



Ergänzungsbotschaft II

der Standeskommission an den Grossen Rat des Kantons Appenzell I.Rh. zum

Landsgemeindebeschluss zur Erteilung eines Kredites für den Neubau des Spitals als Ambulantes Versorgungszentrum Plus (AVZ+)

1. Ausgangslage

An der Session vom 4. Dezember 2017 hat der Grosse Rat den Landsgemeindebeschluss zur Erteilung eines Kredites von Fr. 41 Mio. für den Neubau des Spitals als Ambulantes Versorgungszentrum Plus (AVZ+) in erster Lesung beraten und mit 37 Ja- gegen 10 Nein-Stimmen und ohne Enthaltung gutgeheissen. Im Rahmen der Beratungen wurde auch eingehend über einen Rückweisungsantrag diskutiert, mit dem verlangt wurde, anstelle der Vorlage für ein Ambulantes Versorgungszentrum mit Bettenteil (AVZ+) eine solche für ein Ambulantes Versorgungszentrum ohne Bettenteil (AVZ) vorzulegen. Der Antrag wurde mit 37 zu 10 Stimmen abgelehnt. Die Standeskommission nimmt die dazu geführte Diskussion zum Anlass, auf der Basis einer Stellungnahme des Spitalrats nochmals aufzuzeigen, weshalb es ihrer Auffassung nach richtig ist, auch künftig über ein Angebot mit einem Bettenteil zu verfügen.

Im Rahmen der ersten Lesung der Kreditvorlage wurde im Grossen Rat unter anderem der Wunsch geäussert, es sei der Frage nachzugehen, welche Auswirkungen die Fortführung des Betriebs eines AVZ+ bzw. die Aufgabe des Spitalbetriebs auf die Entwicklung der Krankenkassenprämien voraussichtlich haben werden.

Mit dieser Ergänzungsbotschaft möchte die Standeskommission auf die beiden Fragestellungen näher eingehen.

2. Ambulantes Versorgungszentrum mit Bettenteil (AVZ+)

2.1 Sicherung des heutigen Angebots

Bereits heute wird im Spital Appenzell ein AVZ+ betrieben. Dieses umfasst folgende Leistungen:

- Innere Medizin
- Gastroenterologie
- Allgemeine Chirurgie
- Orthopädie und Traumatologie
- Handchirurgie
- Hals-, Nasen-, Ohrenmedizin (Otorhinolaryngologie, ORL)
- Arterien- und Venenchirurgie
- Ophthalmologie (Augenheilkunde)
- Urologie
- Dermatologie
- Gynäkologie

Diese Bereiche werden am Spital nicht in der vollen Breite und Tiefe angeboten, es besteht aber ein verhältnismässig gutes Grundangebot, mit dem sich wesentliche Teile des Bedarfs der einheimischen Bevölkerung decken lassen.

Dank verschiedener Optimierungsmassnahmen und des grossen Einsatzes der Spitalleitung, der Belegärzteschaft und des Personals ist es gelungen, die Fallzahlen in den letzten Jahren so zu steigern, dass mit dem heute betriebenen AVZ+ fast ausgeglichene Zahlen erwirtschaftet werden können. Die Standeskommission würde es daher für verfehlt halten, den heutigen, unter den bestehenden Bedingungen erfolgreichen Betrieb aufzugeben oder durch einen Abbau des Bettenteils zu schwächen.

Angesichts des fortgeschrittenen Alters der heutigen Spitalbauten und weiter Teile der Infrastruktur sowie der ungünstigen betrieblichen Abläufe ist es aber nötig, für das Angebot eine neue Infrastruktur zu bauen. Mit dem Landsgemeindekredit von Fr. 41 Mio. werden die Mittel für den erforderlichen Spitalneubau bereitgestellt.

Im Neubau soll es dank optimierter Abläufe und einer modernen Infrastruktur gelingen, eine ausgeglichene Rechnung zu erreichen. Dem Grossen Rat wurde die entsprechende Planerfolgsrechnung bereits mit der Botschaft für den Kreditbeschluss zur Verfügung gestellt.

2.2 Abhängigkeit der Angebote vom Bestand einer Bettenstation

Verschiedene der heute bestehenden Angebote lassen sich praktisch nur betreiben, wenn Patienten und Patientinnen für eine gewisse Zeit auch stationär betreut werden können. Die nachfolgende Grafik zeigt die entsprechende Abhängigkeit auf. Je dunkler ein Feld eingefärbt ist, desto mehr ist man für den Fachbereich darauf angewiesen:

Fachgebiet	Belegärzte und -ärztinnen	Abhängigkeit Station
Innere Medizin	Roland Böhler, Franz Ebner, Maurizia Ebner, Bourgeois, Andreas King, Christian Loewe, Karl-Theo Vinzent	
Dermatologie	Philipp Fritsche	
Gastroenterologie	KSSG / Stephan Baumeler, Remus Frei, Christa Meyenberger, Gian-Marco Semadeni, Michael Sulz	
Allgemeine Chirurgie	Joachim Beck, Manuela Brunner, Kuno Schawalder, KSSG / Bruno Schmied	
Orthopädie und Traumatologie	Manuel Brehm, Joe Keel, Markus Koster, Andreas Schirm	
Handchirurgie	Simone Feurer	
Urologie	Christian Hobi, Daniel Meyer	
ORL	Andreas Moser	
Arterien- und Venenchirurgie	Claudio Duff, Jochen Kick	
Ophthalmologie	Lukas Pfenninger, Florian Sutter	
Gynäkologie*	Michael Schütz	

*Zurzeit besteht in diesem Bereich keine Operationstätigkeit. Würde sie aber aufgenommen, würde es sich um ambulante und stationäre Eingriffe handeln.

2.3 Wichtigkeit des Bettenteils

Allgemein

Der Fortbestand eines Bettenteils auch im neuen Spital ist für die Standeskommission von grundlegender Bedeutung. Nur schon die Fallzahlen 2017 belegen diese Auffassung eindrücklich.

Fachgebiet	stationär	davon Notfall	ambulant	davon Notfall	Total
Innere Medizin	306	302	615	505	921
Gastroenterologie	-		471		471
Allgemeine Chirurgie	89	140	376	935	465
Orthopädie und Traumatologie	477		1'117		1'594
Urologie	26		55		81
ORL	55		33		88
Arterien- und Venenchirurgie	53		3		56
Ophthalmologie	9		277		286
Gynäkologie	1	1	9	7	10
Total	1'016	443	2'956	1'447	3'972

Innere Medizin

Ohne Bettenstation verliert das Spital in diesem Bereich rund 300 Fälle. Es besteht zudem keine Möglichkeit mehr, palliative oder sterbende Menschen aufzunehmen, die eines Spitalaufenthalts bedürfen. Das Gleiche gilt im Bereich der Altersmedizin, bei leichteren Fällen der Inneren Medizin, bei Lungenentzündungen oder bei einem Infusionsbedarf. Ältere Patienten und Patientinnen müssten sich trotz geringer Mobilität ausserkantonale behandeln lassen. Dies bedingt Taxisdienste von Angehörigen oder Bekannten, und auch die Besuche sind aufwendiger oder nur reduziert möglich.

Stationäre Operationen

Operationen, nach denen ein Patient oder eine Patientin vorübergehend stationär versorgt werden muss, sind nicht mehr möglich. Die entsprechenden Fälle fallen vollständig weg. Insgesamt wären über 700 Fälle betroffen. Dies ist fast ein Fünftel aller 2017 am Spital behandelten Fälle.

Zum jetzigen Zeitpunkt kann keine verlässliche Aussage dazu gemacht werden, ob ein Teil dieser Fälle auch ambulant durchführbar ist. Es ist aber anzunehmen, dass dieser Anteil gering ist. In der Ergänzungsbotschaft vom 27. November 2017 wurde dargelegt, dass die mit der Einführung der Liste „ambulant vor stationär“ verbundene Verschiebung voraussichtlich 70 bis 100 stationäre Fälle pro Jahr ausmachen würde.

Verlust an ambulanten Fällen

Bereits das Wissen darum, dass keine stationäre Nachbehandlung möglich ist, wirkt sich auf die Bereitschaft aus, sich am Spital Appenzell operieren zu lassen. Auch bei kleineren ambulanten Eingriffen ergibt sich nämlich im Nachhinein gelegentlich der Bedarf für eine stationäre Nachbetreuung. Ein solcher Bedarf kann sich beispielsweise bei unvorhergesehenen Komplikationen, bei einem besonderen Pflegebedarf oder bei patientenseitig ungünstigen häuslichen Verhältnissen ergeben. Mit einer Bettenstation kann in diesen Fällen die Versorgung aus einer Hand mit einer lückenlosen Behandlung durch den gleichen Arzt oder die gleiche Ärztin ohne weiteres gewährleistet werden. Fällt diese Möglichkeit weg, ist es sowohl für Patienten und Patientinnen als auch für die behandelnde Ärzteschaft weniger wünschenswert und attraktiv, ambulante Eingriffe im Spital Appenzell durchzuführen. Die Bereitschaft für ambulante Eingriffe sinkt.

Sinkende Attraktivität für stationär und ambulant operierende Ärzteschaft

Belegärzte und -ärztinnen, die in einem Fachbereich tätig sind, in dem sowohl ambulante als auch stationäre Eingriffe anfallen, müssten für die stationären Fälle ein anderes Spital suchen und dort Operations-Slots beantragen. In solchen Fällen ist davon auszugehen, dass diese Ärzte und Ärztinnen die ambulanten Operationen in das Programm für stationäre Eingriffe in diesen Slots integrieren und allenfalls ihre Tätigkeit am Spital Appenzell ganz aufgeben.

Radiologie

Die für das AVZ+ geplante verbesserte Radiologie mit einem Computertomographen (CT) und allenfalls einem Magnetresonanztomographen (MRT), die in Kooperation mit dem Kantonsspital St.Gallen betrieben würden, wäre aufgrund der geringeren Auslastung in Frage gestellt.

Notfall

Ohne Bettenstation würde der orthopädisch-traumatologische Hintergrunddienst für Institutionen wie Orthopädien weder medizinisch noch wirtschaftlich Sinn machen. Diese Fälle würden wegfallen oder müssten direkt an ein anderes Spital überwiesen werden. Es könnte daher nur noch ein hausärztliches Angebot für Unfallopfer und Patienten oder Patientinnen mit einfachen orthopädischen Problemen aufrechterhalten werden, und auch dies nur noch während der Zeitfenster, in denen die Hausärzte und -ärztinnen den Dienst gewährleisten (vgl. unten). Wie sich dies auf die Fallzahlen am Spital auswirken würde, lässt sich nicht schlüssig sagen. Sicher ist aber, dass die Auswirkungen erheblich wären. Es ist zu vermuten, dass sicher 400 bis 500 (ambulante) Fälle wegfielen.

Bei einer Schliessung des Bettenteils würden sodann Notfälle, bei denen aufgrund einer Ersteinschätzung ein stationärer Aufenthalt nur schon in Betracht fällt, vom Rettungsdienst überhaupt nicht mehr ins Spital Appenzell eingewiesen. Dieser Umstand würde weitere Fallzahlen kosten.

In der Folge würden sich die behandelbaren Notfälle noch vor allem auf den Bereich der Inneren Medizin konzentrieren, was im Spital Appenzell mit einem 24-Stunden-Betrieb etwa zwei Fälle pro Tag ausmachen würde. Ein Betrieb rund um die Uhr mit einem Spital- oder Assistenzarzt oder einer Spital- oder Assistenzärztin vor Ort und einem permanenten Bereitschaftsdienst wäre daher aus wirtschaftlicher Sicht kaum noch tragbar; dies gilt insbesondere auch deshalb, weil diese Ärzte und Ärztinnen nicht mehr gleichzeitig auf der Station tätig sein könnten. Die heutige Zusammenarbeit mit dem Spitalverbund Appenzell A.Rh. beim Einsatz von Assistenzärzten und -ärztinnen am Spital Appenzell dürfte unter diesen Bedingungen kaum noch Bestand haben. Aber auch eine Verkürzung der Notfallöffnungszeiten auf beispielsweise 8 bis 18 Uhr, am Wochenende allenfalls noch weniger, würde bei durchschnittlich einem Notfall pro Tag kaum noch Sinn machen.

In der Konsequenz müsste der Notfall in seiner heutigen Form aufgegeben werden. Als Alternative wäre denkbar, dass ergänzend zum ohnehin bestehenden hausärztlichen Notfalldienst die hausärztliche Gemeinschaftspraxis am Spital oder eine andere Hausarztpraxis im inneren Landesteil im Auftrag des Kantons gewisse Notfalldienste übernehmen würde (z.B. erweiterte Öffnungszeiten, Garantie kurzer Wartezeiten für Notfälle, Minimalangebot für Touristen). Ausserhalb dieses beschränkten Angebots mit engen zeitlichen Grenzen müsste man im Notfall ein ausserkantonales Spital aufsuchen.

Rettungsdienst

Der Rettungsstützpunkt mit einem Betrieb von sieben mal 24 Stunden pro Woche wäre auf der Basis eines Leistungsauftrags des Kantons, vorteilswise im Verbund mit Appenzell A.Rh. bzw. St.Gallen, separat zu betreiben. Dabei würde allerdings die Attraktivität für das Rettungsfachpersonal im Vergleich zur heutigen Organisation sinken.

Genesung in einem vertrauten Umfeld

Für viele Patienten und Patientinnen ist es wichtig, dass sie in einem kleineren Spital mit persönlicher Atmosphäre hospitalisiert werden und damit in einem vertrauten Umfeld genesen können. Für sie und für die Angehörigen sind regelmässige Spitalbesuche von grosser Bedeutung. Diese wichtigen Punkte würden bei einer Schliessung der Bettenstation wegfallen.

Verlust von Arbeitsplätzen

Ohne stationären Teil müssten bis zu drei Viertel der heutigen Stellen abgebaut werden. Dies würde nicht nur die Pflegefachpersonen betreffen, sondern auch die medizinischen Bereiche und das Ökonomiepersonal sowie das Personal des Technischen Dienstes umfassen. Zudem würden Ausbildungsplätze wegfallen.

2.4 Fazit

Selbst unter der optimistischen Annahme, dass die heutige ambulante operative Tätigkeit, deren Schwerpunkt im Bereich der Orthopädie liegt, stabil fortgeführt würde, ergäbe sich bei einem Wegfall der Bettenstation ein dramatischer Einbruch der Fallzahlen. Aufgrund der heutigen Daten wäre für das Spital Appenzell maximal noch mit folgenden Fallzahlen zu rechnen (die heutigen Zahlen finden sich am Anfang von Kapitel 2.3, Allgemein):

Fachgebiet	ambulant	davon Notfall
Innere Medizin	615	505
Gastroenterologie	471	
Allgemeine Chirurgie	376	485
Orthopädie und Traumatologie	667*	
Urologie	55	
ORL	33	
Arterien- und Venenchirurgie	3	
Ophthalmologie	277	
Gynäkologie	9	9
Total	2'506	999

*Die infolge des fehlenden orthopädisch-traumatologischen Hintergrunddienstes wegfallenden chirurgischen Notfälle (Annahme: 450) werden vollständig diesem Bereich abgezogen, obwohl auch einige allgemein-chirurgische Fälle darunter sein dürften. Ansonsten werden die Notfalleintritte zahlenmässig belassen, obwohl sie tiefer lägen.

Geht man unter einem optimistischen Blickwinkel davon aus, dass die Orthopädie als ambulantes Angebot bestehen bleibt, würden voraussichtlich noch rund 1'420 Fälle pro Jahr oder etwa 27 Fälle pro Woche ambulant operiert. Würde sich allerdings die Orthopädie nicht halten lassen, was aufgrund der gesamthaft reduzierten Fallzahlen durchaus ein realistisches Szenario wäre, würden jährlich noch etwa 750 Operationen anfallen, das heisst pro Woche gerade noch etwa 14 bis 15 Fälle. Bei diesen Zahlen würde sich dann auch die Frage stellen, ob sich ein Operationssaal wirtschaftlich betreiben lässt.

Bei einem Verzicht auf eine Bettenstation ist davon auszugehen, dass das ambulante Operieren für die anbietende Ärzteschaft, aber auch für die Patienten und Patientinnen wesentlich unattraktiver wird, weil bereits bei kürzeren Beobachtungs- und Erholungszeiten oder bei möglichen Komplikationen eine andere Institution aufgesucht werden müsste. Damit ist kein Angebot aus einer Hand mehr möglich, was heute von vielen Patienten und Patientinnen, aber auch von der Ärzteschaft immer mehr ausdrücklich gewünscht wird. Das operative Angebot dürfte insgesamt schwierig aufrecht zu erhalten sein. Auch könnten keine Notfälle mehr stationär aufgenommen werden, was dazu führen würde, dass der Rettungsdienst solche Notfälle nicht mehr zuweisen würde. Sinkende Operationszahlen hätten zur Folge, dass eine vernünftige Ausla-

stung der teuren Operationsinfrastruktur und auch die Aufrechterhaltung des Know-hows auf der Basis entsprechender Fallzahlen („Case load“) für das ärztliche und nicht-ärztliche Personal nicht mehr gewährleistet wären.

Selbstverständlich würde man versuchen, zur Gewährleistung eines möglichst breiten Angebots neue Belegärzte und -ärztinnen zu finden, die ausschliesslich ambulant operieren. Diese Suche wäre aber wegen des Verzichts auf stationäre Patienten und Patientinnen und vor dem Hintergrund des beschränkten Einzugsgebiets sowie der nur beschränkt generierbaren Fallzahlen ausserordentlich schwierig, in gewissen Bereichen sogar ziemlich aussichtslos.

Der Bettenteil ist für die Rekrutierung von Belegärzten und -ärztinnen, die in der Vergangenheit trotz einer in den letzten Jahren nicht mehr zeitgemässen Infrastruktur immer wieder erfolgreich gestaltet werden konnte, von grosser Bedeutung. Die Attraktivität der Tätigkeit in einer Institution ohne Bettenteil wäre demgegenüber für die operierenden Belegärzte und -ärztinnen zum Vornherein reduziert. Es ist daher generell zu erwarten, dass das medizinische Angebot ohne Bettenteil markant reduziert würde.

Als Alternative zur Suche von Belegärzten und -ärztinnen käme allenfalls auch eine Kooperation mit einem grösseren Spital in Frage. Dieser Partner könnte ambulante Leistungen vor Ort erbringen, stationäre Fälle könnten im eigenen Spital vorgenommen werden. Bereits vor einiger Zeit geführte Gespräche mit einem grossen Partner, der für ein solches Modell in Betracht fallen würde, haben aber gezeigt, dass ein solches Angebot aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen recht schmal ausfallen müsste. Es würden vorab Sprechstunden angeboten, während die eigentlichen medizinischen Leistungen im Partnerspital vorgenommen würden, wo man vorab das Interesse hat, die eigene Infrastruktur und das eigene Personal optimal auszulasten. An dieser Ausgangslage hat sich nichts geändert.

Im Ergebnis kann festgestellt werden, dass sich ein Versorgungszentrum ohne Bettenteil kaum kostendeckend und fachlich professionell betreiben lässt. Diese Konstellation birgt letztlich ein deutlich höheres unternehmerisches Risiko als bei einem AVZ+. Angesichts des weit geringeren Gegenwerts, den der Kanton und seine Bevölkerung im Vergleich zu einem AVZ mit Bettenteil erhalten, ist dies politisch nicht vertretbar.

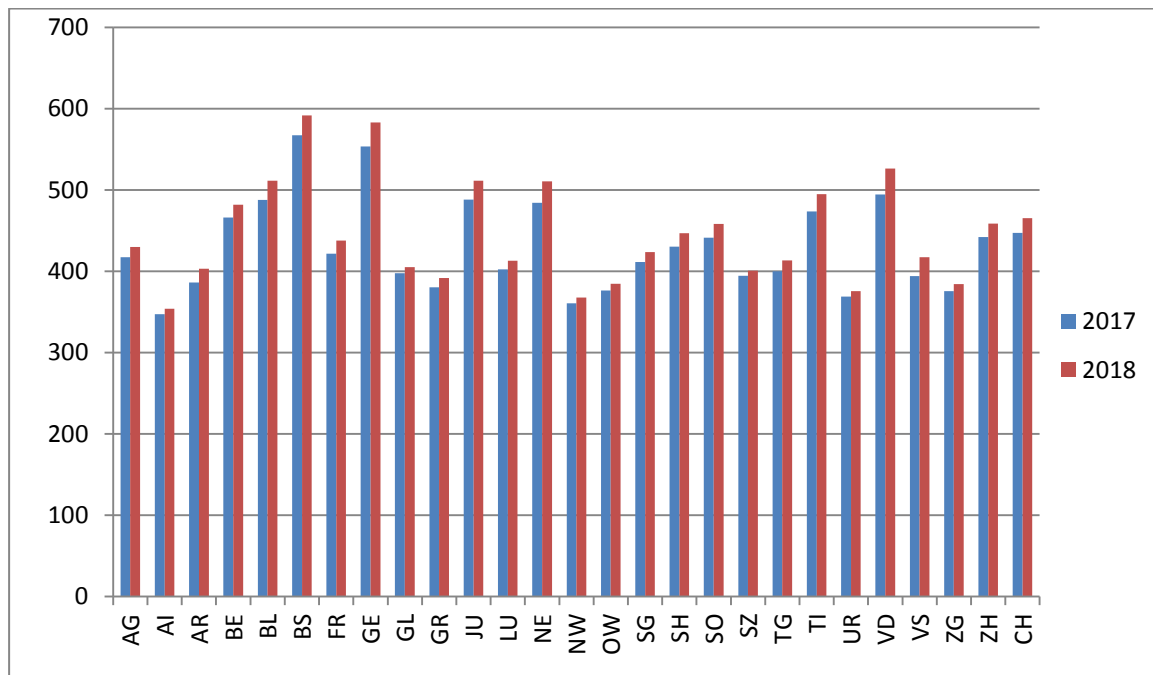
Zudem hätte die Schliessung des stationären Teils, wie bereits in der Botschaft an den Grossen Rat vom 2. Oktober 2017 ausgeführt, volkswirtschaftlich und staatspolitisch fast die gleich gravierenden Folgen wie eine komplette Schliessung des Spitals. Der Wegfall der Bettenstation würde ebenfalls zu einem grösseren Personalabbau und einer Phase der Umstellung mit grossen Unsicherheiten führen.

Das geplante AVZ+ bringt im Vergleich zu einem Versorgungszentrum ohne Bettenteil eine deutlich grössere Versorgungsbreite. Es ist wesentlich einfacher umsetzbar und erweist sich bei einem insgesamt vertretbaren finanziellen Aufwand als klar zukunftsorientierter.

3. Auswirkungen des Spitalentscheids auf Krankenkassenprämien

3.1 Ausgangslage

Im schweizerischen Vergleich weist der Kanton Appenzell I.Rh. heute die tiefsten Durchschnittsprämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) einschliesslich der Unfaldeckung aus:



Die jährliche Durchschnittsprämie 2018 für Erwachsene beträgt in Appenzell I.Rh. Fr. 4'248.--, während sie im schweizerischen Durchschnitt jährlich Fr. 5'583.60 und damit um 31.4% höher liegt. In der übrigen Ostschweiz ist das Prämienniveau ebenfalls etwas tiefer als im schweizerischen Schnitt. In Appenzell A.Rh. macht die Jahresprämie Fr. 4'838.40 (+13.9% im Vergleich mit Appenzell I.Rh.) aus und in St.Gallen Fr. 5'083.20 (+19.7%).

3.2 Einflussfaktoren auf das Prämienniveau

Die Krankenversicherer legen die OKP-Prämien jährlich auf der Basis der effektiven und für das Folgejahr zu erwartenden Kosten der durch die Versicherung bezahlten Leistungen fest. Die Festlegung wird getrennt nach Kantonen und gegebenenfalls den innerkantonalen Prämienregionen vorgenommen.

Nicht in die Prämienfestlegung einfließen damit Kosten, welche die öffentliche Hand, der Patient oder die Patientin, andere Sozialversicherungen (Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung) sowie allfällige weitere Kostenträger übernehmen. So wurden 2015 von total Fr. 77.7 Mia. Ausgaben im Gesundheitswesen rund 27.5 Mia. oder 35% durch die OKP getragen; die übrigen 65% sind anders finanziert. Es muss daher bei der Betrachtung der OKP-Prämien stets bedacht werden, dass diese nur etwas mehr als einen Drittel der Kosten des Gesundheitswesens beinhalten und in ihrer Höhe zudem durch Veränderungen bei den anderen Kostenträgern beeinflusst werden.

Die Frage, wie sich die Prämien der Krankenversicherungen in einem Kanton oder einer Region verändern, hängt also von der Entwicklung der durch die OKP getragenen Kosten ab. Diese Kosten wiederum hängen gemäss einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan unter anderem von folgenden Faktoren ab (Bericht Nr. 59 „Kosten und Inanspruchnahme in der OKP der Schweiz - Analyse kantonaler Unterschiede und mögliche Erklärungsfaktoren“):

- Leistungskatalog der OKP
- Ausmass der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Bevölkerung
- Angebotsdichte
- Bevölkerungsdichte
- Altersstruktur der Bevölkerung
- Preise für die OKP-Leistungen (zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern ausgehandelte Tarife, das heisst Taxpunktwerte und Baserates; diese entsprechen aber nicht unbedingt den tatsächlichen Kosten der Leistungen)
- Anteil alternative Versicherungsmodelle
- technologischer Fortschritt in Medizin und Versorgung
- zunehmender Wohlstand der Gesellschaft

Die Studie kommt unter anderem zum Schluss, dass die höheren Kosten und damit die höheren Prämien in einzelnen Kantonen deutlich stärker auf Unterschiede in den beanspruchten Leistungsmengen (Häufigkeit und Intensität) als auf Preisunterschiede in den Leistungen (OKP-Tarife) zurückzuführen sind.

Die wichtigsten Kostentreiber sind die Mengenausweitung infolge des technischen Fortschritts, des wachsenden Anteils der älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung und des wachsenden Wohlstands sowie der steigenden Anspruchshaltung. Die Angebotsdichte hat ebenfalls einen kostensteigernden Einfluss, wobei dieser im ambulanten Bereich (niedergelassene Ärzteschaft, Spitalambulatorien) stärker ausgeprägt ist als im stationären Bereich (Spitäler und Kliniken).

Dies legt den Schluss nahe, dass im Kanton Appenzell I.Rh. wohl deshalb tiefere Prämien als andernorts bezahlt werden müssen, weil die Inanspruchnahme der Leistungen auf Basis der heutigen Angebotsstruktur mit einem eigenen Spital unterdurchschnittlich ist. Auch kann festgehalten werden, dass die vergleichsweise tiefen, durch die Krankenversicherer für die erbrachten Leistungen bezahlten Tarife ebenfalls kostendämpfend wirken. Die Baserate des Spitals Appenzell sowie der Tarmed-Taxpunktwert für das Spital und für die vor Ort tätige Ärzteschaft befinden sich am unteren Ende der schweizweiten Vergleichswerte. Dies gilt auch für das regionale Umfeld. Da die Innerrhoder Bevölkerung schon seit langer Zeit auf die Inanspruchnahme von Leistungen in den Nachbarkantonen angewiesen ist, spielt auch das dortige Tarifumfeld eine Rolle.

3.3 Eigenes Spital und mögliche Auswirkungen auf Prämien

Grundlagen

Zwischen 20% und 25% der OKP-Gesamtausgaben (2016: 21.8%) werden für Behandlungen im stationären Bereich ausgegeben und etwas weniger als ein Fünftel für den spitalambulanten Bereich.

Das durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführte Kostenmonitoring zeigt für das Jahr 2016 für den Kanton Appenzell I.Rh. und im Vergleich zum schweizerischen Durchschnitt sowie den Kosten in den Nachbarkantonen folgende Ergebnisse:

OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person/Jahr in Fr.	AI		CH		AR		SG	
			+	%	+	%	+	%
Insgesamt	2'770.20	3763.23	35.8		3'279.79	18.4	3'324.99	20.0
Spital stationär	746.65	819.60	9.8		894.24	19.8	820.32	9.9
Spital ambulant	470.52	702.00	49.2		598.92	27.3	597.48	27.0

Die Werte für das Jahr 2016 können als repräsentativ betrachtet werden, zumal das Jahr 2015 ähnliche Werte zeigt.

Das Niveau der durch die OKP übernommenen Kosten entspricht in etwa den bestehenden Prämienunterschieden, die in Appenzell A.Rh. um 13.9% und in St.Gallen um 19.7% höher liegen als in Appenzell I.Rh. Die Innerrhoder Bevölkerung beansprucht weniger OKP-Leistungen als dies im schweizerischen Durchschnitt und etwas weniger ausgeprägt in den Nachbarkantonen der Fall ist. Betrachtet man das Verhältnis der durch die OKP übernommenen Kosten für stationäre bzw. ambulante Spitalleistungen, zeigt sich folgendes Bild:

OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person in Fr.	AI		CH		AR		SG	
		%		%		%		%
Insgesamt	2'770.20	100	3'763.23	100	3'279.79	100	3'324.99	100
Spital stationär	746.65	26.9	819.60	21.8	894.24	27.3	820.32	24.7
Spital ambulant	470.52	17.0	702.00	18.7	598.92	18.3	597.48	18.0

Appenzell I.Rh. weist im schweizerischen Vergleich, relativ betrachtet, eine höhere spitalstationäre Inanspruchnahme von Leistungen aus. Der Vergleich im spitalambulantem Bereich fällt sowohl relativ als auch absolut unterdurchschnittlich aus. Appenzell A.Rh. und St.Gallen haben demgegenüber absolut betrachtet eine stärkere spitalstationäre Inanspruchnahme von Leistungen.

Wenn man den Einfluss eines innerkantonalen Spitalangebots auf künftige Veränderungen der Prämien abschätzen will, ist es aufgrund dieser Feststellungen angezeigt, sich auf folgende Fragen zu konzentrieren:

- Wie entwickeln sich die durch die Krankenversicherer bezahlten Preise für beanspruchte Spitalleistungen?
- Wie wird die Inanspruchnahme von Spitalleistungen beeinflusst (Mengenentwicklung)?

Wenn im Kanton Appenzell I.Rh. kein Spitalangebot mehr besteht, ist davon auszugehen, dass die entsprechenden Leistungen zum grössten Teil in den Kantonen St.Gallen und Appenzell A.Rh. bezogen werden.

Preissituation (Tarife)

Für die Spitalleistungen gelten in den beiden Appenzeller Kantonen und für die Regionalspitäler des Kantons St.Gallen vergleichbare Tarife. Es wird daher darauf verzichtet, die leicht divergierenden Baserates der verschiedenen Versicherergruppen aufzuzeigen. Stattdessen werden gemittelte Werte verwendet. Etwas höher sind die Tarife im Kantonsspital St.Gallen (KSSG):

Preise 2017 in Fr.	SPAI	SVAR		KSSG		SG Regional	
			+%		+%		+%
Baserate 2017	9'480	9'600	1.3	9'950	5.0	9'650	1.8
Tarmed-Taxpunktwert	0.85/0.86*	0.89*	3.4/4.7	0.83	-3.5	0.83	-3.5

*sinkt in den kommenden Jahren auf Fr. 0.83

Das heisst, die heute innerkantonal bezogenen stationären OKP-Leistungen müssten bei einem Wegfall des Spitals Appenzell zu einem leicht höheren Tarif auswärts bezogen werden.

Der Kanton Appenzell I.Rh. zahlt 55% der anerkannten Hospitalisationskosten. Für innerkantonale Hospitalisationen wendet er jährlich rund Fr. 2.2 Mio. auf. Die Krankenversicherer zahlen somit im Rahmen ihres Anteils von 45% der Gesamtkosten rund Fr. 1.8 Mio. Würden diese Lei-

stungen alle im KSSG bezogen, käme es zu einem maximalen Kosteneffekt („worst case“) von Fr. 90'000.-- pro Jahr, der sich zusätzlich in den Prämien niederschlagen würde (etwa Fr. 6.-- pro Jahr und versicherte Person). Zusätzlich dürften gewisse Mengeneffekte entstehen (siehe unten).

Was die Entwicklung der Baserate des Spitals Appenzell anbelangt, würden mit einem Neubau vorab theoretisch zwei gegenläufige Effekte entstehen:

- Optimierte Prozesse und damit tiefere Fixkosten führen tendenziell zu einer tieferen Baserate im AVZ+.
- Demgegenüber kann sich die wegen des Neubaus höhere Miete in Richtung einer höheren Baserate auswirken.

In der Praxis hängt die Baserate aber immer vom Verhandlungsergebnis der Tarifpartner ab. Der Preisvergleich im spitalambulanten Bereich zeigt insofern vernachlässigbare Unterschiede, als sich der Taxpunktwert für spitalambulante Leistungen in den nächsten Jahren voraussichtlich in der ganzen Ostschweiz beim Niveau von Fr. 0.83 angleichen wird.

Mengenentwicklung

Aufgrund der medizinischen Entwicklung, der Alterung der Bevölkerung und der wachsenden Anspruchshaltung ist für die Zukunft generell von einer steigenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auszugehen. Davon sind auch die OKP-Leistungen betroffen. Diese Effekte lassen sich aber kaum scharf fassen und gelten zudem unabhängig vom Bestehen eines innerkantonalen Spitalangebots, sodass sie im Folgenden nicht weiter berücksichtigt werden.

Wenn das Spital Appenzell bestehen bleibt, ist für den stationären Bereich von keinem nennenswerten Mengeneffekt auszugehen, da das künftige Leistungsangebot des AVZ+ grösstenteils dem heutigen Angebot entspricht. Parallel zur Stärkung des ambulanten Angebots am Standort Appenzell (z.B. Computer- oder Magnetresonanztomograph) könnte aber eine gewisse Leistungszunahme möglich sein, da zu vermuten ist, dass die bisher vergleichsweise tiefere Beanspruchung spitalambulanter Leistungen durch die Innerrhoder Bevölkerung auch mit der räumlichen Distanz zu den spezialisierten Ambulatorien des Kantonsspitals St.Gallen zu tun hat. Allerdings hätte eine innerkantonale Zunahme an ambulanten Leistungen mindestens teilweise einen kompensatorischen Effekt hinsichtlich der heute ausserkantonale bezogenen Leistungen.

Wenn innerhalb des Kantons kein Spitalangebot mehr besteht, dürften folgende Mengeneffekte entstehen:

Faktor	Grössere Distanz zum Leistungserbringer	Umfassenderes, spezialisierteres Angebot an Spitälern höherer Versorgungsstufen
Wirkung stationär	neutral	+
Wirkung ambulant	-	++

Im Ergebnis würde sich also bei einem Wegfall eines innerkantonalen Spitalangebots die Inanspruchnahme der OKP-Leistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich tendenziell erhöhen, was sich in den Prämien niederschlagen dürfte.

Fazit

Da die dargestellten Effekte nicht exakt vorhersehbar und quantifizierbar sind, ist keine gesicherte Aussage zum Einfluss des Bestands eines Spitals oder einer Schliessung auf die Prämienentwicklung möglich. Insgesamt kann aber von einer eher prämiendämpfenden Wirkung

eines innerkantonalen Spitalangebots ausgegangen werden, und zwar aufgrund folgender massgeblicher Effekte:

- Der innerkantonale Betrieb weist eine tiefere Baserate aus als das Zentrumsspital, wohin mit einer massgeblichen Verschiebung der heutigen innerkantonalen Fälle zu rechnen ist.
- Bei einem Wegfall eines innerkantonalen Spitalangebots weist die Tendenz in Richtung einer erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen sowohl im stationären wie ambulanten Bereich.

Insgesamt ist anzunehmen, dass ein Spitalneubau oder ein Verzicht auf einen Spitalneubau in der vorgesehenen Grössenordnung wahrscheinlich einen geringen Einfluss auf die Prämienentwicklung haben wird. Andere Faktoren wie zum Beispiel der anhaltende Fortschritt in der Medizin und der Gesundheitsversorgung sowie die Altersstruktur und der Wohlstand der Bevölkerung scheinen die Prämien stärker zu beeinflussen.

3.4 Auswirkung auf die Prämienregion

Die Krankenkassenprämien werden pro Prämienregion festgelegt. Zurzeit ist der Kanton Appenzell I.Rh. eine eigene Prämienregion. Würde auf einen Spitalneubau verzichtet und müsste das Spital geschlossen werden, stellt sich aber die Frage, ob die Krankenversicherer bzw. der Bund (als Genehmigungsinstanz der Prämien) im Rahmen einer periodischen Überprüfung feststellt, dass der Kanton aufgrund der Kostenstruktur oder des relativ kleinen Versichertenbestands nicht mehr als eigene Prämienregion geführt werden soll.

Bisher bestehen keine Anzeichen dafür, dass solche Massnahmen ergriffen würden. Jeder Kanton ist entweder eine Prämienregion oder umfasst innerkantonale sogar mehrere Prämienregionen. Das Bundesrecht schliesst aber eine kantonsübergreifende Betrachtung nicht ausdrücklich aus. Eine Schliessung des Spitals Appenzell und die damit wegfallende innerkantonale Spitalversorgung könnte eine allfällige Diskussion über eine Neuordnung durchaus befördern. Ob allerdings eine Änderung vorgenommen würde, lässt sich aus heutiger Sicht nicht sagen.

Würde der Kanton einer benachbarten Prämienregion zugewiesen, wäre ein massgeblicher Prämienanstieg zu erwarten, zumal in allen anderen, an Appenzell I.Rh. angrenzenden Regionen die Prämien höher sind (siehe oben).

4. Antrag

Die Ständekommission beantragt dem Grossen Rat, von dieser Botschaft Kenntnis zu nehmen und den Landsgemeindebeschluss zur Erteilung eines Kredites für den Neubau des Spitals als Ambulantes Versorgungszentrum Plus (AVZ+) zu Handen der Landsgemeinde zu verabschieden.

Appenzell, 2. Januar 2018

Namens Landammann und Ständekommission

Der reg. Landammann:

Der Ratschreiber:

Daniel Fässler

Markus Dörig

**Landsgemeindebeschluss
zur Erteilung eines Kredites für den Neubau des Spitals
als Ambulantes Versorgungszentrum Plus (AVZ+)**

vom

Die Landsgemeinde des Kantons Appenzell I.Rh.,
beschliesst:

I.

Für den Neubau des Spitals als Ambulantes Versorgungszentrums Plus (AVZ+) in Appenzell wird ein Kredit von Fr. 41.0 Mio. gewährt.

II.

¹Teuerungsbedingte Mehrkosten sowie weitere projektbedingte, unvorhergesehene Zusatzkosten bis 10% unterstehen der Genehmigung der Standeskommission.

²Bei projektbedingten Zusatzkosten über 10% gelten die Bestimmungen von Art. 7ter der Kantonsverfassung vom 24. Wintermonat 1872.

III.

Dieser Beschluss tritt mit Annahme durch die Landsgemeinde in Kraft.