

BERICHT DER REGIERUNG

AN DIE BESONDERE LANDTAGSKOMMISSION LANDESSPITAL (BLK)

BETREFFEND

DIE STRATEGISCHE NEUAUSRICHTUNG DES LIECHTENSTEINISCHEN

LANDESSPITALS

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Zusammenfassung	6
Zuständiges Ressort	11
Betroffene Amtsstellen	11
I. BERICHT DER REGIERUNG	13
1. Einleitung	13
1.1 Vorbemerkungen zum Bericht	13
1.2 Ausgangslage	15
1.3 Projektplanung und –organisation.....	16
1.4 Laufender Betrieb.....	16
1.5 Aktuelle Entwicklungen.....	18
2. Rahmenbedingungen.....	21
2.1 Ziele und Prämissen	21
2.2 Das gesetzgeberische und regulatorische Umfeld und seine Auswirkungen.....	23
2.3 Notfall- und Rettungsdienste	24
3. Eignerstrategie.....	26
3.1 Ausgangslage.....	26
3.2 Evaluation der bestehenden Eignerstrategie.....	28
3.3 Formelle Betrachtung.....	28
3.4 Materielle Betrachtung	29
4. Trägerschaft.....	29
4.1 Ausgangslage.....	29
4.2 Mögliche Formen von Beteiligungen	30
4.2.1 Beibehaltung Stiftung	30
4.2.2 Umwandlung der Stiftung in eine Kapitalgesellschaft.....	30
4.2.3 Beibehaltung Stiftung, Übertragung Betrieb in reine Betriebsgesellschaft	31
4.3 Empfehlung	32
5. Leistungsauftrag	33
5.1 Leistungsfelder	33
5.2 Übersicht über mögliche Geschäftsmodelle	35
5.2.1 Geschäftsmodelle.....	35
5.2.2 Formen der Zusammenarbeit	36
5.2.3 Mehrstufiges Modell zur Leistungserbringung.....	39

5.2.4	Anforderungen und Qualitätssicherung in der Leistungserbringung.....	46
5.3	Zukünftiger Leistungsauftrag LLS	52
5.3.1	Empfehlung zum Umfang zukünftiger Leistungen.....	54
5.3.2	Gründe für eine eigene Notfallstation	59
5.3.3	Beibehaltung der Geburtshilfe.....	65
5.4	Finanzielle Machbarkeitsanalyse auf Basis des zukünftigen Leistungsauftrags	66
5.4.1	Ausgangslage.....	67
5.4.2	Annahmen und Prämissen der Machbarkeitsanalyse	68
5.4.3	Ergebnisse aus der Machbarkeitsanalyse	71
5.5	Implikationen auf Spitäler/Kliniken in den Nachbarländern	72
5.5.1	Spital Grabs	72
5.5.2	Zentrumsspitäler	74
5.5.3	Vertragsspitäler.....	75
6.	Betriebsmodell.....	76
6.1	Übersicht Betriebsmodelle inkl. Beispiele	76
6.2	Empfehlung zum zukünftigen Betriebsmodell.....	77
6.3	Übersicht zukünftige Organisation	78
7.	Standort (eines potentiellen Neubaus)	80
7.1	Ausgangslage.....	80
7.2	Vorgehen	81
8.	Mögliche Auswirkungen von Privatspitalern auf das LLS	82
8.1	Ausgangslage.....	82
8.2	Mögliche Auswirkungen.....	82
II.	ANTRAG DER REGIERUNG	84

Beilagen:

Anhang 1: „Szenario-Bericht: Grundversorgungsnotfall im Bereich Medizin“,
Dr. Herbert Jucken, 10. September 2012

Anhang 2: „Mögliche Leistungsaufträge 2013 und deren finanziellen Konsequenzen“, Trovacon AG, 21. Juni 2012

Abbildungsverzeichnis

<i>Abb. 1</i>	<i>Übersicht Leistungskategorien.....</i>	<i>34</i>
<i>Abb. 2</i>	<i>Übersicht Geschäftsmodelle</i>	<i>35</i>
<i>Abb. 3</i>	<i>Mehrstufiges Modell zur Leistungserbringung</i>	<i>40</i>
<i>Abb. 4</i>	<i>Kriterienmatrix</i>	<i>43</i>
<i>Abb. 5</i>	<i>Modelle zur Leistungserbringung.....</i>	<i>46</i>
<i>Abb. 6</i>	<i>Zürcher Modell: Anforderungen an Basisausstattung</i>	<i>48</i>
<i>Abb. 7</i>	<i>Zürcher Modell: Verfügbarkeit der notwendigen Fachärzte.....</i>	<i>49</i>
<i>Abb. 8</i>	<i>Zürcher Modell: Anforderungen an Notfallbereich, inkl. Bereich Geburtshilfe.....</i>	<i>50</i>
<i>Abb. 9</i>	<i>Zürcher Modell: Anforderungen an Intensivstation.....</i>	<i>51</i>
<i>Abb. 10</i>	<i>Zürcher Modell: Leistungsgruppensystematik.....</i>	<i>52</i>
<i>Abb. 11</i>	<i>Übersicht Leistungskategorien konzeptionell</i>	<i>53</i>
<i>Abb. 12</i>	<i>Übersicht Leistungskategorien konkret</i>	<i>55</i>
<i>Abb. 13</i>	<i>Übersicht zukünftige Organisation konzeptionell I.....</i>	<i>78</i>
<i>Abb. 14</i>	<i>Übersicht zukünftige Organisation konzeptionell II.....</i>	<i>79</i>

ZUSAMMENFASSUNG

Die Regierung hat sich intensiv mit der Frage der strategischen Neuausrichtung des Liechtensteinischen Landesspitals auseinandergesetzt. Sie kommt zum Schluss, dass das Landesspital als Akutspital, welches die stationäre Grundversorgung der Bevölkerung auf optimale Art und Weise sicherstellt, nachhaltig erfolgreich geführt werden kann.

Dabei wird das Landesspital einen Fokus auf definierte Leistungen im Rahmen eines neuen Leistungsauftrags legen, anerkannte Standards in der Qualitätssicherung einhalten und durch Prozessoptimierungen einerseits sowie durch ein angemessenes qualitatives Wachstum andererseits eigenwirtschaftlich agieren können. Gleichzeitig wird das Landesspital eine enge Kooperation mit einem Zentrumsspital anstreben, um der Bevölkerung ein hochstehendes Angebot auch über den eigenen Leistungsfokus hinaus anbieten zu können. Dem Landesspital werden dabei Gestaltungsspielräume zugestanden, welche die notwendige Flexibilität gewährleisten, um auf Entwicklungen im Gesundheitswesen angemessen reagieren zu können. Hierzu gehören beispielsweise die optionale Erweiterung des Leistungsportfolios nach klaren Kriterien, die Kombination der Leistungserbringung mit „Shop-in-Shop“-Modellen oder mittelfristig die Option einer Drittbeziehung bzw. einer Veränderung in der Trägerschaft.

Die notwendige strategische Neuausrichtung des Liechtensteinischen Landesspitals basiert auf folgenden Grundsätzen:

Eignerstrategie

Die bestehende Eignerstrategie soll überarbeitet werden. Sie soll wirksame Steuerung mittels definierter Vorgaben und messbarer Ziele erlauben, deren Einhaltung kontrollierbar ist. Die Regierung wird die neue Eignerstrategie so rechtzeitig verabschieden, dass sie vom Landtag noch im Dezember 2012 behandelt werden kann.

Trägerschaft

Die Rechtsform der öffentlich-rechtlichen Stiftung soll beibehalten werden. Diese ist bewährt und ausreichend flexibel. Sie ermöglicht die Realisierung von Public Private Partnership Modellen (etwa „Shop-in-Shop“ Modelle), sei es auf vertraglichem Weg oder über die Gründung von Tochtergesellschaften, an denen auch Beteiligungen Dritter möglich sind. Soll das Landesspital zu einem späteren Zeit-

punkt für eine Beteiligung Dritter am Spital selbst geöffnet werden, ist eine Umwandlung in eine Kapitalgesellschaft vorzunehmen.

Leistungsauftrag

Das Landesspital soll weiterhin als Akutspital der Grundversorgung geführt werden. Der Leistungsauftrag soll durch folgende Grundsätze gekennzeichnet sein:

Qualität

Die Qualität der erbrachten Leistung hat oberste Priorität. Das Landesspital erbringt keine Leistungen, die nicht in der erforderlichen Qualität gewährleistet werden können. Der Sicherstellung dieses Ziels dient neben einem professionellen Qualitätsmanagement das „Zürcher Modell“, das als verbindlich erklärt wird. Es definiert in systematischer Weise die in den Fachgebieten zu erfüllenden Bedingungen bzgl. Ärztedotation, Intensivpflegeeinrichtungen, Notfallvorhalteleistungen, Mindestmengen etc.

Wirtschaftlichkeit

Das Landesspital kann, ausgestattet mit einem angemessenen Leistungsauftrag, wirtschaftlich geführt werden. Die durchgeführte Machbarkeitsstudie hat ergeben, dass bei entsprechender Optimierung des Systems das LLS nachhaltig mit ausgeglichenem Ergebnis im Sinne eines „kleinen aber feinen“ Spitals geführt werden kann.

Mehrstufiges Modell der Leistungserbringung

Das Landesspital erbringt seine Leistungen im Rahmen eines mehrstufigen Modells, das der Patientensicherheit, der Wirtschaftlichkeit und dem gesundheitspolitisch erwünschten Eigenversorgungsgrad am besten gerecht werden kann. Das Modell basiert vereinfacht dargestellt auf folgenden Grundsätzen:

- Bestimmte Leistungen werden im Eigenbetrieb durch einen Belegarzt oder einen angestellten Arzt erbracht.*
- Im Eigenbetrieb nicht verfügbare medizinische Leistungen können in dem Sinne eingekauft werden, dass ein Spezialist aus einem assoziierten Zentrumsspital im Landesspital tätig ist.*
- Komplexe Behandlungen mit teuren Apparaturen und dem Erfordernis eines Zentrumsspezialisten sollen im assoziierten Zentrumsspital erfolgen. Den Be-*

legärzten, die für ihre Behandlung die Infrastruktur eines Zentrums benötigen, soll ebenfalls ermöglicht werden, ihre Patienten im Zentrumsspital zu behandeln.

- *Für bestimmte medizinische Bereiche ist eine „Shop-in-Shop“ Lösung zu prüfen, bei der Dritte auf eigenes unternehmerisches Risiko am Spital tätig werden. Das Spital wird in solch einem Modell dementsprechend entschädigt.*

Kooperation mit Zentrumsspital; Spital Grabs

Zur Durchführung des oben beschriebenen Modells wird mit einem Zentrumsspital der Region (Kantonsspital St. Gallen, Landeskrankenhaus Feldkirch oder Kantonsspital Chur) eine entsprechende Zusammenarbeit im Sinne einer „vertikalen Kooperation“ vereinbart. Dieses Zentrumsspital soll als „preferred partner“ verstanden werden, mit dem auf Basis einer Rahmenvereinbarung die Zusammenarbeit erleichtert und vertieft werden soll, u.a. durch optimal aufeinander abgestimmte Prozesse und eingespielte Abläufe. Die freie Spitalwahl der Patienten bleibt dabei unangetastet. Sie entscheiden in jedem Fall frei, in welchem Vertragsspital eine Behandlung erfolgen soll.

Das Spital Grabs soll selbstverständlich Vertragsspital des Landes bleiben und wird auch in Zukunft ein für die liechtensteinischen Patienten bedeutsames Regionalspital sein. Auf der operativen Ebene Landesspital und Spital Grabs soll die Zusammenarbeit nach Möglichkeit vertieft werden. Eine Aufteilung medizinischer Dienstleistungen zwischen Grabs und Vaduz wäre indessen nur im Rahmen einer gemeinsamen Trägerschaft möglich, die aus politischen und rechtlichen Gründen als unrealistisch zu betrachten ist.

Kategorien von medizinischen Leistungen

Es sind mit Blick auf den Leistungsauftrag drei Kategorien von medizinischen Leistungen zu unterscheiden: minimale Leistungen, optionale Leistungen und ausgeschlossene Leistungen.

a) Minimale Leistungen:

Sie definieren den minimal angestrebten Eigenversorgungsgrad. Dazu zählen:

- *Innere Medizin inkl. Altersmedizin*
- *Allgemeine Chirurgie*

- *Geburten/Gynäkologie*
- *Anschluss- und Übergangspflege*
- *Palliativmedizin*
- *Spezialsprechstunden*
- *Notfallstation*
- *Notwendige Supportbereiche (etwa Radiologie, Labor, Physiotherapie).*

b Optionale Leistungen

Als optionale Leistungen zugelassen sind Bereiche, welche die folgenden drei Kriterien kumulativ erfüllen: Hochstehende Qualität, Einbettung in das bestehende Angebot und Eigenwirtschaftlichkeit. Dafür kommen aus heutiger Sicht in Betracht:

- *Orthopädie*
- *Chirurgie im Bereich bestimmter Spezialgebiete (insbesondere wenn der Auslastung der Infrastruktur dienend)*
- *Urologie*
- *möglicherweise weitere, die genannten Kriterien erfüllende Bereiche.*

c) Ausgeschlossene Leistungen

Das Landesspital wird sich nicht in folgenden Bereichen betätigen:

- *Invasive Kardiologie*
- *Herzchirurgie*
- *Grosse Viszeralchirurgie*
- *Organtransplantationen*
- *weitere noch zu definierende Bereiche.*

Notfall

Der Bereich Notfall erfüllt heute die qualitativen Anforderungen und Erwartungen nicht. Im Zuge des geplanten Ausbaus der inneren Medizin ist es möglich, einen

qualitativ einwandfreien Notfall zu gewährleisten. Dieser wird nach einer gewissen Aufbauphase dem Landesspital mehr Erträge als Kosten bringen, weil Synergien mit anderen Bereichen genutzt werden können. Ein Verzicht auf den Notfall würde eine gravierende, für das Spital und die Bevölkerung nachteilige Entwicklung bedeuten.

Geburtshilfe

Es ist wichtig, auch künftig die Geburtshilfe am Landesspital anzubieten. Der Aufbau der inneren Medizin und des Notfalls mit den entsprechenden Strukturen erlaubt es dabei, die Sicherheit von Mutter und Kind nach anerkannten Standards zu gewährleisten. In einer engen betriebswirtschaftlichen Sicht kann die Geburtshilfe nicht profitabel geführt werden. Dies gilt aber genauso auch für die von Liechtenstein mitfinanzierten regionalen Vertragsspitälern. Es ist von grosser Wichtigkeit für das Spital, über die Geburtshilfe eine positive emotionale Bindung zur Mutter, ihrer Familie und nicht zuletzt zum Neugeborenen aufbauen zu können. Die Preisgabe dieser Möglichkeit wäre zu kurzfristig gedacht und sehr nachteilig für das Spital. Nicht zuletzt geht es hier auch um den gewichtigen Fakt der Selbstbestimmung, sein Kind im eigenen Land zur Welt bringen zu können.

Betriebsmodell

Das Belegarztsystem soll grundsätzlich weitergeführt werden. Es soll im Sinne eines „hybriden“ Betriebssystems soweit sinnvoll mit dem Chefarztsystem kombiniert werden. Die medizinische Leitung des Spitals wird einem angestellten Chefarzt obliegen. Der Stiftungsrat wird für jeden medizinischen Bereich auch mit Blick auf das Angebot an geeigneten Belegärzten zu entscheiden haben, in welchen Bereichen das Chefarztsystem verstärkt und in welchen weiterhin ganz oder vorwiegend mit Belegärzten gearbeitet werden soll. Denkbar ist auch, die medizinische Führungsverantwortung eines bestimmten Bereichs einem Belegarzt mit einem Teilpensum zu übertragen.

Die Honorierung der Belegärzte erfolgt künftig auf Basis von DRG und somit im Rahmen eines transparenten und objektivierten Honorierungssystems mit marktorientierten Honoraren.

Standort eines möglichen Neubaus

Die Regierung musste aus Zeitgründen auf die Erarbeitung einer Standortevaluation verzichten. Diese Thematik steht nach Ansicht der Regierung, in Bezug auf

*die erteilten Aufträge des Landtags, prioritär an letzter Stelle. Die Regierung wird im Bericht den zu tätigenen Prozess aufzeigen und der BLK die Standortevaluati-
on im laufenden Jahr mittels Sonderbericht nachreichen. Ein professioneller,
transparenter und ergebnisoffener Evaluierungsprozess ist von grösster Bedeu-
tung.*

Mögliche Auswirkungen von Privatkliniken auf das LLS

*In Bearbeitung stehende Privatklinikprojekte werden keine Alternative zum Lan-
desspital darstellen. Das LLS hat ausreichend unternehmerischen Spielraum, um
auf allfällige Änderungen und Anforderungen, die sich aus privatwirtschaftlichen
Aktivitäten ergeben können, zu reagieren. Das LLS muss dazu bereit sein, auch
gegenüber eigenen Belegärzten Kooperationsmodelle bspw. im Rahmen einer
„Shop-in-Shop-Lösung“ anzubieten. Im Sinne der Gewährleistung eines fairen
Wettbewerbs wird die Regierung die Verwirklichung einer liechtensteinischen
Spitalplanung prüfen.*

ZUSTÄNDIGES RESSORT

Ressort Gesundheit

BETROFFENE AMTSSTELLEN

Amt für Gesundheit

Stabstelle Finanzen

Vaduz, 16. Oktober 2012

P

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,
Sehr geehrte Frauen und Herren Kommissionsmitglieder

Die Regierung gestattet sich, dem Hohen Landtag nachstehenden Bericht und Antrag betreffend die strategische Neuausrichtung des Liechtensteinischen Landesspitals an den Landtag zu unterbreiten.

I. BERICHT DER REGIERUNG

1. EINLEITUNG

1.1 Vorbemerkungen zum Bericht

Der vorliegende Bericht bezweckt die Schaffung und Darlegung notwendiger Grundlagen zur Neuausrichtung des Liechtensteinischen Landesspitals (LLS). Er enthält substantielle Aussagen zu den wesentlichen Elementen einer zukunftsorientierten Ausrichtung des LLS.

Der Bericht beinhaltet eine Empfehlung zum zukünftigen Leistungsauftrag des LLS. Basierend darauf legt er die Machbarkeit dar und hält fest, gestützt auf notwendige Prämissen, verschiedene Plausibilisierungen und Quervergleiche sowie auf umfassende Analysen, dass eine nachhaltige und eigenwirtschaftliche Entwicklung erreicht werden kann. Die zugrundeliegenden Annahmen erscheinen aus heutiger Sicht realistisch, werden aber über die nächsten Monate weiter verfei-

ner. Hierzu notwendige Voraussetzungen werden ebenfalls beschrieben. Im Zusammenhang mit dem Leistungsauftrag wird auch die Notwendigkeit einer Notfallstation dargelegt. Der Leistungsauftrag des Landesspitals wird dabei aber nicht isoliert betrachtet, sondern es wird dargelegt, welche Kooperationsformen mit anderen Spitälern sinnvoll und möglich sind, um einer qualitativ hochstehenden Grundversorgung im stationären Bereich für die Liechtensteiner Bevölkerung gerecht werden zu können. Als Schlussfolgerung wird hierzu festgehalten, dass die Zusammenarbeit mit einem Zentrumsspital verfolgt und auf Basis eines sogenannten „Leistungseinkaufs“ umgesetzt werden soll. Mögliche Implikationen auf andere Vertragsspitäler werden ebenfalls thematisiert. Der Bericht hält ferner Aussagen zum Betriebsmodell fest und kommt klar zur Auffassung, dass ein Hybridmodell, d.h. eine Kombination aus Chefarzt- und Belegarzt-Modell, für den empfohlenen Leistungsauftrag und die gegebenen Rahmenbedingungen die optimale Form darstellt. Auch werden verschiedene Modelle einer zukünftigen Trägerschaft erörtert und einer Empfehlung zugeführt. Einzig die Standortfrage konnte noch nicht weit genug vorangebracht werden, um klare Schlussfolgerungen ableiten zu können. Hierzu wird ein Zusatzbericht folgen.

Der Bericht legt die notwendigen Leitplanken und Ziele fest, innerhalb derer das Landesspital auf eine neue Basis gestellt werden soll. Dabei gilt zu beachten, dass sowohl der strategischen als auch der organisatorischen Führung des Landesspitals der hierzu notwendige Handlungsspielraum eingeräumt werden muss, so wie dies auch in anderen öffentlich-rechtlichen Institutionen gilt. Verantwortung und Kompetenzen müssen im Einklang sein, um anstehende Neuerungen wohl überlegt und rasch umsetzen zu können.

Somit bildet der vorliegende Bericht die Grundlage zur Weichenstellung der zukünftigen Ausrichtung des Landesspitals und zur Überarbeitung der LLS-

Eignerstrategie. Auf dieser Basis können, vorbehaltlich der Zustimmung durch Landtag, die weiteren Detaillierungsarbeiten zügig voranschreiten.

Der vorliegende Bericht wurde auf Grundlage des Berichts des von der Regierung eingesetzten Kernteams erstellt. Der Bericht des Kernteams konnte von diesem einhellig verabschiedet werden. Wesentlich ist, dass seine Aussagen nicht nur von den Mitgliedern des Kernteams und den beigezogenen externen Experten mitgetragen werden, sondern auch von den verantwortlichen Stellen des Landesspitals. Der Stiftungsrat des LLS und die Spitalleitung waren in die Schaffung des Berichts einbezogen und haben sich kritisch damit auseinandergesetzt. Sie stehen hinter der vorgeschlagenen Neuausrichtung. Dies gilt auch und besonders für die neuen Mitglieder der Spitalleitung, Spitaldirektor Daniel Derungs und den ärztlichen Leiter, Chefarzt PD Dr. Fritz Horber, die beide überzeugt sind, auf der Basis der vorliegenden Neuausrichtung das LLS in eine gute Zukunft führen zu können.

1.2 Ausgangslage

Die politischen Diskussionen um das Landesspital sowie die vom neuen Stiftungsrat des LLS vorgenommene Situationsanalyse haben deutlich gemacht, dass eine umfassende Überprüfung der konzeptionellen Grundlagen des Landesspitals geboten ist. Die Regierung hat im Rahmen der entsprechenden Projektorganisation eine Arbeitsgruppe („Kernteam“) eingesetzt mit dem Auftrag, die Neuausrichtung des Landesspitals zu erarbeiten. Dieser Prozess läuft koordiniert mit der Tätigkeit der Besonderen Landtagskommission BLK ab, die den Prozess der Neuausrichtung des Landesspitals begleitet.

Der Landtag hat der Regierung im Rahmen der Behandlung des ersten Zwischenberichts der Regierung im Juni 2012 aufgetragen, der BLK bis Ende Oktober 2012 einen Bericht über den aktuellen Stand der Arbeiten vorzulegen. Dabei werden

substantielle Aussagen zu den strategisch zentralen Themen Eignerstrategie, Leistungsauftrag, Betriebsmodell, Leistungen, Zielmodell sowie Standort erwartet. Die Regierung kommt dem Auftrag des Landtags mit diesem Bericht fristgerecht nach, so dass die BLK ihren Bericht auf die Dezembersitzung des Landtages hin erstellen kann.

1.3 Projektplanung und –organisation

Projektplanung und –organisation sind im ersten Zwischenbericht an die Besondere Landtagskommission (BLK) vom 08. Mai 2012 dargestellt worden. Daher wird hier nicht nochmals näher darauf eingegangen.

1.4 Laufender Betrieb

Das LLS wird heute als Akutspital der Grundversorgung geführt. Neben den fest angestellten Spitalärzten in der Medizin und im Notfall, werden die übrigen Disziplinen (Chirurgie, Gynäkologie, etc.) im Belegarztsystem betrieben. Es deckt über 50% der Spitalleistungen der Grundversorgung im stationären Bereich der liechtensteinischen Bevölkerung ab. Im Jahr 2011 hat das Spital insgesamt 2475 Patientinnen und Patienten stationär behandelt.

Der von der Regierung verabschiedete Leistungsauftrag vom 18. März 2008 sieht vor, dass das LLS folgende Primärleistungen zwingend anzubieten hat:

Chirurgie mit Schwerpunkt Allgemein- und Unfallchirurgie;

- Geriatrie;
- Gynäkologie und Geburtshilfe (inkl. Neonatologie);
- Innere Medizin;
- Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates;
- Urologie;

- Palliativmedizin.

Gemäss Leistungsauftrag bietet das LLS eine Notfallversorgung sowie ein Mindestangebot an stationärer psychiatrischer Versorgung an. Zudem werden die notwendigen Support-Leistungen (u.a. in den Bereichen Radiologie und Anästhesie) sichergestellt. Neben den Primärleistungen werden weitere medizinische Dienstleistungen erbracht. Im Jahr 2011 kamen im Landesspital 223 Kinder und damit 56,5% aller Neugeborenen des Landes im Landesspital zur Welt.

Die Bettenbelegung lag 2011 bei 73%. Im Operationsaal wurden 1881 Operationen durchgeführt; die Zahl der Patienten in ambulanter Behandlung betrug 10'129. Die Erfolgsrechnung 2011 verzeichnete bei einem Gesamtaufwand von CHF 27.08 Mio. und einem Ertrag von CHF 27.73 Mio. einen Überschuss von gut CHF 650'000. Der Beitrag des Landes belief sich 2011 auf CHF 6.6 Mio. Dieser unterteilt sich in einen Anteil an den Fall- und Tagespauschalen von CHF 2.7 Mio. einerseits und einen Staatsbeitrag von CHF 3.9 Mio. Letzterer enthält unter anderem die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen in Höhe von CHF 3.2 Mio., eine Investitionspauschale von CHF 0.48 Mio. sowie die Finanzierung von Unterhalts-, Anschaffungs- und Sonderprojekten von CHF 0.77 Mio.

Es ist festzuhalten, dass es sich beim Anteil an Fall- und Tagespauschalen nicht um einen Staatsbeitrag an das LLS handelt, sondern um einen Staatsbeitrag an die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Die staatliche Subventionierung der Pflegepauschalen führt dazu, dass die Kosten der OKP verringert werden, was dem Versicherten bei der Prämienhöhe zugutekommt. Neben dem LLS subventioniert das Land Liechtenstein auch andere regionale Spitäler (KSSG, KSGR, LKH Feldkirch, Spital Grabs etc.) durch einen Anteil an den Fall- und Tagespauschalen. Das Land Liechtenstein wendet dafür pro Jahr ca. CHF 20 Mio. (2011: CHF 19.3 Mio.) auf. Dabei ist zu beachten, dass das Land Liechtenstein aufgrund eines differenzierten Verteilschlüssels beim LLS lediglich 23% der stationären

Behandlungskosten übernimmt, während bei schweizerischen Spitälern (z.B. Spital Grabs) mind. 50% übernommen werden.

Die Qualifikation der Pflorgetaxen-Subvention als Staatsbeitrag an das LLS ist nach Ansicht der Regierung nicht ganz richtig und müsste finanzhaushaltstechnisch anders verbucht werden. Der Staatsbeitrag i.e.S. beträgt somit für das Jahr 2011 CHF 3.9 Mio.

1.5 Aktuelle Entwicklungen

Das LLS steht vor grossen Herausforderungen in einem zunehmend kompetitiven Umfeld. Das auch für Liechtenstein relevante schweizerische Gesundheitssystem wird von der Politik auf Wettbewerb getrimmt. Die Konkurrenz öffentlicher Spitäler und - wie die jüngste Entwicklung zeigt - auch private Konkurrenz von Spitälern in Liechtenstein selbst - erhöhen den Wettbewerbsdruck. Gleichzeitig nimmt der finanzielle Spielraum ab. Die Staatsfinanzen verlangen Entlastungen auch im Gesundheits- und Spitalbereich und die Einführung von DRG (Diagnosis Related Groups, d.h. diagnosebezogene Fallkostenpauschalen im stationären Bereich) bringt eine Transparenz, die ineffizientes Wirtschaften sichtbar macht und damit nicht mehr zulässt. Seitens der Politik bestehen zum Teil unterschiedliche Erwartungen an das LLS, wobei die Tatsache, dass eine ganz grosse Mehrheit der Bevölkerung ein eigenständiges Landesspital mit einem substantiellen Leistungsauftrag wünscht, eine gute Basis für die Entwicklung einer angemessenen Konzeption ist.

Nicht zu übersehen ist, dass das Landesspital auch vor internen Herausforderungen steht, wobei diese zum Teil bereits erfolgreich angegangen worden sind. Am 01. Januar 2012 hat ein vollständig neu zusammengesetzter Stiftungsrat seine Arbeit aufgenommen. Nach einer ersten Sichtung der Probleme hat der Stif-

tungsrat 8 strategische Projekte definiert, die seither mit Nachdruck verfolgt werden. Dies sind:

- Spitalstrategie und Kooperationen
- Führung und Organisation
- Neuorganisation Notfall
- Einführung DRG
- Bauliche Weiterentwicklung
- Qualität und Risikomanagement
- Weiterentwicklung IT
- Kommunikation

Der Bereich „Personal“ ist vom Stiftungsrat im September des Jahres als 9. Strategiebereich definiert worden.

Der Stiftungsrat hat klar gemacht, dass er sich auf die strategische Führung des Landesspitals konzentrieren wird. Gleichzeitig hat er die Qualität als Leitmotiv seiner Tätigkeit definiert. Das LLS will nur solche medizinischen Leistungen anbieten, die es in einwandfreier Qualität erbringen kann. Zweite Grundvoraussetzung der Tätigkeit muss die Wirtschaftlichkeit der Dienstleistung sein.

Es liegt auf der Hand, dass diese zwei Hauptziele nur mit einer klugen Kooperation in der Region möglich sind. Die vom Stiftungsrat in den vergangenen Monaten geführten Gespräche haben gezeigt, dass dafür eine vertikale Kooperation mit einem der umliegenden Zentrumsspitäler (St. Gallen, Feldkirch oder Chur) zielführend ist. Die Kooperationsgespräche werden mit allen in Frage kommenden Partnern weitergeführt.

Ein wichtiges strategisches Projekt betrifft die Stärkung der Führungs- und Organisationsstruktur des LLS. Zu diesem Zweck hat der Stiftungsrat eine externe Untersuchung in Auftrag geben, welche den vermuteten Handlungsbedarf bestätigt hat. Eine als Gesamtgremium agierende Spitalleitung mit einem Spitaldirektor als CEO ist als Notwendigkeit erkannt worden gleich wie ein vollamtlicher Chefarzt für den Bereich innere Medizin. Dem ist mit der Anstellung von Daniel Derungs, einem erfahrenen Spitalmanager, sowie der Berufung von PD Dr. Fritz Horber als neuen ärztlichen Leiter entsprochen worden. Mit dieser Doppelspitze, ergänzt durch die Pflegedienstleitung und die Leitung Innere Dienste als weitere Mitglieder der Spitaldirektion, hat das LLS eine schlagkräftige Führung erhalten.

Daneben sind zahlreiche Einzelmassnahmen in Vorbereitung oder Umsetzung. So etwa im Bereich Qualitätsmanagement und Risikomanagement. Hervorzuheben ist die Bedeutung optimaler Prozesse, die über ein konsequentes Prozessmanagement mit der Schaffung integraler Behandlungspfade erreicht werden können.

Eine vom Stiftungsrat veranlasste externe Untersuchung des Notfalldienstes hat bestätigt, dass in diesem Bereich erheblicher Handlungsbedarf besteht. Massnahmen zu Verbesserungen des Notfalls sind bereits eingeleitet worden. Eine markante Verbesserung wird sich allein dadurch ergeben, dass mit dem Dienstantritt von PD Dr. Fritz Horber per 01. November 2012 ein auch im Aufbau von Notfalldiensten sehr erfahrener Mediziner sich der Sache von medizinischer Seite her annehmen wird. Daneben sind sowohl organisatorische als auch bauliche Massnahmen in Vorbereitung.

Ein wichtiges Thema betrifft die Honorierung der Belegärzte. Ziel muss es sein, marktorientierte Honorare im Rahmen eines transparenten und objektivierten Honorierungssystems festzulegen. Der Stiftungsrat hat die entsprechenden Untersuchungen in Auftrag gegeben und festgelegt, dass die Honorierung der Be-

legärzte künftig auf Basis des DRG-Systems erfolgen soll. Nun geht es darum, in Verhandlungen mit den Belegärzten der Zielsetzung entsprechende, für beide Seiten faire und angemessene Verträge auszuhandeln. Der Stiftungsrat geht davon aus, dass dies möglich sein wird.

Wie erwähnt hat der Stiftungsrat den Bereich Personal als weiteres strategisches Feld definiert. Der Personalrekrutierung und -entwicklung kommt allergrösste Bedeutung zu. Gut ausgebildetes und motiviertes Personal zu bekommen und zu erhalten ist eine der zentralen strategischen Herausforderungen, die für den Erfolg des Landesspitals entscheidend sind. Die Kooperation mit einem Zentrumsspital eröffnet auch in dieser Hinsicht gute Perspektiven.

Was die Frage der baulichen Weiterentwicklung des Landesspitals angeht, so hat sich der Stiftungsrat des LLS mit dieser Frage im ersten Halbjahr seiner Tätigkeit nicht befasst. Er war der Auffassung, dass zunächst die Hausaufgaben im oben beschriebenen Sinne zu erledigen sind. Davon unabhängig ist ein baulicher Sanierungsplan für die Sicherstellung des Akutspitalbetriebes für die nächsten 5 Jahre ausgearbeitet und beschlossen worden. Die Umsetzung ist bereits angelaufen. Nachdem nun die konzeptionellen Grundlagen für das neue LLS weitgehend ausgearbeitet sind, rückt das Thema der baulichen Weiterentwicklung des Spitals in den Vordergrund.

2. RAHMENBEDINGUNGEN

2.1 Ziele und Prämissen

Die Regierung hat im ersten Zwischenbericht an die Besondere Landtagskommission (BLK) vom 08. Mai 2012 die Strategieprämissen, den Strategieprozess und die Meilensteine aufgezeigt. Der darauf basierende Bericht und der Regierungsbericht wurden im Rahmen der Landtagssitzung vom 20. Juni 2012 in Behandlung

gezogen. Die von der Regierung erarbeiteten Prämissen und Ziele stützen sich einerseits auf die bisher gewonnenen Erkenntnissen im Rahmen der Erarbeitung des Verpflichtungskredits zum Neubau des Landesspitals, andererseits wurden die Ergebnisse der repräsentativen Meinungsumfrage vom Dezember 2011 in die Überlegungen einbezogen, um die bisherigen Erkenntnisse mit den in der Meinungsumfrage erhobenen Bedürfnissen der Bevölkerung abzugleichen und zu verifizieren. Die Meinungsumfrage bestätigte mit grosser Mehrheit, dass die Bevölkerung ein eigenständiges Landesspital wünscht (86%). In der Umfrage wurde auch der deutliche Wunsch nach Qualitätsverbesserungen zum Ausdruck gebracht, wovon vor allem die Notfallstation betroffen ist. Die Regierung hat gemeinsam mit dem Stiftungsrat die Gewährleistung einer hochstehenden Qualität als oberste Prämisse für die zukünftige Ausgestaltung des Landesspitals festgelegt. Dem grossmehrheitlichen Wunsch nach engagierter, sinnvoller Kooperation wird vor allem dadurch Rechnung getragen, dass eine vertraglich basierte enge Kooperation mit einem Zentrumsspital vorgeschlagen wird (vertikale Kooperation). Darüber hinaus fanden noch weitere Ergebnisse der Meinungsumfrage Eingang in die Überlegungen (Hybrides Betriebsmodell, Kernleistungsangebot („Mindestleistungsumfang“)). Die von der Regierung aufgestellten Ziele und Prämissen wurden positiv aufgenommen, auch die BLK äusserte sich in ihrem Bericht zustimmend zu den politischen Leitplanken.

Somit kann davon ausgegangen werden, dass die im Bericht vom 08. Mai 2012 aufgezeigten Prämissen die grundsätzliche Zustimmung des Landtags geniessen und damit das Fundament der weiteren Konzeptionierungsarbeiten bilden.

Es soll in diesem Bericht darauf verzichtet werden, die Prämissen und Ziele nochmals anzuführen, es kann auf den Bericht vom 08. Mai 2012 an die BLK verwiesen werden.

Auf zwei Aspekte wird an dieser Stelle aber speziell hingewiesen, da sie für das Verständnis und für die Ausgangslage des vorliegenden Berichtes mit von entscheidender Bedeutung sind:

2.2 Das gesetzgeberische und regulatorische Umfeld und seine Auswirkungen

Die Gesetzgebung und das regulatorische Instrumentarium bilden die Grundlage für die zuständigen Behörden zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit allen erforderlichen Leistungen im Gesundheitsbereich. Ihre konkrete Ausgestaltung setzt verschiedene staats-, ordnungs-, sozial- und gesundheitspolitische Grundsatzentscheide voraus. Aus staatspolitischer Sicht ist insbesondere über den Selbstversorgungsgrad zu entscheiden, aus ordnungspolitischer Sicht, ob das Land direkt oder indirekt selber als Leistungserbringer tätig werden will, aus sozial- und gesundheitspolitischer Sicht stellen sich insbesondere Finanzierungsfragen, namentlich das Verhältnis zwischen Steuer- und Prämienfinanzierung. Bezüglich des regulatorischen Instrumentariums ist insbesondere zu entscheiden, ob die bisherige Vertragspolitik mit das LLS ergänzenden ausländischen Leistungserbringern beibehalten werden oder auf ein System mit formeller Bedarfsplanung und Leistungsaufträgen, wie es in der Schweiz praktiziert wird, gewechselt werden soll. Als Folge des bereits realisierten und zukünftig in vermehrtem Ausmass zu erwartenden Auftretens privater Leistungserbringer im Land selber ergibt sich ein zusätzlicher regulatorischer Handlungsbedarf. Dabei ist zu beachten, dass bereits gesetzliche Rahmenbedingungen bestehen, welche eine Steuerung der akut-stationären Einrichtungen im Land ermöglichen. Art 16b Abs. 5 KVG legt fest, dass die Regierung per Verordnung auch in anderen Bereichen eine Bedarfsplanung einführen kann. Das Kernteam hat zu Handen der Regierung die Empfehlung abgegeben, die Prüfung einer Spitalplanung vorzunehmen. Die Spitalplanung wird aktuell gerade überarbeitet, diesem Umstand wird daher bereits Rechnung getragen.

Der Eigenversorgungsgrad wird in erster Linie von qualitativen und betriebswirtschaftlichen Überlegungen bestimmt. Dabei darf die volkswirtschaftliche Bedeutung nicht ausgeklammert werden: Das Landesspital hat in der heutigen Form grosse volkswirtschaftliche Bedeutung für das Fürstentum Liechtenstein. Einerseits ist durch die Gebäudeinfrastruktur und die Mitarbeitenden (ca. 170 Personen) eine primäre (direkte) Wertschöpfung gegeben (2009: CHF 19.7 Mio.)¹, andererseits findet durch Dienstleistungserbringer (Gebäudeunterhalt, Lebensmittelzulieferung, EDV etc.) eine sekundäre (indirekte) Wertschöpfung statt (2009: CHF 6.6 Mio.)². Je grösser der Eigenversorgungsgrad des Landesspitals ist, desto grösser ist die primäre und sekundäre Wertschöpfung. Werden Leistungen aus dem bisherigen Portfolio ins Ausland verlagert, verringert sich die primäre und sekundäre Wertschöpfung demensprechend. Die volkswirtschaftliche Bedeutung ist jedoch hierarchisch unter der Qualität und Betriebswirtschaftlichkeit einzuordnen, sie wirkt bei Vorliegen beider Argumente allerdings verstärkend.

2.3 Notfall- und Rettungsdienste

Auch bezüglich des Themenbereichs „Notfall- und Rettungsdienste“ beeinflussen die gesundheitspolitischen Zielsetzungen und Rahmenbedingungen die Zukunft des LLS in erheblichem Masse. Traditionell stellen die ordentliche Praxistätigkeit und der Notfalldienst der niedergelassenen Ärzte auch in dringenden Fällen den primären Zugang der Bevölkerung zu medizinischen Leistungen dar. Dies beschränkt sich jedoch auf den ambulanten Notfalldienst und bedarf aber der Ergänzung eines ambulanten und stationären Notfalldienstes mit entsprechender Infrastruktur in einem Spital. Bei Bedarf werden terrestrische und Luft-Rettungsdienste in Anspruch genommen. Wie alle anderen Leistungserbringer

¹ Prof. Dr. oec. HSG Tilman Slembeck, Volkswirtschaftliche Bedeutung der Spitalversorgung im Fürstentum Liechtenstein, 14. Februar 2011.

² Prof. Dr. oec. HSG Tilman Slembeck, Volkswirtschaftliche Bedeutung der Spitalversorgung im Fürstentum Liechtenstein, 14. Februar 2011.

haben Spitäler eine Nothilfepflicht. Ob ihnen auch eine Notfallaufnahmespflicht obliegt, ist im Rahmen ihres Leistungsauftrags festzulegen. In der Schweiz unterliegen die Spitäler mit einem öffentlichen Leistungsauftrag gemäss Art. 41a KVG generell der Aufnahmespflicht. Punktuelle Ausnahmen sind möglich, wenn der Notfalldienst hinreichend durch andere Leistungserbringer in der näheren Umgebung abgedeckt wird.

Der vorliegende Bericht geht von folgenden vorläufigen Annahmen aus:

- Der Betrieb eines eigenen Landesspitals soll nicht zuletzt auch Ausdruck des Selbstverständnisses des Landes als selbständiger Staat sein, auf dessen Gebiet alle essenziellen Gesundheitsleistungen zugänglich sein sollen. Dazu gehören auch der Notfall- und die terrestrischen Rettungsdienste. Grenzen sind dort gesetzt, wo die erforderliche Qualität nicht gewährleistet wäre.
- In Anbetracht der demografischen Entwicklung der niedergelassenen Ärzteschaft ist nicht gesichert, dass diese einen eigenen Notfalldienst mittel- oder langfristig im heutigen Umfang aufrechterhalten kann. Deshalb müssen auch flexible Lösungen, z.B. ein dem LLS vorgelagerter Notfalldienst der niedergelassenen Ärzte unmittelbar bei oder in dessen Räumlichkeiten (sog. „Badener Modell“)³ oder grundsätzliche Alternativen möglich sein.
- In ausserordentlichen Situationen wie Umweltkatastrophen, Krisen, Epidemien oder Grossunfällen muss Liechtenstein in der Lage sein, auf seinem Territorium stationäre, spitalinfrastrukturabhängige Leistungen zu erbringen. Diese können zwar regional oder überregional koordiniert und

³ So genannt nach dem Beispiel des Kantonsspitals Baden (AG), das als erstes Spital ein derartiges Modell einführte

eingebunden werden, dennoch ist eine entsprechende Spitalinfrastruktur für den Krisen- und Katastrophenfall vor Ort unerlässlich.

- Auch aus unternehmerischer Sicht sprechen mehrere Gründe für den Betrieb eines eigenen Notfalldienstes durch das LLS. Eine eigene Notfallaufnahme stärkt das Vertrauen der Bevölkerung in das eigene Spital. Erfahrungsgemäss stellt dieses Angebot auch eine wichtige Zugangspforte für stationäre Leistungen dar, woraus sich wertvolle Synergien ergeben.

Die konkrete Ausgestaltung des Notfalldienstes hängt von zusätzlichen Variablen ab, so vom übrigen Leistungsspektrum (z.B. spezifische Anforderungen beim Betrieb einer geburtshilflichen Abteilung), dem Betriebsmodell (Chef- oder Belegarztsystem bzw. Kombination davon) sowie dem Geschäftsmodell (z.B. Betrieb einzelner Fachabteilungen durch externe Partner mit hoher Präsenz eigener Ärzte für diese Bereiche – sog. "Shop-in-Shop"-Lösung). Mit "Shop-in-Shop" wird eine Kooperationsform bezeichnet, bei welcher ein Dritter Teile (z.B. eine Fachabteilung) eines Spitals auf eigenes unternehmerisches Risiko betreibt. Die Schnittstellen und finanziellen Regelungen mit dem Spital werden dabei vertraglich festgelegt und können verschiedene Intensitätsstufen umfassen (z.B. reine Mietlösung oder Bezug von medizinischen und medizin-technischen Leistungen des Spitals usw.).

3. EIGNERSTRATEGIE

3.1 Ausgangslage

Die Regierung hat im Januar 2011 im Rahmen der Umsetzung des Gesetzes vom 19. November 2009 über die Steuerung und Überwachung öffentlicher Unternehmen (ÖUSG, Corporate Governance), LGBl. 2009 Nr. 356, eine Eignerstrategie für das Landesspital verabschiedet. Die Ausgangslage gestaltet sich beim Landesspital anders als bei den übrigen öffentlichen Unternehmen: Das Land

schliesst mit dem Landesspital einen Leistungsauftrag ab. Dieser beinhaltet Art und Umfang der Leistungserbringung und bildet somit das Herzstück der Unternehmensstrategie. Leistungsauftrag und Eignerstrategie regeln zwar nicht denselben Sachverhalt, jedoch kommt es zu zahlreichen Überschneidungen. Für Ausnahmefälle sieht das ÖUSG in Art. 16 Abs. 1 vor, dass die Regierung in begründeten Fällen von der Festlegung einer Eigner- oder Beteiligungsstrategie absehen kann. Aufgrund der besonderen Konstellation wäre diese Option für das Landesspital faktisch durchaus in Betracht zu ziehen gewesen. Aus politischen Gründen wird die Regierung jedoch nicht auf eine Eignerstrategie für das Landesspital verzichten. Da beide Regulatorien beibehalten werden sollen, ist ihr reziprokes Verhältnis zu klären: Die Eignerstrategie legt fest, wie das Landesspital das im Leistungsauftrag enthaltene Angebot erfüllen muss („Wie“). Der Leistungsauftrag hingegen definiert das konkrete Leistungsangebot des Landesspitals („Was“). Die Eignerstrategie soll dem Landesspital Planungssicherheit geben, daher ist die Lebensdauer der Eignerstrategie auf längere Zeit angelegt (Regel-fall). Der Leistungsauftrag ist ein dynamisches Konstrukt und soll alle paar Jahre (3-5 Jahre) überprüft und notwendigenfalls angepasst werden. Eignerstrategie und Leistungsauftrag erfüllen also unterschiedliche Zwecke, sollen aber nahtlos ineinandergreifen und sich ergänzen. Eine messerscharfe Trennung zwischen den beiden Regulatorien ist jedoch weder möglich noch notwendig.

Mit der Abänderung des ÖUSG wurde dem Landtag eine neue Mitwirkungsmöglichkeit bei den Eigner- und Beteiligungsstrategien eingeräumt. Bisher wurden der Geschäftsprüfungskommission des Landtags die Eigner- und Beteiligungsstrategien von der Regierung nach Verabschiedung zur Kenntnis gebracht, neu sind diese dem Landtag selbst zur Kenntnis zu bringen. Dieser kann die Regierung mittels parlamentarischen Vorstössen damit beauftragen, die Strategien zu ändern. In der Übergangsbestimmung hat der Landtag festgelegt, dass bereits bestehende, von der Regierung nach altem Recht genehmigte Eigner- und Beteili-

gungsstrategien, dem Landtag bis zum 31. Dezember 2012 zur Kenntnisnahme vorzulegen sind. Daher wird auch die Eignerstrategie des Landesspitals ohnehin noch im laufenden Jahr vorzulegen sein.

3.2 Evaluation der bestehenden Eignerstrategie

Die Eignerstrategie des Landesspitals wurde einer Analyse unterzogen, welche in verschiedenen Punkten Optimierungsbedarf offengelegt hat. Da die Regierung der BLK bis Ende Oktober den Zwischenbericht unterbreiten muss, damit die BLK basierend darauf den Bericht an den Landtag bis zur Dezember-Session erstellen kann, musste aus Zeitgründen darauf verzichtet werden, die Eignerstrategie bereits vollständig auszuarbeiten. Zwischen Oktober und Dezember-Landtag wird die Regierung die Eignerstrategie erarbeiten und dem Landtag im Dezember zur Behandlung vorlegen. Dadurch können im Dezember sowohl Eignerstrategie als auch der gegenständliche Bericht in sachlichem Zusammenhang diskutiert werden. Die heutige Eignerstrategie bildet eine solide Basis, ist jedoch in einigen Punkten durchaus zu hinterfragen. Dabei ist sowohl eine formelle als auch eine materielle Überprüfung vorzunehmen.

3.3 Formelle Betrachtung

Die heutige Eignerstrategie ist bewusst kurz gehalten, da einige zentrale Bausteine des Spitalkonzepts Einzug in den Leistungsauftrag gefunden haben, während dies bei anderen öffentlichen Unternehmen mangels konkretisierendem Leistungsauftrag in der Eignerstrategie verankert wird. Formell betrachtet fehlen in der heutigen Eignerstrategie einige Elemente (z.B. Verhältnis Eignerstrategie <-> Leistungsauftrag). Der formelle Aufbau soll klarer strukturiert werden und den roten Faden liefern. Auch soll die Rolle des Eigners und das generelle Ziel der Eignerstrategie klarer definiert werden.

3.4 Materielle Betrachtung

Die in der heutigen Eignerstrategie definierten unternehmerischen und wirtschaftlichen Ziele sowie die Vorgaben zur Geschäftstätigkeit sind insgesamt zu allgemein formuliert. Die Eignerstrategie dient der Regierung nicht nur dazu, dem öffentlichen Unternehmen Vorgaben und Ziele zu setzen, die Eignerstrategie soll gleichzeitig auch das Kontrollinstrument für die Einhaltung der Vorgaben und Ziele sein. Bei der Zielsetzung ist darauf zu achten, dass das Landesspital in der unternehmerischen Freiheit nicht so stark eingeschränkt wird, dass es handlungsunfähig wird. Die Regierung hat klare Vorgaben zu machen, gleichzeitig muss dem Landesspital innerhalb der Vorgaben der notwendige Handlungsspielraum gewährt werden um schnell und wirksam reagieren zu können um dadurch die Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten.

4. TRÄGERSCHAFT

4.1 Ausgangslage

Im Rahmen der öffentlichen Diskussion des Berichts und Antrags über den Verpflichtungskredit zum Neubau des Landesspitals am bestehenden Standort wurde eingehend über Fragen der Trägerschaft debattiert. Dabei stand die Mittelbeschaffung für einen allfälligen Neubau im Zentrum: Aufgrund des angespannten Staatshaushalts und der negativen Prognosen sollte von der Regierung eine Drittfinanzierung abgeklärt werden. Aktuell wird das Spitalkonzept überarbeitet, unabhängig von der Frage der räumlichen Weiterentwicklung, so dass die Frage der Finanzierung eines allfälligen Neubaus derzeit nicht im Zentrum steht. Fragen der Trägerschaft stellen sich aber natürlich unabhängig von der Frage der Finanzierung eines Neubaus. Im Folgenden sollen dem Auftrag entsprechende Überlegungen zu möglichen Beteiligungsmodellen auf den verschiedenen Hierarchieebenen skizziert werden.

Zu bemerken bleibt, dass die Frage nach einer möglichen Finanzierung der Spitalinfrastruktur nicht in direktem Zusammenhang mit der Trägerschaft steht. Eine allfällige Finanzierung, beispielsweise durch den Staat, die AHV/IV oder auch durch private Dritte (z.B. PPP-Modell), ist separat zu beurteilen. Dies ist ein finanzwirtschaftlicher Entscheid des Landes als Eigner und gilt sowohl für die Neubau- als auch für die Sanierungsvariante.

4.2 Mögliche Formen von Beteiligungen

4.2.1 Beibehaltung Stiftung

Die Stiftung öffentlichen Rechts als Rechtspersönlichkeit hat sich in der Vergangenheit bewährt. Sie steht für die Einhaltung des definierten Stiftungszwecks und für Nachhaltigkeit über Generationen. Die Prozesse zur Entscheidungsfindung sind klar und transparent. Vor möglichen Interessenskonflikten aufgrund unterschiedlicher Auffassungen verschiedener Gesellschafter ist die Stiftung gefeit. Umgekehrt aber bietet die Stiftung keine Möglichkeit der Beteiligung Dritter. Solch eine Beteiligung würde aber helfen, andere Parteien in die unternehmerische Verantwortung langfristig mit einzubeziehen. Damit würden nicht nur die Gewinne anteilmässig verteilt, sondern jede Beteiligungsgruppe müsste sich anteilmässig an den notwendigen Investitionen über die Zeit beteiligen. Für eine zukünftige Beteiligung kämen insbesondere ein Zentrumsspital oder auch „Shop-in-Shop“-Betreiber in Frage.

4.2.2 Umwandlung der Stiftung in eine Kapitalgesellschaft

Denkbar wäre, die Stiftung Liechtensteinisches Landesspital in eine Kapitalgesellschaft (z.B. Aktiengesellschaft, Gesellschaft mit beschränkter Haftung) umzuwandeln. Dazu müsste das Gesetz über das Liechtensteinische Landesspital (LLSG) aufgehoben bzw. abgeändert werden. Das Land Liechtenstein könnte in diesem Fall entscheiden, ob Dritte an der juristischen Person beteiligt werden

sollen (wie z.B. bei der Landesbank) oder die Anteilsscheine komplett in öffentlicher Hand bleiben. Bei einer Drittbeteiligung minimiert sich das wirtschaftliche Risiko für den Staat zu Lasten der Dritten. Die Umwandlung in eine Kapitalgesellschaft führt in beiden Szenarien (mit und ohne Drittbeteiligung) dazu, dass die Flexibilität des öffentlichen Unternehmens gesteigert wird.

Nach Ansicht der Regierung besteht zurzeit kein Anlass, eine Umwandlung des LLS in eine (privatrechtliche oder auch öffentlich-rechtliche) AG vorzunehmen. Primäre Aufgabe ist es, die Neuausrichtung des Spitals erfolgreich vorzunehmen. Die Möglichkeit der Eröffnung einer Beteiligung am LLS kann sich dabei mittelfristig als sinnvolle Option ergeben, wobei eine Beteiligung vernünftigerweise erst in Frage kommen kann, wenn sich das LLS als attraktives, nachhaltig neu ausgerichtetes und erfolgreiches Unternehmen präsentieren kann. Dies wird nach Überzeugung des Stiftungsrates und der Regierung in wenigen Jahren möglich sein.

4.2.3 Beibehaltung Stiftung, Übertragung Betrieb in reine Betriebsgesellschaft

Denkbar sind auch Lösungsansätze auf einer niedrigeren Hierarchiestufe. Das Landesspital wird weiterhin als Stiftung des öffentlichen Rechts geführt, der Betrieb des Landesspitals wird jedoch von einer Betriebsgesellschaft geführt (z.B. in Form einer AG oder GmbH). Auf Stufe der Betriebsgesellschaft ist ebenfalls eine Drittbeteiligung denkbar (Belegärzte, Radiologie Südost, assoziiertes Zentrumsspital etc.). Die Stiftung hält dabei eine Mehrheit der Anteilsscheine der Betriebsgesellschaft und bleibt Eignerin der Infrastruktur. Auch dieses Szenario führt zu einer Erhöhung des Flexibilitätsgrades.

Eine mögliche Beteiligung Dritter setzt allerdings voraus, dass alle Seiten möglichst langfristige und kongruente Ziele verfolgen. Auch sollte vor einem möglichen Einstieg Dritter das LLS entsprechend aufgestellt werden, in dem Prozesse

optimiert, die Qualität erhöht und die Effizienz gesteigert wird. Erst dann kann sichergestellt werden, dass das Land Liechtenstein selbst zu fairen Konditionen Mitgesellschafter bleiben kann.

4.3 Empfehlung

Es empfiehlt sich, vorderhand die Form der öffentlich-rechtlichen Stiftung beizubehalten und notwendige, zukunftsgerichtete Massnahmen innerhalb dieses Rahmens umzusetzen. Dies beinhaltet wohlbemerkt auch die Möglichkeit für „Shop-in-Shop“-Lösungen, welche der Regierung grundsätzlich unterstützt werden, weil sie Dritte auf angemessene Weise in die unternehmerische Verantwortung miteinbeziehen. Gespräche mit potentiellen Partnern sind bereits im Gange. Allerdings sind diesbezügliche Entwicklungen im Gesamtkontext mit einem hybriden Betriebsmodell zu sehen, d.h. für „Shop-in-Shop“-Lösungen kommen primär Bereiche in Frage, welche nicht durch das Spital bzw. durch Belegärzte in adäquater Art und Weise abgedeckt werden können. Wohlbemerkt sind „Shop-in-Shop“-Lösungen mit Belegarztmodellen kombinierbar, d.h. Belegärzte können auch in solche Lösungen mit eingebettet werden. Massgebende Kriterien hierfür sind Qualität, Wirtschaftlichkeit und Einbettung in das bestehende Angebot. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass ein Belegarztmodell auch mit „Shop-in-Shop“-Lösungen kombiniert werden kann. Es gibt sehr unterschiedliche Formen und Intensitätsstufen von „Shop-in-Shop“-Lösungen. Es ist Aufgabe des Stiftungsrates für gegebenenfalls in Frage kommende Bereiche das adäquate Modell umzusetzen.

Hervorzuheben ist, dass die heutige Rechtsform der öffentlich-rechtlichen Stiftung auch einer Beteiligung des LLS an anderen Gesellschaften (Beteiligung an Drittgesellschaften, Gründung einer Tochtergesellschaft, allenfalls einer Betriebsgesellschaft) nicht im Wege steht. Für die Wahrnehmung dieser Flexibilität ist keine Rechtsänderung notwendig. Es liegt im unternehmerischen Ermessen

des Stiftungsrates als strategischem Führungsorgan, das Unternehmen LLS auf geeignete und zeitgemässe Weise zu strukturieren, wie es bei anderen staatlichen Institutionen auch der Fall ist.

5. LEISTUNGSaufTRAG

Der zukünftige Leistungsauftrag des Liechtensteinischen Landesspitals ist essentiell, da gleich mehrere weitreichende Implikationen damit verbunden sind, insbesondere

- die Konkretisierung des für das Land Liechtenstein gewünschten Eigenversorgungsgrads der Bevölkerung;
- die Qualität der Behandlung unter der Prämisse der Eigenwirtschaftlichkeit
- die Basis für einen zukünftigen Leistungsvertrag mit dem Land Liechtenstein;
- die Möglichkeiten einer Zusammenarbeit mit anderen Spitälern aus der Region;
- die Abstimmung mit dem gesetzgeberischen und regulatorischen Umfeld und seiner Auswirkungen in Zukunft;
- Arbeitsplätze und das Ausmass der sekundären Wertschöpfung im Inland.

5.1 Leistungsfelder

Als Leistungsfelder wird hier der thematische Zusammenzug von Leistungen verstanden, welche in der Regel einem einzelnen Fachbereich zugeschrieben werden können, z.B. Geburtshilfe. Ein Beispiel für ein Leistungsfeld, welches nicht einem einzelnen Fachbereich gleichgestellt werden kann, wäre der Notfalldienst oder die Anschluss- und Übergangspflege (d.h. die Pflege, welche unmittelbar im Anschluss an einen Spitalaufenthalt auf ärztliche Anordnung hin erbracht wird).

Es können drei Kategorien von Leistungsfeldern unterschieden werden:

- a. Minimale Leistungen bzw. „Mindestleistungsumfang“ bzw.
- b. Optionale Leistungen
- c. Ausgeschlossene Leistungen



Abb. 1 Übersicht Leistungskategorien

Grundsätzlich kann diese Kategorisierung nicht nur auf medizinische Fachbereiche, sondern auch auf Supportbereiche angewendet werden (z.B. EDV-Systeme, Analyseinstrumente wie bildgebende Verfahren, Ausbildung u.a.m.).

5.2 Übersicht über mögliche Geschäftsmodelle

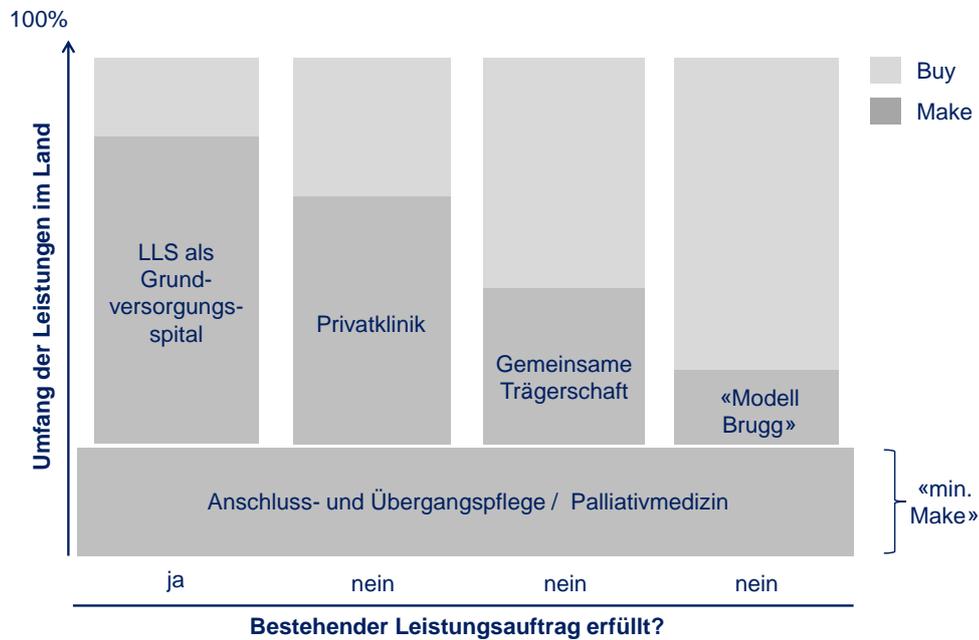


Abb. 2 Übersicht Geschäftsmodelle

Für die Herleitung eines sinnvollen und langfristig ausgelegten Leistungsauftrags für das Liechtensteinische Landesspital ist es notwendig, grundsätzlich mögliche Modelle der Leistungserbringung im Zusammenspiel mit anderen Spitälern und Kliniken zu berücksichtigen.

5.2.1 Geschäftsmodelle

Geschäftsmodelle sind Grundtypen von Spitalunternehmen, die sich unter anderem bezüglich ihrer Trägerschaft, ihrem Leistungsangebot und ihrer unternehmerischen Ausrichtung (z.B. Nonprofit oder gewinnorientiert) unterscheiden. Das Modell „LLS als Grundversorgungsspital für FL“ wird im vorliegenden Bericht im Einzelnen dargestellt.

Eine Privatklinik wird sich ihrem Geschäftsmodell entsprechend auf ausgewählte Fachbereiche fokussieren, die vorwiegend oder ausschliesslich im Belegarztsystem bedient werden.

Gemeinsame Trägerschaft bedeutet, dass verschiedene Träger, sowohl staatlicher als auch privater Natur, ein Unternehmen halten, welches an verschiedenen Orten und bei gleichzeitiger Aufteilung unterschiedlicher Fachbereiche agieren kann.

Die Bezeichnung „Modell Brugg“ weist nach dem Beispiel des dortigen Medizinischen Zentrums auf ein Geschäftsmodell hin, bei dem sich ein ehemaliges Bezirksspital auf die Erbringung ambulanter Leistungen konzentriert (vgl. www.mz-brugg.ch). Dieses Modell wird in der Folge nicht weiter dargelegt, da es mit der Prämisse der Sicherstellung der Grundversorgung für das Land Liechtenstein nicht vereinbar wäre.

Im vorliegenden Bericht wird, wie eingangs aufgeführt, vom Modell „LLS als Grundversorgungsspital für FL“ ausgegangen. Das Modell einer gemeinsamen Trägerschaft wurde in Kapitel 4 bereits behandelt. Das Modell einer Privatklinik wird mit Bezug auf Kapitel 8 für das Landesspital nicht verfolgt. Allerdings wird in Kapitel 8 die Abgrenzung zwischen Landesspital und möglichen Privatkliniken erörtert.

5.2.2 Formen der Zusammenarbeit

Es können drei grundlegende Formen einer Zusammenarbeit zwischen Spitälern (oder Kliniken) unterschieden werden:

a. Kooperation (im engeren Sinne)

Zwei Spitäler/Kliniken kooperieren miteinander, wenn sie eine bestimmte Leistung gemeinsam erbringen. Beispiel: zwei Spitäler stellen gemeinsam einen Not-

falldienst sicher, die Fälle werden beispielsweise nach Art oder auch nach Zeit (tagsüber, nachts, Wochenende) zugeteilt

b. Delegation

Eine Delegation liegt dann vor, wenn ein Spital generell die Erbringung einer bestimmten Leistung an ein anderes Spital übergibt

c. Leistungseinkauf

Leistungseinkauf liegt dann vor, wenn z.B. ein Regionalspital Leistungen von einem Zentrumsspital einkauft. Es kann dabei zwischen zwei Ausprägungen unterschieden werden (in der Folge mit röm. I bzw. II gekennzeichnet):

Leistungseinkauf I: Ein Patient wird von einem Spezialarzt aus dem assoziierten Zentrumsspital im Regionalspital vor Ort untersucht und behandelt. Der Spezialist aus dem Zentrumsspital kommt ins Landesspital und nimmt sich dem Patienten an. Vereinfacht: „Zentrum entsendet Fachspezialisten nach Liechtenstein“.

Leistungseinkauf II: Ein Patient wird von einem Spezialarzt aus dem assoziierten Zentrumsspital oder von einem Spital- bzw. Belegarzt des LLS im Zentrumsspital selbst untersucht und behandelt. Der Patient geht ins Zentrumsspital, sei es durch Überweisung durch das Liechtensteiner Landesspital oder durch Überweisung des Hausarztes oder eines anderen Arztes. Im Unterschied zu heute sind die Abläufe definiert und die Konditionen ausgehandelt. Vereinfacht: „Zentrum nimmt Patienten aus Liechtenstein zu vordefinierten Konditionen auf“.

In aller Regel kommt der Spezialarzt vom assoziierten Zentrumsspital ins Regionalspital. Nur wenn Apparaturen oder weitere Fachärzte des Zentrumsspitals benötigt werden, wird der Patient ins Zentrumsspital überwiesen.

Grundsätzlich kann auch in diesem Zusammenhang zwischen Medizinal- und Supportbereichen unterschieden werden. Unter letzteres können Personal und

Ausbildung, Qualitätsmanagement, EDV, Ferienvertretung u.a.m. fallen, letztlich mit dem primären Ziel, Fixkosten auch ausserhalb der Kernkompetenzen reduzieren zu können.

Wichtiges Element der Zusammenarbeit auf Basis eines Leistungseinkaufs ist die Tatsache, dass das Zentrumsspital nicht an „Grundversorgungspatienten“, welche auch im Regionalspital betreut werden könnten, interessiert ist, sondern sich das Interesse des Zentrumsspitals auf jene Patienten beschränkt, welche entsprechende Leistungen benötigen. Es besteht somit keine Konkurrenzsituation, d.h. kein Wettbewerb, um die gleichen Patientenfälle, sondern es bestehen klare, miteinander vereinbarte Konditionen. Dies steht somit im Unterschied zu einer Zusammenarbeit des Liechtensteinischen Landesspitals mit einem anderen Grundversorgungsspital, weil dabei grundsätzlich die gleichen Patientenfälle angesprochen werden und eine Konkurrenzsituation in diesem Sinne nicht ausgeschlossen werden kann. Auf das Thema Zusammenarbeit mit Spitälern/Kliniken in der Region wird in Kapitel 5.5 näher eingegangen.

Das Modell des Leistungseinkaufs ist nicht neu, sondern hat sich bereits vielfach bewährt. Ein erfolgreiches Beispiel aus der Region stellt die Zusammenarbeit zwischen Kantonsspital Glarus als Regionalspital sowie dem Kantonsspital Graubünden als Zentrumsspital dar. Resultat dieser erfolgreichen Partnerschaft ist, dass eine grosse Mehrzahl der Fälle in Glarus selbst betreut wird (u.a. weil Spezialisten aus Chur vor Ort Sprechstunden und auch Operationen durchführen) oder Patientinnen und Patienten ins Kantonsspital Graubünden verlegt werden. Die freie Spitalwahl wird dadurch nicht berührt, die Patienten sind nicht gezwungen, sich im Kantonsspital Graubünden behandeln zu lassen. Im Laufe der Zeit hat sich eine bewährte Zusammenarbeit als „preferred partnership“ etablieren können. Essentiell dabei war und ist, dass sich der Kanton Glarus für *einen* Partner entschieden hat, nämlich für das Kantonsspital Graubünden (und nicht beispiels-

weise für die Hirslanden-Gruppe). Die Partnerschaft ist gekennzeichnet durch eine „Win-Win-Situation“: Der Kanton Glarus erhält Zugang zu einer medizinisch hoch qualifizierten Versorgung für seine Bevölkerung. Zudem steigert die Zusammenarbeit die Attraktivität für Fachmediziner vor Ort (z.B. indem ein Anästhesist vom Kantonsspital Glarus regelmässig zu Einsätzen im Kantonsspital Graubünden berufen wird und sich mit Fachkollegen austauschen kann). Das Kantonsspital Graubünden profitiert umgekehrt von einer besseren Bettenbelegung und einer dadurch erhöhten Wirtschaftlichkeit, einer höheren Nutzungsrate an spezialisierten Apparaturen sowie erhöhter Fallzahlen (relevant für die Qualität und für Akkreditierungen im Weiterbildungsbereich). Dieses Modell soll nach Ansicht der Regierung vertieft untersucht werden.

Die dargelegte Kooperation via Leistungseinkauf mit einem Zentrumsspital erhöht auch die Attraktivität des LLS als Arbeitgeberin, da gezielt Austauschprogramme umgesetzt werden können. Dank „job rotation“ kann somit ein „job enrichment“ erreicht werden. Und auch im Bereich Ausbildung lässt solch ein Modell eine engere Zusammenarbeit zu.⁴ Damit würde insbesondere auch dem 9. strategischen Projekt zur Personalgewinnung und –entwicklung direkt Rechnung getragen und für junge FL-Ärzte würden sich zusätzliche Perspektiven bieten.

5.2.3 Mehrstufiges Modell zur Leistungserbringung

Für das Landesspital empfiehlt sich ein mehrstufiges Modell zur Leistungserbringung, welches vereinfacht wie folgt dargestellt werden kann:

⁴ Hier ist zu erwähnen, dass das LLS offiziell eine Bewilligung bei der FMH als Weiterbildungsstätte im Bereich Innere Medizin beantragt hat.

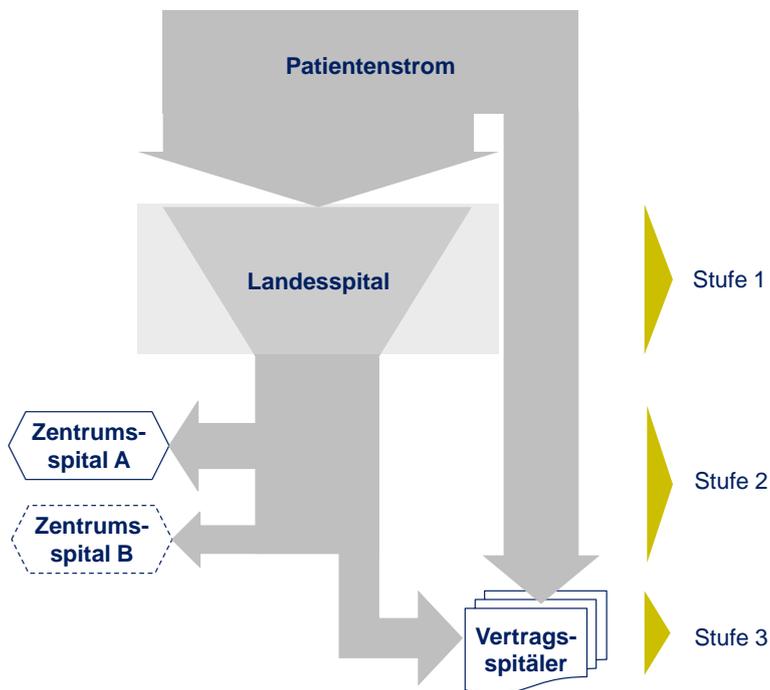


Abb. 3 Mehrstufiges Modell zur Leistungserbringung

Zu Beginn der Festlegung eines mehrstufigen Modells ist die Frage zu beantworten, welchen Grad einer medizinischen Eigenversorgung das Land Liechtenstein durch das Landesspital anstrebt und sich leisten kann bzw. leisten möchte. Die Antwort dieser Frage kann durch folgende Kriterien eingegrenzt werden:

- a) Patientensicherheit / Qualität: Die Patientensicherheit/Qualität muss für den gesamten Leistungsumfang sichergestellt werden können. Anzustreben sind qualitativ hochstehende Leistungen, welche messbar sind. Mit dem 2012 vollzogenen Beitritt zum Nationalen Qualitätsvertrag des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) hat das Landesspital einen ersten Schritt hin zur messbaren Qualitätssicherung gesetzt, weitere haben zu folgen. Das Landesspital muss ausserdem vertraglich sicherstellen, dass die Partner (Belegärzte, "Shop-in-Shop" etc.) sich in der Qualitätssicherung regelmässig weiterentwickeln und einen hohen Standard erfüllen.

- b) Profitabilität: Leistungsfelder mit positivem Deckungsbeitrag sind zu bevorzugen, um eine Profitabilität bzw. Eigenwirtschaftlichkeit des Landesspitals erzielen zu können. Die Leistungsfelder sollen in das Gesamtkonzept des LLS passen und das übrige Leistungsangebot sinnvoll ergänzen. Drei Kriterien sind bei der Auswahl von optionalen Leistungen zu erfüllen: hochstehende Qualität, Einbettung in das bestehende Angebot und Eigenwirtschaftlichkeit. Dabei sind Synergien zu nützen und Leistungen in das Portfolio bestmöglichst zu integrieren.
- c) Eigenversorgungsgrad: Der Leistungsauftrag soll derart ausgestaltet sein, dass das Landesspital den notwendigen Handlungsspielraum erhält um sich am Markt nachhaltig positionieren zu können, vorausgesetzt die Kriterien a) und b) werden vollumfänglich erfüllt.
- d) Gesellschaftspolitik: Für das Land Liechtenstein als souveräner Staat ist die Frage zu stellen, welche Leistungen erbracht werden sollen, auch wenn die Leistungserbringung isoliert betrachtet defizitär ist. Solche Leistungen müssen Kriterium a) erfüllen, verstossen gegebenenfalls bewusst gegen Kriterium b) und erhöhen den Eigenversorgungsgrad gemäss Kriterium c). Hinzuweisen ist darauf, dass eine isolierte Betrachtung eines einzelnen Leistungsbereichs nicht wirklich sachgerecht ist, weil sie Synergien mit anderen Bereichen ausser Acht lässt. Ein Spital erbringt eine Systemleistung, die in ihrer Gesamtheit zu beurteilen ist.

Bestes Beispiel für Kriterium d) ist die Geburtshilfe mit dem Argument, dass es im Land möglich sein sollte, unter bestmöglicher medizinischer Betreuung Kinder zu gebären. Dieser Bereich mit jährlich rund 200-250 Geburten ist heute bereits defizitär und wird auf Basis des zukünftigen DRG-Systems voraussichtlich noch weniger profitabel sein können. Dies gilt aber genauso für andere Regionalspitäler, da der Bereich Geburtshilfe gemäss Erfahrungen in der Schweiz erst ab rund

800 Geburten pro Jahr profitabel gestaltet werden kann⁵. Unter der Annahme, dass sich das Land Liechtenstein dessen ungeachtet genauso wie zahlreiche Regionalspitäler in der Schweiz eine Geburtshilfe im Landesspital wünscht und leisten will, stellt sich weiter die Frage, welche spezifischen Leistungen auf welche Art sicherzustellen sind, ohne dass die Kosten übermässig steigen. Gemäss dem sogenannten „Zürcher-Modell“, welches weiter unten beschrieben wird, setzt eine professionelle Geburtshilfe beispielsweise voraus, dass rund um die Uhr ein Anästhesist innert 10 Minuten vor Ort sein kann. Folglich ist es sinnvoll, Leistungen in Bereichen anzubieten, welche ebenfalls eine Anästhesiebereitschaft rund um die Uhr fordern. Gleichzeitig erlaubt diese Voraussetzung alleine aber noch keine Geburtshilfe in ausserordentlichen Situationen, d.h. dass im Falle einer sich abzeichnenden komplizierten Frühgeburt die Entbindung dennoch an ein Zentrumsspital mit spezialisierten Einrichtungen (Neonatologie) verlegt werden können muss.

Die vier Kriterien lassen sich durch folgende Grafik veranschaulichen:

⁵ Losgelöst von anderen anästhesiologischen Leistungen sollte pro Tag mit 4 Geburten gerechnet werden. Mit rund drei Geburten pro Tag können die Vorhaltekosten (Gebärsaal, Hebamme, etc.) abgedeckt werden. Bereits vor Einführung DRG wurde von der Medizinaltarifkommission in der Schweiz das Minimum auf 2 Geburten pro Tag (720 Geburten) errechnet.

Ist Profitabilität möglich?	Ja	X	✓
	Nein	X	(✓) <i>Bewusste Erhöhung Eigenversorgungsgrad u.a. aufgrund gesellschaftspolitischer Überlegungen (z.B. Geburtshilfe)</i>
		Nein	Ja
		Kann Qualität sichergestellt werden?	

Abb. 4 Kriterienmatrix

Ziel der Stufe 1 eines mehrstufigen Modells muss es demnach sein, möglichst viele Patientinnen und Patienten unter Erfüllung obiger Kriterien a) bis d) vor Ort im Landesspital untersuchen und behandeln zu können. Dabei sind folgende Optionen innerhalb dieser Stufe 1 möglich:

Stufe 1a: häufige Behandlungen ohne teure Apparaturen und ohne Zentrumsspezialisten vor Ort durch fix angestelltes LLS-Personal

Stufe 1b: häufige Behandlungen ohne teure Apparaturen und ohne Zentrumsspezialisten vor Ort durch Belegärzte

Stufe 1c: häufige Behandlungen ohne teure Apparaturen aber mit Zentrumsspezialisten vor Ort

Stufe 1c entspricht hierbei dem Modell des Leistungseinkaufs „Typ I“ (d.h. ein Spezialist aus dem Zentrumsspital kommt für Sprechstunden, für Untersuchungen und für Behandlungen ans Landesspital)

Fälle, welche nicht in dieser Stufe 1 im Landesspital behandelt werden können, müssen nach entsprechender Triage eventuell verlegt werden, so bei komplizierten Behandlungen, welche hochqualifiziertes Fachwissen sowie teure und spezielle Apparaturen voraussetzen. In diesen Fällen greift a priori die Versorgung auf Stufe 2, basierend auf dem Modell des Leistungseinkaufs bei einem (oder mehreren) Zentrumsspitalern. Dabei sind folgende Optionen innerhalb dieser Stufe 2 möglich:

Stufe 2a: komplexe Behandlungen mit teuren Apparaturen und Zentrumsspezialisten in assoziiertem Zentrumsspital

Stufe 2b: komplexe Behandlungen mit teuren Apparaturen und Belegarzt aus Liechtenstein in assoziiertem Zentrumsspital

Stufe 2 entspricht hierbei dem Modell des Leistungseinkaufs „Typ II“ (d.h. für Liechtensteiner Patientinnen und Patienten ist die Behandlung am Zentrumsspital sichergestellt und optimiert, via Zentrumsspezialisten oder Spital- bzw. Belegärzten aus Liechtenstein, welche die Infrastruktur nutzen können). Das LLS und das Zentrumsspital vereinbaren dabei auf Basis einer Rahmenvereinbarung klar definierte Schnittstellen und Prozesse, um die Zusammenarbeit für die beiden Institutionen, vor allem aber für die Patienten, möglichst reibungsfrei, effizient und effektiv gestalten zu können.

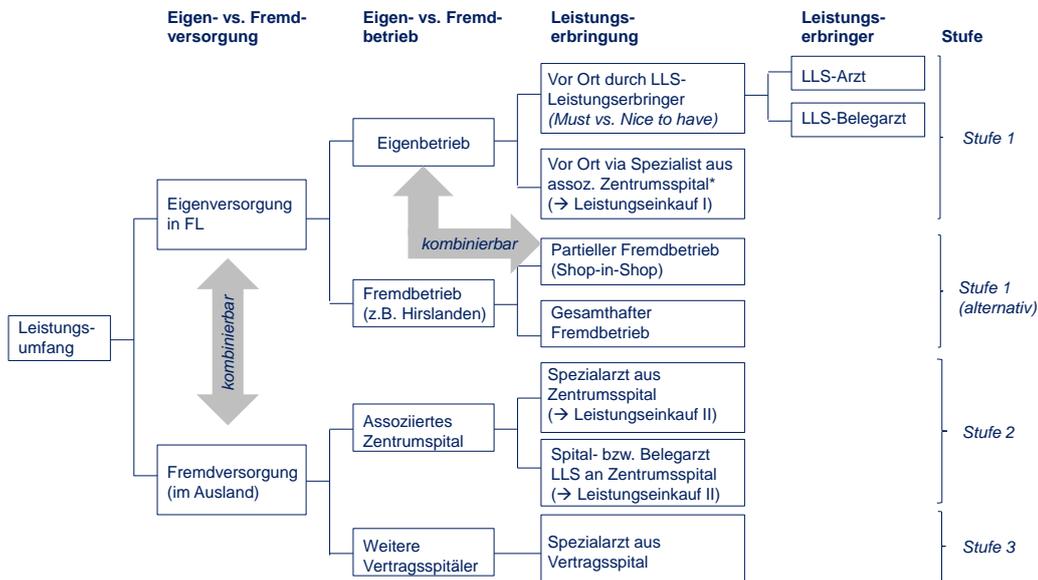
Bei der Grösse Liechtensteins und den verhältnismässig kleinen absoluten Zahlen an Patientinnen und Patienten empfiehlt sich grundsätzlich die Konzentration auf ein Zentrumsspital, um möglichst gute Konditionen im Modell des Leistungseinkaufs erzielen zu können.

Klar festzuhalten bleibt, dass die freie Spitalwahl unverändert Gültigkeit behält, jeder Patientin frei entscheiden kann, in welchem Spital er behandelt werden

will, sei es im Landesspital oder in einem Vertragsspital beziehungsweise in einem kooperierendem Zentrumsspital (z.B. Chur, St. Gallen, Feldkirch).

In Kapitel 5.2 wurden verschiedene Geschäftsmodelle dargelegt und das Modell „LLS als Grundversorgungsspital für FL“ als Basis des vorliegenden Berichts definiert. Die bisherigen Ausführungen gehen jedoch noch nicht näher auf mögliche Ausprägungen zur Leistungserbringung vor Ort im Landesspital ein. Denkbar wäre auch, dass das Landesspital nicht im Modus eines Eigenbetriebs, sondern eines Fremdbetriebs geführt würde. D.h. dass eine andere Spital- oder Klinikgruppe den Betrieb des Landesspitals übernehmen und verantworten würde. Der Fremdbetrieb könnte vollumfänglich definiert werden, so dass der gesamte Betrieb des Landesspitals an einen Dritten vergeben würde. Es sind auch partielle Fremdbetriebsmodelle denkbar, beispielsweise durch sogenannte „Shop-in-Shop“-Lösungen. Hierbei werden ein oder mehrere Bereich(e) fremd betrieben. Ein Beispiel hierfür wäre der Betrieb der Orthopädie oder der Urologie durch einen hierfür spezialisierten und darauf fokussierten Leistungserbringer.

Die folgende Grafik illustriert die möglichen Modelle zur Leistungserbringung in vereinfachter Form und nimmt gleichzeitig Bezug auf die beschriebenen Stufen 1-3 des mehrstufigen Modellansatzes.



* Bei Zentrumsspital wird hier in der Einzahl gesprochen, obschon in Wirklichkeit ein oder mehrere Zentrumsspitäler für eine Kooperation in Frage kommen.

Abb. 5 Modelle zur Leistungserbringung

Die Grafik beschränkt sich dabei auf eine Spitalsicht für stationäre Leistungen. Selbstverständlich ist zu definieren, wie im Rahmen solch eines Modells die Zusammenarbeit mit ambulanten Angeboten ausserhalb des Landesspitals (insbesondere mit den Arztpraxen), optimal aufgestellt werden kann.

5.2.4 Anforderungen und Qualitätssicherung in der Leistungserbringung

Die Qualität der erbrachten Leistungen muss oberste Priorität geniessen. Dabei stellt sich die Frage, welche Anforderungen erfüllt sein müssen, um eine möglichst hohe Qualität in der Leistungserbringung sicherstellen zu können.

Bei der Festlegung dieser Anforderungen ist es ratsam, das Rad nicht neu erfinden zu wollen, sondern auf breit abgestützte und in der Fachwelt anerkannte Modelle zurück zu greifen. Das anerkannteste Modell in der Schweiz hierzu ist die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelte Systematik („Zürcher Modell“). Mit der Kurzbezeichnung „Zürcher Modell“ wird die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelte und in weiten Teilen der

Schweiz verwendete methodische Grundlagenarbeit umschrieben, welche für die Belange der Versorgungsplanung die Zusammenhänge zwischen Fachgebieten, den hierfür zu erfüllenden Bedingungen bezüglich Ärztedotation, Intensivpflegeeinrichtungen, Notfallvorhalteleistungen, Mindestmengen usw. systematisch gegliedert festlegt.

Das „Zürcher Modell“ unterscheidet zwischen zwei Basisausstattungen für Spitäler, abhängig von der Frage, ob ein Spital eine Notfallstation umfasst („Basisausstattung“, BA) oder nicht („Basisausstattung Elektiv“, BAE). Spitäler mit Notfallstation und den Anforderungen einer Basisausstattung müssen mehr Bedingungen erfüllen als Spitäler ohne Notfallstation und nur mit Anforderungen einer Basisausstattung elektiv. Spitäler, die nur in „elektiven“ Leistungsbereichen tätig sind, können demnach ohne Notfallstation betrieben werden (z.B. kann dies für die Leistungsgruppen HNO, Ophthalmologie, Urologie, Bewegungsapparat und Rheumatologie zutreffen, wobei innerhalb jeder Gruppe entscheidend ist, welche Leistungen angeboten werden; je nach dem fordert auch eine aufgeführte Leistungsgruppe eine Notfallstation).

Die folgende Grafik zeigt einen Ausschnitt aus den Anforderungen einer Basisausstattung (BA) im Vergleich zu einer Basisausstattung elektiv (BAE). Die rot umrandete Basisausstattung für Spitäler mit Notfall gilt insbesondere auch für Regionalspitäler.^{6,7}

⁶ Alle folgenden Grafiken sind lediglich Ausschnitte; somit erlauben auch die rot markierten Felder nur Teileinblicke in die Spezifikationen des „Zürcher Modells“

⁷ Leitung durch Facharzt kann durch Spital- bzw. Belegarzt wahrgenommen werden (d.h. es muss sich nicht um einen Chefarzt handeln).

<i>Anforderungen an Basisausstattung</i>	<i>Basisausstattung für Spitäler mit Notfall BA</i>	<i>Basisausstattung elektiv für Spitäler ohne Notfall BAE</i>
Ärztliches Personal	Medizinische Klinik geleitet durch Facharzt Innere Medizin, Chirurgische Klinik geleitet durch Facharzt Chirurgie, Anästhesie, Verfügbarkeit Fachärzte Level 3	Ärztliche Betreuung rund um die Uhr
Notfall	Level 1	
Intensivstation	Level 1	
Laborbetrieb	365 Tage; 24 Stunden	7-17 Uhr
Radiologie mit Röntgen und CT	365 Tage; 24 Stunden. CT-Befund in 30 Minuten durch Assistenzarzt Radiologie (mind. 2 Jahre Erfahrung als Assistenzarzt Radiologie) oder bei medizinischer Notwendigkeit durch Facharzt	
Kooperation mit Spital mit Notfallstation		Die Überweisung von spitalinternen Notfällen in ein Spital mit Basisausstattung für Spitäler mit Notfall muss sichergestellt sein.
Kooperation mit Spital oder Konsiliararzt	Infektiologie Psychiatrie oder Psychosomatik	Infektiologie
Palliative-Care-Basisversorgung	Die Palliative Care setzt ein spezifisches Verständnis für den Palliativpatienten, seine Erkrankung, die Begleitumstände seiner Erkrankung und seiner Bedürfnisse sowie eine entsprechende Grundhaltung gegenüber dem Patienten, beim ärztlichen und pflegerischen Personal voraus.	

Abb. 6 Zürcher Modell: Anforderungen an Basisausstattung

Aus der Grafik ist beispielsweise erkennbar, dass ein Spital mit Notfall im Laborbetrieb einen 365x24h Laborbetrieb gewähren müssen, wohingegen beim Spital ohne Notfall ein Laborbetrieb von 7-17 Uhr genügt.

Verschiedentlich werden die Anforderungen anhand von unterschiedlichen Levels definiert. Im obigen Ausschnitt wird beispielsweise die Verfügbarkeit des ärztlichen Personals auf Level 3 gesetzt und kurz umschrieben. Dieser Level 3 (rot umrandet) wird in der untenstehenden Tabelle aber noch genauer spezifiziert und hält u.a. fest, dass Fachärzte aus der jeweiligen Leistungsgruppe jederzeit erreichbar sein müssen.

Verfügbarkeit der notwendigen Fachärzte		
Level 1	FA Erreichbarkeit <60min oder Verlegung	Fachärzte ¹ (Konsiliarärzte) sind innert 60 Minuten erreichbar oder der Patient wird an das nächste Spital mit der entsprechenden Leistungsgruppe verlegt.
Level 2	FA Intervention <60min	Die Fachärzte ¹ aus der jeweiligen Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten durch den Facharzt erbringbar oder ausnahmsweise anderweitig sichergestellt.
Level 3	FA Intervention <30min	Die Fachärzte ¹ aus der jeweiligen Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 30 Minuten erbringbar.
Level 4 (nur Geburt)	FA Intervention <10min	Nur für die Geburtshilfe, 24-Std.-Betrieb: Die Geburtshilfe wird von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 10 Minuten) geführt.

¹ Fachärzte oder Ärzte mit entsprechender Facharztqualifikation

Abb. 7 Zürcher Modell: Verfügbarkeit der notwendigen Fachärzte

Am Beispiel des Notfalls gilt gemäss obiger Tabelle Level 1 als Minimalanforderung. Die Spezifikationen dieses Levels lassen sich aus folgender Grafik (Auszug) ablesen und schreiben u.a. vor, dass Ärzte mit Facharztqualifikation in Medizin und Chirurgie dem Notfall von 7-17 Uhr zur Verfügung stehen, Assistenzärzte dieser beiden Bereiche von 17-7 Uhr.

Bietet ein Spital auch eine Geburtshilfe an, so ist zusätzlich der entsprechende Level einzuhalten. Wie in untenstehender Grafik ganz rechts ersichtlich, ist dabei beispielsweise sicherzustellen, dass innert 10 Minuten ein Anästhesist beigezogen werden kann.

*Minimalanforderung, d.h. optional
z.B. auch auf 21 Uhr festlegbar*

Anforderungen	Level 1	Level 2	Level 3	Level Geburtshilfe
Ärztliche Versorgung Notfall	7-17 Uhr: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung (multifunktionaler Spitaleinsatz). 17-7 Uhr: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.	7-17 Uhr: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehendem Notfall in erster Priorität zur Verfügung. 17-7 Uhr: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.	24-Stunden: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung.	24-Stunden: Die Geburtshilfe wird von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 10 Minuten) geführt. Die Notfallsektion hat in < 15min zu erfolgen (d.h. vom Entscheid bis zur Entbindung (sogenannte EE-Zeit))
Am Spital zwingend notwendige Fachdisziplinen	Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: - Innere Medizin (in 30 Minuten ¹) - Chirurgie (in 30 Minuten ¹) - Anästhesie (in 15 Minuten)		Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: - Anästhesie (im Hause) - Intensivmedizin (im Hause)	Beizug von Fachärzten / Hebammen bei medizinischer Notwendigkeit: - Anästhesie (in 10 Minuten) - Hebammen: 24 Std. vor Ort

¹ Eine stete Präsenz im Haus ist nicht notwendig.

Abb. 8 Zürcher Modell: Anforderungen an Notfallbereich, inkl. Bereich Geburtshilfe

Bietet das LLS zukünftig sowohl eine Notfallversorgung als auch eine Geburtshilfe an, so sind beide rot markierten Anforderungen aus obiger Grafik zu erfüllen.

In der Ausgangstabelle, Abbildung 6, ist ferner ersichtlich, dass hinsichtlich Intensivstation ein Level 1 vorgeschrieben wird. Dieser Level bedeutet nun aber nicht eine Intensivstation im engeren Sinne (dies wäre für ein Regionalspital bzw. für ein LLS kaum wirtschaftlich zu betreiben), sondern vielmehr eine „postoperative Überwachung“ bzw. ein „Überwachungsraum“, gemäss Schweizerischer Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) entsprechend als Intermediate Care (IMC) be-

zeichnet.

Anforderungen	Level 1 Intermediate Care (IMC)	Level 2 Intensivstation (IS) lt. SGI	Level 3 Intensivstation (IS)
Basis-Richtlinien	Provisorische Definition: Die Intermediate Care (IMC) ist eine Abteilung innerhalb eines Spitals und stellt das Bindeglied zwischen einer Intensivstation und einer Bettenstation dar bzw. ist eine Überwachungsstation ohne SGI-Anerkennung. Die IMC ist für Patienten konzipiert deren Erkrankung einen hohen Überwachungs- und Betreuungsaufwand verursacht, die jedoch nicht im eigentlichen Sinne intensivpflichtig sind, d.h. eine längerfristige Beatmung benötigen. Die exakte IMC-Definition ist derzeit in Bearbeitung durch die SGI. Sobald diese Richtlinien veröffentlicht sind, werden sie geprüft und soweit zweckmässig übernommen.	Die Richtlinien vom 1.11.2007 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI sind einzuhalten.	

Schweizerische Gesellschaft
für Intensivmedizin

* Beispiele: Dermatologie, Hals- und Gesichtschirurgie, Neurochirurgie; Gegenbeispiel: Ophthalmologie (sofern nicht unter AUG2 fallend)

Abb. 9 Zürcher Modell: Anforderungen an Intensivstation

Die bisherigen Ausführungen legen gewissermassen nur die Basis des „Zürcher Modells“ dar. Denn das Modell hält pro Leistungsgruppe fest, welche Anforderungen zu erfüllen sind, um den Qualitätsstandards des „Zürcher Modells“ gerecht zu werden. Abbildung 10 zeigt für die drei beschriebenen Kriterien Verfügbarkeit Facharzt, Notfall und Intensivstation, welche Level für welche Leistungsgruppe erfüllt sein müssen. Auch wird spezifiziert, ob eine Basisausstattung Elektiv (BAE) genügt, oder eine Basisausstattung (BA) vorausgesetzt wird. Beispielsweise fordert die Leistungsgruppe „Dermatologie allgemein“ (DER0) eine Basisausstattung und einen Notfall gemäss Level 1. Umfasst das Leistungsangebot auch Geschlechtskrankheiten (DER1), so muss hinsichtlich Notfall Level 2 erfüllt sein. Bei schweren Hauterkrankungen (DER1.2) muss auch die Intensivstation einen Level 2 erfüllen.

Leistungsgruppen-systematik Bern (März 2011)		Kürzel	Bezeichnung	Basisaus-stattung	FMH Facharzt / Schwerpunkt	Verfü-gbarkeit Facharzt	Notfall	Intensiv-station
Basisausstattung für Spitäler		BA	Basisausstattung für Spitäler mit Notfall		Medizinische Klinik geleitet durch einen Facharzt Innere Medizin, Chirurgische Klinik geleitet durch einen Facharzt Chirurgie,	1	1	1
		BAE	Basisausstattung elektiv für Spitäler ohne Notfall			2		
Haupt-bereiche	Leistungs-bereiche	Leistungsgruppen		Basisaus-stattung	FMH Facharzt / Schwerpunkt	Verfü-gbarkeit Facharzt	Notfall	Intensiv-station
		Kürzel	Bezeichnung					
Nerven-system & Sinnes-organe	Dermatologie	DER0	Dermatologie allgemein	BA	(Dermatologie und Venerologie)	1	1	1
		DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	BA	(Dermatologie und Venerologie)	1	2	1
		DER1.1	Dermatologische Onkologie	BA	(Dermatologie und Venerologie)			
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen	BA	(Dermatologie und Venerologie)	2	2	2	
	Hals-Nasen-Ohren	HNO0	Hals-Nasen-Ohren allgemein	BAE oder BA	(Oto-Rhino-Laryngologie)	1 mit BA, 2 mit BAE	0	0
		HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	BAE oder BA	(Oto-Rhino-Laryngologie)	2	0	0
HNO1.1		Hals- und Gesichtschirurgie	BAE oder BA	(Oto-Rhino-Laryngologie)	2	0	1	

Abb. 10 Zürcher Modell: Leistungsgruppensystematik

Somit ist das „Zürcher-Modell“ ein sehr leistungsfähiges, etabliertes und de facto schweizweit anerkanntes Modell, welches hilft, je nach Leistungsspektrum verbindliche minimal zu erfüllende Qualitätsstandards abzuleiten. Zur Schaffung der notwendigen Kreditibilität und Akzeptanz, aber auch zur Verbesserung der Reputation, wird sich das zukünftige LLS daran messen lassen, d.h. die entsprechenden Anforderungen gemäss „Zürcher-Modell“ erfüllen müssen.

5.3 Zukünftiger Leistungsauftrag LLS

Bei der Herleitung und Festlegung des zukünftigen Leistungsauftrags des Landesspitals sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen:

- Grundversorgung: Welche Bereiche der Grundversorgung sollen durch das Landesspital abgedeckt werden?
- Eigenversorgungsgrad: Welcher Grad der Eigenversorgung der liechtensteinischen Bevölkerung soll erreicht werden?
- Qualität: Für welche Bereiche können die notwendigen Anforderungen zur Sicherstellung einer möglichst hohen Qualität eingehalten werden?

- Profitabilität: Welche Bereiche können profitabel geführt werden (d.h. eigenwirtschaftlich mit positiven Deckungsbeitrag)? Welche defizitären Bereiche werden ggf. bewusst in Kauf genommen?
- Leistungserbringung: Wie können die Leistungen der definierten Bereiche optimal erbracht werden?

Darauf aufbauend können drei Kategorien an Leistungen definiert werden:



Abb. 11 Übersicht Leistungskategorien konzeptionell

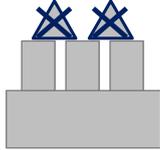
1. Mindestleistungsumfang: Diese Leistungen definieren den minimal angestrebten Eigenversorgungsgrad in der Grundversorgung der Bevölkerung Liechtensteins. Aus Basis einer Leistungsvereinbarung mit dem Land muss das Landesspital diese Leistungen erbringen oder sicherstellen.
2. Optionale Leistungen: Diese Leistungen können angeboten werden. Die Gestaltungsmöglichkeiten liegen hier in der Kompetenz des Stiftungsrates des

Landesspitals, wobei optionale Leistungen einen positiven Deckungsbeitrag leisten können müssen. Die Leistungsfelder sollen in das Gesamtkonzept des LLS passen und das übrige Leistungsangebot sinnvoll ergänzen. Drei Kriterien sind bei der Auswahl von optionalen Leistungen zu erfüllen: hochstehende Qualität, Einbettung in das bestehende Angebot und Wirtschaftlichkeit. Dabei sind Synergien zu nützen und Leistungen in das Portfolio bestmöglichst zu integrieren.

3. **Ausgeschlossene Leistungen:** Diese Leistungen werden ausgeschlossen. Der Ausschluss soll aber alle paar Jahre überprüft werden.

5.3.1 Empfehlung zum Umfang zukünftiger Leistungen

In Kombination der dargelegten Aspekte zum zukünftigen Leistungsauftrag mit den drei beschriebenen Kategorien lässt sich ein möglicher und sinnvoller Umfang der zukünftig am Landesspital angebotenen Leistungen wie in folgender Grafik dargestellt definieren:

	Leistungsumfang	Beispiele
	Minimale Leistungen («Mindestleistungsumfang»)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Innere Medizin inkl. «Altersmedizin» ▪ Allgemeine Chirurgie ▪ Geburten/Gynäkologie ▪ Anschluss- und Übergangspflege ▪ Palliativ Medizin ▪ Spezialistensprechstunden¹ ▪ Notfallstation ▪ Notwendige Supportbereiche²
	Optionale Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orthopädie ▪ Chirurgie Spezialgebiete³ ▪ Urologie ▪ ... (zu definieren)
	Ausgeschlossene Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Invasive Kardiologie ▪ Herzchirurgie ▪ «Grosse» Viszeralchirurgie ▪ Organtransplantationen ▪ ...

¹ Entweder mit Belegarzt oder Spezialarzt aus Zentrumsipital

² z.B. Radiologie, Labor, Physiotherapie

³ Zur Auslastung notwendiger Infrastruktur im Zusammenhang mit Angebot Geburtshilfe/Gynäkologie oder auch Notfall

Abb. 12 Übersicht Leistungskategorien konkret

Die Leistungen der Kategorie Mindestleistungsumfang lassen sich wie folgt spezifizieren:⁸

- Innere Medizin inkl. „Altersmedizin“: Das Fachgebiet der Inneren Medizin ist die Disziplin, welche bei erwachsenen Patienten Prävention, Diagnostik und medizinische Behandlung der meisten Erkrankungen von inneren Organen im Spital umfasst. In diesem Rahmen wird auch ein Fokus auf die Altersmedizin gelegt, welche die auf besondere Bedürfnisse ausgerichtete Grundhaltung bei allen ärztlichen, pflegerischen und therapeutisch-technischen Leistungen im Zusammenhang mit älteren Menschen berücksichtigt. Spezifisch zählen Leistungen wie geriatrische Assessments, Konsi-

⁸ Ob wie im geltenden Leistungsauftrag auch Mindestleistungen im Bereich Psychiatrie vorzusehen sind, wird derzeit noch geprüft.

lien für Problemfälle sowie die geriatrische Fort- und Weiterbildung für die Region dazu.

- **Allgemeine Chirurgie:** Die Allgemeinchirurgie umfasst das Gebiet der chirurgischen Grundversorgung. Darüber hinausgehende spezialisierte Leistungen werden Fächern wie der Viszeralchirurgie, der Herzchirurgie, der Orthopädie und Unfallchirurgie, der Thoraxchirurgie usw. zugeordnet.
- **Geburtshilfe / Gynäkologie:** Die Gynäkologie umfasst konservativ und operativ zu behandelnde Erkrankungen des weiblichen Urogenitaltrakts. In der Geburtshilfe werden Frauen im Rahmen während der Schwangerschaft mit der Leitung des Geburtsverlaufs und Schnittentbindungen und dem Wochenbett medizinisch versorgt.
- **Anschluss- und Übergangspflege:** Dieser Bereich umfasst die Pflege, welche unmittelbar im Anschluss an einen Spitalaufenthalt auf ärztliche Anordnung hin erbracht wird. Dies kann auch die Übernahme von Patienten von Kooperationsspitälern bedeuten.
- **Palliativmedizin:** Dieser Bereich bezeichnet die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Diese Aufgabenstellung erfordert einen stark interdisziplinären Ansatz, welcher zur Gewährleistung von palliativen Behandlungszielen u.a. Dienstleistungen der Inneren Medizin, allgemeinen Chirurgie und Anästhesie beinhalten kann.
- **Spezialsprechstunden:** Zur Gewährleistung einer ganzheitlichen Betreuung von Patienten der Grundversorgung werden konsiliarisch Spezialisten her-

angezogen. Dies umfasst auch eine wohnortnahe Versorgung von liechtensteinischen Patienten, die sonst in Zentrumsspitalern im Ausland erfolgt. Dies kann durch den Einsatz von Belegärzten oder im Rahmen von Kooperationen mit einem Zentrumsspital erreicht werden, welche den Spezialisten z.B. an einem Tag pro Woche am LLS entsendet. Dies nach dem Prinzip „der Spezialist kommt zum Patienten und nicht der Patient geht zum Spezialisten“.

- Notfallstation: Diese gewährt Notfällen der ambulanten und stationären Versorgung eine kompetente und zeitgerechte Versorgung und Triage.
- Notwendige Supportbereiche: Diese umfassen die für die Diagnostik und Therapie notwendigen Dienste wie Radiologie, Labor, Physiotherapie, Ergotherapie.

Wie aufgezeigt bedeutet dies nicht, dass alle diese Bereiche mit ihren Leistungen am Landesspital selbst erbracht werden müssen. Vielmehr soll in der Leistungserbringung das Modell des Leistungseinkaufs im Rahmen eines mehrstufigen Modells zum Tragen kommen.

Dieser Leistungsumfang muss an den aufgestellten Kriterien reflektiert werden.

- Grundversorgung: Die Leistungen einer für die Gegebenheiten des Landes Liechtenstein ausgerichteten Grundversorgung sind im Rahmen des Mindestleistungsumfangs inkludiert.
- Eigenversorgungsgrad: Darüber hinaus können durch das Landesspital weitere Bereiche als optionale Leistungen abgedeckt werden, welche den Eigenversorgungsgrad signifikant zu erhöhen vermögen. Beispielsweise werden heute rund zwei Drittel aller orthopädischen Eingriffe von Patientinnen und Patienten des Landes Liechtenstein im Landesspital erbracht.

- **Qualität:** Alle aufgeführten Bereiche müssen sich an den Anforderungen gemäss „Zürcher Modell“ orientieren und diese entsprechend erfüllen. Die Erkenntnisse aus der Machbarkeitsanalyse (siehe Kapitel 5.4) zeigen, dass diese Anforderungen durchaus erfüllt werden können und dass auch die dafür notwendigen minimalen Mengengerüste zu erreichen sein müssten, um entsprechend positive Deckungsbeiträge leisten zu können. D.h. Ziel kann es nicht sein, Qualität zu jedem Preis zu bieten. Würden die Kosten für die Sicherstellung der notwendigen Qualitätsstandards zu hoch, so müsste auf ein Angebot im entsprechenden Bereich verzichtet werden. Unter Berücksichtigung des Wunsches der Bevölkerung und des Verständnisses eines souveränen Staates nimmt die Geburtshilfe hier eine Sonderstellung ein. Dieser Bereich ist weder mit den heutigen noch mit den zukünftig erreichbaren Mengengerüsten profitabel zu gestalten. Dies zeigt die Erfahrung aus vielen anderen kleinen Spitälern. Das Angebot einer Geburtshilfe ist aber darüber hinaus auch ein wichtiges Element zur Steigerung der Reputation des Landesspitals – höchste Qualität vorausgesetzt – gerade auch durch eine „Kundenbindung ab dem ersten Tag“. Und in Kooperation mit einem Zentrumsspital auf Basis Leistungseinkauf, wie in Kapitel 5.2.2 dargelegt, kann zukünftig eine höchstmögliche Qualität sichergestellt werden.
- **Profitabilität:** Auch hier zeigen die Erkenntnisse aus der Machbarkeitsanalyse (siehe Kapitel 5.4), dass der dargestellte Leistungsumfang in einer Gesamtbetrachtung nachhaltig profitabel gestaltet werden kann, auch wenn nicht jeder Bereich per se einen positiven Deckungsbeitrag zu leisten vermag.

Leistungserbringung: Die Leistungserbringung soll durch ein mehrstufiges Modell sichergestellt werden, wie in Kapitel 5.2.3 beschrieben. Geplant ist, dass der Mindestleistungsumfang grundsätzlich in Eigenregie erbracht würde, d.h. durch angestellte Ärztinnen und Ärzte beim Landesspital kombiniert mit einem Beleg-

ärztesystem und basierend auf einem Leistungseinkaufsmodell mit einem assoziierten Zentrumsspital. Für gewisse Bereiche wird der Stiftungsrat auch „Shop-in-Shop“-Modelle prüfen, deren Sinnhaftigkeit vor dem Hintergrund der Verfügbarkeit geeigneter Belegärzte und eines geeigneten „Shop-in-Shop“-Partners zu beurteilen sein wird.

5.3.2 Gründe für eine eigene Notfallstation

Das Thema einer Notfallstation ist ein zentrales Thema in der Neuausrichtung des Landesspitals. Dies hat mehrere Gründe:

- Die Notfallstation des Landesspitals hatte über die letzten Jahre grössere Probleme und dadurch nicht den besten Ruf in der Bevölkerung. Zwischenzeitlich hat die Spitalleitung aber bereits wichtige Änderungen eingeleitet, um eine angemessene Versorgung und Qualität sicherstellen zu können. Diesbezüglich wurden auf konzeptioneller, personeller und baulicher Ebene Schritte eingeleitet:
 - Auf konzeptioneller Ebene wurde in einer extern begleiteten Arbeitsgruppe ein Bericht erarbeitet, welcher neben Aufnahme der Ist-Situation die Prüfung verschiedener Szenarien vornimmt und für das LLS notwendigen Massnahmen beleuchtet (Bericht: „Grundversorgungs-Notfall im Bereich Medizin“, Anhang 1). Beurteilt wurden drei Szenarien: Grundversorgungsnotfall mit eigenen Ärzten; Grundversorgungsnotfall mit hausärztlichem Notfalldienst am Spital; Verzicht auf Notfall. Zu jedem Szenario wurden Markt- und Wirtschaftlichkeitsabschätzungen vorgenommen. Der Bericht kommt zum eindeutigen Ergebnis, dass in jedem Fall ein Notfalldienst, integriert in den im Ausbau befindlichen Bereich Innere Medizin, vorgesehen werden soll.
 - Ziel des strategischen Projekts „Notfall“ ist einerseits die Sicherstellung einer konstant kompetenten, qualitativ hochstehenden und patienten-

freundlichen Notfallversorgung im Rahmen der Grundversorgung, ohne Einsatz einer hochtechnisierten Medizin. Andererseits und ebenso wichtig ist die Identifikation von Schnittstellen, welche Vereinbarungen mit umliegenden Institutionen bedürfen, um allfällige komplexe, nicht von LLS zu behandelnde Fälle ebenfalls zeit- und patientengerecht einer gut organisierten Versorgung ausserhalb des LLS zuzuführen. Letztlich geht es zum Aufbau einer Vertrauensbasis für die Leistungen am LLS-Notfall auch darum, dass bei Leistungserbringern und der Bevölkerung Klarheit herrscht, was der Notfall des LLS leisten kann und was nicht. In diesem Sinne wurde in einer Sofortmassnahme das momentane Leistungsspektrum des Notfalls definiert und über die Landeszeitungen bekanntgemacht. In einer späteren Phase, wenn alle notwendigen strukturellen Massnahmen und Ressourcen aufgebaut sind, ist der Kommunikation noch grösseres Gewicht beizumessen (Vorträge, Flyer, etc.).

- Auf personeller Ebene wurden erste Vorkehrungen im medizinischen und pflegerischen Bereich getroffen. Auf medizinischer Ebene konnte mit der Verpflichtung von PD Dr. Fritz Horber ein Chefarzt gewonnen werden, welcher den Leistungsausweis des erfolgreichen Aufbaus von zwei Notfallstationen an renommierten Schweizerischen Kliniken - beide im Belegarztumfeld und auch im Umfeld von anspruchsvollen Patienten tätig - mitbringt. Die Einleitung einer Verankerung als von der FMH anerkannte Weiterbildungsstätte wird im Weiteren helfen, dass die Attraktivität des Arbeitsplatzes für Ärzte in der Position von Spital- und Assistenzärzten gesteigert werden kann. In der pflegerischen Leitung des Notfalls am LLS konnte das Team mit einer in der Notfallpflege spezialisierten und persönlich geeigneten Fachperson verstärkt werden. Mit der neuen personellen Ausrichtung werden die

Voraussetzungen für eine erfolgreiche Reorganisation und qualitative Weiterentwicklung des Notfalls am LLS geschaffen.

- Um eine qualitativ hochstehende Notfallversorgung am LLS sicherzustellen, ist auch die Optimierung der räumlichen Verhältnisse notwendig. Diesbezüglich wurde unter der Leitung des neuen Spitaldirektors eine Arbeitsgruppe eingesetzt, welche die bestehenden räumlichen Verhältnisse überprüft und die für eine Verbesserung der Notfallversorgung am LLS dienlichen Veränderungen vorschlagen wird.
- Das Spital Grabs in unmittelbarer Nähe hat eine über die Schweizer Grenzen hinaus anerkannte Notfallstation und wird seit langer Zeit von der liechtensteinischen Bevölkerung stark genutzt.
- Bestimmte Notfälle müssen auch heute direkt an eines der Zentrumsspitäler Chur, St. Gallen, Feldkirch weitergeleitet werden.
- Der Notfalldienst durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stösst immer mehr an seine Grenzen, da immer weniger Ärztinnen und Ärzte die notwendigen Voraussetzungen erfüllen und zur Verfügung stehen. Obschon vor wenigen Jahren ein neues Notfallkonzept erarbeitet worden war, bei welchem Anrufe in der Nacht auf das Landesspital umgeleitet werden, sind die Zahlen notfalldienstleistender Ärztinnen und Ärzte weiterhin rückläufig und haben einen kritischen Stand erreicht. Ein zukünftiges Modell zur Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Notfallversorgung der Bevölkerung hat folglich diese Ausgangslage mit zu berücksichtigen. Verschiedene Ansätze sind dabei denkbar und könnten mit dem dargelegten Leistungsauftrag des Landesspitals in Einklang gebracht werden. So zum Beispiel das sogenannte Badener-Modell: In der Region Baden (Aargau) wird die ambulante ärztliche Notfallversorgung zentral in einer von Haus- und Spitalärzten gemeinsamen Notfallpraxis im Kantonsspital Baden geführt. Die Sicherstellung der Hausbesuche erfolgt durch einen

Hintergrunddienst. Ziel ist eine Entlastung des Spitals von nicht spitalbedürftigen Patienten sowie eine Reduktion der grossen Notfalldienstlast der Hausärzte. Nachts gehen sämtliche Behandlungen über die Spitalnotfallstation. Die mitwirkenden Hausärzte sind in dieser Funktion beim Spital und zu einem Fixlohn pro Stunde angestellt.

Für eine Notfallstation am Landesspital sprechen gleich mehrere Punkte:

- Grundversorgung: Eine Notfallstation gehört zur Grundversorgung der Bevölkerung. Diese Aussage alleine begründet jedoch noch nicht die Ansiedlung einer Notfallstation beim Landesspital, ist aber eine bedeutende Feststellung mit nicht zuletzt gesellschaftspolitischer Komponente. Ähnlich dem Argument, dass es in einem souveränen Land möglich sein muss, Kinder in sicherer Obhut gebären zu können, gehört es auch dazu, dass ein souveränes Land auch eine Grundversorgung im Notfallbereich anbieten kann. Dies gilt nicht zuletzt auch in ausserordentlichen Situationen wie Umweltkatastrophen, Krisen, Epidemien oder Grossunfällen.
- Profitabilität: Ein Spital kann hinsichtlich Profitabilität von einer Notfallstation in dreifacher Art und Weise Nutzen ziehen: Erstens kann eine Notfallstation selbst mit positivem Deckungsbeitrag betrieben werden. Zweitens stellt die Notfallstation einen wichtige „Kundengewinnungspforte“ dar, d.h. vielfach werden Patientinnen und Patienten, welche in der Notfallstation aufgenommen wurden, in einem spitalinternen Bereich weiter behandelt und gepflegt. Drittens trägt eine Notfallstation zur Erhöhung des CMI (Case Mix Index im DRG-System, der für die Wirtschaftlichkeit relevant ist) und somit zur Steigerung der Anzahl „schwerer Fälle“ bei. Somit hilft die Notfallstation letztlich auch, die Auslastung der Bettenbelegung in verschiedenen Bereichen des Spitalangebots zu erhöhen.

- Kundenbindung: Wer mit der Behandlung und der Infrastruktur zufrieden war, kommt wieder. Mit der Zeit soll das LLS als Zentrum für medizinische Probleme wahrgenommen werden. Auch wenn nicht alles dort behandelt werden kann und soll, so soll es doch als erste Anlaufstelle im Land wahrgenommen werden, wo man sich um die Erstversorgung und die weitere Behandlung kümmert (→ Kooperationen).
- Reputation in Bevölkerung: Ein Landesspital ohne Notfallstation verdient den Namen nicht. Das Landesspital hat primär die Grundversorgung des Landes sicherzustellen, wozu wie im ersten Punkt dargelegt der Notfallbereich zählt. Ganz grundsätzlich gilt, dass eine gut funktionierende Notfallstation wesentlich zur Patientensicherheit beiträgt. Zudem kann die Notfallstation die Reputation eines Spitals entscheidend beeinflussen – im positiven wie auch im negativen Sinn. Das Landesspital hat folglich über die letzten Wochen und Monate die Weichen entsprechend gestellt, um einen qualitativ hochstehenden Notfallbereich sicherstellen zu können. Im Rahmen der Neuorganisation des Landesspitals wird auch dieser Bereich an den Anforderungen gemäss „Zürcher Modell“ gemessen werden.
- Attraktivität als Arbeitgeber: Eine Notfallstation trägt auch wesentlich zur Attraktivität für die Mitarbeitenden bei, weil es eine Erweiterung der Art der Fälle und der Behandlungsformen darstellt („job enrichment“)
- Notfallkonzept Land Liechtenstein: Eine gut funktionierende, qualitativ hochstehende Notfallstation kann entscheidend zur nachhaltigen Gestaltung eines umfassenden Notfallkonzeptes im Land Liechtenstein beitragen, indem Kooperationsformen zusammen mit dem ambulanten Bereich, d.h. mit den Ärztenotfalldienst, neu definiert und gestärkt werden. Mögliche Ansätze hierzu sind weiter oben beschrieben worden.

Gegen einen Notfalldienst am LLS ist eingewendet worden, dass für einen qualitativ einwandfreien Notfall erhebliche personelle Ressourcen in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie notwendig sind. Der Hinweis auf aufzustockende Ressourcen ist an sich richtig, der Bereich Notfall darf jedoch nicht isoliert betrachtet, sondern es müssen die sich ergebenden Synergien berücksichtigt werden. Wie weiter unten ausgeführt kann über das Ausmass vermehrter personeller Ressourcen keine pauschale Annahme getroffen werden, sondern dieses ergibt sich im Rahmen der Gesamtbetrachtung der medizinischen Notwendigkeiten. Es ist aber jetzt schon zu erwarten, dass von den mit kurzer Einsatzzeit verfügbaren Fachärzten nicht nur der Notfall profitieren wird, sondern auch die Geburtshilfe, die hospitalisierten Patienten und allenfalls durch ein „Shop-in-Shop“-Modell abgedeckte Bereiche. Synergien sind auch realisierbar im Rahmen eines allenfalls zu schaffenden vorgelagerten Notfalldienstes im Sinne des Badener Modells.

Die Verbesserungsmaßnahmen im Notfall finden auf personeller Seite im Zuge der Stärkung der Inneren Medizin am LLS statt. Wie der Bericht der extern begleiteten Arbeitsgruppe des LLS zeigt, bringt dies auf der einen Seite Mehrausgaben mit sich, die sprunghaft anfallen werden. Auf der anderen Seite ist aber auch mit sich allmählich einstellenden Mehreinnahmen zu rechnen. Eine Betrachtung von Mehrkosten und Mehreinnahmen ergibt bei konservativer Schätzung einen deutlich positiven Saldo. Allerdings ist dieser in seiner endgültigen Ausprägung erst nach einer Übergangsphase erreichbar: für den Aufbau der Leistungen sowie das Erreichen der potentiellen Leistungsmengen ist eine Dauer von vier Jahren anzunehmen.

Wesentlich ist, dass die für das Spital im allgemeinen und für den Notfall im besonderen verantwortliche Spitalleitung überzeugt ist, die geforderte Qualität des Notfalls nach Massgabe des vorliegenden Überlegungen gewährleisten zu kön-

nen. Hervorzuheben ist dabei, dass der neue Chefarzt, PD Dr. Fritz Horber ein ausgewiesener Fachmann gerade im Bereich des Notfallwesens ist, der bereits zweimal an Schweizer Spitätern erfolgreich Notfallstationen aufgebaut hat. Seiner medizinischen Beurteilung der Tragfähigkeit der Neukonzeption des Notfalls kommt grosse Relevanz zu. Dasselbe gilt für die betriebswirtschaftliche Beurteilung durch den erfahrenen Spitalmanager Daniel Derungs und den Schweiz weit anerkannten Gesundheitsökonom Dr. Heinz Locher.

Eine genaue Aussage zur Personaldotation im Notfallbereich kann im jetzigen Zeitpunkt noch nicht gemacht werden, da der Notfalldienst in vielfältiger Weise mit dem übrigen Spitalbetrieb verflochten ist und folglich wie erwähnt mehrfache Synergien genutzt werden können. Die Wirtschaftlichkeit des Landesspitals muss als Ganzes beurteilt werden (ein Spital erbringt eine Systemleistung). Genauso sehr muss gerade auch der Notfallbereich und dessen Ausgestaltung, sowohl konzeptionell, räumlich und personell, aus einer Gesamtbetrachtung definiert werden. Wesentlich ist jedoch, dass aufgrund der Vorarbeiten und der klaren Empfehlung der Arbeitsgruppe Notfall ein Grundversorgungsnotfall, integriert in den Bereich Medizin, realisiert werden kann, der zur Wirtschaftlichkeit des Spitals beiträgt. Ein Verzicht auf den Notfall wäre eine für das LLS und die Bevölkerung sehr nachteilige Entwicklung.

5.3.3 Beibehaltung der Geburtshilfe

Es ist davon auszugehen, dass die Geburtshilfe aus einer engen betriebswirtschaftlichen Sicht nicht profitabel geführt werden kann (genaue Zahlen können wegen der suboptimalen Datenlage noch nicht zur Verfügung gestellt werden). Dies gilt aber auch für Geburten im Ausland: das Land bezahlt in solchen Fällen ins Ausland, so dass die Kosten einer Geburtsabteilung kein sachlicher Einwand sind. Geburten kosten den Staat und den Prämienzahler Geld, gleich ob sie im In-

oder Ausland erfolgen. Geburtshilfe kann am LLS in ähnlich effizienter Weise wie in anderen Spitälern organisiert werden.

Entscheidend ist, ob die Sicherheit von Mutter und Kind bei einer Geburt in Vaduz gewährleistet ist. Dies kann eindeutig bejaht werden. Die Anwendung objektiver Qualitätskriterien auf Basis des Zürcher Modells bietet Gewähr dafür. Auch die beigezogenen Fachleute, so auch der designierte neue Chefarzt Dr. Horber, haben bestätigt, dass Geburtshilfe mit vertretbarem Aufwand in einwandfreier Qualität am LLS möglich ist.

Ein Landesspital ohne Geburten ist schwer vorstellbar. Geburten schaffen positive emotionale Bindung zur Mutter, zu ihrer Familie und nicht zuletzt zum Neugeborenen selbst. Diese Möglichkeit der frühen „Kundenbindung“ aufzugeben, wäre ein schwerer Fehler und würde auch von der Bevölkerung nicht verstanden. Dazu kommt, dass eine Preisgabe dieses Bereichs bedeuten würde, in diesem Bereich ohne Notwendigkeit und zum Schaden des LLS fremdbestimmt zu werden. Geburtshilfe war und ist eine Kernkompetenz des LLS. Die Regierung spricht sich denn auch – mit uneingeschränkter Unterstützung des externen Gesundheitsökonomen – dafür aus, die Geburtshilfe weiterhin am LLS anzubieten.

5.4 Finanzielle Machbarkeitsanalyse auf Basis des zukünftigen Leistungsauftrags

Ein Spital ist nur dann nachhaltig aufgestellt, wenn es aus eigener Kraft eine Eigenwirtschaftlichkeit zu erreichen vermag. Somit stellt sich die Frage, ob der Leistungsauftrag mit dem definierten Mindestleistungsumfang alleine profitabel gestaltet werden kann oder ob der eine oder andere als optional bezeichnete Bereich zur Erzielung einer Eigenwirtschaftlichkeit auf jeden Fall hinzu genommen werden muss. Oder – schlimmstenfalls – ob überhaupt eine Kombination

aus Mindestleistungsumfang und optionalen Leistungen nachhaltig profitabel betrieben werden kann oder nicht.

Um dieser Frage nachzugehen, wurde eine finanzielle Machbarkeitsanalyse durchgeführt. Diese Analyse „Mögliche Leistungsaufträge 2013 und deren finanziellen Konsequenzen“ (siehe Anhang 2) wurde durch die Firma Trovacon AG in Zusammenarbeit mit Siemens Schweiz AG und in enger Abstimmung mit dem Kernteam durchgeführt. Die Arbeitsgemeinschaft Trovacon/Siemens ist spezialisiert auf die Analyse von Leistungsportfolios und deren Rentabilität.

5.4.1 Ausgangslage

Die Ausgangslage für die Analyse wird durch folgende Vorgaben definiert:

- a) Heutige Kennzahlen des Landesspitals (primär Mengengerüste pro Leistung);
- b) Zukünftiger Leistungsauftrag gemäss Ausführungen in Kapitel 5.3;
- c) Annahmen zur Entwicklung heutiger Kennzahlen unter Berücksichtigung des angestrebten zukünftigen Leistungsauftrags gemäss Kapitel 5.3 und eines mehrstufigen Modells mit Schwerpunkt Kooperation mit einem assoziierten Zentrumsspital gemäss Kapitel 5.2.2;
- d) SwissDRG als Berechnungsmethodik mit einer Baserate vergleichbar mit dem Kanton SG.

Die Datenlage zu a) ist aus dem betrieblichen Rechnungswesen für das Jahr 2011 nur bedingt verwendbar, weshalb keine aussagekräftige Analyse auf Basis verfügbarer Zahlen möglich ist. In den Simulationen musste folglich mit vielen Annahmen und Prämissen gerechnet werden. Auch wenn die Datenlage noch suboptimal ist, können auf Basis der getroffenen Annahmen vergleichbarer Institutionen ausreichend zuverlässige Aussagen über die wirtschaftliche Tragfähigkeit der vorgeschlagenen Neuausrichtung gemacht werden. Wichtig ist jedoch, die

Erkenntnisse der Studie fortlaufend im Zuge der laufenden Verbesserung der Datenlage zu verifizieren. In diesem Zusammenhang kann erwähnt werden, dass der Stiftungsrat des LLS den Aufbau einer entsprechenden Kostenträgerrechnung nach REKOLE © (Schweizer Methode: Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung) bereits veranlasst hat.

5.4.2 Annahmen und Prämissen der Machbarkeitsanalyse

Die wichtigsten Annahmen, welcher der Analyse zugrunde liegen, sind:

- Umfang Leistungsauftrag gemäss Ausführungen in Kapitel 5.3 für die Grundversicherten, wobei nur der Mindestleistungsumfang berücksichtigt wurde, d.h. ohne möglichen Mehrerträge aus optionalen Leistungserweiterungen;
- „Vorwärtsstrategie“, d.h. eine verbesserte Auslastung in den angebotenen Fachbereichen, beispielsweise durch Qualitätssteigerung in der Notfallversorgung und damit verbunden breite Wahrnehmung als medizinisches Zentrum mit der Folge grösserer Patientenströme;
- Mengengerüste aus dem Jahr 2011, hinterlegt mit weiteren Annahmen im Zusammenhang mit der zukünftigen Ausrichtung des Landesspitals;
- DRG-„Baserate“ in Höhe von CHF 8'500.- (zum Vergleich Kanton St. Gallen: CHF 8'595.-)⁹ ;
- Konzentration auf den stationären Bereiche, d.h. keine Berücksichtigung von Leistungen mit einem CMI < 0.5 (Case Mix Index; diese Leistungen werden in der Regel ambulant oder teilstationär erbracht). Somit sind mög-

⁹ Berechnung am Beispiel Geburten: Anzahl Geburten x 0.6 x CHF (8'500 + 10%) gleich Umsatz, wobei 0.6 das sog. Kostengewicht (Cost Weight) darstellt und 10% in der Schweiz für Investitionen bzw. Anlagenutzung zur Baserate hinzugezählt werden. Bei jährlich 250 Geburten ergäbe sich somit ein Umsatz von rund CHF 1.5 Mio.

liche Deckungsbeiträge aus ambulanten Leistungen (bzw. Leistungen mit < 0.5) nicht einkalkuliert;

- Simulationen basieren nur auf Patientinnen und Patienten mit einer Grundversicherung, d.h. mögliche Mehrerträge durch zusatzversicherte Personen sind ebenfalls nicht einkalkuliert;
- Verwendung von Benchmarks auf Vergleichsbasis mit ähnlich gelagerten (Belegarzt- und Hybrid-) Spitälern in der Schweiz, die beispielsweise für einen Kanton die Grundversorgung erbringen oder eine gleichartige Bettenstruktur besitzen und sich teilweise auch im Wettbewerb mit anderen Institutionen befinden. Der Vergleich erfolgt primär entlang folgender Kennzahlen: Proportionen verschiedener Parameter, Verhältnis zwischen direkten und indirekten Kosten, Anteil Operationen im Bereich Chirurgie, Geburtshilfe, Anteil Arzthonorare und Lohnkosten und die Kostenverteilung in Abhängigkeit zum DRG-Ertrag u.a.m. Die Datenbasis des LLS war suboptimal, so dass Vergleichswerte aus anderen Häusern als Hilfskonstrukt herangezogen werden mussten. Dadurch wurde jedoch ein direktes benchmarking verunmöglicht. Um trotzdem einen aussagekräftigen benchmark zu erhalten, wurde eine strukturelle Sensitivitätsanalyse („fourchette“) durchgeführt. Dazu werden sechs Vergleichsspitäler herangezogen, von einem kleinen Spital in einer Randregion (Poschiavo) über ein reines Belegarztspital, ein Chefarzt-Kantonsspital und zwei „Hybrid-Institutionen“ bis hin zu einem Regionalspital wie Wetzikon in einem wirtschaftlichen Ballungsgebiet. Die Werte des LLS müssten also zwischen den Vergleichsspitälern liegen, diese These konnte mittels der strukturellen Sensitivitätsanalyse verifiziert werden;
- Pro Bereich: Gegenüberstellung Chefarzt- vs. Belegarztsystem
- Angepasste Stellenpläne (ebenfalls im Vergleich zu anderen Spitälern)

Die wichtigsten Prämissen, welcher der Analyse zugrunde liegen, sind:

- Pro Bereich: Gegenüberstellung Chefarzt- vs. Belegarztsystem;
- Aufbau einer transparenten und aussagekräftigen Kostenrechnung;
- Optimierte Prozesse (Leistungserbringung mit Organisation und Ablaufstruktur wie „auf der grünen Wiese“);
- Konsequente Trennung ambulanter vs. stationärer Bereiche (frühzeitige Triage zur Vermeidung umfangreicher Eintrittsanalysen, Definition der stationsumgehenden Leistungen und nur Aufnahmen „echter“ stationärer Fälle auf die Bettenstationen, ohne Berücksichtigung des Versichertenstatus). Neuverhandlung Tarife mit Krankenkassen im Bereich teilstationärer Leistungen (heute vielfach auf Basis SLK¹⁰ und defizitär);
- Angebot an Nicht-KVG-pflichtigen Leistungen für zusatzversicherte Personen (z.B. im ärztlichen Bereich oder im Hotelleriebereich);
- Reduktion bzw. Vermeidung sogenannter „Outlier“¹¹;
- Prüfung der Stellenprozent/-pläne einer leistungsbezogenen Abgeltung im Bereich Pflege;
- Einführung einer elektronischen Krankengeschichte (eKG) zur Sicherung der Qualität der Leistungen;
- Verhandlungen mit der LAK für die Planung der Übergangspflege;
- Optionale Erweiterungen in den Leistungen zu prüfen.

¹⁰ SLK = Spitalleistungskatalog (in der Schweiz nicht mehr angewendet)

¹¹ Durch die Grenzverweildauern werden für jede DRG die normalen Aufenthaltsdauern für das gegebene Krankheitsbild definiert. Diese Werte basieren auf den Referenzdaten der Netzwerkspitäler. Jene Fälle, deren Aufenthaltsdauer mindestens bei der unteren Grenzverweildauer und maximal bei der oberen Grenzverweildauer liegt, gelten als „Normallieger/Inlier“. Patienten mit einer Aufenthaltsdauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer bezeichnet man als „Kurzlieger/Low Outlier“ und Patienten mit einer Aufenthaltsdauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer als „Langlieger/High Outlier“. Die unteren und oberen Grenzverweildauern können dem Fallpauschalenkatalog entnommen werden.

5.4.3 Ergebnisse aus der Machbarkeitsanalyse

Die Ergebnisse zeigen auf, dass zumindest eine ausgeglichene Rechnung auf Basis des geplanten Leistungsauftrags, in der Analyse eingeschränkt auf den beschriebenen Mindestleistungsumfang, möglich ist. Kombiniert mit möglichen Mehrerträgen, z.B. durch optionale Leistungserweiterung in profitablen Bereichen oder aus dem teilstationären Bereich, scheint aus dieser Betrachtung eine nachhaltige Eigenwirtschaftlichkeit möglich.

In diesem Ergebnis ist berücksichtigt, dass auch für die Leistungsaufträge der künftigen Grundversorgung im LLS keine schweren Fälle (z.B. Viszeralchirurgie, besonders anspruchsvolle Brustoperationen, etc.) behandelt werden, was mit dem neuen Abgeltungssystem entsprechend geringere Erträge ergibt. Das LLS muss sich auf allen operativen Ebenen kostenbewusster und vor allem auch transparenter organisieren. Mit den verbesserten Behandlungsmethoden werden immer mehr Behandlungen ambulant anstatt stationär erbracht. Deshalb ist der ambulanten, spitalbedürftigen Versorgung, sei es für Notfall- oder Wahlpatienten, mit verbesserten Aufnahme- und Behandlungsprozessen eine hohe Priorität zu geben. Weil deshalb auch immer weniger Betten genutzt werden, ist alles daran zu setzen, dass die liechtensteinischen Patienten für die Grundversorgung das eigene Spital und nicht ein ausländisches wählen.

Wenn die Mengen gesteigert und die Kosten gut kontrolliert und angemessen sind sowie die gesamten Behandlungsprozesse nach wirtschaftlichen Kriterien optimiert werden, kann ein "kleines aber feines" LLS ein ausgeglichenes Ergebnis ausweisen.

5.5 Implikationen auf Spitäler/Kliniken in den Nachbarländern

5.5.1 Spital Grabs

Das Spital Grabs wird auch in Zukunft ein für die liechtensteinischen Patienten bedeutsames Regionalspital sein. Die Fortsetzung der besonderen Beziehung zum Spital Grabs wird von keiner Seite in Frage gestellt. So ist selbstredend davon auszugehen, dass Grabs weiterhin wichtiges Vertragsspital Liechtensteins bleiben wird. Auf der operativen Ebene Landesspital und Spital Grabs sollen die Möglichkeiten der Zusammenarbeit vertieft werden.

Das beschriebene mehrstufige Modell impliziert indessen, dass eines der möglichen Zentrumsspitäler St. Gallen, Chur oder Feldkirch auf Basis des Modells eines Leistungseinkaufs wichtiger strategischer zukünftig wichtigster Partner des Landesspitals wird.

Die Regierung hat sich in diesem Zusammenhang intensiv mit der Frage befasst, ob nicht bestimmte medizinische Bereiche „sinnvoll“ zwischen Grabs und Vaduz aufgeteilt werden könnten. Versuche einer „Realteilung“ zwischen zwei Spitälern der gleichen Versorgungsstufe, wie es am Beispiel Spital Grabs und Landesspital der Fall wäre, sind bisher nicht zustande gekommen oder gescheitert. Dafür gibt es zahlreiche Gründe:

- a) Die beiden Spitäler bemühen sich um dieselbe Klientel, sodass eine Wettbewerbssituation gegeben ist und beide Häuser sich um wirtschaftlich rentable Leistungen bemühen, um den Betrieb kostendeckend führen zu können. Eine Realteilung wäre bereits aus diesem Grund kaum denkbar.
- b) Ein Leistungssplitting zwischen den beiden Häusern wäre nur sinnvoll, wenn beide unter einer gemeinsamen Trägerschaft agieren und dadurch eine medizinisch, wirtschaftlich und logistisch konsistente Einheit bilden würden. Dadurch liesse sich das Konstrukt wirtschaftlich und qualitativ hochwertig

führen und Doppelspurigkeiten könnten möglichst vermieden werden. Die Führung unter einer gemeinsamen Trägerschaft kann jedoch nicht als realistische Option angesehen werden. Dieser Variante stehen politisch und rechtlich kaum überwindbare Hindernisse entgegen. Sofern sich der Kanton St.Gallen überhaupt auf ein Modell mit gemeinsamer Trägerschaft einlassen würde, wäre es unrealistisch zu erwarten, in einer solchen Trägerschaft auch nur einigermaßen gleichberechtigt mit dem Kanton St.Gallen eingebunden zu werden, der – sofern die angrenzende Spitalregion als Partner agieren würde - drei Spitäler einbringen würde. Die liechtensteinischen Einflussmöglichkeiten in einer solchen Konstellation wären sehr beschränkt. Noch unwahrscheinlicher ist es, dass St.Gallen bereit wäre, eine gemeinsame Trägerschaft zwischen den zwei Spitälern Grabs und Landesspital zu bilden. Dies würde die Herauslösung des Spitals Grabs aus der heutigen Spitalregion bedeuten, was nicht zu erwarten ist. Seitens St. Gallen wurde gegenüber dem Stiftungsrat des LLS denn auch klar bekräftigt, dass Anpassungen der kantonalen Spitalstrategie mit Blick auf das LLS nicht zu erwarten sind. Möglich wäre allein ein Anschluss an eine St.Galler Spitalregion, was völlige Fremdbestimmung bedeuten würde und kein vertretbares Szenario darstellt.

Grundsätzlich sind verschiedene Formen einer „Realteilung“ zwischen zwei Spitälern der gleichen Versorgungsstufe denkbar:

- a) „Scharfe Trennungen“: Beispielsweise eine Trennung zwischen Medizin und Chirurgie. Dies stellt nur vermeintlich eine scharfe Trennung dar und erfordert gar zusätzliche Verlegungen, wenn beispielsweise eine anfängliche Verdachtsdiagnose nicht bestätigt und aus einem Fall der Inneren Medizin ein chirurgischer Fall wird. Die Notwendigkeit der Führung von zwei Notfallstationen verhindert diesbezüglich Verbesserungen der Wirtschaftlichkeit.

- b) Differenzierte Form der Aufgabenteilung: Beispielsweise würden im Akutspital A Schwerkranke hospitalisiert. Es verfügt über die teuren Infrastrukturen kombiniert mit einer 24h-Notfallstation und einem 24h-Anästhesiedienst, einer Intensivpflegestation und einer Röntgenabteilung mit allen Geräten, die für die stationäre Behandlung nötig sind. In diesem Spital A wäre auch die Geburtshilfe zu integrieren, da diese auch gemäss „Zürcher Modell“ einen 24h-Anästhesiedienst mit hoher Leistungsbereitschaft erfordert. Das andere Spital B wäre ein Akutspital für teilstationäre Behandlungen und Kurzhospitalisierungen. Es hat den Charakter eines medizinisch-therapeutischen Zentrums ohne Schwergewicht auf teure Infrastrukturen und viele Betten, aber mit Operationssälen, anderen Spitaleinrichtungen und Möglichkeiten für die Kurzhospitalisation (Tagesklinik). Angesichts der engen betrieblichen Verflechtungen, der unterschiedlichen Rentabilität der einzelnen Bereiche und der erforderlichen Flexibilität für kurzfristige Verschiebungen von Leistungen von einem Haus zum anderen setzt dieses Modell eine gemeinsame Trägerschaft voraus.

Ansonsten wird es unvermeidbar und immerwährend um das Streben nach profitablen Bereichen gehen und folglich ein Wettbewerb sich nicht vermeiden lassen. Auf die Möglichkeit einer gemeinsamen Trägerschaft des Spitals Grabs und des Landesspitals wird hier nicht weiter eingegangen, da dessen Realisierung erhebliche politische Hürden auf Seiten St. Gallens entgegenstehen. Ob dieser Weg mittelfristig oder langfristig dennoch verfolgt werden soll, ist eine politische Entscheidung.

5.5.2 Zentrumsspitäler

Die Neuausrichtung des Landesspitals hat keine direkten Auswirkungen auf die in der Region gelegenen Zentrumsspitäler (KSSG, KSGR, LKHF), da Grundversorgungsspitäler nicht in direkter Konkurrenz zu Zentrumsspitalern stehen, welche

auf Fälle mit höherem Fallgewicht ausgelegt sind und sich auch darauf fokussieren.

Die Ausgestaltung des zukünftigen Spitalkonzepts des Landesspitals hat aber insofern Auswirkungen auf die Zentrumsspitäler, als dass vorgesehen ist, mit einem Zentrumsspital eine verstärkte Kooperation einzugehen (siehe Kapitel 5.2.3). Dadurch erfährt das kooperierende Zentrumsspital (preferred provider) eine positive Entwicklung. Wie bereits erwähnt bleibt in diesem Modell die freie Spitalwahl innerhalb des Netzes gewährleistet, sodass keine Verpflichtung besteht, bei einer allfälligen Überweisung in ein Zentrumsspital den preferred provider in Anspruch zu nehmen. Die Erfahrungen aus dem Glarner Modell (Kantonsspital Glarus <-> Kantonsspital Graubünden) haben aber gezeigt, dass die Patienten überwiegend den Empfehlungen des verlegenden Spitals folgen und den preferred provider in Anspruch nehmen.

5.5.3 Vertragsspitäler

Auch auf die Vertragsspitäler wird die Neuausrichtung grundsätzlich keine direkten Auswirkungen haben. Das Land unterhält Verträge mit dem Landesspital, dem Kantonalen Spital Grabs, Zentrumsspitalern, Spezialkliniken sowie Reha- und Psychiatrie-Einrichtungen. Das Angebot des Landesspitals wird sich auch weiterhin innerhalb der medizinischen Grundversorgung bewegen, so dass die übrigen Vertragsspitäler von der Neuausrichtung nicht berührt werden. Einzig das Kantonale Spital Grabs agiert im selben Sektor wie das Landesspital. Aus versorgungstechnischen Gründen wird das Spital Grabs auch weiterhin eine wichtige Rolle in der Versorgung der liechtensteinischen Bevölkerung spielen.

6. BETRIEBSMODELL

6.1 Übersicht Betriebsmodelle inkl. Beispiele

Die Ausgestaltung des Arztsystems erfolgt aus betrieblicher Sicht in Abhängigkeit vom Geschäftsmodell, der Betriebsgrösse und des Leistungsumfangs. Es können zwei Grundformen an Betriebsmodellen unterschieden werden:

1. Chefarztmodell: Das Chefarztsystem bringt eine klare Führung, Kontinuität und schafft gute Voraussetzungen für die Weiterbildung im Arztbereich (Phase zwischen Staatsexamen und Facharzttitel);
2. Belegarztmodell: Das Belegarztsystem bringt eine Erweiterung des Leistungsangebots bis in Spezialbereiche und sichert den Patientenstrom von der niedergelassenen Ärzteschaft zum Spital.

Häufig sind auch Kombinationen vorzufinden. Hierbei kann von einem hybriden Modell gesprochen werden, bei welchem ein oder mehrere Chefärzte die medizinische Leitung inne haben und sich für die angebotenen Leistungen verantwortlich zeichnen, gleichzeitig aber eine enge Zusammenarbeit mit Belegärzten besteht. Dabei haben sich die Belegärzte an die Führungsprinzipien des Spitals, welche durch die Spitalleitung definiert werden, zu halten. Es gibt keine allgemeinverbindliche Formel, welches Modell wann sinnvoll ist. Die Entscheidung soll also nicht generell getroffen werden; das Betriebsmodell ist für jeden Einzelfall und je nach Fachbereich individuell zu entwickeln. Grundsätzlich müssen Entscheidungen zum Betriebsmodell in der Kompetenz des Stiftungsrates bleiben, da sich die optimalen Lösungen über die Zeit ändern können und auch vom konkreten Angebot namentlich von geeigneten und einsatzbereiten Belegärzten abhängt.

Für das LLS steht aufgrund des Geschäftsmodells, der Betriebsgrösse und des Leistungsumfangs eine Kombination beider Modelle im Vordergrund, deren Art und Ausmass sich im Laufe der Zeit ändern kann.

6.2 Empfehlung zum zukünftigen Betriebsmodell

Im Rahmen der finanziellen Machbarkeitsanalyse auf Basis des zukünftigen Leistungsauftrags des Landesspitals, wie in Kapitel 5.3 von der Arbeitsgruppe empfohlen, wurden pro Bereich ein Chefarzt- und Belegarztsystem gegenübergestellt und in den Implikationen gerechnet. In der Beurteilung pro & contra Chefarzt- vs. Belegarztmodell wurden jeweils mehrere Kriterien beigezogen, u.a. die prognostizierten Mengengerüste zur Einschätzung, ob sich ein Chefarztmodell überhaupt rechnen liesse oder die Frage nach der Praktikabilität z.B. bzgl. notwendiger Sicherstellung der Verfügbarkeit von Fachärzten.

Der Stiftungsrat hat auf Basis dieser Vorarbeiten und in enger Absprache mit der Spitalleitung alle Fachbereiche zu prüfen und unter Berücksichtigung der verfügbaren Belegärzte zu entscheiden, in welchen Bereichen mit angestellten und in welchen Bereichen mit beauftragten Ärzten operiert werden soll. Im Bereich der Inneren Medizin hat diese Überprüfung ergeben, dass die Anstellung eines Chefarztes einer Belegarzlösung klar vorzuziehen ist. Bekanntlich ist es auch bereits zur Anstellung eines Chefarztes Innere Medizin gekommen, der am 1. November 2012 seinen Dienst aufnehmen wird. Derzeit ist nicht geplant, in weiteren Bereichen Chefarzte anzustellen. Eine Neubeurteilung dieser Frage muss aber jederzeit möglich sein, da sich auch die Situation jederzeit ändern kann.

Hervorzuheben ist, dass auch innerhalb eines Fachbereiches eine Kombination von Chefarzt und Belegarzt möglich ist. So ist es denkbar, die Leitung eines Fachbereiches einem Chefarzt zu übertragen, während im selben Bereich auch Belegärzte tätig sind. Dabei kann es auch ohne weiteres sein, dass ein Belegarzt mit

einem Teilzeitpensum die Chefarztfunktion ausübt und mit dem restlichen Pensum als Belegarzt tätig ist. So ein Modell könnte bspw. im Bereich Geburtshilfe Sinn machen, wenn mehrere heute in diesem Bereich tätigen Belegärzte in die Pension gehen, ohne dass neue Belegärzte nachrücken.

Aus unternehmerischer Sicht ist es wichtig, dem Stiftungsrat hier Beurteilungs- und Entscheidungsspielraum zu belassen. Chefarzt- oder Belegarztsystem ist keine ideologische Frage, sondern eine Sachfrage, die vom strategischen Führungsorgan nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu entscheiden ist.

Insgesamt lässt sich aus diesen Überlegungen und aus der finanziellen Machbarkeitsanalyse eine Empfehlung ableiten, wonach ein hybrides Modell die beste Lösung darstellt, wobei die Umsetzung dieses Modells dem Stiftungsrat obliegt.

6.3 Übersicht zukünftige Organisation

Die zukünftige Organisation aus heutiger Sicht kann vereinfacht in folgender Grafik dargestellt werden:

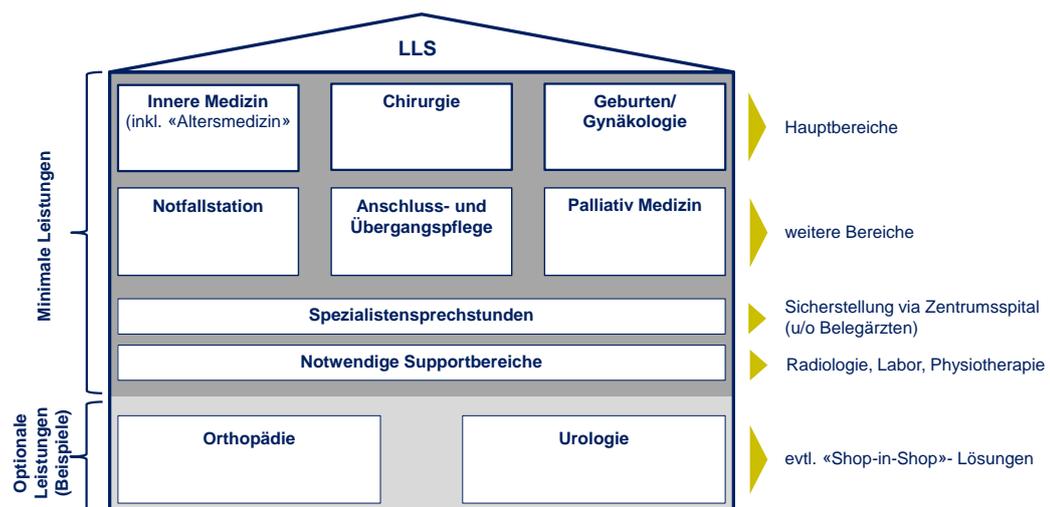


Abb. 13 Übersicht zukünftige Organisation konzeptionell I

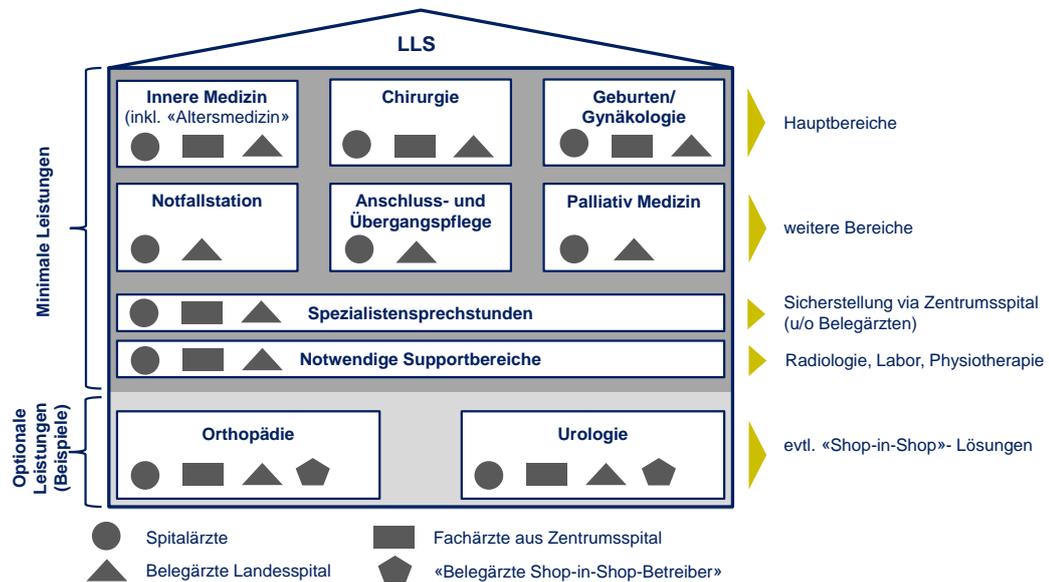


Abb. 14 Übersicht zukünftige Organisation konzeptionell II

Demnach gäbe es drei Hauptbereiche: Innere Medizin inkl. Altersmedizin, Chirurgie und Geburten/Gynäkologie. Diese drei Hauptbereiche könnten, müssen aber nicht, durch fachspezifische Chefärzte geführt, wobei hier abzusehen ist, dass vorderhand nicht jeder Hauptbereich einer 100% Chefarztstelle bedarf. Beispielsweise wäre denkbar, dass ein Gynäkologe die Rolle des Chefarztes zu 50% übernimmt, die anderen 50% eine eigene Praxis führt. Die Leistungserbringung in diesen Hauptbereichen könnte aber sowohl durch Fachärzte aus dem Zentrumsspital als auch durch Belegärzte gestärkt und ausgebaut werden.

Die beiden Bereiche Orthopädie und Urologie könnten in einem „Shop-in-Shop“-Modell angeboten werden, wobei auch hier eine enge Zusammenarbeit mit Belegärzten aus der Region angedacht ist. Die Möglichkeiten der Einbettung von ein oder zwei „Shop-in-Shop“-Modellen bleiben aber im Zuge der weiteren Arbeiten durch den Stiftungsrat zu konkretisieren. Mit "Shop-in-Shop" wird eine Kooperationsform bezeichnet, bei welcher ein Dritter Teile (z.B. eine Fachabteilung) eines Spitals auf eigenes unternehmerisches Risiko betreibt. Die Schnittstellen und finanziellen Regelungen mit dem Spital werden dabei vertraglich festgelegt und

können verschiedene Intensitätsstufen umfassen (z.B. reine Mietlösung oder Bezug von medizinischen und medizin-technischen Leistungen des Spitals usw.).

Die Anschluss- und Übergangspflege sollte sinnvoller Weise in enger Zusammenarbeit mit der LAK geplant und sichergestellt werden (z.B. könnten Leistungen im Landesspital unter Führung der LAK erbracht werden). Im Bereich der Palliativ Medizin empfiehlt sich eine Stärkung der Zusammenarbeit mit der LAK und/oder mit der Familienhilfe Liechtenstein. Die dafür erforderlichen 2-4 Betten wären der Inneren Medizin zuzuordnen.

Des Weiteren wären Räumlichkeiten für Spezialsprechstunden sowie für notwendige Supportbereiche inkl. notwendiger Apparaturen (z.B. Radiologie, Labor, Physiotherapie) im Landesspital untergebracht.

7. STANDORT (EINES POTENTIELLEN NEUBAUS)

7.1 Ausgangslage

Die Regierung weist ausdrücklich darauf hin, dass sie sich nicht eingehend mit der Frage der Notwendigkeit eines Neubaus befasst hat. Auf Wunsch der BLK und wie im Landtag diskutiert, soll sich die Regierung jedoch auch mit dem Standort eines allfälligen Neubaus befassen. Die folgenden Ausführungen werden also für den Fall gemacht, dass es zu einem Neubauprojekt kommt.

Aufgrund der eingeschränkten zeitlichen Ressourcen und der Priorisierung der einzelnen Konzeptionierungsphasen konnte die Standortevaluation noch nicht wunschgemäss vorangetrieben werden. Der Regierung war es jedoch möglich, den Prozess für die Erarbeitung der Standortevaluation festzulegen. Die Regierung wird der BLK beliebt machen, einen parallelen Kurzbericht über die Standortevaluation nachreichen, sobald diese Agenda entsprechend inhaltlich erarbeitet werden konnte. Die Regierung wird im Folgenden den Prozess aufzeigen, welcher

die Erarbeitung einer transparenten, integren Standortevaluation ermöglichen soll.

7.2 Vorgehen

Es liegt in der Natur von Evaluationsprozessen, dass unterschiedliche Meinungen über die Eignung der zur Diskussion stehenden Varianten bestehen. Dabei ist es häufig so, dass die Vertreter der unterliegenden Varianten zusammengenommen eine grössere Gruppe ausmachen als die Anhänger der obsiegenden Variante. Dies kann Akzeptanzprobleme auslösen.

Diesem Problem kann nur durch einen fachlich einwandfreien, transparenten und vor allem ergebnisoffenen Evaluierungsprozess begegnet werden. Das Kernteam hat dazu eine Subarbeitsgruppe gebildet. In dieser ist das Land Liechtenstein (Bereich Gesundheit: Ressort Gesundheit/Amt für Gesundheit) und das Landesspital (strategische und organisatorische Ebene) vertreten. Die Subarbeitsgruppe wird mit den Fachpersonen GIS (Geoinformationssystem) (intern oder extern einzuholen) das Vorgehen festlegen und anschliessend einen Kriterienkatalog für die Standortevaluation (Raster) erarbeiten. Dazu können bei Bedarf externe Experten beigezogen werden. Der Kriterienkatalog ist unabhängig von möglichen Standorten und soll auf die Bedürfnisse an den zukünftigen Standort zugeschnitten sein. Die Kriterien werden vorerst noch nicht gewichtet. Der Kriterienkatalog soll anschliessend mit der BLK diskutiert werden. Sobald der Kriterienkatalog von der Regierung verabschiedet worden ist, kann die eigentliche Standortevaluation durchgeführt werden. Dazu werden die in Liechtenstein vorhandenen, geeigneten Grundflächen mittels EDV-Unterstützung (GIS) gefiltert. Die Kriterien können mit Hilfe der Computersimulation beliebig gewichtet werden. Der jeweiligen Gewichtung können die geeigneten Standorte zugeordnet werden. Die Auswahl des Standorts erfolgt anschliessend aufgrund der präferierten Gewichtung. Dieser Prozess soll ebenfalls breit diskutiert werden (Landtag).

Vorgängig sollen nochmals alle Gemeinden des Landes angefragt werden, ob grundsätzlich Interesse besteht, das Landesspital im Gemeindegebiet zu erstellen.

8. MÖGLICHE AUSWIRKUNGEN VON PRIVATSPITÄLERN AUF DAS LLS

8.1 Ausgangslage

In den vergangenen Monaten verdichteten sich die Anzeichen, dass Privatpersonen den Einstieg in das Spitalwesen in Liechtenstein planen. Sowohl in Triesen als auch in Bendern sind Projekte in Planung, welche sowohl ambulante als auch stationäre Leistungserbringung vorsehen. In beiden Fällen wurde bisher noch kein offizieller Antrag an die Regierung oder das Amt für Gesundheit herangetragen, es fanden aber auf Wunsch beider Projektverantwortlichen informelle Gespräche mit dem Ressort Gesundheit sowie mit dem Regierungschef und dem Regierungschef-Stellvertreter statt.

8.2 Mögliche Auswirkungen

Aufgrund der spärlichen Informationen über die beiden Projekte, können die möglichen Auswirkungen auf das Landesspital nur schwer beurteilt werden, zumal auch noch völlig unklar ist, auf welchen Zeitpunkt hin die privaten Kliniken operativ tätig sein werden. Beim Projekt in Bendern, an dem am LLS tätige Belegärzte beteiligt sein sollen, wird von einem Zeitraum von 2 bis 3 Jahren gesprochen. Beim Projekt Triesen ist auch dies unbekannt.

Aus Sicht der Regierung ist festzuhalten, dass die privaten Klinikprojekte jedenfalls keine Alternative zum Landesspital darstellen werden. Dies scheint auch nicht der Anspruch dieser Projekte zu sein. Die Auswirkungen auf das LLS dürften beschränkt sein, wobei Näheres dazu erst gesagt werden kann, wenn die Pläne der privaten Initianten näher bekannt sind. Wesentlich ist, dass das LLS ausrei-

chend unternehmerischen Spielraum haben muss, um allfälligen Änderungen im Bereich der Belegärzte mit entsprechenden vertraglichen Kooperationen (bspw. „Shop-in-Shop“-Modell) begegnen zu können. Dabei ist hervorzuheben, dass das LLS auch gegenüber den erwähnten Belegärzten kooperationsbereit ist und vorstellbar ist, dass diese ihre unternehmerische Initiative auch innerhalb des Landesspitals entwickeln können – das Trägerschaftsmodell ist dazu jedenfalls ausreichend flexibel und das LLS hat gegenüber den betroffenen Belegärzten entsprechende Bereitschaft auch signalisiert.

Was die OKP-Zulassung einer Klinik, welche nötig ist um im Rahmen der sozialen Krankenversicherung abrechnen zu können, betrifft, so liegt die Entscheidung darüber in der Kompetenz der Regierung. Ein Rechtsanspruch auf Zulassung einer Klinik zur OKP besteht nicht. Eine OKP-Zulassung eines Belegarztes kann dabei die OKP-Zulassung der Klinik, die für stationäre Behandlung nötig ist, nicht ersetzen.

Die Regierung muss dafür Sorge tragen, dass private Institutionen nicht die Möglichkeit erhalten, die wirtschaftlich interessanten Leistungen abzuschöpfen, die aufwandsintensiven Leistungen (Geburtshilfe, Langzeit- und Übergangspflege, Palliativ-Medizin etc.) jedoch ausgeklammert werden. Die Regierung wird dazu die Schaffung einer geordneten, transparenten Spitalplanung (ambulant/stationär) prüfen. Die oben genannten, aufwandsintensiven Leistungen sollen unstrittigerweise weiterhin im Inland erbracht werden. Jedoch können diese Leistungen nicht annähernd kostendeckend erbracht werden, wenn die dafür notwendige Infrastruktur (OP, Vorhalteleistungen etc.) nicht ausgelastet werden kann, da die privaten Player durch „cherry picking“ alle Patienten abschöpfen.

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**