



# **«Strategie Akutversorgung Obwalden»**

## **Schlussbericht der Projektgruppe Meilenstein 3: **«Optionen Leistungsangebot im Verbund»****

Sarnen, 4. Dezember 2020

Gesundheitsamt  
Finanzdepartement



Kanton  
Obwalden

## Inhalt

<b>1. Management Summary.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Einleitung.....</b>	<b>8</b>
2.1 Was bisher geschah .....	8
2.2 Projektauftrag (Meilenstein 3).....	8
2.3 Vorgehen .....	9
<b>3. Ausgangslage somatische Akutversorgung Kanton Obwalden.....</b>	<b>10</b>
3.1 Rahmenbedingungen und Abgrenzungen.....	10
3.2 Kantonsspital Obwalden .....	11
3.3 Notfallversorgung.....	17
3.4 Hausarzt-Versorgung.....	21
3.5 Finanzierung Akutversorgung Obwalden .....	23
3.6 Bedarfsanalyse Akutversorgung Obwalden .....	25
3.7 Trends im Schweizer Gesundheitswesen .....	26
3.8 Verbundlösungen – Die Zukunft in der Akutversorgung.....	28
<b>4. Schlussfolgerungen Analyse Ausgangslage.....</b>	<b>36</b>
<b>5. Lösungsoptionen.....</b>	<b>37</b>
5.1 Einleitung .....	37
5.2 Option 0: IST-Angebot im Verbund .....	39
5.3 Option 1: IST im Verbund ohne Geburtsabteilung .....	45
5.4 Option 2: IST im Verbund ohne Operationen .....	51
5.5 Option 3: Ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum .....	56
5.6 Übersicht Optionen .....	60
<b>6. Bewertung der Optionen .....</b>	<b>62</b>
6.1 Einleitung .....	62
6.2 Bewertung der Lösungsoptionen.....	63
6.3 Übersicht Bewertung .....	67
<b>7. Schlussfolgerungen .....</b>	<b>68</b>
<b>8. Weiteres Vorgehen .....</b>	<b>70</b>
8.1 Einleitung .....	70
8.2 Empfehlung für weiteres Vorgehen .....	71

## 1. Management Summary

Der Kantonsrat Obwalden hat an seiner Sitzung vom 24.10.2019 verschiedene, vom Regierungsrat vorgelegte Szenarien zur Strategie der somatischen Akutversorgung zur Kenntnis genommen und das Szenario «Anschluss an eine Versorgungsregion» zur Weiterbearbeitung empfohlen. Der Spitalrat des Kantonsspital Obwalden (KSOW) hat seinerseits anfangs 2020 seine strategischen Überlegungen zur künftigen Ausgestaltung des KSOW dem Regierungsrat unterbreitet. Diese beiden Grundlagen sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen.

Die Herausforderungen im Gesundheitswesen (u.a. steigende Qualitätsanforderungen, Mindestfallzahlen, Fachkräftemangel, Spezialisierung in der Medizin, Kostenwachstum, Tarifeingriffe usw.) erfordern eine strategische Neuausrichtung der akutsomatischen Versorgung im Kanton Obwalden. Es besteht Konsens darüber, dass die Versorgung künftig im Rahmen einer Verbundorganisation sichergestellt werden soll. Die vom Regierungsrat eingesetzte Arbeitsgruppe mit Vertretern der kantonalen Verwaltung und dem KSOW hat verschiedene Verbund-Optionen erarbeitet. Dabei galt es folgende, wesentliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen:

- Eine qualitativ hochstehende akutsomatische Versorgung basiert auf einem ausgewogenen Mix von Akutspital-Leistungen und einer wohnortnahen Hausarztversorgung (ambulante Grundversorgung). In beiden Bereichen besteht im Kanton Obwalden strategischer Handlungsbedarf.
- Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen stellen insbesondere kleinere Akutspitäler zunehmend vor existentielle Herausforderungen. Um ein Grundversorgungsspital mit dem Leistungsangebot des KSOW nachhaltig wirtschaftlich betreiben zu können, ist unter den gegebenen regulatorischen Vorgaben ein Einzugsgebiet von mindestens 70'000 bis 100'000 Einwohner/innen nötig. Das gilt auch innerhalb einer Verbundlösung.
- Die Zukunft der stationären Akutversorgung liegt im überregionalen Spitalverbund. Dabei stellt ein Verbund von Spitälern unter der Leitung eines Zentrumsspitals die Versorgung der Bevölkerung in der Verbundregion sicher. Hauptvorteil dieses Ansatzes ist die Möglichkeit, teure Infrastrukturen und knappe Fachspezialisten besser auszulasten und Synergien bei den Supportprozessen zu realisieren.
- Die Zukunft der ambulanten, akutsomatischen Grundversorgung (Hausarzt) liegt in der Vernetzung der Hausärzte zu einem regionalen Verbund. Ähnlich wie beim Spitalverbund organisieren sich dabei verschiedenen Praxen (zunehmend Gruppenpraxen) zu einem Netzwerk, welches sich gegenseitig unterstützt (z.B. Notfall-Dienst, Qualitätssicherung, Administration, Einkauf usw.). Damit die wohnortnahe Hausarztversorgung im Kanton Obwalden langfristig sichergestellt werden kann, braucht es neue, innovative Modelle mit entsprechend attraktiven Rahmenbedingungen.
- Verbund bzw. Netzwerk bedeuten eine partnerschaftliche Gestaltung des Leistungsangebotes und der entsprechenden Prozesse. Es braucht Anpassungen bei den rechtlichen Grundlagen (z.B. Gesundheitsgesetz, neue Rechtsformen usw.) und die Spitalplanung der involvierten Kantone sollte auf eine gemeinsame Basis gestellt werden, so wie es das KVG vorsieht. Diese Massnahmen können aber erst geplant werden, wenn die Verhandlungen mit dem/den Verbundpartnern weit fortgeschritten sind (nächste Projektphase!).

Das KSOW ist – zusammen mit den Hausärzten - bisher das Rückgrat der akutsomatischen Versorgung im Kanton Obwalden. Die Leistungen des KSOW werden von Patienten, Angehörigen und Zuweisern sehr geschätzt. Das KSOW ist ein grosser Arbeitgeber im Kanton und bildet jährlich viele Fachkräfte für das Gesundheitswesen aus. Bereits heute kooperiert das KSOW in vielen

Bereichen mit dem Zentrumsspital Luzerner Kantonsspital (LUKS) und profitiert von diversen Verbundvorteilen. Rund 45% der stationären Behandlungen von Obwaldnerinnen und Obwaldner finden in ausserkantonalen Spitälern (vor allem Luzern und Stans) statt.

Das KSOW ist im Gegensatz zu den meisten anderen Kantonsspitalern noch immer eine unselbständige Anstalt des öffentlichen Rechts. Sein strategischer Handlungsspielraum wird vom kantonalen Spitalgesetz vorgegeben. Trotz grosser und durchaus erfolgreicher Anstrengungen in den letzten Jahren im Bereich Kostenreduktion benötigt das KSOW jährlich rund CHF 8 Mio. (Stand 2019) an gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) und Standortsicherungsbeiträgen vom Kanton, um die Jahresrechnung ausgeglichen gestalten zu können.

Bevor der Kanton Obwalden mit potenziellen Verbundpartnern in Verhandlungen treten kann, muss er seine Grundstrategie festlegen. Er muss dabei entscheiden, welche grundsätzlichen, strategischen Ziele er mit der angestrebten Verbundlösung erreichen will:

1. Erhaltung der heutigen Versorgungsstruktur mit einem KSOW-Leistungsangebot auf aktuellem Niveau (Sicherung Grundversorgungsspital am Standort Sarnen).
2. Reduktion des KSOW-Leistungsangebotes mit dem Ziel, die kantonalen Beiträge für GWL und Standortsicherung zu reduzieren (Grundversorgungsspital am Standort Sarnen mit reduziertem, medizinischem Angebot).
3. Transformation der heutigen Versorgungsstruktur in Richtung «Konzentration der innerkantonalen Kräfte auf die ambulante Versorgung». Die stationäre Versorgung wird dabei künftig durch ausserkantonale Verbundspitäler erfolgen. (Ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum am Standort Sarnen).

Die nachfolgend dargestellten vier Lösungsoptionen 0-3 basieren alle auf einem Verbund zusammen mit dem LUKS. Die Optionen 0, 1 und 2 gehen dabei vom heutigen Leistungsangebot des KSOW aus und beschreiben Szenarien, mit welchen am Standort Sarnen weiterhin ein Spital betrieben werden kann. Für die Option 3 steht nicht der Erhalt des Spitalstandortes im Vordergrund, sondern dieses Szenario orientiert sich am Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Die Option 3 ist in diesem Sinne nicht, was übrigbleibt, wenn man das KSOW immer mehr reduziert, sondern sie repräsentiert einen grundsätzlich anderen Versorgungsansatz.

Die Organisation einer Verbundlösung lässt sich unterschiedlich gestalten. Folgende Formen der Verbundorganisation haben sich in der Praxis bewährt:

Tabelle 1: Formen der Verbundorganisation

Stichwort	Kurzbeschreibung
<b>Kooperation</b>	Meist vertraglich abgesicherte Form der Zusammenarbeit (Kooperation/Allianz). Sie verzichtet auf eine rechtliche und organisatorische Integration der Partner, ist lose und in vielen Fällen einfach wieder auflösbar.
<b>Joint Venture</b>	Die Verbundpartner gründen und betreiben ein Gemeinschaftsunternehmen, das für die Erbringungen der vereinbarten Verbundleistungen verantwortlich zeichnet.
<b>Shop-in-Shop</b>	Rechtliches Konstrukt, welches es diversen Leistungsanbietern ermöglicht, eine Plattform (Infrastruktur, Basisleistungen, Auftritt usw.) zu nutzen und so die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter einem Dach zu ermöglichen.
<b>Konzern/Holding</b>	Die Verbundpartner fassen ihre Organisationen zu einer Konzernstruktur zusammen (Fusion). Diese Form integriert die einzelnen Teile des Verbundes tief und fördert so die Führung aus einer Hand. (Bsp. LUNIS aus LUKS und KSNW)
<b>Betreibermodell</b>	Am bestehenden Standort und in der bestehenden Infrastruktur betreibt ein Verbundpartner ein Spital gemäss Leistungsauftrag (Bsp. LUPS Standort Sarnen)

Tabelle 2: Übersicht Lösungsoptionen

Lösungsoptionen	Option 0 KSOW IST-Angebot im Verbund	Option 1 KSOW IST ohne Geburtsabteilung; OP 7-22 ohne SA/SO	Option 2 KSOW mit Fokussierung auf Innere Medizin, Geriatrie	Option 3 Ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum
<b>Grundstrategie</b>	ERHALTEN	REDUZIEREN	REDUZIEREN	TRANSFORMIEREN
<b>Kurzbeschreibung</b>	IST-Angebot im Verbund mit LUKS; Dienstbereitschaft Operationen 7x24	IST-Angebot im Verbund mit LUKS; Dienstbereitschaft Operationen 7-22 Uhr; ohne SA/SO Keine Geburtsabteilung	IST-Angebot im ambulanten Bereich; Stationär nur noch Innere Medizin inkl. Akutgeriatrie; Keine Operationen Keine Geburtsabteilung	Grundangebot: Hausarztmedizin, Walk-in Notfall, Fachsprechstunden. Optional: Div. Therapien, Apotheke, amb. Operieren, Spitem usw. Stationäre Versorgung via ausserkantonale Verbundspitäler
<b>Notfall</b>	7x24 Spitalnotfall & Rettungsdienst	7x24 Spitalnotfall & Rettungsdienst	7x24 Spitalnotfall & Rettungsdienst	7x24 Hausarztnotfall & Rettungsdienst
<b>Ausserkantonale, stationäre Behandlungen Bevölkerung OW</b>	<b>45%</b>	<b>48%</b>	<b>80%</b>	<b>100%</b>
<b>Vollzeitstellen</b>	<b>351</b>	<b>307</b>	<b>180</b>	<b>20-29</b> (ohne diverse Dritte)
<b>GWL/Standortbeiträge jährlich in MCHF (worst case in 10 Jahren)</b>	<b>2020: 7.96</b> <b>2029: 13.64</b> (19.84)	<b>2020: 6.54</b> <b>2029: 11.67</b> (17.24)	<b>2020: 8.22</b> <b>2029: 11.28</b> (14.24)	<b>2020: 1.30</b> <b>2029: 1.48</b> (1.77)
<b>Investitionsbedarf Immobilien 2020-30 in MCHF</b>	<b>max. 50.50</b> (Schätzung + 25% nach SIA)	<b>max. 40.60</b>	<b>max. 24.50</b>	<b>max. 23.90</b>
<b>Trägerschaft</b>	Kanton Obwalden	Kanton Obwalden	Kanton Obwalden und LUKS	Kanton Obwalden, LUKS und Dritte (z.B. Hausarzt-Gruppe)
<b>Verbundorganisation</b>	Kooperation KSOW – LUKS Rahmenvertrag Verbund Spitalplanung koordiniert	Kooperation KSOW – LUKS Rahmenvertrag Verbund Spitalplanung koordiniert	Integration KSOW in LUKS-Holding (Rekapitalisierung KSOW durch Kanton OW!) Gemeinsame Spitalplanung	Gesundheits- & Notfallzentrum im Verbund mit LUKS und Dritten; Rahmenvertrag Spitalleistungen mit LUKS/Kanton LU

**Tabelle 3: Wesentliche Chancen und Gefahren der Lösungsoptionen**

	<b>Option 0</b> KSOW mit IST-Angebot im Verbund	<b>Option 1</b> KSOW IST ohne Geburtsabteilung; OP 7-22 ohne SA/SO	<b>Option 2</b> KSOW mit Fokussierung auf Innere Medizin, Geriatrie	<b>Option 3</b> Ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum
<b>Chancen / Vorteile</b>	Grundversorgungsspital in Sarnen; Nähe für Patienten und Angehörige; Arbeits-/Ausbildungsplätze im Kanton; Wenig Veränderungsbedarf;	Grundversorgungsspital (-) in Sarnen; Nähe für Patienten und Angehörige; Arbeits-/Ausbildungsplätze mehrheitlich im Kanton; KSOW-Ergebnis um CHF 1.4 Mio. verbessert;	Spital (stark reduziert) in Sarnen; Nähe für Patienten und Angehörige; Arbeits-/Ausbildungsplätze bleiben teilweise im Kanton;	Starke Reduktion der Kosten für den Kanton; Nachhaltige Förderung der ambulanten Versorgung in OW möglich; Hohe Flexibilität für Zusatzangebote am Standort Sarnen bei Bedarf; Tendenziell gute Ausgangslage für Verbundlösung mit LUKS (Win:Win);
<b>Risiken / Nachteile</b>	Kosten für Kanton bleiben hoch & steigen trotz Verbund kontinuierlich an; Grosser Investitionsbedarf in die Spitalimmobilie am Standort Sarnen; Qualitäts- und Ertragsdruck (Tarife) nimmt zu und verschlechtert Rahmenbedingungen zusätzlich; Wenig attraktiv für Verbundpartner	Kosten für Kanton bleiben hoch & steigen trotz Verbund kontinuierlich an; Grosser Investitionsbedarf in die Spitalimmobilie am Standort Sarnen; Qualitäts- und Ertragsdruck (Tarife) nimmt zu und verschlechtert Rahmenbedingungen zusätzlich; Akzeptanz für Schliessung Geburtsabteilung wenig vorhanden; Wenig attraktiv für Verbundpartner	Es finden sich mittelfristig keine Fachärzte für diese Art von «Spital»; Kosten für Kanton bleiben hoch trotz massivem Abbau der Leistungen; Versorgungsqualität ohne «interdisziplinären Austausch vor Ort» gefährdet; Akzeptanz bei Bevölkerung und Zuweisern kaum vorhanden;	Nur noch Hausarzt-Notfall am Standort Sarnen; Stationäre Versorgung ältere Patienten tendenziell etwas weniger gut; Realisierung ist komplex, braucht Zeit und viel Vernetzungsarbeit; Arbeits- und Ausbildungsplätze gehen dem Kanton – bis auf ganz wenige – verloren;

Das Projektteam ist nach einer gründlichen Analyse der Ausgangslage und Abwägung aller Vor- und Nachteilen der einzelnen Optionen zu folgendem Fazit gekommen:

- Der Kanton Obwalden muss seine Akutversorgung künftig im (Spital-) Verbund mit anderen Kantonen und mit einem starken, innerkantonalen Netzwerk bei der wohnortnahen Hausarztversorgung sicherstellen.
- Das KSOW kann mit dem heutigen Leistungsangebot (Option 0) auch als Teil eines Spitalverbundes nicht kostendeckend betrieben werden. Die jährlichen Ausgleichszahlungen des Kantons an das KSOW werden weiter ansteigen. Je nach Entwicklung der entsprechenden Parameter (Kostenwachstum, Ertragsentwicklung) ist mittelfristig mit Beiträgen zwischen CHF 10 -15 Mio. pro Jahr zu rechnen (worst case bis zu CHF 20 Mio.).
- Das Grundproblem des KSOW ist nicht das fehlende Geschick der strategischen oder operativen Leitung. Das KSOW hat in den letzten Jahren bewiesen, dass sich die Betriebskosten durch Effizienzsteigerungsmassnahmen reduzieren lassen. Das Grundproblem des KSOW ist das viel zu kleine Einzugsgebiet. Dieses Problem könnte ein Verbund nur lösen, wenn es gelänge, sehr viele Bewohner/innen aus anderen Regionen nach Sarnen zur Behandlung umzuleiten. Das ist aber nicht im Sinne der möglichen Verbundpartner, welche selbst nach einer ausreichenden Auslastung für ihre Spitäler suchen.
- Eine Reduktion des Leistungsangebotes am KSOW, wie sie die Optionen 1 und 2 vorsehen, verbessert die Ausgangslage bedingt. Mit der Option 1 können die jährlichen Ausgleichszahlungen des Kantons um rund CHF 1,4 reduziert werden, das generelle Wachstum der Kosten kann aber nicht gestoppt werden. Zudem zahlt der Kanton bei dieser Option mit der Schliessung der Geburtshilfeabteilung einen hohen, politischen Preis. Die Option 2 reduziert das Angebot des KSOW so stark, dass es für ärztliche Fachkräfte, die Bevölkerung und die Zuweiser sehr unattraktiv wird. Zudem kann Option 2 auch finanziell nicht überzeugen und belastet die Staatskasse weiterhin stark.
- Die Transformation der Akutversorgungs-Strategie des Kantons hin zur Sicherung einer guten, wohnortnahen Hausarzt- und Notfallversorgung ist sowohl für den Kanton Obwalden, als auch für die potentiellen Verbundpartner jene Option, welche die Rahmenbedingungen am besten antizipiert. Sie bietet die Chance für eine nachhaltige, finanzierbare Lösung auf hohem Versorgungsniveau. Ein vom Kanton mit Partnern zu realisierendes, ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum am heutigen KSOW-Standort übernimmt dabei eine zentrale Rolle bei der innerkantonalen Vernetzung (ambulante Grundversorgung) und gegenüber den ausserkantonalen Spitalverbundpartnern.

Letztlich ist die Bewertung der Optionen eine politische Fragestellung. Mit den nötigen, finanziellen Mitteln lässt sich der Spitalstandort Sarnen in den nächsten Jahren weiter aufrechterhalten. Mittel- bis langfristig wird es – unabhängig von den Finanzen – schwierig werden, genügend gut qualifizierte Spitalfachärzte nach Sarnen zu verpflichten. Eine schrittweise – mit den künftigen Verbundpartnern geplante und abgestimmte – Überführung der Obwaldner Akutversorgung in Richtung «ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum Sarnen» mit Anbindung an den Spitalverbund Luzern/Nidwalden» ist eine strategische Stossrichtung mit viel Potential. Die Umsetzung dieser Option ist anspruchsvoll und kann nur gelingen, wenn der politische Wille dafür vorhanden und genügend Zeit für die Planung und eine Realisierung in Etappen vorhanden ist.

## 2. Einleitung

### 2.1 Was bisher geschah

Die Rahmenbedingungen im Schweizer Gesundheitswesen verändern sich seit 2012 stark (u.a. neue Spitalfinanzierung, Einführung SwissDRG, Tarifeingriffe des Bundesrates, Vorgaben zu Mindestfallzahlen, Spezialisierung in der Medizin usw.). Dies führt insbesondere für Spitäler mit einem kleinen Einzugsgebiet zunehmend zu existenziellen Herausforderungen. Das gilt auch für das KSOW, welches in der aktuellen Form bzw. mit dem heutigen Leistungsangebot trotz diverser, betrieblicher Effizienzoptimierungsmassnahmen nur dank grossen, finanziellen Beiträgen des Kantons «überlebensfähig» ist.

Der Kanton Obwalden und das KSOW haben sich in den letzten Jahren intensiv Gedanken und über mögliche Massnahmen zu Sicherung einer qualitativ hochstehenden Akutversorgung für die Obwaldner Bevölkerung gemacht. Diverse Grundlagenpapiere dazu wurden erarbeitet.

Der Regierungsrat hat im Sommer 2019 den Bericht «Versorgungsstrategie im Akutbereich – strategische Szenarien» einer breiten Vernehmlassung unterworfen. Dabei hat sich gezeigt, dass das Szenarium «Anschluss des KSOW an eine Versorgungsregion» klar am besten bewertet wird. Der Kantonsrat hat den Bericht an seiner Sitzung vom 24.10.2019 zur Kenntnis genommen. Um die konkrete Ausrichtung der Akutversorgung beurteilen zu können, benötigt der Kantonsrat und alle anderen Entscheidungsträger nun eine Vertiefung der favorisierten Option «Anschluss an Versorgungsregion». Der Regierungsrat hat deshalb Ende 2019 eine Projektgruppe bestehend aus Fachleuten des Kantons (Gesundheitsamt) und des KSOW beauftragt, konkrete Lösungsoptionen in Richtung Akutversorgung im Verbund zu entwickeln.

Der Spitalrat KSOW hat zudem im Verlauf des Jahres 2019 eine Strategie zu einer künftigen Ausgestaltung des KSOW erarbeitet. Er hat dem Regierungsrat Ende Februar 2020 seine entsprechenden Schlussfolgerungen (Strategie des Spitalrates) schriftlich mitgeteilt.

Der Vorarbeiten von Seiten Kanton und die vom Spitalrat erarbeiteten Strategieüberlegungen bilden – neben diversen weiteren Grundlagen – die Basis der im vorliegenden Bericht entwickelten und beschriebenen Verbund-Lösungsoptionen.

### 2.2 Projektauftrag (Meilenstein 3)

Der Regierungsrat hat mit Beschluss vom 17.12.2019 eine Task-Force eingesetzt, welche die weiteren Projektarbeiten rund um die «Versorgungsstrategie Akutversorgung Obwalden» steuern und die Kommunikation gegenüber der Regierung und gegen aussen sicherstellen soll. Die Task-Force setzt sich wie folgt zusammen:

- RR Daniel Wyler, Vorsteher Volkswirtschaftsdepartement (Leitung)
- Thomas Straubhaar, Präsident Spitalrat KSOW
- Martin Sigg, Präsident OW-Cura
- Patrick Csomor, Leiter Gesundheitsamt

Im Februar 2020 hat die Task-Force eine Projektgruppe mit der Erarbeitung der nötigen Entscheidungsgrundlagen beauftragt. Die Projektgruppe setzt sich wie folgt zusammen:

- RR Maya Büchi-Kaiser, Vorsteherin Finanzdepartement (Vorsitz)
- Patrick Csomor, Leiter Gesundheitsamt (interne Projektleitung)
- Rolf Korner, TeamFocus AG (Projektmanagement)

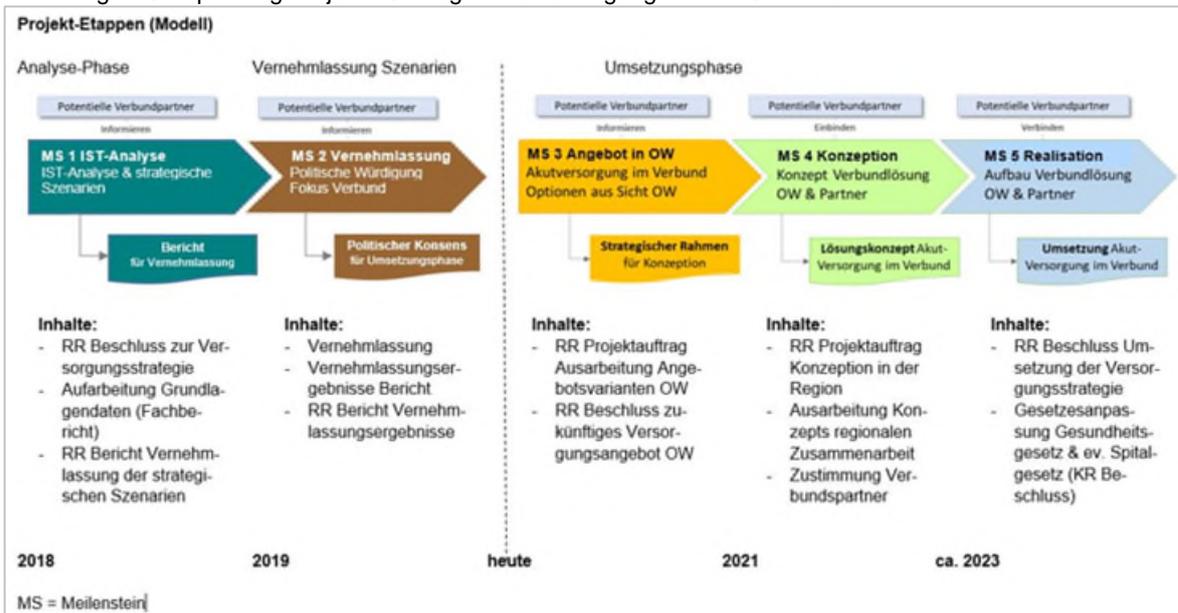
- Andreas Gattiker, CEO KSOW
- Daniel Egger, Finanzen KSOW
- Thomas Kaeslin, Chefarzt KSOW

Die Projektgruppe soll unter Würdigung der Vorarbeiten verschiedene Lösungsoptionen für die Weiterentwicklung des Leistungsangebotes des KSOW im Verbund mit Partnern entwickeln und diese Optionen mit konkretem Zahlenmaterial (insbesondere zu den Finanzen) unterlegen.

## 2.3 Vorgehen

Die Projektarbeiten werden in verschiedenen Etappen angegangen

Abbildung 1: Grobplanung Projekt «Strategie Akutversorgung Kanton Obwalden»



Der vorliegende Schlussbericht dokumentiert die Ergebnisse der Etappe «Meilenstein 3 / Optionen Leistungsangebot im Verbund». Neben den eingangs erwähnten Grundlagenpapieren von Kanton und KSOW (Versorgungsstrategie im Akutbereich vom 12. 8. 2019 des Regierungsrates und Strategie des Spitalrates vom 25.2.2020) wurden auch Lösungsansätze aus anderen Regionen (u.a. «Spitalzukunft Kanton St. Gallen») und die bisherigen Erfahrungen aus dem Projekt Spitalverbund Luzern – Nidwalden (LUNIS) gesichtet und wo sinnvoll auf die Situation im Kanton Obwalden adaptiert.

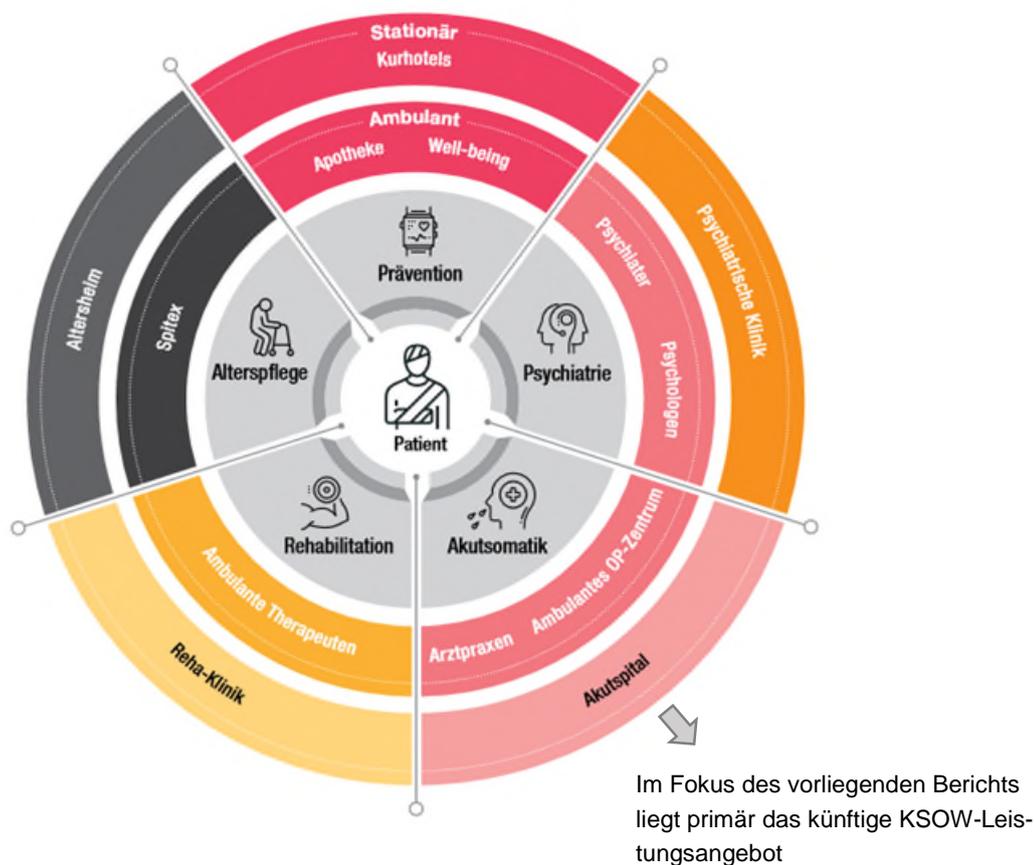
Bei der Erarbeitung der vorliegenden Projektergebnisse hat sich die operative Projektebene (Projektgruppe) regelmässig mit der Task-Force abgeglichen. Zudem wurde der Regierungsrat periodisch über den Projektstand informiert. Für die Kalkulation der finanziellen Auswirkungen je Lösungsoption konnte auf die Expertise der Firma H Focus AG, Baar, zurückgegriffen werden. Die H Focus verfügt über langjährige Erfahrung im Gesundheitswesen, insbesondere im betriebswirtschaftlichen Bereich und hat bereits die Strategieentwicklung am KSOW unterstützt.

### 3. Ausgangslage somatische Akutversorgung Kanton Obwalden

#### 3.1 Rahmenbedingungen und Abgrenzungen

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der somatischen Akutversorgung im Kanton Obwalden. Nachfolgende Grafik<sup>1</sup> verortet die somatische Akutversorgung im Gesundheitswesen-Gesamtsystem.

Abbildung 2: Strukturen im CH-Gesundheitswesen



Neben der Beschreibung von möglichen KSOW-Leistungsangebotsoptionen, berücksichtigt der Bericht auch den Einfluss, welcher die Weiterentwicklung des KSOW auf andere, wichtige Akutversorgungs-Partner (z.B. die Hausärzte, andere ambulante Anbieter) haben kann. Er macht aber zu diesen, das KSOW ergänzenden Leistungserbringern, keine konkreten, planerischen Aussagen. Ebenso befasst sich der Bericht nicht mit der Versorgungsplanung in den Bereichen Psychiatrie, Prävention, Alterspflege und Rehabilitation.

---

<sup>1</sup> Quelle: pwc, Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz, Juni 2020

## 3.2 Kantonsspital Obwalden

### 3.2.1 Einleitung

Das KSOW ist – im Gegensatz zu den meisten anderen Kantonsspitalern in der Schweiz – noch immer eine öffentlich-rechtliche Anstalt ohne eigene Rechtspersönlichkeit. Träger des KSOW ist der Kanton Obwalden. Gemäss Gesundheitsgesetz vom 3. Dezember 2015 (in Kraft seit 1. Februar 2016) ist das KSOW zuständig für die medizinische Grundversorgung im Kanton Obwalden. Das Gesundheitsgesetz definiert in Art. 22 Abs. 1 den minimalen Umfang des medizinischen Leistungsangebotes: Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Anästhesie. Die Details zum Leistungsangebot werden zwischen Kanton und KSOW auf Basis eines jährlichen Leistungsauftrages vereinbart.

Die Spitalimmobilien werden dem KSOW vom Kanton (Eigner der Immobilien) zur Verfügung gestellt. Des KSOW zahlt dem Kanton dafür eine Miete (Stand 2020: CHF 3.475 Mio.). Der Kanton stellt im Gegenzug die finanziellen Mittel für nötigen Investitionen (Werterhaltung oder Erneuerung) in die Spitalimmobilien zur Verfügung.

Im Rahmen der Erarbeitung der Strategie zur Gesundheitsversorgung<sup>2</sup> hat der Kanton Obwalden im Jahr 2018 die volkswirtschaftliche Bedeutung des KSOW für den Kanton Obwalden durch einen externen Fachexperten untersuchen lassen. Die Analyse hat gezeigt, dass das KSOW zwar einer der grössten Arbeitgeber im Kanton ist, der realwirtschaftliche Effekt des KSOW aber nur rund 2% der Obwaldner Wirtschaftsleistung ausmacht. Dies gilt auch für den Einfluss des KSOW auf die die Obwaldner Steuereinnahmen. Auch wenn man die indirekten Effekte (z.B. Lieferanten der Lieferanten, Ausbildungsangebot, Standortattraktivität des Kantons usw.) miteinbezieht, bleibt der messbare, volkswirtschaftliche Nutzen des KSOW gemäss dieser Studie für den Kanton gering.

Unabhängig von dieser aufs Monetäre ausgerichteten Analyse ist es unbestritten, dass das KSOW ein wichtiger Arbeitgeber und Ausbildungsbetrieb im Kanton ist. Das KSOW geniesst zudem bei der Bevölkerung des Kantons Obwalden eine hohe Wertschätzung. Die KSOW-Patientinnen und Patienten schätzen das Angebot des KSOW. Die periodisch durchgeführten Umfragen zeigen, dass die Patientenzufriedenheit des KSOW auf einem hohen Niveau liegt.

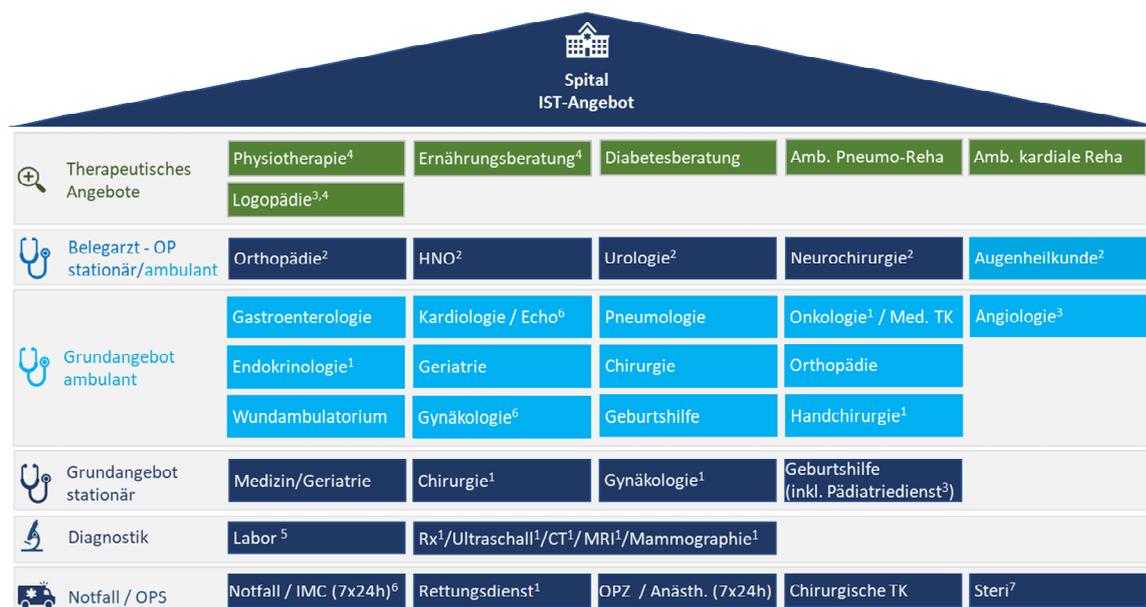
Das KSOW übernimmt für die Hausärzte in der Region eine wichtige, unterstützende Aufgabe. Es garantiert den einfachen und schnellen Zugang zu spezialärztlicher Beratung und unterstützt die Hausärzte bei Notfällen und schwierigen, medizinischen Fragestellungen. Ohne eine gut funktionierende Anbindung an ein Akutspital wird es noch schwieriger, genügend Hausärzte für den Kanton Obwalden zu finden.

---

<sup>2</sup> Strategie Gesundheitsversorgung Kanton Obwalden, Bericht der Steuerungsgruppe vom 22. Oktober 2018

### 3.2.2 IST-Leistungsangebot KSOW

Abbildung 3: Leistungsangebot KSOW IST



1 Kooperation mit LUKS; 2 Belegarzt disziplin z.B. in-house; 3 Externer Konsiliardienst; 4 Angebot für Geriatrie zwin-  
 gend; 5 Outsourcing an Synlab bis 2025; 6 unabhängige Ultraschallgeräte; 7 Outsourcing in Prüfung

Das stationäre Grundangebot (teilweise in Kooperation mit dem LUKS) umfasst die Innere Medi-  
 zin mit Akutgeriatrie, die Chirurgie, die Gynäkologie und die Geburtshilfe. Belegärzte kommen in  
 der Orthopädie, der HNO, der Urologie, der Neurochirurgie und der Augenheilkunde (ausschliess-  
 lich ambulant) zum Einsatz. Im ambulanten Bereich werden folgende Fachgebiete angeboten:  
 Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie, Angiologie, Endokrinologie, Geriatrie,  
 Chirurgie, Orthopädie, Wundambulatorium, Gynäkologie, Geburtshilfe, Handchirurgie.

Das medizinisch-therapeutische Angebot umfasst: Physiotherapie, Ernährungsberatung, Diabe-  
 tesberatung, Logopädie sowie ambulante Rehabilitation von Lungen- und Herzpatienten. Für die  
 Diagnostik können das ausgelagerte Labor und bildgebende Verfahren mit konventioneller Radi-  
 ologie, Ultraschall, CT, MRI und Mammographie genutzt werden.

Für Notfälle stehen rund um die Uhr eine Notfallstation, eine IMC-Station, der Rettungsdienst und  
 die Operationsabteilung mit Anästhesie zur Verfügung. Zudem können Patienten mit ambulanten  
 Behandlungen in einer Tagesklinik betreut werden. Der administrative und logistische Teil des  
 Spitalbetriebs wird durch eigene Mitarbeitende abgedeckt.

Das IST-Leistungsangebot des KSOW bietet der Obwaldner Bevölkerung also eine akutsomati-  
 sche, erweiterte Grundversorgung mit einem 7 x 24 Stunden Notfallbetrieb. Die Leistungen wer-  
 den schon heute in vielen Bereichen in enger Zusammenarbeit mit dem Luzerner Kantonsspital  
 (LUKS) erbracht. Mit dem LUKS bestehen derzeit 15 Zusammenarbeitsverträge, z.B. in den Be-  
 reichen Chirurgie, Gynäkologie, Radiologie, Onkologie, Endokrinologie, Handchirurgie und Ret-  
 tungsdienst.

### 3.2.3 Kennzahlen KSOW

Das KSOW IST-Leistungsangebot zeichnet sich durch folgende, Schlüsselkennzahlen aus:

Tabelle 3: Schlüsselkennzahlen KSOW IST-Situation

KPI	Historie IST-Angebot		Status quo IST
	2017	2018	2019
<b>Ertrag (MCHF)</b>	<b>56.78</b>	<b>57.71</b>	<b>58.80</b>
davon stat. Erlöse in MCHF (in %)	<b>32.04</b> (56.44)	<b>30.50</b> (52.84)	<b>30.24</b> (51.44)
davon amb. Erlöse in MCHF (in %)	<b>16.04</b> (28.25)	<b>16.28</b> (28.2)	<b>17.21</b> (29.27)
davon Abgeltung Kanton OW in MCHF (in%)*	<b>3.90</b> (6.87)	<b>6.00</b> (10.41)	<b>6.50</b> (11.06)
davon übr. Erlöse in MCHF (in %)	<b>4.80</b> (8.46)	<b>4.93</b> (8.55)	<b>4.85</b> (8.23)
<b>Betten (Anzahl)</b>	<b>64</b>	<b>64</b>	<b>64</b>
<b>Stationäre Fälle (Anzahl)</b>	<b>3'699</b>	<b>3'588</b>	<b>3'457</b>
davon VVG-Fälle (in %)	15%	14%	14%
<b>Ambulante Fälle (Anzahl)</b>	<b>23'319</b>	<b>24'233</b>	<b>25'892</b>
<b>EBITDA (MCHF)</b>	<b>-3.05</b>	<b>-2.35</b>	<b>-0.14</b>
EBITDA-Quote (in % vom Umsatz)	-5.37	-4.08	-0.24
<b>EBITDAR (MCHF)</b>	<b>0.425</b>	<b>1.125</b>	<b>3.335</b>
EBITDAR-Quote (in % vom Umsatz)	0.75	1.95	5.67
<i>Zusatzbeitrag für Ziel-EBITDAR 10% (MCHF)</i>	5.25	4.65	2.83
<b>Reingewinn/-verlust (MCHF)</b>	<b>-4.52</b>	<b>-3.96</b>	<b>-1.78</b>
<b>Eigenkapital (MCHF)</b>	<b>5.36</b>	<b>1.41</b>	<b>0.87<sup>3</sup></b>
EK-Quote (in % der Bilanzsumme)	29.00	8.89	5.50
<b>Fremdkapital (MCHF)</b>	<b>13.13</b>	<b>14.40</b>	<b>14.96</b>
FK-Quote (in % der Bilanzsumme)	71.00	91.11	94.50
<b>FTE (Vollzeitstellen)</b>	<b>370.75</b>	<b>372.05</b>	<b>360.22</b>

\* die Entwicklung dieser Kosten ist in Kapitel 3.5. im Detail ausgeführt

Folgendes gilt es besonders zu beachten:

- Anzahl stationäre und ambulante Fälle: Die Anzahl der stationären Fälle, welche im KSOW behandelt werden, geht in den letzten Jahren tendenziell zurück. Dagegen steigt der Anteil an ambulanten Fällen. Diese Entwicklung deckt sich mit dem nationalen Trend «ambulant vor stationär». Für die Finanzen des KSOW ist das keine gute Entwicklung, denn der ambulante Bereich ist – im Gegensatz zum stationären Bereich - durch die

<sup>3</sup> Einführung Swiss GAAP FER per 1.1.19. Der entsprechende Bewertungseffekt von CHF 1.249 Mio wurde dem Eigenkapital zugeschrieben

geltenden Tarife nur ungenügend abgedeckt und muss vom Kanton via Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) finanziell unterstützt werden.

- **Stationäre Fälle/VVG-Anteil:** Der Anteil an Zusatzversicherten Patienten (VVG-Patienten) von 14% ist im Vergleich zu anderen Spitälern seit Jahren tief. Mit dem von den Versicherern grosszügig abgegoltenen VVG-Geschäft können viele Spitäler ihre finanzielle Situation aufbessern. Das Kantonsspital Nidwalden (KSNW) weist z.B. 2019 einen VVG-Anteil von 22%, das Kantonsspital Uri einen Anteil von 26% aus. Die Gründe für die grossen Differenzen beim VVG-Anteil sind viele vermögende Patienten (Nidwalden) und viele Bundesbetriebe mit Zusatzversicherungslösungen für ihre Mitarbeitende (Uri).
- **EBITDAR-Quote:** Der EBITDAR zeigt das Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und immateriellen Vermögenswerten und vor Mieten. Für einen finanziell nachhaltigen Betrieb eines Spitäles braucht es nach übereinstimmender Expertenmeinung eine EBITDAR-Quote (EBITDAR im Verhältnis zum Umsatz) von mindestens 10%. Um dieses Ziel zu erreichen, hätte die Abgeltung des Kantons im Jahr 2019 um CHF 2.83 Mio. höher ausfallen müssen (Der Kantonsbeitrag hätte so insgesamt CHF 9.33 Mio. umfasst).
- **Eigenkapital:** Das Eigenkapital des KSOW hat sich in den letzten Jahren stark reduziert. Entsprechend ist die Liquidität des KSOW nur noch über die laufenden Erträge bzw. über die finanzielle Unterstützung durch den Kanton gesichert.
- **Vollzeitstellen (FTE):** Durch verschiedene, betriebliche Optimierungsmassnahmen konnte der KSOW Personalbestand – bei gleichbleibendem Leistungsangebot – gegenüber 2018 um rund 11 Vollzeitstellen reduziert werden.

### 3.2.4 Patientenbewegungen

Seit vielen Jahren liegt der Anteil von Obwaldnerinnen und Obwaldner, welche sich ausserkantonale einer stationären Behandlung unterziehen im Rahmen von 43-45%. Nicht ganz die Hälfte der stationären Behandlungen werden also in einem anderen Kanton (vor allem Luzern und Nidwalden) durchgeführt.

Tabelle 4: Anzahl Fälle, inner- und ausserkantonale, stationäre Behandlungen Akutspital von Obwaldnerinnen und Obwaldnern, 2016-2018

Jahr	KSOW	in %	Ausserkantonale	in %	Total
2016	2'975	57	2'277	43	5'252
2017	2'961	57	2'272	43	5'233
2018	2'897	55	2'338	45	5'235

Quelle: Krankenhausstatistik (Bundesamt für Statistik), Auswertung LUSTAT, Statistik Luzern

Im Jahr 2018 mussten sich 5'235 Obwaldnerinnen und Obwaldner einer stationären Behandlung unterziehen. Nicht berücksichtigt dabei wurden Spezialkliniken der Psychiatrie und Rehabilitation. Davon wurden 2'338 oder 45 Prozent der Behandlungen in ausserkantonalen Spitälern durchgeführt. Dieser Anteil ist insofern zu relativieren, als darin auch rund 11 Prozentpunkte Patientinnen und Patienten aus Engelberg enthalten sind, die aus geografischen Gründen das näher liegende Kantonsspital Nidwalden berücksichtigen.

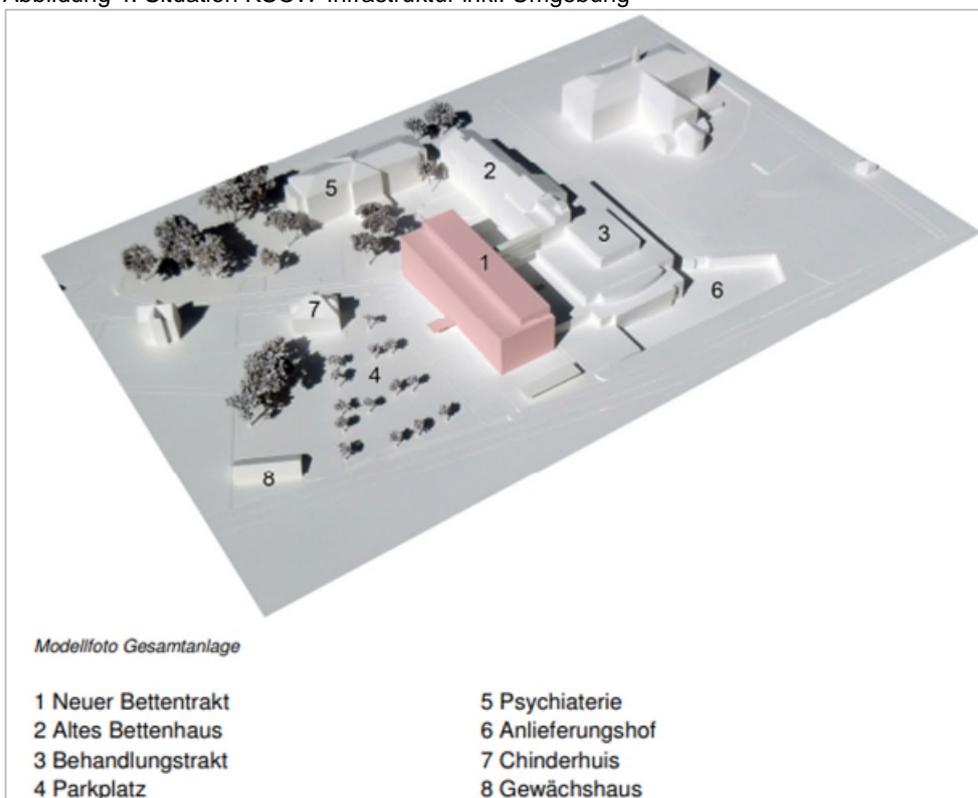
### 3.2.5 Infrastruktur KSOW

Die bauliche Geschichte des KSOW weist fünf grössere Etappen auf:

- 1909–1911: Bau und Inbetriebnahme des „neuen“ Spitalgebäudes, welches den Mittelteil des heutigen Spitalbaus bildet;
- 1954–1956: Ausbau des Spitalgebäudes mittels Aufstockung des bestehenden Spitalgebäudes und Anfügen von west- und ostseitigen Anbauten;
- 1976–1986: Sanierung Bettentrakt (Patientenzimmer und Nebenräume); Erweiterungsbauten für Physiotherapie, Labor und Geburtshilfe;
- 1993–1998: Neubau eines Untersuchungs- und Behandlungstrakts sowie eines Infrastrukturbereichs;
- 2009: An- und Ausbau an Notfallstation mit integrierter Notfallpraxis am Spital. Nebst den beschriebenen fünf grösseren Bauetappen erfolgten immer wieder kleinere Anpassungen an den Spitalgebäuden im Rahmen des normalen Gebäudeunterhalts.
- 2006- 2007: Die Psychiatrie Obwalden/Nidwalden wird sanft saniert.
- 2013-2014: Neubau Bettentrakt, für welchen der Kanton Obwalden rund CHF 40 Mio. investiert hat. Dieser Bettentrakt verfügt neben rund 63 Bettenplätzen mit ausschliesslich Einer- und Zweierzimmern im Erdgeschoss auch über eine grosszügige Eingangshalle mit der Anmeldung, Patientenadministration und diversen Sitzungszimmern. Angegliedert an den Eingangsbereich sind die Cafeteria, das Personalrestaurant, die Buffetanlage und die Küche platziert.

Sämtliche Gebäude des KSOW stehen im Eigentum des Kantons Obwalden.

Abbildung 4: Situation KSOW-Infrastruktur inkl. Umgebung



Der zwischen 1993 und 1998 erstellte Untersuchungs- und Behandlungstrakt muss in den nächsten Jahren einer gründlichen Renovation unterzogen werden. Eine Machbarkeitsstudie aus dem

Jahr 2016, welche im Auftrag des Kantons und unter Einbezug des KSOW durch ein spezialisiertes Planungsbüro durchgeführt wurde, hat dabei den künftigen Raumbedarf definiert (Basis: IST-Leistungsangebot) und eine mögliche, bauliche Umsetzung in Etappen skizziert. Die Gesamtkosten für die Realisierung dieser umfassenden Sanierungsarbeiten (inkl. Provisorien und neuen Helikopterlandeplatz) belaufen sich nach Schätzung der Studien-Autoren auf rund CHF auf max. CHF 50.5 Mio. (CHF 40.4 Mio. + 25%)

#### Gebäudekörper 2 (Alter Bettentrakt / später Gebäude C genannt)

Das Gebäude C ist am Ende der Betriebsdauer, eine Sanierung würde den Kanton teurer zu stehen kommen als ein Ersatz. Gebäude C beinhaltet heute Ambulatorien, Sprechstunden, Büros der Ärzte, Supportprozesse, Administrationsfunktionen, die chirurgische Tagesklinik, die IMC, Gastroenterologie, aber auch Pikettzimmer im 4. Stock sowie Labor und Apotheke im Untergeschoss. Einzige höherinstallierte Bereiche sind die IMC, die chirurgische Tagesklinik und die Gastroenterologie, deren Verlegung in einen anderen Gebäudekörper mit höheren Kosten verbunden ist, Die übrigen Bereiche sind einfach zu verlegen.

#### Gebäudekörper 3 (Untersuchungs- und Behandlungstrakt / später Gebäude B genannt)

Das Gebäude B beherbergt im Untergeschoss die Abteilungen Technik, Wäscherei und Bettenreinigung, im Erdgeschoss, die Physiotherapie (inkl. Therapiebad), Radiologie (mit CT und MRI), die Notfallstation. Im 1. Obergeschoss befindet sich die Operationsabteilung, auf dem Dach der Helikopterlandeplatz.

#### Gebäudekörper 1 (Neuer Bettentrakt / später Gebäude A genannt)

Im Erdgeschoss befindet sich die Küche, das Personalrestaurant, die Patientenaufnahme, in den Geschossen 1 und 2 je eine Bettenstation mit je 25 Betten, im Geschoss 3 die Bettenstation der Frauenklinik mit 14 Betten und der Gebärsaal. Auf dem Dach des Gebäudes A befindet sich eine Technikzentrale.

Im Rahmen des vorliegenden Projektes hat die Kantonsarchitektin Camille Stockmann, Abteilungsleiterin Hochbau und Energie Kanton Obwalden zusammen mit fsp Architekten AG, Spreitenbach, den Investitionsbedarf je Lösungsoption grob berechnet (siehe entsprechende Studie in der Beilage). Die wesentlichen Aussagen dieser Planung sind bei der Beschreibung der einzelnen Lösungsoptionen (Kapitel 5.) je Option dokumentiert.

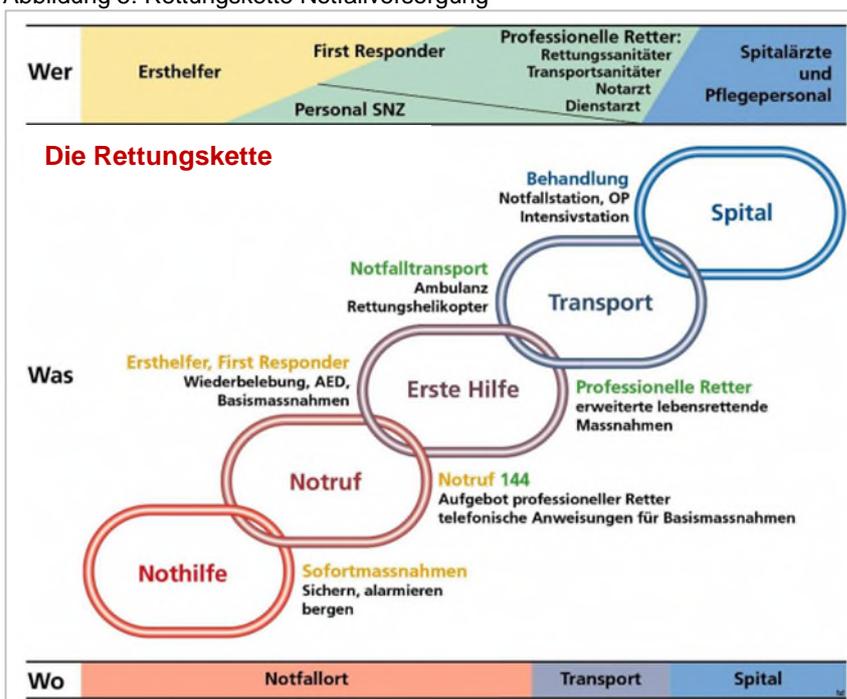
### 3.3 Notfallversorgung

#### 3.3.1 Einleitung

Ein wichtiger Bestandteil der somatischen Akutversorgung ist die Notfallversorgung. Diese wird durch ein Netzwerk verschiedener Fachleute (siehe Rettungskette unten) sichergestellt. Nachfolgenden werden die wesentlichen Elemente der Obwaldner Notfallversorgung beschrieben.

#### 3.3.2 Rettungsdienst/Rettungskette

Abbildung 5: Rettungskette Notfallversorgung



Quelle: Interverband für Rettungswesen, 2018

Die Versorgung bei krankheits- oder unfallbedingten Notfällen wird durch eine Vielzahl ärztlicher und paramedizinischer Spezialisten sichergestellt. Aber auch angeleitete Personen wie First Responder und Samariter leisten einen unverzichtbaren Beitrag für eine robuste Rettungskette. Örtlich muss unterschieden werden zwischen den Einsätzen an Notfallort, der Phase des Transports zur Weiterversorgung und die Versorgung im Spital.

#### 3.3.3 Notfallangebote

##### Ersthelfer

Im Falle eines krankheits- oder unfallbedingten Notfalls kommen oftmals Laienersthelfer zum Einsatz. Diese alarmieren in der Regel die Ambulanz über die Sanitätsnotrufzentrale. Gelegentlich denken sie an wichtige lebenserhaltende Massnahmen wie eine stabile Seitenlage des Patienten, und in selteneren Fällen wissen sie, wie man reanimiert oder sogar wie man einen automatisierten externen Defibrillator (AED) anwendet. Gerade die Laienschulung in kardiopulmonaler Reanimation und die Verbreitung von AED's haben die Wahrscheinlichkeit, an einer Herzrhythmusstörung zu versterben, deutlich gesenkt.

### **Sanitäts-Notrufzentrale (SNZ)**

Die SNZ 144 in Luzern koordiniert sämtliche Rettungseinsätze in den Kantonen Luzern, Nidwalden, Obwalden, Uri und der Region Küssnacht am Rigi. Seine Aufgaben umfassen:

- Erstbeurteilung und Triage der eingehenden Notrufe
- Anleiten von lebensrettenden Erste-Hilfe-Massnahmen
- Disposition und Aufgebot der Rettungsmittel und «First Responder»
- Alarmierung von Partnerorganisationen
- Koordination sämtlicher Krankentransporte
- Vermittlung von Notfallärzten, Notfallzahnärzten und Dienstapotheken
- Führen von Kriseninterventionsgesprächen
- Logistisches Zentrum bei Grossereignissen
- Koordinator SNZ 144 bei besonderen Lagen

### **First Responder**

Eine Soforthilfe bis die Ambulanz oder die Rega eintrifft, bieten die sogenannten First Responder. In der Zentralschweiz sind schon mehr als 1'000 First Responder im Einsatz. Dabei handelt es sich um Samariter, Feuerwehrleute oder Angehörige einer Betriebssanität, aber auch Freiwillige, die 7x24h von der SNZ gemeinsam mit dem Rettungsdienst aufgeboden werden können und die erste Hilfe sicherstellen, bis der Rettungsdienst eintrifft. Folgende Leistungen bieten First Responder-Organisationen (Quelle: Härz fir Obwaldä):

- Einleitung lebensrettender und lebenserhaltender Massnahmen
- Herz-Lungen-Wiederbelebung
- Früh-Defibrillation mit AED
- Sauerstoffgabe, Lagerung und Überwachung

Im Jahr 2019 wurden die First Responder im Kanton Obwalden 68 Mal aufgeboden.

### **Rettungsdienst**

Der Rettungsdienst hat sich in den letzten 3 Jahrzehnten qualitativ stark verändert. Sind bis in die 1990er-Jahre Laien ausgefahren (i.d.R. technischer Dienst oder Spitalgärtner), werden die Rettungsfahrzeuge heute mit jeweils zwei professionellen Rettungssanitätern oder ehemaligen Anästhesie- oder Intensivpflegern besetzt, die durch eine spezialisierte Weiterbildung gehen. Bei medizinisch besonders anspruchsvollen Fällen wird zusätzlich ein Notarzt oder Anästhesiepfleger hinzugezogen, der zum Beispiel eine Intubation eines Patienten durchführt. Auch das Rettungskonzept hat sich stark geändert. Wurde der Patient von Lientransportern früher schnellstmöglich ins Spital gebracht, erfolgt die Erstversorgung heute am Einsatzort, bevor der Patient transportiert wird.

Der Rettungsdienst des Kantons Obwalden ist vom Kanton an das KSOW delegiert. Dieses betreibt zwei Rettungswagen (der erste wurde 2018, der zweite wird 2021 ersetzt). Seit April 2018 wird ein Rettungswagen von Montag bis Freitag tagsüber im Raum Luzern eingesetzt, da die Einsatzzahlen im Kanton Obwalden nicht für zwei Fahrzeuge ausreichen. Für ein Fahrzeug sind es jedoch zu viele Einsätze. Daher gibt es seit 2017 noch ein Notfall-Einsatz-Fahrzeug. Es handelt sich um ein Fahrzeug, welches apparativ genauso eingerichtet ist wie eine Rettungsfahrzeug, aber keine Patienten transportieren kann. Seit 2019 ist der Rettungsdienst des KSOW IVR-zertifiziert (IVR = Interverband für Rettungswesen), womit die gesetzliche Qualitätsvorgabe gesichert ist. Diese Zertifizierung schreibt vor, dass die Erstrettung bei 90% der P1A und P1-Einsätze (Definition siehe Tabelle unten) innert 15 Minuten sichergestellt sein muss, sei es durch das Notfall-Einsatz-Fahrzeug, den Rettungsdienst oder die First Responder. Im Jahr 2019 waren das 635 Fälle. Der KSOW-Rettungsdienst basiert auf 16 Vollzeitstellen (Stand 2019). Die Einsatzzahlen sahen wie folgt aus:

Tabelle 5: Rettungsdienst KSOW, Einsatzzahlen im Jahr 2019

Dringlichkeit/Art	Einsatz Rettungsdienst KSOW	Einsatz andere Rettungsdienste (z.B. LUKS; KSNW)	Gesamt
P1A	223	23	246
P1	359	50	409
P2	341	66	407
P3	42	12	54
S1A	12	2	14
S1	18	5	23
S2A	5	0	5
S2	66	12	78
S3A	2	0	2
S3	104	27	131
<b>Total Primär</b>	<b>965</b>	<b>151</b>	<b>1'116</b>
<b>Total Sekundär</b>	<b>207</b>	<b>46</b>	<b>253</b>
Luft-Rettungen		26	26
<b>Total</b>	<b>1'172</b>	<b>223</b>	<b>1'395</b>

P1A = Sofortiger Einsatz mit Sondersignal (SSI) mit Notarzt (NA) und Anästhesie (AN); P1 = Sofortiger Einsatz mit SSI; P2 = Sofortiger Einsatz ohne SSI; P3 = Geplanter Einsatz mit Zeitfenster/Termin; S1A= Verlegung mit SSI mit NA und AN; S1 = Verlegung mit SSI; S2A = Verlegung ohne Beeinträchtigung Vitalfunktion mit NA und AN; S2 = Verlegung ohne NA und AN; S3A = Geplante Verlegung mit NA und AN; S3 = Geplante Verlegung mit Zeitfenster/Termin

Für das Jahr 2020 sind CHF 6'19'100 als kantonaler Beitrag für den Rettungs- und Krankentransportdienst budgetiert. Das sind CHF 134'900 mehr als noch im Jahr 2019 (CHF 484'200). Diese Kostenzunahme ist damit begründet, dass die Sanitäts-Notrufzentrale in Luzern ab 2020 deutlich höhere Kosten verrechnet (nach dem Ausstieg des Kantons Zug aus dem Verbund) und zudem der neue, nationale Rechnungslegungsstandard (REKOLE) den bisher ausgewiesenen Ertrag des Rettungsdienstes negativ beeinflussen, da interne Verrechnungen an das Spital für Sekundärtransporte nicht mehr als Umsatz gezeigt werden dürfen.

### **Notfallpraxis im Spital / Notfall in der Hausarztpraxis**

Erste Anlaufstelle bei nicht lebensbedrohlichen Notfällen ist der Hausarzt. Unter der Woche stellen die Hausärzte im Kanton Obwalden den Notfalldienst aus ihrer Praxis sicher. Für Notfälle am Wochenende hat das KSOW bereits 2008 eine der Notfallstation vorgelagerte, hausärztliche Notfallpraxis eingerichtet, die von den Hausärzten jeweils samstags und sonntags von 09:00 Uhr bis 20:00 Uhr betrieben wird. Für die Notfallzahlen in der Hausarztpraxis gibt es keine Zahlen. In der Notfallpraxis des Spitals sehen die Frequenzen folgendermassen aus:

Tabelle 6: Notfälle, Hausärztlicher Notfall am KSOW, Samstag/Sonntag, 2018-2019

	2017	2018	2019
<b>Arztbesuche</b>	2'172	2'224	2'292
<b>Andere Besuche</b> (z.B. Medikamentenbezug)	17	143	128
<b>Total</b>	<b>2'189</b>	<b>2'367</b>	<b>2'420</b>

### Notfallstation am KSOW

Die Notfallstation des KSOW behandelte in den Jahren 2017 bis 2019 zwischen 8'891 Patienten (2019) und 9'097 Patienten (2018).

Tabelle 7: Notfälle Notfallstation KSOW, 2017-2019

Uhrzeit	Std.	2017				2018				2019			
		Zahl	davon stat.	stat. in %	P/Std	Zahl	davon stat.	stat. in %	P/Std	Zahl	davon stat.	stat. in %	P/Std
07.00-19.00	12	6855	1282	18.70	1.57	7119	1339	18.81	1.63	6939	1208	17.41	1.58
19.00-22.00	3	1207	229	18.97	1.10	1095	220	20.09	1.00	1069	232	21.70	0.98
22.00-07.00	9	869	205	23.59	0.26	883	199	22.54	0.27	883	196	22.20	0.27
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>8931</b>	<b>1716</b>	<b>19.21</b>	<b>1.02</b>	<b>9097</b>	<b>1758</b>	<b>19.33</b>	<b>1.04</b>	<b>8891</b>	<b>1636</b>	<b>18.40</b>	<b>1.01</b>

Tabelle 8: Notfälle Notfallstation KSOW, 2017-2019, durchschnittlich pro Stunden/pro Tag

Uhrzeit	Std.	pro/Std.	Anteil in %	Stationäre Fälle p/Std	Stationäre Fälle p/Tag
07.00-19.00	12	1,59	55.16	0.29	3.50
19.00-22.00	3	1.03	35.57	0.21	0.62
22.00-07.00	9	0.27	9.27	0.06	0.55
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>1.02</b>	<b>100.00</b>	<b>0.19</b>	<b>4.67</b>

Obige statistische Auswertungen zeigen:

- In der KSOW-Notfallstation werden ca. 9'000 Patienten pro Jahr betreut.
- Rund 80% davon werden ambulant und rund 20% stationär behandelt.
- Die Verteilung ambulant / stationär ist während der Nacht leicht in Richtung stationärer Bereich verlagert. Tagsüber werden rund 18% der Patienten stationär behandelt. In der Nacht sind es 23%.
- Rund 90% der Patientinnen und Patienten nutzt die Notfallstation des KSOW zwischen 07:00 Uhr und 22:00 Uhr. In der Nacht (22:00 Uhr bis 07:00 Uhr) sind es knapp 10%.

Die überwiegende Anzahl der operativen Eingriffe im KSOW sind elektiv (Wahleingriffe), welche zeitlich geplant werden können. Nur ein kleiner Teil sind Notfall-Operationen und wenige davon müssen zwingend während der Nacht oder am Wochenende operiert werden müssen.

Tabelle 9: Notfalloperationen KSOW, 19.00-07.00 Uhr, 2019

	Gesamt Notfalloperationen		Geburtshilfe Notfalloperationen		Übrige Notfalloperationen	
	pro Jahr	pro Woche	pro Jahr	pro Woche	Übrige pro Jahr	Übrig pro Woche
19.00-22.00	75	1-2	4	0,1	25	0,5
22.00-07.00	37	0-1	20	0,4	13	0,25
<b>19.00-07.00</b>	<b>112</b>	<b>2-3</b>	<b>24</b>	<b>0,5</b>	<b>38</b>	<b>0.75</b>

Tabelle 10: KSOW-Kosten OPS und Anästhesie pro Eingriff, Kalkulation Jahresbudget 2020

Bezeichnung	Kosten in CHF gesamt	Tag (werktags) 07.00-22.00	Nacht 22.00-07.00	Wochenende 07.00-16.00
Kosten OPS	3'845'693	3'187'798	443'246	214'649
Kosten Anästhesie	3'786'832	2'857'413	690'254	239'164
<b>Total Kosten</b>	<b>7'632'525</b>	<b>6'045'211</b>	<b>1'133'500</b>	<b>453'813</b>
Anzahl Eingriffe	2'748	2'572	40	136
<b>Kosten/Eingriff in CHF</b>	<b>2'777</b>	<b>2'350</b>	<b>28'337</b>	<b>3'337</b>

Der finanzielle Aufwand für die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden Dienstbereitschaft für die Notfalloperationen in der Nacht, insbesondere von 22.00 bis 07.00 Uhr steht in keinem Verhältnis zur effektiven Inanspruchnahme.

### 3.4 Hausarzt-Versorgung

Neben dem medizinischen Leistungsangebot des KSOW inkl. Rettungsdienst bilden die Hausärzte eine weitere, wesentliche Säule der Obwaldner Akutversorgung. Der Bericht der Steuerungsgruppe zur «Strategie Gesundheitsversorgung» vom Oktober 2018 hat sich intensiv mit der Hausarzt-Versorgung im Kanton Obwalden befasst. Es wurde dort festgehalten, dass es in vielen ländlichen Regionen der Schweiz zunehmend schwierig wird, genügend qualifizierte Hausärzte zu finden. Dabei ist – neben geografischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen – auch das Zusammenspiel zwischen Hausärzten und Spital oder regionalem Gesundheits- und Notfallzentrum von grosser Bedeutung. Ohne eine gute Unterstützung von Seiten eines regionalen Spitals oder Gesundheits- und Notfallzentrums, wird die Arbeit für Hausärzte auf dem Lande deutlich weniger attraktiv.

Im oben erwähnten Bericht wurde zum Thema «Hausarzt-Versorgung im Kanton Obwalden» Folgendes festgehalten:

*«Die Versorgung mit Ärzten ist ausserhalb der Gemeinde Sarnen tief. Einerseits wird die Belastung der einzelnen Praxen damit hoch bis sehr hoch. Andererseits besteht für die Einwohnerinnen und Einwohner nur sehr wenig Wahlmöglichkeit: Wenn das Vertrauen zum lokalen Arzt nicht aufgebaut werden kann, haben Einwohner kaum Ausweichmöglichkeit. Die Verantwortung im Kantonsspital steigt, wenn die ambulante Grundversorgung dezentral nicht ausreichend wahrgenommen werden kann. Im Sinne der Nachhaltigkeit braucht es eine Strategie zur Sicherung der dezentralen Hausarztmedizin.»*

*«Die Grundversorgung in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist heute – ausserhalb der Gemeinde Sarnen – unter dem Bedarf. Insbesondere in der hausärztlichen Versorgung bedeutet eine Stärkung, dass bis zu 8 Ärzte benötigt werden»*

Diesen Aussagen liegt nachfolgende Kalkulation zu Grunde.

Tabelle 11: Bedarf Hausarztversorgung Kanton Obwalden (Stand Ende 2020)

Gemeinde	Hausärzte IST*	Hausärzte SOLL	Differenz
Alpnach	7	6	+1
Sarnen	15	10	+5
Kerns	2	6	-4
Giswil	2	4	-2
Lungern	1	2	-1
Sachsln	3	5	-2
Engelberg	4	4	0
<b>Gesamt</b>	<b>34</b>	<b>37</b>	<b>-3</b>

\*Berufsausübungsbewilligung als Grundversorger

Für viele Hausarztpraxen ist es oft schwierig oder gar unmöglich eine Nachfolge-Lösung zu finden. Dieser Umstand ist umso gravierender, als bis 2030 zweidrittel der Hausärzte das Pensionsalter erreicht haben werden. Eine Mehrheit der jüngeren Hausärzte (Frauen wie Männer) will Teilzeit arbeiten und (primär) angestellt sein. Andererseits ist eine umfassende wohnortnahe Grundversorgung ein ausgeprägtes Bedürfnis der Bevölkerung und ein Standortvorteil für eine Gemeinde oder Region. Deshalb gilt es, die Grundversorgung vor allem in ländlichen Gebieten neu zu organisieren. Hier geht es um Themen wie: regionale Versorgungsnetze, die auf interprofessionelle Teamleistungen ausgerichtet sind; kompetenzorientierte Aufgabenteilungen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonen; Einsatz von digitalen Hilfsmitteln, um Menschen orts- und zeitunabhängig zu begleiten usw.

Der Kanton kann eine gute Hausarzt-Versorgung in Obwalden u.a. durch folgende Aktivitäten unterstützen:

- Anschub für den Aufbau und Betrieb eines regionalen, ambulanten Gesundheits- und Notfallzentrums, welche die Vernetzung der verschiedenen, ambulanten Leistungserbringer fördert und diverse Services für alle Netzwerkpartner bereitstellt (u.a. Qualitätssicherung, Administration, Aus- und Weiterbildung, Einkauf usw.).
- Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen für Gruppenpraxen und integrierte Versorgungsmodelle.
- Förderung von Versorgungsmodellen, welche die Aufgabenteilungen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonen wie, z.B. klinische Pflegeexpertinnen (Advanced Nursing Practice, ANP) unterstützen.
- Förderung mobiler Dienste (Flying Health Professionals) und digitaler Werkzeuge.
- Initiieren (zusammen mit Partnern) von innovativen Modellen, in welchen Patienten dank digitalen und mobilen Dienstleistungen primär zu Hause versorgt werden und rund um die Uhr mit einem Gesundheits- und Notfallzentrum/Spital verbunden sind (z.B. telemedizinische Unterstützung bei der Therapie, Telemonitoring, logistische Leistungen für die [Wieder-]Beschaffung von Medikamenten usw.).

Zu obigen Ansätzen bestehen bereits diverse Ergebnisse aus Pilotversuchen in der Schweiz. Um hier einen Schritt von vorne zu tun, braucht es eine aktive Rolle des Kantons.

### 3.5 Finanzierung Akutversorgung Obwalden

Der Kanton Obwalden bezahlt – Stand 2019 - für die akutsomatische Versorgung seiner Bevölkerung jährlich rund CHF 36 Mio. Diese Summe setzt sich wie folgt zusammen:

Tabelle 12: Finanzierung institutionelle, akutsomatische Versorgung 2013-2019 in CHF, Kanton Obwalden

WAS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Abgeltung KSOW nach DRG	8'983'053	9'397'845	11'479'841	11'690'212	11'861'502	11'550'059	10'782'621
Ausserkant. Spitäler nach DRG	15'359'896	13'183'837	15'281'819	16'425'436	18'295'242	18'254'612	18'951'141
<b>Abgeltung DRG</b>	<b>24'342'949</b>	<b>22'581'682</b>	<b>26'761'660</b>	<b>28'115'648</b>	<b>30'156'744</b>	<b>29'804'671</b>	<b>29'733'762</b>
Kanton/Versicherer	47% / 53%	49% / 51%	51% / 49%	53% / 47%	55% / 45%	55% / 45%	55% / 45%
GWL KSOW	3'848'440	3'338'398	1'293'251	3'500'000	3'900'000	4'005'500	4'005'500
Standortsicherung	0	0	0	0	0	2'000'000	2'500'000
Miet-Rückfinanz.	4'053'000	5'021'400	5'505'600	5'505'600	0	0	0
Div./Überschuss	-155'602	285'520	439'337	0	0	0	0
Leistungsbezogener Kredit KSOW	<b>7'745'838</b>	<b>8'645'318</b>	<b>7'238'188</b>	<b>9'005'600</b>	<b>3'900'000</b>	<b>6'005'500</b>	<b>6'505'500</b>
<b>Gesamtkosten Kanton</b>	<b>32'088'787</b>	<b>31'227'000</b>	<b>33'999'848</b>	<b>37'121'248</b>	<b>34'056'744</b>	<b>35'810'171</b>	<b>36'239'262</b>

Die Kosten des Kantons für institutionelle, akutsomatische Versorgung sind in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Hauptgrund für diesen Kostenanstieg war dabei nicht das KSOW, sondern die neue Spitalfinanzierung (KVG), welche die Kantone zur Übernahme von 55% der stationären Behandlungskosten nach DRG verpflichtet. Der Kanton Obwalden musste seinen Anteil demnach von 47% im Jahr 2013 auf 55% ab dem Jahr 2017 erhöhen, was den Kostenblock «Abgeltung DRG» stark anwachsen liess.

Der leistungsbezogene Kredit des Kantons an das KSOW hat sich in den letzten Jahren sehr unterschiedlich entwickelt. Wesentlicher Einfluss darauf hatte eine Änderung in der Praxis der Mietzinsverrechnung durch den Kanton. Diese Praxisänderung hat im Jahr 2017 zu einem deutlich tieferen Kredit geführt, welcher aber in den Jahren ab 2018 wieder um den Beitrag für die Standortsicherung ansteigt. Nachfolge Abbildung zeigt die Details des leistungsbezogenen Kredits 2020.

Aufgrund der heutigen Rechtsform des KSOW, hat der Kanton de facto eine Defizitdeckung zu gewährleisten, die noch über die obigen Gesamtkosten hinausgeht.

Abbildung 6: GWL und Standortsicherung KSOW 2020

GWL	2020	2020
	Antrag Regierungsrat	Antrag Spitalrat
Ambulante Unterdeckung Akutspital (exkl. Mietanteil ambulant)	3 126 185	3 126 185
Mietanteil ambulant	0	0
Mindereinnahmen Anpassung Tarmed-Struktur durch Bundesrat	0	800 000
Mindereinnahmen Verordnung ambulant vor stationär	0	300 000
<b>Total ambulante Unterdeckung</b>	<b>3 126 185</b>	<b>4 226 185</b>
Universitäre Lehre und Forschung (Ärzte in Weiterbildung zum FMH-Facharzttitle)	424 130	424 130
<b>Total universitäre Lehre und Forschung</b>	<b>424 130</b>	<b>424 130</b>
Rettungs- und Krankentransportdienst	619 100	619 100
Geschützte Operationsstelle (GOPS)	4 000	4 000
Sozialdienst Akutspital	146 400	146 400
Seelsorge	60 200	60 200
<b>Total Aufträge</b>	<b>829 700</b>	<b>829 700</b>
<b>Rundung</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total gemeinwirtschaftliche Leistungen</b>	<b>4 380 015</b>	<b>5 480 015</b>
<b>Standortsicherungsbeitrag</b>	<b>3 500 000</b>	<b>3 475 000</b>
<b>Total leistungsbezogener Kredit</b>	<b>7 880 015</b>	<b>8 955 015</b>

Quelle: Bericht des Regierungsrats zum Leistungsauftrag und leistungsbezogener Kredit 2020 für das Kantonsspital Obwalden, vom 15.10.19

Das KSOW erhält 2020 also rund CHF 8 Mio. für gemeinwirtschaftliche Leistungen und Standortsicherungsbeiträge. Für eine ausgeglichene Rechnung wäre gemäss dem KSOW-Spitalrat sogar noch eine zusätzlich Million Franken notwendig. Die GWL-Rate des KSOW (GWL/Standortsicherungsbeiträge in % des Umsatzes) liegt 2019 bei rund 13%.

### 3.6 Bedarfsanalyse Akutversorgung Obwalden

Einfluss auf den künftigen Bedarf (Volumen) hat auch die Entwicklung der Bevölkerungszahlen (inkl. Entwicklung der Altersgruppen).

Tabelle 13: Entwicklung Bevölkerung 2020-2050 in tausend Einwohner/innen, BFS, Mai 2020

	2020	2030	2040	2050	Anstieg 2020-2050
<b>Obwalden</b>	<b>38.4</b>	<b>41.0</b>	<b>42.9</b>	<b>44.0</b>	<b>14,6%</b>
Nidwalden	43.9	46.9	48.3	48.7	11,0%
Luzern	416.3	452.0	476.9	490.3	17,8%
Uri	37.0	39.9	41.1	40.8	10,3%
Zug	130.2	146.9	159.8	169.2	29,9%
Schwyz	162.6	179.7	190.7	196.1	20,6%
<b>Schweiz</b>	<b>8 688.2</b>	<b>9 430.8</b>	<b>10 015.4</b>	<b>10 440.6</b>	<b>20.2%</b>

Quelle: Bundesamt für Statistik

Das Bevölkerungswachstum im Kanton Obwalden entwickelt sich im nationalen Vergleich unterdurchschnittlich. Die Alterszusammensetzung der Obwaldnerinnen und Obwaldner wird sich aber stark verändern. In den nächsten 30 Jahren wird die Obwaldner Bevölkerung im Rentenalter stark wachsen. Die Zahl der 65-Jährigen und Älteren von heute 7'601 Personen voraussichtlich um ca. 70 Prozent auf 12'876 Personen im Jahr 2050 steigen. Gemessen am Altersquotient (Anteil an über 65-Jährigen im Verhältnis zur 20- bis 64-Jährigen) wird der Kanton Obwalden gemäss den Hochrechnungen des Bundesamtes für Statistik (BFS) im Jahr 2050 den vierthöchsten Wert nach den Kantonen Basel-Landschaft, Graubünden und Tessin haben. Die 65-Jährigen und Älteren werden im Jahr 2050 ca. 29 Prozent der Gesamtbevölkerung des Kantons Obwalden ausmachen.

Das prognostizierte Bevölkerungswachstum im Kanton Obwalden, wird zu einer leichten Erhöhung des «Kundenpotentials» des KSOW führen, insbesondere auch darum, weil der Anteil älterer Personen im Kanton zunehmen wird und dieses Patientengut einen Mehrbedarf an akutsomatischen Leistungen benötigen wird.

Neben den demografischen Einflüssen auf den künftigen Bedarf gilt es aber auch die Entwicklungen in der Medizin (z.B. Spezialisierung) und in der Erbringung der Leistungen (z.B. ambulant vor stationär) zu berücksichtigen. Zu diesen beiden Tendenzen gibt es keine robusten, datenbasierten Prognosen in Bezug auf den Einfluss auf den Bedarf. Hier muss mit groben Annahmen gerechnet werden. Es ist davon auszugehen, dass «ambulant vor stationär» auch in Zukunft Einfluss auf die Art der Leistungserbringung haben wird und somit der Bedarf nach stationären Behandlungen tendenziell weiter sinkt. Durch die fortschreitende Spezialisierung der Medizin und der eng damit verbundenen Forderungen nach Mindestfallzahlen wird zudem der Druck vor allem auf kleine Spitäler weiter zunehmen, Behandlungen an grössere Spitäler mit vielen Spezialisten abzugeben.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der mengenmässige Bedarf nach akutsomatischen Versorgungsleistungen sich im Kanton Obwalden in den nächsten Jahren wenig entwickeln wird. Der Bedarf nach ambulanten Leistungen (inkl. Hausarztmedizin) wird tendenziell weiter zunehmen, dagegen wird der Bedarf nach stationären Leistungen eher zurückgehen (Verschiebung in den ambulanten Bereich) und sich vermehrt in Richtung spezialisierte Leistungserbringer (Spezialklinik, Zentrumsspital) entwickeln.

### 3.7 Trends im Schweizer Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen der Schweiz sieht sich einer Vielzahl von Trends ausgesetzt.

Abbildung 7: Trends im Schweizer Gesundheitswesen

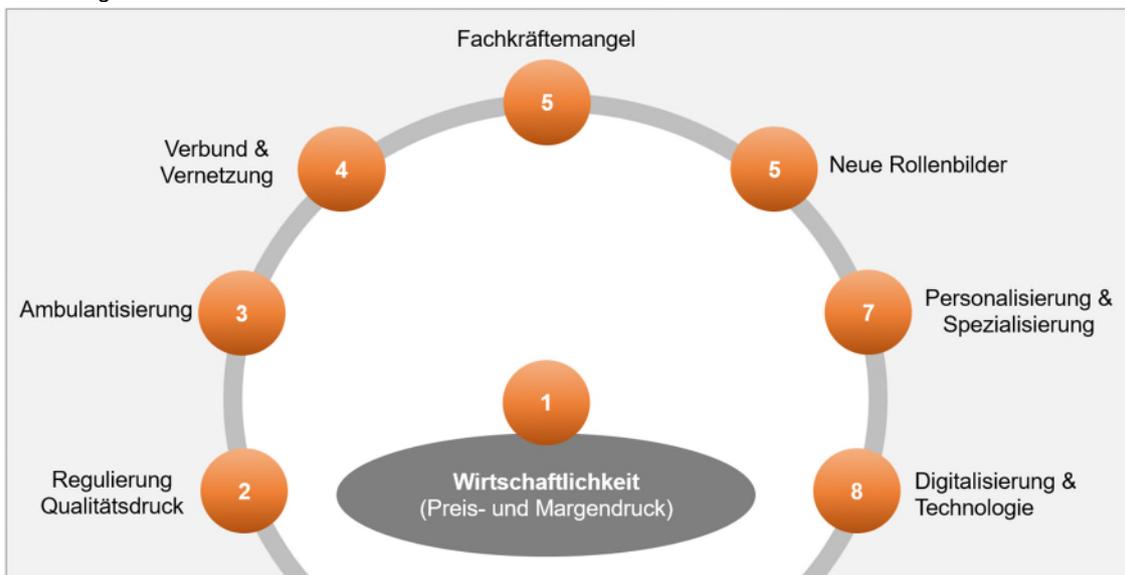


Tabelle 14: Beschreibung der wesentlichen Trends in der akutsomatischen Versorgung

Trend	Stichworte
<b>1. Wirtschaftlichkeit</b> (Preis-/Margendruck)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kosten der Spitäler wachsen mehr als die Erträge</li> <li>- Kampf dem Kostenwachstum von Bund und Versicherern</li> <li>- Druck auf Zusatzversicherungs-Abgeltungen</li> <li>- Tarifierrevisionen, Tarifeingriffe Bundesrat</li> <li>- Unterfinanzierung ambulante Leistungen</li> </ul>
<b>2. Regulierung &amp; Qualitätsdruck</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorgaben/Listen «ambulant vor stationär»</li> <li>- Mindestfallzahlen für Operationen und Behandlungen</li> <li>- Mengenbeschränkungen (Globalbudgets)</li> <li>- Qualitätsabhängige Komponenten in der Vergütung</li> <li>- Erhebung und obligatorische Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren</li> <li>- Steigende Anforderungen in der Spitalliste von Kantonen</li> <li>- Anforderungen an Aus-, Weiter und Fortbildung der Fachkräfte</li> </ul>
<b>3. Ambulantisierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulant vor stationär wird auf verschiedenen Ebenen vorangetrieben</li> <li>- Medizinischer Fortschritt macht weiteren Ausbau «Ambulantes» möglich</li> <li>- Medizinisch indiziert und politisch gewollt</li> <li>- Entspricht Patientenbedürfnis nach flexibler, wohnortnaher und niederschwelliger Versorgung</li> </ul>
<b>4. Verbund &amp; Vernetzung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Logische Folge von Kosten- und Qualitätsdruck und Spezialisierung</li> <li>- Hub (Zentrumsspital) and Spoke (mit Zentrum verbundene Anbieter)</li> <li>- Kantonsübergreifende Versorgungsregionen</li> <li>- Integrierte Versorgung/Vernetzung und entsprechende Prozesse</li> <li>- Konzentration der Kräfte – Bildung von Kompetenzzentren</li> </ul>
<b>5. Fachkräftemangel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kampf um knappes Gut «Fachkräfte» wird weiter zunehmen</li> <li>- Verschärfung vor allem in ländlichen Gebieten absehbar</li> <li>- Work-Life-Balance</li> </ul>

Trend	Stichworte
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gender-Shift</li> <li>- Personalgewinnungskosten werden steigen</li> <li>- Attraktive, flexible Arbeitsbedingungen (Vergütung und Arbeitszeiten)</li> </ul>
<b>6. Neue Rollenbilder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veränderter Skill- Grade-Mix</li> <li>- Advanced Nurse Practitioner (Pflegefachperson mit Spezialisierung und erweiterten klinischen Fertigkeiten)</li> <li>- Hospitalist (Grundversorger/Patienten-Coach im Spital)</li> <li>- Case-Manager/in (Koordiniert die Vernetzung/integrierte Versorgung)</li> </ul>
<b>7. Personalisierung &amp; Spezialisierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlungsmöglichkeiten werden immer personalisierbarer</li> <li>- Die Medizin wird immer spezialisierter</li> <li>- Patienten fordern Transparenz, Einbezug in die Entscheidungsfindung, Wahlmöglichkeiten und zeitgemässe (digitale) Kommunikationswege</li> <li>- Patienten wollen massgeschneiderte auf ihre Person/ihr Problem ausgerichtete Angebote (spezialisierte Zentren).</li> </ul>
<b>8. Digitalisierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telemedizinische Lösungen (u.a. für Notfall-Triage)</li> <li>- Digitale Vernetzung mit Partnern im Gesundheitswesen und Patienten</li> <li>- Diverse Apps und Wearables (u.a. Überwachung der Vitalfunktionen)</li> <li>- Künstliche Intelligenz (Diagnostik, Behandlungsempfehlungen usw.)</li> </ul>

Will eine Schweizer Spital sich erfolgreich am Markt etablieren, muss es immer häufiger neue Wege einschlagen, um den Anforderungen an eine moderne Medizin gerecht zu werden. Eingespannt im Dreieck von Patientenbedürfnissen – Qualitätssicherung – Wirtschaftlichkeit und unter einem starken Druck vom Regulator sowie der medizin-technischen und digitalen Innovation, wird es insbesondere für kleinere Spitäler immer schwieriger, allen Anforderungen gerecht zu werden.

## 3.8 Verbundlösungen – Die Zukunft in der Akutversorgung

### 3.8.1 Einleitung

Die Fachwelt ist sich einig, dass die heutigen Versorgungsmodelle am Ende ihrer Lebensphase stehen. Die bisherige Gesundheitsversorgung generell und die Versorgung im akutsomatischen Bereich im Speziellen ist bisher gekennzeichnet durch einen hohen Grad an Segmentierung und wenig ausgeprägte, integrierte Versorgungsnetzwerke. Zwar gibt es viele Kooperationen und andere Formen der Zusammenarbeit, aber insgesamt sind es eine Vielzahl von meist unabhängigen Leistungserbringer (Spitäler, Ärzte, Therapeuten usw.), welche sich auf dem Markt tummeln. Das rührt vor allem auch daher, dass die aktuellen regulatorischen Vorgaben und Tarifsysteme die vorhandene Fragmentierung stark «unterstützen» und die erfolgreiche Umsetzung von integrierten Versorgungsansätzen zu einem anspruchsvollen Hürdenlauf machen. So durchläuft ein Patient/eine Patientin im aktuellen System für eine Behandlung oft mehrere Tarifsysteme und Regulierungsräume, in denen sich isolierte Akteure selbst optimieren. Das System richtet sich dabei oft nicht nach den Patienten, sondern nach teilweise überholten regulatorischen Vorgaben.

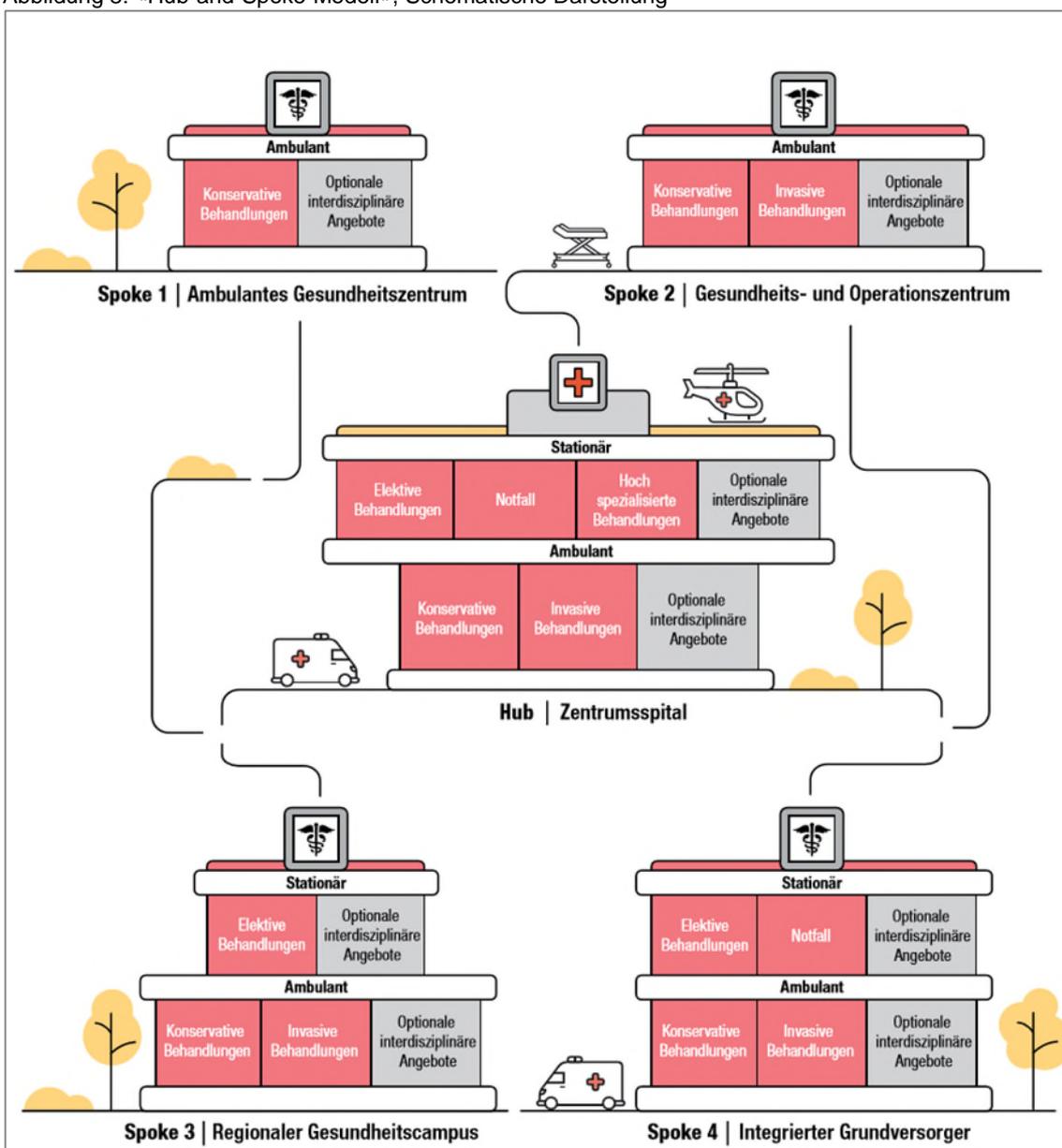
Die Zukunft der Akutversorgung (und des Gesundheitswesens ganz generell) liegt in der verstärkten Zusammenarbeit zwischen den Akteuren. Sie liegt in massgeschneiderten Verbundlösungen, welche die Versorgung grundsätzlich als Netzwerkaufgabe verstehen und alle am Prozess Beteiligte (inkl. den Patienten) ins System einbindet. Das ausgeprägte Silo- und Konkurrenzdenken entlang von Trägerschafts-Strukturen gehört der Vergangenheit an (wird sich aber wohl noch lange in abgeschwächter Form halten).

Das nachfolgend vorgestellte «Hub-and-Spoke-Modell» steht stellvertretend für vergleichbare Verbund- und Vernetzungsansätze unter anderen Namen. Im Wesentlichen geht es immer um die Überwindung einer stark fragmentierten auf verschiedenste Trägerschaften und Kantonsgrenzen fokussierten Versorgungsstruktur hin zu einem Verbund von mehr oder weniger stark integrierten Einheiten zum Wohle einer «logisch» zusammengehörenden (auch kantonsübergreifenden) Versorgungsregion, welche die nötigen Fallzahlen für einen wirtschaftlichen Betrieb bietet. Es geht um die Konzentration der Kräfte und um robuste, langfristige Zusammenarbeitsformen, welche die Versorgungsqualität aller Einwohner/innen sicherstellt und die finanziellen und personellen Ressourcen dabei optimal einsetzt.

### 3.8.2 Hub-and-Spoke-Modell

Das Zielbild der nachfolgend beschriebenen Lösungsoptionen basiert auf einem Versorgungsmodell, welches eine zeitnahe, kompetente Triage und eine Erst- und (je nach Ausgestaltung) Grundversorgung vor Ort bzw. wohnortnah garantiert. Spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen werden im Rahmen einer Verbundlösung durch entsprechende Zentrums- und/oder Grundversorger sowie spezialisierte Versorger sichergestellt. Das Modell orientiert sich am «Hub-and-Spoke-Modell», welches sich in den letzten Jahren als eines der zukunftsfähigsten Versorgungsmodelle etabliert hat:

Abbildung 8: «Hub-and-Spoke-Modell», Schematische Darstellung<sup>4</sup>



Das Hub-and-Spoke-Modell stellt eine abgestufte Versorgung im Verbund sicher. Medizinisch komplexe oder infrastrukturintensive Leistungen werden im Hub (Zentrum bzw. Nabe) angeboten. Die verschiedenen dezentralen Spokes (Speichen) stellen neben dem Hub die Grundversorgung sicher. Neben den in der obigen Grafik aufgeführten Spoke-Varianten spielen auch die niedergelassenen Ärzte und weitere ambulante Leistungserbringer in der Region eine wichtige Rolle im Gesamtsystem. Die Vernetzung im Sinne dieses Modelles ist dabei nicht an bisherige regionale, politische Grenzen gebunden.

Letztlich geht es bei der Umsetzung eines solchen Zielbildes um die Definition der einzelnen Verbundbestandteile (u.a. Leistungsangebote der verschiedenen Verbundpartner) und deren Zusammenarbeit (Prozesse, Abgeltung usw.).

<sup>4</sup> Quelle: pwc, Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz, Juni 2020

Der Hub ist dabei als Zentrum bzw. Zentrumsspital zu sehen, welches den Verbund koordiniert und der grösste Leistungserbringer im Netzwerk darstellt. Er bündelt die Kompetenzen und die nötigen Infrastrukturen für komplexere Einzelfälle. Sein Fokus liegt im Gegensatz zu den Spokes nicht ausschliesslich auf der Grundversorgung, sondern deckt ein sehr breites Leistungsportfolio ab. Dazu sind im Hub Vorhalteleistungen wie ein umfassender Notfall, intensivmedizinische Versorgung und diverse Fachspezialisten vorhanden.

Die Spokes können in einem solchen Modell ganz unterschiedliche, auch flexibel erweiterbare Formen annehmen. Sie unterscheiden sich dabei primär im Leistungsportfolio. Modellhaft können folgende Spoke-Varianten unterschieden werden:

Tabelle 15: Beschreibung verschiedener Spoke-Modelle<sup>5</sup>

Spoke-Modelle	Kurzbeschreibung	Eigenschaften
<b>Integrierter Grundversorger</b>	Ein ambulantes und stationäres Angebot in der Akutsomatik inkl. Intensivstation (oder IMC) stellt die Grund- und Notfallversorgung in der Region sicher. Ergänzend kann ein rehabilitatives Angebot dazukommen.	Dieses Modell zeichnet sich durch eine umfassende Grundversorgung aus einer Hand mit integrierter 24/7- Notfallversorgung aus. Das <b>minimale Einzugsgebiet</b> für diesen Spoke liegt bei <b>70'000 bis 100'000 Einwohnern</b> und er eignet sich für agglomerierte und kleinere städtische Gebiete. Hochkomplexe Fälle werden an den Hub überwiesen.
<b>Regionaler Gesundheitscampus</b>	Ein kleiner, regionaler Gesundheitscampus für ambulante und elektivstationäre Behandlung kombiniert mit Spitex sowie ambulanter Rehabilitation deckt ein breites Spektrum der Grundversorgung in ländlichen Gebieten ab.	Dieses Modell stellt die wohnortnahe ambulante Grundversorgung sowie die stationäre Basisversorgung sicher. Es ist für ländliche Gebiete und kleinere Städte geeignet. Er überweist hauptsächlich komplexere stationäre Fälle und solche mit hoher Infrastrukturanforderung an den Hub. Das <b>minimale Einzugsgebiet</b> für einen regionalen Gesundheitscampus liegt bei rund <b>40'000 bis 50'000 Personen</b> .
<b>Gesundheits- und Operationszentrum</b>	Ein ambulantes OP-Zentrum für die ganze Region losgelöst von der stationären Infrastruktur wird mit weiteren ambulanten Angeboten ergänzt.	Das ambulante Gesundheits- und Operationszentrum ist in (sub-)urbanen Gebieten angesiedelt, da für einen wirtschaftlichen Betrieb ein <b>Einzugsgebiet von minimal 100'000 Personen</b> benötigt wird. Zudem muss dieser Spoke in der Nähe des Hubs gebaut sein, damit der Patient bei Komplikationen rasch in den Hub verlagert werden kann
<b>Ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum</b>	Ein ausgedehntes hausärztliches Angebot ergänzt mit Spezialsprechstunden und kombiniert mit einer ambulanten Rehabilitation und einem Walkin-Notfall stellt die ambulante Grundversorgung wohnortsnah sicher.	Das ambulante Gesundheits- und Notfallzentrum eignet sich für ländliche, urbane und suburbane Gebiete, abhängig von der Nachfrage und den weiteren Hub-and-Spoke-Standorten. Für den Betrieb ist ein <b>minimales Einzugsgebiet von zirka 25'000 Personen</b> nötig

<sup>5</sup> Quelle: pwc, Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz, Juni 2020

Die massgeschneiderte Spoke-Ausprägung hat letztlich immer eine (regional-) politische Komponente und muss mit den Netzwerkpartnern (vor allem mit dem Hub) und den in der Region bereits aktiven, ambulanten Leistungserbringern koordiniert werden. Neben der somatischen Akutversorgung können Spokes ihr Angebot bei entsprechender Nachfrage auch ergänzen (selbst anbieten oder via Partner). Dabei sind Themenbereiche wie Spitex, Rehabilitation, Altersheimleistungen, Psychiatrie/Psychotherapie, diverse Therapie- und Beratungsangebote, Facharztpraxen, Apotheke, Fitnesscenter usw. denkbar. Letztlich richtet sich die Ausgestaltung des Spoke nach den Bedürfnissen der Patienten und den gesetzlich-tarifarischen Rahmenbedingungen.

Für den Betrieb einer Verbundlösung sind unterschiedliche Formen der organisatorischen und rechtlichen Integration denkbar. Auch hier gilt es im konkreten Einzelfall eine massgeschneiderte Lösung zu definieren. Diese kann auch in einer Kombination von verschiedenen Lösungen bestehen. Grundsätzlich bieten sich – geordnet nach Integrationstiefe – folgende Rechts- und Organisationsformen an:

- **Kooperation**  
Diese Form der Zusammenarbeit ist die gängige, meist vertraglich abgesicherte Form der Zusammenarbeit (Kooperation/Allianz). Sie verzichtet auf eine rechtliche und organisatorische Integration der Partner, ist lose und in vielen Fällen einfach wieder auflösbar.
- **Joint Venture**  
Die Verbundpartner gründen und betreiben ein Gemeinschaftsunternehmen, welches für die Erbringungen der vereinbarten Verbundleistungen verantwortlich zeichnet.
- **Shop-in-Shop**  
Diese Form der Zusammenarbeit eignet sich besonders dann, wenn es darum geht, ein Grundangebot mit ergänzenden Angeboten (diverse Leistungsanbieter nutzen eine Plattform (Infrastruktur, Basisleistungen, Auftritt usw.) angereichert werden soll bzw. die gewünschte interdisziplinäre Zusammenarbeit unter einem Dach gebündelt werden soll.
- **Konzernstruktur / Fusion**  
Die Verbundpartner fassen ihre Organisationen zu eine Konzernstruktur zusammen. Diese Form der Zusammenarbeit integriert die einzelnen Teile des Verbundes tief und fördert so die Führung aus einer Hand. Damit wird die Realisierung von Synergiepotenzialen realistischer und der Verbund wird auf eine langfristig robuste Basis gestellt.
- **Betreiber Modell**  
Am bestehenden Standort und in der bestehenden Infrastruktur betreibt ein Verbundpartner ein Spital gemäss Leistungsauftrag (Bsp. LUPS Standort Sarnen)

### 3.8.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen Verbundorganisation über Kantonsgrenzen hinweg

Grundsätzlich ist jeder Kanton als souveräne Einheit für die Gesundheitsversorgung seiner Bevölkerung zuständig. In Art. 39 Abs.1 Bst. d KVG bringt der Bund jedoch klar zum Ausdruck, dass Versorgungsstrukturen für die stationäre Behandlung von akuten Krankheiten im Rahmen einer gemeinsamen, bedarfsorientierten Planung von mehreren Kantonen aufgebaut werden sollen. Diese Planung haben die Kantone gemäss Art. 2ter auf den durch den Bund festgelegten einheitlichen Planungskriterien und auf der Basis von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu vollziehen. Die dazu notwendigen Leistungserbringer werden auf kantonalen Spitalisten geführt und mit Leistungsaufträgen pro Leistungsgruppe versehen. Gemäss Art. 41a haben die Listenspitäler im Rahmen ihrer Leistungsaufträge eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Mit der Aufnahme auf

die Spitalliste und der Vergaben entsprechender Leistungsaufträge verpflichtet sich der Kanton, den Spitälern die Leistungen zum Tarif am Standortkanton zu vergüten.

Obwohl die Kantone unter diesen Voraussetzungen zur gemeinsamen, bedarfsgerechten Planung über die Kantonsgrenzen hinweg aufgefordert sind, bleiben die jeweiligen Standortkantone gemäss Art. 46 ff für die Tarifgenehmigung oder Tariffestlegung zuständig. Diese Tatsache stellt im Rahmen von regionalen und kantonsübergreifenden Verbundlösungen eine Herausforderung dar, welche bei der Ausgestaltung der Verbundvereinbarungen berücksichtigt werden muss.

In allen Kantonen gibt es zudem eigene gesetzliche Grundlagen zur Spitalversorgung, welche im Rahmen einer interkantonalen Verbundlösung je nach Ausgestaltung aufeinander abgestimmt werden müssen.

#### 3.8.4 *Verbundorganisation für den Kanton Obwalden*

Für die in diesem Bericht beschriebenen Lösungsoptionen (Option 0-3) bieten sich verschiedene der oben aufgeführten Verbundorganisationsformen an.

Für die rechtliche Ausgestaltung eines Spitalverbundes (wir gehen in diesem Bericht davon aus, dass der Verbundpartner des KSOW das LUKS sein wird, weil einzig das LUKS die nötigen Hub-Qualitäten in der Zentralschweiz anbieten kann) kommen entweder eine mehr oder weniger vertiefte Kooperation oder eine Integration in die LUKS Konzernstrukturen in Frage. Eine lose Kooperation (wie sie bereits heute zwischen KSOW und LUKS existiert) benötigt wenig bis keinen Handlungsbedarf in Sachen Verbundorganisation. Allenfalls kann diese bestehende Form der Zusammenarbeit mit einem «Rahmenvertrag Verbund LUKS- KSOW» rechtlich abgesichert werden. Der grosse Vorteil dieser Art von Verbundorganisation ist die rechtliche und betriebliche Unabhängigkeit der Partner und die Möglichkeit, die Zusammenarbeit auf jene Bereiche zu konzentrieren, welche beiden Seiten Vorteile bringen. Zudem kann diese lose Verbundform einfach ergänzt oder aufgelöst werden. Sobald eine vertiefte Kooperation realisiert werden soll, z.B. durch die Zusammenlegung der strategischen Unternehmensebene (z.B. personell identische Spital- bzw. Verwaltungsräte), braucht es dafür im Kanton Obwalden gesetzliche Anpassungen.

Dies gilt erst recht für eine mögliche Integration des KSOW in den LUKS Konzern (Holding). Das KSOW hat bisher als unselbständige Anstalt des öffentlichen Rechts wenig Spielraum für die rechtliche Ausgestaltung einer künftigen Verbundorganisation. Sobald die Ziellösung im Bereich einer vertieften, rechtlich-organisatorischen Zusammenarbeit bzw. Zusammenführung liegen soll, muss das KSOW eine neue Rechtsform (selbständig öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich) und über eine entsprechende Eigenkapitalisierung erhalten. Diese Anpassungen benötigen Zeit (u.a. politischer Prozess) und sind im Falle es KSOW mit hohen Kosten (u.a. Rekapitalisierung des KSOW, dessen Eigenkapital in den letzten Jahren durch den politisch gewollten Wegfall der Mietrückfinanzierung / Kürzung des Standortbeitrags (Tab. 12) stark gesunken ist) verbunden.

Eine alternative Form der Fusion bzw. Integration in bestehende Konzernstrukturen, wäre die Möglichkeit, den Spitalstandort Sarnen durch das LUKS (oder ein anderes Spitalunternehmen) betreiben zu lassen. Diese Lösung (Betreibermodell) wird im Bereich der Psychiatrie angewandt, wo die Luzerner Psychiatrie (lups) mit eigenem Personal für den Betrieb der Psychiatrie Ob- und Nidwalden am Standort Sarnen verantwortlich zeichnet. Die Gebäulichkeiten stellt der Kanton Obwalden der lups gegen Miete zur Verfügung. In dieser Variante entfällt die Überführung des KSOW in eine andere Rechtsform inkl. Rekapitalisierung.

Je tiefer die betriebliche Integration des KSOW in die Organisation des Verbundpartners erfolgt (bis zur Fusion mit dem Verbundpartner), umso kleiner wird der direkte Einfluss des Kantons Obwalden auf das KSOW. Es lassen sich zwar «Minderheiten-Rechte» vertraglich absichern (z.B. via Aktionärsbindungsvertrag), aber letztlich erfolgt ja eine tiefe Integration von bisher unabhängigen Organisationen gerade darum, die Führung aus einer Hand auch rechtlich abzustützen.

Sollte der Kanton Obwalden zusammen mit Partnern ein ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum am Standort Sarnen aufbauen wollen, bieten sich die Verbundorganisationsformen «Joint Venture» und/oder «Shop-in-Shop» an. Hier geht es darum, für die Partner (z.B. Kanton Obwalden, LUKS, Hausarzt-Gruppe) ein rechtliches Konstrukt bereitzustellen, welches eine gute Mischung von Mitverantwortung und Flexibilität sicherstellt. So könnten die Infrastruktur und das medizinische Basisangebot im Rahmen eines Gemeinschaftsunternehmens bereitgestellt werden und das Grundangebot durch diverse Shop-in-Shop-Partner ergänzt werden.

Die Vor- und Nachteile einzelner Verbundorganisationsformen können im Detail erst überprüft werden, wenn die strategische Stossrichtung der Obwaldner Akutversorgung durch die Politik festgelegt sind und die Vorstellungen der möglichen Verbundpartner in Bezug auf die Ausgestaltung des Verbundes geklärt sind.

### 3.8.5 *Verbundlösungen in der Praxis*

Das oben skizzierte Zukunftsmodell für die somatische Akutversorgung wird in der Schweiz bereits an vielen Orten umgesetzt oder man ist daran, die nötigen Lösungskonzepte zu erarbeiten. Nachfolgend ein paar Beispiele:

#### LUNIS

Das Projekt LUNIS (Luzerner und Nidwaldner Spitalverbund) ist CH-weit eine der bisher wenigen Beispiele eines interkantonalen Spitalverbundes. Am Anfang dieses Projektes stand die Überzeugung beider Partner, dass die Spitalversorgung künftig in kantonsübergreifenden Versorgungsregionen organisiert werden muss. Ohne einen Verbund der relevanten Kräfte in der Region Zentralschweiz sei mittel- bis langfristig sowohl das Zentrumsspital in Luzern wie auch die regionalen Spitäler rund um das Zentrumsspital gefährdet. Nach vielen Jahren einer vertieften Kooperation (Rahmenvertrag LUNIS, welcher u.a. dafür gesorgt hat, dass die Spitalräte des LUKS und des KSNW personell identisch zusammengesetzt sind) wird das KSNW per 1.1.2021 in den LUKS-Konzern integriert. Beide Kantone mussten für die Integration ihrer Kantonsspitäler die entsprechenden Spitalgesetze anpassen. Der Kanton Nidwalden verpflichtet sich dabei, nachdem das KSNW in eine Aktiengesellschaft überführt ist, 60% der KSNW-Aktien an das LUKS zu verkaufen. In einem Aktionärsbindungsvertrag sind die Rechte und Pflichten der beiden KSNW-Aktionärsgruppen (Kanton Nidwalden und LUKS) im Detail geregelt. Das LUKS verpflichtet sich dort u.a., den aktuellen Leistungsumfang des KSNW (erweiterte Grundversorgung) auch künftig am Standort Stans anzubieten, vorausgesetzt allfällige Finanzierungslücken im Zusammenhang mit dem KSNW-Angebot werden vom Kanton Nidwalden übernommen. Mit der Integration des KSNW (exkl. Spitalbauten, welche im Besitz des Kantons Nidwalden bleiben) in die ebenfalls neu zu gründende LUKS-Holding wird es möglich, die beiden Spitalbetriebe strategisch und operativ aus einer Hand zu führen und weitere Synergiepotentiale (z.B. gemeinsame Digitalisierungs-Plattform, Personalpool Fachspezialisten usw.) zu realisieren.

### Kantonsspital Laufen

Das Spital Laufen ist Teil des kantonalen Spitalverbundes Basel-Land (Kantonsspitäler Liestal (Zentrumsspital), Bruderholz (erweiterte Grundversorgung) und Laufen (Grundversorgung)). Von Laufen sind die nächsten Akutspitäler in 25 bis 30 Minuten mit dem Auto erreichbar. Laufen als Grundversorgungsspital mit einem Einzugsgebiet von rund 25'000 Einwohner/innen kann seit Jahren nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden. Das jährliche Defizit blieb trotz diverser Sparübungen (u.a. Streichung der Geburtshilfe) auf einem hohen Niveau (2018 CHF 5,8 Mio.). Im Sommer 2020 haben sich – nach vielen Jahren intensiver Verhandlungen - der Kanton Basel-Land, das Kantonsspital Basel-Land und Laufentaler Gemeindevertreter auf eine grundlegende Neuausrichtung des Spitals in Laufen geeinigt. Geplant ist die Transformation in ein regionales, ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum. Dieses soll seine Dienstleistungen grundsätzlich ohne finanzielle Unterstützung durch die öffentliche Hand anbieten. Einzig für die Aufrechterhaltung eines 7x24 Stunden Notfalldienstes und für die einmalige Finanzierung der nötigen Infrastrukturen (geplant ist ein modernes Behandlungszentrum beim Bahnhof) sind finanzielle Mittel des Kantons vorgesehen, welche sich sehr deutlich unter den bisherigen Beiträgen bewegen. Das neue Zentrum soll ein breites Spektrum ambulanter Leistungen anbieten: ein rund um die Uhr geöffneter Walk-In Notfall, hausärztliche Sprechstunden und Spezialsprechstunden, Therapie- und Beratungsangebote und je nach Bedarf auch präventions- und komplementärmedizinische Leistungen. Virtuelle Angebote vereinfachen den Zugang zum Angebot und bieten neue Möglichkeiten der Vernetzung mit anderen Dienstleistern, wie z.B. der Spitex. Als Partner im Bereich Hausarztmedizin und Notfallversorgung konnte die Medbase AG verpflichtet werden.

### Spital Zweisimmen

Das Spital Zweisimmen ist Teil des Spitalverbundes «Simmental – Thun – Saanenland (STS)», und ist für die Grundversorgung des Simmen- und Saanetals mit rund 17'000 Einwohner/innen (Hochsaison bis zu 70'000) verantwortlich. Von Zweisimmen bis ins Spital Thun sind es 50 Autominuten, bis ins Spital Interlaken 56 Minuten. Das Spital Zweisimmen leidet seit vielen Jahren unter finanziellen Problemen. Das jährliche Defizit beläuft sich trotz diverser Sparmassnahmen (z.B. keine Geburten, OP reduziert usw.) auf rund CHF 6 Mio. pro Jahr. Die STS wollte das Spital schliessen, der Widerstand der Talbevölkerung war jedoch bisher zu gross. Im Oktober 2019 wurde nun die Aktiengesellschaft «Gesundheit Simme Saane» gegründet, in welcher die Gemeinden der Region, der Kanton und die STS vertreten sind. Diese soll die Ausgestaltung des Leistungsangebotes des Spitals Zweisimmen (neu: Campus Zweisimmen) planen und umsetzen. Der Kanton hat zugesichert, das Spital Zweisimmen grundsätzlich auf der Spitalliste zu belassen, vorausgesetzt die Gemeinden beteiligen sich neu am Defizit. Letztlich wird sich also das Leistungsangebot des Spitals Zweisimmen nach dem richten, was die Gemeinden in den beiden Tälern zu zahlen bereit sind. Die neu gegründete AG «Gesundheit Simme Saane» will mit erster Priorität die Hausarzt- und Notfall-Versorgung (Förderung Gruppenpraxen & einer 7x24 Notfall-Organisation inkl. Rettungsdienst) langfristig sicherstellen und mit zweiter Priorität ein Leistungsangebot definieren, welches die finanziellen Möglichkeiten der Region berücksichtigt. Folgende Grundsätze/Themen stehen dabei im Vordergrund: «so viel ambulant wie möglich - so wenig stationär wie nötig», Digitalisierung konsequent nutzen (u.a. Diagnose-Apps, Notfall-App usw.), neue Rollenmodelle fördern (u.a. Advanced Nurse Practitioner usw.) und Vernetzung zwischen den regionalen Playern (Hausärzte, Spitex, Altersheime usw.) fördern.

### Gesundheits- und Notfallzentrum Unterengadin

Scuol ist eine 4500-Seelen-Gemeinde weit weg von einem städtischen Zentrum. Dort im Unterengadin ist etwas entstanden, was für das ganze Gesundheitswesen Pioniercharakter haben könnte: Die wichtigsten medizinischen Dienstleister der Region haben sich alle in einem Gesundheits- und Notfallzentrum zusammengeschlossen. Dazu gehören ein Spital der Grund- und Notfallversorgung mit 30 Betten, der Rettungs- und Notarztdienst, der ambulante Pflegedienst (Spitex), stationären Langzeitpflegeeinrichtungen mit drei dezentralen Pflegewohngruppen und einem Pflegeheim. Zusätzlich sind auch ein Wellnessbad mit einer Rehabilitationseinheit und seinen angegliederten Sport-Betrieben (Freibad, Hallenbad, Kunsteishalle) in die Organisation integriert. Es ist kein Zufall, dass das Unterengadin mit seiner peripheren Lage zu den Pionieren der integrierten Versorgung gehört. In den herkömmlichen Strukturen war das eigene Spital schlicht nicht mehr finanzierbar. Deshalb traten die Gemeinden vor gut zehn Jahren die Flucht nach vorne an und bündelten ihre Kräfte im Gesundheits- und Notfallzentrum. Die Patienten profitieren von einer integrierten Versorgung aus einer Hand. Die verschiedenen Gesundheits- und Notfallzentrums-Partner profitieren von tieferen Kosten u.a. durch die Nutzung von einer gemeinsamen Wäscherei, einer gemeinsamen Personal- und IT-Abteilung oder einer Küche für das Spital, das Pflegeheim und die Spitex. Zudem braucht es weniger Führungskräfte, Verwaltungs- oder Stiftungsräte. Die Region kann so letztlich mehr Mittel ins medizinische Kerngeschäft stecken. Ein Hindernis stellt h das hochkomplexe Finanzierungsregime dar: Die Verantwortlichen bemängeln, dass sie 14 verschiedene Jahresabschlüsse mit Revision machen müssen und einen grossen Aufwand für die Rechnungsstellung haben, weil es gilt sehr viele, sehr unterschiedlichen Tarif- und Finanzierungsregeln zu berücksichtigen.

#### 4. Schlussfolgerungen Analyse Ausgangslage

- Die somatische Akutversorgung in Obwalden ist bisher auf einem qualitativ hohen Niveau sichergestellt. Zusammen mit dem KSOW bilden die Obwaldner Hausärzte das Rückgrat der wohnortnahen Versorgung. Bei Bedarf stehen der Obwaldner Bevölkerung medizinische Fachspezialisten aus anderen Kantonen (primär LU und NW) zur Verfügung.
- Die Rahmenbedingungen im CH-Gesundheitswesen (Spezialisierung Medizin, neue Spitalfinanzierung, zunehmender Qualitätsdruck (u.a. Mindestfallzahlen usw.) haben den wirtschaftlichen Druck vor allem auf Spitäler in ländlichen Regionen in den letzten Jahren stark erhöht. Um ein Spital mit dem Leistungsangebot des KSOW (Grundversorgungsspital) nachhaltig wirtschaftlich betreiben zu können, ist unter den gegebenen Umständen ein Einzugsgebiet von mindestens 70'000 -100'000 Einwohner/innen nötig.
- Das KSOW verfügt über ein Einzugsgebiet von rund 35'000 Einwohner/innen, welches sich in den nächsten Jahren nur marginal verändern wird. Entsprechend kann das KSOW die Kosten, welche mit der Bereitstellung des heutigen Leistungsangebotes entstehen nicht aus eigener Kraft decken. Der Kanton muss – neben der ordentlichen Abgeltung im stationären Bereich (55% der Behandlungskosten), die bei allen Spitalbehandlungen unabhängig vom Standort der Erbringung anfällt – für das KSOW pro Jahr (Stand 2019) zusätzlich rund CHF 8 Mio. bereitstellen (Tendenz steigend), um die Kosten (inkl. periodisch anfallendem Investitionsbedarf für die Spitalgebäude) decken zu können.
- Die Hausarztversorgung der Obwaldner Bevölkerung steht vor grossen Herausforderungen. Schon heute besteht ein Unterbestand an Hausärzten im Kanton und ohne geeignete Massnahmen wird sich dieser Zustand in den kommenden Jahren weiter zuspitzen.
- In vielen Regionen der Schweiz (St. Gallen, Basel, Bern, Zürich, Luzern-Nidwalden usw.) wird die somatische Akutversorgung auf eine neue, strukturelle Basis gestellt. Der gemeinsame Nenner dieser Initiativen ist die Überzeugung, dass die Zukunft der Akutversorgung im Verbund liegt. Dabei organisieren sich verschiedene Anbieter von akutsomatischen Leistungen rund um ein Zentrumsspital zu einem regional organisierten Versorgungsnetzwerk (Hub-and-Spoke-Modell).
- Eine Verbundorganisation ist per se aber kein Garant für eine nachhaltige Wirtschaftlichkeit der einzelnen Verbundeinheiten. Auch ein Verbund muss dafür sorgen, dass die knappen oder teuren Ressourcen (Fachspezialisten, komplexe Infrastrukturen usw.) möglichst optimal zum Einsatz kommen. Die Ausgestaltung des Leistungsangebotes der einzelnen Verbundeinheiten muss dabei in den überregionalen Gesamtkontext gestellt werden. Dies ist nur möglich, wenn alle Verbundpartner an diesem Prozess teilnehmen.
- Für Obwalden ist der akutsomatische Verbund bereits eine Realität. Rund 45% aller stationären Behandlungen der Obwaldner Bevölkerung finden vor allem in Luzern und Stans statt. Zudem arbeitet das KSOW schon heute in vielen Bereichen stark mit dem Zentrumsspital LUKS zusammen (z.B. Radiologie, Bauchchirurgie usw.).
- Was bisher fehlt, ist eine Verbundlösung, die auf einer rechtlich und betrieblich robusten Basis steht (inkl. gemeinsame Spitalplanung der involvierten Kantone) und damit die nötige, langfristige Verbindlichkeit für die Partner sicherstellt.

## 5. Lösungsoptionen

### 5.1 Einleitung

#### 5.1.1 Vorgehen generell

Bei der Entwicklung der nachfolgend dargestellten Lösungsoptionen haben wir zwei Vorgehensweisen angewandt. Die eine geht vom bestehenden Leistungsangebot (Komplett-Spital bzw. Grundversorgungsspital KSOW) aus und reduziert das bestehende Leistungsangebot Schritt für Schritt (Lösungsoptionen 0,1 und 2). Die andere definiert den minimalen Bedarf für eine gute akutsomatische Versorgung der Bevölkerung und ergänzt dieses Minimum mit weiteren Leistungen (Lösungsoption 3).

Abbildung 9: Vorgehen Entwicklung Lösungsoptionen



Quelle: Gesundheits- und Fürsorgedirektion Bern (GEF)

#### 5.1.2 Kalkulationsmodell und weitere Annahmen

Der Kanton Obwalden hat im Rahmen dieses Projektes die Firma H-Focus, Baar, mit der Berechnung der finanziellen Auswirkungen der verschiedenen Lösungsoptionen beauftragt. H-Focus kennt das CH-Spitalwesens gut und wurde bereits vom Spitalrat KSOW zur Unterstützung bei der Erarbeitung der KSOW-Strategie beigezogen. Die H-Focus-Kalkulation basieren auf den KSOW-Geschäftsergebnissen 2019 und verwenden robuste Erfahrungswerte aus vergleichbaren Fragestellungen. Dabei wird die prognostizierte Entwicklung des Leistungsangebotes bzw. den daraus resultierenden Fallzahlen (stationär und ambulant) je Lösungsoption als Ausgangslage genutzt, um die entsprechenden Effekte auf die Kosten bzw. die Erlöse aufzuzeigen.

Ergänzend zu den finanziellen Auswirkungen werden auch Schätzungen zu den erwarteten Investitionskosten pro Lösungsoption dargestellt. Die Kostenschätzungen basieren auf einer bereits existierenden Machbarkeitsstudie und dem entsprechenden Raumprogramm. Die Kostenunschärfe liegt bei plus/minus 25 Prozent. Sie wurden durch die Firma Spitalimmobilien, fsp Architekten AG, 8957 Spreitenbach vorgenommen, welche bei den bisherigen Bauvorhaben involviert war.

Die nachfolgenden Lösungsoptionen gehen davon aus, dass der logische Verbundpartner für das KSOW das LUKS (Spitalverbund LUNIS) sein wird. In der Region Zentralschweiz ist das LUKS das einzige Spital, welches über das nötige Zentrumsspital-Potential (siehe Hub-and-Spoke-Modell) verfügt, um eine ganzheitliche, regionale Verbundlösung mit dem KSOW bzw. dem Kanton Obwalden sicherstellen zu können. Zudem besteht zwischen dem KSOW und dem LUKS bereits in vielen Bereichen eine sehr enge Form der Zusammenarbeit.

## 5.2 Option 0: IST-Angebot im Verbund

### 5.2.1 Einleitung

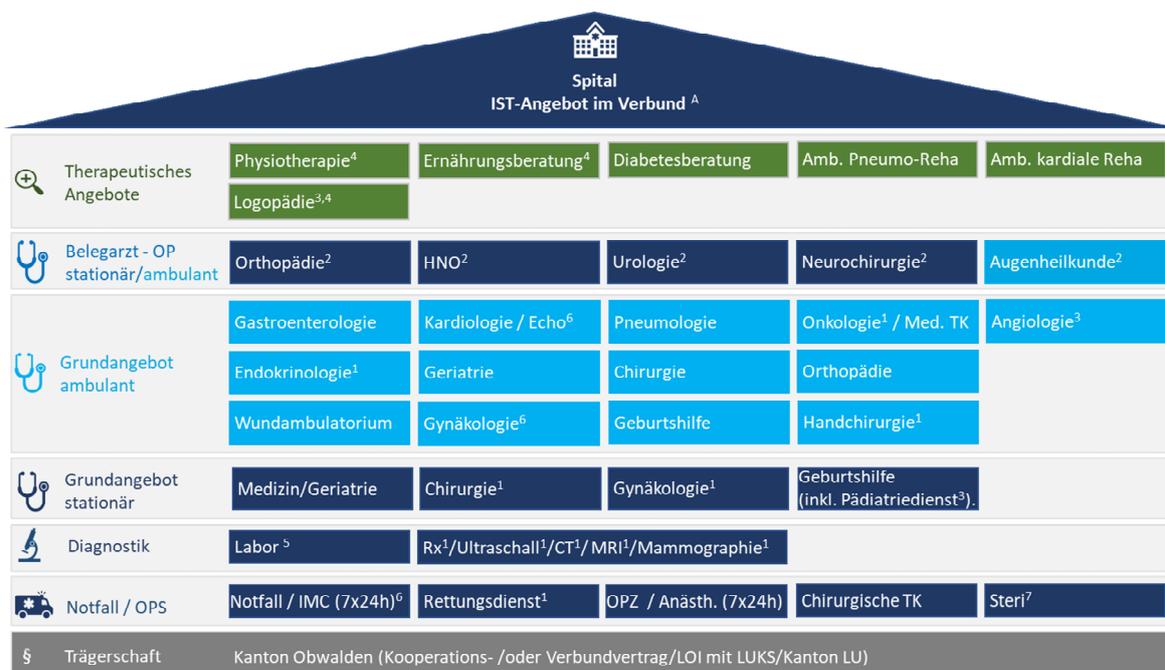
Die Lösungsoption 0 beinhaltet folgende, wesentliche Eckwerte:

- Die KSOW wird als Grundversorgungsspital auf Basis IST-Angebot weitergeführt.
- Das heutige, breite medizinische Leistungsangebot soll in Zukunft noch vermehrt im Verbund mit dem LUKS erbracht werden.
- Die ärztlichen KSOW-Spezialisten sollen dabei die notwendigen Abklärungen und Behandlungen entweder im KSOW vornehmen oder bei Bedarf den Patienten als Belegarzt ins LUKS begleiten.
- Die konkrete, rechtliche Ausgestaltung der Verbundorganisation ist abhängig von der gewünschten Integrationstiefe zwischen KSOW und LUKS.

Die Option 0 stellt sicher, dass das aktuelle Leistungsangebot des KSOW auch weiterhin am Standort Sarnen durch das KSOW angeboten wird. **Die (einzige) grundsätzliche Veränderung zur IST-Situation ist eine Vertiefung der Zusammenarbeit mit dem LUKS bzw. die Etablierung einer rechtlich robusten Spitalverbund-Vereinbarung mit dem LUKS.** Die heutige, auf verschiedene vertragliche Regelungen basierende Zusammenarbeit zwischen KSOW und LUKS soll dabei mit einem Rahmenvertrag zum Thema Verbundorganisation ergänzt werden. Mit dieser Vereinbarung dokumentieren die Verbundpartner (KSOW/Kanton Obwalden und LUKS/Kanton Luzern) die gemeinsame Absicht, die akutsomatische Versorgung (Spitalleistungen) des Kantons Obwalden zu koordinieren und am Standort Sarnen weiterhin ein Grundversorgungs-Spital zu betreiben.

### 5.2.2 Leistungsangebot

Abbildung 10: Leistungsangebot Option 0



A Verbund mit LUKS; Vertiefung Zusammenarbeit mit LUKS (Verträge); 1 Kooperation mit LUKS; 2 Belegarztdisziplin z.T. in-house; 3 Externer Konsiliardienst; 4 Angebot für Geriatrie zwingend; 5 Outsourcing an Synlab bis 2025; 6 Unabhängige Ultraschallgeräte; 7 Outsourcing prüfen

Das stationäre Grundangebot mit eigenen Fachspezialisten und teilweise in Kooperation mit dem LUKS umfasst die Innere Medizin mit Akutgeriatrie, die Chirurgie, die Gynäkologie und die Geburtshilfe. Belegärzte kommen in der Orthopädie, der HNO, der Urologie, der Neurochirurgie und der Augenchirurgie (ausschliesslich ambulant) zum Einsatz.

Im ambulanten Setting werden folgende Fachgebiete angeboten: Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie, Angiologie, Endokrinologie, Geriatrie, Chirurgie, Orthopädie, Wundambulatorium, Gynäkologie, Geburtshilfe, Handchirurgie.

Das medizinisch-therapeutische Angebot umfasst: Physiotherapie, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Logopädie sowie ambulante Rehabilitation von Lungen- und Herzpatienten. Für die Diagnostik können das ausgelagerte Labor und bildgebende Verfahren mit konventioneller Radiologie, Ultraschall, CT, MRI und Mammographie genutzt werden.

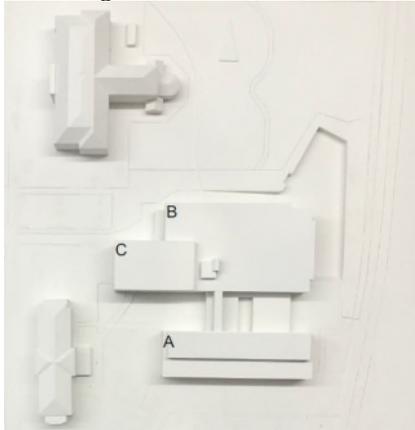
Für Notfälle stehen rund um die Uhr eine Notfallstation, eine IMC-Station, der Rettungsdienst und die Operationsabteilung mit Anästhesie zur Verfügung. Zudem können Patienten mit ambulanten Behandlungen in einer Tagesklinik betreut werden. Der administrative und logistische Teil des Spitalbetriebs wird durch eigene Mitarbeitende abgedeckt.

Der administrative und logistische Teil des Spitalbetriebs wird durch eigene Mitarbeitende abgedeckt. Die Effekte der möglichen Auslagerungen der zentralen Sterilisation, des Reinigungsdienstes, der Wäscherei und der Apotheke sind nicht berücksichtigt.

### 5.2.3 Spitalimmobilien und Investitionsbedarf

Option 0 basiert auf dem heutigen Leistungsangebot und der bestehenden Spitalinfrastruktur.

Abbildungen 11: Infrastruktur KSOW Option 0



Gebäude C wird ersetzt (Horizont 5-10 Jahre). Gebäude B wird saniert (nach 2030) und Gebäude A bleibt unverändert.

**Investitionsbedarf 2020-2030 in MCHF** für die Spitalimmobilien Option 0  
(Kostenschätzung +/- 25%):

Erstellungskosten BKP 2	CHF 39.10
Kosten Rückbau	CHF 00.30
Kosten Ertüchtigung Helikopterlandeplatz	<u>CHF 01.00</u>
<b>Gesamt</b>	<b>CHF 40.40</b>

#### 5.2.4 Kennzahlen

Wir gehen von folgenden Leistungsmengen bzw. von folgendem Personalbedarf aus:

Tabelle 16: Leistungsmengen Option 0

Leistungen	Anzahl	
	IST	Option 0
stationäre Fälle	3'457	3'457
davon Erwachsene	3'179	3'179
davon VVG	482	482
davon Säuglinge	278	278
Pflegetage Erwachsene	13'503	13'503
Bettenbedarf Erwachsene	64	44
Case-Mix-Punkte	2'868	2'868
Ambulante Fälle	25'892	25'892
OPS-Stunden	2'820	2'820
davon stationär	2'196	2'196
davon ambulant	624	624

Die Leistungsmengen der Option 0 entsprechen grundsätzlich der IST-Situation (2019)

Tabelle 17: Vollzeitstellen Option 0

Personal	Vollzeitstellen		
	IST	Option 0	Differenz
Ärzterschaft	44.50	44.50	0
Pflege	88.29	88.29	0
Therapien	10.28	10.28	0
Diagnostik	17.26	8.46	-8,8 (Labor)*
Notfall & OPS	91.30	91.30	0
Administration & Logistik	108.61	108.61	
<b>Total</b>	<b>360.22</b>	<b>351.44</b>	

Die Vollzeitstellen der Option 0 entsprechen grundsätzlich der IST-Situation (2019). Gegenüber dem Jahr 2019 wurden die Stellen des Labors um 8.8 Vollzeitstellen gekürzt (Bereich ausgelagert, Mitarbeitende sind neu vom externen Anbieter angestellt).

Tabelle 18: Schlüsselkennzahlen Option 0

Kennzahlen	IST / 2019		Option 0	
<b>Erträge (MCHF)</b>	<b>58.80</b>		<b>58.09</b>	
davon stationäre Erlöse in MCHF (in %)	30.24	(51.44)	30.24	(52.06)
davon ambulante Erlöse in MCHF (in %)	17.21	(29.26)	16.50	(28.40)
davon Abgeltung Kanton in MCHF (in %)	6.50	(11.05)	6.50	(11.19)
davon übrige Erlöse in MCHF (in %)	4.85	(8.25)	4.85	(8.35)
<b>Bettenbedarf bei 85% (Erwachsene)</b>	<b>64</b>		<b>44</b>	
<b>Stationäre Fälle (Anzahl)</b>	<b>3'457</b>		<b>3'457</b>	
davon VVG-Fälle (in %)	14%		14%	
<b>Ambulante Fälle (Anzahl)</b>	<b>25'892</b>		<b>25'892</b>	
<b>EBITDA (MCHF)</b>	<b>-0.14</b>		<b>0.13</b>	
EBITDA-Quote (in%)	-0,24%		0,22%	
<b>EBITDAR (MCHF)</b>	<b>3.34</b>		<b>3.64</b>	
EBITDAR-Quote	5.67%		6.27%	
<b>Reingewinn/-verlust (MCHF)</b>	<b>-1.78</b>		<b>-1.46</b>	
<b>Eigenkapital (MCHF)</b>	<b>0.87<sup>6</sup></b>		<b>1.19</b>	
Eigenkapital-Quote (in%)	5.50%		7.37%	
<b>Fremdkapital (MCHF)</b>	<b>14.96</b>		<b>14.96</b>	
Fremdkapital-Quote (in%)	94.50%		94.50%	
<b>FTE (Vollzeitstellen)</b>	<b>360.22</b>		<b>351.44</b>	

Leistungsangebot und Ressourcenverbrauch führen zu einem negativen Ergebnis (-1.46 Mio. Franken), mit einer leicht verbesserten positiven EBITDAR-Quote von 6.27%. Die Auslagerung des Labors verbessert das Ergebnis um 320'000 Franken. Mögliche Verbundvorteile sind – ausgenommen die diversen bestehenden Kooperationen KSOW-LUKS – keine berücksichtigt.

#### 5.2.5 Bedarf für GWL und Standortsicherung mittel- bis langfristig

Die nachfolgende Kalkulation zum mittel- bis langfristigen Bedarf an GWL und Standortsicherungsbeiträgen durch den Kanton Obwalden gehen von folgenden Annahmen aus:

Tabelle 19: Annahmen Kalkulation Kosten- und Ertragsentwicklung KSOW

Annahmen	Optimistisch	Mittel	Pessimistisch
Kostenentwicklung pro Jahr	+1,0%	+1,25%	+2,0%
Erlösentwicklung pro Jahr (exkl. GWL)	+0.5%	+0,5%	-0,25%

<sup>6</sup> 1 Einführung Swiss GAAP FER per 1. Januar 2019. Der Bewertungseffekt von 1.249 Mio. Franken wurde dem Eigenkapital gutgeschrieben.

Die Kalkulationen für die Option 0 geht von einem gleichbleibenden Leistungsangebot (Angebotsveränderungen sind in den Lösungs-Optionen 1-3 abgebildet) und stabilen Leistungsmengen (Fälle pro Jahr) aus. Die möglichen Veränderungen bei den Mengen (Bevölkerungswachstum, Patientenbewegungen, ambulant vor stationär usw.) werden nicht berücksichtigt bzw. wir gehen von der Annahme aus, dass sich diese Entwicklungen gegenseitig neutralisieren.

Die Kosten des KSOW werden – ungeachtet möglicher, weiterer Effizienzverbesserungsprogramme – in den nächsten Jahren tendenziell ansteigen. Gründe hierfür sind das berechtigte Anliegen der Mitarbeitenden nach periodischen Lohnerhöhungen, aber auch die in allen Bereichen des Spitals zunehmenden regulatorischen Anforderungen (Qualität, Sicherheit, Datenschutz usw.). Zudem werden der Fachkräftemangel, der Investitionsbedarf in die Digitalisierung sowie in innovative, medizinische Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten und weitere exogene Einflussfaktoren dafür sorgen, dass die KSOW-Leistungen teurer werden. Wir gehen von einem jährlichen Kostenanstieg von mindestens 1,0 bis 2,0% über die nächsten 10 Jahre aus. Der langjährige Durchschnitt des Kostenwachstums (Produktionskosten stationäre Leistungen) bei den Schweizer Spitälern liegt gemäss einer aktuellen Studie des BAG bei knapp 3%.<sup>7</sup>

Im Gegensatz zum prognostizierten Kostenwachstum, werden sich die Erlöse des KSOW (bei gleichbleibenden Fallzahlen/pro Leistungsangebot) nicht oder nur sehr wenig erhöhen. Die weitere Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich (ambulant vor stationär), die zunehmende Konzentration von komplexen Behandlungen in grössere Spitäler (Mindestfallzahlen usw.), die Berechnung der Abgeltung der medizinischen Grundversorgung im DRG-System und der Druck auf die Zusatzversicherten-Entgelte sind nur einige Stichworte, welche den KSOW-Erlösen weiter zusetzen werden. Wir gehen deshalb im optimistischen Fall von einem leichten Ertragszuwachs von jährlich 0,5% aus und im pessimistischen Fall von einer Ertragsreduktion von jährlich 0,25%.

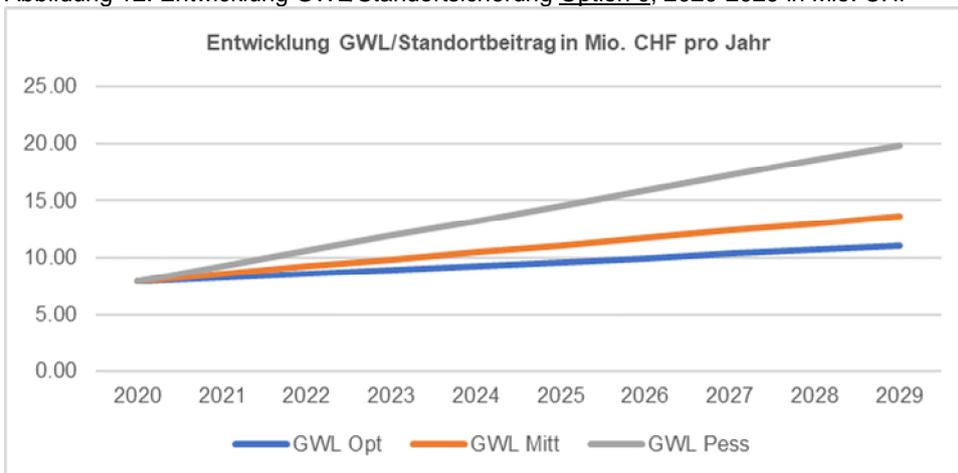
Tabelle 20: Entwicklung GWL/Standortsicherungsbeiträge (Differenz) in MCHF, Option 0, 2020-2029

Jahr	Optimistisch			Mix			Pessimistisch		
	Aufwand	Ertrag	Differenz	Aufwand	Ertrag	Differenz	Aufwand	Ertrag	Differenz
2020	59.55	51.59	7.96	59.55	51.59	7.96	59.55	51.59	7.96
2021	60.15	51.85	8.30	60.44	51.85	8.60	60.74	51.46	9.28
2022	60.75	52.11	8.64	61.33	52.11	9.23	61.93	51.33	10.60
2023	61.35	52.37	8.98	62.22	52.37	9.86	63.12	51.20	11.92
2024	61.95	52.63	9.32	63.11	52.63	10.49	64.31	51.07	13.24
2025	62.55	52.89	9.66	64.00	52.89	11.12	65.50	50.94	14.56
2026	63.15	53.15	10.00	64.89	53.15	11.75	66.69	50.81	15.88
2027	63.75	53.41	10.34	65.78	53.41	12.38	67.88	50.68	17.20
2028	64.35	53.67	10.68	66.67	53.67	13.01	69.07	50.55	18.52
2029	64.95	53.93	11.02	67.56	53.93	13.64	70.26	50.42	19.84

Die Spalte «Differenz» steht für den jährlichen Mittelbedarf, welcher der Kanton – zusätzlich zu den ordentlichen Abgeltungen (55% der Kosten) für die stationären Behandlungen - für das KSOW aufwenden muss, damit dieses ein ausgeglichenes Ergebnis erwirtschaften kann.

<sup>7</sup> Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, BAG, 2019

Abbildung 12: Entwicklung GWL/Standortsicherung Option 0, 2020-2029 in Mio. CHF



Die jährlichen Kantonsbeiträge für GWL/Standortsicherung ans KSOW werden bei der Option 0 weiter ansteigen. Je nach effektiver Kosten- bzw. Ertragsentwicklung fällt das Wachstum unterschiedlich aus. Im besten Fall werden es in 10 Jahren rund CHF 11 Mio. und im schlechtesten Fall knapp CHF 20 Mio. sein, welche dem KSOW pro Jahr für eine nachhaltige Finanzierung fehlen.

### 5.3 Option 1: IST im Verbund ohne Geburtsabteilung

#### 5.3.1 Einleitung

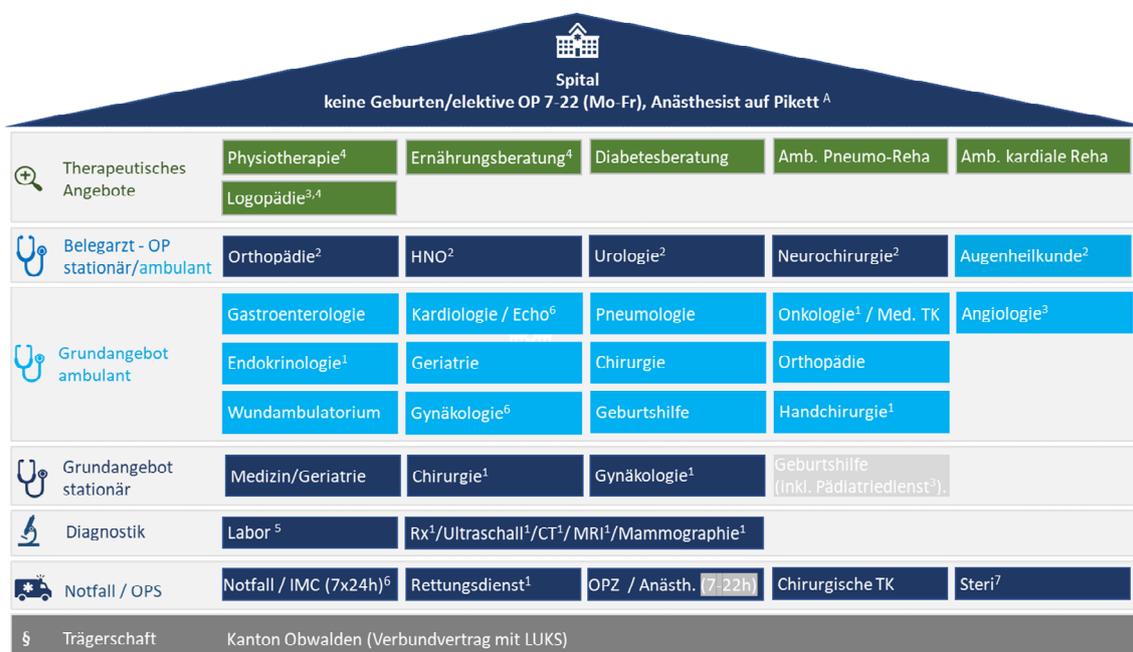
Die Lösungsoption1 beinhaltet folgende, wesentliche Eckwerte:

- Die stationäre Grundversorgung des KSOW wird grundsätzlich auf Basis IST-Angebot weitergeführt. Die Dienstbereitschaft für Operationen wird von heute 7 x 24 Stunden auf 7-22 Uhr während der Werktagen (also ohne Samstag/Sonntag) verkürzt.
- Als Konsequenz der reduzierten OPS-Dienstbereitschaft können keine Geburten mehr am KSOW begleitet werden, da im Notfall innert 10 Minuten eine operative Intervention machbar sein muss (z.B. Notfall-Kaiserschnitt).
- Das Angebot soll in Zukunft vermehrt im Verbund mit dem LUKS erbracht werden (analog Option 0).

Die Lösungsoption 1 beinhaltet die Umstellung der operativen Medizin auf einen 2-Schichtbetrieb von 7-22 Uhr an Werktagen (IST 7 x 24). Dadurch wird es unmöglich, die Geburtshilfe weiter zu betreiben. Diese ist mit knapp 300 Geburten p/Jahr so oder so nicht wirtschaftlich zu führen (es wären 700 Geburten p/Jahr nötig<sup>8</sup>). Neben dem Verzicht auf eine eigene Geburtshilfe-Abteilung, müssen auch einige wenige, chirurgische Notfälle (2019: 13 Fälle) neu ausserkantonale behandelt werden. Schon heute werden hochdringliche chirurgische Operationen (z.B. schwere Verletzungen mit starker Blutung) in der Zentralschweiz vollumfänglich im Luzern Kantonsspital behandelt.

#### 5.3.2 Leistungsangebot

Abbildung 13: Leistungsangebot Option 1



A Verbund mit LUKS; Vertiefung Zusammenarbeit mit LUKS (Verträge); 1 Kooperation mit LUKS; 2 Belegarztdisziplin z.T. in-house; 3 Externer Konsiliardienst; 4 Angebot für Geriatrie zwingend; 5 Outsourcing an Synlab bis 2025; 6 Unabhängige Ultraschallgeräte; 7 Outsourcing prüfen

<sup>8</sup> Studie santésuisse (D. Wyler et. Al)

Das stationäre Grundangebot mit eigenen Fachkräften und im Verbund mit dem LUKS umfasst die Innere Medizin mit Akutgeriatrie, die Chirurgie, die Gynäkologie aber keine Geburtshilfe.

Belegärzte kommen in der Orthopädie, der HNO, der Urologie, der Neurochirurgie und der Augen Chirurgie (ausschliesslich ambulant) zum Einsatz.

Im ambulanten Setting werden folgende Fachgebiete angeboten: Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie, Angiologie, Endokrinologie, Geriatrie, Chirurgie, Orthopädie, Wundambulatorium, Gynäkologie, Geburtshilfe, Handchirurgie.

Das medizinisch-therapeutische Angebot umfasst: Physiotherapie, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Logopädie, ambulante Rehabilitation von Lungen- und Herzpatienten.

Für die Diagnostik sind das ausgelagerte Labor und Bildgebende Verfahren mit konventioneller Radiologie, Ultraschall, CT, MRI und Mammographie im Einsatz.

Für Notfälle stehen rund um die Uhr eine Notfallstation, eine IMC-Station und der Rettungsdienst zur Verfügung. Die Betriebszeiten der Operationsabteilung mit Anästhesie reduzieren sich auf die Werktage von 7 bis 22 Uhr. In der Nacht leisten die Anästhesisten einen Pikettdienst, da keine unmittelbare Bereitschaft für den Einsatz bei Komplikationen bei Gebärenden mehr nötig ist. Zudem können Patienten mit ambulanten Behandlungen in einer Tagesklinik betreut werden. Eine eigene zentrale Sterilversorgungseinheit (ZSVA) kümmert sich um die Sterilgutversorgung.

Der administrative und logistische Teil des Spitalbetriebs wird durch eigene Mitarbeitende abgedeckt.

### 5.3.3 Infrastruktur und Investitionsbedarf

Die Option 1 basiert auf dem heutigen Leistungsangebot (mit leichten Einschränkungen) und der bestehenden Spitalinfrastruktur.

Abbildung 14: Infrastruktur KSOW Option 1



- Gebäude C wird ersetzt (Horizont 5-10 Jahre).
- Gebäude B wird saniert (nach 2030)
- Gebäude A Unterbringung interventionelle, internistische Disziplinen, z. B. Gastroenterologie

**Investitionsbedarf 2020-2030 in MCHF** für die Spitalimmobilien Option 1  
 (Kostenschätzung +/- 25%):

Erstellungskosten BKP 2	CHF 30.70
Kosten Rückbau	CHF 00.30
Kosten Ertüchtigung Helikopterlandeplatz	CHF 01.00
<b>Gesamt</b>	<b>CHF 32.00</b>

5.3.4 Kennzahlen

Der Verzicht auf die Geburtshilfe wird auch die Attraktivität der Gynäkologie einschränken. Um die Wirkungen des Verzichts auf die Geburtshilfe zu bestimmen, haben wir zusätzlich zur Schliessung der Geburten- und Wöchnerinnenabteilung und den eingeschränkten Betriebszeiten der Operations- und Anästhesieabteilung folgende Annahmen getroffen:

- Reduktion stationäre Fälle Gynäkologie um 50%
- Reduktion stationäre Fälle der «operativen» Fachgebiete, die ausserhalb der Betriebszeit der Operationsabteilung eintreten um 25%
- Reduktion der ambulanten Fälle der Gynäkologie mit operativen Eingriffen um 50%
- Reduktion der ambulanten Fälle der Frauenklinik ohne operative Eingriffe um 100%

Die Zahl der Fälle und der Bettenbedarf gehen um die Wöchnerinnenabteilung und die Reduktion der Gynäkologie und der übrigen Fachgebiete mit Operationssaal-Nutzung gegenüber Option 0 zurück. Der gleiche Effekt tritt bei den Operationsstunden und den ambulanten Fällen auf (s. Tabelle unten), da die zusätzlichen ambulanten Sprechstunden auf eigene Rechnung der Ärzte gehen. Wir gehen von folgenden Leistungsmengen bzw. von folgendem Personalbedarf aus:

Tabelle 21: Leistungsmengen Option 1

Leistungen	Anzahl		
	IST	Option 0	Option 1
stationäre Fälle	3'457	3'457	<b>2'806</b>
davon Erwachsene	3'179	3'179	<b>2'806</b>
davon VVG	482	482	<b>432</b>
davon Säuglinge	278	278	<b>0</b>
Pflegetage Erwachsene	13'503	13'503	<b>12'158</b>
Bettenbedarf Erwachsene	64	44	<b>39</b>
Case-Mix-Punkte	2'868	2'868	<b>2'529</b>
Ambulante Fälle	25'892	25'539	<b>22'574</b>
OPS-Stunden	2'820	2'820	<b>2'663</b>
davon stationär	2'196	2'196	<b>2'072</b>
davon ambulant	624	624	<b>591</b>

Auch beim Stellenbedarf spiegelt sich die Reduktion (s. Tabelle unten). Dabei haben wir für jede Kostenstelle des Spitals aufgrund von Erfahrungen aus anderen Spitälern den Anteil an mengenunabhängigen Stellen und die bedarfsbestimmenden Faktoren bestimmt. So sind beispielsweise 20% der Stellen der Anästhesie fix und die mengenabhängigen Stellen werden durch die Operationsstunden beeinflusst.

Tabelle 22: Vollzeitstellen Option 1

Personal	Vollzeitstellen		
	IST	Option 0	Option 1
Ärzteschaft	44.50	44.50	<b>36.85</b>
Pflege	88.29	88.29	<b>70.86</b>
Therapien	10.28	10.28	<b>10.12</b>
Diagnostik	17.26	8.46	<b>8.45</b>
Notfall & OPS	91.30	91.30	<b>78.91</b>
Administration & Logistik	108.61	108.61	<b>102.62</b>
<b>Total</b>	<b>360.24</b>	<b>351.44</b>	<b>307.81</b>

Die Reduktion der Vollzeitstellen findet bei den Ärzten und Pflegenden und vor allem auch im Bereich Notfall & OPS statt.

Tabelle 23: Schlüsselkennzahlen Option 1

Kennzahlen	Option 0		Option 1	
<b>Erträge (MCHF)</b>	<b>58.09</b>		<b>53.11</b>	
davon stationäre Erlöse in MCHF (in %)	30.24	(52.06)	26.79	(50.44)
davon ambulante Erlöse in MCHF (in %)	16.50	(28.40)	15.25	(28.71)
davon Abgeltung Kanton in MCHF (in %)	6.50	(11.19)	6.29	(11.84)
davon übrige Erlöse in MCHF (in %)	4.85	(8.35)	4.78	(9.00)
<b>Bettenbedarf bei 85% (Erwachsene)</b>	<b>44</b>		<b>39</b>	
<b>Stationäre Fälle (Anzahl)</b>	<b>3'457</b>		<b>2'806</b>	
davon VVG-Fälle (in %)	14%		15%	
<b>Ambulante Fälle (Anzahl)</b>	<b>25'892</b>		<b>22'574</b>	
<b>EBITDA (MCHF)</b>	<b>0.13</b>		<b>1.29</b>	
EBITDA-Quote (in%)	0,22%		2.43%	
<b>EBITDAR (MCHF)</b>	<b>3.64</b>		<b>4.49</b>	
EBITDAR-Quote	6.27%		8.46%	
<b>Reingewinn/-verlust (MCHF)</b>	<b>-1.46</b>		<b>-0.25</b>	
<b>Eigenkapital (MCHF)</b>	<b>1.19</b>		<b>0.94</b>	
Eigenkapital-Quote (in%)	7.37%		5.85%	
<b>Fremdkapital (MCHF)</b>	<b>14.96</b>		<b>15.21</b>	
Fremdkapital-Quote (in%)	94.50%		94.15	
<b>FTE (Vollzeitstellen)</b>	<b>351.44</b>		<b>307.81</b>	

Die Korrekturen im Leistungsangebot führen zu einem verbesserten Ergebnis. Der Verlust reduziert sich auf 250'000 Franken. Die EBITDAR-Quote steigt auf 8.46%.

### 5.3.5 Bedarf für GWL und Standortsicherung mittel- bis langfristig

Es gelten die gleichen Annahmen zur Kalkulation der mittel- bis langfristigen Finanzierung wie bei Option 0 (6.2.5.) jedoch werden kommen hier Ausgangswerte auf Basis der veränderten Leistungsmengen und Vollzeitstellen der Option 1 zur Anwendung.

Tabelle 24: Annahmen Kalkulation Kosten- und Ertragsentwicklung KSOW

Annahmen	Kalkulation		
	Optimistisch	Mittel	Pessimistisch
Kostenentwicklung pro Jahr	+1,0%	+1,25%	+2,0%
Erlösentwicklung pro Jahr (exkl. GWL)	+0.5%	+0,5%	-0,25%

Tabelle 25: Entwicklung GWL/Standortsicherungsbeiträge (Differenz) in MCHF, Option 1, 2020-2029

Jahr	Optimistisch			Mix			Pessimistisch		
	Aufwand	Ertrag	Differenz	Aufwand	Ertrag	Differenz	Aufwand	Ertrag	Differenz
2020	53.36	46.82	<b>6.54</b>	53.36	46.82	<b>6.54</b>	53.36	46.82	<b>6.54</b>
2021	53.89	47.05	<b>6.84</b>	54.16	47.05	<b>7.11</b>	54.43	46.70	<b>7.72</b>
2022	54.42	47.28	<b>7.14</b>	54.96	47.28	<b>7.68</b>	55.50	46.58	<b>8.91</b>
2023	54.95	47.51	<b>7.44</b>	55.76	47.51	<b>8.25</b>	56.57	46.46	<b>10.10</b>
2024	55.48	47.74	<b>7.74</b>	56.56	47.74	<b>8.82</b>	57.64	46.34	<b>11.29</b>
2025	56.01	47.97	<b>8.04</b>	57.36	47.97	<b>9.39</b>	58.71	46.22	<b>12.48</b>
2026	56.54	48.20	<b>8.34</b>	58.16	48.20	<b>9.96</b>	59.78	46.10	<b>13.67</b>
2027	57.07	48.43	<b>8.64</b>	58.96	48.43	<b>10.53</b>	60.85	45.98	<b>14.86</b>
2028	57.60	48.66	<b>8.94</b>	59.76	48.66	<b>11.10</b>	61.92	45.86	<b>16.05</b>
2029	58.13	48.89	<b>9.24</b>	60.56	48.89	<b>11.67</b>	62.99	45.74	<b>17.24</b>

Die Spalte «Differenz» steht für den jährlichen Mittelbedarf, welcher der Kanton – zusätzlich zu den ordentlichen Abgeltungen (55% der Kosten) für die stationären Behandlungen - für das KSOW aufwenden muss, damit dieses ein ausgeglichenes Ergebnis erwirtschaften kann.

Abbildung 15: Entwicklung GWL/Standortsicherung, Option 1, 2020-2029 in Mio. CHF pro Jahr



Die jährlichen Kantonsbeiträge für GWL/Standortsicherung ans KSOW werden bei der Option 1 weiter ansteigen. Je nach effektiver Kosten- bzw. Ertragsentwicklung fällt das Wachstum unterschiedlich aus. Im besten Fall werden es in 10 Jahren rund CHF 9 Mio. und im schlechtesten Fall gut CHF 17 Mio. sein, welche dem KSOW pro Jahr für eine nachhaltige Finanzierung fehlen.

## 5.4 Option 2: IST im Verbund ohne Operationen

### 5.4.1 Einleitung

Die Lösungsoption 2 beinhaltet folgende, wesentliche Eckwerte:

- Das stationäre Leistungsangebot wird auf Innere Medizin & Akut-Geriatrie beschränkt.
- Das KSOW verzichtet vollständig auf operative Eingriffe.
- Der Notfall bleibt weiterhin 7 x 24 Stunden verfügbar.
- In dieser Option wird das KSOW Teil des LUKS-Konzernes (vollständige Integration in die LUKS-Organisation).

In der Lösungsoption 2 werden in der stationären Versorgung ausschliesslich internistisch-medizinische und geriatrische Krankheitsbilder behandelt. Diese Option verzichtet auf einen Operationssaal-Betrieb am Standort Sarnen. Die Zusammenarbeit mit dem LUKS wandelt sich in einen strukturellen Verbund mit dem LUKS. Nur so kann sichergestellt werden, dass die stationäre Versorgung mindestens im Fachbereich «Innere Medizin» in Sarnen Bestand hat. Die Integration in die LUKS-Holding bedingt Anpassungen an der kantonalen Gesetzgebung, eine neue Rechtsform für das KSOW und eine entsprechende Rekapitalisierung (Eigenkapital) des KSOW.

### 5.4.2 Leistungsangebot

Abbildung 16: Leistungsangebot Option 2

Spital Fokussierung auf Innere Medizin & Geriatrie, keine OP <sup>B</sup>					
Therapeutisches Angebote	Physiotherapie <sup>4</sup> Logopädie <sup>3,4</sup>	Ernährungsberatung <sup>4</sup>	Diabetesberatung	Amb. Pneumo-Reha	Amb. kardiale Reha
Belegarzt - OP stationär/ambulant	Orthopädie <sup>2</sup>	HNO <sup>2</sup>	Urologie <sup>4</sup>	Neurochirurgie <sup>2</sup>	Augenheilkunde <sup>4</sup>
Grundangebot ambulant	Gastroenterologie	Kardiologie / Echo <sup>6</sup>	Pneumologie	Onkologie <sup>1</sup> / Med. TK	Angiologie <sup>3</sup>
	Endokrinologie <sup>1</sup>	Geriatrie	Chirurgie	Orthopädie	
	Wundambulatorium	Gynäkologie <sup>6</sup>	Geburtshilfe	Handchirurgie <sup>1</sup>	
Grundangebot stationär	Medizin/Geriatrie	Chirurgie <sup>1</sup>	Gynäkologie <sup>1</sup>	Geburtshilfe (inkl. Padiatriedienst <sup>3</sup> ).	
Diagnostik	Labor <sup>5</sup>	Rx <sup>1</sup> /Ultraschall <sup>1</sup> /CT <sup>1</sup> /MRI <sup>1</sup> /Mammographie <sup>1</sup>			
Notfall / OPS	Notfall / IMC (7x24h) <sup>6</sup>	Rettungsdienst <sup>1</sup>	OPZ / Anästh. (7-22h)	Chirurgische TK	Steri <sup>7</sup>
§ Trägerschaft	LUKS (Mehrheit oder Betreiber) und Kanton Obwalden (analog LUNIS oder lups)				

B Verbund mit LUKS; strukturelle Zusammenführung mit LUKS); 1 Kooperation mit/Betrieb durch LUKS; 3 Externer Konsiliardienst; 4 Angebot für Geriatrie zwingend; 5 Outsourcing an Synlab bis 2025; 6 Unabhängige Ultraschallgeräte

Das stationäre Grundangebot mit eigenem Fachpersonal und im strukturellen Verbund mit dem LUKS umfasst ausschliesslich die Innere Medizin mit Akutgeriatrie.

Alle Fachgebiete, die auf eine Operationsabteilung wie die Chirurgie, die Gynäkologie und die belegärztlichen Fächer werden zusätzlich zur Geburtshilfe nicht mehr angeboten.

Im ambulanten Setting werden die bisherigen Fachgebiete angeboten: Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie, Angiologie, Endokrinologie, Geriatrie, Chirurgie, Orthopädie, Wundambulatorium, Gynäkologie, Geburtshilfe, Handchirurgie.

Das medizinisch-therapeutische Angebot ist ebenfalls unverändert und umfasst: Physiotherapie, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Logopädie, ambulante Rehabilitation von Lungen- und Herzpatienten.

Für die Diagnostik stehen das ausgelagerte Labor und bildgebende Verfahren mit konventioneller Radiologie, Ultraschall, CT, MRI und Mammographie zur Verfügung.

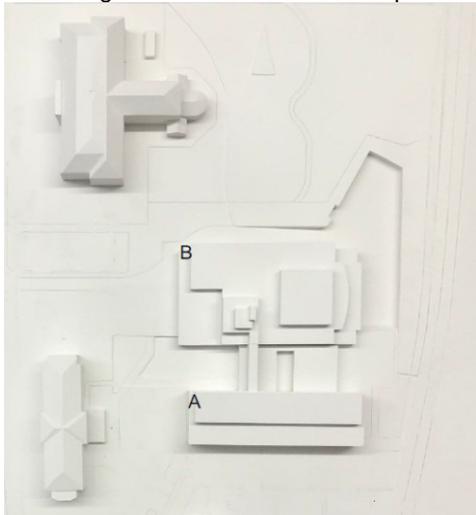
Für Notfälle sind rund um die Uhr eine Notfallstation, eine IMC-Station und der Rettungsdienst tätig. Die Operationsabteilung mit Anästhesie, die Tagesklinik und die ZSVA entfallen.

Der administrative und logistische Teil des Spitalbetriebs wird durch eigene Mitarbeitende abgedeckt. Die Spitaldirektion wandelt sich in eine Standortleitung.

#### 5.4.3 *Infrastruktur und Investitionsbedarf*

Die Option 2 basiert auf einem – gegen dem IST-Angebot – deutlich reduzierten Leistungsangebot (keine Operationen mehr am Standort Sarnen) und auf einer deutlich reduzierten Spitalinfrastruktur.

Abbildung 17: Infrastruktur KSOW Option 2



- Gebäude C ersatzloser Rückbau
- Gebäude B teilw. Rückbau, Erhalt EG mit Radiologie, Physiotherapie und Notfallstation, 1.OG Büros
- Gebäude A ein Bettengeschoss, übrige Fläche Ambulatorium/ Büros

**Investitionsbedarf 2020-2030 in MCHF** für die Spitalimmobilien Option 2  
(Kostenschätzung +/- 25%):

Erstellungskosten BKP 2	CHF 24.20
Kosten Rückbau	<u>CHF 00.30</u>
<b>Gesamt</b>	<b>CHF 24.50</b>

#### 5.4.4 Kennzahlen

Tabelle 26: Leistungsmengen Option 2

Leistungen	Anzahl			
	IST	Option 0	Option 1	Option 2
<b>stationäre Fälle</b>	3'457	3'457	2'806	<b>1'131</b>
davon Erwachsene	3'179	3'179	2'806	<b>1'131</b>
davon VVG	482	482	432	<b>187</b>
davon Säuglinge	278	278	0	<b>0</b>
<b>Pflegetage Erwachsene</b>	13'503	13'503	12'158	<b>5'682</b>
<b>Bettenbedarf Erwachsene</b>	64	44	39	<b>18</b>
<b>Case-Mix-Punkte</b>	2'868	2'868	2'529	<b>859</b>
<b>Ambulante Fälle</b>	25'892	25'892	22'574	<b>12'330</b>
<b>OPS-Stunden</b>	2'820	2'820	2'663	<b>0</b>
davon stationär	2'196	2'196	2'072	<b>0</b>
davon ambulant	624	624	591	<b>0</b>

Der Verzicht auf die «schneidenden» Fachgebiete hinterlässt deutliche Spuren bei den stationären und ambulanten Fällen und beim Bettenbedarf.

Tabelle 27: Vollzeitstellen Option 2

Personal	Vollzeitstellen			
	IST	Option 0	Option 1	Option 2
<b>Ärzterschaft</b>	44.50	44.50	36.85	18.12
<b>Pflege</b>	88.29	88.29	70.86	38.77
<b>Therapien</b>	10.28	10.28	10.12	7.43
<b>Diagnostik</b>	17.26	8.46	8.45	5.21
<b>Notfall &amp; OPS</b>	91.30	91.30	78.91	45.43
<b>Administration &amp; Logistik</b>	108.61	108.61	102.62	65.41
<b>Total</b>	<b>360.22</b>	<b>351.44</b>	<b>307.81</b>	<b>180.37</b>

Der Stellenbedarf nimmt von 307 Vollzeitstellen im Szenario 1 auf noch 180 Vollzeitstellen im Szenario 2 ab. Besonders stark sinkt die Zahl der Stellen durch die Schliessung der Operationsabteilung und der Fokussierung des stationären Angebots in den Bereichen «Ärzterschaft», «Pflege» und «Notfall & OPS».

Tabelle 28: Schlüsselkennzahlen Option 2

Kennzahlen	Option 0		Option 1		Option 2	
<b>Erträge (MCHF)</b>	<b>58.09</b>		<b>53.11</b>		<b>26.65</b>	
stationäre Erlöse in MCHF (in %)	30.24	(52.06)	26.79	(50.44)	9.34	(35.06)
ambulante Erlöse in MCHF (in %)	16.50	(28.40)	15.25	(28.71)	8.23	(30.89)
Abgeltung Kanton in MCHF (in %)	6.50	(11.19)	6.29	(11.84)	4.57	(17.16)
davon übrige Erlöse in MCHF (in %)	4.85	(8.35)	4.78	(9.00)	4.50	(16.87)
<b>Bettenbedarf bei 85% (Erwachsene)</b>	<b>44</b>		<b>39</b>		<b>18</b>	

Kennzahlen	Option 0		Option 1		Option 2	
<b>Stationäre Fälle (Anzahl)</b>	<b>3'457</b>		<b>2'806</b>		<b>1'131</b>	
davon VVG-Fälle (in %)	14%		15%		17%	
<b>Ambulante Fälle (Anzahl)</b>	<b>25'892</b>		<b>22'574</b>		<b>12'330</b>	
<b>EBITDA (MCHF)</b>	<b>0.13</b>		<b>1.29</b>		<b>-2.44</b>	
EBITDA-Quote (in%)	0,22%		2.43%		-9.15%	
<b>EBITDAR (MCHF)</b>	<b>3.64</b>		<b>4.49</b>		<b>-0.49</b>	
EBITDAR-Quote	6.27%		8.46%		-1,84%	
<b>Reingewinn/-verlust (MCHF)</b>	<b>-1.46</b>		<b>-0.25</b>		<b>-3.65</b>	
<b>Eigenkapital (MCHF)</b>	<b>1.19</b>		<b>0.94</b>		<b>-2.46</b>	
Eigenkapital-Quote (in%)	7.37%		5.85%		-15.26%	
<b>Fremdkapital (MCHF)</b>	<b>14.96</b>		<b>15.21</b>		<b>18.61</b>	
Fremdkapital-Quote (in%)	94.50		94.15		115.26	
<b>FTE (Vollzeitstellen)</b>	<b>351.44</b>		<b>307.81</b>		<b>180.37</b>	

Finanziell zahlt sich die Fokussierung des stationären Angebots auf Medizin und Geriatrie nicht aus, da der Ertrag um über 50% der Aufwand aber nur um rund 43% sinkt. Zum geringeren Effekt beim Aufwand tragen vor allem fixe Kosten in den Bereichen Personal, Anlagenutzung und Abschreibungen bei. Diese sinken weniger stark als der Ertrag. In der Summe verschlechtern sich sowohl der EBITDAR (-4.9 Mio. Franken) als auch das Ergebnis (-3.4 Mio. Franken) gegenüber Option 1. Beim EBITDAR fällt die Reduktion der Miete ins Gewicht, die durch den sinkenden Flächenbedarf der Option 2 verursacht wird. Eigenkapital wird durch Verluste und Abschreibungen vernichtet und dadurch negativ.

#### 5.4.5 Bedarf für GWL und Standortsicherung mittel- bis langfristig

Es gelten die gleichen Annahmen zur Kalkulation der mittel- bis langfristigen Finanzierung wie bei Option 0 (6.2.5.) jedoch werden kommen hier Ausgangswerte auf Basis der veränderten Leistungsmengen und Vollzeitstellen der Option 2 zur Anwendung.

Tabelle 29: Annahmen Kalkulation Kosten- und Ertragsentwicklung KSOW

Annahmen	Kalkulation		
	Optimistisch	Mittel	Pessimistisch
Kostenentwicklung pro Jahr	+1,0%	+1,25%	+2,0%
Erlösentwicklung pro Jahr (exkl. GWL)	+0.5%	+0,5%	-0,25%

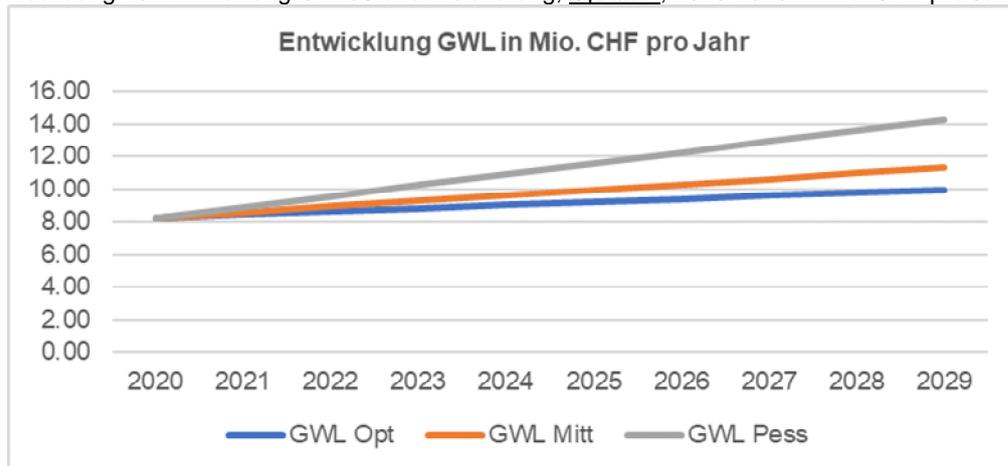
Tabelle 30: Entwicklung GWL/Standortsicherungsbeiträge (Differenz) in MCHF, Option 2, 2020-2029

Jahr	Optimistisch			Mix			Pessimistisch		
	Aufwand	Ertrag	Differenz	Aufwand	Ertrag	Differenz	Aufwand	Ertrag	Differenz
<b>2020</b>	30.30	22.08	<b>8.22</b>	30.30	22.08	<b>8.22</b>	30.30	22.08	<b>8.22</b>

Jahr	Optimistisch			Mix			Pessimistisch		
	Aufwand	Ertrag	Differenz	Aufwand	Ertrag	Differenz	Aufwand	Ertrag	Differenz
2021	30.60	22.19	<b>8.41</b>	30.75	22.19	<b>8.56</b>	30.91	22.02	<b>8.88</b>
2022	30.90	22.30	<b>8.60</b>	31.20	22.30	<b>8.90</b>	31.52	21.96	<b>9.55</b>
2023	31.20	22.41	<b>8.79</b>	31.65	22.41	<b>9.24</b>	32.13	21.90	<b>10.22</b>
2024	31.50	22.52	<b>8.98</b>	32.10	22.52	<b>9.58</b>	32.74	21.84	<b>10.89</b>
2025	31.80	22.63	<b>9.17</b>	32.55	22.63	<b>9.92</b>	33.35	21.78	<b>11.56</b>
2026	32.10	22.74	<b>9.36</b>	33.00	22.74	<b>10.26</b>	33.96	21.72	<b>12.23</b>
2027	32.40	22.85	<b>9.55</b>	33.45	22.85	<b>10.60</b>	34.57	21.66	<b>12.90</b>
2028	32.70	22.96	<b>9.74</b>	33.90	22.96	<b>10.94</b>	35.18	21.60	<b>13.57</b>
2029	33.00	23.07	<b>9.93</b>	34.35	23.07	<b>11.28</b>	35.79	21.54	<b>14.24</b>

Die Spalte «Differenz» steht für den jährlichen Mittelbedarf, welcher der Kanton – zusätzlich zu den ordentlichen Abgeltungen (55% der Kosten) für die stationären Behandlungen - für das KSOW aufwenden muss, damit dieses ein ausgeglichenes Ergebnis erwirtschaften kann.

Abbildung 18: Entwicklung GWL/Standortsicherung, Option 2, 2020-2029 in Mio. CHF pro Jahr



Die jährlichen Kantonsbeiträge für GWL/Standortsicherung ans KSOW werden bei der Option 2 weiter ansteigen. Je nach effektiver Kosten- bzw. Ertragsentwicklung fällt das Wachstum unterschiedlich aus. Im besten Fall werden es in 10 Jahren knapp CHF 10 Mio. und im schlechtesten Fall gut CHF 14 Mio. sein, welche dem KSOW pro Jahr für eine nachhaltige Finanzierung fehlen.

## 5.5 Option 3: Ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum

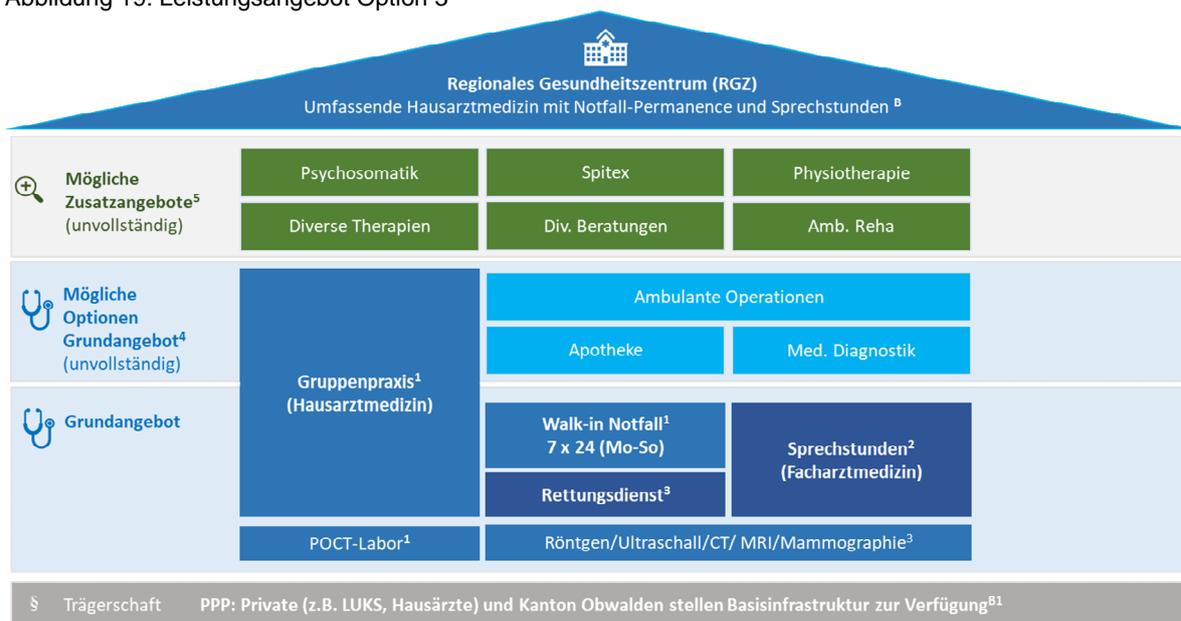
### 5.5.1 Einleitung

Die Lösungsoption 3 beinhaltet folgende, wesentliche Eckwerte:

- Strategiewechsel: Der Kanton Obwalden fokussiert sich auf die Sicherung einer modernen, wohnortnahen und vernetzten ambulanten Versorgung. Stationäre Behandlungen werden künftig vollständig ausserkantonale durchgeführt.
- Im Kanton soll ein modernes, ambulantes Versorgungsnetzwerk entstehen, in dessen Zentrum ein ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum am heutigen Spitalstandort Sarnen steht (Hub der ambulanten Versorgung).
- Die stationäre Versorgung der Obwaldner Bevölkerung wird auf Basis eines entsprechenden Rahmenvertrags durch Partnerspitäler in Luzern und Stans sichergestellt.
- Das Grundangebot des ambulanten Gesundheits- und Notfallzentrums umfasst Hausarztmedizin (Gruppenpraxis), Spezialsprechstunden und eine Hausarzt-Notfallversorgung rund um die Uhr (Permanence) inkl. Rettungsdienst vor Ort.
- Das Modell ist flexibel und offen für weitere, optionale und innovative Leistungsangebote (z.B. digitale und mobile Dienstleistungen) sowie weitere Leistungserbringer (z.B. Therapien, Spitex, Apotheke, ambulante Operationen), welche ihr Angebot auf eigene Rechnung anbieten.
- Das Gesundheits- und Notfallzentrum wird getragen vom Kanton, dem LUKS und weiteren Partnern (z.B. Hausärzten). GWL-Zahlungen vom Kanton sind für den Rettungsdienst, den Notfalldienst in Randzeiten (Nacht) und diverse Netzwerkmanagement-Aufgaben zugunsten der ambulanten Versorgung im Kanton (z.B. Hausarzt-Ausbildung, Förderung von innovativen Versorgungskonzepten usw.) nötig.

### 5.5.2 Leistungsangebot

Abbildung 19: Leistungsangebot Option 3



*B* Verbund mit LUKS und ambulanten LERB zwingend; *B1* RGZ-Trägerschaft (PPP) stellt Räume/koordiniert sinnvolle Angebotsentwicklung; *1* Lokale Hausärzte oder Dritte (z.B. MedBase, Medix); *2* Lokale Fachärzte und/oder Kooperation/Betrieb LUKS; *3* Kooperation/Betrieb LUKS; *4* Je nach Bedarf/Finanzierbarkeit; *5* Angebote durch «Mieter» oder Grundangebot-Partner

Das Grundangebot umfasst eine Gruppenpraxis, ein 7x24 Permanence, ein Point-of-Care-Testing (POCT)-Labor, den Rettungsdienst sowie eine radiologische Diagnostik, die in Kooperation mit oder vom LUKS betrieben wird.

Die spezialärztlichen Sprechstunden - in Kooperation mit oder vom LUKS betrieben – bieten folgende Fachgebiete an: Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Endokrinologie, Chirurgie, Orthopädie und Gynäkologie.

Mögliche, weitere Leistungen (durch diverse Leistungserbringer auf eigene Rechnung): Langzeitpflege, Therapie- und Beratungsangebote, Spitex-Stützpunkt, Geburtshaus, ambulante Rehabilitation, ambulantes Operieren, Apotheke, onkologische Tagesklinik.

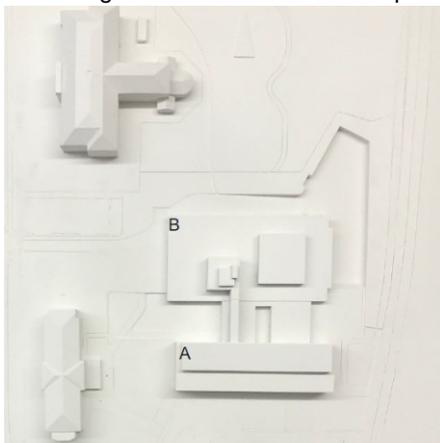
Das ambulante Gesundheits- und Notfallzentrum kann als Hub im Netzwerk der Hausarzt-Versorgung verstanden werden. Dieser Hub übernimmt – analog dem Hub im Spitalverbund – zentrale Netzwerkaufgaben und unterstützt die Hausärzte in den Gemeinden mit diversen Services (u.a. Notfallpraxis, Qualitätssicherung usw.). Das Gesundheits- und Notfallzentrum koordiniert die Vernetzung mit anderen, ambulanten Leistungserbringern und initiiert in Absprache mit den lokalen Leistungserbringern innovative, ambulante Versorgungslösungen (u.a. Einsatz von klinischen Pflegeexpertinnen (APN), digitale und mobile Versorgungsleistungen usw.). Zudem stellt das Gesundheits- und Notfallzentrum die Schnittstelle zu den Fachärzten (Sprechstunden) und den Partnerspitälern sicher und engagiert sich bei der Hausarzt-Ausbildung (zusammen mit den Partnerspitälern).

### 5.5.3 *Infrastruktur und Investitionsbedarf*

Die Option 3 entspricht einem grundsätzlich anderen Angebot als die Optionen 0-2. Für die Leistungserbringung ist keine Spitalinfrastruktur nötig, sondern eine deutlich weniger hoch-technisierte Infrastruktur. Zudem geht diese Option davon aus, dass die Kosten für die Räumlichkeiten vollständig durch die Mieteinnahmen, welche die ambulanten Leistungserbringer bezahlen, gedeckt sind bzw. grundsätzlich können die Räume auch durch einen Dritten bereitgestellt werden (keine Kosten für den Kanton).

Die heutige Spitalinfrastruktur ist für ein ambulante Gesundheits- und Notfallzentrum zu gross. Es ist denkbar, dass der neue Bettentrakt für das Gesundheits- und Notfallzentrum genutzt werden kann. Dazu ist einige Umbauten nötig. Eine definitive Bedarfsanalyse hängt davon ab, welches Leistungsangebot effektiv realisiert werden kann. Wir gehen von einem maximalen Flächenbedarf von 6'200 m<sup>2</sup> aus, was sich im neuen Bettentrakt realisierbar wäre.

Abbildung 20: Infrastruktur KSOW Option 3



- Gebäude C ersatzloser Rückbau
- Gebäude B teilweiser Rückbau, Erhalt EG mit Radiologie, Physio und Notfallstation
- Gebäude A alle Flächen Ambulatorium/ Büros

**Investitionsbedarf 2020-2030 in MCHF für die Spitalimmobilien Option 3**  
 (Kostenschätzung +/- 25%):

Erstellungskosten BKP 2	CHF 18.60
Kosten Rückbau	<u>CHF 00.60</u>
<b>Gesamt</b>	<b>CHF 19.20</b>

5.5.4 Kennzahlen

Im Gegensatz zu den Optionen 0-2, deren Kennzahlen auf einer Reduktion der KSOW IST-Mengen basieren, sind die Kennzahlen für ein neues, ambulante Gesundheits- und Notfallzentrum nicht auf die gleiche Art und Weise abzuleiten. Aus Erfahrungen von vergleichbaren Projekten (ambulante Gesundheitszentren in Regionen mit vergleichbarem Einzugsgebiet) kann für das Grundangebot (Gruppenpraxis, Permanence-Notfall) eine grobe Schätzung abgegeben werden.

Tabelle 31: Vollzeitstellen Option 3

Personal	Vollzeitstellen				
	IST	Option 0	Option 1	Option 2	Option 3
Ärztenschaft	44.50	44.50	36.85	18.12	6-8
Pflege	88.29	88.29	70.86	38.77	2-4
Therapien	10.28	10.28	10.12	7.43	*
Diagnostik	17.26	8.46	8.45	5.21	2
Notfall & OPS	91.30	91.30	78.91	45.43	2-4
Administration & Logistik	108.61	108.61	102.62	65.41	8-11**
<b>Total</b>	<b>360.22</b>	<b>351.44</b>	<b>307.81</b>	<b>180.37</b>	<b>20-29</b>

\* Therapie-Angebot werden durch Dritte auf eigene Rechnung angeboten / \*\* inkl. MPA

Die oben aufgeführten 20-29 Vollzeitstellen stellen das medizinische Grundangebot des geplanten Gesundheits- und Notfallzentrums sicher (Gruppenpraxis, Walk-in Notfallpraxis, Diagnostik usw.). Diese Vollzeitstellen sind direkt vom Gesundheits- und Notfallzentrum bzw. dessen Betreiber angestellt. Nicht in diesen Zahlen inkludiert sind diverse Fachärzte (Sprechstunden), Therapeuten (z.B. Physiotherapie, Psychotherapie usw.), der Rettungsdienst (16 Stellen) und weitere Leistungserbringer, welche ihre Dienstleistungen im Gesundheits- und Notfallzentrum anbieten. Diese, das Grundangebot ergänzende Leistungen werden in den Räumen des Gesundheits- und Notfallzentrums durch Partner (z.B. LUKS-Fachärzte, LUKS-Rettungsdienst, niedergelassenen Fachärzte usw.) auf deren eigene Rechnung und eigenem Personal angeboten.

5.5.5 Finanzierung mittel- bis langfristig

Es gelten die gleichen Kalkulationssätze der mittel- bis langfristigen Finanzierung wie bei den Optionen 0-2.

Tabelle 32: Annahmen Kalkulation Kosten- und Ertragsentwicklung Kostenbeitrag Kanton

Annahmen	Kalkulation		
	Optimistisch	Mittel	Pessimistisch
Kostenentwicklung pro Jahr	+1,0%	+1,25%	+2,0%
Erlösentwicklung pro Jahr (exkl. GWL)	+0.5%	+0,5%	-0,25%

Die nachfolgende Kalkulation der Option 3 geht von folgenden Annahmen aus:

- Das Leistungsangebot des Gesundheits- und Notfallzentrums ist selbsttragend. Die einzelnen Leistungserbringer bieten ihre Leistungen auf eigene Rechnung an. Beiträge der öffentlichen Hand sind grundsätzlich nicht vorgesehen.
- Die Infrastruktur für das Gesundheits- und Notfallzentrum wird von einer noch zu definierenden Trägerschaft (z.B. Kanton Obwalden, LUKS, Partner Gruppenpraxis) bereitgestellt. Die Mieten der diversen Leistungserbringer decken den entsprechenden Finanzierungsbedarf.
- Der Betrieb der 24x7 Stunden Permanence wird nicht kostendeckend sein. Der Kanton muss für den Betrieb einer den Bedürfnissen der Obwaldner Bevölkerung entsprechenden Notfallversorgung inkl. Rettungsdienst sowie für zentrale Services des Gesundheits- und Notfallzentrums (Vernetzung der ambulanten Gesundheitsversorgung im Kanton, Mitwirkung bei der Hausarztausbildung) jährliche Beiträge von 1,2 bis 1,5 Mio. CHF leisten (Basis: Datmaterial von vergleichbaren Projekten in den Kantonen St. Gallen und Basel-Land).

Tabelle 33: Kalkulation GWL/Standortsicherungsbeiträge (Differenz) in Mio. CHF, Option 3, 2020-2029

Jahr	Optimistisch			Mix			Pessimistisch		
	Aufwand	Ertrag	Differenz	Aufwand	Ertrag	Differenz	Aufwand	Ertrag	Differenz
<b>2020</b>	1.20	0.00	<b>1.20</b>	1.30	0.00	<b>1.30</b>	1.50	0.00	<b>1.50</b>
<b>2021</b>	1.21	0.00	<b>1.21</b>	1.32	0.00	<b>1.32</b>	1.53	0.00	<b>1.53</b>
<b>2022</b>	1.22	0.00	<b>1.22</b>	1.34	0.00	<b>1.34</b>	1.56	0.00	<b>1.56</b>
<b>2023</b>	1.23	0.00	<b>1.23</b>	1.36	0.00	<b>1.36</b>	1.59	0.00	<b>1.59</b>
<b>2024</b>	1.24	0.00	<b>1.24</b>	1.38	0.00	<b>1.38</b>	1.62	0.00	<b>1.62</b>
<b>2025</b>	1.25	0.00	<b>1.25</b>	1.40	0.00	<b>1.40</b>	1.65	0.00	<b>1.65</b>
<b>2026</b>	1.26	0.00	<b>1.26</b>	1.42	0.00	<b>1.42</b>	1.68	0.00	<b>1.68</b>
<b>2027</b>	1.27	0.00	<b>1.27</b>	1.44	0.00	<b>1.44</b>	1.71	0.00	<b>1.71</b>
<b>2028</b>	1.28	0.00	<b>1.28</b>	1.46	0.00	<b>1.46</b>	1.74	0.00	<b>1.74</b>
<b>2029</b>	1.29	0.00	<b>1.29</b>	1.48	0.00	<b>1.48</b>	1.77	0.00	<b>1.77</b>

Die jährlichen Kantonsbeiträge für GWL sind in Option 3 stark abhängig vom Leistungsauftrag für die Notfallversorgung (Öffnungszeiten, Fachpersonal usw.) und den Rettungsdienst. Für den Rettungsdienst bezahlt der Kanton im Jahr 2020 rund CHF 620'000. Die jährlichen Beiträge des Kantons an den Betrieb von Rettungsdienst und Notfallpraxis sowie für allgemeine Vernetzungsservices des Gesundheits- und Notfallzentrums werden sich in 10 Jahren zwischen minimal CHF 1,3 und maximal CHF 1,8 Mio. bewegen.

## 5.6 Übersicht Optionen

Tabelle 34: Kurzübersicht Optionen

Lösungsoptionen	Option 0 KSOW IST-Angebot im Verbund	Option 1 KSOW IST ohne Geburtsabteilung; OP 7-22 ohne SA/SO	Option 2 KSOW mit Fokussierung auf Innere Medizin, Geriatrie	Option 3 Ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum
<b>Grundstrategie</b>	ERHALTEN	REDUZIEREN	REDUZIEREN	TRANSFORMIEREN
<b>Kurzbeschreibung</b>	IST-Angebot im Verbund mit LUKS; Dienstbereitschaft Operationen 7x24	IST-Angebot im Verbund mit LUKS; Dienstbereitschaft Operationen 7-22 Uhr; ohne SA/SO Keine Geburtsabteilung	IST-Angebot im ambulanten Bereich; Stationär nur noch Innere Medizin inkl. Akutgeriatrie; Keine Operationen Keine Geburtsabteilung	Grundangebot: Hausarztmedizin, Walk-in Notfall, Fachsprechstunden. Optional: Div. Therapien, Apotheke, amb. Operieren, Spitetex usw. Stationäre Versorgung via ausserkant. Verbundspitäler
<b>Notfall</b>	7x24 Spitalnotfall & Rettungsdienst	7x24 Spitalnotfall & Rettungsdienst	7x24 Spitalnotfall & Rettungsdienst	7x24 Hausarztnotfall & Rettungsdienst
<b>Ausserkantonale, stationäre Behandlungen Bevölkerung OW</b>	<b>45%</b>	<b>48%</b>	<b>80%</b>	<b>100%</b>
<b>Vollzeitstellen</b>	<b>351</b>	<b>307</b>	<b>180</b>	<b>20-29</b> (ohne diverse Dritte)
<b>GWL/Standortbeiträge jährlich in MCHF (worst case in 10 Jahren)</b>	<b>2020: 7.96</b> <b>2029: 13.64</b> (19.84)	<b>2020: 6.54</b> <b>2029: 11.67</b> (17.24)	<b>2020: 8.22</b> <b>2029: 11.28</b> (14.24)	<b>2020: 1.30</b> <b>2029: 1.48</b> (1.77)
<b>Investitionsbedarf Immobilien 2020-30 in MCHF</b>	<b>max. 50.50</b> (Schätzung + 25% nach SIA)	<b>max. 40.60</b>	<b>max. 24.50</b>	<b>max. 23.90</b>
<b>Trägerschaft</b>	Kanton Obwalden	Kanton Obwalden	Kanton Obwalden und LUKS	Kanton Obwalden, LUKS und Dritte (z.B. Hausarzt-Gruppe)
<b>Verbundorganisation</b>	Kooperation KSOW – LUKS Rahmenvertrag Verbund Spitalplanung koordiniert	Kooperation KSOW – LUKS Rahmenvertrag Verbund Spitalplanung koordiniert	Integration KSOW in LUKS-Holding (Rekapitalisierung KSOW durch Kanton OW!) Gemeinsame Spitalplanung	Gesundheits- & Notfallzentrum im Verbund mit LUKS und Dritten; Rahmenvertrag Spitalleistungen mit LUKS/Kanton LU

Tabelle 35: Anwendungsfälle pro Option

Nr.	Anwendungsfall	Option 0 IST-Angebot im Verbund	Option 1 Ohne Geburten; OP 7-22 ohne SA/SO	Option 2 Fokussierung Innere Medizin, Geriatric	Option 3 Gesundheits- & Notfallzentrum
1	Geburt	Ja	Nein*	Nein*	Nein*
2	Radiusfraktur (Handgelenke)	Operation oder Gips	Operation oder Gips	Gips	Gips
3	Herzinfarkt	Teilweise	Teilweise	Teilweise	Nein*
4	Lungenentzündung	Stationär und ambulant	Stationär und ambulant	Stationär und ambulant	ambulant
5	Darmoperation (Colon)	Ja	Ja	Nein*	Nein*
6	Blinddarmentzündung	Ja	Ja	Nein*	Nein*
7	Gelenkersatz	Ja	Ja	Nein*	Nein*
8	Magen-/Darmspiegelung	Ja	Ja	Ja	Ja
9	Kardiologische Untersu- chung	Ja	Ja	Ja	Ja
10	Bluthochdruck	Ja	Ja	Ja	Ja
11	Chronischer Husten	Ja	Ja	Ja	Ja

Quelle: Gesundheitsamt Kanton Obwalden

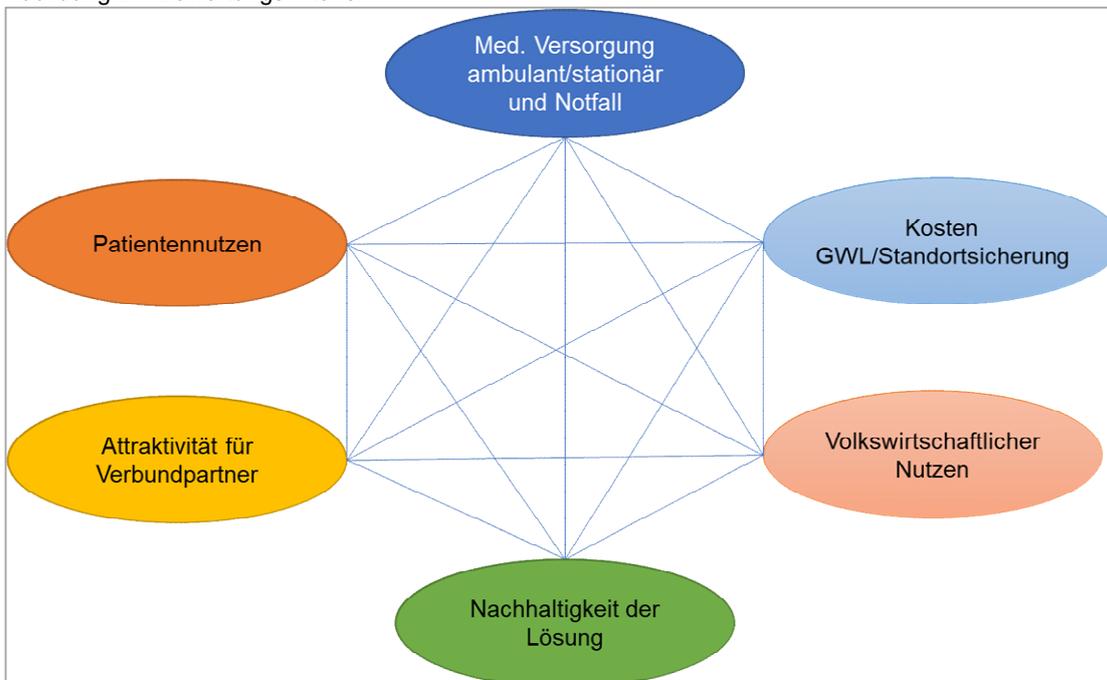
\* Behandlung durch Partnerspital im Verbund

## 6. Bewertung der Optionen

### 6.1 Einleitung

Das Projektteam hat die Optionen in Bezug auf folgende Kriterien bewertet:

Abbildung 21: Bewertungskriterien



Die Bewertungskriterien umfassen verschiedene Sichtweisen auf die Lösungsoptionen

Tabelle 36: Bewertungskriterien – Beschreibung der einzelnen Kriterien

Thema	Fragestellung
<b>Medizinische Versorgung</b> (ambulant, stationär, Notfall)	Im welcher Qualität ist der Zugang zur ambulanten und stationären Versorgung und wie ist der Notfall sichergestellt?
<b>Patientennutzen</b>	Welchen Nutzen hat der Patient/die Patientin von der Lösung (u.a. Nähe zur Versorgung, integrierte Versorgung usw.)?
<b>Kosten für Kanton</b> (GWL/Standortsicherung)	Wie hoch sind die jährlichen Beiträge des Kantons für GWL und Standortsicherung?
<b>Attraktivität für Verbundpartner</b>	Wie attraktiv/interessant ist die Lösung für mögliche Verbundpartner? Wie gross ist das Nutzenpotential der Lösung für einen Verbund?
<b>Volkswirtschaftlicher Nutzen</b>	Was ist der volkswirtschaftliche Nutzen für den Kanton Obwalden (Arbeits- und Ausbildungsplätze, Steuern, Standortattraktivität usw.)?
<b>Nachhaltigkeit der Lösung</b>	Kann die Lösung auch langfristig funktionieren? Welchen Beitrag leistet die Lösung an die zentralen Herausforderungen (Fachkräftemangel, Hausarzt-Versorgung, Spezialisierung der Medizin, Qualitätsvorgaben/Mindestfallzahlen, Finanzierung)

## 6.2 Bewertung der Lösungsoptionen

### 6.2.1 Bewertung Option 0

Tabelle 37: Bewertung Option 0 / IST-Angebot im Verbund

Kriterium	Wesentlichen Vorteile (+) und Nachteile (-)
<b>Medizinische Versorgung (ambulant, stationär, Notfall)</b>	+ Die medizinische Versorgung (inkl. Notfallversorgung) der Obwaldner Bevölkerung ist gewährleistet
<b>Patientennutzen</b>	+ wohnortnahe Spital-Grundversorgung am Standort Sarnen ist via Verbundpartner abgesichert
<b>Kosten für Kanton (GWL/Standortsicherung)</b>	- Kosten für Kanton bleiben trotz Verbund hoch und werden weiter ansteigen
<b>Attraktivität für Verbundpartner</b>	- Für den potenziellen Verbundpartner wird es tendenziell wenig Gründe geben, die bisherige, lose Kooperation in Richtung vertiefte Verbundlösung zu entwickeln
<b>Nachhaltigkeit der Lösung</b>	- Ohne namhafte finanzielle Zuschüsse des Kantons ist diese Lösung nicht nachhaltig. Auch wenn der Kanton die nötigen Finanzen langfristig zur Verfügung stellt, wird der Spitalstandort Sarnen zunehmend unter Druck kommen (Qualitätsvorgaben, Fachärztemangel usw.)
<b>Volkswirtschaftlicher Nutzen</b>	+ Die aktuellen Arbeits- und Ausbildungsplätze (insbesondere Pflege und Ärzte) bleiben im Kanton erhalten - Das Geld für die Aufrechterhaltung des KSOW-Betriebes „fehlt“ der Volkswirtschaft an anderer Stelle
<b>FAZIT</b>	<b>Diese Option ist wenig zukunftsfähig.</b> Sie wird den Kanton immer mehr kosten und droht früher oder später an den Rahmenbedingungen (Qualitäts- und Ertragsdruck, Fachkräftemangel usw.) zu scheitern. Zudem ist es nicht realistisch, dass der angestrebte Spitalverbund die strukturellen Probleme (zu kleines Einzugsgebiet) für den Kanton Obwalden löst.

6.2.2 Bewertung Option 1

Tabelle 38: Bewertung Option 1 / IST-Angebot ohne Geburtsabteilung bzw. OP 7-22 ohne SA/SO

Kriterium	Wesentlichen Vorteile (+) und Nachteile (-)
<b>Medizinische Versorgung (ambulant, stationär, Notfall)</b>	+ Die medizinische Versorgung (inkl. Notfallversorgung) der Obwaldner Bevölkerung ist gewährleistet
<b>Patientennutzen</b>	+ wohnortnahe Spital-Grundversorgung am Standort Sarnen ist via Verbundpartner abgesichert - Schliessung Geburtshilfe trifft die Volksseele an einem wunden Punkt (im Kanton gebären ist wichtig)
<b>Kosten für Kanton (GWL/Standortsicherung)</b>	- Kosten für Kanton bleiben – auf einem etwas tieferen Niveau - hoch und werden weiter ansteigen
<b>Attraktivität für Verbundpartner</b>	- Für den potenziellen Verbundpartner wird es tendenziell wenig Gründe geben, die bisherige, lose Kooperation in Richtung vertiefte Verbundlösung zu entwickeln (die zusätzlichen Geburten werden in Stans oder Luzern aber gerne genommen)
<b>Nachhaltigkeit der Lösung</b>	- Ohne finanzielle Zuschüsse des Kantons ist diese Lösung nicht nachhaltig. Auch wenn der Kanton die nötigen Finanzen langfristig zur Verfügung stellt, wird der Spitalstandort Sarnen zunehmend unter Druck kommen (Qualitätsvorgaben, Fachärztemangel usw.)
<b>Volkswirtschaftlicher Nutzen</b>	+ Ein Grossteil der aktuellen Arbeits- und Ausbildungsplätze bleiben im Kanton erhalten - Das Geld für die Aufrechterhaltung des KSOW-Betriebes könnte der Volkswirtschaft an einer Stelle mehr bringen
<b>FAZIT</b>	Trotz des leicht reduzierten Leistungsangebotes, ist auch diese Option nur <b>bedingt zukunftsfähig</b> . Sie wird den Kanton (auf etwas tieferem Niveau als Option 0) immer mehr kosten und droht früher oder später an den Rahmenbedingungen (Qualitäts- und Ertragsdruck, Fachkräftemangel usw.) zu scheitern. Auch hier kann der Verbund die strukturellen Probleme (zu kleines Einzugsgebiet) für Obwalden nicht lösen. Mit der Schliessung der Geburtshilfeabteilung wird die (emotionale) Bindung der Bevölkerung ans KSOW zudem auf eine harte Probe gestellt.

6.2.3 Bewertung Option 2

Tabelle 39: Bewertung Option 2 / Fokussierung Innere Medizin und Geriatrie (keine Operationen mehr)

Kriterium	Wesentlichen Vorteile (+) und Nachteile (-)
<b>Medizinische Versorgung (ambulant, stationär, Notfall)</b>	+ Die medizinische Versorgung (inkl. Notfallversorgung) der Obwaldner Bevölkerung ist gewährleistet. Am Standort Sarnen sind keine chirurgischen Behandlungen mehr möglich
<b>Patientennutzen</b>	+ Innere Medizin & Akutgeriatrie bleiben am Standort Sarnen - Schliessung chirurgische Disziplinen machen das Spital für viele Behandlungen nicht mehr attraktiv
<b>Kosten für Kanton (GWL/Standortsicherung)</b>	- Kosten für Kanton bleiben trotz grossem Leistungsabbau hoch (KSOW Erträge sinken stärker als Betriebskosten)
<b>Attraktivität für Verbundpartner</b>	- Diese Lösung ist nur möglich, wenn KSOW und LUKS eine tiefe, betriebliche Integration aufweisen. Diese wiederum ist mit viel Aufwand (Kosten) verbunden und es ist fraglich, ob das LUKS an einer solchen Lösung interessiert ist.
<b>Nachhaltigkeit der Lösung</b>	- Ohne finanzielle Zuschüsse des Kantons ist diese Lösung nicht nachhaltig. Zudem wird es kaum möglich sein, Fachärzte für ein Spital zu finden, wo der Austausch zwischen Internisten und Chirurgen fehlt.
<b>Volkswirtschaftlicher Nutzen</b>	- Ein Grossteil der aktuellen Arbeits- und Ausbildungsplätze wird verschwinden
<b>FAZIT</b>	Diese Option reduziert das KSOW-Leistungsangebot massiv und <b>wird sich in der Praxis nicht bewähren</b> , weil eine Innere Medizin/Akutgeriatrie ohne Austausch mit chirurgischen Disziplinen vor Ort in vielen Fällen <b>nicht handlungsfähig</b> ist. Entsprechend werden sich kaum Ärzte finden, welche so arbeiten wollen. Zudem bleiben die Kosten für den Kanton auf hohem Niveau und dies trotz starkem Leistungsabbau.

#### 6.2.4 Bewertung Option 3

Tabelle 40: Bewertung Option 3 / Ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum

Kriterium	Wesentlichen Vorteile (+) und Nachteile (-)
<b>Medizinische Versorgung (ambulant, stationär, Notfall)</b>	+ Die medizinische Versorgung (inkl. Notfallversorgung) der Obwaldner Bevölkerung ist gewährleistet. Stationäre Versorgung ausserkantonale via Verbundspitäler. Am Standort Sarnen nur noch Hausarzt-Notfall.
<b>Patientennutzen</b>	+ Die Hausarztmedizin im Kanton erhält eine Aufwertung und kann langfristig, wohnortsnah gesichert werden - Für Spitalbehandlungen muss der Weg nach Stans oder Luzern unter die Räder genommen werden
<b>Kosten für Kanton (GWL/Standortsicherung)</b>	+ Kosten für Kanton reduzieren sich um ein Vielfaches (von rund CHF 8 auf rund CHF 1,5 Mio. pro Jahr)
<b>Attraktivität für Verbundpartner</b>	+ Diese Lösung passt in den LUNIS-Verbund. Dieser kann die Spitalversorgung der Obwaldner Bevölkerung sicherstellen und in Sarnen die Fachsprechstunden, den Rettungsdienst und ev. weitere Services anbieten. + Das Gesundheits- und Notfallzentrum bietet Ausbildungsplätze für künftige Hausärzte, ist eine Plattform für andere (ambulante) Anbieter und fördert die innerkantonale Vernetzung im ambulanten Bereich.
<b>Nachhaltigkeit der Lösung</b>	+ Diese Lösung ist nachhaltig, weil sie ihr Angebot auf die effektiven Rahmenbedingungen (u.a. Einzugsgebiet) ausrichtet, dadurch verbundfähig wird und flexibel auf neue Bedürfnisse bzw. sich verändernde Rahmenbedingungen reagieren kann.
<b>Volkswirtschaftlicher Nutzen</b>	- Ein Grossteil der aktuellen Arbeits- und Ausbildungsplätze wird verschwinden (nach Luzern/Stans transferiert werden) + Der Kanton erhält finanziellen Spielraum durch deutlich tiefere GWL-Zahlungen
<b>FAZIT</b>	Diese Option <b>reduziert die jährlichen Kosten</b> für den Kanton stark, garantiert aber <b>trotzdem eine gute Versorgung</b> . Sie lässt sich gut in den Spitalverbund Luzern/Nidwalden integrieren und ermöglicht gleichzeitig, die ambulante Grundversorgung im Kanton Obwalden auf eine robustere, langfristig erfolgsversprechende Basis zu stellen. Die Schwierigkeit dieser Option liegt bei der politischen Akzeptanz und der anspruchsvollen Umsetzung.

### 6.3 Übersicht Bewertung

Tabelle 41: Übersicht wesentliche Vor- und Nachteile Option 0-3

	<b>Option 0</b> KSOW mit IST-Angebot im Verbund	<b>Option 1</b> KSOW ohne Geburtsabteilung; OP 7-22 ohne SA/SO	<b>Option 2</b> KSOW mit Fokussierung auf Innere Medizin, Geriatrie	<b>Option 3</b> Ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum
<b>Chancen / Vorteile</b>	Grundversorgungsspital in Sarnen; Nähe für Patienten und Angehörige; Arbeits-/Ausbildungsplätze im Kanton; Wenig Veränderungsbedarf;	Grundversorgungsspital (-) in Sarnen; Nähe für Patienten und Angehörige; Arbeits-/Ausbildungsplätze mehrheitlich im Kanton; KSOW-Ergebnis um CHF 1.4 Mio. verbessert;	Spital (stark reduziert) in Sarnen; Nähe für Patienten und Angehörige; Arbeits-/Ausbildungsplätze bleiben teilweise im Kanton;	Starke Reduktion der Kosten für den Kanton; Nachhaltige Förderung der ambulanten Versorgung in OW möglich; Hohe Flexibilität für Zusatzangebote am Standort Sarnen bei Bedarf; Tendenziell gute Ausgangslage für Verbundlösung mit LUKS (Win:Win);
<b>Risiken / Nachteile</b>	Kosten für Kanton bleiben hoch & steigen trotz Verbund kontinuierlich an; Grosser Investitionsbedarf in die Spitalimmobilie am Standort Sarnen; Qualitäts- und Ertragsdruck (Tarife) nimmt zu und verschlechtert Rahmenbedingungen zusätzlich; Wenig attraktiv für Verbundpartner	Kosten für Kanton bleiben hoch & steigen trotz Verbund kontinuierlich an; Grosser Investitionsbedarf in die Spitalimmobilie am Standort Sarnen; Qualitäts- und Ertragsdruck (Tarife) nimmt zu und verschlechtert Rahmenbedingungen zusätzlich; Akzeptanz für Schliessung Geburtsabteilung wenig vorhanden; Wenig attraktiv für Verbundpartner	Es finden sich mittelfristig keine Fachärzte für diese Art von «Spital»; Kosten für Kanton bleiben hoch trotz massivem Abbau der Leistungen; Versorgungsqualität ohne «interdisziplinären Austausch vor Ort» gefährdet; Akzeptanz bei Bevölkerung und Zuweisern kaum vorhanden;	Nur noch Hausarzt-Notfall am Standort Sarnen; Stationäre Versorgung ältere Patienten tendenziell etwas weniger gut; Realisierung ist komplex, braucht Zeit und viel Vernetzungsarbeit; Arbeits- und Ausbildungsplätze gehen dem Kanton – bis auf ganz wenige – verloren;

## 7. Schlussfolgerungen

Es ist nicht Auftrag des Projektes, die einzelnen Vor- und Nachteile der Lösungsoptionen (politisch) zu gewichten. Die nachfolgenden Schlussfolgerungen aus Sicht des Projektes sind entsprechend als eine Diskussionsgrundlage aus fachlicher Sicht für den anstehenden, politischen Prozess zu verstehen. Folgende, wesentliche Schlussfolgerungen sind festzuhalten:

- Die Spielregeln im Schweizer Gesundheitswesen generell und bei der somatischen Akutversorgung im Speziellen haben sich seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung ab dem 1.1.2012 stark verändert. Einer der wesentlichen Effekte der neuen regulatorischen Vorgaben ist die Tatsache, dass viele kleine Spitäler vor allen in ländlichen Regionen heute um ihr Überleben kämpfen müssen.
- Die Spitallandschaft in der Schweiz ist in Bewegung geraten. In vielen Regionen wird über Schliessung und Redimensionierung von Spitälern diskutiert. An einigen Orten sind entsprechende Initiativen bereits weit fortgeschritten. So will der Kanton St. Gallen seine stationäre Versorgung von 9 auf 4 Spitalstandorte konzentrieren. Die 5 übrigen Spitalstandorte sollen in ambulante Gesundheits- und Notfallzentren überführt werden.
- Die veränderten Rahmenbedingungen haben dazu geführt, dass der Ruf nach Verbundlösungen im lauter wird. Der Verbundansätze verspricht, dass sich die Herausforderungen bei der Akutversorgung gemeinsam und überregional (interkantonal) besser bewältigen lassen. Oft wird dabei übersehen, dass der Nutzen eines Verbundes klein bleibt, wenn bestehende, strukturelle Mängel ohne (schmerzhaft) Anpassungen in eine Verbundorganisation überführt werden. Der Verbund entfaltet seine Wirkung nur, wenn er aus gut ausgelasteten, vernetzten Einzelteilen besteht. Zudem braucht es bei interkantonalen Spitalverbänden auch eine gemeinsame Spitalplanung der Kantone, was sich in der Realität als hohe, politische Hürde erwiesen hat
- Das Grundproblem des KSOW ist das zu kleine Einzugsgebiet. Ein Grundversorgungsspital mit dem Leistungsangebot des KSOW braucht rund 70'000 bis 100'000 Einwohner/innen, damit es wirtschaftlich betrieben werden kann. Dieses strukturelle Grundproblem ist mit der Überführung in einen Spitalverbund nicht gelöst, denn auch die möglichen Verbundspitalpartner (LUKS, KSNW) benötigen für ihre Infrastrukturen genügend Auslastung. Damit der potentielle Verbundpartner ein echtes Interesse an einer Verbundlösung mit Obwalden entwickeln kann, welches über die Weiterführung der bereits bestehenden Kooperation hinausgeht, muss der Kanton Obwalden Lösungsansätze skizzieren, wie er das strukturelle Grundproblem rund um den Spitalstandort Sarnen lösen will. Die Verbundpartner werden diese Hausaufgabe nicht übernehmen wollen.
- Die akutsomatische Versorgung der Bevölkerung besteht neben Dienstleistungen von Akutspitälern wesentlich auch aus einer ambulanten, medizinischen Versorgung durch die Hausärzte. Auch dieser Teil der Akutversorgung ist vor allem in ländlichen Regionen alles andere als gesichert. Eine zukunftsfähige Strategie des Kantons muss also sowohl die Spitalversorgung wie auch die Hausarzt-Versorgung im Fokus haben.
- Wenn der Kanton Obwalden am Standort Sarnen weiterhin ein Spital betreiben will, das den Namen verdient (Optionen 0 oder 1), ist das nur möglich, wenn er das Spital mit hohen, jährlichen Ausgleichszahlungen unterstützt. Diese Kosten werden in den nächsten Jahren laufend wachsen. Daran kann – wie oben bereits ausgeführt - auch eine Verbundlösung wenig ändern. Zudem ist zu beachten, dass eine tiefe Integration des KSOW in die LUKS-Holding, welche über die heutige bereits bestehende, lose Kooperation hin-

ausgeht, für Obwalden mit hohen Integrationskosten (u.a. Rekapitalisierung KSOW, Kosten für Harmonisierung der IT usw.) verbunden wäre, ohne Garantie, dass diese Kosten durch potenzielle Synergiegewinne aufgewogen werden könnten.

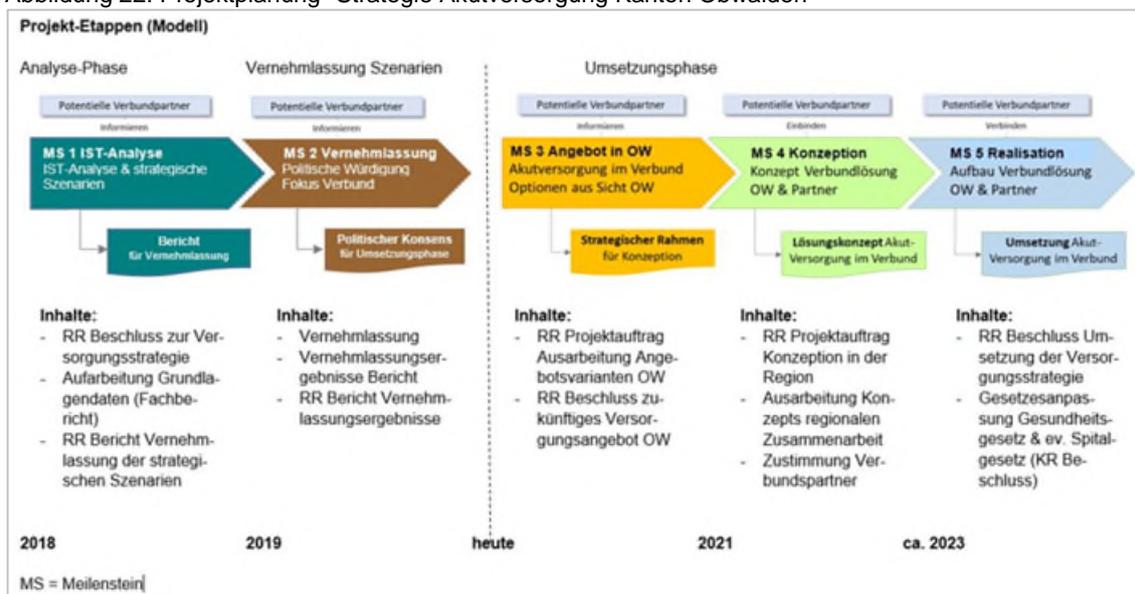
- Eine gute akutsomatische Versorgung der Obwaldner Bevölkerung ist heute auch ohne Grundversorgungsspital am Standort Sarnen möglich. Die stationäre Akutversorgung kann – auf Basis entsprechender Vereinbarungen mit dem Spitalverbund LUNIS - durch die Spitäler LUKS und KSNW übernommen werden, ohne dass aus medizinischer Sicht etwas dagegensprechen würde. Bereits heute finden 45% der stationären Behandlungen ausserkantonale statt. In Zukunft wird dieser Anteil so oder so ansteigen (Spezialisierung der Medizin, Mindestfallzahlen usw.). Für die Versorgung von polymorbiden, älteren Patienten muss mit den Verbundpartnern eine Lösung gefunden werden, welche eine Qualitätsreduktion verhindert.
- Wenn der Kanton Obwalden seine Kräfte auf die Sicherung einer gut ausgebauten, ambulanten Versorgung fokussiert, sollte er – in enger Abstimmung mit dem Spitalverbund LUNIS und weiteren Partnern - den Aufbau und Betrieb eines ambulanten Gesundheits- und Notfallzentrums am heutigen Spitalstandort an die Hand nehmen. Dieses Zentrum könnte ein breites ambulantes Leistungsangebot (Hausarztmedizin, Facharztsprechstunden, Div. Therapien usw.), eine 7x24 Stunden Notfallpraxis und den Standort für den Rettungsdienst umfassen. Es könnte die Vernetzung der ambulanten Leistungserbringer im Kanton und innovative, ambulante Versorgungsmodelle (z.B. mobile und digitale Leistungen, Einsatz von Pflegefachexpertinnen usw.) fördern. Zudem könnte das ambulante Zentrum – in Kooperation mit den Partnerspitälern - auch einen wichtigen Beitrag für die Aus- und Weiterbildung von künftigen Hausärzten in der Region leisten.
- Aus volkswirtschaftlicher und regionalpolitischer Sicht gibt es einige Argumente, die für den Erhalt des Spitalstandortes Sarnen sprechen (vor allem Arbeits- und Ausbildungsplätze und die Nähe für Patienten und Angehörige). Zudem wird die Option «Gesundheits- und Notfallzentrum» auf Widerstand aus Teilen der Bevölkerung und von Seiten der direktbetroffenen Mitarbeitenden des KSOW treffen. Auf lange Sicht ist wird aber ein Festhalten an Strukturen, die nicht mehr zeitgemäss sind, dem Kanton mehr schaden als nützen.
- Um die nötige Transformation der heutigen Versorgungsstrukturen erfolgreich gestalten zu können, braucht es eine breite Unterstützung dieses Vorhaben. Diese Unterstützung wird erst mehrheitsfähig, wenn die Vision «ambulantes Gesundheits- und Notfallzentrum» noch konkreter und unter Beizug aller wichtiger Partner (inkl. Spitalverbund LUNIS) ausgearbeitet wird. Der ganze Transformationsprozess braucht Zeit (5-7 Jahre) und sollte in Etappen umgesetzt werden.

## 8. Weiteres Vorgehen

### 8.1 Einleitung

Der Regierungsrat hat Ende 2019 entschieden, dass die neue Strategie der somatischen Akutversorgung des Kantons Obwalden in verschiedenen Projektphasen entwickelt werden soll (siehe Abbildung unten). Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Phase Meilenstein (MS) 3, welche Verbundoptionen aus Sicht Obwalden beschreibt. In der nun folgenden Projektphase MS 4 sollen die Lösungsoptionen zusammen mit dem/den Verbundpartner/n zu einem konkreten Lösungskonzept inkl. Umsetzungsplanung ausgearbeitet werden.

Abbildung 22: Projektplanung "Strategie Akutversorgung Kanton Obwalden"



Damit die Entwicklung eines Lösungskonzeptes unter Einbezug des künftigen Verbundpartners (LUKS/Kanton Luzern) zielgerichtet an die Hand genommen werden kann, braucht es von Seiten Obwalden eine Verhandlungsstrategie in Bezug auf die angestrebte Verbundlösung. Es geht dabei noch nicht um eine verabschiedete, mit allen innerkantonalen Interessenvertretern abgestimmte und den politischen Prozess vollständig durchlaufende Strategie, welche kaum noch Spielraum für die Verhandlungen mit dem Verbundpartner zulassen würde. Eine solcher Strategieentscheid wäre zu heutigem Zeitpunkt nicht seriös zu fällen, denn den in diesem Bericht beschriebenen Lösungsoptionen fehlt der (verbindliche) Input des potenziellen Verbundpartners. Weil eine Verbundstrategie und -organisation nicht einseitig «beschlossen» werden kann, braucht es nun zuerst den Einbezug der anderen Seite.

Die Verhandlungsstrategie des Regierungsrates des Kantons Obwalden sollte auf einer Priorisierung der verschiedenen, in diesem Bericht vorgestellten Lösungsoptionen basieren und eine grobe Vision der künftigen Verbundlösung umfassen. Dabei ist es denkbar, dass der Regierungsrat mit mehreren Optionen in die Diskussion mit dem Verbundpartner einsteigt, diese aber einer ersten Priorisierung unterworfen hat.

Auf eine breite Vernehmlassung der vorliegenden Projektresultate ist zu verzichten, weil die Beschreibungen der verschiedenen Lösungsoptionen erst nach Konsultation und Abgleich mit dem Verbundpartner einen Reifegrad erreichen werden, welche eine öffentliche Diskussion der strategischen Optionen zulässt. Zudem ist es während einer Pandemie sicherlich nicht ratsam, eine Grundsatzdiskussion über den Spitalstandort Sarnen führen zu wollen.

## 8.2 Empfehlung für weiteres Vorgehen

Aus Sicht des Projektes stehen nun folgende, weitere Schritte an:

Tabelle 42: Empfehlung weiteres Vorgehen

Nr.	WAS	WER	Bis WANN
1	<p><b>Verhandlungsstrategie für die Phase</b> «Konzeption Verbundlösung mit Partnern» <b>festlegen.</b> Welche Lösungsoptionen sollen aus Sicht Kanton Obwalden mit dem Verbundpartner weiterbearbeitet werden? Welche hat aus Sicht Obwalden die erste Priorität? Welche Lösungsoptionen fallen weg?</p> <p>a) Spitalstandort Sarnen gemeinsam mit Spitalverbund LUNIS erhalten → welche der Optionen 0, 1 oder 2 soll mit erster Priorität weiterentwickelt werden?</p> <p>b) Ambulantes Gesundheits- &amp; Notfallzentrum mit Spitalverbund LUNIS betreiben → Option 3 mit Verbundpartner weiterentwickeln?</p>	RR	31.12.2020
2	<p><b>Vorbereitung</b> mit (möglichem) <b>Verbundpartner</b> (Ebene RR und SR): Besprechung weiteres Vorgehen/Einbezug Partner zur Erarbeitung eines Lösungskonzeptes für eine akutso-matische Versorgungsregion LU-NW-OW</p>	RR	Q1 2021
3	<p><b>Medienmitteilung über Projektstand und geplantes, weite-res Vorgehen:</b> Aufzeigen der Lösungsoptionen im Sinne von Denk-Szenarien des RR und Information über die nächste Pro-jektphase und Absprachen mit dem Verbundpartner</p>	RR	Q1 2021
4	<p><b>Auftrag für nächste Projektphase «Konzeption Verbundlö-sung» erteilen</b> inkl. Projektorganisation und Einbezug des möglichen Verbundpartners</p>	RR	Q1 2021
5	<p><b>Start Projektarbeiten</b></p>	Projekt-team	Q1 2021
6	<p><b>Lösungskonzept liegt vor</b></p>	Projekt-team	Ende 2021

Ziel sollte es sein, die nächste Projektphase im Frühjahr 2021 zu starten, damit Ende 2021 ein mit dem Verbundpartner abgestimmtes Lösungskonzept vorliegt, auf dessen Basis dann der po-litische Prozess in Obwalden auf breiter Front gestartet werden kann.

### Beilagen:

Analyse Investitionsbedarf Spitalimmobilien, fsp Architekten AG, 8957 Spreitenbach