



Spitalplanung Akutsomatik 2012 Versorgungsbericht



*«Noch schöner als Visionen zu
haben ist, sie zu verwirklichen»*

Lisz Hirn, österreichische Philosophin und Künstlerin

Vorwort

Dieser Aussage folgend hat das Gesundheitsdepartement die Aufgabe an die Hand genommen, die Spitalplanung für den Kanton St.Gallen zu erarbeiten. Der Versorgungsbericht, den wir Ihnen mit diesem Dokument vorstellen, ist Grundlage dafür. Er beinhaltet eine Auslegeordnung zur aktuellen Versorgung und eine Prognose über den Bedarf an akutsomatischen Spitalleistungen der St.Galler Bevölkerung im Jahr 2020.

Die Kantone werden durch das revidierte Krankenversicherungsgesetz (KVG) verpflichtet, im Hinblick auf die Neuordnung der Spitalfinanzierung ihre Spitalplanungen zu überarbeiten. Dabei steht eine leistungsorientierte Sichtweise im Vordergrund. Ab 2012 müssen alle auf der Spitalliste aufgeführten Leistungserbringer unabhängig von ihrer Trägerschaft vom Kanton mitfinanziert werden.

Der Kanton St.Gallen konnte in Bezug auf den Versorgungsbericht auf umfangreichen Vorarbeiten seitens der Kantone Bern und Zürich aufbauen. Zudem haben sich die Ostschweizer Kantone bei der Revision der Planungen interkantonal stark vernetzt. Die Kantone sind im Rahmen der angelaufenen Planungsprozesse in ständigem Austausch. Dadurch kann den interkantonalen Patientenströmen Rechnung getragen werden.

Dreiviertel aller akutsomatischen St.Galler Patientinnen und Patienten lassen sich in einem der neun Standorte der vier Spitalverbunde oder im Ostschweizer Kinderspital behandeln. Mit der Verselbständigung der öffentlichen Akutspitäler und der Unterstellung der vier Spitalverbunde unter einen einzigen Verwaltungsrat wurden im Kanton St.Gallen schon früh die Weichen gestellt für betrieblichorganisatorische Optimierungen im Hinblick auf die Einführung des schweizweit einheitlichen Tariffsystems «SwissDRG». Innerhalb und zwischen den einzelnen Spitalverbunden erfolgten in den vergangenen Jahren Schwerpunkt- und Netzbildungen.

Der Kanton St.Gallen versteht die Spitalplanung als ein Instrument im Rahmen seiner strategischen Tätigkeit im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung. Es soll damit insbesondere eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Verwendung von Steuermitteln sichergestellt werden. Diese Anforderung gilt für alle zukünftigen Spitäler auf der Spitalliste, das heisst für private wie auch für öffentliche Leistungserbringer.

Gestützt auf die konzeptionellen Vorgaben des Versorgungsberichts werden zu einem späteren Zeitpunkt im sogenannten Strukturbericht Abklärungen zur Bedarfssicherung vorgenommen. Dabei werden die möglichen Leistungserbringer für jede Leistungsgruppe anhand vorgegebener Kriterien evaluiert. Aus diesen Arbeiten resultieren schliesslich die St.Galler Spitalliste und die institutionsbezogenen Leistungsaufträge.

Ich danke allen an der Erarbeitung des vorliegenden Berichts beteiligten Personen und wünsche den Leserinnen und Lesern eine interessante und aufschlussreiche Lektüre.



Heidi Hanselmann, Regierungsrätin
Vorsteherin Gesundheitsdepartement

Redaktioneller Hinweis

Der stationäre Austritt einer Patientin oder eines Patienten im Erhebungsjahr wird in diesem Bericht immer als Fall bezeichnet.

Inhalt

Zusammenfassung	6
1 Rahmenbedingungen	8
1.1 Gesetzliche Vorgaben	8
1.2 Investitionsplanung	9
1.3 Grundsatz-Strategie	10
1.4 Planung und Wettbewerb	11
1.5 Planungsumfang und Abgrenzungen	12
1.6 Kantonsbeitrag für die Akutsomatik	12
1.7 Koordination mit umliegenden Kantonen und dem Fürstentum Liechtenstein	13
1.8 Planungsziele	13
2 Datengrundlagen und -definitionen	14
2.1 Datenquellen und -aufbereitung	14
2.2 Datenqualität und -konsistenz	14
3 Bisherige Leistungsnachfrage	15
3.1 Überblick	15
3.2 Innerkantonale Hospitalisationen	17
3.2.1 Patientenströme	17
3.2.2 Versicherungs-kategorie und Leistungserbringer	19
3.2.3 Leistungsbereiche	19
3.2.4 Alter	23
3.2.5 Wohnregion	24
3.3 Patientenabwanderungen	25
3.4 Patientenzuwanderungen	28
4 Bedarfsprognose	30
4.1 Methodik	30
4.2 Demografie	32
4.2.1 Methodik	32
4.2.2 Resultate	33
4.2.3 Prognose	34
4.3 Epidemiologie	36
4.4 Medizintechnik	37
4.5 Verlagerung stationär – ambulant	38
4.6 CH-Benchmarking Verweildauer	40
4.7 Bedarfsprognose 2020 für Kanton St.Gallen	42
4.7.1 Überblick	42
4.7.2 Bedarfsprognose 2020 nach Leistungsbereich	42
4.7.3 Bedarfsprognose 2020 nach Altersgruppe	44
5 Neugeborene	45
6 Ausblick	47
Glossar	48
Impressum	50

Seit 1996 sind die Kantone gemäss Art. 39 Krankenversicherungsgesetz (KVG) verpflichtet, eine Spitalplanung und eine Spitalliste zu erstellen. Im Jahr 2007 ist eine Revision des KVG in Kraft getreten. Darin enthalten sind neue Bestimmungen zur Spitalfinanzierung und zur Spitalplanung. Die neuen Finanzierungsregelungen werden ab dem Jahr 2012 angewendet. Die Kantone müssen ihre Spitalplanungen spätestens bis Ende 2014 anpassen.

Dreiviertel aller akutsomatischen Spitalaufenthalte der St.Galler Bevölkerung erfolgen in den vier öffentlichen Spitalverbunden. Mit deren Ver selbständigung und späteren Unterstellung unter einen einzigen Verwaltungsrat im Rahmen von QUADRIGA I und II wurden im Kanton St.Gallen schon früh die Weichen gestellt für betrieblich-organisatorische Optimierungen im Hinblick auf die Einführung des schweizweit einheitlichen Tarifsystems «SwissDRG». Eine Vielzahl von organisatorischen und medizinisch-pflegerischen Leistungskonzentrationen wurde seither umgesetzt.

Im vorliegenden Planungsbericht werden im Hinblick auf die Überarbeitung der Spitalliste die konzeptionellen Grundlagen skizziert. Der Bericht beinhaltet eine Analyse der bestehenden Versorgungsstrukturen und eine Prognose über den zukünftigen Bedarf an stationären akutsomatischen Leistungen der St.Galler Bevölkerung. Die Planungsbestrebungen erfolgen in enger Koordination mit den umliegenden Ostschweizer Kantonen. So stützt sich der St.Galler Versorgungsbericht methodisch auf die Versorgungsplanung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ab.

Im Jahr 2009 resultierten rund 73 500 Spitalaufenthalte von St.Galler Patientinnen und Patienten mit rund 514 000 Pfl egetagen und einer durchschnittlichen Verweildauer von 7 Tagen. Vier von fünf Spitalaufenthalten erfolgten in der Allgemeinen Abteilung. Der Marktanteil der öffentlichen Akutspitäler betrug 93 Prozent, derjenige der innerkantonalen Privatspitäler 7 Prozent. 84 Prozent aller Hospitalisationen erfolgen innerhalb des Kantons. Die ausserkantonalen Spitalaufenthalte der St.Galler Bevölkerung verteilen sich im Jahr 2009 auf insgesamt 135 Leistungserbringer. Die drei Kantone Appenzell Ausserrhoden, Zürich und Graubünden sind die wichtigsten Versorgerkantone für St.Galler Patientinnen und Patienten. Umgekehrt behandelten die St.Galler Akutspitäler im Jahr 2009 knapp 13 500 Patientinnen und Patienten mit Wohnort ausserhalb des Kantons. Gut ein Drittel der Zuwanderung stammen aus dem Kanton Thurgau und je rund ein Fünftel aus dem Fürstentum Liechtenstein und dem Kanton Appenzell Ausserrhoden.

Für den vorliegenden Versorgungsbericht wurde von der Fachstelle für Statistik (FfS) des Kantons St.Gallen ein regionales Bevölkerungsszenario für den Kanton St.Gallen entwickelt. Darin wird geschätzt, dass die St.Galler Bevölkerung bis ins Jahr 2020 um rund 4 Prozent auf 494 000 Einwohnerinnen und Einwohner ansteigt. Weiter wird eine beträchtliche Alterung der St.Galler Bevölkerung prognostiziert, was für die Inanspruchnahme von stationären Gesundheitsleistungen von grosser Bedeutung ist, da die Hospitalisationshäufigkeit mit steigendem Alter stark zunimmt. Das im Versorgungsbericht verwendete Prognosemodell basiert auf fünf

Prognoseparametern und wurde von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelt. Der erste Einflussfaktor ist die Bevölkerungsentwicklung. Dieser Faktor wird mit der Erarbeitung eines kantonalen Bevölkerungsszenarios berücksichtigt. Der zweite Einflussfaktor ist die medizinisch-technische Entwicklung innerhalb der Medizin. Darin wird versucht, den Einfluss neuer Technologien und Behandlungsangebote auf den zukünftigen Bedarf zu quantifizieren. Die dritte Komponente ist die epidemiologische Entwicklung. Dabei werden Veränderungen im Auftreten von Krankheitsbildern in der Bevölkerung abgeschätzt. Ökonomische Entwicklungen werden im Rahmen von zwei Einflussfaktoren berücksichtigt. Einerseits wird eine Prognose gemacht über die zukünftige Entwicklung der Schnittstelle zwischen der stationären und ambulanten (spitalbasierten) Versorgung. Dabei wird davon ausgegangen, dass gewisse Patientengruppen, welche heute noch stationär behandelt, in Zukunft ambulant versorgt werden. Andererseits beinhaltet das Prognosemodell eine Schätzung über die Entwicklung der zukünftigen Aufenthaltsdauer im Kanton St.Gallen je Diagnosegruppe APDRG. Dies auf der Basis eines schweizweiten Benchmarkings mit allen stationären Spitalaufenthalten aus dem Jahr 2008.

Die Anwendung der Prognoseparameter auf die Ausgangswerte des Kantons St.Gallen aus dem Jahr 2009 führt zu nachfolgenden Eckwerten der wichtigsten Kennzahlen für das Jahr 2020:

	2009	2020	Veränderung
Fälle	73 588	79 550	8%
Hospitalisationen je 1 000 Einwohner	155	161	4%
Mittlere Verweildauer	7.0	6.4	-9%
Pflegetage	514 470	508 451	-1%
Bevölkerung	474 676	494 391	4%

Bis 2020 wird im Hauptszenario mit einem Fallzuwachs von rund 8 Prozent gerechnet. Dieser Zuwachs ist namentlich bedingt durch den Anstieg der Bevölkerung und Verschiebungen in der Altersstruktur. Da die voraussichtliche Aufenthaltsdauer von 7 auf das Niveau von rund 6.4 Tage zurückgehen dürfte, bleiben die im Jahr 2020 voraussichtlich geleisteten Pflegetagen verglichen mit heute nahezu unverändert (-1 Prozent).

1.1 Gesetzliche Vorgaben

Seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) per 1. Januar 1996 sind die Kantone gemäss Art. 39 verpflichtet, eine Spitalplanung zu erstellen und die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassenen Anstalten oder Abteilungen in einer Spitalliste aufzuführen.

Am 21. Dezember 2007 verabschiedeten die Eidgenössischen Räte die Revisionsvorlage zur Spitalfinanzierung, welche am 1. Januar 2009 in Kraft trat. Neu werden darin die anrechenbaren Kosten der stationären Gesundheitsleistungen unabhängig von der Trägerschaft des Leistungserbringers mit einem fixen Verteilschlüssel zu mindestens 55 Prozent vom Kanton finanziert. Dabei kommt ein leistungsorientiertes, auf schweizweit einheitlichen Grundlagen beruhendes Fallpauschalensystem zur Anwendung (SwissDRG). Die Investitionen sind neu Teil der anrechenbaren Kosten und werden somit zu maximal 45 Prozent von den Krankenversicherern mitfinanziert. Schliesslich müssen die Kantone ab 2012 Beiträge an alle ausserkantonalen Behandlungen der St.Galler Bevölkerung in Listenspitälern leisten unabhängig davon, ob es sich um eine medizinisch indizierte ausserkantonale Behandlung¹ oder um einen Wahleingriff handelt und ob die stationäre Leistung von einem Spital mit öffentlicher oder privater Trägerschaft erbracht wird. Der Kostenbeitrag des Kantons ist jedoch bei medizinisch nicht indizierten ausserkantonalen Behandlungen limitiert auf die innerhalb des Kantons gültige Vergütung (Referenztaxen). Die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen ist neu explizit eine gemeinwirtschaftliche Leistung. Da Geburtshäuser mit der Revision als stationäre Leistungserbringer anerkannt wurden, ist es weiter Aufgabe der Kantone, diese Leistungserbringer in die Spitalplanung mit einzubeziehen.

Der Spitalliste kommt mit der KVG-Revision eine neue Funktion zu. Während sie bis anhin ausschliesslich die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP regelte, ist neu mit der Aufführung eines Leistungserbringers in der Spitalliste auch die Kostenübernahme fest geregelt. Analog zur Finanzierung ist die Spitalplanung deshalb ab 2012 leistungsorientiert auszugestalten, wobei als Planungskriterien die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer zur Anwendung gelangen. Die Kantone sind neu zudem verpflichtet, ihre Planungen untereinander zu koordinieren².

1 Medizinisch indiziert ist eine ausserkantonale Behandlung dann, wenn sie entweder innerhalb des Kantons nicht angeboten wird oder es sich um einen Notfall handelt.

2 Detaillierte Anforderungen an die Spitalplanung hat der Bundesgesetzgeber im 11. Abschnitt «Planungskriterien» in den Artikeln 58a bis e der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) formuliert.

Das revidierte KVG hält in seinen Übergangsbestimmungen fest, dass:

- sich Kantone und Versicherer bis zum 31.12.2011 entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlungen beteiligen;
- die Kantone während der Frist zur Anpassung der Spitalliste (zwischen 2012 und Ende 2014) ihren Kostenanteil in allen Spitälern zu übernehmen haben, die auf den aktuell gültigen Spitallisten aufgeführt sind;
- die kantonalen Spitalplanungen spätestens drei Jahre nach dem 1.1.2012 den Anforderungen des revidierten Artikels 39 KVG entsprechen müssen.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügt der Kanton St.Gallen gegenwärtig über eine rechtskräftige Spitalliste. Für die übrigen Bereiche werden die Grundlagen für die Verabschiedung der Spitallisten aktuell erarbeitet. Solange die Frist zur Anpassung der Spitalliste an die neue Fassung von Art. 39 KVG nicht verstrichen ist – d.h. bis längstens 31. Dezember 2014 – sind im Kanton St. Gallen diejenigen Anstalten oder Abteilungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen, die nach bisherigem Recht (d.h. nach dem bis 31. Dezember 1995 gültig gewesenem Recht) als Heilanstalten galten (Art. 101 Abs. 2 Satz 1 KVG).

In Art. 15 der St.Galler Verfassung setzt sich der Staat zum Ziel, dass die Bevölkerung zu für sie tragbaren Bedingungen eine ausreichende Gesundheitsversorgung erhält. Sodann verpflichtet das Gesundheitsgesetz (GesG) die Regierung in Art. 28, in Zusammenarbeit mit den Gemeinden und durch Vereinbarung mit anderen Kantonen und Staaten für eine zweckdienliche Spitalplanung zu sorgen. Die neuen Vorgaben aus dem KVG zur Spitalplanung und Spitalfinanzierung bedingen die Schaffung eines neuen Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung. Diese Revision findet parallel zur Erarbeitung der Spitalplanung statt und wird der Regierung ebenfalls im Jahr 2011 unterbreitet.

1.2 Investitionsplanung

Im Kanton St.Gallen galt seit dem Beschluss des Kantonsrats zum Sparpaket 1997 ein Baumoratorium für Spitalbauten. Dies führte dazu, dass abgesehen von zwei Investitionsvorhaben am Kantonsspital St.Gallen nicht im geplanten Umfang in Unterhalt und Erneuerung der Spitalliegenschaften investiert werden konnte. Mit der Verabschiedung von QUADRIGA II im Jahr 2005 erfolgte eine Strategiekklärung. Dadurch wurde es möglich, die erste Etappe der Gesamterneuerung des Spitals Linth, den Neubau für Rechtsmedizin und Pathologie, die Erweiterung des Haus 24 und die Sanierung des Hauses 57 am Kantonsspital St.Gallen sowie die Erweiterung der Notfallstation am Spital Walenstadt in Angriff zu nehmen und Gesamtmachbarkeitsstudien in allen Spitalregionen zu erarbeiten.

1.3 Grundsatz-Strategie

Für die Strategie im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung sind auf Kantonsebene folgende Grundlagen von Belang:

- Spitalplanung 1995
- Leitbild Gesundheit 2002
- QUADRIGA I 2003
- Geriatriekonzept 2005
- QUADRIGA II 2006
- Postulatsbericht Investitionsplanung 2007

In oben aufgeführten Dokumenten wurde für den stationären Bereich der Akutsomatik auf Kantonsebene folgende Grundsatz-Strategie festgelegt:

Ziel	Massnahme
Trennung strategische und operative Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Verselbständigung der Spitäler, Bildung von vier Spitalverbunden mit einem einzigen Verwaltungsrat • Einführung des Leistungsauftrags (Kanton bestimmt das «Was», Verbund entscheidet über das «Wie» und «Wo») • Definitive Einführung des Globalkreditsystems
Erhöhung der Effektivität und Effizienz	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung von Spitalverbunden (Ausschöpfung von internen Synergien, Bildung von Schwerpunkten, optimalere Auslastung der Strukturen, Beseitigung von Doppelspurigkeiten) • Schaffung eines einzigen Verwaltungsrats (Ausschöpfung von Synergien in und unter den Spitalverbunden, Bildung von Schwerpunkten in und unter den Spitalverbunden, optimalere Auslastung der Strukturen, Beseitigung von Doppelspurigkeiten) • Einführung eines Finanzierungsmodells, das Anreize zur Optimierung der betrieblichen Strukturen enthält
Beibehaltung der Standorte der Akutspitäler	<ul style="list-style-type: none"> • Schliessung von Abteilungen und Konzentration von Leistungen an Stelle von Spitalschliessungen • Kantonsrat erhält Kompetenz, über Standorte der Akutspitäler zu entscheiden (Art. 2bis Gesetz über die Spitalverbunde) • Konsequente Umsetzung der Netzwerkstrategie innerhalb und zwischen den Spitalverbunden
Abgestuftes Versorgungsmodell	<ul style="list-style-type: none"> • Gliederung der stationären Leistungen in Grundversorgung, spezialisierte sowie hochspezialisierte Versorgung
Verfügbarkeit von modernen, zweckdienlichen und konkurrenzfähigen Spitalinfrastrukturen	<ul style="list-style-type: none"> • (Gesamt)-Sanierung/Erneuerung der stationären Leistungserbringer gemäss Investitionsplanung 2006 und jährlich aktualisierten Investitionsprogrammen

Die aktuell gültige Strategie kann mit Verselbständigung der Leistungserbringer mit der Verpflichtung zu betrieblichen und medizinischen Leistungskonzentrationen unter Beibehaltung der bestehenden Spitalstandorte umschrieben werden. Es treten nicht mehr neun Akutspitäler sondern vier Spitalunternehmen in Erscheinung. Unter anderem wurden bereits folgende Massnahmen umgesetzt oder sind in Umsetzung:

- Schliessung der Abteilungen für Gynäkologie/Geburtshilfe in den Spitälern Altstätten, Flawil, Rorschach und Wattwil;
- Einschränkung der Operationstätigkeit während der Nacht und am Wochenende in der Chirurgie/Orthopädie im Spital Altstätten;
- Umteilung des Spitals Flawil von der Spitalregion 4 in die Spitalregion 1;
- Errichtung von Netzwerken in den Bereichen Onkologie, Schlaganfall und Endokrinologie/Diabetologie («Organisierte Dezentralisierung») über alle vier Spitalverbunde;
- Errichtung eines Shared Service Center IT (SSC-IT)³ im Hinblick auf die Einführung von EHealth;
- Errichtung einer gemeinsamen Zentralsterilisation am KSSG für die Spitalregionen 1 bis 4;
- Aufbau verschiedener Dienstleistungen des Instituts für Pathologie am KSSG für die Spitalregionen 1 bis 4;
- Kooperation zwischen den Intensivstationen Walenstadt und KSSG in den Bereichen Aus-Weiterbildung, Qualitätssicherung und Verlegungen;
- Organisatorische Fusion der einzelnen Betriebsstandorte zu je einem Unternehmen je Spitalverbund (z.B. Integration der Spitäler Rorschach und Flawil als Departemente in die Betriebsstrukturen des KSSG);
- Netzwerk Radiologie innerhalb der Spitalregionen 1 bis 4;
- Gemeinsamer Einkauf der Spitalregionen 2 bis 4.

1.4 Planung und Wettbewerb

Die stationäre Gesundheitsversorgung ist auch mit der Revision des KVG zur Spitalfinanzierung weiterhin einem nicht widerspruchsfreien sowie interpretationsbedürftigen Spannungsfeld zwischen staatlicher Planung und marktwirtschaftlichem Wettbewerb ausgesetzt. Zur Stärkung des Wettbewerbs sollen neu Leistungen anstatt Objekte finanziert werden. Zudem erfolgt die Finanzierung unabhängig von der Trägerschaft durch einen dualen Schlüssel zwischen Kantonen (mindestens 55 Prozent) und Krankenversicherern (maximal 45 Prozent) inklusive Investitionen. Auch die Einführung der freien Spitalwahl stellt ein Wettbewerbsselement dar.

Gleichzeitig ist der Kanton verpflichtet, den Bedarf an stationären Gesundheitsleistungen im Rahmen einer Planung zu eruieren und eine Spitalliste zu erlassen, welche die gemäss den Kriterien «Wirtschaftlichkeit» und «Qualität» zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer umfasst.

³ Träger sind die vier Spitalverbunde und die Geriatrische Klinik. Das SSC-IT stellt je nach Bedarf für die einzelnen Spitäler zentral IT-Services zur Verfügung.

Der Kanton St.Gallen verfügt im schweizerischen Vergleich über eine kostengünstige stationäre Gesundheitsversorgung. Aus Kostengründen ist deshalb ein möglichst hoher innerkantonaler Versorgungsanteil anzustreben.

1.5 Planungsumfang und Abgrenzungen

Im vorliegenden Versorgungsbericht beschränkt sich die Planungskompetenz gemäss Art. 39 KVG auf die Versorgung der Kantonsbevölkerung im stationären Bereich. Ambulante Angebote der stationären Leistungserbringer fallen gemäss KVG nicht in die Planungskompetenz der Kantone.

Folgende Teilgebiete der stationären Versorgung werden im Rahmen des vorliegenden Versorgungsberichts nicht behandelt:

- Palliative Care: dieser Bereich wird im Rahmen der regierungsrätlichen Antwort auf die Postulate «Gesamtkonzept Palliativ-Care» (73.07.21) und «Palliative Care der eigenen Biografie gemäss Betreuung und Pflege bis zuletzt» (73.07.22) abgehandelt.
- Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation: Die konzeptionellen Grundlagen der akutgeriatrischen Versorgung inklusive geriatrischer Rehabilitation wurden im Geriatriekonzept aus dem Jahr 2005 geschaffen. Es besteht zurzeit keine Notwendigkeit, diesen Bereich im Hinblick auf die Spitalfinanzierung 2012 zu überarbeiten. Im Jahr 2009 wurden 1 707 betagte Patientinnen und Patienten während 45 104 Pflegetagen (mittlere Verweildauer von 26.4 Tagen) in geriatrischen Spezialabteilungen behandelt. Bei einer normativ festgesetzten Bettenauslastung von 90 Prozent entspricht dies 137 Bettenplätzen.
- Psychiatrie: dieser Bereich ist Gegenstand eines separaten Versorgungsberichts, welcher im Jahr 2011 ebenfalls publiziert wird.
- Rehabilitation: dieser Bereich ist Gegenstand eines separaten Versorgungsberichts und wird zu einem späteren Zeitpunkt erarbeitet.

In den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation gilt es, die konzeptionellen Schnittstellen zur Langzeitbetreuung besonders zu berücksichtigen.

1.6 Kantonsbeitrag für die Akutsomatik

Gemäss Voranschlag 2011 richtet der Kanton St.Gallen Beiträge von rund 344 Mio. Franken an die stationäre akutsomatische Versorgung aus. Darin sind keine Investitionsbeiträge an die öffentlichen Spitäler enthalten. Mit der neuen Spitalfinanzierung wird der Kantonsbeitrag als Folge der freien Spitalwahl und der Mitfinanzierung von innerkantonalen Privatspitalern auf rund 362 Mio. Franken im Jahr 2012 zunehmen. Diese Berechnung basiert auf einem kantonalen Vergütungsanteil für stationäre Spitalbehandlungen von 50 Prozent. Mit der Anhebung des kantonalen Vergütungsanteils auf mind. 55 Prozent bis ins Jahr 2017 wird sich der Kantonsbeitrag an die somatische Akutversorgung auf rund 394 Mio Franken erhöhen⁴.

4 Von den Mehrkosten der neuen Spitalfinanzierung für den Kanton St.Gallen von rund 61 Mio Franken entfallen rund 50 Mio Franken auf den Bereich der Akutsomatik.

1.7 Koordination mit umliegenden Kantonen und dem Fürstentum Liechtenstein

Gemäss KVG sind die Kantone angehalten, ihre Planungen untereinander zu koordinieren. Zu diesem Zweck wurde auf Ebene der Gesundheitsdirektorenkonferenz der Ostschweizer Kantone (GDK-Ost) die Arbeitsgruppe «Koordination Spitalplanungen» einberufen.

Der Koordinationsauftrag ist dabei wie folgt definiert:

- Harmonisierung des methodischen Vorgehens;
- Austausch/Abgleich der interkantonalen Patientenströme;
- Formulierung von möglichst identischen Auflagen an die Institutionen als Kriterien für die Aufnahme in die Spitalliste.

Der Kanton Zürich hat bei den Überarbeitungen der Spitalplanungen eine Vorreiterrolle übernommen. Der Kanton St.Gallen stützt sich bei der Erarbeitung seiner Planung wo immer möglich auf Vorarbeiten der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ab. Eine interkantonale Koordination des Angebots mit den Nachbarkantonen und dem Fürstentum Liechtenstein ist namentlich bei spezialisierten Leistungen mit kleinen Fallzahlen sinnvoll. Im Bereich der Grundversorgung steht eine Koordination weniger im Vordergrund. In der hochspezialisierten Medizin erfolgt die Planung bereits heute auf gesamtschweizerischer Ebene im Rahmen der interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM). Schliesslich wurden auf Ebene der GDK-Ost Kriterien entwickelt, wann ausserkantonale Leistungserbringer versorgungsrelevant sind und eine Aufnahme in die Spitalliste vertieft geprüft werden soll.

1.8 Planungsziele

Mit der vorliegenden Planung sollen nachfolgende Ziele angestrebt werden:

1. Eine weitergehende Spezialisierung in Form von Kompetenzzentren und gleichzeitigen Zentralisierungen (nicht alles wird überall angeboten) der innerkantonalen akutsomatischen Angebotsstrukturen werden konsequent weiterverfolgt;
2. Die bestehenden Standorte der bis anhin öffentlichen oder öffentlich subventionierten stationären Leistungserbringer werden beibehalten;
3. Als neue stationäre Leistungserbringer werden die Geburtshäuser erstmals in die Planung mit einbezogen;
4. Die Standortattraktivität und Konkurrenzfähigkeit der akutsomatischen Leistungserbringer im Kanton St.Gallen werden im Wettbewerb um die interkantonalen Patientenströme gestärkt;
5. Für die Investitionsvorhaben der einzelnen Leistungserbringer werden Grundlagen geschaffen hinsichtlich Bedarf und Leistungsangebot.
6. Der Kanton St.Gallen koordiniert seine Planung mit den Nachbarkantonen und dem Fürstentum Liechtenstein.

2.1 Datenquellen und -aufbereitung

Im Versorgungsbericht werden Daten aus der Medizinischen Statistik (MedStat) des Bundesamtes für Statistik (BFS) verwendet⁵. Die Bevölkerungsdaten stammen von der Fachstelle für Statistik des Kantons St.Gallen (FfS) und der Stadt St.Gallen. Erstere zeichnet überdies verantwortlich für die Entwicklung des Bevölkerungsszenarios in Kapitel 4.2.

Anhand der BFS-Spitaltypologie und der Hauptkostenstelle (MedStat-Variable 1.4.V01) wurden alle Fälle der medizinischen Statistik in die vier Bereiche «Akutsomatik», «Psychiatrie», «Rehabilitation» und «Geriatric» klassiert. Im vorliegenden Bericht werden einzig die Daten der Akutsomatik behandelt.

Die akutsomatischen Daten der MedStat der Jahre 2005 bis 2009 wurden mit dem Patientenklassifikationssystem APDRG gruppiert⁶. Für einzelne Verlaufsdarstellungen wurden zudem die Daten der Jahre 2003 und 2004 mit einbezogen. Die Regionen-Einteilung basiert auf den MedStat-Regionen des BFS, welche wiederum den einzelnen Wahlkreisen zugeordnet wurden.

2.2 Datenqualität und -konsistenz

Jeder zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassene stationäre Leistungserbringer ist seit 1998 verpflichtet, die Daten für die MedStat zu erheben. Die Falldefinition wurde im Kanton St.Gallen im Untersuchungszeitraum für die Spitalverbunde 2 bis 4 per 1. Januar 2008 und für die Spitalregion 1 per 1. Januar 2009 an die bundesrechtlichen Vorgaben angepasst⁷. Seit diesem Datum gelten Fälle, die sich weniger als 24 Stunden im Spital aufhalten, während Mitternacht im Spital sind und ein Bett belegen, nicht mehr als ambulant, sondern als stationär (sogenannte Kurzlieger). Im Jahr 2008 fielen 1 473 Fälle mit 2 948 Pflēgetagen und im Jahr 2009 1 599 Fälle mit 3 198 Pflēgetagen unter diese Neudefinition⁸. Todesfälle und Verlegungen mit weniger als 24 Stunden Spitalaufenthalt galten bereits vorher als stationäre Fälle.

In den Spitalregionen 2 bis 4 werden die Spitalaufenthalte zu Lasten der Unfall-, Invaliditäts- und Militärversicherung seit dem 1. Januar 2007 und im Ostschweizer Kinderspital seit dem 1. Januar 2006 mit Fallpauschalen gemäss dem Patientenklassifikationssystem APDRG vergütet.

Auf Grund von eigenen Analysen des Amtes für Gesundheitsversorgung kann festgehalten werden, dass die Datenqualität ab dem Jahr 2008 für alle Variablen als gut bezeichnet werden kann. Trendanalysen auf der Basis von Zeitreihen sind auf Institutions- und Kantonebene ab 2005 aussagekräftig. Hingegen sind Verlaufsanalysen der medizinischen Aktivität in tieferen Analyseebenen als die 27 Leistungsbereiche auf Grund von mangelnder Datenqualität nicht aussagekräftig.

5 Die beiden Leistungserbringer Rosenklinik am See in Rapperswil und Geburtshaus Artemis in Steinach haben bis anhin die Gesundheitsstatistiken des BFS nicht ausgefüllt, da sie keine stationären Leistungen zu Lasten der OKP abgerechnet haben. Die relevanten Dateninformationen wurden jedoch vom Gesundheitsdepartement eingeholt und im vorliegenden Versorgungsbericht wo nötig berücksichtigt.

6 Zur besseren Vergleichbarkeit wurden alle Jahre mit der Groupversion 1.9 und den Fallgewichten 6.0 gruppiert. Die Analyse beschränkt sich auf Datensätze des Falltyps A (Variable 0.2.V02, Ausprägung «A») mit stationärem Aufenthalt (Variable 1.3V01, Ausprägung «3»). Die Pflēgetage sind gemäss APDRG (STAYD) nach der Formel «Austritt – Eintritt + 1 – Urlaub in Tagen» berechnet.

7 Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflēgeheime in der Krankenversicherung (VKL).

8 Dies entspricht 2 Prozent der Fälle und 0.6 Prozent der Pflēgetage in den Jahren 2008 und 2009.

3 Bisherige Leistungsnachfrage

3.1 Überblick

Im Jahr 2009 erfolgten rund 73 500 Spitalaufenthalte von St.Galler Patientinnen und Patienten mit rund 514 500 Pflgetagen und einer durchschnittlichen Verweildauer von 7 Tagen⁹.

Abbildung 1: Fälle, Pflgetage, Hospitalisationsrate (HR) und Verweildauer der SG-Bevölkerung zwischen 2003 und 2009

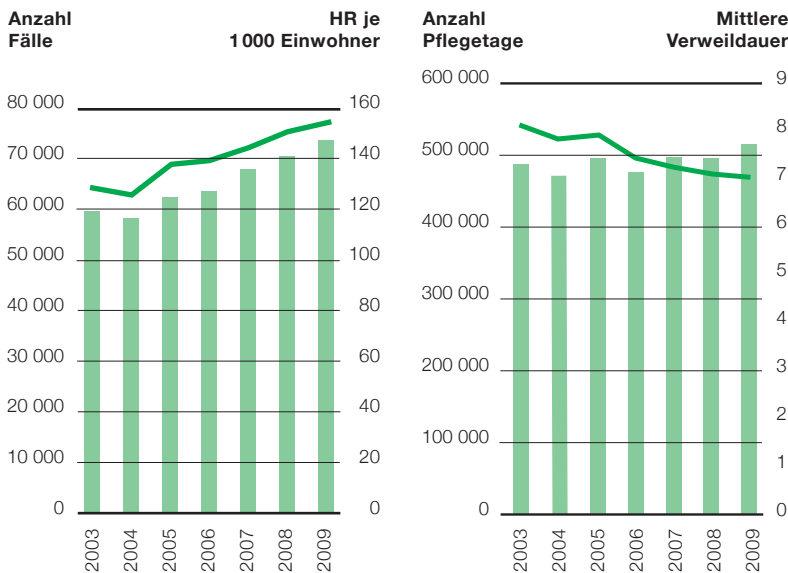
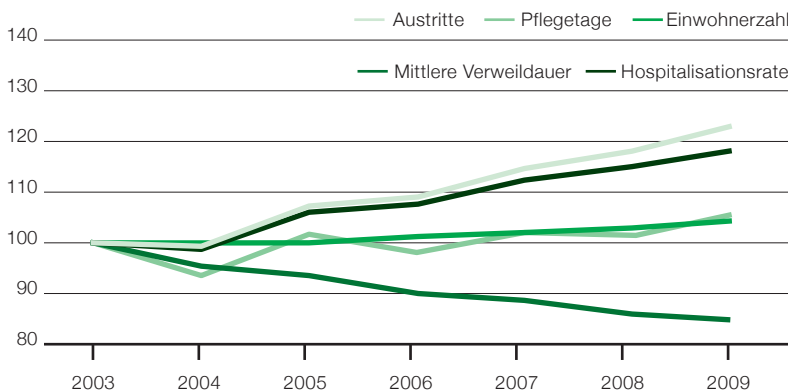


Abbildung 2: Veränderungsrate zwischen 2003 und 2009 in Prozent



Quelle: Med. Statistik BFS 2003-2009, Aufbereitung durch AfGVE

In Abbildung 1 und Abbildung 2 sind die Werte ausgewählter Indikatoren für die Jahre 2003 bis 2009 ersichtlich. Die Fallzahl ist von 59 500 auf 73 500 (+24 Prozent¹⁰) und die Pflgetage sind von 491 000 auf 514 500 gestiegen (+5 Prozent).

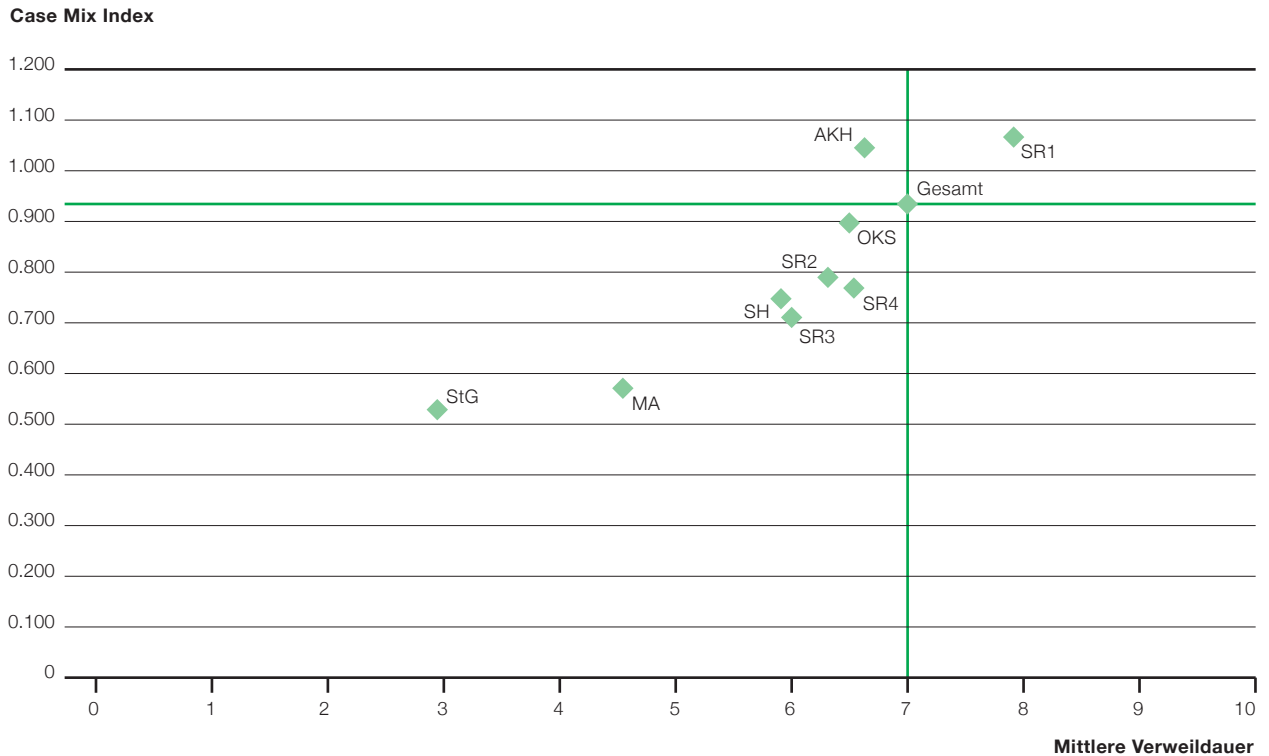
⁹ Zusätzlich behandelte die Rosenklinik am See 293 St.Galler Patientinnen und Patienten stationär und brachten im Geburtshaus Artemis in Steinach 83 Frauen aus dem Kanton St.Gallen ihre Kinder zur Welt.

¹⁰ Dabei ist zu berücksichtigen, dass zwischen 2003 und 2009 3 072 Fälle und 6 000 Pflgetage nur auf Grund von geänderten Falldefinitionen zu den stationären Aufenthalten dazugekommen sind. Ohne diesen statistischen Effekt erhöhten sich die Fälle im Beobachtungszeitraum um 20 Prozent und die Pflgetage um 2.3 Prozent

Gleichzeitig ist ein Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer um 1.3 von 8.3 auf 7.0 Tage (-15 Prozent) zu verzeichnen. Schliesslich stiegen im gleichen Zeitraum die Bevölkerungszahl um 4 Prozent und die Rate an Spitalaufenthalten je 1000 Einwohnerinnen und Einwohner von 130 auf 155 (+19 Prozent). Der höhere Zuwachs der Hospitalisationsrate im Vergleich zur Bevölkerungszahl ist durch die demografische Alterung und den medizinischen Fortschritt begründet.

In Abbildung 3 werden die einzelnen St.Galler Spitäler nach ihrem mittleren Fallgewicht und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ihrer Patientinnen und Patienten aufgelistet.

Abbildung 3: Mittlere Verweildauer (AHD) und Fallschwere (CMI) je Leistungserbringer, 2009¹¹



Legende: SR1: Spitalregion Kantonsspital St.Gallen; SR2: Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland; SR3: Spital Linth; SR4: Spitalregion Fürstenland Toggenburg; OKS: Ostschweizer Kinderspital; SH: Hirslanden Klinik Stephanshorn; MA: Klinik Marienfried; StG: Klinik St.Georg; AKH: Ausserkantonale Hospitalisationen der St.Galler Bevölkerung.
 Quelle: Med. Statistik BFS 2009, Aufbereitung durch AfGVE

¹¹ Es fehlen die Rosenklinik am See und das Geburtshaus Artemis, da diese beiden Institutionen bis anhin von der medizinischen Statistik des BFS nicht erfasst wurden.

Die durchschnittliche Fallschwere der St.Galler Hospitalisationen beträgt 0.931. Gut ersichtlich ist dabei die Zentrumsfunktion der Spitalregion 1 und der erhöhte durchschnittliche Schweregrad der ausserkantonalen Hospitalisationen von St.Gallerinnen und St.Gallern (AKH). Die beiden Leistungserbringer mit privater Trägerschaft (StG, MA) weisen kurze Aufenthaltsdauern und tiefe Fallgewichte aus.

3.2 Innerkantonale Hospitalisationen

3.2.1 Patientenströme¹²

Mehr als 84 Prozent aller Spitalaufenthalte der St.Galler Bevölkerung erfolgt innerhalb des Kantons mit Abweichungen je nach geografischer Lage der Wahlkreise. Aus Tabelle 1 ist ersichtlich, wo sich die Einwohnerinnen und Einwohner der Wahlkreise behandeln lassen.

Tabelle 1: Hospitalisationen der SG-Bevölkerung je Wahlkreis und Leistungserbringer in Prozent, 2009

Wahlkreis	SR1	SR2	SR3	SR4	SH	OKS	MA	StG	AKH	Gesamt
St.Gallen	65%	<1%	<1%	1%	17%	5%	1%	<1%	11%	24%
Rorschach	78%	1%	<1%	<1%	2%	4%	<1%	1%	15%	10%
Rheintal	34%	35%	<1%	<1%	11%	4%	<1%	<1%	15%	13%
Werdenberg	16%	73%	<1%	<1%	-	3%	-	<1%	8%	8%
Sarganserland	10%	71%	<1%	<1%	-	1%	-	-	18%	7%
See-Gaster	11%	8%	47%	1%	-	2%	<1%	-	31%	15%
Toggenburg	23%	6%	6%	50%	-	3%	<1%	<1%	11%	9%
Wil	47%	<1%	<1%	31%	<1%	4%	4%	<1%	14%	14%
Gesamt	40%	17%	8%	9%	6%	4%	1%	<1%	16%	100%

Legende: SR1: Spitalregion Kantonsspital St.Gallen; SR2: Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland; SR3: Spital Linth; SR4: Spitalregion Fürstenland Toggenburg; OKS: Ostschweizer Kinderspital; SH: Hirslanden Klinik Stephanshorn; MA: Klinik Marienfried; StG: Klinik St.Georg; AKH: Ausserkantonale Hospitalisationen der St.Galler Bevölkerung.

Quelle: Med. Statistik BFS 2009, Aufbereitung durch AfGVE

Im Wahlkreis See-Gaster wird knapp ein Drittel der Patientinnen und Patienten in ausserkantonalen Einrichtungen versorgt, während sich dieser Wert im Wahlkreis Werdenberg auf 8 Prozent beläuft. Diese Differenzen sind mit der geografischen Lage und Unterschieden in der Nähe des inner- und ausserkantonalen Angebots erklärbar. Namentlich ist im Wahlkreis See-Gaster das ausserkantonale Angebot mit den Spitälern Glarus (GL), Lachen (SZ), Männedorf (ZH) und Wetzikon (ZH) gross.

¹² Für eine vertiefte Analyse der ausserkantonalen Spitalaufenthalte der St.Galler Bevölkerung siehe Kapitel 3.2.

Aus Tabelle 2 geht hervor, von woher die Patientinnen und Patienten stammen, die in den Spitälern im Kanton St.Gallen behandelt werden.

Tabelle 2: Hospitalisationen je Leistungserbringer und Herkunft, 2009

	St.Gallen	Rorschach	Rheintal	Werdenberg	Sarganserland	See-Gaster	Toggenburg	Wil	AKH	Gesamt
SR1	11 465	5 450	3 361	884	525	1 236	1 533	4 912	6 565	35 931
SR2	50	41	3 451	4 034	3 751	927	367	29	2 690	15 340
SR3	12	3	6	1	11	5 170	413	9	437	6 062
SR4	175	30	16	8	15	92	3 342	3 251	978	7 907
SH	2 969	107	1 070	-	-	-	-	11	1 158	5 315
OKS	908	289	441	152	32	173	217	443	1 217	3 872
MA	105	10	14	-	-	5	30	388	260	812
StG	22	46	19	3	-	-	1	10	117	218
Gesamt	15 706	5 976	8 378	5 082	4 334	7 603	5 903	9 053	13 422	75 457

Legende: SR1: Spitalregion Kantonsspital St.Gallen; SR2: Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland; SR3: Spital Linth; SR4: Spitalregion Fürstenland Toggenburg; OKS: Ostschweizer Kinderspital; SH: Hirslanden Klinik Stephanshorn; MA: Klinik Marienfried; StG: Klinik St.Georg; AKH: Ausserkantonale Hospitalisationen in St.Galler Spitälern.

Quelle: Med. Statistik BFS 2009, Aufbereitung durch AfGVE

18 Prozent aller von Leistungserbringern mit Standortkanton St.Gallen behandelten Fälle stammen aus anderen Kantonen. Der Anteil ausserkantonaler Patientinnen und Patienten weicht unter den Leistungserbringern stark ab. Während die privaten Spezialkliniken Marienfried 32 Prozent und St.Georg 54 Prozent ausserkantonale Patientinnen und Patienten behandeln, beläuft sich dieser Wert in der Spitalregion 3 auf rund 7 Prozent.

3.2.2 Versicherungsklasse und Leistungserbringer

Vier von fünf Hospitalisationen von St.Galler Patientinnen und Patienten erfolgen in der allgemeinen Abteilung.

Tabelle 3: Anzahl Fälle von SG-Patienten je Leistungserbringer und Liegeklasse, 2009

	Allgemeine Abteilung		Halbprivate Abteilung		Private Abteilung		Gesamt	
	Fälle	in %	Fälle	in %	Fälle	in %	Fälle	in %
SR1	23 296	79%	4 519	15%	1 551	5%	29 366	40%
SR2	10 647	84%	1 545	12%	458	4%	12 650	17%
SR3	4 802	85%	604	11%	219	4%	5 625	8%
SR4	6 105	88%	581	8%	243	4%	6 929	9%
SH	2 641	64%	1 122	27%	394	9%	4 157	6%
OKS	2 626	99%	28	1%		0%	2 656	4%
MA	512	93%	34	6%	6	1%	552	1%
StG	81	80%	12	12%	8	8%	101	0%
AKH	7 297	63%	2 634	23%	1 617	14%	11 553	16%
Gesamt	58 006	79%	11 079	15%	4 496	6%	73 588	100%

Legende: SR1: Spitalregion Kantonsspital St.Gallen; SR2: Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland; SR3: Spital Linth; SR4: Spitalregion Fürstenland Toggenburg; OKS: Ostschweizer Kinderspital; SH: Hirslanden Klinik Stephanshorn; MA: Klinik Marienfried; StG: Klinik St.Georg; AKH: Ausserkantonale Hospitalisationen der St.Galler Bevölkerung.

Quelle: Med. Statistik BFS 2009, Aufbereitung durch AFGVE

In der Klinik Stephanshorn werden knapp 37 Prozent aller aus dem Kanton St.Gallen stammenden Patientinnen und Patienten in der Halbprivat- oder Privatabteilung behandelt. Der Anteil an zusatzversicherten St.Galler Patientinnen und Patienten in den vier Spitalverbunden beläuft sich auf durchschnittlich 18 Prozent. Unter den 16 Prozent ausserkantonalen Patientinnen und Patienten aus St.Gallen sind überdurchschnittlich viele halbprivat- und privatversicherte Patientinnen und Patienten.

3.2.3 Leistungsbereiche

Die Spitalaufenthalte der St.Galler Bevölkerung lassen sich in Tabelle 4 gemäss Klassifikation der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich in 27 Leistungsbereiche einteilen. Die fünf grössten Leistungsbereiche umfassen fast die Hälfte aller Spitalaufenthalte. Mit Abstand am grössten ist der Bereich Orthopädie gefolgt von Viszeralchirurgie, Geburtshilfe, Neugeborene sowie Kardiologie/Angiologie.

Tabelle 4: Fälle und Pflgetage der SG-Patientinnen und Patienten je Leistungsbereich und ausserkantonalem Versorgungsanteil, 2009

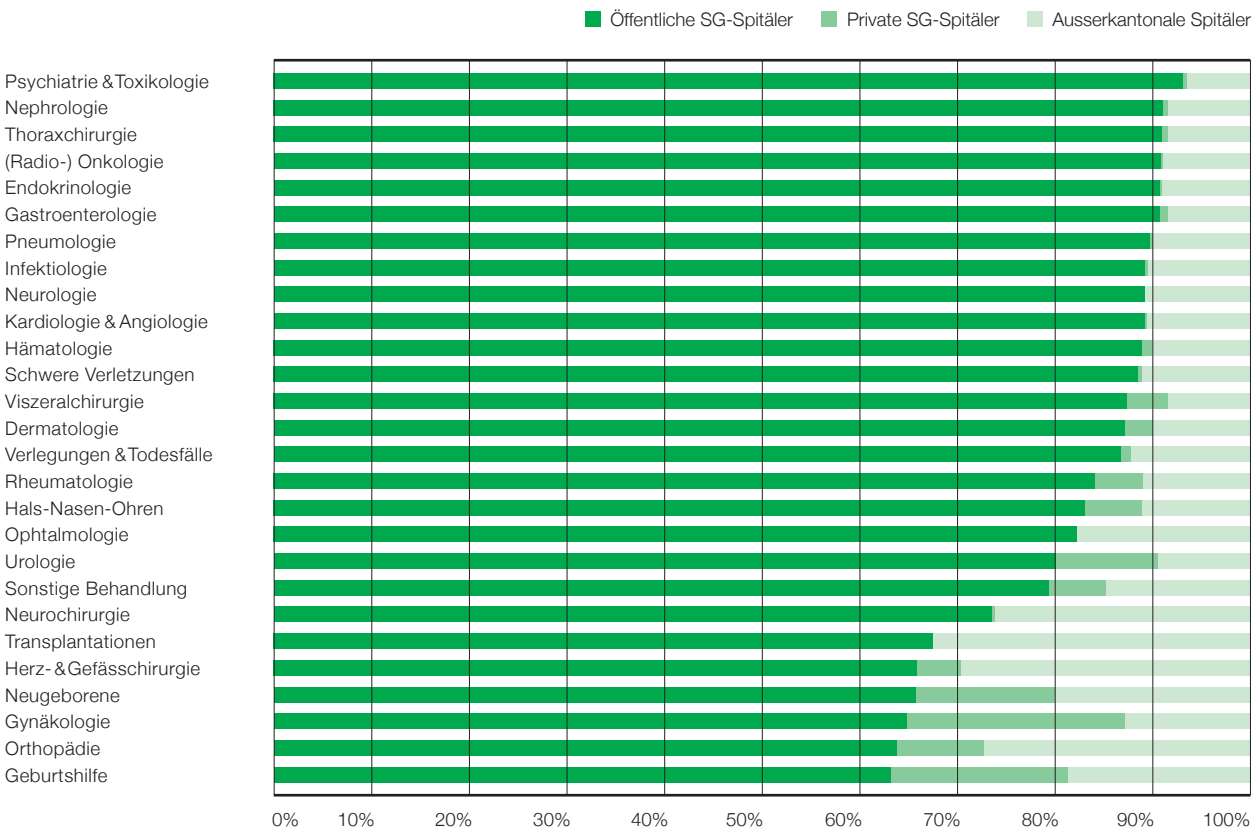
Leistungsbereich	Fälle	in %	Anteil ausserk.	Pflgetage	in %	Anteil ausserk.
Orthopädie	14 218	19%	27%	103 570	20%	23%
Viszeralchirurgie	5 521	8%	8%	44 007	9%	7%
Geburtshilfe	5 165	7%	18%	31 280	6%	19%
Neugeborene	5 032	7%	20%	32 935	6%	20%
Kardiologie&Angiologie	4 485	6%	11%	29 336	6%	8%
Gastroenterologie	4 468	6%	9%	28 864	6%	7%
Neurologie	3 759	5%	11%	22 169	4%	14%
Urologie	3 354	5%	10%	21 997	4%	9%
Herz- & Gefässchirurgie	3 272	4%	30%	25 091	5%	29%
Gynäkologie	3 148	4%	13%	16 404	3%	14%
Hals-Nasen-Ohren	3 036	4%	12%	13 063	3%	11%
Rheumatologie	2 503	3%	12%	20 310	4%	12%
Pneumologie	2 362	3%	10%	20 721	4%	8%
Dermatologie	1 958	3%	10%	12 848	2%	9%
Sonstige Behandlung	1 566	2%	15%	12 500	2%	27%
Verlegungen&Todesfälle	1 393	2%	13%	2 349	0%	9%
Infektiologie	1 132	2%	10%	11 913	2%	10%
Hämatologie	1 058	1%	10%	11 328	2%	7%
Thoraxchirurgie	1 033	1%	8%	15 277	3%	10%
Psychiatrie&Toxikologie	956	1%	6%	7 533	1%	8%
(Radio-) Onkologie	890	1%	9%	4 841	1%	8%
Ophthalmologie	855	1%	18%	3 701	1%	14%
Nephrologie	735	1%	8%	6 133	1%	7%
Endokrinologie	715	1%	9%	6 828	1%	10%
Schwere Verletzungen	671	1%	11%	5 073	1%	14%
Neurochirurgie	244	<1%	25%	3 281	1%	20%
Transplantationen	59	<1%	32%	1 118	<1%	51%
Gesamt	73 588	100%	16%	514 470	100%	15%

Quelle: Med. Statistik BFS 2009, Aufbereitung durch AfGVE gemäss Leistungsgruppenkonzept 1.1 Kanton ZH

Transplantationen, Herz-/Gefässchirurgie, Orthopädie sowie Neurochirurgie sind Bereiche mit grossen ausserkantonalen Leistungsanteilen. In den Gebieten Transplantationen (exklusive Nieren- und autologe Stammzellentransplantation) sowie Herzchirurgie und der herznahen Gefässchirurgie muss sich die St.Galler Bevölkerung in einem ausserkantonalen Spital behandeln lassen, da diese Eingriffe im Kanton St.Gallen nicht angeboten werden. Im Fachbereich Orthopädie bietet das Kantonsspital St.Gallen fast alle Eingriffe an, die Abwanderung ist jedoch auf die erhöhte ausserkantonale Konkurrenz zurückzuführen.

Knapp 40 Prozent aller Hospitalisationen der St.Galler Bevölkerung erfolgen in der Spitalregion 1 mit dem Zentrumsspital Kantonsspital St.Gallen. Die Spitalregion 2 versorgt 17 Prozent, die Spitalregion 3 rund 8 Prozent und die Spitalregion 4 rund 9 Prozent aller St.Galler Hospitalisierten.

Abbildung 4: Marktanteile der öffentlichen, privaten und ausserkantonalen Leistungserbringern je Leistungsbereich, 2009



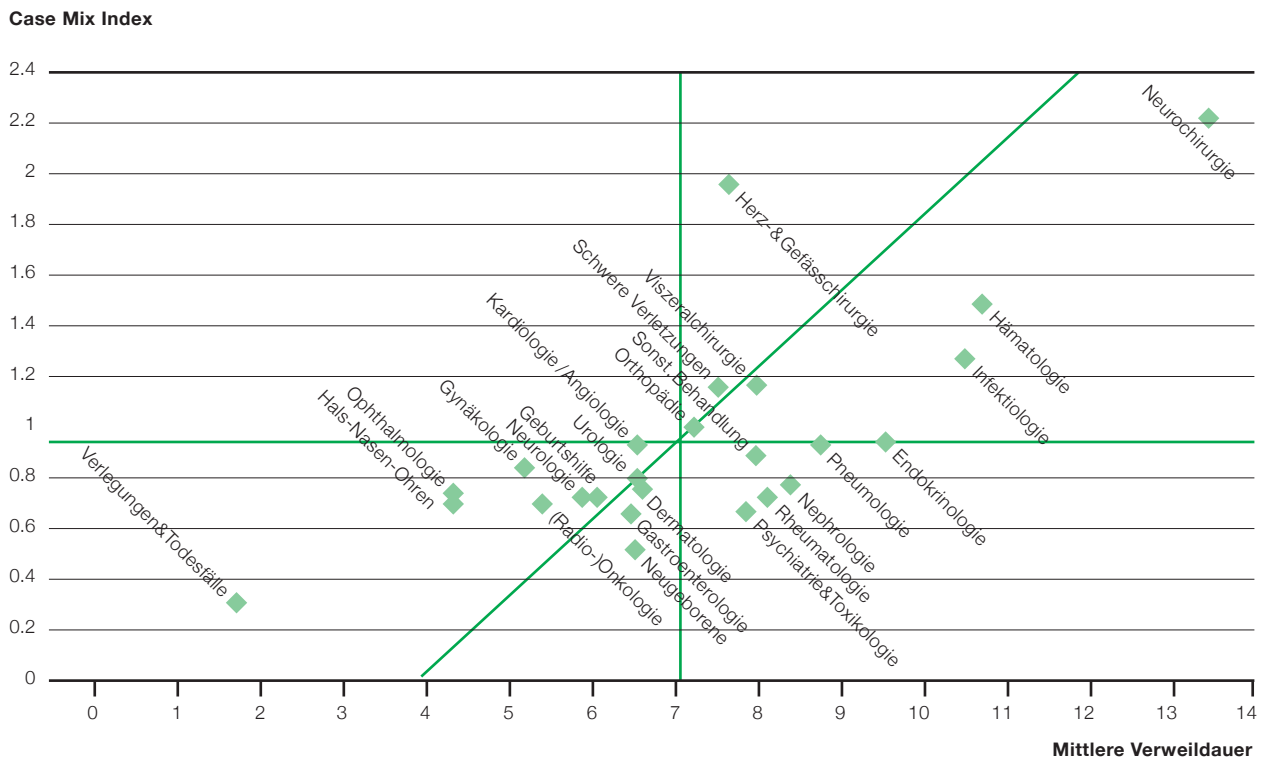
Quelle: Med. Statistik BFS 2009, Aufbereitung durch AfGVE gemäss Leistungsgruppenkonzept 1.1 Kanton ZH

Abbildung 4 sind die Marktanteile der öffentlichen und privaten St.Galler Spitäler sowie der ausserkantonalen Leistungserbringer je Leistungsbe- reich zu entnehmen. Die Bereiche wurden absteigend nach Anteil der öffentlichen St.Galler Spitäler sortiert. In 19 von 27 Leistungsbereichen beläuft sich der Marktanteil der öffentlichen St.Galler Spitäler auf 80 oder mehr Prozent. Die innerkantonalen Privatspitäler verfügen in den Gebie- ten Gynäkologie (21 Prozent), Geburtshilfe (18 Prozent) und Neugebore- ne (14 Prozent) über namhafte Versorgungsanteile.

Der Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Verweildauer und dem durchschnittlichen Fallgewicht (CMI) je Leistungsbereich ist in Abbil- dung 5 beschrieben. Leistungsbereiche mit tendenziell kürzeren Verweil- dauern verfügen auch über ein tieferes Kostengewicht (CMI).

.....
 13 Die Bereiche Thoraxchirurgie (MAHD: 14.8; CMI: 2.865) und Transplantationen (MAHD: 18.9; CMI: 6.676) sind in der Abbildung nicht dargestellt, wurden jedoch in die Berechnungen der Trendlinie und der Durchschnittswerte mit einbezogen.

Abbildung 5: Mittlere Verweildauer und Fallschwere (CMI) je Leistungsbereich, 2009¹³



Quelle: Med. Statistik BFS, Aufbereitung durch AfGVE

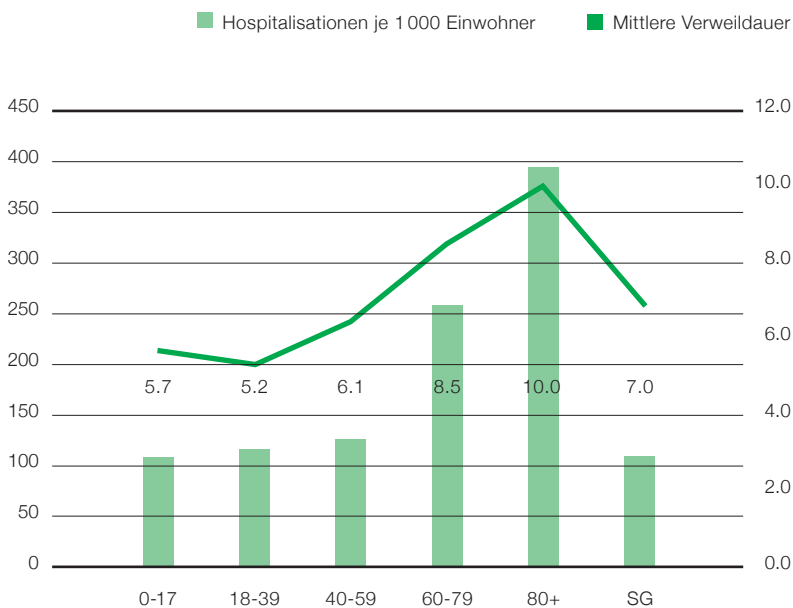
Links von der Trendlinie befinden sich Leistungsbereiche mit einem tendenziell höheren Anteil an Apparatedechnik oder kostspieligen Medikamenten, während rechts von der Trendlinie Leistungsbereiche angesiedelt sind, welche für die erzielten Kostengewichte überdurchschnittliche

Aufenthaltsdauern aufweisen. Möglich ist auch, dass in diesen Fällen das Patientenklassifikationssystem den Schweregrad der Patientinnen und Patienten noch nicht adäquat abbildet.

3.2.4 Alter

Der Gesundheitszustand ist abhängig vom Alter. Die Hospitalisationshäufigkeit nimmt deshalb gemäss Abbildung 6 mit steigendem Alter stark zu.

Abbildung 6: Hospitalisationsrate (linke Skala) und mittlere Verweildauer (rechte Skala) je Altersgruppe, 2009

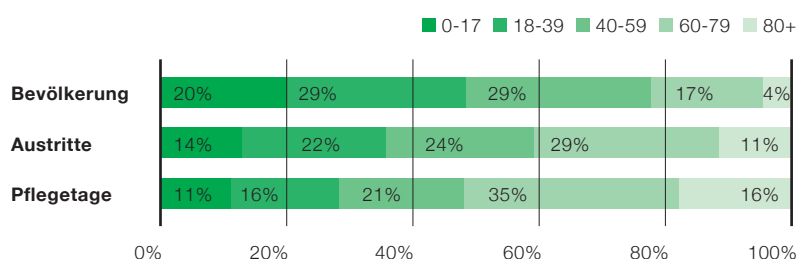


Quelle: Med. Statistik BFS 2009, Aufbereitung durch AFGVE

So sind die Hospitalisationen je 1 000 St.Galler Einwohnerinnen und Einwohner über 80 Jahre mehr als zweieinhalb Mal so hoch wie die kantonale Durchschnittsrate von 155 Fällen je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Auch die Aufenthaltsdauer ist altersabhängig. Die Altersgruppe der 80jährigen und älter weist – verglichen mit dem kantonalen Durchschnitt – eine um fast das anderthalbfache höhere mittlere Verweildauer auf (+43 Prozent).

21 Prozent der St.Galler Bevölkerung war im Jahr 2009 60-jährig oder älter. Gemäss Abbildung 7 fielen auf diese Bevölkerungsgruppe 40 Prozent aller Spitalaufenthalte und 51 Prozent aller Pflagetage.

Abbildung 7: Wohnbevölkerung, Fälle und Pfl egetage je Altersgruppe, 2009



Quelle: Med. Statistik BFS 2009, Aufbereitung durch AfGVE

3.2.5 Wohnregion

Wie der Tabelle 5 zu entnehmen ist, unterscheiden sich die Hospitalisationsraten der Bevölkerung in den acht Wahlkreisen des Kantons St.Gallen um +/- 5 Prozent vom Durchschnittswert. Hingegen weicht das Durchschnittsalter der Bevölkerung mit stationärem Spitalaufenthalt zwischen den Wahlkreisen nur geringfügig voneinander ab. Die Fallgewichte von Spitalaufenthalten von Patientinnen und Patienten aus den Regionen St.Gallen und Rorschach sind um 2 Prozent und 3.5 Prozent höher und für die Wahlkreise Sarganserland sowie See-Gaster um 4.5 Prozent und 1.6 Prozent tiefer als der kantonale Durchschnittswert.

Tabelle 5: Ausgewählte Kennzahlen je Wahlkreis, 2009

Bezeichnung	Fälle	in %	Ø Alter	Hosp je 1000 Einw	AHD	CMI
St.Gallen	17 708	24%	49	153	7.3	0.949
Rorschach	7 024	10%	52	152	7.3	0.965
Rheintal	9 904	13%	47	157	6.9	0.928
Werdenberg	5 545	8%	48	157	6.6	0.893
Sarganserland	5 267	7%	48	164	6.7	0.890
See-Gaster	10 985	15%	49	163	6.7	0.916
Toggenburg	6 657	9%	51	153	7.0	0.923
Wil	10 498	14%	48	148	7.1	0.944
Gesamt	73 588	100%	49	155	7.0	0.931

Legende: AHD: Durchschnittliche Verweildauer; CMI: Case-Mix Index; Hosp: Hospitalisationen
 Quelle: Med. Statistik BFS 2009, Aufbereitung durch AfGVE

Die Gründe für diese Unterschiede sind vielschichtig. Neben dem Einfluss der Zugänglichkeit der Angebotsstrukturen spielen auch sozio-ökonomische Merkmale der Bevölkerung in den jeweiligen Wahlkreisen eine Rolle.

3.3 Patientenabwanderungen

Im Jahr 2009 erfolgten im Bereich der Akutsomatik 11 553 Spitalaufenthalte von St.Galler Patientinnen und Patienten mit 76 960 Pflēgetagen in ausserkantonalen Leistungserbringern (Durchschnittliche Verweildauer 6.7 Tage). Davon leistete der Kanton St.Gallen an rund 1 900 ausserkantonalen Spitalaufenthalten in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Kliniken einen Kostenbeitrag gestützt auf Art. 43 KVG. Dabei handelt es sich um Leistungen, die im Kanton St.Gallen selber nicht angeboten werden oder aber um notfallmässige Spitaleinweisungen. Dies entspricht rund 2.5 Prozent der St.Galler Hospitalisationen im Jahr 2009.

Im 7-Jahres-Vergleich nahmen die ausserkantonalen Spitalaufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Wohnkanton St.Gallen um 32 Prozent zu. Gleichzeitig sank die mittlere Aufenthaltsdauer um 14 Prozent, was einen Anstieg der Pflēgetage im gleichen Zeitraum um nur 14 Prozent zur Folge hatte.

Abbildung 8: Fälle, Pflēgetage, Hospitalisationsrate (HR) und Verweildauer des Patientenexports zwischen 2003 und 2009

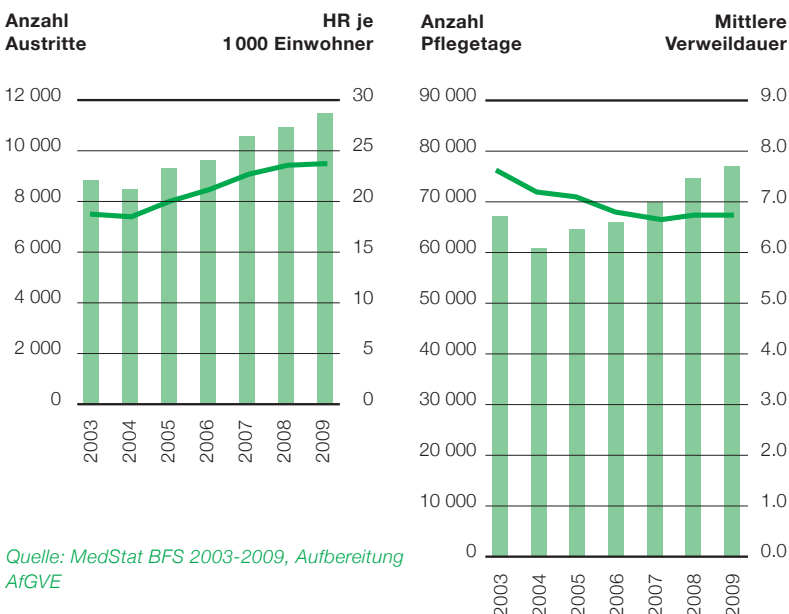
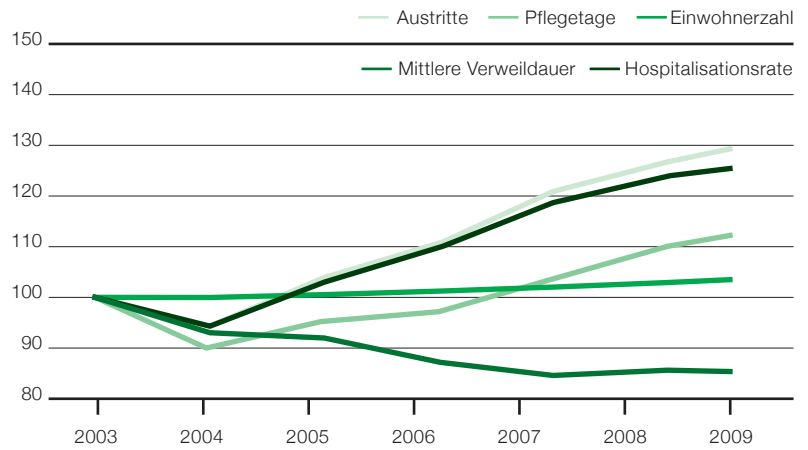


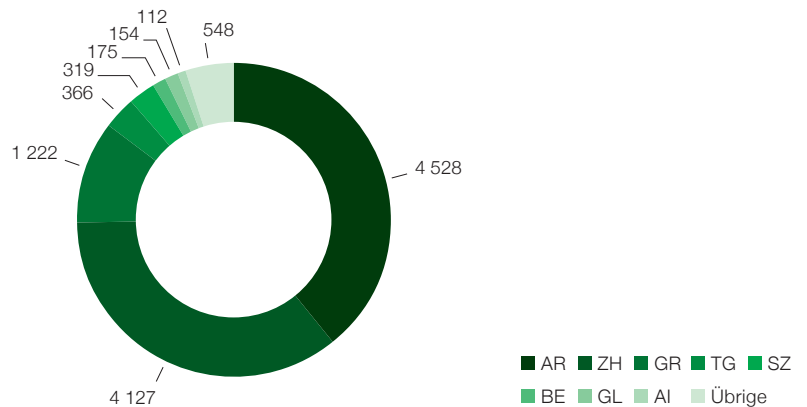
Abbildung 9: Veränderungs-raten der ausserkantonalen Hospitalisationen 2003 – 2009



Quelle: MedStat BFS2003-2009, Aufbereitung AfGVE

Im Jahr 2009 liessen sich St.Galler Patientinnen und Patienten in 24 von 26 Kantonen stationär behandeln (inklusive Notfälle). 86 Prozent aller St.Galler ausserkantonalen Hospitalisationen erfolgen in den Kantonen Appenzell Ausserrhoden (39 Prozent), Zürich (36 Prozent) und Graubünden (11 Prozent).

Abbildung 10: Aufteilung der Patientenabwanderung je Standortkanton, 2009



Quelle: MedStat BFS 2009, Aufbereitung AfGVE

Die ausserkantonalen Hospitalisationen verteilen sich im Jahr 2009 auf 135 Leistungserbringer, wobei 19 Spitäler 84 Prozent aller ausserkantonalen Spitalaufenthalte auf sich vereinigen. Auf der nächsten Seite sind die Fallzahlen der 19 wichtigsten Spitäler mit ausserkantonalem Standort je Leistungsbereich aufgeführt (Institutionen mit mehr als 100 SG-Fällen im Jahr 2009).

Von den ausserkantonalen Hospitalisationen der St.Galler Bevölkerung entfallen gemäss Tabelle 6 am meisten auf die Hirslanden Klinik am Rosenberg in Heiden. 70 Prozent dieser Patientinnen und Patienten lassen sich in der Halbprivat- oder Privatabteilung behandeln. Der Zusatzversicherungsanteil in Form von Halbprivat- oder Privatversicherten beläuft sich bei den ausserkantonalen Hospitalisationen auf 37 Prozent und ist damit etwa doppelt so hoch wie bei den Hospitalisationen der St.Galler Bevölkerung innerhalb des Kantonsgebietes (18 Prozent). Kliniken mit privater Trägerschaft kennen in der Regel keine Aufnahmepflicht.

Für grenznahe öffentliche Spitäler (z.B. Spitäler Herisau und Heiden, Kantonsspital Glarus und Spital Lachen) und das Kinderspital Zürich werden tiefe Zusatzversicherungsanteile ausgewiesen. Umgekehrt verfügen gewinnorientierte Spitäler mit privater Trägerschaft über sehr hohe Anteile an Halbprivat- und Privatversicherten St.Galler Patientinnen und Patienten (z.B. Klinik Hirslanden Zürich, Hirslanden Klinik Im Park, Schulthess-Klinik).

Unter den ausserkantonalen Spitälern behandelt das Universitätsspital Zürich diejenigen St.Galler Patientinnen und Patienten mit dem höchsten durchschnittlichen Schweregrad (2.390). Weitere Leistungserbringer mit hohem CMI sind das Kinderspital Zürich, die Hirslanden Klinik Zürich, die Uniklinik Balgrist und die Schulthess-Klinik.

Tabelle 6: Zielspitäler der ausserkantonalen St.Galler Hospitalisationen, 2009

Spital	Fälle	Pflegetage	AHD	CMI	% HP/P
Hirslanden Klinik am Rosenberg	1 878	10 868	5.8	0.817	70%
Spital Herisau	1 063	6 744	6.3	0.833	15%
Spital Heiden	1 035	5 661	5.5	0.653	11%
Universitätsspital Zürich	998	9 495	9.5	2.390	23%
Kantonsspital Graubünden	901	5 598	6.2	0.905	15%
Spital Männedorf	765	5 260	6.9	0.959	34%
Berit Paracelsus-Klinik	500	3 011	6.0	0.870	32%
Klinik Hirslanden Zürich	416	2 948	7.1	1.356	98%
Spital Thurgau AG	297	1 839	6.2	0.764	32%
Spital Lachen	275	1 351	4.9	0.723	18%
Kinderspital Zürich	273	4 530	16.6	2.125	3%
Spital Wetzikon	248	1 592	6.4	1.019	23%
Hirslanden Klinik im Park	243	1 156	4.8	1.111	92%
Schulthess-Klinik	219	1 583	7.2	1.182	59%
Kantonsspital Glarus	154	848	5.5	0.712	19%
Paracelsus-Spital Richterswil	130	595	4.6	0.503	12%
Krankenhaus Sanitas	123	541	4.4	0.746	29%
Spital Appenzell	112	463	4.1	0.656	32%
Uniklinik Balgrist	100	821	8.2	1.187	40%
Übrige	1 823	12 056	6.6	0.982	42%
Gesamt	11 553	76 960	6.7	1.044	37%

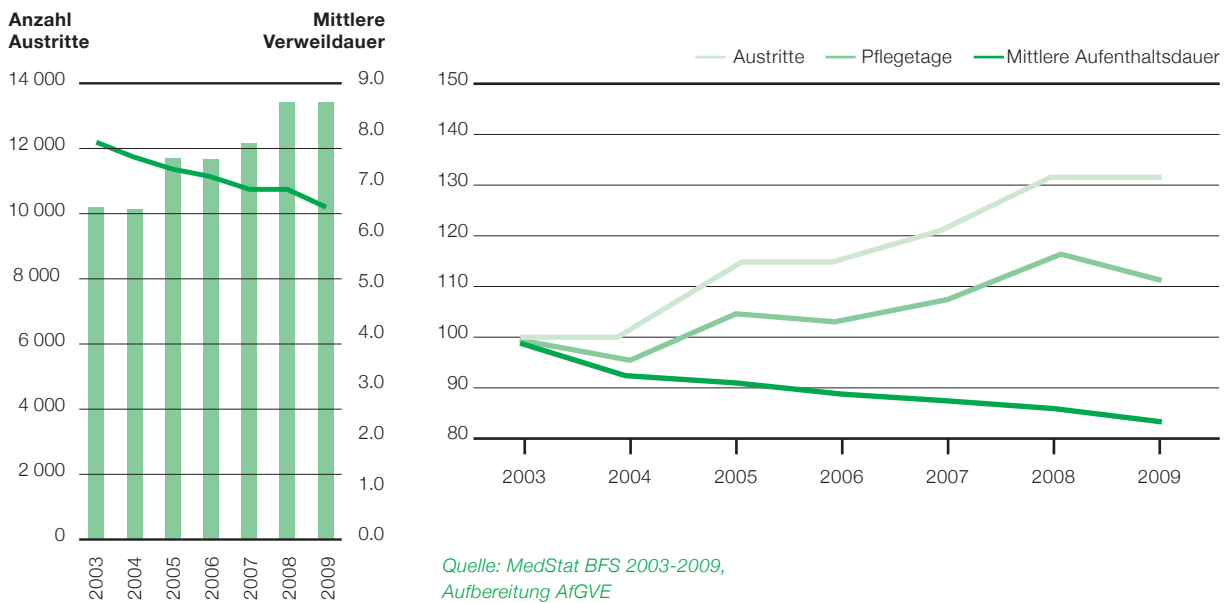
Legende: CMI: Case-Mix Index; % HP/P: Anteil der Halbprivat- und Privatversicherten
 Quelle: MedStat BFS 2009, Aufbereitung AfGVE

3.4 Patientenzuwanderungen

Im Zeitraum 2003 bis 2009 erhöhte sich gemäss Abbildung 11 die Anzahl ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, welche von St.Galler Leistungserbringern behandelt werden, um 32 Prozent (von 10 149 auf 13 422) und die Anzahl Pflegetage um 9 Prozent (von 80 577 auf 87 633).

Gut ein Drittel der Zuwanderung stammt aus dem Kanton Thurgau. Je rund 20 Prozent der ausserkantonalen Hospitalisationen im Kanton St.Gallen kommen aus dem Fürstentum Liechtenstein und dem Kanton Appenzell Ausserrhoden. Die Leistungsbereiche Orthopädie, Neurologie, Viszeralchirurgie sowie Geburtshilfe weisen im Kanton St.Gallen in absoluten Zahlen die meisten ausserkantonalen Spitalaufenthalte aus.

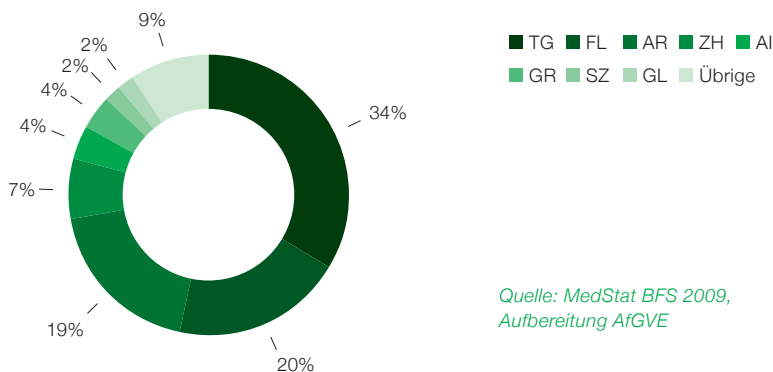
Abbildung 11: Fälle und mittlere Verweildauer der ausserkantonalen Hospitalisationen in Leistungserbringern mit Standorkanton St.Gallen zwischen 2003 und 2009



Die Bereiche mit den höchsten relativen Anteilen sind Transplantationen, Ophthalmologie, Neurologie und Neurochirurgie sowie Todesfälle und Verlegungen.

49 Prozent aller ausserkantonalen Patientinnen und Patienten wurden in der Spitalregion 1 hospitalisiert. Dies ist namentlich mit der Zentrumsfunktion des Kantonsspitals St.Gallen für grenznahe ausserkantonale Regionen (Thurgau, beide Appenzell) zu begründen. 20 Prozent der stationären Leistungen für ausserkantonale Patientinnen und Patienten werden von der Spitalregion 2 erbracht, wovon der Hauptteil aus dem Fürstentum Liechtenstein stammt.

Abbildung 12: Aufteilung der Patientenzuwanderung je Herkunftskanton, 2009



4.1 Methodik

Wie andere Ostschweizer Kantone orientiert der Kanton St.Gallen sein Vorgehen bei der Formulierung der Bedarfsprognose an der von den Kantonen Bern und Zürich gemeinsam entwickelten Methodik. Die Entwicklung der Anzahl Fälle und Pflgetage hängen vom Alter der Bevölkerung, von den Krankheitsbildern und den dafür vorgesehenen Behandlungen ab. In Abbildung 13 sind die vier im Prognosemodell berücksichtigten Einflussfaktoren auf die Bedarfsprognose aufgelistet und die Prognose-Ebenen sowie die Grundlagen je Faktor dargestellt.

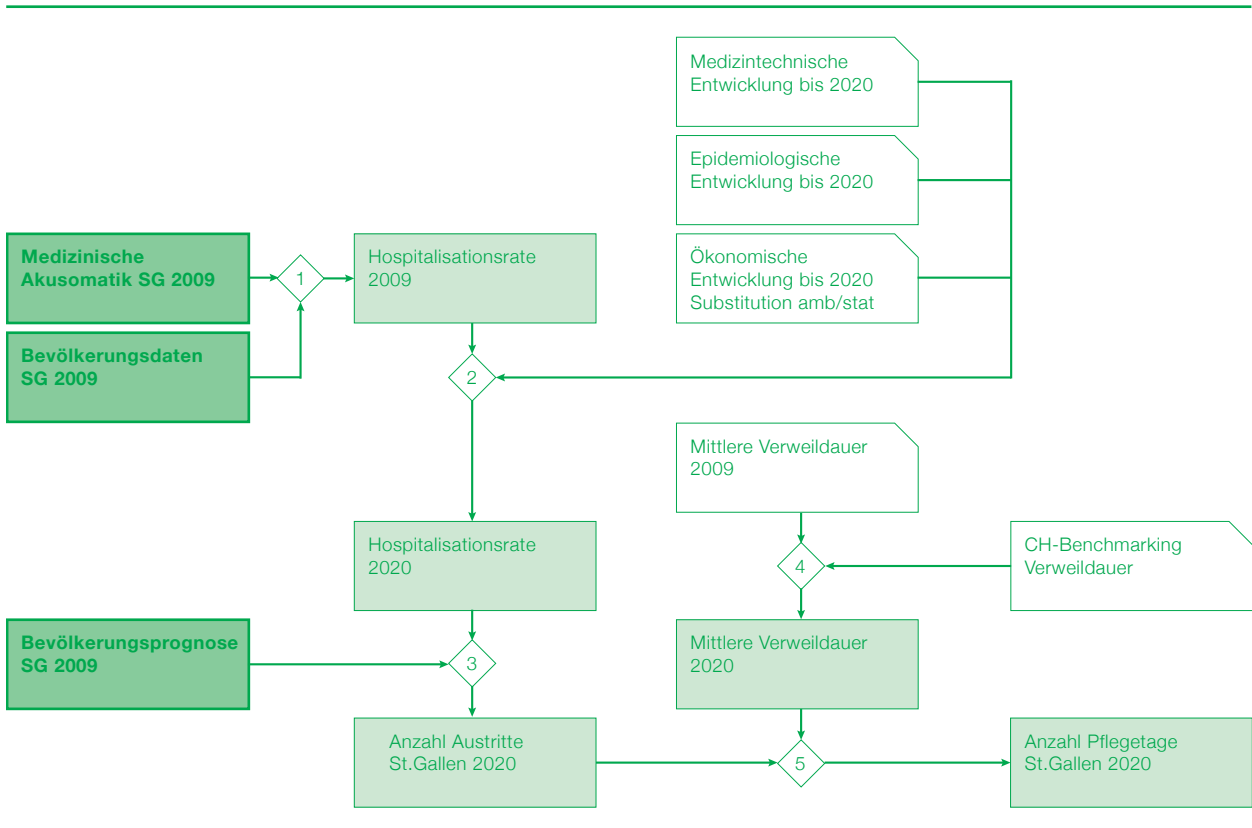
Abbildung 13: Einflussfaktoren, Ebenen und Grundlagen des Prognosemodells

Einflussfaktoren	Prognose-Gegenstand	Prognose-Ebene	Prognose-Grundlagen
Demografie	Anzahl Fälle	5 Altersgruppen, 27 Leistungsbereiche, 8 Wahlkreise	Bevölkerungsszenario Fachstelle für Statistik Kanton St.Gallen
Medizinisch-technische Entwicklung	Anzahl Fälle	Kantonsbevölkerung, 27 Leistungsbereiche, Kanton	Gutachten Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der ZHAW im Auftrag der Kantone BE und ZH
Epidemiologische Entwicklung	Anzahl Fälle	Kantonsbevölkerung, 27 Leistungsbereiche, Kanton	Gutachten ISPM Uni Bern im Auftrag der Kantone BE und ZH
Ökonomische Entwicklung:			
a) Verlagerung amb. / stationär	Anzahl Fälle	Kantonsbevölkerung, 27 Leistungsbereiche, Kanton	Annahmen GD Zürich
b) Auswirkungen SwissDRG	Aufenthaltsdauer	3 Altersgruppen, 27 Leistungsbereiche, Kanton	Benchmarking APDRG und CH

Alle vier Einflussfaktoren wirken auf die Anzahl Fälle. Die Entwicklung der Pflgetage wird im Modell ausschliesslich durch eine im Vergleich mit den diesbezüglichen Werten der restlichen Kantone der Schweiz berechnete SOLL-Aufenthaltsdauer je APDRG und Altersklasse berechnet.

Die Abfolge des Prognosemodells kann wie folgt dargestellt werden:

Abbildung 14: Prognosemodell Akutsomatik gemäss Kanton Zürich



Quelle: Versorgungsbericht GD Zürich

Die Prognose der Anzahl Patientinnen und Patienten sowie der anfallenden Pflgetage im Jahr 2020 erfolgt in fünf Schritten:

1. Auf der Basis der Daten aus der Medizinischen Statistik des BFS und der kantonalen Bevölkerungsstatistik werden je APDRG die IST-Hospitalisationsraten für fünf Altersgruppen (0-17;18-39;40-59;60-79;80+) berechnet;
2. Unter Verwendung der Prognoseparameter der epidemiologischen, medizintechnischen und ökonomischen (Substitution stationär durch ambulant) Einflussfaktoren werden altersgruppen- und APDRG-spezifische Hospitalisationsraten für das Jahr 2020 ermittelt;

3. Die APDRG- und altersgruppenspezifischen Hospitalisationsraten für das Jahr 2020 werden mit der erwarteten Wohnbevölkerung je Altersgruppe multipliziert. Die daraus resultierenden Fallzahlen sind das Resultat nicht nur der sich verändernden absoluten Bevölkerungszahl, sondern vor allem Abbild der Verschiebungen zwischen den einzelnen Altersgruppen.
4. Unter Verwendung der Benchmark-Daten aller Spitalaufenthalte in der Schweiz aus dem Jahr 2008 werden auf der Basis der APDRG- und altersgruppenspezifischen IST-Aufenthaltsdauern die SOLL-Aufenthaltsdauern je APDRG und Altersgruppe berechnet.
5. Für die Bestimmung der Anzahl SOLL-Pflegetage im Jahr 2020 werden die alters- und DRG-spezifischen Patientenzahlen 2020 mit den entsprechenden SOLL-Aufenthaltsdauern multipliziert.

Das vorliegend geschilderte Prognosemodell basiert auf zwei Hypothesen:

- Die aktuelle Nachfrage entspricht dem effektiven Bedarf. Abgesehen von der Behandlungsart (ambulant oder stationär) existieren keine Überangebote oder Versorgungslücken.
- Die aktuellen Raten der Inanspruchnahme bleiben im Grundsatz bis 2020 konstant. Es wird mit anderen Worten postuliert, dass der Gesundheitszustand der jeweiligen Altersgruppe unverändert bleibt. Änderungen ausgesetzt ist einzig und allein die Zusammensetzung der Bevölkerungsgruppen¹⁴.

4.2 Demografie

4.2.1 Methodik

Bevölkerungsstatistik und –prognose beruhen auf Daten aus der Bevölkerungserhebung STATPOP-SG der Fachstelle für Statistik (FfS) des Kantons St.Gallen sowie auf dem neu entwickelten regionalen Prognosemodell mit Stand November 2010. Dabei wird auf die ständige Wohnbevölkerung abgestellt, exklusive Wochen- und Kurzaufenthalterinnen mit einem Aufenthalt kürzer als ein Jahr.

Die Fachstelle für Statistik verwendet für die Bevölkerungsprognose die Prognosesoftware SIKURS, der ein deterministischer Ansatz zugrundeliegt. Dabei wird ein vorgegebener Ausgangsbestand der Wohnbevölkerung durch die Addition von Geburten und Zuzügen sowie durch die Subtraktion von Sterbefällen und Wegzügen jahresweise fortgeschrieben. Für die Prognose mussten Annahmen zu den Geburten- und Sterberaten sowie den Zu- und Abwanderungen (Ausland und andere Kantone) getroffen werden.

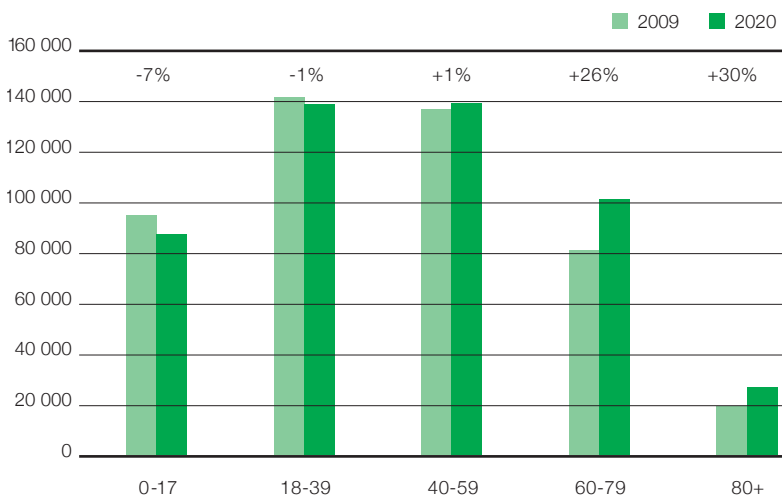
14 Hier bestehen in der Fachliteratur unterschiedliche Meinungen: Die einen gehen davon, dass die Lebenserwartung steigt und die Bevölkerung stetig älter wird, dass gleichzeitig aber auch die Lebenszeit bei guter Gesundheit zunimmt, wodurch die Inanspruchnahme von med. Leistungen mit steigender Lebenserwartung ebenfalls ins höhere Lebensalter verschoben wird (Kompressionsthese). Andere wiederum gehen davon aus, dass die höhere Lebenserwartung vor allem das Resultat von erhöhter medizinischer Behandlung im Alter ist (Medikalisierungsthese). Dieser These folgend steigen die Anzahl Behandlungen mit einem erhöhten Anteil an älteren Menschen zu heute mindestens proportional wenn nicht sogar überproportional an (da die inskünftig gewonnene Lebenserwartung ausschliesslich durch zusätzliche medizinische Behandlungen erreicht werden kann).

Hierbei beschränkt sich die Fachstelle für Statistik auf das Szenario «Trend», das die in der Vergangenheit beobachteten Trends in wirtschaftlicher, demografischer und politischer Hinsicht fortschreibt. Es ist das Szenario, das aus heutiger Sicht die wahrscheinlichste künftige Entwicklung beschreibt. Für die Spitalplanung interessieren vor allem die generelle Entwicklung der Wohnbevölkerung des Kantons St.Gallen und die Entwicklung nach Altersklassen und Wohnregionen.

4.2.2 Resultate

Zwischen 2009 und 2020 wird die St.Galler Wohnbevölkerung gemäss dem Bevölkerungsszenario der Fachstelle für Statistik des Kantons St.Gallen um rund 4 Prozent von 474 700 auf 494 400 Einwohner ansteigen.

Abbildung 15: Bevölkerungsentwicklung je Altersgruppe Kanton St.Gallen

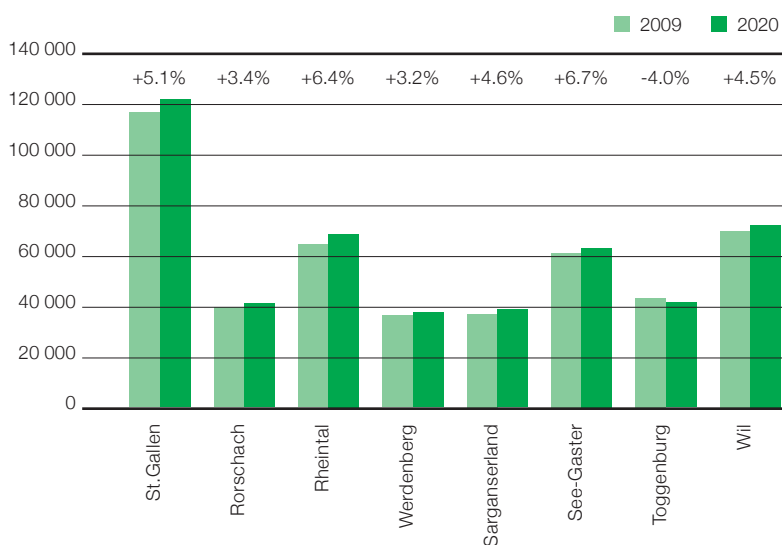


Quelle: Kantonales Bevölkerungsszenario, Fachstelle für Statistik

Während in den beiden jüngsten Altersgruppen von einem Bevölkerungsrückgang ausgegangen wird, sind in den beiden Altersgruppen über 60 Jahren Zuwachsraten um ein Viertel bis fast ein Drittel prognostiziert. Die St.Galler Bevölkerung altert demnach zwischen 2009 und 2020 beträchtlich. Dies schlägt sich auch darin nieder, dass der Prozentanteil der Über-64-Jährigen von 21.5 im Jahr 2009 auf 26.1 Prozent im Jahr 2020 ansteigt.

Die Fachstelle für Statistik erwartet ausserdem, dass die Bevölkerung vor allem wegen der Zuwanderung aus dem Ausland und durch einen Geburtenüberschuss weiterhin wachsen wird, allerdings weniger stark wie in den letzten Jahren.

Abbildung 16: Bevölkerungsentwicklung je Wahlkreis



Quelle: Kantonales Bevölkerungsszenario, Fachstelle für Statistik

Die Bevölkerungsentwicklung ist gemäss Abbildung 16 je nach Wahlkreis unterschiedlich. Als einziger Wahlkreis wird im Toggenburg ein Rückgang der Bevölkerung prognostiziert. Die grössten prozentualen Zuwachsraten weisen gemäss Bevölkerungsszenario die Region See-Gaster, gefolgt vom Rheintal und der Region St.Gallen auf. In absoluten Zahlen fällt der Zuwachs mit einem Plus von 6 000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Wahlkreis St.Gallen am stärksten aus.

4.2.3 Prognose

Die demografische Entwicklung beeinflusst den zukünftigen Leistungsbedarf in der Akutsomatik nicht nur durch die Entwicklung der absoluten Bevölkerungszahl, sondern namentlich auch durch die Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung. Gemäss Tabelle 7 auf der nächsten Seite führen die prognostizierten demografischen Entwicklungen bis ins Jahr 2020 zu einer Steigerung der Fallzahl um 9 Prozent und der Pflegetage um 12 Prozent. Leistungsbereiche mit einer hohen Anzahl von älteren Patientinnen und Patienten nehmen dabei überdurchschnittlich zu (z.B. Kardiologie/Angiologie, Nephrologie und Pneumologie), während in Gebieten mit tieferem Altersdurchschnitt niedrigere oder sogar sinkende Steigerungsraten zu verzeichnen sind (z.B. Neugeborene, Geburtshilfe und Hals-Nasen-Ohren). Zu beachten ist, dass die Akutgeriatrie, welche von der demografischen Alterung am meisten betroffen ist, in den nachfolgenden Prognosedaten nicht enthalten ist.

.....
Tabelle 7: Einfluss der demografischen Entwicklung auf den Leistungsbedarf 2020

Leistungsbereich	2009			2020			Veränderung	
	Fälle	PT	AHD	Fälle	PT	AHD	Fälle	PT
Nervensystem&Sinnesorgane								
Dermatologie	1 958	12 848	6.6	2 149	14 706	6.8	10%	14%
Hals-Nasen-Ohren	3 036	13 063	4.3	3 120	13 824	4.4	3%	6%
Neurochirurgie	244	3 281	13.4	276	3 740	13.6	13%	14%
Neurologie	3 759	22 169	5.9	4 139	25 412	6.1	10%	15%
Ophthalmologie	855	3 701	4.3	1 009	4 308	4.3	18%	16%
Innere Organe								
Endokrinologie	715	6 828	9.5	794	7 547	9.5	11%	11%
Gastroenterologie	4 468	28 864	6.5	4 946	33 102	6.7	11%	15%
Hämatologie	1 058	11 328	10.7	1 216	13 099	10.8	15%	16%
Herz-&Gefässchirurgie	3 272	25 091	7.7	3 707	29 184	7.9	13%	16%
Infektiologie	1 132	11 913	10.5	1 265	13 721	10.9	12%	15%
Kardiologie&Angiologie	4 485	29 336	6.5	5 325	35 577	6.7	19%	21%
Nephrologie	735	6 133	8.3	837	7 258	8.7	14%	18%
Pneumologie	2 362	20 721	8.8	2 694	24 407	9.1	14%	18%
Thoraxchirurgie	1 033	15 277	14.8	1 171	17 584	15.0	13%	15%
Urologie	3 354	21 997	6.6	3 854	25 830	6.7	15%	17%
Viszeralchirurgie	5 521	44 007	8.0	6 056	50 042	8.3	10%	14%
Bewegungsapparat								
Orthopädie	14 218	103 570	7.3	15 779	118 641	7.5	11%	15%
Rheumatologie	2 503	20 310	8.1	2 873	23 764	8.3	15%	17%
Gynäkologie&Geburtshilfe								
Geburtshilfe	5 165	31 280	6.1	5 164	31 275	6.1	0%	0%
Gynäkologie	3 148	16 404	5.2	3 378	18 077	5.4	7%	10%
Neugeborene	5 032	32 935	6.5	4 657	30 481	6.5	-7%	-7%
Übrige								
(Radio-) Onkologie	890	4 841	5.4	1 007	5 525	5.5	13%	14%
Psychiatrie&Toxikologie	956	7 533	7.9	1 024	8 122	7.9	7%	8%
Schwere Verletzungen	671	5 073	7.6	713	5 511	7.7	6%	9%
Sonstige Behandlung	1 566	12 500	8.0	1 722	13 647	7.9	10%	9%
Transplantationen	59	1 118	18.9	62	1 165	18.7	5%	4%
Verlegungen&Todesfälle	1 393	2 349	1.7	1 550	2 655	1.7	11%	13%
Gesamt	73 588	514 470	7.0	80 487	578 206	7.2	9%	12%

Legende: PT: Pflage tage; AHD: Durchschnittliche Verweildauer

Quelle: Kantonales Bevölkerungsszenario, Fachstelle für Statistik Kanton SG, Aufbereitung durch AfGVE gemäss Leistungsgruppenkonzept 1.1 Kanton ZH

4.3 Epidemiologie

Die epidemiologische Prognose basiert auf einem Gutachten des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM Bern) für die Kantone Bern und Zürich¹⁵. Darin werden 44 APDRG beschrieben, für welche aus der internationalen oder nationalen Literatur Veränderungs-raten auf Grund von epidemiologischen Entwicklungen abgeleitet werden können. Das Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen identifizierte seinerseits weitere 90 APDRG, für welche die Annahmen des Gutach-tens zur Anwendung zutreffen.

Tabelle 8: Einfluss der epidemiologischen Prognose auf die Fallzahl 2020

Leistungsbereich	2009	2020	Veränderung
	Fälle	Hauptszenario Fälle	
Neugeborene	5 032	5 134	2.0%
Kardiologie&Angiologie	4 485	4 539	1.2%
Geburtshilfe	5 165	5 220	1.1%
Herz-&Gefässchirurgie	3 272	3 304	1.0%
Neurologie	3 759	3 790	0.8%
(Radio-) Onkologie	890	897	0.8%
Neurochirurgie	244	246	0.7%
Hals-Nasen-Ohren	3 036	3 050	0.4%
Gastroenterologie	4 468	4 488	0.4%
Ophthalmologie	855	858	0.3%
Rheumatologie	2 503	2 508	0.2%
Hämatologie	1 058	1 059	0.1%
Orthopädie	14 218	14 201	-0.1%
Viszeralchirurgie	5 521	5 511	-0.2%
Pneumologie	2 362	2 355	-0.3%
Thoraxchirurgie	1 033	1 009	-2.3%
Gynäkologie	3 148	3 044	-3.3%
Gesamt	73 588	73 751	0.2%

Quelle: Prognosemodell Kanton ZH, Aufbereitung durch AfGVE gemäss Leistungsgruppen-konzept 1.1 Kt. ZH

Bemerkung: dargestellt sind nur Leistungsbereiche mit einer Veränderung. Das Total zeigt die Veränderung auf die Gesamtzahl der St.Galler Fallzahlen.

15 Das Gutachten ist unter nachfolgendem Link einsehbar: <http://www.gd.zh.ch/>

Tabelle 8 zeigt, dass die Veränderungsraten allgemein sehr klein sind. Im Hauptszenario führen epidemiologische Veränderungen zu einem Anstieg der Fälle der St.Galler Bevölkerung im Jahr 2020 um 0.2 Prozent.

In der Kardiologie/Angiologie und Herz-/Gefässchirurgie wirkt sich die Zunahme der kardiovaskulären Risikofaktoren aus. Fallzahlrückgänge in den Bereichen Pneumologie und Thoraxchirurgie sowie Gynäkologie sind auf sinkende Inzidenzraten beim Lungen- und Gebärmutterhalskrebs zurückzuführen.

4.4 Medizintechnik

Die Prognose über den Einfluss der Medizintechnik auf die Fallzahl stützt sich auf ein Gutachten des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) zu Händen der Kantone Bern und Zürich¹⁶. Es konnten nur für drei Leistungsbereiche quantifizierbare Prognosen aus der internationalen Fachliteratur abgeleitet werden.

Tabelle 9: Einfluss der medizintechnischen Prognose auf die Fallzahlen 2020

Leistungsbereich	2009	2020	Veränderung
	Fälle	Hauptszenario Fälle	
Herz- & Gefässchirurgie	3 272	3 899	19%
Kardiologie & Angiologie	4 485	4 801	7%
Orthopädie	14 218	14 519	2%
Gesamt	73 588	74 833	1.7%

Quelle: Prognosemodell Kanton ZH, Aufbereitung durch AfGVE gemäss Leistungsgruppenkonzept 1.1 Kt. ZH

Bemerkung: dargestellt sind nur Leistungsbereiche mit einer Veränderung. Das Total zeigt die Veränderung auf die Gesamtzahl der St.Galler Fallzahlen.

Gemäss Tabelle 9 ergibt sich für die Bevölkerung des Kantons St.Gallen auf Grund einer Zunahme von Eingriffen der die Herzfähigkeit unterstützenden medizintechnischer Geräte (Defibrillatoren, Herzklappen) eine voraussichtliche Fallzahlzunahme von 19 Prozent in der Herz- und Gefässchirurgie. Im Leistungsbereich Kardiologie/Angiologie wird eine Steigerung der Spitalaufenthalte um 7 Prozent veranschlagt auf Grund der Zunahme von Patienten, welche von der Katheterablationstherapie profitieren können. Schliesslich wird in Folge des Anstiegs von Hüft- und Knieprothesen (und deren Revision) eine Fallzahlerhöhung im Bereich der Orthopädie von 2 Prozent erwartet.

¹⁶ Das Gutachten ist unter nachfolgendem Link einsehbar: <http://www.gd.zh.ch/>

4.5 Verlagerung stationär – ambulant

Das Ausmass der Verlagerung von heute stationären Leistungen in den ambulanten Bereich beeinflusst die zukünftige Menge an stationären Leistungen. Der medizintechnische Fortschritt wird es erlauben, inskünftig mehr Patientinnen und Patienten ambulant anstatt stationär zu behandeln. Dies entspricht auch einem Bedürfnis der Bevölkerung. Je nach Ausgestaltung der Abgeltungssysteme für den stationären und ambulanten Bereich wird dieser Trend mehr oder weniger stark unterstützt.

Tabelle 10: Einfluss der prognostizierten Substitution auf die stationären Fallzahlen 2020

Leistungsbereich	2009	2020	Veränderung
	Fälle	Hauptszenario Fälle	
Ophthalmologie	855	712	-17%
(Radio-) Onkologie	890	762	-14%
Kardiologie&Angiologie	4 485	4 108	-8%
Gynäkologie	3 148	2 935	-7%
Herz- & Gefässchirurgie	3 272	3 078	-6%
Orthopädie	14 218	13 429	-6%
Urologie	3 354	3 169	-6%
Psychiatrie&Toxikologie	956	947	-1%
Gastroenterologie	4 468	4 425	-1%
Hals-Nasen-Ohren	3 036	3 010	-1%
Hämatologie	1 058	1 053	<1%
Dermatologie	1 958	1 951	<1%
Gesamt	73 588	71 467	-2.9%

Quelle: Prognosemodell Kanton ZH, Aufbereitung durch AfGVE gemäss Leistungsgruppenkonzept 1.1 Kt. ZH

Bemerkung: dargestellt sind nur Leistungsbereiche mit einer Veränderung. Das Total zeigt die Veränderung auf die Gesamtzahl der St.Galler Fallzahlen.

In der Versorgungsplanung des Kantons Zürich werden 47 APDRG mit Substitutionspotenzial ausgewiesen¹⁷. Innerhalb dieser APDRG wurden nur Fälle mit einer Aufenthaltsdauer kleiner als 4 Tage berücksichtigt. Im Rahmen der Bedarfsprognose für die St.Galler Bevölkerung werden drei Szenarien mit unterschiedlichem Prozentsatz der Fälle mit einer Aufenthaltsdauer kleiner als 4 Tage entwickelt, welche inskünftig ambulant an Stelle von stationär behandelt werden sollen (25, 50 oder 75 Prozent). Als Hauptszenario wird die Verlagerung von 50 Prozent der heute stationär behandelten Patientinnen und Patienten in den 47 berücksichtigten APDRG angenommen.

Insgesamt wird im Hauptszenario ein Rückgang der St.Galler Spitalaufenthalte auf Grund der Substitution von stationären durch ambulante Leistungen von 2.9 Prozent angenommen. Die prozentual grössten Rückgänge sind in der Ophthalmologie und der (Radio-)Onkologie zu verzeichnen. Namentlich betrifft dies Kataraktoperationen und Chemotherapien. Der grösste Rückgang in absoluten Zahlen betrifft den Bereich Orthopädie auf Grund des angenommenen Verlagerungspotenzials bei gewissen Knieeingriffen und Entfernung von Fixationsimplantaten. Schliesslich werden Verlagerungen prognostiziert bei gewissen gynäkologischen Eingriffen (z.B. Brustbiopsien und Curettagen) und in der peripheren Venengefässchirurgie.

¹⁷ Die vollständige Liste kann unter nachfolgendem Link eingesehen werden: <http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/aktuell/spitalplanun/versbericht.html>

4.6 CH-Benchmarking Verweildauer

In den vergangenen zwei Jahrzehnten fand eine stetige Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer statt. Während im Jahr 1990 die durchschnittliche Verweildauer noch 10 Tage betrug, beläuft sich diese heute auf 7 Tage. Analog zum Vorgehen des Kantons Zürich wurde zur Einschätzung der zukünftigen Entwicklung der mittleren Behandlungsdauer der St.Galler Patientinnen und Patienten in akutsomatischen Spitälern die Werte der st.gallischen Patientinnen und Patienten auf Ebene der einzelnen APDRG mit den gesamtschweizerischen Verweildauern verglichen. Dabei wurde als Hauptszenario die 40., als Minimalszenario die 35. und als Maximalvariante die 45. Perzentile als Vergleich (Benchmark) übernommen¹⁸. Überall dort, wo die St.Galler Werte höher waren, wurden als Prognosewerte die niedrigeren Vergleichswerte je nach Szenario verwendet¹⁹.

Insgesamt würde das Benchmarking im Hauptszenario mit den Werten der Aufenthaltsdauern der Fälle der gesamten Schweiz zu einem Rückgang der mittleren Verweildauer auf Kantonsebene um 0.9 Tage führen (minus 12 Prozent). Rückgänge der Verweildauer von über 20 Prozent wären in den Bereichen Ophthalmologie, (Radio-)Onkologie, Neurochirurgie, Transplantationen, Schwere Verletzungen, Verlegungen und Todesfälle und Endokrinologie zu verzeichnen.

.....
 18 Die 35. Perzentile bezeichnet bei 100 Patienten in einer APDRG die 35-tiefste Aufenthaltsdauer.

.....
 19 Da die Verweildauer stark abhängig ist vom Alter der Patientinnen und Patienten wurde zusätzlich je APDRG drei Altersklassen unterschieden (0-59;60-79;80+). Überdies wurden im Benchmark-Datensatz die Ausreisser eliminiert. Schliesslich wurde das Verhältnis zwischen Langliegern und den übrigen Patientinnen und Patienten je APDRG und Altersklasse konstant gehalten, indem die als Vergleichswert dienende Aufenthaltsdauer mit einem Korrekturfaktor multipliziert wurde. Total fanden knapp 995 000 akutsomatische Fälle Aufnahme in den Schweizer Vergleichsdatensatz. 202 APDRG wurden nicht berücksichtigt, da die CH-Daten mit der Groupversion 5.1 gruppiert wurden (DRG s 810 bis 899 und 941 bis 1974). Bei diesen DRG s wurden die IST-Aufenthaltsdauern der SG-Patientinnen und Patienten aus dem Jahr 2008 übernommen. Dieses Vorgehen weicht von der Methodik des Kantons Zürich ab. Angesichts der Tatsache, dass die neuen Fallgruppierungen tendenziell überdurchschnittliche Fallgewichte und Aufenthaltsdauern aufweisen, wird der CH-Benchmark damit leicht geschwächt (da in dieser Version diese Fälle noch in den «alten» Gruppierungen enthalten sind).

Tabelle 11: Einfluss der Verkürzung der Aufenthaltsdauer auf die mittlere Verweildauer 2020

	2009	2020 Hauptszenario	Veränderung
	AHD	AHD	
Nervensystem&Sinnesorgane			
Dermatologie	6.6	5.8	-12%
Hals-Nasen-Ohren	4.3	4.0	-8%
Neurochirurgie	13.4	10.1	-25%
Neurologie	5.9	5.3	-11%
Ophthalmologie	4.3	3.2	-26%
Innere Organe			
Endokrinologie	9.5	7.6	-20%
Gastroenterologie	6.5	5.6	-14%
Hämatologie	10.7	8.8	-17%
Herz-&Gefässchirurgie	7.7	6.6	-13%
Infektiologie	10.5	9.4	-10%
Kardiologie&Angiologie	6.5	5.6	-14%
Nephrologie	8.3	7.0	-16%
Pneumologie	8.8	7.9	-10%
Thoraxchirurgie	14.8	11.9	-19%
Urologie	6.6	5.4	-18%
Viszeralchirurgie	8.0	6.7	-15%
Bewegungsapparat			
Orthopädie	7.3	6.6	-10%
Rheumatologie	8.1	7.8	-4%
Gynäkologie&Geburtshilfe			
Geburtshilfe	6.1	5.8	-5%
Gynäkologie	5.2	4.9	-6%
Neugeborene	6.5	5.9	-9%
Übrige			
(Radio-) Onkologie	5.4	4.1	-25%
Psychiatrie&Toxikologie	7.9	6.4	-19%
Schwere Verletzungen	7.6	6.0	-21%
Sonstige Behandlung	8.0	6.6	-17%
Transplantationen	18.9	14.8	-22%
Verlegungen&Todesfälle	1.7	1.3	-21%
Gesamt	7.0	6.1	-12%

Legende: PT: Pflagestage; AHD: Durchschnittliche Verweildauer

Quelle: Prognosemodell Kanton ZH, Aufbereitung durch AfGVE gemäss Leistungsrgruppenkonzept 1.1 Kt. ZH

4.7 Bedarfsprognose 2020 für Kanton St.Gallen

4.7.1 Überblick

In Tabelle 12 ist die Entwicklung der wichtigsten Kennzahlen gemäss der Bedarfsprognose 2020 aufgelistet. Bis 2020 wird im Hauptszenario mit einem Fallzuwachs von rund 8 Prozent gerechnet. Dieser Zuwachs ist namentlich bedingt durch den Anstieg der Bevölkerung und Verschiebungen in der Altersstruktur. Da die voraussichtliche Aufenthaltsdauer nochmals von 7.0 auf 6.4 Tage zurückgehen dürfte, reduzieren sich die Pflegetage im Jahr 2020 voraussichtlich um 1 Prozent.

Tabelle 12: Entwicklung der wichtigsten Kennzahlen im Kanton St.Gallen gemäss Bedarfsprognose

	2009	2020			
		Hauptszenario	Max	Min	
Fälle	73 588	79 550	8%	9%	7%
Hospitalisationen je 1 000 Einw	155	161	4%	4%	3%
Mittlere Verweildauer	7.0	6.4	-9%	-5%	-12%
Pflegetage	514 470	508 451	-1%	3%	-6%
Bevölkerung ²⁰	474 676	494 391	4%	-	-

Quelle: Prognosemodell Kanton ZH, Aufbereitung durch AfGVE

Die Entwicklung der Bedarfszahlen auf Ebene der Wahlkreise kann je nach demografischer Entwicklung und bestehender Inanspruchnahme unterschiedlich ausfallen.

4.7.2 Bedarfsprognose 2020 nach Leistungsbereich

Die Prognose auf Ebene der einzelnen Leistungsbereiche ist in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst. Je nach Leistungsbereich differieren die Prognosen beträchtlich. Der Kommentar beschränkt sich auf die Auswirkungen im Bereich der Pflegetage. In 8 von 27 Leistungsbereichen wird eine Zunahme der Pflegetage vorausgesagt. Die mit Abstand höchste Zuwachsrate ist in der Herz-/Gefässchirurgie mit 18 Prozent zu erwarten, gefolgt von der Rheumatologie (+13), Pneumologie (+5), Kardiologie/Angiologie (+4), Orthopädie, Infektiologie und Neurologie (je +3) sowie Dermatologie (+1). Umgekehrt werden in 19 Bereichen rückläufige Pflegetage veranschlagt. Bei den Transplantationen, der (Radio-)Onkologie, der Ophthalmologie und der Neurochirurgie sind die gemäss Prognosemodell errechneten prozentualen Rückgänge angesichts der kleinen absoluten Fallzahlen mit grosser Vorsicht zu interpretieren. Daneben sind es die Bereiche Neugeborene, Schwere Verletzungen und die Endokrinologie mit den grössten prozentualen Abnahmen.

²⁰ Das Bevölkerungsszenario der Fachstelle für Statistik beinhaltet keine Minimum- und Maximalvarianten.

Tabelle 13: Prognostizierter Bedarf 2020 je Leistungsbereich

Haupt-/Leistungsbereich	Fälle			Verweildauer			Pflegetage		
	2009	2020		2009	2020		2009	2020	
Nervensystem&Sinnesorgane									
Dermatologie	1 958	2 142	9%	6.6	6.1	-8%	12 848	12 986	1%
Hals-Nasen-Ohren	3 036	3 095	2%	4.3	4.1	-5%	13 063	12 675	-3%
Neurochirurgie	244	276	13%	13.4	10.2	-24%	3 281	2 809	-14%
Neurologie	3 759	4 143	10%	5.9	5.5	-7%	22 169	22 771	3%
Ophthalmologie	855	834	-2%	4.3	3.3	-23%	3 701	2 770	-25%
Innere Organe									
Endokrinologie	715	794	11%	9.5	7.7	-20%	6 828	6 096	-11%
Gastroenterologie	4 468	4 920	10%	6.5	5.8	-10%	28 864	28 518	-1%
Hämatologie	1 058	1 211	14%	10.7	8.9	-17%	11 328	10 812	-5%
Herz-&Gefässchirurgie	3 272	4 241	30%	7.7	7.0	-8%	25 091	29 666	18%
Infektiologie	1 132	1 265	12%	10.5	9.7	-8%	11 913	12 280	3%
Kardiologie&Angiologie	4 485	5 197	16%	6.5	5.9	-10%	29 336	30 514	4%
Nephrologie	735	837	14%	8.3	7.2	-13%	6 133	6 067	-1%
Pneumologie	2 362	2 680	13%	8.8	8.1	-8%	20 721	21 727	5%
Thoraxchirurgie	1 033	1 164	13%	14.8	12.1	-18%	15 277	14 053	-8%
Urologie	3 354	3 656	9%	6.6	5.6	-14%	21 997	20 649	-6%
Viszeralchirurgie	5 521	6 043	9%	8.0	7.0	-12%	44 007	42 286	-4%
Bewegungsapparat									
Orthopädie	14 218	15 239	7%	7.3	7.0	-4%	103 570	106 417	3%
Rheumatologie	2 503	2 873	15%	8.1	8.0	-2%	20 310	22 910	13%
Gynäkologie&Geburtshilfe									
Geburtshilfe	5 165	5 213	1%	6.1	5.6	-7%	31 280	29 430	-6%
Gynäkologie	3 148	3 050	-3%	5.2	5.2	-1%	16 404	15 807	-4%
Neugeborene	5 032	4 749	-6%	6.5	5.9	-9%	32 935	28 188	-14%
Übrige									
(Radio-) Onkologie	890	865	-3%	5.4	4.2	-23%	4 841	3 637	-25%
Psychiatrie&Toxikologie	956	1 015	6%	7.9	6.5	-18%	7 533	6 592	-12%
Schwere Verletzungen	671	713	6%	7.6	6.2	-19%	5 073	4 392	-13%
Sonstige Behandlung	1 566	1 722	10%	8.0	6.6	-17%	12 500	11 421	-9%
Transplantationen	59	62	5%	18.9	14.5	-23%	1 118	904	-19%
Verlegungen&Todesfälle	1 393	1 550	11%	1.7	1.3	-21%	2 349	2 074	-12%
Gesamtergebnis	73 588	79 550	8%	7.0	6.4	-9%	514 470	508 451	-1%

Quelle: Prognosemodell Kanton ZH, Aufbereitung durch AfGVE gemäss Leistungsgruppenkonzept 1.1 Kt. ZH

4.7.3 Bedarfsprognose 2020 nach Altersgruppe

Die Aufschlüsselung der Bedarfsprognose nach Altersgruppe zeigt, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten über 60 Jahre von heute 41 auf voraussichtlich 47 Prozent ansteigt. Bei den Pflorgetagen verläuft diese Entwicklung von heute 52 auf 58 Prozent.

Tabelle 14: Prognostizierter Bedarf 2020 je Altersgruppe

Altersgruppe	Fälle			Verweildauer			Pflegetage		
	2009	2020	in %	2009	2020	in %	2009	2020	in %
0-17	10 181	9 423	-7%	5.7	5.1	-12%	58 443	47 663	-18%
18-39	15 996	15 806	-1%	5.2	4.9	-5%	83 044	77 997	-6%
40-59	17 541	17 125	-2%	6.1	5.3	-14%	107 068	90 288	-16%
60-79	21 487	26 542	24%	8.5	7.5	-12%	182 269	198 190	9%
80+	8 383	10 654	27%	10.0	8.9	-11%	83 646	94 313	13%
Gesamt	73 588	79 550	8%	7.0	6.4	-9%	514 470	508 451	-1%

Quelle: Prognosemodell Kanton ZH, Aufbereitung durch AfGVE gemäss Leistungsgruppenkonzept 1.1 Kt. ZH

Die durchschnittliche Verweildauer soll gemäss Prognose in allen Altersklassen tiefer liegen im Jahr 2020 im Vergleich zu heute. Hingegen wird bei den Menschen ab dem 60. Altersjahr sowohl was die Anzahl Fälle wie auch die Anzahl Pflorgetage betrifft ein Anstieg angenommen, was auf die demografische Alterung zurückzuführen ist.

In der medizinischen Statistik besteht keine hundertprozentig diskriminierende Variable zur Identifikation der Anzahl Neugeborenen²¹. Trotzdem wird nachfolgend eine separate Analyse des Bereichs Geburtshilfe vorgenommen.

Tabelle 15: Gesunde Neugeborene mit Wohnsitz St.Gallen je Leistungserbringer, 2009

Leistungserbringer	Neugeborene	in %	Pflegetage	in %	AHD
SR1	1 113	24%	6 865	27%	6.2
SR2	802	17%	4 202	16%	5.2
Hirslanden Klinik Stephanshorn	631	14%	3 901	15%	6.2
SR4	572	12%	2 961	11%	5.2
SR3	445	10%	2 607	10%	5.9
SVAR Spital Heiden	322	7%	1 715	7%	5.3
SVAR Spital Herisau	244	5%	1 309	5%	5.4
Geburtshaus Artemis ²²	83	2%	386	1%	4.7
Klinik Marienfried	69	1%	434	2%	6.3
Spital Männedorf	59	1%	324	1%	5.5
Kantonsspital Graubünden	44	1%	258	1%	5.9
Spital Wetzikon	36	1%	192	1%	5.3
Spital Lachen	30	1%	185	1%	6.2
Spital Thurgau AG	25	1%	145	1%	5.8
Übrige	132	3%	803	3%	6.1
Gesamtergebnis	4 607	100%	25 901	100%	5.7

Quelle: Med. Statistik BFS, Angaben Geburtshäuser

Fast zwei Drittel aller St.Galler Neugeborenen erblicken in einem der vier Spitalverbunde das Licht der Welt (2 761 Geburten). 631 St.Galler Frauen bringen ihr Kind in der Klinik Stephanshorn auf die Welt. 12 Prozent der St.Galler Frauen gebären in den beiden Ausserrhoder Spitälern in Heiden und Herisau (566 Geburten). Im 2009 brachten insgesamt 93 Wöchnerinnen ihr Kind in einem Geburtshaus zur Welt, davon 83 im Geburtshaus Artemis in Steinach, 8 im Geburtshaus Zürcher Oberland in Bäretswil und 2 im Geburtshaus Delphys in der Stadt Zürich.

²¹ Wie bereits unter Kapitel 2.1 dargelegt, wird im vorliegenden Versorgungsbericht die Variable Eintrittsart (1.2.V03) mit der Ausprägung «3» (=Geburt, Kind in dieser Klinik geboren) verwendet, um die Säuglinge statistisch zu erfassen.

²² Neugeborene nach externer Geburt und anschliessendem stationären Wochenbett im Geburtshaus Artemis sind nicht berücksichtigt.

Abbildung 17: Entwicklung der Anzahl SG-Neugeborenen und deren Verweildauer, 2005 – 2009²³



²³ Die Geburten im Geburtshaus Artemis sind nur in den Jahren 2008 und 2009 enthalten.

Quelle: Med. Statistik BFS, Angaben Geburtshäuser

Zwischen 2005 und 2009 stieg gemäss Abbildung 17 die Anzahl Neugeborene im Kanton St.Gallen von 4 150 auf rund 4 600 an. Gleichzeitig sank die mittlere Verweildauer der Neugeborenen von 6.2 auf 5.7 Tage.

Die zukünftige Anzahl der Neugeborenen wird beeinflusst durch die demografische Entwicklung der Frauen im Gebäralter. Die Pflegetage werden bestimmt durch die Entwicklung der Aufenthaltsdauer der Wöchnerinnen. Für die Bevölkerungsprognose wurde die Entwicklung der Altersgruppe 18-39 berücksichtigt. Für die Entwicklung der Aufenthaltsdauer wurde das Benchmarking analog zu Kapitel 4.6 angewandt.

Tabelle 16 ist zu entnehmen, dass die Anzahl der Neugeborenen bis ins Jahr 2020 voraussichtlich leicht ansteigen (+2 Prozent) und sich die mittlere Aufenthaltsdauer von 5.7 auf 5.6 Tage verringern werden.

Tabelle 16: Prognostizierte Anzahl der Neugeborenen im Jahr 2020

Haupt-/Leistungsbereich	Geburten			Verweildauer			Pflegetage		
	2009	2020	in %	2009	2020	in %	2009	2020	in %
Gynäkologie&Geburtshilfe									
Neugeborene	4 607	4 704	2%	5.7	5.6	-2%	26 287	26 428	1%

Mit dem vorliegenden Versorgungsbericht wurde eine weitere Grundlage für die konzeptionelle Weiterentwicklung der stationären akutsomatischen Gesundheitsversorgung für die St.Galler Bevölkerung geschaffen. Unter Mitberücksichtigung von Grundlagenarbeiten anderer Kantone wird darin eine Prognose über den Gesamt-Bedarf an akutsomatischen stationären Spitalleistungen der St.Galler Bevölkerung formuliert. Für diese Prognose wurde von der Fachstelle für Statistik des Kantons St.Gallen ein regionales Bevölkerungsszenario für den Kanton St.Gallen entwickelt.

Nach Kenntnisnahme des Versorgungsberichts durch die Regierung werden zu einem späteren Zeitpunkt im sogenannten Strukturbericht Abklärungen zur Bedarfssicherung vorgenommen. Dabei werden die möglichen Leistungserbringer für jede Leistungsgruppe anhand vorgegebener Kriterien evaluiert. Aus diesen Arbeiten resultieren die St.Galler Spitalliste und die institutionsbezogenen Leistungsaufträge, welche in enger Zusammenarbeit mit den direktbetroffenen Leistungserbringern entwickelt werden. Diese Arbeiten werden voraussichtlich bis Ende 2012 abgeschlossen sein.

Bis zur Anpassung der Spitalliste an die neue Fassung von Art. 39 KVG – d.h. bis längstens 31. Dezember 2014 – sind im Kanton St. Gallen diejenigen Anstalten oder Abteilungen zugelassen, die nach bisherigem Recht (d.h. nach dem bis 31. Dezember 1995 gültig gewesenen Recht) als Heilanstalten galten (Art. 101 Abs. 2 Satz 1 KVG). Will ein Leistungserbringer im Kanton St. Gallen das Leistungsangebot seit 1995 ändern, wird zwischen der Weiterentwicklung innerhalb eines bestehenden Leistungsauftrags und der Erweiterung des Leistungsauftrags um neue Disziplinen unterschieden. Ersteres ist gemäss Art. 101 KVG aus Sicht des Kantons zulässig, letzteres ist ohne formelle Änderung des Leistungsauftrags und somit vor dem Erlass einer (revidierten) Spitalliste nicht möglich.

Begriff	Erklärung
AfGVE	Amt für Gesundheitsversorgung. Zuständig für Belange der stationären Gesundheitsversorgung der St.Galler Bevölkerung
AHD	Durchschnittliche Verweildauer/Aufenthaltsdauer. Rechnerisch ermittelt indem die Pflege-/Behandlungstage eines Patientenkollektivs durch die Anzahl der Fälle dividiert wird
Akutsomatik	Behandlung, Therapie und Pflege von Patientinnen und Patienten mit organischen (somatischen) Krankheitsleiden.
Altersquotient	Anzahl der Über-64-Jährigen je 100 Personen zwischen 20 und 64 Jahren.
APDRG	All Patient Diagnosis Related System: Diagnoseklassifikationssystem mit Ursprung in den USA mit aktuell 878 Patientengruppen.
Benchmark	Benchmark (dt. «Maßstab») oder Benchmarking (= Maßstäbe setzen) bezeichnet eine vergleichende Analyse mit einem festgelegten Referenzwert (z.B. Perzentil, Median).
Bettenziffer/-rate	Rechnerisch ermittelte Kennzahl je definiertes Bevölkerungskollektiv. Dabei werden die ausgewiesenen Pflagetage durch eine normativ bestimmte Bettenauslastung von 85 Prozent und 365 Tage dividiert.
BFS	Bundesamt für Statistik. Zuständig für die obligatorischen Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens
Case Mix (CM)	Summe aller Kostengewichte (siehe Glossar → Kostengewicht) eines definierten Patientenkollektivs
Case Mix Index (CMI)	Summe aller Kostengewichte (siehe Glossar → Kostengewicht) dividiert durch die Anzahl Fälle eines definierten Patientenkollektivs
Deterministisch	Vorbestimmt. Analytische Prognosen gehen davon aus, dass durch Fortschreibung einer beliebigen Anzahl von Variablen (Prognoseparameter) die Höhe von definierten Messgrößen (z.B. Bevölkerungsanzahl und –zusammensetzung) für einen Zeitpunkt x in der Zukunft berechnet werden können.
Epidemiologie	Lehre der Verteilung und Häufigkeit von Krankheiten in Bevölkerungsgruppen sowie der Faktoren, welche die Vorkommnisse (Fälle) sowie deren Verteilung und Häufigkeit bestimmen.
Evaluation	Bewertung eines Sachverhalts oder von Massnahmen anhand von Kriterien
Fallpauschalensystem/ Diagnoseklassifikations-system	Abgeltungssystem, welches einzelne Spitalaufenthalte anhand von bestimmten Kriterien (z.B. Alter, Geschlecht, Diagnose, Behandlung) in medizinisch und ökonomisch möglichst homogene Diagnosegruppen klassiert. Fallpauschalensysteme können unterschiedlichen Zwecken dienen. Namentlich werden sie für die pauschale Abgeltung/ Finanzierung von Spitalaufenthalten verwendet (siehe auch Glossar → SwissDRG).
FfS	Fachstelle für Statistik des Kantons St.Gallen. Kantonales Kompetenzzentrum für Statistik. Entwickelte das Bevölkerungsszenario für den Kanton St.Gallen
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
Hospitalisationsrate	Anzahl der stationären Fälle im Verhältnis zu einem definierten Bevölkerungskollektiv
Inzidenz	Anzahl Personen einer Bevölkerungsgruppe, die innerhalb eines definierten Zeitraums an einer Krankheit neu erkranken.

Begriff	Erklärung
Kostengewicht (Cost Weight)	Jede Diagnosegruppe eines Fallpauschalensystems (siehe Glossar → Fallpauschalensystem) wird mit einem Kostengewicht hinterlegt, welches die durchschnittlichen Kosten der entsprechenden Diagnosegruppen im Verhältnis zu den Durchschnittskosten der totalen Anzahl von Fällen angibt. Dabei werden den (z.B. nationalen) Durchschnittsfallkosten ein Kostengewicht von 1 zugeteilt. Diagnosegruppen mit Kostengewichten < 1 weisen somit unterdurchschnittliche Kosten auf, während Fallgruppen mit einem Kostengewicht > 1 überdurchschnittlich teuer sind.
Median	Der Median (oder Zentralwert) halbiert eine Datenmenge in zwei gleich grosse Hälften. Der Median entspricht dem 50. Perzentil.
MedStat	Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik
Perzentil	Durch Perzentile (dt. «Hundertstelwerte»), wird eine Verteilung in 100 gleich große Teile zerlegt. Das 40. Perzentil einer Datenmenge entspricht dem Wert, unterhalb dessen 40 Prozent aller Fälle liegen.
Prävalenz	Anzahl Personen einer Bevölkerungsgruppe, die zu einem gegebenen Zeitpunkt an einer Krankheit leiden.
Psychosomatik	Lehre innerhalb der Medizin, welche sich spezifisch mit den Wechselwirkungen zwischen Psyche und Körper befasst.
QUADRIGA I und II	Massnahmenpakete des Kantons zur Verselbständigung und organisatorischen Unterstellung der öffentlichen Akutspitäler im Kanton St.Gallen unter einen einzigen Verwaltungsrat (2003 und 2006).
SIKURS	Ein vom Verbund Kommunales Statistisches Informationssystem (KOSIS-Verbund) entwickelte Software zur Vorhersage der Bevölkerungsentwicklung. Der KOSIS-Verbund ist eine kommunale Selbsthilfeorganisation aus Deutschland, die mit Unterstützung des Deutschen Städtetags Kooperationsprojekte organisiert.
Somatoforme Störungen	Als somatoforme Störungen werden körperliche Beschwerden bezeichnet, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen.
SwissDRG	In der Schweiz entwickeltes Patientenklassifikationssystem zur Abgeltung der stationären Spitalaufenthalte ab dem Jahr 2012.

Herausgeber

Kanton St.Gallen
Gesundheitsdepartement
Amt für Gesundheitsversorgung

Verfasser/in

Roland Unternährer Appenzeller, Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Gestaltung und Layout

Schalte&Walter GmbH, 9000 St.Gallen

Druck

Niedermann Druck AG, 9016 St.Gallen

Auflage

200 Exemplare

St.Gallen, August 2011

Kanton St.Gallen
Gesundheitsdepartement
Amt für Gesundheitsversorgung
Postfach, 9001 St.Gallen

T 058 229 35 90
F 058 229 28 01
www.gesundheit.sg.ch
info.gesundheitsversorgung@sg.ch