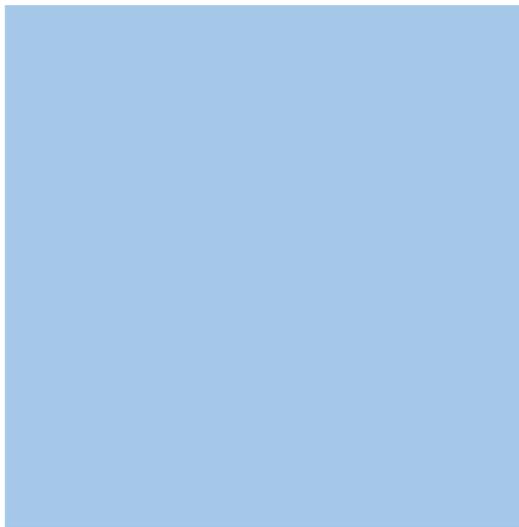


## Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012

### Strukturbericht: Inner- und ausserkantonale Leistungserbringer

Spitalplanung mit Definition der notwendigen stationären Leistungsangebote für die Sicherstellung der Spitalversorgung der Wohnbevölkerung





# Inhaltsverzeichnis

A	Spitalplanung von Appenzell Ausserrhoden: Überblick.....	1
1	Bisherige Spitalplanungen und Spitallisten von Appenzell Ausserrhoden .....	1
2	Veränderte rechtliche Rahmenbedingungen .....	2
3	Planerische Konsequenzen für den Kanton Appenzell Ausserrhoden.....	3
4	Planerische Koordination mit anderen Kantonen .....	4
5	Spitalplanung 2012 .....	5
6	Erstellung des Strukturberichts .....	7
7	Aufbau des Strukturberichts.....	8
8	Ergebnisse des Prozesses Spitalplanung 2012 .....	8
B	Stationäre akutsomatische Versorgung .....	10
1	Leistungsgruppen .....	10
1.1	Anforderungen an die Leistungsgruppen .....	12
1.2	Erarbeitung der Leistungsgruppen.....	12
1.3	Übernahme der Leistungsgruppen des Kantons Zürich .....	14
1.4	Leistungsgruppen im Überblick .....	15
2	Bedarfsprognose .....	15
2.1	Bisherige Leistungsnachfrage der Ausserrhoder Bevölkerung.....	15
2.2	Zu- und Abwanderungen .....	17
2.3	Prognose der Bedarfsentwicklungen bis 2020.....	21
2.4	Marktanteile der einzelnen Spitäler.....	22
3	Evaluationskriterien .....	23
3.1	Generelle Anforderungen .....	25
3.1.1	Generelle Qualitätsanforderungen.....	25
3.1.2	Wirtschaftlichkeitsanforderungen.....	26
3.1.3	Sonstige generelle Anforderungen .....	27
3.2	Leistungsspezifische Anforderungen .....	28
3.2.1	Facharzt und Verfügbarkeit .....	28
3.2.2	Notfallstation.....	29
3.2.3	Intensivstation .....	29

3.2.4 Verknüpfte Leistungen.....	29
3.2.5 Tumorboard.....	30
3.2.6 Mindestfallzahlen.....	30
3.2.7 Sonstige leistungsspezifische Anforderungen.....	31
3.2.8 Anforderungen an Querschnittsleistungsgruppen .....	33
3.2.8.1 Anforderungen an Basispakete.....	33
3.2.8.2 Pädiatrie und Kinderchirurgie.....	34
3.2.8.3 Kompetenzzentrum Akutgeriatrie.....	35
3.2.8.4 Kompetenzzentrum Palliative Care.....	35
3.2.8.5 Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker .....	37
3.2.9 Leistungsspezifische Anforderungen im Überblick.....	37
4 Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot der Bewerber.....	38
4.1 Ablauf Bewerbungsverfahren .....	38
4.2 Übersicht über die definitiven Bewerbungen Akutsomatik .....	41
5 Evaluationsverfahren .....	46
5.1 Prüfung der generellen Anforderungen.....	47
5.1.1 Prüfung der generellen Qualitätsanforderungen .....	47
5.1.2 Prüfung der Wirtschaftlichkeitsanforderungen .....	48
5.1.3 Prüfung der sonstigen Anforderungen .....	48
5.1.3.1 Aufnahmebereitschaft.....	49
5.1.3.2 Erreichbarkeit .....	49
5.1.3.3 Ausbildung.....	49
5.1.4 Übersicht über die Erfüllung der generellen Anforderungen.....	50
5.2 Prüfung der leistungsspezifischen Anforderungen nach Spitälern .....	50
6 Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 Akutsomatik.....	50
C Stationäre rehabilitative Versorgung.....	56
1 Leistungsgruppen .....	57
1.1 Anforderungen.....	57
1.2 Erarbeitung der Leistungsgruppen.....	58
1.3 Leistungsgruppen im Überblick .....	58
1.3.1 Rehabilitation Erwachsener .....	59

1.3.2	Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen .....	61
1.4	Abgrenzung zu anderen Leistungsangeboten .....	61
2	Bedarfsprognose .....	63
2.1	Bisherige Entwicklung der Nachfrage nach rehabilitativen Behandlungen .....	63
2.2	Zu- und Abwanderungen .....	65
2.3	Prognose der rehabilitativen Behandlungen für 2020 .....	66
2.4	Marktanteile der einzelnen Kliniken .....	66
3	Evaluationskriterien .....	67
3.1	Generelle Anforderungen .....	68
3.1.1	Generelle Qualitätsanforderungen .....	68
3.1.2	Wirtschaftlichkeitsanforderungen .....	70
3.1.3	Sonstige generelle Anforderungen an ein Listenspital .....	70
3.2	Leistungsgruppenspezifische Qualitätsanforderungen .....	71
3.2.1	Personalqualifikation .....	71
3.2.2	Notfalldienst .....	72
3.2.3	Leistungsgruppenspezifische Diagnostik und Therapie .....	72
3.2.4	Infrastruktur .....	73
4	Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot der Bewerber .....	73
4.1	Ablauf Bewerbungsverfahren .....	74
4.2	Übersicht über die definitiven Bewerbungen Rehabilitation .....	75
5	Evaluationsverfahren .....	76
6	Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 Rehabilitation .....	78
D	Ausblick .....	81
1	Anhörung und Festsetzung der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 .....	81
2	Controlling der Leistungsaufträge .....	82
3	Spitalplanung als rollende Planung .....	82
E	Anhang .....	83
1	Datenbasis und methodische Grundlagen .....	83
2	Übersicht über die definitiven Bewerbungen Akutsomatik .....	84
3	Übersicht über die definitiven Bewerbungen Rehabilitation .....	90
4	Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 Akutsomatik .....	91

5	Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 Rehabilitation.....	95
F	Glossar und Verzeichnisse.....	96
1	Glossar und Abkürzungsverzeichnis.....	96
2	Abkürzungen und Symbole in Tabellen.....	105
3	Definition der einzelnen Rehabilitations-Leistungsbereiche .....	107

## **Redaktionelle Hinweise**

Aus Gründen der besseren Verständlichkeit wird im nachfolgenden Text die männliche Form im geschlechtsneutralen Sinn verwendet.

Der Austritt eines Patienten aus einem Spital wird in diesem Bericht teilweise als *Fall* und teilweise als *Patient/Behandlung* bezeichnet. Die Bezeichnung *Patient* ist insofern nicht ganz korrekt, weil sich gewisse Patienten jährlich mehrfach in einem Spital behandeln lassen müssen und damit ein Patient mehrere Fälle generiert. Im nachfolgenden Text werden *Patienten* und *Fälle* als Synonyme verwendet, gemeint sind aber immer die Anzahl Spitalaustritte, also die Anzahl Fälle.

Der vorliegende Bericht ist in grossen Teilen identisch mit dem Strukturbericht des Kantons Zürich oder dem Versorgungsbericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden. Um den Lesefluss nicht zu behindern wird jedoch bewusst auf die Anwendung eines wissenschaftlichen Zitierformats verzichtet.

Wir bitten die Leserinnen und Leser für dieses Vorgehen um Verständnis.

# **A Spitalplanung von Appenzell Ausserrhoden: Überblick**

Der vorliegende Bericht wurde in vier Themenblöcke gegliedert. Im Block A wird ein Überblick über die bisherige Spitalplanung des Kantons Appenzell sowie die mit der Spitalplanung 2012 verbundenen Tätigkeiten aufgezeigt. Nachfolgend werden zuerst die bisherigen Spitalplanungen und Spitallisten von Appenzell Ausserrhoden thematisiert. Anschliessend werden die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die Umsetzung im Kanton Appenzell Ausserrhoden mit der Spitalplanung 2012 beschrieben.

In den beiden Blöcken B und C werden sowohl das Vorgehen bei der Evaluation der Bewerber als auch die daraus entstandenen Spitallisten für die Bereiche Akutsomatik und Rehabilitation nacheinander aufgezeigt.

Im letzten Block D folgt ein Ausblick auf das Vernehmlassungsverfahren sowie die Festsetzung der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012

## **1 Bisherige Spitalplanungen und Spitallisten von Appenzell Ausserrhoden**

1962 beauftragte der Regierungsrat einen Gutachter, die Möglichkeiten einer Koordination der mittelländischen Spitäler zu untersuchen. Anlass für das Gutachten bildeten Ausbaupläne für die Krankenhäuser Gais, Teufen und Trogen. Das Gutachten stellte fest, dass vor allem im Mittelland aus betriebs- und finanzwirtschaftlicher Sicht zu viele Spitäler bestehen. Das Gutachten kam jedoch zum Schluss, dass eine Koordination nur sehr schwer möglich sei. Gründe hierfür waren u.a. die starken Gemeindeautonomien, d.h. der fehlende Wille zur Zusammenarbeit. Das Vorhaben wurde daraufhin nicht weiterverfolgt.

Wachsende finanzielle Probleme veranlassten im Jahre 1972 die Krankenhaus-Kommission Trogen, sich an die kantonale Sanitätsdirektion zu wenden mit dem Anliegen, das mittelländische Spitalproblem einer raschen Lösung entgegen zu führen. Eine vom Regierungsrat eingesetzte Spitalplanungskommission erhielt im Oktober 1972 den Auftrag abzuklären, „wie jeder Einwohner des Kantons, ob akut erkrankt oder langzeit- und alterskrank, in zumutbarer Distanz von seinem Wohnort eine entsprechende Hospitalisierungsmöglichkeit finden kann bei möglichst günstigen und für die Allgemeinheit verantwortbaren Kosten.“ Das im September 1974 präsentierte ‚Konzept des Spitalwesens‘ sah vor, dass ein Spital innert 20 bis 30 Minuten erreichbar sein sollte und dass aufgrund der geographischen Gegebenheiten zwei Regionalspitäler notwendig seien. Die Spitäler Herisau und Heiden sollten mit insgesamt 192 Betten die akutstationäre Grundversorgung gewährleisten. Die Trägerschaft sollte bei den Gemeinden bleiben, der Kanton sollte aber Einsitz in den Zweckverbänden nehmen, um seine Aufsichtspflicht besser erfüllen zu können. Während einer Übergangsphase, d.h. so lange die Finanzierung durch die Gemeinde sichergestellt ist, sollten die Gemeindekrankenhäuser Gais und Teufen in beschränktem Umfang Akutspitäler bleiben und vermehrt Chronischkranke übernehmen. Das Gemeindekrankenhaus Trogen sollte als Akutspital aufgehoben und als Pflegeheim geführt werden. Die Spitalplanung sah eine Bettenkapazität von 216 bis 230 Betten vor. Während später das Gemeindekrankenhaus Gais in ein Pflegeheim umgewandelt worden ist, blieb das Krankenhaus Teufen als Akutspital bestehen.

Die Spitalplanung 1989 überprüfte die bestehenden Strukturen des öffentlichen Gesundheitswesens und ermittelte die notwendigen Kapazitäten für die Akutversorgung. Die Pla-

nung ging 1989 von einem Zeithorizont 1995/2000 und von einer kantonalen Bevölkerung von 50'000 Einwohnerinnen und Einwohnern mit einem Betagtenanteil (65 Jahre und mehr) von 21 % bzw. einem Anteil an Hochbetagten (80 und mehr Jahre) von 5 % aus. Die Spitalplanung 1989 rechnete für die Grundversorgung der ausserrhodischen Bevölkerung mit einem Bettenbedarf von 4,0 Betten pro 1'000 Einwohner. Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung sowie von alters- und geschlechtsspezifischen Hospitalisationsraten und Verweildauern ermittelte die Spitalplanung 1989 einen Bedarf zwischen 216 (85 % Bettenbelegung) und 230 Akutbetten (80 % Bettenbelegung). Die akutstationäre Grundversorgung sollte primär durch die Regionalspitäler Herisau (150 Betten) und Heiden (70 Betten) sichergestellt werden. Das Gemeindekrankenhaus Teufen erhielt keinen konkreten Leistungsauftrag, der Kanton übernahm jedoch 50 % des Betriebsdefizits, soweit es durch im Kanton Appenzell Ausserrhoden wohnhafte Patientinnen und Patienten der allgemeinen Abteilung verursacht wurde. Auf das Leistungsangebot der Privatkliniken übte der Kanton keinen Einfluss aus.

Am 1. Januar 1996 trat das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) in Kraft. Es verpflichtete die Kantone erstmals zu einer Spitalplanung und zur Erstellung einer Spitalliste. Gestützt auf die neuen gesetzlichen Grundlagen wurde eine umfassende Spitalplanung durchgeführt. Dabei wurde ein Bedarf von 177 bis 187 somatische Akutbetten bzw. eine Quote von 3,23 Betten pro 1'000 Einwohner für die Grundversorgung ermittelt. Für die Psychiatrie galt ein Wert von 70 bis 74 Betten bzw. eine Quote von 0,8 bis 1,2 Betten pro 1'000 Einwohner. Das Spital Teufen wurde für die akutstationäre Versorgung nicht mehr benötigt. Es wurde für eine Übergangsfrist von zwei Jahren auf die Spitalliste genommen. Die Spitalliste wurde in eine Liste-A (Finanzierung durch Kanton und durch Krankenpflegegrundversicherung) und in eine Liste-B (Leistungserbringer mit privater Trägerschaft, Finanzierung durch Krankenpflegegrundversicherung und Zusatzversicherung) gegliedert.

Im Rahmen der drei Spitalplanungen hat sich somit die Bettenzahl in öffentlich finanzierten Spitälern im Bereich der akutstationären Grundversorgung für die ausserrhodische Bevölkerung von 411 Betten im Jahr 1974 auf 216/230 Betten im Jahr 1989 und auf 177/187 Betten im Jahr 1997 reduziert.

## **2           Veränderte rechtliche Rahmenbedingungen**

Seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG, SR 832.10) am 1. Januar 1996 werden die Kantone gemäss Art. 39 KVG dazu verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalplanung durchzuführen und, darauf abgestützt, eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste zu erlassen.

Am 21. Dezember 2007 haben die Eidgenössischen Räte eine Teilrevision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung und -planung verabschiedet mit dem Ziel, die Kostenentwicklung zu bremsen. Das zentrale Element dieser Teilrevision ist die Umstellung von der bisherigen Objektfinanzierung auf eine leistungsorientierte Subjektfinanzierung, beziehungsweise ein Wechsel vom Prinzip der Kostenerstattung zu einem Preissystem: Ab 2012 müssen alle auf den Spitallisten geführten somatischen Akutspitäler mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach dem DRG-System<sup>1</sup> entschädigt werden. Nach dem bisherigen System konnten die Spitäler jeden Eingriff und Aufenthaltstag einzeln verrechnen, nun werden sie pauschal pro standardisierten Fall bezahlt. Zudem werden mit der Revision die inner- und ausserkantona-

---

<sup>1</sup> DRG steht für Diagnosis Related Groups.

le, freie Spitalwahl<sup>2</sup> garantiert und die Listenspitäler verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton aufzunehmen. Die Kantone müssen die Kosten einer stationären Behandlung ihrer Einwohner, einschliesslich Aufenthalt in einem Spital oder Geburtshaus, nur in einem Listenspital übernehmen, und zwar anteilmässig entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung. Dabei hat der kantonale Kostenanteil<sup>3</sup> ab 2012 mindestens 45 und ab 2017 mindestens 55 Prozent zu betragen.

Als Folge dieser Revision sind die kantonale Spitalplanung und die Spitalliste zu überarbeiten. Wie bisher verpflichtet auch das revidierte KVG die Kantone, für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu sorgen und mittels Spitalplanung die Kosten zu dämpfen. Neu hat die Spitalplanung leistungsorientiert zu erfolgen<sup>4</sup>. Für die Planung stehen nicht mehr Bettenkapazitäten, sondern medizinische Leistungen im Vordergrund. Zusätzlich zur bisherigen Zulassungspraxis muss sich die Evaluation der Listenspitäler auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit stützen. In Zukunft ist zudem keine zweigeteilte Spitalliste mit Abschnitten A und B, sondern nur noch eine integrale Spitalliste zulässig. Diese hat diejenigen Leistungen sicherzustellen, die für die stationäre Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung erforderlich sind. Dabei wird zukünftig unter den folgenden drei Typen von Spitälern unterschieden:

1. Listenspitäler mit staatlichem Leistungsauftrag und gesetzlichem Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie zum Beispiel der Aufnahmepflicht etc.);
2. Vertragsspitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag aber mit vertraglichem Anspruch gegenüber dem Versicherer auf Vergütung gemäss KVG;
3. Ausstandsspitäler ohne Anspruch auf Vergütung nach KVG.

Nach den Übergangsbestimmungen des KVG haben die kantonalen Spitalplanungen spätestens drei Jahre nach der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen, das heisst spätestens am 1. Januar 2015, den revidierten KVG-Bestimmungen zu entsprechen.

### **3 Planerische Konsequenzen für den Kanton Appenzell Ausserrhoden**

Infolge der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 wird auch der Kanton Appenzell Ausserrhoden vor die Aufgabe gestellt, die der geltenden Ausserrhoder Akutspitalliste zugrunde liegende Spitalplanung entsprechend zu überarbeiten. Speziell betroffen ist der Kanton davon, weil eine zweigeteilte Spitalliste rechtlich nicht mehr zulässig ist. Denn die Ausserrhoder Spitalliste ist seit ihrer erstmaligen Festsetzung bis heute unverändert zweigeteilt, und in Listen A und B gliedert:

---

<sup>2</sup> Das heisst gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG, dass die versicherte Person unter denjenigen Spitälern wählen kann, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG aber höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.

<sup>3</sup> Die Kantone setzen ihren Finanzierungsanteil nach Artikel 49a Absatz 2 spätestens per 1. Januar 2012 fest. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen.

<sup>4</sup> Gemäss Art. 58c lit. b KVV kann die Planung in der Rehabilitation leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen.

- Die **Spitalliste A** enthält alle Institutionen mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Vergabe von Leistungsaufträgen an Spitäler erfolgte bei ausgewiesenem Bedarf und ist verknüpft mit der Beteiligung dieser Spitäler an der stationären Versorgung von Patienten der Allgemeinabteilung und je nach Auslastung von Notfall- und Risikopatienten.
- Die **Spitalliste B** umfasst die Leistungserbringer mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patienten der halbprivaten und privaten Abteilungen im Hinblick auf die Abrechnung des Grundversicherungsanteils über die obligatorische Krankenpflegeversicherung. In diesem Bereich gilt der freie Wettbewerb. Der Kanton musste lediglich für gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen der im eigenen Kanton gelegenen Institutionen sorgen. In die Spitalliste B wurden deshalb sämtliche Anbieter von Leistungen im Privatversicherungsbereich mit Standort im Kanton Appenzell Ausserrhoden auf Antrag aufgenommen, sofern sie die gesetzlichen und gesundheitspolitischen Bedingungen erfüllen.

Aufgrund der im Dezember 2007 vom Eidgenössischen Parlament verabschiedeten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes ist diese Spitalliste somit nicht mehr KVG-konform. Rechtlich zulässig ist künftig nur noch eine integrale Spitalliste. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden muss daher die der geltenden Ausserrhoder Spitalliste zugrunde liegende Spitalplanung an die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen anpassen. Parallel dazu werden auch die notwendigen gesetzlichen Grundlagen geschaffen: Teilrevision des Gesundheitsgesetzes sowie neu das Gesetz über den Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (neu).

#### 4 Planerische Koordination mit anderen Kantonen

Die Spitalplanung 2012 erfolgt primär aus der Perspektive der Ausserrhoder Wohnbevölkerung, da die kantonalen Spitalplanungen gemäss Art. 58a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) für die Einwohner des planenden Kantons zu erfolgen haben. Dies bedeutet aber nicht, dass die Ausserrhoder Spitalplanung 2012 isoliert, ohne Berücksichtigung der Patienten und Spitalplanungen anderer Kantone, stattfindet. Im Rahmen der Spitalplanung 2012 findet ein Austausch mit anderen Kantonen statt. Ein wesentliches Gefäss für diesen interkantonalen Austausch bilden die verschiedenen Arbeitsgruppen der Schweizer sowie der Ostschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz, die sich mit den gesamtschweizerischen bzw. regionalen interkantonalen Fragestellungen der Spitalplanung und Spitalfinanzierung auseinandersetzen.

Gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV wird zudem eine Koordination der Planung mit den anderen Kantonen verlangt. Es sind insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auszuwerten und diese mit den betroffenen Kantonen auszutauschen sowie geeignete Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen zu koordinieren. Im Versorgungsbericht<sup>5</sup> wurden deshalb auch die interkantonalen Patientenströme, das heisst die Zuwanderung in den Kanton Appenzell Ausserrhoden sowie die Abwanderung aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden, berücksichtigt.

---

<sup>5</sup> Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012 Versorgungsbericht: Bisherige und zukünftige Entwicklungen der kantonalen Nachfrage nach stationären, akutsomatischen und rehabilitativen Leistungen. Herisau: September 2010.

## 5 Spitalplanung 2012

Oberste Zielsetzung für die Spitalplanung 2012 ist die zukünftige Sicherstellung der stationären kurativen und rehabilitativen somatischen Versorgung der Einwohner des Kantons Appenzell Ausserrhoden. Im Rahmen der Spitalplanung sollen die betreffenden Änderungen in der Spitalplanung und -finanzierung zielführend koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Die Pflegeheimplanung sowie die Planung der Psychiatrie sind nicht Bestandteil dieser Spitalplanung 2012. Eine Spitalliste für die beiden Bereiche wird, wie in Abbildung 1 dargestellt, im Anschluss an die Spitalplanung 2012 in Phase V ab Januar 2012 angegangen.

Um den KVG-Vorgaben zu entsprechen, hat das Departement Gesundheit in einer ersten Phase ermittelt, welche stationären Leistungen in der Vergangenheit beansprucht wurden. Anschliessend wurde eine Prognose bis zum Jahr 2020 erstellt, die aufzeigt, welche medizinische Leistungen (Art und Menge) die Ausserrhodische Wohnbevölkerung im stationären Spitalbereich und in der Rehabilitation in Zukunft benötigen wird. Die Ergebnisse wurden in einem Versorgungsbericht zusammengefasst, von welchem der Regierungsrat am 21. September 2010 Kenntnis genommen hat (RRB-2010-479).

In einer zweiten Phase werden nun die zur Bedarfsdeckung in Frage kommenden Leistungserbringer nach rechtsgleichen Kriterien evaluiert, mögliche Bedarfsdeckungsvarianten analysiert und darauf aufbauend die Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 vorbereitet.

Die Ergebnisse des Evaluationsverfahrens werden in dem vorliegenden Strukturbericht zusammengefasst und ausführlich beschrieben. Gestützt darauf wird eine Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 erstellt. Zu dem Strukturbericht soll eine Anhörung durchgeführt werden. Gestützt auf die Anhörungsergebnisse wird die Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 mit den entsprechenden Leistungsaufträgen im Dezember 2011 durch den Regierungsrat mit Wirkung ab 1. Januar 2012 festgesetzt.

Da noch nicht alle notwendigen Daten vorhanden sind, wird der Strukturbericht gestaffelt erstellt. Ziel ist es, den vollständigen Strukturbericht mit der definitiven Spitalliste bis Ende November 2011 vorzulegen. Insgesamt erfolgt die Spitalplanung 2012 in fünf Phasen:

<b>Spitalplanung 2012 Appenzell Ausserrhoden</b>				
<b>Phase</b>	<b>Teilprojekte</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Termin</b>	<b>Bemerkungen</b>
<b>Phase I</b>	Versorgungsbericht	Bedarfsprognose bis 2020	Sept. 2010	Kenntnisnahme durch Regierungsrat am 21.09.2010
<b>Phase</b>	<b>Teilprojekte</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Termin</b>	<b>Bemerkungen</b>
<b>Phase II</b>	Strukturbericht	a) Evaluation der Leistungserbringer b) Festlegen der Versorgungsstruktur (welche Spitäler erbringen ab 2012 welche Leistungen)	Sept. bis Nov. 2011	

	Teil 1	Prüfung innerkantonale Leistungserbringer	Sept. 2011	Anhörung
	Teil 2	Prüfung ausserkantonale Leistungserbringer	Okt. bis Nov. 2011	Keine Anhörung
	Teil 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weitere Abklärungen, insbesondere Spezialitäten</li> <li>• Definitive Fassung als Basis für die Spitalliste</li> </ul>	Nov. 2011	Genehmigung Strukturbericht durch Regierungsrat bis Ende Nov. 2011
<b>Phase III</b>	Spitalliste	Festsetzung der Spitalliste 2012 Appenzell Ausserrhoden gemäss Art. 39 KVG	1.1.2012	Beschluss Regierungsrat im Dezember 2011
<b>Phase IV</b>	Leistungsaufträge	Erstellen von detaillierten Leistungsaufträgen je Leistungserbringer gemäss Spitalliste	Okt. bis Dez. 2011	Unterzeichnung durch Vorsteher Departement Gesundheit im Dezember 2011
<b>Phase V</b>	Spitalplanung Psychiatrie	Erstellen einer Spitalplanung für den Bereich Psychiatrie	Jan. bis Mai 2012	Beschluss Regierungsrat im Mai 2012

Abbildung 1: Spitalplanung 2012. Quelle: Eigene Darstellung.

Die in Phase IV zu vergebenden Leistungsaufträge werden nach medizinischen Leistungsgruppen differenziert. Im Vordergrund wird künftig weniger die Frage stehen, ob ein bestimmtes Spital einen Leistungsauftrag erhält, sondern welche medizinischen Leistungsbereiche der Leistungsauftrag umfasst. Als Basis für die entsprechenden Leistungsaufträge werden die im Versorgungsbericht aufgeführten Leistungsbereiche daher weiter in Leistungsgruppen unterteilt. Die Bildung dieser Leistungsgruppen basiert auf einer medizinischen und wirtschaftlichen Beurteilung der einzelnen DRG (provisorisch APDRG, definitiv dann SwissDRG). Je nach Leistungsgruppe sind unterschiedliche Auflagen wie Mindestfallzahlen, Führung eines Notfalls oder der Verknüpfung mit bestimmten anderen Leistungsgruppen vorgegeben.

Die Einschätzung, ob sich ein Spital für einen Leistungsauftrag eignet, wird im Sinne des KVG nach den Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität getroffen. Basierend auf diesen Kriterien hat das Departement Gesundheit die verschiedenen Gestaltungsoptionen für die Ausserrhoder Spitallandschaft analysiert. Dabei prüft das Departement Gesundheit die möglichen Versorgungsstrukturvarianten auf ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Ausserrhoder Bevölkerung insgesamt und generell auf die Erfüllung der KVG-Ziele. Die daraus resultierenden Spitallisten sind unter B 6 und C 6 abgebildet. Die Spitallisten Appenzell Ausserrhoden 2012 werden im Rahmen einer Anhörung mit den betroffenen Leistungserbringern diskutiert und mit den von der Planung betroffenen Kantonen koordiniert. Die Tarifpartner werden über die definitive Spitalliste informiert.

Auf der Basis der überarbeiteten Spitalplanung wird der Regierungsrat in der dritten Planungsetappe die Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 festsetzen. Für diese gilt das Prinzip der «rollenden Planung». Das heisst, die individuellen Leistungsaufträge sind befristet und unterliegen der laufenden Überprüfung. Das Departement Gesundheit ist angehalten, primär dort steuernd einzugreifen, wo mit planerischen Eingriffen entweder die Kosten gesenkt oder die medizinische Qualität gesteigert werden können.

Vor diesem Hintergrund wird die Spitalplanung 2012 als Chance gesehen, die Gesundheitsversorgung der Ausserrhoder Wohnbevölkerung auch zukünftig bedarfsgerecht sicherzustellen und gleichzeitig laufend weiter zu verbessern.

## **6 Erstellung des Strukturberichts**

Bei der Erarbeitung des Strukturberichts wird die gute Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich erweitert. Bereits der Versorgungsbericht, welcher eine inhaltliche Grundlage für den Strukturbericht bildet, wurde in Kooperation mit dem Kanton Zürich erstellt.

Für die effiziente und einheitliche Ausgestaltung der Spitalplanung und der Spitalliste wurden von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich wertvolle Instrumente geschaffen. Diese wurden von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) geprüft und den Kantonen zur Anwendung empfohlen. Diese Instrumente beinhalten sowohl für die Akutsomatik wie auch die Rehabilitation:

- ein Leistungsgruppenkonzept,
- ein Bewerbungsverfahren bestehend aus
  - Generellen Anforderungen an Leistungserbringer
  - Sowie Leistungsgruppenspezifischen Anforderungen
- sowie Evaluationskriterien zur Prüfung der durch die Leistungserbringer eingereichten Bewerbungen.

Dem Kanton Appenzell Ausserrhoden wurden für die Erstellung des vorliegenden Berichtes zudem ausgewertete Daten wie auch Tabellen von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zur Verfügung gestellt. Zudem ist der Bericht in grossen Teilen identisch mit dem Strukturbericht des Kantons Zürich<sup>6</sup>, wobei lediglich inhaltliche Anpassungen an die Umstände des Kantons Appenzell Ausserrhoden vorgenommen wurden.

Als Datengrundlagen für den Strukturbericht dienen einerseits die im Versorgungsbericht aufbereiteten Daten<sup>7</sup> und andererseits die im Bewerbungsverfahren gesammelten Angaben über Personal und Infrastruktur der Leistungserbringer.

Da noch nicht alle notwendigen Daten vorhanden sind, wird der Strukturbericht gestaffelt erstellt:

- Der Teil I umfasst die innerkantonalen Leistungsanbieter.
- Im Rahmen des Teils II werden die ausserkantonalen Leistungsanbieter miteinbezogen.

---

<sup>6</sup> Zürcher Spitalplanung 2012: Teil 2 Strukturbericht. Vernehmlassungsversion Mai 2011. Zürich: Mai 2011.

<sup>7</sup> Die Medizin-Statistik (MedStat) sowie die Bevölkerungsstatistik und -prognose (ESOP) des Bundesamtes für Statistik (BFS).

- Der Teil III beinhaltet verschiedene Spezialitäten wie z.B. die Ophthalmologie.

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden hat das Bewerbungsverfahren von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich übernommen. Den an einem Listenplatz interessierten Spitälern wurde die Möglichkeit geboten, sich für ein bestimmtes Leistungsspektrum zu bewerben. Damit wird den Leistungserbringern innerhalb eines klar definierten Rahmens möglichst viel unternehmerische Freiheit geboten.

Damit ein Akutspital oder eine Rehabilitationsklinik für einen Listenplatz in Frage kommt und vom Kanton Leistungsaufträge zugeteilt erhält, muss es die vom Departement Gesundheit festgelegten Anforderungen an die Fachkompetenz des Personal und die Infrastruktur erfüllen. Bei bestimmten spezialisierten Behandlungen muss ein Akutspital im Interesse der Qualität zudem Mindestfallzahlen erreichen, um einen entsprechenden Leistungsauftrag zu erhalten. Für die Erlangung eines Leistungsauftrages gelten für alle Leistungserbringer die gleichen Anforderungen.

Nach Abschluss des Bewerbungsverfahrens hat das Departement Gesundheit die Listenspitäler evaluiert und eine Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 erarbeitet.

## **7 Aufbau des Strukturberichts**

Der vorliegende Strukturbericht berücksichtigt lediglich die Versorgungsbereiche der Akut-somatik sowie der (nicht-psychiatrischen) Rehabilitation. Um die laufenden Arbeiten am Psychiatriekonzept für den Kanton Appenzell Ausserrhoden und die diesbezügliche Bedarfsplanung für den Kanton zeitlich besser abzustimmen und entsprechende Synergien nutzbar machen zu können, wurde entschieden, den Bereich der Psychiatrie in einem späteren separaten Versorgungs- und Strukturbericht zu berücksichtigen.

In den anschliessenden beiden Blöcken des Berichtes (B und C) werden die detaillierten Ergebnisse für diese beiden Versorgungsbereiche beschrieben. Die für die Bevölkerung von Appenzell Ausserrhoden benötigte Gesundheitsversorgung, wird durch die Erteilung von Leistungsaufträgen sichergestellt. Zur Abbildung der geplanten Leistungsvereinbarungen werden leistungsgruppenspezifisch je eine Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 für die Bereiche Akut-somatik und Rehabilitation vorgestellt. Schliesslich wird in Teil D ein Ausblick auf die Festsetzung der Spitalliste sowie die rollende Planung in der weiteren Entwicklung der Spitalplanung vorgestellt. Im Anhang werden unter Block E zu der Datenbasis sowie den angewendeten Methoden Stellung genommen und in Block F ein Glossar und die Verzeichnisse aufgeführt.

## **8 Ergebnisse des Prozesses Spitalplanung 2012**

Im vorliegenden ersten Teil des Strukturberichtes berücksichtigt die Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 einzig die innerkantonalen Leistungserbringer. Die Bewerbungsdaten ausserkantonomer Leistungserbringer werden zurzeit eingeholt und ausgewertet. Diese werden erst im zweiten Teil des Strukturberichts berücksichtigt.

Bei der Evaluation der Leistungserbringer hat das Departement Gesundheit die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich aufbereiteten Kriterien angewendet. Im Sinne der Transparenz und der Förderung des Wettbewerbs werden die Kriterien für alle Bewerber gleich angewendet.

Bei den Evaluationskriterien wurden primär die Qualität, die Wirtschaftlichkeit, die Aufnahmebereitschaft, die Erreichbarkeit sowie die Versorgungsrelevanz berücksichtigt.

### **Akutsomatik**

Die innerkantonalen Leistungserbringer erfüllen gemeinsam die leistungsspezifischen Anforderungen von 58 der total 125 Leistungsgruppen. Bei weiteren zehn Leistungsgruppen sind noch Verhandlungen mit dem Departement Gesundheit in Bearbeitung. Die Spitäler prüfen derweil die mit dem Angebot der betroffenen Leistungsgruppen geforderten personellen Ressourcen sowie die benötigte Infrastruktur und informieren das Departement Gesundheit über einen eventuellen Investitionsentscheid. Das Departement Gesundheit prüft in einem nächsten Schritt die von den Leistungserbringern erwirkten Veränderungen. Falls die Voraussetzungen künftig erfüllt werden, werden ein Leistungsauftrag sowie eine Anpassung der Spitalliste geprüft. Dies entspricht dem Prozess der rollenden Spitalplanung.

In dem von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich aufbereiteten Leistungsgruppenkonzept ist die Spitzenmedizin integriert worden. Die Planung der Leistungserbringung für diese Hochspezialisierte Medizin geschieht nicht direkt durch das Departement Gesundheit, sondern via die Interkantonale Vereinbarung über die Hochspezialisierte Medizin (IVHSM). Das Departement Gesundheit kann in diesem Bereich die Leistungsaufträge für die betroffenen Leistungsgruppen einzig an durch die IVHSM bestimmte Leistungserbringer vergeben.

### **Rehabilitation**

In der Rehabilitation für Erwachsene erfüllen die innerkantonalen Leistungserbringer die leistungsspezifischen Anforderungen für zwei von sieben Leistungsgruppen. Bei zwei weiteren Leistungsbereichen befindet sich das Departement Gesundheit noch in Verhandlung mit den Leistungserbringern.

Sowohl die Klinik Gais, als auch die Rheinburg-Klinik haben in der Vergangenheit Erfahrungen bereits Erfahrungen mit Patienten aus der Frührehabilitation gesammelt. Da es sich um ein junges Leistungsangebot handelt, wird das Departement Gesundheit bei der Überprüfung der Einhaltung der leistungsgruppenspezifischen Anforderungen ab 1. Januar 2012 in der Frührehabilitation einen besonderen Fokus setzen.

## **B Stationäre akutsomatische Versorgung**

Wie bereits im Kapitel A 6 ausführlich dargelegt, baut die Spitalplanung des Kantons Appenzell Ausserrhoden für den akutsomatischen Bereich auf die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zur Verfügung gestellten Instrumente auf. Die in diesem Kapitel geschilderten Anforderungen und Erläuterungen sind grösstenteils identisch mit den entsprechenden Kapiteln des Strukturberichtes des Kantons Zürich.

Der Begriff «Akutsomatik» ist inhaltlich im KVG nicht definiert. Aufgrund der Spitalplanungspflicht gemäss KVG wird darunter im vorliegenden Bericht die stationäre Behandlung akuter Krankheiten oder Unfälle verstanden. Die Akutphase der stationären Behandlung einer Krankheit oder eines Unfalls verbunden mit einer medizinischen Indikation ist zeitlich begrenzt und dauert nur so lange, als eine ärztliche Diagnose gestellt oder eine medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung erforderlich ist.

Unter die vorliegende Planung der Akutsomatik fallen keine psychischen Krankheiten. Auch nicht dazu gehören Massnahmen der medizinischen Rehabilitation, für die nachfolgend eine eigenständige Planung konzipiert wurde.

In diesem Kapitel werden zuerst die akutsomatischen Leistungsgruppen thematisiert. Im zweiten Teilkapitel wird der Leistungsbedarf der Bevölkerung von Appenzell Ausserrhoden für das Jahr 2008 und die Prognose für das Jahr 2020 dargestellt. Nachfolgend wird der Prozess, welcher zur Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 führte, aufgezeigt.

### **1 Leistungsgruppen**

Mit der Umstellung auf die leistungsorientierte Spitalplanung werden die Leistungsaufträge detaillierter und leistungsspezifischer. Damit diese Leistungsaufträge eindeutig definiert sind, müssen sie möglichst auf allgemein anerkannten medizinischen Klassifizierungssystemen basieren. Da die heute gebräuchlichen Klassifizierungssysteme aber zwischen Tausenden von medizinischen Leistungen unterscheiden, sind sie als Basis für Leistungsaufträge zu detailliert und zu unübersichtlich. Die medizinischen Leistungen müssen deshalb zu sinnvollen Leistungsgruppen gebündelt werden.

Idealerweise sollten diese Leistungsgruppen direkt vergeben werden können und eine Einteilung der Spitäler in Versorgungsstufen (z.B. Grundversorgung, spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung) überflüssig machen. Die Leistungsaufträge sollen durch sinnvolle Kombinationen von Leistungsgruppen flexibel und modular gestaltet werden können. Beispielsweise soll es möglich sein, einem Spital primär Leistungsgruppen im Grundversorgungsbereich, in einem bestimmten Fachbereich aber zusätzlich mehrere «spezialisierte» Leistungsgruppen mit den entsprechenden Auflagen zuzuteilen.

Eine gute Ausgangslage für eine sinnvolle Gruppierung der DRG bietet die bereits in anderen Spitalplanungen verwendete GAA-Systematik<sup>8</sup>. Angelehnt an diese Systematik hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich die DRG in 27 Leistungsbereiche gruppiert. Auf einer weiteren Aggregationsebene wurden die Leistungsbereiche organspezifisch zu fünf Hauptbereichen zusammengefasst. Die folgende Tabelle zeigt die Struktur der Haupt- und Leistungsbereiche:

---

<sup>8</sup> Chale, Jean-Jacques et al., Les GAA/APDRG-CH – Groupes pour l'Analyse de l'Activité – Proposition de regroupement d'APDRG en Suisse, Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne, juin 2005.

Hauptbereiche	Leistungsbereiche
<b>Nervensystem&amp;Sinnesorgane</b>	Dermatologie
	Hals-Nasen-Ohren
	Neurochirurgie
	Neurologie
	Ophthalmologie
<b>Innere Organe</b>	Endokrinologie
	Gastroenterologie
	Viszeralchirurgie
	Hämatologie
	Herz-&Gefäßchirurgie
	Kardiologie&Angiologie
	Infektiologie
	Nephrologie
	Urologie
	Pneumologie
Thoraxchirurgie	
<b>Bewegungsapparat</b>	Orthopädie
	Rheumatologie
<b>Gynäkologie&amp;Geburtshilfe</b>	Gynäkologie
	Geburtshilfe
	Neugeborene
<b>Übrige</b>	(Radio-)Onkologie
	Psychiatrie&Toxikologie
	Schwere Verletzungen
	Transplantationen
	Sonstige Behandlungen
	Verlegungen&Todesfälle

Tabelle 1: Darstellungsebenen der Leistungen. Quelle: Tabelle 27 aus dem Versorgungsbericht AR.

Diese Leistungsbereiche und Darstellungsebenen der Leistungen, die sich an der gängigen Spitalorganisation beziehungsweise den klinischen Fachgebieten orientieren, wurden für die Ausserrhoder Spitalplanung übernommen.

Nachfolgend werden die Leistungsbereiche in allen Tabellen primär nach den organspezifischen Hauptbereichen und sekundär alphabetisch sortiert. Verwandte Leistungsbereiche (Gastroenterologie und Viszeralchirurgie, Herz-&Gefässchirurgie und Kardiologie&Angiologie sowie Nephrologie und Urologie) werden immer direkt nacheinander dargestellt.

## 1.1 Anforderungen an die Leistungsgruppen

Damit die Leistungsgruppen eine optimale Basis für zukünftige Leistungsaufträge bilden, sollten sie folgende Anforderungen möglichst gut erfüllen:

- Medizinisch sinnvolle Einheiten bilden: Medizinische Leistungen, die üblicherweise zusammen erbracht werden, sollen in der gleichen Leistungsgruppe zusammengefasst sein.
- Mit einer zweckmässigen Spitalorganisation kompatibel sein: Die durch die Leistungsgruppen vorgegebenen Strukturen müssen im Spitalalltag praktikabel sein. Diverse Klassifikationssysteme berücksichtigen dies zu wenig, so auch das weitverbreitete und den DRG zugrunde liegende Klassifikationssystem der MDC5. Beispielsweise werden Behandlungen an der weiblichen Brust in den MDC unter Dermatologie eingeteilt.
- Klar und eindeutig definiert sein: Klar definierte Leistungsgruppen sind eine Voraussetzung für kontrollierbare und justiziable Leistungsaufträge. Die medizinischen Leistungen jeder Leistungsgruppe sollten deshalb mit den in der Medizinstatistik verwendeten Klassifizierungen der Diagnose (ICD), Behandlungs- (CHOP) oder Fallpauschalencodierungen (DRG) eindeutig bestimmt sein.
- Leistungen ähnlicher Komplexität zusammenfassen: Auflagen wie Infrastrukturvoraussetzungen oder Mindestfallzahlen sind nur bei bestimmten komplexen medizinischen Leistungen sinnvoll. Aus diesem Grund sollten Leistungsgruppen nur Leistungen mit ähnlicher medizinischer Komplexität zusammenfassen. Dies ermöglicht es, die Leistungsgruppen mit den jeweils passenden Auflagen zu versehen.

## 1.2 Erarbeitung der Leistungsgruppen

Es existiert zwar eine Reihe von Klassifikationssystemen für medizinische Leistungen wie beispielsweise MDC, G-APDRG<sup>9</sup> und GAA<sup>10</sup>. Da diese Klassifikationssysteme aber für andere Zwecke entwickelt wurden, erfüllen sie die oben genannten Anforderungen lediglich teilweise. Aus diesem Grund hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zusammen mit über 100 Fachärzten von rund 20 Zürcher Spitälern eine neue Leistungsgruppierung entwickelt. Dabei wurden die 27 Leistungsbereiche in rund 125 Leistungsgruppen aufgeteilt.

---

<sup>9</sup> R. Krüger und M. J. Lenz (2004): G-APDRG: Ein synthetisches Beschreibungsinstrument der Krankenhausleistungen, entwickelt auf der Grundlage der französischen G-GHM. In: 5. Deutsche Casemix-Konferenz, Konferenzdokumentation 2004: 254-264.

<sup>10</sup> Chalé, Jean-Jacques et al., Les GAA / APDRG-CH - Groupes pour l'Analyse de l'Activité - Proposition de regroupement d'APDRG en Suisse, Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne, juin 2005.

Die Bildung der Leistungsgruppen wurde auf der Basis der APDRG sowie Diagnose- (ICD) und Operationscodes (CHOP) vorgenommen. Dabei können die folgenden drei Etappen unterschieden werden:

### **Erarbeitung der provisorischen Leistungsgruppen**

Die Bildung der provisorischen Leistungsgruppen erfolgte unter Beizug von rund 30 Fachexperten in einem mehrstufigen Vorgehen. In einem ersten Schritt wurde überprüft, ob die APDRG aus medizinischer Sicht genügend homogen sind, um integral einer Leistungsgruppe zugeteilt werden zu können, oder ob sie dazu aufgeteilt werden müssen. Dabei zeigte sich, dass die meisten APDRG aus medizinischer Sicht zu wenig homogen sind, da DRG primär nach ökonomischen und nicht nach medizinischen Kriterien gebildet werden. DRG fassen in erster Linie gleich kostenintensive und nicht medizinisch gleich komplexe Leistungen zusammen. Aus diesem Grund wurden die Leistungsgruppen primär auf Basis von Diagnose- (ICD) und Behandlungs-codes (CHOP) gebildet.

In einem zweiten Schritt wurden die Leistungen bezüglich der Komplexität der Diagnostik und der Behandlung, der benötigten Infrastruktur, der interdisziplinären Zusammenarbeit und der notwendigen zeitlichen Verfügbarkeit des Fachpersonals beurteilt. Basierend auf diesen Bewertungen wurde dann für jede Leistung entschieden, welche Anforderungen für die Erbringung dieser Leistung gelten sollten. Schliesslich wurden die Leistungen innerhalb des gleichen Leistungsbereiches mit den gleichen Anforderungen zu Leistungsgruppen zusammengefasst. Resultat dieses Prozesses waren rund 150 provisorische Leistungsgruppen mit den dazugehörigen Anforderungen.

### **Überprüfung und Überarbeitung der provisorischen Leistungsgruppen**

Da die Leistungsgruppen im Alltag in unterschiedlichen Spitälern umsetzbar sein müssen, wurden die provisorischen Leistungsgruppen und die entsprechenden Anforderungen von rund 100 Fachexperten verschiedener Spitäler überprüft. Da sich die Perspektive eines Universitätsspitals meist von der Perspektive anderer Spitäler unterscheidet, wurden pro Leistungsbereich ein Fachexperte eines Universitätsspitals und mindestens ein Fachexperte eines nicht-universitären Spitals berücksichtigt. Bei der Auswahl der nicht-universitären Spitäler hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich Zentral-, Schwerpunkt- und Privatspitäler angemessen berücksichtigt.

Die involvierten Fachexperten engagierten sich bei der Überprüfung der provisorischen Leistungsgruppen mit grossem Einsatz und brachten viele neue Aspekte in die Konzeption der Leistungsgruppen mit ein. Dies führte dazu, dass in einigen Leistungsbereichen die provisorischen Leistungsgruppen nochmals überarbeitet wurden. In anderen Leistungsbereichen wurden hingegen nur kleinere Details geändert. In beinahe allen Leistungsbereichen wurde eine Konsenslösung gefunden. Als Ergebnis dieses Prozesses resultierten 145 Leistungsgruppen mit leistungsspezifischen Anforderungen.

Davon sind rund 20 Leistungsgruppen der Grundversorgung zuzurechnen. Um eine umfassende, leistungsbereichsübergreifende Grundversorgung sicherzustellen, wurden schliesslich diese 20 Grundversorgungs-Leistungsgruppen in einer Leistungsgruppe «Basispaket» vereint.

### **Anpassung der Leistungsgruppen auf Swiss-DRG und neue CHOP- und ICD-Versionen**

Ab 2012 werden alle Schweizer Spitalbehandlungen mit dem neuen Fallpauschalensystem SwissDRG abgerechnet. Das bisher in vielen Kantonen verwendete APDRG-System verliert damit seine Bedeutung in der Schweiz. Es ist deshalb nötig, das Leistungsgruppensystem

auf seine Kompatibilität mit SwissDRG zu prüfen und wo nötig anzupassen. Eine vollständige Übersetzung der Leistungsgruppen in SwissDRG ist dabei nicht notwendig, da die Leistungsgruppen primär auf der Basis von CHOP- und ICD-Codes und nur in wenigen Bereichen auf der Basis von APDRG erarbeitet wurden.

Die Anpassung der Leistungsgruppen auf SwissDRG erfolgt schrittweise. Sobald eine neue Version von SwissDRG publiziert ist, wird das Leistungsgruppenkonzept daran angepasst. Zudem wird die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich das Leistungsgruppensystem auch in Zukunft regelmässig überprüfen und es bei Bedarf den Entwicklungen in der Medizin und in den zugrundeliegenden medizinischen Klassifizierungssystemen (CHOP und ICD) anpassen.

### **Zuordnung der Fälle zu den Leistungsgruppen**

Alle Fälle werden mit einem Algorithmus<sup>11</sup> eindeutig einer Leistungsgruppe zugeteilt. Diese Zuteilung erfolgt anhand der CHOP- und ICD-Codierung aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik (BfS). Vereinzelt werden auch DRGs (SwissDRG Version 1.0) für die Zuteilung verwendet.

Bei Fällen, die aufgrund ihrer Codierung in mehrere 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. Beispielsweise sind die Leistungsgruppen, die von der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) betroffen sind, zuoberst in der Hierarchie. Somit wird jeder Fall, der eine CHOP- oder ICD-Codierung aus einer IVHSM-Leistungsgruppe aufweist, unabhängig der übrigen Codierung immer einer IVHSM-Leistungsgruppe zugeteilt.

## **1.3 Übernahme der Leistungsgruppen des Kantons Zürich**

Die Bildung der Leistungsgruppen mit Auflagen ist eine komplexe Arbeit, die nicht jeder Kanton alleine leisten kann und muss. Die vom Kanton Zürich vorgestellten Leistungsgruppen können inklusive der Auflagen von allen Kantonen übernommen werden. Die Leistungsgruppen basieren primär auf einer medizinischen Beurteilung, die unabhängig von spezifischen Kantonsstrukturen gültig ist. Leistungsaufträge auf der Basis der Leistungsgruppen ergeben somit in jedem Kanton eine sinnvolle Versorgungsstruktur. Mit den Leistungsgruppen hat zudem jeder Kanton ein Instrument für eine zielgerichtete und effiziente leistungsorientierte Spitalplanung zur Verfügung.

Falls alle Kantone ihre Leistungsaufträge auf den gleichen Leistungsgruppen basieren, wird die interkantonale Koordination in der Spitalplanung vereinfacht, da die Bedarfsanalysen vergleichbar werden. Zudem können die Leistungsaufträge für alle Spitäler unabhängig vom Auftragskanton gleich aufgebaut werden. Dies ist insbesondere für Spitäler mit Leistungsaufträgen aus verschiedenen Kantonen ein grosser Vorteil.

Die GDK hat das Leistungsgruppenkonzept geprüft und allen Kantonen empfohlen, dieses im Rahmen der leistungsorientierten Spitalplanung und bei der Formulierung der Leistungsaufträge für alle Spitäler anzuwenden. Auch die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vorgeschlagenen und medizinisch hergeleiteten leistungsspezifischen Anforderungen

---

<sup>11</sup> Die Definitionen und die Dokumentation des aktuellen Der Grouper-Algorithmus wird im Internet unter [www.gd.zh.ch/strukturbericht](http://www.gd.zh.ch/strukturbericht) detailliert dokumentiert.

wurden den Kantonen zur Übernahme empfohlen. Nur in versorgungsspezifischen und begründeten Ausnahmefällen sollte davon abgewichen werden.

## **1.4 Leistungsgruppen im Überblick**

Zwei besondere Leistungsgruppen sind das Basispaket (BP) und das Basispaket Elektiv (BPE), da sie die Grundlage für alle anderen Leistungsgruppen darstellen. Das Basispaket bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das Basispaket Elektiv ist dagegen Grundlage für Leistungserbringer, die primär elektiv tätig sind und über keine Notfallstation verfügen.

### **Basispaket (BP)**

Das Basispaket umfasst alle Leistungen der Basisversorgung in sämtlichen Leistungsbereichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärzten für Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärzten erbracht.

Das Basispaket bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das Basispaket ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatienten. Da Notfallpatienten oft mit unklaren Beschwerden ins Spital kommen, ist nicht nur das Führen einer adäquaten Notfallstation, sondern auch das Angebot einer breiten Basisversorgung wichtig. Nur dies garantiert, dass bei Notfallpatienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende Differenzialdiagnose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann.

### **Basispaket Elektiv (BPE)**

Das Basispaket Elektiv ist ein Teil des Basispakets und umfasst nur Basisversorgungsleistungen aus denjenigen elektiven Leistungsbereichen, in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt. Hat z.B. ein Leistungserbringer einen Leistungsauftrag für urologische Leistungsgruppen, so umfasst das Basispaket Elektiv alle urologischen Basisleistungen. Zusätzlich dürfen Spitäler mit dem Basispaket Elektiv einzelne definierte Basis-Eingriffe aus der Viszeral- und Gefässchirurgie wie z.B. Hernienoperationen erbringen.

Das Basispaket Elektiv bildet die Grundlage für alle Leistungserbringer ohne Notfallstation. Spitäler mit dem Basispaket Elektiv können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen anbieten. Es sind dies Leistungsgruppen in den Bereichen Ophthalmologie, Hals-Nasen-Ohren, Orthopädie/Rheumatologie, Gynäkologie und Urologie.

Alle Leistungsgruppen sind auf der Basis von Diagnose- (ICD) und Behandlungscodes (CHOP) sowie DRG eindeutig definiert<sup>12</sup>.

## **2 Bedarfsprognose**

### **2.1 Bisherige Leistungsnachfrage der Ausserrhoder Bevölkerung**

Die Anzahl hospitalisierter Ausserrhoder Bewohner ist von 7'640 im Jahr 2003 um knapp 11 Prozent auf 8'450 im Jahr 2008 gestiegen. Da die Zahl der Kantonseinwohner in diesem

---

<sup>12</sup> Die den Leistungsgruppen zugeordneten DRG, CHOP- und ICD-Codes sind auf der Homepage der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ersichtlich: [www.gd.zh.ch/strukturbericht](http://www.gd.zh.ch/strukturbericht).

Zeitraum unverändert geblieben ist, lässt sich dieser Zuwachs an stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen in erster Linie mit der demografischen Altersverschiebung erklären.

Die Anzahl der Pfl egetage hatte sich im Jahr 2008 im Vergleich zu 2003 zwar um knapp zwei Prozent erhöht. Sie hat in den dazwischen liegenden vier Jahren aber sehr stark geschwankt und jeweils auch immer mehr oder minder deutlich unter der Anzahl Pfl egetage im Jahr 2003 gelegen. Die mittlere Aufenthaltsdauer war 2004 höher als 2003 und ist danach von Jahr zu Jahr kontinuierlich gesunken.

Die Tabelle 2 zeigt, an welchen Spitälern innerhalb und ausserhalb des Kantons Appenzell Ausserrhoden sich Patienten aus diesem Kanton im Jahr 2008 in welchen Leistungsbereichen wie häufig behandeln liessen.

	Appenzell Ausserrhoden					AI Spital Appenzell	SG			andere Kantone andere Spitäl <100 Pat.	Total	
	Spital Herisau	Spital Heiden	Klinik am Rosenberg Heiden	Berli-Klinik Niederufenen	Augenklinik Teufen		Kantonsspital St. Gallen	Andere Spitäl <100 Pat.	Klinik Stephanshorn, St. Gallen			Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen
<b>Nervensystem und Sinnesorgane</b>												
Dermatologie	121	37	2			5	64	5	6	12	7	259
Hals-Nasen-Ohren	102	37		5		5	89	11	6	21	10	286
Neurochirurgie	4		3			1	33	1	2		2	46
Neurologie	115	56				2	160	6		44	23	406
Ophthalmologie	2	1			23		46				6	78
<b>Innere Organe</b>												
Endokrinologie	37	9				1	27			9	4	87
Gastroenterologie	270	122				4	100	6	3	28	11	544
Viszeralchirurgie	306	113		1		14	156	7	40	13	20	670
HämATOLOGIE	31	21				1	39	1	2	11	3	109
Herz- und Gefässchirurgie	99	29	11	17		6	78	1	5		48	294
Kardiologie und Angiologie	220	98				3	221	3		4	26	575
Infektologie	60	20	1				32	2	1	7	7	130
Nephrologie	33	20					19			5	2	79
Urologie	135	62		1		6	109	5	33	5	13	369
Pneumologie	154	85				1	57	6		39	6	348
Thoraxchirurgie	19	13					33			3	6	74
<b>Bewegungsapparat</b>												
Orthopädie	582	247	301	31		75	331	21	140	27	64	1819
Rheumatologie	89	53	13			5	68	3	3	8	8	250
<b>Gynäkologie und Geburtshilfe</b>												
Gynäkologie	117	63		2		3	63	2	55		10	315
Geburtshilfe	240	119				22	88	3	61		10	543
Neugeborene	229	98				19	70	1	50	31	10	508
<b>Übrige</b>												
(Radio-) Onkologie	26	6					49			1	3	85
Psychiatrie und Toxikologie	32	31				2	23	4		9	5	106
Schwere Verletzungen	46	10				1	14	1		6	5	83
Transplantationen							2				2	4
Sonstige Behandlung	52	30		1		5	64	15	13	15	19	214
Verletzungen und Todesfälle	67	29	1			3	41	5	8	2	16	172
<b>Total</b>	<b>3 188</b>	<b>1 409</b>	<b>337</b>	<b>53</b>	<b>23</b>	<b>184</b>	<b>2 078</b>	<b>109</b>	<b>428</b>	<b>300</b>	<b>346</b>	<b>8 453</b>

Tabelle 2: Patienten aus dem Kanton AR nach Leistungsbereichen und behandelndem Akutspital 2008. Quelle: Tabelle Akut 11 aus dem Versorgungsbericht AR.

Rund 60 Prozent der (akutsomatischen) Spitalbehandlungen bei Ausserrhoder Patienten fanden in Spitälern innerhalb des Kantons Appenzell Ausserrhoden statt, davon rund 38 Prozent im Spital Herisau, rund 17 Prozent im Spital Heiden und die restlichen fünf Prozent in den drei Privatkliniken, davon 4 Prozent in der Hirslanden Klinik am Rosenberg, Heiden.

Den grössten Anteil in sämtlichen innerkantonalen Spitälern (mit Ausnahme der Augenklinik in Teufen) macht der Leistungsbereich *Orthopädie* aus. Mit 64 Prozent aller diesbezüglichen Behandlungsfälle von Ausserrhoder Patienten wurde der betreffende Behandlungsbedarf auch überdurchschnittlich häufig *innerhalb* des Wohnkantons gedeckt. In etwa gleich hoch lag der *innerkantonal* befriedigte Behandlungsanteil in den Leistungsbereichen *Viszeralchirurgie* sowie *Geburtshilfe&Neugeborene*. Bei der *Gastroenterologie* wurden sogar 72 Prozent des kantonalen Behandlungsbedarfs *innerkantonal* befriedigt, bei der *Herz-/Gefässchirurgie* und der *Kardiologie/Angiologie* immerhin noch 53 Prozent bzw. 55 Prozent.

Unter den ausserkantonal nachgefragten Spitälern dominiert das Kantonsspital St. Gallen. Hier wurde 2008 jeder vierte Ausserrhoder Patient, der in diesem Jahr in ein Spital eingetre-

ten ist, behandelt. Unter den restlichen ausserkantonalen Spitalbehandlungen dominieren die Klinik Stephanshorn und das Ostschweizer Kinderspital in St. Gallen mit Anteilen von gut 5 bzw. 4 Prozent an allen 2008 bei Ausserrhoder Patienten durchgeführten Spitalbehandlungen.

## 2.2 Zu- und Abwanderungen

Vorstehend wurde in Kapitel 2.1 der Leistungsbedarf der spitalbedürftigen Ausserrhoder Bevölkerung dargestellt. Dieser setzt sich aus allen Behandlungen von Ausserrhoder Patienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden sowie von Ausserrhoder Kantoneinwohnern, die sich ausserkantonal behandeln liessen (Abwanderer), zusammen.

Im Kapitel 2.2 werden die akutsomatischen Institutionen im Kanton Appenzell Ausserrhoden und sämtliche von diesen Institutionen im Jahr 2008 behandelten Patienten dargestellt. Dabei handelt es sich sowohl um im Kanton Appenzell Ausserrhoden ansässige Patienten, die sich in ihrem Wohnkanton behandeln liessen, als auch um Patienten aus anderen Kantonen (Zuwanderer).

Die Tabelle 3 zeigt die Patienten, die in den akutsomatischen Institutionen im Kanton Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2008 behandelt worden sind, aufgeschlüsselt nach Wohnkanton und Leistungsbereich.

	Spital Herisau					Spital Heiden					Klinik am Rosenberg, Heiden					Berit-Klinik, Niedertaufen					Augerklinik Taufen																										
	AR	Ausbund	AI	SG	TG	ZH	Andere Kantone < 100 Pat.	Total	AR	Ausbund	AI	SG	TG	ZH	Andere Kantone < 100 Pat.	Total	AR	Ausbund	AI	SG	TG	ZH	Andere Kantone < 100 Pat.	Total	AR	Ausbund	AI	SG	TG	ZH	Andere Kantone < 100 Pat.	Total															
<b>Nervensystem und Sinnesorgane</b>																																															
Dermatologie	121	1	15	3	3	3	146	37	5	14	2	1	59	2	14	4	1	2	23		1	1																									
Hals-Nasen-Ohren	102	1	10	27	8	1	3	152	37	9	37	7	4	94	5	10	5	2	22		1																										
Neurochirurgie	4	1	3				8						0	3	1	20	6	1	31		1																										
Neurologie	115	13	13	2			2	145	56	2	4	6	2	1	71																																
Optikarologie	2						2	1						1		1																															
<b>Innere Organe</b>																																															
Endokrinologie	37	2	3	4			1	47	9	2	3	2	1	17																																	
Gastroenterologie	270	2	14	22	1	5	9	323	122	13	24	5	6	2	172																																
Viszeralchirurgie	306	17	36	3	3	3	368	113	1	6	19	1	3	143				1		10																											
HämATOlogie	31	1	2	1			35	21					1	22		3		3																													
Herz- und Gefässchirurgie	99	8	13	2	2		124	29	3	2	1			35	11	1	1	38	1	1	2	55	17	3	1	65	5	13	14	118																	
Kardiologie und Angiologie	220	3	10	13		4	1	251	98	1	8	11	1	1	123																																
Infektiologie	60	2	6		2	1	71	20	5	7		1	1	34	1	7			8		1																										
Nephrologie	33	1	4	3		1	42	20	1				7	1	2	31																															
Urologie	135	1	5	10			1	152	62	11	19	2	1	95					1		1																										
Pneumologie	154	1	16	12		2	3	188	85	1	11	17	1	1	6	122																															
Thoraxchirurgie	19	6					1	26	13					13																																	
<b>Bewegungsapparat</b>																																															
Orthopädie	582	2	21	178	34	6	14	837	247	30	37	4	6	6	330	301	89	45	1665	254	33	31	2418	31	6	1	240	63	6	17	364																
Rheumatologie	89	3	16				3	111	53		9	2	2	66	13	1	2	43	8	1	3	71			2	3	2																				
<b>Gynäkologie und Geburtshilfe</b>																																															
Gynäkologie	117	5	41	1	1	2	167	63	1	13	120	3	4	6	210			2	13	5	1	21	2																								
Geburtshilfe	240	2	17	221	17	1	498	119		21	376	14	2	2	534																																
Neugeborene	229		13	208	16	1	467	98		18	324	13	2	2	458																																
<b>Organe</b>																																															
(Radio-) Onkologie	26	2	2				30	6		1				7																																	
Psychiatrie und Toxikologie	32	2	5	1		3	43	31		4	1	3	1	40																																	
Schwere Verletzungen	46	1	6	2	1	1	3	60	10		2	4		17																																	
Sonstige Behandlung	52	3	12	1		2	70	30		2	10		1	43		1	8	1				10	1																								
Verletzungen und Toxizität	67	1	4	11	3	4	94	29		2	22	1	2	5	61	1	1	1	10	1	1	1	16																								
<b>Total</b>	<b>3188</b>	<b>17</b>	<b>187</b>	<b>675</b>	<b>94</b>	<b>37</b>	<b>59</b>	<b>4457</b>	<b>1409</b>	<b>8</b>	<b>186</b>	<b>1072</b>	<b>59</b>	<b>35</b>	<b>49</b>	<b>2796</b>	<b>337</b>	<b>94</b>	<b>51</b>	<b>1832</b>	<b>295</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>2879</b>	<b>53</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>338</b>	<b>71</b>	<b>19</b>	<b>33</b>	<b>630</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>44</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>35</b>	<b>157</b>							

Tabelle 3: Patienten in Akutspitalern im Kanton AR nach Wohnkanton und Leistungsbereich. Quelle: Tabelle Akut 16 aus dem Versorgungsbericht AR.

Es ist ersichtlich, dass im Jahr 2008 die Patientenzahl im Kanton Appenzell Ausserrhoden bei 10'621 lag<sup>13</sup>. Am meisten Patienten (42 Prozent) wurden am Spital Herisau behandelt, 26 Prozent am Spital Heiden und 25 Prozent in der Hirslanden Klinik am Rosenberg, Heiden. Der Patientenanteil aller Privatkliniken lag bei 31 Prozent.

Bemerkenswert bei den beiden öffentlichen Spitälern ist:

- der hohe Anteil notfallmässiger Spitaleintritte von 44 bzw. 37 Prozent,
- der weit unterdurchschnittliche Anteil Zusatzversicherter Patienten,
- der deutlich höhere Anteil ausserkantonaler Patienten in Heiden, verglichen mit Herisau.

Das Merkmal *Liegeklasse* verdeutlicht die Trennung zwischen A- und B-Liste im Kanton Appenzell Ausserrhoden: An den Institutionen der Liste A beziehen nur weniger als zwanzig Prozent aller Patienten eine Behandlung mit Zusatzversicherung. Bei den Institutionen der Liste B fällt dieser Anteil dagegen mehr oder minder deutlich höher aus. Die Hirslanden Klinik am Rosenberg in Heiden figuriert auf der Spitalliste B des Kantons. Soweit für die betreffenden Leistungsanbieter keine ausserkantonalen Leistungsaufträge bestehen, sind diese nicht befugt, Patienten, die ausschliesslich grundversichert sind, zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abzurechnen. Im Übrigen stammt in den im Kanton Appenzell Ausserrhoden ansässigen akutsomatischen Privatkliniken insgesamt nur einer von zehn Patienten aus dem Standortkanton. Daraus kommt den Spitälern Herisau und Heiden ein hoher Stellenwert hinsichtlich der Versorgungssicherheit der Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden zu.

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 wird mit der freien Spitalwahl den grundversicherten Patienten der Zugang zu Privatkliniken ermöglicht. Diese ermöglicht allen Patienten den Zugang zu inner- und ausserkantonalen Listenspitälern, wobei die Kantone maximal ihren Anteil an den festgelegten Referenztarif entschädigen. Die freie Spitalwahl wird insofern eingeschränkt, als Aufpreise von den Patienten entweder direkt oder via eine persönliche Zusatzversicherung entschädigt werden.

Der Übergang zur neuen Spitalfinanzierung wird voraussichtlich einen Einfluss auf die Patientenströme haben. Einerseits könnte in den Jahren 2012 und 2013 eine Verschiebung zu Gunsten der Privatkliniken stattfinden. Andererseits werden die Restriktionen für eine ausserkantonale Behandlung gesenkt. Dadurch könnten sowohl die Zuwanderung in den als auch die Abwanderung aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden zunehmen. Beide Effekte sind vom neuen System SwissDRG erwünscht.

Appenzell Ausserrhoden ist derzeit ein Nettozuwanderungskanton. Ab 2012 werden die interkantonalen Patientenströme durch die Festlegung der Baserates beeinflusst.

Die nachfolgenden Tabellen 4 und 5 stellen die wichtigsten Informationen zu den interkantonalen Patientenströmen dar.

---

<sup>13</sup> Es ist davon auszugehen, dass es weniger Patienten waren, da einzelne Personen mehrmals in ein Spital eingetreten sind.

Tabelle 4 zeigt, in welchen Kantonen sich die Ausserrhoder Patienten behandeln liessen und aus welchen Kantonen die ausserkantonalen Patienten nach Appenzell Ausserrhoden kommen.

	SG	AI	TG	Andere Kantone <100	Zürich	Ausland	Gesamt
Zuwanderung	4'161	410	524	216	154	146	5'611
Abwanderung	-2'913	-184	-22	-142	-182	?	-3'443
Nettowanderung	1'248	226	502	74	-28	146	2'168

Tabelle 4: Zu- und Abwanderung von Patienten in den/aus dem Kanton Appenzell 2008. Quelle: Tabelle 18 aus dem Versorgungsbericht AR.

Grundsätzlich kann auf der Grundlage von Tabelle 18 (erneut) festgestellt werden, dass sich die Ausserrhoder Wohnbevölkerung mehrheitlich im Wohnkanton behandeln lässt. Immerhin liessen sich aber 3'443 von insgesamt 8'453 Ausserrhoder Spitalpatienten im Jahr 2008 in anderen Kantonen behandeln<sup>14</sup>. Das entspricht 40 Prozent der (stationären) Spitalbehandlungen und 43 Prozent der Pfl egetage, welche die Ausserrhoder Wohnbevölkerung im Jahr 2008 insgesamt beansprucht hat. Verständlich ist der Befund, dass die Ausserrhoder für ausserkantonale Behandlungen weit überwiegend nach St. Gallen gehen.

Die Patientenzahl der Zuwanderer in die akutsomatischen Institutionen im Kanton Appenzell Ausserrhoden lag im Jahr 2008 bei 4'161. Das entspricht 39 Prozent aller in diesem Kanton behandelten Patienten. Diese beanspruchten 49 Prozent aller Pfl egetage im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Die Zuwanderer wohnten hauptsächlich in den angrenzenden Kantonen. 370 der ausserkantonalen Patienten (9 Prozent) kamen aus anderen Kantonen; 146 (knapp 4 Prozent) hatten ihren Wohnsitz im Ausland.

Tabelle 5 zeigt die Resultate der Nettowanderung von Patienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2008, aufgeschlüsselt nach Leistungsbereichen.

	SG	AI	TG	Andere Kantone <100	Zürich	Ausland	Gesamt
<b>Nervensystem &amp; Sinnesorgane</b>							
Dermatologie	-43	1	6	2	5	.	-29
Hals-Nasen-Ohren	-53	15	20	3	-3	1	-17
Neurochirurgie	-12	0	6	1	-1	1	-5
Neurologie	-191	15	4	-11	-9	2	-190
Ophthalmologie	-1	1	15	30	22	16	83

<sup>14</sup> Es stehen keine Daten bezüglich Ausserrhoder Patienten im Ausland zur Verfügung.

	SG	AI	TG	Andere Kantone <100	Zürich	Ausland	Gesamt
<b>Innere Organe</b>							
Endokrinologie	-29	4	2	0	-2	2	-23
Gastroenterologie	-91	23	3	4	10	2	-49
Viszeralchirurgie	-151	9	3	-2	-8	1	-148
Hämatologie	-48	0	2	-1	-2	.	-49
Herz-&Gefässchirurgie	34	7	8	15	-30	4	38
Kardiologie&Angiologie	-204	15	1	-3	-14	4	-201
Infektiologie	-21	7	.	-4	2	1	-15
Nephrologie	-14	4	.	1	1	2	-6
Urologie	-122	10	-5	-1	-3	1	-120
Pneumologie	-73	26	1	5	1	2	-38
Thoraxchirurgie	-36	6	.	0	-5	.	-35
<b>Bewegungsapparat</b>							
Orthopädie	1'601	22	353	35	22	97	2'130
Rheumatologie	-11	2	10	4	-1	1	5
<b>Gynäkologie &amp; Geburtshilfe</b>							
Gynäkologie	68	17	7	6	0	1	99
Geburtshilfe	445	16	31	-5	0	2	489
Neugeborene	380	12	29	-4	-1	1	417
<b>Übrige</b>							
(Radio-)Onkologie	-48	3			-3		-48
Psychiatrie&Toxikologie	-27	0	2	2	0		-23
Schwere Verletzungen	-15	7	1	1	-1	1	-6
Transplantationen	-2			-1	-1		-4
Sonstige Behandlung	-77	0	0	-5	-8	1	-89
Verlegungen&Todesfälle	-11	4	3	2	1	3	2
<b>Nettowanderung</b>	<b>1'248</b>	<b>226</b>	<b>502</b>	<b>74</b>	<b>-28</b>	<b>146</b>	<b>2'168</b>

Tabelle 5: Nettowanderung von Patienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Wohnkantonen und Leistungsbereichen. Quelle: Tabelle 19 aus dem Versorgungsbericht AR.

Folgende Leistungsbereiche verzeichneten ausgeprägtere Nettoabwanderungen: *Kardiologie&Angiologie* (201 mehr Ab- als Zuwanderer), *Neurologie* (190 mehr Abwanderer), *Viszeralchirurgie* (148 mehr Abwanderer), sowie *Urologie* (120 mehr Abwanderer).

Dagegen verzeichneten folgende zwei Leistungsbereiche besonders ausgeprägte Nettozuwanderungen: *Orthopädie* (2'130 mehr Zu- als Abwanderer) und *Geburtshilfe&Neugeborene* (zusammen rund 500 mehr Zuwanderer). Weniger ausgeprägte Nettozuwanderungen verzeichneten auch die *Gynäkologie* (99 mehr Zuwanderer) sowie die *Ophthalmologie* (83 mehr Zuwanderer).

### 2.3 Prognose der Bedarfsentwicklungen bis 2020

Das Departement Gesundheit hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich damit beauftragt, die Ausserrhoder Nachfrage nach akutsomatischen Behandlungen im Jahr 2020 zu prognostizieren. In der Prognose wurden die voraussichtlichen demografischen, medizintechnologischen, epidemiologischen und ökonomischen Entwicklungen bis zum Jahr 2020 berücksichtigt<sup>15</sup>. Da die zukünftigen Entwicklungen nicht genau bestimmt werden können, wurden drei verschiedene Szenarien berücksichtigt.

Tabelle 6 gibt einen Überblick über die prognostizierte Entwicklung der Hospitalisationsrate, der Patientenzahl, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflégetage bis 2020 gemäss den drei Szenarien.

	2008	2020			
		Hauptszenario	max.	min.	
Hospitalisation / 10'000 EW	1'593	1'697	+6.5%	+10.4%	+3.5%
Patienten	8'453	9'200	+8.8%	+12.7%	+5.7%
Mittlere Aufenthaltsdauer	7.4	6.4	-13.1%	-11.2%	-15.5%
Pflégetage	62'167	58'794	-5.4%	+0.2%	-10.6%
Pflégetage / 10'000 EW	11'718	10'848	-7.4%	-2.0%	-12.5%

Tabelle 6: Prognostizierter Bedarf der Appenzell Ausserrhoder Wohnbevölkerung 2020. Quelle: Tabelle 13 aus dem Versorgungsbericht AR.

Im wahrscheinlichsten Hauptszenario wird eine Zunahme der Patienten um knapp neun Prozent, jedoch eine Abnahme der Pflégetage um rund fünf Prozent bis 2020 prognostiziert. Der wichtigste Grund für die prognostizierte Zunahme der Patienten ist die erwartete weitere demografische Alterung der Ausserrhoder Bevölkerung. Die gleichzeitige Abnahme der Pflégetage ist in erster Linie auf den prognostizierten weiteren Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauern von 7,4 Tagen im Jahr 2008 auf 6,4 Tage im Jahr 2020 zurückzuführen. Wesentlichen Einfluss darauf hat die für das Jahr 2012 programmierte Einführung der Fallpauschalen im Rahmen von SwissDRG.

<sup>15</sup> Die Methodik der Prognose der Einflussfaktoren wird unter Kapitel D 4 im Versorgungsbericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden ausführlich erläutert.

## 2.4 Marktanteile der einzelnen Spitäler

Tabelle 7 zeigt die betreffenden Marktanteile der einzelnen Spitäler bzw. Kliniken, differenziert nach Leistungsbereichen für das Jahr 2008 auf. Je nach Leistungsbereich ist der Marktanteil, gemessen an der Anzahl Behandlungen, verschieden. In einigen Leistungsbereichen besteht aber eine gewisse Angebotszentralisierung mit dementsprechend vergleichsweise hohen Marktanteilen. Am ausgeprägtesten gilt dies für die *Ophthalmologie* (98 Prozent Marktanteil der Augenklinik Teufen), mit gewissen Abstrichen aber auch für die (*Radio-*) *Onkologie* (81 Prozent Marktanteil des Spitals in Herisau), *Schwere Verletzungen* (78 Prozent in Herisau), *Endokrinologie* (73 Prozent in Herisau), *Viszeralchirurgie* (70 Prozent in Herisau), *Neurologie*, *Thoraxchirurgie* und *Kardiologie&Angiologie* (jeweils 67 Prozent in Herisau). Mit 78 Prozent Marktanteil bei der *Neurochirurgie* und 61 Prozent bei der Orthopädie ist die Hirslanden Klinik am Rosenberg in Heiden diesbezüglich im Markt positioniert. Seit der Auswertung im Jahr 2008 ist es zu Verschiebungen in den Marktanteilen gekommen. Dabei hat sich die Berit Klinik in Niederteufen im Leistungsbereich Orthopädie positioniert. In der Tendenz verfügen die Privatspitäler vor allem in den chirurgischen Bereichen über relevante Marktanteile, und dies insbesondere dort, wo Wahleingriffe möglich sind.

	Spital Herisau	Spital Heiden	Hirslanden Klinik am Rosenberg, Heiden	Berit Klinik, Niederteufen	Augenklinik Dr. Scarpattetti, Teufen	Total
<b>Nervensystem &amp; Sinnesorgane</b>						
Dermatologie	63%	26%	10%	1%		100%
Hals-Nasen-Ohren	57%	35%	8%			100%
Neurochirurgie	20%		76%	5%		100%
Neurologie	67%	33%				100%
Ophthalmologie	1%	1%	1%		98%	100%
<b>Innere Organe</b>						
Endokrinologie	73%	27%				100%
Gastroenterologie	65%	35%				100%
Viszeralchirurgie	70%	27%		2%		100%
Hämatologie	58%	37%	5%			100%
Herz-&Gefässchirurgie	37%	11%	17%	36%		100%
Kardiologie&Angiologie	67%	33%				100%
Infektiologie	62%	30%	7%	2%		100%
Nephrologie	58%	42%				100%
Urologie	61%	38%		1%		100%
Pneumologie	61%	39%				100%

	Spital Herisau	Spital Heiden	Hirslanden Klinik am Rosenberg, Heiden	Berit Klinik, Nieder- teufen	Augenklinik Dr. Scarpa- tetti, Teufen	Total
Thoraxchirurgie	67%	33%				100%
<b>Bewegungsapparat</b>						
Orthopädie	21%	8%	61%	9%		100%
Rheumatologie	44%	26%	28%	3%		100%
<b>Gynäkologie&amp;Geburtshilfe</b>						
Gynäkologie	40%	51%	5%	4%		100%
Geburtshilfe	48%	52%				100%
Neugeborene	50%	50%				100%
<b>Übrige</b>						
(Radio-)Onkologie	81%	19%				100%
Psychiatrie&Toxikologie	52%	48%				100%
Schwere Verletzungen	78%	22%				100%
Sonstige Behandlung	56%	34%	8%	2%		100%
Verlegungen&Todesfälle	54%	35%	9%	2%		100%
<b>Total</b>	<b>42%</b>	<b>26%</b>	<b>25%</b>	<b>5%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>

Tabelle 7: Marktanteil der Appenzell Ausserrhoder Akutspitäler pro Leistungsbereich. Quelle: Tabelle 17 aus dem Versorgungsbericht AR.

### 3 Evaluationskriterien

Die Spitalplanung 2012 von Appenzell Ausserrhoden bekennt sich zum Grundsatz der KVG-Revision, den Akteuren möglichst viel unternehmerischen Freiraum zu belassen und nur soweit nötig planerisch einzugreifen. Damit die medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt bleibt, müssen klare Rahmenbedingungen für die Erteilung der Leistungsaufträge gesetzt werden. Gilt es doch, mögliche Folgen wie eine fragmentierte Versorgungsstruktur, eine Unterversorgung oder eine suboptimale Allokation der Leistungen zu verhindern. Klare Rahmenbedingungen stellen zudem sicher, dass für alle Leistungserbringer die gleichen Anforderungen zur Erlangung eines Leistungsauftrages gelten.

Das KVG sieht dazu insbesondere die Evaluationskriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie die generelle Aufnahmepflicht vor. Zusätzlich sind gemäss KVV der Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist, die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages sowie Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien bei der Evaluation der Leistungserbringer zu berücksichtigen.

Das KVG sieht in Art. 39 Abs. 2 vor, dass die Kantone ihre Planung koordinieren. Wie bei der Erarbeitung des Leistungsgruppenkonzepts hat der Kanton Zürich bei dem Bewerbungsverfahren für die kantonalen Spitalisten eine führende Rolle übernommen. Dank dem von der

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zur Verfügung gestellten Verfahren und dessen Anwendung durch mehrere Kantone beruht die Spitalplanung nun vielerorts auf einheitlichen Kriterien. Auch der Kanton Appenzell Ausserrhoden hat die ausgearbeiteten Anforderungen für die Leistungsaufträge übernommen. Das folgende Kapitel orientiert sich daher stark am Strukturbericht des Kantons Zürich.

Die gesetzliche Grundlage für die Evaluationskriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit werden sowohl in Art. 39 Abs. 2ter KVG („der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit“) sowie in Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 („die kantonalen Spitalplanungen müssen spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 den Anforderungen nach Artikel 39 entsprechen. Dabei müssen sie auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein“) genannt.

In Art. 41a Abs. 1 KVG wird eine Aufnahmepflicht für Listenspitäler wie folgt statuiert: „Im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (Aufnahmepflicht)“.

In der KVV präzisierte und ergänzte der Bundesrat die Evaluationskriterien weiter:

Art. 58b Abs. 4: Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere:

- a. die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung;
- b. den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages nach Artikel 58e.

Art. 58b Abs. 5: Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere:

- a. die Effizienz der Leistungserbringung;
- b. den Nachweis der notwendigen Qualität;
- c. im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung der Synergien.

Die vom Bundesrat erlassenen Planungskriterien sind insgesamt wenig konkret und lassen den Kantonen einen relativ grossen Spielraum. Insbesondere unterliess es der Bundesrat, die Evaluationskriterien zu konkretisieren und operable Detailkriterien zu definieren. So obliegt es den Kantonen, Anforderungen zu definieren, nach denen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer operabel überprüft werden können.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat zusammen mit Experten grosse Anstrengungen unternommen, zweckmässige Anforderungen zu definieren, die eine sinnvolle und objektive Evaluation ermöglichen. Bei der Definition dieser Anforderungen hat sich gezeigt, dass zwischen generellen und leistungsspezifischen Anforderungen an ein Listenspital zu unterscheiden ist. Während beispielsweise jedes Listenspital ein Qualitätssicherungskonzept benötigt, ist eine spezialisierte Intensivstation nur für Spitäler erforderlich, die bestimmte Leistungen anbieten möchten.

## 3.1 Generelle Anforderungen

Nebst den gesundheitspolizeilichen Bewilligungsvoraussetzungen muss jedes Listenspital generelle Anforderungen gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG erfüllen sowie die allgemeine Aufnahmebereitschaft im Sinne von Art. 41a KVG unabhängig von seinem Leistungsspektrum gewährleisten. Leistungserbringer, die auf der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 von figurieren möchten, müssen gemäss Gesundheitsgesetz für bestimmte medizinische Behandlungen und Pflegeleistungen eine Mindestfallzahl vorweisen oder Qualitätskriterien der Behandlungen erfüllen, soweit solche Mindestfallzahlen oder Qualitätskriterien einheitlich vereinbart werden oder allgemein anerkannt sind (Art. 52d Abs. 1 lit. c, Entwurf zweite Lesung Kantonsrat). Sie müssen insbesondere die nachfolgenden, definierten generellen Qualitäts-, Wirtschaftlichkeits- und sonstigen Anforderungen erfüllen.

### 3.1.1 Generelle Qualitätsanforderungen

Die kantonale Spitalplanung muss nach KVG nebst Betriebsvergleichen zur Wirtschaftlichkeit auch auf Betriebsvergleiche zur Qualität abgestützt sein (Abs. 3 Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007). In Art. 58b Abs. 5 lit. b KVV wird den Kantonen vorgeschrieben, insbesondere den Nachweis der notwendigen Qualität zu prüfen. Darüber hinaus hat der Bundesrat bis anhin keine weiteren für die Betriebsvergleiche zur Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verwendenden Daten und Kriterien festgelegt (vgl. Art. 39 Abs. 2ter KVG).

Das Departement Gesundheit verzichtet in der Akutsomatik in der Bewerbungsphase bewusst auf eine Evaluation anhand von Ergebnisqualitätsindikatoren, da das Risiko allokativer Fehlentscheide besteht. Ergebnisqualitätsindikatoren wie Mortalitätsraten geben lediglich einen eingeschränkten und oft sogar einen verzerrten Eindruck der effektiven Qualität, da die unterschiedliche Fallschwere und die Vor- und Nachbehandlungen der Patienten nicht angemessen berücksichtigt werden können.

Bereits heute erbringen die Spitäler von Appenzell Ausserrhoden Leistungen in guter medizinischer Qualität. Deshalb genügt es, Standards zu definieren, welche die notwendige Qualität aller Listenspitäler sicherstellen sollen. Die nachfolgend beschriebenen generellen Qualitätsanforderungen müssen, im Gegensatz zu den leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen, alle Listenspitäler unabhängig ihres Leistungsspektrums erfüllen:

- **Qualitätssicherungskonzept:** Gemäss Art. 77 KVV müssen die Leistungserbringer Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität erarbeiten. Die Modalitäten der Durchführung sind in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern zu vereinbaren. Jedes Listenspital muss über ein schriftliches Qualitätssicherungskonzept verfügen und dieses auf Nachfrage des Departements Gesundheit vorlegen können. Die Qualitätsziele haben Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beinhalten.
- **Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen:** Jedes Listenspital muss an etablierten Qualitätsmessungen teilnehmen, wie sie z.B. von Outcome oder dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) definiert werden. Zudem wird die Teilnahme der Leistungserbringer am nationalen Qualitätsvertrag der ANQ oder einem äquivalenten Messsystem vorgeschrieben.

- Spitalweite Führung eines Critical Incident Reporting System (CIRS): In jedem Listenspital muss ein interdisziplinäres und interprofessionelles Critical Incident Reporting System (CIRS) spitalweit eingeführt sein. Das Zwischenfallmeldesystem soll den Mitarbeitenden die Möglichkeit geben, in einer geschützten Umgebung unter Wahrung der Vertraulichkeit oder der Anonymität über kritische Vorfälle in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld zu berichten. Alle Mitarbeitenden werden bzgl. CIRS geschult (mindestens informiert) und haben Zugang zu CIRS. Die Eingabemeldungen von CIRS werden analysiert, das Verbesserungspotenzial aufgezeigt, der Spitalleitung anonym weitergeleitet und die notwendigen Veränderungen umgesetzt.
- Multiprofessionelle Entlassungspfade: Jedes Listenspital hat einen oder mehrere multiprofessionelle Entlassungspfade etabliert, die den Entlassungsprozess systematisieren und die Versorgung der Patientenschnittstellen unabhängig, kontinuierlich und auch ambulant gewährleisten sollen.
- Durchführung von Patienten- und Zuweiserbefragungen: Jedes Listenspital muss regelmässig vergleichbare Befragungen von Patienten und Einweisern durchführen. Die Ergebnisse dieser Befragungen sind öffentlich bekannt zu machen.
- Durchführung von Reanimationsübungen: Ärzte, Pflegende und Therapeuten nehmen mindestens einmal pro Jahr an Reanimationsübungen bzw. Nachschulungen teil. Stetige Reanimationsschulungen gemäss dem neusten Wissensstand lassen das klinische Personal in Notfallsituationen routiniert reagieren. Das klinische Personal erhält im Rahmen des Einführungsblocks eine Reanimationsschulung (Theorie und Übung) und nimmt jedes Jahr an einer Reanimationsübung teil. Eine Protokollaufzeichnung über die Reanimationsschulungen findet statt.
- Spitalhygiene/Infektiologie: Jedes Listenspital hat eine interdisziplinäre Hygienekommission am Spital zu etablieren, deren Sitzungen protokolliert und die Ergebnisse der Spitalleitung mitgeteilt werden. Zudem bestehen ein dokumentiertes Hygienekonzept, gemäss welchem die Spitalmitarbeiter geschult werden, sowie ein Konzept zum präventiven Antibiotikagebrauch. Schliesslich ist eine Surveillance von nosokomialen Infektionen und von Resistenzentwicklungen zu führen.

### **3.1.2 Wirtschaftlichkeitsanforderungen**

Die kantonale Spitalplanung muss nach KVG nebst Betriebsvergleichen zur Qualität auch auf Betriebsvergleiche zur Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Abs. 3 Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007). In Art. 58b Abs. 5 lit. a KVV wird den Kantonen vorgeschrieben, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. Darüber hinaus hat der Bundesrat bis anhin keine weiteren, für die Betriebsvergleiche zur Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verwendenden Daten und Kriterien festgelegt (vgl. Art. 39 Abs. 2ter KVG).

Die Übergangsbestimmungen zum revidierten KVG schreiben zwar Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit vor. Eine strikte Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Spitalplanung erscheint jedoch vor dem Hintergrund der künftigen Vergütung nach SwissDRG an Bedeutung zu verlieren. Mit der Einführung der gewichteten Fallpauschalen (DRG) wird das Kostenerstattungssystem durch ein Preissystem ersetzt. Wie hoch die Kosten eines einzelnen Leistungserbringers sind, spielt deshalb eine eher untergeordnete Rolle.

Grundsätzlich ist es Sache der Leistungserbringer, die Leistungen zu konkurrenzfähigen Kosten zu erbringen.

Der Wettbewerb unter DRG führt tendenziell dazu, dass langfristig nur noch Leistungen angeboten werden, die der Anbieter effizient und damit kostendeckend bereitstellen kann. Ineffiziente Anbieter sollten in einem Wettbewerb unter DRG langfristig ausscheiden.

Das Departement Gesundheit unterzieht, wie vom KVG verlangt, alle potenziellen Listenspitäler einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Offensichtlich unwirtschaftliche Leistungserbringer werden nicht für die Spitalliste berücksichtigt. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wird anhand eines Kostenvergleichs zwischen den Spitälern vorgenommen.

Grundsätzlich stehen Spitäler mit hohen Kosten unter dem Verdacht, unwirtschaftlich zu arbeiten. Da hohe Kosten jedoch auch durch die Behandlung von besonders komplexen Operationen verursacht werden können, wird der unterschiedliche Patientenmix der Spitäler berücksichtigt, indem die Kosten der Spitäler durch ihren DRG-Casemix dividiert werden. Diese Kostenstandardisierung erlaubt einen fairen Vergleich zwischen den Spitälern. Als Massstab für wirtschaftlich arbeitende Spitäler evaluiert das Departement Gesundheit die von den Tarifpartnern ausgehandelten Baserates. Dies erlaubt den mit der KVG-Revision beabsichtigten Wettbewerb zu ermöglichen, wonach sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler orientieren sollen, welche „die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen“ (Art. 49 Abs. 1 KVG).

Als Basis für den Kostenvergleich kann das Departement Gesundheit von allen an einem Listenplatz interessierten Spitälern die Einreichung bestimmter Kostendaten verlangen, insbesondere die fallbezogene Kostenträgerrechnung (KTR) der Jahre 2009 und 2010, die fallbezogen und mit der Medizinstatistik (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BfS) verknüpft sein muss. Die KTR hat zudem in folgende acht Kostenarten auszuweisen: Kosten Arztdienst, Arzthonorare, Pflegekosten, Sachkosten, Hotellerie, medizintechnische Leistungen, Administration & sonstige Kosten sowie Anlagenutzungskosten. Um die Angaben in der KTR zu plausibilisieren, werden zusätzlich bestimmte Kostendaten aus der Betriebsbuchhaltung verlangt.

### **3.1.3 Sonstige generelle Anforderungen**

Neben der Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit wird in der KVV insbesondere der Zugang zur Behandlung innert nützlicher Frist (Art. 58b Abs. 4 KVV) als Anforderung für Listenspitäler aufgeführt.

Da der Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist gewährleistet sein muss, spielt auch die Erreichbarkeit der potenziellen Listenspitäler eine Rolle. Insofern werden diejenigen Leistungserbringer bevorzugt, die bei gleichem medizinischem Angebot für die Ausserrhoder Bevölkerung schneller und besser zu erreichen sind.

Im Übrigen müssen gemäss Art. 41a Abs. 1 KVG potenzielle Listenspitäler fähig und bereit sein, alle Ausserrhoder Patienten, d.h. auch lediglich grundversicherte Personen, innert nützlicher Frist aufzunehmen und adäquat zu behandeln. Eine Auswahl der Patienten nach dem Versicherungsstatus ist Listenspitälern nicht gestattet.

Ergänzend zu den Bestimmungen des KVG und der KVV werden die Anforderungen an die Listenspitäler gemäss dem teilrevidierten Gesundheitsgesetz zu beachten sein. Gemäss Entwurf betrifft eine wichtige Anforderung für Listenspitäler die Aus- und Weiterbildung. In die Spitalliste aufgenommen werden Leistungserbringer im Kanton, die eine im Verhältnis zur

Betriebsgrösse und zum kantonalen Bedarf angemessene Zahl an Ausbildungsplätzen oder Weiterbildungsmöglichkeiten auf verschiedenen Bildungsstufen in für Spitäler und Pflegeheime wichtigen Berufen nach Massgabe des Berufsbildungsrechts anbieten (Art. 52d Abs. 1 lit. f). Im Weiteren müssen sie für die vereinbarten Leistungen über eine ausreichende Zahl von entsprechend qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verfügen und deren Arbeitsbedingungen allgemeingültigen Gesamtarbeitsverträgen oder beim Fehlen solcher Verträge den orts- und berufsüblichen Bedingungen entsprechen. (Art. 52d Abs. 1 lit. e). Daher müssen potenzielle Listenspitäler die Bereitschaft erklären, den gesetzlichen Anforderungen des Gesundheitsgesetzes Folge zu leisten.

## 3.2 Leistungsspezifische Anforderungen

Je nach Leistungsspektrum bzw. Leistungsgruppen, die ein Leistungserbringer anbieten möchte, müssen bestimmte leistungsspezifische Anforderungen erfüllt werden. Diese wurden mit verschiedenen Fachexperten erarbeitet. In den folgenden Teilkapiteln 3.2.1-3.2.8 werden diese Anforderungen kurz beschrieben und im Teilkapitel 3.2.9 wird eine Übersicht aller Anforderungen pro Leistungsgruppe gezeigt.

### 3.2.1 Facharzt und Verfügbarkeit

Je nach Leistungsgruppe sind unterschiedliche Fachärzte vorgeschrieben (FMH oder ausländischer äquivalenter Titel)<sup>16</sup>. Beispielsweise sind dies in den internistischen Gebieten die Internisten und Spezialisten je nach medizinischer Notwendigkeit. Grundsätzlich sollten die Patienten von diesen Fachärzten behandelt werden. Es liegt aber in der Verantwortung des Spitals bzw. der Fachärzte, die Behandlung zu delegieren. Bei bestimmten Leistungsgruppen ist auch der Beizug von Beleg- oder Konsiliarärzten möglich.

Level 1	FA Erreichbarkeit <60min oder Verlegung	Fachärzte <sup>1</sup> (Konsiliarärzte) sind innert 60 Minuten erreichbar oder der Patient wird an das nächste Spital mit der entsprechenden Leistungsgruppe verlegt.
Level 2	FA Intervention <60min	Die Fachärzte <sup>1</sup> aus der jeweiligen Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten durch den Facharzt erbringbar oder ausnahmsweise anderweitig sichergestellt.
Level 3	FA Intervention <30min	Die Fachärzte <sup>1</sup> aus der jeweiligen Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 30 Minuten erbringbar.
Level 4 (nur Geburt)	FA Intervention <10min	Nur für die Geburtshilfe, 24-Std.-Betrieb: Die Geburtshilfe wird von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 10 Minuten) geführt.

<sup>1</sup> Fachärzte oder Ärzte mit entsprechender Facharztqualifikation

Tabelle 8: Verfügbarkeit der notwendigen Fachärzte. Quelle: Bewerbungsexcel der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

<sup>16</sup> Ein Spezialfall bildet der Leistungsbereich Gynäkologie. Bei verschiedenen onkologischen Behandlungen in der Gynäkologie ist grundsätzlich ein Schwerpunkttitel «gynäkologische Onkologie» sinnvoll. Allerdings verfügen nur sehr wenige Gynäkologen über einen solchen Schwerpunkttitel, da für diesen Schwerpunkttitel eine relativ grosse Erfahrung in verschiedenen seltenen Operationen vorgeschrieben ist. Verschiedene Gynäkologen verfügen jedoch in einem Teil der Operationen über die für den Schwerpunkttitel geforderte Erfahrung. Dementsprechend sollen auch Gynäkologen ohne Schwerpunkttitel diejenigen onkologischen Behandlungen durchführen können, in denen sie über die entsprechende Erfahrung verfügen. Bei den malignen Neoplasien der Mamma sind zudem nicht nur die Gynäkologen, sondern alle Fachärzte mit Nachweis von 50 operierten Neoplasien der Mamma zugelassen.

Die vorgeschriebene zeitliche Verfügbarkeit der Fachärzte ist ebenfalls von der jeweiligen Leistungsgruppe abhängig. Dabei werden vier Levels der zeitlichen Verfügbarkeit unterschieden, die je nach Dringlichkeit der Behandlung pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden. In der unten stehenden Tabelle sind die vier Levels der zeitlichen Verfügbarkeit definiert.

### 3.2.2 Notfallstation

Für Leistungsgruppen mit vielen Notfallpatienten wird das Führen einer adäquaten Notfallstation vorgeschrieben. Dabei wird zwischen drei unterschiedlichen Levels von Notfallstationen unterschieden, die je nach Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden. Für die Geburtshilfe sind zudem spezifische Notfall-Anforderungen vorgeschrieben.

Anforderungen	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4 Geburtshilfe
Ärztliche Versorgung Notfall	7-17 Uhr: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung (multifunktionaler Spitaleinsatz).  17-7 Uhr: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.	7-17 Uhr: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung.  17-7 Uhr: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.	24-Stunden: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung.	24-Stunden: Die Geburtshilfe wird von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 10 Minuten) geführt. Die Notfallsectio hat in < 15min zu erfolgen (d.h.vom Entscheid bis zur Entbindung (sogenannte EE-Zeit))
Am Spital zwingend notwendige Fachdisziplinen	Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: - Innere Medizin (in 30 Minuten <sup>1</sup> ) - Chirurgie (in 30 Minuten <sup>1</sup> ) - Anästhesie (in 15 Minuten)		Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: - Anästhesie (im Hause) - Intensivmedizin (im Hause)	Beizug von Fachärzten/Hebammen bei medizinischer Notwendigkeit: - Anästhesie (in 10 Minuten) - Hebammen: 24 Std. vor Ort

Tabelle 9: Anforderungen für die Notfallstation. Quelle: Bewerbungsexcel der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

### 3.2.3 Intensivstation

Für Leistungsgruppen, die relativ oft eine Verlegung der Patienten auf die Intensivstation erfordern, wird das Führen einer Intensivstation vorgeschrieben. Dabei wird zwischen drei unterschiedlichen Levels von Intensivstationen unterschieden, die je nach Komplexität der Intensivbehandlung pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden.

Anforderungen	Level 1 Intermediate Care (IMC)	Level 2 Intensivstation (IS) lt. SGI	Level 3 Intensivstation (IS)
Basis-Richtlinien	Richtlinien sind durch SGI in Erarbeitung. Sobald diese veröffentlicht sind, werden diese geprüft und soweit zweckmässig übernommen.	Die Richtlinien vom 1.11.2007 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI sind einzuhalten ( <a href="http://www.sgi-ssmi.ch/cgi-richtlinien-is.html">http://www.sgi-ssmi.ch/cgi-richtlinien-is.html</a> ).	
Zusatzbedingungen			Anzahl Pflege- und Beatmungstage analog FMH Kriterien für Weiterbildungsstätten der Kategorie A: - Anzahl Pflgetage p.a. ≥2600 - Anzahl Beatmungstage p.a. ≥1000

Tabelle 10: Anforderungen an die Intensivstation. Quelle: Bewerbungsexcel der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

### 3.2.4 Verknüpfte Leistungen

Viele Patienten benötigen fachübergreifendes medizinisches Wissen. Um dieses sicherzustellen, müssen Leistungen, die aus medizinischer Sicht eng verbunden sind, zusammen angeboten werden. Ist die fachübergreifende Behandlung besonders eng und die zeitliche

Verfügbarkeit besonders wichtig, müssen diese Leistungen am gleichen Standort erbracht werden.

Andere Leistungen sind zwar aus medizinischer Sicht ebenfalls eng miteinander verbunden, die zeitliche Verfügbarkeit spielt jedoch eine untergeordnete Rolle. Diese Leistungen müssen deshalb nicht zwingend am gleichen Standort erbracht werden, sondern können in Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer geleistet werden. Eine Kooperation ist in einer Kooperationsvereinbarung zu regeln, die folgende Punkte umfasst:

- Beschreibung der für die Kooperation relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der spitalübergreifenden Schnittstellen;
- die Ansprechpartner sind benannt;
- der inhaltliche Umfang und die Vergütung der medizinischen Leistungen sind definiert;
- die zeitliche Verfügbarkeit ist definiert;
- medizinische Dokumentation: Dem zugewiesenen Spital sind die definierten Unterlagen rechtzeitig bereitzustellen. Eine gegenseitige, vollumfängliche Einsicht ist bei Bedarf bzw. auf Nachfrage zu gewährleisten.

### **3.2.5 Tumorboard**

Bei Leistungen an Karzinompatienten ist in der Regel ein Tumorboard erforderlich. Dieses setzt sich aus einem Radio-Onkologen, einem Onkologen, einem Internisten, einem Radiologen, einem Pathologen und dem jeweiligen organspezifischen Fachspezialisten zusammen und findet regelmässig statt. Mit der interdisziplinären Einzelfallbesprechung soll jedem Karzinompatienten eine optimierte und massgeschneiderte Behandlung nach modernsten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ermöglicht werden. Je nach Stadium und Art der Erkrankung wird zwischen Operation, interventionellen Methoden, Bestrahlung, Chemotherapien oder kombinierten Verfahren entschieden.

Tumorboards können grundsätzlich in Kooperation mit einem anderen Spital erbracht werden. Dabei sind folgende Anforderungen zu erfüllen:

- Jeder Tumorpatient wird bei Aufnahme in einer der beteiligten Fachkliniken automatisch im Tumorboard vorgestellt.
- Die für das Tumorboard genannten Fachärzte sind verpflichtet, am regelmässig stattfindenden Tumorboard teilzunehmen. Eine Vertretungsregelung der Fachärzte besteht.
- Die Entscheidungen im Tumorboard über die Behandlungsweise werden schriftlich dokumentiert (Protokoll) und in die Patientenakte übernommen, sodass sie jederzeit überprüft werden können.

### **3.2.6 Mindestfallzahlen**

Gemäss Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV haben die Kantone bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität insbesondere im Spitalbereich Mindestfallzahlen zu beachten. Allerdings sind die Grundlagen für die Festlegung von Mindestfallzahlen noch nicht vollumfänglich erarbeitet. In diversen Leistungsbereichen gibt es derzeit erst wenige oder keine empirische Evidenz. Die wissenschaftliche Literatur dazu ist aber im Wachsen begriffen. Zudem gibt es zwar viele Studien, die einen positiven Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Qualität

zeigen, hingegen lässt sich bei vielen Behandlungen kein exakter Schwellenwert ableiten, ab welchem die Qualität deutlich besser wird. Dies widerspiegelt sich auch in der Praxis. Ein Vergleich der Mindestfallzahlen in verschiedenen Ländern zeigt, dass die Höhe der Mindestfallzahlen bei gleichen Leistungen teilweise beträchtlich variiert.

Da die Höhe der Mindestfallzahlen in der wissenschaftlichen Literatur kontrovers beurteilt und auch in der Praxis verschiedener Länder unterschiedlich festgesetzt wird, hat sich die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entschieden, mit eher niedrigen Mindestfallzahlen erste Erfahrungen zu sammeln. Bei rund 30 Leistungsgruppen wird eine Mindestfallzahl von 10 Fällen pro Spital<sup>17</sup> vorgeschrieben. Im Vordergrund stehen spezialisierte Behandlungen, die im Regelfall nicht ambulant, sondern stationär erbracht werden. Diese niedrigen Mindestfallzahlen von 10 pro Spital stellen für diese Leistungsgruppen eine sinnvolle minimale Schwelle dar, die in erster Linie verhindern soll, dass Patienten in einem Spital behandelt werden, in welchem diese spezialisierten Behandlungen nur alle drei bis vier Monate oder noch seltener erbracht werden.

Zusätzlich werden für je eine Leistungsgruppe in der Viszeralchirurgie, in der Herzchirurgie und in der Thoraxchirurgie höhere Mindestfallzahlen vorgeschrieben, da bei diesen Behandlungen bereits gute empirische Evidenz in wissenschaftlichen Studien und Anwendungsbeispielen im Ausland existieren. Es handelt sich um eine Mindestfallzahl von 30 für maligne Neoplasien der Lunge (PNE1.1), eine Mindestfallzahl von 50 in der bariatrischen Chirurgie (VIS1.4) und eine Mindestfallzahl von 100 in der Koronarchirurgie (HER1.1.1).

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich plant in den nächsten Jahren die Erfahrungen aus der Anwendung von Mindestfallzahlen zu analysieren. Im Falle von positiven Erfahrungen sollen die bestehenden Mindestfallzahlen angepasst sowie die Einführung weiterer Mindestfallzahlen geprüft werden.

Das Departement Gesundheit von Appenzell Ausserrhoden wird in Zukunft die Fallzahlen aller Listenspitäler pro Leistungsgruppe publizieren. Um den Leistungserbringern die durch den Wettbewerb bedingte Neuausrichtung des Leistungsangebotes zu ermöglichen, erteilt das Departement Gesundheit in einer Übergangsfrist den Leistungserbringern Leistungsaufträge mit der Vorgabe von ungefähren Mindestfallzahlen. Spätestens bei der Ablösung der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 durch eine neue Spitalliste werden die Mindestfallzahlen verbindlich vorgegeben.

### **3.2.7 Sonstige leistungsspezifische Anforderungen**

Bei bestimmten Behandlungen müssen zusätzliche leistungsgruppenspezifische Anforderungen wie z.B. Ernährungs- und Diabetesberatung, Sprechstunde sowie Vor- oder Nachsorge erbracht werden:

- Wundambulatorium: Leistungen an Wundpatienten finden in der Regel ambulant statt. Dies setzt ein Wundambulatorium voraus, das heisst eine spezifische wöchentliche Sprechstunde mit Fachspezialisten (Ärzte und Pflege) mit spezifischer Erfahrung in Wundpflege.

---

<sup>17</sup> Die Behandlungen werden pro Standort gezählt. Das Departement Gesundheit ist sich bewusst, dass nicht nur das Spital, sondern auch der behandelnde Arzt einen Einfluss auf die Qualität hat. In der vorliegenden Planung wird jedoch auf die Einführung einer Mindestfallzahl pro Arzt verzichtet. Diesem Umstand wird Rechnung getragen, indem primär Leistungen mit Mindestfallzahlen versehen werden, bei denen nicht nur ein einzelner Arzt, sondern Teams oder das ganze Spitalumfeld einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität haben.

- Beizug eines Konsiliararztes FMH Neurologie: Bei zerebrovaskulären Störungen muss ein Konsiliararzt FMH Neurologie bei medizinischer Notwendigkeit in der Akutphase (<12h) zur Triage und in der Postakutphase zur Abklärung einer Verlegung in eine Stroke Unit beigezogen werden. Lysen dürfen nur an Spitälern mit einer Intensivstation Level 2 oder 3 durchgeführt werden.
- Stroke Unit: Leistungserbringer, die einen Leistungsauftrag für die Behandlung zerebrovaskulärer Störungen in einer Stroke Unit möchten, haben die Richtlinien der Fachgesellschaft zu erfüllen. Diese sind noch in Erarbeitung. Sobald diese veröffentlicht sind, werden sie von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich geprüft und gegebenenfalls angepasst.
- Ernährungs- und Diabetesberatung: Für endokrinologische Patienten muss eine Ernährungs- und Diabetesberatung angeboten werden. In der Ernährungsberatung werden die Patienten von Fachpersonen beraten, die Empfehlungen für die Ernährung und deren Umsetzung während und nach dem Spitalaufenthalt geben. In der Diabetesberatung wird das notwendige Fachwissen zur Krankheit und zum Umgang mit Hilfsmitteln und Medikamenten vermittelt.
- SMOB<sup>18</sup>-Kriterien: Für die Behandlung bariatrischer Patienten wird die Erfüllung der SMOB-Kriterien bzw. die Zertifizierung als Adipositas-Primär- bzw. -Referenzzentrum vorausgesetzt.
- Für autologe Blutstammzelltransplantation ist eine JACIE<sup>19</sup>-Akkreditierung erforderlich.
- Für Leistungserbringer mit Nephrologie ist eine ambulante Hämodialyse und Peritonealdialyse erforderlich.
- Für Polysomnographien ist eine Schlaflabor-Zertifizierung durch die SGSSC<sup>20</sup> notwendig.
- Handchirurgisches Spezialambulatorium: Leistungserbringer mit einer Handchirurgie müssen ein handchirurgisches Spezialambulatorium betreiben, in dem alle akuten und chronischen Erkrankungen der Hand behandelt sowie postoperativ nachbetreut werden. Begleitend hat eine spezialisierte Handtherapie zur Verfügung zu stehen.
- Intraoperatives Nerven-Monitoring: Leistungserbringer, die Plexuschirurgie oder Replantationen durchführen, müssen in Zusammenarbeit mit der Neurologie ein intraoperatives Nerven-Monitoring betreiben.
- Gynäkologische Endokrinologie und psychiatrische Betreuung: Bei Eingriffen im Zusammenhang mit Transsexualität muss die gynäkologisch-endokrinologische sowie die psychiatrische Betreuung vor und nach den Eingriffen sichergestellt sein.
- BAG-Strahlenschutzbedingungen: In der Nuklearmedizin sind die Strahlenschutzbestimmungen des BAG zu erfüllen.
- Unterbruchfreies Monitoring: Epilepsiepatienten müssen durch fachlich geschultes Personal (elektrophysiologisch-technische Assistenten und kein Pflegepersonal) rund um die

---

<sup>18</sup> Swiss Study Group for Morbid Obesity (SMOB).

<sup>19</sup> Joint Accreditation Committee ISCT EBMT. JACIE ist eine nicht-kommerzielle europäische Organisation, die 1998 durch die beiden führenden Organisationen für Stammzelltransplantationen in Europa, die European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) und die International Society for Cellular Therapy (ISCT) gegründet wurde. Ziel von JACIE ist die Etablierung und Überwachung von Qualitätsstandards für die Stammzelltransplantation in Europa. Zentren, die die Qualitätsanforderungen von JACIE erfüllen, können eine Zertifizierung erhalten.

<sup>20</sup> Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie.

Uhr in unmittelbarer Nähe (d.h. direkt nebenan mit Videoüberwachung) überwacht werden können.

- Interdisziplinäre Indikationskonferenz: Für Patienten der Gefässchirurgie und Angiologie ist eine interdisziplinäre Indikationskonferenz durchzuführen.
- Möglichkeit zur kontinuierlichen Patientenüberwachung, Intubation und kurzzeitigen mechanischen Beatmung: Einfachere pneumologische Patienten können auch in einem Spital ohne Intensivstation Level 2 behandelt werden, sofern die Möglichkeit zur kontinuierlichen Patientenüberwachung, Intubation und kurzzeitigen mechanischen Beatmung besteht.
- Anforderungen gemäss den Levels I der Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland: Leistungserbringer, die Geburtshilfe anbieten wollen, haben die entsprechenden Anforderungen der Fachgesellschaft zu erfüllen.

### **3.2.8 Anforderungen an Querschnittsleistungsgruppen**

Verschiedene medizinische Leistungen können nicht organspezifisch definiert und gruppiert werden, da sie quer zu den organspezifischen Behandlungen stehen. Für diese Leistungen wurden die Querschnittsleistungsgruppen Basispaket, Basispaket Elektiv, Pädiatrie, Kinderchirurgie, Basiskinderchirurgie, Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie, Kompetenzzentrum für Palliative Care und Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker gebildet. Nachfolgend werden die Anforderungen an diese Querschnittsleistungsgruppen dargestellt.

#### **3.2.8.1 Anforderungen an Basispakete**

Voraussetzung für einen reibungslosen Spitalbetrieb ist, dass die Basisversorgung während 365 Tagen über 24 Stunden jederzeit gewährleistet ist. Hierfür hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zwei Basispakete definiert, welche die Grundlage für alle anderen Leistungsgruppen bilden: Das Basispaket (BP) einerseits und das Basispaket Elektiv (BPE) andererseits.

	Basispaket (BP)	Basispaket Elektiv (BPE)
Fachärzte und Abteilungen im Spital	Medizinische Klinik geleitet durch Facharzt Innere Medizin Chirurgische Klinik geleitet durch Facharzt Chirurgie Anästhesie	Ärztliche Betreuung rund um die Uhr im Haus
Notfall (vgl. Kapitel 3.2.2)	Level 1	-
Intensivstation (vgl. Kapitel 3.2.3)	Level 1	-
Laborbetrieb	365 Tage; 24 Stunden	7 bis 17 Uhr
Radiologie mit Röntgen und CT	365 Tage; 24 Stunden. CT-Befund in 30 Minuten durch Assistenzarzt Radiologie (mind. 2 Jahre Erfahrung als Assistenzarzt Radiologie) oder bei medizinischer Notwendigkeit durch Facharzt	-
Kooperation mit Spital oder Konsiliararzt	Infektiologie Psychiatrie oder Psychosomatik	Infektiologie
Palliative-Care-Basisversorgung	Basisversorgung <sup>1</sup>	-

<sup>1</sup> Grundsätzlich gehört die Palliative-Care-Behandlung zur Basisversorgung aller Akutspitäler. Lediglich Patienten, die auf eine spezifisch palliative Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Palliative Care medizinisch versorgt werden.

Tabelle 11: Anforderungen an Basispaket und Basispaket Elektiv. Quelle: Tabelle 21 aus dem Strukturbericht ZH.

Das Basispaket bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das Basispaket ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatienten. Da Notfallpatienten oft mit unklaren Beschwerden ins Spital kommen, ist nicht nur das Führen einer adäquaten Notfallstation, sondern auch das Angebot einer breiten Basisversorgung wichtig. Nur dies garantiert, dass bei Notfallpatienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende Differenzialdiagnose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann. Als wichtige Basis müssen deshalb die Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie am Spital vertreten sein. Zudem müssen weitere Anforderungen in den Bereichen Notfall, Intensivstation, Radiologie, Labor, Kooperation mit Infektiologie und Psychiatrie erfüllt werden (vgl. Tabelle 11).

Das Basispaket Elektiv bildet die Grundlage für alle Leistungserbringer ohne Notfallstation. Spitäler mit dem Basispaket Elektiv können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen anbieten. Es sind dies Leistungsgruppen in den Leistungsbereichen Ophthalmologie, Hals-Nasen-Ohren, Bewegungsapparat, Gynäkologie und Urologie. Als wichtige Basis ist am Spital ein Arzt (z.B. Internist, Anästhesist) rund um die Uhr verfügbar. Zudem müssen ein Laborbetrieb sowie Kooperationen mit einem Spital mit Basispaket und einer Infektiologie gewährleistet werden.

### 3.2.8.2 Pädiatrie und Kinderchirurgie

Für die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden Leistungsaufträge für die Pädiatrie und die Kinderchirurgie erteilt. Diese Behandlungen erfolgen grundsätzlich in einer Kinderklinik. Eine Kinderklinik ist eine Institution oder eine von Erwachsenen räumlich getrennte Versorgungseinheit an einem Spital, wo Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre ambulant oder stationär betreut werden. Eine Kinderklinik stellt sicher, dass alle Behandlungen an Kindern und Jugendlichen von speziell qualifiziertem Personal für Kinder und Jugendliche ausgeführt werden. Folgende Kriterien gelten zudem für eine Kinderklinik:

- Leitung und ärztlicher Dienst durch Fachärzte für Pädiatrie (FMH Kinder- und Jugendmedizin) respektive Kinderchirurgie (FMH Kinderchirurgie);

- Kinderanästhesie<sup>21</sup> bei operativen Eingriffen an Kindern unter 6 Jahren;
- Pflegefachkräfte mit spezialisierter Ausbildung in Kinderkrankenpflege;
- kinderspezifische und kindergerechte Bettenstationen und Infrastruktur;
- Unterbringungsmöglichkeiten der Bezugspersonen;
- Spitalschule für altersspezifischen Unterricht ab dem siebten Hospitalisationstag.

Komplexe chirurgische Eingriffe können von der Kinderklinik in Zusammenarbeit mit einem Erwachsenenospital durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass sowohl die anästhesiologischen Grundvoraussetzungen erfüllt sind als auch eine kindergerechte Betreuung gewährleistet ist.

Einfache chirurgische Leistungen bei sonst gesunden Kindern müssen nicht zwingend an einer Kinderklinik erfolgen, sondern können unter bestimmten Voraussetzungen auch an Spitälern der Erwachsenenmedizin stattfinden. Dafür ist ein Leistungsauftrag in der Basis-Kinderchirurgie vorgesehen. Die dafür infrage kommenden chirurgischen Leistungen wie z.B. bei unkomplizierten Appendizitis, einfachen Frakturen und Tonsillenhyperplasie sind in einer abschliessenden CHOP-Liste zusammengefasst, die auf der Homepage der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ersichtlich ist: [www.gd.zh.ch/strukturbericht](http://www.gd.zh.ch/strukturbericht).

Für einen Leistungsauftrag in der Basis-Kinderchirurgie muss bei Kindern unter 6 Jahren eine Kinderanästhesie gewährleistet sein. Die Kinderanästhesie und der Operateur müssen auch nach einer Operation während 24 Stunden innerhalb von 30 Minuten einsatzbereit sein. Zudem darf das Spital lediglich diejenigen Behandlungen durchführen, für die es in der Erwachsenenmedizin einen entsprechenden Leistungsauftrag besitzt.

### **3.2.8.3 Kompetenzzentrum Akutgeriatrie**

Grundsätzlich gehört die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patienten zur Basisversorgung aller Akutspitäler. Lediglich Patienten, die auf eine spezifisch geriatrische Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie medizinisch versorgt werden. Es gilt festzuhalten, dass der Kanton Appenzell Ausserrhoden derzeit über kein Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie verfügt. Das Departement Gesundheit wird dementsprechend Verhandlungen für einen allfälligen Leistungsauftrag mit dem Bürgerspital St. Gallen im ersten Halbjahr 2012 aufnehmen.

### **3.2.8.4 Kompetenzzentrum Palliative Care**

Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei soll Leiden optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten auch soziale, seelischgeistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. Qualitativ hochstehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen und erfolgt soweit möglich an dem Ort, den der Patient sich wünscht. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch ist es oft sinnvoll, Palliative

---

<sup>21</sup> Eine Anästhesie bei Kindern unter 6 Jahren muss grundsätzlich durch ein Team von in Kinderanästhesie erfahrenen Fachleuten (inkl. dazu gehörige Infrastruktur) durchgeführt werden (vgl. Standards und Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderanästhesie (SGKA) 2004).

Care vorausschauend und frühzeitig, eventuell bereits parallel zu kurativen Massnahmen einzusetzen (gem. Richtlinien Palliative Care, SAMW).

Die Palliative-Care-Basisversorgung ist ein Teil des Basispaketes und damit für die meisten Leistungserbringer Pflicht. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, sich als Kompetenzzentrum Palliative Care zu positionieren.

Kompetenzzentren sollen neben der Betreuung von Patienten mit komplexen Palliative-Care-Bedürfnissen auch als Promotoren für Palliative Care wirken und sich für die Entwicklung von Standards und die Aus- und Weiterbildung in Palliative Care einsetzen. Ein Kompetenzzentrum für Palliative Care nimmt folgende Aufgaben wahr:

- Behandlung von Patientinnen und Patienten, die eine komplexe palliative Betreuung benötigen mit dem Ziel der Symptomkontrolle, psychosozialen Stabilisierung und vorausschauenden Behandlungsplanung;
- stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten zur Neubeurteilung und Behandlungsoptimierung der Palliativmassnahmen;
- Vernetzung mit ambulanten Leistungserbringern und mit spezialisierten Institutionen;
- Beteiligung an Entwicklung und Evaluation von Prozessen und Standards für Palliative Care;
- Beteiligung an Helpline und an mobilen Palliative-Care-Teams zur Unterstützung anderer Institutionen im Kanton und ambulanter Leistungserbringer in komplexen palliativen Situationen;
- Aus- und Weiterbildung in Palliative Care, d.h. Beteiligung an der Entwicklung und Evaluation von Ausbildungsstandards, Beteiligung an der Durchführung der Aus- und Weiterbildung für interne und externe Fachpersonen (Ärzte, Pflegende, Therapeuten) sowie Bereitstellung von Praktikumsplätzen für Ärzte, Pflegende und Therapeuten.

Derzeit werden Nationale Guidelines zu Palliative Care erarbeitet. Sobald diese verabschiedet sind, werden sie auch für den Kanton Appenzell Ausserrhoden Gültigkeit haben. Bis dahin gelten die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich definierten Anforderungen an ein Kompetenzzentrum für Palliative Care. Die nachfolgend von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich aufgeführten Anforderungen sind Bestandteil der auf nationaler Ebene erarbeiteten Standards für Palliative Care-Versorgungsstrukturen:

- Organisation: Kompetenzzentrum als selbstständige organisatorische Einheit mit eigener Führungsstruktur; ein schriftliches Betriebskonzept liegt vor;
- Infrastruktur: Unterbringung des Kompetenzzentrums in eigenen, vom übrigen Spitalbetrieb abgegrenzten Räumlichkeiten mit angemessener Atmosphäre, Einzel- oder Zweibettzimmer mit Nasszelle, Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige;
- Personal: Interdisziplinäres Team; Präsenz eines Facharztes mit Ausbildung in Palliative Care (Ausbildungslevel B2/C) und einer Pflegefachperson mit Ausbildung in Palliative Care (Ausbildungslevel B2/C) rund um die Uhr (24/7); Verfügbarkeit «in house» verschiedener therapeutischer Fachrichtungen wie Physiotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie sowie Sozialarbeit und Seelsorge;
- Stellenschlüssel: Kompetenzzentrum mit 0.15 Arztstellen/Bett und 1.2 Pflegestellen/ Bett (Vollzeitäquivalente);

- Prozesse: eigene Ein- und Austrittsprozesse des Kompetenzzentrums, getrennt von der normalen Patientenaufnahme; Vernetzung im Palliative Care-Versorgungsnetz der Region bzw. des Kantons;
- Zertifikat: Seit 2011 können sich PalliativeCare-Stationen aufgrund der Qualitätskriterien des SQPC durch SanaCert zertifizieren lassen. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich wird für die Beibehaltung des per 1. Januar 2012 erteilten Leistungsauftrages für ein Kompetenzzentrum «Palliative Care» ab spätestens 2014 eine Zertifizierung verlangen.

Derzeit verfügt der Kanton Appenzell Ausserrhoden über kein Kompetenzzentrum für Palliative Care verfügt. Das Departement Gesundheit wird dementsprechend Verhandlungen für einen allfälligen Leistungsauftrag mit wohnortnahen möglichen Leistungserbringern im ersten Halbjahr 2012 aufnehmen.

### 3.2.8.5 Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker

Abhängigkeitskranke, die eine akutsomatische oft länger dauernde Behandlung benötigen, weisen neben den somatischen Problemen meist auch psychische und soziale Beschwerden auf, die den normalen Spitalbetrieb behindern und eine spezielle Behandlung der Patienten erfordern. Leistungserbringer, die sich auf die akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker spezialisieren, müssen deshalb über entsprechend geschultes ärztliches und pflegerisches Fachpersonal verfügen. Insbesondere muss jederzeit ein Psychiater zur Verfügung stehen.

### 3.2.9 Leistungsspezifische Anforderungen im Überblick

Die Tabelle „Leistungsgruppen und deren Anforderungen“<sup>22</sup> gibt einen Überblick über die Zuteilung der Anforderungen für sämtliche Leistungsgruppen.

Um die Anwendung der Leistungsgruppen zu erläutern, werden nachfolgend Beispiele aus der Viszeralchirurgie anhand der Tabelle 12 erläutert. Grundvoraussetzung für alle Leistungsgruppen in der Viszeralchirurgie ist das Basispaket (BP). Für die Leistungsgruppen VIS1.1-VIS1.5 bildet zudem die Leistungsgruppe VIS1 Viszeralchirurgie ebenfalls eine

		Basispaket	FMH Facharzt	Verfügbarkeit Facharzt	Notfallstation	Intensivstation	Verknüpfung «inhouse»	Verknüpfung Kooperation	Tumorboard	Mindestfallzahlen
VIS1	Viszeralchirurgie	BP	(Viszeralch.)	2	2	1	GAE 1		Ja	
VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe	BP	Viszeralch.	2	2	2	GAE 1.1	END1+VIS1.2	Ja	10
VIS1.2	Grosse Lebereingriffe	BP	Viszeralch.	2	2	2	GAE 1.1	END1+VIS1.1	Ja	10
VIS1.3	Oesophaguschirurgie	BP	Viszeralch.	2	2	3			Ja	10
VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	BP	Viszeralch.	2	2	2		END1		50
VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe	BP	Viszeralch.	2	2	2			Ja	10

Tabelle 12: Leistungsgruppen im Leistungsbereich Viszeralchirurgie. Quelle: Tabelle 22 aus dem Strukturbericht ZH.

<sup>22</sup> Quelle: [http://www.gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/leistungsgruppen/leistungsgruppen%20und%20anforderungen/einlage\\_leistungsgruppen\\_und\\_anforderungen.pdf](http://www.gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/leistungsgruppen/leistungsgruppen%20und%20anforderungen/einlage_leistungsgruppen_und_anforderungen.pdf)

Grundvoraussetzung (sichtbar an der hierarchisch konzipierten Bezeichnung der Leistungsgruppen). So bildet die Leistungsgruppe VIS1 die Basis für die übrigen Leistungsgruppen in der Viszeralchirurgie mit den Kürzeln VIS1.X.

Möchte ein Leistungserbringer einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe VIS1 Viszeralchirurgie erhalten, muss er das Basispaket anbieten und über Fachärzte für Viszeralchirurgie<sup>23</sup> verfügen, die jederzeit innert 60 Minuten die notwendige diagnostische oder therapeutische Intervention im Spital beginnen können (Verfügbarkeit Level 2). Zudem muss er eine Intensiv- und Notfallstation mit Level 1 betreiben, die Leistungsgruppe GAE1 Gastroenterologie anbieten sowie an einem Tumorboard teilnehmen.

Möchte ein Leistungserbringer die Leistungsgruppe VIS1.1 Grosse Pankreaseingriffe oder die Leistungsgruppe VIS1.2 Grosse Lebereingriffe anbieten, muss er neben dem Basispaket auch die Leistungsgruppe VIS1 Viszeralchirurgie anbieten. Zusätzlich muss er die Leistungsgruppe GAE1.1 Spezialisierte Gastroenterologie selber und die Leistungsgruppe END1 Endokrinologie in Kooperation anbieten sowie die Mindestfallzahl von jährlich 10 erreichen.

## **4 Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot der Bewerber**

Dem Departement Gesundheit war es in der Spitalplanung 2012 ein wichtiges Anliegen, den Spitälern innerhalb eines klar definierten Rahmens möglichst viel unternehmerische Freiheit einzuräumen. Aus diesem Grund wurde den an einem Listenplatz interessierten Spitälern erstmals Gelegenheit gegeben, sich für ein bestimmtes Leistungsspektrum zu bewerben. Damit erhielten die Listenspitäler die Möglichkeit, sich auf ihre Stärken zu spezialisieren.

Dies ist vor dem Hintergrund der Umstellung der Spitalfinanzierung auf Fallpauschalen ab 2012 sinnvoll. Die Erfahrungen mit Fallpauschalen in anderen Ländern haben gezeigt, dass sich die Leistungserbringer vermehrt auf diejenigen Bereiche konzentrieren, die sie besonders effizient und günstig erbringen können.

Im Übrigen entschied sich das Departement Gesundheit auch deshalb für ein strukturiertes Bewerbungsverfahren, um allen an einem Listenplatz interessierten Leistungserbringern die gleichen Chancen einzuräumen.

### **4.1 Ablauf Bewerbungsverfahren**

Die aktuelle Spitalliste des Kantons Appenzell Ausserrhoden unterteilt die Leistungserbringer in öffentliche und private Spitäler. Mit der neuen Spitalfinanzierung wird nun auf den 1. Januar 2012 eine neue Spitalliste erstellt. Es werden sowohl inner- wie auch ausserkantonale öffentliche und private Leistungserbringer berücksichtigt.

Leistungserbringer, welche sich um einen Platz auf der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 interessieren, mussten sich für die verschiedenen Leistungsgruppen bewerben und dabei nachweisen, dass sie alle dazu notwendigen Anforderungen erfüllen. Beispielsweise mussten die Bewerber die Anzahl der angestellten Fachärzte pro FMH-Titel sowie deren zeitliche Verfügbarkeit angeben. Ebenfalls wurde der Notfall- und Intensivstationslevel abgefragt.

---

<sup>23</sup> Da der Facharzt in Klammern steht, können die Behandlungen dieser Leistungsgruppe auch durch einen Beleg- oder Konsiliararzt erbracht werden.

Dazu mussten die Bewerber viele voneinander abhängige Entscheidungen fällen, was die Bewerbung zu einer komplexen Aufgabe machte. Um den Bewerbern ihre Aufgabe soweit wie möglich zu vereinfachen, programmierte die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich eine aufwendige Excel-Bewerbungsdatei, die es den Bewerbern erlaubte, verschiedene Szenarien durchzuspielen und ihre Bewerbung übersichtlich zu gestalten.

Die Bewerbungsdatei sowie weitere Unterlagen zum Bewerbungsverfahren, insbesondere eine komplette Liste, welche APDRG, medizinischen Diagnose- (ICD) und Operationscodes (CHOP) den einzelnen Leistungsgruppen zuordnet, sind auf der Homepage der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zu finden: [www.gd.zh.ch/bewerbung](http://www.gd.zh.ch/bewerbung)

Formell wurde das Bewerbungsverfahren am 10. März 2011 mit der Zusendung der Bewerbungsdatei per E-Mail an alle innerkantonalen sowie ausgewählten ausserkantonalen Leistungserbringern eröffnet. Diese wurden aufgefordert, die Bewerbungsdatei bis zum 15. April 2011 auszufüllen und an das Departement Gesundheit zu retournieren. Zudem wurde am 25. März 2011 die Ausschreibung im Amtsblatt publiziert, womit alle ausserkantonalen Leistungserbringer sich mit der gleichen Frist bewerben konnten.

Das Departement Gesundheit erhielt bis im September weitere Bewerbungen von ausserkantonalen Leistungserbringern, welche ebenfalls überprüft wurden.

Bislang wurden von 15 Akutspitäler Bewerbungsmappen ausgewertet. Neben allen bisherigen Listenspitälern haben sich auch Spitäler beworben, die bisher nicht auf der Spitalliste von Appenzell Ausserrhoden figurierten.

Das Departement Gesundheit unterzog alle Bewerbungen einer kritischen Prüfung. Da jedoch die meisten Bewerbungen noch einige Unstimmigkeiten enthielten, vereinbarte das Departement Gesundheit mit fast allen Bewerbern Gespräche, um diesen die Möglichkeit einer Bereinigung ihrer Bewerbungen zu geben. Diese Besprechungen fanden in den Monaten September bis November 2011 statt und sind nun abgeschlossen. Als Vorbereitung und als Diskussionsgrundlage für diese Gespräche versandte das Departement Gesundheit individuell aufbereitete Fragenkataloge zur jeweiligen Bewerbung.

In den Gesprächen wurde vom Departement Gesundheit die Richtigkeit der Angaben überprüft und die Leistungserbringer wurden dafür sensibilisiert, dass ein zukünftiger Leistungsauftrag auch eine Leistungspflicht für alle Patienten in Bezug auf das gesamte Leistungsspektrum einer Leistungsgruppe fordere. Dem Departement Gesundheit war es wichtig, dass sich die Leistungserbringer nur für diejenigen Leistungsgruppen bewerben, welche sie auch nachhaltig anbieten können. Den Bewerbern wurde daraufhin die Gelegenheit gegeben, ihre Bewerbung ganz oder in einzelnen Bereichen zu überarbeiten oder zurückzuziehen.

Bis anhin hat kein Leistungserbringer die Bewerbung komplett zurückgezogen. Die Möglichkeit einer Überarbeitung der Bewerbung haben die Leistungserbringer hingegen mehrheitlich genutzt, wobei mehrere Leistungserbringer ihre Bewerbung für einzelne Leistungsgruppen zurückzogen.

Im Nachgang an die Gespräche stellte das Departement Gesundheit den Bewerbern ein Kurzprotokoll und eine unverbindliche Einschätzung in Bezug auf die Erteilung eines Leistungsauftrags zu. Dabei wurde pro Leistungsgruppe vermerkt, ob ein Leistungsauftrag grundsätzlich in Frage kommt und welche Bestätigungen und Nachweise vom Leistungserbringer allenfalls noch zu liefern seien. Zudem mussten sich die Leistungserbringer definitiv entscheiden, ob sie an den Bewerbungen festhalten oder diese zurückziehen möchten. Falls die definitiven Bewerbungen von den unverbindlichen Einschätzungen des Departements

Gesundheit abwichen, konnten die Bewerber diese nochmals kommentieren und begründen. Bei Unklarheiten hat das Departement Gesundheit sowohl mit dem Kantonsarzt wie auch in einzelnen Fällen mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich Rücksprache gehalten.

Das transparente Vorgehen des Departement Gesundheit, der direkte Kontakt sowie die Möglichkeit, eigene Standpunkte einzubringen und mit dem Departement Gesundheit zu diskutieren, wurden von allen Bewerbern geschätzt.

Im Übrigen darf auch konstatiert werden, dass der intensive mündliche und schriftliche Austausch zwischen dem Departement Gesundheit und den Leistungserbringern mehrheitlich zu einvernehmlichen Lösungen geführt hat.

## 4.2 Übersicht über die definitiven Bewerbungen Akutsomatik

		SVAR <sup>c</sup> (Kanton Appenzell Ausserrhoden)	Hirslanden Klinik am Rosenberg <sup>a</sup> (Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG)	Berit Paracelsus-Klinik (Berit Paracelsus-Klinik AG)	Augenklinik Teufen (Augenklinik Dr. med. A. V. Scarpatetti AG)	Kantonsspital St.Gallen (Kanton St. Gallen)	Ostschweizer Kinderspital (Stiftung Ostschweizer Kinderspital)	UniversitätsSpital Zürich (Kanton Zürich)	Kinderspital Zürich (Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung)	Universitätsklinik Balgrist (Schweizerischer Verein Balgrist)	Klinik Hirslanden (Klinik Hirslanden AG)	Hirslanden Klinik Im Park (Hirslanden Klinik Im Park AG)	Hirslanden Klinik Aarau (Hirslanden Klinik Aarau AG)	Schweiz. Epilepsie-Zentrum <sup>b</sup> (Schweizerische Epilepsie-Stiftung)	Schweizer Paraplegiker-Zentrum (Schweizer Paraplegiker-Zentrum)	Geriatrische Klinik St. Gallen (Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter)
Basispaket	BP Basispaket Chirurgie und Innere Medizin															
	BPE Basispaket für elektive Leistungserbringer															
Dermatologie	DER1 Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)															
	DER1.1 Dermatologische Onkologie															
	DER1.2 Schwere Hauterkrankungen															
	DER2 Wundpatienten															
Hals-Nasen-Ohren	HNO1 Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)															
	HNO1.1 Hals- und Gesichtschirurgie															
	HNO1.1.1 Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)															
	HNO1.2 Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen															
	HNO1.2.1 Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)															
	HNO1.3 Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)															
	HNO1.3.1 Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraröffnung															
	HNO1.3.2 Cochlea Implantate (IVHSM)															
	HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie															



Herz- & Gefäßchirurgie	GEF1 Gefäßchirurgie periphere Gefäße - peripher arteriell	■			■	■	■			■	■							
	GEF2 Gefäßchirurgie intraabdominale Gefäße - arteriell und venös	■																
	GEF3 Gefäßchirurgie Carotis				■	■	■											
	HER1 Einfache Herzchirurgie																	
	HER1.1 Herzchirurgie und Gefäßeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)																	
	HER1.1.1 Koronarchirurgie (CABG)																	
	HER1.1.2 Komplexe kongenitale Herzchirurgie/Kardiologie (inkl. Erw. mit Herzeingriff als Kind)																	
HER1.1.3 Definitive Herz- und Kreislaufunterstützende Systeme																		
Kardiologie & Angiologie	ANG1 Interventionen an den peripheren Gefäßen - peripher arteriell	■			■	■	■											
	ANG2 Interventionen an den intraabdominalen Gefäßen - arteriell und venös				■	■	■											
	ANG3 Interventionen an der Carotis und den extrakraniellen Gefäßen				■	■	■											
	ANG4 Interventionen an den intrakraniellen Gefäßen				■	■	■											
	KAR1 Kardiologie	■			■	■	■											
	KAR1.1 Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)				■	■	■											
	KAR1.1.1 Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)																	
	KAR1.2 Elektrophysiologie (Ablationen)				■	■	■											
	KAR 1.3 Schrittmacher	■			■	■	■											
	KAR1.3.1 Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)				■	■	■											
Nephrologie	■			■	■	■												
Urologie	NEP1 Nephrologie	■			■	■	■											
	URO1 Urologie ohne Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'	■			■	■	■		■									
	URO1.1 Urologie mit Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'	■			■	■	■											
	URO1.1.1 Radikale Prostatektomie	■			■	■	■											
	URO1.1.2 Radikale Zystektomie	■			■	■	■											
	URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)	■			■	■	■											
	URO1.1.4 Isolierte Adrenalektomie	■			■	■	■											
	URO1.1.5 Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang	■			■	■	■											
	URO1.1.6 Plastische Rekonstruktion der Urethra	■			■	■	■											
	URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters				■	■	■											
URO1.1.8 Perkutante Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial				■	■	■												





## 5 Evaluationsverfahren

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die Bewerber gemäss den in Kapitel 3 thematisierten Kriterien evaluiert werden. Das Evaluationsverfahren ist in Abbildung 1 dargestellt.

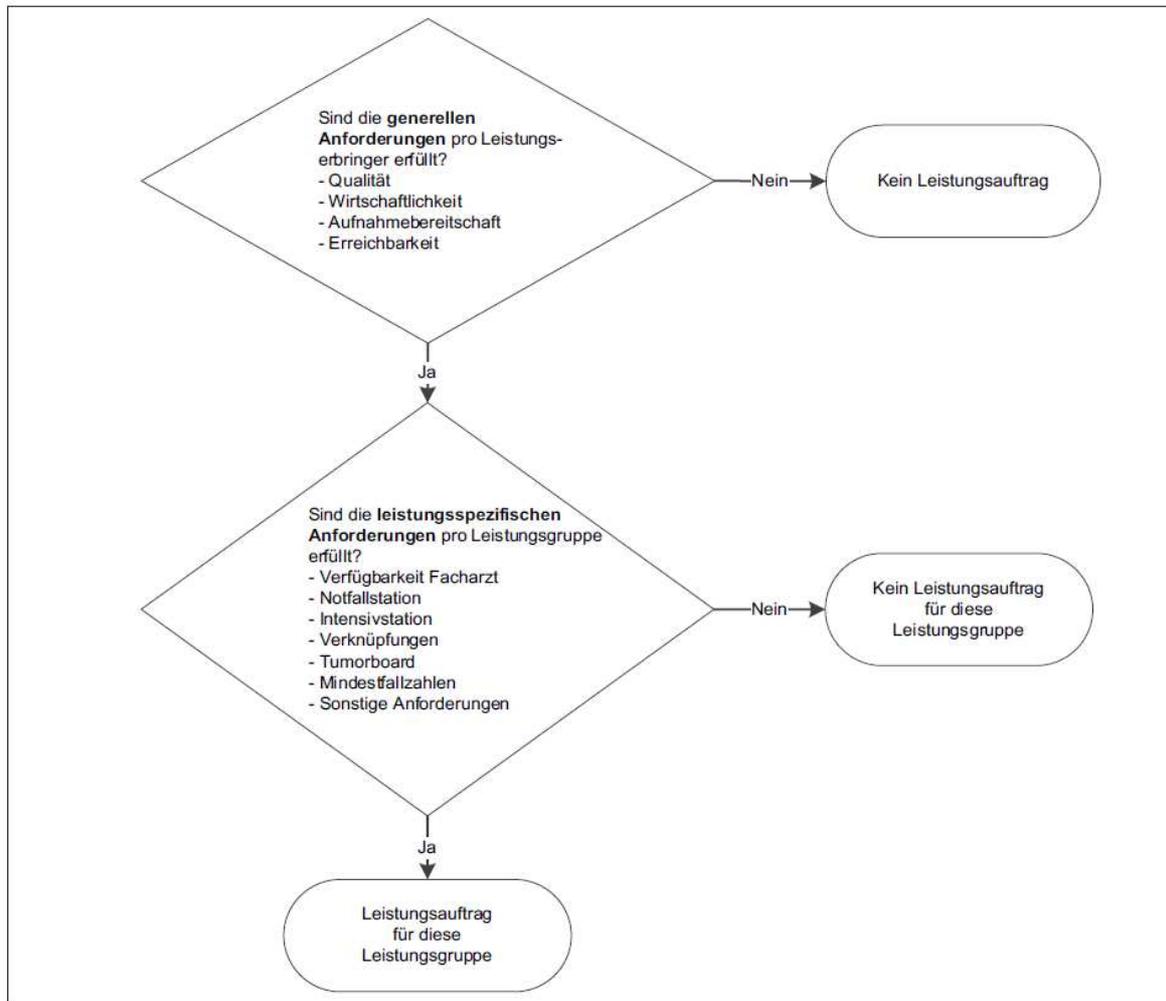


Abbildung 2: Evaluationsverfahren. Quelle: Abbildung 16 aus dem Strukturbericht ZH.

Zuerst werden die generellen Anforderungen bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Aufnahmebereitschaft und Erreichbarkeit geprüft. Erfüllt ein Spital eine dieser Anforderungen nicht, scheidet es aus dem Evaluationsverfahren aus und erhält keinen Leistungsauftrag.

Bewerber, welche die generellen Anforderungen erfüllen, werden anschliessend auf die Erfüllung der leistungsspezifischen Anforderungen überprüft. Je nachdem, für welche Leistungsgruppen sich ein Spital beworben hat, sind geringere oder höhere leistungsspezifische Anforderungen zu erfüllen.

Grundsätzlich erteilt das Departement Gesundheit unbefristete Leistungsaufträge, die in der Regel lediglich im Rahmen einer Überarbeitung der Spitalliste angepasst werden. Das Departement Gesundheit überprüft ab 2012 die Einhaltung der Anforderungen seitens der Leistungserbringer und entzieht Leistungsaufträge, wenn diese nicht mehr erfüllt werden.

In bestimmten Fällen werden jedoch befristete Leistungsaufträge für zwei Jahre erteilt. Un-tenstehend sind Gründe für eine Befristung eines Leistungsauftrages aufgelistet:

- Ungenügende Kosten- und Leistungsdaten: Generell wird der Leistungsauftrag befristet vergeben, wenn ein Leistungserbringer im Rahmen des Bewerbungsverfahrens nicht in

der Lage war, dem Departement Gesundheit die geforderten Kosten- und / oder Leistungsdaten zur Verfügung zu stellen. Falls das Departement Gesundheit diese Spitäler wegen ungenügender Datengrundlage nicht bereits vom Evaluationsprozess ausgeschlossen hat, stehen diese Spitäler in der Pflicht, ihre Versäumnisse zu korrigieren und diese Daten in Zukunft dem Departement Gesundheit zur Verfügung zu stellen.

- Geburtshilfe und Neonatologie: In der Fachgesellschaft Neonatologie ist ein definitiver Entscheid bezüglich der spezialisierten Neonatologie noch ausstehend. Aus diesem Grund werden die Leistungsgruppen NEO1.1 und NEO1.1.1 befristet vergeben. Da die spezialisierten Leistungsgruppen in der Geburtshilfe auf die entsprechenden Leistungsgruppen NEO1.1 und NEO1.1.1 in der Neonatologie abzustimmen sind, werden auch die Leistungsgruppen GEB1.1 und GEB1.1.1 befristet vergeben.
- Leistungserbringer, welche sich um einen Leistungsbereich bewerben, den sie neu aufbauen müssen, stellen dem Departement Gesundheit ein entsprechendes Konzept zur Verfügung. Alle Bewerber, die ein genügendes und nachvollziehbares Konzept eingereicht haben, erhalten einen befristeten Leistungsauftrag. Allerdings werden die Umsetzungsfortschritte dieser Konzepte bis zur Vergabe der Leistungsaufträge im Dezember 2011 überprüft.
- Mindestfallzahlen: Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat die Mindestfallzahlen bewusst niedrig festgelegt. Diese niedrigen Werte sollten von den Spitälern kontinuierlich erreicht werden. Aus diesem Grund werden Leistungsaufträge befristet vergeben, wenn unsicher ist, dass die Mindestfallzahlen in den folgenden Jahren erreicht werden, beispielsweise wenn ein Spital ein wichtiges Team verloren hat oder wenn die Mindestfallzahlen lediglich knapp erreicht wurden. Als knapp gelten dabei Fallzahlen, die weniger als fünf Fälle unter der geforderten Mindestfallzahl liegen.
- Palliative Care: Erstmals im Jahr 2011 ist es für die Spitäler möglich, sich aufgrund der Qualitätskriterien des Schweizerischen Vereins für Qualität für Palliative Care (SQPC) für ein Palliative-Care-Kompetenzzentrum durch SanaCert zertifizieren zu lassen. Das Departement Gesundheit wird ab 2014 für alle Kompetenzzentren eine solche Zertifizierung verlangen. Aus diesem Grund werden für die Kompetenzzentren Palliative Care nur befristete Leistungsaufträge erteilt.

Nachfolgend werden in Kapitel 5.1 die Überprüfung der generellen Anforderungen und in Kapitel 5.2 die Überprüfung der leistungsspezifischen Anforderungen thematisiert.

## **5.1 Prüfung der generellen Anforderungen**

In diesem Kapitel werden zuerst die generellen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen geprüft. Danach werden die Aufnahmebereitschaft und die Erreichbarkeit der Bewerber validiert. Zudem werden die Ausbildungsleistungen der Bewerber in Relation zum künftigen Ausbildungsbedarf thematisiert. Als Abschluss des Kapitels wird gezeigt, welche Bewerber die generellen Anforderungen erfüllen und welche nicht.

### **5.1.1 Prüfung der generellen Qualitätsanforderungen**

Die Überprüfung der generellen Qualitätsanforderungen hat ergeben, dass die Bewerber grundsätzlich bereits heute die wesentlichen, vom Departement Gesundheit geforderten Qualitätsanforderungen an ein Listenspital erfüllen.

Kleinere Spitäler müssen teilweise noch ein Qualitätssicherungskonzept erstellen sowie die Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen implementieren.

Allerdings konnten sämtliche Bewerber zusichern, die vom Departement Gesundheit geforderten generellen Qualitätsanforderungen spätestens ab 1. Januar 2012 erfüllen zu können.

### **5.1.2 Prüfung der Wirtschaftlichkeitsanforderungen**

In diesem Kapitel wird die Wirtschaftlichkeit aller Bewerber anhand eines Vergleichs der schweregrad bereinigten Fallkosten beurteilt. In diesem Kostenvergleich wird der unterschiedliche Patientenmix der Spitäler berücksichtigt, indem die Fallkosten durch den DRG-Casemix geteilt werden. Die Gewichtung ermöglicht es, dass Spitäler mit kostenintensiven Patienten wie beispielsweise die Universitätsspitäler mit den Schwerpunktspitälern verglichen werden können. Diese Kosten-Standardisierung erlaubt einen fairen Vergleich zwischen den Spitälern.

Als Basis für den Kostenvergleich verlangte das Departement Gesundheit von allen an einem Listenplatz interessierten Spitälern die Einreichung bestimmter Kostendaten, insbesondere die fallbezogene Kostenträgerrechnung (KTR) der Jahre 2009 und 2010. Die KTR muss fallbezogen und mit der Medizinstatistik (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BfS) verknüpft sein. Zudem hat sie die KTR folgender acht Kostenarten aufzuführen: Kosten Arzt-dienst, Arzthonorare, Pflegekosten, Sachkosten, Hotellerie, medizintechnische Leistungen, Administration & sonstige Kosten sowie Anlagenutzungskosten. Um die Angaben in der KTR zu plausibilisieren, wurden von den Spitälern zusätzlich bestimmte Kostendaten aus der Betriebsbuchhaltung eingefordert.

Es stellte sich die Frage, wie mit Bewerbern, die unvollständige Kostendaten geliefert haben, umgegangen werden soll. Da sich die Finanzierung des Kantons ab 2012 nach den Baserates richtet, welche zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen ausgehandelt werden, hat sich der Kanton dazu entschieden, keine Leistungsaufträge zu vergeben, bis die Baserates aller Leistungserbringer, welche einen möglichen Platz auf der Spitalliste erhalten, dem Departement Gesundheit bekanntgegeben sind.

Um die Versorgungssicherheit für die ausserrhodische Bevölkerung zu gewährleisten, wird ab dem 1. Januar 2012 neben der Qualität auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer laufend überprüft. Dabei können Leistungsaufträge in einer rollenden Planung sowohl ergänzt als auch gekürzt werden. Dies gewährleistet einerseits dem Departement Gesundheit die benötigte Planungsfrist um einen Leistungsauftrag, welcher entfällt, einem anderen Leistungserbringer zu vergeben und andererseits den Leistungserbringern einen genügend langen Planungshorizont, welcher für personelle Änderungen sowie Investitionen in die Infrastruktur benötigt wird.

### **5.1.3 Prüfung der sonstigen Anforderungen**

Zusätzlich zur Qualität und Wirtschaftlichkeit müssen die zukünftigen Listenspitäler die Kriterien Aufnahmebereitschaft, Erreichbarkeit und Ausbildung erfüllen. Nachfolgend wird thematisiert, ob die Bewerber diese Anforderungen erfüllen.

### **5.1.3.1 Aufnahmebereitschaft**

Gemäss Art. 41a KVG sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals sowie aufgrund von Leistungsaufträgen und in Notfällen eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmepflicht.

Sämtliche Bewerber haben dem Departement Gesundheit zugesichert, dass sie alle Patienten unabhängig vom Versicherungsstatus aufnehmen werden. Dies gilt auch für diejenigen Bewerber, die bisher auf der Ausserrhoder Spitalliste B aufgeführt waren und bis anhin ausschliesslich Zusatzversicherte bzw. Selbstzahler stationär behandelt haben.

### **5.1.3.2 Erreichbarkeit**

Gemäss Gesetz haben die kantonalen Spitalplanungen unter anderem auch den Zugang der Patienten zur (Spital-)Behandlung innert nützlicher Frist beziehungsweise die räumliche und zeitliche Erreichbarkeit der einzelnen Spitalstandorte zu berücksichtigen (Art. 58b Abs. 4 lit. b KVV). Unter „nützlicher Frist“ versteht das Departement Gesundheit die für privatversicherte Patienten übliche Wartezeit der Leistungsgruppe und des Leistungserbringers.

### **5.1.3.3 Ausbildung**

Eine wichtige Anforderung für Listenspitäler gemäss dem teilrevidierten Gesundheitsgesetz betrifft die Sicherstellung der Aus- und Weiterbildung einer im Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf angemessenen Zahl von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens.

Um einen Überblick über den derzeitigen Stand der Aus- und Weiterbildungen in den Spitälern zu erhalten, wurde von jedem Bewerber ein Nachweis bezüglich seiner Aus- und Weiterbildungsleistungen eingefordert.

Um die ungenügende Ausbildungssituation zu verbessern, wird das Departement Gesundheit in Zukunft diejenigen Spitäler sanktionieren, die ihrer Ausbildungsverpflichtung ungenügend nachkommen. Wie die Ausbildungsverpflichtung pro Spital und allfällige Sanktionen bestimmt werden, ist noch unklar. Sobald das weitere Vorgehen bestimmt ist, werden die Spitäler detailliert informiert.

## 5.1.4 Übersicht über die Erfüllung der generellen Anforderungen

Von den innerkantonalen Bewerbern erfüllen die drei bislang überprüften Leistungserbringer die generellen Anforderungen. Eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit hängt jedoch stark mit der Baserate zusammen, welche die Leistungserbringer mit den Tarifpartnern aushandeln. Während der Erstellung der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 konnten die Tarife (TARMED, Baserate) noch nicht für alle Listenspitäler fertig ausgehandelt werden. Da diese dem Departement Gesundheit noch nicht bekannt sind, kann zur Wirtschaftlichkeit noch kein endgültiger Entscheid gefällt werden. Falls die ausgehandelten Tarife stark von den in der Planung gemachten Annahmen abweichen, muss die Spitalliste durch das Departement Gesundheit angepasst werden.

	Qualität	Wirtschaftlichkeit	Aufnahmebereitschaft	Erreichbarkeit	Alle generellen Anforderungen erfüllt
Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden	ja	ja <sup>1</sup>	ja	ja	ja
Hirslanden Klinik am Rosenberg	ja	ja <sup>1</sup>	ja	ja	ja
Berit Paracelsus Klinik	ja	ja <sup>1</sup>	ja	ja	ja

<sup>1</sup>Die Wirtschaftlichkeit wird primär an der Baserate gemessen, welche die Leistungserbringer mit den Tarifpartnern aushandeln

Tabelle 14: Erfüllungsgrad der generellen Anforderungen pro Leistungserbringer. Quelle: Eigene Darstellung.

## 5.2 Prüfung der leistungsspezifischen Anforderungen nach Spitälern

In diesem Kapitel wird überprüft, welche leistungsspezifischen Anforderungen die Bewerber erfüllen. Dabei werden lediglich Bewerber berücksichtigt, welche die generellen Anforderungen erfüllt haben. Ein Leistungsauftrag für eine Leistungsgruppe wird erteilt, wenn alle leistungsspezifischen Anforderungen, welche im Kapitel 3.2 aufgeführt wurden, d.h. Verfügbarkeit der Fachärzte, Intensivstation, Notfallstation, Verknüpfungen, Tumorboard, Mindestfallzahlen und sonstige Anforderungen, für die jeweilige Leistungsgruppe erfüllt sind.

Nachfolgend wird pro Bewerber erläutert, für welche Leistungsgruppen kein Leistungsauftrag erteilt wird, weil die entsprechenden leistungsspezifischen Anforderungen nicht erfüllt sind. Dabei werden lediglich diejenigen Leistungsgruppen thematisiert, für die sich ein Spital zwar definitiv beworben hat, für welche das Departement Gesundheit jedoch keinen Leistungsauftrag erteilt. In Einzelfällen werden auch Leistungsaufträge erteilt, wenn noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen erfüllt sind. Diese Ausnahmen werden ebenfalls pro Spital erläutert.

## 6 Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 Akutsomatik

Gemäss Art. 58e Ziff. 1 bis 3 KVV sind die für die Sicherung der stationären Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung notwendigen innerkantonalen und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste aufzuführen. Sie umfasst demzufolge alle Listenspitäler mit einem kantonalen Leistungsauftrag. Für jeden Leistungserbringer ist zudem das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufzuführen.

In der Tabelle 15 ist die ab 1. Januar 2012 geltende Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 Akutsomatik dargestellt. Darin werden 14 Leistungserbringer aufgeführt, wobei der Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden mit zwei Standorten, Herisau und Heiden, vertreten ist.

Da die Verhandlungen bezüglich der Kantonalen Vereinbarung der Hochspezialisierten Medizin noch im Gange sind, werden derzeit noch keine Leistungsgruppen aus diesem Bereich vergeben.

Da die Bewerbungsdatei vom Kantonsspital St. Gallen nicht fristgerecht vorlag, wurde der Status „Es wird noch verhandelt“ für die entsprechenden Leistungsgruppen gesetzt. Dies betrifft ebenfalls die vom Ostschweizer Kinderspital in Kooperation mit dem Kantonsspital St. Gallen angebotenen Leistungsgruppen.

Alle auf der Spitalliste geführten Leistungserbringer werden vom Kanton rund die Hälfte der Behandlungskosten vergütet erhalten, müssen dafür jedoch alle Anforderungen für Listenspitäler einhalten wie beispielsweise die Aufnahmepflicht für alle Patienten unabhängig ihres Versicherungsstatus.

Gemäss KVG muss der Kanton Appenzell Ausserrhoden alle auf der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 geführten Akutspitäler mitfinanzieren. Zusätzlich muss der Kanton im Rahmen der neuen Spitalwahlfreiheit (Art. 41 Abs.1bis KVG) in Zukunft sämtliche ausserkantonalen Behandlungen in Listenspitälern mitfinanzieren.

Sowohl die innerkantonalen wie auch die ausserkantonalen Baserates (primär diejenigen der Nachbarkantone) werden im Zusammenhang mit der eingeschränkten freien Spitalwahl grosse Auswirkungen auf die Patientenzu- und -abflüsse in und aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden haben.

Insgesamt kann das in der neuen Spitalliste berücksichtigte Angebot den Bedarf der Ausserrhoder Bevölkerung an stationärer Akutversorgung auch unter Berücksichtigung der zu erwartenden Patientenströme und der für das Jahr 2020 prognostizierten Bedarfsentwicklung decken.

# Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 Akutsomatik

Leistungserbringer (Rechtsräger)		AR				SG			ZH				
		SVAR <sup>c</sup> (Kanton Appenzell Ausserrhoden)	Hirslanden Klinik am Rosenberg <sup>a</sup> (Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG)	Berit Paracelsus-Klinik (Berit Paracelsus-Klinik AG)	Augenlinik Teufen (Augenlinik Dr. med. A. v. Scarpateiti AG)	Kantonsspital St. Gallen (Kanton St. Gallen)	Ostschweizer Kinderspital (Stiftung Ostschweizer Kinderspital)	Geriatrische Klinik St. Gallen (Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter)	UniversitätsSpital Zürich (Kanton Zürich)	Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung (Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung)	Klinik Hirslanden (Klinik Hirslanden AG)	Hirslanden Klinik Im Park (Hirslanden Klinik Im Park AG)	Schweiz. Epilepsie-Zentrum <sup>b</sup> (Schweizerische Epilepsie-Stiftung)
Basispaket	BP Basispaket Chirurgie und Innere Medizin												
	BPE Basispaket für elektive Leistungserbringer												
Dermatologie	DER1 Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)												
	DER1.1 Dermatologische Onkologie												
	DER1.2 Schwere Hauterkrankungen												
	DER2 Wundpatienten												
Hals-Nasen-Ohren	HNO1 Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)												
	HNO1.1 Hals- und Gesichtschirurgie												
	HNO1.1.1 Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)												
	HNO1.2 Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen												
	HNO1.2.1 Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)												
	HNO1.3 Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)												
	HNO1.3.1 Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung												
	HNO1.3.2 Cochlea Implantate (IVHSM)												
	HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie												
	Neurochirurgie	NCH1 Neurochirurgie											
NCH1.1 Spezialisierte Neurochirurgie													
Neurologie	NEU1 Neurologie												
	NEU2 Sekundäre Bösartige Neubildung des Nervensystems												
	NEU2.1 Primäre Neubildung des Nervensystems												
	NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)												
	NEU3.1 Zerebrovaskuläre Störungen (mit Stroke Unit; provisorisch)												
	NEU4 Epileptologie: Komplex-Diagnostik (provisorisch)												
	NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung (provisorisch)												
Ophtalmologie	AUG1 Ophthalmologie												
	AUG1.1 Strabologie												
	AUG1.2 Orbitaprobleme												
	AUG1.3 Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme												
	AUG1.4 Bindehaut, Hornhaut und Sklera												
	AUG1.5 Hornhauttransplantation												
	AUG1.6 Glaukom												
	AUG1.7 Katarakt												
	AUG1.8 Glaskörper / Netzhautprobleme												







## C Stationäre rehabilitative Versorgung

Der Begriff Rehabilitation ist im KVG inhaltlich nicht definiert. Im Vergleich zur kurativen Medizin kann die medizinische Rehabilitation wie folgt charakterisiert werden (vgl. Tabelle 16):

Merkmal	Kurative Medizin	Medizinische Rehabilitation
Behandelte Krankheitsbilder	Erkrankung	Krankheitsfolgen
	akute Gesundheitsbeeinträchtigung	chronische Erkrankungen
	akuter Krankheitszustand	chronischer Krankheitsverlauf
	eine Gesundheitsstörung	multimorbide Patienten Multikausalität der Beschwerden
Behandlungsziel	oft stark eingeschränkte Selbstständigkeit	weitgehende Selbstständigkeit
	völlige Wiederherstellung kurzfristige Perspektive	Reduktion-Kompensation-Adaptation mittel-langfristige Perspektive
Therapieansatz	ICD-Konzept: Ätiologie-Pathologie-Manifestation	ICF-Konzept: Bio-psycho-soziales Konzept
	kausaler Ansatz	finaler Ansatz
	Medizin zentriert	interdisziplinäres Team
	weitgehende Fremdhilfe	Hilfe zur Selbsthilfe
	kurze Verweildauer	Zeit als Behandlungsfaktor
	medizinische Intervention, Krankenpflege und	Üben/Training
	Medikation	Eduktion/Beratung
		Medikation/Heilmittel
Ressourcenverlauf	maximal bei Beginn der Massnahme, degressiver Verlauf	relativ konstanter Verlauf

Quelle: nach Jana Ranneberg, Ansätze zur Patientenklassifikation in der medizinischen Rehabilitation aus gesundheitsökonomischer Perspektive, Peter Lang, 2006, S. 35.

Tabelle 16: Vergleich kurative Medizin und medizinische Rehabilitation. Quelle: Tabelle 33 aus dem Strukturbericht ZH.

Während die Akutmedizin primär auf die kurative Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen ausgerichtet ist, steht in der Rehabilitation die Behandlung der von diesen verursachten Folgen im Vordergrund. Sie manifestieren sich in Form von Gesundheitsschädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipation an der Gesellschaft.

Gemäss WHO wird Rehabilitation zudem wie folgt umfassend beschrieben: koordinierter Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung, Schulung und Umschulung des Betroffenen sowie zur Anpassung seines Umfeldes im Hinblick auf die Wiedererlangung der bestmöglichen Funktionsfähigkeit und eines angemessenen Platzes in der Gesellschaft.

Die vorliegende Rehabilitationsplanung beschränkt sich jedoch auf die Planung der stationären medizinischen Rehabilitation als Teil eines umfassenden Rehabilitationskonzeptes. Die Aspekte der schulisch / beruflichen sowie sozialen Rehabilitation sollen deshalb bei der Erarbeitung der Bedarfsplanung nur soweit unbedingt erforderlich mit einbezogen werden.

Für die Durchführung einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsmassnahme durch den Rehabilitanden müssen stets kumulativ die Voraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit<sup>24</sup>, der Rehabilitationsfähigkeit<sup>25</sup> sowie des Rehabilitationspotenzials<sup>26</sup> erfüllt sein. Ge-

<sup>24</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 kann.

<sup>25</sup> Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulassen.

<sup>26</sup> Rehabilitationspotenzial ist gegeben, wenn eine erfolversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Das heisst, es müssen plausible Gründe vorliegen, dass der betreffende Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabili-

mäss Art. 25 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten derjenigen Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Zu diesen Leistungen gehören auch die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation. Danach gelten Rehabilitationskliniken, die der stationären Diagnose und Behandlung von Patienten dienen, gemäss KVG als Spitäler. Sie müssen demzufolge den gesetzlichen Anforderungen an Spitäler entsprechen und unterstehen somit der kantonalen Spitalplanung.

Analog zur Planung der akutsomatischen Versorgung baut der Kanton Appenzell Ausserrhoden in der Erstellung einer Spitalliste für die Rehabilitation auf die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich erarbeiteten Leistungsgruppen, das Bewerbungsverfahren sowie die mit einem Leistungsauftrag verbundenen Anforderungen. Daher ist das Kapitel C Rehabilitation wieder stark auf den Strukturbericht des Kantons Zürich ausgerichtet.

## **1 Leistungsgruppen**

Das revidierte KVG fordert künftig auch für den Bereich der Rehabilitation eine leistungs- oder kapazitätsorientierte Spitalplanung (Art. 58c lit. b KVV) sowie eine leistungsbezogene, auf gesamtschweizerischen Strukturen beruhende Vergütung (Art. 49 Abs. 1 KVG). Analog der Zürcher Spitalplanung wählt auch Appenzell Ausserrhoden eine leistungsorientierte Spitalplanung im Bereich der Rehabilitation.

Damit eine leistungsorientierte Rehabilitationsplanung umgesetzt werden kann, ist vorrangig die Transparenz des rehabilitativen Leistungsgeschehens zu erhöhen. Dazu ist die heterogene Patientenpopulation der Rehabilitation anhand eines allgemein anerkannten medizinischen Klassifikationssystems hinsichtlich ihres Behandlungsbedarfs und finanziellen Ressourcenverbrauchs differenziert zu beschreiben und zu möglichst homogenen Leistungsgruppen zu bündeln.

### **1.1 Anforderungen**

Damit die Leistungsgruppen eine optimale Basis für zukünftige Leistungsaufträge bilden, sollten sie folgende Anforderungen möglichst gut erfüllen:

- medizinisch sinnvolle Einheiten bilden: Medizinische Leistungen, die üblicherweise zusammen erbracht werden, und Patienten mit ähnlichem Behandlungsbedarf und finanziellem Ressourcenverbrauch sollen in der gleichen Leistungsgruppe zusammengefasst sein.
- mit einer zweckmässigen Spitalorganisation kompatibel sein: Die durch die Leistungsgruppen vorgegebenen Strukturen und Abgrenzungen müssen im Rehabilitationsalltag praktikabel sein.
- klar und eindeutig definiert sein: Klar definierte Leistungsgruppen sind eine Voraussetzung für kontrollierbare und justiziable Leistungsaufträge. Die medizinischen Leistungen jeder Leistungsgruppe müssen deshalb mit den in der Medizinstatistik verwendeten Klassifizierungen eindeutig bestimmt sein.

---

tationspotenzials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit.

## 1.2 Erarbeitung der Leistungsgruppen

Damit Leistungsgruppen eindeutig und leistungsbezogen definiert werden können, müssen sie möglichst auf allgemein anerkannten medizinischen Klassifikationssystemen (z.B. ICD und CHOP) basieren. Im Gegensatz zur Akutmedizin steht nicht die kurative Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen, sondern die Behandlung der von diesen verursachten Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit im Zentrum der Rehabilitation. Die ICF-Klassifikation<sup>27</sup> mit ihren Dimensionen Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe würde dafür grundsätzlich eine gute Grundlage darstellen. Allerdings hat sie bis heute wegen des hohen zeitlichen Kodieraufwandes und der fehlenden Umsetzbarkeit der Schweregradeinteilung die volle Praxisreife noch nicht erreicht. Zudem steht heute eine gesamt-schweizerische, den funktionellen und kognitiven Zustand des Rehabilitationspatienten abbildende ICF-Statistik nicht zur Verfügung. Damit kann derzeit der erforderliche rehabilitative Behandlungsbedarf und die rehabilitative Leistung der einzelnen Betriebe statistisch nicht adäquat abgebildet werden.

Mangels einer operablen ICF-Klassifikation muss die Bildung rehabilitativer Leistungsgruppen deshalb auf der ICD-Klassifikation basieren. Die der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung zugrundeliegenden Diagnosen (ICD-Hauptdiagnose) werden nach alters- und organspezifischen Gesichtspunkten gebündelt und unter Beizug von Experten zu rehabilitativen Leistungsgruppen zusammengefasst<sup>28</sup>. Die definierten Leistungsgruppen werden zusätzlich anhand folgender Merkmale inhaltlich näher charakterisiert:

- Krankheitsfolgen (Beeinträchtigung der Körperfunktion und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe nach ICF);
- Eintrittskriterien (erforderlicher Gesundheitszustand bei Eintritt in die stationäre Rehabilitation);
- ärztlicher, therapeutischer und pflegerischer Behandlungsbedarf.

## 1.3 Leistungsgruppen im Überblick

Die Ausserrhoder Spitalplanung 2012 geht im Bereich der Rehabilitation von folgender Struktur der Leistungsgruppen aus (vgl. Tabelle 17):

---

<sup>27</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.

<sup>28</sup> Allerdings wird aufgrund der vom Bundesamt für Statistik erlassenen Codierrichtlinien für die Rehabilitation von einem Teil der Leistungserbringer lediglich die allgemeine Diagnose «Rehabilitationsmassnahmen (Z50)» und nicht die Hauptdiagnose der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung angegeben. Soweit die derartig codierten Leistungen nicht eindeutig einer bestimmten rehabilitativen Leistungsgruppe zugewiesen werden konnten, wurden zur Ermöglichung einer leistungsgruppenspezifischen Zuweisung bei den betreffenden Leistungserbringern entsprechende Nacherhebungen durchgeführt.

Erwachsene	Kinder und Jugendliche
Muskuloskeletale Rehabilitation	Neurologische (inkl. neuro-orthopädische) Rehabilitation
Neurologische Rehabilitation	Allgemeine pädiatrische Rehabilitation
Rehabilitation Querschnittsgelähmter	Frührehabilitation
Kardiovaskuläre Rehabilitation	
Pulmonale Rehabilitation	
Internistisch-onkologische Rehabilitation	
Psychosomatisch-sozialmed. Rehabilitation	
Frührehabilitation	

Tabelle 17: Überblick über die Leistungsgruppen Rehabilitation. Quelle: Tabelle 34 aus dem Strukturbericht ZH.

Der Versorgungsbereich Rehabilitation wird aufgrund der unterschiedlichen altersspezifischen Anforderungen in die Hauptgruppen «Rehabilitation Erwachsener» und «Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen» aufgeteilt. Innerhalb jeder Hauptgruppe wird zusätzlich eine weitere Unterteilung in acht Leistungsgruppen für die Rehabilitation Erwachsener und in drei Leistungsgruppen für die pädiatrische Rehabilitation vorgenommen. Nachfolgend werden alle Leistungsgruppen kurz charakterisiert. Ein detaillierter Beschrieb inklusive Zuordnung der Hauptdiagnosen zu den einzelnen rehabilitativen Leistungsgruppen ist auf der Homepage der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zu finden: [www.gd.zh.ch/strukturbericht](http://www.gd.zh.ch/strukturbericht).

### 1.3.1 Rehabilitation Erwachsener

Innerhalb der Hauptgruppe «Rehabilitation Erwachsener» werden folgende Leistungsgruppen gebildet:

#### **Muskuloskeletale Rehabilitation**

In der muskuloskelettalen Rehabilitation werden die Folgen angeborener oder erworbener Fehler der Haltungs- und Bewegungsorgane sowie degenerativer und entzündlicher Gelenks-, Wirbelsäulen- und Weichteilerkrankungen behandelt.

#### **Neurologische Rehabilitation**

In der Neurorehabilitation werden die Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems behandelt.

Die Rehabilitation Querschnittsgelähmter ist schwergewichtig spezialisierten Zentren vorbehalten. Sie wird deshalb in einer separaten Leistungsgruppe abgebildet.

#### **Rehabilitation Querschnittsgelähmter**

Die Rehabilitation Querschnittsgelähmter umfasst neben der Erst-Rehabilitation und der Komplikationsbehandlung auch die in regelmässigen Abständen wiederkehrende Re-Rehabilitation von Patienten mit unfall-, krankheits- und missbildungsbedingten Lähmungen an den oberen und unteren Extremitäten sowie am Rumpf.

#### **Kardiovaskuläre Rehabilitation**

In der kardiovaskulären Rehabilitation werden die Folgen der Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie entsprechender operativer Eingriffe behandelt.

## **Pulmonale Rehabilitation**

In der pulmonalen Rehabilitation werden schwergewichtig die Folgen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege und anderer mit einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit einhergehender Lungenkrankheiten sowie entsprechender thoraxchirurgischer Eingriffe behandelt.

## **Internistisch-onkologische Rehabilitation**

Die internistische Rehabilitation bezweckt die Rehabilitation multimorbider Patienten mit Funktions- und Partizipationsstörungen aufgrund mehrerer internmedizinischer Krankheitsbilder, die einen kombinierten, multidisziplinären Rehabilitationsansatz benötigen. Im Zentrum der onkologischen Rehabilitation steht die Rehabilitation der durch ein Tumorleiden und/oder deren Therapiefolgen geschädigten Patienten<sup>29</sup>.

## **Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation**

In der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation werden psychosomatische Krankheiten sowie durch somatische Krankheiten verursachte psychische Folgekrankheiten behandelt.

## **Frührehabilitation**

Die an spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen erbrachte Frührehabilitation umfasst die zweite, weniger intensive Phase der Akutbehandlung, d.h. die erste akutmedizinische Versorgung des Patienten<sup>30</sup> ist zum Zeitpunkt des Übertritts in die Rehabilitationseinrichtung weitgehend abgeschlossen. Der Frührehabilitationspatient ist nicht mehr invasiv beatmungsbedürftig und weist für eine Rehabilitationsbehandlung genügend stabile Vitalfunktionen auf, bedarf aber der Infrastruktur einer Überwachungseinheit. Der Patient durchläuft ein umfassendes, auf alle Komponenten der ICF bezogenes Rehabilitationsprogramm. Die Notwendigkeit und Intensität der Rehabilitation überwiegen gegenüber der Kuration.

In der Versorgungskette ist die Frührehabilitation zeitlich vor den Massnahmen der weiterführenden Rehabilitation angesiedelt und umfasst die gleichzeitige akutmedizinisch-kurative und rehabilitative Behandlung von Patienten mit einer akuten Gesundheitsstörung (ICD) und relevanter Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit gemäss ICF (Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Teilhabe) mit folgenden Zielen:

- Wiederherstellung der basalen körperlichen und mentalen Funktionen des Patienten;
- Vermeidung einer bleibenden Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe;
- Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit für nachfolgende Rehabilitationsmassnahmen.

Das Ausgangskriterium «Rehabilitationsfähigkeit» am Ende der Phase Frührehabilitation bildet somit die Eingangsvoraussetzung für die Phase weiterführende Rehabilitation. Die Rehabilitationsfähigkeit kann somit als virtuelle Grenze zwischen den beiden Behandlungsphasen gesehen werden.

---

<sup>29</sup> Diese Leistungsgruppe enthält lediglich die nicht der muskuloskelettalen, neurologischen, kardiovaskulären oder pulmonalen Rehabilitation funktionsbezogen zugeordneten Tumorerkrankungen.

<sup>30</sup> Die erste Akutphase umfasst die akutmedizinische Diagnostik und Therapie. Aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit und der zeitlichen Beanspruchung des Patienten durch akutmedizinische diagnostische und therapeutische Prozeduren ist die Rehabilitation bei entsprechender Indikation auf ergänzende Massnahmen beschränkt. Die Notwendigkeit und Intensität der Kuration überwiegen gegenüber der Rehabilitation.

Zur Vermeidung von unnötigen Schnittstellen und Verlegungen sind Leistungsaufträge für Rehabilitationskliniken im Bereich «Frührehabilitation» nur in Kombination mit dem jeweiligen organspezifischen rehabilitativen Leistungsauftrag (z.B. neurologische Rehabilitation) möglich.

### **1.3.2 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen**

Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (0–17-Jährige)<sup>31</sup> bestehen spezielle Anforderungen vor allem hinsichtlich der kind- und jugendgerechten Gestaltung der Rehabilitationsmassnahmen, der schulischen Betreuung und Berufsberatung, des Freizeitangebotes und der Mitaufnahme von Begleitpersonen. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt sich die Bildung folgender besonderer Leistungsgruppen:

#### **Neurologische (inkl. neuro-orthopädische) Rehabilitation**

In der neurologischen Rehabilitation werden die Folgen von angeborenen und/oder erworbenen Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems und in der neuro-orthopädischen Rehabilitation durch neurologische Krankheiten verursachte Störungen und strukturelle Deformitäten des Bewegungsapparates behandelt.

#### **Allgemeine pädiatrische Rehabilitation**

In der allgemeinen pädiatrischen Rehabilitation werden die Folgen verschiedener angeborener und/oder erworbener Krankheiten wie z.B. Stoffwechselkrankheiten sowie Krankheiten des Kreislauf- und des Atmungssystems behandelt.

#### **Frührehabilitation**

In Analogie zur Rehabilitation Erwachsener ist auch in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen eine Leistungsgruppe «Frührehabilitation» vorgesehen (vgl. Kap. 1.3.1).

### **1.4 Abgrenzung zu anderen Leistungsangeboten**

Neben der spezialisierten organspezifischen Rehabilitation bestehen weitere Rehabilitationsarten und -formen wie die geriatrische und die ambulante Rehabilitation sowie andere medizinische Formen der Pflege und Behandlung wie die Kurbehandlung und die Palliative Care. Sie sind von der spezialisierten organspezifischen stationären Rehabilitation abzugrenzen. Die ambulante und die geriatrische Rehabilitation werden zwar als Einflussfaktoren im Prognosemodell berücksichtigt (vgl. Kapitel C2.1.4), es werden jedoch keine diesbezüglichen Leistungsaufträge vergeben. Die anderen Rehabilitationsarten und -formen werden im Prognosemodell nicht weiter berücksichtigt und mit Ausnahme der Palliative Care in der Folge auch nicht mehr weiter thematisiert.

#### **Ambulante Rehabilitation**

Im Fachgebiet der Rehabilitation ist eine stärkere wechselseitige Substituierbarkeit von Behandlungsmassnahmen in unterschiedlichen institutionellen Settings möglich als in der somatischen Akutmedizin. Dies spiegelt sich auch in den unterschiedlichen Rehabilitationssystemen verschiedener Länder. Je nach spezifischer Ausgestaltung der Versorgungssysteme kennen die angelsächsischen Länder überwiegend nur die ambulante Rehabilitation. Dage-

---

<sup>31</sup> In Analogie zur Altersgruppeneinteilung der Akutsomatik.

gen erfolgt die Rehabilitation in den deutschsprachigen Ländern noch weitgehend stationär (Entwicklung aus der traditionellen Kur- und Höhenklinikbehandlung).

Grundsätzlich kommen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Rehabilitation die gleichen Ziele zur Anwendung. Allerdings sind ambulante Patienten nicht spitalbedürftig und bedürfen einer geringeren Therapieintensität. Gleichzeitig muss die häusliche Versorgung sichergestellt sein. Wichtigste Vorteile der ambulanten Rehabilitation sind die grössere Flexibilität hinsichtlich der individuellen Berücksichtigung von Krankheitsbild, Wohnort und sozialer Situation eines Patienten bei grundsätzlich gleicher Versorgungsqualität sowie die Möglichkeit gleitender, an die individuelle Situation eines Patienten angepasster Übergänge zwischen den Rehabilitationsformen.

### **Geriatrische Rehabilitation**

Geriatrische Patienten sind in der Regel über 65-jährig, meist sogar über 80-jährig, polymorbid und gebrechlich, weisen spezielle, meist atypische Krankheitssymptome auf, sind medizinisch instabiler und komplikationsanfälliger, verfügen über knappe körperliche Reserven, weisen eine verminderte beziehungsweise stark schwankende Belastbarkeit auf und bedürfen in der Therapieplanung des Einbezugs des sozialen Umfeldes. Die geriatrische Rehabilitation bezweckt somit die Rückgewinnung, Stabilisierung und Wiederherstellung der Fähigkeiten zur möglichst selbstständigen Alltagsbewältigung im gewohnten Wohnumfeld sowie die Kompensation allfälliger sozialer Defizite. Die geriatrischen Reha-Patienten werden in der Ausserrhoder Spitalplanung in den entsprechenden organspezifischen Leistungsgruppen berücksichtigt. Von der Bildung einer separaten Leistungsgruppe «geriatrische Rehabilitation» wird deshalb abgesehen. Daneben besteht eine enge Beziehung zwischen der geriatrischen Rehabilitation und der Akutgeriatrie, die im Rahmen der Akutsomatik behandelt wird.

### **Kurbehandlung**

Eine Kurbehandlung liegt vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht nach einem in der Art und Anzahl weitgehend vordefinierten Behandlungsplan (Kurpaket) aufgrund gemachter Erfahrungen natürliche, ortsgebundene Heilfaktoren (Wasser, Wärme, Luft, Klima) wohnortfern angewendet werden. Kurpatienten leiden in der Regel unter einfachen Krankheiten mit vorhersehbarem Verlauf. Die Kur dient somit schwergewichtig der Festigung des Gesundheitszustandes und nicht der Heilung und erfordert im Gegensatz zur Rehabilitation keinen multidisziplinären Behandlungsansatz. Als Kuranstalten gelten Bäder-, Klima-, Diät- und andere Kuranstalten sowie Anstalten für Genesungs- und Erholungsbedürftige (Rekonvaleszenzzentren). Eine Kuranstalt ist keine Heilanstalt im Sinne des KVG.

### **Palliative Care**

Palliative Care umfasst die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung mit dem Ziel, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität gegebenenfalls bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei werden körperlich belastende Symptome optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt. Die Palliative Care wird im Rahmen der Akutsomatik behandelt.

### **Akut- und Übergangspflege**

Das revidierte KVG sieht neu Leistungen der Akut- und Übergangspflege vor (Art. 25a Abs. 2 KVG). Gemäss Art. 7 KLV handelt es sich dabei um im Spital angeordnete Pflegeleistungen, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen. Die Leistungen werden während längstens zwei Wochen auf spitalärztliche Anordnung stationär in Pflegehei-

men oder ambulant durch Spitexorganisationen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen erbracht und nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet. Die Leistungsempfänger sind damit von jeglicher Kostenübernahme befreit.

## **2 Bedarfsprognose**

Nachfolgend wird die rehabilitative Versorgung analog zur akutsomatischen Versorgung analysiert. Demgemäss wird die bisherige rehabilitationsbezogene Nachfrageentwicklung der Ausserrhoder Wohnbevölkerung im Zeitraum zwischen 2003 und 2008 behandelt und danach die kantonale Leistungsnachfrage für das Jahr 2008 nach Leistungsbereichen und Altersgruppen ausdifferenziert. Im zweiten Teilkapitel wird die Prognose der rehabilitativen Behandlungen für das Jahr 2020 mit ihren dafür angenommenen Einflussfaktoren dargestellt.

Die weiteren Teilkapitel befassen sich (für das Jahr 2008) separat mit der inner- und der ausserkantonalen Rehabilitationsnachfrage der Ausserrhoder mit dem Leistungsangebot der Rehabilitationskliniken im Kanton Appenzell Ausserrhoden sowie mit den Zu- und Abwanderungen von Rehabilitationspatienten in den bzw. aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden.

### **2.1 Bisherige Entwicklung der Nachfrage nach rehabilitativen Behandlungen**

In diesem Teilkapitel wird anhand einer Zeitreihe von 2003 bis 2008 die bisherige Nachfrage der Ausserrhoder Wohnbevölkerung nach stationärer Rehabilitation aufgezeigt.

Die Nachfrage nach stationärer Rehabilitation wird im Wesentlichen von der Einwohnerzahl, der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation (Hospitalisationsrate) sowie der mittleren Aufenthaltsdauer einer stationären Rehabilitationsbehandlung beeinflusst. Aufgrund der Einwohnerzahl und der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation ergibt sich die Zahl der hospitalisierten Rehabilitationspatienten. Aufgrund der Zahl der hospitalisierten Patienten und der mittleren Aufenthaltsdauer kann die Zahl der für die rehabilitative Versorgung der Ausserrhoder Bevölkerung notwendigen Pflagetage ermittelt werden.

Tabelle 18 zeigt die jährliche Entwicklung der Patientenzahlen und der Pflagetage der Ausserrhoder Wohnbevölkerung im Versorgungsbereich der Rehabilitation für die Jahre 2003 bis 2008, aufgeschlüsselt nach den genannten Faktoren bzw. Kennziffern<sup>32</sup>, in absoluten Zahlen sowie mit ihren jeweiligen Veränderungsraten.

Eine gewisse Trendentwicklung (im Sinne eines tendenziellen Anstiegs) lässt sich aus Tabelle 18 allenfalls für die mittlere Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation für den Zeitraum 2006 bis 2008 feststellen.

---

<sup>32</sup> Die Hospitalisationsrate bezeichnet die Anzahl Hospitalisationen, die Pflagetagsrate die Anzahl der Pflagetage in der Rehabilitation, jeweils pro 10 000 Einwohner.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Wohnbevölkerung	52 976	52 841	52 561	52 509	52 654	53 054
Hospitalisationsrate (HR)	64	56	64	67	54	57
Fälle	341	298	336	351	284	304
Pflegetage	7 877	6 708	8 014	8 356	7 008	8 271
Pflegetagerate (PTr)	1 487	1 269	1 525	1 591	1 331	1 559
AHD	23.1	22.5	23.9	23.8	24.7	27.2
<b>Veränderungsrate (Baslsjahr 2003)</b>						
Wohnbevölkerung	1.00	1.00	0.99	0.99	0.99	1.00
HR	1.00	0.88	0.99	1.04	0.84	0.89
Patienten	1.00	0.87	0.99	1.03	0.83	0.89
Pflegetage	1.00	0.85	1.02	1.06	0.89	1.05
Pflegetagerate (PTr)	1.00	0.85	1.03	1.07	0.90	1.05
MAHD	1.00	0.97	1.03	1.03	1.07	1.18

Tabelle 18: Entwicklung der Patientenzahl und Pflegetage in der Rehabilitation 2003 bis 2008. Quelle: Tabelle 20 aus dem Versorgungsbericht AR.

Die Zahl der stationär rehabilitierten Ausserrhoder Patienten sowie die Gesamtzahl der Pflegetage hat zwischen 2003 und 2008 von Jahr zu Jahr sehr stark geschwankt. Damit war für diesen gesamten Zeitraum hinsichtlich der Eintrittshäufigkeit in eine stationäre Rehabilitationsbehandlung kein Trend erkennbar.

Angesichts von lediglich rund 300 stationären Ausserrhoder Rehabilitationspatienten pro Jahr war es nicht möglich, eine bedarfsplanerisch relevante, nach Leistungsbereichen und Altersgruppen differenzierte Analyse vorzunehmen und damit eine Prognose der kantonalen Rehabilitationsnachfrage mit sinnvoll auswertbaren Tabellen und Abbildungen zu erstellen.

Von den 304 stationären Rehabilitationsbehandlungen, die im Jahre 2008 aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden nachgefragt wurden, betrafen:

- 83 Fälle (27 %) die muskuloskelettale Rehabilitation (d.h.: Rehabilitationsbehandlungen im Falle von Erkrankungen des Bewegungsapparates)
- 60 Fälle (20 %) die neurologische Rehabilitation (d.h.: Rehabilitationsbehandlungen im Falle von Erkrankungen des Nervensystems)
- 40 Fälle (13 %) die psychiatrisch-sozialmedizinische Rehabilitation (im Kanton Appenzell Ausserrhoden dürfte es sich dabei faktisch um die psychosomatische Rehabilitation handeln)
- 25 Fälle (8 %) die kardiovaskuläre Rehabilitation (d.h.: Rehabilitationsbehandlungen im Falle von Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
- 4 Fälle (1 %) die internistisch-onkologische Rehabilitation
- 3 Fälle (1 %) die pulmonale Rehabilitation (d.h.: Rehabilitationsbehandlungen im Falle von Atemwegserkrankungen).

## 2.2 Zu- und Abwanderungen

Die Patientenzahl der Zuwanderer in die Rehabilitationskliniken im Kanton Appenzell Ausserrhoden lag im Jahr 2008 bei rund 2'400. Das entspricht 93 Prozent aller in diesem Kanton stationär rehabilitierten Patienten. Knapp die Hälfte der Zuwanderer wohnten in den angrenzenden Kantonen St. Gallen und Thurgau.

	SG	ZH	Andere Kantone <100	TG	AG	Ausland	Gesamt
Neurologisch	163	87	38	13	1	19	321
Muskuloskelettal	139	7	10	6	3	27	192
Kardiovaskulär	144	138	102	52	64	16	516
Pulmonal	1		1				2
Internistisch-onkologisch	10	1		2			13
Psychiatrisch-sozialmed.	208	150	215	106	78	32	789
Übrige	235	142	81	72	24	14	568
<b>Zuwanderung</b>	<b>900</b>	<b>525</b>	<b>447</b>	<b>251</b>	<b>170</b>	<b>108</b>	<b>2 401</b>

Tabelle 19: Zuwanderung von Patienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen. Quelle: Tabelle Reha 4 aus dem Versorgungsbericht AR.

Tabelle 19 zeigt, wie sich die 2008 im Kanton Appenzell Ausserrhoden stationär rehabilitierten und ausserhalb des Kantons wohnhaften Patienten (die 2'400 Zuwanderer) nach Rehabilitationsbereichen und den Herkunftskantonen verteilen.

Weil fast ein Viertel dieser zugewanderten Rehabilitationspatienten unter die (unspezifisch codierten) „Übrigen“ fallen, lassen sich die von den Zuwanderern im Kanton Appenzell Ausserrhoden präferierten Rehabilitationsbereiche aus dieser Tabelle nur mit entsprechenden Vorbehalten ableiten.

Für die zugewanderten Patienten galt im Jahr 2008 folgende Rangfolge (mit abnehmender Präferenz): 1. psychosomatische Rehabilitation; 2. kardiovaskuläre Rehabilitation; 3. neurologische Rehabilitation; 4. muskuloskelettale Rehabilitation.

Während der stationäre Ausserrhoder neurologische Rehabilitationsbedarf sowie der psychosomatische Rehabilitationsbedarf überwiegend innerkantonal befriedigt werden, werden der kardiovaskuläre Rehabilitationsbedarf sowie der muskuloskelettale Rehabilitationsbedarf in ausgeprägtem Ausmass ausserkantonal gedeckt. Der pulmonale und der internistisch-onkologische Rehabilitationsbedarf des Kantons müssen vollumfänglich ausserkantonal gedeckt werden.

	SG	ZH	Andere Kantone <100	TG	AG	Ausland	Gesamt
Neurologisch	-6		-1		-1		-8
Muskuloskelettal	-20		-22	-1	-7		-50
Kardiovaskulär		-2	-7	-4			-13
Pulmonal	-1	-1			-1		-3
Internistisch-onkologisch	-1	-1		-2			-4
Psychiatrisch-sozialmed.			-1				-1
Übrige	-10	-2		-29	-10		-51
<b>Abwanderung</b>	<b>-38</b>	<b>-6</b>	<b>-31</b>	<b>-36</b>	<b>-19</b>	<b>0</b>	<b>-130</b>

Tabelle 20: Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen. Quelle: Tabelle Reha 5 aus dem Versorgungsbericht AR.

Tabelle 20 zeigt, wie sich die 130 Ausserrhoder Patienten, die 2008 ausserhalb ihres Wohnkantons stationär rehabilitiert worden sind, nach Rehabilitationsbereichen und den Zielkantonen verteilen.

Insgesamt liessen sich 43 Prozent der Ausserrhoder Rehabilitationspatienten in ausserkantonalen Rehabilitationskliniken behandeln. Dabei verteilen sich die ausserkantonalen Rehabilitationsbehandlungen der Ausserrhoder Patienten relativ breit auf die verschiedenen Kantone, wenn auch mit einer gewissen Bevorzugung der angrenzenden Kantone St. Gallen und Thurgau.

## 2.3 Prognose der rehabilitativen Behandlungen für 2020

Wie in der Akutsomatik wurden auch in der Prognose des rehabilitativen Leistungsbedarfs die voraussichtlichen Entwicklungen der wichtigsten Einflussfaktoren berücksichtigt. Dabei spielen insbesondere die Altersstruktur der Bevölkerung, die Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten, die Zuweisungs- und Kostengutsprachepraxis sowie das Angebot an ambulanter und geriatrischer Rehabilitation eine wichtige Rolle. Da die zukünftigen Entwicklungen auch in der Rehabilitation nicht genau bestimmt werden können, wurden auch hier drei verschiedene Szenarien berücksichtigt. Hinsichtlich der per 2020 prognostizierten Ausserrhoder Nachfrage nach stationärer Rehabilitation ergibt sich daraus eine Bandbreite zwischen 280 und 367 Patienten (2008 waren dies 304 Patienten), hinsichtlich der betreffenden Pflegetage eine Bandbreite zwischen 6'400 und 10'300 (2008 lag diese Zahl bei rund 8'300).

## 2.4 Marktanteile der einzelnen Kliniken

Im Teilkapitel Leistungsangebot der drei Rehabilitationskliniken im Kanton Appenzell Ausserrhoden werden die hier jeweils im Jahr 2008 erbrachten Leistungen, unabhängig von der Trägerschaft und der Herkunft der Patienten, sowie die jeweiligen Marktanteile berücksichtigt.

Bei den betreffenden Institutionen handelt es sich um die Klinik Gais AG in Gais, die Rheinburg-Klinik AG in Walzenhausen sowie um die Berit Paracelsus-Klinik AG in Niederteufen (beschränkt auf deren Rehabilitationsangebot).

	Fälle (abs.)	Fälle in %	Mittleres Eintrittsalter Jahre	Liegeklasse in % Zusatzversicherung HP+P	Patientenherkunft Ausser Kanton in %	Mittlere Aufenthaltsdauer Tage	Pflegetage (abs.)	Anteil Total-Pflegetage in %
Berit Paracelsus-Klinik	106	4%	73	70%	83%	16.2	1 712	3%
Klinik Gais	1 840	71%	56	30%	96%	23.7	43 584	69%
Rheinburg-Klinik	629	24%	66	59%	86%	28.8	18 128	29%
<b>Total</b>	<b>2 575</b>	<b>100%</b>	<b>59</b>	<b>39%</b>	<b>93%</b>	<b>24.6</b>	<b>63 424</b>	<b>100%</b>

Tabelle 21: Stationäre Leistungen pro Klinik im Kanton Appenzell Ausserrhoden 2008. Quelle: Tabelle 22 aus dem Versorgungsbericht AR.

Die Tabelle 21 zeigt, dass im Jahr 2008 die Zahl der stationären Rehabilitationspatienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden bei 2'575 lag. Am meisten Patienten (71 Prozent) wurden in der Klinik Gais behandelt, 24 Prozent in der Rheinburg-Klinik und lediglich 4 Prozent in der Berit Paracelsus-Klinik.

	Klinik Gais							Rheinburg-Klinik							Berit Paracelsus-Klinik							
	AR	Ausland	AG	SG	TG	ZH	Andere Kantone <100 Pat.	Total	AR	Ausland	AG	SG	TG	ZH	Andere Kantone <100 Pat.	Total	AR	SG	TG	ZH	Andere Kantone <100 Pat.	Total
Neurologisch				2			1	3	52	19	1	161	13	87	37	370						
Muskuloskelettal							2	2	33	27	3	139	6	7	8	223						
Kardiovaskulär	12	15	64	143	51	136	102	523		1		1	1	2		5						
Pulmonal				1			1	2														
Internistisch-onkologisch					1			1				10	1	1		12						
Psychiatrisch-somat. med.	39	32	78	207	106	148	214	824				1		2	1	4						
Geronte	18	14	24	150	64	137	78	485	2			6	5	2		15	18	79	3	3	3	106
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>61</b>	<b>166</b>	<b>303</b>	<b>222</b>	<b>421</b>	<b>388</b>	<b>1640</b>	<b>87</b>	<b>47</b>	<b>4</b>	<b>216</b>	<b>26</b>	<b>161</b>	<b>46</b>	<b>629</b>	<b>18</b>	<b>79</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>106</b>

Tabelle 22: Patienten in Kliniken im Kanton AR nach Wohnkanton und Leistungsbereich. Quelle: Tabelle Reha 2 aus dem Versorgungsbericht AR.

Die Tabelle 22 zeigt die Herkunft der Patienten, die im Jahr 2008 in den drei Ausserrhoder Rehabilitationskliniken rehabilitiert worden sind, differenziert nach den jeweils angebotenen Rehabilitationsbereichen.

Das Leistungsangebot der Klinik Gais betrifft die kardiovaskuläre und die psychosomatische Rehabilitation. Knapp 4 Prozent der hier im Jahr 2008 stationär rehabilitierten Patienten wohnten im Kanton Appenzell Ausserrhoden. 27 Prozent kamen aus dem Kanton St. Gallen, 23 Prozent aus dem Kanton Zürich, 12 Prozent aus dem Kanton Thurgau und 30 Prozent aus anderen Kantonen. Hinsichtlich der Klinik Gais bzw. für die Bereiche der kardiovaskulären und der psychosomatischen Rehabilitation besteht für den Kanton Appenzell Ausserrhoden daher ein hoher Koordinationsbedarf mit den benachbarten Kantonen sowie mit dem Kanton Zürich.

Das Leistungsangebot der Rheinburg-Klinik betrifft die neurologische und die muskuloskeletale Rehabilitation. Knapp 14 Prozent aller hier im Jahr 2008 stationär rehabilitierten Patienten wohnten im Kanton Appenzell Ausserrhoden. 50 Prozent kamen aus dem Kanton St. Gallen, 16 Prozent aus dem Kanton Zürich, 4 Prozent aus dem Kanton Thurgau sowie jeweils rund 8 Prozent aus anderen Kantonen und aus dem Ausland. Hinsichtlich der Rheinburg-Klinik bzw. für die Bereiche der neurologischen und der muskuloskelettalen Rehabilitation besteht ebenfalls ein hoher Koordinationsbedarf des Kantons Appenzell Ausserrhoden mit den benachbarten Kantonen sowie mit dem Kanton Zürich.

Weil die Berit Paracelsus-Klinik alle ihre Rehabilitationspatienten mit der allgemeinen Diagnose Rehabilitationsmassnahmen (Z50) codiert hat, lässt sich das rehabilitative Leistungsangebot dieser Klinik nicht ableiten. Aus dem Internet-Auftritt der Klinik geht jedoch hervor, dass diese Klinik – in Ergänzung ihres chirurgischen Leistungsangebotes – in beschränktem Ausmass auch stationäre Leistungen im Bereich der orthopädischen und neurochirurgischen Rehabilitation anbietet. Mit insgesamt lediglich 106 Patienten (davon 17 Prozent aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden und 75 Prozent aus dem Kanton St. Gallen) bzw. total nur rund 1 700 Pflegetagen (was einem diesbezüglichen Kapazitätsbedarf von rund 5 Betten entspricht) ist das Rehabilitationsangebot dieser Klinik aber nur von relativ geringer Bedeutung.

### 3 Evaluationskriterien

Grundsätzlich sind auch im Bereich der Rehabilitation die im KVG und in der KVV definierten rechtlichen Rahmenbedingungen und Planungskriterien zur Evaluation der Leistungserbringer einzuhalten (vgl. Kap. B 3). Die vom Bundesrat erlassenen Planungskriterien der KVV sind jedoch insgesamt wenig konkret und lassen den Kantonen einen relativ grossen Spielraum. Insbesondere unterliess es der Bundesrat, die Evaluationskriterien zu konkretisieren

und operable Detailkriterien zu definieren. So obliegt es den Kantonen, Anforderungen zu definieren, nach denen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer operabel überprüft werden können.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat mittels Literaturanalyse sowie in Zusammenarbeit mit verschiedenen Experten grosse Anstrengungen unternommen, um für den Versorgungsbereich der medizinischen Rehabilitation operable Anforderungen zu definieren, die eine zweckmässige und objektive Evaluation ermöglichen. Bei der Definition dieser Anforderungen hat sich gezeigt, dass es sinnvoll ist, zwischen generellen und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen zu unterscheiden. Während beispielsweise jedes Listenspital die Aufnahmepflicht vorbehaltlich der Kostengutsprache durch die Versicherer für alle Patienten unabhängig ihres Versicherungsstatus erfüllen muss, ist eine spezialisierte Überwachungsstation nur für die Anbieter der Leistungsgruppe Frührehabilitation erforderlich.

### **3.1 Generelle Anforderungen**

Nebst den gesundheitspolizeilichen Bewilligungsvoraussetzungen muss jedes Listenspital generelle Anforderungen unabhängig seines Leistungsspektrums erfüllen. Leistungserbringer, die auf die Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 aufgenommen werden möchten, müssen die nachfolgenden generellen Anforderungen an die Qualität (vgl. Kap. 3.1.1), die Wirtschaftlichkeit (vgl. Kap. 3.1.2) sowie sonstige generelle Anforderungen (vgl. Kap. 3.1.3) an ein Listenspital erfüllen.

#### **3.1.1 Generelle Qualitätsanforderungen**

Die kantonale Spitalplanung muss nach KVG nebst Betriebsvergleichen zur Wirtschaftlichkeit auch auf Betriebsvergleiche zur Qualität abgestützt sein (Abs. 3 Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007). In Art. 58b Abs. 5 lit. b KVV wird den Kantonen vorgeschrieben, insbesondere den Nachweis der notwendigen Qualität zu prüfen. Darüber hinaus hat der Bundesrat bis anhin keine weiteren für die Betriebsvergleiche zur Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verwendenden Daten und Kriterien festgelegt (vgl. Art. 39 Abs. 2ter KVG).

Das Departement Gesundheit verzichtet bewusst auf eine Evaluation anhand von Ergebnisqualitätsindikatoren, da die damit verbundene Gefahr allokativer Fehlentscheide als gross erachtet wird. Zudem fehlen derzeit in der Rehabilitation schweizweit verbindliche Messkriterien für die Ergebnisqualitätsindikatoren.

Bereits heute erbringen die schweizerischen Rehabilitationskliniken Leistungen in guter Qualität. Deshalb genügt es, minimale Standards zu definieren, welche die notwendige Qualität aller Listenspitäler sicherstellen sollen. Dabei sind zum einen leistungsgruppenspezifische und zum anderen generelle Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Unabhängig ihres Leistungsspektrums müssen alle Listenspitäler die folgenden generellen Qualitätsanforderungen erfüllen (vgl. auch Homepage der Spitalplanung 2012: [www.gd.zh.ch/strukturbericht](http://www.gd.zh.ch/strukturbericht)).

#### **Konzeptionelle Grundlagen**

Jedes Listenspital muss über ein Qualitätskonzept gemäss Art. 77 KVV mit Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, über krankheits- bzw. störungsspezifisch aufgebaute Behandlungs-, Therapie- und Pflegekonzepte sowie über ein Notfall- und Hygienekonzept

verfügen. Die Konzepte sind dokumentiert, auf Nachfrage einsehbar und werden mindestens alle zwei Jahre überarbeitet.

### **Behandlungsprozess**

Jedes Listenspital muss über regelmässig im Behandlungsprozess eingesetzte, anerkannte Assessmentinstrumente, strukturiert (z.B. ICF-basiert) und patientenbezogen festgelegte Rehabilitationsziele und Therapiepläne sowie einen implementierten multiprofessionellen Entlassungspfad verfügen. Zudem sind die Ergebnisse der durchgeführten Assessments sowie die Rehabilitationsziele und deren Erreichung vollständig in der Patientenakte zu dokumentieren.

### **Medizinische Patientenbetreuung**

Jedes Listenspital muss minimale Anforderungen an das Aufnahme- und Entlassungsverfahren, die Häufigkeit der Arztvisiten, die Häufigkeit und Konzeption der Fallbesprechung sowie den Therapiebeginn erfüllen.

### **Qualitätsmanagement**

Jedes Listenspital muss im Bereich des Qualitätsmanagements folgende minimalen Anforderungen erfüllen:

- Einsatz und Umsetzung eines anerkannten Qualitätsmodells: Jedes Listenspital hat mindestens ein vollständiges (Self-)Assessment nach den Kriterien des von ihm implementierten Qualitätsmodells durchgeführt, dessen Ergebnisse in einem Verbesserungsplan festgehalten und die Umsetzung der beschlossenen Verbesserungen dokumentiert. Zudem ist ein Qualitätsverantwortlicher mit definierten Aufgaben und Kompetenzen benannt.
- Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen: Jedes Listenspital muss an etablierten Qualitätsmessungen teilnehmen, wie sie z.B. von Outcome oder dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) definiert werden.
- Komplikationsstatistiken: Jedes Listenspital führt regelmässig interne Erhebungen und Auswertungen zu ausgewählten Komplikationen (Stürze, nosokomiale Infektionen) durch.
- Fehlermeldesystem (CIRS): In jedem Listenspital muss ein interdisziplinäres und interprofessionelles Critical Incident Reporting System (CIRS) spitalweit eingeführt sein. Dieses Zwischenfallmeldesystem bezweckt, den Mitarbeitenden in einer geschützten Umgebung die Möglichkeit zu geben, unter Wahrung der Vertraulichkeit oder der Anonymität über kritische Vorfälle in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld zu berichten. Alle Mitarbeitenden werden bzgl. CIRS geschult (mindestens informiert) und haben Zugang zu CIRS.
- Durchführung von Patienten- und Zuweiserbefragungen: Jedes Listenspital muss regelmässig vergleichbare Befragungen von Patienten und Zuweisern durchführen. Die Ergebnisse der Patientenbefragungen sind öffentlich bekannt zu geben.

### **Personalentwicklung**

Jedes Listenspital muss über funktionsspezifische Stellenbeschreibungen, ein umgesetztes Konzept für die Einarbeitung neuer Mitarbeitender sowie implementierte fachspezifische Fort- und Weiterbildungsprogramme verfügen.

### **Infrastruktur**

Jedes Listenspital muss den barrierefreien Zugang innerhalb des gesamten Klinikareals gewährleisten.

### **3.1.2 Wirtschaftlichkeitsanforderungen**

Die kantonale Spitalplanung muss nach KVG nebst Betriebsvergleichen zur Qualität auch auf Betriebsvergleiche zur Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Abs. 3 Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007). In Art. 58b Abs. 5 lit. a KVV wird den Kantonen vorgeschrieben, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. Darüber hinaus hat der Bundesrat bis anhin keine weiteren für die Betriebsvergleiche zur Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verwendenden Daten und Kriterien festgelegt (vgl. Art. 39 Abs. 2ter KVG).

Mit der Implementierung des vom KVG geforderten leistungsbezogenen Vergütungssystems für die Rehabilitation kann frühestens im Jahre 2014 gerechnet werden. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wird anhand eines Kostenvergleichs zwischen den Rehabilitationskliniken vorgenommen.

Grundsätzlich stehen Rehabilitationskliniken mit hohen Kosten unter dem Verdacht, unwirtschaftlich zu arbeiten. Da hohe Kosten jedoch auch durch die Behandlung besonders aufwendiger Patientengruppen entstehen können, sollten die Kosten nur unter Berücksichtigung des Patientenmix verglichen werden. Allerdings steht in der Rehabilitation – im Gegensatz zur Akutsomatik – kein Indikator wie der «DRG-Casemix-Index» zur Verfügung, mit dem Unterschiede in der Patientenstruktur berücksichtigt werden können. Aus diesem Grund sollten in der Rehabilitation nur Kosten zwischen ähnlichen Patientengruppen verglichen werden. Die Betriebsvergleiche zur Wirtschaftlichkeit und insbesondere Tarifvergleiche werden im Bereich der Rehabilitation leistungsgruppenspezifisch durchgeführt.

Angesichts der vielen ausserkantonalen Rehabilitationskliniken und den bestehenden interkantonalen Unterschieden in der Ausgestaltung der Kostenstellenrechnung hat das Departement Gesundheit beschlossen, auf die Einforderung detaillierter Kostenrechnungen zu verzichten und die Betriebsvergleiche zur Wirtschaftlichkeit auf der Grundlage der engeren Betriebskosten für stationäre Patienten der Rehabilitation durchzuführen.

Alle an einem Listenplatz interessierten Rehabilitationskliniken müssen dazu die Gesamt- und die leistungsgruppenspezifischen Kosten der Jahre 2009 und 2010 liefern. Für die Ermittlung der engeren Betriebskosten der stationären Reha-Patienten werden die Anlagenutzungskosten, die Kosten für ambulante Leistungen, die Kosten für übrige in der Klinik behandelte stationäre Patienten (Akutsomatik, Langzeitpflege) sowie sonstige Kosten (betriebsfremder Aufwand wie Cafeteria, Kindergrippe etc.) von den Gesamtkosten abgezogen. Zusätzlich werden die Tarife von allen Rehabilitationskliniken eingefordert. Diese werden zur Plausibilisierung der Kostendaten und in Einzelfällen als Ergänzung zu den Kostendaten in der Wirtschaftlichkeitsprüfung verwendet.

### **3.1.3 Sonstige generelle Anforderungen an ein Listenspital**

Neben Qualität und Wirtschaftlichkeit werden im KVG und in der KVV insbesondere die Gewährleistung der Aufnahmebereitschaft (Art. 41a Abs. 1 KVG) und des Zugangs zur Behandlung innert nützlicher Frist (Art. 58b Abs. 4 KVV) als weitere generelle Anforderungen an Listenspitäler aufgeführt. Im Einzelnen müssen Listenspitäler folgende Anforderungen erfüllen:

Potenzielle Listenspitäler müssen fähig und bereit sein, alle rehabilitationsbedürftigen Ausserrhoder Patienten, d.h. auch lediglich grundversicherte Personen, nach erfolgter Kosten-

gutsprache des Versicherers unabhängig von der voraussichtlichen Kostendeckung aufzunehmen und adäquat zu behandeln. Eine Auswahl der Patienten nach dem Versicherungsstatus ist Listenspitälern nicht gestattet.

Im Bereich der stationären Rehabilitation ist das Kriterium des «Zugangs innert nützlicher Frist» weniger auf die zeitliche Erreichbarkeit der potenziellen Listenspitäler vom Wohnort des Patienten, sondern hauptsächlich auf die Gewährleistung eines möglichst nahtlosen und frühzeitigen Übergangs zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation durch Zuweiser und Versicherer zu beziehen. Im Vordergrund steht die effiziente Ausgestaltung des Kostengutspracheverfahrens und Übertrittsmanagements. Ein Grundangebot an wohnortnaher stationärer Rehabilitation entspricht jedoch einem Bedürfnis der Ausserrhoder Bevölkerung. Dieses kann zudem als Kristallisationspunkt für den Aufbau von auf Wohnortnähe und gute zeitliche Erreichbarkeit angewiesenen ambulanten Rehabilitationsangeboten dienen.

Verschiedentlich werden stationäre rehabilitative Leistungen auch in Kombination mit akutmedizinischen Leistungen an Spitälern sowie in Kombination mit Kur- und Hotelangeboten erbracht. In diesen Fällen muss die Rehabilitation räumlich und betrieblich von den anderen Dienstleistungen strikt getrennt werden.

## **3.2 Leistungsgruppenspezifische Qualitätsanforderungen**

Je nach Leistungsspektrum bzw. Leistungsgruppen, die ein Leistungserbringer anbieten möchte, müssen bestimmte leistungsgruppenspezifische Anforderungen erfüllt werden. Die Anforderungen beziehen sich auf das eingesetzte Personal, den Notfalldienst, die rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die bauliche und infrastrukturelle Ausstattung der Klinik. In den folgenden Teilkapiteln 3.2.1-3.2.5 werden diese Anforderungen kurz beschrieben und auf der Homepage der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich [www.gd.zh.ch/strukturbericht](http://www.gd.zh.ch/strukturbericht) im Einzelnen dargestellt.

### **3.2.1 Personalqualifikation**

Die rehabilitative Leistung wird durch ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam erbracht. Es setzt sich entsprechend den leistungsgruppenspezifischen Anforderungen aus Fachärzten und nicht ärztlichen Fachkräften wie z.B. klinischen Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Ernährungsberatern, Sozialarbeitern, diplomierten Pflegefachpersonen etc. zusammen und wird im Bereich der pädiatrischen Rehabilitation um Pädagogen/Heilpädagogen erweitert. An die einzelnen Berufsgruppen im Rehabilitationsteam sind die folgenden Anforderungen an die fachliche Qualifikation, Berufserfahrung und Verfügbarkeit zu stellen:

- **Ärzte und andere Akademiker:** Die ärztliche Leitung und deren Stellvertretung sind fest angestellt (mind. 80 %) und die Kaderärzte bzw. anderen Akademiker verfügen über die erforderliche fachärztliche Spezialisierung bzw. akademische Ausbildung und berufliche Erfahrung.
- **Personal im therapeutischen Bereich:** Die Leitung des Therapiebereiches und deren Stellvertretung sind fest angestellt (mind. 60 %). Die eingesetzten Therapeuten (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden etc.) erfüllen die Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung der jeweiligen Berufsgruppe und sind in der erforderlichen beruflichen Zusammensetzung verfügbar.

- **Beratungsdienste:** Am Rehabilitationsprozess sind verschiedene Beratungsdienste (Orthopädietechniker, Ernährungsberater, Sozialdienst etc.) in unterschiedlicher Intensität beteiligt. Die eingesetzten Fachpersonen erfüllen die Anforderungen an die erforderliche Aus- und Weiterbildung der jeweiligen Berufsgruppe und sind je nach Anforderungsprofil der einzelnen Leistungsgruppen verfügbar.
- **Personal im pflegerischen Bereich:** Die Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung sind fest angestellt (mind. 60 %) und verfügen über eine Weiterbildung in Pflegemanagement. Zudem erfüllt das auf den Bettenstationen eingesetzte Pflegepersonal die erforderlichen Anforderungen an die Aus- sowie an die leistungsgruppenspezifische Weiterbildung (Wundpflege, Pflege auf neurophysiologischer Grundlage, Kinderkrankenpflege etc.) und ist im erforderlichen Umfang verfügbar.

### 3.2.2 Notfalldienst

Die Anforderungen an den Notfalldienst sind für alle Leistungsgruppen einheitlich definiert. Dabei ist zwischen der Sicherstellung der lebensrettenden Sofortmassnahmen im Falle eines unvorhersehbaren Notfalles und dem medizinisch notwendigen Beizug des fachärztlichen Hintergrunddienstes im Falle einer im Rehabilitationsverlauf auftretenden Komplikation zu unterscheiden. Lediglich die Anforderungen an die Häufigkeit der Schulungsmassnahmen variieren je nach Leistungsgruppe.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst (zur Sicherstellung der lebensrettenden Sofortmassnahmen)	Gemäss Notfallkonzept Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 15 Minuten zur Verfügung. Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug des kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten
Fachärztlicher Hintergrunddienst	<b>7-17 Uhr an Werktagen:</b> Jeweilige Fachärzte sind im Haus und konsultieren den Patienten <b>17-7 Uhr und Wochenende:</b> Bei med. Notwendigkeit Beizug des jeweiligen Facharztes innert 6 Stunden
Notfallalarm/Reanimation	Regelmässige Schulung des klinischen Personals (einmal bis viermal p.a. je nach Leistungsgruppe) und Dokumentation der Teilnahme Notfall-Koffer bzw. -wagen inkl. Defibrillator auf allen Bettenstationen und für alle Behandlungseinheiten vorhanden

Tabelle 23: Patienten in Kliniken im Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Wohnkanton und Leistungsbereich. Quelle: Tabelle 46 aus dem Strukturbericht ZH.

### 3.2.3 Leistungsgruppenspezifische Diagnostik und Therapie

Die rehabilitationsspezifische Diagnostik umfasst im Wesentlichen diagnostische Leistungen in den Bereichen Labor, EKG, Radiologie, Sonographie, Endoskopie, Neurophysiologie sowie weitere spezifische Funktionsdiagnostik. Je nach Leistungsgruppe variieren das Spektrum der erforderlichen diagnostischen Massnahmen und deren zeitliche bzw. örtliche Verfügbarkeit (vgl. Tabelle 24).

Die einzelnen leistungsgruppenspezifischen Rehabilitationsprogramme umfassen insbesondere Massnahmen der Physiotherapie, der physikalischen Therapie, der Ergotherapie, der Logopädie, der klinischen und Neuropsychologie sowie Kreativitäts- und bewegungsorientierte Angebote. Sie werden weiter durch verschiedene edukative Massnahmen und Beratung im Bereich der Gesundheitsbildung sowie der Sozial- und Berufsberatung ergänzt. In der pädiatrischen Rehabilitation ist zusätzlich ein bedarfsorientierter schulischer Unterricht

sicherzustellen. Je nach Leistungsgruppe variieren das Spektrum der erforderlichen Massnahmen und deren zeitliche bzw. örtliche Verfügbarkeit.

Für die leistungsgruppenspezifische Diagnostik sowie Therapie werden folgende Kategorien der Verfügbarkeit definiert (vgl. Tabelle 24):

Art der Verfügbarkeit	Definition
365 Tage/24 Stunden	Die Leistung wird rund um die Uhr angeboten. Es kommt zu keinen Versorgungsunterbrüchen.
Im Haus	Die Leistung wird von hauseigenem Personal durchgeführt und wird kontinuierlich bzw. regelmässig angeboten. Die Diagnostik- und Therapieabteilungen sind vor Ort (Klinikgelände).
auch in Kooperation möglich	Die Leistung kann je nach Entscheidung der Spitalleitung selbst oder durch Dritte erbracht werden. Sofern die Leistung durch Dritte erbracht wird, muss deren Verfügbarkeit bzw. Regelmässigkeit vertraglich vereinbart sein.
geregelt	Die jeweilige Leistung wird nur punktuell in Anspruch genommen. Für diese Sonderfälle ist eine zeitnahe Zugänglichkeit gewährleistet.

Tabelle 24: Zeitliche und örtliche Verfügbarkeit der Rehabilitationsleistungen. Quelle: Tabelle 47 aus dem Strukturbericht ZH.

### 3.2.4 Infrastruktur

Für alle rehabilitativen Leistungs- und Altersgruppen muss ein barrierefreier Zugang innerhalb der Klinik und den zur Klinik gehörenden Aussenanlagen gewährleistet sein. Daneben sind je nach Leistungsgruppe folgende zusätzliche bauliche und infrastrukturelle Voraussetzungen einzuhalten:

Rehabilitation Erwachsener	
Neurologisch	Separat ausgewiesene Essräume für schluckgestörte Patienten
Querschnittslähmung	Überwachungseinheit Freizeitangebote i.S.v. geeigneten Aufenthaltsräumen und Sportmöglichkeiten
Pulmonal	Kontinuierliche O2-Versorgung auf den Bettenstationen
Frührehabilitation	Alle Patienten der Frührehabilitation: Überwachungseinheit Neurologische Patienten: geeignetes Sicherheits- und Überwachungssystem für desorientierte u./o. weglaufgefährdete Patienten
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	
Alle Leistungsgruppen	Geeignete Unterbringungsmöglichkeiten für Begleitpersonen Geeignete Räumlichkeiten für Schule Altersgerechte Ausstattung der Klinik mit Spielzimmern, Aufenthaltsräumen und Sportmöglichkeiten

Tabelle 25: Bauliche und infrastrukturelle Anforderungen nach Leistungsgruppen. Quelle: Tabelle 48 aus dem Strukturbericht ZH.

## 4 Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot der Bewerber

Der für die Ausserrhoder Spitalplanung 2012 gewählte Grundsatz, den Leistungserbringern möglichst viel unternehmerischen Freiraum zu belassen und nur soweit nötig planerisch einzugreifen, kommt auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation zur Anwendung. Erstmals wird den an einem Listenplatz interessierten Rehabilitationskliniken Gelegenheit gegeben, sich für ein bestimmtes Leistungsspektrum zu bewerben, d.h. innerhalb von vordefinierten Rehabilitationsleistungsgruppen soll jede Rehabilitationsklinik grundsätzlich wählen können, welche rehabilitativen Leistungen sie anbieten möchte.

## 4.1 Ablauf Bewerbungsverfahren

Zur Durchführung des formellen Bewerbungsverfahrens hat das Departement Gesundheit die vom Kanton Zürich erarbeitete Bewerbungsdatei für die Rehabilitation Erwachsener angewendet.

Die Bewerber mussten sich für die verschiedenen Leistungsgruppen bewerben und dabei nachweisen, dass sie alle dazu notwendigen Anforderungen erfüllen. Zur Vereinfachung der Aufgabe erstellte die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich eine Excel-Bewerbungsdatei, die es den Bewerbern erlaubte, verschiedene Alternativen durchzuspielen und ihre Bewerbung übersichtlich zu gestalten. Im Einzelnen war die Bewerbungsdatei wie folgt aufgebaut:

- Die ersten Kapitel enthielten generelle Informationen zum Bewerbungsverfahren, zur Konzeption der Rehabilitationsplanung 2012 und die Definition der Leistungsgruppen.
- In den folgenden Kapiteln wurden allgemeine Angaben zu dem sich bewerbenden Leistungserbringer sowie generelle Anforderungen an ein Listenspital abgefragt. Diese umfassten die Gewährleistung der Aufnahmebereitschaft, die Erfüllung der generellen Qualitätsanforderungen sowie die Offenlegung der Leistungs- und Kostendaten.
- Im Hauptkapitel der Bewerbung wurden die leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen im Einzelnen aufgelistet und abgefragt, ob die Anforderungen bereits heute, ab 2012 oder weder noch erfüllt sind. Gleichzeitig musste sich der Bewerber explizit pro Leistungsgruppe für einen Leistungsauftrag bewerben.
- Der Schlussteil enthielt die Zusammenfassung des Hauptkapitels mit den deklarierten leistungsgruppenspezifischen Bewerbungen für einen Leistungsauftrag sowie die Bestätigung der vollständigen und wahrheitsgetreuen Erstellung der Bewerbungsunterlagen durch die zeichnungsberechtigten Personen des Leistungserbringers.

Die kompletten Bewerbungsunterlagen sind auf der Homepage der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zu finden: [www.gd.zh.ch/bewerbung](http://www.gd.zh.ch/bewerbung)

In das formelle Bewerbungsverfahren wurden sämtliche innerkantonalen sowie ausgewählte ausserkantonalen Leistungserbringer mit einem Angebot im Bereich Rehabilitation Leistungserbringer einbezogen. Es wurde am 24. März 2011 mit der Zusendung der Excel-Bewerbungsdatei per E-Mail an die Leistungserbringer eröffnet. In dieser mussten sie sich für ein bestimmtes Leistungsspektrum bewerben und im Verfahren der Selbstdeklaration bekannt geben, ob sie diesbezüglich die generellen und leistungsspezifischen Anforderungen erfüllen bzw. ab 2012 erfüllen werden.

Die vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllte Bewerbungsdatei war bis zum 21. April 2011 an das Departement Gesundheit zu retournieren oder andernfalls eine schriftliche Verzichtserklärung einzureichen.

Aus Gründen des Gleichbehandlungsgebotes musste sich jeder Standort eines Leistungserbringers separat bewerben, und zwar unabhängig allfälliger Kooperationen, Verbundzugehörigkeiten oder sonstiger vertraglicher Verpflichtungen.

Insgesamt reichten drei innerkantonale und sieben ausserkantonale Rehabilitationskliniken und Spitäler eine Bewerbung für einen Leistungsauftrag in einer oder mehreren Leistungsgruppen ein.

Anschliessend wurden die eingereichten Bewerbungsunterlagen hinsichtlich ihrer Vollständigkeit sowie ihrer Plausibilität und ihrer Richtigkeit vom Departement Gesundheit einer kritischen Prüfung unterzogen. Die Bereinigung der offenen Fragen und Unstimmigkeiten erfolg-

te entweder durch Gespräche vor Ort oder im Korrespondenzverfahren. Im Vordergrund der Überprüfung standen jene Bewerbungen, welche nicht sämtliche Anforderungen erfüllen. In diesen Fällen wurden die Bewerber vom Departement Gesundheit nochmals zur ausführlichen Begründung der von ihnen deklarierten Nichterfüllung aufgefordert.

## 4.2 Übersicht über die definitiven Bewerbungen Rehabilitation

Am Ende des Evaluationsverfahrens liegen dem Departement Gesundheit im Bereich der Rehabilitation folgende definitiven Bewerbungen für die Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 von Leistungserbringern vor:

Bezeichnung Leistungserbringer (Rechisträger)		AR			TG	ZH			GR	LU	BS
		Berit-Klinik (Berit Paracelsus-Klinik AG)	Klinik Gais (Klinik Gais AG)	Rheinburg-Klinik (Rheinburg-Klinik AG)	kneipp-hof Dussnang (kneipp-hof Dussnang AG)	Zürcher Höhenklinik Wald (Stiftung Zürcher Höhenkliniken Wald und Clavadel)	Universitätsklinik Balgrist (Schweizerischer Verein Balgrist)	Kinderspital Zürich (Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung)	Zürcher Höhenklinik Davos (Stiftung Zürcher Höhenkliniken Wald und Clavadel)	Schweizer Paraplegiker-Zentrum (Schweizer Paraplegiker-Zentrum)	REHAB Basel (Rehab Basel AG)
Erwachsene	Muskuloskeletal	■		■	■						
	Neurologisch			■							2
	Querschnittslähmung						■			■	
	Kardiovaskulär		■								
	Pulmonal					■		■			
	Internistisch-onkologisch					■					
	Psychosomatisch-sozialmedizinisch		■								
Kinder und Jugendliche	Neurologisch inkl. Neuroorthopädisch						■				
	Allgemein pädiatrisch						■				
	Frührehabilitation <sup>1</sup>	■	■	■		■	■	■	■	■	2

■ Neubewerber  
 ■ Bewerber mit einem Leistungsauftrag auf der Ausserrhodischen Spitalliste vom Jahr A 1997

<sup>1</sup> Nur in Verbindung mit einem Leistungsauftrag in weiterführender Rehabilitation und beschränkt auf das jeweilige Leistungsspektrum der Leistungsträger in weiterführender Rehabilitation.

<sup>2</sup> Die Leistungsaufträge der REHAB Basel beschränken sich auf Wachkomapatienten und Patienten mit schweren traumatischen Hirnverletzungen (Doppeltrauma spinal und cranial).

Tabelle 26: Definitive Bewerbungen Rehabilitation nach Leistungserbringer und Leistungsgruppen. Quelle: Eigene Darstellung.

Bei der REHAB Basel wird die Leistungsgruppe Neurologische Rehabilitation auf die Versorgung von Patienten mit einer schweren unfall- und krankheitsbedingten Schädigungen des Hirns mit oder ohne begleitende Mehrfachverletzung sowie mit Doppeltrauma (spinal und cranial) beschränkt.

## **5 Evaluationsverfahren**

In diesem Kapitel wird gezeigt, wie die an einem Listenplatz interessierten Rehabilitationskliniken für die Ausserrhoder Spitalliste evaluiert werden.

Als erstes wird bei allen Bewerbern unabhängig ihres Leistungsspektrums geprüft, ob sie die generellen Qualitätsanforderungen erfüllen. Nachfolgend wird nicht näher auf diesen Teil der Evaluation eingegangen, da alle Bewerber die generellen Qualitätsanforderungen bereits heute oder zumindest bis 2012 erfüllen.

Alle übrigen Evaluationsschritte werden für jede Leistungsgruppe einzeln vorgenommen. Im Zentrum stehen dabei die Prüfung der leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen und der Wirtschaftlichkeit. Grundsätzlich sind die Wirtschaftlichkeitsanforderungen von allen Bewerbern unabhängig ihres Leistungsspektrums zu erfüllen. Da der Behandlungsaufwand und die damit verbundenen Kosten jedoch je nach Leistungsgruppe erheblich variieren (vgl. Kapitel 3.1.2), werden die Kostenvergleiche für jede Leistungsgruppe einzeln vorgenommen. Ergänzend zu den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit wird berücksichtigt, ob ein Bewerber für die Deckung des Ausserrhoder Bedarfs relevant ist und ob er zu einem wohnortnahen Ausserrhoder Rehabilitationsangebot beiträgt.

Nachfolgend wird die Evaluation der an einem Listenplatz interessierten Bewerber für jede Leistungsgruppe einzeln dargestellt. Dabei wird pro Leistungsgruppe nach folgendem Evaluationsschema vorgegangen.

In einem ersten Schritt wird geprüft, welche Bewerber die leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen erfüllen. Im zweiten Schritt wird die Wirtschaftlichkeit der Bewerber berücksichtigt. Im dritten Schritt werden unter den verbleibenden Bewerbern diejenigen für die Spitalliste ausgewählt, die heute in relevantem Masse zur Bedarfsdeckung der Ausserrhoder Bevölkerung beitragen.

### **5.1 Grundversorgung Rehabilitation**

Von den Kliniken im Bereich Rehabilitation sind die in Tabelle 26 aufgelisteten Bewerbungen eingegangen. Bei der Evaluation der Bewerbungen konnte festgestellt werden, dass Unklarheiten beim Ausfüllen der Bewerbungsdatei bestanden. Diese konnten grossteils in bilateralen Gesprächen mit den Leistungserbringern geklärt werden.

Offen gebliebene Fragen sowie Differenzen wurden im Nachgang mit dem Kantonsarzt besprochen. Aus diesen Gesprächen haben sich mögliche punktuelle Abweichungen vom Anforderungskatalog ergeben. Diese betreffen beispielsweise die Klärung, ob gewisse Anforderungen strikt vom Leistungserbringer intern oder alternativ auch in Kooperationen erbracht werden dürfen.

Hinsichtlich der Frührehabilitation ergab sich ebenfalls Klärungsbedarf, da gewisse Anforderungen daraus gemäss Bewerbungstool „von Fall zu Fall und je nach indikationsspezifischer Ausrichtung und Schwerpunktbildung der Früh-Rehabilitations-Abteilung“ anders ausfallen.

### **5.2 Frührehabilitation**

Die Frührehabilitation ist der weiterführenden Rehabilitation zeitlich vorgelagert. Zur Vermeidung unnötiger Schnittstellen und Verlegungen sowie zur Gewährleistung eines kontinuierlichen Rehabilitationsprozesses werden Leistungsaufträge für Rehabilitationskliniken im Be-

reich der Frührehabilitation nur in Kombination mit dem jeweiligen organspezifischen rehabilitativen Leistungsauftrag (z.B. neurologische, kardiovaskuläre Rehabilitation) erteilt.

Die drei innerkantonalen Bewerber für einen Leistungsauftrag im Bereich der Frührehabilitation Erwachsener werden künftig einen Leistungsauftrag in einer oder mehreren organspezifischen Leistungsgruppen erhalten und kommen damit für einen Leistungsauftrag Frührehabilitation in Frage. Bis auf das Rehaszentrum kneipp-hof Dussnang haben sich alle ausserkantonalen Rehabilitationskliniken zusätzlich zu einem oder mehreren Leistungsgruppen um die entsprechende Frührehabilitation beworben.

	Leistungsauftrag weiterführende Rehabilitation	Qualitäts- anforderungen	Leistungsauftrag Früh- rehabilitation
Berit Paracelsus Klinik (AR)	ja	ja	ja
Klinik Gais (AR)	ja	ja	ja
Rheinburg-Klinik (AR)	ja	ja	ja
Zürcher Höhenklinik Wald (ZH)	ja	ja	ja
Universitätsklinik Balgrist (ZH)	ja	ja	ja
Zürcher Höhenklinik Davos (GR)	ja	ja	ja
Schweizer Paraplegiker-Zentrum (LU)	ja	ja	ja
REHAB Basel (BS)	ja	ja	ja

Tabelle 27: Evaluation der Bewerber für Frührehabilitation Erwachsener. Quelle: Eigene Darstellung

Aufgrund der unterschiedlich komplexen Behandlungen je nach fachlicher Ausrichtung der Frührehabilitation kann jedoch kein sinnvoller Kostenvergleich durchgeführt werden.

Angesichts der beschränkten Datengrundlagen der Rehabilitation lassen sich derzeit trotz klar definierter Eingangskriterien für die Leistungsgruppe Frührehabilitation keine genauen Bedarfsrichtwerte für die Indikation zur Frührehabilitation ermitteln. Zudem kann die Frührehabilitation je nach Schweregrad des Störungsbildes einen Aufenthalt von wenigen Wochen bis zu mehreren Monaten erfordern. Trotz dieser Unsicherheiten kann davon ausgegangen werden, dass die frührehabilitative Versorgung der Ausserrhoder Kantonseinwohner durch die beauftragten Kliniken in den von ihnen angebotenen Leistungsgruppen gewährleistet werden kann.

### 5.3 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Einzig das Rehabilitationszentrum Affoltern am Albis des Kinderspitals Zürich hat sich für die Leistungsgruppen der Kinder-Rehabilitation beworben. Es erfüllt die notwendigen generellen und leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen jedoch nur teilweise. Im Einzelnen werden bei den generellen Qualitätsanforderungen die notwendigen Anforderungen an die Anwendung eines anerkannten Qualitätsmodells sowie die Durchführung von Qualitätsmessungen und Zuweiserbefragungen und bei den leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen die notwendigen Anforderungen an den Notfalldienst nicht erfüllt. Aufgrund der Monopolstellung des Kinder-Rehabilitationszentrums ist zudem ein direkter Wirtschaftlichkeitsvergleich nicht möglich.

Da das Kinder-Rehabilitationszentrum in hohem Mass zur Deckung des stationären pädiatrischen Rehabilitationsbedarfs der Ausserrhoder Kantonseinwohner beiträgt und kein alternativer Leistungserbringer zur Verfügung steht, wird dem Kinder-Rehabilitationszentrum trotz

der derzeit nicht erfüllten Qualitätsanforderungen ein Leistungsauftrag für die neurologische (inkl. neuroorthopädische), die allgemeine pädiatrische Rehabilitation sowie die Frührehabilitation erteilt. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ist sich der fehlenden Qualitätsanforderungen bewusst und hat ihren Leistungsauftrag mit der Auflage versehen, die geforderten Qualitätsanforderungen innerhalb der nächsten zwei Jahre zu erfüllen. Somit wird sichergestellt, dass die Defizite künftig behoben werden.

## **6 Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 Rehabilitation**

Gemäss Art. 58e Ziff. 1 bis 3 KVV sind die für die Sicherung der stationären rehabilitativen Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung notwendigen inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der als integrale Liste konzipierten Spitalliste aufzuführen. Sie umfasst demzufolge alle Listenspitäler mit staatlichem Leistungsauftrag und gesetzlichem Vergütungsanspruch gegenüber Versicherern und Kanton. Vertragsspitäler und Ausstandsspitäler sind nicht Gegenstand der kantonalen Spitalliste. Zudem wird für jeden Leistungserbringer das nach vordefinierten rehabilitativen Leistungsgruppen gegliederte Leistungsspektrum aufgeführt.

Als Ergebnis der nach KVG-Kriterien durchgeführten Evaluation (vgl. Kap. 5) wird folgenden innerkantonalen und ausserkantonalen Rehabilitationseinrichtungen ein Leistungsauftrag mit folgendem Leistungsspektrum erteilt (vgl. Tabelle 28).

Die vorliegende Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 verfeinert und präzisiert die Definition der bisherigen Leistungsgruppen und nimmt – unter Berücksichtigung des wachsenden Bedarfs an einer möglichst früh einsetzenden, kombinierten akut- und rehabilitationsmedizinischen Behandlung – eine Erweiterung um die Leistungsgruppe «Frührehabilitation» vor.

In den meisten Fällen konnte in den Verhandlungen eine Einigung erzielt werden, wobei das Departement Gesundheit fallspezifisch die medizinische Notwendigkeit einzelner Anforderungen durch den Kantonsarzt überprüfen liess. Bei gewissen Punkten bestand noch Klärungsbedarf, welcher zwischenzeitlich gemeinsam behoben werden konnte.

		AR			TG	ZH			GR	LU	BS
		Berit-Klinik (Berit Paracelsus-Klinik AG)	Klinik Gais (Klinik Gais AG)	Rheinburg-Klinik (Rheinburg-Klinik AG)	kneipp-hof Dussnang (kneipp-hof Dussnang AG)	Zürcher Höhenklinik Wald (Stiftung Zürcher Höhenkliniken Wald und Clavadel)	Universitätsklinik Balgrist (Schweizerischer Verein Balgrist)	Kinderspital Zürich (Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung)	Zürcher Höhenklinik Davos (Stiftung Zürcher Höhenkliniken Wald und Clavadel)	Schweizer Paraplegiker-Zentrum (Schweizer Paraplegiker-Zentrum)	REHAB Basel (Rehab Basel AG)
Erwachsene	Muskuloskeletal	■		■	■						
	Neurologisch			■							■ <sup>2</sup>
	Querschnittslähmung						■			■	
	Kardiovaskulär		■								
	Pulmonal					■			■		
	Internistisch-onkologisch					■			■		
	Psychosomatisch-sozialmedizinisch		■								
Kinder und Jugendliche	Neurologisch inkl. Neuro-orthopädisch						■				
	Allgemein pädiatrisch						■				
	Frührehabilitation <sup>1</sup>	■	■	■		■	■	■	■	■	■ <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nur in Verbindung mit einem Leistungsauftrag in weiterführender Rehabilitation und beschränkt auf das jeweilige Leistungsspektrum der Leistungsaufträge in weiterführender Rehabilitation.

<sup>2</sup> Die Leistungsaufträge der REHAB Basel beschränken sich auf Wachkomapatienten und Patienten mit schweren traumatischen Hirnverletzungen (Doppeltrauma spinal und cranial).

Tabelle 28: Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 Rehabilitation nach Leistungserbringer und Leistungsgruppen. Quelle: Eigene Darstellung

Grundsätzlich erfolgt die Erteilung rehabilitativer Leistungsaufträge unbefristet. Aufgrund der derzeit noch bestehenden definitorischen und tariflichen Unsicherheiten wird im Bereich der Frührehabilitation die Erteilung der Leistungsaufträge jedoch auf zwei Jahre befristet.

Während der Erstellung der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 konnten die Tarife noch nicht für alle Rehabilitationskliniken fertig ausgehandelt werden. Da diese dem Departement Gesundheit noch nicht bekannt sind, kann analog der Akutsomatik noch keine endgültige Aussage zur Wirtschaftlichkeit erfolgen. Falls die ausgehandelten Tarife stark von den in der Planung gemachten Annahmen abweichen, muss die Spitalliste durch das Departement Gesundheit angepasst werden.

Die ab 2012 geltende Spitalwahlfreiheit wird in der Rehabilitation mit ihren grossen interkantonalen Patientenströmen eine wesentliche Rolle spielen. Gemäss revidiertem KVG (Art. 41 Abs. 1 bis KVG) können OKP-Versicherte künftig für die stationäre akutmedizinische und rehabilitative Behandlung schweizweit unter den Listenspitälern wählen. Listenspitäler sind entweder auf der Spitalliste des Wohnortkantons oder des Standortkantons aufgeführte Spitäler. Ausserrhoder Kantoneinwohner sind bei der Auswahl der Rehabilitationskliniken somit nicht mehr an die in der Spitalliste von Appenzell Ausserrhoden aufgeführten Rehabilitationskliniken gebunden, sondern können grundsätzlich frei unter den Rehabilitationskliniken wählen, die in den Spitallisten ihrer Standortkantone aufgeführt sind. Die Ausserrhoder Patienten bzw. deren Zusatzversicherungen müssen im Gegensatz zur heutigen Praxis lediglich

noch allfällige Mehrkosten gegenüber einer Behandlung in den Ausserrhoder Listen-Rehabilitationskliniken bezahlen.

Die mit der Spitalwahlfreiheit verbundenen vermehrten interkantonalen Patientenströme sind kaum prognostizier- und steuerbar. Insgesamt kann jedoch festgehalten werden, dass der Bedarf der Ausserrhoder Bevölkerung an stationärer rehabilitativer Versorgung auch unter Berücksichtigung der zu erwartenden Patientenströme und der für das Jahr 2020 prognostizierten Bedarfsentwicklung in den auf der Spitalliste Rehabilitation aufgeführten Leistungsgruppen durch die Leistungserbringer der Ausserrhoder Spitalliste «Rehabilitation» gedeckt ist.

## **D Ausblick**

In diesem Kapitel werden die nächsten Schritte, welche im Verfahren der Spitalplanung 2012 vorgesehen sind, geschildert.

### **1 Anhörung und Festsetzung der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012**

Der vorliegende Strukturbericht wird bis zum 5. Dezember 2011 den Leistungserbringern zur Anhörung und den Versicherern informell übergeben. Allfällige Rückmeldungen werden sorgfältig analysiert und stichhaltige Einwände soweit nötig mit den betroffenen Leistungserbringern diskutiert. Je nach Ergebnis der Anhörung wird der Strukturbericht ergänzt und aufdatiert. Der Regierungsrat wird im Dezember 2011 die Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 verabschieden.

Die neue Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 wird ab 1. Januar 2012 gelten und berechtigt die in ihr aufgeführten Listenspitäler, im Umfang der erteilten Leistungsaufträge zuzulasten der Grundversicherung tätig zu sein. Mit der Festsetzung der neuen Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 wird die bisherige Ausserrhoder Spitalliste 1997 mit den Abschnitten A und B per 31. Dezember 2011 integral aufgehoben.

Übergangsrechtlich ist Folgendes zu beachten:

Bisherige B-Listenspitäler ohne kantonalen Leistungsauftrag, die lediglich auf der Ausserrhoder Spitalliste 1997, Abschnitt B, aufgeführt und zur Behandlung von zusatzversicherten Patienten zugelassen waren und die gemäss der neuen Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 keinen Leistungsauftrag erhalten, werden ab 1. Januar 2012 nicht mehr berechtigt sein, den Sockelbeitrag für die Behandlung von Patientinnen und Patienten in der Halbprivat- und Privatabteilung zuzulasten der Grundversicherung abzurechnen. Die bisherigen B-Listenspitäler sind nach dem revidierten KVG (Art. 49a Abs. 4 KVG) künftig als Spitäler zu betrachten, mit denen die Versicherer ab 1. Januar 2012 Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen können. B-Listenspitälern kann daher keine Anpassungsfrist eingeräumt werden.

Im Übrigen wird allfälligen Beschwerden gegen den Regierungsbeschluss die aufschiebende Wirkung entzogen. Davon ausgenommen sind Beschwerden von bisherigen Leistungserbringern der Ausserrhoder Spitalliste 1997, Abschnitt A, denen aufschiebende Wirkung insoweit zukommt, als diese Leistungserbringer im beschwerdeweise beantragten Umfang zuzulasten der OKP zugelassen bleiben, soweit sie dafür bereits bisher über einen Leistungsauftrag verfügten.

Bisherige B-Listenspitäler ohne kantonalen Leistungsauftrag werden ab 1. Januar 2012 auch für die Dauer eines Rechtsmittelverfahrens nicht mehr berechtigt sein, den bisherigen Sockelbeitrag für Behandlungen von Patientinnen und Patienten in der Halbprivat- und Privatabteilung zuzulasten der OKP abzurechnen. Davon ausgenommen sind solche Spitäler, die im Sinne von Art. 49a Abs. 4 KVG einen Vertrag mit den Krankenversicherern abgeschlossen haben. Solche Vertragsspitäler werden einen Beitrag aus der OKP erhalten.

## **2 Controlling der Leistungsaufträge**

Das Departement Gesundheit wird die mit der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 vergebenen Leistungsaufträge anhand der von den Spitälern geführten Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik überprüfen. Weist ein Spital in Leistungsgruppen ohne Leistungsauftrag Fallzahlen auf, so werden diese vom Departement Gesundheit analysiert. Begründete Einzelfälle wie z.B. dringende Notfälle werden dabei berücksichtigt.

Zudem wird das Departement Gesundheit befristete Leistungsaufträge vor ihrem Ablauf überprüfen und entscheiden, ob ein befristeter Leistungsauftrag nach wie vor gerechtfertigt ist bzw. ob ein unbefristeter Leistungsauftrag vergeben werden kann.

Aufgrund ihrer Leistungspflicht haben die Leistungserbringer die Pflicht, das Departement Gesundheit zu informieren, wenn sie eine Anforderung nicht mehr erfüllen können, z.B. infolge eines Abganges eines bestimmten Facharztes. Die Einhaltung der generellen und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen wird vom Departement Gesundheit stichprobenweise bzw. bei Missbrauchsverdacht überprüft.

## **3 Spitalplanung als rollende Planung**

Für die Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 sowie die Spitalplanung gilt das Prinzip der «rollenden Planung». Das Departement Gesundheit wird in periodischen Abständen die Spitalplanung aktualisieren und die Spitalliste bzw. die individuellen Leistungsaufträge vollständig überprüfen. Zusätzlich wird das Departement Gesundheit die akutsomatischen und rehabilitativen Leistungsgruppen periodisch überprüfen und soweit nötig den verschiedenen Entwicklungen in der Medizin, in den medizinischen Klassifikationssystemen wie CHOP, ICD und ICF, in den Tarifsystemen sowie in der Kodierpraxis anpassen.

Im Bereich der neuen Spitalplanung soll bewusst vorsichtig und zurückhaltend geplant werden, da den Spitälern möglichst viel unternehmerische Freiheit gewährt werden soll. Das Departement Gesundheit geht davon aus, dass sich unter der neuen Spitalfinanzierung gewisse Strukturbereinigungen von selbst ergeben werden. Zeigen doch Erfahrungen im Ausland, dass sich die Spitäler unter dem Einfluss der Fallpauschalen vermehrt spezialisieren und auf ihre Stärken konzentrieren.

Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens haben einzelne Spitäler bereits die Chance genutzt, ihr Angebot zu fokussieren. Für eine weitergehende Stärkung des Kantons Appenzell Ausserrhoder als Gesundheitskanton sollten sich die Akteure in Zukunft noch vermehrt auf ihre Stärken konzentrieren. Die nächsten Jahre werden zeigen, ob sich die Ausserrhoder Spitallandschaft unter den neuen Rahmenbedingungen wie gewünscht in diese Richtung weiterentwickeln wird. Das Departement Gesundheit wird diesen Prozess beobachten und, falls notwendig, bei der nächsten Aktualisierung der Spitalplanung die erforderlichen Korrekturen in die Wege leiten.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich wird in den nächsten Jahren die Erfahrungen aus der Anwendung von Mindestfallzahlen analysieren. Im Falle von positiven Erfahrungen ist geplant, die bestehenden Mindestfallzahlen teilweise zu erhöhen sowie die Einführung weiterer Mindestfallzahlen zu prüfen. Auf jeden Fall werden in Zukunft die Fallzahlen aller Leistungserbringer regelmässig publiziert, um die Transparenz für die Patienten und Zuweisenden zu verbessern. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden wird diese Entwicklungen mitverfolgen.

# E Anhang

## 1 Datenbasis und methodische Grundlagen

Grundsätzlich hat die Spitalplanung die stationäre Behandlung akuter Krankheiten im Spital sowie die stationäre Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation sicherzustellen.

Während die Planung in der Akutsomatik gemäss Art. 58c KVV zwingend leistungsorientiert erfolgen muss, kann in der Rehabilitation zwischen einer leistungs- und kapazitätsorientierten Planung gewählt werden. Überdies kommen in der Leistungsplanung in den Bereichen der Akutsomatik einerseits und der Rehabilitation andererseits unterschiedliche Klassifikationssysteme zur Anwendung.

Während der akutsomatische Fall anhand einer DRG-basierten Klassifikation abgebildet wird, muss die Rehabilitationsplanung näherungsweise auf die ICD-Hauptdiagnose der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung abstellen<sup>33</sup>. Aufgrund dieser Sachlage wurde für die Rehabilitation eine eigenständige Planung konzipiert.

Das theoretische Fundament des vorliegenden Ausserrhoher Strukturberichts baut grossteils auf die Erhebungen aus dem Versorgungsbericht – und damit auf das theoretische Fundament des Zürcher Versorgungsberichts – auf. Es wird bewusst darauf verzichtet, die Datenbasis und die methodischen Grundlagen in dem vorliegenden Strukturbericht erneut aufzulisten. Stattdessen wird auf den Anhang D des Versorgungsberichts des Kantons Appenzell Ausserrhoden sowie auf den Anhang E des Strukturberichts des Kantons Zürich verwiesen.

---

<sup>33</sup> Im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG muss die Leistungsvergütung künftig auch im Bereiche der Rehabilitation anhand leistungsbezogener, auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhenden Pauschalen erfolgen. Die konkrete Ausgestaltung und terminliche Inkraftsetzung der künftig im Bereich der Rehabilitation anzuwendenden Tarifstrukturen ist derzeit aber noch offen, weshalb die rehabilitativen Leistungen in der vorliegenden Planung wie in der Akutsomatik sowohl fall- als auch pflegetagsbezogen ermittelt werden.

## 2

# Übersicht über die definitiven Bewerbungen Akutsomatik

		Leistungserbringer (Rechnsträger)	SVAR <sup>c</sup> (Kanton Appenzell Ausserrhoden)	Hirslanden Klinik am Rosenberg <sup>a</sup> (Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG)	Berit Paracelsus-Klinik (Berit Paracelsus-Klinik AG)	Augenklinik Teufen (Augenklinik Dr. med. A. v. Scarpatetti AG)	Kantonsspital St. Gallen (Kanton St. Gallen)	Ostschweizer Kinderspital (Stiftung Ostschweizer Kinderspital)	UniversitätsSpital Zürich (Kanton Zürich)	Kinderspital Zürich (Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung)	Universitätsklinik Balgrist (Schweizerischer Verein Balgrist)	Klinik Hirslanden (Klinik Hirslanden AG)	Hirslanden Klinik Im Park (Hirslanden Klinik Im Park AG)	Hirslanden Klinik Aarau (Hirslanden Klinik Aarau AG)	Schweiz. Epilepsie-Zentrum <sup>b</sup> (Schweizerische Epilepsie-Stiftung)	Schweizer Paraplegiker-Zentrum (Schweizer Paraplegiker-Zentrum)	Geriatrische Klinik St. Gallen (Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter)
Basispaket	BP Basispaket Chirurgie und Innere Medizin																
	BPE Basispaket für elektive Leistungserbringer																
Dermatologie	DER1 Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)																
	DER1.1 Dermatologische Onkologie																
	DER1.2 Schwere Hauterkrankungen																
	DER2 Wundpatienten																
Hals-Nasen-Ohren	HNO1 Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)																
	HNO1.1 Hals- und Gesichtschirurgie																
	HNO1.1.1 Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)																
	HNO1.2 Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen																
	HNO1.2.1 Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)																
	HNO1.3 Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)																
	HNO1.3.1 Erweiterte Ohrchirurgie																

mit Innenohr und/oder Duraeröffnung														
HNO1.3.2 Cochlea Implantate (IVHSM)														
HNO2 Schild- und Neben- schilddrüsen- chirurgie														

Neurochirurgie	NCH1 Neurochirurgie	■	■			■	■	■	■	■	■								
	NCH1.1 Spezialisierte Neurochirurgie					■	■	■	■	■	■	■	■						
Neurologie	NEU1 Neurologie	■								■	■	■							
	NEU2 Sekundäre Bösartige Neubildung des Nervensystems	■																	
	NEU2.1 Primäre Neubildung des Nervensystems																		
	NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)	■																	
	NEU3.1 Zerebrovaskuläre Störungen (mit Stroke Unit; provisorisch)																		
	NEU4 Epileptologie: Komplex-Diagnostik (provisorisch)																		
	NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung (provisorisch)																		
	Ophtalmologie	AUG1 Ophthalmologie	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AUG1.1 Strabologie	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AUG1.2 Orbitaprobleme	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AUG1.3 Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AUG1.4 Bindehaut, Hornhaut und Sklera	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AUG1.4 Hornhauttransplantation	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AUG1.6 Glaukom	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AUG1.7 Katarakt	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AUG1.8 Glaskörper / Netzhautprobleme	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Endokrinologie	END1 Endokrinologie	■																	■
Gastroenterologie	GAE1 Gastroenterologie	■																	■
	GAE1.1 Spezialisierte Gastroenterologie	■																	■
Viszeralchirurgie	VIS1 Viszeralchirurgie	■																	■
	VIS1.1 Grosse Pankreaseingriffe																		■
	VIS1.2 Grosse Lebereingriffe																		■
	VIS1.3 Oesophaguschirurgie																		■
	VIS1.4 Bariaterische Chirurgie																		■
	VIS1.5 Tiefe Rektumeingriffe	■																	■
Hämatologie	HAE1 Aggressive Lymphome und akute Leukämien	■																	■
	HAE2 Indolente Lymphome und chronische Leukämien	■																	■
	HAE3 Myeloproliferative Erkrankungen	■																	■
	HAE4 Myelodysplastische Syndrome	■																	■
	HAE5 Autologe Blutstammzelltransplantation																		■
	HAE6 Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)																		■

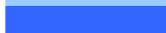
Herz- & Gefäßchirurgie	GEF1 Gefäßchirurgie periphere Gefäße - peripher arteriell	■			■	■	■			■	■							
	GEF2 Gefäßchirurgie intraabdominale Gefäße - arteriell und venös	■																
	GEF3 Gefäßchirurgie Carotis				■	■	■											
	HER1 Einfache Herzchirurgie																	
	HER1.1 Herzchirurgie und Gefäßeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)																	
	HER1.1.1 Koronarchirurgie (CABG)																	
	HER1.1.2 Komplexe kongenitale Herzchirurgie/Kardiologie (inkl. Erw. mit Herzeingriff als Kind)																	
HER1.1.3 Definitive Herz- und Kreislaufunterstützende Systeme																		
Kardiologie & Angiologie	ANG1 Interventionen an den peripheren Gefäßen - peripher arteriell	■																
	ANG2 Interventionen an den intraabdominalen Gefäßen - arteriell und venös																	
	ANG3 Interventionen an der Carotis und den extrakraniellen Gefäßen																	
	ANG4 Interventionen an den intrakraniellen Gefäßen																	
	KAR1 Kardiologie	■																
	KAR1.1 Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)																	
	KAR1.1.1 Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)																	
	KAR1.2 Elektrophysiologie (Ablationen)																	
	KAR 1.3 Schrittmacher	■																
	KAR1.3.1 Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)																	
Nephrologie	■																	
Urologie	NEP1 Nephrologie	■																
	URO1 Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	■																
	URO1.1 Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	■																
	URO1.1.1 Radikale Prostatektomie	■																
	URO1.1.2 Radikale Zystektomie	■																
	URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)	■																
	URO1.1.4 Isolierte Adrenalektomie	■																
	URO1.1.5 Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang	■																
	URO1.1.6 Plastische Rekonstruktion der Urethra	■																
	URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters																	
URO1.1.8 Perkutante Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial																		





### 3 Übersicht über die definitiven Bewerbungen Rehabilitation

Bezeichnung Leistungserbringer (Rechtsträger)		AR			TG	ZH			GR	LU	BS
		Berit-Klinik (Berit Paracelsus-Klinik AG)	Klinik Gais (Klinik Gais AG)	Rheinburg-Klinik (Rheinburg-Klinik AG)	kneipp-hof Dussnang (kneipp-hof Dussnang AG)	Zürcher Höhenklinik Wald (Stiftung Zürcher Höhenkliniken Wald und Clavadel)	Universitätsklinik Balgrist (Schweizerischer Verein Balgrist)	Kinderspital Zürich (Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung)	Zürcher Höhenklinik Davos (Stiftung Zürcher Höhenkliniken Wald und Clavadel)	Schweizer Paraplegiker-Zentrum (Schweizer Paraplegiker-Zentrum)	REHAB Basel (Rehab Basel AG)
Erwachsene	Muskuloskeletal										
	Neurologisch										2
	Querschnittslähmung										
	Kardiovaskulär										
	Pulmonal										
	Internistisch-onkologisch										
	Psychosomatisch-sozialmedizinisch										
Kinder und Jugendliche	Neurologisch inkl. Neuroorthopädisch										
	Allgemein pädiatrisch										
	Frührehabilitation <sup>1</sup>										2

 Neubewerber  
 Bewerber mit einem Leistungsauftrag auf der Ausserrhodischen Spitalliste vom Jahr A 1997

<sup>1</sup> Nur in Verbindung mit einem Leistungsauftrag in weiterführender Rehabilitation und beschränkt auf das jeweilige Leistungsspektrum der Leistungsaufträge in weiterführender Rehabilitation.

<sup>2</sup> Die Leistungsaufträge der REHAB Basel beschränken sich auf Wachkomapatienten und Patienten mit schweren traumatischen Hirnverletzungen (Doppeltrauma spinal und cranial).

Tabelle 26: Definitive Bewerbungen Rehabilitation nach Leistungserbringer und Leistungsgruppen. Quelle: Eigene Darstellung.

# 4 Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 Akutsomatik

## Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 Akutsomatik

Leistungserbringer (Rechtsträger)		AR				SG			ZH				
		SVAR <sup>c</sup> (Kanton Appenzell Ausserrhoden)	Hirslanden Klinik am Rosenberg <sup>a</sup> (Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG)	Berit Paracelsus-Klinik (Berit Paracelsus-Klinik AG)	Augenkl. Teufen (Augenkl. Dr. med. A. v. Scarpatetti AG)	Kantonsspital St. Gallen (Kanton St. Gallen)	Ostschweizer Kinderspital (Stiftung Ostschweizer Kinderspital)	Geriatrische Klinik St. Gallen (Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter)	UniversitätsSpital Zürich (Kanton Zürich)	Kinderspital Zürich (Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung)	Klinik Hirslanden (Klinik Hirslanden AG)	Hirslanden Klinik Im Park (Hirslanden Klinik Im Park AG)	Schweiz. Epilepsie-Zentrum <sup>b</sup> (Schweizerische Epilepsie-Stiftung)
Basispaket	BP Basispaket Chirurgie und Innere Medizin												
	BPE Basispaket für elektive Leistungserbringer												
Dermatologie	DER1 Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)												
	DER1.1 Dermatologische Onkologie												
	DER1.2 Schwere Hauterkrankungen												
	DER2 Wundpatienten												
Hals-Nasen-Ohren	HNO1 Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)												
	HNO1.1 Hals- und Gesichtschirurgie												
	HNO1.1.1 Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)												
	HNO1.2 Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen												
	HNO1.2.1 Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)												
	HNO1.3 Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)												
	HNO1.3.1 Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung												
	HNO1.3.2 Cochlea Implantate (IVHSM)												
	HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie												
	Neurochirurgie	NCH1 Neurochirurgie											
NCH1.1 Spezialisierte Neurochirurgie													
Neurologie	NEU1 Neurologie												
	NEU2 Sekundäre Bösartige Neubildung des Nervensystems												
	NEU2.1 Primäre Neubildung des Nervensystems												
	NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)												
	NEU3.1 Zerebrovaskuläre Störungen (mit Stroke Unit; provisorisch)												
	NEU4 Epileptologie: Komplex-Diagnostik (provisorisch)												
	NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung (provisorisch)												
Ophthalmologie	AUG1 Ophthalmologie												
	AUG1.1 Strabologie												
	AUG1.2 Orbitaprobleme												
	AUG1.3 Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme												
	AUG1.4 Bindehaut, Hornhaut und Sklera												
	AUG1.5 Hornhauttransplantation												
	AUG1.6 Glaukom												





Quer-schnitts- bereiche	KINM Kindermedizin							■			■			■
	KINC Kinderchirurgie							■			■			■
	KINB Basis-Kinderchirurgie	■	■											
	GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum								■					
	PAL Palliative Care Kompetenzzentrum	■					■	■			■		■	

(a) Die Leistungsgruppe Basis-Kinderchirurgie wird auf die Leistungsgruppen BEW1 bis BEW9 eingeschränkt.

(b) Für die Diagnostik und Behandlung von Epilepsien können auch Leistungen aus dem Basispaket und der Leistungsgruppe NEU1 erbracht werden. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Kindermedizin und Kinderchirurgie (Epilepsie) erfolgt fallweise in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich.

(c) Leistungsauftrag ab 1. April 2012.

Tabelle 15: Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 Akutsomatik nach Leistungserbringer und Leistungsgruppen. Quelle: Eigene Darstellung.

## 5 Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 Rehabilitation

Bezeichnung Leistungserbringer (Rechtsträger)		AR			TG	ZH			GR	LU	BS
		Berit-Klinik (Berit Paracelsus-Klinik AG)	Klinik Gais (Klinik Gais AG)	Rheinburg-Klinik (Rheinburg-Klinik AG)	kneipp-hof Dussnang (kneipp-hof Dussnang AG)	Zürcher Höhenklinik Wald (Stiftung Zürcher Höhenkliniken Wald und Clavadel)	Universitätsklinik Balgrist (Schweizerischer Verein Balgrist)	Kinderspital Zürich (Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung)	Zürcher Höhenklinik Davos (Stiftung Zürcher Höhenkliniken Wald und Clavadel)	Schweizer Paraplegiker-Zentrum (Schweizer Paraplegiker-Zentrum)	REHAB Basel (Rehab Basel AG)
Erwachsene	Muskuloskeletal	■		■	■						
	Neurologisch			■							■ <sup>2</sup>
	Querschnittslähmung						■			■	
	Kardiovaskulär		■								
	Pulmonal					■			■		
	Internistisch-onkologisch					■			■		
	Psychosomatisch-sozialmedizinisch		■								
Kinder und Jugendliche	Neurologisch inkl. Neuroorthopädisch						■				
	Allgemein pädiatrisch						■				
	Frührehabilitation <sup>1</sup>	■	■	■		■	■	■	■	■	■ <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nur in Verbindung mit einem Leistungsauftrag in weiterführender Rehabilitation und beschränkt auf das jeweilige Leistungsspektrum der Leistungsaufträge in weiterführender Rehabilitation.

<sup>2</sup> Die Leistungsaufträge der REHAB Basel beschränken sich auf Wachkomapatienten und Patienten mit schweren traumatischen Hirnverletzungen (Doppeltrauma spinal und cranial).

Tabelle 28: Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 Rehabilitation nach Leistungserbringer und Leistungsgruppen. Quelle: Eigene Darstellung.

# F Glossar und Verzeichnisse

## 1 Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
ADMIN	Administrative Datenbank in der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
AK	Ausserkantonale (zum Beispiel Patienten, Fälle, Behandlungen)
Akutsomatik	Schliesst alle Patienten mit ein, die aufgrund einer somatischen Erkrankung im Spital stationär behandelt werden.
Akutversorgung	Versorgung von Personen, die einer kurzfristigen, intensiven ärztlichen und pflegerischen Betreuung bedürfen.
Angiologie	Die Angiologie beschäftigt sich mit Gefässerkrankungen.
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
APDRG	APDRG steht für All Patient Diagnosis Related Groups. Es ist ein auf Diagnosen basiertes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle, nach dem derzeit in den Zürcher Spitälern codiert wird. Die Einteilung erfolgt in der aktuellen Version (6.0) in 878 Fallgruppen (DRG und SPG) sowie 25 medizinischen Hauptkategorien (MDC) plus vier Pseudo-MDC. Ziel des Klassifikationssystems ist es, Patienten nach klinischen Kriterien in Gruppen mit ähnlichem Ressourcenverbrauch zusammenzufassen.
Assessment	Umfassende Bestimmung über die Situation und Rehabilitationspotenzial und -prognose des Patienten mit Verwendung spezifischer standardisierter Testverfahren. Durch ein interdisziplinäres Team wird eine vollständige Abklärung der körperlichen, psychischen, sozialen, ökonomischen und funktionellen Ressourcen vorgenommen und ein Plan für die Therapie und Nachbetreuung des Patienten erstellt.
Aufenthaltsdauer (AHD)	Die Aufenthaltsdauer gibt die Zeit in Tagen an, die ein Patient in einem Spital stationär behandelt wird.  Die Aufenthaltstage werden derzeit folgendermassen berechnet: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum abzüglich Urlaubstage zuzüglich ein Tag.
Ausstandsspitäler	Ausstandsspitäler haben keinen Anspruch auf Vergütung gemäss Krankenversicherungsgesetz.
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BfS	Bundesamt für Statistik
BP	Basispaket
BPE	Basispaket Elektiv

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
CHOP	Schweizerischer Operationskatalog. Der CHOP beinhaltet über 4'000 medizinische Prozeduren.
Case Mix (Index) (CMI)	Fallschwere-Index, d.h. durchschnittliche Fallschwere einer definierten Patientengruppe (Summe der Relativgewichte aller Behandlungsfälle, dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle).
CIRS	Critical Incident Reporting System
CRT	Steht für Cardiale Resynchronisationstherapie bei Herzinsuffizienz
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallpauschalen) sind ein auf Diagnosen basiertes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle, die länderspezifisch angepasst werden (vgl. SwissDRG, APDRG, G-DRG). Durch DRG können Behandlungsfälle von Akutspitälern in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten eingeteilt werden.
DRG-Grouper	Algorithmus der jeden stationären Patient anhand der (Diagnosen und Behandlungen) einer DRG mit dazugehörigem Fallgewicht zuteilt.
EKG	Elektrokardiogramm
Endokrinologie	Die Endokrinologie ist die Lehre von den Hormonen und den hormonbildenden Organen.
Epidemiologie	Lehre von der Untersuchung der Verteilung von Krankheiten, physiologischen Variablen und sozialen Krankheitsfolgen in menschlichen Bevölkerungsgruppen sowie der Faktoren, die diese Verteilung beeinflussen (WHO-Definition).
EW	Einwohner (in der Regel wird die jeweilige Variable pro 10'000 Einwohner ausgewiesen).
Extremlieger	Langlieger, die über 365 Pflage tage hinaus kontinuierlich stationär behandelt werden.
FaGe	Fachperson Gesundheit
(Stationärer) Fall	Patienten, die stationär behandelt werden, werden für die Dauer ihres Aufenthalts – ohne Unterbrechung – als ein Fall gezählt. Sofern ein Patient innerhalb eines Kalenderjahres mehrmals einen Spitalaufenthalt hat, wird pro Aufenthalt ein Fall gezählt. Die Zählweise erfolgt anhand der Spitalaustritte. Im Text wird die Anzahl Fälle teilweise auch als Patienten und Behandlungen bezeichnet.
	Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, von weniger als 24 Stunden, bei denen während Mitternacht ein Bett belegt wird (Mitternachtszensus) sowie bei Überweisung in ein anderes Spital und bei Todesfällen.
Fallgewicht	Jede DRG-Fallgruppe hat ein eigenes Fallgewicht (=cost weight (CW)). Es gibt verschiedene Fallgewichts-Versionen. Die Fallgewichte entspre-

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
	chen den relativen Kosten der Behandlungen und haben einen Einfluss auf die Höhe der Vergütung (Fallpauschale).
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GAA	Abkürzung für Groupes pour l'Analyse de l'Activité. Ist eine Möglichkeit, DRG zu gruppieren <sup>34</sup> .
Gastroenterologie	Die Gastroenterologie befasst sich mit Diagnostik, Therapie und Prävention von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts sowie der Organe Leber, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse.
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
German-DRG	Die Bezeichnung steht für das deutsche DRG-System (G-DRG) (vgl. DRG)
GIS	Geografisches Informationssystem
Grouper	Der DRG-Grouper ist ein Algorithmus, der jedem Fall (Diagnose und Behandlung) eine DRG mit dazugehörigem Fallgewicht zuweist.
Hämatologie	Hämatologie ist die Lehre des Blutes sowie der blutbildenden Organe.
Hauptbereiche	Die 27 Leistungsbereiche in der Akutsomatik werden zu fünf Hauptgruppen zusammengefasst. Die fünf Hauptgruppen sind gegliedert in: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nervensystem &amp; Sinnesorgane</li> <li>• Innere Organe</li> <li>• Bewegungsapparat</li> <li>• Gynäkologie &amp; Geburtshilfe</li> <li>• Übrige</li> </ul>
Hauptszenario (Hauptsz.)	Hauptszenario, das heisst das Szenario mit der wahrscheinlichsten Entwicklung.
Hospitalisationsrate (HR)	Sie bezeichnet die Zahl der Einwohner einer Region, die sich einer stationären Spitalbehandlung unterziehen, bezogen auf die Wohnbevölkerung dieser Region. Synonyme sind auch Hospitalisationsquote, Spitalhäufigkeit, Hospitalisationshäufigkeit.  Im Bericht wird die Hospitalisationsrate pro 10'000 Einwohner ausgewiesen.
HPP	Zusatzversicherte (halbprivat und privatversicherte) Patienten
HTP (1 oder 2)	High Trim Point (1 oder 2) steht für obere Grenzverweildauer (oGVWD), welche pro DRG statistisch im jeweiligen länderspezifischen Grouper festgelegt/definiert wird.

<sup>34</sup> vgl. Chale, Jean-Jacques et al., Les GAA/APDRG-CH – Groupes pour l'Analyse de l'Activité – Proposition de regroupement d'APDRG en Suisse, Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne, juin 2005.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
ICD-10	<p>Internationale Codier-Diagnosen beziehungsweise Diagnosegruppen (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision)</p> <p>Die ICD-10-Codes sind eine Codierung gemäss der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, die von (Fach-)Ärzten angewendet werden muss.</p> <p>ICD-10-Codierungen sind notwendig für die DRG-Gruppierung.</p>
ICD	Intraventrikularer Cardioverter Defibrillator beziehungsweise implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
ICF-Klassifikation	<p>International Classification of Functioning, Disability and Health beziehungsweise Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit</p> <p>Sie dient zur Klassifizierung der Folgeerscheinungen von Behandlungen und beschreibt Phänomene wie Funktionsfähigkeit und Behinderung. Das ICF-Modell bietet die Möglichkeit, deren verschiedene Dimensionen und Bereiche sowie ihre Zusammenhänge abzubilden. So werden Funktionsfähigkeit und Behinderung als eine komplexe Beziehung zwischen der körperlichen und geistig/seelischen Verfassung einerseits und den Kontextfaktoren andererseits angesehen.</p>
Indikation	Grund oder Umstand, eine bestimmte (ärztliche) Massnahme in einem Krankheitsfall durchzuführen, die nach Abschätzen des möglichen Nutzens und Risikos (für den Patienten) sinnvoll ist.
Integrierte Versorgung	Die Integrierte Versorgung ist eine sektorenübergreifende Versorgungsform im Gesundheitswesen. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Spitäler), um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken.
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
JACIE	Abkürzung für Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT; mit Hilfe dieses Akkreditierungssystems sollen die Transplantationszentren bewertet werden.
k. A.	Keine Angaben
KLV	Krankenpflegeleistungs-Verordnung vom 29.09.1995 (Systematische Sammlung des Bundes (SR) 832.112.31)
KOSIS	Kommunales Statistisches Informationssystem (Prognosesoftware) zur Bevölkerungsprognose
Kostenträger	Angabe desjenigen, der die Kosten der stationären Krankenversorgung im Wesentlichen übernimmt. Dies kann die Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung etc. sein.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
KTR	Kostenträgerrechnung
Kurhaus/Kuranstalt	Als Kuranstalten gelten Bäder-, Klima-, Diät- und andere Kuranstalten sowie Anstalten für Genesungs- und Erholungsbedürftige (Rekonvaleszenzzentren). Eine Kuranstalt ist keine Heilanstalt im Sinne des KVG.
Kurzaufenthalter	Kurzaufenthalter (Ausweis L) sind ausländische Staatsangehörige, die sich befristet, in der Regel für weniger als ein Jahr, für einen bestimmten Aufenthaltzweck mit oder ohne Erwerbstätigkeit in der Schweiz aufhalten. Als Kurzaufenthalte werden auch Au-pair-Anstellungen und Aufenthalte als Stagiaire betrachtet <sup>35</sup> .
Kurzlieger	Fälle wurden als Kurzlieger definiert, sofern die Aufenthaltsdauer kleiner als vier Tage ist (vgl. Aufenthaltsdauer).
KVG	Bundesgesetz vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung vom 27.06.1995 über die Krankenversicherung (ST 832.102)
Langlieger	Fälle mit einer Aufenthaltsdauer, die über den festgelegten/definierten Tagen der DRG-Kalkulation liegen, werden als Langlieger bezeichnet. Das heisst, Langlieger haben eine Aufenthaltsdauer über dem HTP (vgl. HTP).  Häufig werden solche Patienten auch als Outlier bezeichnet.
Laparoskopische Chirurgie	Die laparoskopische Chirurgie ist ein Teilgebiet der Chirurgie, bei der mit Hilfe eines optischen Instruments Eingriffe innerhalb der Bauchhöhle vorgenommen werden. Sie wird dem Komplex minimal-invasive Chirurgie (MIC) zugeordnet <sup>36</sup> .
Leistungsbereiche	Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat die DRG, angelehnt an die GAA-Systematik (vgl. GAA), in 27 Leistungsbereiche gruppiert. Diese Leistungsbereiche orientieren sich an der gängigen Spitalorganisation beziehungsweise den Fachgebieten.  Im Rehabilitationsbereich wurden die den rehabilitations-relevanten Grunderkrankungen zugrunde liegenden ICD-Hauptdiagnosen sieben Leistungsbereiche zugewiesen.
Liegeklasse	Beschreibt, ob der Patient privat, halbprivat oder allgemein liegt, sei dies entsprechend seiner Zusatzversicherung oder eines Upgrades.
Listenspitäler	Listenspitäler haben einen staatlichen Leistungsauftrag und gesetzlichen Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie zum Beispiel der

<sup>35</sup> vgl. [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/publ/ausl/presentation.Document.116848.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/publ/ausl/presentation.Document.116848.pdf)

<sup>36</sup> vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Laparoskopische\\_Chirurgie](http://de.wikipedia.org/wiki/Laparoskopische_Chirurgie)

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
	Aufnahmepflicht etc.).
Maximalszenario (Max.)	Im Maximalszenario wurden diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zu einem hohen beziehungsweise maximalen Leistungsbedarf 2020 führen.
MDC	Major Diagnostic Category / Hauptkategorien im DRG-System
Minimalszenario (Min.)	Im Minimalszenario werden diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zu einem niedrigen bzw. minimalen Leistungsbedarf 2020 führen.
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	Berechnet sich aus allen Pflegetagen dividiert durch die entsprechende Anzahl Fälle bzw. Austritte.
Mitternachtszensus	Der Mitternachtszensus betrifft die Definition der stationären Fälle (vgl. Fall).
Nephrologie	Die Nephrologie befasst sich mit den Erkrankungen der Niere sowie deren konservativer (nicht-operativer) Therapie. Darüber hinaus gehören der Bluthochdruck, die Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie Störungen des Säure-Basen-Gleichgewichtes zum Fachgebiet.
Notfall	Ein Patient, der unangemeldet und ungeplant im Spital eintritt und sofort Hilfe/Behandlung benötigt bzw. für den Erste-Hilfe-Massnahmen innerhalb von zwölf Stunden unabdingbar sind.
OECD	Organisation for Economic, Co-operation and Development, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Ophthalmologie	Beinhaltet die Erkrankungen und Funktionsstörungen des Sehorgans und des Sehsinnes und deren medizinische Behandlung.
Palliative Care	Die Palliative Care umfasst die Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung.
PATREC	Fallbezogene Statistik der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (gültige Erhebung bis einschliesslich 2008), welche die medizinische Statistik und die Kostenträgerrechnung beinhaltet.
Perzentil (prc)	Während bei einem Durchschnittswert alle Werte berücksichtigt werden und somit wenige Extremwerte den Durchschnitt erheblich anheben können, wird bei Perzentilen die Verteilung in 100 gleich grosse Teile unterteilt. Bei einem 35. Perzentil heisst das, dass unterhalb dieses Wertes 35 Prozent aller Fälle der Verteilung liegen.
Pflegefachperson HF	Diplomierte Pflegefachperson
Pflegetage (PT)	Die Summe der in einem Spital während eines Jahres verrechneten Aufenthaltstage. Derzeitig werden die Ein- und Austrittstage mitgezählt.
Pneumologie	Die Pneumologie (Synonyme: Pneumonologie, Pulmonologie, Pulmolo-

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
	gie) ist die Lehre, welche sich mit Lungenerkrankungen beschäftigt.
PRISMA	Fallbezogene medizinische Statistik der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (gültig ab Erhebungsperiode 2009)
Radioonkologie	Der Begriff steht für Strahlentherapie, Strahlenheilkunde und ist das medizinische Fachgebiet, das sich mit der medizinischen Anwendung von ionisierender Strahlung auf den Menschen beschäftigt.
Reha	Steht für Rehabilitation und beinhaltet medizinische, erzieherische, schulische und fürsorgliche Massnahmen, welche der bestmöglichen Selbstständigkeit und (Wieder-)Eingliederung jener Personen dienen, die in ihrer Gesundheit von Geburt auf oder durch die Folgen eines Unfalls oder einer Krankheit beeinträchtigt sind. Je nach Art der Krankheit oder Behinderung sind spezialisierte Rehabilitationsmassnahmen erforderlich.
Rehabilitationsbedürftigkeit	Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn – als Folge einer Schädigung – bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen oder drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist, um Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
Rehabilitationsfähigkeit	Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmassnahme erforderliche somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit).
Rehabilitationspotenzial/ -prognose	Grundsätzlich besteht ein Rehabilitationspotenzial immer dann, wenn eine erfolversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann, das heisst es müssen plausible Gründe vorliegen, dass der betreffende Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich tatsächlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabilitationspotenzials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit.
	Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Rehabilitationsmassnahme in einem notwendigen Zeitraum auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials (Rückbildungsfähigkeit) unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschliesslich psychosozialer Faktoren).
rev.	revidiert
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SanaCert	Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Schwere Verletzungen	Unfallchirurgie mit Polytrauma, Schädel-Hirn-Trauma und ausgedehnten Verbrennungen
SGSSC	Swiss Society of Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology
SIKURS	SIKURS ist eine Prognosesoftware.
SMOB	Swiss Study Group for Morbid Obesity, eine medizinische Fachgruppe
SPFG	Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz
SPG	Steht für Swiss Payment Group und ist eine schweizspezifische Erweiterung der APDRG (vgl. APDRG). Um den Eigenheiten der Spitalvergütung in der Schweiz besser Rechnung tragen zu können, wurden die APDRG um spezielle Fallgruppen (SPG) ergänzt.
Spitalliste A und B	<p>Seit ihrer erstmaligen Festsetzung ist die Ausserrhoder Spitalliste bis heute zweigeteilt und in eine Liste A und B gegliedert.</p> <p>Die Spitalliste A enthält alle Institutionen mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patienten in der allgemeinen Abteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung.</p> <p>Die Spitalliste B umfasst die Leistungserbringer mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patienten der halbprivaten und privaten Abteilungen im Hinblick auf die Abrechnung des Grundversicherungsanteils über die obligatorische Krankenpflegeversicherung.</p>
SQPC	Swiss Quality Pain Centres
STAYD	Im Patrec/Prisma-Datensatz (vgl. Patrec/Prisma) wird die IST-Aufenthaltsdauer pro Fall STAYD bezeichnet. Stay steht für Aufenthaltsdauer und D (=Day) steht für die Einheit in Tagen.
Sonstige Behandlungen	<p>Unter sonstige Behandlungen fallen vor allem nachfolgende Behandlungsfälle:</p> <p>Überwachungen aufgrund eines Eingriffes, Verletzungen, Allergische Reaktionen, Vergiftungen, Behandlungskomplikationen, Kongenitale Anomalien, die den Gesundheitszustand beeinflussen.</p>
Sozialmed.	Sozialmedizinisch
ISPM Bern	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
SwissDRG	Ab 2012 müssen alle somatischen Akutspitäler auf einer Spitalliste mit Fallpauschalen abgegolten werden. Auf diesen Zeitpunkt hin wird ein auf die Schweiz angepasstes DRG-System (SwissDRG) entwickelt.
TARMED	Tarifmedizin. Der Katalog mit medizinischen Einzelleistungen regelt die Abrechnung von ambulanten Leistungen.
Thoraxchirurgie	Als Thoraxchirurgie werden die operativen Eingriffe im Brustkorb, insbe-

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
	sondere an der Lunge, bezeichnet.
Verlegungen und Todesfälle	Im Leistungsbereich Verlegungen und Todesfälle werden die Fälle zusammengefasst, die innerhalb 24 Stunden nach Spitaleintritt verlegt wurden, verstorben sind oder nicht im DRG-System klassierbar waren.
Vertragsspitäler	Vertragsspitäler sind Spitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag, aber mit vertraglichem Anspruch gegenüber dem Versicherer auf Vergütung gemäss KVG.
Viszeralchirurgie	Die Viszeralchirurgie umfasst die operative Behandlung der Bauchorgane, das heisst des gesamten Verdauungstraktes. Weiterhin zählen die operative Behandlung der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse und die Behandlung des Leistenbruchs zur Viszeralchirurgie.
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 03.07.2002.
WHO	World Health Organization beziehungsweise Weltgesundheitsorganisation

## 2 Abkürzungen und Symbole in Tabellen

Zeichen	Bedeutung
abs.	absolut
AK	Ausserkantonale (zum Beispiel Patienten, Fälle, Behandlungen)
BfS	Bundesamt für Statistik
BP	Basispaket
BPE	Basispaket Elektiv
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CMI	Case Mix Index
CT-Befund	Computer-Tomografie-Befund
CWFAC	Fakturiertes Cost Weight
$\Delta$	Delta steht für Abweichung bzw. Veränderungsrate
$\emptyset$ -Alter	Durchschnittliches Alter
DRG	Diagnosis Related Groups
EE-Zeit	Entschluss-Entwicklungs-Zeit
EW	Einwohner
>	grösser als ...
FA	Fachärzte
GD	Gesundheitsdirektion
HPP	Zusatzversicherte (halbprivat und privatversicherte) Patienten
HR	Hospitalisationsrate
ICD	Intraventrikularer Cardioverter Defibrillator beziehungsweise implantierbarer Cardioverter
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision
i.S.v.	im Sinne von
in Mio.	In Millionen steht für eine Einheit, zum Beispiel Pfl egetage
in T	In Tausend steht für eine Einheit, zum Beispiel Fallzahlen
k. A.	Keine Angaben
KVG	Bundesgesetz vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung (SR

Zeichen	Bedeutung
	832.10)
<	kleiner als ...
Max.	Maximalszenario
Min.	Minimalszenario
MAHD	Mittlere Aufenthaltsdauer
§	Paragraph
p.a.	per annum beziehungsweise pro Jahr
PT	Pflegetage
SGI	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin
STAYD	Aufenthaltsdauer in Tagen
u./o.	und/oder
%	Prozent
Σ	Summe

### 3 Definition der einzelnen Rehabilitations-Leistungsbereiche

Begriffe	Erläuterungen
Internistisch-onkologische Rehabilitation	In der internistischen Rehabilitation werden insbesondere die Folgen chronischer, häufig verhaltensabhängiger Erkrankungen des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparates behandelt. Im Zentrum der onkologischen Rehabilitation steht die Behandlung der Folgen von Krebserkrankungen <sup>37</sup> .
Kardiovaskuläre Rehabilitation	In der kardiovaskulären Rehabilitation werden die Folgen der Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems sowie entsprechender operativer Eingriffe behandelt.
Muskuloskelettale Rehabilitation	In der muskuloskelettalen Rehabilitation werden die Folgen angeborener oder erworbener Fehler der Haltungs- und Bewegungsorgane sowie degenerativer und entzündlicher Gelenks-, Wirbelsäulen- und Weichteilerkrankungen behandelt.
Neurologische Rehabilitation	In der Neurorehabilitation werden die Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems behandelt.
Psychiatrisch-sozialmedizinische Rehabilitation	In der psychiatrisch-sozialmedizinischen Rehabilitation werden Patienten aufgrund sozioökonomischer und psychosozialer Umstände (z.B. Burnout), psychischer Störungen (z.B. Depressionen), psychosomatischer Krankheiten sowie Suchtkrankheiten rehabilitiert.
Pulmonale Rehabilitation	Die pulmonale Rehabilitation ist vorwiegend bei Patienten mit chronisch-obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem, nach Lungentransplantation sowie bei anderen, mit einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit einhergehenden Lungenkrankheiten indiziert.
Übrige Rehabilitation	Patienten mit Hauptdiagnosen, die nicht einer der oben aufgeführten Leistungsgruppen zugewiesen wurden.

<sup>37</sup> Diese Leistungsgruppe enthält lediglich die nicht der muskuloskelettalen, neurologischen, kardiovaskulären oder pulmonalen Rehabilitation funktionsbezogen zugeordneten Tumorerkrankungen.





Appenzell Ausserrhoden  
Spitalamt  
Kasernenstrasse 17  
9102 Herisau

[gesundheit@ar.ch](mailto:gesundheit@ar.ch)  
[www.ar.ch/gesundheit](http://www.ar.ch/gesundheit)