im Rahmen der Vernehmlassung präzisierte die Hirslanden Klinik Stephanshorn, dass die Infrastruktur bestehe, womit das Argument der Wirtschaftlichkeit dementsprechend nicht einsehbar sei. Im Gegenteil sei es so, dass die Verlegung der Patientinnen und Patienten in ein anderes Spital mit Leistungsauftrag zur Folge habe, dass viele Untersuchungen und Abklärungen doppelt durchgeführt würden. Seitens Planungsbehörden ist anzufügen, dass es sich beim vorliegenden stationären Leistungsauftrag um Patientinnen und Patienten mit therapeutischen und nicht diagnostischen Interventionen handelt. Das Argument der Doppelbehandlung ist somit hinfällig. Die Planungsbehörden bleiben bei der abschlägigen Einschätzung.

KINM, KINC, KAC: Die Leistungsgruppen «Kindermedizin» und «Kinderchirurgie» sind Kinderspitälern oder -kliniken vorbehalten. Die Klinik Stephanshorn verfügt über kein festangestelltes Personal mit Weiterbildungstitel «Kinder- und Jugendmedizin» respektive «Kinderchirurgie». Auch betreibt die Klinik Stephanshorn keine räumlich

getrennte Einheit für Kinder und Jugendliche mit Zusatzeinrichtungen gemäss Kapitel 3.33 und 3.34 der weitergehenden leistungsgruppenspezifischen Anforderungen. Hingegen qualifiziert die Klinik Stephanshorn für die Leistungsgruppe KINB «Basiskinderchirurgie» und kann in ausgewählten Krankheitsbildern mit dem Leistungsauftrag für Kinderanästhesie «D» Kinder ab 6 Jahren stationär behandeln. Der Leistungsauftrag für KAC wird abgelehnt, da die Anforderungen aktuell nicht erfüllt sind. Aufgrund der Auslagerung der ambulanten Eingriffe (vor allem HNO) bei Kindern zwischen 3 und 6 Jahren in das ambulante Zentrum OPERA haben die Anästhesiezahlen für diese Altersgruppe in der Klinik Stephanshorn abgenommen. Die zum Nachweis der Erfahrung erforderlichen Angaben zur effektiven jährlichen Anzahl Anästhesien des aus maximal fünf Anästhesiefachärzten bestehenden Kinderanästhesieteams der Klinik Stephanshorn stehen nicht zur Verfügung, ebenso fehlen Angaben zur Erfahrung der Anästhesieexperten. Es werden Optionen zur Erhöhung der Fallzahlen für das Kinderanästhesieteam beschrieben, allerdings ist zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Massnahme umgesetzt.

Im Rahmen der Vernehmlassung äusserte das AfG-TG sein Unverständnis darüber, dass der Klinik Stephanshorn ein Leistungsauftrag für BEW8.1.1 vergeben würde angesichts der Tatsache, dass es sich um eine Endversorgerleistung handle und die Mindestfallzahl nicht erreicht worden sei. Dazu gilt es festzuhalten, dass es sich um eine neue Leistungsgruppe handelt, die bis anhin in BEW8.1 integriert war. Die Bewerberin verfügte bis anhin über einen Leistungsauftrag für BEW8.1 und muss deshalb die Möglichkeit haben, nachzuweisen, dass sie die neuen Anforderungen (MFZ) zu erfüllen im Stande ist. Die Erteilung des Leistungsauftrags erfolgt deshalb befristet bis Ende 2026.

Der Klinik Stephanshorn wird ein Leistungsauftrag für 55 Leistungsgruppen erteilt (BP, DER1, DER1.1, DER2, HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, HNO2, NEU1, NEU2, END1, GAE1, GAE1.1, VIS1, VIS1.4, HAE2, GEF1, ANG1, RAD1, KAR1, NEP1, URO1, URO1.1, URO1.1.1, URO1.1.2, URO1.1.3, URO1.1.4, URO1.1.7, URO1.1.8, PNE1, BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1, BEW8, BEW8.1, BEW8.1.1, RHE1, GYN1, GYNT, GYN2, GEBS, GEB1, NEO1, ONK1, KINB, KAD). Die Leistungsaufträge KAR1, URO1.1.3 und BEW8.1.1 werden befristet erteilt bis 31. Dezember 2026, da die Mindestfallzahlen im Durchschnitt der Jahre 2021 und 2022 nicht erfüllt wurden. Erreicht der Leistungserbringer im Durchschnitt der Jahre 2024 und 2025 die Mindestfallzahl nicht, wird der entsprechende Leistungsauftrag nicht verlängert. Die Leistungsgruppen ANG1/GEF1/RAD1 werden im Paket befristet bis Ende 2026 erteilt. Zu diesem Zeitpunkt erfolgt eine Neu Beurteilung der gesamthaften Versorgung der peripheren Gefässmedizin innerhalb der Planungsregion. Der Leistungsauftrag für GYNT wird befristet bis Ende des Jahres 2026 erteilt (Gründe siehe Ausführungen weiter oben). Sodann erfolgt eine Reevaluation des Leistungsauftrags. Die Leistungsgruppe KINB «Basiskinderchirurgie» ist auf die Behandlung von Kindern ab 6 Jahren in den entsprechenden Eingriffen gemäss abschliessender Liste der Gesundheitsdirektion Zürich beschränkt. Der Leistungsauftrag für die IVHSM-Leistungsgruppe URO1.1.2 «Radikale Zystektomie» wird zusätzlich erteilt, da der Zuteilungsbeschluss des HSM-Beschlussorgans erst per 1. Juli 2024 in Kraft tritt.

8.11 Ostschweizer Kinderspital (OKS)

Das OKS beantragt einen Leistungsauftrag für 99 Leistungsgruppen. Bis anhin war das OKS für 90 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen, mit 84 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Appenzell Ausserrhoden sowie für 25 Leistungsbereiche auf derjenigen des Kantons Appenzell Innerrhoden aufgeführt. Das OKS stellt für die drei Planungskantone sowie für den Kanton Thurgau und das Fürstentum Liechtenstein die akutsomatische stationäre Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher bis zum Alter 18 sicher. Die Vorgabe des innerregionalen Mindestversorgungsanteils kommt nicht zur Anwendung, da der Bewerber der einzige Leistungserbringer für diese Patientengruppe ist. Die zeitliche und geografische Erreichbarkeit ist namentlich bei Notfällen und für Leistungen der Grundversorgung von Bedeutung. Der Bewerber betreibt eine Notfallstation. Für Grundversorger-Leistungen gilt eine Erreichbarkeit von 30 Minuten, für Endversorger-Leistungen von einer Stunde. Der Bewerber betreibt eine Notfallstation, eine Intensivpflegestation Level 3 und ist für insgesamt 96 bzw. 100 Prozent der Kinder und Jugendlichen aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden (9'740/10'149), für 64 bzw. 100 Prozent aus dem Kanton Appenzell Innerrhoden (1'947/3'081) und für 59 bzw. 86 Prozent aus dem Kanton St.Gallen (55'781/82'092) innerhalb von 30 respektive 60 Minuten erreichbar³¹. Grundversorger-Leistungen werden umfassend angeboten. Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus oder Behandlungsaufwand bestehen keine. Aufgrund seines Endversorger-Status für die gesamte Planungsregion sowie seiner guten Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten aus der Region Appenzellerland-St.Gallen für die Grundversorger-Leistungen ist das OKS als bedarfsnotwendig einzustufen.

Das Spitalleistungsgruppenkonzept wurde für die Vergabe von Leistungsaufträgen an Spitäler der Erwachsenenmedizin konzipiert. Die Anwendung auf das Leistungsspektrum spezialisierter Kinderspitäler ist nicht durchgängig möglich. Die Planungsbehörden haben diesem Aspekt Rechnung getragen, indem von den Vorgaben teilweise abgewichen wird. So sind beispielsweise die erreichbaren Mindestfallzahlen aufgrund des kleineren Fallzahlaufkommens im Kinder- und Jugendbereich deutlich tiefer als in der Erwachsenenmedizin. Weiter sind die medizinischen Fachqualifikationen der Erwachsenenmedizin nicht vollständig auf die Kinder- und Jugendmedizin übertragbar.

Das OKS beantragt 12 Leistungsaufträge für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit dem Zusatz «in Kooperation mit dem KSSG» (HNO2, VIS1.4, GEF1/ANG1, GEFA/GEF3/ANG3, URO1.1.4/URO1.1.7/URO1.1.8, PNE1.1, PNE2). Es handelt sich dabei um Leistungsgruppen, in denen das OKS teilweise keine oder wenige Fälle aufweist oder aber nur das KSSG minderjährige Patientinnen und Patienten behandelte. Um Transparenz und Verantwortung über die Prozesse vollumfänglich zu gewährleisten und gegenüber den Krankenversicherern Kostenübernahme-Diskussionen vorzubeugen, ist ein stationärer Leistungsauftrag in diesen Fällen aus Sicht des OKS notwendig. Sämtliche Leistungsgruppen der Akutsomatik, auf die sich das OKS aktuell für die Planungsregion beworben hat, repräsentieren den Ist-Zustand betreffend vorliegender struktureller Gegebenheiten. Mit dem Bezug des Neubaus (geplant 2026) eröffnet sich dem OKS aufgrund der neuen Campussituation die Möglichkeit, sich auf zusätzliche Leistungsgruppen zu bewerben, da ab diesem Zeitpunkt weitere strukturelle und personelle Voraussetzungen vorliegen werden.

³¹ Zudem erreichen 39 bzw. 98 Prozent der Thurgauer Kinder und Jugendliche (20'472/51'057) das OKS innerhalb von 30 respektive 60 Minuten.

Die Anträge für DER1.1, HER1, KAR1, KAR2, KAR3, KAR3.1.1, URO1.1.1, THO1.1, GYNT, PLC1 werden abgelehnt. Es handelt sich um Leistungsgruppen, in denen weder das OKS noch das KSSG zwischen 2019 und 2021 Kinder und Jugendliche bis Alter 17 stationär behandelten. Entweder existieren keine minderjährigen Fälle in diesen SPLG oder aber sie werden von Dritten ausserhalb der Planungsregion versorgt. Das OKS beantragt zudem einen auf vier Eingriffe beschränkten Leistungsauftrag für HER1 (37.31.30 Adhäsioolyse am Perikard, 37.42.11 Naht des Perikards (nach Verletzung), 37.92 Injektion einer therapeutischen Substanz ins Herz und 88.59 Intraoperative Fluoreszenzangiographie der Gefässe. Die Erteilung dieses Leistungsauftrags ist aus Sicht der Planungsbehörden nicht notwendig, da diese Eingriffe auch in den Leistungsgruppen THO1 (37.31.30 und 37.42.11), KAR1 (37.92) bzw. KAR3/RAD1 (88.59) klassiert sind, für welche das OKS bereits über einen Leistungsauftrag verfügt.

Im Rahmen seiner Vernehmlassungsstellungnahme weist das OKS auf Änderungen im Bereich der Organisation der Kinderanästhesie hin. Bis anhin bezog das OKS die anästhesiologischen Leistungen vom KSSG. Das KSSG habe jedoch diesen Vertrag mit Wirksamkeit per 30. Juni 2024 gekündigt. Um den Leistungsauftrag weiterhin erfüllen zu können, werde das OKS auf diesen Zeitpunkt hin eine eigene Anästhesieabteilung aufbauen. In diesem Zusammenhang weist das OKS auf eine gegenüber dem Status Quo erhöhte Anforderung hin in den SPLG KAA/KAB betreffend Präsenz eines FA Anästhesie mit ausreichender Erfahrung in Kinder- und Jugendmedizin rund um die Uhr vor Ort. Bislang konnte ab 17 Uhr auf die Fachärztinnen und -ärzte Anästhesie im Pikett-Dienst des KSSG zurückgegriffen werden. Zudem bestünden auch Unklarheiten betreffend das Kriterium «spezialisiertes Kinderanästhesieteam». Das OKS beantragt, zu den SPLG KAA/KAB «Verfügbarkeit» (Facharzt Anästhesiologie im Haus, spezialisiertes Kinderanästhesieteam verfügbar) die Anforderung bis zur Klärung auszusetzen. Die Planungsbehörden nehmen zur Kenntnis, dass das OKS die Anforderungen an die fachärztliche Verfügbarkeit der Kinderanästhesie rund um die Uhr für die SPLG KAA und KAB aktuell nicht erfüllt. Das OKS konnte gegenüber den Planungsbehörden hingegen darlegen, dass die Sicherstellung des Airway-Managements (Intubation) und die Einlage von Gefässzugängen in der Nacht und an Wochenenden durch ärztliches und/oder pflegerisches Fachpersonal der Intensivpflegestation gewährleistet ist. Ab 1. Juli 2024 ist ein Dienstmodell mit Pikett (OA)- und Hintergrund (LA) – Dienst ausserhalb der regulären Arbeitszeiten vorgesehen. Bis zum Eintreffen des ärztlichen Fachpersonals erfolgt die überbrückende Sicherstellung von Airway-Management und Gefässzugängen weiterhin durch die oben genannten Fachpersonen der Intensivpflegestation. Angesichts der in der Zwischenzeit ergangenen Bundesverwaltungsgerichtsurteile zur Kinderanästhesie im Rahmen der Spitalliste des Kantons Zürich (Urteile C-4420/2022 und C-4421/2022) und eines darauf folgenden Regierungsbeschlusses (ZH 1380/2023), der eine Präzisierung der Anforderungen an den Querschnittsbereich Kinderanästhesie (SPLG KAA, KAB, KAC und KAD) in Aussicht stellt, wird dem Antrag des OKS entsprochen und der Leistungsauftrag für KAA und KAB befristet bis Ende 2026 erteilt.

Weiter beantragt das OKS «aufgrund der aktuellen Entwicklung» die Zuteilung der SPLG NCH2. Bislang würden die entsprechenden stationären Fälle den SPLG BEW8 und BEW8.1 zugeordnet. Aufgrund der Patientenentwicklung und Systemdynamik könne sich dies in Zukunft jedoch in Einzelfällen in Richtung SPLG NCH2 hin ändern. Das OKS erwarte im Rahmen des Ausbaus der Polytraumaversorgung und Tumorchirurgie mehr stationäre Fälle aus dieser SPLG. Durch eine Erweiterung der Kooperationen mit dem KSSG in den medizinischen Bereichen Hand-, plastische und

periphere Neurochirurgie würden die entsprechenden ärztlichen Kompetenzen vorhanden sein. Das OKS hat sich weder im Rahmen des Bewerbungsverfahrens noch im Rahmen der Besprechung der Bewerbungen für NCH2 beworben bzw. sein Interesse an einer Bewerbung bekundet. Nachträgliche Anträge für zusätzliche Leistungsaufträge werden im Rahmen eines laufenden Spitalplanungsprozesses nur ausnahmsweise berücksichtigt. Im vorliegenden Fall beruht der Antrag grossmehrheitlich auf Mutmassungen zur Entwicklung der Leistungsklassifikation. Eine Berücksichtigung der Bewerbung für NCH2 erfolgt deshalb erst in der nächsten Überarbeitung per Ende 2026.

Dem OKS wird ein Leistungsauftrag für 89 Leistungsgruppen erteilt (BP, DER1, DER1.2, DER2, HNO1, HNO1.1, HNO1.1.1, HNO1.2, HNO1.2.1, HNO1.3, HNO1.3.1, HNO2, KIE1, NCH1, NCH1.1, NEU1, NEU2, NEU2.1, NEU3, NEU4, NEU4.1, NEU4.2, AUG1, AUG1.1, AUG1.2, AUG1.3, AUG1.4, AUG1.5, END1, GAE1, GAE1.1, VIS1, VIS1.4, HAE1, HAE1.1, HAE2, HAE3, GEF1, ANG1, GEFA, GEF3, ANG3, RAD1, HER1.1.3, NEP1, URO1, URO1.1, URO1.1.3, URO1.1.4, URO1.1.7, URO1.1.8, PNE1, PNE1.1, PNE1.2, PNE1.3, PNE2, THO1, THO1.2, BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW8, BEW8.1, BEW8.1.1, BEW9, BEW10, BEW11, RHE1, RHE2, GYN1, NEO1, NEO1.1, NEO1.1.1, NEO1.1.1.1, ONK1, RAO1, NUK1, UNF1, KINM, KINC, KAA, KAB, KAC, KAD, PAL). Die Leistungsgruppen HNO2, VIS1.4, GEF1/ANG1, GEFA/GEF3/ANG3, URO1.1.4/URO1.1.7/URO1.1.8, PNE1.1, PNE2 werden mit dem Zusatz «in Kooperation mit dem KSSG» versehen. Der Leistungsauftrag für PAL wird befristet bis Ende 2025 erteilt mit der Auflage, bis dahin die Zertifizierung bei «palliative.ch» zu erlangen. Das OKS bietet keine herzchirurgischen Leistungen an. Hingegen besteht im Bereich «elektive Eingriffe bei Ductus arteriosus Botalli im Neugeborenenalter» eine Zusammenarbeit mit dem KISPI ZH. Der Eingriff wird am OKS durchgeführt. Ein/eine FA Herzchirurgie steht gemäss Level 3 zur Verfügung. Die Leistungsgruppe HER1.1.3 wird deshalb dem OKS erteilt beschränkt auf den Eingriff «38.84.31 Ligatur des Ductus arteriosus apertus».

Um Regulierungslücken zu vermeiden, wird in Absprache mit dem HSM-Sekretariat der GDK in einer IVHSM-Leistungsgruppen ein kantonaler Leistungsauftrag erteilt. Es handelt sich um die Leistungsgruppe NEU4.2. Sie wird ab 1. Januar 2024 unterteilt in einen kantonalen (NEU4.2) und einen IVHSM-Teil (NEU4.2.1). Ersterer beinhaltet nur die nicht-invasive Epilepsiediagnostik (Phase I).

8.12 Geriatriische Klinik St.Gallen AG

Die Geriatriische Klinik beantragt einen Leistungsauftrag für zwei Leistungsgruppen (BP, GER). Bis anhin war die Geriatriische Klinik für zwei Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen (BP, GER) und mit einer Leistungsgruppe (GER) auf der Spitalliste des Kantons Appenzell Ausserrhoden aufgeführt. Die Geriatriische Klinik ist auf die Behandlung und Betreuung von akutgeriatriischen Patientinnen und Patienten spezialisiert. Sie bildet das geriatriische Kompetenzzentrum innerhalb der Planungsregion. Diese Spezialisierung bringt als Folge mit sich, dass die im Zürcher Leistungsgruppenkonzept formulierten Grundanforderungen an einen akutsomatischen Leistungserbringer nur bedingt erfüllt werden. Insbesondere betreibt die Geriatriische Klinik keine chirurgische Abteilung und führt keine eigenständige Notfallaufnahme, hingegen sind Notfallaufnahmen von geriatriischen Patientinnen und Patienten rund um die Uhr möglich. Die Geriatriische Klinik ist spezialisiert auf die konservative multidisziplinäre Behandlung von multimorbiden betagten Patientinnen und Patienten mit Schwerpunkt auf die geriatriische Akutrehabilitation. Die Zuweisung einzelner organspezifischen Leistungsgruppen macht vor diesem

Hintergrund wenig Sinn. Die Geriatrie-Klinik ist zugelassen zur stationären Tätigkeit zu Lasten der OKP für die internmedizinische und geriatrische Behandlung in der Akut-Rehabilitationsphase von betagten, zumeist multimorbiden Patientinnen und Patienten in allen Leistungsgruppen. Sie erhält einen Leistungsauftrag für zwei Leistungsgruppen (BP, GER).

8.13 Geburtshaus St. Gallen GmbH

Das Geburtshaus St. Gallen beantragt einen Leistungsauftrag für zwei Leistungsgruppen (GEBH, NEOG). Bis anhin war das Geburtshaus für zwei Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons St. Gallen aufgeführt (GEBH, NEOG). Bewerber innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Grund-Spitalleistungsgruppe einen Versorgungsanteil von fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen, damit sie für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Das Geburtshaus erfüllt in beiden Leistungsgruppen das Kriterium des Mindestversorgungsanteils von fünf Prozent für mindestens eine der drei Kantonsbevölkerungen. Das Geburtshaus ist die einzige Einrichtung in der Planungsregion mit Angebot von Hebammengeleiteter Geburtshilfe in einem spitalexternen stationären Umfeld. Abgesehen von den Regionen Werdenberg, Sarganserland und See-Gaster ist das Geburtshaus innerhalb der Planungsregion gut erreichbar: 94 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Kanton AR (52'999), 55 Prozent aus dem Kanton AI (9'160) und 61 Prozent aus dem Kanton SG (321'292) sind innerhalb von 30 Minuten am Geburtshaus St. Gallen. Aufgrund seiner guten Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten aus der Region Appenzellerland-St. Gallen und seines einzigartigen Angebots ist der Bewerber für den Bereich spitalexterne Hebammengeleitete Geburtshilfe als bedarfsnotwendig einzustufen. Dem Geburtshaus wird ein Leistungsauftrag für zwei Leistungsgruppen (GEBH, NEOG) erteilt. Aufgrund der Nähe zum KSSG und der gemeinsamen Notfallkonzepte wird das Ausschlusskriterium «Status nach Sectio» im Falle des Geburtshauses St. Gallen relativ verwendet. Entgegen dem absoluten Ausschluss in Ziff. 63 der weitergehenden Leistungsgruppenspezifischen Anforderungen sind Frauen nach erfolgreicher Spontangeburt aber vorhergehendem Status nach Sectio im Geburtshaus St. Gallen wieder als Gebärende zugelassen.

8.14 Berit Klinik Speicher

Die Berit Klinik Speicher beantragt einen Leistungsauftrag für 31 Leistungsgruppen. Bis anhin war die Berit Klinik Speicher für 26 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Appenzell Ausserrhoden aufgeführt. Bewerber innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Grund-Spitalleistungsgruppe einen Versorgungsanteil von fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen, damit sie für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Die Berit Klinik Speicher erfüllt in sieben von 13 angebotenen Grund-Leistungsgruppen den Mindestversorgungsanteil von fünf Prozent für mindestens eine der drei Kantonsbevölkerungen. Die zeitliche und geografische Erreichbarkeit ist namentlich bei Notfällen und für Leistungen der Grundversorgung von Bedeutung. Der Bewerber betreibt keine Notfallstation, ist als Belegarzt-Spital organisiert und beschränkt sich auf die elektive Leistungserbringung. Für ausgewählte Patientengruppen werden in der Orthopädie auch notfallmässige Konsultationen und Eingriffe vorgenommen. Die Notfallorganisation ist jedoch selektiv und beinhaltet keinerlei Aufnahme- oder Behandlungszwang. Innerhalb eines Perimeters von 20 km befinden sich mit dem Kantonsspital St. Gallen, der Hirslanden Klinik Stephanshorn und dem Spital Herisau drei Leistungserbringer mit umfassendem Notfall-Grundangebot. Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus oder Behandlungsaufwand bestehen keine.

Der Antrag für BEW8.1.1 «Komplexe Wirbelsäulenchirurgie» wird abschlägig beurteilt. Es handelt sich dabei um eine Endversorger-Leistungsgruppe, die aufgrund ihrer kleinen Fallzahlen oder der damit verbundenen hohen Spezialisierung für die Durchführung des Eingriffs grossen Zentrumsspitalern vorbehalten ist. An Patientinnen und Patienten der Planungsregion wurde in den letzten Jahren zwischen knapp 50 bis gut 60 Eingriffe je Jahr vorgenommen. Die Berit Klinik Speicher wies jeweils ein bis drei Fälle je Jahr auf. Die Berit Klinik Speicher erfüllt zudem die Anforderung einer Intensivpflegestation Level 2 nicht.

Der Antrag für die Erteilung eines Leistungsauftrags für den Bereich «Ophthalmologie» (AUG1, AUG1.1, AUG1.2, AUG1.3, AUG1.4, AUG1.5) wird ebenfalls abgelehnt. Die Berit Klinik Speicher beantragt als einziger Leistungserbringer neben dem KSSG einen stationären Leistungsauftrag für den Bereich «Ophthalmologie». Der Bereich Ophthalmologie wurde im Planungsmodell als Endversorger-Bereich bezeichnet. Der Grossteil der ophthalmologischen Eingriffe erfolgt ambulant. Insbesondere in der Netzhaut- und Glaskörperchirurgie weisen die stationären Eingriffe eine hohe Komplexität auf. Die Fallzahlen der Bevölkerung der Planungsregion im Bereich Ophthalmologie für das Jahr 2021 lauten wie folgt:

Spital	Austritte ARAISG
Kantonsspital St.Gallen	553
Luzerner Kantonsspital	44
Universitätsspital Zürich	36
Kantonsspital Winterthur	21
Berit-Klinik	4
Diverse	37
Gesamt	695

Im Rahmen der Vernehmlassung argumentiert die Berit Klinik, dass es sich bei der Ophthalmologie um ein bestehendes Angebot handle, bei welchem die Berit Klinik in der Vergangenheit bereits einen relevanten Versorgungsanteil erbracht habe. Die Klinik habe seit dem Jahr 2012 den ausserrhodischen Planungsbehörden kommuniziert, dass ein Ausbau des ophthalmologischen Leistungsangebots geplant sei. Mit der Übernahme der Gebäude der ehemaligen Bellavista Augenklinik per 1. Oktober 2023 seien Gespräche mit niedergelassenen Ophthalmologinnen und Ophthalmologen aufgenommen und «Investitionen in Millionenhöhe getätigt» worden. Neben vereinzelten stationären Leistungen (zumeist Selbstzahler) erfolgten im Jahr 2023 2000 ambulante Sprechstunden und 1'000 ambulante ophthalmologische Eingriffe. Die Berit Klinik halte deshalb an ihren Anträgen für die bestehenden Leistungsaufträge für AUG1–AUG1.5 fest. Seitens Planungsbehörden kann dazu festgehalten werden, dass der ambulante Leistungsumfang der Bewerberin zu keinem Zeitpunkt bestritten wurde. Dieser Teil kann auch inskünftig weiter zu Lasten der OKP erbracht werden, wie dies im Rahmen von Belegarzt-Tätigkeiten in einer Vielzahl von anderen Leistungserbringern innerhalb der Planungsregion ebenfalls der Fall ist. Aus der Tatsache, dass es sich um ein bestehendes Angebot handle und dass ein stationärer Leistungsauftrag seitens des Kantons Appenzell Ausserrhoden in der aktuellen Spitalliste Akutsomatik vorliege, lässt sich kein Anspruch auf einen zukünftigen Leistungsauftrag ableiten. Die gemeinsame Planung der drei Kantone hat u.a. zum Ziel, die Angebotsstrukturen über die Kantongrenzen hinaus zu optimieren. Im Bereich der Ophthalmologie bedeutet dies, dass die bereits in der Vergangenheit im Kanton St.Gallen praktizierte Versorgungslogik neu auf alle drei Kantone angewendet wird. Im Übrigen ist von dieser Änderung der Versorgungslogik im Kanton Appenzell Ausserrhoden auch die Hirslanden Klinik am Rosenberg betroffen. Die Gründe für die

Ablehnung des Antrags der Bewerberin zur Umklassierung des Leistungsbereichs «Ophthalmologie» in die SPLG-Kategorie «Eignungskriterien» werden im Kapitel 7.2 erörtert. Die Planungsbehörden wollen die Konzentration der stationären ophthalmologischen Leistungen weiterhin aufrechterhalten und lehnen deshalb den Antrag der Berit Klinik ab.

Die Berit Klinik Speicher beantragt neu die Leistungsbereiche Urologie und HNO. Es handelt sich dabei um Leistungsgruppen, die gemäss Planungsmodell ausschliesslich an die Erfüllung von Eignungskriterien gebunden sind. Die Berit Klinik Speicher konnte nachweisen, dass diese Eignungskriterien erfüllt sind. Ausstehend ist im Bereich der Urologie die Kooperation mit einem Tumorboard.

Der Berit Klinik Speicher wird ein Leistungsauftrag für 24 Leistungsgruppen erteilt (BPE, HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, KIE1, URO1, URO1.1, URO1.1.7, BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1, BEW8, BEW8.1, RHE1, KINB). Die Leistungsgruppe KINB «Basiskinderchirurgie» wird auf die Behandlung von Kindern ab 12 Jahren in den entsprechenden Eingriffen gemäss abschliessender Liste der Gesundheitsdirektion Zürich beschränkt. Diese Einschränkung gilt für alle Listenspitäler mit Basispaket elektiv, welche die Leistungsgruppe KINB beantragt haben. Grund dafür ist die Nichterfüllung der Notfallstation-Anforderung Level 2 durch die Spitäler mit Basispaket elektiv. Der Leistungsauftrag wird mit der Auflage versehen, dass die Berit Klinik erstmals einen Qualitätsbericht gemäss H+-Vorlage im Jahr 2024 publiziert und bis spätestens Ende des Jahres 2025 ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem vorweisen kann.

Die Überprüfung der Aus- und Weiterbildungspflicht im Kanton Appenzell Auser rhoden zeigte, dass die Erfüllung des Vorgabewertes durch die Berit Klinik, unter Berücksichtigung eines abgestuften Toleranzwertes, unzureichend ist. Der Leistungsauftrag wird mit der Auflage versehen, dass die Berit Klinik bis zum Jahr 2026 die Aus- und Weiterbildungspflicht, abgestuft für die Jahre 2024 und 2025 erfüllen muss.

8.15 Berit Klinik Wattwil

Die Berit Klinik Wattwil beantragt einen Leistungsauftrag für 22 Leistungsgruppen. Die Berit Klinik Wattwil ist seit dem 1. April 2022 mit der Leistungsgruppe «ANB-GNZ» auf der Spitalliste Akut somatik des Kantons St.Gallen aufgeführt. Nach der Schliessung des Spitals Wattwil übernahm die Berit Klinik die Sicherstellung der Notfallanlaufstelle im Rahmen des Gesundheits- und Notfallzentrums Wattwil (GNZ). Für den Betrieb von akutstationären Kurzzeit-Notfallbetten wurde die Bewerberin mit der Leistungsgruppe ANB-GNZ in die Spitalliste aufgenommen. Die Bewerberin ist für rund 67'100 Personen in der Planungsregion innerhalb von 30 Minuten erreichbar (namentlich für die Bevölkerung des Toggenburg). Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus oder Behandlungsaufwand bestehen keine. Aufgrund der Beschränkung des Angebots auf die Notfallanlaufstelle wird auf die Anwendung des Kriteriums des Versorgungsanteils von mindestens fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton abgesehen.

Der Betrieb eines Spitals mit Basispaket am Standort Wattwil wurde auf Basis der von Kantonsrat und Stimmbevölkerung angenommenen Strategie der Spitalverbunde per 31. März 2022 eingestellt. Der Antrag um Aufnahme in die Spitalliste Akut somatik mit einem Belegarzt-Leistungsspektrum widerspricht somit der kantonalen

Spitalstrategie. Für eine Wiederaufnahme des Spitalbetriebs im Bereich der Grundversorgung am Standort Wattwil besteht kein Bedarf. Der Antrag wird deshalb abgelehnt. Die Leistungsgruppe «ANB-GNZ» wird zudem auf akutstationäre Notfallaufenthalte von maximal zwei Tagen bzw. zwei Nächten (gemäss Definition SwissDRG) beschränkt. Dieser Schritt wurde notwendig, da eine Auswertung der Daten der medizinischen Statistik 2022 ergeben hat, dass an der Berit Klinik Wattwil stationäre Patientinnen und Patienten deutlich länger hospitalisiert wurden als vom Gesetzgeber vorgesehen. Dieser ist gemäss Botschaft für das Notfallbettenangebot grundsätzlich von einer Aufenthaltsdauer von höchstens 24 Stunden ausgegangen. Mit der Beschränkung von stationären Notfallbehandlungen auf höchstens zwei Nächte tragen die Planungsbehörden den Anstrengungen der Berit Klinik Wattwil im Notfallbereich Rechnung. Patientinnen und Patienten mit längeren Aufenthalten (als zwei Nächte) gehören jedoch nicht an ein Spital-Standort mit einem auf die Leistungsgruppe ANB-GNZ beschränkten Leistungsangebot.

Im Rahmen der Vernehmlassung lässt sich die Bewerberin dahingehend verlauten, dass eine Beschränkung der Behandlungsdauer von Notfallpatientinnen und -patienten dem gesetzlichen Auftrag zur Erbringung eines auf den regionalen Bedarf abgestimmten Notfallversorgungsangebots zuwiderlaufe. Zudem verlange der Toggenburger Ärzteverein die stationäre Notfallversorgung ohne Beschränkungen und sehe erstere mit einer Einschränkung der Behandlungsdauer als gefährdet. Eine Beschränkung der Behandlungsdauer sei rein politisch motiviert. Die Beschränkung der stationären Behandlungsdauer führe zu unnötigen Sekundärtransporten, sei für die Patientinnen und Patienten nachteilig und erhöhe die Gesundheitskosten. Umgekehrt würde eine uneingeschränkte Behandlungsdauer aufgrund des Fallpauschalensystems SwissDRG keine Mehrkosten generieren. Die Unterscheidung des stationären Leistungsangebots zwischen der Berit Klinik Wattwil und den Mehrsparten-Spitälern sei ohnehin gegeben: die Berit Klinik weise eine im Vergleich zu den umliegenden Mehrspartenspitälern um zwei Drittel tiefere durchschnittliche Aufenthaltsdauer (1,7 vs. 5,2 Tage) und eine um gut die Hälfte tiefere Fallschwere CMI (0,41 vs. 1,08) auf. Schliesslich weist die Bewerberin auch auf verschiedene politische Vorstösse hin, die aus ihrer Sicht die Unterstützung der Bevölkerung für eine unbeschränkte Behandlungsdauer der akutstationären Notfallbetten am GNZ Wattwil hinweisen würden. Die Bewerberin beantragt deshalb in ihrer Vernehmlassungsstellungnahme, es sei ihr ein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe «BP Basispaket» beschränkt auf die Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten zu erteilen. Eventualiter sei der bestehende Leistungsauftrag für ANB-GNZ zu erteilen mit einer Beschränkung der Anzahl zu betreibenden Notfallbetten an Stelle der Beschränkung der Behandlungsdauer.

Die Planungsbehörden können nicht erkennen, inwiefern eine Beschränkung der stationären Behandlungsdauer dem gesetzlichen Auftrag für die Erbringung eines Notfallversorgungsangebots widerspreche. Die Bewerberin substantiiert diese Aussage nicht. Gleiches gilt für die angeblichen Aussagen des Toggenburger Ärztevereins. Die Notfallanlaufstelle an einem Gesundheitszentrum wie einem solchen in Wattwil unterscheidet sich im Leistungsspektrum deutlich gegenüber einer Notfallstation eines Mehrspartenspitals. In Wattwil bestehen neben der Ärzteschaft in der Notfallstation keinerlei pflegerisch-ärztliche Kapazitäten im Sinne von Vorhalteleistungen, die Eingriffe/Behandlungen mit einem Aufwand über demjenigen von Bagatell-Fällen jederzeit gewährleisten. Auch bestehen keine chirurgischen und internmedizinischen Bettenabteilungen mit entsprechenden Betreuungs- und Behandlungskapazitäten sowie Möglichkeiten des konsiliarischen Bezugs von Subdisziplinen. Aus Sicht der Planungsbehörden trug die Bewerberin diesem Punkt bis anhin zu wenig Rechnung.

Sie hat sich beispielsweise immer dagegen gewehrt, ihr Leistungsspektrum mit klaren Indikationskriterien zu definieren. Die Planungsbehörden muss ein Minimum an abgestufter Versorgungssicherheit gewährleisten. Seitens der Planungsbehörden musste deshalb zur Massnahme der Beschränkung der Behandlungsdauer gegriffen werden. Es trifft nicht zu, dass eine Beschränkung der Behandlungsdauer auf zwei Nächte unnötige Verlegungstransporte zur Folge hat. Vielmehr ist es Aufgabe der Bewerberin, bereits initial im Rahmen des Notfallereignisses zu evaluieren, ob der Behandlungsbedarf innerhalb der Behandlungsdauer abgeschlossen werden kann oder nicht. Im ersteren Fall muss eine sofortige Weiterweisung an die entsprechenden Notfallstationen von Mehrsparten-Spitälern erfolgen. Der von der Bewerberin formulierte Antrag auf Erteilung eines Leistungsauftrags für die SPLG «BP Basispaket Innere Medizin und Chirurgie» mit Einschränkung auf Notfallpatientinnen und -patienten kann nicht entsprochen werden. Dies bereits formell, da der damit verbundene Nachweis der Erfüllung der Anforderungen für die Leistungsgruppen-Erteilung seitens der Bewerberin aussteht. Aber auch materiell könnte dem Antrag nicht entsprochen werden. Die Leistungsgruppe BP ist ausgestaltet für Mehrspartenspitäler mit Notfallstationen, was auf die Bewerberin – wie oben dargelegt – nicht zutrifft. Auch der Eventualantrag der Bewerberin mit einer Bettenbeschränkung wird abschlägig beurteilt. Akutsomatische Spitalplanung müssen gemäss Bundesvorgaben leistungsorientiert ausgestaltet werden (Art.58a, Bst.a KVV). Auch wenn die Rechtsprechung die Verknüpfung der Leistungsaufträge mit (Maximal-)Mengen als KVG-konform erachtet, so müsste eine solche Mengenbeschränkung für alle Leistungserbringer zur Anwendung kommen. Die Planungsbehörden haben sich jedoch für einen Planungsansatz auf der Basis von Eignungs- und Zuteilungskriterien entschieden ohne Instrumente der Mengensteuerung.

Gestützt auf die obigen Ausführungen wird der Bewerberin ein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe ANB-GNZ erteilt. Der Leistungsauftrag ist beschränkt auf die stationäre Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten während maximal 2 Tagen. Er wird mit der Auflage versehen, dass die Berit Klinik Wattwil erstmals einen Qualitätsbericht gemäss H+-Vorlage im Jahr 2024 publiziert und bis spätestens Ende des Jahres 2025 ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem vorweisen kann.

8.16 Berit Klinik Goldach

Die Berit Klinik Goldach beantragt einen Leistungsauftrag für 21 Leistungsgruppen. Bis anhin war die Berit Klinik Goldach auf keiner der drei Spitalisten der Planungskantone mit einem Leistungsauftrag aufgeführt. Ein Gesuch um Aufnahme in die Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen wurde von der Regierung am 18. Mai 2021 abgelehnt. Gegen diese Ablehnung erhob die Berit Klinik Goldach Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (BVGer). Ein Antrag um vorsorgliche Erteilung der beantragten Leistungsaufträge für die Verfahrensdauer wurde vom BVGer mit Zwischenverfügung vom 29. Oktober 2021 abgewiesen. Der Entscheid des BVGer in der Hauptsache ist ausstehend.

Die Bewerberin verfügt seit Aufnahme des Betriebs im Januar 2021 über den Status eines Vertragsspitals. Sie behandelte im Jahr 2021 sechs Patientinnen und Patienten stationär, davon drei aus der Planungsregion und im Jahr 2022 37, davon 23 aus der Planungsregion. Die Bewerberin erfüllt das Kriterium des innerregionalen Mindestversorgungsanteils offensichtlich nicht. Da es sich um ein Ausschlusskriterium handelt, wird die Bewerberin für die Vergabe der Leistungsaufträge nicht berücksichtigt. Im Übrigen wird festgehalten, dass für die Deckung des Bedarfs an stationären Gesundheitsleistungen der Bevölkerung der Planungsregion kein neuer, zusätzlicher

Anbieter bedarfsnotwendig ist. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde hat der Kantonsrat im Dezember 2020 beschlossen, mehrere regionale Spitalstandorte in ambulante Gesundheits- und Notfallzentren (GNZ) umzuwandeln, darunter u.a. das Spital Rorschach. Begründet wurde dieser Schritt mit der Notwendigkeit, aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen nachhaltige Spitalstrukturen zu schaffen. Darüber hinaus führen die Ambulantisierung und die Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer dazu, dass inskünftig keine zusätzlichen stationären Spitalkapazitäten benötigt werden. Der mit der Bedarfsprognose neu bis ins Jahr 2031 ermittelte Bedarf kann mit den bereits bestehenden Leistungserbringern abgedeckt werden. Dieses Vorgehen ist gemäss Rechtsprechung statthaft. Einrichtungen mit privater Trägerschaft müssen nur berücksichtigt werden, wenn sie a) bisher schon einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung erbracht haben oder b) wenn ihre Kapazitäten zur Abdeckung eines gegenwärtigen oder zukünftigen Bedarfs nötig sind. Beides kann im konkreten Fall verneint werden. Weder hat die Berit Klinik Goldach in den Bereichen Urologie, HNO oder Chirurgie Bewegungsapparat in der Vergangenheit einen massgeblichen Beitrag zur Versorgung erbracht, noch sind angesichts der prognostizierten Entwicklung in den drei Bereichen dessen Leistungen bedarfsnotwendig.

Die Berit Klinik Goldach rügt in ihrer Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung sinngemäss, dass abgesehen von der SPLG GYN1 alle beantragten Leistungsgruppen im von den Planungsbehörden verwendeten Planungsmodell der Kategorie «Eignungskriterien» zugeteilt sind und somit die Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit, Zugänglichkeit und Notfallversorgung eine untergeordnete Rolle spielten. Eine Nichtaufnahme mit der Begründung, das beantragte Leistungsspektrum sei nicht bedarfsnotwendig, sei somit ein innerer Widerspruch. Neubewerber würden systematisch ausgeschlossen und der Wettbewerb behindert. Die Berit Klinik verfüge über den Status als Vertragsspital. Formell handle es sich damit um einen neuen Leistungserbringer, dessen Bewerbung im Sinne des Wettbewerbsprinzips zu prüfen sei. Die Ablehnung der beantragten SPLG sei nicht sachgerecht. Folglich wird die Erteilung der SPLG der Kategorie «Eignungskriterien» (BPE, HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, KIE1, URO1, URO1.1, BEW1-BEW8) beantragt.

Es trifft zu, dass in Leistungsgruppen der Kategorie «Eignungskriterien», die insbesondere elektive Eingriffe umfassen, den Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit, Zugänglichkeit und der Notfallversorgung eine untergeordnete Bedeutung zukommen (siehe auch Ausführungen in Kap. 6.1). Dies gilt jedoch gemäss Planungsgrundsatz im Kap. 6.2 nur für bestehende Leistungserbringer: *«Die Planungsbehörden bauen daher bei der Bedarfsdeckung auf dem bestehenden Spitalangebot auf. Die aktuelle Versorgung wird grundsätzlich als bedarfsgerecht eingeschätzt. Leistungsaufträge für neue Leistungsgruppen werden somit nur sehr zurückhaltend erteilt. Als bestehend werden Angebote betrachtet, die in der Periode der Jahre 2020 bis 2022 auf einer der Spitallisten der Planungsbehörden standen»*. In Kapitel 6.3.6 heisst es diesbezüglich: *«Hingegen soll in elektiven Fachbereichen dem Wettbewerb aufgrund der fehlenden Vorhaltekosten eine höhere Bedeutung zukommen als in Leistungsgruppen, die einen Notfall voraussetzen. In elektiven Bereichen ist die Erteilung neuer Leistungsgruppen an **bestehende** Leistungserbringer möglich»*. Bei der Bewerberin handelt es sich nicht um einen bestehenden Leistungserbringer. Damit finden die in den Planungsgrundsätzen formulierten Grundsätze für die Kategorie «Eignungskriterien» keine Anwendung. Im Hinblick auf die Rüge der unsachgemässen Ablehnung der Anträge wird auf die Ausführungen weiter oben verwiesen. Gemäss Rechtsprechung ist es den Planungsbehörden vorbehalten, den ermittelten Bedarf mit den bestehenden Anbietern zu decken. Private und neue Anbieter haben keinen Anspruch auf eine Aufnahme in die Spitalliste. Im vorliegenden Fall wurde eingehend dargelegt, weshalb

die Prüfung des Antrags auf Aufnahme in die Spitalliste Akutsomatik der Berit Klinik Goldach negativ ausgefallen ist. Der Antrag um Aufnahme in die Spitallisten der Planungskantone wird deshalb abgelehnt.

8.17 Hirslanden Klinik Am Rosenberg

Die Klinik am Rosenberg beantragt einen Leistungsauftrag für 20 Leistungsgruppen. Bis anhin war die Klinik am Rosenberg für 28 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Appenzell Ausserrhoden sowie für acht Leistungsgruppen auf der Spitalliste des Kantons St.Gallen aufgeführt. Bewerber innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Grund-Spitalleistungsgruppe einen Versorgungsanteil von fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen, damit sie für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Die Klinik am Rosenberg erfüllt in sieben von 10 angebotenen Grund-Leistungsgruppen den Mindestversorgungsanteil von fünf Prozent für mindestens eine der drei Kantonsbevolkerungen. Die zeitliche und geografische Erreichbarkeit ist namentlich bei Notfällen und für Leistungen der Grundversorgung von Bedeutung. Die Bewerberin betreibt keine Notfallstation, ist als Belegarzt-Spital organisiert und beschränkt sich auf die elektive Leistungserbringung. Grundversorger-Leistungen werden im Basispaket elektiv (148), im Bereich Chirurgie Bewegungsapparat (1'070) sowie in der Oto-Rhyno-Laryngologie (12) angeboten. Innerhalb eines Perimeters von 20 km befinden sich mit dem Kantonsspital St.Gallen, der Hirslanden Klinik Stephanshorn und dem Spital Herisau drei Leistungserbringer mit umfassendem Notfall-Grundangebot. Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus bestehen keine. Aufgrund der Spezialisierung auf den Bereich «Chirurgie Bewegungsapparat» und der Fallzahlen (2021: 2'589 stationäre Austritte, davon 2'084 aus der Planungsregion) ist der Bewerber als bedarfsnotwendig einzustufen.

Die Leistungsgruppe KINB «Basis-Kinderchirurgie» wird auf die Behandlung von Kindern/Jugendlichen ab 12 Jahren in den entsprechenden Eingriffen gemäss abschliessender Liste der Gesundheitsdirektion Zürich beschränkt. Diese Einschränkung gilt für alle Listenspitäler mit Basispaket elektiv, welche die Leistungsgruppe KINB beantragt haben. Grund dafür ist die Nichterfüllung der Notfallstation-Anforderung Level-2 durch die Spitäler mit Basispaket elektiv. Gleichzeitig wird der Antrag für KAD «Kinderanästhesie D», der die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren ermöglichen würde, abgelehnt. Die Klinik am Rosenberg behandelte in der Vergangenheit jährlich ein bis drei Kinder unter 12 Jahren.

Der Klinik am Rosenberg wird ein Leistungsauftrag für 19 Leistungsgruppen erteilt (BPE, HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1, BEW8, BEW8.1, KINB).

8.19 Rosenklinik AG

130

Die Rosenklinik beantragt einen Leistungsauftrag für 17 Leistungsgruppen. Bis anhin war die Rosenklinik für 20 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen aufgeführt. Bewerber innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Grund-Spitalleistungsgruppe einen Versorgungsanteil von fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen, damit sie für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Die Rosenklinik erfüllt in einer von insgesamt 12 angebotenen Grund-Leistungsgruppen den Mindestversorgungsanteil von fünf Prozent für mindestens eine der drei Kantonsbevölkerungen. Die zeitliche und geografische Erreichbarkeit ist namentlich bei Notfällen und für Leistungen der Grundversorgung von Bedeutung. Die Bewerberin betreibt keine Notfallstation, ist als Belegarzt-Spital organisiert und beschränkt sich auf die elektive Leistungserbringung. Grundversorger-Leistungen werden im Basispaket elektiv (122), im Bereich Chirurgie Bewegungsapparat (264) sowie in der Urologie (71) angeboten. Innerhalb eines Perimeters von 20 km befinden sich mit den Spitälern Linth, Männedorf, Lachen und Wetzikon vier Leistungserbringer mit umfassendem Notfall-Grundangebot. Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus oder Behandlungsaufwand bestehen keine. Aufgrund der elektiven Tätigkeit und der kleinen Fallzahlen (2021: 999 stationäre Austräge, davon 650 aus der Planungsregion) ist der Bewerber als bedingt bedarfsnotwendig einzustufen. Es besteht eine Spezialisierung im Bereich der Chirurgie des Bewegungsapparats.

Die Anträge für NCH2 «Spinale Neurochirurgie» und NCH3 «Periphere Neurochirurgie» werden abschlägig beurteilt. Es handelt sich dabei um Endversorger-Leistungsgruppen, die aufgrund ihrer kleinen Fallzahlen oder der damit verbundenen hohen Spezialisierung für die Durchführung des Eingriffs grossen Zentrumsspitalern vorbehalten sind. Die beiden Leistungsgruppen beinhalten jährlich zwischen 10 und 30 stationäre Eingriffe an Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion. Diese sollen alle vom gleichen Leistungserbringer durchgeführt werden. Ein Leistungsauftrag für Neurochirurgie besteht ausschliesslich am KSSG. Dieses führt bereits heute den Grossteil der Eingriffe durch (NCH2: 9 von Total 11; NCH3: 15 von total 30). Die Rosenklinik wies zwischen 2019 und 2021 nur in NCH3 im Jahr 2020 einen einzigen Fall auf. Im Rahmen der Vernehmlassung hat sich seitens der Rosenklinik eine Fehlinterpretation der SPLG-Systematik ARAISG 2024 manifestiert. Die Klinik ging fälschlicherweise davon aus, dass für die Weiterführung ihres bestehenden Leistungsspektrums im Bereich von orthopädischen Routine-Eingriffen bei Jugendlichen unter 18 Jahren kein Leistungsauftrag für Basiskinderchirurgie KINB notwendig sei. Dies ist nicht korrekt. Alle Spitalbehandlungen unter 18 Jahren sind grundsätzlich spezialisierten Kinderspitälern oder –kliniken/abteilungen vorbehalten. Erwachsenen-spitäler können einfache elektive Behandlungen gemäss Bezeichnung des SPLG-Konzeptes an Kindern und Jugendlichen vornehmen, wenn sie über einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe KINB sowie die bereichsspezifische Leistungsgruppe für die Erwachsenenmedizin und – wenn es sich um Kinder unter 12 Jahren handelt – über einen Leistungsauftrag für Kinderanästhesie KAD oder KAC verfügen. Leistungserbringer mit Basispaket elektiv können ausschliesslich Kinder ab 12 Jahren behandeln. Die Rosenklinik behandelte in den vergangenen Jahren jährlich zwischen sechs und 14 Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren. Ohne den Leistungsauftrag für KINB könnte sie diese Patientinnen und Patienten nicht mehr behandeln. Die Rosenklinik beantragte deshalb im Rahmen der Vernehmlassung, es sei ihr trotz fehlender Beantragung im Rahmen des Bewerbungsverfahrens ein Leistungsauftrag für KINB zu erteilen, da es sich bei der Nicht-Beantragung von KINB um ein Missverständnis handle. Die Rosenklinik verfügt in der bestehenden Spitalliste des Kantons

St.Gallen über einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe «Basiskinderchirurgie/-medizin KINBM». Die Anforderungen an KINB sind soweit erfüllt. Der Leistungsauftrag für KINB wird deshalb erteilt.

Der Rosenklinik wird ein Leistungsauftrag für 16 Leistungsgruppen erteilt (BPE, URO1, URO1.1, URO1.1.7, BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1, KINB). Die Leistungsgruppe KINB «Basis-Kinderchirurgie» wird auf die Behandlung von Jugendlichen ab 12 Jahren in den entsprechenden Eingriffen gemäss abschliessender Liste der Gesundheitsdirektion Zürich beschränkt. Der Leistungsauftrag wird zudem mit der Auflage versehen, dass die Rosenklinik bis Ende 2024 die Vorgaben im Bereich Hygiene, Surveillance nosokomialer Infektionen und Resistenzen sowie interner Antibiotikagebrauch gemäss Ziffer 13 bis 15 der generellen Anforderungen erfüllt sowie bis spätestens Anfang 2026 ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem vorweisen kann.

8.20 Thurklinik AG

Die Thurklinik beantragt einen Leistungsauftrag für 23 Leistungsgruppen. Bis anhin war die Thurklinik für 19 Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen aufgeführt. Bewerber innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Grund-Spitalleistungsgruppe einen Versorgungsanteil von fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem Kanton aufweisen, damit sie für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Wie aus nachfolgender Tabelle hervorgeht, erfüllt die Thurklinik dieses Kriterium in keiner einzigen Leistungsgruppe. Die Versorgungsrelevanz der Thurklinik ist damit nicht gegeben. Da es sich um ein Ausschlusskriterium handelt, wird die Bewerberin für die Vergabe der Leistungsaufträge nicht berücksichtigt.

.....
Tabelle 27: Mindestversorgungsanteil Thurklinik, 2021

SPLG	SPLG Name	Austritte Total	davon ARAISG	Marktanteil ARAISG	Marktanteil SG	Marktanteil AR	Marktanteil AI
BP	Basispaket	70	65	0.2%	0.2%	0.1%	0.0%
HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	134	11	1.4%	1.4%	1.8%	0.0%
VIS1	Viszeralchirurgie	1	1	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%
URO1	Urologie ohne Schwerpunkttitel operative Urologie	43	32	0.8%	0.8%	1.3%	0.0%
BEW2	Orthopädie	3	3	0.3%	0.4%	0.0%	0.0%
BEW5	Arthroskopie des Knies	1	1	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%
BEW6	Rekonstruktion obere Extremität	1	1	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%
GYN1	Gynäkologie	71	57	3.3%	3.6%	1.3%	0.0%
GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (= 35 0/7 SSW und GG 2000g)	15	13	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%

In einer von der Thurklinik im Rahmen der Besprechung der Bewerbung eingereichten juristischen Aktennotiz wird vorgebracht, dass eine kantonale gesetzliche Grundlage für die Anwendung des Kriteriums des innerregionalen Mindestversorgungsanteils fehle. Zudem sei der Ausschluss vom Bewerbungsverfahren nicht verhältnismässig und der Sachverhalt unzureichend abgeklärt (Nicht-Berücksichtigung der ausserkantonalen Patientenströme, statische Betrachtung). Schliesslich sei diese

Massnahme nicht Teil einer komplett neuen Spitalplanung, sondern nur einer Überarbeitung der bestehenden Planung, worin ein solches Instrument nicht zur Anwendung kommen könne.

Was die fehlende kantonale Gesetzesgrundlage betrifft, gehen die Planungsbehörde davon aus, dass das Kriterium des Mindestversorgungsanteils keine explizite kantonale Grundlage benötigt. Vielmehr stützen sich die Planungsbehörden auf die in Art. 39 bzw. Art. 58 KVV festgelegten Planungskriterien des Bundes. Konkret handelt es sich um Art. 58d, Abs.4, der besagt, dass die Kantone bei der Beurteilung der Spitäler insbesondere auf die Nutzung von Synergien, auf die Mindestfallzahlen und auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten haben. Mit dem Kriterium des innerregionalen Mindestversorgungsanteils soll die Konzentration von Leistungen und Strukturen sowie die Kosteneindämmung gefördert werden, da der Ausschluss eines Spitals von der Spitalliste eine Möglichkeit zur Angebotskonzentration darstellt. Des Weiteren wurde das Kriterium des innerregionalen Mindestversorgungsanteils bereits gerichtlich überprüft und für KVG-konform befunden (BVGer-Urteil C-401/2012).

Weiter wurde bemängelt, dass der Ausschluss vom Bewerbungsverfahren aufgrund der Nichterfüllung des Kriteriums des Mindestversorgungsanteils das Verhältnismässigkeitsprinzip verletze. Insbesondere wird gerügt, dass es sich um eine statische Betrachtung handelt, die interkantonalen Patientenströme nicht berücksichtigt wurden und dass keine Übergangsfristen vorgesehen seien. Zudem sei eine solche Massnahme nur bei einer komplett neuen Spitalplanung rechtmässig, nicht aber bei einer Überprüfung der Spitalplanung, wie es im vorliegenden Fall der gemeinsamen Spitalplanung 2024 der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen der Fall sei. Letztere Einschätzung wird vom Projektteam nicht geteilt. Bei der vorliegenden Planung handelt es sich um eine komplett neue Spitalplanung mit allen gemäss KVG vorgeschriebenen Planungsschritten, da die Leistungsaufträge und die komplette Spitalliste bis 31. Januar 2023 befristet sind. Das Argument, wonach ein solches Kriterium bei einer reinen Überprüfung der Spitalliste gemäss Empfehlungen der GDK nicht zur Anwendung gelangen dürfe, zielt nur schon deshalb ins Leere, weil es sich im vorliegenden Fall um die Erarbeitung einer komplett neuen Spitalplanung mit resultierenden Spitallisten handelt, für die sich alle Leistungserbringer (ob bestehend oder nicht) neu bewerben müssen oder können. Was die Kritik der statischen Betrachtungsweise betrifft, so ändert sich nichts am Prüfungsergebnis, wenn das Kriterium des Mindestversorgungsanteils ergänzt wird mit einer Betrachtung für die Jahre 2019 bis 2022, wie aus nachfolgender Tabelle ersichtlich ist.

.....
Tabelle 28: Kumulierte Anzahl Austritte je Grund-Leistungsgruppe und durchschnittlicher Mindestversorgungsanteil der Thurklinik an der Bevölkerung der Planungskantone, 2019-2022

SPLG	SPLG Name	Austritte Total	davon ARAISG	Marktanteil ARAISG	Marktanteil SG	Marktanteil AR	Marktanteil AI
BP	Basispaket	306	255	0.2%	0.2%	0.0%	
DER1	Dermatologie	3	3	0.5%	0.6%		
HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	665	37	1.0%	1.0%	1.5%	1.1%
GAE1	Gastroenterologie	1	1	0.0%	0.0%		
VIS1	Viszeralchirurgie	3	3	0.1%	0.1%		

SPLG	SPLG Name	Austritte Total	davon ARAISG	Marktanteil ARAISG	Marktanteil SG	Marktanteil AR	Marktanteil AI
URO1	Urologie ohne Schwerpunkttitel operative Urologie	250	186	1.3%	1.3%	1.1%	
BEW2	Orthopädie	4	4	0.1%	0.1%		
BEW5	Arthroskopie des Knies	5	4	0.1%	0.1%		
BEW6	Rekonstruktion obere Extremität	1	1	0.0%	0.0%		
BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	20	9	0.1%	0.1%	0.2%	
GYN1	Gynäkologie	344	258	3.9%	4.2%	1.3%	0.9%
GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (= 35 0/7 SSW und GG 2000g)	70	63	0.3%	0.3%	0.0%	

Zur Abschätzung der Auswirkungen einer Nichtaufnahme der Thurklinik auf die Spitalisten der Planungskantone sind die interkantonalen Patientenströme zu berücksichtigen. Die Thurklinik weist insbesondere Patientinnen und Patienten aus den Kantonen Thurgau und Zürich auf. Um dem Vorwurf einer statischen Betrachtung zu entgehen, wurden die durchschnittlichen Versorgungsanteile für die Grundleistungsgruppen für die Kantone Zürich und Thurgau berechnet. Es zeigt sich folgendes Bild:

.....
Tabelle 29: Kumulierte Austritte in den Grund-Leistungsgruppen von Patientinnen und Patienten aus den Kantonen Thurgau und Zürich und durchschnittliche Versorgungsanteile der Thurklinik für die Bevölkerung der Kantone Thurgau und Zürich, 2019-2022

SPLG	SPLG Name	Austritte Total TG	Austritte Thurklinik	Versorgungsanteil Thurklinik	Austritte Total ZH	Austritte Thurklinik	Versorgungsanteil Thurklinik
BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	85'641	37	0.0%	405'754	8	0.0%
HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	1'738	74	4.3%	8'420	543	6.4%
NCH1	Kraniale Neurochirurgie				3'724	1	0.0%
URO1	Urologie ohne Schwerpunkttitel 'Operative Urologie'	8'638	41	0.5%	36'513	15	0.0%
BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat	5'304	1	0.0%			
BEW3	Handchirurgie	1'196	1	0.1%			
BEW5	Arthroskopie des Knies	2'307	1	0.0%			
BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	3'654	3	0.1%	16'772	6	0.0%
GYN1	Gynäkologie	3'751	45	1.2%	18'914	23	0.1%
GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab GA 35 0/7 SSW und GG 2000g) (2022)	12'718	7	0.1%			
Gesamt		195'468	393	0.2%	944'590	993	0.1%

Die beiden Kantone Zürich und Thurgau wurden im September 2023 eingeladen, sich zur Versorgungsrelevanz der Thurklinik für die entsprechenden Kantonsbevölkerungen zu äussern. Der Kanton Zürich antwortete darauf, dass die Thurklinik für die Zürcher Bevölkerung nicht versorgungsrelevant sei. Gemäss Strukturbericht Zürcher Spitalplanung 2023 liege die prognostizierte Bedarfsdeckung im Leistungsbereich Hals-Nasen-Ohren sowohl 2023 mit 106,2 Prozent als auch 2032 mit 111,1 Prozent über 100 Prozent. Deshalb bestehe grundsätzlich kein Bedarf an weiteren

Leistungserbringern für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Zürich in diesem Bereich. Gemäss Empfehlung der GDK zur Spitalplanung sei ein ausserkantonales Spital zu berücksichtigen, wenn sein Versorgungsanteil mindestens 10 Prozent der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung versorge. Diesen Anteil erreiche die Thurklinik für die Zürcher Bevölkerung in keiner Leistungsgruppe. Schliesslich sei von der Thurklinik 2021 auch keine Bewerbung für eine Aufnahme in die Spitalliste 2023 des Kantons Zürich eingegangen. Der Kanton Thurgau seinerseits antwortete, dass er von der geplanten Änderung aufgrund der heutigen Patientenströme nur marginal betroffen sei, weshalb die Thurklinik auch für den Kanton Thurgau keine Versorgungsrelevanz aufweise.

Im Rahmen der Vernehmlassung beantragte die Thurklinik, sie sei mit den beantragten 23 Leistungsaufträgen in die Spitallisten der Planungskantone aufzunehmen. Eventualiter sei die Thurklinik mit allen bisherigen 19 Leistungsaufträgen in die Spitalliste aufzunehmen. Grund für die zwingende Aufnahme der Bewerberin sei, dass sie die krankenversicherungsrechtliche Hauptanforderung der Wirtschaftlichkeit erfülle, da sie im Quervergleich über eine tiefe Baserate verfüge. Zudem habe sie einen sehr niedrigen Zusatzversichertenanteil, weshalb die Einhaltung des Ziels der Versorgung der Grundversicherten erreicht sei. Weiter seien Mindestfallzahlen (sic!) bundesrechtlich nicht ausreichend verankert, als dass sie von den Planungskantonen als Ausschlusskriterium verwendet werden könnten. Bei einer fehlenden ausreichenden nationalen Gesetzesgrundlage müsste das Kriterium auf kantonaler Ebene ausdrücklich genannt sein, was jedoch in keinem der drei Planungskantone der Fall sei. Schliesslich bemängelt die Bewerberin in ihrer Stellungnahme, dass kein ausreichender Nachweis bestehe, dass das Kriterium der Mindestfallzahlen zur Qualitätssicherung beitragen würde. Somit sei eine derart generelle Verwendung als Ausschlusskriterium nicht sachgerecht. Im vorliegenden Fall würden Mindestfallzahlen zur Erhaltung bestehender (öffentlicher) Spitalstrukturen missbraucht. Dies sei unzulässig.

Hinsichtlich der Rechtfertigung des Kriteriums des Mindestversorgungsanteils durch Bundesverwaltungsgerichtsurteile bringt die Bewerberin vor, dass sich das BVGer nicht zur gesetzlichen Grundlage geäussert, sondern das Kriterium unter den Aspekt der Qualität eingeordnet habe. Im vorliegenden Fall gehe es jedoch nicht um Qualität, sondern um eine Konzentration des Angebots. Die Bezugnahme auf das Urteil helfe deshalb nicht weiter. Schliesslich behauptet die Bewerberin, dass sie in der Leistungsgruppe HNO1 einen Versorgungsanteil von 6,4% aufweise, was die Planungskantone in ihrem Urteil übergangen hätten. Weiter hält die Bewerberin an ihrer Sicht fest, dass es sich bei der vorliegenden Planung nicht um eine umfassende und vollständige Neuplanung handle, sondern um eine Zusammenführung von drei bestehenden Spitalplanungen. Damit sei die komplette Streichung eines Leistungsanbieters von der Spitalliste nicht statthaft. Sodann wirft die Bewerberin den Planungsbehörden erneut vor, dass das vergangene Leistungswachstum bei der Anwendung des Mindestversorgungsanteils nicht ausreichend berücksichtigt worden sei. Sowohl die Zahl der an der Thurklinik tätigen Arztpersonen als auch die Leistungen seien stark gestiegen und würden weiter steigen, sodass der Mindestversorgungsanteil in Bälde erreicht würde. Mit Verweis auf die GDK-Empfehlung Ziffer 1b) wird festgehalten, dass solche Entwicklungen "innert nützlicher Frist" bei der Beurteilung der Spitallistenanträge berücksichtigt werden müssten.

Soweit auf die im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens vorgebrachten Einwände der Bewerberin nicht bereits weiter oben eingegangen wurde, äussern sich die Planungsbehörden nachfolgend. Die Planungsbehörden weisen darauf hin, dass in der Eingabe der Bewerberin eine falsche Begrifflichkeit verwendet wird. Die Planungsbehörden stützen sich beim Ausschluss der Bewerberin vom Bewerbungsverfahren nicht auf Mindestfallzahlen, sondern auf das Kriterium des Mindestversorgungsanteils. Erstere dienen insbesondere der Qualität, letztere dienen primär der Konzentration von Leistungen und Strukturen zur Gewinnung von Synergien. Die diesbezüglichen Ausführungen der Bewerberin zielen somit ins Leere. Zur angeblichen Erfüllung des Kriteriums des Mindestversorgungsanteils in HNO1 gilt es festzuhalten, dass dieser Anteil für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Zürich gilt. Die Planungskantone haben den Mindestversorgungsanteil ausschliesslich auf ihre Kantonsbevölkerung angewendet und sind dabei so weit gegangen, dass auch nur die Erfüllung für die Bevölkerung eines der drei Kantone bereits für eine Zulassung qualifiziert. Dies ist für die Bewerberin jedoch nicht der Fall. Im Rahmen der Koordination der Planungen hat der Kanton Zürich mitgeteilt, dass er das Angebot der Thurklinik für die Zürcher Bevölkerung als nicht bedarfsnotwendig einschätze bzw. die heute von der Thurklinik behandelten Zürcher Patientinnen und Patienten ohne Probleme durch die bestehende innerkantonale Leistungserbringer versorgt werden könnten. Was den Verweis im Rahmen der Erörterung der Rüge der statischen Betrachtung auf den Begriff «innert nützlicher Frist» betrifft, wird seitens der Planungsbehörden darauf hingewiesen, dass die zitierte Empfehlung der GDK diesbezüglich als vollständig gegenstandslos erachtet wird. Tatsächlich wird in Buchstabe b) der Empfehlung 1 Bezug genommen auf den KVG-Terminus, wonach die Planungskantone bei der Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden bedarfsgerechten Angebots u.a. das Kriterium des «Zugangs der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist» zu beachten haben (siehe auch Kap. 1.1.1 und 6.3.3). Der im Rahmen der Eingabe der Bewerberin verwendete Sinn steht in keinerlei Zusammenhang mit der im Rahmen des KVG verwendeten Begrifflichkeit.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass die Planungsbehörden an ihrem Entscheid festhalten und die Thurklinik vom Bewerbungsverfahren ausschliessen. Damit die Thurklinik ausreichend Zeit zur Verfügung hat, um ihre Geschäftstätigkeit den neuen Rahmenbedingungen anzupassen, wird der bestehende Leistungsauftrag des Kantons St.Gallen bis zum 31. Dezember 2024 verlängert ohne Möglichkeit einer weiteren Verlängerung. Dieser Leistungsauftrag bis Ende 2024 gilt ausschliesslich für die Spitalliste des Kantons St.Gallen.

8.22 Universitätsspital Zürich (USZ)

Das USZ beantragt einen Leistungsauftrag für 117 Leistungsgruppen. Bis anhin war das USZ für 15 Leistungsgruppen auf den Spitalisten von einem der drei Kantone aufgeführt. In neun Leistungsgruppen erfüllt das USZ das Kriterium des Mindestversorgungsanteils von wenigstens 10 Prozent und 10 Fällen (PNE1.2, KAR3.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5, DER1.1, HER1.1.1, HNO1.3, HAE1). Das USZ ist für die drei Planungskantone der präferierte Partner für hochspezialisierte Versorgungsleistungen, die innerhalb der Planungsregion nicht angeboten werden. Als Lead-Spital der Allianz Herzchirurgie USZ-SZT-KSSG wird der Leistungsauftrag mit den Leistungsgruppen HER1 «Einfache Herzchirurgie» und HER1.1 «Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)» ergänzt. Obwohl für die Bevölkerung der Planungsregion in den Planungsjahren für TPL6 «Darmtransplantation» und TPL7 «Milztransplantation» keine Fälle resultierten, erhält das USZ einen Leistungsauftrag, um bei Bedarf einen Zugang für die Bevölkerung der Planungsregion zu diesen Leistungen zu sichern. Gleiches gilt für PLC1 «Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität»: obwohl das doppelte Kriterium des Mindestversorgungsanteils nur einfach erfüllt ist (45 Prozent Versorgungsanteil aber nur 9 Fälle), wird dem USZ ein entsprechender Leistungsauftrag erteilt. Der Leistungsauftrag für ISO «Sonderisolerstation» wird dem USZ aufgrund einer Empfehlung der GDK erteilt. Insgesamt wird dem USZ somit ein Leistungsauftrag für 15 Leistungsgruppen erteilt (DER1.1, HNO1.3, HAE1, HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5, KAR3.1.1, PNE1.2, TPL6, TPL7, PLC1, ISO).

8.23 Kantonsspital Graubünden – KS Graubünden

Das KS Graubünden beantragt einen Leistungsauftrag für 104 Leistungsgruppen. Bis anhin war das Kantonsspital Graubünden in der Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen mit einem Leistungsauftrag für gebärende Frauen und deren Säuglinge sowie für Kinder und Jugendliche aus dem Wahlkreis Sarganserland aufgeführt (GEB1, GEB1.1, GEB1.1.1, NEO1, NEO1.1, NEO1.1.1, NEO1.1.1.1, KINC, KINB). Als Betreiber des Spitals Walenstadt besteht eine enge Zusammenarbeit bei der (Weiter-)Behandlung der Patientinnen und Patienten aus dem Sarganserland. Das KS Graubünden erfüllt in keiner Leistungsgruppe das Kriterium des ausserregionalen Mindestversorgungsanteils von 10 Prozent und 10 Fällen. Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität fordert das KS Graubünden im Rahmen der Vernehmlassung dennoch die Aufnahme aller beantragten Leistungsgruppen des Standortes Chur für die Patientinnen und Patienten aus dem Sarganserland analog zur Regelung im Bereich Geburtshilfe und Kinder-/Jugendmedizin. Das KSGR nehme nach der Vollintegration des Standorts Walenstadt dieselbe Rolle wie das KSSG als Zentrumsspital ein. Im Rahmen der Übernahme des Standorts Walenstadt sei die Vollintegration und somit auch die Rolle des KSGR als Zentrumsspital für die Region Sarganserland anerkannt und bestätigt worden. Deshalb sollte das KSGR auch mit den Zentrumsspital-Leistungsgruppen auf der Spitalliste Akutsomatik ARAISG für die Region tätig sein können. Nur so kann der St. Galler Bevölkerung aus sämtlichen Kantonsteilen ein gleichwertiger Zugang zu Zentrumsspitalleistungen gewährleistet werden. Seitens Planungsbehörden wird festgehalten, dass das KSGR betreffend Planungskriterien (insbesondere Mindestversorgungsanteil) identisch wie die weiteren ausserregionalen Leistungsanbieter behandelt wird. Eine bevorzugte Berücksichtigung auf Ebene der Bevölkerung einzelner Regionen liesse sich nur rechtfertigen, wenn der Kanton Graubünden ebenfalls Teil der Planungsregion wäre und seinerseits die Freizügigkeit der Patientinnen und Patienten insbesondere aus dem Churer Rheintal in die Spitäler der Planungsregion gewährleisten würde. Dies wurde mit dem Rückzug des Kanton Graubünden aus den gemeinsamen Planungsbestrebungen verhindert.

Damit ist nicht einzusehen, weshalb die Planungskantone unilateral diese Freizügigkeit gewährleisten sollen. Hingegen ist für Kinder und Jugendliche aus dem Wahlkreis Sarganserland die Kinderklinik des KS Graubünden oftmals erste Wahl bei stationären Spitalaufenthalten. Der geografischen Nähe kommt in diesem Bereich für Angehörige (Eltern) eine besondere Bedeutung zu. Deshalb soll für die Kinder und Jugendlichen des Wahlkreises Sarganserland weiterhin die volle Freizügigkeit für die Kinderklinik des KS Graubünden gelten. Die Erteilung des Leistungsauftrags ist an die Auflage geknüpft, dass Weiterverlegungen von St.Galler Kindern und Jugendlichen vom KS Graubünden zwingend ans Ostschweizer Kinderspital zu erfolgen haben. Es sei denn, es handle sich um eine Leistungsgruppe, die vom Kanton St.Gallen dem Kinderspital Zürich zugeteilt wurde. Bei Verletzung dieser Auflage kann der Leistungsauftrag unter Berücksichtigung einer Frist von sechs Monaten entzogen werden.

Das Ostschweizer Kinderspital (OKS) weist in seiner Vernehmlassungsstellungnahme darauf hin, dass es mit dem Bezug des Neubaus über ein Perinatalzentrum verfügen werde, das alle Patientinnen und Patienten aus dem Stiftungsgebietes inkl. Sarganserland zu versorgen vermag. Es bestehen somit keine Gründe für die Zuteilung der SPLG NEO1, NEO1.1, NEO1.1.1 und NEO1.1.1.1 an das KSGR für Säuglinge aus dem Wahlkreis Sarganserland. Die Planungsbehörden halten an der Vergabe der oben erwähnten Leistungsgruppen an das KSGR fest. Einerseits geht es um die Abbildung der Versorgungsrelevanz des KSGR generell für Routine-Geburten (NEO1) aus dem Wahlkreis Sarganserland. Von 414 Routine-Geburten in NEO1 im Jahr 2021 aus dem Sarganserland erfolgten mehr als die Hälfte (216) im KSGR. Andererseits ist es aus Versorgungssicht nicht zumutbar, bei Komplikationen während oder nach der Geburt Säuglinge aus dem Sarganserland, die am KSGR zur Welt gekommen sind, an das OKS zu verlegen, wenn innerhalb des gleichen Leistungserbringers eine Neonatologie vorhanden ist. So wurden im Jahr 2021 von insgesamt 35 Säuglingen in NEO1.1.1 resp. einem einzigen in NEO1.1.1.1 aus dem Sarganserland 29 respektive dieser einzige Säugling durch das KSGR versorgt.

Der Leistungsauftrag des KS Graubünden wird somit im bestehenden Umfang von neun Leistungsgruppen (GEB1, GEB1.1, GEB1.1.1, NEO1, NEO1.1, NEO1.1.1, NEO1.1.1.1, KINM, KINC) fortgeführt und mit den drei neuen Querschnittsbereichen Kinderanästhesie «B», «C» und «D» ergänzt. Dieser gilt nur für die Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen mit der Einschränkung auf Patientinnen und Patienten aus dem Wahlkreis Sarganserland (inkl. Gemeinden Wartau und Sevelen).

8.24 Stadtspital Zürich Triemli (SZT)

Das SZT beantragt einen Leistungsauftrag für 12 Leistungsgruppen. Bis anhin war das SZT in der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Appenzell Ausserrhodens mit einem Leistungsauftrag für neun Leistungsgruppen aufgeführt. Das SZT befindet sich ausserhalb der Planungsregion. Für eine Berücksichtigung einer entsprechenden Leistungsgruppe muss die Bewerberin im Jahr 2021 mindestens 10 Prozent der Austritte (mind. 10 Fälle) aus der Planungsregion behandelt haben. In einer einzigen Leistungsgruppe (HER1.1.1 «Koronarchirurgie (CABG)») wird das Kriterium des Mindestversorgungsanteils erfüllt. Auch wenn herzchirurgische Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion inskünftig primär wohnortnah am KSSG behandelt werden sollen, muss im Rahmen der Allianz Herzchirurgie USZ-SZT-KSSG gewährleistet werden, dass die Behandlung von Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion in Ausnahmefällen auch am SZT erfolgen können. Deshalb wird dem SZT ein analoger Leistungsauftrag im Bereich der Herzchirurgie (HER1-HER1.1.5) wie dem USZ und dem KSSG erteilt.

8.25 Universitäts-Kinderspital Zürich (KISPI ZH)

138

Das KISPI ZH beantragt einen Leistungsauftrag für 104 Leistungsgruppen. Bis anhin war das KISPI ZH für 17 Leistungsgruppen in der Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen aufgeführt. Zudem bestand ein Leistungsauftrag für KINC und KINB für Kinder und Jugendliche aus dem Wahlkreis See-Gaster. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden hat das KISPI ZH bisher für 35 Leistungsaufträge aufgeführt.

Das KISPI ZH befindet sich ausserhalb der Planungsregion. Für eine Berücksichtigung einer entsprechenden Leistungsgruppe muss die Bewerberin im Jahr 2021 mindestens 10 Prozent der Austritte (mind. 10 Fälle) aus der Planungsregion behandelt haben. Für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin werden dabei alleine die Fallzahlen des OKS als Vergleich herangezogen. Dies trifft auf 23 Leistungsgruppen zu (NCH1, NCH2, NEU2.1, NEU4.2, GEF1, ANG1, GEFA, GEF3, ANG3, HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.2, HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5, KAR2, KAR3, KAR3.1, KAR3.1.1, URO1.1.3, PNE1.3, PNE2, BEW10). Obwohl keine Fallzahlen existieren, werden die beantragten Leistungsgruppen TPL6 und TPL7 erteilt, da innerhalb der Planungsregion kein diesbezügliches Angebot existiert.

Die zeitliche und geografische Erreichbarkeit ist namentlich bei Notfällen und für Leistungen der Grundversorgung von Bedeutung. Als ausserregionaler pädiatrischer Anbieter verfügt die Bewerberin über eine schlechte Zugänglichkeit für Kinder und Jugendliche und deren Eltern aus der Planungsregion - abgesehen von der Bevölkerung des Wahlkreises See-Gaster. Für die spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin übernimmt die Bewerberin die Grundversorgung für die Kinder und Jugendlichen aus dem Wahlkreis See-Gaster (KINM, KINC). Darüber hinaus stellt das KISPI ZH in Ergänzung zum OKS die hochspezialisierte pädiatrische Versorgung der Kinder und Jugendlichen der Planungsregion sicher. Die zeitliche Erreichbarkeit kann bei Bedarf mit Flug-Rettungsmitteln markant reduziert werden. Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus oder Behandlungsaufwand bestehen keine.

Im Rahmen seiner Stellungnahme zur ersten Einschätzung der Bewerbung beantragte das KISPI ZH Leistungsaufträge für drei zusätzliche Leistungsgruppen (HNO1.1, KAR1 sowie NEO1.1), die von den Planungsbehörden initial negativ beurteilt wurden. Als Begründung wurde angegeben, dass die Versorgungsanteile des KISPI ZH erfüllt seien. Für die Leistungsgruppe HNO1.1 und KAR1 kann dieser Argumentation gefolgt werden, da die vom KISPI ZH behandelten Kinder und Jugendliche gleichmässig aus allen Regionen der Planungsregion stammen. In der Leistungsgruppe NEO1 stammen hingegen fünf von sieben Säuglingen aus der Region See-Gaster. Diese Kinder haben auf Grund des Eintrags von KINM und KINC bereits freien Zugang bei voller Kostendeckung zum KISPI ZH. Für die anderen Regionen sind die Neonatologien des KSSG/OKS respektive des KS Graubünden zuständig. Im Rahmen seiner Stellungnahme zur Vernehmlassung des Planungsberichts beantragte das KISPI ZH, es sei für den Leistungsauftrag GEFA analog zum OKS von der Teilnahme am Qualitätsprogramm Gefässchirurgie der GD Zürich und der damit verbundenen Erfassung im Swiss Vasc Register zu entbinden. Die Planungsbehörden stützen sich bei den weitergehenden leistungsgruppenspezifischen Anforderungen für Leistungserbringer ausserhalb der Planungsregion primär auf den Spitallisteneintrag des Standortkantons ab. Der Kanton Zürich hat in den weitergehenden leistungsgruppenspezifischen Anforderungen in Ziff. 26 das KISPI ZH von der Erfassung im Swiss Vasc Register und dem Ausweis von Kenndaten befreit. Diese Entbindung gilt auch für den Leistungsauftrag der Planungsbehörden. Eine explizite Erwähnung

in den weitergehenden leistungsgruppenspezifischen Anforderungen der Planungsbehörden ist damit nicht notwendig.

Das Ostschweizer Kinderspital (OKS) weist in seiner Vernehmlassungsstellungnahme darauf hin, dass aus seiner Sicht aufgrund seiner betrieblichen Leistungsfähigkeit und seiner engen Kooperation mit dem Kantonsspital St.Gallen (KSSG) keine Gründe für die Zuteilung der SPLG HNO1.1, NCH1, NEU2.1, NEU4.2, GEF1, ANG1, GEFA, GEF3, ANG3, URO1.1.3, PNE1.3, PNE2, BEW10 an das KISPI ZH vorliegen würden. Die Planungsbehörden halten an der Vergabe der oben erwähnten Leistungsgruppen an das KISPI ZH fest. In allen erwähnten Leistungsgruppen ist das KISPI ZH für die Planungsbevölkerung ergänzend zum OKS versorgungsrelevant.

Dem KISPI ZH wird ein Leistungsauftrag für 34 Leistungsgruppen erteilt (HNO1.1, NCH1, NCH2, NEU2.1, NEU4.2, GEF1, ANG1, GEFA, GEF3, ANG3, HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.2, HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5, KAR1, KAR2, KAR3, KAR3.1, KAR3.1.1, URO1.1.3, PNE1.3, PNE2, TPL6, TPL7, BEW10, KINM, KINC, KAA, KAB, KAC, KAD). Der Leistungsauftrag für KINM und KINC ist beschränkt auf Kinder und Jugendliche des Wahlkreises See-Gaster.

8.26 Klinik Hirslanden Zürich

Die Klinik Hirslanden beantragt einen Leistungsauftrag für 24 Leistungsgruppen. Bis anhin war die Hirslanden Klinik in der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Appenzell Ausserrhoden mit einem Leistungsauftrag für 26 Leistungsgruppen und auf derjenigen des Kantons St.Gallen für sechs Leistungsgruppen (Herzchirurgie) aufgeführt. Das Kriterium des Mindestversorgungsanteils wird in vier Leistungsgruppen erfüllt (HER1.1.1, HER1.1.4, HER1.1.5, KAR3.1.1). In den Leistungsbereichen «Gefässe» (ANG1, ANG3, GEF1, GEF3, GEFA) und «Neurochirurgie» (NCH1, NCH1.1, NCH2, NCH3) bestehen Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus («Gefässe» 59 Prozent anstatt wie im Durchschnitt 22 Prozent Anteil Zusatzversicherte je Leistungsbereich; «Neurochirurgie» 50 Prozent anstatt wie im Durchschnitt 23 Prozent Anteil Zusatzversicherte). Die Bewerberin hält diesbezüglich fest, dass der Versicherungsstatus bei der Fallannahme keine Rolle spiele. Da es sich bei den oben erwähnten Eingriffen zum Grossteil um elektive Leistungen handle, sei der übermässige Anteil an Zusatzversicherten vielmehr Ausdruck der hohen Attraktivität der Bewerberin in diesem Patienten-/Patientinnensegment. Zudem zeigt sich die Bewerberin offen für Vorschläge seitens der Planungsbehörden, um die Zahl der Patientinnen und Patienten ohne Zusatzversicherungen steigern zu können. Die Bewerberin kritisiert weiter die Anwendung des Konzeptes des Mindestversorgungsanteils in den Bereichen Neurochirurgie und Gefässchirurgie und hält an ihren Leistungsaufträgen für NCH1/NCH1.1 sowie GEFA/ANG3/GEF3 in Zusammenarbeit mit der Hirslanden Klinik Stephanshorn fest, welche als Zuweiserin fungiere. Im Rahmen der Vernehmlassungsstellungnahme bekräftigt die Bewerberin das Festhalten an den Anträgen für die Leistungsgruppen NCH1, NCH1.1, GEFA, ANG3 und GEF3. Analog dazu werde aufgrund der engen Zusammenarbeit mit der Hirslanden Klinik Stephanshorn im kardiologisch/herzchirurgischen Bereich auch an der Bewerbung für KAR2, KAR3 und KAR3.1 festgehalten. Die Vergabe der Leistungsaufträge sei aufgrund des Marktanteils der Bewerberin im Bereich der kardiologischen und herzchirurgischen Patientinnen und Patienten in der Planungsregion gerechtfertigt. Die Planungsbehörden können der Stellungnahme der Bewerberin keine neuen Erkenntnisse entnehmen, die zu einer Revision der Einschätzung der Anträge führen würden.

Die Planungsbehörden sehen keinen Grund, im Bereich des Einbezugs der ausserregionalen und wohnortfernen Leistungserbringer vom GDK-Kriterium des Mindestversorgungsanteils von 10 Prozent und 10 Fällen abzuweichen. Die Aussagen zur Attraktivität der Bewerberin für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten werden zur Kenntnis genommen. Auch halten die Planungsbehörden am Kriterium «Anteil zusatzversicherte Patientinnen und Patienten» als pragmatischen retrospektiven Indikator für die Einhaltung der Aufnahmepflicht fest. Aufgrund der Wohnortferne, der Nicht-Erfüllung des Mindestversorgungsanteils und der fehlenden Bedarfsrelevanz des entsprechenden Angebots sowie der Anzeichen für die Umgehung der Aufnahmepflicht respektive einer Selektion gemäss Versicherungsstatus werden die Anträge für NCH1/NCH1.1, KAR2/KAR3/KAR3.1 sowie GEF/ANG3/GEF3 abgelehnt. Inskünftig wird der Klinik Hirslanden ein Leistungsauftrag für gesamthaft 7 Leistungsgruppen erteilt (HER1; HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5, KAR3.1.1).

8.27 Klinik Lengg AG

Die Klinik Lengg beantragt einen Leistungsauftrag für fünf Leistungsgruppen (NEU4, NEU4.1, NEU4.2 beschränkt auf Phase I, PNE2, KINM). Bis anhin war die Klinik Lengg in der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Appenzell Ausserrhoden mit einem Leistungsauftrag für vier Leistungsgruppen (NEU4, NEU4.1, KINM, KINC) und auf derjenigen des Kantons St.Gallen für zwei Leistungsgruppen (NEU4, NEU4.1) aufgeführt. Das Kriterium des Mindestversorgungsanteils wird in drei Leistungsgruppen erfüllt (NEU4, NEU4.1, NEU4.2). Die Klinik Lengg ist das grösste auf Epilepsie und andere anfallsartige Störungen spezialisierte Kompetenzzentrum der Schweiz. Damit auch Kinder und Jugendliche mit Epilepsie-Erkrankungen behandelt werden können, wird auch ein Leistungsauftrag für KINM beantragt. Sie verfügt über eine Spitalschule und einen Leistungsauftrag für KINM des Standortkantons Zürich. Die weiteren Anforderungen an eine Kinderklinik sind ebenfalls erfüllt. Der Antrag für PNE2 wird negativ beurteilt. Die Polysomnographie wird nur noch vereinzelt stationär durchgeführt. Mit dem OKS, dem KSSG und dem KISPI ZH ist der Bereich ausreichend abgedeckt. Der Bewerberin wird ein Leistungsauftrag für gesamthaft 4 Leistungsgruppen erteilt (NEU4, NEU4.1, NEU4.2, KINM). Der Leistungsauftrag für NEU4.2 ist beschränkt auf die prächirurgische nicht-invasive Diagnostik (Phase I).

8.28 GZO AG Spital Wetzikon

Das Spital Wetzikon beantragt einen Leistungsauftrag für 19 Leistungsgruppen (BP, DER1, NEU1, NEU3, GAE1, VIS1, HAE1, ANG1, KAR1, KAR2, PNE1, BEW2, RHE2, GYNT, GEB1.1, NEO1.1, ONK1, KINB, KAD). Bis anhin war das Spital Wetzikon in keiner der drei Spitallisten Akutsomatik der Planungskantone mit einem Leistungsauftrag aufgeführt. Als ausserregionaler Anbieter verfügt der Bewerber über eine schlechtere Zugänglichkeit für die Bevölkerung der Planungsregion. Für Teile der Region See-Gaster liegt der Bewerber innerhalb einer Erreichbarkeit von einer halben Stunde; dies zusammen mit einem innerkantonalen und zwei weiteren ausserkantonalen Leistungserbringer mit Basispaket (Spital Linth, Spital Männedorf, Spital Lachen). Insgesamt liessen sich im Jahr 2021 283 Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion im Spital Wetzikon stationär behandeln. In keiner der beantragten Leistungsgruppen erfüllt das Spital Wetzikon das Kriterium des Mindestversorgungsanteils. Die entsprechenden Patientenströme sind nicht als versorgungsrelevant einzustufen.

Das Spital Wetzikon hat im Rahmen seiner Stellungnahme auf die Einschätzung der Bewerbung durch das Projektteam Ende August 2023 mitgeteilt, dass es seine Be-

werbung angesichts der Begründung zurückziehe. Einzig an der Bewerbung für Leistungsgruppe NEU3 «Zerebrovaskuläre Störungen» halte das Spital Wetzikon fest. Dies mit der Begründung, dass die Bevölkerung des Wahlkreises See-Gaster im Bereich der Schlaganfallversorgung kein Zugang zu einem wohnortnahen spezialisierten Angebot in Form einer Stroke-Unit habe. Da die Schlaganfall-Versorgung zeitkritisch sei, könne das Spital Wetzikon mit seiner Stroke-Unit einen massgeblichen Beitrag zur Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten aus dem Wahlkreis See-Gaster mit NIHSS Score < 5 und Bedarf einer Lysetherapie leisten. Im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens reichte das KSSG einen Kooperationsvertrag zwischen dem Stroke Center des KSSG und dem Spital Linth ein, woraus hervorgeht, dass am Spital Linth seit dem Jahr 2018 bei Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall aus dem Wahlkreis See-Gaster die Infusion der intravenösen Thrombolyse auf der Notfallstation im Spital Linth eingeleitet werden kann – nach telemedizinischer Rücksprache und mit unmittelbarer Weiterverlegung ins Stroke Center des KSSG. Der medizinische Mehrgewinn der Aufnahme einer ausserkantonalen Stroke Unit für die Bevölkerung der Region See-Gaster wird deshalb in Frage gestellt. Die Frage der Unterschiede in der Versorgungsqualität zwischen den Versorgungsmodellen «Stroke Unit» und «Mehrspartenspital in Zusammenarbeit mit Stroke Center» kann an dieser Stelle nicht abschliessend beantwortet werden. Die Planungsbehörden halten an ihrer Absicht fest, dem Spital Wetzikon einen Leistungsauftrag für NEU3 zu erteilen. Der Leistungsauftrag wird jedoch vorerst auf vier Jahre bis Ende 2027 befristet. Auf diesen Zeitpunkt hin soll eine Reevaluation der Schlaganfallversorgung für die Region See-Gaster erfolgen. Der Leistungsauftrag setzt zudem voraus, dass die Stroke Unit des GZO Wetzikon eine Zertifizierung durch die Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS) erlangt und der aktuell bis 31. Dezember 2024 befristete Leistungsauftrag des Kantons Zürich verlängert wird. Alle anderen Anträge des GZO Spital Wetzikon werden abgelehnt. Der Leistungsauftrag gilt für die Spitalliste Akutsomatik des Kantons St.Gallen.

8.29 Kantonsspital Glarus (KS Glarus)

Das KS Glarus beantragt einen Leistungsauftrag für 17 Leistungsgruppen (HNO1, NEU1, NEU3, GAE1, VIS1, URO1, URO1.1.1, PNE1, BEW1, BEW7.1, BEW7.2, RHE1, GYN1, GEB1, NEO1, ONK1, BES). Bis anhin war das KS Glarus in keiner der drei Spitallisten Akutsomatik der Planungskantone mit einem Leistungsauftrag aufgeführt. Als ausserregionaler Anbieter verfügt der Bewerber über eine schlechtere Zugänglichkeit für die Bevölkerung der Planungsregion. Einzig der südliche Teil des Wahlkreises See-Gaster liegt innerhalb einer halben Stunde Fahrzeit zum KS Glarus. Insgesamt liessen sich im Jahr 2021 213 Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion im KS Glarus stationär behandeln. In keiner der beantragten Leistungsgruppen erfüllt das KS Glarus das Kriterium des Mindestversorgungsanteils. Die entsprechenden Patientenströme sind nicht als versorgungsrelevant einzustufen. Die Planungsbehörden sehen daher keinen Grund für eine Leistungsauftragserteilung. Die Anträge werden allesamt abgelehnt.

8.30 Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Die HUG haben sich nicht für eine Aufnahme in die Spitallisten der Planungskantone beworben. Aufgrund einer Empfehlung der GDK wird den HUG ein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe ISO «Sonderisolierstation» erteilt.

Der zu sichernde Bedarf beläuft sich auf die in Kapitel 6 als Hauptszenario angegebenen Werte, abzüglich des Patientenaufkommens, das gemäss Art. 58b Abs. 2 KVV nicht auf der Spitalliste aufgeführt werden muss. Dazu gehören nicht versorgungsrelevante innerkantonale und ausserkantonale Angebote. Gemäss Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung ist eine Spitalliste bedarfsgerecht, wenn je Leistungsbereich mindestens 80 Prozent der Inanspruchnahme mittels Leistungsaufträgen in der Spitalliste gesichert sind. Ausserkantonale Spitäler müssen dann berücksichtigt werden, wenn sie einen Mindestversorgungsanteil von 10 Prozent (und absolut mindestens 10 Fälle) aufweisen. In Tabelle 37 im Tabellenanhang sind je Leistungsbe- reich und Leistungsgruppe die auf den Spitallisten Akutsomatik ARIASG gesicherte Inanspruchnahme gegenüber dem Total der Fälle der Planungsbevölkerung aufge- führt³². Daraus geht hervor, dass in 17 von 21 Leistungsbereichen die auf der Spi- talliste gesicherte Inanspruchnahme im Jahr 2021 über 80 Prozent des Gesamtfall- zahlaufkommens liegt. In vier Leistungsbereichen liegt der Deckungsgrad tiefer als 80 Prozent (Unfallchirurgie, Rheumatologie, Thoraxchirurgie und Dermatologie). In der Dermatologie liegt er mit 78 Prozent nur leicht unter dem Grenzwert. Im Bereich der Thoraxchirurgie ist die Nicht-Verlängerung des Leistungsauftrags für das Spital Herisau der Grund für den tiefen Wert von 67 Prozent. Angesichts der tiefen Fallzah- len besteht jedoch keine Gefahr einer Unterversorgung. Im Bereich der Rheumato- logie liegt die Unterdeckung darin begründet, dass die Spitäler Altstätten und Linth keinen Leistungsauftrag beantragt haben, obwohl sie insgesamt über 39 stationäre Fälle verfügten, was einem Versorgungsanteil von 12 Prozent entspricht. Schliesslich weist der Leistungsbereich «Unfallchirurgie» einen Deckungsgrad von nur 57 Prozent auf. Abgesehen von den kleinen Fallzahlen rührt dies daher, dass hochbetagte Pati- entinnen und Patienten mit Polytrauma wohnortnah konservativ behandelt werden und trotzdem in die Leistungsgruppe UNF1 fallen. Über alles gesehen decken die Spitallisten Akutsomatik ARAISG 86 Prozent aller Spitalaufenthalte der Kantonsbe- völkerungen im Jahr 2021 ab. Die Listen können deshalb als bedarfsgerecht be- zeichnet werden.

Die Spitallisten der Planungskantone sind identisch und umfassen alle Listenspitäler mit einem Leistungsauftrag und dem jeweiligen Leistungsspektrum in Form von ein- zelnen Leistungsgruppen. Auf den nachfolgenden Seiten ist die Spitalliste im Entwurf aufgelistet. Ebenfalls Bestandteil des Leistungsauftrags sind die generellen Anforde- rungen zur Spitalliste Akutsomatik, die weitergehenden leistungsgruppenspezifi- schen Anforderungen sowie die institutionsspezifischen Leistungsvereinbarungen, die jeder Kanton eigenständig mit den Listenspitälern abschliesst.

Die Leistungsaufträge an die Spitäler werden befristet erteilt. Wo nichts Anderes ver- merkt ist, gelten die Leistungsaufträge knapp acht Jahre bis Ende des Jahres 2031 (dunkelgrüne Markierung). Für Leistungsgruppen, in welchen zur Erfüllung der Anfor- derungen Massnahmen ergriffen werden müssen (z.B. Anstellung von zusätzlichem Personal, Erfüllung von Mindestfallzahlen), erfolgt eine befristete Erteilung bis Ende 2026 (gelbe Markierung). Die Leistungsaufträge für ANG1/GEF1 sind bis Ende 2026

³² Ausgeschlossen wurden die IVHSM-Leistungsgruppen und die zwischen dem Datenjahr 2021 und dem Planungs- jahr 2023 geschlossenen Spitäler Rorschach, Heiden, Flawil und Wattwil.

befristet abgesehen von denjenigen von KSSG und OKS. Der Leistungsauftrag des Spital Linth ist bis Ende des Jahres 2027 befristet mit der Auflage, bis dahin seine Wirtschaftlichkeit zu verbessern (hellblaue Markierung). Damit die Thurklinik ausreichend Zeit zur Verfügung hat, um ihre Geschäftstätigkeit den neuen Rahmenbedingungen anzupassen, wird der bestehende Leistungsauftrag des Kantons St.Gallen bis zum 31. Dezember 2024 verlängert ohne Möglichkeit einer weiteren Verlängerung. Dieser Leistungsauftrag bis Ende 2024 gilt ausschliesslich für die Spitalliste des Kantons St.Gallen (schraffierte Markierung). Für bestehende aber nicht mehr erteilte Leistungsgruppen gilt eine Übergangsfrist von 6 Monaten. Diese Leistungsgruppen können von den Leistungserbringern längstens bis Ende September 2024 angeboten werden (Fussnote q).

Die Leistungserbringer können die Leistungsaufträge mit einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf Ende Juni oder Dezember auflösen. Der Kanton kann die Spitalliste bei verändertem Bedarf unter Einhaltung einer Anpassungsfrist von sechs Monaten anpassen.

Die Leistungsaufträge für einzelne Leistungsgruppen beschränken sich auf die stationäre Leistungserbringung. Die ambulante Leistungserbringung bleibt allen Leistungserbringern vorbehalten. Stationäre Fälle in Leistungsgruppen ohne Leistungsauftrag sind in Einzelfällen auf Grund von Komplikationen oder besonderen Umständen zulässig. Die Beurteilung erfolgt im Rahmen des jährlich durchgeführten Leistungsauftragscontrollings.

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Kantonsspital St. Gallen	SVAR Spital Herisau	Spital Altstätten	Spital Grabs	Spital Walenstadt	Spital Linth	Spital Wil	Hirslanden Klinik Stephanshof	Ostschweizer Kinderspital	Geriatrische Klinik St.Gallen	Berit Klinik Spelcher	Berit Klinik Wettwil	Hirslanden Klinik Am Rosenberg	Rosenklinik AG	Thurklinik AG	Geburtshaus St. Gallen GmbH	Kantonsspital Graubünden	Klinik Hirslanden Zürich AG	Klinik Lengg AG	Stadtspital Zürich Triemli	Universitäts-Kinderspital Zürich	Universitätsspital Zürich	GZO AG Spital Wetzikon	Hôpitaux Universitaires de Genève
		Ophthalmologie	AUG1 Ophthalmologie										q)												
	AUG1.1 Strabologie										q)														
	AUG1.2 Orbita, Lider, Tränenwege										q)														
	AUG1.3 Spezialisierte Vordersegmentchirurgie										q)														
	AUG1.4 Katarakt										q)														
	AUG1.5 Glaskörper/Netzhautprobleme										q)														
Endokrinologie	END1 Endokrinologie																								
Gastroenterologie	GAE1 Gastroenterologie																								
	GAE1.1 Spezialisierte Gastroenterologie					a)	a)																		
Viszeralchirurgie	VIS1 Viszeralchirurgie			p)																					
	VIS1.1 Pankreasresektion (IVHSM)																								
	VIS1.2 Leberresektion (IVHSM)																								
	VIS1.3 Ösophagusresektion (IVHSM)																								
	VIS1.4 Bariatriche Chirurgie																								
	VIS1.4.1 Komplexe bariatriche Chirurgie (IVHSM)																								
	VIS1.5 Tiefe Rektumresektion (IVHSM)																								
Hämatologie	HAE1 Aggressive Lymphome und akute Leukämien		q)																						
	HAE1.1 Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie																								
	HAE2 Indolente Lymphome und chronische Leukämien																								
	HAE3 Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome																								
	HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantation																								
	HAE5 Alogene hämatopoetische Stammzelltransplantation beim Erwachsenen (IVHSM)																								
Gefässe	GEF1 Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)		e)	e)																					
	ANG1 Interventionen periphere Gefässe (arteriell)		e)	e)			q)																		
	GEFA Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe																								
	GEF3 Gefässchirurgie Carotis		q)																						
	ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe		q)																						
	RAD1 Interventionelle Radiologie						q)	q)																	
	RAD2 Komplexe interventionelle Radiologie																								
Herz	HER1 Einfache Herzchirurgie)																						
	HER1.1 Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie))																						
	HER1.1.1 Koronarchirurgie (CABG))																						
	HER1.1.2 Komplexe kongenitale Herzchirurgie																								
	HER1.1.3 Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta)							o)															
	HER1.1.4 Offene Eingriffe an der Aortenklappe)																						
	HER1.1.5 Offene Eingriffe an der Mitralklappe)																						
	HER1.1.6 Herzunterstützungssysteme beim Erwachsenen (IVHSM)																								
	KAR1 Kardiologie und Devices					a)	a)	a)		q)															
	KAR2 Elektrophysiologie und CRT									q)															
	KAR3 Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)									q)															
	KAR3.1 Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)																								
	KAR3.1.1 Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)																								

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Kantonsspital St. Gallen	SVAR Spital Herisau	Spital Altstätten	Spital Grabs	Spital Walenstadt	Spital Linth	Spital Wil	Hirslanden Klinik Stehranshof	Ostschweizer Kinderspital	Geriatrische Klinik St.Gallen	Bertl Klinik Spelcher	Bertl Klinik Wettwil	Hirslanden Klinik Am Rosenberg	Rosenklinik AG	Thurklinik AG	Geburtshaus St. Gallen GmbH	Kantonsspital Graubünden	Klinik Hirslanden Zürich AG	Klinik Lengg AG	Stadtspital Zürich Triemli	Universitäts-Kinderspital Zürich	Universitätsspital Zürich	GZO AG Spital Wetzikon	Hôpitaux Universitaires de Genève	
		Nephrologie	NEP1 Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)					a)	a)																	
Urologie	URO1 Urologie ohne Schwerpunkttitel 'Operative Urologie'			p)																						
	URO1.1 Urologie mit Schwerpunkttitel 'Operative Urologie'			p)																						
	URO1.1.1 Radikale Prostatektomie																									
	URO1.1.2 Radikale Zystektomie (IVHSM)																									
	URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere																									
	URO1.1.4 Isolierte Adrenaektomie																									
	URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters																									
	URO1.1.8 Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial																									
	URO1.1.9 Retroperitoneale Lymphadenektomie bei Hodentumoren nach Chemotherapie (IVHSM)																									
Pneumologie	PNE1 Pneumologie																									
	PNE1.1 Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie																									
	PNE1.2 Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation			q)			q)																			
	PNE1.3 Cystische Fibrose																									
	PNE2 Polysomnographie																									
Thoraxchirurgie	THO1 Thoraxchirurgie		q)																							
	THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)																									
	THO1.2 Mediastinalingriffe																									
Transplantationen	TPL1 Herztransplantation (IVHSM)																									
	TPL2 Lungentransplantation (IVHSM)																									
	TPL3 Lebertransplantation (IVHSM)																									
	TPL4 Pankreastransplantation (IVHSM)																									
	TPL5 Nierentransplantation (IVHSM)																									
	TPL6 Darmtransplantation																									
	TPL7 Milztransplantation																									
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1 Chirurgie Bewegungsapparat			p)																						
	BEW2 Orthopädie			p)																						
	BEW3 Handchirurgie			p)					q)																	
	BEW4 Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens			p)																						
	BEW5 Arthroskopie des Knies			p)																						
	BEW6 Rekonstruktion obere Extremität			p)																						
	BEW7 Rekonstruktion untere Extremität			p)																						
	BEW7.1 Erstprothese Hüfte			p)																						
	BEW7.1.1 Wechseleroperationen Hüftprothesen			p)																						
	BEW7.2 Erstprothese Knie			p)																						
	BEW7.2.1 Wechseleroperationen Knieprothesen			p)																						
BEW8 Wirbelsäulenchirurgie																										
BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie																										
BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie																										
BEW9 Maligne Knochentumore																										
BEW10 Plexuschirurgie																										
BEW11 Replantationen																										

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Kantonsspital St. Gallen	SVAR Spital Herisau	Spital Altstätten	Spital Grabs	Spital Walenstadt	Spital Linth	Spital Wil	Hirslanden Klinik Stehranshorn	Ostschweizer Kinderspital	Geriatrische Klinik St.Gallen ¹	Berit Klinik Spelcher	Berit Klinik Wettwil	Hirslanden Klinik Am Rosenberg	Rosenklinik AG	Thurklinik AG	Geburtshaus St. Gallen GmbH	Kantonsspital Graubünden	Klinik Hirslanden Zürich AG	Klinik Lengg AG	Stadtspital Zürich Triemli	Universitäts-Kinderspital Zürich	Universitätsspital Zürich	GZO AG Spital Wetzikon	Hôpitaux Universitaires de Genève
		Rheumatologie	RHE1 Rheumatologie																						
	RHE2 Interdisziplinäre Rheumatologie																								
Gynäkologie	GYN1 Gynäkologie																								
	GYNT Gynäkologische Tumore																								
	GYN2 Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum																								
	PLC1 Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität																								
Geburtshilfe	GEBH Geburtshäuser (≥ 36 0/7 SSW)																								
	GEB5 Hebammengleitete Geburtshilfe am/im Spital																								
	GEB1 Grundversorgung Geburtshilfe (≥ 35 0/7 SSW und GG 2000g)																								
	GEB1.1 Geburtshilfe (≥ 32 0/7 SSW und GG 1250g)																								
	GEB1.1.1 Spezialisierte Geburtshilfe																								
Neugeborene	NEOG Grundversorgung Neugeborene Geburtshaus (≥ 36 0/7 SSW und GG 2000g)																								
	NEO1 Grundversorgung Neugeborene (≥ 35 0/7 SSW und GG 2000g)																								
	NEO1.1 Neonatologie (≥ 32 0/7 SSW und GG 1250g)																								
	NEO1.1.1 Spezialisierte Neonatologie (≥ 28 0/7 SSW und GG ≥1000g)																								
	NEO1.1.1.1 Hochspezialisierte Neonatologie (< 32 0/7 SSW und GG < 1500g)																								
(Radio-) Onkologie	ONK1 Onkologie																								
	RAO1 Radio-Onkologie																								
	NUK1 Nuklearmedizin																								
Schwere Verletzungen	UNF1 Unfallchirurgie (Polytrauma)																								
	UNF1.1 Behandlung von Schwerverletzten (IVHSM)																								
	UNF2 Schwere Verbrennungen (IVHSM)																								
Querschnittsbereiche	BES Bewachungsstation	n)																							
	KINM Kindermedizin																								
	KINC Kinderchirurgie																								
	KINB Basis-Kinderchirurgie			p)	b)	c)	b)	c)	c)		a)		a)	a)											
	KAA Kinderanästhesie A																								
	KAB Kinderanästhesie B																								
	KAC Kinderanästhesie C																								
	KAD Kinderanästhesie D																								
	GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum																								
	PAL Palliative Care Kompetenzzentrum																								
	ISO Sondersolierstation																								

	Leistungsauftrag gültig bis Ende 2024
	Leistungsauftrag gültig bis Ende 2025
	Leistungsauftrag gültig bis Ende 2026
	Leistungsauftrag gültig bis Ende 2027
	Leistungsauftrag gültig bis Ende 2031

- a) Leistungsauftrag beschränkt auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die keine Intensiv-Pflegestation Level 2 (IPS) benötigen. Eine temporäre Beatmung durch die Intermediate Care (IMC) muss gewährleistet werden können.
- b) Leistungsauftrag beschränkt auf die Behandlung von Kindern ab 3 Jahren
- c) Leistungsauftrag beschränkt auf die Behandlung von Kindern ab 6 Jahren
- d) Leistungsauftrag beschränkt auf die Behandlung von Kindern ab 12 Jahren
- e) Erweitert um elektive Eingriffe an infrarenalen Gefässen unter Vorbehalt der Einhaltung der Mindestfallzahl von 20 einschliesslich Zusatz zu GEF1/ANG1
- f) Beschränkt auf Kinder und Jugendliche aus dem Wahlkreis See-Gaster
- g) Beschränkt auf Kinder und Jugendliche aus dem Wahlkreis Sarganserland (einschliesslich Gemeinden Wartau und Sevelen). Weiterverweisungen sind zwingend ans Ostschweizer Kinderspital vorzunehmen, es sei denn, es handle sich um eine Leistungsgruppe, die dem Universitäts-Kinderspital Zürich zugeteilt wurde.
- h) Die Geriatrische Klinik ist zugelassen für die intermedizinsische und geriatrische Behandlung in Akut- und (Früh-)Rehabilitationsphase von betagten, zumeist multimorbiden Patientinnen und Patienten in allen Leistungsbereichen
- i) Die Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten muss in Absprache mit einem Stroke Center oder einer Stroke Unit erfolgen
- j) Leistungsauftrag in Kooperation mit dem Kantonsspital St.Gallen
- k) Leistungsauftrag beschränkt auf die stationäre Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten während höchstens 2 Nächten
- l) Leistungsauftrag im Rahmen der Allianz Herzchirurgie USZ-SZT-KSSG
- m) Beschränkt auf Frauen und Neugeborene aus dem Wahlkreis Sarganserland (einschliesslich Gemeinden Wartau und Sevelen)
- n) Gesichertes Krankenzimmer: beschränkt auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten bis höchstens 3 Tage
- o) Beschränkt auf den Eingriff «38.84.31 Ligatur des Ductus arteriosus apertus» in Kooperation mit dem Universitäts-Kinderspital Zürich
- p) Operative stationäre Eingriffe in diesen Leistungsgruppen werden am Spital Grabs oder an einem Drittspital durchgeführt. Ein Aufenthalt im Spital Altstätten erfolgt ausschliesslich postoperativ
- q) Abrechnung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und des Kantons nur für Behandlungen bis 30. September 2024 möglich

Begriff	Erklärung
GA	Gesundheitsamt. Zuständig für Planung und Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung der Innerrhoder Bevölkerung
AfGVE	Amt für Gesundheitsversorgung. Zuständig für Planung und Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung der St.Galler Bevölkerung
AfG	Amt für Gesundheit. Zuständig für Planung und Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung der Ausserrhoder Bevölkerung
Akutsomatik	Behandlung, Therapie und Pflege von Patientinnen und Patienten mit organischen (somatischen) Krankheitsleiden.
Akutspital	Einrichtung oder Abteilung zur stationären Behandlung, Therapie und Pflege von Patientinnen und Patienten mit somatischen Erkrankungen
AvoS	Ambulant vor stationär. Regulatorische Bestrebungen, verschiedene planbare Eingriffe grundsätzlich nur noch im Rahmen einer ambulanten Behandlung zu vergüten.
VWD/AHD	Durchschnittliche Verweildauer/Aufenthaltsdauer. Rechnerisch ermittelt, indem die Pflgetage eines Patientenkollektivs durch die Anzahl der Fälle dividiert werden.
Benchmark	Benchmark (dt. „Massstab“) oder Benchmarking (= Massstäbe setzen) bezeichnet eine vergleichende Analyse mit einem festgelegten Referenzwert (z.B. Perzentil, Median).
BFS	Bundesamt für Statistik. Zuständig für die obligatorischen Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens
Case Mix (CM)	Summe aller Kostengewichte (siehe Glossar → Kostengewicht) eines definierten Patientenkollektivs
Case Mix Index (CMI)	Summe aller Kostengewichte (siehe Glossar → Kostengewicht) dividiert durch die Anzahl Fälle eines definierten Patientenkollektivs
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation. Sie beinhaltet alle Prozeduren und Eingriffe, die in Schweizer Spitäler codiert werden können. Jährliche Aktualisierung.
Demografie	Lehre, die sich mit der Entwicklung der Bevölkerung befasst. Je nach Annahmen zur Fruchtbarkeit und Sterblichkeit einer Bevölkerungsgruppe sowie zu deren Zu- und Abwanderung werden Prognosen über die zahlenmässige Entwicklung der Bevölkerungsgruppe formuliert.
Dignität	Ärztlicher Qualifikationsnachweis in Form von Aus- und Weiterbildungstiteln der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte.
Elektiv	In der Medizin verwendet für die Bezeichnung von Eingriffen mit anschliessend stationärem Spitalaufenthalt, dessen Zeitpunkt planbar/frei wählbar ist. Im Gegensatz dazu stehen notfallmässige/nicht-elektive Spitalaufenthalte.

Begriff	Erklärung
Epidemiologie	Lehre der Verteilung und Häufigkeit von Krankheiten in Bevölkerungsgruppen sowie der Faktoren, welche die Vorkommnisse (Fälle) sowie deren Verteilung und Häufigkeit bestimmen.
Evaluation	Bewertung eines Sachverhalts oder von Massnahmen anhand von Kriterien
Exogene Faktoren	Faktoren, welche von den betroffenen Institutionen nicht beeinflusst werden können.
Fallpauschalensystem/Diagnoseklassifikationssystem (z.B. SwissDRG)	Abgeltungssystem, welches einzelne Spitalaufenthalte anhand von bestimmten Kriterien (z.B. Alter, Geschlecht, Diagnose, Behandlung) in medizinisch und ökonomisch möglichst homogene Diagnosegruppen klassiert. Fallpauschalensysteme können unterschiedlichen Zwecken dienen. Namentlich werden sie für die pauschale Abgeltung/Finanzierung von Spitalaufenthalten verwendet (siehe auch Glossar → SwissDRG).
FfS	Fachstelle für Statistik des Kantons St.Gallen. Kantonales Kompetenzzentrum für Statistik. Entwickelte das Bevölkerungsszenario für den Kanton St.Gallen und zeichnet sich für die Datenaufbereitung- und -auswertung verantwortlich.
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	Leistungen, die ein Spitalunternehmen anbieten muss, deren Kosten jedoch nicht in die Kosten für die Fallpauschalenberechnung gemäss SwissDRG einfließen dürfen und i.d.R. vom Kanton abgegolten werden.
Geriatric	Altersheilkunde. Lehre innerhalb der Medizin, welche sich spezifisch mit der Behandlung von betagten Patientinnen und Patienten befasst. Geriatrische Patientinnen und Patienten sind alt (in der Regel über 85 Jahre), leiden an mehreren (chronischen) Krankheiten (Multimorbidität), weisen einen hohen Grad von Gebrechlichkeit (Frail) auf und verfügen über ein Verbesserungspotenzial.
Hospitalisation	Stationärer Spitalaufenthalt
Hospitalisations-/Spitalaufenthalts-Rate	Anzahl der stationären Austritte im Verhältnis zu einem definierten Bevölkerungskollektiv (meist standardisiert je 1'000 oder 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner)
ICD-10-Diagnoseklassifikation der WHO	Abkürzung für "International Classification of Diseases". Version 10. Wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geführt und bildet alle anerkannten Krankheitsbilder ab.
Überwachungsstation / Intermediate Care IMC / Intensivpflegestation IPS	Bei der Überwachungsstation und der IMC handelt es sich um eigenständige Pflegestationen innerhalb eines Spitals, die der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Pflege- und Überwachungsbedarf dienen. Die personellen und Infrastruktur-Anforderungen an eine IMC sind höher als an eine Überwachungsstation. Zur Normalstation grenzen sich beide mit einem erhöhten Personalschlüssel und anderen Personalqualifikationen ab. Die Intensivpflegestation dient der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit höchstmöglichem Pflegebedarf unter anderem mit dauerhafter künstlicher Beatmung.
Inanspruchnahmerate	Anzahl von beanspruchten Leistungen (in Form von Austritten, Pflegetagen, Betten) eines definierten Bevölkerungskollektivs (meist standardisiert je 1'000 oder 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner)

Begriff	Erklärung
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin. Es handelt sich um ein Konkordat, mit dem sich alle Kantone verpflichtet haben, die Spitalplanung für die hochspezialisierte Medizin gesamtschweizerisch zu erstellen.
Kostengewicht	Jede Diagnosegruppe eines Fallpauschalensystems (siehe Glossar → Fallpauschalensystem) wird mit einem Kostengewicht hinterlegt, welches die durchschnittlichen Kosten der entsprechenden Diagnosegruppen im Verhältnis zu den Durchschnittskosten der totalen Anzahl von Fällen angibt. Dabei werden den (z.B. nationalen) Durchschnittsfallkosten ein Kostengewicht von 1 zugeteilt. Diagnosegruppen mit Kostengewichten < 1 weisen somit unterdurchschnittliche Kosten auf, während Fallgruppen mit einem Kostengewicht > 1 überdurchschnittlich teuer sind.
Konsiliarpsychiatrie	Psychiatrische Fachperson wird von der behandelnden/betreuenden Person/Einrichtung im Rahmen eines Konsiliums für eine psychiatrische Begutachtung von Patientinnen und Patienten/ Bewohnerinnen und Bewohner/ Klientinnen und Klienten beigezogen.
Leistungsauftrag	Der Leistungsauftrag gemäss Art. 39 KVG umfasst mehrere Elemente: <ul style="list-style-type: none"> • Spitalliste: Sie beinhaltet das medizinische Spektrum, in dem ein Spitalunternehmen zur stationären Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen ist. Sie wird von der Regierung (SG), dem Regierungsrat (AR) oder der Standeskommission (AI) erlassen. • Allgemeine Anforderungen an die Listenspitäler: Sie umfassen allgemein gültige Auflagen für die Spitalunternehmen. Sie werden von der Regierung (SG), dem Regierungsrat (AR) oder der Standeskommission (AI) hoheitlich festgesetzt. • Leistungsgruppenspezifische und weitergehende leistungsgruppenspezifische Anforderungen: darin werden spezifische Anforderungen an die Leistungserbringung je Leistungsgruppe formuliert. Sie werden von der Regierung (SG), dem Regierungsrat (AR) oder der Standeskommission (AI) hoheitlich festgesetzt. • Leistungsvereinbarung: Darin werden namentlich Sonderaufgaben für einzelne Spitalunternehmen sowie die Abgeltungen für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) geregelt. Die Leistungsvereinbarung ist spitalindividuell und verhandelbar.
Liaisonpsychiatrie	Psychiatrische Fachperson(en) werden von der behandelnden/betreuenden Einrichtung systematisch und dauerhaft im Rahmen von festgelegten Prozeduren in die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten/ Bewohnerinnen und Bewohner/ Klientinnen und Klienten einbezogen.
Median	Der Median (oder Zentralwert) halbiert eine Datenmenge in zwei gleich grosse Hälften. Der Median entspricht dem 50. Perzentil.
MedStat	Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS)
Palliative Care	Angebote der (stationären) Gesundheitsversorgung für unheilbar kranke und sterbende Menschen und deren Angehörige. Im Mittelpunkt stehen die Linderung der körperlichen Beschwerden und der am Lebensende auftretenden Ängste sowie Unsicherheiten.
Pädiatrie	Kinderheilkunde. Im vorliegenden Bericht wird die Spitalversorgung für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr als Pädiatrie bezeichnet.
Patientenrate	Anzahl der behandelten Patienten (Menschen) im Verhältnis zu einem definierten Bevölkerungskollektiv. Die Anzahl der Behandlungen je Patient ist nicht von Belang.

Begriff	Erklärung
Perzentil	Durch Perzentile (dt. „Hundertstelwerte“), wird eine Verteilung in 100 gleich grosse Teile zerlegt. Das 40. Perzentil einer Datenmenge entspricht dem Wert, unterhalb dessen 40 Prozent aller Fälle liegen.
Spitalleistungsgruppenkonzept	Von den Kantonen Bern und Zürich entwickeltes Instrument, welches alle stationären Spitalaufenthalte zu Planungszwecken einer Leistungsgruppe zuordnet. Jede Leistungsgruppe ist mit Anforderungen an das Personal, die Infrastruktur und an die Abläufe verknüpft. Die Grundlagen der aktuell gültigen Version des Leistungsgruppenkonzeptes sind auf der Bewerbungsplattform www.spitalplanung-araisg.ch einsehbar.
Spitalverbunde	In der Planungsregion existieren derzeit fünf Spitalverbunde. Der Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) ist eine selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt im Besitz des Kantons und beinhaltet einen Akutspitalstandort (Spital Herisau) und das Psychiatriezentrum Appenzell Ausserrhoden (PZAR) in Herisau. Im Kanton St.Gallen bestehen vier selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten im Besitz des Kantons mit einem einzigen Verwaltungsrat: Kantonsspital St.Gallen, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Linth und Spitalregion Fürstenland Toggenburg.
Psychosomatik	Lehre der Zusammenhänge zwischen körperlichen Störungen/Symptomen/Krankheitsbildern und der Psyche. Daraus abgeleitet werden spezifische Behandlungskonzepte für ausgewählte Patientinnen- und Patientengruppen.
TARMED	Schweizweit gültige Tarifstruktur für die Abrechnung von ambulant erbrachten Leistungen zu Lasten der Sozialversicherer
SwissDRG	In der Schweiz entwickeltes Fallpauschalensystem zur Abgeltung der stationären Spitalaufenthalte ab dem Jahr 2012 (siehe auch Glossar → Fallpauschalensystem).
Versorgungsregion	Analyserahmen zur Darstellung der Inanspruchnahme der akutsomatischen Versorgungsleistungen einer definierten Bevölkerungsgruppe. Die Planungsregion wurde in fünf Versorgungsregionen unterteilt.
Zusatzversicherte (ZV)	Zusatzversicherungen im stationären Bereich beinhalten den Aufenthalt in einem Zweier- oder Einzelzimmer respektive die Behandlung durch die Chefarztin/den Chefarzt oder eine Leitende Ärztin/einen leitenden Arzt. Bei zusatzversicherten Patientinnen und Patienten erfolgt die Leistungsabgeltung auf Basis der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP, Allgemeine Abteilung) und zusätzlich auf Basis von Zusatzversicherungen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG, Halbprivat- oder Privatabteilung).

Datenquelle	Beschrieb
Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) BFS	Schweizweite Vollerhebung des Bundesamtes für Statistik über alle Spitalaufenthalte
Krankenhausstatistik (KS) BFS	Schweizweite Vollerhebung des Bundesamtes für Statistik über alle Strukturdaten der Spitäler der Schweiz
Fallkostenstatistik (FKS) SwissDRG	Schweizweite Vollerhebung über alle Leistungs- und patientenbezogenen Kosten auf Einzelfallebene
Patientendaten Spital ambulant (PSA) des BFS	Schweizweite Vollerhebung des Bundesamtes für Statistik über alle ambulanten Leistungen der Spitäler

Für die Bevölkerung der beiden Appenzell wird auf die kantonsspezifischen Bevölkerungsszenarien des Bundesamtes für Statistik abgestellt (BFS-Szenarien AR/BR/CR-00-2020, 2020-2050). Für den Kanton St.Gallen kommt die regionalisierte Bevölkerungsprognose der Fachstelle für Statistik basierend auf der Szenarioberechnung BevSzen-SG-12-a-2022-2050 zur Anwendung. Letztere wird mit der Prognosesoftware SIKURS des deutschen KOSIS -Verbundes berechnet. SIKURS ist ein Programmsystem zur Erstellung von kleinräumig gegliederten Bevölkerungsschätzungen. Dem Prognosekonzept liegt ein deterministischer Ansatz zugrunde, d.h. ein vorgegebener Ausgangsbestand der Bevölkerung wird durch Addition von Geburten und Zuzügen sowie Subtraktion von Sterbefällen und Wegzügen von Jahr zu Jahr fortgeschrieben. Die einzelnen Bewegungen werden dabei mit Hilfe von Geburtenraten, Sterberaten, Wegzugsraten usw. für jede Berechnungsperiode gesondert ermittelt. Die Prognose wird auf Ebene Gemeinden gerechnet und beinhaltet drei Szenarien. Das Bevölkerungsszenario "Trend" schreibt in punkto Wanderung, Fruchtbarkeit und Sterblichkeit die in den letzten Jahren beobachteten Trends in die Zukunft fort. Das Bevölkerungsszenario "Hoch" geht im Vergleich zum Trendszenario von einer höheren Nettozuwanderung, einer höheren Fruchtbarkeit und einer höheren Lebenserwartung aus. Das Bevölkerungsszenario "Tief" legt hingegen eine tiefere Nettozuwanderung, eine tiefere Fruchtbarkeit und eine niedrigere Lebenserwartung als im Trendszenario zugrunde.

Zentrale Parameter für ausgewählte Prognosezeitpunkte, Szenario Trend, Kanton St.Gallen

		2022	2035	2050
durchschnittliche Kinderzahl pro Frau	Schweizerinnen	1.51	1.56	1.61
	Ausländerinnen	1.92	1.93	1.92
durchschnittliches Alter der Mutter bei Niederkunft	Schweizerinnen	32.6	33.6	33.9
	Ausländerinnen	30.3	31.1	31.5
Einbürgerungen	Ausländer total	1.4%	1.0%	0.8%
Lebenserwartung	Schweizer	82.2	84.9	86.7
	Schweizerinnen	85.8	87.7	89.5
	Ausländer	84.4	87.0	89.0
	Ausländerinnen	85.3	87.0	89.0
Wanderungssaldo interkantonal	Schweizer	+182	+325	+448
	Schweizerinnen	-73	+137	+367
	Ausländer	-41	+40	+106
	Ausländerinnen	-68	-2	+79
Wanderungssaldo international	Schweizer	-136	-134	-126
	Schweizerinnen	-104	-106	-114
	Ausländer	+1'607	+1'581	+1'489
	Ausländerinnen	+1'693	+1'634	+1'501

Die Prognose der Austritte und Pflage tage 2031 erfolgt in den folgenden fünf Schritten:

1. Die Hospitalisierungsraten der Patientinnen und Patienten der Planungsregion des Jahres 2021 werden aus den Daten der Medizinischen Statistik und der Bevölkerungsstatistik berechnet. Da sich die Hospitalisierungsraten je nach Leistungsgruppe stark unterscheiden, werden diese pro SPLB und SPLG berechnet. Bei den meisten Behandlungen hat zudem das Alter einen wesentlichen Einfluss auf die Hospitalisierungsrate. Die Hospitalisierungsraten werden deshalb für die Prognose für je neun Alterskategorien berechnet. Zusätzlich wurden sie auch je Kanton berechnet. Basierend auf diesen SPLB-, SPLG-, alters- und kantonspezifischen Hospitalisierungsraten 2021 werden die Hospitalisierungsraten 2031 unter Berücksichtigung der erwarteten Prognoseparameter berechnet. Dabei gilt:
$$H_{t+1} = H_t + H_t * E_1 + H_t * E_2 + H_t * E_3 \text{ usw.}$$
wobei H_t die Hospitalisierungsrate im Jahr t und E_x den x -ten Prognoseparameter bezeichnet.
2. Für die Prognose der Fallzahlen im Jahr 2031 werden die Hospitalisierungsraten 2031 mit der erwarteten Wohnbevölkerung in den einzelnen Kantonen der Planungsregion multipliziert. Die Anzahl Fälle wird dabei nicht nur durch das Bevölkerungswachstum, sondern auch durch Verschiebungen zwischen den Altersgruppen beeinflusst.
3. Basierend auf den Aufenthaltsdauern des Jahres 2021 werden die mittleren Aufenthaltsdauern im Jahr 2031 unter Berücksichtigung der Prognoseparameter «CH-Benchmarking VWD» und «Generelle Verkürzung der Aufenthaltsdauer» berechnet. Die Aufenthaltsdauern werden ebenfalls je Alterskategorie, Kanton sowie Leistungsgruppe und Leistungsbereich differenziert.
4. Für die Berechnung der Pflage tage im Jahr 2031 werden die Fallzahlen 2031 mit den entsprechenden erwarteten mittleren Verweildauern multipliziert.

Der vorliegende Planungsbericht stützt sich auf Daten der medizinischen Statistik (MedStat) des BFS. In die Analyse einbezogen wurden alle stationären Fälle des Typs A³³ mit Wohnkanton Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden oder St.Gallen (Medstat-Regionen «AR1-AR5», «AI1-AI2» und «SG01-SG42»). Als akutsomatische Fälle gelten alle Austritte in Leistungserbringern der [BFS-Krankenhaustypologie](#) K11, K12 oder K23 mit der Ausprägung der Variable «V4.8.V01 Abrechnungstarif» «1 = SwissDRG» oder «2 = Andere Tarife Akutsomatik» der MedStat. Die Datenjahre 2012 bis 2018 wurden mit den jeweils für das Erhebungsjahr gültigen SwissDRG-Grouper-respektive SPLG-Grouper-Versionen gruppiert. Die Datenjahre 2019 bis 2021 wurden alle mit der SPLG-Version 2023 gruppiert, da zwischen den SPLG-Grouper-Versionen 2019-2021 und der Version 2023 grössere Änderungen erfolgt sind. Für die Berechnung der Pflgetage wird auf den Wert der für das Erhebungsjahr gültigen SwissDRG-Grouper-Version abgestellt. Die Altersgruppen werden gestützt auf die Variable 1.1.V03 der MedStat unterschieden. Die gesunden Neugeborenen werden zur Erwachsenenmedizin gezählt.

³³ Stationäre Fälle: A-Fälle: Austritt im Erhebungsjahr.

Tabelle 31: Einteilung SPLG nach Planungskategorie und Planungsebene

SPLB	SPLG	Name	Planungs-kategorie	Planungs-ebene	Austritte 2021 ARAISG	Anteil ausser-regional
Basispa- ket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	Eignungskriterien		32'809	10%
	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Region	141	15%
Derma- tologie	DER1.1	Dermatologische Onkologie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	80	29%
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	7	14%
	DER2	Wundpatienten	Eignungskriterien		55	5%
Hals-Na- sen-Oh- ren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	Eignungskriterien		802	7%
	HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie	Eignungskriterien		347	25%
	HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (interdisziplinäre Tumorchirurgie)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	13	0%
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	Eignungskriterien		887	7%
	HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	6	17%
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osi- kuloplastik inkl. Stapesoperationen)	Eignungskriterien		133	32%
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	3	67%
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)	HSM	HSM	12	100%
	HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	227	16%
	KIE1	Kieferchirurgie	Eignungskriterien		139	31%
Neuro- chirurgie	NCH1	Kraniale Neurochirurgie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	350	20%
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	24	33%
	NCH1.1.1	Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien (IVHSM)	HSM	HSM	74	22%
	NCH1.1.1.1	Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems (IVHSM)	HSM	HSM	11	45%
	NCH1.1.2	Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation (IVHSM)	HSM	HSM	18	17%

SPLB	SPLG	Name	Planungs-kategorie	Planungs-ebene	Austritte 2021 ARAISG	Anteil ausser-regional
	NCH1.1.3	Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen (IVHSM)	HSM	HSM	1	100%
	NCH2	Spinale Neurochirurgie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	11	9%
	NCH2.1	Seltene Rückenmarkstumoren (IVHSM)	HSM	HSM	5	20%
	NCH3	Periphere Neurochirurgie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	10	20%
Neurologie	NEU1	Neurologie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	Region	436	12%
	NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	Region	76	12%
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	60	18%
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	Region	1'383	8%
	NEU3.1	Komplexe Behandlung von Hirnschlägen (IVHSM)	HSM	HSM	77	1%
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	30	63%
	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	21	52%
	NEU4.2	Epileptologie: Prächirurgische Epilepsiediagnostik (IVHSM)	HSM	HSM	131	42%
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	53	30%
	AUG1.1	Strabologie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	Ausserregional	4	100%
	AUG1.2	Orbita, Lider, Tränenwege	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	39	3%
	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	93	56%
	AUG1.4	Katarakt	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	25	28%
	AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	481	10%
Endokrinologie	END1	Endokrinologie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	Region	756	5%
Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	Region	2'050	8%
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	Region	494	4%
Viszeralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	Region	1'309	9%
	VIS1.1	Pankreasresektion (IVHSM)	HSM	HSM	57	12%

SPLB	SPLG	Name	Planungs- kategorie	Planungs- ebene	Austritte 2021 ARAISG	Anteil ausser- regional
	VIS1.2	Leberresektion (IVHSM)	HSM	HSM	43	33%
	VIS1.3	Oesophagusresektion (IVHSM)	HSM	HSM	20	15%
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	262	13%
	VIS1.4.1	Komplexe bariatrische Chirurgie (IVHSM)	HSM	HSM	41	15%
	VIS1.5	Tiefe Rektumresektion (IVHSM)	HSM	HSM	63	14%
Hämatologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	171	18%
	HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	50	2%
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Region	634	13%
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Region	92	9%
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	32	16%
	HAE5	Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen beim Erwachsenen (IVHSM)	HSM	HSM	16	100%
Gefässe	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	Eignungskriterien		243	12%
	ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)	Eignungskriterien		378	9%
	GEFA	Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	490	16%
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	101	17%
	ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	56	11%
	RAD1	Interventionelle Radiologie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	118	15%
	RAD2	Komplexe Interventionelle Radiologie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	31	29%
Herz	HER1	Einfache Herzchirurgie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	11	45%
	HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	24	79%
	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	214	100%
	HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Ausserregional	-	0%
	HER1.1.3	Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Ausserregional	38	95%
	HER1.1.4	Offene Eingriffe an der Aortenklappe	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Ausserregional	90	100%

SPLB	SPLG	Name	Planungs- kategorie	Planungs- ebene	Austritte 2021 ARAISG	Anteil ausser- regional
	HER1.1.5	Offene Eingriffe an der Mitralklappe	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Ausserregional	70	100%
	HER1.1.6	Herzunterstützungssysteme beim Erwachsenen (IVHSM)	HSM	HSM		#NV
	KAR1	Kardiologie und Devices	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Region	342	12%
	KAR2	Elektrophysiologie und CRT	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	476	21%
	KAR3	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	2'252	14%
	KAR3.1	Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	51	31%
	KAR3.1.1	Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Ausserregional	204	81%
Nephro- logie	NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch ter- minales Nierenversagen)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Region	340	8%
	URO1	Urologie ohne Schwerpunkttitel 'operative Urologie'	Eignungskriterien		3'876	11%
	URO1.1	Urologie mit Schwerpunkttitel 'operative Urologie'	Eignungskriterien		527	17%
	URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	Eignungskriterien		233	26%
	URO1.1.2	Radikale Zystektomie (IVHSM)	HSM	HSM	30	23%
	URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere	Eignungskriterien		42	21%
Urologie	URO1.1.4	Isolierte Adrenalektomie	Eignungskriterien		19	11%
	URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters	Eignungskriterien		17	18%
	URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmate- rial	Eignungskriterien		15	13%
	URO1.1.9	Retroperitoneale Lymphadenektomie bei Hodentumoren nach Chemotherapie (IVHSM)	HSM	HSM		#NV
	PNE1	Pneumologie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Region	897	10%
	PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	6	17%
Pneumo- logie	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Ausserregional	52	92%
	PNE1.3	Cystische Fibrose	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	14	50%
	PNE2	Polysomnographie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	7	86%
	THO1	Thoraxchirurgie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	18	67%
Thora- chirur- gie	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	80	20%
	THO1.2	Mediastinaleingriffe	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	19	16%

SPLB	SPLG	Name	Planungs- kategorie	Planungs- ebene	Austritte 2021 ARAISG	Anteil ausser- regional
Trans- plantati- onen	TPL1	Herztransplantationen (IVHSM)	HSM	HSM	1	100%
	TPL2	Lungentransplantationen (IVHSM)	HSM	HSM	1	100%
	TPL3	Lebertransplantationen (IVHSM)	HSM	HSM	5	100%
	TPL4	Pankreas- und Inseltransplantation (IVHSM)	HSM	HSM	1	100%
	TPL5	Nierentransplantationen (IVHSM)	HSM	HSM	18	17%
	TPL6	Darmtransplantation	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	Ausserregional	-	
	TPL7	Milztransplantation	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	Ausserregional	-	
Bewe- gungs- apparat	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat	Eignungskriterien		2'874	15%
	BEW2	Orthopädie	Eignungskriterien		883	16%
	BEW3	Handchirurgie	Eignungskriterien		830	9%
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	Eignungskriterien		80	21%
	BEW5	Arthroskopie des Knies	Eignungskriterien		1'458	13%
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität	Eignungskriterien		1'662	15%
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität	Eignungskriterien		206	26%
	BEW7.1	Erstprothese Hüfte	Eignungskriterien		1'695	12%
	BEW7.1.1	Wechseloperationen Hüftprothesen	Eignungskriterien		153	14%
	BEW7.2	Erstprothese Knie	Eignungskriterien		1'582	15%
	BEW7.2.1	Wechseloperationen Knieprothesen	Eignungskriterien		89	33%
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	Eignungskriterien		1'628	17%
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	373	17%
	BEW8.1.1	Komplexe Wirbelsäulenchirurgie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	64	16%
BEW9	Maligne Knochentumore und Weichteilsarkome	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	12	25%	
BEW10	Plexuschirurgie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	33	15%	
BEW11	Replantationen	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	4	0%	
Rheuma- tologie	RHE1	Rheumatologie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	Region	347	13%
	RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	ARAISG	64	11%
Gynäko- logie	GYN1	Gynäkologie	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	Region	1'721	14%
	GYNT	Gynäkologische Tumore	Eignungskriterien + Zuteilungskriterien	Region	157	13%

SPLB	SPLG	Name	Planungs- kategorie	Planungs- ebene	Austritte 2021 ARAISG	Anteil ausser- regional
	GYN2	Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Region	506	6%
	PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Ausserregional	29	97%
	GEBH	GEBH Geburtshäuser (ab 37. SSW)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	-	#DIV/0!
	GEBS	Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	-	#DIV/0!
Geburts- hilfe	GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab GA 35 0/7 SSW und GG 2000g)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Region	6'828	13%
	GEB1.1	Geburtshilfe (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	59	31%
	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	15	13%
	NEOG	NEOG Grundversorgung Neugeborene Geburtshaus (ab 37. SSW und GG 2000g)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	-	0%
	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (ab GA 35 0/7 SSW und GG 2000g)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Region	5'839	12%
Neuge- borene	NEO1.1	Neonatologie (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	213	17%
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatologie (ab GA 28 0/7 SSW und GG 1000g)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	170	29%
	NEO1.1.1.1	Hochspezialisierte Neonatologie (GA < 28 0/7 SSW und GG < 1000g)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	18	17%
	ONK1	Onkologie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ Region	272	10%
(Radio-) Onkolo- gie	RAO1	Radio-Onkologie	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	199	22%
	NUK1	Nuklearmedizin	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	224	11%
	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	111	23%
Schwere Verlet- zungen	UNF1.1	Behandlung von Schwerverletzten (IVHSM)	Eignungskriterien Zuteilungskriterien	+ ARAISG	113	19%
	UNF2	Schwere Verbrennungen (IVHSM)	HSM	HSM	29	48%

Quelle: Fachkommission ARAISG; Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik

Tabelle 32: Einflussfaktor «Demografie» auf die Austritte und Pflegetage der Planungsbevölkerung, 2021-2031

Leistungsbereich	Austritte 2021	Austritte 2031	Diff. in %	Diff. absolut	Pflege- tage 2021	Pflege- tage 2031	Diff. absolut
Basispaket	32'809	38'365	16.9%	5'556	165'075	203'683	38'608
Dermatologie	283	323	14.1%	40	1'719	2'028	309
Hals-Nasen-Ohren	2'569	2'774	8.0%	205	9'008	10'009	1'001
Neurochirurgie	504	567	12.5%	63	4'556	5'122	566
Neurologie	2'214	2'685	21.3%	471	13'098	16'387	3'289
Ophthalmologie	695	803	15.5%	108	1'412	1'633	221
Endokrinologie	756	885	17.0%	129	6'470	7'721	1'251
Gastroenterologie	2'544	3'054	20.1%	510	18'361	22'344	3'983
Viszeralchirurgie	1'795	2'026	12.9%	231	19'039	21'996	2'957
Hämatologie	995	1'163	16.9%	168	8'533	10'042	1'509
Gefässe	1'417	1'717	21.1%	300	11'189	13'494	2'305
Herz	3'772	4'362	15.6%	590	18'795	21'713	2'918
Nephrologie	340	402	18.3%	62	3'461	4'041	580
Urologie	4'759	5'482	15.2%	723	20'447	24'016	3'569
Pneumologie	976	1'145	17.4%	169	9'342	10'962	1'620
Thoraxchirurgie	117	134	14.8%	17	770	890	120
Transplantationen	26	29	11.6%	3	482	544	62
Bewegungsapparat	13'626	15'116	10.9%	1'490	71'252	81'596	10'344
Rheumatologie	411	480	16.8%	69	2'626	3'128	502
Gynäkologie	2'413	2'638	9.3%	225	7'578	8'460	882
Geburtshilfe	6'902	7'305	5.8%	403	25'699	27'173	1'474
Neugeborene	6'240	6'603	5.8%	363	23'777	25'146	1'369
(Radio-)Onkologie	695	793	14.1%	98	5'333	6'200	867
Schwere Verletzungen	253	288	13.7%	35	2'785	3'155	370
Gesamtergebnis	87'111	99'139	13.8%	12'028	450'807	531'482	80'675

Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik, Prognose ARAISG

Tabelle 33: Einflussfaktor «Verlagerung stationär – ambulant» auf die Austritte der Planungsbevölkerung, Hauptszenario, 2021-2031

Kürzel	SPLG	Austritte 2021 Gesamt	Austritte 2021 mit Verlage- rungs- potenzial	Austritte 2031 Hauptsze- nario	Diff. in %
BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	32'809	1'311	656	-2.0%
DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	141	8	4	-2.8%
DER1.1	Dermatologische Onkologie	80	28	14	-17.5%
HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	802	28	14	-1.7%
HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie	347	17	9	-2.4%
HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	887	197	99	-11.1%
HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)	133	32	16	-12.0%
HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	227	15	8	-3.3%
KIE1	Kieferchirurgie	139	2	1	-0.7%
NCH1.1.1	Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien (IVHSM)	74	1	1	-0.7%
NCH3	Periphere Neurochirurgie	10	2	1	-10.0%
NEU2.1	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)	60	2	1	-1.7%
AUG1	Ophthalmologie	53	2	1	-1.9%
AUG1.1	Strabologie	4	2	1	-25.0%
AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie	93	30	15	-16.1%
AUG1.4	Katarakt	25	27	14	-54.0%
AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme	481	383	192	-39.8%
END1	Endokrinologie	756	2	1	-0.1%
GAE1	Gastroenterologie	2'050	128	64	-3.1%
GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie	494	9	5	-0.9%
VIS1	Viszeralchirurgie	1'309	8	4	-0.3%
HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien	634	15	8	-1.2%
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	243	13	7	-2.7%
ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)	378	120	60	-15.9%
GEFA	Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	490	56	28	-5.7%
ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	56	3	2	-2.7%
RAD2	Komplexe Interventionelle Radiologie	31	1	1	-1.6%
KAR1	Kardiologie und Devices	342	156	78	-22.8%
KAR2	Elektrophysiologie und CRT	476	18	9	-1.9%
KAR3	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	2'252	400	200	-8.9%
KAR3.1	Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	51	1	1	-1.0%

Kürzel	SPLG	Austritte 2021 Gesamt	Austritte 2021 mit Verlage- rungs- potenzial	Austritte 2031 Hauptsze- nario	Diff. in %
NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	340	3	2	-0.4%
URO1	Urologie ohne Schwerpunkttitel 'operative Urologie'	3'876	719	360	-9.3%
URO1.1	Urologie mit Schwerpunkttitel 'operative Urologie'	527	68	34	-6.5%
URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere	42	1	1	-1.2%
URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters	17	1	1	-2.9%
URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial	15	1	1	-3.3%
PNE1	Pneumologie	897	3	2	-0.2%
THO1	Thoraxchirurgie	18	1	1	-2.8%
BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat	2'874	598	299	-10.4%
BEW2	Orthopädie	883	229	115	-13.0%
BEW3	Handchirurgie	830	415	208	-25.0%
BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	80	30	15	-18.8%
BEW5	Arthroskopie des Knies	1'458	857	429	-29.4%
BEW6	Rekonstruktion obere Extremität	1'662	356	178	-10.7%
BEW7	Rekonstruktion untere Extremität	206	3	2	-0.7%
BEW7.2	Erstprothese Knie	1'582	1	1	0.0%
BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	1'628	5	3	-0.2%
BEW9	Maligne Knochentumore	12	1	1	-4.2%
BEW10	Plexuschirurgie	33	10	5	-15.2%
RHE1	Rheumatologie	347	1	1	-0.1%
GYN1	Gynäkologie	1'721	262	131	-7.6%
GYNT	Gynäkologische Tumore	157	2	1	-0.6%
GYN2	Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum	506	89	45	-8.8%
ONK1	Onkologie	272	2	1	-0.4%
RAO1	Radio-Onkologie	199	3	2	-0.8%
UNF2	Schwere Verbrennungen (IVHSM)	29	1	1	-1.7%
Gesamt		87'111	6'679	3'340	-3.8%

Angezeigt sind nur Leistungsgruppen mit Verlagerungspotenzial
Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik, Prognose ARAISG

Tabelle 34: Einflussfaktor «Benchmarking Hospitalisationsrate» auf die Austritte der Bevölkerung der Planungsregion, 2021-2031

Leistungsbereich	Austritte 2021	Austritte Haupt- szenario 2031	Diff. in %	Diff. absolut	Minimal- szenario	Maximal- szenario
Basispaket	32'809	32'120	-2.1%	-689	-1'024	-348
Dermatologie	283	268	-5.5%	-15	-22	-8
Hals-Nasen-Ohren	2'569	2'431	-5.4%	-138	-201	-71
Neurochirurgie	504	492	-2.4%	-12	-18	-6
Neurologie	2'214	2'096	-5.3%	-118	-170	-62
Ophthalmologie	695	647	-7.0%	-48	-70	-25
Endokrinologie	756	645	-14.6%	-111	-159	-58
Gastroenterologie	2'544	2'447	-3.8%	-97	-142	-50
Viszeralchirurgie	1'795	1'732	-3.5%	-63	-93	-32
Hämatologie	995	948	-4.8%	-47	-66	-25
Gefässe	1'417	1'341	-5.4%	-76	-111	-40
Herz	3'772	3'609	-4.3%	-163	-238	-84
Nephrologie	340	305	-10.3%	-35	-51	-18
Urologie	4'759	4'418	-7.2%	-341	-498	-175
Pneumologie	976	944	-3.3%	-32	-46	-17
Thoraxchirurgie	117	117	0.0%	-	-	-
Transplantationen	26	26	0.0%	-	-	-
Bewegungsapparat	13'626	12'907	-5.3%	-719	-1'050	-370
Rheumatologie	411	346	-15.7%	-65	-92	-34
Gynäkologie	2'413	2'331	-3.4%	-82	-120	-42
Geburtshilfe	6'902	6'902	0.0%	-	-	-
Neugeborene	6'240	6'240	0.0%	-	-	-
(Radio-)Onkologie	695	640	-7.9%	-55	-77	-30
Schwere Verletzungen	253	239	-5.5%	-14	-20	-7
Gesamtergebnis	87'711	84'190	-3.4%	-2'921	-4'268	-1'501

Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik, Prognose ARAISG

Tabelle 35: Einflussfaktor «Benchmarking Verweildauer» auf die Pflegetage der Bevölkerung der Planungsregion und je Spitalleistungsbereich, 2021-2031

Leistungsgruppe	Pflegetage 2021	Pflegetage Haupt-szenario 2031	Diff. in %	Diff. absolut	Minimal-szenario	Maximal-szenario
Basispaket	165'075	161'055	-2.4%	-4'020	-5'964	-2'032
Dermatologie	1'719	1'595	-7.2%	-124	-174	-66
Hals-Nasen-Ohren	9'008	8'428	-6.4%	-580	-832	-303
Neurochirurgie	4'556	4'505	-1.1%	-51	-74	-26
Neurologie	13'098	12'558	-4.1%	-540	-793	-276
Ophthalmologie	1'412	1'375	-2.6%	-37	-54	-19
Endokrinologie	6'470	6'425	-0.7%	-45	-67	-23
Gastroenterologie	18'361	18'242	-0.6%	-119	-175	-61
Viszeralchirurgie	19'039	18'249	-4.1%	-790	-1'156	-405
Hämatologie	8'533	8'428	-1.2%	-105	-150	-55
Gefässe	11'189	10'887	-2.7%	-302	-444	-155
Herz	18'795	18'505	-1.5%	-290	-421	-150
Nephrologie	3'461	3'413	-1.4%	-48	-71	-24
Urologie	20'447	19'571	-4.3%	-876	-1'290	-447
Pneumologie	9'342	9'190	-1.6%	-152	-219	-79
Thoraxchirurgie	770	767	-0.4%	-3	-4	-1
Transplantationen	482	482	0.0%	-	-	-
Bewegungsapparat	71'252	68'211	-4.3%	-3'041	-4'477	-1'550
Rheumatologie	2'626	2'593	-1.3%	-33	-49	-17
Gynäkologie	7'578	7'357	-2.9%	-221	-326	-113
Geburtshilfe	25'699	25'699	0.0%	-	-	-
Neugeborene	23'777	23'777	0.0%	-	-	-
(Radio-)Onkologie	5'333	4'986	-6.5%	-347	-495	-182
Schwere Verletzungen	2'785	2'687	-3.5%	-98	-143	-50
Gesamtergebnis	450'807	438'987	-2.6%	-11'820	-17'379	-6'033

Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik, Prognose ARAISG

Tabelle 36: Einflussfaktor «Generelle Verkürzung der Verweildauer» auf die Pflegetage der Bevölkerung der Planungsregion und je Spitalleistungsbereich, 2021-2031

Leistungsbereich	Pflegetage 2021	VWD 2021	VWD Hauptszenario 2031	Pflegetage Hauptszenario 2031	Diff. absolut	Minimal-szenario	Maximal-szenario
Basispaket	165'075	5.03	4.55	149'291	-15'784	-23'155	-11'198
Dermatologie	1'719	6.07	5.49	1'555	-164	-241	-117
Hals-Nasen-Ohren	9'008	3.51	3.17	8'147	-861	-1'264	-611
Neurochirurgie	4'556	9.04	8.18	4'120	-436	-639	-309
Neurologie	13'098	5.92	5.35	11'846	-1'252	-1'837	-889
Ophthalmologie	1'412	2.03	1.84	1'277	-135	-198	-96
Endokrinologie	6'470	8.56	7.74	5'851	-619	-908	-439
Gastroenterologie	18'361	7.22	6.53	16'605	-1'756	-2'575	-1'246
Viszeralchirurgie	19'039	10.61	9.59	17'219	-1'820	-2'671	-1'292
Hämatologie	8'533	8.58	7.76	7'717	-816	-1'197	-579
Gefässe	11'189	7.90	7.14	10'119	-1'070	-1'569	-759
Herz	18'795	4.98	4.51	16'998	-1'797	-2'636	-1'275
Nephrologie	3'461	10.18	9.21	3'130	-331	-485	-235
Urologie	20'447	4.30	3.89	18'492	-1'955	-2'868	-1'387
Pneumologie	9'342	9.57	8.66	8'449	-893	-1'310	-634
Thoraxchirurgie	770	6.58	5.95	696	-74	-108	-52
Transplantationen	482	18.54	16.77	436	-46	-68	-33
Bewegungsapparat	71'252	5.23	4.73	64'439	-6'813	-9'994	-4'833
Rheumatologie	2'626	6.39	5.78	2'375	-251	-368	-178
Gynäkologie	7'578	3.14	2.84	6'853	-725	-1'063	-514
Geburtshilfe	25'699	3.72	3.37	23'242	-2'457	-3'605	-1'743
Neugeborene	23'777	3.81	3.45	21'503	-2'274	-3'335	-1'613
(Radio-)Onkologie	5'333	7.67	6.94	4'823	-510	-748	-362
Schwere Verletzungen	2'785	11.01	9.96	2'519	-266	-391	-189
Gesamtergebnis	450'807	5.18	4.68	407'702	-43'105	-63'234	-30'581

Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik, Prognose ARAISG

Tabelle 37: Gesicherte Inanspruchnahme auf den Spitallisten Akutsomatik ARAISG, 2021

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Total Austritte ohne geschlossene Spitäler	Total Austritte auf Spitalliste	Abdeckungsgrad Spitalisten Leistungsgruppen	Abdeckungsgrad Spitalisten Leistungsbereiche
Basispaket	BP Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	30'605	27'218	89%	89%
	BPE Basispaket für elektive Leistungserbringer	-	-		
	ANB-GNZ Akutstationäre Notfallbetten am Gesundheits- und Notfallzentrum	-	-		
Dermatologie	DER1 Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	133	93	70%	78%
	DER1.1 Dermatologische Onkologie	80	73	91%	
	DER1.2 Schwere Hauterkrankungen	7	3	43%	
	DER2 Wundpatienten	54	46	85%	
Hals-Nasen-Ohren	HNO1 Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	796	727	91%	85%
	HNO1.1 Hals- und Gesichtschirurgie	347	265	76%	
	HNO1.1.1 Komplexe Halseingriffe (interdisziplinäre Tumorchirurgie)	13	13	100%	
	HNO1.2 Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	887	774	87%	
	HNO1.2.1 Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	6	5	83%	
	HNO1.3 Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)	133	111	83%	
	HNO1.3.1 Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung	3	1	33%	
	HNO1.3.2 Cochlea Implantate (IVHSM)	12	-	0%	
	HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	227	189	83%	
	KIE1 Kieferchirurgie	138	88	64%	
Neurochirurgie	NCH1 Kraniale Neurochirurgie	350	288	82%	80%
	NCH1.1 Spezialisierte Neurochirurgie	24	15	63%	
	NCH1.1.1 Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien (IVHSM)	74	-	0%	
	NCH1.1.1.1 Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems (IVHSM)	11	-	0%	
	NCH1.1.2 Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation (IVHSM)	18	-	0%	
	NCH1.1.3 Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen (IVHSM)	1	-	0%	
	NCH2 Spinale Neurochirurgie	11	10	91%	
	NCH2.1 Seltene Rückenmarkstumore (IVHSM)	5	-	0%	
NCH3 Periphere Neurochirurgie	10	2	20%		
Neurologie	NEU1 Neurologie	426	361	85%	84%
	NEU2 Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems	72	52	72%	
	NEU2.1 Primäre Neubildung des ZNS (ohne Palliativpatienten)	59	43	73%	
	NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen	1'329	1'095	82%	
	NEU3.1 Komplexe Behandlung von Hirnschlägen (IVHSM)	75	74	99%	

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Total Austritte ohne geschlossene Spitäler	Total Austritte auf Spitalliste	Abdeckungsgrad Spitalisten Leistungsgruppen	Abdeckungsgrad Spitalisten Leistungsbereiche
	NEU4 Epileptologie: Komplex-Diagnostik	30	26	87%	
	NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung	21	20	95%	
	NEU4.2 Epileptologie: Prächirurgische Epilepsiediagnostik (beschränkt auf nicht-invasive Diagnostik, Rest IVHSM)	130	129	99%	
Ophthalmologie	AUG1 Ophthalmologie	53	36	68%	
	AUG1.1 Strabologie	4	-	0%	
	AUG1.2 Orbita, Lider, Tränenwege	39	34	87%	80%
	AUG1.3 Spezialisierte Vordersegmentchirurgie	93	41	44%	
	AUG1.4 Katarakt	25	11	44%	
	AUG1.5 Glaskörper/Netzhautprobleme	481	433	90%	
END1 Endokrinologie	702	597	85%	85%	
Gastroenterologie	GAE1 Gastroenterologie	1'956	1'780	91%	91%
	GAE1.1 Spezialisierte Gastroenterologie	485	434	89%	
Viszeralchirurgie	VIS1 Viszeralchirurgie	1'302	1'177	90%	
	VIS1.1 Pankreasresektion (IVHSM)	57	-	0%	
	VIS1.2 Leberresektion (IVHSM)	43	-	0%	
	VIS1.3 Oesophagusresektion (IVHSM)	20	-	0%	90%
	VIS1.4 Bariatrische Chirurgie	262	227	87%	
	VIS1.4.1 Komplexe bariatrische Chirurgie (IVHSM)	41	-	0%	
	VIS1.5 Tiefe Rektumresektion (IVHSM)	63	-	0%	
HAE1 Aggressive Lymphome und akute Leukämien	165	139	84%		
Hämatologie	HAE1.1 Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	50	49	98%	
	HAE2 Indolente Lymphome und chronische Leukämien	605	501	83%	84%
	HAE3 Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	87	69	79%	
	HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantation	32	27	84%	
	HAE5 Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantation beim Erwachsenen (IVHSM)	16	-	0%	
Gefässe	GEF1 Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	243	213	88%	
	ANG1 Interventionen periphere Gefässe (arteriell)	378	339	90%	
	GEFA Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	490	336	69%	
	GEF3 Gefässchirurgie Carotis	101	83	82%	81%
	ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	56	49	88%	
	RAD1 Interventionelle Radiologie	116	98	84%	
	RAD2 Komplexe Interventionelle Kardiologie	31	22	71%	
Herz	HER1 Einfache Herzchirurgie	11	11	100%	
	HER1.1 Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)	24	20	83%	84%

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Total Austritte ohne geschlossene Spitäler	Total Austritte auf Spitalliste	Abdeckungsgrad Spitalisten Leistungsgruppen	Abdeckungsgrad Spitalisten Leistungsbereiche
	HER1.1.1 Koronarchirurgie (CABG)	214	146	68%	
	HER1.1.2 Komplexe kongenitale Herzchirurgie	-	-		
	HER1.1.3 Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta	38	35	92%	
	HER1.1.4 Offene Eingriffe an der Aortenklappe	90	79	88%	
	HER1.1.5 Offene Eingriffe an der Mitralklappe	70	62	89%	
	HER1.1.6 Herzunterstützungssysteme beim Erwachsenen (IVHSM)	-	-		
	KAR1 Kardiologie und Devices	337	279	83%	
	KAR2 Elektrophysiologie und CRT	476	379	80%	
	KAR3 Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	2'244	1'923	86%	
	KAR3.1 Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	51	34	67%	
	KAR3.1.1 Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	204	192	94%	
Nephrologie	NEP1 Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	337	282	84%	
	URO1 Urologie ohne Schwerpunkttitel 'Operative Urologie'	3'806	3'316	87%	
	URO1.1 Urologie mit Schwerpunkttitel 'Operative Urologie'	521	427	82%	
	URO1.1.1 Radikale Prostatektomie	233	173	74%	
	URO1.1.2 Radikale Zystektomie (IVHSM)	30	23	77%	
Urologie	URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere	42	33	79%	86%
	URO1.1.4 Isolierte Adrenalectomie	19	16	84%	
	URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters	17	14	82%	
	URO1.1.8 Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial	15	8	53%	
	URO1.1.9 Retroperitoneale Lymphadenektomie bei Hodentumoren nach Chemotherapie (IVHSM)	-	-		
	PNE1 Pneumologie	857	739	86%	
	PNE1.1 Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie	6	5	83%	
Pneumologie	PNE1.2 Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	52	50	96%	86%
	PNE1.3 Cystische Fibrose	14	12	86%	
	PNE2 Polysomnographie	7	3	43%	
	THO1 Thoraxchirurgie	67	37	55%	
Thoraxchirurgie	THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)	80	59	74%	67%
	THO1.2 Mediastinaleingriffe	19	15	79%	
	TPL1 Herztransplantation (IVHSM)	1	-	0%	
	TPL2 Lungentransplantation (IVHSM)	1	-	0%	
Transplantationen	TPL3 Lebertransplantation (IVHSM)	5	-	0%	
	TPL4 Pankreastransplantation (IVHSM)	1	-	0%	
	TPL5 Nierentransplantation (IVHSM)	18	-	0%	
	TPL6 Darmtransplantation	-	-		

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Total Austritte ohne geschlossene Spitäler	Total Austritte auf Spitalliste	Abdeckungsgrad Spitalisten Leistungsgruppen	Abdeckungsgrad Spitalisten Leistungsbereiche
	TPL7 Milztransplantation	-	-		
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1 Chirurgie Bewegungsapparat	2'850	2'406	84%	
	BEW2 Orthopädie	872	717	82%	
	BEW3 Handchirurgie	824	724	88%	
	BEW4 Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	80	63	79%	
	BEW5 Arthroskopie des Knies	1'452	1'264	87%	
	BEW6 Rekonstruktion obere Extremität	1'648	1'395	85%	
	BEW7 Rekonstruktion untere Extremität	206	153	74%	
	BEW7.1 Erstprothese Hüfte	1'680	1'479	88%	
	BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen	151	129	85%	85%
	BEW7.2 Erstprothese Knie	1'570	1'334	85%	
	BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen	89	60	67%	
	BEW8 Wirbelsäulenchirurgie	1'627	1'340	82%	
	BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	373	308	83%	
	BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie	64	53	83%	
BEW9 Maligne Knochentumore	12	7	58%		
BEW10 Plexuschirurgie	33	10	30%		
BEW11 Replantationen	4	4	100%		
Rheumatologie	RHE1 Rheumatologie	328	215	66%	67%
	RHE2 Interdisziplinäre Rheumatologie	62	47	76%	
Gynäkologie	GYN1 Gynäkologie	1'689	1'389	82%	84%
	GYNT Gynäkologische Tumore	157	128	82%	
	GYN2 Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum	502	459	91%	
	PLC1 Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität	29	9	31%	
Geburtshilfe	GEBH Geburtshäuser (≥ 36 0/7 SSW)	310	310	100%	87%
	GEBS Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital	-	-		
	GEB1 Grundversorgung Geburtshilfe (≥ 35 0/7 SSW und GG 2000g)	6'566	5'674	86%	
	GEB1.1 Geburtshilfe (≥ 32 0/7 SSW und GG 1250g)	59	45	76%	
	GEB1.1.1 Spezialisierte Geburtshilfe	15	8	53%	
Neugeborene	NEOG Grundversorgung Neugeborene Geburtshaus (≥ 36 0/7 SSW und GG 2000g)	-	-		88%
	NEO1 Grundversorgung Neugeborene (≥ 35 0/7 SSW und GG 2000g)	5'599	4'946	88%	
	NEO1.1 Neonatologie (≥ 32 0/7 SSW und GG 1250g)	209	146	70%	
	NEO1.1.1 Spezialisierte Neonatologie (≥ 28 0/7 SSW und GG ≥1000g)	170	161	95%	
	NEO1.1.1.1 Hochspezialisierte Neonatologie (< 32 0/7 SSW und GG < 1500g)	18	16	89%	
(Radio-)Onkologie	ONK1 Onkologie	270	226	84%	80%
	RAO1 Radio-Onkologie	197	124	63%	

Leistungs- bereich	Leistungsgruppe	Total Austritte ohne geschlos- sene Spitäler	Total Austritte auf Spitalliste	Abdeckungsgrad Spitalisten Leis- tungsgruppen	Abdeckungsgrad Spitalisten Leis- tungsbereiche
	NUK1 Nuklearmedizin	224	200	89%	
Schwere Verletzun- gen	UNF1 Unfallchirurgie (Polytrauma)	111	63	57%	
	UNF1.1 Behandlung von Schwerverletzten (IVHSM)	111	-	0%	57%
	UNF2 Schwere Verbrennungen (IVHSM)	28	-	0%	
Gesamt		84'179	72'392	86%	

Impressum

Herausgeber

Gemeinsame Spitalplanung ARAISG 2023
Fachkommission Akutsomatik

Verfasser/-in

Roland Unternährer Appenzeller, Amt für Gesundheitsversorgung (Redaktion), SG
Dr. Hedwig Prey, Fachstelle für Statistik (Datenaufbereitung und -auswertung), SG
Dr. David Kuklinski und Dr. Justus Vogel, Lehrstuhl Management im Gesundheitswesen, Universität St.Gallen

Fachkommission

Mathias Cajochen, Departementssekretär, Gesundheits- und Sozialdepartement, AI
Franz Bach, Leiter Amt für Gesundheit, Departement Gesundheit und Soziales, AR
Barbara Rohner, Leiterin Abteilung Spitalversorgung, Amt für Gesundheit, AR (bis Juni 2023 und ab Oktober 2023)
Dr.med. Christine Szadkowski, Stv. Kantonsärztin, Amt für Gesundheit, AR