

an alle Regierungsmitglieder  
8.5.2012

**BERICHT DER REGIERUNG**  
**AN DIE BESONDERE LANDTAGSKOMMISSION LANDESSPITAL (BLK)**  
**BETREFFEND**  
**DEN AKTUELLEN STAND IN SACHEN**  
**NEUKONZEPTIONIERUNG DES LANDESSPITALS**



## INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Zusammenfassung .....	5
Zuständige Ressorts .....	5
Betroffene Amtsstellen .....	5
<b>I.   BERICHT DER REGIERUNG .....</b>	<b>7</b>
1.   Ausgangslage .....	7
1.1   Allgemeines .....	7
1.2   Gründe für verspätete Erstellung des Berichts.....	8
1.3   Prozess November 2011 bis April 2012 .....	9
1.3.1   Aktivitäten Regierung .....	9
1.3.2   Aktivitäten der BLK.....	13
1.3.3   Aktivitäten Stiftungsrat.....	14
1.4   Ausgangssituation .....	16
1.4.1   Einführung SwissDRG .....	16
1.4.2   Zusammenarbeit Regierung – BLK – Stiftungsrat LLS .....	18
2.   Zusammenfassung Ergebnisse Meinungsumfrage .....	18
3.   Strategieprämissen .....	20
3.1   Hintergrund .....	20
3.1.1   Abstrakte Strategieprämissen.....	21
3.1.2   Konkrete Strategieprämissen.....	27
4.   Strategieprozess .....	34
4.1   Festlegung Prämissen und Rahmenbedingungen.....	35
4.2   Überarbeitung Eignerstrategie.....	35
4.3   Kategorisierung Leistungsfelder.....	36
4.4   Identifikation Kooperationsfelder.....	37
4.5   Überarbeitung Leistungsauftrag .....	37
4.6   Definition Betriebsmodell .....	37
5.   Meilensteine .....	39
6.   Ausblick.....	39
<b>II.   ANTRAG DER REGIERUNG .....</b>	<b>40</b>

**III. DEFINITIONEN: ..... 41**

**Beilagen:**

- Ergebnis Meinungsumfrage
- Projektplan vom 13. Februar 2012

**ZUSAMMENFASSUNG**

*Die Regierung hat Strategieprämissen definiert und mit dem Stiftungsrat abgeglichen, wie dies vom Landtag beauftragt wurde. Der Landtag soll nun den Bericht der Regierung und den darauf beruhenden Bericht der BLK eingehend diskutieren und sich kritisch mit dem Vorschlag der Regierung auseinandersetzen. Dies soll gewährleisten, dass die Stossrichtung der Regierung vom Inhaber der Finanzhoheit mitgetragen wird und das Projekt deutlich mehrheitsfähig ausgestaltet werden kann. Die Punkte Strategieprozess und Meilensteine bilden die Projektplanung der Regierung ab und sollen der BLK ermöglichen, ihren vom Landtag übertragenen Auftrag zu erfüllen und die Regierung in der Neukonzeptionierung zu begleiten und zu kontrollieren.*

**ZUSTÄNDIGE RESSORTS**

Ressort Gesundheit

Ressort Bau

**BETROFFENE AMTSSTELLEN**

Amt für Gesundheit

Hochbauamt

Stabstelle Finanzen



Vaduz, 17. April 2012

P

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,  
Sehr geehrte Frauen und Herren Kommissionsmitglieder

Die Regierung gestattet sich, der besonderen Landtagskommission Landesspital (BLK) nachstehenden Bericht betreffend die Neukonzeptionierung des Landesspitals, der als Zwischenbericht zu verstehen ist, zu unterbreiten.

## **I. BERICHT DER REGIERUNG**

### **1. AUSGANGSLAGE**

#### **1.1 Allgemeines**

Der Landtag hat der Regierung in seiner November-Sitzung im Rahmen der Einsetzung der Besonderen Landtagskommission Landesspital (BLK) aufgetragen, der BLK bis Ende März 2012 einen Bericht bezüglich Strategieprämissen, Strategieprozess und Meilensteinen vorzulegen. Damit soll die Grundlage für den Landtag geschaffen werden, die strategischen Eckpfeiler als Grundlage für den weiteren Prozess in der Entwicklung eines neuen Spitalkonzepts zu diskutieren.

Die Regierung kommt mit diesem Bericht dem Auftrag des Landtags nach und schafft die Grundlage für die BLK, dem Landtag im einen Bericht über die Entwicklungen in der Neukonzeptionierung des Landesspitals vorzulegen.

## **1.2 Gründe für verspätete Erstellung des Berichts**

Der Landtag hat die Regierung mit Beschluss vom 23. November 2011 beauftragt, der BLK bis Ende März 2012 einen Bericht bezüglich Strategieprämissen, Strategieprozess und Meilensteinen vorzulegen. Die Frist konnte von der Regierung nicht eingehalten werden. Die Gründe für die Versäumung der vom Landtag gesetzten Frist sind nachfolgend beschrieben.

Der Prozess verlief im Anfangsstadium sehr schleppend, da dem früheren Stiftungsrat, auf welchen sich das Ressort Gesundheit in fachlichen Fragen stützen muss, die Akzeptanz fehlte und das Ressort sich zunächst um die notwendige Neubesetzung des Stiftungsrates zu kümmern hatte. Der neubesetzte Stiftungsrats (1. Januar 2012) benötigte eine Vorlaufzeit von mehreren Wochen, bis er sich mit der Materie vertraut machen und aktiv in den Prozess einbezogen werden konnte. Die aktive Mitarbeit des Stiftungsrats ist Voraussetzung für die Neukonzeptionierung, da der Stiftungsrat für die Führung des Landesspitals in der heutigen und in der zukünftigen Ausgestaltung zuständig ist. Die ersten Wochen des laufenden Jahres konnten daher nicht produktiv genutzt werden. Des Weiteren gestaltete sich die Zusammenarbeit zwischen Stiftungsrat, Regierung und BLK anfangs als schwierig. Diese Einsetzung einer besonderen Landtagskommission, welche einen politischen Prozess begleiten und kontrollieren sollte, ist ein Novum in der jüngeren Geschichte. Der damit verbundene Mangel an Erfahrungswerten auf Seiten aller drei Institutionen führte zu einem intensiven Austausch über Befugnisse, Kompetenzen, Informationsaustausch, rechtlichen Interpretationen etc. Diese Findungs-Phase verzögerte den Prozess wiederum um einige Wochen, da erst nach der klaren Aufgabentrennung ein Projektplan erarbeitet



werden konnte, welche die Neukonzeptionierung beschreibt und die Stossrichtung des Prozesses vorgibt. Die Abstimmung zwischen Regierung und Stiftungsrat nahm zusätzliche Zeit in Anspruch, da der Stiftungsrat zwar in der Anfangsphase sehr häufig tagte, jedoch nicht täglich. Auch mussten organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen geklärt werden, bevor die Regierung gemeinsam mit dem Stiftungsrat inhaltlichen Input produzieren konnte.

Der Zeitraum zwischen der Einsetzung der BLK (Ende November 2011) und der geplanten Abgabe des Berichts der Regierung an die BLK (Ende März 2012) betrug gerade einmal vier Monate, wobei noch der Jahreswechsel dazwischen lag. In diesen vier Monaten mussten zahlreiche Rahmenbedingungen geklärt werden, was sich negativ auf die Produktivität ausgewirkt hat. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass neben der Neukonzeptionierung des Landesspitals noch zahlreiche andere Agenden bearbeitet werden müssen und die personellen Ressourcen somit stark beschränkt sind.

Aus diesen Gründen war es leider nicht möglich, den Bericht rechtzeitig fertig zu stellen. Das Ressort Gesundheit hat der BLK gegenüber mehrmals versichert, dass die Abgabe eines Berichts auf Ende März möglich sei und vom Ressort auch angestrebt werde. Leider war die Vorgabe offensichtlich zu ambitiös.

### **1.3 Prozess November 2011 bis April 2012**

#### **1.3.1 Aktivitäten Regierung**

##### **1.3.1.1 Bestellung Besondere Landtagskommission Landesspital**

In seiner Sitzung vom 23. November 2011 hat der Landtag eine Kommission gemäss Art. 55 der Geschäftsordnung des Landtags (LR 171.101.1) eine Besondere Landtagskommission eingesetzt. Diese Kommission soll die Regierung und den

neuen Stiftungsrat im weiteren Spitalprozess zur Erarbeitung eines neuen Konzepts für das Liechtensteinische Landesspital begleiten und kontrollieren.

#### 1.3.1.2 Neubestellung Stiftungsrat

Auf den 01. Januar 2012 wurde der neue Stiftungsrat des Landesspitals eingesetzt. Zwei der vier bestehenden Stiftungsratsmitglieder mussten ihr Mandat aufgrund der Mandatsperiodenbeschränkung auf Ende der Periode niederlegen. Die zwei verbleibenden Mitglieder erklärten, dass sie ihr Mandat ebenfalls auf Ende der Mandatsperiode niederlegen werden. Daher war der gesamte Stiftungsrat (3-5 Mitglieder, Art. 8 Abs. 1 LLSG) neu zu bestellen. Auf 01. Januar 2012 wurde der Stiftungsrat mit vier Mitgliedern bestellt, im März 2012 konnte das fünfte Mitglied in den Stiftungsrat bestellt werden. Damit ist der Stiftungsrat nun komplett besetzt. Gemäss den gesetzlichen Vorgaben (Art. 8 Abs. 2 LLSG) sind im Stiftungsrat folgende Kernkompetenzen vertreten: Recht, Medizin, Unternehmensführung sowie Finanz- und Rechnungswesen. Darüber hinaus konnte auch der Bereich Qualitätssicherung im Stiftungsrat verankert werden. Der Stiftungsrat konnte somit mit kompetenten und erfahrenen Fachleuten besetzt werden. Der Stiftungsrat hat seine Arbeit unmittelbar nach seiner Bestellung aufgenommen und hat sich in kürzester Zeit mit grossem Elan in die Thematik eingearbeitet. Die Zusammenarbeit mit der Regierung darf als äusserst konstruktiv gewertet werden. Der Stiftungsrat seinerseits arbeitet harmonisch und homogen zusammen und hat anlässlich eines Strategiemeetings bereits acht strategische Projekte definiert, welche vordringlich zu behandeln sind. Dabei versteht der Stiftungsrat seine Aufgabe darin, prioritär den Betrieb des Landesspitals zu gewährleisten und die bestehenden Prozesse zu optimieren. Im Übrigen ist der Stiftungsrat bei der Umsetzung des Projektplans (siehe Beilage) zur Neukonzeptionierung des Landesspitals eng eingebunden.

#### 1.3.1.3 Repräsentative Meinungsumfrage

Die Regierung hat im November 2011 eine repräsentative Meinungsumfrage durchführen lassen, welche Aufschluss darüber geben sollte, welches die Hauptgründe für die Ablehnung des Verpflichtungskredits durch das Stimmvolk gewesen sind. Die Zusammenfassung der Ergebnisse finden sich in Kapitel 2.

#### 1.3.1.4 Projektplan

Die Regierung hat in ihrer Sitzung vom 14. Februar 2012 den Projektplan für das weitere Vorgehen im Neukonzeptionierungs-Prozess verabschiedet. Der Projektplan regelt die Zuständigkeiten der einzelnen Akteure (Landtag, Regierung, BLK, Stiftungsrat, Kernteam, Steuerungsausschuss etc.), definiert die einzelnen Projektschritte und legt den zeitlichen Rahmen für die Umsetzung fest. Der Projektplan wurde von der Regierung in Absprache mit dem Stiftungsrat erarbeitet und bildet die Grundlage für die weiteren Schritte. Der Projektplan ist ein Abbild des Strategieprozesses und definiert die Meilensteine. Aus diesem Grund ist der Projektplan als Anhang zum vorliegenden Bericht beigelegt.

#### 1.3.1.5 Evaluierung des mittelfristigen Sanierungsbedarfs

Aufgrund der Ablehnung des Verpflichtungskredits und der damit verbundenen Verzögerung der baulichen Erneuerung sah sich die Regierung Anfang März 2012 dazu veranlasst, dem Landesspital den Auftrag zu erteilen, einen Sanierungsplan zu erstellen, in welchem die notwendigen baulichen Sanierungsmassnahmen in den folgenden fünf Jahren zu evaluieren seien. Die Sanierungsmassnahmen sollen priorisiert, die Kosten für die jeweilige Massnahme geschätzt und ein Umsetzungsplan erarbeitet werden. Die Regierung wird darüber befinden, welche

Massnahmen notwendig sind und in welchem Zeitfenster diese umgesetzt werden.

#### 1.3.1.6 Einsetzung Kernteam

Das Kernteam ist gemäss der Projektplanung das operative Führungsgremium der Neukonzeptionierung und setzt den Projektplan um. Unterstützt wird das Kernteam bei Bedarf durch zu schaffende Arbeitsgruppen. Das Kernteam erarbeitet gemeinsam mit den Arbeitsgruppen die Entscheidungsgrundlagen gemäss Projektplan. Im Kernteam sind die Regierung, das Amt für Gesundheit, das Hochbauamt (bei Bedarf), Stiftungsrat LLS, Geschäftsleitung LLS, die Stabstelle Finanzen und ein externer Projektleiter vertreten, es fanden bisher mehrere Sitzungen statt. Das Kernteam kann zur Unterstützung Experten beiziehen. Das Kernteam konnte als ständiges Mitglied Herrn Dr. Heinz Locher, Bern, gewinnen. Herr Dr. Locher ist renommierter Gesundheitsökonom und war Mitglied der liechtensteinischen Kosten- und Qualitätskommission. Herr Locher kennt daher die liechtensteinischen Gegebenheiten und eignet sich aus fachlicher Sicht hervorragend für das Mandat. Herr Dr. Locher hat im Prozess zur Erarbeitung des Verpflichtungskredits zum Neubau des Liechtensteinischen Landesspitals nicht mitgewirkt. Das Kernteam hat bewusst nach einem Experten gesucht, der bei der Erarbeitung des Verpflichtungskredites nicht involviert war. Dadurch möchten das Kernteam und die darin vertretenen Institutionen signalisieren, dass der Prozess tatsächlich neu gestartet wurde.

#### 1.3.1.7 Einsetzung Steuerungsausschuss

Der Steuerungsausschuss kontrolliert die Arbeit des Kernteams und bildet die Schnittstelle zwischen Regierung und Kernteam. Im Steuerungsausschuss sind die Ressortinhaber der Ressorts Gesundheit und Bau vertreten, unterstützt durch

den Mitarbeiterstab und den externen Projektleiter. Die BLK ist im Steuerungsausschuss mit beratender Stimme vertreten und kann dadurch den Prozess begleiten und kontrollieren und somit dem Auftrag des Landtags nachkommen. Das Kernteam ist verpflichtet, dem Steuerungsausschuss Rechenschaft über seine Tätigkeit abzugeben und alle entscheidungsreifen Schritte dem Steuerungsausschuss vorzulegen. Dieser entscheidet über eine Weiterleitung an die Regierung oder gibt Nachbesserungen in Auftrag.

### 1.3.2 Aktivitäten der BLK

Die BLK hielt bisher neun Sitzungen ab. Das Ressort Gesundheit war an folgenden Sitzungen vertreten:

1. Sitzung vom 30. November 2011

6. Sitzung vom 24. Januar 2012

7. Sitzung vom 08. Februar 2012

8. Sitzung vom 13. März 2012

An der 3. Sitzung vom 20. Dezember 2011 nahm der Herr Regierungschef teil. An der 7. und 8. Sitzung nahm zusätzlich der Stiftungsrat des Landesspitals teil. Das Ressort, die BLK und der Stiftungsrat haben sich dahingehend geeinigt, dass die Abhaltung von gemeinsamen Sitzungen den Prozess optimiert und daher auch in Zukunft die Sitzungen im Beisein aller drei Parteien abgehalten werden sollen. In den gemeinsamen Sitzungen berichten Stiftungsrat und Ressort über die seit der letzten Sitzung gesetzten Schritte und Entwicklungen. Dadurch gelangt die BLK an die aktuellsten Informationen und kann so seine Kontrolltätigkeit wahrnehmen.

### 1.3.3 Aktivitäten Stiftungsrat

#### 1.3.3.1 Strategische Projekte

Der neu besetzte Stiftungsrat nach kurzer Einarbeitungszeit bereits acht strategisch Projekte definiert, welche prioritär zu behandeln sind. Die Projekte fokussieren sich vor allem auf die Verbesserung der bestehenden Strukturen (Prozesse, Personal, Qualität etc.). Es sind dies:

- Spitalstrategie im Rahmen Leistungsauftrag und Kooperationen
- Führung und Organisation
- Notfall
- DRG
- Qualitätssicherung und Risikomanagement
- Bauliche Weiterentwicklung
- IT
- Kommunikation

#### 1.3.3.2 Gespräche mit regionalen Partnern

Der Stiftungsrat hat bis anhin folgende Gespräche geführt:

- Mit dem Spitalverbund des Kantons St.Gallen, dieser vertreten durch Verwaltungsratspräsidentin und Regierungsrätin Heidi Hanselmann, Generalsekretär Roman Wüst und Stefan Lichtensteiger, Vorsitzender der Geschäftsleitung des Spitalverbundes Rheintal Werdenberg Sarganserland.
- Mit dem Kantonsspital Graubünden, vertreten durch den Präsidenten des Stiftungsrates Ulrich Immler und CEO Anton Bachmann sowie Marco Ösch, Leiter Unternehmensentwicklung und Mitglied der Direktion.

- Mit den Psychiatrischen Diensten des Kantons Graubünden, vertreten durch Präsident Fadri Ramming und CEO Josef Müller.
- Im Mai 2012 wird es ein Gespräch des Stiftungsrates des LLS mit der Krankenhaus-Betriebsgesellschaft Vorarlberg geben.

Bei diesen Gesprächen handelt es sich jedoch nicht um Kooperationsgespräche, sondern um einen Informationsaustausch und ein Kennenlernen. Kooperationsgespräche können erst geführt werden, wenn die Leistungsfelder kategorisiert wurden (siehe Projektplan).

#### 1.3.3.3 Personal

Um die medizinische Leitung des Landesspital schnellstmöglich klarzustellen, hat der Stiftungsrat eine Stelle im Bereich Innere Medizin ausgeschrieben. Die angestellte Person soll die ärztliche Leitung des Landesspitals übernehmen. Bisher herrschen unklare Strukturen bezüglich der medizinischen Leitung. Der leitende Spitalarzt (angestellter Facharzt für Innere Medizin) ist für die Leitung des Notfalls und der übrigen Spitalärzte zuständig. Die Belegärzte stellen parallel den ärztlichen Leiter des Landesspitals. Das Zusammenspiel zwischen diesen beiden Organen ist nicht eindeutig geregelt, was für die internen Prozesse und Abläufe nicht optimal ist. Die medizinische Leitung des Landesspitals muss nach Ansicht des Stiftungsrats von einem angestellten Arzt wahrgenommen werden, da die Belegärzte den Grossteil des Tages nicht im Landesspital zugegen sind. Die Regierung unterstützt diesen Vorstoss.

Die Spitaldirektorin hat im Mai ihren Mutterschaftsurlaub angetreten. Der Stiftungsrat hat sich mit der Spitaldirektorin beraten und ihr mitgeteilt, dass eine Teilzeit-Anstellung als Spitaldirektorin nicht möglich sei. Die Spitaldirektorin trägt den Entscheid mit und wird nach dem Mutterschaftsurlaub in anderer Funktion ins Landesspital zurückkehren. Daher muss der Posten des Spitaldirektors neu be-

setzt werden, die Ausschreibung hat bereits stattgefunden. Das Interesse an der ausgeschriebenen Stelle ist sehr gross, der Stiftungsrat kann aus einem grossen Interessentenkreis auswählen, wobei bereits eine engere Auswahl getroffen wurde. Der Stiftungsrat ist zuversichtlich, dass die Stelle zeitnah besetzt werden kann, so dass keine Vakanz entsteht.

## **1.4 Ausgangssituation**

### **1.4.1 Einführung SwissDRG**

Liechtenstein betreibt mit dem Liechtensteinischen Landesspital ein Spital der Akutsomatik, welches im Bereich der Grundversorgung tätig ist. Das Liechtensteinische Landesspital erbringt rund 60% der stationären Leistungen im Grundversorgungsbereich. Alle anderen Leistungen der Akutsomatik werden in ausländischen Spitälern erbracht. Das gilt vor allem auch für stationäre Leistungen der Rehabilitation und der Psychiatrie. Um die Versorgung der liechtensteinischen Bevölkerung mit stationären, aber auch ambulanten Spitalleistungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie sicherstellen zu können, bestehen zahlreiche Verträge mit Spitälern im Ausland, hauptsächlich mit Schweizer Spitälern. Innerhalb dieses Vertragsnetzes besteht für den Liechtensteinischen Versicherten (in der Grundversicherung) Wahlfreiheit. Aufgrund dieser Gegebenheiten sind Entwicklungen bzw. Veränderungen, die den Spitalbereich gerade in der Schweiz betreffen, grundsätzlich auch für Liechtenstein relevant.

Die wohl wichtigste und ohne Zweifel auch einschneidendste Veränderung ist die Einführung der neuen Spitalfinanzierung über Fallpauschalen (SwissDRG). Diese Neuregelung wird seit 1. Januar 2012 im Bereich der Akutspitäler umgesetzt. Diese Form der Finanzierung soll in einem weiteren Schritt auch in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie zum Einsatz kommen. Es handelt sich hier nicht einfach um ein neues oder anderes Tarifsystem, es kommen zusätzliche Elemen-



te hinzu: SwissDRG-Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) sind eines der Instrumente in der neuen Spitalfinanzierung, das zu mehr Transparenz bei den Behandlungen, vor allem aber zu einer leistungsgerechten Vergütung der Spitäler und Kliniken führen soll: es werden nicht mehr die Spitäler selber als Institution finanziert, sondern ihre Leistungen am Patienten. Die kantonalen Spitallisten sind primär nach den Kriterien Effizienz und Qualität auszurichten, was zu einem verstärkten Wettbewerb zwischen den Spitälern führen soll. Die neue Spitalfinanzierung in der Schweiz beinhaltet zudem, dass die Kantone verpflichtet sind, allen öffentlichen und - neu - auch privaten Spitälern und ausserkantonalen Spitälern auf ihrer Spitalliste ihren kantonalen Anteil an den medizinischen Behandlungen der Patienten zu vergüten. Das führt zu einer wesentlich grösseren Wahlfreiheit der Schweizer Versicherten als bisher. Ausserdem wird mit der neuen Spitalfinanzierung auch ein neuer Kostenteiler zwischen Kantonen und Krankenversicherungen definiert. Kantone sollen mindestens 55% der Kosten, Krankenversicherer höchstens 45% der Kosten bezahlen. Dieser Kostenteiler ist grundsätzlich auch für Liechtenstein relevant.

Von dieser Neuausrichtung der Spitalfinanzierung ist zu erwarten, dass es mittel- oder längerfristig zu einer Veränderung der Angebotsstruktur in den einzelnen Häusern kommen wird (z.B. weiteren Leistungskonzentrationen, vermehrte Netzwerkbildung von Grundversorgungs- zu Zentrumsspitälern).

DRG-Systeme sind ursprünglich ärztlich-ökonomische Patientenklassifizierungssysteme. Damit können Behandlungsfälle von Akutspitälern in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten eingeteilt werden. Patienten werden anhand medizinischer (Diagnosen, durchgeführte Behandlungen) und demographischer Daten (Alter, Geschlecht etc.) in Fallgruppen klassifiziert. Diese Fallgruppen dienen jedoch nicht der Bestimmung der medizinischen Behandlung, die Differenzierung erfolgt aufgrund des in der

Vorperiode ermittelten typischen Aufwandes (Behandlungskosten). Diese Fallgruppen werden nun mit einer Bewertungsrelation (cost weight) bewertet, in der sich die unterschiedlichen Behandlungskosten der jeweiligen Fallgruppe widerspiegeln. Für die Zuordnung des Behandlungsfalles zu einer diagnosebezogenen Fallgruppe sind folgende Kriterien massgeblich:

- die Hauptdiagnose
- durchgeführte Prozeduren (Operationen, Untersuchungen)
- Nebendiagnosen und Komplikationen
- patientenbezogenen Faktoren (Alter, Geschlecht etc.)

Jedem Patient ist pro Spitalaufenthalt genau eine DRG zugeordnet.

#### 1.4.2 Zusammenarbeit Regierung – BLK – Stiftungsrat LLS

Die Regierung (vertreten durch das Ressort Gesundheit), der Stiftungsrat und die BLK trafen sich regelmässig zu gemeinsamen Sitzungen um das Vorgehen aufeinander abzustimmen und die BLK aus erster Hand zu informieren. Die Besprechungen gestalteten sich sehr konstruktiv und sollen während des weiteren Prozesses beibehalten werden.

## **2. ZUSAMMENFASSUNG ERGEBNISSE MEINUNGSUMFRAGE**

Die Regierung hat im November 2011 nach der deutlichen Ablehnung des Verpflichtungskredits durch das Stimmvolk beim Liechtenstein-Institut eine repräsentative Meinungsumfrage in Auftrag gegeben. Diese sollte wertvolle Informationen über den Informationsstand der Bevölkerung, die Ablehnungsgründe und die Anforderungen an ein zukünftiges Landesspital liefern. Insgesamt wurden 613 Personen per CATI-Methode (Computer-Assisted Telephone Interviews) be-

fragt, das Teilnehmerfeld war gut durchmischt, sodass die Umfrage als repräsentativ bezeichnet werden darf.

Aufgrund der Komplexität der Materie war bereits im Vorfeld der Umfrage davon auszugehen, dass nicht alle Fragen eine eindeutige Antwort liefern würden. Nach Ansicht der Regierung stellte dies aber zu keinem Zeitpunkt ein Problem dar, da die Meinungsumfrage nicht den politischen Prozess ersetzen kann, sondern lediglich ein Stimmungsbild der Bevölkerung liefern soll. Die Umfrage zeigt deutlich auf, dass die Ablehner und die Befürworter der Vorlage zu den einzelnen Themen sehr unterschiedliche Ansichten vertreten, was als Konsequenz der Abstimmung zu erwarten war. Dennoch zeigten die Befragten bei einigen Themenbereichen ein identisches Antwortverhalten, woraus der Schluss gezogen werden kann, dass die Mehrheit des Stimmvolks in diesen Punkten einig ist. Die Regierung wird daher diejenigen Bereiche, in denen Einigkeit besteht, in die weiteren Überlegungen einbeziehen, sodass eine mehrheitsfähige Vorlage erarbeitet werden kann.

Einig waren sich die Befragten in erster Linie darin, dass Liechtenstein auch in Zukunft ein eigenständiges Spital haben soll (86%). Ebenfalls einig waren sich die Befragten, dass die bestehenden Kooperationen ausgebaut und das Leistungsangebot im regionalen Markt eingebettet werden soll (über 90%). Ebenso kann aus den Antworten gefolgert werden, dass die Befragten der Qualität einen übergeordneten Stellenwert beimessen. Die unstrittigen Erkenntnisse aus der Meinungsumfrage werden in den weiteren Konzeptionierungsprozess einfließen und ausreichend Berücksichtigung finden.

### **3. STRATEGIEPRÄMISSEN**

#### **3.1 Hintergrund**

Die Regierung erachtet es als notwendig, im Vorfeld der Neukonzeptionierung die politischen Rahmenbedingungen abzustecken, an welchen sich die Neukonzeptionierung zu orientieren hat. Die Regierung legt dazu Strategieprämissen fest, welche im Zuge der Neukonzeptionierung zu beachten sind und als politische Rahmenbedingungen die Neukonzeptionierung kanalisieren. Die Regierung hat dazu eine Unterteilung in abstrakte und konkrete Strategieprämissen vorgenommen.

### 3.1.1 Abstrakte Strategieprämissen

#### **Akutspital/Grundversorger**

Aus den Ergebnissen der repräsentativen Meinungsumfrage vom Dezember 2011 kann erschlossen werden, dass die Bevölkerung mehrheitlich daran interessiert ist, das Landesspital auch zukünftig als Akutspital im Bereich Grundversorgung anzusiedeln. Die Umfrage hat ergeben, dass die Bevölkerung Geburtshilfe, Notfall, Akutgeriatrie und kleinere Operationen im Leistungsauftrag des Landesspitals für wichtig erachten (meistgenannte Antworten auf die offene Frage). Die Regierung schliesst sich der Meinung an, dass das Landesspital auch zukünftig als Akutspital betrieben werden soll. Eine Beschränkung auf Akutgeriatrie und allenfalls auf die Übergangspflege ist weder gesundheitspolitisch noch wirtschaftlich sinnvoll. Akutgeriatrie stellt eine Querschnittmaterie dar und ist definiert als geriatrische Dienstleistung im Akutspital. Akutgeriatrie integriert systematisch akutmedizinische mit frührehabilitativen Prozeduren. Die Spitalregion 2 (Rheintal Werdenberg Sarganserland) definiert für die ganze Region einen Bedarf von 20 akutgeriatrischen Betten. Dieses akutgeriatrische Angebot wird durch das Kantonale Spital Altstätten erbracht, wobei diese geriatrische Abteilung eng mit den akutmedizinischen Abteilungen zusammenarbeitet. Heruntergebrochen auf Liechtenstein könnte das etwa einem Bedarf von 8-10 Betten bedeuten, für welche aber jedenfalls akutmedizinische Leistungen - nicht nur der Inneren Medizin - vorgehalten werden müssten. Die geriatrische Langzeitpflege wird in Liechtenstein durch die Liechtensteinischen Alters- und Krankenhilfe (LAK) und das APH Schlossgarten wahrgenommen, aus diesem Grunde wurde im Jahre 2008 die Langzeitpflege explizit aus dem Leistungsauftrag für das Liechtensteinische Landesspital entfernt. Eine Aufgabe der stationären akutsomatischen Versorgung hätte zur Folge, dass sich Liechtenstein im Bereich der Akutsomatik vollständig vom Ausland abhängig macht. Dadurch würden jegliche Steuerungsmöglichkei-

ten verloren gehen, was zu einer noch wesentlich stärkeren Abhängigkeit in punkto Versorgung mit Leistungen aber auch in punkto Tarife führen würde. In ausländische Tarifhoheit kann Liechtenstein schon heute nicht eingreifen, jedoch ist derzeit noch in den meisten Verträge mit ausländischen Spitälern festgelegt, dass liechtensteinische Patienten zu denselben Konditionen wie einheimische Patienten behandelt werden. Auf der anderen Seite ist der Vorstoss in ein übergeordnetes Segment (Spezialkliniken, Zentrumsspital etc.) weder zweckmässig noch notwendig. Als Drehscheibe des liechtensteinischen Gesundheitswesens ist das Landesspital auch zukünftig für die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung zuständig und agiert als Triageur für schwerere bzw. komplexere Fälle. Im Rahmen der Kategorisierung der Leistungen (4.3.) und der anschliessenden Überarbeitung des Leistungsauftrags wird zu definieren sein, welche Grundversorgungsleistungen im Landesspital erbracht werden sollen.

### **Qualitativ hochwertige Versorgung**

Das Landesspital stellt die Sicherung der Qualität als oberste Prämisse in den Fokus des Spitalbetriebs. Eine hochwertige Qualität ist auf allen Ebenen hinsichtlich der Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Spitalärzte, Belegärzte, Pflege, Hygiene etc.) zu gewährleisten. Das Landesspital nimmt gegenüber Vertragspartnern (Belegärzte, Radiologie Südost etc.) eine starke Position ein und sorgt für ein qualitativ hochwertiges Angebot. Sowohl gegenüber dem angestellten Personal als auch gegenüber den Vertragspartnern übernimmt das Landesspital den Lead im Bereich der Qualitätssicherung und arbeitet aktiv an der Optimierung und Erweiterung der bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen. Das Landesspital muss das Qualitätsniveau nach aussen verantworten und gibt daher auch die Spielregeln in der Qualitätssicherung vor. Aus diesem Grund wurden die entsprechenden fachlichen Kompetenzen bereits auf Ebene des Stiftungsrates sichergestellt. Auch ist das Land Liechtenstein Mitglied des Nationalen

Vereins für Qualitätsentwicklung (ANQ), das Landesspital durchläuft derzeit das Aufnahmeverfahren, um Mitglied des ANQ zu werden. Am Landesspital ist auch ein Critical Incident Reporting System (CIRS) eingeführt.

In Hinblick auf die Spitalfinanzierung unter SwissDRG werden in der Schweiz an die Listenspitäler, also an jene Spitäler, die vom jeweiligen Kanton einen Leistungsauftrag erhalten, bestimmte Qualitätsanforderungen gestellt. Qualität wird allgemein in den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beurteilt. Die erste und Teile der zweiten Dimension werden auf Ebene der Spitäler mittelfristig schweizweit harmonisiert und vergleichbar werden, indem die Anforderungen an Listenspitäler und deren Leistungsspektren interkantonal transparent gemacht werden. Bezüglich Prozessqualität etablieren sich über die Richtlinien von Fachgesellschaften (ANQ, Outcome etc.) mittelfristig einheitliche Qualitätsstandards. Die Messung der Ergebnisqualität und eine diesbezüglich Vergleichbarkeit der Spitäler als Differenzierungskriterium in der Spitalplanung sind auf den bestehenden Grundlagen derzeit nicht möglich. In der Interpretation der publizierten Daten besteht kein Konsens. Für das Monitoring wird den Listenspitälern in den Leistungsaufträgen einheitliche Auflagen zur Qualitätsevaluation gemacht werden. Voraussichtlich werden der Beitritt zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) und dessen Messvorgaben in Spitälern als verbindlich erklärt. Die nachfolgend beschriebenen generellen Qualitätsanforderungen müssen – im Gegensatz zu den leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen – alle Listenspitäler unabhängig ihres Leistungsspektrums erfüllen:

- Qualitätssicherungskonzept: Die Leistungserbringer müssen Konzepte und Programme über die Anforderung an die Qualität der Leistung und die Förderung der Qualität erarbeiten. Jedes Listenspital muss über ein schriftliches Qualitätssicherungskonzept vorlegen können, welches Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beinhaltet.

- Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen: Jedes Listenspital muss an etablierten Qualitätsmessungen teilnehmen, wie sie z.B. von Outcome oder dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) definiert werden.
- Führung eines Critical Incident Reporting System (CIRS): In jedem Listenspital muss ein interdisziplinäres und interprofessionelles CIRS spitalweit eingeführt sein.
- Multiprofessionelle Entlassungspfade: Jedes Listenspital hat einen oder mehrere multiprofessionelle Entlassungspfade vorzuweisen, die den Entlassungsprozess systematisieren und die Versorgung der Patientenschnittstellen unabhängig, kontinuierlich und auch ambulant resp. in die ambulante, externe Nachsorge gewährleisten.
- Durchführung von standardisierten Patienten- und Zuweiserbefragungen: Jedes Listenspital muss regelmässig vergleichbare Befragungen von Patienten und Einweisern (zuweisenden Ärztinnen und Ärzten) durchführen.
- Durchführung von regelmässigen Reanimationsübungen: Ärzte, Pflegende, Therapeuten nehmen mindestens einmal pro Jahr an Reanimationsübungen bzw. Nachschulungen teil.
- Spitalhygiene und Infektiologie: Jedes Listenspital hat eine interdisziplinäre Hygienekommission am Spital zu etablieren oder Angaben darüber zu machen, mit welchem Leistungserbringer es in diesem Bereich zusammenarbeitet.

Das KVG-CH verpflichtet die Leistungserbringer, dem Bund Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren zur Verfügung zu stellen, die zu publizieren sind.

Die gewählten Qualitätsindikatoren (z.B. Mortalitätsraten) stellen gemäss BAG (Bundesamt für Gesundheit) einen wichtigen Aspekt der medizinischen Behand-



lungsqualität dar, vermögen aber die Qualität der medizinischen Behandlung nicht umfassend zu beschreiben. Die Struktur- und Prozessqualität sowie andere Aspekte der Ergebnisqualität wie etwa Infektionsraten und Patientenzufriedenheit werden damit nicht abgebildet. Des Weiteren ist zu beachten, dass die Aussagekraft bei kleinen Fallzahlen begrenzt ist.

### **Wirtschaftlichkeit, Rentabilität**

Das Landesspital soll auch zukünftig nicht gewinnorientiert arbeiten, jedoch auch unter DRG-Bedingungen wirtschaftlich, d.h. kostendeckend arbeiten. Ausgenommen davon sind Entgelte des Staates im Rahmen der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL). Um dieses Ziel zu erreichen, muss der Leistungsauftrag hinsichtlich der Primärleistungen klar definiert sein, gleichzeitig muss dem Landesspital die Möglichkeit geboten werden, weitere Leistungen anzubieten, welche zwar nicht staatlich subventioniert werden aber kostendeckend sein müssen und im Bestfall zur Quersubventionierung von Leistungen dienen, die das Spital anzubieten hat. Diese freiwilligen Zusatzleistungen müssen sich ebenfalls an der Prämisse „Grundversorgung“ orientieren. Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung SwissDRG im Januar 2013 wird sich die Situation für das Landesspital nochmals gravierend verändern. Die Effizienz muss optimiert werden und die zukünftige Infrastruktur durch die Investitionsbeiträge, welche den Behandlungskosten aufgeschlagen werden, finanziert werden. Durch SwissDRG erhält das Landesspital analog zu den schweizerischen Spitälern noch mehr Eigenständigkeit und im Gegenzug auch Verpflichtungen zum baulichen Selbsterhalt.

Selbstverständlich ist zu beachten, dass zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nicht nur stationäre sondern auch ambulante Spitalleistungen zu betrachten sind.

### **Einbindung in die regionale Gesundheitsversorgung**

Das Landesspital soll die vorhandenen Synergien mit den in- und ausländischen Akteuren (private und öffentlich-rechtliche Institutionen) nutzen und im Bereich der sicher zu stellenden Leistungen (4.3) Kooperationen anstreben. Dabei ist darauf zu achten, dass die Zusammenarbeit nicht einseitig ausgestaltet werden, sondern beide Kooperationspartner von der Zusammenarbeit profitieren (win-win-Situation). Es muss deutlich zwischen Delegation von Leistungen und Kooperation unterschieden werden. Die Regierung legt im Leistungsauftrag Kernleistungen fest, welche zwingend im Landesspital anzubieten sind, darüber hinaus gestaltet die Regierung den Leistungsauftrag derart, dass der strategischen Führungsebene des Landesspitals Spielraum für Kooperationen eingeräumt werden. Das Landesspital hat sich im Bereich der Kooperationsfelder auf die gesamte umliegende Region zu fokussieren (Kantone St.Gallen und Graubünden, Vorarlberg) und die bestmögliche Lösung für die heimische Bevölkerung zu eruieren. Dadurch soll das Landesspital in die Versorgungsregion integriert und den Patienten ein bestmögliches Versorgungsnetz zur Verfügung gestellt werden.

### **Aufrechterhaltung der freien Spitalwahl**

Die Ausarbeitung des neuen Spitalkonzepts steht unter der Prämisse, dass die Wahlfreiheit des Patienten unberührt bleibt. Die freie Spitalwahl (innerhalb der Vertragsspitäler) ist nach Ansicht der Regierung ein zentrales Element des liechtensteinischen Gesundheitswesens und soll nicht aufgegeben werden. Die Patientenströme sollen daher unangetastet bleiben nur im Rahmen des Vertragsnetzes gesteuert werden. Das Landesspital wird sich durch die Balance von Kooperation und Wettbewerb am heimischen Markt etablieren und auch zukünftig einen wichtigen Teil der Grundversorgung abdecken.

Ein Einschränkung der Wahlfreiheit wäre eine gegenläufige Entwicklung zur Schweiz, wo im Zuge der neuen Spitalfinanzierung für den Patienten neu schweizweit Wahlfreiheit unter den Listenspitalern aller Kantone zugestanden wird.

### 3.1.2 Konkrete Strategieprämissen

#### **Staatliche Trägerschaft**

Die Stiftung Liechtensteinisches Landesspital ist eine Stiftung des öffentlichen Rechts mit dem Zweck der Führung eines Landesspitals. Das heutige Gebäude wurde der Stiftung Liechtensteinisches Landesspital von der Gemeinde Vaduz gewidmet und die Liegenschaft im Baurecht abgegeben. Gemäss geltendem Gesetz (Art.6 LLSG) stellt das Land die dem Betrieb dienenden Immobilien zur Verfügung. Das Landesspital ist im Rahmen der Globalbudgetvereinbarung für den baulichen Unterhalt der Immobilie besorgt.

Die Regierung erachtet es als sinnvoll, die staatliche Trägerschaft für die Stiftung Liechtensteinisches Landesspital auch in Zukunft aufrecht zu erhalten. Durch die Rolle als Eigenerin der Stiftung Liechtensteinischen Landesspital kann die Regierung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben steuernd eingreifen. Die Übergabe an eine private Trägerschaft würde zu einer starken Reduktion der staatlichen Einflussmöglichkeiten führen. Die Regierung wird jedoch prüfen, ob alternativ die Beschaffung, respektive Finanzierung der Immobilie durch eine private oder öffentlich-rechtliche Institution möglich wäre und die Stiftung sich im Gebäude einmieten könnte.

Öffentliche Spitäler in der Schweiz stehen – nicht zuletzt durch die Einführung der neuen Spitalfinanzierung durch Fallpauschalen – vermehrt im Wettbewerb untereinander aber auch mit privaten Spitalern, mit letzteren bereits bisher ins-

besondere im Bereich der zusatzversicherten Patienten. Es kann davon ausgegangen werden, dass mittelfristig das Gewicht von wettbewerblichen Instrumenten im Spitalmarkt Schweiz zunehmen wird. Einen guten Überblick über Unternehmensformen bzw. Rechtsformen bietet u.a. eine Untersuchung der Avenir Suisse. Im genannten Umfeld sollte den Spitälern gemäss Avenir Suisse vermehrt betriebswirtschaftliche Freiheit eingeräumt werden, sodass sie mit anderen öffentlichen und den privaten Spitälern in einer fairen Wettbewerbssituation stehen. Gemäss dieser Untersuchung von Avenir Suisse zeigt sich ein deutlicher Trend in Richtung der Schaffung einer höheren rechtlichen Selbständigkeit. Spitäler in der Schweiz werden vermehrt als selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten und Aktiengesellschaften geführt, der Anteil an Spitälern in öffentlicher Verwaltung bzw. als unselbständige Anstalt ging dagegen zurück. Was die Eigentumsstrukturen betrifft, befand sich der grösste Teil der Spitäler im alleinigen Eigentum der öffentlichen Hand. Avenir Suisse bewertet demzufolge das Ausmass an echter Privatisierung trotz des hohen Grades an gesellschaftlicher Autonomie als bescheiden. Solange der Staat z.B. als alleiniger Aktionär eines privatrechtlichen Spitals auftritt, könne nicht von einer echten Privatisierung gesprochen werden. Nennenswerte private Beteiligung an rechtlich verselbständigten öffentlichen Spitälern gebe es nicht. Auch gemischte Trägerschaften im Sinne von Public Private Partnerships (PPP) sind in der Schweiz selten (beispielsweise ist im Kanton Zug eine Stiftung mit 5% am Aktienkapital des Zuger Kantonsspitals beteiligt).

Im österreichischen Gesundheitswesen sind vor allem das auf PPP-Basis verwirklichte Unfallkrankenhaus Linz, das Krankenhaus Vöcklabruck oder das Kremser Radiotherapie Spital zu nennen. Beim UKH in Linz hat das PPP-Konsortium, welches aus Alpine Mayreder, Oberösterreichische Raiffeisenbank und Vamed bestand, z.B. die Aufgaben der Finanzierung, der Konstruktion, des Facility Managements und der Logistik übernommen. Ein anderes PPP-Projekt stellt das Psycho-

somatische Zentrum Waldviertel dar, welches im Juli 2006 eröffnet wurde. Ursprünglich ein Unfallkrankenhaus, wurde es von der Waldviertler Krankenhausgesellschaft, Romed und Vamed revitalisiert.

Dass bei privaten Partnern auch Expertise gesucht wird, lässt sich etwa am Beispiel „Sterilisation von medizinisch-technischen Geräten“ zeigen. Diese Aufgabe wird für die Krankenhäuser Bludenz, Feldkirch und Hohenems von der Firma Medizinprodukteaufbereitung Vorarlberg GmbH durchgeführt, eine PPP zwischen der Vorarlberger Krankenhaus Betriebsges.m.b.H. und der privaten Unternehmung Sterilog. Die Ausnützung von Größenvorteilen und die damit verbundene Fixkostendegression aber auch die Spezialisierung, welche technische und organisatorische Entwicklung wie auch bessere Wartung der Anlagen erlaubt, spricht für die Realisierung derartiger Service-PPP.

### **Pufferfunktion für LAK**

Das Landesspital hält, gerade im Hinblick auf die demografische Entwicklung (siehe Punkt Akutgeriatrie) auch zukünftig ein Mindestmass an Betten für Langzeitpflegepatienten vor. Damit wird gewährleistet, dass Personen, welche keine akute Betreuung mehr benötigen, gleichzeitig aber weder in den Häusern der LAK aufgenommen noch zu Hause gepflegt werden können, eine vorübergehende Betreuung erhalten. Das Landesspital tritt daher als Puffer für die LAK auf. Diese Praxis hat sich bis heute bewährt, auch wenn die Kosten für ein Spitalbett sehr hoch sind und eine Entschädigung durch die LAK zu erfolgen hat. Die LAK ist daher darum bemüht, derart vorausschauend zu planen, dass möglichst wenig Pflage tage im Landesspital anfallen. Der komplette Verzicht auf die Pufferfunktion wird aber mittelfristig nicht möglich sein.

## **Akutgeriatrie**

Akutgeriatrie bezeichnet kein eigenständiges Fachgebiet sondern wird als Teilbereich des Fachgebiets „Innere Medizin“ (in der Schweiz: „Allgemeine Innere Medizin“) geführt. Akutgeriatrie beschränkt sich aber nicht auf Probleme der Inneren Medizin, auch andere Bereiche wie Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie (Gerontopsychiatrie) werden von der Akutgeriatrie tangiert. Daher kann Akutgeriatrie als Querschnittsmaterie bezeichnet werden, welche allerdings hauptsächlich in der Inneren Medizin anzusiedeln ist. (Für den Schweizerischen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH besteht eine Möglichkeit zur Weiterbildung im Schwerpunkt Geriatrie). Die Bevölkerungsszenarien 2005-2050 des Amtes für Statistik prognostizieren einen starken Anstieg des Durchschnittsalter. Bis ins Jahr 2040 wird sich die Zahl der über 65-jährigen verdoppeln, die Zahl der über 80-jährigen wird sich sogar verdreifachen. Die Alterstruktur verschiebt sich von der Tannenform in eine Urnenform. Dies führt dazu, dass sich die Hospitalisationsrate in diesen Bevölkerungsgruppen stark erhöht, da diese häufiger Spitalpflege benötigen als jüngerer Bevölkerungsgruppen. Der Bedarf an akutgeriatrischen Leistungen wird also in den nächsten Jahren und Jahrzehnten kontinuierlich ansteigen. Die Gewährung einer wohnortnahen Versorgung ist im Bereich der Akutgeriatrie von zentraler Bedeutung. Daher erachtet es die Regierung als notwendig, dass das Landesspital künftig einen Schwerpunkt auf diese Entwicklung richtet.

Grundsätzlich gehören die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patienten zum Grundauftrag eines Akutspitals. (Hoch)betagte Menschen sind oft multimorbid und dement und benötigen deswegen häufig eine spezifische Behandlung. Heute werden diese Patienten in den Spitälern meist in der Abteilung Innere Medizin behandelt. Die Selektion der akutgeriatrischen Patienten aus der geriatrischen Patienten aus den medizinischen Statistiken in der Schweiz ist schwie-

rig, da diese bisher keiner spezifischen DRG zugeordnet sind und sie mit den in dieser Statistik erhobenen Merkmalen nur ungenügend abgebildet werden können. Aus diesem Grund ist auch eine genaue Prognose akutgeriatrischer Patienten kaum möglich. Der Kanton St. Gallen gibt etwa an, dass im Jahr 2009 1707 betagte Patientinnen und Patienten während 45104 Pflgetagen (mittlere Verweildauer von 26.4 Tagen) in geriatrischen Spezialeinrichtungen (Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation) behandelt wurden, was kantonsweit einem Bedarf von 137 Betten entspricht. Aus der Definition des geriatrischen bzw. akutgeriatrischen Patienten geht auch hervor, dass nicht zwingend jeder ältere Mensch, der Spitalpflege benötigt, auch bereits ein akutgeriatrischer Fall ist.

Akutgeriatrie bzw. Geriatrie wurde im ursprünglichen DRG-System (wie auch die Übergangspflege und die Palliative Care) als typische Querschnittsleistungsgruppe nicht integriert, da ein eindimensionaler, diagnosebezogener Zugang prinzipiell dem ganzheitlichen medizinischen und damit geriatrischen Handeln entgegenläuft. Akutgeriatrien in Akutspitälern auf der kantonalen Spitalliste werden jedoch gleichwohl über DRG finanziert: DRG's werden primär definiert über die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen und die Prozeduren (Leistungen). Für diese Patientengruppe wurde das Konstrukt der „geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung“ eingeführt, welches an verschiedene Hauptdiagnosen geknüpft werden kann. Die geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung ist also eine DRG-konforme Prozedur, welche es zulässt, dass polymorbide, gebrechliche, hochbetagte Patientinnen und Patienten auch unter dem neuen DRG-basierten Finanzierungssystem eine adäquate Behandlung im Akutspital erhalten.

### **Übergangspflege**

In der Schweiz ist seit 2011 (Neuordnung der Pflegefinanzierung gemäss KVG-CH) die Akut- und Übergangspflege als neue versicherungsrechtliche Kategorie ausgewiesen (diese Kategorie deckt inhaltlich nicht den bisher gebräuchlichen Beg-

riff ab). Der neue Status betrifft Patientinnen und Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine Akutspital-Behandlung, bei denen noch nicht alle Voraussetzungen für eine Rückkehr nach Hause erfüllt sind, bei denen gleichzeitig aber auch kein Rehabilitationsbedarf im Sinne der KVG-Kriterien erkannt ist. Für die so verstandene Akut- und Übergangspflege sieht das KVG-CH während einer Dauer von längstens 14 Tagen spezielle Finanzierungsregeln vor. Akut- und Übergangspflege kann laut KVG-CH vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Kriterien kumulativ erfüllt sind:

- Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig.
- Die Patientin oder der Patient benötigt eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.
- Ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik ist nicht indiziert.
- Ein Aufenthalt in einer geriatrischen Abteilung eines Spitals ist nicht indiziert.
- Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, sodass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann.
- Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichen der Ziele aufgestellt.
- Soweit eine ärztliche, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig ist, kann diese ambulant oder stationär als Einzelleistung durch Leistungserbringer erbracht und separat verrechnet werden.



Diese Bestimmungen sind für Liechtensteiner Patienten relevant, welche in Schweizer Spitälern behandelt werden, jedenfalls ergibt sich hier ein Bedarf zur Schnittstellenklärung einerseits bezüglich der Pflegefinanzierung in Liechtenstein, aber allenfalls auch zwischen Rehabilitation und der Akut- und Übergangspflege. Die Bestimmungen sind bereits deshalb relevant, da die SwissDRG-Fallpauschalen mit diesem Konzept akkordiert sind. Da Liechtenstein den SwissDRG ab 1. Januar 2013 übernimmt, wird diese Problematik auch für Patienten des Liechtensteinischen Landesspitals oder solche Patienten, die aus der Schweiz für die Übergangspflege nach Liechtenstein überwiesen werden, relevant.

Die Einführung von SwissDRG in der Schweiz auf den 01. Januar 2012 wird den bisherigen Bedarf an Übergangspflege aller Voraussicht nach verstärken, da es ein erklärtes Ziel der Finanzierung über Fallpauschalen ist, die Aufenthaltsdauer im Akutbereich zu senken. Die Akutspitäler sind wirtschaftlich darauf angewiesen, dass die Patienten aus dem Spital austreten, sobald sie vom behandelnden Arzt nicht mehr als akut eingestuft werden. Um eine verfrühte Entlassung zu verhindern, soll im Landesspital auch zukünftig eine Übergangspflege möglich sein.

### **Palliative Care**

Palliative Care umfasst alle Massnahmen, die das Leiden eines unheilbar kranken Menschen lindern und eine physisch, psychisch und ethisch optimale Betreuung in den letzten Lebensmonaten gewährleisten. Die Palliative Care wird heute bereits im Landesspital angeboten, es handelt sich analog zur Akutgeriatrie nicht um eine eigene Fachdisziplin, sondern um eine Querschnittsmaterie. Den letzten Lebensabschnitt soll der Patient in Liechtenstein und damit in gewohnter Umgebung verbringen können. Die Wohnortnähe und das Heimatgefühl sind für sterbende Patienten von grosser Bedeutung und werden durch das Palliativ-Netz

Liechtenstein und den Palliativ-Brückendienst der Krebsliga St.Gallen-Appenzell optimal ergänzt.

### **Standort**

Der Standort soll zentral gelegen sein und sowohl mit privaten Verkehrsmitteln als auch mit dem öffentlichen Verkehr optimal erreichbar sein. Die Regierung hat bereits die im Besitz der öffentlichen Hand befindlichen Grundstücke eruiert und wird ein Raster mit Kriterien erarbeiten, welche der Standort kumulativ erfüllen muss. Anhand des Kriterienkatalogs können mögliche Standorte analysiert und eine Auswahl getroffen werden.

## **4. STRATEGIEPROZESS**

Die Regierung hat in einem Projektplan das weitere Vorgehen festgelegt. Da die Ablehnung des Verpflichtungskredits nach Ansicht der Regierung hauptsächlich aufgrund des Spitalkonzepts und der damit verbundenen Ausrichtung des Landesspitals (Eignerstrategie, Leistungsauftrag, Betriebskonzept etc.) erfolgte und weniger aufgrund des konkreten Bauprojekts (Höhe des Verpflichtungskredits, Kubatur, Bettenzahl, Standort etc.), muss vor der Erarbeitung der Neuprojektierung eine Neukonzeptionierung stattfinden. Das Spitalkonzept soll überprüft und in die regionale Versorgungsregion eingebettet werden. Diesem Umstand wurde im Projektplan Rechnung getragen. Es ist dezidiert darauf hinzuweisen, dass die einzelnen Projektschritte und die damit verbundenen Meilensteine nicht isoliert zu betrachten sind, sondern wechselseitigen Einfluss ausüben. Der Strategieprozess der Konzeptionierungsphase ist nicht als starres Gebilde zu sehen, es ist wahrscheinlich, dass sich im Laufe des Prozess kleinere Verschiebungen und Modifikationen ergeben, welche auf den Ergebnissen der vorangegangenen Projektschritte basieren. Ebenfalls ist darauf hinzuweisen, dass einzelne, chronologisch

dargestellte Projektschritte parallel durchgeführt werden müssen. Der beschriebene Prozessablauf soll aber darstellen, wie die Regierung den Prozess zu gestalten gedenkt. Die Regierung wird im folgenden den Strategieprozess und die Meilensteine erläutern.

#### **4.1 Festlegung Prämissen und Rahmenbedingungen**

Vor der Überarbeitung der massgeblichen Strategiedokumente (Eignerstrategie, Leistungsauftrag, Spitalstrategie etc.) müssen die politischen und gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen abgesteckt werden, um die Neukonzeptionierung in die gewünschten Bahnen zu lenken. Die Regierung muss daher Prämissen festlegen, innerhalb welcher sich die Neukonzeptionierung zu orientieren hat. Dieser Planungsprozess ist im gegenständlichen Bericht umgesetzt und soll dem Landtag mittels des Berichts der BLK zur Diskussion vorgelegt werden. Die Einbindung des Landtags und vor allem der BLK soll verhindern, dass die Vorstellungen und Wünsche der beiden Staatsgewalten zu stark divergieren und das Projekt somit nicht auf breiter Basis abgestützt ist.

#### **4.2 Überarbeitung Eignerstrategie**

Die Eignerstrategie ist die Grundlage für die strategische Ausrichtung des Landesitals. Daher soll die Eignerstrategie, obwohl noch jüngeren Datums, kritisch durchleuchtet werden. Dieser Prozess soll während der gesamten Konzeptionierungsphase parallel geführt werden um die jeweils neusten Entwicklungen der einzelnen Projektschritte in die Eignerstrategie implementieren zu können. Wie auch der Leistungsauftrag wird die Eignerstrategie offen ausgestaltet werden, um dem öffentlichen Unternehmen den benötigten Handlungsspielraum einzuräumen.

### **4.3 Kategorisierung Leistungsfelder**

Um die Überarbeitung des Leistungsauftrags vorzubereiten, sollen die möglichen Leistungsfelder kategorisiert werden. Dazu werden die möglichen Leistungen in folgende Felder eingeteilt:

#### **a) obligatorische Leistungen**

Diese Leistungen sind zwingend durch das LLS als Eigenleistung zu erbringen und dürfen nicht delegiert werden (z.B. Akutgeriatrie). Diese Leistungen werden bereits im heutigen Leistungsauftrag als Primärleistungen bezeichnet und spiegeln den Leistungsauftrag im engeren Sinn wider.

#### **b) sicher zu stellende Leistungen**

In dieser Leistungskategorie hat der Stiftungsrat des LLS eine Entscheidungskompetenz, ob die Leistung als Eigenleistung erbracht werden soll, eine Kooperation anzustreben ist oder die Leistung gänzlich delegiert wird. Die Leistung ist bevorzugt in der nahen Region sicher zu stellen. Damit wird das erweiterte Leistungsangebot in der Region sicher gestellt. Die sicher zu stellenden Leistungen sind unter Berücksichtigung der evaluierten Kooperationsfelder zu beurteilen und somit ist der Ermessensspielraum des Stiftungsrats zumindest teilweise eingeschränkt.

#### **c) optionale Leistungen**

Diese Kategorie existiert bereits heute und soll dem Landesspital ermöglichen, Zusatzleistungen zu den formulierten Primärleistungen anzubieten. Diese Leistungen sind aber eigenwirtschaftlich sprich kostendeckend anzubieten, eine Quersubventionierung von Seiten der Pflichtleistungen findet nicht statt. Damit soll das Landesspital probate Mittel erhalten, um die wirtschaftliche Selbständigkeit bzw. Rentabilität sicherzustellen (siehe Strategieprämissen).

#### **d) Ausgeschlossene Leistungen**

Um die optionalen Leistungen nach oben hin zu begrenzen, wird ein Negativkatalog mit ausgeschlossenen Leistungen angefertigt. Dadurch soll festgelegt werden, welche Leistungen bzw. Leistungsgruppen das Landesspital auch zukünftig nicht anbieten wird (z.B. Intensivmedizin).

#### **4.4 Identifikation Kooperationsfelder**

Nachdem die Leistungen kategorisiert wurden, sind mögliche Kooperationsfelder innerhalb der sicher zu stellenden Leistungen zu evaluieren. Dazu sind Gespräche mit den regionalen Partnern zu führen, aus welchen ersichtlich wird, in welchen Bereichen Kooperationen möglich wären.

#### **4.5 Überarbeitung Leistungsauftrag**

Das Herzstück des Spitalkonzepts stellt zweifellos der Leistungsauftrag dar. Darin ist definiert, welche Leistungen das Landesspital zu erbringen hat (Primärleistungen) und welche Leistungen es erbringen kann (Sekundärleistungen). Der Leistungsauftrag soll so ausgestaltet werden, dass eine dynamische Anpassung an den schnelllebigen Gesundheitsmarkt möglich ist und mit dem medizinischen Fortschritt Schritt gehalten werden kann. Die dynamische Ausgestaltung soll dem Landesspital einen Ermessensspielraum innerhalb der gesetzten Rahmenbedingungen einräumen, allerdings nicht völlig freie Hand lassen.

#### **4.6 Definition Betriebsmodell**

Das Betriebsmodell definiert die medizinische Leistungserbringung innerhalb des Leistungsauftrags. Das Landesspital wird bisher im Belegarztsystem geführt, der Notfalldienst wiederum wird mit fest angestellten Ärzten (Spitalärzte) gewährleistet. Das Betriebsmodell war und ist ein umstrittener Teil des Spitalkonzepts,

die Meinungsumfrage konnte hier kein homogenes Meinungsbild vermitteln. Es wird eingehend zu prüfen sein, welches Betriebsmodell (Belegarztmodell, Chefarztmodell, Mischmodell) für das Landesspital ökonomisch und qualitativ die optimale Lösung darstellt. Die Umstellung auf ein reines Chefarztmodell muss allerdings bereits aus ökonomischen Gründen stark in Zweifel gezogen werden, da die notwendigen Fallzahlen für einen wirtschaftlichen Betrieb kaum zu generieren sein werden. Es ist daher davon auszugehen, dass das Landesspital auch zukünftig zumindest teilweise im Belegarztsystem zu führen sein wird, wobei die qualitativen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (Honorierung) adäquat auszugestaltet sind. Für die Sicherstellung der Qualität vor allem im Bereich des Notfalls (falls dieser auch zukünftig im Landesspital angeboten wird) ist es unbedingt notwendig, klare Führungsstrukturen im medizinischen Bereich zu schaffen und einen eindeutigen medizinischen Leiter zu benennen. Die Entscheidung über das Betriebsmodell ist daher bereits heute von mehreren Faktoren beeinflusst. Das Betriebsmodell muss in erster Linie den hohen Qualitätsansprüchen genügen und darüber hinaus finanzierbar sein. Daher ist davon auszugehen, dass kein reines Belegarzt- oder Chefarztmodell die geforderten Voraussetzungen erfüllt. Dies wird allerdings durch entsprechende Überprüfungen zu belegen sein.

Mit der Definition des Betriebsmodell ist die Konzeptionsphase abgeschlossen, an welche die Projektierungsphase direkt angeschlossen wird. Die Regierung und der Stiftungsrat müssen darum bemüht sein, in dieser Legislaturperiode die aufgezeigten Prozesse möglichst abzuschliessen, damit der neu zu wählende Landtag die Stossrichtung des Landesspital nicht nochmals komplett überarbeiten kann/muss. Die konkrete Projektierungsphase für die bauliche Weiterentwicklung ist nach der Konzeptionsphase eher technischer als politischer Natur.

## 5. MEILENSTEINE

Die Meilensteine ergeben sich aus dem von der Regierung festgelegten Projektplan. Die Meilensteine wurden mit Zeitfenstern hinterlegt, jedoch nur bis zum Ende der Konzeptionierungsphase. Da die Projektierungsphase aller Voraussicht nach erst in der neuen Legislaturperiode stattfinden wird und die Konzeptionierungsphase mit einer zeitlichen Unsicherheit behaftet ist, wird das Ende der Konzeptionierungsphase als Zäsur betrachtet.

- **Bericht an BLK (Ende März 2012)**
- **Freigabe Kategorisierung Leistungsfelder (April 2012)**
- **Definition Kooperationsfelder (Mai 2012)**
- **Verabschiedung Leistungsauftrag (Sommer 2012)**
- **Festlegung Betriebsmodell (Sommer 2012)**
- **Verabschiedung Eignerstrategie (Sommer 2012)**

## 6. AUSBLICK

Anfang Februar 2013 finden Landtagswahlen statt. Der Landtag und die BLK haben klar gemacht, dass die entscheidenden Eckpfeiler des Konzepts vom jetzigen Landtag gesetzt werden sollen. Die entscheidenden Eckpfeiler sind zweifellos die Eignerstrategie, der Leistungsauftrag und das Betriebsmodell. Die Regierung ist daher gefordert, im laufenden Jahr die massgebenden Entscheidungen über das neue Spitalkonzept heuer zu fällen und dem Landtag zur Diskussion vorzulegen. Dies soll dadurch erreicht werden, dass die Regierung gegen Ende des laufenden Jahres dem Landtag einen zweiten Bericht vorlegt. Dies ist nur möglich und sinnvoll, wenn sich der Landtag mit dem vorliegenden Bericht inhaltlich und fundiert auseinandersetzt.

**II. ANTRAG DER REGIERUNG**

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen unterbreitet die Regierung der Landtagskommission den

**Antrag,**

die Landtagskommission wolle diesen Zwischenbericht zur Kenntnis nehmen.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Kommissionspräsident, sehr geehrte Frauen und Herren Kommissionsmitglieder, den Ausdruck der vorzüglichen Hochachtung.

**REGIERUNG DES  
FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN**



### III. DEFINITIONEN:

#### **Geriatric**

Die Geriatric stellt als Querschnittsfach einen integralen Bestandteil der somatisch und psychiatrisch orientierten Fachgebiete dar. Die Geriatric befasst sich mit den Alterungsprozessen und den diagnostischen, therapeutischen, präventiven und rehabilitativen Besonderheiten der Erkrankungen von Menschen im höheren Lebensalter. Sie betrachtet den Patienten im Rahmen eines biopsychosozialen Grundkonzeptes nicht nur organspezifisch sondern auch unter ganzheitlich-integrativen Gesichtspunkten, also auch unter Einschluss von psychosozialen und sozialmedizinischen Aspekten.

#### **Akutgeriatric**

Die Akutgeriatric versorgt primär den akut erkrankten, konservativ zu behandelnden geriatricen Patienten, bei dem eine Erkrankung entweder akut neu aufgetreten ist oder bei dem sich ein bereits bekanntes, gegebenenfalls chronisches Krankheitsbild, akut verschlimmert hat.

Der Akutgeriatric obliegt auch die geriatriche Frührehabilitation im Sinne der frührehabilitativen geriatricen Komplexbehandlung, wobei Aspekte der akutmedizinischen Behandlung und der rehabilitativen Beübung gleichermassen relevant sind.

#### **Geriatriche Frührehabilitation**

Die geriatriche Frührehabilitation sieht die Versorgung von bedingt rehabilitati-

onsfähigen geriatrischen Patienten oder solchen mit noch unsicherer Rehabilitationsprognose vor. Die Zuweisung in die geriatrische Frührehabilitation orientiert sich am Vorliegen einzelner oder aller nachfolgend aufgeführter Kriterien: die Vitalparameter sind noch nicht durchgehend stabil, bestehende Begleiterkrankungen bedürfen einer akutmedizinischen, kurativen oder palliativen Behandlung, Kreislaufinstabilitäten oder eine allgemein herabgesetzte Belastbarkeit erlauben keine durchgehende, mehrmals tägliche, aktive Teilnahme an rehabilitativen Massnahmen und es besteht mindestens eine Krankheitsfolge (z.B. Desorientiertheit, schwere Wunde oder Wundkomplikation, Demenz etc.), die eine aktive Teilnahme an einer Rehabilitationsbehandlung verhindern würde.

### **Geriatrische Rehabilitation**

In der geriatrischen Rehabilitation werden in Abgrenzung zur Akutgeriatrie bereits rehabilitationsfähige geriatrische Patienten indikationsübergreifend behandelt. Sie ist im Wesentlichen durch die funktionelle Restitution der bedrohten Selbständigkeit des geriatrischen Patienten im Alltag gekennzeichnet. Insofern stehen vor allem die übend-therapeutischen Verfahren ganz im Vordergrund der Behandlungsmassnahmen. Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer geriatrischen Rehabilitation sind: Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsfähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose mit einem realistischen Rehabilitationsziel.

### **Geriatrischer Patient**

Der geriatrische Patient ist ein biologisch älterer Patient, in der Regel 70 Jahre und älter, der bei akuter Erkrankung zusätzlich durch seine altersbedingten Funktionseinschränkungen gefährdet ist, der eine geriatrische Multimorbidität aufweist und bei dem daher ein weiterführender Bedarf an rehabilitativer, somatopsychischer und psychosozialer Behandlung besteht.

### **CIRS Critical Incident Reporting System**

Dieses System ermöglicht es Fachleuten, anonym über Zwischenfälle, resp. Beinahe-Zwischenfälle in ihrem Arbeitsalltag zu berichten. Initial war in der Schweiz CIRS nur für den Bereich der Anästhesie geschaffen worden. Mittlerweile stehen eine ganze Reihe verschiedener Systeme zur Verfügung, die auf der Basis von CIRS anonyme Zwischenfalls-Meldungen in allen Bereichen erlauben. Im CIRS werden Ereignisse erfasst, die zu Schädigungen von Patientinnen, Mitarbeitenden und Besucher hätten führen können bzw. führen. Es werden alle Ereignisse erfasst.