



Herisau, Appenzell, Glarus, Chur, St.Gallen, Frauenfeld

28. September 2022

Spitalversorgung Modell Ost

Abschlussbericht zum Projekt der Kantone
Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden,
Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau

Wirkungsprüfung einer gemeinsamen
Spitalplanung am Beispiel der Akutsomatik

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Management Summary | 5 |
| 1 Auftrag | 10 |
| 2 Ausgangslage und Rahmenbedingungen..... | 10 |
| 2.1 Ausgangslage und Entwicklungen in den Kantonen | 10 |
| 2.2 Nationale Vorgaben und Empfehlungen zur Spitalversorgung | 11 |
| 2.3 Zentrale Entwicklungsthemen der Gesundheitsversorgung..... | 11 |
| 2.4 Inhalt und Vorgehen Spitalversorgung Modell Ost..... | 12 |
| 3 Gemeinsamer Versorgungsbericht Spitalversorgung Modell Ost | 14 |
| 4 Konzept Spitalversorgung Modell Ost | 15 |
| 4.1 Leitsätze Spitalversorgung Modell Ost..... | 15 |
| 4.2 Modell Spitalplanung Akutsomatik Ost..... | 16 |
| 4.2.1 Übersicht über das Modell Spitalplanung Akutsomatik Ost | 16 |
| 4.2.2 Erläuterung der gemeinsamen Zuteilungskriterien | 18 |
| 4.3 Gemeinsame Vergabekriterien Spitalversorgung Modell Ost | 21 |
| 4.4 Exkurs zu zentralen Aspekten der Spitalversorgung Modell Ost | 21 |
| 4.4.1 Verpflichtung zur Aus- und Weiterbildung..... | 21 |
| 4.4.2 Wirtschaftlichkeit Spitäler | 22 |
| 4.4.3 Zusatztliche kantonale Beiträge an Spitäler..... | 24 |
| 4.4.4 Finanzierung ausserkantonale Hospitalisationen innerhalb und ausserhalb des Spitalplanungsraums Ost (Referenztarife) | 26 |
| 5 Konkrete Modellvarianten | 27 |
| 5.1 Überblick über die Modellvarianten | 27 |
| 5.2 Beschreibung Modellvarianten 1 und 2 | 27 |
| 5.3 Weiterentwicklung zu den Modellvarianten 1plus und 2b | 30 |
| 5.4 Wirkung der Modellvarianten..... | 31 |
| 5.4.1 Quantitative Wirkung in Bezug auf die Fallzahlen | 32 |
| 5.4.2 Qualitative Wirkung | 33 |
| 6 Ausblick: Umsetzung Spitalversorgung Modell Ost | 38 |
| 6.1 Evolutiver Charakter der Spitalversorgung Modell Ost | 38 |
| 6.2 Bedeutung von Kooperationen in der Spitalplanung..... | 38 |
| 6.3 Spitalversorgung für Kinder und Jugendliche..... | 39 |
| 6.4 Juristische Umsetzung | 39 |
| 6.5 Organisationale Umsetzung | 40 |
| 6.6 Zeitplanung..... | 41 |
| 7 Abschliessende Überlegungen | 42 |
| 8 Anhang..... | 43 |
| 8.1 Rechtliche Grundlagen | 43 |
| 8.2 Heutige Versorgungslogik in den beteiligten Kantonen | 44 |
| 8.2.1 Kanton Appenzell Ausserrhoden..... | 44 |
| 8.2.2 Kanton Appenzell Innerrhoden..... | 44 |
| 8.2.3 Kanton Glarus | 44 |
| 8.2.4 Kanton Graubünden | 45 |
| 8.2.5 Kanton St.Gallen | 45 |
| 8.2.6 Kanton Thurgau | 46 |
| 8.2.7 National organisierte hochspezialisierte Medizin | 47 |
| 8.3 Wirtschaftlichkeit: zusatztliche Abklarungsergebnisse | 47 |
| 8.4 Literatur und Materialien..... | 48 |
| 8.5 Glossar | 50 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Überblick über das Modell Spitalplanung Akutsomatik Ost | 6 |
| Abbildung 2: Überblick über das Modell Spitalplanung Akutsomatik Ost | 16 |
| Abbildung 3: Analyse Erreichbarkeit je Grossregion (Isochronen) | 20 |
| Abbildung 4: Schweregradbereinigte Fallkosten 2019..... | 23 |
| Abbildung 5: Ausgestaltung Modellvariante 1 | 29 |
| Abbildung 6: Ausgestaltung Modellvariante 2 (2a) | 30 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Übersicht über die drei Ost-Grossregionen | 7 |
| Tabelle 2: Übersicht über die drei Ost-Grossregionen | 18 |
| Tabelle 3: Analyse Erreichbarkeit (prozentual) | 19 |
| Tabelle 4: Gemeinsame minimale Vergabekriterien Spitalversorgung Modell Ost | 21 |
| Tabelle 5: Verpflichtung Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung | 22 |
| Tabelle 6: GWL-Beiträge an akutsomatische Spitäler je Kanton (Stand 2022) | 25 |
| Tabelle 7: Überblick über Ausgestaltung der Kriterien je Modellvariante | 27 |
| Tabelle 8: Fallbezogene Wirkung Umsetzung Spitalversorgung Modell Ost gemäss Varianten Spitalplanung Akutsomatik | 32 |
| Tabelle 9: Wirkung der Modellvarianten Spitalplanung Akutsomatik Ost..... | 33 |
| Tabelle 10: Rechtliche Grundlagen Spitalversorgung Modell Ost..... | 43 |

Impressum

| | |
|---------------------------------|--|
| Laufzeit: | Februar 2020 bis September 2022 |
| Lenkungsausschuss: | RR Yves Noël Balmer, AR (Vorsitz) Statthalter Monika Rüegg Bless, AI RR Benjamin Mühlemann, GL RR Peter Peyer, GR RR Bruno Damann, SG RR Urs Martin, TG Angela Koller, Departementssekretärin AR (Beisitz) Mathias Cajochen, Departementssekretär AI (Beisitz) Samuel Baumgartner, Departementssekretär GL (Beisitz) Hans-Peter Risch, Departementssekretär GR (Beisitz) Gildo Da Ros, Departementssekretär SG (Beisitz) |
| Projektteam/Teilprojektgruppen: | AR, Franz Bach, Leiter Amt für Gesundheit AR, Dr. Nadia Hafner, Leiterin Abteilung Spitalversorgung AI, Mathias Cajochen, Departementssekretär Gesundheit & Soziales GL, Samuel Baumgartner, Departementssekretär Finanzen & Gesundheit GL, Sebastian Rippstein, Ökonom Gesundheit GL (bis Jan. 2022) GR, Albert Gabriel, Stv. Amtsleiter Gesundheitsamt SG, Peter Altherr, Leiter Amt für Gesundheitsversorgung SG, Roland Unternährer Appenzeller, Amt für Gesundheitsversorgung TG, Dr. Susanna Schuppisser, Stv. Leiterin Amt für Gesundheit Dr. Regula Ruffin, socialdesign ag (Projektleitung) Ursula Fringer, lic. rer. pol. / dipl. Pflegefachfrau, socialdesign Dr. Francesca Rickli, socialdesign |
| Zitiervorschlag: | Kantone AR, AI, GL, GR, SG und TG (2022): Spitalversorgung Modell Ost. Abschlussbericht zum Projekt der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau. Wirkungsprüfung einer gemeinsamen Spitalplanung am Beispiel der Akutsomatik. |

Management Summary

Ausgangslage

Die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden und St.Gallen haben am 26. Februar 2020 eine gemeinsame Absichtserklärung betreffend Zusammenarbeit in der Planung der stationären Gesundheitsversorgung unterzeichnet. Mit einer gemeinsamen Ergänzungsvereinbarung vom 4. Dezember 2020 ist zusätzlich der Kanton Thurgau beigetreten. Die sechs Kantone haben im Rahmen eines umfassenden Projekts von Februar 2020 bis Spätsommer 2022 die Wirkungsprüfung einer koordinierten Planung der stationären Gesundheitsversorgung im Bereich der Akutsomatik (nachfolgend «Modell Spitalplanung Akutsomatik Ost») vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Projekts liegen nun vor:

- Es besteht ein *gemeinsamer Versorgungsbericht* Spitalversorgung Modell Ost. Der vom Obsan verfasste Bericht enthält für die Spitalversorgung in der Akutsomatik Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose sowie Vorschläge zur räumlichen Strukturierung der Region Ost, welche die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau umfasst.
- Der hier vorliegende *Abschlussbericht* beinhaltet sämtliche Projektergebnisse in aggregierter Form. Er legt die Ausgangslage und Rahmenbedingungen zu einem gemeinsamen Modell Spitalversorgung Ost dar und fasst die wichtigsten Erkenntnisse aus dem gemeinsamen Versorgungsbericht zusammen.

Kernstück des Abschlussberichts ist das im Projekt erarbeitete Konzept «Spitalversorgung Modell Ost». Dieses beinhaltet: Die gemeinsamen Leitsätze der Spitalversorgung Ost, das Modell Spitalplanung Akutsomatik Ost, die gemeinsamen Zuteilungs- und Vergabekriterien sowie Erläuterungen zu spezifischen qualitativen, quantitativen und finanziellen Aspekten. Die Anwendung des Konzepts «Spitalversorgung Modell Ost» wurde im Projekt mittels Modellvarianten getestet und hinsichtlich ihrer jeweiligen Wirkungen untersucht. Ebenfalls wurde mit Blick auf eine mögliche Realisierung der im Projekt vorgenommenen Modellüberlegungen wichtige Aspekte einer fachlichen, organisationalen, juristischen und terminlichen Umsetzung behandelt.

Der Abschlussbericht dient den involvierten Kantonen als Entscheidungsgrundlage, um über eine konkrete Zusammenarbeit in der Planung der stationären Gesundheitsversorgung in der Region Ost zu beschliessen.

- Im Projekt wurde auch ein *Entwurf einer Verwaltungsvereinbarung* zwischen den sechs Kantonen erarbeitet. Dieser Entwurf sollte den sechs Kantonen dazu dienen, vorbehaltlich entsprechendem Umsetzungsentscheid, möglichst zeitnah vertraglich die nächste Phase der Zusammenarbeit zu klären. Dies mit Blick auf eine Inkraftsetzung koordinierter Spitallisten per 1.1.2025.

Übergeordnete Erkenntnisse

Die am Projekt beteiligten sechs Kantone haben erstmals einen gemeinsamen Versorgungsbericht erarbeitet (Obsan 29.7.2021). Die wichtigsten Erkenntnisse daraus:

- Die Region Ost (AI, AR, GL, GR, SG, TG) ist mit 1,1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern eine sinnvolle Planungsregion für eine umfassende Spitalversorgung. 92% der akutsomatischen, stationären Behandlungen für die Bevölkerung der Region Ost finden bereits heute innerhalb der Region Ost statt.
- Die faktischen Patientenströme erfolgen oftmals nicht entlang kantonaler oder administrativer Grenzen, sondern in sogenannten funktionalen Versorgungsregionen. Es besteht ein heute ungenutztes Potenzial für die Bildung von überregionalen/-kantonalen Versorgungsregionen.
- Die Versorgungsplanung kann zukünftig verstärkt regional ausgerichtet werden. Auf Basis der konkreten Patientenströme und der konkreten Fallzahlen können die medizinischen Leistungen regional abgestuft werden, um Grund-, Spezial- und Zentrumsversorgung stärker zu strukturieren. Hierfür bietet sich eine dreistufige Systematik an:

- Leistungen, die flächendeckend in 19 Grundversorgungsregionen angeboten werden;
- Leistungen, die regional in sogenannten Grossregionen angeboten werden:
 - Grossregion GR/GL/Sarganserland
 - Grossregion AI/AR/SG exkl. Sarganserland
 - Grossregion TG;
- Leistungen, die auf Ebene Gesamtregion Ost angeboten werden
- Abgesehen von den Kantonen AI und GR weisen alle involvierten Kantone überdurchschnittliche Hospitalisierungsraten gegenüber dem Schweizer Durchschnitt auf.
- Kooperative Arbeitsmodelle sind für die Bearbeitung zukünftiger Komplexitäten und Herausforderungen wichtig, sowohl für die Kantone wie auch für die Leistungserbringer.

Spitalversorgung Modell Ost

Die Spitalversorgung Modell Ost beinhaltet gemeinsame Leitsätze, ein Modell zur Spitalplanung Akutsomatik, gemeinsame Vergabekriterien für die Spitalversorgung sowie gemeinsame Überlegungen zur Aus- und Weiterbildung, zur Wirtschaftlichkeit der Spitäler, zu kantonalen Beiträgen an die Spitäler sowie zur Finanzierung ausserkantonaler Hospitalisationen.

Das Modell Spitalversorgung Ost wurde im Projekt am Beispiel der Spitalplanung Akutsomatik konkretisiert. Die Spitalplanung basiert auf der schweizweit von den Kantonen auf Empfehlung der GDK hin einheitlich verwendeten Systematik für Spitalplanungen. Das Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept (SPLG-Konzept) fasst medizinische Leistungen zu insgesamt 133 medizinischen Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) zusammen. Sie sind Basis für die Ausgestaltung der Leistungsaufträge an die Spitäler, die aufgrund von Spitalplanungen und Spitalisten erteilt werden.

Abbildung 1: Überblick über das Modell Spitalplanung Akutsomatik Ost



Das Modell unterscheidet zwischen drei Kategorien, denen kriterienbasiert alle SPLG zugeteilt werden. Insgesamt waren im Jahr 2019 133 SPLG im SPLG-Konzept aufgeführt (Version 2019.1).

Die drei Kategorien sind:

1. Eine erste **Kategorie** umfasst die SPLG der **hochspezialisierten Medizin (HSM)**. Die Kantone der Region Ost vollziehen damit die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM). Diese Kategorie erfasst per 2019 20 SPLG.
2. Eine zweite **Kategorie** umfasst SPLG, für die bei **Erfüllung der Eignungskriterien** alle bestehenden Leistungserbringer einen Leistungsauftrag erhalten. Die Kantone der Region

Ost verfügen über gleichlautende Eignungskriterien. SPLG, die dieser Kategorie zugeteilt werden, weisen einzeln oder kumulativ folgende Merkmale auf:

- Elektive Behandlungen ohne Notfallbedarf
 - Behandlung in der entsprechenden SPLG erfolgt eher ambulant
 - Hohe Anzahl an behandelten Patient:innen mit Wohnort ausserhalb der Modellregion Ost
 - Häufige Korrelation der SPLG mit Organisationsform des Belegarztsystems
3. Bei der dritten **Kategorie** kommen nebst den **Eignungskriterien zusätzlich auch Zuteilungskriterien** zur Anwendung. Die Spitalversorgung soll sich stark an den konkreten Patientenströmen und (Notfall-)Erreichbarkeiten ausrichten und nicht in erster Linie an Kantons- oder anderen administrativen Grenzen. SPLG, die dieser Kategorie zugeteilt werden, weisen einzeln oder kumulativ folgende Merkmale auf:
- Erreichbarkeit dezentral und innerhalb der Behandlungs- und Notfallzeiten erforderlich (Grundversorgung)
 - Hohe medizinische Spezialisierung / hohe interdisziplinäre Abhängigkeiten
 - Geringe Fallzahlen und besondere Anforderungen an Qualifikationen, Notfallangebot
 - Kostenintensive Behandlung

Auf Basis des vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) erstellten gemeinsamen Versorgungsberichts der Kantone AR, AI, GL, GR, SG und TG zur Akutsomatik und der darin dargestellten Patientenströme wurden funktionale Versorgungsräume definiert. Je nach funktionalem Versorgungsraum werden die Zuteilungskriterien unterschiedlich ausgestaltet. Als Zuteilungskriterien dienen dabei die absoluten Fallzahlen in der Region Ost, die Mindestfallzahlen, die Versorgungsrelevanz sowie die Erreichbarkeit. Damit wird eine gemeinsame, explizit regional ausgerichtete Versorgungssteuerung gestärkt. Folgende funktionale Versorgungsräume wurden definiert:

- **19 Grundversorgungsregionen (HSA-Regionen):** Diese Spitalversorgungsregionen sind empirisch identifiziert im Versorgungsbericht.¹ In ihnen soll eine dezentrale Grundversorgung sichergestellt werden, wobei nicht alle Leistungen in jeder HSA-Region angeboten werden müssen.
- **3 Ost-Grossregionen:** Eine Grossregion ist eine Region, die mehrere HSA-Regionen umfasst, mindestens 250'000 Einwohnende enthält und über ein Spital verfügt, welches bereits heute eine Zentrumsfunktion wahrnimmt. Die Grossregionen wurden auf Basis der empirisch hergeleiteten HSA-Regionen vom Projektteam gebildet und anschliessend im Lenkungsausschuss und mit den Expertinnen und Experten validiert sowie aufgrund der konkreten statistischen Daten 2019 überprüft. Dies sind konkret:

Tabelle 1: Übersicht über die drei Ost-Grossregionen

| Grossregion | Bevölkerungszahl | Fallzahlen stationär 2019 |
|--------------------------------|------------------|---------------------------|
| GR/GL/SG-Sarganserland | 291'365 | 42'356 |
| TG | 275'263 | 42'032 |
| AI, AR, SG exkl. Sarganserland | 534'679 | 82'959 |

- **Gesamtregion Ost:** Auf Ebene Gesamtregion Ost werden Leistungen zugeteilt, die selten, weniger unmittelbar erreichbar oder kostenintensiv sind oder hohe Spezialisierungsanforderungen aufweisen; der Leistungsauftrag soll für diese SPLG (in der Regel) nur einem Leistungserbringer in der Region Ost erteilt werden.
- **Ausserregional:** SPLG, die innerhalb der Region Ost aufgrund der sehr geringen Fallzahlen und der hohen Spezialisierungsanforderungen nicht erbracht werden.

¹ Vgl. Obsan 2021, S. 3; 5–7; 10.

Modellvarianten

In Anwendung der Spitalversorgung Modell Ost am Beispiel der Akutsomatik wurden mehrere Modellvarianten erarbeitet:

- *Modellvariante 1:* Koordinierte und konzentrierte Spitalplanung Ost, mit Mindestfallzahlen und einem expliziten Kooperationsfokus
- *Modellvariante 2a/b:* Koordinierte Spitalplanung Ost, mit oder ohne Mindestfallzahlen

Mit der Modellvariante 1 wird zur Sicherstellung von Qualität und Effizienz des Versorgungssystems eine stärkere Abstufung der Versorgung angestrebt. SPLG mit wenig Fallzahlen und/oder hohem Spezialisierungsgrad werden konzentriert und die Expertise und die Fachkräfte hierfür gebündelt. Damit sollen in der Region Ost auch die spezialisierte Versorgung und die damit verbundenen Erwartungen an Qualität und Attraktivität für das Personal sichergestellt werden. Die explizite Erwünschtheit von Kooperationen zwischen Leistungserbringern soll innovative und vernetzte Behandlungsangebote zugunsten der Patientinnen und Patienten fördern.

Die Modellvariante 2 ist eine Weiterentwicklung des Status quo mit wenig regulierenden Eingriffen. Sie schafft für die Spitäler in der Region Ost im Wesentlichen einheitliche Rahmenbedingungen in der stationären Leistungserbringung. Die Versorgung wird im Vergleich zu Modellvariante 1 stärker mittels Wettbewerb gewährleistet. Hinsichtlich der spezialisierten Versorgung gewichtet die Modellvariante 2 die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten etwas höher als die Modellvariante 1, in welcher stattdessen die Konzentration der spezialisierten Versorgung etwas stärker gewichtet wird.

In allen Modellvarianten sind insgesamt praktisch keine und pro Kanton geringfügige ($\leq 1\%$) finanzielle Auswirkungen zu erwarten, einzelne Spitäler können unterschiedlich betroffen sein.

Umsetzung der Spitalversorgung Modell Ost am Beispiel Akutsomatik

Hauptwirkung der Spitalversorgung Modell Ost am Beispiel der Akutsomatik ist eine konsequente Stärkung einheitlicher Rahmenbedingungen in der stationären Leistungserbringung und eine (partielle) Angleichung des Leistungsspektrums der verschiedenen Spitäler in der Region Ost. Um konsequent umgesetzt zu werden, ist die weitere Zusammenarbeit stringent zu organisieren, hierfür sind erforderlich:

- *Rechtliche Regelung:* Die Zusammenarbeit soll auf einer (Verwaltungs-)Vereinbarung basieren. Damit besteht einerseits eine relativ hohe Verbindlichkeit für eine gegenseitig verlässliche Zusammenarbeit, andererseits ist eine gemeinsame Spitalplanung in der Akutsomatik so ohne gesetzgeberische Arbeiten und ohne Volksabstimmungen umsetzbar, zumal die einzelnen Kantonsregierungen über die Spitalplanungen grundsätzlich weiterhin frei entscheiden können. Ziel ist die gemeinsame Unterzeichnung vor Jahresende 2022.
- *Organisation:* Um die gemeinsame Planung der stationären Gesundheitsversorgung Akutsomatik Ost umzusetzen, ist eine möglichst nachhaltige Organisation durch die zuständigen Departemente und ihre Amtsstellen anzustreben. Bis zur Unterzeichnung sowie zur Strukturierung der Anfangsphase soll die bewährte Projektstruktur aus der Modellprojektphase weitergeführt werden. Spezifische externe oder ausserordentliche kantonale Aufwände werden gemäss bisherigem Kostenteiler auch zukünftig abgegolten.
- *Zeitplan:* Bei zeitnaher Umsetzung können die Kantone koordinierte aktualisierte Spitalisten Akutsomatik, die auf der Spitalversorgung Modell Ost beruhen, per 1.1.2025 erwarten.

Weitere Potenziale für interkantonale Zusammenarbeit

Die Spitalversorgung Modell Ost hat klar einen *evolutiven Charakter*. Die Ressourcen der Kantone werden gebündelt, womit mehr Potenzial besteht, die verschiedenen erforderlichen Weiterentwicklungen der Spitalversorgung im weiteren Sinne und der Spitalplanung im engeren Sinne zu bearbeiten. Die gemeinsamen Leitsätze der Spitalversorgung Modell Ost bieten dabei einen gemeinsamen Denk- und Handlungsrahmen. Um dem medizinisch-technologischen

Wandel, den Entwicklungen der Integrierten Versorgung, der Patientenorientierung wie auch der Kostendämpfung adäquat nachzukommen, wurden eine Reihe von Potenzialen für die weitere interkantonale Zusammenarbeit in der Spitalversorgung eruiert, insbesondere:

- Bestimmung einheitlicher Vorgaben bei der Aus- und Weiterbildung universitärer und nicht universitärer Gesundheitsberufe
- Schaffung gemeinsamer Rahmenbedingungen für die Spitalfinanzierung (bspw. Tarifgenehmigung und -festsetzung, Abgeltung Gemeinwirtschaftlicher Leistungen)
- Weiterentwicklung gemeinsamer leistungsspezifischer Qualitätsanforderungen

Die verschiedenen Grundüberlegungen und Stellschrauben der Spitalversorgung Modell Ost am Beispiel der Akutsomatik lassen sich darüber hinaus als geeignete Grundlagen verwenden für allfällige weitere gemeinsame Arbeiten betreffend die Planung der stationären Gesundheitsversorgung Rehabilitation und Psychiatrie.

1 Auftrag

Die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau sind der Überzeugung, dass eine Spitalplanung, die sich ausschliesslich auf die Versorgung der eigenen Kantonsbevölkerung bezieht, sowohl zu suboptimalen Versorgungsergebnissen führen kann als auch zu einer Versorgung, welche nicht den Vorgaben des KVG entspricht. Aus diesem Grund haben die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden und St.Gallen am 26. Februar 2020 eine Absichtserklärung unterzeichnet hinsichtlich einer Zusammenarbeit in der Planung der stationären Gesundheitsversorgung in der kantonsübergreifenden Versorgungsregion. Am 4. Dezember 2020 wurde diese Absichtserklärung zusätzlich durch den Kanton Thurgau unterzeichnet.

Langfristig soll die gemeinsame Planung das stationäre Angebot in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie umfassen. Dabei ist eine Angleichung der Spitallisten der Vereinbarungskantone anzustreben oder es sind im Idealfall gleichlautende Spitallisten zu erarbeiten.

In einer ersten Projektetappe sollte bis Spätsommer 2022 eine Wirkungsprüfung einer gemeinsamen Spitalplanung im Bereich der stationären Akutsomatik (nachfolgend «Spitalversorgung Modell Ost») vorgenommen werden. Hierfür sollten:

- eine gemeinsame Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose durchgeführt und falls möglich eine räumliche Strukturierung der Versorgungsregion eruiert werden (Versorgungsbericht);
- ein Modell der Spitalplanung Ost, und darauf basierend Modellvarianten für die konkrete Umsetzung der Spitalplanung, erarbeitet werden;
- gemeinsam erarbeitete und angewendete einheitliche, verbindliche und transparente Kriterien für die zukünftige Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen vorliegen;
- Vorschläge für das weitere Vorgehen bzgl. konkreter gemeinsamer Umsetzung des Modells Spitalplanung Akutsomatik Ost erarbeitet werden (inkl. Vorgehen zur Erstellung eines gemeinsamen und koordinierten Strukturberichts);
- Vorschläge für die weitere Zusammenarbeit der sechs Kantone bzgl. gemeinsamer Planung der stationären Grundversorgung abgeleitet werden.

2 Ausgangslage und Rahmenbedingungen

2.1 Ausgangslage und Entwicklungen in den Kantonen

Die sechs am Projekt beteiligten Kantone verfügen über unterschiedliche geografische, bevölkerungsbezogene und spitalinstitutionelle Gegebenheiten. Auch wenn alle Kantone die Spitalplanung gemäss KVG, KVV und GDK-Empfehlungen umsetzen, so bestehen Unterschiede im Versorgungsverständnis, die teilweise durch die unterschiedlichen Ausgangslagen erklärbar sind.

Seit Projektstart Anfang 2020 hat sich die spitalversorgungsbezogene Situation in mehreren Kantonen substanziell verändert. Fünf Spitalstandorte wurden seitdem geschlossen (Spitäler Rorschach, Flawil, Heiden, Appenzell und Wattwil). Eine weitere Spitalschliessung ist beschlossen (Standort Altstätten), ein weiterer Spitalstandort erhält eine neue (ausserkantonale) Trägerschaft (Spital Walenstadt). Neben Spitalschliessungen zeigt sich die Veränderung in erhöhter Kooperationsbereitschaft, nicht nur auf Ebene der Kantone, sondern auch zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Gleichzeitig gestalten sich die Ausgangslagen hinsichtlich Kooperationsnotwendigkeit in den Kantonen unterschiedlich. Gleichwohl hat sich der Lenkungsausschuss des Projekts wiederholt zu diesem gemeinsamen Projekt Spitalversorgung Modell Ost bekannt und kommt dabei der Forderung einer interkantonalen Koordination der Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 2 KVG nach.

2.2 Nationale Vorgaben und Empfehlungen zur Spitalversorgung

Das KVG sieht vor, dass die Kantone dafür besorgt sind, ein ausreichendes Angebot an stationären medizinischen Spitalleistungen für ihre Bevölkerung sicherzustellen. Sie haben hierfür die Spitalversorgung zu planen (= Spitalplanung). Um den im Rahmen eines Versorgungsberichts ermittelten Bedarf an stationären Spitalleistungen zu decken, vergeben die Kantone differenzierte Leistungsaufträge an dafür geeignete inner- und ausserkantonale Spitäler. Die Spitäler müssen dabei qualitative, wirtschaftliche sowie teilweise weitere Anforderungen erfüllen. Die einzelnen Leistungsaufträge werden auf einer kantonalen Spitalliste zusammenfassend dargestellt. Die Spitalliste stellt also die Summe der Leistungsaufträge an die «Listenspitäler» dar. Ein Leistungserbringer hat in der Folge eine Leistungsverpflichtung sowie gleichzeitig einen Anspruch gegenüber den Krankenversicherern und dem Kanton auf Vergütung dieser Leistungen. Zur Spitalplanung bestehen Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die auch im hier vorliegenden Konzept berücksichtigt werden.²

Die hochspezialisierte Medizin (HSM) ist auf Basis von Art. 39 Abs. 2bis KVG in der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM³) geregelt. Die darin festgehaltenen Parameter sind unbestritten und wurden im Rahmen des hier vorliegenden Konzepts als übergeordnet gegeben und entsprechend vollumfänglich auch zukünftig zu vollziehen beurteilt.

Per 1. Januar 2022 hat der Bundesrat die Anforderungen für die Planung von Spitälern und Pflegeheimen in der KVV weiter präzisiert. Bezüglich Koordination der Planungen unter den Kantonen gilt neu, dass die Kantone das Potenzial der Koordination mit anderen Kantonen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital berücksichtigen müssen (Art. 58e Abs. 1 Bst. b). Mit dem vorliegenden Konzept Spitalversorgung Modell Ost wird für die Region Ost diese Bundesvorgabe erfüllt.

2.3 Zentrale Entwicklungsthemen der Gesundheitsversorgung

Das Gesundheitswesen befindet sich im Wandel. Besonders relevant und für eine zukünftige Spitalversorgung zu beachtende Entwicklungsthemen sind:

- *Integrierte Versorgung:* Eine patientenorientierte Medizin konzentriert sich darauf, wie Menschen bestmöglich behandelt, begleitet und in ihrer Prävention unterstützt werden können – unabhängig von der Form des Leistungserbringers oder der finanziellen Abgeltungsart. Integrierte Versorgung bedingt eine Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer, eine koordinierte multiprofessionelle wie interdisziplinäre Arbeitsweise von Fachkräften, Organisationen und Versorgungssystemen wie auch die private Hilfe durch Angehörige und das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten. Problematisch ist aktuell hierbei, dass die Finanzierung dysfunktional ist. Unterschiedliche föderale Ebenen und Akteure sind für finanzielle Regelwerke und für damit verbundene Anreizsetzungen zuständig. Anliegen an eine Integrierte Versorgung können teilweise, aber nicht vollumfänglich durch die Kantone gesteuert werden. *Verbund- und Netzwerklösungen* sind Ansatzpunkte, die auch eine evolutive Entwicklung bei suboptimalen Rahmenbedingungen ermöglichen könnten.
- *Fachkräfteentwicklungen/-mangel:* Die demografische Entwicklung führt zu einem weiter steigenden Bedarf an Leistungen im Gesundheitswesen, gleichzeitig nimmt in der Schweiz die Bevölkerungszahl im arbeitsfähigen Alter stark ab. Parallel dazu ist die Entwicklung der Medizin in Richtung Spezialisierung mit einem entsprechenden Fachkräftebedarf verbunden. Spitäler sind zusehends gefordert, für eine steigende Anzahl (Sub-) Spezialgebiete ausreichend qualifiziertes Personal zu finden. Der Fachkräftemangel betrifft neben den universitären Medizinalberufen auch die nicht universitären Gesundheitsberufe.⁴ Viele Gesundheitsberufe zeigen gemäss Staatssekretariat für Wirtschaft SECO

² Vgl. GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung vom 25.5.2018.
(www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf)

³ IVHSM: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_d.pdf

⁴ Bei den universitären Medizinalberufen sind v.a. Ärzt:innen und bei den nicht universitären Gesundheitsberufen v.a. Pflegeberufe betroffen.

deutliche Anzeichen für einen ungedeckten Fachkräftebedarf.⁵ Die Notwendigkeit, verschiedene Funktionen rund um die Uhr zu besetzen, erhöht den Personalbedarf zusätzlich und führt gerade in kleineren Betrieben immer mehr zu Schwierigkeiten.⁶ Entsprechend steigt das Risiko, dass Leistungen infolge von Personalengpässen und fehlendem Rekrutierungserfolg reduziert oder eingestellt werden müssen. Nicht nur eine ausreichende Quantität an Fachpersonen stellt eine zukünftige Herausforderung dar, sondern auch die Sicherstellung der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachpersonen. Es gilt, hierbei attraktive Modelle zu finden, damit die Fachpersonen im Beruf und in der Region bleiben, sich weiterentwickeln können und Arbeitsplätze und ein Arbeitsumfeld haben, das ihnen Perspektiven bietet.⁷

- *Technologische (digitale) Entwicklungen* weisen auf die zunehmende Bedeutung von Telemedizin hin. Dadurch lassen sich Spezialkompetenzen auch dezentral erbringen und sind nicht zwingend an eine konkrete Institution vor Ort gebunden. Dies bedingt Kooperationen unterschiedlicher Leistungserbringer und den flexiblen Einsatz von Expertenwissen (bspw. telemedizinische Diagnose, telemedizinischer Support von Fachpersonen in den Regionen durch in Zentrumsversorgern tätige Spezialistinnen). In jedem Falle ist der medizinisch-technische Fortschritt von grosser Geschwindigkeit, er ist kostenintensiv und bedingt ein flexibles Gesamtsystem, wenn der Nutzen der technischen Möglichkeiten effektiv zum Tragen kommen soll. Überdies hat die digitale Transformation in Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie eine grosse und schnelle Akzeptanzentwicklung bei der Bevölkerung und den Patientinnen und Patienten bewirkt. Teilweise verändert sich dadurch die Bedeutung der physischen Erreichbarkeit eines (Spital-)Angebots.
- *Notfall-/Rettungswesen*: Ein sich veränderndes Patientenverhalten wie auch abnehmende niederschwellige dezentrale Angebote führen heute zu einer sich verändernden Nutzung von Notfallangeboten und Rettungswesen. Das Notfall- und Rettungswesen ersetzt dadurch teilweise ein niederschwelliges ambulantes privates Praxisangebot.
- *Ambulant vor stationär (AVOS)*: Bzgl. verschiedener Behandlungen zeigt sich heute, dass kein stationärer Aufenthalt erforderlich ist und diese Behandlungen stattdessen ambulant erbracht werden können. Die sogenannten AVOS-Leistungen nehmen zu und sind Leistungen, die zwar gewisser Spitalinfrastrukturen bedürfen (u.a. Operationssäle) und nachgelagerter Notfall- und Intensivpflege-Dispositive, aber keinen Spitalaufenthalt über Nacht erforderlich machen.
- *Versorgungssicherheit*: Das Projekt startete unmittelbar vor der Covid-19-Pandemie, welche das Thema Versorgungssicherheit anders fokussierte als die Jahre davor. Bei aller Steuerung zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist auch sicherzustellen, dass keine Überreglementierung oder staatliche Übersteuerung erfolgt. Primäre Aufgabe der Kantone ist es, den Rahmen so zu setzen, dass sich die verschiedenen Leistungserbringer gemeinsam und in Verbundlösungen in die gewünschte Richtung (weiter-)entwickeln können.

2.4 Inhalt und Vorgehen Spitalversorgung Modell Ost

Im Projekt Spitalversorgung Modell Ost wurde das Konzept einer möglichen zukünftigen gemeinsamen Spitalversorgung **schrittweise und iterativ** entwickelt:

1. Gegenseitige Kenntnisnahme der kantonalen Versorgungsmodelle und der konkreten Spitalversorgungssituationen inkl. der diesbezüglichen Rahmenbedingungen
2. Erarbeitung und Diskussion eines gemeinsamen Versorgungsberichts (Obsan, 27.7.2021)
3. Formulierung von Leitsätzen einer Spitalversorgung Modell Ost

⁵ SECO 2016.
https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsmarkt/Fachkraeftebedarf/indikatorensystem-zur-beurteilung-der-fachkraeftenachfrage.html

⁶ Für eine durchgehende Abdeckung einer Funktion während 24 Stunden an 365 Tagen sind durchschnittlich fünf bis sechs Personen erforderlich.

⁷ Vgl. hierzu auch Merçay/Grünig/Dolder 2021.

4. Formulierung von möglichen Elementen eines Modells Spitalversorgung Modell Ost
5. Beschrieb eines Modells Stationäre Spitalversorgung Akutsomatik Modell Ost inkl. Klärung der dafür erforderlichen Eignungs-, Zuteilungs- und Vergabekriterien
6. Erarbeitung verschiedener Grobmodellvarianten und erste Bewertung ebendieser
7. Ausdifferenzierung der Modellvarianten und Führen einer intensiven und detaillierten Diskussion zur Zuteilung der 133 Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG, Version 2019)
8. Erneute Beurteilung der Modellvarianten
9. Kontroverse Diskussion der Modellvarianten zwischen den Kantonen und unter Einbezug der Expertinnen und Experten
10. Weiterentwicklung der Modellvarianten zu möglichen zukunftsorientierten Kompromissvarianten
11. Bewertung der Kompromissvarianten
12. Erstellung konzises Gesamtkonzept Stationäre Spitalversorgung Akutsomatik Modell Ost
13. Eruiierung konkrete juristische und organisationale Vorgehens- und Umsetzungsmöglichkeiten und Erarbeitung konkretes Entscheidungs- und Umsetzungsvorgehen

Folgende Arbeitsschritte waren, nachdem der vom Obsan erstellte Versorgungsbericht der Kantone AR, AI, GL, GR, SG und TG zur Akutsomatik Ende Juli 2021 vorlag, zentral für die Entwicklung und Bewertung der Modellvarianten:⁸

- Detaillierte Analyse der vom Obsan aufbereiteten Versorgungszahlen (Gesamtregion Ost, in den sechs Kantonen, in den 19 HSA-Regionen (Health Service Areas), je Spitalplanungs-Leistungsgruppe SPLG und Spitalplanungs-Leistungsbereich SPLB).
- Zwei Workshops mit Expertinnen und Experten der Gesundheitsversorgung mit Fokus auf medizinisches und pflegerisches Know-how. Die Workshops hatten zum Ziel, einerseits genügend zukunftsorientiert und fachlich zu denken, andererseits konkrete Zwischenergebnisse kritisch zu diskutieren und zu valorisieren. Folgende sieben Expertinnen und Experten arbeiteten im Projekt mit:
 - PD Dr. med. Peter Berchtold
 - Christina Brunnschweiler
 - Dr. med. Christoph Cottier
 - Dr. med. Max Giger
 - Dr. med. Bruno Haug
 - Dr. med. Joachim Koppenberg
 - Dr. Angela Schnellli
- Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen zur Beurteilung der Umsetzbarkeit erarbeiteter Vorschläge und Eruiierung konkret notwendiger demokratischer Prozesse, legislativer Arbeiten oder Vertragsklärungen zur Umsetzung.
- Analyse relevanter gemeinsamer finanzieller Grundlagen, um mögliche finanzbezogene Wirkungen der erarbeiteten Vorschläge zu eruiieren.
- Gemeinsame interkantonale Reflexion und Diskussion im Lenkungsausschuss, im Projektteam, in mehreren Teilprojektgruppen und in Ad-hoc-Arbeitsgruppen.

⁸ Die Arbeiten orientieren sich dabei an den GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung und der dabei verwendeten Definition von «Spital».

3 Gemeinsamer Versorgungsbericht Spitalversorgung Modell Ost

Die sechs Kantone gaben beim Obsan einen gemeinsamen Versorgungsbericht in Auftrag. Der Versorgungsbericht umfasst die Gesamtregion Ost. Er ist ein gemeinsamer Versorgungsbericht der Kantone AR, AI, GL, GR, SG und TG zur Akutsomatik. Neben den regionalen Auswertungen erarbeitete das Obsan auch umfangreiche Datenanalysen mit Informationen zur Nutzung der Spitalversorgung durch die Patientinnen und Patienten. Darin enthalten sind u.a. Informationen darüber, inwiefern die Spitäler auf den kumulierten Spitallisten der sechs Kantone die Nachfrage der Bevölkerung in der Region Ost abzudecken vermögen. Neben dem gemeinsamen Versorgungsbericht dienten die aufbereiteten Daten dazu, konkrete mögliche Zukunftsszenarien evidenzbasiert zu erarbeiten und zu prüfen. Zu beachten ist bei den nachfolgenden Ausfuhungen, dass als aktuellste Daten die **Medizinische Statistik aus dem Jahr 2019 verwendet** wurde und sämtliche Projektarbeiten auf diesen Daten beruhen.

Gemäss dem gemeinsamen Versorgungsbericht der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau zur Akutsomatik des Obsan vom 29. Juli 2021 deckt das Spitalangebot der sechs am Projekt beteiligten Kantone 92% des Bedarfs der Bevölkerung ab und stellt damit die Versorgung für die Region-Ost-Bevölkerung sehr gut sicher. Konkret heisst das: 92% der Patientinnen und Patienten aus der Region Ost wurden in einem Spital behandelt, welches in den betreffenden Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) über einen Leistungsauftrag von mindestens einem der Kantone der Region Ost verfügt. Betrachtet man die einzelnen SPLG mit relevanten Fallzahlen (mindestens 50 Fälle von Patientinnen und Patienten aus der Region Ost), so zeigt sich, dass in 76 von 89 SPLG der Abdeckungsgrad mindestens 80% beträgt. Nur in 7 SPLG ist der Abdeckungsgrad niedriger als 70%. Die Anzahl der Spitalaufenthalte ist dabei seit ca. 2016 stabil. Die Bedarfsprognose für die nächsten zehn Jahre sieht eine moderate Zunahme der stationären Leistungen vor.

Die gemeinsame Versorgungsregion Ost umfasst rund 1,1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner und bildet eine sinnvolle Planungsgrosse für eine umfassende stationäre Gesundheitsversorgung (bzgl. Spitälern mit Standort in der Region und einiger Spitäler mit ausserregionalem Standort). Die kumulierte Spitalliste für die Region Ost, bestehend aus den sechs Spitallisten der am Projekt beteiligten Kantone, führt für das Jahr 2019 39 akutsomatische Spitäler innerhalb der Region Ost auf,⁹ zusätzlich finden sich auf den Spitallisten 13 ausserkantonale Spitäler (ZH 8; LU 2; TI 2; BE 1). An diese insgesamt 52 Listenspitäler, d.h. Spitäler, die auf mindestens einer der Spitallisten der sechs Kantone aufgeführt sind, sind – Stand 2019 – insgesamt 2'267 Leistungsaufträge erteilt.¹⁰

Die faktischen Patientenströme erfolgen nicht entlang kantonaler oder sonstiger administrativer Grenzen, sondern in sogenannten HSA-Regionen (HSA: Health Service Areas). Es besteht ein heute ungenutztes Potenzial für die Bildung von überregionalen/-kantonalen Versorgungsregionen.

Die Kantone AR, GL, SG und TG weisen gegenüber dem Schweizer Durchschnitt überdurchschnittliche Hospitalisierungsraten auf. Die Hospitalisierungsrate der Kantone AI und GR liegt hingegen unter dem Schweizer Durchschnitt.

Der gemeinsame Versorgungsbericht Spitalversorgung Modell Ost stellte für die am Projekt beteiligten Kantone einen zentralen Meilenstein dar. Der Lenkungsausschuss hielt in seiner Diskussion der Ergebnisse des gemeinsamen Versorgungsberichts im August 2021 fest:

- Das Spitalangebot in der Region Ost ist grundsätzlich bedarfsgerecht.
- Eine gemeinsame Planung macht aufgrund der Bevölkerungszahl von 1,1 Mio. Einwohnern der Region Sinn.

⁹ Vgl. Obsan 2021, S. 6f.

¹⁰ Vgl. Obsan 2021, S. 19.

- Die prognostizierten Entwicklungen zeigen über die ganze Region wie auch innerhalb dieser eine gewisse Stabilität auf, was eine gemeinsame Entwicklung unterstützt. Es besteht zwar ein gewisses Verlagerungspotenzial von stationär zu ambulant, prognostiziert jedoch mit maximal 4% der Leistungen bleibt dieses überschaubar.
- Die Patientenströme deuten darauf hin, dass anstelle einer «Kantonslogik» ein regionales Denken in überregionalen Versorgungsräumen angezeigt ist. Hierfür hat das Obsan 19 sogenannte HSA-Regionen¹¹ im gemeinsamen Versorgungsbericht evidenzbasiert entwickelt.
- Die Planung muss inner- und ausserregional gemeinsam erfolgen.

4 Konzept Spitalversorgung Modell Ost

Dem Modell Spitalversorgung Modell Ost liegen haltungs- und handlungsleitende Leitsätze für die Spitalversorgung in der Region Ost im Allgemeinen und im Spezifischen für die konkrete Spitalplanung zugrunde. Auf dieser Basis wurde ein Modell für die Spitalplanung Akutsomatik erarbeitet. Sowohl die Leitsätze als auch das Modell wurden in der Projektphase vom Lenkungsausschuss einstimmig verabschiedet. Anschliessend wurden verschiedene konkrete Modellvarianten im Sinne von Anwendungsvarianten des Modells entwickelt und bewertet, diese sind im Kapitel 5 dargelegt.

4.1 Leitsätze Spitalversorgung Modell Ost

Die Leitsätze für die Spitalversorgung Modell Ost bilden den gemeinsamen Rahmen der Spitalplanung. Sie gelten fix für alle Modellvarianten. Zu unterscheiden sind dabei einerseits Leitsätze, die die Spitalversorgung insgesamt betreffen (a), sowie andererseits Leitsätze, die die ganz konkrete Spitalplanung und den diesbezüglichen Spitalplanungsprozess (b) betreffen.

(a) Leitsätze betreffend Spitalversorgung

- 1) Die Spitalversorgung Modell Ost erfolgt mit einem gemeinsamen integrierten Gesamtgesundheitsverständnis für die gesamte Region. Den am Modell Ost beteiligten Kantonen ist bewusst, dass die Spitalplanung nicht isoliert erfolgt, sondern in die gemeinsame Gesundheitsversorgung eingebettet ist. Patientinnen und Patienten nutzen ambulante und stationäre Angebote. Sie brauchen professionelle Behandlungen und niederschwellige analoge oder digitale Unterstützung in der Selbsthilfe. Das umfasst somatische, rehabilitative, psychiatrisch und/oder (langzeit-)pflegerische Leistungen.
- 2) Die Kantone stellen innerhalb der Region Ost eine akutsomatische stationäre Versorgung miteinander sicher, unter Beachtung der funktionalen Versorgungsräume¹², der medizinisch indizierten Inanspruchnahme und der Integrierten Versorgungsangebote. Dafür können sie Subregionen bilden: Sie beachten, dass diese unterschiedlich gestaltet werden und sich dynamisch weiterentwickeln können.
- 3) Die Spitalversorgung Modell Ost berücksichtigt, dass die topografischen Gegebenheiten in den sechs Kantonen unterschiedlich sind und die Gesundheitsversorgung in allen Regionen sicherzustellen ist.
- 4) Die Spitalversorgung Modell Ost bietet im Idealfall für Patientinnen und Patienten innerhalb der Region Ost Wahlmöglichkeiten. Regulierungen dienen der Versorgungsqualität und der Versorgungssicherheit sowie der Dämpfung der Kostenentwicklung.
- 5) Die Spitalversorgung Modell Ost unterscheidet zwischen einem Angebot für die gesamte Bevölkerung sowie einem spezifischen Spitalversorgungsangebot für Kinder und Jugend-

¹¹ Health Service Areas (HSA) = funktionaler Versorgungsraum.

¹² Funktionale Versorgungsräume = jene Räume, in welchen sich die Bevölkerung gewohnheitsmässig bewegt, ungeachtet der Kantonszugehörigkeit (bspw. Einwohner:innen Walenstadt suchen eher KSGR als KSSG auf).

liche (bis und mit 17 Jahren). Es gilt der Grundsatz einer wenn möglich kind-/jugendspezialisierten akutsomatischen Versorgung, wobei kurze Routinebehandlungen auch wohnortnah in Erwachsenen Spitälern erfolgen können.

- Die Spitalversorgung Modell Ost orientiert sich an folgenden Richtwerten: Erreichbarkeit für die Erstversorgung = 90% innert 15 Minuten vor Ort (gemäss Richtwert Interverband für Rettungswesen), Erreichbarkeit eines ambulanten oder stationären Notfallangebots = innert 20 Minuten, Erreichbarkeit einer Notfallstation = innert 30 Minuten.

(b) Leitsätze betreffend Planung, Bewerbungsverfahren und Spitallisten

- Planung:** Das Angebot wird ungeachtet der Kantonsgrenzen gemeinsam für die Region geplant. Dies betrifft sowohl Leistungen innerhalb der Region als auch ausserhalb der Region. Es bestehen gemeinsame Anforderungen, über allfällige kantonale Unterschiede besteht gegenseitige Transparenz.
- Bewerbungsverfahren:** Es bestehen gemeinsame Ausschreibungsunterlagen und (minimale) Vergabekriterien für den Bewerbungsprozess. Die Bewerbungsprozesse sind terminlich koordiniert und aufeinander abgestimmt. Die Kantone haben gegenseitig Kenntnis der relevanten Unterlagen.
- Spitallisten:** Die Vergabe von Leistungsaufträgen (Spitallisten, Leistungsverträge) erfolgt kantonsspezifisch. Soweit möglich werden gemeinsame Vorlagen verwendet. Für die Spitalversorgung Modell Ost besteht eine gemeinsame Vorstellung bzgl. minimaler Kriterien für die Vergabe von Leistungsaufträgen (Spitallisten, Leistungsverträge). Den Kantonen steht es dabei frei, zusätzlich zu den gemeinsamen Vergabekriterien weitere Kriterien zu formulieren.

4.2 Modell Spitalplanung Akutsomatik Ost

4.2.1 Übersicht über das Modell Spitalplanung Akutsomatik Ost

Das Modell Spitalplanung Akutsomatik Ost basiert auf der schweizweit von den Kantonen auf Empfehlung der GDK hin einheitlich verwendeten Systematik für Spitalplanungen. Das Spitalplanung-Leistungsgruppenkonzept (SPLG-Konzept) fasst medizinische Leistungen zu insgesamt 133 medizinischen Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) zusammen. Sie sind Basis für die Ausgestaltung der Leistungsaufträge an die Spitäler, die aufgrund von Spitalplanungen und Spitallisten erteilt werden.

Abbildung 2: Überblick über das Modell Spitalplanung Akutsomatik Ost



Das Modell unterscheidet zwischen drei Kategorien, denen kriterienbasiert alle SPLG zugeteilt werden. Insgesamt waren im Jahr 2019 133 SPLG im SPLG-Konzept aufgeführt (Version 2019.1).

Die drei Kategorien sind:

1. Eine erste **Kategorie** umfasst die SPLG der **hochspezialisierten Medizin (HSM)**. Die Kantone der Region Ost vollziehen damit die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM). Diese Kategorie erfasst per 2019 20 SPLG.
2. Eine zweite **Kategorie** umfasst SPLG, für die bei **Erfüllung der Eignungskriterien** alle bestehenden Leistungserbringer einen Leistungsauftrag erhalten. Die Kantone der Region Ost verfügen über gleichlautende Eignungskriterien. SPLG, die dieser Kategorie zugeteilt werden, weisen einzeln oder kumulativ folgende Merkmale auf:
 - Elektive Behandlungen ohne Notfallbedarf
 - Behandlung in der entsprechenden SPLG erfolgt eher ambulant
 - Hohe Anzahl an behandelten Patient:innen mit Wohnort ausserhalb der Modellregion Ost
 - Häufige Korrelation der SPLG mit Organisationsform des Belegarztsystems
3. Bei der dritten **Kategorie** kommen nebst den **Eignungskriterien zusätzlich auch Zuteilungskriterien** zur Anwendung. Die Spitalversorgung soll sich stark an den konkreten Patientenströmen und (Notfall-)Erreichbarkeiten ausrichten und nicht in erster Linie an Kantons- oder anderen administrativen Grenzen. SPLG, die dieser Kategorie zugeteilt werden, weisen einzeln oder kumulativ folgende Merkmale auf:
 - Erreichbarkeit dezentral und innerhalb der Behandlungs- und Notfallzeiten erforderlich (Grundversorgung)
 - Hohe medizinische Spezialisierung / hohe interdisziplinäre Abhängigkeiten
 - Geringe Fallzahlen und besondere Anforderungen an Qualifikationen, Notfallangebot
 - Kostenintensive Behandlung

Auf Basis des vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) erstellten Versorgungsberichts der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau und der darin dargestellten Patientenströme wurden funktionale Versorgungsräume definiert. Je nach funktionalem Versorgungsraum werden die Zuteilungskriterien unterschiedlich ausgestaltet. Als Zuteilungskriterien dienen dabei die absoluten Fallzahlen in der Region Ost, die Mindestfallzahlen (MFZ), die Versorgungsrelevanz sowie die Erreichbarkeit. Damit wird eine gemeinsame, explizit regional ausgerichtete Versorgungssteuerung gestärkt. Folgende funktionale Versorgungsräume wurden definiert:

- **19 Grundversorgungsregionen (HSA-Regionen):** Diese Spitalversorgungsregionen sind empirisch identifiziert im gemeinsamen vom Obsan erstellten Versorgungsbericht.¹³ In ihnen soll eine dezentrale Grundversorgung sichergestellt werden, wobei nicht alle Leistungen in jeder HSA-Region angeboten werden müssen.
- **3 Ost-Grossregionen:** Eine Grossregion ist eine Region, die mehrere HSA-Regionen umfasst, mindestens 250'000 Einwohnende enthält und über ein Spital verfügt, welches bereits heute eine Zentrumsfunktion wahrnimmt. Die Grossregionen wurden auf Basis der empirisch hergeleiteten HSA-Regionen vom Projektteam gebildet und anschliessend im Lenkungsausschuss und mit den Expertinnen und Experten validiert sowie aufgrund der konkreten statistischen Daten 2019 überprüft. Dies sind konkret:

¹³ Vgl. Obsan 2021, S. 3; 5–7; 10.

Tabelle 2: Übersicht über die drei Ost-Grossregionen

| Grossregion ¹⁴ | Bevölkerungszahl | Fallzahlen stationär 2019 |
|--------------------------------|------------------|---------------------------|
| GR/GL/SG-Sarganserland | 291'365 | 42'356 |
| TG | 275'263 | 42'032 |
| AI, AR, SG exkl. Sarganserland | 534'679 | 82'959 |

- **Gesamtregion Ost:** Auf Ebene Gesamtregion Ost werden Leistungen zugeteilt, die selten, weniger unmittelbar erreichbar oder kostenintensiv sind oder hohe Spezialisierungsanforderungen aufweisen; der Leistungsauftrag soll für diese SPLG (in der Regel) nur einem Leistungserbringer in der Region Ost erteilt werden.
- **Ausserregional:** SPLG, die innerhalb der Region Ost aufgrund der sehr geringen Fallzahlen und der hohen Spezialisierungsanforderungen nicht erbracht werden.

Das Modell Spitalversorgung Ost lässt offen, ob alle drei Ost-Grossregionen und die HSA-Regionen identisch ausgestaltet sind oder ob in Berücksichtigung der spezifischen Versorgungssituation vor Ort oder geografischer oder anderer Bedingungen spezifische Lösungen notwendig sind. Damit kann gleichzeitig ein gemeinsames und gleiches Vorgehen fokussiert werden wie auch, wo zweckmässig, regionale Unterschiede berücksichtigt werden. In jedem Fall muss jedoch gewährleistet sein, dass in allen Kantonen weiterhin eine qualitativ hochwertige Grundversorgung vorhanden ist.¹⁵

In der konkreten Modellbildung und Modelldiskussion hat sich überdies gezeigt, dass das Modell mit weiteren Elementen angereichert werden kann: bspw. die Option, Kooperationen zwischen Leistungserbringern einzugehen, oder Spezialthemen zusätzlich zu behandeln wie kinder- und jugendspezifische Spitalversorgung.

4.2.2 Erläuterung der gemeinsamen Zuteilungskriterien

Innerhalb der Kategorie «Eignungskriterien + Zuteilungskriterien» erfolgt die Zuteilung der SPLG auf die vier funktionalen Versorgungsräume (HSA-Region, 3 Ost-Grossregionen, Gesamtregion Ost, ausserregional) aufgrund der nachfolgenden **Zuteilungskriterien:**

a) Fallzahlen

Eine wichtige Grösse stellen die Fallzahlen dar. Jede SPLG wird je nach Volumen im Versorgungsraum beurteilt:

- Seltene Leistungen: SPLG mit sehr wenigen Fällen pro Jahr (je nach Variante zwischen 0 und 50/100 Fällen)
- Häufige Leistungen: SPLG mit wenigen Fällen pro Jahr (je nach Variante zwischen 50/100 und 500 Fällen)
- Grundversorgungsleistungen: SPLG mit mehr als 500 Fällen jährlich

b) Mindestfallzahlen

Jede SPLG wird danach beurteilt, ob (je Leistungserbringer)¹⁶ Mindestfallzahlen im Rahmen der Planung zur Anwendung kommen sollen. Falls Mindestfallzahlen verwendet werden, liegt dem Entscheid das SPLG-Konzept Version 2019.1 zugrunde. Da die Erfüllung von Mindest-

¹⁴ Geprüft wurde ebenfalls eine Grossregion GR/GL/SG-Sarganserland/SG-See-Gaster, die empirische Prüfung anhand der konkreten Patientenströme zeigte aber, dass eine Mehrheit der Bevölkerung das SG-Angebot nutzt, gefolgt vom Angebot in ZH und somit eine solche Grossregion wenig sinnvoll wäre. Von den insgesamt 9'765 Fällen der Region See-Gaster besuchten nur 294 Fälle (= 3%) ein Spital in der Grossregion GL/GR/SG-Sarganserland, wohingegen 5'650 Fälle (58%) sich in einem Spital der Grossregion SG/AR/AI exkl. Sarganserland und 1'340 Fälle in einem Spital des Kantons Zürich behandeln liessen. 354 Fälle nahmen ihre Behandlung in einem Spital im Kanton SZ in Anspruch.

¹⁵ Siehe hierzu auch Ziffer II.2 der Absichtserklärung der am Projekt beteiligten Kantone.

¹⁶ Gewisse Kantone kennen heute die Beurteilung von MFZ entlang der behandelnden Ärzt:innen. Die Region Ost lehnt eine solche Beurteilung ab, weil sie der Meinung ist, dass das Gesamtteam der oftmals operativen Eingriffe, bei welchen MFZ-Vorgaben zum Einsatz kommen können, von Relevanz ist. Grundidee von MFZ ist: Mit regelmässigerer Praxis, weil häufiger angewendet, steigt die Qualität und erhöht sich die Patientensicherheit.

fallzahlen von den Expertinnen und Experten sowie von den Kantonsvertretenden unterschiedlich beurteilt wird, wurden Modellvarianten mit und ohne Mindestfallzahlen entwickelt. Eine Mehrheit der Expertinnen und Experten befürwortet eine Berücksichtigung von anerkannten Mindestfallzahlen (je Leistungserbringer).

c) Versorgungsrelevanz (Lokalisationsindex)

Mit dem Lokalisationsindex werden die Leistungserbringer nach ihrem prozentualen Versorgungsanteil pro SPLG in der eigenen (Teil-)Region klassiert. Für die Erteilung eines Leistungsauftrags pro SPLG an einen Leistungserbringer werden je Modellvariante unterschiedliche Prozentanteile für den Lokalisationsindex definiert, die ein Leistungserbringer erfüllen muss. Der Lokalisationsindex kommt nur bei SPLG mit tiefen Fallzahlen zur Anwendung.

d) Erreichbarkeit

Je nach SPLG und gesamthafter Integrierter Versorgungsangebotssituation in einer (Teil-)Region ist die Erreichbarkeit der stationären Spitalversorgung für die Bevölkerung unterschiedlich wichtig. Das Modell Spitalversorgung Ost soll in jedem Falle sicherstellen, dass die Grundversorgung der Bevölkerung möglichst breit abgedeckt und unkompliziert vor Ort erreichbar ist. Behandlungen für Krankheiten, die vergleichsweise selten sind und/oder spezialisierten Know-hows auf ärztlicher Seite wie auch bei den interprofessionellen Behandlungsteams bedürfen, sind teilweise an wenigen Orten zu konzentrieren, um das dafür benötigte Personal und die nicht selten auch spezialisierte Infrastruktur (bspw. Operationsräume, medizintechnologische Arbeitsmittel, IT-Programme) effizient sicherstellen zu können.

Jede SPLG wird einer Kategorie von zeitlicher Erreichbarkeit zugeordnet: < 30 Min.; > 30 Min.; < 60 Min.; > 60 Min. Die Erreichbarkeitsintervalle (Fahrzeit ins Spital) wurden für die Region-Ost-Bevölkerung errechnet. Zusätzlich wurde errechnet, wie das Einzugsgebiet je Spital in den unterschiedlichen Zeitintervallen aussieht.

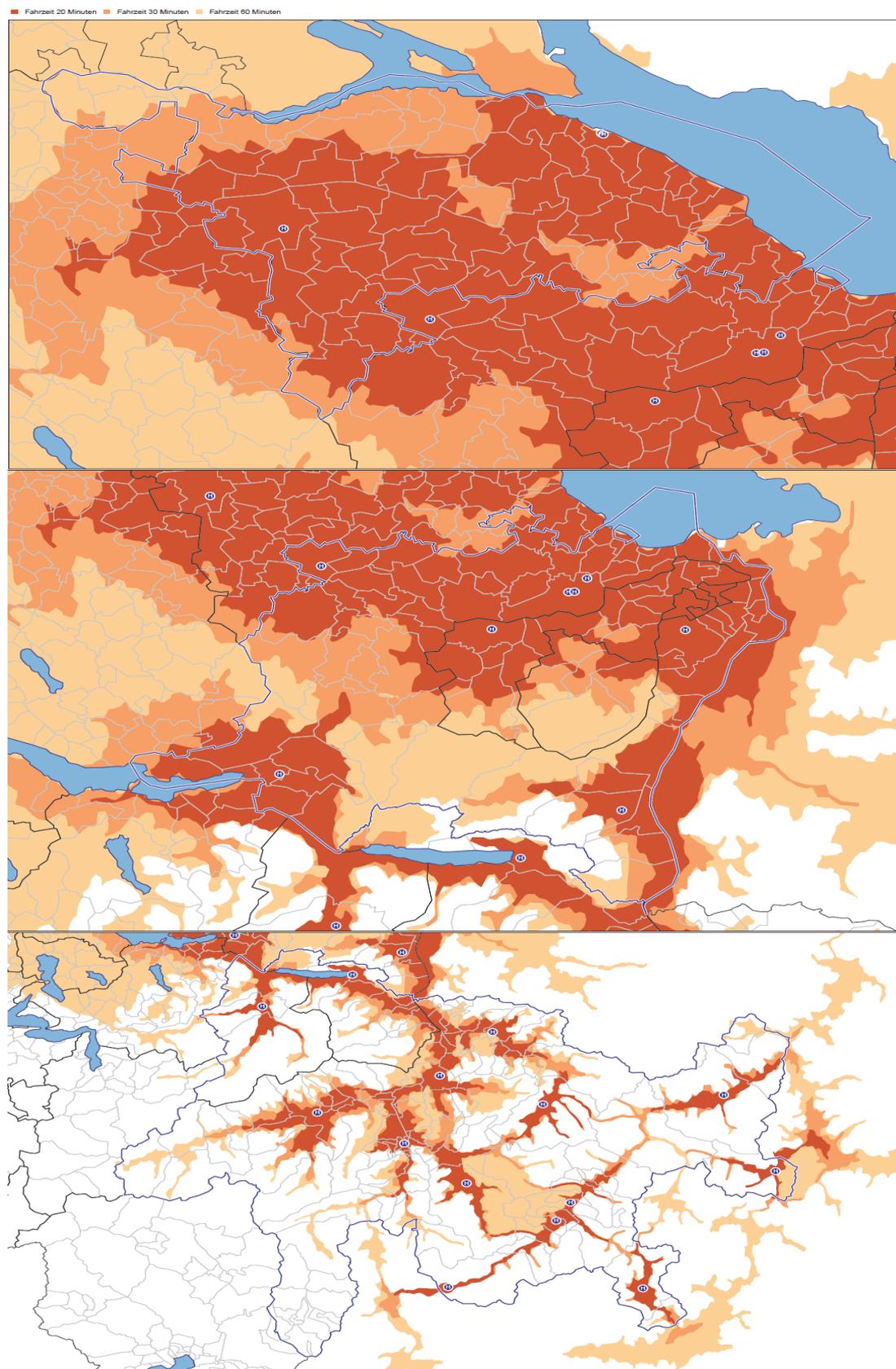
Aus nachfolgender Tabelle ist der prozentuale Anteil der Bevölkerung je Kanton zu entnehmen, welcher innerhalb 30 bzw. 60 Minuten ein Akutspital mit Notfallstation innerhalb der Versorgungsregion erreicht. Daraus geht hervor, dass in der Region Ost abgesehen vom Kanton Graubünden mehr als 95% der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten ein Akutspital erreichen können.

Tabelle 3: Analyse Erreichbarkeit (prozentual)

| Erreichbarkeit | Innerhalb 30 Minuten | Innerhalb 60 Minuten |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| Kanton Appenzell Innerrhoden | 98,9% | 100,0% |
| Kanton Appenzell Ausserrhoden | 99,9% | 100,0% |
| Kanton Glarus | 95,4% | 98,3% |
| Kanton Graubünden | 90,7% | 95,6% |
| Kanton St.Gallen | 98,2% | 100,0% |
| Kanton Thurgau | 96,5% | 100,0% |

Auf nachfolgender Seite sind zur Illustration die Erreichbarkeiten in Form von Isochronen je Grossregion grafisch dargestellt. Es wurden ausschliesslich Spitäler mit Notfallstation innerhalb der Region Ost berücksichtigt.

Abbildung 3: Analyse Erreichbarkeit je Grossregion (Isochronen)



© Kantone St. Gallen, Amt für Raumentwicklung und Geoinformation, erstellt am 17.03.2022, Kontakt: beat.louck@sg.ch
Quellen: Isochronen: HEREIT Universität Heidelberg (openrouteservice.org), Grenzgeometrien: BFS Geostat

4.3 Gemeinsame Vergabekriterien Spitalversorgung Modell Ost

Für die Vergabe von Leistungsaufträgen an Leistungserbringer im Rahmen der Spitalplanung sind neben den SPLG-spezifischen Eignungs- und Zuteilungskriterien weitere Kriterien mit Anforderungen an die Leistungserbringung zu erfüllen, die sogenannten Vergabekriterien. Die heute in den Kantonen verwendeten Kriterien sind bereits weitgehend deckungsgleich.

Die Kantone konnten entsprechend gemeinsame Vergabekriterien definieren. Einzelne Fragen betreffend die Überprüfung der Vergabekriterien (anhand von Indikatoren) sind noch offen, können nach Einschätzung des Projektteams aber mit wenig gemeinsamem Diskursaufwand geklärt werden. In diesem Zusammenhang können auch allfällige Redundanzen geklärt oder Abstimmungen vorgenommen werden, die sich allenfalls aufgrund der aktuell in Erarbeitung befindenden neuen nationalen Qualitätsverträge ergeben.

Tabelle 4: Gemeinsame minimale Vergabekriterien Spitalversorgung Modell Ost

| Vergabekriterien | Dimension |
|-----------------------|---|
| Qualität | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Systematisches Qualitäts- und Risikomanagement (QRM) ▪ Qualitätsmessungen ▪ Qualitätsberichterstattung ▪ Zwischenfall-Meldesystem ▪ Hygienemanagement ▪ Notfallsicherheit ▪ Medikationssicherheit ▪ Koordinierte multiprofessionelle Versorgung (Integrierte Versorgung) |
| Wirtschaftlichkeit | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schweregradbereinigte Fallkosten auf Spitalebene ▪ Zertifizierung der Rechnungslegung |
| Zugänglichkeit | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zugang zur Behandlung innert nützlicher Frist (Erreichbarkeit/Wartezeit) ▪ Aufnahme- und Behandlungspflicht ▪ Anschluss an das Elektronische Patientendossier (EPD) |
| Versorgungsrelevanz | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abdeckungsgrad |
| Versorgungssicherheit | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aus- und Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> - universitäre Medizinalberufe - nicht universitäre Gesundheitsberufe, mit Priorität Pflegeberufe ▪ Umgang mit ausserordentlichen Lagen (bspw. Pandemien, Strommangellage, Katastrophen) ▪ Mindestvorräte (bspw. Medikamente, Schutzmaterial) ▪ Cybersecurity |

4.4 Exkurs zu zentralen Aspekten der Spitalversorgung Modell Ost

4.4.1 Verpflichtung zur Aus- und Weiterbildung

Gute Aus- und Weiterbildungsangebote sind für die Kantone der Region Ost von grösster Bedeutung, um auch zukünftig Behandlungen in der Region kompetent anbieten zu können und um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Die universitäre Aus- und Weiterbildung ist

in Ansätzen heute koordiniert.¹⁷ Bei den nicht universitären Gesundheitsberufen bestehen kantonal unterschiedliche Vorgaben:

Tabelle 5: Verpflichtung Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung

| | AI | AR | GL | GR | SG | TG |
|---|------|----------------------|--|---|-------------------|----------------------|
| Grundsätzliche Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht universitären Gesundheitsberufen in kantonaler Gesetzgebung vorhanden? | nein | ja | nein (es besteht aber in den individuellen Leistungsverträgen eine grundsätzliche Verpflichtung; zudem explizite Verpflichtung zur Aus-/Weiterbildung für Pflegeberufe ab 1.1.2023) | ja (individuell im Leistungsvertrag pro Spital geregelt) | ja | ja |
| Falls grundsätzliche Verpflichtung vorhanden ist: Gibt es ein Konzept, in dem dies operationalisiert ist? | nein | nein (noch nicht) | nein (noch nicht) | ja | ja | nein (noch nicht) |
| Wird die Einhaltung überprüft? | nein | nein | nein (noch nicht) | ja | ja | nein |
| Wird sanktioniert bei Nichteinhaltung? | nein | nein | nein (noch nicht) | ja (finanzielle Kürzung) | ja (Strafzahlung) | nein |

Die Kantone Graubünden und St.Gallen verfügen über eigenständige Ausbildungskonzepte und schreiben jedem einzelnen Spital eine quantifizierte Ausbildungsverpflichtung je nach Ausbildungspotenzial des Spitals vor. Im Rahmen der weiteren Arbeiten soll ein gemeinsames Ausbildungskonzept entwickelt werden.

4.4.2 Wirtschaftlichkeit Spitäler

Die Kantone haben bei der Spitalplanung die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu berücksichtigen. Den Ausführungen zur heutigen Versorgung der Kantone im Anhang zu entnehmen, leisteten die Kantone der Region Ost im Jahr 2019 einen Gesamtbeitrag an die stationäre Akutsomatik von gegen 1 Mia. Franken. Dies wird mittels Steuergeldern finanziert.

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit hat zum Ziel, das richtige Verhältnis zwischen Leistungen und deren Preisen (Tarife) zu definieren. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler erfolgt durch Vergleiche der schweregradbereinigten Kosten (Art. 58d KVV). Gemäss den Empfehlungen der GDK können die Kantone darüber hinaus aber auch die wirtschaftliche Stabilität eines Spitals prüfen (z.B. genügend Eigenkapital, EBITDA/EBITDAR-Marge o.ä.).

Schweregradbereinigte Fallkosten pro Leistungserbringer

Die schweregradbereinigten (OKP-)Fallkosten stellen die wichtigste Kenngrösse zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit dar.

¹⁷ Die Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011 bzw. die ab 2023 massgebende nationale Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung regeln ausschliesslich die Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen unter den Kantonen, nehmen jedoch nicht eine eigentliche Koordination der Aus- und Weiterbildung vor.

Abbildung 4: Schweregradbereinigte Fallkosten 2019



Die schweregradbereinigten Fallkosten werden im Rahmen von Spitalplanungen auf Betriebsvergleiche abgestützt beurteilt (Art. 39 Abs. 2 KVG; Art. 58d Abs. 1 KVV; Art. 49 Abs. 8 KVG).¹⁸ Obige Abbildung zeigt die schweregradbereinigten Fallkosten der Spitäler und Geburtshäuser im Jahr 2019 in der Region Ost. Sie variieren zwischen 8'486 CHF und 16'111 CHF. Im fallgewichteten Durchschnitt (50. Perzentil) betragen sie 10'121 CHF, was den Fallkosten des Kantonsspitals St.Gallen (KSSG) entspricht. Die durchschnittlichen schweregradbereinigten Fallkosten in der Region Ost liegen damit nur minim höher als der schweizweite Durchschnitt (10'075 CHF).¹⁹ Zu berücksichtigen ist, dass die Abschreibungen von immobilienbezogenen Aufwänden inkl. Investitionen Bestandteil der Fallkosten sind und entsprechend im obigen Betriebsvergleich mit einbezogen sind.

¹⁸ Vgl. dazu auch GDK, Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung – Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG, verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 27. Juni 2019.

¹⁹ Basis: GDK-Benchmark 2019.

Zur Beurteilung der schweregradbereinigten Fallkosten soll im weiteren Projektverlauf ein Richtwert für die Region Ost festgelegt und gleichzeitig definiert werden, ab welcher Kostenüberschreitung ein Spital als unwirtschaftlich beurteilt wird und welche Konsequenzen dies nach sich zieht.²⁰ Grundsätzlich wird übereinstimmend festgehalten:

- Wirtschaftlichkeit muss aufgrund zeitnaher, aktueller Daten beurteilt werden
- Wirtschaftlichkeit muss über mehrere Jahre erfüllt / nicht erfüllt sein, um hinsichtlich definitiver oder provisorischer Erteilung, Entzug, Nichterteilung von Leistungsaufträgen zu entscheiden

Wirtschaftliche Stabilitätskriterien: EBITDA-Marge, Eigenkapitalquote, Reservequote

Im Rahmen der Projektarbeiten wurden weitere finanzbezogene Kenngrössen der Leistungserbringer eruiert. Diese finden sich zur Information im Anhang dieses Konzepts aufgeführt. Festgehalten wurde, dass zukünftig sicherlich eine erhöhte Koordination bei Tarifgenehmigungen zu prüfen und umzusetzen wäre.

Für die Leistungserbringer sind in finanzieller Hinsicht neben fallkostenbezogenen Beiträgen auch weitere kantonale Leistungs- und Investitionsbeiträge von Relevanz.

4.4.3 Zusätzliche kantonale Beiträge an Spitäler

Neben den OKP-Beiträgen gemäss Art. 49a KVG leisten die Kantone teilweise auch weitere Beiträge an die Spitäler:

- Gemeinwirtschaftliche Leistungen
- Investitionen, Kapitalisierungen

Als Basis für eine mögliche zukünftige Umsetzung einer gemeinsamen Spitalplanung erwiesen sich die diesbezüglichen gegenseitigen Informationen der Kantone als wesentlich für die Vertrauensbildung.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) pro Kanton

Die Praxis der am Modellprojekt beteiligten Kantone betreffend GWL ist heute unterschiedlich, da sich auch die gesetzlichen Grundlagen und/oder Versorgungssituationen unterscheiden. Entsprechend sind die Beitragsarten, die Beitragshöhen oder auch das, was unter einem gewissen Begriff subsumiert ist, unterschiedlich.

Aufgrund dieser Unterschiede ist die Vergleichbarkeit der Beitragszahlungen an GWL grundsätzlich schwierig und wenig aussagekräftig, wenn diese anhand von standardisierten Bezugsgrössen (je Einwohner, je Austritt) verglichen würden. Daher ist die nachfolgende **Übersicht über die kantonalen GWL-Gesamtbeiträge mit allergrösster Vorsicht zu interpretieren.**

²⁰ Der Kanton ZH hat diesen Wert bei 4% festgelegt, d.h., ein Spital wird als unwirtschaftlich eingestuft, wenn die schweregradbereinigten Fallkosten den Richtwert um 4% übersteigen. Diese Spitäler sind nur noch provisorisch auf der Spitalliste und ohne Nachbesserung werden sie von der Spitalliste gestrichen.

Tabelle 6: GWL-Beiträge an akutsomatische Spitäler je Kanton (Stand 2022)

| GWL-Ausgaben Kanton Akutsomatik | AR ²¹ | AI | GL | GR (1) | SG | TG ²² |
|--------------------------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Universitäre Lehre und Forschung | 838'000 | 185'000 | 440'000 | 6'000'000 | 19'119'362 | 3'840'000 |
| Kindermedizin | 1'114'000 | 245'000 | 110'000 | | 9'182'646 | 2'650'228 |
| Notfall und Rettung | 1'250'000 | 782'000 | 1'350'000 | 4'100'000 | 7'195'000 | 2'132'000 |
| übrige | 286'000 | | 1'800'000 | 21'900'000 | 4'4462'000 | 5'325'000 |
| Gesamtergebnis | 3'488'000 | 1'212'000 | 3'700'000 | 32'000'000 | 39'959'008 | 13'947'228 |

(1) Hinweis GR: zusätzlich Kostenbeteiligung 10% durch Träger Gesundheitsversorgungsregionen

Investitionen, Kapitalisierungen

Die Spitallandschaft in der Schweiz hat sich in den letzten zwanzig Jahren stark verändert, verschiedene Spitäler in öffentlichem Eigentum wurden verselbstständigt, teilweise bereits seit dem Jahr 2000. Seit 1. Januar 2012 liegt die Finanzierung der Spitalinfrastrukturen neu in der Verantwortung der Spitäler (Art. 49 KVG). Aufgrund dieser Änderung haben einige Kantone hinsichtlich der Spitäler in ihrem (Teil-)Eigentum die Eigentumsregelungen überprüft und Eigentum, Investitionen und ggf. Kapitalisierungen neu geregelt. Periodisch werden diese teilweise auch bis heute überprüft und angepasst. Zu beachten gilt:²³

- Die Ubertragungskonditionen sind unterschiedlich: Übertragung der Liegenschaft als Sacheinlage zu Eigenkapital oder als Darlehen mit unterschiedlichen Ausprägungen von Amortisationspflicht, Zinssatz und Rangfolge.
- Die gesetzlichen Regelungen und Möglichkeiten der Spitäler einerseits sowie der Kantone andererseits hinsichtlich finanzbezogener Unternehmensentscheide der Spitäler sind unterschiedlich (bspw. gesetzliche Regelungen, Eigentümerstrategie, Zusammensetzung strategische Steuerungsgremien).

Die Darlegung entsprechender Informationen würde dazu beitragen, dass die Kantone gegenseitig Transparenz haben, um sowohl informiert als auch vertrauensvoll beurteilen zu können, ob zwischen den Spitälern gleich lange Spiesse bestehen und somit eine faire und vergleichbare gemeinsame Spitalplanungsausgangslage besteht. Dies ist v.a. dann von Relevanz, wenn im Rahmen der Vergabekriterien die Wirtschaftlichkeit beurteilt wird. Da die Erfassung diesbezuglicher Informationen aber pro Spital erfolgen müsste, ist dies mit relativ hohem Aufwand verbunden. Die Kosten-Nutzen-Abwägung führte dazu, die diesbezuglichen Informationen im Rahmen des Projekts nicht vorzunehmen.

Für den Kanton St.Gallen ist in diesem Zusammenhang folgende Richtigstellung von Relevanz, da insbesondere gegenüber der wirtschaftlichen Situation des Kantonsspitals St.Gallen seitens anderer Kantone Besorgnis besteht, v.a. auch weil dessen regionale Versorgungsrolle in einer zukünftigen gemeinsamen Spitalversorgung weiter gestärkt würde: Der Kanton St.Gallen zahlt keinem Spital Investitionsbeiträge. Teilweise werden verzinsliche und rückzahlbare Darlegungen gewährt. Aktuell nimmt der Kanton St.Gallen eine Eigenkapitalaufstockung bei den Spitälern in seinem Eigentum vor; dies wirkt sich auf die Bilanz aus, jedoch kaum auf die Erfolgsrechnung und entsprechend auch kaum auf die zentrale Wirtschaftlichkeitsvariable, die schweregradbereinigten Fallkosten der Leistungserbringer. Ebenfalls seien Kapitalmassnahmen im Zuge von Spitalschliessungen zu berücksichtigen, wollte man ein umfassendes Finanzbild erhalten.

²¹ Ausnahmsweise ausserordentliche Zahlungen an den Spitalverbund SVAR sind nicht enthalten.

²² Kanton Thurgau: inkl. Beiträgen an Spitäler für ambulante Massnahmen zu Geriatrie und Demenz sowie Palliative Care wie mobile Einheiten Geriatrie Plus, Palliative Plus, Assessment- und Triage-Zentrum Geriatrie, aufsuchende Demenzberatung.

²³ Vgl. PWC 2012.

4.4.4 Finanzierung ausserkantonale Hospitalisationen innerhalb und ausserhalb des Spitalplanungsraums Ost (Referenztarife)

Gemäss Art. 41bis KVG können Patientinnen und Patienten für die stationäre Behandlung unter jenen Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste des Wohnkantons oder jener des Standortkantons (Listenspital) aufgeführt sind.

Dabei ist zu beachten, dass die volle Kostendeckung durch die Grundversicherung und den Wohnortkanton übernommen wird, wenn:

- das Spital auf der Spitalliste des Wohnortkantons ist;
- das ausserkantonale Spital auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt ist und der Tarif tiefer als der betreffende Referenztarif ist;
- eine Kostengutsprache des Wohnortkantons (z.B. aus medizinischen Gründen) vorliegt. Medizinische Gründe liegen vor:
 - bei einem Notfall (z.B. akutes Ereignis tritt ausserkantonale auf und die zu behandelnde Person ist nicht transportfähig);
 - wenn die Behandlung im Wohnortkanton nicht verfügbar ist.

Ausserhalb der kantonalen Spitalliste übernehmen Krankenversicherer und Wohnkanton die Vergütung der stationären Behandlung höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (= Referenztarif). Die Referenztarife werden auf der Basis der genehmigten oder hoheitlich festgesetzten Tarife der Leistungserbringer von den Kantonen festgelegt. Die Tarife der Leistungserbringer und damit auch die Referenztarife der Kantone der Modellregion Ost haben sich in den letzten Jahren immer mehr angenähert.

Im Rahmen des Projekts wurde berechnet, welche finanziellen Auswirkungen einer gemeinsamen Spitalliste mit freier Spitalwahl innerhalb der Region Ost bestehen würden.²⁴

Das aufgrund der Patientenströme und der Finanzaufgaben 2019 simulierte Ergebnis zeigt, dass für die Kantone der Region Ost Mehrkosten im Bereich von 0,1% resultieren würden.

Die Modellplanung kann die Veränderung der Patientenströme infolge der Ausweitung der freien Spitalwahl bei voller Kostendeckung auf die gesamte Region Ost nicht abschätzen. Mindestens kann festgehalten werden, dass die interkantonalen Patientenströme seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 in den Kantonen der Region Ost zugenommen haben.

²⁴ Für Spitälern von Drittkantonen (z.B. Zürich) käme weiterhin ein Referenztarif zur Anwendung.

5 Konkrete Modellvarianten

5.1 Überblick über die Modellvarianten

In Anwendung des Modells Spitalplanung Akutsomatik Ost gemäss Kapitel 4.2 wurden zwei Modellvarianten erarbeitet. Die Auswirkungen der beiden Varianten wurden anhand der konkret vorliegenden statistischen Daten gemäss Obsan-Versorgungsbericht detailliert simuliert.

Daraus resultierten in einem ersten Schritt zwei Modellvarianten:

- Modellvariante 1: koordinierte und konzentrierte Spitalplanung Ost, mit Mindestfallzahlen
- Modellvariante 2 (2a): koordinierte Spitalplanung Ost, ohne Mindestfallzahlen

Die beiden Modellvarianten sind in Reinkultur in Kapitel 5.2 beschrieben und bewertet.

Diese beiden Modellvarianten führten in den Monaten Dezember 2021 bis Mai 2022 innerhalb des Projektteams, im Gespräch mit den Expertinnen und Experten und im Lenkungsausschuss zu einer kontroversen Beurteilung. Auf der Suche nach möglichen Kompromissen wurden in einem zweiten Schritt in der letzten Projektphase zwischen Mai und Juli 2022 zwei weitere Modellvarianten entwickelt:

- Modellvariante 1Plus: koordinierte und konzentrierte Spitalplanung Ost, mit Mindestfallzahlen und einem expliziten Kooperationsfokus
- Modellvariante 2b: koordinierte Spitalplanung Ost, mit Mindestfallzahlen

5.2 Beschreibung Modellvarianten 1 und 2

Für die Modellvariante 1 «Koordinierte und konzentrierte Spitalplanung Ost, mit Mindestfallzahlen» und die Modellvariante 2 «Koordinierte Spitalplanung Ost, ohne Mindestfallzahlen» wurden die Eignungs- und Zuteilungskriterien wie nachfolgend dargestellt eingesetzt.

Tabelle 7: Überblick über Ausgestaltung der Kriterien je Modellvariante

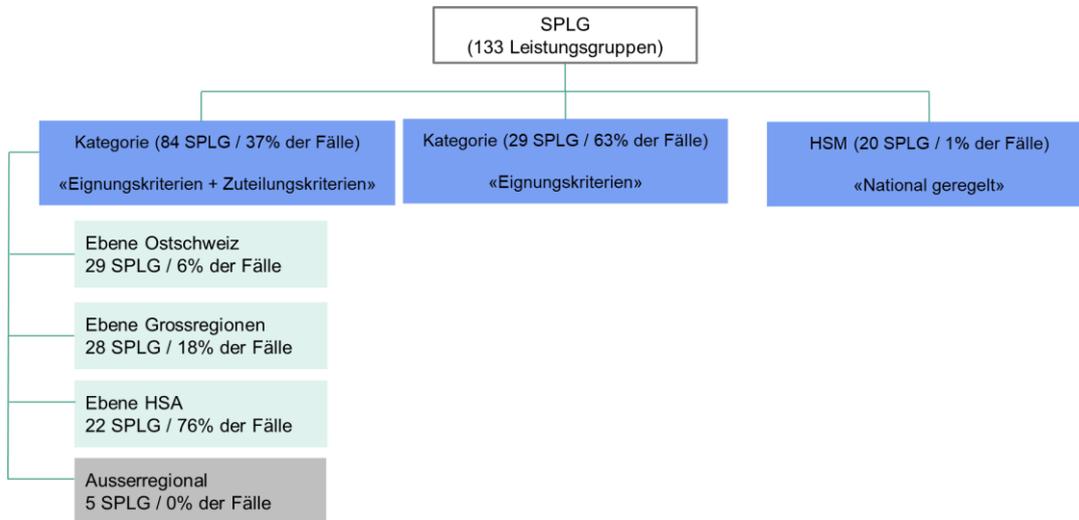
| Kriterien | Modellvariante 1 | Modellvariante 2a | Modellvariante 2b |
|--|---|---|---|
| Eignungskriterien (SPLG-spezifische Kriterien) | ja | | |
| Absolute Fallzahlen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ seltene Leistungen ▪ häufige Leistungen ▪ Grundversorgungsleistungen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesamtregion Ost (Fallzahlen < 100) ▪ 3 Ost-Grossregionen (Fallzahlen Region Ost 100–499) ▪ 19 HSA-Regionen (Fallzahlen Region Ost > 500) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesamtregion Ost (Fallzahlen < 50) ▪ 3 Ost-Grossregionen (Fallzahlen Region Ost 50–499) ▪ 19 HSA-Regionen (Fallzahlen Region Ost > 500) | |
| Mindestfallzahlen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ja (Ø zwei Jahre) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ nein | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ja (Ø zwei Jahre) |
| Versorgungsrelevanz: Schwellenwerte für die Beurteilung pro HSA-Region | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Status quo: Erhalt des heutigen Angebots | | |
| Versorgungsrelevanz: Schwellenwert pro Ost-Grossregion | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 10 Fälle und ≥ 30% Lokalisationsindex in der jeweiligen Grossregion oder ≥ 250 Fälle <p><u>Ausnahme</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 1 Fall und ≥ 15% Lokalisationsindex in der jeweiligen Grossregion oder ≥ 250 Fälle <p><u>Ausnahme</u></p> | |

| Kriterien | Modellvariante 1 | Modellvariante 2a | Modellvariante 2b |
|--|--|---|-------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn kein Leistungserbringer in der Grossregion das Kriterium erfüllt, kann in der Grossregion dennoch ein Leistungserbringer in Betracht gezogen werden, insb. wenn der Lokalisationsindex $\geq 30\%$ erreicht wird | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn kein Leistungserbringer in der Grossregion das Kriterium erfüllt, kann in der Grossregion dennoch ein Leistungserbringer in Betracht gezogen werden, insb. wenn der Lokalisationsindex $\geq 15\%$ erreicht wird | |
| Versorgungsrelevanz: Schwellenwerte pro <u>Gesamregion Ost</u> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 10 Fälle oder $\geq 30\%$ Lokalisationsindex in der Gesamtregion Ost <p><u>Ausnahme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn kein Leistungserbringer das Kriterium erfüllt, kann dem Leistungserbringer mit dem grössten Lokalisationsindex ein Leistungsauftrag erteilt werden ▪ Ausgenommen in folgenden SPLG wird ein Leistungsauftrag ausserhalb der Region Ost erteilt: TPL6 und TPL7, PLC1, AUG1.1, HER1.1.2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 1 Fall (oder $\geq 15\%$ Lokalisationsindex in der Gesamtregion Ost) | |
| Versorgungsrelevanz: Zuteilung ausserhalb Region Ost | <ul style="list-style-type: none"> ▪ $\geq 10\%$ Versorgungsanteil der Bevölkerung der Region Ost bzw. Grossregion/HSA-Region entsprechend der Einteilung der Leistungsgruppe (Leistungserbringer hat mit diesem Versorgungsanteil eine hohe faktische Bedeutung für die Patientinnen und Patienten der Region Ost bzw. einer bestimmten Grossregion/HSA-Region innerhalb der Region Ost) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ $\geq 10\%$ Versorgungsanteil der Bevölkerung der Region Ost bzw. Grossregion/HSA-Region entsprechend der Einteilung der Leistungsgruppe (Leistungserbringer hat mit diesem Versorgungsanteil eine hohe faktische Bedeutung für die Patientinnen und Patienten der Region Ost bzw. einer bestimmten Grossregion/HSA-Region innerhalb der Region Ost) | |
| Erreichbarkeit (bodengebunden) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundversorgung und dringliche Notfalleingriffe innerhalb von 30 Minuten ▪ Dringliche Notfalleingriffe zwischen 30 und 60 Minuten ▪ Planbare Wahleingriffe > 60 Minuten | | |

Die Schwellenwerte für die Kalibrierung der Modellvarianten wurden empirisch und diskursiv aufgrund der Patientenströme und der Ausgestaltung der Modell-Ost-Region hergeleitet und festgelegt. Das Kriterium der Erreichbarkeit für Leistungen der Grund- und Notfallversorgung wird prioritär gewichtet. In SPLG-Bereichen, in denen die Erreichbarkeit eines Spitals für die Bevölkerung nicht gewährleistet ist, kann einem Spital auch unabhängig von der Erfüllung von Mindestfallzahlen ein Leistungsauftrag erteilt werden, sofern die weiteren leistungsspezifischen Anforderungen erfüllt sind.

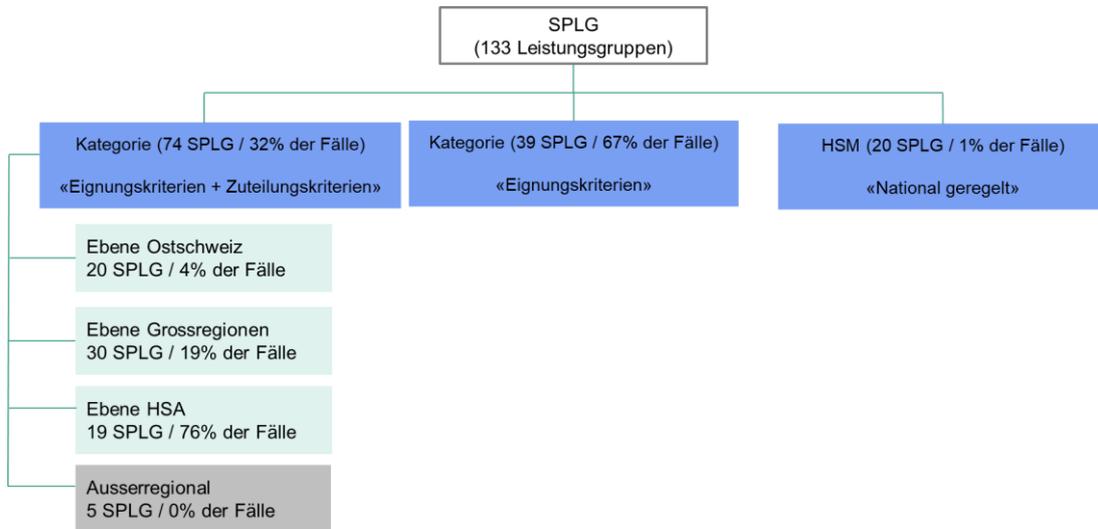
In der Anwendung dieser Eignungs- und Zuteilungskriterien führen diese Modelle zu den nachfolgenden Versorgungsausgestaltungen.

Abbildung 5: Ausgestaltung Modellvariante 1



Die Modellvariante 1 beinhaltet eine Bündelung von Kompetenzen und Expertise. Erstens werden mehr SPLG der Kategorie «Eignungskriterien + Zuteilungskriterien» zugeteilt. Zweitens sollen innerhalb der Kategorie «Eignungskriterien + Zuteilungskriterien» spezialisierte und seltene Behandlungen entweder in einer der drei Ost-Grossregionen oder in der Gesamtregion Ost erfolgen. Drittes soll innerhalb der Region Ost eine Konzentration gewisser seltener und (hoch) spezialisierter Leistungen in den drei Kantonsspitalern der Kantone Graubünden, St.Gallen und Thurgau erfolgen, um dort die nötigen Kompetenzen zu bündeln und eine interprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung, in der sich immer stärker spezialisierende Medizin sicherstellen zu können. Dabei erfüllt das Kantonsspital St.Gallen innerhalb der drei Spitäler eine nochmalige Zentrumsfunktion innerhalb der spezialisierten Versorgung. Hauptziel dieser Modellvariante ist es, die Grundversorgung dezentral sicherzustellen und gleichzeitig die Kräfte und Kompetenzen bzgl. spezialisierter und/oder seltener Behandlungen zu bündeln. Damit kann dem Mangel an medizinischen Fachpersonen zumindest entgegenge wirkt werden. Bei dieser strukturierenden Herangehensweise wird das heutige Nutzungsverhalten der Bevölkerung mitbeachtet (Inanspruchnahme der Spitalleistungen und Lokalisationindex) und ein besonderer Fokus auf Spezialisierung und Qualität durch Routine und Erfahrung gelegt (Mindestfallzahlen). Kurz auf einen Nenner gebracht: «Alle machen das, was sie gut können, und nicht mehr alle so viel wie möglich.» Dadurch können auch Vorhalteleistungen gebündelt werden und es werden Voraussetzungen geschaffen, um die Leistungen in der hochspezialisierten Medizin durch ein Mindestmass an Leistungsvolumen langfristig in der Region Ost sicherzustellen. Einerseits können die notwendigen Investitionen in spezielle Infrastruktur aufgrund des medizinischen Fortschritts konzentrierter erfolgen, womit Skaleneffekte dadurch genutzt werden können. Andererseits kann die für hochspezialisierte Medizin notwendige hohe Auslastung in den Zentrums- oder Schwerpunktspitalern eher sichergestellt werden. Die Anzahl Leistungsaufträge einzelner Spitäler in der Region Ost vermindert sich gegenüber heute bzw. es findet eine Bündelung der Leistungsaufträge statt. Damit erfolgt eine Harmonisierung und Standardisierung des Umfangs der Leistungsaufträge.

Abbildung 6: Ausgestaltung Modellvariante 2 (2a)



Die Modellvariante 2 (2a) entspricht einem dezentraleren und weniger konzentrierenden Ansatz als die Variante 1. Das Hauptziel ist eine minimale Strukturierung. Erstens werden im Gegensatz zur Variante 1 mehr SPLG der Kategorie «Eignungskriterien» zugeteilt (+10) und zweitens werden die SPLG innerhalb der Kategorie «Eignungskriterien + Zuteilungskriterien» wenn immer möglich der kleinräumigen geografischen Einheit zugeordnet. Leistungen erbringen alle jene Leistungserbringer, die dies beabsichtigen und die generellen Vergabekriterien (Kapitel 4.3) wie die Eignungskriterien (die leistungsspezifischen Anforderungen) erfüllen.

Es kommen keine Mindestfallzahlen zur Anwendung. Kurz auf einen Nenner gebracht: «Viele machen vieles.» Diese Variante orientiert sich eher an der heutigen Situation und berücksichtigt die heutige Versorgungspraxis stärker. Die Spitalplanung Ost wird, wie auch die Modellvariante 1, um nicht genutzte Leistungsaufträge (ca. ein Drittel aller heutigen Leistungsaufträge) bereinigt und beinhaltet eine klare Verpflichtung zur koordinierten Spitalplanung und zur gemeinsamen Weiterentwicklung entlang der formulierten Leitsätze für die Spitalversorgung Ost.

5.3 Weiterentwicklung zu den Modellvarianten 1plus und 2b

Modellvariante 1 und Modellvariante 2 führten zu folgenden Kontroversen und Kritikpunkten:

- Unterschiedliche Haltungen gegenüber Nutzen/Nichtnutzen des Einsatzes von Mindestfallzahlen
- Unterschiedliche Haltungen gegenüber der geografischen Konzentration auf Ebene Gesamtregion Ost und Ost-Grossregionen
- Unzureichende Beachtung der Entwicklungen und Möglichkeiten, welche sich mit kooperativen Arbeitsformen ergeben (mit und ohne Berücksichtigung auch neuer digitaler Entwicklungen)
- Unzureichende Beachtung der demografischen und motivationalen Veränderungen bei den Fachkräften (Stichworte wie Sicherstellung qualifizierter Fachkräftressourcen, Weiterentwicklung Attraktivität von Arbeitsplätzen, Förderung von Aus- und Weiterbildung)

Aus dieser Diskussion wurden die zwei bestehenden Modellvarianten weiterentwickelt in eine Modellvariante 1plus und eine Modellvariante 2b.

Modellvariante 1plus

Koordinierte und konzentrierte Spitalplanung Ost, mit Mindestfallzahlen und einem expliziten Kooperationsfokus

Mit einer expliziten Förderung kooperativer Möglichkeiten²⁵ sollten die als negativ erachteten Effekte aus der Modellvariante 1 abgeschwächt werden. Beispielsweise können Spitäler, welche aufgrund der Mindestfallzahlen einen Leistungsauftrag nicht erhalten, diesen dennoch erhalten, wenn sie mit einem Spital, welches die Mindestfallzahlen erfüllt, kooperieren. Mit Kooperationen für Leistungserbringer sollen Anreize geschaffen werden, dass kreative Leistungsmodelle zugunsten einer hohen Behandlungsqualität, Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit entwickelt und umgesetzt werden. Damit können Kompetenzen innerhalb eines Netzwerkes geteilt und weitergegeben werden. Ziel soll sein, durch Kooperationen den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten insbesondere nach Behandlungsnähe in der Versorgungsregion gerecht werden zu können. Durch eine eher zentrale Bereitstellung von Leistungen und gleichzeitiger Förderung von (auch dezentralen) Kooperationen kann dem Mangel an medizinischem Fachpersonal zumindest entgegengewirkt werden. Unter anderem wird bei Kooperationen vermutlich auch das Potenzial von Telemedizin in Zukunft eine Rolle spielen. Weiter bringt eine Vernetzung von Spitälern auch Spielraum für innovative Geschäftsmodelle und trägt langfristig zur Integrierten Versorgung bei.

Zentral ist, dass der Kooperationspartner für sich alleinstehend und integral alle Eignungskriterien inkl. Mindestfallzahlen erfüllen muss. Mittels Kooperationen sollen daher die als nachteilig wahrgenommene teilweise Zentralisierung und Verdichtung von Angeboten auf einzelne Leistungserbringer in Modellvariante 1 abgedeckt werden. Die Wichtigkeit von Kooperationen in der zukünftigen Gesundheitsversorgung wurde insbesondere auch von den Expertinnen und Experten betont. Die genauen Modalitäten der Anforderungen an die Kooperationen müssen noch entwickelt werden.

Die Modellvariante 1plus bestach derart, dass die Modellvariante 1 verworfen wurde. Da die Kooperationseffekte jedoch nicht vorhersehbar und somit nicht abschätzbar sind, kann keine Beurteilung betreffend Fallverschiebung vorgenommen werden.

Modellvariante 2b

Koordinierte Spitalplanung Ost, mit Mindestfallzahlen

Die Modellvariante 2b funktioniert identisch wie Modellvariante 2 (neu 2a), die Abbildung 6 gilt entsprechend. Jedoch werden bei der Zuteilung der SPLG auch Mindestfallzahlen analog der Verwendung in Modellvariante 1 einbezogen. Es handelt sich sozusagen um eine eher wenig regulierte, dezentrale Versorgungsvariante, die aber aus Qualitätsgründen das für mehrere Kantone relevante Kriterium der Mindestfallzahlen aufnimmt.

Die Möglichkeit zur Kooperation besteht grundsätzlich auch bei den Modellvarianten 2 und 2b. Namentlich bei der Modellvariante 2, die ohne Mindestfallzahlen auskommt, wird der damit verbundene Anreiz jedoch als eher tief eingeschätzt.

5.4 Wirkung der Modellvarianten

Auf Basis der Modellvarianten liessen sich simulierte Spitallisten für die Modellvariante 1, die Modellvariante 2 (2a) und die Modellvariante 2b erstellen. Die Spitalliste Variante 1plus konnte nicht simuliert werden, da zum heutigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden kann, wie sich

²⁵ Vgl. weiterführende Darlegungen zu «Kooperation» im Kapitel 6.2.

die Kooperationen ausgestaltet werden, diese hängen von den konkreten Kooperationsvorschlägen der Leistungserbringer ab. Nachfolgend ist die Wirkung der Modellvarianten in quantitativer wie auch qualitativer Hinsicht beschrieben.

5.4.1 Quantitative Wirkung in Bezug auf die Fallzahlen

Die Wirkung der Modellvarianten in Bezug auf die Fallzahlen lassen sich anhand von simulierten Verschiebungen von Fällen darstellen. Die Effekte hängen massgeblich vom Einsatz von Mindestfallzahlen und vom Ausmass an regionaler Konzentration ab.

Vorwegzunehmen gilt, dass die Verschiebungen von Fällen bei der Variante 1plus (inkl. Kooperationen) nicht berechnet werden können, weil heute nicht abgeschätzt werden kann, zwischen welchen Spitälern allenfalls zukünftige Kooperationen bestehen.

Die Modellvarianten wurden mit den vom Obsan im Versorgungsbericht Spitalversorgung Modell Ost (2021) verwendeten Versorgungsdaten auf ihre Realisierbarkeit und mögliche Wirkung hin in mehreren Diskussionsrunden durch das Projektteam diskutiert und geprüft sowie mit den Expertinnen und Experten validiert. Die Effekte zeigen, dass aufgrund der neuen Strukturierung der Leistungsaufträge teilweise einzelne Spitäler Leistungen nicht mehr anbieten könnten. Die nachfolgende Tabelle zeigt die simulierten kumulierten Verschiebungen der Fälle der Leistungserbringer zusammengefasst nach Kanton mit den Daten 2019.

Die Analyse zeigt, dass die Leistungserbringer in den Kantonen unterschiedlich betroffen sind. Die Verschiebung bedeutet nicht, dass es insgesamt auf die kurze Frist weniger Hospitalisierungen der Region-Ost-Bevölkerung gibt, sondern dass die Leistungen in einem anderen Spital in Anspruch genommen würden. Nachfolgende Tabelle zeigt, dass alle Kantone und die dort tätigen Spitäler «Fälle abgeben müssen». Konkret heisst dies: Diese Hospitalisationen können auch zukünftig stattfinden, sie sind aber nicht mehr nach der Kantonsoptik geplant, sondern mit einer regionaleren Perspektive. Anzumerken gilt, dass aufgrund der Möglichkeit von Kooperationen die Verschiebungen in der Variante 1plus (Variante 1 inkl. Kooperationen) voraussichtlich geringer ausfallen werden als in der Variante 1 dargestellt, da im Rahmen der Projektarbeiten durchaus Bereitschaft zur Intensivierung von Kooperationen signalisiert wurde.

Tabelle 8: Fallbezogene Wirkung Umsetzung Spitalversorgung Modell Ost gemäss Varianten Spitalplanung Akutsomatik

| 1) | Fallzahlen | Verschiebung von Fällen aufgrund Modellanwendung | | |
|-----------------------|----------------|--|-------------|-------------|
| | Total | Variante 1 (ohne Kooperationen) | Variante 2a | Variante 2b |
| AI 2) | – | – | – | – |
| AR | 11'844 | –91 | –14 | –41 |
| GL | 4'605 | –78 | –36 | –66 |
| GR | 34'433 | –168 | –18 | –91 |
| SG | 75'403 | –207 | –10 | –213 |
| TG | 31'963 | –104 | –13 | –78 |
| Gesamtergebnis | 158'248 | –648 | –91 | –489 |

1) Medizinische Statistik 2019, Stand Auswertungen 9.7.2022.

2) Im Kanton AI besteht kein Spitalangebot, weshalb hier keine Fälle aufgeführt sind.

Die fallbezogenen Verschiebungen gemäss dem Modell Ost im Jahr 2019 betragen in ihrer maximalen Ausprägung, die aufgrund von **Modellvariante 1** anfällt, 0,4% des Totals aller Fälle der Region Ost. Für die Kantone stellen die Veränderungen folgenden prozentualen Anteil dar: AI: keine Veränderung, AR: 0,8%, GL: 1,7%, GR: 0,5%, SG: 0,3%, TG: 0,3%. Betrachtet man in der Anwendung der Modellvarianten ausschliesslich den Effekt der Mindestfallzahlen, so zeigt sich, dass diese für folgende Verschiebungen bezogen auf die Gesamtfallzahlen bei Modellvariante 1 verantwortlich wären, sofern keine Kooperationen zustande kämen: AR:

0,2%, GL: 0,8%, GR: 0,2%, SG: 0,2%, TG: 0,2%.²⁶ Neben den absoluten Fallzahlen und den Mindestfallzahlen sind die Zuteilungskriterien Versorgungsrelevanz/Lokalisationsindex und Erreichbarkeit für Fallverschiebungen verantwortlich.

Diese quantitative Wirkung der Umsetzung der stationären Spitalplanung Akutsomatik gemäss Spitalversorgung Modell Ost zeigt den evolutiven Charakter einer gemeinsamen Spitalversorgung in der Region Ost auf. Die Fallverschiebungen sind sehr begrenzt. Mit der Schaffung gemeinsamer Planungskriterien wird aber die Grundlage für die Entwicklung von nachhaltigen Lösungen gelegt.

Die qualitative Beurteilung der Wirkung der Modellvarianten findet sich in nachfolgender Tabelle zusammengestellt.

5.4.2 Qualitative Wirkung

Die qualitative Wirkungseinschätzung erfolgt entlang der im Projektauftrag formulierten Wirkungsbereiche.

Tabelle 9: Wirkung der Modellvarianten Spitalplanung Akutsomatik Ost

| Wirkungsbereiche | Konkrete Effekte | | |
|---|---|--|---|
| | Modellvariante 1plus | Modellvariante 2a | Modellvariante 2b |
| Wirkungen im Allgemeinen | <ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung der Versorgungssicherheit durch Einhaltung der Vorgaben von KVG, KVV, der Empfehlungen GDK für die Spitalversorgung, der gemeinsamen Vergabekriterien sowie der Eignungskriterien bzgl. SPLG Bündelung kantonaler Ressourcen durch gemeinsame Weiterentwicklung der Spitalversorgung Ost, unter Berücksichtigung der gemeinsamen Leitsätze der Spitalversorgung Modell Ost Angleichung der verschiedenen Spitäler bzgl. ihres Leistungsspektrums in der Region Ost Stärkung der überregionalen Koordination von Leistungsaufträgen und aller damit verbundenen formellen, materiellen und prozessbezogenen Themenstellungen | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Bündelung von Kompetenzen und Expertise aufgrund von MFZ und Konzentration in Zentren Explizite Erwünschtheit von Kooperationen zwischen Leistungserbringern und über Spitalstandorte hinweg (Fokus: kreative Weiterentwicklung von Versorgung und Behandlung) | <ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung möglichst hoher Autonomie der Leistungserbringer in der Behandlung Stärkung eines wettbewerbsorientierten Spitalsystems mit möglichst wenigen Planungseingriffen | <ul style="list-style-type: none"> Moderate Bündelung von Kompetenzen aufgrund MFZ |
| Zugang der Patient:innen zur Behandlung innert nützlicher Frist | <ul style="list-style-type: none"> Dezentraler Zugang zu Grundversorgungs- und Notfalleleistungen gewährleistet Versorgung bzgl. spezialisierter und seltener Behandlungen gewährleistet Wahlfreiheit wird erhöht, da eine umfassende, koordinierte Spitalliste Ost besteht | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> In einzelnen SPLG längere Anfahrtswege Evtl. Sorgen in Bezug auf Behandlungsangebot vor Ort Durch die Bündelung von Leistungen wird langfristig | <ul style="list-style-type: none"> Kaum Veränderung gegenüber heute | <ul style="list-style-type: none"> Abgeschwächter Effekt gemäss Modellvariante 1 |

²⁶ Gezählt wurden die Fälle von SPLG aus dem Jahr 2019, bei welchen die Leistungserbringer die Mindestfallzahlen nicht erreichten und im Jahr 2019 hierfür einen Leistungsauftrag innehatten.

| Wirkungsbereiche | Konkrete Effekte | | |
|--|---|--|--|
| | Modellvariante 1plus | Modellvariante 2a | Modellvariante 2b |
| | sichergestellt, dass in der Region Ost spezialisierte und hochspezialisierte medizinische Leistungen angeboten werden können | | |
| Qualität Spitalversorgung | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewährleistung der Grundversorgung in der gesamten Region Ost, auch in peripheren Gebieten | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungsqualität ist durch Bündelung von Kompetenzen eher sichergestellt ▪ Interprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung wird sichergestellt ▪ Spezialisierte Medizin kann durch Bündelung von Fällen und das Erreichen einer gewissen Auslastung in der Region Ost langfristig sichergestellt werden | | |
| Auswirkung auf die Leistungserbringer und ihr Leistungsangebot | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereinigung der heutigen Spitallisten: Viele Spitäler verfügen über Leistungsaufträge, innerhalb deren sie pro Jahr keine oder nur sehr wenige Fälle (0–9 pro Jahr) behandeln ▪ Kooperationen erhalten eine neue Bedeutung, v.a. bei Modellvariante 1plus; sie können aber analog auch bei den Modellvarianten 2a und 2b besonders hervorgehoben werden ▪ Gleichbehandlung der Spitäler in der Region Ost hinsichtlich Möglichkeit, Leistungsaufträge zu erhalten | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konzentration der Leistungsaufträge; damit pro Spital ggf. Verlust von Leistungsaufträgen mit ggf. Ertragsverlusten oder Attraktivitätsverlusten als Arbeitgebende (Effekt kann durch Kooperation in Variante 1plus abgeschwächt werden) ▪ Durch Kooperationen können attraktive und innovative Arbeitsmodelle für das Fachpersonal etabliert werden ▪ Bündelung von Kompetenzen, indem spezialisierte und seltene Behandlungen in einer der drei Grossregionen oder mindestens in einem Spital in der Gesamtregion Ost erbracht werden ▪ Durch Kooperationsfokus Möglichkeit zur vielseitigen Leistungserbringung | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungsangebot bleibt in etwa gleich wie heute | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konzentration einzelner Leistungsaufträge ▪ Abgeschwächte Wirkung gemäss Modellvariante 1 |

| Wirkungsbereiche | Konkrete Effekte | | |
|---|--|--|--|
| | Modellvariante 1plus | Modellvariante 2a | Modellvariante 2b |
| Fachkräftebedarf/ Fachkräftemangel | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Knappe Ressource des ärztlichen Fachpersonals kann gebündelt und zielgerichtet eingesetzt werden. Es besteht die Annahme, dass dadurch die Aus- und Weiterbildung gestärkt werden kann; Minderheitsmeinungen gehen davon aus, dass dadurch, dass gewisse Leistungen dezentral nicht mehr angeboten werden können, die Attraktivität von Arbeits- und Ausbildungsort sinkt | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kaum Veränderung gegenüber heute ▪ Knappe Ressource des ärztlichen Fachpersonals wird sich voraussichtlich akzentuieren | |
| Sicherstellung des Anschlusses an den medizinisch-technischen Fortschritt | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch Bündelung Konzentration kostenintensiver Entwicklungen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch intensiveren Wettbewerb sind die Spitäler zu stärker innovativem Verhalten angehalten | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mischung Wirkung Modellvarianten 1 und 2a |
| Wirtschaftlichkeit Spitalversorgung | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unmittelbar kaum wirtschaftliche Effekte feststellbar | | |
| | <p>Potenzial für mittelbar mögliche Effekte, aufgrund der Konzentration von Leistungen, die aufgrund des medizinischen Fortschritts auch weiterhin spezialisierter werden. Dadurch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skaleneffekte können durch eine gewisse Menge an gleichen Leistungen eher genutzt werden ▪ Konzentration von Vorhalteleistungen und Investitionen in spezielle Infrastruktur ▪ Erhöhung der Auslastung und damit Einfluss auf Kostenstruktur und Einnahmen | | |
| Finanzielle Auswirkungen auf die einzelnen Kantone | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kostenausweitung im Promille-Bereich durch die regionale freie Spitalwahl ohne Referenztarife, was voraussichtlich die Patientenströme an das KSSG leicht erhöht (das KSSG verfügt einen im innerregionalen Vergleich etwas höheren Referenztarif) ▪ Leichte Kosteneinsparung aufgrund einer möglichen Reduktion der Eingriffe, weil ein gewisses Überangebot abgebaut wird ▪ Evtl. Druck auf den Standortkanton zur Übernahme | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine finanziellen Auswirkungen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kostenausweitung im Promille-Bereich durch die regionale freie Spitalwahl ohne Referenztarife, was voraussichtlich die Patientenströme an das KSSG leicht erhöht (das KSSG verfügt einen im innerregionalen Vergleich etwas höheren Referenztarif) |

| Wirkungsbereiche | Konkrete Effekte | | |
|--|---|--|--|
| | Modellvariante 1plus | Modellvariante 2a | Modellvariante 2b |
| | von Ertragsverlusten oder Defiziten aufgrund des Wegfalls von Leistungsaufträgen | | |
| Finanzielle Auswirkungen auf die einzelnen Leistungserbringer | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grössere Einbusse an Leistungen für Leistungserbringer, <ul style="list-style-type: none"> - die heute – teilweise aufgrund ihrer Qualität oder aufgrund ihrer Bedeutung für den Tourismus – auch einen hohen Anteil ausserkantonalen Patient:innen anziehen (bspw. Flury Stiftung, Schiers)²⁷ - die heute über ein sehr grosses Spektrum an Leistungsaufträgen verfügen, die Anzahl Fälle in einzelnen Bereichen dies in dieser Modellvariante jedoch nicht rechtfertigt | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weitestgehend Weiterführung heutiger Situation. Es handelt sich um ca. ein Drittel der Leistungsaufträge von einem Total von heute 1'813 Leistungsaufträgen in der Region Ost, welche entfallen ▪ Im Vergleich zu Modell 1 können sich bestehende und neue Leistungserbringer etwas freier weiterentwickeln | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abgeschwächte Wirkung von Modellvariante 1 |
| Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenversicherungsprämien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modellrechnungen zeigen kaum Auswirkungen auf Kosten | | |
| Auswirkungen auf die Integrierte Versorgung (stationär-ambulant, Schnittstellen Gesundheit/Soziales) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch Bevorzugung von innerregionalen Leistungsaufträgen gegenüber ausserregionalen Leistungsaufträgen wird die Integrierte Versorgung Ost gestärkt ▪ Aufgrund Leitsatz 1 besteht ein gemeinsamer Wille der Ost-Kantone, die Spitalversorgung als Bestandteil einer breiter verstandenen Integrierten Versorgung zu verstehen; die Weiterentwicklungsthemen gemäss evolutivem Charakter berücksichtigen dies | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spezialisierte Behandlungen und evtl. auch damit verbundene ambulante Vor- und Nachbehandlungen sind ggf. heute teilweise weiter entfernt ▪ Durch Kooperationen kann die Integrierte Versorgung gefördert werden | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorhandene Versorgungsnetze bleiben bestehen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abgeschwächte Wirkung von Modellvariante 1 |
| Juristische Konsequenzen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es bleibt ein gewisser Ermessensspielraum bei der Zuteilung der SPLG, dies könnte ggf. gerichtlich angefochten werden; das diesbezügliche Risiko wird aus zwei Gründen gering geschätzt: 1. viele Kantone wenden bereits heute Mindestfallzahlen in der Spitalplanung an; 2. viele nicht mehr erteilte Leistungsaufträge betreffen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kaum Konsequenzen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wirkung abgeschwächt ähnlich wie in Modellvariante 1 |

²⁷ Wo es die Patientenzahlen rechtfertigen, könnten im Modell Ausnahmen vorgenommen werden. Oftmals zeigen die Patientenzahlen aber, dass die Patient:innen ein anderes Angebot bevorzugen.

| Wirkungsbereiche | Konkrete Effekte | | |
|------------------|---|-------------------|-------------------|
| | Modellvariante 1plus | Modellvariante 2a | Modellvariante 2b |
| | Leistungsaufträge, zu welchen in den letzten Jahren kaum oder gar keine konkreten Leistungen erbracht worden sind | | |

6 Ausblick: Umsetzung Spitalversorgung Modell Ost

6.1 Evolutiver Charakter der Spitalversorgung Modell Ost

Die Spitalversorgung Modell Ost besitzt einen evolutiven Charakter. Sie kann und soll im Rahmen der Weiterentwicklung veränderten Bedürfnissen und Erkenntnissen angepasst werden. Damit können die Kantone der Region Ost verschiedene gemeinsame Weiterentwicklungsaufgaben bearbeiten. Sie kommen so dem medizinisch-technologischen Wandel, den Entwicklungen der Integrierten Versorgung, der Patientenorientierung wie auch der Kostendämpfung gemeinsam nach.

Mögliche nächste gemeinsame Entwicklungsthemen und dafür einzusetzende Arbeitsaufträge oder Projekte sind:

- Einheitliche SPLG-Version: identische SPLG-Version (neuste SPLG-Version von ZH, mit Ausnahme Mindestfallzahlen) in allen Kantonen einführen. Die Erfüllung der leistungsspezifischen Anforderungen soll dabei bei den Leistungserbringern überprüft werden. Ziel wäre eine Erteilung von Leistungsaufträgen nur bei Erfüllung dieser Anforderungen.
- Definition eines über Art. 58d KVV hinausgehenden Minimalsets an Qualitätsanforderungen an die Vergabe von Leistungsaufträgen (zusätzliche leistungsgruppenspezifische Anforderungen)
- Einheitliche Vorgaben bei der Aus- und Weiterbildung universitärer und nicht universitärer Gesundheitsberufe
- Gemeinsame Spitalplanung Psychiatrie
- Gemeinsame Spitalplanung Rehabilitation
- Gemeinsame Abstimmung mit anderen Kantonen (insbesondere Kantone Zürich und Schaffhausen)
- Gemeinsame Rahmenbedingungen für die Spitalfinanzierung (Tarifgenehmigung/-festsetzung, Abgeltung GWL und weiterer Leistungen)

Über die Priorisierung der Weiterentwicklungsaufgaben ist gemeinsam zu befinden.

Das Modell Stationäre Spitalversorgung Ost sieht in Modellvariante 1plus die Stärkung der Kooperationen unter Leistungserbringern vor. Eine gemeinsame zukünftige Spitalversorgung Ost beinhaltet insbesondere auch eine Stärkung der Kooperation unter den Kantonen. Der evolutive Charakter betrifft somit nicht nur die Spitalversorgung, sondern auch die Zusammenarbeit unter den involvierten Kantonen.

6.2 Bedeutung von Kooperationen in der Spitalplanung

Kooperationen und Verbundlösungen stellen einen wichtigen und zukunftsorientierten Trend in der stationären Versorgung dar, dies soll auch in der Spitalversorgung Modell Ost unterstützt werden. Leistungsaufträge sind gemäss Art. 58f Abs. 2 KVV standortbezogen zu erteilen.²⁸ Die GDK²⁹ hält in ihren Empfehlungen zur Spitalplanung zudem fest, dass die kantonale Planung nicht mittels Weitergabe der Leistungsaufträge an ein anderes Spital unterlaufen werden darf. Kooperationen zwischen Spitälern sind möglich, soweit die fachlichen Voraussetzungen gegeben sind. Die Kantone können entsprechende Auflagen in den Leistungsaufträgen vorsehen, insbesondere im Rahmen der Anforderungen der SPLG. Bei Spitalunternehmen mit mehreren Standorten ist es dem Kanton überlassen, Vorgaben für einzelne Standorte zu formulieren. Zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit, zur Nutzung neuer technologischer Möglichkeiten, zur organisationalen Weiterentwicklung von Netzwerkmodellen, aber auch in Erfüllung der Vorgaben von Art. 39 Abs. 1 KVG (Voraussetzungen an Spitäler und

²⁸ Art. 58f Abs. 2 KVV schreibt vor, dass die Leistungsaufträge je Standort festgelegt werden müssen. Ggf. könnte aber wohl in den leistungsspezifischen Anforderungen definiert werden, dass bei einzelnen SPLG die Erbringung in einem Netzwerk möglich ist (wobei die konkrete Behandlung aber vor Ort erfolgen muss).

²⁹ www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf, S. 11.

andere Einrichtungen) sollen die Leistungserbringer der Region Ost Kooperationen zur Erbringung von Leistungen eingehen können. An Kooperationen von Leistungserbringern stellt die Region Ost folgende Bedingungen:

- Kooperationen sind vorzugsweise zwischen Leistungserbringern innerhalb der Modellregion Ost einzugehen. Kooperationen mit ausserregionalen Leistungserbringern bedürfen zusätzlicher Begründung und Erläuterung, warum diese nicht mit Kooperationspartnern innerhalb der Region Ost vorgenommen werden, damit die Weiterentwicklungsmöglichkeiten im Sinne von Behandlungsqualität, Patientenorientierung, Integrierter Versorgung und Wirtschaftlichkeit einer regionalen Spitalversorgungssichtweise auch seitens Leistungserbringer verstärkt werden.
- Einer der beiden kooperierenden Leistungserbringer muss die Zuteilungskriterien vollumfänglich erfüllen.
- Erfüllung der Vergabekriterien sowie der Eignungskriterien je SPLG in der Kooperation.
- Darlegung der konkreten Kooperationsorganisation, mindestens hinsichtlich konkreten Patientenprozesses, Vorgehen bei Aus- und Weiterbildung sowie Sicherstellung Kooperation bei relevanten personellen Wechseln.

6.3 Spitalversorgung für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche werden bereits heute an drei Standorten innerhalb der Region Ost spezifisch behandelt, nämlich:

- in der Klinik für Kinder und Jugendliche der Spital Thurgau AG in Münsterlingen;
- am Ostschweizer Kinderspital, St.Gallen, sowie
- in der Kinderklinik des Kantonsspitals Chur.

Zudem erfolgt die Versorgung auch am Kinderspital Zürich. Die freie Spitalwahl bei diesen vier Leistungserbringern soll auch in Zukunft beibehalten werden. Es stellt sich daher aktuell kein dringender Handlungsbedarf, weshalb im Modellprojekt dieser Bereich nicht weiter für die Spitalversorgung Modell Ost konkretisiert wurde. Mittelfristig soll die gemeinsam koordinierte Spitalversorgung auch für Kinder und Jugendliche jedoch noch verstärkter koordiniert werden, und zwar indem folgende Themen miteinander bearbeitet werden:

- Abstimmung der Leistungsaufträge für Kinderkliniken KS Münsterlingen und KS Graubünden und Ostschweizer Kinderspital für spezialisierte Versorgung (sowie ausserkantonale KISPI ZH).
- Definition der Leistungen und des Patientenspektrums, das im Bereich der Kinder und Jugendlichen in Erwachsenen Spitälern vorgenommen werden darf, und welche Anforderungen damit verbunden sind. Der Kanton St.Gallen hat dafür Vorarbeiten geleistet.

6.4 Juristische Umsetzung

Gesetzliche Anpassungen

Grundsätzlich sind keine gesetzlichen Anpassungen in den Kantonen erforderlich. Die Spitalversorgung Modell Ost ist so gestaltet, dass alle Kantone weiterhin ihre gesetzlichen Grundlagen zur Anwendung bringen können.

Vorbehalten bleibt aber noch eine diesbezügliche juristische Detailprüfung. So ist Stand heute nicht klar, ob, sollte auf die Anwendung eines Referenztarifs in der Region Ost aufgrund einer gemeinsamen Spitalplanungsgrundlage gemäss Spitalversorgung Modell Ost verzichtet werden, gesetzliche Anpassungen erforderlich sind. Dies stellt nach Einschätzung des Projekts jedoch einen formellen Aspekt dar, der lediglich die Versicherer interessieren dürfte. Da mit der Anpassung eine Administrationsentlastung bei Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern erfolgen sollte, werden diesbezügliche allfällige Anpassungsarbeiten jedoch als risikoarm eingeschätzt.

Regelung der Zusammenarbeit zwischen den Kantonen

Gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG sind Spitäler zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung u.a. zugelassen, wenn sie *der von einem oder mehreren Kantonen*

gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind. Die Kantone haben zudem ihre Planungen miteinander zu koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG), dazu bestehen seit dem 1. Januar 2022 detaillierte Vorgaben (Art. 58e KVV). Eine Pflicht für eine gemeinsame (gesamtschweizerische) Planung der Kantone besteht hingegen nur im Bereich der hochspezialisierten Medizin (Art. 39 Abs. 2bis KVG).

Um die gemeinsame Spitalversorgung Modell Ost umsetzen zu können, sind unterschiedliche Intensitäten der Kooperation zwischen den sechs Kantonen AI, AR, GL, GR, SG, TG denkbar. Je nach Intensität können verschiedene rechtliche Zusammenarbeitsinstrumente eingesetzt werden, nämlich:

- 1) Informelle Zusammenarbeit / Absichtserklärung (analog aktuellem Projekt)
- 2) Verwaltungsvereinbarung
- 3) Konkordat/Staatsvertrag

Der Lenkungsausschuss hat sich im Mai 2022 für die Form der Verwaltungsvereinbarung ausgesprochen, weil:

- diese eine verbindliche und auf längere Zeit ausgerichtete Zusammenarbeit unter den beteiligten Kantonen stärkt. Dies ist wichtig, damit sich die Wirkung der gemeinsamen Spitalversorgung Modell Ost auch faktisch manifestieren kann und damit die verschiedenen im Rahmen des evolutiven Charakters vorzunehmenden Entwicklungsaufgaben gemeinsam bearbeitet werden können;
- diese ohne gesetzliche Anpassungen möglich ist. Die Verwaltungsvereinbarung hält fest, dass die Kantone weiterhin gemäss ihrer kantonalen Regelungen Entscheidungsprozesse führen und Beschlüsse fällen.

Somit ist eine maximale Koordination bei minimaler kantonomer Anpassung möglich. Gleichwohl lässt ein so eingeschlagener Zusammenarbeitsweg offen, gegebenenfalls zukünftig eine noch engere Zusammenarbeit mittels Konkordat und Staatsvertrag zu prüfen. Eine solche hätte jedoch legislative Implikationen und bedürfte je nach Kanton eines Parlaments- oder eines Volksentscheides.

Im Rahmen der ersten Projektphase wurde ein gemeinsamer Entwurf einer möglichen Verwaltungsvereinbarung entworfen. Eine solche soll bis Ende 2022 konkretisiert werden. Die Unterzeichnung durch die Mitgliedskantone hängt je nach Kanton von vorgängigen Entscheidungen der jeweiligen Gesamtregierungen ab.

Entwurf Verwaltungsvereinbarung

Im Rahmen des Projekts wurde ein Entwurf der Verwaltungsvereinbarung erarbeitet. Eine solche würde, im Falle eines Beschlusses zur gemeinsamen Umsetzung der Spitalversorgung Modell Ost, im Rahmen eines Anhörungsverfahrens konkretisiert. Ziel wäre, sie bis Ende 2022 durch den Lenkungsausschuss zu bereinigen und zu beschliessen.

6.5 Organisationale Umsetzung

Sollten die beteiligten Kantone einer zukünftigen gemeinsam koordinierten Planung der stationären Gesundheitsversorgung zustimmen, so soll die Zusammenarbeit wie nachfolgt dargestellt organisiert werden:

Die an der Umsetzung der Spitalversorgung Modell Ost beteiligten Kantone behalten die in der ersten Projektphase bewährte Organisationsform mindestens bis zur Umsetzung der gemeinsamen Spitalplanung Akutsomatik Ost bei.

Je nach Zeitplan für die Umsetzung sind in einzelnen Kantonen teilweise die internen Ressourcen zu erhöhen, da aus der zeitlich befristeten Projektarbeit eine Regelaufgabe entsteht, die bis zur Umsetzung bisherige Vorgehen noch nicht ersetzen kann. Damit entsteht zeitweise ein Mehraufwand.

Eine externe Leitung sorgt für das Gesamtmanagement sowie die Sicherstellung der neutralen Interessenssicherung bzgl. der gemeinsamen Interessen, mindestens bis zur erstmaligen gemeinsamen Realisierung der Spitalplanung Akutsomatik Ost gemäss Spitalversorgung Modell Ost.

6.6 Zeitplanung

Aufgrund der bekannten ressourcenbezogenen Eckwerte und Rahmenbedingungen zeigt eine gemeinsam erstellte Zeitplanung zur Umsetzung der gemeinsamen Spitalversorgung Modell Ost, dass der Entscheid über die koordinierten Spitalisten der Kantone der Region Ost im Herbst 2024 mit Inkraftsetzung per 1.1.2025 möglich wäre, vorbehältlich zustimmenden Entscheids über die konkrete gemeinsame Zusammenarbeit im Herbst 2022.

Diese Zeitplanung stellt für den Kanton St.Gallen eine Problematik dar, da per 1.1.2024 eine neue Spitalliste zu erlassen wäre. Bei einem gemeinsamen Beschluss für die Umsetzung der Spitalversorgung Modell Ost würde dies eine erneute terminliche Verschiebung im Kanton St.Gallen erfordern.

7 Abschliessende Überlegungen

Sinnhaftigkeit einer gemeinsamen Spitalversorgung in der Region Ost

Die Region Ost ist eine sinnvolle Einheit einer regionalen Spitalversorgung, mit 1,1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern und einer innerregionalen Versorgung von 92% der Bevölkerung. Das Gesundheitswesen steht vor weiteren grösseren Herausforderungen, es ist sinnvoll, dass hier Ressourcen koordiniert werden.

Die Patientenströme in den am Modellprojekt beteiligten Kantonen decken sich mit den Erfahrungen weiterer Bevölkerungsbewegungen im Alltag. Eine Planung in funktionalen Räumen ist sinnvoll. Dies bedeutet eine Planung unabhängig der Kantons Grenzen. Gleichzeitig kann anhand der funktionalen Räume auch auf lokale Gegebenheiten angepasst reagiert werden.

In der Modellregion Ost sind in den letzten Jahren bereits verschiedene Anpassungen in den kantonalen Spitallandschaften erfolgt. Die Region Ost ist grundsätzlich von der Spitalversorgung her als solid zu bezeichnen. Somit scheint eine schrittweise Umsetzung einer regional koordinierten Spitalversorgung realistisch und sinnvoll. Ein evolutives Vorgehen stärkt eine nachhaltige Arbeitsweise, die ermöglicht, die erforderlichen planerischen, fachlichen, kulturellen, finanziellen, juristischen und organisatorischen Fragestellungen effektiv zu bearbeiten.

Wahl einer Modellvariante stellt einen politischen Entscheid dar

Basierend auf dem vorliegenden Projekt bzw. den erstellten Materialien sind die Vereinbarungskantone fundiert in der Lage, über das weitere Vorgehen hinsichtlich der Zusammenarbeit in der Planung der stationären Gesundheitsversorgung zu entscheiden. Aus dem Projekt Spitalversorgung Modell Ost resultieren folgende Ergebnisse:

- Es liegt ein gemeinsamer und von allen gutgeheissener regionaler Versorgungsbericht vor.
- Es besteht ein gemeinsames und von allen gutgeheissenes Grundmodell der Spitalversorgung in der Region Ost. Dieses beinhaltet sowohl ein konkretes Spitalplanungsmodell wie auch diesem vorgelagerte gemeinsame Leitsätze für die Spitalversorgung im Allgemeinen sowie das Spitalplanungsvorgehen im Konkreten. Damit besteht auch grossmehrerheitlich eine gemeinsame Wertebasis. Eine solche ist in Zeiten gesellschaftlicher Transformationen zentral, um agil mit Kurz- und Weitblick am gemeinsamen Ziel und Auftrag zu arbeiten.
- Die Spitalversorgung Modell Ost berücksichtigt zwei von den einbezogenen Expertinnen und Experten übereinstimmend als zentral erachtete Elemente: die Stärkung von Kooperation und die Verpflichtung der Spitäler zur Aus- und Weiterbildung nicht universitärer Gesundheitsberufe.
- Es bestehen gemeinsame Kriterien für die Vergabe von Leistungsaufträgen (Vergabekriterien).
- Es besteht eine gemeinsame Vorstellung zur Umsetzung einer gemeinsamen Spitalversorgung Ost.
- Es liegen in finanzieller Hinsicht Ergebnisse vor, die ausreichend klar belegen, dass, wo und wenn Mehrkosten entstehen, diese gegenüber den heutigen Ausgaben im Promillebereich liegen. Dies gilt für alle Kantone, grossmehrerheitlich auch für die Leistungserbringer und die für diese mit Anwendung der Modellvarianten simulierten möglichen Auswirkungen. Die Spitalversorgung Modell Ost zeigt Möglichkeiten auf zur administrativen Vereinfachung aufgrund gegenseitiger Anerkennung von Spitaltarifen und damit zum Verzicht von Referenztarifen innerhalb der Region Ost.
- Es bestehen mehrere Modellvarianten in der Anwendung der Spitalversorgung Modell Ost, die hinsichtlich ihrer Umsetzung und ihrer möglichen Wirkungen geprüft wurden.

8 Anhang

8.1 Rechtliche Grundlagen

Im Zusammenhang mit Spitalplanung bestehen in allen Kantonen verschiedene rechtliche Grundlagen. Diese sind unterschiedlich konkret. Einzelne Kantone regeln gewisse Themen gesetzlich, wohingegen andere die diesbezügliche Konkretisierung im Rahmen der Spitalplänen oder Leistungsaufträge vornehmen (bspw. Kriterien Spitalplanung).

Tabelle 10: Rechtliche Grundlagen Spitalversorgung Modell Ost

| Kanton | Beschreibung |
|------------------------|---|
| Appenzell Innerrhoden | Gesundheitsgesetz (GesG, 800.00) |
| | Verordnung zum Gesundheitsgesetz (V GesG, 800.010) |
| Appenzell Ausserrhoden | Gesundheitsgesetz (bGS 811.1) |
| | Gesetz über den Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (Spitalverbundgesetz; SVARG) (bGS 812.11) |
| Glarus | Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz, GesG, VIII A/1/1) |
| | Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG; GS VIII D/21/1), insbesondere Art. 25–28 |
| | Verordnung über das Kantonsspital Glarus (Spitalverordnung, SpitalV; GS VIII A/211/1) |
| Graubünden | Gesetz zum Schutz der Gesundheit im Kanton Graubünden (Gesundheitsgesetz, BR 500.000) |
| | Verordnung zum Gesundheitsgesetz (VOzGesG, BR 500.010) |
| St.Gallen | Gesundheitsgesetz (sGS 311.1) |
| | Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung (sGS 320.1) |
| | Gesetz über die Spitalverbunde (sGS 320.2) |
| | Diverse Kantonsratsbeschlüsse |
| Thurgau | Gesetz über das Gesundheitswesen (GG; RB 810.1) |
| | Gesetz über die Krankenversicherung (TG KVG; RB 832.1) und Verordnung (TG KVV; RB 832.10) |
| Alle | Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011 (Stand 1. Januar 2019), SR 832.40 |
| | Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2021), SR 832.10 |
| | Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Januar 2021), SR 832.10 |

8.2 Heutige Versorgungslogik in den beteiligten Kantonen

Um die Ausgangslage im Hinblick auf eine allfällige zukünftige gemeinsame Spitalversorgungsplanung zu kennen, ist es wichtig, die Versorgungslogik der heute am Projekt teilnehmenden sechs Kantone zu kennen. Diese sind nachfolgend kurz beschrieben (gesundheitspolitischer und spitalplanerischer Ansatz, zentrale Kenngrössen [Anzahl Leistungserbringer, ungefähre Grössen, Patientenströme, Finanzkennzahlen], wichtige Entwicklungsthemen).

8.2.1 Kanton Appenzell Ausserrhoden

Bei einer Wohnbevölkerung von 55'445 Einwohnerinnen und Einwohnern liess sich im Jahr 2019 knapp die Hälfte der rund 9'167 Ausserrhoder Patientinnen und Patienten im selbstständig öffentlich-rechtlichen Spitalverbund mit den Spitalstandorten Heiden und Herisau behandeln.

Neben dem Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden, einer selbstständig öffentlich-rechtlichen Anstalt, haben zwei akutsomatische Spitalunternehmen mit privater Trägerschaft den Standort in Appenzell Ausserrhoden. Der Spitalstandort in Heiden des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden wurde per Mitte 2021 geschlossen, womit der Spitalverbund ab Mitte 2021 noch ein akutsomatisches Spital in Herisau betreibt. Die Spitäler über die eigene Kantonsgrenze hinaus spielen bei der Versorgung eine wesentliche Rolle. 46% (4'218) aller Spitalaufenthalte der Ausserrhoder Bevölkerung erfolgen in einem Spital ausserhalb des Kantons Appenzell Ausserrhoden. Umgekehrt behandeln die Ausserrhoder Spitäler 9'302 Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen.

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden wendete für die Spitalfinanzierung rund 43,9 Mio. Franken für akutsomatische Spitalaufenthalte seiner Wohnbevölkerung auf. Zusätzlich leistete er Beiträge für Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) in der Höhe von 2,1 Mio. Franken.

8.2.2 Kanton Appenzell Innerrhoden

Der Kanton Appenzell Innerrhoden weist per 31. Dezember 2019 16'295 Einwohnerinnen und Einwohner aus, welche im Verlaufe dieses Jahres 2'027 stationäre Leistungen bezogen. Von diesen stationären akutsomatischen Behandlungen wurden rund 487 innerkantonal und 1'540 ausserkantonal erbracht. Für die innerkantonalen Hospitalisationen wendete der Kanton Appenzell Innerrhoden im Jahr 2019 1,98 Mio. Franken auf und 8,65 Mio. Franken für ausserkantonalen Hospitalisationen. Zudem wurden innerkantonal Gemeinwirtschaftliche Leistungen in der Höhe von 2,3 Mio. Franken zuzüglich einer Defizitabdeckung ausgerichtet.

Die stationären Spitalaufenthalte der Innerrhoder Bevölkerung erfolgten bereits seit Jahren mehrheitlich ausserkantonal, da das einzige innerkantonale Akutspital, das Kantonale Spital Appenzell, eine unselbstständig öffentlich-rechtliche Anstalt, nur eine eingeschränkte Grundversorgung angeboten hat. Nach dem Entscheid der Innerrhoder Stimmbürgerinnen und Stimmbürger vom 9. Mai 2021 über den Verzicht auf das Bauprojekt AVZ+ wurden die stationäre Abteilung sowie die Notfallstation des Kantonalen Spitals Appenzell per 30. Juni 2021 geschlossen. Ziel ist und bleibt es nun, eine gut funktionierende Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung des Kantons bereitzuhalten. Dies soll vor allem durch eine gezielte Stärkung der integrierten Gesundheitsversorgung und den Ausbau des ambulanten Angebotes sowie des Notfall- und Rettungsdienstes geschehen. Zudem soll – auch ohne eigenes innerkantonales Akutspital – die stationäre Versorgung der Innerrhoder Bevölkerung möglichst wohnortnah sichergestellt werden. Der Fokus der Innerrhoderinnen und Innerrhoder liegt dabei grösstenteils auf dem Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden sowie dem Kantonsspital St.Gallen.

8.2.3 Kanton Glarus

Der Kanton Glarus umfasst im Jahr 2019 eine Wohnbevölkerung von 40'590 Personen. Das Kantonsspital Glarus deckt die erweiterte Grundversorgung der Glarner Bevölkerung sowie für die Touristinnen und Touristen der Tourismusgebiete ab und bildet das Zentrum der Glarner Spitalversorgung. Gut 90% der Fälle im Kantonsspital Glarus erfolgen durch die Glarner Wohnbevölkerung. Damit deckt das Kantonsspital 67,3% der Spitalaufenthalte des gesamten Kantons ab. Gleichzeitig bedeutet dies aber auch, dass der Kanton Glarus bei der Spitalversorgung auf die weiteren umliegenden Kantone angewiesen ist. Der geringe Zustrom von 438 Fällen im Verhältnis zu einer Abwanderung von 2'025 Fällen zeigt dies deutlich. Insbesondere

die Kantone Zürich, Graubünden und St.Gallen stehen bei der Ergänzung des kantonalen akutstationären Angebots im Vordergrund.

Für innerkantonale Hospitalisationen wendete der Kanton Glarus im Jahr 2019 23,14 Mio. Franken auf und 18,54 Mio. Franken für ausserkantonale Hospitalisationen. An das Kantonsspital Glarus flossen dabei zusätzlich 3,75 Mio. Franken in Form von Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL).

Der Kanton Glarus setzt bei der Gesundheitsversorgung auf wohnortnahe und koordinierte Versorgung. Die geringe Grösse und die in sich geschlossene Gesundheitsregion schaffen ideale Voraussetzungen dafür.

Fokus und Herausforderung für die zukünftige Gesundheitsversorgung im Kanton bildet die Erhaltung des regionalen Leistungsniveaus bei zunehmender Nachfrage.

8.2.4 Kanton Graubünden

Im Kanton Graubünden lebten per Ende 2019 199'021 Personen, welche im Verlauf dieses Jahres rund 25'400 stationäre Leistungen bezogen. Von diesen wurden 20'700 im Kanton erbracht. Rund 11'000 stationäre Leistungen im Kanton Graubünden wurden für Personen aus anderen Kantonen bzw. aus dem Ausland erbracht.

Der Kanton ist in zwölf Gesundheitsversorgungsregionen aufgeteilt, in welchen mit Ausnahme der Gesundheitsversorgungsregion Mesolcina-Calanca, deren medizinische Versorgung durch die EOC im Tessin erfolgt, jeweils ein Spital zumindest die Grundversorgung erfüllt. Das Kantonsspital Graubünden in Chur erfüllt neben der Grundversorgung die Funktion eines Zentrumsspitals mit grossem Leistungsumfang. Neben den elf öffentlichen Spitälern, welche jeweils im Eigentum der einzelnen Gesundheitsversorgungsregionen sind, sind auch drei private Kliniken mit Bündner Standort auf der Spitalliste.

Für innerkantonale Behandlungen (inkl. EOC) zahlte der Kanton 2019 rund 153,8 Mio. Franken an Leistungsbeiträgen aus, für ausserkantonale Behandlungen rund 38,3 Mio. Franken. Zusätzlich wurden Beiträge an Lehre und Forschung in Höhe von 6 Mio. Franken, an das Rettungswesen in Höhe von 4,1 Mio. Franken und an Gemeinwirtschaftliche Leistungen von 21,9 Mio. Franken ausbezahlt. Letztere beinhalten insbesondere auch einen Ausgleich der touristisch begründeten starken Schwankungen der Auslastung. Eine Besonderheit der Bündner Spitalfinanzierung ist die zehnpromtente Kostenbeteiligung der Wohnortgemeinden bei den Leistungsbeiträgen und der Trägergemeinden der Gesundheitsversorgungsregionen bei den Beiträgen an das Rettungswesen und an Gemeinwirtschaftliche Leistungen.

Die Topografie des Kantons ist Ursache der sehr dezentralisierten Spitallandschaft. Es soll der Bevölkerung auch ermöglicht werden, eine möglichst wohnortnahe Behandlung zu erhalten, weshalb der Kanton bei der Vergabe der Leistungsaufträge auf der Spitalliste relativ grosszügig ist.

Aktuell wird eine weitere Integration der verschiedenen Leistungserbringer (Spitäler, Pflegeheime, Spitex etc.) in den einzelnen Gesundheitsversorgungsregionen vorangetrieben.

8.2.5 Kanton St.Gallen

Bei einer Wohnbevölkerung von 510'700 Einwohnerinnen und Einwohnern liessen sich im Jahr 2019 mehr als zwei Drittel der rund 78'500 Spitalaufenthalte der St. Galler Bevölkerung in einem der vier selbstständig öffentlich-rechtlichen Spitalverbunde mit neun Spitalstandorten im Besitz des Kantons St.Gallen behandeln. Vier Spitalstandorte davon werden in den nächsten Jahren in ambulante Gesundheits- und Notfallzentren (GNZ) umgewandelt. Für den Spitalstandort Walenstadt wird die Möglichkeit einer neuen Trägerschaft geprüft.

Der Kanton St.Gallen ist in vier Versorgungsregionen unterteilt. Im Zentrum davon steht das Endversorgerspital Kantonsspital St.Gallen (KSSG). Ergänzt wird dieses Angebot innerkantonale durch zwei Spitalunternehmen mit privater Trägerschaft und zwei Spezialkliniken für Akutgeriatrie und Pädiatrie. 21% (16'400) aller Spitalaufenthalte der St. Galler Bevölkerung erfolgen in einem Spital ausserhalb des Kantons St.Gallen. Umgekehrt behandeln die St. Galler Spitalunternehmen 18'500 Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen (inkl. Fürstentum Liechtenstein).

Der Kanton St.Gallen wendete für die Spitalfinanzierung 324,2 Mio. Franken für innerkantonale und 89,3 Mio. Franken für ausserkantonale akutsomatische Spitalaufenthalte seiner Wohnbevölkerung auf. Zusätzlich leistete er Beiträge für Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) an die innerkantonalen Akutspitäler in der Höhe von 19,9 Mio. Franken. Per 1.4.2022 führte der Kanton St.Gallen die 16er-AVOS-Liste ein (AVOS = ambulant vor stationär).

8.2.6 Kanton Thurgau

Der Kanton Thurgau zählte Ende 2019 278'727 Einwohnerinnen und Einwohner. Die vier innerkantonalen Akutspitäler – Spital Thurgau AG (STGAG), Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG, Klinik Seeschau AG als Belegarztklinik und Venenklinik Bellevue AG – stellen auf den Spitalplätzen Frauenfeld und Münsterlingen/Kreuzlingen die stationäre Grund- und die erweiterte Grundversorgung sicher. Sie behandelten 70% der insgesamt 42'032 stationären Thurgauer Fälle im Jahr 2019, davon erbrachte die STGAG mit den beiden Kantonsspitalern 25'532 Fälle oder rund 87% der Leistungen.

Bereits am 8. Dezember 1999 wurden die damaligen unselbstständig öffentlich-rechtlichen Spitäler in der Spital Thurgau AG verselbstständigt. Die Aktivitäten wurden zukunftsorientiert strukturiert und am 20. Mai 2008 wurde die thurmed AG als Holdinggesellschaft mit dem Kanton Thurgau als Eigentümer zu 100% gegründet.

Die Kliniken der STGAG sind zunehmend standortübergreifend organisiert, personell und bezüglich Leistungsschwerpunkten. Sie suchen inner- und ausserkantonale Kooperationen. So ist z.B. die Klinik für Kinder und Jugendliche im Kantonsspital Münsterlingen verankert und kooperiert mit dem Ostschweizer Kinderspital (der Thurgau ist Trägerkanton), das Kantonsspital Frauenfeld arbeitet für die wohnortnahe Behandlung im Belegarzt-, Konsiliar- und im Notfalldienst mit niedergelassenen Pädiatern und dem Kantonsspital Winterthur zusammen.

Für alle innerkantonalen Spitäler stellt die Spital Thurgau AG die externe Notfallversorgung sicher, für die Klinik Seeschau AG und die Venenklinik Bellevue zudem die Intensivpflege.

Der Kanton Thurgau zeigt einen relativ bescheidenen Zustrom an Patientinnen und Patienten (2'683 Fälle). Seit 2012 steigt der Anteil ausserkantonomer Wahlbehandlungen als Folge der freien Spitalwahl und des Zuweisermanagements von Privatspitalern, 51% betreffen das Basispaket und den Bewegungsapparat, dabei vorwiegend Wahlbehandlungen im Kanton Appenzell Ausserrhoden und in den dem Wohnort nahe gelegenen Spitalern der Grenzkantone St.Gallen, Zürich und Schaffhausen.

Medizinisch indizierte ausserkantonale Hospitalisationen werden vornehmlich im Kantonsspital St.Gallen und in den (universitären) Zentren des Kantons Zürich beansprucht. In der hochspezialisierten Medizin hat die STGAG einen Leistungsauftrag im Bereich Viszeralchirurgie.

Als Vorreiter im Bereich Managed Care ist der Anteil von Versicherten in Hausarzt- und integrierten Modellen traditionell sehr gross. Nationale Strategien werden in der Palliative Care seit 2009 und mit dem Geriatrie- und Demenzkonzept seit 2016 umgesetzt. Dabei sind intermediäre, vernetzende Angebote an den individuellen und generellen Übergängen zentral. In der Gesundheitsförderung werden kantonale Konzepte und Strategien seit 2009 v.a. mit kantonalen Aktionsprogrammen und dem Mamma-Screening-Programm umgesetzt. All diese Elemente tragen zur Förderung der integrierten Versorgung bei.

Im Jahr 2019 wendete der Kanton Thurgau 147,8 Mio. Franken für inner- und 85,6 Mio. Franken für ausserkantonale akutsomatische Spitalaufenthalte auf. Zusätzlich leistete er inner- und ausserkantonale Beiträge an Lehre und Forschung von 3,9 Mio. Franken. Die weiteren Beiträge für Gemeinwirtschaftliche Leistungen an innerkantonale Akutspitäler betragen 1,2 Mio. Franken, sie betrafen die Notarztversorgung, die Notfallpraxen und den Katastrophenschutz. Für die Umsetzung der ambulanten und stationären Palliative Care und der ambulanten spitalgebundenen Massnahmen zu Geriatrie und Demenz wurden Beiträge von 3,4 Mio. Franken geleistet.

8.2.7 National organisierte hochspezialisierte Medizin

Die hochspezialisierte Medizin (HSM), die allesamt in akutsomatischen Spitälern erbracht wird, wird von den Kantonen seit dem 1. Januar 2009 auf Basis der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)³⁰ gemeinsam geplant (gemäss Auftrag Art. 39 Abs. 2bis KVG). Entscheidungen im Rahmen der IVHSM sind der kantonalen Planung übergeordnet (die diesbezüglichen Leistungsaufträge sind in den kantonalen Spitallisten abgebildet). Leistungen gemäss IVHSM sind somit nicht Gegenstand der Modellplanung Akut-somatik Ost, sondern bilden eine zu beachtende Rahmenbedingung.

Auf der interkantonalen Spitalliste der hochspezialisierten Medizin (HSM), Stand 1. Januar 2020³¹, stehen folgende Spitäler aus den am Projekt beteiligten Kantonen:

- GL: Kantonsspital Glarus
- GR: Kantonsspital Graubünden, Chur
- SG: Kantonsspital St.Gallen (Standort St.Gallen), Ostschweizer Kinderspital, Klinik Stephanshorn (Hirslanden)
- TG: Spital Thurgau AG – Standort Münsterlingen und Standort Frauenfeld

8.3 Wirtschaftlichkeit: zusätzliche Abklärungsergebnisse

Neben dem Vergleich der schweregradbereinigten Kosten kann im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch die wirtschaftliche Stabilität im Hinblick auf die langfristige Wirtschaftlichkeit und somit die Versorgungssicherheit beurteilt werden. Essenziell hierfür ist die finanzielle Stabilität der potenziellen Leistungserbringer. Liquiditätsengpässe können so vermieden oder überbrückt werden. Für die Evaluation der wirtschaftlichen Stabilität verwendet bspw. der Kanton Zürich drei betriebswirtschaftliche Kennzahlen:

- **EBITDA-Marge:** Die EBITDA-Marge dient als Kennzahl für die Profitabilität.³² Grundsätzlich sollen die Spitäler so viel Rendite erwirtschaften, dass sie langfristig notwendige Investitionen eigenständig finanzieren können. Die EBITDA-Marge zeigt den Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen an. Eine tiefe oder gar negative EBITDA-Marge zeigt an, dass die Spitäler schwierige Jahre oder langfristige Investitionen nicht selbstständig tragen können. Der Kanton Zürich legt die EBITDA-Marge bei mind. 8% fest.
- **Eigenkapitalquote:** Die Eigenkapitalquote dient als Kennzahl für die Sicherheit und Unabhängigkeit gegenüber Kreditgebern. Der Kanton Zürich setzt den Richtwert für die Eigenkapitalquote bei 30%.
- **Reservequote:** Die Reservequote sagt aus, für wie viele Monate das Eigenkapital den Aufwand abdecken kann, und steht als Kennzahl für längerfristige Stabilität. Der Kanton Zürich setzt den Richtwert hier bei drei Monaten.

Hierfür liegen den sechs Kantonen Kennzahlen der Spitäler mit öffentlicher Eigentümerschaft vor. Die Berechnungen zeigen, dass je nach Kennzahl die effektive Wirtschaftlichkeit der Spitäler unterschiedlich beurteilt werden kann und eine vergleichende Beurteilung aufgrund unterschiedlicher historischer Entwicklungen der Verselbstständigungen oder aktueller kantonalen Handhabungen von bspw. Immobilienwerten mit grosser Vorsicht vorzunehmen ist.

³⁰ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_d.pdf (23.2.2021).

³¹ Erlass durch GDK, <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/spitalliste> (20.7.2022).

https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spitalliste/HSM_Spitalliste_20200101_def_d.pdf (23.2.2021).

³² Idealerweise stützt sich die Beurteilung der Profitabilität auf die EBITDA-Marge und berücksichtigt damit auch Miet- und Restrukturierungskosten. Letztere sind jedoch aus den öffentlich zugänglichen Jahresrechnungen nicht ohne Weiteres einsehbar.

8.4 Literatur und Materialien

Literatur

Bundesamt für Statistik (BfS), Abteilung Gesundheit und Soziales, Version 2.1: Krankenhausstatistik. Detailkonzept. Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Gültigkeit für die Daten des Geschäftsjahres 2019.
[do-d-14.04.01.01-ks-2011.03.pdf](https://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/gesundheitswesen/03/01/14_04_01_01_ks-2011_03.pdf) (8.4.2021).

Kanton St.Gallen, Gesundheitsdepartement, Fachbereich Pflege und Entwicklung (2015): Konzept Ausbildungsverpflichtung der Listenspitäler im Kanton St.Gallen bei den nicht universitären Gesundheitsberufen. Juli 2015 (Anke Lehmann, Beatrice Müller, Gregor Sinkovec).

Merçay, Clémence / Grünig, Annette / Dolder, Peter (2021): Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung. Obsan-Bericht 03/2021. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-10/Obsan_03_2021_BERICHT_0.pdf (11.7.2022).

Nolte, Ellen / McKee, Martin (2008): Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. WHO. Serie Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Obsan (2021): Modellplanung Akutsomatik Ost. Versorgungsbericht der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau. Reto Jörg, Alexander Tuch. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan): Neuenburg, 29. Juli 2021.

Obsan 2019–2021: Diverse kantonale Gesundheitsberichte, vgl. (11.7.2022)
www.obsan.admin.ch/de/gesundheits Themen/gesundheit-der-bevoelkerung/gesundheitsberichte

PWC (2020): Die Berner Spitallandschaft im Umbruch. Schlussbericht zur Beantwortung der Motion 192-2019 (GPK, Siegenthaler). Bern, Oktober 2020.

PWC (2012): Spitalimmobilien: neue Perspektiven, neue Chancen.

Schweizerische Eidgenossenschaft (2016): Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 13.4012, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, 8. November 2013, vom 25. Mai 2016.

Materialien

GEF – Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2017): Definition «Spital» und «Spitalstandort», vom 6.3.2017.
https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/spitalliste.as-setref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalliste/Bewerbung%20SL%20PSY%202018/Weisung_GEF_zur_Definition_Spital_Spitalstandort_DE.pdf (8.4.2021).

Global Health Observatory country views. Switzerland statistics summary.
www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/switzerland?countryProfileId=9aff60ff-6a2a-48b0-b49b-90d903048a43 (11.7.2022).

Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM),
www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_d.pdf (12.8.2022)

Kanton Graubünden – Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit (2013): Leitbild zur Organisation der Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden. Bildung von Gesundheitszentren und Kooperation der Regionalspitäler mit dem Zentrumsspital.

Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011.
[832.40 - Ostschweizer Spitalvereinbarung \(lexfind.ch\)](http://lexfind.ch/832.40-Ostschweizer-Spitalvereinbarung) (12.8.2022).

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2022): Diverse Informationen zu «Medizinalberufe: Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung».

www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsberufe/medizinalberufe/aerzte (20.7.2022).

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2019): Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden.

www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/integrierte_versorgung/GDK_Leitfaden_DE_def.pdf (23.2.2021).

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK: Empfehlungen zur Spitalplanung,

www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/empfehlungen-der-gdk-zur-spitalplanung (12.8.2022).

8.5 Glossar

| | |
|-------------|---|
| Art. | Artikel |
| Abs. | Absatz |
| AVOS | Ambulant vor stationär (bezogen auf Spitalleistungen) |
| Bst. (lit.) | Buchstabe (Synonym zu: litera) |
| EPD | Elektronisches Patientendossier |
| GDK | Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren |
| GDK Ost | Gesundheitsdirektorenkonferenz der Ostschweizer Kantone und des FL, Kantone AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH, FL (und TI) |
| HSA | Health Service Area(s) = Spitalversorgungsregion(en) |
| HSM | Hochspezialisierte Medizin |
| IVHSM | Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin |
| Kriterien | Im Bericht werden die folgenden Kriterien unterschieden: <ul style="list-style-type: none">- <i>Eignungskriterien:</i> Diese Kriterien beschreiben, was pro SPLG an Anforderungen zu erfüllen ist, damit ein Spital medizinische Leistungen erbringen kann, die in einer SPLG zusammengefasst sind. Diese Anforderungen sind im SPLG-Konzept für die Akutsomatik formuliert und dienen als Basis für die Prüfung der Vergabe von Leistungsaufträgen an die Leistungserbringer. Das von der Gesundheitsdirektion Zürich unter Beizug zahlreicher Fachexpertinnen und Fachexperten formulierte Leistungsgruppenkonzept und die darin formulierten leistungsgruppenspezifischen Anforderungen wurden 2018 von der GDK-Plenarversammlung allen Kantonen zur Anwendung empfohlen.³³ Im Modell Ost wird die SPLG-Konzeption Stand 2019 verwendet (inkl. der darin bestehenden Mindestfallzahl-Vorgaben auf Ebene des Leistungserbringers).- <i>Zuteilungskriterien:</i> Das Modell Ost Stationäre Spitalversorgung Akutsomatik sieht eine Steuerung der Spitalversorgung entlang der SPLG vor. Bei gewissen SPLG werden zusätzlich zu den Eignungskriterien Kriterien, die die medizinischen Leistungen regional zuteilen, eingesetzt. Diese Kriterien werden Zuteilungskriterien genannt. Mit den Zuteilungskriterien soll die regionale, an den konkreten Patientenströmen und Behandlungszahlen ausgerichtete Versorgungsperspektive auf eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlung gestärkt werden.- <i>Vergabekriterien:</i> Neben den SPLG-bezogenen Anforderungen müssen Leistungserbringer Grundvoraussetzungen erfüllen, um Leistungsaufträge zu erhalten und damit auf die Spitalliste aufgenommen zu werden. Diese Anforderungen werden Vergabekriterien genannt. |
| KVG | Bundesgesetz über die Krankenversicherung, SR 832.10 |
| KVV | Verordnung über die Krankenversicherung, SR 832.102 |
| MFZ | Mindestfallzahlen |
| Obsan | Schweizerisches Gesundheitsobservatorium |
| Region Ost | Region Ost umfasst die Kantone AR, AI, GL, GR, SG und TG |
| SPLB | Spitalplanungs-Leistungsbereich(e); ein SPLB umfasst mehrere SPLG |
| SPLG | Spitalplanungs-Leistungsgruppe(n) Gesamtschweizerisch verwendete Planungssystematik zur Erteilung von Leistungsaufträgen. Alle Spitalaufenthalte werden aufgrund der Diagnosen und Behandlungen einer SPLG zugeteilt. Im Bericht wird die Version 2019 mit insgesamt 133 SPLG verwendet. |

³³ Vgl. [Planung: Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzept für die Akutsomatik \(gdk-cds.ch\)](https://www.gdk-cds.ch/Planung/Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzept-für-die-Akutsomatik) (20.7.2022).