

Kanton Thurgau Spitalplanung 2012

Strukturbericht

Vernehmlassungsentwurf

Stand: 3. März 2011



Impressum

Herausgegeben vom Kanton Thurgau im März 2011

© Departement für Finanzen und Soziales
Gesundheitsamt
8510 Frauenfeld

Vorwort

Die stationäre Gesundheitsversorgung des Kantons Thurgau umfasst ein breites Leistungsangebot in allen Bereichen der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Weniger als 6 % der Leistungen müssen aufgrund eines innerkantonal fehlenden Angebotes in ausserkantonalen Spitälern beansprucht werden. Der Regierungsrat will auch unter den Prämissen der neuen Spitalplanung und -finanzierung 2012 eine integrierte, qualitativ gute und konzentrierte Spitalversorgung gewährleisten.

Die Analyse der Spitalstrukturen zeigt die vielen Detailleistungen, Verknüpfungen und Abhängigkeiten auf, die für eine umfassende Behandlung und Betreuung der Patienten und Patientinnen notwendig sind. Krankheitsbilder werden komplexer, Aufenthaltsdauern werden verkürzt, die medizinischen Fachbereiche spezialisieren sich und das medizinische Wissen nimmt rasant zu. Um vor diesem Hintergrund die hohe Versorgungsqualität aufrecht zu erhalten, fordert der Regierungsrat von allen öffentlichen und privaten innerkantonalen Spitälern enge Kooperationen in gegenseitigem Respekt.

Mit der Spitalliste 2012 wird innerkantonal eine Konzentration der Leistungserbringung in der Akutsomatik auf den Spitalplätzen 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 Anforderungen an die Rehabilitationsbereiche wurden im Zuge der Spitalplanung klarer formuliert und erlauben mit der eindeutigen Klassifizierung ein einheitliches Monitoring. Die vorgelegte Versorgungsstruktur 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 Spitalliste 2012 im Rahmen des KVG angemessene und kosteneffiziente Versorgungsstrukturen für die stationären Behandlungen seiner Bevölkerung aufweisen wird.

Regierungsrat Bernhard Koch
Chef Departement für Finanzen und Soziales

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1. Einleitung	
1.1 Ausgangslage	9
1.2 Ziele des Strukturberichts	10
1.3 Neuerungen in der Spitalplanung und -finanzierung 2012	10
2. Übersicht über die Gesundheitsversorgung	
2.1 Krankenversicherung und Gesundheitsausgaben	12
2.2 Ärztliche und pharmazeutische Primärversorgung	14
2.3 Pflege, Hilfe und Betreuung ambulant und im Pflegeheim	15
2.4 Horizontale und vertikale Vernetzung	17
2.5 Notfall- und Rettungswesen	18
2.6 Grundhaltung gegenüber den Privatspitälern	19
3. Planungsmethodik und zu sichernder Bedarf	
3.1 Einleitung	20
3.2 Interkantonale Koordination	20
3.3 Krankenhausvereinbarung der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK-Ost)	21
4. Kriterien und Instrumente der Spitalplanung	
4.1 Qualität	21
4.2 Wirtschaftlichkeit	22
4.3 Mengensteuerung	22
4.4 Leistungsaufträge	23
5. Spitalfinanzierung	
5.1 Leistungsfinanzierung	24
5.2 Investitionsbeiträge	24
5.3 Gemeinwirtschaftliche Leistungen	24
5.4 Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens	25
5.5 Universitäre Lehre und Forschung	25
6. Normative Rahmenbedingungen zur Evaluation	
6.1 Versorgungsregionen, Zugänglichkeit zur Leistung	25
6.2 Zu evaluierende Leistungserbringer	26
6.3 Strategische Partner: Kinderspitäler	27
6.4 Strategische Partner: Universitäts- und Zentrumsspitäler	27
7. Evaluation in der Akutsomatik	
7.1 Aktuelle Leistungsaufträge in der Akutsomatik	28
7.2 Aktuelle Angebotsstrukturen in der Akutsomatik	28
7.3 Zu sichernder Bedarf in der Akutsomatik	33
7.4 Leistungszuteilung in der Akutsomatik	35

7.5	Evaluationskriterien der Qualität in der Akutsomatik	37
7.6	Evaluation der Wirtschaftlichkeit in der Akutsomatik	38
7.7	Evaluation zusätzlicher Leistungsaufträge in der Akutsomatik	40
8.	Spitalliste Akutsomatik 2012	
8.1	Zuteilung der Leistungsaufträge	42
8.2	Abweichungen zur bisherigen Spitalliste	44
8.3	Beurteilung der Versorgungsstruktur	45
9.	Evaluation in der Rehabilitation	
9.1	Aktuelle Leistungsaufträge in der Rehabilitation	47
9.2	Aktuelle Angebotsstrukturen in der Rehabilitation	47
9.3	Zu sichernder Bedarf in der Rehabilitation	48
9.4	Leistungszuteilung in der Rehabilitation	49
9.5	Evaluationskriterien der Qualität in der Rehabilitation	52
9.6	Evaluation der Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation	53
9.7	Anzahl Leistungsaufträge in der Rehabilitation	54
9.8	Spitalliste Rehabilitation 2012	56
9.9	Beurteilung der Versorgungsstruktur Rehabilitation	57
10.	Evaluation in der Psychiatrie	
10.1	Ausgangslage in der Psychiatrie	59
10.2	Versorgungspolitische Strategie in der Psychiatrie	59
10.3	Ausrichtung und Schwerpunkte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	62
10.4	Ausrichtung und Schwerpunkte in der Erwachsenenpsychiatrie	64
10.5	Finanzierungsmodelle in der Psychiatrie	67
10.6	Aktuelle stationäre Leistungsaufträge in der Psychiatrie	68
10.7	Angebote und Leistungsaufträge in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	69
10.8	Angebote und Leistungsaufträge in der Erwachsenenpsychiatrie	72
10.9	Versorgungsinfrastrukturen in der Psychiatrie	82
10.10	Zu sichernder Bedarf in der Psychiatrie	83
10.11	Leistungszuteilung in der Psychiatrie	86
10.12	Evaluation der Qualität in der Psychiatrie	87
10.13	Evaluation der Wirtschaftlichkeit in der Psychiatrie	88
10.14	Evaluation der Anzahl Leistungsaufträge in der Psychiatrie	89
10.15	Spitalliste Psychiatrie 2012	90
10.16	Beurteilung der Versorgungsstruktur Psychiatrie	92
11.	Entwicklung	92
12.	Umgang mit neuen Änderungsanträgen zur Spitalliste	92
13.	Weiteres Vorgehen	93
	Anhänge	

Zusammenfassung

1. Vorgehen

Im Anschluss an den Versorgungsbericht wird im Strukturbericht 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 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.

2. Akutsomatik

Der Kanton Thurgau deckt ein umfassendes Angebot der medizinischen Grundversorgung und erweiterter 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. In der Spitalplanung wurde mit einem Raster bewertet, ob mit der Spitalliste 2012 in einer Leistungsgruppe zusätzlich zu den heute innerkantonal bestehenden Leistungsaufträgen (mehrheitlich zwei pro Leistungsgruppe) ein weiterer Auftrag zur Sicherung des Bedarfes zu vergeben ist. Der Kanton Thurgau übernimmt weitgehend das in 125 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 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 Kreuzlingen 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 ausserkantonale erbrachten Leistungen werden geringer werden. Die Vergabe weiterer Leistungsaufträge in diesen kostenintensiven Gebieten ist nicht angezeigt.

Die Venenklinik Bellevue Kreuzlingen AG wird weiterhin als Wochenklinik im bestehenden Kapazitätsumfang geführt. Um die Wirtschaftlichkeit und effiziente Leistungserbrin-

gung sowie die innerkantonalen Leistungsmengen weiter zu erhöhen, wird der Spital Thurgau AG gestattet, innerhalb des bestehenden Leistungsauftrages die Wochenklinik Venenklinik Bellevue Kreuzlingen 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 wird innerkantonal an die Venenklinik Bellevue Kreuzlingen AG vergeben. Ihr Leistungsspektrum der Venenbehandlung wird optimal ergänzt.

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.

Zusätzlich zum Ostschweizer Kinderspital wird das Kinderspital Zürich mit dem gesamten Leistungsspektrum auf der Spitalliste geführt. Bei medizinischer Notwendigkeit ist der Zugang auf ärztliche Zuweisung direkt möglich.

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.

3. Rehabilitation

Insgesamt beanspruchten knapp 12.5 % aller 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.

Bei gleichbleibenden inner- und ausserkantonomer Patientenströmen sind innerkantonal für die Deckung des Gesamtbedarfs in der Rehabilitation 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 (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 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 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 Neutal AG erteilt.

Eine psychiatrisch-sozialmedizinische Rehabilitation wird nicht als Leistungsgruppe separiert. Die dafür qualifizierenden Kliniken können einen entsprechenden Zusatz beantragen. Derzeit sind dies kneipp-hof Dussnang, Klinik St. Katharinental und Klinik Schloss Mammern. Der Zusatz Frührehabilitation wird den Rehabilitationskliniken in den Leistungsbereichen internistisch-onkologische, neurologische, pneumologische und kardiovaskuläre Rehabilitation erteilt, wenn sie die Kriterien dafür erfüllen. Dies sind Helios Klinik und Klinik Schloss Mammern.

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.

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, weiterführende Rehabilitation und Akut- und Übergangspflege zu erfolgen. Alle Leistungsaufträge und Betriebsbewilligungen der Nachbehandlung werden auf diesen Zeitpunkt aufgehoben.

4. Psychiatrie

Die Psychiatrie ist wie kein anderes medizinisches Fachgebiet von der Entwicklung unserer Gesellschaft, der Bildung, der Wirtschaft und 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. Die stationäre Akutversorgung ist zu gewährleisten und dabei ein angemessenes Verhältnis zum stationär integriert-psychotherapeutischen Ansatz zu wahren.

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 poststationärer Übergangsbearbeitungen, sowie die Bildung von mobilen Equipen.

Der Bettenabbau soll nicht proportional erfolgen. Die Reduktion von drei auf zwei Leistungsaufträgen für die bedarfssichernde 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 wird den Patienten und Patientinnen, sowie den Zuweisern eine 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. Der Regierungsrat kann sich - bei Vorliegen geeigneter Kooperationen - die Leistungserbringung an einem dritten kantonalen Standort, jedoch innerhalb eines der beiden Leistungsaufträge, vorstellen.

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.

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Am 1. Januar 2012 tritt die neue Spitalfinanzierung gemäss revidiertem Gesetz über die Krankenversicherung (KVG; Spitalfinanzierung; SR 832.10) in Kraft. Mit Wirkung auf den gleichen Zeitpunkt soll im Kanton Thurgau die Einführung der leistungsorientierten Spitalplanung 2012 erfolgen. Der Regierungsrat beauftragte mit RRB Nr. 305 vom 7. April 2009 das Gesundheitsamt mit der Durchführung des Projekts. Projektorganisation und Projektgliederung sind im Anhang 1 ersichtlich. Im Wesentlichen ist das Projekt in drei teilweise parallel verlaufende Etappen gegliedert:

1. Der Versorgungsbericht enthält die Darstellung der Ist-Inanspruchnahme und den mit nachvollziehbaren Methoden prognostizierten Bedarf an stationären Spitalleistungen mit Planungshorizont 2020. Die Vernehmlassungsergebnisse zum Bericht, Stand 6. Juli 2010, sind in Anhang 2 zusammengefasst.
2. Mit der Revision des kantonalen Gesetzes über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (TG KVG; RB 832.1) werden 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.

Weiterhin hat der Regierungsrat Eckwerte zur Spitalplanung 2012 erlassen und damit die versorgungsplanerische Strategie der bedarfsorientierten und allgemein zugänglichen Versorgung der Thurgauer Bevölkerung konkretisiert. Gleichzeitig soll die Versorgung für Bevölkerung und Kanton wirtschaftlich tragbar sein.

Die Aussagen des Versorgungsberichts werden im Strukturbericht soweit wiederholt, als sie weiter konkretisiert werden müssen oder weiterführende Entscheidungen zu treffen sind. Der Versorgungsbericht ist aufgrund der Vernehmlassung mit folgenden Änderungen integraler Bestandteil der Spitalplanung 2012. Der Regierungsrat beschliesst folgende Änderungen zum Versorgungsbericht (Stand 6. Juli 2010):

1. Die Rehabilitation wird bei den Erwachsenen wie in anderen Kantonen durch eine Leistungsgruppe geriatrische Rehabilitation ergänzt. Strukturell wird die Rehabilitation in Frührehabilitation für die Bereiche neurologische, kardiale, pulmonale und internistisch-onkologische Rehabilitation sowie weiterführende Rehabilitation für alle Rehabilitationsbereiche unterteilt. Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der Rehabilitation von Erwachsenen. Sie wird daher separat geführt.
2. Der innerkantonal mit der Spitalliste Psychiatrie für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (>18-Jährige) in psychiatrischen Kliniken ohne forensische Psychiatrie und Langzeiterkrankte zu sichernde vollstationäre Bedarf wird normativ auf 0.9 Plätze pro 1'000 Einwohner festgelegt.

1.2 Ziele des Strukturberichts

Der vorliegende Strukturbericht hat, basierend auf dem Versorgungsbericht und den beschlossenen Änderungen zum Zweck, die zur Bedarfsabdeckung notwendige Anzahl Leistungsaufträge zu evaluieren und auf die in Frage kommenden Spitäler zuzuteilen. Die langjährigen Erfahrungen der Spitalplanung von 1998 und die Vernehmlassungsergebnisse zum Versorgungsbericht sowie versorgungspolitische Grundsätze und Qualitätskriterien für die verschiedenen Fachbereiche wurden bei der Evaluation angemessen berücksichtigt. Das im Sinne des KVG geforderte Kriterium der Wirtschaftlichkeit wurde im Evaluationsverfahren ebenfalls berücksichtigt.

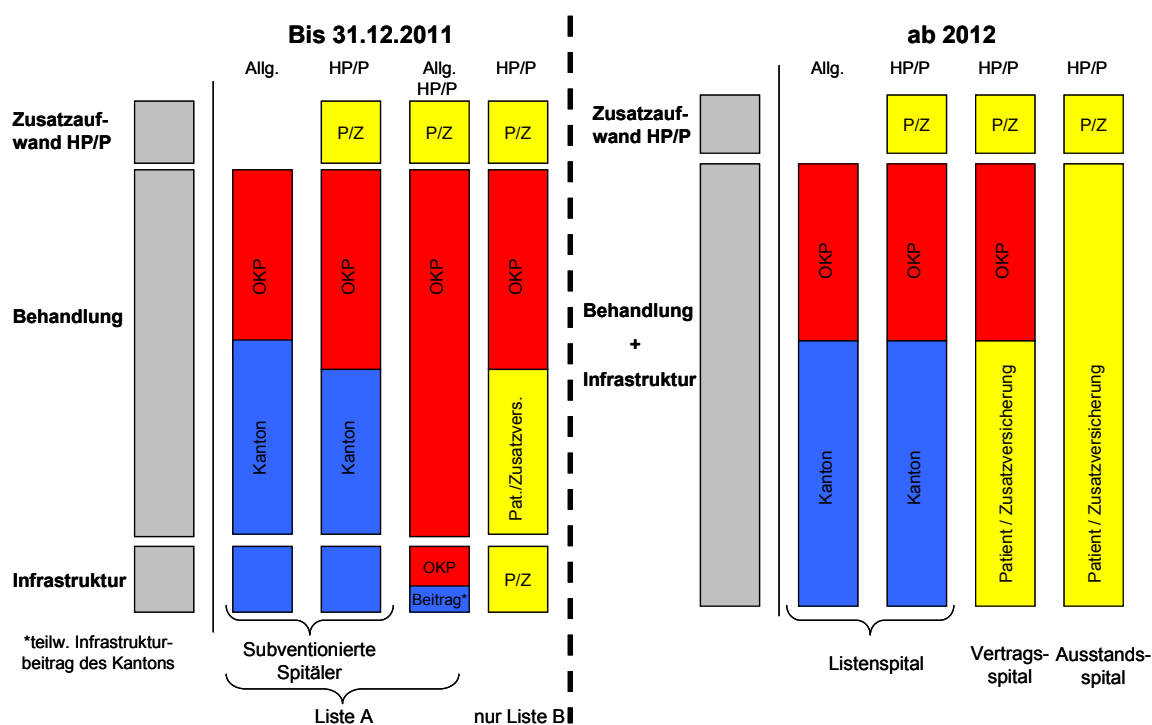
Die stationäre Spitalplanung kann nicht isoliert betrachtet und umgesetzt werden. Versorgungspolitische Grundsätze wie „ambulant vor stationär“ oder die Orientierung an den „Shortest 25 %“ in der Aufenthaltsdauer der Akutsomatik hängen massgeblich von der weiteren Förderung und Entwicklung vor- und nachgelagerter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

1.3 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 höchstens zu 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 bis 31. März 2011 festzulegen. 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 Listenspitäls subventioniert. Abbildung 1.1 gibt einen Überblick über die bisherige und die neue Finanzierung.

Abbildung 1.1: 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 Spitäler 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 innerkantonaler Hospitalisation angefallen wäre. Basis ist ein innerkantonaler 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 denjenigen Privatspitälern und für diejenigen Leistungsgruppen einen Auftrag zu erteilen, die für die Sicherung des Bedarfs notwendig sind.

¹ Adaptierte Tabelle der GD Zürich

Zum Strukturbericht und zur provisorischen Spitalliste wird ein Vernehmlassungsverfahren durchgeführt. Der Regierungsrat wird auf der Basis des überarbeiteten, definitiven Strukturberichtes die Spitalliste 2012 erlassen.

2. Übersicht über die Gesundheitsversorgung²

2.1. 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 Bruttoleistungen 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.

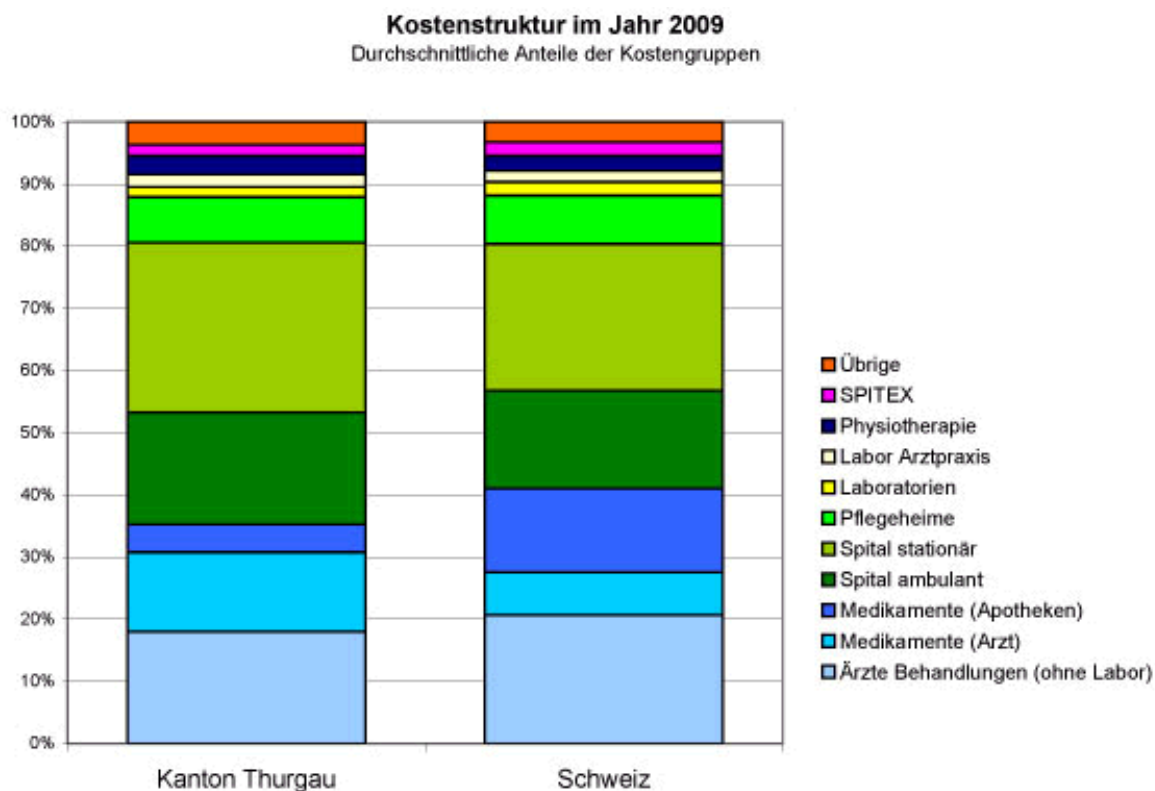
Zusätzlich entrichtete die öffentliche Hand individuelle Prämienverbilligungen (abzüglich Verwaltungskosten) in Höhe von 107.7 Mio. Franken. Dies entspricht 19.8 % der Nettoleistungen der Versicherer aus der OKP und 3.12 % der insgesamt schweizweit ausgegebenen Prämienverbilligungen (Versichertenanteil 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).

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

Die Kostenstruktur der OKP für das Jahr 2009 ist in Abbildung 2.1 dargestellt. Sie zeigt bei den grossen Kostenträgern wesentliche Abweichungen gegenüber dem schweizerischen Durchschnitt.

Abbildung 2.1: 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 Privatspitälern 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.

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

2.2 Ärztliche und pharmazeutische Primärversorgung

2.2.1 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.

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 Teledem-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 %.

2.2.2 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 Selbstweisung 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 Praxisassistenten, mit dem Assistenzärzte und Assistenzärztinnen Einblick in die Tätigkeit des Hausarztes gewinnen können. Mit dem Projekt Praxisassistenten 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 bilden 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.

2.3 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.

2.3.1 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

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

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

"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.

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.

2.3.2 Behinderten- und Pflegeheime

In den 76 sozialmedizinischen Institutionen des Kantons Thurgau waren Ende Dezember 2008 4'685 Personen beschäftigt, bzw. 3'450 Vollzeitäquivalente unter Berücksichtigung der Teilzeitpensen. Diese betreuten rund 6'180 Menschen. 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 2008 in Pflegeheimen bei zwei Jahren und acht Monaten, in Altersheimen bei etwas mehr als drei Jahren. Etwa 88 % der beherbergten Personen in den Alters- und Pflegeheimen kamen aus dem Kanton Thurgau, 6 % aus dem Kanton Zürich und 4 % aus dem Kanton St. Gallen.

Für Erwachsene mit Behinderungen standen rund 1'700 Betreuungsplätze zur Verfügung. Davon entfielen 33 % auf Werkstätten, 29 % auf Wohnheime mit Beschäftigung und 27 % auf Wohnheime.

Für Erwachsene mit Suchtproblemen standen in sozialmedizinischen Einrichtungen 64 Plätze bereit, für psychosoziale Fälle 41 Plätze. Die Fluktuationsrate bei den Institutionen für psychosoziale Probleme ist relativ hoch (61.3 %).

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 Sterbe-Hospiz und spezielle Abteilungen in Pflegeheimen für jüngere Patienten und Patientinnen der Palliative Care werden nach Abschluss der Einführungsphase ab 2015 evaluiert.

2.3.3 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 (Pflegeheimrichtlinien) 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 Einzelhaushalten 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.

2.4 Horizontale und vertikale Vernetzung

2.4.1 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.

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 /

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

2.4.2 Managed Care und Integrierte Versorgung

Managed Care soll als Vernetzung und Optimierung entlang des „Behandlungspfad“ 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.

2.5 Notfall- und Rettungswesen

2.5.1 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 Pikettdienste 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.

2.5.2 Notarztversorgung und Rettungswesen

Die Sanitätsnotrufzentrale 144 koordiniert die Rettungseinsätze auf Kantonsgebiet. Im Jahr 2009 gingen im Kanton Thurgau bei der Sanitätsnotrufzentrale 144 25'400 Anrufe ein. Bei 61 % 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 760 (2009). Die Zahl der Rettungseinsätze ist im Jahr 2009 nur noch leicht 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 Überschwergewichtige und Intensivtransporte) über die Standorte Amriswil, Weinfelden, Kreuzlingen sowie die Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen die Strassenrettung sicher. Bei Bedarf wird die REGA aufgebitten.

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 wird zurzeit überprüft.

2.6 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.

3. Planungsmethodik und zu sichernder stationärer Bedarf

3.1 Einleitung

Die Grundlagen der stationären Bedarfsplanung sind im Versorgungsbericht und in den Änderungen gemäss Kap. 1.1 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.

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 KVG).

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 auf ein bezüglich Qualitätsanforderungen und Wirtschaftlichkeitsprüfung mit den GDK-Ost Kantonen methodisch abgestimmtes Vorgehen geachtet.

3.2 Interkantonale Koordination

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

1. Auf Ebene der GDK-Schweiz wurden in Arbeits- und Begleitgruppen Teilaspekte der Spitalplanung und -finanzierung zu Handen 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.
2. 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 Kapitel 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.

3. Das Ostschweizer Kinderspital organisierte mit den Trägerkantonen Runder Tischgespräche 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 Kap. 6.3.

3.3 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 Kantonsgrenzen 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. Restfinanzierung nicht kostendeckender Tarife der Unfallversicherung (MTK-Tarife).
3. 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.
4. 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, Angebotsspektrum und Kriterien für zusätzliche Leistungs-

aufträge erfolgen (siehe Kap. 7.5, 7.7, 8.1). Bei den Rehabilitationskliniken und in der Psychiatrie kann mit Rangreihenfolgen differenziert 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. Für das Monitoring werden den Listenspitälern in den Leistungsaufträgen einheitliche Auflagen zur Qualitätsevaluation gemacht werden. Voraussichtlich werden der Beitritt zum und die Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken 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 im Vergleich mit anderen 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.

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 Tarifreduktionen führen. Ebenso behält sich der Regierungsrat vor, in den Leistungsvereinbarungen mit Listenspitalern, Höchstmengen aufzunehmen.

4.4 Leistungsaufträge

Im Sinne einer Steuerungsvorgabe an die Leistungserbringer darf 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 verbindlich geregelt werden. Die Substitution (ambulant vor stationär) ist beim Mengenwachstum angemessen zu berücksichtigen. Für den Fall der Überschreitung seitens eines Leistungserbringers sind in den Leistungsaufträgen Massnahmen festzulegen und deren Einhaltung zu vereinbaren. 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:

- mitfinanzierte Leistungen;
- zusätzliche Leistungsaufträge wie universitäre Lehre und Forschung, Gesundheitsförderung und Prävention, Rettungswesen;
- Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens;
- Qualität;
- Reporting und Controlling;
- Auflagen;
- Vorgehen bei Nichteinhaltung der Vorgaben;
- Massnahmen bei 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 Leistungs-

erbringer selber und im Gesundheitswesen generell. Es sind dies Notfallversorgung, Intensivstation, Kooperationen, 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 und Frührehabilitation. 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 Effizianzanreizen 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 be-

dingt 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 Zusammenarbeit 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 und die Forschung, 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 Versorgungsre-

gionen 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 3 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 frei zugänglich sein werden. Der qualitativ zu sichernde Bedarf 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 Tarifsystem 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, 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.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird innerkantonal 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 Universitätsspitälern 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 KVG in Verbindung mit Art. 49a Abs. 3^{bis} Bst. b KVG von stationären Behandlungen aus medizinischen Gründen in einem Spital ausserhalb der 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 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 Bellevue Venenklinik 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 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 sowie eingeschränkte Leistungsaufträge in der Kardiologie an die Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG und das Segment Phlebologie an die Venenkl. Bellevue Kreuzlingen 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 Venenkl. Bellevue Kreuzlingen AG. Bei detaillierter Betrachtung der ausgeführten Tätigkeiten sind innerkantonale in jeder Leistungsgruppe zwei Leistungsaufträge erteilt vgl. Anhang 3).

Alle Spitäler haben eine stark und qualitativ gut ausgebaute ambulante und tagesklinische Tätigkeit und verfügen über entsprechend langjährige Erfahrung und hohe fachliche Kompetenz. Die Venenkl. Bellevue 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 Kurzaufhalten. 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 7.1, Teil 1/3: 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:					
- 24-h rund um die Uhr	X	X	ab 1.1.2012	X	
- Montag – Freitag	X		X	X	X
Notfallversorgung:					
- Externe Notfallstation	X				
- Notaufnahme rund um die Uhr	X	X			
- Notfallversorgung extern in den erbrachten Fachgebieten	X	X	ab 1.1.2012		
- Notfallversorgung intern in den erbrachten Fachgebieten	X	X	X	X	X
- Notfallpraxis	X				

Tabelle 7.1, Teil 2/3: Innerkantonale Versorgungsinfrastruktur Akutsomatik, in der Klinik vor Ort

	STGAG	HNZB	SEES	Schloss M.	VBK
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
- Notfallbetrieb: 24-h rund um die Uhr 365 Tg.	X	X		X	
Pharmazie					
- klinische Spitalpharmazie	X				
- Apotheke, in Kooperation	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				
- Nuklearmedizin	X				
- Positronenemmissionstomographie (PET)	X				
- Strahlentherapie					
- Integrierte Planung (PET-CT)	X				
- Bestrahlung 8 MeV	X				
- Bestrahlung 15 MeV	X				
- Datenzugänglichkeit für Externe / angeschlossene Spitäler (HIN)	X			X	
Roboterchirurgie					
- Da Vinci; Urologie	X				
- Robotergestützte Magen Sleeve Chirurgie			X		
Stosswellentherapie					
- Orthopädie / Rheumatologie	X				
- Urologie	X		Koop.		
Stroke Unit	X				

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

Tabelle 7.1, Teil 3/3: Innerkantonale Versorgungsinfrastruktur Akutsomatik, in der Klinik vor Ort

	STGAG	HNZB	SEES	Schloss M.	VBK
Aus- und Weiterbildung / Qualität					
- Lehre (und Forschung), Aus- und Weiterbildung	X				
- Oberärzte / Assistenz- und Unterassistenzärzte	X	X		X	
- Pflege (HF, FAGE, Ass.)	X	X	X	X	
- Medizintechnische Berufe	X				
- Therapeutische Berufe	X			X	
- Administrative Berufe	X				
- Integrierte Behandlungspfade mit der Rehabilitation	X		X	X	
- Interdisziplinäre Boards:					
- Brustzentrum-Board	X				
- Gefässzentrum-Board	X				
- Spine-Units	X	X			
- Tumorboard	X	X			
Extern Zertifizierte Zentren (minimum case load, FMH)					
- Brustzentrum	X				
- Amb. kardiale Rehabilitation	X			X	
- Amb. pulmonale Rehabilitation	X				
- Gefässzentrum (E 2011)	(X)				
- Schlafmedizin	X				
- Bariatrische Chirurgie (Zentrum)	X				
Blutspendedienst (für TG)	X				
Speziell separierte Abteilungen					
- Klinik für Kinder und Jugendliche (KKJ), KSM	X				
- Palliative Care	X				

* STGAG: Spital Thurgau AG (Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen); HNZB: Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG; SEES: Klinik Seeschau AG; Schloss M.: Klinik Schloss Mammern; VBK: Venenkl. Bellevue Kreuzlingen AG;

In Kooperationen mit der STGAG oder weiteren zugelassenen Partnern erfüllen alle vier Privatspitäler der Spitalplätze Münsterlingen/Kreuzlingen die angelegten Kriterien für ihre Leistungsgruppen.

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 2011⁸. 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 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 Bellevue Venenklinik 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 Akutspitälern 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. 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.

⁸ Strategisches Konzept: Bauprojekte der Spital Thurgau AG 2010 – 2018, Dr. Marc Kohler, 30.8.2010

7.2.3 Ausserkantonale Versorgungsstrukturen Erwachsene

Als innerkantonale 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 ausserkantonomer 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 Spitälern bestand. Diese Angebote wurden in Einrichtungen beansprucht, die für diese Leistungen nicht auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

Die ausserkantonomeren Spitälern obliegen der Aufsicht der jeweiligen Standortkanton. Alle im Versorgungsbericht genannten Spitälern sind Listenspitälern der Standortkanton 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 Einwohner⁹). Die ausgesprochene Stärke der innerkantonomeren Spitälern in der ambulanten und tagesklinischen Tätigkeit kann auch in Zukunft weiter ausgebaut werden. Zudem ist das Potential der Spitälern zur vertikalen Vernetzung mit Primärversorgern ausserhalb der Klinik für eine optimale Verlagerung von stationären Leistungen noch nicht ausgeschöpft. Aus diesen Gründen

⁹ Spitexstatistik des BFS, Gesundheitsdienste und Personal / Ambulante Dienste, www.bfs.admin.ch/bfs/

wird das tiefe Szenario als Versorgungsbedarf gemäss Art. 58b Abs. 1 KVG ermittelt.

Für die Kapazitätsberechnung im Rahmen von geplanten Neubauprojekten wird den Listenspitälern im Zeithorizont 2020 der Mittelwert aus den Pflgetagen der beiden Szenarien „tief - Szenario ¼ Shortest „ und „tief – Szenario Kanton“ gemäss Versorgungsbericht Tab. 3.14 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 monitorisieren 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. 1bis 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 125 Leistungsgruppen ausdifferenziert. Diese 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

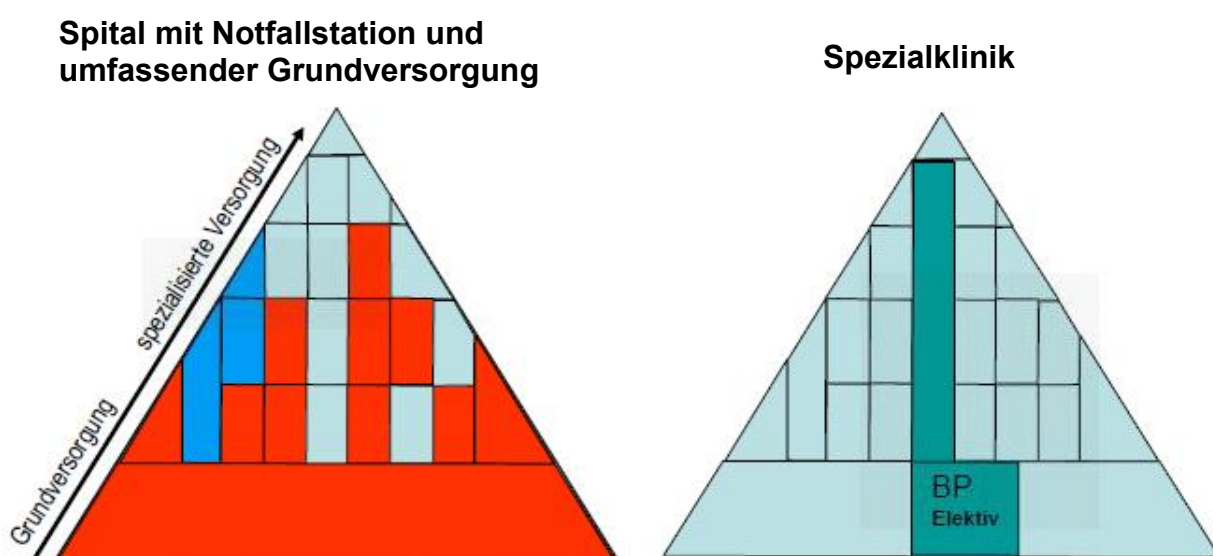
Die GD Zürich hat das Leistungsgruppenkonzept entwickelt. Es wurde über 100 Fachärzten verschiedener Zürcher Spitäler zur Prüfung unterbreitet. Aufbauend auf zwei besonderen Leistungsgruppen, Basispaket (BP) und Basispakete Elektiv (BPE), sind alle Leistungen zugeordnet. Das BP bildet die Grundlage für 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. 7.1). Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Re-

gel 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. Spitäler mit dem BPE können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen anbieten. 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, Orthopädie, Ophthalmologie, Rheumatologie und Urologie.

Abbildung 7.1: 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 be-

zeichnet 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 Leistungsbereiche 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.

Mit den beiden Leistungsgruppen Akut-Geriatrie und Palliative Care werden im Leistungsgruppenkonzept zwei Gruppen gebildet, die nach weiteren spezifischen Zuweisungskriterien von Patienten und Patientinnen mit unterschiedlichsten Grunderkrankungen (Hauptdiagnosen ICD¹⁰) beansprucht werden. Die Fälle erscheinen somit nicht in den organspezifischen Leistungsgruppen, wenn die Patienten und Patientinnen aufgrund einer medizinischen Indikationsstellung auf spezialisierten Abteilungen behandelt werden.

Bis auf die vier Leistungsgruppen der Interkantonalen Vereinbarung für Hochspezialisierte Medizin (IVHSM) lassen sich viele der Leistungsgruppen nicht gesamthaft auf universitäre- und/oder spezialisierte Zentrumsspitäler zuordnen. Häufig kann ein Teil der Behandlungen einer Leistungsgruppe 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 instituti-

¹⁰ International Classification of Diseases der World Health Organization, derzeit ICD-10

onsbezogene Ausnahmegewilligungen für die bisher erbrachten Leistungen erteilt werden. Bedingung ist, dass diese Institutionen innerkantonale Kooperationen eingehen, die alle Kriterien erfüllen. Die innerkantonale Zugänglichkeit zur Leistung wird damit prioritär gewichtet.

Als sogenannte „in house“ Verknüpfungen gemäss Konzept gelten 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 Bellevue Venenklinik AG, soweit sie 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 konkurrenzieren (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 (24-Verfügbarkeit), zunehmender Komplexität oder unwirtschaftlicher Grösse der Infrastrukturen anfallen. In Anbetracht des zunehmenden Bedarfes sind daher bisher innerkantonale erteilte Leistungsaufträge grundsätzlich aufrecht zu erhalten.

Die innerkantonalen Privatkliniken Seeschau AG, Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG, Venenklinik Bellevue Kreuzlingen 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 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 innerkantonale fehlenden Angebotes oder eines Notfalls sondern aufgrund freier Wahl mit Finanzierung durch Zusatzversicherungen oder Selbstzahler. Die beiden Spitäler sind daher für die Vergabe ganzer Leistungsgruppen nur einzubeziehen, soweit diese Aufträge aufgrund eines innerkantonale fehlenden medizinischen Angebotes erteilt werden.

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 innerkantonale 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, tagesklinischem Verlagerungspotential ist daher aus ökonomischer Sicht bei der Leistungsvergabe die Reihenfolge zu beachten:

1. Aufbau am gleichen Standort innerhalb eines Leistungsauftrages vor Ort (innerkantonale).
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 innerkantonale 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 Spitallisten in anderen Kantonen werden die Patientenströme in den elektiven Bereichen noch stärker als bisher durch ausgezeichnete Chefarzte, Qualität und Kundenorientierung bestimmt. Es werden nicht mehr nur Personen mit halbprivater und privater Zusatzversicherung diese Privatkliniken aufsuchen können. Es ist ausserkantonale mit einer deutlichen Verlagerung der Inanspruchnahme von öffentlichen Spitälern hin zu Privatspitälern zu rechnen. In elektiven Leistungsbereichen wird aus diesen Gründen ausserkantonale 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, 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, Zentral- 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 oder Interventionelle Radiologie. In diesen Leistungsbereichen soll vorbehältlich 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 ausserkantonal 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 innerkantonal 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 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.

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 4 zusammengestellt.

8 Spitalliste Akutsomatik 2012

8.1 Zuteilung der Leistungsaufträge Akutsomatik

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

Die gemäss Kapitel 7.7. in Anhang 4 ermittelten zusätzlichen Leistungsaufträge werden, wie in Tabelle 8.1 dargestellt, an die in die Evaluation einzubeziehenden Leistungserbringer gemäss Kap. 6.2 und Anhang 3 aufgrund der Kriterien von Kap. 7.4, bis 7.6 und 7.7 vergeben.

Die Leistungsgruppen Hals-Nasen-Ohren (1 bis 1.3.1) und die Leistungsbereiche Augen, Hämatologie und Unfallchirurgie/-medizin werden als Ganzes vergeben, auf eine weitere Differenzierung wird verzichtet. Dies gilt innerkantonal zusätzlich für den Leistungsbereich Urologie.

Tabelle 8.1: Zuteilung zusätzlicher Leistungsgruppen an Leistungserbringer

Leistungsgruppe zusätzlicher Auftrag (LA)		weiterer (LA) Auftrag	an Leistungserbringer			Bemerkung zum Leistungsauftrag (LA) Leistungsbereich (LB)
			KSSG	USZ	weitere	
Dermatologie	DER 1 und 2	Ja			VBK	Ergänzung LA
Hals-Nasen- Ohren	HNO HNO 1.3.2	Ja IVHSM				Zusätzlicher Auftrag
Neurologie	NEU 4 bis NEU 4.1	Ja			EPI**	**Leistungsgruppe neu geschaffen: Epilepsie
Ophthalmologie	AUG	Ja				Zusätzlicher Auftrag
Hämatologie	HAE 1 - 5	Ja				Zusätzlicher Auftrag LB integral vergeben
	HAE 6	IVHSM			IVHSM	

Leistungsgruppe zusätzlicher Auftrag (LA)		weiterer (LA) Auftrag	an Leistungserbringer			Bemerkung zum Leistungsauftrag (LA) Leistungsbereich (LB)
Urologie	URO 1.1.7	Ja				Innerkant.integral LB
	URO 1.1.8	Ja				Zusätzlicher Auftrag
Pneumologie	PNE 1.3	Ja				Zusätzlicher Auftrag
	PNE 1.4	Ja				Spezialisiertes Angebot
Transplantation	TPL 1	IVHSM			IVHSM	
- Replantationen	BEW 11	Ja				Zusätzlicher Auftrag
Rheumatologie	RHE 1				KSK	Transfer Auftrag
	RHE 2				KSK	Transfer Auftrag
Unfallchirurgie/- medizin	UNF	Ja				
	UNF 2	IVHSM			IVHSM	IVHSM
Plast. Chir. Transsexualität	PLC 1	Ja				
Kieferchirurgie	KIE 1	Ja				Zusätzlicher Auftrag
Pädiatrie	KINM	Strat. Partner	OKS	Kispi ZH		Strategische Partner
Kinderchirurgie	KINC	Strat. Partner	OKS	Kispi ZH		Strategische Partner
	KINBasis	Strat. Partner	OKS	Kispi ZH		Strategische Partner
Universitäre und spezialisierte Zentrumsleistung	Einzeleis- tungen aller Leistungs- gruppen	Strat. Partner		Balgrist	Insel BE	Auf Indikationsentscheid (KoGu) hin

STGAG: Spital Thurgau AG; HNZB: Herz-Neuro-Zentrum Bodensee; VBK: Venenklinik Bellevue Kreuzlingen AG; KSK: Klinik St. Katharinental; KSSG: Kantonsspital St. Gallen; Kispi ZH: Kinderspital Zürich; OKS: Ostschweizer Kinderspital; USZ: Universitätsspital Zürich sowie Uniklinik Balgrist; Insel BE: Universitätsspital Inselspital Bern; IVHSM: Interkantonale Vereinbarung Hochspezialisierte Medizin.

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 Kreuzlingen AG für alle Patienten und Patientinnen zugänglich gemacht. Die Venenklinik 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 für einfache elektive Wahlbehandlungen zu nutzen.

Die Frührehabilitation wird gemäss neuesten Informationen nicht aus dem Swiss DRG-System ausgelagert, sondern durch SwissDRG mit der Einführungsversion 1.0 abgebildet und vergütet werden. Die Leistungen werden jedoch durch die Re-

habilitationskliniken erbracht und folglich den Rehabilitationskliniken zugeteilt vgl. Kap. 8.2 und 9.

Die detaillierte Spitalliste ist in Anhang 7 dargestellt.

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 mit hohem Risiko zu Instabilität (z. B. in der Klinik Schloss Mammern AG), welche neu einheitlich als Frührehabilitation bezeichnet wird, bis zur mehrheitlich pflegerisch-therapeutischen, aktivierenden Betreuung im Sinne der 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, weiterführende 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 auf diesen Zeitpunkt aufgehoben. Spitäler, welche sich nicht für die Rehabilitation qualifizieren, können Anträge zur Aufnahme der Plätze auf die Pflegeheimliste für Langzeitpflege stellen. Die Bindersgartenklinik AG, Tägerwil, und die Tertianum Neutal AG, Berlingen, hatten die Möglichkeit, an der Präqualifikation der Pflegeheime für die Akut- und Übergangspflege teilzunehmen.

Der bisherige Leistungsauftrag Medizin der Klinik Schloss Mammern in der gesamten Inneren Medizin wird in analoge, differenzierte Aufträge der Frührehabilitation umgewandelt (siehe Kap. 9, Rehabilitation). Ausgenommen ist der Fachbereich Rheumatologie, er bleibt in der Rehabilitationsklinik als Leistungsauftrag der Akutmedizin bestehen.

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

Der zusätzliche Leistungsauftrag Dermatologie wird innerkantonale vergeben an die Venenklinik Bellevue Kreuzlingen AG. 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 innerhalb deren Leistungsauftrag im Kanton Thurgau erbracht.

Der Spezialbereich traumatischer und nicht traumatischer Querschnittsyndrome wird der (Früh-)Rehabilitation zugeordnet. Die Akutbehandlung ist in den einzelnen Leistungsgruppen der Akutsomatik enthalten. Die Suchtbehandlung wird dem Bereich Psychiatrie zugeordnet. Für den Bereich Epilepsie werden spezielle Leistungsgruppen neu geschaffen. Das Schweizerische Epilepsiezentrum erhält diesen Leistungsauftrag ohne Indikationsentscheide zugeteilt. Für Leistungen, welche jedoch in anderen Leistungsgruppen in Zusammenhang mit Epilepsieabklärung

und -behandlung codiert werden, kann weiterhin ein Indikationsentscheid zur Kostenübernahme gefällt 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.

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.

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

Aufgrund der freien Spitalwahl haben die Versicherten jederzeit die Möglichkeit, Spitäler zu beanspruchen, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind, wenn diese Spitäler zur Aufnahme bereit sind.

Mit der neuen Versorgungsstruktur sind in ausserkantonalen Spitälern Angebote für Patienten und Patientinnen gut gesichert, die aus medizinischer Notwendigkeit aufgrund eines qualitativ fehlenden Angebotes und in Notfällen zu behandeln sind (5.6 % der Fälle).

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 ausserkantonal 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 Listenspitälern 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 den Spitalplätzen Frauenfeld und Münsterlingen/Kreuzlingen erfolgen. Ausserkantonale werden die medizinisch notwendigen Leistungen in den dafür spezialisierten Zentren konzentriert.

Die integrale Spitalliste 2012 ist im Entwurf in Anhang 7 dargestellt

9. Evaluation in der Rehabilitation

9.1 Derzeitige Leistungsaufträge in der Rehabilitation

Die aktuelle Spitalliste A ist im Bereich der Rehabilitation heterogen gegliedert. Organspezifische Rehabilitationsbereiche sind an die Klinik Helios in Zihlschlacht 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 Neutal AG, Berlingen, und in der Klinik St. Katharinental umgesetzt. Die Klinik kneipp-hof Dussnang AG, Dussnang, die Klinik Schloss 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 der Rehabilitation

Rund 2'000 Patienten und Patientinnen pro Jahr werden 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, Klinik Schloss Mammern). Ebenfalls mehrheitlich muskuloskelettale Hauptdiagnosen werden in die Geriatrische Rehabilitation der Tertianum Neutal überwiesen. Die Klinik Helios ist auf neurologische (Früh-)Rehabilitation mit Hauptdiagnosen aus den Fachbereichen neurologische Erkrankungen und Verletzungen spezialisiert. Die Klinik Schloss Mammern deckt die kardiale, pulmonale, internistisch-onkologische und muskuloskelettale Rehabilitation in der Frühphase und in der weiterführenden Rehabilitation ab. Sie erbrachte im Jahr 2008 zudem 43 akutmedizinische Fälle (ca. 1 % der entsprechenden Leistungsbereiche Kardiologie, Pneumologie, Rheumatologie).

Die Leistungserbringung der Bindersgartenklinik 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 psychiatrisch-sozialmedizinische Rehabilitation erfolgt in den psychiatrischen Kliniken sowie Sucht- und Behinderteneinrichtungen. Entsprechende psychiatrische Diagnosen sind nur soweit in konventionellen Rehabilitationskliniken zu the-

rapieren, als sie in Kombination mit wesentlichen Beschwerden anderer Rehabilitationsbereiche auftreten.

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-Neurozentrums 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 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 der Kinderklinik 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 Spitalistische 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 Pflage tage 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 Aufnahme pflicht 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

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. 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.

Ansonsten folgt die Thurgauer Planung dem Züricher Modell:

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der Rehabilitation im Erwachsenenbereich. Sie wird daher separat geführt.

Als Frührehabilitation wird die gleichzeitige akutmedizinisch-kurative und rehabilitative Behandlung von Patienten und Patientinnen mit einer akuten Gesundheitsstörung (ICD¹¹) und relevanter Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit gemäss ICF¹² (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.

In der muskuloskelettalen Rehabilitation wird keine Frührehabilitation ausgeschieden. Die direkte Rehabilitationsfähigkeit ist bei jungen Patienten und Patientinnen gegeben, während bei älteren, gebrechlichen Menschen, die noch nicht rehabilitationsfähig sind, keine ärztlich/therapeutische Intermediate Care sondern eine pflegerische Betreuung und Überwachung angezeigt ist. Die hohe Infrastrukturdichte einer Rehabilitationseinrichtung ist dafür nicht notwendig. Die Wartezeit kann in Pflegeheimen oder mit Hilfe der Spitex zu Hause überbrückt werden. Bei einer neuerlichen Revision des KVG wäre anzustreben, dass die Akut- und Übergangspflege auch als Wartezeit im Hinblick auf eine Rehabilitation bei vorwiegend pflegerischem Bedarf eingesetzt und stationär analog zur Rehabilitation finanziert werden kann.

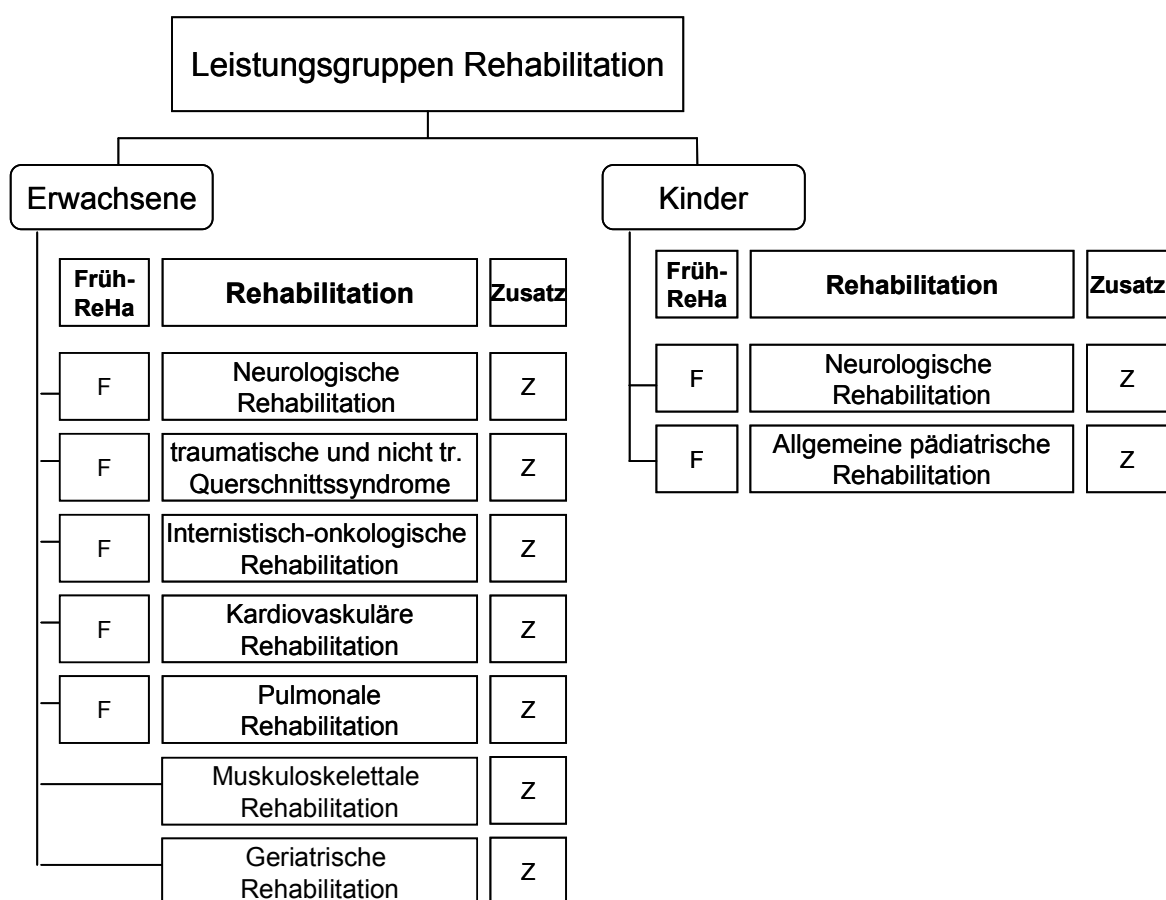
¹¹ International Classification of Diseases der World Health Organization (WHO), derzeit ICD-10

¹² International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit:

Die Frührehabilitation darf nicht mit einer Differenzierung nach Schweregrad innerhalb der weiterführenden Rehabilitation mit dem Ziel der Wiedereingliederung ins normale Leben verwechselt werden. Die Tarifpartner werden die Komplexitätsgrade in der weiterführenden Rehabilitation in der Tarifstruktur ebenfalls zu differenzieren haben. Rehabilitationskliniken werden jedoch in der Frührehabilitation mit der DRG-Tarifierung abrechnen. Das Tarifmodell der weiterführenden Rehabilitation ist noch nicht bekannt.

Die Leistungsaufträge in der Rehabilitation werden wie folgt strukturiert:

Abbildung 9.1: Leistungsgruppierung in der Rehabilitation



Grafik auf Basis der Bewerbungsunterlagen des Kantons Zürich adaptiert.

FrühReHa, F: Frührehabilitation; Zusatz, Z: Psychiatrisch-sozialmedizinische Rehabilitation

9.4.2 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 KVG¹³ und den Richtlinien für Institutionen für Menschen im AHV-Alter präzisiert¹⁴. 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. 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.

9.4.3 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 Kriterien¹⁵ 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. Schlaganfall innerhalb der letzten drei Monate;
 - d. Sturzereignisse und/oder Schwierigkeiten beim Gehen;
 - e. Ungeplante Hospitalisation in den letzten drei Monaten;

¹³ Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung vom 19. Dezember 1995(TG KKV; RB 832.10)

¹⁴ Neuordnung Pflegefinanzierung, www.gesundheitsamt.tg.ch; Anhang Akut- und Übergangspflege zu den Pflegeheimrichtlinien.

¹⁵ In Anlehnung an die Kriterien des Berner ReHa Zentrums Heiligenschwendi; www.rehabern.ch.

- f. Fehlernährung;
- g. Demenz (in der Regel Mini Mental Status MMS \geq 20 und ohne störendes Verhalten);
- h. Depression;
- i. Inkontinenz.

Bei Patienten und Patientinnen der geriatrischen Rehabilitation sind zusätzlich zum Alter Faktoren wie eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, Multimorbidität, reduzierte oder schwankende, insgesamt geringe Belastbarkeit etc. massgebend. Ansonsten gesunde Personen von über 75 Jahren nach Wahleingriffen und Unfällen 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 Händen der Entscheidungsträger vor Ort (Ärzte und Ärztinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sowie Krankenversicherer) transparent darzustellen und ggf. weiter zu präzisieren.

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 Grundlage 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. Sie wurden mit den nachträglich erschienenen Kriterien der GD Zürich¹⁶ und den Kriterien der SwissReHa¹⁷ sowie Grundlagen der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie¹⁸, den Geriatriekonzepten der Kantone St. Gallen¹⁹ und Tessin²⁰ sowie Qualitätskriterien für die geriatrische Versorgung im Kanton Bern²¹ überprüft.

Die generellen und leistungsspezifischen Anforderungen umfassen Aspekte mit den Schwerpunkten Personal, Infrastruktur und Therapiekonzepten:

1. Facharzt und Verfügbarkeit: Für jede Leistungsgruppe werden Anforderungen an die benötigten Fachärzte (mind. 120 Stellenprozent Leitung und Stellvertretung) und die Verfügbarkeit von Ärzten und Konsiliardiensten festgelegt.

¹⁶ Gesundheitsdirektion Zürich, Konzept Spitalplanung 2012; Rehabilitation von Erwachsenen, resp. Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 5. November 2010; www.gd.zh.ch.

¹⁷ SWISS REHA; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Aufnahme und Requalifikation, Stand 2010; www.swiss-reha.com.

¹⁸ Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie; www.sfgg.ch

¹⁹ Konzept stationäre geriatrische Versorgung, Kantonsrat St. Gallen, Bericht der Regierung vom 12. April 2005; siehe auch Geriatrische Klinik St. Gallen; www.buergerspital.ch

²⁰ Geriatrisches Rehabilitationskonzept REHA Ticino, Stand 2010.

²¹ Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Qualitätskriterien für die geriatrische Versorgung im Kanton Bern: II. Geriatrische Rehabilitation, 30. April 2008; www.gef.be.ch

2. Konsiliardienste: Die Erbringung von Leistungen, die aus medizinischer Sicht konsiliarisch begleitet werden müssen, wird betreffend Konsiliardiensten 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.

Die Evaluation für die Aufnahme auf die Spitalliste 2012 erfolgt bei Leistungsaufträgen mit mehr Anwärtern als Aufträgen im Sinne einer Rangreihenfolge pro Kriterium (vgl. Kap. 9.7 und Anhang 5). Zusätzlich werden folgende Kriterien angelegt:

7. Bereitschaft und die Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Auftrages gemäss Art. 58b Abs. 4 Bst. c KVG aufgrund der bisherigen Einhaltung von Richtlinien und Auflagen des Gesundheitsamtes für die Institution als Ganzes.
8. Beitrag gemäss § 38 Entwurf TG KVG zur ärztlichen Weiterbildung (Anerkennung als Weiterbildungsstätte Geriatrie) sowie zur Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens (Anzahl Ausbildungsplätze).

In der Versorgungsregion liegende (innerkantonale) Rehabilitationskliniken und davon Kliniken, die aktuell (31. 12. 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 Bindersgartenklinik und Kneipp-hof Dussnang werden 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 5).

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 und Tertianum Neutal erbrachten 2008 rechnerisch weniger Leistungen (Pflegetage dividiert durch 365 Tage). Die Zahl der Leistungsaufträge in deren Leistungsbe-
reichen ist daher aus wirtschaftlicher Sicht zu reduzieren.

Da mit Ausnahme der Bindersgartenklinik 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 ausserkanton-
al vergeben werden.

Verschiedene Fachgesellschaften und Organisationen empfehlen als ein Qualitätsmerkmal Fallzahlen von 250 und mehr Fällen pro Jahr und Institution. Bindersgartenklinik und Tertianum 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 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. Höhere Fallzahlen erlauben eine bessere Auslastung und Qualifizierung der Einrichtung. Für die Rehabilitation traumatischer und nicht traumatischer Querschnitts-
syndrome soll zusätzlich wie bisher der Zugang auf Kostengutsprache im Sinne der Indikationsüberprüfung für die Akutversorgung und für Spezialfälle in den dafür spezialisierten ausserkantonomeren Institutionen gesichert werden. Dies sind gemäss bisher erteilten Kostengutsprachen Institutionen wie Uniklinik Balgrist, Neurorehabilitation Inselspital Bern, ReHab Basel, Paraplegikerzentrum Nottwil, Rehaklinik Bellikon.

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 Klini-

ken. 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 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 werden sich auf geriatrische Rehabilitation und Akut- und Übergangspflege aufteilen.

Die Versorgungsplanung des Kantons Bern²² zeigt, dass dort trotz längerjähriger 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. Ein Aufrüsten an mehreren Standorten ist nicht kosteneffizient. Das Personal, 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 Bindersgarten gemäss den Kriterien von Kap. 9.5 und 9.6 zu evaluieren. Die Evaluation ist in Anhang 5 dargestellt.

Die Kliniken qualifizieren in der Reihenfolge 1. Tertianum Neutal, 2. Klinik St. Katharinental, 3. Bindersgartenklinik 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 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

²² Versorgungsplanung Kanton Bern 2011 - 2014, Vernehmlassungsentwurf, Januar 2011.

wenn der Bedarf durch neue Therapieansätze steigen wird, kann er mit der Erteilung von zwei Aufträgen langfristig gesichert werden.

Eine psychiatrisch-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 und Klinik Schloss Mammern.

Der Zusatz Frührehabilitation wird den Rehabilitationskliniken in den Leistungsbe-
reichen internistisch-onkologische, neurologische, pneumologische und kardio-
vaskuläre Rehabilitation erteilt, wenn sie die Kriterien dafür erfüllen. Dies sind heu-
te Helios Klinik und Klinik Schloss Mammern.

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 Eva-
luationen in der Spitalliste wie folgt zugeteilt:

Tabelle 9.1: Zuteilung der Leistungsaufträge in der Rehabilitation

Leistungsgruppen Rehabilitation	Helios Klink	kneipp- hof	Klinik St. Ka- tharinental	Schloss Mammern	Tertianum Neutal	weitere
Geriatric						
Weiterführende Rehabilitation						
Internistisch-onkologisch						
Frührehabilitation						
Weiterführende Rehabilitation						
Kardiovaskulär						
Frührehabilitation						
Weiterführende Rehabilitation						
Muskuloskelettal						
Weiterführende Rehabilitation						
Pneumologisch						
Frührehabilitation						
Weiterführende Rehabilitation						
Neurologisch						
Frührehabilitation						
Weiterführende Rehabilitation						
traumatische und nicht trauma- tische Querschnittsyndrome						* IndE.
Zusatz: Psychiatrisch-sozialmedizinisch**						

Leistungsgruppen Rehabilitation	Helios Klinik	kneipp- hof	Klinik St. Ka- tharinental	Schloss Mammern	Tertianum Neutal	weitere
Rehabilitation Kinder Neurologische (inkl. neuro- orthopädische) Rehabilitation Allgemeine pädiatrische Rehabilitation						ReHa Kispi ZH

* IndE: auf Indikationsentscheid des Kantonsärztlichen Dienstes zur Tarifierung für Spezialfälle traumatischer und nicht traumatischer Querschnittssyndrome in Spezialkliniken auf Spitalisten anderer Kantone: Uniklinik Balgrist, REHA Basel, Inselspital Bern, Paraplegikerzentrum Nottwil, Rehabilitationsklinik Bellikon. ** Nicht im Sinne von psychiatrischen Hauptdiagnosen und Behandlungen einer Krisenintervention oder Frührehabilitation, zuständig sind psychiatrische Kliniken.

ReHa Kispi ZH: Kinderspital Zürich mit Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche, Affoltern a.A.

Für die Erteilung der Leistungsaufträge wird vorausgesetzt, dass die Kliniken ab 1. Januar 2012 über eine gültige Betriebsbewilligung für die entsprechenden Leistungsgruppen verfügen. Sollte eine Klinik die Anforderungen nicht erfüllen, kann der Leistungsauftrag für einen Zusatz, eine Leistungsgruppe 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 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 Neutal AG 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 analog zur Rehabilitation vollumfänglich durch die Krankenversicherung und die öffentliche Hand finanziert wird, um eine suboptimale Behandlung (Unter- oder Überversorgung) aufgrund der finanziellen Verhältnisse, inkl. Versicherungsstatus des Patienten und der Patientin, zu vermeiden.

Die vorgelegte Versorgungsstruktur ermöglicht eine klare Konzentration, Professionalisierung und letztlich Positionierung der geriatrischen Rehabilitation für Zuweiser und Menschen, welche eine stationäre Rehabilitation beanspruchen. Die An-

forderungen 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 im Entwurf in Anhang 7 dargestellt.

10 Evaluation in der Psychiatrie

10.1 Ausgangslage in der Psychiatrie

Ausgehend von den Empfehlungen der GDK und den im Psychiatriekonzept Thurgau 2004²³ festgestellten Verbesserungspotenzialen wurde von der Psychiatriekommission im Jahr 2009 ein Vorprojekt Psychiatrieplanung 2012 mit den Zielen für die Entwicklung, einem Bericht zur aktuellen Situation und Anträgen zu Händen des Chefs des Departements für Finanzen und Soziales (DFS) durchgeführt²⁴.

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 die Versorgungsstrukturen, Settings, Projekte, Finanzierungsgrundsätze, Monitoring, Controlling und Qualitätssicherung²⁵.

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.

²³ Psychiatriekonzept Kanton Thurgau, mit RRB 229 vom 6. April 2005 zur Kenntnis genommen.

²⁴ Vorprojekt Psychiatrieplanung 2012, Bericht der Psychiatriekommission vom 30. November 2009 an den Chef des Departements für Finanzen und Soziales.

²⁵ 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 0.90 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 unterschiedlicher Finanzierungsmodelle von ambulanten, tagesklinischen und stationärer Angebote 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 Gesundheitsförderung eine Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden, soll aber den Einzelnen nicht der Verantwortung für seine Gesundheit entheben. Die Grundsätze des Konzeptes Gesundheitsförderung Thurgau gemäss RRB Nr. 780 vom 15. September 2009 und des Konzeptes 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- Familienberatung, Mütter-Väterberatung,

etc.) sind mit den psychosozialen und psychiatrischen Angeboten möglichst bezirksweise 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 Arbeitsplatzzerhaltung 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 Behindertenkonzeptes²⁶ 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 Alterskonzeptes²⁷ weiterzuentwickeln. Die Langzeitversorgung ist, soweit medizinisch, sicherheitstechnisch und wirtschaftlich vertretbar, eher in Alterspflegeheimen als in Psychiatrischen Kliniken sicherzustellen.
6. Die Vorgaben der revidierten Strafprozessordnung²⁸ sind umzusetzen. Die Fachkompetenz zur Beurteilung und Begutachtung der Fälle ist innerkantonalt 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 konkretisiert²⁹. 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 Ausbildung 10.1 richten.

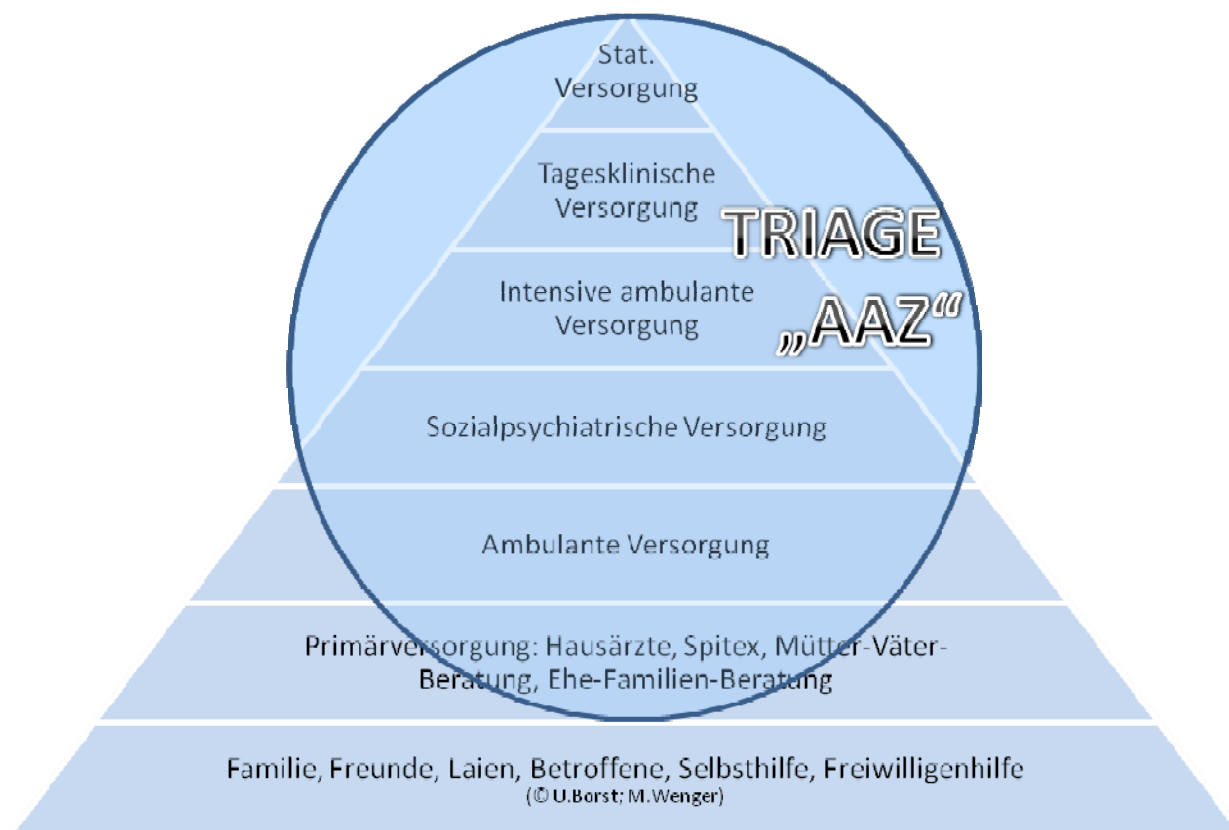
²⁶ Behindertenkonzept, Konzept des Kantons Thurgau zur Förderung der Eingliederung invalider Personen gemäss Art. 10 IFEG, RRB Nr. 212 vom 16. März 2010; www.fuersorgeamt.tg.ch / Heimwesen /

²⁷ Alterskonzept Thurgau, (in Revision 2011); www.gesundheitsamt.tg.ch, oder www.sozialnetz.tg.ch

²⁸ Schweizerische Strafprozessordnung (StPO, SR 312.0), Strafgesetzbuch (StGB; SR 311.0) insbesondere Art. 59 StGB.

²⁹ Projektbericht Psychiatrieplanung 2012; Ziele für die Entwicklung; Versorgungsstrukturen, Settings und Projekte; Finanzierungsgrundsätze; Monitoring, Controlling und Qualitätssicherung; Februar 2011.

Abbildung 10.1: Versorgungspyramide und Triagefunktion in der Psychiatrie



AAZ: Aufnahme und Abklärungszentrum

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

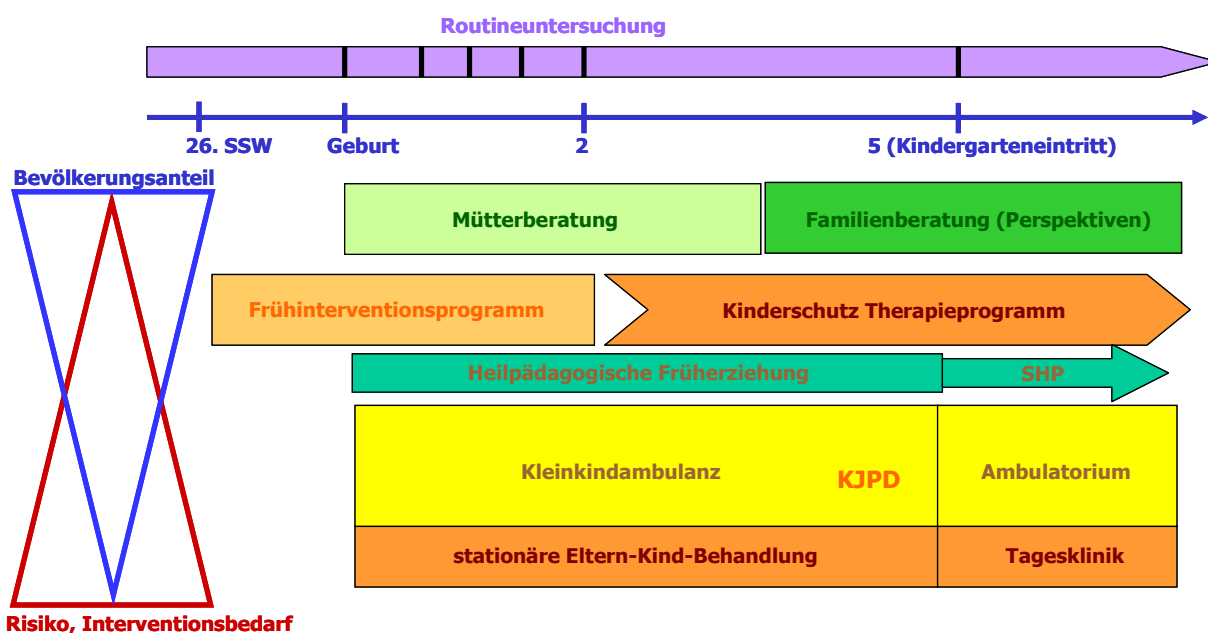
Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton ist bereits konsequent auf aufsuchende und ambulante Strukturen ausgerichtet und beinhaltet Modellprojekte. Im Vorprojekt wurden die Angebote für Kinder- und Jugendliche in Gesundheitsförderung, Primär- und Sekundärprävention, die aktuellen Angebote

und Veränderungen gegenüber dem Psychatriekonzept 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 10.2: 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, 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 verstärkt 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 Übergangsbearbeitung 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 freie Spitalwahl 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 angeboten wird, mit den niedergelassenen Psychiatern und Grundversorgern einvernehmlich abzusprechen³⁰.

Die psychiatrische Versorgung ist stärker auf ambulante Behandlungen auszurichten. Wo immer möglich sind stationäre Patienten und Patientinnen der ambulanten

³⁰ Konsensuspapier „Zusammenarbeit freipraktizierende Ärzte und Spitäler im Kanton Thurgau“; Ärztesellschaft Thurgau; September 2007

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.

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 Arbeitsassistenz, 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. Zur definitiven Ausgestaltung der Versorgungsstruktur sind baldmöglichst Entscheidungen zu fällen (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 hochgesicherten forensischen, kosteneffizienten und mit entsprechendem Sicherheitsdispositiv ausgestatteten Abteilungen vorgesehen werden. Mit Ausnahme der hochgesicherten forensischen Psychiatrie ist der kan-

tonsübergreifende 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 beantragt.

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 Gemeindef Zweckverband Perspektive Thurgau mit den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Beratung bildet die Struktur für die operative Umsetzung eines umfassenden, flächendeckenden Leistungsangebots für gemeindenahe, 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 wer-

den. So sollen Tagesklinikplätze analog den stationären Spitalbetten durch den Kanton mitfinanziert werden. Im Gegenzug wird die Anzahl stationäre Plätze und Spitaltage reduziert.

Tabelle 10.1: Graphische Übersicht über das Finanzierungsmodell in der Psychiatrie:

ambulante Psychiatrie				stationäre Psychiatrie	
TARMED	Spezial-sprechstunden Klinikarzt	TARMED / Kanton	EPD	KVG/VVG / Kanton	
	niedergelassener Psychiater		Sucht Sozialpsychiatrie		
100% KV zu 0% KT	Grundversorger	wie stationär?	Triagestation	Kostenteiler bis 31. März festzulegen	F0 - F99 Akutpsychiatrie und Psychotherapie
	Psychologen		Krisenintervention Tagesklinik Aufsuchende Behandlung Case Management Poststationärer Übergang Psychosoziale Medizin		
			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 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 Foreklinik 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 für das Jahr 2008 dargestellt, Anhang 2 des Strukturberichtes führt die innerkantonalen Daten 2008 bis 2010 an.

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 Schulterschluss 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 erfasst. 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 10.2: 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	Clenia Littenheid AG	Ärzte in Praxis, weitere Organisationen*
Gesundheit von Anfang an: Frühe Kindheit, psychosozial mehrfach belastete Familien				
Jugendliche im Focus 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. Anhang 2 des Strukturberichtes führt die innerkantonalen Daten 2008 bis 2010 an.

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 erfolversprechende Behandlung. Fürsorge und wirksame Behandlung kann teilweise anfänglich nur gegen den Willen betroffener Patienten und Patientinnen erbracht werden. Der Aufnahmedruck 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 Pflergetagen von 103'134 bis 97'901 Tagen pro Jahr. Rechnerisch ergibt sich ein Durchschnitt von 276 belegten

Plätzen (Pflegetage dividiert durch 365 Tage). In den letzten drei Jahren lagen innerkantonale stationäre Versorgungsanteile der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (> 18 Jährige) bezogen auf die Pflegetage bei 69 bis 72 % für die PKM, bei 24 bis 27 % für die Clenia Littenheid AG und 2 bis 4 % für die Klinik Aadorf. Die drei Kliniken erbringen über 90 % der gesamten stationären Leistungen 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 Akut-somatik 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 konventionellen 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 (Wahrnehmungs-)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."³¹ 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.

Zur definitiven Ausgestaltung der Versorgungsstruktur von psychiatrischen Langzeitpatienten sind noch keine Entscheidungen getroffen worden. 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. Voraussichtlich kann für die Gruppe 1 in einer Wohngruppe der Stiftung Mansio auf dem Platz Münsterlingen eine Lösung gefunden, die Gruppe 2 benötigt zwingend eine psychiatrische Klinik.

³¹ 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 folgenden 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 fünf stationäre Plätze (ausgenommen hochgesi-

cherte 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 hat ein hohes Interesse, die Begutachungskompetenz im Kanton zu halten und zu fördern, damit die rasche (und damit kostengünstige) Abwicklung der Fälle weiterhin gewährleistet ist. Das Konzept zur Entwicklung und Optimierung der Station für forensische Psychiatrie der PKM liegt zum Entscheid vor. Es wird zur Umsetzung empfohlen.

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 10.3: Graphische Übersicht über substituierbare stationäre Aufenthalte:

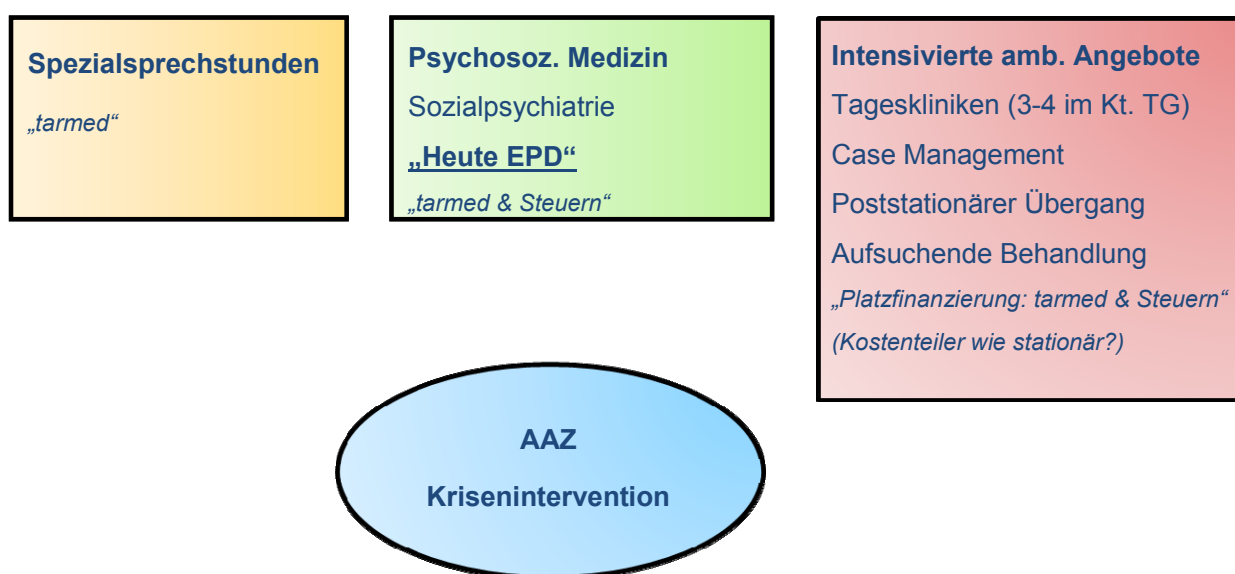
Behandlungshintergrund:	I. Morbus bedingt	II. Komplexe psychosoziale Problemlage	III. Störungsspezifische stationäre Versorgung	IV. Fehlindikationen
Kennzeichen	Schwere der Erkrankung macht stationäre Behandlung notwendig, ambulante Behandlung ist mit bestehenden Angeboten nicht mehr möglich.	Zusätzliche 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

Folgende ambulanten Versorgungsstrukturen, Settings und Projekte sollen umgesetzt werden:

Abbildung 10.3: Graphische Übersicht über 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) teilstationären 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-alters-psychiatrischem 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 Pflegetagen.

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 Übergangsbearbeitung (PSÜB):** Rein ambulantes Angebot für diejenigen Personen, bei denen eine klare Indikation zu einer aufsuchenden Übergangsbearbeitung festgestellt wird. Mögliche Indikationen sind ein neu eingerichtetes, umfassendes ambulantes Betreuungssetting, eine hohe Anzahl verschiedener ambulanter Betreuungspersonen, ein konflikthafte Betreuungs-

setting 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 sollte aus Sicht der Versorgungsplanung jedoch im Rahmen der Umsetzung des Alterskonzeptes in einem umfassenden Geriatriekonzept angegangen und insbesondere mit Ansätzen der Akutgeriatrie und geriatrischen Rehabilitation koordiniert werden. Sie 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 Finanzierungskonzepts (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“³² 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 10.4 zusammengefasst:

³² Projekt aus der Zukunftskonferenz „Die seelische Gesundheit im Alter gestalten“, Mai 2007.

Tabelle 10.4.: Übersicht über Leistungsangebot und Substitution in der Psychiatrie, 1. Teil

Psychiatrie Erwachsene für Thurgauer Bevölkerung	Klinik Aadorf	Clenia Littenheid, EPD Sirmach	PDT: PKM und EPD	Ärzte in Praxis, Organisationen	Veränderung Versorgungsangebote: Substitution
Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie und integrierte psychotherapie: Institutionelle Grundversorgung (Notfall, 24h Bereitschaft, offene und geschlossene Abteilungen, FFE) und institutionelle Spezialversorgung Institutionelle Spezialversorgung Belegung inkl. Zusatzversicherung Mittel 2008 - 2010	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	Forel-klinik: nur Sucht-entwöhnung	Abbau: - 13 Plätze ²⁾ - 20 Plätze ³⁾
Tageskliniken: - 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
Triage und intensivierete Angebote: - Aufnahmedienst - Aufnahme- und Abklärungszentrum (AAZ) - Integrierte Krisenintervention (KIT) - Intensive Case Management (ICM): - Poststationäre Übergangsbearbeitung (PSÜB)					Aufbau als Modellprojekt
Ambulante Sprechstunden, Spezialsprechstunden	Konsensuspapier ÄTG	Konsensuspapier ÄTG	Konsensuspapier ÄTG		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 Pflage tage / 356 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 10.4: Übersicht über Leistungsangebot und Substitution in der Psychiatrie 2. Teil

Erwachsenenpsychiatrie: angrenzende und differenzierte Bereiche	Klinik Aadorf	Clienia, EPD Sirnach	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 Plätze	Integrations- massnahmen IV-Revision
Langzeitaufenthalte für chronisch psychisch Behinderte und psychische Alterserkrankungen ⁶⁾				10 - 20 % der Plätze in Al- ters- / Behin- dertenpflege- heimen ⁶⁾	Pflegeheim- planung: - Alters- und - Behinderten- pflegeheime
Schwere chronische psychische Krankheit und psychische Behinderung ⁷⁾			ca. 18 Plätze, davon ca. 2 für Menschen im AHV-Alter, ca. 10- 12 für leichter und 4-5 für schwer psychisch Behinderte. PKM, Stif- tung Mansio, ausserkantonale psychiatrische Pflegeheime ⁸⁾		Regelung ist in Absprache mit dem Für- sorgeamt zu treffen.
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		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 überregio- nale Station ⁹⁾

PDT: Psychiatrische Dienste Thurgau; EPD: Externe Psychiatrische Dienste Münsterlingen, Romanshorn, Frauenfeld, Sirnach; PKM: Psychiatrische Klinik Münsterlingen; Clenia: Clenia Littenheid AG.

⁴⁾ Stiftung Mansio, Brüggl 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 Gelnähe 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:

Tabelle 10.5: Innerkantonale Versorgungsinfrastruktur psychiatrische Kliniken

	Klinik Aadorf	Clenia Littenheid	PDT: PKM, KJPD
Fachärzte und deren zeitliche Verfügbarkeit	X	X	X
Leistungsangebot allgemeine Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie: - Umfassende institutionelle Grundversorgung - Institutionelle Spezialversorgung	X	X	X
Verfügbarkeit der Leistungen: - Aufnahme während 24-h rund um die Uhr - Geplant (Montag - Samstag)	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
Erwachsene: - Offene Abteilungen - Geschlossene Abteilungen - Gesicherte forensische Psychiatrie - Hochgesichert forensische Psychiatrie	X	X	X
Kinder und Jugendliche: - Offene Abteilungen - Geschlossene Abteilungen - Gesichert forensische Psychiatrie - Hochgesichert forensische Psychiatrie		X	X ¹⁾
Tagesklinik		X	X
Diagnostik neurogerontopsychiatrische Störungsbilder			X
Substanzabhängigkeit - Alkohol- und Tabletten - Illegale Drogen		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 plant im Hauptbau eine umfassende Erneuerung und Erweiterung. Zur Entwicklung und Optimierung der Station für forensische Psychiatrie der PKM liegt das Konzept zum Entscheid vor.

10.9.2 Ausserkantonale Versorgungsstrukturen Psychiatrie

Aus Gründen des innerkantonale nicht verfügbaren Angebotes werden ausserkantonale ausschliesslich jugendliche und erwachsene Straftäter und Straftäterinnen, die in hochgesicherten, spezialisierten Einrichtungen platziert werden müssen, ausserkantonale eingewiesen. Zudem ist die Forelinik Ellikon auf Entwöhnung von Alkohol- und Tablettenabhängigkeit spezialisiert, sie wird auf der Spitalliste geführt. Betroffene haben damit eine Wahlmöglichkeit.

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 marginal 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 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 Einwohner³³. 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 betrage. Für innerkantonale Kliniken beträgt die normative Vorgabe des Regierungsrates 0.9 pro 1'000 Einwohner. Kinder- und Jugendliche in psychiatri-

³³ Becker et al.; Versorgungsmodell in Psychiatrie und Psychotherapie, S. 50. Zitat aus Versorgungsbericht des Kantons Bern, Januar 2011.

schen Kliniken belegten durchschnittlich 14 Plätze. Diese Anzahl wird für die Spitalplanung 2012 beibehalten.

Die versorgungspolitische Strategie in der Psychiatrie wird von den Fachleuten im Kanton mitgetragen³⁴. Die Psychiatriekommission empfiehlt im Projekt Psychiatrieplanung 2012 für Erwachsene massvolle Strukturveränderungen mit Verlagerung in die ambulante Versorgung bei gleichzeitigem Ausbau und Stabilisierung der ambulanten und tagesklinischen Angebote vorzunehmen.

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 ausserkantonal behandelter 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 innerkantonal behandelter Thurgauer Bewohner und Bewohnerinnen anzunehmen. Die freie Spitalwahl würde eher reduzierend auf den innerkantonal 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 innerkantonal zu sichernde vollstationäre Bedarf wird normativ auf 0.9 Plätzen pro 1'000 Einwohner der Erwachsenenpsychiatrie und -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 bis zum Jahr 2016 auf den normativ vorgegebenen Zielwert von 229 vollstatio-

³⁴ Vorprojekt Psychiatrieplanung 2012, kant. Psychiatriekommission, 30. November 2009 und Projektbericht Psychiatrieplanung Thurgau 2012, kant. Psychiatriekommission, 21. Februar 2011.

nären innerkantonalen Plätzen bei 100 % Belegung zu reduzieren (0.90 Plätze/ 1'000 Einwohner, 254'000 Einwohner gemäss mittlerem aktualisiertem Bevölkerungsszenario³⁵), 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 10.6: 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*	262	-13	-10	-10 Plätze
Innerkantonal gedeckter resp. zu deckender Bedarf in der stationären Erwachsenenpsychiatrie und - psychotherapie	1.07 262	ca. 1.00 249	ca. 0.95** 239	0.9** 229
Innerkantonal zu deckender Bedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	14	14	14	14
Plätze insgesamt in innerkantonalen psychiatrischen Kliniken	276	263	253	243

* Plätze bei 100 % Belegung als Anzahl Pflgetage dividiert durch 365 Tage. ** pro 1'000 Einwohner. Einwohner 31.12.2009: 244'330; revidiertes mittleres Bevölkerungsszenario 31.12.2015: 254'000.

Tabelle 10.7: Übersicht über etappierte Substitution in der ambulanten Erwachsenenpsychiatrie:

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.

³⁵ Zukünftige Bevölkerungsentwicklung – Daten, Indikatoren, Kantonale Szenarien, Aktualisierung 2009. www.bfs.admin.ch

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 Abbauschritten 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 Kinderpsychiater sowie der KJPD kennen die Schwerpunkte der Angebote und die individuellen Zuweisungskriterien.

Für statistische Abgrenzungen werden Personen ab 18 Jahre 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 nicht selektiv. Ein Grossteil der Leistungen muss ohne Zugangskriterien und ohne Wartezeit erbracht werden. 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 innerkantonalen Partner 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 Gerontopsychiatrie. 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 Gerontopsychiatrie 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 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. In der Zuteilung der Leistungsaufträge sind daher Kliniken zu bevorzugen, welche folgende Kriterien integral ohne Brüche entlang der Behandlungskette besser 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 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 verbogener 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 Fehlanreizen 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. Anhang 2 verlagerte Entwicklung 2008 bis 2010). Sanktionsmassnahmen sind unter den Prämissen des revidierten KVG schwer durchsetzbar.

Beide Privatkliniken, Clenia Littenheid AG und Klinik Aadorf, 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 Wahlmöglichkeit für Patienten und Patientinnen, sowie Zuweiser und Zuweiserinnen ist mit zwei Leistungsaufträgen ebenfalls sichergestellt.

Die Führung eines dritten Standortes ist unter dem unter Kap. 10.15 angeführten Vorbehalt denkbar.

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 Leistungsaufträge erfolgt somit aufgrund der notwendigen Anzahl an Leistungsaufträgen gemäss Kap. 10.14 und dem Grad der Erfüllung der Anforderungen gemäss Kap. 10.12 der evaluierten Kliniken. Letztere ist in Anhang 6 dargestellt. Ausserkantonale Leistungserbringer sind nicht zu evaluieren.

In qualitativer Hinsicht werden alle Leistungen, welche die Klinik Aadorf ausweist, auch von der PKM und die Clenia Littenheid AG erbracht. Umgekehrt, werden die Leistungen, welche diese beiden Kliniken erbringen in verschiedenen Subbereichen von der Klinik Aadorf nicht erbracht. Sie verfügt derzeit weder über die entsprechenden Fachkräfte noch die entsprechenden Infrastrukturen und kann kein umfassendes stationäres psychiatrisches Behandlungsangebot bieten. Die Klinik Aadorf 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 Leistungserbringung an einem dritten kantonalen Standort in Aadorf, jedoch innerhalb eines der beiden Leistungsaufträge, vorstellen.

Die zwei Leistungsaufträge in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie sind daher den Kliniken PKM und Clenia Littenheid AG zu erteilen. Damit in allen Bereichen der Erwachsenenpsychiatrie, welche ausreichende Fallzahlen haben, für die Patienten und Patientinnen eine Auswahl besteht, bleibt die auf Suchtentwöhnung spezialisierte Forelklinik weiterhin auf der Spitalliste des Kantons Thurgau

Die Zuteilung der Leistungsaufträge und die etappierte Umsetzung sind in den folgenden Tabellen 10.8 und 10.9 zusammenfassend dargestellt:

Tabelle 10.8: Graphische Übersicht über die stationären Leistungsaufträge in der Psychiatrie:

Spitalliste stationäre Psychiatrie in Psychiatrischen Kliniken	Clienia Littenheid*	Psychiatrische Dienste Thurgau*	weitere
Kinder- und Jugendpsychiatrie			
Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie			*Evtl. dritter Standort
- Umfassende institutionelle Grund- und Spezialversorgung			
- speziell Substanzabhängigkeit Alkohol- und Medikamente Illegale Drogen	Entzug, Behandlung, Entwöhnung	Entzug, Behandlung, Entwöhnung	Entwöhnung: Forelkllinik
	Entzug, Entwöhnung	Entzug, Behandlung, Entwöhnung	
- speziell Neurogerontopsychiatrie			
- speziell Eltern-Kind-Behandlung			

*Eventuell dritter innerkantonaler Standort (Aadorf) innerhalb eines der beiden Leistungsaufträge

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 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.

Tabelle 10.9: Übersicht über die etappierte Kapazitätsverlagerung der stationären Psychiatrie in den 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 Plätze			
Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie	262	249	239	229
Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie	276	263	253	243
- Klinik Aadorf	8.5 Plätze	-	-	-
- Clenia Littenheid	72 Plätze	70 Plätze	68 Plätze	66 Plätze
- PDT	196 Plätze	193 Plätze	185 Plätze	177 Plätze

Für ausserkantonale Spitäler der Spitalliste wird von einer Fortschreibung der bisherigen prozentualen Inanspruchnahme ausgegangen. Die Spitalliste, wie sie publiziert werden soll, ist in Anhang 7 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 Leitfaden 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 stationär notwendige Bedarf kann mit den zwei Kliniken PSK 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. 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, Rehabilitation und Psychiatrie 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. 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. Leistungsaufträge 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

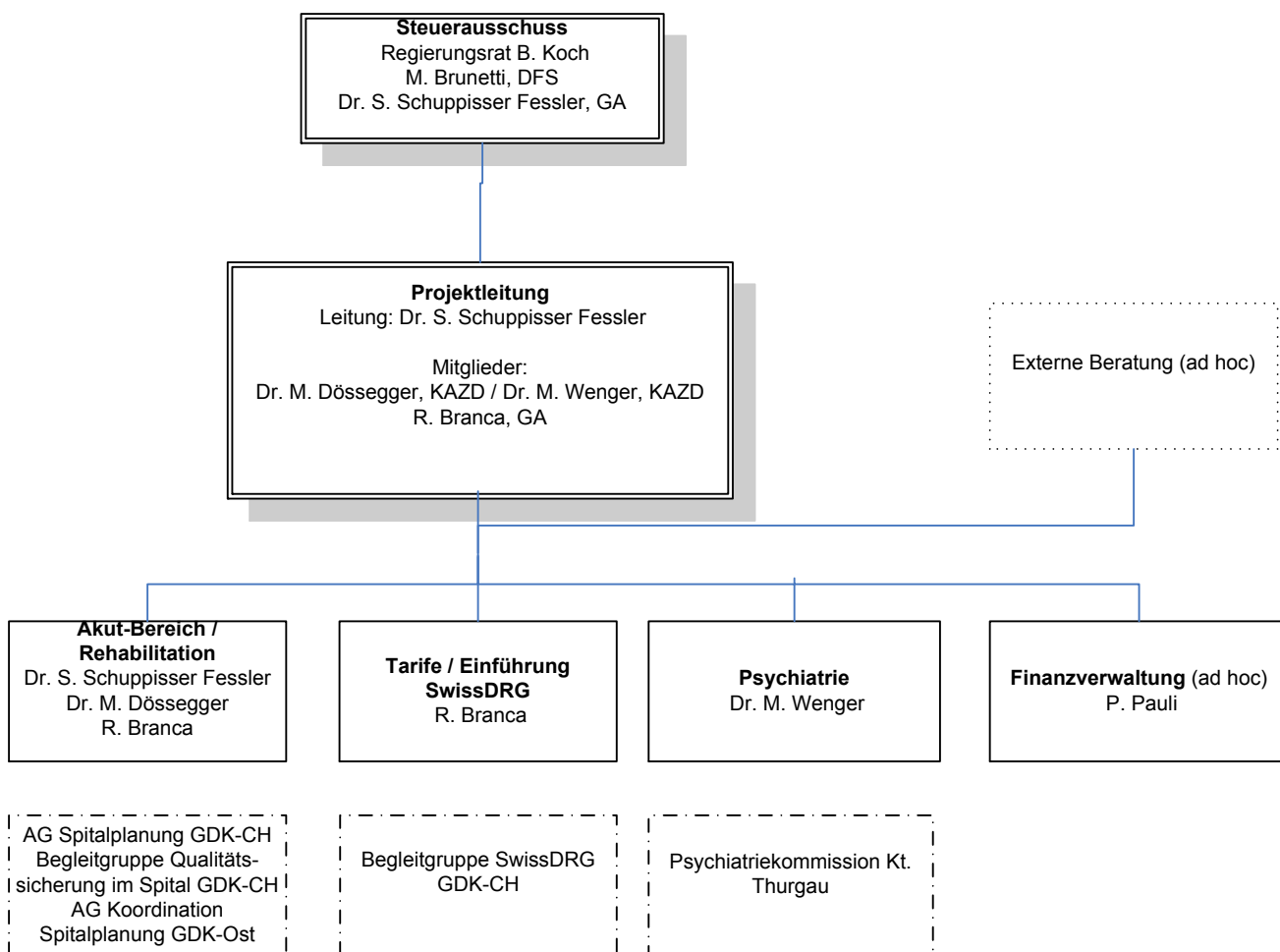
Dieser Bericht wird einem breiten Vernehmlassungsverfahren mit Frist bis zum 31. Mai 2011 unterzogen.

Im Anschluss an die Vernehmlassung wird der Strukturbericht inhaltlich und formell überprüft und soweit sinnvoll und notwendig angepasst.

Die definitive Spitalliste wird auf Grundlage des definitiven Strukturberichtes auf den neuen kantonalgesetzlichen Grundlagen Mitte 2011 verabschiedet und per 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt werden.

A. Projektorganisation

Für die Abwicklung des Projektes Spitalplanung und -finanzierung 2012 wurde vom Regierungsrat mit RRB Nr. 305 vom 7. April 2009 folgende Projektorganisation eingesetzt:



Vernehmlassungsverfahren zum Versorgungsbericht, Stand 6. Juli 2010

1. Durchführung und Gesamteindruck

Zum Versorgungsbericht der stationären Bedarfsplanung mit Stand 6. Juli 2010 hat das Departement für Finanzen und Soziales ein Vernehmlassungsverfahren durchgeführt, in welches die innerkantonalen Spitäler, die im Bericht genannten ausserkantonalen Spitäler, santésuisse, die Ärztesgesellschaft Thurgau, Spitex Verband Thurgau und Curaviva Thurgau einbezogen wurden.

Die Spitäler stehen dem beschriebenen Vorgehen grundsätzlich positiv gegenüber. Insbesondere wird begrüsst, dass keine Versorgungsregionen gebildet werden, sondern die Spitalplanung wie bisher für das Kantonsgebiet als Ganzes ausgelegt wird.

Für den zukünftigen Versorgungsauftrag scheint es einzelnen Vernehmlassungspartnern auch relevant, wie sich die Fälle pro Institution auf die Altersgruppen (Kinder, Erwachsene) verteilen.

Santésuisse weist generell darauf hin, dass das Angebot an Versorgungsstrukturen auch bestimmend für die Nachfrage und die Höhe der Gesundheitskosten sei. Die Thurgauer Spitalliste 2012 soll schliesslich die für die Versorgung der Thurgauer Bevölkerung notwendigen Listenspitäler aufführen.

Das Ostschweizer Kinderspital (OKS) weist darauf hin, dass die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht als eigenständiges Segment der spitalgebundenen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zur Geltung kommt. Hospitalisationen von Kindern und Jugendlichen werden in den Statistiken durchwegs untrennbar mit denjenigen für Erwachsene zusammen dargestellt. Eine besondere Analyse der Hospitalisationen bei Kindern würde sich aber aus verschiedenen, detailliert aufgeführten Gründen aufdrängen. Kinder und Jugendliche bräuchten eine besondere ärztliche und pflegerische Expertise um gemäss ihrem Entwicklungsstand und nach ihren körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnissen behandelt werden zu können.

2 Prognosen und Kommunikation von Detaildaten

Santésuisse stellt fest, dass Einflussfaktoren, welche die künftige durchschnittlichen Aufenthaltsdauer beeinflussen, wie beispielsweise epidemiologische und medizin-technische Entwicklungen sowie eine allfällige Substitution durch ambulante und nachgelagerte Versorgungsstrukturen, keine spezielle Beachtung finden. Sie weist auch auf die grossen quantitativen Unterschiede der Prognosen der Aufenthaltsdauer je nach Szenario hin. Sie begrüsst im Rahmen der künftigen Spitalliste 2012 Massnahmen mit kostendämpfender Wirkung. In Bezug auf die Analysen pro Leistungsbereich wäre das Aufzeigen von Datenreihen der Ist-Inanspruchnahme (Jahre 2003 - 2008) zu begrüssen. Weiter wird in der Stellungnahme darauf hingewiesen, dass auf eine Umrechnung der künftigen Leistungen in einen kapazitätsmässigen Bedarf verzichtet wurde.

Die Auswirkungen der von santésuisse angeführten Parameter werden kontrovers diskutiert und sind nach Ansicht der Projektleitung und des OBSAN nicht valide abschätzbar. In der Wahl der Methodik wurde bewusst auf deren Einbezug verzichtet. Gemäss gesetzlicher Vorgabe wird mit Ausnahme der Psychiatrie eine konsequent leistungsorientierte Planung vorgenommen. Die Prognosen der Pflage tage haben somit indikativen Charakter für die Spitäler, welche Leistungsaufträge erfüllen; auf die kapazitätsorientierte Betrachtung wird verzichtet. Da die Bedarfsplanung neu auf statistisch ausgewiesenen Vergleichen und nicht mehr auf einer Fortschreibung der Vergangenheit zu beruhen hat, wären die Angaben 2003 - 2008 wenig hilfreich, zumal die Zählart der Fälle Brüche in der Zahlenreihe ergibt.

3 Gruppierung der Leistungsdaten Akutsomatik

Der Verband der Ostschweizer Privatkliniken (OPK) sowie einzelne Privatkliniken bemängeln, dass es gewisse Differenzen bei den Kennzahlen gibt und die Zuordnung der erbrachten Leistungen in die Leistungsbereiche nicht mehr ihrem jetzigen Leistungsauftrag entspreche resp. der unzutreffende Eindruck entstehen könnte, dass Leistungsbereiche nicht mehr umfassend abgedeckt werden bzw. die Kliniken in Leistungsbereichen tätig geworden sind, für die kein Leistungsauftrag. Sie beantragen, dass dies im Strukturbericht korrigiert dargestellt werde.

Die Projektleitung stellt fest, dass die Kantone zur Koordination der Planungen verpflichtet sind, es soll künftig ein interkantonaler Leistungsvergleich möglich sein. Die Kantone sind mit weitgehend einheitlichen Gruppierungen bestrebt, Grundlagen für die Erfüllung dieser Ziele zu schaffen. Für die Versorgungsprognose musste auf eine eindeutige Zuordnung jeder Diagnose zu nur einem Leistungsbereich abgestellt werden. In der Vergabe der Leistungsaufträge an die bedarfsnotwendigen Spitäler sind die bisher erbrachten Leistungen unter Wahrung der Verhältnismässigkeit abzubilden.

Aufgrund der Planungen und Kooperationen sollten auch eine damit verbundene Erhöhung der kantonalen Behandlungskapazitäten in den Bereichen Kardiologie sowie Herz- und Neurochirurgie berücksichtigt werden.

4 Rehabilitation

Die Mehrheit der Leistungserbringer erachtet die leistungsorientierte Gliederung nach Organsystemen prinzipiell als richtig. Sie wird durch die seit 2010 geltende neue Codierungssystematik unterstützt. Zusätzlich seien als funktionale Gliederung jedoch die Geriatrie Rehabilitation und die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen aufzunehmen. Auch der Zusatz, dass in den konventionellen Rehabilitationskliniken keine psychiatrisch-sozialmedizinische Rehabilitation als Hauptdiagnosen auszuscheiden ist, wird einvernehmlich anerkannt.

Für die Vergabe der Leistungsaufträge wird mehrheitlich eine zusätzliche Unterteilung innerhalb der Leistungsbereiche in Frührehabilitation und weiterführende Rehabilitation gefordert.

Alle Leistungserbringer sprechen sich für die einzig leistungsorientierte Planung und Vergabe der Leistungsaufträge in der Rehabilitation ohne Mengensteuerung oder kapazitätsorientierte Bettenplanung aus. Die Veränderung der Finanzierung und der strukturellen Angebote (neu eingeführte Akut- und Übergangspflege, keine Nachbehandlung mehr, präzisierte Kriterien für Rehabilitation) bedingen einfache, klare Entscheidungsbäume in den Spitälern. Damit soll der Zugang zur medizinisch notwendigen Therapie und Nachbehandlung unabhängig von der wirtschaftlichen Situation des Patienten und der Patientin erhalten bleiben.

5 Spezialbereiche Geriatrie und Palliative Care

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. Santésuisse ist nach Ansicht der Projektleitung in soweit Recht zu geben, dass die Strukturierung des Angebotes grundsätzlich nicht Teil der Bedarfsprognose sein muss. Es hätte genügt, die Sonderbereiche einzig mit Zulassungskriterien zu regeln und so in den künftigen Strukturen in den Strukturbericht aufzunehmen.

Die Ärztesgesellschaft Thurgau ist der Ansicht, dass Geriatrie ein Spezialgebiet ist, das fächerübergreifend gelehrt wird und zurzeit keine spezielle Spitalplanung benötige. 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 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.

6 Psychiatrie

Die psychiatrischen Kliniken geben Korrekturen zu den publizierten Daten bekannt. Auch wurde der Einbezug weiterer Erhebungsjahre gewünscht (vgl. Anhang 2 Kap. 8).

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 Behandlungsdauer auf diesen psychotherapeutischen Spezialstationen ist länger als eine akupsychiatrie Krisenintervention oder Notfallbehandlung, womit sich auch die längeren Aufenthaltsdauern der ausserkantonalen Patienten gegenüber den Thurgauer Patienten erklären.

6.1 Psychiatrie Prognose

Die Leistungserbringer monieren, dass der schweizerische Durchschnitt als Zielwert für die stationäre Behandlung zu wenig differenziert und aussagekräftig sei (Durchmischung von Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Erwachsenenpsychiatrie sowie stationäre Ostschweizer und ambulante Westschweizer Versorgungsstrukturen mit zusätzlich hoher Ärztedichte Spitexverfügbarkeit). 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.

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.

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

Allerdings werde nach wie vor ein erheblicher Teil der psychisch Erkrankten gar nicht psychiatrisch behandelt.

Vor diesem Hintergrund sind die normativen Vorgaben des Versorgungsberichtes, welche bisher auf die Gesamtbevölkerung abstellten und als Referenzwert den Durchschnitt aller Kantone umfasste, zu überarbeiten. 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 ist geringer als 10 %. 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 vorgeschlagen. Die qualitative und quantitative stationäre Versorgungsstruktur für Kinder und Jugendliche (≤ 18-Jährige) soll erhalten bleiben.

7 Anregungen für das weitere Vorgehen

7.1 Koordinationsbedarf in der Psychiatrie

Santésuisse berechnet, dass im Jahr 2008 gegen 230 Betten durch ausserkantonale Fälle belegt wurden und regt an, dass der Kanton Thurgau im Rahmen der interkantonalen Koordination die Bedarfsnotwendigkeit dieser Strukturen für andere Kantone überprüft. Die künftige Thurgauer Spitalliste 2012 solle sich auf die für die Thurgauer Bevölkerung bedarfsorientierten Angebote beschränken. Versorgungsstrukturen, die von anderen Kantonen im Rahmen ihrer Planung nicht verbindlich festgelegt und berücksichtigt werden, müssten abgebaut werden. Um den gewünschten Spareffekt erzielen zu können, solle der Bettenabbau ganze Einheiten (Kliniken, Abteilungen) betreffen.

Die Schnittstellen zu anderen Institutionen und Leistungen, welche nicht dem KVG zugeordnet werden können, seien in die Planung einzubeziehen.

7.2 Art der Planung und Zahl der Leistungsaufträge

Santésuisse würde im Hinblick auf die geforderte Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie der Berücksichtigung von Mindestfallzahlen eine Konzentration der Leistungsaufträge auf wenige Zentren begrüssen. Dabei solle die Vergabe der Leistungsaufträge den Wettbewerb zwischen den Spitälern weiterhin ermöglichen. Ein allfälliger Abbau von stationären Kapazitäten habe konzentriert auf ganze Einheiten (Spitäler oder Abteilungen von Spitälern) zu erfolgen.

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

7.3 Einbindung der Listenspitäler

Der Verband der Ostschweizer Privatkliniken sowie die einzelnen Privatkliniken wünschen, dass gemäss dem in den Richtlinien zur Public Corporate Governance genannten Vier-Kreise-Modell die Privatkliniken mit kantonalem Leistungsauftrag im „Kreis 4 - vertragliche Leistungserbringer in enger Beziehung zum Kanton“ aufgeführt werden. Die Regelung der einzelnen Leistungsaufträge habe auf der Basis von mehrjährigen Rahmenverträgen zur Sicherung des Investitionsschutzes der Kliniken zu erfolgen. Die Dauer des Planungshorizontes sollte mit der Vertragsdauer des Rahmenvertrages übereinstimmen.

8. Inanspruchnahme Psychiatrie, Innerkantonale Daten 2008 - 2010

Tabelle 5.1 des Versorgungsberichtes wird aufgrund der Antworten in der Vernehmlassung ersetzt durch die nachfolgenden Selbstdeklarationen der innerkantonalen Kliniken:

Tabelle 1 Anh. 2: 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, Aadorf	32	1'747	55
Clenia 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

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, Aadorf	60	3'539	59
Clenia Littenheid AG, Littenheid	598	28'285	47
Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Münsterlingen	1'374	71'310	52
Ausserkantonale Kliniken: nicht verfügbar			

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, Aadorf	70	4'040	58
Clenia Littenheid AG, Littenheid	580	24'173	42
Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Münsterlingen	1'529	69'688	46
Ausserkantonale Kliniken: nicht verfügbar			

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

Tabelle 2 Anh. 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 Jugend (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 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 3 Anh. 2: (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

Evaluation Inanspruchnahme

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 Leistungserbringer ■ ≤ 2011 ■ Antrag Spitalliste 2012	Ausserkantonaler Leistungserbringer Leistungsanteil 2008:			Innerkantonaler Leistungsanteil ■ < 50 % in der Leistungsgruppe. ■ < 500 Fälle im Leistungsbereich
			KSSG	USZ	weitere	
Basispaket	BP	STGAG, HNZB*				*HNZB eingeschränkt keine Notfallstation
Basispaket Elektiv	BPE	SEES*, VBK.**				*SEES s. Fussnote **VBK s. Fussnote
Dermatologie	DER 1	STGAG, VBK.		■		ausgebaut in STGAG in Kooperation USZ
	DER 1.1	STGAG				
	DER 1.2	STGAG		■		ausgebaut in STGAG in Kooperation USZ
	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		■			■
	HNO 1.3	STGAG	■	■		■
	HNO 1.3.1					■
	HNO 1.3.2	IVHSM		■		■ IVHSM
	HNO 2	STGAG, SEES	■			
Neurochirurgie	NCH 1	HNZB	■			■
	NCH 1.1	HNZB	■	■		■
Neurologie	NEU 1	STGAG, HNZB*	■			*Kooperationsvertrag HNZB / STGAG, in Zusammenhang Abklärung, Eingriff Neurochirurgie
	NEU 2	STGAG, HNZB*				
	NEU 2.1	STGAG, HNZB*				
	NEU 3	STGAG, HNZB*				
	NEU 3.1	STGAG, HNZB*				
	NEU 4				EPI**	** Epilepsie als neue Gruppe geschaffen
	NEU 4.1				EPI**	
Ophthalmologie	AUG 1	STGAG, SEES	■			■
	AUG 1.1	STGAG, SEES				■
	AUG 1.2	STGAG, SEES				■
	AUG 1.3	STGAG, SEES	■	■		■ ■
	AUG 1.4	STGAG, SEES	■	■		■ ■
	AUG 1.5	STGAG, SEES				■
	AUG 1.6	STGAG, SEES	■	■	KSW	■ ■
AUG 1.7	STGAG, SEES	■		KSW	■ ■	

Departement für Finanzen und Soziales

	AUG 1.8	STGAG, SEES				
Leistungsbereich	-gruppe	Innerkantonal	KSSG	USZ	weitere	Zusatzinformationen
Endokrinologie	END 1	STGAG				
Gastro- enterologie	GAE 1	STGAG				
	GAE 1.1	STGAG				
Viszeralchirurgie	VIS 1	STGAG, SEES, VBK				
	VIS 1.1	STGAG				
	VIS 1.2	STGAG				
	VIS 1.3	STGAG				
	VIS 1.4	STGAG SEES*				*ohne Magen-Bypass
	VIS 1.5	STGAG				
Hämatologie	HAE 1	STGAG				
	HAE 2	STGAG				
	HAE 3	STGAG				
	HAE 4	STGAG				
	HAE 5	STGAG				
	HAE 6	IVHSM				IVHSM
Gefässchirurgie	GEF 1	STGAG, HNZZB*, VBK				* Kooperationsvertrag HNZZB / STGAG
	GEF 2	STGAG HNZZB*				* Kooperationsvertrag HNZZB / STGAG
	GEF 3	STGAG HNZZB*				* Kooperationsvertrag HNZZB / STGAG
Herzchirurgie	HER 1	HNZZB				
	HER 1.1	HNZZB*				*inkl. homologer Klappenersatz und Endokardersatz
	HER 1.1.1	HNZZB				
	HER 1.1.2	HNZZB*				*ohne Personen mit komplexen, kongenitalen Eingriffen im Kindesalter
	HER 1.1.3	HNZZB				
Angiologie	ANG 1	STGAG				
	ANG 2	STGAG				
	ANG 3	STGAG				
	ANG 4	HNZZB				
Kardiologie	KAR 1	HNZZB, STGAG*				* Kooperationsvertrag HNZZB und/oder USZ
	KAR 1.1	HNZZB, STGAG*				* Kooperationsvertrag HNZZB / STGAG
	KAR 1.1.1	HNZZB				
	KAR 1.2	HNZZB				
	KAR 1.3	HNZZB, STGAG*				* Kooperationsvertrag HNZZB und/oder USZ
	KAR 1.3.1	HNZZB STGAG*				* Kooperationsvertrag HNZZB und/oder USZ
Nephrologie	NEP 1	STGAG				

Departement für Finanzen und Soziales

Leistungsbereich	-gruppe	Innerkantonal	KSSG	USZ	weitere	Zusatzinformationen
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				
	URO 1.1.5	STGAG, SEES				
	URO 1.1.6	STGAG, SEES				
	URO 1.1.7					Spez. Leistung
	URO 1.1.8					Spez. Leistung
Pneumologie	PNE 1	STGAG				
	PNE 1.1	STGAG				
	PNE 1.2	STGAG				
	PNE 1.3	STGAG				
	PNE 1.4	STGAG				
	PNE 2	STGAG				
Thoraxchirurgie	THO 1	STGAG				
	THO 1.1	STGAG				
	THO 1.2	STGAG	<3 Fälle	<3 Fälle		
Transplantation	TPL 1	IVHSM				IVHSM
Bewegungsapparat	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 Extremitäten	BEW 6	STGAG, SEES				
- Rekonstruktion untere Extremitäten	BEW 7	STGAG, SEES				
- Wirbelsäulechirurgie	BEW 8	STGAG, HNZB				* Kooperationsvertrag HNZB / STGAG
- Spez. Wirbelsäulechirurgie	BEW 8.1	HNZB				
- Tumore am Bewegungsapp.	BEW 9	STGAG, HNZB				Balgrist: Kinder- und Jugendliche?
- Plexuschirurgie	BEW 10	STGAG, HNZB				* Kooperationsvertrag HNZB / STGAG
- Replantationen	BEW 11	STGAG				
Rheumatologie	RHE 1	STGAG, KSK				
	RHE 2	STGAG, KSK				

Departement für Finanzen und Soziales

Leistungsbereich	-gruppe	Innerkantonale	KSSG	USZ	weitere	Zusatzinformationen
Gynäkologie	GYN 1	STGAG, SEES				Inkl. Chemotherapie
	GYN 1.1	STGAG, SEES				
	GYN 1.2	STGAG, SEES				
	GYN 1.3	STGAG, SEES				
	GYN 1.4	STGAG, SEES				
	GYN 2	STGAG, SEES				
Geburtshilfe	GEBH					
	GEB 1	STGAG, SEES*				*SEES ab 36. SW
	GEB 1.1	STGAG				
	GEB 1.1.1	STGAG				
	NEO 1	STGAG, SEES*				*SEES nur gesunde Neugeborene
	NEO 1.1	STGAG				
Onkologie	ONK 1	STGAG				
Radio-Onkologie	RAO 1	STGAG				
Unfallchirurgie/-medizin	UNF 1	Koop. HNZB/ STGAG				
	UNF 1.1	Koop. HNZB/ STGAG				
	UNF 2	IVHSM				IVHSM
Plast. Chir. Transsexualität	PLC 1					
Kieferchirurgie	KIE 1	STGAG			KSW	
Interventionelle Radiologie	RAD 1	STGAG				
Nuklearmedizin	NUK 1	STGAG				
Palliative Care	PAL	STGAG				
Akutgeriatrie	GER	integral STAG*				* nicht separiert
Pädiatrie	KINM	STGAG	OKS,	KispZH		
Kinderchirurgie	KINC*	STGAG*	OKS,	KispZH		*In Koop. OKS
	KINBasis*	STGAG	OKS,	KispZH		*In Koop. Erwachsene

STGAG: Spital Thurgau AG; HNZB: Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG; SEES: Klinik Seeschau AG; VBK: Venenklinik Bellevue Kreuzlingen AG; KSK: Klinik St. Katharinental; OKS: Ostschweizer Kinderspital; KSW: Kantonsspital Winterthur; BPE SEES: Ausnahmegewilligung, bezeichnet elektives Basispaket für AUG, BEW, GYN, URO und zusätzlich auch für VIS1, VIS 1.4 und Chirurgie (bösartiger) Hauterkrankungen; BPE VBK: Phlebologie inkl. Kombination der Haut- und Weichteile, Venenchirurgie inkl. Hernien- und Proktochirurgie, Eingriffe gemäss Weiterbildungstitel Allgemein Chirurgie mit Schwerpunkt Gefässchirurgie soweit in Wochenklinik ohne Intensivstation durchführbar.

Evaluation zusätzlicher Leistungsaufträge

Jede Leistungsgruppe wird mit vier Kriterien bewertet, ob zusätzlich zu den innerkantonale erteilten Leistungsaufträgen ein zusätzlicher Leistungsauftrag inner- und/oder ausserkantonale in der neuen Spitalliste zu erteilen ist. 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. 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, Zentral- 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 ausserkantonalen 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 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.

Da es sich um einen Mangel aus medizinischen Gründen und nicht aufgrund mangelnder Kapazität handelt, ist dieser zusätzliche Leistungsauftrag an das Spital zu vergeben, das qualitativ das gesamte Spektrum des Leistungsbereiches erbringen kann und bereits einen Versorgungsanteil hat, dies ist bei alle 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 Leistungsbereich beauftragt werden.

Bewertung aufgrund oben genannter Kriterien:

+ spricht eher für die Vergabe eines zusätzlichen Leistungsauftrages,

- eher dagegen, ++ zwingend dafür, -- zwingend dagegen.

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Bisherige Leistungsaufträge und Anträge innerkantonale	Wettbewerb	Anteil ambulante, Ergänzung	Konzentration	Angebot ausserkantonale beansprucht	Zusätzlicher Leistungsauftrag
Basispaket	BP	STGAG, HNZE					Nein
Basispaket Elektiv	BPE	SEES, VBK					Nein
Dermatologie	DER 1	STGAG, VBK		+		+	Ja
	DER 1.1	STGAG		+			Nein ¹⁾
	DER 1.2	STGAG		+		+	Nein 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	Integral?	-			++	Ja
	HNO 1.3	STGAG	-			++	Ja
	HNO 1.3.1		-			k. A.	integral?
	HNO 1.3.2	IVHSM	-			++	IVHSM
	HNO 2	STGAG, SEES	-			+	Nein
Neurochirurgie	NCH 1	HNZE			--	+	Nein
	NCH 1.1	HNZE			--	+	Nein
Neurologie	NEU 1	STGAG, HNZE*			--	+	Nein
	NEU 2	STGAG, HNZE*			--		Nein
	NEU 2.1	STGAG, HNZE*			--		Nein
	NEU 3	STGAG, HNZE*			--		Nein
	NEU 3.1	STGAG, HNZE*			--		Nein
	NEU 4				--	EPI	Ja EPI
	NEU 4.1				--	EPI	Ja EPI

Departement für Finanzen und Soziales

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Innerkant. Leistungsaufträge	Wettbewerb	Ambulant	Konzentration	Anteil ausserk.	Zusätzlicher LA
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	-	+	--		integral?
	AUG 1.6	STGAG, SEES	-	+	--	++	Ja
	AUG 1.7	STGAG, SEES	-	+	--	++	Ja
	AUG 1.8	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 2	STGAG			--	+	integral?
	HAE 3	STGAG			--	+	integral?
	HAE 4	STGAG			--		integral?
	HAE 5	STGAG			--	++	Ja
	HAE 6	STGAG			--	++	IVHSM
Gefässchirurgie	GEF 1	STGAG, HNZB, VBK			--		Nein
	GEF 2	STGAG, HNZB*			--	+	Nein
	GEF 3	STGAG, HNZB*			--		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
	HER 1.1.3	HNZB		-	--		Nein
Angiologie	ANG 1	STGAG			--		Nein
	ANG 2	STGAG			--		Nein
	ANG 3	STGAG			--		Nein
	ANG 4	HNZB			--		Nein
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
KAR 1.3.1	HNZB, STGAG*			--	+	Nein	
Nephrologie	NEP 1	STGAG			--	+	Nein

Departement für Finanzen und Soziales

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					Nein
	PNE 1.3	STGAG				++	Ja
	PNE 1.4	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, HNZZ	-			+	Nein
Spez. Wirbelsäulenchirurgie	BEW 8.1	HNZZ	-			+	Nein
Tumore am Bewegungsapparat	BEW 9	STGAG, HNZZ	-			+	Nein
Plexuschirurgie	BEW 10	STGAG, HNZZ	-				Nein
Replantationen	BEW 11	STGAG	-			++	Ja
Rheumatologie	RHE 1 RHE 2	SM nur RHE 1 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

Departement für Finanzen und Soziales

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Innerkant. Leistungsaufträge	Wettbewerb	Ambulant	Konzentration	Anteil ausserk.	Zusätzlicher LA
Geburtshilfe	GEBH		-				Nein
	GEB 1	STGAG, SEES					Nein
	GEB 1.1	STGAG					Nein
	GE1.1.1	STGAG					Nein
	NEO 1	STGAG, SEES			--		Nein
	NEO 1.1	STGAG			--		Nein
Onkologie	ONK 1	STGAG			--	+	Nein
Radio-Onkologie	RAO 1	STGAG			--	+	Nein
Unfallchirurgie/-medizin	UNF 1	Koop. HNZB / STGAG			--		integral?
	UNF 1.1	Koop. HNZB / STGAG			--	++	Ja
	UNF 2	IVHSM			--	++	IVHSM
Plast. Chir. Transsexualität	PLC 1				--		Spez. ³⁾
Kieferchirurgie	KIE 1	STGAG			--	++	Ja
Interventionelle Radiologie	RAD 1	STGAG			--	+	Nein
Nuklearmedizin	NUK 1	STGAG			--	+	Nein
Palliative Care	PAL	STGAG			--		Nein
Akutgeriatrie	GER	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

* mit Einschränkungen, in Kooperationen. STGAG: Spital Thurgau AG; HNZB: Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG; SEES: Klinik Seeschau AG; VBK: Venenklinik Bellevue Kreuzlingen AG; EPI: Epilepsie Zentrum Zürich; Kispi ZH: Universitätskinderspital Zürich; OKS: Ostschweizer Kinderspital; KSSG: Kantonsspital St. Gallen; USZ: Universitätsspital Zürich auch in Kooperation mit Uniklinik Balgrist.

Ja: zusätzlicher Leistungsauftrag zu vergeben, Nein: kein zusätzlicher Leistungsauftrag. ¹⁾ aufgebaut in Kooperation mit USZ in STGAG 2011; ²⁾ integral?: integrale Vergabe mehrerer Gruppen z. B. als ganzer Bereich 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: In der internistischen Rehabilitation werden insbesondere die Rehabilitation in Folge chronischer, häufig verhaltensabhängiger Erkrankungen des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparates behandelt. Sie bedingt einen kombinierten, multidisziplinären Rehabilitationsansatz. Im Zentrum der onkologischen Rehabilitation steht die Rehabilitation der durch ein Tumorleiden und/oder deren Therapiefolgen geschädigten Patienten und Patientinnen. Es erfolgt keine isolierte onkologische Rehabilitation, diese wird immer nur unter Beachtung aller internistischen Faktoren als Kombination internistisch-onkologische Rehabilitation anerkannt.
- e) Psychiatrisch-sozialmedizinische Rehabilitation: In der psychiatrisch-sozialmedizinischen Rehabilitation (inkl. Psychosomatik) werden Patienten aufgrund sozioökonomischer und psychosozialer Umstände (z. B. Burnout), psychischer Störungen (z. B. 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 konventionelle Rehabilitationskliniken aufzunehmen, als psychiatrische Diagnosen in Kombination mit wesentlichen Beschwerden anderer Rehabilitationsbereiche auftreten.
- f) Pulmonale Rehabilitation: In der pulmonalen Rehabilitation werden schwergewichtig die Folgen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege und anderer mit einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit einhergehender Lungenerkrankungen sowie entsprechender thoraxchirurgischer Eingriffe behandelt.
- g) 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.

Die Zuschlüsselung der Diagnosen zu den Rehabilitationsbereichen a) bis f) 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. Rehabilitation von Kindern

Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (0 - 16-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

Die Leistungsgruppe beinhaltet sowohl die neurologische als auch die orthopädische rehabilitative Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Gehirn-, Rückenmarks- Nerven- und Muskelerkrankungen.

b) Allgemeine pädiatrische Rehabilitation

Die Leistungsgruppe umfasst die rehabilitative Behandlung von Krankheiten des Kreislauf- und Atmungssystems sowie von Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen.

Detailevaluation geriatrische Rehabilitation

Die drei Kliniken werden nach folgenden Kriterien bewertet:

1. Facharzt und Verfügbarkeit: Mindestens 120 Stellenprozent Leitung und Stellvertretung durch Fachärzte mit Schwerpunkt Geriatrie. Ärztlicher Bereitschaftsdienst innert 20 Minuten rund um die Uhr. Konsiliardienste 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. KVG aufgrund der bisherigen Einhaltung von Richtlinien und Auflagen des Gesundheitsamtes für die Institution als Ganzes.
7. Beitrag gemäss § 38 Entwurf kantonales KG 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 Anh. 5: Rangreihenfolge der Kliniken bezüglich Erfüllungsgrad der Kriterien:

Geriatrische Rehabilitation Rangreihenfolge der Erfüllung	Gewichtung des Kriteriums	Binders- gartenklinik	St. Kathari- nental	Tertianum Neutral
1. Ärzte: Facharzt Geriatrie Bereitschaftsdienst Geregelter Konsiliardienst	30 %	3. 3. 3.	3. 1. 1.	1. 2. 1.
2. Personal Pflege / Therapie	15 %	3.	1.	1.
3. Konzeptionelle Grundlagen	10 %	3.	1.	1.
4. Leistungsspez. Konzepte	10 %	3.	2.	1.
5. Infrastruktur	10 %	teilw. erfüllt	werden erfüllt	werden erfüllt
6. Bereitschaft und Fähigkeit	10 %	3.	2.	1.
7. Beitrag an die Aus- und Weiterbildung	5 %	3.	1.	1.
8. Wirtschaftlichkeit	10 %	1. *	3.	2.
Summarische Bewertung		3. Rang	2. Rang	1. Rang

*jedoch nur Nachbehandlung, ohne festangestellte Ärzte und 24h ärztlicher Bereitschaftsdienst.

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. 6: Grad der Erfüllung der Qualitätsanforderungen in der Erwachsenenpsychiatrie

Psychiatrie Erwachsene	Klinik Aadorf AG	Clenia Littenheid AG	Psychiatrische Dienste Thurgau (PDT)
Versorgungsanteil Pflergetage 2010 stationäre Psychiatrie in-nerkantonale für Bevölkerung TG	4 %	25 %	71 %
Zugänglichkeit innert 30 Minuten	X in Kombination mit PKM	X in Kombi-nation 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 Spi-talliste 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 ³⁾			X
Stationäre forensische Psychiatrie ³⁾			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; ³⁾ zusätzlich für forensische Psychiatrie.

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 Leistungsaufträge in Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in Erwachsenenpsychiatrie werden wie nachfolgend dargestellt vergeben. Speziell bezeichnet sind die Spezialversorgungsangebote, welche spezielle Qualitätsanforderungen stellen.

Tabelle 2 Anh. 6: Graphische Übersicht über die stationären Leistungsaufträge der Spitalliste 2012 in der Psychiatrie:

Stationäre Psychiatrie 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		

* Eventuell dritter innerkantonaler Standort (Aadorf)

Spitalliste Kanton Thurgau, 1. Januar 2012: ENTWURF zur Vernehmlassung

Institutionen mit Zulassung zur Versorgung von Patienten und Patientinnen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Thurgau.

Akutsomatik: Institutionen mit kantonalem Standort

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Spital Thurgau Spitalplätze Frauenfeld, Münsterlingen, VBK Kreuzlingen (Wochenklinik)	Herz-Neuro- Zentrum Bodensee AG	Klinik See- schau AG	Venenklinik Bellevue (VBK) Kreuzlingen, Klinik Schloss Mammern AG
Basispaket	BP	■	■ Notfallauf- nahme ohne Notfallstation Koop. STGAG	Notfallstation: Koop. STGAG	Notfallstation: Koop. STGAG
Basispaket Elektiv	BPE		■ eingeschränkt	■ eingeschränkt	■ VBK, SM eingeschränkt
Dermatologie	DER 1	■			■ VBK
	DER 1.1–1.2	■			
	DER 2	■			■ VBK
Hals-Nasen- Ohren	HNO 1.1 bis	■			
	HNO 1.3.1	■			
	HNO 2	■		■	
Neurochirurgie	NCH 1-1.1		■ in Koop. STGAG		
Neurologie	NEU 1 – 3.1	■ NEU 3.1 in Koop. HNZB	■ für Abklä- rung / Eingriffe Neurochirurgie in Koop. STGAG		
Ophthalmologie	AUG 1 – 1.8	■		■	
Endokrinologie	END 1	■			
Gastroenterologie	GAE 1 – 1.1	■			
Viszeralchirurgie	VIS 1	■		■ in Koop. STGAG	
	VIS 1.1 – 1.3	■			
	VIS 1.4	■		■ ohne Magen-Bypass Koop. HNZB	
	VIS 1.5	■			
Hämatologie	HAE 1 - 5	■			
Gefässchirurgie	GEF 1 - 3	■	■ in Koop. STGAG		

Departement für Finanzen und Soziales

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Spital Thurgau Spitalplätze Frauenfeld, Münsterlingen, VBK Kreuzlingen (Wochenklinik)	Herz-Neuro- Zentrum Bodensee AG	Klinik See- schau AG	Venenklinik Bellevue Kreuzlingen, Klinik Schloss Mammern AG
Herzchirurgie	HER 1 – 1.1.3		inkl. ho- mologer Klap- penersatz und Endokardersatz		
Angiologie	ANG 1 - 3 ANG 4		in Koop. STAG		
Kardiologie	KAR 1	in Koop. HNZB und/oder USZ			
	KAR 1.1	in Koop. HNZB			
	KAR 1.1.1				
	KAR 1.2				
	KAR 1.3 – KAR 1.3.1	in Koop. HNZB			
Nephrologie	NEP 1				
Urologie	URO 1 - URO 1.1.8				
Pneumologie	PNE 1 - 2				
Thoraxchirurgie	THO 1 – THO 1.2				
Bewegungsapparat - Chirurgie	BEW 1				
- Orthopädie	BEW 2				
- Handchirurgie	BEW 3				
- Arthroskopie Schul- ter, Ellenbogen	BEW 4				
- Arthroskopie Knie	BEW 5				
- Rekonstruktion obere Extremitäten	BEW 6				
- Rekonstruktion untere Extremitäten	BEW 7				
- Wirbelsäulen chirurgie	BEW 8		in Koop. STGAG		
- Spezielle Wirbel- säulenchirurgie	BEW 8.1		in Koop. STGAG		
- Tumore am Bewegungsapparat	BEW 9				

Departement für Finanzen und Soziales

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Spital Thurgau Spitalplätze Frauenfeld, Münsterlingen, VBK Kreuzlingen (Wochenklinik)	Herz-Neuro- Zentrum Bodensee AG	Klinik See-schau AG	Venenklinik Bellevue Kreuzlingen, Klinik Schloss Mammern AG
- Plexuschirurgie	BEW 10	■■■■■ in Koop. HNZB	■■■■■ in Koop. STGAG		
- Replantationen	BEW 11	■■■■■ in Koop. HNZB			
Rheumatologie	RHE 1	■■■■■ Inkl. Klinik St. Katharinental			■■■■■ Klinik Schloss Mammern
	RHE 2	■■■■■ Inkl. Klinik St. Katharinental			
Gynäkologie	GYN 1 – 2	■■■■■		■■■■■ inkl. Chemotherapie	
Geburtshilfe	GEB 1			■■■■■ ab 36. SSW, in Koop. STGAG	
	GEB 1.1 – GEB 1.1.1	■■■■■			
	NEO 1	■■■■■		■■■■■ Nur gesunde Neugeborene	
	NEO 1.1	■■■■■			
Onkologie	ONK 1	■■■■■			
Radio-Onkologie	RAO 1	■■■■■			
Unfallchirurgie/- medizin	UNF 1 – UNF 1.1	■■■■■ In Koop. HNZB	■■■■■ In Koop. STGAG		
Kieferchirurgie	KIE 1	■■■■■			
Interventionelle Radiologie	RAD 1	■■■■■			
Nuklearmedizin	NUK 1	■■■■■			
Palliative Care	PAL	■■■■■			
Pädiatrie	KINM	■■■■■			
Kinderchirurgie	KINC	■■■■■ In Koop. Ostschweizer Kinderspital			
	KINBasis	■■■■■			

SSW: Schwangerschaftswoche. Kooperationsvertrag Herz-Neurozentrum Bodensee AG / Spital Thurgau AG für alle notwendigen Verknüpfungen zur umfassenden Leistungserbringung.

BP: Kooperation aller Kliniken mit der Spital Thurgau AG für die Notfallstation

BPE Klinik Seeschau AG: Ausnahmegewilligung, bezeichnet elektives Basispaket für AUG, BEW, GYN, URO und zusätzlich auch für VIS1, VIS 1.4 und Chirurgie (bösartiger) Hauterkrankungen;

BPE VBK: Phlebologie inkl. Kombination der Haut- und Weichteile, Venenchirurgie inkl. Hernien- und Proktochirurgie, Eingriffe gemäss Weiterbildungstitel Allgemeinchirurgie mit Schwerpunkt Gefässchirurgie soweit in einer Wochenklinik ohne Intensivstation durchführbar.

Alle Kooperationen gemäss Leistungsgruppenkonzept sind integraler Bestandteil der Auftragserteilung.

Akutsomatik: Institutionen mit ausserkantonalem Standort

Ostschweizer Kinderspital, Universitäts-Kinderspital Zürich

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Leistungsgruppe
Pädiatrie	KINM	alle Gruppen, gesamtes Leistungsspektrum
Kinderchirurgie	KINC	alle Gruppen, gesamtes Leistungsspektrum
	KINBasis	alle Gruppen, gesamtes Leistungsspektrum

Universitätsspital Zürich

Leistungsbereich	Leist.-Gruppe	Leistungsgruppe
Hals-Nasen-Ohren	HNO 1 – 2	Hals-Nasen-Ohren: alle Leistungsgruppen
Ophthalmologie	AUG 1 – 1.8	Augenchirurgie: alle Leistungsgruppen
Hämatologie	HAE 1 – 5	Hämatologie: alle Leistungsgruppen
Urologie	URO 1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasenshinkters
	URO 1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Pneumologie	PNE 1.3	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
	PNE 1.4	Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei primärer Pulmonaler Hypertonie
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW 11	Replantationen
Unfallchirurgie/-medizin	UNF 1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)
Plast. Chirurgie Transsexualität	PLC 1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität
Kieferchirurgie	KIE 1	Kieferchirurgie
Interventionelle Radiologie	RAD 1	Interventionelle Radiologie
Universitäre und spezialisierte Zentrumsleistung	Alle Leistungsgruppen	Einzelleistungen aller Leistungsgruppen auf Indikationsentscheid des Kantonsärztlichen Dienstes TG

Kantonsspital St. Gallen, Inselspital Bern, Universitätsklinik Balgrist

Leistungsbereich	Leist.-Gruppe	Leistungsgruppe
Unfallchirurgie/-medizin	UNF 1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)
Universitäre und spezialisierte Zentrumsleistung	Alle Leistungsgruppen	Einzelleistungen aller Leistungsgruppen auf Indikationsentscheid des Kantonsärztlichen Dienstes TG

Epilepsieklinik Zürich

Leistungsbereich	Leist.-Gruppe	Leistungsgruppe
Neurologie	NEU 4 bis NEU 4.1	Epileptologie: Komplex-Diagnostik und Komplex-Behandlung

Zentren gemäss Entscheid:

Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin

Leistungsbereich	Leist.-Gruppe	Leistungsgruppe
Hals-Nasen-Ohren	HNO 1.3.2	Cochlea Implantate
Hämatologie	HAE 6	Allogene Blutstammzelltransplantation
Transplantation	TPL 1	Transplantationen solider Organe
Unfallchirurgie / -medizin	UNF 2	Ausgedehnte Verbrennungen

Spitalliste Rehabilitation, 1. 1. 2012

ENTWURF zur Vernehmlassung

Institutionen mit Zulassung zur Versorgung von Patienten und Patientinnen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Thurgau.

Leistungsgruppen Rehabilitation	Helios Klinik Zihlschlacht, Münster- lingen	kneipp-hof Dussnang	Spital Thur- gau AG: Klinik St. Ka- tharinental	Klinik Schloss Mammern AG Mammern	Tertianum Neutal AG Berlingen
Geriatric					
Weiterführende Rehabilitation					
Internistisch-onkologisch					
Frührehabilitation					
Weiterführende Rehabilitation					
Kardiovaskulär					
Frührehabilitation					
Weiterführende Rehabilitation					
Muskuloskelettal					
Weiterführende Rehabilitation					
Pneumologisch					
Frührehabilitation					
Weiterführende Rehabilitation					
Neurologisch					
Frührehabilitation					
Weiterführende Rehabilitation					
Traumatische und nicht tra- umatische Querschnittsyndrome					
Zusatz:					
Psychiatrisch-sozialmedizinisch*					

* Nicht im Sinne von psychiatrischen Hauptdiagnosen und Behandlungen einer Krisenintervention oder Frührehabilitation, zuständig sind psychiatrische Kliniken

Rehabilitation: Institutionen mit ausserkantonalem Standort

Uniklinik Balgrist, REHA Basel, Inselspital Bern, Paraplegikerzentrum Nottwil, Rehabilitationsklinik Bellikon

Leistungsbereich	Leistungsgruppe
Neurologische Rehabilitation	- Traumatische und nicht traumatische Querschnittsyndrome auf Indikationsentscheid des Kantonsärztlichen Dienstes TG

Kinderspital Zürich

mit Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche, Affoltern a.A.

Leistungsbereich	Leistungsgruppe
Rehabilitation Kinder	- Neurologische (inkl. neuro-orthopädische) Rehabilitation - Allgemeine pädiatrische Rehabilitation

Spitalliste Psychiatrie, 1. 1. 2012

ENTWURF zur Vernehmlassung

Institutionen mit Zulassung zur Versorgung von Patienten und Patientinnen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Thurgau.

a) Spitalliste stationäre Psychiatrie in Psychiatrischen Kliniken	Clienia Littenheid*	Psychiatrische Dienste Thurgau*
Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie - Umfassende institutionelle Grund- und Spezialversorgung - speziell Substanzabhängigkeit - Alkohol- und Medikamente - Illegale Drogen - speziell neurogerontopsychiatrische Störungsbilder - speziell Eltern-Kind-Behandlung	Entzug, Behandlung, Entwöhnung Entzug, Entwöhnung	Entzug, Behandlung, Entwöhnung Entzug, Behandlung, Entwöhnung

* Eventuell dritter innerkantonaler Standort (Aadorf)

b) Spitalliste Psychiatrie Zugewiesene Kapazitäten zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Anzahl Plätze*	Clienia Littenheid	Psychiatrische Dienste Thurgau
ab 1. Januar 2012	70	193
ab 1. Januar 2014	68	185
ab 1. Januar 2016	66	177

* Die Anzahl der Plätze errechnet sich als Mittelwert der Gesamtzahl verrechneter Pflage tage pro Jahr dividiert durch 365 Tage.

Psychiatrie: Institutionen mit ausserkantonalem Standort

Foreklinik Ellikon

Leistungsbereich	Leistungsgruppe
Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie	- Speziell Substanzabhängigkeit - Alkohol- und Medikamente: Nur Entwöhnung