



# **Spitalplanung Rehabilitation 2017**



*«Man sollte die Dinge so nehmen,  
wie sie kommen. Aber man sollte  
dafür sorgen, dass die Dinge so kommen,  
wie man sie nehmen möchte.»*

Curt Goetz (1888-1960), schweizerisch-deutscher Schriftsteller und Schauspieler

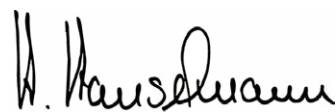
## Vorwort

«Man sollte die Dinge so nehmen, wie sie kommen.», lautet der erste Teil des Zitats von Curt Goetz. Auf die Rehabilitationsplanung übertragen bedeutet dies, dass – ausgehend von einer Analyse der Gegenwart – die erwartete zukünftige Entwicklung der Rehabilitationsversorgung im Kanton St.Gallen zu evaluieren ist. Dadurch ist man vorbereitet auf die «Dinge», die voraussichtlich kommen werden. Im Kanton St.Gallen werden insbesondere eine Zunahme und eine Alterung der Kantonsbevölkerung erwartet. Da mit dem Alter die Wahrscheinlichkeit eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes zunimmt, wird zwischen 2015 und 2025 eine Zunahme des Bedarfs an stationären Rehabilitationsaufenthalten von rund 18 Prozent prognostiziert. Aufgrund von Alter, Multimorbidität und früherem Eintritt der Patientinnen und Patienten in Rehabilitationskliniken muss von komplexeren Rehabilitationsbehandlungen ausgegangen werden.

«Aber man sollte dafür sorgen, dass die Dinge so kommen, wie man sie nehmen möchte», liest man im zweiten Teil des Zitats. Was das Gesundheitsdepartement «möchte», ist die Sicherstellung einer wohnortnahen, wirtschaftlichen und qualitativ hochstehenden Rehabilitationsversorgung für alle Kantons-einwohnerinnen und -einwohner. Um dieses Ziel zu erreichen, wird regelmässig eine Rehabilitationsplanung ausgearbeitet. Darin werden die Leistungserbringer auf der Basis von Qualität, Wirtschaftlichkeit, Zugang zur Behandlung innert nützlicher Frist und Versorgungssicherheit evaluiert. Ausgehend von dieser Evaluation werden die Spitalliste Rehabilitation erstellt und die damit verbundenen Leistungsaufträge zur Deckung des erwarteten Bedarfs an Rehabilitationsleistungen erteilt. Zur Sicherstellung der Rehabilitationsversorgung im Kanton St.Gallen werden für die Jahre 2018 bis 2020 im Rahmen der vorliegenden Rehabilitationsplanung 33 Leistungsaufträge an drei innerkantonale und zwölf ausserkantonale Kliniken erteilt. Zurzeit lassen sich rund zwei Drittel aller St.Gallerinnen und

St.Galler ausserkantonale behandeln, insbesondere in wohnortnahen ausserkantonalen Rehabilitationskliniken. Die interkantonale Zusammenarbeit einerseits und die Ermöglichung eines wohnortnahen Angebots andererseits stellen somit zentrale Aspekte der vorliegenden Rehabilitationsplanung dar. Dadurch ist der Kanton St.Gallen – in Anlehnung an das Zitat von Curt Goetz – im Rahmen der Rehabilitationsversorgung darauf vorbereitet, die Entwicklungen so zu nehmen wie sie kommen werden und dabei die Rehabilitationsversorgung sicherzustellen, die man haben möchte.

Damit die «Dinge so kommen, wie man sie nehmen möchte», insbesondere damit möglichst viele Patientinnen und Patienten durch die Rehabilitationsbehandlungen ihre Fähigkeiten und eine bestmögliche Selbständigkeit wieder erlangen, braucht es die vielen Mitarbeitenden in den Rehabilitationskliniken. Sie sorgen für eine hohe Qualität der Behandlung und Pflege, die sich nur durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen erreichen lässt. Ich danke deshalb allen Mitarbeitenden für ihren engagierten Einsatz zum Wohlergehen der Patientinnen und Patienten.



Heidi Hanselmann, Regierungsrätin  
Vorsteherin Gesundheitsdepartement

# Inhalt

---

<b>Zusammenfassung</b>	<b>6</b>
<b>1 Ausgangslage</b>	<b>8</b>
1.1 Gesetzesgrundlagen	8
1.2 Kostengutsprachepraxis der Krankenversicherer	9
1.3 Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung	10
1.4 Projekt «gemeinsame Spitalplanung Rehabilitation GDK-Ost und Kanton Aargau»	10
1.5 Schweizerische Tarifstruktur ST-Reha	11
1.6 Spitalplanung Rehabilitation 2017	11
<b>2 Definition der stationären medizinischen Rehabilitation</b>	<b>12</b>
2.1 Abgrenzung zur Akutmedizin	12
2.2 Abgrenzung zu anderen Leistungsangeboten	14
<b>3 Leistungsgruppen</b>	<b>16</b>
3.1 Leistungsgruppen im Überblick	16
3.2 Rehabilitation Erwachsener	16
3.3 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	19
<b>4 Leistungsanalyse 2015</b>	<b>20</b>
4.1 Stationäre Rehabilitationsleistungen	20
4.2 Rehabilitationsleistungen nach Altersgruppen	22
4.3 Rehabilitationsleistungen nach Liegeklasse	26
4.4 Rehabilitationsleistungen nach Leistungserbringern	27
4.5 Rehabilitationsleistungen nach Kantonen	29
4.6 Rehabilitationsleistungen nach Leistungsgruppen	33
4.7 Rehabilitationsleistungen im interkantonalen Vergleich	38
<b>5 Bedarfsprognose 2025</b>	<b>40</b>
5.1 Evaluation der 2012 erstellten Prognose für das Jahr 2020	40
5.2 Methodik der Bedarfsprognose 2025	42
5.3 Bevölkerungsprognose 2025	44
5.4 Bedarfsprognose 2025 nach Altersgruppen	46
5.5 Bedarfsprognose 2025 nach Leistungsgruppen	47
5.6 Indikatoren zur Bedarfsprognose 2025	48
<b>6 Umsetzung der Rehabilitationsplanung 2014</b>	<b>50</b>
<b>7 Evaluationskriterien</b>	<b>54</b>
7.1 Qualität	54
7.1.1 Generelle Qualitätsanforderungen	55
7.1.2 Leistungsgruppenspezifische Qualitätsanforderungen	55
7.2 Wirtschaftlichkeit	59
7.3 Zugang zur Behandlung innert nützlicher Frist	60
7.3.1 Vernetzung	60
7.3.2 Erreichbarkeit und ambulantes Angebot	61
7.3.3 Aufnahmepflicht	61
7.4 Langfristige Versorgungssicherheit	62
7.4.1 Versorgungsrelevanz	62
7.4.2 Bereitschaft zur langfristigen Leistungserbringung	63

---

<b>8 Bewerbung</b>	<b>64</b>
8.1 Bewerbungsverfahren	64
8.2 Eingereichte Bewerbungen	64

---

<b>9 Evaluation</b>	<b>66</b>
9.1 Evaluationsverfahren	66
9.2 Muskuloskeletale Rehabilitation	66
9.3 Neurologische Rehabilitation	69
9.4 Paraplegiologische Rehabilitation	70
9.5 Kardiovaskuläre Rehabilitation	72
9.6 Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	75
9.7 Internistisch-onkologische Rehabilitation	76
9.8 Pulmonale Rehabilitation	77
9.9 Geriatrische Rehabilitation	78
9.10 Neurologische Frührehabilitation	79
9.11 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	80

---

<b>10 Vernehmlassung</b>	<b>82</b>
--------------------------	-----------

---

<b>11 St.Galler Spitalliste Rehabilitation 2018</b>	<b>86</b>
---	-----------

---

<b>Anhänge</b>	<b>88</b>
Anhang 1: Spezifikationen St.Galler Leistungsaufträge Rehabilitation	88
Anhang 2: Wirtschaftlichkeitsprüfung	91

---

<b>Glossar und Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>96</b>
--	-----------

---

<b>Impressum</b>	<b>100</b>
------------------	------------

---

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet die Kantone, für die Zulassung der Spitäler zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), eine Spitalplanung zu erstellen und daraus abgeleitet eine Spitalliste zu erlassen. Die Spitalliste Rehabilitation 2015 des Kantons St.Gallen und die damit verbundenen Leistungsaufträge sind bis zum 31. März 2018 gültig. Der vorliegende Planungsbericht dient als Grundlage für die Spitalliste 2018 und setzt sich aus der Analyse der aktuellen Versorgungslage, der darauf basierenden Bedarfsprognose für das Jahr 2025, der Evaluation der Leistungserbringer, die zur Bedarfsdeckung beitragen können und der Spitalliste zur Sicherstellung der Rehabilitationsversorgung der St.Galler Bevölkerung zusammen.

Die vorliegende Rehabilitationsplanung basiert auf neun hauptsächlich organspezifischen Leistungsgruppen für Erwachsene und drei Leistungsgruppen für Kinder und Jugendliche. Leistungsgruppen und Anforderungskriterien sind gegenüber der Rehabilitationsplanung 2014 weitgehend unverändert geblieben. Im Jahr 2016 lancierte der Kanton Zürich ein Projekt zur kantonsübergreifenden Rehabilitationsplanung der Kantone der Ostschweizer Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und des Kantons Aargau, an dem sich auch der Kanton St.Gallen beteiligt. Das Projekt zielt auf eine Vereinheitlichung der Leistungsgruppensystematik sowie der allgemeinen und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen an die Leistungserbringer hin. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe liegen noch nicht vor und sollen deshalb erst im Rahmen der im Jahr 2020 vorgesehenen Überarbeitung der Spitalplanung Rehabilitation zur Anwendung kommen.

Zwischen 2012 und 2015 nahmen die Austritte aus der stationären Rehabilitation um 12 Prozent und die Pflage tage um 13 Prozent zu. Aufgrund der Alterung der Kantonsbevölkerung wird zwischen 2015 und 2025 von einer weiteren Zunahme der Austritte von rund 18 Prozent und der Pflage tage von rund 17 Prozent ausgegangen. Die Hauptursache liegt in einer erwarteten Bevölkerungszunahme im Kanton von insgesamt rund 8 Prozent, einem prognostizierten überdurchschnittlichen Anstieg der Anzahl Kantonseinwohnerinnen und -einwohner ab dem sechzigsten Altersjahr und einer mit dem Alter zunehmenden Wahrscheinlichkeit eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes.

Zur Deckung des voraussichtlichen Bedarfs werden jene Leistungserbringer in der Spitalliste festgehalten, welche die bedarfsgerechte und zeitgemässe stationäre rehabilitative Versorgung für die Bevölkerung des Kantons St.Gallen sicherstellen sollen. Für die Erstellung der Spitalliste Rehabilitation 2018 wurde im Frühling 2017 ein öffentliches Bewerbungsverfahren durchgeführt. Insgesamt gingen im Bereich Erwachsene 35 und im Bereich Kinder und Jugendliche 3 Bewerbungen ein. Alle 15 Bewerber sind bereits auf der Spitalliste des Kantons St.Gallen, 7 Bewerbungen betrafen jedoch neue Leistungsgruppen.

Bei der Evaluation der Leistungserbringer wird zuerst überprüft, ob die Anforderungen an Qualität, Wirtschaftlichkeit und Aufnahmepflicht erfüllt werden, ob ein Leistungserbringer bereit ist die Leistungen langfristig für die St.Galler Bevölkerung sicherzustellen und bei innerkantonalen Anbietern, ob genügend Personen in Gesundheitsberufen ausgebildet werden. Erfüllt ein Bewerber diese Anforderungen, wird die Bedeutung der Klinik für die Sicherstellung einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung im Kanton evaluiert. Dabei wird überprüft, ob ein Leistungserbringer den Anforderungen an die Versorgungsrelevanz genügt oder einen Beitrag zu Wohnortnähe oder Wirtschaftlichkeit leistet. Jeder Antrag wird auf der Basis des prognostizierten Bedarfs je Leistungsgruppe beurteilt. Aus der Analyse der Leistungserbringer resultieren die Spitalliste Rehabilitation und die damit verbundenen Leistungsaufträge. Die Rehabilitationsversorgung der Bevölkerung des Kantons St.Gallen wird gemäss Spitalliste 2018 durch 33 Leistungsaufträge an drei innerkantonale und zwölf ausserkantonale Leistungserbringer sichergestellt. Die Leistungsaufträge werden auf drei Jahre befristet, d.h. bis zum 31. März 2021 erteilt.

Die bestehende Rehabilitationsplanung fand im Jahr 2014 auf der Basis der Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen aus dem Jahr 2013 und einer Bedarfsprognose für das Jahr 2020 statt. Die daraus resultierende Spitalliste ist bis 31. März 2018 gültig. Aufgrund dieser Befristung ist eine neue Spitalplanung erforderlich. Der vorliegende Planungsbericht analysiert die aktuelle Versorgungslage der Kantonsbevölkerung im Bereich der stationären Rehabilitation und prognostiziert deren Bedarf für das Jahr 2025. Zur Deckung des voraussichtlichen Bedarfs werden jene Leistungserbringer bestimmt, welche gemäss Art. 1 des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung (SPFG)<sup>1</sup> die bedarfsgerechte und zeitgemässe stationäre rehabilitative Versorgung für die Bevölkerung des Kantons St.Gallen sicherstellen sollen. Hierzu erfolgt eine Evaluation jener Leistungserbringer, die sich um einen Listenplatz auf der Spitalliste Rehabilitation beworben haben. Die Evaluation erfolgt anhand von vorgegebenen Planungskriterien und umfasst insbesondere die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, die Einhaltung der Aufnahmepflicht, die Erreichbarkeit, die Vernetzung, die Versorgungsrelevanz, die langfristige Bereitschaft zur Leistungserbringung und die Ausbildung von Personen in Gesundheitsberufen. Aus der Analyse der Leistungserbringer resultieren die St.Galler Spitalliste Rehabilitation und die daraus abgeleiteten Leistungsaufträge.

## 1.1 Gesetzesgrundlagen

Nach Art. 39 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)<sup>2</sup> sind die Kantone verpflichtet, eine Spitalplanung zu erstellen und die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassenen Anstalten oder Abteilungen in einer Spitalliste aufzuführen. Mit der Auf- führung eines Leistungserbringers in der Spitalliste werden die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP sowie die Kostenübernahme durch Kantone und Krankenversicherer geregelt.

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

Gemäss Art. 58c Bst. b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)<sup>3</sup> kann die Spitalplanung zur Sicherstellung der stationären Behandlung in Rehabilitationskliniken leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen. Die Rehabilitationsplanung des Kantons St.Gallen erfolgt leistungsorientiert und richtet sich demnach an den erbrachten Leistungen (Behandlungen) und nicht an den benötigten Kapazitäten (Betten) aus.

---

1 sGS 320.1

2 SR 832.10

3 SR 832.102



Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebots sollen die Kantone gemäss Art. 58b KVV insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung der Leistungsaufträge berücksichtigen.

Das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene kantonale Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung enthält ergänzende und präzisierende Ausführungen zur Spitalplanung und Spitalliste. Demnach ist die Regierung für den Erlass von Spitalplanung und Spitalliste sowie für die Erteilung der Leistungsaufträge zuständig. Ziel der Spitalplanung ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und zeitgemässen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen stationären Spitalversorgung für die Bevölkerung des Kantons St.Gallen unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeit, Qualität der Leistungserbringung, Zugang von Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist und Bereitschaft sowie Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags (Art. 58b KVV). Voraussetzungen und Auflagen für die Erteilung von Leistungsaufträgen sind in Art. 11 und 12 SPFG enthalten. Darunter fallen insbesondere die Verfügbarkeit über eine ausreichende Zahl von qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Angemessenheit deren Arbeitsbedingungen, die Einhaltung eines Mindestanteils an Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton, für deren stationären Behandlungen keine Zusatzleistungen in Rechnung gestellt werden sowie die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an Aus- und Weiterbildungsplätzen für Fachleute in Berufen des Gesundheitswesens.

## 1.2 Kostengutsprachepraxis der Krankenversicherer

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

Gemäss Anhang 1 Ziffer 11 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)<sup>4</sup> besteht für die stationäre Rehabilitation eine grundsätzliche Leistungspflicht der Krankenversicherer. Die Kostenübernahme der erbrachten rehabilitativen Leistungen erfolgt aber nur bei vorgängig erteilter Gutsprache des Krankenversicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes. Dadurch haben die Krankenversicherer die Möglichkeit, die Anzahl Aufenthalte, den Aufenthaltsort und die Aufenthaltsdauer von Rehabilitationspatientinnen und -patienten zu beeinflussen. Die Tatsache, dass Krankenversicherer

4 SR 832.112.31

ambulante Leistungen vollständig, stationäre hingegen nur zu 45 Prozent vergüten, kann im Rahmen der Erteilung von Kostengutsprachen durch die Krankenversicherer zu einem unerwünschten Anreiz zu Gunsten stationärer Rehabilitationsbehandlungen führen.

### **1.3 Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung**

Die Rehabilitationsplanung des Kantons St.Gallen orientiert sich grundsätzlich an den Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Spitalplanung. Auf der Basis der am 18. Mai 2017 aktualisierten GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung sollte die Wirtschaftlichkeitsprüfung sofern möglich anhand eines Vergleichs der schweregradbereinigten Kosten einer möglichst repräsentativen Anzahl vergleichbarer Spitäler erfolgen. Zu diesem Zweck hat die GDK eine elektronische Plattform mit den Kostendaten der Spitäler eingerichtet. Da jedoch die Kostendaten mehrerer Leistungserbringer im Bereich Rehabilitation fehlen und ein Kostenvergleich deshalb nicht möglich ist, wird der Wirtschaftlichkeitsvergleich im Rahmen der vorliegenden Rehabilitationsplanung, entsprechend der Rehabilitationsplanung 2014, auf Basis der mit den Krankenversicherern abgeschlossenen Tarife überprüft.

Bereits die Rehabilitationsplanung 2014 orientierte sich an der Deckung des Bedarfs der Wohnbevölkerung durch inner- und ausserkantonale Leistungserbringer. Neu wird bei der Bedarfsdeckung explizit angestrebt, dass mindestens 80 Prozent der von der Wohnbevölkerung in einer Leistungsgruppe in Anspruch genommenen Leistungen auf der Spitalliste gesichert sind. Abweichungen von dieser 80-Prozent-Regel werden begründet.

### **1.4 Projekt «gemeinsame Spitalplanung Rehabilitation GDK-Ost und Kanton Aargau»**

Im Jahr 2016 lancierte der Kanton Zürich ein Projekt zur kantonsübergreifenden Rehabilitationsplanung der GDK-Ost-Kantone und des Kantons Aargau, an dem sich auch der Kanton St.Gallen beteiligt. Bereits im Jahr 2002 wurde an einer gemeinsamen Rehabilitationsplanung für die GDK-Ost-Kantone gearbeitet. Die Ergebnisse wurden von den meisten Kantonen als Basis für die kantonalen Rehabilitationsplanungen 2012 verwendet. Trotz einer gemeinsamen Arbeitsbasis unterscheiden sich die kantonalen Planungen insbesondere betreffend Leistungsgruppen und Anforderungskriterien. Das Projekt «gemeinsame Spitalplanung Rehabilitation GDK-Ost und Kanton Aargau» zielt auf eine Vereinheitlichung der Leistungsgruppensystematik sowie der allgemeinen und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen an die Leistungserbringer hin. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe werden bei der nächsten Überarbeitung der Spitalplanung Rehabilitation zur Anwendung kommen.

## 1.5 Schweizerische Tarifstruktur ST-Reha

Das KVG sieht vor, dass stationäre Leistungen auf der Basis von gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen leistungsbezogen vergütet werden. Da zurzeit noch kein leistungsorientiertes Tarifsysteem für die Vergütung stationärer Rehabilitationsleistungen vorliegt, werden diese vorwiegend durch Tagesvollpauschalen entgolten. Eine Schweizerische Tarifstruktur Rehabilitation (ST-Reha) ist jedoch in Entwicklung und wird voraussichtlich im Jahr 2020 vorliegen. Ziel von ST-Reha ist die Entwicklung eines Patientenklassifikationssystems für leistungsabhängige Tagespauschalen in den Bereichen neurologische, kardiovaskuläre, pulmonale und andere Rehabilitation. Die Ergebnisse des neuen Patientenklassifikationssystems können somit frühestens in die Rehabilitationsplanung 2020 einfließen.

## 1.6 Spitalplanung Rehabilitation 2017

Die bis 31. März 2018 gültige Spitalliste wurde auf der Basis des Rehabilitationsangebots des Jahres 2013 sowie einer Bedarfsprognose für das Jahr 2020 erstellt. In der vorliegenden Rehabilitationsplanung werden anhand der Daten aus dem Jahr 2015 eine Bedarfsanalyse sowie Abklärungen zur Bedarfsdeckung und -sicherung vorgenommen. Hierzu erfolgt eine Evaluation der möglichen Leistungserbringer anhand vorgegebener Planungskriterien. Da aus dem Projekt «gemeinsame Spitalplanung Rehabilitation GDK-Ost und Kanton Aargau» noch keine Leistungsgruppensystematik für die Analyse der Bedarfsdeckung sowie Anforderungskriterien für die Evaluation der Leistungserbringer vorliegen, werden Leistungsgruppen und Anforderungskriterien unverändert aus der Rehabilitationsplanung 2014 übernommen. Auf der Basis der neu vorgenommenen Bedarfsanalyse sowie Evaluation der Leistungserbringer wird die St.Galler Spitalliste Rehabilitation angepasst und es werden bis zum März 2021 befristete institutionsspezifische Leistungsaufträge erteilt. Eine Vereinheitlichung von Leistungsgruppensystematik und Anforderungskriterien auf der Basis der Ergebnisse des interkantonalen Projektes wird voraussichtlich bei der nächsten Überarbeitung der Rehabilitationsplanung vorgenommen werden. Sollten bis zu diesem Zeitpunkt noch keine Ergebnisse zur interkantonalen Rehabilitationsplanung vorliegen, wird womöglich eine Verlängerung der bestehenden Spitalliste erforderlich sein.

## 2 Definition der stationären medizinischen Rehabilitation

---

12

Der Begriff Rehabilitation ist im KVG inhaltlich nicht definiert. Nach der WHO-Definition<sup>5</sup> umfasst Rehabilitation den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung, Schulung und Umschulung sowie zur Anpassung des Betroffenen und seines Umfeldes im Hinblick auf die Wiedererlangung der bestmöglichen Funktionstüchtigkeit und eines angemessenen Platzes in der Gesellschaft. Gegenstand der kantonalen Rehabilitationsplanung ist die stationäre medizinische Rehabilitation von st.gallischen Patientinnen und Patienten.

### 2.1 Abgrenzung zur Akutmedizin

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

---

<sup>5</sup> Technical Report 668/1981 der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1981, S.9)

.....  
**Tabelle 1: Vergleich kurative Medizin und medizinische Rehabilitation**

<b>Merkmal</b>	<b>Kurative Medizin</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
<b>Behandelte Krankheitsbilder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkrankung</li> <li>• Akute Gesundheitsbeeinträchtigung</li> <li>• Akuter Krankheitszustand</li> <li>• Eine Gesundheitsstörung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankheitsfolgen</li> <li>• Chronische Erkrankungen</li> <li>• Chronischer Krankheitsverlauf</li> <li>• Multimorbide Patienten</li> <li>• Multikausalität der Beschwerden</li> </ul>
<b>Behandlungsziel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Völlige Wiederherstellung (Heilung)</li> <li>• Kurzfristige Perspektive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion-Kompensation-Adaptation</li> <li>• Mittel- bis langfristige Perspektive</li> </ul>
<b>Therapieansatz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ICD<sup>6</sup>-Konzept: Ätiologie-Pathologie-Manifestation</li> <li>• Kausaler Ansatz</li> <li>• Medizinentriert</li> <li>• Weitgehende Fremdhilfe</li> <li>• Kurze Verweildauer</li> <li>• Medizinische Intervention</li> <li>• Krankenpflege</li> <li>• Medikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ICF<sup>7</sup>-Konzept: Bio-psycho-soziales Konzept</li> <li>• Finaler Ansatz</li> <li>• Interdisziplinäres Team</li> <li>• Hilfe zur Selbsthilfe</li> <li>• Zeit als Behandlungsfaktor</li> <li>• Üben/Training</li> <li>• Edukation/Beratung</li> <li>• Medikation/Heilmittel</li> </ul>
<b>Ressourcenverlauf</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maximal bei Beginn der Massnahmen, depressiver Verlauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relativ konstanter Verlauf</li> </ul>

Quelle: Strukturbericht des Kantons Zürich, nach Jana Rannenber, Ansätze zur Patientenklassifikation in der medizinischen Rehabilitation aus gesundheitsökonomischer Perspektive, Peter Lang, 2006, S.35

.....  
 6 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

.....  
 7 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO zur Beschreibung einer Behinderung

Die medizinische Rehabilitation bezweckt möglichst frühzeitige Massnahmen, welche erforderlich sind, um die Teilnahme am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Voraussetzungen, die für die Durchführung ambulanter oder stationärer Rehabilitationsleistungen kumulativ erfüllt sein müssen, sind die Rehabilitationsbedürftigkeit<sup>8</sup>, die Rehabilitationsfähigkeit<sup>9</sup> und das Rehabilitationspotential<sup>10</sup>.

## 2.2 Abgrenzung zu anderen Leistungsangeboten

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

### Ambulante Rehabilitation

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

### Palliative Care

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

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

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

10 Rehabilitationspotential ist gegeben, wenn eine erfolgsversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Das heisst es müssen plausible Gründe vorliegen, dass der betreffende Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabilitationspotentials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit.

**Akut- und Übergangspflege**

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

**Kurbehandlung**

Eine Kurbehandlung liegt vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht nach einem weitgehend vordefinierten Behandlungsplan (Kurpaket) natürliche, ortsgebundene Heilfaktoren wie Wasser, Wärme, Klima oder Luft wohnortfern angewendet werden. Die Kur dient schwergewichtig der Festigung des Gesundheitszustandes und nicht der Heilung. Kuren sind für Patientinnen und Patienten indiziert, welche keine spezifischen Bedürfnisse in Bezug auf Pflege und medizinische Behandlung aufweisen. Sie sind keine Pflichtleistung der Grundversicherung und demzufolge nicht Gegenstand der vorliegenden Rehabilitationsplanung.

### 3.1 Leistungsgruppen im Überblick

Der rehabilitative Behandlungsbedarf und die rehabilitative Leistung der einzelnen Betriebe werden anhand von Leistungsgruppen statistisch abgebildet. Im vorliegenden Bericht wurden die Leistungsgruppen hauptsächlich auf der Basis der in der medizinischen Statistik codierten rehabilitationsrelevanten Grunderkrankungen (ICD-Hauptdiagnosen) gebildet und gegenüber der Rehabilitationsplanung 2014 unverändert übernommen. Eine Neuevaluation der Leistungsgruppensystematik auf der Basis der Ergebnisse des Projekts «gemeinsame Spitalplanung Rehabilitation GDK-Ost und Kanton Aargau» soll im Rahmen der nächsten Rehabilitationsplanung erfolgen.

### 3.2 Rehabilitation Erwachsener

Die Rehabilitation Erwachsener wird in neun Leistungsgruppen unterteilt. Sieben davon wurden anhand der ICD-Klassifikation gebildet, zwei weitere (die geriatrischen Rehabilitation und die neurologischen Frührehabilitation) kommen aufgrund der besonderen Anforderungen hinzu, die aus dem Alter und der Multimorbidität der Patientinnen und Patienten sowie aus der Komplexität der Behandlungen resultieren.

#### **Muskuloskelettale Rehabilitation (MS)**

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

#### **Neurologische Rehabilitation (N)**

Die neurologische Rehabilitation befasst sich mit den Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie von neuromuskulären Erkrankungen.

#### **Paraplegiologische Rehabilitation (Q)**

Die paraplegiologische Rehabilitation umfasst die Erstrehabilitation, Folgerehabilitation und Komplikationsbehandlung von Personen mit unfall-, krankheits- oder missbildungsbedingten Lähmungen an den oberen oder unteren Extremitäten sowie am Rumpf (Querschnittlähmungen), die durch eine Störung im Bereich von Rückenmark und Cauda equina ausgelöst werden. Sie ist eine Subspezialität der neurologischen Rehabilitation. Die Erstrehabilitation querschnittgelähmter Patientinnen und Patienten beginnt kurz nach dem Unfall und dauert in der Regel sechs bis zwölf Monate. Eine Folgerehabilitation oder Komplikationsbehandlung bei bestehender Querschnittlähmung kann einzelne Wochen bis mehrere Monate dauern. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten im Bereich



Paraplegie und Tetraplegie sowie Schädel-Hirn-Trauma ist erheblich aufwendiger als in den anderen rehabilitativen Leistungsgruppen und findet schwergewichtig in spezialisierten Zentren statt.

### **Kardiovaskuläre Rehabilitation (K)**

In der kardiovaskulären Rehabilitation werden die Folgen von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und entsprechender operativer Eingriffe behandelt.

### **Pulmonale Rehabilitation (P)**

Die pulmonale Rehabilitation befasst sich mit den Folgen von Krankheiten der unteren Atemwege und anderen mit einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit einhergehenden Lungenkrankheiten sowie entsprechenden thoraxchirurgischen Eingriffen.

### **Internistisch-onkologische Rehabilitation (IO)**

Die internistische Rehabilitation bezweckt die Rehabilitation multimorbider Patientinnen und Patienten mit Funktions- und Partizipationsstörungen aufgrund internmedizinischer oder onkologisch/hämatologischer Krankheitsbilder, die einen kombinierten, multidisziplinären Rehabilitationsansatz benötigen. Dieser Gruppe werden nur jene Tumorerkrankungen zugeordnet, die nicht der muskuloskelettalen, neurologischen, kardiovaskulären oder pulmonalen Rehabilitation zugewiesen werden.

### **Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation (PS)**

In der psychosomatischen-sozialmedizinischen Rehabilitation werden psychosomatische Krankheiten sowie durch somatische Krankheiten verursachten psychischen Folgeerkrankungen behandelt. Patientinnen und Patienten, die aufgrund psychiatrischer Krankheiten sowie Suchtkrankheiten in Institutionen der Psychiatrie behandelt und rehabilitiert werden, werden als Psychiatrie- und nicht als Rehabilitationsfälle betrachtet.

### **Neurologische Frührehabilitation (NF)**

Die in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen erbrachte überwachungs-pflichtige neurologische Rehabilitation umfasst die gleichzeitige akutmedizinisch-kurative und rehabilitative Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer akuten Gesundheitsstörung und relevanter Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit gemäss ICF. Sie bildet – nach der akutmedizinischen Diagnostik und Therapie – die zweite, weniger aber immer noch intensive Phase der Akutbehandlung. Meist beginnt diese Phase unmittelbar nach dem Aufenthalt auf der Intensivstation. Die Rehabilitationspatientinnen und -patienten weisen schwerste Schädigungen des Nervensystems auf, können bewusstlos, gelähmt oder hochgradig verwirrt sein, eine Atemhilfe (z.B. Tracheostomie) oder eine parenterale Ernährung benötigen und sich im Wachkoma befinden. Sie sind aber nicht mehr invasiv beatmungsbedürftig und weisen für eine Rehabilitationsbehandlung genügend

stabile Vitalfunktionen auf, bedürfen jedoch der Infrastruktur einer Überwachungseinheit mit engmaschiger Kreislauf- und Atemüberwachung (inkl. intensiver Atemtherapie). Die intensive ärztliche Therapie wird durch zeitaufwendige therapeutische Betreuung und neurologisch-fachspezifische Pflege unterstützt. Die Notwendigkeit und Intensität der Rehabilitation überwiegen gegenüber der Kuration. Am Ende der neurologischen Frührehabilitation soll die Rehabilitationsfähigkeit und somit die Möglichkeit nachfolgender Rehabilitationsmassnahmen vorliegen.

Zur Vermeidung unnötiger Schnittstellen und Verlegungen werden Leistungsaufträge im Bereich der neurologischen Frührehabilitation nur in Kombination mit einem Leistungsauftrag für die neurologische Rehabilitation vergeben.

### **Geriatrische Rehabilitation (G)**

Die geriatrische Rehabilitation umfasst die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die

- in der Regel älter als 75 Jahre sind,
- multimorbid<sup>11</sup>, reduziert belastbar und komplikationsanfälliger sind, eine eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit sowie spezielle, meist atypische Krankheitssymptome aufweisen und
- einer stationären Rehabilitation bedürfen, insbesondere im Anschluss an eine stationäre akutmedizinische Behandlung oder bei erwiesenem Rehabilitationspotential nach ambulanter Behandlung zu Hause oder in einem Alters- oder Pflegeheim.

Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist die Rückgewinnung, Stabilisierung und Wiederbefähigung zur möglichst selbständigen Lebensführung. Es besteht ein fließender Übergang zwischen Akutgeriatrie und geriatrischer Rehabilitation.

Personen über 75 Jahre, die nach Unfällen oder Krankheiten einen Rehabilitationsaufenthalt benötigen, aber keine massgebliche vorbestehende Einschränkungen aufweisen, gelten nicht als geriatrische Patientinnen und Patienten und können den Leistungsgruppen der jeweiligen organ-spezifischen Rehabilitation zugewiesen werden.

11 In Anlehnung an die Definition von «H+ Die Spitäler der Schweiz» bedingt die geriatrische Multimorbidität das dokumentierte Vorliegen von mehr als einem der folgenden geriatrischen Krankheitsbilder: kognitive Einschränkung, insbesondere abklingendes Delir, Immobilität, erhöhtes Sturzrisiko, Inkontinenz von Stuhl und/oder Urin, Malnutrition (Mangelernährung) und/oder Sarkopenie (Muskelabbau), Depression oder Angststörung, eingeschränkte Funktion der Sinnesorgane, Dekubitalulzera (Wundgeschwüre), chronische Schmerzen, Medikationsprobleme bei Polymedikation und/oder Non-Compliance und soziale Isolation.

### 3.3 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen umfasst die Behandlung der Folgen verschiedener angeborener oder erworbener Krankheiten sowie von Schädigungen von Organen und Organsystemen von Personen unter 18 Jahren. Sie unterscheidet sich von jener der erwachsenen Bevölkerung aufgrund altersspezifischer Anforderungen wie kind- und jugendgerechte Gestaltung der Rehabilitationsmassnahmen, schulische Betreuung und Berufsberatung, Freizeitangebot und Aufnahme von Begleitpersonen. Die stationären rehabilitativen Aufenthalte von Kindern und Jugendlichen umfassten im Jahr 2015 30 Austritte von Personen im Alter zwischen 2 und 17 Jahren (Durchschnittsalter 12 Jahre), die mehrheitlich im Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche des Kinderspitals Zürich in Affoltern am Albis stattfanden.

Die pädiatrische Rehabilitation umfasst die drei folgenden Leistungsgruppen:

#### **Allgemeine pädiatrische Rehabilitation**

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

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

Die neurologische Rehabilitation befasst sich mit den Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie mit neuromuskulären Erkrankungen. In der neuro-orthopädischen Rehabilitation werden durch neurologische Krankheiten verursachte Störungen und strukturelle Deformitäten des Bewegungsapparates behandelt.

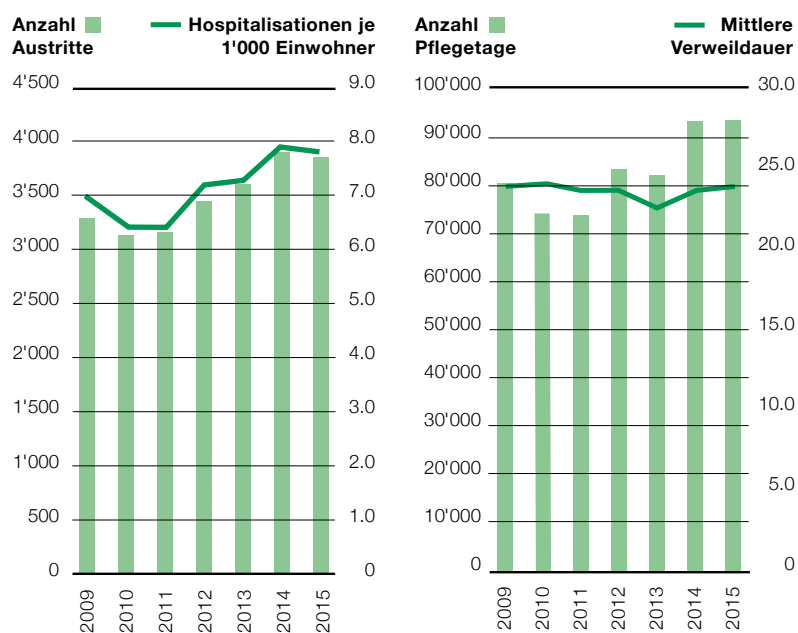
#### **Neurologische Frührehabilitation (überwachungspflichtige Rehabilitation)**

In Analogie zur Rehabilitation Erwachsener wurde auch in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen für die an spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen erbrachte überwachungspflichtige Rehabilitation eine getrennte Leistungsgruppe gebildet. Auch hier werden Leistungsaufträge im Bereich der neurologischen Frührehabilitation nur in Kombination mit einem Leistungsauftrag für die neurologische Rehabilitation vergeben.

### 4.1 Stationäre Rehabilitationsleistungen

Im Jahr 2015 wurden in stationären Einrichtungen 3'884 Rehabilitationsaufenthalte von st.gallischen Patientinnen und Patienten mit 93'481 Pflegetagen<sup>12</sup> und einer mittleren Verweildauer von rund 24 Tagen verzeichnet.

**Abbildung 1: Austritte und Hospitalisationsrate (HR) sowie Pflegetage und mittlere Verweildauer in Tagen (AHD) der St.Galler Bevölkerung 2009-2015**

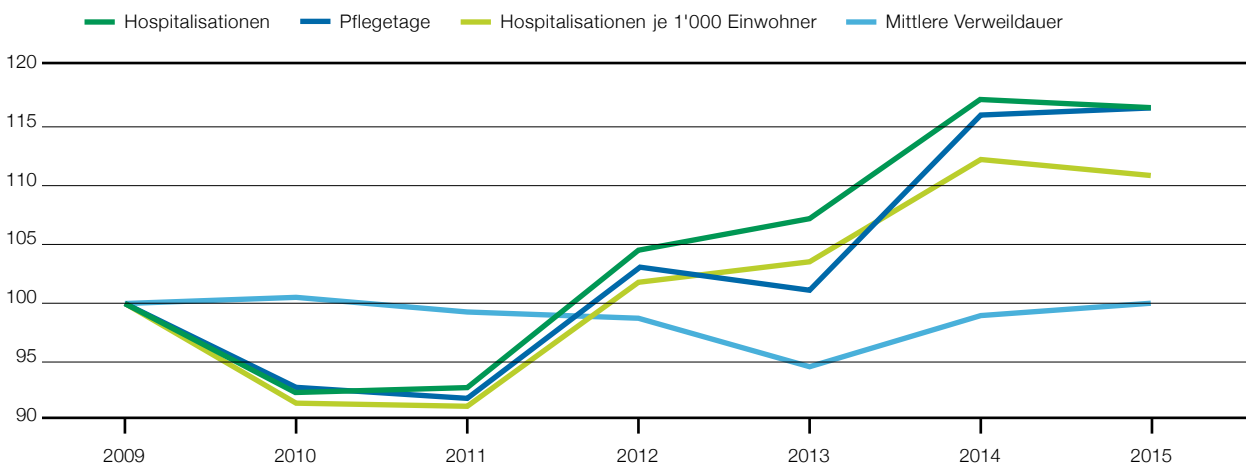


Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE

Gemäss Abbildung 1 nahmen zwischen 2009 und 2015 die Anzahl Austritte und Pflegetage von st.gallischen Patientinnen und Patienten sowie die Hospitalisationsrate zu. Die mittlere Verweildauer blieb hingegen gegenüber dem Jahr 2009 weitgehend unverändert. Im Jahr 2015 verzeichneten rund 8 von 1'000 Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern einen stationären Rehabilitationsaufenthalt.

<sup>12</sup> Berechnet als Austrittsdatum - Eintrittsdatum - Urlaubstage

**Abbildung 2: Hospitalisationen, Hospitalisationsrate, Pfl egetage und mittlere Verweildauer in Tagen (AHD) indexiert auf der Basis des Jahres 2009 (2009 = 100)**



Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE

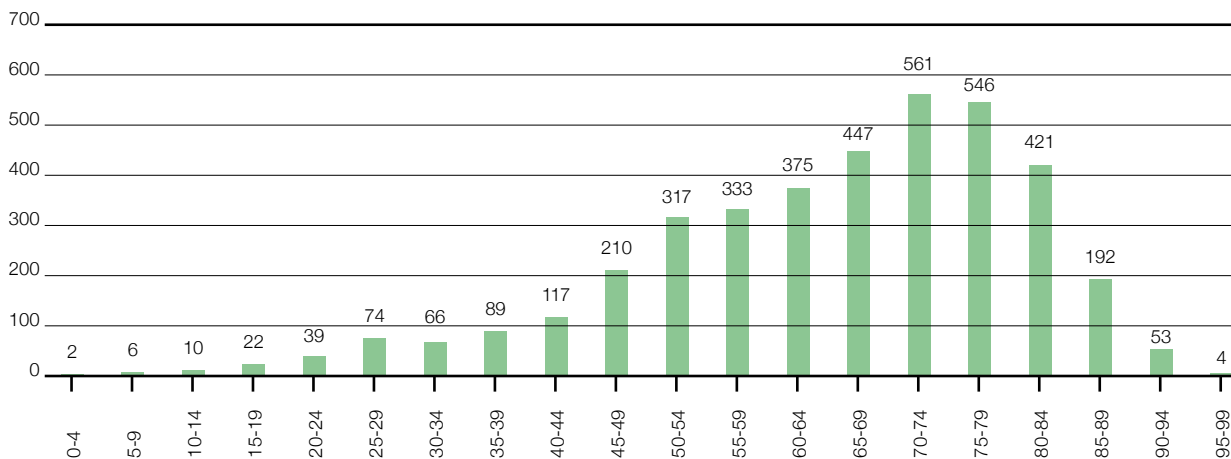
Abbildung 2 verdeutlicht die Entwicklung der Kennzahlen im Zeitverlauf. In den Jahren vor dem Inkrafttreten der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (Jahre 2009 bis 2011) nahmen die Hospitalisationen und Pfl egetage ab. Zwischen 2011 und 2012 fand ein erster Anstieg statt. Insgesamt nahmen seit dem Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung (31. Dezember 2011 bis 31. Dezember 2015) die Austritte um rund 26 Prozent und die Pfl egetage um rund 27 Prozent zu. Dies führte zu einer Zunahme der mittleren Verweildauer von rund einem Prozent auf rund 24 Tage. In der gleichen Zeitspanne nahmen die Bevölkerung des Kantons St.Gallen um rund 3 Prozent und die Hospitalisationsrate je Tausend Einwohnerinnen und Einwohner um rund 22 Prozent zu. Vor der KVG-Revision machten Rehabilitationsaufenthalte 3.7 Prozent aller stationären Spitalaufenthalte der St.Galler Bevölkerung aus. Dieser Anteil hat sich seit dem Jahr 2012 stetig erhöht und beträgt im Jahr 2015 4.5 Prozent. Die Zunahme an stationären Rehabilitationsaufenthalten entspricht der vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) seit der KVG-Revision gesamtschweizerisch registrierten starken Zunahme der Nachversorgung in den Bereichen Rehabilitation, Spitex und Pflegeheime. Aufgrund der gleichzeitigen Verkürzung der Aufenthaltsdauer in der Akutversorgung spricht das Obsan von einem Verlagerungseffekt.<sup>13</sup> Im Gegensatz zu Hospitalisationen, Pfl egetagen und Hospitalisationsrate ist die mittlere Verweildauer seit dem Jahr 2009 weitgehend konstant.

<sup>13</sup> Obsan Bulletin 4/2016, Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Leistungen.

## 4.2 Rehabilitationsleistungen nach Altersgruppen

Die Altersverteilung der behandelten Personen ist ein zentraler Faktor der Rehabilitationsplanung, da die Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen eine starke Abhängigkeit vom Alter der Patientinnen und Patienten aufweist. Aus Abbildung 3 kann entnommen werden, dass die Anzahl Rehabilitationsaufenthalte bis zum 70. Altersjahr zunimmt und ab dem 80. Altersjahr wieder abnimmt. Rund die Hälfte der Hospitalisationen betreffen Personen zwischen 65 und 84 Jahren. Diese Altersgruppe macht rund 15 Prozent der Kantonsbevölkerung aus.

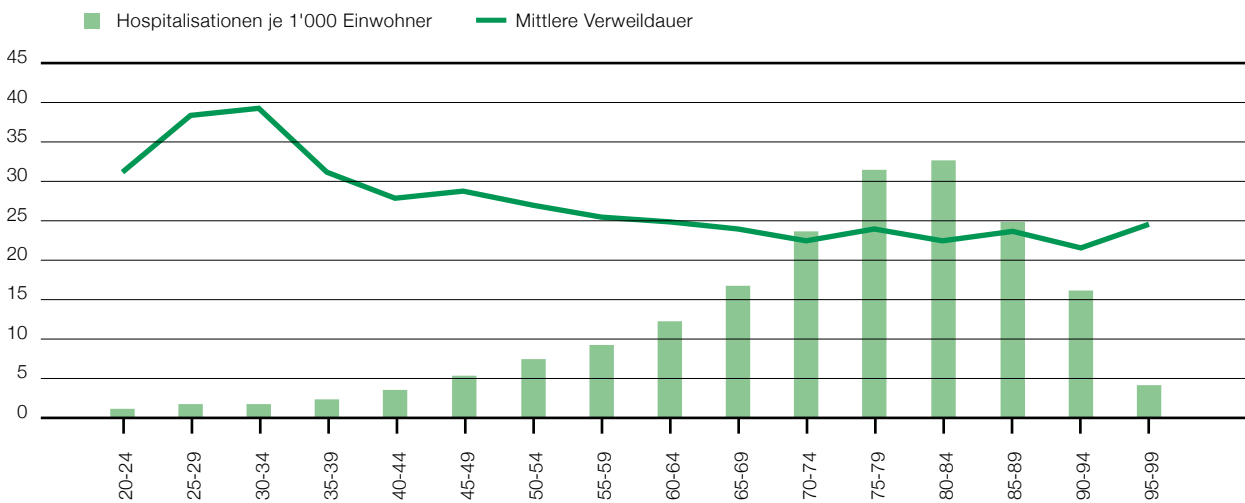
Abbildung 3: Austritte je Altersgruppe, 2015



Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE

Die Hospitalisationsrate (Abbildung 4) nimmt mit zunehmendem Alter bis zur Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen zu und sinkt danach wieder. Dies lässt sich dadurch erklären, dass Personen ab 85 Jahren eher eine auf die geriatrische Frührehabilitation oder auf die Akutgeriatrie spezialisierte Einrichtung aufsuchen oder bereits pflegebedürftig sind und deshalb weniger häufig stationäre Rehabilitationsleistungen beanspruchen. Die mittlere Verweildauer eines Rehabilitationsaufenthaltes verhält sich weitgehend umgekehrt zur Hospitalisationsrate. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner unter 35 Jahren am geringsten (rund 1 Promille), die durchschnittliche Aufenthaltsdauer hingegen am höchsten (rund 40 Tage). Umgekehrt hatten im Jahr 2015 rund 27 von 1'000 Kantonseinwohnerinnen und -einwohner ab 70 Jahren einen stationären Rehabilitationsaufenthalt, dieser dauerte jedoch durchschnittlich rund 23 Tage.

**Abbildung 4: Hospitalisationsrate und mittlere Verweildauer je Altersgruppe, 2015**

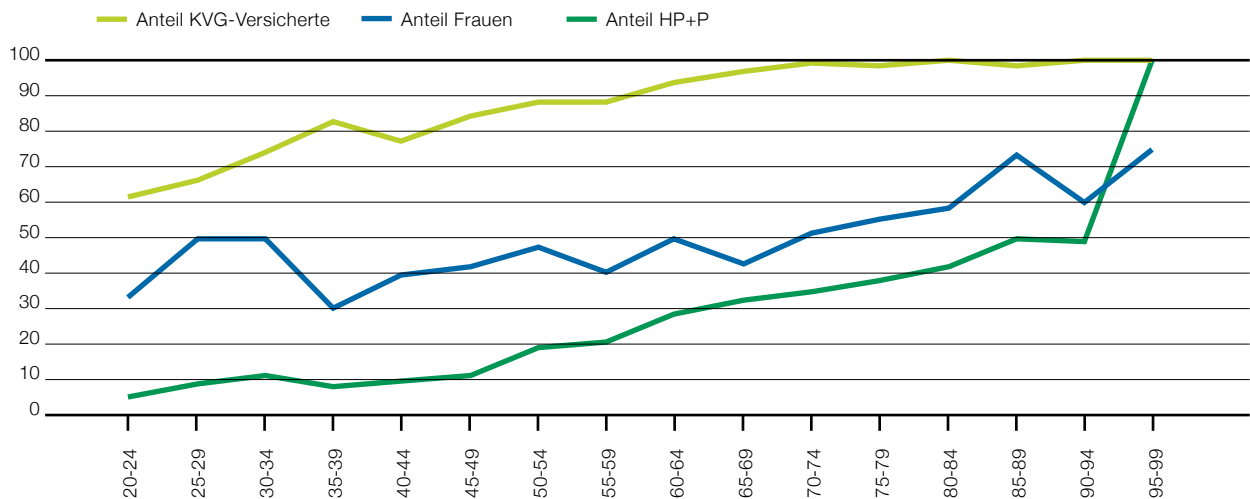


Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AFGVE

Mit zunehmendem Alter der Patientinnen und Patienten (Abbildung 5) nehmen der Anteil Austritte zu Lasten der Krankenversicherung, der Anteil Frauen sowie der Anteil Austritte aus einer halbprivaten oder privaten Abteilung ebenfalls zu. Diese altersabhängige Entwicklung lässt sich auf mehrere Faktoren zurückführen. Rehabilitationsaufenthalte von jüngeren Erwachsenen werden wesentlich häufiger von der Unfall-, der Invaliden- oder der Militärversicherung übernommen und finden häufiger in der allgemeinen Abteilung statt. Mit dem Alter nimmt der Anteil Zusatzversicherte in der Bevölkerung und somit auch der Anteil Patientinnen in der halbprivaten oder privaten Abteilung zu. Obwohl insgesamt rund die Hälfte der Rehabilitationspatientinnen und -patienten Frauen sind, sind in den Altersgruppen unter 70 Jahren die Frauen untervertreten, mit dem Alter nimmt jedoch der Anteil Frauen zu. Dies liegt daran, dass Frauen eine längere Lebenserwartung aufweisen als Männer und dass erst im Alter jene gesundheitlichen Probleme auftreten, die zu Rehabilitationsaufenthalten führen (siehe auch Abbildung 9).

Im Vergleich zum Jahr 2012<sup>14</sup> weist die altersabhängige Zunahme von Hospitalisationen in der privaten und halbprivaten Abteilung jedoch einen flacheren Kurvenverlauf auf. Während jüngere Patientinnen und Patienten sowohl 2012 als auch 2015 grösstenteils in der allgemeinen Abteilung lagen, überwogen im Jahr 2012 ab dem 55. Altersjahr, im Jahr 2015 jedoch erst ab dem 85. Altersjahr die Rehabilitationsaufenthalte in der halbprivaten und privaten Abteilung.

**Abbildung 5: Anteil Patientinnen und Patienten der halbprivaten und privaten Abteilung (HP+P), Anteil Krankenversicherte und Anteil Frauen je Altersgruppe, 2015**

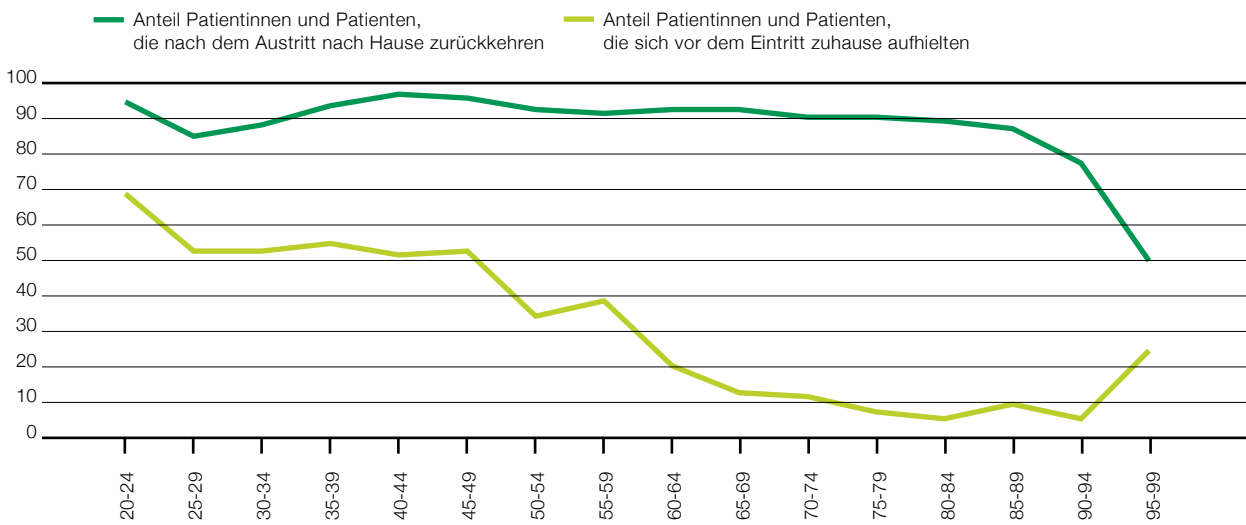


Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE

Die Gewährleistung eines möglichst nahtlosen Übertritts von der Akutbehandlung zur Rehabilitation und dadurch die Patientenverlegung zum geeigneten Leistungserbringer im optimalen Zeitpunkt gehörten zu den Zielen der Rehabilitationsplanung 2014. Für ein funktionierendes Übertrittsmanagement sprechen die Tatsachen, dass ein Grossteil der Patientinnen und Patienten nahtlos von einem Akutspital, einem Alters- oder einem Pflegeheim in die Rehabilitationsklinik aufgenommen wurde und dass der Anteil Patientinnen und Patienten, die sich vor dem Rehabilitationsaufenthalt zuhause aufhielten, mit dem Alter, bis zum neunzigsten Lebensjahr, abnimmt (Abbildung 6). Eine nahtlose Verlegung ist insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten sinnvoll, da diese eine höhere Verletzlichkeit aufweisen und häufig an mehreren chronischen, behandlungsbedürftigen Krankheiten leiden.



**Abbildung 6: Anteil Patientinnen und Patienten, die sich vor dem Eintritt zuhause aufhielten und Anteil Patientinnen und Patienten, die nach dem Austritt nach Hause zurückkehrten, 2015**



Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE

Eine Voraussetzung für die Durchführung von Rehabilitationsleistungen ist das Vorhandensein eines Rehabilitationspotentials und somit einer erfolgsversprechenden Rehabilitationsprognose. Damit verbunden ist die Wiederherstellung der Unabhängigkeit und Selbständigkeit der Behandelten und somit die Rückkehr ins angestammte Umfeld. Aus Abbildung 6 kann entnommen werden, dass die grosse Mehrheit der Patientinnen und Patienten nach dem Rehabilitationsaufenthalt nach Hause zurückkehrt. Insgesamt werden rund 4 Prozent der Patientinnen und Patienten nach dem Rehabilitationsaufenthalt in ein weiteres Spital verlegt, wobei dieser Anteil bis zum neunzigsten Lebensjahr weitgehend altersunabhängig ist. Weitere 4 Prozent der Patientinnen und Patienten treten nach dem Rehabilitationsaufenthalt in ein Alters-, Kranken- oder Pflegeheim über, das sind rund 3 Prozent der Unter-75-Jährigen und rund 5 Prozent der Patientinnen und Patienten ab 75 Jahren.

### 4.3 Rehabilitationsleistungen nach Liegeklasse<sup>15</sup>

Rund 70 Prozent der Rehabilitationsaufenthalte von Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern erfolgen in der allgemeinen Abteilung (Tabelle 2). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von rund 25 Tagen entspricht jener der Privatabteilung und liegt über der Aufenthaltsdauer in der Halbprivatabteilung, die rund 22 Tage beträgt. Patientinnen in der allgemeinen Abteilung lassen sich zu rund 63 Prozent in einem anderen Kanton behandeln. Der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen nimmt mit der Liegeklasse zu. Rund 83 Prozent der Hospitalisationen in der Privatabteilung finden ausserkantonale statt.

**Tabelle 2: Stationäre rehabilitative Aufenthalte der St.Galler Bevölkerung nach Liegeklasse, 2015**

Liegeklasse	Anteil Austritte	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Anteil ausserkantonale Hospitalisationen	Anteil Eintritte aus Zuhause
Allgemein	70%	24.5	63%	25%
Halbprivat	21%	22.1	79%	15%
Privat	9%	25.0	83%	15%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>24.1</b>	<b>68%</b>	<b>22%</b>

Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE

Der Anteil Patientinnen und Patienten, die nahtlos von einem vorgelagerten Leistungserbringer in die Rehabilitationsklinik aufgenommen werden, gibt einen Hinweis auf die Gewährleistung eines möglichst nahtlosen Übertritts von der Akutbehandlung zur Rehabilitation. Ein Zwischenaufenthalt zuhause kann zwar in einigen Fällen für den Rehabilitationserfolg durchaus sinnvoll sein, der Anteil Übertritte aus Zuhause müsste jedoch für alle Liegeklassen eine vergleichbare Höhe aufweisen. Im Jahr 2015 fanden jedoch 75 Prozent der Übertritte in eine allgemeine Abteilung einer Rehabilitationsklinik direkt aus einem Spital, einem Alters- oder einem Pflegeheim statt. Ein nahtloser Übertritt in eine Halbprivat- und Privatabteilung einer Rehabilitationsklinik fand hingegen in 85 Prozent der Fälle statt. Die Differenz liegt einerseits darin, dass der Grossteil der Patientinnen und Patienten von Rehabilitationskliniken mit einem hohen Anteil zusatzversicherter Patientinnen und Patienten keinen Zwischenaufenthalt zwischen vorgelagerter Institution und Rehabilitationsklinik aufweisen. Andererseits weisen insbesondere ausserkantonale Rehabilitationskliniken mit einem hohen Anteil ausschliesslich allgemeinversicherter Patientinnen und Patienten Unterschiede zwischen den Liegeklassen betreffend des Anteils Eintritte aus Zuhause auf.

<sup>15</sup> Die im Rahmen des Spitalaufenthaltes beanspruchte Liegeklasse (allgemein, halbprivat oder privat) kann (z.B. aufgrund der Übernahme der Zusatzkosten durch Patientinnen und Patienten) von der Versicherungskategorie abweichen.

## 4.4 Rehabilitationsleistungen nach Leistungserbringern

Die stationäre rehabilitative Behandlung der St.Galler Bevölkerung fand im Jahr 2015 in insgesamt 44 Einrichtungen statt (Tabelle 3), wobei rund 32 Prozent der Hospitalisationen innerkantonale erfolgten. Dabei entfallen rund 30 Prozent der Austritte st.gallischer Patientinnen und Patienten auf die Kliniken Valens. Von den ausserkantonalen Hospitalisationen entfällt die Mehrheit auf die Klinik Gais (16 Prozent), den kneipp-hof Dussnang<sup>16</sup> (13 Prozent) und die Rheinburg-Klinik (11 Prozent). Seit der Einführung der freien Spitalwahl am 1. Januar 2012 sind die Austritte aus den Kliniken Valens weitgehend konstant geblieben. Mehr als verdoppelt haben sich in dieser Zeitspanne hingegen die Austritte aus der Klinik Schloss Mammern sowie aus dem Zürcher Reha-Zentrum Davos. Gegenüber dem Jahr 2011 haben die Hospitalisationen in den thurgauischen Kliniken<sup>17</sup> insgesamt um rund 72 Prozent und in den Kliniken des Kantons Appenzell Ausserrhoden<sup>18</sup> insgesamt um 25 Prozent zugenommen.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer unterscheidet sich erheblich zwischen den Leistungserbringern und reicht von rund 15 Tagen im kneipp-hof Dussnang bis rund 45 Tagen in der Rehaklinik Zihlschlacht. Sie hängt insbesondere von der Leistungsgruppe und der Komplexität der Beeinträchtigung der Patientengruppe ab.

Der Anteil Patientinnen und Patienten, die in einer Halbprivat- oder Privatabteilung hospitalisiert wurden, unterscheidet sich ebenfalls stark zwischen den Kliniken und reicht von 16 Prozent im Paraplegiker-Zentrum Nottwil bis 99 Prozent im Hof Weissbad. Die Anforderungen an die Aufnahmepflicht sehen einen Anteil ausschliesslich allgemeinversicherter Patientinnen und Patienten von mindestens 40 Prozent vor. Zwei Leistungserbringer (Klinik Schloss Mammern und Hof Weissbad), welche mindestens 1 Prozent der st.gallischen Patientinnen und Patienten behandeln, erreichen diesen Anteil nicht. Dabei handelt es sich um Leistungserbringer, die sich nicht um einen Platz auf der Spitalliste des Kantons St.Gallen beworben haben.

---

<sup>16</sup> Der kneipp-hof Dussnang wurde auf den 24. Januar 2018 zur Rehaklinik Dussnang umfirmiert.

---

<sup>17</sup> Kneipp-hof Dussnang, Klinik Schloss Mammern, Rehaklinik Zihlschlacht, Spital Thurgau Klinik St.Katharinental, Tertianum Neutal

---

<sup>18</sup> Rheinburg-Klinik, Klinik Gais, Berit-Klinik

.....  
**Tabelle 3: Wichtigste Leistungserbringer für die Versorgung st.gallischer Patientinnen und Patienten, 2015**

<b>Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St.Gallen</b>	<b>Pflegetage<sup>19</sup></b>	<b>Austritte</b>	<b>AHD (Tage)</b>	<b>Marktanteil</b>	<b>Austritte 2011 – 2015</b>	<b>Anteil HP/P</b>
Kliniken Valens (SG)	28'478	1'167	24.4	30%	0%	17%
Klinik Gais (AR)	14'604	622	23.5	16%	+43%	24%
kneipp-hof Dussnang (TG)	7'633	513	14.9	13%	+58%	26%
Rheinburg-Klinik (AR)	10'946	443	24.7	11%	+22%	48%
Rehaklinik Zihlschlacht (TG)	8'030	177	45.4	5%	+79%	27%
Klinik Schloss Mammern (TG)	3'009	168	17.9	4%	+107%	88%
Zürcher RehaZentrum Wald (ZH)	2'744	129	21.3	3%	+30%	33%
Reha Seewis (GR)	2'602	108	24.1	3%	-13%	17%
Rehaklinik Bellikon (AG)	2'666	88	30.3	2%	0%	19%
Zürcher RehaZentrum Davos (GR)	1'908	85	22.4	2%	+193%	28%
Hof Weissbad (AI)	1'210	76	15.9	2%	-6%	99%
Klinik Oberwaid (SG)	1'940	54	35.9	1%	-	31%
Paraplegiker-Zentrum Nottwil (LU)	1'621	38	42.7	1%	+81%	16%
Rehaclinic Zurzach (AG)	812	35	23.2	1%	+13%	31%
andere (30 Kliniken)	5'278	181	29.2	5%	+25%	41%
<b>Total</b>	<b>93'481</b>	<b>3'884</b>	<b>24.1</b>	<b>100%</b>	<b>+26%</b>	<b>30%</b>

AHD = Durchschnittliche Aufenthaltsdauer  
 HP/P = Patientinnen und Patienten, die in einer Halbprivat- oder Privatabteilung hospitalisiert wurden

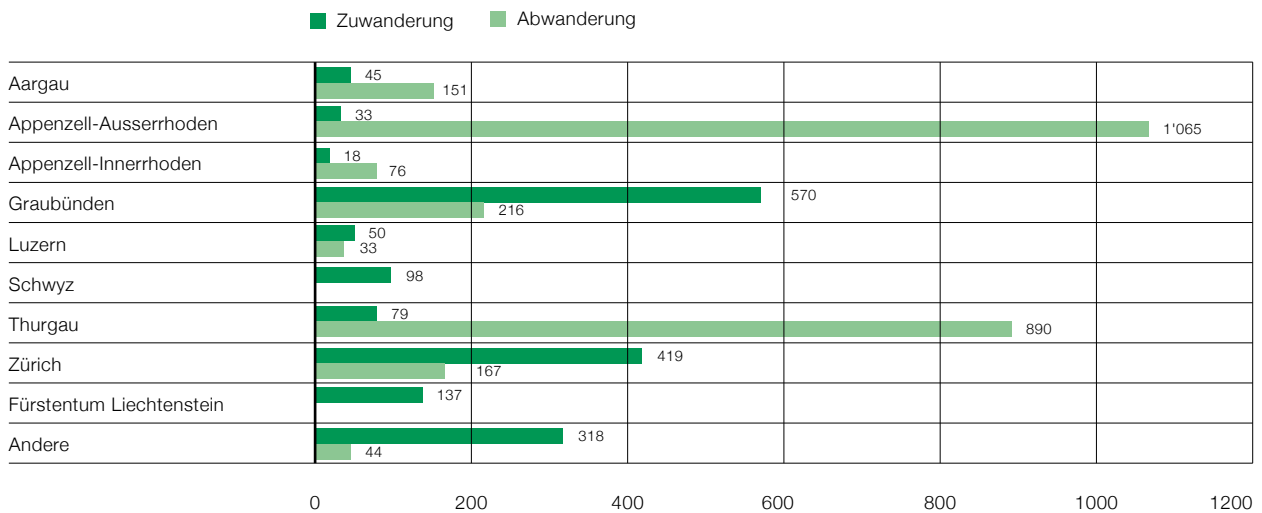
Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE

.....  
 19 Berechnet als Austrittsdatum - Eintrittsdatum - Urlaubstage

### 4.5 Rehabilitationsleistungen nach Kantonen

Gemäss Abbildung 7 liessen sich im Jahr 2015 über zwei Drittel der St.Galler Patientinnen und Patienten (2'648 Hospitalisationen) in einem anderen Kanton rehabilitativ behandeln, insbesondere in den Kantonen Appenzell Ausserrhodon (1'065 Austritte, 40 Prozent) und Thurgau (890 Austritte, 34 Prozent). Im Gegenzug behandelten die innerkantonalen Kliniken 1'582 ausserkantonale und 185 ausländische Rehabilitationspatientinnen und -patienten, hauptsächlich aus den Nachbarkantonen Graubünden (570 Austritte, 32 Prozent) und Zürich (419 Austritte, 24 Prozent) sowie aus dem Fürstentum Liechtenstein (137 Austritte, 8 Prozent). Rund 84 Prozent der Hospitalisationen ausserkantonomer Rehabilitationspatientinnen und -patienten erfolgen in den Kliniken Valens.

**Abbildung 7: Zu- und Abwanderung aus dem Kanton St.Gallen im Bereich Rehabilitation, 2015**

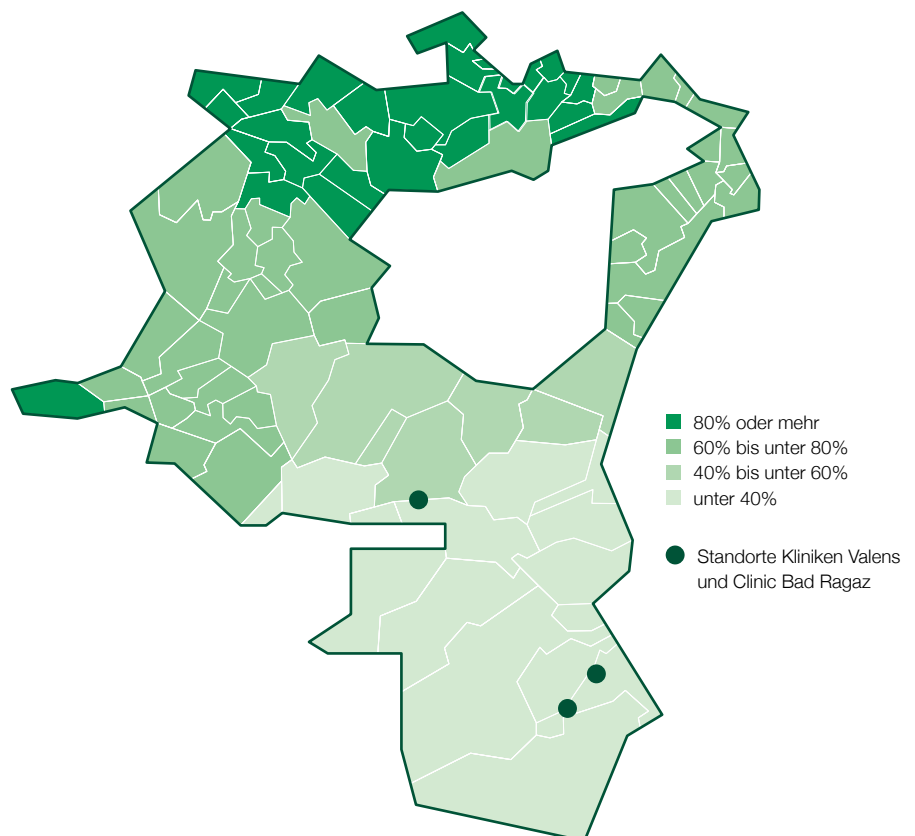


Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE

Seit der Revision des KVG haben die Zuwanderung um rund 31 Prozent und die Abwanderung um rund 38 Prozent zugenommen. Die Nettoabwanderung von 881 Patientinnen und Patienten und die Zunahme des negativen Wanderungssaldos um 313 Patientinnen und Patienten seit der Einführung der freien Spitalwahl am 1. Januar 2012 lässt sich vor allem durch die geografische Abdeckung von stationären Rehabilitationsleistungen im Kanton erklären. St.Gallische Patientinnen und Patienten manifestieren eine Präferenz für wohnortnahe Rehabilitation. Diese ist dadurch ersichtlich, dass (abgesehen von der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation, die in St.Gallen angeboten wird) der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen mit zunehmender Distanz zu den

Kliniken Valens und Bad Ragaz ansteigt. Eine positive Entwicklung zeigt sich seit der letzten Rehabilitationsplanung. Gegenüber dem Jahr 2013 hat der negative Wanderungssaldo um 117 Personen abgenommen. Dies kann unter anderem auf das neue innerkantonale Angebot in den Bereichen psychosomatisch-sozialmedizinische und internistisch-onkologische Rehabilitation sowie auf eine gute Positionierung der Kliniken Valens zurückgeführt werden.

**Abbildung 8: Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen in den Bereichen muskuloskelettale, neurologische, internistisch-onkologische und pulmonale Rehabilitation, 2015**



Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE

Mit Ausnahme der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation, die erst seit dem Jahr 2015 in St.Gallen angeboten wird, befindet sich das gesamte innerkantonale Leistungsangebot im südlichen Kantonsteil an den Standorten der Kliniken Valens. Im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation besteht zudem ein geringes Leistungsangebot in der Clinic Bad Ragaz. Da die Fahrt zu den Standorten der Kliniken Valens mit dem Personenwagen oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln für die Mehrheit der Kantonseinwohnerinnen und -einwohner länger als eine Stunde dauert, sind die innerkantonalen Anbieter häufig weiter vom Wohnort entfernt als Rehabilitationskliniken von Nachbarkantonen. Abbildung 8 verdeutlicht, dass der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen mit der Distanz zwischen Wohnort (Medstat-Wohnregion) und innerkantonalem Angebot zunimmt. Daraus wird die Präferenz der st.gallischen Bevölkerung für wohnortnahe Rehabilitation ersichtlich. Während südliche Wohnregionen in den von den Kliniken Valens angebotenen Leistungsgruppen einen Anteil ausserkantonomer rehabilitativer Aufenthalte von weniger als 40 Prozent aufweisen, beträgt dieser Anteil in den nördlichen Wohnregionen mehr als 60 Prozent, teilweise sogar mehr als 80 Prozent.

Auch aus Tabelle 4 kann entnommen werden, dass die Wahl der Rehabilitationsklinik stark mit der geografischen Nähe zum Wohnort zusammenhängt. So lassen sich beispielsweise 59 Prozent der Patientinnen und Patienten aus der Region Werdenberg und 70 Prozent aus der Region Sarganserland in den nahegelegenen st.gallischen Kliniken Valens und Bad Ragaz sowie in der Klinik Oberwaid behandeln. Dies ist mehr als doppelt so viel wie der Durchschnitt der übrigen Regionen. Patientinnen und Patienten aus den Regionen St.Gallen und Rorschach bevorzugen nahegelegene Rehabilitationskliniken des Kantons Appenzell Ausserrhoden, weisen jedoch jeweils über 20 Prozent der Austritte in innerkantonalen Kliniken sowie in Kliniken des Kantons Thurgau auf. Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten aus der Region Wil erfolgen insbesondere im Kanton Thurgau, wobei auch innerkantonale Leistungserbringer sowie Kliniken des Kantons Appenzell Ausserrhoden beliebt sind. Patientinnen und Patienten aus dem Rheintal haben eine Präferenz für Kliniken aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden, lassen sich jedoch auch zu mehr als einem Drittel innerkantonale rehabilitativ behandeln. 26 Prozent der Patientinnen und Patienten aus der Region See-Gaster wählen Rehabilitationskliniken des nahegelegenen Kantons Zürich. Toggenburgerinnen und Toggenburger lassen sich zu jeweils rund einem Drittel in innerkantonalen sowie in thurgauischen Kliniken rehabilitativ behandeln.

Aus den regionalen Unterschieden bei der Wahl der Rehabilitationsklinik lässt sich auf die Bedeutung eines Grundangebots an wohnortnahe stationärer Rehabilitation für die St.Galler Bevölkerung schliessen.

**Tabelle 4: Wohnregion und Inanspruchnahme ausserkantonaler Rehabilitationsleistungen, 2015 (gekennzeichnete Werte: Standort erbringt einen Anteil stationärer rehabilitativer Leistungen von 25 Prozent oder mehr)**

Wohnregion	Standortkanton des Leistungserbringers							
	SG	AR	TG	ZH	AG	GR	AI	andere
St.Gallen	22%	36%	29%	1%	4%	4%	4%	2%
Rorschach	24%	41%	21%	0%	4%	6%	2%	2%
Wil	18%	27%	44%	2%	3%	2%	2%	1%
Rheintal	34%	45%	8%	2%	4%	4%	2%	1%
Werdenberg	59%	23%	5%	1%	2%	7%	1%	3%
Sarganserland	70%	6%	3%	2%	3%	14%	1%	2%
See-Gaster	25%	7%	19%	26%	8%	9%	1%	5%
Toggenburg	32%	22%	33%	3%	3%	4%	1%	3%
<b>Total</b>	<b>32%</b>	<b>27%</b>	<b>23%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>6%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>

Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE



## 4.6 Rehabilitationsleistungen nach Leistungsgruppen

Rund drei Viertel der stationären rehabilitativen Austritte entfallen gemäss Tabelle 5 auf die muskuloskeletale (43 Prozent), die neurologische (18 Prozent) und die kardiovaskuläre (15 Prozent) Rehabilitation.

**Tabelle 5: Prozentuale Verteilung der stationären rehabilitativen Austritte der St.Galler Bevölkerung, 2015 (gekennzeichnete Werte: Anbieter mit einem Marktanteil von 10 Prozent oder mehr)**

Leistungserbringer	Leistungsgruppe								Total
	MS	N	Q	K	PS	IO	P	Ü	
Kliniken Valens	35%	38%	23%	4%	4%	42%	56%	23%	30%
Klinik Gais	0%	0%	0%	65%	58%	18%	1%	26%	16%
kneipp-hof Dussnang	30%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	13%
Rheinburg-Klinik	13%	30%	3%	1%	0%	1%	1%	0%	11%
Rehaklinik Zihlschlacht	1%	21%	10%	0%	1%	1%	1%	0%	5%
Klinik Schloss Mammern	2%	0%	0%	8%	0%	16%	10%	4%	4%
Zürcher RehaZentrum Wald	2%	4%	0%	7%	0%	2%	14%	0%	3%
Reha Seewis	0%	0%	0%	14%	8%	1%	1%	0%	3%
Rehaklinik Bellikon	5%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	2%
Zürcher RehaZentrum Davos	1%	0%	0%	0%	4%	6%	9%	19%	2%
Hof Weissbad	4%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	2%
Klinik Oberwald	0%	0%	0%	0%	18%	0%	0%	1%	1%
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	0%	0%	48%	0%	0%	2%	2%	11%	1%
RehaClinic Zurzach	1%	1%	0%	0%	0%	1%	1%	4%	1%
Hochgebirgsklinik Davos	0%	0%	0%	1%	2%	1%	4%	3%	1%
Kinderspital Zürich	1%	1%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Reha-Clinic Bad Ragaz	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
Uniklinik Balgrist	0%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
andere	4%	2%	6%	0%	5%	2%	3%	6%	3%
<b>Total</b>	<b>1'651</b>	<b>715</b>	<b>31</b>	<b>579</b>	<b>273</b>	<b>373</b>	<b>192</b>	<b>70</b>	<b>3'884</b>
<b>Total in %</b>	<b>43%</b>	<b>18%</b>	<b>1%</b>	<b>15%</b>	<b>7%</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>

MS: Muskuloskeletale Rehabilitation

N: Neurologische Rehabilitation

Q: Paraplegiologische Rehabilitation

K: Kardiovaskuläre Rehabilitation

PS: Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation

IO: Internistisch-onkologische Rehabilitation

P: Pulmonale Rehabilitation

Ü: Übrige Rehabilitation

Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE

Im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation erfolgten im Jahr 2015 rund 35 Prozent und in der neurologischen Rehabilitation rund 38 Prozent der Austritte in den st.gallischen Kliniken Valens. Wichtige ausserkantonale Leistungserbringer sind im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation der kneipp-hof Dussnang und die Rheinburg-Klinik, im Bereich der Neurorehabilitation die Rheinburg-Klinik und die Rehaklinik Zihlschlacht. Im Jahr 2015 war noch kein innerkantonaales Angebot im Bereich der kardio-vaskulären Rehabilitation vorhanden. Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St.Gallen wurden in diesem Bereich zu 65 Prozent in der Klinik Gais und zu 14 Prozent in der Reha Seewis behandelt. Die Klinik Oberwaid, die im Frühling 2015 ihre Tätigkeit aufgenommen hat, deckte Ende 2015 18 Prozent der Austritte in der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation ab. Weitere 58 Prozent der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitationsaufenthalte fanden in der Klinik Gais und 8 Prozent in der Reha Seewis statt. Die schnelle Zunahme der Anzahl Austritte der Klinik Oberwaid bestätigt das Bedürfnis von st.gallischen Patientinnen und Patienten nach einem wohnortnahen Rehabilitationsangebot. Im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation entfielen 42 Prozent der Austritte auf die Kliniken Valens, 18 Prozent auf die Klinik Gais und 16 Prozent auf die Klinik Schloss Mammern. 56 Prozent der stationären pulmonalen Rehabilitationsaufenthalte fanden in den Kliniken Valens statt. Wichtige ausserkantonale Leistungserbringer sind in diesem Bereich das Zürcher Reha-Zentrum Wald und die Klinik Schloss Mammern.

Aus Abbildung 9 lassen sich die wichtigsten Kennzahlen sowie die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten je Leistungsgruppe entnehmen.

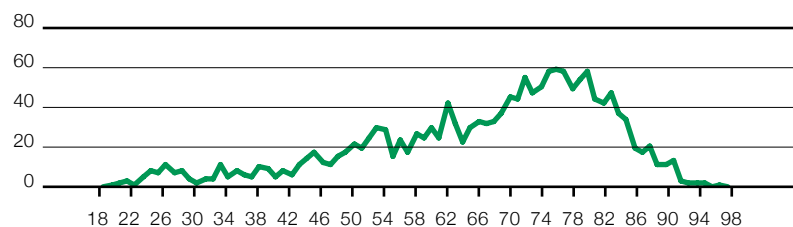
**Abbildung 9: Kennzahlen und Altersverteilung je Leistungsgruppe, 2015**

#### Leistungsgruppe

##### Muskuloskelettale Rehabilitation

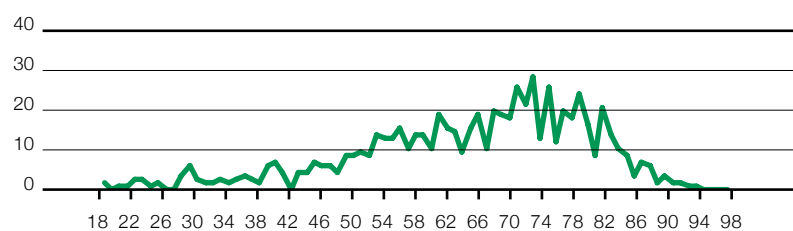
Anzahl Fälle / Pflegetage: 1'651 / 34'228  
 Durchschn. Aufenthaltsdauer: 20.7 Tage  
 Durchschnittsalter: 66 Jahre  
 Anteil Frauen: 60%  
 Anteil KVG-Versicherte: 89%  
 Anteil Halbprivat/Privat: 31%  
 Anteil Übertritte direkt aus Akutspital: 81%  
 Anteil ausserkant. Hospitalisationen: 65%

#### Anzahl Hospitalisationen je Altersjahr



##### Neurologische Rehabilitation

Anzahl Fälle / Pflegetage: 715 / 23'295  
 Durchschn. Aufenthaltsdauer: 32.6 Tage  
 Durchschnittsalter: 64 Jahre  
 Anteil Frauen: 45%  
 Anteil KVG-Versicherte: 94%  
 Anteil Halbprivat/Privat: 32%  
 Anteil Übertritte direkt aus Akutspital: 74%  
 Anteil ausserkant. Hospitalisationen: 62%



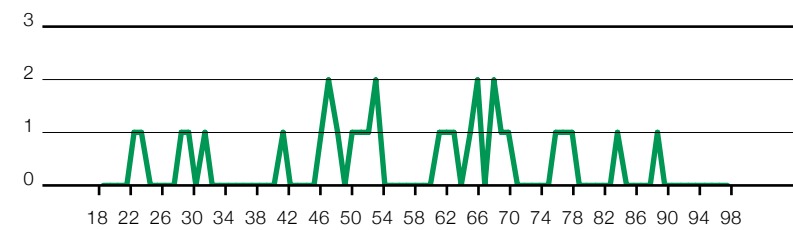


**Leistungsgruppe**

**Anzahl Hospitalisationen je Altersjahr**

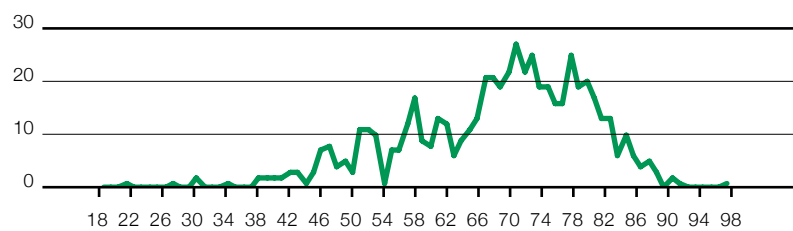
**Paraplegiologische Rehabilitation**

Anzahl Fälle / Pflage tage: 31 / 2'351  
 Durchschn. Aufenthaltsdauer: 75.8 Tage  
 Durchschnittsalter: 55 Jahre  
 Anteil Frauen: 29%  
 Anteil KVG-Versicherte: 74%  
 Anteil Halbprivat/Privat: 23%  
 Anteil Übertritte direkt aus Akutspital: 71%  
 Anteil ausserkant. Hospitalisationen: 77%



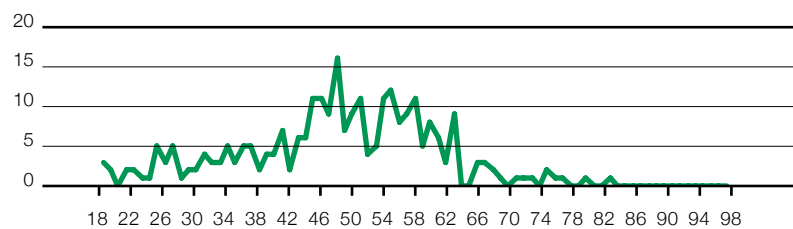
**Kardiovaskuläre Rehabilitation**

Anzahl Fälle / Pflage tage: 579 / 12'319  
 Durchschn. Aufenthaltsdauer: 21.3 Tage  
 Durchschnittsalter: 68 Jahre  
 Anteil Frauen: 28%  
 Anteil KVG-Versicherte: 100%  
 Anteil Halbprivat/Privat: 30%  
 Anteil Übertritte direkt aus Akutspital: 94%  
 Anteil ausserkant. Hospitalisationen: 96%



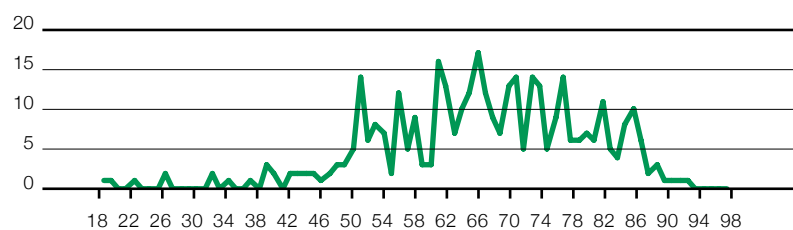
**Psychosom.-sozialmed. Rehabilitation**

Anzahl Fälle / Pflage tage: 273 / 8'731  
 Durchschn. Aufenthaltsdauer: 32.0 Tage  
 Durchschnittsalter: 48 Jahre  
 Anteil Frauen: 56%  
 Anteil KVG-Versicherte: 99%  
 Anteil Halbprivat/Privat: 19%  
 Anteil Übertritte direkt aus Akutspital: 15%  
 Anteil ausserkant. Hospitalisationen: 77%



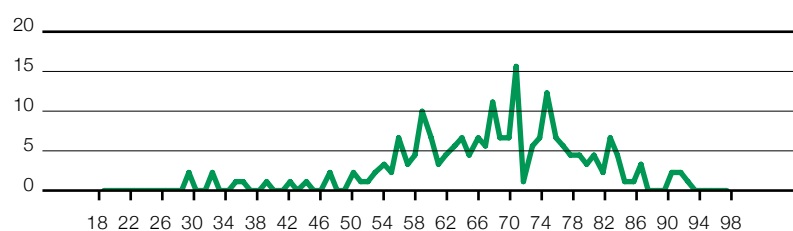
**Internistisch-onkologische Rehabilitation**

Anzahl Fälle / Pflage tage: 373 / 6'841  
 Durchschn. Aufenthaltsdauer: 18.3 Tage  
 Durchschnittsalter: 67 Jahre  
 Anteil Frauen: 46%  
 Anteil KVG-Versicherte: 97%  
 Anteil Halbprivat/Privat: 31%  
 Anteil Übertritte direkt aus Akutspital: 92%  
 Anteil ausserkant. Hospitalisationen: 57%



**Pulmonale Rehabilitation**

Anzahl Fälle / Pflage tage: 192 / 3'725  
 Durchschn. Aufenthaltsdauer: 19.4 Tage  
 Durchschnittsalter: 67 Jahre  
 Anteil Frauen: 42%  
 Anteil KVG-Versicherte: 99%  
 Anteil Halbprivat/Privat: 25%  
 Anteil Übertritte direkt aus Akutspital: 75%  
 Anteil ausserkant. Hospitalisationen: 44%



Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE

Die meisten Leistungsgruppen, mit Ausnahme der paraplegiologischen und der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation, weisen eine vergleichbare Altersverteilung auf, wobei eine Zunahme der Austritte etwa ab dem fünfzigsten und eine Abnahme ab dem achtzigsten Altersjahr festzustellen ist. Das Durchschnittsalter beträgt dabei je nach Leistungsgruppe 64 bis 68 Jahre. In der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation findet sich hingegen eine vergleichsweise geringe Anzahl Patientinnen und Patienten, die das Rentenalter erreicht haben und demzufolge das niedrigste Durchschnittsalter (48 Jahre) aller Leistungsgruppen. Dadurch erbringen psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitationsaufenthalte volkswirtschaftlich einen zusätzlichen Nutzen, indem die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten nach dem Rehabilitationsaufenthalt wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert wird und Fehlzeiten sowie Produktionsausfälle verringert werden können. Im Gegensatz zu den anderen Leistungsgruppen verteilen sich die Austritte in der paraplegiologischen Rehabilitation über alle Altersgruppen, wobei das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten 55 Jahre beträgt. Aufgrund der unterschiedlichen krankheits- und unfallbedingten Ursachen von Querschnittslähmungen fallen Erstrehabilitationen sowohl in jungen Jahren als auch mit fortgeschrittenem Alter an und werden in den Folgejahren häufig von weiteren Rehabilitationsaufenthalten begleitet.

20 Frauen sind häufiger von Depressionen und anderen psychologischen Störungen betroffen als Männer. Die Lebenszeitprävalenz einer Major Depressive Disorder liegt für Frauen bei rund 21 Prozent und bei Männern bei 13 Prozent. Die höhere Prävalenz depressiver Symptome bei Frauen hat biologische, psychologische und soziale Ursachen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Depressionen in der Schweizer Bevölkerung, Obsan-Bericht 56, S. 10ff).

21 Etwa jede zweite Frau und jeder fünfte Mann um 50 müssen damit rechnen, früher oder später einen durch Osteoporose bedingten Knochenbruch zu erleiden. Osteoporosebedingte Knochenbrüche führten 2000 in der Schweiz zu rund 300'000 Akutspitaltagen bei Frauen über 45 und zu rund 90'000 bei Männern (Schweizerische Vereinigung gegen die Osteoporose, Osteoporose. Die Krankheit der brüchigen Knochen, 2013).

22 Wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurden 2014 rund 50'900 Frauen und 64'500 Männer hospitalisiert, infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen starben 2014 rund 11'500 Frauen und 9'500 Männer (Bundesamt für Statistik, Herz- und Kreislauferkrankungen, <http://bit.ly/2pnQ32O>).

Mit über 1'600 Austritten und über 34'000 Pflgetagen stellt die muskuloskeletale Rehabilitation die grösste Leistungsgruppe dar. Sie wird gefolgt von der neurologischen Rehabilitation, die rund 700 Austritte und aufgrund der langen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (33 Tage) rund 23'000 Pflgetage aufweist. Die längste durchschnittliche Aufenthaltsdauer (76 Tage) findet sich bei der paraplegiologischen Rehabilitation, die mit 31 Austritten die kleinste Leistungsgruppe darstellt.

Obwohl insgesamt rund die Hälfte der Rehabilitationspatientinnen und -patienten Frauen sind, finden sich nur im Bereich der muskuloskeletalen (60 Prozent) und der psychosomatisch-sozialmedizinischen (56 Prozent) Rehabilitation mehr Frauen als Männer. Dies lässt sich dadurch erklären, dass Frauen signifikant häufiger von depressiven Erkrankungen betroffen sind als Männer<sup>20</sup> und ein grösseres Risiko einer muskuloskeletalen Beeinträchtigung<sup>21</sup> aufweisen. Besonders tief ist hingegen der Frauenanteil in der kardiovaskulären sowie in der paraplegiologischen Rehabilitation. Nur rund 28 Prozent der kardiovaskulären Rehabilitationspatientinnen und -patienten sind weiblich. Der geringe Frauenanteil im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation lässt sich teilweise dadurch erklären, dass einerseits mehr Männer als Frauen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen hospitalisiert werden und andererseits mehr Frauen als Männer aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben.<sup>22</sup> Im Bereich der paraplegiologischen Rehabilitation beträgt der Frauenanteil rund 29 Prozent. Dies entspricht der Geschlechterverteilung bei Personen mit einer

Querschnittlähmung. Dem Jahresbericht 2016 der Schweizer Paraplegiker-Stiftung kann entnommen werden, dass rund 71 Prozent der neu Querschnittgelähmten männlich sind.<sup>23</sup> Gemäss Schweizer-Paraplegiker-Vereinigung liegt dies daran, dass Männer offenbar insgesamt gefährlicher und mit mehr Risiken leben als Frauen.<sup>24</sup>

Insgesamt werden rund 93 Prozent der Rehabilitationsaufenthalte durch die Krankenversicherung und 6 Prozent durch die Unfallversicherung gedeckt. Weitere mögliche Kostenträger sind die Militärversicherung, die Invalidenversicherung oder Selbstzahler. Je nach Leistungsgruppe trägt die Krankenversicherung zwischen 74 Prozent (paraplegiologische Rehabilitation) und 100 Prozent (kardiovaskuläre Rehabilitation) der Kosten. Hauptursache für unfallbedingte Querschnittlähmungen sind Stürze, gefolgt von Verkehrs- und Sportunfällen.<sup>25</sup> Insgesamt fallen rund 72 Prozent der Austritte zu Lasten der Unfallversicherung im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation an.

Rund 30 Prozent der Rehabilitationspatientinnen und -patienten aus dem Kanton St.Gallen liegen in einer privaten oder halbprivaten Abteilung. Als Vergleich dazu sind es rund 20 Prozent in der Akutsomatik und rund 3 Prozent in der Psychiatrie. Der hohe Anteil an Hospitalisationen in der privaten oder halbprivaten Abteilung lässt sich durch das höhere Durchschnittsalter der Rehabilitationspatientinnen und -patienten (ältere Personen schliessen häufiger eine Zusatzversicherung ab) und durch die Kostengutsprachepraxis der Krankenversicherer erklären. Ein unterdurchschnittlicher Anteil Patientinnen und Patienten, die in einer privaten oder halbprivaten Abteilung liegen, findet sich in der psychosomatisch-sozialmedizinischen (19 Prozent), der paraplegiologischen (23 Prozent) und der pulmonalen (25 Prozent) Rehabilitation.

Vor dem Rehabilitationsaufenthalt befinden sich insgesamt rund 22 Prozent der Patientinnen und Patienten zuhause und erhalten nur in wenigen Ausnahmefällen Unterstützung durch die Spitex. Rund 77 Prozent der Rehabilitationspatientinnen und -patienten treten hingegen aus einem Akutspital in die Rehabilitationsklinik ein (ohne Zwischenaufenthalt zuhause). Der Anteil Übertritte direkt aus einem Akutspital hängt stark mit der Leistungsgruppe zusammen und schwankt zwischen 15 Prozent (psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation) und 94 Prozent (kardiovaskuläre Rehabilitation).

Obwohl für die meisten Leistungsgruppen ein innerkantonales Angebot vorhanden ist, finden nur rund ein Drittel der Rehabilitationsleistungen im Kanton St.Gallen statt. Dies lässt sich mit der Distanz zu den Kliniken Valens begründen, die für die meisten Leistungsgruppen der einzige Anbieter und für einen Grossteil der Kantonseinwohnerinnen und -einwohner nicht wohnortnah sind. Kein innerkantonales Angebot ist im Bereich

---

23 Schweizer Paraplegiker-Stiftung,  
Jahresbericht 2016, S. 7

---

24 Schweizer Paraplegiker-Vereinigung,  
Querschnittlähmung, 2012, S. 5

---

25 Schweizer Paraplegiker-Stiftung,  
Jahresbericht 2016, S. 7

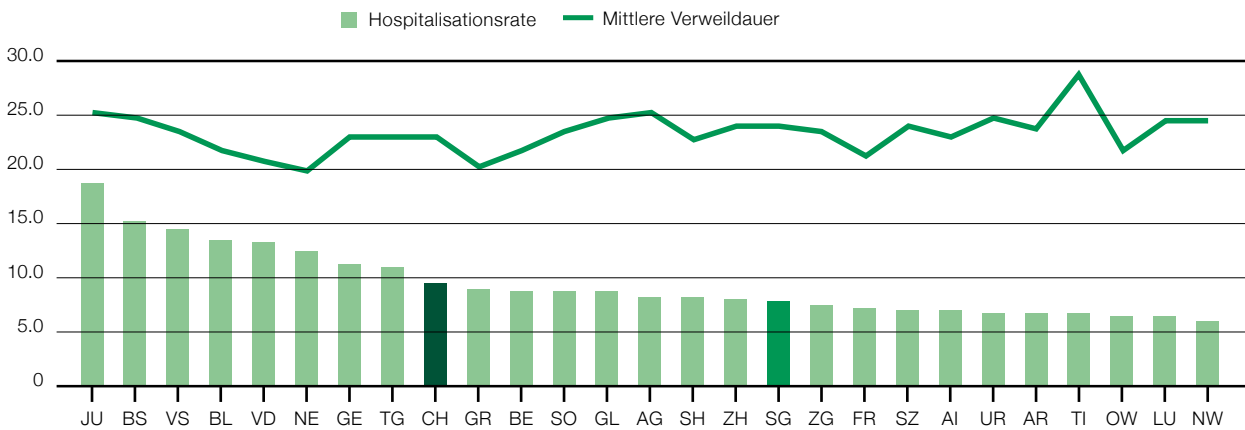
der paraplegiologischen Rehabilitation vorhanden, wobei Leistungen für Querschnittgelähmte zum Teil auch im Rahmen der neurologischen Rehabilitation sowie anderer Leistungsgruppen erbracht werden können. Der Anteil innerkantonale Hospitalisationen ist im Bereich der pulmonalen Rehabilitation mit 56 Prozent am höchsten. An zweiter Stelle findet sich mit 43 Prozent die internistisch-onkologische Rehabilitation. Diese ist die einzige Leistungsgruppe, die von mehr als einem innerkantonalen Leistungserbringer angeboten wird, nämlich von den Kliniken Valens sowie von der Clinic Bad Ragaz.

#### **4.7 Rehabilitationsleistungen im interkantonalen Vergleich**

Die Anzahl stationärer rehabilitativer Spitalaufenthalte je 1'000 Kantoneinwohnerinnen und -einwohner schwankt erheblich zwischen den Kantonen (Abbildung 10). 18 Kantone weisen eine Hospitalisationsrate unter dem Schweizer Durchschnitt von 9.5 stationären Spitalaufenthalten je 1'000 Einwohnerinnen und -einwohner. Darunter fällt der Kanton St.Gallen, dessen Hospitalisationsrate (7.8 stationäre Spitalaufenthalte je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner) rund 18 Prozent unter dem Schweizer Durchschnitt liegt. Unter den 8 Kantonen mit einer überdurchschnittlichen Hospitalisationsrate finden sich insbesondere Kantone der Romandie sowie beide Basler Kantone.

Die durchschnittliche Dauer eines Rehabilitationsaufenthaltes beträgt rund 23 Tage und schwankt zwischen rund 20 Tagen im Kanton Neuenburg und rund 29 Tagen im Kanton Tessin. Mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von rund 24 Tagen liegt der Kanton St.Gallen rund 4 Prozent über dem Schweizer Durchschnitt. Dies lässt sich wahrscheinlich durch die unterdurchschnittliche Hospitalisationsrate des Kantons St.Gallen erklären, wobei weniger komplexe Rehabilitationsfälle, die eine geringere Anzahl Tage benötigen würden, nicht zu einem stationären Rehabilitationsaufenthalt führen.

**Abbildung 10: Hospitalisationsraten und durchschnittliche Aufenthaltsdauern im Bereich Rehabilitation, 2015**



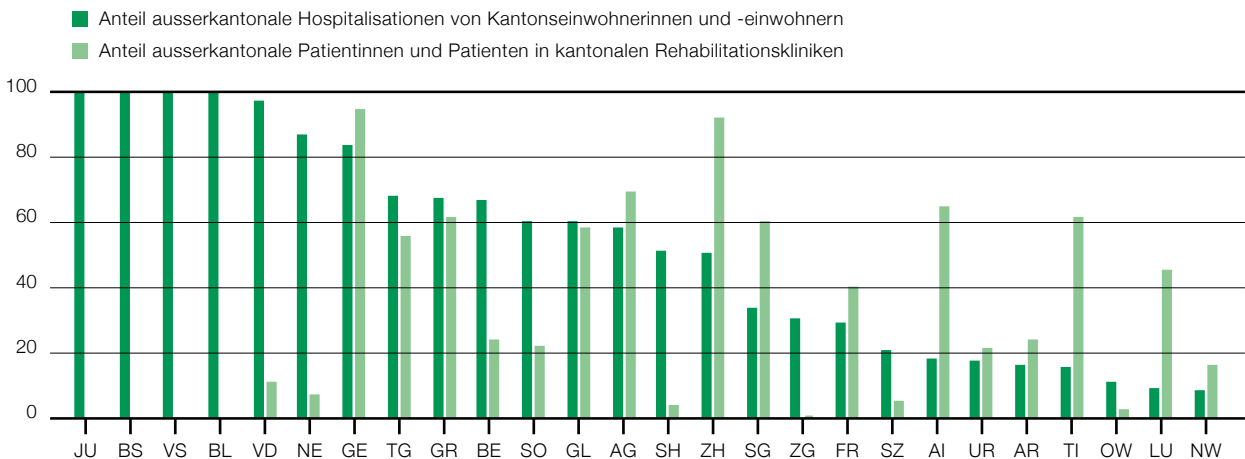
Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE

Der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen sowie der Anteil Spitalaufenthalte ausserkantionaler Patientinnen und Patienten in kantonalen Rehabilitationskliniken unterscheiden sich wesentlich zwischen den Kantonen (Abbildung 11). Berücksichtigt man keine ausländische Patientinnen und Patienten, so ist in 11 Kantonen die Zuwanderung höher als die Abwanderung, in 15 Kantonen hingegen die Abwanderung höher als die Zuwanderung. Drei Kantone<sup>26</sup> weisen dabei einen positiven und sechs<sup>27</sup> einen negativen Wanderungssaldo von mehr als 1'000 Hospitalisationen auf.

26 Aargau, Appenzell Ausserrhodens und Thurgau

27 Basel Land, Freiburg, Sankt Gallen, Schwyz, Solothurn und Zürich

**Abbildung 11: Anteil ausserkantonale Hospitalisationen und Anteil ausserkantionaler Patientinnen und Patienten in kantonalen Rehabilitationskliniken, 2015**



Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGV

Jeder Kanton hat den Bedarf seiner Wohnbevölkerung an stationären medizinischen Leistungen zu planen. Dazu erstellt er eine Bedarfsprognose. Der Bedarf wird in nachvollziehbaren Schritten ermittelt, namentlich gestützt auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche. Der Prognosehorizont beträgt zehn Jahre.

### 5.1 Evaluation der 2012 erstellten Prognose für das Jahr 2020

Auf der Basis der Austritte und Pflgetage aus dem Jahr 2012, dem Jahr der Einführung der neuen Spitalfinanzierung, wurde im Rahmen der Rehabilitationsplanung 2014 eine Prognose für das Jahr 2020 erstellt. Basierend auf einer durch die Kantone Bern und Zürich entwickelten Methodik zur Ermittlung einer Bedarfsprognose wurde im Hauptszenario eine Zunahme an Rehabilitationsaufenthalten von rund 13 Prozent erwartet. Als Hauptursache für die Bedarfszunahme wurden die Alterung der Bevölkerung sowie die höhere Wahrscheinlichkeit eines stationären Rehabilitationsaufenthalts im Alter angenommen.

**Tabelle 6: Erreichungsgrad 2015 der für 2020 prognostizierten Austritte nach Leistungsgruppen**

Austritte	Ist 2012	Ist 2015	Prognose 2020	Erreichungsgrad 2015 der Prognose 2020
Muskuloskelettale Rehabilitation	1'439	1'651	1'639	101%
Neurologische Rehabilitation	703	715	789	91%
Paraplegiologische Rehabilitation	28	31	31	100%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	491	579	557	104%
Psychosomatisch-sozialmedizinische R.	250	273	258	106%
Internistisch-onkologische Rehabilitation	335	373	382	98%
Pulmonale Rehabilitation	195	192	225	85%
Übrige Rehabilitation	42	70	46	152%
<b>Total</b>	<b>3'483</b>	<b>3'884</b>	<b>3'928</b>	<b>99%</b>

Quelle: Med. Statistik BFS 2012 und 2015, Bedarfsprognose Kanton St.Gallen 2020 und 2025, Aufbereitet durch AfGVE

Aus Tabelle 6 wird ersichtlich, dass bereits im Jahr 2015 die für das Jahr 2020 prognostizierte Anzahl Hospitalisationen insgesamt beinahe erreicht und in einigen Leistungsgruppen bereits übertroffen wurde.



Die starke Zunahme an stationären Rehabilitationsaufenthalten entspricht der gesamtschweizerisch starken Zunahme der Nachversorgung, die teilweise aus einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer in der Akutversorgung<sup>28</sup> und der damit verbundenen Verlagerung in die Rehabilitation resultiert. Eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen fand insbesondere in den Bereichen der kardiovaskulären und der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation statt.

Im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation führten neben der demografischen Entwicklung auch die Zunahme an kardiovaskulären Eingriffen, insbesondere bei älteren, polymorbiden Patientinnen und Patienten, das längere Überleben von Herzkreislaufpatientinnen und -patienten und die generelle Zunahme von Rehabilitationsfällen als Folge früherer Übertritte aus Akutspitälern zu einer Bedarfszunahme.

Die Zunahme an psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitationsleistungen entspricht der allgemeinen Entwicklung von Behandlungen psychosomatischer Erkrankungen. Dabei beruht die Zunahme u.a. auf einer Enttabuisierung psychosomatischer Symptome in der Bevölkerung, auf der zunehmenden Bereitschaft diese behandeln zu lassen und auf der Erkenntnis, dass unbehandelte psychosomatische Erkrankungen zu Fehlzeiten und Produktionsausfällen führen, die volkswirtschaftlich wesentlich teurer zu stehen kommen als die entsprechende Behandlung.

.....  
 28 Im Jahr 2012 betrug die durchschnittliche Dauer eines Akutspitalaufenthaltes noch 6 Tage. Im Jahr 2015 sank sie auf 5.7 Tage. Dies ist eine Folge des verstärkten Kostendruckes seit Einführung des schweizweit einheitlichen Finanzierungsinstrumentes SwissDRG. Siehe Spitalplanung Akutsomatik 2017, S. 20.

.....  
**Tabelle 7: Erreichungsgrad 2015 der für 2020 prognostizierten durchschnittlichen Aufenthaltsdauern nach Leistungsgruppen**

<b>Durchschnittliche Aufenthaltsdauer</b>	<b>Ist 2012</b>	<b>Ist 2015</b>	<b>Prognose 2020</b>
Muskuloskelettale Rehabilitation	20.5	20.7	18.7
Neurologische Rehabilitation	31.8	32.6	29.3
Paraplegiologische Rehabilitation	47.9	75.8	44.0
Kardiovaskuläre Rehabilitation	22.5	21.3	20.8
Psychosomatisch-sozialmedizinische R.	27.7	32.0	25.5
Internistisch-onkologische Rehabilitation	19.1	18.3	17.6
Pulmonale Rehabilitation	19.7	19.4	18.2
Übrige Rehabilitation	33.0	28.4	30.9
<b>Total</b>	<b>23.8</b>	<b>24.1</b>	<b>21.8</b>

Quelle: Med. Statistik BFS 2012 und 2015, Bedarfsprognose Kanton St.Gallen 2020, Aufbereitet durch AfGVE

Die Prognose 2020 beruhte auf erheblichen Unsicherheiten betreffend der Folgen der Einführung der DRG-Finanzierung in der Akutsomatik, der erwarteten Einführung von ST-Reha sowie des Kostengutspracheverhaltens der Krankenversicherer. Basierend auf der Annahme, dass die Einführung des schweizweit einheitlichen Tarifs ST-Reha zu einer Senkung der Aufenthaltsdauer führen würde und dass Krankenversicherer tendenziell kürzere stationäre Rehabilitationsaufenthalte bewilligten, wurde im Rahmen der Spitalplanung 2014 eine Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von rund 24 Tagen im Jahr 2012 auf rund 22 Tage im Jahr 2020 erwartet. Entgegen dieser Erwartung ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer geringfügig gestiegen (Tabelle 7). Ein Hauptgrund für diese Zunahme liegt vermutlich in der früheren Verlagerung aus den vorbehandelnden Akutspitälern aufgrund der Einführung der DRG-Finanzierung in der Akutsomatik und der damit verbundenen Aufnahme von Patientinnen und Patienten mit einem schlechteren Gesundheitszustand in Rehabilitationskliniken. Dies trifft insbesondere für muskuloskeletale und neurologische Rehabilitationspatientinnen und -patienten zu, die zusammen rund 61 Prozent aller Rehabilitationsfälle ausmachen. Die erheblichen Schwankungen der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Bereich der paraplegiologischen Rehabilitation hängen hingegen mit der geringen Anzahl Fälle und der unterschiedlichen Komplexität dieser Fälle zusammen.

## 5.2 Methodik der Bedarfsprognose 2025

Die Bedarfsprognose für das Jahr 2025 basiert zur Hauptsache auf der demografischen Entwicklung im Kanton St.Gallen.<sup>29</sup> Sie erfolgt getrennt für jedes Altersjahr und jede Leistungsgruppe für den Prognosezeitraum von 2015 bis 2025. Entsprechend der Status-Quo-Methode wird erwartet, dass der künftige Bedarf an stationären Rehabilitationsleistungen vorrangig durch die Bevölkerungsentwicklung determiniert wird. Als Datengrundlage dienen das erwartete Wachstum und die erwartete Alterung der Wohnbevölkerung des Kantons St.Gallen gemäss kantonaler Fachstelle für Statistik (Kapitel 5.3). Zusätzlich zur demografischen Entwicklung wurden die Ergebnisse der vom Kanton Bern durchgeführten Expertenbefragungen für jede Leistungsgruppe berücksichtigt. Der Kanton Bern befragte zwischen dem 1. September und dem 15. Oktober 2015 die medizinischen Fachgesellschaften zu den erwarteten Entwicklungen in den für sie relevanten Fachgebieten, insbesondere betreffend Epidemiologie, Medizintechnik, ökonomische Rahmenbedingungen und Einführung des neuen Vergütungssystems ST Reha. Zwei von sieben Hinweisen der medizinischen Fachgesellschaften deuten auf erhöhte Fallzahlen zusätzlich zum demografischen Effekt hin. Auf der Basis dieser Hinweise wird zusätzlich zum demografischen Effekt mit einem Korrekturfaktor von 5 Prozent im Bereich der paraplegiologischen Rehabilitation und von 0.5 Prozent im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation<sup>30</sup> gerechnet. Begründet wird der zusätzliche Korrekturfaktor im Bereich der paraplegiologischen Rehabilitation mit zunehmenden Komplikations- und

29 Fachstelle für Statistik, Regionalisierte Bevölkerungsszenarien zum Kanton St. Gallen, Szenario «Trend»: BevSzen-SG-7-a-2015-2045, <http://bit.ly/2DCujET>

30 Dieser Korrekturfaktor wurde von zwei Leistungserbringern im Rahmen der Vernehmlassung als zu tief beurteilt. Aufgrund einer möglichst einheitlichen Systematik mit anderen Kantonen wurde er jedoch nicht erhöht.

Folgebehandlung (Zunahme der Schweregrade) der alternden Population an Querschnittgelähmten sowie mit einer Veränderung des Verhältnisses unfallbedingter zugunsten krankheitsbedingter Querschnittlähmungen, wobei die Behandlung letzterer komplexer und aufwendiger ist. Im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation wird der zusätzliche Korrekturfaktor durch die Fortschritte in Onkologie, Intensivmedizin und Chirurgie begründet.

Die Berechnung der prognostizierten Anzahl Austritte erfolgt auf der Basis der organspezifischen Leistungsgruppen. Die erwarteten Austritte in den Bereichen pädiatrische Rehabilitation, geriatrische Rehabilitation und neurologische Frührehabilitation werden demzufolge nicht getrennt ausgewiesen.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer je Altersjahr und Leistungsgruppe wird unverändert aus dem Jahr 2015 übernommen. Auf einen zusätzlichen Korrekturfaktor wird verzichtet. Aus der aktuellen Version von ST-Reha kann kein klarer Anreiz für eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer erkannt werden. Die mittlere Aufenthaltsdauer liegt im Kanton St.Gallen rund 4 Prozent über dem Schweizer Durchschnitt und ist seit dem Jahr 2009 weitgehend konstant. Eine im schweizweiten Vergleich leicht überdurchschnittliche Aufenthaltsdauer wird insbesondere deshalb erwartet, weil die Hospitalisationsrate des Kantons St.Gallen rund 18 Prozent unter dem Schweizer Durchschnitt liegt, wodurch insbesondere leichtere Fälle mit kürzerer Aufenthaltsdauer keinen stationären Rehabilitationsaufenthalt aufweisen.

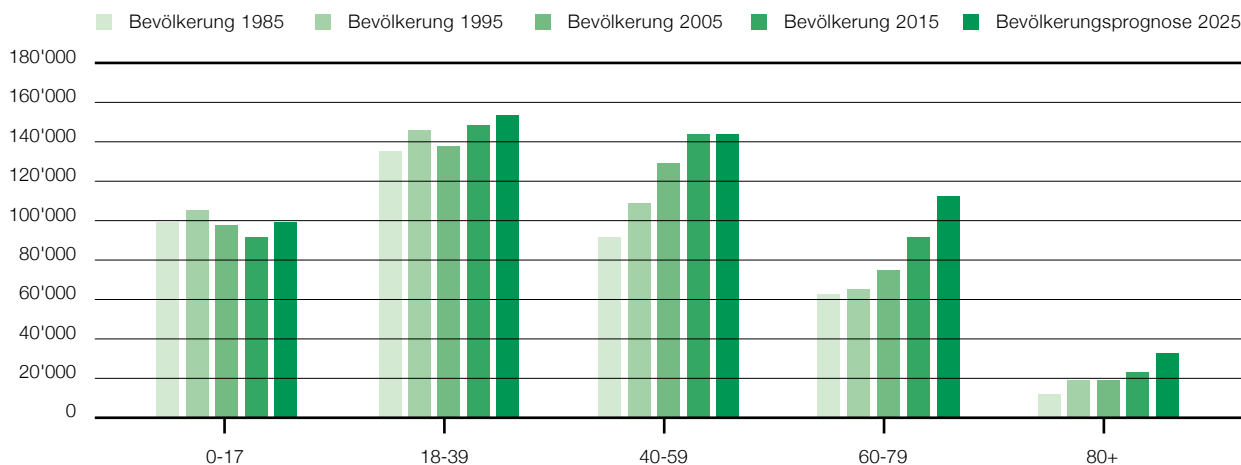
Die Berechnung der für das Jahr 2025 erwarteten Anzahl Austritte und Pflagetage erfolgt folgendermassen:

1. Ausgangspunkt bilden die Austritte des Jahres 2015 je Leistungsgruppe und Altersjahr gemäss der Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik (BfS) und die St.Galler Wohnbevölkerung je Altersjahr gemäss kantonaler Bevölkerungsstatistik.
2. Durch Division der Austritte je Leistungsgruppe und Altersjahr durch die Wohnbevölkerung 2015 je Altersjahr werden die alters- und leistungsgruppenspezifischen Hospitalisationsraten 2015 berechnet.
3. Die Hospitalisationsraten 2015 werden mit der von der Fachstelle für Statistik des Kantons St.Gallen für das Jahr 2025 erwarteten Wohnbevölkerung je Altersjahr multipliziert.
4. Die auf der Basis der Bevölkerungsentwicklung erwarteten Anzahl Austritte je Leistungsgruppe und Altersjahr werden gemäss der vom Kanton Bern durchgeführten Expertenbefragungen korrigiert (paraplegologische Rehabilitation +5 Prozent, internistisch-onkologische Rehabilitation +0.5 Prozent). Daraus resultiert die für das Jahr 2025 prognostizierte Anzahl Austritte je Altersjahr und Leistungsgruppe.
5. Die prognostizierte Anzahl Austritte wird mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer je Altersjahr und Leistungsgruppe des Jahres 2015 multipliziert. Daraus resultiert die für das Jahr 2025 erwartete Anzahl Pflagetage je Altersjahr und Leistungsgruppe.

### 5.3 Bevölkerungsprognose 2025

Die demografische Entwicklung der St.Galler Bevölkerung ist der wichtigste Einflussfaktor für die Schätzung des Bedarfs an Rehabilitationsaufenthalten von Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern im Jahr 2025. Die Bevölkerungsstatistik und -prognose beruhen auf Daten aus der Bevölkerungserhebung STAT-POP-SG der Fachstelle für Statistik (FfS) des Kantons St.Gallen. Die Fachstelle für Statistik verwendet für die Bevölkerungsprognose die Prognosesoftware SI-KURS, der ein deterministischer Ansatz zugrunde liegt. Dabei wird ein vorgegebener Ausgangsbestand der Wohnbevölkerung durch die Addition von Geburten und Zuzügen sowie durch die Subtraktion von Sterbefällen und Wegzügen jahresweise fortgeschrieben. Für die Prognose mussten Annahmen zu den Geburten- und Sterberaten sowie den Zu- und Abwanderungen (Ausland und andere Kantone) getroffen werden. Hierbei beschränkt sich die Fachstelle für Statistik auf das Szenario «Trend», das die in der Vergangenheit beobachteten Trends in wirtschaftlicher, demografischer und politischer Hinsicht fortschreibt. Es ist das Szenario, das aus heutiger Sicht die wahrscheinlichste künftige Entwicklung beschreibt.

**Abbildung 12: Altersverteilung der st.gallischen Bevölkerung, 1985 bis 2025**



Quelle: Med. Stat. BFS 2015, STATPOP BFS 2015 und Fachstelle für Statistik, Regionalisiertes Bevölkerungsszenario «Trend» zum Kanton St.Gallen (BevSzen-SG-7-a-2015-2045), Aufbereitung durch AFGVE

Aus Abbildung 12 wird ersichtlich, dass die erwachsene Bevölkerung des Kantons St.Gallen seit dem Jahr 1985 kontinuierlich zunimmt und dass eine weitere Zunahme bis zum Jahr 2025 erwartet wird. Zwischen dem Jahr 1985 und dem Jahr 2015 nahm die st.gallische Bevölkerung insgesamt um 24 Prozent zu. Von Bedeutung für den Bedarf an Rehabilitationsleistungen ist insbesondere die Altersgruppe der 60 bis 79-Jährigen, deren Bevölkerung zwischen 1985 und 2015 um 46 Prozent zugenommen hat und die erwartungsgemäss

bis zum Jahr 2025 um weitere 22 Prozent zunehmen wird. Insgesamt wird zwischen 2015 und 2025 ein Wachstum der St.Galler Bevölkerung um rund 8 Prozent oder um gut 41'000 Personen prognostiziert. Für dieselbe Zeitspanne wird eine Zunahme der Kantonsbevölkerung ab 80 Jahren von rund 38 Prozent erwartet. Wohnten im Jahr 1985 rund 12'000 Personen im Kanton St.Gallen, die 80 Jahre oder älter waren, so waren es im Jahr 2005 bereits rund 20'000 Personen und für das Jahr 2025 werden rund 32'000 Personen dieser Altersgruppe prognostiziert.

**Tabelle 8: Bevölkerungsprognose nach Wohnregionen, 2015 bis 2025**

Wohnregion	Anteil innerkantonaler Hospitalisationen 2015	Bevölkerung 2015 (Personen)	Bevölkerung 2015 (Anteil)	Erwartete Bevölkerungszunahme bis 2025
St.Gallen	22%	121'722	24%	9.1%
Rorschach	24%	42'266	8%	7.8%
Rheintal	34%	71'063	14%	10.5%
Werdenberg	59%	37'954	8%	9.8%
Sarganserland	70%	39'842	8%	10.1%
See-Gaster	25%	65'763	13%	8.5%
Toggenburg	32%	45'912	9%	1.5%
Wil	18%	74'543	15%	7.5%
<b>Total</b>	<b>32%</b>	<b>499'065</b>	<b>100%</b>	<b>8.3%</b>

Quelle: Med. Stat. BFS 2015, STATPOP BFS 2015 und Fachstelle für Statistik, Regionalisiertes Bevölkerungsszenario «Trend» zum Kanton St.Gallen (BevSzen-SG-7-a-2015-2045), Aufbereitung durch AfGVE

Aus Tabelle 8 wird ersichtlich, dass sich die erwartete Bevölkerungsentwicklung zwischen den Wohnregionen des Kantons St.Gallen wesentlich unterscheidet. Das stärkste Wachstum wird für die Wohnregionen Rheintal, Werdenberg, Sarganserland und St.Gallen prognostiziert. Ein geringes Wachstum wird für das Toggenburg vorausgesagt. Gründe dafür sind unterdurchschnittliche Zuwanderungs-, Binnenwanderungs- und Fruchtbarkeitsraten in der Vergangenheit und überdurchschnittliche Abwanderungsraten inner- und interkantonal. Für die Austritte im Bereich Rehabilitation bedeutet dies, dass die erwartete hohe Zunahme in den bevölkerungsstarken Wohnregionen St.Gallen und Rheintal zu einer überdurchschnittlichen Zunahme der Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen führen wird. Da es sich um Regionen mit einem geringen innerkantonalen Hospitalisationsanteil handelt, wird erwartet, dass die erhöhte Nachfrage hauptsächlich durch ausserkantonale Anbieter (insbesondere aus den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Thurgau) gedeckt werden wird. Anders verhält es sich hingegen mit der hohen erwarteten Bevölkerungszunahme in den Regionen Werdenberg und Sarganserland, da sich die Bevölkerung dieser Regionen mehrheitlich innerkantonal rehabilitativ behandeln lässt.

## 5.4 Bedarfsprognose 2025 nach Altersgruppen

Gemäss der Bevölkerungsprognose der Fachstelle für Statistik des Kantons St.Gallen wird für den ganzen Kanton von einer Bevölkerungszunahme von rund 8 Prozent ausgegangen (Tabelle 9). Dabei wird für die Altersklassen unter 40 Jahren ein geringfügiger Anstieg, für die Bevölkerung zwischen 40 und 60 Jahren eine konstante Entwicklung und bei Kantoneinwohnerinnen und -einwohnern ab dem sechzigsten Altersjahr ein starker Anstieg erwartet.

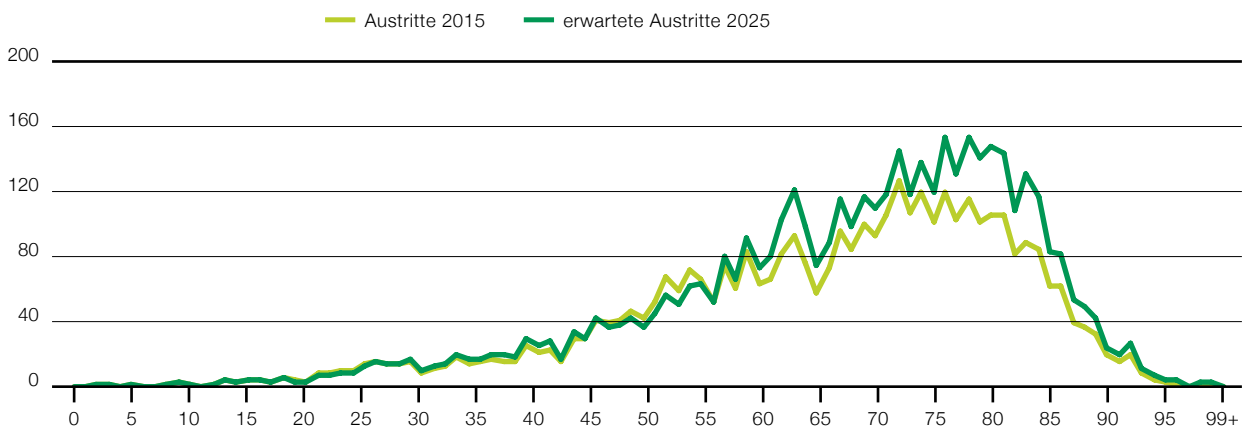
**Tabelle 9: Prognostizierte Austritte und Pflegetage nach Altersgruppen, 2015 bis 2025**

Altersgruppe	Bevölkerung	Austritte			Pflegetage		
	Veränderung 2015 – 2025	Ist 2015	Prognose 2025	Veränderung	Ist 2015	Prognose 2025	Veränderung
0-17	7%	30	32	5%	1'409	1'466	4%
18-39	4%	278	298	7%	9'207	9'833	7%
40-59	0%	977	970	-1%	25'301	25'055	-1%
60-79	22%	1'929	2'370	23%	43'170	53'107	23%
80+	38%	670	911	36%	14'394	19'571	36%
<b>Total</b>	<b>8%</b>	<b>3'884</b>	<b>4'580</b>	<b>18%</b>	<b>93'481</b>	<b>109'032</b>	<b>17%</b>

Quelle: Med. Stat. BFS 2015, Bedarfsprognose Kanton St.Gallen 2025, Aufbereitung durch AfGVE

Zwischen 2015 und 2025 wird aufgrund der Alterung der Kantonsbevölkerung von einer Zunahme der Austritte von rund 18 Prozent und der Pflegetage von rund 17 Prozent ausgegangen. Die im Verhältnis zum Bevölkerungswachstum überdurchschnittliche Zunahme der Austritte und Pflegetage beruht auf der Tatsache, dass die Wahrscheinlichkeit eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes mit dem Alter zunimmt. Aus Abbildung 13 lässt sich die Altersverteilung der jetzigen und der prognostizierten Anzahl Hospitalisationen entnehmen. Eine Zunahme wird insbesondere zwischen dem sechzigsten und dem neunzigsten Altersjahr erwartet und ist für die Altersgruppe von 75 bis 85 Jahren aufgrund der erwarteten Bevölkerungszunahme besonders stark.

Abbildung 13: Altersverteilung der prognostizierten Anzahl Austritte, 2025



Quelle: Med. Stat. BFS 2015, Bedarfsprognose Kanton St.Gallen 2025, Aufbereitung durch AfGVE

## 5.5 Bedarfsprognose 2025 nach Leistungsgruppen

Zwischen den Leistungsgruppen werden unterschiedliche Entwicklungen bei der Anzahl Austritte und Pflage tage erwartet (Tabelle 10). Dies ist insbesondere auf die unterschiedliche Altersverteilung von Patientinnen und Patienten in den Leistungsgruppen zurückzuführen, wobei die erwartete Bevölkerungszunahme die Altersklassen ab 60 Jahren betreffen wird und in diesen Altersklassen die Wahrscheinlichkeit eines rehabilitativen Aufenthaltes überdurchschnittlich ist.

Aufgrund des geringen erwarteten Bevölkerungswachstums in den jüngeren Altersgruppen (Tabelle 9) wird im Bereich der pädiatrischen (Alter 0 bis 17) sowie der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation (Durchschnittsalter 48 Jahre) jeweils eine Zunahme der Austritte von rund 5 Prozent prognostiziert. Im Bereich der paraplegiologischen Rehabilitation wird die aus dem Bevölkerungswachstum resultierende Prognose durch einen Korrekturfaktor von 5 Prozent ergänzt. Dadurch wird trotz des relativ geringen Durchschnittsalters der paraplegiologischen Patientinnen und Patienten von einer Zunahme der Austritte von rund 15 Prozent ausgegangen. In den anderen Leistungsgruppen wird eine Zunahme der Austritte zwischen 18 und 20 Prozent erwartet.

Obwohl für jedes Altersjahr von einer gegenüber dem Jahr 2015 unveränderten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ausgegangen wird, resultieren Abweichungen zwischen der prozentualen Zunahme der Anzahl Austritte und jener der Anzahl Pflage tage. Diese lässt sich durch die unterschiedlichen Aufenthaltsdauern je Alters- und Leistungsgruppe und

den unterschiedlichen Altersverteilungen in den Leistungsgruppen begründen. Besonders ausgeprägt ist der Unterschied im Bereich der paraplegiologischen Rehabilitation, in dem eine Zunahme der Austritte von 15 Prozent und eine Zunahme der Pflgetage von 10 Prozent erwartet wird. In dieser Leistungsgruppe sind die geringste Anzahl Hospitalisationen und die grössten Unterschiede in den Aufenthaltsdauern (13 bis 335 Tage) festzustellen, wodurch die Schwankungen in Abhängigkeit des Alters der behandelten Patientinnen und Patienten und die Unsicherheit der Prognose grösser sind.

**Tabelle 10: Prognostizierte Austritte und Pflgetage nach Leistungsgruppen, 2015 bis 2025**

Leistungsgruppe	Austritte			Pflgetage		
	Ist 2015	Prognose 2025	Veränderung	Ist 2015	Prognose 2025	Veränderung
Muskuloskeletale Rehabilitation	1'651	1'973	20%	34'228	40'382	18%
Neurologische Rehabilitation	715	842	18%	23'295	27'395	18%
Paraplegiologische Rehabilitation	31	36	15%	2'351	2'593	10%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	579	692	20%	12'319	14'736	20%
Psychosomatisch-sozialmedizinische R.	273	287	5%	8'731	9'199	5%
Internistisch-onkologische Rehabilitation	373	443	19%	6'841	8'077	18%
Pulmonale Rehabilitation	192	231	20%	3'725	4'458	20%
Übrige Rehabilitation	70	77	10%	1'991	2'193	10%
<b>Total</b>	<b>3'884</b>	<b>4'580</b>	<b>18%</b>	<b>93'481</b>	<b>109'032</b>	<b>17%</b>

Quelle: Med. Stat. BFS 2015, Bedarfsprognose Kanton St.Gallen 2025, Aufbereitung durch AfGVE

## 5.6 Indikatoren zur Bedarfsprognose 2025

Aus Tabelle 11 kann entnommen werden, dass die für das Jahr 2020 prognostizierte Anzahl Austritte bereits im Jahr 2015 fast erreicht, die prognostizierte Hospitalisationsrate erreicht und die prognostizierte Anzahl Pflgetage sowie damit verbunden die prognostizierte durchschnittliche Aufenthaltsdauer übertroffen wurden. Auf der Basis der in den Jahren 2012 bis 2016 gesammelten Erfahrungen mit der neuen Spitalfinanzierung wurde die Prognose für das Jahr 2025 angepasst, wobei insgesamt eine leichte Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer erwartet wird.



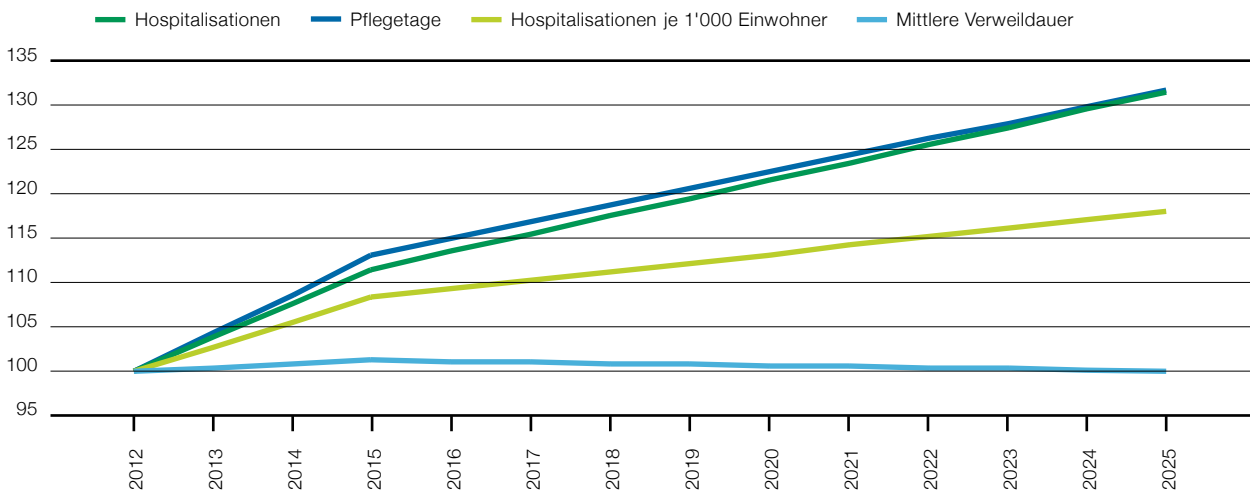
**Tabelle 11: Entwicklung und Prognose der Austritte, Pflegetage, Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer nach Leistungsgruppen 2015 bis 2025**

	2012	Prognose 2020	2015	Prognose 2025
Austritte	3'483	3'928	3'884	4'580
Pflegetage	82'722	85'575	93'481	109'032
Hospitalisationsrate	7.2	7.8	7.8	8.5
Aufenthaltsdauer	23.8	21.8	24.1	23.8

Quelle: Med. Stat. BFS 2012 und 2015, Bedarfsprognose Kanton St.Gallen 2020 und 2025, Aufbereitung durch AfGVE

Aus Abbildung 14 wird ersichtlich, dass zwischen 2012 und 2015 eine starke Zunahme der Austritte (12 Prozent) und der Pflegetage (13 Prozent) stattgefunden hat und dass bis zum Jahr 2025 eine weitere Zunahme prognostiziert wird. Dabei wird erwartet, dass Austritte und Pflegetage im Jahr 2025 rund 32 Prozent über dem Niveau des Jahres 2012 liegen werden. Für das Jahr 2025 werden eine gegenüber dem Jahr 2012 um rund 18 Prozent höhere Hospitalisationsrate und eine weitgehend konstante durchschnittliche Aufenthaltsdauer erwartet.

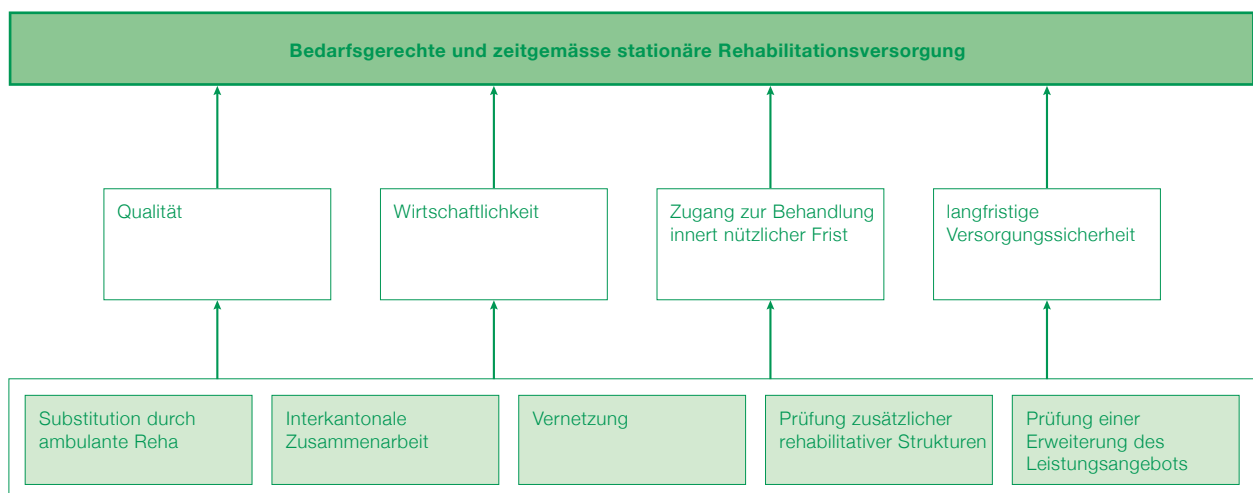
**Abbildung 14: Hospitalisationen, Hospitalisationsrate, Pflegetage und mittlere Verweildauer (Ist-Zahlen 2012 und 2015, Prognose 2025) auf der Basis des Jahres 2012 indexiert (2012=100)**



Quelle: Med. Stat. BFS 2012 und 2015, Bedarfsprognose Kanton St.Gallen 2020 und 2025, Aufbereitung durch AfGVE

Im Rahmen der Spitalplanung Rehabilitation 2014<sup>31</sup> wurden die Ziele der Rehabilitationsplanung festgehalten. Das oberste Ziel ist gemäss Art. 6 SPFG die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und zeitgemässen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen stationären Spitalversorgung für die Bevölkerung des Kantons St.Gallen unter Berücksichtigung von Qualität, Wirtschaftlichkeit, Zugang von Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie langfristige Versorgungssicherheit. Zur Erreichung dieses Ziels wurden zusätzliche Planungsziele formuliert (Abbildung 15).

Abbildung 15: Ziele der Rehabilitationsversorgung der St.Galler Bevölkerung



Quelle: AfGVE

### Substitution durch ambulante Reha

Zur Förderung der Wirtschaftlichkeit und zur Ermöglichung des Zugangs zur Behandlung innert nützlicher Frist für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner wird die Substitution von stationären durch wohnortnahe ambulante Rehabilitationsangebote angestrebt. Im Rahmen der Spitalplanung Rehabilitation 2014 wurden deshalb nur Leistungserbringer berücksichtigt, die neben dem stationären auch über ein ambulantes Leistungsangebot verfügen. Sofern der Heilungserfolg nicht tangiert wird, gehört die Verlagerung von stationären Rehabilitationsleistungen in den ambulanten Bereich weiterhin zu den Zielen des Kantons St.Gallen. Demnach sollen zuerst alle Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitationsversorgung evaluiert werden, bevor ein Patient oder eine Patientin stationär in einer Rehabilitationsklinik aufgenommen wird. Dadurch soll einerseits den Patientinnen und Patienten ermöglicht werden, während der Rehabilitationsphase in der gewohnten Umgebung wohnen zu bleiben. Andererseits soll durch eine kostengünstigere ambulante Behandlung eine

<sup>31</sup> Spitalplanung Rehabilitation 2014, Versorgungsbericht S. 18f. und Strukturbericht S. 26 f.

Senkung der Gesundheitskosten angestrebt werden. Der Grundsatz «ambulant vor stationär» wird im Rahmen einer wohnortnahen Rehabilitation weiter verfolgt und soll voraussichtlich auch in der gemeinsamen Rehabilitationsplanung GDK-Ost und Kanton Aargau verankert werden. Die Entwicklung von ambulanten Patientenzahlen und Umsätzen der Kliniken Valens weist darauf hin, dass im Kanton St.Gallen ein Substitutionspotential durch wohnortnahe ambulante Angebote vorhanden ist. Die Nachfrage nach ambulanten Rehabilitationsleistungen nahm in den letzten Jahren insbesondere in der Stadt St.Gallen zu, wobei davon auszugehen ist, dass das Substitutionspotential insbesondere zentrumsnah noch weiter ausgeschöpft werden könnte.

### **Interkantonale Zusammenarbeit**

Weil rund zwei Drittel der stationären rehabilitativen Aufenthalte st.gallischer Patientinnen und Patienten ausserkantonale stattfanden, wurde im Rahmen der Spitalplanung Rehabilitation 2014 die Bedeutung der interkantonalen Zusammenarbeit zur Gewährleistung des Zugangs zur Behandlung innert nützlicher Frist und zur Sicherstellung der langfristigen Versorgungssicherheit erkannt. Die stationäre Rehabilitation st.gallischer Patientinnen und Patienten fand im Jahr 2015 in 44 Kliniken statt. 15 davon sind auf der Spitalliste Rehabilitation des Kantons St.Gallen aufgelistet, wobei sich nur drei im Kanton St.Gallen befinden. Die st.gallischen Rehabilitationskliniken decken insgesamt weniger als einen Drittel der Hospitalisationen von st.gallischen Patientinnen und Patienten ab. Seit der Rehabilitationsplanung 2014 wurde die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen und mit ausserkantonalen Rehabilitationskliniken intensiviert. Im Rahmen des Projekts «gemeinsame Spitalplanung Rehabilitation GDK-Ost und Kanton Aargau» ist eine möglichst weitgehende Vereinheitlichung der Leistungsgruppendefinitionen und der Anforderungen an die Leistungserbringer vorgesehen. Die Berücksichtigung von zwölf ausserkantonalen Leistungserbringern (neben den drei innerkantonalen Leistungserbringern) zeigt, dass der Kanton St.Gallen im Rahmen der Spitalplanung 2017 grossen Wert auf die interkantonale Kooperation legt.

### **Vernetzung**

Im Rahmen der Rehabilitationsplanung 2014 wurde die Bedeutung der Vernetzung zu vor- und nachgelagerten Institutionen zur Verlegung der Patientinnen und Patienten zum geeigneten Leistungserbringer im optimalen Zeitpunkt betont. Um bei Bedarf einen möglichst nahtlosen und frühzeitigen Übergang zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation zu ermöglichen, wurden eine enge Zusammenarbeit zwischen Akutspitalern und Rehabilitationskliniken sowie ein effizientes Eintritts- und Austrittsmanagement angestrebt. Hierfür wurde von den Leistungserbringern vorausgesetzt, dass sie über ein schriftliches und mindestens alle zwei Jahre aktualisiertes Konzept zu Eintritts- und Austrittsmanagement sowie über Kooperationsvereinbarungen mit den wichtigsten vor- und nachgelagerten Institutionen verfügen. Im Jahr 2012 fand bei 76 Prozent der

Patientinnen und Patienten ein nahtloser Übergang (ohne Zwischenaufenthalt zuhause) vom Akutspital zur Rehabilitationsklinik statt. Dieser Anteil erhöhte sich auf 78 Prozent im Jahr 2015, wobei insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten ein nahtloser Übergang von der Akutbehandlung im Spital zur stationären Rehabilitation von Bedeutung sein kann und gemäss Abbildung 6 in den meisten Fällen auch stattfindet. Die Vernetzung der Leistungserbringer mit vor- und nachgelagerten Institutionen bleibt ein wichtiges Element der Sicherstellung einer optimalen Versorgung zum geeigneten Zeitpunkt und leistet dadurch einen Beitrag zur Optimierung des Behandlungserfolgs.

### **Prüfung zusätzlicher rehabilitativer Strukturen**

Bei der Spitalplanung Rehabilitation 2014 waren die Kliniken Valens der einzige innerkantonale Leistungserbringer. Das gesamte innerkantonale Rehabilitationsangebot konzentrierte sich somit auf den südlichen Kantonsteil, obwohl eine starke Präferenz der Bevölkerung für wohnortnahe Rehabilitationsangebote festgestellt wurde. Zur Sicherstellung der langfristigen Versorgungssicherheit und des Zugangs zur Behandlung innert nützlicher Frist wurde im Rahmen der Rehabilitationsplanung 2014 die Aufnahme zusätzlicher innerkantonaler Angebote geprüft. In der Folge wurden die Klinik Oberwaid und die Clinic Bad Ragaz auf die Spitalliste aufgenommen. Der Bedarf nach wohnortnahen Angeboten wurde insbesondere durch die steigenden Patientenzahlen der Klinik Oberwaid bestätigt, der einzigen Rehabilitationsklinik im nördlichen Kantonsteil. Die Klinik Oberwaid nahm die Betriebstätigkeit im Jahr 2015 im Bereich der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation auf. Im ersten Geschäftsjahr erfolgten 54 Austritte von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St.Gallen, im Jahr 2016 waren es bereits 120. Die Prüfung nach dem Bedarf zusätzlicher rehabilitativer Strukturen zur Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung erfolgte auch im Rahmen der Rehabilitationsplanung 2017. Da über zwei Drittel der Hospitalisationen in ausserkantonalen Kliniken stattfindet sowie zur Sicherstellung der langfristigen Versorgungssicherheit und des Zugangs zur Behandlung innert nützlicher Frist, sollen im Rahmen der vorliegenden Rehabilitationsplanung weiterhin innerkantonale gegenüber ausserkantonalen und bestehende gegenüber neuen Leistungsanbietern bevorzugt werden. Von diesem Grundsatz soll weiterhin dann abgewichen werden können, wenn damit bezüglich Wohnortnähe oder Wirtschaftlichkeit für die Versorgung st.gallischer Patientinnen und Patienten ein Mehrwert verbunden ist.

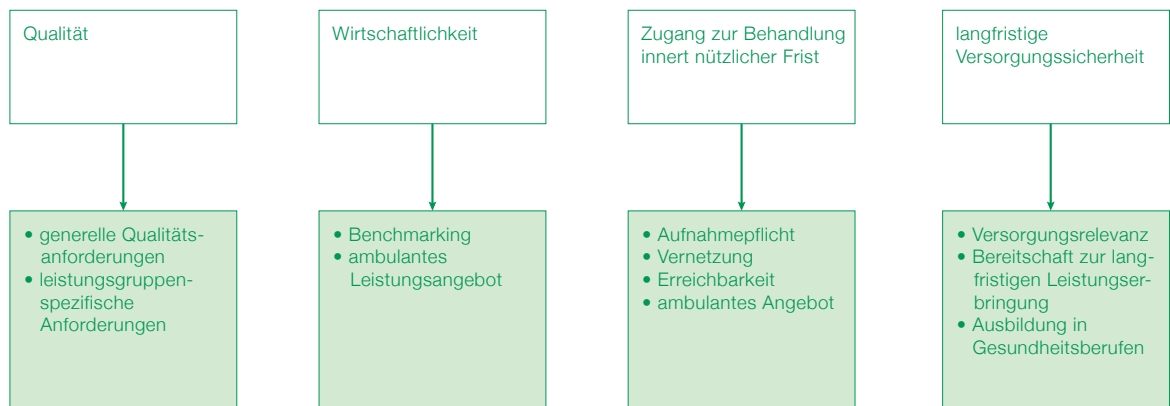
### **Prüfung einer Erweiterung des Leistungsangebots**

Im Jahr 2014 deckten die Kliniken Valens als einziger innerkantonaler Leistungserbringer fünf von zwölf Leistungsgruppen ab. Die Rehabilitationsplanung 2014 zeigte einen Bedarf nach einem zusätzlichen Leistungsangebot zur Deckung von Angebotslücken und zur Sicherstellung der rehabilitativen Versorgung der Kantonseinwohnerinnen und -einwohner. In der Folge wurden neue Leistungsangebote im Bereich der psychosomatisch-sozialmedizinischen, der kardiovaskulären, der internistisch-onkologischen und der geriatrischen Rehabilitation aufgenommen. Obwohl der Bedarf für die zusätzlichen innerkantonalen Angebote gemäss der damaligen Bedarfsanalyse ausgewiesen war, entfielen die meisten Leistungsaufträge für die neuen Leistungsangebote, weil die Betriebstätigkeit in diesen Bereichen durch die Leistungserbringer nicht aufgenommen wurde. Im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation wurde der an die Clinic Bad Ragaz erteilte Leistungsauftrag an die Klinik Oberwaid übertragen. Die innerkantonale Verschiebung des Leistungsauftrags von der Clinic Bad Ragaz an die Klinik Oberwaid diente der Schliessung einer Angebotslücke, der Ermöglichung eines wohnortnahen Leistungsangebots sowie der Verbesserung der Behandlungsqualität aufgrund der Wechselwirkungen zwischen den Bereichen kardiovaskuläre und psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation. Die Aufnahme auf die Spitalliste erfolgte auf den 1. März 2017. Gegen diesen Nachtrag zur Spitalliste Rehabilitation erhob der Kanton Thurgau Beschwerde. Aufgrund der aufschiebenden Wirkung dieser Beschwerde konnte die Klinik Oberwaid die Betriebstätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung nicht aufnehmen. Im Rahmen der vorliegenden Rehabilitationsplanung wurden neue Angebote insbesondere im Bereich der muskuloskelettalen, der internistisch-onkologischen, der pulmonalen und der geriatrischen Rehabilitation überprüft. Eine Erweiterung des Leistungsangebots soll in den Bereichen internistisch-onkologische und pulmonale Rehabilitation durch die Aufnahme neuer ausserkantonaler Leistungsangebote stattfinden. Der Bedarf nach einem innerkantonalen Angebot an kardiovaskulären Rehabilitationsleistungen durch die Klinik Oberwaid wird durch die vorliegende Rehabilitationsplanung bestätigt.

Auf der Basis der Ziele der Rehabilitationsversorgung wurden im Rahmen der Rehabilitationsplanung 2014 die Evaluationskriterien gemäss Abbildung 16 formuliert. Die Anforderungskriterien für die Evaluation der Leistungserbringer sollen nach Abschluss des Projekts «gemeinsame Spitalplanung Rehabilitation GDK-Ost und Kanton Aargau» angepasst werden. Da die kantonsübergreifend einheitlichen Evaluationskriterien bei der Rehabilitationsplanung 2017 noch nicht vorliegen, werden die Anforderungskriterien aus der Rehabilitationsplanung 2014 bis zur nächsten Überarbeitung der Rehabilitationsplanung unverändert übernommen.

---

**Abbildung 16: Evaluationskriterien**



Quelle: AfGVE

### 7.1 Qualität

Die Einhaltung der Qualität wird anhand genereller und für alle Kliniken gültigen sowie leistungsgruppenspezifischer Qualitätsanforderungen überprüft. Idealerweise sollte die Qualität einer Rehabilitationsklinik anhand der effektiven Behandlungserfolge gemessen werden. Zur Messung der Ergebnisqualität fehlen jedoch allgemein anerkannte Kriterien und Indikatoren. Deshalb werden zur Überprüfung der Qualität Merkmale identifiziert, deren Vorhandensein eine gewisse Güte der Versorgung gewährleisten soll. Im Vordergrund stehen dabei Aspekte der Patientenorientierung und der Vernetzung.

### 7.1.1 Generelle Qualitätsanforderungen

Unabhängig vom angebotenen Leistungsspektrum muss jede Rehabilitationsklinik nebst den gesundheitspolizeilichen Bewilligungsvoraussetzungen insbesondere auch die folgenden generellen Qualitätsanforderungen erfüllen:

1. Qualitätskonzept gemäss Art. 77 KVV mit Angaben zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
2. Krankheits- bzw. störungsspezifisch aufgebaute Behandlungs-, Therapie- und Pflegekonzepte mit strukturierten Angaben zu Diagnostik, Therapie und Rehabilitationszielen
3. Notfall- bzw. Verlegungskonzept sowie notfallbezogene Kooperationsvereinbarungen mit Akutspitälern
4. Hygienekonzept, gemäss welchem die Spitalmitarbeiter geschult werden
5. Sicherheitskonzept
6. Konzept zu Eintritts- und Austrittsmanagement sowie Kooperationsvereinbarungen mit den wichtigsten vor- und nachgelagerten Institutionen
7. Im Behandlungsprozess eingesetzte, anerkannte Assessmentinstrumente, strukturierte und patientenbezogen festgelegte Rehabilitationsziele und Therapiepläne sowie ein multiprofessioneller Entlassungspfad
8. Mindestanforderungen an die medizinische Betreuung von Patientinnen und Patienten (Aufnahme- und Entlassungsverfahren, Arztvisiten, Fallbesprechungen und Behandlungen)
9. Anerkanntes Qualitätsmodell
10. Qualitätsmessungen (z.B. ANQ)
11. Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System, CIRS) und Komplikationsstatistiken zu ausgewählten Komplikationen
12. Patienten- und Zuweiserbefragungen
13. Funktionsspezifische Stellenbeschreibungen, Angebot an Fort- und Weiterbildungsprogrammen sowie Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit.

### 7.1.2 Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen

Für jede angebotene Leistungsgruppe müssen die Leistungsanbieter zusätzlich zu den generellen Qualitätsanforderungen auch leistungsgruppenspezifische Anforderungen erfüllen. Diese beziehen sich auf das eingesetzte Personal, den Notfalldienst, die rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die bauliche und infrastrukturelle Ausstattung.

### 7.1.2.a Personalqualifikation

Rehabilitative Leistungen werden durch multiprofessionelle Rehabilitationsteams erbracht, die sich entsprechend den leistungsgruppenspezifischen Anforderungen aus Fachärztinnen und -ärzten sowie nichtärztlichen Fachkräften<sup>32</sup> zusammensetzen. Aus Tabelle 12 können die Anforderungen an die fachliche Qualifikation, Berufserfahrung und Verfügbarkeit entnommen werden.

**Tabelle 12: Anforderungen an die einzelnen Arbeitsgruppen<sup>33</sup>**

Ärztinnen und Ärzte sowie andere Akademiker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die ärztliche Leitung und deren Stellvertretung sind zu mind. 80 Prozent angestellt</li> <li>• Die Kaderärztinnen und -ärzte bzw. die anderen Akademiker verfügen über die erforderliche fachärztliche Spezialisierung bzw. akademische Ausbildung und berufliche Erfahrung</li> </ul>
Personal im therapeutischen Bereich	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Leitung des Therapiebereiches und deren Stellvertretung sind zu mind. 60 Prozent angestellt</li> <li>• Die einzelnen Therapeutinnen und Therapeuten<sup>34</sup> erfüllen die Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung der jeweiligen Berufsgruppe und sind in der erforderlichen beruflichen Zusammensetzung verfügbar</li> </ul>
Beratungsdienste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die am Rehabilitationsprozess beteiligten Fachpersonen<sup>35</sup> erfüllen die Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung der jeweiligen Berufsgruppe und sind je in der leistungsgruppenspezifischen Zusammensetzung verfügbar</li> </ul>
Personal im pflegerischen Bereich	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung sind zu mind. 60 Prozent angestellt und verfügen über eine Weiterbildung in Pflegemanagement</li> <li>• Das Pflegepersonal erfüllt die Anforderungen an die Aus- sowie an die leistungsgruppenspezifische Weiterbildung (Wundpflege, Pflege auf neurophysiologischer Grundlage, Kinderkrankenpflege, etc.) und ist im erforderlichen Umfang verfügbar</li> </ul>

Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Gesundheitsdepartement Kanton St.Gallen

32 Fachkräfte in den Bereichen Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Sozialarbeit, Pflege, Pädagogie, Heilpädagogik, usw.

33 Zusammenfassung aus Bewerbungsunterlagen des Kantons St.Gallen

34 Fachpersonen in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, usw.

35 Fachpersonen in den Bereichen Orthopädietechnik, Ernährungsberatung, Sozialdienst, usw.



### 7.1.2.b Notfalldienst

Die Anforderungen an den Notfalldienst (Tabelle 13) sind für alle Leistungsgruppen einheitlich definiert. Dabei wird zwischen der Sicherstellung lebensrettender Sofortmassnahmen im Falle eines unvorhergesehenen Notfalls und dem medizinisch notwendigen Beizug des fachärztlichen Hintergrunddienstes im Falle einer im Rehabilitationsverlauf auftretenden Komplikation unterschieden. Lediglich die Anforderungen an die Häufigkeit der Schulungsmassnahmen variieren je nach Leistungsgruppe.

**Tabelle 13: Anforderungen an den Notfalldienst<sup>36</sup>**

Ärztlicher Bereitschaftsdienst (zur Sicherstellung lebensrettender Sofortmassnahmen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemäss Notfallkonzept<sup>37</sup></li> <li>• Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 15 Minuten zur Verfügung</li> <li>• Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug des kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten</li> </ul>
Fachärztlicher Hintergrunddienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• An Werktagen 8-17 Uhr sind jeweilige Fachärztinnen/-ärzte im Haus</li> <li>• An Werktagen 17-8 Uhr und am Wochenende ist bei medizinischer Notwendigkeit die jeweilige Fachärztin/der jeweilige Facharzt innert 2 Stunden im Haus</li> </ul>
Notfallalarm / Reanimation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je nach Leistungsgruppe Schulung des klinischen Personals und Dokumentation der Teilnahme einmal bis viermal je Jahr</li> <li>• Vorhandensein eines Notfalkoffers bzw. -wagens inkl. Defibrillator auf allen Bettenstationen und für alle Behandlungseinheiten</li> </ul>

Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Gesundheitsdepartement Kanton St.Gallen

<sup>36</sup> Zusammenfassung aus Bewerbungsunterlagen des Kantons St.Gallen

<sup>37</sup> Siehe Kapitel 7.1.1 Generelle Qualitätsanforderungen

### 7.1.2.c Diagnostik und Therapie

Das erforderliche Spektrum an rehabilitationsspezifischer Diagnostik<sup>38</sup> und rehabilitativer Massnahmen<sup>39</sup> sowie deren zeitlichen und örtlichen Verfügbarkeit variieren je nach Leistungsgruppe. Die Kategorien der Verfügbarkeit von Diagnostik und Therapie wurden in Tabelle 14 dargestellt.

**Tabelle 14: Kategorien der Verfügbarkeit von Diagnostik und Therapie<sup>40</sup>**

365 Tage / 24 Stunden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Leistungen werden rund um die Uhr angeboten, es kommt zu keinen Versorgungsunterbrüchen</li> </ul>
Im Haus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Leistungen werden in der Rehabilitationsklinik erbracht</li> </ul>
Auch in Kooperation möglich	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Leistungen können in Form einer Kooperation (z.B. anderes Spital) auch ausserhalb der Rehabilitationsklinik erbracht werden</li> </ul>
Geregelt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Leistungen werden nur punktuell in Anspruch genommen, eine zeitnahe Zugänglichkeit ist gewährleistet</li> </ul>

Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Gesundheitsdepartement Kanton St.Gallen

### 7.1.2.d Infrastruktur

In allen Leistungsgruppen muss für alle Altersgruppen ein barrierefreier Zugang innerhalb der Klinik und der zur Klinik gehörenden Aussenanlagen gewährleistet und ein Sicherungssystem für weglaufgefährdete Patientinnen und Patienten<sup>41</sup> vorhanden sein. Daneben sind je nach Leistungsgruppe zusätzliche bauliche und infrastrukturelle Voraussetzungen einzuhalten (Tabelle 15).

**Tabelle 15: Bauliche und infrastrukturelle Anforderungen nach Leistungsgruppen<sup>42</sup>**

Leistungsgruppe	Leistungsgruppenspezifische Anforderungen
Neurologische Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Separate Essräume für Patientinnen und Patienten mit Schluckstörungen</li> </ul>
Paraplegiologische Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Überwachungseinheit</li> <li>Freizeitangebote (geeignete Aufenthaltsräume und Sportmöglichkeiten)</li> </ul>
Pulmonale Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontinuierliche O2-Versorgung auf den Bettenstationen</li> </ul>
Neurologische Frührehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Überwachungseinheit (EKG-Monitoring, Pulsoxymetrie, Atemfrequenzüberwachung, kontinuierliche O2-Zufuhr, Absaugvorrichtungen)</li> </ul>
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geeignete Unterbringungsmöglichkeiten für Begleitpersonen</li> <li>Altersgerechte Ausstattung der Klinik (Spielzimmer, Aufenthaltsräume und Sportmöglichkeiten)</li> </ul>

Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Gesundheitsdepartement Kanton St.Gallen

## 7.2 Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit eines Leistungserbringers wird durch ein Benchmarking überprüft.<sup>43</sup> Ergänzend dazu wird die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen unterstützt, indem von den Leistungserbringern vorausgesetzt wird, dass sie zusätzlich zu den stationären auch ambulante Rehabilitationsleistungen anbieten und indem ein wohnortnahes (ambulantes) Leistungsangebot angestrebt wird.

Im Rahmen der Rehabilitationsplanung 2014 wurde zur Wirtschaftlichkeitsprüfung ein Tarifbenchmarking auf der Basis des 40. Perzentils zuzüglich 10 Prozent vorgenommen. Gemäss den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung<sup>44</sup> sollte – sofern möglich – als Basis zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ein Vergleich der schweregradbereinigten Kosten vorgenommen werden. Um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung auf der Basis der Kosten aller Leistungserbringer zu ermöglichen, hat die GDK eine elektronische Plattform zum Zweck des Austausches der Spitalkostendaten unter den Kantonen eingerichtet. Auf dieser Plattform fehlen jedoch die Kostendaten mehrerer versorgungsrelevanter Leistungserbringer im Bereich Rehabilitation.<sup>45</sup> Deshalb wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der vorliegenden Rehabilitationsplanung wieder auf Basis der Tarife (gewichtete Tarife 2017) vorgenommen. Hohe Kosten oder Tarife eines Leistungserbringers können das Ergebnis der Behandlung besonders aufwendiger Patientengruppen oder ein Indiz für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung sein. Ein Benchmarking unter Berücksichtigung des Schweregrades der behandelten Patientinnen und Patienten ist in der Rehabilitation jedoch nicht möglich, da dieser noch nicht abgebildet wird. Aus diesem Grund wird der Benchmark für die Wirtschaftlichkeit 10 Prozent höher als das vierzigste Perzentil angesetzt.

Da der Behandlungsaufwand, die damit verbundenen Kosten und die Tarife je nach Leistungsgruppe erheblich variieren, wird für jede Leistungsgruppe ein separater Wirtschaftlichkeitsvergleich vorgenommen. Davon ausgenommen ist, aufgrund der geringen Anzahl Pflagetage und Leistungserbringer, die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Für das Benchmarking (Tabelle 16) wurden die Tarife jener Leistungserbringer verwendet, die in einer Leistungsgruppe Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St.Gallen behandelt haben. Der Benchmark entspricht dem 40. Perzentil auf der Basis der Pflagetage st.gallischer Patientinnen und Patienten zuzüglich 10 Prozent. Bei abweichenden Tarifen zwischen den Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer wurde ein auf der Basis des Versichertenbestandes des Kantons St.Gallen gewichteter Mischtarif verwendet.

.....  
38 Leistungen in den Bereichen Labor, EKG, Radiologie, Sonographie, Endoskopie, Neurophysiologie sowie weitere spezifischen Funktionsdiagnostik

.....  
39 Massnahmen der Physiotherapie, der physikalischen Therapie, der Ergotherapie, der Logopädie, der Neurophysiologie sowie kreativitäts- und bewegungsorientierte Angebote, ergänzt durch verschiedene edukative Massnahmen, durch Beratung im Bereich Gesundheitsbildung, Sozial- und Berufserfahrung sowie durch schulischen Unterricht bei Kindern und Jugendlichen

.....  
40 Zusammenfassung aus Bewerbungsunterlagen des Kantons St.Gallen

.....  
41 Insbesondere im Bereich der geriatrischen Rehabilitation und der neurologischen Frührehabilitation

.....  
42 Zusammenfassung aus Bewerbungsunterlagen des Kantons St.Gallen

.....  
43 Detaillierte Angaben zur Wirtschaftlichkeitsprüfung finden sich im Anhang 2

.....  
44 Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, genehmigt von der GDK-Plenarversammlung am 18.5.2017

.....  
45 Für das Jahr 2015 fehlen die Daten der Kliniken Valens, der Reha Seewis, des Schweizer Paraplegikerzentrums Nottwil, der Klinik Oberwaid, der Hochgebirgsklinik Davos und des Hofes Weissbad.

.....  
**Tabelle 16: Benchmark je Leistungsgruppe**

<b>Leistungsgruppe</b>	<b>Benchmark auf der Basis der gewichteten Tarife 2017</b>
Muskuloskelettale Rehabilitation	596.-
Neurologische Rehabilitation	841.-
Internistisch-onkologische Reha	653.-
Pulmonale Rehabilitation	689.-
Paraplegiologische Reha	1'570.-
Kardiovaskuläre Rehabilitation	473.-
Psychosom.-sozialmedizinische Reha	461.-
Geriatrische Rehabilitation	710.-

*Quelle: Veröffentlichte Tarife gemäss kantonalen Webseiten, Benchmark-Berechnung durch AfGVE*

Die meisten Leistungserbringer, die sich für einen Leistungsauftrag beworben haben, haben Kosten und Tarife, die sich unterhalb der Wirtschaftlichkeitsobergrenzen befinden. Wenige Bewerber weisen Kosten oder Tarife auf, die in einer Leistungsgruppe über dem Benchmark liegen. Darauf wird im Rahmen der leistungsgruppenspezifischen Evaluation der Bewerber, in den Kapiteln 9.2 bis 9.11, eingegangen.

## **7.3 Zugang zur Behandlung innert nützlicher Frist**

Der Zugang von st.gallischen Patientinnen und Patienten zu einer stationären Rehabilitationsklinik innert nützlicher Frist wird anhand der vier Evaluationskriterien Vernetzung, Erreichbarkeit, Aufnahmepflicht und ambulantes Angebot beurteilt.

### **7.3.1 Vernetzung**

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

### 7.3.2 Erreichbarkeit und ambulantes Angebot

Aus Kapitel 4.5 geht hervor, dass die Wahl der Rehabilitationsklinik stark durch die geografische Distanz zum Wohnort beeinflusst wird und dass ein Grundangebot an wohnortnaher stationärer Rehabilitation einem Bedürfnis der St.Galler Bevölkerung entspricht. Deshalb kann vom Grundsatz, innerkantonale gegenüber ausserkantonalen oder bestehende gegenüber neuen Leistungsangeboten zu bevorzugen, abgewichen werden, wenn damit bezüglich Wohnortnähe ein Mehrwert für die Versorgung st.gallischer Patientinnen und Patienten verbunden ist. Dies betrifft insbesondere den Aufbau wohnortnaher innerkantonaler Angebote, sofern der Wirtschaftlichkeitsvergleich positiv ausfällt. Ebenso wird von den Leistungserbringern erwartet, dass sie zusätzlich zu den stationären auch ambulante, wohnortnahe Rehabilitationsmöglichkeiten anbieten.

### 7.3.3 Aufnahmepflicht

Gemäss KVG unterliegen Leistungserbringer mit einem öffentlichen Leistungsauftrag der Aufnahmepflicht für St.Galler Patientinnen und Patienten – ungeachtet des Versicherungsstatus. Gestützt auf das Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung (Art. 12 Abs. 1 Bst. g) wird ein Mindestanteil an ausschliesslich grundversicherten Patientinnen und Patienten vorgegeben. Für die Aufnahme auf die Spitalliste darf ein Leistungserbringer höchstens den doppelten als den durchschnittlichen kantonalen Anteil st.gallischer Patientinnen und Patienten in der halbprivaten oder privaten Abteilung aufweisen. Im Jahr 2015 fanden 70 Prozent der stationären rehabilitativen Aufenthalte st.gallischer Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung und rund 30 Prozent der Aufenthalte in der halbprivaten oder privaten Abteilung statt. Kliniken mit einem Anteil Hospitalisationen in der halbprivaten oder privaten Abteilung von mehr als 60 Prozent erfüllen demzufolge die Anforderungen an die Aufnahmepflicht nicht, weil davon ausgegangen wird, dass sie diesen Anteil nur durch eine bevorzugte Aufnahme von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten erreichen können. Für diese Kliniken ist der Status Vertragsspital vorgesehen.

## 7.4 Langfristige Versorgungssicherheit

Die langfristige Versorgungssicherheit wird anhand der drei Aspekte Versorgungsrelevanz, Bereitschaft zur langfristigen Leistungserbringung und Nachwuchssicherung überprüft. Die Überprüfung der Nachwuchssicherung in Form der Bereitstellung von ausreichenden Aus- und Weiterbildungsplätzen für Fachleute in Berufen des Gesundheitswesens erfolgt anhand eines separaten kantonalen Konzepts. Gemäss diesem Konzept sind sämtliche St.Galler Institutionen auf der kantonalen Spitalliste verpflichtet, jährlich Ausbildungsleistungen im Bereich der nichtuniversitären Gesundheitsberufe zu erbringen. Basis für die Berechnung bildet das Ausbildungspotential, aus welchem entsprechende Normwerte abgeleitet werden. Das Ausbildungspotential ergibt sich aus den aktuell erbrachten Ausbildungsleistungen (gemessen in Ausbildungswochen) und der bestehenden Stellenpläne (bezogen auf Stellen, welche auch effektiv Ausbildung in den geforderten Berufen erbringen) der St.Galler Institutionen auf der kantonalen Spitalliste. Aus der Summe beider Werte ergibt sich je Ausbildungsstufe/-typus der Normwert, welcher festlegt, wieviel Ausbildungswochen jährlich je Stelleneinheit erbracht werden müssen.

Das Konzept einer Ausbildungsverpflichtung wurde erstmals für den Zeitraum 2016/2017 angewendet. Im Rehabilitationsbereich erfolgte für diesen Zeitraum lediglich für die Kliniken Valens eine Vorgabe, welche für das Jahr 2016 auch erfüllt wurde. Die Klinik Oberwaid und die Clinic Bad Ragaz erhalten erstmals für den Zeitraum 2018 eine Vorgabe für eine Ausbildungsverpflichtung.

### 7.4.1 Versorgungsrelevanz

Den Kantonen ist es nach Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts nicht verwehrt, den Bedarf zuerst mit innerkantonalen Leistungserbringern zu decken. Ausserkantonale Kliniken müssen dann evaluiert und gegebenenfalls auf der Spitalliste berücksichtigt werden, wenn die Versorgung der Bevölkerung durch die Einrichtungen im Kanton nicht sichergestellt ist. Die Versorgungsrelevanz sagt aus, ob ein ausserkantonaler Bewerber in relevantem Mass zur Deckung des Rehabilitationsbedarfs von St.Gallerinnen und St.Gallern und/oder zu einem wohnortnahen st.gallischen Rehabilitationsangebot beiträgt. Gemäss Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist die Aufnahme eines ausserkantonalen Leistungserbringers dann angezeigt, wenn dessen Beitrag zur Deckung einer im Kanton bestehenden Versorgungslücke nicht marginal ist.

Im vorliegenden Bericht werden ausserkantonale Leistungserbringer als versorgungsrelevant eingestuft, wenn sie in einer Leistungsgruppe mindestens zehn Prozent der Austritte von St.Galler Patientinnen und Patienten und mindestens zehn Fälle aufweisen oder aufgrund ihrer geografischen Lage für Patientinnen und Patienten aus bestimmten Regionen des

Kantons St.Gallen erheblich zur Erreichbarkeit beitragen. Bewerben sich versorgungsrelevante Leistungserbringer einer Leistungsgruppe nicht, so können zur Sicherstellung der langfristigen Versorgungssicherheit auch Kliniken auf die Spitalliste aufgenommen werden, die einen geringeren Anteil als zehn Prozent der Austritte (nicht jedoch weniger als zehn Fälle) in einer Leistungsgruppe aufweisen. Dabei wird die Sicherstellung auf der Spitalliste von mindestens 80 Prozent der von der Wohnbevölkerung in einer Leistungsgruppe in Anspruch genommenen Leistungen angestrebt.

#### **7.4.2 Bereitschaft zur langfristigen Leistungserbringung**

Die langfristige Versorgungssicherheit der St.Galler Bevölkerung beinhaltet die kontinuierliche und langfristige Bereitschaft zum Angebot der jeweiligen Leistungsbereiche. Es werden nur Kliniken berücksichtigt, die bestätigen, die Leistungsgruppe langfristig anbieten zu wollen.

### 8.1 Bewerbungsverfahren

Das Bewerbungsverfahren für die Spitalliste Rehabilitation wurde am 13. März 2017 durch Publikation im Amtsblatt (2017/Nr. 11) eröffnet. Dazu wurden alle Spitäler angeschrieben, die sich auf der Spitalliste des Kantons St.Gallen befinden oder schriftlich ihr Interesse an einer Aufnahme auf die St.Galler Spitalliste bekundet haben. Die Leistungserbringer wurden aufgefordert, sich für ein bestimmtes Leistungsspektrum zu bewerben und im Verfahren der Selbstdeklaration darzulegen, ob sie die Anforderungen an jedem Standort erfüllen. Die Bewerbungsdatei musste zusammen mit einer Bestätigung, dass die Unterlagen wahrheitsgetreu ausgefüllt wurden, bis spätestens 15. Mai 2017 retourniert werden.

### 8.2 Eingereichte Bewerbungen

Die eingereichten Bewerbungsunterlagen wurden hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität überprüft. Offene Fragen wurden weitgehend auf dem Schriftweg bereinigt. Im Bereich Erwachsene gingen für neun Leistungsgruppen 35 Bewerbungen und im Bereich Kinder und Jugendliche für drei Leistungsgruppen drei Bewerbungen ein. Sieben Bewerbungen betrafen neue Leistungsgruppen bisheriger Leistungserbringer. Es gingen keine Bewerbungen von Leistungserbringern ein, die bis anhin nicht auf der Spitalliste Rehabilitation des Kantons St.Gallen figurierten.



**Tabelle 17: Bewerbungen nach Leistungsgruppen**

		Erwachsene								Kinder und Jugendliche			
		MS	N	Q	K	PS	IO	P	G	NF	N	PÄ	NF
SG	Kliniken Valens (1)	■	■				■	■	■	■			
	Klinik Oberwaid	■			■	■							
	Clinic Bad Ragaz	■					■						
AG	Rehaklinik Bellikon	■	■							■			
AR	Klinik Gais				■	■	■						
	Rheinburg-Klinik	■	■							■			
BS	REHAB Basel		■	■						■			
GR	Reha Seewis				■	■	■						
	Zürcher RehaZentrum Davos						■	■					
LU	Schw. Paraplegiker-Zentrum			■									
TG	kneipp-hof Dussnang	■							■				
	Rehaklinik Zihlschlacht		■							■			
ZH	Zürcher RehaZentrum Wald							■					
	Universitätsklinik Balgrist			■									
	Rehazentrum Affoltern a. A.										■	■	■
Anzahl Bewerbungen		6	5	3	3	3	5	3	2	5	1	1	1

- Leistungserbringer bewirbt sich neu für die Leistungsgruppe
- Leistungserbringer bewirbt sich erneut für bereits erteilten Leistungsauftrag

MS: Muskuloskelettale Rehabilitation  
 N: Neurologische Rehabilitation  
 Q: Paraplegiologische Rehabilitation  
 K: Kardiovaskuläre Rehabilitation  
 PS: Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation  
 IO: Internistisch-onkologische Rehabilitation  
 P: Pulmonale Rehabilitation  
 G: Geriatrische Rehabilitation  
 NF: Neurologische Frührehabilitation  
 PÄ: Allgemeine pädiatrische Rehabilitation  
 (1) Rehabilitationszentrum Valens (MS, N, NF), Rehabilitationszentrum Walenstadtberg (MS, P, IO, G)

### 9.1 Evaluationsverfahren

Das Evaluationsverfahren wurde für alle Bewerber für jede Leistungsgruppe einzeln durchgeführt. Die Evaluation erfolgte auf Standortebene. Leistungsaufträge werden hingegen auf Institutionsebene erteilt, sofern sich alle Betriebe eines Leistungserbringers im gleichen Kanton befinden und einheitliche Tarife aufweisen. Leistungen dürfen jedoch grundsätzlich nur an jenen Standorten erbracht werden, welche die Qualitätsanforderungen erfüllen.

Bei der Evaluation der Leistungserbringer wird vorerst überprüft, ob die Anforderungen an Qualität, Wirtschaftlichkeit und Aufnahmepflicht erfüllt werden. Erfüllt ein Bewerber diese Anforderungen, wird die Bedeutung der Klinik für die Sicherstellung einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung im Kanton überprüft. Ein Leistungsauftrag wird jenen Leistungserbringern erteilt, die den Anforderungen an die Versorgungsrelevanz genügen oder einen Beitrag zu Wohnortnähe oder Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung leisten. Jeder Antrag wird auf der Basis des prognostizierten Bedarfs je Leistungsgruppe beurteilt. Leistungsaufträge werden auf drei Jahre befristet, d.h. bis zum 31. März 2021 erteilt.

### 9.2 Muskuloskelettale Rehabilitation

Die muskuloskelettale Rehabilitation ist mit rund 43 Prozent der stationären Rehabilitationsaufenthalte von st.gallischen Patientinnen und Patienten die grösste Leistungsgruppe. Die bisherigen Leistungsanbieter auf der Spitalliste des Kantons St.Gallen (Kliniken Valens, Rheinburg-Klinik, kneipp-hof Dussnang, Rehaklinik Bellikon) decken zusammen 83 Prozent des Bedarfs von st.gallischen Patientinnen und Patienten ab.

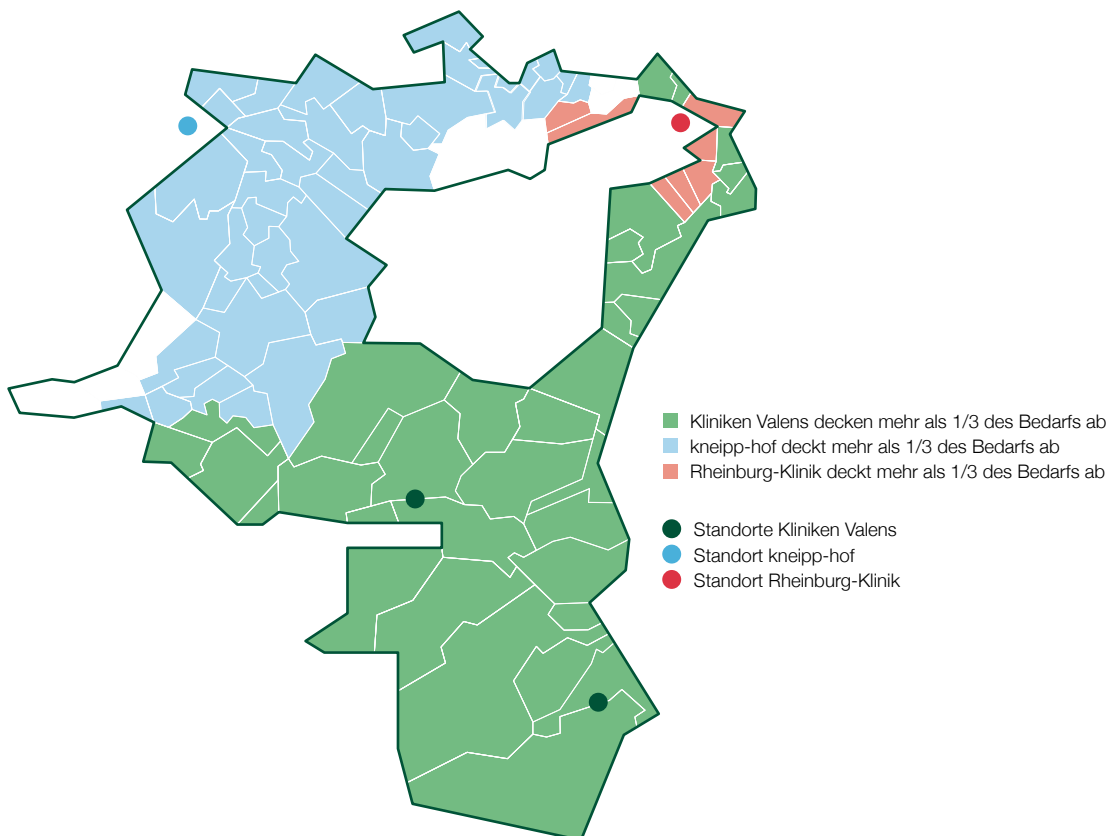
Für einen Leistungsauftrag haben sich alle bisherigen inner- und ausserkantonalen Listenspitäler sowie zwei weitere innerkantonale Kliniken (Klinik Oberwaid und Clinic Bad Ragaz) beworben (Tabelle 18).

Alle bisherigen Leistungserbringer erfüllen die allgemeinen und leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen sowie die Anforderungen an die Aufnahmepflicht. Insgesamt werden rund 35 Prozent der muskuloskelettalen Rehabilitationsleistungen durch die Kliniken Valens, rund 30 Prozent durch den kneipp-hof Dussnang und rund 13 Prozent durch die Rheinburg-Klinik erbracht. Diese drei Leistungserbringer sind im Jahr 2015 versorgungsrelevant, da sie mehr als zehn Prozent der st.gallischen Patientinnen und Patienten sowie mehr als zehn Fälle abdecken. Die Rehaklinik Bellikon hat sich auf die Unfallrehabilitation von Patientinnen und Patienten mit mittleren bis schweren Gesundheitsfolgen spezialisiert. Insgesamt finden rund 5 Prozent der muskuloskelettalen Hospitalisationen st.gallischer

Patientinnen und Patienten in der Rehaklinik Bellikon statt. Diese Patientinnen und Patienten können kaum oder gar nicht in anderen Rehabilitationskliniken platziert werden. In diesem spezifischen Versorgungsbereich ist die Rehaklinik Bellikon versorgungsrelevant.

Abbildung 17 zeigt die Aufteilung der Inanspruchnahme muskuloskelettaler Rehabilitationsleistungen auf die drei wichtigsten Leistungserbringer nach Wohnregionen. Daraus wird wiederum die Präferenz für wohnortnahe Leistungserbringer einerseits und für innerkantonale Angebote andererseits ersichtlich.

**Abbildung 17: Anteil muskuloskelettaler Hospitalisationen nach Leistungserbringern, 2015**



Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE

Die Kliniken Valens, der kneipp-hof Dussnang und die Rheinburg-Klinik weisen gewichtete Tarife auf, die den Wirtschaftlichkeitsanforderungen genügen. Die Tarife der Klinik Oberwaid und der Clinic Bad Ragaz konnten nicht überprüft werden, da diese Leistungserbringer zurzeit nicht über einen Leistungsauftrag im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation verfügen. Die Tarife der Rehaklinik Bellikon liegen zwar über dem Benchmark, dies lässt sich jedoch durch die Konzentration von besonders komplexen und kostenintensiven Patientinnen und Patienten im Rahmen des für spezifische Indikationen erteilten Leistungsauftrags erklären.

Im Rahmen der vorliegenden Rehabilitationsplanung wird eine Bedarfsdeckung von 80 Prozent des aktuellen Bedarfs angestrebt. Dieser Richtwert wird durch die bisherigen Anbieter erreicht. Ausserdem können die bisherigen Anbieter aus allen Kantonsregionen (Abbildung 17) innerhalb von weniger als einer Stunde erreicht werden. Deshalb werden die Anträge der zwei innerkantonalen Neubewerber (Clinic Bad Ragaz und Klinik Oberwaid) abgelehnt.

Ein Leistungsauftrag in muskuloskelettaler Rehabilitation wird den bisherigen Leistungserbringern erteilt: den Kliniken Valens, der Rheinburg-Klinik, dem kneipp-hof Dussnang sowie für spezifische mit santésuisse vereinbarte Indikationen<sup>46</sup> der Rehaklinik Bellikon.

**Tabelle 18: Evaluationsergebnis für muskuloskelettale Rehabilitation**

Muskuloskelettale Rehabilitation	Qualitätsanforderungen	Wirtschaftlichkeit	Aufnahmepflicht	Versorgungsrelevanz	Leistungsauftrag
SG Kliniken Valens	√	√	√	√	ja
SG Clinic Bad Ragaz <sup>2</sup>	√	(x)	√	x	nein
SG Klinik Oberwaid <sup>2</sup>	√	(x)	√	x	nein
AG Rehaklinik Bellikon	√	(√)	√	(√)	ja <sup>1</sup>
AR Rheinburg-Klinik	√	√	√	√	ja
TG kneipp-hof Dussnang	√	√	√	√	ja

√ = Kriterium erfüllt

(√) = Kriterium für beschränktes Leistungsspektrum erfüllt

x = Kriterium nicht erfüllt

(x) = Kriterium nicht beurteilbar

<sup>1</sup> beschränktes Leistungsspektrum

<sup>2</sup> Neubewerberin für diese Leistungsgruppe

<sup>46</sup> Vertrag zwischen Rehaklinik Bellikon und santésuisse vom 29. August 2008

## 9.3 Neurologische Rehabilitation

Rund 18 Prozent der stationären Rehabilitationsaufenthalte der st.gallischen Bevölkerung finden im Bereich der neurologischen Rehabilitation statt. Dabei erbringen die bisherigen Leistungserbringer auf der Spitalliste des Kantons St.Gallen (Kliniken Valens, Rheinburg-Klinik, Rehaklinik Zihlschlacht, REHAB Basel und Rehaklinik Bellikon) zusammen rund 90 Prozent der neurologischen Rehabilitationsleistungen. Für die Spitalliste Rehabilitation 2018 haben sich alle bisherigen Leistungserbringer für einen Leistungsauftrag beworben. Alle halten die Anforderungen betreffend Qualität ein.

Drei Leistungserbringer hatten bisher einen Leistungsauftrag für das ganze Leistungsspektrum der neurologischen Rehabilitation. Dabei deckten im Jahr 2015 die Kliniken Valens rund 38 Prozent, die Rheinburg-Klinik rund 30 Prozent und die Rehaklinik Zihlschlacht rund 21 Prozent der stationären Austritte von st.gallischen Patientinnen und Patienten ab. Alle drei bisherigen Leistungserbringer sind somit versorgungsrelevant.

Zwei Leistungserbringer hatten bisher einen Leistungsauftrag für ausgewählte Indikationen, die in anderen Kliniken kaum oder nicht behandelt werden können. Das REHAB Basel konzentriert sich auf die Behandlung besonders komplexer und kostenintensiver Patientinnen und Patienten mit Wachkoma oder Doppeltrauma spinal und cranial, die Rehaklinik Bellikon auf spezifische, mit santésuisse vereinbarten Indikationen<sup>47</sup> für besonders aufwendige Unfallpatientinnen und -patienten. Das REHAB Basel beantragte eine Ergänzung des Leistungsauftrages für Patientinnen und Patienten mit schweren neuropsychiatrischen Syndromen und spezifischer Überwachungspflichtigkeit (schweres psychomenteales Störungsbild),<sup>48</sup> für die sie im letzten Jahr eine gesonderte Abteilung (SAP Abteilung) eingerichtet haben. Obwohl die Rehaklinik Zihlschlacht über ein vergleichbares Angebot verfügt, wird aufgrund der Komplexität des Krankheitsbilds und des teilweise unterschiedlichen Behandlungsansatzes von einem Bedarf zur zusätzlichen Abdeckung dieser Patientengruppe durch einen weiteren Leistungserbringer ausgegangen. Trotz der tiefen Anzahl Austritte st.gallischer Patientinnen und Patienten können beide Leistungserbringer als versorgungsrelevant für spezifische Leistungen für besonders aufwendige Patientinnen und -patienten betrachtet werden, die von anderen Leistungserbringern kaum oder nicht versorgt werden können.

Die Kliniken Valens, die Rheinburg-Klinik die Rehaklinik Zihlschlacht sowie die Rehaklinik Bellikon erfüllen die Wirtschaftlichkeitsanforderungen. Das REHAB Basel weist keine Tarife für die allgemeine neurologische Rehabilitation auf. Die Tarife für Hirnverletzte liegen zwar über dem Benchmark, dies ist jedoch aufgrund der Behandlung von besonders intensiven Patientengruppen im Rahmen der im Leistungsauftrag aufgeführten spezifischen Indikationen gerechtfertigt.

.....  
47 Vertrag zwischen Rehaklinik Bellikon und santésuisse vom 29. August 2008  
.....

48 Die Patienten und Patientinnen weisen (aufgrund von hirnorganischen Schädigungen mit schweren kognitiven und neurologischen Störungen) ausgeprägte Gedächtnisdefizite auf und sind stark desorientiert, weglaufgefährdet, schwerst delirant, hyperaktiv oder aggressiv, selbst- und fremdgefährdet sowie schwerst verhaltens- und affektauffällig. Die stationäre Rehabilitation basiert auf einem speziell auf sie abgestimmten Begleitungs-, Betreuungs- und Therapieprogramm, welches von einem interprofessionellen Behandlungsteam auf die jeweiligen Situationen zugeschnitten wird und eine Abgrenzung zum Setting eines normalen Stationsablaufes erfordert.

Den Kliniken Valens, der Rheinburg-Klinik und der Rehaklinik Zihlschlacht wird ein Leistungsauftrag für das ganze Leistungsspektrum der neurologischen Rehabilitation erteilt. Der Rehaklinik Bellikon wird ein Leistungsauftrag für spezifische mit santésuisse vereinbarten Indikationen erteilt. Der Leistungsauftrag an das REHAB Basel beschränkt sich auf Wachkomapatientinnen und -patienten, auf Patientinnen und Patienten mit schweren traumatischen Hirnverletzungen (Doppeltrauma spinal und cranial) sowie auf Patientinnen und Patienten mit schweren neuropsychiatrischen Syndromen und spezifischer Überwachungspflichtigkeit.

**Tabelle 19: Evaluationsergebnis für neurologische Rehabilitation**

Neurologische Rehabilitation	Qualitätsanforderungen	Wirtschaftlichkeit	Aufnahmepflicht	Versorgungsrelevanz	Leistungsauftrag
SG Kliniken Valens	√	√	√	√	ja
AG Rehaklinik Bellikon	√	√	√	(√)	ja <sup>1</sup>
AR Rheinburg-Klinik	√	√	√	√	ja
BS REHAB Basel	√	(√)	√	(√)	ja <sup>1</sup>
TG Rehaklinik Zihlschlacht	√	√	√	√	ja

√ = Kriterium erfüllt

(√) = Kriterium für beschränktes Leistungsspektrum erfüllt

1 beschränktes Leistungsspektrum

## 9.4 Paraplegiologische Rehabilitation

Die paraplegiologische Rehabilitation umfasst eine sehr beschränkte Anzahl Diagnosen von Personen mit Lähmungen an den oberen oder unteren Extremitäten sowie am Rumpf, die durch eine Störung im Bereich von Rückenmark und Cauda equina ausgelöst werden. Diese Patientinnen und Patienten unterscheiden sich wesentlich von anderen Patientengruppen indem sie zwar durchschnittlich jünger sind, aber eine höhere medizinische Komplexität aufweisen. Neben einer Erstrehabilitation bedürfen sie häufig mehrerer Folgerehabilitationen. Zusätzlich zur medizinischen Behandlung wird die bestmögliche Wiedereingliederung der Betroffenen in Familie, Beruf und Gesellschaft angestrebt. In der Schweiz gibt es vier auf die medizinische Versorgung von Querschnittgelähmten spezialisierte Institutionen: das Zentrum für Paraplegie der Universitätsklinik Balgrist, die Clinique romande de réadaptation, das REHAB Basel und das Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil.

Auf der Basis der Codierung der Diagnosen von Personen mit Querschnittslähmungen werden die Hospitalisationen teilweise der paraplegiologischen Rehabilitation, teilweise jedoch anderen Leistungsgruppen zugewiesen. Da Querschnittsgelähmte zunehmend in ein höheres Lebensalter kommen, treten neben den paraplegiespezifischen Beschwerden auch vermehrt altersbedingte Krankheiten auf. Hierzu gehören beispielsweise Herz- und Kreislauf-Erkrankungen oder Stoffwechsel-Erkrankungen.<sup>49</sup> Der paraplegiologischen Rehabilitation wurden auf der Basis der Diagnose-Codes 31 Austritte zugeordnet, 15 davon aus dem Schweizer Paraplegikerzentrum Nottwil. Einige Hospitalisationen, die der paraplegiologischen Rehabilitation zugeordnet wurden, fanden bei Leistungserbringern statt, die keinen Leistungsauftrag für die paraplegiologische Rehabilitation haben, jedoch im Bereich der von ihnen angebotenen Leistungsgruppen Behandlungen an paraplegiologischen Patientinnen und Patienten vorgenommen haben. Deshalb werden zur Beurteilung der Versorgungsrelevanz ausschliesslich Hospitalisationen berücksichtigt, die in einem der vier schweizerischen Paraplegikerzentren stattgefunden haben, wobei alle Diagnosen berücksichtigt werden, unabhängig von der Zuordnung zu einer Leistungsgruppe.

Betrachtet man die Austritte der vier Zentren, die sich auf die Behandlung von Querschnittslähmungen spezialisiert haben (Tabelle 20), so wird ersichtlich, dass rund 76 Prozent der Austritte aus dem Schweizer Paraplegikerzentrum in Nottwil und rund 22 Prozent aus der Universitätsklinik Balgrist erfolgen. Zusammen decken diese Leistungserbringer somit 98 Prozent des aktuellen Bedarfs ab. Eine Hospitalisation fand im REHAB Basel und keine in der Clinique romande de réadaptation statt.

**Tabelle 20: Austritte aus den vier schweizerischen Paraplegikerzentren, 2015**

Paraplegikerzentren	Leistungsgruppe						Total	Anteil
	N	MS	IO	Q	P	Ü		
REHAB Basel	0	0	0	1	0	0	1	2%
Schw. Paraplegikerzentrum Nottwil	3	3	6	15	3	8	38	76%
Universitätsklinik Balgrist	2	7	0	2	0	0	11	22%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

N: Neurologische Rehabilitation,  
 MS: Muskuloskeletale Rehabilitation,  
 IO: internistisch-onkologische Rehabilitation,  
 Q: Paraplegiologische Rehabilitation,  
 P: Pulmonale Rehabilitation,  
 Ü: übrige Rehabilitation

Drei ausserkantonale Leistungserbringer haben sich für einen Leistungsauftrag in paraplegiologischer Rehabilitation beworben. Alle drei Bewerber genügen den Wirtschaftlichkeits- sowie den Qualitätsanforderungen. Das Schweizer Paraplegikerzentrum Nottwil und die Universitätsklinik Balgrist erfüllen zudem das Kriterium der Versorgungsrelevanz.

Dem Schweizer Paraplegikerzentrum sowie der Universitätsklinik Balgrist wird ein Leistungsauftrag im Bereich der paraplegiologischen Rehabilitation erteilt. Dem REHAB Basel wird aufgrund der fehlenden Versorgungsrelevanz kein Leistungsauftrag erteilt. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Wachkoma, Doppeltrauma spinal und cranial oder schweren neuropsychiatrischen Syndromen wird jedoch bereits durch den erteilten Leistungsauftrag für die neurologische Rehabilitation sichergestellt.

**Tabelle 21: Evaluationsergebnis für paraplegiologische Rehabilitation**

Paraplegiologische Rehabilitation	Qualitätsanforderungen	Wirtschaftlichkeit	Aufnahmepflicht	Versorgungsrelevanz	Leistungsauftrag
BS REHAB Basel	✓	✓	✓	x	nein
LU Schw. Paraplegikerz. Nottwil	✓	✓	✓	✓	ja
ZH Universitätsklinik Balgrist	✓	✓	✓	✓	ja

✓ = Kriterium erfüllt  
x = Kriterium nicht erfüllt

## 9.5 Kardiovaskuläre Rehabilitation

Das Angebot an kardiovaskulären Rehabilitationsleistungen wurde im Jahr 2015 zu 79 Prozent durch zwei ausserkantonale Leistungserbringer abgedeckt: die Klinik Gais und die Reha Seewis. Zusätzlich wurde im Jahr 2017 die Klinik Oberwaid auf die st.gallische Spitalliste Rehabilitation aufgenommen. Betreffend dieser Aufnahme ist eine Beschwerde mit aufschiebender Wirkung beim Bundesverwaltungsgericht hängig.

Für die kardiovaskuläre Rehabilitation haben sich alle drei Leistungserbringer beworben. Alle erfüllen die Anforderungen an Qualität und Aufnahmepflicht. Die Klinik Gais ist mit rund 65 Prozent und die Reha Seewis mit rund 14 Prozent der st.gallischen Patientinnen und Patienten versorgungsrelevant. Aufgrund der aufschiebenden Wirkung der beim Bundesverwaltungsgericht hängigen Beschwerde konnte die Klinik Oberwaid noch keine kardiovaskulären Patientinnen und Patienten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung behandeln. Die thurgauische Klinik Schloss Mammern deckt 8 Prozent der kardiovaskulären Austritte st.gallischer Patientinnen und Patienten ab. Das kardiovaskuläre Rehabilitationsangebot der Klinik Schloss Mammern richtet sich jedoch fast ausschliesslich



an zusatzversicherte St.Gallerinnen und St.Galler. Ihr Anteil ausschliesslich allgemeinversicherter kardiovaskulärer St.Galler Patientinnen und Patienten beläuft sich im Jahr 2015 auf 2 Prozent. Die Klinik Schloss Mammern hat sich nicht um einen Listenplatz beworben.

Die Klinik Oberwaid ist der einzige innerkantonale Leistungserbringer im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation. Durch das Angebot der Klinik Oberwaid soll eine Deckung des bisherigen Bedarfs zu mindestens 80 Prozent sowie der prognostizierten Bedarfszunahme von 20 Prozent erreicht werden. Letztere resultiert aus der erwarteten demografischen Entwicklung, der überdurchschnittlichen Inanspruchnahme von kardiovaskulären Rehabilitationsleistungen durch ältere Patientinnen und Patienten, der generell erwarteten Zunahme kardiovaskulärer Eingriffe, dem längeren Überleben von Herzkreislaufpatientinnen und -patienten und der Zunahme von Rehabilitationsfällen als Folge früherer Übertritte aus Akutspitälern. Durch seinen Standort ermöglicht die Klinik zudem ein wohnortnahes Angebot für die Bevölkerung der Stadt St.Gallen und der umliegenden Gemeinden und dadurch die Substitution stationärer durch wirtschaftlichere ambulante Rehabilitationsleistungen. Aus diesen Gründen ist die Klinik Oberwaid ebenfalls versorgungsrelevant. Durch die Synergien zwischen psychosomatisch-sozialmedizinischer und kardiovaskulärer Rehabilitation wird die Qualität der Leistungserbringung und dadurch der Behandlungserfolg erhöht. Das Angebot der Klinik Oberwaid richtet sich in erster Linie an innerkantonale Patientinnen und Patienten. Die Klinik Oberwaid nahm Ende Juli 2017 den stationären Betrieb im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation als Vertragsspital auf.

Eine Analyse der Patientenströme der Nachbarkantone (Tabelle 22) ergab eine allgemeine Präferenz für wohnortnahe, innerkantonale kardiovaskuläre Rehabilitation. Patientinnen und Patienten aus den Nachbarkantonen Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden liessen sich im Jahr 2015 zu 83 Prozent in der nahe gelegenen Klinik Gais behandeln. Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Thurgau bevorzugten die innerkantonale Klinik Schloss Mammern. Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Graubünden liessen sich zu 59 Prozent in der wohnortnahen, innerkantonalen Klinik Seewis behandeln. Obwohl Zürcher Patientinnen und Patienten die innerkantonale Klinik Wald (37 Prozent) bevorzugten, fand die Mehrheit der kardiovaskulären Hospitalisationen ausserkantonale statt, wobei sowohl die Leistungen der Klinik Schloss Mammern (18 Prozent) als auch jene der Reha Seewis (18 Prozent) und der Klinik Gais (15 Prozent) in Anspruch genommen wurden.

**Tabelle 22: Inanspruchnahme kardiovaskulärer Rehabilitationsleistungen der Nachbarkantone, 2015**

Kanton	Anteil Hospitalisationen je Leistungserbringer					Hospitalisationen
	Klinik Gais	Reha Seewis	Klinik Schloss Mammern	Zürcher Höhenklinik Wald	andere	
TG	24%	3%	59%	2%	12%	339
ZH	15%	18%	18%	37%	12%	1'445
GR	14%	59%	4%	1%	22%	152
AI	83%	6%	6%	0%	6%	18
AR	83%	7%	9%	0%	1%	69

Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AfGVE

Die bestehenden Tarife der Klinik Gais und der Reha Seewis sowie die zwischen der Klinik Oberwaid und den Krankenversicherern verhandelten Tarife genügen dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit.

Der Klinik Oberwaid, der Klinik Gais und der Reha Seewis wird ein Leistungsauftrag im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation erteilt.

**Tabelle 23: Evaluationsergebnis für kardiovaskuläre Rehabilitation**

Kardiovaskuläre Rehabilitation	Qualitätsanforderungen	Wirtschaftlichkeit	Aufnahmepflicht	Versorgungsrelevanz	Leistungsauftrag
SG Klinik Oberwaid	✓	✓	✓	✓	ja
AR Klinik Gais	✓	✓	✓	✓	ja
GR Reha Seewis	✓	✓	✓	✓	ja

✓ = Kriterium erfüllt

## 9.6 Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation

Im Bereich der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation haben sich alle drei bisherigen Listenspitäler für eine Weiterführung des Leistungsauftrags beworben. Zusammen decken sie rund 84 Prozent des innerkantonalen Bedarfs ab.

Die Klinik Gais mit rund 58 Prozent der Austritte und die Klinik Oberwaid mit rund 18 Prozent der Austritte erfüllen das Kriterium der Versorgungsrelevanz. Die Reha Seewis erreicht zwar mit rund 8 Prozent der Hospitalisationen von st.gallischen Patientinnen und Patienten die vorgegebene Schwelle der Versorgungsrelevanz von 10 Prozent der Austritte nicht, wird jedoch als versorgungsrelevant beurteilt, damit die Deckung von mindestens 80 Prozent der von der Wohnbevölkerung in Anspruch genommenen Leistungen auf der Spitalliste gesichert ist. Aufgrund der Synergien zwischen psychosomatisch-sozialmedizinischer und kardiovaskulärer Rehabilitation ist es für den Behandlungserfolg von Vorteil, wenn ein Leistungserbringer beide Leistungsgruppen anbietet, was dadurch von allen Bewerbern sichergestellt wird. Alle drei Leistungserbringer erfüllen die Anforderungen an Qualität, Aufnahmepflicht und Wirtschaftlichkeit.

Der Klinik Oberwaid, der Klinik Gais sowie der Reha Seewis wird ein Leistungsauftrag im Bereich der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation erteilt.

**Tabelle 24: Evaluationsergebnis für psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation**

Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	Qualitätsanforderungen	Wirtschaftlichkeit	Aufnahme-pflicht	Versorgungsrelevanz	Leistungs-auftrag
SG Klinik Oberwaid	√	√	√	√	ja
AR Klinik Gais	√	√	√	√	ja
GR Reha Seewis	√	√	√	√	ja

√ = Kriterium erfüllt

## 9.7 Internistisch-onkologische Rehabilitation

Im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation finden sich die Kliniken Valens, die Clinic Bad Ragaz und das RehaZentrum Davos auf der aktuellen Spitalliste des Kantons St.Gallen. Durch die bisherigen Listenspitäler werden jedoch lediglich 49 Prozent der von der Wohnbevölkerung in Anspruch genommenen Leistungen gesichert. Die Klinik Gais trägt mit 18 Prozent und die Klinik Schloss Mammern mit 16 Prozent der internistisch-onkologischen Rehabilitationsaustritte zur Rehabilitationsversorgung der St.Galler Bevölkerung bei.

Rund 43 Prozent der St.Galler Patientinnen und Patienten werden in-nerkantonal behandelt. Weitere 6 Prozent des aktuellen Bedarfs werden durch das Zürcher RehaZentrum Davos abgedeckt. Obwohl das Zürcher RehaZentrum Davos den Anteil von 10 Prozent der internistisch-onkologischen Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St.Gallen nicht erreicht, ist es zur Sicherung von mindestens 80 Prozent der von der Wohnbevölkerung in einer Leistungsgruppe in Anspruch genommenen Leistungen auf der Spitalliste versorgungsrelevant.

Für einen Leistungsauftrag haben sich die bisherigen drei Anbieter sowie die Klinik Gais und die Reha Seewis beworben (Tabelle 25). Mit Ausnahme der Reha Seewis, die rund 1 Prozent der Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St.Gallen abdeckt, sind alle Bewerber versorgungsrelevant.

Alle Leistungserbringer erfüllen die Anforderungen an Aufnahmepflicht, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Im Rahmen der Rehabilitationsplanung 2015 erfüllte die Klinik Gais die Qualitätsanforderungen insofern nicht, als sie nicht das gesamte für die internistisch-onkologische Rehabilitation verlangte Leistungsspektrum abdeckte und deshalb nicht sämtliche Patientinnen und Patienten mit internistisch-onkologischen Indikationen aufnehmen konnte. Abklärungen mit der Klinik Gais und dem Kanton Appenzell Ausserrhoden haben ergeben, dass im Jahr 2017 das Leistungsspektrum grösstenteils abgedeckt und die Qualitätsanforderungen eingehalten werden.

Den Kliniken Valens, der Clinic Bad Ragaz, dem RehaZentrum Davos und der Klinik Gais wird ein Leistungsauftrag im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation erteilt. Dadurch kann insgesamt 68 Prozent der Nachfrage nach internistisch-onkologischen Rehabilitationsleistungen auf der Spitalliste gesichert werden. Die angestrebte Deckung von 80 Prozent kann nicht erreicht werden, weil neben Leistungserbringern, die ein Prozent oder weniger des aktuellen Bedarfs abdecken, nur zwei thurgauische Rehabilitationskliniken internistisch-onkologische Leistungen für st.gallische Patientinnen und Patienten erbringen. Beide Kliniken

haben sich nicht beworben und genügen auch den Anforderungen des Kantons St.Gallen nicht. Der Kneipp-hof Dussnang mit rund 6 Prozent der Austritte verfügt nicht über einen Leistungsauftrag des Standortkantons im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation und die Klinik Schloss Mammern, die rund 16 Prozent der internistisch-onkologischen Rehabilitationsleistungen abdeckt, genügt mit einem Anteil Zusatzversicherte von rund 88 Prozent (Tabelle 3) den Anforderungen an die Aufnahmepflicht nicht.

Der Reha Seewis wird kein Leistungsauftrag erteilt, da sie mit einem Anteil von rund einem Prozent der st.gallischen Patientinnen und Patienten im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation nicht versorgungsrelevant ist.

**Tabelle 25: Evaluationsergebnis für internistisch-onkologische Rehabilitation**

Internistisch-onkologische Rehabilitation	Qualitätsanforderungen	Wirtschaftlichkeit	Aufnahmepflicht	Versorgungsrelevanz	Leistungsauftrag
SG Kliniken Valens	✓	✓	✓	✓	ja
SG Clinic Bad Ragaz	✓	✓	✓	✓	ja
AR Klinik Gais <sup>1</sup>	✓	✓	✓	✓	ja
GR Zürcher RehaZentrum Davos	✓	✓	✓	✓	ja
GR Reha Seewis <sup>1</sup>	✓	✓	✓	x	nein

✓ = Kriterium erfüllt

x = Kriterium nicht erfüllt

<sup>1</sup> Neubewerberin

## 9.8 Pulmonale Rehabilitation

Die pulmonale Rehabilitation wird zu rund 70 Prozent von den bestehenden Leistungserbringern (Kliniken Valens rund 56 Prozent und Zürcher RehaZentrum Wald rund 14 Prozent) abgedeckt. Weitere rund 9 Prozent der Leistungen werden vom Zürcher RehaZentrum Davos erbracht. Alle drei Kliniken haben sich für einen Leistungsauftrag in pulmonaler Rehabilitation beworben. Die Anforderungen an Qualität, Wirtschaftlichkeit und Aufnahmepflicht werden von allen drei Leistungserbringern erfüllt. Das Zürcher RehaZentrum Davos erreicht zwar mit rund neun Prozent der st.gallischen Patientinnen und Patienten den geforderten Mindestanteil von zehn Prozent der Austritte im Bereich der pulmonalen Rehabilitation knapp nicht, wird jedoch zur Sicherung von mindestens 80 Prozent der von der Wohnbevölkerung in einer Leistungsgruppe in Anspruch genommenen Leistungen auf der Spitalliste als versorgungsrelevant beurteilt.

Den Kliniken Valens sowie den Zürcher RehaZentren Wald und Davos wird ein Leistungsauftrag in pulmonaler Rehabilitation erteilt.

**Tabelle 26: Evaluationsergebnis für pulmonale Rehabilitation**

<b>Pulmonale Rehabilitation</b>	<b>Qualitätsanforderungen</b>	<b>Wirtschaftlichkeit</b>	<b>Aufnahmepflicht</b>	<b>Versorgungsrelevanz</b>	<b>Leistungsauftrag</b>
SG Kliniken Valens	✓	✓	✓	✓	ja
GR Zürcher RehaZentrum Davos	✓	✓	✓	✓	ja
ZH Zürcher RehaZentrum Wald	✓	✓	✓	✓	ja

✓ = Kriterium erfüllt

## 9.9 Geriatrische Rehabilitation

Auf der Basis der Codierung der ICD-Diagnosen wurden geriatrische Rehabilitationspatientinnen und -patienten den organspezifischen Leistungsgruppen zugeordnet. Im Rahmen der Rechnungsstellung konnten jedoch 120 Austritte und 2'753 Pflgetage dem Bereich Geriatrische Rehabilitation zugewiesen werden (Tabelle 27). Die mittlere Dauer eines geriatrischen Rehabilitationsaufenthalts belief sich auf rund 23 Tage. 86 Prozent der Hospitalisationen fanden in den Kliniken Valens statt. Die restlichen Austritte verteilten sich auf drei ausserkantonale Leistungserbringer: Rehaklinik Baden (AG), Hochgebirgsklinik Davos (GR) und Perlavita Berlingen (TG), die sich nicht um einen Listenplatz beworben haben.

**Tabelle 27: Austritte und Pflgetage im Bereich der geriatrischen Rehabilitation, 2015**

<b>Geriatrische Rehabilitation</b>	<b>Austritte</b>	<b>Pflgetage</b>	<b>Durchschnittliche Aufenthaltsdauer</b>	<b>Marktanteil</b>
SG Kliniken Valens	103	2'314	22	86%
TG Perlavita Neutal Berlingen	14	333	24	12%
GR Hochgebirgsklinik Davos	1	54	54	1%
AG Rehaklinik Baden	2	52	26	2%

Quelle: AfGVE

Auf der aktuellen Spitalliste sind im Bereich der geriatrischen Rehabilitation nur die Kliniken Valens aufgelistet. Die Präferenz von geriatrischen Patientinnen und Patienten für innerkantonale Angebote wurde auch vom Kanton Thurgau im Rahmen der Versorgungsplanung 2016 – geriatrische Rehabilitation festgestellt. Mit Beschluss vom 18. April 2017 wurde die Spitalliste des Kantons Thurgau durch die Leistungsgruppe «geriatrische Rehabilitation» ergänzt. Hierfür wurden vier Thurgauer Anbieter (Klinik Schloss Mammern, Klinik

St.Katharinental, kneipp-hof Dussnang und Tertianum Neutal/Perlavita Berlin-Gen) auf die Spitalliste aufgenommen. Aufgrund der Anpassung der Spitalliste Rehabilitation des Kantons Thurgau, ergänzte der kneipp-hof Dussnang sein Leistungsangebot um die geriatrische Rehabilitation und bewarb sich auch um eine Aufnahme auf die Spitalliste des Kantons St.Gallen in diesem Bereich. In Anlehnung an den Kanton Thurgau sowie auf der Basis der bisherigen Inanspruchnahme von geriatrischen Rehabilitationsleistungen geht auch der Kanton St.Gallen von einer Präferenz von geriatrischen Patientinnen und Patienten für innerkantonale Leistungserbringer aus. Dazu kommt, dass neue ausserkantonale Angebote nur bei ausgewiesenem Bedarf aufgenommen werden und der Bedarf durch die Kliniken Valens bereits gedeckt ist. Deshalb wird dem kneipp-hof Dussnang kein Leistungsauftrag im Bereich der geriatrischen Rehabilitation erteilt.

**Tabelle 28: Evaluationsergebnis für geriatrische Rehabilitation**

Geriatrische Rehabilitation	Qualitätsanforderungen	Wirtschaftlichkeit	Aufnahmepflicht	Versorgungsrelevanz	Leistungsauftrag
SG Kliniken Valens	√	√	√	√	ja
TG kneipp-hof Dussnang <sup>1</sup>	√	(√)	√	x	nein

√ = Kriterium erfüllt

(√) = Kriterium durch bisherigen Tarif erfüllt (der Kanton Thurgau hat Mischtarife für nicht-neurologische Rehabilitationsleistungen)

x = Kriterium nicht erfüllt

<sup>1</sup> Neubewerber

## 9.10 Neurologische Frührehabilitation

Zur Vermeidung unnötiger Schnittstellen und Verlegungen werden im Bereich der neurologischen Frührehabilitation nur Leistungsaufträge in Kombination mit einem Leistungsauftrag in neurologischer Rehabilitation vergeben. Auf der bisherigen Spitalliste waren alle Leistungsaufträge im Bereich Rehabilitation mit einem Leistungsauftrag im Bereich neurologische Frührehabilitation gekoppelt. Da alle Leistungserbringer, die sich für die neurologische Rehabilitation beworben haben auch eine Bewerbung im Bereich der neurologischen Frührehabilitation eingereicht haben und alle die Qualitätsanforderungen erfüllen, werden die Leistungsaufträge in beiden neurologischen Leistungsgruppen wieder gekoppelt erteilt. Der Wirtschaftlichkeitsvergleich erfolgt für alle Leistungserbringer im Bereich der neurologischen Rehabilitation. Es wird kein zusätzlicher Vergleich für die neurologische Frührehabilitation vorgenommen, da teilweise keine getrennten Tarife vorliegen und die Aufwendungen für neurologischen Frührehabilitationpatientinnen und -patienten stark variieren: je nach Schweregrad des Störungsbildes kann ein Aufenthalt von wenigen Wochen bis zu mehreren Monaten erforderlich sein.

Ein Leistungsauftrag im Bereich der neurologischen Frührehabilitation wird den Kliniken Valens, der Rehaklinik Zihlschlacht und der Rheinburg-Klinik für das gesamte Leistungsspektrum sowie der Rehaklinik Bellikon und dem REHAB Basel für die in der neurologischen Rehabilitation definierten Patientengruppen erteilt.

**Tabelle 29: Evaluationsergebnis für neurologische Frührehabilitation**

Neurologische Frührehabilitation	Qualitätsanforderungen	Leistungsauftrag neurologische oder paraplegiologische Rehabilitation	Leistungsauftrag neurologische Frührehabilitation
SG Kliniken Valens	√	ja	ja
AG Rehaklinik Bellikon	√	ja <sup>1</sup>	ja <sup>1</sup>
AR Rheinburg-Klinik	√	ja	ja
BS REHAB Basel	√	ja <sup>1</sup>	ja <sup>1</sup>
TG Rehaklinik Zihlschlacht	√	ja	ja

√ = Kriterium erfüllt

<sup>1</sup> beschränktes Leistungsspektrum

## 9.11 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen umfasst die Rehabilitationsbehandlungen von Personen unter 18 Jahren. Werden die Rehabilitationsaufenthalte von Kindern und Jugendlichen auf der Basis der Codierung der ICD-Diagnosen den organspezifischen Leistungsgruppen zugeordnet, wird ersichtlich, dass diese insbesondere in den Bereichen muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation erfolgten (Tabelle 30). 70 Prozent der Hospitalisationen fanden im Rehabilitationszentrum Affoltern am Albis des Kinderspitals Zürich statt. Dazu kamen bei Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren Rehabilitationsaufenthalte in der Hochgebirgsklinik Davos und bei Patientinnen und Patienten ab 15 Jahren in der Rehaklinik Zihlschlacht, den Kliniken Valens und dem Zürcher RehaZentrum Davos.



.....  
**Tabelle 30: Rehabilitationsaustritte von Kindern und Jugendlichen, 2015**

Alter	Austritte					Total	Leistungserbringer	
	N	MS	PS	Q	P		Kinderspital Zürich	andere <sup>1</sup>
0-5 Jahre	1	2	0	0	1	4	3	1
6-11 Jahre	3	1	1	0	0	5	4	1
12-17 Jahre	6	12	1	1	1	21	14	7
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>9</b>

N: Neurologische Rehabilitation

MS: Muskuloskeletale Rehabilitation

PS: Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation

Q: Paraplegiologische Rehabilitation

P: Pulmonale Rehabilitation

<sup>1</sup> Hochgebirgsklinik Davos (3), Reha Zihlschlacht (3), Kliniken Valens (2) und Zürcher RehaZentrum Davos (1)

Quelle: Med. Statistik BFS 2015, Aufbereitung durch AFGVE

Im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen hat sich lediglich das Kinderspital Zürich mit dem Rehabilitationszentrum Affoltern am Albis beworben. Dieses hat sich auf die Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert, die an den Folgen von angeborenen oder erworbenen Krankheiten sowie Verletzungen leiden. Ziel der Rehabilitation ist die Erreichung der grösstmöglichen Selbständigkeit und die Verbesserung der Lebensqualität der ganzen Familie. Hierzu stehen dem Rehabilitationszentrum die Dienste und Fachpersonen des Kinderspitals zur Verfügung. Die Kinder und Jugendlichen leben in familienähnlichen, ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen angepassten Wohngruppen. Sie besuchen kleine Klassen der spitalinternen Schule und werden nach einem individuellen Therapie- und Tagesplan behandelt und betreut. Die pädiatrische Rehabilitation erfolgt durch Zusammenarbeit von Fachleuten aus den Bereichen Medizin, Pflege, Therapien, Heilpädagogik und Pädagogik, wobei der Einbezug der Eltern Bestandteil des Behandlungs- und Betreuungskonzeptes ist. Mit der Erteilung eines Leistungsauftrags im Bereich der Rehabilitation wird die Kontinuität der Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einer dafür spezialisierten Institution sichergestellt.

.....  
**Tabelle 31: Evaluationsergebnis für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen**

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	Qualitätsanforderungen	Wirtschaftlichkeit	Aufnahmepflicht	Versorgungsrelevanz	Leistungsauftrag
ZH Kinderspital Zürich, Rehabilitationszentrum Affoltern am Albis	√	√	√	√	ja

√ = Kriterium erfüllt

Nach Kenntnisnahme der Vernehmlassungsversion des Planungsberichts Rehabilitation 2017 und der Entwurfsversion der Spitalliste Rehabilitation 2018 lud die Regierung das Gesundheitsdepartement ein, eine Vernehmlassung bei den betroffenen Kreisen durchzuführen (RRB 2017/724). 16 Leistungserbringer und 11 Kantone nahmen die Gelegenheit zur Stellungnahme wahr.

Bericht und Spitalliste wurden mehrheitlich positiv aufgenommen. Die Berücksichtigung mehrerer ausserkantonaler Leistungserbringer wurde von einigen Kantonen als positives Signal für eine kantonsübergreifende Spitalplanung gewertet. Ebenso wurde die Zurückhaltung bei der erstmaligen Erteilung von Leistungsaufträgen begrüsst. Leistungserbringer schätzten insbesondere das transparent durchgeführte Evaluationsverfahren auf der Basis klarer Anforderungen und die konsequente Umsetzung der GDK-Empfehlungen, die es ihnen erlauben, auf der Basis einheitlicher Kriterien zu planen. Seitens der Paraplegikerzentren wurde die klare Trennung der paraplegiologischen Versorgung in spezialisierten Institutionen von der übrigen Rehabilitationsversorgung begrüsst.

Zwei Leistungserbringer äusserten sich zu ihren abschlägig beurteilten Anträgen. Die Klinik Oberwaid ortet in der Abweisung ihres Leistungsauftrags im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation einen Widerspruch zum Planungskriterium «innerkantonal vor ausserkantonal», zumal ihr Leistungsangebot kostengünstig und wohnortnah sei und bereits (auf Vertragsspitalbasis) auf grosse Akzeptanz stosse. Die Rehaklinik Dussnang (früher kneipp-hof Dussnang) erwartet, dass ihr wirtschaftliches und wohnortnahes Leistungsangebot im Bereich der geriatrischen Rehabilitation in den kommenden Jahren die Schwelle der Versorgungsrelevanz erreichen werde. Die Leistungsaufträge an die Klinik Oberwaid in muskuloskelettaler und an die Rehaklinik Dussnang in geriatrischer Rehabilitation wurden vor dem Hintergrund einer Überarbeitung der Spitalplanung auf der Basis der Kriterien der gemeinsamen Planung der GDK-Ost-Kantone und des Kantons Aargau abgewiesen. Neue Leistungsangebote werden zurückhaltend und nur bei ausgewiesenem Bedarf aufgenommen. Der Versorgungsbedarf wird durch die bestehenden Leistungserbringer bereits bis zur angestrebten Untergrenze von 80 Prozent der aktuellen Nachfrage gedeckt.

Von einem Leistungserbringer wurde bemängelt, dass die Klinik Oberwaid im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation den Anforderungen der Schweizerischen Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation (SAKR) nicht genüge. Ressourcen, Behandlungsangebot und Qualifikation des Personals erfüllen gemäss Auskunft der Klinik Oberwaid die SAKR-Kriterien. Für eine Anerkennung durch die SAKR fehlen lediglich die Fallzahlen, da es sich um ein neues Angebot handelt. Für eine Aufnahme auf die Spitalliste muss eine Klinik den Anforderungen des Kantons St.Gallen genügen. Eine Anerkennung durch externe Organisationen wird nicht vorausgesetzt.

Die Kantone Zürich und Thurgau äusserten sich kritisch gegenüber der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die – aufgrund fehlender Kostendaten mehrerer versorgungsrelevanter Leistungserbringer – nicht auf der Basis der Kosten, sondern der Tarife vorgenommen wurde. Es ist vorgesehen, die Wirtschaftlichkeitsprüfung in Zukunft auf Basis der Kosten vorzunehmen.

Die Kantone Zürich und Thurgau weisen auf die aus ihrer Sicht mangelhafte interkantonale Koordination hin, da bei der Erarbeitung des Planungsberichts keine Angaben zu interkantonalen Patientenströmen ausgetauscht wurden. Die interkantonale Koordination fand im Rahmen der Vernehmlassung und der Auswertung der Vernehmlassungsantworten statt. Dies wurde bis anhin so gehandhabt und entspricht den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung (Empfehlung 11). Zu Gunsten einer zusätzlichen Koordinationsrunde hat die Regierung am 19. Dezember 2017 im Rahmen des IV. Nachtrags zum Regierungsbeschluss über die Spitalliste Rehabilitation<sup>50</sup> den Erlass der Spitalliste Rehabilitation um drei Monate verschoben. Diese Zeit wurde genutzt, um mit den Kantonen Zürich und Thurgau zusätzliches Datenmaterial zu den interkantonalen Patientenströmen auszutauschen. Beide Kantone regen an, bei künftigen Spitalplanungen die Angaben zu den Patientenströmen bereits vor der Vernehmlassung auszutauschen. Der Kanton St.Gallen erachtet dies als sinnvoll und wird dies inskünftig so handhaben.

Die Kantone Thurgau und Appenzell Ausserrhoden befürchten, dass die Leistungsaufträge an die Klinik Oberwaid in den Bereichen kardiovaskuläre und psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation zu einem Verlust an Marktanteilen der bestehenden Listenspitäler (Klinik Gais und Reha Seewis) sowie der Klinik Schloss Mammern führen könnten. Ebenso wird befürchtet, dass die Behandlung von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten durch die Klinik Oberwaid zu einer Beeinflussung der Spitalplanung der umliegenden Kantone führen könnte. Das Angebot der Klinik Oberwaid ist das einzige innerkantonale Angebot in diesen Leistungsgruppen. Es richtet sich in erster Linie an innerkantonale Patientinnen und Patienten und ist für die St.Galler Bevölkerung versorgungsrelevant.

Der Kanton Thurgau reichte eine umfangreiche Stellungnahme mit neun Anträgen ein. Insbesondere beantragt der Kanton Thurgau:

- den Bedarf im Bereich der geriatrischen Rehabilitation neu zu planen<sup>51</sup> und die Erteilung weiterer Leistungsaufträge (Rehaklinik Dussnang [TG], Tertianum Neutal Berlingen [TG]) zu evaluieren;
- die Anforderungen an die Leistungserbringer so anzupassen, dass interessierte thurgauische Kliniken die Kriterien erfüllen können;<sup>52</sup>
- auf die Erteilung der Leistungsaufträge in kardiovaskulärer und psychosomatisch-sozialmedizinischer Rehabilitation an die Klinik Oberwaid zu verzichten;

50 ABI 2018, 121

51 Im Rahmen der vorliegenden Planung wurde keine Prognose für die geriatrische Rehabilitation erstellt, da die verfügbaren Daten keine Angaben enthalten, die eine eindeutige Zuordnung zur geriatrischen statt zur organspezifischen Rehabilitation ermöglichen würden.

52 Insbesondere werden die KVG-Konformität des Mindestanteils ausschliesslich Allgemeinversicherter angezweifelt, die Anforderungskriterien an die paraplegiologische Rehabilitation als zu anspruchsvoll erachtet, die Evaluationskriterien zum «Zugang innert nützlicher Frist» hinterfragt und die Einführung von Mindestfallzahlen gewünscht.

- die Erteilung von Leistungsaufträgen an die Klinik Schloss Mammern (TG) in den Bereichen kardiovaskuläre, pulmonale und internistisch-onkologische Rehabilitation, nach Ansetzung einer angemessenen Frist zur Einreichung einer Bewerbung, zu evaluieren;
- der Rehaklinik Zihlschlacht (TG), nach Anpassung der Anforderungskriterien und nach Ansetzung einer angemessenen Frist zur Einreichung einer Bewerbung, einen Leistungsauftrag in paraplegiologischer Rehabilitation zu erteilen.

Der Kanton St.Gallen hat dem Kanton Thurgau die Argumente dargelegt, weshalb auf dessen Anträge nicht eingegangen werden konnte. Die Rehabilitationsplanung des Kantons St.Gallen ist bereits abgeschlossen. Die Frist zur Bewerbung ist am 15. Mai 2017 abgelaufen. Die Klinik Schloss Mammern hat sich nicht beworben und erfüllt ausserdem nicht alle Anforderungen des Kantons St.Gallen. Insbesondere weist sie Tarife auf, die über dem Benchmark liegen, und erreicht den erforderlichen Anteil an ausschliesslich allgemeinversicherte Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St.Gallen nicht. Das Tertianum Neutal Berlingen hat sich im Bereich der geriatrischen Rehabilitation und die Rehaklinik Zihlschlacht im Bereich der paraplegiologischen Rehabilitation nicht beworben. Letztere<sup>53</sup> ist mit drei Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St.Gallen in dieser Leistungsgruppe auch nicht versorgungsrelevant. Eine Anpassung der bisherigen Anforderungen nach Abschluss der Spitalplanung mit dem Ziel, Kliniken des Kantons Thurgau, die sich nicht beworben haben, eine nachträgliche Aufnahmechance zu ermöglichen, liegt nicht im Interesse einer wirtschaftlichen und qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung der st.gallischen Bevölkerung. Der Kanton St.Gallen wird hingegen dem Anliegen des Kantons Thurgau Rechnung tragen, bei künftigen Spitalplanungen versorgungsrelevante thurgauische Kliniken direkt über Ausschreibungen zu informieren.

---

53 Die Rehaklinik Zihlschlacht hat im Rahmen der Vernehmlassung einen Antrag auf Aufrechterhaltung des Leistungsauftrags für paraplegiologische Rehabilitation und eine Differenzierung zwischen Erstrehabilitation/komplexe Fälle und Folgerehabilitation gestellt. Weniger komplexe Folge-rehabilitationsfälle können im Rahmen der erteilten Leistungsaufträge in neurologischer Rehabilitation und neurologischer Frührehabilitation behandelt werden.



Der zu sichernde Bedarf beläuft sich auf den für das Jahr 2025 prognostizierten Bedarf an rehabilitativen Leistungen, abzüglich der Leistungen, die gemäss Art. 58 b Abs. 2 KVV nicht auf der Spitalliste aufgeführt werden müssen. Die auf der Spitalliste Rehabilitation 2018 aufgeführten Leistungserbringer können den zu sichernden Bedarf an stationärer Rehabilitation decken.

Die Spitalliste Rehabilitation wird von der Regierung erlassen. Damit verbunden sind auch die Spezifikationen der St.Galler Leistungsaufträge für den Bereich Rehabilitation (Anhang), die einen Beschrieb der mit den Leistungsaufträgen verbundenen Auflagen und Pflichten enthalten.

Die Leistungsaufträge an die Spitäler werden gemäss Art. 10 Abs. 2 SPFG befristet erteilt. Die Befristung beträgt drei Jahre. Sollten die Ergebnisse der gemeinsamen Rehabilitationsplanung der GDK-Ost Kantone und des Kantons Aargau oder die Tarifstruktur ST-Reha nicht bis Ende 2019 vorliegen, wird eine Verlängerung der Leistungsaufträge evaluiert. Die Leistungserbringer können die Leistungsaufträge mit einer Kündigungsfrist von sechs Monaten schriftlich auf Ende März oder September auflösen. Die Aufnahme neuer Leistungen kann dem Gesundheitsdepartement jederzeit beantragt werden. Der Kanton kann die Spitalliste bei verändertem Bedarf unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten anpassen.

Die Leistungsaufträge für die einzelnen Leistungsgruppen (gemäss Tabelle 32) beschränken sich auf die stationäre Leistungserbringung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und des Kantons. Die Erbringung stationärer Rehabilitationsleistungen als Vertragsspital sowie die ambulante Leistungserbringung bleiben allen Leistungserbringern vorbehalten.

Tabelle 32: Spitalliste Rehabilitation 2018

		Erwachsene									Kinder und Jugendliche		
		MS	N	Q	K	PS	IO	P	G	NF	N	PÄ	NF
SG	Kliniken Valens												
	Klinik Oberwaid												
	Clinic Bad Ragaz												
AG	Rehaklinik Bellikon	a	a							a			
AR	Klinik Gais												
	Rheinburg-Klinik												
BS	REHAB Basel		b							b			
GR	Reha Seewis												
	Zürcher RehaZentrum Davos												
LU	Schweizer Paraplegiker-Zentrum												
TG	Rehaklinik Dussnang												
	Rehaklinik Zihlschlacht												
ZH	Zürcher RehaZentrum Wald												
	Universitätsklinik Balgrist												
	Rehazentrum Affoltern a. A.												

■ Leistungsauftrag gültig bis 31. März 2021

MS: Muskuloskeletale Rehabilitation  
 N: Neurologische Rehabilitation  
 Q: Paraplegiologische Rehabilitation  
 K: Kardiovaskuläre Rehabilitation  
 PS: Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation  
 IO: Internistisch-onkologische Rehabilitation  
 P: Pulmonale Rehabilitation  
 G: Geriatrische Rehabilitation  
 NF: Neurologische Frührehabilitation  
 PÄ: Allgemeine pädiatrische Rehabilitation

Die rechtlich verbindliche und aktuelle Version der Spitalliste Rehabilitation finden Sie unter [www.gallex.ch](http://www.gallex.ch)

a Die Leistungsaufträge an die Rehaklinik Bellikon beschränken sich auf die im Vertrag zwischen Rehaklinik Bellikon und santésuisse vom 29. August 2008 vereinbarte Indikationsliste für Patientinnen und Patienten mit mittleren bis schweren Gesundheitsfolgen.

b Der Leistungsauftrag an das REHAB Basel beschränkt sich auf Wachkomapatientinnen und -patienten, auf Patientinnen und Patienten mit schweren traumatischen Hirnverletzungen (Doppeltrauma spinal und cranial) und auf Patientinnen und Patienten mit schweren neuropsychiatrischen Syndromen und spezifischer Überwachungspflichtigkeit.

### Anhang 1: Spezifikationen St.Galler Leistungsaufträge Rehabilitation

#### Leistungsaufträge

1. Die Leistungsaufträge werden befristet erteilt. Die Dauer beträgt maximal fünf Jahre. Die Befristung wird im Leistungsauftrag durch die Regierung festgelegt.
2. Die Leistungserbringer können die Leistungsaufträge mit einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf Ende März oder September auflösen. Die Kündigung ist dem Gesundheitsdepartement schriftlich mitzuteilen. Die Aufnahme neuer Leistungen kann dem Gesundheitsdepartement jederzeit beantragt werden.
3. Der Kanton kann die Spitalliste bei verändertem Bedarf (Sanktionen ausgeklammert) unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten anpassen.
4. Ist ein Leistungserbringer an mehreren Standorten im Kanton St.Gallen tätig, wird der Leistungsauftrag gesamthaft und nicht den Standorten erteilt, sofern die Standorte unter einer juristischen Person zusammengefasst sind. Leistungen dürfen nur an jenen Standorten erbracht werden, welche die Qualitätsanforderungen erfüllen. Auflagen können an bestimmte Standorte gebunden werden.

#### Versorgungsauftrag

5. Im Rahmen seines Leistungsauftrags und der verfügbaren Kapazitäten ist das Listenspital verpflichtet, st.gallische Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus aufzunehmen und zu behandeln (Aufnahmepflicht). Für Notfälle besteht eine dringliche Beistandspflicht.
6. Die Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht erfolgt über die Festlegung eines Mindestanteils an Patientinnen und Patienten aus dem Kanton<sup>54</sup>, für deren stationäre Behandlungen keine Zusatzleistungen in Rechnung gestellt werden.
7. Das Listenspital muss die Erbringung des gesamten Spektrums des Leistungsauftrages sicherstellen. Das Spital ist zur Meldung an das Gesundheitsdepartement verpflichtet, wenn der Leistungsauftrag nicht mehr vollumfänglich erbracht werden kann.
8. Das Listenspital beachtet die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW).

---

54 Der Mindestanteil an Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St.Gallen, für deren stationäre rehabilitative Behandlung keine Zusatzleistungen in Rechnung gestellt werden (Mindestanteil Allgemeinversicherte) entspricht der Differenz zwischen 100 Prozent und dem doppelten Anteil an st.gallischen Patientinnen und Patienten, deren rehabilitative Behandlung in der halbprivaten oder privaten Abteilung erfolgt.



### Gemeinwirtschaftliche Leistungen (nur für innerkantonale Spitäler)

9. Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen umfassen insbesondere die universitäre Lehre und die Forschung.
10. Die universitäre Lehre wird auf der Basis der Anzahl durchschnittlich besetzter 100 Prozent-Stellen von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten sowie Unterassistentärztinnen und Unterassistentärzten vergütet.<sup>55</sup>
11. Ein Beitrag zur anwendungsorientierten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Forschung (Forschungsauftrag) kann für Projekte erteilt werden, welche zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und der Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden.

### Bildungsauftrag (nur für innerkantonale Spitäler)

12. Das Listenspital verpflichtet sich zur Erbringung einer unter Berücksichtigung von Betriebsgrösse und kantonalem Bedarf angemessenen Zahl an Aus- und Weiterbildungswochen für Fachleute in den Berufen des Gesundheitswesens. Einzelheiten werden im kantonalen Konzept zur Ausbildungsverpflichtung geregelt.
13. Das Listenspital kann die Aus-, Weiter- und Fortbildungsverpflichtungen in Zusammenarbeit mit anderen Spitälern oder weiteren Institutionen im Gesundheits- und Sozialwesen im Rahmen von Ausbildungsverbunden wahrnehmen.
14. Das Listenspital meldet dem Gesundheitsdepartement jeweils per Ende Jahr seine Anzahl an erbrachten Aus- und Weiterbildungswochen.
15. Werden durch das Listenspital in einem Jahr weniger Aus- und Weiterbildungswochen für Fachleute in den Berufen des Gesundheitswesens erbracht, als gemäss Konzept zur kantonalen Ausbildungsverpflichtung vorgegeben, wird durch das Gesundheitsdepartement eine Ausgleichszahlung erhoben.<sup>56</sup>

### Qualitätssicherung

16. Das Listenspital muss über ein Konzept zur Sicherstellung und Förderung der Qualität seiner erbrachten Spitalleistungen verfügen.
17. Das Listenspital ist verpflichtet, an regelmässigen Qualitätsmessungen teilzunehmen (z.B. des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, ANQ).
18. Das Listenspital betreibt ein spitalweites Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System, CIRS).
19. Das Listenspital führt regelmässig vergleichbare Patienten- und Zuweiserbefragungen durch. Die Resultate sind in geeigneter Form zu veröffentlichen.
20. Das Listenspital verfügt über ein Notfall- bzw. Verlegungskonzept sowie über notfallbezogene Kooperationsvereinbarungen mit Akutspitälern.

---

55 Der Kantonsbeitrag wird jährlich durch das Gesundheitsdepartement festgelegt.

---

56 Beträge aus Ausgleichszahlungen können vom Gesundheitsdepartement im gleichen Jahr Listenspitälern zugesprochen werden, welche die Vorgaben gemäss kantonalem Konzept zur Ausbildungsverpflichtung übertroffen haben.

21. Das Listenspital hält spezifische Vorgaben (insbesondere Vorgaben der swissnos) im Bereich Spitalhygiene/Infektiologie sowie Sicherheit ein. Für innerkantonale Spitäler wird die Teilnahme am Ostschweizer Kompetenznetz Infektiologie empfohlen.
22. Das Listenspital verfügt über ein Konzept zum Eintritts- und Austrittsmanagement sowie über Kooperationsvereinbarungen mit den wichtigsten vor- und nachgelagerten Institutionen.
23. Im Einzelfall ist bei Klagen in Bezug auf die medizinische Qualität die Kantonsärztin berechtigt, entsprechende Abklärungen/Untersuchungen durchzuführen. Dabei müssen ihr alle erforderlichen Unterlagen/Daten zur Verfügung gestellt werden. Die Kantonsärztin kann unangemeldete Kontrollbesuche durchführen.

#### **Rechnungslegung, Datenlieferung und Aufsicht**

24. Das Listenspital stellt dem Gesundheitsdepartement nach dessen Vorgaben die für eine optimale Umsetzung des KVG und der kantonalen Vorgaben im Bereich der Spitalplanung und -finanzierung sowie der Rechnungskontrolle nötigen Daten zu.
25. Das Gesundheitsdepartement überprüft die Einhaltung der Leistungsaufträge. In diesem Zusammenhang sind dem Gesundheitsdepartement vom Listenspital alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen.

#### **Zahlungsmodalitäten**

26. Das Listenspital ist verpflichtet, das Gesundheitsdepartement über die Rechnungskorrekturen der Versicherer zu informieren und den entsprechenden Kantonsanteil zu erstatten.
27. Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen (universitäre Lehre und Forschung) werden dem Listenspital jährlich auf der Basis der tatsächlich besetzten Assistenz- und Unterassistentenstellen vergütet.

#### **Ausserkantonale Leistungserbringer**

28. Für ausserkantonale Leistungserbringer gelten bezogen auf den erhaltenen Leistungsauftrag die gleichen Vorgaben und Sanktionen wie für innerkantonale Leistungserbringer. Ausgenommen davon sind Vorgaben betreffend die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachleuten in den Berufen des Gesundheitswesens.
29. Ausserkantonale Leistungserbringer haben das Gesundheitsdepartement über den Abschluss von Tarifverträgen und über allfällige Tariffestsetzungsbegehren zeitgleich wie die Regierung des Standortkantons zu informieren.

## Anhang 2: Wirtschaftlichkeitsprüfung

Gemäss den revidierten Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung sollte – sofern möglich – die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit auf der Basis eines Kostenvergleichs zwischen den Leistungserbringern erfolgen. Zum Zweck des Austausches der Spitalkostendaten unter den Kantonen hat die GDK eine elektronische Plattform eingerichtet. Für mehrere versorgungsrelevante Leistungserbringer wurden jedoch für das Jahr 2015 die Kostendaten (ITAR\_K-Formulare bzw. Korrekturformulare zu den ITAR\_K-Erhebungen des jeweiligen Kantons) nicht auf der elektronischen Plattform erfasst.

Aufgrund der ungenügenden Kostendaten wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der vorliegenden Rehabilitationsplanung auf der Basis der Tarife aus dem Jahr 2017 durchgeführt. Die verglichenen Tarife entsprechen den auf der Basis des Versichertenbestandes des Kantons St.Gallen gewichteten Tagespauschalen der Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer je Leistungserbringer und Leistungsgruppe. Demnach werden HSK-Tarife mit rund 21 Prozent, tarifsuisse-Tarife mit rund 58 Prozent und CSS-Tarife zu rund 21 Prozent gewichtet. Bestehen innerhalb einer Leistungsgruppe unterschiedliche schweregradabhängige Tarife, wurde der mittlere Tarif (sofern vorhanden) oder der durchschnittliche Tarif genommen. Der Benchmark entspricht dem 40. Perzentil. Dies bedeutet, dass 40 Prozent der berücksichtigten Pflgetage von Leistungserbringern stammen, deren gewichteten Tarife unter dem Benchmark liegen. 60 Prozent der Pflgetage weisen hingegen Tarife über dem 40. Perzentil auf.

Hohe Kosten oder Tarife eines Leistungserbringers können das Ergebnis der Behandlung besonders aufwendiger Patientengruppen oder ein Indiz für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung sein. Ein Benchmarking unter Berücksichtigung des Schweregrades der behandelten Patientinnen und Patienten ist in der Rehabilitation jedoch nicht möglich, da dieser noch nicht abgebildet wird. Aus diesem Grund wird der Benchmark für die Wirtschaftlichkeit 10 Prozent höher als das vierzigste Perzentil angesetzt.

Für die Berechnung des Benchmarks konnten nicht alle Pflgetage einer Leistungsgruppe mitgerechnet werden. Die Pflgetagen von Leistungserbringern, die nicht über einen Leistungsauftrag für die entsprechende Leistungsgruppe verfügten, sowie jene von Leistungserbringern mit einer sehr geringfügigen Anzahl Pflgetage wurden nicht mitgezählt.

### Muskuloskelettale Rehabilitation

Im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation basiert die Berechnung des Benchmarks auf rund 92 Prozent der Pfl egetage.<sup>57</sup> Der Benchmark (12'642ter Pfl egetag) entspricht dem gewichteten Tarif der Rheinburg-Klinik zuzüglich 10 Prozent und beträgt 596 Franken.

Muskuloskelettale Rehabilitation	Pfl egetage	Gewichteter Tarif
kneipp-hof Dussnang	7'287	431
Hof Weissbad	1'132	475
Rheinburg-Klinik	4'398	542
Kliniken Valens	13'976	546
RehaClinic Zurzach	454	554
Klinik St. Katharinental	351	564
Klinik Schloss Mammern	659	572
Zürcher RehaZentrum Wald	635	588
Zürcher RehaZentrum Davos	452	600
Rehaklinik Bellikon	2'261	612
andere	2'623	
<b>Total</b>	<b>34'228</b>	

### Neurologische Rehabilitation

Im Bereich der neurologischen Rehabilitation basiert die Berechnung des Benchmarks auf rund 94 Prozent der Pfl egetage. Der Benchmark (8'756ter Pfl egetag) entspricht dem gewichteten Tarif der Rheinburg-Klinik zuzüglich 10 Prozent und beträgt 841 Franken.

Neurologische Rehabilitation	Pfl egetage	Gewichteter Tarif
Rehaklinik Zihlschlacht	6'792	727
RehaClinic Zurzach	165	734
Rheinburg-Klinik	6'186	764
Kliniken Valens	7'734	770
Rehaklinik Bellikon	218	832
Zürcher RehaZentrum Wald	795	857
andere	1'405	
<b>Total</b>	<b>23'295</b>	

.....  
<sup>57</sup> Berechnet sich als «Total» Pfl egetage abzüglich Pfl egetage «andere»

### Internistisch-onkologische Rehabilitation

Im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation basiert die Berechnung des Benchmarks auf rund 85 Prozent der Pflage tage. Die im Verhältnis zu anderen Leistungsgruppen tiefere Abdeckung liegt insbesondere daran, dass mehrere Leistungserbringer, welche Patientinnen und Patienten mit internistisch-onkologischen Diagnosen behandeln, nicht über einen Leistungsauftrag des Standortkantons für diese Leistungsgruppe verfügen. Dies ist deshalb der Fall, weil eine onkologische Diagnose sowohl der internistisch-onkologischen Rehabilitation als auch der Rehabilitation des betroffenen Organs zugeordnet werden kann. Der Benchmark (2'324ter Pflage tag) entspricht dem gewichteten Tarif des Zürcher RehaZentrums Davos zuzüglich 10 Prozent und beträgt 653 Franken.

Internistisch-onkologische Rehabilitation	Pflage tage	Gewichteter Tarif
Reha Seewis	39	452
Klinik Gais	1'128	456
Klinik Schloss Mammern	965	572
Zürcher RehaZentrum Wald	133	580
Zürcher RehaZentrum Davos	405	594
Clinic Bad Ragaz	62	599
Kliniken Valens	3'078	638
andere	1'031	
<b>Total</b>	<b>6'841</b>	

### Pulmonale Rehabilitation

Im Bereich der pulmonalen Rehabilitation basiert die Berechnung des Benchmarks auf rund 93 Prozent der Pflage tage. Der Benchmark (1'386ter Pflage tag) entspricht dem gewichteten Tarif der Kliniken Valens zuzüglich 10 Prozent und beträgt 689 Franken.

Pulmonale Rehabilitation	Pflage tage	Gewichteter Tarif
Hochgebirgsklinik Davos	118	516
Klinik Schloss Mammern	358	572
Zürcher RehaZentrum Wald	462	580
Zürcher RehaZentrum Davos	390	594
Kliniken Valens	2'136	626
andere	261	
<b>Total</b>	<b>3'725</b>	

### Paraplegiologische Rehabilitation

Im Bereich der paraplegiologischen Rehabilitation konnte die Berechnung des Benchmarks auf der Basis von 100 Prozent der Pflēgetage vorgenommen werden, da nur Pflēgetage von den vier Schweizer Paraplegikerzentren berücksichtigt wurden. Der Benchmark (962ter Pflēgetag) entspricht dem gewichteten Tarif des Schweizer Paraplegikerzentrums Nottwil zuzüglich 10 Prozent und beträgt 1'570 Franken.

Paraplegiologische Rehabilitation	Pflēgetage	Gewichteter Tarif
Schw. Paraplegikerzentrum Nottwil	1'621	1'427
Universitätsklinik Balgrist	448	1'451
REHAB Basel	335	1'453
<b>Total</b>	<b>2'404</b>	

### Kardiovaskuläre Rehabilitation

Im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation basiert die Berechnung des Benchmarks auf rund 92 Prozent der Pflēgetage. Der Benchmark (4'554ter Pflēgetag) entspricht dem gewichteten Tarif der Klinik Gais zuzüglich 10 Prozent und beträgt 473 Franken.

Kardiovaskuläre Rehabilitation	Pflēgetage	Gewichteter Tarif
Klinik Gais	7'863	430
Reha Seewis	1'897	432
Zürcher RehaZentrum Wald	719	572
Klinik Schloss Mammern	904	572
andere	936	
<b>Total</b>	<b>12'319</b>	

### Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation

Im Bereich der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation basiert die Berechnung des Benchmarks auf rund 90 Prozent der Pflergetage. Der Benchmark (3'142ter Pflergetag) entspricht dem gewichteten Tarif der Klinik Gais zuzüglich 10 Prozent und beträgt 461 Franken.

Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	Pflergetage	Gewichteter Tarif
Klinik Oberwaid	1'871	406
Klinik Gais	5'078	419
Reha Seewis	610	456
Zürcher RehaZentrum Davos	295	588
andere	877	
<b>Total</b>	<b>8'731</b>	

### Geriatrische Rehabilitation

Da verschiedene Kantone keine spezifischen Leistungsaufträge für die geriatrische Rehabilitation erteilt haben, basiert die Berechnung des Benchmarks im Bereich der geriatrischen Rehabilitation auf 100 Prozent der Pflergetage jener Leistungserbringer, die geriatrische Rehabilitationsleistungen gegenüber dem Kanton St.Gallen abgerechnet haben. Der Benchmark (1'102ter Pflergetag) entspricht dem gewichteten Tarif der Kliniken Valens zuzüglich 10 Prozent und beträgt 710 Franken.

Geriatrische Rehabilitation	Pflergetage	Gewichteter Tarif
Perlavita Neutal Berlingen	333	506
Hochgebirgsklinik Davos	54	516
RehaClinic Baden	52	598
Kliniken Valens	2'314	645
<b>Total</b>	<b>2'753</b>	

Begriff	Erklärung
AfGVE	Amt für Gesundheitsversorgung. Zuständig für Planung und Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung der St.Galler Bevölkerung.
AHD	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer / Verweildauer. Rechnerisch ermittelt, indem die Behandlungstage eines Patientenkollektivs durch die Anzahl Austritte dividiert werden.
Akutspital	Einrichtung zur Behandlung, Therapie und Pflege von Patientinnen und Patienten mit organischen (somatischen) Krankheiten.
Ambulante Rehabilitation	Rehabilitation, bei der kein stationärer Spitalaufenthalt erforderlich ist. Sie verfolgt die gleichen Ziele und wendet die gleichen Behandlungsmethoden an wie die stationäre Rehabilitation. Die Patientinnen und Patienten bedürfen jedoch häufig einer geringeren Therapieintensität.
Aufenthaltsdauer	Anzahl Pfl egetage in einem Spital. Rechnerisch ermittelt als Austrittsdatum - Eintrittsdatum - Urlaubstage.
Benchmark	Benchmark (dt. Massstab) oder Benchmarking (dt. Massstäbe setzen) bezeichnet eine vergleichende Analyse mit einem festgelegten Referenzwert (z.B. Perzentil, Median).
BFS	Bundesamt für Statistik. Zuständig für die obligatorischen Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens.
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation. Die Kodierung mit den Prozedurenkodes der CHOP ist für alle schweizerischen Spitäler und Geburtshäuser obligatorisch.
FfS	Fachstelle für Statistik des Kantons St.Gallen. Entwickelte das Bevölkerungsszenario für den Kanton St.Gallen und bereitet die Daten der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik auf.
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. In der GDK sind die für das Gesundheitswesen zuständigen Regierungsmitglieder der Kantone in einem politischen Koordinationsorgan vereinigt, mit dem Zweck, die Zusammenarbeit der 26 Kantone sowie zwischen diesen, dem Bund und mit wichtigen Organisationen des Gesundheitswesens zu fördern.
GDK-Ost	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Ostschweizer Kantone Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen, Schaffhausen, Thurgau und Zürich.
Geriatrische Rehabilitation	Rehabilitationsmassnahmen für Patientinnen und Patienten, die in der Regel älter als 75 Jahre sind, eine eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit sowie spezielle, meist atypische Krankheitssymptome aufweisen, multimorbid, reduziert belastbar und komplikationsanfälliger sind. Die Übergänge zwischen der geriatrischen Rehabilitation und der Akutgeriatrie sind fließend.
Hospitalisation	Stationärer Spitalaufenthalt.
Hospitalisationsrate	Anzahl stationärer Austritte im Verhältnis zu einem definierten Bevölkerungskollektiv. Im Bericht wird die Hospitalisationsrate je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner ausgewiesen.
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. ICD-10 wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt. In der Schweiz verwenden die Leistungserbringer für die Kodierung der Diagnosen die «German Modification» (ICD-10-GM).
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Die Beschreibung einer Behinderung bezieht sich einerseits auf den Körper einer Person, auf Aspekte der Funktionsfähigkeit bei der Durchführung einer Aktivität oder dem Eingebundensein in eine Lebenssituation und andererseits auf Kontextfaktoren, wie z.B. Umwelt, Unterstützung und Beziehungen, Einstellungen.





<b>Begriff</b>	<b>Erklärung</b>
Internistisch-onkologische Rehabilitation	Rehabilitation multimorbider Patientinnen und Patienten mit Funktions- und Partizipationsstörungen aufgrund mehrerer internmedizinischer oder onkologischer Krankheitsbilder, die einen kombinierten, multidisziplinären Rehabilitationsansatz benötigen. Im vorliegenden Bericht werden nur jene Tumorerkrankungen dieser Gruppe zugeordnet, die nicht der muskuloskelettalen, neurologischen, kardiovaskulären oder pulmonalen Rehabilitation zugewiesen werden.
Kardiovaskuläre Rehabilitation	Behandlung der Folgen der Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie entsprechender operativer Eingriffe.
Komorbidität	Auftreten zusätzlicher diagnostisch abgrenzbarer Krankheits- oder Störungsbilder im Rahmen einer Grunderkrankung (Hauptdiagnose).
Kurbehandlung	Wohnortferne Nutzung natürlicher, ortsgebundener Heilfaktoren, wie Wasser, Wärme, Klima oder Luft unter ärztlicher Aufsicht nach einem weitgehend vordefinierten Behandlungsplan (Kurpaket).
MedStat	Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik.
Muskuloskelettale Rehabilitation	Behandlung der Folgen angeborener oder erworbener Fehler des Haltungs- und Bewegungsapparats sowie degenerativer und entzündlicher Gelenks-, Wirbelsäulen- und Weichteilerkrankungen.
Neurologische Frührehabilitation	Behandlung der Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie der Folgen von neuromuskulären Erkrankungen.
Neurologische Rehabilitation	Gleichzeitige akutmedizinisch-kurative und rehabilitative Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer akuten Gesundheitsstörung (schwere Schädigung des Nervensystems) und relevanter Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit gemäss ICF. Sie bildet, nach der akutmedizinischen Diagnostik und Therapie, die zweite, weniger aber immer noch intensive Phase der Akutbehandlung.
Pädiatrische Rehabilitation	Behandlung der Folgen verschiedener angeborener und/oder erworbener Krankheiten sowie von Schädigungen von Organen und Organsystemen von Kindern und Jugendlichen, d.h. von Personen im Alter von 0 bis unter 18.
Palliative Care	Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der die Kuratation der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt.
Paraplegiologische Rehabilitation	Erstrehabilitation, Folgerehabilitation und Komplikationsbehandlung von Personen mit unfall-, krankheits- und missbildungsbedingten Lähmungen an den oberen und unteren Extremitäten sowie am Rumpf (Querschnittlähmungen), die durch eine Störung im Bereich von Rückenmark und Cauda equina ausgelöst werden. Die paraplegiologische Rehabilitation ist eine Subspezialität der neurologischen Rehabilitation.
Pflegetage	Anzahl Tage, die für die stationäre Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten im Spital aufgewendet werden. Der Aufnahmetag gilt als Pflegetag, nicht aber der Tag der Entlassung bzw. Verlegung.
Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	Behandlung psychosomatischer Krankheiten sowie von durch somatische Krankheiten verursachten psychischen Folgeerkrankungen. Patientinnen und Patienten, die aufgrund psychiatrischer Krankheiten sowie Suchtkrankheiten in Angeboten der Psychiatrie behandelt und rehabilitiert werden, werden zu den Psychiatrie- und nicht zu den Rehabilitationsfällen gezählt.



<b>Begriff</b>	<b>Erklärung</b>
Pulmonale Rehabilitation	Behandlung der Folgen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege und anderer mit einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit einhergehender Lungenkrankheiten sowie entsprechender thoraxchirurgischer Eingriffe.
Rehabilitation	Koordinierter Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung, Schulung und Umschulung sowie zur Anpassung des Betroffenen und seines Umfeldes im Hinblick auf die Wiedererlangung der bestmöglichen Funktionstüchtigkeit und eines angemessenen Platzes in der Gesellschaft.
Rehabilitationsbedürftigkeit	Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn die Funktionsfähigkeit als Folge einer Schädigung über die kurative Versorgung hinaus bedroht, eingeschränkt oder gar inexistent ist und mittels Rehabilitation die Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen vermieden, beseitigt, verbessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann.
Rehabilitationsfähigkeit	Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulassen.
Rehabilitationsklinik	Einrichtung oder Abteilung zur rehabilitativen Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten mit (psycho-)somatischen Erkrankungen.
Rehabilitationspotential	Rehabilitationspotential ist gegeben, wenn eine erfolgsversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Es müssen plausible Gründe vorliegen, dass der betreffende Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann.
SIKURS	Vom Verbund kommunales statistisches Informationssystem (KOSIS-Verbund) entwickelte Software zur Vorhersage der Bevölkerungsentwicklung. Der KOSIS-Verbund ist eine kommunale Selbsthilfeorganisation aus Deutschland, die mit Unterstützung des Deutschen Städtetags Kooperationsprojekte organisiert.
Stationärer Spitalaufenthalt	Spitalaufenthalte von mehr als 24 Stunden sowie solche von weniger als 24 Stunden, sofern über Mitternacht ein Bett belegt wird, der Patient in ein anderes Spital überwiesen wird oder wenn es sich um einen Todesfall handelt.
Statistikfall	Das BFS unterteilt die Hospitalisationen in drei Fall-Gruppen: A-Fälle mit Austritt im Erhebungsjahr, B-Fälle mit Eintritt im Erhebungsjahr und per Ende Jahr noch nicht erfolgter Austritt und C-Fälle mit Eintritt vor dem Erhebungsjahr und per Ende Jahr noch nicht erfolgter Austritt. Für die vorliegende Rehabilitationsplanung sind die Austritte im Erhebungsjahr (A-Fälle) relevant.
ST Reha	Schweizerische Tarifstruktur Rehabilitation. Tarifprojekt für die stationäre Rehabilitation zur Entwicklung einer einheitlichen Tarifstruktur für alle Leistungsarten der stationären Rehabilitation welche die Anforderungen des KVG erfüllen.
Überwachungspflichtige Rehabilitation	Frührehabilitation.
Verweildauer	Aufenthaltsdauer.
Wohnbevölkerung des Kantons St.Gallen	Einwohner, deren zivilstandsrechtlicher Wohnsitz sich im Kanton St.Gallen befindet.



### **Herausgeber**

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

T 058 229 35 90

F 058 229 28 01

[www.sg.ch/gesundheit](http://www.sg.ch/gesundheit)

[info.gesundheitsversorgung@sg.ch](mailto:info.gesundheitsversorgung@sg.ch)

### **Verfasserin**

Dr. Stefania Mojon

### **Layout und Gestaltung**

Adicto GmbH, 9000 St.Gallen

### **Druck**

Niedermann Druck AG, 9015 St.Gallen

### **Auflage**

200 Exemplare

St.Gallen, März 2018



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

T 058 229 35 90  
F 058 229 28 01  
[www.gesundheit.sg.ch](http://www.gesundheit.sg.ch)  
[info.gesundheitsversorgung@sg.ch](mailto:info.gesundheitsversorgung@sg.ch)