



# Spitalplanung Rehabilitation ARAISG 2023/2024

Version für das  
Bewerbungsverfahren

Datum:  
26. Januar 2024

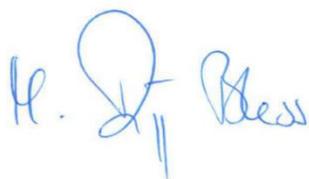
---

Nachdem die drei Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen im Bereich Akutsomatik erstmals eine gemeinsame Spitalplanung erstellt haben, wird auch für den Bereich Rehabilitation eine kantonsübergreifende Spitalplanung erarbeitet. Dadurch soll für den gemeinsamen Versorgungsraum mit knapp 600'000 Einwohnerinnen und Einwohner eine qualitativ hochstehende Versorgung mit stationären Rehabilitationsleistungen garantiert werden. Rund 65 Prozent der Spitalaufenthalte von Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion erfolgen in einer der acht Rehabilitationskliniken mit Standort in einem der drei Kantone.

Der vorliegende Berichtsentwurf umfasst die Bedarfsanalyse für die Bevölkerung der drei Planungskantone, übereinstimmende Anforderungen und Planungskriterien sowie eine gemeinsame Bedarfsprognose, die als Basis für ein gemeinsames Bewerbungsverfahren dienen. Dieser und die damit verbundenen weiteren Dokumente dienen als Grundlage für das Bewerbungsverfahren. Die Bewertung der Bewerbungen und die Wahl der Leistungserbringer für die Spitalliste werden ebenfalls gemeinsam vorgenommen. Angestrebt werden gleichlautende Leistungsaufträge. Der Erlass der kantonalen Spitallisten erfolgt individuell durch die jeweiligen zuständigen kantonalen Behörden. Die Invollzugsetzung der neuen Spitallisten Rehabilitation ist auf den 1. Januar 2025 geplant.

Wir sind überzeugt, mit der gemeinsamen Rehabilitationsplanung einen zusätzlichen Beitrag zur Qualität der Gesundheitsversorgung der Region Appenzellerland-St.Gallen zu leisten. Die Qualität hängt aber insbesondere von den Leistungserbringern und ihren Mitarbeitenden ab. Sie ermöglichen es, dass Patientinnen und Patienten durch die Rehabilitationsbehandlungen ihre Fähigkeiten und eine bestmögliche Selbständigkeit wiedererlangen. Deshalb gilt ihnen unser besonderer Dank.

Appenzell, Herisau und St.Gallen, Januar 2024



Monika Rüegg Bless  
Frau Statthalter  
Gesundheits- und  
Sozialdepartement



Yves Noël Balmer  
Landammann  
Departement Gesundheit  
und Soziales



Bruno Damann  
Regierungsrat  
Gesundheitsdepartement

<b>1</b>	<b>Ausgangslage und Rahmenbedingungen</b>	<b>6</b>
1.1	Gesetzesgrundlagen	6
1.1.1	Bundesvorgaben	6
1.1.2	Kantonale Vorgaben	8
1.2	Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung	9
1.3	Kostengutsprachepraxis der Krankenversicherer	11
1.4	Schweizerische Tarifstruktur ST Reha	12
1.5	Projekt «gemeinsame Spitalplanung Rehabilitation GDK-Ost-Kantone und Kanton Aargau»	12
1.6	Modellplanung Ost	13
1.7	Spitalplanung Rehabilitation ARAISG	13
<b>2</b>	<b>Definition der stationären medizinischen Rehabilitation</b>	<b>14</b>
2.1	Definition der stationären medizinischen Rehabilitation	14
2.2	Abgrenzung zur Akutsomatik	15
2.3	Abgrenzung zu anderen Leistungsangeboten	16
<b>3</b>	<b>Trends und Herausforderungen</b>	<b>18</b>
3.1	Spezialisierung	18
3.2	Abgrenzung zwischen Rehabilitation und Psychiatrie	18
3.3	Kostendruck	19
3.4	Fachkräftemangel	19
3.5	Erhöhter rehabilitativer Behandlungsbedarf	20
3.6	Ausbau des Bettenangebots	20
3.7	Wohnortnahe Rehabilitation	20
3.8	Akutspitalnahe Rehabilitation	21
3.9	Ambulantisierung und innovative Versorgungsmodelle	21
3.10	Zusammenschlüsse von Leistungserbringern	22
3.11	Kooperationen zwischen Leistungserbringern	22
<b>4</b>	<b>Strategische Ziele</b>	<b>24</b>
4.1	Interkantonale Zusammenarbeit	24
4.2	Optimierung der Schnittstelle Akutsomatik-Rehabilitation	24

4.3	Konzentration spezialisierter Leistungen	25
4.4	Substitution stationärer durch ambulante Rehabilitationsleistungen	25
<b>5</b>	<b>Leistungsgruppensystematik</b>	<b>27</b>
5.1	Leistungsgruppen im Überblick	27
5.2	Leistungsgruppenmodell Rehabilitation	27
5.2.1	Leistungsbereich «Muskuloskelettale Rehabilitation»	28
5.2.2	Leistungsbereich «Neurologische Rehabilitation»	28
5.2.3	Leistungsbereich «Kardiovaskuläre Rehabilitation»	29
5.2.4	Leistungsbereich «Pulmonale Rehabilitation»	29
5.2.5	Leistungsbereich «Internistische und onkologische Rehabilitation»	30
5.2.6	Leistungsbereich «Somatoforme Störungen»	30
5.3	Querschnittsbereiche	30
5.4	Operationalisierung des Leistungsgruppenmodells	32
<b>6</b>	<b>Datengrundlage</b>	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>Angebote und Inanspruchnahme</b>	<b>35</b>
7.1	Angebotsstrukturen	37
7.2	Stationäre Rehabilitationsleistungen	39
7.3	Rehabilitationsleistungen nach Altersgruppen	42
7.4	Rehabilitationsleistungen nach Liegeklasse	46
7.5	Rehabilitationsleistungen nach Leistungserbringern	46
7.6	Rehabilitationsleistungen nach Versorgungsregionen	48
7.7	Rehabilitationsleistungen nach Kantonen	48
7.8	Rehabilitationsleistungen nach Leistungsgruppen	50
7.8.1	Muskuloskelettale Rehabilitation	52
7.8.2	Neurologische Rehabilitation	55
7.8.3	Kardiovaskuläre Rehabilitation	57
7.8.4	Pulmonale Rehabilitation	59
7.8.5	Internistische und onkologische Rehabilitation	61
7.8.6	Somatoforme Störungen	63
<b>8</b>	<b>Bedarfsprognose 2032</b>	<b>66</b>
8.1	Aktuelle Prognosen für den Bereich Rehabilitation	66
8.2	Prognosemodell 2032	67
8.2.1	Methodik Bedarfsprognose	68
8.2.2	Einflussfaktoren	68

8.2.3	Demografische Entwicklung	69	5
8.3	Prognostizierte Bedarfsentwicklung	72	
8.3.1	Bedarfsprognose 2032 Planungsregion ARAISG	72	
8.3.2	Bedarfsprognose 2032 nach Altersgruppen	73	
8.3.3	Bedarfsprognose 2032 nach Leistungsgruppen	75	
8.3.4	Bedarfsprognose 2035 nach Planungskantonen und Versorgungsregionen	77	
<b>9</b>	<b>Evaluation</b>	<b>79</b>	
9.1	Umsetzung der strategischen Ziele	79	
9.2	Erteilung von Leistungsaufträgen	80	
9.3	Evaluationskriterien	81	
9.3.1	Evaluationskriterium Qualität	81	
9.3.2	Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit	87	
9.3.3	Evaluationskriterium Zugänglichkeit	87	
9.3.4	Evaluationskriterium Versorgungssicherheit	88	
	<b>Glossar und Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>91</b>	
	<b>Anhang 1: Verwendete Datenquellen</b>	<b>94</b>	

## 1.1 Gesetzesgrundlagen

### 1.1.1 Bundesvorgaben

#### 1.1.1.a Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Die Kantone sind nach Art. 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) verpflichtet, eine Spitalplanung zu erstellen und eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste (Bst. e) zu erlassen. Spitäler oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen, sind zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen, wenn sie eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten (Bst. a), über das erforderliche Fachpersonal (Bst. b) und zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten (Bst. c). Im Weiteren muss ein Spital für die Zulassung der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (Bst. d). Schliesslich müssen sich die Spitäler seit dem 1. April 2020 einer zertifizierten Gemeinschaft (Stammgemeinschaft) für die Führung eines elektronischen Patientendossiers angeschlossen haben (Bst. f). Die Kantone sind verpflichtet, ihre Planungen zu koordinieren (Abs. 2).

#### 1.1.1.b Verordnung über die Krankenversicherung

Nach Art. 39 Abs. 2<sup>ter</sup> KVG erlässt der Bundesrat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dieser Vorgabe ist der Bundesrat mit den Artikeln 58a-e in der Verordnung über die Krankenversicherung nachgekommen (SR 832.102, abgekürzt KVV; in Vollzug seit 1. Januar 2009). Unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit den neuen Planungsinstrumenten und der Rechtsprechung nahm der Bundesrat mit Änderung vom 23. Juni 2021 eine Präzisierung der Planungskriterien vor (AS 2021 439, in Vollzug seit 1. Januar 2022). Der Bundesrat präziserte namentlich die Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie die Modalitäten der interkantonalen Koordination der Spitalplanungen. Zudem erliess der Bundesrat eine Liste mit möglichen Auflagen, die mit der Erteilung von Leistungsaufträgen verbunden werden können. Die kantonalen Spitalplanungen und -listen müssen bis spätestens 1. Januar 2026 (Akutsomatik) respektive 1. Januar 2028 (Psychiatrie und Rehabilitation) den revidierten Planungskriterien entsprechen.

Gemäss Art. 58b KVV ermitteln die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche und berücksichtigen dabei die für die Prognose des Bedarfs relevanten Einflussfaktoren (Abs. 1). Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind (Abs. 2). Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste zu sichern ist, damit die Versorgung ge-

währleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Art. 58b Abs. 1 KVV ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Art. 58b Abs. 2 KVV ermittelten Angebots (Abs. 3). Bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages (Abs. 4).

Gemäss Art. 58c Bst. b KVV kann die Spitalplanung zur Sicherstellung der stationären Behandlung in Rehabilitationskliniken leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen. Die Rehabilitationsplanung der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen erfolgt leistungsorientiert und richtet sich demnach an den erbrachten Leistungen (Behandlungen) und nicht an den benötigten Kapazitäten (Betten) aus.

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

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

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

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

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

(Abs. 2 und 3). Zudem sind die Kantone verpflichtet, mit der Erteilung der Leistungsaufträge sicherzustellen, dass die Spitäler keine ökonomischen Anreizsysteme praktizieren, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zulasten der OKP oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41a KVG führen (Abs. 7).

## 1.1.2 Kantonale Vorgaben

### 1.1.2.a Kanton Appenzell Ausserrhoden

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

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

### 1.1.2.b Kanton Appenzell Innerrhoden

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

binden. Art. 24 präzisiert die Leistungsvereinbarungen sowie die möglichen Auflagen und Bedingungen an die Leistungserbringer. Art 25 GesG regelt schliesslich die Mitwirkung der interessierten Kreise sowie der Leistungserbringer.

### 1.1.2.c Kanton St.Gallen

Für die Spitalplanung ist im Kanton St.Gallen das Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung (sGS 320.1; abgekürzt SPFG) massgebend. Das SPFG enthält ergänzende und präzisierende Ausführungen zu Spitalplanung und Spitalliste. Es überträgt die Kompetenz für den Erlass der Spitalplanung und der Spitalliste sowie die Erteilung der Leistungsaufträge an die Regierung (Art. 4). Nebst der Formulierung der Ziele der Spitalplanung, von Form und Inhalt der Spitalliste sowie der Leistungsaufträge werden im SPFG für die Erteilung von Leistungsaufträgen eine Reihe von Voraussetzungen genannt respektive Auflagen formuliert (Artikel 11 und 12). Es sind dies insbesondere:

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

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

## 1.2 Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung

Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat im Mai 2009 Empfehlungen zur Spitalplanung verabschiedet, die im Mai 2018 revidiert und im November 2022 aktualisiert wurden<sup>1</sup>. Die Rehabilitationsplanung ARAISG orientiert sich an den folgenden Empfehlungen:

- **Leistungsorientierte Spitalplanung:** Die Spitalplanung umfasst die Evaluation aller interessierten Leistungserbringer, die auch in das Bewerbungsverfahren einbezogen werden müssen. Einladungen zum Bewerbungsverfahren sind im amtlichen Publikationsorgan zu veröffentlichen.
- **Bedarfsgerechte Spitalplanung:** Der ermittelte Bedarf ist unter Berücksichtigung der ausserkantonalen Nachfrage zu decken, Überkapazitäten sollen vermieden oder reduziert werden. Bei der Vergabe eines Leistungsauftrags

<sup>1</sup> Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, revidierte Version der vom Vorstand der GDK am 14. Mai 2009 und am 25. Mai 2018 verabschiedeten Empfehlungen, genehmigt von der GDK-Plenarversammlung am 20. Mai 2022

wird die Versorgungsrelevanz (kantonale oder regionale Ebene) berücksichtigt.

- **Leistungsspektrum:** Bei der Erteilung der Leistungsaufträge sind die leistungsspezifischen Anforderungen zu beachten. Mit Vergabe von mindestens einem Leistungsauftrag je Leistungsgruppe wird sichergestellt, dass das gesamte Spektrum medizinischer Leistungen abgedeckt ist. Die Weitervergabe von Leistungsaufträgen ist nicht zulässig.
- **Wirtschaftlichkeit:** Die Kantone nehmen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Betriebsvergleiche – sofern möglich auf Basis der schweregradbereinigten (Fall)Kosten – entweder unter einer repräsentativen Anzahl vergleichbarer Spitäler oder unter den sich für den Leistungsauftrag bewerbenden Spitalern vor.
- **Qualität:** Die Erteilung eines leistungsbezogenen Auftrags wird von der Erfüllung standortbezogener leistungsspezifischer Auflagen zur Struktur- und Prozessqualität abhängig gemacht.
- **Mindestfallzahlen:** Die Kantone können in bestimmten Leistungsgruppen Mindestfallzahlen festlegen. Einen befristeten Leistungsauftrag erhalten neue Leistungsanbieter, wenn erwartet werden kann, dass die erforderlichen Fallzahlen im Laufe von drei Jahren erreicht werden.
- **Mengensteuerung:** Die Kantone können spezifische Massnahmen zur Vermeidung von medizinisch nicht indizierten stationären Behandlungen, von unverhältnismässigen Mengenausweitungen oder von Überkapazitäten ergreifen.
- **Aufnahmepflicht:** Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmepflicht mit dem Ziel, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten und diskriminierende Aufnahmepraktiken von Listenspitälern zu verhindern. Sie können einen Mindestanteil an ausschliesslich grundversicherten Patientinnen und Patienten festlegen.
- **Interkantonale Koordination der Spitalplanung und Patientenströme:** Im Rahmen der Spitalplanung laden die planenden Kantone die Nachbarkantone und die Kantone, aus denen gewichtige Patientenströme in die planenden Kantone fliessen, zur Vernehmlassung ein.
- **Datenlieferung:** Die Kantone verpflichten die Leistungserbringer zur zeitgerechten Lieferung vollständiger und korrekter Daten der Medizinischen Statistik und der Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS), der Kostendaten und der von der SwissDRG AG eingeforderten Daten.
- **Arbeitsbedingungen:** Die Arbeitsbedingungen können integraler Bestandteil der Evaluation im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen und der Wirtschaftlichkeitsvergleiche sein.
- **Ausbildungsleistungen:** Die Leistungen der Aus- und Weiterbildung bei den nicht-universitären Gesundheitsberufen werden als Auflagen im Leistungsauftrag formuliert.
- **Controlling, Aufsicht und Sanktionen:** Die Kantone überprüfen periodisch, ob die im Leistungsauftrag festgeschriebenen Leistungen erbracht, ob die Anforderungen erfüllt und ob nur Leistungen erbracht werden, für die das Spital über einen Leistungsauftrag eines Kantons verfügt. Bei einer Leistungserbringung ohne Auftrag sind die Kantone nicht verpflichtet, den kantonalen Anteil zu begleichen.
- **Datenschutz und Informationssicherheit:** Die Kantone verpflichten die Listenspitäler zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben und zur Führung eines Informationssicherheits-Managementsystems (ISMS).

Die GDK hat am 24. November 2022 drei weitere Empfehlungen im Bereich der Rehabilitation verabschiedet, welche die Grundlage für eine gewisse Vereinheitlichung und Koordination bei den kantonalen Rehabilitationsplanungen bilden sollen:

- **Gemeinsames Verständnis der Kantone von «Rehabilitation»:** Die empfohlene Definition von «Rehabilitation» wurde in der vorliegenden Rehabilitationsplanung ARAISG übernommen, damit eine möglichst einheitliche Grundlage der Kantone für ihre Rehabilitationsplanungen und Leistungsauftragsvergaben vorhanden ist (siehe Kapitel 2).
- **Musterplanungssystematik Rehabilitation und Definition der Rehabilitationsbereiche:** Damit die kantonalen Gegebenheiten berücksichtigt werden können, hat die GDK zwei Varianten einer Planungssystematik formuliert, bei denen mehrere Rehabilitationsbereiche (insbesondere im Bereich der paraplegiologischen, der psychosomatischen und der geriatrischen Rehabilitation) als Leistungsbereich oder Leistungsgruppe respektive als Leistungsbereich oder Querschnittsbereich ausgestaltet werden können. Für die vorliegende Rehabilitationsplanung ARAISG werden die Varianten gemäss Leistungsgruppensystematik des Kantons Zürich angewendet (siehe Kapitel 5).
- **Qualitative Mindestanforderungen für die Rehabilitationsbereiche der Musterplanungssystematik:** Zu den generellen Qualitätsanforderungen, wie sie für alle Listenspitäler eines Kantons bestehen, kommen qualitative Mindestanforderungen für Rehabilitationskliniken sowie Mindestanforderungen für jeden Leistungsbereich, jede Leistungsgruppe und jeden Querschnittsbereich. Damit die Anforderungen an die Leistungserbringer auch über die Kantongrenzen hinaus möglichst einheitlich sind, orientiert sich die vorliegende Rehabilitationsplanung ARAISG grundsätzlich an den Anforderungen des Kantons Zürich.

### 1.3 Kostengutsprachepraxis der Krankenversicherer

Leistungen der stationären Rehabilitation werden heute sowohl von der Krankenversicherung als auch von der Unfall- und der Invalidenversicherung finanziert. Dabei bestehen hinsichtlich der Kostengutsprachepraxis grundsätzliche Unterschiede zwischen den Kostenträgern. Bei der Unfall- und der Invalidenversicherung steht die Wiedereingliederung der erkrankten beziehungsweise verunfallten Person nach dem Grundsatz Rehabilitation vor Rente im Vordergrund. Die Krankenversicherung beschränkt sich hingegen auf die Erstattung medizinischer Rehabilitationsleistungen.

Gemäss Anhang 1 Ziffer 11 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)<sup>2</sup> besteht für die stationäre Rehabilitation eine grundsätzliche Leistungspflicht der Krankenversicherer. Die Kostenübernahme der erbrachten rehabilitativen Leistungen erfolgt aber nur bei vorgängig erteilter Gutsprache des Krankenversicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes. Dadurch haben die Krankenversicherer die Möglichkeit, die Anzahl Aufenthalte, den Aufenthaltsort und die Verweildauer von Rehabilitationspatientinnen und -patienten zu beeinflussen. Die Tatsache, dass Krankenversicherer ambulante Leistungen vollständig, stationäre hingegen nur zu 45 Prozent vergüten, kann im Rahmen der Erteilung von Kostengutsprachen durch die Krankenversicherer zu einem unerwünschten Anreiz zu Gunsten stationärer Rehabilitationsbehandlungen führen. Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (E-FAS) könnte zu einer Behebung dieses Fehlanreizes und zu einer Verschiebung zugunsten des ambulanten Leistungsangebots führen.

<sup>2</sup> SR 832.112.31

## 1.4 Schweizerische Tarifstruktur ST Reha

Das Krankenversicherungsgesetz sieht vor, dass stationäre Leistungen auf der Basis von gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen leistungsbezogen vergütet werden. Nachdem für die Abrechnung stationärer Leistungen SwissDRG in der Akutsomatik (2012) und TARPSY in der Psychiatrie (2018) eingeführt wurden, kommt für die Rehabilitation seit dem 1. Januar 2022 die Tarifstruktur ST Reha zur Anwendung. Sie basiert auf leistungsbezogenen Tagespauschalen, wobei die Leistungen in acht Rehabilitationsarten und eine Restgruppe unterteilt werden. Für jede Rehabilitationsart bestehen bis zu drei Untergruppen. Die Zuordnung zu einer der 21 Rehabilitations-Kostengruppen erfolgt über einen Grouper. Aufgrund der Einführung der neuen Struktur mussten die Leistungserbringer die Tarife mit den Krankenversicherern neu verhandeln.

Da in der ST Reha Version 1.0 nur für den Bereich der psychosomatischen Rehabilitation leicht degressive Tageskostengewichte festgelegt wurden, weist dieser – im Gegensatz zum Tarifsystem SwissDRG in der Akutsomatik – keinen Anreiz zur Verkürzung der Verweildauer auf. Es werden daher keine erheblichen Veränderungen der Anzahl und der Dauer von Hospitalisationen im Bereich Rehabilitation aufgrund der Finanzierung erwartet.

## 1.5 Projekt «gemeinsame Spitalplanung Rehabilitation GDK-Ost-Kantone und Kanton Aargau»

Im Jahr 2016 lancierte der Kanton Zürich das Projekt «gemeinsame Spitalplanung Rehabilitation GDK-Ost-Kantone<sup>3</sup> und Kanton Aargau» zur Vereinheitlichung der Leistungsgruppensystematik sowie der allgemeinen und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen an die Leistungserbringer. Das im Rahmen des Projekts vom Kanton Zürich erarbeitete Leistungsgruppenkonzept wurde mit wenigen Vorbehalten von der GDK-Ost-Direktorenkonferenz am 25. April 2019 verabschiedet. Gleichzeitig wurde das Projekt beendet. Basierend auf dem neu erarbeiteten Leistungsgruppenkonzept erstellte der Kanton Zürich die «Zürcher Spitalplanung 2023». Die restlichen Kantone der GDK-Ost setzten am 22. Oktober 2019 eine neue Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz des Kantons Schaffhausen ein, mit dem Ziel, die Übernahme der Zürcher Leistungsgruppensystematik zu prüfen. Darauf basierend empfahl die Arbeitsgruppe der GDK-Ost am 10. November 2022, die Zürcher Leistungsgruppensystematik zu übernehmen. Einzelne Anpassungen und Ergänzungen sollen dem Kanton Zürich zur Operationalisierung vorgeschlagen werden, der grundsätzlich bereit ist, bei Bedarf punktuelle Änderungen vorzunehmen. Angestrebt wird eine gemeinsame Rehabilitationsplanung mit gestaffelten Zielen:

- Einheitliche Leistungsgruppensystematik
- Angleichung der generellen und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen, Abgleich mit der GDK
- Etablierung von Minimalanforderungen auf Ebene GDK
- Gemeinsame / koordinierte Spitalliste/n Rehabilitation.

---

<sup>3</sup> Die Gesundheitsdirektorenkonferenz der Ostschweizer Kantone und des Fürstentums Liechtenstein (GDK-Ost) umfasst die Kantone: Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen, Schaffhausen, Thurgau und Zürich

## 1.6 Modellplanung Ost

Die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau unterzeichneten im Jahr 2020 eine gemeinsame Absichtserklärung betreffend Zusammenarbeit in der Planung der stationären Gesundheitsversorgung. Obwohl die Kantone Glarus, Graubünden und Thurgau aus dem gemeinsamen Projekt ausgestiegen sind, beschlossen die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen, den Prozess der gemeinsamen Planung weiter zu konkretisieren. Für den Bereich Akutsomatik wurde basierend auf identischen Planungskriterien ein gemeinsames Bewerbungsverfahren für die drei Spitallisten durchgeführt. Die diesbezüglichen Arbeiten erfolgten gemäss einer gemeinsam erarbeiteten Verwaltungsvereinbarung. Die Vereinbarungskantone haben darin die Absicht bekundet, auf der Basis gleicher Leistungsgruppen sowie einer einheitlichen Definition der Anforderungen einen gemeinsamen Bericht zur Spitalplanung Rehabilitation zu erstellen und die Planung zeitlich so abzustimmen, dass die drei kantonalen Spitallisten Rehabilitation am 1. Januar 2025 in Vollzug gesetzt werden können.

## 1.7 Spitalplanung Rehabilitation ARAISG

Gegenstand der vorliegenden Rehabilitationsplanung ist die stationäre medizinische Rehabilitation der Bevölkerung der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen. Die nachfolgenden Ausführungen erfolgen primär immer auf Ebene der gesamten Planungsregion der drei Kantone. Die zuständigen kantonalen Departemente werden im Bericht als «Planungsbehörden» bezeichnet. Die Durchführung aller Planungsschritte erfolgt gemeinsam und mit identischen Anforderungen. Die Leistungserbringer haben die Wahl, sich im Rahmen eines einzigen Verfahrens für alle drei Spitallisten-Einträge oder für einzelne Spitallisten-Einträge zu bewerben. Die Bewerbungen werden gemeinsam gesichtet und bewertet. Die Vergabe der Leistungsaufträge erfolgt koordiniert. Der Erlass der Spitallisten Rehabilitation ist Ende 2024 mit Invollzugsetzung per 1. Januar 2025 geplant. Er erfolgt separat durch die jeweilige kantonale Instanz (Regierung, Regierungsrat, Standeskommission). Dies gilt ebenso für die Definition und Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen für innerkantonale Leistungserbringer. Die Steuerung durch die Planungsbehörde erfolgt durch die Zuteilung der Leistungsgruppen an die einzelnen Spitalstandorte. Auf eine direkte Mengensteuerung durch Vorgaben von maximalen Leistungsmengen je Leistungsgruppe und Leistungserbringer wird verzichtet.

### 2.1 Definition der stationären medizinischen Rehabilitation

Der Begriff Rehabilitation ist im KVG nicht definiert. Nach der WHO-Definition<sup>4</sup> und der Empfehlung der GDK<sup>5</sup> umfasst Rehabilitation «eine Reihe von Massnahmen, die zum Ziel haben, die Fähigkeiten einer gesundheitlich beeinträchtigten Person zur Interaktion mit ihrer Umwelt zu verbessern und ihre Behinderung im Alltag zu mildern. Vereinfacht ausgedrückt, unterstützt die Rehabilitation Kinder, Erwachsene oder ältere Menschen dabei, ihren Alltag möglichst unabhängig zu gestalten, so dass sie studieren, arbeiten, ihre Freizeit gestalten und wichtige Lebensaufgaben übernehmen können, wie beispielsweise für das Wohl der Familie zu sorgen. Dazu setzt die Rehabilitation bei den grundlegenden Problemen an (z. B. Schmerzen) und verbessert die Alltagsfähigkeiten, indem sie den Betroffenen hilft, Schwierigkeiten beim Denken, Sehen, Hören, Kommunizieren, Essen oder Bewegen zu überwinden».

Die medizinische Rehabilitation bezweckt möglichst frühzeitige Massnahmen, die erforderlich sind, um die Teilnahme am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Voraussetzungen, die für die Durchführung ambulanter oder stationärer Rehabilitationsleistungen kumulativ erfüllt sein müssen, sind die Rehabilitationsbedürftigkeit<sup>6</sup>, die Rehabilitationsfähigkeit<sup>7</sup> und das Rehabilitationspotential<sup>8</sup>.

Die stationäre Rehabilitation wird in spezialisierten Einrichtungen (Rehabilitationskliniken oder -abteilungen) durchgeführt, die bestimmte Mindestanforderungen im Bereich der Qualität erfüllen müssen. Der Übertritt einer Patientin oder eines Patienten von einem akutsomatischen Spital in eine stationäre Rehabilitationsklinik

---

<sup>4</sup> Technical Report 668/1981 der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1981, S.9)

<sup>5</sup> Empfehlung der GDK: Gemeinsames Verständnis der Kantone von «Rehabilitation» vom 24. November 2022

<sup>6</sup> Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn die Funktionsfähigkeit als Folge einer Schädigung über die kurative Versorgung hinaus bedroht, eingeschränkt oder gar inexistent ist und mittels Rehabilitation die Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen vermieden, beseitigt, verbessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden können.

<sup>7</sup> Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulassen.

<sup>8</sup> Rehabilitationspotential ist gegeben, wenn eine erfolgsversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Es müssen plausible Gründe vorliegen, dass die betreffende Patientin bzw. der betreffende Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabilitationspotentials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit.

setzt voraus, dass der Patient oder die Patientin keine erwartete oder bereits eingetretene klinische Instabilität<sup>9</sup> und keine instabilen Vitalparameter<sup>10</sup> aufweist, keine Biopsie eines inneren Organs oder keinen chirurgischen Eingriff benötigt, die eine Nachsorge in einem akutsomatischen Spital erfordern.

## 2.2 Abgrenzung zur Akutsomatik

Im Gegensatz zur Akutmedizin, die auf die kurative (heilende) Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen ausgerichtet ist, steht in der Rehabilitation die Behandlung der Folgen akuter Krankheiten und Verletzungen im Vordergrund (Tabelle 1). Sie manifestieren sich in Form von Gesundheitsschädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Leitgedanke zur Zielsetzung ist die Wiederherstellung von Unabhängigkeit und Selbstbestimmung im vorbestehenden Umfeld. Ist dies nicht möglich, ist die Zielsetzung anzupassen und/oder sind Modifikationen am Umfeld vorzusehen.

Tabelle 1: Vergleich kurative Medizin und medizinische Rehabilitation

Merkmal	Kurative Medizin	Medizinische Rehabilitation
Behandelte Krankheitsbilder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkrankung</li> <li>• Akute Gesundheitsbeeinträchtigung</li> <li>• Akuter Krankheitszustand</li> <li>• Gesundheitsstörung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankheitsfolgen</li> <li>• Chronische Erkrankungen</li> <li>• Chronischer Krankheitsverlauf</li> <li>• Multimorbide Patientinnen und Patienten</li> <li>• Multikausalität der Beschwerden</li> </ul>
Behandlungsziel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Völlige Wiederherstellung (Heilung)</li> <li>• Kurzfristige Perspektive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion-Kompensation-Adaptation</li> <li>• Mittel- bis langfristige Perspektive</li> </ul>
Therapieansatz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ICD<sup>11</sup>-Konzept: Ätiologie-Pathologie-Manifestation</li> <li>• Kausaler Ansatz</li> <li>• Medizinzentriert</li> <li>• Weitgehende Fremdhilfe</li> <li>• Kurze Verweildauer</li> <li>• Medizinische Intervention</li> <li>• Krankenpflege</li> <li>• Medikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ICF<sup>12</sup>-Konzept: Bio-psycho-soziales Konzept</li> <li>• Finaler Ansatz</li> <li>• Interdisziplinäres Team</li> <li>• Hilfe zur Selbsthilfe</li> <li>• Zeit als Behandlungsfaktor</li> <li>• Üben/Training</li> <li>• Edukation/Beratung</li> <li>• Medikation/Heilmittel</li> </ul>
Ressourcenverlauf	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maximal bei Beginn der Massnahmen, degressiver Verlauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relativ konstanter Verlauf</li> </ul>

Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Zürcher Spitalplanung 2023, Versorgungsbericht Januar 2021, nach Jana Ranneberg, Ansätze zur Patientenklassifikation in der medizinischen Rehabilitation aus gesundheitsökonomischer Perspektive, Peter Lang, 2006, S.35

<sup>9</sup> Beispiele einer zu erwartenden oder bereits eingetretene klinischen Instabilität sind: drohende Infektion mit potenziell vitaler Bedrohung oder Infektion ausser Kontrolle, kurzfristig anstehende Operation, Abhängigkeit vom Ventilator (Ausnahme: etablierter Heimrespirator), vital bedrohende Therapien, akute hämatologische Probleme, nicht abschliessend untersuchte vital bedrohende Symptome, Organversagen während den letzten 48 Stunden (ausser chronisches Nierenversagen), schwere metabolische Störungen, nicht erklärte Bewusstseinschwankungen.

<sup>10</sup> Beispiele von instabilen Vitalparametern sind: arterielles Blutgas (ABG), Sauerstoffsättigung unter 92% bei sechs Liter Sauerstoff pro Minute, Blutdruckschwankungen und Herzrhythmusstörungen (ausser definiert, z.B. Vorhofflimmern).

<sup>11</sup> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

<sup>12</sup> Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO zur Beschreibung einer Behinderung

## 2.3 Abgrenzung zu anderen Leistungsangeboten

Neben der stationären medizinischen Rehabilitation bestehen weitere Rehabilitationsarten und -formen. Darunter fallen insbesondere die ambulante Rehabilitation, Palliative Care, die Akut- und Übergangspflege sowie die Kurbehandlung.

### **Ambulante Rehabilitation**

Die ambulante Rehabilitation verfolgt die gleichen Ziele und wendet die gleichen Behandlungsmethoden an wie die stationäre Rehabilitation. Die Patientinnen und Patienten der ambulanten Rehabilitation sind jedoch nicht spitalbedürftig und weisen meist eine geringere Therapie- und Pflegeintensität auf. Gleichzeitig muss die häusliche Versorgung sichergestellt sein. Die ambulante Rehabilitation hat den Vorteil der grösseren Flexibilität hinsichtlich Wohnort und sozialer Situation der behandelten Person bei grundsätzlich gleicher Versorgungsqualität sowie die Möglichkeit gleitender, an die individuelle Situation angepasster Übergänge zwischen den Rehabilitationsformen. Die Anzahl ambulanter Rehabilitationsfälle ist in den vergangenen Jahren stetig gewachsen, wobei dies zum Teil auf einem Substitutionseffekt von der stationären zur ambulanten Rehabilitation beruht. Die ambulante Rehabilitation ist nicht Gegenstand der Spitalplanung und wird, im Gegensatz zur stationären Rehabilitation, vollständig von den Krankenversicherern finanziert (kein Kantonsanteil).

### **Palliative Care**

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend einbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und nahestehende Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung ein. Stationäre Palliative Care Leistungen werden im Rahmen der Spitalplanung dem Bereich Akutsomatik zugewiesen.

### **Akut- und Übergangspflege**

Das KVG sieht in Art. 25a Abs. 2 während längstens zwei Wochen Leistungen der Akut- und Übergangspflege vor, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt (Schnittstelle von Spital und Spitex bzw. Spital und Pflegeheim) als notwendig erweisen und von einer Spitalärztin oder einem Spitalarzt angeordnet werden. Die Kosten werden anteilig von der öffentlichen Hand und von Krankenversicherern finanziert. Leistungen der Akut- und Übergangspflege sind nicht Gegenstand der stationären Rehabilitationsplanung, da sie in einem Pflegeheim oder ambulant erbracht werden und Pflege- anstelle von Rehabilitationsleistungen im Vordergrund stehen.<sup>13</sup>

### **Kurbehandlung**

Eine Kurbehandlung liegt vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht nach einem weitgehend vordefinierten Behandlungsplan (Kurpaket) natürliche, ortsgebundene Heilfaktoren wie Wasser, Wärme, Klima oder Luft angewendet werden. Die Kur dient

<sup>13</sup> Weitere Ausführungen zur Akut- und Übergangspflege in der Planungsregion ARAISG finden sich im [Bericht zur Spitalplanung Akutsomatik](#) (Kapitel 4.2 Akut- und post-akut-stationäre Versorgung von hochbetagten Patientinnen und Patienten)

schwergewichtig der Festigung des Gesundheitszustandes und nicht der Heilung. Kuren sind für Patientinnen und Patienten indiziert, die keine spezifischen Bedürfnisse in Bezug auf Pflege und medizinische Behandlung aufweisen. Sie sind keine Pflichtleistung der Grundversicherung und ist demzufolge nicht Gegenstand der vorliegenden Rehabilitationsplanung.

### 3.1 Spezialisierung

Die medizinische Entwicklung geht insbesondere im Bereich Akutsomatik mit einer raschen Spezialisierung einher. Diese Spezialisierung, von der auch die Rehabilitation betroffen ist, wird durch die neue Leistungsgruppensystematik Rehabilitation wesentlich besser als durch die bisherige abgebildet. Sie erlaubt es den Leistungserbringern – und im Rahmen der Spitalplanungen – den Kantonen Schwerpunkte zu setzen, indem insbesondere Angebote in den Bereichen MSK2 bis MSK5, NER2 bis NER6, RKA2 und PNR2 auf wenige Leistungserbringer bzw. auf wenige Standorte verteilt werden. Diese Konzentration des Leistungsangebots ermöglicht eine Spezialisierung der Infrastruktur, der Kenntnisse und der Fähigkeiten von Leistungserbringern und dadurch eine Erhöhung der Versorgungsqualität. Zudem soll durch die Konzentration teurer Angebote an wenigen Standorten die Wirtschaftlichkeit erhöht werden.

### 3.2 Abgrenzung zwischen Rehabilitation und Psychiatrie

Leistungen im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation wurden historisch von Leistungserbringern angeboten, die im Bereich Rehabilitation tätig waren oder die dem Bereich Psychiatrie zugeordnet wurden. Mit Blick auf ein gemeinsames Leistungsgruppenmodell haben am 25. April 2019 die Direktorinnen und Direktoren der GDK-Ost-Kantone<sup>14</sup> beschlossen, die bisherige Leistungsgruppe «psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation» auf die Leistungsgruppe «somatoforme Störungen und chronische Schmerzen» (insbesondere ICD-10 Diagnosen der Gruppe F45) zu beschränken und die restlichen ICD-10-F-Diagnosen der Psychiatrie zuzuordnen. Verschiedene GDK-Ost-Kantone haben – mit Blick auf die gemeinsame Leistungsgruppensystematik – ihren im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation tätigen Leistungserbringern zusätzlich einen Leistungsauftrag im Bereich Psychiatrie erteilt. Einen Doppelstatus als Rehabilitationsklinik und als psychiatrische Klinik mit Leistungsaufträgen in beiden Bereichen weisen beispielsweise die Klinik Barmelweid (AG), die Klinik Gais (AR), die RehaClinic Braunwald (GL), die Rehaklinik Seewis (GR) und die Klinik Oberwald (SG) auf. Die Arbeitsgruppe Rehabilitationsplanung (GDK-Ost Kantone ohne Kanton Zürich, siehe Kapitel 1.5) empfiehlt ein Doppelstatus und somit die Vergabe von Psychiatrie-Leistungsaufträgen einerseits und Leistungsaufträgen im Bereich SOM1 andererseits zuzulassen, vorausgesetzt, dass die betroffenen Kliniken in beiden Bereichen alle Qualitätsanforderungen des Standortkantons erfüllen.

In der vorliegenden Rehabilitationsplanung werden Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose, die in einer Rehabilitationsklinik stationär behandelt werden, getrennt von jenen analysiert, die aufgrund der ICD-10-Hauptdiagnose der Gruppe F45 der Leistungsgruppe der somatoformen Störungen zugeordnet werden. Da es sich um eine Übergangsphase zu einer neuen Leistungsgruppensystematik handelt und weil nicht alle Kantone

---

<sup>14</sup> Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, Schaffhausen, St.Gallen, Thurgau und Zürich

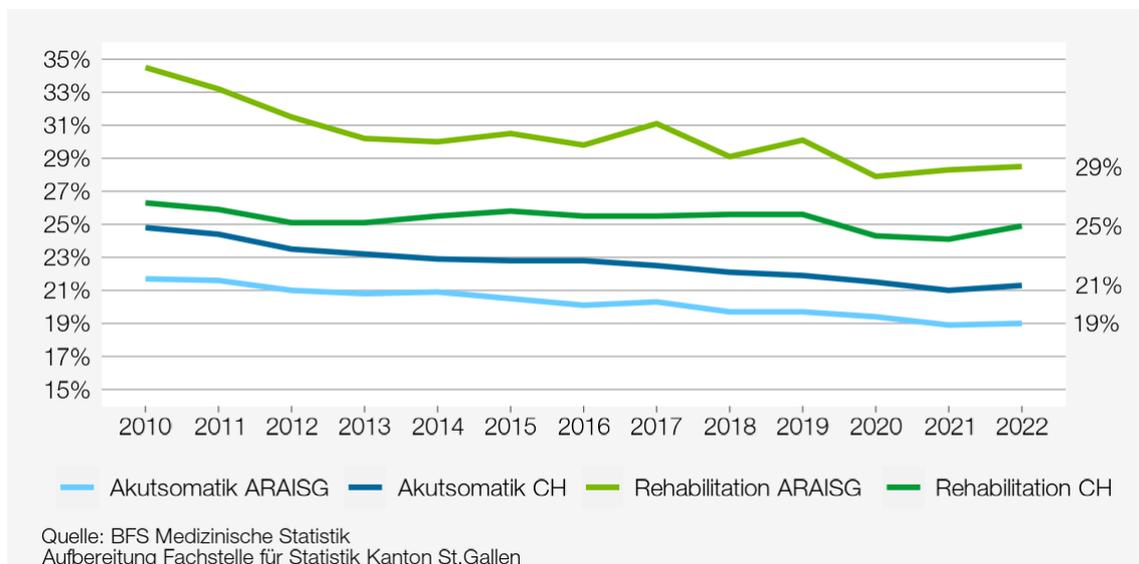
die neue Leistungsgruppensystematik übernommen haben, werden diese Hospitalisationen für die Prognose berücksichtigt.

### 3.3 Kostendruck

Der zunehmende Kostendruck macht sich in allen Bereichen des Gesundheitswesens bemerkbar. In den kommenden Jahren wird sowohl von einer Zunahme der Sach- als auch der Personalkosten ausgegangen. Der medizinische und der technische Fortschritt sowie die Digitalisierung im Gesundheitswesen führen zu neuen und verbesserten Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Diese sind mit zusätzlichen Investitionen und mit entsprechend qualifiziertem und spezialisiertem Personal verbunden. Aufgrund des Fachkräftemangels und der allgemeinen Teuerung ist insbesondere bei den Personalkosten mit einer Zunahme zu rechnen.

In der Bevölkerung der Planungsregion ARAISG nimmt der Anteil Hospitalisationen in der halbprivaten oder privaten Abteilung seit dem Jahr 2010 stetig ab (siehe Abbildung 1). Dieser ist aber höher als der entsprechende Anteil im Bereich Akutsomatik der Planungsregion und höher als der schweizweite Anteil im Bereich Rehabilitation. Aufgrund des sinkenden Trends sowie der erwarteten Anpassung an den Schweizer Durchschnitt ist für den Bereich Rehabilitation eine weitere Abnahme des Anteils Hospitalisationen in einer halbprivaten oder privaten Abteilung zu erwarten. Da dieser Anteil für die Finanzierung der Rehabilitationskliniken von Bedeutung ist, ist mit einer Zunahme des Kostendrucks zu rechnen.

Abbildung 1: Anteil Hospitalisationen in der halbprivaten und privaten Abteilung, 2010 bis 2022



### 3.4 Fachkräftemangel

Der Fachkräftemangel und die dadurch entstandene Konkurrenz zwischen den Leistungserbringern bei der Gewinnung von qualifiziertem Personal macht die Rekrutierung zunehmend anspruchsvoll. Davon sind insbesondere die Pflege, die medizinisch-technischen und die medizinisch-therapeutischen Bereiche sowie der IT-Bereich betroffen. Der Personalmangel führt zu zunehmenden Schwierigkeiten, die Betreuungs- und Behandlungsqualität aufrechtzuerhalten. Diese Situation wird sich erwartungsgemäss in den kommenden Jahren weiter verschärfen.

### 3.5 Erhöhter rehabilitativer Behandlungsbedarf

Das Tarifsystem SwissDRG schafft aufgrund der Vergütung mittels Fallpauschale einen Anreiz, die Dauer des akutsomatischen Spitalaufenthalts, so weit wie medizinisch verantwortbar, zu reduzieren. Als Folge der früheren Verlegung aus den akutsomatischen Spitälern weisen die in der Rehabilitation aufgenommenen Patientinnen und Patienten häufig einen hohen Behandlungsbedarf auf. Rehabilitationskliniken werden vermehrt mit medizinischen Situationen konfrontiert, die neben der eigentlichen Rehabilitationsleistung auch weiterführende medizinische (Akut-)Leistungen erfordern. Damit verbunden ist eine Tendenz zu einem höheren Ressourcenaufwand in der Rehabilitation, z.B. durch die Notwendigkeit häufigerer ärztlicher Visiten, durch einen erhöhten Pflegebedarf, durch höhere Hygiene- und Isolationsmassnahmen oder aufgrund der vermehrten Notwendigkeit von aufwendigen Einzeltherapien. Auch infolge des demografischen Wandels ist ein höherer Behandlungsbedarf zu erwarten, da die Behandlung multimorbider, älterer Patientinnen und Patienten besonders hohe Anforderungen an das Personal der Rehabilitationskliniken stellt.

### 3.6 Ausbau des Bettenangebots

Aufgrund der demografischen Alterung der Bevölkerung und des erhöhten Rehabilitationsbedarfs höherer Altersgruppen wird – trotz vermehrter Verlagerung in den ambulanten und tagesklinischen Bereich – ein zusätzlicher Bedarf an Rehabilitationsleistungen erwartet. Mehrere Leistungserbringer haben deshalb in den vergangenen Jahren ihr Bettenangebot erhöht. Im August 2018 eröffnete die Rehaklinik Dussnang einen Klinikneubau mit 54 Einzel- und Doppelzimmern und im Dezember 2018 die Klinik Gais ein neues Bettenhaus mit 57 Doppelzimmern. Die Rehaklinik Zihlschlacht hat durch die Inbetriebnahme eines Neubaus im Juli 2020 ihr Bettenangebot vergrössert und durch die Privatklinik Oasis ein Angebot für Zusatzversicherte mit 28 Zimmern geschaffen. Im Oktober 2022 hat die Klinik Schloss Mammern einen Neubau mit 22 Zimmern und 12 Suiten errichtet. In seiner Spitalplanung 2023 hat der Kanton Zürich drei neue akutspitalnahe Rehabilitationskliniken vorgesehen. Dagegen hat der Kanton Thurgau beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde eingereicht, mit der Begründung, der Kanton Zürich schaffe Überkapazitäten.

### 3.7 Wohnortnahe Rehabilitation

Bereits im Rahmen früherer Spitalplanungen des Kantons St.Gallen konnte gezeigt werden, dass die Wahl der Rehabilitationsklinik stark mit der Distanz zum Wohnort der Patientinnen und Patienten zusammenhängt. So war der Anteil ausserkantonale Hospitalisationen in den Wahlkreisen des südlichen Kantonsteils kleiner als 40 Prozent, in jenen des nördlichen Kantonsteils meist über 60 und teilweise über 80 Prozent. Daraus wurde auf die Bedeutung eines Grundangebots an wohnortnaher stationärer Rehabilitation – ohne lange Anfahrtswege für Patientinnen und Patienten sowie für deren Angehörigen – geschlossen. Eine wohnortnahe Rehabilitation unterstützt zudem einen schnelleren Übergang von der stationären zur tagesklinischen und zur ambulanten Rehabilitation. Im Gegensatz zur Spezialisierung gemäss Kapitel 3.1, bei der eine Konzentration des Leistungsangebots in spezialisierten Leistungsgruppen angestrebt wird, kann die wohnortnahe Rehabilitation insbesondere für breite Leistungsgruppen (z.B. MSK1) sinnvoll sein.

Der Aufbau wohnortnaher Rehabilitationsangebote in mehreren Kantonen wird häufig auch mit der Akutspitalnähe in Verbindung gebracht.

### 3.8 Akutspitalnahe Rehabilitation

Eine akutspitalnahe Rehabilitation ermöglicht einen nahtlosen und frühzeitigen Übergang aus dem Akutspital, erleichtert die Informationsflüsse zwischen den behandelnden Fachpersonen und vereinfacht die Terminreservation, so dass die rehabilitative Behandlung direkt im Anschluss an den akutsomatischen Spitalaufenthalt beginnen kann. Durch die geografische Nähe wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Pflegenden aus Akutspital und Rehabilitation vereinfacht.

Im Rahmen seiner Strategie für den Fachbereich Rehabilitation strebt der Kanton Zürich – aufgrund der demografischen Entwicklung und der oftmaligen Multimorbidität der Patientinnen und Patienten – ein grösseres wohnort- und akutspitalnahes Angebot an Rehabilitationskliniken mit Standort im Kanton Zürich an.<sup>15</sup> Dadurch soll der Anteil innerkantonaler Hospitalisationen von Zürcher Patientinnen und Patienten im Bereich Rehabilitation von gut 30 Prozent auf die Hälfte erhöht werden. Zu diesem Zweck beabsichtigte der Kanton Zürich, drei neue akutspitalnahe Leistungserbringer (Rehazentrum am Stadtspital Zürich Triemli, Rehaklinik am Stadtspital Zürich Waid und Rehaklinik Limmattal am Spital Limmattal) auf seine Spitalliste Rehabilitation 2023 aufzunehmen. Auch in anderen Kantonen gewinnt die spitalnahe Rehabilitation an Bedeutung. Beispiele sind die im Jahr 2022 eröffnete Station Bodan der Rehaklinik Zihlschlacht, die sich auf dem Spitalcampus des Kantonsspitals Münsterlingen befindet sowie die am Standort Kreuzspital des Kantonsspitals Graubünden (KSGR) und in der geriatrischen Klinik St.Gallen vorgesehenen Standorte der Kliniken Valens.

### 3.9 Ambulantisierung und innovative Versorgungsmodelle

Im Gegensatz zu einem stationären Aufenthalt in den Bereichen Akutsomatik und Psychiatrie erfordert ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt eine vorgängige Kostengutsprache durch die Kranken- und Unfallversicherer. Es wird davon ausgegangen, dass aufgrund der restriktiven Kostengutsprachepraxis ein Grossteil des Verlagerungspotentials bereits ausgeschöpft wird. Trotzdem wird erwartet, dass die restriktive Kostengutsprache künftig zu einer Verkürzung der stationären Verweildauer beitragen kann, wodurch ambulante, wohnortnahe Versorgungsangebote an Bedeutung gewinnen werden. Eine zusätzliche Ausschöpfung des Verlagerungspotentials vom stationären in den ambulanten Bereich wird in vielen Kantonen angestrebt und könnte durch die Einführung einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) unterstützt werden.

Im Rahmen ihrer gemeinsamen Spitalplanung Rehabilitation 2023<sup>16</sup> beabsichtigen die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft die Einführung eines «Entwicklungsdialog», um das Wissen im Bereich Rehabilitation zu fördern und das Potential zur Ambulantisierung zu eruieren. Durch ein besseres Verständnis der ambulanten und tagesklinischen Behandlungen sowie deren Effekte auf die Qualität und den Rehabilitationserfolg soll eine medizinisch sinnvolle und kosteneffiziente Behandlung erreicht werden. Der Entwicklungsdialog kann in Form von Gesprächen mit einzelnen Spitälern und von Treffen mit allen betroffenen Spitälern umgesetzt werden und ist Voraussetzung für einen Leistungsauftrag.

---

<sup>15</sup> Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion: Zürcher Spitalplanung 2023, Strukturbericht, August 2022

<sup>16</sup> Kanton Basel-Stadt und Kanton Basel-Landschaft: Versorgungsbericht 2023, Gemeinsame Gesundheitsregion – Rehabilitation

Neben den bisherigen Angeboten im Bereich der ambulanten und stationären Rehabilitation haben einige Leistungserbringer innovative Versorgungsmodelle entwickelt. Beispiele sind das Telereha-Angebot «Reha Casa» der Kliniken Valens, bei dem die Therapeutinnen und Therapeuten ihre Patientinnen und Patienten über eine App zu Hause betreuen oder das vorgesehene telemedizinische Versorgungsmodell «TeleRehaStroke» der Reha Rheinfelden, das zur Verbesserung der Rehabilitation und zur Verminderung von Sekundärfolgen bei Schlaganfallpatientinnen und -patienten beitragen soll.

### 3.10 Zusammenschlüsse von Leistungserbringern

Das Umfeld ist für die Leistungserbringer im Bereich Rehabilitation in den vergangenen Jahren anspruchsvoller geworden. Durch die erhöhten Anforderungen an Listenspitäler, die gestiegenen Ansprüche der Patientinnen und Patienten, die Behandlung komplexer Krankheitsbilder, den früheren Austritt aus dem akutsomatischen Aufenthalt, die Zunahme multimorbider Fälle, den zunehmenden Konkurrenzdruck sowie den Fachkräftemangel und die damit verbundene erschwerte Personalrekrutierung sahen sich Rehabilitationskliniken in den vergangenen Jahren vermehrt gezwungen, ihre Strategien zu evaluieren und ihre Strukturen anzupassen. Mehrere Rehabilitationskliniken haben sich in der Folge zu grösseren Gruppen zusammengeschlossen, wie dies aus den folgenden Beispielen hervorgeht:

- Die international tätige VAMED-Gruppe hat sich vorerst im Kanton Thurgau etabliert, indem sie im Jahr 2012 die Rehaklinik Zihlschlacht AG und im Jahr 2014 die Rehaklinik Dussnang AG erwarb. Im Jahr 2017 folgte die Rehaklinik Seewis AG (GR). Seit dem 1. Mai 2023 wird die Berner Rehaklinik Tschugg ebenfalls von der VAMED-Gruppe betrieben.
- Im September 2011 fusionierten die St.Galler Rehabilitationskliniken Walenstadtberg und Valens zur Stiftung Kliniken Valens. Im Jahr 2014 übernahm die Stiftung Kliniken Valens die Rheinburg-Klinik (AR) und im Jahr 2020 die Kliniken Gais und Bad Ragaz. Akutspitalnahe Standorte der Kliniken Valens sind in St.Gallen und in Chur vorgesehen. Im Jahr 2023 haben sich die Zürcher Rehazentren und die Kliniken Valens zusammengeschlossen.
- Die ZURZACH Care ist seit dem im Jahr 2002 erfolgten Zusammenschluss der Kliniken in Baden und Bad Zurzach stetig gewachsen und umfasst stationäre Rehabilitationskliniken in Bad Zurzach, Baden, Baden-Dättwil, Basel, Braunwald, Glarus, Kilchberg, Luzern, Zollikerberg. Dazu kommen Unternehmen im Bereich der beruflichen Reintegration sowie der Schlafmedizin.

### 3.11 Kooperationen zwischen Leistungserbringern

Im Rahmen der Spitalplanung Akutsomatik ARAISG 2023<sup>17</sup> wurde darauf hingewiesen, dass eine ganzheitliche Behandlung und Betreuung von Menschen mit akutsomatischen Erkrankungen fortlaufend anspruchsvoller und schwieriger zu bewerkstelligen ist. Umso wichtiger sind deshalb patientenzentrierte Kooperationen zwischen Institutionen und Berufsgruppen zum Wohl der Patientinnen und Patienten. Die aus ökonomischen Gründen erfolgte Verdichtung der stationären Behandlung im akutsomatischen Bereich zwingt die Spitäler, neue Lösungen für Patientinnen und Patienten zu finden, die nachgelagerte Behandlungsangebote benötigen. Diese Entwicklungen gelten insbesondere für hochbetagte und multimorbide Patientinnen und Patienten und führen insbesondere für Leistungserbrin-

<sup>17</sup> [Spitalplanung Akutsomatik ARAISG 2023, Version für das Bewerbungsverfahren, 24. April 2023](#)

ger mit einem geriatrischen Rehabilitationsangebot zu einem erhöhten Kooperationsbedarf mit Leistungserbringern im Bereich Akutsomatik und mit nachgelagerten Einrichtungen im Pflegebereich.

## 4 Strategische Ziele

---

### 4.1 Interkantonale Zusammenarbeit

Die interkantonale Zusammenarbeit im Bereich Rehabilitation war für die Kantone der Planungsregion ARAISG bereits in früheren Rehabilitationsplanungen von zentraler Bedeutung. Auf der aktuell gültigen Spitalplanung Rehabilitation des Kantons St.Gallen befinden sich von 14 Leistungserbringern nur zwei im Kanton St.Gallen<sup>18</sup>, die rund einen Drittel der Hospitalisationen von st.gallischen Patientinnen und Patienten abdecken. Der einzige innerkantonale Leistungserbringer im Kanton Appenzell Innerrhoden deckt rund 9 Prozent der Hospitalisationen der innerrhodischen Bevölkerung ab. Rund 48 Prozent der Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Innerrhoden und rund 29 Prozent der Hospitalisationen von Personen aus dem Kanton St.Gallen finden in Rehabilitationskliniken des Kantons Appenzell Ausserrhoden statt. Durch die vorliegende gemeinsame Spitalplanung wird die bestehende Zusammenarbeit verstärkt, indem die Leistungsgruppen und die Anforderungen an die Leistungserbringer vereinheitlicht werden und der Austausch zwischen den Planungskantonen intensiviert wird. Für die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten spielen die Kantonsgrenzen eine zunehmend untergeordnete Rolle. Durch die Bildung interkantonaler Versorgungsregionen soll den bestehenden interkantonalen und internationalen (insbesondere mit dem Fürstentum Liechtenstein) Patientenströmen Rechnung getragen werden. Eine Weiterentwicklung der Zusammenarbeit durch den Einbezug weiterer Kantone in die gemeinsame Planung wird angestrebt. Unabhängig davon wird eine möglichst weitgehende Vereinheitlichung der Leistungsgruppendefinitionen und der Anforderungen zwischen den Kantonen als sinnvoll erachtet. Da mehr als ein Drittel der Hospitalisationen der Versorgungsregion ARAISG ausserhalb der Planungsregion stattfindet, wird zudem grosser Wert auf die interkantonale Kooperation und Koordination, insbesondere mit den Nachbarkantonen, gelegt.

### 4.2 Optimierung der Schnittstelle Akutsomatik-Rehabilitation

Die Optimierung der Schnittstelle zwischen Akutsomatik und Rehabilitation ist ein wichtiges Element der Sicherstellung einer optimalen Versorgung zum geeigneten Zeitpunkt und leistet dadurch einen Beitrag zur Optimierung des Behandlungserfolgs. Die Verlegung der Patientinnen und Patienten vom Akutspital in die Rehabilitation soll zum optimalen Zeitpunkt stattfinden. Dies bedeutet, dass der Übergang zu einem möglichst geeigneten Leistungserbringer möglichst nahtlos erfolgt und ein Zwischenaufenthalt zuhause nur dann stattfindet, wenn der Behandlungserfolg dadurch nicht verringert wird. Die Optimierung der Schnittstelle zwischen Akutsomatik und Rehabilitation soll durch eine enge Zusammenarbeit zwischen

---

<sup>18</sup> Im Kanton St.Gallen wurden innerkantonale Leistungsaufträge nicht standort- sondern leistungserbringerbezogen erteilt, daher werden auf der Spitalliste die Kliniken Valens und nicht ihre Standorte (Valens, Walenstadtberg und Bad Ragaz) aufgeführt.

Akutspitälern und Rehabilitationskliniken in der Planungsregion, durch ein effizientes Ein- und Austrittsmanagement, durch Kooperationsvereinbarungen und durch akutspitalnahe Rehabilitationsangebote erfolgen. Zwischen den Versorgern verschiedener Stufen wird insbesondere im Bereich der geriatrischen Rehabilitation eine enge medizinische Zusammenarbeit angestrebt.

### 4.3 Konzentration spezialisierter Leistungen

Durch die Konzentration von komplexen und seltenen Rehabilitationsbehandlungen soll eine Spezialisierung von Infrastruktur, Kenntnissen und Fähigkeiten der Leistungserbringer sichergestellt werden, die es ermöglicht, die Qualität der rehabilitativen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie deren Wirtschaftlichkeit zu erhöhen. Die neue Leistungsgruppensystematik erlaubt es, die Konzentration besser zu steuern, da sie einen höheren Detaillierungsgrad aufweist und dadurch spezifischere Anforderungen an die Leistungsgruppen ermöglicht. Komplexe Rehabilitationsbehandlungen mit geringen Fallzahlen sollen zur Sicherstellung bzw. zur Erhöhung der Versorgungsqualität nur an wenige Leistungserbringer mit ausreichend Fallzahlen vergeben werden. Durch die Vergabe einer geringen Anzahl Leistungsaufträge in diesen Leistungsgruppen wird auch dem Fachkräftemangel Rechnung getragen.

Zur Konzentration der spezialisierten Leistungen auf wenige Leistungserbringer sollen neu auch für den Bereich Rehabilitation Mindestfallzahlen in allen Leistungsgruppen gemäss Tabelle 2 eingeführt werden. Abweichungen sollen lediglich in begründeten Fällen (z.B. wenn die Mindestfallzahl von keinem versorgungsrelevanten Leistungserbringer erreicht wird) möglich sein (siehe Kapitel 9.3.1.b).

.....  
Tabelle 2: Unterteilung der Leistungsgruppen nach Mindestfallzahlen

<b>Mindestfallzahl</b>	<b>Leistungsgruppen</b>
200 Hospitalisationen / Jahr abzüglich Mindestfallzahlen in anderen zugewiesenen Leistungsgruppen desselben Leistungsbereichs	MSK1, NER1, RKA1, PNR1
100 Hospitalisationen / Jahr	INO1, INO2
50 Hospitalisationen / Jahr	NER2
30 Hospitalisationen / Jahr	NER3, NER4, SOM1
25 Hospitalisationen / Jahr	MSK2, MSK4
15 Hospitalisationen / Jahr	MSK3, PNR2
10 Hospitalisationen / Jahr	NER5, RKA2
5 Hospitalisationen / Jahr	MSK5
8'000 Pflage tage / Jahr	NER6

### 4.4 Substitution stationärer durch ambulante Rehabilitationsleistungen

Zur Förderung der Wirtschaftlichkeit sowie zur Sicherstellung der geeigneten Behandlung zum optimalen Zeitpunkt für alle Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion wird – sofern der Heilungserfolg nicht tangiert wird – die Substitution von stationären durch wohnortnahe ambulante Rehabilitationsangebote angestrebt. Bevor ein Patient oder eine Patientin stationär in eine Rehabilitationskli-

nik aufgenommen wird, sollen alle Möglichkeiten einer ambulanten Rehabilitationsversorgung evaluiert werden. Ist ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt indiziert, kann die Verweildauer durch eine frühe Übergabe in den ambulanten Bereich verringert werden. Dadurch wird nicht nur eine kostengünstigere Behandlung unterstützt, sondern es wird den Patientinnen und Patienten ermöglicht, während der Rehabilitationsphase so früh wie möglich in der gewohnten Umgebung zu wohnen. Zudem sollen wohnortnahe stationäre Rehabilitationsangebote in der Planungsregion ermöglicht werden.

Im Austausch mit den Leistungserbringern mit Standort in der Planungsregion soll das Potential zur Ambulantisierung evaluiert werden.

Auf die Umsetzung der strategischen Ziele im Rahmen der vorliegenden Spitalplanung Rehabilitation wird in Kapitel 9.1 eingegangen.

### 5.1 Leistungsgruppen im Überblick

Der rehabilitative Behandlungsbedarf und die rehabilitative Leistung der einzelnen Betriebe werden anhand von Leistungsgruppen statistisch abgebildet. Die vorliegende Rehabilitationsplanung basiert auf der vom Kanton Zürich entwickelten Leistungsgruppensystematik. Im Vergleich zur bisher in den Planungskantonen verwendeten Leistungsgruppensystematik wurden differenziertere Leistungsgruppen und Querschnittsbereiche gebildet. Dies ermöglicht eine patientengerechte Versorgung, da leistungsspezifische Anforderungen spezifischer auf den Behandlungsbedarf der Patientengruppen zugeschnitten sind. Es besteht zudem die Möglichkeit, spezialisierte und/oder seltene Leistungen durch Leistungsaufträge zu konzentrieren. Mit der feineren Granularität der Leistungsgruppensystematik ist zudem eine höhere Transparenz über das Leistungsangebot für die Patientinnen und Patienten, die Zuweiser und die Versicherer gegeben. Die Kliniken können ihr Angebot und ihre Spezialisierungen besser ausweisen. Für die Planungskantone ermöglicht die Systematik eine gezieltere Steuerung des Leistungsangebotes.

### 5.2 Leistungsgruppenmodell Rehabilitation

Die verwendete Zürcher Leistungsgruppensystematik besteht gemäss Tabelle 3 aus sechs Leistungsbereichen, die in einzelne Leistungsgruppen gegliedert sind, und aus vier Querschnittsbereichen. Leistungen der Querschnittsbereiche können nur in Kombination mit einer oder mehreren Leistungsgruppen erbracht werden.

Tabelle 3: Leistungsgruppenmodell Rehabilitation (Zürcher Leistungsgruppensystematik)

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen
Muskuloskeletale Rehabilitation	MSK1 Allgemein muskuloskelettal
	MSK2 Entzündliches Rheuma
	MSK3 Polytrauma ohne neurologische Verletzungen
	MSK4 Amputationen
	MSK5 Verbrennungen
Neurologische Rehabilitation	NER1 Allgemein neurologisch
	NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen
	NER3 Multiple Sklerose (Spätphase)
	NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)
	NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen
	NER6 Querschnittlähmung
Kardiovaskuläre Rehabilitation	RKA1 Allgemein kardiovaskulär
	RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunstherz
Pulmonale Rehabilitation	PNR1 Allgemein pulmonal
	PNR2 Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation
Internistische und onkologische Rehabilitation	INO1 Internistisch

	INO2	Onkologisch
Somatoforme Störungen	SOM1	Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen

#### Querschnittsbereiche

<b>PÄD</b>	Pädiatrische Rehabilitation
<b>ERW</b>	Erwachsenenrehabilitation
<b>GER</b>	Geriatrische Rehabilitation
<b>UEB</b>	Überwachungspflichtige Rehabilitation

Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Zürcher Spitalplanung 2023, Versorgungsbericht Januar 2021

### 5.2.1 Leistungsbereich «Muskuloskelettale Rehabilitation»

Im Leistungsbereich muskuloskelettale Rehabilitation werden Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation von Patientinnen und Patienten mit stationärem Rehabilitationsbedarf aufgrund angeborener oder erworbener Fehler des Haltungs- und Bewegungsapparats, degenerativer und entzündlicher Gelenks-, Wirbelsäulen- und Weichteilerkrankungen, nach Unfällen, Amputationen sowie nach Operationen am Stütz- und Bewegungsapparat behandelt. Der Leistungsbereich umfasst die Leistungsgruppen:

- **MSK1:** Allgemein muskuloskelettal: Behandlung der Folgen von chronischen und akuten Beschwerden und Funktionseinschränkungen, die Knochen, Gelenke, Wirbelsäule (Stütz- und Bewegungsapparat) oder die Weichteile betreffen, sofern die Patientinnen und Patienten nicht ausdrücklich einer anderen muskuloskelettalen Leistungsgruppe zugewiesen sind.
- **MSK2:** Entzündliches Rheuma: Behandlung der Folgen von akuten oder chronischen rheumatischen Entzündungen am Bewegungsapparat.
- **MSK3:** Polytrauma ohne neurologische Verletzungen: Behandlung der Folgen von Mehrfachverletzungen, definiert durch die Kombination von Verletzungen in verschiedenen Körperregionen (Kopf, Thorax, Abdomen, Niere, Urogenitalorgane, Wirbelsäule und Rückenmark, obere Extremität, untere Extremität). Diese Patientinnen und Patienten haben keine neurologischen Verletzungen, insbesondere kein Schädel-Hirn-Trauma erlitten.
- **MSK4:** Amputationen: Behandlung der Folgen von unfall- oder krankheitsbedingten Amputationen an oberen oder unteren Extremitäten.
- **MSK5:** Verbrennungen: Behandlung der Folgen von schweren Brandverletzungen (20–90% der Körperoberfläche).

### 5.2.2 Leistungsbereich «Neurologische Rehabilitation»

Im Leistungsbereich neurologische Rehabilitation werden Patientinnen und Patienten mit Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation mit stationärem Rehabilitationsbedarf aufgrund Erkrankungen und Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie neuromuskulärer Erkrankungen behandelt. Der Leistungsbereich umfasst die Leistungsgruppen:

- **NER1:** Allgemein Neurologisch: Behandlung der Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie neuromuskulärer Erkrankungen, sofern die Patientinnen und Patienten nicht ausdrücklich einer anderen neurologischen Leistungsgruppe zugewiesen sind.
- **NER2:** Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen: Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen als Folge neurologischer Erkrankungen. Die Patientinnen und Patienten zeichnen sich aus durch schwere, neurologisch verursachte Störungen in Kognition (Gedächtnisverlust, Orientierungslosigkeit, Kommunikation), in der Kontrolle von Impulsivität, im Affekt und Antrieb. Sie weisen eine

hohe Weglaufgefährdung mit gesundheitlichen Risiken auf. Die mit den neurologischen Erkrankungen einhergehenden psychischen Störungen können oft wesentliche Selbst- oder Fremdgefährdung verursachen.

- **NER3:** Multiple Sklerose (Spätphase): Behandlung von Patientinnen und Patienten, die Multiple Sklerose in der Spätphase haben und wegen Schädigungen von Körperfunktionen in ihren Aktivitäten und ihrer Partizipation stark beeinträchtigt sind. Verschiedene neurologische Systeme können unterschiedlich stark betroffen sein. Im Vordergrund stehen Einschränkungen der Gehfähigkeit, der Koordinations- und Gleichgewichtsfunktion, der Feinmotorik, der Miktions-, selten auch der Defäkationsfunktion, der Kognition, der Sehfähigkeit und Augenmotorik. Stark limitierend in Bezug auf Alltagsaktivitäten ist oft eine ausgeprägte Müdigkeit. Ebenfalls ein stark beeinträchtigendes Symptom ist die Spastik. Aufgrund der fortgeschrittenen Erkrankung sind die Patientinnen und Patienten oft auf den Rollstuhl angewiesen, gelegentlich kommen auch Schluckstörungen hinzu.
- **NER4:** Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase): Behandlung von Patientinnen und Patienten, die sich in der Spätphase ihrer Parkinson-Erkrankung oder Parkinson-ähnlicher Bewegungsstörung befinden und Schädigungen von Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation aufweisen. Typische Symptome sind zeitlichen Schwankungen der Beweglichkeit (on/off), wiederkehrende Stürze, kognitive Störungen, Schluckstörungen oder stark beeinträchtigende Nebenwirkungen der Parkinson-Medikation.
- **NER5:** Polytrauma mit neurologischen Verletzungen: Behandlung der Folgen von Hirnverletzungen oder anderen neurologischen Verletzungen in Kombination mit Verletzungen in anderen Körperregionen (Thorax, Abdomen, Niere, Urogenitalorgane, Wirbelsäule und Rückenmark, obere Extremität, untere Extremität).
- **NER6:** Querschnittlähmung: Erstrehabilitation, Folge-rehabilitation und Komplikationsbehandlung bei Personen mit unfall- oder krankheitsbedingten sowie angeborenen Lähmungen an den oberen und/oder unteren Extremitäten sowie am Rumpf (Querschnittlähmungen), die durch eine Störung im Bereich von Rückenmark und Cauda equina ausgelöst werden.

### 5.2.3 Leistungsbereich «Kardiovaskuläre Rehabilitation»

Im Leistungsbereich kardiovaskuläre Rehabilitation werden Patientinnen und Patienten mit Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation mit stationärem Rehabilitationsbedarf aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie nach entsprechenden operativen Eingriffen behandelt. Der Leistungsbereich umfasst die Leistungsgruppen:

- **RKA1:** Allgemein kardiovaskulär: Behandlung der Folgen von Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, häufig mit vorangegangener akuter Dekompensation oder nach Herzoperationen (z. B. Sternotomie, Aortenklappenersatz, Bypass, Einsatz von Gefäßprothese oder Mitralclip, Trikuspidalklappenrekonstruktion) sowie nach sonstigen Gefäßoperationen.
- **RKA2:** Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunstherz: Behandlung der Folgen nach einer Herztransplantation oder nach dem Einsatz eines Kunstherzens.

### 5.2.4 Leistungsbereich «Pulmonale Rehabilitation»

Im Leistungsbereich pulmonale Rehabilitation werden Patientinnen und Patienten mit Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation mit stationärem Rehabilitationsbedarf aufgrund Krankheiten der unteren Atemwege und anderen die körperliche Leistungsfähigkeit reduzierenden

Lungenkrankheiten sowie nach entsprechenden thoraxchirurgischen Eingriffen behandelt. Der Leistungsbereich umfasst die Leistungsgruppen:

- **PNR1:** Allgemein pulmonal: Behandlung der Folgen von akuten oder chronischen Erkrankungen des Thorax (inkl. Atemwege, Lunge, Brustwand, Zwerchfell, Mediastinum) mit eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit.
- **PNR2:** Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation: Behandlung der Folgen von pulmonaler Hypertonie, vor/nach Lungentransplantation oder nach komplizierten Eingriffen an der Thoraxhöhle (ohne kardiochirurgische Eingriffe) bzw. nach postoperativen Komplikationen.

### 5.2.5 Leistungsbereich «Internistische und onkologische Rehabilitation»

Im Leistungsbereich internistische und onkologische Rehabilitation werden Patientinnen und Patienten mit Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation mit stationärem Rehabilitationsbedarf aufgrund Erkrankungen mehrerer Organsysteme, nach kompliziertem Krankheitsverlauf infolge von operativen Eingriffen, nach grösseren chirurgischen Eingriffen oder mit onkologischen/hämatologischen Krankheitsbildern behandelt. Der Leistungsbereich umfasst die Leistungsgruppen:

- **INO1:** Internistisch: Behandlung der Folgen von schweren chirurgischen Eingriffen (auch Organtransplantationen, ohne Herz und Lunge), internistischer Erkrankungen, bei denen zwei und mehr Organe oder Organsysteme betroffen sind sowie krankheitsbedingter Malnutrition.
- **INO2:** Onkologisch: Behandlung der Folgen von (aktivierten) onkologischen/hämatologischen Erkrankungen und deren Folgen. Im Grundsatz werden alle Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen der onkologischen Rehabilitation zugeteilt. Stehen aber aufgrund einer Krebserkrankung primär organspezifisch bedingte Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation im Vordergrund (z. B. neurologisch bedingte Störungen nach einem Gehirntumor), so ist eine entsprechend dafür spezialisierte Rehabilitation (NER, RKA, PNR) indiziert.

### 5.2.6 Leistungsbereich «Somatoforme Störungen»

Im Leistungsbereich somatoforme Störungen werden Patientinnen und Patienten mit Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation mit stationärem Rehabilitationsbedarf aufgrund von komplexen chronischen Schmerzsyndromen oder einer somatoformen Störung (ICD-10 F45) behandelt. Mit Ausnahme der Diagnose F45 sind alle Patientinnen und Patienten mit einer anderen Hauptdiagnose aus dem Kapitel V «Psychische und Verhaltensstörungen» (ICD-10) ausschliesslich dem Bereich Psychiatrie zugeordnet. Der Leistungsbereich umfasst die Leistungsgruppe:

- **SOM1:** Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen: Behandlung der Folgen einer somatoformen Störung (ICD-10 F45) oder organisch bedingten chronischen Schmerzstörung oder Schmerzverarbeitungsstörung. Bei diesen Patientinnen und Patienten ist die körperliche und psychische Funktionsfähigkeit, Aktivität und Partizipation stark eingeschränkt.

## 5.3 Querschnittsbereiche

Leistungen der Leistungsgruppen können nur in Kombination mit mindestens einem der vier Querschnittsbereiche erbracht werden. Aufgrund der altersspezifischen Anforderungen an Therapie, Personal und Infrastruktur wurden die Querschnittsbereiche «Pädiatrische Rehabilitation» und «Geriatrische Rehabilitation»

gebildet, die sich weitgehend über die Altersbereiche der behandelten Patientinnen und Patienten definieren. In Ausnahmefällen dürfen bei medizinischer Notwendigkeit auch jüngere oder ältere Patientinnen und Patienten behandelt werden. Für die geriatrische Rehabilitation sind zusätzliche, patientenspezifische Merkmale als Einschlusskriterien definiert, da die Behandlung älterer Erwachsener ohne geriatrische Syndrome in der Erwachsenenrehabilitation erfolgt. Der Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation» ist auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten ausgerichtet, die rund um die Uhr überwacht werden müssen. Die Leistungsgruppensystematik umfasst die folgenden vier Querschnittsbereiche:

- **PÄD:** Pädiatrische Rehabilitation: Behandlung von Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 17. Lebensjahr, d. h. bis ein Tag vor dem 18. Geburtstag. Sie unterscheidet sich von jener der erwachsenen Patientinnen und Patienten aufgrund altersspezifischer Anforderungen wie medizinische Behandlung, kind- und jugendgerechte Gestaltung der Rehabilitationsmassnahmen, schulische Betreuung und Berufsberatung, Freizeitangebot und Aufnahme von Begleitpersonen.
- **ERW:** Erwachsenenrehabilitation: Behandlung von Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation von Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren.
- **GER:** Geriatrische Rehabilitation: Behandlung von Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation von Patientinnen und Patienten, die in der Regel älter als 75 Jahre sind und zusätzlich zwingend alle drei folgenden drei Kriterien erfüllen:
  - Multimorbidität: Gleichzeitiges Vorliegen von mindestens drei aktiven und problematischen Erkrankungen
  - geriatrische Syndrome: Gleichzeitiges Vorliegen von mindestens drei Syndromen/Symptomen wie z. B. kognitive Einschränkung, insbesondere Immobilität, erhöhtes Sturzrisiko, Inkontinenz von Stuhl und/oder Urin, Malnutrition und/oder Sarkopenie, Depression oder Angststörung, eingeschränkte Funktion der Sinnesorgane, Dekubitalulzera, chronische Schmerzen, Medikationsprobleme bei Poly-medikation und/oder Non-Compliance oder soziale Isolation
  - Gebrechlichkeit (Frailty): Aufgrund altersbedingt stark verminderter Lebens- und Gesundheitskräfte ist mit allgemein erhöhter Anfälligkeit gegenüber exogenen Stressfaktoren (Erkrankung, Überlastung, Unruhe usw.) zu rechnen.

Die geriatrische Rehabilitation will in erster Linie die Patientinnen und Patienten befähigen, eine möglichst selbstständige Lebensführung in der angestammten Wohnsituation zu halten oder wiederzuerlangen.

- **UEB:** Überwachungspflichtige Rehabilitation: Behandlung von Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation von klinisch stabilen Patientinnen und Patienten mit erhöhten Risiko für eine schnelle Verschlechterung der klinischen Stabilität. Die Vitalparameter müssen rund um die Uhr überwacht werden (zum Beispiel Sauerstoffsättigung, Puls, Blutdruck und Atemfrequenz). Zum Zeitpunkt des Übertritts in die Rehabilitationseinrichtung weisen die Patientinnen und Patienten aber keine Intensivpflichtigkeit mehr auf und ihre akutmedizinische Primärdiagnostik und -versorgung ist abgeschlossen (Abgrenzung zur Akutsomatik). Die Notwendigkeit und Intensität der Rehabilitation überwiegen gegenüber der Kuratation.

## 5.4 Operationalisierung des Leistungsgruppenmodells

Die vom Kanton Zürich vorgenommene Operationalisierung des Leistungsgruppenmodells wird für die vorliegende Rehabilitationsplanung ARAISG übernommen. Bei der Operationalisierung sollen Leistungsgruppen eindeutig und leistungsbezogen – basierend auf allgemein anerkannten medizinischen Klassifikationssystemen – definiert werden können. Da im Gegensatz zur Akutmedizin nicht die kurative Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen, sondern die Behandlung der von diesen verursachten Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit im Zentrum der Rehabilitation steht, hätte eine Operationalisierung mittels ICF-Klassifikation<sup>19</sup> mit ihren Dimensionen Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe eine gute Grundlage dargestellt. Wegen des hohen zeitlichen Kodieraufwandes und der fehlenden Umsetzbarkeit der Schweregradeinteilung hat diese Klassifikation jedoch die Praxisreife noch nicht erreicht. Zudem steht heute keine gesamtschweizerische, den funktionellen und kognitiven Zustand des Rehabilitationspatienten abbildende, ICF-Statistik zur Verfügung. Damit können der erforderliche rehabilitative Behandlungsbedarf und die rehabilitative Leistung der einzelnen Betriebe statistisch nicht adäquat abgebildet werden. Mangels einer operablen ICF-Klassifikation erfolgt die Bildung rehabilitativer Leistungsgruppen aufgrund der ICD-Klassifikation und teilweise der CHOP-Klassifikation. Analog zur Akutsomatik werden alle Fälle mit einem Algorithmus einer Leistungsgruppe zugeteilt. Diese Zuteilung erfolgt anhand der CHOP- und ICD-Codierung aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS). Bei Fällen, die aufgrund ihrer Kodierung mehreren Leistungsgruppen zugeteilt werden könnten, erfolgt die Zuteilung anhand einer im Algorithmus festgelegten Hierarchie der Leistungsgruppen. In der Regel gilt: Je komplexer die Leistungen sind, desto höher in der Hierarchie sind die Leistungsgruppen angesiedelt. Die Operationalisierung wird jährlich durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich aktualisiert und bei Bedarf weiterentwickelt.

---

<sup>19</sup> Die «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) der WHO dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person.

---

Die Analyse der Hospitalisationen im Bereich Rehabilitation basiert auf der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Diese wird jährlich durch die Kantone erhoben und enthält soziodemografische und medizinische Informationen zu den stationären Aufenthalten. Für die Zuteilung der Fälle zu einem der drei Versorgungsbereiche (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation) werden die Krankenhaustypologie, die Hauptkostenstelle und der Abrechnungstarif hinzugezogen. Zudem gelten alle Hospitalisationen des Schweizer Paraplegikerzentrums Nottwil als rehabilitativ.

Zum Bereich Rehabilitation werden Hospitalisationen von Leistungserbringern der BFS-Krankenhaustypologie K221, vom Paraplegiker-Zentrum Nottwil sowie von anderen Einrichtungen, die auf einer Abteilung mit Kostenstelle M950 (Rehabilitation) erfolgten, gezählt. Ausgenommen davon sind Hospitalisationen mit psychiatrischem Abrechnungstarif.

Für die Analyse werden alle stationären Rehabilitationsaufenthalte<sup>20</sup> des Erhebungsjahrs<sup>21</sup> 2022 von Personen mit Wohnkanton Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden oder St.Gallen (MedStat-Regionen «AR1-AR5», «AI1-AI2» und «SG01-SG42») herangezogen. Ein Ausreisser wurde aus den Daten entfernt.<sup>22</sup>

Die Anzahl Pflagestage wird im Wesentlichen wie folgt berechnet<sup>23</sup>:

- Fälle ohne Verlegung: Austrittsdatum abzüglich Eintrittsdatum abzüglich Urlaubstage +1
- Fälle mit Verlegung: Austrittsdatum abzüglich Eintrittsdatum abzüglich Urlaubstage.

61 Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion konnten nach der neuen Leistungsgruppensystematik durch den Grouper keiner Leistungsgruppe zugeordnet werden. Es handelt sich um 23 Hospitalisationen von Leistungserbringern mit Standort innerhalb und um 38 Hospitalisationen von Leistungserbringern mit Standort ausserhalb der Planungsregion. Da es sich um die erste Planung auf der Basis einer neuen Leistungsgruppensystematik handelt und

---

<sup>20</sup> Als stationäre Behandlungen gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung.

<sup>21</sup> Bei den hier vorgenommenen Auswertungen der Medizinischen Statistik werden nur Hospitalisationen mit Austritt im Erhebungsjahr ("A-Fälle") betrachtet. Sogenannte B- und C-Fälle, bei denen der Austritt noch nicht erfolgt ist, werden dabei nicht berücksichtigt.

<sup>22</sup> Beim Ausreisser handelt es sich um einen Patienten aus dem Kanton St.Gallen, der im Jahr 2022 in einer Klinik ausserhalb der Planungsregion mit einer Verweildauer von 18'541 Tagen hospitalisiert wurde. Da diese Klinik auch in den Vorjahren teilweise sehr lange Verweildauern aufwies, wurden Fälle mit Wohnregion ARAISG dieser Klinik für die Analyse aus den Daten entfernt. Für die Planungsregion reduzierte sich dadurch im Jahr 2022 die Anzahl Hospitalisationen von auf 5'494 auf 5'493.

<sup>23</sup> Die genaue Berechnung der Aufenthaltsdauer basiert auf den ab dem 1. Januar 2022 gültigen [Regeln zur Fallabrechnung unter ST Reha der SwissDRG](#).

weil nicht alle Kantone diese Leistungsgruppensystematik übernommen haben, werden diese Hospitalisationen für die Prognose berücksichtigt. Auf der Basis der ICD-10-Diagnose werden dabei je ein Austritt den Leistungsgruppen NER1 und PNR1 und drei Hospitalisationen der Leistungsgruppe INO1 zugeordnet. Die grosse Mehrheit (56 Hospitalisationen) betrifft Hospitalisationen die bis anhin der Leistungsgruppe der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation zugeordnet wurden. Diese Leistungsgruppe wurde im Rahmen der neuen Spitalplanung auf wenige Diagnosen unter SOM1 eingeschränkt. Künftig wird davon ausgegangen, dass psychosomatisch-sozialmedizinische Leistungen entweder dem Bereich Psychiatrie (möglich aufgrund des Doppelstatus mehrerer Leistungserbringer als psychiatrische Klinik sowie als Rehabilitationsklinik), dem Bereich SOM1 (möglich durch Umkehrung von Haupt- und Nebendiagnosen, da mehrere Hospitalisationen eine Nebendiagnose aus dem Bereich SOM1 aufweisen) oder der Leistungsgruppe der psychosomatischen Rehabilitation anderer Kantone zugeordnet werden. Diese Hospitalisationen werden im Rahmen der vorliegenden Planung als Untergruppe der Leistungsgruppe SOM1 getrennt ausgewiesen.

Die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen bilden zusammen die Planungsregion ARAISG mit knapp 600'000 Einwohnerinnen und Einwohnern verteilt auf eine Fläche von rund 2'400 km<sup>2</sup>. Nachfolgend werden die bestehenden Angebotsstrukturen innerhalb der Planungsregion sowie die von der Bevölkerung der Planungsregion beanspruchten stationären Rehabilitationsleistungen dargestellt. Dabei wird primär die ganze Planungsregion als Analyse-Ebene verwendet. Ergänzt wird die Analyse durch Betrachtungen auf Ebene der drei Kantone sowie von fünf Versorgungsregionen (Abbildung 2). Bei den Versorgungsregionen handelt es sich um funktionale Spitalversorgungsräume, die auf der Basis von Analysen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (OBSAN)<sup>24</sup> für den Bereich Akutsomatik – unabhängig von Kantonsgrenzen und anderen politischen Regionen – anhand der Methode der Hospital Service Areas (HSA) identifiziert wurden. Um Vergleiche zwischen dem Bereich Akutsomatik und dem Bereich Rehabilitation zu ermöglichen, wurden sie für die vorliegende Planung unverändert übernommen.

Die neun Standorte der Leistungserbringer im Bereich Rehabilitation verteilen sich auf zwei der fünf Versorgungsregionen, wobei die Region Appenzellerland-St.Gallen sechs (inkl. vorgesehene Rehazentrum St.Gallen) und die Region Sarganserland drei Rehabilitationskliniken aufweist. Drei Leistungserbringer befinden sich im Kanton Appenzell Ausserrhoden, ein Leistungserbringer im Kanton Appenzell Innerrhoden und fünf Leistungserbringer im Kanton St.Gallen. Dass die Kantonsgrenzen auch in der Vergangenheit eine untergeordnete Rolle spielten, zeigen die Patientenströme zwischen den drei Kantonen der Planungsregion (siehe Kapitel 7.7). Sechs der neun Leistungserbringer gehören zur Gruppe der Kliniken Valens. Dies unterstützt die Erreichung der strategischen Ziele der Planungsregion (siehe Kapitel 4), insbesondere der Konzentration von komplexen und seltenen Rehabilitationsbehandlungen auf wenige Leistungserbringer bzw. Standorte.

---

<sup>24</sup> Reto Jörg, Alexandre Tuch: Spitalversorgung Modell OST, OBSAN Bericht 06/2022: [Versorgungsbericht Obsan.pdf \(sg.ch\)](#)

Abbildung 2: Versorgungsregionen und Rehabilitationskliniken der Planungsregion ARAISG



Die fünf Versorgungsregionen der Planungsregion ARAISG unterscheiden sich insbesondere in Bezug auf den repräsentierten Bevölkerungsanteil, wobei die Versorgungsregion Appenzellerland-St.Gallen drei Kantone und rund 40 Prozent der Bevölkerung der Planungsregion umfasst. Die Standorte der Leistungserbringer im Bereich Rehabilitation befinden sich in den Versorgungsregionen Appenzellerland-St.Gallen (Klinik Gais, Klinik Oberwaid, Klinik Hof Weissbad, Berit Klinik, Rheinburg-Klinik, Rehazentrum St.Gallen) und Sarganserland (Rehazentrum Valens mit Aussenstandort Bad Ragaz und Rehazentrum Walenstadtberg).

Tabelle 4: Bevölkerung und Fläche der fünf Versorgungsregionen der Planungsregion ARAISG, 2022

Versorgungsregion	Bevölkerung	Bevölkerungsanteil	Fläche
Appenzellerland-St.Gallen	241'098	40%	623 km <sup>2</sup>
Rheintal-Werdenberg	117'896	20%	345 km <sup>2</sup>
Sarganserland	42'969	7%	518 km <sup>2</sup>
See-Gaster	70'554	12%	246 km <sup>2</sup>
Fürstenland-Toggenburg	125'625	21%	634 km <sup>2</sup>
<b>Total</b>	<b>598'142</b>	<b>100%</b>	<b>2'366 km<sup>2</sup></b>

Quelle: BFS STATPOP, Arealstatistik

## 7.1 Angebotsstrukturen

Im Jahr 2022 befanden sich in der Planungsregion ARAISG acht Leistungserbringer, die im Bereich Rehabilitation tätig waren und gemäss Tabelle 5 insgesamt 7'094 Hospitalisationen zählten. Vier wiesen die Rechtsform einer privatrechtlichen Stiftung<sup>25</sup> und weitere vier die Rechtsform einer Aktiengesellschaft<sup>26</sup> auf.

Mit 1'975 Hospitalisationen im Jahr 2022 ist das Rehaszentrum Valens der grösste Leistungserbringer der Planungsregion. Vom Rehaszentrum Valens wird auch der Aussenstandort<sup>27</sup> Bad Ragaz (353 Hospitalisationen) betrieben. Rund 31 Prozent der Hospitalisationen des Rehaszentrums Valens (inkl. Aussenstandort Bad Ragaz) betrafen Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion ARAISG.

Der zweitgrösste Leistungserbringer der Planungsregion ARAISG ist mit 1'408 Hospitalisationen die Klinik Gais. Rund die Hälfte der Hospitalisationen betrifft Personen aus der Planungsregion, insbesondere aus der Versorgungsregion Appenzellerland-St.Gallen (25 Prozent der Hospitalisationen). Die Klinik Gais weist je nach Versorgungsregion einen Marktanteil zwischen 5 Prozent (Sarganserland, See-Gaster) und 17 Prozent (Rheintal-Werdenberg) auf. Neben dem Bereich Rehabilitation erbringt die Klinik Gais auch Leistungen im Bereich Psychiatrie, die früher der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation zugeordnet wurden.

Das Rehaszentrum Walenstadtberg weist im Jahr 2022 1'116 Hospitalisationen auf, wobei rund 58 Prozent davon Personen aus der Planungsregion ARAISG betreffen. 33 Prozent der Patientinnen und Patienten kommen aus anderen Kantonen, 8 Prozent aus dem Ausland. Hospitalisationen von Personen aus der Versorgungsregion Rheintal-Werdenberg und aus der Region Sarganserland machen je rund 16 Prozent, jene aus der Region Appenzell-St.Gallen rund 12 Prozent aus. Die Versorgungsrelevanz des Rehaszentrums Walenstadtberg ist in den wohnortnahen Versorgungsregionen Sarganserland (35 Prozent Marktanteil) und Rheintal-Werdenberg (19 Prozent Marktanteil) besonders hoch. Der Marktanteil ist in der Versorgungsregion Appenzellerland-St.Gallen mit 6 Prozent am tiefsten.

Die 743 Hospitalisationen der Rheinburg-Klinik betreffen zu 80 Prozent Personen, die in der Planungsregion ARAISG wohnhaft sind, insbesondere in den nahegelegenen Versorgungsregionen Appenzellerland-St.Gallen (48 Prozent) und Rheintal-Werdenberg (20 Prozent) sowie aus der Region Wil-Toggenburg (11 Prozent). Patientinnen und Patienten aus den Versorgungsregionen Sarganserland und See-Gaster machen jeweils lediglich rund 1 Prozent der Hospitalisationen der Rheinburg-Klinik aus. Die Rheinburg-Klinik ist in den Regionen Appenzellerland-

<sup>25</sup> Rehaszentrum Valens mit Aussenstandort Bad Ragaz, Rehaszentrum Walenstadtberg, Rheinburg-Klinik Walzenhausen

<sup>26</sup> Klinik Oberwaid, Klinik Hof Weissbad, Klinik Gais und Berit Klinik

<sup>27</sup> Als Aussenstandort kann im Bereich Rehabilitation ein Standort eines Leistungserbringers definiert werden, wenn dieser mit dem Hauptstandort unter einer juristischen Person zusammengefasst ist, weniger als 10 km und weniger als 20 Fahrminuten vom Hauptstandort entfernt ist, Leistungen in enger Kooperation mit dem Hauptstandort erbringt (Zusammenarbeit durch Betriebskonzept dokumentiert) und betrieblich im Hauptstandort integriert ist (z.B. gemeinsames Rechnungswesen, gemeinsames Personalwesen für ärztliches und medizinisches Personal). Die Qualitätsanforderungen sind auch am Aussenstandort einzuhalten, wobei die Anforderungen an Mindestfallzahlen von Aussen- und Hauptstandort zusammen zu erfüllen sind. Für die Beurteilung der Versorgungsrelevanz und des Anteils ausschliesslich Grundversicherter werden Haupt- und Aussenstandort als Einheit betrachtet.

St.Gallen (15 Prozent Marktanteil), Rheintal-Werdenberg (16 Prozent Marktanteil) und Wil-Toggenburg (7 Prozent Marktanteil) versorgungsrelevant.

Wie die Klinik Gais ist auch die Klinik Oberwaid in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie tätig. Im Bereich Rehabilitation zählt sie 600 Hospitalisationen. Darunter fallen insbesondere kardiovaskuläre Leistungen als Listenspital (319 Hospitalisationen) und muskuloskelettale Leistungen als Vertragsspital (235 Hospitalisationen). Die Klinik Oberwaid ist insbesondere für die Versorgungsregionen Appenzellerland-St.Gallen (9 Prozent Marktanteil) und Wil-Toggenburg (5 Prozent Marktanteil) versorgungsrelevant. 36 Prozent der Hospitalisationen der Klinik Oberwaid betreffen Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion Appenzellerland-St.Gallen, 11 Prozent aus der Region Wil-Toggenburg, 6 Prozent aus der Region Rheintal-Werdenberg und 45 Prozent aus anderen Kantonen.

Patientinnen und Patienten der Berit Klinik sind in der Planungsregion ARAISG (84 Prozent), insbesondere in den Versorgungsregionen Appenzellerland-St.Gallen (57 Prozent) und Wil-Toggenburg (21 Prozent), wohnhaft. In diesen Regionen beträgt der Marktanteil der Berit Klinik jeweils 14 bzw. 10 Prozent.

Die Klinik Hof Weissbad behandelt insbesondere Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion Appenzellerland-St.Gallen (19 Prozent) und aus anderen Kantonen (66 Prozent). Weitere 5 Prozent der Patientinnen und Patienten sind in der Region Wil-Toggenburg und 4 Prozent in der Region Rheintal-Werdenberg wohnhaft.

Rund 24 Prozent der schweizweiten Hospitalisationen von Personen aus dem Ausland finden in Rehabilitationskliniken der Planungsregion statt. Ausländische Patientinnen und Patienten kommen zu 76 Prozent aus dem Fürstentum Liechtenstein sowie zu 14 Prozent aus Deutschland und lassen sich insbesondere in den Rehazentren Valens inkl. Aussenstandort Bad Ragaz (48 Prozent) und Walenstadtberg (22 Prozent) behandeln. In der Rheinburg-Klinik finden weitere 13 Prozent und in der Klinik Gais 11 Prozent der Hospitalisationen von ausländischen Patientinnen und Patienten statt.

.....  
Tabelle 5: Hospitalisationen von Leistungserbringern aus der Region ARAISG nach Wohnregion der Patientinnen und Patienten, 2022

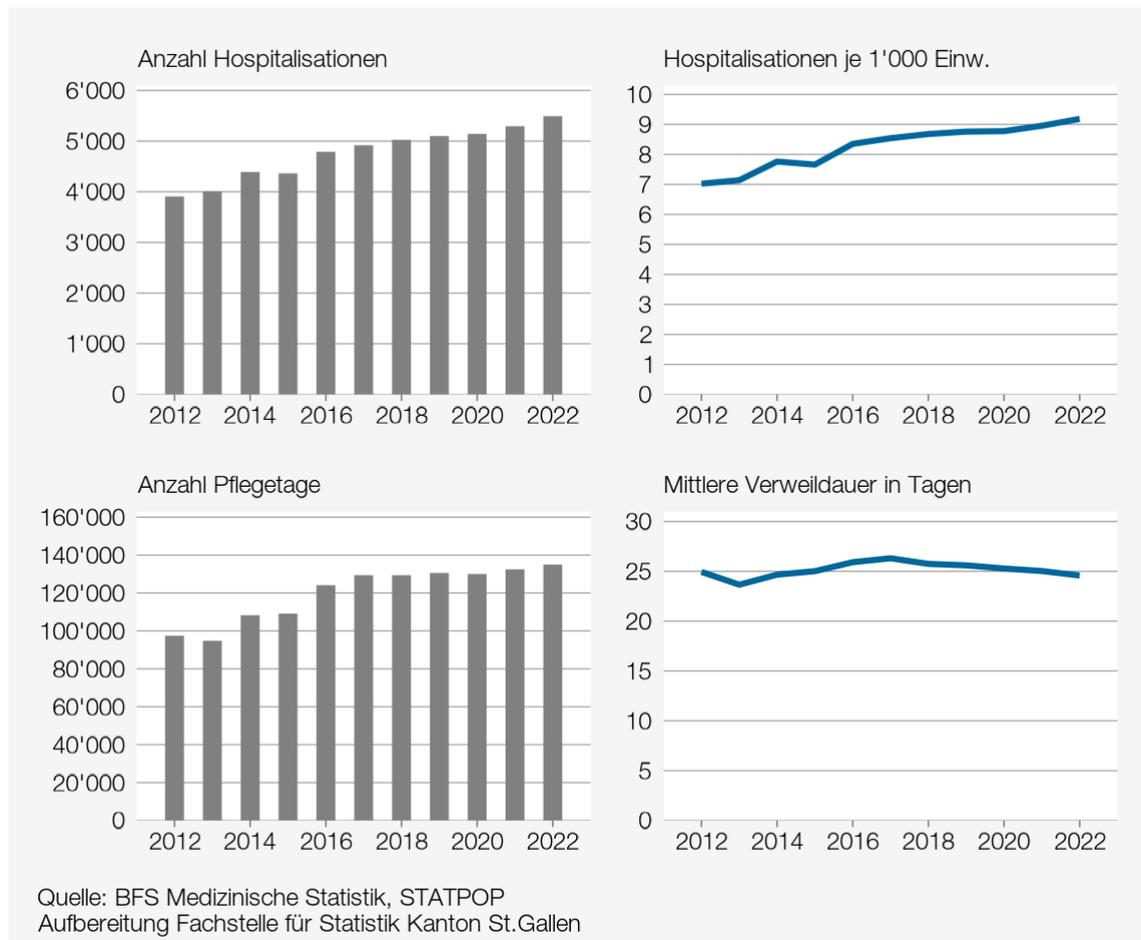
	Appen- zeller- land-SG	Rheintal - Werden- berg	Sargan- serland	See- Gaster	Wil - Tog- genburg	andere Kantone	Aus- land	Total
RZ Valens	167	174	181	86	85	1'149	133	1'975
Klinik Gais	348	149	23	26	144	672	46	1'408
RZ Walenstadtberg	138	174	176	62	100	373	93	1'116
Rheinburg-Klinik	354	146	4	6	83	96	54	743
Klinik Oberwaid	218	33	1	4	63	268	13	600
Berit Klinik	319	32	1	4	118	86	2	562
Clinic Bad Ragaz	8	4	5	9	3	253	71	353
Hof Weissbad	63	15	2	9	17	222	9	337
<b>Total innerregional</b>	<b>1'615</b>	<b>727</b>	<b>393</b>	<b>206</b>	<b>613</b>	<b>3'119</b>	<b>421</b>	<b>7'094</b>
<b>Total</b>	<b>2'360</b>	<b>893</b>	<b>507</b>	<b>535</b>	<b>1'198</b>			

Quelle: BFS Medizinische Statistik

## 7.2 Stationäre Rehabilitationsleistungen

Im Jahr 2022 wurden 5'493 stationäre Rehabilitationsaufenthalte von Einwohnerinnen und Einwohnern der Planungsregion ARAISG mit insgesamt 135'008 Pflorgetagen und einer durchschnittlichen Verweildauer von rund 25 Tagen verzeichnet. Damit fallen auf 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner rund 9 Rehabilitationsaufenthalte.

Abbildung 3: Hospitalisationen und Hospitalisierungsrate (HR) sowie Pflorgetage und mittlere Verweildauer in Tagen (VWD) der Bevölkerung der Planungsregion ARAISG 2012-2022



Aus Abbildung 3 kann entnommen werden, dass zwischen 2012 und 2022 die Anzahl Hospitalisationen, die Anzahl Pflorgetage sowie auch die Hospitalisierungsrate der Bevölkerung der Planungsregion ARAISG stetig zunahm. Die mittlere Verweildauer blieb hingegen weitgehend konstant und betrug sowohl im Jahr 2012 als auch im Jahr 2022 rund 25 Tage.

Abbildung 4: Indexierte Hospitalisationen, Hospitalisierungsrate, Pfl egetage und mittlere Verweildauer in Tagen (VWD) der Einwohner der Planungsregion ARAISG (indexiert auf der Basis des Jahres 2012), 2012 bis 2022

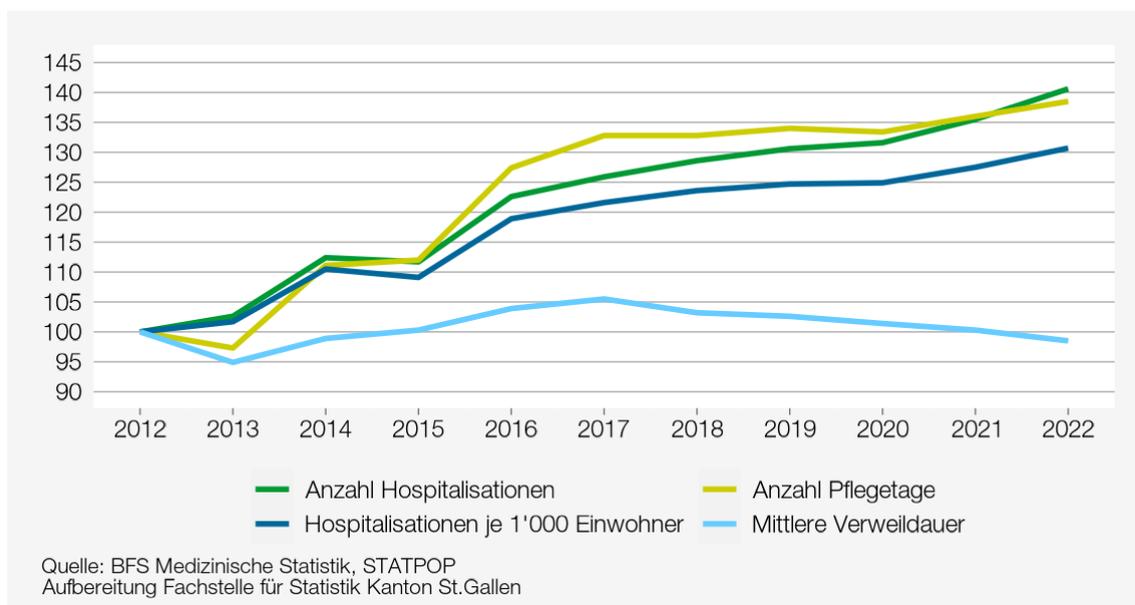


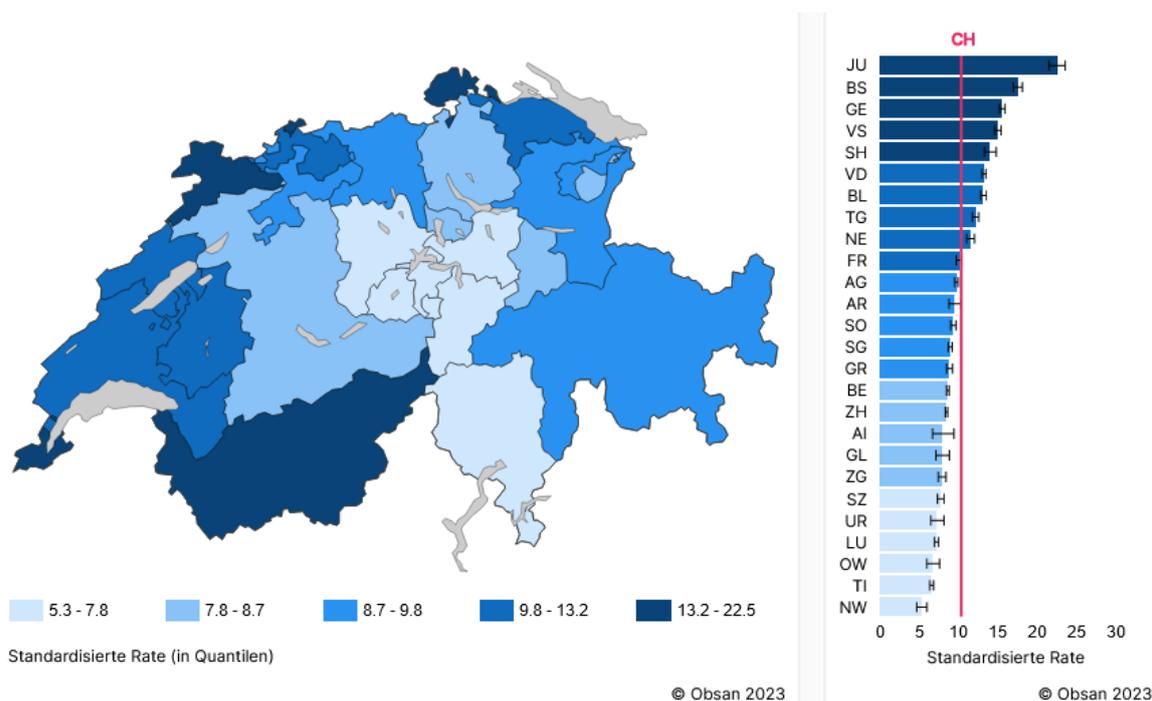
Abbildung 4 verdeutlicht die Entwicklung der Anzahl Hospitalisationen und Pfl egetage, der Hospitalisierungsrate sowie der durchschnittlichen Verweildauer im Zeitverlauf. Zwischen 2012 und 2022 nahmen die Anzahl Hospitalisationen um rund 41 Prozent und die Anzahl Pfl egetage um rund 39 Prozent zu, wobei der Anstieg insbesondere in den ersten Jahren nach der KVG-Revision 2012 stattfand. Die Hospitalisationen je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG nahmen in der gleichen Zeitspanne um 31 Prozent zu. Die mittlere Verweildauer nahm hingegen während der Beobachtungsperiode geringfügig ab.

Obwohl schweizweit ein Anstieg der Hospitalisationen stattgefunden hat, ist die vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (OBSAN) berechnete standardisierte Hospitalisierungsrate im Bereich Rehabilitation von 11,5 im Jahr 2002 auf 10,4 im Jahr 2022 gesunken. Die Standardisierung ist eine Berechnung, die Vergleiche strukturell unterschiedlicher Bevölkerungen (z.B. örtlich oder zeitlich) ermöglicht. Sie gibt die Häufigkeit von Hospitalisationen von Bewohnerinnen und Bewohnern eines Kantons wieder, wobei neben der reinen Bevölkerungszahl auch strukturelle Merkmale der Bevölkerung berücksichtigt wurden, insbesondere Alter und Geschlecht. So ist beispielsweise zu erwarten, dass bei einer älteren Bevölkerung stationäre Rehabilitationsaufenthalte häufiger erforderlich sind. Werden strukturelle Unterschiede nicht berücksichtigt, kann dies zu verzerrten Schlussfolgerungen führen. Es ist anzunehmen, dass die Zunahme der Hospitalisierungsrate in der Planungsregion zwischen 2012 und 2022 Prozent weitgehend durch die Alterung der Bevölkerung erklärt werden kann.

Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen unterscheidet sich erheblich zwischen den Kantonen. Die standardisierte Hospitalisationsrate der Schweiz be-

trug im Jahr 2022 10,4 Hospitalisationen je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner und schwankte zwischen 5,3 im Kanton Nidwalden und 22,5 im Kanton Jura. Die Kantone der Planungsregion ARAISG lagen mit standardisierten Hospitalisierungsraten von 9,6 (AR), 8,0 (AI) und 9,0 (SG) unter dem Schweizer Durchschnitt, wobei in allen drei Kantonen seit 2012 eine Zunahme der standardisierten Hospitalisierungsraten festgestellt werden kann. Im Jahr 2012 betrug die standardisierten Hospitalisierungsraten 5,9 (AR), 7,5 (AI) und 8,4 (SG) und lagen wesentlich unter dem Schweizer Durchschnitt von 10,9. Während der letzten Jahre fand eine Annäherung der standardisierten Hospitalisierungsraten vieler Kantone an den Schweizer Durchschnitt statt, hoch bleibt jedoch die Inanspruchnahme in den Kantonen der West- und der Nordwestschweiz.

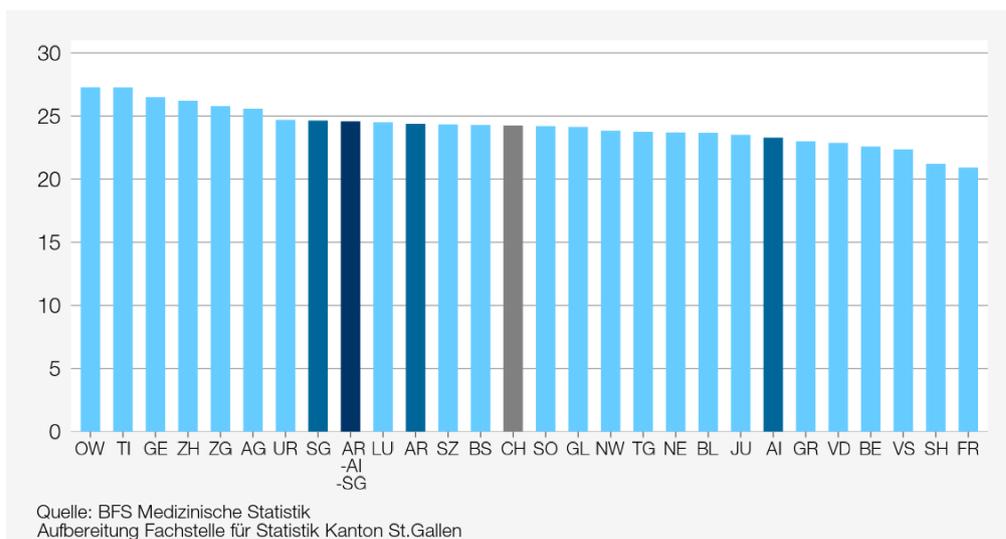
Abbildung 5: Standardisierte Hospitalisierungsrate Rehabilitation nach Kantonen, 2022



Quelle: Obsan: [Hospitalisierungsrate in Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation](#), 2023

Kantonale Unterschiede bei der mittleren Verweildauer sind gemäss Abbildung 6 geringer als jene bei der Hospitalisierungsraten, wobei der Kanton Freiburg im Jahr 2022 mit 20,9 Tagen die tiefste und die Kantone Obwalden und Tessin mit 27,3 Tagen die höchste mittlere Verweildauer aufwiesen. Einfluss auf die Verweildauer haben die Krankheitsbilder, Charakteristika der Behandelten (z.B. Alter und Multimorbidität) sowie Angebot und Wahl der Behandlungsmethode. Die mittlere Verweildauer der Kantone der Planungsregion ARAISG (24,6 Tage) wich mit 24,4 Tagen (AR), 23,3 Tagen (AI) und 24,6 Tagen (SG) nicht erheblich vom Schweizer Durchschnitt von 24,3 Tagen ab.

Abbildung 6: Mittlere Verweildauer Rehabilitation in Tagen nach Kantonen und Planungsregion ARAISG, 2022



Aufgrund der tiefen Hospitalisierungsraten sowie der geringen Abweichungen der mittleren Verweildauern vom Schweizerischen Mittelwert kann in allen Kantonen (insbesondere im Kanton Appenzell Innerrhoden) und dadurch insgesamt in der Planungsregion ARAISG im Jahr 2022 von einer unterdurchschnittlichen Inanspruchnahme ausgegangen werden.

### 7.3 Rehabilitationsleistungen nach Altersgruppen

Die Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen weist eine starke Abhängigkeit vom Alter der Patientinnen und Patienten auf. Aus Abbildung 7 wird ersichtlich, dass die Anzahl Rehabilitationsaufenthalte bis zum 80. Altersjahr stetig zu- und danach wieder abnimmt. Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG im Alter von 75 Jahren oder mehr (potentielle Zuordnung zur geriatrischen Rehabilitation) verzeichnen rund 41 Prozent aller Hospitalisationen, obwohl diese Altersgruppe nur rund 9 Prozent der Wohnbevölkerung ausmacht.

Abbildung 7: Hospitalisationen je Altersgruppe, 2022

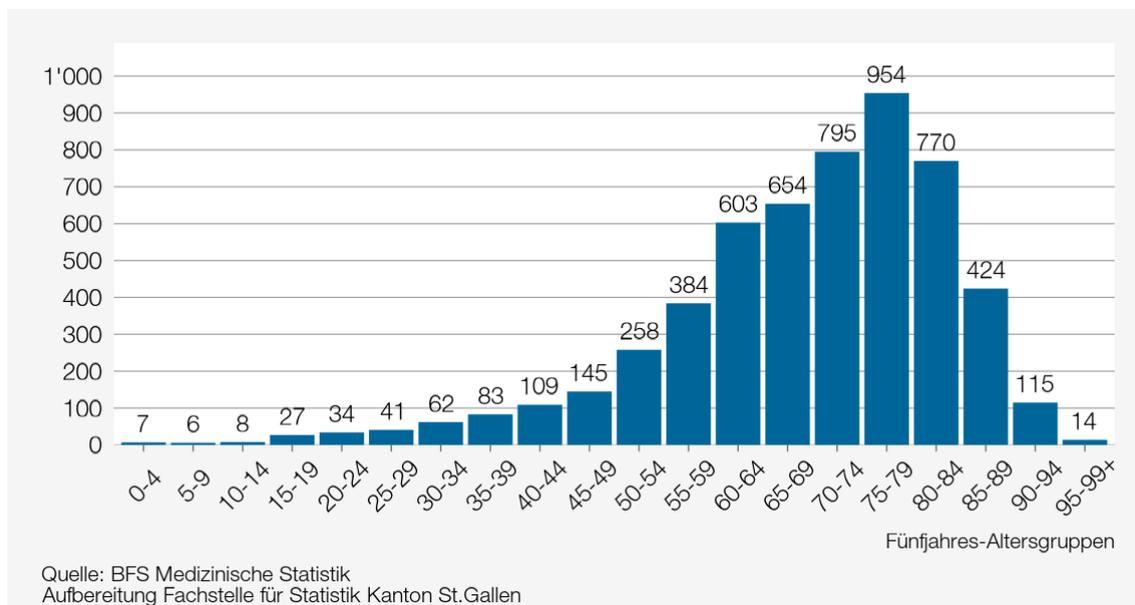
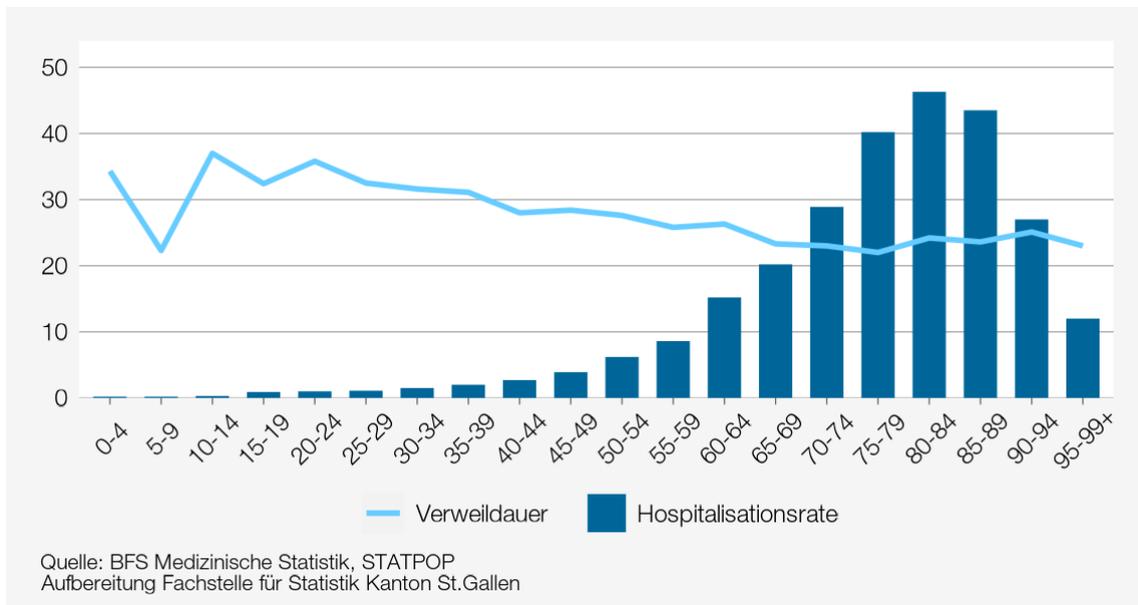


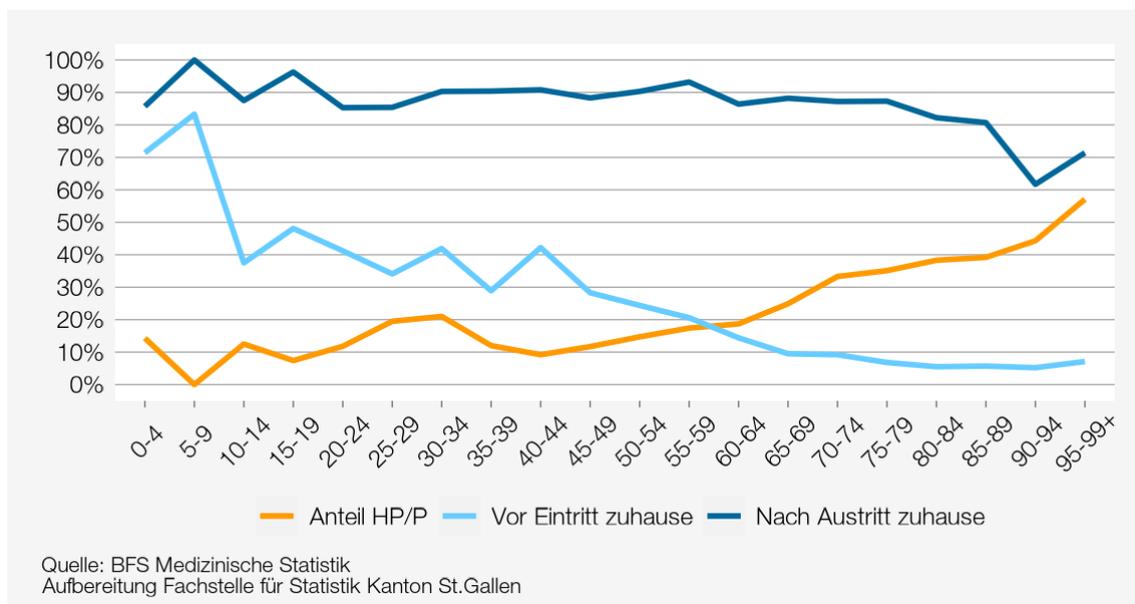
Abbildung 8 kann entnommen werden, dass die Hospitalisierungsrate mit zunehmendem Alter bis zur Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen zunimmt und danach wieder sinkt. Dies lässt sich dadurch erklären, dass Personen ab 85 Jahren eher eine auf die geriatrische Frührehabilitation oder auf die Akutgeriatrie spezialisierte Einrichtung aufsuchen oder bereits pflegebedürftig sind und deshalb weniger häufig stationäre Rehabilitationsleistungen beanspruchen. Die mittlere Verweildauer eines Rehabilitationsaufenthalts verhält sich weitgehend umgekehrt zur Hospitalisierungsrate. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit eines Rehabilitationsaufenthalts für Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG unter 40 Jahren mit rund einem Promille gering, findet jedoch einer statt, ist die mittlere Verweildauer mit rund 32 Tage überdurchschnittlich. Betrachtet man die Altersgruppe der Personen ab 75 Jahren, so beträgt die Wahrscheinlichkeit eines Rehabilitationsaufenthalts rund 41 Promille und die mittlere Verweildauer rund 23 Tage.

Abbildung 8: Hospitalisierungsrate und mittlere Verweildauer je Altersgruppe, 2022



Mit zunehmendem Alter der Patientinnen und Patienten nimmt gemäss Abbildung 9 der Anteil Hospitalisationen in der halbprivaten und privaten Abteilung zu. Obwohl insgesamt rund 29 Prozent der Hospitalisationen aus der Planungsregion in halbprivaten oder privaten Abteilung erfolgen, beträgt dieser Anteil bei Personen unter 18 Jahren (pädiatrische Rehabilitation) rund 8 Prozent, bei Personen ab 75 Jahren (potentielle geriatrische Rehabilitation) hingegen rund 38 Prozent. Dies kann hauptsächlich darauf zurückgeführt werden, dass mit dem Alter der Anteil Zusatzversicherte in der Bevölkerung zunimmt.

Abbildung 9: Anzahl Patientinnen und Patienten der halbprivaten und privaten Abteilung (HP/P), Anteil Patientinnen und Patienten, die sich vor dem Eintritt zuhause aufhielten und Anteil Patientinnen und Patienten, die nach dem Austritt nach Hause zurückkehrten, 2022



Die Gewährleistung eines möglichst nahtlosen Übertritts von der Akutbehandlung zur Rehabilitation kann zum Behandlungserfolg beitragen. Aus Abbildung 9 wird ersichtlich, dass der Anteil Personen, die sich vor dem stationären Rehabilitationsaufenthalt zuhause aufhielten, mit dem Alter abnimmt. Rund 55 Prozent der Personen unter 18 Jahren, die im Bereich Rehabilitation stationär behandelt wurden, hielten sich vor der Behandlung zuhause auf. Dieser Anteil betrug bei Personen zwischen 18 und 74 Jahren rund 16 Prozent und bei Personen ab 75 Jahren lediglich rund 6 Prozent. Dass ein Grossteil der Patientinnen und Patienten nahtlos von einem Akutspital, einem Alters- oder einem Pflegeheim in die Rehabilitationsklinik aufgenommen wurde, spricht für ein funktionierendes Übertrittsmanagement. Eine nahtlose Verlegung ist insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten sinnvoll, da diese eine höhere Verletzlichkeit aufweisen und häufig an mehreren chronischen, behandlungsbedürftigen Krankheiten leiden.

Eine Voraussetzung für die Durchführung von stationären Rehabilitationsleistungen ist das Vorhandensein eines Rehabilitationspotentials und somit einer erfolgversprechenden Rehabilitationsprognose. Damit verbunden ist die Wiederherstellung der Unabhängigkeit und Selbständigkeit der Behandelten und somit die Rückkehr ins angestammte Umfeld. Abbildung 9 kann entnommen werden, dass die grosse Mehrheit (86 Prozent) der Patientinnen und Patienten nach dem Rehabilitationsaufenthalt nach Hause zurückkehren. Insgesamt kehren rund 95 Prozent der Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (pädiatrische Rehabilitation) und rund 83 Prozent der Personen ab dem 75. Altersjahr (potentielle geriatrische Rehabilitation) nach dem Rehabilitationsaufenthalt nach Hause zurück. Insgesamt werden 38 Prozent der Personen, die nach dem Rehabilitationsaufenthalt nicht nach Hause zurückkehrten, in ein Alters- oder Pflegeheim und 60 Prozent in ein Spital oder eine andere Rehabilitationsklinik verlegt.

## 7.4 Rehabilitationsleistungen nach Liegeklasse<sup>28</sup>

Insgesamt wurden im Jahr 2022 rund 71 Prozent der Patientinnen und Patienten der Planungsregion ARAISG in der allgemeinen Abteilung hospitalisiert, wobei je nach Leistungsbereich der Anteil Hospitalisationen in der allgemeinen Abteilung zwischen 66 Prozent (muskuloskelettale Rehabilitation) und 84 Prozent (somatoforme Störungen) lag.

Die durchschnittliche Verweildauer eines stationären Rehabilitationsaufenthalts war bei Personen in der halbprivaten und privaten Abteilung mit 24 Tagen rund einen Tag kürzer als jene in der allgemeinen Abteilung.

Obwohl ein Zwischenaufenthalt zuhause für den Rehabilitationserfolg durchaus sinnvoll sein kann, sollte der Anteil Übertritte von Zuhause für alle Liegeklassen eine vergleichbare Höhe aufweisen. Im Jahr 2022 war der Anteil Personen aus der Planungsregion ARAISG, die sich vor dem stationären Rehabilitationsaufenthalt zuhause aufhielten – unter Ausklammerung der somatoformen Störungen – in der allgemeinen Abteilung mit 12 Prozent nicht erheblich höher als in der halbprivaten oder privaten Abteilung (9 Prozent). Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass ein nahtloser Übertritt aus einem Akutspital, einem Alters- oder einem Pflegeheim in die Rehabilitationsklinik für alle Liegeklassen in einem vergleichbaren Ausmass erfolgte.

Der Anteil Hospitalisationen von Einwohnerinnen und Einwohnern der Planungsregion ARAISG in der halbprivaten oder privaten Abteilung war bei Leistungserbringern mit Standort ausserhalb der Planungsregion (29 Prozent) unwesentlich höher als bei Leistungserbringern mit Standort in einem der drei Planungskantone (28 Prozent). Dadurch wird ersichtlich, dass das Angebot für alle Versichertenklassen sowohl innerhalb als auch ausserhalb der Planungsregion weitgehend im gleichen Ausmass vorhanden ist und dass die Mobilität von Patientinnen und Patienten nicht vom Versichertenstatus abhängig ist.

## 7.5 Rehabilitationsleistungen nach Leistungserbringern

Die stationäre Rehabilitation der Bevölkerung der Planungsregion ARAISG fand im Jahr 2022 in insgesamt 51 Rehabilitationskliniken statt (Tabelle 6). Besonders bedeutend für die rehabilitative Versorgung der Patientinnen und Patienten der Planungsregion ARAISG sind die Kliniken Valens, die mit ihren Standorten im Kanton St.Gallen (Valens, Walenstadtberg, Bad Ragaz) rund 25 Prozent, im Kanton Appenzell Ausserrhoden (Gais und Walzenhausen) rund 23 Prozent und durch die Zürcher RehaZentren (Wald und Davos) rund 5 Prozent der Hospitalisationen abdeckten. Weitere versorgungsrelevante Leistungserbringer mit Standort in der Planungsregion sind die Berit Klinik in Niederteufen, die rund 9 Prozent der Hospitalisationen abdeckt und die Klinik Oberwaid in St.Gallen, die rund 6 Prozent der Hospitalisationen der Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion abdeckt. Neben den Leistungserbringern der Planungsregion sind insbesondere Rehabilitationskliniken aus dem Kanton Thurgau von Bedeutung, wobei die Rehaklinik Dussnang rund 13 Prozent, die Rehaklinik Zihlschlacht rund 5 Prozent und die Klinik Schloss Mammern rund 3 Prozent der Hospitalisationen abdecken.

<sup>28</sup> Die im Rahmen des Spitalaufenthaltes beanspruchte Liegeklasse (allgemein, halbprivat oder privat) kann – z.B. aufgrund der Übernahme der Zusatzkosten durch Patientinnen und Patienten – von der Versicherungs-kategorie abweichen.

Tabelle 6: Rehabilitationsleistungen nach Leistungserbringern, 2022

	Hospitali- sationen	Pflegetage	VWD	Marktanteil	Anteil HP/P
Rehaklinik Dussnang, TG	697	13'921	20	13%	22%
RZ Valens, SG	693	18'444	27	13%	21%
Klinik Gais, AR	690	15'559	23	13%	16%
RZ Walenstadtberg, SG	650	15'595	24	12%	16%
Rheinburg-Klinik, AR	593	18'395	31	11%	32%
Berit Klinik, AR	474	7'274	15	9%	31%
Klinik Oberwaid, SG	319	6'060	19	6%	58%
Rehaklinik Zihlschlacht, TG	273	11'121	41	5%	24%
Klinik Schloss Mammern, TG	164	3'374	21	3%	69%
Zürcher RehaZentrum Wald, ZH	163	3'769	23	3%	31%
Hof Weissbad, AI	106	1'796	17	2%	93%
Hochgebirgsklinik Davos, GR	100	2'630	26	2%	30%
Zürcher RehaZentrum Davos, ZH	90	2'436	27	2%	34%
Schweizer Paraplegiker-Zentrum, LU	76	3'806	50	1%	20%
Rehaklinik Seewis, GR	68	1'590	23	1%	13%
Rehaklinik Bellikon, AG	50	2'125	43	1%	20%
Clinic Bad Ragaz, SG	29	678	23	1%	97%
Andere (N = 34)	258	6'435	25	5%	30%
Total	5'493	135'008	25	100%	29%

Quelle: BFS Medizinische Statistik

Insgesamt wurden rund 29 Prozent der Patientinnen und Patienten der Planungsregion ARAISG in einer Halbprivat- oder Privatabteilung hospitalisiert, wobei sich dieser Anteil zwischen den Leistungserbringern erheblich unterscheidet. Einen besonders tiefen Anteil Hospitalisationen in der Halbprivat- oder Privatabteilung weisen die Klinik Gais und das Rehabilitationszentrum Walenstadtberg (je 16 Prozent) sowie das Rehabilitationszentrum Valens (21 Prozent, bzw. 24 Prozent inkl. Aussenstandort Bad Ragaz) auf. Für die Überprüfung der Erfüllung der Anforderung an die Aufnahmepflicht können Listenspitäler, die weniger als 50 Prozent ausschliesslich Grundversicherte aus der Planungsregion ARAISG aufweisen, verpflichtet werden, Wartezeiten je Leistungsgruppe und Liegeklasse sowie die Anzahl aufgenommener sowie abgewiesener Patientinnen und Patienten aufgeschlüsselt nach Diagnose, Begründung für die Nichtaufnahme und Liegeklasse der Planungsbehörde mitzuteilen und auf der Spital-Webseite zu publizieren. Dieser Anteil wird von der Klinik Hof Weissbad (12 Prozent) und der Klinik Schloss Mammern (29 Prozent) unterschritten.

Die durchschnittliche Verweildauer eines Rehabilitationsaufenthaltes schwankt zwischen 15 und 50 Tagen. Kurze durchschnittliche Verweildauern weisen die Berit Klinik (15 Tage), die Rehaklinik Dussnang (20 Tage), die Klinik Oberwaid (19 Tage) und der Hof Weissbad (17 Tage) auf. Besonders lange dauern im Durchschnitt die Rehabilitationsaufenthalte im Schweizer Paraplegiker-Zentrum (50 Tage), in der Rehaklinik Bellikon (43 Tage) sowie in der Rehaklinik Zihlschlacht (41 Tage).

Insgesamt werden rund 94 Prozent der Spitalaufenthalte von der obligatorischen Krankenversicherung, rund fünf Prozent von der Unfallversicherung und insgesamt rund ein Prozent

von Selbstzahlern, Invalidenversicherung und Militärversicherung übernommen. Lediglich zwei Leistungserbringer weisen einen hohen Anteil Hospitalisationen auf, die von der Unfallversicherung getragen werden: die Rehaklinik Bellikon (84 Prozent) und das Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil (34 Prozent).

## 7.6 Rehabilitationsleistungen nach Versorgungsregionen

Der Anteil Hospitalisationen der Versorgungsregionen der Planungsregion ARAISG verhält sich weitgehend proportional zur Bevölkerung, wobei gemäss Tabelle 7 die Hospitalisierungsraten zwischen 8 (Rheintal-Werdenberg und See-Gaster) und 12 (Sarganserland) Hospitalisationen je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner schwanken. Die mittleren Verweildauern liegen zwischen 24 und 26 Tagen.

Anteilmässig am häufigsten lassen sich gemäss Tabelle 7 Einwohnerinnen und Einwohner der Versorgungsregion Rheintal-Werdenberg (81 Prozent) innerhalb der Planungsregion ARAISG behandeln, gefolgt von Personen aus dem Sarganserland (78 Prozent), wo sich die Rehabilitationszentren Valens (inkl. Aussensandort Bad Ragaz) und Walenstadtberg befinden, und von Personen aus der Region Appenzellerland-St.Gallen (68 Prozent), wo die restlichen Rehabilitationskliniken der Planungsregion ihren Standort haben. Im Gegenzug lassen sich nur rund 39 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner der Versorgungsregion See-Gaster innerhalb der Planungsregion behandeln, die restlichen Einwohnerinnen und Einwohner dieser Region bevorzugen Leistungserbringer aus den Kantonen Zürich (29 Prozent der Hospitalisationen) und Thurgau (18 Prozent der Hospitalisationen). Personen aus der Versorgungsregion Fürstenland-Toggenburg lassen sich zu 39 Prozent im nahegelegenen Kanton Thurgau behandeln. Dass Versorgungsregionen mit grosser Distanz zu einem ausserkantonalen Anbieter oder mit einem nahen innerkantonalen Rehabilitationsangebot einen tiefen Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen aufweisen, weist auf die Bedeutung eines Grundangebots an wohnortnaher Rehabilitation für die Bevölkerung der Planungsregion ARAISG hin.

.....  
Tabelle 7: Hospitalisationen, Hospitalisierungsrate (HR), mittlere Verweildauer (VWD) und Anteil ausserkantona-  
ler Hospitalisationen (AKH) der fünf Versorgungsregionen der Planungsregion ARAISG, 2022

Versorgungsregion	Hospitalisationen	HR	VWD	Anteil AKH (ZH, TG, GR)
Appenzellerland-St.Gallen	2'360	10	24	32% (3%, 24%, 2% )
Rheintal-Werdenberg	893	8	25	19% (3%, 9%, 4% )
Sarganserland	507	12	26	22% (3%, 5%, 11% )
See-Gaster	535	8	24	61% (29%, 18%, 5% )
Fürstenland-Toggenburg	1'198	10	24	49% (4%, 39%, 2% )
<b>Total</b>	<b>5'493</b>	<b>9</b>	<b>25</b>	<b>35% (6%, 22%, 3% )</b>

Quelle: BFS Medizinische Statistik, STATPOP

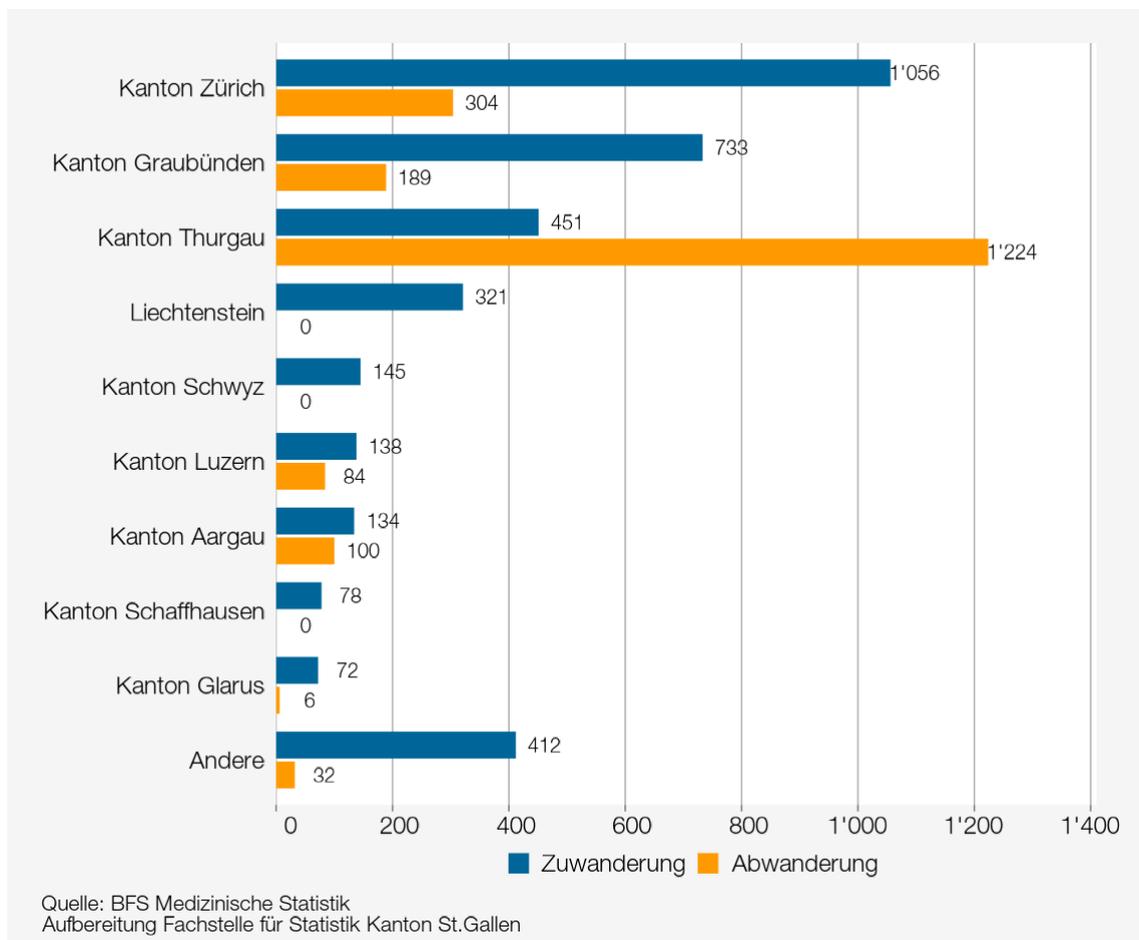
## 7.7 Rehabilitationsleistungen nach Kantonen

Der Anteil ausserkantonale Hospitalisationen unterscheidet sich erheblich zwischen den Kantonen der Planungsregion ARAISG, wobei im Jahr 2022 die Hospitalisationen des Kantons Appenzell Ausserrhoden zu rund 49 Prozent, jene des Kantons St.Gallen zu rund 67 Prozent und jene des Kantons Appenzell Innerrhoden zu rund 91 Prozent ausserkantonal stattfanden. Ein wesentlicher Teil der ausserkantonalen Hospitalisationen der drei Planungskantone fand innerhalb der Planungsregion ARAISG statt. Rund 48 Prozent der stationären Rehabilitationsbehandlungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell

Innerrhoden und rund 29 Prozent von jenen aus dem Kanton St.Gallen fanden in Rehabilitationskliniken des Kantons Appenzell Ausserrhoden statt. 13 Prozent (Appenzell Ausserrhoden) bzw. 15 Prozent (Appenzell Innerrhoden) der Hospitalisationen von Personen aus den Appenzeller-Kantonen fand im Kanton St.Gallen statt. Im Kanton Appenzell Innerrhoden wurden zu rund 21 Prozent Personen aus dem Kanton St.Gallen (71 Hospitalisationen) und zu rund 7 Prozent aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden (22 Hospitalisationen) behandelt.

Aufgrund der starken Patientenwanderung zwischen den Planungskantonen liessen sich im Jahr 2022 lediglich rund 35 Prozent der Patientinnen und Patienten der Planungsregion ARAISG ausserhalb der Region rehabilitativ behandeln. Aus Abbildung 10 wird ersichtlich, dass diese Abwanderung insbesondere in die Kantone Thurgau (1'224 Hospitalisationen), Zürich (304 Hospitalisationen) und Graubünden (189 Hospitalisationen) stattfand. Umgekehrt verzeichnet die Planungsregion ARAISG eine starke Zuwanderung, insbesondere aus den Kantonen Zürich (1'056 Hospitalisationen), Graubünden (733 Hospitalisationen), Thurgau (451 Hospitalisationen) und aus dem Fürstentum Liechtenstein (321 Hospitalisationen). Insgesamt resultierte für die Planungsregion ein positiver Wanderungssaldo (1'601 Hospitalisationen).

Abbildung 10: Zu- und Abwanderung aus der Planungsregion ARAISG im Bereich Rehabilitation, 2022



Die Mobilität von Patientinnen und Patienten im Bereich Rehabilitation zeigt sich daran, dass Leistungserbringer mit Standort in der Planungsregion ARAISG rund zur Hälfte stationäre Rehabilitationsleistungen für Einwohnerinnen und Einwohnern der Planungsregion erbringen (Tabelle 8). Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Zürich machen rund 15 Prozent der Hospitalisationen von Leistungserbringern aus der Planungsregion aus, wobei diese insbesondere im Rehabilitationszentrum Valens, in der Klinik Hof Weissbad und in der Klinik Gais behandelt werden. Rund 10 Prozent der Hospitalisationen betreffen Bündner Patientinnen und Patienten, die insbesondere die stationären Rehabilitationsangebote der Rehabilitationszentren Valens und Walenstadtberg nutzen.

Tabelle 8: Hospitalisationen von Leistungserbringern der Planungsregion ARAISG nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten, 2022

Wohn-Kanton	RZ Valens	RZ WSB	Clinic Bad Ragaz	Klinik Oberwaid	Hof Weissbad	Rheinburg-Klinik	Klinik Gais	Berit Klinik	Summe	Kantons-Anteil
SG	657	626	29	283	71	475	575	341	3'057	43%
AI	12	7	-	3	13	27	21	20	103	1%
AR	24	17	-	33	22	91	94	113	394	6%
ZH	281	110	121	107	148	27	257	5	1'056	15%
GR	473	177	34	3	5	12	26	3	733	10%
TG	40	11	4	90	27	44	161	74	451	6%
SZ	62	37	18	2	7	2	16	1	145	2%
AG	64	5	10	12	15	-	28	-	134	2%
Andere	362	126	137	67	29	65	230	5	1'021	14%
<b>Summe</b>	<b>1'975</b>	<b>1'116</b>	<b>353</b>	<b>600</b>	<b>337</b>	<b>743</b>	<b>1'408</b>	<b>562</b>	<b>7'094</b>	<b>100%</b>

Quelle: BFS Medizinische Statistik

## 7.8 Rehabilitationsleistungen nach Leistungsgruppen

Rund 43 Prozent der Hospitalisationen der Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG entfallen gemäss Tabelle 9 auf die muskuloskelettale Rehabilitation, wobei die stationäre rehabilitative Versorgung insbesondere durch die zu den Kliniken Valens gehörenden Standorte Valens, Walenstadtberg und Rheinburg-Klinik<sup>29</sup>, durch die Rehaklinik Dussnang (25 Prozent), die Berit Klinik (20 Prozent), die Klinik Oberwaid (6 Prozent, nur im Vertragsspitalbereich tätig) und die Klinik Hof Weissbad (4 Prozent) abgedeckt wird.

Die neurologische Rehabilitation ist mit rund 23 Prozent der Hospitalisationen die zweitgrösste Leistungsgruppe, die für Einwohnerinnen und Einwohner der Versorgungsregion ARAISG insbesondere durch das Rehaszentrum Valens (29 Prozent), durch die Rheinburg-Klinik (32 Prozent) und durch die Rehaklinik Zihlschlacht (20 Prozent) abgedeckt wird.

Kardiovaskuläre Rehabilitationsleistungen für die Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG machen rund 13 Prozent der Hospitalisationen aus

<sup>29</sup> Insgesamt machen die Standorte der Kliniken Valens innerhalb der Planungsregion rund 31 Prozent der Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion ARAISG im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation aus.

und werden insbesondere durch die Klinik Gais (51 Prozent) und die Klinik Oberwaid (20 Prozent) erbracht. Die Rehaklinik Seewis, die Hochgebirgsklinik Davos und das Zürcher RehaZentrum Wald decken jeweils weitere 6 bis 8 Prozent des Bedarfs ab.

Die pulmonale Rehabilitation, die rund 7 Prozent der Hospitalisationen von Personen aus der Planungsregion ausmacht, wird hauptsächlich durch das Rehazentrum Walenstadtberg (56 Prozent) und durch das Zürcher RehaZentrum Wald (12 Prozent) abgedeckt. Ergänzend dazu nehmen Einwohnerinnen und Einwohner aus der Planungsregion insbesondere Leistungen der Klinik Schloss Mammern (9 Prozent), des Zürcher RehaZentrums Davos (8 Prozent) und der Hochgebirgsklinik Davos (6 Prozent) in Anspruch.

Die internistisch-onkologische Rehabilitationsversorgung macht rund 12 Prozent der Hospitalisationen von Personen aus der Planungsregion aus. Sie findet insbesondere in der Klinik Gais (39 Prozent) und im Rehazentrum Walenstadtberg (17 Prozent) statt. Weitere Leistungen im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation erbringen insbesondere die Rehaklinik Dussnang (9 Prozent), die Klinik Schloss Mammern (7 Prozent), die Rheinburg-Klinik (6 Prozent) und das Rehazentrum Valens (5 Prozent).

Aufgrund der Verlagerung der meisten Diagnosen der psychosomatischen Rehabilitation in den Bereich Psychiatrie (siehe Kapitel 3.2) verbleiben rund 2 Prozent der Leistungen im Bereich Rehabilitation, wobei der Behandlung somatoformer Störungen (SOM) rund ein Prozent und der Behandlung weiterer psychosomatischer Diagnosen im Bereich Rehabilitation ein weiteres Prozent der Hospitalisationen zugeordnet werden kann. Die Leistungsgruppe SOM1 wird insbesondere durch die Klinik Gais (68 Prozent der Hospitalisationen), durch die Hochgebirgsklinik Davos und durch das Zürcher RehaZentrum Davos (je 5 Prozent) abgedeckt. Nimmt man die Rehabilitationsaufenthalte aufgrund einer psychosomatischen Diagnose dazu, so werden 34 Prozent der Hospitalisationen durch die Klinik Gais, 17 Prozent durch die Klinik Oberwaid, 14 Prozent durch das Zürcher RehaZentrum Davos und 9 Prozent durch die Hochgebirgsklinik Davos erbracht.

.....  
Tabelle 9: Prozentuale Verteilung der Hospitalisationen der Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG nach Leistungsgruppen, 2022 (fett: Anbieter mit einem Marktanteil von 5 Prozent oder mehr, grün: Anbieter mit einem Marktanteil von 10 Prozent oder mehr)

Leistungserbringer	MSK	NER	RKA	PNR	INO	SOM	Total	Total in %
Rehaklinik Dussnang, TG	<b>25%</b>	1%	1%	4%	<b>9%</b>	2%	<b>697</b>	<b>13%</b>
RZ Valens, SG	<b>12%</b>	<b>29%</b>	-	1%	<b>5%</b>	3%	<b>693</b>	<b>13%</b>
Klinik Gais, AR	0%	1%	<b>51%</b>	1%	<b>39%</b>	<b>34%</b>	<b>690</b>	<b>13%</b>
RZ Walenstadtberg, SG	<b>12%</b>	1%	4%	<b>56%</b>	<b>17%</b>	-	<b>650</b>	<b>12%</b>
Rheinburg-Klinik, AR	<b>6%</b>	<b>32%</b>	0%	-	<b>6%</b>	3%	<b>593</b>	<b>11%</b>
Berit Klinik, AR	<b>20%</b>	0%	0%	-	0%	-	<b>474</b>	<b>9%</b>
Klinik Oberwaid, SG	<b>6%</b>	0%	<b>20%</b>	0%	-	<b>17%</b>	<b>319</b>	<b>6%</b>
Rehaklinik Zihlschlacht, TG	0%	<b>20%</b>	0%	-	2%	<b>5%</b>	<b>273</b>	<b>5%</b>
Klinik Schloss Mammern, TG	3%	0%	2%	<b>9%</b>	<b>7%</b>	1%	<b>164</b>	<b>3%</b>
Zürcher RehaZentrum Wald, ZH	1%	2%	<b>6%</b>	<b>12%</b>	3%	-	<b>163</b>	<b>3%</b>

Leistungserbringer	MSK	NER	RKA	PNR	INO	SOM	Total	Total in %
Hof Weissbad, AI	4%	-	-	-	1%	-	106	2%
Hochgebirgsklinik Davos, GR	-	1%	7%	6%	2%	9%	100	2%
Zürcher RehaZentrum Davos, ZH	1%	0%	0%	8%	3%	14%	90	2%
Schweizer Paraplegiker-Zentrum, LU	0%	5%	-	0%	-	-	76	1%
Rehaklinik Seewis, GR	0%	-	8%	-	1%	-	68	1%
Rehaklinik Bellikon, AG	2%	1%	-	-	-	-	50	1%
Spital Thurgau, KSK Diessenhofen, TG	2%	0%	-	1%	1%	-	46	1%
Klinik Tertianum Neutal, TG	1%	0%	1%	1%	0%	1%	38	1%
RehaClinic Zurzach, AG	0%	1%	0%	-	1%	2%	33	1%
Clinic Bad Ragaz, SG	1%	0%	-	-	1%	-	29	1%
Kinderspital Zürich, ZH	0%	1%	-	0%	0%	-	22	0%
Andere	2%	3%	0%	1%	2%	11%	119	2%
<b>Total</b>	<b>2'385</b>	<b>1'245</b>	<b>720</b>	<b>361</b>	<b>668</b>	<b>114</b>	<b>5'493</b>	<b>100%</b>
<b>Total in %</b>	<b>43%</b>	<b>23%</b>	<b>13%</b>	<b>7%</b>	<b>12%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>	

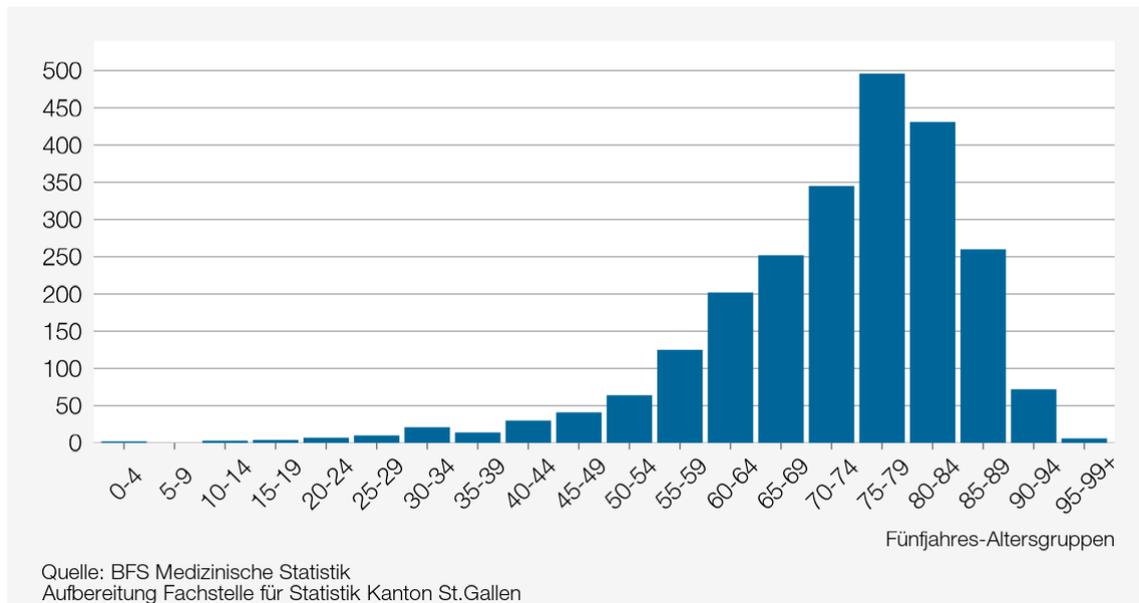
MSK – Muskuloskelettale Rehabilitation, NER – Neurologische Rehabilitation, RKA – Kardiovaskuläre Rehabilitation, PNR – Pulmonale Rehabilitation, INO – Internistische und onkologische Rehabilitation, SOM – Somatoforme Störungen (inkl. psychosomatische Rehabilitation PSR)

Quelle: BFS Medizinische Statistik

### 7.8.1 Muskuloskelettale Rehabilitation

Der Leistungsbereich der muskuloskelettalen Rehabilitation umfasst insbesondere Hospitalisationen im Bereich der allgemeinen muskuloskelettalen Rehabilitation (2'295 Hospitalisationen), gefolgt von Leistungen im Bereich des entzündlichen Rheumas (44 Hospitalisationen), des Polytraumas ohne neurologische Verletzungen (20 Hospitalisationen), der Amputationen (22 Hospitalisationen) und der Verbrennungen (4 Hospitalisationen). Sieben Hospitalisationen betreffen Personen unter 18 Jahre, davon sechs aufgrund von allgemeinen muskuloskelettalen Beschwerden (MSK1) und eine aufgrund einer Amputation (MSK4). 1'265 Hospitalisationen (53 Prozent der Hospitalisationen von erwachsenen Personen) könnten aufgrund des Alters ab 75 Jahren dem Querschnittsbereich der geriatrischen Rehabilitation zugeordnet werden, sofern die weiteren Kriterien für eine geriatrische Rehabilitation erfüllt sind.

Abbildung 11: Altersverteilung der Hospitalisationen von Einwohnerinnen und Einwohnern der Planungsregion ARAISG im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation, 2022



Die Anzahl Hospitalisationen nimmt im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation gemäss Abbildung 11 insbesondere ab dem 40. bis zum 79. Altersjahr stetig zu und danach mit zunehmendem Alter wieder ab. Rund 75 Prozent der Hospitalisationen betrifft Personen zwischen dem 65. und dem 89. Altersjahr.

Das durchschnittliche Alter der im Jahr 2022 behandelten Patientinnen und Patienten der Planungsregion ARAISG ist im Bereich der allgemeinen muskuloskelettalen Rehabilitation mit 73 Jahren am höchsten und beträgt im Bereich des entzündlichen Rheumas (MSK2) 66 Jahre, im Bereich des Polytraumas (MSK3) 51 Jahre, im Bereich der Amputationen (MSK4) 63 Jahre und im Bereich der Verbrennungen (MSK5) 44 Jahre. Das durchschnittliche Alter kann in Leistungsgruppen mit geringen Fallzahlen grösseren jährlichen Schwankungen unterworfen werden.

Im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation liegt der Anteil Frauen bei 63 Prozent. Das höhere Risiko einer muskuloskelettalen Beeinträchtigung beruht insbesondere darauf, dass Frauen im Alter wesentlich häufiger von Frakturen betroffen sind.<sup>30</sup>

Tabelle 10: Hospitalisationen der Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG ab 18 Jahren (Querschnittsbereiche erwachsene und geriatrische Rehabilitation) nach muskuloskelettalen Leistungsgruppen und Leistungserbringern, 2022 (grün: Anbieter, welche die Mindestfallzahlen erreichen)

	MSK1	MSK2	MSK3	MSK4	MSK5	Total
Rehaklinik Dussnang, TG	582	7	1	2	0	592

<sup>30</sup> Die Wahrscheinlichkeit, ab dem 50. Lebensjahr infolge Osteoporose einen Knochenbruch zu erleiden, liegt in der Schweiz bei durchschnittlich 51% für Frauen und 20% für Männer (Rheumaliga Schweiz, <https://www.rheumaliga.ch>).

	MSK1	MSK2	MSK3	MSK4	MSK5	Total
Berit Klinik, AR	467	0	0	1	0	468
RZ Walenstadtberg, SG	271	8	7	8	0	294
RZ Valens, SG	268	12	3	1	0	284
Klinik Oberwaid, SG	151	1	0	0	0	152
Rheinburg-Klinik, AR	143	2	2	2	0	149
Hof Weissbad, AI	99	0	0	0	0	99
Klinik Schloss Mammern, TG	65	3	0	2	0	70
Rehaklinik Bellikon, AG	30	0	6	2	3	41
Spital TG, KSK Diessenhofen, TG	35	3	0	0	0	38
Zürcher RehaZentrum Wald, ZH	29	1	0	0	0	30
Zürcher RehaZentrum Davos, ZH	24	1	1	0	0	26
Klinik Tertianum Neutal, TG	25	0	0	0	0	25
Clinic Bad Ragaz, SG	22	0	0	0	0	22
Andere	78	6	0	3	1	88
<b>Total</b>	<b>2'289</b>	<b>44</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>2'378</b>

Quelle: BFS Medizinische Statistik

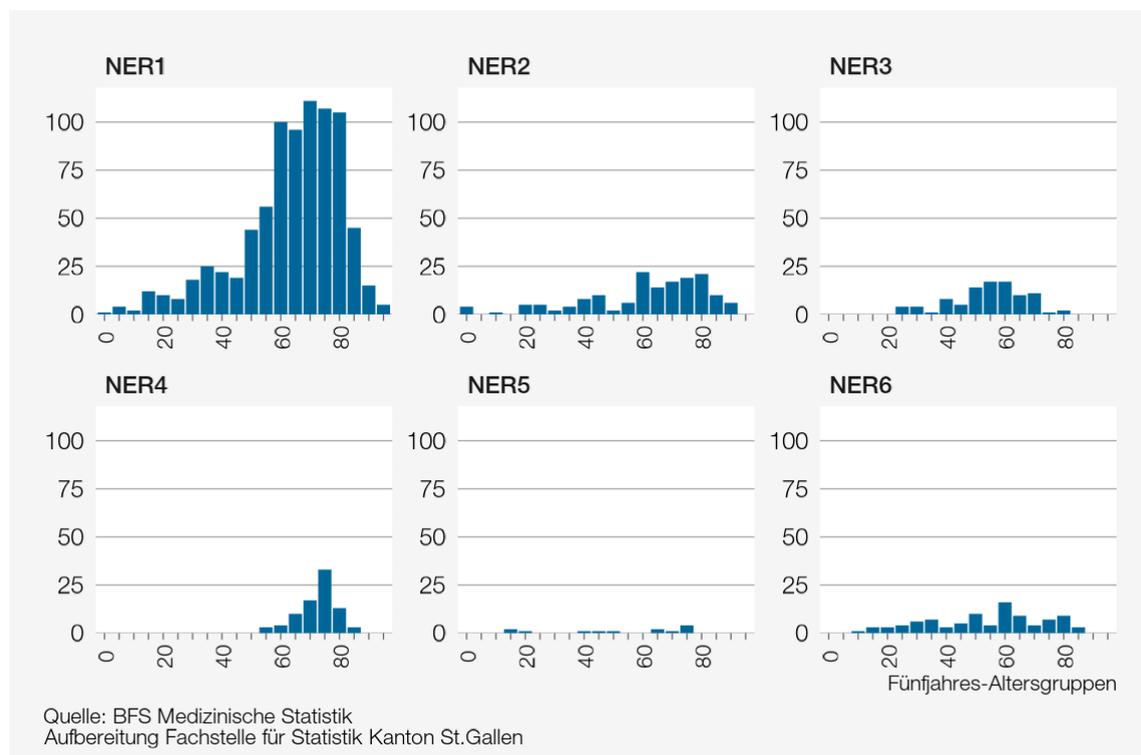
Allgemeine muskuloskeletale Rehabilitationsleistungen (MSK1) machen gemäss Tabelle 10 rund 96 Prozent der muskuloskeletalen Rehabilitationsleistungen für Erwachsene der Planungsregion ARAISG aus und werden insbesondere von der Rehaklinik Dussnang, der Berit Klinik, den Rehazentren Valens und Walenstadtberg, der Klinik Oberwaid, der Rheinburg-Klinik sowie der Klinik Hof Weissbad erbracht. Stationäre Rehabilitationsbehandlungen im Bereich des entzündlichen Rheumas (MSK2) machen rund 2 Prozent der Hospitalisationen aus, und erfolgen insbesondere im Rehazentrum Valens, im Rehazentrum Walenstadtberg sowie in der Rehaklinik Dussnang. Die rehabilitative Behandlung von Polytraumas ohne neurologische Verletzungen (MSK3) findet insbesondere im Rehazentrum Walenstadtberg und in der Reha Bellikon, jene von Amputationen (MSK4) im Rehazentrum Walenstadtberg statt. Die seltene rehabilitative Behandlung von Verbrennungen (MSK5) wird insbesondere in der Rehaklinik Bellikon durchgeführt.

Die vorgesehene Mindestfallzahl von 200 Hospitalisationen im Bereich der muskuloskeletalen Rehabilitation wird von allen versorgungsrelevanten Leistungserbringern im Bereich MSK1 erreicht. In der Leistungsgruppe MSK2 (25 Hospitalisationen) wird sie lediglich vom Zürcher RehaZentrum Davos erreicht, das für die Planungsregion jedoch nicht versorgungsrelevant ist. Die Kliniken Valens würden die Mindestfallzahl in der Leistungsgruppe MSK2 durch Konzentration der Leistungen auf einen Standort innerhalb der Planungsregion erreichen. In der Leistungsgruppe MSK3 (15 Hospitalisationen) erreicht lediglich die Rehaklinik Bellikon die Mindestfallzahl. Auch in dieser Leistungsgruppe würden die Kliniken Valens die Mindestfallzahl durch Konzentration der Leistungen auf einen Standort innerhalb der Planungsregion erreichen. Auch in der Leistungsgruppe MSK4 (25 Hospitalisationen) erreicht lediglich die Rehaklinik Bellikon die Mindestfallzahl. In der Leistungsgruppe MSK5 erreicht die Rehaklinik Bellikon mit 32 Hospitalisationen schweizweit als einzige die Mindestfallzahl von 5 Hospitalisationen.

## 7.8.2 Neurologische Rehabilitation

Der Leistungsbereich der neurologischen Rehabilitation umfasst im Jahr 2022 1'245 Hospitalisationen, die den Bereichen allgemeine neurologische Rehabilitation (NER1, 805 Hospitalisationen), neurologische Rehabilitation mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen (NER2, 156 Hospitalisationen), Spätphase der Multiplen Sklerose (NER3, 94 Hospitalisationen), Spätphase von Parkinson und ähnlichen Bewegungsstörungen (NER4, 83 Hospitalisationen), Polytrauma mit neurologischen Verletzungen (NER5, 13 Hospitalisationen) und Querschnittlähmung (NER6, 94 Hospitalisationen) zugeordnet werden. 22 Hospitalisationen betreffen Personen unter 18 Jahre, 13 davon in der Leistungsgruppe NER1. 408 Hospitalisationen (33 Prozent der Hospitalisationen von erwachsenen Personen) könnten aufgrund des Alters von mehr als 75 Jahren dem Bereich der geriatrischen Rehabilitation zugeordnet werden, sofern die weiteren Kriterien für eine geriatrische Rehabilitation erfüllt sind.

Abbildung 12: Altersverteilung der Hospitalisationen von Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG im Bereich der neurologischen Rehabilitation, 2022



Die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion ARAISG unterscheidet sich erheblich zwischen den Leistungsgruppen der neurologischen Rehabilitation (Abbildung 12). Obwohl Hospitalisationen aufgrund von allgemeinen neurologischen Behandlungen (NER1, Durchschnittsalter 65 Jahre) sowie von neurologischen Behandlungen mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen (NER2, Durchschnittsalter 63 Jahre) bereits in jungen Jahren vorkommen, treten sie bei Personen zwischen dem 60. und dem 85. Lebensjahr vermehrt auf. Hospitalisationen im Bereich der Spätphase der Multiplen Sklerose (NER3) sind über die gesamte Lebensdauer verteilt – vermehrt jedoch zwischen

dem 40. und dem 70. Altersjahr – und weisen ein Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten von 56 Jahren auf. Rehabilitationsbehandlungen aufgrund von Parkinson und ähnlichen Bewegungsstörungen in deren Spätphase (NER4) treten vereinzelt vor dem 65. Lebensjahr (8 Prozent der Hospitalisationen) und vermehrt bei Personen zwischen 70 und 80 Jahren (60 Prozent) auf. Sie weisen mit 74 Jahren das höchste Durchschnittsalter unter den neurologischen Leistungsgruppen auf. Hospitalisationen aufgrund von Polytraumata mit neurologischen Verletzungen (NER5, Durchschnittsalter 55 Jahre) sowie aufgrund von Querschnittslähmungen (NER6, Durchschnittsalter 55 Jahre) sind über die Lebensdauer unregelmässig verteilt und treten auch in jungen Jahren auf.

Insgesamt betreffen 58 Prozent der Hospitalisationen im Bereich der neurologischen Rehabilitation männliche Patienten, wobei insbesondere in den Bereichen Polytrauma mit neurologischen Verletzungen (92 Prozent Männeranteil) sowie Parkinson und Querschnittslähmung (jeweils 65 Prozent Männeranteil) vorwiegend Männer behandelt werden. Dies liegt insbesondere daran, dass Männer insgesamt gefährlicher leben und mehr Risiken eingehen als Frauen.<sup>31</sup>

Tabelle 11: Hospitalisationen der Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG ab 18 Jahren (Querschnittsbereiche erwachsene und geriatrische Rehabilitation) nach neurologischen Leistungsgruppen und Leistungserbringern, 2022 (grün: Anbieter, welche die Mindestfallzahlen erreichen)

	NER1	NER2	NER3	NER4	NER5	NER6	Total
Rheinburg-Klinik, AR	320	39	13	24	2	3	401
RZ Valens, SG	238	40	61	22	2	3	366
Rehaklinik Zihlschlacht, TG	136	47	18	30	3	10	244
Schw. Paraplegiker-Zentrum, LU	1	0	0	0	0	63	64
Zürcher RehaZentrum Wald, ZH	17	6	0	2	1	1	27
Klinik Gais, AR	16	1	0	0	0	0	17
Rehaklinik Dussnang, TG	13	2	0	1	0	0	16
RZ Walenstadtberg, SG	10	1	1	0	1	0	13
Andere	41	15	1	4	3	11	75
<b>Total</b>	<b>792</b>	<b>151</b>	<b>94</b>	<b>83</b>	<b>12</b>	<b>91</b>	<b>1'223</b>

Quelle: BFS Medizinische Statistik

Gemäss Tabelle 11 werden rund 65 Prozent der neurologischen Rehabilitationsaufenthalte dem Bereich der allgemeinen neurologischen Rehabilitation zugeordnet. Davon finden 40 Prozent in der Rheinburg-Klinik, 30 Prozent im Rehazentrum Valens und 17 Prozent in der Rehaklinik Zihlschlacht statt. Die Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion ARAISG in der Leistungsgruppe der neurologischen Rehabilitation mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen (NER2) machen rund 12 Prozent der neurologischen Rehabilitationsaufenthalte aus und finden insbesondere in der Rheinburg-Klinik (26 Prozent), im Rehazentrum Valens (26 Prozent) und in der Rehaklinik Zihlschlacht (31 Prozent) statt. 65 Prozent der stationären Rehabilitationsbehandlungen aufgrund von Multipler Sklerose (NER3) finden im Rehazentrum Valens statt. Versorgungsrelevant sind zudem die Rehaklinik Zihlschlacht (19 Prozent) und die Rheinburg-Klinik (14

<sup>31</sup> 71% der neu Querschnittgelähmten sind männlich. In 42% der Fälle führt ein Unfall zur Querschnittslähmung, dabei sind Stürze (42%), Sport (30%) und Verkehr (24%) die häufigsten Ursachen (Schweizer Paraplegiker-Gruppe: Zahlen und Fakten, <https://www.praplegie.ch>)

Prozent). Behandlungen aufgrund von Parkinson und ähnlichen Bewegungsstörungen (NER4) erfolgen primär in der Rehaklinik Zihlschlacht (36 Prozent), in der Rheinburg-Klinik (29 Prozent) sowie im Rehasentrum Valens (27 Prozent). Die kleine Gruppe der stationären Rehabilitationsleistungen im Bereich Polytrauma mit neurologischen Verletzungen (NER5) wurde im Jahr 2022 primär in der Rehaklinik Zihlschlacht, im Rehasentrum Valens und in der Rheinburg-Klinik erbracht. Erst- und Folgerehabilitationen im Bereich der Querschnittlähmungen (NER6) finden zu 69 Prozent im Schweizer Paraplegiker-Zentrum und zu 11 Prozent in der Rehaklinik Zihlschlacht statt.

In der Leistungsgruppe der allgemeinen neurologischen Rehabilitation erreichen die Rheinburg-Klinik, das Rehabilitationszentrum Valens, die Rehaklinik Zihlschlacht und das Zürcher RehaZentrum Wald die vorgesehene Mindestfallzahl von 200 Hospitalisationen. In der Leistungsgruppe NER2 (50 Hospitalisationen) erreichen das Rehabilitationszentrum Valens, die Rehabilitationsklinik Zihlschlacht sowie das Zürcher RehaZentrum Wald die Mindestfallzahlen. In der Leistungsgruppe NER3 sind es wiederum das Rehabilitationszentrum Valens und die Rehaklinik Zihlschlacht, welche die Mindestfallzahl von 30 Hospitalisationen erreichen. Die Anzahl Hospitalisationen der Rheinburg-Klinik liegt insbesondere in der Leistungsgruppe NER2 knapp darunter. In der Leistungsgruppe NER4 wird die Mindestfallzahl von 30 Hospitalisationen vom Rehabilitationszentrum Valens, von der Rheinburg-Klinik und der Rehaklinik Zihlschlacht erreicht. In der Leistungsgruppe NER5 erreicht lediglich die Rehaklinik Zihlschlacht die Mindestfallzahl von 10 Hospitalisationen. In der Leistungsgruppe NER6 wird die Mindestzahl von 8'000 Pflgetagen lediglich vom Schweizer Paraplegiker-Zentrum erreicht.

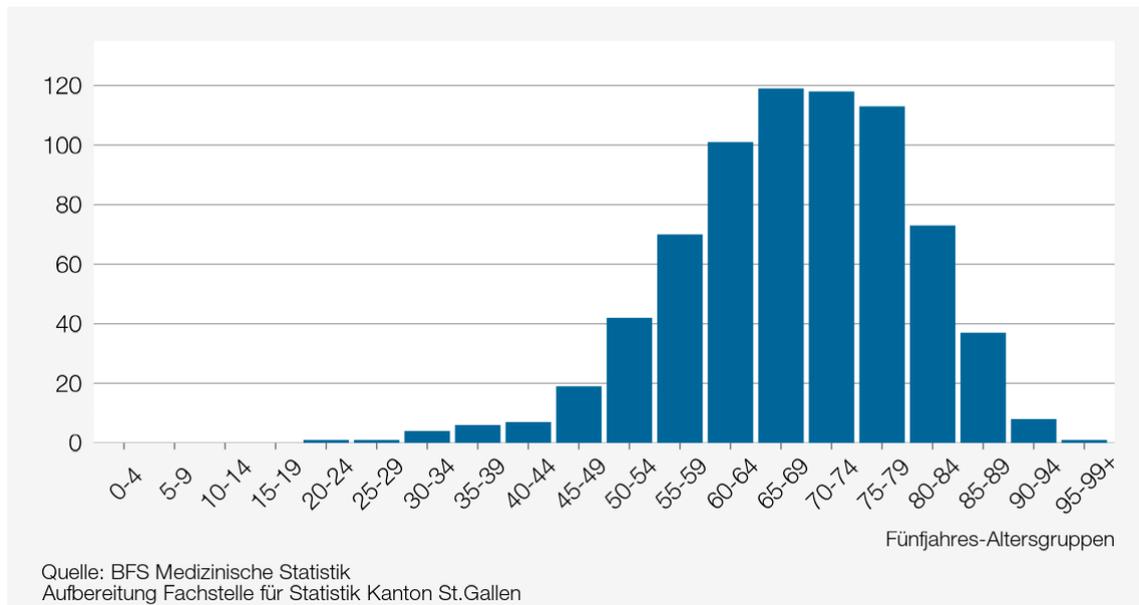
Die Rehaklinik Bellikon, die die Mindestfallzahlen in den neurologischen Leistungsgruppen NER1, NER2 und NER5 erreicht, ist für die Planungsregion mit insgesamt 9 Hospitalisationen, verteilt auf die Leistungsgruppen NER1 (1 Austritt), NER2 (6 Hospitalisationen) und NER5 (1 Austritt) nicht versorgungsrelevant.

### **7.8.3 Kardiovaskuläre Rehabilitation**

Die kardiovaskuläre Rehabilitation umfasst zwei Leistungsgruppen: die allgemeine kardiovaskuläre Rehabilitation, die im Jahr 2022 716 Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion ARAISG aufwies und die kardiovaskuläre Rehabilitation nach Herztransplantation bzw. Kunstherz, die vier Hospitalisationen zählte. Im Jahr 2022 wurden keine Personen unter 18 Jahre hospitalisiert. 32 Prozent der Hospitalisationen (232 Hospitalisationen) von erwachsenen Personen könnten aufgrund des Alters von mehr als 75 Jahren dem Bereich der geriatrischen Rehabilitation zugeordnet werden, sofern die weiteren Kriterien für eine geriatrische Rehabilitation erfüllt sind.

Im Bereich Akutsomatik ist die Vergabe von Leistungsaufträgen innerhalb der Planungsregion im Bereich der Herzchirurgie vorgesehen. Diese könnte einen Einfluss auf die Verteilung der Hospitalisationen zwischen Leistungserbringern innerhalb und ausserhalb der Planungsregion haben. Da jedoch bereits 75 Prozent der kardiovaskulären Rehabilitationsaufenthalte innerhalb der Planungsregion stattfinden, wird nicht von einer wesentlichen Verschiebung ausgegangen.

Abbildung 13: Altersverteilung der Hospitalisationen von Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation, 2022



Das durchschnittliche Alter von kardiovaskulären Rehabilitationspatientinnen und -patienten betrug im Jahr 2022 68 Jahre. Patientinnen und Patienten, die nach einer Herztransplantation in einer Rehabilitationsklinik hospitalisiert wurden, wiesen ein Alter zwischen 56 und 60 Jahren auf. Gemäss Abbildung 13 finden Hospitalisationen aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen insbesondere zwischen dem 60. und dem 79. Lebensjahr statt.

Nur rund 28 Prozent der kardiovaskulären Rehabilitationspatientinnen und -patienten sind weiblich. Dies lässt sich insbesondere dadurch erklären, dass einerseits mehr Männer als Frauen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen hospitalisiert werden und andererseits Frauen wesentlich öfter aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben.<sup>32</sup> Alle Hospitalisationen im Bereich RKA2 betreffen im Jahr 2022 männliche Patienten.

Tabelle 12: Hospitalisationen der Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG ab 18 Jahren (Querschnittsbereiche erwachsene und geriatrische Rehabilitation) im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation nach Leistungserbringern, 2022 (grün: Anbieter, welche die Mindestfallzahlen erreichen)

	RKA1	RKA2	Total
Klinik Gais, AR	367	0	367
Klinik Oberwaid, SG	145	0	145
Rehaklinik Seewis, GR	59	1	60
Hochgebirgsklinik Davos, GR	47	0	47
Zürcher RehaZentrum Wald, ZH	39	2	41

<sup>32</sup> Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache in der Schweiz. Zudem leben viele Menschen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen. Aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurden schweizweit im Jahr 2021 46'588 Frauen und 65'188 Männer hospitalisiert. Infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen starben im selben Jahr 10'531 Frauen und 9'114 Männer (Bundesamt für Statistik: Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, <https://www.bfs.admin.ch>)

	RKA1	RKA2	Total
RZ Walenstadtberg, SG	26	0	26
Klinik Schloss Mammern, TG	14	0	14
Rehaklinik Dussnang, TG	10	0	10
Andere	9	1	10
<b>Total</b>	716	4	720

Quelle: BFS Medizinische Statistik

Hospitalisationen im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation finden fast ausschliesslich im Bereich der allgemeinen kardiovaskulären Rehabilitation (RKA1) statt. Sie werden zu rund 51 Prozent von der Klinik Gais, zu rund 20 Prozent von der Klinik Oberwaid, zu rund 8 Prozent von der Rehaklinik Seewis und zu 7 Prozent von der Hochgebirgsklinik Davos erbracht. Die vier Rehabilitationsbehandlungen im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation nach Herztransplantation finden bei drei unterschiedlichen Leistungserbringern statt.

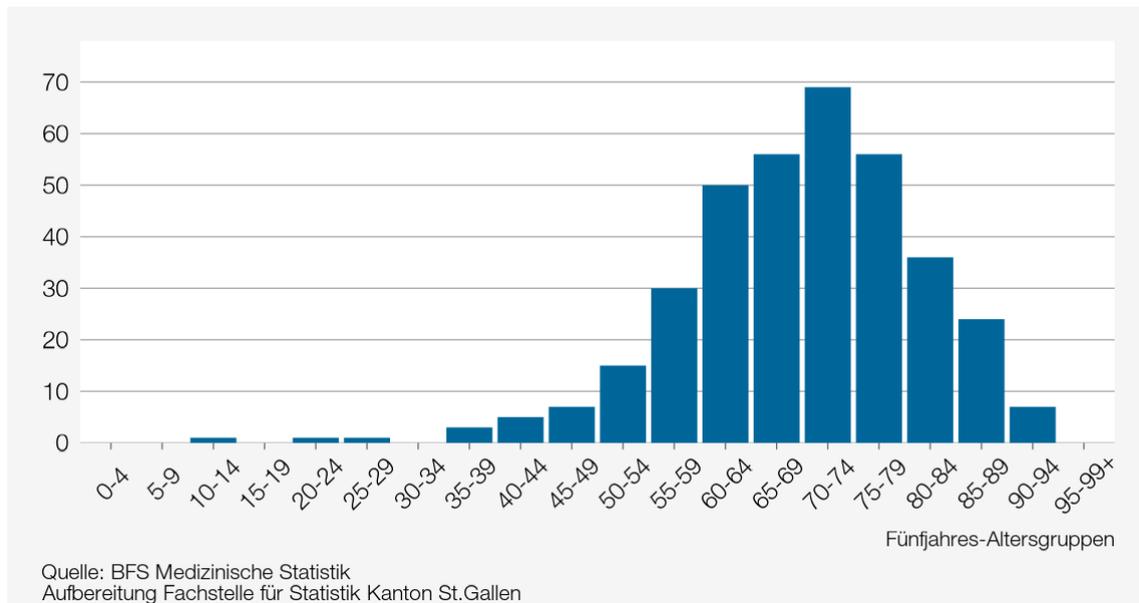
Die vorgesehene Mindestfallzahl von 200 Hospitalisationen wird in der allgemeinen kardiovaskulären Rehabilitation von allen versorgungsrelevanten Leistungserbringern gemäss Tabelle 12 erreicht. Im Bereich RKA2 erreicht schweizweit lediglich die Clinique la Lignière in Gland (VD) die vorgesehene Mindestfallzahl von 10 Hospitalisationen. Das Zürcher RehaZentrum Wald liegt mit 9 Hospitalisationen knapp darunter.

#### 7.8.4 Pulmonale Rehabilitation

Die pulmonale Rehabilitation setzt sich aus der allgemeinen pulmonalen Rehabilitation, die im Jahr 2022 355 Hospitalisationen zählte, und der pulmonalen Hypertonie/Lungentransplantation mit 6 stationären Rehabilitationsaufenthalten zusammen. Im Jahr 2022 wurden eine Person unter 18 Jahre und 123 Personen im Alter ab 75 Jahren behandelt (34 Prozent der Hospitalisationen von erwachsenen Patientinnen und Patienten).

Die Anzahl Hospitalisationen von Einwohnerinnen und Einwohnern aus der Planungsregion, die im Bereich der pulmonalen Rehabilitation stattfanden, war in den vergangenen Jahren erheblichen Schwankungen unterworfen. Sie nahm von 240 Hospitalisationen im Jahr 2019 auf 326 Hospitalisationen im Jahr 2020 und weiter auf 498 Hospitalisationen im Jahr 2021 zu. Im Jahr 2022 (355 Hospitalisationen) war hingegen eine Abnahme gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Die Schwankung betraf insbesondere Behandlungen aufgrund von Grippe und Pneumonie (ICD-10-Diagnosen J09-J18), die im Jahr 2019 zu 45 Hospitalisationen und im Jahr 2021 zu 359 Hospitalisationen führten, was grösstenteils auf die Folgen der COVID-19-Pandemie zurückzuführen war. Im Jahr 2022 fanden 166 Rehabilitationsaufenthalten aufgrund von Grippe und Pneumonie statt, wodurch das Niveau des Jahres 2020 (159 Hospitalisationen) weitgehend wieder erreicht wurde. Aufgrund dieser Schwankungen und der Ungewissheit in Bezug auf die Entwicklung von Behandlungen aufgrund von Grippe und Pneumonie ist eine Prognose im Bereich der pulmonalen Rehabilitation mit einer höheren Unsicherheit behaftet.

Abbildung 14: Altersverteilung der Hospitalisationen von Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG im Bereich der pulmonalen Rehabilitation, 2022



Das Durchschnittsalter der pulmonalen Rehabilitationspatientinnen und Patienten betrug 69 Jahre, wobei gemäss Abbildung 14 eine markante Zunahme der Hospitalisationen insbesondere ab dem 60. Lebensjahr und eine Abnahme ab dem 75. Lebensjahr stattfinden. Die Hospitalisationen im Bereich der pulmonalen Rehabilitation betreffen zu 53 Prozent Männer.

Aus Tabelle 13 geht hervor, dass stationäre Leistungen fast ausschliesslich dem Bereich der allgemeinen pulmonalen Rehabilitation (PNR1) zuzuordnen sind. 56 Prozent davon wurden vom Rehasentrum Walenstadtberg und 12 Prozent vom Zürcher RehaZentrum Wald erbracht. Zu den weiteren Leistungserbringern zählen die Klinik Schloss Mammern (9 Prozent der Hospitalisationen), das Zürcher RehaZentrum Davos (8 Prozent der Hospitalisationen) und die Hochgebirgsklinik Davos (6 Prozent der Hospitalisationen). Drei von insgesamt sechs Hospitalisationen aufgrund von pulmonaler Hypertonie/Lungentransplantation (PNR2) finden im Rehasentrum Walenstadtberg statt. Die anderen drei verteilen sich auf drei Leistungserbringer.

Tabelle 13: Hospitalisationen der Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG ab 18 Jahren (Querschnittsbereiche erwachsene und geriatrische Rehabilitation) im Bereich der pulmonalen Rehabilitation nach Leistungserbringern, 2022 (grün: Anbieter, welche die Mindestfallzahlen erreichen)

	PNR1	PNR2	Total
RZ Walenstadtberg, SG	200	3	203
Zürcher RehaZentrum Wald, ZH	44	1	45
Klinik Schloss Mammern, TG	33	0	33
Zürcher RehaZentrum Davos, ZH	28	0	28
Hochgebirgsklinik Davos, GR	21	0	21
Rehaklinik Dussnang, TG	14	1	15
Andere	14	1	15

	PNR1	PNR2	Total
Total	354	6	360

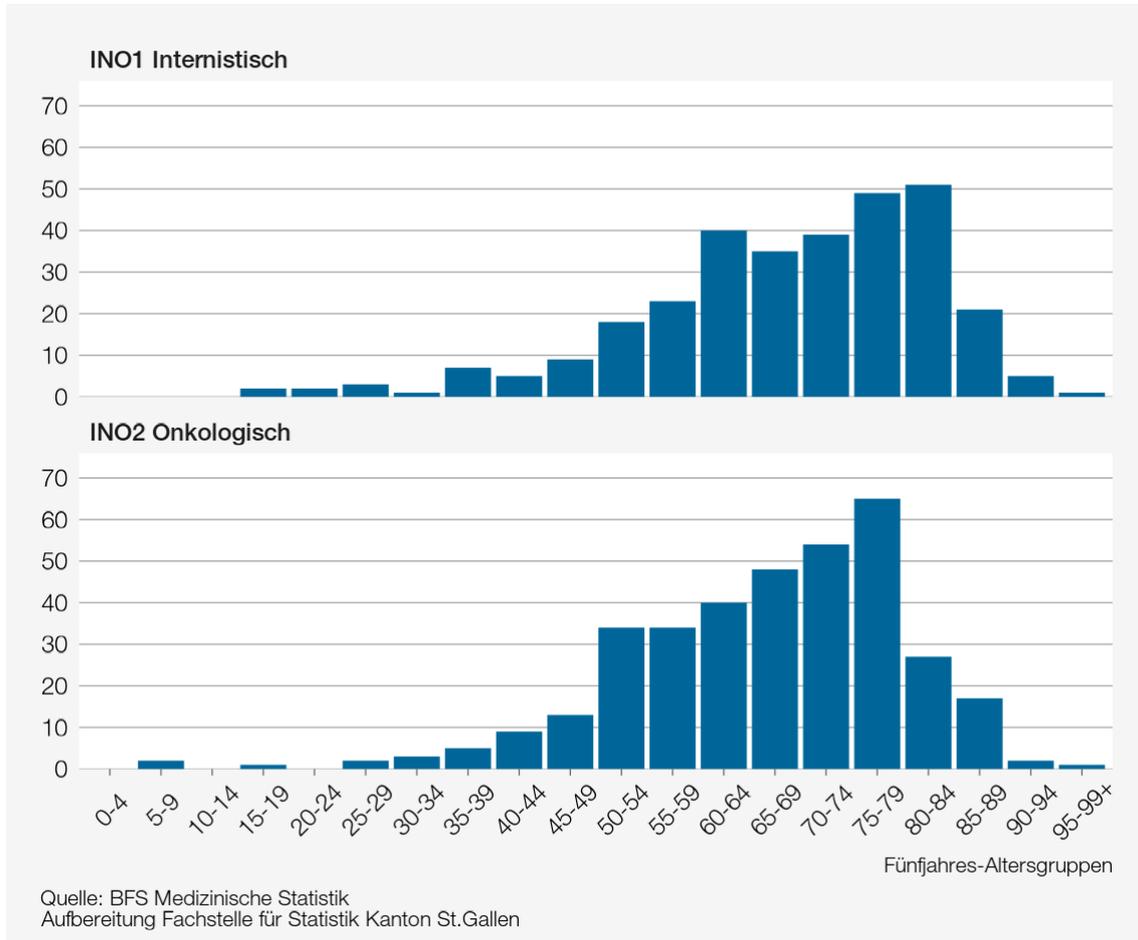
Quelle: BFS Medizinische Statistik

Alle versorgungsrelevanten Leistungserbringer erreichen in der allgemeinen pulmonalen Rehabilitation die vorgesehene Mindestfallzahl von 200 Hospitalisationen (Tabelle 13). In der Leistungsgruppe PNR2 erreichen schweizweit lediglich die Klinik Barmelweid (AG) und das HUG (GE) die Mindestfallzahl von 15 Hospitalisationen.

### 7.8.5 Internistische und onkologische Rehabilitation

Im Jahr 2022 fanden 311 Hospitalisationen von Personen aus der Planungsregion ARAISG im Bereich der internistischen und 357 Hospitalisationen im Bereich der onkologischen Rehabilitation statt. Insgesamt 3 Hospitalisationen betrafen Personen unter 18 Jahren. Rund 40 Prozent der internistischen und rund 32 Prozent der onkologischen erwachsenen Rehabilitationspatientinnen und -patienten könnten aufgrund des Alters von mehr als 75 Jahren dem Bereich der geriatrischen Rehabilitation zugeordnet werden, sofern die weiteren Kriterien für eine geriatrische Rehabilitation erfüllt sind.

Abbildung 15: Altersverteilung der Hospitalisationen von Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG im Bereich der internistischen und der onkologischen Rehabilitation, 2022



Das Durchschnittsalter von Patientinnen und Patienten der Planungsregion ARAISG, die im Bereich der internistischen (68 Jahre) oder der onkologischen (66 Jahre) Rehabilitation behandelt wurden, unterscheidet sich nur geringfügig. Gemäss Abbildung 15 ist auch die Anzahl Hospitalisationen bei Personen unter 50 Jahren (INO1 29 und INO2 35 Hospitalisationen) und ab 70 Jahren (je 166 Hospitalisationen) in beiden Leistungsgruppen vergleichbar hoch. Im Alter zwischen 50 und 70 Jahren sind hingegen Rehabilitationsaufenthalte aufgrund von onkologischen (156 Hospitalisationen) rund 1,3 Mal häufiger als aufgrund von internistischen Krankheitsbildern (116 Hospitalisationen).

Tabelle 14: Hospitalisationen der Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG ab 18 Jahren (Querschnittsbereiche erwachsene und geriatrische Rehabilitation) im Bereich der internistischen und onkologischen Rehabilitation nach Leistungserbringern, 2022 (grün: Anbieter, welche die Mindestfallzahlen erreichen)

	INO1	INO2	Total
Klinik Gais, AR	73	185	258
RZ Walenstadtberg, SG	77	37	114
Rehaklinik Dussnang, TG	48	14	62

	INO1	INO2	Total
Klinik Schloss Mammern, TG	24	21	45
Rheinburg-Klinik, AR	11	28	39
RZ Valens, SG	8	25	33
Andere	69	45	114
<b>Total</b>	<b>310</b>	<b>355</b>	<b>665</b>

Quelle: BFS Medizinische Statistik

Gemäss Tabelle 14 lassen sich im Bereich der internistischen Rehabilitation (INO1) rund 24 Prozent und im Bereich der onkologischen (INO2) rund 52 Prozent der erwachsenen Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion ARAISG in der Klinik Gais behandeln. Weitere versorgungsrelevante Leistungserbringer sind im Bereich der internistischen Rehabilitation das Rehaszentrum Walenstadtberg (25 Prozent der Hospitalisationen) und die Rehaklinik Dussnang (15 Prozent der Hospitalisationen) und im Bereich der onkologischen Rehabilitation das Rehaszentrum Walenstadtberg (10 Prozent der Hospitalisationen), die Rheinburg-Klinik (8 Prozent der Hospitalisationen) und das Rehaszentrum Valens (7 Prozent der Hospitalisationen).

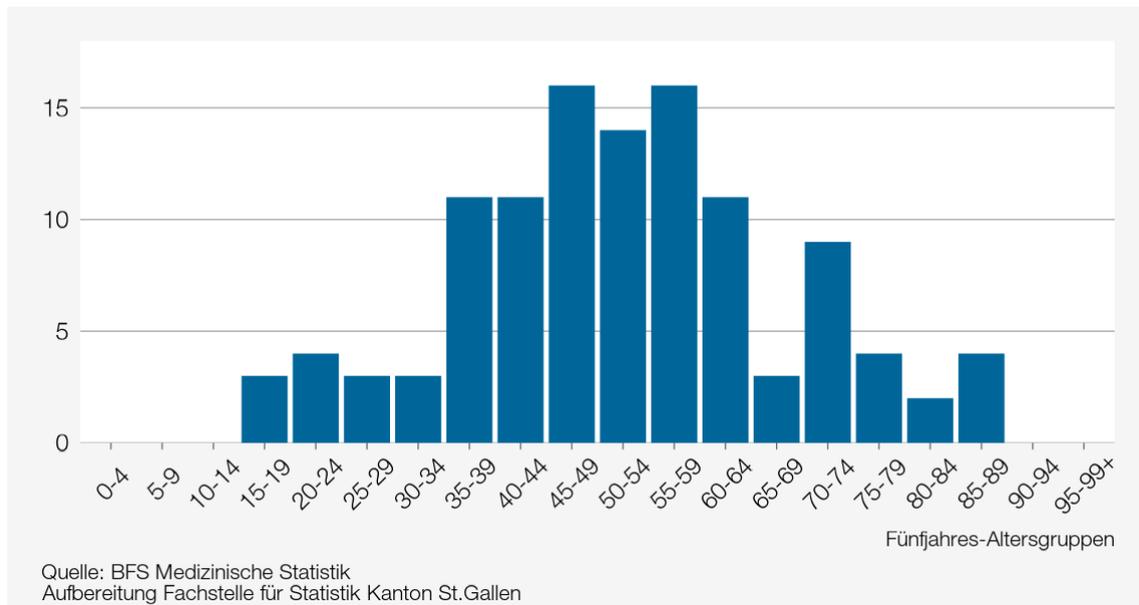
Sowohl für die internistische als auch für die onkologische Rehabilitation sind Mindestfallzahlen von jeweils 100 Hospitalisationen vorgesehen. Für die internistische Rehabilitation werden sie von allen versorgungsrelevanten Leistungserbringern gemäss Tabelle 14 erreicht. Im Bereich der onkologischen Rehabilitation erreichen die Klinik Gais und die Klinik Schloss Mammern die Mindestfallzahlen.

### 7.8.6 Somatoforme Störungen

Die Leistungsgruppe der somatoformen Störungen zählt insgesamt 58 Hospitalisationen (SOM1). Für die Analyse werden dieser Gruppe zudem 56 Hospitalisationen aus dem Bereich der bisherigen psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation (PSR) gezählt, die auf der Basis der neuen Leistungsgruppensystematik in der Planungsregion ARAISG nicht mehr der Rehabilitation zugeordnet werden (siehe Kapitel 3.2). Mit einem durchschnittlichen Alter von 51 Jahren sind die aufgrund von somatoformen Störungen behandelten Patientinnen und Patienten wesentlich jünger als in anderen Leistungsgruppen. Dies trifft auch für die nicht einer Leistungsgruppe zugeordneten Patientinnen und Patienten aus dem bisherigen Bereich der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation zu, die eine ähnliche Altersverteilung und einen Altersdurchschnitt von 53 Jahren aufweisen. Fragen nach der Fortführung der Arbeitstätigkeit oder der beruflichen Wiedereingliederung nach dem stationären Rehabilitationsaufenthalt spielen daher eine wesentlich grössere Rolle als bei anderen Leistungsgruppen im Bereich Rehabilitation.

Somatoforme Störungen treten gemäss Abbildung 16 (SOM1 und PSR) im Erwachsenenalter über die gesamte Lebensdauer auf. Von insgesamt 114 Hospitalisationen waren lediglich drei Personen unter 18 Jahren und zehn Personen über 75 Jahre. Rund 65 Prozent der Hospitalisationen dieser Leistungsgruppen betreffen Frauen.

Abbildung 16: Altersverteilung der Hospitalisationen von Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG im Bereich der Rehabilitation aufgrund somatoformer Störungen, 2022



Betrachtet man lediglich die Leistungsgruppe SOM1 (Tabelle 15), so finden rund 68 Prozent der Hospitalisationen von erwachsenen Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion, die im Bereich Rehabilitation behandelt werden<sup>33</sup>, in der Klinik Gais und die restlichen verteilt auf zehn weitere Leistungserbringer statt. Zählt man jene Hospitalisationen dazu, die aufgrund psychosomatischer Beschwerden in Rehabilitationskliniken erbracht aber nicht der Leistungsgruppe SOM1 zugeordnet werden, so werden rund 35 Prozent der stationären Rehabilitationsbehandlungen in der Klinik Gais, 17 Prozent in der Klinik Oberwaid, 14 Prozent im Züricher RehaZentrum Davos und die restlichen Rehabilitationsbehandlungen durch 15 weitere Leistungserbringer erbracht.

Tabelle 15: Hospitalisationen der Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion ARAISG ab 18 Jahren (Querschnittsbereiche erwachsene und geriatrische Rehabilitation) im Bereich der Rehabilitation aufgrund somatoformer Störungen nach Leistungserbringern, 2022 (grün: Anbieter, welche die Mindestfallzahlen erreichen)

	SOM1	SOMP	Total
Klinik Gais, AR	39	0	39
Klinik Oberwaid, SG	1	18	19
Zürcher RehaZentrum Davos, ZH	3	13	16
Hochgebirgsklinik Davos, GR	3	4	7
Rehaklinik Zihlschlacht, TG	2	4	6
Andere	9	15	24
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>54</b>	<b>111</b>

Quelle: BFS Medizinische Statistik

<sup>33</sup> Aufgrund des Doppelstatus als Psychiatrische Klinik und Rehabilitationsklinik ist bei den meisten Leistungserbringern gemäss Kapitel 3.2 auch die Behandlung im Bereich Psychiatrie möglich.

Schweizweit gibt es insgesamt sechs Leistungserbringer, die in der Leistungsgruppe der somatoformen Störungen die Mindestfallzahl von 30 Hospitalisationen erreichen, wobei lediglich die Klinik Gais für die Planungsregion versorgungsrelevant ist. Zählt man zu den somatoformen Störungen die psychosomatischen Hospitalisationen im Bereich Rehabilitation dazu, so erreichen neben der Klinik Gais auch die Klinik Oberwaid und das Zürcher RehaZentrum Davos die angestrebte Mindestfallzahl.

### 8.1 Aktuelle Prognosen für den Bereich Rehabilitation

Alle drei Kantone verfügen über bestehende Prognosen für die Entwicklung des Bedarfs ihrer jeweiligen Kantonsbevölkerung an stationären Rehabilitationsleistungen. Sie stammen aus unterschiedlichen Jahren und weisen voneinander abweichende Planungshorizonte auf. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden hat im Jahr 2020 einen [Versorgungsbericht](#) mit Bedarfsprognose bis ins Jahr 2030 publiziert. Der Kanton Appenzell Innerrhoden verfügt über einen [Versorgungsbericht 2012](#) mit einem Planungshorizont 2020. Der Kanton St.Gallen erstellte im [Bericht Spitalplanung Rehabilitation 2017](#) eine Prognose für den im Jahr 2025 erwarteten Bedarf. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden für alle drei Prognosen die jährlichen Veränderungsdaten je Kennzahl berechnet und auf das Vergleichsjahr 2022 «standardisiert»<sup>34</sup>. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Basisjahr des Kantons Appenzell Innerrhoden (2008) wesentlich länger zurückliegt als jener der Kantone Appenzell Ausserrhoden (2016) und St.Gallen (2015), wodurch die Unsicherheit der Prognose wesentlich höher ist.

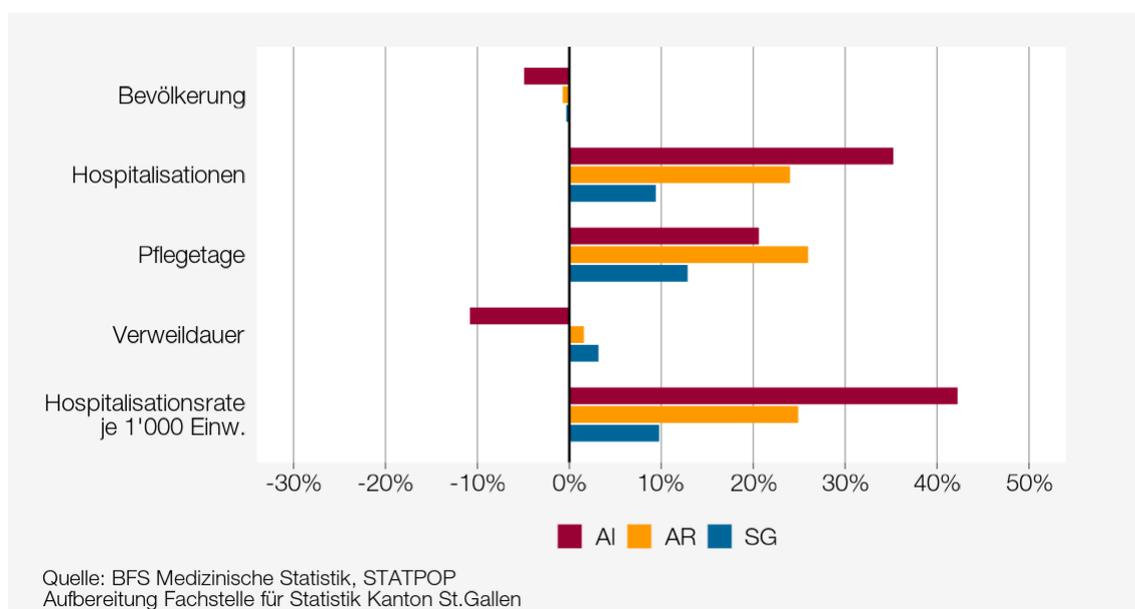
Aus Abbildung 17 wird ersichtlich, dass die effektive Entwicklung der einschlägigen Kennzahlen in den drei Kantonen meist höher ausgefallen ist als prognostiziert. Da die tatsächliche Anzahl Hospitalisationen im Jahr 2022 wesentlich höher ist als die prognostizierte und die prognostizierten Bevölkerungszahlen nicht erreicht wurden, ist eine erhebliche Abweichung der prognostizierten von der tatsächlichen Hospitalisationsrate je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner festzustellen. Da die Hospitalisationen und die Pflegetage wesentlich höher ausgefallen sind als prognostiziert, ist die Verweildauer nur geringfügig höher (Appenzell Ausserrhoden und St.Gallen) oder sogar tiefer (Appenzell Innerrhoden) als prognostiziert.

Eine Analyse der Abweichungen zwischen den prognostizierten und den tatsächlichen Kennzahlen nach Leistungsbereichen konnte nur approximativ vorgenommen werden, da die Leistungsgruppen unterschiedlich definiert wurden. Diese approximative Analyse wurde exemplarisch für den Kanton St.Gallen vorgenommen und hat ergeben, dass im Bereich der somatoformen Störungen die Ist-Werte aufgrund der Verschiebung von Leistungen in den Bereich Psychiatrie wesentlich unter den Prognosewerten lagen. Im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation traf die Prognose weitgehend zu. Grosse prozentuale Abweichungen zwischen der tatsächlichen und der prognostizierten Anzahl Hospitalisationen zeigen sich in den Bereichen NER, PNR und INO. Im Bereich der pulmonalen Rehabilitation hat die COVID-19-Pandemie zu einer unvorhergesehenen, erheblichen Zunahme der Hospitalisationen geführt. Im Bereich der neurologischen Rehabilitation sowie der internistisch-onkologischen Rehabilitation könnten die Abweichungen durch Fortschritte in der Onkologie, Intensivmedizin und Chirurgie begründet werden,

<sup>34</sup> Für den Kanton Appenzell Innerrhoden bedeutet die Standardisierung, dass der ursprüngliche Prognosehorizont 2020 um zwei Jahre verlängert wurde. Für die beiden anderen Kantone wurden die jährlichen Veränderungsdaten beginnend bei den Ausgangswerten der jeweiligen Prognose bis ins Jahr 2022 angewendet. Die standardisierten Prognosewerte wurden der Inanspruchnahme 2022 gegenübergestellt.

wodurch eine stationäre Rehabilitation im Anschluss an die Intensivbehandlung möglich wurde. Gegenüber der Prognose sind die Hospitalisationen aus dem Bereich der paraplegiologischen Rehabilitation mehr als doppelt so hoch. Bereits im Rahmen der Spitalplanung Rehabilitation 2017 des Kantons St.Gallen wurde vermutet, dass der prognostizierte Zuwachs von Hospitalisationen aufgrund von Querschnittslähmungen nicht genügend hoch sei, da zunehmend Folgebehandlungen einer älter werdenden Population an Querschnittgelähmten sowie eine Veränderung des Verhältnisses unfallbedingter zugunsten krankheitsbedingter Querschnittslähmungen erwartet wurden, wobei die Behandlung letzterer komplexer und aufwendiger ist.

Abbildung 17: Abweichung in Prozent der IST-Werte 2022 gegenüber den Prognosewerten 2022 der jeweiligen Kantonsprognosen



## 8.2 Prognosemodell 2032

Die Planungskantone verwenden für ihre Prognose das vom Kanton Zürich im Rahmen seiner Spitalplanung 2023 entwickelte Prognosemodell. In Abweichung zum Kanton Zürich wird jedoch ein Prognosehorizont von 10 Jahren (2022 bis 2032) anstelle von 13 Jahren gewählt. Damit decken die Prognosen die Laufzeit der Spitallisten 2025 ab (2025 bis 2032).

Das Prognosemodell umfasst drei Schritte. In einem ersten Schritt wird der Bedarf nach Rehabilitationsleistungen für das neuste verfügbare Datenjahr erfasst. Die Bedarfsprognose basiert auf der Annahme, dass die aktuelle Nachfrage dem Bedarf entspricht. In einem zweiten Schritt wird untersucht, welche Einflussfaktoren den Bedarf an stationären Rehabilitationsleistungen beeinflussen und wie sich diese Faktoren in den nächsten Jahren voraussichtlich entwickeln werden. Im letzten Schritt wird der zukünftige Leistungsbedarf auf der Basis des aktuellen Bedarfs und der erwarteten Entwicklungen ermittelt.

Die Prognosen werden nach Kantonen und Versorgungsregionen, nach Alter sowie nach 6 Leistungsbereichen und 18 Leistungsgruppen berechnet. Die Altersgruppe der Personen unter 18 Jahren bildet dabei den Querschnittsbereich der pädiatrischen Rehabilitation für alle Leistungsgruppen ab. Der Querschnittsbereich der geriatrischen Rehabilitation lässt sich zwar nicht lediglich auf der Basis des Alters ab 75 Jahren definieren. Die Veränderungen in der Altersgruppe ab 75 Jahren geben jedoch einen Hinweis auf die erwarteten Entwicklungen im Querschnittsbereich der geriatrischen Rehabilitation.

Es werden jeweils ein Haupt-, ein Minimal- und ein Maximalszenario berechnet. Das Hauptszenario stellt die wahrscheinlichste Entwicklung bis ins Jahr 2032 dar. Im Maximalszenario wird für jeden Einflussfaktor der Wert angenommen, der zur höchsten Zahl an Hospitalisationen führt und dennoch plausibel ist. Im Minimalszenario wird für jeden Einflussfaktor der Wert angenommen, der zur tiefsten Zahl an Hospitalisationen führt und plausibel ist. Der Bereich zwischen Minimal- und Maximalszenario ist als wahrscheinlich zu betrachten, wobei das Hauptszenario die wahrscheinlichste Entwicklung abbildet.

### 8.2.1 Methodik Bedarfsprognose

Die Prognose der Hospitalisationen und Pflagetage für das Jahr 2032 erfolgt in den folgenden fünf Schritten:

1. Die Hospitalisierungsrate der Patientinnen und Patienten der Planungsregion ARAISG des Jahres 2022 werden aus den Daten der Medizinischen Statistik und der Bevölkerungsstatistiken je Leistungsgruppe, Alter, Kanton und Versorgungsregion berechnet. Diese Differenzierung ist erforderlich, da die Hospitalisierungsraten und Verweildauern von diesen Faktoren abhängen.
2. Basierend auf diesen Hospitalisierungsraten 2022 werden die Hospitalisierungsraten 2032 unter Berücksichtigung der erwarteten medizinischen und epidemiologischen Entwicklung sowie weiterer Einflussfaktoren (siehe Kapitel 8.2.2) berechnet.
3. Für die Prognose der Fallzahlen im Jahr 2032 werden die Hospitalisierungsraten 2032 mit der erwarteten Wohnbevölkerung in den einzelnen Versorgungsregionen der Planungsregion ARAISG multipliziert.
4. Basierend auf den Verweildauern des Jahres 2022 werden die mittleren Verweildauern im Jahr 2032 unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren berechnet. Die Verweildauern werden ebenfalls je Alter, Versorgungsregion sowie Leistungsgruppe differenziert berechnet.
5. Für die Berechnung der Pflagetage im Jahr 2032 werden die Fallzahlen 2032 mit den erwarteten mittleren Verweildauern multipliziert.

### 8.2.2 Einflussfaktoren

Ausgehend vom Bedarf an Rehabilitationsleistungen im Jahr 2022 sind für die Ermittlung des zukünftigen Bedarfs vor allem die erwartete Einwohnerzahl und die erwarteten Hospitalisierungsraten ausschlaggebend. Die Einwohnerzahl hängt primär von Faktoren ausserhalb des Gesundheitswesens ab, die für die Bevölkerungsprognose gemäss Kapitel 8.2.3 verwendet werden. Die erwarteten Hospitalisierungsraten basieren auf der bisherigen Inanspruchnahme von stationären Rehabilitationsleistungen durch die Bevölkerung der Planungsregion ARAISG. Anpassungen werden entsprechend der Zürcher Spitalplanung 2023<sup>35</sup> aufgrund der folgenden erwarteten Entwicklungen vorgenommen:

<sup>35</sup> Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion: Zürcher Spitalplanung 2023, Strukturbericht, August 2022

- Aufgrund von medizinisch-technischen oder epidemiologischen Entwicklungen werden keine Veränderungen der Hospitalisierungsraten erwartet.
- Eine leichte Zunahme der Hospitalisationen wird durch die explizite Abbildung der geriatrischen Patientinnen und Patienten ab 75 Jahren in der Leistungsgruppensystematik erwartet. Sie betrifft Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer noch vorhandenen Lebens- und Gesundheitskräfte von der organspezifischen Rehabilitation überfordert sind und heute – trotz Rehabilitationsbedarf, -fähigkeit und -potenzial – in einer Einrichtung der Akut- und Übergangspflege behandelt werden.
- In der Prognose der Planungsregion ARAISG für den Bereich Akutsomatik wird im Hauptszenario bis ins Jahr 2031 von einer Verdoppelung der Revisionseingriffe bei Knie- und Hüft-Totalprothesen (BEW7.1.1, BEW7.2.1) ausgegangen. Im Minimalszenario wird von keiner Änderung und im Maximalszenario von einer Zunahme um den Faktor 1,5 ausgegangen. Es wird erwartet, dass dies auch zu einer Zunahme der entsprechenden stationären Revisionsbehandlungen im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation bis ins Jahr 2032 führen wird.
- Aufgrund der restriktiven Kostengutsprachepraxis der Krankenversicherer, die bereits heute eine stationäre Überversorgung zu vermeiden versuchen, wird eine leichte Abschwächung der erwarteten Zunahme der Hospitalisationen durch eine Verlagerung in den ambulanten Bereich erwartet. Aufgrund des Ausbaus ambulanter, wohnortnaher Rehabilitationsangebote wird zudem mit einer Verkürzung der Verweildauer im stationären Bereich gerechnet.
- Durch ST Reha wird kein starker Effekt auf die Entwicklung der Verweildauern erwartet. Es wird lediglich von einer geringen Verringerung der mittleren Verweildauer ausgegangen.

In Tabelle 16 werden die Einflussfaktoren je Szenario für die Bedarfsprognose 2032 im Bereich Rehabilitation zusammenfassend dargestellt.

.....  
Tabelle 16: Für die Bedarfsprognose 2032 verwendete Einflussfaktoren je Szenario

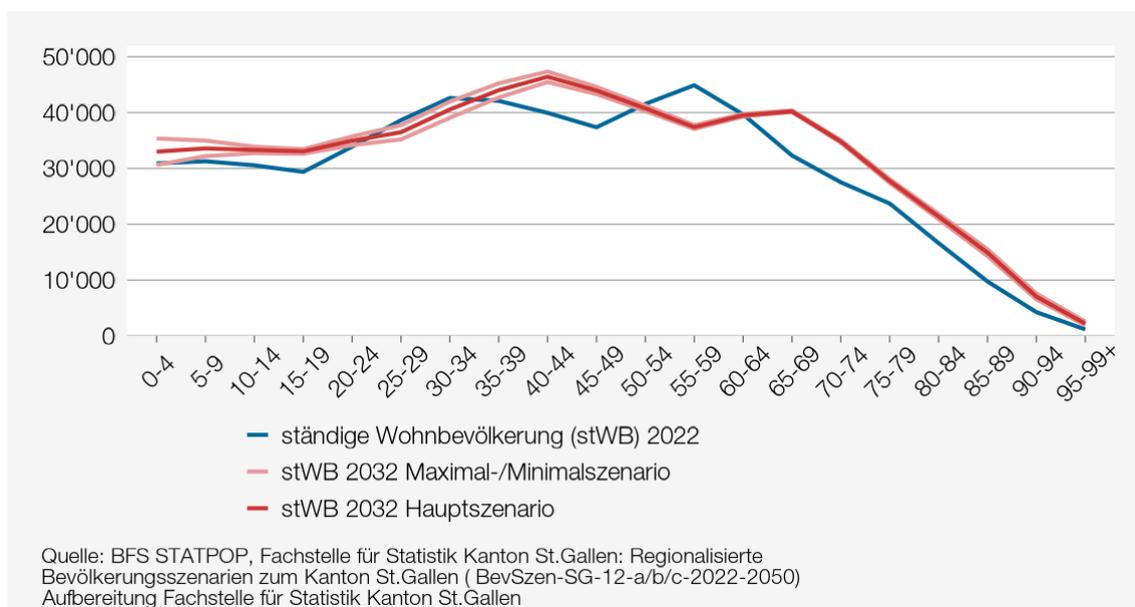
<b>Einflussfaktor</b>	<b>Haupt-szenario</b>	<b>Minimal-szenario</b>	<b>Maximal-szenario</b>
Hospitalisationen: Zunahme aufgrund der demografischen Entwicklung	AR/AI: Bevölkerungsprognosen BFS, SG: Bevölkerungsprognose FfS (siehe Kapitel 8.2.3)		
Hospitalisationen: Zunahme bei Personen über 75 (Geriatrische Rehabilitation)	+2,5%		+7,5%
Hospitalisationen: Zunahme von Knie- und Hüftprothesenrevisionen	Zunahme in Haupt- und Maximalszenario basierend auf der Prognose Akutsomatik		
Hospitalisationen: Reduktion durch Verlagerung in den ambulanten Bereich	-2,5%	-5,0%	
Mittlere Verweildauer: Reduktion durch frühere Entlassung in die ambulante Nachbehandlung	-5,0%	-10,0%	
Mittlere Verweildauer: Reduktion aufgrund von ST Reha		-5,0%	

### 8.2.3 Demografische Entwicklung

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung der Planungsregion ARAISG ist der wichtigste Einflussfaktor für die Schätzung des Bedarfs an Rehabilitationsaufenthalten im Jahr 2032.

Zur Ermittlung der erwarteten Bevölkerungsentwicklung der Kantone Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden werden die kantonalen Bevölkerungsszenarien 2020-2050 des Bundesamtes für Statistik verwendet.<sup>36</sup> Für den Kanton St.Gallen kommt die regionalisierte Bevölkerungsprognose der Fachstelle für Statistik (FfS) zur Anwendung.<sup>37</sup> Die Prognose wird auf Ebene Gemeinden gerechnet und beinhaltet drei Szenarien. Das Bevölkerungsszenario "Haupt" schreibt in punkto Wanderung, Fruchtbarkeit und Sterblichkeit die in den letzten Jahren beobachteten Trends in die Zukunft fort. Das Bevölkerungsszenario "Hoch" geht im Vergleich zum Hauptzenario von einer höheren Nettozuwanderung, einer höheren Fruchtbarkeit und einer höheren Lebenserwartung aus. Das Bevölkerungsszenario "Tief" legt hingegen eine tiefere Nettozuwanderung, eine tiefere Fruchtbarkeit und eine niedrigere Lebenserwartung als im Hauptzenario zugrunde.

Abbildung 18: Altersverteilung der Bevölkerung der Planungsregion ARAISG, Ist 2022 sowie Haupt-, Minimal- und Maximalszenario 2032



Auf der Basis der Bevölkerungsprognosen wird für die Planungsregion ARAISG zwischen 2022 und 2032 im Hauptszenario von einer Bevölkerungszunahme von insgesamt rund 8 Prozent (Bandbreite von 5 Prozent bis 10 Prozent) ausgegangen, wodurch die ständige Wohnbevölkerung innerhalb von 10 Jahren von rund 600'000 auf rund 645'000 (Bandbreite von 630'000 bis 660'000) ansteigen soll. Gemäss Abbildung 18 wird neben der absoluten Zunahme der Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner eine Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung der Planungsregion erwartet. Bis zum 34. Altersjahr wird von einer weitgehend unver-

<sup>36</sup> BFS-Szenarien AR/BR/CR-00-2020, 2020-2050

<sup>37</sup> Die Berechnung der Szenarien (BevSzen-SG-12-a-2022-2050) erfolgt anhand der Prognosesoftware SIKURS des deutschen KOSIS-Verbundes. SIKURS ist ein Programmsystem zur Erstellung von kleinräumig gegliederten Bevölkerungsschätzungen. Dem Prognosekonzept liegt ein deterministischer Ansatz zugrunde, d.h. ein vorgegebener Ausgangsbestand der Bevölkerung wird durch Addition von Geburten und Zuzügen sowie Subtraktion von Sterbefällen und Wegzügen von Jahr zu Jahr fortgeschrieben. Die einzelnen Bewegungen werden dabei mit Hilfe von Geburtenraten, Sterberaten, Wegzugsraten usw. für jede Berechnungsperiode gesondert ermittelt.

änderten Bevölkerungszahl ausgegangen, wobei eine Zunahme der Wohnbevölkerung unter dem 25. Altersjahr und eine Abnahme zwischen dem 25. und dem 34. Altersjahr erwartet werden. Bei der Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner zwischen dem 40. und dem 64. Altersjahr wird insgesamt ein geringfügiger Anstieg erwartet, der aus einer Zunahme in den Altersgruppen unter 50 Jahren und einer starken Abnahme (-17 Prozent im Hauptszenario) in der Altersgruppe zwischen dem 55. und dem 59. Lebensjahr resultiert. Diese Abnahme wird auf den Pillenknick bzw. auf das Ende der Baby-Boomer-Generation zurückgeführt.<sup>38</sup> Für die Rehabilitation ist insbesondere die erwartete Zunahme der Wohnbevölkerung ab dem Pensionierungsalter von Bedeutung, da der Grossteil der Rehabilitationsaufenthalte in diesen Altersgruppen zu verzeichnen ist. Dabei wird die Altersgruppe der Personen ab 75 Jahren in den Jahren zwischen 2022 und 2032 erwartungsgemäss um rund 32 Prozent (Bandbreite 28 Prozent bis 36 Prozent) wachsen. Diese Altersgruppe umfasste im Jahr 2022 zwar lediglich 9 Prozent der Wohnbevölkerung der Planungsregion, zählte jedoch rund 41 Prozent der Hospitalisationen im Bereich Rehabilitation. Aufgrund der erwarteten anteilmässig stärkeren Zunahme der höheren Altersgruppen wird eine im Verhältnis zur Wohnbevölkerung überdurchschnittliche Zunahme an stationären Rehabilitationsleistungen erwartet. Erwartungsgemäss werden aufgrund der demografischen Entwicklung die Hospitalisationen von insgesamt 5'493 im Jahr 2022 auf 6'579 (Bandbreite von 6'090 bis 7'030) im Jahr 2032 zunehmen. Dies entspricht einer erwarteten Zunahme von rund 20 Prozent (Bandbreite von 11 bis 28 Prozent).

.....  
Tabelle 17: Bevölkerungsprognose nach Versorgungsregionen ARAISG, Hauptszenario, 2022-2032

Versorgungsregion	IRV 2022	Bevölkerung 2022 (Personen)	Bevölkerung 2022 (Anteil)	Erwartete Bevölkerungszunahme 2022 bis 2032
<b>Appenzellerland-St.Gallen</b>	68.4%	241'098	40.3%	7.2%
<b>AR</b>	67.7%	55'759		5.9%
<b>AI</b>	72.5%	16'416		7.4%
<b>Region SG</b>	68.3%	168'923		7.6%
<b>Rheintal-Werdenberg</b>	81.4%	117'896	19.7%	9.8%
<b>Sarganserland</b>	77.5%	42'969	7.2%	8.3%
<b>See-Gaster</b>	38.5%	70'554	11.8%	9.4%
<b>Wil-Toggenburg</b>	51.2%	125'625	21.0%	6.5%
<b>Total</b>	64.7%	598'142	100.0%	7.9%

\* Innerregionaler Versorgungsanteil

Quelle: BFS Medizinische Statistik, STATPOP, Fachstelle für Statistik Kanton St.Gallen: Regionalisierte Bevölkerungsszenarien zum Kanton St.Gallen (BevSzen-SG-12-a/b/c-2022-2050), Bedarfsprognose ARAISG 2022

Die erwartete Bevölkerungsentwicklung unterscheidet sich nicht nur zwischen den verschiedenen Altersgruppen, sondern auch zwischen den Versorgungsregionen (Tabelle 17). Das stärkste Wachstum wird für die Regionen Rheintal-Werdenberg (Bevölkerungszunahme von rund 10 Prozent), See-Gaster (Bevölkerungszunahme von rund 9 Prozent) und Sarganserland (Bevölkerungszunahme von rund

<sup>38</sup> In der Schweiz gelten die Jahrgänge 1946 bis 1964 als Babyboomer-Jahrgänge.

8 Prozent) prognostiziert. Ein geringes Wachstum wird insbesondere für die Region Wil-Toggenburg (Bevölkerungszunahme von rund 6 Prozent) vorausgesagt. Grund dafür sind unterdurchschnittliche Zuwanderungs-, Binnenwanderungs- und Fruchtbarkeitsdaten in der Vergangenheit und überdurchschnittliche Abwanderungsraten inner- und interkantonal. Die bevölkerungsreichste Region Appenzellerland-St.Gallen wird erwartungsgemäss um insgesamt rund 7 Prozent zunehmen, wobei im Kanton Appenzell Ausserrhoden eine Zunahme von rund 6 Prozent, im Kanton Appenzell Innerrhoden eine Zunahme von rund 7 Prozent und in der Region St.Gallen eine Zunahme von rund 8 Prozent prognostiziert wird.

Für die Prognose ist insbesondere die demografische Entwicklung in den bevölkerungsstarken Wohnregionen St.Gallen, Rheintal Werdenberg und Wil-Toggenburg von Bedeutung. Die Bevölkerungszunahme in diesen drei Regionen von insgesamt rund 8 Prozent macht rund 69 Prozent der gesamten erwarteten Bevölkerungszunahme von rund 47'000 Einwohnerinnen und Einwohner in zehn Jahren aus.

Für die Bedarfsdeckung durch Leistungserbringer innerhalb der Planungsregion ist der innerregionale Versorgungsanteil (IRV) von Bedeutung. Dieser gibt den Anteil Hospitalisationen wieder, die durch Leistungserbringer mit Standort innerhalb der Planungsregion abgedeckt wird. Einen überdurchschnittlichen innerkantonalen Versorgungsanteil weisen die Regionen Rheintal-Werdenberg (rund 81 Prozent), Sarganserland (rund 78 Prozent) und Appenzellerland-St.Gallen (rund 69 Prozent) auf. Da insbesondere in der bevölkerungsreichen Region Rheintal-Werdenberg ein starkes Bevölkerungswachstum (rund 10 Prozent) erwartet wird, wird in dieser Region von einem starken Zuwachs der Nachfrage nach innerregionalen Rehabilitationsleistungen ausgegangen. Im Gegenzug hat die hohe erwartete Bevölkerungszunahme der Region See-Gaster (rund 9 Prozent) aufgrund des geringen Bevölkerungsanteils und des niedrigen innerregionalen Versorgungsanteils nur einen geringen Einfluss auf den Bedarf nach Rehabilitationsleistungen aus der Versorgungsregion.

### 8.3 Prognostizierte Bedarfsentwicklung

Die prognostizierte Bedarfsentwicklung hängt insbesondere von der erwarteten demografischen Entwicklung ab. Diese führt im Hauptszenario zu einer Zunahme der Hospitalisationen um rund 19 Prozent, wobei die restlichen Einflussfaktoren gemäss Tabelle 16 zu einer weiteren Zunahme um lediglich rund einen Prozent führen. Diese im Verhältnis zum Bevölkerungswachstum überdurchschnittliche Zunahme der Hospitalisationen beruht auf der Tatsache, dass die Wahrscheinlichkeit eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes mit dem Alter zunimmt und dass eine besonders starke Bevölkerungszunahme in den höheren Altersgruppen erwartet wird.

#### 8.3.1 Bedarfsprognose 2032 Planungsregion ARAISG

Auf der Basis der erwarteten Entwicklungen wird in den Jahren zwischen 2022 und 2023 im Hauptszenario von einer Zunahme der Hospitalisationen um rund 20 Prozent (Minimalszenario 11 Prozent, Maximalszenario 28 Prozent) und der Pflage- tage um rund 13 Prozent (Minimalszenario –6 Prozent, Maximalszenario 27 Prozent) ausgegangen. Dass für die Pflage- tage eine geringere Zunahme als für die Hospitalisationen prognostiziert wird, liegt daran, dass insbesondere eine Zunahme der Rehabilitationsaufenthalte der älteren Bevölkerung erwartet wird, wobei diese eine durchschnittlich kürzere Verweildauer aufweisen. Zudem wird eine Verkürzung der mittleren Verweildauer von rund 6 Prozent (Minimalszenario -15

Prozent, Maximalszenario -1 Prozent) prognostiziert, die insbesondere daraus resultiert, dass eine frühere Entlassung aus der stationären Rehabilitation in die ambulante Nachbehandlung erwartet und angestrebt wird. Zudem wird im Minimalszenario eine zusätzliche Senkung der mittleren Verweildauer aufgrund von ST Reha erwartet. Für die prognostizierte Zeitspanne wird ausgehend von rund 9,2 Hospitalisationen je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion eine Zunahme auf rund 10,2 Hospitalisationen (Minimalszenario 9,7, Maximalszenario 10,6) erwartet. Auch diese begründet sich insbesondere durch die Alterung der Bevölkerung, da die Wahrscheinlichkeit eines stationären Rehabilitationsaufenthalts mit dem Alter zunimmt.

Tabelle 18: Gesamtprognose Planungsregion ARAISG, Haupt-, Minimal- und Maximalszenario, 2022-2032

		2022	2032	Differenz absolut	Differenz in Prozent
<b>Hauptszenario</b>	<b>Hospitalisationen</b>	5'493	6'579	1'086	19.8%
	<b>Pflegetage</b>	135'008	152'111	17'103	12.7%
	<b>Mittlere Verweildauer</b>	24.6	23.1	-1.5	-5.9%
	<b>Bevölkerung</b>	598'142	645'305	47'163	7.9%
	<b>Hospitalisierungsrate*</b>	9.2	10.2	1.0	11.0%
Minimalszenario	Hospitalisationen	5'493	6'090	597	10.9%
	Pflegetage	135'008	127'203	-7'805	-5.8%
	Mittlere Verweildauer	24.6	20.9	-3.7	-15.0%
	Bevölkerung	598'142	630'474	32'332	5.4%
	Hospitalisierungsrate*	9.2	9.7	0.5	5.2%
Maximalszenario	Hospitalisationen	5'493	7'030	1'537	28.0%
	Pflegetage	135'008	170'932	35'924	26.6%
	Mittlere Verweildauer	24.6	24.3	-0.3	-1.1%
	Bevölkerung	598'142	660'175	62'033	10.4%
	Hospitalisierungsrate*	9.2	10.6	1.5	16.0%

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

Quelle: BFS Medizinische Statistik, STATPOP, Fachstelle für Statistik Kanton St.Gallen: Regionalisierte Bevölkerungsszenarien zum Kanton St.Gallen (BevSzen-SG-12-a/b/c-2022-2050, Bedarfsprognose ARAISG 2022)

### 8.3.2 Bedarfsprognose 2032 nach Altersgruppen

Auf der Basis der erwarteten demografischen Entwicklung gemäss Kapitel 8.2.3 wird für die Planungsregion im Hauptszenario zwischen 2022 und 2023 von einer Bevölkerungszunahme von insgesamt rund 8 Prozent ausgegangen, wobei sich die erwartete Zunahme je nach Altersklasse erheblich unterscheidet.

Tabelle 19: Gesamtprognose nach Altersgruppen, Hauptszenario, 2022 bis 2032

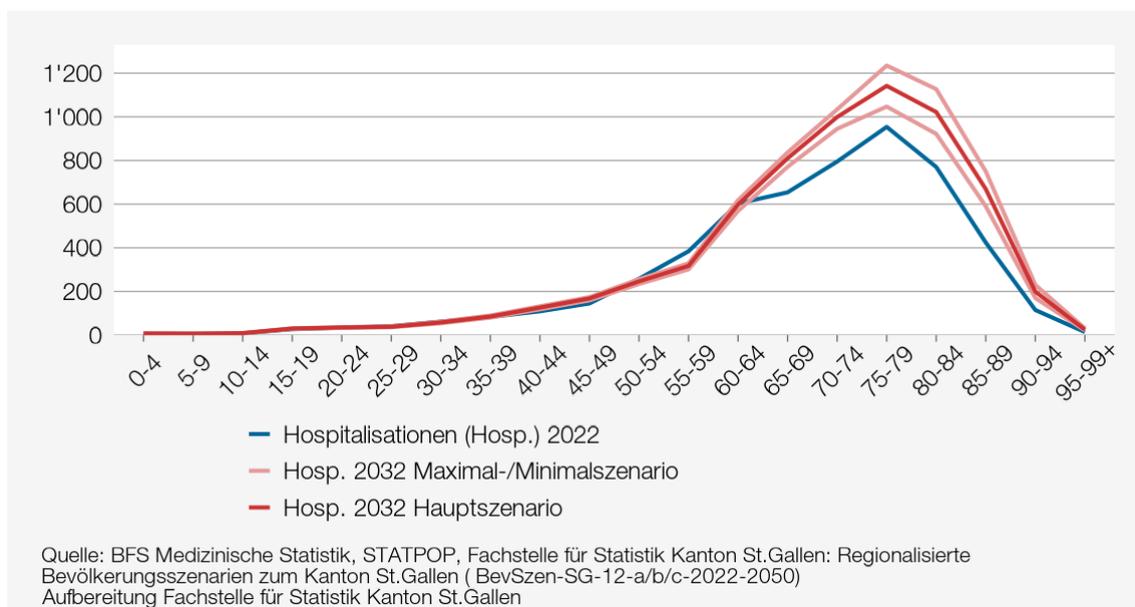
Altersgruppe	Bevölkerung		Hospitalisationen		Pflegetage		
	Veränderung 2022 bis 2032	Ist 2022	Prognose 2032	Veränderung	Ist 2022	Prognose 2032	Veränderung
<b>0 bis 17 Jahre</b>	8.8%	36	40	9.9%	1'105	1'158	4.8%
<b>18 bis 39 Jahre</b>	-0.1%	232	230	-0.9%	7'536	7'087	-6.0%
<b>40 bis 59 Jahre</b>	2.9%	896	855	-4.6%	24'175	22'052	-8.8%
<b>60 bis 74 Jahre</b>	15.1%	2'052	2'402	17.1%	49'379	54'361	10.1%
<b>ab 75 Jahre</b>	32.1%	2'277	3'053	34.1%	52'813	67'453	27.7%
<b>Total</b>	7.9%	5'493	6'579	19.8%	135'008	152'111	12.7%

Quelle: Med. Stat. BFS 2022, Bedarfsprognose ARAISG 2032

Insgesamt wird im Hauptszenario von einer Zunahme der Hospitalisationen um rund 20 Prozent ausgegangen, die insbesondere auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen sind. Die Gesamtzunahme ergibt sich gemäss Tabelle 19 aus einer Zunahme um rund 10 Prozent bei Personen unter 18 Jahren, einer Abnahme der erwarteten Hospitalisationen bei der Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 60 Jahren sowie einer erhebliche Zunahme der stationären Rehabilitationsaufenthalte bei Einwohnerinnen und -einwohnern der Planungsregion ARAISG ab dem sechzigsten Altersjahr. Zwischen 2022 und 2032 wird insbesondere aufgrund der Alterung der Kantonsbevölkerung von einer Zunahme der Hospitalisationen von Personen ab dem 75. Altersjahr von rund 34 Prozent und der Pflegetage von rund 28 Prozent ausgegangen. Die im Verhältnis zum Bevölkerungswachstum von rund 32 Prozent überdurchschnittliche Zunahme der Hospitalisationen der Bevölkerung ab dem 75. Altersjahr beruht insbesondere auf der Tatsache, dass eine zusätzliche Zunahme der Hospitalisationen von Personen über 75 (Hauptszenario 2,5 Prozent, Maximalszenario 7,5 Prozent) aufgrund der spezifischen Abbildung der geriatrischen Rehabilitation als Querschnittsbereich eingerechnet wurde.

Aus Abbildung 19 lässt sich die Altersverteilung der erwarteten Hospitalisationen entnehmen. Bis zum 40. Altersjahr wird im Hauptszenario keine wesentliche Veränderung, zwischen dem 40. und dem 49. Altersjahr eine geringfügige Zunahme, zwischen dem 50. und dem 65. Altersjahr hingegen ein Rückgang der Anzahl stationärer Rehabilitationsaufenthalte erwartet. Eine starke Zunahme der Hospitalisationen (Hauptszenario 30 Prozent, Bandbreite von 20 bis 41 Prozent) wird bei der Wohnbevölkerung ab dem 65. Altersjahr und insbesondere bei jener ab dem 85. Altersjahr (Hauptszenario 62 Prozent, Bandbreite von 41 bis 84 Prozent) prognostiziert.

Abbildung 19: Altersverteilung der prognostizierten Anzahl Hospitalisationen, Istwert 2022, Haupt-, Minimal- und Maximalszenario 2032



### 8.3.3 Bedarfsprognose 2032 nach Leistungsgruppen

Zwischen den Leistungsgruppen werden unterschiedliche Entwicklungen bei der Anzahl Hospitalisationen erwartet (Tabelle 20). Dies ist insbesondere auf die unterschiedliche Altersverteilung von Patientinnen und Patienten in den Leistungsgruppen zurückzuführen, wobei die erwartete Bevölkerungszunahme insbesondere die Altersklassen ab 65 Jahren betreffen wird und in diesen Altersklassen die Wahrscheinlichkeit eines rehabilitativen Aufenthaltes überdurchschnittlich ist.

Insbesondere aufgrund des erwarteten Bevölkerungswachstums von rund 9 Prozent in der Altersgruppe der Personen unter 18 Jahren (Tabelle 19) wird im Querschnittsbereich der pädiatrischen Rehabilitation eine Zunahme der Hospitalisationen von rund 10 Prozent prognostiziert. Für den Querschnittsbereich der geriatrischen Rehabilitation ist die Prognose schwieriger, da diese nicht nur durch das Alter der Patientinnen und Patienten definiert wird. Insbesondere aufgrund der erwarteten Zunahme der Wohnbevölkerung ab 75 Jahren um rund 32 Prozent, wird eine Zunahme der Hospitalisationen dieser Altersgruppe von 34 Prozent erwartet, die erwartungsgemäss zu einer erheblichen Zunahme des Bedarfs an geriatrischen Rehabilitationsleistungen führen wird.

Tabelle 20: Ergebnis Gesamtprognose nach Leistungsgruppen, Haupt-, Minimal- und Maximalszenario, 2022-2032

Leistungsgruppe	Hospitalisationen 2022	Hospitalisationen 2032 Hauptszenario	Differenz in %	Differenz Hauptszenario	Differenz Minimal-szenario	Differenz Maximal-szenario
MSK1	2'295	2'942	28.2%	647	332	884
MSK2	44	49	10.4%	5	2	7
MSK3	20	21	2.8%	1	0	1
MSK4	22	25	13.1%	3	2	4
MSK5	4	3	-12.8%	-1	-1	0
NER1	805	922	14.5%	117	70	175
NER2	156	181	16.3%	25	16	37
NER3	94	95	1.1%	1	-3	5
NER4	83	98	18.5%	15	10	22
NER5	13	15	13.8%	2	1	3
NER6	94	101	7.9%	7	3	13
RKA1	716	816	13.9%	100	62	146
RKA2	4	3	-19.0%	-1	-1	-1
PNR1	355	414	16.7%	59	40	84
PNR2	6	7	9.8%	1	0	1
INO1	311	363	16.7%	52	33	75
INO2	357	403	13.0%	46	28	69
SOM1	58	61	4.7%	3	0	5
SOM PS	56	60	6.5%	4	1	7
<b>Total</b>	<b>5'493</b>	<b>6'579</b>	<b>19.8%</b>	<b>1'086</b>	<b>597</b>	<b>1'537</b>

Quelle: BFS Medizinische Statistik, Bedarfsprognose ARAISG 2022

Insbesondere aufgrund der unterschiedlichen Altersverteilung in den Leistungsgruppen und aufgrund der erwarteten demografischen Entwicklung unterscheidet sich die erwartete Veränderung der Anzahl Hospitalisationen gemäss Tabelle 20 zwischen den Leistungsgruppen erheblich. Die grösste Zunahme wird mit 28 Prozent in der Leistungsgruppe der allgemeinen muskuloskelettalen Rehabilitation (MSK1) erwartet. Da es sich um die grösste Leistungsgruppe handelt, wird die Zunahme um erwartungsgemäss 647 Hospitalisationen (Minimalszenario 332 Hospitalisationen, Maximalszenario 884 Hospitalisationen) rund 60 Prozent der insgesamt erwarteten Zunahme an stationären Rehabilitationsleistungen ausmachen.

Zahlenmässig von besonderer Bedeutung sind ebenfalls die erwartete Zunahme im Bereich der allgemeinen neurologischen Rehabilitation (NER1) von 117 Hospitalisationen und jene im Bereich der allgemeinen kardiovaskulären Rehabilitation (RKA1) von 100 Hospitalisationen. Ein geringes Wachstum wird in Leistungsgruppen mit einem Durchschnittsalter unter 60 Jahren erwartet (MSK3, MSK5, NER3, RKA2, SOM1, SOM PS), wobei die Prognosen in Leistungsgruppen mit

einer sehr geringen Anzahl Hospitalisationen je Jahr (insbesondere MSK5, NER5, RKA2, PNR2) nicht als aussagekräftig betrachtet werden können.

### 8.3.4 Bedarfsprognose 2035 nach Planungskantonen und Versorgungsregionen

Zwischen den Planungskantonen werden unterschiedliche Veränderungen der Hospitalisationen und Pflage tage prognostiziert (Tabelle 21). Aufgrund der erwarteten Bevölkerungsentwicklung wird in den Kantonen Appenzell Innerrhoden (rund 23 Prozent) und St.Gallen (rund 21 Prozent) eine stärkere Zunahme der stationären Rehabilitationsaufenthalte prognostiziert als im Kanton Appenzell Ausserrhoden (rund 15 Prozent). Da in allen drei Kantonen von einer Verringerung der mittleren Verweildauer um 5 bis 7 Prozent ausgegangen wird, wird jeweils eine geringere Zunahme der Pflage tage im Vergleich zu den Hospitalisationen erwartet.

Tabelle 21: Bedarfsprognose nach Planungskantonen, Hauptszenario, 2022-2032

		2022	2032	Differenz in Prozent	Jährliche Veränderung
Appenzell Ausserrhoden	Hospitalisationen	582	667	14.6%	1.4%
	Pflage tage	14'190	15'492	9.2%	0.9%
	Mittlere Verweildauer	24.4	23.2	-4.7%	-0.5%
	Bevölkerung	55'759	59'054	5.9%	0.6%
	Hospitalisierungsrate*	10.4	11.3	8.2%	0.8%
Appenzell Innerrhoden	Hospitalisationen	142	174	22.7%	2.1%
	Pflage tage	3'307	3'787	14.5%	1.4%
	Mittlere Verweildauer	23.3	21.7	-6.7%	-0.7%
	Bevölkerung	16'416	17'638	7.4%	0.7%
	Hospitalisierungsrate*	8.7	9.9	14.2%	1.3%
St.Gallen	Hospitalisationen	4'769	5'746	20.5%	1.9%
	Pflage tage	117'511	132'887	13.1%	1.2%
	Mittlere Verweildauer	24.6	23.1	-6.1%	-0.6%
	Bevölkerung	525'967	568'613	8.1%	0.8%
	Hospitalisierungsrate*	9.1	10.1	11.4%	1.1%

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

Quelle: BFS Medizinische Statistik, STATPOP, Fachstelle für Statistik Kanton St.Gallen: Regionalisierte Bevölkerungsszenarien zum Kanton St.Gallen (BevSzen-SG-12-a/b/c-2022-2050), Bedarfsprognose ARAISG 2022

Betrachtet man die erwarteten Entwicklungen in den Versorgungsregionen, so wird gemäss Tabelle 22 ersichtlich, dass eine unterdurchschnittliche Zunahme der Hospitalisationen und der Pflergetage in der Versorgungsregion Appenzellerland-St.Gallen zu erwarten ist. Überdurchschnittliche Zunahmen werden hingegen insbesondere in den Regionen Rheintal-Werdenberg, Sarganserland und See-Gaster erwartet. Die Regionen Rheintal-Werdenberg und Sarganserland weisen einen hohen innerregionalen Versorgungsanteil auf, weshalb erwartet wird, dass die Zunahme in erster Linie durch innerregionale Leistungserbringer abgedeckt wird. Im Gegenzug wird erwartet, dass die prognostizierte Zunahme der Hospitalisationen aus der Region See-Gaster vorwiegend zu einer Zunahme der Nachfrage nach Leistungen von Leistungserbringern mit Standort ausserhalb der Planungsregion führen wird.

Tabelle 22: Bedarfsprognose nach Versorgungsregionen ARAISG, Hauptszenario, 2022-2032

Versorgungsregion	IRV* 2022	Hospitalisationen 2022	Hospitalisationen 2032	Veränderung	Pflergetage 2022	Pflergetage 2032	Veränderung
Appenzellerland-St.Gallen	68.4%	2'360	2'739	16.0%	57'232	62'487	9.2%
Rheintal-Werdenberg	81.4%	893	1'098	22.9%	22'765	26'354	15.8%
Sarganserland	77.5%	507	630	24.2%	12'983	15'157	16.7%
See-Gaster	38.5%	535	656	22.7%	13'064	15'030	15.1%
Wil-Toggenburg	51.2%	1'198	1'457	21.6%	28'964	33'082	14.2%
Total	64.7%	5'493	6'579	19.8%	135'008	152'111	12.7%

\* Innerregionaler Versorgungsanteil

Quelle: BFS Medizinische Statistik, Bedarfsprognose ARAISG 2022

---

Die Kantone sind verpflichtet, im Rahmen der Bedarfsdeckung ein Bewerbungsverfahren durchzuführen und die eingegangenen Bewerbungen zu evaluieren, wobei die strategischen Ziele der Planungsregion ARAISG umgesetzt werden sollen. Für die Evaluation der Bewerber kommen sowohl generelle wie auch leistungsgruppenspezifische Kriterien zur Anwendung. Grundlegende Anforderungen und Vorgaben für die Listenspitäler werden von den Regierungen der Planungskantone in den generellen Anforderungen im Anhang zum Regierungsbeschluss über die Spitalliste Rehabilitation 2025 erlassen<sup>39</sup>. Mit Ausnahme von zwei Anpassungen (siehe 9.3.1.b) wurden die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen des Kantons Zürich<sup>40</sup> übernommen.

Nachfolgend werden die Umsetzung der strategischen Ziele, die Grundsätze der Erteilung von Leistungsaufträgen und die Evaluationskriterien erläutert.

### 9.1 Umsetzung der strategischen Ziele

Die strategischen Ziele gemäss Kapitel 4 sollen im Rahmen der Spitalplanung ARAISG wie folgt umgesetzt werden:

#### **Interkantonale Zusammenarbeit**

Die gemeinsame Spitalplanung Rehabilitation der drei Kantone Appenzell Auser rhoden, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen erfolgt auf der Basis identischer Planungskriterien, kantonsübergreifender Versorgungsregionen und durch ein gemeinsames Bewerbungsverfahren. Bewertung und Auswahl der Bewerbungen erfolgen ebenfalls gemeinsam. Es werden gleichlautende Leistungsaufträge angestrebt. Die Planungsregion legt ebenfalls Wert auf eine gute Zusammenarbeit mit Kantonen ausserhalb der Planungsregion. Versorgungsrelevante Leistungserbringer mit Standort ausserhalb der Planungsregion sollen in der Spitalplanung ARAISG adäquat berücksichtigt werden.

#### **Optimierung der Schnittstelle Akutsomatik-Rehabilitation**

Die Optimierung der Schnittstelle zwischen Akutsomatik und Rehabilitation soll durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Akutspitälern und Rehabilitationskliniken in der Planungsregion, durch ein effizientes Ein- und Austrittsmanagement sowie durch akutspitalnahe Rehabilitationsangebote erfolgen. Leistungserbringer sollen über ein schriftliches, mindestens alle zwei Jahre aktualisiertes Konzept zu Ein- und Austrittsmanagement sowie über Kooperationsvereinbarungen mit den wichtigsten vor- und nachgelagerten Institutionen verfügen. Bei Bedarf sollen Rehabilitationsangebote in unmittelbarer Nähe eines Spitals mit einem Leistungsauftrag auf der Spitalliste Akutsomatik der Versorgungsregion ARAISG und mit intensivmedizinischem Angebot einen nahtlosen und frühzeitigen Übergang von der

---

<sup>39</sup> Siehe separates Dokument auf der Bewerbungsplattform [www.spitalplanung-reha-araisg.ch](http://www.spitalplanung-reha-araisg.ch): «Generelle Anforderungen an die Listenspitäler der Spitalliste Rehabilitation der Planungskantone».

<sup>40</sup> Siehe separate Dokumente auf der Bewerbungsplattform [www.spitalplanung-reha-araisg.ch](http://www.spitalplanung-reha-araisg.ch): «Leistungsspezifische Anforderungen an die Listenspitäler der Spitalliste Rehabilitation der Planungskantone».

Akutsomatik in die Rehabilitation und eine Kontinuität der Behandlung ermöglichen. Eine enge medizinische Zusammenarbeit wird insbesondere im Bereich der geriatrischen Rehabilitation angestrebt.

### **Konzentration spezialisierter Leistungen**

Leistungsaufträge sollen bei komplexen und/oder seltenen Rehabilitationsbehandlungen (insbesondere in den Leistungsgruppen MSK2-MSK5, NER2-NER6, RKA2 sowie PNR2) zur Sicherstellung bzw. zur Erhöhung der Versorgungsqualität nur an wenige Leistungserbringer mit ausreichend Fallzahlen vergeben werden. Durch die Vergabe einer geringen Anzahl Leistungsaufträge in diesen Leistungsgruppen sollen zudem in Zeiten des Fachkräftemangels die Personalrekrutierung erleichtert sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung des künftigen Fachpersonals gezielt unterstützt werden.

### **Substitution stationärer durch ambulante Rehabilitationsleistungen**

Die Substitution von stationären durch wohnortnahe ambulante Rehabilitationsangebote soll unterstützt werden, indem Leistungserbringer aufgefordert werden, neben dem stationären auch über ein ambulantes Leistungsangebot zu verfügen oder Kooperationsvereinbarungen mit ambulanten Anbietern abzuschliessen, die allen Patientinnen und Patienten der Planungsregion im Anschluss an die stationäre eine wohnortnahe ambulante Behandlung ermöglichen. Schliesslich soll das Potential zur Ambulantisierung mit den stationären Leistungserbringern der Planungsregion evaluiert werden.

Auf der Basis der angestrebten Wohnort- und Akutspitalnähe des stationären Leistungsangebots einerseits und der Konzentration der spezialisierten Leistungen andererseits, werden die Leistungsgruppen gemäss Tabelle 23 unterteilt.

.....  
Tabelle 23: Unterteilung der Leistungsgruppen nach strategischen Zielen

<b>Strategisches Ziel</b>	<b>Kriterien</b>	<b>Leistungsgruppen</b>
Wohnort- und Akutspitalnähe	Leistungsgruppe > 300 Hospitalisationen	MSK1, NER1, RKA1, PNR1, INO2
Konzentration auf zwei bis drei Leistungserbringer	Leistungsgruppe 50 bis 300 Hospitalisationen	NER2, NER3, NER4, INO1
Konzentration auf ein bis zwei Leistungserbringer	Leistungsgruppe < 50 Hospitalisationen	MSK2, MSK3, MSK4, MSK5, NER5, NER6, RKA2, PNR2, SOM

## 9.2 Erteilung von Leistungsaufträgen

Bei der Erteilung von Leistungsaufträgen an die für die Sicherstellung der Bevölkerung der Planungsregion notwendigen Spitalunternehmen werden folgende Grundsätze angewendet:

### **Leistungsaufträge an Spitalstandorte**

Die Leistungsaufträge werden auf Ebene der einzelnen Spitalstandorte erteilt. Die Qualitätsanforderungen sind dabei auch an einem Aussenstandort<sup>41</sup> einzuhalten.

<sup>41</sup> Standort eines Leistungserbringers, der mit dem Hauptstandort unter einer juristischen Person zusammengefasst ist, weniger als 10 km und weniger als 15 Fahrminuten vom Hauptstandort entfernt ist, Leistungen in enger Kooperation mit dem Hauptstandort erbringt und betrieblich im Hauptstandort integriert ist.

Für die Beurteilung der Versorgungsrelevanz, der Mindestfallzahlen und des Anteils ausschliesslich Grundversicherter werden Haupt- und Aussenstandort als Einheit betrachtet.

### Befristung der Leistungsaufträge

Die Leistungsaufträge werden zeitlich befristet. Wo nichts anderes vermerkt ist, gelten die Leistungsaufträge während acht Jahren, d.h. bis Ende 2032. Wenn die Erfüllung der Anforderungen die Umsetzung von zusätzlichen Massnahmen, die erst nach Invollzugsetzung der Spitallisten 2025 erfolgen können, oder die nachträgliche Überprüfung der Einhaltung von Mindestfallzahlen voraussetzt, kann ein Leistungsauftrag mit einer kürzeren Befristung versehen werden. Die Planungsbehörden können die Spitallisten dem Bedarf innerhalb der Planungsperiode anpassen.

### Integrales Angebot innerhalb Leistungsgruppen

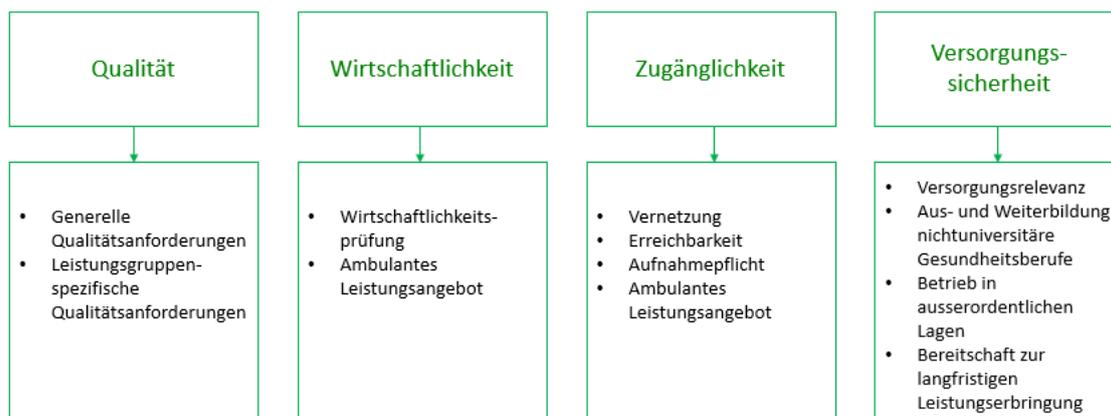
Der Leistungserbringer muss den kompletten Leistungsauftrag der erteilten Leistungsgruppe effektiv anbieten. Falls dem nicht so ist, kann die Leistungsgruppe entweder eingeschränkt oder verweigert werden.

## 9.3 Evaluationskriterien

Art. 39 KVG und Art. 58a-f KVV geben den Kantonen den Rahmen für die Anwendung der Planungskriterien. Auf kantonaler Ebene bestehen in Art. 48 bis 52I Gesundheitsgesetz (Kanton Appenzell Ausserrhoden), Art. 22 bis 27 Gesundheitsgesetz (Kanton Appenzell Innerrhoden) und Art. 10 bis 14 SPFG (Kanton St.Gallen) Ausführungsbestimmungen zur Ausgestaltung der Spitalplanung und der Leistungsaufträge.

Für die Rehabilitationsplanung ARAISG kommen die Evaluationskriterien gemäss Abbildung 20 zur Anwendung, auf die in der Folge einzeln eingegangen wird.

Abbildung 20: Evaluationskriterien



### 9.3.1 Evaluationskriterium Qualität

Die Einhaltung der Qualität wird anhand genereller und leistungsgruppenspezifischer Qualitätsanforderungen überprüft. Die generellen Qualitätsanforderungen

regeln die Grundvoraussetzungen bzw. -anforderungen, die jeder Leistungserbringer erfüllen muss, um sich für einen Spitalistenplatz qualifizieren zu können. Idealerweise sollte die Qualität einer Rehabilitationsklinik anhand der effektiven Behandlungserfolge gemessen werden. Zur Messung der Ergebnisqualität fehlen jedoch allgemein anerkannte Kriterien und Indikatoren. Deshalb werden zur Überprüfung der Qualität Merkmale identifiziert, deren Vorhandensein eine gewisse Güte der Versorgung gewährleisten soll.

### 9.3.1.a Generelle Qualitätsanforderungen

Unabhängig vom angebotenen Leistungsspektrum muss jede Rehabilitationsklinik nebst den gesundheitspolizeilichen Bewilligungsvoraussetzungen die generellen Qualitätsanforderungen erfüllen.

#### Allgemeine Anforderungen

Zur Überprüfung der Qualität werden im Rahmen der Spitalplanung insbesondere die folgenden allgemeinen Anforderungen festgelegt, deren Erfüllung eine gewisse Güte der Versorgung gewährleisten soll:

1. Vorhandensein eines betriebsweiten Qualitätssicherungssystems mit Zertifizierung. Dies beinhaltet überdies ein Qualitätskonzept (umfassend insbesondere die Struktur-, Prozess- mit Indikations- und Ergebnisqualität) sowie ein Konzept zum systematischen Umgang mit Risiken (Risikomanagementkonzept).
2. Teilnahme an den nationalen Qualitätssicherungsmessungen des ANQ
3. Betrieb eines spitalweiten Fehlermeldesystems
4. Regelmässig durchgeführte Patienten-/Angehörigen-/Personal-/Zuweiserbefragungen und Ableitung von Handlungsfeldern des Leistungserbringers
5. Vorhandensein eines Notfall- bzw. Verlegungskonzepts sowie notfallbezogener Kooperationsvereinbarungen mit Akutspitälern
6. Vorhandensein eines Konzepts zum Eintritts- und Austrittsmanagement sowie diesbezüglicher Kooperationsvereinbarungen mit den wichtigsten vor- und nachgelagerten Institutionen
7. Vorhandensein eines Hygienekonzeptes, das die Etablierung einer Hygienekommission (mit Protokollierung der Sitzungen und Mitteilung der Ergebnisse an die Spitalleitung) und die Implementierung von Hygienerichtlinien und -empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiene (SGSH) oder Swissnoso vorsieht. Die Einhaltung der Hygienerichtlinien ist zu überwachen. Klinisch tätige Mitarbeitende sind bei Stellenantritt und während der Anstellung regelmässig in der Klinikhygiene zu schulen. Die Einbindung in ein Netzwerk zur Infektionsprävention ist obligatorisch.
8. Verwendung der H+-Qualitätsberichtsvorlage für die Qualitätsberichterstattung
9. Vorhandensein eines Konzepts zur Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel
10. Teilnahme an einem Qualitätscontrolling, das Aussagen zur Indikations- und Ergebnisqualität ermöglicht.

### Anforderungen an die Behandlung

Die Behandlung hat einem multiprofessionellen Ansatz zu folgen und setzt sich aus verschiedenen Leistungen<sup>42</sup> zusammen. Sie erfolgt durch ein multiprofessionelles, interdisziplinär zusammenarbeitendes Behandlungsteam<sup>43</sup>. Zwischen allen beteiligten Fachpersonen findet eine zielorientierte Rehabilitationskoordination mit klaren Verantwortlichkeiten statt. Innert 24 Stunden nach Eintritt der Patientin oder des Patienten findet eine medizinische Untersuchung mit Indikationsstellung statt. Beim Austritt erfolgt ebenfalls eine medizinische Untersuchung. Medizinische Indikation und Behandlungsauftrag werden in regelmässigen Abständen und mindestens wöchentlich überprüft, dokumentiert und bei Bedarf angepasst. Die individuelle Therapieplanung wird auf Basis der Ergebnisse der Abklärung, Befunderhebung und Diagnostik des Behandlungsteams und unter Nutzung anerkannter Assessment-Instrumente erarbeitet. Die Therapieziele werden vom Behandlungsteam unter Einbezug der Patientinnen und Patienten, bei Bedarf auch ihrer Angehörigen und/oder ihrer Vertretung, vereinbart und schriftlich festgelegt. Die Therapieplanung ist dem ganzen Behandlungsteam zugänglich. Für jede Patientin und jeden Patienten wird eine fallführende Bezugsperson bezeichnet. Die Behandlung richtet sich nach einem strukturierten, verbindlichen und schriftlich dokumentierten Therapieprogramm. Sie wird anhand der Therapieplanung und Zielsetzung fortlaufend überprüft, im Behandlungsteam abgestimmt und bei Bedarf angepasst.

### Anforderungen an das Behandlungsteam

Die Anforderungen an das Behandlungsteam betreffen die fachlichen Qualifikationen, die Berufserfahrung, die Verfügbarkeit und den Anstellungsgrad der verschiedenen Fachpersonen. Die generellen Anforderungen gemäss Tabelle 24 gelten unabhängig vom Leistungsangebot. Dazu kommen leistungsgruppenspezifische Anforderungen an das Behandlungsteam gemäss 9.3.1.b. Die Rehabilitationsklinik muss eine regelmässige Aus-, Weiter- und Fortbildung der Mitarbeitenden gewährleisten.

.....  
Tabelle 24: Generelle Qualitätsanforderungen an das Behandlungsteam

	<b>Anstellung</b>	<b>Ausbildungsabschlüsse</b>	<b>Berufserfahrung</b>
Ärztliche Leitung	fest angestellt		mindestens drei Jahre Erfahrung in der Rehabilitationsmedizin
Medizinisch für einen Fachbereich verantwortliche ärztliche Person und ihre Stellvertretung	fest angestellt, verfügen zusammen über mindestens 130 Stellenprozent		
Leitung Therapien und ihre Stellvertretung	fest angestellt, verfügen zusammen über mindestens 130 Stellenprozent	anerkannter Abschluss nach Art. 47 ff. KVV	mindestens zwei Jahre Berufserfahrung
Leitung Pflegedienst und ihre Stellvertretung	fest angestellt, verfügen zusammen über mindestens 130 Stellenprozent	anerkanntes Diplom als Pflegefachfrau / Pflegefachmann	mindestens zwei Jahre Berufserfahrung

<sup>42</sup> Abklärung- und Befunderhebungen, Diagnostik, Einzel- sowie Gruppentherapien durch verschiedene Fachdisziplinen bzw. Berufsgruppen, Rehabilitationspflege, Vernetzungsgespräche mit Angehörigen, Arbeitgebern, Case Managern, Kontakte mit vor- und nachbehandelnden medizinischen Fachpersonen, Helfernetz und Behörden sowie bei Bedarf weitere fallbezogene und fallunabhängige Leistungen

<sup>43</sup> Das Behandlungsteam setzt sich aus Ärztinnen/Ärzten, klinischen Psychologinnen/Psychologen, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten, diplomierten Pflegefachpersonen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern sowie je nach Indikation und Bedarf aus weiteren Fachpersonen zusammen.

Anstellung	Ausbildungsabschlüsse	Berufserfahrung
	fachmann HF oder Bachelor of Science in Pflege / Master of Science in Pflege nach Art. 49 lit. a KVV	

Die Verfügbarkeit des Behandlungsteams ist zu den üblichen Behandlungszeiten vor Ort in der Rehabilitationsklinik sicherzustellen. Insbesondere sollen Fachärztinnen und Fachärzte der Leistungsbereiche, in denen die Rehabilitationsklinik einen Leistungsauftrag hat, von Montag bis Freitag in der Regel im Zeitfenster von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr während acht Stunden vor Ort zur Verfügung stehen. In der übrigen Zeit des Tages, an Wochenenden und an Feiertagen ist ein fachärztlicher Hintergrunddienst sicherzustellen. Zudem muss eine diensthabende Ärztin / ein diensthabender Arzt vor Ort anwesend sein oder (in der Leistungsgruppe MSK1) nachweislich, unter Angabe von Wohnort und Distanz zum Spital, innerhalb von 15 Minuten beim Patienten / bei der Patientin verfügbar sein. An jedem Tag muss rund um die Uhr je Fachbereich mit maximal 48 Betten mindestens eine Pflegefachperson mit einem Abschluss als dipl. Pflegefachfrau / Pflegefachmann HF oder Bachelor of Science in Pflege / Master of Science in Pflege vor Ort zur Verfügung stehen. Bei Bedarf muss auch eine Pflegefachperson mit Weiterbildung in Wundmanagement zur Verfügung stehen.

#### **Anforderungen an die Infrastruktur**

Die Gesamtanlage und die Räumlichkeiten der Rehabilitationsklinik sind rollstuhlgängig und behindertengerecht zu gestalten. Die Infrastruktur muss mindestens ein Monitoring der Vitalparameter und ein Notfall-Labor (365 Tage / 24 Stunden), eine Medizinische Diagnostik gemäss fachspezifischem Behandlungskonzept, ein Routine-Elektrokardiogramm (EKG), eine medizinische Trainingstherapie und Einrichtungen und eine adäquate Behandlung durch apparative Ausrüstung für aktive und passive Therapieformen gewährleisten. Ein Notfall-Koffer bzw. -Wagen inkl. Defibrillator sind so in der Rehabilitationsklinik positioniert, dass sie innert fünf Minuten bei der Patientin / beim Patienten sind.

#### **9.3.1.b Leistungsruppenspezifische Qualitätsanforderungen**

Ergänzend zu den allgemeinen Qualitätsanforderungen müssen Leistungserbringer je nach angebotener Leistungsgruppe auch leistungsgruppenspezifische Anforderungen erfüllen. Diese beziehen sich auf das eingesetzte Personal, den Notfalldienst, die rehabilitative Diagnostik und Behandlung, die Mindestfallzahlen sowie die bauliche und infrastrukturelle Ausstattung der Klinik.

Gegenüber den leistungsgruppenspezifischen Anforderungen des Kantons Zürich wurden zwei Änderungen vorgenommen:

- In der Leistungsgruppe MSK4 sollen die Prothetik und Prothesenschulung nicht unbedingt als Teil der Infrastruktur in der Klinik oder räumlich auf dem Campus mit einem akutsomatischen Spital vorhanden sein. Lediglich die Prothesenschulung muss vor Ort in der Rehabilitationsklinik stattfinden. Die Herstellung der Prothesen kann – nachdem die Extremitäten der Patientinnen und Patienten in der Rehabilitationsklinik abgemessen wurden – auch in einem der wenigen in diesem Bereich tätigen 3D Druckzentren der Schweiz erfolgen. Die gefertigte Prothese muss hingegen in der Rehabilitationsklinik individuell durch den Orthopädietechniker angepasst werden.

- Im Querschnittsbereich GER soll die ärztliche Leitung alternativ zu der fachärztlichen Spezialisierung «Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie» auch die Spezialisierung «Allgemeine Innere Medizin» oder «Physikalische Medizin und Rehabilitation» aufweisen können, sofern sie über mindestens zwei Jahre Erfahrung an einer anerkannten Weiterbildungsstätte für den Schwerpunkt Geriatrie verfügt und den Nachweis der Fortbildung gemäss dem Fortbildungsprogramm der SFGG erbringt. Dies entspricht den [Empfehlungen der GDK](#), der [FMH](#) sowie von [DefReha©](#). Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Bedarf an Fachärztinnen und Fachärzten im Bereich Geriatrie zunehmen. Dadurch, dass die geriatriische Kompetenz der ärztlichen Leitung auch über die Erfahrung und die Fortbildung sichergestellt werden kann, sollen mehrere wohnortnahe Leistungserbringer die Nachfrage in diesem Querschnittsbereich decken können.

### Leistungsgruppenspezifische Anforderungen an das Behandlungsteam

Neben den generellen Anforderungen an das Behandlungsteam müssen Listenspitäler je nach Leistungsgruppe unterschiedliche Anforderungen in Bezug auf Ausbildung und Berufserfahrung des Behandlungsteams gemäss Tabelle 25 erfüllen.

.....  
Tabelle 25: Leistungsgruppenspezifische Qualitätsanforderungen an das Behandlungsteam

	<b>Ausbildungsabschlüsse</b>	<b>Berufserfahrung</b>
Ärztliche Leitung am Standort	erforderliche fachärztliche Spezialisierung, je nach Leistungsgruppe	zusätzliche Berufserfahrung, meist in einer als Weiterbildungsstätte anerkannten Rehabilitationseinrichtung, je nach Leistungsgruppe
Kaderärztinnen und -ärzte	erforderliche fachärztliche Spezialisierung je nach Leistungsgruppe definiert	
Psychologinnen und Psychologen		für einige Leistungsgruppen (INO2, SOM1, PÄD) wird eine zusätzliche, spezifisch definierte berufliche Erfahrung vorausgesetzt
Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten	je nach Leistungsgruppe Zusatzqualifikationen und Weiterbildungen erforderlich	je nach Leistungsgruppe spezifische Erfahrung erforderlich
Logopädinnen und Logopäden	je nach Leistungsgruppe Weiterbildungen und spezifische Kenntnisse erforderlich	
Weitere Fachpersonen (z.B., Fachpersonen Schlucktherapie, Rauchstopperberatung, Orthoptik, etc.)	je nach Leistungsgruppe spezifische Kenntnisse erforderlich	

Neben den generellen Anforderungen an die Verfügbarkeit des Behandlungsteams müssen Listenspitäler je nach Leistungsangebot zusätzliche Anforderungen in Bezug auf die Verfügbarkeit der Mitglieder des Behandlungsteams erfüllen. Dabei werden zwei Verfügbarkeitsstufen unterschieden:

- im Spital bedeutet, dass das Fachpersonal vor Ort zu den üblichen Behandlungszeiten sichergestellt ist
- in Kooperation bedeutet, dass das Fachpersonal bedarfsspezifisch auf der Basis einer Kooperationsvereinbarung für die Behandlung im Spital zugezogen wird. Im Kooperationsvertrag werden mit dem Vertragspartner die relevanten Behandlungsprozesse und Schnittstellen, die Ansprechpartner auf beiden Seiten, der Umfang der Kooperationsleistungen und die Vergütung,

die zeitliche Verfügbarkeit und die Sicherstellung des medizinischen Informationsflusses (inkl. Dokumentation) geregelt.

Zusätzliche Anforderungen an die Verfügbarkeit des ärztlichen oder psychologischen Personals betreffen beispielsweise die Verfügbarkeit spezifischer Kaderärzte je nach Leistungsgruppe oder von Neuropsychologen in den Leistungsgruppen der Neurorehabilitation. Zudem wird leistungsgruppenspezifisch die Verfügbarkeit von Personal im therapeutischen Bereich (z.B. Personal in den Bereichen Physiotherapie, Logopädie, Rauchstoppperatung, Schlucktherapie, Pädagogie, etc.), Personal für weitere Leistungen (z.B. Personal in den Bereichen Orthopädie, Orthoptik, etc.) oder Personal im pflegerischen Bereich mit spezifischen Weiterbildungen (z.B. in den Bereichen Blasen- und Dammmmanagement, Dysphagiemanagement, Trachealkanülenmanagement, Parkinson etc.) vorausgesetzt. Die Therapien werden zu geregelten Zeiten im Spital angeboten.

Zur Sicherstellung lebensrettender Massnahmen muss in einigen Leistungsgruppen (NER6, RKA1, RKA2, PNR1, PNR2) die diensthabende Ärztin oder der diensthabende Arzt für Notfälle innert fünf Minuten zur Verfügung stehen. Im Querschnittsbereich GER muss die diensthabende Ärztin oder der diensthabende Arzt zudem die Ausbildung FCCS (Fundamental Critical Care Support) oder Basic Plus aufweisen.

#### **Leistungsgruppenspezifische Anforderungen an die Infrastruktur**

Je nach Leistungsgruppe bestehen unterschiedliche zusätzliche Anforderungen an die medizinisch-technische oder therapeutisch-technologische Ausstattung. Auch diesbezüglich werden zwei Stufen unterschieden:

- im Spital bedeutet, dass die Ausstattung im Spital zur Verfügung steht
- in Kooperation bedeutet, dass die medizinisch-technische oder therapeutisch-technologische Ausstattung auf der Basis einer Kooperationsvereinbarung durch einen Dritten zur Verfügung gestellt wird. Im Kooperationsvertrag werden mit dem Vertragspartner die relevanten Behandlungsprozesse und Schnittstellen, die Ansprechpartner auf beiden Seiten, der Umfang der Kooperationsleistungen und die Vergütung, die zeitliche Verfügbarkeit und die Sicherstellung des medizinischen Informationsflusses (inkl. Dokumentation) geregelt.

Zu den zusätzlichen Anforderungen an die Infrastruktur gehören beispielsweise ein Bewegungsbad bzw. ein Therapiebecken in den Leistungsgruppen MSK1 und MSK2, die kontinuierliche Sauerstoffversorgung auf den Bettenstationen und die Möglichkeit für Maskenüberdrucktherapie im Bereich der pulmonalen Rehabilitation oder die Spitalschule im Bereich der pädiatrischen Rehabilitation.

Zusätzliche Anforderungen an die medizinisch-technische Ausstattung setzen beispielsweise das Vorhandensein von Elektroenzephalographie (EEG), funktionelle endoskopische Schluck-Untersuchung (FEES) oder Videofluoroskopie, Baclofen, neuro-urologischer Diagnostik, Grundausrüstung zur Einstellung der Tiefenhirnstimulation oder Diagnostik enteraler Störungen je nach Leistungsgruppe im Bereich der Neurorehabilitation im Spital oder in Kooperation.

#### **Leistungsgruppenspezifische Anforderungen an Mindestfallzahlen**

Die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen sehen neu auch für den Bereich Rehabilitation Mindestfallzahlen in allen Leistungsgruppen gemäss Kapitel 4.3 vor. Dadurch soll die Konzentration der spezialisierten Leistungen auf wenige

Leistungserbringer (siehe Umsetzung der strategischen Ziele, Kapitel 9.1) gefördert werden. Zur Erreichung der strategischen Ziele kann von den Mindestfallzahlen gemäss Tabelle 2 zugunsten einer wohnortnahen Versorgung oder der Abdeckung einer Leistungsgruppe innerhalb der Versorgungsregion abgewichen werden.

### 9.3.2 Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit

Neben Vergleichen zur Qualität schreibt das KVG (Art. 39 Abs. 2ter KVG) auch die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Bewerber vor. In Art. 58b Abs. 5 Bst. a KVV wird den Kantonen vorgeschrieben, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. Die Effizienz der Leistungserbringer wird anhand von Kostenvergleichen zwischen den Bewerbern evaluiert. Dabei wird auf den Kostendatenaustausch der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) abgestellt. Für den Wirtschaftlichkeitsvergleich werden die schweregradbereinigten Tageskosten 2022 aller Leistungserbringer berücksichtigt, die sich im Rahmen des Bewerbungsverfahrens für einen Leistungsauftrag der Planungsregion bewerben. Bei Bedarf werden die Vorjahreswerte beigezogen.

Kliniken, die sich auf ein bis anhin noch nicht angebotenes Leistungsspektrum beworben haben, werden anhand von Plandaten evaluiert.

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

### 9.3.3 Evaluationskriterium Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit wird im Bereich Rehabilitation anhand der vier Evaluationskriterien Vernetzung, Erreichbarkeit, Aufnahmepflicht und ambulantes Angebot beurteilt.

#### Vernetzung

Im Bereich der Rehabilitation wird der vom KVG verlangte Zugang zur Behandlung innert nützlicher Frist weniger auf die zeitliche Erreichbarkeit der Rehabilitationsklinik, sondern hauptsächlich auf die Gewährleistung eines möglichst nahtlosen Übergangs zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation verstanden. Dieser nahtlose Übergang soll durch ein effizientes Übertrittsmanagement unter Vermeidung von Wartefristen erreicht werden. Angestrebt wird die Verlagerung zum geeigneten Leistungserbringer im optimalen Zeitpunkt und damit die Gewährleistung des grösstmöglichen Nutzens für Patientinnen und Patienten. Hierfür wird von den Leistungserbringern erwartet, dass sie über ein Konzept zu Eintritts- und Austrittsmanagement sowie über Kooperationsvereinbarungen mit den wichtigsten vor- und nachgelagerten Institutionen verfügen.

#### Erreichbarkeit

Ein Grundangebot an wohnort- und akutspitalnaher Rehabilitation entspricht nicht nur einem Bedürfnis der Bevölkerung der Planungsregion, sondern fördert auch einen früheren Übergang vom stationären zum tagesklinischen und ambulanten Angebot. Daher sollen wohnortnahe stationäre Rehabilitationsangebote in der

Planungsregion angemessen berücksichtigt werden. Vom Grundsatz, Leistungserbringer innerhalb der Planungsregion ARAISG gegenüber Leistungsangeboten ausserhalb der Planungsregion zu bevorzugen, kann abgewichen werden, wenn damit bezüglich Wohnort- oder Akutspitalnähe ein Mehrwert für die Versorgung der Patientinnen und Patienten der Planungsregion verbunden ist.

#### **Aufnahmepflicht**

Gemäss KVG unterliegen Leistungserbringer mit einem öffentlichen Leistungsauftrag der Aufnahmepflicht für Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion. In diesem Zusammenhang dürfen sie bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten keine Selektion auf der Basis des Versicherungsstatus oder des individuellen Risikos bzw. des Betreuungsaufwandes vornehmen. Die Aufnahmebereitschaft ist für alle zugesprochenen Leistungsgruppen am Standort des Listenspitals zu gewährleisten. Bei Anzeichen von Nichterfüllung der Aufnahmepflicht und insbesondere, wenn Listenspitäler weniger als 50 Prozent ausschliesslich Grundversicherte aus der Planungsregion aufweisen, kann die Planungsbehörde Listenspitäler verpflichten, Daten zu den Wartezeiten je Leistungsgruppe und Liegeklasse sowie zu der Anzahl aufgenommenen sowie abgewiesener Patientinnen und Patienten (aufgeschlüsselt nach Diagnose, Begründung für die Nichtaufnahme und Liegeklasse) einzureichen (bzw. auf der Spital-Webseite zu publizieren).

#### **Ambulantes Angebot**

Leistungserbringer sollen dazu aufgefordert werden, neben dem stationären auch über ein ambulantes Leistungsangebot zu verfügen oder Kooperationsvereinbarungen mit ambulanten Anbietern abzuschliessen, die den Patientinnen und Patienten der Planungsregion im Anschluss an die stationäre eine wohnortnahe ambulante Behandlung ermöglichen.

### **9.3.4 Evaluationskriterium Versorgungssicherheit**

Die langfristige Versorgungssicherheit soll anhand der Versorgungsrelevanz, der Aus- und Weiterbildung in nicht-universitären Gesundheitsberufen, der Versorgung in ausserordentlichen Lagen sowie der Bereitschaft zur langfristigen Leistungserbringung sichergestellt werden.

#### **Versorgungsrelevanz**

Zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung sollen jene Leistungserbringer, die für die Spitalversorgung der Planungsregion im Bereich Rehabilitation relevant sind, auf die Spitalliste aufgenommen werden (sofern sie den allgemeinen und den leistungsgruppenspezifischen Anforderungen genügen). Leistungserbringer innerhalb der Planungsregion müssen mindestens in einer Leistungsgruppe einen Versorgungsanteil von mindestens fünf Prozent für die Bevölkerung von wenigstens einem der Planungskantone aufweisen, damit sie nach der Auswertung des Bewerbungsverfahrens für die Vergabe der Leistungsaufträge zugelassen werden. Gemäss Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist es den Kantonen vorbehalten, den ausgewiesenen Bedarf ihrer jeweiligen Wohnbevölkerung in einem ersten Schritt innerkantonal zu decken (BGE 132 V 6 E 2.4.1). Im Fall einer überkantonalen Planung kommt dieser Grundsatz auf das entsprechende Planungsgebiet zur Anwendung. Leistungserbringer mit Standort ausserhalb der Planungsregion werden in die Evaluation einbezogen, wenn diese in einer Leistungsgruppe einen Mindestanteil von 10 Prozent (in absoluten Zahlen mindestens 10 Fälle) aller Behandlungen von Patientinnen und Patienten der Planungsregion aufweisen. Ausnahmen können bei Leistungsgruppen mit einer sehr geringen Fallzahl gemacht werden. Damit die Versorgungssicherheit sichergestellt wird,

wird angestrebt, in allen Leistungsgruppen einen Leistungsauftrag zu erteilen. Bewerben sich versorgungsrelevante Leistungserbringer einer Gruppe nicht, so können zur Sicherstellung der langfristigen Versorgungssicherheit auch Kliniken auf die Spitalliste aufgenommen werden, die einen geringeren Anteil als zehn Prozent der Hospitalisationen in einer Leistungsgruppe aufweisen. Damit sollen auf der Spitalliste die von mindestens 80 Prozent der von der Wohnbevölkerung der Planungsregion in einer Leistungsgruppe in Anspruch genommenen Leistungen sichergestellt werden.

### **Aus- und Weiterbildung nicht-universitäre Gesundheitsberufe**

Die Nachwuchssicherung in Form der Bereitstellung von ausreichenden Aus- und Weiterbildungsplätzen für Fachpersonen in den nicht-universitären Berufen des Gesundheitswesens findet in den jeweiligen Standortkantonen auf der Basis der entsprechenden Konzepte und Vorgaben statt. Die Vorgaben für Leistungserbringer innerhalb der Planungsregion basieren daher auf die Versorgungskonzepte der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden oder St.Gallen. Für die universitären Berufe des Gesundheitswesens gilt die interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen. Das Listenspital hat für die Ausbildung von Pflegefachpersonen ein Ausbildungskonzept zu erstellen, indem die personellen Ressourcen, die Infrastruktur, die Ziele und die Schwerpunkte der praktischen Ausbildung festgehalten werden. Die Aus-, Weiter- und Fortbildungsverpflichtung kann auch in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern (Ausbildungsverbände) wahrgenommen werden.

### **Betrieb in ausserordentlichen Lagen**

Die stationäre Gesundheitsversorgung muss auch in ausserordentlichen Lagen sichergestellt sein. Die Planungskantone verfügen dazu über verschiedene individuelle Konzeptionspapiere, die insbesondere den Bereich Akutsomatik betreffen. Zudem müssen im Pandemiefall die Vorgaben des Epidemiegesetzes (EpG), des Pandemieplans des Standortkantons (sofern vorhanden), des Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes (BZG) und des Bevölkerungsschutzgesetzes (BSG) berücksichtigt und umgesetzt werden. Im Rahmen der Spitalliste Rehabilitation werden folgende Anforderungen gestellt

1. Das Listenspital muss über ein Konzept für eine Strom-Mangellage verfügen sowie in der Lage sein, seinen Betrieb in einer Strom-Mangellage für wenigstens zwei Wochen zu 80 Prozent zu gewährleisten, wobei der Treibstoffnachschub vertraglich gesichert sein muss.
2. Das Listenspital muss Vorkehrungen getroffen haben für einen funktionierenden IT-Betrieb während einer Strom-Mangellage.
3. Das Listenspital muss über Mindestvorräte an Schutzmasken für viereinhalb Monate im Regelbetrieb sowie an Handschuhen, Überschürzen und Desinfektionsmitteln für jeweils drei Monate im Regelbetrieb verfügen. Der Mindestvorrat an Medikamenten muss die Aufrechterhaltung eines autonomen Betriebs während mindestens eines Monats sicherstellen.

### **Bereitschaft zur langfristigen Leistungserbringung**

Listenspitäler müssen dem Kriterium der kontinuierlichen und langfristigen Bereitschaft zum Angebot der jeweiligen Leistungsbereiche entsprechen. Es werden nur Kliniken berücksichtigt, welche die Leistungsgruppe voraussichtlich langfristig anbieten werden. Sollte die Planungsbehörde Zweifel an der Möglichkeit zur langfristigen Bereitschaft zum Angebot haben, kann sie den Bewerber auffordern

glaubhaft darzulegen, dass die kontinuierliche und langfristige Bereitschaft zum Angebot der beantragten Leistungsgruppe besteht.

Begriff	Erklärung
AfG	Amt für Gesundheit. Zuständig für Planung und Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung der Ausserrhoder Bevölkerung.
AfGVE	Amt für Gesundheitsversorgung. Zuständig für Planung und Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung der St.Galler Bevölkerung.
Akutsomatik	Behandlung, Therapie und Pflege von Patientinnen und Patienten mit organischen (somatischen) Krankheitsleiden.
Akutspital	Einrichtung zur Behandlung, Therapie und Pflege von Patientinnen und Patienten mit somatischen Erkrankungen.
Ambulante Rehabilitation	Rehabilitation, bei der kein stationärer Spitalaufenthalt erforderlich ist. Sie verfolgt die gleichen Ziele und wendet die gleichen Behandlungsmethoden an, wie die stationäre Rehabilitation, die Patientinnen und Patienten bedürfen jedoch häufig einer geringeren Therapieintensität.
AvoS	Ambulant vor stationär. Bestrebungen, verschiedene Behandlungen und Therapien ambulant oder tagesklinisch anstelle von stationär durchzuführen.
Benchmark	Benchmark (dt. Massstab) oder Benchmarking (dt. Massstäbe setzen) bezeichnet eine vergleichende Analyse mit einem festgelegten Referenzwert (z.B. Perzentil, Median).
BFS	Bundesamt für Statistik. Zuständig für die obligatorischen Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens.
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation. Die Kodierung mit den Prozedurenkodes der CHOP ist für alle schweizerischen Spitäler und Geburtshäuser obligatorisch.
Demografie	Lehre, die sich mit der Entwicklung der Bevölkerung befasst. Je nach Annahmen zu Fruchtbarkeit und Sterblichkeit einer Bevölkerungsgruppe sowie zu deren Zu- und Abwanderung werden Prognosen über die zahlenmässige Entwicklung der Bevölkerung formuliert.
FfS	Fachstelle für Statistik des Kantons St.Gallen. Entwickelte das Bevölkerungsszenario für den Kanton St.Gallen und bereitet die Daten der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik auf.
GA	Gesundheitsamt. Zuständig für Planung und Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung der Innerrhoder Bevölkerung.
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
GDK-Ost	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Ostschweizer Kantone Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen, Schaffhausen, Thurgau und Zürich.
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	Leistungen, die ein Spitalunternehmen anbieten muss, deren Kosten jedoch nicht in die Kosten für die Fallpauschalenberechnung gemäss SwissDRG einfließen und vom Kanton abgegolten werden.
Geriatrische Rehabilitation	Rehabilitationsmassnahmen für Patientinnen und Patienten, die in der Regel älter als 75 Jahre sind und die drei Kriterien Multimorbidität, geriatrische Syndrome und Gebrechlichkeit erfüllen. Die geriatrische Rehabilitation will in erster Linie die Patientinnen und Patienten befähigen, eine möglichst selbstständige Lebensführung in der angestammten Wohnsituation zu halten oder wiederzuerlangen.
Hospitalisation	Stationärer Spitalaufenthalt.
Hospitalisierungsrate	Anzahl Hospitalisationen im Verhältnis zu einem definierten Bevölkerungskollektiv. Im Bericht wird die Hospitalisierungsrate pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner ausgewiesen.
ICD-10-Diagnosenklassifikation	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Classification of Diseases), Version 10. ICD-10 wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geführt und bildet alle anerkannten Krankheitsbilder ab.

Begriff	Erklärung
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Die Beschreibung einer Behinderung bezieht sich einerseits auf den Körper einer Person, auf Aspekte der Funktionsfähigkeit bei der Durchführung einer Aktivität oder dem Eingebundensein in eine Lebenssituation und andererseits auf Kontextfaktoren, wie z.B. Umwelt, Unterstützung und Beziehungen, Einstellungen.
Innerregionaler Versorgungsanteil (IRV)	Anteil Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion, die durch Leistungserbringer mit Standort innerhalb der Planungsregion abgedeckt wird
Internistisch-onkologische Rehabilitation	Behandlung der Folgen von Erkrankungen mehrerer Organsysteme, nach kompliziertem Krankheitsverlauf infolge von operativen Eingriffen, nach grösseren chirurgischen Eingriffen oder mit onkologischen/hämatologischen Krankheitsbildern.
Kardiovaskuläre Rehabilitation	Behandlung der Folgen der Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie entsprechender operativer Eingriffe.
Komorbidität	Auftreten zusätzlicher diagnostisch abgrenzbarer Krankheits- oder Störungsbilder im Rahmen einer Grunderkrankung (Hauptdiagnose).
Kurbehandlung	Wohnortferne Nutzung natürlicher, ortsgebundener Heilfaktoren, wie Wasser, Wärme, Klima oder Luft unter ärztlicher Aufsicht nach einem weitgehend vordefinierten Behandlungsplan (Kurpaket).
Leistungsauftrag	Der Leistungsauftrag gemäss Art. 39 KVG umfasst drei Elemente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spitalliste: Sie beinhaltet das medizinische Spektrum, in dem ein Spitalunternehmen zur stationären Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen ist. Sie wird von der Regierung (SG), dem Regierungsrat (AR) oder der Standeskommission (AI) erlassen.</li> <li>• Allgemeine Anforderungen an die Listenspitäler: Sie umfassen allgemein gültige Auflagen für die Spitalunternehmen. Sie werden von der Regierung (SG), dem Regierungsrat (AR) oder der Standeskommission (AI) hoheitlich festgesetzt.</li> <li>• Leistungsvertrag: Darin werden namentlich Sonderaufgaben für einzelne Spitalunternehmen sowie die Abgeltungen für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) geregelt. Der Leistungsvertrag ist spitalindividuell und verhandelbar.</li> </ul>
MS	Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik.
Muskuloskeletale Rehabilitation	Behandlung der Folgen angeborener oder erworbener Fehler des Haltungs- und Bewegungsapparats sowie degenerativer und entzündlicher Gelenks-, Wirbelsäulen- und Weichteilerkrankungen, nach Unfällen, Amputationen sowie nach Operationen am Stütz- und Bewegungsapparat.
Neurologische Rehabilitation	Behandlung der Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie der Folgen von neuromuskulären Erkrankungen.
Pädiatrische Rehabilitation	Behandlung der Folgen verschiedener angeborener und/oder erworbener Krankheiten sowie von Schädigungen von Organen und Organsystemen von Kindern und Jugendlichen, d.h. von Personen im Alter von 0 bis 17 Jahren.
Palliative Care	Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt.
Pflegetage	Anzahl Tage, die für die stationäre Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten im Spital aufgewendet werden. Der Aufnahmetag gilt als Pflegetag, nicht aber der Tag der Entlassung bzw. Verlegung.
Planungsregion ARAISG	Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen, die sich im Rahmen der Spitalplanung Rehabilitation zu einer gemeinsamen Planungsregion zusammengeschlossen haben.
Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	Behandlung psychosomatischer Krankheiten sowie von durch somatische Krankheiten verursachten psychischen Folgeerkrankungen. Nach der neuen Leistungsgruppensystematik werden sie mit Ausnahme der somatoformen Störungen dem Bereich Psychiatrie zugeordnet. Für die Analyse und die Prognose werden sie im Rahmen der vorliegenden Spitalplanung Rehabilitation jedoch berücksichtigt.
Pulmonale Rehabilitation	Behandlung der Folgen von Krankheiten der unteren Atemwege und anderen die körperliche Leistungsfähigkeit reduzierenden Lungenkrankheiten sowie nach entsprechenden thoraxchirurgischen Eingriffen.

Begriff	Erklärung
Rehabilitation	Koordinierter Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung, Schulung und Umschulung sowie zur Anpassung des Betroffenen und seines Umfeldes im Hinblick auf die Wiedererlangung der bestmöglichen Funktionstüchtigkeit und eines angemessenen Platzes in der Gesellschaft.
Rehabilitationsbedürftigkeit	Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn die Funktionsfähigkeit als Folge einer Schädigung über die kurative Versorgung hinaus bedroht, eingeschränkt oder gar inexistent ist und mittels Rehabilitation die Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen vermieden, beseitigt, verbessert oder eine Verschlimmerung verhindert werden kann.
Rehabilitationsfähigkeit	Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulassen.
Rehabilitationsklinik	Einrichtung oder Abteilung zur rehabilitativen Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten mit (psycho-)somatischen Erkrankungen.
Rehabilitationspotential	Rehabilitationspotential ist gegeben, wenn eine erfolgsversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Es müssen plausible Gründe vorliegen, dass der betreffende Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann.
SIKURS	Vom Verbund kommunales statistisches Informationssystem (KOSIS-Verbund) entwickelte Software zur Vorhersage der Bevölkerungsentwicklung. Der KOSIS-Verbund ist eine kommunale Selbsthilfeorganisation aus Deutschland, die mit Unterstützung des Deutschen Städtetags Kooperationsprojekte organisiert.
Somatoforme Störung	Die Somatoforme Störung ist durch ein oder mehrere körperliche Symptome gekennzeichnet, die mit erheblichem Leid, Sorgen und Funktionsschwierigkeiten im Alltag einhergehen, für die es jedoch keine ausreichende körperliche Ursache gibt.
ST Reha	Stationäre Tarifstruktur für die Rehabilitation auf der Basis von leistungsbezogenen Tagespauschalen. Seit dem 1. Januar 2022 werden Leistungen in der stationären Rehabilitation über die Tarifstruktur ST Reha vergütet.
Stationärer Spitalaufenthalt	Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden sowie solche von weniger als 24 Stunden, sofern über Mitternacht ein Bett belegt wird, der Patient in ein anderes Spital überwiesen wird oder wenn es sich um einen Todesfall handelt.
Statistikfall	Das BFS unterteilt die Hospitalisationen in drei Fall-Gruppen: A-Fälle mit Austritt im Erhebungsjahr, B-Fälle mit Eintritt im Erhebungsjahr und per Ende Jahr noch nicht erfolgter Austritt und C-Fälle mit Eintritt vor dem Erhebungsjahr und per Ende Jahr noch nicht erfolgter Austritt. Für die vorliegende Rehabilitationsplanung sind die Austritte im Erhebungsjahr (A-Fälle) relevant.
SwissDRG	In der Schweiz entwickeltes Fallpauschalensystem zur Abgeltung der stationären Spitalaufenthalte im Bereich Akutsomatik sowie vereinzelt im Bereich Rehabilitation.
Überwachungspflichtige Rehabilitation	Behandlung von klinisch stabilen Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko für eine schnelle Verschlechterung der klinischen Stabilität, wobei die Vitalparameter rund um die Uhr überwacht werden (zum Beispiel Sauerstoffsättigung, Puls, Blutdruck und Atemfrequenz) müssen.
Versorgungsregion	Teilregion der Planungsregion, die zur Analyse und zur Darstellung der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen verwendet wird. Die Planungsregion ARAISG wurde in fünf Versorgungsregionen unterteilt, die für den Bereich Rehabilitation unverändert aus dem Bereich Akutsomatik übernommen wurden.
Verweildauer / Aufenthaltsdauer	Anzahl Pfl egetage in einem Spital. Rechnerisch ermittelt als Austrittsdatum - Eintrittsdatum - Urlaubstage.
Durchschnittliche VWD / AHD	Durchschnittliche Verweildauer / Aufenthaltsdauer. Rechnerisch ermittelt, indem die Behandlungstage eines Patientenkollektivs durch die Anzahl Hospitalisationen dividiert werden.
Wohnbevölkerung	Einwohner, deren zivilstandsmässiger Wohnort sich in einem definierten Gebiet (z.B. Kanton) befindet.
Zusatzversicherte	Zusatzversicherungen im stationären Bereich beinhalten den Aufenthalt in einem Zweier- oder Einzelzimmer. Die Abgeltung erfolgt auf der Basis der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP, Allgemeine Abteilung) und zusätzliche auf der Basis von Zusatzversicherungen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG, Halbprivat- oder Privatabteilung).

## Anhang 1: Verwendete Datenquellen

---

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

# Impressum

## **Herausgeber**

Gemeinsame Spitalplanung ARAISG 2023  
Fachkommission Rehabilitation

## **Verfasser/-in**

Dr. Stefania Mojon, Amt für Gesundheitsversorgung (Redaktion), SG  
Dr. Hedwig Prey, Fachstelle für Statistik (Datenaufbereitung und -auswertung), SG

## **Fachkommission**

Mathias Cajochen, Departementssekretär, Gesundheits- und Sozialdepartement, AI  
Franz Bach, Leiter Amt für Gesundheit, Departement Gesundheit und Soziales, AR  
Barbara Rohner, Leiterin Abteilung Spitalversorgung, Amt für Gesundheit, AR  
Vera Bühler, Projektleiterin Abteilung Spitalversorgung, Amt für Gesundheit, AR  
Dr.med. Christine Szadkowski, Stv. Kantonsärztin, Amt für Gesundheit, AR  
Dr.med. Katharina Schenk, Kantonsärztin, Gesundheitsdepartement, SG