

Kanton Thurgau Spitalplanung 2012

Versorgungs- und Strukturbericht mit Spitallisten ab 1. Januar 2012

20. September 2011



Impressum

Herausgegeben vom Kanton Thurgau im September 2011

© Departement für Finanzen und Soziales
Gesundheitsamt
8510 Frauenfeld

Vorwort

Die Gesundheitsversorgung und die demographische Entwicklung sind hochaktuelle Themen und beschäftigen die Menschen aller Bevölkerungsschichten. Die Herausforderungen sind entsprechend vielfältig und anspruchsvoll. Als Gesundheitsdirektor ist es mir ein grosses Anliegen, dass in dieser Diskussion, trotz der unterschiedlichen Interessen der Beteiligten, der Patient und die Patientin im Zentrum stehen bleiben.

Bereits im Jahr 2000 hat der Kanton Thurgau die Zeichen der Zeit erkannt und mit der Überführung der kantonalen Spitäler in eine Aktiengesellschaft des öffentlichen Rechts die notwendigen Strukturen geschaffen, welche die heute im Gesetz über die Krankenversicherung geforderte Leistungs- und Wettbewerbsorientierung ermöglichen.

Ein breites Leistungsangebot in Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie ermöglicht, dass insgesamt weniger als 6 % der Leistungen aufgrund eines innerkantonal fehlenden Angebotes in ausserkantonalen Spitälern beansprucht werden müssen. Traditionell leisten auch verschiedene Privatspitäler einen wichtigen Beitrag an die Versorgung der Thurgauer Bevölkerung. Die Analyse der Spitalstrukturen zeigt die vielen Detailleistungen, Verknüpfungen und Abhängigkeiten auf, die für eine umfassende Behandlung und Betreuung unserer kranken und verunfallten Mitmenschen notwendig sind. Krankheitsbilder werden komplexer, die medizinischen Fachbereiche spezialisieren sich und das medizinische Wissen nimmt rasant zu. Um vor diesem Hintergrund die hohe Versorgungsqualität aufrecht zu erhalten, erwartet der Regierungsrat von allen öffentlichen und privaten innerkantonalen Spitälern enge Kooperationen in gegenseitigem Respekt. Mit der neuen Spitalfinanzierung ab 1. Januar 2012 werden auch die Privatspitäler anteilmässig mitfinanziert. Damit kann die bewährte Zusammenarbeit wirksam weitergeführt, ja sogar verbessert werden.

Mit der Spitalliste 2012 wird in der Akutsomatik innerkantonal eine Konzentration auf die Spitalplätze Frauenfeld und Münsterlingen/Kreuzlingen erfolgen. Ausserkantonal werden die medizinisch notwendigen Leistungen in den dafür spezialisierten Zentren konzentriert. Auf eine Öffnung der Spitalliste aus regionalpolitischen Gründen wird bewusst verzichtet. Die Versorgungsstruktur in der Rehabilitation ermöglicht eine klare Konzentration, Professionalisierung und letztlich Positionierung der Rehabilitationskliniken. In der Psychiatrie werden im Sinne der integrierten Versorgung die langjährigen Erfahrungen in der ambulanten und aufsuchenden Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Modellprojekten auch auf die Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie übertragen. Die Durchlässigkeit der Strukturen wird erhöht. Der Regierungsrat ist bereit, mit neuen Finanzierungsmodalitäten Barrieren abzubauen, die heute aus finanziellen Gründen zu einer stationären anstelle einer ambulanten Therapie führen.

Der Regierungsrat ist überzeugt, dass der Thurgau mit der verabschiedeten Spitalliste im Rahmen des KVG angemessene und kosteneffiziente Versorgungsstrukturen für die stationären Behandlungen seiner Bevölkerung aufweist.

Regierungsrat Bernhard Koch
Chef Departement für Finanzen und Soziales

Vorwort	1
Inhaltsverzeichnis	2
Zusammenfassung	7
Teil A Einführung Thurgauer Spitalplanung	12
1. Einleitung	13
1.1. Ausgangslage	13
1.2. Neuerungen in der Spitalplanung und -finanzierung 2012	14
2. Die Planung der stationären Spitalversorgung als politische Herausforderung	16
2.1. Übersicht über die horizontale und vertikale Versorgung im Modell	16
2.2. Versorgungsplanerische Strategie, Eckwerte für die Versorgungsplanung	17
3. Gesetzliche Grundlagen und Planungskriterien	19
4. Übersicht über die Gesundheitsversorgung	21
4.1. Krankenversicherung und Gesundheitsausgaben	21
4.2. Ärztliche und pharmazeutische Primärversorgung	22
4.2.1. Statistische Daten zur ärztlichen und pharmazeutischen Primärversorgung	22
4.2.2. Herausforderungen der ärztlichen Primärversorgung	23
4.3. Pflege, Hilfe und Betreuung ambulant und im Pflegeheim	24
4.3.1. Spitex, Hilfe und Betreuung zu Hause	24
4.3.2. Behinderten- und Pflegeheime	25
4.3.3. Akut- und Übergangspflege	26
4.4. Horizontale und vertikale Vernetzung	26
4.4.1. Palliative Care	26
4.4.2. Managed Care und Integrierte Versorgung	26
4.5. Notfall- und Rettungswesen	27
4.5.1. Notfallversorgung	27
4.5.2. Notarztversorgung und Rettungswesen	27
4.6. Grundhaltung gegenüber den Privatspitälern	28
Teil B Versorgungsbericht	29
1. Ziele des Versorgungsberichts	30
2. Methodik / Modellerklärung Obsan	30
2.1. Einleitung	30
2.2. Daten und Klassifikationen (Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS)	31
2.2.1. Akutversorgung	32
2.2.2. Psychiatrie	33
2.2.3. Rehabilitation	34
2.2.4. Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone der Schweiz	35
2.3. Prognosemodell	35

2.4.	Prognosen Akutsomatik	36
2.5.	Prognosen Psychiatrie und Rehabilitation	37
3.	Ergebnisse Bedarfsanalyse Akutsomatik	38
3.1.	Bisherige Inanspruchnahme durch die Thurgauer Bevölkerung	38
3.2.	Akutsomatik, ausserkantonale Inanspruchnahme / Patientenströme	45
3.3.	Prognose der Inanspruchnahme bis 2020	47
4.	Bedarfsanalyse Rehabilitation	52
4.1.	Bisherige Inanspruchnahme durch die Thurgauer Bevölkerung	52
4.2.	Ausserkantonale Inanspruchnahme / Patientenströme	56
4.3.	Abschliessende Anmerkung / Inanspruchnahme	56
4.4.	Prognose der Inanspruchnahme bis 2020	57
4.5.	Definition der einzelnen Rehabilitations-Leistungsbereiche	58
5.	Bedarfsanalyse Psychiatrie	60
5.1.	Bisherige Inanspruchnahme durch die Thurgauer Bevölkerung	60
5.2.	Ausserkantonale Inanspruchnahme / Patientenströme	64
5.3.	Prognose der Inanspruchnahme	64
5.3.1.	Prognose aufgrund der Bevölkerungsszenarien	64
5.3.2.	Würdigung, normative Vorgaben	65
6.	Spezialbereiche	68
6.1.	Palliative Care	68
6.2.	Geriatric	69
Teil C	Strukturbericht	72
1.	Ziele des Strukturberichts	73
2.	Planungsmethodik und zu sichernder Bedarf	73
3.	Interkantonale Koordination	73
3.1.	Krankenhausvereinbarung der GDK-Ost	74
4.	Kriterien und Instrumente der Spitalplanung	75
4.1.	Qualität	75
4.2.	Wirtschaftlichkeit	75
4.3.	Mengensteuerung	76
4.4.	Leistungsaufträge	76
5.	Spitalfinanzierung	78
5.1.	Leistungsfinanzierung	78
5.2.	Investitionsbeiträge	78
5.3.	Gemeinwirtschaftliche Leistungen	78
5.4.	Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens	79
5.5.	Universitäre Lehre und Forschung	79
6.	Normative Rahmenbedingungen zur Evaluation	80

6.1.	Versorgungsregionen, Zugänglichkeit zur Leistung	80
6.2.	Zu evaluierende Leistungserbringer	80
6.3.	Strategische Partner: Kinderspitäler	81
6.3.1.	Ostschweizer Kinderspital	81
6.3.2.	Kinderpsychiatrie	82
6.4.	Strategische Partner: Universitäts- und Zentrumsspitäler	82
7.	Evaluation in der Akutsomatik	83
7.1.	Aktuelle Leistungsaufträge in der Akutsomatik	83
7.2.	Aktuelle Angebotsstrukturen in der Akutsomatik	83
7.2.1.	Innerkantonale Versorgungsstrukturen in der Akutsomatik	83
7.2.2.	Ausserkantonale Versorgungsstrukturen Kinder und Jugendliche	86
7.2.3.	Ausserkantonale Versorgungsstrukturen Erwachsene	87
7.3.	Zu sichernder Bedarf in der Akutsomatik	87
7.3.1.	Wahl des Bedarfsszenarios in der Akutsomatik	87
7.3.2.	Bedarfsdeckendes Versorgungsangebot	88
7.4.	Leistungszuteilung in der Akutsomatik	89
7.4.1.	Leistungsgruppenkonzept in der Akutsomatik	89
7.4.2.	Leistungszuteilung und Evaluationskriterien der Leistungsgruppen	89
7.5.	Evaluationskriterien der Qualität in der Akutsomatik	91
7.6.	Evaluationskriterien der Wirtschaftlichkeit in der Akutsomatik	92
7.7.	Evaluation zusätzlicher Leistungsaufträge	94
8.	Spitalliste Akutsomatik 2012	96
8.1.	Zuteilung der Leistungsaufträge Akutsomatik	96
8.2.	Abweichungen von der aktuellen Spitalliste	98
8.3.	Beurteilung der Versorgungsstruktur	99
9.	Evaluation in der Rehabilitation	101
9.1.	Derzeitige Leistungsaufträge in der Rehabilitation	101
9.2.	Derzeitige Angebotsstrukturen in der Rehabilitation	101
9.2.1.	Innerkantonale Versorgungsstrukturen in der Rehabilitation	101
9.2.2.	Ausserkantonale Versorgungsstrukturen in der Rehabilitation	102
9.3.	Zu sichernder Bedarf in der Rehabilitation	102
9.3.1.	Wahl des Bedarfsszenarios in der Rehabilitation	102
9.3.2.	Bedarfsdeckendes Versorgungsangebot	102
9.4.	Leistungszuteilung in der Rehabilitation	103
9.4.1.	Leistungsgruppen in der Rehabilitation	103
9.4.2.	Rehabilitation Kinder und Jugendliche	104
9.4.3.	Frührehabilitation	105
9.4.4.	Rehabilitative Intensivbehandlung	106
9.4.5.	Geriatrische Rehabilitation	106
9.4.6.	Abgrenzung zur Akut- und Übergangspflege	107
9.5.	Evaluationskriterien der Qualität in der Rehabilitation	107
9.6.	Evaluationskriterien der Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation	109
9.7.	Anzahl Leistungsaufträge in der Rehabilitation	109
9.8.	Spitalliste Rehabilitation 2012	111
9.9.	Beurteilung der Versorgungsstruktur Rehabilitation	112

10.	Evaluation in der Psychiatrie	113
10.1.	Ausgangslage in der Psychiatrie	113
10.2.	Versorgungspolitische Strategie in der Psychiatrie	113
10.3.	Ausrichtung und Schwerpunkte der Kinder- und Jugendpsychiatrie	116
10.4.	Ausrichtung und Schwerpunkte der Erwachsenenpsychiatrie	118
10.4.1.	Regionalisierung und Ambulantisierung in der Erwachsenenpsychiatrie	119
10.4.2.	Integration, Langzeiterkrankte, forensische Psychiatrie	120
10.4.3.	Chancengleiche Zugänglichkeit, Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht	121
10.5.	Finanzierungsmodell in der Psychiatrie	121
10.6.	Aktuelle stationäre Leistungsaufträge in der Psychiatrie	122
10.7.	Angebote und Leistungsaufträge in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	123
10.8.	Angebote und Leistungsaufträge in der Erwachsenenpsychiatrie	126
10.8.1.	Innerkantonale Angebote in der Erwachsenenpsychiatrie	126
10.8.2.	Spezialbereiche in der Erwachsenenpsychiatrie	129
10.8.3.	Substitutionspotential in der Erwachsenenpsychiatrie	130
10.8.4.	Versorgungsstrukturen in der Erwachsenenpsychiatrie	131
10.9.	Versorgungsinfrastrukturen in der Psychiatrie	136
10.9.1.	Innerkantonale Versorgungsinfrastrukturen in der Psychiatrie	136
10.9.2.	Ausserkantonale Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie	137
10.10.	Zu sichernder Bedarf in der Psychiatrie	137
10.10.1.	Normative Festlegung des Bedarfs in der Psychiatrie	137
10.11.	Leistungszuteilung in der Psychiatrie	140
10.11.1.	Leistungsgruppen und Leistungsaufträge in der Psychiatrie	140
10.12.	Evaluationskriterien der Qualität in der Psychiatrie	142
10.13.	Evaluationskriterien der Wirtschaftlichkeit in der Psychiatrie	142
10.14.	Evaluation der Anzahl Leistungsaufträge in der Psychiatrie	143
10.15.	Spitalliste Psychiatrie 2012	144
10.16.	Beurteilung der Versorgungsstruktur Psychiatrie	147
11.	Entwicklung	148
12.	Umgang mit neuen Änderungsanträgen zur Spitalliste	148
13.	Weiteres Vorgehen	148

Anhänge

Anhang 1	Projektorganisation
Anhang 2	Evaluation der Inanspruchnahme in der Akutsomatik
Anhang 3	Evaluation zusätzlicher Leistungsaufträge in der Akutsomatik
Anhang 4	Leistungsgruppierung in der Rehabilitation
Anhang 5	Evaluation der Leistungserbringer in der Erwachsenenpsychiatrie
Anhang 6	Spitalliste Kanton Thurgau per 1. Januar 2012

Zusammenfassung Versorgungs- und Strukturbericht

Vorgehen

Das Projekt Spitalplanung 2012 wurde im April 2009 vom Regierungsrat initiiert und gliederte sich in die zwei Phasen der Versorgungs- und Strukturplanung. Es wird mit der Verabschiedung des vorliegenden definitiven Versorgungs- und Strukturberichtes und der Spitalliste Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie abgeschlossen. Die Versorgungsplanung gibt Auskunft über die aktuelle Inanspruchnahme und den zu erwartenden zukünftigen Bedarf der Thurgauer Bevölkerung an stationären Spitalleistungen. Im Strukturbericht wird der prognostizierte Bedarf strukturell abgebildet. Die für die Versorgung notwendige Anzahl Leistungsaufträge wird den inner- und ausserkantonalen Spitälern zugeordnet. Resultat ist die ab 1. Januar 2012 gültige Spitalliste.

Die stationäre Spitalplanung kann nicht isoliert betrachtet und umgesetzt werden. Versorgungspolitische Grundsätze wie „ambulant vor stationär“ oder die Orientierung an den „Shortest 25 %“ in der Aufenthaltsdauer der Akutsomatik hängen massgeblich von der weiteren Förderung und Entwicklung vor- und nachgelagerter Bereiche ab. Zu versorgungspolitisch wichtigen Einzelbereichen wird im Strukturbericht ein Überblick vermittelt und es werden Empfehlungen zum weiteren Vorgehen abgegeben.

Die strukturellen Veränderungen in Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie bedeuten eine Konzentration der Leistungen und erlauben eine klare Positionierung der Leistungserbringer. Die Privatkliniken sind angemessen berücksichtigt.

Akutsomatik

Der Kanton Thurgau deckt ein umfassendes Angebot der medizinischen Grundversorgung und erweiterten Grundversorgung ab. Lediglich 5.6 % der gesamten im Jahr 2008 behandelten Fälle bedurften einer Kostengutsprache des Kantonsärztlichen Dienstes für ausserkantonale Behandlungen. Bei diesen Fällen handelte es sich um ausserkantonale über die Spitalliste zu sichernde Leistungen.

Die vier innerkantonalen Akutspitäler und Spezialkliniken an fünf Standorten behandelten insgesamt 23'861 Fälle (inkl. ausserkantonale Behandlungen) im Jahr 2008. Für die Thurgauer Bevölkerung erbrachten die innerkantonalen Akutspitäler 75 % der effektiv in Anspruch genommenen Behandlungen (22'198 Fälle).

Je nach gewähltem Prognoseszenario (tief / hoch) wird bis im Jahr 2020 über alle Leistungsbereiche mit einer Zunahme der Fallzahlen zwischen 13 % und 20 % gerechnet. Die Spitaltage steigen im höchsten Szenario um 24 % und im tiefen Szenario um 3 %. Letzteres wurde aufgrund der 25 % Schweizer Spitäler mit den tiefsten Aufenthaltsdauern berechnet. Die einzelnen Leistungsbereiche entwickeln sich wegen der Veränderung der Bevölkerungsstruktur jedoch sehr unterschiedlich.

In der Strukturplanung wurde mit einem Raster bewertet, ob mit der Spitalliste 2012 in einer Leistungsgruppe zusätzlich zu den heute innerkantonale bestehenden Leistungsaufträgen (mehrheitlich zwei pro Leistungsgruppe) ein weiterer Auftrag zur Sicherung

des Bedarfes zu vergeben ist. Der Kanton Thurgau übernimmt weitgehend das in 126 medizinische Gruppen ausdifferenzierte Leistungsgruppenkonzept gemäss Empfehlung der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Für jede Leistungsgruppe wurden Anforderungen definiert, die direkt als spezifische Evaluationskriterien für die Qualitätsbeurteilung angewendet werden können.

Ein Ersatz der innerkantonal erteilten Leistungsaufträge ist weder aus Bedarfs-, Qualitäts- noch aus Kostengründen angezeigt. Die Standorte der Leistungsaufträge auf den Spitalplätzen Frauenfeld, Münsterlingen/Kreuzlingen werden weiterhin als richtig beurteilt. Die Spital Thurgau AG, die Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG, die Klinik Seeschau AG und die Venenklinik Bellevue AG erfüllen in den gegenseitigen Kooperationen die für ihre Leistungsgruppen angelegten Kriterien.

Mit dem Neubau der Herz-Neuro-Zentrums Bodensee AG auf dem Spitalplatz Münsterlingen und der eingegangenen Kooperation mit der Spital Thurgau AG werden Patienten und Patientinnen in den Bereichen Kopf und Wirbelsäule sowie Herz und Kreislauf von einem qualitativ und quantitativ ausgebauten Angebot profitieren. Die bisher ausserkantonal erbrachten Leistungen werden geringer werden. Die Vergabe weiterer Leistungsaufträge in diesen kostenintensiven Gebieten ist nicht angezeigt.

Die Venenklinik Bellevue AG wird weiterhin als Wochenklinik im bestehenden Kapazitätsumfang geführt. Um die Wirtschaftlichkeit und effiziente Leistungserbringung sowie die innerkantonalen Leistungsmengen weiter zu erhöhen, wird der Spital Thurgau AG gestattet, innerhalb des bestehenden Leistungsauftrages die Wochenklinik Venenklinik Bellevue AG für einfache elektive Wahlbehandlungen zu nutzen.

Der ursprüngliche Leistungsauftrag Rheumatologie der Klinik kneipp-hof Dussnang AG wurde nicht mehr erfüllt und beansprucht. Er wird an die Klinik St. Katharinental, Diesenhofen, transferiert. Der zusätzliche Leistungsauftrag Dermatologie für einzelne Leistungsgruppen wird innerkantonal an die Venenklinik Bellevue AG vergeben. Ihr Leistungsspektrum der Venenbehandlung wird optimal ergänzt. Komplexe dermatologische Behandlungen werden in Kooperation zwischen Spital Thurgau AG und Universitätsspital Zürich mehrheitlich innerhalb des Kantons Thurgau erbracht.

Das Universitätsspital Zürich muss für verschiedene Leistungsgruppen die Aufnahmepflicht gewährleisten. Sie sind ohne Kostengutsprache (Indikationsentscheid des Kantonsärztlichen Dienstes) frei zugänglich. Demgegenüber muss das Kantonsspital St. Gallen mit Ausnahme der Unfallmedizin/-chirurgie keine Aufnahmepflicht gewährleisten. Mit einem Indikationsentscheid des Kantonsärztlichen Dienstes kommt anstelle des innerkantonalen Referenztarifes derjenige des Kantonsspitals St. Gallen bis maximal zum Referenztarif der Universitätsspitäler zur Anwendung.

In den Leistungsbereichen mit mehrheitlich elektivem Charakter, insbesondere Urologie, Orthopädie und Gynäkologie, ist die innerkantonale Auswahl an Spitälern ausreichend gross. Selbst wenn ausserkantonale Leistungserbringer, welche bisher über Zusatzversicherungen beansprucht wurden, nicht mehr bereit sein sollten, diese Patienten und Patientinnen aufgrund der freien Spitalwahl aufzunehmen, muss kurz- und mittelfristig nicht mit Versorgungsengpässen oder inakzeptablen Wartezeiten gerechnet werden. Das Konkurrenzangebot und die gesamthaft zugänglichen Kapazitäten sind ausreichend.

Die Querschnittsleistungsgruppen Akutgeriatrie und Palliative Care werden integral an den bisherigen Leistungserbringer, Spital Thurgau AG, vergeben. Nur Palliative Care ist jedoch als strukturelle Einheit (Palliativstation) zu führen.

Mit der Klinik für Kinder und Jugendliche des KSM Münsterlingen und der umfassenden Leistung der beiden Kinderspitäler Ostschweizer Kinderspital St. Gallen und Kinderspital Zürich wird für Kinder und Jugendliche eine optimale, hochstehende Versorgung gewährleistet.

In der Hochspezialisierten Medizin werden mit rechtskräftigen Entscheiden des Beschlussorgans der Interkantonalen Vereinbarung Hochspezialisierte Medizin (IVHSM) laufend neue sogenannte IVHSM-Leistungsgruppen gebildet. Alle gemäss rechtskräftigen Entscheiden qualifizierten Zentren werden auf die Thurgauer Spitalliste aufgenommen.

Rehabilitation

Der Bedarfsplanung der Rehabilitation zugeordnet sind innerkantonale Kliniken mit insgesamt 4'733 behandelten Fällen im Jahr 2008, davon 1'901 Fälle bzw. 1'760 Personen, die im Kanton Thurgau wohnen. Insgesamt beanspruchten knapp 12.5 % aller Thurgauer Fälle ein ausserkantonales Angebot. Der Anteil medizinisch indizierter Fälle und die Anteile einzelner ausserkantonomer Kliniken an der Versorgung der Thurgauer Bevölkerung sind nicht signifikant. Mit Ausnahme des Rehabilitationszentrums für Kinder und Jugendliche in Affoltern a. A. muss keine ausserkantonale Rehabilitationseinrichtung in die Evaluation einbezogen werden. Die Thurgauer Kliniken behandeln zudem einen grossen Anteil ausserkantonomer Fälle.

Aufgrund der demografischen Entwicklung nehmen Rehabilitationen signifikanter zu als Behandlungen in der Akutsomatik. Die Fallzahlen werden bis ins Jahr 2020 gegenüber dem Referenzjahr 2008 um 23 % bis 30 % steigen. Bei gleichbleibenden inner- und ausserkantonomer Patientenströmen sind innerkantonale für die Deckung des Gesamtbedarfs in der Rehabilitation mit durchschnittlich 250 Fällen pro Klinik bis zum Jahr 2015 max. 9 und bis zum Jahr 2020 im tiefen Szenario rechnerisch max. 9.3 Leistungsaufträge, im hohen Szenario rechnerisch max. 9.9 Leistungsaufträge für Erwachsene zu vergeben.

Für die spezialisierten organspezifischen kardialen, neurologischen und pulmonalen Rehabilitationen ist die Vergabe je eines Leistungsauftrages ausreichend. Sie werden an die bisherigen Leistungserbringer Klinik Schloss Mammern AG (kardial, pulmonal) und Helios Klinik Zihlschlacht (neurologisch) vergeben. Die muskuloskelettale Rehabilitation ist der grösste und am stärksten wachsende Bereich. Den drei dafür qualifizierten Kliniken St. Katharinental, Klinik Schloss Mammern AG und Kneipp-hof Dussnang AG sollen Leistungsaufträge erteilt werden. Mit der Spitalliste 2012 wird erstmals die Leistungsgruppe internistisch-onkologische Rehabilitation separat ausgeschieden. Mit den zwei an die Klinik Schloss Mammern AG und an die Klinik St. Katharinental vergebenen Aufträgen kann den durch Krebserkrankungen beeinträchtigten Menschen eine Wahlmöglichkeit eröffnet werden. Auch wenn der Bedarf durch neue Therapieansätze steigen wird, kann er mit der Erteilung von zwei Aufträgen langfristig gesichert werden.

Aufgrund der Vernehmlassung zum Versorgungsbericht hat der Regierungsrat entschieden, einen Leistungsauftrag in geriatrischer Rehabilitation zu vergeben. Es werden die analogen personellen und infrastrukturellen Anforderungen wie an andere Rehabilitationsbereiche gestellt. Die Festanstellung von entsprechenden Fachärzten ist eine der Strukturvoraussetzungen. Aufgrund der Evaluation wird der Auftrag für geriatrische Rehabilitation der Klinik Tertianum AG Neutal erteilt.

Eine psychiatrisch-sozialmedizinische Rehabilitation wird nicht als Leistungsgruppe separiert sondern als Zusatz geführt. Alle fünf Thurgauer Kliniken erfüllen die angelegten Kriterien und erhalten den Zusatz in ihren Leistungsgruppen. Der Zusatz Frührehabilitation wird den Rehabilitationskliniken in den Leistungsbereichen internistisch-onkologische, neurologische, pneumologische kardiovaskuläre und muskuloskelettale Rehabilitation erteilt, wenn sie die Kriterien dafür erfüllen. Dies sind die Helios Klinik und die Klinik Schloss Mammern AG. Der Zusatz rehabilitative Intensivbehandlung bei traumatischen und nicht traumatischen neurologischen Erkrankungen wird der Helios Klinik ab Bezug des Neubaus erteilt.

Vier von fünf Leistungserbringer in der Rehabilitation sind Privatkliniken. Vier von sechs Rehabilitationsbereiche sind ausschliesslich diesen Privatkliniken beauftragt. Die privaten Leistungserbringer sind damit angemessen in der Planung berücksichtigt.

Im Bereich der Medizin existierte auf der bisherigen Spitalliste schweizweit einzigartig die sog. Nachbehandlung. Ab Inkraftsetzung der Spitalplanung und -finanzierung 2012 hat die Zuweisung der Patienten und Patientinnen gemäss einheitlichen Kriterien in die Bereiche Frührehabilitation, Rehabilitation und Akut- und Übergangspflege zu erfolgen. Alle Leistungsaufträge und Betriebsbewilligungen der Nachbehandlung werden auf diesen Zeitpunkt aufgehoben.

Psychiatrie

Die Psychiatrie ist wie kein anderes medizinisches Fachgebiet von der Entwicklung unserer Gesellschaft, der Bildung, der Wirtschaft, der Umwelt und sozialen Determinanten abhängig. Die Strategie ambulant vor stationär, sowie das Konzept der integrierten Versorgung haben einen ausserordentlich hohen Stellenwert. Der Regierungsrat hat vor diesem Hintergrund die gesundheitspolitische Strategie für die psychiatrische Versorgung der Thurgauer Bevölkerung vorgegeben.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist bereits heute weitgehend auf ambulante und aufsuchende Therapien ausgerichtet. Die Versorgung soll in Zukunft noch raschere Zugänge erlauben und Wartezeiten möglichst reduzieren. Ansätze der Multisystemischen Therapie (MST) sind kosteneffizient weiterzuverfolgen. Die stationäre Versorgung ist im bestehenden Ausmass aufrecht zu erhalten. Die Leistungsaufträge an die Clenia Littenheid AG und an den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst in Liaison mit der Klinik für Kinder und Jugendliche des Kantonsspitals Münsterlingen und der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen werden weitergeführt.

Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie

Die stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen von Erwachsenen sollen hinsichtlich Anzahl und Dauer reduziert werden. Der Regierungsrat legt den innerkantonal vollstationär zu sichernden Bedarf normativ auf 0.9 Plätze pro 1'000 Einwohner der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (>18-Jährige) in psychiatrischen Kliniken ohne forensische Psychiatrie und Langzeiterkrankte fest. Die stationäre Akutversorgung ist zu gewährleisten und dabei ein angemessenes Verhältnis zum stationär integriert-psychotherapeutischen Ansatz zu wahren. Diese Leistungen werden unter dem Begriff umfassende institutionelle Grund- und Spezialversorgung zusammengefasst.

Voraussetzung für den stationären Abbau ist der Aufbau von Strukturen, die eine weitere Verlagerung der psychiatrischen Behandlungen in den ambulanten und aufsuchenden Bereich fördern, und dass die ambulanten Leistungen kostendeckend erbracht werden können. Die wichtigsten strukturellen Veränderungen sind der Aufbau von Abklärungs- und Triagezentren, der Ausbau des tagesklinischen Angebotes, die Einführung eines Case Managements und von poststationären Übergangsbehandlungen, sowie die Bildung von mobilen Equipen.

Der Bettenabbau soll nicht proportional erfolgen. Die Reduktion von drei auf zwei Leistungsaufträge für die bedarfssichernde umfassende institutionelle Versorgung der Thurgauer Bevölkerung in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie macht Sinn. Die für inner- und ausserkantonale Patienten und Patientinnen quantitativ verfügbaren baulichen Kapazitäten sind auch mit zwei Leistungsaufträgen mehr als ausreichend. Mit zwei psychiatrischen Kliniken im Kanton für die umfassende institutionelle Grundversorgung wird den Patienten und Patientinnen sowie den Zuweisern eine innerkantonale freie Spitalwahl ermöglicht. In der psychiatrischen Spezialversorgung sollen sie sich gegenseitig ergänzen. Eine geographische Sektorisierung der Versorgung wird abgelehnt. Aufgrund der Evaluation werden diese beiden Aufträge den Psychiatrischen Diensten Thurgau und der Clenia Littenheid AG erteilt. Die angemessene Berücksichtigung der privaten Leistungserbringer ist damit gegeben.

Der Regierungsrat kann sich - bei Vorliegen geeigneter Kooperationen - die Leistungserbringung an einem dritten kantonalen Standort, jedoch innerhalb eines der beiden Leistungsaufträge, vorstellen. Die Klinik Aadorf AG hat entsprechende Kooperationsverhandlungen abgebrochen. Der Regierungsrat ist aufgrund der Vernehmlassung bereit, alternativ zur Leistungserbringung am dritten Standort innerhalb der beiden Leistungsaufträge einer Besitzstandswahrung von vier Plätzen für die Klinik Aadorf AG gemäss bisheriger Bettenzahl der Spitalliste A stattzugeben. Der dritte Leistungsauftrag von vier Plätzen wird für schwere Essstörungen, einem massgeblichen Kompetenzschwerpunkt der Klinik Aadorf AG, erteilt.

Der Aufbau von geschützten Abteilungen in den Pflegeheimen hat zu einer Reduktion der zu hospitalisierenden Personen im AHV-Alter und von Behinderten in der Langzeitpsychiatrie mit ärztlicher Dauerbetreuung geführt. Die Vergabe je eines Leistungsauftrages Langzeitpsychiatrie und einer Spezialisierung für neurogerontopsychiatrische Störungsbilder an die Psychiatrischen Dienste Thurgau ist ausreichend.

Das strukturelle Angebot in der spezialisierten Eltern-Kind-Behandlung in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen soll weiter gefördert werden.

Teil A

Einführung Thurgauer Spitalplanung

Übersicht über die Gesundheitsversorgung

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Die Grundlagen der heute gültigen Versorgungsplanung wurden in den Jahren nach Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre erarbeitet. Die daraus resultierenden kantonalen Spitallisten A und B sind seit 1. Januar 1999 in Kraft. Am 21. Dezember 2007 hat das eidgenössische Parlament die Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung verabschiedet. Die Änderungen sind per 1. Januar 2009 in Kraft getreten und sind gestaffelt bis spätestens 1. Januar 2015 umzusetzen.

Eine wesentliche Änderung ergibt sich aus den neuen Finanzierungsbestimmungen. Demnach muss der Kanton ab 1. Januar 2012 an alle Spitäler, welche dann auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sein werden (sog. Listenspitäler), für Behandlungen von Patienten und Patientinnen finanzielle Beiträge an den Grundversicherungsanteil leisten. Gleiches gilt aufgrund der freien Spitalwahl für alle ausserkantonalen Hospitalisationen in Listenspitälern der Standortkantone. Die Unterscheidung in Spitalliste A und B wird hinfällig. Des Weiteren sind die kantonalen Spitalplanungen bis spätestens 1. Januar 2015 zu überarbeiten und in der Akutmedizin leistungsorientiert auszugestalten. Damit die beiden Instrumente der leistungsorientierten Spitalfinanzierung und der Spitalliste aufeinander abgestimmt werden können, hat der Regierungsrat entschieden, gleichzeitig auf den Zeitpunkt der Einführung der neuen Spitalfinanzierung die bestehende Versorgungs- und Strukturplanung im stationären Bereich mit dem Projekt Spitalplanung 2012 zu überprüfen und eine neue Spitalliste in Kraft zu setzen. Der Projektauftrag wurde mit RRB Nr. 305 vom 7. April 2009 der Projektgruppe unter Federführung des Gesundheitsamtes erteilt. Projektorganisation und Projektgliederung sind im Anhang 1 ersichtlich.

Aus Sicht des Kantons besteht die Aufgabe der Versorgungsplanung in der mittel- und langfristigen Sicherung mengenmässig ausreichender und qualitativ guter Versorgungsangebote und Versorgungsstrukturen zu insgesamt günstigen Gesamtkosten für die Einwohner des Kantons Thurgau. Die stationäre Spitalversorgung ist ein wesentlicher Teil der Gesamtversorgung. Oberstes Ziel der revidierten Spitalplanung bleibt eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung der Thurgauer Bevölkerung im stationären Spitalbereich. Der Regierungsrat ist sich der politischen Herausforderung bewusst und hat kantonale Rahmenbedingungen in Form von Eckwerten für den Planungsprozess vorgegeben (vgl. Kap. 2.2.). Gleichzeitig soll die Versorgung für Bevölkerung und Kanton wirtschaftlich tragbar sein.

Das Projekt Spitalplanung 2012 ist im Wesentlichen in drei teilweise parallel verlaufende Etappen gegliedert:

1. Die Versorgungsplanung enthält die Darstellung der Ist-Inanspruchnahme und den mit nachvollziehbaren Methoden prognostizierten Bedarf an stationären Spitalleistungen mit Planungshorizont 2020. Die Prognose über die zukünftige Inanspruchnahme erfolgt insbesondere unter Einbezug der demographischen Entwicklung. Der Versorgungsbericht Stand 6. Juli 2010 wurde einer Vernehmlassung unterzo-

gen, der wesentliche Inhalt mit den Vernehmlassungsergebnissen ist in Teil B dieses Berichtes dargestellt.

2. Mit der Revision des kantonalen Gesetzes über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (TG KVG; RB 832.1) wurden zusätzlich notwendige kantonale Rechtsgrundlagen für die Umsetzung der Spitalplanung 2012 gelegt.
3. Im Strukturbericht wird der prognostizierte Bedarf strukturell abgebildet, indem die für die Versorgung notwendige Anzahl Leistungsaufträge den inner- und ausserkantonalen Spitälern zugeordnet werden. Resultat ist die ab 1. Januar 2012 gültige Spitalliste. Der Strukturbericht Stand 3. März 2011 wurde einer Vernehmlassung unterzogen. Der aufgrund der Vernehmlassungsergebnisse überarbeitete Inhalt ist in Teil C dieses Berichtes dargestellt.

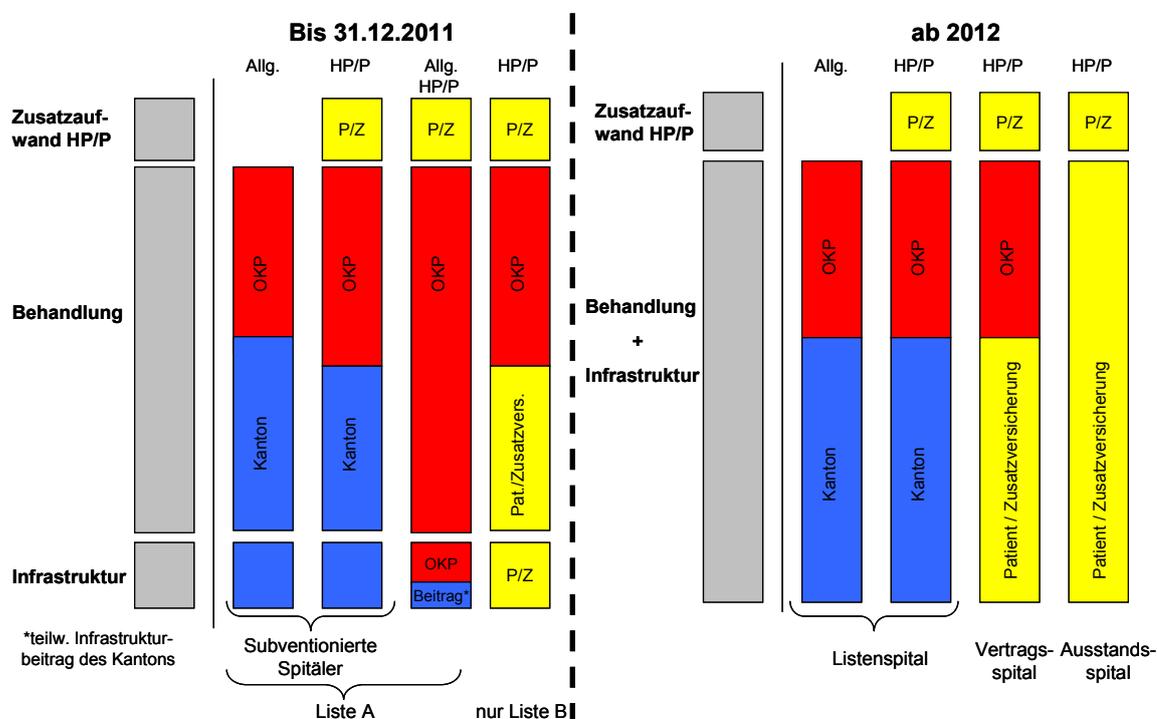
Die stationäre Spitalplanung kann nicht isoliert betrachtet und umgesetzt werden. Versorgungspolitische Grundsätze wie „ambulant vor stationär“ oder die Orientierung an den „Shortest 25 %“ in der Aufenthaltsdauer der Akutsomatik hängen massgeblich von der weiteren Förderung und Entwicklung vor- und nachgelagerter Bereiche ab. Der Bericht vermittelt sodann in Kap. 4 einen Überblick über versorgungspolitisch wichtige Einzelbereiche und gibt Empfehlungen zum weiteren Vorgehen ab.

1.2. Neuerungen in der Spitalplanung und -finanzierung 2012

Die seit 1. Januar 1998 geltenden Spitallisten A und B werden aufgrund des revidierten KVG durch eine integrale Spitalliste gemäss KVG ersetzt. Diese führt nur noch sogenannte Listenspitäler auf. Mit den darauf gelisteten inner- und ausserkantonalen Spitälern ist der notwendige, ausgewiesene Bedarf an medizinischen Leistungen für die Thurgauer Wohnbevölkerung zu sichern. Einrichtungen mit einer gesundheitspolizeilichen Betriebsbewilligung, welche ab 1. Januar 2012 über keinen kantonalen Leistungsauftrag verfügen, werden nicht aufgeführt. Da diese Spitäler dennoch Leistungen erbringen, sei es ausserhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), vollständig zu lasten der Zusatzversicherungen oder als Vertragsspitäler im Rahmen des KVG, werden die gesundheitspolizeilichen Bewilligungen mit den zugelassenen Leistungsbereichen in einer Liste „Vertrags- und Ausstandsspitäler“ publiziert.

Die KVG-Leistungen der auf die Spitalliste aufgenommenen Listenspitäler müssen ab 1. Januar 2012 zu mindestens 55 % durch die öffentliche Hand und zu höchstens 45 % durch die Krankenversicherer finanziert werden. Kantone mit Prämien unter dem schweizerischen Durchschnitt können eine Übergangsfrist nutzen und den Finanzierungsanteil zunächst tiefer (mindestens 45 %) ansetzen. Der Regierungsrat hat den Finanzierungsanteil auf 48 % für das Jahr 2012 festgelegt. Mit der neuen Regelung sind auch auf die kantonale Spitalliste aufgenommene private Listenspitäler vom Kanton mitzufinanzieren. Anstelle der bisherigen Subventionierung wird ab 2012 die einzelne Leistung unabhängig vom rechtlichen Status des Listenspitals subventioniert. Abbildung A1.1 gibt einen Überblick über die bisherige und die neue Finanzierung.

Abbildung A1.1: Finanzierungsregelung ab 1. Januar 2012¹



In den Akutspitälern erfolgt die Leistungsabrechnung neu mit leistungsbezogenen Fallpauschalen (SwissDRG) und die Abgeltung nach einem pauschalisierten Vollkostenprinzip. Die bisher ausgeschlossenen Investitionskosten sind jetzt in der Pauschale enthalten. Kanton und Versicherer beteiligen sich gemäss dem festgelegten Verteilschlüssel (Finanzierungsanteil) gemeinsam an den Investitionskosten. Bisher hatte der Kanton die Investitionskosten an subventionierte Spitälern alleine zu tragen. Ein weiterer wesentlicher Punkt der revidierten Spitalplanung und -finanzierung ist die Einführung der freien Spitalwahl. Neu können Patienten und Patientinnen aus allen Listenspitälern der Schweiz frei wählen, in welchem Spital sie behandelt werden möchten. Der Kanton hat auch bei ausserkantonalen Wahlbehandlungen, die bisher nur über eine Zusatzversicherung gedeckt waren, den gleichen Beitrag zu leisten, wie er bei innerkantonomer Hospitalisation angefallen wäre. Basis ist ein innerkantonomer Referenztarif. Ein im Vergleich zum Wohnsitzkanton höherer Tarif ist nach wie vor vom Patienten oder der Patientin resp. einer privaten Zusatzversicherung zu übernehmen.

Für den Kanton Thurgau ist aufgrund der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 mit jährlichen Mehrkosten von bis zu 40 Mio. Franken zu rechnen. Auch vor diesem finanziellen Hintergrund hat der Kanton die Pflicht, nur diejenigen Privatspitälern und für diejenigen Leistungsgruppen einen Auftrag zu erteilen, die für die Sicherung des Bedarfs notwendig sind.

¹ Adaptierte Tabelle der GD Zürich

Psychiatrie, der Rehabilitation bis zu den Spezialkliniken und der Hochspezialisierten Medizin erstrecken. Das horizontale Versorgungsangebot ist geprägt durch die unterschiedlichen Gesetzgebungen und Finanzierungen auf der Ebene des Bundes, der Kantone und der Gemeinden.

Mit dem **vertikalen Versorgungsprinzip** wird der ordentliche Weg des Patienten vom Arzt, der die Voruntersuchung, erste Diagnose und Therapie durchführt, zum Spital, das die weiteren Untersuchungen und allfällig notwendigen Eingriffe vornimmt, bis hin zur Rehabilitation sowie Akut- und Übergangspflege, welche die Wiederintegration in das bisherige Umfeld zum Ziel hat, aufgezeigt. Das vertikale Versorgungsprinzip demonstriert, wie die verschiedenen Leistungserbringer in den Behandlungsverlauf integriert sind. **Das vertikale Versorgungsprinzip soll das Zusammenarbeiten zwischen den einzelnen Leistungserbringern an einem Behandlungsverlauf maximieren.** Dies setzt voraus, dass entsprechende Informationen und Dossiers über moderne Medien austauschbar und die Prozesse optimiert sind. In der Versorgung von komplexen Krankheitsbildern wird eine Person den Zyklus mehrmals durchlaufen. Im Sinne der integrierten Versorgung werden die Spitäler im System der Finanzierung mittels Fallpauschalen Teile der vor- und nachgelagerten Angebote in den Behandlungsprozess integrieren wollen, allenfalls werden sie nur noch mit ausgewählten Partnern zusammenarbeiten. Damit soll die Phase des stationären Aufenthaltes optimiert, die auszuweisende Ergebnisqualität gesteigert und eine teure Rehospitalisation vermieden werden.

Sogenannte **Managed Care Modelle** (Integrierte Versorgung) sollen einem Leistungserbringer (meist dem Hausarzt) ermöglichen, die Angebote des Versorgungssystems zu evaluieren und im Krankheitsfall den optimalen Behandlungspfad mit dem Betroffenen festzulegen. Die Leistungen werden mit dem Einverständnis des Versicherten wirksam und kosteneffizient koordiniert. Der Leistungserbringer übernimmt als Netzwerkpartner die Mitverantwortung für die ausgelösten Gesamtkosten z. B. durch Budgetverantwortung, Bonus/Malus-Systeme, Capitation-Modelle. Der Versicherte verzichtet gegen Prämienrabatte, Reduktion von Franchise oder / und Kostenbeteiligung und zusätzliche Qualitäts- und Serviceleistungen auf die freie, unbeschränkte Wahl der Leistungserbringer (insbesondere akzeptiert er eingeschränkte Arzt- und Spitalwahl).

2.2. Versorgungsplanerische Strategie, Eckwerte für die Versorgungsplanung

Die politische Herausforderung besteht darin, mit gesetzlichen Rahmenbedingungen, öffentlichen Mitteln, Qualitätsanforderungen und Auflagen für die Leistungserbringer im horizontalen Versorgungsprinzip sicherzustellen, dass gemäss der versorgungsplanerischen Strategie eine bedarfsorientierte und allgemein zugängliche Versorgung der Thurgauer Bevölkerung sichergestellt wird. Gleichzeitig soll die Versorgung für Bevölkerung und Kanton wirtschaftlich tragbar sein. Die Grundversorger und mit ihnen generell die dezentralen Leistungserbringer sind in ihrer Rolle als Primärversorger zu stärken. Der Regierungsrat hat dazu folgende relevanten Eckwerte zur Spitalplanung 2012 des Kantons Thurgau verabschiedet:

Allgemeine Zugänglichkeit zur Leistung

Für die Bedarfsprognose ist davon auszugehen, dass aktuell und im Analysezeitraum keine quantitative Unterversorgung oder Einschränkungen des stationären Angebotes bestehen resp. bestanden, mithin alle Personen, die eine stationäre Versorgung benöti-

gen, diese auch erhalten. Eine Rationierung der Gesundheitsversorgung im engeren Sinn mit z. B. überdurchschnittlichen Wartezeiten, Ausschlusskriterien für teure Behandlungen oder Medikamente, kommt für den Regierungsrat derzeit nicht in Frage.

Versorgungsregionen für stationäre Leistungen

Die medizinisch notwendigen zeitlichen Einweisungskriterien für alle stationären Leistungsbereiche sind derzeit erfüllt. Es besteht daher kein Bedarf nach der Einteilung des Kantons in verschiedene Versorgungsregionen für die Bedarfsplanung. Dies gilt auch für die Sonderbereiche Rehabilitation, Psychiatrie und stationäre Akut- und Übergangspflege.

Benchmark-Beurteilung

Akutsomatik: Soweit die Fallzahlen im oder unter dem schweizerischen Durchschnitt liegen, sind die Prognosen ausgehend von der bisherigen Inanspruchnahme des Kantons Thurgau zu verwenden. Vergleiche der Aufenthaltsdauer und anderer Kriterien richten sich nach den „Shortest 25 %“ (1. Quartil). Anstelle einer Orientierung „am Shortest“ wird damit eine Orientierung an der oberen Leistungsgruppe angestrebt.

Psychiatrie: Anstelle einer Orientierung „am Shortest“ oder „Viertel-Shortest“, besteht die Zielvorgabe der stationären psychiatrischen Versorgung darin, die stationäre Inanspruchnahme langfristig den schweizerischen Durchschnittswerten anzunähern, dazu sind geeignete alternative Angebote zu fördern.

Ambulant vor stationär

Flankierende Massnahmen und Projekte der Gesundheitsversorgung, welche den Grundsatz „ambulant vor stationär“ unterstützen oder generell stationäre Einweisungen verringern oder stabilisieren helfen (z. B. Hausärzte-Praktika, Gesundheitsförderung und Prävention, hindernisfreies Bauen), sind von den zuständigen Departementen zu fördern und zu koordinieren.

Nachbehandlung

Die Leistungsbereiche „chirurgische / medizinische Nachbehandlung“ im Anschluss an einen Akutspitalaufenthalt wurden auf Bundesebene nicht übernommen. Hingegen wird als neuer Begriff im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 die sogenannte Akut- und Übergangspflege eingeführt. Sie wird ambulant oder vom Pflegeheim auf Verordnung eines Spitalarztes oder einer Spitalärztin erbracht. Je nach Ausrichtung der einzelnen Kliniken ist die heutige stationäre Nachbehandlung inhaltlich mehr pflegerisch, mehr therapeutisch oder mehr medizinisch (z. B. inkl. instabiler Situationen und akutmedizinische Rückfälle in der Rehabilitationsphase) ausgerichtet. Per 1. Januar 2012 wird das Angebot der „stationären Nachbehandlung“ nicht mehr auf der Spitalliste geführt, da die Behandlung dannzumal aufgrund der Spitalfinanzierung entweder im Rahmen einer Rehabilitation oder Akut- und Übergangspflege erfolgt. Die Kliniken müssen ihre Konzepte entsprechend anpassen und die notwendigen Verhandlungen mit den Versicherern führen.

Palliative Care

Für die Versorgung unheilbar kranker Menschen (Palliative Care) im Kanton ist ein Konzept umzusetzen, das ambulante, akut- und langzeitstationäre Versorgungsstrukturen umfasst. Bei der akut-stationären Palliative Care (Palliativstation) wird davon ausgegangen, dass es sich um ein neues strukturelles Angebot handelt, das mittelfristig via Fallpauschalen (SwissDRG) finanziert werden muss. Palliative Care als rein medizi-

nisch-pflegerische Haltung gegenüber unheilbar kranken Patienten wird hingegen nicht zusätzlich finanziert und im Rahmen der Spitalplanung auch nicht geplant.

Psychiatrie

Die psychiatrische Versorgung umfasst vielfältige stationäre und ambulante Angebote, die sich gegenseitig beeinflussen. Sowohl Substitution (ambulant / stationär) als auch Translokalisierung (Psychiatrische Klinik / Strafanstalt; Psychiatrische Klinik / Behinderten- oder Alterspflegeheim) sind möglich. Für die Detailplanung der Angebotsstrukturen in der Psychiatrie wird ein separates Planungsprojekt unter angemessenem Einbezug der kantonalen Psychiatriekommission durchgeführt. Gesundheitsförderung und Prävention, ambulante und stationäre Angebote sind einzubeziehen, die Auswirkungen auf andere sozial-medizinische Leistungserbringer (z. B. Heime, Justiz) sind zu prüfen. Das Teilprojekt Psychiatrie ist mit dem Hauptprojekt Spitalplanung 2012 zu koordinieren.

Weitere Eckwerte, welche für die zur Bildung der Leistungsgruppen und Zuteilung der Leistungsaufträge (inkl. Auflagen) gelten, werden als normative Rahmenbedingungen zur Evaluation in Teil C erörtert.

3. Gesetzliche Grundlagen und Planungskriterien

Der Planungsauftrag und die Pflicht zur Führung einer Spitalliste an die Kantone ist im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) speziell in Art. 39 zusammen mit weiteren Kriterien für die Zulassung von Spitälern zur obligatorischen Krankenversicherung (OKP) festgehalten.

Die Planungskriterien wurden vom Bundesrat in Art. 58a bis e der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) präzisiert. Die wesentlichen Elemente für den Versorgungsbericht sind:

„Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen.“ (Art. 58a Abs.1)

Somit sind Prognosen für die gesamte Wohnbevölkerung unabhängig vom Ort der Inanspruchnahme zu erstellen.

„Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche.“ (Art. 58b Abs. 1)

„Die Planung erfolgt für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert; für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen; für die Versorgung der versicherten Personen in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.“ (Art. 58c)

Die Kantone haben die Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen. (Art. 58d)

„Die Kantone bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste zu sichern ist, damit die Versorgung ge-

währleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem Versorgungsbedarf abzüglich des Angebotes, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von den Kantonen erlassenen Spitalliste aufgeführt sind.“ (Art. 58b Abs. 3)

„Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone insbesondere:

- *die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung;*
- *den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;*
- *die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtungen zur Erfüllung des Leistungsauftrages.“ (Art. 58b Abs. 4).*

„Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere:

- *die Effizienz der Leistungserbringung;*
- *den Nachweis der notwendigen Qualität;*
- *im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien. (Abs. 5)*

Auf kantonaler Ebene ist die stationäre Gesundheitsversorgung im Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz, GG; RB 810.1), im Gesetz über den Verbund der kantonalen Krankenanstalten (GVKK; RB 811.31) und in der Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung (KVG; RB 832.10) geregelt. Im Zuge der Gesetzesrevision wurde im Jahr 2011 das Gesetz über die Krankenversicherung (KVG; RB 832.1) um die Kapitel Spitalplanung und Spitalfinanzierung erweitert. Das Gesetz über den Verbund der kantonalen Krankenanstalten wurde aufgehoben. Die weiter notwendigen Bestimmungen wurden in das Gesundheitsgesetz überführt. Für die interkantonale Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Spitalbereich und die Abgeltung von Spitalleistungen (Ostschweizer Krankenhausvereinbarung; RB 832.40) wird eine Nachfolgeregelung gesucht. Im Rahmen des Gesamtprojektes Spitalplanung und –finanzierung 2012 werden alle weiteren kantonalrechtlichen Grundlagen und Ausführungsbestimmungen überprüft und angepasst.

4. Übersicht über die Gesundheitsversorgung²

4.1. Krankenversicherung und Gesundheitsausgaben

Die Kosten des Gesundheitswesens werden im Wesentlichen von Sozialversicherungen, dem Staat sowie den privaten Haushalten getragen. Die Sozialversicherungen (v. a. die obligatorische Krankenversicherung und Unfallversicherung) sind gesamtschweizerisch mit einem Bruttofinanzierungsanteil von 43 % die wichtigsten Direktfinanzierer des Gesundheitswesens. Der Staat kommt in der Nettofinanzierung zusätzlich zu 6-8 % individuelle Prämienverbilligung direkt für 16 % der Gesamtkosten im Gesundheitswesen auf (Subventionen an Krankenhäuser, sozialmedizinische Institutionen, Spitex-Einrichtungen und andere Dienstleistungen wie Rettungsdienste, Prävention etc.). Der Finanzierungsanteil der Haushalte beträgt 31 %. Die Haushalte kommen zudem für weitere Leistungen auf, die nicht von Sozial- oder Privatversicherungen gedeckt werden und beteiligen sich weiterhin mittels Franchisen und Selbstbehalten.

Im Jahr 2009 leisteten die Krankenversicherungen im Thurgau Bruttogleistungen aus der OKP von 642.4 Mio. Franken. Davon waren 97.7 Mio. Franken Kostenbeteiligungen der Versicherten. Dies entspricht einer Nettoleistung (ohne die Kostenbeteiligungen der Versicherten) von Fr. 2'232.-- pro Person und Jahr, rund 15 % weniger als der schweizerische Durchschnitt. Die Durchschnittsprämie pro versicherte Person lag rund 11.5 % unter dem schweizerischen Durchschnitt.

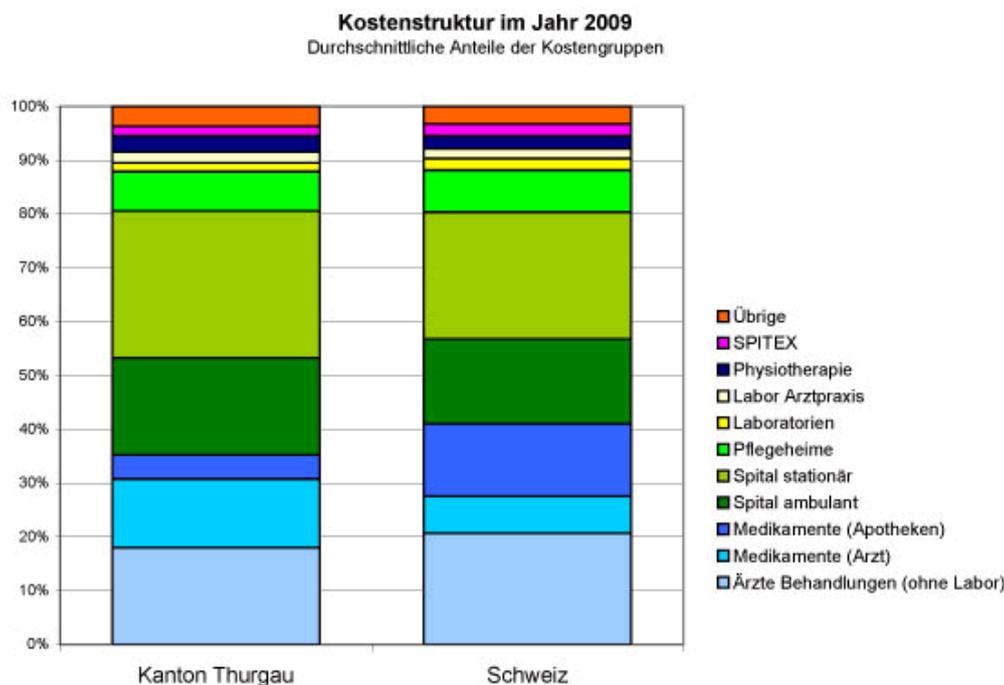
Zusätzlich entrichtete die öffentliche Hand individuelle Prämienverbilligungen (abzüglich Verwaltungskosten) in Höhe von 107.7 Mio. Franken. Dies entspricht 19.8 % der Nettoleistungen der Versicherer aus der OKP und 3.12 % der insgesamt schweizweit ausgegebenen Prämienverbilligungen (Versichertenanteil Thurgau: 3.18 %). Es erhielten 90'524 Personen in 50'922 Haushaltungen eine Prämienverbilligung, entsprechend 37.1 % der Einwohner (Durchschnitt Schweiz: 30.5 %).

Die Gesundheitsleistungen wurden im Jahr 2009 mit Kantonsbeiträgen von 145.2 Mio. Franken mitfinanziert. Darin eingeschlossen sind Spitäler, inkl. ausserkantonale Hospitalisationen, das Notfall- und Rettungswesen, Organisationen im Gesundheitswesen, Prävention und Gesundheitsförderung. Nicht eingerechnet sind Beiträge an Pflege- und Betreuungseinrichtungen für Behinderte, Fürsorge- sowie Ergänzungsleistungen. Ebenso sind Leistungen der Gemeinden an die ambulante Pflege, Hilfe und Betreuung sowie an die Prävention nicht eingerechnet (z. B. Spitex: 8.4 Mio. Franken).

Die Kostenstruktur der OKP für das Jahr 2009 ist in Abbildung A4.1 dargestellt. Sie zeigt bei den grossen Kostenträgern wesentliche Abweichungen gegenüber dem schweizerischen Durchschnitt.

² Datenquellen: Statistikstelle des Kantons Thurgau, www.statistik.tg.ch; Kostenmonitoring des BAG 2009 www.bag.admin.ch/kmt; Thurgauer Grundversorger Verein (TGV)

Abbildung A4.1: Kostenstruktur der OKP im Vergleich Kanton Thurgau und Schweiz



Quelle: Bundesamt für Gesundheit, Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung
Dienststelle für Statistik des Kantons Thurgau

Die absoluten Kosten 2010 liegen insgesamt 15 %, die ärztliche und pharmazeutische Behandlung inkl. Medikamente 27 % sowie alle weiteren Bereiche ausserhalb des Spitals 16 % unter dem schweizerischen Schnitt. Die absoluten Kosten für ambulante Leistungen im Spital liegen 7 % unter dem schweizerischen Durchschnitt. Bis zur Inkraftsetzung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 sind Leistungen für grundversicherte Patienten und Patientinnen in Thurgauer Privatspitalern voll über die Prämien zu decken. Dies ist ein wesentlicher Grund dafür, dass trotz der Effizienz der Thurgauer Spitäler die Spitalkosten in der OKP derzeit leicht über dem schweizerischen Durchschnitt liegen³.

4.2. Ärztliche und pharmazeutische Primärversorgung

4.2.1. Statistische Daten zur ärztlichen und pharmazeutischen Primärversorgung

Im Jahr 2009 wurden im Kanton Thurgau im ambulanten Sektor 335 Ärzte und Ärztinnen gezählt. Der überwiegende Teil der Ärzteschaft sind Männer, nur 29 % sind Ärztinnen, ihr Anteil steigt jedoch kontinuierlich. Die meisten Ärzte und Ärztinnen sind Allgemeinmediziner (32 %).

Der Thurgau hat eine vergleichsweise moderate Ärztedichte. Auf 728 Thurgauer und Thurgauerinnen kam 2009 im ambulanten Sektor ein Arzt. Damit liegt die Ärztedichte im Kanton Thurgau weit unter dem gesamtschweizerischen Schnitt wo ein Arzt auf 490 Personen entfällt.

³ Kostenmonitoring BAG 3. Quartal 2010, www.bag.admin.ch/kmt.

Auf einen Zahnarzt kommen im Thurgau sogar 2'780 Personen, schweizweit liegt die Zahl bei rund 1'920 Personen.

Der Hausarzt ist sehr gefragt. 60 % der Bevölkerung suchten in der Schweiz im Jahr 2007 mindestens einmal im Jahr ihren Hausarzt auf, 33 % der Bevölkerung einen Facharzt. Immer mehr Versicherte entscheiden sich im Thurgau auch für Krankenversicherungsmodelle wie HMO-, Hausarzt- oder Telemed-Modell, kombiniert mit einer höheren Franchise. Im Jahr 2000 wählten rund 25 % der Versicherten eines dieser Modelle, 2008 waren es fast 40 %. Schweizweit entschieden sich hingegen nur 24 % der Versicherten für diese Versicherungsformen.

Wie bei den Ärzten liegt der Kanton Thurgau auch bei der Anzahl der Apotheken unter dem gesamtschweizerischen Schnitt: Im Thurgau kommt eine Apotheke auf 10'000 Einwohner gegenüber zwei Apotheken im gesamtschweizerischen Vergleich.

Fast alle niedergelassenen Ärzte verfügen über eine Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke, die zur Abgabe von Medikamenten berechtigt (Selbstdispensation). Von den Medikamentenkosten zulasten der OKP entfallen 73 % auf die Selbstdispensation (34 % im schweizerischen Durchschnitt). Dabei liegen die Gesamtkosten für Medikamente (Arzt und Apotheke) mit Fr. 39.50 pro Versicherten und Monat um gut 27 % unter dem schweizerischen Schnitt. In den Arztpraxen verteilen sich die Einnahmen aus der OKP zu 56 % auf Behandlungen, 39 % auf Medikamente und 5 % auf Laboranalysen. Letztere reduzierten sich aufgrund der Senkung der Labortarife durch den Bundesrat gegenüber dem Vorjahr um 16 %.

4.2.2. Herausforderungen der ärztlichen Primärversorgung

Die Primärversorger sind die Grundpfeiler der guten und kosteneffizienten Gesundheitsversorgung des Kantons. Mitte 2010 waren rund 51 % der Thurgauer Grundversorger und Grundversorgerinnen 55-jährig und älter; 9 % sind noch in der Praxis tätig, obwohl sie bereits 65-jährig und älter sind. Ärzte und Ärztinnen im Pensionsalter finden vermehrt keine Praxisnachfolge. Auf den Kanton kommt somit insbesondere in den ländlichen Regionen zunehmend ein Versorgungsproblem zu.

Parallel dazu nehmen seit einigen Jahren schweizweit und insbesondere auch im Kanton Thurgau ambulante Spitalleistungen auf Zuweisung und durch Selbsteinweisung der Patienten und Patientinnen signifikant zu.

Der Herausforderung zur Nachwuchsförderung wird mit vier Massnahmen begegnet:

1. Zur Grundversorger-Nachwuchsförderung läuft seit Oktober 2006 das Projekt Praxisassistent, mit dem Assistenzärzte und Assistenzärztinnen Einblick in die Tätigkeit des Hausarztes gewinnen können. Mit dem Projekt Praxisassistent II soll ein Curriculum für angehende Hausärzte geschaffen werden.
2. Ärzte schliessen sich zu Gruppenpraxen zusammen, und Versicherer bauen Gesundheitszentren auf. Damit werden für angehende Ärztinnen (sie bildend die Mehrheit der Berufsgruppe) attraktive Teilzeit-Arbeitsstellen geschaffen. Je nach Ausgestaltung entfällt die Investition von Eigenmitteln. Leider beschränken sich die Initiativen derzeit auf städtische Gebiete wie Arbon, Bischofszell, Frauenfeld, Kreuzlingen und Weinfelden.

3. Der Verband Thurgauer Gemeinden sucht mit der Ärztesgesellschaft Thurgau nach Lösungen zur Ansiedelung von Ärzten.
4. Zur Entlastung der Ärzte von Nacht- und Wochenend-Notfalldiensten wurde für den Notfallkreis West am Kantonsspital Frauenfeld eine Notfallpraxis eingerichtet. Der Kanton ist bereit, auch an zwei weiteren Standorten die Aufbaukosten mitzufinanzieren.

Trotz diesen eingeleiteten Massnahmen ist im landesweiten Vergleich für die Periode der Spitalplanung 2012 eher von einer unter- bis durchschnittlichen Verlagerung der Akutsomatik in den ausserklinischen ambulanten Bereich auszugehen. Oberstes Ziel ist es, das derzeitige Versorgungsniveau im ambulanten ärztlichen Sektor zu halten.

4.3. Pflege, Hilfe und Betreuung ambulant und im Pflegeheim

Mit der zum 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde die Finanzierung der Hilfe und Pflege zu Hause und in den Pflegeheimen inklusive Entlastungsangeboten umfassend neu geregelt⁴.

Das überarbeitete kantonale Alterskonzept⁵ vermittelt übergeordnet Leitlinien und Anregung für die Gestaltung und Entwicklung des Altersbereichs im Kanton Thurgau. Es enthält Grundsätze, Ziele und Massnahmen in den verschiedenen Lebensbereichen sowie in der Pflege und Betreuung der Menschen im AHV-Alter.

4.3.1. Spitex, Hilfe und Betreuung zu Hause

Im Jahr 2009 waren im Kanton Thurgau 41 Spitexorganisationen für die Hilfe und Pflege zuhause zuständig. Neben den Kerndiensten "pflegerische Leistungen" und "hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen" wurden von 10 Organisationen ein Mahlzeitendienst und von 15 Organisationen weitere Spitexleistungen, z. B. Transportdienste, angeboten.

Insgesamt 6'056 Klientinnen und Klienten bezogen im Jahr 2009 Spitexleistungen. Das entspricht fast 2.5 % der Thurgauer Bevölkerung. Ein Viertel aller Spitexklienten und Spitexklientinnen ist zwischen 65 und 79 Jahre alt, 46 % 80 Jahre und älter. Gut doppelt so viele Frauen wie Männer bezogen Spitexleistungen. Jede zweite Klientin nimmt sowohl pflegerische als auch hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen in Anspruch, bei den Männern beansprucht nur fast jeder dritte beide Kerndienstleistungen.

Insgesamt wurden 374'074 Stunden für die erbrachten Leistungen verrechnet, wobei 60 % auf die Pflege und knapp 40 % auf den Bereich Hauswirtschaft / Sozialbetreuung entfallen.

Um die Spitexklienten kümmerten sich 943 Beschäftigte in 310 Vollzeitstellen. Dies entspricht 1.3 Spitex-Vollzeitstellen pro tausend Einwohner. Anstellungsgrade und Anzahl Mitarbeitende pro Organisation liegen unter dem Schweizerischen Durchschnitt.

⁴ www.gesundheitsamt.tg.ch, Neuordnung Pflegefinanzierung.

⁵ Alterskonzept Thurgau (in Revision 2011); www.gesundheitsamt.tg.ch oder www.sozialnetz.tg.ch.

Weiter sind 70 selbständig tätige Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner für den Kanton Thurgau bei deren Berufsverband (SBK) gemeldet.

Die Spitexorganisationen und Gemeindevertreter haben im Zuge der intensiven Arbeiten zur Neuordnung der Pflegefinanzierung das Projekt „Home Care Thurgau“ angestossen, das Varianten von strukturellen und organisatorischen Veränderungen analysieren und gewichten soll.

4.3.2. Behinderten- und Pflegeheime

In den 80 sozialmedizinischen Institutionen des Kantons Thurgau waren Ende Dezember 2009 4'756 Personen beschäftigt, bzw. 3'451 Vollzeitäquivalente unter Berücksichtigung der Teilzeitpensen. Diese betreuten rund 6'219 Menschen (plus 6 % zum Vorjahr). Im Vergleich zum Vorjahr ist vor allem die Zahl der betreuten Personen in Alters- und Pflegeheimen gestiegen (+200 Personen). In 54 Institutionen für Menschen im AHV-Alter standen im Jahr 2010 rund 2'872 Langzeitplätze für innerkantonale Bewohner und Bewohnerinnen mit Pflegebedürftigkeit und ca. 60 Langzeitplätze in Altersheimen zur Verfügung. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Langzeit) lag 2009 in Pflegeheimen bei zwei Jahren und neun Monaten, in Altersheimen bei etwas mehr als drei Jahren. Etwa 88 % der beherbergten Personen in den Alters- und Pflegeheimen kamen aus dem Kanton Thurgau, 5 % aus dem Kanton Zürich und 4 % aus dem Kanton St. Gallen.

Für Erwachsene mit Behinderungen standen rund 1'725 Betreuungsplätze in stationären Einrichtungen zur Verfügung. Davon entfielen 34 % auf Werkstätten, 31 % auf Wohnheime mit Beschäftigung und 24 % auf reine Wohnheime.

Für Erwachsene mit Suchtproblemen standen in sozialmedizinischen Einrichtungen 64 Plätze bereit, für psychosoziale Fälle 43 Plätze. Die Fluktuationsrate der Betreuten in den Institutionen für psychosoziale Probleme ist relativ hoch (44 %).

Im Jahr 2010 verabschiedete der Regierungsrat das Behindertenkonzept⁶. Schnittstellen sind insbesondere in der Psychiatrieplanung zu berücksichtigen.

Die Versorgungsdichte der Pflegeheime darf als gut bewertet werden. Mit der Eröffnung zusätzlicher Demenzstationen in den letzten Jahren konnten u. a. Psychiatrische Kliniken teilweise entlastet werden. Beim Aufbau von gerontopsychiatrischen Abteilungen in den Pflegeheimen besteht hingegen noch Bedarf, ebenso ist die konsiliarische ärztliche und pflegerische Unterstützung bei komplexen psychiatrischen Problemen zu intensivieren.

Mit der Umsetzung des Palliative Care Konzeptes werden einige Pflegeheime diese pflegerische Grundhaltung speziell fördern. Der Bedarf für ein eigentliches Sterbehospiz und spezielle Abteilungen in Pflegeheimen für jüngere Patienten und Patientinnen der Palliative Care werden nach Abschluss der Einführungsphase ab 2015 evaluiert.

⁶ Behindertenkonzept, Konzept des Kantons Thurgau zur Förderung der Eingliederung invalider Personen gemäss Art. 10 IFEG, RRB Nr. 212 vom 16. März 2010; www.fuersorgeamt.tg.ch / Heimwesen /

4.3.3. Akut- und Übergangspflege

Die Grundlagen der Akut- und Übergangspflege sind mit der Änderung der regierungsrätlichen Verordnung zum KVG vom 7. Dezember 2010 und den Änderungen und Ergänzungen der Richtlinien für Institutionen für Menschen im AHV-Alter (Pfleheimrichtlinien) und der Richtlinien für Spitexorganisationen gelegt worden.

Eine besondere Herausforderung wird die stationäre Akut- und Übergangspflege sein. Mit der demografischen Entwicklung, der damit einher gehenden Zunahme von Einzelfamilien und Mehrfacherkrankungen bei älteren Menschen ergibt sich ein hoher Bedarf an stationärer Akut- und Übergangspflege. Allerdings ist die Finanzierung gemäss KVG derart ausgestaltet, dass für maximal 14 Tage ausschliesslich die Pflegekosten über die Krankenversicherung und den Kanton zu finanzieren sind. Die grossen Kostenblöcke der Betreuung und Hotellerie sind vom Patienten und der Patientin zu tragen. Damit wird die Inanspruchnahme trotz medizinischer Indikation und Entlassungsdruck der Spitäler bescheiden sein. Derzeit wird der Bedarf auf zwei bis vier Pflegeheime geschätzt, die für diesen Bereich im Endausbau regional je acht bis zehn Pflegeplätze zu betreiben haben werden.

4.4. Horizontale und vertikale Vernetzung

4.4.1. Palliative Care

Palliative Care tangiert fast alle Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens. Das Palliative Care Konzept Thurgau⁷ ist die gemeinsame Basis der koordinierten, vernetzten Umsetzung. Mit der gezielten Unterstützung der Weiterbildung fördert der Kanton eine rasche Verbreitung der Dienstleistungen.

4.4.2. Managed Care und Integrierte Versorgung

Managed Care soll als Vernetzung und Optimierung entlang des „Behandlungspfades“ verstanden werden. Sie hat im Kanton Thurgau ausgehend von den Hausarztnetzwerken eine lange Tradition.

Durch die Spitalplanung und -finanzierung 2012 werden die Spitäler enger miteinander kooperieren und Synergien nutzen. Die Abhängigkeit der Spitäler von der Zufriedenheit der Zuweiser wird aufgrund der freien Spitalwahl zu mehr Kooperation und Koordination führen. Weiter interessiert die Spitäler ein rasches, qualitativ gutes Entlassungsmanagement mit den nachbetreuenden Strukturen.

Aus den Rundtischgesprächen des Chef DFS mit der Ärztesgesellschaft Thurgau (ÄTG), dem Thurgauer Grundversorgerverein (TGV), der Thurgauer Vereinigung frei praktizierender Spezialisten (TVFS), dem Thurgauer Verein Leitender Spitalärzte (TVLS), dem Verband Managed Care Ostschweiz (VMCO), dem Verband Ostschweizer Privatkliniken und der Spital Thurgau AG werden weitere konkrete Schritte in Richtung Verständigung und gemeinsamer Stossrichtung der medizinischen Akteure erwartet.

⁷ Palliative Care Konzept Thurgau, RRB Nr. 820 vom 9. November 2010.

4.5. Notfall- und Rettungswesen

4.5.1. Notfallversorgung

Die Notfallversorgung wird auf drei Ebenen sichergestellt.

Der ärztliche Notfalldienst wird in allen Notfallkreisen tagsüber an den Wochentagen (ohne Donnerstag) durch die Grundversorger in der Praxis sichergestellt. Über Pikettendienste oder in Zusammenarbeit mit dem KSM Münsterlingen sichern diese auch die Notfallversorgung nachts und an den Wochenenden ihrer Region. Für den Notfallkreis Thurgau West wird am KSF Frauenfeld seit März 2009 in Kooperation mit der Spital Thurgau AG die Notfallpraxis der Hausärztevereinigung für Randzeiten und Wochenenden geführt. Die Alters- und Pflegeheime sowie die Nachbehandlungs- und Rehabilitationskliniken haben die interne Notfallversorgung individuell zu regeln.

Notfälle, die im ärztlichen Notfalldienst nicht abschliessend behandelt werden können oder über die Rettungsdienste und die Schweizerische Rettungsflugwacht (REGA) ins Spital kommen, werden in den beiden Notfallstationen der Kantonsspitäler Münsterlingen und Frauenfeld behandelt.

Alle Spitäler haben je nach Dringlichkeit und Tätigkeitsgebiet eine interne oder externe Notfallversorgung sicherzustellen. Die interne Notfallversorgung gilt nur für die elektiven Behandlungsgebiete der privaten Akutspitäler (Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren, Orthopädie, Ophthalmologie und Urologie), bestehende Bewilligungen für die Proktologie und periphere Venenchirurgie sowie für die Rehabilitationskliniken. Die externe Notfallversorgung gilt für die Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen, das Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG und die Geburtshilfe der Klinik Seeschau AG.

4.5.2. Notarztversorgung und Rettungswesen

Die Sanitätsnotrufzentrale 144 koordiniert die Rettungseinsätze auf Kantonsgebiet. Im Jahr 2010 gingen im Kanton Thurgau bei der Sanitätsnotrufzentrale 144 21'240 Anrufe ein. Bei 54 % der Telefonate handelte es sich um medizinische Anfragen. Der Sanitätsnotruf ersetzt zunehmend den Auskunftsdienst der Arztpraxen in den Abend- und Nachtzeiten. Dies zeigt die gestiegene Zahl der Auskünfte an kranke Personen von rund 250 (2006) auf 859 (2010). Die Zahl der Rettungseinsätze ist von 7'672 (2006) auf 9'858 (2010) gestiegen. Der Rettungsdienst wird von Privatpersonen immer häufiger direkt über die Sanitätsnotrufzentrale 144 angefordert.

Derzeit stellen vier Dienste mit insgesamt 13 Rettungswagen (davon einer mit Spezialausrüstung für Überschwergegewichtige und Intensivtransporte) über die Standorte Amriswil, Weinfelden, Kreuzlingen sowie die Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen die Strassenrettung sicher. Bei Bedarf wird die REGA aufgeboten.

Die kantonalen Rettungsdienste unterstehen gemäss der Verordnung des Regierungsrates über die Berufe im Gesundheitswesen (RB 811.121) der Bewilligungspflicht. Notwendige Bedingung für die Zulassung ist die Anerkennung des Rettungsdienstes durch den Interverband für Rettungswesen (IVR). Drei der Rettungsdienste erfüllen dessen Kriterien. Der vierte Rettungsdienst hat eine befristete Anerkennung mit Auflagen erhalten.

4.6. Grundhaltung gegenüber den Privatspitälern

Die Thurgauer Privatspitäler sind seit Jahrzehnten in der Versorgung allgemein versicherter Patienten und Patientinnen tätig. Sie sind teilweise auch Partner in der spezialisierten Versorgung. Darüber hinaus sind sie für den Kanton volkswirtschaftlich wichtig. Die neue Spitalplanung soll deshalb - soweit der Bedarf gegeben ist - den Privatspitälern ermöglichen, im bisherigen Leistungsumfang und Leistungsbereich tätig zu sein. Gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG sind private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen.

Teil B Versorgungsbericht

1. Ziele des Versorgungsberichts

In Bezug auf die Art der Planung sind die neuen gesetzlichen Anforderungen zu berücksichtigen. Somit ist in jedem Fall die Kompatibilität der Spitalplanung mit den vom Bundesrat erlassenen einheitlichen Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit nach Art. 39 Abs. 2ter des revidierten KVG zu prüfen. Die bisherige strukturbezogene Planung nach Anzahl Spitalbetten und funktionalen Bereichen muss somit zumindest in der Akutmedizin zwingend durch eine nach Leistungsbereichen gegliederte Spitalplanung und Spitalliste ersetzt werden. Im Weiteren ist der Bedarf für die gesamte Wohnbevölkerung zu planen. Die bisherige Unterscheidung zwischen Leistungen für Allgemeinversicherte und Leistungen der Zusatzversicherung wird in der Spitalliste hinfällig.

Der Versorgungsbericht gibt Auskunft über den mit nachvollziehbaren Modellen und Vergleichen hergeleiteten künftigen Bedarf an stationären Leistungen der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie für die gesamte Thurgauer Wohnbevölkerung, unabhängig vom Spitalstandort der Inanspruchnahme. Planungshorizont ist das Jahr 2020.

Die Pflegeheimplanung für die ebenfalls mit einer Planungspflicht belegten stationären Pflegeleistungen in Pflegeheimen erfolgt getrennt von der Spitalplanung. Richtwerte der Langzeitpflege im Alter werden derzeit im Rahmen der Überarbeitung des kantonalen Alterskonzeptes erarbeitet.

2. Methodik / Modellerklärung Obsan

2.1. Einleitung

Für die Aufbereitung der statistischen Grundlagen und die Erstellung der Prognosen über die künftige Inanspruchnahme von stationären medizinischen Leistungen wurde das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) in Neuenburg beauftragt. Die Analysen wurden in der Akutversorgung auf Ebene der einzelnen DRGs vorgenommen, welche anschliessend (nach der Berechnung anhand des Prognose-Modells) auf Niveau der Aktivitätsschwerpunkte und Abrechnungsstellen als auch nach Leistungsbereichen (Zuteilung nach „Zürcher Modell“) aggregiert wurden. Die Methode stützt sich auf das „Modell zur Prognose der Inanspruchnahme als Instrument für die Spitalplanung“ (Weaver et al, Arbeitsdokument 32, Obsan, 2009; www.obsan.amin.ch).

In einem ersten Schritt wurde der „Ist-Zustand“ aufgrund der Daten der „Krankenhausstatistik“ (KS) sowie der „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ (MS) des Bundesamtes für Statistik der Jahre 2007 und 2008 analysiert. Für die Prognosen wurden als Ausgangspunkt die Daten des Jahres 2008 verwendet. Ambulante und teilstationäre Behandlungen wurden in den Analysen nicht berücksichtigt. Die Daten sind für diese Bereiche zu unvollständig. Für die Prognosen wurden unterschiedliche Annahmen (siehe nachfolgende Auflistung) getroffen, einerseits hinsichtlich der Auswahl der Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung (1), andererseits hinsichtlich der Auswahl der Szenarien zur Entwicklung der Aufenthaltsdauer in Akutspitälern (2) sowie in Psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken (3).

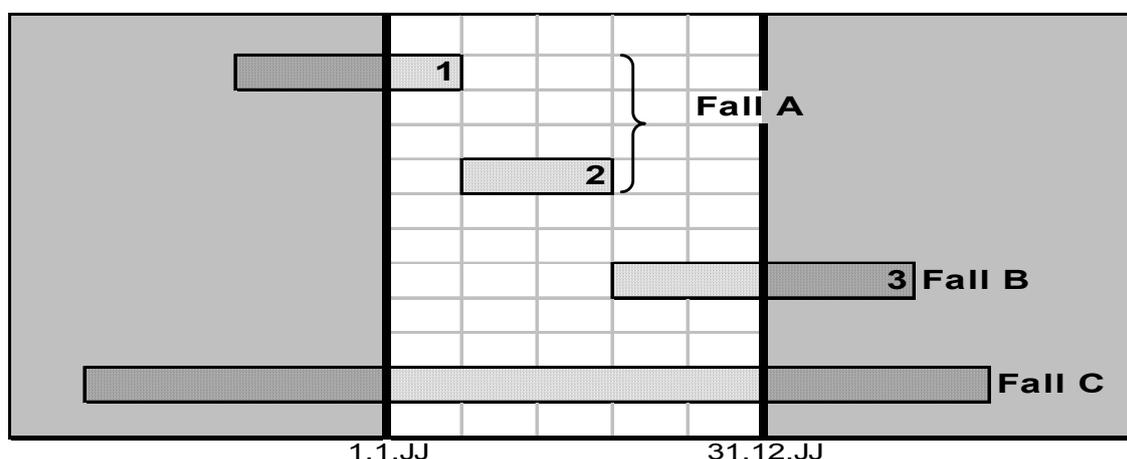
- 1) Für die Bevölkerungsentwicklung hat die ESPOP - Statistik des BFS 3 Szenarien entwickelt. In dieser Versorgungsplanung sollen alle 3 Szenarien (tiefe, mittlere, hohe Bevölkerungszunahmen) aufgezeigt werden, so dass aus den Ergebnissen eine Bandbreite möglicher Entwicklungen herausgelesen werden kann.
- 2) Für die Entwicklung der Aufenthaltsdauer (ausschliesslich für den akutsomatischen Bereich) werden folgende Szenarien berechnet:
 - a) Szenario Kanton: Dieses Szenario geht von der Annahme aus, dass die Aufenthaltsdauer im Kanton konstant bleibt. Dieses Szenario wird sehr wahrscheinlich in Zukunft nicht überschritten.
 - b) Szenario Shortest: Der Kanton erreicht die derzeit schweizweit kürzestete Aufenthaltsdauer.
 - c) Szenario ¼-Shortest: Der Kanton erreicht die Aufenthaltsdauer, welche 25 % der Schweizer Spitäler erreichen.
- 3) Für die Psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken wurde zusätzlich zum kantonalen Szenario (2a) ein Szenario entwickelt, das auf der mittleren schweizerischen Aufenthaltsdauer basiert.

Die Szenarien werden in den folgenden Kapiteln detailliert hergeleitet.

2.2. Daten und Klassifikationen (Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS)

Die zentrale Datenquelle ist die „Krankenhausstatistik“ (KS) sowie die „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ (MS) des Bundesamtes für Statistik. Für die Studie wurden die Jahre 2007 und 2008 der beiden Datensätze verwendet. Aus den Datensätzen sind prinzipiell die Statistikfälle A, B und C mit den zugehörigen Aufenthaltstagen gemäss Abbildung „Kennzeichnung des Statistikfalles“ auswertbar. Für die Berechnung der Anzahl Fälle und zur Ermittlung der effektiven Aufenthaltsdauer wurden die Statistikfälle A gemäss Definition im Detailkonzept zur Medizinischen Statistik des BFS verwendet. Die ausgewiesenen Fälle betreffen somit grundsätzlich sämtliche Fälle mit einem definitiven Austritt im Referenzjahr, hier das Jahr 2008 (siehe auch Kapitel 2.2.1 bis 2.2.3)

Abbildung B2.1: „Kennzeichnung des Statistikfalles“



Fall A: Austritt im betrachteten Zeitraum, Eintritt kann auch früher sein (z. B. Vorjahr). Pflage tage berechnen sich für alle Fälle A inkl. Tagen der Vorperiode. Fall B: Eintritt im Referenzzeitraum, Austritt in der Folgeperiode. Pflage tage berechnen sich für die Fälle B inkl. Tage in der Folgeperiode. Fall C Hospitalisation im betrachteten Zeitraum, Aus- und Eintritt liegen ausserhalb des Zeitraums. Bei statistischer Auswertung aller während des Zeitraums behandelten Fälle (Statistikfälle A, B, C) machen Aussagen zu den Spitaltagen nur wirklich Sinn, wenn diejenigen Pflage tage eingeschlossen werden, die effektiv im betrachteten Zeitraum erbracht wurden (z. B. Pflage tage begrenzt auf 1. Jan. - 31. Dez.).

Um die Bereiche Akutversorgung, Psychiatrie und Rehabilitation zu unterscheiden und den Vergleich zwischen den Kliniken und zur Summe aller Schweizer Kliniken herzustellen, wurden folgende Definitionen vorgenommen:

2.2.1. Akutversorgung

Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden für die Akutversorgung definiert:

Stationäre Fälle (Aufenthalt von mind. 24 Stunden. Aufenthalte von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung).

Während des Jahres entlassene Fälle (Statistikfälle A), unabhängig vom Eintrittsdatum, das auch im Vorjahr liegen kann.

Akutspitäler mit Typologie K1 (Allgemeine Krankenhäuser) sowie Spezialkliniken K231 (Chirurgie), K232 (Gynäkologie, Neonatologie), K233 (Pädiatrie) / ohne Hauptkostenstellen M500 (Psychiatrie), M900 (Geriatric), M950 (Rehabilitation) / ohne folgende DRGs: 620, 629, 637, 638, 999 gesunde oder innerhalb von zwei Tagen verstorbenen Neugeborene werden der Mutter zugeordnet, weil diese normalerweise kein eigenes Bett belegen und auch nicht separat abgerechnet werden. Dieses Vorgehen unterscheidet sich von demjenigen des Kantons Zürich: Gesunde Neugeborene sollen so nicht doppelt gezählt werden, einmal unter Leistungsbereich „Neugeborene“ und einmal unter „Geburtshilfe“.

Aufgrund dieser Systematik werden alle Fälle und Aufenthaltstage der Klinik Schloss Mammern AG (Typ K221 = Rehabilitationsklinik) dem Prognose teil Rehabilitation zugeordnet, soweit sie unter der Kostenstelle M950 (Rehabilitation) erfasst wurden. Die wenigen akutsomatischen Fälle (< 1 % aller Akutsomatikfälle), die unter M100 codiert wurden, konnten in der Ist-Analyse integral ausgewiesen werden. Mit der angewendeten Systematik wurden sie nicht den Leistungsbereichen zugeordnet und auch in den Prognosen nicht hochgerechnet. Die bisherige funktionale Gliederung der Leistungsaufträge in der Spitalliste und die derzeitige Abgeltung liessen es zudem zu, dass nach einem Eintritt zur Rehabilitation in einer Akutphase die Akutbehandlung in der Rehabilitationsklinik erfolgte und dabei die Tarife der Akutversorgung angewendet werden konnten. Diese Phasen sind aus der medizinischen Statistik nicht eruiert. Da eine für den schweizweiten Vergleich einheitliche Systematik bei allen Spitalern angewendet werden musste, wurde die oben genannte Systematik strikte angewendet.

Die akutsomatischen Fälle wurden nach APDRG Schweiz gruppiert (APDRG) und im weiteren nach Aktivitätsschwerpunkten (pôle d'activité plus, PA+) und nach Abrechnungsstellen (groupe de prise en charge, GPC). Die Klassifikation der DRGs nach PA+ und GPC erfolgt auf Basis der von Chalé und Schenker erarbeiteten Klassifikation (Chalé, Schenker et al. 2005). Die detaillierte Gruppierung der DRGs ist in der Dokumentation der Resultate beigefügt.

Neben der Gruppierung der Fälle nach PA und GPC wurde die Gruppierung der Leistungsbereiche des Kantons Zürich Version 1.0 verwendet (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2010).

2.2.2. Psychiatrie

Die psychiatrischen Fälle wurden wie folgt definiert:

Stationäre Fälle = Während des Jahres ausgetretene Fälle (Statistikfälle A) respektive während des Jahres behandelte Fälle (Statistikfälle A, B, C, begrenzt auf 1. Jan. - 31. Dez.) / Alle Fälle aus Hauptkostenstellen M500 (Psychiatrie).

Median der Aufenthaltsdauer aus den während des Jahres entlassenen Fällen unabhängig vom Eintrittsdatum berechnet (Statistikfälle A) / Alle Fälle aus Hauptkostenstellen M500 (Psychiatrie).

Rechnerische Aufenthaltsdauer = ausgewiesene Hospitalisationstage 1. Jan. - 31. Dez. dividiert durch stationäre Fälle (Statistikfälle A, B, C begrenzt auf 1. Jan. - 31. Dez.).

Die psychiatrischen Fälle wurden nach den Hauptdiagnosen der ICD10-Klassifikation gruppiert und analysiert. Folgende Gruppierung wurde vorgenommen:

Diagnosen	Bezeichnung
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

In der letzten Kategorie F99 wurden zudem alle psychiatrischen Fälle der Hauptkostenstelle M500 (Psychiatrie) zugeordnet, welche nicht eine F-Diagnose aufweisen.

2.2.3. Rehabilitation

Die Fälle der Rehabilitation wurden wie folgt definiert:

Stationäre Fälle = Während des Jahres entlassene Fälle (Statistikfälle A) / Alle Fälle aus Hauptkostenstellen M950 (Rehabilitation).

Die in der bisherigen Spitalliste der Medizin resp. Chirurgie zugeordneten Leistungsaufträge der geplanten Aufnahme zur medizinischen und chirurgischen Nachbehandlung im Anschluss an die Akutversorgung sind damit in der Bedarfplanung ebenfalls der Rehabilitation zugeordnet, soweit die Erfassung unter den Hauptkostenstellen M950 erfolgte.

Zusammenfassend sind die Leistungen der folgenden innerkantonalen Kliniken integral in der Rehabilitation abgebildet, soweit sie unter der Hauptkostenstelle M950 codiert wurden:

- Klinik Schloss Mammern AG, Mammern;
- Spital Thurgau AG - Klinik St. Katharinental, Diessenhofen;
- kneipp-hof Dussnang AG, Dussnang;
- Tertianum AG Neutal, Berlingen;
- Bindersgartenklinik AG, Tägerwilien;
- Helios Klinik Zihlschlacht AG, Zihlschlacht;
- ehemalige Humana Dignity Center AG, Weinfelden;

In der Rehabilitation wurden die Fälle ebenfalls nach Hauptdiagnosen (ICD-10) gruppiert:

Diagnosen	Bezeichnung
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
S00-S99	Verletzungen
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
C00-D48	Neubildungen („Tumor, Krebs“)
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
	Andere

2.2.4. Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone der Schweiz

Die Prognosen der Inanspruchnahme werden massgeblich durch die demografische Struktur der Bevölkerung bestimmt. Entsprechend wurden für das Prognosemodell die Daten zur Bevölkerungsentwicklung des Bundesamtes für Statistik verwendet (Bundesamt für Statistik, 2007). Das BFS hat drei unterschiedliche Szenarien für die mögliche Bevölkerungsentwicklung der Kantone der Schweiz 2005 - 2050 erstellt, welche für das Prognosemodell verwendet wurden.

Gemäss BFS besteht die Bedeutung dieser Szenarien darin, dass es sich dabei um eine Regionalisierung der nationalen Szenarien (bzw. deren Methoden und Hypothesen) handelt und nicht einfach um eine Verknüpfung verschiedener kantonaler Szenarien oder eine Verteilung der Bestände der nationalen Szenarien auf die verschiedenen Kantone. So wurden die kantonalen Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung gleichzeitig für jeden einzelnen Kanton berechnet und dann Schritt für Schritt auf die Ergebnisse der Projektionen zur Bevölkerungsentwicklung der gesamten Schweiz abgestimmt. Dadurch konnte sowohl auf der Ebene der Kantone als auch auf gesamtschweizerischer Ebene eine korrekte Bevölkerungsbilanz für jedes Jahr des Beobachtungszeitraums gewährleistet werden.

Drei Szenarien wurden berechnet. Das mittlere Szenario (AR-00-2005) ist das Referenzszenario und führt die im Laufe der letzten Jahrzehnte beobachteten Entwicklungen fort. Das hohe Szenario (BR-00-2005) kombiniert die Hypothesen, welche das Bevölkerungswachstum begünstigen. Das tiefe Szenario (CR-00-2005) geht von Hypothesen aus, die dem Bevölkerungswachstum weniger förderlich sind.

2.3. Prognosemodell

Das Modell zur Prognose der Inanspruchnahme wurde ausführlich beschrieben im Arbeitsdokument 32 des Obsan (Weaver, Cerboni et al. 2009). Im Folgenden sollen das Vorgehen noch einmal kurz zusammengefasst werden und Anpassungen im Modell ergänzt werden. Das Modell berücksichtigt wichtige Veränderungen, die sich momentan in der schweizerischen Spitalversorgung vollziehen:

Aufgrund des Übergangs zu den Swiss DRG-Fallpauschalen muss die Spitalplanung angepasst werden. Sie basiert künftig auf den konkret erbrachten Leistungen. Das Modell schätzt die zukünftige Entwicklung der Inanspruchnahme akutsomatischer Leistungen nach Diagnosegruppe (DRG).

Eine mögliche Folge der Einführung der Swiss DRG ist die Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Spital. Das Modell stellt Szenarien dar, die eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer berücksichtigen, um gewisse Effizienzgewinne und potenzielle technologische Fortschritte zu berücksichtigen.

Die Patientenströme zwischen den Kantonen könnten in Zukunft zunehmen, was eine verstärkte interkantonale Zusammenarbeit erfordern würde. Das Modell schliesst alle Patientenströme zwischen dem analysierten Kanton und den anderen Kantonen ein.

Konkret ermöglicht es das Modell, für einen Kanton oder eine Gruppe von Kantonen die zukünftige Entwicklung der Anzahl Fälle und Anzahl Hospitalisationstage nach DRG im Sinne einer Prognose vorauszusagen. Es werden verschiedene Szenarien der Entwicklung der Aufenthaltsdauer und der demografischen Veränderungen dargestellt.

Der Kanton hat die Möglichkeit, zwischen gewissen Elementen, die in die Analyse einfließen, auszuwählen, damit bis zu einem bestimmten Grad die spezifischen Bedürfnisse jedes Kantons berücksichtigt werden können.

Die Prognosen der Anzahl Fälle unterscheiden sich grundlegend von den Prognosen der Aufenthaltstage:

Die Prognosen der Anzahl Fälle erfolgen ausschliesslich über die drei Bevölkerungsszenarien. Für die Prognosen der Aufenthaltstage werden zusätzliche Szenarien betreffend einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer berücksichtigt.

Das Vorgehen betreffend Prognosen der Aufenthaltstage unterscheidet sich prinzipiell zwischen dem akutsomatischen Bereich auf der einen Seite und dem psychiatrischen und rehabilitativen Bereich auf der anderen.

Die Alterung der Bevölkerung und die vorgesehenen Änderungen bei der Finanzierungsart und der Organisation des Versorgungssystems werfen Fragen auf bezüglich der künftigen Entwicklung der Inanspruchnahme der Spitalleistungen. Die Resultate des Modells liefern transparente Informationen, dank denen die Kantone ihre Spitalplanung auf einer nachprüfbaren und präzisen Datenanalyse abstützen können.

2.4. Prognosen Akutsomatik

Das Vorgehen beinhaltet im Wesentlichen zwei Schritte:

1. Schritt: Anzahl Fälle

Die regionalen und altersspezifischen Hospitalisationsraten werden gemäss der demografischen Entwicklungsmöglichkeiten (auf der Basis der Bevölkerungsszenarien des BFS) für die nächsten Jahre hochgerechnet.

2. Schritt: Anzahl Tage

Die Hospitalisationstage, bzw. die Aufenthaltsdauer im Spital werden anhand verschiedener Szenarien vertiefter analysiert.

Die Annahme der Verkürzung der Aufenthaltsdauer in den nächsten Jahren ist dadurch begründet, dass im Finanzierungssystem der OKP vermehrt Anreize geschaffen werden, dass sich Patienten nicht unnötig lange im Spital aufhalten bzw. dass eine Effizienzsteigerung erwartet wird.

Es wurden drei Szenarien entwickelt, die dieser Annahme Rechnung tragen. Ein Szenario geht davon aus, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Kanton in den nächsten Jahren konstant bleibt (Szenario Kanton). Dem gegenüber stehen zwei Szenarien, die eine Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer annehmen:

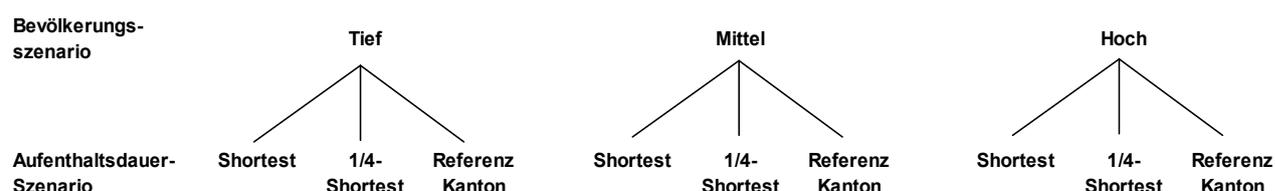
Die Aufenthaltsdauer pro DRG im Kanton entwickelt sich in die Richtung der Aufenthaltsdauer desjenigen Spitals, welches die kürzesten Aufenthalte in der Schweiz aufweist (Szenario Shortest).

Die Aufenthaltsdauer pro DRG im Kanton entwickelt sich in die Richtung der Aufenthaltsdauer desjenigen Spitals, welches eine Aufenthaltsdauer erreicht, wie dies 25 % der Spitäler in der Schweiz erreichen (Szenario ¼-Shortest).

Das zweite Szenario ist ein neu entwickeltes Szenario und wurde im Methodenbericht (Weaver, Cerboni et al. 2009) nicht vorgestellt.

Kombiniert mit den Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung resultieren schliesslich neun unterschiedliche Szenarien:

Abbildung B2.2: Szenarien Prognosemodell



2.5. Prognosen Psychiatrie und Rehabilitation

In der Psychiatrie und der Rehabilitation wurden die Anzahl Fälle sowie die Aufenthaltstage mit den drei Szenarien der Bevölkerungsentwicklung berechnet. Zudem wurden relevante Eckwerte mit den Werten für die gesamte Schweiz verglichen.

Während die Prognosen der Aufenthaltstage in der Rehabilitation nachvollziehbar sind, erscheinen die resultierenden Prognosen der Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie nicht plausibel. Der Grund liegt darin, dass sich Prognosen ausschliesslich aufgrund von normalisierten Durchschnittswerten erstellen lassen, d.h. pro DRG oder pro Diagnose wird eine normale Verteilung der Aufenthaltsdauer angenommen. Dieses Vorgehen kann für die Rehabilitation sehr gut angewendet werden, hingegen nicht für die Psychiatrie. In der Psychiatrie konnte kein standardisierter Verlauf einer Erkrankung festgestellt werden, so dass auch nicht von einer standardisierten Aufenthaltsdauer ausgegangen werden kann. Hier sind in Zukunft eigene Modelle zu entwickeln, welche eine aussagekräftige Prognose erlauben.

Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie und der Rehabilitation wurde zusätzlich ein Szenario für die Prognosen entwickelt, das die Aufenthaltstage auf der Basis der schweizerischen Durchschnittswerte pro Diagnose berechnet. Dieses Szenario hat sich in der Rehabilitation bewährt, hingegen ist es (aus denselben oben bereits genannten Gründen) für den Bereich Psychiatrie nicht verwendbar.

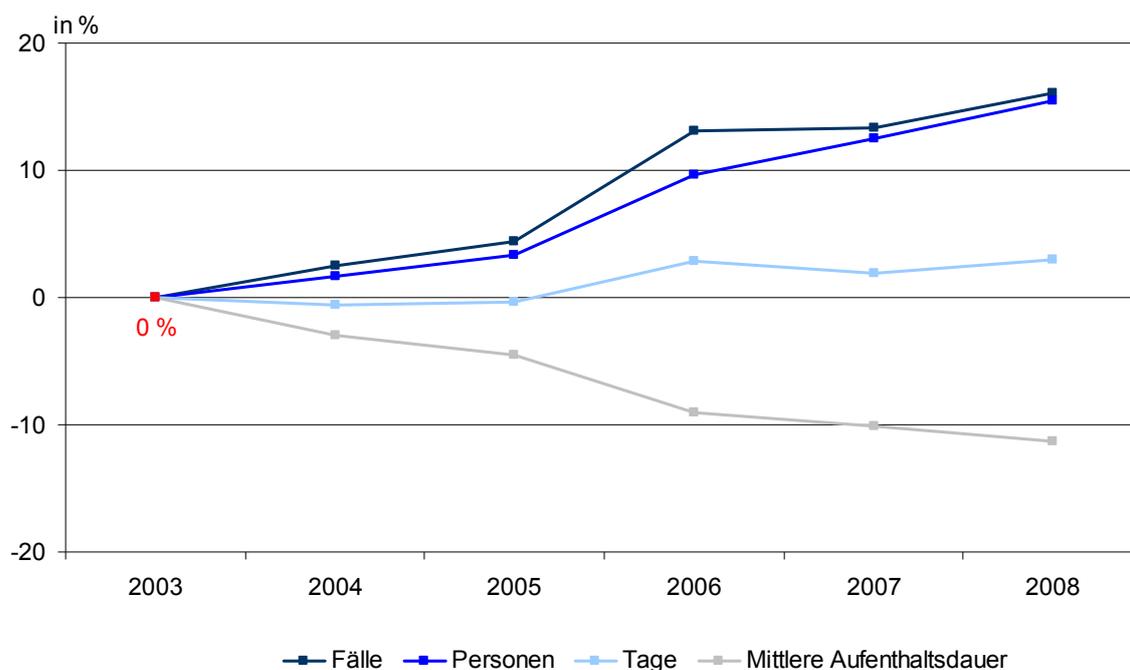
In Bezug auf die Eckwerte liegen im Thurgau die Zahlen der Rehabilitation im Rahmen des schweizerischen Durchschnitts, in der Psychiatrie überschreiten die Indikatoren teilweise deutlich die Referenzwerte. In der Folge werden für die Psychiatrieentwicklung anstelle von Prognosen Zielwerte des Regierungsrates normativ vorgegeben.

3. Ergebnisse Bedarfsanalyse Akutsomatik

3.1. Bisherige Inanspruchnahme durch die Thurgauer Bevölkerung

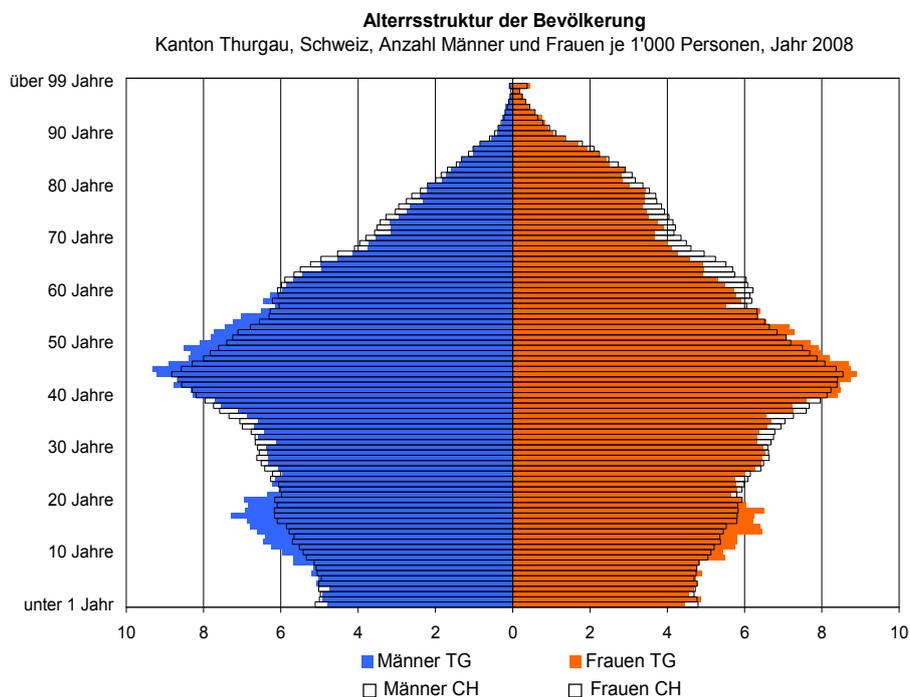
Der gesamtschweizerische Trend zu verkürzten Aufenthaltsdauern widerspiegelt sich auch in den statistischen Grundlagen über die Nachfrage der Thurgauer Bevölkerung nach stationären Leistungen (Abbildung 3.1). Während die Anzahl Fälle in der Zeitreihe von 2003 bis 2008 um 16 % zugenommen hat, hat die Anzahl Aufenthaltstage in der gleichen Periode lediglich moderat um 3 % zugenommen. Die mittlere Aufenthaltsdauer hat sich dadurch um 11 % verkürzt. Die Anzahl Patienten hat sich fast identisch mit der Anzahl Fälle entwickelt. Im Durchschnitt wurden 8 % der Patienten mehr als ein Mal jährlich hospitalisiert.

Abbildung B3.1: Akutversorgung, Entwicklung der Fälle, Personen, Tage und der mittleren Aufenthaltsdauer, in %, 2003-2008



Nebst der mittleren Aufenthaltsdauer und der Hospitalisationsrate wird die Nachfrage nach stationären Leistungen wesentlich von der Bevölkerungsstruktur und der Bevölkerungsentwicklung beeinflusst. Seit 2003 hat die Bevölkerung im Kanton Thurgau um 3.6 % zugenommen. Das Durchschnittsalter ist von 38.4 Jahren (Median: 38 Jahren) auf 39.9 Jahre (Median 40 Jahre) um 3.9 % gestiegen. Im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerungsstruktur kann der Kanton Thurgau wie Abbildung B3.2 zeigt als relativ junger Kanton bezeichnet werden.

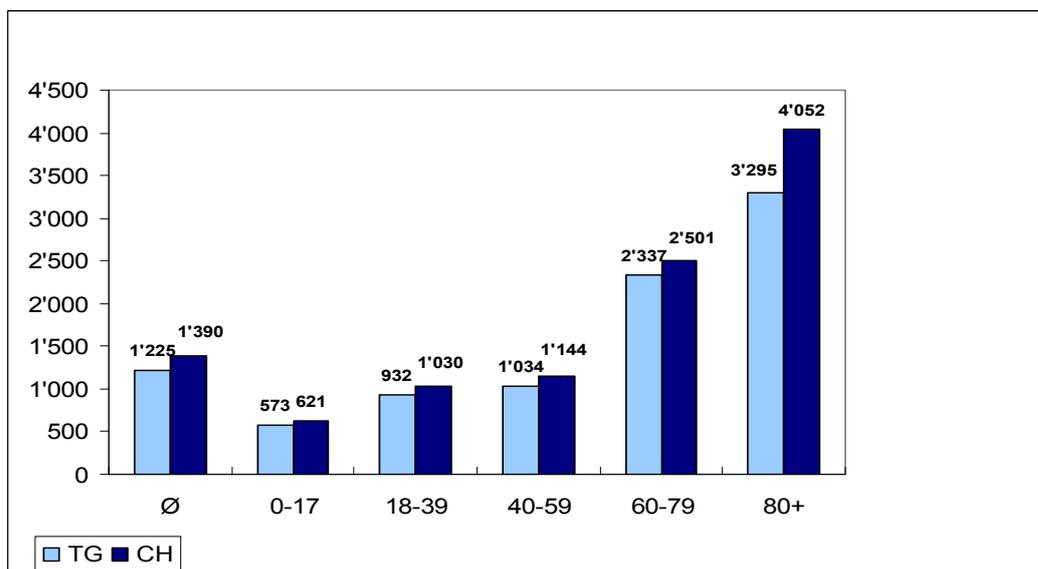
Abbildung B3.2: Altersstruktur der Bevölkerung, Vergleich TG mit CH, 2008



Dienststelle für Statistik des Kantons Thurgau
Datenquelle: Bundesamt für Statistik (Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP))

In der Inanspruchnahme von stationären Leistungen zeigt sich ein gesamtschweizerischer Trend, dass mit dem Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung die Nachfrage nach stationären Leistungen steigt. So liegt derzeit die Hospitalisationsrate bei der Altersgruppe der 60 bis 79-Jährigen mit 23 % fast doppelt so hoch wie beim kantonalen Durchschnitt von 12 % (Abbildung B3.3). Bei der Altersgruppe der über 80-Jährigen beträgt die Hospitalisationsrate mehr als das Dreifache des Thurgauer Durchschnitts.

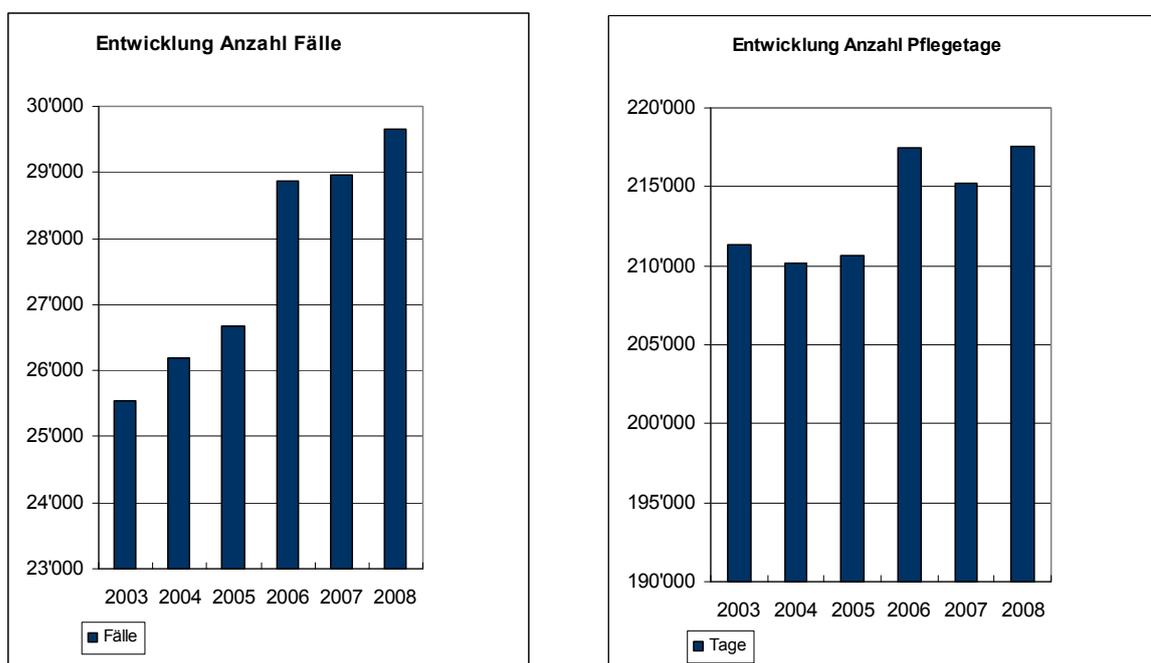
Abbildung B3.3: Hospitalisationsrate, Anzahl Fälle pro 10'000 Einwohner TG nach Altersgruppen, 2008



Da der vorliegende Bericht hauptsächlich auf den Daten des Jahres 2008 basiert, konnten keine weiterführenden statistischen Untersuchungen zur Fallsteigerung in den Jahren 2003 bis 2008 vorgenommen werden. Insgesamt kann jedoch festgehalten werden, dass die Fallzunahme im Wesentlichen auf den beschriebenen allgemeinen Trend zurückzuführen ist und die Hospitalisationsraten (Anzahl Fälle / 10'000 Einwohner) der Thurgauer Wohnbevölkerung in allen Altersgruppen nach wie vor unter dem Schweizer Durchschnitt liegen. Ein Teil der Fallzunahme ist im Weiteren auf die Veränderungen bei der Falldefinition zurückzuführen. So erfassen alle Spitäler seit 2006 beispielsweise auch Spitalaufenthalte von weniger als 24 Stunden, bei denen ein Bett über Mitternacht belegt wird, sowie Überweisungen in ein anderes Spital als stationären Fall.

Mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 7.3 Tagen beanspruchte die Thurgauer Wohnbevölkerung im Jahr 2008 inner- und ausserkantonale 29'642 Akutspitalaufenthalte (Statistikfälle A) und 217'587 Pflage tage. Die Entwicklung über die Jahre 2003 - 2008 ist in Abbildung 3.4 dargestellt.

Abbildung B3.4: Entwicklung der Anzahl Fälle und Pflage tage, 2003-2008



Weiter sind in der Tabelle B3.5 die ausserkantonale in Anspruch genommenen Leistungen (Anzahl der Fälle und Anteil in Prozent des jeweiligen Leistungsbereiches) ersichtlich. In 25 % der Fälle wurden Spitäler mit ausserkantonalem Standort aufgesucht. Dies aufgrund der Wahlmöglichkeit mit einer Zusatzversicherung, eines Notfalls oder einer im Kanton nicht verfügbaren medizinischen Leistung sowie im Kinderspital St. Gallen (vgl. Kap. 3.2).

Tabelle B3.5: Anzahl Fälle und Tage der Thurgauer Bevölkerung nach Leistungsbereich 2008

Leistungsbereich						Anteil ausserkantonale			
		Fälle	in %	Tage	in %	Fälle	in % der Gruppe	Tage	in % der Gruppe
	Total	29'642	100%	217'587	100%	7'444	25%	54'289	25%
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie	892	3%	6'063	3%	201	23%	1'413	23%
	Hals-Nasen-Ohren	1'299	4%	5'581	3%	483	37%	2'049	37%
	Neurochirurgie	307	1%	3'401	2%	112	36%	1'356	40%
	Neurologie	1'448	5%	11'474	5%	379	26%	3'002	26%
	Ophthalmologie	213	1%	737	0%	180	85%	575	78%
Innere Organe	Endokrinologie	372	1%	3'617	2%	91	24%	1'109	31%
	Gastroenterologie	1'896	6%	13'832	6%	311	16%	2'211	16%
	Viszeralchirurgie	2'211	7%	15'093	7%	455	21%	3'738	25%
	Hämatologie	459	2%	4'928	2%	139	30%	1'469	30%
	Herz- und Gefässchirurgie	1'316	4%	9'477	4%	231	18%	1'615	17%
	Kardiologie und Angiologie	2'033	7%	12'826	6%	288	14%	1'501	12%
	Infektiologie	398	1%	4'035	2%	94	24%	980	24%
	Nephrologie	348	1%	2'682	1%	54	16%	473	18%
	Urologie	1'787	6%	10'783	5%	297	17%	1'645	15%
	Pneumologie	954	3%	8'146	4%	219	23%	1'469	18%
	Thoraxchirurgie	306	1%	4'284	2%	82	27%	1'217	28%
Bewegungsapparat	Orthopädie	5'748	19%	46'276	21%	1'819	32%	12'439	27%
	Rheumatologie	969	3%	8'418	4%	188	19%	1'758	21%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Gynäkologie	1'429	5%	9'928	5%	300	21%	1'724	17%
	Geburtshilfe	2'501	8%	16'514	8%	581	23%	4'101	25%
	Neugeborene	462	2%	4'825	2%	148	32%	2'328	48%
Übrige	(Radio-) Onkologie	396	1%	2'132	1%	173	44%	906	42%
	Psychiatrie und Toxikologie	246	1%	2'273	1%	61	25%	801	35%
	Schwere Verletzungen	240	1%	3'218	1%	83	35%	1'679	52%
	Transplantationen	17	0%	475	0%	16	94%	469	99%
	Sonstige Behandlung	593	2%	4'270	2%	232	39%	1'645	39%
	Verlegungen und Todesfälle	802	3%	2'299	1%	227	28%	617	27%

Die zehn am häufigsten beanspruchten Fachbereiche decken 73 % der insgesamt benötigten Behandlungen ab (Tabelle B3.6).

Tabelle B3.6: Häufigste in Anspruch genommene Leistungen der Thurgauer Bevölkerung 2008

Leistungsbereich						Anteil ausserkantonale			
		Fälle	in %	Tage	in %	Fälle	in % der Gruppe	Tage	in % der Gruppe
	Total	29'642		217'587		7'444	25%	54'289	25%
Bewegungsapparat	Orthopädie	5'748	19%	46'276	21%	1'819	32%	12'439	27%
Gynäkologie/Geburtsh.	Geburtshilfe	2'501	8%	16'514	8%	581	23%	4'101	25%
Innere Organe	Viszeralchirurgie	2'211	7%	15'093	7%	455	21%	3'738	25%
Innere Organe	Kardiologie und Angiologie	2'033	7%	12'826	6%	288	14%	1'501	12%
Innere Organe	Gastroenterologie	1'896	6%	13'832	6%	311	16%	2'211	16%
Innere Organe	Urologie	1'787	6%	10'783	5%	297	17%	1'645	15%
Nervensys./Sinnesorg.	Neurologie	1'448	5%	11'474	5%	379	26%	3'002	26%
Gynäkologie/Geburtsh.	Gynäkologie	1'429	5%	9'928	5%	300	21%	1'724	17%
Innere Organe	Herz- und Gefässchirurgie	1'316	4%	9'477	4%	231	18%	1'615	17%
Nervensys./Sinnesorg.	Hals-Nasen-Ohren	1'299	4%	5'581	3%	483	37%	2'049	37%
	Total	21'668	73%	151'784	70%	5'144	24%	34'025	22%

Sowohl in Bezug auf alle behandelten Fälle als auch die zehn Kernleistungsbereiche werden $\frac{3}{4}$ der Behandlungen im Kanton beansprucht.

Die vier innerkantonalen Akutspitäler und die wichtigsten 12 Akutspitäler mit ausserkantonalem Standort erbringen zusammen 95 % der stationären Leistungen (vgl. Tabelle B3.7).

Tabelle B3.7: Stationäre Leistungen pro Spital für die Thurgauer Bevölkerung, 2008 (Typologie: allgemeine Krankenhäuser und Spezialkliniken Chirurgie)

	Kanton	2008 Fälle	in %
Spital Turgau AG (Frauenfeld und Münsterlingen)	TG	19'330	65.2%
Venenklinik Bellevue (Kreuzlingen)	TG	331	1.1%
Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG (Kreuzlingen)	TG	1'559	5.3%
Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	TG	978	3.3%
Klinik Schloss Mammern (Mammern) ¹	TG	43	
Total innerkantonale Spitäler		22'198	74.9%
Kantonsspital St. Gallen	SG	2'036	6.9%
Spitalregion Fürstenland Toggenburg	SG	658	2.2%
Ostschweizer Kinderspital ²	SG	571	1.9%
Universitätsspital Zürich	ZH	524	1.8%
Klinik Stephanshorn AG	SG	493	1.7%
Spitäler Schaffhausen	SH	491	1.7%
Kantonsspital Winterthur	ZH	300	1.0%
Hirslanden	AR	285	1.0%
Klinik Lindberg	ZH	189	0.6%
Schulthess Klinik	ZH	173	0.6%
Kinderspital Zuerich	ZH	114	0.4%
Klinik Marienfried	SG	113	0.4%
Übrige Spitäler Schweiz		1'497	5.1%
Total ausserkantonale Spitäler		7'444	25.1%
Total inner- und ausserkantonale Spitäler		29'642	100.0%

¹Akutsomatische Fälle (Hauptkostenstelle M100) unter Typologie Rehabilitationsklinik (K221) /nicht im Total enthalten

²Ostschweizer Kinderspital: der Kanton Thurgau ist Trägerkanton

Die Marktanteile der oben genannten Kliniken in Bezug auf die Leistungsbereiche sind nachfolgend detailliert zusammengestellt.

Tabelle B3.8 (1. Teil): Marktanteil in % an Thurgauer Fällen pro Spital nach Leistungsbereich, 2008

	Nervensystem und Sinnesorgane						Innere Organe										
	Kanton	Dermatologie	Hals-Nasen-Ohren	Neurochirurgie	Neurologie	Ophthalmologie	Endokrinologie	Gastroenterologie	Viszeralchirurgie	Hämatologie	Herz- und Gefässchir.	Kardiologie u. Angiol.	Infektiologie	Nephrologie	Urologie	Pneumologie	Thoraxchirurgie
Spital Turgau AG (Frauenfelde und Münsterlingen)	TG	76%	63%	36%	72%	15%	75%	83%	75%	69%	41%	51%	75%	84%	79%	77%	72%
Venenklinik Bellevue (Kreuzlingen)	TG	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	24%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG (Kreuzlingen)	TG	0%	0%	28%	2%	0%	1%	0%	0%	0%	17%	35%	1%	0%	0%	0%	1%
Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	TG	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	1%	0%	0%	1%	1%	4%	0%	0%
Total innerkantonale Spitäler		78%	63%	64%	74%	15%	76%	83%	79%	70%	82%	86%	77%	85%	83%	77%	73%
Kantonsspital St. Gallen	SG	6%	14%	11%	7%	40%	6%	4%	8%	14%	3%	4%	6%	6%	4%	4%	12%
Spitalregion Will	SG	3%	3%	1%	2%	0%	1%	2%	2%	0%	0%	1%	1%	1%	2%	2%	2%
Ostschweizer Kinderspital	SG	1%	4%	2%	4%	1%	4%	3%	1%	5%	0%	0%	6%	4%	1%	8%	1%
Universitätsspital Zürich	ZH	2%	6%	8%	1%	13%	1%	2%	1%	4%	2%	2%	2%	1%	1%	3%	5%
Klinik Stephanshorn AG	SG	1%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
Spitäler Schaffhausen	SH	1%	1%	1%	2%	0%	1%	2%	3%	1%	1%	1%	2%	1%	2%	3%	2%
Kantonsspital Winterthur	ZH	1%	1%	2%	2%	10%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	2%	0%	1%	1%	0%
Hirslanden	AR	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Klinik Lindberg	ZH	0%	1%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	0%
Schulthess Klinik	ZH	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Kinderspital Zuerich	ZH	0%	1%	2%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Klinik Marienfried	SG	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Übrige Spitäler Schweiz		6%	6%	6%	8%	21%	5%	3%	3%	3%	3%	4%	3%	2%	4%	2%	5%
Total ausserkantonale Spitäler		22%	37%	36%	26%	85%	24%	17%	21%	30%	18%	14%	23%	15%	17%	23%	27%

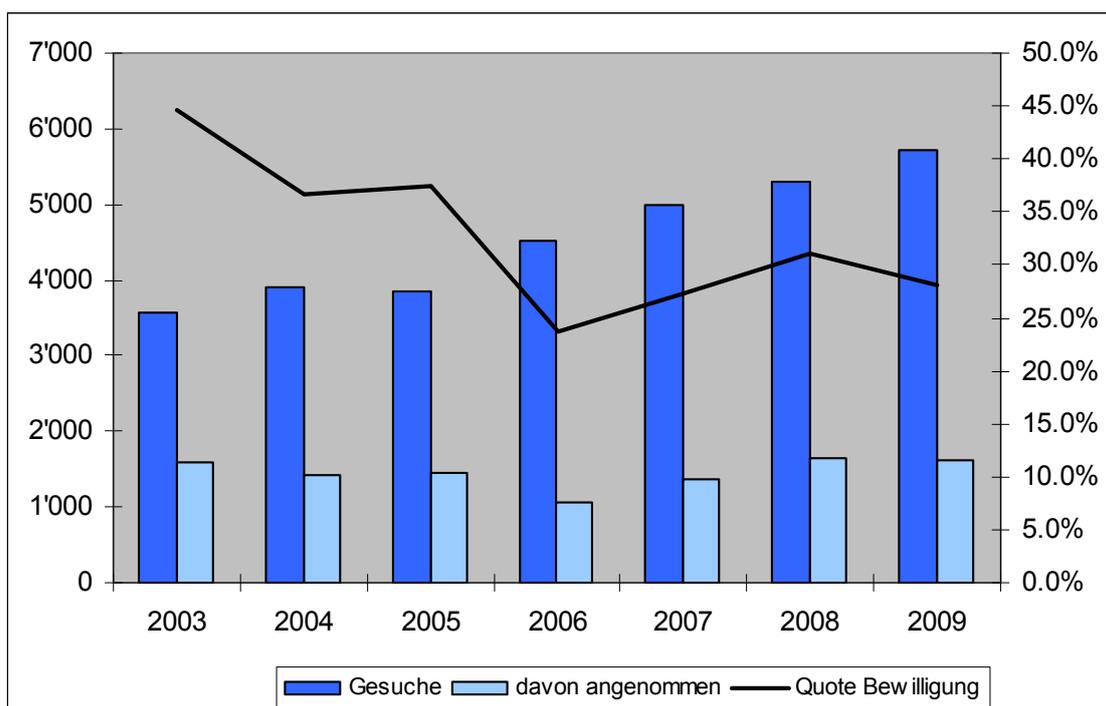
Tabelle B3.8 (2. Teil): Marktanteile in % an Thurgauer Fällen pro Spital nach Leistungsbereich, 2008

	Kanton	Beweg.-apparat		Gynäkologie /Geburtshilfe			Übrige						Total
		Orthopädie	Rheumatologie	Gynäkologie	Geburtshilfe	Neugeborene	(Radio-) Onkologie	Psychiatrie und Toxik.	Schwere Verletzungen	Transplantationen	Sonstige Behandlungen	Verlegungen und Todesf.	Anteil an allen Fällen
Spital Turgau AG (Frauenfeld und Münsterlingen)	TG	51%	76%	71%	74%	67%	56%	75%	65%	0%	59%	63%	65.2%
Venenklinik Bellevue (Kreuzlingen)	TG	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1.1%
Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG (Kreuzlingen)	TG	7%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	4%	5.3%
Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	TG	10%	2%	8%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	4%	3.3%
Total innerkantonale Spitäler		68%	82%	79%	77%	68%	56%	75%	65%	6%	60%	71%	74.9%
Kantonsspital St. Gallen	SG	6%	6%	4%	6%	9%	25%	9%	6%	12%	11%	6%	6.9%
Spitalregion Will	SG	2%	2%	2%	5%	2%	0%	4%	3%	0%	2%	4%	2.2%
Ostschweizer Kinderspital	SG	1%	0%	0%	0%	10%	10%	2%	7%	0%	3%	0%	1.9%
Universitätsspital Zürich	ZH	0%	1%	0%	2%	3%	4%	0%	6%	59%	5%	4%	1.8%
Klinik Stephanshorn AG	SG	3%	0%	4%	4%	1%	0%	0%	0%	0%	3%	1%	1.7%
Spitäler Schaffhausen	SH	1%	2%	3%	2%	2%	0%	2%	5%	0%	4%	2%	1.7%
Kantonsspital Winterthur	ZH	1%	0%	1%	2%	1%	2%	1%	1%	0%	1%	4%	1.0%
Hirslanden	AR	4%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1.0%
Klinik Lindberg	ZH	2%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	6%	1%	0%	0.6%
Schulthess Klinik	ZH	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	2%	0%	0.6%
Kinderspital Zuerich	ZH	1%	0%	0%	0%	2%	1%	0%	2%	6%	1%	0%	0.4%
Klinik Marienfried	SG	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0.4%
Übrige Spitäler Schweiz		8%	6%	3%	1%	2%	3%	7%	6%	6%	7%	8%	5.1%
Total ausserkantonale Spitäler		32%	18%	21%	23%	32%	44%	25%	35%	94%	40%	29%	25.1%

Für die Zuteilung der DRG zu den Leistungsbereichen gilt die Tabelle unter www.gesundheitsamt.tg.ch

Im Vergleich zur effektiven Inanspruchnahme wurden vom Kantonsärztlichen Dienst im Jahr 2008 1'647 Gesuche als notwendige ausserkantonale Hospitalisation aufgrund eines medizinischen Notfalls oder eines fehlenden Angebotes im Kanton bewilligt (Abb. B3.9). Hospitalisationen im Ostschweizer Kinderspital bedingen keine Kostengutsprache, da der Thurgau zu den Trägerkantonen gehört. An den Kantonsärztlichen Dienst wurden im Jahr 2008 insgesamt 5'296 Gesuche um Mitfinanzierung von ausserkantonalen Hospitalisationen gestellt.

Abbildung B3.9: Anzahl ausserkantonale Kostengutsprachen (akzeptierte Gutsprachen: Notfälle und aufgrund innerkantonal nicht vorhandenem Angebot), 2003 - 2009



Der Vergleich der Aufenthaltsdauer inner- und ausserkantonaler Hospitalisationen zeigt, dass mit Ausnahme der Orthopädie und der Gynäkologie/Geburtshilfe die Thurgauer Wohnbevölkerung leicht, jedoch nicht signifikant kürzere Spitalaufenthalte als der schweizerische Durchschnitt in Anspruch nimmt. Der Median der Aufenthaltsdauer ist praktisch identisch mit demjenigen für die ganze Schweiz (Tabelle B3.10).

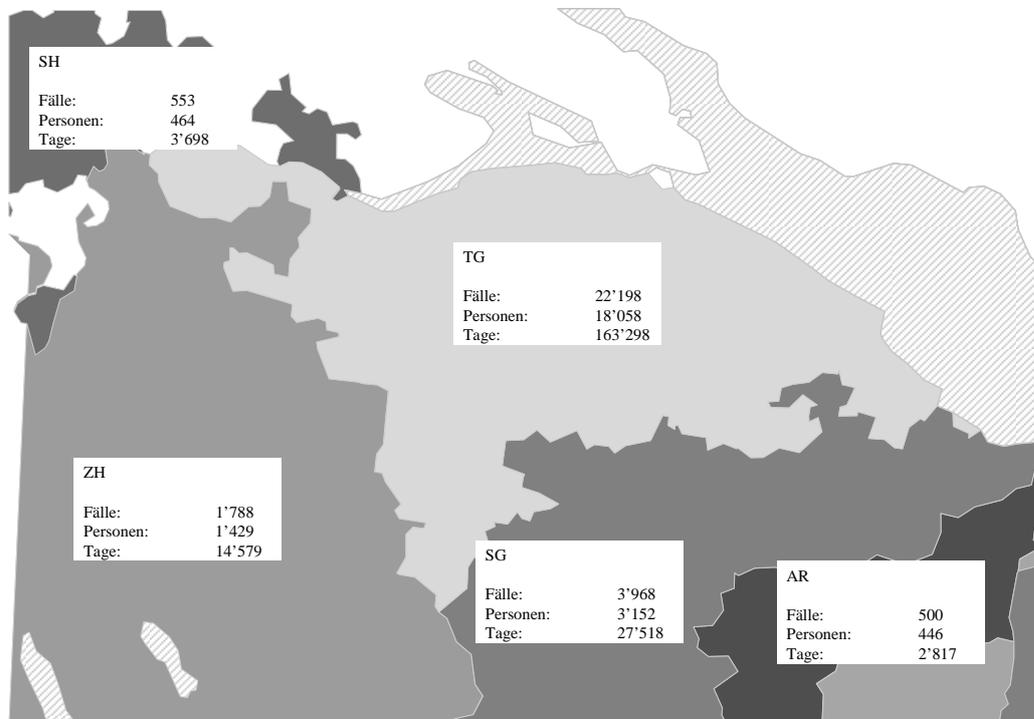
Tabelle B3.10: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer und Median der Aufenthaltsdauer der Thurgauer Bevölkerung pro Leistungsbereich, 2008

Leistungsbereich		Fälle in %		Ø Aufenthaltsdauer		Median Aufenthaltsdauer		
				TG	CH	TG	CH	
Total		29642		7	7	5	5	
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie	892	3%	7	7	4	4	
	Hals-Nasen-Ohren	1299	4%	4	5	4	3	
	Neurochirurgie	307	1%	11	11	8	8	
	Neurologie	1448	5%	8	8	5	4	
	Ophtalmologie	213	1%	3	3	3	3	
Innere Organe	Endokrinologie	372	1%	10	10	7	6	
	Gastroenterologie	1896	6%	7	7	5	5	
	Viszeralchirurgie	2211	7%	7	8	4	4	
	Hämatologie	459	2%	11	11	8	7	
	Herz- und Gefässchirurgie	1316	4%	7	8	4	4	
	Kardiologie und Angiologie	2033	7%	6	7	4	4	
	Infektiologie	398	1%	10	11	7	7	
	Nephrologie	348	1%	8	8	6	6	
	Urologie	1787	6%	6	6	5	5	
	Pneumologie	954	3%	9	9	7	7	
	Thoraxchirurgie	306	1%	14	16	10	10	
	Bewegungsapparat	Orthopädie	5748	19%	8	7	6	5
		Rheumatologie	969	3%	9	10	7	7
Gynäkologie und Geburtshilfe	Gynäkologie	1429	5%	7	6	6	4	
	Geburtshilfe	2501	8%	7	6	6	6	
	Neugeborene	462	2%	10	11	6	6	
Übrige	(Radio-) Onkologie	396	1%	5	5	5	3	
	Psychiatrie und Toxikologie	246	1%	9	10	6	6	
	Schwere Verletzungen	240	1%	13	9	6	4	
	Transplantationen	17	0%	28	27	21	20	
	Sonstige Behandlung	593	2%	7	8	5	5	
	Verlegungen und Todesfälle	802	3%	3	3	1	1	

3.2. Akutsomatik, ausserkantonale Inanspruchnahme / Patientenströme

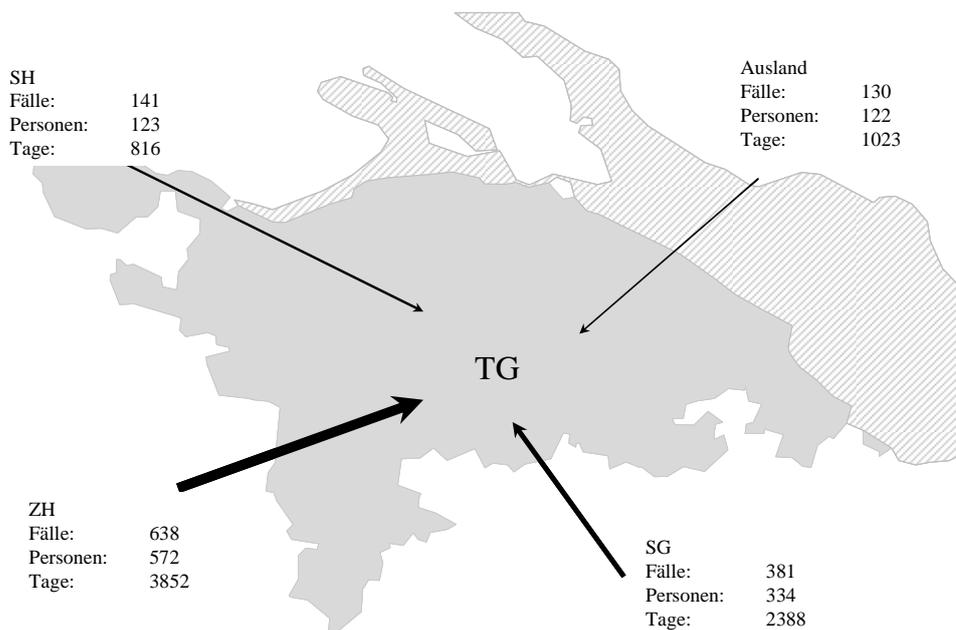
Die Thurgauer Bevölkerung wird zu einem grossen Teil lokal im eigenen Kanton versorgt. Der Vergleich zwischen den effektiv erfolgten ausserkantonalen Hospitalisationen (7'444) und den bewilligten ausserkantonalen Hospitalisationen (1'647) gibt einen Hinweis, dass sich viele Patienten und Patientinnen bereits bisher über eine entsprechende Zusatzversicherung oder als Selbstzahler den freien interkantonalen Spitalzugang sicherten. Ausserkantonale werden die Patienten am häufigsten im Kanton St. Gallen (3'968 Fälle) und im Kanton Zürich (1'788 Fälle) behandelt (Outflow, Abbildung B3.11).

Abbildung B3.11: Anzahl Fälle, Personen und Tage von Thurgauer Patienten nach Spitalkanton, 2008



Umgekehrt stammen die meisten ausserkantonalen Patienten, die im Kanton Thurgau behandelt wurden (Inflow, Abbildung B3.12), aus den Kantonen Zürich (638 Fälle) und St. Gallen (381 Fälle).

Abbildung B3.12: Anzahl Fälle, Personen und Tage von ausserkantonalen Patienten in Thurgauer Spitaler, 2008



3.3. Prognose der Inanspruchnahme bis 2020

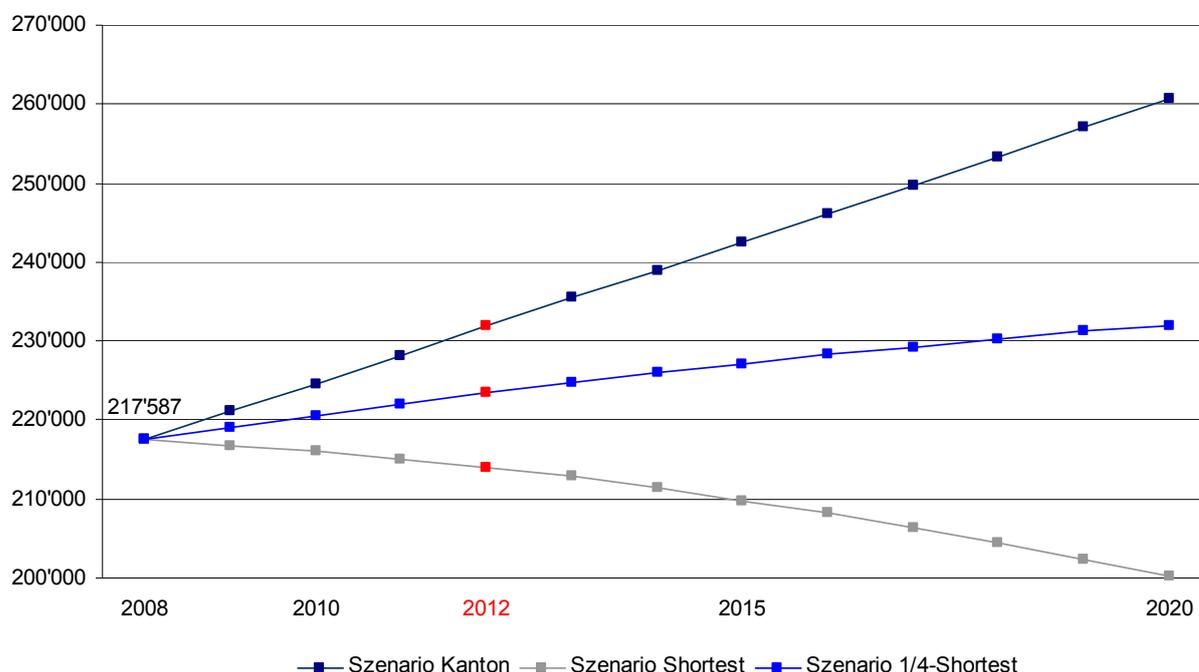
Die künftige Inanspruchnahme basiert auf den Bevölkerungsszenarien, die bis zum Jahr 2020 von folgenden Eckwerten ausgeht:

	Bevölkerungszahl	Altersquotient*
Ist 2008	239'501	15.5 %
Tiefes Szenario 2020	242'624	20.3 %
Hohes Szenario 2020	268'058	19.8 %

*Anteil Bevölkerung 65-jährig und älter

Abbildung B3.13 zeigt die Prognosen 2008-2020 der Pflage tage. Im Referenz-Szenario (entspricht dem Szenario Kanton) nehmen die Spitaltage um über 20 % zu. Betrachtet man das ¼-Shortest Szenario, so beträgt die Zunahme der Spitaltage rund 7 %. Dies bei einer Zunahme der Fälle im gleichen Szenario von 17 %. Die Pflage tage steigen somit prozentual weiterhin deutlich weniger stark an als die Behandlungsfälle.

Abbildung B3.13: Akutversorgung, Prognosen der Spitaltage der Thurgauer Bevölkerung 2008-2020



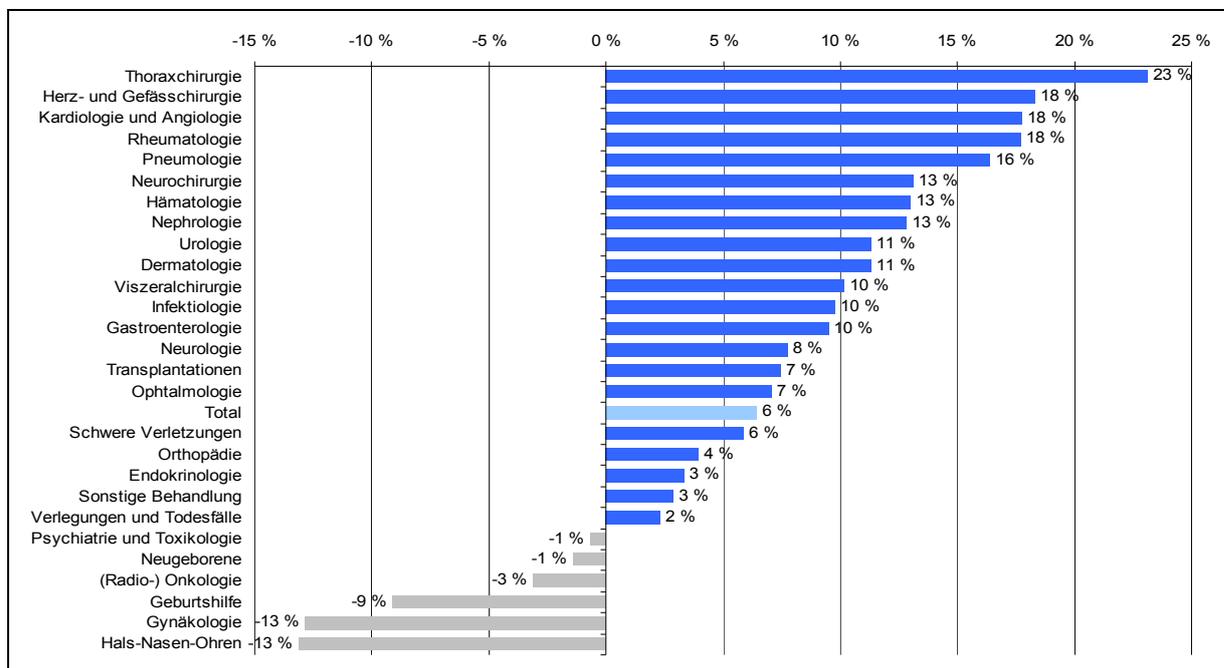
Die Gesamtentwicklung ergibt sich als Summe der sehr unterschiedlichen Entwicklungen in den einzelnen Leistungsbereichen sowie der absoluten Grösse der einzelnen Leistungsbereiche, dargestellt in Tabelle B3.14.

Tabelle B3.14: Total Hospitalisationen der Thurgauer Bevölkerung, Anzahl Fälle und Tage (Szenarien Kanton, Shortest, 1/4-Shortest), nach Leistungsbereich, 2008-2020

Leistungsbereich	Bevölkerungsentwicklung	Fälle			Tage	Anzahl Tage „Szenario Kanton“		Anzahl Tage „Szenario Shortest“		Anzahl Tage „Szenario 1/4-Shortest“		
		2008	2020			2008	2020		2020		2020	
			tief	hoch			tief	hoch	tief	hoch	tief	hoch
	Total	29'642	33'427	35'666	217'587	252'349	269'060	193'033	205'985	224'002	238'872	
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie	892	992	1'061	6'063	7'046	7'531	5'997	6'411	6'529	6'978	
	Hals-Nasen-Ohren	1'299	1'275	1'398	5'581	5'621	6'121	3'940	4'284	4'634	5'038	
	Neurochirurgie	307	356	376	3'401	3'971	4'209	3'562	3'770	3'735	3'952	
	Neurologie	1'448	1'596	1'727	11'474	13'153	14'177	10'118	10'936	11'895	12'832	
	Ophtalmologie	213	259	275	737	884	942	657	700	764	813	
Innere Organe	Endokrinologie	372	417	447	3'617	3'837	4'133	3'349	3'607	3'599	3'872	
	Gastroenterologie	1'896	2'149	2'308	13'832	16'286	17'382	12'899	13'776	14'653	15'642	
	Viszeralchirurgie	2'211	2'460	2'606	15'093	17'535	18'553	14'139	14'955	16'146	17'080	
	Hämatologie	459	543	580	4'928	5'933	6'311	5'118	5'440	5'399	5'740	
	Herz- und Gefässchirurgie	1'316	1'618	1'707	9'477	11'909	12'586	9'931	10'484	10'916	11'523	
	Kardiologie und Angiologie	2'033	2'538	2'685	12'826	16'093	17'108	11'996	12'748	14'665	15'585	
	Infektiologie	398	455	487	4'035	4'866	5'169	3'766	4'003	4'292	4'561	
	Nephrologie	348	397	427	2'682	3'188	3'418	2'601	2'785	2'924	3'132	
	Urologie	1'787	2'164	2'288	10'783	13'314	14'067	10'019	10'599	11'671	12'338	
	Pneumologie	954	1'115	1'209	8'146	9'914	10'615	7'536	8'067	9'167	9'804	
	Thoraxchirurgie	306	374	394	4'284	5'370	5'643	4'605	4'841	5'143	5'406	
Bewegungsapparat	Orthopädie	5'748	6'572	6'963	46'276	55'207	58'444	37'416	39'639	46'703	49'455	
	Rheumatologie	969	1'134	1'201	8'418	10'080	10'689	8'202	8'699	9'616	10'197	
Gynäkologie und Geburtshilfe	Gynäkologie	1'429	1'525	1'612	9'928	10'952	11'584	7'222	7'645	8'395	8'885	
	Geburtshilfe	2'501	2'505	2'672	16'514	16'507	17'604	12'815	13'665	14'425	15'383	
	Neugeborene	462	440	520	4'825	4'599	5'429	4'090	4'828	4'344	5'128	
Übrige	(Radio-) Onkologie	396	453	482	2'132	2'446	2'600	1'631	1'731	2'001	2'124	
	Psychiatrie und Toxikolog.	246	265	287	2'273	2'364	2'631	1'942	2'172	2'131	2'374	
	Schwere Verletzungen	240	252	272	3'218	3'436	3'691	3'250	3'491	3'276	3'518	
	Transplantationen	17	17	19	475	512	553	490	529	490	529	
	Sonstige Behandlung	593	661	708	4'270	4'767	5'149	3'741	4'059	4'214	4'562	
	Verlegungen und Todesf.	802	895	955	2'299	2'559	2'720	2'000	2'125	2'277	2'419	

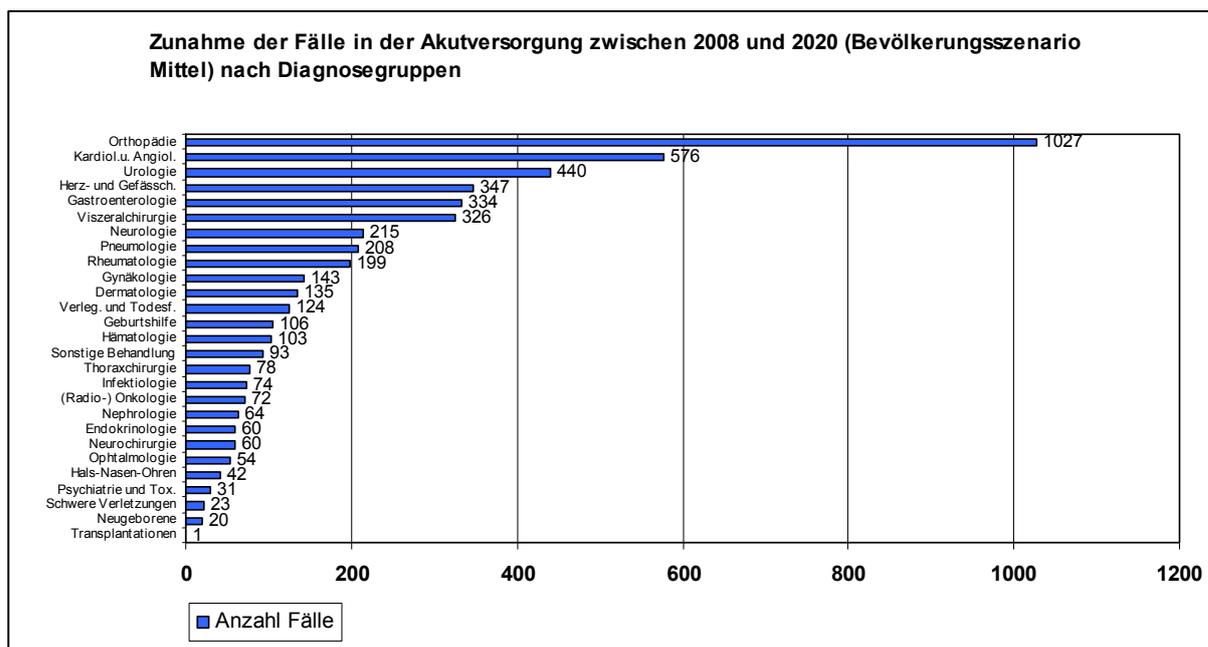
Die bereits sehr unterschiedliche Entwicklung zwischen den Leistungsbereichen bezüglich den Fallzahlen akzentuiert sich, wie die Abbildung B3.15 zeigt, in der signifikant unterschiedlichen Zu- bzw. Abnahme der Pflage tage nach Leistungsbereich. Während in den Bereichen Thoraxchirurgie, Neurochirurgie und Rheumatologie mit einer grossen prozentualen Zunahme zu rechnen ist, nehmen die Bereiche Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren und Geburtshilfe um über 10 % ab. Dieser Umstand ist direkt auf die demografische Alterung zurückzuführen.

Abbildung B3.15: Zunahme bzw. Abnahme der Pflegetage in der Akutversorgung zwischen 2008 und 2020 (Bevölkerungsszenario Mittel, Szenario Tage 1/4-Shortest) nach Leistungsbereich, in %



Die vorstehend dargestellte Entwicklung der Spitaltage ist die Folge der moderaten bis stark steigenden Zunahme der Fallzahlen in den Leistungsbereichen. Abbildung B3.16 zeigt die Zunahme der absoluten Fallzahlen je Leistungsbereich auf der Basis des mittleren Bevölkerungsszenarios (Zunahme insgesamt: 4'955 Fälle).

Abbildung B3.16: Zunahme der Fälle in der Akutversorgung zwischen 2008 und 2020 (Bevölkerungsszenario Mittel) nach Leistungsbereich, in Fällen



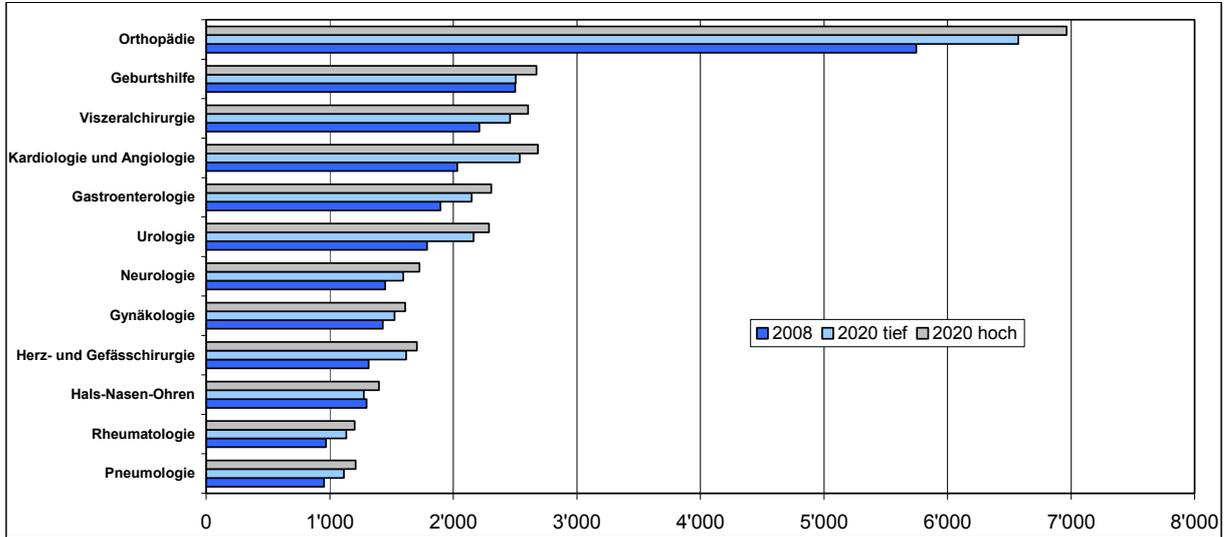
Auf hohem Niveau der bereits bestehenden Inanspruchnahme wachsen die Spitaltage in den Bereichen Bewegungsapparat 21 % - 45 % (Orthopädie plus 14 % - 21 %; Rheumatologie plus 17 % - 24 %) sowie Herz-Kreislaufsystem 48 % - 62 % (Kardiologie / Angiologie plus 25 % - 32 % und Herz- / Gefässchirurgie plus 23 % - 30 %) weiter signifikant und über dem Durchschnitt an. Tabelle 3.17 stellt die Prognosen in Prozentwerten dar.

Tabelle B3.17: Total Hospitalisationen der Thurgauer Bevölkerung, Anzahl Fälle und Tage (Szenarien Kanton, Shortest, 1/4-Shortest), Prognosen aus 3.14 in Prozent nach Leistungsbereich, 2008-2020

Inner- und ausserkantonale Hospitalisationen		Fälle Entwicklung 2008 bis 2020					Veränderung Anzahl Tage in % 2008 bis 2020							
		2008		2020			2008		2020					
									Szenario "Kanton"		Szenario "Shortest"		Szenario "1/4-Shortest"	
		Leistungsbereich	Szenario Population:	tief	in %	hoch	in %	tief	hoch	tief	hoch	tief	hoch	
Total		29'642	33'427	13%	35'666	20%	217'587	16%	24%	-11%	-5%	3%	10%	
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie	892	992	11%	1'061	19%	6'063	16%	24%	-1%	6%	8%	15%	
	Hals-Nasen-Ohren	1'299	1'275	-2%	1'398	8%	5'581	1%	10%	-29%	-23%	-17%	-10%	
	Neurochirurgie	307	356	16%	376	23%	3'401	17%	24%	5%	11%	10%	16%	
	Neurologie	1'448	1'596	10%	1'727	19%	11'474	15%	24%	-12%	-5%	4%	12%	
	Ophtalmologie	213	259	22%	275	29%	737	20%	28%	-11%	-5%	4%	10%	
Innere Organe	Endokrinologie	372	417	12%	447	20%	3'617	6%	14%	-7%	0%	-1%	7%	
	Gastroenterologie	1'896	2'149	13%	2'308	22%	13'832	18%	26%	-7%	0%	6%	13%	
	Viszeralchirurgie	2'211	2'460	11%	2'606	18%	15'093	16%	23%	-6%	-1%	7%	13%	
	Hämатologie	459	543	18%	580	26%	4'928	20%	28%	4%	10%	10%	16%	
	Herz- und Gefässchirurgie	1'316	1'618	23%	1'707	30%	9'477	26%	33%	5%	11%	15%	22%	
	Kardiologie und Angiologie	2'033	2'538	25%	2'685	32%	12'826	25%	33%	-6%	-1%	14%	22%	
	Infektiologie	398	455	14%	487	22%	4'035	21%	28%	-7%	-1%	6%	13%	
	Nephrologie	348	397	14%	427	23%	2'682	19%	27%	-3%	4%	9%	17%	
	Urologie	1'787	2'164	21%	2'288	28%	10'783	23%	30%	-7%	-2%	8%	14%	
	Pneumologie	954	1'115	17%	1'209	27%	8'146	22%	30%	-7%	-1%	13%	20%	
Bewegungsapparat	Thoraxchirurgie	306	374	22%	394	29%	4'284	25%	32%	7%	13%	20%	26%	
	Orthopädie	5'748	6'572	14%	6'963	21%	46'276	19%	26%	-19%	-14%	1%	7%	
	Rheumatologie	969	1'134	17%	1'201	24%	8'418	20%	27%	-3%	3%	14%	21%	
Gynäkologie und Geburtshilfe	Gynäkologie	1'429	1'525	7%	1'612	13%	9'928	10%	17%	-27%	-23%	-15%	-11%	
	Geburtshilfe	2'501	2'505	0%	2'672	7%	16'514	0%	7%	-22%	-17%	-13%	-7%	
	Neugeborene	462	440	-5%	520	13%	4'825	-5%	13%	-15%	0%	-10%	6%	
Übrige	(Radio-) Onkologie	396	453	14%	482	22%	2'132	15%	22%	-24%	-19%	-6%	0%	
	Psychiatrie und Toxikolog.	246	265	8%	287	16%	2'273	4%	16%	-15%	-4%	-6%	4%	
	Schwere Verletzungen	240	252	5%	272	13%	3'218	7%	15%	1%	8%	2%	9%	
	Transplantationen	17	17	3%	19	10%	475	8%	16%	3%	11%	3%	11%	
	Sonstige Behandlung	593	661	11%	708	19%	4'270	12%	21%	-12%	-5%	-1%	7%	
	Verlegungen und Todesf.	802	895	12%	955	19%	2'299	11%	18%	-13%	-8%	-1%	5%	

In Abbildung B3.18 sind für die 12 grössten Leistungsbereiche die erwartete Anzahl Pflegetage gemäss den tiefsten und höchsten Szenarien unter Annahme der Aufenthaltsdauerentwicklung gemäss dem 1. Quartil (1/4-Shortest) dargestellt. Daraus ist ersichtlich, dass für die Bereitstellung von Spitalkapazitäten insbesondere die Entwicklung in der Orthopädie einen wesentlichen Einfluss haben wird.

Abbildung B3.18: Entwicklung Pflergetage der Leistungsbereiche Top-12, Aufenthaltsdauer Szenario ¼-Shortest, 2008 bis 2020



4. Bedarfsanalyse Rehabilitation

4.1. Bisherige Inanspruchnahme durch die Thurgauer Bevölkerung

Die Nachfrage der Rehabilitation hat besonders in den letzten Jahren stark zugenommen (Abbildung B4.1). Dieser Trend geht mit der demografischen Struktur der Alterung (Abbildung B4.2) einher und wird sich auch in den kommenden Jahren weiter verstärken.

Abbildung B4.1: Rehabilitation, Versorgung der gesamten Thurgauer Bevölkerung; Fälle, Personen, Tage und der mittleren Aufenthaltsdauer, relative Entwicklung in %, 2003-2008

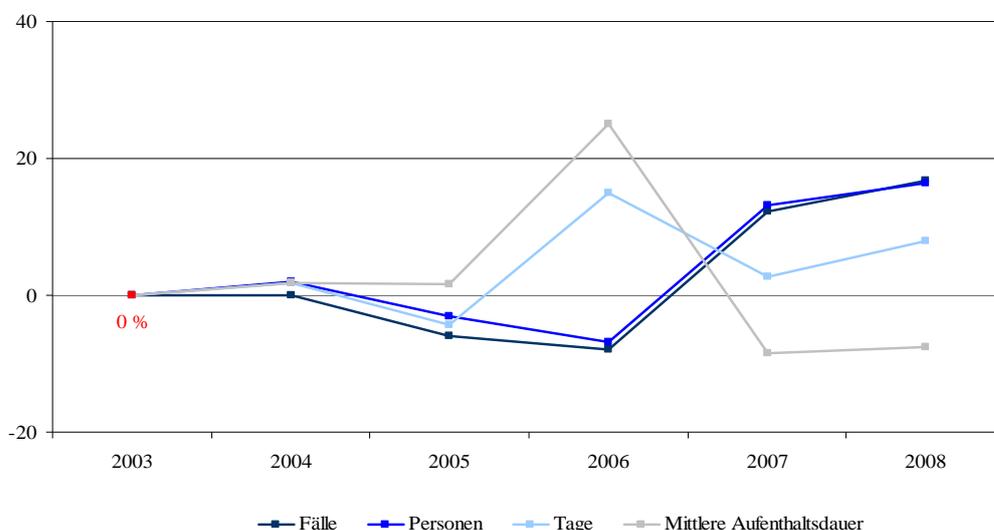
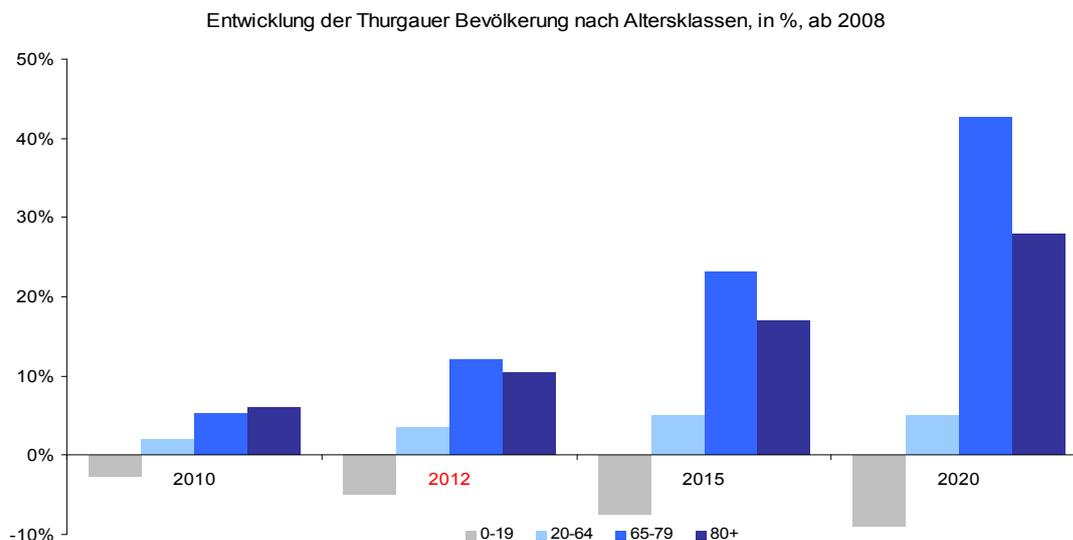


Abbildung B4.2: Entwicklung Thurgauer Bevölkerung nach Altersklassen im mittleren Bevölkerungsszenario, in % ab 2008



Die Einteilung der Rehabilitationsfälle nach Altersklassen in Tabelle B4.3 zeigt, dass 53 % der Patienten bereits im Referenzjahr 2008 70-jährig und älter waren. Ein Viertel der Rehabilitationen wurden von 80-jährigen und älteren Personen beansprucht. Aufgrund der demografischen Entwicklung werden diese Anteile weiter deutlich steigen. Dass die Altersklasse der unter 60-jährigen eine längere durchschnittliche Aufenthaltsdauer aufweist, liegt daran, dass viele jüngere Menschen von ambulanter, wohnortnaher Rehabilitation profitieren können und die stationäre Rehabilitation bei umso schwereren Fällen benötigt wird.

Tabelle B4.3: Stationäre Rehabilitation der Thurgauer Bevölkerung. Anzahl Fälle und Tage (inner- und ausserkantonale hospitalisiert) nach Altersklassen, 2008

Altersklasse	Fälle	in %	pro 1'000 EW	Tage	in %	Ø Tage
<60	624	28.7%	2.6	18'538	35.6%	29.7
60-64	193	8.9%	0.8	4'530	8.7%	23.5
65-79	812	37.4%	3.4	17'930	34.4%	22.1
80-84	297	13.7%	1.2	5'954	11.4%	20.0
85-89	189	8.7%	0.8	3'906	7.5%	20.7
90+	57	2.6%	0.2	1'220	2.3%	21.4
Total	2'172		9.1	52'078		24.0

Sowohl die Inanspruchnahme als auch die Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation ist vergleichbar mit dem Schweizer Durchschnitt (Tabelle B4.4). Zudem zeigt sich, dass der Anteil an Mehrfachhospitalisationen im Kanton Thurgau tiefer liegt als in der gesamten Schweiz.

In den nachfolgenden Tabellen werden unterschiedliche Parameter (Fälle, Patienten, Pflage tage, etc), welche die Inanspruchnahme charakterisieren für den Kanton Thurgau im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung dargestellt.

Tabelle B4.4: Inanspruchnahme der Thurgauer Bevölkerung im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung, Fälle A nach Hauptdiagnosen 2008 (Fälle, Verhältnis Bevölkerungszahl ca. 1 : 32 / CH : TG)

ICD10-Hauptdiagnosen		TG	CH
Total	Anzahl Fälle	2'172	66'468
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1'181	42'722
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	398	6'956
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	214	3'884
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	17	1'354
S00-S99	Verletzungen	121	1'528
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	50	2'496
C00-D48	Neubildungen	31	1'062
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	55	2'512
	Andere	105	3'954

Tabelle B4.5: Inanspruchnahme der Thurgauer Bevölkerung im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung, aufgrund Fälle A nach Hauptdiagnosen 2008 (Patienten, Tage, Median)

ICD10-Hauptdiagnosen		TG	CH
Total	Anzahl Patienten	2'019	59'456
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1'086	38'115
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	377	6'449
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	208	3'565
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	17	1'240
S00-S99	Verletzungen	112	1'380
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	45	2'117
C00-D48	Neubildungen	29	920
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	51	2'224
	Andere	94	3'446

ICD10-Hauptdiagnosen		TG	CH
Total	Anzahl Tage	52'078	1'634'638
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	31'546	1'033'755
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8'382	145'683
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	4'432	109'281
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	475	34'583
S00-S99	Verletzungen	2'703	50'217
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	960	66'296
C00-D48	Neubildungen	499	23'217
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	1'309	69'503
	Andere	1'772	102'103

ICD10-Hauptdiagnosen		TG	CH
Total	Aufenthaltsdauer (Median)	20.0	21.0
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	20.0	21.0
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	21.0	21.0
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	21.0	21.0
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	21.0	21.0
S00-S99	Verletzungen	21.0	22.0
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	18.5	28.0
C00-D48	Neubildungen	16.0	19.0
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	21.0	21.0
	Andere	14.0	22.0

Tabelle B4.6: Inanspruchnahme der Thurgauer Bevölkerung im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung, aufgrund Fälle A nach Hauptdiagnosen 2008 (Fälle pro 1'000 Einwohner, Tage pro 1'000 Einwohner)

ICD10-Hauptdiagnosen		TG	CH
Total	Anzahl Fälle pro 1'000 Einwohner	9.1	8.7
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	4.9	5.6
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1.7	0.9
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	0.9	0.5
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	0.1	0.2
S00-S99	Verletzungen	0.5	0.2
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	0.2	0.3
C00-D48	Neubildungen	0.1	0.1
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	0.2	0.3
	Andere	0.4	0.5

ICD10-Hauptdiagnosen		TG	CH
Total	Anzahl Kliniktage pro 1'000 Einwohner	216.9	213.7
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	131.4	135.2
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	34.9	19.1
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	18.5	14.3
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	2.0	4.5
S00-S99	Verletzungen	11.3	6.6
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	4.0	8.7
C00-D48	Neubildungen	2.1	3.0
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	5.5	9.1
	Andere	7.4	13.4

Die sechs Kliniken mit Standortkanton Thurgau behandelten 1'901 Fälle mit Wohnort im Kanton Thurgau, dazu kamen 2'832 Fälle mit Wohnort in anderen Kantonen im Jahr 2008 (vgl. Tabelle B4.7).

Tabelle B4.7: Anzahl Fälle A, Patienten und Tage pro Rehabilitationsklinik 2008

Leistungserbringer	Thurgauer 2008			Ausserkantonale 2008		
	Fälle	Patienten	Tage	Fälle	Patienten	Tage
Total Rehabilitation	1'901	1'760	43'126	2'832	2'699	64'431
Klinik Schloss Mammern*	356	333	7'229	1'231	1'166	25'486
kneipp-hof Dussnang AG Rehabilitationsklinik	268	257	4'123	998	957	16'461
Bindersgartenklinik AG	143	123	2'515	3	3	74
Spital Thurgau AG Klinik St. Katharinental	725	663	15'059	178	168	3'570
HELIOS Klinik Zihlschlacht AG Neurorehabilitation	248	239	11'094	388	374	18'078
Humana Dignity-Center im Zedernpark AG	87	79	1'503	13	12	227
Tertianum Neutal AG	74	66	1'603	21	19	535

*ohne Akutsomatik

Zusätzlich behandelte die Klinik Schloss Mammern AG 157 akutsomatische Patienten mit durchschnittlich 21 Aufenthaltstagen pro Fall, die unter der Kostenstelle M100 codiert wurden (vgl. Tabelle B3.7 und Kap. 3.1). Personen, die im Verlauf des Aufenthaltes den Status (Akut / Rehabilitation) änderten und vorübergehend z. B. eine akutsomatische Behandlung benötigten, sind nur ein Mal erfasst, entweder als akutstationäre Fälle oder als Fälle der Rehabilitation.

Tabelle B4.8: Akutstationäre Fälle Kostenstelle M100, Anzahl Fälle A, Patienten und Tage pro Rehabilitationsklinik 2008

Leistungserbringer	Thurgauer 2008			Ausserkantonale 2008		
	Fälle	Patienten	Tage	Fälle	Patienten	Tage
Total Akutsomatik	43	39	790	120	118	2648
Klinik Schloss Mammern	43	39	790	120	118	2648

4.2. Ausserkantonale Inanspruchnahme / Patientenströme

Die Rehabilitationskliniken im Kanton Thurgau können alle Leistungsbereiche abdecken, nur Ausnahmefälle werden auf Kostengutsprache hin in universitären Zentren rehabilitiert. Entsprechend ist der Anteil der im Kanton behandelten Patienten hoch. In ausserkantonalen Kliniken lassen sich nur knapp 12.5 % der Fälle und 12.8 % der Patienten behandeln (Tabelle B4.9). Die Kliniken im Kanton leisten einen grossen Beitrag an die stationäre Rehabilitation von Patienten aus anderen Kantonen wie bereits in Tabelle B4.7 ersichtlich ist.

Tabelle B4.9: Behandlungen von Patienten aus dem Kanton TG. Anzahl Fälle A, Patienten und Tage (TG und ausserkantonale) und pro Diagnosebereich, 2008

Hauptdiagnosegruppe, ICD-10		Total Behandlungen			davon in ausserkantonalen Kliniken		
		Fälle	Patient	Tage	Fälle	Patient	Tage
Total		2'172	2'019	52'078	271	258	8'952
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1'181	1'098	31'546	126	118	5'451
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	398	375	8'382	55	53	1'127
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	214	210	4'432	17	16	540
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	17	17	475	3	3	184
S00-S99	Verletzungen	121	109	2'703	11	11	328
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	50	43	960	8	8	172
C00-D48	Neubildungen	31	29	499	3	3	50
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	55	51	1'309	30	29	754
	Andere	105	87	1'772	18	17	346

4.3. Abschliessende Anmerkung / Inanspruchnahme

Im Gegensatz zur Akutsomatik war in der Rehabilitation bis Ende 2009 die Codierung der Krankheit, welche zu einer Rehabilitation führt, nicht vorgesehen. Die Erfassung liess zu, dass ähnliche Krankheitsbilder in der einen Klinik unter Z00 – Z99 (z. B. Z96.6 Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten) und in einer anderen Klinik unter den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99) eingeordnet wurden. So wurden beispielsweise alle Patienten der folgenden Kliniken im Hauptdiagnosebereich Z00-Z99 erfasst:

Klinik	Leistungsauftrag gemäss Spitalliste 1.1.2008
Klinik St. Katharinental	Rehabilitation nur Orthopädie, Rheumatologie, Geriatrie, psychosomatische Ursachen von Störungen des Bewegungsapparates
Tertianum AG Neutal	Nachbehandlung Geriatrie, Rehabilitation Geriatrie
Bindersgartenklinik AG	Chirurgische und medizinische Nachbehandlung

Die Prognose der Inanspruchnahme soll aufgrund der zulässigen Unterschiede in der Detailcodierung bei den Hauptdiagnosegruppen und den grundlegend neuen Kodierrichtlinien ab 1.1.2010 im Wesentlichen auf der Summe der Leistungen in der Rehabilitation abstützen.

4.4. Prognose der Inanspruchnahme bis 2020

Die Prognosen auf Basis der Einteilung und Kodierrichtlinien des Jahres 2008 sind in Tabelle B4.10 dargestellt. Im Durchschnitt werden die Fälle in der Rehabilitation um etwa 30 % zunehmen (Tabelle B4.10).

Abbildung B4.10: Prognosen der Inanspruchnahme der Thurgauer Bevölkerung (inner- und ausserkantonale Hospitalisationen), Rehabilitation Fälle A nach Hauptdiagnosen, 2008-2020

Anzahl Fälle		2008	2012			2015			2020							
			Bevölkerungsentwicklung		tief	mittel	hoch	tief	mittel	hoch	tief	+/-	mittel	+/-	hoch	+/-
Hauptdiagnosegruppe, ICD-10		Fälle														
Total	Fälle	2'172	2'327	2'350	2'368	2'449	2'488	2'527	2'666	23%	2'741	26%	2'821	30%		
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1'181	1'265	1'277	1'287	1'334	1'355	1'376	1'461	24%	1501	27%	1'544	31%		
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	398	419	423	426	435	442	448	456	15%	469	18%	481	21%		
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	214	231	233	235	245	249	253	272	27%	279	30%	288	35%		
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	17	18	18	18	19	19	19	19	12%	19	12%	20	18%		
S00-S99	Verletzungen	121	133	135	136	140	143	146	154	27%	160	32%	166	37%		
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	50	54	54	55	58	59	60	65	30%	67	34%	69	38%		
C00-D48	Neubildungen	31	34	34	34	36	36	37	40	29%	41	32%	42	35%		
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	55	59	60	60	62	63	64	67	22%	69	25%	70	27%		
	Andere	105	114	116	117	120	122	124	132	26%	136	30%	141	34%		

Wie in den Prognosen zur Akutsomatik festgehalten wurde, hat die Entwicklung der Orthopädie entscheidenden Einfluss. Sie beeinflusst nicht nur den Kapazitätsbedarf in den Akutspitälern, sondern ebenso deutlich die prognostizierte Inanspruchnahme in der muskuloskeletalen Rehabilitation (enthalten in den Diagnosegruppen Z00-Z99 und M00-M99).

Abbildung B4.11: Prognosen der Inanspruchnahme der Thurgauer Bevölkerung (inner- und ausserkantonale Hospitalisationen), Rehabilitation, Pflegetage nach Hauptdiagnosen im Vergleich zu „Szenarien Thurgau“, 2008-2020

Anzahl Tage "Szenario Thurgau"		2008	2012			2015			2020					
Bevölkerungsentwicklung			tief	mittel	hoch	tief	mittel	hoch	tief	+/-	mittel	+/-	hoch	+/-
Hauptdiagnosengruppe, ICD-10														
Total	Tage	52'078	55'592	56'149	56'586	58'192	59'165	60'085	62'773	21%	64'579	24%	66'425	28%
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	31'546	33'578	33'910	34'170	35'114	35'694	36'241	37'864	20%	38'944	23%	40'036	27%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8'382	8'828	8'910	8'975	9'135	9'283	9'415	9'539	14%	9'810	17%	10'062	20%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	4'432	4'775	4'820	4'858	5'078	5'156	5'237	5'640	27%	5'793	31%	5'961	34%
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	475	490	495	498	507	516	523	517	9%	532	12%	546	15%
S00-S99	Verletzungen	2'703	3'009	3'054	3'086	3'165	3'238	3'305	3'464	28%	3'589	33%	3'733	38%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	960	1'029	1'038	1'046	1'122	1'141	1'159	1'267	32%	1'303	36%	1'341	40%
C00-D48	Neubildungen	499	544	549	552	572	579	588	652	31%	667	34%	684	37%
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	1'309	1'403	1'414	1'424	1'472	1'493	1'513	1'579	21%	1'619	24%	1'659	27%
	Andere	1'772	1'936	1'959	1'977	2'027	2'065	2'104	2'252	27%	2'322	31%	2'403	36%

Abbildung B4.12: Prognosen der Inanspruchnahme der Thurgauer Bevölkerung (inner- und ausserkantonale Hospitalisationen), Rehabilitation, Pflegetage nach Hauptdiagnosen im Vergleich zu „Szenarien Schweiz“, 2008-2020

Anzahl Tage "Szenario Schweiz"		2008	2012			2015			2020					
Bevölkerungsentwicklung			tief	mittel	hoch	tief	mittel	hoch	tief	+/-	mittel	+/-	hoch	+/-
Hauptdiagnosengruppe, ICD-10														
Total	Tage	52'078	53'649	54'180	54'609	54'792	55'702	56'584	57'041	10%	58'665	13%	60'386	16%
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	31'546	31'038	31'342	31'584	30'596	31'093	31'576	29'969	-5%	30'799	-2%	31'676	0%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8'382	8'776	8'857	8'922	9'051	9'197	9'328	9'438	13%	9'703	16%	9'956	19%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	4'432	4'903	4'949	4'989	5'313	5'397	5'482	6'072	37%	6'241	41%	6'427	45%
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	475	457	461	464	449	456	463	409	-14%	421	-11%	432	-9%
S00-S99	Verletzungen	2'703	3'087	3'132	3'166	3'316	3'391	3'462	3'763	39%	3'896	44%	4'053	50%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	960	1'167	1'177	1'186	1'379	1'402	1'425	1'755	83%	1'805	88%	1'857	93%
C00-D48	Neubildungen	499	584	588	592	644	652	662	783	57%	801	61%	821	65%
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	1'309	1'412	1'423	1'433	1'489	1'511	1'531	1'616	23%	1'658	27%	1'700	30%
	Andere	1'772	2'225	2'251	2'273	2'555	2'603	2'655	3'236	83%	3'341	89%	3'464	95%

Die Szenarien Kanton und Schweiz unterscheiden sich nicht wesentlich voneinander. Das Szenario 2020 mittel Schweiz liegt durchschnittlich 9.1 % unter dem Szenario mittel Kanton. Dies hängt mit der vergleichbaren Aufenthaltsdauer zusammen.

Das höchste Szenario (hoch) der Rehabilitation weicht vom Szenario tief um 16 % ab. Aufgrund der Vernehmlassungsergebnisse und dem Vergleich mit Planungen anderer Kantone dient das tiefe Szenario für die Umsetzung (vgl. Teil C).

4.5. Definition der einzelnen Rehabilitations-Leistungsbereiche

Die Kodierung der Rehabilitationsfälle wird ab dem Jahr 2010 neu geregelt. Die Rehabilitationsfälle umfassen die folgenden Situationen:

- a) Rehabilitation postoperativ (z. B. im Anschluss an eine Knie- oder Hüftprothesenimplantation, nach Diskushernienoperation, nach grösseren viszeralchirurgischen oder thoraxchirurgischen Eingriffen, usw.)
- b) Rehabilitation nach akuter Behandlung von Krankheitszuständen (z. B. Status nach Myokardinfarkt, Status nach Hirninfarkt mit Hemiplegie)

- c) Rehabilitation von chronischen Krankheiten und Störungen (z. B. rheumatische Erkrankungen, Arthropathien, Schmerzsyndrome, usw.)

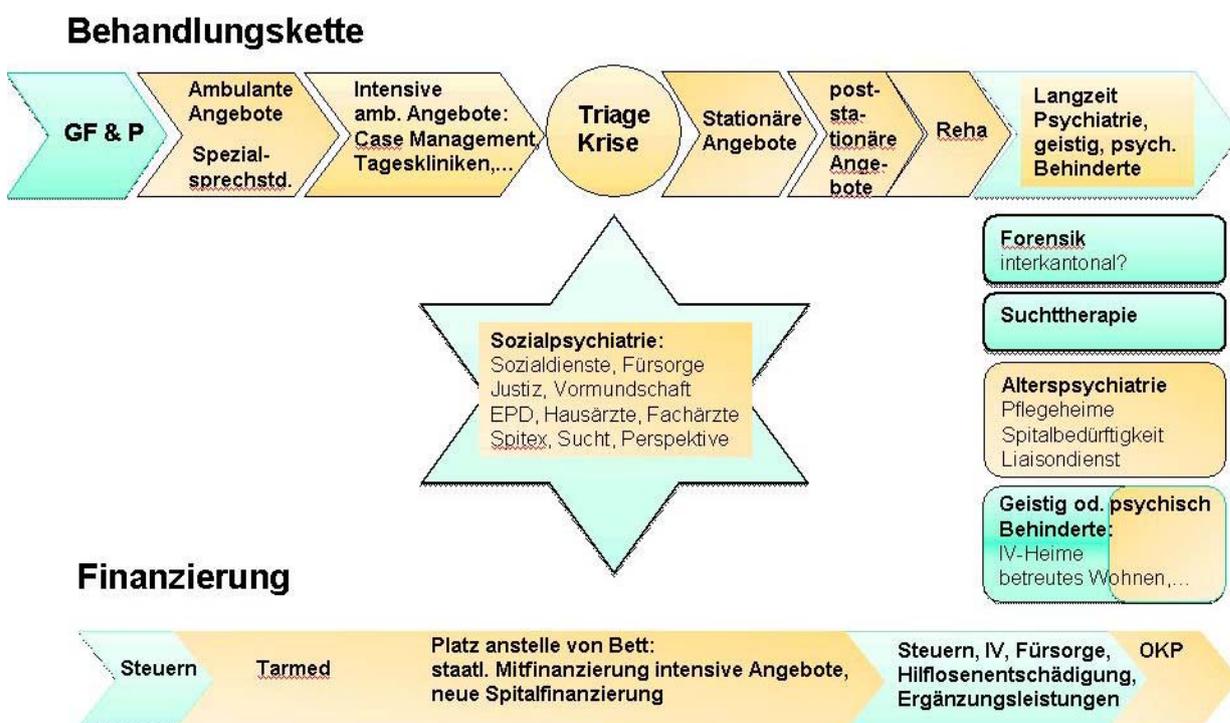
Die Kodierregeln sehen in der Hauptdiagnose (HD) die Krankheit des Patienten vor und in Nebendiagnosen (ND) einen Kode aus Z50.- „Rehabilitationsmassnahmen“ oder Z54.- „Rekonvaleszenz“, in der Hauptbehandlung (HB) eine weitere Präzisierung wie Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses, Z96.6 Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten, etc.

Die Erfassung der Krankheit erlaubt analog zur Akutmedizin künftig eine eindeutige Zuordnung zu überschaubaren Rehabilitationsbereichen, die als Basis für Leistungsaufträge dienen wird. Die somit erreichte organspezifische Leistungsgruppierung wird aufgrund der Vernehmlassungsergebnisse durch eine Leistungsgruppe geriatrische Rehabilitation ergänzt. Die Details zur Leistungsgruppierung und Leistungszuordnung sind im Strukturbericht ersichtlich (vgl. Teil C mit Anhang).

5. Bedarfsanalyse Psychiatrie

5.1. Bisherige Inanspruchnahme durch die Thurgauer Bevölkerung

Die Inanspruchnahme von stationären psychiatrischen Leistungen in psychiatrischen Kliniken hängt von verschiedensten angebotsseitigen Faktoren ab. Dazu gehören die Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die Verfügbarkeit vor- und nachgelagerter Behandlungsmöglichkeiten, deren Zugänglichkeit, alternative stationäre Behandlungs- und Betreuungsformen für längere oder Langzeit stationäre Aufenthalte sowie die Forensik und die Rehabilitationsangebote für psychiatrisch und psychosomatisch Erkrankte (siehe auch Kap. 4). Nachfolgende Abbildung zeigt die komplexe Behandlungskette. Die Angebote beeinflussen sich wechselseitig. Als zusätzlicher wesentlicher Faktor sind an erster Stelle die Finanzierung der Angebote, deren Akzeptanz in der Bevölkerung sowie die örtliche Nähe zum Wohn- / Arbeitsort zu nennen.



Ausgehend von den Richtlinien der GDK zur Psychiatrieplanung, die den Ausbau der ambulanten und aufsuchenden Behandlung fordern, und den im Psychiatriekonzept Thurgau 2004 festgestellten Verbesserungspotenzialen wurden und werden Modellprojekte der ambulanten Versorgung umgesetzt.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton ist bereits konsequent auf ambulante und aufsuchende Strukturen ausgerichtet und verfolgt Modellprojekte. Im Durchschnitt der letzten Jahre wurden 14 stationäre Plätze in Psychiatrischen Kliniken belegt.

In der Erwachsenenpsychiatrie bestehen als Ergänzung zur Tätigkeit der Hausärzte, Psychiater und in deren Delegation Tätigen seit längerem die Externen Psychiatrischen Dienste (EPD), die Tages- und Nachtaufenthalte im Anschluss an psychiatrische stati-

onäre Aufenthalte sowie die Memory-Klinik (Tagesklinik für Erwachsene mit Verdacht auf Hirnleistungsstörungen und Menschen mit dementiellen Syndromen). Im Verlauf des Jahres 2007 wurden zwei Akut-Tageskliniken mit insgesamt 32 Plätzen eröffnet.

Über den Bereich der Behinderten gibt das mit RRB 212 vom 16. März 2010 verabschiedete Behindertenkonzept detailliert Auskunft. Darin beschrieben ist, dass im Jahr 2008 im Kanton Thurgau 1'081 Plätze mit einem Belegungsgrad von 95 % im Bereich kollektives Wohnen mit Grundbetreuung vorhanden waren. Zusätzlich lebten 127 Menschen mit Behinderung in Alters- und Pflegeheimen. Im Bereich Tagesstruktur, Beschäftigung und Arbeit waren im Jahr 2008 1'523 Plätze mit einem Belegungsgrad von 89 % vorhanden. In der beruflichen Erst- und Wiedereingliederung waren 476 Plätze (172 Ersteingliederung und 304 Wiedereingliederung) mit Belegungsgrad von 94 % vorhanden (Ersteingliederung 89 % und Wiedereingliederung 97 %).

Die Situation im Altersbereich wird derzeit mit der Überarbeitung des kantonalen Alterskonzeptes analysiert. Die geschützten Abteilungen in den Pflegeheimen haben die psychiatrischen Kliniken in den letzten Jahren merklich entlastet.

Aus diesen Angeboten ergab sich für die Jahre 2008 bis 2010 für die stationäre Psychiatrie folgendes Bild als Selbstdeklaration der innerkantonalen Kliniken:

Mit einer rechnerischen Aufenthaltsdauer von 54 Tagen beanspruchte die Thurgauer Wohnbevölkerung im Jahr 2008 inner- und ausserkantonale 1'779 stationäre Aufenthalte (Fälle) und 101'091 Pflage tage in psychiatrischen Kliniken. Tabelle B5.1 zeigt die Inanspruchnahme und die Verteilung auf die Kliniken im Kanton. Die Reduktion der rechnerischen Aufenthaltsdauer in den Jahren 2009 und 2010 ging mit einer Erhöhung der Fallzahl einher.

Tabelle B5.1: Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Kanton TG. Anzahl Fälle und Tage pro psychiatrische Klinik Jahre 2008 bis 2010

Total stationäre Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Kanton TG (Fälle A,B,C) vom 1.1.2008 bis 31.12.2008 in psychiatrischen Kliniken	2008		
	Fälle	Tage	Tage pro Fall
Total innerkantonale psychiatrische Kliniken	1'779	101'091	54
Klinik Aadorf AG, Aadorf	32	1'747	55
Clienia Littenheid AG, Littenheid	579	25'672	44
Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Münsterlingen	1'168	73'672	63
Ausserkantonale Kliniken*	257	8'136	32

*gemäss Erhebung OBSAN nach Kostenstelle M500

Ständige Wohnbevölkerung nach zivilrechtlichem Wohnsitzbegriff: 2424'243; Dienststelle für Statistik

Total stationäre Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Kanton TG (Fälle A,B,C) vom 1.1.2009 bis 31.12.2009 in psychiatrischen Kliniken	2009		
	Fälle	Tage	Tage pro Fall
Total innerkantonale psychiatrische Kliniken	2'032	103'134	51
Klinik Aadorf AG, Aadorf	60	3'539	59
Clienia Littenheid AG, Littenheid	598	28'285	47
Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Münsterlingen	1'374	71'310	52
Ausserkantonale Kliniken: nicht verfügbar			

Ständige Wohnbevölkerung nach zivilrechtlichem Wohnsitzbegriff: 244'330; Dienststelle für Statistik

Total stationäre Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Kanton TG (Fälle A,B,C) vom 1.1.2010 bis 31.12.2010 in psychiatrischen Kliniken	2010		
	Fälle	Tage	Tage pro Fall
Total innerkantonale psychiatrische Kliniken	2'179	97'901	45
Klinik Aadorf AG, Aadorf	70	4'040	58
Clienia Littenheid AG, Littenheid	580	24'173	42
Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Münsterlingen	1'529	69'688	46
Ausserkantonale Kliniken: nicht verfügbar			

Ständige Wohnbevölkerung nach zivilrechtlichem Wohnsitzbegriff: 247'073; Dienststelle für Statistik

In Tabelle B5.2 ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen (≤ 18 -Jährige) an den stationären Aufenthalten gemäss Tabelle B5.1 der Jahre 2008 bis 2010 in den innerkantonalen psychiatrischen Kliniken dargestellt.

Tabelle B5.2: Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Kanton TG. Anzahl Fälle und Tage pro psychiatrische Klinik Jahre 2008 bis 2010; Anteil Kinder und Jugendliche

Anteil Kinder- und Jugendliche (Alter ≤ 18 . Geburtstag) Stationäre Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Kanton TG (Fälle A,B,C / 1.1. bis 31.12.) in psychiatrischen Kliniken im Kanton TG	2008 / 2009 / 2010		
	Fälle	Tage	Tage pro Fall
2008	94	4'757	51
2009	114	5'789	51
2010	107	4'760	44

Tabelle B5.3 ergänzt die Informationen um die Aufenthalte von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in den (Akut-) Tageskliniken der innerkantonalen psychiatrischen Kliniken, wobei die Akuttageskliniken für Erwachsene im Verlauf des Jahres 2007 eröffnet wurden.

Tabelle B5.3: (Akut-) Tagesklinik, Tages- und Nachtaufenthalte von Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Kanton TG. Anzahl Fälle und Tage der Jahre 2008 bis 2010

(Akut-) Tagesklinik, Tages- und Nachtaufenthalte Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Kanton TG (Fälle A,B,C / 1.1. bis 31.12.) in psychiatrischen Kliniken im Kanton TG, alle Altersgruppen	2008 / 2009 / 2010		
	Fälle	Tage	Tage pro Fall
2008	361	16'908	47
2009	498	18'459	37
2010	560	19'543	35

Tabelle B5.4 stellt die vorgenannten Daten ins Verhältnis zu den schweizerischen Werten pro 1'000 Einwohner. Der Kanton Thurgau lag in 2008 noch zwischen 24 % und über 46 % über den Schweizer Eckwerten.

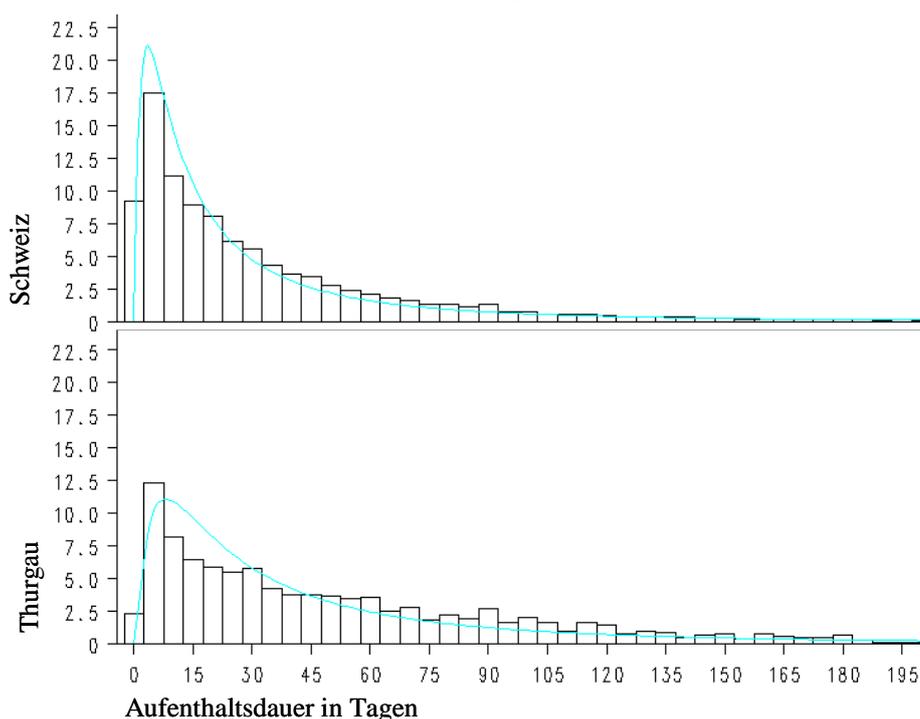
Tabelle B5.4: Behandlungen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton TG. Anzahl Fälle und Tage (inner- und ausserkantonal) pro 1'000 Einwohner im Vergleich zur Schweiz, 2008

	Eintritte und Austritte 2008: A, B und C-Fälle (Kliniktage: nur Tage, die während des Jahres 2008 verbucht wurden)		
	TG	CH *	TG über CH*
Kliniktage pro 1'000 Einwohner*	419	337	24.3 %
Rechnerische Aufenthaltsdauer (Tage pro Fall)*	54	37	45.9 %

*Tages- und Nachtkliniken galten bis 1.1.2009 als teilstationär, sie wurden teilweise auch als stationäre Aufenthalte erfasst. Die statistische Erfassung von Fällen und Aufenthaltstagen bei Tages-/Nachtkliniken sowie die Erfassung von Urlaubstagen sind in den Kliniken noch unterschiedlich, sie sind schweizweit zu harmonisieren.

Die Abbildung B5.5 zeigt die unterschiedliche Verteilung der Aufenthaltsdauer im schweizerischen Vergleich aufgrund der Daten der medizinischen Statistik. Die Thurgauer Patienten sind im Vergleich häufig länger in der Klinik als die Schweizer Patienten, die in psychiatrischen Kliniken aufgenommen werden. Ausserdem ist der Anteil an Langzeitaufenthalten (über 100 Tage in der Klinik) im Kanton Thurgau mehr als doppelt so hoch wie in der gesamten Schweiz. Dieser Umstand ist auch nicht auf Unterschiede in der Datenerhebung zurückzuführen, wie beispielsweise den Umstand, dass im Kanton TG das Wochenende häufig nicht als Urlaub deklariert wird und deswegen die Aufenthaltsdauern dadurch ‚künstlich‘ verlängert werden.

Abbildung B5.5: Verteilung der Aufenthaltsdauer gemäss medizinischer Statistik in der Psychiatrie im Kanton TG und der Schweiz, in % (Histogramm), 2008



5.2. Ausserkantonale Inanspruchnahme / Patientenströme

In den Thurgauer Kliniken können mit wenigen spezialisierten Fällen alle Menschen mit psychischen Problemen aufgenommen werden, die Zahl der aufgrund eines fehlenden Angebotes ausserkantonally hospitalisierten Fälle ist damit vergleichsweise gering. Insgesamt nahmen im Jahr 2008 257 Fälle ausserkantonale Kliniken in Anspruch (14.5 %).

Demgegenüber nehmen viele ausserkantonale Patienten die Thurgauer Kliniken in Anspruch. Im Jahr 2008 wurden 1'121 ausserkantonale Fälle im Thurgau behandelt, dies entspricht 49 % der gesamthaft in Thurgauer Kliniken behandelten Fälle.

Tabelle B5.6: Ausserkantonale Patienten mit Behandlung im Kt. TG, Anzahl Fälle und Tage, 2008

Ausserkantonale Patienten mit Behandlung im Kanton TG: Anzahl Fälle und Tage, 2008	Eintritte und Austritte 2008: A, B und C-Fälle (Kliniktage: nur Tage, die während des Jahres 2008 verbucht wurden)		
	2008		
	Fälle	Tage	Tage pro Fall
Total	1'121	81'199	72
Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Münsterlingen	95	4'245	45
Clenia Littenheid AG, Littenheid	747	61'965	83
Klinik Aadorf AG, Aadorf	279	14'989	54

Die im Vergleich zu innerkantonalen Fällen erhöhte Behandlungsdauer der Clenia Littenheid AG ist bedingt durch die spezielle Ausrichtung gemäss Vereinbarungen mit den Zuweiserkantonen auf altersspezifische (Jugendpsychiatrie) und störungsspezifische Spezialstationen.

5.3. Prognose der Inanspruchnahme

5.3.1. Prognose aufgrund der Bevölkerungsszenarien

Modellhaft wurde aufgrund der Angaben der Medizinischen Statistik (Fälle A) die Inanspruchnahme in den elf Hauptdiagnosegruppen F00 bis F99 entsprechend den drei Szenarien der Bevölkerungsentwicklung berechnet (Tabelle B5.7). Es zeigt sich, dass der Einfluss der Bevölkerungsentwicklung gemäss dem Prognosemodell einen dämpfenden Einfluss auf die Inanspruchnahme in der Psychiatrie hat. So weicht die im hohen Szenario prognostizierte Fallzahl im Jahr 2020 um gerade 9.0 % von der ausgewiesenen Fallzahl 2008 ab. Dies ergibt ein Wachstum von weniger als 1 % pro Jahr.

Tabelle B5.7: Prognosen der Inanspruchnahme von psychiatrischen Kliniken der Thurgauer Bevölkerung (inner- und ausserkantonale Fälle), nach Hauptdiagnosen, 2008-2020

Fälle		2008	2020 tief	2020 mittel	2020 hoch
Szenario Population:					
Hauptdiagnosengruppe, ICD-10					
	Total*	2'572	2'648	2'734	2'803
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	120	149	155	161
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	591	598	617	632
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	380	385	397	406
F30-F39	Affektive Störungen	710	755	778	797
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	365	358	370	379
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	13	13	13	13
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	238	221	228	233
F70-F79	Intelligenzminderung	9	9	9	10
F80-F89	Entwicklungsstörungen	2	2	2	2
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	47	40	42	43
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	97	119	123	128

*Statistikfälle A gemäss BFS-Statistik 2008

Prognosen zur Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie sind nur sehr schwierig zu erstellen. Das Hauptproblem besteht darin, dass die Prognosen von „Normalaufenthaltsdauern“ ausgehen, also von durchschnittlichen Aufenthaltsdauern. In der Psychiatrie kann genau diese „Norm“ für die Aufenthaltsdauer nicht definiert werden, weil die Patienten mit derselben Erkrankung sehr unterschiedlich lange im Spital bleiben. Es wurde daher auf die Darstellung von Prognosen verzichtet.

5.3.2. Würdigung, normative Vorgaben

Methodisch wurde bewusst auf Annahmen zu gesellschaftlichen und medizinischen Entwicklungen verzichtet. Die Datengrundlagen dazu sind unzureichend. Es besteht weder Konsens in der Erfassung der Faktoren, in deren genauen Auswirkungen auf einzelne Kriterien, noch sind diese statistisch auswertbar mit den stationären Aufenthalten in der Psychiatrie verknüpft. Zudem bestehen komplexe Überschneidungen von gesellschaftlichen und medizinischen Haltungen in Bezug auf das Setting der psychiatrischen Behandlung (ambulant, intensiviert ambulant, stationär).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im Vergleich zu den schweizerischen Werten im Kanton Thurgau eine überdurchschnittlich hohe stationäre Inanspruchnahme in psychiatrischen Kliniken zu verzeichnen ist. Für Prognosen in der Aufenthaltsdauer sind zukünftig psychiatriespezifische statistische Modelle zu erarbeiten.

Aus diesen Gründen setzt der Regierungsrat für die Weiterentwicklung der stationären Psychiatrie normative Eckwerte fest. Der eingeschlagene Weg in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist weiter zu verfolgen, die stationäre Platzzahl stabil zu halten.

Die zunächst vorgesehenen Zielwerte für die Erwachsenenpsychiatrie für die Thurgauer Wohnbevölkerung orientierten sich an den schweizerischen Durchschnittswerten gemäss Tabelle B5.8.

Tabelle B5.8: Schweizerische Durchschnittswerte der stationären Psychiatrie 2007

Schweizerische Durchschnittswerte 2008	Eintritte und Austritte 2008: A, B und C-Fälle (Kliniktage: nur Tage, die während des Jahres 2008 verbucht wurden)		
	A Fälle mit Tage aus 2007	A Fälle ohne Tage aus 2007	A, B, C Fälle ohne Tage vor und nach 2008
	Austritte 2008 (A Fälle inkl. Tage, die vor 2008 verbucht wurden aber ohne Fälle und Tage, die nach 2008 ausgetreten sind)	Austritte 2008 (A Fälle, nur Tage, die während des Jahres 2008 verbucht wurden)	Eintritte und Austritte 2008 (A, B und C Fälle, nur Tage, die während des Jahres 2008 verbucht wurden)
Anzahl Fälle pro 1'000 Einwohner	8.3	8.3	9.0
Anzahl Patienten pro 1'000 Einwohner	5.9	5.9	6.3
Anzahl Kliniktage pro 1'000 Einwohner	366.4	269.5	336.8
Aufenthaltsdauer (Median)	20.0	20.0	21.0
Anteil Mehrfacheintritte pro Jahr (mehr als 1 Eintritt), in %	24.1 %	24.1 %	24.7 %

Die Leistungserbringer monieren in der Vernehmlassung, dass der schweizerische Durchschnitt als Zielwert für die stationäre Behandlung zu wenig differenziert und aussagekräftig sei. Es wurde mehrfach auf die stark unterschiedlichen Aufenthaltsdauern zwischen Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie einerseits und innerhalb eines Alterssegmentes zwischen Grundversorgung und Aufhalten in störungsspezifischen Spezialstationen (Psychotherapie, Psychotrauma etc.) andererseits hingewiesen. Die Durchmischung von Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Erwachsenenpsychiatrie sowie stationäre Ostschweizer und ambulante Westschweizer Versorgungsstrukturen mit zusätzlich hoher Ärztedichte und Spitexverfügbarkeit in der Westschweiz seien zu berücksichtigen. Andere Kantone hätten sehr ausgebaute und vernetzte ambulante und tagesklinische Angebote. Kantone mit tieferen durchschnittlichen Aufenthaltsdauern (z. B. Kanton Zürich) hätten aber trotz einem breiten ergänzenden Angebot eine im Vergleich hohe Wiedereintrittsrate. Führt der hohe Druck auf die stationäre Aufenthaltsdauer zur "Drehtür-Psychiatrie"?

Die Ärztesgesellschaft Thurgau erachtet die Reduktion auf schweizerische Durchschnittswerte als äusserst problematisch. Es wird befürchtet, dass der Bereich der Sozialpsychiatrie in den ambulanten Sektor ausgelagert wird, dort mittels eines Case Managements versucht werde, Patienten mit absolut dringlicher Indikation zur stationären Therapie ausserhalb der Klinik zu halten und die Kliniken zu Spezialeinrichtungen zu machen. Es sei zu überlegen, ob die stationären sozialpsychiatrischen Akut-Patienten (im Vergleich zu heute) nicht mehr Betten bräuchten. In der Stellungnahme zum Strukturbericht wird dieser Wunsch nach Verlagerung hin zur Akutpsychiatrie nochmals bekräftigt.

Die Psychiatriekommission spricht sich für eine massvolle Verlagerung von stationärer zu ambulanter Leistungserbringung aus. Keine Vernehmlassungsantwort stellt jedoch einen Abbau von stationären Plätzen grundsätzlich in Frage.

Die neueste Analyse der Obsan¹ zeigt, dass psychische Störungen mit einer Jahresprävalenz in der Grössenordnung von 25 % in der erwachsenen Bevölkerung westlicher Länder weit verbreitet sind. Trotz steigender Behandlungsraten werden psychisch erkrankte Menschen jedoch nach wie vor sehr häufig nicht oder fehlversorgt, wobei beträchtliche regionale Unterschiede bestehen können. Insgesamt wurden komplexe Interdependenzen der vielfältigen Einflussfaktoren aufgezeigt, die es schwierig erscheinen lassen, ein einstufiges Bedarfsmodell einer Versorgungspopulation aufgrund von Randbedingungen der Bevölkerung selbst zu erstellen. Die analysierte Literatur zeigt jedoch mit grosser Konsistenz, dass es sich letztlich beim Bedarf nach Behandlung (Behandlungsbedürftigkeit der einzelnen Person) um den zentralen Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme handelt. Allerdings werde nach wie vor ein erheblicher Teil der psychisch Erkrankten gar nicht psychiatrisch behandelt.

Vor diesem Hintergrund werden die normativen Vorgaben in der Mittelfristplanung angepasst. Die Versorgung der Thurgauer Bevölkerung darf sich aufgrund der Planungspflicht nicht verschlechtern. Durch neue qualitativ hochstehende ambulante Angebote soll die wohnortnahe Versorgung verbessert und Zug um Zug ein monitorisierter Abbau der stationären Betten erfolgen. Nach Einschätzung der WHO liegt der heute als optimal erachtete Wert stationärer Behandlungsplätze zwischen 0.5 und 1.0 pro 1'000 Einwohner². Die ausserkantonale Inanspruchnahme liegt unter 15 %. Damit wird als normativer Eckwert in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (>18-Jährige) in innerkantonalen psychiatrischen Kliniken ohne forensische Psychiatrie und Langzeiterkrankte ein Wert von 0.9 stationären Plätzen pro 1'000 Einwohner zur Festsetzung vorgegeben.

Die qualitative und quantitative stationäre Versorgungsstruktur für Kinder und Jugendliche (≤18-Jährige) soll erhalten bleiben.

¹ OBSAN Dossier 13, Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen; Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren; Tanja Fasel, Niklas Baer, Ulrich Frick; Dezember 2010.

² Becker et al.; Versorgungsmodell in Psychiatrie und Psychotherapie, S. 50. Zitat aus Versorgungsbericht des Kantons Bern, Januar 2011.

6. Spezialbereiche

6.1. Palliative Care

Bund und Kantone haben im Rahmen der Plattform „Nationale Gesundheitspolitik“ beschlossen, die Palliative Care in der Schweiz gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren zu fördern. Sie haben dazu die „Nationale Strategie Palliative Care 2010 – 2012“ im Oktober 2009 verabschiedet. Auf dieser Grundlage wurden Nationale Leitlinien Palliative Care³ erarbeitet. Unter den Akteuren im Gesundheitswesen soll ein gemeinsames Verständnis von Palliative Care geschaffen werden als Voraussetzung für eine einheitliche Weiterentwicklung bezüglich „Finanzierung/Versorgung“, insbesondere unter den neuen Voraussetzungen der DRG-basierten Spitalfinanzierung ab 1. Januar 2012, sowie in Bezug auf „Information“, „Bildung“ und „Forschung“.

Im Kanton Thurgau bestanden im Erhebungsjahr 2008 keine strukturellen, formalisierten Einheiten wie Palliativstation oder Hospiz. Die Menschen mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase werden in den Akutspitälern, den Rehabilitationskliniken, den Pflegeheimen und zu Hause behandelt und betreut. Die Daten der bisher erbrachten Palliative Care sind somit grundsätzlich in den Erhebungen der vorgängigen Kapitel enthalten. Personen, die eine spezialisierte Behandlung auf einer Palliativstation beanspruchen wollten, haben diese ausserkantonale in den Kantonen St. Gallen und Zürich in Anspruch genommen. Eine Indikation oder DRG-Gruppe „Palliative Care“ besteht bisher nicht.

Am 25. März 2009 wurde die Volksinitiative „Ja zu mehr Lebensqualität - ja zur Palliative Care“ im Grossen Rat des Kantons Thurgau behandelt und gutgeheissen. In der Folge wurde § 33i des Gesetzes über das Gesundheitswesen (GG; RB 810.1) entsprechend angepasst. Ziel der Palliative Care ist es demnach, unheilbar kranken und sterbenden Menschen das Anrecht auf angemessene Behandlung und Betreuung mittels medizinischer, pflegerischer und begleitender Palliativmassnahmen zuzugestehen, wenn kurative Behandlungen aussichtslos sind. Ebenfalls sollen Angehörigen sowie den Bezugspersonen eine würdevolle Sterbebegleitung und ein würdevolles Abschiednehmen des Betroffenen ermöglicht werden.

Am 20. Juli 2009 wurde eine Arbeitsgruppe aus Leistungserbringern, Gemeinden und Kanton sowie Fachexperten der Palliative Care beauftragt, in einem Konzept zuhanden des Regierungsrates die Auswirkungen der Initiative und die konkreten Umsetzungsmassnahmen aufzuzeigen. Grundlage bilden die Schlussberichte zu IST-Situation und SOLL-Zuständen der im Kanton Thurgau durchgeführten Studie der FHS St. Gallen aus dem Jahre 2008 in den Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens sowie Referate und Dokumente von Experten aus verschiedenen anderen Kantonen sowie Visitationen der Palliativstationen St. Gallen und Affoltern am Albis.

³ Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK): Nationale Leitlinien Palliative Care. November 2010

Die Bedarfsabschätzung für akutstationäre Aufenthalte in einer Palliativstation geht auf der Grundlage der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (Klagenfurt - Graz - Wien) von folgenden Annahmen aus:

- 15 % der an Krebs Verstorbenen haben einen palliativen Betreuungsbedarf
- 3 % der Anzahl an nichtmalignen Krankheiten Verstorbenen haben einen palliativen Betreuungsbedarf

Dies ergibt 4.6 Personen auf 10'000 Einwohner auf der Datenbasis 2005 mit 458 an Krebs Verstorbenen und 1'328 an nichtmalignen Krankheiten Verstorbenen. Mit einer Spitalaufenthaltsdauer von 20 Tagen und einer Sollauslastung von 80 % ist ein Planbettenbedarf für den Kanton Thurgau von 7.5 Betten ausgewiesen.

Wird als alternative Berechnungsbasis angenommen, dass die Personen, welche Palliative Care benötigen, dem Durchschnitt der im Kanton Thurgau stationär behandelten Personen mit 1.23 Fällen pro hospitalisierte Person entspricht (18'058 Personen, 22'198 Fälle in 2008), und die Aufenthaltsdauer von durchschnittlich 14.1 Tagen bei einer Bettenbelegung von 75 % auf einer Schweizer Palliativstation im Jahr 2008 verwendet wird, so würde sich daraus ein Bedarf von 7.2 Betten ergeben. Sicherlich darf davon ausgegangen werden, dass die Anzahl Hospitalisationen pro Patient für Menschen der Palliative Care effektiv über der durchschnittlichen Rate von 1.23 Fällen pro hospitalisierte Person liegt.

Es wird folglich für die Bedarfsplanung von einem Bedarf von 8 Planbetten für die Palliative Care auf einer Palliativstation der Akutsomatik als neues zusätzliches Angebot ausgegangen.

Mit Beschlüssen vom 28. Juni 2010 (RRB Nr. 524) und 09. November 2010 (RRB Nr. 820) nahm der Regierungsrat Kenntnis vom Konzept Palliative Care Thurgau und erteilte der Spital Thurgau AG die Leistungsaufträge für stationäre Palliative Care (inkl. Palliativstation am Standort Münsterlingen) und mobile Palliative Care mit aufsuchender Tätigkeit und einer 24h rund um die Uhr Verfügbarkeit.

6.2. Geriatrie

Die Geriatrie ist als medizinische Subspezialität ausgerichtet auf den Erhalt, die Verbesserung und Optimierung des funktionellen Zustands, der Lebensqualität und der Autonomie des Individuums und, wo möglich, auf die Prävention und/oder die Hinausschiebung jeder neuen Form der Behinderung oder ihrer unnötigen Verschlimmerung. Ein europäisches Expertengremium hat folgende Definition beschlossen:

„Geriatrie ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, geistigen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Versorgung von akuten und chronischen Krankheiten, der Rehabilitation und Prävention alter Patienten sowie ihrer speziellen Situation am Lebensende befasst.

Diese Patientengruppe weist einen hohen Grad an Gebrechlichkeit und Multimorbidität auf und erfordert einen ganzheitlichen Ansatz. Im Alter können sich Krankheiten mit einem veränderten Erscheinungsbild präsentieren und sind daher oft schwierig zu diagnostizieren. Therapieerfolge treten verzögert ein und häufig besteht zusätzlich ein Bedarf an sozialer Unterstützung.

Geriatric umfasst daher mehr als organorientierte Medizin, sie bietet zusätzlich eine Therapie im interdisziplinären Team. Dessen Hauptziel ist es, den funktionellen Status und die Lebensqualität des älteren Patienten zu verbessern und seine Autonomie zu fördern.

Geriatrische Medizin ist nicht altersabhängig, sondern behandelt die speziellen Erkrankungen alter Patienten. Viele Patienten werden über 65 Jahre alt sein. Doch die Mehrzahl der Patienten, die von Geriatrischer Medizin profitiert, gehört der Altersgruppe 80+ an.

Zu berücksichtigen ist, dass die Organisation der Geriatrischen Medizin zwischen den europäischen Staaten aus historischen und strukturellen Gründen variieren kann.“⁴

Analog zur Palliative Care geht es darum, über einzelne Diagnosen hinweg die ggf. täglich ändernden Bedürfnisse aufgrund sich wechselseitig beeinflussender Mehrfacherkrankungen wahrzunehmen und die Therapie aus der Gesamtbeurteilung heraus zu initiieren und laufend anzupassen. Es bestehen im Kanton Thurgau keine strukturell formalisierten ausschliesslich auf Geriatrie ausgerichteten Strukturen. Im Bereich der Rehabilitation sind gemäss aktueller Spitalliste der Tertianum AG Neutal und der Klinik St. Katharinental spezialisierte Leistungsaufträge in geriatrischer Rehabilitation erteilt. Die Akutspitäler, Rehabilitationskliniken und derzeitigen Nachbehandlungskliniken behandeln grundsätzlich Menschen aller Altersgruppen, allfällige Spezialisierungen liegen im Konzept und in der strategischen Ausrichtung der Kliniken. Im Kanton Thurgau ist ein einziger Geriater tätig.

Aus vorangehender Definition ist es schwierig, die für eine Bedarfsplanung notwendige Definition und Ausscheidung aus der Statistik vorzunehmen. Die bisher publizierten Spitalplanungen anderer Kantone kommen je nach Definition zu Prognosen für die Patientenzahlen, welche für die gleiche Bevölkerung um Faktor 2.4 voneinander abweichen. Das spezifisch geriatrische Angebot der Tertianum AG Neutal wurde von weniger als 4 % der rehabilitationsbedürftigen Personen aus dem Thurgau in Anspruch genommen, obwohl 25 % der Rehabilitationen für 80-jährige und älter erfolgten. Auch daraus lässt sich keine zwingende Notwendigkeit für eine Geriatrieplanung im Rahmen der Spitalplanung ableiten.

Für die Spitalplanung 2012 des Kantons Thurgau ist daher vorgesehen, dass für die Akutspitäler keine strukturellen Änderungen hin zu einer Akutgeriatrie geplant werden. Die im Leistungsgruppenkonzept der GDK ausgeschiedene Leistungsgruppe Akutgeriatrie wird vergeben ohne eine eigenständige Station zu fordern. Die in Kapitel 3 aufgeführten Prognosen beinhalten alle Altersgruppen.

Bei den Leistungsaufträgen für Rehabilitation ist grundsätzlich weiterhin die Behandlung aller Altersgruppen vorzusehen, soweit die Kliniken die entsprechenden Zulassungsbedingungen erfüllen. Rückmeldungen aus der Vernehmlassung sind:

⁴ Quelle: Beschluss der United European Medical Societies – Geriatric Medicine Section (UEMS-GMS) am 3. Mai 2008 auf Malta / Übersetzung GERIATRIE JOURNAL - jh

Santésuisse erachtet es für die Ermittlung des Gesamtbedarfs an Leistungen im Kanton Thurgau nicht als opportun, die leistungsorientierte Planung durch eine angebotsbezogene Sichtweise in Geriatrie und Palliative Care zu durchbrechen.

Die Ärztesgesellschaft Thurgau ist der Ansicht, dass Geriatrie ein Spezialgebiet ist, das fächerübergreifend gelehrt wird und zurzeit keine spezielle Spitalplanung benötigt. Die Mehrzahl der Hospitalisierten, mit Ausnahme der Traumatologie und der Kinder und der Geburtshilfe, seien geriatrische Patienten und das Durchschnittsalter der entsprechenden Patientengruppe in den Spitälern steige entsprechend der Bevölkerungsstruktur.

Andere Kantone und ein Leistungserbringer, die interprofessionelle Arbeitsgruppe, welche das Alterskonzept überarbeitet hat, sowie die darin vertretenen Verbände wünschen, dass das Thema Geriatrie separat aufgenommen wird. Gemäss Curaviva Thurgau sollte angesichts der bevorstehenden demographischen Veränderungen, insbesondere der starken Zunahme hochbetagter, oft multimorbider Menschen, die Schaffung einer spezialisierten geriatrischen Abteilung (Akutgeriatrie) an einem der beiden Kantonsspitäler dringend geprüft sowie die Aufrechterhaltung der geriatrischen Angebote nachgelagerter Leistungserbringer gewährleistet werden.

Gemäss der geriatrischen Rehabilitationsklinik Tertianum AG Neutal bedarf es für die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ einer auf die speziellen Bedürfnisse und Möglichkeiten alter und hochbetagter, multimorbider Patienten eingestellten Rehabilitation und Nachsorge, damit eine möglichst lange ambulante Betreuung und Pflege gewährleistet werden kann. Ebenfalls wird angeregt, mehr Ärzte mit Schwerpunkt Geriatrie im Kanton Thurgau zu etablieren, um diesem steigenden Bedürfnis gerecht zu werden.

Aufgrund der Vernehmlassungen hat der Regierungsrat entschieden, dass ein einziger Leistungsauftrag in geriatrischer Rehabilitation aufrecht zu erhalten ist und mit entsprechenden Kriterien und Zulassungsbedingungen innerhalb der Rehabilitation abzugrenzen ist. Die in Kap. 4 aufgeführten Prognosen der Rehabilitation beinhalten alle Altersgruppen.

Bezüglich Akutgeriatrie bleiben künftige Entscheidungen aufgrund eines kantonalen Geriatriekonzeptes vorbehalten. In der derzeitigen Überarbeitung des kantonalen Alterskonzeptes wurde darauf hingewiesen, dass die Erstellung und die entsprechende Umsetzung eines Geriatriekonzeptes als notwendig erachtet wird. Ebenso wurde festgehalten, dass die ärztliche Kompetenz in der Geriatrie im Kanton insgesamt deutlich erhöht werden soll.

Teil C Strukturbericht

1. Ziele des Strukturberichts

Der vorliegende Strukturbericht hat, basierend auf dem Versorgungsbericht mit den beschlossenen Änderungen gemäss Teil B zum Zweck, die zur Bedarfsabdeckung notwendige Anzahl Leistungsaufträge zu evaluieren und auf die in Frage kommenden Spitäler zuzuteilen. Die Aussagen des Versorgungsberichts werden im Strukturbericht soweit wiederholt, als sie weiter konkretisiert werden müssen oder weiterführende Entscheidungen zu treffen sind.

2. Planungsmethodik und zu sichernder Bedarf

Die Grundlagen der stationären Bedarfsplanung sind im Versorgungsbericht festgehalten. Für die Akutsomatik und die Rehabilitation wird eine rein leistungsorientierte Planung durchgeführt. Die stationäre Psychiatrieplanung erfolgt kapazitätsorientiert, da in der Psychiatrie auf absehbare Zeit keine homogenen Leistungsgruppen in Bezug auf Ressourcennutzung (Personal, Infrastruktur, Sicherheit) und Aufenthaltsdauer gebildet werden können. Die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie unterscheiden sich insbesondere in der Homogenität der Aufenthaltsdauern grundlegend voneinander.

Für die Zuteilung des prognostizierten Bedarfs an die Leistungserbringer sind die Kriterien der Qualität und der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 58a bis e der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) massgebend.

Die Kantone haben die Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen (Art. 58d KVV).

Mangels Präzisierungen insbesondere zu Qualität und Wirtschaftlichkeit und den zu deren Messung und Vergleichbarkeit anzuwendenden Instrumenten durch das Bundesamt für Gesundheit wird für die Spitalplanung und die Erstellung der Spitalliste 2012 nicht nach absoluter Vergleichbarkeit gesucht. Stattdessen wird insbesondere auf eine Konzentration der Leistungsaufträge zwecks Förderung der Gesamtversorgungsqualität und -wirtschaftlichkeit sowie auf ein bezüglich Qualitätsanforderungen und Wirtschaftlichkeitsprüfung mit den GDK-Ost Kantonen methodisch abgestimmtes Vorgehen geachtet.

3. Interkantonale Koordination

Die Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen wird auf folgenden Ebenen wahrgenommen:

1. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren GDK hat Empfehlungen zur Spitalplanung erarbeitet, welche die Umsetzung in den Kantonen unterstützen und zu einer schweizweit einheitlichen Umsetzung beitragen.
2. Die Entscheidungen des Beschlussorgans auf Basis der Interkantonalen Vereinbarung über die Hochspezialisierte Medizin (IVHSM) bezwecken eine Konzentration hochspezialisierter Behandlungen an dafür ausgewählten Zentren. Sie haben, soweit ihnen Rechtskraft erwachsen ist, übergeordnete Bedeutung für die kantonale Spitalliste.
3. Auf Ebene der GDK-Schweiz wurden in Arbeits- und Begleitgruppen Teilaspekte der Spitalplanung und -finanzierung zu Händen des GDK-Vorstandes vorbereitet. Die

Mitglieder der Projektleitung sind in der Arbeitsgruppe Spitalplanung, der Begleitgruppe Qualitätssicherung im Spital, der Begleitgruppe SwissDRG und in der Kommission für Tariffragen vertreten.

4. Auf Ebene der GDK-Ost wurden in zwei Subarbeitsgruppen die Aspekte Wirtschaftlichkeit und Leistungsaufträge erörtert.

In der Subarbeitsgruppe Leistungsaufträge wurden die Leistungsmengen je Spital und Kanton basierend auf einer einheitlichen statistischen Auswertung ausgetauscht. Die Ergebnisse sind in Kap. 6.2 und in die Evaluationen Kap. 7, 9 und 10 eingeflossen.

In der Subarbeitsgruppe Wirtschaftlichkeit wurden die Kostenträgerrechnungen der für die Versorgung in den GDK-Ost-Kantonen wesentlichen Akutspitäler verglichen. Die Ergebnisse sind in Kap. 4 und 7.6 eingeflossen. Aus der Erörterung der Deckungslücken resultierten die Definitionen der strategischen Partner in Kap. 6.3 und 6.4 mit der Aufnahme für spezialisierte, universitäre Leistungen in einem übergreifenden Leistungsauftrag auf der Spitalliste.

5. Das Ostschweizer Kinderspital organisierte mit den Trägerkantonen Rundtischgespräche zur Klärung von Strategie- und Finanzierungsfragen. Vordringlich wurden Deckungslücken in der Finanzierung ab Einführung der neuen Spitalfinanzierung erörtert. Ein erster Zwischenschritt ist die Vergabe der Leistungsaufträge an die Kinderspitäler (vgl. Kap. 6.3.).

3.1. Krankenhausvereinbarung der GDK-Ost

Auch wenn mit der einheitlichen Tarifstruktur Swiss-DRG einige wesentliche Themen der bisherigen Krankenhausvereinbarung der GDK-Ost (RB 832.40) über die Kantons Grenzen hinaus geregelt sind, sollten folgende Bereiche überkantonal oder mit direkten Vereinbarungen zwischen den Kantonen gelöst werden:

1. Aufrechterhaltung und Finanzierung der nicht kostendeckend finanzierten ambulanten und stationären Leistungen in den Kinderspitälern.
2. Förderung der Ausbildungs-, Lehr- und Forschungstätigkeit, Beiträge an Lehre und Forschung, Umgang mit Deckungslücken aus gemeinwirtschaftlichen Leistungen, evtl. weitere Förderbeiträge an Aus- und Weiterbildung in universitären und nicht universitären Gesundheitsberufen.
3. Instrumente für die vereinfachte Abwicklung von ausserkantonalen Hospitalisationen.

4. Kriterien und Instrumente der Spitalplanung

4.1. Qualität

Bei der Beurteilung und Auswahl des mit der Spitalliste zu sichernden Angebotes haben die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung zu berücksichtigen. Das Bundesamt für Gesundheit hat sich bis heute nicht dazu geäußert, wann eine Leistungserbringung effizient und günstig erbracht wird und welche Qualität der Leistungserbringung notwendig ist. Aus diesem Grund streben die Kantone zumindest die Vereinheitlichung der Kriterien zur Leistungsgruppierung (Leistungsgruppenkonzept) sowie der Evaluationskriterien zur Zulassung der Akutspitäler und der Rehabilitationskliniken auf der Spitalliste an (vgl. Kap. 7 bis 9).

Qualität wird allgemein in den Dimensionen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität formalisiert. Die erste und Teile der zweiten Dimension werden auf Ebene der Spitäler mittelfristig schweizweit harmonisiert und vergleichbar werden, indem die Anforderungen an Listenspitäler und deren Leistungsspektren interkantonal transparent gemacht werden. Die Leistungszuteilung inkl. Qualitätsanforderungen an einzelne Spitäler kann in der Akutsomatik basierend auf Leistungsgruppenkonzept, Angebotspektrum und Kriterien für zusätzliche Leistungsaufträge erfolgen (siehe Kap. 7.5, 7.7, 8.1). Bei den Rehabilitationskliniken und in der Psychiatrie kann mit Rangreihenfolgen differenziert werden, an welche Kliniken die bedarfsnotwendigen Leistungsaufträge erteilt werden. Die Kliniken werden für die Zuteilung der notwendigen Leistungsaufträge bezüglich Erfüllung der Strukturanforderungen und des Spektrums der bedarfsnotwendigen Leistungen in einer Rangreihenfolge miteinander verglichen.

Bezüglich Prozessqualität etablieren sich über die Richtlinien der Fachgesellschaften mittelfristig einheitliche Qualitätsstandards. Die Messung der Ergebnisqualität und eine diesbezügliche Vergleichbarkeit der Spitäler als Differenzierungskriterium in der Spitalplanung sind auf den bestehenden Grundlagen nicht möglich. In der Interpretation der publizierten Daten besteht kein Konsens. Prozess- und Ergebnisqualität werden für die Zuteilung im Rahmen der Spitalplanung 2012 nicht verwendet. Die Strukturqualität ist ausreichend differenzierend. Für das Monitoring werden den Listenspitälern in den Leistungsaufträgen einheitliche Auflagen zur Qualitätsevaluation gemacht werden. Der Beitritt zum und die Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitalern und Kliniken wird verbindlich erklärt.

Als zentrales Element der Spitalplanung wird übergeordnet mit gesundheitspolitischen, normativen Rahmenbedingungen und der notwendigen Anzahl Leistungsaufträge die Strukturqualität und Wirtschaftlichkeit des gesamten Versorgungsangebotes für die Wohnbevölkerung des Kantons optimiert. Im Kanton liegende Spitäler sind vorrangig zu berücksichtigen.

4.2. Wirtschaftlichkeit

Übergeordnet und vorrangig wird die Gesamtwirtschaftlichkeit des Systems über die Anzahl der zu vergebenden Leistungsaufträge und die Konzentration der Leistungsaufträge gesteuert.

Die Abschätzung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung zwischen den Spitälern erfolgte für die wesentlichen regionalen Leistungserbringer der Akutsomatik auf Ebene der GDK-Ost mit dem Modell der GDK-Arbeitsgruppe Wirtschaftlichkeitsprüfung. Das Kriterium Wirtschaftlichkeit wird im Sinne eines Ausschlusskriteriums für ganze Spitäler oder Leistungen verwendet. Spitäler, welche in der Rangreihenfolge teurer arbeiten, sind aus wirtschaftlichen Gründen somit nur für Leistungen zu berücksichtigen, die aufgrund eines qualitativ fehlenden Angebotes zu erteilen sind. Damit sind Leistungen mit relativ bescheidenen Fallzahlen definiert, die eindeutig auf medizinisch indizierte ausserkantonale Hospitalisationen aufgrund eines fachmedizinisch fehlenden Angebotes hinweisen.

Weiterhin werden im innerkantonalen Vergleich die aktuell gültigen Tarifverträge für das Jahr 2011 für stationäre Leistungen auf der allgemeinen Abteilung herangezogen.

4.3. Mengensteuerung

Mit der neuen Spitalplanung soll unverändert eine bedarfsorientierte Versorgung der Thurgauer Bevölkerung sichergestellt werden und allgemein zugänglich sein. Der entsprechende Bedarf ist zu erheben und periodisch zu überprüfen.

Mit der konsequenten Ausrichtung auf eine leistungsorientierte Spitalplanung 2012 in der Akutsomatik und Rehabilitation wird auf eine direkte Mengensteuerung in der Spitalliste verzichtet. Indirekt wird über die Anzahl vergebener Leistungsaufträge gesteuert; zudem sind in einzelnen Fachgebieten Mindestfallzahlen vorzuweisen. Die Psychiatrieplanung erfolgt wie bisher kapazitätsorientiert. Die Kapazitäten sind grundsätzlich einzuhalten.

Eine Rationierung der Gesundheitsversorgung im engeren Sinn mit z. B. überdurchschnittlichen Wartefristen, Ausschlusskriterien für teure Behandlungen oder Medikamente usw. kommt für den Regierungsrat zurzeit nicht in Frage. Die Spitalversorgung ist jedoch so zu gestalten, dass sie für die Bevölkerung und den Kanton wirtschaftlich tragbar ist.

Die Mengenentwicklung ist zu monitorisieren. Bei medizinisch und demografisch nicht gerechtfertigter Mengenausweitung soll den Tarifpartnern vorgeschlagen werden, dass in den Tarifverträgen degressive Tarifmodelle anzuwenden sind, die bei Überschreitung spitalspezifisch vorgegebener Mengen zu Tarifrückführungen führen.

4.4. Leistungsaufträge

Im Sinne einer Steuerungsvorgabe an die Leistungserbringer soll die mengen- und kostenmässige Entwicklung der Leistungen der Spitäler maximal in der Bandbreite liegen, die durch die beiden Kenngrössen (BIP-TG und Sonderfaktor „Gesundheitswesen“) vorgegeben wird. Sie werden in den kommenden Jahren entwickelt und in den Leistungsaufträgen an die Spitäler geregelt werden. Die Substitution (ambulant vor stationär) ist beim Mengenwachstum angemessen zu berücksichtigen. Für den Fall der Überschreitung seitens eines Leistungserbringers werden in den Leistungsaufträgen Massnahmen festzulegen und deren Einhaltung zu vereinbaren sein. Die Kenngrössen werden mittelfristig (auf 4 bzw. 8 Jahre) festgelegt und jährlich im Rahmen der Finanzplanung überprüft.

Die Leistungsaufträge sind spitalspezifische Konkretisierungen der übergeordneten Spitalliste. Sie werden jährlich überprüft. Darin sind alle für die Leistungsfinanzierung durch den Kanton relevanten Punkte aufzuführen. Sie umfassen mindestens folgende Elemente:

- Versorgungsauftrag: mitfinanzierte Leistungen gemäss Spitalliste;
- zusätzliche Leistungsaufträge wie universitäre Lehre und Forschung, Gesundheitsförderung und Prävention, Rettungswesen;
- Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Berufen des Gesundheitswesens;
- Qualitätsmanagement;
- Berichtswesen: Reporting und Controlling;
- Auflagen;
- Vorgehen und Massnahmen bei Nichteinhaltung von Vorgaben wie Unterschreitung von vereinbarten Mindestmengen.

Alle Leistungserbringer, welche auf die Spitalliste aufgenommen werden, haben gemäss ihrem Leistungsspektrum Auflagen zu erfüllen. Die Auflagen dienen der kurz- und mittelfristigen qualitativ guten Gesundheitsversorgung beim Leistungserbringer selber und im Gesundheitswesen generell. Es sind dies Notfallversorgung, Intensivstation, Kooperationen (inkl. Konsiliardienste), Aufnahme- und Behandlungspflicht, Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens. Eine gesonderte Entschädigung der Auflagen ist grundsätzlich nicht vorgesehen.

5. Spitalfinanzierung

5.1. Leistungsfinanzierung

Die Abgeltung der vereinbarten Leistungen erfolgt nach einer national einheitlichen Tarifstruktur. Diese ist vom Bundesrat auf Antrag zu genehmigen und wird von der SwissDRG AG – einer gemeinsam von den Versicherern, Spitälern und Kantonen beauftragten Fachorganisation – schweizweit gepflegt und weiterentwickelt. Vorgesehen sind leistungsbezogene Pauschalen vom Typus DRG für die Akutsomatik. Tarifmodelle für die Abgeltung der Rehabilitation und der Psychiatrie sind in Erarbeitung. Das neue Tarifsysteem soll die Transparenz und die Vergleichbarkeit fördern. Die bisherige gesetzliche Pflicht der Kantone zur Defizitdeckung, die teilweise zu fehlenden Effizienzreizen für die Spitäler führte, wird durch die leistungsorientierte Subventionierung aufgehoben. Der Kanton regelt die Auszahlung und Kontrolle der Abgeltungen.

5.2. Investitionsbeiträge

Die leistungsbezogenen Fallpauschalen für stationäre Behandlungen beinhalten neu auch die Anlagenutzungskosten (Investitionen). Der Kanton beteiligt sich somit neu direkt an den Investitionskosten der Listenspitäler. Aus finanziellen und versorgungstechnischen Gründen hat der Kanton ein besonderes Interesse an einer langfristigen und im Sinn des jeweiligen Leistungsauftrages ausgeführten Investitionsplanung. Die Listenspitäler haben deshalb eine auf die langfristige Erfüllung des Leistungsauftrages ausgerichtete Investitionsplanung zu erstellen und diese im Rahmen der jährlichen Überprüfung des Leistungsauftrages offenzulegen. Der Regierungsrat soll bei Bedarf die Möglichkeit haben, geeignete Massnahmen zur Sicherstellung einer zweckmässigen Verwendung der Investitionsbeiträge anzuordnen.

Zudem kann der Regierungsrat den Listenspitälern für Investitionen, welche für die Erfüllung des Leistungsauftrages notwendig sind und für die auf dem privaten Kapitalmarkt keine Finanzierung realisiert werden kann, entsprechende Darlehen oder Garantieleistungen gewähren. Dabei handelt es sich nicht um Subventionen oder um „A-fonds-perdu-Zahlungen“. Vielmehr sind die Darlehen angemessen zu sichern, zu verzinsen und zurückzuzahlen. Ist die Sicherung nicht anders möglich, behält sich der Regierungsrat eine Beteiligung am Eigentum des Spitals vor.

5.3. Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Im KVG wird neu nur noch zwischen ambulanten und stationären Behandlungen unterschieden. Der Begriff „teilstationär“ wurde gestrichen. Der Grund dafür liegt darin, dass sich das Konzept der teilstationären Behandlung in der Praxis nur bedingt bewährt hatte und oft keine kostendeckenden Tarifverträge vereinbart werden konnten. Zur Förderung der Grundstrategien „ambulant vor stationär“ sowie „Integration statt Isolation“ macht es jedoch Sinn, zukunftsorientierte spitalnahe Leistungsangebote in ausgewählten ambulanten Bereichen, für die (noch) keine kostendeckenden Tarife bestehen, zu fördern. Beispiele sind die mobile Einheit Palliative Plus, Akut-Tageskliniken der Psychiatrie oder Integrationsprojekte für verhaltensauffällige Kinder- und Jugendliche in Zusam-

menarbeit mit den Departementen für Erziehung und Kultur, für Justiz und Sicherheit sowie für Finanzen und Soziales.

5.4. Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens

Die Beteiligung der Leistungserbringer an der Ausbildung im universitären und nicht-universitären Bereich ist so zu gestalten, dass mittelfristig die Versorgungssicherheit in Spitälern, Spitex und Pflegeheimen im Kanton Thurgau gewährleistet ist. Das Angebot ist zu koordinieren. Finanzielle Beiträge des Kantons an die Kosten für die Ausbildung, welche nicht durch die Finanzierung gemäss KVG (DRG, Tagespauschalen) abgedeckt werden, sind möglich.

5.5. Universitäre Lehre und Forschung

Leistungen für universitäre Lehre und Forschung können, basierend auf einem entsprechenden Leistungsauftrag, separat abgegolten werden, soweit sie nicht anderweitig finanziert werden. Als Kosten der universitären Lehre gelten Aufwendungen für die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden eines Medizinalberufes nach dem Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (MedBG; SR 811.11) bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms sowie Aufwendungen für die entsprechende Weiterbildung bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels. Die Löhne der Assistenzärzte und -ärztinnen sind gemäss KVG hingegen Teil der Betriebskosten des Spitals und werden mit den Fallpauschalen abgegolten. Die definitive Abgrenzung ist schweizweit einheitlich im Rahmen der Auslegung der nationalen Tarifstruktur vorzunehmen.

6. Normative Rahmenbedingungen zur Evaluation

6.1. Versorgungsregionen, Zugänglichkeit zur Leistung

Das skizzierte Notfall- und Rettungswesen wird den Anforderungen des Interverbandes für Rettungswesen gerecht. Über die je zwei Standorte für Akutmedizin KSF Frauenfeld und KSM Münsterlingen, die zwei Standorte für stationäre Kinder- und Jugendmedizin am KSM Münsterlingen und im Ostschweizer Kinderspital sowie der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen und der Psychiatrischen Klinik Littenheid ist die Erreichbarkeit innert 30 Minuten für alle Fachgebiete der stationären Grund- und erweiterten Grundversorgung derzeit erfüllt.

Im Rahmen der Spitalplanung 2012 wird daher der Kanton Thurgau als Ganzes als Versorgungsregion betrachtet. Auf eine weitere Unterteilung in Versorgungsregionen wird verzichtet. Die genannten Akutspitalstandorte haben auch in Zukunft die Notfallversorgung für den Kanton sicherzustellen. Die Anforderung der Erreichbarkeit gilt ebenfalls für die Psychiatrieplanung 2012.

6.2. Zu evaluierende Leistungserbringer

Innerkantonal werden alle derzeit auf der Spitalliste A aufgeführten Leistungserbringer mit den gelisteten Leistungsspektren in den Planungsprozess einbezogen. Die innerkantonalen Leistungserbringer hatten zudem die Gelegenheit, Anträge für die Aufnahme zusätzlicher Leistungen auf die Spitalliste zu stellen, die sie im Rahmen der Spitalliste B erbringen.

Ausserkantonale Spitäler, deren Beitrag gemäss Versorgungsbericht in einem bestimmten Leistungsbereich 3 % und mehr beträgt, werden im Spitalplanungsprozess näher analysiert. Gemäss Empfehlung der Subarbeitsgruppe Leistungsaufträge der GDK-Ost werden alsdann ausserkantonale Spitäler differenziert auf der Ebene von einzelnen Leistungsgruppen betrachtet und evaluiert, wenn sie in einer Leistungsgruppe einen Kantonsanteil von mehr als 10 % und dabei mehr als drei Fälle erbringen. Die Spitäler und Fachbereiche gemäss diesen Kriterien sind in Anhang 2 dargestellt (vgl. auch Kap. 7.5 ff.).

Die Arbeitsgruppe geht davon aus, dass die Anzahl der ausserkantonalen Wahlhospitalisationen mit voller Kostendeckung durch Zusatzversicherungsleistungen (z. B. allgemeine Abteilung ganze Schweiz, Halbprivat- und Privatversicherte) die gegenwärtigen Patientenströme je nach Kanton deutlich beeinflussen (in bestimmten Konstellationen kann die Inanspruchnahme aufgrund von Zusatzversicherungsprodukten die Anzahl der medizinisch indizierten Hospitalisationen um ein Mehrfaches übersteigen) und dass diese Verteilung auch inskünftig bestehen bleibt, was eine Steuerung der Patientenströme einschränkt.

Entscheidend ist aus Sicht des planenden Kantons, ob es sich effektiv um einen qualitativ resp. quantitativ zu sichernden Bedarf handelt. Der quantitativ in einzelnen Spitälern mittels dezidiertem Auftrag zu sichernde Bedarf wird mit der freien Spitalwahl und dem Einschluss der Investitionen in die Fallpauschalen stark reduziert, soweit es sich um Leistungen handelt, die in der Mehrheit der Schweizer Spitäler angeboten und frei zugänglich sein werden. Der qualitativ zu sichernde Bedarf, definiert als spezialisierte und

universitäre Leistungen, mehrheitlich in geringer absoluter Menge, wird demgegenüber durch die freie Spitalwahl kaum beeinflusst.

In diesem Sinne soll den Kantonen die Möglichkeit offenstehen, ergänzend zu den erwähnten Kriterien weitere, KVG-konforme Kriterien (insbesondere Qualität oder Wirtschaftlichkeit) zwecks Konzentration des Leistungsangebots anzuwenden oder innerhalb einer Leistungsgruppe methodische Verfeinerungen vorzunehmen. Beispielsweise:

- Insgesamt geringe Mengen und/oder hohe Kostenintensität in einer Leistungsgruppe, die eine Vergabe von mehr als einem Leistungsauftrag nicht rechtfertigen.
- Konzentration auf einen einzigen ausserkantonalen Leistungserbringer pro Leistungsgruppe oder pro Leistungsbereich zur Sicherung des qualitativen und quantitativen Bedarfs, wenn mehrere Spitäler über 10 % der Menge erbringen.

6.3. Strategische Partner: Kinderspitäler

Die Kinderspitäler haben überregionale Bedeutung für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher. Der frühzeitige und barrierefreie Zugang zu den Kinderspitälern mindert langfristig Krankheitskosten.

Die Erfahrungen mit der DRG-Einführung in Deutschland und den Kostenträgerrechnungen der Kinderspitäler lassen eine grosse Unsicherheit bezüglich der kostendeckenden Abgeltung unter DRG erwarten. Weiterhin sind die ambulanten Leistungen im Tarifsysteem Tarmed sowie die stationären Unfallbehandlungen mit den Tarifen der Medizinaltarifkommission (MTK) für Kinderspitäler nicht kostendeckend. Voraussetzung dafür, dass Regelungen für die Finanzierung allfälliger gemeinwirtschaftlicher Leistungen umgesetzt werden können, ist die Aufnahme auf die Spitalliste des Kantons.

Das Ostschweizer Kinderspital in St. Gallen in der Akutsomatik sowie das Kinderspital Zürich in der Akutsomatik am Standort Zürich und dem Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche in Affoltern sind als strategische Partner zu betrachten und für alle Leistungsbereiche der Akutsomatik resp. Rehabilitation auf die Spitalliste aufzunehmen.

6.3.1. Ostschweizer Kinderspital

Der Kanton Thurgau ist zusammen mit den Ostschweizer Kantonen St. Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden sowie dem Fürstentum Liechtenstein Mitträger des Ostschweizer Kinderspitals (OKS). Das OKS erbringt medizinische Leistungen in der Akutversorgung von Kindern und Jugendlichen von der Grundversorgung bis hin zur Zentrumsversorgung. Es unterhält hierzu die Kliniken für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Jugendmedizin. In der Zentrumsversorgung deckt das OKS nahezu das gesamte Behandlungsspektrum ab. Als strategischer Partner arbeitet das OKS mit den Thurgauer Spitalern zusammen, namentlich mit der Klinik für Kinder- und Jugendliche des KSM Münsterlingen. Um eine ortsnahe Behandlung zu ermöglichen werden Fachärzte und Fachärztinnen vom OKS an das KSM Münsterlingen entsandt. So erfolgen z. B. kinderchirurgische Eingriffe je nach Schweregrad des Falls direkt im KSM Münsterlingen oder im OKS in St. Gallen. Der Zugang zu den Leistungen des OKS ist für Kinder und Jugendliche des Kantons Thurgau ohne Einschränkungen möglich und soll erhalten bleiben. Überweisungen aus der Klinik für Kinder- und Jugendliche des KSM Münsterlingen erfolgen nach medizinischen Gesichtspunkten an das OKS oder an das Kinderspital Zürich.

6.3.2. Kinderpsychiatrie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird innerkantonale über den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst in Liaison mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am KSM Münsterlingen sowie der Clenia Littenheid AG erbracht. Ausserkantonale Spitäler werden nur marginal beansprucht. Die wohnortnahe Erbringung und ausreichende Finanzierung sind sicherzustellen.

6.4. Strategische Partner: Universitäts- und Zentrumsspitäler

Die spezialisierte, universitäre Versorgung soll wie bisher in allen Leistungsbereichen sichergestellt werden. Eine Abgrenzung dieser Einzelleistungen als ganze Leistungsgruppe ist in aller Regel nicht möglich. Den Universitätsspitalern werden daher die universitären Leistungen, unabhängig von der Leistungsgruppe, in der die einzelne Leistung enthalten ist, zugesprochen. Für diese Leistungen ist weiterhin eine Kostengutsprache im Sinne eines Indikationsentscheides zu erteilen, soweit die Leistungen nicht in den detaillierten Leistungsaufträgen präzisiert sind. Dabei handelt es sich nicht um Leistungen gemäss Art. 41 Abs. 3^{bis} Bst. b KVG in Verbindung mit Art. 49a Abs. 3 KVG von stationären Behandlungen aus medizinischen Gründen in einem Spital ausserhalb der Thurgauer Spitalliste. Der Bedarf kann qualitativ nur gesichert werden, wenn das gesamte medizinische Leistungsspektrum mit mindestens einem Leistungsauftrag auf der Spitalliste abgebildet ist. Es geht für die Universitäts- und Zentrumsspitäler, welche medizinische Behandlungen von einfachen bis hochkomplexen Fällen innerhalb einer Leistungsgruppe anbieten, um die Komplexitätsabgrenzung zur Differenzierung in der Leistungsabgeltung. Einfache Fälle sollen nicht in hochspezialisierten Spitälern behandelt werden, es sei denn, die Patienten und Patientinnen wünschen dies und sind bereit, Deckungslücken direkt oder über eine Zusatzversicherung zu bezahlen.

Für die Aus- und Weiterbildung in den nicht hochspezialisierten Fachbereichen bieten sich Kooperationen zwischen den universitären Zentren und den innerkantonalen Spitälern der Grund- und erweiterten Grundversorgung an.

Ohne eine Kostengutsprache im Sinne eines Indikationsentscheides ist von einer Inanspruchnahme im Rahmen der freien Spitalwahl auszugehen und damit für die Mitfinanzierung durch die öffentliche Hand auch in den Universitätsspitalern der Referenztarif des Kantons Thurgau für Grund- und erweiterte Grundversorgung anzuwenden. Wie bisher werden für universitäre und spezialisierte Zentrumsleistungen die Universitätsspitäler, primär das Universitätsspital Zürich mit der Uniklinik Balgrist und das Inselspital Bern, als strategische Partner auf die Spitalliste aufgenommen.

Als universitäre Leistungen und spezialisierte Zentrumsleistungen gelten Leistungen, die von der Spital Thurgau AG und der Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG nicht erbracht werden.

Obige Regelung gilt analog für das Kantonsspital St. Gallen für spezialisierte Zentrumsleistungen.

7. Evaluation in der Akutsomatik

7.1. Aktuelle Leistungsaufträge in der Akutsomatik

Die aktuelle Spitalliste A ist für die innerkantonalen Spitäler mehrheitlich sehr weit gefasst. Der Spital Thurgau AG (STGAG) sind Leistungsaufträge für alle Fachgebiete erteilt. Die Klinik Seeschau AG, Kreuzlingen, hat einen Leistungsauftrag für Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe und die Klinik Schloss Mammern AG, Mammern, für die Fachgebiete der Inneren Medizin. Die Leistungsaufträge der Spezialkliniken Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG und der Venenklinik Bellevue AG sind bereits heute enger abgegrenzt. Als Spitäler mit ausserkantonalem Standort ist das Ostschweizer Kinderspital analog zu den Spitälern im Kanton frei zugänglich; ihm sind alle Fachgebiete der Kinder und Jugendmedizin und -chirurgie zugeteilt. Hospitalisationen in allen anderen ausserkantonalen Spitälern der Spitalliste A bedingen eine Kostengutsprache durch den Kantonsärztlichen Dienst oder eine entsprechende Zusatzversicherung. Die folgenden ausserkantonalen Spitäler sind bei fehlendem innerkantonalem Angebot auf der bisherigen Spitalliste für Leistungen zugelassen: Uniklinik Balgrist, Zürich: Orthopädische Chirurgie, Paraplegie; EPI-Zentrum, Zürich: Epilepsie; Schulthess Klinik, Zürich: Wirbelsäulenchirurgie/Rheumatologie; Kinderspital Zürich: ganzer Leistungsbereich; Kantonsspital St. Gallen, Inselspital Bern, Universitätsspital Zürich: ganzer Leistungsbereich.

7.2. Aktuelle Angebotsstrukturen in der Akutsomatik

Die bisherige Inanspruchnahme durch die Thurgauer Bevölkerung ist in Kapitel 3 des Versorgungsberichtes nach Leistungsbereichen und Spitälern dargestellt.

7.2.1. Innerkantonale Versorgungsstrukturen in der Akutsomatik

Rund 22'200 Fälle pro Jahr werden in den Akutspitälern des Kantons Thurgau behandelt. Dies entspricht knapp 75 % der Leistungen. Im Fachbereich Akutmedizin sind dafür zwei uneingeschränkte Leistungsaufträge an die Spital Thurgau AG und an die Klinik Schloss Mammern AG sowie eingeschränkte Leistungsaufträge in der Kardiologie an die Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG und das Segment Phlebologie an die Venenklinik Bellevue AG erteilt. In der Akutchirurgie wird der umfassende Leistungsauftrag der Spital Thurgau AG ergänzt durch Teilaufträge der Herz- und zentralen Gefässchirurgie sowie Neurochirurgie an die Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG, der Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe an der Klinik Seeschau AG und der Venenchirurgie inkl. Hernien- und Proktochirurgie an der Venenklinik Bellevue AG. Bei detaillierter Betrachtung der ausgeführten Tätigkeiten sind innerkantonale in jeder Leistungsgruppe zwei Leistungsaufträge erteilt (vgl. Anhang 2).

Alle Spitäler haben eine stark und qualitativ gut ausgebaute ambulante und tagesklinische Tätigkeit und verfügen über entsprechend langjährige Erfahrung und hohe fachliche Kompetenz. Die Venenklinik Bellevue AG hat sich auf Tages- und Wochenaufenthalte mit einer kostengünstigen Personalorganisation und Infrastruktur spezialisiert. Im Rahmen der Spitalliste B profitieren davon im Moment die Zusatzversicherten. Die Klinik Seeschau AG erbringt ebenfalls einen grossen Teil der Leistungen mit Tages- und

Strukturbericht

Kurzaufenthalten. Viele ambulante Tätigkeitsbereiche bedingen die Möglichkeit der stationären Aufnahme als Grundvoraussetzung der Therapiedurchführung.

Mit Ausnahme der hochspezialisierten und universitären Medizin werden alle Fachgebiete abgedeckt. Dafür stehen folgende Versorgungsinfrastrukturen bereit:

Tabelle C7.1 Innerkantonale Versorgungsinfrastruktur Akutsomatik, in der Klinik vor Ort

	STGAG	HNZB	SEES	Schloss M.	VBK
Fachärzte und deren zeitliche Verfügbarkeit:					
- gemäss Anforderung in den Leistungsgruppen	X	X	X	X	X
- Hintergrunddienste weiterer Fachärzte	X		X	X	X
Verfügbarkeit der Leistungen:			X ab 1.1.2012		
- 24-h rund um die Uhr	X	X	X	X	
- Montag - Freitag	X	X	X	X	X
Notfallversorgung:					
- Externe Notfallstation	X				
- Notaufnahme rund um die Uhr	X	X			
- Notfallversorgung extern für Leistungsgruppen mit BP	X	X	X ab 1.1.2012		
- Notfallversorgung intern in den Leistungsgruppen mit BPE	X	X	X	X	X
- Notfallpraxis	X				
Intensivbehandlung:					
- Intermediate Care (IMC)	X	X	X	X	X
- Intensive Care Unit (ICU)	X	X	Koop.		Koop.
Labor:					
- Basisbetrieb: 7 bis 17h, in Koop.	X	X	X	X	X
- Notfallbetrieb: 24-h rund um die Uhr 365 Tg.	X	X		X	
Pharmazie					
- klinische Spitalpharmazie	X				
- Apotheke, in Kooperation	X	X	X	X	X
Herzkatheterlabor	X	X			
Radiologie / Bestrahlung:					
- Radiologieinformationssystem (RIS)	X			X (Partiel)	
- Konventionelles Röntgen	X	X	X	X	
- Bildumwandler (BV)	X		X		
- Computer Tomographie (CT)	X			X	
- Densitometrie: DEXA	X			X	
- Magnetresonanztomographie (MRI)	X				
- Positronenemmissionstomographie (PET)	X				
- Nuklearmedizin	X				

* STGAG: Spital Thurgau AG (Kantonsspitaler Frauenfeld und Münsterlingen); HNZB: Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG; SEES: Klinik Seeschau AG; Schloss M.: Klinik Schloss Mammern AG; VBK: Venenkl. Bellevue AG. BP: Basispaket, BPE: Basispaket elektiv

Strukturbericht

	STGAG	HNZB	SEES	Schloss M.	VBK
- Strahlentherapie · Integrierte Planung (PET-CT) · Bestrahlung 8 MeV · Bestrahlung 15 MeV	X X X				
- Datenzugänglichkeit für Externe / angeschlossene Spitäler (HIN)	X			X	
Roboterchirurgie - Da Vinci; Urologie - Robotergestützte Magen Sleeve Chirurgie	X		X		
Stosswellentherapie - Orthopädie / Rheumatologie - Urologie	X X		X Koop.		
Stroke Unit	X				
Aus- und Weiterbildung - Oberärzte / Assistenz- und Unterassistentenärzte - Pflege (HF, FAGE, Ass.) - Medizintechnische Berufe - Therapeutische Berufe - Administrative Berufe	X X X X X	X X	X	X X X	
Lehre und Forschung	X				
Integrierte Behandlungspfade mit der Rehabilitation	X		X	X	
Interdisziplinäre Boards: - Brustzentrum-Board - Gefässzentrum-Board - Spine-Units - Tumorboard (TUB)	X X X X	X X	TUB ab 1.1.2012		
Extern Zertifizierte Zentren (minimum case load, FMH) - Brustzentrum - Amb. kardiale Rehabilitation - Amb. pulmonale Rehabilitation - Gefässzentrum (E 2011) - Schlafmedizin - Bariatrische Chirurgie (Zentrum)	X X X (X) X X			X	
Blutspendedienst (für TG)	X				
Speziell separierte Abteilungen - Klinik für Kinder und Jugendliche (KKJ), KSM - Palliative Care	X X				

* STGAG: Spital Thurgau AG (Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen); HNZB: Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG; SEES: Klinik Seeschau AG; Schloss M.: Klinik Schloss Mammern AG; VBK: Venenklinik Bellevue AG. In Kooperationen mit der STGAG oder weiteren zugelassenen Partnern erfüllen alle vier Privatspitäler der Spitalplätze Münsterlingen/Kreuzlingen ab 1.1.2012 die angelegten Kriterien für ihre Leistungsgruppen.
BP: Basispaket, BPE: Basispaket elektiv

Kinder und Jugendliche werden innerkantonale in der neu umgebauten Klinik für Kinder und Jugendliche des KSM Münsterlingen behandelt. Chirurgische Eingriffe und spezialisierte medizinische Interventionen erfolgen vor Ort in Kooperation mit den Fachärzten des Ostschweizer Kinderspitals und der Erwachsenen Chirurgie. Kinder mit psychiatrischen Diagnosen werden ebenfalls im Liaisondienst durch die Kinderpsychiater in der Klinik für Kinder und Jugendliche betreut.

Für die strategische Standort- und Bauplanung der kantonalen Spitäler gelten die Dokumente des Budgetprozesses 2011¹. Am Standort Münsterlingen stehen die Erneuerung des Eingangsbereichs (Projekt Lobby) und die Kernbereiche der Operationssäle, Intensivstation, Tageskliniken (Projekt 3i) für die Jahre 2011 bis 2015 an. Am Spitalstandort Frauenfeld folgt nach der erfolgreich abgeschlossenen Etappe Notfall- und Intensivstation ab 2012 bis 2018 der Neubau des Bettenhochhauses und der technischen Einrichtungen sowie des Operationsbereichs. Beide Bauprojekte sind am künftigen Bedarf auszurichten.

Ein Neubau ist für die Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG auf dem Spitalplatz Münsterlingen geplant. Mit diesem Bau können die Kapazitäten und Synergien zwischen den medizinischen und chirurgischen Fachgebieten der Spital Thurgau AG mit dem Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG sowie in der Notfallversorgung und der betriebswirtschaftlichen Erbringung von Supportleistungen (z. B. Radiologie) optimiert werden. Die Zusammenarbeit in allen Fachbereichen wird in einem Kooperationsvertrag geregelt.

Die Privatkliniken Venenklinik Bellevue AG und Klinik Seeschau AG haben ihren Ausrichtungen entsprechende Umbauten kürzlich abgeschlossen. Die Bauinfrastrukturen entsprechen den baulichen Anforderungen der neu als Leistungsgruppen mit elektivem Charakter bezeichneten Fachgebiete. Zur Erbringung weiterer Leistungen der Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie der Geburtshilfe gelten erhöhte Anforderungen an die Verfügbarkeit und die Infrastruktur. Für die Erbringung der bisherigen Leistungen haben beide Kliniken gültige Kooperationsvereinbarungen mit zugelassenen externen Partnern und Akutspitalern getroffen. Neue leistungsspezifische Auflagen für die bisherige Tätigkeit sind ab 2012 in entsprechenden Kooperationsvereinbarungen zu erfüllen.

7.2.2. Ausserkantonale Versorgungsstrukturen Kinder und Jugendliche

Der Kanton Thurgau ist einer der Trägerkantone des Ostschweizer Kinderspitals (siehe Kap. 6.3). Neben medizinisch bedingten Zuweisungen nutzen vor allem auch die Bezirke Arbon und Münchwilen den direkten Zugang ins Kinderspital mit Standort in der Stadt St. Gallen. Der Versorgungsanteil des Ostschweizer Kinderspitals an den unter 18-Jährigen beträgt 12.4 %. Bei medizinischer Indikation für eine Hospitalisation in einem universitären Zentrum werden Kinder im Universitätskinderspital in Zürich akut behandelt (Versorgungsanteil 2.5 %). Die Inanspruchnahme der pädiatrischen Abteilung des Kantonsspitals Winterthur ist demgegenüber gering.

In Umkehrung der Verhältnisse in der Erwachsenenmedizin ist bei Kindern in ca. 80 % der Fälle von Notfalleinweisungen auszugehen.

¹ Strategisches Konzept: Bauprojekte der Spital Thurgau AG 2010 – 2018, Dr. Marc Kohler, 30.8.2010

7.2.3. Ausserkantonale Versorgungsstrukturen Erwachsene

Als innerkantonal nicht behandelbare Erkrankungen, Unfälle und als Notfälle wurden im Jahre 2008 lediglich 5.6 % der gesamten behandelten Fälle über eine Kostengutsprache des Kantonsarztes ausserkantonale behandelt. Soweit es sich um sog. medizinisch indizierte ausserkantonale Hospitalisationen in spezialisierten und universitären Zentren handelte, erfolgte die Mehrheit im Zentrumsspital Kantonsspital St. Gallen und im Universitätsspital Zürich.

Insgesamt 12.3 % der Patienten und Patientinnen beanspruchten Leistungen trotz Ablehnung der Kostengutsprache durch den Kantonsärztlichen Dienst in ausserkantonalen Spitälern. Weiter liessen sich rund 7.2 % der Patienten und Patientinnen in ausserkantonalen Spitälern behandeln, ohne eine Kostengutsprache verlangt zu haben. Die Krankenversicherer sind zur Dämpfung der Kosten in der Zusatzversicherung auch darauf bedacht, dass die Kantone die Mitfinanzierung mangels Angebot im eigenen Kanton tatsächlich leisten. Somit ist die Anzahl sog. medizinisch indizierter ausserkantonaler Hospitalisationen, die nicht als solche deklariert und dem Kanton in Rechnung gestellt wurden marginal.

19.5 % der Fälle wurden freiwillig ausserkantonale behandelt, obwohl ein geeignetes innerkantonales Angebot bestanden hätte und keine Aufnahme- und Behandlungspflicht der Spitäler bestand. Diese Angebote wurden in Einrichtungen beansprucht, die für diese Leistungen nicht auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

Die ausserkantonalen Spitäler obliegen der Aufsicht der jeweiligen Standortkantone. Alle im Versorgungsbericht genannten Spitäler sind Listenspitäler der Standortkantone und sind für die Erbringung der Leistungen zugelassen; sie verfügen damit über die notwendigen Infrastrukturen.

7.3. Zu sichernder Bedarf in der Akutsomatik

7.3.1. Wahl des Bedarfsszenarios in der Akutsomatik

Im Versorgungsbericht wurde das tiefe Szenario mit einer Fallzunahme von durchschnittlich 13 % und das hohe Szenario mit einer Fallzunahme von insgesamt 20 % bis zum Jahr 2020 dargestellt. Ein Vergleich mit den Prognosen anderer Deutschschweizer Kantone zeigt, dass diese ähnliche Zuwachsraten wie das tiefe Szenario ausweisen. Der Kanton Thurgau hat eine vergleichsweise junge Bevölkerungsstruktur und verfügt über ein hohes Ausbaupotential in der Spitex-Betreuung durch eine optimale ambulante Akut- und Übergangspflege. Der Versorgungsgrad durch die Spitex liegt derzeit 20.6 % unter dem schweizerischen Schnitt (Pflegerstunden pro Einwohner²). Die ausgesprochene Stärke der innerkantonalen Spitäler in der ambulanten und tagesklinischen Tätigkeit kann auch in Zukunft weiter ausgebaut werden. Zudem ist das Potential der Spitäler zur vertikalen Vernetzung mit Primärversorgern ausserhalb der Klinik für eine optimale Verlagerung von stationären Leistungen noch nicht ausgeschöpft. Aus diesen Gründen wird das tiefe Szenario als Versorgungsbedarf gemäss Art. 58b Abs. 1 KVV ermittelt.

² Spitexstatistik des BFS, Gesundheitsdienste und Personal / Ambulante Dienste, www.bfs.admin.ch/bfs/

Für die Kapazitätsberechnung im Rahmen von geplanten Neubauprojekten wird den Listenspitälern im Zeithorizont 2020 der Mittelwert aus den Pflagetagen der beiden Szenarien „tief - Szenario ¼ Shortest „ und „tief – Szenario Kanton“ gemäss Versorgungsbericht Tab. B3.14 empfohlen. Damit könnte bei Bedarf die Fallzahl des höchsten Szenarios über drastische Kürzungen der Aufenthaltsdauern gemäss Szenario „¼ Shortest“ bewältigt werden. Derzeit liegt die Aufenthaltsdauer leicht unter dem schweizerischen Mittelwert.

Die Auswirkungen der freien Spitalwahl sind noch nicht bekannt. Sie sind zu monitorieren und bei der Bauplanung zu berücksichtigen.

7.3.2. Bedarfsdeckendes Versorgungsangebot

Aus dem fachspezifischen Gesamtleistungsbedarf des tiefen Szenarios ist in einem zweiten Schritt der mit der Spitalliste zu sichernde Bedarf zu ermitteln. Dieser ist einzelnen inner- und ausserkantonalen Spitälern zuzuweisen. Mit der Umsetzung der Planungsvorgaben des Bundes sind mit den zu vergebenden Leistungsaufträgen sowohl die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen (freier Zugang zur Leistung) als auch Überkapazitäten zu verhindern resp. abzubauen.

Mit der Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste sichert sich der Kanton insbesondere die Aufnahmepflicht im Listenspital. Als Abgeltung der Aufnahmeverpflichtung bezahlt der Kanton den ggf. höheren Tarif des gelisteten Spitals. Bei der neu eingeführten freien ausserkantonalen Spitalwahl in einem Nicht-Listenspital des Wohnkantons bezahlt dieser maximal den innerkantonalen Referenztarif (Art. 41 Abs. 1^{bis} und Abs. 1^{ter} KVG), bisher schuldete er keinen Beitrag. Mit der Anzahl der inner- und ausserkantonal vergebenen Leistungsaufträge je Leistungsgruppe steuert der Kanton indirekt auch die Leistungsmenge pro Standort und damit die Fixkosten pro Fall.

Bei zusätzlich separat erteiltem Leistungsauftrag für gemeinwirtschaftliche Leistungen übernimmt der Kanton zudem universitäre Lehr- und Forschungskosten sowie allfällige weitere Deckungslücken, insbesondere bei Universitäts- und Kinderspitälern.

Die relevanten rechtlichen Grundlagen für die Bestimmung des bedarfsdeckenden Versorgungsangebotes sind:

Art. 58b KVV Versorgungsplanung

¹ Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche.

² Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind.

³ Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste nach Art. 58e KVG zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.

Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG präzisiert die freie Spitalwahl:

^{1bis} Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste des Wohnkantons oder jenes des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspitäler).

Es sind somit auf der Spitalliste nicht einfach die bisherigen Patientenströme abzubilden, sondern insbesondere das bisher und zukünftig beanspruchte Angebot in Spitälern abzuziehen, die für diese Leistungen nicht auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sind. Aus gesundheitsökonomischer Sicht genügen für die Versorgung einer Bevölkerungszahl des Kantons Thurgau mit der guten verkehrstechnischen Erschliessung ein bis zwei stationäre Leistungsaufträge an zwei bis drei Standorten pro Fachbereich. Daher wird für jede Leistungsgruppe im Vergleich zur bisherigen Spitalliste evaluiert, ob die Anzahl der Leistungsaufträge zur Sicherung der Zugänglichkeit und Aufnahmepflicht erhalten bleiben kann oder ob ein zusätzlicher Leistungsauftrag zur Sicherung des Angebotes zu vergeben ist (vgl. Kap. 7.7).

7.4. Leistungszuteilung in der Akutsomatik

7.4.1. Leistungsgruppenkonzept in der Akutsomatik

Mit der Umstellung auf die leistungsorientierte Spitalplanung werden die Leistungsaufträge detaillierter und leistungsspezifischer. Im Auftrag der GDK wurden durch die Gesundheitsdirektion Zürich (GD Zürich) und die Gesundheits- und Fürsorgedirektion Bern (GEF Bern) die 27 Leistungsbereiche des Versorgungsberichtes in 145 Leistungsgruppen ausdifferenziert, wobei rund 20 Leistungsgruppen der Grundversorgung zuzurechnen sind und zu einer Leistungsgruppe „Basispaket“ zusammengefasst wurden. Die Leistungsgruppen stellen eine medizinische und ökonomische Aggregation der gesamten stationären Leistungen dar. Für jede Leistungsgruppe wurden Anforderungen definiert, die direkt als spezifische Evaluationskriterien für die Qualitätsbeurteilung angewendet werden können.

7.4.2. Leistungszuteilung und Evaluationskriterien der Leistungsgruppen

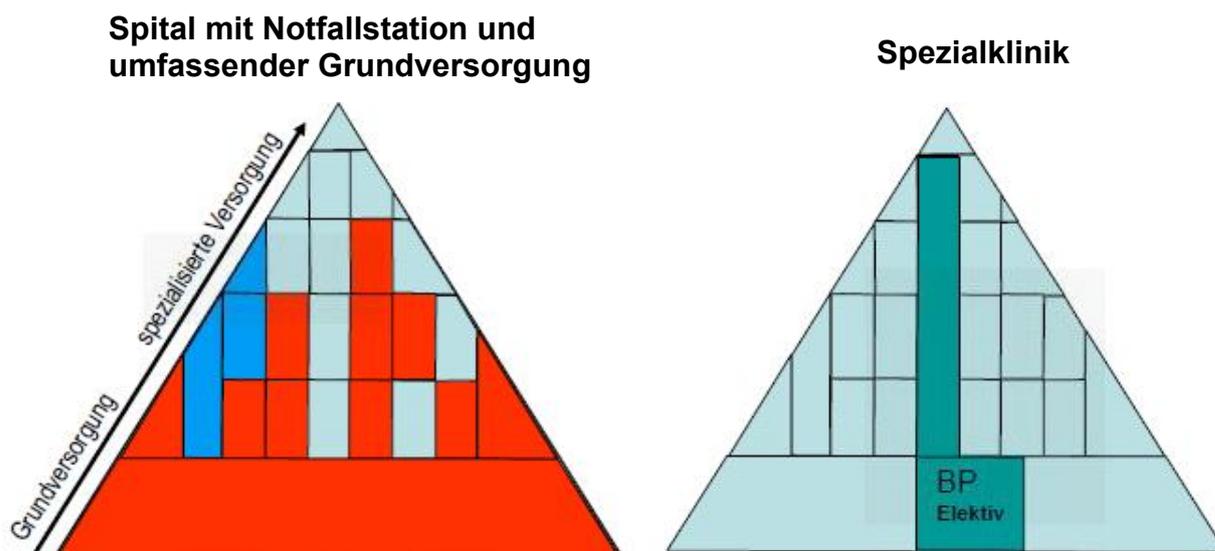
Die GD Zürich hat das Leistungsgruppenkonzept entwickelt. Es wurde über 100 Fachärzten verschiedener Zürcher Spitäler zur Prüfung unterbreitet. Aufbauend auf den zwei besonderen Leistungsgruppen, Basispaket (BP) und Basispakete Elektiv (BPE), sind alle Leistungen zugeordnet. Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das BPE ist dagegen Grundlage für Leistungserbringer, die primär elektiv tätig sind und über keine Notfallstation verfügen. In Spezialbereichen mit Ausnahmegewilligung tätige Spitäler (auf Basis der bisherigen Leistungserbringung) haben auch ohne Notfallstation die interne resp. externe Notfallversorgung für die betriebenen Leistungsgruppen gemäss Anforderungen zu gewährleisten.

Das Basispaket umfasst alle Leistungen der Basisversorgung in sämtlichen Leistungsbereichen (vgl. Abb. B7.1). Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärzten für Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärzten erbracht.

Das BPE ist ein Teil des Basispakets und umfasst nur Basisversorgungsleistungen, die notwendigerweise zur entsprechenden elektiven Leistungsgruppe gehören. Für die Leistungsgruppe Urologie umfasst das BPE alle urologischen Basisleistungen. Das BPE bildet die Basis für alle Spitäler ohne Notfallstation. Diese müssen eine Kooperation mit einem Spital mit Basispaket (Erreichbarkeit innert 10 Min.) vorweisen. Spitäler mit dem BPE können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen anbieten.

ten. Es handelt sich um die gleichen Leistungsgruppen, in denen im Kanton Thurgau auch die sog. interne Notfallversorgung als ausreichend erachtet wird: Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren, Ophthalmologie, Orthopädie, Rheumatologie und Urologie.

Abbildung C7.2: Leistungsgruppenkonzept mit Basispaket und Basispaket elektiv



GD Zürich, Leistungsgruppenkonzept Akutsomatik 2010

Die generellen und leistungsspezifischen Anforderungen umfassen folgende Aspekte:

1. Facharzt und Erreichbarkeit: Für jede Leistungsgruppe werden Anforderungen an die benötigten Fachärzte und deren zeitliche Erreichbarkeit festgelegt.
2. Notfallstation und Notfallversorgung: Je Leistungsgruppe wird die interne resp. externe Notfallversorgung rund um die Uhr gefordert. Das KSF Frauenfeld und das KSM Münsterlingen haben je eine Notfallstation zu führen.
3. Intermediate Care und Intensivstation: Für das Führen einer Intensivstation wird zwischen drei unterschiedlichen Levels unterschieden, die je nach Komplexität der Intensivbehandlung pro Leistungsgruppe vorgeschrieben wird. Level 1 bezeichnet die sog. Intermediate Care, Level 2 und 3 differenzieren die Intensivstation.
4. Verknüpfte Leistungen: Die Erbringung von Leistungen, die aus medizinischer Sicht eng verknüpft sind, werden an Auflagen zur Kooperation mit anderen Leistungserbringern geknüpft oder sind am gleichen Standort zu erbringen.
5. Tumorboard: Für eine optimierte und massgeschneiderte Behandlung nach modernsten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ist für gewisse Leistungsbe-
reiche die Partizipation an einem Tumorboard auszuweisen.
6. Mindestfallzahlen: Gemäss Art. 58b Abs. 5 Bst. c KVV beachten die Kantone bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität u. a. die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien. Die Vorgaben des Leistungsgruppenkonzeptes mit Mindestfallzahlen bei rund 30 Leistungsgruppen werden übernommen.

In den Querschnittsleistungsgruppen Akutgeriatrie, Palliative Care und akutsomatische Versorgung Abhängigkeitserkrankter werden im Leistungsgruppenkonzept drei Gruppen mit Komplexbehandlungen gebildet, die nach weiteren spezifischen Zuweisungskriterien von Patienten und Patientinnen mit unterschiedlichen Grunderkrankungen beansprucht werden. An die Leistungserbringer werden zusätzliche Qualitätsanforderungen gestellt. Jede Leistungsgruppe muss an mindestens einen Leistungserbringer vergeben werden.

Das Niveau der Leistungserbringung in den innerkantonalen Spitälern ist sehr hoch. Bis auf die Leistungsgruppen der Interkantonalen Vereinbarung für Hochspezialisierte Medizin (IVHSM) lassen sich viele der Leistungsgruppen nicht gesamthaft auf universitäre- und/oder spezialisierte Zentrumsspitäler zuordnen. Ein Teil der Behandlungen kann in einem Spital der Grund- und erweiterten Grundversorgung durchgeführt werden. Für einen anderen Teil der Leistungen der Gruppe bedarf es hingegen eines spezialisierten Zentrums. Gegenwärtig fehlt eine einheitliche und mit vernünftigem Aufwand praktikable Methodik, die Leistungsgruppen diesbezüglich weiter aufzuteilen. Die Entscheidung kann jedoch im Einzelfall durch den Kantonsärztlichen Dienst gefällt werden. Diese Einzelleistungen aus allen Leistungsgruppen sollen in der Thurgauer Spitalliste als universitärer / spezialisierter Leistungsauftrag vergeben werden.

7.5. Evaluationskriterien der Qualität in der Akutsomatik

Der Kanton Thurgau wendet zur Evaluation der Spitäler grundsätzlich die empfohlene Leistungsgruppierung und die spezifischen Anforderungen für die Vergabe der Leistungsaufträge auf der Spitalliste 2012 an. Soweit daraus an Spitäler mit bisherigem Leistungsauftrag und qualitativ-wirtschaftlich guter Leistungserbringung jedoch signifikant höhere und damit unnötig kostentreibende Anforderungen (z. B. Betrieb einer Notfallstation anstelle der externen Notfallversorgung, ärztlicher 24h-Präsenzdienst am Wochenende) gestellt werden müssten oder die Anforderungen unnötige erhebliche Ausweitungen des Leistungsauftrages nach sich ziehen würden (z. B. zusätzliche internistische Leistungen des Basispaketes), können aufgrund des steigenden Bedarfs für die bestehenden Kliniken institutionsbezogene Ausnahmegewilligungen für die bisher erbrachten Leistungen erteilt werden. Bedingung ist, dass diese Institutionen Kooperationen mit Listenspitälern oder zur OKP zugelassenen ambulanten Leistungserbringern eingehen, die alle Anforderungen erfüllen wie z. B. Erreichbarkeit der Notfall- und Intensivstation (innert 10 Min.). Die innerkantonale Zugänglichkeit zur Leistung wird damit prioritär gewichtet.

Als sogenannte „Inhouse“-Verknüpfungen anerkennt der Kanton Thurgau in Abweichung zum Standort gebundenen GDK-Konzept aufgrund der Nähe und Verbundenheit sowohl die innerhalb der Spital Thurgau AG bewilligten Spitalplätze als auch die eingegangenen Kooperationen zwischen den jeweiligen innerkantonalen Partnern Spital Thurgau AG, Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG, Klinik Seeschau AG und Venenklinik Bellevue AG, soweit die Kriterien wie Verfügbarkeit und Erreichbarkeit eingehalten sind und die Kooperationen vom Kantonsärztlichen Dienst geprüft und bewilligt wurden.

Im Besonderen wird die Leistungserbringung der Kooperation Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG mit der Spital Thurgau AG als integrales Kompetenzzentrum gewertet.

Mit den oben genannten Entwicklungen und Kooperationen soll die qualitativ gute und kostengünstige Versorgungsstruktur bei steigender Inanspruchnahme aufrecht erhalten und ausgebaut werden.

Nebst den formalen Evaluationskriterien ist bei der Vergabe von zusätzlichen Leistungsaufträgen für Listenspitäler ein homogenes, sich ergänzendes Angebot anzustreben. Wird für eine Leistungsgruppe ein zusätzlicher Leistungsauftrag vergeben, ist ein Spital zu berücksichtigen, das bereits für mehrere Leistungsgruppen des gleichen Bereichs qualifiziert und somit den Leistungsbereich als Ganzes erhält (z. B. Ophthalmologie). Ebenso sind Spitäler zu bevorzugen, deren Auftrag mit der Vergabe optimal ergänzt werden kann (z. B. Venenchirurgie durch Dermatologie/Venerologie). Weiterhin sollen sich in einer Region die erteilten Leistungsaufträge eher ergänzen als konkurrieren (z. B. Platz Kreuzlingen).

Die Spitäler benötigen für Leistungsgruppen mit hohem Anteil an ambulanter, tagesklinischer chirurgischer Tätigkeit die Möglichkeit zur stationären Aufnahme, damit die Patientensicherheit gegeben ist und Notfallverlegungen zwischen Spitälern vermieden werden können (z. B. Ophthalmologie, Orthopädie, Urologie).

Bei vergleichbarer Qualität und Wirtschaftlichkeit sind in der Versorgungsregion liegende (innerkantonale) Spitäler zu bevorzugen.

7.6. Evaluationskriterien der Wirtschaftlichkeit in der Akutsomatik

Die Wirtschaftlichkeit ist aus zwei Blickwinkeln zu betrachten. Erstens ist die bedarfsdeckende Anzahl zu vergebender Leistungsaufträge für eine optimale Versorgungsstruktur zu beachten und zweitens ist die Wirtschaftlichkeit des einzelnen für die Vergabe in Frage kommenden Spitals massgebend.

Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des einzelnen Spitals kann nur integral für den Leistungserbringer mit allen Standorten und für alle derzeit erbrachten Leistungsmengen erfolgen. Würde einem Spital ein Leistungsauftrag entzogen, werden die anderen Leistungen unwirtschaftlicher und teurer, da die Fixkosten auf weniger Leistungen aufgeteilt werden müssen. Umgekehrt wird ein Spital bei Erteilung zusätzlicher Leistungsaufträge die einzelne Leistung günstiger erbringen können, solange keine Fixkostensprünge in Folge erhöhter Anforderungen (24h-Verfügbarkeit), zunehmender Komplexität oder unwirtschaftlicher Grösse der Infrastrukturen anfallen. In Anbetracht des zunehmenden Bedarfs sind daher bisher innerkantonale erteilte Leistungsaufträge grundsätzlich aufrecht zu erhalten.

Die innerkantonalen Privatkliniken Seeschau AG, Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG, Venenklinik Bellevue AG und Klinik Schloss Mammern AG können aufgrund der eingeschränkten, z. T. sehr spezialisierten Leistungsspektren derzeit nicht direkt verglichen werden. Sie sind aus wirtschaftlichen Gründen auf Basis der eingereichten Kostenträgerrechnungen und gültigen Tarifverträge in die Evaluation einzuschliessen.

Von den ausserkantonalen Spitälern mit relevanten Fallzahlen arbeiten das KS St. Gallen (KSSG) und das Universitätsspital Zürich (USZ) deutlich teurer (> 15 %) als die Spital Thurgau AG. Die Versorgungsanteile für die Thurgauer Bevölkerung lagen im Jahr 2008 bei 1.8 % im USZ und 6.9 % im KSSG. Über 45 % der Hospitalisationen im USZ und 3/4 derjenigen im KSSG erfolgten im Jahr 2008 nicht aufgrund eines innerkan-

tonal fehlenden Angebotes oder eines Notfalls, sondern aufgrund freier Wahl mit Finanzierung durch Zusatzversicherungen oder Selbstzahler. Die beiden Spitäler werden zwar nicht grundsätzlich als unwirtschaftlich eingestuft und aus der Evaluation ausgeschlossen, sie sind jedoch für die Vergabe ganzer Leistungsgruppen nur einzubeziehen, soweit diese Aufträge aufgrund eines innerkantonal fehlenden medizinischen Angebotes erteilt werden (gemäss Kap. 7.7 Punkt 4).

Grundsätzlich ist für die wirtschaftliche Grösse von Leistungsaufträgen davon auszugehen, dass rein quantitativ für die Thurgauer Bevölkerung mit insgesamt 30'000 Fällen pro Jahr ein einziger Leistungsauftrag (pro Fachbereich) ausreichend wäre. Die Versorgung erfolgte jedoch bisher in verschiedenen Versorgungsstrukturen mit zwei Leistungsaufträgen und mehrheitlich drei Standorten pro Leistungsgruppe. Wenn diese Angebote in langfristig gesicherten Infrastrukturen vergleichsweise wirtschaftlich erbracht werden, gibt es keinen Grund, die entsprechenden Infrastrukturen aufzugeben. Im Hinblick auf die innerkantonal und in den umliegenden Kantonen anstehenden umfassenden Erneuerungsprojekte ist zu evaluieren, ob zusätzliche Leistungsaufträge zu erteilen sind und, wenn ja, in welchen Leistungsgruppen (vgl. Kap 7.7).

Die Anzahl der erteilten Leistungsaufträge ist aus wirtschaftlicher Sicht in denjenigen Leistungsgruppen minimal zu halten, wo hohe Vorhalte-, Infrastruktur- und Personalkosten anfallen. Dies sind Leistungsgruppen, welche als Voraussetzung das Basispaket mit Notfallstation haben, und solche mit Intensivstation (Level 2 und 3). Grundsätzlich wird in diesen Gruppen die Zahl der Leistungsaufträge durch die Erreichbarkeit im Notfall und die Sicherung der universitären Leistungen bestimmt. Auf jeden Fall ist eine Konzentration auf wenige Leistungserbringer anzustreben. Die Forderung zur Konzentration gilt umso ausgeprägter, je kleiner die Fallzahlen im Leistungsbereich sind.

Qualität und Wirtschaftlichkeit werden auch durch konkurrenzierende Angebote gefördert. Dies gilt für Leistungsgruppen mit vorwiegend elektivem Charakter, hohen Fallzahlen und hohen Wachstumsraten (z. B. Orthopädie). Ausserkantonale Listenspitäler fördern durch die freie Spitalwahl automatisch die Qualitätskonkurrenz. Wenn sie zudem nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind, fördern sie zusätzlich die Preiskonkurrenz. Ihnen wird maximal der Referenztarif durch OKP und öffentliche Gelder bezahlt. Leistungsanbieter auf der Spitalliste werden ihre Leistung trotz Aufnahmeverpflichtung möglichst kostengünstig anbieten, damit der Referenztarif nicht steigt. Ausserkantonale Spitäler, die an einer Patientenaufnahme interessiert sind, werden ihre Leistungen optimieren, damit ihr Vertragstarif unter dem oder im Bereich des Referenztarifes zu stehen kommt. Mit der Aufnahme des Leistungserbringers auf die Spitalliste entfällt dieser Konkurrenzdruck, da allfällige Preisdifferenzen durch OKP und öffentliche Hand und nicht durch Patienten und Patientinnen resp. Zusatzversicherungen zu zahlen sind.

Ökonomische Vorteile werden innerhalb eines Unternehmens allgemein schneller und effizienter realisiert als in firmenübergreifenden Kooperationen. Bei Leistungsgruppen mit ambulantem Verlagerungspotential ist daher aus ökonomischer Sicht bei der Leistungsvergabe die Reihenfolge zu beachten:

1. Aufbau am gleichen Standort innerhalb eines Leistungsauftrages vor Ort (innerkantonal).

2. Aufbau an einem zusätzlichen Standort, jedoch innerhalb eines Leistungsauftrages wohnortnah.
3. Vergabe eines zusätzlichen Leistungsauftrages mit einem zusätzlichen Standort.

7.7. Evaluation zusätzlicher Leistungsaufträge

Ausgehend von den Evaluationskriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit wird mit einem Raster bewertet, ob in einer Leistungsgruppe zusätzlich zu den heute innerkantonal bestehenden Leistungsaufträgen (mehrheitlich zwei pro Leistungsgruppe) ein weiterer Auftrag zu vergeben ist. Davon ausgenommen sind universitäre resp. spezialisierte Zentrumsleistungen. Diese werden an die strategischen Partner vergeben. Für sie ist weiterhin eine Kostengutsprache im Sinne eines Indikationsentscheides zur Abgrenzung des Finanzierungsbeitrages notwendig.

Folgende Evaluationskriterien werden für den Entscheid eines zusätzlichen Leistungsauftrages angewendet:

1. Wettbewerb: In den Leistungsgruppen mit elektivem Charakter fördert Wettbewerb auch Qualität und Wirtschaftlichkeit. An diesem Wettbewerb sollen alle Spitäler gleichermaßen partizipieren können. Es sind daher für alle ausserkantonalen Spitäler gleiche Bedingungen zu schaffen. Durch die Aufnahme von Privatkliniken auf Spitalisten in anderen Kantonen werden die Patientenströme in den elektiven Bereichen noch stärker als bisher durch ausgezeichnete Chefärzte, Qualität und Kundenorientierung bestimmt. Es werden nicht mehr nur Personen mit halbprivater und privater Zusatzversicherung diese Privatkliniken aufsuchen können. Es ist ausserkantonal mit einer deutlichen Verlagerung der Inanspruchnahme von öffentlichen Spitälern hin zu Privatspitälern zu rechnen. In elektiven Leistungsbereichen wird aus diesen Gründen ausserkantonal kein Leistungsauftrag erteilt (vorbehalten bleibt Punkt 4.). Die Patienten und Patientinnen haben die freie Spitalwahl unter allen Listenspitälern. Sie entscheiden selbst, ob sie allfällig höhere Tarife als den kantonalen Referenztarif gemäss Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG finanzieren wollen. Nur die Listenspitäler haben Aufnahmepflicht und ausreichend Kapazitäten z. B. für kurzfristige (nicht planbare) Hospitalisationen aus elektiven Bereichen vorzuhalten.
2. Ambulante Leistungen / Ergänzung des Angebotes: In Leistungsgruppen mit überwiegend ambulanten Leistungen, Leistungsgruppen mit weiterem Verlagerungspotential stationär zu ambulant sowie Leistungsgruppen, die im Versorgungsgebiet das Angebot des Spitals ergänzen, sollen weitere Aufträge geprüft werden. In Frage kommen nebst elektiven Leistungsgruppen Bereiche, die mit Belegärzten arbeiten können und keine teuren Infrastrukturen benötigen. Weitere einschränkende Bedingungen sind nachstehend unter Punkt 3 ersichtlich. Als zusätzliche Leistungsaufträge kommen Dermatologie und Rheumatologie in Frage.
3. Konzentration: In den nicht-elektiven, kostenintensiven Leistungsgruppen soll eine möglichst grosse Konzentration der Leistungen auf wenige Kompetenzzentren angestrebt werden. Kostenintensive Leistungsbereiche sind solche mit Intensivstation, In-house-Kooperationen und festangestellten Ärzten in Spezialdisziplinen. Dazu zählen insbesondere die vernetzten Fachgebiete der Inneren Medizin mit der Chirurgie in

den Bereichen Herz-Lunge-Kreislauf, Zentral- und peripheres Nervensystem und Magen-Darm mit den notwendigen Subdisziplinen. Dies gilt ebenso für Leistungsbe-
reiche mit tiefen Fallzahlen (< 500 Fälle pro Jahr entsprechend durchschnittlich zwei
Fällen pro Arbeitstag) wie Nuklearmedizin oder Interventionelle Radiologie. In diesen
Leistungsbereichen soll vorbehältlich Punkt 4 kein zusätzlicher Leistungsauftrag erteilt werden, die innerkantonalen Kliniken haben zugesichert, dass ausreichend quali-
tative und quantitative Kapazitäten vorhanden sind.

4. Zusätzliches Angebot: Der Anteil der ausserkantonale erbrachten Fälle gibt einen Hinweis darauf, ob ein zusätzlicher Leistungsauftrag erteilt werden soll. Wenn ein oder mehrere ausserkantonale Spitäler jeweils mehr als 10 % der Fälle erbracht haben, handelt es sich um eine relevante Menge, die für die zusätzliche Vergabe eines Leistungsauftrages spricht. Wenn zudem innerkantonale weniger als 50 % der Fallzahl in einer nicht-elektiven Leistungsgruppe erbracht wurde, soll ein zusätzlicher Leistungsauftrag erteilt werden. Einzige Ausnahme ist, wenn nachweisbar in 2010 und 2011 innerhalb eines Leistungsauftrages ein Angebot neu geschaffen wurde (z. B. Bariatrische Chirurgie).

Da es sich um einen Mangel aus medizinischen Gründen (Komplexität der Behandlung) und nicht aufgrund mangelnder Kapazität handelt, ist dieser zusätzliche Leistungsauftrag an dasjenige Spital zu vergeben, das qualitativ das gesamte Spektrum des Leistungsbereiches erbringen kann und bereits einen Versorgungsanteil hat.

5. Auch wenn mehrere ausserkantonale Leistungserbringer über 10 % der Fälle in einer Leistungsgruppe leisten, ist die Vergabe eines einzigen zusätzlichen Leistungsauftrages ausreichend. Zur Vereinfachung der Abwicklung kann bei zusätzlicher Vergabe von Leistungsgruppen einem Spital auch der ganze Leistungsbereich beauftragt werden.
6. Rechtskräftige Entscheidungen der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) haben übergeordnete Bedeutung für die kantonale Spitalliste. Bestehende Leistungsgruppen werden um die Leistungen der IVHSM reduziert. Die Behandlungen der IVHSM sollen von allen dafür zugelassenen Zentren ausgeführt werden können.

Für den Kanton Thurgau geht es insgesamt primär darum, den qualitativen Bedarf zu decken. Die quantitativen Kapazitäten sind vorhanden oder können falls notwendig (in naher Zukunft) innerhalb der Leistungsaufträge geschaffen werden.

Die Ergebnisse der Evaluation nach den oben genannten Kriterien zu den zusätzlichen Leistungsaufträgen sind in Anhang 3 zusammengestellt.

8. Spitalliste Akutsomatik 2012

8.1. Zuteilung der Leistungsaufträge Akutsomatik

Ein Ersatz der innerkantonal erteilten Leistungsaufträge durch ausserkantonale Aufträge ist weder aus Bedarfs-, Qualitäts- noch aus Kostengründen angezeigt. Die Standorte der Leistungsaufträge auf den Spitalplätzen Frauenfeld, Münsterlingen/Kreuzlingen werden weiterhin als richtig beurteilt. Sie ermöglichen auch die gute Zugänglichkeit in Notfallsituationen. Die Spital Thurgau AG, die Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG, die Klinik Seeschau AG und die Venenklinik Bellevue AG erfüllen in den gegenseitigen Kooperationen für ihre Leistungsgruppen die angelegten Kriterien. Ebenso ist die Ansiedlung eines weiteren Leistungserbringers im Rahmen der Spitalplanung 2012 im Kanton nicht opportun. Zusätzliche Leistungsaufträge können an bestehende inner- und ausserkantonale Spitäler vergeben werden. Innerhalb der Leistungsaufträge können weitere Kapazitäten in bestehenden renovierten Räumlichkeiten geschaffen werden.

Die gemäss Kapitel 7.7 in Anhang 3 ermittelten zusätzlichen Leistungsaufträge werden, wie in Tabelle C8.1 dargestellt, an die in die Evaluation einzubeziehenden Leistungserbringer gemäss Kap. 6.2 und Anhang 2 aufgrund der Kriterien von Kap. 7.4 bis 7.7 vergeben.

Die Leistungsgruppen Hals-Nasen-Ohren (HNO 1 bis 1.3.1) und die Leistungsbereiche Augen und Hämatologie werden als Ganzes vergeben, soweit die Leistungserbringer die Anforderungen erfüllen, auf eine weitere Differenzierung wird verzichtet. Dies gilt innerkantonal zusätzlich für den Leistungsbereich Urologie. (Bezeichnung in Tabelle C8.1: Leistungsbereich integral vergeben).

Tabelle C8.1 (Teil 1): Zuteilung zusätzlicher Leistungsgruppen an Leistungserbringer

Leistungsgruppe zusätzlicher Auftrag (LA)		weiterer (LA) Auftrag	an Leistungserbringer			Bemerkung zum Leistungsauftrag (LA) Leistungsbereich (LB)
Kinder, Jugendliche ≤ 17 Jährig	Alle Leistungsgruppen	Strat. Partner	OKS	Kispi ZH		Strategische Partner
Pädiatrie Kinderchirurgie	KINM	Strat. Partner	OKS	Kispi ZH		Strategische Partner
	KINC	Strat. Partner	OKS	Kispi ZH		Strategische Partner
	KINBasis	Strat. Partner	OKS	Kispi ZH		Strategische Partner
Universitäre und spezialisierte Zentrumsleistung	Einzelleistungen aller Gruppen	Strat. Partner	KSSG	USZ Balgrist	Insel BE	Auf Indikationsentscheid (KoGu) hin

KSSG: Kantonsspital St. Gallen; Kispi ZH: Kinderspital Zürich; OKS: Ostschweizer Kinderspital; USZ: Universitätsspital Zürich sowie Uniklinik Balgrist; Insel BE: Universitätsspital Inselspital Bern; IVHSM: Rechtskräftige Entscheide gemäss Interkantonaler Vereinbarung über die Hochspezialisierte Medizin. KoGu: Kostengutsprache.

Tabelle C8.1 (Teil 2): Zuteilung zusätzlicher Leistungsgruppen an Leistungserbringer

Leistungsgruppe zusätzlicher Auftrag		weiterer Leistungs- auftrag	an Leistungserbringer			Bemerkung zum Leistungsauftrag (LA) Leistungsbereich (LB)
			KSSG	USZ	weitere	
Dermatologie	DER 1 und 2	Ja			VBK	Ergänzung LA
	DER 1.1 und DER 1.2	Ja		USZ		Zusätzlicher Auftrag
Hals-Nasen- Ohren / Kiefer	HNO	Ja		USZ		Zusätzlicher Auftrag
	HNO 1.3.2	IVHSM			IVHSM	IVHSM
	KIE 1	Ja		USZ		Zusätzlicher Auftrag
Neurologie	NEU 4 bis NEU 4.1	Ja			EPI**	**Leistungsgruppe neu geschaffen: Epilepsie
Ophthalmologie	AUG	Ja		USZ		Zusätzlicher Auftrag
Hämatologie	HAE 1 – 4	Ja		USZ		Zusätzlicher Auftrag LB integral vergeben
	HAE 5	IVHSM			IVHSM	IVHSM
Interventionelle Radiologie	RAD 1	Ja		USZ		Spezialisiertes Angebot
Urologie	URO 1.1.7	Ja		USZ		Innerkant.integral LB
	URO 1.1.8	Ja		USZ		Zusätzlicher Auftrag
Pneumologie	PNE 1.2	Ja		USZ		Zusätzlicher Auftrag
	PNE 1.3	Ja		USZ		Spezialisiertes Angebot
Transplantation	TPL 1	IVHSM			IVHSM	IVHSM
Bewegungsapparat chirurgisch - Replantationen	BEW 11	Ja		USZ		Zusätzlicher Auftrag
Rheumatologie	RHE 1	Transfer			KSK	Transfer Auftrag
	RHE 2	Transfer			KSK	Transfer Auftrag
Plast. Chir. Transsexualität	PLC 1	Ja		USZ		Kein innerkantonaler Leistungsauftrag
Geburtshilfe	GEB 1.1.1	Ja		USZ		Spezialisiertes Angebot
Neugeborene	NEU 1.1.1	Ja		USZ		Spezialisiertes Angebot
Unfallchir. / -med.	UNF 1.1	Ja	KSSG	USZ		
	UNF 2	IVHSM			IVHSM	IVHSM

KSSG: Kantonsspital St. Gallen; USZ: Universitätsspital Zürich sowie Uniklinik Balgrist; VBK: Venenklinik Bellevue AG, Kreuzlingen; EPI: Epilepsieklinik Zürich; KSK: Spital Thurgau AG, Standort Klinik St. Katharinental; IVHSM: Rechtskräftige Entscheide gemäss Interkantonaler Vereinbarung über die Hochspezialisierte Medizin. KoGu: Kostengutspache.

Weiter werden mit der neuen Spitalliste bestehende Leistungsaufträge im Basispaket und Basispaket elektiv als Ausnahmebewilligung für bestehende Partner präzisiert. Ein Leistungsauftrag in der Rheumatologie wird an die Klinik St. Katharinental transferiert, die Leistungsgruppen Dermatologie 1 und 2 werden mit der Vergabe an die Venenklinik Bellevue AG für alle Patienten und Patientinnen zugänglich gemacht. Die Venenklinik Bellevue AG wird weiterhin als Wochenklinik im bestehenden Kapazitätsumfang geführt. Um die Wirtschaftlichkeit und effiziente Leistungserbringung sowie die innerkantonalen Leistungsmengen weiter zu erhöhen, wird der Spital Thurgau AG gestattet, in-

nerhalb des bestehenden Leistungsauftrages die Wochenklinik Venenklinik Bellevue AG für einfache elektive Wahlbehandlungen zu nutzen.

8.2. Abweichungen von der aktuellen Spitalliste

Im Bereich der Medizin existiert auf der aktuellen Spitalliste schweizweit einzigartig die sog. Nachbehandlung. Der Begriff wird von den Kliniken sehr unterschiedlich interpretiert, von akuten Behandlungen von Patienten in den Rehabilitationskliniken mit hohem Risiko zu Instabilität und überwachungspflichtigen Patienten (z. B. in der Klinik Schloss Mammern AG), welche auf der neuen Spitalliste als Frührehabilitation in den Rehabilitationskliniken bezeichnet wird (siehe Rehabilitationsplanung), bis zur mehrheitlich pflegerisch-therapeutischen, aktivierenden Betreuung im Sinne der im KVG neu geschaffenen Akut- und Übergangspflege. Ab Inkraftsetzung der Spitalplanung und -finanzierung 2012 hat die Zuweisung der Patienten und Patientinnen gemäss einheitlichen Kriterien in die Bereiche Frührehabilitation, Rehabilitation und Akut- und Übergangspflege zu erfolgen (vgl. Kap. 9). Beispielsweise sollen Nachbehandlungen im Sinne der muskuloskelettalen Rehabilitation auch als solche deklariert und die Kliniken unter diesem Titel auf der Spitalliste Rehabilitation geführt werden. Alle Leistungsaufträge und Betriebsbewilligungen der Nachbehandlung werden aufgehoben. Spitäler, welche sich nicht für die Rehabilitation qualifizieren, können Anträge zur Aufnahme der Plätze auf die Pflegeheimliste für Langzeitpflege stellen. Die Bindersgartenklinik AG, Tägerwilen, und die Tertianum AG Neutal, Berlingen, hatten die Möglichkeit, an der Präqualifikation der Pflegeheime für die Akut- und Übergangspflege teilzunehmen.

Der bisherige Leistungsauftrag Medizin der Klinik Schloss Mammern AG in der gesamten Inneren Medizin wird in analoge, differenzierte Aufträge der Frührehabilitation umgewandelt (siehe Kap. 9, Rehabilitation). Die Klinik Schloss Mammern AG hat alle Anträge der Akutsomatik zurückgezogen und konzentriert sich vollumfänglich auf die Rehabilitation.

Der Leistungsauftrag Rheumatologie der Klinik kneipp-hof Dussnang AG wurde nicht mehr erfüllt und beansprucht; er wird an die Klinik St. Katharinental, Diessenhofen, übertragen.

Der zusätzliche Leistungsauftrag Dermatologie für Leistungsgruppen 1 und 2 wird innerkantonal an die Venenklinik Bellevue AG vergeben. Ihr Leistungsspektrum der Venenbehandlung wird optimal ergänzt. Komplexe dermatologische Behandlungen, die bisher zur Inanspruchnahme ausserkantonaler Zentrumsleistungen führten, werden durch eine Kooperation zwischen Universitätsspital Zürich und Spital Thurgau AG mehrheitlich innerhalb deren Leistungsauftrag im Kanton Thurgau erbracht. Damit Überweisungen an den Kooperationspartner in komplexen Fällen reibungslos erfolgen können, werden die zwei spezialisierten Leistungsgruppen (DER 1.1 und 1.2) auch an das Universitätsspital Zürich vergeben.

Der Spezialbereich traumatischer und nicht traumatischer Querschnittsyndrome wird der (Früh-)Rehabilitation zugeordnet. Die Akutbehandlung ist in den einzelnen Leistungsgruppen der Akutsomatik enthalten.

Die Querschnittsleistungsgruppen Akutgeriatrie und Palliative Care werden an den bisherigen Leistungserbringer, Spital Thurgau AG, vergeben. Nur Palliative Care ist jedoch als strukturelle Einheit (Palliativstation) zu führen.

Die Suchtbehandlung wird dem Bereich Psychiatrie zugeordnet. Die neue Querschnittsleistungsgruppe „Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker“ wird bis zu Regierungsratsbeschlüssen zu einem neuen Suchtkonzept Thurgau integral an die Spital Thurgau (Kantonsspitäler und Psychiatrie) vergeben.

Für den Bereich Epilepsie werden spezielle Leistungsgruppen (NEU 4 und 4.1) neu geschaffen. Das Schweizerische Epilepsiezentrum Zürich erhält diesen Leistungsauftrag ohne Indikationsentscheide zugeteilt. Im Rahmen der Abklärungen und Behandlungen von Epilepsien können auch Leistungen, welche in den Gruppen NEU 1 bis 3 codiert werden, ohne Indikationsentscheid erbracht werden.

Aufgrund der beanspruchten Leistungsmengen werden die Spitäler Balgrist und Schulthess Klinik für die bisher auf Kostengutsprache gelisteten Bereiche des Bewegungsapparates (Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulenchirurgie und Rheumatologie) nicht in die Evaluation für die Spitalliste einbezogen. Die Uniklinik Balgrist gilt jedoch für universitäre Leistungen als strategischer Partner. Eine Übertragung der Leistungsaufträge in die neue Spitalliste ist nicht angezeigt. Für die Patienten und Patientinnen ist mit zwei Leistungsaufträgen eine Auswahl mit freier Zugänglichkeit und voller Mitfinanzierung inkl. gemeinwirtschaftlicher Aufgaben gewährleistet. Über die freie Spitalwahl ist eine weitere Wahlmöglichkeit gegeben. Die spezialisierten Leistungen sind über die strategischen Partner abgedeckt.

Das USZ muss für verschiedene Leistungsgruppen die Aufnahmepflicht gewährleisten; sie sind ohne Kostengutsprache frei zugänglich. Demgegenüber muss das KSSG mit Ausnahme der Unfallmedizin/-chirurgie keine Aufnahmepflicht gewährleisten. Mit einem Indikationsentscheid des Kantonsärztlichen Dienstes kommt anstelle des innerkantonalen Referenztarifes derjenige des KSSG bis max. zum Referenztarif der Universitätsspitäler zur Anwendung.

In der Hochspezialisierten Medizin werden mit rechtskräftigen Entscheiden des Beschlussorgans der Interkantonalen Vereinbarung Hochspezialisierte Medizin (IVHSM) laufend neue sog. IVHSM-Leistungsgruppen ausgebildet. Alle gemäss rechtskräftigen Entscheiden qualifizierten Zentren werden auf die kantonale Spitalliste aufgenommen.

Für die universitären speziellen Zentrumsleistungen wird ein Leistungsauftrag für die Universitätsspitäler Zürich, inkl. Uniklinik Balgrist, und Inselspital Bern sowie das KSSG vergeben, der Einzelleistungen aus allen organspezifischen Leistungsgruppen gemäss Indikationsentscheid des Kantonsärztlichen Dienstes umfasst.

8.3. Beurteilung der Versorgungsstruktur

Mit der Klinik für Kinder und Jugendliche des KSM Münsterlingen und der umfassenden Leistung der beiden Kinderspitäler Ostschweizer Kinderspital St. Gallen und Kinderspital Zürich wird für Kinder und Jugendliche eine optimale, hochstehende Versorgung gewährleistet.

Mit der neuen Versorgungsstruktur sind in ausserkantonalen Spitälern Angebote für diejenigen Erwachsenen gut gesichert, die aus medizinischer Notwendigkeit aufgrund eines qualitativ fehlenden Angebotes und in Notfällen zu behandeln sind (5.6 % der Fälle). Aufgrund der freien Spitalwahl haben die Versicherten jederzeit auch die Möglich-

keit, Spitäler zu beanspruchen, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind, wenn diese Spitäler zur Aufnahme bereit sind.

Mit dem Neubau der Herz-Neuro-Zentrums Bodensee AG auf dem Spitalplatz Münsterlingen und der eingegangenen Kooperation mit der Spital Thurgau AG werden Patienten und Patientinnen in den Bereichen Kopf und Wirbelsäule sowie Herz und Kreislauf von einem qualitativ und quantitativ ausgebauten Angebot profitieren. Die ausserkantonale erbrachten Leistungen werden geringer werden. Die Vergabe weiterer Leistungsaufträge in diesen kostenintensiven Gebieten ist nicht angezeigt.

In den Leistungsbereichen mit unter 500 Fällen pro Jahr wie Endokrinologie, Nephrologie, Infektiologie, Thoraxchirurgie, Radio-(Onkologie) ist es grundsätzlich nicht sinnvoll, mehr als einen Leistungsauftrag zu erteilen. Es wird keine Öffnung der Spitalliste vorgenommen.

In den Leistungsbereichen mit mehrheitlich elektivem Charakter, insbesondere Urologie, Orthopädie und Gynäkologie ist die Auswahl an Spitälern ausreichend gross. Selbst wenn ausserkantonale Leistungserbringer, welche bisher über Zusatzversicherungen beansprucht wurden, nicht mehr bereit sein sollten, diese Patienten und Patientinnen aufgrund der freien Spitalwahl aufzunehmen, muss kurz- und mittelfristig nicht mit Versorgungsengpässen oder inakzeptablen Wartezeiten gerechnet werden. Das Konkurrenzangebot und die insgesamt zugänglichen Kapazitäten sind ausreichend. Mit der neuen Finanzierungsregelung wird es zu Verlagerungen von ausserkantonalen öffentlichen Spitälern in Privatspitäler kommen. Das Monitoring der Mengenentwicklung wird zeigen, welche Kapazitäten im Zuge der Erneuerungsbauten auf den Spitalplätzen Frauenfeld und Münsterlingen zu schaffen sind.

Allenfalls könnten Nachbarkantone in den Leistungsvereinbarungen regulatorisch auf öffentliche Standortspitäler einwirken, indem sie die Aufnahme von Patienten und Patientinnen generell untersagen, wenn das Spital nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons figuriert. Sie würden damit die freie Spitalwahl limitieren. Wenn Krankenversicherer ihrerseits ein Interesse an der Aufnahme von ausserkantonalen Patienten und Patientinnen in einem Spital haben, werden sie eine Tarifierung für die Zusatzversicherung „Allgemein ganze Schweiz“ prüfen. Sollten sich Leistungserbringer aus Wahlbehandlungen zurückziehen, sind bei den Neubauten zusätzlich benötigte Kapazitäten zu berücksichtigen.

Auf eine Öffnung der Spitalliste aus regionalpolitischen Gründen wird bewusst verzichtet. Mit der freien Spitalwahl ist der Zugang zu allen Listenspitalern aller Kantone gewährleistet, wenn sie ihre Leistungen effizient und wirtschaftlich (Referenztarif TG) für die Thurgauer Bevölkerung anbieten können und wollen. Der Zugang für die Notfallversorgung ist in allen Spitälern der ganzen Schweiz gewährleistet.

Der Regierungsrat will im Kanton Thurgau eine integrierte, qualitativ gute Spitalversorgung gewährleisten. Er fordert von allen öffentlichen und privaten innerkantonalen Spitälern enge Kooperationen. Mit der Spitalliste 2012 wird innerkantonal eine Konzentration der Leistungserbringung auf die Spitalplätze Frauenfeld und Münsterlingen/Kreuzlingen erfolgen. Ausserkantonale werden die medizinisch notwendigen Leistungen in den dafür spezialisierten Zentren konzentriert.

Die integrale Spitalliste ab 2012 ist in Anhang 6 dargestellt.

9. Evaluation in der Rehabilitation

9.1. Derzeitige Leistungsaufträge in der Rehabilitation

Die aktuelle Spitalliste A ist im Bereich der Rehabilitation heterogen gegliedert. Organ-spezifische Rehabilitationsbereiche sind an die Helios Klinik Zihlschlacht AG im Bereich Neurologie und an die Spital Thurgau AG, Standort Klinik St. Katharinental, Diessenhofen (KSK), im Bereich muskuloskelettale Erkrankungen vergeben. Der funktionale Ansatz wird mit einer sog. Akut-Rehabilitation bei der Klinik Schloss Mammern AG, Mammern, und in der geriatrischen Rehabilitation im Tertianum AG Neutal, Berlingen, und in der Klinik St. Katharinental umgesetzt. Die Klinik kneipp-hof Dussnang AG, Dussnang, die Klinik Schloss Mammern AG, Mammern und die Bindersgartenklinik AG, Tägerwilen, sind zudem im Fachbereich Medizin als Nachbehandlungskliniken gelistet.

Ausserkantonale sind auf Kostengutsprache hin die Uniklinik Balgrist in der Paraplegie und das Kinderspital Zürich (gemeint ist hier das Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche in Affoltern) sowie das Inselspital Bern (hier die Neurorehabilitation) auf der Thurgauer Spitalliste geführt.

9.2. Derzeitige Angebotsstrukturen in der Rehabilitation

Die bisherige Inanspruchnahme durch die Thurgauer Bevölkerung wurde in Kapitel 4 des Versorgungsberichtes nach Leistungsbereichen und Kliniken dargestellt.

9.2.1. Innerkantonale Versorgungsstrukturen in der Rehabilitation

Rund 2'000 Patienten und Patientinnen werden pro Jahr in den Rehabilitationskliniken des Kantons Thurgau behandelt. Dies entspricht rund 87.5 % der Leistungen. Bei detaillierter Betrachtung der unter verschiedenen Nomenklaturen ausgeführten Rehabilitationen sind innerkantonale drei Kliniken im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation tätig (Klinik St. Katharinental, kneipp-hof Dussnang AG, Klinik Schloss Mammern AG). Ebenfalls mehrheitlich muskuloskelettale Hauptdiagnosen werden in die Geriatrische Rehabilitation der Tertianum AG Neutal überwiesen. Die Helios Klinik ist auf neurologische (Früh-) Rehabilitation mit Hauptdiagnosen aus den Fachbereichen neurologische Erkrankungen und Verletzungen spezialisiert. Die Klinik Schloss Mammern AG deckt die kardiale, pulmonale, internistisch-onkologische und muskuloskelettale Rehabilitation ab. Sie erbrachte im Jahr 2008 zudem 43 akutmedizinische Fälle (ca. 1 % der entsprechenden Leistungsbereiche Kardiologie, Pneumologie, Rheumatologie).

Die Leistungserbringung der Bindersgartenklinik AG ist mehrheitlich auf die Nachbehandlung im Sinne der neuen Akut- und Übergangspflege von betagten Menschen ausgerichtet. Es ist keine tägliche ärztliche Betreuung notwendig, somit sind keine voll- oder teilzeitlich angestellten Ärzte permanent vor Ort verfügbar.

Die spezifische psychiatrische-sozialmedizinische Rehabilitation erfolgt in den psychiatrischen Kliniken sowie Sucht- und Behinderteneinrichtungen. Entsprechende psychiatrische Diagnosen sind nur soweit in somatischen Rehabilitationskliniken zu therapieren, als sie in Kombination mit wesentlichen Beschwerden anderer Rehabilitationsbereiche auftreten. Dafür wird bei Erfüllung der Voraussetzungen der Zusatz psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation an alle Rehabilitationskliniken vergeben.

Die Rehabilitationskliniken passen ihre Bauten stetig den Bedürfnissen an. Renovationen werden laufend geplant und umgesetzt. Alle Einrichtungen sind in gutem Zustand. Die Helios Klinik plant in Zihlschlacht einen Erweiterungsbau und den Umzug der Frührehabilitation sowie voraussichtlich sechs bis acht Beatmungsplätze im Neubau des Herz-Neuro-Zentrums Bodensee auf dem Spitalplatz Münsterlingen. Damit kann sie künftig die (Früh-)Rehabilitation aller neurologischen Patienten und Patientinnen mit Teil- oder Vollbeatmung umfassend erbringen.

9.2.2. Ausserkantonale Versorgungsstrukturen in der Rehabilitation

Aus Gründen des innerkantonale nicht verfügbaren Angebotes werden ausserkantonale ausschliesslich Kinder im Rehabilitationszentrum Affoltern und Spezialfälle der traumatischen und nicht traumatischen Querschnittsyndrome sowie beatmungspflichtige Patienten in spezialisierten Rehabilitationskliniken behandelt.

Insgesamt beanspruchten im Jahr 2008 knapp 12.5 % aller Fälle ein ausserkantonales Angebot. Der Anteil medizinisch indizierter Fälle und die Anteile einzelner Kliniken an der Versorgung der Thurgauer Bevölkerung sind nicht signifikant. Mit Ausnahme des Rehabilitationszentrums für Kinder und Jugendliche, Affoltern a. A., muss keine ausserkantonale Rehabilitationseinrichtung in die Evaluation einbezogen werden.

9.3. Zu sichernder Bedarf in der Rehabilitation

9.3.1. Wahl des Bedarfsszenarios in der Rehabilitation

Im Versorgungsbericht wurden drei Szenarien (tief, mittel, hoch) mit Fallzunahmen zwischen 23 % bis 30 % bis 2020 dargestellt. Die Rehabilitation wird im Wesentlichen durch die Entwicklung in der Akutsomatik geprägt. Kongruent zur Wahl in der Akutsomatik wird daher bei der Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen auf das tiefe Szenario in der Rehabilitation abgestellt. Aufgrund der recht homogenen Verteilung der Aufenthaltsdauern innerhalb der ICD-Gruppen wird die Spitalliste Rehabilitation analog zur Akutsomatik leistungsorientiert ausgestaltet.

Der Anteil ausserkantonaler Patienten und Patientinnen in Thurgauer Rehabilitationskliniken übersteigt den innerkantonalen Anteil deutlich. Die Kapazitäten für alle drei Szenarien der Rehabilitation, soweit sie innerkantonale erbracht werden können, sind in den bestehenden Einrichtungen vorhanden. Die Prognosen der Pflagege haben daher keine Relevanz.

9.3.2. Bedarfsdeckendes Versorgungsangebot

Der ermittelte fachspezifische Gesamtleistungsbedarf des tiefen Szenarios ist einzelnen inner- und ausserkantonalen Rehabilitationskliniken zuzuweisen. Ausserkantonale muss die Aufnahmepflicht lediglich für Kinder und Jugendliche sowie für Spezialfälle traumatischer und nicht traumatischer Querschnittsyndrome wie bis anhin gesichert werden.

9.4. Leistungszuteilung in der Rehabilitation

9.4.1. Leistungsgruppen in der Rehabilitation

Für die Durchführung von Rehabilitationsmassnahmen müssen immer kumulativ die Voraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit³, der Rehabilitationsfähigkeit⁴ sowie des Rehabilitationspotenzials⁵ gegeben sein.

Analog zur Akutsomatik sollen über die Kantonsgrenzen hinaus Transparenz und Vergleichbarkeit gefördert werden. Die Leistungsgruppierung folgt daher grundsätzlich den Zuteilungskriterien der Züricher Rehabilitationsplanung. Sie wird bei den Erwachsenen wie in anderen Kantonen durch eine Leistungsgruppe geriatrische Rehabilitation ergänzt, auch weil im Kanton Thurgau kein Zentrum für Akutgeriatrie zur Verfügung steht, die Teile der geriatrischen Rehabilitation übernehmen könnte. Eine psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation wird nicht separat ausgeschieden, sondern in den organspezifischen Leistungsgruppen als Zusatz geführt. Grund dafür ist, dass die spezifische psychiatrische und sozialmedizinische Rehabilitation grundsätzlich in den psychiatrischen Kliniken stattfinden soll. Zusätzlich wird die rehabilitative Intensivbehandlung bei traumatologischen und nicht traumatologischen neurologischen Erkrankungen zukünftig auch in der Helios Klinik als Teil ihres Leistungsauftrages erbracht.

Ansonsten folgt die Thurgauer Planung inklusive Definitionen und Zuordnungskriterien dem Züricher Modell⁶.

Die erbrachten Leistungen werden für die Zuordnung und qualitative Abgrenzung mittels folgender Patientenmerkmale näher beschrieben:

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

Für die Abgrenzung zur geriatrischen Rehabilitation siehe Kap. 9.4.4. Die Leistungsaufträge in der Rehabilitation werden wie folgt strukturiert (siehe auch Anhang 4):

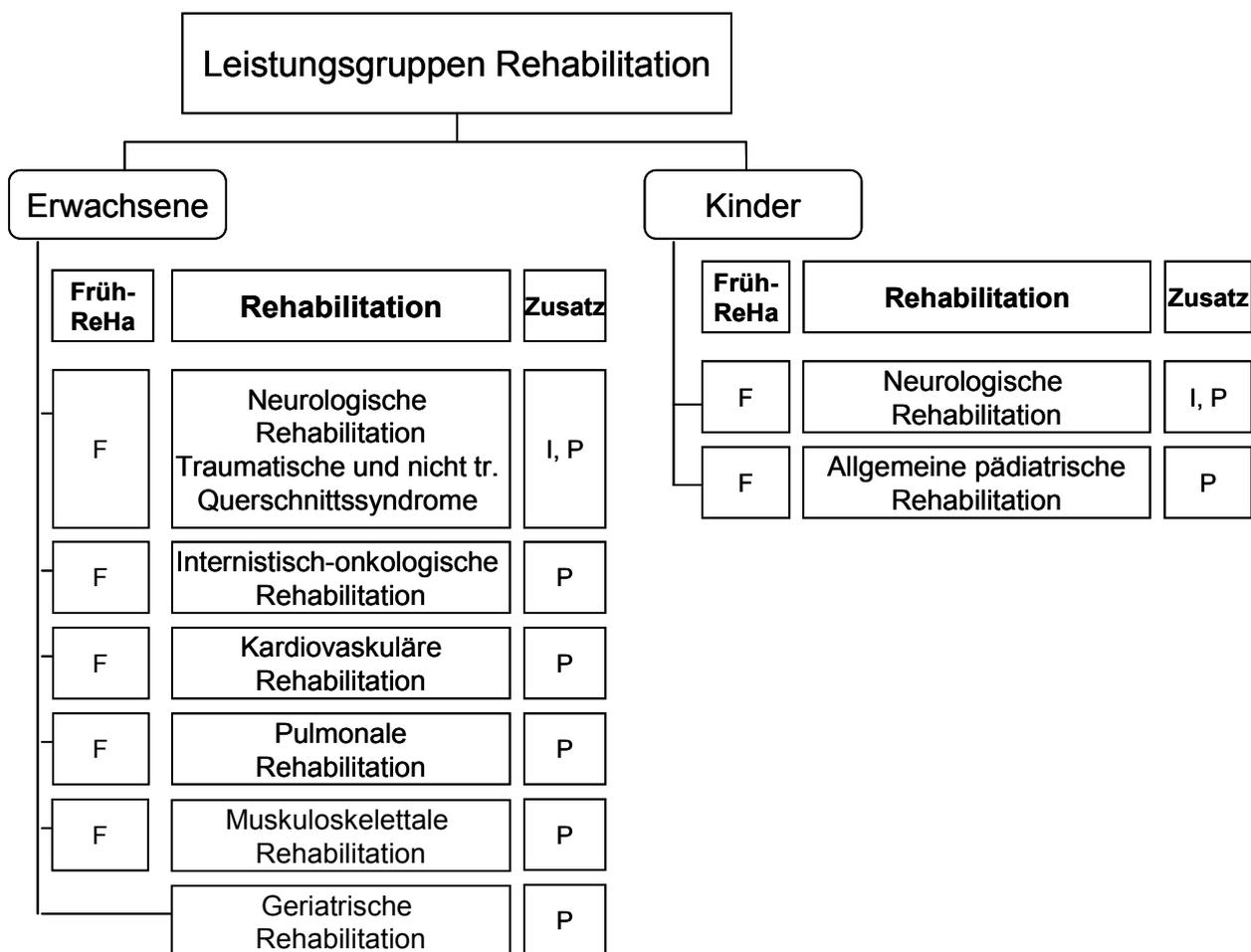
³ Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn die Funktionsfähigkeit als Folge einer Schädigung über die kurative Versorgung hinaus bedroht, eingeschränkt oder gar inexistent ist und mittels Rehabilitation die Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen vermieden, beseitigt, verbessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann.

⁴ Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische oder psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulassen.

⁵ 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 Rehabilitationspotenzials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit.

⁶ Zürcher Spitalplanung 2012, Kriterien übernommen in www.gesundheitsamt.tg.ch

Abbildung C9.1: Leistungsgruppierung in der Rehabilitation



Grafik auf Basis des Kantons Zürich adaptiert. FrühReHa F: Frührehabilitation; Zusatz I: rehabilitative Intensivbehandlung (inkl. Teil- und Vollbeatmung); Zusatz P: Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation

9.4.2. Rehabilitation Kinder und Jugendliche

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (analog zur Akutsomatik 0 bis 17 Jährige) unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der Rehabilitation im Erwachsenenbereich. Sie wird daher separat in zwei Leistungsbereichen als allgemeine pädiatrische Rehabilitation und neurologische Rehabilitation geführt.

9.4.3. Frührehabilitation

Die Frührehabilitation (intensive, überwachungspflichtige rehabilitative Massnahmen) umfasst die zweite, weniger intensive Phase der Akutbehandlung, d.h. die erste akutmedizinische Versorgung des Patienten und der Patientin⁷ ist zum Zeitpunkt des Übertritts in die Rehabilitationseinrichtung weitgehend abgeschlossen.

Als Frührehabilitation wird die gleichzeitige akutmedizinisch-kurative und rehabilitative Behandlung von Patienten und Patientinnen mit einer akuten Gesundheitsstörung (ICD⁸) und relevanter Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit gemäss ICF⁹ (Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Teilhabe), die der Infrastruktur einer Überwachungseinheit bedarf, mit folgenden Zielen definiert:

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

Frührehabilitationspatienten und -patientinnen sind nicht mehr invasiv beatmungsbedürftig und weisen für eine Rehabilitationsbehandlung genügend stabile Vitalfunktionen auf, bedürfen aber der Infrastruktur einer Überwachungseinheit.

Das Ausgangskriterium „Rehabilitationsfähigkeit“ am Ende der Phase Frührehabilitation bildet somit die Eingangsvoraussetzung für die weiterführende Phase der Rehabilitation. Die Rehabilitationsfähigkeit kann somit als virtuelle Grenze zwischen den beiden Behandlungsphasen gesehen werden. In komplexen Rehabilitationsprozessen können Phasen der Frührehabilitation auch im Verlauf der weiterführenden Rehabilitation notwendig sein.

Die Frührehabilitation darf nicht mit einer Differenzierung nach Schweregrad innerhalb der weiterführenden Rehabilitation mit dem Ziel der Wiedereingliederung ins normale Leben verwechselt werden. Die Tarifstruktur wird sowohl die Leistungen der Frührehabilitation als auch unterschiedliche Komplexitätsgrade in der Rehabilitation abbilden müssen.

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

⁷ Die erste Akutphase umfasst die akutmedizinische Diagnostik und Therapie. Aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit und der zeitlichen Beanspruchung des Patienten und der Patientin 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.

⁸ International Classification of Diseases der World Health Organization (WHO), derzeit ICD-10

⁹ International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: ICF

9.4.4. Rehabilitative Intensivbehandlung

Bei traumatologischen und nicht traumatologischen neurologischen Erkrankungen wird von der Helios Klinik ab Bezug Neubau Münsterlingen eine spezielle rehabilitative Intensivabteilung aufgebaut, welche die rehabilitative Intensivbehandlung mit invasiver Teil- und Vollzeitbeatmung mit der Frührehabilitation kombiniert. Die rehabilitative Intensivbehandlung umfasst zusätzlich zur Beatmung intensive (medizinische) Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit hoher Komplexität und Schweregrad mit entsprechend anspruchsvollen und zeitintensiven Pflege-, Therapie- und medizinischen Betreuungsmassnahmen sowie das Vorhalten von intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten entsprechend der Phase B des deutschen Neurophasenmodells. Die rehabilitative Intensivbehandlung wird auf der Spitalliste separat ausgewiesen. Die Abgeltung ist zwischen den Tarifpartnern zu klären.

9.4.5. Geriatrische Rehabilitation

Für die Abgrenzung innerhalb der Rehabilitation zwischen organspezifischem Ansatz, welcher grundsätzlich für Erwachsene aller Altersgruppen vorgesehen ist, und dem Leistungsauftrag Rehabilitation Geriatrie sind die Kriterien weiter zu differenzieren. In der Regel hat die Zuweisung in die geriatrische anstelle der organspezifischen Rehabilitation nach folgenden Kriterien¹⁰ zu erfolgen:

1. Alter in der Regel über 75 Jahre.
2. Hospitalisiert im Akutspital oder erwiesenes Rehabilitationspotential nach ambulanter Therapie und (vorübergehendem) Aufenthalt zu Hause oder in einem Pflegeheim.
3. Zusätzlich zwei oder mehr der nachfolgenden Kriterien:
 - a. Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (vorbestehend);
 - b. Belastungspotential ist reduziert (≤ 2 Therapieeinheiten pro Tag);
 - c. Ungeplante Hospitalisation in den letzten drei Monaten;
 - d. Fehlernährung;
 - e. Demenz (in der Regel Mini Mental Status MMS ≥ 20 und ohne störendes Verhalten); darunter werden keine passagere kognitive Störungen verstanden;
 - f. Schwere Depression;
 - g. Therapie störende Inkontinenz.

Bei Patienten und Patientinnen der geriatrischen Rehabilitation sind zusätzlich zum Alter Faktoren wie eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, Multimorbidität, reduzierte oder schwankende, insgesamt geringe Belastbarkeit massgebend. Personen von über 75 Jahren nach Unfällen und Krankheiten ohne massgebliche vorbestehende Einschränkungen gelten hingegen nicht als geriatrische Patienten und Patientinnen. Sie sind nach den jeweiligen organspezifischen Leitlinien zu rehabilitieren.

Die Kriterien der Zuweisung in die unterschiedlichen Leistungsangebote sind zu Handen der Entscheidungsträger vor Ort (Ärzte und Ärztinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sowie Krankenversicherer) transparent darzustellen und ggf. weiter zu prä-

¹⁰ In Anlehnung an die Kriterien des Berner ReHa Zentrums Heiligenschwendi; www.rehabern.ch.

zisieren. Die kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit sowie das -potential sind insbesondere in der geriatrischen Rehabilitation zu beachten.

Die Zuweisung in die Rehabilitationskliniken erfolgt nach Absprache zwischen den beteiligten Institutionen und Primärversorgern, die Zuweisungen werden vom Kantonsärztlichen Dienst stichprobenweise oder bei Unstimmigkeiten überprüft.

9.4.6. Abgrenzung zur Akut- und Übergangspflege

Als Voraussetzung für die patienten- und therapiegerechte Zuweisung aus den Akutspitälern und durch die Primärversorger sind verbindliche Entscheidungskriterien anzuwenden. Dabei ist auch die Abgrenzung der Rehabilitation zu anderen stationären Aufenthalten wie der stationären Akut- und Übergangspflege oder temporären Aufenthalten (z. B. Wartepatienten, Ferien- oder Kurgästen) in Pflegeheimen mit oder ohne angeschlossene resp. mitbetreuende Arzt- und Therapiepraxen festzulegen.

Die Kriterien und Anforderungen an die stationäre Akut- und Übergangspflege wurden in der Verordnung des Regierungsrates zum KVG¹¹ und den Richtlinien für Institutionen für Menschen im AHV-Alter präzisiert¹². Mit der Akut- und Übergangspflege sollen die Patienten und Patientinnen die Fähigkeiten des täglichen Lebens soweit wiedererlangen, dass ein Leben im gewohnten Umfeld möglich ist. Im Zentrum stehen die pflegerischen Leistungen mit Sicherstellung während 24 Stunden rund um die Uhr, die Patientenedukation in medikamentösen und pflegerischen Tätigkeiten, Alltagstraining inklusive Besuch im Wohnumfeld zu Hause, Anleitung zur Handlungsfähigkeit im Alltag (activities of daily living, ADL).

Bei der Rehabilitation stehen demgegenüber ärztliche Betreuung und fachspezifische Therapie zur maximalen Ausschöpfung des Rehabilitationspotentials im Vordergrund. Derzeit fehlt ein operables Klassifikations- und Tarifierungssystem.

9.5. Evaluationskriterien der Qualität in der Rehabilitation

Die Zulassung als Rehabilitationsklinik erfolgt zukünftig aufgrund einheitlicher Kriterien. Die Unterscheidung in Nachbehandlungskliniken und Rehabilitationskliniken entfällt. Die Patienten und Patientinnen der bisherigen Nachbehandlungskliniken werden in die Akut- und Übergangspflege oder in eine Rehabilitationsklinik überwiesen. Als Grundla-

¹¹ Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung vom 19. Dezember 1995(TG KKV; RB 832.10) (§ 38 lautet: ¹⁾ Die Akut- und Übergangspflege kann vom Spitalarzt oder der Spitalärztin verordnet werden, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert,
2. der weitere Aufenthalt in einem Akutspital, der Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik oder der dauerhafte Neueintritt in ein Pflegeheim ist medizinisch nicht indiziert und
3. der Patient oder die Patientin benötigt zur weiteren Genesung oder zur Erhöhung der Selbstpflegekompetenz vorübergehend eine qualifizierte fachliche Pflege durch eine diplomierte Pflegefachperson.

²⁾ Die Anordnung der Akut- und Übergangspflege beinhaltet die für die Genesung und Erhöhung der Selbstpflegekompetenzen erforderlichen Massnahmen.)

¹² Neuordnung Pflegefinanzierung, www.gesundheitsamt.tg.ch; Anhang Akut- und Übergangspflege zu den Pflegeheimrichtlinien.

ge für die Kriterien der Rehabilitation wurden die Projektergebnisse der Studie der GDK-Ost vom 10. Juni 2005 verwendet. Zu den Kriterien wurde im November 2010 eine Vernehmlassung durchgeführt. Für die definitive Festlegung der Anforderungen werden zudem die Kriterien der GD Zürich¹³ und die Kriterien der SwissReHa¹⁴ sowie die Grundlagen der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie¹⁵, die Geriatriekonzepte der Kantone St. Gallen¹⁶ und Tessin¹⁷ sowie die Qualitätskriterien für die geriatrische Versorgung im Kanton Bern¹⁸ beigezogen.

Die generellen und leistungsspezifischen Anforderungen umfassen Aspekte mit den Schwerpunkten Personal, Infrastruktur und Therapiekonzepten gemäss den nachfolgenden Punkten 1. - 6. Die Evaluation für die Aufnahme auf die Spitalliste 2012 erfolgt bei Leistungsaufträgen mit mehr Anwärtern als Aufträgen im Sinne einer Rangreihenfolge pro Anforderungskriterium (vgl. Kap. 9.7 und Anhang 4). Zusätzlich werden die Kriterien 7. und 8. angelegt:

1. Facharzt und Verfügbarkeit: Für jede Leistungsgruppe werden Anforderungen an die benötigten Fachärzte (Leitung mind. 70 Stellenprozent und Stellvertretung insgesamt mind. 120 Stellenprozent) und die Verfügbarkeit von Ärzten und Konsiliardiensten festgelegt.
2. Konsiliardienste: Die Erbringung von Leistungen, die aus medizinischer Sicht konsiliarisch begleitet werden müssen, wird an Auflagen geknüpft.
3. Pflege und Therapie: Qualifikation der Leitung (Facherfahrung, Führungsausbildung, Anstellungsgrad), Personaldotation und -fluktuation.
4. Konzeptionelle Grundlagen, Behandlungsprozesse, Qualitätsmanagement, Personalentwicklung sind vorzuweisen.
5. Leistungsspezifische Konzepte: Notfallversorgung, leistungsspezifische Pflege und leistungsspezifische Therapien sind in entsprechenden Pflege- und Therapiekonzepten festzulegen und mit Teilkonzepten wie Aufnahme, Aus- und Übertritt, Sicherheit, Hygiene, Weiterbildung, Palliative Care zu ergänzen.
6. Voraussetzungen der Infrastruktur (baulich und medizintechnisch) sind zu erfüllen.
7. Bereitschaft und die Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Auftrages gemäss Art. 58b Abs. 4 Bst. c KVV aufgrund der bisherigen Einhaltung von Richtlinien und Auflagen des Gesundheitsamtes für die Institution als Ganzes.
8. Beitrag gemäss § 38 TG KVG zur ärztlichen Weiterbildung (z. B. Anerkennung als Weiterbildungsstätte Geriatrie) sowie zur Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens (Anzahl Ausbildungsplätze).

¹³ Gesundheitsdirektion Zürich, Konzept Spitalplanung 2012; Rehabilitation von Erwachsenen, resp. Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, 5. November 2010; www.gd.zh.ch.

¹⁴ SWISS REHA; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Aufnahme und Requalifikation, Stand 2010; www.swiss-reha.com.

¹⁵ Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie; www.sfgg.ch

¹⁶ Konzept stationäre geriatrische Versorgung, Kantonsrat St. Gallen, Bericht der Regierung vom 12. April 2005; siehe auch Geriatriische Klinik St. Gallen; www.buergerspital.ch

¹⁷ Geriatriisches Rehabilitationskonzept REHA Ticino, Stand 2010.

¹⁸ Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Qualitätskriterien für die geriatrische Versorgung im Kanton Bern: II. Geriatriische Rehabilitation, 30. April 2008; www.gef.be.ch

In der Versorgungsregion liegende (innerkantonale) Rehabilitationskliniken und davon Kliniken, die aktuell (31. Dezember 2010) einen höheren Erfüllungsgrad der Kriterien ausweisen, sind höher zu bewerten als Kliniken mit beabsichtigter Erfüllung der Kriterien.

9.6. Evaluationskriterien der Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation

Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit kann nur integral für die Rehabilitationsklinik als Ganzes erfolgen. Der Vergleich der gültigen Tarifverträge 2011 und der zugrundeliegenden Kostenträgerrechnungen ergab keine Rehabilitationsklinik, die aus Kostengründen auszuschliessen wäre. Die reinen Nachbehandlungskliniken gemäss bisheriger Spitalliste A, Bindersgartenklinik AG und kneipp-hof Dussnang AG, wurden ebenfalls in die Evaluation aufgenommen.

Die Kosten werden primär durch die Personal- und Infrastrukturanforderungen bestimmt, welche wiederum vom leistungsspezifischen Angebot abhängig sind. Die Angebote sind zwischen den Kliniken derzeit nicht vergleichbar. Die Nachbehandlungskliniken haben tiefere Kosten, da sie auch in den Personal- und Infrastrukturanforderungen nicht dem Niveau der Rehabilitationskliniken entsprechen. Die Evaluation erfolgt daher aufgrund der notwendigen Anzahl an Leistungsaufträgen und der Erfüllung der Anforderungen gemäss Kap. 9.5 in einer Rangreihenfolge. Die Wirtschaftlichkeit wird als nachrangiges Kriterium in der Rangreihenfolge angezeigt (vgl. Anhang 4).

Die Zulassungsanforderung, dass eine Klinik mindestens 12 Betten als integrale, von weiteren Betrieben separierte Rehabilitationseinheit zu führen hat, kann zusätzlich als Faktor der Wirtschaftlichkeit angesehen werden. Bindersgartenklinik AG und Tertianum AG Neutal erbrachten 2008 rechnerisch weniger Leistungen (Pflegetage dividiert durch 365 Tage). Die Zahl der Leistungsaufträge in deren Leistungsbereichen ist daher aus wirtschaftlicher Sicht zu reduzieren.

Da mit Ausnahme der Bindersgartenklinik AG alle Kliniken hohe Anteile an ausserkantonalen Fällen haben, ist auch durch das prognostizierte Wachstum nicht mit unwirtschaftlichen Fixkostensprüngen zu Lasten der öffentlichen Hand zu rechnen. Die Aufnahmepflicht bezieht sich auf die gesamte Platzzahl der Klinik. Die Einwohner und Einwohnerinnen der Kantone, welche die Klinik auf ihrer Spitalliste führen, sind bevorzugt aufzunehmen.

9.7. Anzahl Leistungsaufträge in der Rehabilitation

Der Rehabilitationsbedarf von Kindern und Jugendlichen ist sehr gering. Wie bisher soll nur ein Leistungsauftrag vergeben werden. Mit der uneingeschränkten Aufnahme des Rehabilitationszentrums für Kinder und Jugendliche in Affoltern auf die Spitalliste muss künftig keine Kostengutsprache mehr gestellt werden.

Der Versorgungsanteil ausserkantonomer Rehabilitationskliniken ist äusserst gering. Es muss gemäss den GDK-Empfehlungen kein Leistungsauftrag ausserkantonale vergeben werden.

Verschiedene Fachgesellschaften und Organisationen empfehlen als ein Qualitätsmerkmal Fallzahlen von 250 und mehr Fällen pro Jahr und Institution. Bindersgartenklinik AG und Tertianum AG Neutal erreichten diese Fallzahlen nicht.

Die Gesamtzahl der innerkantonale erbrachten Rehabilitationen im Jahr 2008 lag bei 1'901 Fällen. Bei gleichbleibenden Patientenströmen sind damit für die Deckung des Gesamtbedarfs bei durchschnittlich 250 Fällen pro Klinik bis zum Jahr 2015 max. 9 und bis zum Jahr 2020 im tiefen Szenario rechnerisch max. 9.3 Leistungsaufträge, im hohen Szenario rechnerisch max. 9.9 Leistungsaufträge innerkantonale für Erwachsene zu vergeben.

Für die spezialisierten organspezifischen kardialen, neurologischen und pulmonalen Rehabilitationen ist die Vergabe je eines Leistungsauftrages ausreichend. Die Anträge ausserkantonalen Kliniken müssen aufgrund der von diesen Kliniken behandelten Fallzahlen und innerkantonale vorhandenen Kapazitäten nicht berücksichtigt werden. Wachstumsbedingt höhere Fallzahlen erlauben eine bessere Auslastung und Qualifizierung der Einrichtung. Für die Rehabilitation traumatischer und nicht traumatischer Querschnittsyndrome soll zusätzlich wie bisher der Zugang auf Kostengutsprache im Sinne der Indikationsüberprüfung für die Akutversorgung und für Spezialfälle in den dafür spezialisierten ausserkantonalen Institutionen gesichert werden. Dies sind gemäss bisher erteilten Kostengutsprachen Institutionen wie Uniklinik Balgrist, Neurorehabilitation Inselspital Bern, ReHab Basel, Paraplegikerzentrum Nottwil, Rehaklinik Bellikon. Eine weitere Vergabe von akutsomatischen oder rehabilitativen Leistungsgruppen an diese Kliniken wird als nicht bedarfsnotwendig abgelehnt.

Der mit Abstand grösste Rehabilitationsbereich ist die muskuloskelettale Rehabilitation, aufgrund des Wachstums im vorgelagerten Fachbereich Orthopädie ist mit weiterem starkem Zuwachs zu rechnen. Dafür qualifizieren sich aktuell drei innerkantonale Kliniken. Es ist sinnvoll, nicht mehr als diese Anzahl an Leistungsaufträgen zu vergeben, da in dieser Sparte weiterhin ein Verlagerungspotential gegeben ist, das durch den gezielten Aufbau von ambulanten Rehabilitationszentren genutzt werden soll. Im Rahmen des Monitorings sind die Fallzahlen in der Akutmedizin, Fachbereich Orthopädie, und in der muskuloskelettalen Rehabilitation speziell zu beobachten.

Das spezialisierte Angebot der geriatrischen Rehabilitation der Tertianum AG Neutal beanspruchen derzeit weniger als 4 % der Patienten und Patientinnen (95 Fälle in 2008). In der Klinik St. Katharinental macht die geriatrische Rehabilitation nur einen geringen Anteil aus. Die Nachbehandlungsfälle (146 in 2008) der Bindersgartenklinik AG werden sich auf geriatrische Rehabilitation und Akut- und Übergangspflege aufteilen.

Die Versorgungsplanung des Kantons Bern¹⁹ zeigt, dass dort trotz längjähriger Tradition in Akutgeriatrie und geriatrischer Rehabilitation die Inanspruchnahme der geriatrischen Versorgung nur langsam geschieht. Sie lag im Kanton Bern bei 9.2 % aller Rehabilitationen im Jahr 2007.

An geriatrische Rehabilitationseinrichtungen werden die analogen personellen und infrastrukturellen Anforderungen wie an andere Rehabilitationsbereiche gestellt. Die Festanstellung von Geriatern ist eine der Strukturvoraussetzungen. Fallzahlen von 250 Fällen pro Jahr und Einrichtung sind auch hier anzustreben. Es ist somit sinnvoll, mit der Spitalliste 2012 die Ressourcen in einem einzigen Leistungsauftrag für geriatrische Rehabilitation zu bündeln und die Anzahl der Leistungsaufträge von zwei auf einen Auftrag zu reduzieren. Ein Aufrüsten an mehreren Standorten ist nicht kosteneffizient. Das Per-

¹⁹ Versorgungsplanung Kanton Bern 2011 - 2014, Vernehmlassungsentwurf, Januar 2011.

sonal, insbesondere die Ärzte, wären nicht annähernd ausgelastet. Für die Zuteilung dieses Leistungsauftrages sind die beiden derzeitigen Rehabilitationskliniken mit Leistungsauftrag geriatrische Rehabilitation und die Antrag stellende Nachbehandlungsklinik Bindersgartenklinik AG gemäss den Kriterien von Kap. 9.5 und 9.6 zu evaluieren. Die Klinik Schloss Mammern AG stellte in der Vernehmlassung Antrag auf Streichung der geriatrischen Rehabilitation, bei Aufrechterhaltung stellt sie Antrag zur Aufnahme auf die Spitalliste. Damit wird sie in die Evaluation einbezogen. Die Evaluation ist in Anhang 4 dargestellt.

Die Kliniken qualifizieren sich in der Reihenfolge 1. Tertianum AG Neutal, 2. Klinik St. Katharinental, 3. Klinik Schloss Mammern AG, 4. Bindersgartenklinik AG für den Leistungsauftrag.

Mit der Spitalliste 2012 wird erstmals die Leistungsgruppe internistisch-onkologische Rehabilitation separat ausgeschieden. Die Leistungen waren bisher in den funktionalen Gliederungen integriert. Es qualifizieren sich zwei Leistungserbringer dafür. Die Klinik Schloss Mammern AG kann die notwendige Fachkompetenz durch die Kombination der anderen Rehabilitationsbereiche mit Konsiliardiensten in Onkologie und weiteren Fachgebieten sicherstellen. Die Klinik St. Katharinental zieht über Kooperationen mit den Akutspitälern der Spital Thurgau AG alle vor Ort fehlenden Fachärzte zu. Im Gegensatz zur geriatrischen Rehabilitation erfolgen mit der Erteilung von zwei Aufträgen keine Fixkostensprünge. Es kommt insbesondere nicht zu einer Verdoppelung kostentreibender Festanstellungen von leitenden Ärzten. Mit der Erteilung von zwei Leistungsaufträgen kann den durch Krebserkrankungen beeinträchtigten Menschen eine Wahlmöglichkeit eröffnet werden. Auch wenn der Bedarf durch neue Therapieansätze steigen wird, kann er mit der Erteilung von zwei Aufträgen langfristig gesichert werden.

Eine psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation wird nicht als Leistungsgruppe separiert. Die sich dafür qualifizierenden Kliniken können einen entsprechenden Zusatz beantragen. Derzeit sind dies Kneipp-Hof Dussnang, Klinik St. Katharinental, Klinik Schloss Mammern AG, Helios Klinik Zihlschlacht AG und Tertianum AG Neutal.

Der Zusatz Frührehabilitation wird den Rehabilitationskliniken in den Leistungsbereichen internistisch-onkologische, neurologische, pneumologische, kardiovaskuläre und muskuloskelettale Rehabilitation auf Antrag erteilt, wenn sie die Kriterien dafür erfüllen. Dies sind heute Helios Klinik und Klinik Schloss Mammern. Der Zusatz invasiv Teil- und Vollzeitbeatmung bei traumatologischen und nicht traumatologischen neurologischen Erkrankungen wird der Helios Klinik ab Bezug Neubau Münsterlingen erteilt.

Die Entwicklung der Fallzahlen in den einzelnen Leistungsgruppen wird in den kommenden Jahren monitorisiert.

9.8. Spitalliste Rehabilitation 2012

Die vorgehend skizzierten Leistungsaufträge werden gemäss den erläuterten Evaluationen in der Spitalliste Rehabilitation in Anhang 6 zugeteilt.

Für die Erteilung der Leistungsaufträge wird vorausgesetzt, dass die Kliniken ab 1. Januar 2012 über eine gültige Betriebsbewilligung unter Einhaltung der Qualitätsanforderungen für die entsprechenden Leistungsgruppen verfügen. Sollte eine Klinik die Anforderungen nicht erfüllen, kann der Leistungsauftrag für einen Zusatz, eine Leis-

tungsgruppe oder vollumfänglich sistiert, ohne Re-Evaluation (vorübergehend) an einen anderen Leistungserbringer übergeben oder ganz zurückgezogen werden.

Die Leistungsaufträge sind wie folgt am bewilligten Standort, im Fall der Helios Klinik an zwei Standorten zu erbringen:

- Helios Klinik Zihlschlacht AG in Zihlschlacht und zusätzlich ab Neubau auf dem Spitalplatz Münsterlingen
- Klinik St. Katharinental in Diessenhofen
- Klinik Schloss Mammern AG in Mammern
- kneipp-hof Dussnang AG in Dussnang
- Tertianum AG Neutal in Berlingen

9.9. Beurteilung der Versorgungsstruktur Rehabilitation

Die Einführung der sog. Akut- und Übergangspflege im revidierten KVG bedingt eine Bereinigung der bisherigen Nachbehandlung und eine Präzisierung der Zuweisungskriterien für die verschiedenen Angebote. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und aus versorgungsplanerischer Sicht sollte bei einer künftigen Revision des KVG darauf gedrängt werden, dass die Akut- und Übergangspflege auch als Wartezeit im Hinblick auf eine Rehabilitation bei vorwiegend pflegerischem Bedarf eingesetzt werden kann und insbesondere, dass sie analog zur Rehabilitation vollumfänglich durch die Krankenversicherung und die öffentliche Hand finanziert wird. Nur damit kann eine suboptimale Behandlung (Unter- oder Überversorgung) aufgrund der finanziellen Verhältnisse, inkl. Versicherungsstatus des Patienten und der Patientin, vermeiden werden.

Die vorgelegte Versorgungsstruktur ermöglicht eine klare Konzentration, Professionalisierung und letztlich Positionierung der geriatrischen Rehabilitation für Zuweiser und Menschen, welche eine stationäre Rehabilitation beanspruchen. Die Helios Klinik wird nach Bezug des Neubaus am Spitalstandort Münsterlingen auch den Leistungsauftrag für invasiv teil- und vollbeatmete Patienten und Patientinnen erfüllen. Die Anforderungen an die Rehabilitationsbereiche wurden im Zuge der Spitalplanung klarer formuliert und erlauben mit der eindeutigen Klassifizierung ein einheitliches Monitoring.

Vier von fünf Leistungserbringern in der Rehabilitation sind Privatkliniken, vier von sechs Rehabilitationsbereichen sind ausschliesslich diesen Privatkliniken beauftragt. Die privaten Leistungserbringer sind damit angemessen in der Planung berücksichtigt. Aufgrund der ausserkantonale freien Spitalwahl wird die Konkurrenz über die Kantonsgrenzen hinaus spielen. Es ist keine weitergehende innerkantonale Konkurrenz durch weitere zusätzliche Leistungsaufträge zu schaffen.

Die Versorgungsstruktur erlaubt, dass das prognostizierte Wachstum bis 2020 vollumfänglich mit bestehenden Kapazitäten gedeckt werden kann.

Die integrale Spitalliste 2012 ist in Anhang 6 dargestellt.

10. Evaluation in der Psychiatrie

10.1. Ausgangslage in der Psychiatrie

Ausgehend von den Empfehlungen der GDK und den im Psychiatriekonzept Thurgau 2004²⁰ festgestellten Verbesserungspotenzialen wurde von der Psychiatriekommission im Jahr 2009 ein Vorprojekt Psychiatrieplanung 2012 durchgeführt. Der Bericht zu Händen des Chefs des Departements für Finanzen und Soziales (DFS) stellt die aktuelle Versorgungssituation und die Ziele für die Entwicklung der Psychiatrie dar²¹.

In den Jahren 2010/2011 erarbeitete ein Ausschuss der Psychiatriekommission den abschliessenden Bericht zum Projekt Psychiatrieplanung 2012 zu Händen des Chefs DFS mit Vorschlägen für Versorgungsstrukturen, Settings, Projekte, Finanzierungsgrundsätze, Monitoring, Controlling und Qualitätssicherung²².

Das Psychiatriekonzept 2004 hat als Grundlage weiterhin Gültigkeit. Die Angebote und der Entwicklungsbedarf wurden im Vorprojekt aktualisiert. Seit 2004 sind einige erfreuliche Entwicklungen zu verzeichnen. Beispielsweise konnte die Zunahme der stationär erbrachten Leistungen in der Erwachsenenpsychiatrie gedämpft und das kinder- und jugendpsychiatrische Angebot in Richtung ambulante und aufsuchende Behandlung ausgebaut werden. In der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie stösst die Entwicklung jedoch an Grenzen, da die stationär erbrachten Leistungen gegenüber den ambulanten Leistungen eher kostendeckend abgegolten werden und Reduktionen in einer Klinik tendenziell durch Verschiebungen in andere Kliniken des Kantons kompensiert würden.

10.2. Versorgungspolitische Strategie in der Psychiatrie

Die Psychiatrie ist wie kein anderes medizinisches Fachgebiet von der Entwicklung unserer Gesellschaft, der Bildung, der Wirtschaft und der Umwelt sowie sozialen Determinanten abhängig. Damit ist die Umsetzung von gesundheitspolitischen Versorgungsstrategien letztlich von allen kommunalen, kantonalen und nationalen Politikbereichen abhängig.

Die Strategie „ambulant vor stationär“ sowie das Konzept der integrierten Versorgung haben in der Psychiatrie einen ausserordentlich hohen Stellenwert. Die psychische Stabilisierung hängt stark von tragenden Sozialstrukturen und einer guten Vernetzung medizinischer, sozialbetreuerischer und behördlicher Anlaufstellen mit psychosozialen und (sozial-) psychiatrischen Angeboten sowie präventiv und gesundheitsförderlich arbeitenden Institutionen ab.

Der Regierungsrat gibt vor diesem Hintergrund folgende gesundheitspolitische Strategie für die psychiatrische Versorgung der Thurgauer Bevölkerung vor.

²⁰ Psychiatriekonzept Kanton Thurgau, mit RRB 229 vom 6. April 2005 zur Kenntnis genommen.

²¹ Vorprojekt Psychiatrieplanung 2012, Bericht der Psychiatriekommission vom 30. November 2009 an den Chef des Departements für Finanzen und Soziales.

²² Projektbericht Psychiatrieplanung 2012, 21. Februar 2011.

Grundsätzlich gilt:

1. Ambulant vor stationär (soweit wirtschaftlich vertretbar): Bis zum 31. Dezember 2015 ist das innerkantonale stationäre Bettenangebot der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (> 18 Jahre) ohne Langzeit- und forensische Psychiatrie auf 0.9 Betten pro 1'000 Einwohner zu reduzieren. Zur Kompensation ist Zug um Zug ein regionales, vernetztes, intensiviertes ambulantes Angebot aufzubauen, primär in Form von Modellprojekten, bei Bewährung als ständiges Angebot.
2. Chancengerechter Zugang zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung mit kurzen Wegen und vertretbaren Wartezeiten.
3. Gewährleistung einer ambulanten und stationären psychiatrischen Notfallversorgung über 24 Stunden an 365 Tagen pro Jahr.
4. Offene Behandlung und Integration vor Isolation, soweit medizinisch und sicherheitstechnisch vertretbar.
5. Die psychosozialen und psychiatrischen Versorgungsangebote sollen gemeindenah und regional vernetzt sein. Institutionsgrenzen sollen abgebaut werden. Barrieren wegen unterschiedlichen Finanzierungsmodellen von ambulanten, tagesklinischen und stationären Angeboten sind mit Modellprojekten unter Beachtung von Bedarf, Qualität und Wirtschaftlichkeit weiter zu reduzieren.

Insbesondere soll gelten:

1. Bei der ambulanten psychosozialen und psychiatrischen Versorgungsplanung ist die Umsetzung des revidierten Kinder- und Erwachsenenschutzrechtes zu beachten. Sie hat bezirksweise zu erfolgen.
2. Gemäss § 68 der Verfassung des Kantons Thurgau (RB 101) und § 1 und § 2 des Gesetzes über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz; GG; RB 810.1) ist die Gesundheitsförderung eine Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden. Der Einzelne soll aber nicht der Verantwortung für seine Gesundheit enthoben werden. Die Grundsätze des Konzeptes Gesundheitsförderung Thurgau gemäss RRB Nr. 780 vom 15. September 2009 und des Konzepts für eine koordinierte Kinder-, Jugend- und Familienpolitik gemäss RRB Nr. 310 vom 14. April 2009 sowie das kantonale Alterskonzept sind in der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse der derzeit laufenden Reorganisationsprojekte Ehe- und Familienberatung sowie Mütter-Väterberatung sind sowohl betreffend Finanzierung als auch operativer Realisierung bei der Umsetzung ambulanter Psychiatrieprojekte einzubeziehen.

Ein Suchtkonzept Thurgau 2020 ist im Jahr 2012 zu erarbeiten.

Organisationen und Massnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht in allen Altersgruppen, insbesondere die bestehenden Beratungsangebote (Perspektive Zweckverband, Ehe- und Familienberatung, Mütter-Väterberatung etc.) sind mit den psychosozialen und psychiatrischen Angeboten zu vernetzen.

3. Die Revisionen der IV-Gesetzgebung betreffen in starkem Ausmass Personen mit psychischen Erkrankungen. Die Psychiatrischen Kliniken und Dienste haben die Ziele der IV-Revisionen aktiv zu unterstützen. Versorgungsstrukturen, Präventions- und

Integrationsmassnahmen sind auf die Arbeitsplatzhaltung resp. Integration in den Arbeitsmarkt hin auszugestalten.

4. Die psychiatrische Akut- und Langzeitversorgung von psychisch Behinderten ist in Koordination mit dem Fürsorgeamt auf Basis des Behindertenkonzeptes²³ nach den medizinischen und sozialbetreuerischen Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten. Die Langzeitversorgung ist soweit medizinisch und sicherheitstechnisch vertretbar, eher in Behinderteneinrichtungen als in Psychiatrischen Kliniken sicherzustellen.
5. Die psychiatrische Akut- und Langzeitversorgung von psychisch erkrankten Menschen im AHV-Alter ist als Teil der geriatrisch-gerontopsychiatrischen Versorgung entsprechend der Stossrichtung des kantonalen Alterskonzeptes²⁴ weiterzuentwickeln. Die Langzeitversorgung ist, soweit medizinisch, sicherheitstechnisch und wirtschaftlich vertretbar, eher in Alterspflegeheimen als in Psychiatrischen Kliniken sicherzustellen.
6. Die Vorgaben der revidierten Strafprozessordnung²⁵ sind umzusetzen. Die Fachkompetenz zur Beurteilung und Begutachtung der Fälle ist innerkantonale vorzuhalten.

Die versorgungspolitische Strategie in der Psychiatrie wird von den Fachexperten der Psychiatriekommission mitgetragen. Sie wurde im Projektbericht der Psychiatriekommission zur Psychiatrieplanung 2012 mit Zielen und Massnahmen konkretisiert.²⁶ Nachfolgend sind Auszüge aus den relevanten Unterlagen dargestellt. Details sind folgenden Unterlagen zu entnehmen:

- Psychiatriekonzept Thurgau 2004;
- Vorprojekt Psychiatrieplanung 2012, 30. November 2009;
- Projektbericht der Psychiatriekommission zur Psychiatrieplanung 2012, 21. Februar 2011.

Idealtypisch sollten sich die Mengen der angebotenen Leistungen und das Augenmerk der Dienstleister im Gesundheitswesen nach der Rangordnung von Abbildung C10.1 richten.

²³ Behindertenkonzept, Konzept des Kantons Thurgau zur Förderung der Eingliederung invalider Personen gemäss Art. 10 IFEG, RRB Nr. 212 vom 16. März 2010; www.fuersorgeamt.tg.ch / Heimwesen.

²⁴ Alterskonzept Thurgau (in Revision 2011); www.gesundheitsamt.tg.ch, oder www.sozialnetz.tg.ch.

²⁵ Schweizerische Strafprozessordnung (StPO, SR 312.0), Strafgesetzbuch (StGB; SR 311.0), insbesondere Art. 59 StGB.

²⁶ Projektbericht Psychiatrieplanung 2012; Ziele für die Entwicklung; Versorgungsstrukturen, Settings und Projekte; Finanzierungsgrundsätze; Monitoring, Controlling und Qualitätssicherung; Februar 2011.

Abbildung C10.1: Versorgungspyramide in der Psychiatrie



Der angebotsübergreifenden Triage kommt eine grosse Bedeutung zu, ebenso sind Kapazitätsverlagerungen von stationär zu ambulant in einem etappierten, koordinierten Prozess anzugehen. Sie haben über die Systemgrenze der Psychiatrie hinaus Auswirkungen auf Bereiche wie Familie, Schule, Justiz, Kinder-, Behinderten- und Pflegeheime, niedergelassene Ärzte und Fürsorge. Den Primärversorgern (Haus- und Kinderärzte und -ärztinnen) und den privaten Anbietern ambulanter psychiatrischer Leistungen kommt ein hoher Stellenwert zu. Sie sind durch ihre Kenntnis der familiären und sozialen Verhältnisse ihrer Patienten und Patientinnen und durch ihre oft langjährige Präsenz vor Ort besonders geeignet, langdauernde und systemisch ausgerichtete Behandlungen zu leisten. In Leistungsvereinbarungen für intensiv-ambulante psychiatrische Angebote sind sie als Partner angemessen einzubeziehen.

10.3. Ausrichtung und Schwerpunkte der Kinder- und Jugendpsychiatrie

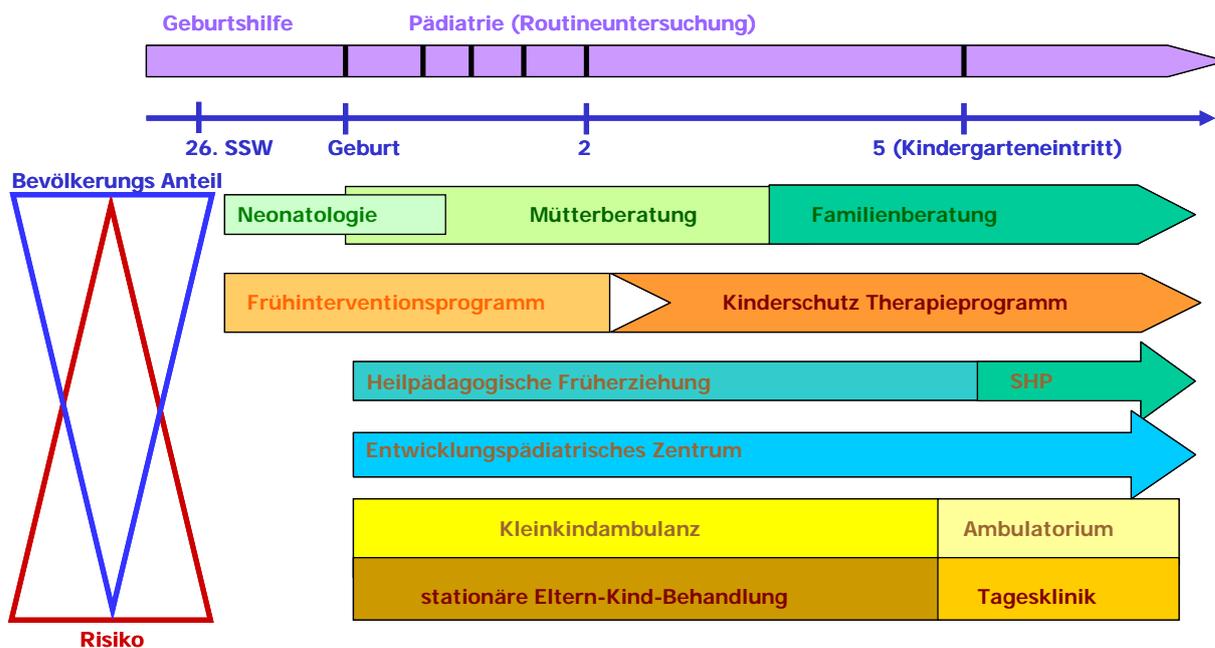
Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton ist bereits konsequent auf aufsuchende und ambulante Strukturen ausgerichtet und beinhaltet Modellprojekte. Im Vorprojekt Psychiatrieplanung wurden die Angebote für Kinder- und Jugendliche in Gesundheitsförderung, Primär- und Sekundärprävention, die aktuellen Angebote und Veränderungen gegenüber dem Psychiatriekonzept 2004 sowie Problembereiche skizziert. Daraus wurde der folgende Entwicklungsbedarf abgeleitet:

In Abstimmung mit der Kommission für Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht empfiehlt sich schwerpunktmässig eine Konzentration der Massnahmen auf die frühe Kindheit. Je früher psychische Erkrankungen erkannt werden, umso weniger invasiv ist

die Therapie und umso besser die längerfristige Prognose (Förderung der Früherfassung).

Die folgende Abbildung verdeutlicht, dass generelle, selektive und indizierte Prävention sowie Behandlung für den Bereich frühe Kindheit Hand in Hand gehen.

Abbildung C10.2: Graphische Übersicht über die Angebote im Frühbereich im Kanton Thurgau:



KJPD: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Thurgau; SHP: Schulische Heilpädagogik

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie braucht eine Familienpolitik, die der Pflege des Humanvermögens eine grosse Bedeutung beimisst. Das wichtigste Handlungsfeld ist die gezielte Unterstützung der Familien in der frühen Entwicklung der Kinder, um ihnen einen gesunden Start ins Leben zu ermöglichen. Ergänzt werden sollen die universellen Massnahmen durch indizierte und selektive Präventionsmassnahmen bei Risikokonstellationen. Die Ziele sollen durch ein koordiniertes Vorgehen und entsprechende Projekte der Fachstelle für Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht sowie der Fachstelle Kind, Jugend und Familie mit den medizinischen Leistungserbringern erreicht werden.

Als Massnahmen werden im Projektbericht folgende Themen konkretisiert und mit Anträgen zur Genehmigung im Budgetprozess 2012 unterbreitet:

- Verbesserung der Koordination und Vernetzung hin zu erfolgreicher Kooperation zwischen Gesundheits-, Justiz- und Sozialwesen;
- Anpassung an und Vernetzung mit den künftigen Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden;
- Anpassung der Struktur und Optimierung des Angebotes der Ehe- und Familienberatungsstellen (inkl. Jugendberatung), der Mütter- und Väterberatungsstellen und der Externen Psychiatrischen Dienste (EPD);
- Einführung einer Kinderschutzgruppe;

- Aufsuchende Betreuung für Eltern und werdende Eltern in Risikokonstellationen;
- Unterstützung von Modellprojekten und regionalen Projekten im Bereich der frühen Kindheit;
- Früherkennung typisch kinderpsychiatrischer Erkrankungen (ADHS, Autismus, Depression, Angsterkrankungen usw.) in der Zeit zwischen Abschluss der Routine-Impfungen (2. Lebensjahr) und Eintritt in den Kindergarten;
- Optimierung des Angebotes in der Jugendberatung (Jugendliche im Fokus).
- Stärkung der psychischen Gesundheit aufgrund der Ergebnisse des Thurgauer Bündnisses gegen Depression;
- Erarbeitung eines Suchtkonzeptes Thurgau (Suchtarbeit bleibt ein Thema);
- Aufbau einer Früherfassungsstruktur für schwere psychiatrische Erkrankungen in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter über die Brücke der Perspektive-Fachstellen und den Ausbau der schulärztlichen Untersuchungen.

Die kinderpsychiatrische Versorgung soll in Zukunft noch raschere Zugänge erlauben und Wartezeiten möglichst reduzieren. Ansätze der multisystemischen Therapie sind kosteneffizient weiter zu verfolgen. Die stationäre Versorgung ist im bestehenden Ausmass aufrecht zu erhalten. In Kap. 10.7 sind die zur Verfügung stehenden Angebote skizziert. Sie sollen aufrecht erhalten und soweit notwendig weiter ausgebaut werden.

Gemeinsam mit den Fachgesellschaften, Bund und Kanton sollen junge Ärzte und Ärztinnen beim Einstieg in das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie gefördert werden.

10.4. Ausrichtung und Schwerpunkte der Erwachsenenpsychiatrie

Die Psychiatriekommission empfiehlt im Projektbericht Psychiatrieplanung 2012 für Erwachsene zur Umsetzung der versorgungspolitischen Strategie und bedürfnisgerechten Versorgung der Bevölkerung massvolle Strukturveränderungen vorzunehmen.

Die im Psychiatriekonzept von 2004 formulierten Prämissen und Leitsätze sind Ausdruck eines weithin anerkannten biopsychosozialen Krankheitsverständnisses und Menschenbildes, das von den Kommissionsmitgliedern und Projektmitarbeitenden geteilt wird und auch für die Folgeplanungen Bestand haben soll. Dies gilt auch für die Psychotherapie. Entgegen dem allgemeinen Trend, die Behandlungsdauern auf ein Minimum zu verkürzen, wird hier der zeitaufwendige Aufbau einer therapeutischen Beziehung als integraler Bestandteil einer psychiatrischen Behandlung und somit als wichtig für die Genesung angesehen. Das heisst allerdings nicht, dass die Behandlung in jedem Fall stationär erfolgen muss.

Die stationären Behandlungen sollen bezüglich Anzahl und Dauer reduziert werden, die stationäre Akutversorgung ist zu gewährleisten und ein angemessenes Verhältnis zum stationär integriert-psychotherapeutischen Ansatz zu wahren. Voraussetzung für den Aufbau von Strukturen, die eine weitere Verlagerung der psychiatrischen Behandlungen in den ambulanten und aufsuchenden Bereich fördern, ist, dass die Leistungen auch bei einer gänzlich anderen Arbeitsweise der psychiatrisch tätigen Fachkräfte kostendeckend erbracht werden können. Die Substitution kann nur gelingen, wenn die Gesundheitsförderung, die Prävention und die ambulante (auch aufsuchende) Behandlung ver-

stärkt angeboten werden, sowie die Familien und das soziale Umfeld vermehrt unterstützt werden.

Die wichtigsten strukturellen Veränderungen in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie sind der Aufbau von Abklärungs- und Triagezentren, der Ausbau des tagesklinischen Angebotes, die Einführung eines Case Managements und einer poststationären Übergangsbehandlung sowie die Bildung von mobilen Equipen. Grundsätzlich sollen zwei Leistungserbringer im Kanton allgemeine Akutpsychiatrie anbieten und damit den Patienten und Patientinnen sowie den Zuweisern eine innerkantonale freie Spitalwahl und gute Erreichbarkeit ermöglichen. In der psychiatrischen Spezialversorgung sollen sie sich gegenseitig ergänzen. Eine geographische Sektorisierung der Versorgung wird abgelehnt. Die Durchlässigkeit der Strukturen muss gewährleistet sein vgl. Kap. 10.8.

10.4.1. Regionalisierung und Ambulantisierung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die Vernetzung und die gezielte Regionalisierung und Ambulantisierung betreffen insbesondere die externen psychiatrischen Dienste (EPD) sowie die tagesklinischen psychiatrischen Angebote. Beim angestrebten bedarfsgerechten Ausbau sind diese in der Bezirksstruktur und vorab in örtlicher Nähe zu den Perspektive-Fachstellen voranzutreiben.

Damit der Kanton Thurgau flächendeckend sozialpsychiatrisch versorgt werden kann, sollen die derzeit vier EPD örtlich möglichst nahe zu den weiteren Beratungsangeboten im fürsorgerischen, erzieherischen, sozialen und psychosozialen Bereich sowie zu den Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden auf fünf Standorte ausgebaut werden. Das zukünftig stärker zu subventionierende Angebot soll sich auf die sozialpsychiatrische Medizin (resp. auf die psychosoziale Medizin) beschränken. Die Sprechstundenangebote der bisherigen EPD, wie Psychosomatik oder zukünftige allenfalls andere Spezialsprechstunden, aber auch die ambulante psychiatrische Grundversorgung sollen klar abgegrenzt werden und sind durch den Tarmed zu finanzieren. Dieses Sprechstundenangebot ist, falls es durch die Psychiatrischen Dienste Thurgau (PDT) oder die Clenia Littenheid AG angeboten wird, mit den niedergelassenen Psychiatern und Grundversorgern einvernehmlich abzusprechen.²⁷

Die psychiatrische Versorgung ist stärker auf ambulante Behandlungen auszurichten. Wo immer möglich sind stationäre Patienten und Patientinnen der ambulanten Behandlung und Reintegration zuzuführen, bei fehlenden Angeboten auch durch neu zu schaffende ambulante abklärende und aufsuchende Angebote (4A) als Modellprojekte gemäss Kap. 10.8.4.

Der bewährte Ansatz der Akut-Tagesklinik, spezialisierten Tageskliniken (Memory-Klinik), teilweise mit Tages- und Nachtstrukturen, ist weiterzuführen. Die Tageskliniken sind Zug um Zug mit dem Abbau stationärer Plätze bedarfsgerecht auszubauen. Die Strukturen sind transparent darzustellen und müssen bezüglich Tarifierung vereinheitlicht werden.

²⁷ Konsensuspapier „Zusammenarbeit freipraktizierende Ärzte und Spitäler im Kanton Thurgau“; Ärztesellschaft Thurgau; September 2007

10.4.2. Integration, Langzeiterkrankte, forensische Psychiatrie

Mit den IV-Revisionen erhalten Arbeitsplatzhaltung und Reintegration einen höheren Stellenwert. Eingliederung vor und trotz Rente sowie die Ausbildung und Begleitung von psychisch Behinderten in der freien Wirtschaft sind zu verwirklichen. Konzepte wie Arbeitsassistenten, Jobcoaching und Ausbildungscoaching liegen vor, entsprechende Angebote müssen vermehrt genutzt werden. Analog zur aufsuchenden Psychiatrie als Unterstützung der Familien sollen Betriebe die psychiatrische Kompetenz in die betriebliche Gesundheitsförderung integrieren. Sie können in Themen wie Konfliktbewältigung, Gewaltprävention, Psychohygiene für Kader und Angestellte, Umgang mit Stress, Work-Life-Balance, Umgang bei Kündigungen etc. unterstützt werden.

Langzeiterkrankte

Für psychisch behinderte Langzeitpatienten und -patientinnen vor und nach dem Pensionsalter sind patientenorientierte Versorgungsstrukturen zu schaffen. Betroffen sind Patienten und Patientinnen, die chronisch so schwer krank sind, dass eine umfassende Betreuung in Behindertenheimen nicht möglich ist. Von den insgesamt ca. 16 benötigten Plätzen bedingen vier bis fünf Patienten und Patientinnen krankheitsbedingt eine geschlossene Abteilung mit signifikant erhöhtem Personaleinsatz und permanenter ärztlicher Versorgung während 24 Stunden rund um die Uhr. Die Beschlüsse zu den Versorgungsstrukturen sind zügig umzusetzen (vgl. Kap. 10.8.1).

Menschen mit chronischen Alterserkrankungen sollen wenn möglich in (geschützten) Abteilungen von inner- und ausserkantonalen Pflegeheimen betreut werden. Für die wenigen schweren Fälle (ca. zwei pro Jahr) sind Kooperationen mit ausserkantonalen, spezialisierten Pflegeheimen zu suchen. In Akutphasen sind sie in geschlossene Abteilungen der Psychiatrischen Kliniken aufzunehmen (neurogerontopsychiatrische Störungsbilder). Das Spezialwissen der Gerontopsychiatrie soll betreuenden Hausärzten, Pflegeheimen und Spitexorganisationen verfügbar gemacht werden.

Forensische Psychiatrie

Psychisch kranke Straftäter und Straftäterinnen haben ein Anrecht auf fachkundige Abklärung. Die stationäre Aufnahme soll alsdann in inner- und ausserkantonalen, leicht gesicherten und hoch gesicherten forensischen, kosteneffizienten und mit entsprechendem Sicherheitsdispositiv ausgestatteten Abteilungen vorgesehen werden. Mit Ausnahme der hoch gesicherten forensischen Psychiatrie ist der kantonsübergreifende Bedarf für die Einrichtung einer Abteilung in der PKM mit ca. 1/3 Thurgauer und 2/3 ausserkantonalen Personen gegeben. Nach Abwägung der Konsequenzen wird die konzeptuelle und bauliche Realisierung einer leicht gesicherten forensischen Station für Massnahmebehandlungen, Begutachtungen und Gefängnispsychiatrie in der PKM Münsterlingen umgesetzt.

10.4.3. Chancengleiche Zugänglichkeit, Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht

Verschiedene Projekte in der Prävention wirken gezielt auf die Chancengleichheit, Gesundheitsedukation und Zugänglichkeit zu den Leistungen. Psychosoziale und psychiatrische Angebote sollen weiterhin niederschwellig zugänglich sein (z. B. EPD). Organisationen und Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der mentalen Gesundheit, der Integration und der Rehabilitation sind mit den psychiatrischen und psychosozialen Angeboten zu vernetzen. Wo angezeigt, sind sie Synergie gewinnend zusammenzuführen.

Der Gemeindezweckverband Perspektive Thurgau mit den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Beratung bildet die Struktur für die operative Umsetzung eines umfassenden, flächendeckenden Leistungsangebots für gemeindenaher, möglichst zielgruppenorientierte Prävention, Gesundheitsförderung und Beratung. Im psychosozialen und psychiatrischen Bereich stehen derzeit folgende Ziele im Vordergrund:

1. Mentale Gesundheit stärken: Verbesserung der psychischen Gesundheit und Verringerung der stressbedingten Krankheitsfolgen (WHO Ziel Nr. 6 Verbesserung der psychischen Gesundheit).
2. Suchtbekämpfung: Minimieren von Sucht und deren negativen Auswirkungen (WHO Ziel Nr. 12 Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden).

10.5. Finanzierungsmodell in der Psychiatrie

Bisher wurden an stationäre Leistungen im Rahmen des KVG öffentliche Betriebsbeiträge an die Spital Thurgau AG entrichtet. Die Clenia Littenheid AG erhielt einen Beitrag an die Investitionskosten. Zudem wurden an KJPD und EPD Beiträge für Sozialpsychiatrie und befristete Modellprojekte geleistet. Die Tageskliniken der PDT wurden ebenfalls mitfinanziert. Keine Beiträge erhielten jedoch die Privatkliniken für stationäre oder ambulante Angebote.

Die ambulante psychiatrische Versorgungsstrategie kann nur durch die Mitfinanzierung des Kantons umgesetzt werden. Im Gegensatz zur Akutsomatik hat die psychiatrische Versorgung, insbesondere im ambulanten Bereich, unzählige Schnittstellen zu Justiz, Erziehung und Fürsorge sowohl auf kommunaler wie kantonaler und nationaler Ebene. Diese Schnittstellenaufgaben sind häufig nicht KVG-pflichtige Leistungen. Die KVG-Tarife für intensive ambulante psychiatrische Leistungen sind nicht kostendeckend. Als Finanzierungsmodell in der Psychiatrie sollen daher ambulante und stationäre Versorgungsangebote integral betrachtet werden. So sollen Tagesklinikplätze analog den stationären Spitalbetten durch den Kanton mitfinanziert werden. Im Gegenzug wird die Anzahl stationäre Plätze und Spitaltage reduziert.

Tabelle C10.3: Graphische Übersicht über das Finanzierungsmodell in der Psychiatrie:

ambulante Psychiatrie				stationäre Psychiatrie	
TARMED	Spezial-sprechstunden Klinikerarzt	TARMED / Kanton	EPD Sucht Sozialpsychiatrie	KVG/VVG / Kanton	
	niedergelassener Psychiater		Triagestation		
100 % KV zu 0 % KT	Grundversorger	wie stationär?	Krisenintervention Tagesklinik Aufsuchende Behandlung Case Management Poststationärer Übergang Psychosoziale Medizin	Kostenteiler bis 31. März festzulegen	F0 - F99 Akutpsychiatrie und Psychotherapie
	Psychologen		KVG/IV/ Kanton Kanton		Langzeit- Psychiatrie Forensische Psychiatrie
			neues Finanzierungsmodell		
geregelt				geregelt	

MW/UB 07.11.2010

VVG: Zusatzversicherung; IV: Invalidenversicherung / Fürsorge; KV: Krankenversicherung; KT: Kanton

10.6. Aktuelle stationäre Leistungsaufträge in der Psychiatrie

Auf der aktuellen Spitalliste A sind im Bereich der Psychiatrie die Klinik Aadorf AG mit Erwachsenenpsychiatrie (nur geplante Aufnahme, ohne Krisenintervention und nur interne Notfallversorgung), die Clenia Littenheid AG mit umfassendem Angebot für Erwachsene und Jugendpsychiatrie sowie die Spital Thurgau AG mit den sich umfassend ergänzenden Angeboten der PKM Münsterlingen und der KJPD ohne Jugendpsychiatrie aufgeführt.

Die Forelklunik in Ellikon a. d. Thur ist für Suchtbehandlungen auf Kostengutsprache hin auf der Spitalliste A geführt.

Die bisherige Inanspruchnahme durch die Thurgauer Bevölkerung wurde in Kapitel 5 des Versorgungsberichtes (Teil B) für das Jahr 2008 aufgrund der BFS-Daten dargestellt, zudem sind die innerkantonalen Daten 2008 bis 2010 gemäss Selbstdeklaration angeführt.

10.7. Angebote und Leistungsaufträge in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist konsequent auf ambulante und aufsuchende Angebote ausgerichtet. In Form von Modellprojekten werden international anerkannte Therapiemethoden im Kanton Thurgau angewendet. Der stationäre Bereich wird nicht isoliert betrachtet.

Der KJPD betreut das gesamte Spektrum des ambulanten und „teilstationären“ kinder- und jugendpsychiatrischen Aufgabengebietes und ist im Sinne der Liaison- und Konsiliarpsychiatrie mit der Kinder- und Jugendabteilung des Kantonsspitals Münsterlingen (KKJ) eng verbunden. Die Kapazitäten der Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern wurden ausgebaut und 2009 ein neuer Bereich „Frühe Kindheit“ geschaffen.

Eltern-Kind-Station: In Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie und Pädiatrie wurde dieses neue stationäre Angebot für die gemeinsame Behandlung von null- bis fünfjährigen Kindern zusammen mit ihren psychisch erkrankten Eltern aufgebaut.

Aufsuchende Therapien: Seit 2007 ist ein aufsuchendes Intensivangebot für zwölf- bis siebzehnjährige Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens etabliert, die Multisystemische Therapie (MST-Standard), mit sechzehn bis zwanzig Behandlungsplätzen. Das analoge Modellprojekt für Kinder von 6 bis 17 Jahren (MST CAN, Child Abuse and Neglect) startete im Januar 2011. Beide Angebote wurden in enger Koordination und Kooperation mit den Departementen für Erziehung und Kultur sowie Justiz und Sicherheit realisiert. In der Ausführung ist die Vernetzung mit den Schulen, den schulpsychologischen Diensten, der Jugendanwaltschaft, den neu in den Bezirken zu schaffenden Kinderschutzbehörden und vielen anderen Interessensgruppen von zentraler Bedeutung. Der kooperative Ansatz gilt für alle Gebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Regionale Modellprojekte: In lokaler Zusammenarbeit mit Gemeinden und Organisationen entstehen regionale Modellprojekte. Das Time-in-time-out Projekt verfolgt einen systemisch orientierten Therapieansatz für verhaltensauffällige Schüler in Frauenfeld. Das Konzept basiert auf Partnerschaft und Schulterchluss zwischen den Beteiligten aus Familie, Schule, Behörde und Jugendpsychiatrie. In Zusammenarbeit von KJPD, Sozialen Diensten Frauenfeld und Inspira GmbH, Weinfelden, wurde die Multifamilientherapie für adoleszente und/oder junge alleinerziehende Mütter (MAM) zusammen mit ihren Babys und Kleinkindern aufgebaut.

Tagesklinik: Mit insgesamt 24 Plätzen unter Leitung des KJPD in Münsterlingen (Haus Winnicott und Haus Lutz) wird eine wichtige Versorgungslücke zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich geschlossen. Während Überschneidungen zum stationären Bereich ausgesprochen selten sind, ermöglicht der tagesklinische Ansatz insbesondere bei Schulkindern die weiterbestehende soziale Integration.

In der Klinik Littenheid wird im Rahmen des Projekts „Kinder psychisch kranker Eltern“ (von der psychiatrischen Hospitalisation eines Elternteils betroffene Kinder) die Versorgung der betroffenen Familien organisiert. Dies ist aus kinderpsychiatrischer Sicht ein wichtiger präventiver Ansatz.

Stationäre Kinderpsychiatrie: Sie wird im Liaisondienst durch den KJPD in der KKJ des KSM Münsterlingen erbracht. Die Leistungen werden nicht in der Psychiatrie er-

fasst. Die Fälle sind aufgrund des Hospitalisationsortes der Akutsomatik zugeordnet, jedoch mit psychiatrischen Diagnosen codiert.

Stationäre Jugendpsychiatrie: Hier existiert ein hoch spezialisiertes stationäres Angebot in der Clenia Littenheid AG mit einer überregionalen Kapazität und Leistungsaufträgen weiterer Kantone. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Littenheid belegte in den Jahren 2008 bis 2010 zwischen neun und zwölf Plätzen, durchschnittlich waren es zehn stationäre Plätze. Auf spezialisierten Erwachsenenstationen der PKM Münsterlingen wurden vier bis fünf Plätze durch 16 - 18-Jährige belegt. Zur bedarfsgerechten Versorgung sollen demnach 14 rechnerische Plätze bei 100 % Belegung für unter 18-Jährige zur Verfügung stehen.

Insgesamt verfügt die Clenia Littenheid AG über 32 Plätze, verteilt auf drei Stationen im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Angebot. Dieses spezialisierte, qualitativ hochstehende stationäre Angebot gewährleistet die Behandlung von schweren psychiatrischen Erkrankungen bei Jugendlichen. Spezialisierte Angebote werden aktuell ausgebaut für Trauma-Folgestörungen und dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A). Die Clenia Littenheid AG hat eine Tradition in der Behandlung von Kindern psychisch kranker Eltern und ist daran, diese modellhaften Projekte dauerhaft einzuführen.

Forensische Jugendpsychiatrie: Aktuell entwickeln sich an universitären Zentren in Zürich, Basel und auch Bern spezialisierte stationär-forensische Angebote im Jugendbereich. Um eine hohe Qualität dieser sehr schwierigen Arbeit zu gewährleisten, macht es Sinn, die Fälle überregional in Zentren zu konzentrieren. Im Kanton Thurgau sind die ambulanten Abklärungsmöglichkeiten bereits breit ausgebaut. Für die stationären Fälle sollte die Aufnahme in den geplanten überregionalen Zentren gesichert werden.

Die Niederschwelligkeit aller Angebote in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Zugänglichkeit sind weiter zu fördern. Entwicklungsbedarf (mit Modellprojekten) besteht bei der Früherfassung schwerer psychiatrischer Erkrankungen und bei der nachhaltigen Reorganisationen der Ehe- und Familienberatungsstellen sowie der Mütter- und Väterberatung. Sich bewährende Angebote sollen über die Modellprojektphase hinaus als ständige Angebote weitergeführt werden.

Weiter soll sowohl der Gründung wie der Weiterführung von bestehenden niedergelassenen spezialärztlichen und Grundversorger-Arztpraxen höchste Priorität geschenkt werden. Nur so sind Früherkennung und Frühintervention sinnvoll möglich und lassen sich spätere schwerwiegendere Störungen und langfristige schwere Therapieverläufe verhindern oder abschwächen.

Zusammenfassend bestehen im Kanton Thurgau folgende Angebote und Kapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Tabelle C10.4: Graphische Übersicht über die Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Psychiatrie Kinder- und Jugendliche	Kinder- und Jugendpsychi- atrischer Dienst, KJPD	Klinik für Kinder und Jugendliche in Liaison KJPD	Clienia Littenheid AG	Ärzte in Praxis, weitere Organisationen*
Gesundheit von Anfang an: Frühe Kindheit, psychosozial mehrfach belastete Familien				
Jugendliche im Fokus Jugendberatung Früherfassung schwerer psychischer Störungen				
Regionale Modellprojekte (z. B. Time-in-time-out, MAM**)				
Kleinkinderambulatorium (Kinder 0 bis 5 Jahre)				
Ambulatorium Kinder und Jugendliche (5 bis 18 Jahre)				
Kinder psychisch erkrankter Eltern				
Home Treatment (aufsuchende Familientherapie)	15 - 20 Plätze			
Multisystemische Therapie für verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche (MST Standard)	16 - 20 Plätze			
Multisystemische Therapie für Kinder in belasteter familiärer Situation (Child Abuse and Neglect, MST CAN)	12 Plätze			
Tagesklinik für Kinder und Jugendliche (4 bis 18 Jahre)	24 Plätze			
Stationäre Eltern-Kind- Behandlung	6 Plätze			
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie		bis 4 Plätze in der KKJ	32 Plätze überregional	

KKJ: Klinik für Kinder und Jugendliche des Kantonsspitals Münsterlingen, innerhalb der Akutsomatik, nicht auf der Spitalliste Psychiatrie; KJPD: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst.

*Ehe- und Familienberatung; Mütter-Väter-Beratung, Perspektive Thurgau; offene Jugendarbeit, Schule, weitere; Behörden: Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden, Gesundheits- und Sozialwesen der Gemeinden; Fachstellen: Kind, Jugend, Familie; Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht.

** MAM: Multifamilientherapie für adoleszente und/oder junge alleinerziehende Mütter, Region Frauenfeld.

10.8. Angebote und Leistungsaufträge in der Erwachsenenpsychiatrie

10.8.1. Innerkantonale Angebote in der Erwachsenenpsychiatrie

Die bisherige Inanspruchnahme durch die Thurgauer Bevölkerung wurde in Kapitel 5 des Versorgungsberichtes für das Jahr 2008 dargestellt.

Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie: Sie umfasst grundsätzlich die Diagnostik, Behandlung und Betreuung in akuten Krisen und während chronischer Verläufe aller Altersgruppen und aller zugrundeliegenden psychiatrischen Erkrankungen (ICD F0 - F99). Im Gegensatz zur Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden Modellprogramme mit intensivierten ambulanten Angeboten wie den Akut-Tageskliniken erst ab 2007 eingeführt, weitere Angebote werden ab 2011 starten. Die stationäre allgemeine Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie hat einen überragenden Stellenwert, sie wurde im Psychiatriekonzept 2004 wie folgt eingeteilt:

Institutionelle Grundversorgung: Sie beinhaltet die Aufnahme und Behandlung akuter psychiatrischer Zustandsbilder während 24 Stunden rund um die Uhr an 365 Tagen im offenen und geschlossenen Rahmen. Sie soll Sicherheit und Schutz bei Fremd- und Selbstgefährdung sowie möglichst frühe intensive therapeutische Interventionen ermöglichen. Häufig sind der Milieuwechsel und die Entlastung der Umgebung wichtiger Interventionsbestandteil und entscheidende Voraussetzung für eine erfolgversprechende Behandlung. Fürsorge und wirksame Behandlung kann teilweise anfänglich nur gegen den Willen betroffener Patienten und Patientinnen erbracht werden. Der Aufnahme- und Rotationsdruck und die Rotationszahlen sind in den letzten Jahren stark gestiegen. Angesichts damit verbundener psychischer Belastung sowie ethischer Verantwortung sind die fachlichen und menschlichen Anforderungen an psychiatrische Fachpersonen inzwischen sehr gross. Vor diesem Hintergrund erfordert die Arbeit der psychiatrischen Akutversorgung regelmässige Unterstützung im Sinne der intensiven fachlichen Weiterbildung und kompetenten Supervision.

Institutionelle Spezialversorgung: Sie ist gekennzeichnet durch die Differenzierung und Spezialisierung des gesamten Fachgebietes. Ambulante und stationäre therapeutische Spezialangebote berücksichtigen immer gezielter einzelne Lebensphasen sowie Anforderungen in der Behandlung einzelner Krankheitsbilder. Für solche störungsspezifische therapeutische Angebote ist es wichtig, kompetentes Personal zu rekrutieren, weiterzubilden und neue wissenschaftliche Erkenntnisse frühzeitig zu integrieren. Dies gilt vor allem für die Therapie von Patienten und Patientinnen mit Borderline-, Ess-, Angst- und Zwangsstörungen sowie für Menschen mit Depression, Sucht und sogenannten Dualdiagnosen.

Je nach Klinik werden strukturell separierte Angebote für ältere Menschen als Alters- oder Gerontopsychiatrie mit Untergruppen für neurogerontopsychiatrische Störungsbilder geführt.

In den psychiatrischen Kliniken des Kantons wurden in den Jahren 2008 bis 2010 insgesamt 1'779 bis 2'179 Fälle innerkantonale stationär aufgenommen. Dies entspricht bei steigender Fallzahl leicht rückläufigen Pflagetagen von 103'134 bis 97'901 Tagen pro Jahr. Rechnerisch ergibt sich ein Durchschnitt von 276 belegten Plätzen (Pflagetage dividiert durch 365 Tage). In den letzten drei Jahren lagen innerkantonale stationäre Versorgungsanteile der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (>18-Jährige) be-

zogen auf die Pflage tage bei 69 bis 72 % für die PKM, bei 24 bis 27 % für die Clenia Littenheid AG und bei 2 bis 4 % für die Klinik Aadorf AG. Die drei Kliniken erbringen über 90 % der gesamten stationären Pflage tage für die Thurgauer Wohnbevölkerung.

Überschneidungen der stationären psychiatrischen Behandlung ergeben sich mit folgenden anderen Bereichen:

- Somatische Medizin, da psychische und somatische Krankheiten häufig gemeinsam auftreten;
- Psychiatrische Rehabilitation;
- Einrichtungen des Sozialwesens, da psychische Krankheiten sehr stark vom sozialen Umfeld geprägt sind.

Auf die drei Schnittstellen wird im Folgenden kurz eingegangen:

Somatische Medizin: Die Spital Thurgau AG betreute im Jahr 2010 in der Akutsomatik 284 Fälle und in der Rehabilitation 13 Fälle mit psychiatrischen Diagnosen (F-Diagnosen) vorwiegend in Zusammenhang mit Alkohol, Drogen und Demenz. Es wird davon ausgegangen, dass keine Verschiebung stattfinden wird. In der Versorgungsplanung der Rehabilitation wurde festgelegt, dass die psychiatrisch-sozialmedizinische Rehabilitation in den psychiatrischen Kliniken sowie Sucht- und Behinderteneinrichtungen erfolgt. Entsprechende psychiatrische Diagnosen sind nur soweit in somatischen Rehabilitationskliniken zu therapieren, als sie in Kombination mit wesentlichen Beschwerden anderer Rehabilitationsbereiche auftreten. Mit dieser Regelung soll eine schleichende Verschiebung der psychiatrischen Behandlung in die somatische Rehabilitation gedämpft werden.

Psychiatrische Rehabilitation: Massnahmen zur psychiatrischen Rehabilitation können grob vier verschiedenen Kategorien von Aktivitäten des täglichen Lebens zugeordnet werden: Arbeit, Wohnen, soziale Kontakte und Freizeit (Rehabilitations-Achsen). Rehabilitative Massnahmen dienen der Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung entsprechender Fähigkeiten. Ziel ist die Rückkehr des Rehabilitanden in sein angestammtes Lebensumfeld. Häufig ist aber auch das Erreichen von Teilzielen auf allen Stufen autonomer und qualitativ besserer Lebensführung ein Rehabilitationserfolg.

Sowohl psychiatrische Kliniken als auch Einrichtungen des Sozialwesens stehen in der Pflicht zur Rehabilitation psychisch Erkrankter. Die Erwartungen an die psychiatrische Rehabilitation sind mit den IV-Revisionen deutlich gestiegen. In den psychiatrischen Kliniken steht die Stabilisierung und der Neuaufbau des sozialen Netzwerkes sowie der Erhalt der Arbeitsstelle durch die psychiatrische Behandlung, sozialmedizinische Aufgaben wie Supported-Employment und poststationäre Versorgungsangebote im Vordergrund, in den Einrichtungen des Sozialwesens die berufliche Wiedereingliederung nach Arbeitsplatzverlust.

Chronisch psychisch Erkrankte: Eine zweite Schnittstelle zu den Einrichtungen des Sozialwesens besteht bei Langzeiterkrankten. Chronische psychische Krankheit und psychische Behinderung bedingen sich gegenseitig und betreffen ein und denselben Menschen. Die Definition des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) bildet den Zusammenhang gut ab: "Als psychische Behinderung gilt eine durch endogene oder exogene Faktoren verursachte chronifizierte emotionale oder kognitive (Wahrneh-

mungs-)Störung, die sich über längere Zeit oder dauernd manifestiert und sich beruflich oder sozial als zentraler Steuerungs- und Adaptationsdefekt (Schwäche der Steuerungs- oder Anpassungsfähigkeit) auswirkt."²⁸ Da psychische Behinderungen unter Stress schnell wieder in akute psychische Krankheiten umschlagen können, ist eine therapeutische Haltung psychisch Behinderten gegenüber zumindest zeitweise sehr wichtig. Kontinuierliche Verläufe sind eher selten. Krisen und Abbrüche gehören zum Krankheitsgeschehen und das Versorgungssystem muss sich durch unbefristete Nachbetreuungen am Arbeitsplatz und zu Hause darauf einstellen. Psychiatrische Rehabilitation ist somit selten ein stetiger Prozess und immer auch ein Prozess der Krankheitsbewältigung. Umgekehrt muss psychiatrische Behandlung sehr oft auch sozialpsychiatrisch ausgerichtet sein, indem sie das soziale Umfeld berücksichtigt und die Rückkehr dorthin aktiv fördert.

Eine künstliche Unterscheidung von Behandlung und Rehabilitation beruht auf der Annahme, dass ein Krankheitsprozess irgendwann einmal zu Ende ist und einen stabilen Defekt hinterlässt, was bei psychischen Krankheiten klar nicht der Fall ist. Es ist aber Tatsache, dass Behandlungs- und Rehabilitationsmassnahmen bezüglich Kostenträgerschaft, politischer Zuständigkeit und Leistungserbringern strikt getrennt sind. Dies wirkt einer notwendigen engen Vernetzung der Massnahmen entgegen und stellt damit ein Hauptproblem dar. Durch die Verlagerung der Finanzierung von Behinderteneinrichtungen vom BSV zu den Kantonen und der Möglichkeit, Behindertenpflegeheime auf der Pflegeheimliste zu führen, werden Finanzierungsbarrieren grundsätzlich reduziert und sollen eine patientenorientierte Ausgestaltung der Angebote nicht mehr fundamental behindern.

Psychiatrische Langzeitpatienten benötigen spezifische Versorgungsstrukturen. Die Betroffenen können in zwei Gruppen eingeteilt werden. Gruppe 1 bezeichnet Menschen, die geprägt durch die Krankheitsphasen, zeitweise starke Verwirrtheit, Aggression, Selbst- und Fremdgefährdung (chronisch Schizophrene) zeigen. Eine kleinere Gruppe 2 umfasst Menschen mit gezielter, starker Fremdgefährdung und Aggression (stark verhaltensauffällige, aggressive psychiatrische Fälle). Einerseits haben Wohnheime nicht die geeignete Infrastruktur und Personaldotation, andererseits ist die Gruppe 2 (ca. 1/3) chronisch und die Gruppe 1 für Kriseninterventionen zusätzlich auf umfassende ärztliche Betreuung in einer geschlossenen Abteilung einer Psychiatrischen Klinik angewiesen. Für die Gruppe 1 kann in einer Wohngruppe der Stiftung Mansio auf dem Platz Münsterlingen eine Lösung umgesetzt werden. Die Gruppe 2 benötigt zwingend eine psychiatrische Klinik, sie wird nach entsprechenden Umbaumaassnahmen einer Akutstation der PKM angegliedert werden.

²⁸ Wegleitung über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, BSV, 1990.

10.8.2. Spezialbereiche in der Erwachsenenpsychiatrie

Substanzabhängigkeit

Sowohl in der stationären Psychiatrie als auch in den EPD wird ein signifikanter Teil der Fälle wegen einer Suchtproblematik als Hauptdiagnose behandelt. Während Jugendliche illegale Drogen bevorzugen und ein Trend zu Polytoxikomanie beobachtet werden kann, neigen ältere Personen zu Medikamenten- und vor allem Alkoholmissbrauch. Menschen mit einer Substanzabhängigkeit leiden häufig an einer psychischen Grundkrankheit (Doppeldiagnose). Ein intensives Case Management von Suchtpatienten könnte die häufigen Wiedereintritte reduzieren.

Eine generelle Eindämmung der Süchte hätte insgesamt das grösste Einsparpotential in der Psychiatrie. Das Hauptaugenmerk wird auf die Prävention mit den Leistungsaufträgen an den Gemeindezweckverband der Perspektive für die Suchtprävention, Suchthilfe und Gesundheitsförderung gelegt. Weiterhin Gültigkeit haben das Drogenkonzept TG aus dem Jahre 1992 (überarbeitet 1999 und 2005), die Richtlinien des Kantons Thurgau für stationäre Einrichtungen in der Drogenhilfe (1995), die Methadonrichtlinien des Kantons Thurgau (1993, überarbeitet 2003) sowie die gesetzlichen Bestimmungen des Bundes.

Die Grundlagen und Stossrichtungen der kantonalen Suchtarbeit sollten dringend durch ein umfassendes Suchtkonzept erneuert werden.

Forensische Psychiatrie

Die forensische Psychiatrie befasst sich mit den rechtlichen Belangen aller Kategorien von psychisch kranken oder gestörten Menschen, unabhängig ihres Alters und der vorliegenden Störung. Gute Kenntnisse des Rechtssystems, der relevanten Gesetzestexte sowie ein fundiertes psychopathologisches Wissen über die verschiedensten psychiatrischen Störungsbilder, ihre sozialen Auswirkungen, ihren Verlauf, ihre Behandlung etc. sind unabdingbar.

Nebst strafrechtlichen und zivilrechtlichen Massnahmenvollzügen stehen folgende Klassen von Begutachtungen im Vordergrund:

- strafrechtliche Begutachtung hinsichtlich Zurechnungsfähigkeit, Massnahmebedürftigkeit und Rückfallgefahr;
- zivilrechtliche Begutachtung hinsichtlich vormundschaftlicher Massnahmen, Urteilsfähigkeit u. a. m.;
- versicherungsrechtliche Gutachten;
- Gutachten zur Beurteilung der Fahreignung;
- Gutachten im Zusammenhang mit der Militärdiensttauglichkeit.

Die Begutachtungen erfolgen zum kleineren Teil stationär, zum grösseren Teil ambulant. Zwischen 5 und 10 % der stationären Patienten und Patientinnen und 1/4 bis 1/3 der ambulanten Patienten und Patientinnen werden in irgendeiner Form begutachtet.

Art. 59 Strafgesetzbuch (StGB) wurde im Januar 2007 neu eingefügt. Er sieht bei verschiedenen Straftaten stationäre therapeutische Massnahmen vor und löste damit einen zusätzlichen Bedarf an stationären Therapieplätzen aus. Der Bedarf für den Kanton Thurgau beträgt etwa fünf stationäre Plätze (ausgenommen hochgesicherte Plätze). Die Sollbelegung einer Station liegt demgegenüber bei 12-13 Plätzen. Die Nachrüstung der

sicherheitstechnischen Anlagen in der PKM ist hoch dringend. Der Bedarf anderer Kantone ist gegeben, es besteht ein überregionaler Mangel an Plätzen. Das Departement für Justiz und Sicherheit (DJS) hat ein hohes Interesse, die Begutachtungskompetenz im Kanton zu halten und zu fördern, damit die rasche (und damit kostengünstige) Abwicklung der Fälle weiterhin gewährleistet ist. Das vorliegende Konzept zur Entwicklung und Optimierung der Station für forensische Psychiatrie der PKM wird einvernehmlich umgesetzt.

10.8.3. Substitutionspotential in der Erwachsenenpsychiatrie

Die folgende Aufstellung definiert vier Gruppen von Patienten und Patientinnen, die heute unterschiedlich stark in stationärer Behandlung in Psychiatrischen Kliniken „fehlversorgt“ sind und demgemäss in unterschiedlichem Ausmass von einer Neuausrichtung der Versorgung auf ambulante Behandlungen profitieren könnten. Es handelt sich somit um Aufenthalte, die mit geeigneten ambulanten Angeboten substituiert werden sollten. Besonders auf die Spalten II und IV sollte das Augenmerk der zukünftigen Planung gerichtet sein:

Tabelle C10.5: Graphische Übersicht über substituierbare stationäre Aufenthalte:

Behandlungshintergrund:	I. Morbus bedingt	II. Komplexe psychosoziale Problemlage	III. Störungsspezifische stationäre Versorgung	IV. Fehlindikationen
Kennzeichen	Schwere der Erkrankung macht stationäre Behandlung notwendig, ambulante Behandlung ist mit bestehenden Angeboten nicht mehr möglich.	Zusätzliche komplexe psychosoziale Problemlagen, die teilweise auch von den eigentlich zuständigen Stellen nicht gelöst werden können, überfordern das Helfernetz ausserhalb der Klinik („Zufluss“), verzögern die Behandlung und erschweren die Platzierung („Abfluss“).	Eine spezifische, meist störungsspezifisch ausgerichtete stationäre Behandlung stellt einen echten Benefit dar (weitere Prognose, Tiefe der Veränderungsmöglichkeiten) oder ist die einzige Alternative (z.B. Forensische Psychiatrie).	Patient könnte eigentlich besser in einem nicht-stationären Setting (oder gar nicht) behandelt werden.
Prognose	Insgesamt eher rückläufig durch medizinischen Fortschritt (Behandlungen werden kürzer; es ist mehr ambulant möglich).	Insgesamt eher Zunahme durch: Wegfall beruflicher Nischen; Veränderung der familiären Strukturen; Migration; Psychiatrieaufenthalt ist kaum mehr aversiv.	Insgesamt eher Zunahme durch medizinischen Fortschritt und Spezialisierung (analog somatischer Medizin).	Insgesamt eher rückläufig; Gesellschaft kritischer mit Psychiatrie; Belegungsdauern gehen zurück.
Lösung	Fachspezifische Weiterentwicklung im ambulanten Bereich fördern. Finanzierungsprobleme (Geriatric / Gerontopsychiatrie) beseitigen.	- Bessere Vernetzung. - Aufsuchende Angebote. - Tageskliniken. - Selektive Prävention. - Empowerment-Initiativen. - Langzeitbehandlung.	Ggf. fachspezifische Diskussion; bessere Kooperation zwischen den Institutionen.	Triage verbessern. Benchmarking mit anderen Kliniken.

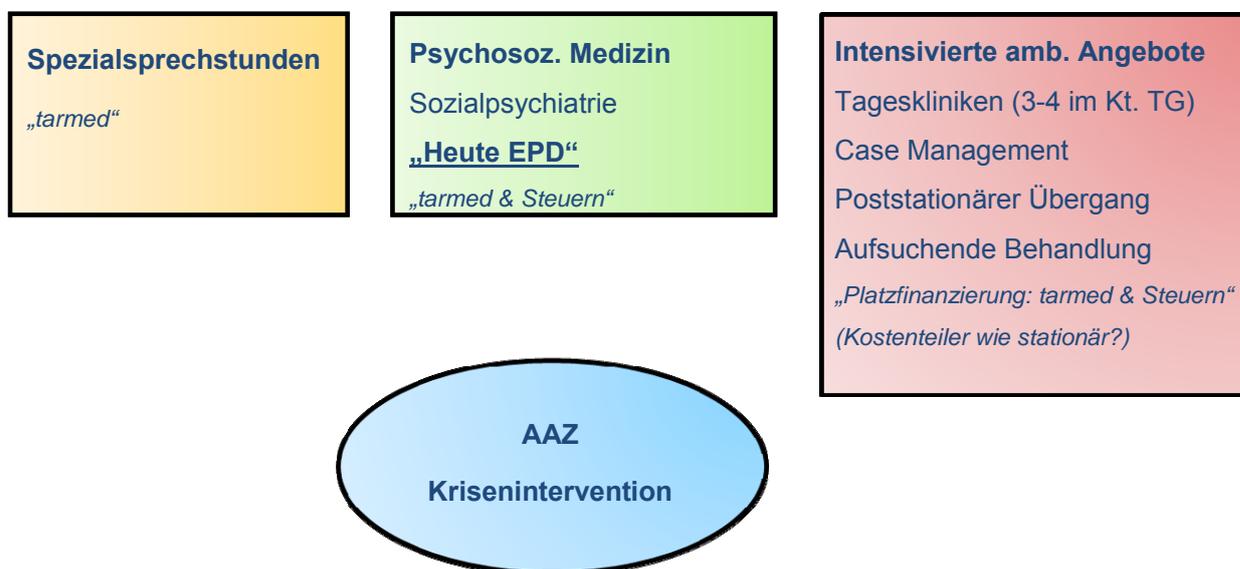
Die Quantifizierung der einzelnen Lösungsansätze und deren Auswirkungen sind nicht möglich. Die Psychiatriekommission schlägt daher im Projektbericht in Einklang mit den Empfehlungen der GDK zur Psychiatrieplanung die Umsetzung der Ansätze in Form von Modellprojekten vor.

10.8.4. Versorgungsstrukturen in der Erwachsenenpsychiatrie

Die niedergelassenen Leistungserbringer im Bereich psychische Gesundheit tragen massgeblich zur qualitativ hochwertigen Versorgung der Thurgauer Bevölkerung bei. Die niedergelassenen Psychiater und Psychiaterinnen kennen sowohl den klinischen Alltag und die Möglichkeiten der stationären Behandlung als auch die ambulante Versorgungsrealität. Diese Kenntnisse sollen genutzt werden, damit das skizzierte Substitutionspotential von der stationären Versorgung hin zur ambulanten Behandlung optimal genutzt werden kann. Die niedergelassenen Psychiater und Psychiaterinnen sehen ihren Beitrag in der Patientenversorgung und auch im Einbezug bei der konkreten Ausgestaltung der klinischen/institutionellen Versorgungsstrukturen sowie bei Vernetzungs- und Schnittstellenkonzepten.

Folgende ambulanten Versorgungsstrukturen, Settings und Projekte sollen mit Optimierung der Übergänge zwischen den Angeboten umgesetzt werden:

Abbildung C10.6: Graphische Übersicht über institutionsgebundene ambulante Lösungsansätze zur Substitution:



AAZ: Abklärungs- und Aufnahmezentrum.

Der Ausbau der ambulanten Angebote ist durch die Einrichtung folgender, teilweise neuer Strukturen als Ansatz der integrierten Versorgung zu gewährleisten:

Psychosoziale Medizin: Die heutigen vier EPD in Romanshorn, Münsterlingen, Frauenfeld und Sirnach sollen auf fünf EPD in den Bezirken gemäss neuer Aufteilung der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden ausgebaut werden. Sie sollen möglichst benachbart zu den Räumlichkeiten der Perspektive-Fachstellen sein, damit der Kanton Thurgau flächendeckend sozialpsychiatrisch versorgt werden kann. Mit dem Ziel,

durchgängige Behandlungspfade in der Versorgungsregion zu schaffen, bleiben die EPD in den Psychiatrischen Kliniken integriert.

Triage: Die Triage muss dringend professionalisiert werden. Sie erhält durch zusätzliche tagesklinische, ambulante und aufsuchende Behandlungen einen signifikant höheren Stellenwert. Unnötige Verlegungen bzw. Settingwechsel sind zu vermeiden. Die Patienten und Patientinnen sind von Beginn weg dem individuell richtigen Angebot zuzuweisen. Die Triage wird mit folgenden Massnahmen verbessert:

1. Der Weiterausbau und die Professionalisierung des bestehenden Aufnahmedienstes erfolgt unter Miteinbezug der (zukünftig ausserhalb der Klinik liegenden) intensiviert ambulanten und ambulanten Angebote.
2. In einem Aufnahme- und Abklärungszentrum (AAZ), das nicht Bestandteil des Akutbereichs sein soll, müsste innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen abgeklärt werden, wo und wie die Therapie weitergeführt wird. Vom Haus- oder Facharzt veranlasste Eintritte in die stationären Kliniken sollen möglich bleiben und auch direkt auf Spezialstationen erfolgen können. Sie sollen allerdings nicht die Regel sein. Auch soll die Möglichkeit von Abklärungen im Auftrag niedergelassener Ärzte und Ärztinnen verstärkt werden.

Tageskliniken: Rechnerisch können zwei Tagesklinikplätze etwa einen stationären Platz substituieren. Dabei wird mit 200 Belegungstagen pro Jahr und Platz für Erwachsene (max. 225 Tage pro Jahr und Platz für Kinder- und Jugendliche) und Kosten von ca. 60 - 70 % eines stationären Platzes gerechnet. Die Zahl der Tagesklinikplätze für Erwachsene im Kanton soll Zug um Zug mit dem Abbau stationärer Betten von derzeit 46 auf 60 und mittelfristig auf 80 Plätze erhöht werden. Sie werden auf drei, mittelfristig auf vier Tageskliniken verteilt. Eine erweiterte Memory-Klinik mit allgemein-alterspsychiatrischem Subsetting in Münsterlingen soll eine dieser Tageskliniken sein. Die anderen drei Tageskliniken sollen für einen optimalen Betrieb an den Standorten der (zukünftigen) EPD realisiert werden.

Intensivierte ambulante Angebote: Analog zu den Modellprojekten der Kinder- und Jugendpsychiatrie zielen die Projekte auf eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung durch Schliessen von Versorgungslücken, eine differenzierte Zuweisung und mittelfristig eine Reduktion von vollstationären Pflgetagen.

1. **Intensive Case Management (ICM):** Das Modellprojekt richtet sich an lang anhaltend psychisch schwer kranke Personen, die vorübergehend oder längerfristig eine umfassende Behandlung und Betreuung benötigen, die bisher häufig mit lang dauernden und/oder sich wiederholenden Hospitalisationen verbunden war (Heavy User). Eine Koordination mit dem Case Management der Krankenversicherer ist wünschenswert.
2. **Abklärungs- und Aufnahmezentrum (AAZ) mit integrierter Krisenintervention (KIT):** Zugang für alle Patienten und Patientinnen, die nicht im Sinne einer vorabgeklärten Aufnahme bereits auf eine spezifische Station, in eine Tagesklinik oder in ein Ambulatorium zugewiesen werden (AAZ) und alle Patienten und Patientinnen, die nach plötzlichen, belastenden Veränderungen der Lebensumstände (privat/beruflich) und unzureichender eigener und familiärer Bewältigungsstrategien dringend fachliche Hilfe benötigen (KIT). Die Aufnahme erfolgt auch im Sinne einer Notfallbehandlung bei noch ungeklärtem längerfristigem Behandlungsbedarf.

3. **Poststationäre Übergangsbehandlung (PSÜB):** Rein ambulantes Angebot für diejenigen Personen, bei denen eine klare Indikation zu einer aufsuchenden Übergangsbehandlung festgestellt wird. Mögliche Indikationen sind ein neu eingerichtetes, umfassendes ambulantes Betreuungssetting, eine hohe Anzahl verschiedener ambulanter Betreuungspersonen, ein konflikthafte Betreuungssetting oder veränderte Anforderungen an ein bestehendes ambulantes Betreuungssetting.

Weitere Empfehlungen

Spezialsprechstunden / gerontopsychiatrische Sprechstunden: Das langjährig im stationären Rahmen gewachsene störungs- und methodenspezifische Fachwissen soll ambulant, in Heimen und in Akutspitälern zur Verfügung gestellt werden (z. B. im Sinne von Spezialsprechstunden sowie konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Angeboten). Die Angebote sind in Abstimmung mit der niedergelassenen Ärzteschaft, insbesondere unter Respektierung des Konsensuspapiers der Ärztesgesellschaft Thurgau zu betreiben.

Geriatric / Geronto-Psychiatrie: Folgende Vorschläge wurden ausgearbeitet. Die Thematik muss aus Sicht der Versorgungsplanung im Rahmen der Umsetzung des Alterskonzeptes durch ein umfassendes Geriatriekonzept angegangen und insbesondere mit Ansätzen der Akutgeriatrie und geriatrischen Rehabilitation koordiniert werden. Die Ansätze sind daher zurückzustellen.

1. Aufbau eines stationären gerontopsychiatrisch-geriatrischen Angebots zur gezielten Behandlung von Patienten und Patientinnen mit zerebraler und somatischer Co-Morbidität und Erarbeitung eines entsprechenden Finanzierungskonzeptes (Fallpauschale versus Tagessatz) mit Prüfung einer Mischfinanzierung;
2. Prüfung des Bedarfs einer neuropsychiatrischen Ambulanz oder Station in einem Pflegeheim und/oder im somatischen Spital;
3. Die Erarbeitung eines regionalen, die Interessengruppen integrierenden Konzepts speziell zur psychiatrischen Versorgung betagter Menschen sollte vorangetrieben werden;
4. Aufsuchende Betreuung in einem Bezirk: Fortführung des Projektes „Ambulante Dienste“²⁹ und Umsetzung der darin vorgeschlagenen Massnahmen wie aufsuchende Betreuung betagter Menschen durch Pflegefachpersonen unter fallweisem Einbezug aller beteiligten Fachpersonen und unter finanzieller Beteiligung der Gemeinden (Pilotprojekt Weinfelden; Initiierung in weiteren Gemeinden).

Die Angebote im Bereich Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie mit den angrenzenden und differenzierten Angeboten anderer Organisationen sowie die Entwicklungsbereiche der Kap. 10.2, 10.4 und 10.8 sind nachfolgend in Tabelle C10.7 zusammengefasst:

²⁹ Projekt aus der Zukunftskonferenz „Die seelische Gesundheit im Alter gestalten“, Mai 2007.

Strukturbericht

Tabelle C10.7 (Teil 1): Übersicht über Leistungsangebot und Substitution in der Psychiatrie

Psychiatrie Erwachsene für Thurgauer Bevölkerung	Klinik Aadorf AG	Clenia Littenheid AG, EPD Sirmach	PDT: PKM und EPD	Ärzte in Praxis, Organisationen	Veränderung Versorgungsangebote: Substitution
<p>Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie und integrierte psychotherapie: Institutionelle Grundversorgung (Notfall, 24h Bereitschaft, offene und geschlossene Abteilungen, FFE) und institutionelle Spezialversorgung</p> <p>Belegung inkl. Zusatzversicherung Mittel 2008 - 2010</p>	Integrierte Psychotherapie (ohne FFE, Notaufnahme, geschlossene Abteilung) Total ¹⁾ : 54 Plätze Allg. OKP TG: 4 Betten Belegte TG Plätze: 8.5	Integrale institutionelle Grundversorgung Total ¹⁾ : 240 Plätze überregional belegt Allg. OKP TG: 70 Betten Belegte TG Plätze: 71.4	Integrale institutionelle Grundversorgung Total ¹⁾ : 220 Plätze überregional belegt Allg. OKP TG: 195 Betten Belegte TG Plätze: 196.1	Forelinik: nur Suchtentwöhnung	Abbau: - 9 Plätze ²⁾ - 20 Plätze ³⁾
<p>Tageskliniken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akut-Tagesklinik - Memory-Klinik - Tages- und Nachtplätze 		12 Plätze k.A.	20 Plätze 14 Plätze k.A.		Ausbau: + 14 Plätze ²⁾ + 20 Plätze ³⁾
Psychosoziale Medizin: Externe Psychiatrische Dienste		1 EPD	3 EPD		Ausbau: + 1 EPD
<p>Triage und intensivierete Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufnahmedienst - Aufnahme- und Abklärungszentrum (AAZ) - Integrierte Krisenintervention (KIT) - Intensive Case Management (ICM): - Poststationäre Übergangsbearbeitung (PSÜB) 					Aufbau als Modellprojekt
<p>Ambulante Sprechstunden, Spezialsprechstunden</p>	Konsensuspapier ÄTG	Konsensuspapier ÄTG	Konsensuspapier ÄTG	Freie Tätigkeit	Konsensuspapier ÄTG

PDT: Psychiatrische Dienste Thurgau; EPD: Externe Psychiatrische Dienste; PKM: Psychiatrische Klinik Münsterlingen; FFE: Fürsorgerischer Freiheitsentzug; ÄTG: Ärztesgesellschaft Thurgau.

¹⁾ Betriebsbewilligung resp. insgesamt in der Klinik belegte Plätze im Jahr 2008 (Anzahl Pflergetage / 365 Tg. für Bevölkerung TG); Tages- und Nachtplätze sind nicht ausgewiesen, da die Patienten und Patientinnen in den stationären Abteilungen betreut werden.

²⁾ Veränderung belegter Plätze 1. Etappe: 1.1.2012;

³⁾ Veränderung 2. Etappe: laufend bis 1.1.2016.

Tabelle C10.8 (Teil 2): Übersicht über Leistungsangebot und Substitution in der Psychiatrie

Erwachsenenpsychiatrie: angrenzende und differenzierte Bereiche	Klinik Aadorf	Clienia, Litten- heid, EPD Sirmach	PDT: PKM und drei EPD	Ärzte in Praxis, Organi- sationen ^{4),5)}	Veränderung Versorgungs- angebote / Substitution
Psychiatrische Rehabilitation - Innerhalb allgemeiner Erwachsenenpsychiatrie					
- Arbeitsintegration und -rehabilitation psychisch Erkrankter			Supported Employment, Job Coach	ca. 300 Plät- ze	Integrations- massnahmen IV- Revision
Langzeitaufenthalte für chronisch psychisch Behinderte und psychische Alterserkrankungen ⁶⁾				10 - 20 % der Plätze in Al- ters- / Behin- dertenpfle- geheimen ⁶⁾	Pflegeheimpla- nung: - Alters- und - Behinderten- pflegeheime
Schwere chronische psychische Krankheit und psychische Behinderung ⁷⁾			ca. 18 Plätze, davon ca. 2 für Menschen im AHV-Alter in ausserkantonalen psychiatri- schen Pflegeheimen ⁸⁾ ; ca. 10-12 Plätze für leichter (Gruppe 1) und 4-5 für schwer psychisch Behinderte (Gruppe 2) in PKM, Stiftung Mansio.		Umsetzung in Absprache mit dem Fürsorge- amt: Gruppe 1: Stiftung Mansio, Gruppe 2: PKM
Substanzabhängigkeit: - Alkohol- und Tablettenabhängigkeit - Illegale Drogen		Entzug, Entwöhn- ung Entzug, Entwöhn.	Entzug, Entwöhnung Entzug, Entwöhnung	Prävention ⁵⁾ ; Forelklinik: Entwöhnung Prävention ⁵⁾	Erarbeitung Sucht- Konzept
Forensische Psychiatrie: - Abklärung und Begut- achtung durch Psychiater			muss teilweise stationär erfolgen	soweit ambu- lant durch- führbar	StGB, Erwachse- nenschutz
- Massnahmenvollzug in psychiatrischen Kliniken			ca. 5 Plätze gesichert und ≤1 in hochgesicherten ausser- kantonalen Zentren ⁹⁾		Ausbau auf 12- 13 Plätze als überregionale Station ⁹⁾

PDT: Psychiatrische Dienste Thurgau; EPD: Externe Psychiatrische Dienste Münsterlingen, Romanshorn, Frauenfeld, Sirmach; PKM: Psychiatrische Klinik Münsterlingen; Clienia: Clienia Littenheid AG.
⁴⁾ Stiftung Mansio, Brüggli Romanshorn, etc. ⁵⁾ Ehe-Familienberatung; Mütter-Väter-Beratung; Perspektive Thurgau; etc. Behörden: Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden, Gesundheits- und Sozialwesen der Gemeinden, Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht; ⁶⁾ Alterspflegeheime und Behindertenheime, offene und geschützte Abteilungen; ⁷⁾ Nur Personen, die eine phasenweise oder permanente ärztliche Betreuung sowie zeitweise oder dauernd eine geschlossene Abteilung benötigen, welche in Behinderten- und Alterspflegeheimen ohne Anbindung an eine Klinik nicht gewährleistet ist. Die Anbindung kann als volle Integration, teilweise auch in Gehrähe und Kooperation mit einer psychiatrischen Klinik erfolgen; ⁸⁾ Teil der Pflegeheimplanung soweit nicht akute Erwachsenenpsychiatrie; ⁹⁾ Aufbau hochgesicherter Plätze ist im Kanton nicht angezeigt, Bedarf zu gering.

10.9. Versorgungsinfrastrukturen in der Psychiatrie

10.9.1. Innerkantonale Versorgungsinfrastrukturen in der Psychiatrie

Es stehen folgende innerkantonalen Versorgungsinfrastrukturen zur Verfügung:

Table C10.9: Innerkantonale Versorgungsinfrastruktur psychiatrische Kliniken

	Klinik Aadorf AG	Clenia Littenheid AG	PDT: PKM, KJPD
Fachärzte und deren zeitliche Verfügbarkeit	X	X	X
Leistungsangebot allgemeine Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie: - Umfassende institutionelle Grundversorgung - Institutionelle Spezialversorgung	X	X X	X X
Verfügbarkeit der Leistungen: - Aufnahme während 24-h rund um die Uhr - Geplant (Montag - Samstag)	X	X X	X X
Fürsorgerischer Freiheitsentzug		X	X
Notfall- und Krisenversorgung: - Notfallstation - Notfallversorgung extern in den erbrachten Fachgebieten - Notfallversorgung intern in den erbrachten Fachgebieten	X	X X	X X X
Erwachsene: - Offene Abteilungen - Geschlossene Abteilungen - Gesicherte forensische Psychiatrie - Hoch gesichert forensische Psychiatrie	X	X X	X X X -
Kinder und Jugendliche: - Offene Abteilungen - Geschlossene Abteilungen - Gesichert forensische Psychiatrie - Hochgesichert forensische Psychiatrie		X X - -	X ¹⁾
Tagesklinik		X	X
Diagnostik neurogerontopsychiatrische Störungsbilder			X
Substanzabhängigkeit - Alkohol- und Tabletten - Illegale Drogen		X X	X X

¹⁾ In Liaisondienst Klinik für Kinder und Jugendliche KS Münsterlingen.

Die Psychiatrischen Kliniken passen ihre Bauten in rollender Planung den Bedürfnissen an. Die Klinik Aadorf AG plant im Hauptbau eine umfassende Erneuerung und Erweiterung, die Führung von geschlossenen Abteilungen ist gemäss Baueingabe nicht vorgesehen. Der Umbau zur Optimierung und sicherheitstechnischen Aufrüstung der Station für forensische Psychiatrie der PKM findet 2011 statt.

10.9.2. Ausserkantonale Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie

Aus Gründen des innerkantonale nicht verfügbaren Angebotes werden ausschliesslich jugendliche und erwachsene Straftäter und Straftäterinnen, die in hochgesicherten, spezialisierten Einrichtungen platziert werden müssen, ausserkantonale eingewiesen. Zudem ist die Forellinik Ellikon auf Entwöhnung von Alkohol- und Tablettenabhängigkeit spezialisiert, sie wird auf der Spitalliste geführt. Betroffene haben damit eine Wahlmöglichkeit. Weitere ausserkantonale Hospitalisationen erfolgen mit Entscheid des Kantonsärztlichen Dienstes auf der Alkoholtherapiestation der psychosomatischen Abteilung des Spitals Wattwil. Solche Indikationsentscheide sollen weiterhin möglich sein.

Insgesamt beanspruchten 12.6 % aller Fälle im Jahr 2008 und 7.4 % in Bezug auf die Pflage tage ein ausserkantonales Angebot. Der Anteil medizinisch indizierter Fälle ist jedoch gering ebenso sind die Anteile einzelner Kliniken an der Versorgung der Thurgauer Bevölkerung nicht signifikant. Mit Ausnahme der oben genannten Spezialfälle muss ausserkantonale kein Angebot gesichert werden.

10.10. Zu sichernder Bedarf in der Psychiatrie

10.10.1. Normative Festlegung des Bedarfs in der Psychiatrie

Auf der Spitalliste Psychiatrie ist das Angebot und damit die Aufnahme- und Behandlungspflicht im Rahmen des KVG in psychiatrischen Kliniken zu sichern. Langzeitplätze, forensische Psychiatrie und F-Diagnosen in der Akutsomatik sind damit nicht Teil der Spitalliste Psychiatrie.

Im Versorgungsbericht (Teil B) wurde dargelegt, dass die stationäre Versorgungsdichte in der Erwachsenenpsychiatrie des Kantons Thurgau (Fälle und Pflage tage/1'000 Einwohner) im schweizerischen Vergleich hoch ist. Aus diesen Kennziffern lässt sich keine direkte Aussage über die Qualität der Versorgung machen. Tiefe Kennziffern (z. B. verhältnismässig wenige stationäre Behandlungsplätze) können, verbunden mit einer ausgebauten ambulanten und tagesklinischen Versorgung, Ausdruck einer zeitgemässen und effizienten Psychiatrieversorgung sein, andererseits aber auch auf eine allgemeine Unterversorgung hinweisen.

Nach Einschätzung der WHO liegt der heute als optimal erachtete Wert stationärer Behandlungsplätze zwischen 0.5 und 1.0 pro 1'000 Einwohner³⁰. Der für die erwachsene Bevölkerung des Kantons Thurgau festgelegte Eckwert in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (>18-Jährige) in psychiatrischen Kliniken ohne forensische Psychiatrie und Langzeiterkrankte soll max. 1.0 pro 1'000 Einwohner betragen. Für innerkantonale Kliniken beträgt die normative Vorgabe des Regierungsrates 0.9 pro 1'000

³⁰ Becker et al.; Versorgungsmodell in Psychiatrie und Psychotherapie, S. 50, Zitat aus Versorgungsbericht des Kantons Bern, Januar 2011.

erwachsene Einwohner. Kinder- und Jugendliche in psychiatrischen Kliniken belegten durchschnittlich 14 Plätze. Diese Anzahl wird für die Spitalplanung 2012 beibehalten.

Die versorgungspolitische Strategie in der Psychiatrie wird von Fachleuten im Kanton mitgetragen.³¹ Die Psychiatriekommission empfiehlt im Projekt Psychiatrieplanung 2012 für Erwachsene, massvolle Strukturveränderungen mit Verlagerung in die ambulante Versorgung bei gleichzeitigem Ausbau und gleichzeitiger Stabilisierung der ambulanten und tagesklinischen Angebote vorzunehmen.

Die Ärztesgesellschaft und der Vorstand der Thurgauer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie stellen in der Vernehmlassung die Verlagerung in ambulante, intensivierte Angebote teilweise in Frage und betonen, dass sie nicht zu Lasten der stationären Akutpsychiatrie vorgenommen werden soll. In diesem Bereich könne durchaus auch ein Ausbau der Bettenkapazität sinnvoll sein. Die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) erachten hingegen den Bedarf von 0.9 Plätzen pro 1'000 Einwohner als grosszügig. Der Bedarf von 0.7 Plätzen, wie im Leitfaden der GDK vorgeschlagen, könne erreicht werden. Die frei werdenden Mittel sollten für den Aufbau von tagesstationären und ambulanten Diensten verwendet werden.

Am skizzierten moderaten Weg der Verlagerung in intensivierete ambulante Angebote wird nach der Vernehmlassung festgehalten.

Der mit innerkantonalen psychiatrischen Kliniken auf der Spitalliste zu sichernde Bedarf für die Thurgauer Bevölkerung basiert auf folgender Herleitung:

1. Die GDK-Ost sieht in der Psychiatrie keinen Koordinationsbedarf. Sie hält fest, dass alle Kantone ihren Bedarf mit innerkantonalen Spitälern decken können. Es ist daher kein ausserkantonales Spital aufgrund von relevanten Mengen in die Evaluation einzubeziehen. Die Aufnahme von Einzelfällen zur Deckung des qualitativen Bedarfs in Spezialbereichen kann wie bisher individuell geklärt werden. Dies gilt auch für den Bedarf des Kantons Thurgau und den Bedarf anderer GDK-Ost-Kantone für Kliniken mit Standort Kanton Thurgau.
2. Die Patientenströme bleiben konstant. Der Anteil ausserkantonale behandelte Patienten und Patientinnen in der Psychiatrie wird keine planungsrelevante Veränderung erfahren. Es gilt mehr noch als in der Akutsomatik das Prinzip der wohnortnahen Erreichbarkeit innert 30 Minuten. Aufgrund der freien Spitalwahl ist keine Zunahme des Anteils innerkantonale behandelte Thurgauer Bewohner und Bewohnerinnen anzunehmen. Die freie Spitalwahl würde eher reduzierend auf den innerkantonale zu sichernden Bedarf wirken, da die Zusatzversicherungen tendenziell günstiger werden. Die derzeitige ausserkantonale Inanspruchnahme liegt unter 10 % in Bezug auf die Pflagetage.
3. Der zukünftig in Vertrags- und Ausstandspitälern beanspruchte Anteil wird marginal sein.

Für ausserkantonale Hospitalisationen und in Vertragsspitälern behandelte Personen ist somit vom Bedarf für die Bevölkerung des Kantons Thurgau der Anteil von ca. 10 % abzuziehen. Der innerkantonale zu sichernde vollstationäre Bedarf wird normativ auf 0.9 Plätzen pro 1'000 Einwohner der Erwachsenenpsychiatrie und

³¹ Vorprojekt Psychiatrieplanung 2012, kant. Psychiatriekommission, 30. November 2009, und Projektbericht Psychiatrieplanung Thurgau 2012, kant. Psychiatriekommission, 21. Februar 2011.

-psychotherapie (>18-Jährige) in psychiatrischen Kliniken ohne forensische Psychiatrie und Langzeiterkrankte festgelegt. Er ist innerkantonalen psychiatrischen Kliniken zuzuweisen. Die derzeit belegten Plätze sind etappiert bis zum 1. Januar 2016 auf den vorgegebenen Wert abzubauen.

Die qualitative und quantitative stationäre Versorgungsstruktur für Kinder und Jugendliche (≤18-Jährige) soll erhalten bleiben.

Mit der Einwohnerzahl von 2009 resultiert eine rechnerische innerkantonale Platzzahl für Erwachsene (>18-Jährige) von rund 262 Plätzen als Durchschnitt 2008-2010 resp. 1.07 Plätzen pro 1'000 Einwohner (2009: 244'330 Einwohner). Die Zahl ist aufgrund der Vernehmlassung bis zum Jahr 2016 auf den normativ vorgegebenen Zielwert von 229 vollstationären innerkantonalen Plätzen bei 100 % Belegung zuzüglich 4 Plätzen zur Besitzstandswahrung gemäss bestehender Spitalliste A zu reduzieren (0.90 + 0.2 Plätze / 1'000 Einwohner, 254'000 Einwohner gemäss mittlerem aktualisiertem Bevölkerungsszenario³²), zuzüglich 14 rechnerischen stationären Plätzen für ≤18-Jährige.

Als flankierende Massnahmen zum etappierten Abbau der stationären Plätze ist der Aufbau des intensivierten ambulanten und tagesklinischen Behandlungsangebots zu Lasten des KVG gemäss Kap 10.8.4 weiter zu forcieren. Unterstützende Massnahmen und Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sind zu fördern. Abbau und Aufbau sind zeitlich Zug um Zug wie folgt zu etappieren:

Tabelle C10.10: Übersicht über etappierte Substitution in der stationären Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (ausser Langzeit- und forensische Psychiatrie):

Stationäre Versorgung in innerkantonalen psychiatrischen Kliniken	2008 – 2010	1.1.2012	1.1.2014	1.1.2016
Etappierter Abbau von Plätzen ^{a)}	262	-9	-10	-10 Plätze
Innerkantonal gedeckter resp. zu deckender Bedarf in der stationären Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie	1.07 262	ca. 1.02 253 ^{c)}	ca. 0.97 ^{b)} 243 ^{c)}	0.92 ^{b)} 233 ^{c)}
Innerkantonal zu deckender Bedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	14	14	14	14
Plätze insgesamt in innerkantonalen psychiatrischen Kliniken	276	267 ^{c)}	257 ^{c)}	247 ^{c)}

a) Plätze bei 100 % Belegung als Anzahl Pfl egetage dividiert durch 365 Tage; b) pro 1'000 Einwohner; Einwohner 31.12.2009: 244'330; revidiertes mittleres Bevölkerungsszenario 31.12.2015: 254'000; c) inkl. Besitzstandswahrung von 4 Plätzen gemäss aktueller Spitalliste A entsprechend 0.02 / 1'000 Einwohner.

³² Zukünftige Bevölkerungsentwicklung – Daten, Indikatoren, Kantonale Szenarien, Aktualisierung 2009, www.bfs.admin.ch.

Tabelle C10.11: Übersicht über etapierte Substitution in der ambulanten Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie:

Ambulante Versorgung Psychiatrie	2008 - 2010	1.1.2012	1.1.2014	ab 1.1.2015
Tagesklinische Angebote* Kinder und Jugendliche (KJPD) restliche Plätze Erwachsene	24 KJPD + 46 Erw. Total: 70	+ 6 Erw.	+ 8 Erw.	+ 20 Erw. Total: 104
Intensivierte Angebote Erwachsenenpsychiatrie		ab 2011 als Modellprojekte		
Externe Psychiatrische Dienste	4	4	+ 1	

* Zwei Tagesklinikplätze können einen stationären Platz ersetzen; rechnerische Auslastung bisher: Erwachsene max. 200 Tage / Jahr, Kinder- und Jugendliche max. 225 Tage / Jahr; Kosten pro Tag 60 - 70 % eines stationären Platzes.

Die Finanzierung der ambulanten intensivierten Angebote hängt direkt mit der Zielerfüllung in den stationären Angeboten zusammen. Die Einführung der neuen Angebote erfolgt im Laufe des Jahres 2011 als Modellprojekte vorerst befristet auf drei Jahre. In einem Monitoring sind die Wirksamkeit und Zielerreichung aufzuzeigen. Die Aufstockung der Tageskliniken erfolgt etappiert und parallel mit den Abbausritten im stationären Bereich.

10.11. Leistungszuteilung in der Psychiatrie

10.11.1. Leistungsgruppen und Leistungsaufträge in der Psychiatrie

Im Gegensatz zur Akutsomatik und Rehabilitation besteht in der Psychiatrie derzeit keine Einigkeit über eine (kosten)homogene Fallgruppierung der Leistungen. Grund dafür ist primär, dass patientenindividuelle Charakteristiken weit signifikanter das Behandlungssetting und die Aufenthaltsdauer beeinflussen als in den anderen Fachbereichen. Jede (auch eine leistungsorientierte) Zuteilung hat daher die funktionale Leistungserbringung zu berücksichtigen. Das heisst, in jeder Diagnosegruppe ist mit einem geplanten Wahleintritt, mit notwendiger Aufnahme im Notfall oder in einer Krise, in einer offenen oder geschlossenen Abteilung und unterschiedlichen Therapiesettings wie integrativ-psychotherapeutischem Ansatz oder akutpsychiatrischer, pflegerischer Intervention zu rechnen.

Die einzige unbestrittene Abgrenzung besteht darin, die Kinder- und Jugendpsychiatrie von derjenigen Erwachsener abzugrenzen. Überlappungen ergeben sich bei den 16 - 18-Jährigen, welche je nach individuellem Entwicklungsstand eher einem Setting für Jugendliche oder für Erwachsene bedürfen und zudem bei den 10 -14-jährigen Kindern resp. Jugendlichen. Aufgrund der geringen Fallzahlen liegt es Nahe, eine gewisse Konzentration der kleinen Kinder in der Pädiatrischen Kinderklinik Münsterlingen im Liaisondienst mit dem KJPD und der Jugendlichen in der Clenia Littenheid AG aufrecht zu erhalten. Eine normative altersmässige Abgrenzung zwischen den beiden Angeboten ist nicht zielführend, es wird darauf verzichtet. Die niedergelassenen Kinderärzte und Kin-

derpsychiater sowie der KJPD kennen die Schwerpunkte der Angebote und die individuellen Zuweisungskriterien.

Für statistische Abgrenzungen werden Personen ab 18 Jahren der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie zugeordnet. Diese umfasst im Sinne der Spitalliste die Diagnostik, Behandlung und Betreuung aller Altersgruppen und aller zugrundeliegenden psychiatrischen Erkrankungen (ICD F0 - 99).

Grundsätzlich kann die allgemeine Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie in einem Leistungsgruppenkonzept mit einem Basispaket institutionelle Grundversorgung und darauf aufbauenden spezialisierten Gruppen der institutionellen Spezialversorgungen (Borderline-, Ess-, Angst- und Zwangsstörungen sowie für Menschen mit Depression, Sucht und sogenannten Dualdiagnosen) verstanden werden (vgl. Abb. 7.1). Allerdings ist der Zugang zur Erwachsenenpsychiatrie mit wenigen Ausnahmen nicht selektiv. Ein Grossteil der Leistungen muss ohne Zugangskriterien und ohne Wartezeit erbracht werden. Im Kanton Zürich sind in den Hauptdiagnosegruppen F0 bis F9 zwischen 35 % und 64 % Notfallbehandlungen, durchschnittlich sind es 44%.³³ Notfallbehandlungen scheinen zudem nicht altersabhängig zu sein. Der Bedarf an Leistungen des Basispaketes institutionelle Grundversorgung übersteigt denjenigen an spezialisierten Leistungen bei Weitem. Damit hat jeder Leistungserbringer der Spitalliste des Kantons Thurgau den umfassenden Zugang zum Basispaket institutionelle Grundversorgung sicherzustellen. In der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie werden keine elektiven Leistungsgruppen ausgeschieden. Leistungsaufträge werden nur an Kliniken erteilt, welche auch die Grundversorgung umfassend sicherstellen.

1. Die Klinik erbringt die institutionelle Grundversorgung selbst, ohne oder mit zusätzlichen Leistungsgruppen der institutionellen Spezialversorgung.
2. Die Klinik erbringt die institutionelle Grundversorgung mit einem Partner (Listenspital mit Notfall- und Krisenversorgung) in einer umfassenden vom Kantonsarzt genehmigten Inhouse-Kooperation für alle Krankheitsbilder und die Gesamtzahl der betriebenen Plätze. Dabei ist sicherzustellen, dass keine ganzen Leistungen sondern ausschliesslich Supportleistungen in Delegation an einem anderen Standort erbracht werden dürfen (z. B. Notfallaufnahme, nicht jedoch umfassende Therapie in einer geschlossenen Abteilung).

Analog zur Geriatrie (Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation) stellt sich die Frage nach einer strukturellen Differenzierung eines Bereiches Geronto-Psychiatrie. Im Basispaket der institutionellen Grundversorgung sind grundsätzlich alle erwachsenen Personen zu betreuen, zudem gibt es derzeit keine anerkannte Altersgrenze für eine statistische Abgrenzung. Eine Leistungsgruppe Geronto-Psychiatrie ist daher nicht separat auszuscheiden. Fachexperten erachten eine auf der Grundversorgung aufbauende institutionelle Spezialversorgung für neurogerontopsychiatrische Störungsbilder jedoch ohne altersmässige Differenzierung als sinnvoll, da dafür nebst einer geschlossenen Abteilung eine differenzierte Diagnostik in Nähe der Akutsomatik notwendig ist. Sie wird in der Spitalliste qualitativ bezeichnet, nicht jedoch quantitativ geplant.

Die Spezialversorgung Eltern-Kind-Behandlung muss ebenfalls nicht separat geplant werden, bedingt jedoch sowohl einen Leistungsauftrag in Erwachsenenpsychiatrie als

³³ GD ZH, Psychiatrieplanung 2012, 1. Teil Versorgungsbericht Psychiatrie, Juni 2011, Daten 2009.

auch in Kinder- und Jugendpsychiatrie und wird deshalb in der Spitalliste separat zugewiesen.

10.12. Evaluationskriterien der Qualität in der Psychiatrie

Aufgrund der geringen ausserkantonalen Patientenströme sind nur innerkantonale Leistungserbringer zu evaluieren. Als Grundlage für die Evaluation der Qualität in der Psychiatrie werden die Elemente der Strukturqualität (Versorgungsstrukturen) gemäss Kap. 10.9.1 verwendet. Eine psychisch kranke Person kann im Verlauf ihrer Krankheit mehrere unterschiedliche Behandlungssettings benötigen. Normalerweise erfolgen Zuweisungen über die Institutionsgrenze hinaus nur schleppend. Die Kliniken der Spitalliste sollen für alle Patienten und Patientinnen Aufnahme- und Behandlungspflicht erfüllen, eine Selektion bezüglich Fallschwere, Notfallbereitschaft, Krisenintervention oder FFE soll in den Leistungsaufträgen zur Bedarfsdeckung nicht stattfinden. In der Zuteilung der Leistungsaufträge sind daher Kliniken zu bevorzugen, welche folgende Kriterien integral ohne Brüche entlang der Behandlungskette vollständig erfüllen:

1. Fachliche Erfahrung in der gesamten Versorgungskette (EPD, Tagesklinik, stationär, Notfall, FFE);
2. Anzahl der Angebote in der Versorgungskette resp. integrales Angebot von offenen und geschlossenen Abteilungen, Aufnahme von FFE, Notfallversorgung;
3. Institutionelle Grundversorgung wird umfassend in der Institution erbracht. Damit ist die Leistungserbringung gemäss Variante 1.) Kap. 10.11.1 höher zu gewichten als Variante 2.);
4. Ein Leistungsauftrag ist einer Klinik eher zu erteilen, wenn er sich mit weiteren Leistungsaufträgen ergänzt und damit das Gesamtangebot steigert;
5. Eine Klinik, welche zudem auf einer ausserkantonalen Spitalliste geführt ist und damit zusätzlich dem Bedarf eines anderen Kantons entspricht, ist höher zu gewichten;
6. Bisheriger Versorgungsanteil in der stationären Psychiatrie;
7. Zusätzlich in der Spezialversorgung neurogerontopsychiatrischer Krankheitsbilder: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, geschlossene Abteilung sowie eine intensive bildgebende diagnostische Abklärung in örtlicher Nähe und Kooperation mit Neurologie und Innerer Medizin für die Diagnostik im Bereich neurogerontopsychiatrischer Störungsbilder;
8. Zusätzlich in der Spezialversorgung Erwachsenen-Kind-Behandlung: Leistungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Leistungserbringer, welche die Angebote mit personellen und baulichen Infrastrukturen bereits etabliert haben, Fachwissen und Erfahrung somit bereits erworben haben, sind bei mehr Bewerbern als Leistungsaufträgen höher zu gewichten als Kliniken, welche beabsichtigen, ein Angebot zukünftig zu realisieren.

10.13. Evaluationskriterien der Wirtschaftlichkeit in der Psychiatrie

Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit kann nur integral für die psychiatrische Klinik als Ganzes erfolgen. Die Kosten werden primär durch die Personal- und Infrastrukturanforderungen bestimmt, welche wiederum vom leistungsspezifischen Angebot der Klinik

abhängig sind. Die Angebote sind zwischen den Kliniken nicht vergleichbar. Faktoren, die für tiefere Kostenstrukturen sprechen sind:

- Kliniken ohne umfassende institutionelle Grundversorgung;
- keine externe Notfallversorgung;
- keine permanente rund um die Uhr Aufnahmebereitschaft und Behandlungspflicht;
- keine Fürsorgerischen Freiheitsentzüge, keine Straftäter und Straftäterinnen;
- keine / wenige geschlossene Abteilungen;
- keine / wenige akutpsychiatrische Abteilungen;
- keine Krisenintervention;
- Patienten und Patientinnen mit leichterem Schweregrad resp. Behandlungsbedürftigkeit und Krankheitseinsicht;
- Patienten und Patientinnen mit geringerem Pflegebedarf;
- eingeschränkte Rollstuhl- und Bettengängigkeit der Infrastruktur;
- keine / wenige Isolierzimmer;
- eingeschränkte medizinische Notrufanlage / geringere Sicherheitsanforderung;
- keine geschlossenen Abteilungen mit Demenzgarten resp. Aussenhof.

Kliniken haben je nach Ausprägung oben genannter Einschränkungen signifikant tiefere Kosten auszuweisen. Das Kostenniveau aller psychiatrischen Kliniken im Kanton Thurgau ist im interkantonalen Vergleich tief. Daher ist unter Anerkennung oben genannter Faktoren keine Klinik aufgrund überhöhter Kosten auszuschliessen. Die Zuteilung der zu vergebenden Leistungsaufträge erfolgt somit aufgrund der Strukturqualität und des Versorgungsspektrums gemäss Kap. 10.8 und 10.9.

Aus Sicht der Gesamtwirtschaftlichkeit über die Kantonsgrenzen hinweg ist die Zahl der erteilten Leistungsaufträge minimal zu halten.

10.14. Evaluation der Anzahl Leistungsaufträge in der Psychiatrie

Aufgrund der freien Spitalwahl und der Leistungs- anstelle der Kliniksubventionierung ist eine direkte Mengensteuerung im KVG mit der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 nicht vorgesehen. Die Steuerung erfolgt indirekt über die Anzahl vergebener Leistungsaufträge und in der Psychiatrie über die Kapazitätsvorgaben in der Spitalliste.

Die Schwerpunktbildung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich bewährt. Es sind stationär weiterhin zwei sich überlappende Leistungsaufträge in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie zu vergeben.

In der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie hat der Grundsatz ambulant vor stationär mit dem Auf- und Ausbau der Tageskliniken bereits zur Stabilisierung der stationären Kapazitäten geführt, die Überbelegung in den Jahren 2004 - 2008 konnte teilweise abgebaut werden. Ein weiterer Abbau stationärer Aufenthalte zugunsten von intensivierten ambulanten und tagesklinischen Angeboten entspricht dem versorgungspolitischen Integrationsziel. Er kann jedoch nicht nur mit Anreizen durchgesetzt werden.

Aus wirtschaftlicher Sicht sind ganze Abteilungen resp. Leistungsaufträge abzubauen, damit die Strategie nicht durch stationäre Überkapazitäten mit entsprechenden Fehlansätzen zur Aufnahme unterlaufen wird. Ein linearer Abbau führt demgegenüber normalerweise zu unwirtschaftlicher Verteilung der Fixkosten auf weniger Fälle oder zu kompensatorischen Überbelegungen in anderen Listenspitälern, welche die Vorgaben der Spitalliste nicht strikte einhalten (vgl. Kap. 5 Versorgungsbericht, verlagernde Entwicklung 2008 bis 2010). Sanktionsmassnahmen sind unter den Prämissen des revidierten KVG schwer durchsetzbar.

Beide Privatkliniken, Clenia Littenheid AG und Klinik Aadorf AG, betreuen viele ausserkantonale Patienten und Patientinnen. Sie werden vom Aufbau ambulanter und wohnortnaher Angebote in den Herkunftskantonen betroffen sein. Es besteht damit die Gefahr von Überkapazitäten im Kanton Thurgau.

Eine Reduktion von drei auf zwei Leistungsaufträge für die bedarfssichernde Versorgung der Thurgauer Bevölkerung in der Erwachsenenpsychiatrie macht Sinn. Die für inner- und ausserkantonale Patienten und Patientinnen quantitativ verfügbaren baulichen Kapazitäten sind auch mit zwei Leistungsaufträgen mehr als ausreichend. Die wohnortnahe Erreichbarkeit ebenso wie die umfassende Versorgung in der gesamten Leistungskette sind gewährleistet. Die Wahlmöglichkeit für Patienten und Patientinnen, sowie Zuweiser und Zuweiserinnen ist mit zwei Leistungsaufträgen ebenfalls sichergestellt.

Die Bedingungen für eine Weiterführung eines dritten Leistungsauftrages an einem dritten Standort sind unter Kap. 10.15 angeführt.

Der Aufbau von geschlossenen Abteilungen in den Pflegeheimen hat zu einer Reduktion der zu hospitalisierenden Personen und der Langzeithospitalisationen mit ärztlicher Dauerbetreuung geführt. Aufgrund der Fallzahlen ist die Vergabe je eines Leistungsauftrages Langzeitpsychiatrie und analog zur geriatrischen Rehabilitation einer Spezialisierung in Neurogeriatrischer Psychiatrie ausreichend.

Derzeit wird aufgrund der geringen Fallzahlen ein strukturelles Angebot für Eltern-Kind-Behandlung als ausreichend erachtet.

10.15. Spitalliste Psychiatrie 2012

Die wirtschaftliche Leistungserbringung gilt für alle Thurgauer Kliniken als erfüllt. Die Zuteilung der zwei notwendigen Leistungsaufträge gemäss Kap. 10.14 erfolgt gemäss dem Grad der Erfüllung der Anforderungen gemäss Kap. 10.12 der evaluierten Kliniken. Letztere ist in Anhang 5 dargestellt. Ausserkantonale Leistungserbringer sind nicht zu evaluieren.

In qualitativer Hinsicht werden alle Leistungen, welche die Klinik Aadorf AG ausweist, auch von der PKM und die Clenia Littenheid AG erbracht. Umgekehrt, werden die Leistungen, welche diese beiden Kliniken erbringen in wesentlichen Subbereichen von der Klinik Aadorf AG nicht erbracht. Sie verfügt derzeit weder über die entsprechenden Fachkräfte noch die entsprechenden Infrastrukturen wie z. B. geschlossene Abteilungen und kann kein umfassendes stationäres psychiatrisches Behandlungsangebot bieten. Der Standort Aadorf ist in der Spitalplanung 2012 nicht geeignet, eine umfassende institutionelle Grundversorgung (Akutpsychiatrie mit Notfallversorgung und Kriseninterventi-

on, FFE, geschlossenen Abteilungen) auszuführen während in den beiden anderen Kliniken die Kapazitäten vollumfänglich vorhanden sind. Die beiden bedarfsnotwendigen Leistungsaufträge werden an die PKM und an die Clenia Littenheid AG erteilt.

Die Klinik Aadorf AG scheint allerdings in gewissen psychiatrischen Spezialangeboten (Essstörungen, Gerontopsychiatrie, Burn out) Leistungen zu günstigen Kosten anbieten zu können. Es scheint deshalb sinnvoll, diese Kosteneffizienz zu nutzen und den drei Kliniken PDT, Clenia und Aadorf allenfalls die Möglichkeit zu Kooperationsverträgen mit dem Ziel von qualitativ hochstehender stationärer psychiatrischer Behandlung zu möglichst günstigen Kosten zu geben. Der Regierungsrat kann sich - bei Vorliegen geeigneter Kooperationen - die umfassende Leistungserbringung an einem dritten kantonalen Standort in Aadorf, jedoch innerhalb eines der beiden Leistungsaufträge, vorstellen. Nach Bekanntgabe der näheren Rahmenbedingungen, lehnt die Klinik Aadorf AG den dritten Standort mit umfassendem Leistungsangebot ab und hat die Verhandlungen abgebrochen. Sie beantragt einen eigenen Leistungsauftrag als Klinik Aadorf AG.

Der Regierungsrat ist aufgrund der Vernehmlassung bereit, alternativ zur Leistungserbringung am dritten Standort innerhalb der beiden Leistungsaufträge, einer Besitzstandswahrung von vier Plätzen für die Klinik Aadorf AG gemäss bisheriger Bettenzahl der Spitalliste A stattzugeben. Der dritte Leistungsauftrag von vier Plätzen wird in einem massgeblichen Kompetenzschwerpunkt der Klinik Aadorf AG vergeben. Auf einen weitergehenden Abbau, wie er seit dem Jahr 2005 und über das Jahr 2012 hinaus bei den andern beiden Kliniken erzwungen wird, wird verzichtet. Die Konzentration auf einen Kompetenzschwerpunkt erfolgt aus folgenden Gründen:

- Die Kriterien einer umfassenden institutionellen Grund- und Spezialversorgung werden nicht erfüllt. Eine umfassende Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie kommt damit nicht in Frage, der Bedarf wird durch die beiden anderen Leistungsaufträge ausreichend gedeckt;
- Lage und Gebäulichkeiten sind ungeeignet für den Um- und Ausbau von geschlossenen Abteilungen, zur Aufnahme von Notfällen, Kriseninterventionen, FFE proportional zu den Anteilen der anderen Kliniken;
- Mit vier Plätzen ist keine Spezialisierung für die Thurgauer Bevölkerung in mehreren Abteilungen (inkl. geschlossenen Stationen) glaubwürdig umzusetzen. In den Diagnosen und Schweregraden würde eine Selektion stattfinden;
- Mit Leistungsaufträgen werden auch Kapazitäten für andere Kantone geschaffen, die im Rahmen der interkantonalen Koordination keinen Bedarf angemeldet haben (GDK-Ost). Die Klinik hat sich bisher auch nicht um Aufnahme auf Spitallisten umliegender Zuweiserkantone bemüht;
- Für das Angebot muss die Aufnahme- und Behandlungspflicht für alle Patienten und Patientinnen gewährleistet werden können.

Für die Abgrenzung wird die interkantonale Planung Nordwestschweiz für Psychiatrie angewendet. Der Leistungsauftrag wird für „schwere Essstörungen“ erteilt. Die baulichen Gegebenheiten in Aadorf sind grundsätzlich geeignet, diesen Leistungsauftrag in einer vom Kantonsärztlichen Dienst genehmigten Kooperation zu erfüllen. Kooperationsbedingungen sind die Zusammenarbeit mit einem Akutspital mit Notfall- und Intensivstation analog zur Inhouse-Kooperation in der Akutsomatik und Kooperation mit einer

Psychiatrischen Klinik mit externer psychiatrischer Notfallversorgung. Die Kapazitäten erlauben, dass die Klinik Aadorf AG in diesem Segment ihre Kompetenzen weiter ausbauen und eine Relevanz für die Versorgung der Thurgauerinnen und Thurgauer erlangen kann.

Zusammenfassend sind die zwei bedarfsnotwendigen Leistungsaufträge in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie der PKM und der Clenia Littenheid AG zu erteilen. Zur Besitzstandswahrung von vier Plätzen gemäss bisheriger Spitalliste wird der Leistungsauftrag „schwere Essstörungen“ an die Klinik Aadorf AG vergeben. Die Leistungsaufträge werden nicht befristet. Genehmigungsfähige Kooperationsverträge sind bis zum 30. Juni 2012 dem Kantonsärztlichen Dienst einzureichen.

Die auf Suchtentwöhnung spezialisierte Forelklinik bleibt für diesen Schwerpunkt weiterhin auf der Spitalliste des Kantons Thurgau.

Die Zuteilung der Leistungsaufträge der Spitalliste und die etappierte Umsetzung sind in den folgenden Tabellen 10.12 und 10.13 zusammenfassend dargestellt:

Tabelle C10.12: Graphische Übersicht über die stationären Leistungsaufträge der Spitalliste in den psychiatrischen Kliniken:

Spitalliste stationäre Psychiatrie in Psychiatrischen Kliniken	Clenia Littenheid AG	Psychiatrische Dienste Thurgau	weitere
Kinder- und Jugendpsychiatrie			
Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie Umfassende institutionelle Grund- und Spezialversorgung - speziell Substanzabhängigkeit Alkohol- und Medikamente - speziell illegale Drogen - speziell Eltern-Kind-Behandlung - speziell Neurogerontopsychiatrie Schwere Essstörungen			
			Forelklinik
			Klinik Aadorf AG

Die Leistungsaufträge werden wie folgt ausgeführt: Kinder werden im Liaisondienst auf der akutsomatischen Station der Klinik für Kinder und Jugendliche des KSM Münsterlingen hospitalisiert, Jugendliche in der Clenia Littenheid AG. Die Kapazitäten resp. Fallzahlen sollen nicht höher als der schweizerische Durchschnitt liegen.

Solange kapazitätsbezogene Finanzierungsmodelle zur Anwendung gelangen, erfolgt die Aufteilung der Kapazitäten (0.90 / 1'000 EW) in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie abzüglich der fix zugeteilten Eltern-Kind-Behandlung im Verhältnis 2.5 : 1 zwischen der PKM und der Clenia Littenheid AG. Bei Umstellung auf eine leistungsorientierte Finanzierung erfolgt die Aufteilung entsprechend den erbrachten Fallzahlen unter angemessener Berücksichtigung der Patientenzahlen und Aufenthaltsdauern.

Der Klinik Aadorf AG sind vier Plätze (0.2 / 1'000 EW) zugeteilt. Für sie erfolgt die Umrechnung der Bettenkapazitäten bei Umstellung auf eine leistungsorientierte Finanzierung aufgrund der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der zwei Vorjahre.

Tabelle C10.13: Übersicht über die etappierte Kapazitätsverlagerung der stationären Psychiatrie und Psychotherapie in den innerkantonalen psychiatrischen Kliniken der Spitalliste (ausser Langzeit- und forensische Psychiatrie)

Stationäre Psychiatrie innerkantonale Kapazitäten*	2008-2010	1.2012	1.2014	1.2016
Kinder- und Jugendpsychiatrie	14	14	14	14
Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie	262	253	243	233
Innerkantonale Kliniken:	276	267	257	247
- Klinik Aadorf AG	8.5 Plätze	4 Plätze	4 Plätze	4 Plätze
- Clenia Littenheid AG	72 Plätze	70 Plätze	68 Plätze	66 Plätze
- PDT	196 Plätze	193 Plätze	185 Plätze	177 Plätze

* Plätze bei 100 % Belegung als Anzahl Pflgetage dividiert durch 365 Tage.

Für ausserkantonale Spitäler der Spitalliste wird von einer Fortschreibung der bisherigen prozentualen Inanspruchnahme ausgegangen. Die Spitalliste ist in Anhang 6 dargestellt. Die Leistungsaufträge sind an den bewilligten Standorten zu erbringen.

10.16. Beurteilung der Versorgungsstruktur Psychiatrie

Mit Modellprojekten, wie sie seit Jahren in der Psychiatrieentwicklung gemäss Leitfadens zur Psychiatrieplanung der GDK gefordert werden, hat der Kanton Thurgau in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gute Erfahrungen gemacht. Nun sollen Zug um Zug mit der Etablierung von ambulanten abklärenden und aufsuchenden Angeboten (4A) in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie stationäre Plätze abgebaut werden. Die Entwicklung wird von Fachexperten der Psychiatriekommission mitgetragen.

Der notwendige Leistungsbedarf kann mit den zwei Kliniken PKM Münsterlingen und Clenia Littenheid AG mit einer Erreichbarkeit von 30 Minuten gedeckt werden. Die vom Regierungsrat vorgegebene gesundheitspolitische Strategie kann mit den aufgezeigten Massnahmen umgesetzt werden. Zur Besitzstandswahrung der Platzzahl der bisher geltenden Spitalliste A erhält die Klinik Aadorf AG einen spezialisierten Leistungsauftrag für „schwere Essstörungen“.

Der eingeschlagene Weg in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird konsequent weiter verfolgt.

11. Entwicklung

Aufgrund der demographischen Entwicklung im Kanton Thurgau und der allgemeinen medizinischen Entwicklung („immer mehr ist machbar“) wird von einer kontinuierlich steigenden Nachfrage nach medizinischen Leistungen im Gesundheitswesen ausgegangen. Die Strategie „ambulant vor stationär“ wird weiterhin aktiv gefördert. Trotz der eng gefassten Spitallisten Akutsomatik und Rehabilitation wird über die allgemeine Teuerung hinaus mit wachsenden Kosten im stationären Bereich infolge der nur bedingt beeinflussbaren Mengenausweitung und des hohen Anteils an Personalkosten gerechnet.

Flankierende Massnahmen und Projekte der Gesundheitsversorgung, welche den Grundsatz „ambulant vor stationär“ unterstützen oder generell stationäre Einweisungen zu verringern oder zu stabilisieren helfen (z. B. Nachwuchs Grundversorger und Spezialisten, Nachwuchs Pflegefachfrauen und -fachmänner, Gesundheitsvorsorge), sind weiterhin zu fördern und zu koordinieren.

12. Umgang mit neuen Änderungsanträgen zur Spitalliste

Die Leistungserbringer auf der Spitalliste des Kantons Thurgau sind für die Versorgung der Thurgauer Bevölkerung notwendig. Reguläre Leistungsvereinbarungen auf Basis der definitiven Leistungsaufträge der Spitalliste werden für eine Dauer von vier Jahren vergeben. Die Partner sind für Investitionsentscheide auf eine verbindliche Planung angewiesen. Sie ist im Zeithorizont auf das Jahr 2020 ausgerichtet. Änderungsanträge sind damit restriktiv zu handhaben und einer genauen Prüfung zu unterziehen.

13. Weiteres Vorgehen

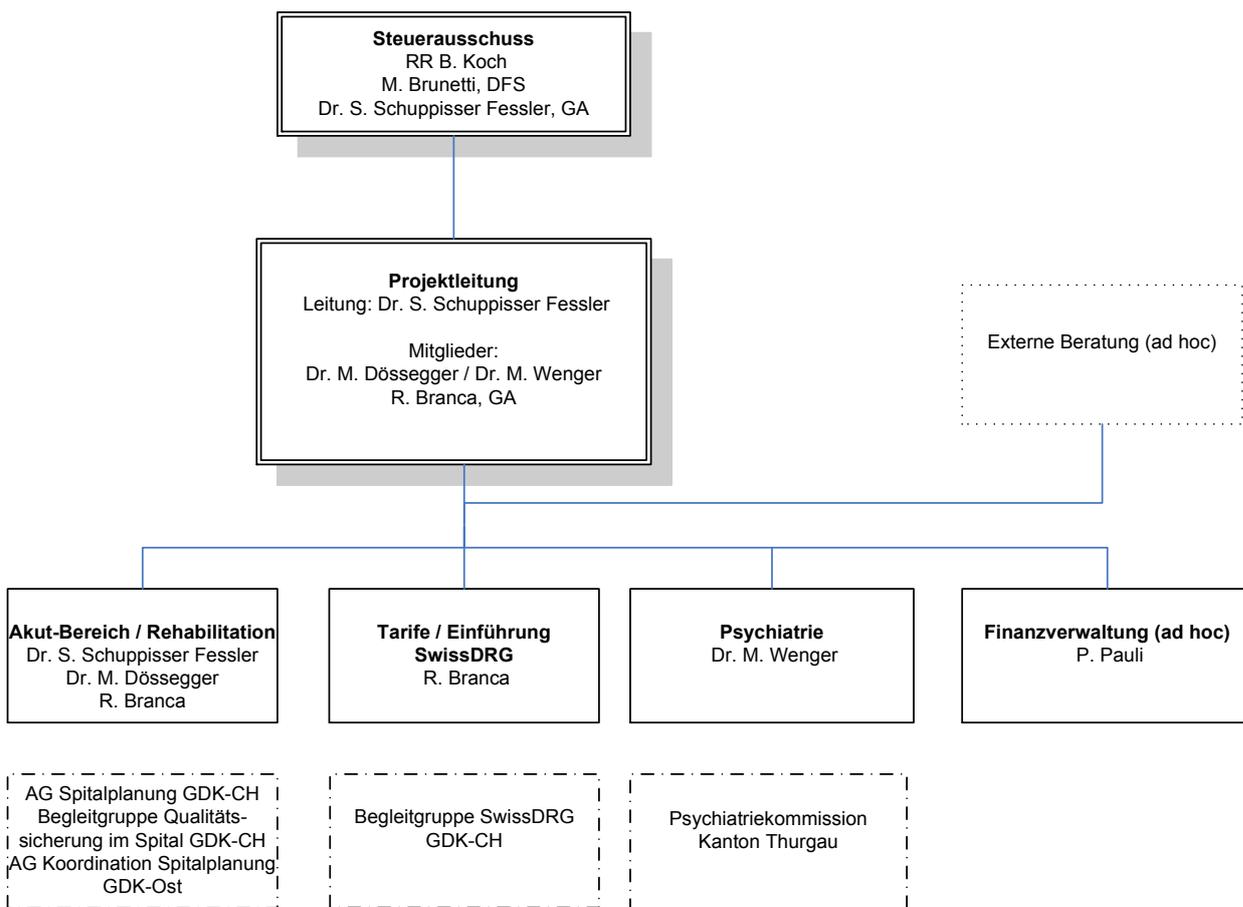
Die definitive Spitalliste wird auf Grundlage dieses definitiven Strukturberichtes auf den neuen kantonalgesetzlichen Grundlagen verabschiedet und per 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

Auf den gleichen Zeitpunkt wird die regierungsrätliche Verordnung zum TG KVG mit den Themen Spitalplanung und -finanzierung ergänzt. Die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben und Verpflichtungen gelten für alle Leistungserbringer der Spitalliste. Auf die Aus- und Weiterbildung in den universitären und nicht-universitären Berufen des Gesundheitswesens wird in den kommenden Jahren ein grosses Augenmerk gelegt.

Mit den Leistungserbringern der Spitalliste werden Leistungsvereinbarungen abgeschlossen und jährlich überprüft.

Projektorganisation

Für die Abwicklung des Projektes Spitalplanung und -finanzierung 2012 wurde vom Regierungsrat mit RRB Nr. 305 vom 7. April 2009 folgende Projektorganisation festgelegt:



Evaluation der Inanspruchnahme in der Akutsomatik

Die vergebenen Leistungsaufträge und die ausserkantonale Inanspruchnahme gemäss Versorgungsbericht sind im Folgenden detailliert auf die Leistungsgruppen gemäss Leistungsgruppenkonzept aufgeschlüsselt. Der Gesamtversorgungsanteil für die Thurgauer Bevölkerung betrug im Jahr 2008 im USZ 1.8 % und im KSSG 6.9 %.

Leistungsbereich / Leistungsgruppe		Innerkantonaler Leistungsauftrag: <div style="background-color: #00FF00; width: 10px; height: 10px; display: inline-block;"></div> vor 2011 <div style="background-color: #00FFFF; width: 10px; height: 10px; display: inline-block;"></div> Antrag für Spitalliste 2012	Ausserkantonaler Leistungserbringer mit Leistungsanteil > 10 %:				Innerkantonaler Leistungsanteil <div style="background-color: #0000FF; width: 10px; height: 10px; display: inline-block;"></div> < 50 % in der Leistungsgruppe. <div style="background-color: #FFA500; width: 10px; height: 10px; display: inline-block;"></div> < 500 Fälle im Leistungsbereich. Zusatzinformationen
			KSSG 2008	USZ 2008	USZ 2009	weitere	
Basispaket	BP	STGAG, HNZB ¹					¹ HNZB eingeschränkt keine Notfallstation
Basispaket Elektiv	BPE	SEES ² , VBK ³					^{2,3} siehe Fussnoten
Dermatologie	DER 1	STGAG, VBK					ausgebaut in STGAG in Kooperation USZ
	DER 1.1	STGAG					
	DER 1.2	STGAG					
	DER 2	STGAG, VBK					
Hals-Nasen-Ohren	HNO 1	STGAG					
	HNO 1.1	STGAG					
	HNO 1.1.1	STGAG					
	HNO 1.2	STGAG					
	HNO 1.2.1	STGAG					
	HNO 1.3	STGAG					
	HNO 1.3.1	STGAG			FZ <3		
	HNO 1.3.2	IVHSM					
	HNO 2	STGAG, SEES					
Kieferchirurgie	KIE 1	STGAG				KSW	
Neurochirurgie	NCH 1	HNZB					
	NCH 1.1	HNZB					
Neurologie	NEU 1	STGAG, HNZB ⁴					⁴ Kooperationsvertrag HNZB / STGAG, in Zusammenhang Abklärung, Eingriff Neurochirurgie
	NEU 2	STGAG, HNZB ⁴					
	NEU 2.1	STGAG, HNZB ⁴					
	NEU 3	STGAG, HNZB ⁴					
	NEU 3.1	STGAG, HNZB ⁴					
	NEU 4					EPI ⁵	
NEU 4.1					EPI ⁵		
Ophthalmologie	AUG 1	STGAG, SEES					
	AUG 1.1	STGAG, SEES					
	AUG 1.2	STGAG, SEES			FZ: <3		
	AUG 1.3	STGAG, SEES					
	AUG 1.4	STGAG, SEES					
	AUG 1.5	STGAG, SEES				KSW	
	AUG 1.6	STGAG, SEES				KSW	
	AUG 1.7	STGAG, SEES					
Endokrinologie	END 1	STGAG					
Gastroenterologie	GAE 1	STGAG					
	GAE 1.1	STGAG					

Anhang 2

Leistungsbe- reich	-gruppe	Innerkantonal	KSSG 2008	USZ 2008	USZ 2009	weite- re	Zusatzinformationen
Viszeralchirurgie	VIS 1	STGAG, SEES, VBK					
	VIS 1.1	STGAG					
	VIS 1.2	STGAG					
	VIS 1.3	STGAG					
	VIS 1.4	STGAG SEES ⁶					⁶ ohne Magen-Bypass
	VIS 1.5	STGAG					
Hämatologie	HAE 1	STGAG					
	HAE 1.1	STGAG					
	HAE 2	STGAG					
	HAE 3	STGAG					
	HAE 4						
	HAE 5	IVHSM					IVHSM
Angiologie	ANG 1	STGAG					
	ANG 2	STGAG					
	ANG 3	STGAG, HNZN ⁷					⁷ Kooperationsvertrag HNZN / STGAG
	ANG 4	HNZN ⁷					
Gefässchirurgie	GEF 1	STGAG, HNZN ⁷ , VBK					⁷ Kooperationsvertrag HNZN / STGAG
	GEF 2	STGAG HNZN ⁷					⁷ Kooperationsvertrag HNZN / STGAG
	GEF 3	STGAG HNZN ⁷					⁷ Kooperationsvertrag HNZN / STGAG
	GEF 4	HNZN ⁷					
	GEF 5						
Interventionelle Radiologie	RAD 1	STGAG		FZ:<3			Spez. Leistung
Kardiologie	KAR 1	HNZN, STGAG ⁸					⁸ Kooperationsvertrag HNZN und/oder USZ
	KAR 1.1	HNZN, STGAG ⁷					⁷ Kooperationsvertrag HNZN / STGAG
	KAR 1.1.1	HNZN					
	KAR 1.2	HNZN					
	KAR 1.3	HNZN STGAG ⁷					⁷ Kooperationsvertrag HNZN / STGAG
Herzchirurgie	HER 1	HNZN ⁹					⁹ inkl. homolog- er Klappenersatz und Endokardersatz
	HER 1.1	HNZN ⁹					⁹
	HER 1.1.1	HNZN					
	HER 1.1.2	HNZN ^{9,10}					¹⁰ ohne Perso- nen mit komplexen, kongenitalen Eingrif- fen im Kindesalter
Nephrologie	NEP 1	STGAG					
Urologie	URO 1	STGAG, SEES					
	URO 1.1	STGAG, SEES					
	URO 1.1.1	STGAG, SEES					
	URO 1.1.2	STGAG, SEES					
	URO 1.1.3	STGAG, SEES					
	URO 1.1.4	STGAG, SEES					

Anhang 2

Leistungsbe- reich	-gruppe	Innerkantonal	KSSG 2008	USZ 2008	USZ 2009	weite- re	Zusatzinformationen
	URO 1.1.5	STGAG, SEES					
	URO 1.1.6	STGAG, SEES					
	URO 1.1.7	STGAG, SEES					Spez. Leistung
	URO 1.1.8	STGAG, SEES					Spez. Leistung
Pneumologie	PNE 1	STGAG					
	PNE 1.1	STGAG					
	PNE 1.2						
	PNE 1.3	STGAG			FZ:<3		
	PNE 2	STGAG					
Thoraxchirurgie	THO 1	STGAG					
	THO 1.1	STGAG					
	THO 1.2	STGAG	FZ:<3	FZ:<3			
Transplantation	TPL 1	IVHSM					IVHSM
Bewegungsap- parat	BEW 1	STGAG, SEES					
- Orthopädie	BEW 2	STGAG, SEES					
- Handchirurgie	BEW 3	STGAG, SEES					
- Arthroskopie Schulter, Ellenbogen	BEW 4	STGAG, SEES					
- Arthroskopie Knie	BEW 5	STGAG, SEES					
- Rekonstruktion obere Extre- mitäten	BEW 6	STGAG, SEES					
- Rekonstruktion untere Extre- mitäten	BEW 7	STGAG, SEES					
- Wirbelsäule- chirurgie	BEW 8	STGAG, HNZB ¹					¹¹ Kooperationsver- trag HNZB / STGAG
- Spez. Wirbel- säulenchirurgie	BEW 8.1	HNZB					
- Tumore am Bewegung- sapp.	BEW 9	STGAG, HNZB					
- Plexus- chirurgie	BEW 10	STGAG, HNZB					
- Replantationen	BEW 11	STGAG			FZ:<3		Spez. Leistung
Rheumatologie	RHE 1	STGAG, KSK					
	RHE 2	STGAG, KSK					
Gynäkologie	GYN 1	STGAG, SEES					
	GYN 1.1	STGAG, SEES					Inkl. Chemotherapie
	GYN 1.2	STGAG, SEES					Inkl. Chemotherapie
	GYN 1.3	STGAG, SEES					Inkl. Chemotherapie
	GYN 1.4	STGAG, SEES					Inkl. Chemotherapie
	GYN 2	STGAG, SEES					
Plast. Chir. Transsexualität	PLC 1						

Anhang 2

Leistungsbe- reich	-gruppe	Innerkantonal	KSSG 2008	USZ 2008	USZ 2009	weite- re	Zusatzinformationen
Geburtshilfe	GEBH						
	GEB 1	STGAG, SEES ¹²					¹² SEES ab 36. SW
	GEB 1.1	STGAG					
	GEB 1.1.1	STGAG ¹³					 Spez. Leistung ¹³ eingeschränkt
	NEO 1	STGAG, SEES ¹⁴					¹⁴ SEES nur gesunde Neugeborene
	NEO 1.1	STGAG					
	NEO 1.1.1	STGAG ¹³					 Spez. Leistung ¹³ eingeschränkt
Onkologie	ONK 1	STGAG					
Radio- Onkologie	RAO 1	STGAG					
Nuklearmedizin	NUK 1	STGAG					
Unfallchirurgie/- medizin	UNF 1	Koop. HNZB/ STGAG			FZ:<3		
	UNF 1.1	Koop. HNZB/ STGAG					 
	UNF 2	IVHSM			FZ:<3		  IVHSM
Palliative Care	PAL	STGAG					
Akutgeriatrie	GER	STGAG ¹⁵					¹⁵ Keine Abteilung
Akutsomatische Versorgung Abhängigkeits- erkrankter	AVA	STGAG ¹⁵					¹⁵ Keine Abteilung
Pädiatrie	KINM	STGAG	OKS		KispiZ		
Kinderchirurgie	KINC ¹⁶	STGAG ¹⁶	OKS		KispiZ		¹⁶ In Koop. OKS
	KINBasis ¹⁷	STGAG ¹⁷	OKS		KispiZ		¹⁷ In Koop. Erwachsene

STGAG: Spital Thurgau AG; HNZB: Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG; SEES: Klinik Seeschau AG; VBK: Venenlinik Bellevue AG; KSK: Klinik St. Katharinental; OKS: Ostschweizer Kinderspital; KSW: Kantonsspital Winterthur; KispiZ: Kinderspital Zürich; ²BPE SEES: Ausnahmegewilligung, bezeichnet elektives Basispaket für AUG, BEW, GYN, URO und zusätzlich auch für VIS1, VIS 1.4 und Chirurgie Hauterkrankungen; ³BPE VBK: Phlebologie inkl. Kombination der Haut- und Weichteile, Venenchirurgie inkl. Hernien- und Proktochirurgie, Eingriffe gemäss Weiterbildungstitel Allgemeinchirurgie mit Schwerpunkt Gefässchirurgie soweit in Wochenklinik ohne Intensivstation durchführbar. ⁴EPI: Schweizerisches Epilepsiezentrum, Zürich.

Basis der Evaluation waren grundsätzlich die Fallzahlen 2008 und die Leistungsgruppierung Stand per 1.März 2011. Sie wurden mit den Daten des USZ für das Jahr 2009 in der Leistungsgruppierung Version 2.0 überprüft und in der Tabelle aufgeführt. Die teilweise sehr geringen Fallzahlen in einzelnen Leistungsgruppen ergeben zwar Verschiebungen im Versorgungsanteil, in der Kontrolle hatten diese jedoch keinen Einfluss auf die Ausgestaltung der Spitalliste mit den nachfolgenden Kriterien.

Evaluation zusätzlicher Leistungsaufträge in der Akutsomatik

Für jede Leistungsgruppe wird entschieden, ob zusätzlich zu den innerkantonale erteilten Leistungsaufträgen ein zusätzlicher Leistungsauftrag inner- und/oder ausserkantonale in der neuen Spitalliste zu erteilen ist. Dazu wird jede Leistungsgruppe mit den folgenden vier Kriterien bewertet. In die Darstellung sind auch die bereits bestimmten Leistungsgruppen der IVHSM aufgenommen. Nicht aufgezeigt werden die weiterhin gültigen Leistungsaufträge für universitäre Leistungen und Zentrumsleistungen auf Kostengutsprache im Sinne einer Indikationsprüfung hin.

1. Wettbewerb: In den Leistungsgruppen mit mehrheitlich elektivem Charakter fördert Wettbewerb auch Qualität und Wirtschaftlichkeit. An diesem Wettbewerb sollen alle Spitäler gleichermassen partizipieren können. Es sind für alle ausserkantonalen Spitäler gleiche Bedingungen zu schaffen. In elektiven Leistungsbereichen wird ausserkantonale kein Leistungsauftrag erteilt, ausgenommen bei innerkantonale fehlendem qualitativem Angebot gemäss Punkt 4. Die Patienten und Patientinnen haben die freie Spitalwahl unter allen Listenspitälern. Sie entscheiden selbst, ob sie allfällig höhere Tarife als den kantonalen Referenztarif finanzieren wollen oder zusatzversichert sind. Nur die Listenspitäler haben Aufnahmepflicht und ausreichend Kapazitäten z. B. für kurzfristige (nicht planbare) Hospitalisationen aus elektiven Bereichen vorzuhalten.
2. Ambulante Leistungen / Ergänzung des Angebotes: In Leistungsgruppen mit überwiegend ambulanten Leistungen, Leistungsgruppen mit weiterem Verlagerungspotential stationär zu ambulant sowie Leistungsgruppen, die im Versorgungsgebiet das Angebot des Spitals komplettieren, sollen eher weitere Aufträge erteilt werden. In Frage kommen nebst elektiven Leistungsgruppen solche, die mit Belegärzten arbeiten können und keine Inhouse-Kooperationen benötigen. Weitere einschränkende Bedingungen sind unter Punkt 3) ersichtlich. Als zusätzliche Leistungsaufträge kommen Dermatologie und Rheumatologie in Frage.
3. Konzentration: In den nicht-elektiven, kostenintensiven Leistungsgruppen soll eine möglichst grosse Konzentration der Leistungen auf wenige Kompetenzzentren angestrebt werden. Kostenintensive Leistungsbereiche sind solche mit Intensivstation, Inhouse-Kooperationen und festangestellten Ärzten in Spezialdisziplinen. Dazu zählen insbesondere die vernetzten Fachgebiete der Inneren Medizin mit der Chirurgie in den Bereichen Herz-Lunge-Kreislauf, zentrales und peripheres Nervensystem und Magen-Darm mit den notwendigen Subdisziplinen. Dies gilt ebenso für Leistungsbereiche mit tiefen Fallzahlen (< 500 Fälle pro Jahr entsprechend durchschnittlich zwei Fällen pro Arbeitstag) wie Nuklearmedizin, Interventionelle Radiologie etc. In diesen Leistungsbereichen soll ausgenommen Punkt 4.) kein zusätzlicher Leistungsauftrag erteilt werden, die innerkantonalen Kliniken haben zugesichert, dass ausreichend qualitative und quantitative Kapazitäten vorhanden sind.
4. Zusätzliches Angebot: Der Anteil der ausserkantonale erbrachten Fälle gibt einen Hinweis darauf, ob ein zusätzlicher Leistungsauftrag erteilt werden sollte. Wenn ein oder mehrere ausserkantonale Spitäler jeweils mehr als 10 % der Fälle erbracht haben, handelt es sich um eine relevante Menge, die eher für die zusätzliche Vergabe eines Leistungsauftrages spricht. Wenn zudem innerkantonale weniger als 50 % der

Anhang 3

Fallzahl in einer nicht-elektiven Leistungsgruppe erbracht wurde, soll ein zusätzlicher Leistungsauftrag erteilt werden. Einzige Ausnahme ist, wenn nachweisbar in den Jahren 2010 und 2011 innerhalb eines Leistungsauftrages ein Angebot neu geschaffen wurde.

Da es sich um einen Mangel aus medizinischen Gründen (Erbringung der medizinischer Leistung) handelt und nicht um einen Betten- und Personalmangel, ist dieser zusätzliche Leistungsauftrag an das Spital zu vergeben, das qualitativ das gesamte Spektrum des Leistungsbereiches erbringen kann und bereits einen Versorgungsanteil hat, auch wenn dieses Spital gemäss Kriterium Wirtschaftlichkeit nicht in die Evaluation einzubeziehen wäre. Dies ist bei allen Leistungsgruppen das Universitätsspital Zürich.

5. Auch wenn mehrere ausserkantonale Leistungserbringer über 10 % der Fälle in einer Leistungsgruppe leisten, ist die Vergabe eines einzigen zusätzlichen Leistungsauftrages ausreichend. Zur Vereinfachung der Abwicklung kann bei zusätzlicher Vergabe von Leistungsgruppen gemäss Punkt 4 einem Spital auch der ganze Leistungsbe- reich beauftragt werden.

Bewertung aufgrund oben genannter Kriterien:

+ spricht eher für die Vergabe eines zusätzlichen Leistungsauftrages,

- eher dagegen, ++ zwingend dafür, -- zwingend dagegen.

 bisherige Leistungsaufträge innerkantonaler Leistungserbringer

 Anträge innerkantonaler Leistungserbringer für Spitalliste gültig ab 1. Januar 2012

Leistungsbereich	Leistungs- gruppe	Bisherige Leis- tungsaufträge und Anträge innerkantonale	Wett- bewerb	Anteil ambu- lant, Er- gänzung	Konzen- tration	Angebot ausser- kant. be- anspruch	Zusätzli- cher Leistungs- auftrag
Basispaket	BP	STGAG HNZB					Nein
Basispaket Elektiv	BPE	SEES, VBK					Nein
Dermatologie	DER 1	STGAG , VBK		+		+	Ja
	DER 1.1	STGAG		+		+	Ja ¹⁾
	DER 1.2	STGAG		+		+	Ja ¹⁾
	DER 2	STGAG , VBK		+		+	Ja
Hals-Nasen- Ohren	HNO 1	STGAG	-			+	integral? ²⁾
	HNO 1.1	STGAG	-			++	Ja
	HNO 1.1.1	STGAG	-			++	Ja
	HNO 1.2	STGAG	-			+	integral?
	HNO 1.2.1	STGAG	-			++	Ja
	HNO 1.3	STGAG	-			++	Ja
	HNO 1.3.1	STGAG	-			(2009: ++)	Ja
	HNO 1.3.2	IVHSM	-			++	IVHSM
	HNO 2	STGAG , SEES	-			+	Nein
Kieferchirurgie	KIE 1	STGAG			--	++	Ja
Neurologie	NEU 1	STGAG HNZB *			--	+	Nein
	NEU 2	STGAG HNZB *			--		Nein
	NEU 2.1	STGAG HNZB *			--		Nein
	NEU 3	STGAG HNZB *			--		Nein
	NEU 3.1	STGAG HNZB *			--		Nein
	NEU 4					--	EPI
	NEU 4.1				--	EPI	Ja EPI

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Innerkant. Leistungsaufträge	Wettbewerb	Ambulant	Konzentration	Anteil ausserk.	Zusätzlicher LA
Neurochirurgie	NCH 1	HNZB			--	+	Nein
	NCH 1.1	HNZB			--	+	Nein
Ophthalmologie	AUG 1	STGAG, SEES	-	+	--	+	integral?
	AUG 1.1	STGAG, SEES	-	+	--		integral?
	AUG 1.2	STGAG, SEES	-	+	--	+	integral?
	AUG 1.3	STGAG, SEES	-	+	--	++	Ja
	AUG 1.4	STGAG, SEES	-	+	--	++	Ja
	AUG 1.5	STGAG, SEES	-	+	--	++	Ja
	AUG 1.6	STGAG, SEES	-	+	--	++	Ja
	AUG 1.7	STGAG, SEES	-	+	--	++	Ja
Endokrinologie	END 1	STGAG			--		Nein
Gastroenterologie	GAE 1	STGAG					Nein
	GAE 1.1	STGAG					Nein
Viszeralchirurgie	VIS 1	STGAG, SEES, VBK		-	--		Nein
	VIS 1.1	STGAG		-	--		Nein
	VIS 1.2	STGAG		-	--	+	Nein
	VIS 1.3	STGAG		-	--	+	Nein
	VIS 1.4	STGAG, SEES*		-	--	+	Nein
	VIS 1.5	STGAG		-	--	+	Nein
Hämatologie	HAE 1	STGAG			--	+	integral?
	HAE 1.1	STGAG			--	(2009:++)	Integral?
	HAE 2	STGAG			--	+	integral?
	HAE 3	STGAG			--	+	integral?
	HAE 4	STGAG			--	++	Ja
	HAE 5	STGAG			--	++	IVHSM
Angiologie	ANG 1	STGAG			--		Nein
	ANG 2	STGAG			--		Nein
	ANG 3	STGAG			--		Nein
	ANG 4	HNZB			--	(2009: ++)	Nein
Gefässchirurgie	GEF 1	STGAG, HNZB, VBK			--		Nein
	GEF 2	STGAG, HNZB*			--	+	Nein
	GEF 3	STGAG, HNZB*			--		Nein
	GEF 4	STGAG, HNZB*			--		Nein
Interventionelle Radiologie	RAD 1	STGAG			--	+	Spez. ³⁾
Kardiologie	KAR 1	HNZB, STGAG*			--	+	Nein
	KAR 1.1	HNZB, STGAG*			--		Nein
	KAR 1.1.1	HNZB			--		Nein
	KAR 1.2	HNZB			--		Nein
	KAR 1.3	HNZB, STGAG*			--	+	Nein
Herzchirurgie	HER 1	HNZB		-	--	+	Nein
	HER 1.1	HNZB		-	--		Nein
	HER 1.1.1	HNZB		-	--		Nein
	HER 1.1.2	HNZB*		-	--	als Kind Operierte	Nein
Nephrologie	NEP 1	STGAG			--	+	Nein

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Innerkant. Leistungsaufträge	Wettbewerb	Ambulant	Konzentration	Anteil ausserk.	Zusätzlicher LA
Urologie	URO 1	STGAG, SEES	-	+			Nein
	URO 1.1	STGAG, SEES	-	+		+	Nein
	UR1.1.1	STGAG, SEES	-	+			Nein
	UR1.1.2	STGAG, SEES	-	+			Nein
	UR1.1.3	STGAG, SEES	-	+			Nein
	UR1.1.4	STGAG, SEES	-	+		+	Nein
	UR1.1.5	STGAG, SEES	-	+			Nein
	UR1.1.6	STGAG, SEES	-	+			Nein
	UR1.1.7		-	+		k.A.	Spez. ³⁾
	UR1.1.8		-	+		++	Ja
Pneumologie	PNE 1	STGAG			--		Nein
	PNE 1.1	STGAG			--	+	Nein
	PNE 1.2	STGAG			--	++	Ja
	PNE 1.3	STGAG			--	+	Spez. ³⁾
	PNE 2	STGAG			--		Nein
Thoraxchirurgie	THO 1	STGAG			--	+	Nein
	THO 1.1	STGAG			--		Nein
	THO 1.2	STGAG			--	Marginale Fallzahl	Nein
Transplantation	TPL 1	IVHSM			--	++	IVHSM
Bewegungsapparat	BEW 1	STGAG, SEES	-				Nein
- Orthopädie	BEW 2	STGAG, SEES	-				Nein
- Handchirurgie	BEW 3	STGAG, SEES	-				Nein
- Arthroskopie Schulter, Ellenbogen	BEW 4	STGAG, SEES	-				Nein
- Arthroskopie Knie	BEW 5	STGAG, SEES	-				Nein
- Rekonstruktion obere Extremitäten	BEW 6	STGAG, SEES	-				Nein
- Rekonstruktion untere Extremitäten	BEW 7	STGAG, SEES	-				Nein
- Wirbelsäulenchirurgie	BEW 8	STGAG, HNZB	-			+	Nein
- Spez. Wirbelsäulenchirurgie	BEW 8.1	HNZB	-			+	Nein
- Tumore am Bewegungsapparat	BEW 9	STGAG, HNZB	-			+	Nein
- Plexuschirurgie	BEW 10	STGAG, HNZB	-				Nein
- Replantationen	BEW 11	STGAG	-			++	Ja
Rheumatologie	RHE 1 RHE 2	STGAG, KSK STGAG, KSK		+			Transfer ⁴⁾
Gynäkologie	GYN 1	STGAG, SEES	-				Nein
	GYN 1.1	STGAG, SEES	-				Nein
	GYN 1.2	STGAG, SEES	-				Nein
	GYN 1.3	STGAG, SEES	-				Nein
	GYN 1.4	STGAG, SEES	-				Nein
	GYN 2	STGAG, SEES	-				Nein
Plast. Chir. Transsexualität	PLC 1				--		Spez. ³⁾

Anhang 3

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Innerkant. Leistungsaufträge	Wettbewerb	Ambulant	Konzentration	Anteil ausserk.	Zusätzlicher LA
Geburtshilfe	GEBH		-				Nein
	GEB 1	STGAG, SEES					Nein
	GEB 1.1	STGAG				(2009: +)	Nein
	GEB1.1.1	STGAG*				k.A.	Spez. ³⁾
	NEO 1	STGAG, SEES			--		Nein
	NEO 1.1	STGAG			--		Nein
	NEO 1.1.1	STGAG*			--		Spez. ³⁾
Onkologie	ONK 1	STGAG			--	+	Nein
Radio-Onkologie	RAO 1	STGAG			--	+	Nein
Nuklearmedizin	NUK 1	STGAG			--	+	Nein
Unfallchirurgie/-medizin	UNF 1	Koop. HNZB / STGAG			--		Nein
	UNF 1.1	Koop. HNZB / STGAG			--	++	Ja
	UNF 2	IVHSM			--	++	IVHSM
Palliative Care	PAL	STGAG			--		Nein
Akutgeriatrie	GER	integral an STGAG			--		Nein
Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitserkrankter	AVA	integral an STGAG					Nein
Pädiatrie	KINM	STGAG / OKS	strategische Partnerschaft				Kispi ZH
Kinderchirurgie	KINC	STGAG / OKS	strategische Partnerschaft				Kispi ZH
	KIN Basis	STGAG / OKS	strategische Partnerschaft				Kispi ZH
Kinderpsychiatrie	KIN Psy	STGAG: KJPD in Liaison KKJ					Nein
Universitäre, resp. sehr spezialisierte Zentrumsleistungen	Zentrum		einzelne Leistungen aus allen Leistungsgruppen an Unispitäler und KSSG: strategische Partnerschaft				Alle Unispitäler, KSSG

* in Kooperationen und / oder mit Einschränkungen. k.A.: keine Angaben;

STGAG: Spital Thurgau AG; HNZB: Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG; SEES: Klinik Seeschau AG; VBK: Venenklinik Bellevue AG; EPI: Epilepsie Zentrum Zürich; Kispi ZH: Universitätskinderspital Zürich; OKS: Ostschweizer Kinderspital; KSSG: Kantonsspital St. Gallen; USZ: Universitätsspital Zürich inkl. Uniklinik Balgrist.

Ja: zusätzlicher Leistungsauftrag zu vergeben, Nein: kein zusätzlicher Leistungsauftrag.

¹⁾ 2011 aufgebaut in STGAG in Kooperation mit USZ, Verlegungen / Zuweisungen müssen weiterhin problemlos möglich sein; ²⁾ integral?: integrale Vergabe mehrerer Leistungsgruppen z. B. als ganzer Leistungsbereich möglich; ³⁾ sehr spezialisierte Leistung; ⁴⁾ innerkantonaler Transfer des Leistungsauftrags.

Leistungsgruppierung in der Rehabilitation

1. Leistungsgruppen Erwachsene

Die Erfassung der Krankheit erlaubt analog zur Akutmedizin künftig eine eindeutige Zuordnung zu überschaubaren Rehabilitationsbereichen, die als Basis für Leistungsaufträge dient. In Anwendung und Erweiterung der Zürcher Rehabilitationsplanung werden folgende Leistungsbereiche der Rehabilitation definiert:

- a) 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.
- b) Neurologische Rehabilitation: In der Neurorehabilitation werden die Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems behandelt. Die Rehabilitation traumatischer und nicht traumatischer Querschnittsyndrome erfordert ein lebenslanges Betreuungskonzept, sie wird daher als Subgruppe der Neurologischen Rehabilitation mit teilweise identischen Kriterien ausgewiesen. Sie umfasst neben der Erstrehabilitation und der Komplikationsbehandlung auch die regelmässige Re-Rehabilitation.
- c) Kardiovaskuläre Rehabilitation: In der kardiovaskulären Rehabilitation werden die Folgen der Rehabilitation von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie entsprechender operativer Eingriffe behandelt.
- d) 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 und Patientinnen.¹
- e) 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.
- f) Geriatrische Rehabilitation: Die Hauptdiagnose kann prinzipiell aus jeder der vorgenannten Diagnosegruppen stammen. Für die Zuweisung zur geriatrischen anstelle der organspezifischen Rehabilitation sind definierte Kriterien anzuwenden. Zusätzlich zum Alter des Patienten oder der Patientin sind dabei Faktoren wie eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, Multimorbidität, reduzierte oder schwankende Belastbarkeit etc. massgebend (vgl. Kap. 9.4.5).
- g) Zusatz psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation: In der psychiatrischen und sozial-medizinischen Rehabilitation werden Patienten aufgrund sozioökonomischer und psychosozialer Umstände (z. B. Burnout), psychischer Störungen (z. B.

¹ Internistisch-onkologische Rehabilitation enthält lediglich die nicht der muskuloskelettalen, neurologischen, kardiovaskulären oder pulmonalen Rehabilitation funktionsbezogen zugeordneten Tumorerkrankungen.

Depressionen), psychosomatischer Krankheiten sowie Suchtkrankheiten rehabilitiert. Grundsätzlich sind Personen mit psychiatrisch-sozialmedizinischen Diagnosen in Angeboten der Psychiatrie sowie Werk- und Wiedereingliederungsstätten für Behinderte zu behandeln und zu rehabilitieren. Sie sind nur soweit in somatischen Rehabilitationskliniken unter psychosomatisch-sozialmedizinischer Rehabilitation aufzunehmen, als psychiatrische Diagnosen in Kombination mit wesentlichen Beschwerden anderer Rehabilitationsbereiche auftreten. Die Leistungen werden nicht als Leistungsgruppe sondern als Zusatz zu der organspezifischen und geriatrischen Rehabilitation geführt.

Die Zuteilung der Diagnosecodes zu den Rehabilitationsbereichen ist unter www.gesundheitsamt.tg.ch / Spitalversorgung ersichtlich.

2. Frührehabilitation Erwachsene

Die Frührehabilitation umfasst die gleichzeitige akutmedizinisch-kurative und rehabilitative Behandlung von Patienten und Patientinnen 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;
- Vermeidung einer bleibenden Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe;
- Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit für nachfolgende Rehabilitationsmassnahmen.

Die an spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen erbrachte Frührehabilitation umfasst die zweite weniger intensive Phase der Akutbehandlung, d.h. die erste akutmedizinische Versorgung ist zum Zeitpunkt des Übertritts in die Rehabilitationseinrichtung weitgehend abgeschlossen. Patienten und Patientinnen der Frührehabilitation sind nicht mehr invasiv beatmungsbedürftig und weisen für Rehabilitationsbehandlungen genügend stabile Vitalfunktionen auf, sie bedürfen aber der Infrastruktur einer Überwachungseinheit. Der Patient und die Patientin durchlaufen ein umfassendes, auf alle Komponenten des ICF bezogenes Rehabilitationsprogramm. Die Notwendigkeit und Intensität der Rehabilitation überwiegen gegenüber der Kuration. Zur Vermeidung von unnötigen Schnittstellen und Verlegungen sind Leistungsaufträge für Rehabilitationskliniken im Bereich Frührehabilitation nur in Kombination mit dem jeweiligen organspezifischen rehabilitativen Leistungsauftrag möglich.

3. Rehabilitative Intensivbehandlung

Das spezielle Angebot der rehabilitativen Intensivbehandlung, inkl. invasiver Teil- und Vollzeitbeatmung bei traumatologischen und nicht traumatologischen neurologischen Erkrankungen, der Helios Klinik ab Bezug Neubau Münsterlingen wird in der Spitalliste ausgewiesen.

4. Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (0 - 17-Jährige) bestehen spezielle Anforderungen vor allem hinsichtlich der kind- und jugendgerechten Gestaltung der Rehabilitationsmassnahmen, der schulischen Betreuung und Berufsberatung, des Freizeitangebotes und der Mitnahme von Begleitpersonen.

a) Neurologische (inkl. neuroorthopädische) Rehabilitation

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

b) 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 Atmungssystems behandelt.

Detailevaluation geriatrische Rehabilitation

Die vier Kliniken werden nach folgenden Kriterien bewertet:

1. Facharzt und Verfügbarkeit: Mindestens 120 Stellenprozent Leitung und Stellvertretung. Leitung mind. 70 Stellenprozent durch Facharzt oder -ärztin mit Schwerpunkt Geriatrie; Stellvertretung gemäss Kriterien der ärztlichen Leitung oder Facharzt Innere Medizin mit äquivalenter Ausbildung und Erfahrung in Geriatrie resp. geriatrischer Rehabilitation oder absolviertem Fortbildungsprogramm in entsprechendem Schwerpunkt. Ärztlicher Bereitschaftsdienst innert 20 Minuten rund um die Uhr. Konsiliar-dienste für Leistungen, die aus medizinischer Sicht konsiliarisch begleitet werden müssen.
2. Pflege und Therapie: Qualifikation und Anstellung der Leitung (Facherfahrung, Führungsausbildung, Anstellungsgrad), Personaldotation in Festanstellung und Personalfuktuation in Pflege, Physio- und Ergotherapie.
3. Konzeptionelle Grundlagen, Behandlungsprozesse, Qualitätsmanagement, Personalentwicklung sind vorzuweisen.
4. Leistungsspezifische Konzepte: Notfallversorgung, leistungsspezifische Pflege und leistungsspezifische Therapien sind in entsprechenden Pflege- und Therapiekonzepten festzulegen und mit Teilkonzepten wie Aufnahme/Aus- und Übertritt, Sicherheit, Hygiene, Weiterbildung, Palliative Care zu ergänzen.
5. Voraussetzungen der Infrastruktur (baulich und medizintechnisch).
6. Bereitschaft und die Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Auftrages gemäss Art. 58b Abs. 4 Bst. c. KVV aufgrund der bisherigen Einhaltung von Richtlinien und Auflagen des Gesundheitsamtes für die Institution als Ganzes.
7. Beitrag gemäss § 38 kantonales TG KVG zur ärztlichen Weiterbildung (Anerkennung als Weiterbildungsstätte Geriatrie) sowie zur Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens (Anzahl Ausbildungsplätze in der Klinik).
8. Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (Kostenträgerrechnung zur Tarifgenehmigung).

Tabelle 1 Anhang 4: Rangreihenfolge der Kliniken bezüglich Erfüllungsgrad der Kriterien:

Geriatrische Rehabilitation Rangreihenfolge der Erfüllung	Gewichtung des Kriteriums	Binders- gartenklinik	Klinik Schloss Mammern	St. Kathari- nental	Tertianum Neutal
1. Ärzte: Facharzt Geriatrie Bereitschaftsdienst Geregelter Konsiliardienst	30 %	4. 4. 4.	4. 1. 1.	4. 1. 1.	1. 3. 1.
2. Personal Pflege / Therapie	15 %	4.	1.	1.	1.
3. Konzeptionelle Grundlagen	10 %	4.	1.	1.	1.
4. Leistungsspez. Konzepte	10 %	4.	2.**	2.	1.
5. Infrastruktur	10 %	teilw. er- füllt	werden erfüllt	werden erfüllt	werden erfüllt
6. Bereitschaft und Fähigkeit	10 %	4.	2.	2.	1.
7. Beitrag an die Aus- und Weiterbildung	5 %	4.	2.	1.	1.
8. Wirtschaftlichkeit	10 %	1.*	3.	3.	2.
Summarische Bewertung		4. Rang	3. Rang	2. Rang	1. Rang

*jedoch nur Nachbehandlung, ohne festangestellte Ärzte und 24h ärztlicher Bereitschaftsdienst.

** derzeit kein Leistungsauftrag in geriatrischer Rehabilitation, geriatriespezifische Detailanalyse wurde nicht durchgeführt und könnte den 3. Rang in diesem Kriterium ergeben.

Evaluation der Leistungserbringer in der Erwachsenenpsychiatrie

Der Grad der Erfüllung der Strukturanforderungen gemäss Kap. 10.12 der evaluierten Kliniken ist in Tabelle 1 dargestellt. Ausserkantonale Leistungserbringer sind nicht zu evaluieren, da deren Beitrag an die stationäre Versorgung gering ist.

Tabelle 1 Anh. 5: Grad der Erfüllung der Qualitätsanforderungen in der Erwachsenenpsychiatrie

Psychiatrie Erwachsene	Klinik Aadorf AG	Clenia Littenheid AG	Psychiatrische Dienste Thurgau (PDT)
Versorgungsanteil Pflage tage 2010 stationäre Psychiatrie innerkantonale für Bevölkerung TG	4 %	25 %	71 %
Versorgungsanteil Fälle 2010	3 %	27 %	70 %
Zugänglichkeit für die Thurgauer Bevölkerung innert 30 Minuten	X in Kombination mit PKM	X in Kombination mit PKM	X in Kombination mit Clenia oder Aadorf
Umfassende institutionelle Grundversorgung: - Notfall, 24h Aufnahme, - offene Abteilungen, - geschlossene Abteilungen	teilw. X	X X X X	X X X X
Institutionelle Spezialversorgung	X	X	X
Fürsorgerischer Freiheitsentzug		X	X
Ergänzung weiterer Leistungsaufträge		X	X
Klinik auf ausserkantonaler Spitalliste geführt		X	
Erfahrung Tagesklinik: - Akut-Tagesklinik - Memory-Klinik		X	X X
Psychosoziale Medizin: Externe Psychiatrische Dienste		X	X

Zusätzlich für die Leistungsaufträge in der Langzeitpsychiatrie, neurogerontopsychiatrische Störungsbilder und forensische Psychiatrie:

Spezialbereiche Psychiatrie Erwachsene	Klinik Aadorf AG	Clenia Littenheid AG	Psychiatrische Dienste Thurgau (PDT)
Langzeitpsychiatrie ¹⁾ Örtliche Nähe zu Behinderteninstitution		X	X
Diagnostik neurogerontopsychiatrischer Störungsbilder ²⁾			X
Forensische Abklärung und Begutachtung			X
Stationäre forensische Psychiatrie			X

¹⁾ Chronische psychische Krankheit und psychische Behinderung: Für Personen, die eine permanente ärztliche Betreuung sowie zeitweise oder dauernd einen geschützten Rahmen (geschlossene Abteilung) benötigen, welche in Behinderten- und Alterspflegeheimen ohne Anbindung an eine Klinik nicht gewährleistet ist. Die Anbindung kann als volle Integration, teilweise auch in Gelnähe und Kooperation mit einer Psychiatrischen Klinik erfolgen; ²⁾ In-house bildgebende Diagnostik Zentralnervensystem, Neurologie, Innere Medizin.

Summarisch erfüllen die evaluierten Kliniken die Anforderungen in der Rangreihenfolge 1. Psychiatrische Dienste Thurgau, 2. Clenia Littenheid AG, 3. Klinik Aadorf AG.

Die je zwei bedarfsnotwendigen innerkantonalen Leistungsaufträge in Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in Erwachsenenpsychiatrie ohne Besitzstandswahrung sind aufgrund der Evaluation wie nachfolgend dargestellt zu vergeben. Speziell bezeichnet sind die Spezialversorgungsangebote, welche spezielle Qualitätsanforderungen stellen.

Tabelle 2 Anhang 5: Graphische Übersicht über die bedarfsnotwendigen stationären Leistungsaufträge in der Psychiatrie ohne Besitzstandswahrung

Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie in psychiatrischen Kliniken	Clenia Littenheid AG	Psychiatrische Dienste Thurgau
Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Erwachsenenpsychiatrie Umfassende institutionelle Grund- und Spezialversorgung - speziell Eltern-Kind-Behandlung - speziell neurogerontopsychiatrische Störungsbilder		
Langzeitpsychiatrie		
Forensische Psychiatrie		

Spitalliste Kanton Thurgau Akutsomatik gültig ab 1. Januar 2012

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Leistungsauftrag K Leistungsauftrag in Kooperation K1: STGAG KSM, K2: HNZZ, K3: OKS Leistungsauftrag nur in Zusammenhang Abklärung und Behandlung in zugeordneten Leistungsgruppen Universitäre und spezialisierte Zentrums- leistung (Einzelleistung mit Indikationsentscheid Kantonsärztlicher Dienst Kanton Thurgau)	Kantonale Leistungserbringer					Ausserkantonale Leistungserbringer						
			Leistungserbringer	Spital Thurgau AG (KSF, KSM, VBK)	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	Vasenklinik Bellevue Kreuzlingen AG (VBK)	Kantonsspital St. Gallen	Universitätsspital Zürich	Inselspital Bern	Universitätsklinik Balgrist Zürich	Schweiz. Epilepsiezentrum Zürich	Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (OKS)	Kinderspital Zürich
Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin		K1 a)										
	BPE	Basispaket für elektive Leistungserbringer (eingeschränkt), Notfallstation in Kooperation KS Münsterlingen			b)	c)								
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	Erweit. Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	K2											
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)												
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und / oder Duraeröffnung	K2											
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)												
	HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie												
KIE1	Kieferchirurgie													
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie		K1										
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie		K1										
Neurologie	NEU1	Neurologie		K1										
	NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems		K1										
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)		K1										
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)		K1										
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen (mit Stroke Unit)	K2	K1										
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik												
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung													
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie												
	AUG1.1	Strabologie												
	AUG1.2	Orbitaprobleme												
	AUG1.3	Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme												
	AUG1.4	Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)												
	AUG1.5	Glaukom												
	AUG1.6	Katarakt												
	AUG1.7	Glaskörper/Netzhautprobleme												
END1	Endokrinologie													
Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie												
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie												
Viszeralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie			K1									
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe												
	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe												
	VIS1.3	Oesophaguschirurgie												
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie			K2 d)									
	VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe												
Hämатologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien												
	HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie												
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien												
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome												
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation												
HAE5	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)													

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Leistungsauftrag K Leistungsauftrag in Kooperation K1: STGAG KSM, K2: HNZB, K3: OKS Leistungsauftrag nur in Zusammenhang Abklärung und Behandlung in zugeteilten Leistungsgruppen Universitäre und spezialisierte Zentrums- leistung (Einzelleistung mit Indikationsentscheid Kantonsärztlicher Dienst Kanton Thurgau)	Kantonale Leistungserbringer				Ausserkantonale Leistungserbringer						
			Leistungserbringer Spital Thurgau AG (KSF, KSM, VBK)	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	Venenklinik Bellevue Kreuzlingen AG (VBK)	Kantonsspital St. Gallen	Universitätsklinik Balgrist Zürich	Inselspital Bern	Universitätsklinik Balgrist Zürich	Schweiz. Epilepsiezentrum Zürich Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (OKS)	Kinderspital Zürich	Leistungserbringer IVHSM
Gefässe	ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)											
	ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe											
	ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe		K1									
	ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe		K1									
	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)		K1									
	GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe		K1									
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis		K1									
	GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe		K1									
	RAD1	Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)											
	Herz	KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)										
KAR1.1		Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)											
KAR1.1.1		Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)											
KAR1.2		Elektrophysiologie (Ablationen)											
KAR1.3		Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)											
HER1		Einfache Herzchirurgie		e)									
HER1.1		Herzchirurgie und Gefässchirurgie mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)		e)									
HER1.1.1		Koronarchirurgie (CABG)											
HER1.1.2		Komplexe kongenitale Herzchirurgie		e) f)									
NEP1		Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)											
Urologie	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 Nierenteilresektion)											
	URO1.1.4	Isolierte Adrenalektomie											
	URO1.1.5	Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang											
	URO1.1.8	Plastische Rekonstruktion der Urethra											
	URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters											
URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial			K1									
Pneumologie	PNE1	Pneumologie											
	PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie											
	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation											
	PNE1.3	Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie											
PNE2	Polysomnographie												
Thoraxchirurgie	THO1	Thoraxchirurgie											
	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)											
	THO1.2	Mediastinaleingriffe											
TPL1	Transplantationen solider Organe (IVHSM)												
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat											
	BEW2	Orthopädie											
	BEW3	Handchirurgie											
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens											
	BEW5	Arthroskopie des Knies											
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität											
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität											
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie											
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie											
	BEW9	Knochentumore											
	BEW10	Plexuschirurgie											
BEW11	Replantationen												
Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie		g)									
	RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie		g)									
Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie											
	GYN1.1	Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina			h)								
	GYN1.2	Maligne Neoplasien der Zervix			h)								
	GYN1.3	Maligne Neoplasien des Corpus uteri			h)								
	GYN1.4	Maligne Neoplasien des Ovars			h)								
	GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma			h)								
PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität												

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Leistungsauftrag K Leistungs-auftrag in Kooperation K1: STGAG KSM, K2: HNZB, K3: OKS Leistungs-auftrag nur in Zusammenhang Abklärung und Behandlung in zugeteilten Leistungsgruppen Universitäre und spezialisierte Zentrums- leistung (Einzelleistung mit Indikationsentscheid Kantonsärztlicher Dienst Kanton Thurgau)	Kantonale Leistungserbringer				Ausserkantonale Leistungserbringer						
			Spital Thurgau AG (KSF, KSM, VBK)	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	Venenklinik Bellevue Kreuzlingen AG (VBK)	Kantonsspital St. Gallen	Universitätsspital Zürich	Inselspital Bern	Universitätsklinik Balgrist Zürich	Schweiz. Epilepsiezentrum Zürich	Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (OKS)	Kinderspital Zürich
Geburtshilfe	GEBH	Geburtshäuser (ab 37. Schwangerschaftswoche (SSW))											
	GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)			K1 i)								
	GEB1.1	Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)	j)										
	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe											
Neugeborene	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und >= 2000g)			i)								
	NEO1.1	Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und >= 1250g)	j)										
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatologie (Level III)											
(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie											
	RAO1	Radio-Onkologie											
	NUK1	Nuklearmedizin											
Schwere Verletzungen	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)			K1								
	UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)	K2	K1									
	UNF2	Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)											
Querschnittsbereiche	KINM	Kindermedizin	k)										
	KINC	Kinderchirurgie	K3										
	KINB	Basis-Kinderchirurgie											
	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum	l)										
	PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum											
	AVA	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker	l)										
	IVHSM	Weitere Leistungsgruppen gemäss IVHSM reduzieren obige Leistungsgruppen und sind allen Leistungserbringern gemäss rechtmässigen IVHSM Entscheidungen zugeordnet											

Spital Thurgau AG umfasst Kantonsspital Frauenfeld (KSF), Kantonsspital Münsterlingen (KSM) und dritter Standort Bellevue Venenklinik als Wochenklinik (VBK).
BP: Kooperation aller Kliniken mit der Spital Thurgau AG für die Notfallstation (Erreichbarkeit Notfallstation ab kooperierender Klinik innert 10 Min.).

- a) Notfallaufnahme ohne Notfallstation.
- b) Seeschau: Ausnahmegenehmigung BPE bezeichnet elektive Leistungen aus BP für AUG, BEW, GYN, URO, VIS1, VIS1.4 und Chirurgie Hauterkrankungen.
- c) VBK: Ausnahmegenehmigung BPE für DER1, DER2, Phlebologie mit Haut und Weichteilen, Venenchirurgie inkl. Hernien- und Proktochirurgie. Eingriffe gemäss Weiterbildungstitel Allgemeinchirurgie mit Schwerpunkt Gefässchirurgie soweit in einer Wochenklinik ohne Intensivstation durchführbar.
- d) Ohne Magen-Bypass.
- e) Inkl. homologer Klappenersatz und Endokardersatz.
- f) Ohne Personen mit komplexen, kongenitalen Eingriffen im Kindesalter
- g) Zusätzlich Spital Thurgau AG Standort Klinik St. Katharinental, Diessenhofen.
- h) Inkl. Chemotherapie.
- i) GEB1 ab 36. Schwangerschaftswoche in Kooperation und NEO1 nur gesunde Neugeborene.
- j) Inkl. aus GEB1.1.1 und NEO1.1.1 Geburten ab 33. Schwangerschaftswoche mit Geburtsgewicht >=1000g. Drillings- und Vierlingschwangerschaften. Föten und Neugeborene mit einseitigen Nierenleiden. Neugeborene mit kontinuierlicher Beatmung.
- k) Inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in Liaison mit der Klinik für Kinder- und Jugendliche des KSM.
- l) Leistungen integral als Ganzes vergeben, keine eigene strukturelle Abteilung.

Basis für die Zuteilung der Einzelleistungen zu den Leistungsgruppen ist Version 2.0 des Leistungsgruppenkonzeptes der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Grundvoraussetzung ist eine gültige gesundheitspolizeiliche Bewilligung mit Einhaltung der Anforderungen inkl. Kooperationen in den erteilten Leistungsgruppen.

Spitalliste Kanton Thurgau Rehabilitation gültig ab 1. Januar 2012

Leistungsgruppen Rehabilitation	Leistungsauftrag Einzelleistung mit Indikationsentscheid Kantonsärztlicher Dienst Kanton Thurgau	Innerkantonale Leistungserbringer						Ausserkantonale Leistungserbringer					
		Helios Klinik Zürichschlucht AG	kneipp-hof Dussnang AG	Spital Thurgau AG: Klinik St. Katharinen, Diessenhofen	Klinik Schloss Mammern AG	Tertianum Neutal AG, Berlingen	Uniklinik Balgrist Zürich	REHAB Basel	Inselsspital Bern	Paraplegikerzentrum Nottwil	Rehabilitationsklinik Bellikon	Rehabilitationszentrum Kinder und Jugendliche Affoltern	
Rehabilitation Kinder und Jugendliche (0 - 17 Jährige)	Allgemeine pädiatrische Rehabilitation Neurologische (inkl. neuro- orthopädische) Rehabilitation												
Geriatrische Rehabilitation	Rehabilitation												
Internistisch-onkologische Rehabilitation	Frührehabilitation												
	Rehabilitation												
Kardiovaskuläre Rehabilitation	Frührehabilitation												
	Rehabilitation												
Muskuloskeletale Rehabilitation	Frührehabilitation												
	Rehabilitation												
Neurologische Rehabilitation / Traumatische und nicht traumat. Querschnittsyndrome / Rehabilitative Intensivbehandlung	Rehabilitative Intensivbehandlung (inkl. Teil- und Vollbeatmung)												
	Frührehabilitation												
	Neurologische Rehabilitation												
	Traumatische und nicht traumatische Querschnittssyndrome												
Pneumologische Rehabilitation	Frührehabilitation												
	Rehabilitation												
Psyosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	als Zusatz im oben genannten Rehabilitationsbereich	a)	a)	a)	a)	a)							a)

a) Nicht als psychiatrische Hauptdiagnose, Krisenintervention oder Frührehabilitation, nur in Verbindung mit und beschränkt auf den jeweiligen Leistungsauftrag in organspezifischer resp. geriatrischer Rehabilitation
Grundvoraussetzung ist eine gültige gesundheitspolizeiliche Bewilligung mit Einhaltung der Anforderungen in der erteilten Leistungsgruppe.

Spitalliste Kanton Thurgau stationäre Psychiatrie gültig ab 1. Januar 2012

		Innerkantonale Leistungserbringer			
		Clienia Littenheid AG	Spital Thurgau AG: Psychiatrische Dienste Thurgau	Klinik Aadorf AG	Forel Klinik Ellikon
Stationäre Psychiatrie					
Kinder- und Jugendpsychiatrie					
Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie	Umfassende institutionelle Grund- und Spezialversorgung				
	- speziell Substanzabhängigkeit Alkohol und Medikamente				
	- speziell Substanzabhängigkeit illegale Drogen				
	- speziell Eltern-Kind-Behandlung				
	- speziell neurogeronto-psychiatrische Störungsbilder				
	Schwere Essstörungen				

Zugewiesene Kapazitäten in der stationären Psychiatrie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Anzahl Plätze*)		Innerkantonale Leistungserbringer		
		Clienia Littenheid AG	Spital Thurgau AG: Psychiatrische Dienste Thurgau	Klinik Aadorf AG
ab 1. Januar 2012		70	193	4
ab 1. Januar 2014		68	185	4
ab 1. Januar 2016		66	177	4

*Die Anzahl der Plätze errechnet sich als Mittelwert der Gesamtzahl verrechneter Pflgetage pro Jahr für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons Thurgau dividiert durch 365 Tage. Grundvoraussetzung ist eine gültige gesundheitspolizeiliche Bewilligung mit Einhaltung der Anforderungen in der erteilten Leistungsgruppe.