

Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau

Bern, September 2015

Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für den Kanton Aargau

Schlussbericht **Kanton Aargau**



Alle Rechte vorbehalten

© Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau

Herausgeber:

Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau
Bachstrasse 15
5001 Aarau

Produktion:

socialdesign ag, Thunstrasse 7, 3005 Bern

Autorenschaft:

Reto Jörg, lic. rer. soc, socialdesign ag
Ricarda Ettlin, MSc en psychologie, socialdesign ag
Martina Megert, MSc Psychologie, BA HSG int. Beziehungen, socialdesign ag
Regula Ruffin, Dr. rer. publ., lic.phil. Sozialarbeit, socialdesign ag
Andreas Dvorak, MBA, socialdesign ag

Redaktionelle Mitarbeit:

Christine Huber, Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau

Stephan Müller, geo7 ag

Eddy Meyer, geo7 ag

Isabelle Sturny, Obsan

Sacha Roth, Obsan

Expertengruppe:

Dr. phil. Bernhard Bühlren, wiss. Angestellter Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Leiter Auswertungen Nationale Messungen Psychiatrie des ANQ
PD Dr. med Margret Hund-Georgiadis, Chefärztin und medizinische Leiterin, Fachärztin/FMH Neurologie, REHAB Basel
Dr. med. Heinrich Kläui, Spezialarzt für Allgemeine Innere Medizin, Hausarzt in 3012 Bern
Prof. Dr. med., Dr. h.c. Peter Suter
Dr. phil. Daniel Zahnd, Leiter Qualitätsmanagement, Ärztliche Direktion, Inselspital und Spital Netz Bern AG

Redaktionelle Hinweise

Der Austritt eines Patienten aus einem Spital wird in diesem Bericht teilweise als Fall und teilweise als Patientin/Patient oder Hospitalisation bezeichnet. Die Bezeichnung Patientin oder Patient ist insofern nicht ganz korrekt, weil sich gewisse Patienten jährlich mehrfach in einem Spital behandeln lassen müssen und damit eine Patientin oder ein Patient mehrere Fälle generiert. Im nachfolgenden Text werden Hospitalisationen, Patienten und Fälle als Synonyme verwendet, gemeint ist aber immer die Anzahl der Spitalaustritte, also die Anzahl der Fälle.

Die im Bericht in Tabellen und Abbildungen dargestellten Werte sind gerundet. Die auf diesen Werten beruhenden Berechnungen (Prozentangaben) verwenden immer ungerundete Daten. Daher müssen manuelle Nachberechnungen von Prozentangaben auf Basis der gerundeten Tabellenwerte nicht notwendigerweise zu denselben Resultaten führen.

Der vorliegende Versorgungsbericht bezieht sich auf die Wohnbevölkerung und die Spitäler, Kliniken, Geburtshäuser sowie ambulanten Leistungserbringer der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn. Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Bericht für diese Kantone der Überbegriff „Nordwestschweiz“ oder die Abkürzung „NWCH“ verwendet, auch wenn diese vier Kantone nicht die gesamte Nordwestschweiz abbilden.

In Anlehnung an das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und aus Gründen der Lesbarkeit wird nachfolgend ausschliesslich der Begriff Spitäler verwendet, wobei grundsätzlich alle stationären Institutionen der Akutsomatik, der Psychiatrie und der Rehabilitation miteingeschlossen sind. Wenn im Text nicht anders deklariert, sind je nach Versorgungsbereich demzufolge alle Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser darunter subsumiert.

Die Kapitel B-G weisen eine hohe Informationsdichte auf, da alle Resultate des vorliegenden Monitorings dargelegt werden. Um die Texte möglichst verständlich zu gestalten, wurde auf eine geschlechtsgerechte Sprache in diesen Kapiteln verzichtet. Wird die männliche Form verwendet, (z.B. Ärzte), sind stets sowohl Frauen als auch Männer gemeint.

Wir bitten die Leserinnen und Leser für dieses, der Lesbarkeit Vorzug gebende Vorgehen um Verständnis.

Inhaltsverzeichnis

Glossar und Abkürzungen	1
Zusammenfassung.....	5
A. Einleitung.....	29
1 Ausgangslage	29
2 Gegenstand	31
3 Berichterstattung	31
4 Ziele und Fragestellungen	32
5 Datengrundlage und Methodik	34
6 Allgemeine Rahmenbedingungen	36
6.1 Bevölkerungswachstum.....	36
6.2 Demografische Alterung	38
6.3 Codierqualität und Codierpraxis	41
7 Aufbau des Berichts	43
B. Akutsomatik	44
1 Angebot	45
2 Nachfrage	49
3 Patientenströme	56
3.1 Abwanderung	56
3.2 Zuwanderung.....	61
3.3 Nettowanderung	62
4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage	66
4.1 Mindestfallzahlen (MFZ)	67
4.2 Erreichbarkeitsanalysen	69
4.3 Hospitalisationsraten	86
5 Fazit Akutsomatik	92
5.1 Steigende Fallzahlen bzgl. Angebot und Inanspruchnahme	92
5.2 Verschiebung innerhalb der Leistungserbringer.....	93
5.3 Analyse der Leistungen nach Leistungsbereichen	93
5.4 Zunahme der Patientenströme	94
5.5 Motive ausserkantonaler Hospitalisationen	94
5.6 Handlungsbedarf für konkrete Indikatoren zur Versorgungslage	95
C. Aarolfingen	98
1 Angebot	98
2 Nachfrage	100
3 Patientenströme	101
4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage	104
D. Psychiatrie.....	107
1 Angebot	108
2 Nachfrage	110
3 Patientenströme	113
3.1 Abwanderung	113
3.2 Zuwanderung.....	114
4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage	115
4.1 Erreichbarkeitsanalyse	115
5 Fazit Psychiatrie	117

5.1	Steigende Fallzahlen und Pflgetage bzgl. Angebot und Inanspruchnahme	117
5.2	Psychiatrische Dienste Aargau als zentraler Leistungserbringer	117
5.3	Steigende Zuwanderung bei sinkender Abwanderung	117
5.4	Gute Notfallversorgung.....	118
E.	Rehabilitation	119
1	Angebot	120
2	Nachfrage	123
3	Patientenströme	127
3.1	Abwanderung	127
3.2	Zuwanderung.....	128
4	Fazit Rehabilitation	129
4.1	Tendenzieller Anstieg hinsichtlich der Fallzahlen und Pflgetage	129
4.2	Zuwanderungskanton Aargau	129
4.3	Mangelnde Abgrenzung der Leistungsgruppen in der Rehabilitation	130
F.	Ambulante Versorgung	131
1	Angebot	131
1.1	Leistungserbringer	131
1.2	Erbrachte Leistungen	133
2	Nachfrage	137
3	Patientenströme	141
3.1	Abwanderung	142
3.2	Zuwanderung.....	142
4	Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage	143
4.1	Geografische Verteilung und Dichte praxisambulanter Ärzte	143
4.2	Konsultationsquoten	147
5	Fazit Ambulante Versorgung	152
5.1	Erstmals detaillierte Auswertungen zur ambulanten Versorgung im Kanton Aargau	152
5.2	Steigendes Angebot und Inanspruchnahme – insbesondere spitalambulant	152
5.3	Der Kanton Aargau als Teil eines geschlossenen Versorgungssystems.....	152
5.4	Erprobung von Indikatoren zur Versorgungslage.....	153
G.	Substitution stationär - ambulant	154
1	Methode	154
2	Ergebnisse	157
3	Fazit zur Substitution stationär - ambulant	166
H.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	167
1	Entwicklung des Angebots, der Nachfrage und der Patientenströme.....	167
1.1	Anstieg der Inanspruchnahme	167
1.2	Verändertes Patientenverhalten infolge der Spitalwahlfreiheit innerhalb der akutstationären Versorgung	168
1.3	Vier Grundversorger in der Region Aarolfingen	169
1.4	Hohe Zuwanderung in den Kanton Aargau innerhalb der stationären Rehabilitation.....	170
1.5	Herausforderungen einer Leistungsgruppierung in der Rehabilitation und Psychiatrie	170
1.6	Erstmalige Darstellung der ambulanten Versorgung	171
1.7	Substituierbare Leistungen stationär – ambulant.....	172
2	Versorgungslage im Kanton Aargau und in der Nordwestschweiz	172
2.1	Die Nordwestschweiz als geschlossenes Versorgungssystem.....	172
2.2	Erreichbarkeit ausgewählter Versorgungsangebote	173

2.3	Auffällig hohe Hospitalisationsraten als Grundlage zur Überprüfung der Angebotsstrukturen	173
2.4	Fehlende Abbildung der Behandlungspfade und Schnittstellen der Versorgungsbereiche	174
2.5	Aktualisierung des Prognosemodells	175
I.	Anhang.....	177
1	Literatur- und Materialienverzeichnis	177
2	Spitallisten der Nordwestschweizer Kantone	180
3	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	181
3.1	Tabellenverzeichnis	181
3.2	Abbildungsverzeichnis	182

Glossar und Abkürzungen

Anz.	Anzahl
Aufenthaltsdauer	<p>Die Aufenthaltsdauer beschreibt die Dauer zwischen Ein- und Austritt eines Patienten in eine stationäre Einrichtung. Die Berechnung der Aufenthaltsdauer im vorliegenden Bericht basiert auf der Definition von SwissDRG. Mit der Einführung der SwissDRG wurde eine neue offizielle Falldefinition und Berechnung der Aufenthaltsdauer etabliert.¹</p> $\left(\sum_{i=1}^N \begin{cases} AD_i - ED_i, & \text{wenn } ED_i \neq AD_i \\ 1, & \text{wenn } ED_i = AD_i \end{cases} \right) - AU$ <p>N entspricht der Anzahl Aufenthaltsperioden. AD_i und ED_i sind die Austritts- und Eintrittsdaten der jeweiligen Perioden ohne Stunden. AU bezeichnet den administrativen Urlaub. Verlässt ein Patient die Institution 'ferienhalber' für mehr als 24 Stunden bei bleibender Platzreservierung, so ist dies in der Medizinischen Statistik des BFS als administrativer Urlaub anzugeben.</p>
Baserate / Basispreis	<p>Die Baserate bezeichnet den Betrag, der im DRG-System für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1,0 beträgt. Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt. Der Betrag, der für einen bestimmten Fall vergütet wird, wird berechnet, indem das Kostengewicht der DRG, welcher der betreffende Fall zugeteilt ist, mit dem Basispreis (Baserate) multipliziert wird.</p>
Case Mix	<p>Der Case Mix beschreibt den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle, zum Beispiel eines Spitals. Er ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte der einzelnen Behandlungsfälle eines Spitals.</p>
Case Mix Index (CMI)	<p>Dividiert man den Case Mix durch die Anzahl Fälle, erhält man den Case Mix Index, d.h. den durchschnittlichen Schweregrad der Fälle z.B. eines Spitals. Oftmals wird unterschieden zwischen dem CMI Brutto und dem CMI Netto. Beim CMI Brutto werden alle Fälle mit dem Kostengewicht der jeweiligen DRG gewichtet, unabhängig davon, ob es sich um Ausreisser handelt oder nicht. Beim Case Mix Index Netto werden Ausreisser speziell gewichtet, wobei das Kostengewicht für die oberen Ausreisser angehoben und für die unteren Ausreisser gesenkt wird.² Im vorliegenden Bericht wird ausschliesslich der Case Mix Index Brutto verwendet.</p>
CHOP	<p>Die schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) bildet die Grundlage für die Erfassung/Codierung von Operationen und Behandlungen bei stationären Hospitalisationen.</p>
DRG / SwissDRG	<p>Diagnosis Related Groups sind diagnosebezogene Fallgruppen. Es handelt sich dabei um ein Patientenklassifikationssystem, das Patienten anhand von</p>

¹ Ausgenommen sind Fälle, bei denen das Austritts- dem Eintrittsdatum entspricht. In diesen Fällen ist eine Aufenthaltsdauer von einem Tag zu erfassen. Vgl. SwissDRG (2012; 2013a).

² Vgl. auch Bundesamt für Gesundheit BAG (2014b, S.5).

Kriterien, wie z.B. Diagnosen, Behandlungen, Aufenthaltsdauer usw., in möglichst homogene Gruppen einteilt. In der Schweiz wurde SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) als Fallpauschalen-System und die damit verknüpfte neue Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 eingeführt.

Eintrittsart	Beschreibung der Umstände des Eintritts. In der Medizinischen Statistik wird dabei unterschieden zwischen: (1) Notfall (Behandlung innerhalb von 12 Stunden unabdingbar); (2) angemeldet, geplant, (3) Geburt (Kind in dieser Klinik geboren), (4) interner Übertritt, (5) Verlegung innerhalb 24 Stunden, (8) andere und (9) unbekannt. Im vorliegenden Monitoring werden teilweise die geplanten Eintritte (2) bzw. deren Anteil ausgewiesen.
Fälle	Anzahl Austritte im jeweiligen Berichtsjahr. Der Begriff <i>Fälle</i> wird gleichbedeutend mit den Begriffen <i>Hospitalisationen</i> und <i>Patienten</i> verwendet.
Fallpauschalen	vgl. DRG / SwissDRG
FMH-Titel	<p>Unterteilung der Ärztinnen und Ärzte nach dem zuletzt erworbenen und im Zahlstellenregister (ZSR) angegebenen Weiterbildungstitel der FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte). Im Datenpool wird zusätzlich die Kategorie „Gruppenpraxen“ ausgewiesen. Es ist jedoch nicht möglich, die Gruppenpraxen nach einzelnen Mitgliedern auszuwerten.</p> <p>Am 1. Januar 2011 ist das neue Weiterbildungsprogramm „Allgemeine innere Medizin“ in Kraft getreten und hat die Programme „Allgemeinmedizin“ und „Innere Medizin“ abgelöst. Im Datenpool existieren für 2011 bzw. 2012 immer noch Daten für diese zwei Kategorien. Für die Interpretation werden alle drei Kategorien aufsummiert werden.</p>
Grundleistungen	Mit Grundleistungen wird im ambulanten Bereich die Summe der Konsultationen und Hausbesuche bezeichnet. Die Anzahl der Grundleistungen dient im vorliegenden Monitoring als Analyseeinheit für ambulante Leistungen.
HP/P, Liegeklasse	Fälle / Patienten der Liegeklasse privat oder halbprivat. Die Liegeklasse entspricht im Wesentlichen dem Versicherungsstatus, ist aber die real in Anspruch genommene Liegeklasse. Die Liegeklasse beschreibt, ob der Patient privat, halbprivat oder allgemein liegt, sei dies entsprechend seiner Zusatzversicherung oder eines Upgrades.
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten zur Codierung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung. Die "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10) wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt. In der Schweiz wird für die Codierung der Diagnosen die „German Modification“ (GM) verwendet. Diese basiert auf der WHO-Version und wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt.
Kostengewicht	Jeder Fallgruppe (DRG) wird ein empirisch ermitteltes, relatives Kostengewicht zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe beschreibt. Die Kostengewichte werden auf der Grundlage der Fallkostendaten ausgewählter Spitäler, den so genannten Netzwerkspitälern ermittelt. Hierzu werden die durchschnittlichen Kosten der Inlier (Normalfälle) einer DRG durch die durchschnittlichen Kosten sämtlicher Inlier aller Netzwerkspitäler dividiert, der so genannten Bezugsgrösse.

Sind die durchschnittlichen Kosten einer DRG gleich der Bezugsgrösse, ergibt sich ein Kostengewicht von 1.0. Die Kostengewichte werden in der Regel jährlich anhand von aktualisierten Daten neu berechnet. Die berechneten Kostengewichte pro DRG sind ersichtlich aus dem sogenannten Fallpauschalenkatalog.³

MAD	Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAD) beschreibt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten. Im vorliegenden Bericht wurde die MAD anhand des Mittelwerts der Aufenthaltsdauer der Fälle in einem definierten Zeitraum berechnet. Nicht berücksichtigt wird die Aufenthaltsdauer der Patienten im obersten Perzentil. Damit wird die Verzerrung durch Ausreisser vermieden. Von zentraler Bedeutung ist diese Einschränkung insbesondere deswegen, weil aufgrund der Codierpraxis der Spitäler akutstationäre Fälle nicht zweifelsfrei von Fällen der Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege abgegrenzt werden können, die erfahrungsgemäss eine längere Aufenthaltsdauer aufweisen.
MedStat-Region	Innerhalb der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser wird der Wohnort jeder hospitalisierten Person nach einer Typologie von Regionen (MedStat-Regionen) codiert, die aufgrund der Einwohnerzahlen Anonymität gewährleisten (vgl. BFS, 2013).
MFZ	Mindestfallzahl(en)
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
pp.	Eine Veränderung in Prozentpunkten beschreibt die absolute Veränderung zwischen zwei Prozentwerten.
Prävalenz	Als Prävalenz bezeichnet man die Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.
PT, Pflage tage	Die Pflage tage (PT) beziehen sich auf die erbrachten bzw. beanspruchten Pflage tage innerhalb eines Datenjahres, ungeachtet des Ein- und Austritts der Patienten. Demzufolge korrespondieren die Pflage tage nicht mit den Fallzahlen, welche sich jeweils auf die Austritte in einem Datenjahr beziehen. In den Auswertungen zur stationären Psychiatrie und Rehabilitation werden die PT nebst den Fallzahlen als Analyseeinheit verwendet.
Selbstdispensa- tion	Unter Selbstdispensation versteht man die Abgabe von Arzneimitteln durch Ärzte. Gemäss Heilmittelgesetz (HMG) und Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist die ärztliche Medikamentenabgabe (Selbstdispensation, SD) grundsätzlich zulässig. Die Ausgestaltung von entsprechenden Regelungen ist den Kantonen überlassen, wobei diese verschiedene Systeme gewählt haben. Während in den meisten Deutschschweizer Kantonen die SD ver-

³ Vgl. dazu auch swissdrq.org.

breitet ist, ist sie in der Westschweiz, im Tessin, in Basel-Stadt und im Aargau nur in Ausnahmefällen zugelassen. In einigen Deutschschweizer Kantonen kommen Mischsysteme zur Anwendung.

SPLG

Spitalplanungs-Leistungsgruppen: Entwickelt wurden die SPLG durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich im Rahmen der Spitalplanung 2012 unter Beizug von über 100 Fachexperten. Jede SPLG ist anhand von Diagnose- (ICD) und Behandlungs-Codes (CHOP) eindeutig definiert. Ausserdem sind für jede SPLG jeweils die spezifischen Anforderungen an die Fachärzte und die Infrastruktur festgelegt, wodurch sie als Grundlage für die Vergabe von Leistungsaufträgen dienen können. Die SPLG wurden den Kantonen von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) zur Übernahme empfohlen und werden mittlerweile in vielen Kantonen - so auch in der Nordwestschweiz - als Basis für die Spitallisten verwendet. Infolgedessen basieren die Auswertungen zur stationären Versorgung in der Akutsomatik anhand der SPLG. Weitere Details zu den SPLG können im Methodenbericht nachgelesen werden.

Standortkanton

Standortkanton des Leistungserbringers.

Tg.

Tage

Wohnkanton

Kanton, in welchem die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Innerhalb der ambulanten Versorgung gilt für Gastarbeiter, Grenzgänger und Auswanderer jeweils der Firmenstandort des Arbeitgebers als Wohnkanton.

ZSR-Nr.

Das Zahlstellenregister (ZSR) der Schweizer Krankenversicherer. Das Register dient als offizielles «Kreditoren»-Verzeichnis zur Erfassung, Zahlung und Bearbeitung von Rechnungen der zugelassenen medizinischen Leistungserbringer. Für die Auswertungen zur ambulanten Versorgung werden die Grundleistungen anhand der ZSR-Nr. des Leistungserbringers den jeweiligen Fachbereichen nach FMH-Titeln zugeordnet.

Δ

Mit dem Buchstaben Delta (Δ) wird eine Veränderung bzw. Differenz bezeichnet.

Zusammenfassung

Ausgangslage, Fragestellungen und Datenquellen Monitoring

Das Projekt *Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme* ist Teil der koordinierten Versorgungsplanung der auftraggebenden Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn und knüpft damit an deren bisherige versorgungsbezogene Arbeiten an. In Erfüllung ihres gesundheitspolitischen und versorgungsplanerischen Auftrags und in Antizipation der per 1.1.2012 in Kraft tretenden massgeblichen Reformen der KVG-Revision 2007 erarbeiteten die Nordwestschweizer Kantone im Jahr 2010 bereits einen gemeinsamen Versorgungsbericht.

Zentrales Anliegen des vorliegenden Monitorings ist einerseits die Dokumentation der medizinischen Leistungserbringung und -anspruchnahme sowie der regionalen und überregionalen Patientenströme für den Zeitraum der Jahre 2011 bis 2013. Andererseits sollen basierend darauf Rückschlüsse auf die Versorgungslage der Nordwestschweiz im Allgemeinen und der einzelnen Kantone im Speziellen gezogen werden. Im Rahmen des vorliegenden Monitorings wurden diese Fragestellungen auf Ebene der Nordwestschweiz sowie bezüglich der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn und der Region nördlich des Juras untersucht. Der vorliegende Schlussbericht bezieht sich auf Auswertungen auf Ebene des Kantons Aargau und umfasst die Daten für die Jahre 2011 und 2013.

Folgende übergeordneten **Fragestellungen** stehen dabei im Vordergrund:

- Wie entwickelt sich das stationäre und ambulante Angebot der Aargauer Spitäler über die Jahre 2011 bis 2013 in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie? Können Veränderungen des Angebots beobachtet werden, die auf die Massnahmen der KVG-Revision zurückzuführen sind?
- Wie entwickelt sich die Nachfrage der Aargauer Bevölkerung nach stationären und ambulanten medizinischen Leistungen über die Jahre 2011 bis 2013 in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie? Können Veränderungen des Angebots beobachtet werden, die auf die Massnahmen der KVG-Revision zurückzuführen sind?
- Wie entwickeln sich die Patientenströme der stationären und ambulanten Versorgung über die Jahre 2011 bis 2013 in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie? Können Veränderungen der Patientenströme beobachtet werden, die auf die Massnahmen der KVG-Revision zurückzuführen sind?
- Können aus Angebot und Nachfrage Schlussfolgerungen für die Versorgungslage (Über-/Unterversorgung) im Kanton Aargau gezogen werden? Anhand welcher Kriterien kann die Versorgungslage überhaupt beurteilt werden (Mindestfallzahlen, Erreichbarkeit, etc.)?

Das Monitoring umfasst die Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation sowie die ambulante medizinische Versorgung. Um alle Bereiche abzudecken, wurden verschiedene **Datenquellen** genutzt (vgl. dazu auch die nachfolgende Abbildung). Als Grundlage für die Analyse der akutstationären Versorgung dienen hauptsächlich die Daten der *Medizinischen Statistik der Krankenhäuser* des Bundesamts für Statistik. Für die stationäre Psychiatrie und Rehabilitation wurden eigens für das Monitoring zusätzliche Erhebungen bei den Spitälern durchgeführt, die auf den entsprechenden Spitalisten der Nordwestschweizer Kantone aufgeführt sind. Die Analysen zur ambulanten Versorgung stützen sich weitgehend auf den Datenpool der SASIS AG und erfolgten in Zusammenarbeit mit dem Obsan.

	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
Stationäre Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> Medizinische Statistik STATPOP 	<ul style="list-style-type: none"> Medizinische Statistik Zusatzerhebung Psychiatrie STATPOP 	<ul style="list-style-type: none"> Medizinische Statistik Zusatzerhebung Rehabilitation
Ambulante Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> Datenpool SASIS AG Ärzteverzeichnis der FMH 	<ul style="list-style-type: none"> Datenpool SASIS AG Ärzteverzeichnis der FMH 	<ul style="list-style-type: none"> (Datenpool SASIS AG)

ABBILDUNG 1: DATENQUELLEN NACH VERSORGUNGSBEREICHEN

Ergebnisse Akutsomatik

Angebot

Die Zahl der Hospitalisationen in Aargauer Spitälern steigt von 83'405 Fällen im Jahr 2011 auf 86'078 im Jahr 2013. Dies entspricht einer kontinuierlichen Zunahme von durchschnittlich +1.6% pro Jahr. Der Anteil der Aargauer Patienten bleibt im selben Zeitraum konstant und beläuft sich im Jahr 2013 auf 88.1%.

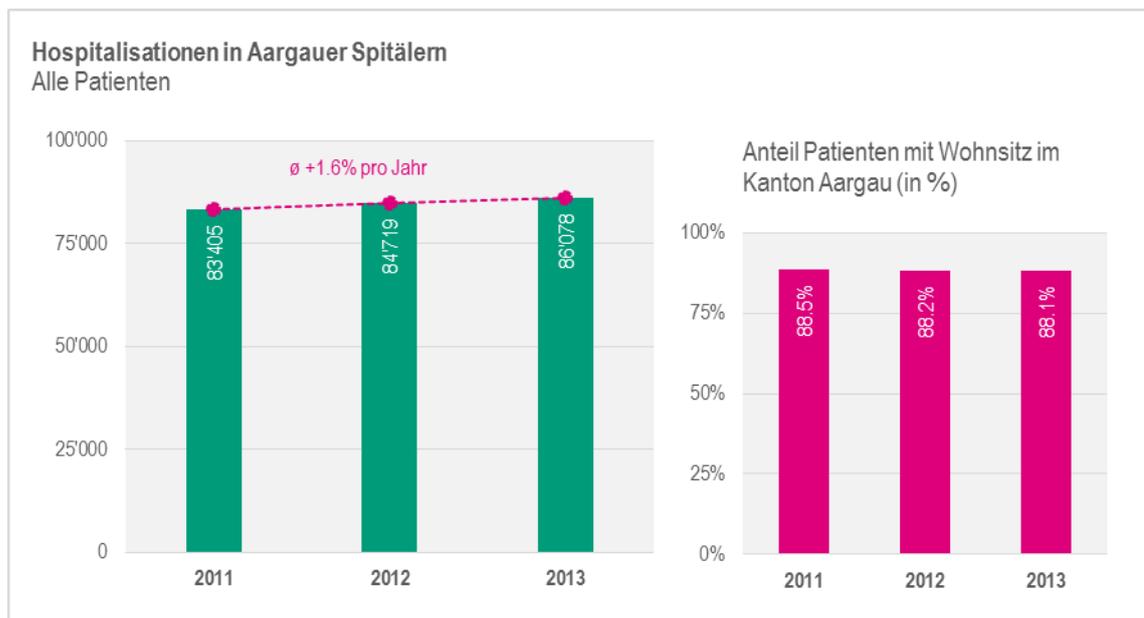


ABBILDUNG 2: AKUTSOMATIK ANGEBOT - FÄLLE IN AARGAUER SPITÄLERN

Der Marktanteil der Aargauer Spitäler – gemessen an der Gesamtzahl der Hospitalisationen von Aargauer Patienten – belief sich im Jahr 2011 auf 84.4% und sank im Jahr 2013 auf 82.0%. In den ausserkantonalen Listenspitälern wurden im Jahr 2011 5.3% und im Jahr 2013 5.8% der Aargauer Patienten behandelt in ausserkantonalen Spitälern, die nicht auf der Spitalliste des Kantons Aargau aufgeführt sind, 10.3% bzw. 12.2%.

Summa summarum kann festgehalten werden, dass aufgrund der vorliegenden Daten eine geringfügige Verschiebung zugunsten ausserkantonomer Spitäler verzeichnet werden kann, wenngleich die Mehrheit der Aargauer Patienten unverändert durch Spitäler mit Standort im Kanton Aargau behandelt wird.

Kanton Aargau	2011			2012			2013		
	Fälle	Fälle _{AG}	MA _{AG}	Fälle	Fälle _{AG}	MA _{AG}	Fälle	Fälle _{AG}	MA _{AG}
	Anz.	%	%	Anz.	%	%	Anz.	%	%
Kantonale Listenspitäler	83'405	88.5%	84.4%	84'719	88.2%	82.9%	86'078	88.1%	82.0%
Kantonsspital Aarau	25'969	89.0%	26.4%	25'651	88.2%	25.1%	26'072	88.3%	24.9%
Kantonsspital Baden	18'001	95.5%	19.7%	18'406	95.0%	19.4%	18'567	95.0%	19.1%
Hirslanden Klinik Aarau	9'135	81.5%	8.5%	9'415	81.6%	8.5%	9'824	81.8%	8.7%
Kreisspital für das Freiamt Muri	6'959	94.8%	7.5%	7'415	94.6%	7.8%	7'716	93.9%	7.8%
Gesundheitszentrum Fricktal	7'322	90.4%	7.6%	7'530	88.0%	7.4%	7'755	87.0%	7.3%
Spital Zofingen	4'868	86.4%	4.8%	4'874	88.1%	4.8%	5'039	88.9%	4.8%
Asana Spital Menziken	3'580	94.4%	3.9%	3'801	94.3%	4.0%	3'501	94.9%	3.6%
Asana Spital Leuggern	3'724	91.7%	3.9%	3'637	91.4%	3.7%	3'561	88.9%	3.4%
Klinik Villa im Park	3'177	42.2%	1.5%	3'257	44.7%	1.6%	3'275	45.1%	1.6%
Klinik Barmelweid	427	64.1%	0.3%	452	82.5%	0.4%	489	83.0%	0.4%
Geburtshus Storchenäsch	242	94.4%	0.3%	281	94.7%	0.3%	279	93.5%	0.3%
Ausserkantonale Listenspitäler	92'457	5.0%	5.3%	93'956	5.5%	5.7%	95'654	5.6%	5.8%
Universitätsspital Basel	31'074	5.4%	1.9%	31'696	6.0%	2.1%	32'296	6.0%	2.1%
Universitätsspital Zürich	36'559	3.2%	1.3%	36'494	3.5%	1.4%	36'867	3.5%	1.4%
Schulthess Klinik	7'305	8.0%	0.7%	7'490	8.7%	0.7%	7'543	8.6%	0.7%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	5'636	7.0%	0.4%	5'605	8.4%	0.5%	5'985	8.6%	0.6%
Kinderspital Zürich	6'442	6.6%	0.5%	6'945	6.8%	0.5%	7'091	7.2%	0.5%
Uniklinik Balgrist	4'464	6.8%	0.3%	4'711	6.8%	0.4%	4'857	7.5%	0.4%
Schweizerisches Epilepsie-Zentrum	889	9.9%	0.1%	874	9.8%	0.1%	869	8.6%	0.1%
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	88	10.9%	0.0%	141	17.7%	0.0%	146	13.0%	0.0%
Übrige Spitäler			10.3%			11.4%			12.2%
Total			100.0%			100.0%			100.0%

TABELLE 1: AKUTSOMATIK ANGEBOT – FALLZAHLEN UND MARKTANTEILE NACH SPITAL 2011-13

Nachfrage

Analog zum Angebot ist ebenso ein Anstieg der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Aargauer Wohnbevölkerung identifizierbar. Im Jahr 2011 verzeichnet die Medizinische Statistik des BFS 87'502 Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau, im Jahr 2013 sind es 92'429. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von +2.8%.

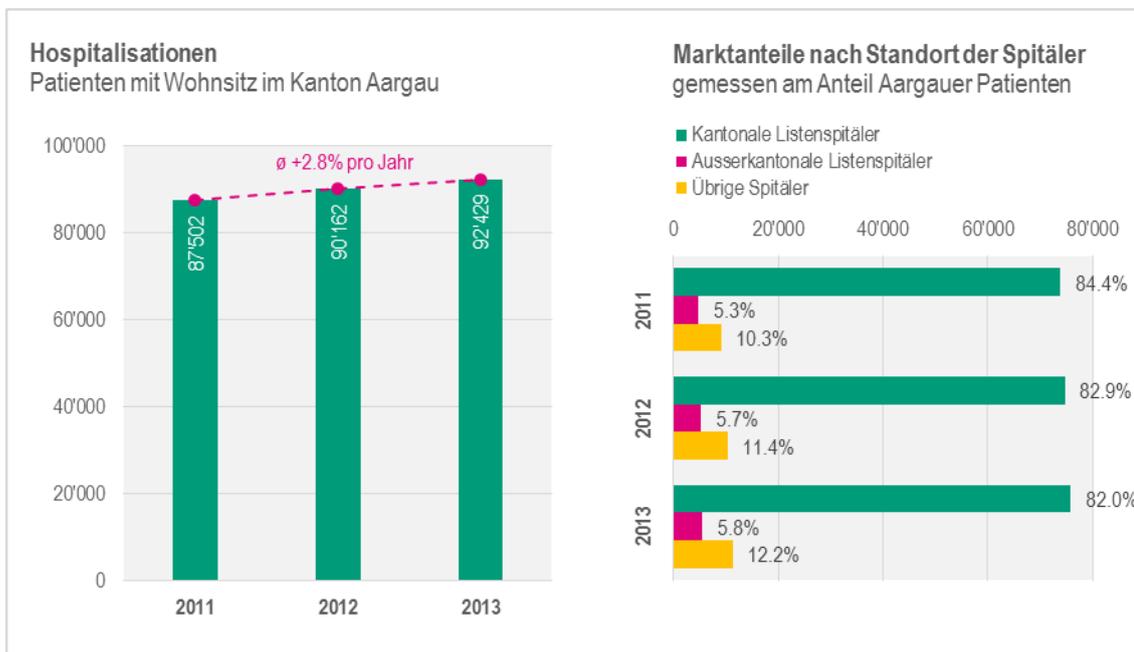


ABBILDUNG 3: AKUTSOMATIK NACHFRAGE - FALLZAHLEN UND VERTEILUNG NACH SPITALKATEGORIE 2011-13

Der grösste Teil der Hospitalisationen von Patienten aus dem Kanton Aargau erfolgt gemäss Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) innerhalb der Gruppe Basispaket, im Jahr 2011 sind es 41.5% und im Jahr 2013 38.6%.⁴ Dieser Rückgang des relativen Anteils deutet im ersten Moment auf eine Verlagerung von Grundversorgungsleistungen zu fachspezifischen Leistungen hin. Man muss diese Verschiebung jedoch mit Rücksicht auf die Einführung der Fallpauschalen per 1.1.2012 betrachten. Durch die Vergütung akutstationärer Leistungen per Fallpauschalen gewinnen Diagnosen und Prozeduren bzw. deren Codierung für die Zuweisung eines Falles zu einer bestimmten DRG an Bedeutung. Diesbezügliche Auswirkungen auf die Codierpraxis zwischen den Datenjahren 2011 und 2012 sind wahrscheinlich und bei der Interpretation zu beachten (z.B. wurde durch die Anstellung und/oder Ausbildung spezialisierter Mitarbeitenden und Definition entsprechender spitalinterner Prozesse die Codierpraxis systematischer und dadurch auch präziser sowie voraussichtlich auch reliabler und valider).⁵ Davon ausgehend, dass die Präzision der Codierung von Diagnosen und Behandlungen durch die Einführung der Fallpauschalen gestiegen ist, wird die Zuordnung eines Falles in einen fachspezifischen Leistungsbereich wahrscheinlicher, weil die Klassifikation der Fälle gemäss SPLG-Systematik massgeblich auf den ICD- (Diagnosen) und CHOP-Codes (Prozeduren) beruht. Ohne dass es anhand der zugrunde liegenden Daten abschliessend beurteilt werden könnte, erscheint es plausibel, die Verschiebung zugunsten der fachspezifischen Leistungsbereiche primär als Folge der Einführung der Fallpauschalen und der damit einhergehenden Codierpraxis zu verstehen.

⁴ Das Basispaket umfasst alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, welche zur Grundversorgung gehören bzw. nicht einer anderen, fachspezifischen Leistungsgruppe zugewiesen werden können (Negativkatalog).

⁵ Vgl. dazu auch Kapitel A.6.3.

Kanton Aargau	2011				2012				2013			
Leistungsbereich	Fälle		MAD		Fälle		MAD		Fälle		MAD	
SPLG	Anz.	%	Tg		Anz.	%	Tg		Anz.	%	Tg	
Grundversorgung												
Basispaket	36'305	41.5%	---	4.8	34'856	38.7%	---	4.6	35'715	38.6%	---	4.5
Nervensystem & Sinnesorgane												
Dermatologie	432	0.5%		6.7	701	0.8%		8.8	615	0.7%		9.9
Hals-Nasen-Ohren	2'829	3.2%		3.8	3'170	3.5%		3.8	3'597	3.9%		3.6
Neurochirurgie	452	0.5%		11.0	327	0.4%		10.5	399	0.4%		11.2
Neurologie	1'810	2.1%		6.7	2'095	2.3%		6.6	2'229	2.4%		6.0
Ophthalmologie	570	0.7%		3.6	661	0.7%		3.6	713	0.8%		3.3
Innere Organe												
Endokrinologie	219	0.2%		7.6	204	0.2%		7.7	237	0.3%		7.6
Gastroenterologie	2'214	2.5%		8.0	2'331	2.6%		7.9	2'274	2.5%		7.8
Viszeralchirurgie	875	1.0%		12.4	1'341	1.5%		10.4	1'470	1.6%		9.8
Hämatologie	802	0.9%		8.1	769	0.9%		7.7	887	1.0%		6.9
Gefässe	1'247	1.4%		8.1	1'447	1.6%		7.6	1'606	1.7%		7.1
Herz	3'708	4.2%		4.8	3'855	4.3%		4.9	4'092	4.4%		4.7
Nephrologie	291	0.3%		8.7	268	0.3%		8.8	323	0.3%		8.8
Urologie	3'800	4.3%		5.1	4'065	4.5%		5.1	4'286	4.6%		4.9
Pneumologie	1'538	1.8%		9.2	2'014	2.2%		7.8	1'557	1.7%		7.5
Thorax chirurgie	177	0.2%		11.3	162	0.2%		11.0	187	0.2%		10.9
Transplantationen	87	0.1%		10.7	81	0.1%		10.5	103	0.1%		10.4
Bewegungsapparat												
Bewegungsapparat chirurgisch	12'404	14.2%		5.6	13'256	14.7%		5.4	13'708	14.8%		5.5
Rheumatologie	515	0.6%		5.6	499	0.6%		5.5	474	0.5%		5.5
Gynäkologie & Geburtshilfe												
Gynäkologie	3'094	3.5%		4.1	3'029	3.4%		4.1	3'125	3.4%		3.9
Geburtshilfe	7'238	8.3%		4.6	7'555	8.4%		4.4	7'545	8.2%		4.2
Neugeborene	5'966	6.8%		4.7	6'354	7.0%		4.4	6'111	6.6%		4.3
Übrige												
(Radio-) Onkologie	851	1.0%		5.6	1'011	1.1%		5.6	1'075	1.2%		5.2
Schwere Verletzungen	78	0.1%		11.9	111	0.1%		12.4	101	0.1%		11.7
Total	87'502	100.0%		5.3	90'162	100.0%		5.2	92'429	100.0%		5.0

TABELLE 2: AKUTSOMATIK NACHFRAGE – FALLZAHLEN UND MITTLERE AUFENTHALTSDAUER (MAD) 2011-13

Ausserhalb der Grundversorgung (*Basispaket*) fallen die meisten Hospitalisationen innerhalb des Leistungsbereichs *Bewegungsapparat chirurgisch* an (14.8% im Jahr 2013). Darauf folgen die Leistungsbereiche *Geburtshilfe* (8.2%), *Neugeborene* (6.6%), *Urologie* (4.6%) sowie *Herz* (4.4%). Diese Verteilung zwischen den fachspezifischen Leistungsbereichen ist beinahe identisch mit jener auf Ebene Nordwestschweiz.

Neben Anzahl und Art der Hospitalisation wurde auch die Entwicklung der Aufenthaltsdauer untersucht. Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAD)⁶ bei Hospitalisationen von Aargauer Patienten sinkt von 5.3 Tagen im Jahr 2011 auf 5.0 Tage im Jahr 2013. Diese Entwicklung ist kohärent mit dem rückläufigen Trend, der bereits seit vielen Jahren auch im internationalen Vergleich festzustellen ist.

Abwanderung

Im Jahr 2013 erfolgten 82.0% der Behandlungen zugunsten von Patienten aus dem Kanton Aargau in Spitälern mit Standort im Kanton Aargau, im Jahr 2011 waren es noch 84.4%. Somit ist eine Zunahme der Abwanderung um +2.4 Prozentpunkte auf 18.0% im Jahr 2013 festzustellen.

⁶ Für die Berechnung der MAD im vorliegenden Monitoring vgl. Glossar bzw. Methodenbericht.

Der grösste Anteil ausserkantonaler Leistungen ist auf Hospitalisationen im Kanton Zürich zurückzuführen.

Kanton Aargau		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Standortkanton des Spitals		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
Hospitalisationen im Kanton AG		73'826	84.4%	74'737	82.9%	75'806	82.0%	+1'980	-2.4%
Abwanderung		13'676	15.6%	15'425	17.1%	16'623	18.0%	+2'947	+2.4%
NWCH	BL	1'120	1.3%	1'356	1.5%	1'399	1.5%	+279	+0.2%
	BS	2'814	3.2%	3'161	3.5%	3'648	3.9%	+834	+0.7%
	SO	602	0.7%	879	1.0%	964	1.0%	+362	+0.4%
übrige Schweiz	AI	0	0.0%	3	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	AR	23	0.0%	26	0.0%	25	0.0%	+2	+0.0%
	BE	880	1.0%	883	1.0%	931	1.0%	+51	+0.0%
	FR	15	0.0%	10	0.0%	8	0.0%	-7	-0.0%
	GE	25	0.0%	27	0.0%	30	0.0%	+5	+0.0%
	GL	17	0.0%	18	0.0%	9	0.0%	-8	-0.0%
	GR	358	0.4%	359	0.4%	381	0.4%	+23	+0.0%
	JU	7	0.0%	3	0.0%	8	0.0%	+1	+0.0%
	LU	718	0.8%	786	0.9%	923	1.0%	+205	+0.2%
	NE	2	0.0%	9	0.0%	6	0.0%	+4	+0.0%
	NW	32	0.0%	31	0.0%	41	0.0%	+9	+0.0%
	OW	21	0.0%	11	0.0%	18	0.0%	-3	-0.0%
	SG	135	0.2%	138	0.2%	145	0.2%	+10	+0.0%
	SH	16	0.0%	18	0.0%	21	0.0%	+5	+0.0%
	SZ	93	0.1%	98	0.1%	94	0.1%	+1	-0.0%
	TG	58	0.1%	39	0.0%	59	0.1%	+1	-0.0%
	TI	99	0.1%	100	0.1%	96	0.1%	-3	-0.0%
	UR	18	0.0%	17	0.0%	17	0.0%	-1	-0.0%
	VD	41	0.0%	44	0.0%	53	0.1%	+12	+0.0%
VS	132	0.2%	125	0.1%	113	0.1%	-19	-0.0%	
ZG	448	0.5%	503	0.6%	589	0.6%	+141	+0.1%	
ZH	6'002	6.9%	6'781	7.5%	7'045	7.6%	+1'043	+0.8%	
Total		87'502	100%	90'162	100%	92'429	100%	+4'927	

TABELLE 3: AKUTSOMATIK ABWANDERUNG - FALLZAHLEN NACH STANDORTKANTON DER HOSPITALISATION 2011-13

Für ausserkantonale hospitalisierte Patienten ist ein höherer Anteil der Liegeklasse privat bzw. halbprivat auszumachen als bei Patienten die in Spitälern mit Standort im Kanton Aargau hospitalisiert sind. Im Laufe der Beobachtungsperiode ist jedoch eine Angleichungstendenz feststellbar.

Der Anteil ausserkantonale Hospitalisationen unterscheidet sich deutlich je nach Wohnregion. Am stärksten betroffen sind die nordwestlichen und südöstlichen Grenzregionen des Kantons Aargau. Für erstere sind angesichts der Erreichbarkeit insbesondere Angebote in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft attraktiv, letztere orientieren sich hauptsächlich nach Zürich.

Zuwanderung

Im Jahr 2013 beziehen sich 88.1% der Hospitalisationen in Aargauer Spitälern auf Patienten aus dem Kanton Aargau. 11.9% der Hospitalisationen sind auf Patienten aus anderen Kantonen zurückzuführen. Dieser Anteil blieb auch über die Jahre hinweg weitgehend stabil. Die grösste Gruppe zugewanderter Patienten stammt aus dem Kanton Solothurn mit 4.6% der Hospitalisationen in Aargauer Spitälern im Jahr 2013. Darauf folgen Patienten aus dem Kanton Luzern (2.1%), dem Ausland (1.4%) und dem Kanton Zürich (1.2%).

Kanton Aargau		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
Wohnkanton des Patienten		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
AG		73'826	88.5%	74'737	88.2%	75'806	88.1%	+1'980	-0.4%
Zuwanderung		9'581	11.5%	9'982	11.8%	10'272	11.9%	+691	+0.4%
NWCH	BL	414	0.5%	438	0.5%	502	0.6%	+88	+0.1%
	BS	160	0.2%	155	0.2%	173	0.2%	+13	+0.0%
	SO	3'791	4.5%	3'920	4.6%	3'943	4.6%	+152	+0.0%
übrige Schweiz	AR	5	0.0%	7	0.0%	8	0.0%	+3	+0.0%
	AI	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	BE	739	0.9%	714	0.8%	709	0.8%	-30	-0.1%
	FR	17	0.0%	14	0.0%	15	0.0%	-2	-0.0%
	GE	13	0.0%	10	0.0%	5	0.0%	-8	-0.0%
	GL	18	0.0%	10	0.0%	9	0.0%	-9	-0.0%
	GR	50	0.1%	73	0.1%	65	0.1%	+15	+0.0%
	JU	18	0.0%	8	0.0%	8	0.0%	-10	-0.0%
	LU	1'882	2.3%	1'940	2.3%	1'837	2.1%	-45	-0.1%
	NE	3	0.0%	4	0.0%	6	0.0%	+3	+0.0%
	NW	31	0.0%	38	0.0%	35	0.0%	+4	+0.0%
	OW	36	0.0%	25	0.0%	27	0.0%	-9	-0.0%
	SG	77	0.1%	89	0.1%	86	0.1%	+9	+0.0%
	SH	16	0.0%	25	0.0%	27	0.0%	+11	+0.0%
	SZ	103	0.1%	120	0.1%	126	0.1%	+23	+0.0%
	TI	52	0.1%	43	0.1%	52	0.1%	+0	-0.0%
	TG	39	0.0%	40	0.0%	33	0.0%	-6	-0.0%
	UR	27	0.0%	21	0.0%	18	0.0%	-9	-0.0%
	VD	33	0.0%	28	0.0%	27	0.0%	-6	-0.0%
	VS	54	0.1%	27	0.0%	42	0.0%	-12	-0.0%
ZH	979	1.2%	990	1.2%	1'119	1.3%	+140	+0.1%	
ZG	134	0.2%	165	0.2%	153	0.2%	+19	+0.0%	
Ausland	889	1.1%	1'066	1.3%	1'240	1.4%	+351	+0.4%	
unbekannt	1	0.0%	12	0.0%	7	0.0%	+6	+0.0%	
Total		83'405	100%	84'719	100%	86'078	100%	+2'673	

TABELLE 4: AKUTSOMATIK ZUWANDERUNG – HOSPITALISATIONEN AUSSERKANTONALER PATIENTEN 2011-13

Nettowanderung

Eine vergleichsweise hohe Nettoabwanderung ist für das Jahr 2013 im Leistungsbereich *Bewegungsapparat chirurgisch* zu beobachten mit -1'760 Fällen. Ferner zeichnen sich ebenfalls das *Basispaket* (-1'353 im Jahr 2013) und die Leistungsbereiche *Herz* (-995), *Hals-Nasen-Ohren* (-528) und *Ophthalmologie* (-444) durch eine hohe Nettoabwanderung aus. Eine Nettozuwanderung weist der Kanton Aargau lediglich in den Leistungsbereichen *Neugeborene* (+150), *Gynäkologie* (+106) und *Neurochirurgie* (+5) aus.

Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage

Um ein besseres Bild hinsichtlich der akutstationären Versorgung in der Nordwestschweiz zu erhalten, wurden nebst der Analyse von Angebot, Nachfrage und Patientenströme spezifische Indikatoren zur Versorgungslage untersucht.

Zum einen erfolgte eine Auswertung der Fallzahlen pro Spital anhand der Mindestfallzahlen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.⁷ Fallzahlen unterhalb der Mindestfallzahlen (MFZ) sind

⁷ Vgl. Kapitel B.4.1.

vor allem in Leistungsgruppen zu verzeichnen, in denen die betreffenden Spitäler keine Leistungsaufträge besitzen. Zu beachten ist, dass anhand der zugrundeliegenden Daten unklar bleibt, inwiefern diese vereinzelt Fallzahlen auf Verlegungen zurückzuführen sind.

Nebst den Mindestfallzahlen wurden Erreichbarkeitsanalysen für die Gesamtregion der Nordwestschweiz zu ausgewählten Leistungsgruppen der akutstationären Versorgung durchgeführt, nämlich zu den Versorgungsbereichen Notfallversorgung, Kindermedizin, Geriatrie, Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Orthopädie. Die Bereiche Notfallversorgung, Kindermedizin und Geriatrie wurden insbesondere im Hinblick auf mögliche Versorgungslücken ausgewählt, die Bereiche Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Orthopädie hingegen im Hinblick auf ein mögliches Überangebot. Die nachfolgende Tabelle fasst die wichtigsten Erkenntnisse zusammen. Die akutstationäre Versorgung in der Nordwestschweiz zeigt eine gute Erreichbarkeit der Notfallversorgung. Die Ergebnisse der Erreichbarkeitsanalysen in den Bereichen Kindermedizin, Geriatrie, Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Orthopädie bilden hingegen zwar die Angebotssituation in der Nordwestschweiz ab. Sie können jedoch nicht bewertet werden, da entsprechende wissenschaftlich oder politisch abgestützte Richtwerte fehlen.

Bereich	Erreichbarkeit (% der Bevölkerung)					Bemerkungen
	Region/Kt.	0-15min	16-20min	21-30min	> 30min	
						kantonale Unterschiede
Notfallversorgung	NWCH	91.7%	7.1%	1.1%	0.1%	Ähnlich in allen Nordwestschweizer Kantonen.
	AG	91.6%	8.1%	0.2%	0.0%	
	BL	93.8%	5.3%	0.9%	0.0%	
	BS	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	SO	83.5%	11.5%	4.5%	0.6%	
Kindermedizin Basis	NWCH	77.4%	13.5%	9.1%	0.1%	Eine hohe Erreichbarkeit in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn. Im Kanton Aargau 16.5% mit Fahrzeit zwischen 21 und 30 Minuten zum nächstgelegenen Angebot.
	AG	63.5%	20.1%	16.5%	0.0%	
	BL	93.4%	5.7%	0.9%	0.0%	
	BS	99.9%	0.1%	0.0%	0.0%	
	SO	81.3%	13.4%	4.7%	0.5%	
Kindermedizin spezialisiert	NWCH	46.8%	18.9%	24.5%	9.8%	Basel-Stadt mit hoher Erreichbarkeit. Im Kanton Solothurn knapp 40% mit einer Fahrzeit über 30 Minuten.
	AG	49.1%	25.2%	23.2%	2.6%	
	BL	45.9%	21.7%	26.6%	5.9%	
	BS	99.9%	0.1%	0.0%	0.0%	
	SO	8.7%	11.9%	40.9%	38.5%	
Akutgeriatrie	NWCH	48.1%	10.8%	19.2%	22.0%	Basel-Stadt mit einer hohen Erreichbarkeit. Im Kanton Aargau 65.9% und im Kanton Solothurn 54.1% mit einer Fahrzeit von über 20 Minuten.
	AG	20.4%	13.7%	30.0%	35.9%	
	BL	81.6%	11.9%	6.5%	0.0%	
	BS	99.4%	0.6%	0.0%	0.0%	
	SO	35.6%	10.3%	23.1%	31.0%	
Orthopädie	NWCH	92.8%	6.3%	0.9%	0.0%	In allen Nordwestschweizer Kantonen liegen mehr als 90% der Bevölkerung innerhalb einer Fahrzeit von bis zu 15 Minuten.
	AG	91.8%	8.0%	0.2%	0.0%	
	BL	93.9%	5.2%	0.8%	0.0%	
	BS	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	SO	89.0%	7.8%	3.1%	0.2%	
Wirbelsäulenchirurgie	NWCH	61.6%	9.8%	23.5%	5.1%	In den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn liegen 90% und mehr innerhalb einer Fahrzeit von bis zu 20 Minuten. Einzig im Kanton Aargau weisen 55.9% eine Fahrzeit von über 20 Minuten auf.
	AG	31.6%	12.5%	45.1%	10.8%	
	BL	87.6%	7.9%	4.4%	0.1%	
	BS	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	SO	77.4%	12.6%	9.3%	0.7%	

Bereich	Erreichbarkeit (% der Bevölkerung)					Bemerkungen
	Region/Kt.	0-15min	16-20min	21-30min	> 30min	
Herz- /Kreislauf- erkrankungen	NWCH	73.7%	14.9%	10.3%	1.2%	In allen Kantonen erreicht über 50% der Wohnbevölkerung das nächstgelegene Angebot in bis zu 15 Minuten. In den Kantonen Aargau und Solothurn weisen rund 20% eine Fahrzeit von über 20min im Bereich der interventionellen Kardiologie auf.
	AG	57.4%	22.7%	17.7%	2.2%	
	BL	88.7%	8.8%	2.4%	0.1%	
	BS	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	SO	77.6%	13.5%	8.3%	0.6%	
Interventionelle Kardiologie	NWCH	67.6%	16.9%	14.1%	1.5%	
	AG	52.7%	25.6%	19.6%	2.2%	
	BL	86.0%	7.8%	5.7%	0.5%	
	BS	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	SO	60.2%	18.0%	20.1%	1.8%	

TABELLE 5: ERREICHBARKEITSANALYSEN - ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Schliesslich wurden die kantonalen Hospitalisationsraten pro Leistungsgruppe nach SPLG-Systematik vergleichend ausgewertet. Für die Aargauer Bevölkerung ist im Jahr 2013 in den nachfolgenden SPLG eine auffällig hohe Hospitalisationsrate festzustellen (vgl. auch nachfolgende Abbildung):

- Gynäkologie (GYN1)
- Hals- und Gesichtschirurgie (HNO1.1)
- Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie (HNO2)
- Kardiologie (inkl. Schrittmacher) (KAR1)
- Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) (KAR1.1)
- Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe) (KAR1.1.1)
- Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT) (KAR1.3)
- Neurochirurgie (NCH1)
- Neurologie (NEU1)
- Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit) (NEU3)
- Pneumologie (PNE1)
- Urologie ohne Schwerpunktstitel Operative Urologie (URO1)
- Viszeralchirurgie (VIS1)

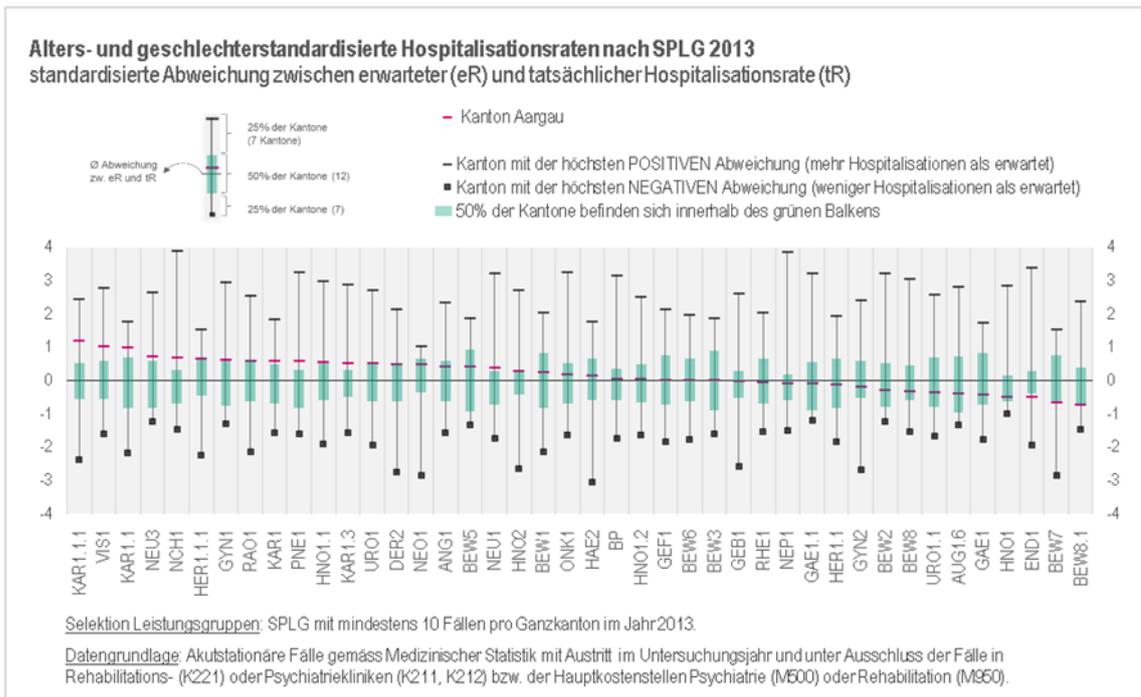


ABBILDUNG 4: ALTERS- UND GESCHLECHTERSTANDARDISIERTE ABWEICHUNGEN ZWISCHEN TR UND ER NACH SPLG 2013

Die hinsichtlich Hospitalisationsraten identifizierten Leistungsgruppen sind als Bereiche potentieller Angebotsinduzierung aufzufassen. Es wird empfohlen, die Resultate anhand analoger Auswertungen für die Folgejahre zu überprüfen. Leistungsgruppen, für welche sich die überdurchschnittlichen Hospitalisationsraten anhand der Folgejahre bestätigen lassen, sind anschliessend einer vertieften Analyse zu unterziehen, in welcher zu prüfen sein wird, inwiefern die überdurchschnittlichen Hospitalisationsraten infolge spezifischer kantonaler Angebotsstrukturen erklärbar sind, oder welche anderen Einflussfaktoren dafür verantwortlich gemacht werden können.

Ergebnisse Psychiatrie

Angebot

Betrachtet man die Aargauer Spitäler der stationären psychiatrischen Versorgung, so stellt man zwischen den Jahren 2011 bis 2013 einen kontinuierlichen Anstieg hinsichtlich der Gesamtzahl der Hospitalisationen als auch in Bezug auf die erbrachten Pflergetage fest. Im Jahr 2011 erfolgten 3'770 psychiatrische Hospitalisationen in Aargauern Spitälern, im Jahr 2013 waren es 4'596.

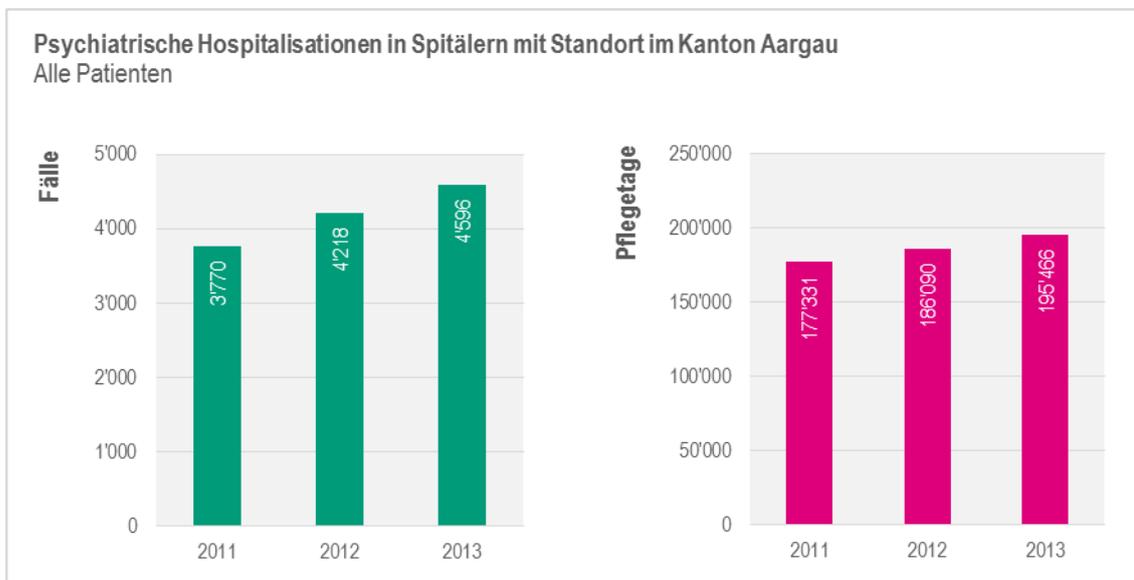


ABBILDUNG 5: ANGEBOT PSYCHIATRIE – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Insgesamt decken die Listenspitäler mit Standort im Kanton Aargau im Jahr 2013 75.4% der Hospitalisationen von Aargauer Patienten ab, auf die ausserkantonalen Listenspitäler entfallen im Jahr 2013 4.3%.

Mit Abstand am meisten Hospitalisationen und Pflegetage unter den kantonalen Listenspitälern weisen die Psychiatrischen Dienste Aargau auf. Die Marktanteile der einzelnen Leistungserbringer sind weitgehend stabil. Mit +1.1 Prozentpunkten verzeichnet die Klinik Barmelweid den höchsten Anstieg zwischen dem Jahr 2011 und 2013. Der grösste Rückgang des Marktanteils von -2.2 Prozentpunkten ist im selben Zeitraum für die Psychiatrischen Diensten Aargau feststellbar, obschon diese gleichzeitig einen Anstieg sowohl der Hospitalisationen als auch der Pflege-tage verzeichnen.

Kanton Aargau	2011			2012			2013		
	Fälle	PT	MA _{AG}	Fälle	PT	MA _{AG}	Fälle	PT	MA _{AG}
	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%
Kantonale Listenspitäler	3'770	177'331	76.8%	4'218	186'090	73.3%	4'596	195'466	75.4%
Psychiatrische Dienste Aargau	2'472	112'452	57.3%	2'774	115'750	53.5%	3'020	120'139	55.1%
Klinik Barmelweid	351	15'392	6.6%	395	15'878	6.3%	480	21'091	7.6%
Klinik Schützen Rheinfelden	672	30'598	6.8%	713	32'786	6.7%	729	32'627	6.4%
Klinik Im Hasel	106	15'886	5.0%	146	16'807	5.3%	189	17'148	5.1%
Klinik für Suchtmedizin	120	2'250	1.0%	142	4'037	1.5%	139	3'767	1.2%
Klinik für Schlafmedizin Bad Zurzach	49	753	0.0%	48	832	0.1%	39	694	0.0%
Ausserkantonale Listenspitäler	5'584	211'339	5.2%	5'607	216'090	5.2%	5'686	225'421	4.3%
Luzerner Psychiatrie	2'406	103'869	3.5%	2'473	108'351	3.2%	2'399	107'540	2.3%
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	3'045	102'932	1.6%	3'001	103'171	1.9%	3'141	113'038	1.8%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	133	4'538	0.1%	133	4'568	0.2%	146	4'843	0.2%
Übrige Spitäler			18.0%			21.5%			20.3%
			100.0%			100.0%			100.0%

TABELLE 6: ANGEBOT PSYCHIATRIE – FÄLLE, PFLEGETAGE UND MARKTANTEILE PRO SPITAL 2011-13

Nachfrage

Betrachtet man die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen durch die Aargauer Bevölkerung, so zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Hospitalisationen von Aargauer Patienten von 4'072 Fällen im Jahr 2011 auf 4'702 Fälle im Jahr 2013. Die beanspruchten Pflegetage steigen zwischen 2011 und 2012 ebenfalls an und sinken im Jahr 2013 wiederum auf 196'489 Pflegetage.

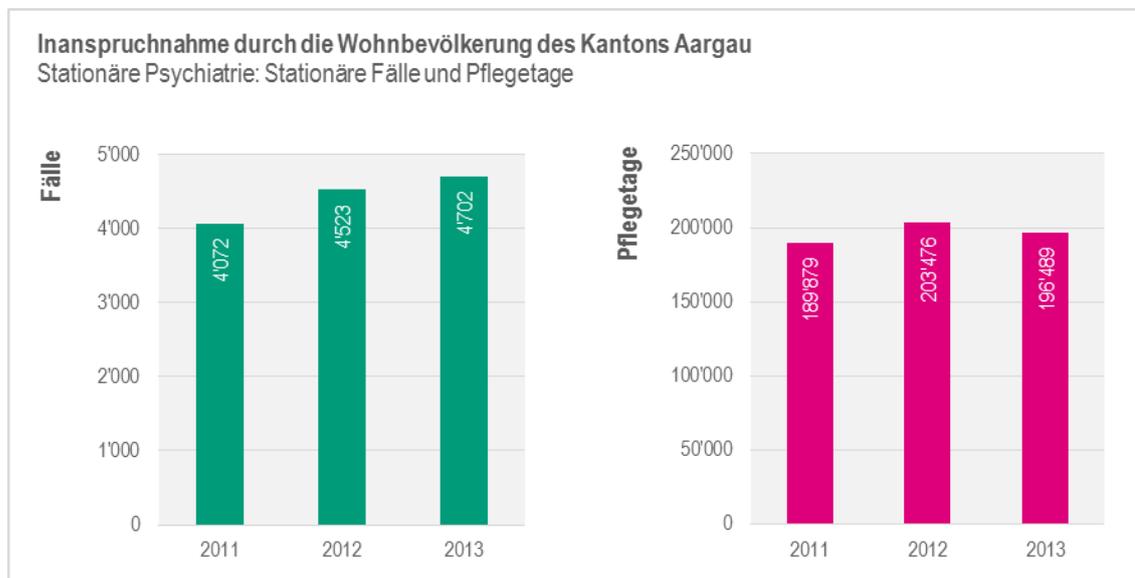


ABBILDUNG 6: NACHFRAGE PSYCHIATRIE – FÄLLE UND PFLERGETAGE 2011-2013

Fast die Hälfte der Pflergetage von Aargauer Patienten im Jahr 2013 ist dem Leistungsbereich *Erwachsenenpsychiatrie* (44.2%) zuzuschreiben. Eine ausgeprägte Zunahme der beanspruchten Leistungen zwischen 2011 und 2013 – gemessen an den beanspruchten Pflergetagen – ist im Leistungsbereich *Psychische Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten* zu beobachten (+42.8%, vgl. zu den Veränderungen Tabelle 47). Den grössten Rückgang an beanspruchten Leistungen weist der Leistungsbereich *Alterspsychiatrie* aus (-19.3%).

Kanton Aargau Leistungsbereiche/-gruppen	2011		2012		2013		
	Fälle	PT	Fälle	PT	Fälle	PT	%
	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	
Erwachsenenpsychiatrie	2'126	87'085	2'155	88'625	2'272	86'761	44.2%
Grundversorgung und Akutbehandlung	1'502	57'885	1'458	56'969	1'552	53'878	27.4%
Stationäre Psychiatrie inkl. somato-psych. Behandl.	509	23'402	565	24'870	650	29'560	15.0%
Psychiatrische Rehabilitation	95	4'314	115	5'624	45	1'949	1.0%
Essstörungen	20	1'484	17	1'162	25	1'374	0.7%
Psych. Verhaltensstörungen infolge Abhängigk.	558	24'382	830	33'057	936	34'826	17.7%
Grundversorgung (v. a. Entzug, Krisenintervention)	504	15'331	727	22'176	789	23'028	11.7%
Entwöhnungstherapie	53	8'957	100	10'747	143	11'425	5.8%
Verhaltenssüchte	1	94	3	134	4	373	0.2%
Alterspsychiatrie	565	30'843	616	27'372	617	24'901	12.7%
Alterspsychiatrische Grundversorgung	552	29'806	606	26'199	613	24'266	12.3%
Spezialisierte Langzeitbehandlung	13	1'037	10	1'173	4	635	0.3%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	140	11'223	161	9'518	152	9'871	5.0%
Grundversorgung Kinderpsychiatrie (0-12 Jahre)	31	5'265	43	3'688	50	4'391	2.2%
Grundversorgung Jugendpsychiatrie (13-17 Jahre)	103	5'577	114	5'298	98	5'135	2.6%
Essstörungen	6	381	4	532	4	345	0.2%
Suchtbehandlungen	0	0	0	0	0	0	0.0%
Forensik	39	6'524	52	6'523	42	6'292	3.2%
Krisenintervention für Jugendliche und Erwachsene im Strafvollzug u. Vollzug von strafrechtl. Massn.	39	6'524	52	6'523	42	6'292	3.2%
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme^(a)	644	29'822	709	38'381	683	33'838	17.2%
Total	4'072	189'879	4'523	203'476	4'702	196'489	100.0%

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

TABELLE 7: NACHFRAGE PSYCHIATRIE – FÄLLE UND PFLERGETAGE PRO LEISTUNGSGRUPPE 2011-2013

Abwanderung

Der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau nimmt über die Jahre 2011 bis 2013 um -1.9 Prozentpunkte ab und beläuft sich im Jahr 2013 auf 21.8%. Häufigster Zielkanton für Aargauer Patienten ist der Kanton Zürich, 5.1% der Hospitalisationen von Aargauer Patienten im Jahr 2013 erfolgten in Spitälern im Kanton Zürich. Darüber hinaus sind insbesondere die Kantone Bern und Zug (je 3.3%), Luzern (2.7%), Basel-Stadt (2.6%), Thurgau (1.9%) und Basel-Landschaft (1.4%) von erwähnenswerter Bedeutung.

Kanton Aargau		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
Standortkanton des Spitals		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
AG		3'106	76.3%	3'459	76.5%	3'675	78.2%	+569	+1.9%
Abwanderung		966	23.7%	1'064	23.5%	1'027	21.8%	+61	-1.9%
NWCH	BL	53	1.3%	63	1.4%	66	1.4%	+13	+0.1%
	BS	83	2.0%	130	2.9%	120	2.6%	+37	+0.5%
	SO	26	0.6%	19	0.4%	16	0.3%	-10	-0.3%
übrige Schweiz	AI	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	AR	56	1.4%	83	1.8%	1	0.0%	-55	-1.4%
	BE	127	3.1%	117	2.6%	153	3.3%	+26	+0.1%
	FR	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	GE	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	GL	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	GR	1	0.0%	33	0.7%	38	0.8%	+37	+0.8%
	JU	0	0.0%	0	0.0%	1	0.0%	+1	+0.0%
	LU	159	3.9%	146	3.2%	127	2.7%	-32	-1.2%
	NE	0	0.0%	0	0.0%	1	0.0%	+1	+0.0%
	NW	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	OW	2	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	-2	-0.0%
	SG	7	0.2%	9	0.2%	5	0.1%	-2	-0.1%
	SH	6	0.1%	4	0.1%	2	0.0%	-4	-0.1%
	SZ	4	0.1%	5	0.1%	9	0.2%	+5	+0.1%
	TG	53	1.3%	61	1.3%	87	1.9%	+34	+0.5%
	TI	6	0.1%	4	0.1%	4	0.1%	-2	-0.1%
	UR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	VD	5	0.1%	1	0.0%	2	0.0%	-3	-0.1%
	VS	3	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	-3	-0.1%
ZG	104	2.6%	133	2.9%	156	3.3%	+52	+0.8%	
ZH	271	6.7%	253	5.6%	239	5.1%	-32	-1.6%	
Total		4'072	100.0%	4'523	100.0%	4'702	100.0%	+630	

TABELLE 8: ABWANDERUNG PSYCHIATRIE – FÄLLE NACH STANDORTKANTON DER HOSPITALISATION 2011-2013

Zuwanderung

Die überwiegende Mehrheit der in Aargauer Spitälern behandelten Patienten stammt aus dem Kanton Aargau, im Jahr 2013 sind es 80% der Fälle. Der Anteil ausserkantonaler Patienten beläuft sich im Jahr 2011 auf 17.6% und im Jahr 2013 auf 20%. Abgesehen von der Sammelkategorie *Übrige Schweiz* sind neben dem Kanton Zürich mit einem Anteil von 3.9% der Hospitalisationen in Aargauer Spitälern im Jahr 2013 die anderen Nordwestschweizer Kantone die bedeutendsten Zuwanderungskantone.

Kanton Aargau	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
Wohnkanton Patient								
Hospitalisationen AG	3'106	82.4%	3'459	82.0%	3'675	80.0%	+569	-2.4%
Zuwanderung	664	17.6%	759	18.0%	921	20.0%	+257	+2.4%
BS	83	2.2%	87	2.1%	110	2.4%	+27	+0.2%
BL	128	3.4%	143	3.4%	190	4.1%	+62	+0.7%
SO	83	2.2%	100	2.4%	146	3.2%	+63	+1.0%
LU	47	1.2%	72	1.7%	66	1.4%	+19	+0.2%
ZH	145	3.8%	163	3.9%	180	3.9%	+35	+0.1%
BE	29	0.8%	32	0.8%	48	1.0%	+19	+0.3%
ZG	11	0.3%	13	0.3%	19	0.4%	+8	+0.1%
übrige CH	120	3.2%	134	3.2%	142	3.1%	+22	-0.1%
Ausland	18	0.5%	15	0.4%	20	0.4%	+2	-0.0%
unbekannt	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
Total	3'770	100.0%	4'218	100.0%	4'596	100.0%	+826	

TABELLE 9: ZUWANDERUNG PSYCHIATRIE – HOSPITALISATIONEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2011-2013

Insgesamt ist in der Psychiatrie für den Kanton Aargau eine geringe Nettoabwanderung zu verzeichnen. Im Jahr 2013 beläuft sich die Abwanderung von Aargauer Patienten auf 1'027 Fälle, währenddessen 921 ausserkantonale Patienten Leistungen in psychiatrischen Einrichtungen des Kantons Aargau beanspruchten. Das Saldo aus Zu- und Abwanderung bzw. die Nettoabwanderung beträgt somit 106 Fälle.

Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage

Für die Psychiatrie wurde eine Erreichbarkeitsanalyse mit Fokus auf die Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung durchgeführt. Diese zeigt, dass 57.9% der Aargauer Bevölkerung eine psychiatrische Klinik mit 24-Stunden-Aufnahme innert 20 Minuten erreicht, 90.9% innert 30 Minuten. Die GDK definiert in ihrem Leitfaden zur Psychiatrieplanung⁸ einen Richtwert für die Erreichbarkeit von psychiatrischen Diensten innert 30 Minuten mittels öffentlicher Verkehrsmittel für 90% der Bevölkerung. Die innerhalb des Monitorings berechneten Wegzeiten beziehen sich auf den Privatverkehr und betreffen die psychiatrische Notfallversorgung und nicht die psychiatrischen Angebote im Allgemeinen. Trotzdem erscheint es zulässig, in Anlehnung an den Richtwert der GDK, die Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung als gut einzustufen.

Ergebnisse Rehabilitation

Angebot

Die Spitäler mit Standort im Kanton Aargau verzeichnen 11'116 Fälle bzw. 311'179 Pflgetage im Jahr 2013. Während des Untersuchungszeitraums zwischen 2011 und 2013 erweist sich die Zahl der hospitalisierten Patienten in Rehabilitationseinrichtungen mit Standort im Kanton Aargau sowie die erbrachten Pflgetage als relativ stabil.

⁸ Vgl. GDK (2007).

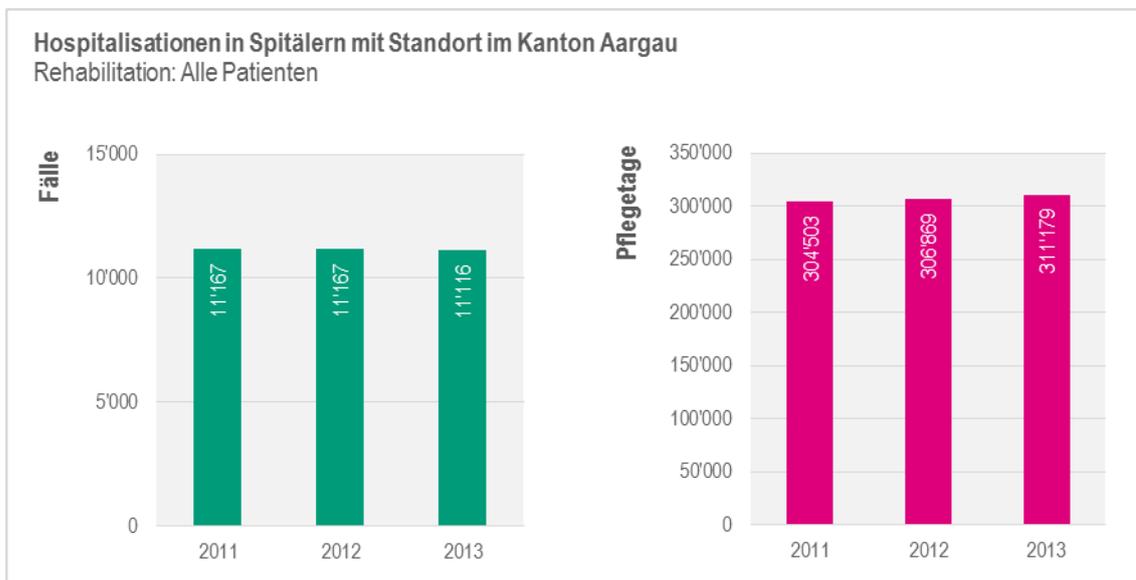


ABBILDUNG 7: ANGEBOT REHABILITATION – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Der Kanton Aargau zählt auf seinem Kantonsgebiet insgesamt 7 Leistungserbringer im Bereich der Rehabilitation. Gemessen an den Fallzahlen sowie der erbrachten Pflegetage, ist die RehaClinic eindeutig der grösste Leistungserbringer des Kantons Aargau bzw. in der Nordwestschweiz.

Betrachtet man den Marktanteil, d.h. die Anzahl der geleisteten Pflegetage für Aargauer Patienten im Jahr 2013 so weisen ebenfalls die RehaClinic (19.3%) und die Reha Rheinfelden (18.8 %) unter den Aargauer Spitälern den höchsten Marktanteil aus. Der Anstieg des Marktanteils in der RehaClinic ist auf eine Veränderung in der Patientenstruktur zurückzuführen. Währenddessen in den Jahren 2011 und 2012 über die Hälfte der Pflegetage in der RehaClinic auf Patienten aus dem Kanton Zürich stammten, wurden im Jahr 2013 deutlich mehr Aargauer Patienten behandelt. Der Rückgang der Zürcher Patienten ist mit der Eröffnung der Standorte Kilchberg und Zollikerberg der RehaClinic im Laufe des Jahres 2012 in Verbindung zu setzen.

Kanton Aargau	2011			2012			2013		
	Fälle	PT	MAAG	Fälle	PT	MAAG	Fälle	PT	MAAG
	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%
Kantonale Listenspitäler	11'167	304'503	83.4%	11'167	306'869	83.4%	11'116	311'179	83.3%
RehaClinic	3'283	79'857	15.5%	3'267	79'241	16.4%	3'345	83'203	19.3%
Reha Rheinfelden	1'978	57'714	19.7%	1'921	59'986	19.2%	1'946	60'867	18.8%
aarReha Schinznach	1'500	31'487	15.3%	1'464	31'793	15.1%	1'397	33'397	14.9%
Klinik Barmelweid	1'697	37'517	17.7%	1'687	37'590	16.0%	1'569	32'757	13.2%
Rehaklinik Bellikon	1'527	71'586	9.0%	1'591	71'629	10.6%	1'594	72'424	10.9%
Privat-Klinik im Park	763	18'487	5.4%	841	19'047	5.4%	825	19'605	5.3%
Rehaklinik Salina	419	7'855	0.8%	396	7'583	0.7%	440	8'926	0.9%
Ausserkantonale Listenkliniken	1'532	97'243	6.9%	1'840	99'527	6.1%	2'015	101'775	5.6%
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	675	46'668	4.4%	893	47'943	3.7%	1'096	48'715	3.5%
REHAB Basel	414	27'569	1.2%	420	27'736	1.1%	397	27'812	1.3%
Kinderspital Zürich	203	11'394	0.9%	190	11'015	1.1%	184	11'038	0.5%
Uni Klinik Balgrist	240	11'612	0.5%	337	12'833	0.2%	338	14'210	0.3%
Übrige Spitäler			9.7%			10.5%			11.1%
			100.0%			100.0%			100.0%

TABELLE 10: ANGEBOT REHABILITATION – FÄLLE, PFLEGETAGE UND MARKTANTEILE PRO SPITAL 2011-13

Insgesamt verfügen die Spitäler des Kantons Aargau im Jahr 2013 über einen Marktanteil von 83.3%, die ausserkantonalen Listenspitäler haben einen Marktanteil von 5.6%, jener der Spitäler, die auf keiner Spitalliste des Kantons Aargau sind, beträgt 11.1%.

Nachfrage

Im Jahr 2013 werden für die Aargauer Bevölkerung in der Rehabilitation insgesamt 4'827 stationäre Hospitalisationen bzw. 134'683 Pflagetage verzeichnet. Im Vergleich mit dem Jahr 2011 stellt dies einen weitgehend kontinuierlichen Anstieg dar.

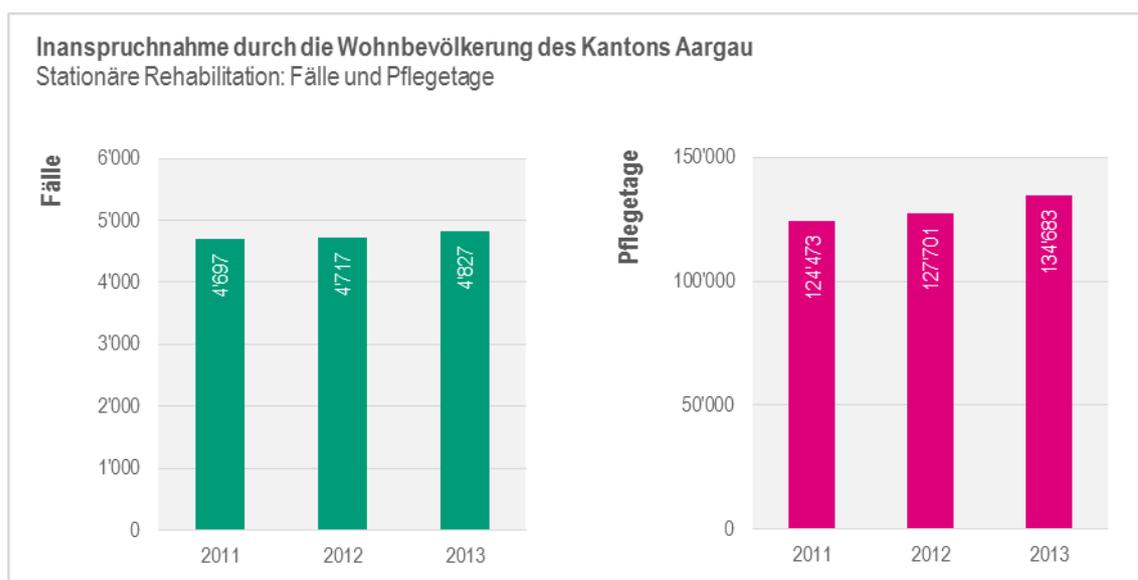


ABBILDUNG 8: NACHFRAGE REHABILITATION – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Die Aargauer Bevölkerung nimmt hauptsächlich Leistungen in den Bereichen der *Muskuloskelettalen Rehabilitation* (35.6% der Gesamtnachfrage) und der *Neurologischen Rehabilitation (ohne Paraplegie)* (27.8%) in Anspruch. Die *Geriatrische Rehabilitation* betrifft nur knapp 6% der Inanspruchnahme durch Aargauer Patienten, womit der Anteil der Geriatrischen Rehabilitation im Vergleich zur Gesamtnordwestschweiz⁹ markant tiefer ist. Keine Fälle werden im Kanton Aargau in der *Frührehabilitation* ausgewiesen. Eine mögliche Erklärung hierfür besteht darin, dass Fälle der Frührehabilitation in anderen Leistungsgruppen subsumiert sind, wie es auch das Leistungsgruppenkonzept gemäss Definition von H+¹⁰ vorsieht. Für den Kanton Aargau gilt ausserdem, dass im Rahmen der Spitalliste per 1. Januar 2012 die Frührehabilitation beschränkt auf neurologische Frührehabilitation als Leistungsgruppe definiert war.

⁹ Im Jahr 2013 entfallen 19% der Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen durch die Nordwestschweizer Bevölkerung auf die Geriatrische Rehabilitation (vgl. dazu Kapitel D.2 im Bericht auf Ebene der Gesamtnordwestschweiz).

¹⁰ Vgl. hierzu das Grundlagenpapier DefReha© Stationäre Rehabilitation (H+ Die Spitäler der Schweiz, 2013) sowie die Ausführungen im Methodenbericht des Monitorings.

Kanton Aargau	2011		2012		2013		
Leistungsbereiche/-gruppen	Fälle	PT	Fälle	PT	Fälle	PT	
	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	%
Rehabilitation Erwachsene	4'150	112'503	4'170	114'064	4'259	120'478	89.5%
Frührehabilitation	58	2'595	52	3'085	62	2'925	2.2%
Geriatrische Rehabilitation	165	4'136	253	6'361	298	7'618	5.7%
Muskuloskelettale Rehabilitation	1'915	44'798	1'858	45'816	1'877	47'972	35.6%
Neurologische Rehabilitation (ohne Paraplegie)	876	31'291	892	31'643	952	36'967	27.4%
Rehabilitation und Behandlung Querschnittgelähmter	92	6'532	131	5'625	147	5'474	4.1%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	533	11'018	522	10'391	539	11'095	8.2%
Pulmonale Rehabilitation	423	8'403	363	7'158	347	7'176	5.3%
Intermistisch-onkologische Rehabilitation	6	99	6	136	8	154	0.1%
Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	82	3'631	93	3'849	29	1'097	0.8%
Rehabilitation Kinder und Jugendliche	23	1'110	21	1'395	12	624	0.5%
Frührehabilitation	0	0	0	0	0	0	0.0%
Neurorehabilitation inkl. Neuroorthopädische Rehabilitation	23	1'110	21	1'395	12	624	0.5%
Allgemeine pädiatrische Rehabilitation	0	0	0	0	0	0	0.0%
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme (a)	524	10'860	526	12'242	556	13'581	10.1%
Total	4'697	124'473	4'717	127'701	4'827	134'683	100.0%

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

TABELLE 11: NACHFRAGE REHABILITATION – FÄLLE UND PFLEGETAGE PRO LEISTUNGSGRUPPE 2011-13

Auch die Kinder- und Jugendrehabilitation ist durch die zur Verfügung stehenden Daten nur ungenügend abgebildet, dies deshalb weil in der Nordwestschweiz keine spezialisierten Angebote betreffend die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bestehen, weshalb davon auszugehen ist, dass teilweise Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche nicht explizit als solche ausgewiesen sind. Ausgehend von den zugrundeliegenden Daten werden im Jahr 2013 insgesamt 0.5% der gesamten Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche erbracht.

Abwanderung

Im Jahr 2013 sind 16.3% der Hospitalisationen von Aargauer Patienten in Spitälern mit Standort ausserhalb des Kantons Aargau erfolgt. Zwischen 2011 und 2013 stieg der Anteil der ausserkantonalen Inanspruchnahme durch Aargauer Patienten um +1.2 Prozentpunkte.

Kanton Aargau		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Standortkanton des Spitals		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
AG		3'991	85.0%	3'975	84.3%	4'042	83.7%	+51	-1.2%
Abwanderung		706	15.0%	742	15.7%	785	16.3%	+79	+1.2%
NWCH	BL	3	0.1%	3	0.1%	5	0.1%	+2	+0.0%
	BS	44	0.9%	45	1.0%	46	1.0%	+2	+0.0%
	SO	13	0.3%	1	0.0%	0	0.0%	-13	-0.3%
übrige Schweiz	AI	10	0.2%	8	0.2%	8	0.2%	-2	-0.0%
	AR	108	2.3%	123	2.6%	126	2.6%	+18	+0.3%
	BE	68	1.4%	73	1.5%	80	1.7%	+12	+0.2%
	FR	0	0.0%	0	0.0%	1	0.0%	+1	+0.0%
	GE	0	0.0%	2	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	GL	21	0.4%	25	0.5%	37	0.8%	+16	+0.3%
	GR	72	1.5%	50	1.1%	64	1.3%	-8	-0.2%
	JU	18	0.4%	22	0.5%	28	0.6%	+10	+0.2%
	LU	97	2.1%	145	3.1%	147	3.0%	+50	+1.0%
	NE	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	NW	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	OW	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	SG	29	0.6%	21	0.4%	30	0.6%	+1	+0.0%
	SH	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	SZ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	TG	93	2.0%	97	2.1%	91	1.9%	-2	-0.1%
	TI	1	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	-1	-0.0%
	UR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	VD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	VS	8	0.2%	8	0.2%	8	0.2%	+0	-0.0%
ZG	9	0.2%	23	0.5%	36	0.7%	+27	+0.6%	
ZH	112	2.4%	94	2.0%	78	1.6%	-34	-0.8%	
Total		4'697	100.0%	4'717	100.0%	4'827	100.0%	+130	

TABELLE 12: ABWANDERUNG REHABILITATION – FÄLLE NACH STANDORTKANTON DER HOSPITALISATION 2011-2013

Der wichtigste Zielkanton für Aargauer Patienten ist der Kanton Luzern. Im Jahr 2013 erfolgten 3.0% der Hospitalisationen von Aargauer Patienten in Spitälern mit Standort im Kanton Luzern, wobei zwischen 2011 und 2013 eine Zunahme um +0.9 Prozentpunkte beobachtbar ist. Weitere relevante Zielkantone für Aargauer Patienten sind die Kantone Appenzell-Ausserrhodon (2.6%), Thurgau (1.9%), Bern (1.7%) und Zürich (1.6%).

Zuwanderung

Die Zahl der Hospitalisationen ausserkantonaler Patienten in Spitälern mit Standort im Kanton Aargau sinkt zwischen 2011 und 2013 von 7'176 auf 7'074. Analog sinkt der Anteil ausserkantonaler Patienten von 64.3% auf 63.6%.

Kanton Aargau	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Wohnkanton Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
AG	3'991	35.7%	3'975	35.6%	4'042	36.4%	+51	+0.6%
Zuwanderung	7'176	64.3%	7'192	64.4%	7'074	63.6%	-102	-0.6%
BS	483	4.3%	521	4.7%	501	4.5%	+18	+0.2%
BL	1'006	9.0%	1'045	9.4%	1'056	9.5%	+50	+0.5%
SO	618	5.5%	778	7.0%	804	7.2%	+186	+1.7%
LU	426	3.8%	420	3.8%	484	4.4%	+58	+0.5%
ZH	3'358	30.1%	3'057	27.4%	2'836	25.5%	-522	-4.6%
BE	278	2.5%	306	2.7%	335	3.0%	+57	+0.5%
ZG	59	0.5%	80	0.7%	75	0.7%	+16	+0.1%
übrige CH	752	6.7%	793	7.1%	801	7.2%	+49	+0.5%
Ausland	196	1.8%	192	1.7%	182	1.6%	-14	-0.1%
Total	11'167	100.0%	11'167	100.0%	11'116	100.0%	-51	

TABELLE 13: ZUWANDERUNG REHABILITATION – HOSPITALISATIONEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2011-2013

Mit 30.1% im Jahr 2011 machen die Patienten aus dem Kanton Zürich mit Abstand die grösste Zuwanderergruppe aus. Zwischen 2011 und 2013 sinkt die Zahl der hospitalisierten Zürcher Patienten im Kanton Aargau um -522 Fälle, wodurch eine Reduktion ihres Anteils auf 25.5% resultiert. Des Weiteren stammen 9.5% der im Kanton Aargau hospitalisierten Patienten im Jahr 2013 aus dem Kanton Basel-Landschaft, 7.2% aus dem Kanton Solothurn, 4.5% aus dem Kanton Basel-Stadt und 4.4% aus dem Kanton Luzern sowie 1.6% aus dem Ausland. 7.2% entfallen auf die Sammelkategorie *übrige Schweiz*. Der Rückgang der Zürcher Patienten ist mit der Eröffnung der Standorte Kilchberg und Zollikerberg der RehaClinic im Laufe des Jahres 2012 in Verbindung zu setzen, wodurch sich der Anteil der Zürcher Patienten an den Standorten der RehaClinic im Kanton Aargau merklich reduzierte.

Insgesamt ist in der Rehabilitation für den Kanton Aargau eine hohe Nettozuwanderung zu verzeichnen. Im Jahr 2013 beläuft sich die Abwanderung von Aargauer Patienten auf 785 Fälle, währenddessen 7'074 ausserkantonale Patienten Leistungen in Aargauer Rehabilitationsspitalern beanspruchten. Die grösste Zuwanderung verzeichnet der Kanton Aargau wie erwähnt aus dem Kanton Zürich. Zurückzuführen ist dies hauptsächlich auf die RehaClinic, innerhalb welcher die Zürcher Patienten – trotz des erwähnten Rückgangs – auch im Jahr 2013 noch immer die grösste Patientengruppe darstellen.

Ambulante Versorgung

Insgesamt stieg die Zahl der erbrachten Grundleistungen (Summe der Konsultationen und Hausbesuche) durch ambulante Leistungserbringer mit Standort im Kanton Aargau zwischen 2011 und 2013 von 3.75 Mio. Grundleistungen auf 4.1 Mio. was einem Anstieg um +10.5% entspricht. 91.3% dieser Leistungen beziehen sich auf Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau. Im Jahr 2011 wurden 76.5% der ambulanten Grundleistungen durch praxisambulante Ärzte erbracht, 23.5% bezogen sich auf spitalambulante Leistungen. Der Anteil der der spitalambulant erbrachten Leistungen steigt zum Jahr 2013 auf 26.2%.

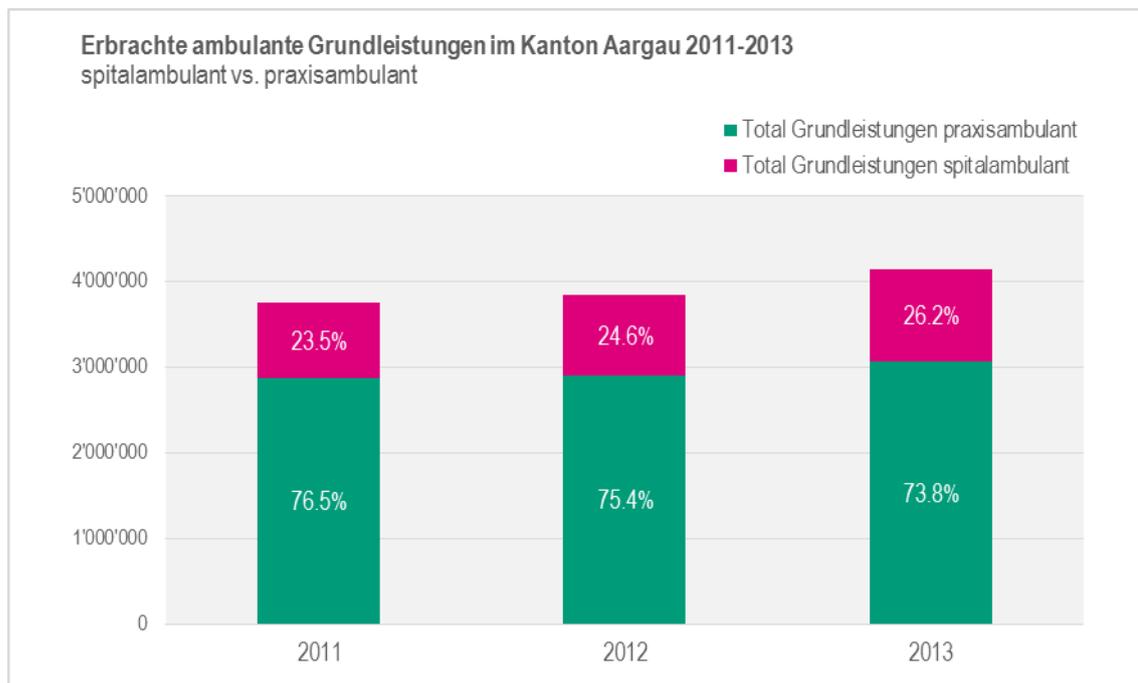


ABBILDUNG 9: AMBULANTES ANGEBOT – PRAXIS- UND SPITALAMBULANTE LEISTUNGEN 2011-2013

Rund die Hälfte der praxisambulanten Leistungen konzentriert sich auf die Grundversorgung, wobei damit die Leistungen der *Allgemeinen Inneren Medizin*, der *Praktischen Ärzte* und der *Gruppenpraxen* gemeint sind. Gemessen an der Anzahl Grundleistungen sind nach der *Allgemeinen Inneren Medizin* die folgenden Ärzteguppen die bedeutendsten Leistungserbringer im Kanton Aargau:

- *Kinder- und Jugendmedizin* mit 215'701 Grundleistungen im Jahr 2013
- *Gynäkologie und Geburtshilfe* mit 198'665 Grundleistungen im Jahr 2013
- *Psychiatrie und Psychotherapie* mit 175'309 Grundleistungen im Jahr 2013

Zwischen 2011 und 2013 ist ein Anstieg der Anzahl Gruppenpraxen von 6 im Jahr 2011 auf 9 im Jahr 2013 festzustellen, im Zuge dessen ebenso die Zahl der ambulanten Leistungen in Gruppenpraxen um +25.5% steigt.

Nachfrage

Gerinfügig mehr als das Angebot stieg die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau um +11.4% von 4 Mio. ambulanten Grundleistungen im Jahr 2011 auf 4.5 Mio im Jahr 2013. 85.6% der nachgefragten praxisambulant Leistungen und 82.2% der spitalambulant Leistungen beziehen sich dabei auf Leistungserbringer mit Standort im Kanton Aargau.

Abwanderung

Im Jahr 2013 wurden 15.4% der ambulanten Grundleistungen von Aargauer Patienten ausserhalb des Kantons Aargau in Anspruch genommen. Zwischen 2011 und 2013 bleibt dieser Anteil weitgehend stabil. Der wichtigste Zielkanton von Aargauer Patienten ist der Kanton Zürich mit 6.7% der Gesamtnachfrage im Jahr 2013. Darauf folgen die Kantone Basel-Stadt mit 2% sowie die Kantone Solothurn und Basel-Landschaft mit je 1.5%.

Kanton Aargau	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
Standortkanton Leistungserbringer	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
AG	3'411'692	84.9%	3'500'107	84.6%	3'787'868	84.6%	+376'176	-0.3%
Total Abwanderung	606'546	15.1%	638'313	15.4%	688'557	15.4%	+82'011	+0.3%
BL	58'499	1.5%	60'738	1.5%	65'267	1.5%	+6'768	+0.0%
BS	77'749	1.9%	82'330	2.0%	91'543	2.0%	+13'794	+0.1%
SO	64'987	1.6%	65'822	1.6%	67'918	1.5%	+2'931	-0.1%
LU	49'618	1.2%	52'527	1.3%	56'420	1.3%	+6'802	+0.0%
ZG	29'813	0.7%	31'182	0.8%	33'903	0.8%	+4'090	+0.0%
ZH	255'425	6.4%	273'501	6.6%	300'473	6.7%	+45'048	+0.4%
BE	33'046	0.8%	34'549	0.8%	35'981	0.8%	+2'935	-0.0%
Übrige Schweiz	37'367	0.9%	37'559	0.9%	36'968	0.8%	-399	-0.1%
Ausland	42	0.0%	105	0.0%	84	0.0%	+42	+0.0%
Total	4'018'238	100.0%	4'138'420	100.0%	4'476'425	100.0%	+458'187	

TABELLE 14: ABWANDERUNG AMBULANT – GRUNDLEISTUNGEN NACH STANDORTKANTON DER BEHANDLUNG 2011-2013

Zuwanderung

Im Jahr 2013 beziehen sich lediglich 8.7% aller im Kanton Aargau erbrachten ambulanten Grundleistungen auf Patienten aus anderen Kantonen bzw. aus dem Ausland. Der Anteil der Zuwanderung bleibt zwischen 2011 und 2013 relativ stabil. Die meisten zugewanderten Patienten stammen aus den Kantonen Solothurn und Zürich, mit einem Anteil von 2.7% bzw. 2.2% der erbrachten Leistungen durch ambulante Leistungserbringer mit Standort im Kanton Aargau.

Kanton Aargau	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
Wohnsitz Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
AG	3'411'692	90.9%	3'500'107	91.0%	3'787'868	91.3%	+376'176	+0.4%
Total Zuwanderung	339'831	9.1%	344'221	9.0%	358'803	8.7%	+18'972	-0.4%
BL	36'195	1.0%	35'643	0.9%	39'816	1.0%	+3'621	-0.0%
BS	11'471	0.3%	11'305	0.3%	12'096	0.3%	+625	-0.0%
SO	91'689	2.4%	97'561	2.5%	111'794	2.7%	+20'105	+0.3%
LU	45'967	1.2%	47'319	1.2%	49'394	1.2%	+3'427	-0.0%
ZG	5'577	0.1%	5'194	0.1%	5'615	0.1%	+38	-0.0%
ZH	93'139	2.5%	90'477	2.4%	91'439	2.2%	-1'700	-0.3%
BE	13'230	0.4%	14'185	0.4%	14'468	0.3%	+1'238	-0.0%
Übrige Schweiz	22'953	0.6%	24'160	0.6%	23'589	0.6%	+636	-0.0%
Ausland	5'225	0.1%	5'536	0.1%	8'297	0.2%	+3'072	+0.1%
Sonstige	14'384	0.4%	12'840	0.3%	2'295	0.1%	-12'089	-0.3%
Total	3'751'523	100.0%	3'844'328	100.0%	4'146'671	100.0%	+395'148	

TABELLE 15: ZUWANDERUNG AMBULANT – GRUNDLEISTUNGEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2011-2013

Im Vergleich von Zu- und Abwanderung zeigt sich, dass mehr ambulante Leistungen für Aargauer Patienten ausserhalb des Wohnkantons erfolgen, als dass ausserkantonal Patienten im Kanton Aargau ambulant behandelt werden (Nettoabwanderung). Ausserdem ist – sowohl für die Zu- als auch die Abwanderung – der Kanton Zürich von relevanter Bedeutung. Insgesamt gilt für die ambulante Versorgung, was auch für die akutstationäre Versorgung sowie für die stationäre Psychiatrie gilt: Die Gesamtregion der Nordwestschweiz stellt aufgrund der geringen Zu- und Abwanderung ein weitgehend geschlossenes Versorgungssystem dar.¹¹

¹¹ Lediglich 6.4% der ambulanten Grundleistungen für Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz beziehen sich auf Behandlungen bei Leistungserbringern mit Standort ausserhalb der Nordwestschweiz. Gleichzeitig

Spezifische Indikatoren zur ambulanten Versorgungslage

Nebst der Dokumentation zu Angebot, Nachfrage und den Patientenströmen innerhalb der ambulanten Versorgung wurden im Rahmen des Monitorings auch diverse Indikatoren zur ambulanten Versorgung erprobt.

- Vergleich der Ärztedichte nach Standortkanton

Die Ärztedichte im Kanton Aargau beläuft sich im Jahr 2013 auf 177 OPK-abrechnenden Ärzte pro 100'000 Versicherte. Damit liegt sie deutlich unter dem Durchschnitt der Nordwestschweiz (231) sowie auch unterhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts (264).

- Geografische Verteilung praxisambulanter Leistungserbringer

In Bezug auf die Verteilung der Leistungserbringer in der Nordwestschweiz zeigt sich, dass erwartungsgemäss die Zahl der Grundversorger in den Zentren Aarau, Basel, Solothurn und Baden/Wettingen am höchsten ist. Etwas geringer ist die Zahl der Grundversorger in den Regionen Liestal und Grenchen. Alle Regionen der Nordwestschweiz verfügen über zumindest einen Leistungserbringer der Grundversorgung. Die höchste Anzahl Pädiater und Psychiater weisen – nebst den Zentrumsregionen Aarau, Basel, Wettingen/Baden und Solothurn – die Region um Rheinfelden sowie für die Psychiatrie ebenfalls Liestal auf.

- Vergleichende Analyse der Konsultationsquoten nach Wohnsitzkanton

Die Konsultationsquoten der Nordwestschweiz als Gesamtregion weichen innerhalb der ausgewählten Leistungsbereiche nur geringfügig von den Konsultationsquoten gemäss dem Deutschschweizer Durchschnitt ab. Auf kantonaler Ebene sind jedoch wesentliche Unterschiede erkennbar. Die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt weisen in den spezialärztlichen Leistungsbereichen tendenziell überdurchschnittliche Konsultationsquoten auf, wohingegen die Kantone Aargau und Solothurn in diesen Bereichen tendenziell unterhalb des Deutschschweizer Durchschnitts liegen.

Ergebnisse Analyse substituierbarer Leistungen

Die Zielsetzungen des vorliegenden Monitorings umfassten mitunter auch die Erarbeitung eines Rasters potentiell substituierbarer Leistungen, d.h. Leistungen, die sowohl stationär als auch ambulant erbracht werden können. Anhand der zur Verfügung stehenden Daten wurde versucht, allfällige Verschiebungen von stationären zur ambulanten Leistungserbringung zu identifizieren. Die Resultate zeigen ein unterschiedliches Bild je nach Eingriff bzw. Behandlungsgruppe. Bei gewissen Behandlungen (Grauer Star, Dekompression bei einem Karpaltunnelsyndrom) scheint die Verschiebung von stationären zu ambulanten Settings bereits vor der Einführung der Fallpauschalen im stationären Bereich weitgehend stattgefunden zu haben. Bei einigen Eingriffen (Zervixkonisation, operative Eingriffe bei Leistenbrüchen, Arthroskopische Meniskusentfernung) zeichnet sich zwischen 2011 und 2013 eine Verschiebung zugunsten der ambulanten Behandlung ab, wobei die Kausalität zwischen der Einführung der Fallpauschalen und den beobachteten Verschiebungen anhand des gewählten Analyseverfahrens nicht beurteilt werden kann. Bei den übrigen, untersuchten Eingriffen und Behandlungen kann entweder keine eindeutige Tendenz oder aber ein Anstieg des Anteils stationärer Behandlungsformen ausgemacht werden. Das erarbeitete Substitutionsraster bildet eine Grundlage bzw. einen Ausgangspunkt, um allfällige Substitutionstendenzen auch in Zukunft nachvollziehen zu können und daraus Handlungswissen für eine leistungsorientierte Versorgungsplanung abzuleiten.

sind nur 4.6% der ambulanten Leistungen in der Nordwestschweiz auf ausserregionale Patienten zurückzuführen (vgl. dazu auch Kapitel E.5.3 im Bericht auf Ebene der Gesamtnordwestschweiz).

Schlussfolgerungen und Empfehlungen für den Versorgungsraum Nordwestschweiz

Nachfolgend sind die zentralen Schlussfolgerungen und Empfehlungen unter Berücksichtigung sämtlicher Versorgungsbereiche sowie der Resultate auf Ebene aller kantonalen Berichte enthalten.

- Für die Mehrheit der Versorgungsbereiche ist im Kanton Aargau eine steigende Tendenz der Inanspruchnahme feststellbar. Teilweise kann diese Tendenz durch das Bevölkerungswachstum sowie durch die älter werdende Bevölkerung bzw. durch die Alterung der bevölkerungsreichen Kohorten erklärt werden.
- Die Region Nordwestschweiz ist ein weitgehend geschlossenes Versorgungssystem. Die Abwanderung aus der Nordwestschweiz bewegt sich für alle Versorgungsbereiche (Akutsumatik, Psychiatrie, Rehabilitation und innerhalb der ambulanten Versorgung) im einstelligen bzw. knapp zweistelligen Prozentbereich. Mit Ausnahme in der Rehabilitation trifft dasselbe auch auf die Zuwanderung in die Nordwestschweiz zu.
- Im Zusammenhang mit der KVG-Revision bzw. der freien Spitalwahl und damit einhergehend die Aufnahmepflicht für alle Listenspitäler lassen sich diverse Veränderungstendenzen feststellen. So lassen sich in der akutstationären Versorgung Veränderungen der Marktanteile zugunsten kleinerer, spezialisierter Leistungserbringer ausmachen. Gleichzeitig steigt der Anteil Patienten in den Liegeklassen halbprivat bzw. privat insbesondere in Spitälern mit steigenden Fallzahlen. Schliesslich ist in allen Versorgungsbereichen mehrheitlich eine steigende Tendenz in Bezug auf den Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen zu beobachten. Insbesondere in der Psychiatrie sowie weitgehend auch in der akutstationären Versorgung beschränken sich die steigende Mobilität der Patienten auf Leistungserbringer in den jeweils anderen Nordwestschweizer Kantonen, während für die Rehabilitation auch eine wesentliche Zunahme der Hospitalisationen ausserhalb der Nordwestschweiz beobachtbar ist. Die beobachteten Tendenzen hinsichtlich der Marktanteile sowie der überkantonalen und -regionalen Patientenströme sind weiterzuverfolgen, so dass die aktuell geltenden Spitalisten unter Berücksichtigung dieser Entwicklungen überprüft werden können. Im Rahmen des vorliegenden Monitorings wurden die dazu notwendigen Datengrundlagen geschaffen. Insbesondere wurde eine zuverlässige Abgrenzung der akutstationären Leistungen hergestellt.
- Im Hinblick auf die Analyse der überkantonalen Patientenströme sowie für die interkantonale Koordination im Rahmen der Versorgungsplanung im Allgemeinen ist eine einheitliche Leistungsgruppensystematik innerhalb der stationären Rehabilitation und Psychiatrie von grossem Vorteil. Insofern die Möglichkeit besteht, ist ausserdem die Kompatibilität der Leistungsgruppen mit den geplanten, einheitlichen Tarifstrukturen in der stationären Rehabilitation bzw. Psychiatrie sicherzustellen. Dazu sind die Entwicklungen im Rahmen der Projekte ST Reha und TARPSY einzubeziehen. Als Grundlage für die einheitliche Tarifstruktur in der stationären Rehabilitation wurde durch H+ eine Definition der stationären Rehabilitationsarten erarbeitet (DefReha), die als Grundlage einer Leistungsgruppensystematik in der Rehabilitation herangezogen werden kann. Gleichzeitig könnte damit in Bezug auf die Abgrenzung einzelner Leistungsgruppen mehr Klarheit geschaffen und somit ebenso die Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Kantonen verbessert werden.
- Die Prognosemodelle gemäss Versorgungsbericht sind ausgehend von den aktuell geltenden Leistungsgruppensystematiken, den aktualisierten Bevölkerungsprognosen sowie den Erkenntnissen aus den Entwicklungen 2008 bis 2013 anzupassen. Zur Nutzung von Synergien ist diesbezüglich eine Kooperation mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich anzustreben.
- Im Rahmen des Monitorings wurden verschiedene Indikatoren zur Versorgungssituation untersucht. Diese umfassen die Erreichbarkeitsanalysen zu spezifischen Versorgungsangeboten in der Akutsumatik und Psychiatrie, die Analyse zu den Mindestfallzahlen in ausgewählten akutstationären Leistungsgruppen, die vergleichende Auswertung von Hospitalisationsraten in der akutstationären Versorgung und Konsultationsquoten betreffend die ambulante Versorgung, die Analyse allfälliger Substitutionstendenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie die Zahl ambulanter Leistungserbringer pro 100'000 Versicherte und deren

regionale Verteilung. Teilweise fehlt es an geeigneten Richtwerten oder an ausreichend aussagekräftigen Zeitreihen, um gesicherte Schlussfolgerungen zuhanden der Versorgungsplanung abzuleiten. Im Hinblick auf die Fortführung der leistungsorientierten Versorgungsplanung sind aufbauend auf den vorliegenden Schlussbericht die wesentlichen Kennzahlen und Indikatoren für ein langfristiges und effizientes Versorgungsmonitoring zu definieren. Wo notwendig, sind die entsprechenden Richtwerte unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes sowie in Koordination mit den übrigen Kantonen bzw. der GDK herzuleiten. In diesem Zusammenhang ausserdem zu prüfen, sind zusätzliche Indikatoren, um Veränderungen entlang der Versorgungskette abzubilden (z.B. Schweregrad bei Eintritt in Rehabilitationseinrichtungen).

A. Einleitung

1 Ausgangslage

Basierend auf der Kompetenzausscheidung gemäss Art. 3 der Schweizerischen Bundesverfassung¹² bildet die Gesundheitsversorgung eine Aufgabe der Kantone. Ihnen obliegt die Sicherstellung der öffentlichen Gesundheitspflege und des gesundheitspolizeilichen Bereichs. Gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)¹³ muss jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz für Krankenpflege versichert sein. Die obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt die Kosten für Leistungen im Zusammenhang mit Diagnose und Behandlung von Krankheiten. Die Kantone erteilen insbesondere die gesundheitspolizeiliche Zulassung, als Voraussetzung für die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der OKP. In diesem Sinne sind im KVG die Spitalplanung und die daraus resultierende Erstellung einer Spitalliste als kantonale Aufgabe definiert.¹⁴ Die Entscheidung, ob die Spitalplanung durch einen einzelnen Kanton oder durch mehrere Kantone gemeinsam erfolgen soll, obliegt den Kantonen, wobei die Kantone in jedem Fall zur Koordination ihrer Planungen verpflichtet sind.¹⁵

Am 21. Dezember 2007 haben die Eidgenössischen Räte die Revision des KVG¹⁶ im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen.¹⁷ Im Zentrum stehen der Übergang zur Leistungsfinanzierung – mit der Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen – und die Ausdehnung der Wahlmöglichkeit der Versicherten. Ausserdem vergüten gemäss der neuen Regelung die obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Wohnsitzkanton ihren Beitrag an den Aufenthalt in Spitälern und Geburtshäusern auch dann, wenn diese nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons des Versicherten aufgeführt sind. Die Patienten können neben den Listenspitälern ihres Wohnkantons auch unter den auf der Liste anderer Kantone aufgeführten Spitälern frei wählen, ohne dass der Finanzierungsbeitrag des Kantons wegfällt.¹⁸ Mit den neuen Instrumenten sollen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und der Qualitätswettbewerb gefördert werden, um somit eine effiziente und qualitativ hochstehende Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Revision stellt einen Paradigmenwechsel im Bereich der Spitalfinanzierung und der Versorgungsplanung dar: weg von der mengenorientierten, hin zu einer leistungsbezogenen Spitalplanung.¹⁹

In Erfüllung ihres gesundheitspolitischen und versorgungsplanerischen Auftrags und in Antizipation der per 1.1.2012 in Kraft tretenden massgeblichen Reformen der KVG-Revision liessen die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn einen gemeinsamen Versorgungsbericht basierend auf den Daten der Medizinischen Statistik 2008 (für die Akutsomatik und die Psychiatrie) sowie auf einer Erhebung der Fallzahlen der Rehabilitationskliniken und -spitäler

¹² Vgl. Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft BV vom 18. April 1999 (Stand am 9. Februar 2014), SR 101.

¹³ Vgl. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. März 2014), SR 832.10.

¹⁴ Vgl. Art. 39 KVG.

¹⁵ Vgl. Art. 39 Absatz 2 KVG.

¹⁶ Im vorliegenden Bericht wird nachfolgend jeweils auf die „KVG-Revision“ Bezug genommen. Gemeint ist dabei stets die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung aus dem Jahr 2007.

¹⁷ Vgl. AS 2008 2049.

¹⁸ Die Kostenübernahme erfolgt jedoch höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung vergütet wird (vgl. Art. 41 KVG).

¹⁹ Vgl. Bundesrat (2013, S.13-18).

erstellen.²⁰ Der Versorgungsbericht zeichnet ein umfassendes Bild der Inanspruchnahme stationärer, medizinischer Leistungen (Nachfrage) und skizziert den zukünftigen Versorgungsbedarf der Nordwestschweizer Wohnbevölkerung unter Berücksichtigung der demografischen, medizintechnischen, epidemiologischen und ökonomischen Entwicklungen.

Das Projekt „Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn“, aus welchem der hier vorliegende Schlussbericht hervorgeht, führt die bisherigen versorgungsbezogenen Arbeiten weiter. Das Projekt zielt darauf ab, aufbauend auf den Ergebnissen aus dem Versorgungsbericht, die notwendigen Datengrundlagen für die weiterführende Spitalplanung der Nordwestschweizer Kantone zu schaffen. Das Monitoring bezieht sich auf den Zeitraum 2011 bis 2013 und legt dabei einen besonderen Fokus auf die Identifikation und Dokumentation von Entwicklungen, die direkt mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung verknüpft sind.

Die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn erteilten infolge einer öffentlichen Ausschreibung nach WTO-Standard der socialdesign ag 2013 ein Mandat für die Ausführung des Projekts „Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn“. Die Erarbeitung des hier vorliegenden Schlussbericht erfolgte massgeblich in Zusammenarbeit mit den Vertreter/innen der auftraggebenden Kantone, der für das Monitoring beigezogenen Expertengruppe,²¹ dem Obsan im Zusammenhang mit den Analysen zur ambulanten Versorgung und der geo7 AG in Bezug auf die Erreichbarkeitsanalysen.

²⁰ Analog zum vorliegenden Monitoring wurde im Rahmen der Spitalplanung 2012 jeweils ein Versorgungsbericht für die einzelnen Nordwestschweizer Kantone sowie auf Ebene der Nordwestschweiz und der Region nördlich des Juras erarbeitet (vgl. Gruber et al. 2010a bis f). Die Versorgungsberichte enthalten jeweils eine Ist-Analyse des Leistungsangebots sowie der Inanspruchnahme basierend auf den Daten zum Jahr 2008. Ausserdem umfassen die Versorgungsberichte eine Prognose des Leistungsbedarfs per 2020 im Sinne der leistungsorientierte Bedarfsplanung der stationären Versorgung gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV. Wenn nachfolgend vom *Versorgungsbericht* die Rede ist, wird damit stets auf die eben erwähnten Berichte verwiesen.

²¹ In der Expertengruppe vertreten waren Vertreter/innen aus den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation sowie von Seiten der ambulanten Leistungserbringer und der Forschung.

2 Gegenstand

Das Monitoring erstreckt auf die Datenjahre 2011 bis 2013. Geografisch bezieht sich das Monitoring hauptsächlich auf die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn.

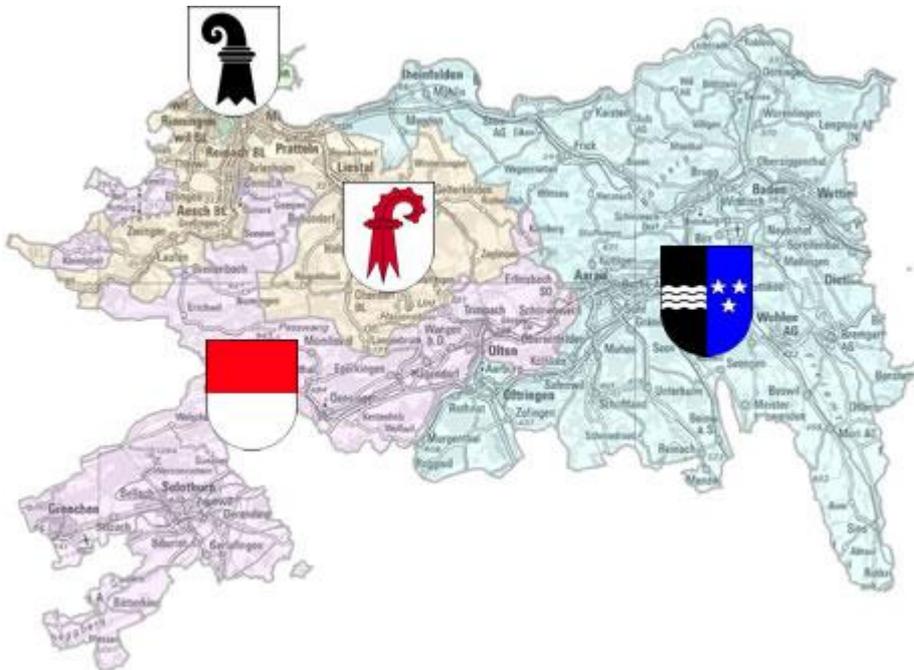


ABBILDUNG 10: NORDWESTSCHWEIZER KANTONE

Betrachtet werden die Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Ausserdem umfasst das Monitoring sowohl die stationäre als auch die ambulante Versorgung, wobei sich die Analysen zur ambulanten Versorgung infolge der zur Verfügung stehenden Datengrundlagen massgeblich auf die ambulanten Leistungen im akutsomatischen und psychiatrischen Bereich beschränken.

Mit der KVG-Revision werden die Kantone zur gemeinsamen Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) verpflichtet. Für die Umsetzung dieses Gesetzauftrages haben die Kantone per 1. Januar 2009 die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Da die hochspezialisierte Medizin massgeblich über die IVHSM geregelt und somit nur bedingt durch die auftraggebenden Kantone beeinflussbar ist, wird im Rahmen des Monitorings nur am Rande auf die hochspezialisierte Medizin eingegangen.

3 Berichterstattung

Die Berichterstattung im Rahmen des Monitorings erfolgt zu zwei Zeitpunkten. Der interne Zwischenbericht zu den Daten 2011 und 2012 wurde per September 2014 erstellt, der vorliegende Schlussbericht mit den Daten über den Zeitraum 2011 bis 2013 wird per September 2015 publiziert.

Zu beiden Zeitpunkten wurde jeweils ein Bericht auf Ebene Nordwestschweiz erstellt. Ergänzend dazu wurden jeweils vier kantonale Berichte sowie ein Bericht für die Region nördlich des Juras erarbeitet. Die kantonalen Berichte Aargau und Solothurn enthalten ausserdem zusätzliche Kapitel, welche spezifische Themen zur Versorgung innerhalb der Region Aarolingen betrachten.²² Das methodische Vorgehen betreffend die diversen Auswertungen im Rahmen des Monitorings ist in einem übergreifenden Methodenbericht dokumentiert. Insgesamt resultierten aus dem Monitoring somit dreizehn Berichte (vgl. auch Abbildung 11).

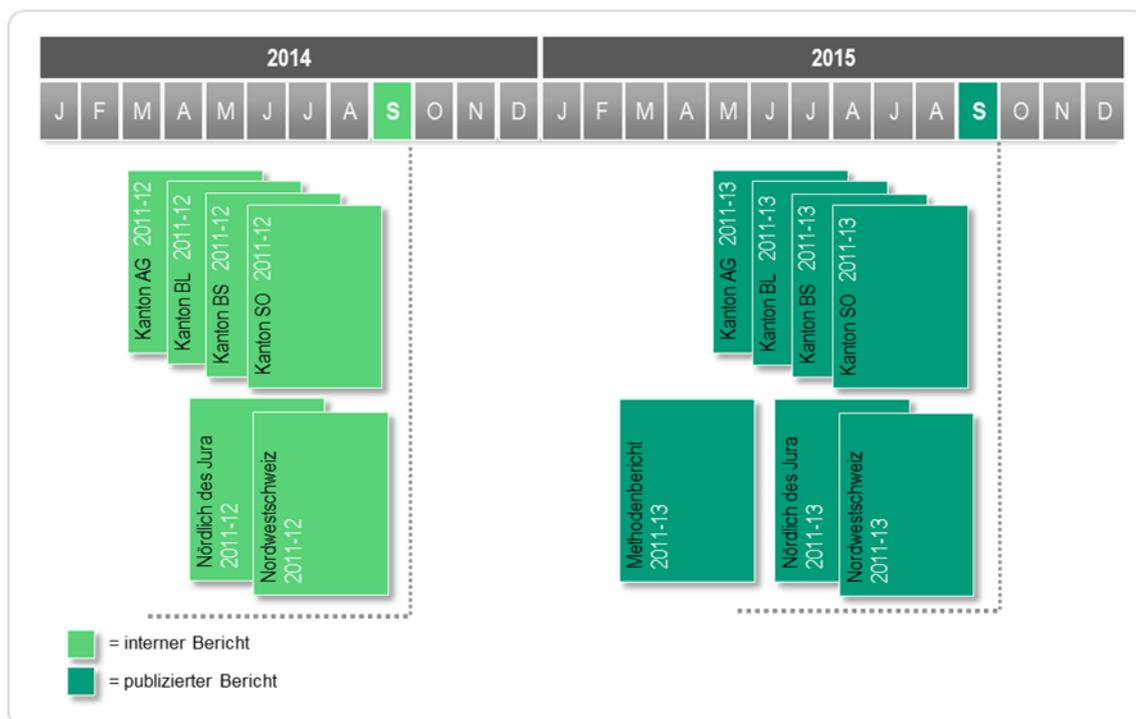


ABBILDUNG 11: ÜBERSICHT BERICHTERSTATTUNG

Beim vorliegenden Bericht handelt es sich um den Schlussbericht auf Ebene des Kantons Aargau.

4 Ziele und Fragestellungen

Das zentrale Anliegen des Monitorings liegt einerseits in der Dokumentation der medizinischen Leistungserbringung und -inanspruchnahme sowie in der Beschreibung der dabei beobachtbaren Entwicklungen. Nachfolgend wird in diesem Zusammenhang auch vom Angebot bzw. Nachfrage von medizinischen Versorgungsleistungen gesprochen, im Bewusstsein, dass die tatsächlich erbrachten Leistungen nicht notwendigerweise das gesamte, potentiell zur Verfügung stehende Angebot an medizinischen Versorgungsleistungen beschreiben und auch die real in Anspruch genommenen Leistungen nicht gänzlich den tatsächlichen Leistungsbedarf der Wohnbevölkerung abbilden müssen.

Unter **Angebot** werden im vorliegenden Bericht stets die erbrachten Leistungen durch Leistungserbringer mit Standort im Kanton Aargau verstanden. Die **Nachfrage** hingegen beschreibt die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Bevölkerung mit Wohnsitz im Kanton Aargau. Das Ausmass der Leistungen wird jeweils gemessen anhand der Anzahl Hospitalisationen (akutstationäre Versorgung), Pflage tage (stationäre Psychiatrie und Rehabilitation) bzw. anhand der Anzahl Grundleistungen (ambulante Versorgung).

²² Zur Definition der Regionen nördlich des Juras und die Region Aarolingen vgl. Methodenbericht.

Die Dokumentation des Angebots und der Nachfrage schliesst auch die Patientenströme mit ein, d.h. die Dokumentation der Zu- und Abwanderung von Patienten. Letztlich soll das Monitoring der Patientenströme Rückschlüsse auf die Versorgungslage der Nordwestschweiz im Allgemeinen und der einzelnen Kantone im Speziellen liefern.

Folgende übergeordneten **Fragestellungen** stehen dabei im Vordergrund:

- Wie entwickelt sich das stationäre und ambulante Angebot der Aargauer Spitäler über die Jahre 2011 bis 2013 in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie? Können Veränderungen des Angebots beobachtet werden, die auf die Massnahmen der KVG-Revision zurückzuführen sind?
- Wie entwickelt die Nachfrage der Aargauer Bevölkerung nach stationären und ambulanten medizinischen Leistungen über die Jahre 2011 bis 2013 in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie? Können Veränderungen im Patientenverhalten festgestellt werden, die auf die Massnahmen der KVG-Revision zurückzuführen sind?
- Wie entwickeln sich die Patientenströme der stationären und ambulanten Versorgung über die Jahre 2011 bis 2013 in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie? Können Veränderungen der Patientenströme beobachtet werden, die auf die Massnahmen der KVG-Revision zurückzuführen sind?
- Können aus Angebot und Nachfrage Schlussfolgerungen für die Versorgungslage (Über-/Unterversorgung) des Kantons Aargau gezogen werden? Anhand welcher Kriterien kann die Versorgungslage überhaupt beurteilt werden (Mindestfallzahlen, Erreichbarkeit, etc.)?
- Welche stationären Leistungen könnten gegebenenfalls durch ambulante Leistungen substituiert werden? Für welche Leistungen kann innerhalb des Beobachtungszeitraums eine Substitution stationärer durch ambulante Leistungen beobachtet werden?

Zur Beantwortung dieser Fragen werden die zur Verfügung stehenden Daten in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation sowie für die stationäre und ambulante Versorgung mit Fokus auf folgende Aspekte ausgewertet: Angebot, Nachfrage, Patientenströme, Versorgungslage.

1) Angebot

Hierbei wird der Fokus auf die Leistungserbringer gelegt. Betrachtet werden die erbrachten Leistungen durch Leistungserbringer mit Standort im Kanton Aargau. Innerhalb der akutstationären Versorgung werden ausserdem die ausserkantonalen Spitäler betrachtet, die auf mindestens einer der Spitalisten der auftraggebenden Kantone aufgeführt sind.

2) Nachfrage

Im Gegensatz zum Angebot stehen hier nicht die Leistungserbringer im Zentrum, sondern die Perspektive der Wohnbevölkerung. Demgemäss wird die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau betrachtet, ungeachtet des Standortes des jeweiligen Leistungserbringers. Die Analyse der Nachfrage erfolgt insbesondere gruppiert nach Leistungsbereichen bzw. Leistungsgruppen.

3) Patientenströme

Ein besonderer Fokus gilt im Rahmen des Monitorings den grenzüberschreitenden Patientenströmen. Es wird dabei untersucht, in welchem Ausmass Patienten zur Inanspruchnahme medizini-

scher Leistungen die kantonalen und regionalen Grenzen überqueren und welche Veränderungen diesbezüglich innerhalb des Beobachtungszeitraums festzustellen sind.²³ Die Patientenströme werden soweit möglich jeweils nach Herkunfts- und Zielort (Region, Kanton, MedStat-Region), nach Leistungsbereichen und hinsichtlich des Schweregrads (Akutsomatik) analysiert. Die Patientenströme bilden mitunter eine wichtige Grundlage für die interkantonale Koordination der kantonalen Versorgungsplanungen.²⁴

4) Versorgungslage

Nebst der Dokumentation von Angebot, Nachfrage und Patientenströmen soll das Monitoring auch Hinweise zur Versorgungslage im Kanton Aargau bzw. in der Nordwestschweiz liefern. Zwecks Beurteilung der Versorgungslage in der Nordwestschweiz werden die Themen *Mindestfallzahlen*, *Erreichbarkeit*, *Hospitalisationsraten* und *Konsultationsquoten* näher betrachtet. Die Analyse der Mindestfallzahlen erfolgt für die Akutsomatik anhand der Richtwerte der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich²⁵ basierend auf den Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)²⁶. Die Erreichbarkeit des Versorgungsangebots wird anhand einer Erreichbarkeitsanalyse für ausgewählte Fachbereiche bzw. Leistungsgruppen in der akutstationären und psychiatrischen Versorgung beschrieben. Dazu werden Informationen zum Leistungsangebot der Nordwestschweizer Spitäler mit demografischen Eigenschaften der Nordwestschweizer Bevölkerung sowie geografischen Parametern mithilfe eines Geoinformationssystems (GIS) verarbeitet. Die Analyse der Hospitalisationsraten bzw. Konsultationsquoten erfolgt innerhalb der akutstationären bzw. der ambulanten Versorgung anhand ausgewählter Leistungsgruppen.

In einem gesonderten Kapitel wird ein zusätzlicher Fokus auf die potentielle Substitution stationärer durch ambulante Leistungen gelegt. Basierend auf korrespondierenden Leistungen wird untersucht, inwiefern im Rahmen des Untersuchungszeitraums des Monitorings Substitutionstendenzen feststellbar sind.

5 Datengrundlage und Methodik

Im vorliegenden Kapitel werden ausschliesslich die zentralen Datengrundlagen des Monitorings beschrieben. Eine ausführliche Darstellung zum methodischen Vorgehen sind zuhanden der interessierten Leserschaft dem Methodenbericht zum vorliegenden Monitoring dokumentiert.

Das Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für die Region Nordwestschweiz bzw. für die einzelnen Kantone umfasst die Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation und behandelt sowohl die stationäre wie auch die ambulante Versorgung. Um alle Bereiche abzudecken, wurden verschiedene Datenquellen genutzt, die wichtigsten davon sind in Abbildung 12 ersichtlich.

²³ Patientenströme über die Landesgrenzen hinweg werden insofern berücksichtigt, dass für die stationäre Versorgung jeweils die Zuwanderung von ausländischen Patienten anhand der Daten aus der Medizinischen Statistik untersucht werden kann. Die Abwanderung, d.h. Nordwestschweizer Patienten, die sich im Ausland behandeln lassen, können auf Grundlage der Medizinischen Statistik nicht abgebildet werden. Für die ambulante Versorgung kann die Abwanderung insofern ausgewiesen werden, wenn die entsprechenden Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung bezahlt wurden, da lediglich diese im Datenpool der SASIS AG enthalten sind.

²⁴ Vgl. Bundesrat (2013, S.14).

²⁵ Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013).

²⁶ Vgl. Methodenbericht.

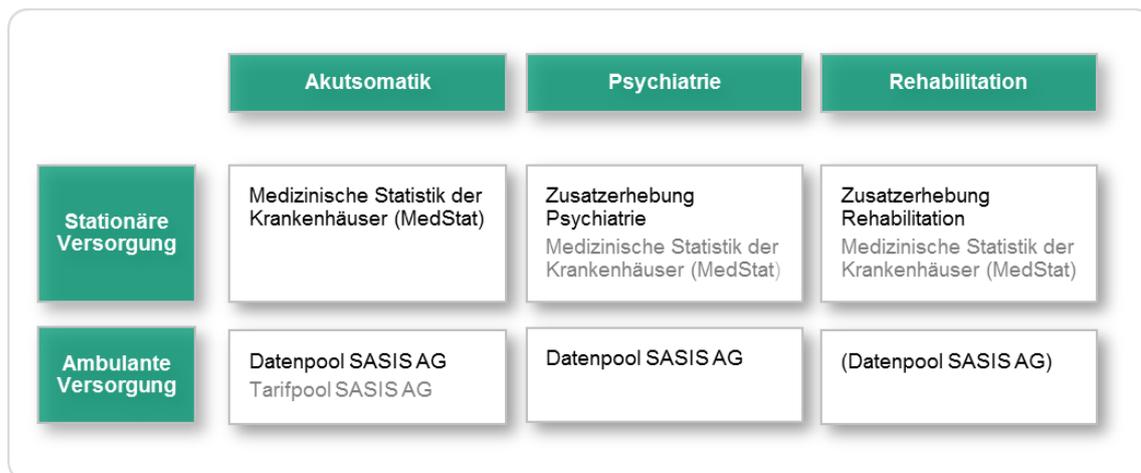


ABBILDUNG 12: DATENQUELLEN NACH VERSORGUNGSBEREICHEN

Zentrale Grundlage in Bezug auf die stationäre Versorgung bildeten die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik der Jahre 2011 bis 2013. In der Medizinischen Statistik werden jedes Jahr die anfallenden Daten aller Hospitalisationen in den Schweizerischen Krankenhäuser erfasst. Das Bundesamt für Statistik erhebt sowohl soziodemografische Informationen der Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie die Versicherungsart sowie medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen.

Da aufgrund der Daten aus der Medizinischen Statistik für die stationäre Psychiatrie sowie die stationäre Rehabilitation eine Kategorisierung nach Leistungsgruppen – gemäss den Spitallisten der Nordwestschweizer Kantone – nicht möglich gewesen wäre, erfolgte eine zusätzliche Erhebungen bei sämtlichen stationären Einrichtungen mit einem Leistungsauftrag gemäss den Nordwestschweizer Spitallisten für die Bereiche Psychiatrie und/oder Rehabilitation. Anhand eines vorgegebenen Erhebungsrasters wurden im Rahmen dieser Zusatzerhebungen mitunter die Fallzahlen und Pflergetage nach Leistungsgruppen abgefragt. Mit den Daten aus den Erhebungen sind jedoch nicht sämtliche Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz abgedeckt – namentlich fehlen alle Hospitalisationen in stationären Einrichtungen, die nicht auf den Nordwestschweizer Spitallisten aufgeführt sind. Um die gesamte Inanspruchnahme durch Nordwestschweizer Patienten darstellen zu können, wurden diese Fälle jeweils aufgrund der Daten aus der Medizinischen Statistik ergänzt. Bei Auswertungen nach Leistungsgruppen werden diese Fälle unter der Kategorie „nicht zuordenbare Leistungen“ zusammengefasst.

Die Analyse der ambulanten Versorgung stützt sich weitgehend auf Daten des Datenpools der SASIS AG²⁷ und erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan. Die Auswertungen im Zusammenhang mit der Substitution stationärer durch ambulante Leistungen basieren auf dem Tarifpool der SASIS AG, weil nur anhand des Tarifpools Auswertungen auf Ebene einzelner TARMED-Tarifpositionen möglich sind.

²⁷ Die SASIS AG ist eine Tochtergesellschaft von santésuisse, dem Branchenverband der in der Schweiz tätigen Krankenversicherer. Sie betreibt verschiedene Branchen-Produkte für alle teilnehmenden Krankenversicherer, mitunter verwaltet die SASIS AG den Datenpool sowie den Tarifpool.

6 Allgemeine Rahmenbedingungen

Unter den allgemeinen Rahmenbedingungen wird kurz auf die Bevölkerungsentwicklung, die demografische Alterung sowie die Codierpraxis in den Spitälern im Zeitraum des vorliegenden Monitorings eingegangen. Allesamt handelt es sich dabei um wichtige Kontextfaktoren, welche für die Interpretation der Auswertungen in den nachfolgenden Kapiteln von wesentlicher Bedeutung sind.

6.1 Bevölkerungswachstum

Die Relevanz des Bevölkerungswachstums im Hinblick auf die Versorgungsplanung ist offensichtlich. Mit der wachsenden Bevölkerungszahl steigt deren Versorgungsbedarf, infolgedessen ist eine dementsprechende Mehrinanspruchnahme zu erwarten.

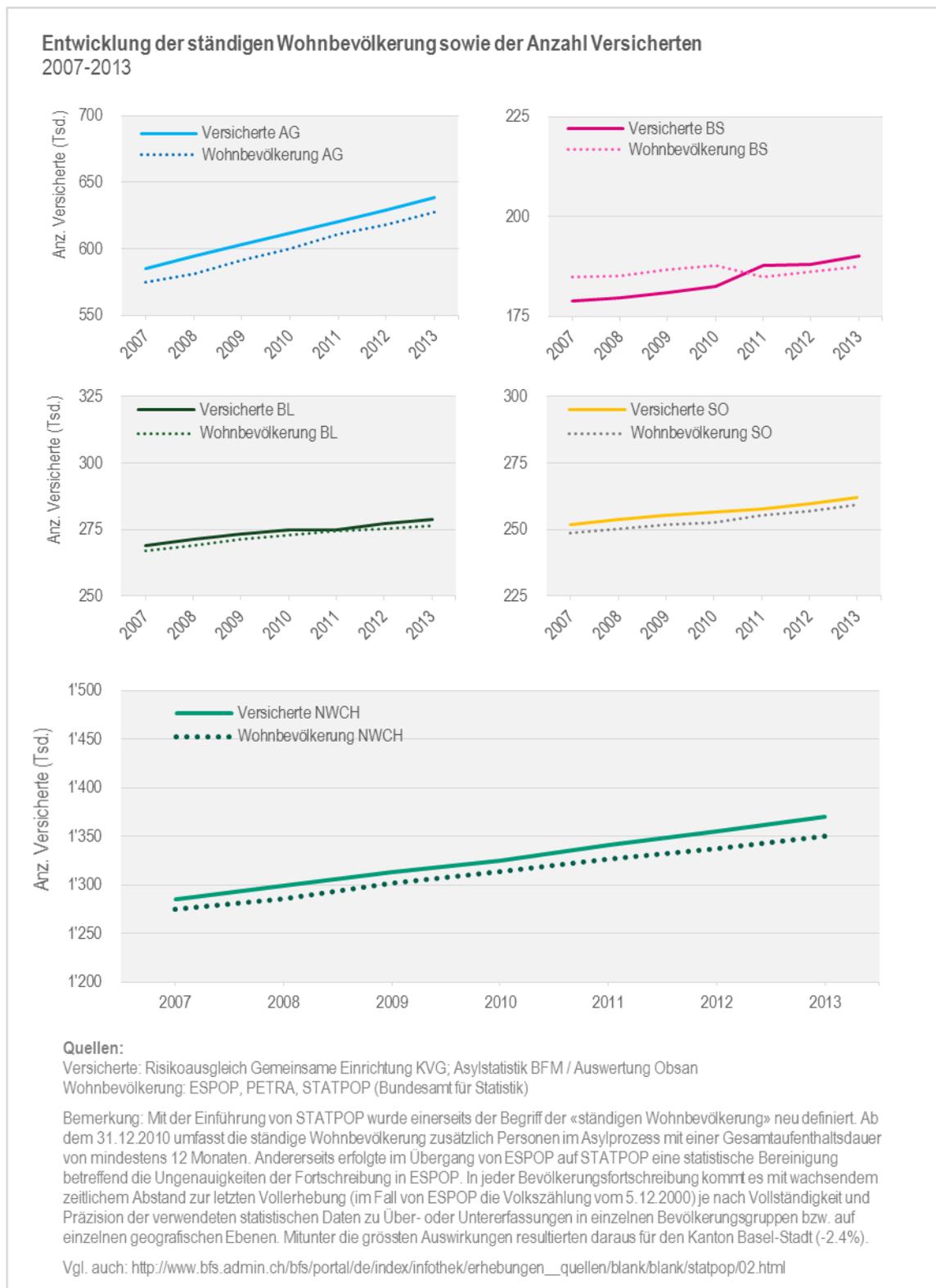


ABBILDUNG 13: STÄNDIGE WOHNBEVÖLKERUNG UND ANZAHL VERSICHETERE 2007-2013

In **Abbildung 13** wird die Entwicklung der ständigen Wohnbevölkerung sowie der Zahl der versicherten Personen zwischen 2007 und 2013 für die Nordwestschweizer Kantone dargestellt. Grundsätzlich ist in allen Kantonen eine Zunahme sowohl der ständigen Wohnbevölkerung als auch der Zahl der Versicherten festzustellen. Im Kanton Aargau ist die Zunahme am deutlichsten,

die Wohnbevölkerung steigt von 574'813 Einwohner im Jahr 2007 auf 627'340 im Jahr 2013. Im Untersuchungszeitraum des Monitorings zwischen 2011 und 2013 beläuft sich der jährliche Bevölkerungszuwachs auf durchschnittlich 1.3%.²⁸

6.2 Demografische Alterung

In **Abbildung 14** ist das Durchschnittsalter nach Wohnkanton dargestellt. Mit durchschnittlich 43.9 Jahren im Jahr 2013 ist die basel-städtische Wohnbevölkerung die älteste im Vergleich der Nordwestschweizer Kantone. Darauf folgt die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft mit einem Durchschnittsalter von 43.8 Jahren. Im schweizweiten Vergleich weist lediglich die Wohnbevölkerung des Kantons Tessin im Jahr 2013 noch ein geringfügig höheres Durchschnittsalter auf.²⁹ Von den Nordwestschweizer Kantonen liegt einzig die Wohnbevölkerung des Kantons Aargau unterhalb des gesamtschweizerischen Altersdurchschnitts.

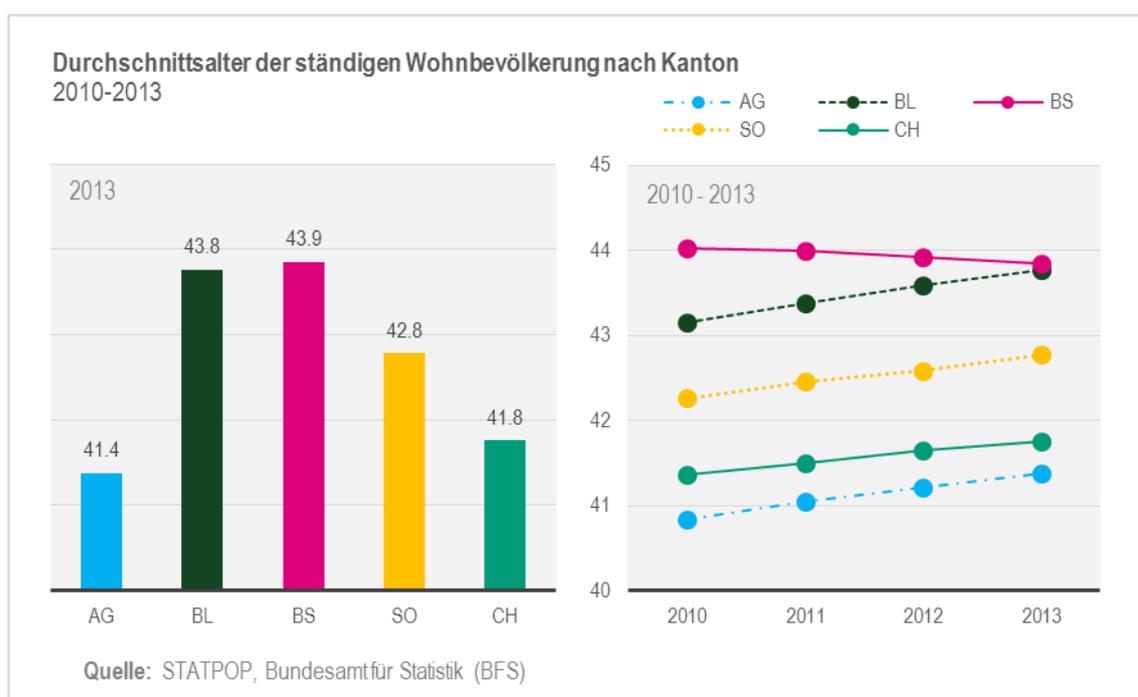


ABBILDUNG 14: DURCHSCHNITTSALTER NACH KANTON 2010-13

Im Zeitverlauf zeigt sich, dass das Durchschnittsalter der basel-städtischen Wohnbevölkerung zwischen 2010 und 2013 eine sinkende Tendenz aufweist, während in den übrigen Nordwestschweizer Kantonen das Durchschnittsalter steigt. Dies führt mitunter dazu, dass sich das Durchschnittsalter der beiden Basler Halbkantone im Jahr 2013 auf ähnlich hohem Niveau befindet. Dieser Trend widerspiegelt sich ebenfalls **Tabelle 16** zum Anteil der Wohnbevölkerung im Alter von 65 Jahren und höher.

²⁸ Die Zahlen zum Versichertenbestand basieren auf dem Datenpool der SASIS AG. Der Datenpool deckt nicht alle versicherten Personen in der Schweiz ab, weshalb werden die Daten mit dem Versichertenbestand des Risikoausgleichs der Gemeinsamen Einrichtung KVG sowie mit der Asylstatistik des Bundesamtes für Migration hochgerechnet. Seit dem 1. Januar 2013 werden in der Schweiz versicherte Personen, die im Ausland wohnen, nicht mehr in den für den Risikoausgleich massgebenden Versichertenbestand eingerechnet; diese sind jedoch immer noch im Datenpool erfasst. Damit die Angaben über den gesamten Zeitraum vergleichbar sind wurden die Daten zum Versichertenbestand dementsprechend korrigiert. Dazu wurde der kantonale Anteil ausländischer versicherter Personen aus dem Jahr 2012 zum Versichertenbestand Risikoausgleich/Asylstatistik des Jahres 2013 aufsummiert.

²⁹ Vgl. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html>.

Anteil der ständigen Wohnbevölkerung im Alter von 65 Jahren und höher				
	2010	2011	2012	2013
Aargau	15.5%	15.9%	16.1%	16.4%
Basel-Landschaft	19.5%	20.0%	20.4%	20.7%
Basel-Stadt	20.8%	20.7%	20.6%	20.5%
Solothurn	17.7%	18.0%	18.2%	18.5%
Schweiz	16.9%	17.2%	17.4%	17.6%

Quelle: Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Bundesamt für Statistik

TABELLE 16: ANTEIL DER WOHNBEVÖLKERUNG IM ALTER VON 65 JAHREN UND HÖHER NACH KANTON, 2010-2013

In **Abbildung 15: Altersverteilung der Wohnbevölkerung nach Wohnkanton 2013** ist die Altersverteilung der jeweiligen kantonalen Wohnbevölkerung für das Jahr 2013 detailliert sowie in Relation zur gesamtschweizerischen Altersverteilung dargestellt. Die Altersverteilung in den Kantonen Aargau und Solothurn ist weitgehend mit dem schweizerischen Durchschnitt vergleichbar. Im Kanton Solothurn weicht einzig der Anteil der Personen im Alter zwischen ca. 25 bis 42 Jahren wesentlich vom gesamtschweizerischen Durchschnitt ab. Ungefähr dieselbe Altersgruppe ist im Kanton Basel-Stadt überdurchschnittlich vertreten. Analog gilt dies ebenso für Personen im Alter von 75 Jahren und älter. Unterdurchschnittlich im Kanton Basel-Stadt ist dahingegen der Anteil der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 5 bis 20 Jahren. Im Kanton Basel-Landschaft, dessen Wohnbevölkerung – wie bereits erwähnt – ungefähr dasselbe Durchschnittsalter wie im Kanton Basel-Stadt aufweist, ist insbesondere für die Altersgruppe der 60-75jährigen ein überdurchschnittlicher Anteil zu verzeichnen. Dahingegen bewegt sich der Anteil der 20-40jährigen Personen im Kanton Basel-Landschaft deutlich unterhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts liegt.

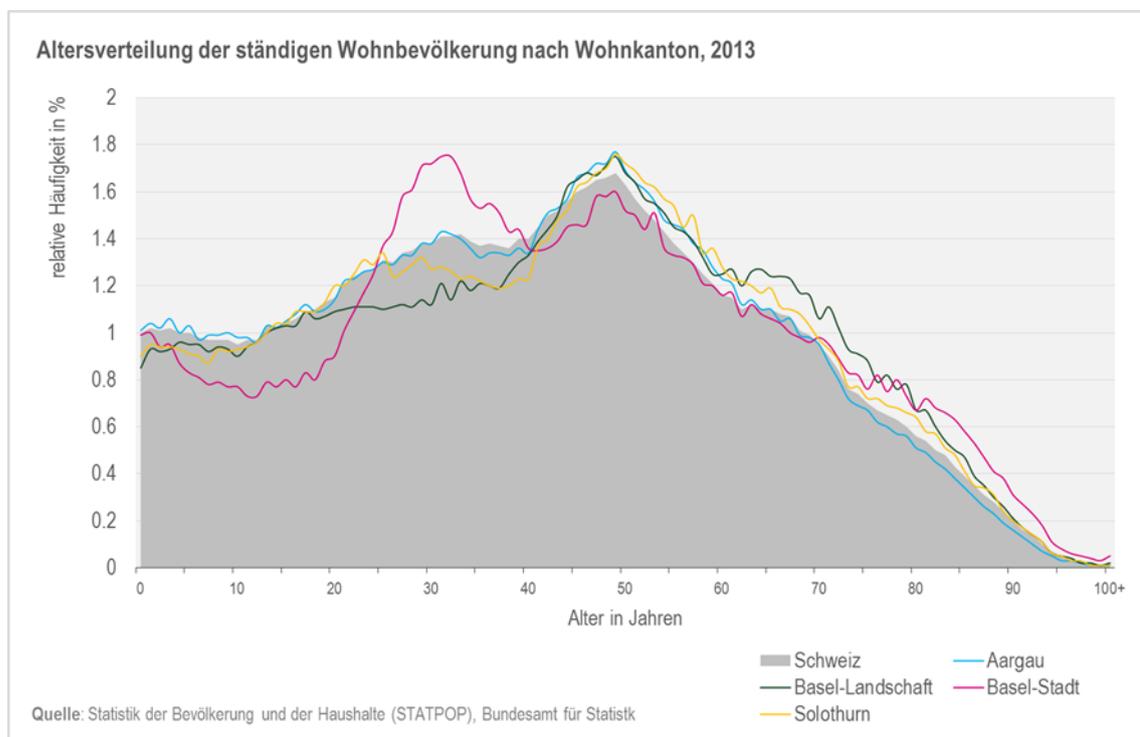


ABBILDUNG 15: ALTERSVERTEILUNG DER WOHNBEVÖLKERUNG NACH WOHNKANTON 2013

Aus der Bevölkerungspyramide in **Abbildung 16** wird die Bevölkerungsstruktur des Kantons Aargau nach Alter und Geschlecht sowie deren Entwicklung im Zeitraum des Monitorings zwischen 2011 und 2013 deutlich. Erkennbar ist der insgesamt für die Schweiz typische Altersaufbau, bei

welchem die «Baby-Boom»-Generation dominiert.³⁰ Ihr steht eine schwächer besetzte Jugendgeneration und eine wachsende Zahl älterer Menschen gegenüber. Die Alterung verläuft regional unterschiedlich, der zeitliche Verlauf hingegen ist in den meisten Regionen ähnlich und folgt den demografischen Wellen der geburtenstarken Jahrgänge.³¹

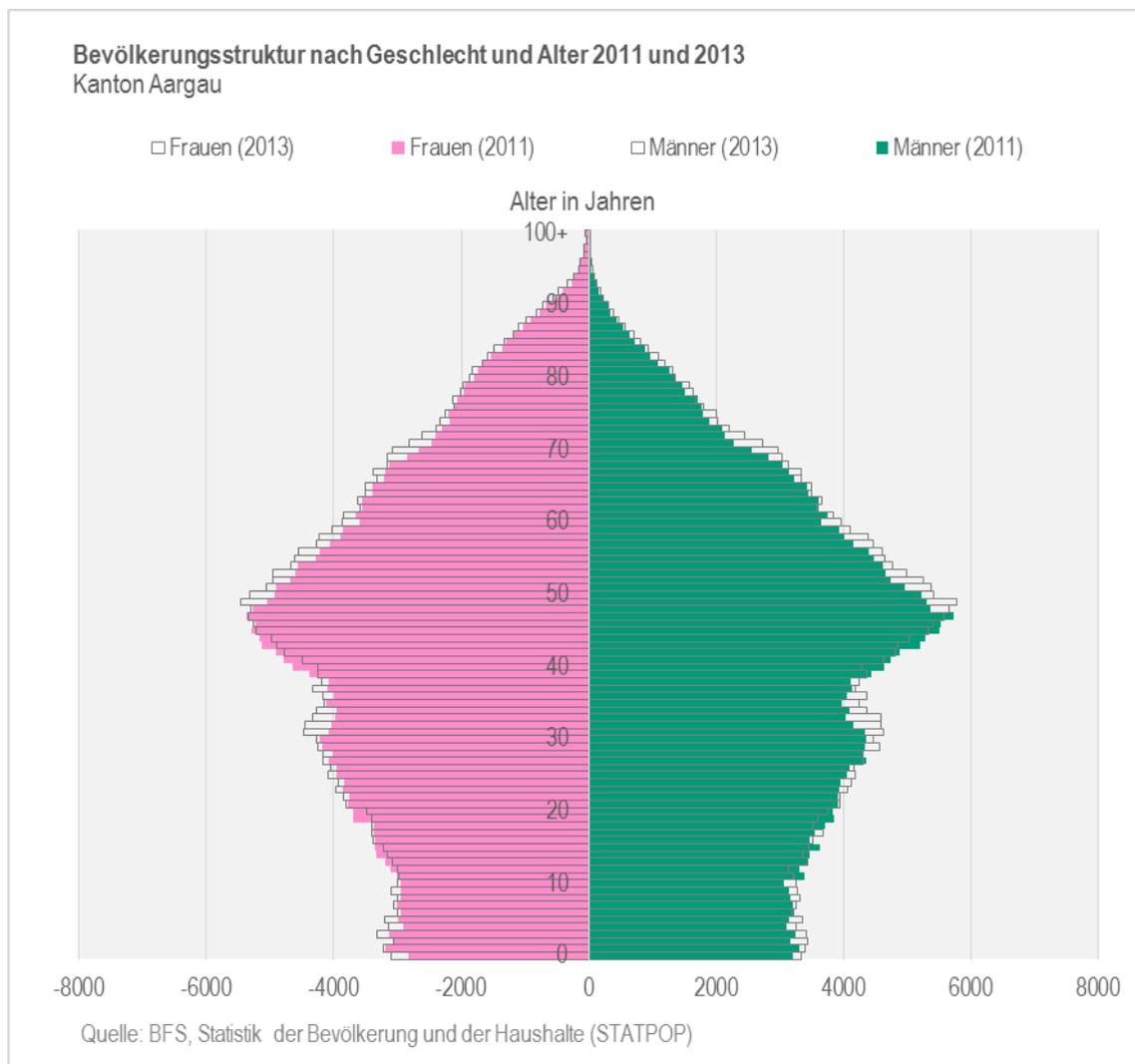


ABBILDUNG 16: BEVÖLKERUNGSPYRAMIDE - STRUKTUR NACH ALTER UND GESCHLECHT 2011 UND 2013

Aus der Entwicklung des Durchschnittsalters sowie der Bevölkerungsstruktur wird der Prozess der demografischen Alterung, von welchem die Schweiz – wie die meisten modernen Industrie- und Dienstleistungsstaaten – betroffen ist. Demografische Alterung wird als die Zunahme des Anteils älterer Menschen in einer Bevölkerung definiert. Sie ist Ausdruck von Veränderungen an der Spitze und an der Basis der Alterspyramide. Die demografische Alterung ist sowohl eine Folge der niedrigen Geburtenraten als auch der steigenden Lebenserwartung. Dadurch altert die Bevölkerung gewissermassen doppelt, zum einen an der Basis der Alterspyramide, zum anderen auch an deren Spitze. Die Problematik der Überalterung ist – wie bereits erwähnt – massgeblich mit dem eingetretenen Geburtenrückgang der 70er Jahre („Pillenknick“) in Verbindung zu setzen. Insgesamt resultieren aus der demografischen Alterung weitreichende gesellschaftliche Folgen,

³⁰ Als Babyboom bezeichnet wird der starke Anstieg der Geburtenraten in vielen Industrieländern zwischen dem Ende des Zweiten Weltkrieges und dem sogenannten Pillenknick Mitte der 1960er-Jahre.

³¹ Vgl. Bucher (2008).

insbesondere im Arbeitsmarkt-, für den Sozialversicherungsbereich und nicht zuletzt auch für die Gesundheitsversorgung.

Das Ausmass des Effekts der alternden Bevölkerung auf die Inanspruchnahme und die Kosten der Gesundheitsversorgung ist äusserst umstritten. Beobachten lässt sich, dass die Gesundheitskosten pro Kopf mit zunehmendem Alter steigen. Das liegt einerseits an einer höheren Sterblichkeit (Mortalität) in den ältesten Bevölkerungskohorten, weil besonders in den letzten Lebensjahren vor dem Tod die Gesundheitskosten – altersunabhängig – eindeutig ansteigen. Auf diese sogenannten Sterbekosten hat die demografische Alterung kaum kostentreibende Auswirkungen. Basierend auf diesen Erkenntnissen sind die Unterschiede hinsichtlich der Gesundheitsausgaben zwischen Jung und Alt nicht in erster Linie eine Ursache des Alters, sondern auf den grösseren Anteil von Personen in den letzten Lebensjahren zurückzuführen, in denen die Gesundheitsausgaben zur Vermeidung des nahenden Todes besonders hoch sind.³² Ungeachtet dessen, ob nun der Mehraufwand für die Gesundheitsversorgung dem Lebensalter oder der Nähe zum Tod zugeschrieben wird, lässt sich aufgrund der aktuellen Bevölkerungsentwicklung eine steigende Inanspruchnahme der medizinischen Versorgungsleistungen ableiten, sei es infolge der älterwerdenden Bevölkerung oder infolge der Tatsache, dass sich die bevölkerungsstarken Kohorten zunehmend in einem Alter mit erhöhter Sterbewahrscheinlichkeit befinden.³³

6.3 Codierqualität und Codierpraxis

Im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser werden sämtliche stationären Aufenthalte erfasst. Nebst soziodemografischen Informationen der Patienten und administrativen Angaben werden dabei ausserdem Diagnosen und Behandlungen erhoben. Um diese Informationen zu erfassen, werden zwei medizinische Klassifikationen verwendet. Es handelt sich aktuell um die ICD-10-GM für die Diagnosen und die CHOP für die Behandlungen. Die Verwendung dieser Codes unterliegt präzisen Richtlinien³⁴. Jedes Spital erhebt die Daten der Medizinischen Statistik eigenständig und liefert diese Daten an den jeweils zuständigen Kanton. Die Kantone plausibilisieren die Daten und leiten diese an das Bundesamt für Statistik weiter, welches die Daten erneut plausibilisiert.

Eine weitere Möglichkeit zur Überprüfung der medizinischen Datenqualität im akutstationären Bereich besteht in einer sogenannten Codierrevision. Hierbei überprüfen externe Codierexperten an zufällig ausgewählten Fällen (repräsentative Stichprobe) die Spitalcodierung. Jeder Fall der Stichprobe wird von den Codierexperten anhand der zur Verfügung stehenden Dokumentationen (elektronische Patientenakte, Papierakte oder beides) nachcodiert, und im Anschluss erfolgt pro Fall eine DRG-Gruppierung. Das Gesamtergebnis wird in Form eines Revisionsprotokolls mit Vertretern des Spitals und gegebenenfalls mit der kantonalen Behörde besprochen. Codierrevisionen werden in allen vier Nordwestschweizern Kantonen durchgeführt und sind Bestandteil der Leistungsverträge mit den Spitälern der Spitallisten.

Die Konsistenz der Daten hängt primär davon ab, ob die Datenerhebung und die Definitionen über die Jahre unverändert bleiben. Mit der Einführung der Abrechnung anhand von Fallpauschalen per 1.1.2012 sind Auswirkungen auf die Codierpraxis und die Codierqualität der Spitäler wahrscheinlich, da insbesondere die codierten Diagnosen gemäss *International Classification of Diseases (ICD)* und der Prozeduren gemäss *Schweizerischer Operationsklassifikation (CHOP)* für die Abrechnung gemäss Fallpauschalen an Bedeutung gewinnen. Dadurch kann die Vergleichbarkeit der Daten über die Zeit hinweg beeinträchtigt sein. Wann immer möglich werden Auffälligkeiten, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Veränderungen in der Codierpraxis zurückzuführen sind, explizit dargelegt.

³² Vgl. u.a. Felder (2012), Felder et al. (2000), Levinsky et al. (2001), Lubitz et al. (1995).

³³ Vgl. auch BFS (2006b, S.12).

³⁴ Vgl. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/codage/04/04_05.html.

In **Abbildung 17** ist die durchschnittliche Anzahl codierter Diagnosen (gemäss ICD-Katalog) und Eingriffe bzw. Prozeduren (gemäss CHOP-Katalog) pro Fall nach Standortkanton der Spitäler für die Jahre von 2010 bis 2013 ersichtlich. Sowohl gesamtschweizerisch als auch für die Nordwestschweizer Kantone im Einzelnen ist für den betreffenden Zeitraum eine Zunahme der durchschnittlichen Anzahl codierter Diagnosen sowie Eingriffe festzustellen.

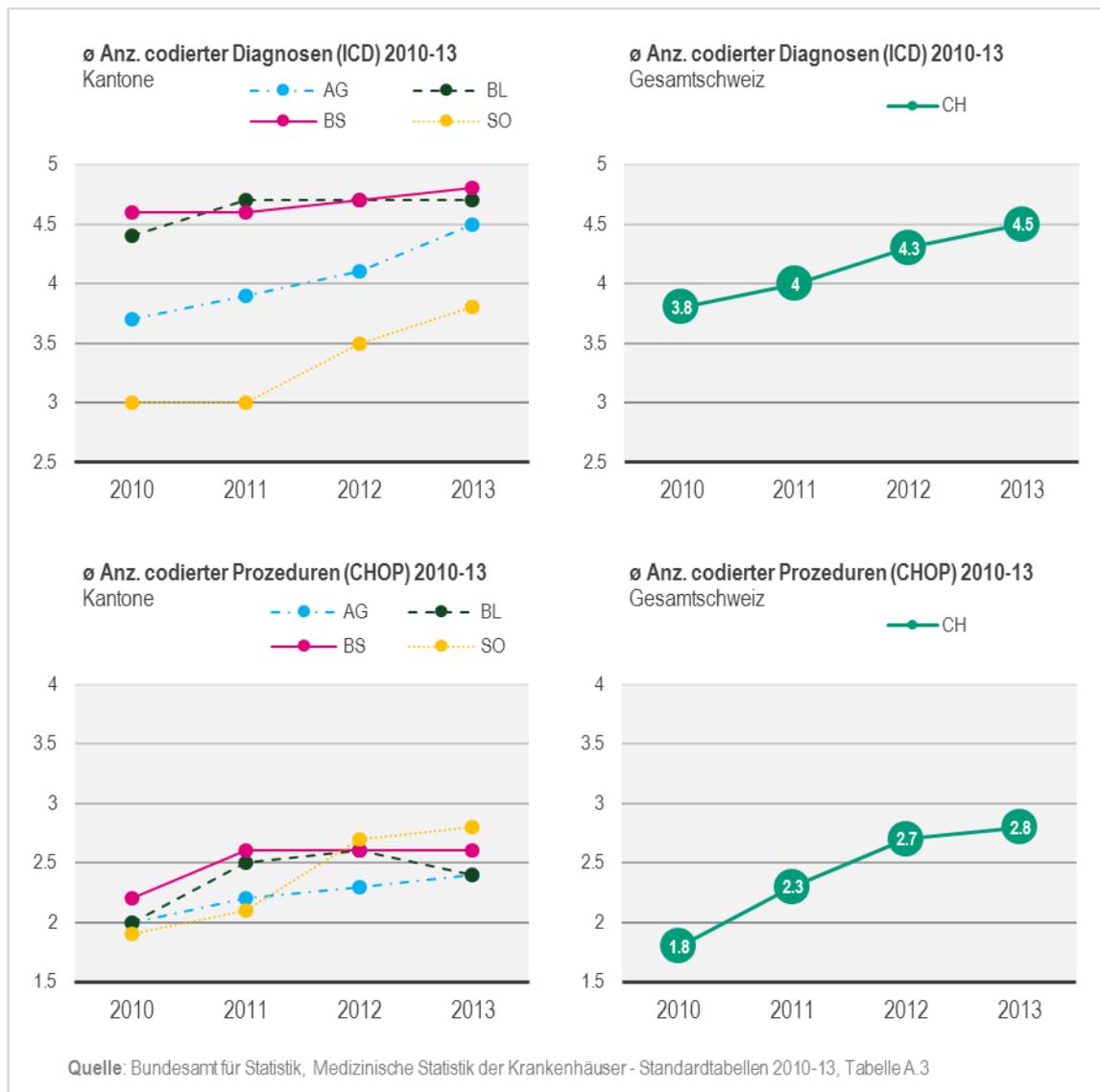


ABBILDUNG 17: DURCHSCHNITTLICHE ANZAHL CODIERTER ICD- UND CHOP-CODES NACH KANTON

Im Zusammenhang mit dem vorliegenden Monitoring ist die Codierpraxis insbesondere in Bezug auf die Auswertungen nach Leistungsgruppen von Bedeutung. Es kann davon ausgegangen werden, dass die veränderte Codierpraxis bzw. die zunehmende Genauigkeit, welche aufgrund der Einführung der Fallpauschalen angenommen werden kann, sich auf die Zuordnung der einzelnen Fälle gemäss Systematik der SPLG auswirkt.³⁵

³⁵ Vgl. dazu auch Kapitel B.2.

7 Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht ist anhand der in Kapitel A.4 beschriebenen Aspekte aufgebaut. Soweit es aufgrund der zur Verfügung stehenden Datengrundlagen möglich ist, werden nachfolgend die Bereiche der stationären Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation sowie die ambulante Versorgung im Kanton Aargau anhand des Angebots, der Nachfrage, der Patientenströme sowie anhand von ausgewählten Kriterien zur Versorgungslage betreffend die Jahre 2011 bis 2013 dargestellt. Darüber hinaus beinhaltet der Bericht ein spezifisches Kapitel, welches potentielle Substitutionstendenzen zwischen stationären und ambulanten Leistungen untersucht. Im abschliessenden Kapitel werden die Schlussfolgerungen aus dem Monitoring zusammengefasst sowie Empfehlungen für die künftige Versorgungsplanung formuliert.

B. Akutsomatik

Das vorliegende Kapitel behandelt die akutstationäre Versorgung. Die Grundlage für die Auswertungen bilden insbesondere die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik. Mit den darin erhobenen anonymisierten Daten stehen soziodemografische, administrative und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen zu jedem stationären Spitalaufenthalt zur Verfügung. In einem ersten Schritt wurde dazu der Gesamtdatensatz der Medizinischen Statistik gemäss **Abbildung 18** eingegrenzt.

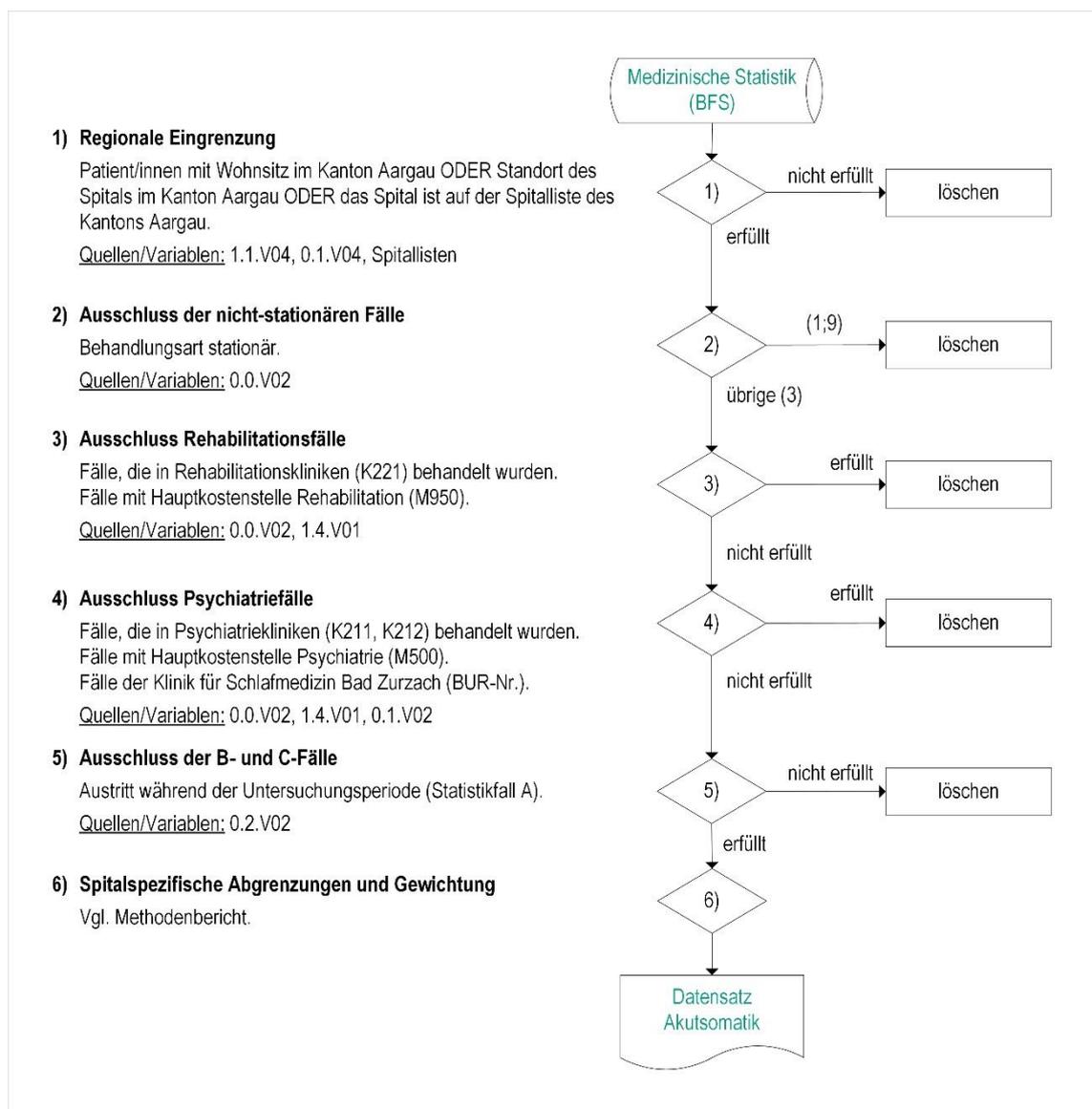


ABBILDUNG 18: GENERIERUNG DES DATENSATZES AKUTSOMATIK

Eine besondere Herausforderung im Hinblick auf die Eingrenzung des Gesamtdatensatzes der Medizinischen Statistik auf die für das Monitoring interessierenden Spitalaufenthalte stellte die Abgrenzung akutstationärer Hospitalisationen gegenüber stationären Aufenthalte im Bereich der Psychiatrie und Rehabilitation dar. Für die stationären Einrichtungen, deren Leistungsspektrum mehrere dieser Bereiche umfasst, konnte die Abgrenzung nicht in jedem Fall zweifelsfrei erfolgen, insbesondere gilt dies für das Jahr 2011 bzw. für die Periode vor der Anpassungen der Medizini-

schen Statistik an die Bedürfnisse für eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung.³⁶ Um die Abgrenzung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation sowie die Längsschnittvergleichbarkeit der Daten optimal sicherzustellen, wurden – bei Bedarf in Rücksprache mit den betreffenden Spitälern – spezifische Korrekturen vorgenommen.³⁷

Nebst diesen spitalspezifischen Korrekturen zur Abgrenzung der Versorgungsbereiche wurden die Daten zum Jahr 2011 zusätzlich korrigiert, um für die einmalige Reduktion der Fallzahlen aufgrund der neuen Falldefinition gemäss SwissDRG und der damit einhergehenden Fallzusammenführungen zu korrigieren.³⁸ Bis 2011 wurden Wiedereintritte und Verlegungen innerhalb eines Spitals als neuer Fall gezählt. Seit dem 1. Januar 2012 bzw. der seit der Einführung der Fallpauschalen gemäss SwissDRG werden Aufenthalte von Patienten, die innerhalb von 18 Kalendertagen wieder in dasselbe Spital eintreten und deren Aufenthalte in dieselbe medizinische Hauptkategorie (MDC) fallen, zu einem Fall zusammengeführt. Daraus resultiert eine einmalige Reduktion der Fallzahlen zwischen den Jahren 2011 und 2012. Um die Entwicklung der Fallzahlen trotzdem sinnvoll interpretieren zu können, wurden die Daten zum Jahr 2011 entsprechend gewichtet.³⁹

Nachfolgend werden Angebot, Nachfrage, Patientenströme sowie die Versorgungslage hinsichtlich der akutstationären Versorgung im Kanton Aargau für die Jahre 2011 bis 2013 beschrieben.

1 Angebot

Bei der Analyse des Angebots liegt der Fokus auf den Leistungserbringern, d.h. auf den Spitälern der akutstationären Versorgung. In **Abbildung 19** wird die Entwicklung der Fallzahlen in Spitälern mit Standort im Kanton Aargau zwischen 2011 und 2013 ersichtlich. Die Fallzahl bezieht sich dabei auf die Zahl der akutstationären Hospitalisationen mit Austrittsdatum im betreffenden Auswertungsjahr.

³⁶ Vgl. BFS (2008).

³⁷ Vgl. dazu Kriterium 6 in Abbildung 18. Detaillierte Informationen zu den vorgenommenen Korrekturen sind dem Methodenbericht zu entnehmen.

³⁸ Vgl. dazu auch Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013, S.28).

³⁹ Konkret wurden die Fallzahlen 2011 um 2.4% nach unten korrigiert (bzw. mit einem Faktor von 0.976 gewichtet). Der Gewichtungsfaktor basiert auf der Fallreduktion, die aus der Fallzusammenführung in Nordwestschweizer Spitälern in den Jahren 2012 und 2013 resultiert und welche anhand der Variablen zu den Wiedereintritten ermittelt wurden. Insofern nicht explizit etwas anderes deklariert ist, basieren die Auswertungen im Kapitel Akutsomatik auf den gewichteten Daten. Für mehr Informationen vgl. auch hierzu die Ausführungen im Methodenbericht.

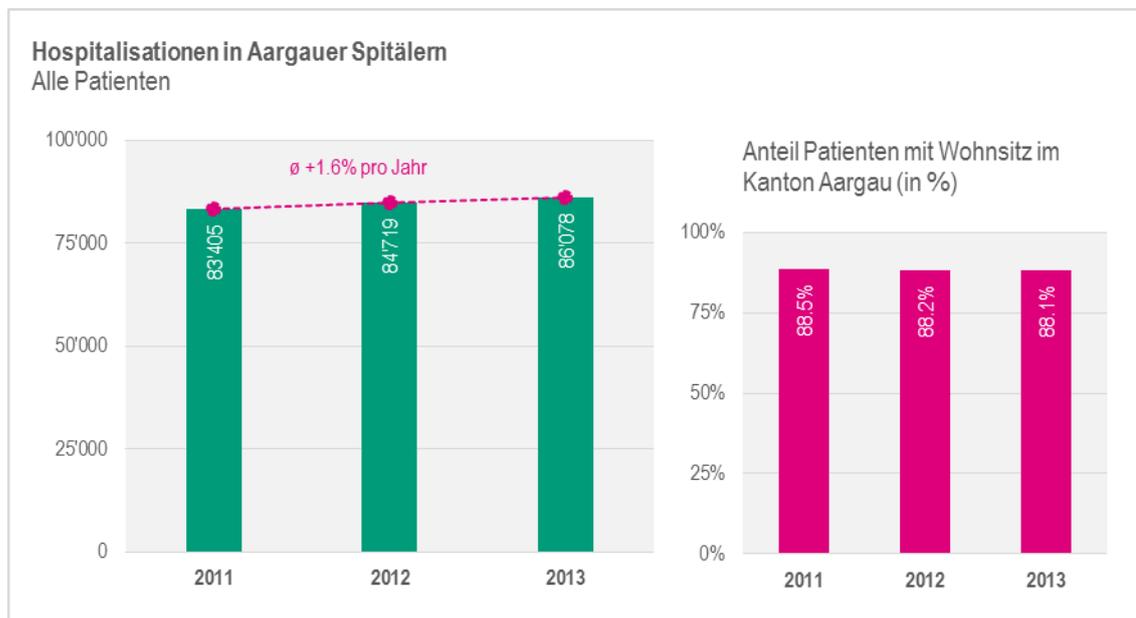


ABBILDUNG 19: AKUTSOMATIK ANGEBOT - FÄLLE IN AARGAUER SPITÄLERN

Die Zahl der Hospitalisationen in Aargauer Spitälern steigt von 83'405 Fällen im Jahr 2011 auf 86'078 im Jahr 2013. Dies entspricht einer kontinuierlichen Zunahme von durchschnittlich 1.6% pro Jahr. Der Anteil der Aargauer Patienten bleibt im selben Zeitraum konstant und beläuft sich im Jahr 2013 auf 88.1%.

In **Tabelle 17** sind Fallzahlen für die Jahre 2011 bis 2013 nach Spitälern ausgewiesen. Nebst den Spitälern mit Standort im Kanton Aargau werden ausserdem die ausserkantonalen Spitäler auf der Spitalliste des Kantons Aargau dargestellt. Nebst der Gesamtfallzahl pro Spital sind aus der Tabelle der Anteil Aargauer Patienten (*Fälle_{AG}*) sowie der Marktanteil (*MA_{AG}*) für jedes Spital ersichtlich. Der Marktanteil berechnet sich aus dem Anteil des jeweiligen Spitals an der Gesamtzahl der Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau. In der Kategorie *Übrige Spitäler* werden schliesslich alle ausserkantonalen Spitäler zusammengefasst, die nicht auf der Spitalliste des Kantons Aargau aufgeführt sind. Für die Interpretation des Marktanteils sind auch deren Leistungen zugunsten von Aargauer Patienten zu berücksichtigen.

Kanton Aargau	2011			2012			2013		
	Fälle	Fälle _{AG}	MA _{AG}	Fälle	Fälle _{AG}	MA _{AG}	Fälle	Fälle _{AG}	MA _{AG}
	Anz.	%	%	Anz.	%	%	Anz.	%	%
Kantonale Listenspitäler	83'405	88.5%	84.4%	84'719	88.2%	82.9%	86'078	88.1%	82.0%
Kantonsspital Aarau	25'969	89.0%	26.4%	25'651	88.2%	25.1%	26'072	88.3%	24.9%
Kantonsspital Baden	18'001	95.5%	19.7%	18'406	95.0%	19.4%	18'567	95.0%	19.1%
Hirslanden Klinik Aarau	9'135	81.5%	8.5%	9'415	81.6%	8.5%	9'824	81.8%	8.7%
Kreisspital für das Freiamt Muri	6'959	94.8%	7.5%	7'415	94.6%	7.8%	7'716	93.9%	7.8%
Gesundheitszentrum Fricktal	7'322	90.4%	7.6%	7'530	88.0%	7.4%	7'755	87.0%	7.3%
Spital Zofingen	4'868	86.4%	4.8%	4'874	88.1%	4.8%	5'039	88.9%	4.8%
Asana Spital Menziken	3'580	94.4%	3.9%	3'801	94.3%	4.0%	3'501	94.9%	3.6%
Asana Spital Leuggern	3'724	91.7%	3.9%	3'637	91.4%	3.7%	3'561	88.9%	3.4%
Klinik Villa im Park	3'177	42.2%	1.5%	3'257	44.7%	1.6%	3'275	45.1%	1.6%
Klinik Barmelweid	427	64.1%	0.3%	452	82.5%	0.4%	489	83.0%	0.4%
Geburtshus Storchenäsch	242	94.4%	0.3%	281	94.7%	0.3%	279	93.5%	0.3%
Ausserkantonale Listenspitäler	92'457	5.0%	5.3%	93'956	5.5%	5.7%	95'654	5.6%	5.8%
Universitätsspital Basel	31'074	5.4%	1.9%	31'696	6.0%	2.1%	32'296	6.0%	2.1%
Universitätsspital Zürich	36'559	3.2%	1.3%	36'494	3.5%	1.4%	36'867	3.5%	1.4%
Schulthess Klinik	7'305	8.0%	0.7%	7'490	8.7%	0.7%	7'543	8.6%	0.7%

Kanton Aargau	2011			2012			2013		
	Fälle	Fälle _{AG}	MA _{AG}	Fälle	Fälle _{AG}	MA _{AG}	Fälle	Fälle _{AG}	MA _{AG}
	Anz.	%	%	Anz.	%	%	Anz.	%	%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	5'636	7.0%	0.4%	5'605	8.4%	0.5%	5'985	8.6%	0.6%
Kinderspital Zürich	6'442	6.6%	0.5%	6'945	6.8%	0.5%	7'091	7.2%	0.5%
Uniklinik Balgrist	4'464	6.8%	0.3%	4'711	6.8%	0.4%	4'857	7.5%	0.4%
Schweizerisches Epilepsie-Zentrum	889	9.9%	0.1%	874	9.8%	0.1%	869	8.6%	0.1%
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	88	10.9%	0.0%	141	17.7%	0.0%	146	13.0%	0.0%
Übrige Spitäler			10.3%			11.4%			12.2%
Total			100.0%			100.0%			100.0%

TABELLE 17: AKUTSOMATIK ANGEBOT – FALLZAHLEN UND MARKTANTEILE NACH SPITAL 2011-13

Der Marktanteil der Aargauer Spitäler belief sich im Jahr 2011 auf 84.4% und senkte sich im Jahr 2013 auf 82.0%. Im Gegenzug dazu ist sowohl bei den ausserkantonalen Listenspitälern als auch bei den übrigen Spitälern ein geringfügiger Anstieg des Marktanteils zu verzeichnen. Die grössten Fallzahlen innerhalb der kantonalen Spitäler weisen das Kantonsspital Aarau (26'072 im Jahr 2013) und das Kantonsspital Baden (18'567) auf. Zusammen decken sie rund 45% der Inanspruchnahme durch die kantonale Wohnbevölkerung ab.

Die Veränderungen der Fallzahlen und Marktanteile pro Spital sind in **Tabelle 18** dargestellt. Die absoluten Veränderungen der Fallzahlen (Spalte Anz.) geben Auskunft darüber, bei welchen Leistungserbringern mengenmässig die bedeutendsten Entwicklungen stattgefunden haben. Die prozentualen Veränderungen der Fallzahlen (Spalte %) zeigen hingegen auf, in welchen Spitälern die grössten Veränderungen im Verhältnis zu den Fallzahlen des betreffenden Spitals im Jahr 2011 zu beobachten sind. In der Spalte MA_{AG} wird schliesslich die Veränderung des Marktanteils in Prozentpunkten ausgewiesen. Für die ausserkantonalen Spitäler ist ausschliesslich die Veränderung des Marktanteils ausgewiesen, weil die Veränderungen der Gesamtfallzahlen in ausserkantonalen Spitälern aus der Perspektive des Kantons Aargau von untergeordneter Relevanz sind.

Kanton Aargau	Veränderung 2011-2013					
	Fälle	Fälle		MA _{AG}		
		Anz.	%	pp		
Kantonale Listenspitäler	+2673	---	+3.2%	---	-2.4%	
Kantonsspital Aarau	+103		+0.4%		-1.5%	
Kantonsspital Baden	+566		+3.1%		-0.6%	
Hirslanden Klinik Aarau	+689		+7.5%		+0.2%	
Kreisspital für das Freiamt Muri	+757		+10.9%		+0.3%	
Gesundheitszentrum Fricktal	+433		+5.9%		-0.3%	
Spital Zofingen	+171		+3.5%		+0.0%	
Asana Spital Menziken	-79		-2.2%		-0.3%	
Asana Spital Leuggern	-163		-4.4%		-0.5%	
Klinik Villa im Park	+98		+3.1%		+0.1%	
Klinik Barmelweid	+62		+14.7%		+0.1%	
Geburtshus Storchenäsch	+37		+15.3%		+0.0%	
Ausserkantonale Listenspitäler					+0.5%	
Universitätsspital Basel					+0.2%	
Universitätsspital Zürich					+0.1%	
Schulthess Klinik					+0.0%	
Universitäts-Kinderspital beider Basel					+0.1%	
Kinderspital Zürich					+0.1%	
Uniklinik Balgrist					+0.0%	
Schweizerisches Epilepsie-Zentrum					-0.0%	
Schweizer Paraplegiker-Zentrum					+0.0%	
Übrige Spitäler					+1.8%	

TABELLE 18: AKUTSOMATIK ANGEBOT – VERÄNDERUNGEN FALLZAHLEN UND MARKTANTEILE NACH SPITAL 2011-13

Betrachtet man die Fallzahlen der kantonalen Spitäler, sind die grössten Veränderungen beim Kreisspital für das Freiamt Muri (+757), bei der Hirslanden Klinik Aarau (+689), beim Kantonsspital Baden (+566) und beim Gesundheitszentrum Fricktal (+433) festzustellen. In Relation zu den Fallzahlen 2011 verzeichnen das Geburtshaus Storchenäschel und die Klinik Barmelweid den prozentual höchsten Anstieg, wobei dies massgeblich durch die allgemein geringen akutstationären Fallzahlen dieser Leistungserbringer bedingt ist. Entgegen der allgemeinen Tendenz sind bei den Asana Spitälern Leuggern und Menziken ein rückläufiger Trend der Fallzahlen bemerkbar. Wie bereits aus Tabelle 17 sichtbar ist, sinkt der Marktanteil der Aargauer Spitäler zwischen 2011 und 2013 um -2.4 Prozentpunkte. Diese Entwicklung gilt nicht nur für die Aargauer Spitäler insgesamt sondern bestätigt sich auch bei der Mehrheit der Spitäler im Einzelnen – und dies trotz steigender Fallzahlen bei den meisten Spitälern. Dies erklärt sich hauptsächlich durch die Tatsache, dass der Anstieg der Nachfrage mit einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme um +2.8% bzw. +5.6% zwischen 2011 und 2013⁴⁰ grösser ist als der Anstieg bei den kantonalen Listenspitälern (+3.2%). Zum andern können sinkende Marktanteile bei steigender Fallzahl auch zustande kommen, wenn der Anstieg der Fallzahlen in den kantonalen Listenspitälern vor allem durch mehr ausserkantonale Patienten herbeigeführt wird. Letzterer Effekt ist jedoch in Bezug auf die Aargauer Spitäler von untergeordneter Bedeutung und ist einzig für das Gesundheitszentrum Fricktal anhand des sinkenden Anteils Aargauer Patienten von 90.4% im Jahr 2011 auf 87.0% im Jahr 2013 bemerkbar.⁴¹

In **Abbildung 20** ist die Veränderung des Anteils der Patienten in der Liegeklasse halbprivat bzw. privat (HP/P) in Prozentpunkten dargestellt.

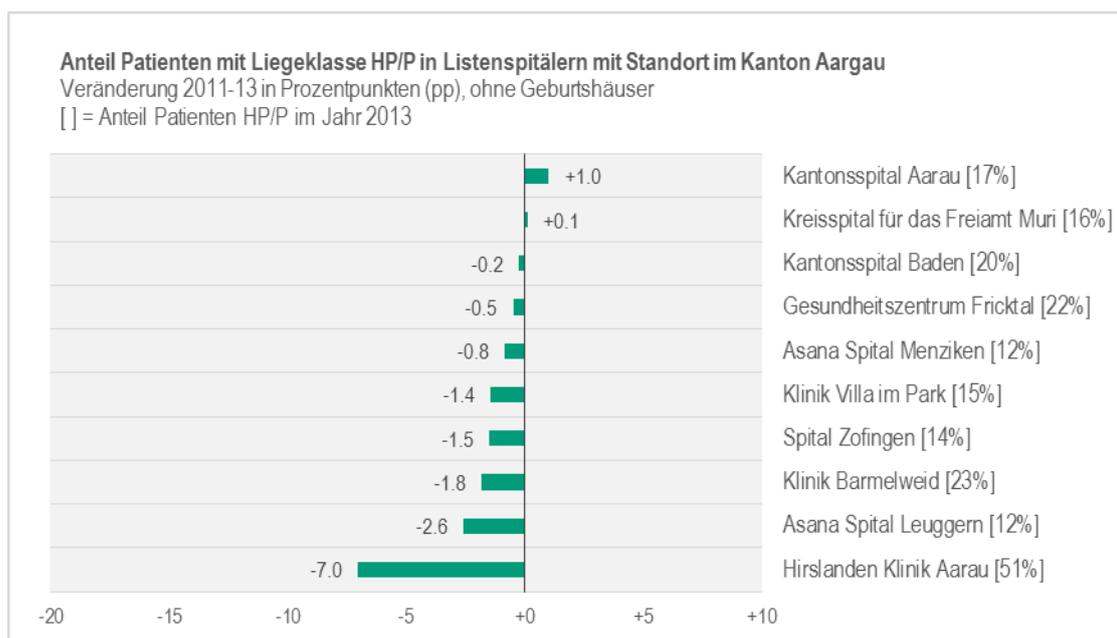


ABBILDUNG 20: PATIENTEN MIT LIEGEKASSE HP/P - VERÄNDERUNG 2011-13 NACH SPITAL

In den Aargauer Spitälern ist mehrheitlich eine Abnahme des Anteils der Patienten in den Liegeklassen HP/P wahrzunehmen. Am augenscheinlichsten ist der Rückgang bei der Hirslanden Klinik Aarau, in der sich der Anteils HP/P um -7.0 Prozentpunkte auf 51% im Jahr 2013 reduzierte.

Die Variable zur Liegeklasse beschreibt die real in Anspruch genommene Liegeklasse (privat, halbprivat, allgemein). Diese Variable wird üblicherweise als Indikator für den Versicherungsstatus eines Patienten herangezogen, es ist jedoch auch möglich, dass Patienten aufgrund eines

⁴⁰ Vgl. Abbildung 21.

⁴¹ Vgl. Tabelle 17.

Upgrades halbprivat oder privat „liegen“. Aufgrund der beobachteten Entwicklung erscheint die Schlussfolgerung plausibel, dass sich im Zuge der KVG-Revision der Anteil grundversicherter Patienten in den betreffenden Spitälern sowie der Anteil grundversicherter Patienten, die sich ausserregional behandeln lassen,⁴² deutlich angestiegen ist. Somit würde von einer Verhaltensänderung der Patienten ausgegangen werden, aufgrund derer die beobachtete Entwicklung zustande kommt. Wie aber bereits erwähnt, handelt es sich bei der zugrundeliegenden Variable der Medizinischen Statistik um die real in Anspruch genommene Liegeklasse, welche durch das Spital codiert und mitunter durch das Bettenangebot des Spitals bestimmt wird. Infolgedessen ist der Vorbehalt zu berücksichtigen, dass die wahrgenommene Verschiebung auch auf eine Adaption des Angebots zurückführbar sein könnte, im Sinne dass die Spitäler die Aufteilung des Bettenangebots nach Liegeklassen infolge der KVG-Revision, welche mitunter auch die Aufnahmepflicht für alle Listenspitäler einschliesst, angepasst haben. Vor diesem Hintergrund erscheint es durchaus plausibel, dass die beobachtete Verschiebung nicht (ausschliesslich) nachfragebedingt ist.

Nebst den Analysen zum Angebot akutstationärer Leistungen im vorliegenden Kapitel wurden im Rahmen des Monitorings detaillierte Auswertungen auf Ebene der einzelnen Leistungsgruppen (SPLG) pro Leistungserbringer vorgenommen. Diese Auswertungen sind nicht Bestandteil der Berichterstattung.

2 Nachfrage

Im Gegensatz zum Angebot im vorangehenden Kapitel stehen bei der Betrachtung der Nachfrage nicht die Leistungserbringer, sondern die Empfänger medizinischer Leistungen – also die Patienten – im Vordergrund. Analysiert wird deshalb die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Wohnbevölkerung des Kantons Aargau bzw. die Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau, ungeachtet des Standorts des Spitals, in welchem die Hospitalisation erfolgt.

In **Abbildung 21** ist die Entwicklung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Aargauer Wohnbevölkerung dargestellt. Darüber hinaus wird aufgezeigt, wo die Aargauer Patienten Leistungen beanspruchen: in regionalen bzw. ausserregionalen Listenspitälern oder in Spitälern ohne Leistungsauftrag des Kantons Aargau.

⁴² Vgl. dazu Kapitel B.3.1

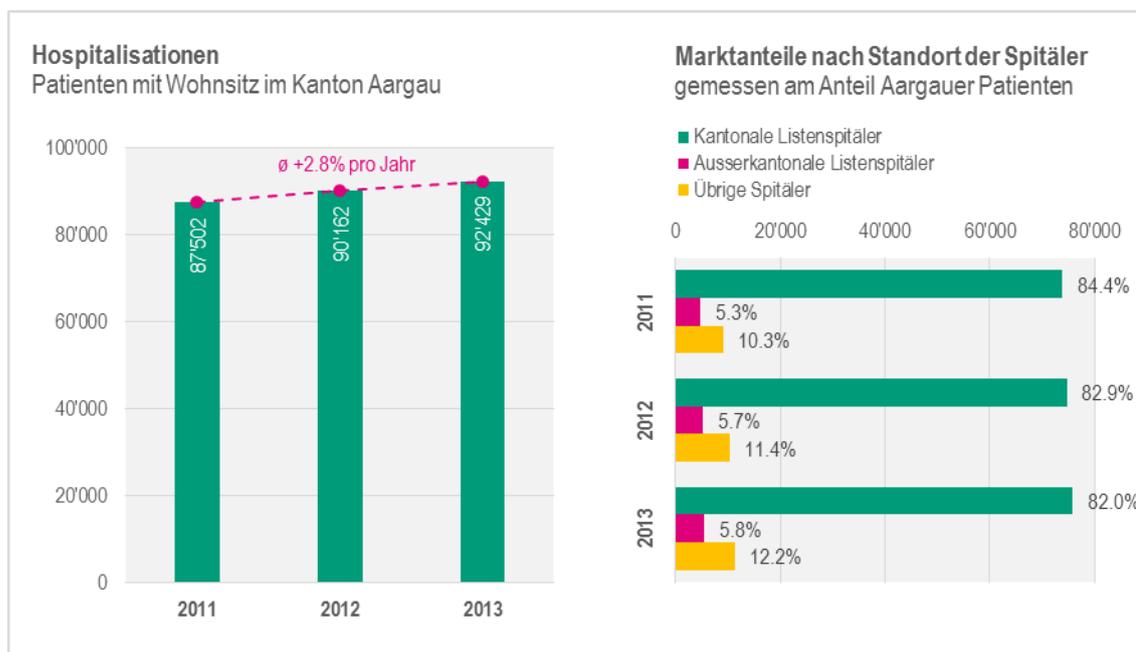


ABBILDUNG 21: AKUTSOMATIK NACHFRAGE - FALLZAHLEN UND VERTEILUNG NACH SPITALKATEGORIE 2011-13

Im Jahr 2011 verzeichnet die Medizinische Statistik des BFS 87'502 Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau, im Jahr 2012 sind es 90'162 und im Jahr 2013 92'429. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von +2.8% und übersteigt somit das Bevölkerungswachstum im selben Zeitraum. Infolgedessen steigt die Hospitalisationsrate von 142 Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner im Jahr 2011 auf 145 im Jahr 2013. Wie bereits aus Tabelle 17 ersichtlich wird, bezieht sich die überwiegende Mehrheit der in Anspruch genommenen Leistungen auf Hospitalisationen in Listenspitälern mit Standort im Kanton Aargau (82.0% im Jahr 2013). 5.8% der Hospitalisation erfolgten im Jahr 2013 in ausserkantonalen Listenspitälern, 12.2% in den übrigen Spitälern.

Tabelle 19 beschreibt die Inanspruchnahme akutstationärer Leistungen durch die Aargauer Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen gemäss Systematik der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG). Ausgewiesen werden die Fallzahl sowie die mittlere Aufenthaltsdauer (MAD). Das integrierte Balkendiagramm visualisiert, welchen fachspezifischen Leistungsbereichen, d.h. ausserhalb der Grundversorgung (Basispaket), die meisten Fälle zuzuordnen sind.⁴³

⁴³ Das integrierte Balkendiagramm visualisiert die relative Verteilung zwischen den fachspezifischen Leistungsbereichen. Dabei orientiert sich die Grösse des Balkens jeweils an der Gruppe mit dem höchsten Anteil (und nicht an 100%). Dies gilt in analoger Weise für alle integrierten Balkendiagramme im vorliegenden Bericht. Im Bereich der Akutsomatik wird die Grundversorgung (Basispaket) nicht berücksichtigt, weil der relative Anteil des Basispakets so hoch ist, dass die Balken der übrigen Bereiche kaum mehr sichtbar wären. Folglich beschränkt sich das integrierte Balkendiagramm auf die Verteilung innerhalb der *fachspezifischen* Leistungsbereiche.

Kanton Aargau	2011				2012				2013			
Leistungsbereich	Fälle		MAD		Fälle		MAD		Fälle		MAD	
SPLG	Anz.	%	Tg		Anz.	%	Tg		Anz.	%	Tg	
Grundversorgung												
Basispaket	36'305	41.5%	---	4.8	34'856	38.7%	---	4.6	35'715	38.6%	---	4.5
Nervensystem & Sinnesorgane												
Dermatologie	432	0.5%		6.7	701	0.8%		8.8	615	0.7%		9.9
Hals-Nasen-Ohren	2'829	3.2%		3.8	3'170	3.5%		3.8	3'597	3.9%		3.6
Neurochirurgie	452	0.5%		11.0	327	0.4%		10.5	399	0.4%		11.2
Neurologie	1'810	2.1%		6.7	2'095	2.3%		6.6	2'229	2.4%		6.0
Ophthalmologie	570	0.7%		3.6	661	0.7%		3.6	713	0.8%		3.3
Innere Organe												
Endokrinologie	219	0.2%		7.6	204	0.2%		7.7	237	0.3%		7.6
Gastroenterologie	2'214	2.5%		8.0	2'331	2.6%		7.9	2'274	2.5%		7.8
Viszeralchirurgie	875	1.0%		12.4	1'341	1.5%		10.4	1'470	1.6%		9.8
Hämатologie	802	0.9%		8.1	769	0.9%		7.7	887	1.0%		6.9
Gefässe	1'247	1.4%		8.1	1'447	1.6%		7.6	1'606	1.7%		7.1
Herz	3'708	4.2%		4.8	3'855	4.3%		4.9	4'092	4.4%		4.7
Nephrologie	291	0.3%		8.7	268	0.3%		8.8	323	0.3%		8.8
Urologie	3'800	4.3%		5.1	4'065	4.5%		5.1	4'286	4.6%		4.9
Pneumologie	1'538	1.8%		9.2	2'014	2.2%		7.8	1'557	1.7%		7.5
Thorax chirurgie	177	0.2%		11.3	162	0.2%		11.0	187	0.2%		10.9
Transplantationen	87	0.1%		10.7	81	0.1%		10.5	103	0.1%		10.4
Bewegungsapparat												
Bewegungsapparat chirurgisch	12'404	14.2%		5.6	13'256	14.7%		5.4	13'708	14.8%		5.5
Rheumatologie	515	0.6%		5.6	499	0.6%		5.5	474	0.5%		5.5
Gynäkologie & Geburtshilfe												
Gynäkologie	3'094	3.5%		4.1	3'029	3.4%		4.1	3'125	3.4%		3.9
Geburtshilfe	7'238	8.3%		4.6	7'555	8.4%		4.4	7'545	8.2%		4.2
Neugeborene	5'966	6.8%		4.7	6'354	7.0%		4.4	6'111	6.6%		4.3
Übrige												
(Radio-) Onkologie	851	1.0%		5.6	1'011	1.1%		5.6	1'075	1.2%		5.2
Schwere Verletzungen	78	0.1%		11.9	111	0.1%		12.4	101	0.1%		11.7
Total	87'502	100.0%		5.3	90'162	100.0%		5.2	92'429	100.0%		5.0

TABELLE 19: AKUTSOMATIK NACHFRAGE – FALLZAHLEN UND MITTLERE AUFENTHALTSDAUER (MAD) 2011-13

Der grösste Teil der Hospitalisationen von Patienten aus dem Kanton Aargau erfolgt gemäss SPLG innerhalb der Gruppe Basispaket, im Jahr 2011 sind es 41.5% und im Jahr 2013 38.6%.⁴⁴ Dieser Rückgang des relativen Anteils deutet im ersten Moment auf eine Verlagerung von Grundversorgungsleistungen zu fachspezifischen Leistungen hin. Man muss diese Verschiebung jedoch mit Rücksicht auf die Einführung der Fallpauschalen per 1.1.2012 betrachten. Durch die Vergütung akutstationärer Leistungen per Fallpauschalen gewannen Diagnosen und Prozeduren bzw. deren Codierung für die Zuweisung eines Falles zu einer bestimmten DRG an Bedeutung. Diesbezügliche Auswirkungen auf die Codierpraxis zwischen den Datenjahren 2011 und 2012 sind wahrscheinlich und bei der Interpretation zu beachten (z.B. wurde durch die Anstellung und/oder Ausbildung spezialisierter Mitarbeitenden und Definition entsprechender spitalinterner Prozesse die Codierpraxis systematischer und dadurch auch präziser sowie voraussichtlich auch reliabler und valider).⁴⁵ Davon ausgehend, dass die Präzision der Codierung von Diagnosen und Behandlungen durch die Einführung der Fallpauschalen gestiegen ist, wird die Zuordnung eines Falles in einen fachspezifischen Leistungsbereich wahrscheinlicher, weil die Klassifikation der

⁴⁴ Das Basispaket umfasst alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, welche zur Grundversorgung gehören bzw. nicht einer anderen, fachspezifischen Leistungsgruppe zugewiesen werden können (Negativkatalog).

⁴⁵ Vgl. dazu auch Kapitel A.6.3.

Fälle gemäss SPLG-Systematik massgeblich auf den ICD- (Diagnosen) und CHOP-Codes (Prozeduren) beruht. Ohne dass es anhand der zugrunde liegenden Daten abschliessend beurteilt werden könnte, erscheint es plausibel, die Verschiebung zugunsten der fachspezifischen Leistungsbereiche primär als Folge der Einführung der Fallpauschalen und der damit einhergehenden Codierpraxis zu verstehen.

Ausserhalb der Grundversorgung (*Basispaket*) fallen die meisten Hospitalisationen innerhalb des Leistungsbereichs *Bewegungsapparat chirurgisch an* (14.8% im Jahr 2013). Darauf folgen die Leistungsbereiche *Geburtshilfe* (8.2%), *Neugeborene* (6.6%), *Urologie* (4.6%) sowie *Herz* (4.4%). Diese Verteilung zwischen den fachspezifischen Leistungsbereichen ist beinahe identisch mit jener auf Ebene Nordwestschweiz.

Die Veränderungen zwischen den Jahren 2011 und 2013 sind in **Abbildung 22** dargestellt, wobei jeweils die absolute und relative Veränderung nach Leistungsbereichen visualisiert sind. Die Interpretation der Veränderungen zwischen 2011 und 2013 innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche ist aus zweierlei Gründen problematisch und muss deshalb mit höchster Vorsicht erfolgen. Hauptsächlich weil nicht abschliessend eruiert werden kann, ob eine Erhöhung der Fälle aufgrund der Verschiebung aus dem Basispaket, die zwischen 2011 und 2012 zu beobachten ist, zustande kommt oder infolge einer realen Erhöhung der Hospitalisationen im betreffenden Leistungsbereich. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Zuordnung der Fälle zu den Leistungsbereichen auf dem SPLG-Grouper basiert, wobei der zugrundeliegende Algorithmus jährlich durch die Gesundheitsdirektion Zürich im Zuge der Anpassung an die neuen CHOP- und ICD-Kataloge sowie zwecks Weiterentwicklung des Groupers aktualisiert wird. Anpassungen des Grouper-Algorithmus sowie deren Auswirkungen auf die Fallgruppierung sind demzufolge bei der Interpretation von Veränderungen in der Längsschnittbetrachtung zu berücksichtigen. Gemäss Rücksprache mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich blieb der Grouper-Algorithmus für den Untersuchungszeitraum zwischen 2011 und 2013 weitgehend stabil.

Konstatiert werden kann, dass die grösste absolute Zunahme akutstationärer Hospitalisationen in den Leistungsbereichen *Bewegungsapparat chirurgisch*, (+1'034), *Hals-Nasen-Ohren* (+768), *Viszeralchirurgie* (+595), *Neurologie* (+419) sowie *Urologie* (+486) zu verzeichnen sind. Mit Ausnahme des Basispakets ist lediglich in den Leistungsbereichen *Neurochirurgie* (-52) und *Rheumatologie* (-41) ein Rückgang der Fallzahl auszumachen.

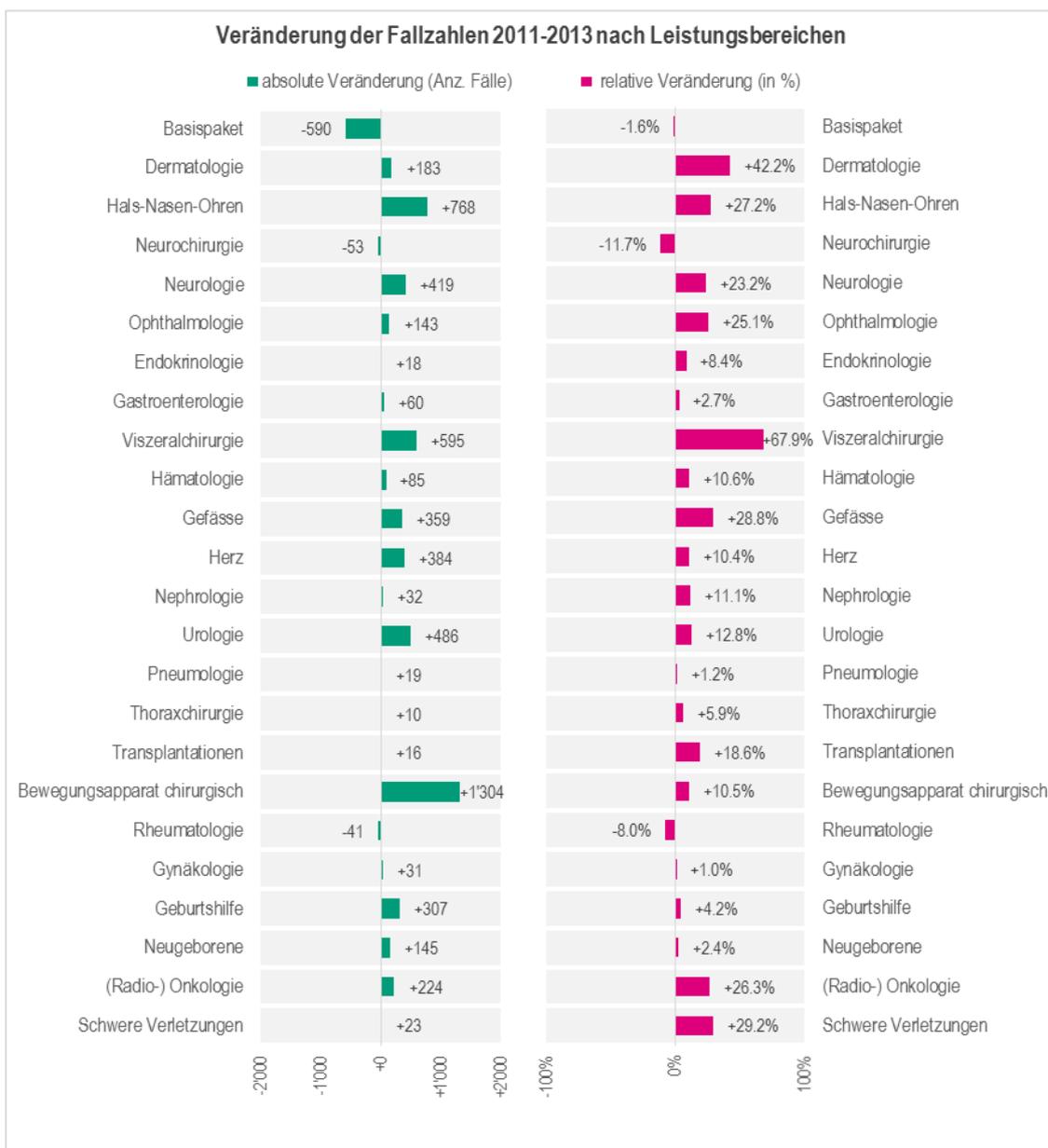


ABBILDUNG 22: AKUTSOMATIK NACHFRAGE - VERÄNDERUNG DER FALLZAHLEN NACH LEISTUNGSBEREICHEN 2011-13

Gemäss **Tabelle 19** sinkt die mittlere Aufenthaltsdauer (MAD)⁴⁶ bei Hospitalisationen von Aargauer Patienten von 5.3 Tagen im Jahr 2011 auf 5.0 Tage im Jahr 2013. Unterschieden nach Leistungsbereichen ist für die Dermatologie, die Neurochirurgie und Nephrologie ein Anstieg der MAD festzustellen, in den übrigen Leistungsbereichen sinkt die MAD oder bleibt zumindest stabil. Diese Entwicklung ist kohärent mit dem rückläufigen Trend, der bereits seit vielen Jahren auch im internationalen Vergleich festzustellen ist.⁴⁷ In **Abbildung 23** ist die Entwicklung der MAD für die Nordwestschweizer Kantone dargestellt. Ausgenommen für den Kanton Solothurn kann für alle Kantone eine sinkende Tendenz festgestellt werden, im Kanton Solothurn bleibt die MAD stabil.

⁴⁶ Für die Berechnung der MAD im vorliegenden Monitoring vgl. Glossar bzw. Methodenbericht.

⁴⁷ Vgl. Gruber et al. (2010, S.117).

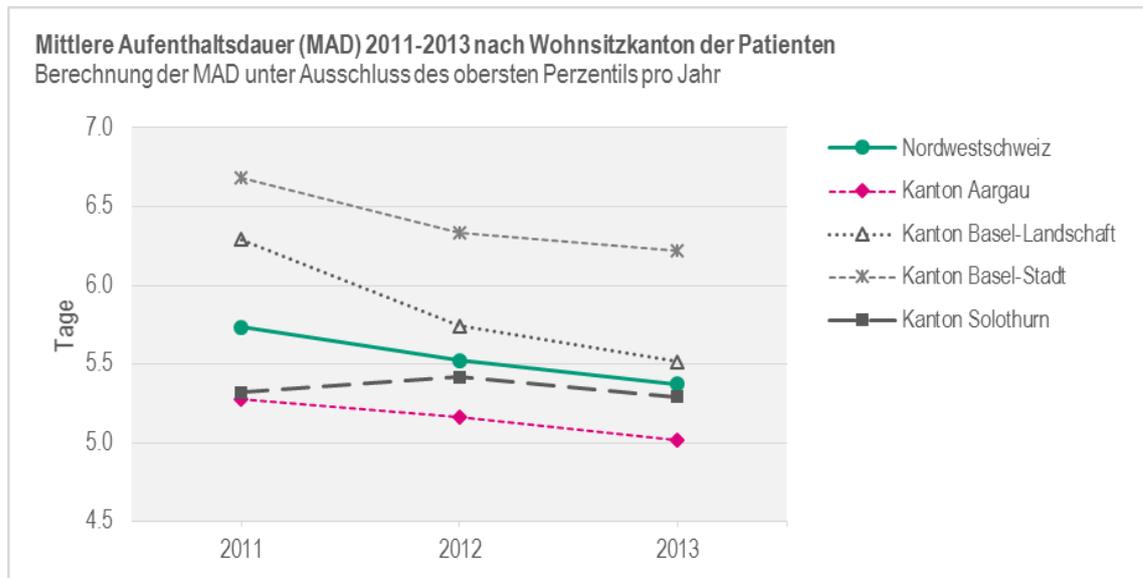


ABBILDUNG 23: VERÄNDERUNG DER MITTLEREN AUFENTHALTSDAUER (MAD) NACH WOHNKANTON DER PATIENTEN 2011-13

In **Abbildung 24** und **Abbildung 25** werden die Hospitalisationsraten bzw. die MAD nach Altersgruppen dargestellt. Augenscheinlich wird, dass mit steigendem Alter sowohl die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisation als auch deren durchschnittliche Aufenthaltsdauer steigen. Mit dem Alter nehmen die Zahl der chronischen Krankheiten und die Zahl der Krankheiten pro Patient zu. Ausserdem reagiert der Körper langsamer auf pathologische Veränderungen und weist deshalb eine längere Regenerationsphase auf. Durch die höhere Hospitalisationsrate und die höhere mittlere Aufenthaltsdauer der älteren Generationen nimmt auch die Anzahl der Pflegetage entsprechend zu. **Abbildung 26** veranschaulicht diesen Sachverhalt.

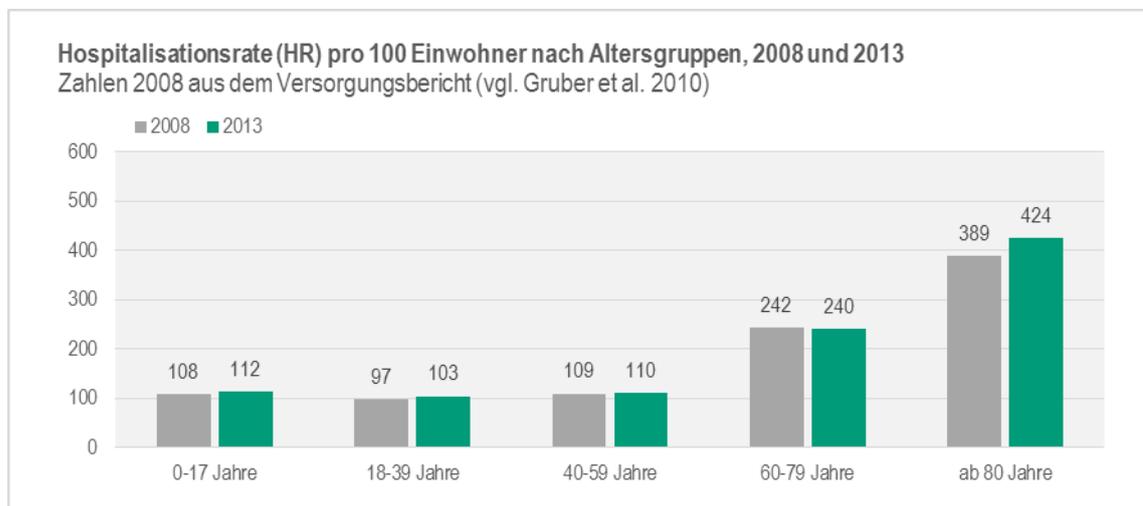


ABBILDUNG 24: HOSPITALISATIONSRATE (HR) NACH ALTERSGRUPPEN, 2008 UND 2013

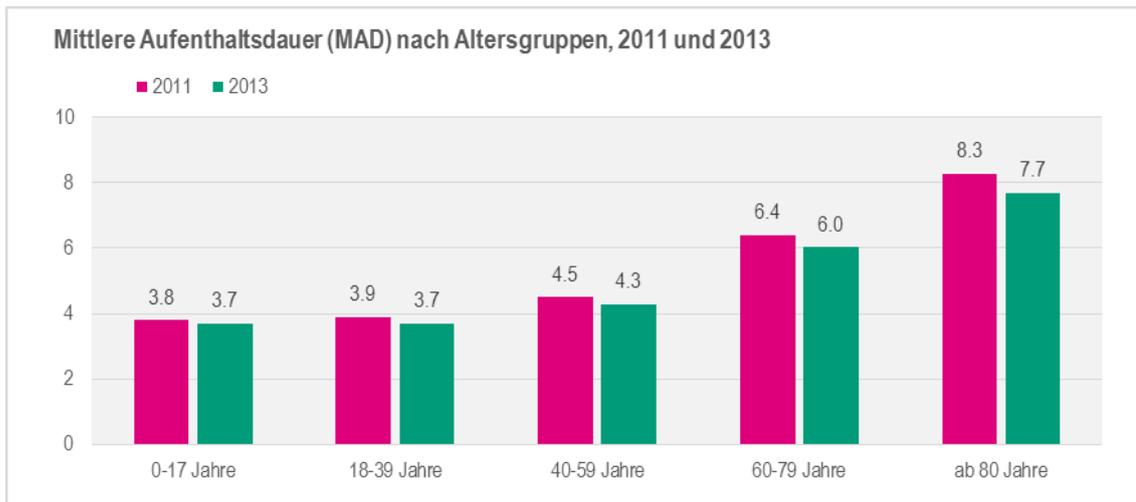


ABBILDUNG 25: MITTLERE AUFENTHALTSDAUER NACH ALTERSGRUPPEN, 2011 UND 2013

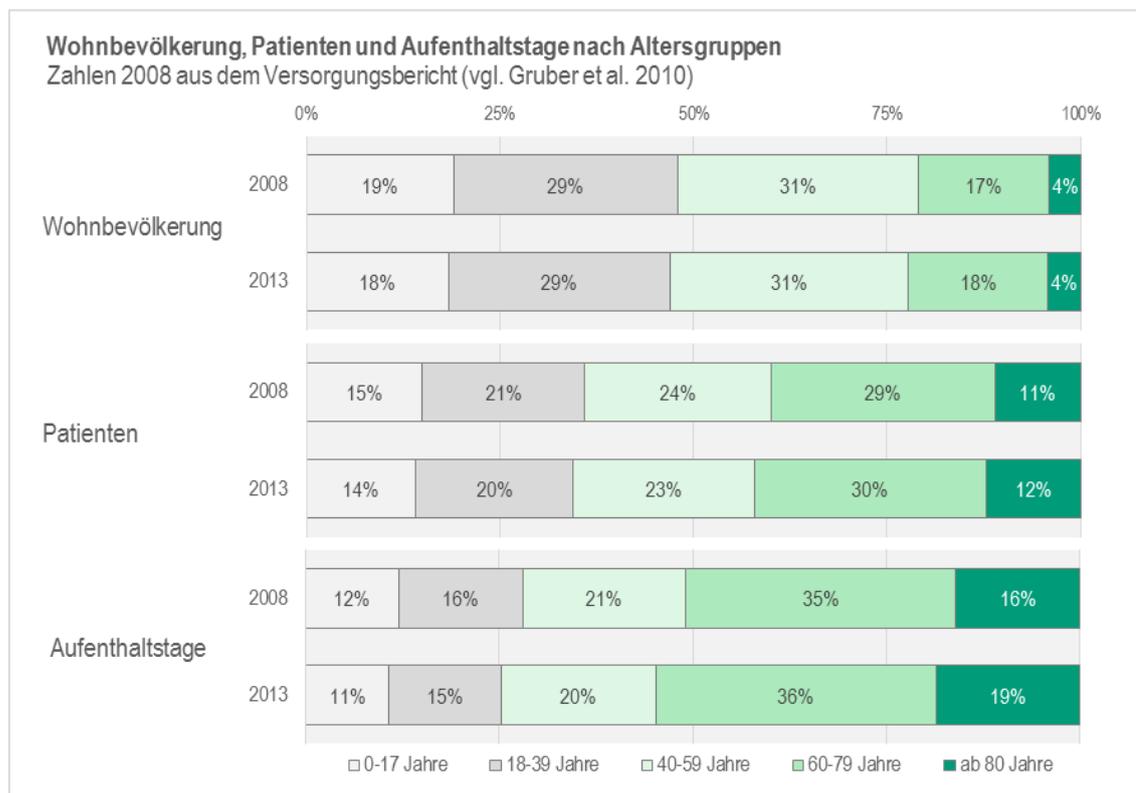


ABBILDUNG 26: WOHNBEVÖLKERUNG, PATIENTEN UND AUFENTHALTSTAGE NACH ALTERSGRUPPEN, 2008 UND 2013

Die Altersgruppe der 60-79jährigen macht im Jahr 2013 rund 18% der Nordwestschweizer Bevölkerung aus. Gleichzeitig sind jedoch 30% der Hospitalisationen und gar 36% der Aufenthaltstage dieser Altersgruppe zuzuschreiben, womit die 60-79jährigen die Gruppe mit der höchsten Inanspruchnahme stationärer Leistungen darstellen. Mit Ausnahme der allgemeinen Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer sind keine wesentlichen Veränderungen über die Zeit hinweg erkennbar.

Für die Versorgungsplanung gewinnen die vorangehend genannten demografisch bedingten Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vor dem Hintergrund der demogra-

fischen Alterung⁴⁸ an Bedeutsamkeit, und zwar im Sinne, dass durch die älter werdende Bevölkerung bzw. durch die Alterung der bevölkerungsreichen Kohorten eine direkte Mehrbelastung des medizinischen Versorgungssystems impliziert wird.

3 Patientenströme

Das Kapitel zu den Patientenströmen betrachtet zuerst die **Abwanderung** von Aargauer Patienten anhand der ausserkantonale erfolgten Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau. In einem zweiten Schritt wird die **Zuwanderung** von ausserkantonalen Patienten in den Kanton Aargau dargestellt. Schliesslich wird die Differenz aus Zu- und Abwanderung pro SPLG-Leistungsbereich (**Nettowanderung**) analysiert.

3.1 Abwanderung

Wie vorangehend erwähnt, werden im Zusammenhang mit der Abwanderung die Hospitalisationen von Aargauer Patienten in Spitälern ausserhalb des Kantons betrachtet. **Tabelle 20** zeigt die Abwanderung für die Jahre 2011 bis 2013 nach Zielkanton bzw. nach Standortkanton des Spitals, in welchem die Hospitalisation erfolgte. Die Veränderung zwischen den Jahren 2011 und 2013 wird anhand der absoluten Fallzahl sowie der Veränderung in Prozentpunkten dargestellt.

Kanton Aargau		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Standortkanton des Spitals		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
Hospitalisationen im Kanton AG		73'826	84.4%	74'737	82.9%	75'806	82.0%	+1'980	-2.4%
Abwanderung		13'676	15.6%	15'425	17.1%	16'623	18.0%	+2'947	+2.4%
NWCH	BL	1'120	1.3%	1'356	1.5%	1'399	1.5%	+279	+0.2%
	BS	2'814	3.2%	3'161	3.5%	3'648	3.9%	+834	+0.7%
	SO	602	0.7%	879	1.0%	964	1.0%	+362	+0.4%
übrige Schweiz	AI	0	0.0%	3	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	AR	23	0.0%	26	0.0%	25	0.0%	+2	+0.0%
	BE	880	1.0%	883	1.0%	931	1.0%	+51	+0.0%
	FR	15	0.0%	10	0.0%	8	0.0%	-7	-0.0%
	GE	25	0.0%	27	0.0%	30	0.0%	+5	+0.0%
	GL	17	0.0%	18	0.0%	9	0.0%	-8	-0.0%
	GR	358	0.4%	359	0.4%	381	0.4%	+23	+0.0%
	JU	7	0.0%	3	0.0%	8	0.0%	+1	+0.0%
	LU	718	0.8%	786	0.9%	923	1.0%	+205	+0.2%
	NE	2	0.0%	9	0.0%	6	0.0%	+4	+0.0%
	NW	32	0.0%	31	0.0%	41	0.0%	+9	+0.0%
	OW	21	0.0%	11	0.0%	18	0.0%	-3	-0.0%
	SG	135	0.2%	138	0.2%	145	0.2%	+10	+0.0%
	SH	16	0.0%	18	0.0%	21	0.0%	+5	+0.0%
	SZ	93	0.1%	98	0.1%	94	0.1%	+1	-0.0%
	TG	58	0.1%	39	0.0%	59	0.1%	+1	-0.0%
	TI	99	0.1%	100	0.1%	96	0.1%	-3	-0.0%
	UR	18	0.0%	17	0.0%	17	0.0%	-1	-0.0%
	VD	41	0.0%	44	0.0%	53	0.1%	+12	+0.0%
VS	132	0.2%	125	0.1%	113	0.1%	-19	-0.0%	
ZG	448	0.5%	503	0.6%	589	0.6%	+141	+0.1%	
ZH	6'002	6.9%	6'781	7.5%	7'045	7.6%	+1'043	+0.8%	
Total		87'502	100%	90'162	100%	92'429	100%	+4'927	

TABELLE 20: AKUTSOMATIK ABWANDERUNG - FALLZAHLEN NACH STANDORTKANTON DER HOSPITALISATION 2011-13

⁴⁸ Vgl. dazu auch Kapitel A.6.2.

Im Jahr 2013 erfolgten 82.0% der Behandlungen zugunsten von Patienten aus dem Kanton Aargau in Spitälern mit Standort im Kanton Aargau, im Jahr 2011 waren es noch 84.4%. Somit ist eine Zunahme der Abwanderung um +2.4 Prozentpunkte auf 18.0% im Jahr 2013 festzustellen. Der grösste Anteil ausserkantonomer Leistungen ist auf Hospitalisationen im Kanton Zürich auszumachen. Im Jahr 2013 erfolgten 7'045 Hospitalisationen von Aargauer Patienten in Zürcher Spitälern, was 7.6% aller Hospitalisationen von Aargauer Patienten entspricht. Es folgen darauf die Hospitalisationen in den Kantonen Basel-Stadt (3.9%), Basel-Land (3.9%) sowie Bern, Solothurn und Luzern (je 1.0%). Die grösste Zunahme im Zeitraum zwischen 2011 und 2013 ist für die Abwanderung in den Kanton Zürich (+1'043 Fälle) und den Kanton Basel-Stadt (+834) bemerkbar.

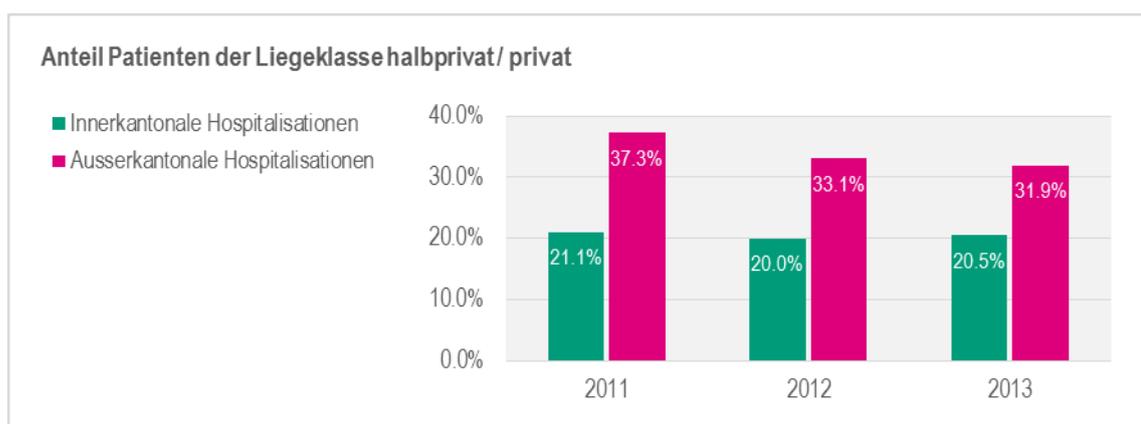


ABBILDUNG 27 ANTEIL DER LIEGEKLASSE HP/P BEI INNER- UND AUSSERKANTONALEN HOSPITALISATIONEN 2011-13

Hinsichtlich der Liegeklasse halbprivat/privat (HP/P) zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Patienten, die sich innerhalb des Kantons behandeln lassen, und Patienten, die ausserkantonale Hospitalisationen erhalten. Letztere Gruppe weist einen deutlich höheren Anteil Patienten der Liegeklasse HP/P aus, im Jahr 2011 sind es 37.3% im Vergleich zu einem Anteil von 21.1% bei den innerkantonal hospitalisierten Patienten. Im Laufe der Beobachtungsperiode ist jedoch eine Angleichungstendenz bemerkbar, so sind im Jahr 2013 nur noch 31.9% der ausserkantonomalen Hospitalisationen auf Patienten der Liegeklasse HP/P zurückzuführen, während der Anteil bei den innerkantonalen Hospitalisationen nur unwesentlich auf 20.5% sinkt.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Aargauer Patienten, die sich ausserhalb des Kantons behandeln lassen, überdurchschnittlich häufiger zusatzversichert sind. Mit Rücksicht auf die Diskussion in Kapitel B.1 kann nicht abschliessend geklärt werden, wie die Abnahme hinsichtlich des Anteils der Liegeklasse HP/P bei ausserkantonomalen Hospitalisationen einzuordnen ist bzw. in welchem Ausmass sie auf eine Verhaltensänderung seitens der Patienten schliessen lässt.

In **Tabelle 21** sind die ausserkantonomalen Hospitalisationen nach Leistungsbereich, Eintrittsart und Standortkanton der Hospitalisation dargestellt. Die Eintrittsart gibt Auskunft darüber, ob eine Hospitalisation geplant erfolgt. So können geplante und mehrheitlich notfallmässige Hospitalisationen in ausserkantonomalen Spitälern unterschieden werden. Als Referenzwert kann der Durchschnittswert sämtlicher Hospitalisationen der Jahre 2011-13 von Nordwestschweizer Patienten herangezogen werden. Gemäss der zugrundeliegenden Definition sind rund 50% der Kategorie geplante Eintritte zuzuordnen. Wenn also der Anteil geplanter Eintritte in Tabelle 5 deutlich unter 50% liegt, sind die ausserkantonomalen Hospitalisationen überproportional auf notfallmässige Eintritte zurückzuführen.

Kanton Aargau		Abwanderung - Ausserkantonale Hospitalisationen nach Leistungsbereich und Standortkanton der Hospitalisation 2013																									
Leistungsbereich (SPLG)	Eintrittsart	BL	BS	SO	AR	BE	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH		
Grundversorgung																											
Basispaket	Anz.	330	861	276	9	310	7	9	9	283	7	266	3	29	12	81	12	50	32	66	13	21	98	148	1689		
	% gepl.	46%	36%	42%	33%	33%		89%	11%	9%		29%	33%	14%		17%	33%	22%	41%	14%		19%		36%	43%		
Nervensystem & Sinnesorg.																											
Dermatologie	Anz.	11	26	2						1	7								1	1		1		1	60		
	% gepl.	73%	77%	50%							43%														100%	73%	
Hals-Nasen-Ohren	Anz.	92	97	60		34	1	1			111			1		9	1	9	5	1	1	1		25	428		
	% gepl.	91%	84%	92%		74%	100%	100%			64%					89%	100%	100%	60%	100%		100%			96%	64%	
Neurochirurgie	Anz.		35			7		1			4					1						1			1	57	
	% gepl.		69%			57%		100%			25%					100%										100%	67%
Neurologie	Anz.	16	104	11		24		1		9	8		3	1	3			2	2	7		4	4	3	152		
	% gepl.	31%	16%			8%		100%												14%						56%	
Ophthalmologie	Anz.	36	29	167	1	9					64									1		6			169		
	% gepl.	89%	79%	83%	100%	89%					88%											67%				76%	
Innere Organe																											
Endokrinologie	Anz.	3	6	3		1				1	1														1	21	
	% gepl.	100%	67%	33%		100%																				33%	
Gastroenterologie	Anz.	20	57	13		14		1		4	19			2		3		3	2	1					2	124	
	% gepl.	30%	56%	15%		57%		100%			37%					33%											47%
Viszeralchirurgie	Anz.	15	100	15		36		2			13					5	3	4	1	1					5	153	
	% gepl.	80%	86%	67%		94%		100%			92%					100%	100%	100%	100%	100%						80%	83%
Hämатologie	Anz.	4	49			6					13		1			4				1						3	90
	% gepl.	25%	57%			50%					85%					100%				100%							72%
Gefässe	Anz.	37	57	7		27		5			8					2				1					10	110	
	% gepl.	86%	60%	71%		56%		80%			88%					50%											70%
Herz	Anz.	60	597	22		79				8	34					2			4	5		2	4		4	444	
	% gepl.	75%	84%	55%		70%				13%	41%					50%			25%				25%			80%	
Nephrologie	Anz.	10	7	2		1					1					2				1	2					13	
	% gepl.	60%	43%													50%										31%	
Urologie	Anz.	103	119	48		39				4	28					6	2	4	3	2					36	355	
	% gepl.	73%	82%	88%		85%				25%	86%					100%	100%	50%	100%	50%						78%	83%
Pneumologie	Anz.	50	97			7				1	10									2					1	1	125
	% gepl.	94%	55%			57%					20%																61%
Thoraxchirurgie	Anz.	3	18			3					3															22	
	% gepl.	67%	89%			67%					100%																82%
Transplantationen	Anz.	1	28			6		5														1			52		
	% gepl.	100%	100%			67%		80%														100%				75%	
Bewegungsapparat																											
Bewegungsapparat chirurgisch	Anz.	475	765	87	14	174		2		61	167			3	4	16		15	6	3		5	2	180	1766		
	% gepl.	94%	96%	89%	93%	87%		50%		38%	88%			33%	75%	69%		80%	67%	33%		100%			95%	94%	
Rheumatologie	Anz.	10	20	5		6					5					1			1						2	56	
	% gepl.	80%	85%	20%		83%					60%															100%	82%
Gynäkologie & Geburtshilfe																											
Gynäkologie	Anz.	22	78	102	1	22				2	21					3	3	1	1	1		2			24	233	
	% gepl.	73%	92%	97%	100%	100%					90%					100%	100%	100%	100%	100%		100%				96%	96%
Geburtshilfe	Anz.	51	199	96		61		1		3	1	93	1	2		4		2	1		2	2	3	77	531		
	% gepl.	53%	68%	83%		75%					100%	69%				75%		50%	100%							58%	62%
Neugeborene	Anz.	41	201	42		44		1		1	48	1	1			3		1			1	1	1	68	334		
	% gepl.	10%	11%								2%															2%	
Übrige																											
Schwere Verletzungen	Anz.		5	2		9				3	4														1	10	
	% gepl.					11%																					
(Radio-) Onkologie	Anz.	9	93	4		12		1			5					1		1				6		1	51		
	% gepl.	100%	89%	50%		100%		100%			60%					100%		100%				100%				100%	78%
Total	Anz.	1399	3648	964	25	931	8	30	9	381	8	923	6	41	18	145	21	94	59	96	17	53	113	589	7045		
	% gepl.	73%	66%	66%	72%	58%	13%	77%	11%	13%	13%	56%	17%	17%	17%	41%	62%	44%	46%	17%	0%	47%	1%	61%	67%		

TABELLE 21: AKUTSOMATIK ABWANDERUNG – NACH LEISTUNGSBEREICH, EINTRITTSART UND ZIELKANTON 2013

Es wird deutlich, dass die Hospitalisationen in den Kantonen Fribourg, Glarus, Graubünden, Jura, Neuenburg, Nidwalden, Obwalden, Tessin, Uri und Wallis mehrheitlich auf Notfalleintritte zurückzuführen sind. Bei den Hospitalisationen in den Kantonen Basel-Land, Basel-Stadt, Solothurn, Appenzell-Ausserrhododen, Zug und Zürich handelt es sich überdurchschnittlich oft um geplante Eintritte. Es sind dies auch mehrheitlich jene Standortkantone, in denen sich der Grossteil der Behandlungen auf spezialisierte Eingriffe bezieht (geringer Anteil des Basispakets).

Die Karte in **Abbildung 28** stellt die Abwanderung aus dem Kanton Aargau nach MedStat-Regionen dar. Es wurden die Jahre 2011 und 2012 verglichen. Ausgewiesen wird jeweils der Anteil der ausserkantonalen Hospitalisationen pro MedStat-Region, also jener Anteil der Patienten, die zwecks einer akutstationärer Hospitalisation „die Kantongrenzen überqueren“.

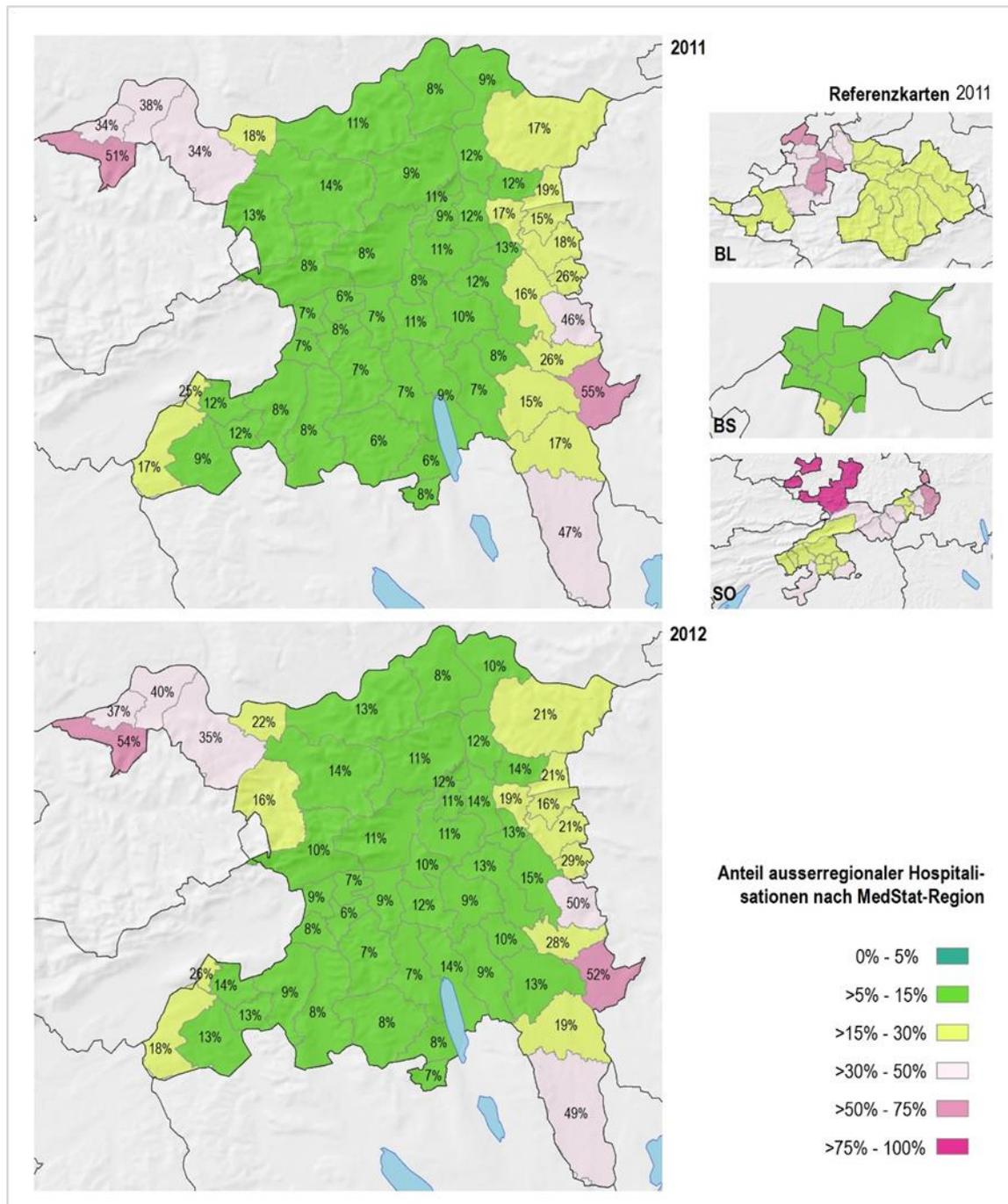


ABBILDUNG 28: ANTEIL AUSSERKANTONALER HOSPITALISATIONEN NACH MEDSTAT-REGION DES PATIENTEN 2011 UND 2012

Die Abbildung zeigt grosse Unterschiede je nach Wohnregion, der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen bewegt sich zwischen 6% bis 54%. Am stärksten betroffen sind die nordwestlichen und südöstlichen Grenzregionen. Für erstere sind angesichts der Erreichbarkeit insbesondere Angebote in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft attraktiv, letztere dürften sich hauptsächlich nach Zürich orientieren. Somit liegt der Schluss nahe, dass die Entscheidung pro oder contra einer ausserregionalen Leistungsanspruchnahme massgeblich durch den Wohnsitz und dessen geografische Lage bestimmt ist, so dass durch die veränderten Rahmenbedingungen aufgrund der in der KVG-Revision inhärenten freien Spitalwahl kaum ein unmittelbarer Einfluss auf das Patientenverhalten auszumachen zu sein scheint. Im zeitlichen Verlauf zeigen sich zwar Veränderungen in den einzelnen Regionen. Es ist jedoch nicht so, dass durch die mit der KVG-

Revision eingeführte Spitalwahlfreiheit dazu geführt hätte, dass der Anteil ausserregionaler Hospitalisationen gerade in den nicht grenznahen MedStat-Regionen massiv angestiegen wäre.

In **Tabelle 22** sind die Case-Mix-Indizes (CMI) der ausser- und innerkantonalen Hospitalisationen wiedergegeben. Der CMI berechnet sich als Mittelwert der Kostengewichte aller betreffenden Patient/innen. In der Tabelle werden die CMI pro Leistungsbereich dargestellt, wobei jeweils der höhere Wert pro Leistungsbereich hervorgehoben ist. Nebst dem Mittelwert der Kostengewichte (\emptyset) werden in Tabelle 22 jeweils die dazugehörige Standardabweichung (σ) sowie die Fallzahl ausgewiesen. Die Tabelle soll Aufschluss über den Schweregrad der Fälle geben und zwar dahingehend, ob sich ausserkantonale Hospitalisationen hinsichtlich des Schweregrades systematisch von Hospitalisationen unterscheiden, die in Spitälern innerhalb des Kantons Aargau erfolgen. Grundlage bilden die Daten zu den Jahren 2012 und 2013.

Kanton Aargau	innerkantonale Hospitalisationen						ausserkantonale Hospitalisationen					
	2012			2013			2012			2013		
	Fälle	CMI		Fälle	CMI		Fälle	CMI		Fälle	CMI	
Leistungsbereiche (SPLG)	Anz.	\emptyset	σ	Anz.	\emptyset	σ	Anz.	\emptyset	σ	Anz.	\emptyset	σ
Grundversorgung												
Basispaket	30'357	0.74	0.4	31'094	0.75	0.5	4'499	0.78	0.6	4'621	0.78	0.6
Nervensystem & Sinnesorgane												
Dermatologie	581	1.35	1.2	504	1.51	1.6	120	1.23	0.9	111	1.18	0.7
Hals-Nasen-Ohren	2'387	0.83	0.8	2'720	0.78	0.6	783	0.99	1.1	877	0.90	1.6
Neurochirurgie	240	2.95	1.9	292	3.16	2.2	87	2.69	1.8	107	3.19	2.4
Neurologie	1'758	1.12	0.7	1'875	1.08	0.7	337	1.10	0.7	354	1.17	0.9
Ophthalmologie	258	1.65	3.1	231	1.91	3.2	403	0.84	0.2	482	0.83	0.2
Innere Organe												
Endokrinologie	173	0.86	0.5	200	1.01	0.9	31	0.92	0.6	37	0.93	0.6
Gastroenterologie	2'093	0.96	0.8	2'009	1.04	0.9	238	0.88	0.5	265	1.00	0.7
Viszeralchirurgie	1'024	2.99	3.0	1'117	2.96	3.4	317	2.75	3.4	353	2.58	2.7
Hämatologie	627	1.45	1.6	715	1.27	1.5	142	2.46	3.8	172	2.19	3.2
Gefässe	1'242	2.22	2.6	1'342	2.10	2.4	205	2.06	1.7	264	2.68	3.2
Herz	2'612	1.86	1.9	2'831	1.91	2.0	1'243	3.29	3.3	1'261	3.53	3.4
Nephrologie	241	2.23	3.1	284	1.88	2.3	27	3.62	7.0	39	2.18	1.5
Urologie	3'389	0.93	0.9	3'537	0.95	1.0	676	1.00	1.0	749	1.01	1.1
Pneumologie	1'685	1.27	1.8	1'263	1.26	1.7	329	1.69	2.2	294	1.65	2.2
Thoraxchirurgie	123	2.77	2.0	138	2.81	2.5	39	2.94	1.2	49	2.84	2.9
Transplantationen	10	1.51	0.8	10	1.91	1.3	71	4.70	6.2	93	4.78	6.0
Bewegungsapparat												
Bewegungsapparat chirurgisch	9'931	1.30	1.0	9'973	1.33	1.0	3'325	1.33	0.9	3'735	1.33	0.9
Rheumatologie	387	0.80	0.4	367	0.82	0.4	112	0.93	0.5	107	0.87	0.4
Gynäkologie & Geburtshilfe												
Gynäkologie	2'506	1.05	0.6	2'609	1.05	0.8	523	1.00	0.6	516	1.03	0.6
Geburtshilfe	6'560	0.70	0.2	6'415	0.70	0.2	995	0.73	0.3	1'130	0.72	0.3
Neugeborene	5'681	0.28	0.4	5'322	0.30	0.5	673	0.51	1.7	789	0.56	1.5
Übrige												
(Radio-) Onkologie	790	0.98	0.6	891	1.02	0.7	221	0.99	0.6	184	1.05	0.6
Schwere Verletzungen	82	4.40	3.8	67	3.93	3.3	29	3.73	2.7	34	5.22	4.9
Total	74'737	0.96	1.1	75'806	0.97	1.1	15'425	1.27	1.7	16'623	1.30	1.7

TABELLE 22: CMI BEI INNERKANTONALEN UND AUSSERKANTONALEN HOSPITALISATIONEN 2012

Die ausserhalb des Kantons Aargau behandelten Patienten weisen im Jahr 2013 einen durchschnittlichen Schweregrad von 1.30 auf, wohingegen sich für die in Aargauer Spitälern behandelten Patienten ein durchschnittlicher CMI von 0.97 ergibt. Betrachtet man die CMI pro Leistungsbereich, so ist derselbe Umstand für die Mehrheit der Leistungsbereiche festzustellen. Mit anderen Worten heisst das, bei den Aargauer Patienten, die sich in ausserkantonalen Spitälern behandeln lassen, handelt es sich eher um schwerere bzw. komplexere Fälle.

Analoge Auswertungen für die anderen Nordwestschweizer Kantone offenbaren Unterschiede hinsichtlich des Schweregrads inner- und ausserkantonaler Hospitalisationen.⁴⁹ Für die Kantone Basel-Landschaft und Solothurn trifft es ebenso zu, dass ausserkantonal behandelte Patienten einen höheren CMI aufweisen, nicht so für den Kanton Basel-Stadt. Diese Tatsache ist nicht weiter überraschend, bedenkt man, dass durch das Universitätsspital Basel sowie das Universitäts-Kinderspital beider Basel der Kanton Basel-Stadt das notwendige Angebot besitzt, um Patienten mit schweren und/oder komplexen Indikationen zu behandeln.

3.2 Zuwanderung

Tabelle 23 stellt die Zuwanderung nach Wohnkanton der Patienten dar. Abgebildet sind somit alle Hospitalisationen der Patienten mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons in Spitälern mit Standort im Kanton Aargau. Ausgewiesen wird jeweils die Anzahl Fälle nach Wohnkanton des Patienten und Jahr. Die Veränderung zwischen den Jahren 2011 und 2013 wird anhand der absoluten Fallzahl sowie der Veränderung in Prozentpunkten dargestellt.

Kanton Aargau		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
Wohnkanton des Patienten		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
AG		73'826	88.5%	74'737	88.2%	75'806	88.1%	+1'980	-0.4%
Zuwanderung		9'581	11.5%	9'982	11.8%	10'272	11.9%	+691	+0.4%
NWCH	BL	414	0.5%	438	0.5%	502	0.6%	+88	+0.1%
	BS	160	0.2%	155	0.2%	173	0.2%	+13	+0.0%
	SO	3'791	4.5%	3'920	4.6%	3'943	4.6%	+152	+0.0%
übrige Schweiz	AR	5	0.0%	7	0.0%	8	0.0%	+3	+0.0%
	AI	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	BE	739	0.9%	714	0.8%	709	0.8%	-30	-0.1%
	FR	17	0.0%	14	0.0%	15	0.0%	-2	-0.0%
	GE	13	0.0%	10	0.0%	5	0.0%	-8	-0.0%
	GL	18	0.0%	10	0.0%	9	0.0%	-9	-0.0%
	GR	50	0.1%	73	0.1%	65	0.1%	+15	+0.0%
	JU	18	0.0%	8	0.0%	8	0.0%	-10	-0.0%
	LU	1'882	2.3%	1'940	2.3%	1'837	2.1%	-45	-0.1%
	NE	3	0.0%	4	0.0%	6	0.0%	+3	+0.0%
	NW	31	0.0%	38	0.0%	35	0.0%	+4	+0.0%
	OW	36	0.0%	25	0.0%	27	0.0%	-9	-0.0%
	SG	77	0.1%	89	0.1%	86	0.1%	+9	+0.0%
	SH	16	0.0%	25	0.0%	27	0.0%	+11	+0.0%
	SZ	103	0.1%	120	0.1%	126	0.1%	+23	+0.0%
	TI	52	0.1%	43	0.1%	52	0.1%	+0	-0.0%
	TG	39	0.0%	40	0.0%	33	0.0%	-6	-0.0%
	UR	27	0.0%	21	0.0%	18	0.0%	-9	-0.0%
	VD	33	0.0%	28	0.0%	27	0.0%	-6	-0.0%
	VS	54	0.1%	27	0.0%	42	0.0%	-12	-0.0%
ZH	979	1.2%	990	1.2%	1'119	1.3%	+140	+0.1%	
ZG	134	0.2%	165	0.2%	153	0.2%	+19	+0.0%	
Ausland	889	1.1%	1'066	1.3%	1'240	1.4%	+351	+0.4%	
unbekannt	1	0.0%	12	0.0%	7	0.0%	+6	+0.0%	
Total		83'405	100%	84'719	100%	86'078	100%	+2'673	

TABELLE 23: ZUWANDERUNG – HOSPITALISATIONEN AUSSERKANTONALER PATIENTEN 2011-13

⁴⁹ Vgl. dazu die Berichte auf Ebene der einzelnen Kantone.

Im Jahr 2013 beziehen sich 88.1% der Hospitalisationen in Aargauer Spitälern auf Patienten aus dem Kanton Aargau, 11.9% sind auf Patienten aus anderen Kantonen zurückzuführen. Dieser Anteil ist auch über die Jahre hinweg weitgehend stabil. Die grösste Gruppe zugewanderter Patienten stammt aus dem Kanton Solothurn mit 4.6% der Hospitalisationen in Aargauer Spitälern im Jahr 2013. Darauf folgen Patienten aus den Kantonen Luzern (2.1%), dem Ausland (1.4%) und dem Kanton Zürich (1.2%). Patienten aus den übrigen Kantonen sind von untergeordneter Bedeutung. Die Verteilung zwischen den Herkunftskantonen bleibt in den Jahren zwischen 2011 und 2013 weitgehend stabil, die grösste Zunahme ist mit +351 Patienten (+0.4 Prozentpunkte) hinsichtlich der Zuwanderung aus dem Ausland festzustellen.

In **Abbildung 29** ist der Anteil der Patienten der Liegeklasse privat bzw. halbprivat (HP/P) für alle Hospitalisationen in Aargauer Spitälern dargestellt. Es wird dabei unterschieden zwischen den Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau und ausserkantonalen Patienten.

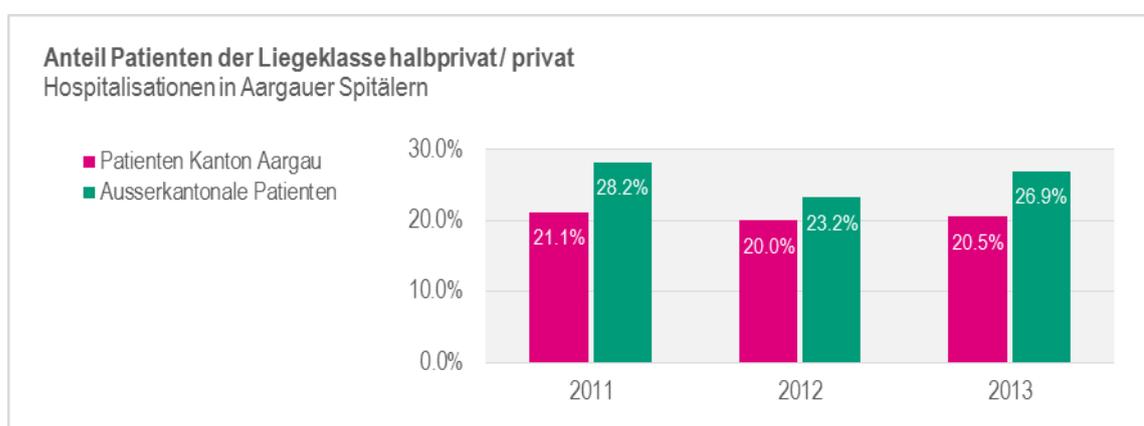


ABBILDUNG 29: ANTEIL LIEGEKLASSE HP/P BEI INNER- UND AUSSKANTONALER PATIENTEN 2011-13

Die Hospitalisationen ausserkantionaler Patienten weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Liegeklasse HP/P auf, wobei der Unterschied ungleich geringer ist als für die beiden Basler Halbkantone.⁵⁰ Im Jahr 2011 sind 28.2% ausserkantionalen Patienten in Aargauer Spitälern der Liegeklasse HP/P zuzuordnen, wohingegen dasselbe lediglich auf 21.1% der innerkantonalen Patienten zutrifft. Im Jahr 2012 sind 23.2% und im Jahr 2013 26.9% in der Liegeklasse HP/P hospitalisiert. Im Gegensatz zur Abwanderung⁵¹ kann demnach, was die innerkantonalen Hospitalisationen betrifft, keine eindeutige Angeleichungstendenz bezüglich des Versicherungsstatus nach Wohnkanton festgestellt werden.

3.3 Nettowanderung

Gemäss Tabelle 17 zum Angebot der Aargauer Spitäler erfolgten im Jahr 2013 86'078 akutstationäre Hospitalisationen in kantonalen Spitälern, während sich gemäss Tabelle 19 die Inanspruchnahme durch die Aargauer Wohnbevölkerung im selben Jahr auf 92'429 Hospitalisationen belief. Dies bedeutet, dass durch die Aargauer Wohnbevölkerung rund 7% mehr Leistungen in Anspruch genommen werden als durch die kantonalen Leistungserbringer erbracht werden (6'351 Fälle). Diese Leistungen werden in ausserkantonalen Spitälern nachgefragt, wodurch die Abwanderung von Aargauer Patienten die Zuwanderung ausserkantionaler Patienten übersteigt.

Mögliche Gründe für die Abwanderung von Aargauer Patienten wurden bereits in Kapitel B.3.1 skizziert. Zum einen ist der Anteil ausserkantionaler Hospitalisationen insbesondere bei Patienten in den Randgebieten des Kantons – wenn ggf. ausserkantonale Angebote näher gelegen sind –

⁵⁰ Vgl. die Berichte für die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt.

⁵¹ Vgl. vorangehendes Kapitel.

überdurchschnittlich hoch. Ausserdem erfolgt eine Hospitalisation auch in Fällen mit einem hohen Schweregrad häufiger ausserhalb des Kantons als bei Fällen mit geringerem Schweregrad.

Die Differenz aus Zu- und Abwanderung bzw. das Saldo der Patientenströme wird nachfolgend als Nettowanderung bezeichnet. In Tabelle 24 wird Nettowanderung auf Ebene der Leistungsbereiche analysiert. Eine hohe Nettozuwanderung kann dabei zum Beispiel aufgrund fehlender Versorgungsangebote ausserhalb des Kantons Aargau oder als Folge eines Wettbewerbsvorteils der Aargauer Leistungserbringer entstehen. Für eine hohe Nettoabwanderung sind die analogen Zusammenhänge in umgekehrter Richtung denkbar. In der nachfolgenden Tabelle sind Leistungsbereiche mit einer Nettozuwanderung jeweils grün hervorgehoben, Leistungsbereiche mit einer Nettoabwanderung rot.

Kanton Aargau	2011			2012			2013			Anteil Nettowanderung
	Zuwanderung	Abwanderung	Nettowanderung	Zuwanderung	Abwanderung	Nettowanderung	Zuwanderung	Abwanderung	Nettowanderung	
Leistungsbereiche (SPLG)	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	% (a)
Grundversorgung										
Basispaket	3'231	4'491	-1'260	3'173	4'499	-1'326	3'268	4'621	-1'353	-4%
Nervensystem & Sinnesorgane										
Dermatologie	37	66	-29	42	120	-78	43	111	-68	-11%
Hals-Nasen-Ohren	393	552	-159	330	783	-453	349	877	-528	-15%
Neurochirurgie	159	100	+59	120	87	+33	112	107	+5	+1%
Neurologie	244	283	-39	269	337	-68	276	354	-78	-3%
Ophthalmologie	41	341	-300	44	403	-359	38	482	-444	-62%
Innere Organe										
Endokrinologie	24	28	-4	10	31	-21	20	37	-17	-7%
Gastroenterologie	140	209	-69	136	238	-102	127	265	-138	-6%
Viszeralchirurgie	51	196	-145	93	317	-224	115	353	-238	-16%
Hämatologie	56	85	-29	49	142	-93	67	172	-105	-12%
Gefässe	133	214	-81	160	205	-45	190	264	-74	-5%
Herz	144	1'083	-939	182	1'243	-1'061	266	1'261	-995	-24%
Nephrologie	11	34	-23	29	27	+2	23	39	-16	-5%
Urologie	370	504	-134	387	676	-289	418	749	-331	-8%
Pneumologie	131	292	-161	228	329	-101	146	294	-148	-10%
Thorax chirurgie	4	58	-54	8	39	-31	7	49	-42	-22%
Transplantationen	0	82	-82	0	71	-71	2	93	-91	-88%
Bewegungsapparat										
Bewegungsapparat chirurgisch	1'810	2'753	-943	1'875	3'325	-1'450	1'975	3'735	-1'760	-13%
Rheumatologie	45	120	-75	47	112	-65	29	107	-78	-16%
Gynäkologie & Geburtshilfe										
Gynäkologie	561	400	+161	622	523	+99	622	516	+106	+3%
Geburtshilfe	988	890	+98	1'062	995	+67	1'097	1'130	-33	-0%
Neugeborene	897	704	+193	951	673	+278	939	789	+150	+2%
Übrige										
(Radio-) Onkologie	95	164	-69	138	221	-83	119	184	-65	-6%
Schwere Verletzungen	16	27	-11	27	29	-2	24	34	-10	-10%
Total	9'579	13'676	-4'097	9'982	15'425	-5'443	10'272	16'623	-6'351	-7%

(a) in Prozent der Inanspruchnahme durch die Wohnbevölkerung mit Wohnsitz im Kanton Aargau > 0 < 0

TABELLE 24: AKUTSOMATIK NETTOWANDERUNG – ZU- UND ABWANDERUNG NACH LEISTUNGSBEREICHEN 2011-13

Betrachtet man die absoluten Zahlen der Nettowanderung für das Jahr 2013, so ist die grösste Nettoabwanderung im Leistungsbereich *Bewegungsapparat chirurgisch* zu beobachten mit -1'760 Fällen. Gleichzeitig ist für diesen Bereich zwischen 2011 und 2013 ein hoher Anstieg der Nettowanderung feststellbar. Ferner zeichnen sich ebenfalls das *Basispaket* (-1'353 im Jahr 2013) und die Leistungsbereiche *Herz* (-995), *Hals-Nasen-Ohren* (-528) und *Ophthalmologie* (-444) durch eine hohe Nettoabwanderung aus. Eine Nettozuwanderung weist der Kanton Aargau lediglich in den Leistungsbereichen *Neugeborene* (+150), *Gynäkologie* (+106) und *Neurochirurgie* (+5) aus.

Die Spalte *Anteil Nettowanderung* dient als Indikator für die Bedeutsamkeit der Nettowanderung im Verhältnis zur Inanspruchnahme der Aargauer Bevölkerung. In **Abbildung 30** werden die absolute und relative Nettowanderung nebeneinander dargestellt, so dass das Verhältnis zwischen absoluter Fallzahl und relativer Bedeutsamkeit der Abwanderung unter Berücksichtigung der innerregionalen Nachfrage auf einen Blick ersichtlich ist.

Beispiel:

Im Bereich *Bewegungsapparat chirurgisch* ist in absoluten Zahlen klar die grösste Nettoabwanderung (-1'760 Fälle im Jahr 2013) feststellbar. Betrachtet man jedoch die relative Bedeutung dieser Nettoabwanderung (Spalte *Anteil Nettowanderung*) sieht man, dass diese -1'760 Fälle nur 13% der Gesamtfallzahl der Aargauer Bevölkerung in diesem Leistungsbereich ausmachen, wohingegen die Nettoabwanderung von -444 Fällen im Bereich Ophthalmologie 62% der kantonalen Inanspruchnahme ausmachen. Die Bedeutsamkeit ausserkantonaler ophthalmologischer Angebote ist demnach – im Hinblick auf die Versorgungssicherheit über die verschiedenen Leistungsbereiche hinweg – grösser einzuschätzen

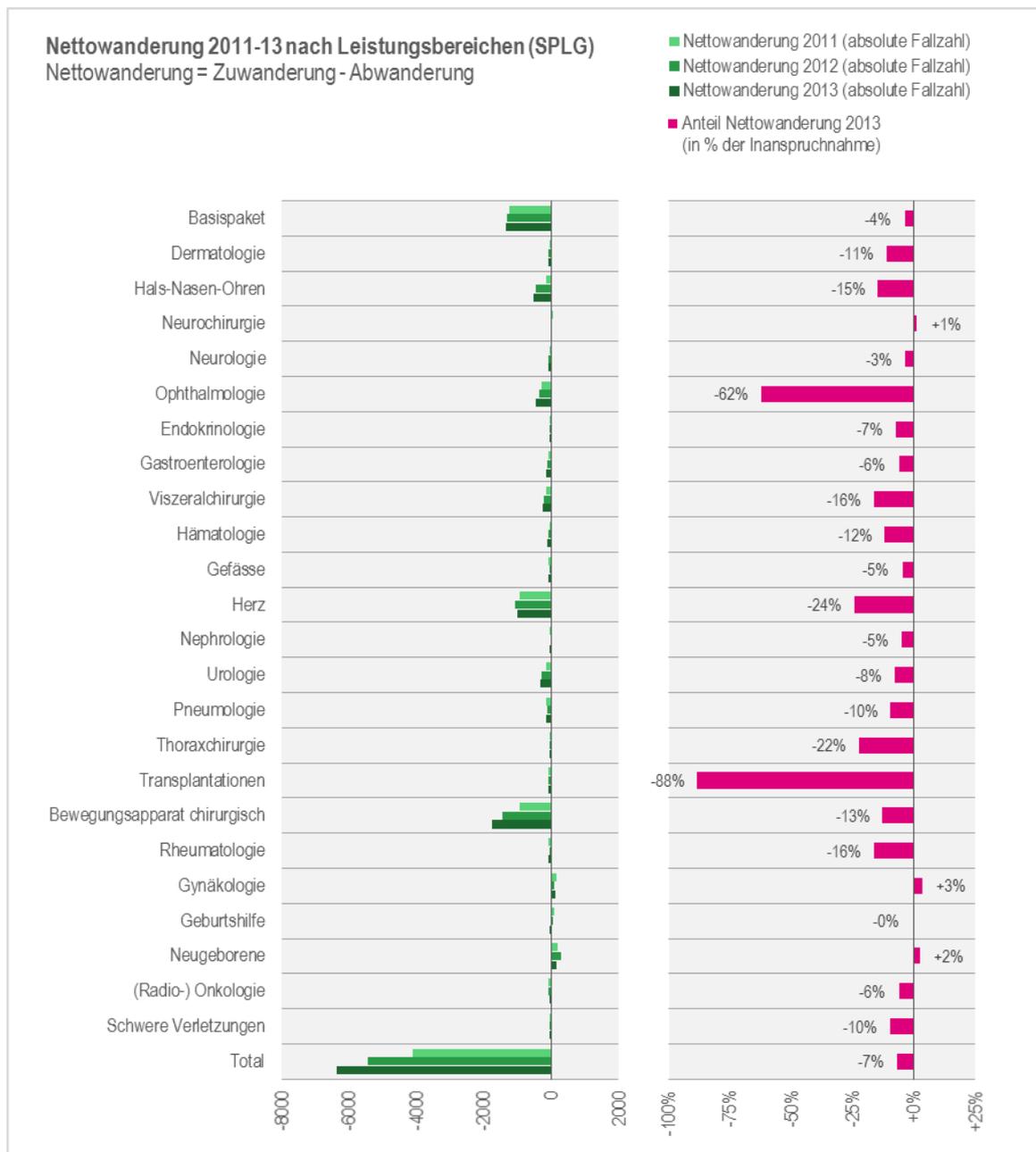


ABBILDUNG 30: NETTOWANDERUNG NACH LEISTUNGSBEREICHEN 2011-13

In Relation zur kantonalen Inanspruchnahme ist insbesondere eine hohe Nettoabwanderung in den Bereichen *Transplantationen* (-88%) und *Ophthalmologie* (-62%) feststellbar. Der hohe Anteil der Nettoabwanderung im Bereich *Transplantationen* ist jedoch nicht weiter überraschend, weil es sich beim Leistungsbereich *Transplantationen* insbesondere um hochspezialisierte Eingriffe handelt, die basierend auf der *Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)*⁵² nur durch wenige Spitäler vollzogen werden dürfen. Innerhalb der Nordwestschweiz sind ausschliesslich das Universitätsspital Basel (Nieren und Stammzellentransplantationen) und

⁵² Vgl. Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

das Universitäts-Kinderspital beider Basel (Nieren-Lebendspende bei älteren Kindern) zu gewissen Eingriffen innerhalb dieses Leistungsbereichs berechtigt.⁵³

4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage

Nebst der Dokumentation von Angebot, Nachfrage und Patientenströmen soll das Monitoring auch Hinweise zur Versorgungslage in der Nordwestschweiz bzw. in den einzelnen untersuchten Kantonen liefern. Im Vordergrund steht dabei die Identifikation von Versorgungslücken bzw. von Tendenzen der Überversorgung. In diesem Zusammenhang sind die Themen Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit von zentraler Bedeutung. Beide Aspekte sind zentraler Bestandteil der jüngsten KVG-Revision.⁵⁴ Die Einschätzung der Versorgungslage ist jedoch hochkomplex, weshalb eine abschliessende Beurteilung der Versorgungslage im Rahmen des Monitorings nicht möglich ist. Zwar sind Über- und Unterversorgung Themen, die sowohl in der Forschung wie auch in der Politik häufig diskutiert werden, nichtsdestotrotz fehlen aktuell die notwendigen Kriterien bzw. Definitionen bezüglich anzustrebender Soll-Zustände, um Tendenzen von Über- und Unterversorgung eindeutig bezeichnen zu können.⁵⁵ Der Bundesrat verweist hierzu hauptsächlich auf die Planungskriterien gemäss Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), worin die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung sowie der Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist als relevante Anhaltspunkte genannt werden, ohne jedoch eine Aussage zu deren Operationalisierung bzw. anzustrebenden Soll-Zuständen zu machen.⁵⁶ Des Weiteren verweist der Bundesrat auf die vom Vorstand der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) erarbeiteten Leitfäden und Empfehlungen.⁵⁷ In ihrem Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung⁵⁸ formuliert die GDK ein in zehn Etappen gegliedertes Planungsmodell als Grundlage für eine leistungsorientierte, kantonale Spitalplanung. Darin wird insbesondere auf die wesentlichen, zur Verfügung stehenden Datenquellen hingewiesen und mögliche methodische Vorgehensweisen skizziert. Ausserdem führt die GDK verschiedene Kriterien auf, die für die Analyse der bestehenden Angebotsstruktur bzw. für die Evaluation von Versorgungsstrukturvarianten herangezogen werden können.⁵⁹ Mitunter nennt die GDK Mindestfallzahlen als wichtiges Kriterium im Hinblick auf die Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung sowie im Hinblick auf deren Wirtschaftlichkeit im Sinne einer Konzentration des Angebots. Schliesslich wird ebenfalls die räumliche Erreichbarkeit als zentrales Kriterium für die Beurteilung der Versorgungssituation bzw. für die Definition und Gestaltung der anzustrebenden Versorgungsstruktur aufgeführt. Im Zusammenhang mit der Erreichbarkeit sei, so die GDK, anhand von normativen Vorgaben in Form von Zugangszeiten zu definieren, was als zumutbare Entfernung für die einzelnen medizinischen Fachbereiche einzuschätzen ist.⁶⁰ Die Kompetenz für die Definition dieser normativen Vorgaben verortet die GDK bei den Kantonen. Die weiteren Kriterien, die durch die GDK für den gesamten Planungsprozess skizziert werden, seien hier nicht im Detail aufgeführt, da sie im Kontext des Monitorings nicht von zentraler Relevanz sind.⁶¹

⁵³ Vgl. Liste der Zuteilungsentscheide im Rahmen der Planung der hochspezialisierten Medizin (Version 1.7.2012), www.gdk-cds.ch.

⁵⁴ Vgl. Bundesrat (2013, S.13).

⁵⁵ Vgl. dazu Sager et al. (2010, S.34ff.)

⁵⁶ Vgl. Bundesrat (2013, S.13) bzw. Art. 58a-58e KVV.

⁵⁷ Vgl. GDK (2005, 2009).

⁵⁸ Vgl. GDK (2005).

⁵⁹ Vgl. GDK (2005, S.34f., 49f.).

⁶⁰ Vgl. dazu GDK (2005, S.49f.) und (2009, S.16).

⁶¹ Die weiteren Kriterien, die durch die GDK für den gesamten Planungsprozess skizziert werden, seien hier nicht im Detail aufgeführt, da sie im Kontext des Monitorings nicht von zentraler Relevanz sind. Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass die GDK mitunter explizit auf Substitutionspotentiale in Bezug auf Behandlungsanlässe (Therapien) und Therapiewege, die nicht zwingend eine akutstationäre Behandlung voraussetzen, eingeht (GDK 2055, S.38). Das Thema der Substitution akutstationärer Leistungen durch ambulante Leistungen wird im Rahmen des Monitorings in Kapitel G behandelt.

Mit Bezug auf die vorangehenden Ausführungen wird im vorliegenden Kapitel unter dem Aspekt Versorgungslage hauptsächlich auf die Thematik der Mindestfallzahlen und die Erreichbarkeit eingegangen. Für die Mindestfallzahlen existieren Richtwerte von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, die mit Bezug auf die internationale Fachliteratur definiert wurden und anhand derer eine Einschätzung der Versorgungslage möglich wird.⁶² Hinsichtlich der Erreichbarkeit bestehen kaum definierte Soll-Werte für die verschiedenen Fachbereiche. Nichtsdestotrotz soll im Rahmen des Monitorings die Erreichbarkeit des Versorgungsangebots für bestimmte Fachbereiche beschrieben werden. Die Betonung liegt dabei auf der Beschreibung, weil ohne die normativen Vorgaben keine konkreten Schlussfolgerungen für die Versorgungslage bzw. für die Ausgestaltung der Versorgungsstruktur formuliert werden können.

4.1 Mindestfallzahlen (MFZ)

Für bestimmte, insbesondere komplexe Behandlungen ist der Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Ergebnisqualität in der wissenschaftlichen Literatur belegt.⁶³ Jedoch fehlen die wissenschaftlichen Grundlagen, damit exakte Schwellenwerte, ab welchen die Qualität deutlich besser wird, abgeleitet werden können. Ein Vergleich der Mindestfallzahlen in verschiedenen Ländern zeigt demnach auch, dass die postulierten Mindestfallzahlen bei gleichen Leistungen teilweise beträchtlich variieren. Infolgedessen hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vorerst eher niedrige Mindestfallzahlen für rund 30 SPLG definiert, welche die Grundlage für die nachfolgende Auswertung der Listenspitäler des Kantons Aargau darstellt.⁶⁴ Für die meisten der ausgewählten SPLG ist eine Mindestfallzahl von 10 Fällen pro Spital vorgeschrieben. Im Vordergrund stehen spezialisierte Behandlungen, die im Regelfall nicht ambulant, sondern stationär erbracht werden. Für die Leistungsgruppe *maligne Neoplasien der Lunge* (THO1.1) gilt eine Mindestfallzahl von 30, in der *bariatrischen Chirurgie* (VIS1.4) eine Mindestfallzahl von 50 und in der *Koronarchirurgie* (HER1.1.1) eine Mindestfallzahl von 100. Bei diesen Behandlungen ist die empirische Evidenz in wissenschaftlichen Studien ausreichend, so dass höhere Mindestfallzahlen definiert werden konnten.

In **Tabelle 25** sind die Fallzahlen 2012 und 2013 der Spitäler der Aargauer Spitalliste ausgewiesen. Es sind lediglich diejenigen Spitäler dargestellt, welche im Jahr 2012 mindestens einen Fall in einer der relevanten SPLG aufwiesen. Für alle Fallzahlen unterhalb der Mindestfallzahl wurde jeweils abgeglichen, ob die betreffende Institution über einen Leistungsauftrag des Standortkantons innerhalb der entsprechenden SPLG verfügt (vgl. farbliche Markierung gemäss Legende).

⁶² Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013, S.36f.).

⁶³ Vgl. Frick et al. (2013).

⁶⁴ Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013, S.36).

SPLG	SPLG Bezeichnung	MFZ ⁽¹⁾	Asana Spital Leuggern	Asana Spital Menziken	Gesundheitszentrum Fricktal	Hirslanden Klinik Aarau	Kantonsspital Aarau	Kantonsspital Baden	Klinik Barmelweid	Kreissspital für das Fremamt Muri	Spital Zolingen	Universitäts-Kinderspital Beider Basel	Universitätsspital Basel	Kinderspital Zürich	Schulthess Klinik	Schweizerisches Epilepsie-Zentrum	Schweizer Paraplegiker-Zentrum	Uniklinik Balgrist	Universitätsspital Zürich		
			2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	
ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe	10				40	29	84	51	51	1		128	112	8	10				439	367
ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	10				3	7	33	35			18	40							131	151
ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe	10				3	3	104	142		2	1	2	73	69	1	5			188	165
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	10				11	21	69	58		7	3	29	53	90	16	14	147	201	25	19
BEW9	Knochentumore	10				1	1	8	2	1	4	13	3	8	15	3	5	10	4	26	17
BEW10	Plexuschirurgie	10				42	95	33	14	1		1	14	6	2	1	3	2	14	17	22
DER1.1	Dermatologische Onkologie	10				22	9	103	104	3	8	1	158	191	1	1				1	493
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	10				27	28	143	136	82	1	3	170	191	7	3	8	8	208	245	208
GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	10				22	28	76	86	34	2	2	122	119	28	14	1	2	122	119	122
GEF3	Gefässchirurgie Carotis	10				13	11	45	54	30	1	1	100	86	2	4				83	98
GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe ⁽²⁾	10				1	4	62	57			2	24	31	7	11				48	72
HAET.1	Hoch-aggressive Lymphome u. akute Leukämien	10						29	37			11	15	42	26	35				141	134
HAE4	Autologe Blutsammeltransplantation ⁽²⁾	10						29	100			2	4	28	260	2	4	1		70	77
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	100				121	116						492	440	1	1				438	415
HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	10													142	100					
KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialergriffe)	10				70	108	57	72	2			384	411	144	118				458	404
NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	10				10	9	8	18			6	6	17	18	2	5	1		65	64
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	10						65	63			4	1	10	43	79	59	1		19	21
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung	10						10	9				10	28	2	1				13	29
PNE1.3	Cystische Fibrose u. Primäre Pulmonale Hypertonie ⁽⁴⁾	10						21	24	1	1	15	24	40	28	23	30			134	188
THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems	30				6	8	48	46	3	7		66	62		1				120	130
URO1.1.1	Radikale Prostektomie	10				10	9	42	130	25			57	49						109	106
URO1.1.2	Radikale Zystektomie	10				13	15	19	22	8	7		19	19	4					42	38
URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere	10				22	22	56	49	26	32	8	2	58	67	15	14			62	79
VIS1.1	Grosse Pankreasgriffe	10				1	6	8	14	15	16	1	23	23	1	1				44	31
VIS1.2	Grosse Lebergriffe	10				3	1	2	17	22	15	1	38	27	1	1				113	98
VIS1.3	Oesophaguschirurgie	10				1		14	10	10	13	11	12	5	5					42	59
VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	50						69	142	57	29		7	28						128	118
VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe	10				7	2	14	17	33	27	15	16	4	5					32	35

Legende

- Spital verfügt über Leistungsauftrag des Standortkantons (ausschliesslich bei Spitälern mit Standort in der Nordwestschweiz)
 - Bei der Behandlung von Kindern gelten andere Anforderungen bzgl. MFZ.
 - Wegen der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde vor Bundesverwaltungsgericht gegen die Spitalliste 2012 des Kantons Aargau gilt in dieser Leistungsgruppe die Spitalliste gemäss Fassung vom 2. April 2009.
- # Fallzahl kleiner als MFZ
- (1) Die MFZ-Zählweise lässt Doppelzählungen zu, d.h. eine Hospitalisation kann in mehreren SPLG als MFZ-relevanter Fall gezählt werden.
 - (2) Die SPLG HAE4 entspricht in der Version 1.0 der SPLG HAE5.
 - (3) Die SPLG GEF4 (Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe) besteht erst seit SPLG-Version 2.0.
 - (4) Die SPLG PNE1.3 entspricht in der Version 1.0 der SPLG PNE1.4.

TABELLE 25: MINDESTFALLZAHLEN DER LISTENSPITÄLER DES KANTONS AARGAU 2012

Fallzahlen unterhalb der Mindestfallzahlen sind vor allem in Leistungsgruppen zu verzeichnen, in denen die betreffenden Spitäler keine Leistungsaufträge besitzen. Anhand der Tabelle nicht ersichtlich ist, inwiefern diese vereinzelt Fallzahlen auf Notfälle und Verlegungen zurückzuführen sind. Bei letzteren wird der Patient für einen spezifischen Eingriff in ein anderes Spital verlegt, wobei die Hospitalisation als Ganzes in der Medizinischen Statistik unter dem verlegenden Spital geführt ist. Auf Notfälle und Verlegungen zurückführbare Fallzahlen unterhalb der MFZ sind im Sinne kritischer Massen eher unproblematisch. Bei Verlegungen für spezialisierte Eingriffe kann davon ausgegangen werden, dass der MFZ-relevante Eingriff in einem spezialisierten Spital durchgeführt wurde, welches seinerseits die entsprechenden Mindestfallzahlen erreicht. Bei welchen Fällen es sich um Verlegungen dieser Art handelt, kann in Rücksprache mit den betreffenden Spitälern abschliessend geklärt werden. In diesem Sinne bilden die Fallzahlen betreffend die MFZ-relevanten SPLG eine wichtige Grundlage für die periodisch stattfindenden Gespräche zwischen Kantonen und Spitälern sowie für die Überprüfung der bestehenden Spitallisten.

4.2 Erreichbarkeitsanalysen

Im vorliegenden Kapitel wird die Erreichbarkeit der Versorgungsangebote für die Bereiche *Notfallversorgung, Kindermedizin, Geriatrie, Herz- und Kreislauferkrankungen* sowie *Orthopädie* beschrieben. Die Erreichbarkeit wird dabei über die Fahrzeit mit dem Privatverkehr zum nächstgelegenen Versorgungsangebot des jeweiligen Bereichs operationalisiert. Die Angebotsbereiche definieren sich jeweils über einzelne oder mehrere Leistungsgruppen (SPLG). Die Auswahl der interessierenden Leistungsgruppen erfolgte zusammen mit Vertreter/innen der auftraggebenden Kantone. Die Bereiche *Notfallversorgung, Kindermedizin* und *Geriatrie* wurden insbesondere im Hinblick auf mögliche Versorgungslücken ausgewählt, die Bereiche *Herz- und Kreislauferkrankungen* sowie *Orthopädie* hingegen im Hinblick auf ein mögliches Überangebot in der Nordwestschweiz.

Die Erreichbarkeitsanalysen wurden für die gesamte Nordwestschweiz durchgeführt, es werden jedoch die Erreichbarkeiten nach Wohnkanton aufgeschlüsselt. Zur Bestimmung der Erreichbarkeit wurden jeweils diejenigen Spitäler selektiert, die gemäss Spitalliste ihres Standortkantons über einen Leistungsauftrag in der entsprechenden Leistungsgruppe verfügen. Somit beziehen sich die berechneten Fahrzeiten pro Kanton nicht zwingenderweise auf die Spitäler der eigenen, kantonalen Spitalliste, sondern können gegebenenfalls auch auf einen Standort verweisen, der sich lediglich auf der Spitalliste eines anderen Nordwestschweizer Kantons in der betreffenden Leistungsgruppe befindet. Bei Mehrstandortspitälern wurden lediglich jene Standorte berücksichtigt, an welchen das jeweilige Angebot auch effektiv zur Verfügung steht.

Die einzelnen Unterkapitel folgen derselben Struktur. Zuerst wird die Erreichbarkeit der Versorgungsangebote für die Aargauer Wohnbevölkerung in tabellarischer Form ausgewiesen. Aus den Tabellen kann entnommen werden, wie schnell die Aargauer Bevölkerung das nächstgelegene Angebot erreicht. Für die Kategorien *0-15 Minuten, 16-20 Minuten, 21-30 Minuten* und *über 30 Minuten* werden jeweils die Anzahl Personen sowie der Prozentsatz der Aargauer Bevölkerung ausgewiesen, welche im entsprechenden Zeitfenster das nächstgelegene Angebot erreicht. Zu berücksichtigen ist, dass sich die Erreichbarkeitszeiten auf die Fahrzeiten beziehen, welche mit

Personenwagen bei guter Befahrbarkeit der Strassen gemäss den beschilderten Tempi sowie keiner Beeinträchtigungen durch Staus resultieren.

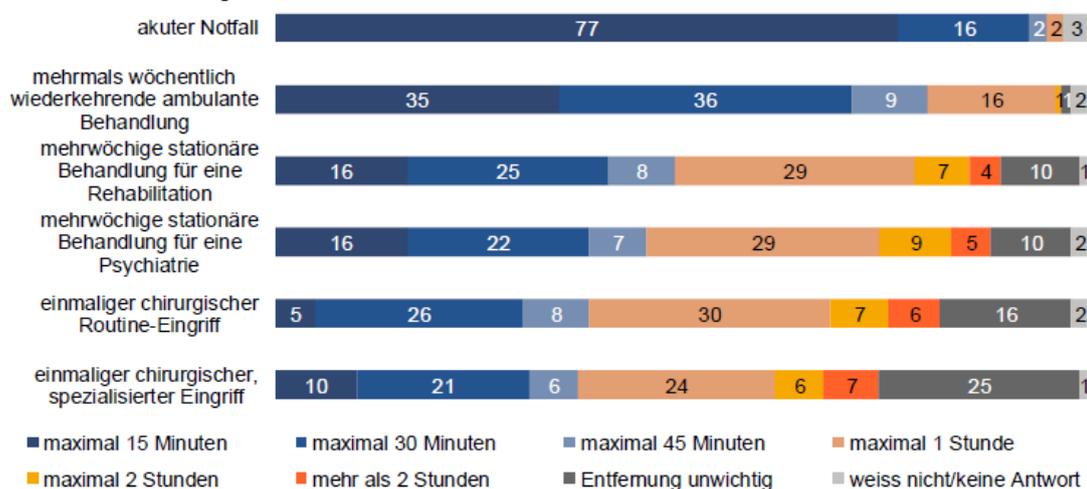
Darauf folgt jeweils eine kartografische Darstellung der Erreichbarkeit pro Bereich, wobei jeweils auch die Spitalstandorte (schwarze Punkte) und die Bevölkerungsdichte (je röter, desto höher die Bevölkerungsdichte) abgebildet sind. Für die Bereiche *Herz- und Kreislauferkrankungen* sowie *Orthopädie* werden ergänzend die Fallzahlen der abgebildeten Spitäler in den betreffenden bzw. korrespondierenden SPLG dargestellt, da ein allfälliges Überangebot lediglich mit Rücksicht sowohl auf die Erreichbarkeit als auch die Fallzahlen⁶⁵ eingeschätzt werden kann.

Wie bereits in Kapitel B.3.3 erwähnt, existieren in Bezug auf die Erreichbarkeit weder noch politisch hergeleitete Schwellenwerte, die als Zielgrössen eine Bewertung ermöglichen würden. Als Beurteilungsgrundlage dienen kann einzig die Studie "H+ Spital- und Klinik-Barometer" von gfs.bern im Auftrag von H+.⁶⁶ Es handelt sich dabei um eine Bevölkerungsbefragung zwecks Identifikation der Einstellungen, Bedürfnisse und Erwartungen der Bevölkerung betreffend das schweizerische Spitalwesen. Im Rahmen dieser Studie wurden die Befragungsteilnehmenden nach der akzeptablen Distanz für bestimmte medizinische Leistungen gefragt. Die Ergebnisse sind in **Abbildung 31** dargestellt und können für die Interpretation der Erreichbarkeitsanalysen als Orientierungshilfe berücksichtigt werden.

Entfernung medizinische Einrichtungen

"Nehmen wir an, Sie benötigen eine der folgenden medizinischen Leistungen für einen Wahleingriff. Wie weit dürfte die medizinische Einrichtung, also beispielsweise das Spital oder die Klinik für eine Behandlung von Ihrem Wohnort entfernt sein? Wie viel Zeit wären Sie maximal bereit, für den Hinweg mit den für Sie üblichen Transportmitteln in Kauf zu nehmen? Wären das maximal 15 Minuten, 30 Minuten, 45 Minuten, 1 Stunde, 2 Stunden oder mehr als 2 Stunden. Wenn die Entfernung des Spitals oder der Klinik für eine der Leistungen für Sie unwichtig ist, sagen Sie mir das ruhig."

in % Stimmberechtigter



© gfs.bern, H+ Spital- und Klinik-Barometer, Juni/Juli 2014 (N = 1210)

ABBILDUNG 31: EINSTELLUNGEN ZUR DISTANZ MEDIZINISCHER EINRICHTUNGEN (GFS.BERN)

⁶⁵ Noch adäquater wäre die Berücksichtigung der Kapazitäten (Betten, Fachpersonal) in den betreffenden Leistungsgruppen. Weil diese Information nicht ohne weiteres zur Verfügung steht, sei hier auf die Fallzahlen verwiesen.

⁶⁶ Vgl. Longchamp et al. (2014).

Es muss bei der Betrachtung der Ergebnisse aus den Erreichbarkeitsanalysen ausserdem beachtet werden, dass die Nordwestschweizer Kantone unterschiedlich grosse Gebiete umspannen. Aufgrund des kleinen Kantonsgebiets von Basel-Stadt ist eine hohe Erreichbarkeit der Leistungen viel eher wahrscheinlich, als dies im Kanton Aargau oder im Kanton Solothurn der Fall ist.

Die Erreichbarkeitsanalysen basieren auf den Nordwestschweizer Spitallisten per 1.1.2012, den Bevölkerungsdaten 2012 und den aktuell verfügbaren Strassennetzwerk-Daten.⁶⁷

4.2.1 Notfallversorgung

Tabelle 26 zeigt die Erreichbarkeit der Angebote der Notfallversorgung. Berücksichtigt wurden dabei alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag in der Leistungsgruppe *Basispaket Chirurgie und Innere Medizin* ihres Standortkantons.

Region/Kanton	0 - 15min		16-20min		21-30min		über 30min	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
NWCH	1'040'017	91.7%	80'383	7.1%	12'980	1.1%	1'239	0.1%
AG	479'256	91.6%	42'588	8.1%	1'119	0.2%	0	0.0%
BL	219'093	93.8%	12'457	5.3%	2'001	0.9%	0	0.0%
BS	157'796	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
SO	183'872	83.5%	25'338	11.5%	9'860	4.5%	1'239	0.6%

TABELLE 26: ERREICHBARKEIT NOTFALLVERSORGUNG NACH FAHRZEITEN 2012

In **Abbildung 32** ist die Erreichbarkeit inkl. der Spitalstandorte und der Bevölkerungsdichte kartographisch dargestellt. Besitzt ein Spital mehrere Standorte, sind diese jeweils einzeln abgebildet.

⁶⁷ Eine detaillierte Darstellung des methodischen Vorgehens im Zusammenhang mit den Erreichbarkeitsanalysen befindet sich im Methodenbericht zum Monitoring.

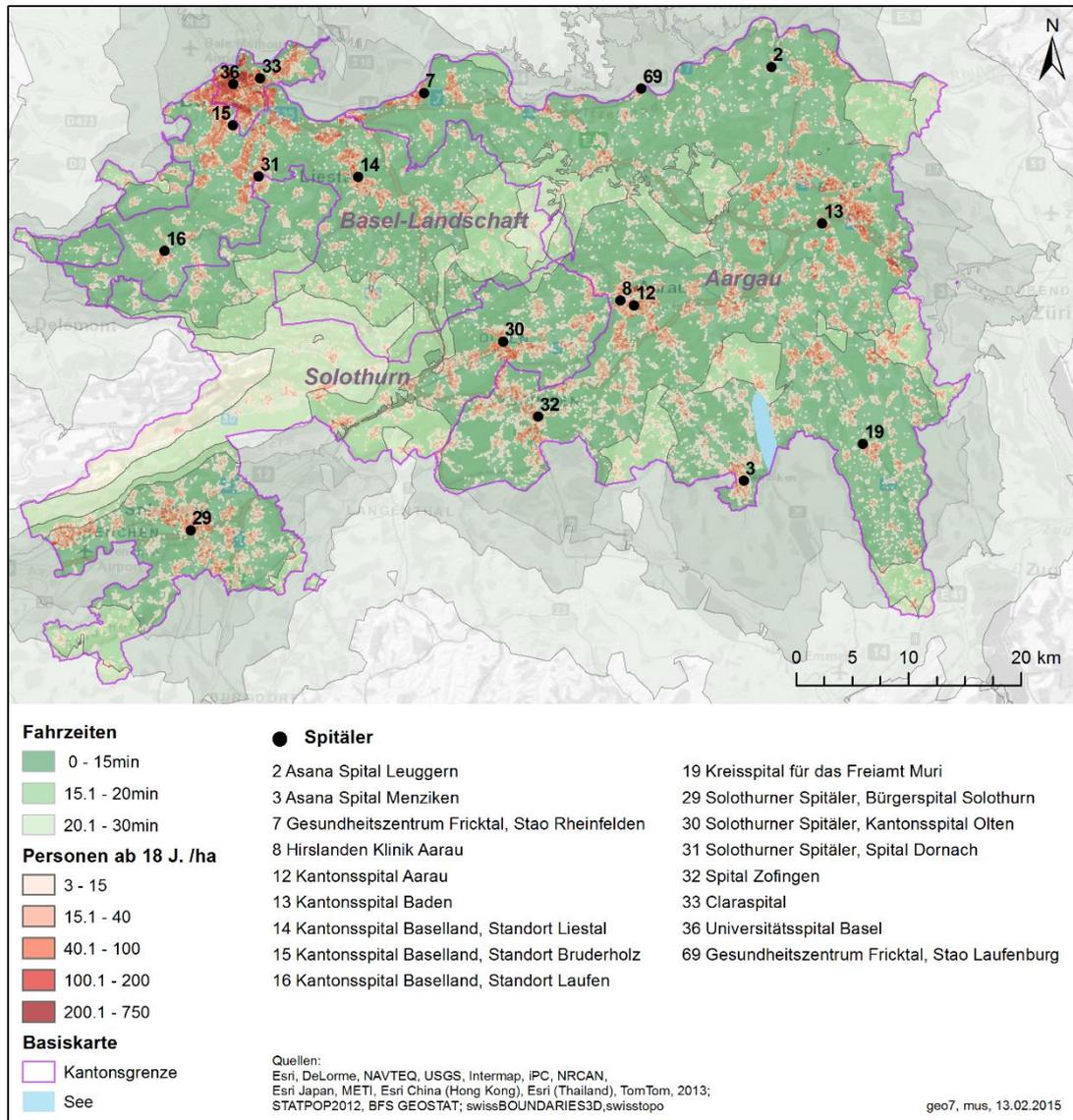


ABBILDUNG 32: ERREICHBARKEIT NOTFALLVERSORGUNG NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

Rund 91.7% der Nordwestschweizer Bevölkerung erreichen das nächstgelegene Angebot der Notfallversorgung in bis zu 15 Minuten Fahrzeit mit dem Privatverkehr. Je nach Kanton variiert der Anteil von 83.5% (Solothurn) bis 100% (Basel-Stadt). Im Radius einer Erreichbarkeit von bis zu 20 Minuten Fahrzeit liegen gar 98.7 % der Nordwestschweizer Wohnbevölkerung. Für lediglich 0.1% der Nordwestschweizer Bevölkerung liegt das nächstgelegene Angebot der Notfallversorgung in einer Entfernung von über 30 Minuten, wobei dies rund 1'200 Personen im Kanton Solothurn betrifft.

Der Interverband für das Rettungswesen (IVR)⁶⁸ gibt als Sollvorgabe für die Zeit vom Aufbieten der Ambulanz bis zum Eintreffen derselben am Ereignisort eine maximale Zeit von 15 Minuten vor, welche in 90% der Fälle eingehalten werden sollte. Die Sollvorgabe des IVR ist somit eine weitere Orientierungshilfe zur Beurteilung der Erreichbarkeit hinsichtlich der Notfallversorgung, auch wenn diese Vorgabe als Kriterium für die Anerkennung von Rettungsdiensten formuliert ist

⁶⁸ Vgl. <http://www.ivr-ias.ch/cms/upload/imgfile1513.pdf>.

und die vorliegend berechneten Erreichbarkeitszeiten auf den Wegzeiten mit dem privaten Personenverkehr basieren.

Unter Berücksichtigung der Sollvorgabe gemäss IVR sowie der Ergebnisse der gfs-Studie kann die Erreichbarkeit der Notfallversorgung in den Nordwestschweizer Kantonen als überdurchschnittlich gut beurteilt werden.

4.2.2 Kindermedizin (Basis- und Spezialversorgung)

Tabelle 27 zeigt die Erreichbarkeit der Angebote im Bereich der pädiatrischen Basisversorgung. Es sei darauf hingewiesen, dass auch hierbei ausschliesslich die *stationäre* Kindermedizin betrachtet wird. Auf der Angebotsseite werden dabei alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag *Basis-Kinderchirurgie* des Standortkantons und auf Nachfrageseite die Nordwestschweizer Wohnbevölkerung unter 18 Jahren berücksichtigt.

Region/Kanton	0 - 15min		16-20min		21-30min		über 30min	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
NWCH	178'000	77.4%	30'942	13.5%	20'831	9.1%	235	0.1%
AG	70'763	63.5%	22'349	20.1%	18'352	16.5%	0	0.0%
BL	44'286	93.4%	2'698	5.7%	429	0.9%	0	0.0%
BS	27'445	99.9%	38	0.1%	0	0.0%	0	0.0%
SO	35'506	81.3%	5'857	13.4%	2'050	4.7%	235	0.5%

TABELLE 27: ERREICHBARKEIT KINDERMEDIZIN (BASIS) NACH FAHRZEITEN 2012

In **Abbildung 33** ist die Erreichbarkeit inkl. der Spitalstandorte und der Bevölkerungsdichte kartographisch dargestellt. Besitzt ein Spital mehrere Standorte, sind diese jeweils einzeln abgebildet, insofern die Leistungen gemäss des betreffenden Leistungsauftrags am jeweiligen Standort angeboten werden.

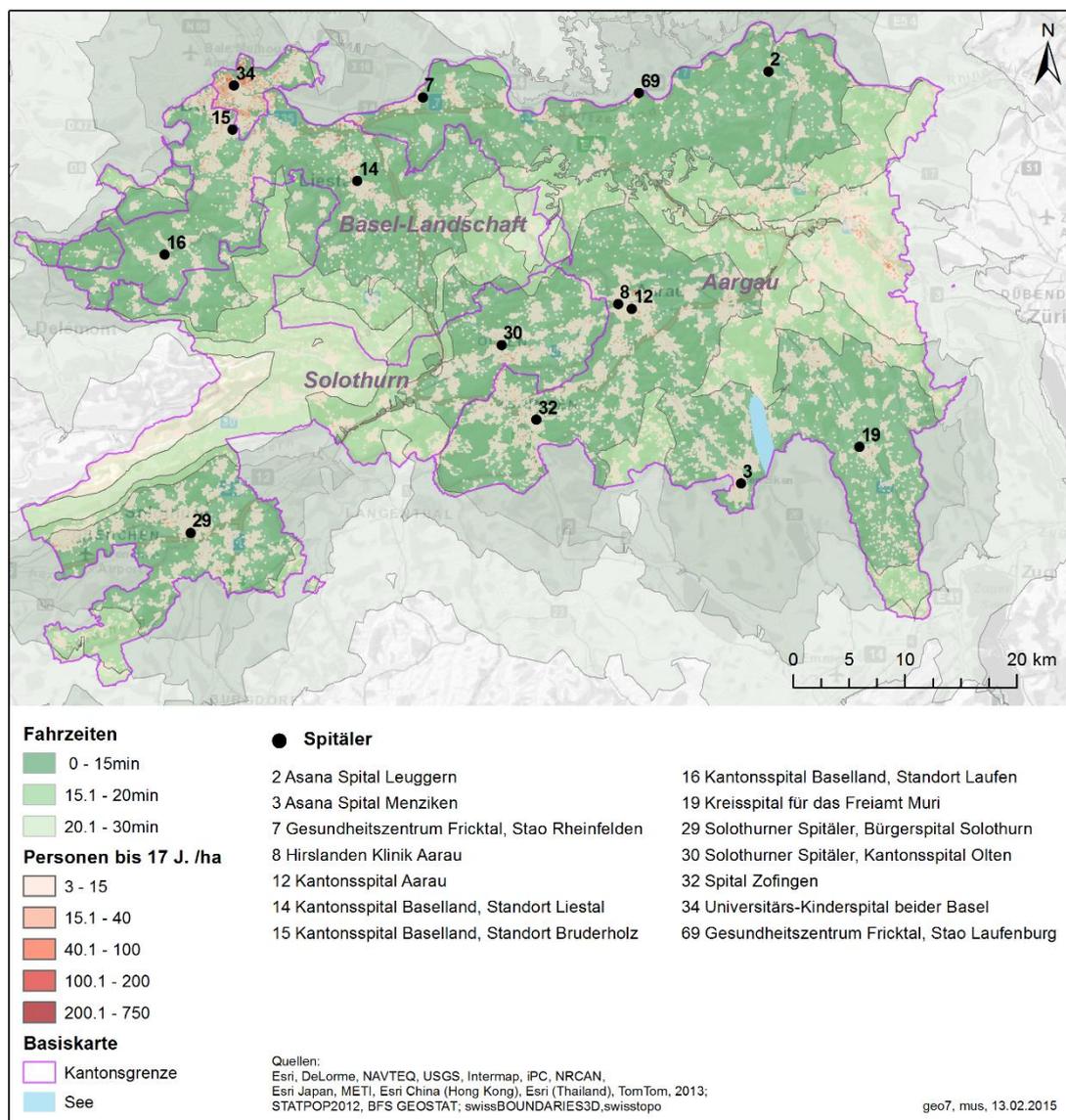


ABBILDUNG 33: ERREICHBARKEIT KINDERMEDIZIN (BASIS) NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

Über drei Viertel der Nordwestschweizer Bevölkerung unter 18 Jahren erreichen das nächstgelegene Angebot der pädiatrischen Basisversorgung in bis zu 15 Minuten. Je nach Kanton variiert der Anteil von 63.5% (Aargau) bis 99.9% (Basel-Stadt). Für lediglich 0.1% der Nordwestschweizer Bevölkerung liegt das nächstgelegene Angebot der pädiatrischen Basisversorgung in einer Entfernung von über 30 Minuten. Konkret betroffen davon sind 235 Personen unter 18 Jahren im Kanton Solothurn.

Tabelle 28 zeigt die Erreichbarkeit der Angebote im Bereich der stationären pädiatrischen Spezialversorgung, dabei handelt es sich um Kinderkliniken bzw. Spitäler mit spezifischen Abteilungen für Kinder und Jugendliche.⁶⁹ Auf der Angebotsseite wurden dabei alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag *Kindermedizin (KINM)* und *Kinderchirurgie (KINC)* des Standortkantons und auf Nachfrageseite die Nordwestschweizer Wohnbevölkerung unter 18 Jahren berücksichtigt.

⁶⁹ Vgl. Anforderungen an die Pädiatrie und Kinderchirurgie, www.gd.zh.ch.

Kindermedizin spez. (Erreichbarkeit in Minuten)								
Region/Kanton	0 - 15min		16-20min		21-30min		über 30min	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
NWCH	107'682	46.8%	43'537	18.9%	56'316	24.5%	22'473	9.8%
AG	54'688	49.1%	28'034	25.2%	25'850	23.2%	2'892	2.6%
BL	21'755	45.9%	10'282	21.7%	12'597	26.6%	2'779	5.9%
BS	27'445	99.9%	38	0.1%	0	0.0%	0	0.0%
SO	3'794	8.7%	5'183	11.9%	17'869	40.9%	16'802	38.5%

TABELLE 28: ERREICHBARKEIT KINDERMEDIZIN (SPEZIALISIERT) NACH FAHRZEITEN 2012

In **Abbildung 34** ist die Erreichbarkeit inkl. der Spitalstandorte und der Bevölkerungsdichte kartographisch dargestellt.

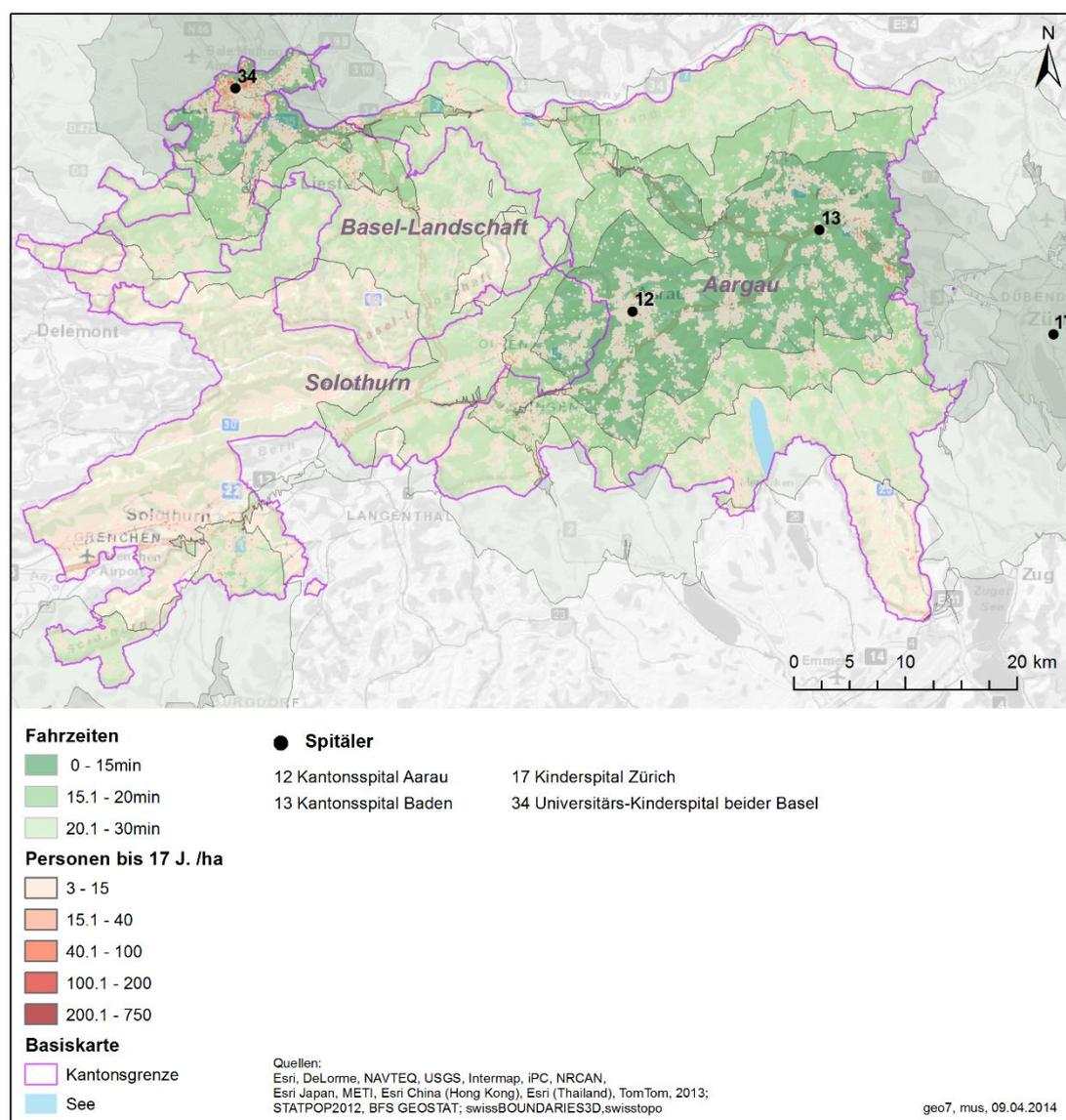


ABBILDUNG 34 ERREICHBARKEIT KINDERMEDIZIN (SPEZIALISIERT) NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

Aufgrund des gewählten Ausschnitts auf der Karte nicht ersichtlich ist das Inselspital Bern, welches über die entsprechenden Leistungsaufträge *Kindermedizin (KINM)* und *Kinderchirurgie*

(KINC) des Kantons Solothurn verfügt. Auch wenn das Inselehospital Bern auf dem gewählten Kartenausschnitt nicht sichtbar ist, wurde es im Rahmen der Erreichbarkeitsanalyse berücksichtigt. Dies ist darum relevant, als das Inselehospital Bern für die Region um Solothurn und Grenchen das nächstgelegene Angebot der pädiatrischen Spezialversorgung gemäss der Nordwestschweizer Spitalisten darstellt.

Rund 46% der Nordwestschweizer Bevölkerung unter 18 Jahren erreichen das nächstgelegene Angebot der pädiatrischen Spezialversorgung in bis zu 15 Minuten. Je nach Kanton variiert der Anteil von 8.7% (Solothurn) bis 99.9% (Basel-Stadt). Für rund 10% der Nordwestschweizer Bevölkerung liegt das nächstgelegene Angebot der pädiatrischen Spezialversorgung in einer Entfernung von über 30 Minuten, wobei dies insbesondere die Bevölkerung des Kantons Solothurn (unter 18 Jahren) betrifft (38.5%). Dabei gilt es aber zu beachten, dass das Spitalzentrum Biel im Rahmen der Erreichbarkeitsanalyse nicht berücksichtigt wurde, für einen massgeblichen Teil der Solothurner Bevölkerung jedoch das nächstgelegene Angebot darstellt. Das Spitalzentrum Biel verfügt über einen Leistungsauftrag im Bereich der pädiatrischen Spezialversorgung des Kantons Bern, nicht aber des Kantons Solothurn, weshalb es für die vorliegende Erreichbarkeitsanalyse auch ausgeschlossen wurde. Angesichts der niedrigeren Baserate im Kanton Bern im Vergleich zum Kanton Solothurn - gültig per 2012 - können sich Solothurner Patienten gleichwohl ohne finanzielle Nachteile im Spitalzentrum Biel behandeln lassen.

4.2.3 Akutgeriatrie

Tabelle 29 zeigt die Erreichbarkeit der Angebote im Bereich der Geriatrie. Auf der Angebotsseite werden dabei alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag als akutgeriatriisches Kompetenzzentrum einbezogen. Die Leistungsgruppe *Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (GER)* stellt innerhalb der SPLG-Systematik einen Querschnittsbereich dar. Grundsätzlich gehört die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patienten zur Basisversorgung, die in sämtlichen Akutspitälern erfolgt. Lediglich Patienten, die auf eine spezifisch geriatrische Behandlung angewiesen sind, sollen gemäss Definition der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich an einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie medizinisch versorgt werden. Die Vergabe eines Leistungsauftrags als akutgeriatriisches Kompetenzzentrum ist an spezifische Anforderungen geknüpft, die insbesondere auf eine multidisziplinäre Betreuung und die Reintegration der Patienten in das eigene soziale Umfeld abzielen.⁷⁰ Auf der Nachfrageseite wird ausschliesslich die Nordwestschweizer Wohnbevölkerung im Alter ab 65 Jahren berücksichtigt.

Akutgeriatrie (Erreichbarkeit in Minuten)								
Region/Kanton	0 - 15min		16-20min		21-30min		über 30min	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
NWCH	133'406	48.1%	29'862	10.8%	53'323	19.2%	60'925	22.0%
AG	24'501	20.4%	16'418	13.7%	36'103	30.0%	43'176	35.9%
BL	50'501	81.6%	7'342	11.9%	4'031	6.5%	0	0.0%
BS	38'012	99.4%	222	0.6%	0	0.0%	0	0.0%
SO	20'392	35.6%	5'880	10.3%	13'189	23.1%	17'749	31.0%

TABELLE 29: ERREICHBARKEIT GERIATRIE NACH FAHRZEITEN 2012

In **Abbildung 35** ist die Erreichbarkeit inkl. der Spitalstandorte und der Bevölkerungsdichte kartographisch dargestellt. Besitzt ein Spital mehrere Standorte, sind diese jeweils einzeln abgebildet, insofern die Leistungen gemäss des betreffenden Leistungsauftrags am jeweiligen Standort angeboten werden.

⁷⁰ Vgl. Anforderungen an ein Kompetenzzentrum Akutgeriatrie (Version 2.0), www.gd.zh.ch.

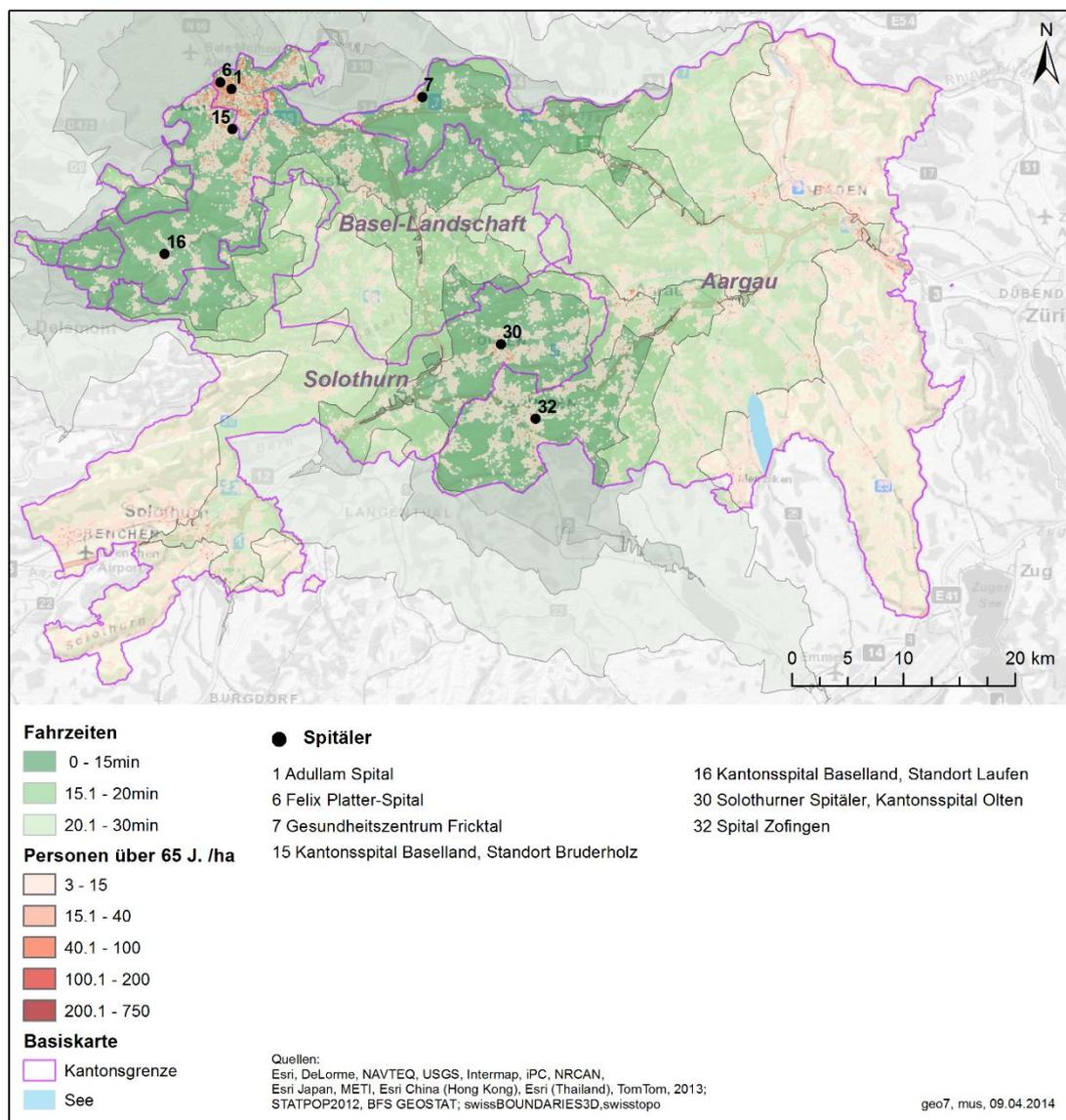


ABBILDUNG 35: ERREICHBARKEIT GERIATRIE NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

48.1% der Nordwestschweizer Bevölkerung ab Alter 65 Jahre erreichen das nächstgelegene akutgeriatrische Kompetenzzentrum in bis zu 15 Minuten. Für 22% der Nordwestschweizer Wohnbevölkerung liegt das nächstgelegene akutgeriatrische Kompetenzzentrum in einer Entfernung von über 30 Minuten. Wie bereits erwähnt, ist hinsichtlich der geriatrischen Versorgung zu unterscheiden, für welche Fälle eine Behandlung in einem akutgeriatrischen Kompetenzzentren angezeigt ist und welche Indikationen durch die Spitäler der Grundversorgung abzudecken sind. Darüber hinaus sind in Bezug auf die Versorgung geriatrischer Patienten ebenso die Rolle der Alters- und Pflegeangebote sowie das Potential von Konsiliardiensten zu berücksichtigen. Infolgedessen kann alleine aufgrund der vorliegenden Erreichbarkeitsanalyse zur akutgeriatrischen Versorgung keine abschliessende Beurteilung des Zugangs zur geriatrischen Versorgung erfolgen.

4.2.4 Herz-/Kreislaufkrankungen

Tabelle 30 zeigt die Erreichbarkeit der Angebote im Bereich der Herz-/Kreislaufkrankungen. Auf der Angebotsseite werden dabei alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag in der Leistungsgruppe *Kardiologie (inkl. Schrittmacher)* ihres Standortkantons und auf Nachfrageseite die Nordwestschweizer Wohnbevölkerung ab 18 Jahren berücksichtigt.

Herz/Kreislaufferkrankungen (Erreichbarkeit in Minuten)								
Region/Kanton	0 - 15min		16-20min		21-30min		über 30min	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
NWCH	835'828	73.7%	169'248	14.9%	116'465	10.3%	13'078	1.2%
AG	300'073	57.4%	118'937	22.7%	92'534	17.7%	11'419	2.2%
BL	207'100	88.7%	20'517	8.8%	5'700	2.4%	234	0.1%
BS	157'796	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
SO	170'859	77.6%	29'794	13.5%	18'231	8.3%	1'425	0.6%

TABELLE 30: ERREICHBARKEIT HERZ-/KREISLAUFERKRANKUNGEN NACH FAHRZEITEN 2012

In **Abbildung 36** ist die Erreichbarkeit inkl. der Spitalstandorte und der Bevölkerungsdichte kartographisch dargestellt. Besitzt ein Spital mehrere Standorte, sind diese jeweils einzeln abgebildet, insofern die Leistungen gemäss des betreffenden Leistungsauftrags am jeweiligen Standort angeboten werden.

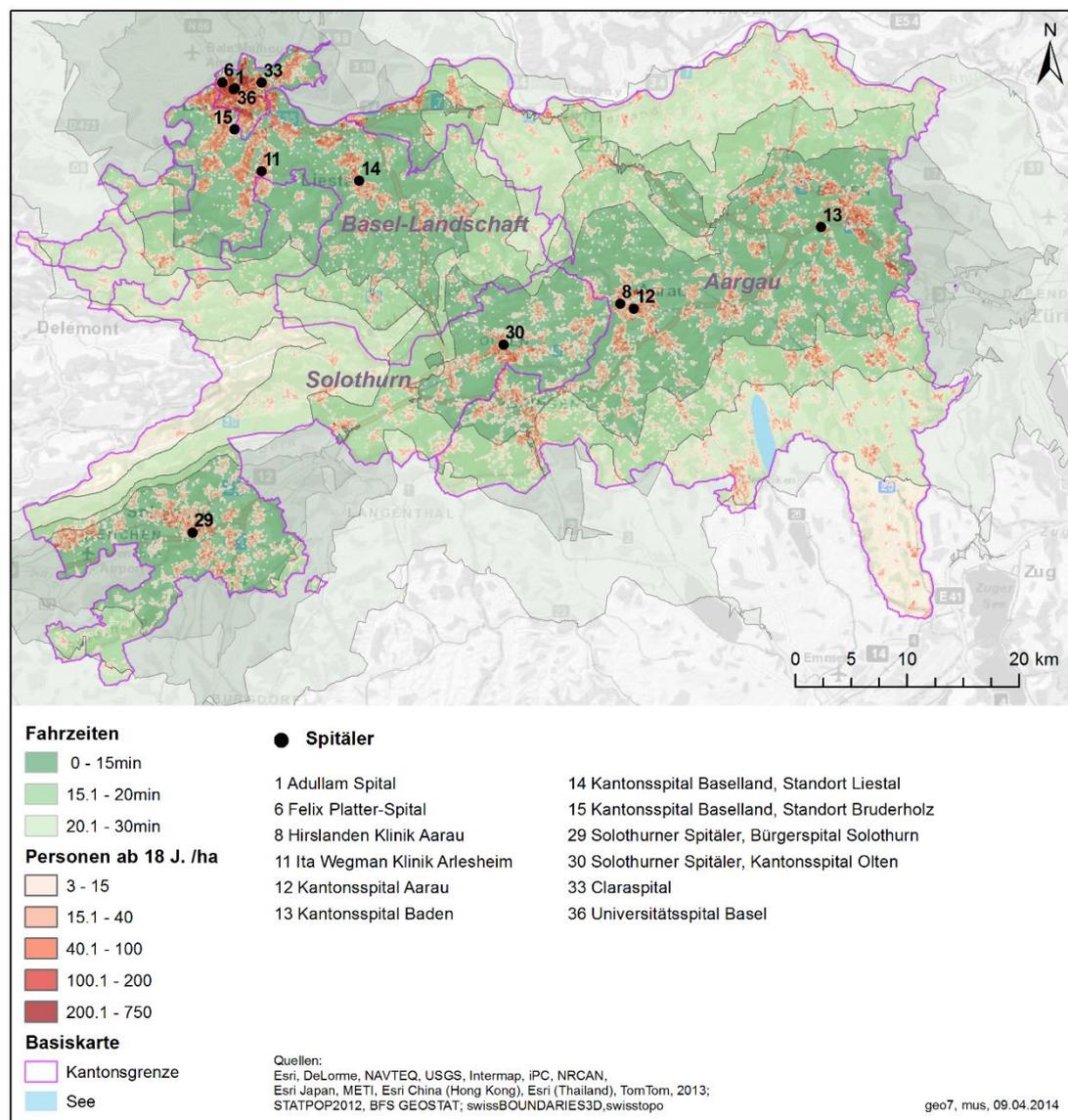


ABBILDUNG 36: ERREICHBARKEIT HERZ-/KREISLAUFERKRANKUNGEN NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

Rund drei Viertel der Nordwestschweizer Bevölkerung erreichen das nächstgelegene Spital mit einem Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe *Kardiologie (inkl. Schrittmacher)* in bis zu 15 Minuten. Je nach Kanton variiert der Anteil von 57.4% (Aargau) bis 100% (Basel-Stadt). Für lediglich 1.2% der Nordwestschweizer Bevölkerung liegt das nächstgelegene Angebot der Leistungsgruppe *Kardiologie (inkl. Schrittmacher)* in einer Entfernung von über 30 Minuten.

Tabelle 31 zeigt die Erreichbarkeit der Angebote im Bereich der spezialisierten Eingriffe innerhalb der Leistungsgruppe *Interventionelle Kardiologie*. Auf der Angebotsseite werden dabei alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag in der Leistungsgruppe *Interventionelle Kardiologie* ihres Standortkantons und auf der Nachfrageseite die Nordwestschweizer Wohnbevölkerung ab 18 Jahren berücksichtigt.

Region/Kanton	0 - 15min		16-20min		21-30min		über 30min	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
NWCH	766'636	67.6%	191'505	16.9%	159'856	14.1%	16'622	1.5%
AG	275'488	52.7%	133'678	25.6%	102'378	19.6%	11'419	2.2%
BL	200'786	86.0%	18'197	7.8%	13'291	5.7%	1'277	0.5%
BS	157'796	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
SO	132'566	60.2%	39'630	18.0%	44'187	20.1%	3'926	1.8%

TABELLE 31: ERREICHBARKEIT INTERVENTIONELLE KARDIOLOGIE NACH FAHRZEITEN 2012

In **Abbildung 37** ist die Erreichbarkeit inkl. der Spitalstandorte und der Bevölkerungsdichte kartographisch dargestellt. Besitzt ein Spital mehrere Standorte, sind diese jeweils einzeln abgebildet, insofern die Leistungen gemäss des betreffenden Leistungsauftrags am jeweiligen Standort angeboten werden.

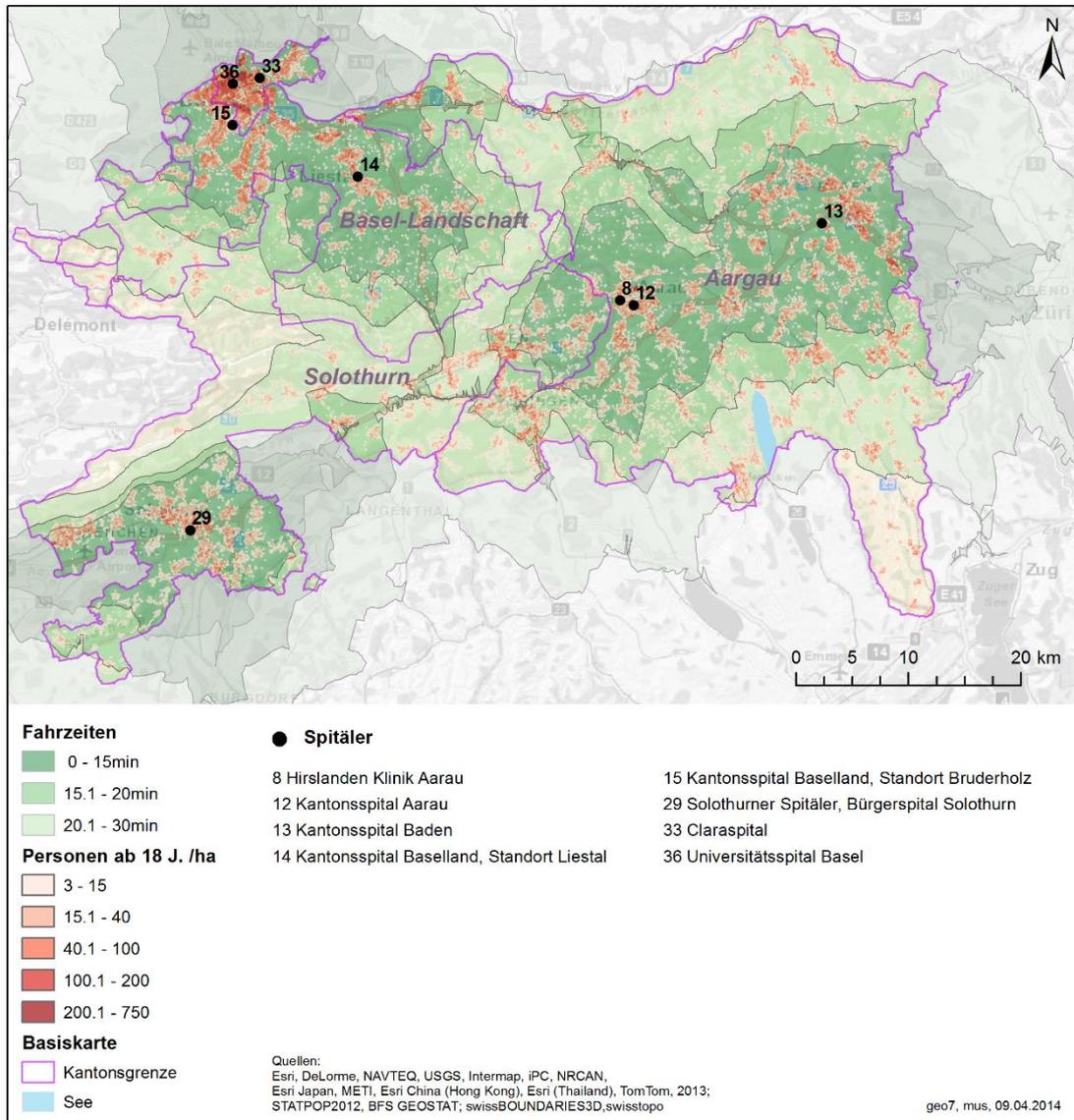


ABBILDUNG 37: ERREICHBARKEIT INTERVENTIONELLE KARDIOLOGIE NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

Rund zwei Drittel der Nordwestschweizer Bevölkerung erreichen das nächstgelegene Spital mit einem Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe *Interventionelle Kardiologie* in bis zu 15 Minuten. Je nach Kanton variiert der Anteil von 52.7% (Aargau) bis 100% (Basel-Stadt). Für lediglich 1.5% der Nordwestschweizer Bevölkerung liegt das nächstgelegene Angebot der Leistungsgruppe *K Interventionelle Kardiologie* in einer Entfernung von über 30 Minuten.

Wie bereits in Kapitel B.3.3 erwähnt, existieren für die einzelnen Fachbereiche keine allgemein akzeptierten Vorgaben betreffend die Erreichbarkeit der fachspezifischen Versorgungsangebote. Die Erreichbarkeit eines Versorgungsangebots kann unter Umständen in Konflikt stehen mit der Forderung nach ausreichend hohen Fallzahlen, die eine Voraussetzung für eine hohe Behandlungsqualität darstellt.⁷¹ Folglich erscheint es sinnvoll, die Erreichbarkeit jeweils unter Berücksichtigung der Fallzahlen der einzelnen Spitäler zu betrachten, insbesondere dann, wenn eher eine Tendenz zur Überversorgung zu erwarten ist. Infolgedessen sind in **Tabelle 32** die Fallzahlen

⁷¹ Vgl. Frick et al. (2013).

aller Spitäler mit Leistungsauftrag in der Leistungsgruppe *Kardiologie (inkl. Schrittmacher)* dargestellt. Ausgewiesen sind jeweils nicht nur die Fallzahlen für die Leistungsgruppe *Kardiologie (inkl. Schrittmacher)*, sondern für alle SPLG im Leistungsbereich Herz.

Hospitalisationen im Leistungsbereich 'Herz' der Nordwestschweizer Listenspitäler mit Leistungsauftrag ,KAR1', 2012-13		Einfache Herzchirurgie	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herz-Lungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)	Koronarchirurgie (CABG)	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	Elektrophysiologie (Ablationen)	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	Leistungsbereich Herz
Spital	Jahr	HER1	HER1.1	HER1.1.1	HER1.1.2	KAR1	KAR1.1	KAR1.1.1	KAR1.2	KAR1.3	Total
Adullam Spital	2012	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Claraspital	2012	2	5	0	0	48	427	9	0	18	509
	2013	1	2	0	0	57	337	1	1	16	415
Felix Platter-Spital	2012	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	2013	0	0	0	0	2	5	0	0	0	7
Hirslanden Klinik Aarau	2012	4	25	121	0	80	299	63	97	38	727
	2013	3	42	116	0	60	389	95	111	41	857
Ita Wegman Klinik Arlesheim	2012	0	0	0	0	0	5	0	0	0	5
	2013	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
Kantonsspital Aarau	2012	2	12	0	0	111	1'418	57	2	62	1'664
	2013	6	4	0	0	150	1'527	72	0	70	1'829
Kantonsspital Baden	2012	1	1	0	0	97	253	2	0	4	358
	2013	1	3	0	0	106	247	0	0	5	362
Kantonsspital Baselland	2012	1	8	0	0	146	670	0	2	2	829
	2013	1	2	0	0	109	705	1	1	2	821
Solothurner Spitäler AG	2012	3	5	0	0	141	218	2	0	12	381
	2013	3	13	0	0	156	604	1	0	10	787
Universitätsspital Basel	2012	6	264	492	0	214	1'683	354	253	134	3'400
	2013	11	289	440	0	201	1'709	384	235	189	3'458

TABELLE 32: FALLZAHLEN 2012 UND 2013 IM LEISTUNGSBEREICH HERZ

Die Fallzahlen der einzelnen Spitäler variieren stark. In der Leistungsgruppe Kardiologie (inkl. Schrittmacher) zum Beispiel, weisen die aufgeführten Spitäler im Jahr 2013 Fallzahlen zwischen 0 und 1'709. Die höchsten Fallzahlen innerhalb des Leistungsbereichs Herz weisen das Universitätsspital Basel, das Kantonsspital Aarau sowie das Kantonsspital Baselland auf. Ein bemerkenswerter Anstieg ist für die Solothurner Spitäler AG feststellbar.

In Bezug auf die Spitäler mit geringen Fallzahlen ist zu beachten, dass zum Zeitpunkt der Vergabe der Leistungsaufträge noch kaum Erfahrungen mit der SPLG-Systematik bestanden haben. Deswegen konnte nicht für alle Spitäler abgeschätzt werden, welchen SPLG die aktuell üblicherweise behandelten Patienten der betreffenden Spitäler jeweils zugeordnet würden. In solchen Fällen gilt es, die Leistungsaufträge anhand der nun vorliegenden Daten der aktuellen Vertragsperiode zu überprüfen.

Ausgenommen für die äusserst spezialisierten SPLG *HER1.1.1*, *HER1.1.2* und *KAR1.1.1* bestehen keine vorgegebenen Mindestfallzahlen. Bereits aus Tabelle 32 in Kapitel B.4.1 wird ersichtlich, dass verschiedene Spitäler die Mindestfallzahl innerhalb der Leistungsgruppe Interventio-

nelle Kardiologie (KAR1.1.1) nicht erreichen. Inwiefern dies auf eine noch mangelhafte Codierpraxis oder tatsächlich niedrige Fallzahlen zurückzuführen ist, wird sich mit Daten der Folgejahre noch erweisen müssen. Ausserdem kann es gerade in den Bereichen Kardiologie und Herzchirurgie sein, dass die Patienten die für die Einteilung in die SPLG relevante Behandlung gar nicht im Spital erhalten, in dem der stationäre Aufenthalt stattfindet, sondern dass sie für diese Behandlung während des stationären Aufenthalts ambulant ins Zentrumsspital verlegt und am gleichen Tag nach erfolgtem Eingriff wieder zurückverlegt werden. Das führt dazu, dass die Behandlung beim Regionalspital codiert wird, und dieses die ambulante Behandlung direkt dem Zentrumsspital bezahlt. Der SPLG-Grouper kann (noch) nicht unterscheiden, ob die zuteilungsrelevante Behandlung im Spital oder während des Spitalaufenthalts ambulant im Zentrumsspital durchgeführt wurde.

4.2.5 Orthopädie

Tabelle 33 zeigt die Erreichbarkeit der Angebote im Bereich der Orthopädie. Auf der Angebotsseite werden dabei alle Spitäler in die Erreichbarkeitsanalyse einbezogen, die für mindestens fünf der folgenden sieben Leistungsgruppen auf der Spitalliste ihres Standortkantons figurieren: *Chirurgie Bewegungsapparat (BEW1)*, *Orthopädie (BEW2)*, *Handchirurgie (BEW3)*, *Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens (BEW4)*, *Arthroskopie des Knies (BEW5)*, *Rekonstruktion obere Extremität (BEW6)* und *Rekonstruktion untere Extremität (BEW7)*. Spitäler, welche diese Voraussetzung erfüllen, decken einen Grossteil des orthopädischen Angebots ab, ausgenommen sind dabei äusserst spezialisierte Eingriffe, wobei die Wirbelsäulenchirurgie im Anschluss noch gesondert betrachtet wird. Auf der Nachfrageseite wird wiederum die Nordwestschweizer Wohnbevölkerung ab 18 Jahren berücksichtigt.

Region/Kanton	0 - 15min		16-20min		21-30min		über 30min	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
NWCH	1'052'972	92.8%	71'341	6.3%	9'917	0.9%	389	0.0%
AG	479'822	91.8%	42'022	8.0%	1'119	0.2%	0	0.0%
BL	219'365	93.9%	12'232	5.2%	1'954	0.8%	0	0.0%
BS	157'796	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
SO	195'989	89.0%	17'087	7.8%	6'844	3.1%	389	0.2%

TABELLE 33: ERREICHBARKEIT ORTHOPÄDIE NACH FAHRZEITEN 2012

In **Abbildung 38** ist die Erreichbarkeit inkl. der Spitalstandorte und der Bevölkerungsdichte kartographisch dargestellt. Besitzt ein Spital mehrere Standorte, sind diese jeweils einzeln abgebildet, insofern die Leistungen gemäss des betreffenden Leistungsauftrags am jeweiligen Standort angeboten werden.

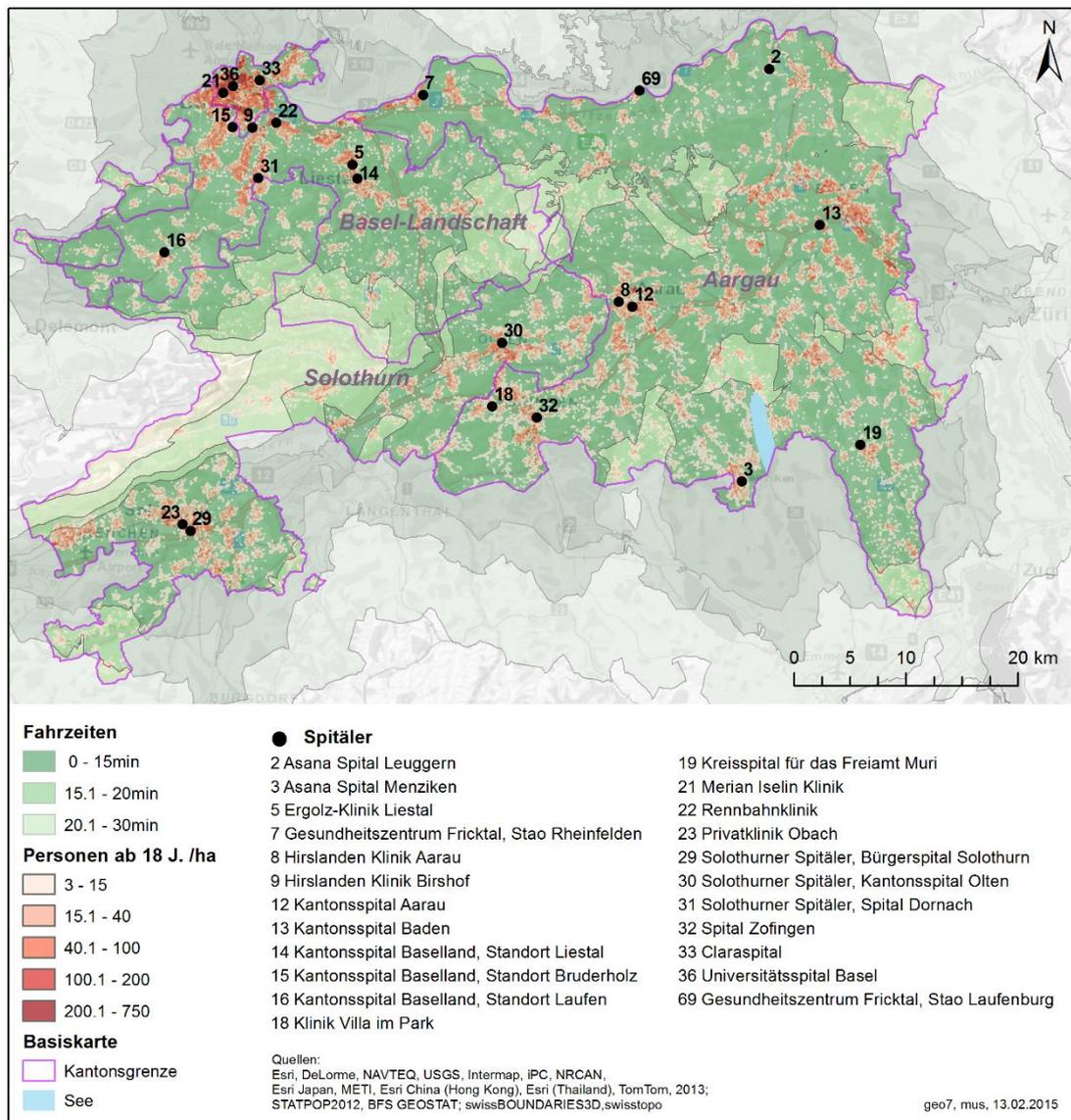


ABBILDUNG 38: ERREICHBARKEIT ORTHOPÄDIE NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

92.8% der Nordwestschweizer Bevölkerung erreichen das nächstgelegene Spital mit einem Leistungsauftrag im Bereich Orthopädie in bis zu 15 Minuten. In allen betrachteten Kantonen beträgt der Anteil 89% oder mehr. Für nur gerade 0.2% der Wohnbevölkerung des Kantons Solothurn liegt das nächstgelegene Angebot im Bereich Orthopädie in einer Entfernung von über 30 Minuten.

Wie bereits erwähnt, soll neben den Spitälern, die einen Grossteil der orthopädischen Grundversorgung abdecken, ebenfalls die Angebote der *Wirbelsäulenchirurgie (BEW8)* anhand einer Erreichbarkeitsanalyse untersucht werden. **Tabelle 34** zeigt, wie schnell die Nordwestschweizer Bevölkerung das nächstgelegene Angebot der Leistungsgruppe *Wirbelsäulenchirurgie* erreicht.

Wirbelsäulenchirurgie (Erreichbarkeit in Minuten)								
Region/Kanton	0 - 15min		16-20min		21-30min		über 30min	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
NWCH	698'522	61.6%	111'297	9.8%	266'715	23.5%	58'085	5.1%
AG	165'450	31.6%	65'239	12.5%	235'991	45.1%	56'283	10.8%
BL	204'674	87.6%	18'357	7.9%	10'245	4.4%	275	0.1%
BS	157'792	100.0%	4	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
SO	170'606	77.4%	27'697	12.6%	20'479	9.3%	1'527	0.7%

TABELLE 34: ERREICHBARKEIT WIRBELSÄULENCHIRURGIE NACH FAHRZEITEN 2012

In **Abbildung 39** ist die Erreichbarkeit inkl. der Spitalstandorte und der Bevölkerungsdichte kartographisch dargestellt.

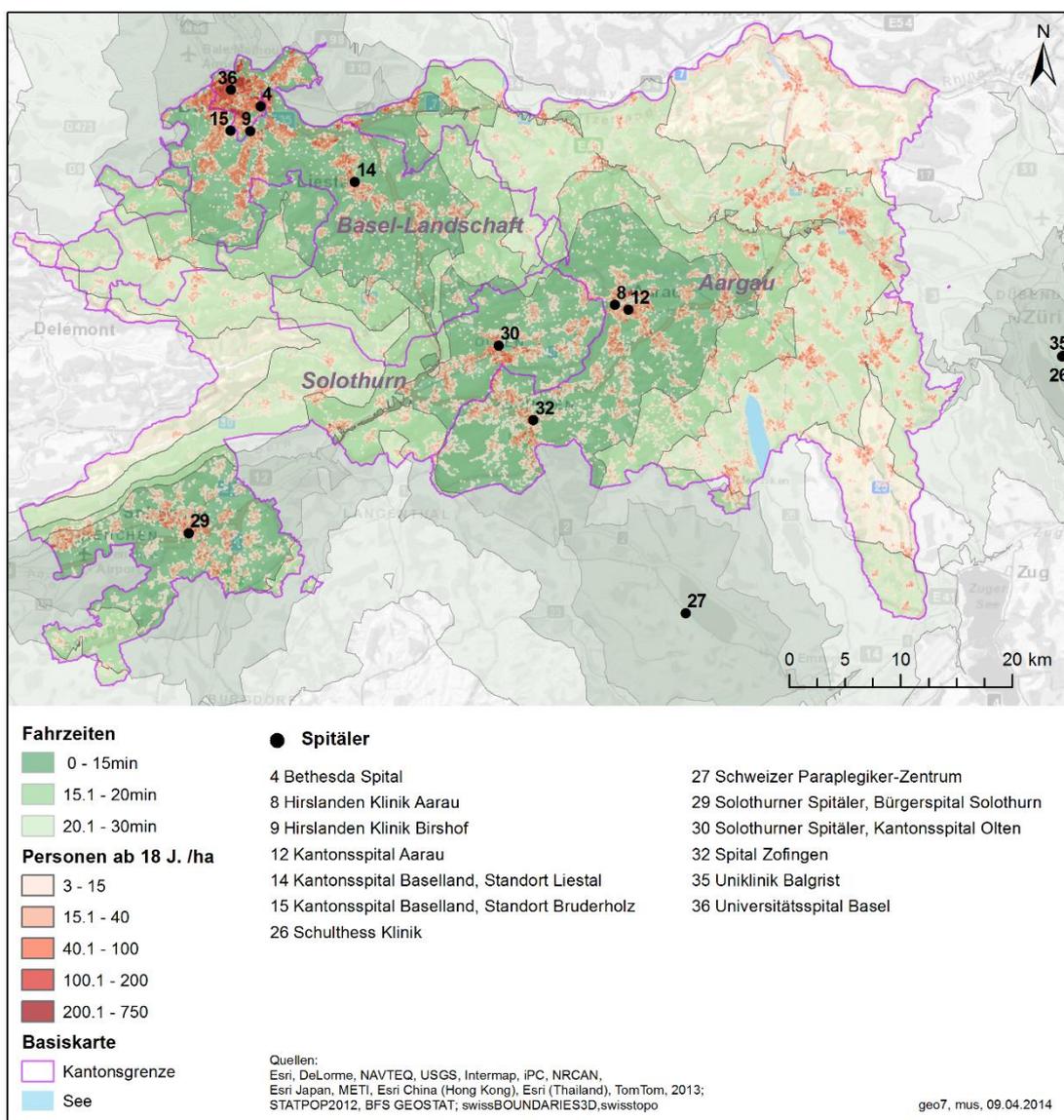


ABBILDUNG 39: ERREICHBARKEIT WIRBELSÄULENCHIRURGIE NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

Über 60% der Nordwestschweizer Bevölkerung erreichen das nächstgelegene Spital mit einem Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe *Wirbelsäulenchirurgie* in bis zu 15 Minuten. Je nach Kanton variiert der Anteil von 31.6% (Aargau) bis 100% (Basel-Stadt). Auch innerhalb dieses äusserst spezialisierten Bereichs liegt für lediglich rund 5% der Nordwestschweizer Bevölkerung das nächstgelegene Angebot der Leistungsgruppe *Wirbelsäulenchirurgie* in einer Entfernung von über 30 Minuten. Betroffen ist insbesondere die Wohnbevölkerung des Kantons Aargau mit 10.8%.

Um auch für die Orthopädie die Erreichbarkeit des Angebots den Fallzahlen gegenüberzustellen, sind in **Tabelle 35** die Fallzahlen der Nordwestschweizer Spitäler abgebildet. In der Tabelle sind lediglich diejenigen Spitäler mit Standort innerhalb der Nordwestschweiz abgebildet, welche in mindestens einer der Erreichbarkeitsanalysen für den Bereich Orthopädie bzw. für die Leistungsgruppe *Wirbelsäulenchirurgie* berücksichtigt wurden.⁷²

Die farblich hinterlegten Felder weisen jeweils daraufhin, in welchen Leistungsgruppen die entsprechenden Spitäler gemäss der per 1.1.2012 geltenden Spitalisten einen Leistungsauftrag ihres Standortkantons besitzen.

Hospitalisationen in ausgewählten Leistungsgruppen im Bereich 'Bewegungsapparat chirurgisch' in Nordwestschweizer Listenspitäler mit orthopädischen Leistungsaufträgen, 2012-13		Chirurgie Bewegungsapparat	Orthopädie	Handchirurgie	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	Arthroskopie des Knies	Rekonstruktion obere Extremität	Rekonstruktion untere Extremität	Wirbelsäulenchirurgie	BEW1-BEW8
Spital		BEW1	BEW2	BEW3	BEW4	BEW5	BEW6	BEW7	BEW8	Total
Asana Spital Leuggern	2012	208	131	34	2	242	62	22	0	701
	2013	190	98	42	2	230	80	53	0	695
Asana Spital Menziken	2012	145	33	31	1	302	131	169	1	813
	2013	110	25	15	7	252	104	137	0	650
Bethesda Spital	2012	52	52	88	1	1	0	0	520	714
	2013	41	61	157	0	0	0	0	559	818
Claraspital	2012	73	24	1	5	94	22	173	1	393
	2013	71	36	2	0	86	11	226	1	433
Ergolz-Klinik Liestal	2012	11	20	2	0	13	5	0	0	51
	2013	12	19	2	0	19	2	0	0	54
Gesundheitszentrum Fricktal	2012	133	82	10	19	364	116	299	0	1'023
	2013	162	64	49	3	236	99	275	1	889
Hirslanden Klinik Aarau	2012	308	96	166	7	673	202	386	320	2'158
	2013	351	94	159	4	607	171	443	302	2'131
Hirslanden Klinik Birshof	2012	254	54	75	34	504	306	315	183	1'725
	2013	302	69	73	29	574	349	341	147	1'884
Kantonsspital Aarau	2012	621	135	285	16	109	82	353	524	2'125
	2013	656	118	274	16	122	108	347	585	2'226
Kantonsspital Baden	2012	389	69	23	15	301	208	318	1	1'324
	2013	422	57	29	19	243	215	351	4	1'340
Kantonsspital Baselland	2012	1'446	240	394	43	790	368	773	12	4'066
	2013	1'467	217	423	35	551	307	758	11	3'769

⁷² Diese Leistungsgruppen sind Teil des Leistungsbereichs Bewegungsapparat chirurgisch, der ausserdem noch die spezialisierten Leistungsgruppen Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie (BEW8.1), Knochentumore (BEW9), Plexuschirurgie (BEW10) und Replantationen (BEW11) umfasst. Mit Ausnahme der Replantationen sind die Fallzahlen dieser spezialisierten Leistungsgruppen in der Tabelle zu den Mindestfallzahlen ausgewiesen. Das Total in der Spalte ganz rechts bezieht die Fälle der spezialisierten Leistungsgruppen mit ein und entspricht demzufolge nicht unbedingt der Summe der in Tabelle 35 ausgewiesenen Fallzahlen pro Leistungsgruppe.

Hospitalisationen in ausgewählten Leistungsgruppen im Bereich 'Bewegungsapparat chirurgisch' in Nordwestschweizer Listenspitäler mit orthopädischen Leistungsaufträgen, 2012-13		Chirurgie Bewegungsapparat	Orthopädie	Handchirurgie	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	Arthroskopie des Knies	Rekonstruktion obere Extremität	Rekonstruktion untere Extremität	Wirbelsäulenchirurgie	BEW1-BEW8
Spital		BEW1	BEW2	BEW3	BEW4	BEW5	BEW6	BEW7	BEW8	Total
Klinik Villa im Park	2012	105	39	23	7	505	124	173	0	976
	2013	87	57	3	3	532	119	195	0	996
Kreisspital für das Freiamt Muri	2012	168	88	9	2	368	210	402	0	1'247
	2013	185	93	12	0	455	255	454	0	1'454
Merian Iselin Klinik	2012	615	228	38	40	1'407	599	1'527	0	4'454
	2013	630	242	78	65	1'473	686	1'680	0	4'854
Privatklinik Obach	2012	179	90	7	9	399	132	383	1	1'200
	2013	167	99	4	18	422	156	369	0	1'235
Rennbahnklinik	2012	185	70	2	5	328	85	1	0	676
	2013	189	65	1	1	396	105	0	0	757
Solothurner Spitäler AG	2012	495	182	84	43	332	282	799	374	2'591
	2013	525	187	76	35	470	374	847	401	2'915
Spital Zofingen	2012	154	62	15	13	316	192	210	298	1'260
	2013	151	45	14	6	328	246	216	358	1'364
Universitätsspital Basel	2012	926	111	102	34	234	102	407	854	2'770
	2013	1'047	119	99	40	261	134	446	862	3'008

TABELLE 35: FALLZAHLEN 2012 UND 2013 IM LEISTUNGSBEREICH BEWEGUNGSAPPARAT CHIRURGISCH

Die Fallzahlen 2013 der einzelnen Spitäler für den gesamten Leistungsbereich *Bewegungsapparat chirurgisch* variieren von 54 bis zu 4'854 behandelten Patienten. Ähnlich variieren auch die Fallzahlen der Spitäler innerhalb der einzelnen Leistungsgruppen. In der Leistungsgruppe Wirbelsäulenchirurgie weisen sämtliche Spitäler Mit Ausnahme des Kantonsspitals Baselland, die einen entsprechenden Leistungsauftrag besitzen, über 100 Eingriffe pro Jahr auf.

4.3 Hospitalisationsraten

Bereits im einleitenden Kapitel A.4 wurde auf die potentielle Diskrepanz zwischen Nachfrage und Inanspruchnahme bzw. Bedarf und Inanspruchnahme hingewiesen. Die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen durch eine bestimmte Population ist nicht ohne Weiteres deren Bedarf gleichzusetzen. In der Gesundheitsökonomie wird in diesem Zusammenhang insbesondere die Problematik der *angebotsinduzierten Nachfrage* kontrovers diskutiert. Eine angebotsinduzierte Nachfrage herrscht dann vor, wenn Patient/innen Leistungen in Anspruch nehmen, die sie bei vollständiger Information nicht nachgefragt hätten.⁷³ Dadurch kann eine Überversorgung entstehen, die aus versorgungsplanerischer Sicht im Allgemeinen unerwünscht ist. Die Verfahren zur Identifikation von Angebotsinduzierung bzw. Überversorgung sind aufwändig und nicht unumstritten.

Im vorliegenden Monitoring sollen anhand eines Benchmarks Leistungsbereiche mit potentieller Überversorgung identifiziert werden. Dabei wird die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen der Bevölkerung aus den Nordwestschweizer Kantonen in Relation zur gesamtschweizerischen Nachfrage gestellt. Verglichen werden die alters- und geschlechtskorrigierten Hospitalisationsraten.⁷⁴ Es handelt sich dabei nicht um einen neuartigen Ansatz, die Analyse von Variationen der Hospitalisationsraten wird häufig verwendet, um auffällige Nachfragemuster zu

⁷³ Vgl. dazu u.a. Cassel und Wilke (2001, S.332).

⁷⁴ Vgl. dazu u.a. Guggisberg und Spycher (2005).

identifizieren. Erstmals erfolgt der Vergleich der Hospitalisationsraten jedoch anhand der SPLG. Aus Sicht der Kantone bietet dieser Ansatz den Vorteil, dass dies ihrer versorgungsplanerischen Logik entspricht, weil die Spitalisten ebenfalls auf den SPLG beruhen.⁷⁵

4.3.1 Ergebnisse

Zuerst werden nachfolgend die Hospitalisationsraten basierend auf der Gesamtfallzahl pro Wohnkanton verglichen, bevor anschliessend auf die alters- und geschlechterstandardisierten Hospitalisationsraten pro SPLG eingegangen wird.

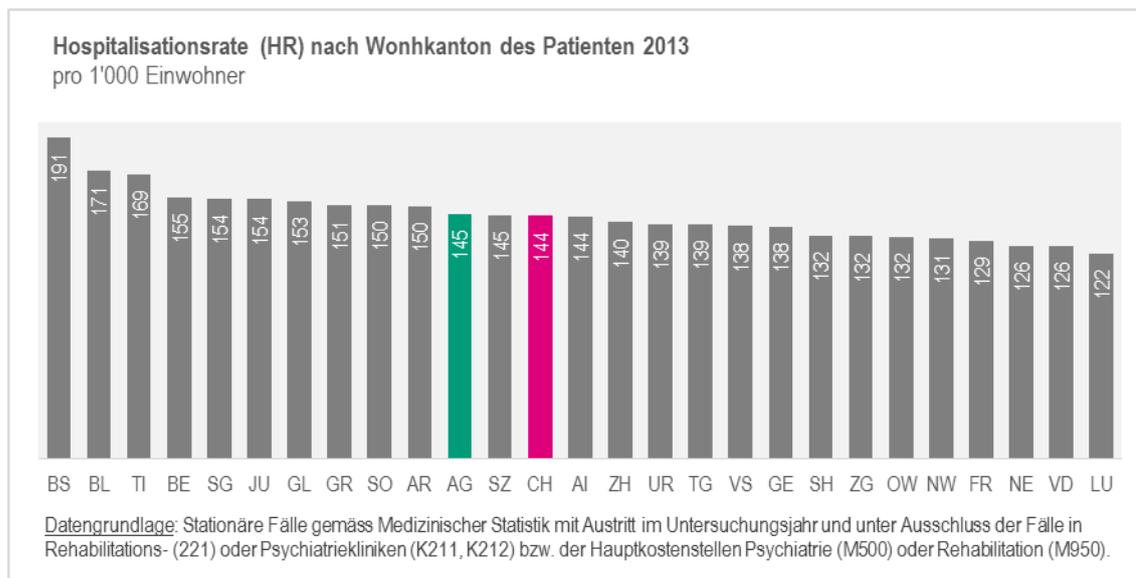


ABBILDUNG 40: HOSPITALISATIONS-RATEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2013

In **Abbildung 40** sind die Hospitalisationsraten nach Wohnkanton, ausgehend von der Gesamtzahl der Fälle, abgebildet. Sämtliche Nordwestschweizer Kantone befinden sich in der oberen Hälfte, weisen also eine überdurchschnittliche Hospitalisationsrate auf. Die Kantone Basel-Stadt mit 191 Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner und Basel-Landschaft mit 171 Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner weisen gar die höchsten Hospitalisationsraten im schweizerischen Vergleich auf.

Für die vergleichende Auswertung wurde an dieser Stelle eine vereinfachte Abgrenzung akutstationärer Fälle angewendet, als dass sie ansonsten im Rahmen des vorliegenden Monitorings zugrunde liegt. Grundlage bilden sämtliche stationären Hospitalisationen mit Austrittsdatum im Jahr 2013 gemäss Medizinischer Statistik, die nicht in einer Rehabilitations- oder Psychiatrieklinik erfolgten und die weder auf die Hauptkostenstelle Rehabilitation oder Psychiatrie codiert sind. Verzichtet wurde auf die spitalspezifischen Abgrenzungen, da diese ausschliesslich für die Nordwestschweizer Spitäler möglich wären und dadurch die Vergleichbarkeit der Auswertungen fragwürdig wäre. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die spitalspezifischen Abgrenzungen gerade für den Kanton Basel-Stadt von überproportionaler Bedeutung sind. Alleine im Adullam Spital und im Felix Platter-Spital werden rund 3'000 nicht-akutstationäre Fälle anhand der vereinfachten Abgrenzung nicht erfasst, wodurch die die Zahl der akutstationären Hospitalisationen in diesen Spitälern überschätzt wird.⁷⁶ Infolgedessen sei in **Abbildung 41** die analoge Auswertung – inklusive der spitalspezifischen Abgrenzungen für die Nordwestschweizer Spitäler – dargestellt. Es wird

⁷⁵ Für eine Beschreibung des methodischen Vorgehens vgl. Methodenbericht.

⁷⁶ Denkbar wäre für das Jahr 2013 eine Abgrenzung über die Variable DRG-Status. Im Rahmen der Plausibilisierung der Daten für die Nordwestschweizer Spitäler erwies sich diese Variable jedoch als ungeeignet, um als Abgrenzungskriterium akutstationärer Hospitalisationen in allen Spitälern zu dienen.

sofort ersichtlich, dass sich dadurch die Hospitalisationsrate für den Kanton Basel-Stadt den übrigen Kantonen angleicht. Zwar weist die basel-städtische Wohnbevölkerung mit 182 Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner noch immer die höchste Rate im nationalen Vergleich auf, die Differenz ist jedoch deutlich geringer als noch in Abbildung 30. Für die übrigen Nordwestschweizer Kantone hat die Berücksichtigung der spitalspezifischen Abgrenzungen keine Auswirkungen auf die Hospitalisationsrate.

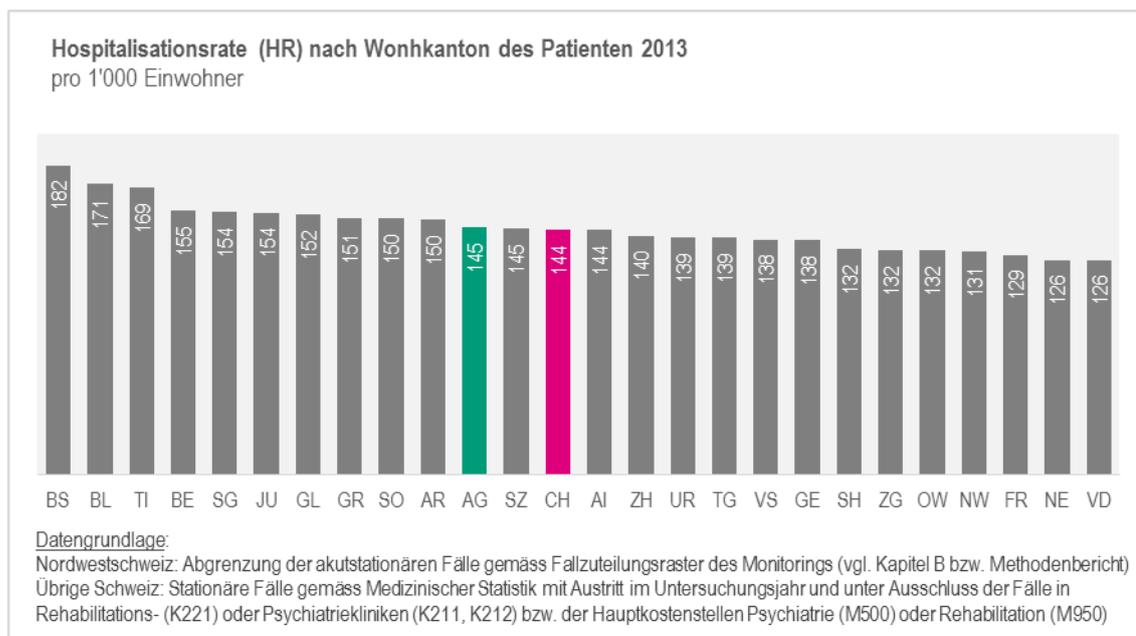


ABBILDUNG 41: HOSPITALISATIONS RATEN NACH WOHNKANTON DER PATIENTEN 2013 (INKL. SPITALSPEZ. ABGRENZUNGEN)

Da für die übrigen Schweizer Kantone nicht abschätzbar ist, inwiefern auch sie durch die Problematik betreffend die Abgrenzung akutstationärer Fälle betroffen sind, wird für die nachfolgenden Auswertungen auf Ebene der einzelnen SPLG die vereinfachte Abgrenzungslogik angewendet.

Die Auswertungen Abbildung 40 und Abbildung 41 stellen jeweils die tatsächlichen Hospitalisationsraten dar, nicht berücksichtigt wird dabei die unterschiedliche bevölkerungsstrukturelle Zusammensetzung je nach Kanton. In **Abbildung 42** sind die standardisierten Abweichungen zwischen erwarteter (eR) und tatsächlicher Hospitalisationsrate (tR) abgebildet, wobei sich die erwartete Hospitalisationsrate ausgehend von der kantonalen Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht ergibt. Eine positive Abweichung bedeutet, dass im betreffenden Kanton mehr Hospitalisationen zu verzeichnen sind, als dass aufgrund der Bevölkerungsstruktur anzunehmen wären, während eine negative Abweichung resultiert, wenn weniger Hospitalisationen zu verzeichnen sind, als zu erwarten wären.

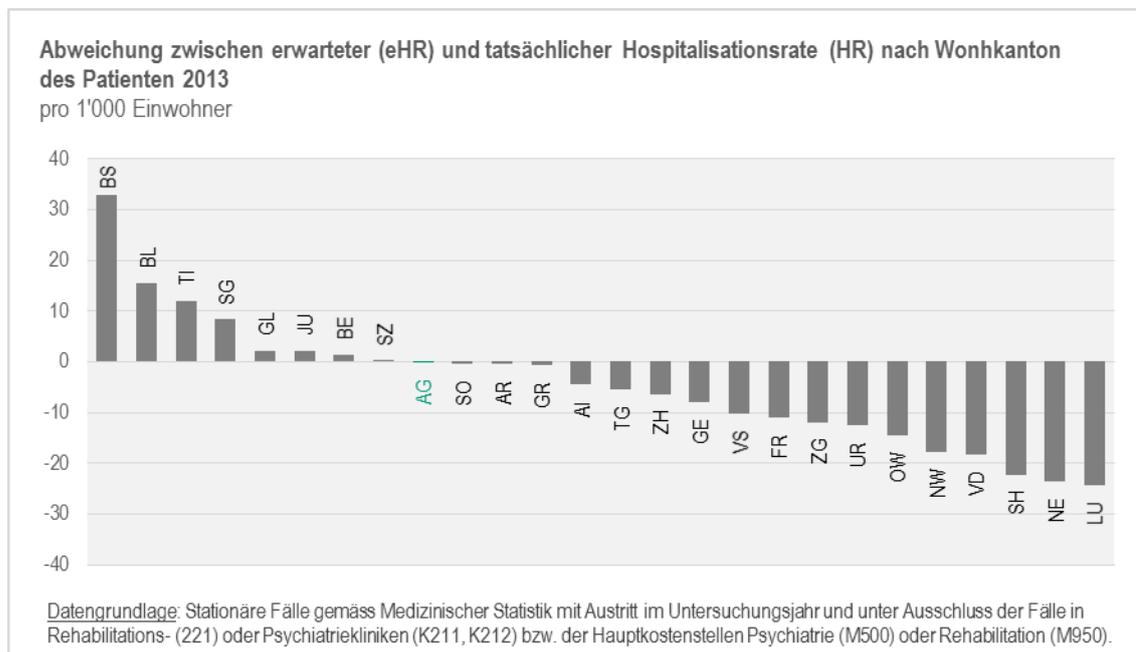


ABBILDUNG 42: ABWEICHUNGEN ZWISCHEN TATSÄCHLICHER UND ERWARTETER HR NACH WOHNKANTON 2013

Auch wenn für Alter und Geschlecht korrigiert wird, weisen die beiden Basler Halbkantone die höchsten Hospitalisationsraten auf. Aus Abbildung 26 lässt sich ablesen, dass im Kanton Basel-Stadt rund 33 Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner mehr erfolgen als aufgrund der demografischen Struktur zu erwarten wären. Im Kanton Basel-Landschaft sind es rund 15 mehr, währenddessen die Kantone Aargau und Solothurn eine unwesentlich geringere Hospitalisationsrate aufweisen als zu erwarten wären.

Tabelle 36 enthält die Gesamtzahl der Hospitalisationen der Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau, die sich daraus ergebende tatsächliche Hospitalisationsrate (tR), die erwartete Hospitalisationsrate (eR) basierend auf der Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht. Des Weiteren beinhaltet Tabelle 36 die standardisierte Abweichung zwischen erwarteter und tatsächlicher Hospitalisationsrate sowie die aus der Verteilung der standardisierten Abweichungen sämtlicher Kantone resultierenden Referenzwerte, wobei das 25%-Quantil ($Q_{0.25}$) jenen Wert angibt, unterhalb dessen sich 25% der Kantone befinden (untersten 7 Kantone). Im Gegensatz dazu verweist das 75%-Quantil auf jene standardisierte Abweichung zwischen erwarteter und tatsächlicher Hospitalisationsrate, welche lediglich durch 25% der Kantone überschritten wird.

Alters- und geschlechterstandardisierte Hospitalisationsraten nach Leistungsgruppen (SPLG), 2013								
SPLG		Kanton Aargau					CH	
		Fälle	HR 2013		Abweichung		Referenzwerte	
Code	Bezeichnung	Anz.	tR	eR	abs.	standard.	Q0.25	Q0.75
ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)	235	0,4	0,4	-0,01	0,45	-0,62	0,59
AUG1.6	Katarakt	2 249	3,5	3,3	0,26	-0,38	-0,95	0,72
BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat	340	0,5	0,5	0,07	0,25	-0,82	0,84
BEW2	Orthopädie	1 649	2,6	2,8	-0,23	-0,28	-0,79	0,55
BEW3	Handchirurgie	1 446	2,3	2,1	0,16	0,02	-0,90	0,91
BEW5	Arthroskopie des Knies	454	0,7	0,7	0,03	0,42	-0,90	0,92
BEW6	Rekonstruktion obere Extremität	333	0,5	0,6	-0,11	0,02	-0,60	0,65
BEW7	Rekonstruktion untere Extremität	596	0,9	0,9	0,02	-0,65	-0,60	0,76
BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	146	0,2	0,3	-0,12	-0,32	-0,57	0,47
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	286	0,4	0,4	0,04	-0,71	-0,71	0,39
BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	147	0,2	0,2	0,04	0,08	-0,59	0,36
DER2	Wundpatienten	919	1,4	1,3	0,16	0,51	-0,61	0,52
END1	Endokrinologie	5 854	9,2	8,7	0,51	-0,49	-0,36	0,28
GAE1	Gastroenterologie	701	1,1	1,2	-0,07	-0,42	-0,72	0,84
GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie	3 050	4,8	4,2	0,57	-0,09	-0,87	0,55
GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >=	2 890	4,5	4,5	0,09	0,00	-0,52	0,31
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	3 469	5,5	5,3	0,19	0,03	-0,71	0,78
GYN1	Gynäkologie	374	0,6	0,5	0,05	0,62	-0,76	0,59
GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma	2 747	4,3	4,8	-0,45	-0,16	-0,51	0,60
HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien	352	0,6	0,4	0,11	0,14	-0,57	0,68
HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit	1 618	2,5	2,5	0,07	-0,09	-0,82	0,66
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	314	0,5	0,5	-0,01	0,66	-0,44	0,66
HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	7 438	11,7	11,8	-0,15	-0,49	-0,60	0,15
HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie	237	0,4	0,5	-0,09	0,57	-0,59	0,54
HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	323	0,5	0,6	-0,08	0,05	-0,65	0,51
HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	306	0,5	0,5	0,03	0,31	-0,41	0,28
KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	1 345	2,1	1,9	0,22	0,61	-0,68	0,49
KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	1 553	2,4	3,2	-0,78	1,00	-0,82	0,70
KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	35 747	56,2	57,0	-0,83	1,20	-0,54	0,52
KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	1 905	3,0	3,3	-0,29	0,55	-0,48	0,34
NCH1	Neurochirurgie	827	1,3	1,3	0,03	0,69	-0,67	0,33
NEO1	Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und >= 2000g)	496	0,8	0,8	-0,01	0,49	-0,33	0,68
NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch	637	1,0	1,1	-0,05	-0,07	-0,60	0,21
NEU1	Neurologie	242	0,4	0,4	-0,04	0,41	-0,72	0,30
NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)	462	0,7	0,7	0,07	0,73	-0,82	0,61
ONK1	Onkologie	2 500	3,9	3,5	0,40	0,18	-0,68	0,53
PNE1	Pneumologie	306	0,5	0,7	-0,21	0,61	-0,82	0,34
RAO1	Radio-Onkologie	563	0,9	0,8	0,09	0,61	-0,60	0,64
RHE1	Rheumatologie	745	1,2	1,2	-0,06	-0,02	-0,70	0,68
URO1	Urologie ohne Schwerepunkttitel Operative Urologie	370	0,6	0,6	-0,01	0,53	-0,62	0,53
URO1.1	Urologie mit Schwerepunkttitel Operative Urologie	432	0,7	0,7	-0,06	-0,34	-0,77	0,70
VIS1	Viszeralchirurgie	330	0,5	0,5	0,04	1,05	-0,55	0,58

 = auffällig geringe Hospitalisationsrate (standardisierte Abweichung zw. tR und eR < 75% der Kantone)
 = auffällig hohe Hospitalisationsrate (standardisierte Abweichung zw. tR und eR > 75% der Kantone)

TABELLE 36: HOSPITALISATIONS-RATEN (tR, eR), ABWEICHUNG UND REFERENZWERTE NACH SPLG 2013

In **Abbildung 43** sind die standardisierten Abweichungen pro SPLG für den Kanton Aargau in Relation zur Verteilung sämtlicher Kantone dargestellt. Die horizontale Achse beschreibt die durchschnittliche Abweichung zwischen erwarteter und tatsächlicher Hospitalisationsrate. Pro

SPLG wird durch den Boxplot jeweils die Verteilung aller Schweizer Kantone beschrieben.⁷⁷ Im Bereich des grünen Balkens befinden sich 50% der Schweizer Kantone, ober- und unterhalb jeweils 25%.

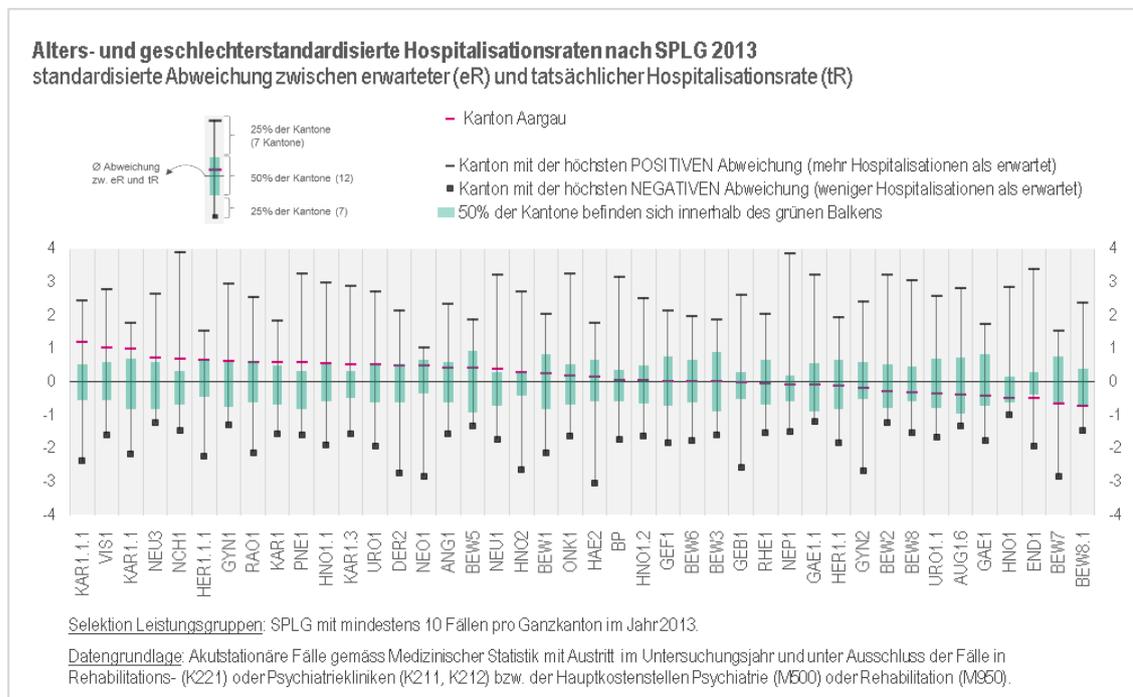


ABBILDUNG 43: ALTERS- UND GESCHLECHTERSTANDARDISIERTE ABWEICHUNGEN ZWISCHEN tR UND eR NACH SPLG 2013

Aus Tabelle 20 und Abbildung 32 wird ersichtlich, dass für die Aargauer Bevölkerung im Jahr 2013 in den nachfolgenden SPLG eine auffällig hohe Hospitalisationsrate festzustellen ist:⁷⁸

- Gynäkologie (GYN1)
- Hals- und Gesichtschirurgie (HNO1.1)
- Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie (HNO2)
- Kardiologie (inkl. Schrittmacher) (KAR1)
- Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) (KAR1.1)
- Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe) (KAR1.1.1)
- Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT) (KAR1.3)
- Neurochirurgie (NCH1)
- Neurologie (NEU1)
- Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit) (NEU3)
- Pneumologie (PNE1)

⁷⁷ In einem Boxplot ist üblicherweise noch der Median der Verteilung innerhalb der *Box* gekennzeichnet. Weil der Median für die vorliegende Auswertung von untergeordneter Bedeutung ist, wurde in Abbildung 32 aus Gründen der Übersichtlichkeit darauf verzichtet.

⁷⁸ Eine *auffällig hohe Hospitalisationsrate* wird konstatiert, wenn die standardisierte Abweichung zwischen erwarteter und tatsächlicher Hospitalisationsrate grösser als bei 75% der Schweizer Kantone ist (oberhalb der grünen Box). Im Gegenzug wird eine *auffällig geringe Hospitalisationsrate* festgestellt, wenn die standardisierte Abweichung zwischen erwarteter und tatsächlicher Hospitalisationsrate kleiner als bei 75% der Schweizer Kantone ist (unterhalb der grünen Box).

- Urologie ohne Schwerpunktstitel Operative Urologie (URO1)
- Viszeralchirurgie (VIS1)

Auffällig geringe Hospitalisationsraten sind für die Aargauer Wohnbevölkerung in folgenden SPLG auszumachen:

- Rekonstruktion untere Extremität (BEW7)
- Endokrinologie (END1)

4.3.2 Interpretation

Aus dem nationalen Vergleich der Hospitalisationsraten lassen sich diverse SPLG ermitteln, innerhalb welcher für die Aargauer Bevölkerung auffällig hohe Hospitalisationsraten feststellbar sind. Wie eingangs erwähnt, stellt der Vergleich von Hospitalisationsraten eine gängige Methode zur Identifikation potentieller Angebotsinduzierung in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen dar. Auffällig hohe Hospitalisationsraten sind jedoch kein hinreichender Beleg für die Existenz angebotsinduzierter Nachfrage, zumal in den vorliegenden Auswertungen erstmals ein Vergleich der Hospitalisationsraten anhand der SPLG vorgenommen wurde und dabei im Sinne eines explorativen Ansatzes sämtliche SPLG einbezogen wurden,⁷⁹ mit dem Ziel Auffälligkeiten zu identifizieren, ohne dass vorab Hypothesen betreffend die Existenz angebotsinduzierter Nachfrage in bestimmten Versorgungsbereichen bestanden hätten. Schliesslich wurde für den vorliegenden Vergleich der Hospitalisationsraten zwar für die Alters- und Geschlechterverteilung je nach Kanton korrigiert, weitere potentielle Einflussfaktoren wurden jedoch nicht kontrolliert. Nicht ausschliessbar sind in diesem Zusammenhang auch Auswirkungen einer unterschiedlichen Codierpraxis auf die dargestellten Hospitalisationsraten. Man bedenke, dass bei der Berechnung der Hospitalisationsraten pro Kanton und SPLG teilweise relativ geringe Fallzahlen zugrunde liegen, die auf Hospitalisationen in wenigen bis einzelnen Spitälern pro Kanton beruhen. Somit können geringfügige Abweichungen in der Codierpraxis ausschlaggebende Auswirkungen auf die ausgewiesenen Hospitalisationsraten haben.

Infolgedessen sind die identifizierten Leistungsgruppen mit überdurchschnittlich hohen Hospitalisationsraten für die Aargauer Wohnbevölkerung als Bereiche potentieller Angebotsinduzierung aufzufassen. Es wird empfohlen, die Resultate anhand analoger Auswertungen für die Folgejahre zu überprüfen. Leistungsgruppen, für welche sich die überdurchschnittliche Hospitalisationsraten anhand der Folgejahre bestätigen lassen sind anschliessend einer vertieften Analyse zu unterziehen, in welcher prüfen sein wird, inwiefern die überdurchschnittlichen Hospitalisationsraten infolge spezifischer kantonaler Angebotsstrukturen erklärbar sind oder welche anderen Einflussfaktoren dafür verantwortlich gemacht werden können.

5 Fazit Akutsomatik

5.1 Steigende Fallzahlen bzgl. Angebot und Inanspruchnahme

Die Zahl der Hospitalisationen in Aargauer Spitälern steigt von 83'405 Fällen im Jahr 2011 auf 86'708 im Jahr 2013. Dies entspricht einer kontinuierlichen Zunahme von durchschnittlich 1.6% pro Jahr. Analog zum Angebot ist ebenso ein Anstieg der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Aargauer Wohnbevölkerung identifizierbar. Im Jahr 2011 verzeichnet die Medizinische Statistik des BFS 87'502 Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau, im Jahr 2013 sind es 92'429. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von +2.8%. Insofern für den Effekt aufgrund der Fallzusammenführungen korrigiert wird, kann sowohl hinsichtlich des Angebots als auch in Bezug auf die Nachfrage ein weitgehend kontinuierlicher Anstieg beobachtet werden.

⁷⁹ Ausgenommen die SPLG mit zu geringen Fallzahlen pro Kanton.

Der Anstieg der Fallzahlen lässt sich teilweise anhand der Bevölkerungszahlen erklären. Zwischen 2011 und 2013 stieg die Wohnbevölkerung des Kantons Aargau jährlich durchschnittlich um +1.3%. Ein weiterer Einflussfaktor ist in der demografischen Entwicklung auszumachen. Das exakte Ausmass der Auswirkungen aufgrund der älter werdenden Bevölkerung bzw. aufgrund der Alterung der bevölkerungsreichen Kohorten lässt sich jedoch anhand der zugrundeliegenden Daten nicht bestimmen. In Zusammenhang mit den steigenden Fallzahlen ist ausserdem die Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAD) zu berücksichtigen. Die MAD bei Hospitalisationen von Aargauer Patienten reduzierte sich innerhalb des Untersuchungszeitraums von 5.3 Tagen im Jahr 2011 auf 5.0 Tage im Jahr 2013. Diese Entwicklung ist kohärent mit dem rückläufigen Trend, der bereits seit vielen Jahren auch im internationalen Vergleich festzustellen ist.

5.2 Verschiebung innerhalb der Leistungserbringer

Im Bericht auf Ebene Nordwestschweiz wird aufgrund des rückläufigen Marktanteils der Kantonsspitäler eine Verschiebung zugunsten der Privatspitäler bzw. der kleineren, spezialisierten Leistungserbringer konstatiert. Gestützt wird diese Interpretation durch die Entwicklung des Anteils Zusatzversicherter Patienten. In Spitälern mit der bedeutendsten Zunahme hinsichtlich der Fallzahlen in der Nordwestschweiz ist gleichzeitig eine deutliche Abnahme des Anteils der Patienten in den Liegeklassen halbprivat und privat festzustellen (vgl. insbesondere Merian Iselin Klinik, Vista Klinik, Bethesda Spital, Ergolz-Klinik Liestal, Claraspital).

Mit Fokus auf den Kanton Aargau zeichnet sich diese Verschiebung anhand des sinkenden Marktanteils der Kantonsspitäler Aarau und Baden sowie dem Anstieg in der Hirslandenklinik Aarau ebenfalls ab. Ferner ist – analog zur Entwicklung auf Ebene der Gesamtnordwestschweiz – ein Anstieg in Bezug auf den Anteil Aargauer Patienten, die sich ausserhalb des Kantons behandeln lassen, von 15.6% auf 18.0% auszumachen.⁸⁰

Es ist anzunehmen, dass die Tendenz zugunsten der kleineren, spezialisierten Leistungserbringer sowie zugunsten ausserkantonaler Hospitalisationen in einem direkten Zusammenhang mit der KVG-Revision zu verstehen ist, mit welcher mitunter die freie Spitalwahl sowie damit einhergehend die Aufnahmepflicht für die ehemaligen Privatspitäler bzw. Spitäler ohne kantonalen Leistungsauftrag eingeführt wurde.

5.3 Analyse der Leistungen nach Leistungsbereichen

Der grösste Teil der Hospitalisationen Aargauer Patienten erfolgt gemäss SPLG-Systematik innerhalb des Basispakets, im Jahr 2011 sind es 41.5% im Jahr 2013 38.6%. Dieser Rückgang des relativen Anteils deutet im ersten Moment auf eine Verlagerung von Grundversorgungsleistungen zu fachspezifischen Leistungen hin. Man muss diese Verschiebung jedoch mit Rücksicht auf die Einführung der Fallpauschalen per 1.1.2012 betrachten. Durch die Vergütung akutstationärer Leistungen per Fallpauschalen gewannen Diagnosen und Prozeduren bzw. deren Codierung für die Zuweisung eines Falles zu einer bestimmten DRG an Bedeutung. Diesbezügliche Auswirkungen auf die Codierpraxis zwischen den Datenjahren 2011 und 2012 sind zu beachten (z.B. wurde durch die Anstellung und/oder Ausbildung spezialisierter Mitarbeitenden und Definition entsprechender spitalinterner Prozesse die Codierpraxis systematischer und dadurch auch präziser sowie voraussichtlich auch reliabler und valider). Davon ausgehend, dass die Präzision der Codierung von Diagnosen und Behandlungen durch die Einführung der Fallpauschalen gestiegen ist, wird die Zuordnung eines Falles in einen fachspezifischen Leistungsbereich wahrscheinlicher, weil die Klassifikation der Fälle gemäss SPLG-Systematik massgeblich auf den ICD- (Diagnosen) und CHOP-Codes (Prozeduren) beruht. Ohne dass es anhand der zugrunde liegenden Daten abschliessend beurteilt werden könnte, erscheint es per dato plausibel, die Verschiebung zugunsten der fachspezifischen Leistungsbereiche primär als Folge der mit der Einführung der Fallpauschalen einhergehenden Codierpraxis. Infolgedessen sind Schlussfolgerungen auf Ebene der

⁸⁰ Vgl. Tabelle 20.

einzelnen Leistungsbereiche problematisch, erst anhand weiterer Datenjahre sind gesicherte Aussagen betreffend die Entwicklungen der Fallzahlen nach Leistungsbereichen möglich.

Weitegehend zuverlässig kann jedoch die relative Bedeutung der einzelnen Leistungsbereiche beschrieben werden. Ausserhalb der Grundversorgung (*Basispaket*) fallen die meisten Hospitalisationen innerhalb des Leistungsbereichs *Bewegungsapparat chirurgisch* an (14.8% im Jahr 2013). Darauf folgen die Leistungsbereiche *Geburtshilfe* (8.2%), *Neugeborene* (6.6%), *Urologie* (4.6%) sowie *Herz* (4.4%). Diese Verteilung zwischen den fachspezifischen Leistungsbereichen ist beinahe identisch mit jener auf Ebene Nordwestschweiz.

5.4 Zunahme der Patientenströme

Im Jahr 2013 erfolgten 82.0% der Behandlungen zugunsten von Patienten aus dem Kanton Aargau in Spitälern mit Standort im Kanton Aargau, im Jahr 2011 waren es noch 84.4%. Somit ist eine Zunahme der Abwanderung um +2.4 Prozentpunkte auf 18.0% im Jahr 2013 festzustellen. Der grösste Anteil ausserkantonomer Leistungen ist auf Hospitalisationen im Kanton Zürich zurückzuführen. Im Jahr 2013 erfolgten 7'045 Hospitalisationen von Aargauer Patienten in Zürcher Spitälern, was 7.6% aller Hospitalisationen von Aargauer Patienten entspricht. Es folgen darauf die Hospitalisationen in den Kantonen Basel-Stadt (3.9%), Basel-Land (3.9%) sowie Bern Solothurn und Luzern (je 1.0%). Die grösste Zunahme im Zeitraum zwischen 2011 und 2013 ist für die Abwanderung in die Kantone Zürich (+1'043 Fälle) und Basel-Stadt (+834) bemerkbar.

Auch hinsichtlich der Zuwanderung von ausserkantonomer Patienten in den Kanton Aargau ist eine steigende Tendenz feststellbar, jedoch ist deren Ausmass weitaus geringer als hinsichtlich Abwanderung. Der Anteil der Hospitalisationen ausserkantonomer Patienten in Spitälern mit Standort im Kanton Aargau steigt zwischen 2011 und 2013 um +0.4 Prozentpunkte von 11.5% auf 11.9%. Am häufigsten stammen die Patienten dabei aus dem Kanton Solothurn.

Betrachtet man die Zu- und Abwanderung nach Leistungsgruppen ist die bedeutendste absolute Nettoabwanderung für die Leistungsbereiche *Bewegungsapparat chirurgisch*, *Basispaket* (-1'353 im Jahr 2013), *Herz* (-995), *Hals-Nasen-Ohren* (-528) und *Ophthalmologie* (-444). Eine Nettozuwanderung weist der Kanton Aargau in den Leistungsbereichen *Neugeborene* (+150), *Gynäkologie* (+106) und *Neurochirurgie* (+5) auf.

Mit Bezug auf den Anstieg der überkantonomer Patientenströme ist ebenso die Entwicklung auf Ebene der Gesamtnordwestschweiz zu berücksichtigen. Grundsätzlich ist in allen Nordwestschweizer Kantonen ein Anstieg der Zu- und Abwanderung feststellbar. Weil sich die Zunahme ausserkantonomer Hospitalisationen aber hauptsächlich auf Leistungen in den jeweils anderen Nordwestschweizer Kantonen beschränkt, bleibt der Anteil Patienten, die sich ausserhalb der Nordwestschweiz behandeln lassen, weitgehend konstant. Somit kann festgehalten werden, dass im Zuge der KVG-Revision ein Anstieg der ausserkantonomer Hospitalisationen festgestellt werden kann, die Nordwestschweiz als Ganzes jedoch weiterhin ein weitgehend geschlossenes Versorgungssystem darstellt, was die akutstationäre Versorgung betrifft. Inwiefern der Trend zu mehr ausserkantonomer Hospitalisationen als direkte Folge der freien Spitalwahl gemäss KVG-Revision zu interpretieren ist oder eher als Ausdruck einer steigenden Mobilität der Bevölkerung insgesamt darstellt, kann aufgrund der zugrundeliegenden Daten nicht abschliessend beurteilt werden.

5.5 Motive ausserkantonomer Hospitalisationen

Die Aargauer Patienten, die ausserkantonom hospitalisiert werden, weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Liegeklasse HP/P auf, im Jahr 2011 beläuft sich dieser auf 37.3%. Zum Jahr 2013 hin ist eine Angleichungstendenz feststellbar, wobei der Anteil HP/P bei ausserkantonomer Hospitalisationen mit 31.9% noch immer deutlich höher ist als bei den innerkantonomer Hospitalisationen von Aargauer Patienten. Aufgrund der beobachteten Entwicklungen liegt der Schluss nahe, dass sich im Zuge der KVG-Revision mehr grundversicherte Patienten in Spitälern ausserhalb der Nordwestschweiz behandeln lassen. Diese Schlussfolgerung ist jedoch gemäss des in Kapitel B.1 formulierten Vorbehalts betreffend die Codierung der Variable Liegeklasse in der

Medizinischen Statistik mit Vorsicht zu behandeln, da die erfasste Liegeklasse und der Versicherungsstatus des Patienten nicht gleichzusetzen sind.

Des Weiteren unterscheidet sich der Anteil ausserregionaler Hospitalisationen je nach Wohnregion der Patienten. In den nordwestlichen und südöstlichen Grenzregionen des Kantons Aargau ist der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen überdurchschnittlich hoch. Für erstere sind angesichts der Erreichbarkeit insbesondere Angebote in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft attraktiv, letztere dürften sich hauptsächlich nach Zürich orientieren. Somit liegt der Schluss nahe, dass die Entscheidung pro oder contra einer ausserregionalen Leistungsanspruchnahme massgeblich durch den Wohnsitz und dessen geografische Lage bestimmt ist.

Schliesslich ist auch der durchschnittliche Schweregrad (CMI) bei ausserkantonalen Hospitalisationen höher, d.h. bei den Aargauer Patienten, die sich in Spitälern ausserhalb des Kantons Aargau behandeln lassen, handelt es sich eher um schwerere bzw. komplexere Fälle.

5.6 Handlungsbedarf für konkrete Indikatoren zur Versorgungslage

Um ein besseres Bild hinsichtlich der akutstationären Versorgung im Kanton Aargau zu erhalten, wurden nebst der Analyse von Angebot, Nachfrage und Patientenströme spezifische Indikatoren zur Versorgungslage betrachtet. Dabei wurden im Rahmen des Monitorings verschiedene Zugänge erprobt. Zum einen erfolgte eine Auswertung der Fallzahlen pro Spital anhand der Mindestfallzahlen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

Fallzahlen unterhalb der Mindestfallzahlen sind vor allem in Leistungsgruppen zu verzeichnen, in denen die betreffenden Spitäler keine Leistungsaufträge besitzen. Anhand der zugrundeliegenden Daten bleibt unklar, inwiefern diese vereinzelt Fallzahlen auf Verlegungen zurückzuführen sind. Die Fallzahlen betreffend die MFZ-relevanten SPLG bilden eine wichtige Grundlage für die periodisch stattfindenden Gespräche zwischen Kantonen und Spitälern sowie für die Überprüfung der bestehenden Spitalisten.

Nebst den Mindestfallzahlen wurden zum anderen Erreichbarkeitsanalysen für die Gesamtregion der Nordwestschweiz für die Versorgungsbereiche Notfallversorgung, Kindermedizin, Geriatrie, Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Orthopädie durchgeführt. Die Bereiche Notfallversorgung, Kindermedizin und Geriatrie wurden insbesondere im Hinblick auf mögliche Versorgungslücken ausgewählt, die Bereiche Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Orthopädie hingegen im Hinblick auf ein mögliches Überangebot. Die nachfolgende Tabelle fasst die wichtigsten Erkenntnisse zusammen. Die Erreichbarkeitsanalyse zu ausgewählten Leistungsgruppen der akutstationären Versorgung zeigt eine gute Erreichbarkeit der Notfallversorgung in der Nordwestschweiz. Die weiteren Erreichbarkeitsanalysen in den Bereichen Kindermedizin, Geriatrie, Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Orthopädie stellen die betreffende Angebotssituation in der Nordwestschweiz dar. Ohne die entsprechenden wissenschaftlich oder politisch abgestützten Richtwerte sind abschliessende Aussagen zur Versorgungslage in der Nordwestschweiz zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich.

Bereich	Erreichbarkeit (% der Bevölkerung)					Bemerkungen
	Region/Kt.	0-15min	16-20min	21-30min	> 30min	
Notfallversorgung	NWCH	91.7%	7.1%	1.1%	0.1%	kantonale Unterschiede Ähnlich in allen Nordwestschweizer Kantonen.
	AG	91.6%	8.1%	0.2%	0.0%	
	BL	93.8%	5.3%	0.9%	0.0%	
	BS	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	SO	83.5%	11.5%	4.5%	0.6%	
Kindermedizin Basis	NWCH	77.4%	13.5%	9.1%	0.1%	Eine hohe Erreichbarkeit in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn. Im Kanton
	AG	63.5%	20.1%	16.5%	0.0%	
	BL	93.4%	5.7%	0.9%	0.0%	
	BS	99.9%	0.1%	0.0%	0.0%	

Bereich	Erreichbarkeit (% der Bevölkerung)					Bemerkungen
	Region/Kt.	0-15min	16-20min	21-30min	> 30min	
	SO	81.3%	13.4%	4.7%	0.5%	kantonale Unterschiede Aargau 16.5% mit Fahrzeit zwischen 21 und 30 Minuten zum nächstgelegenen Angebot.
Kindermedizin spezialisiert	NWCH	46.8%	18.9%	24.5%	9.8%	Basel-Stadt mit hoher Erreichbarkeit. Im Kanton Solothurn knapp 40% mit einer Fahrzeit über 30 Minuten.
	AG	49.1%	25.2%	23.2%	2.6%	
	BL	45.9%	21.7%	26.6%	5.9%	
	BS	99.9%	0.1%	0.0%	0.0%	
	SO	8.7%	11.9%	40.9%	38.5%	
Akutgeriatrie	NWCH	48.1%	10.8%	19.2%	22.0%	Basel-Stadt mit einer hohen Erreichbarkeit. Im Kanton Aargau 65.9% und im Kanton Solothurn 54.1% mit einer Fahrzeit von über 20 Minuten.
	AG	20.4%	13.7%	30.0%	35.9%	
	BL	81.6%	11.9%	6.5%	0.0%	
	BS	99.4%	0.6%	0.0%	0.0%	
	SO	35.6%	10.3%	23.1%	31.0%	
Orthopädie	NWCH	92.8%	6.3%	0.9%	0.0%	In allen Nordwestschweizer Kantonen liegen mehr als 90% der Bevölkerung innerhalb einer Fahrzeit von bis zu 15 Minuten.
	AG	91.8%	8.0%	0.2%	0.0%	
	BL	93.9%	5.2%	0.8%	0.0%	
	BS	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	SO	89.0%	7.8%	3.1%	0.2%	
Wirbelsäulen- chirurgie	NWCH	61.6%	9.8%	23.5%	5.1%	In den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn liegen 90% und mehr innerhalb einer Fahrzeit von bis zu 20 Minuten. Einzig im Kanton Aargau weisen 55.9% eine Fahrzeit von über 20 Minuten auf.
	AG	31.6%	12.5%	45.1%	10.8%	
	BL	87.6%	7.9%	4.4%	0.1%	
	BS	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	SO	77.4%	12.6%	9.3%	0.7%	
Herz- /Kreislauf- erkrankungen	NWCH	73.7%	14.9%	10.3%	1.2%	In allen Kantonen erreicht über 50% der Wohnbevölkerung das nächstgelegene Angebot in bis zu 15 Minuten. In den Kantonen Aargau und Solothurn weisen rund 20% eine Fahrzeit von über 20min im Bereich der interventionellen Kardiologie auf.
	AG	57.4%	22.7%	17.7%	2.2%	
	BL	88.7%	8.8%	2.4%	0.1%	
	BS	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	SO	77.6%	13.5%	8.3%	0.6%	
Interventionelle Kardiologie	NWCH	67.6%	16.9%	14.1%	1.5%	
	AG	52.7%	25.6%	19.6%	2.2%	
	BL	86.0%	7.8%	5.7%	0.5%	
	BS	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	SO	60.2%	18.0%	20.1%	1.8%	

TABELLE 37: ERREICHBARKEITSANALYSEN - ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Schliesslich wurden die kantonalen Hospitalisationsraten pro Leistungsgruppe nach SPLG-Systematik vergleichend ausgewertet. Für die Aargauer Bevölkerung ist im Jahr 2013 in den nachfolgenden SPLG eine auffällig hohe Hospitalisationsrate festzustellen:⁸¹

- Gynäkologie (GYN1)
- Hals- und Gesichtschirurgie (HNO1.1)
- Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie (HNO2)
- Kardiologie (inkl. Schrittmacher) (KAR1)
- Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) (KAR1.1)
- Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe) (KAR1.1.1)
- Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT) (KAR1.3)
- Neurochirurgie (NCH1)
- Neurologie (NEU1)
- Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit) (NEU3)
- Pneumologie (PNE1)
- Urologie ohne Schwerpunktstiel Operative Urologie (URO1)
- Viszeralchirurgie (VIS1)

Auffällig geringe Hospitalisationsraten sind für die Aargauer Wohnbevölkerung in folgenden SPLG auszumachen:

- Rekonstruktion untere Extremität (BEW7)
- Endokrinologie (END1)

Die identifizierten Leistungsgruppen sind als Bereiche potentieller Angebotsinduzierung aufzufassen. Es wird empfohlen, die Resultate anhand analoger Auswertungen für die Folgejahre zu überprüfen. Leistungsgruppen, für welche sich die überdurchschnittlichen Hospitalisationsraten anhand der Folgejahre bestätigen lassen, sind anschliessend einer vertieften Analyse zu unterziehen. In dieser ist zu prüfen, inwiefern die überdurchschnittlichen Hospitalisationsraten infolge spezifischer kantonalen Angebotsstrukturen erklärbar sind oder welche anderen Einflussfaktoren dafür verantwortlich gemacht werden können.

Mit Ausnahme der Mindestfallzahlen, welche sich auf die Schwellenwerte der Gesundheitsdirektion Zürich stützen, fehlt es an wissenschaftlich fundierten oder politisch abgestützten Richtwerten, um anhand der ausgewählten Indikatoren konkrete Empfehlungen zuhanden der Versorgungsplanung ableiten zu können.

⁸¹ Eine *auffällig hohe Hospitalisationsrate* wird konstatiert, wenn die standardisierte Abweichung zwischen erwarteter und tatsächlicher Hospitalisationsrate grösser als bei 75% der Schweizer Kantone ist (oberhalb der grünen Box). Im Gegenzug wird eine *auffällig geringe Hospitalisationsrate* festgestellt, wenn die standardisierte Abweichung zwischen erwarteter und tatsächlicher Hospitalisationsrate kleiner als bei 75% der Schweizer Kantone ist (unterhalb der grünen Box).

C. Aarolfingen

Die Region Aarolfingen beschreibt das Gebiet um die Städte Aarau, Olten und Zofingen und umfasst somit Teile der Kantone Aargau und Solothurn.⁸² Für die Berichte auf Ebene des Kantons Solothurn und des Kantons Aargau wurden im Rahmen des Monitorings spezifische Auswertungen bezogen auf die akutstationäre Versorgung der Region Aarolfingen durchgeführt und sind im vorliegenden Kapitel präsentiert.

1 Angebot

Die Region Aarolfingen kennzeichnet sich durch die drei namensgebenden, nahe beieinander liegenden Städte, denen allesamt mehr oder weniger eine Zentrumsfunktion für die Region zukommt. Durch die Kantonsgrenze sind diese Städte bzw. die dazugehörigen Agglomerationsräume unterschiedlichen, kantonal definierten Versorgungsregionen zugewiesen. In der Region Aarolfingen befinden sich sieben Spitalstandorte der Spitalisten der Kantone Aargau und Solothurn. Es sind dies das Kantonsspital Aarau, die Hirslandenklinik Aarau, die Klinik Barmelweid, die Klinik Pallas in Olten, die Klinik Villa im Park in Rothrist, das Spital Zofingen sowie der Standort Olten der Solothurner Spitäler AG (Kantonsspital Olten). Vier dieser Standorte verfügen gemäss der Spitalisten der Kantone Aargau und Solothurn einen Grundversorgungsauftrag.

Tabelle 38 zeigt die Fallzahlen der Spitäler mit Standort in der Region Aarolfingen. Nebst den Fallzahlen sind die Anteile der Patient/innen mit Wohnsitz in der Region Aarolfingen, im Kanton Aargau und im Kanton Solothurn ausgewiesen.

Aarolfingen	2011				2012				2013			
	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle
	Anz.	%	%	%	Anz.	%	%	%	Anz.	%	%	%
Spitäler Aarolfingen	54'141	54.0%	68.2%	24.4%	54'409	54.5%	68.4%	24.1%	55'899	53.9%	68.5%	24.1%
Kantonsspital Aarau	25'969	41.7%	89.0%	6.7%	25'651	42.4%	88.2%	7.1%	26'072	42.3%	88.3%	6.9%
Hirslanden Klinik Aarau	9'135	43.5%	81.5%	12.5%	9'415	45.9%	81.6%	12.8%	9'824	44.3%	81.8%	12.2%
Solothurner Spitäler AG / Kantonsspital Olten	9'658	83.1%	3.6%	93.1%	9'646	80.9%	4.9%	91.2%	9'655	80.2%	4.8%	91.1%
Spital Zofingen	4'868	84.4%	86.4%	2.5%	4'874	83.7%	88.1%	2.1%	5'039	79.7%	88.9%	1.8%
Klinik Villa im Park	3'177	52.1%	42.2%	20.2%	3'257	57.4%	44.7%	20.0%	3'275	60.8%	45.1%	21.9%
Klinik Pallas	906	58.3%	21.0%	60.0%	1'114	51.5%	30.9%	46.4%	1'545	56.0%	26.5%	52.6%
Klinik Barmelweid	427	24.1%	64.1%	10.5%	452	32.5%	82.5%	8.2%	489	32.9%	83.0%	6.3%

TABELLE 38: ANGEBOT AKUTSOMATIK AAROLFINGEN – FALLZAHLEN UND MARKTANTEILE 2011-2013

Insgesamt zählten die Spitäler mit Standort in der Region Aarolfingen im Jahr 2011 insgesamt 54'141 Hospitalisationen, im Jahr 2013 waren es 55'899. Grösster Anbieter in der Region Aarolfingen ist das Kantonsspital Aarau mit rund 26'000 Hospitalisationen pro Jahr, gefolgt von der Hirslanden Klinik Aarau und dem Kantonsspital Olten mit 9'824 bzw. 9'655 Hospitalisationen im Jahr 2013.

Im Jahr 2011 bezogen sich 54.0% der erbrachten Leistungen durch die Spitalstandorte in Aarolfingen auf Patient/innen mit Wohnsitz in der Region Aarolfingen, im Jahr 2013 waren es 53.9%. Fokussiert man auf die Spitäler mit Grundversorgungsauftrag, stellt man wesentliche Unterschiede in Bezug auf deren Einzugsgebiet fest. Der Anteil der Patienten aus der Region Aarolfingen beträgt im Kantonsspital Aarau sowie in der Hirslandenklinik Aarau weniger als 50%. Bei

⁸² Für eine Auflistung der MedStat-Regionen der Region Aarolfingen vgl. Methodenbericht.

beiden Spitälern stammt ein Grossteil der Patienten aus dem Rest des Kantons Aargau, im Jahr 2013 beläuft sich der Anteil der Patienten aus dem Kanton Aargau bei den erwähnten Spitälern auf 88.3% bzw. 81.8%. Währenddessen sind das Kantonsspital Olten sowie das Spital Zofingen vielmehr auf die Region Aarolfingen beschränkt, was anhand des Anteils Aarolfinger Patienten von 80.2 % bzw. 79.7% im Jahr 2013 deutlich wird. Genauer gesagt, begrenzt sich deren Einzugsgebiet zum grössten Teil auf den jeweils kantonseigenen Teil der Region Aarolfingen, was wiederum anhand des relativ geringen Anteils an Patienten aus dem jeweils anderen Kanton abzuleiten ist (4.8% bzw. 1.8% im Jahr 2013). Bei den Kliniken Pallas und Villa im Park handelt es sich um Leistungserbringer mit vergleichsweise spezialisiertem Angebot, das sich stärker über die spezifischen Indikationen der Patienten abgrenzen lässt als über deren Wohnkanton. Sowohl der Anteil der Patienten mit Wohnsitz in der Region Aarolfingen als auch der Anteil der Patienten mit Wohnsitz im jeweiligen Standortkanton belaufen sich bei diesen Kliniken auf jeweils weniger als zwei Drittel aller behandelten Fälle.

Die Veränderungen der Fallzahlen pro Spital sowie die Veränderungen in Bezug auf den Anteil Patienten aus der Region Aarolfingen bzw. nach Wohnkanton der Patienten sind in **Tabelle 39** dargestellt. In der Tabelle sind die absoluten Veränderungen der Fallzahlen (Spalte Anz.) und die Veränderungen der Anteile von Patienten aus der Region Aarolfingen, dem Kanton Aargau und dem Kanton Solothurn in Prozentpunkten ausgewiesen.

Aarolfingen	Veränderung 2011-2013							
	Fälle		Anteil Fälle Aarolfingen		Anteil Fälle AG		Anteil Fälle SO	
	Anz.		pp.		pp.		pp.	
Listenspitäler NWCH	+1758	---	-0.1%	---	+0.3%	---	-0.4%	---
Kantonsspital Aarau	+103		+0.5%		-0.7%		+0.2%	
Hirslanden Klinik Aarau	+689		+0.8%		+0.3%		-0.3%	
Solothurner Spitäler AG / Kantonsspital Olten	-3		-2.9%		+1.2%		-1.9%	
Spital Zofingen	+171		-4.7%		+2.5%		-0.7%	
Klinik Villa im Park	+98		+8.7%		+2.9%		+1.7%	
Klinik Pallas	+639		-2.3%		+5.5%		-7.4%	
Klinik Barmelweid	+62		+8.8%		+18.9%		-4.2%	

TABELLE 39: ANGEBOT AKUTSOMATIK AAROLFINGEN - VERÄNDERUNGEN 2011-2013

Aus Tabelle 39 wird ersichtlich, dass der Anteil der Aargauer Patienten sowohl im Kantonsspital Olten als auch in der Klinik Pallas steigt. Auf Seiten der Aargauer Spitäler sinkt der Anteil der Solothurner Patienten in der Hirslandenklinik Aarau sowie im Spital Zofingen; im Kantonsspital Aarau steigt der Anteil unwesentlich.

Wichtiger Bestandteil der KVG-Revision ist die freie Spitalwahl, gemäss welcher grundversicherte Patienten in der ganzen Schweiz frei wählen können, in welchem Spital sie sich behandeln lassen, sofern dieses auf der jeweiligen kantonalen Spitalliste steht. Allerdings vergüten die Krankenkassen und die Kantone in der Grundversicherung nur die Kosten zum Tarif ihres Wohnkantons, ausgenommen das ausserkantonale Spital befindet sich für die betreffende Leistung auf der Spitalliste des eigenen Wohnkantons. Mit Bezug auf die Spitäler mit Grundversorgungsauftrag in der Region Aarolfingen befindet sich nur gerade das Kantonsspital Aarau auf der Spitalliste des jeweils anderen Kantons bzw. des Kantons Solothurn – und zwar ausschliesslich für ausgewählte Leistungsgruppen. Somit ist auch der geringfügige Anstieg der Solothurner Patienten im Kantonsspital Aarau durchaus nachvollziehbar.

In Bezug auf das Kantonsspital Olten, die Hirslandenklinik Aarau und das Spital Zofingen sind die jeweiligen Spital- und Referenztarife⁸³ der Kantone Aargau und Solothurn ausschlaggebend dafür, inwiefern eine ausserkantonale Hospitalisation ohne zusätzliche Kostenfolgen für grundversicherte Patienten bleibt. Aufgrund des niedrigeren Referenztarifs des Kantons Solothurn ist für Solothurner Patienten, die ausschliesslich grundversichert sind, eine Hospitalisation in der Hirslanden Klinik Aarau grundsätzlich mit Mehrkosten verbunden; ausgenommen davon sind Notfälle. Folglich ist es wiederum nachvollziehbar, dass der Anteil der Solothurner Patienten in der Hirslandenklinik Aarau nicht steigt.

Umgekehrt sind Hospitalisationen in Spitälern mit Standort im Kanton Solothurn für Patienten aus dem Aargau nicht mit Mehrkosten verbunden, womit der Anstieg des Anteils Aargauer Patienten im Kantonsspital Olten und in der Klinik Pallas kohärent ist mit den zu erwartenden Auswirkungen durch die mit der KVG-Revision gesetzten Anreize.

Anders sieht es für das Spital Zofingen aus, für welches der Spitaltarif unterhalb den jeweils gültigen Referenztarifen der Solothurner Spitäler AG 2012 und 2013 lag. In diesem Sinne könnte für die Jahre 2012 und 2013 tendenziell ein Anstieg der Patienten aus dem Kanton Solothurn im Spital Zofingen erwartet werden, was jedoch gemäss Tabelle 39 nicht beobachtbar ist. Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass aus Sicht der Patienten jeweils kein positiver finanzieller Anreiz existiert, sondern lediglich keine Mehrkosten aufgrund einer ausserkantonalen Hospitalisation zu erwarten sind, so dass gemäss der Spitalwahlfreiheit die Entscheidung für ein Spital mitunter durch die wahrgenommene Qualität bestimmt werden soll.

Die Ausführungen zu Tabelle 39 zeigen für die Region Aarolfingen auf, wie komplex die zu erwarteten Veränderungen der Patientenströme im Zusammenhang mit der KVG-Revision unter Berücksichtigung der jeweiligen kantonalen Spitalisten sowie Spital- und Referenztarife sind. Ähnlich komplex stellt sich die Situation für grundversicherte Patienten dar, wenn sie abschätzen müssen, ob eine ausserkantonale Hospitalisation mit Mehrkosten verbunden ist oder nicht, insofern das betreffende Spital nicht oder nur teilweise auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist. Auch gerade deshalb ist in Frage zu stellen, inwiefern die beobachteten Veränderungen in den Patientenströmen als direkte Reaktion auf die per 1.1.2012 etablierte Spitalwahlfreiheit verstanden werden müssen, oder ob diese eher um zufällige Momentaufnahmen handelt. Insgesamt ist kritisch zu hinterfragen, in welchem Ausmass sich die positiven Effekte der Spitalwahlfreiheit auf den Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern auch über die Kantongsgrenzen wirksam entfalten können. Ganz besonders gilt dies für die Region Aarolfingen, in der zwar eine grosse Zahl an Leistungserbringern auf vergleichsweise engem Raum, jedoch verteilt zwei kantonal definierte Versorgungsregionen, vorhanden sind.

2 Nachfrage

Tabelle 40 beschreibt die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Wohnbevölkerung der Region Aarolfingen nach Leistungsbereichen für die Jahre 2011 bis 2013. Ausgewiesen wird zum einen die Gesamtzahl der Fälle in einem Leistungsbereich (Spalte *Fälle*) sowie deren Anteil in Prozent inkl. Visualisierung mittels integriertem Balkendiagramm. Darüber hinaus enthält die Tabelle den Anteil der Hospitalisationen, welche ausserregional erfolgten, d.h. die Zahl der Aarolfinger Patienten, welche in einem Spital ausserhalb der Region Aarolfingen behandelt wurden (Spalte *ausserregional*).

⁸³ Vgl. dazu die Spital- und Referenztarife 2012 und 2013 der Kantone Aargau und Solothurn gemäss www.ag.ch bzw. www.so.ch.

Region Aarolingen	2011			2012			2013		
	Fälle	ausser-regional		Fälle	ausser-regional		Fälle	ausser-regional	
SPLG	Anz.	%	%	Anz.	%	%	Anz.	%	%
Grundversorgung									
Basispaket	13'897	41.6%	---	13'210	38.6%	---	13'487	38.8%	---
Nervensystem & Sinnesorgane									
Dermatologie	144	0.4%	9.5%	262	0.8%	12.2%	254	0.7%	11.8%
Hals-Nasen-Ohren	1'267	3.8%	11.2%	1'219	3.6%	13.7%	1'519	4.4%	14.4%
Neurochirurgie	174	0.5%	16.3%	115	0.3%	17.4%	137	0.4%	18.2%
Neurologie	672	2.0%	11.3%	763	2.2%	10.1%	735	2.1%	12.8%
Ophthalmologie	246	0.7%	22.6%	274	0.8%	17.9%	330	0.9%	15.5%
Innere Organe									
Endokrinologie	98	0.3%	10.0%	76	0.2%	11.8%	104	0.3%	11.5%
Gastroenterologie	858	2.6%	5.6%	890	2.6%	9.2%	869	2.5%	10.0%
Viszeralchirurgie	345	1.0%	26.3%	466	1.4%	30.0%	517	1.5%	29.4%
Hämatologie	271	0.8%	2.9%	284	0.8%	14.4%	343	1.0%	11.1%
Gefässe	426	1.3%	17.9%	519	1.5%	15.0%	514	1.5%	16.9%
Herz	1'367	4.1%	41.3%	1'438	4.2%	38.7%	1'485	4.3%	32.8%
Nephrologie	91	0.3%	20.4%	104	0.3%	21.2%	133	0.4%	6.8%
Urologie	1'423	4.3%	6.2%	1'492	4.4%	8.4%	1'602	4.6%	6.4%
Pneumologie	598	1.8%	18.8%	856	2.5%	13.3%	592	1.7%	12.7%
Thorax chirurgie	68	0.2%	20.0%	53	0.2%	28.3%	66	0.2%	13.6%
Transplantationen	28	0.1%	100.0%	37	0.1%	89.2%	44	0.1%	95.5%
Bewegungsapparat									
Bewegungsapparat chirurgisch	4'659	14.0%	15.1%	5'074	14.8%	18.7%	5'127	14.7%	19.1%
Rheumatologie	201	0.6%	19.4%	162	0.5%	16.7%	184	0.5%	17.4%
Gynäkologie & Geburtshilfe									
Gynäkologie	1'176	3.5%	10.6%	1'201	3.5%	11.7%	1'312	3.8%	12.5%
Geburtshilfe	2'793	8.4%	9.2%	2'926	8.5%	9.4%	2'794	8.0%	9.8%
Neugeborene	2'250	6.7%	9.0%	2'436	7.1%	8.9%	2'213	6.4%	10.1%
Übrige									
(Radio-) Onkologie	300	0.9%	12.1%	343	1.0%	17.2%	391	1.1%	21.5%
Schwere Verletzungen	36	0.1%	29.9%	43	0.1%	32.6%	46	0.1%	26.1%
Total	33'388	100%	12.4%	34'243	100%	13.4%	34'798	100%	13.4%

TABELLE 40: LEISTUNGSINANSPRUCHNAHME WOHNBEVÖLKERUNG AAROLINGEN 2011-2013

Im Jahr 2011 beläuft sich die Inanspruchnahme akutsomatischer Leistungen der Aarolinger Wohnbevölkerung auf 33'388 Hospitalisationen, im Jahr 2013 sind es 34'798. Insgesamt erfolgten im Jahr 2013 13.4% der Hospitalisationen in Spitälern ausserhalb der Region Aarolingen. Ein überdurchschnittlich hoher Anteil ausseregonaler Hospitalisationen ist in den Leistungsbe-
reichen *Transplantationen* (95.5% im Jahr 2013), *Herz* (32.8%), *Viszeralchirurgie* (29.4%) *Schwere Verletzungen* (26.1%) und *Onkologie* (21.5%) auszumachen. Auch der Leistungsbe-
reich *Bewegungsapparat chirurgisch*, auf welchen deutlich die meisten fachspezifischen Hospita-
lisationen entfallen (5'127 im Jahr 2013), kennzeichnet sich durch einen überdurchschnittlichen
Anteil ausserregionaler Fälle (19.1%).

3 Patientenströme

Bereits aus dem Vergleich der Tabelle 38 zum Angebot der Leistungserbringer in der Region Aarolingen und der Tabelle 40 zur Nachfrage der Aarolinger Bevölkerung wird offensichtlich, dass die versorgungsplanerische Bedeutung der Aarolinger Spitälern über die Region Aarolingen hinaus reicht. Im Jahr 2013 erfolgten 55'899 Hospitalisationen in Spitälern in der Region Aarolingen. Im selben Jahr wurden von der Wohnbevölkerung der Region Aarolingen aber lediglich in 34'798 Fällen akutstationäre Leistungen in Anspruch genommen. Mit 46.1% im Jahr 2013 wird

ein massgeblicher Teil der Leistungen in Aarolfinger Spitälern durch Patienten von „ausserhalb“ in Anspruch genommen.

Tabelle 41 zeigt woher diese Patienten stammen. Unter *Fälle* wird jeweils die Zahl der in Aarolfingen hospitalisierten Patienten sowie deren prozentualer Anteil im Vergleich zur Gesamtzahl der Hospitalisationen in Aarolfingen nach Wohnkanton bzw. -region ausgewiesen.

Region Aarolfingen		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Wohnregion des Patienten		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
Region Aarolfingen		29'228	54.0%	29'661	54.5%	30'145	53.9%	+917	-0.1%
Zuwanderung Total		24'913	46.0%	24'748	45.5%	25'754	46.1%	841	+0.1%
NWCH	AG (ausserhalb Aarolfingen)	19'173	35.4%	18'834	34.6%	19'603	35.1%	+430	-0.3%
	SO (ausserhalb Aarolfingen)	1'754	3.2%	1'883	3.5%	1'993	3.6%	+239	+0.3%
	BL	242	0.4%	255	0.5%	292	0.5%	+50	+0.1%
	BS	101	0.2%	78	0.1%	102	0.2%	+1	-0.0%
übrige Schweiz	LU	1'516	2.8%	1'532	2.8%	1'400	2.5%	-116	-0.3%
	BE	848	1.6%	880	1.6%	950	1.7%	+102	+0.1%
	ZH	384	0.7%	388	0.7%	480	0.9%	+96	+0.1%
	ZG	107	0.2%	142	0.3%	123	0.2%	+16	+0.0%
	SZ	78	0.1%	89	0.2%	107	0.2%	+29	+0.0%
	SG	56	0.1%	61	0.1%	63	0.1%	+7	+0.0%
	GR	37	0.1%	53	0.1%	45	0.1%	+8	+0.0%
	TI	47	0.1%	39	0.1%	44	0.1%	-3	-0.0%
	VS	49	0.1%	27	0.0%	44	0.1%	-5	-0.0%
	NW	27	0.0%	40	0.1%	38	0.1%	+11	+0.0%
	TG	36	0.1%	24	0.0%	30	0.1%	-6	-0.0%
	VD	30	0.1%	32	0.1%	29	0.1%	-1	-0.0%
	OW	36	0.1%	23	0.0%	27	0.0%	-9	-0.0%
	UR	23	0.0%	23	0.0%	17	0.0%	-6	-0.0%
	SH	11	0.0%	16	0.0%	14	0.0%	+3	+0.0%
	FR	17	0.0%	13	0.0%	13	0.0%	-4	-0.0%
	JU	15	0.0%	8	0.0%	8	0.0%	-7	-0.0%
	NE	2	0.0%	4	0.0%	8	0.0%	+6	+0.0%
	GE	9	0.0%	10	0.0%	6	0.0%	-3	-0.0%
	AR	2	0.0%	7	0.0%	5	0.0%	+3	+0.0%
GL	10	0.0%	6	0.0%	4	0.0%	-6	-0.0%	
AI	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	-1	-0.0%	
Ausland	299	0.6%	263	0.5%	296	0.5%	-3	-0.0%	
unbekannt	3	0.0%	18	0.0%	13	0.0%	+10	+0.0%	
Total		54'141	100%	54'409	100%	55'899	100%	+1'758	

TABELLE 41: ZUWANDERUNG AAROLFINGEN - HOSPITALISATIONEN AUSSERREGIONALER PATIENTEN 2011-2013

Der grösste Anteil ausserregionaler Patienten in Spitälern mit Standort in der Region Aarolfingen stammt aus dem Kanton Aargau, genauer gesagt aus jenem Teil des Kantons Aargau, der nicht zur Region Aarolfingen zählt. Diese Patienten machen im Jahr 2013 35.1% der Hospitalisationen in Aarolfinger Spitälern aus. Im Vergleich dazu sind nur 3.6% der Hospitalisationen auf Patienten aus dem übrigen Teil des Kantons Solothurn zurückzuführen. Zum einen ist dies natürlich darauf zurückzuführen, dass 5 der 7 Aarolfinger Spitalstandorte im Kanton Aargau liegen. Zum andern ist die Bedeutung dieser Spitälern für den gesamten Kanton Aargau deutlich grösser als jene des Kantonsspitals Olten für den Kanton Solothurn, wie sich ja bereits aus Tabelle 38 ableiten liess. Nebst Patienten aus den Kantonen Aargau und Solothurn wurden im Jahr hauptsächlich noch Patienten aus den Kantonen Luzern (2.5%) und Bern (1.7%) in Spitälern der Region Aarolfingen behandelt.

Tabelle 42 zeigt die Abwanderung der Patient/innen mit Wohnsitz in der Region Aarolfingen für die Jahre 2011 bis 2013 nach Standortkanton bzw. -region der Hospitalisation. Unter Fälle wird die Zahl der ausserregional hospitalisierten Aarolfinger Patienten sowie deren prozentualer Anteil im Vergleich zur Gesamtzahl der Hospitalisationen von Aarolfinger Patienten ausgewiesen.

Region Aarolfingen	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
Standort der Hospitalisation	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
Aarolfingen	29 230	87,5%	29 661	86,6%	30 145	86,6%	+915	-0,9%
Total Abwanderung	4 158	12,5%	4 582	13,4%	4 653	13,4%	+495	+0,9%
BE	1 334	4,0%	1 451	4,2%	1 348	3,9%	14	-0,1%
ZH	672	2,0%	795	2,3%	805	2,3%	133	+0,3%
BS	510	1,5%	533	1,6%	582	1,7%	72	+0,1%
SO (ausserhalb Aarolfingen)	431	1,3%	482	1,4%	513	1,5%	82	+0,2%
AG (ausserhalb Aarolfingen)	449	1,3%	462	1,3%	392	1,1%	-57	-0,2%
BL	213	0,6%	281	0,8%	339	1,0%	126	+0,3%
LU	199	0,6%	244	0,7%	307	0,9%	108	+0,3%
GR	98	0,3%	90	0,3%	104	0,3%	6	+0,0%
VS	55	0,2%	65	0,2%	44	0,1%	-11	-0,0%
SG	41	0,1%	40	0,1%	35	0,1%	-6	-0,0%
TI	31	0,1%	39	0,1%	35	0,1%	4	+0,0%
ZG	11	0,0%	11	0,0%	28	0,1%	17	+0,0%
SZ	12	0,0%	23	0,1%	23	0,1%	11	+0,0%
VD	20	0,1%	8	0,0%	16	0,0%	-4	-0,0%
NW	5	0,0%	9	0,0%	15	0,0%	10	+0,0%
TG	17	0,1%	10	0,0%	14	0,0%	-3	-0,0%
SH	3	0,0%	5	0,0%	10	0,0%	7	+0,0%
GE	9	0,0%	8	0,0%	9	0,0%	0	-0,0%
UR	5	0,0%	0	0,0%	8	0,0%	3	+0,0%
AR	10	0,0%	8	0,0%	7	0,0%	-3	-0,0%
OW	6	0,0%	5	0,0%	5	0,0%	-1	-0,0%
FR	12	0,0%	4	0,0%	4	0,0%	-8	-0,0%
JU	6	0,0%	1	0,0%	4	0,0%	-2	-0,0%
NE	1	0,0%	2	0,0%	3	0,0%	2	+0,0%
GL	8	0,0%	6	0,0%	2	0,0%	-6	-0,0%
AI	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	1	+0,0%
Total	33 388	100%	34 243	100%	34 798	100%	+1 410	

TABELLE 42: ABWANDERUNG AAROLFINGEN – AUSSERREGIONALE HOSPITALISATIONEN 2011-2013

Im Jahr 2011 erfolgten 4'158 Hospitalisationen von Patienten aus der Region Aarolfingen ausserhalb der Region, was 12.5% der Hospitalisationen von Patienten aus der Region Aarolfingen insgesamt ausmacht. Im Jahr 2013 waren es 4'653 Hospitalisationen bzw. 13.4%.

Am häufigsten sind dabei Hospitalisationen im Kanton Bern auszumachen (3.9% im Jahr 2013), gefolgt von Hospitalisationen im Kanton Zürich (2.3%). Erstere sind dabei vor allem auf Solothurner Patienten zurückzuführen, währenddessen sich die Hospitalisationen im Kanton Zürich insbesondere auf Aargauer Patienten beziehen.⁸⁴ Ansonsten lassen sich Aarolfinger Patienten insbesondere in den Kantonen Basel-Stadt sowie in den Spitälern der Kantone Aargau und Solothurn, die nicht der Region Aarolfingen zuzuordnen sind, behandeln.

⁸⁴ Vgl. dazu auch Tabelle 20.

4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage

Die Region Aarolfingen zeichnet sich aus versorgungsplanerischer Sicht insbesondere dadurch aus, dass sie vier Spitalstandorte mit Grundversorgungsauftrag auf relativ engen Raum umfasst. Gemäss der Spitallisten der Kantone Aargau und Solothurn verfügen das Kantonsspital Aarau, die Hirslanden Klinik Aarau, das Spital Zofingen sowie die Solothurner Spitäler AG über einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe *Basispaket Chirurgie und Innere Medizin*. Auch in Bezug auf die fachspezifischen Leistungsgruppen gibt es eine Vielzahl an Überschneidungen in den Angebotsprofilen der genannten Spitäler bzw. Standorte.

Tabelle 43 beinhaltet eine Auflistung aller SPLG, in denen mindestens zwei der erwähnten Spitalstandorte über einen Leistungsauftrag ihres Standortkantons verfügen.⁸⁵ Gelb markiert sind jeweils jene SPLG, in denen das jeweilige Spital einen Leistungsauftrag des Standortkantons besitzt. In Tabelle 43 werden jeweils die Fallzahlen 2013 sowie der prozentuale Anteil des jeweiligen Spitalstandorts an der Gesamtfallzahl der Spitäler mit Standort in der Region Aarolfingen innerhalb einer SPLG ausgewiesen. Für SPLG, für welche die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich Mindestfallzahlen (MFZ) definiert hat, sind diese jeweils ebenso enthalten.⁸⁶

Es ist augenscheinlich, dass viele Leistungsgruppen durch mehrere Spitalstandorte innerhalb der Region Aarolfingen abgedeckt werden, wobei die Fallzahlen der einzelnen Standorte teilweise eher gering sind. Gemäss der wissenschaftlichen Literatur besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Fallzahlen und der Ergebnisqualität für bestimmte Behandlungen, wobei sich bisherige wissenschaftliche Studien hauptsächlich auf chirurgische und komplexe Eingriffe beschränken.⁸⁷ Wann genau die Fallzahlen ausreichend hoch sind, dafür existieren nur für wenige Leistungsgruppen Richtwerte (MFZ). In einzelnen MFZ-relevanten SPLG liegen die Fallzahlen der Aarolfiger Spitäler teilweise unterhalb der entsprechenden MFZ.⁸⁸ Die Entwicklung dieser Fallzahlen ist in den Folgejahren weiter zu beobachten und bei der Überprüfung der Leistungsaufträge zu berücksichtigen. Infolgedessen kann aus versorgungsplanerischer Sicht für die Region Aarolfingen insgesamt die Frage aufgeworfen werden, ob durch eine Spezialisierung bzw. Profilierung der einzelnen Spitalstandorte Effizienz- und Qualitätsvorteile nutzbar gemacht werden könnten.

⁸⁵ Die Spitalliste des Kantons Solothurn per 1.1.2012 war bereits nach der überarbeiteten Version der SPLG strukturiert, diejenige des Kantons Aargau noch gemäss Version 1.0. Es wurden lediglich diejenigen Leistungsgruppen betrachtet, welche in beiden Versionen in analoger Weise aufgeführt sind. Die folgenden Leistungsgruppen gemäss Version 1.0 wurden demzufolge nicht berücksichtigt: AUG1.5 Hornhauttransplantation, HER1.1.3 Definitive Herz- und Kreislaufunterstützende Systeme, KAR1.3.1 ICD / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT) und PNE1.2 Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie. Ausserdem ausgeschlossen wurden die Leistungsgruppen, welche über die IVHSM geregelt sind, sowie die Leistungsgruppe NEU3.1 Zerebrovaskuläre Störungen (mit Stroke Unit).

⁸⁶ Vgl. dazu auch Kapitel B.4.1 zu den Mindestfallzahlen, wobei sich die Fallzahlen in einzelnen Leistungsgruppen geringfügig unterscheiden können, da gemäss der MFZ-Zählweise in Kapitel B.4.1 Doppelzählungen zulässt, d.h. ein MFZ-relevanter Fall kann in verschiedenen Leistungsgruppen gezählt werden.

⁸⁷ Für einen Überblick der relevanten wissenschaftlichen Studien vgl. Frick et al. (2013).

⁸⁸ Zu beachten gilt es einerseits, dass in Tabelle 43 für die Solothurner Spitäler AG einzig die Fälle des Kantonsspitals Olten ausgewiesen sind, die Fälle der übrigen Standorte sind nicht berücksichtigt. In der Solothurner Spitäler AG werden teilweise Eingriffe an den Standorten Olten und Solothurn durch dieselben Teams durchgeführt – dies gilt insbesondere spezialisierte Eingriffe. Dies gilt es in Bezug auf die Beurteilung der Fallzahlen gerade bei Leistungsgruppen mit definierten Mindestfallzahlen zu berücksichtigen. Andererseits können Fälle bzw. Eingriffe teilweise auf Verlegungen zurückgeführt werden, wobei der Patient für einen spezifischen Eingriff in ein anderes Spital verlegt wird – die Hospitalisation als Ganzes jedoch in der Medizinischen Statistik unter dem verlegenden Spital geführt ist. Auf Verlegungen zurückführbare Fallzahlen unterhalb der MFZ sind im Sinne kritischer Massen tendenziell unproblematisch.

Leistungsgruppen	Hirslanden Klinik Aarau		Kantonssp. Aarau		soH, Standort Olten		Spital Zofingen		MFZ
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	
SPLG	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	
Basispaket									
BP - Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	2'299	12%	9'542	48%	4'258	21%	2'813	14%	
Nervensystem & Sinnesorgane									
DER1 - Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	8	10%	53	63%	19	23%	4	5%	
DER1.1 - Dermatologische Onkologie	9	7%	101	78%	13	10%	1	1%	10
DER2 - Wundpatienten	25	13%	94	47%	40	20%	40	20%	
HNO1 - Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	273	23%	515	43%	145	12%	210	17%	
HNO1.1 - Hals- und Gesichtschirurgie	49	13%	270	71%	34	9%	6	2%	
HNO1.1.1 - Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)	5	22%	18	78%		0%		0%	
HNO1.2 - Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	142	25%	157	27%	90	16%	65	11%	
HNO1.2.1 - Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung	2	40%	3	60%		0%		0%	
HNO1.3 - Mittelohrchirurgie	83	35%	124	52%	7	3%		0%	
HNO2 - Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	92	43%	75	35%	40	19%	9	4%	
KIE1 - Kieferchirurgie	7	8%	83	91%	1	1%		0%	
NCH1 - Neurochirurgie	29	8%	339	89%	2	1%	2	1%	
NCH1.1 - Spezialisierte Neurochirurgie	8	32%	17	68%		0%		0%	10
NEU1 - Neurologie	5	1%	270	80%	54	16%	7	2%	
NEU2 - Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems	3	8%	19	49%	13	33%	4	10%	
NEU2.1 - Primäre Neubildung des Zentralnervensystems	2	3%	64	90%	4	6%	1	1%	
NEU3 - Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)	34	4%	669	74%	142	16%	64	7%	
NEU4 - Epileptologie: Komplex-Diagnostik		0%	63	88%	1	1%		0%	10
NEU4.1 - Epileptologie: Komplex-Behandlung		0%	9	60%	1	7%		0%	10
AUG1 - Ophthalmologie	3	2%	150	80%	2	1%	1	1%	
AUG1.1 - Strabologie		0%		0%		0%		0%	
AUG1.2 - Orbitaprobleme		0%	1	25%	3	75%		0%	
AUG1.3 - Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme	4	11%	20	56%		0%		0%	
AUG1.4 - Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)		0%	5	21%		0%		0%	
AUG1.5 - Glaukom		0%	1	50%	1	50%		0%	
AUG1.6 - Katarakt		0%	50	12%	1	0%		0%	
AUG1.7 - Glaskörper/Netzhautprobleme		0%	19	36%		0%		0%	
END1 - Endokrinologie	22	14%	84	55%	28	18%	17	11%	
Innere Organe									
GAE1 - Gastroenterologie	164	15%	523	47%	290	26%	124	11%	
GAE1.1 - Spezialisierte Gastroenterologie	22	11%	136	67%	33	16%	9	4%	
VIS1 - Viszeralchirurgie	133	27%	254	52%	73	15%	24	5%	
VIS1.1 - Grosse Pankreaseingriffe	8	29%	15	54%	5	18%		0%	10
VIS1.3 - Oesophaguschirurgie		0%	10	83%	2	17%		0%	10
VIS1.4 - Bariatriche Chirurgie		0%	142	92%	12	8%		0%	50
VIS1.5 - Tiefe Rektumeingriffe	15	25%	36	60%	5	8%	4	7%	10
HAE2 - Indolente Lymphome und chronische Leukämien	39	11%	242	66%	56	15%	26	7%	
HAE3 - Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	7	21%	17	50%	7	21%	3	9%	
GEF1 - Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	25	14%	113	65%	36	21%	1	1%	10
ANG1 - Interventionen periphere Gefässe (arteriell)	151	38%	215	55%	26	7%	1	0%	
GEF2 - Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	25	23%	78	71%	6	5%	1	1%	10
ANG2 - Interventionen intraabdominale Gefässe	24	31%	49	63%	4	5%	1	1%	10
GEF3 - Gefässchirurgie Carotis	11	15%	54	74%	6	8%		0%	10
ANG3 - Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	6	19%	25	81%		0%		0%	10

Leistungsgruppen	Hirslanden Klinik Aarau		Kantonssp. Aarau		soH, Standort Olten		Spital Zofingen		MFZ
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	
SPLG									
RAD1 - Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)	7	16%	31	69%	5	11%	2	4%	
KAR1 - Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	60	21%	150	52%	81	28%		0%	
KAR1.1 - Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	389	19%	1'527	74%	141	7%	14	1%	
KAR1.1.1 - Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	95	57%	72	43%		0%		0%	10
KAR1.2 - Elektrophysiologie (Ablationen)	111	100%		0%		0%		0%	
KAR1.3 - Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher	41	36%	70	61%	4	3%		0%	
NEP1 - Nephrologie	29	15%	118	60%	41	21%	9	5%	
URO1 - Urologie ohne Schwerpunktstiel Operative Urologie	435	18%	1'095	45%	692	29%	63	3%	
URO1.1 - Urologie mit Schwerpunktstiel Operative Urologie	40	13%	101	34%	125	42%	1	0%	
URO1.1.1 - Radikale Prostatektomie	40	21%	138	73%	11	6%		0%	10
URO1.1.2 - Radikale Zystektomie	14	31%	22	49%	9	20%		0%	10
URO1.1.3 - Komplexe Chirurgie der Niere	20	21%	48	49%	28	29%	1	1%	10
URO1.1.4 - Isolierte Adrenalectomie	3	21%	9	64%	2	14%		0%	
URO1.1.5 - Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang	1	5%	14	74%	4	21%		0%	
URO1.1.6 - Plastische Rekonstruktion der Urethra	1	2%	52	96%	1	2%		0%	
URO1.1.8 - Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial	1	17%	5	83%		0%		0%	
PNE1 - Pneumologie	54	5%	468	43%	99	9%	45	4%	
PNE1.1 - Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie	1	4%	1	4%	17	71%	5	21%	
THO1 - Thoraxchirurgie	9	16%	39	71%	7	13%		0%	
THO1.1 - Maligne Neoplasien des Atmungssystems	8	13%	45	75%	7	12%		0%	30
THO1.2 - Mediastinaleingriffe	2	9%	15	68%	5	23%		0%	
Bewegungsapparat									
BEW1 - Chirurgie Bewegungsapparat	351	24%	656	45%	201	14%	151	10%	
BEW2 - Orthopädie	94	23%	118	29%	87	21%	45	11%	
BEW3 - Handchirurgie	159	29%	274	50%	53	10%	14	3%	
BEW4 - Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	4	10%	16	40%	11	28%	6	15%	
BEW5 - Arthroskopie des Knies	607	35%	122	7%	150	9%	328	19%	
BEW6 - Rekonstruktion obere Extremität	171	21%	108	13%	159	20%	246	31%	
BEW7 - Rekonstruktion untere Extremität	443	29%	347	23%	326	21%	216	14%	
BEW8 - Wirbelsäulen Chirurgie	302	19%	585	37%	341	22%	358	23%	
BEW8.1 - Spezialisierte Wirbelsäulen Chirurgie	20	12%	57	35%	81	50%	3	2%	10
RHE1 - Rheumatologie	43	20%	86	39%	47	21%	39	18%	
RHE2 - Interdisziplinäre Rheumatologie	4	12%	18	53%	10	29%	2	6%	
Gynäkologie & Geburtshilfe									
GYN1 - Gynäkologie	431	30%	439	31%	191	13%	19	1%	
GYN1.1 - Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina	1	20%	4	80%		0%		0%	
GYN1.2 - Maligne Neoplasien der Zervix	1	11%	8	89%		0%		0%	
GYN1.3 - Maligne Neoplasien des Corpus uteri	12	17%	41	57%	10	14%	2	3%	
GYN1.4 - Maligne Neoplasien des Ovars	5	33%	10	67%		0%		0%	
GYN2 - Maligne Neoplasien der Mamma	126	30%	194	46%	71	17%	10	2%	
GEB1 - Grundversorgung Geburtshilfe	851	21%	1'706	42%	601	15%	8	0%	
NEO1 - Grundversorgung Neugeborene	525	17%	1'316	43%	473	15%		0%	
Übrige									
ONK1 - Onkologie	176	39%	234	52%	33	7%	3	1%	
RAO1 - Radio-Onkologie	101	35%	165	57%	23	8%	3	1%	
UNF1 - Unfallchirurgie (Polytrauma)	2	3%	50	77%	12	18%	1	2%	

☐ = Leistungsauftrag des Standortkantons in der betreffenden Leistungsgruppe

☐ = Leistungsauftrag beider Kantone in der betreffenden Leistungsgruppe

= Fallzahl kleiner als MFZ

TABELLE 43: SPITALSTANDORTE MIT GRUNDVERSORGUNGS-AUFTRAG IN DER REGION AAROLFINGEN, FALLZAHLEN 2013

D. Psychiatrie

Die Auswertungen im vorliegenden Kapitel zur stationären psychiatrischen Versorgung basieren auf einer eigens für das Monitoring der Patientenströme durchgeführten Erhebung.⁸⁹ Im Rahmen dieser Erhebung wurden sämtliche Spitäler⁹⁰ befragt, die sich auf einer Spitalliste im Bereich Psychiatrie mindestens eines Nordwestschweizer Kantons befinden. Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten in Spitälern, die auf keiner der Nordwestschweizer Spitallisten figurieren, wurden anhand der Daten aus der Medizinischen Statistik des BFS erfasst (vgl. dazu auch Abbildung 44). Dies führt dazu, dass diese Hospitalisationen aufgrund der fehlenden Information nicht nach Leistungsgruppen ausgewiesen werden können.

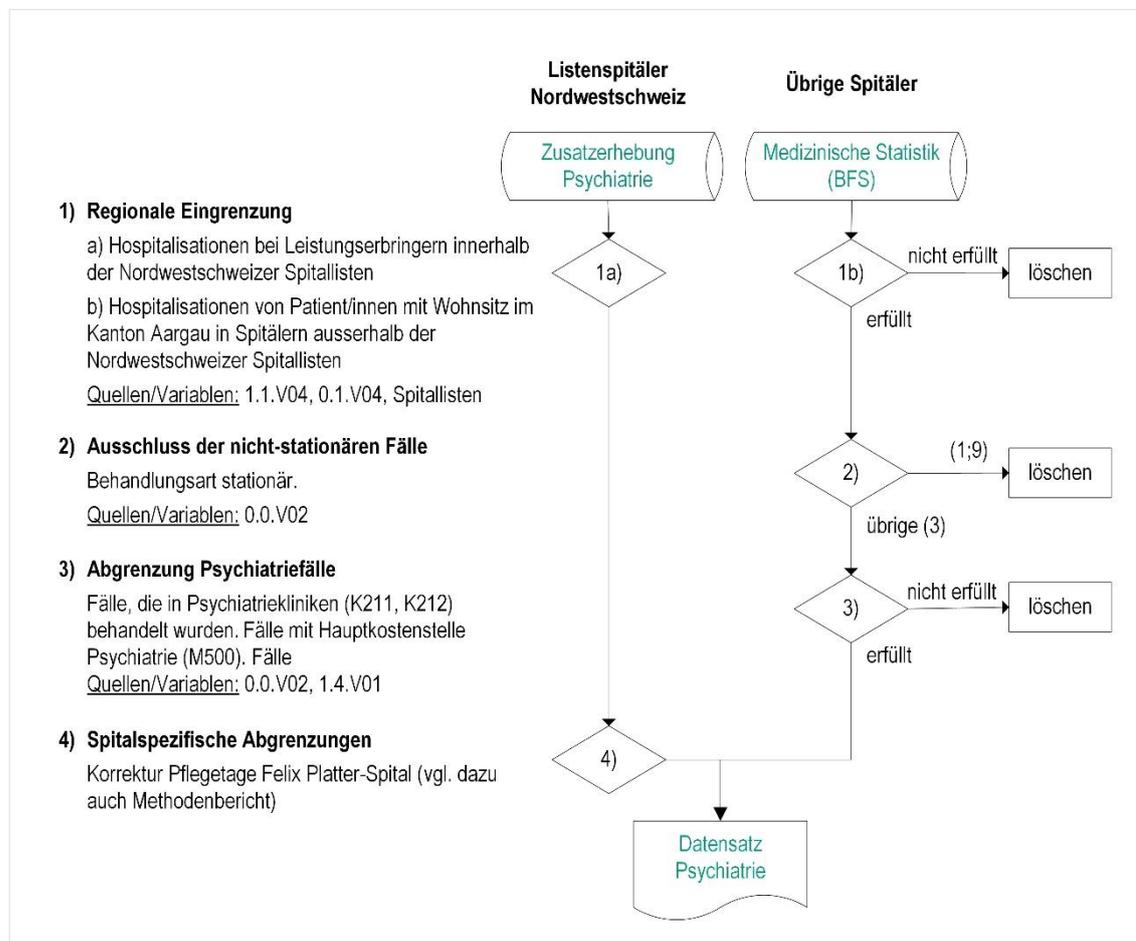


ABBILDUNG 44: GENERIERUNG DES DATENSATZES PSYCHIATRIE

Nachfolgend werden Angebot, Nachfrage und Patientenströme hinsichtlich der stationären, psychiatrischen Versorgung im Kanton Aargau für die Jahre 2011 bis 2013 sowie die Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung in der Nordwestschweiz beschrieben.⁹¹

⁸⁹ Vgl. Methodenbericht zum Monitoring.

⁹⁰ Wie eingangs erwähnt, wird im vorliegenden Bericht in Anlehnung an das KVG ausschliesslich der Begriff *Spitäler* verwendet, wobei grundsätzlich sämtliche stationären, psychiatrischen Leistungserbringer miteingeschlossen sind.

⁹¹ Nicht eingeschlossen sind die ambulanten Versorgungsangebote der Psychiatrie (vgl. Kapitel F).

1 Angebot

Im vorliegenden Kapitel zum Angebot der stationären psychiatrischen Versorgung liegt der Fokus auf den Leistungserbringern, d.h. auf den Spitälern der Aargauer Spitallisten. **Abbildung 45** zeigt die bei Spitälern mit Standort im Kanton Aargau erfolgten psychiatrischen Hospitalisationen in den Jahren 2011 bis 2013. Diese werden zum einen anhand der Gesamtzahl behandelter Fälle und zum anderen anhand der Gesamtzahl an Pflegetagen ausgewiesen. Als Fall gezählt wird dabei eine Hospitalisation mit Austrittsdatum im betreffenden Auswertungsjahr. Die Pflegetage dagegen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Pflegetage im jeweiligen Datenjahr, unabhängig vom Eintritts- bzw. Austrittsdatum der Patienten.

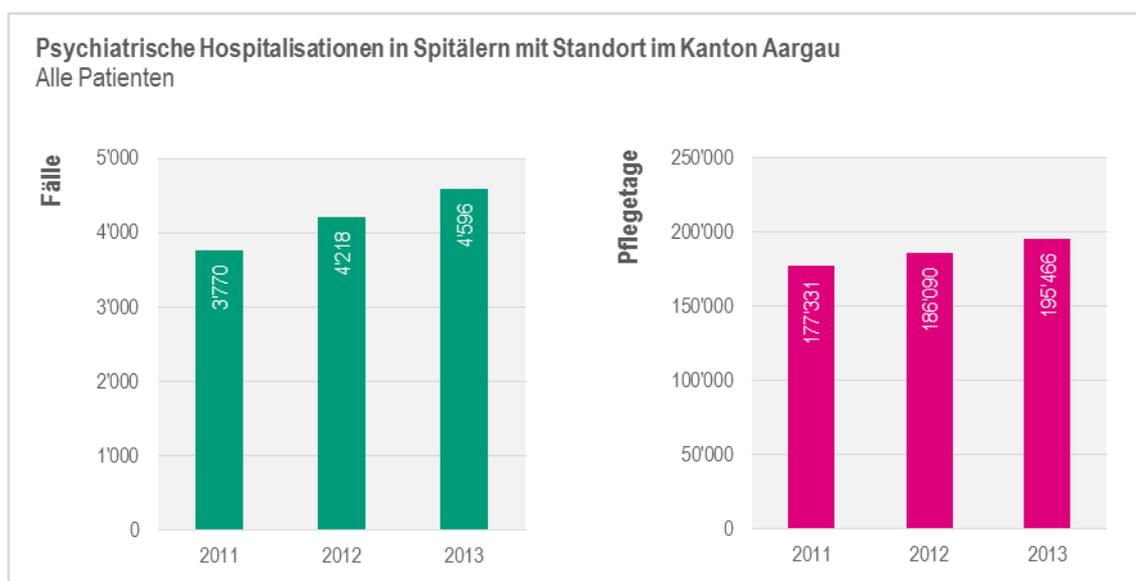


ABBILDUNG 45: ANGEBOT PSYCHIATRIE – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Wie aus Abbildung 45 ersichtlich wird, ist sowohl hinsichtlich der Gesamtzahl behandelter Fälle als auch in Bezug auf die Gesamtzahl der Pflegetage in den Jahren 2011 bis 2013 ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen. Im Jahr 2011 wurden 3'770 Fälle in Aargauer Spitälern hospitalisiert, im Jahr 2013 waren es 4'596 Fälle. Diese Entwicklung widerspiegelt sich ebenfalls in den geleisteten Pflegetagen, die von 177'331 im Jahr 2011 auf 195'466 im Jahr 2013 anstiegen.

In **Tabelle 44** werden die psychiatrischen Hospitalisationen in Aargauer und ausserkantonalen Listenspitälern für die Jahre 2011-2013 pro Spital ausgewiesen. Neben der Anzahl Fälle ist in der Spalte *PT* die Zahl der Pflegetage pro Spital aufgeführt. Darüber hinaus beinhaltet die Tabelle 44 den Marktanteil pro Spital (*MA_{AG}*). Der Marktanteil berechnet sich aus dem prozentualen Anteil des jeweiligen Spitals an sämtlichen für Aargauer Patienten geleisteten Pflegetagen. Der Marktanteil wird ebenfalls für die Kategorie *übrige Spitäler* ausgewiesen. In dieser Kategorie sind sämtliche Leistungserbringer zusammengefasst, die auf keiner der Aargauer Spitallisten aufgeföhrt sind.

Kanton Aargau	2011			2012			2013		
	Fälle	PT	MA _{AG}	Fälle	PT	MA _{AG}	Fälle	PT	MA _{AG}
	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%
Kantonale Listenspitäler	3'770	177'331	76.8%	4'218	186'090	73.3%	4'596	195'466	75.4%
Psychiatrische Dienste Aargau	2'472	112'452	57.3%	2'774	115'750	53.5%	3'020	120'139	55.1%
Klinik Barmelweid	351	15'392	6.6%	395	15'878	6.3%	480	21'091	7.6%
Klinik Schützen Rheinfelden	672	30'598	6.8%	713	32'786	6.7%	729	32'627	6.4%
Klinik Im Hasel	106	15'886	5.0%	146	16'807	5.3%	189	17'148	5.1%
Klinik für Suchtmedizin	120	2'250	1.0%	142	4'037	1.5%	139	3'767	1.2%
Klinik für Schlafmedizin Bad Zurzach	49	753	0.0%	48	832	0.1%	39	694	0.0%
Ausserkantonale Listenspitäler	5'584	211'339	5.2%	5'607	216'090	5.2%	5'686	225'421	4.3%
Luzerner Psychiatrie	2'406	103'869	3.5%	2'473	108'351	3.2%	2'399	107'540	2.3%
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	3'045	102'932	1.6%	3'001	103'171	1.9%	3'141	113'038	1.8%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	133	4'538	0.1%	133	4'568	0.2%	146	4'843	0.2%
Übrige Spitäler			18.0%			21.5%			20.3%
			100.0%			100.0%			100.0%

TABELLE 44: ANGEBOT PSYCHIATRIE – FÄLLE, PFLGETAGE UND MARKTANTEILE PRO SPITAL 2011-13

Gemäss Tabelle 44 verfügen die Psychiatrischen Dienste Aargau über den weitaus höchsten Marktanteil mit 55.1%, gemessen an den Pflgetagen zugunsten von Aargauer Patienten im Jahr 2013.

Der Grossteil der Leistungen zugunsten der Aargauer Patienten wird durch die Listenspitäler mit Standort im Kanton Aargau erbracht, im Jahr 2013 verzeichnen diese einen Marktanteil von 75.4%. Auf die drei ausserkantonalen Listenspitäler entfallen im Jahr 2013 4.3% der Leistungen für Aargauer Patienten, auf die übrigen Spitäler 20.3%.

In **Tabelle 45** sind die Veränderungen zwischen 2011 und 2013 der in Tabelle 44 dargestellten Fälle und Pflgetage ersichtlich. Darüber hinaus werden die Veränderungen des Marktanteils in Prozentpunkten aufgezeigt. Für die ausserkantonalen Spitäler ist ausschliesslich die Veränderung des Marktanteils ausgewiesen, weil die Veränderungen der Gesamtfallzahlen und Pflgetage in ausserkantonalen Spitälern aus der Perspektive des Kantons Aargau von untergeordneter Relevanz sind.

Kanton Aargau	Veränderung 2011-2013					
	Fälle		PT		MA _{AG}	
	Anz.		Anz.		pp	
Listenspitäler NWCH	+826	---	+18'135	---	-1.4%	
Psychiatrische Dienste Aargau	+548		+7'687		-2.2%	
Klinik Barmelweid	+129		+5'699		+1.1%	
Klinik Schützen Rheinfelden	+57		+2'029		-0.5%	
Klinik Im Hasel	+83		+1'262		+0.1%	
Klinik für Suchtmedizin	+19		+1'517		+0.2%	
Klinik für Schlafmedizin Bad Zurzach	-10		-59		-0.0%	
Ausserkantonale Listenspitäler					-0.9%	
Luzerner Psychiatrie					-1.2%	
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel					+0.2%	
Universitäts-Kinderspital beider Basel					+0.1%	
Übrige Spitäler					+2.3%	

TABELLE 45: ANGEBOT PSYCHIATRIE – VERÄNDERUNG FALLZAHLEN, PFLGETAGE UND MARKTANTEILE PRO SPITAL 2011-13

Tabelle 45 zeigt, dass in den Spitälern mit Standort im Kanton Aargau im Jahr 2013 im Vergleich zum Jahr 2011 insgesamt +826 Fälle mehr behandelt wurden. Im selben Zeitraum stiegen die Pflgetage um +18'135 Tage an.

Im Vergleich mit dem Jahr 2011 weisen die meisten Spitäler im Jahr 2013 einen Anstieg sowohl hinsichtlich der Fallzahlen als auch in Bezug auf die Pflēgetage auf. Hervorzuheben sind dabei die Psychiatrischen Diensten Aargau, welche den grössten Anstieg bezüglich der Fallzahl (+548) und der Pflēgetage (+7'687) verzeichnen und gleichzeitig den grössten Rūckgang des Marktanteils (-2.2 Prozentpunkte) aufweisen. Die Erklārung fūr diese Entwicklung liegt in der Zunahme der fūr ausserkantonale Patienten geleisteten Pflēgetage bei einem gleichzeitig geringfūgigen Rūckgang der Pflēgetage fūr Aargauer Patienten. Der Anstieg der Fālle und Pflēgetage bei den Psychiatrischen Diensten Aargau ist teilweise auf die Eröffnung bzw. Reorganisation des Kriseninterventions- und Triagezentrums im November 2013 zurūckzufūhren. Dieselbe Entwicklung, wenn auch in geringerem Ausmass, zeigt sich ebenfalls bei der Klinik Schūtzen Rheinfelden.

Die Marktanteile sind ūber die Jahre hinweg sowohl zwischen Aargauer Listenspitālern, ausserkantonalen Listenspitālern und den ūbrigen Spitalern als auch fūr die einzelnen Leistungserbringer weitgehend stabil. Neben dem Anstieg des Marktanteils der ūbrigen Spitaler (+2.3 Prozentpunkte) steigt der Marktanteil der Klinik Barmelweid um +1.1 Prozentpunkte an. Ein wesentlicher Rūckgang des Marktanteils (-1.2 Prozentpunkte) ist bei der Luzerner Psychiatrie feststellbar.

Im Rahmen der eigens fūr das Monitoring durchgefūhrten Erhebungen bei den Leistungserbringern der stationāren Psychiatrie gemäss Spitalisten der Nordwestschweizer Kantone wurden detaillierte Leistungszahlen auf Ebene der Leistungsgruppen erhoben, welche hinsichtlich Detaillierungsgrad ūber die Auswertungen im vorliegenden Kapitel hinausreichen, jedoch nicht Bestandteil der Berichterstattung sind.

2 Nachfrage

Im vorliegenden Kapitel zur Nachfrage von stationāren psychiatrischen Leistungen werden die Leistungsempfānger, d.h. die Wohnbevōlkerung des Kantons Aargau betrachtet. **Abbildung 46** zeigt die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen durch die Wohnbevōlkerung des Kantons Aargau in den Jahren 2011 bis 2013. Als Fall werden wiederum Hospitalisationen mit Austrittsdatum im betreffenden Auswertungsjahr gezāhlt. Die Pflēgetage beziehen sich auf die Gesamtzahl der Pflēgetage im jeweiligen Datenjahr, unabhāngig vom Eintritts- bzw. Austrittsdatum der Patienten.

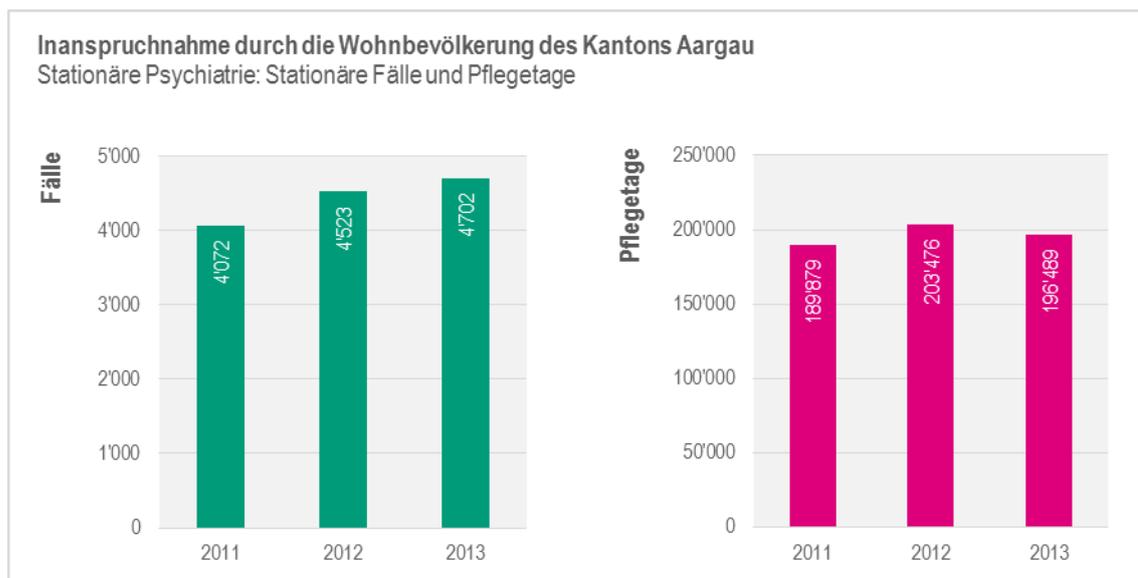


ABBILDUNG 46: NACHFRAGE PSYCHIATRIE – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Anhand von Abbildung 46 wird ersichtlich, dass die Gesamtzahl der Hospitalisationen von Aargauer Patienten von 4'072 Fällen im Jahr 2011 auf 4'702 Fälle im Jahr 2013 angestiegen ist, wobei die Zunahme massgeblich zwischen den Jahren 2011 und 2012 erfolgte und sich anschliessend stabilisierte. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von +7.7% und übersteigt somit das Bevölkerungswachstum im selben Zeitraum. Infolgedessen steigt die Hospitalisationsrate von 6.6 Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner im Jahr 2011 auf 7.4 im Jahr 2013.

Bei den Pfl egetagen sind zwischen 2011 und 2012 ein Anstieg und anschliessend ein Rückgang zu verzeichnen, wobei die Anzahl von 196'489 Pfl egetagen im Jahr 2013 über dem Niveau von 189'879 Pfl egetagen im Jahr 2011 liegt. Massgeblich hervorgerufen wird dieses Phänomen einerseits dadurch, dass in den Psychiatrischen Diensten Aargau und in der Psychiatrie Baselland zwar ein Anstieg der Aargauer Patienten zwischen 2012 und 2013 festzustellen ist, die Zahl der für Aargauer Patienten geleisteten Pfl egetage jedoch abnimmt. Gleichzeitig ist in diversen weiteren Spitälern ein überproportionaler Rückgang der Pfl egetage zugunsten von Aargauer Patienten zu beobachten.⁹²

Kanton Aargau Leistungsbereiche/-gruppen	2011		2012		2013		
	Fälle Anz.	PT Anz.	Fälle Anz.	PT Anz.	Fälle Anz.	PT Anz.	%
Erwachsenenpsychiatrie	2'126	87'085	2'155	88'625	2'272	86'761	44.2%
Grundversorgung und Akutbehandlung	1'502	57'885	1'458	56'969	1'552	53'878	27.4%
Stationäre Psychiatrie inkl. somato-psy ch. Behandl.	509	23'402	565	24'870	650	29'560	15.0%
Psychiatrische Rehabilitation	95	4'314	115	5'624	45	1'949	1.0%
Essstörungen	20	1'484	17	1'162	25	1'374	0.7%
Psych.Verhaltensstörungen infolge Abhängigk.	558	24'382	830	33'057	936	34'826	17.7%
Grundversorgung (v. a. Entzug, Krisenintervention)	504	15'331	727	22'176	789	23'028	11.7%
Entwöhnungstherapie	53	8'957	100	10'747	143	11'425	5.8%
Verhaltenssüchte	1	94	3	134	4	373	0.2%
Alterspsychiatrie	565	30'843	616	27'372	617	24'901	12.7%
Alterspsychiatrische Grundversorgung	552	29'806	606	26'199	613	24'266	12.3%
Spezialisierte Langzeitbehandlung	13	1'037	10	1'173	4	635	0.3%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	140	11'223	161	9'518	152	9'871	5.0%
Grundversorgung Kinderpsychiatrie (0-12 Jahre)	31	5'265	43	3'688	50	4'391	2.2%
Grundversorgung Jugendpsychiatrie (13-17 Jahre)	103	5'577	114	5'298	98	5'135	2.6%
Essstörungen	6	381	4	532	4	345	0.2%
Suchtbehandlungen	0	0	0	0	0	0	0.0%
Forensik	39	6'524	52	6'523	42	6'292	3.2%
Krisenintervention für Jugendliche und Erwachsene im Strafvollzug u. Vollzug von strafrechtl. Massn.	39	6'524	52	6'523	42	6'292	3.2%
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme (a)	644	29'822	709	38'381	683	33'838	17.2%
Total	4'072	189'879	4'523	203'476	4'702	196'489	100.0%

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

TABELLE 46: NACHFRAGE REHABILITATION – FÄLLE UND PFL EGETAGE PRO LEISTUNGSGRUPPE 2011-13

Tabelle 46 enthält die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen durch die Wohnbevölkerung des Kantons Aargau für die Jahre 2011 bis 2013 nach Leistungsgruppen. Ausgewiesen werden die Zahl der Fälle sowie die Zahl der Pfl egetage pro Leistungsgruppe. Ausserdem ist der Anteil der Pfl egetage pro Leistungsgruppe an der Gesamtzahl der Pfl egetage im Jahr 2013 in Form von

⁹² Beispielhaft sei diesbezüglich die Luzerner Psychiatrie, in welcher zwischen 2012 und 2013 ein Rückgang der Aargauer Patienten um -10.9% bei einer gleichzeitigen Abnahme der Pfl egetage für Aargauer Patienten um -28.8% feststellbar ist.

Balken dargestellt, welche die relative Bedeutung der Leistungsbereiche und -gruppen visualisieren.⁹³

Anhand des integrierten Balkendiagramms in Tabelle 46 wird die Verteilung der Pfl egetage zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen bzw. -gruppen deutlich. Fast die Hälfte der Pfl egetage im Jahr 2013 ist dem Leistungsbereich *Erwachsenenpsychiatrie* (44.2%) zuzuschreiben. Innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie werden durch die Aargauer Bevölkerung insbesondere Leistungen der *Grundversorgung und Akutbehandlung* (27.4%) sowie der *stationären Psychiatrie* (15%) in Anspruch genommen. Weitere wesentliche Anteile an Leistungen erfolgen in den Bereichen *Psychische Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten* (17.7%) und *Alterspsychiatrie* (12.7%). Mit einem Anteil von lediglich 5% sind deutlich weniger Pfl egetage der *Kinder- und Jugendpsychiatrie* zuzuordnen. Schliesslich beziehen sich 3.2% der Pfl egetage auf den Leistungsbereich *Forensik*, worin sowohl die Krisenintervention bei Jugendlichen und Erwachsenen im Strafvollzug als auch der Vollzug strafrechtlicher Massnahmen subsumiert sind.

Wie bereits erwähnt, umfasst die Datengrundlage für die vorliegenden Auswertungen sowohl die Ergebnisse aus den spezifisch für das Monitoring durchgeführten Erhebungen bei den Listenspitälern der Nordwestschweizer Kantone sowie Daten aus der Medizinischen Statistik. Letztere beziehen sich auf die Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten bei Leistungserbringern, die nicht auf den Spitalisten der Nordwestschweizer Kantone figurieren. Aufgrund der Informationen aus der Medizinischen Statistik können diese nicht den Leistungsgruppen gemäss Tabelle 46 zugeordnet werden und sind deshalb in der Kategorie *nicht zuordenbare Inanspruchnahme* zusammengefasst. Im Jahr 2013 entfallen 17.2% der beanspruchten Pfl egetage auf diese Kategorie.

In **Tabelle 47** sind die Veränderungen zwischen 2011 und 2013 auf Ebene der Leistungsbereiche dargestellt. Die Tabelle enthält die absolute Veränderung der Fallzahlen und Pfl egetage sowie die relative Veränderung der Pfl egetage in Prozent.

Kanton Aargau Leistungsbereiche	Veränderung 2011-2013					
	Fälle		PT		PT	
	Anz.		Anz.		% (b)	
Erwachsenenpsychiatrie	+146		-324		-0.4%	
Psych. Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeit	+378		+10'444		+42.8%	
Alterspsychiatrie	+52		-5'942		-19.3%	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	+12		-1'352		-12.0%	
Forensik	+3		-232		-	-
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme^(a)	+39		+4'016		+13.5%	
Total	+630		+6'610		+3.5%	

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

(b) die relative Veränderung wird ausschliesslich für Leistungsbereiche mit mehr als 100 Fällen pro Jahr ausgewiesen.

TABELLE 47: NACHFRAGE PSYCHIATRIE – VERÄNDERUNG FALLZAHLEN UND PFL EGETAGE PRO LEISTUNGSBEREICH 2011-2013

Eine gleichzeitige Zunahme der Fallzahl und der Pfl egetage ist nur im Leistungsbereich *Psychische Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten* (+378 Fälle, +10'444 PT) zu beobachten. Auffallend ist dabei die markante Zunahme der Pfl egetage um +42.8% innerhalb von zwei Jahren. In allen anderen Leistungsbereichen zeigt sich ein Anstieg der Fallzahl und eine Abnahme der

⁹³ In Tabelle 46 nicht ausgewiesen sind die Leistungsgruppen des Leistungsbereichs *Spezialangebote Erwachsenenpsychiatrie*. Dieser Bereich umfasst Leistungsgruppen, die im Rahmen der Erhebung lediglich als Doppelzählung erhoben wurden. Der Grund dafür ist, dass die notwendigen Informationen zur Zuordnung in diese Leistungsgruppen nicht in jedem Fall aus den klinikspezifischen Controllingsystemen extrahiert werden können. Die Fallzahlen innerhalb der betreffenden Leistungsgruppen müssen demgemäss als unvollständig eingeschätzt werden. Die Gesamtzahl der Fälle bzw. Pfl egetage wird jedoch dadurch nicht tangiert, da die Fälle und Pfl egetage der betreffenden Leistungsgruppen bereits in einer der übrigen Leistungsgruppen enthalten sind.

Pflegetage. Besonders ausgeprägt ist dabei die Abnahme der Pflegetage in der *Alterspsychiatrie* um -5'942 Tage, was einem prozentualen Rückgang von -19.3% entspricht.

Insgesamt ist im Kanton Aargau ein Anstieg der psychiatrischen Inanspruchnahme zwischen 2011 und 2013 um +3.5% – gemessen an den Pflegetagen – festzustellen.

3 Patientenströme

Im Zusammenhang mit den Patientenströmen wird zum einen die **Zuwanderung** von ausserkantonalen Patienten in psychiatrische Einrichtungen innerhalb des Kantons Aargau und zum anderen die **Abwanderung** von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau in psychiatrische Einrichtungen ausserhalb des Kantons Aargau dargestellt.

3.1 Abwanderung

Tabelle 48 zeigt die Abwanderung in psychiatrische Einrichtungen ausserhalb des Kantons Aargau durch Aargauer Patienten für die Jahre 2011 bis 2013. Dargestellt wird jeweils die Anzahl Fälle nach Standortkanton, in welchem die Hospitalisation erfolgte. Ausserdem ausgewiesen ist die Entwicklung zwischen 2011 und 2013 als absolute Veränderung der Fallzahl sowie in Prozentpunkten.

Kanton Aargau		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
Standortkanton des Spitals		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
AG		3'106	76.3%	3'459	76.5%	3'675	78.2%	+569	+1.9%
Abwanderung		966	23.7%	1'064	23.5%	1'027	21.8%	+61	-1.9%
NWCH	BL	53	1.3%	63	1.4%	66	1.4%	+13	+0.1%
	BS	83	2.0%	130	2.9%	120	2.6%	+37	+0.5%
	SO	26	0.6%	19	0.4%	16	0.3%	-10	-0.3%
übrige Schweiz	AI	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	AR	56	1.4%	83	1.8%	1	0.0%	-55	-1.4%
	BE	127	3.1%	117	2.6%	153	3.3%	+26	+0.1%
	FR	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	GE	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	GL	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	GR	1	0.0%	33	0.7%	38	0.8%	+37	+0.8%
	JU	0	0.0%	0	0.0%	1	0.0%	+1	+0.0%
	LU	159	3.9%	146	3.2%	127	2.7%	-32	-1.2%
	NE	0	0.0%	0	0.0%	1	0.0%	+1	+0.0%
	NW	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	OW	2	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	-2	-0.0%
	SG	7	0.2%	9	0.2%	5	0.1%	-2	-0.1%
	SH	6	0.1%	4	0.1%	2	0.0%	-4	-0.1%
	SZ	4	0.1%	5	0.1%	9	0.2%	+5	+0.1%
	TG	53	1.3%	61	1.3%	87	1.9%	+34	+0.5%
	TI	6	0.1%	4	0.1%	4	0.1%	-2	-0.1%
	UR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	VD	5	0.1%	1	0.0%	2	0.0%	-3	-0.1%
VS	3	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	-3	-0.1%	
ZG	104	2.6%	133	2.9%	156	3.3%	+52	+0.8%	
ZH	271	6.7%	253	5.6%	239	5.1%	-32	-1.6%	
Total		4'072	100.0%	4'523	100.0%	4'702	100.0%	+630	

TABELLE 48: ABWANDERUNG PSYCHIATRIE – FÄLLE NACH STANDORTKANTON DER HOSPITALISATION 2011-2013

Der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau nimmt über die Jahre 2011 bis 2013 um 1.9 Prozentpunkte ab und beträgt im Jahr 2013 1'027 Fälle bzw. 21.8%.

Häufigster Zielkanton für Aargauer Patienten ist der Kanton Zürich mit 239 Hospitalisationen im Jahr 2013. Zwischen 2011 und 2013 ist für den Kanton Zürich jedoch ein Rückgang um -32 Hospitalisationen festzustellen. Dies entspricht einer Abnahme um -1.6 Prozentpunkte oder mit anderen Worten: Erfolgte im Jahr 2011 6.7% der psychiatrischen Hospitalisationen von Aargauer Patienten in Einrichtungen mit Standort im Kanton Zürich, so waren es im Jahr 2013 5.1%. Darüber hinaus sind insbesondere die Kantone Bern und Zug (je 3.3% der Hospitalisationen von Aargauer Patienten im Jahr 2013), Luzern (2.7%), Basel-Stadt (2.6%), Thurgau (1.9%) und Basel-Landschaft (1.4%) von erwähnenswerter Bedeutung. Ausser beim Kanton Thurgau kann die Abwanderung in diese Kantone mit ihrer geografischen Nähe für die Wohnbevölkerung des Kantons Aargaus erklärt werden. Zudem figurieren das Universitäts-Kinderspital beider Basel und die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel auf der Spitalliste des Kantons Aargau.

3.2 Zuwanderung

Tabelle 49 zeigt die Zuwanderung ausserkantonaler Patienten in psychiatrische Einrichtungen des Kantons Aargau für die Jahre 2011 bis 2013. Dargestellt wird jeweils die absolute Zahl der Hospitalisationen, deren relative Verteilung sowie die Veränderung zwischen 2011 und 2013 nach Wohnkanton der Patienten.

Kanton Aargau	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Wohnkanton Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
Hospitalisationen AG	3'106	82.4%	3'459	82.0%	3'675	80.0%	+569	-2.4%
Zuwanderung	664	17.6%	759	18.0%	921	20.0%	+257	+2.4%
BS	83	2.2%	87	2.1%	110	2.4%	+27	+0.2%
BL	128	3.4%	143	3.4%	190	4.1%	+62	+0.7%
SO	83	2.2%	100	2.4%	146	3.2%	+63	+1.0%
LU	47	1.2%	72	1.7%	66	1.4%	+19	+0.2%
ZH	145	3.8%	163	3.9%	180	3.9%	+35	+0.1%
BE	29	0.8%	32	0.8%	48	1.0%	+19	+0.3%
ZG	11	0.3%	13	0.3%	19	0.4%	+8	+0.1%
übrige CH	120	3.2%	134	3.2%	142	3.1%	+22	-0.1%
Ausland	18	0.5%	15	0.4%	20	0.4%	+2	-0.0%
unbekannt	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
Total	3'770	100.0%	4'218	100.0%	4'596	100.0%	+826	

TABELLE 49: ZUWANDERUNG REHABILITATION – HOSPITALISATIONEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2011-2013

Die überwiegende Mehrheit der in Aargauer Spitälern behandelten Patienten stammt aus dem Kanton Aargau, im Jahr 2013 sind es 80% der Fälle. Der Anteil ausserkantonaler Patienten beläuft sich im Jahr 2011 auf 664 Fälle (17.6%) und im Jahr 2013 auf 921 Fälle (20.0%).

Abgesehen von der Sammelkategorie *Übrige Schweiz* sind neben dem Kanton Zürich (3.9% der Hospitalisationen in Aargauer Spitälern im Jahr 2013) die anderen Nordwestschweizer Kantone die bedeutendsten Zuwanderungskantone. 4.1% der Patienten im Jahr 2013 stammen aus dem Kanton Basel-Landschaft, 3.2% aus dem Kanton Solothurn und 2.4% aus dem Kanton Basel-Stadt.

Insgesamt ist in der Psychiatrie für den Kanton Aargau eine geringe Nettoabwanderung zu verzeichnen. Im Jahr 2013 beläuft sich die Abwanderung von Aargauer Patienten auf 1'027 Fälle, währenddessen 921 ausserkantonale Patienten Leistungen in psychiatrischen Einrichtungen des Kantons Aargau beanspruchten. Das Saldo aus Zu- und Abwanderung bzw. die Nettoabwanderung beträgt somit 107 Fälle.

4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage

Analog zur angewendeten Methodik für die Erreichbarkeitsanalysen im Kapitel zur Akutsomatik wurde für die Psychiatrie die Erreichbarkeit der stationären, psychiatrischen Notfallversorgung untersucht.

4.1 Erreichbarkeitsanalyse

Die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)⁹⁴ formuliert in ihrem Leitfaden für die Psychiatrieplanung folgende Vorgabe betreffend die Erreichbarkeit psychiatrischer Dienste:

„Mittelfristig sollten psychiatrische Dienste in einem Sektor/einer Region für 90% dieser Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten mit öffentlichen Transportmitteln zu erreichen sein. Es liegen ausreichend viele Hinweise vor, dass bei schwerer Erkrankten der Anteil der Therapieabbrücker proportional zur Distanz zu den Leistungserbringern zunimmt.“

Innerhalb des Leitfadens wird nicht weiter spezifiziert, welche konkreten Angebote die Dienste umfassen sollen, für welche die Zielvorgabe einer Erreichbarkeit von 30 Minuten formuliert ist. Für die Erreichbarkeitsanalyse im Rahmen des Monitorings wurden sämtliche stationären Einrichtungen mit einer 24-Stunden-Aufnahme bzw. alle Einrichtungen mit einem Leistungsauftrag in der Leistungsgruppe *Grundversorgung mit Akutbehandlung* eingeschlossen. Ein Leistungsauftrag *Grundversorgung mit Akutbehandlung* erfordert eine Notfallstation, die rund um die Uhr ärztlich besetzt ist.⁹⁵ Der Fokus der Erreichbarkeitsanalyse liegt somit auf der psychiatrischen Notfallversorgung und weicht von der durch die GDK formulierten Zielvorgabe (psychiatrische Dienste) ab. Ambulante Angebote und Tageskliniken werden nicht berücksichtigt. Ausserdem werden nicht die Wegzeiten mit dem öffentlichen Verkehr berechnet, sondern, in Analogie zu den Auswertungen Akutsomatik, die Fahrzeiten mit dem Privatverkehr. Nichtsdestotrotz soll die Vorgabe der GDK als Leitlinie für die Erreichbarkeitsanalyse dienen.

Tabelle 50 beschreibt die Erreichbarkeit der stationären, psychiatrischen Einrichtungen mit einer 24-Stunden-Aufnahme der Notfallversorgung. Die Tabelle zeigt, wie schnell die Nordwestschweizer Bevölkerung das nächstgelegene Angebot der psychiatrischen Notfallversorgung erreicht. Es werden jeweils für die Kategorien *0-15 Minuten*, *16-20 Minuten*, *21-30 Minuten* und *über 30 Minuten* die Anzahl Personen sowie der Prozentsatz der Nordwestschweizer Bevölkerung ausgewiesen, die im entsprechenden Zeitfenster das nächstgelegene Angebot der psychiatrischen Notfallversorgung erreicht. Die Erreichbarkeitszeiten beziehen sich auf die Fahrzeiten mit Personewagen bei guter Befahrbarkeit der Strassen gemäss den beschilderten Tempi sowie keiner Beeinträchtigungen durch Staus.

Psychiatrische Kliniken 24h (Erreichbarkeit in Minuten)								
Region/Kanton	0 - 15min		16-20min		21-30min		über 30min	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
NWCH	679'941	49.8%	282'867	20.7%	320'092	23.5%	81'726	6.0%
AG	211'840	33.4%	155'467	24.5%	209'451	33.0%	57'669	9.1%
BL	174'809	62.2%	79'510	28.3%	19'330	6.9%	7'315	2.6%
BS	181'784	98.1%	3'495	1.9%	0	0.0%	0	0.0%
SO	111'508	42.2%	44'395	16.8%	91'311	34.6%	16'742	6.3%

TABELLE 50: ERREICHBARKEIT DER PSYCHIATRISCHEN NOTFALLVERSORGUNG, TABELLE

⁹⁴ Vgl. GDK (2008, S.23).

⁹⁵ Vgl. Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau (2014).

In **Abbildung 47** ist die Erreichbarkeit inkl. der Spitalstandorte und der Bevölkerungsdichte kartographisch dargestellt. Aus Darstellungsgründen ist die Region Nordwestschweiz farblich hervorgehoben.

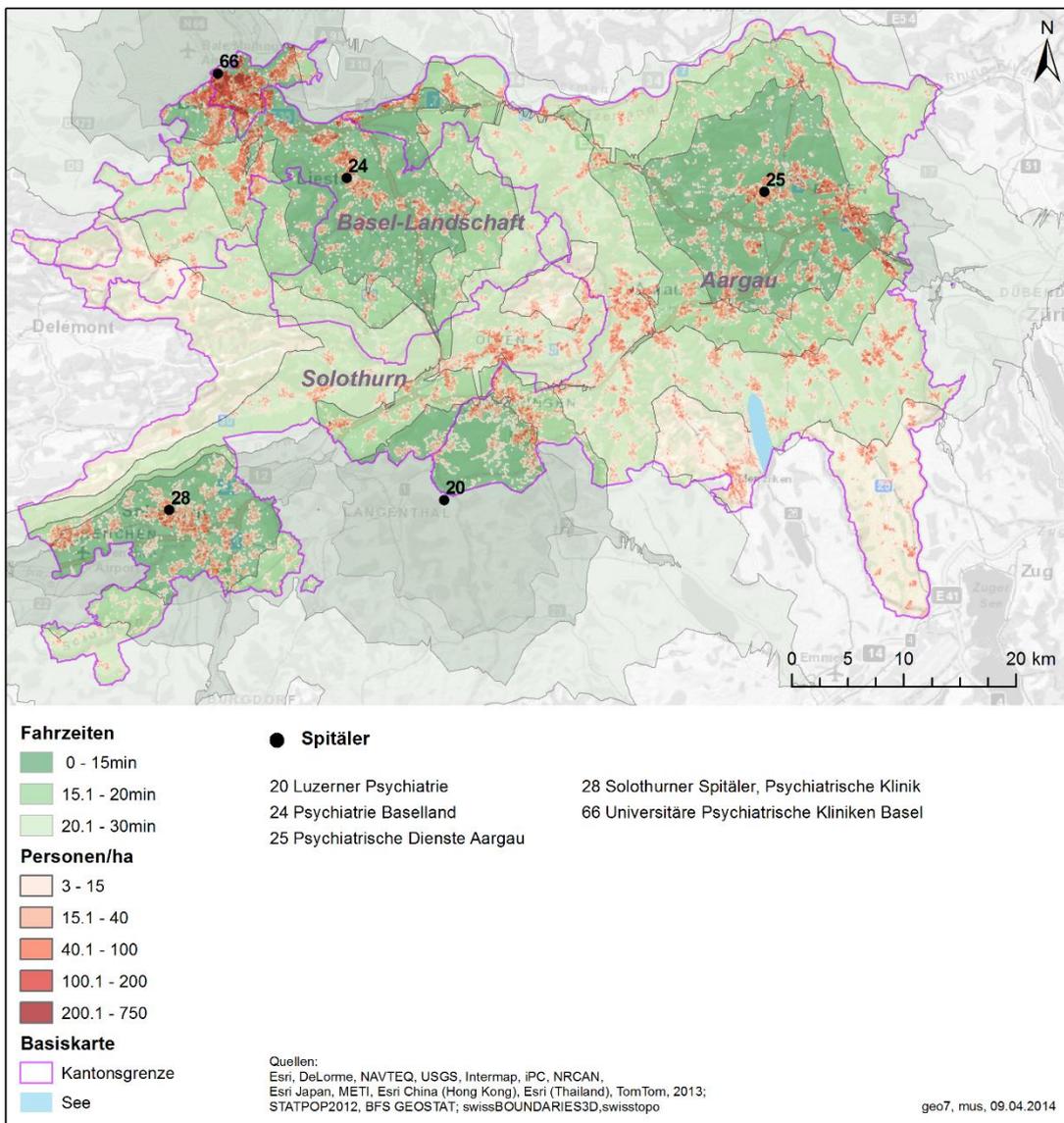


ABBILDUNG 47 ERREICHBARKEIT DER PSYCHIATRISCHEN NOTFALLVERSORGUNG, KARTE

Rund 50% der Nordwestschweizer Bevölkerung erreichen das nächstgelegene Angebot der psychiatrischen Notfallversorgung in bis zu 15 Minuten, weitere 20.7% liegen innerhalb eines Radius von 20 Minuten Fahrzeit. In 30 Minuten erreichen insgesamt 94% der Nordwestschweizer Bevölkerung das nächstgelegene Angebot der psychiatrischen Notfallversorgung. Für 6% liegt das nächstgelegene Angebot in einer Entfernung von über 30 Minuten. Betrachtet man die Aargauer Wohnbevölkerung, so erreichen 57.9% eine psychiatrische Klinik mit 24-Stunden-Aufnahme innert 20 Minuten und 90.9% innert 30 Minuten.

Mit Bezug auf den Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK, der eine Erreichbarkeit psychiatrischer Dienste in bis zu 30 Minuten mit dem öffentlichen Verkehr als Zielvorgabe formuliert, kann die psychiatrische Notfallversorgung im Kanton Aargau als gut beurteilt werden. Wie bereits erwähnt, wurden für die vorliegende Erreichbarkeitsanalyse die Fahrzeiten mit dem Privatverkehr betrachtet. Zwar würden sich die Fahrzeiten, wenn man die öffentlichen Verkehrsmittel betrach-

tet, teilweise erhöhen. Da aber der Fokus der Erreichbarkeitsanalyse auf der psychiatrischen Notfallversorgung lag, macht es durchaus Sinn, die Erreichbarkeit anhand der Fahrzeiten mit dem Privatverkehr zu berücksichtigen, da diese in Notfallsituationen oftmals ausschlaggebend ist.

Des Weiteren ist zu erwähnen, dass für die vorliegende Analyse keine akutsomatischen Notfalldienste berücksichtigt wurden. Verschiedentlich bestehen Kooperationen zwischen psychiatrischen und akutsomatischen Spitälern, mithilfe derer die Aufnahme und Versorgung psychiatrischer Notfälle in akutsomatischen Notfalldiensten mit entsprechender konsiliarischer Unterstützung gewährleistet wird. Da keine Übersicht über allfällige entsprechende vertragliche Vereinbarungen bestehen, kann diese Notfallabdeckung im hier vorliegenden Bericht nicht beurteilt werden.

5 Fazit Psychiatrie

5.1 Steigende Fallzahlen und Pflegetage bzgl. Angebot und Inanspruchnahme

In den Spitälern mit Standort im Kanton Aargau ist in den Jahren 2011 bis 2013 – sowohl hinsichtlich der Gesamtzahl behandelter Fälle als auch in Bezug auf die Gesamtzahl der Pflegetage – ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen. Im Jahr 2011 wurden 3'770 Fälle in Aargauer Spitälern hospitalisiert, im Jahr 2013 waren es 4'596 Fälle. Die Pflegetage stiegen von 177'331 im Jahr 2011 auf 195'466 im Jahr 2013.

Analog dazu ist ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen bzgl. der Inanspruchnahme stationärer Psychiatrieleistungen durch Aargauer Patienten von 4'072 Hospitalisationen im Jahr 2011 auf 4'702 Hospitalisationen im Jahr 2013 zu beobachten. Auch hinsichtlich der für Aargauer Patienten geleisteten Pflegetage ist zwischen 2011 und 2013 ein Anstieg von 189'879 Pflegetagen auf 196'489 festzustellen, wobei jedoch der Anstieg zwischen 2011 und 2012 anfiel und sich die Zahl der Pflegetage zugunsten von Aargauer Patienten zum Jahr 2013 wieder senkte

Bei einem jährlichen Bevölkerungswachstum von durchschnittlich 1.3% erklärt sich die Zunahme hinsichtlich der Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen nur bedingt durch die demografische Entwicklung. Darüber hinaus lässt sich die Entwicklung am ehesten als Folge eines steigenden Versorgungsbedarfs im Bereich der *Psychischen Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten* beschreiben. Die Zahl der beanspruchten Pflegetage stieg zwischen 2011 und 2013 um +42.8% gestiegen.

5.2 Psychiatrische Dienste Aargau als zentraler Leistungserbringer

Mit Abstand am meisten Hospitalisationen und Pflegetage verzeichnen die Psychiatrischen Dienste Aargau. Im Jahr 2013 erbrachten sie über die Hälfte der Pflegetage zugunsten von Aargauer Patienten (55.1%). Im Zuge der KVG-Revision und der damit einhergehenden Spitalwahlfreiheit ist für die Psychiatrischen Dienste Aargau ein deutlicher Anstieg der Leistungen zugunsten von ausserkantonalen Patienten festzustellen. Der Anstieg hinsichtlich der Fallzahlen und Pflegetage für die Psychiatrischen Dienste Aargau ist ebenso im Zusammenhang mit der Eröffnung bzw. Reorganisation des Kriseninterventions- und Triagezentrums im November 2013 zu verstehen.

5.3 Steigende Zuwanderung bei sinkender Abwanderung

Die Abwanderung, d.h. der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau, nimmt über die Jahre 2011 bis 2013 um 1.9 Prozentpunkte ab. Zwar nimmt die absolute Zahl ausserkantonal hospitalisierter Patienten geringfügig zu, gemessen an der Gesamtzahl der Hospitalisationen von Aargauer Patienten sinkt jedoch der Anteil ausserkantonaler Leistungen von 23.7% auf 21.8%. Im Gegensatz dazu steigt die Zuwanderung, d.h. der Anteil der

Hospitalisationen von ausserkantonalen Patienten in Spitälern mit Standort im Kanton Aargau, um 2.4 Prozentpunkte auf 921 Fälle bzw. 20.0% im Jahr 2013.

Häufigster Zielkanton für Aargauer Patienten ist der Kanton Zürich mit 5.1% der Hospitalisationen von Aargauer Patienten. Darüber hinaus sind insbesondere die Kantone Bern und Zug (je 3.3%), Luzern (2.7%), Basel-Stadt (2.6%), Thurgau (1.9%) und Basel-Landschaft (1.4%) von erwähnenswerter Bedeutung. Zuwandernde Patienten stammen insbesondere aus den Kantonen Basel-Landschaft (4.1% im Jahr 2013), Zürich (3.9%), Solothurn (3.2%) und Basel-Stadt von (2.4%) an den Hospitalisationen in Aargauer Spitälern auf. Folglich stammt rund die Hälfte der zuwandernden Patienten aus den übrigen Nordwestschweizer Kantonen.

5.4 Gute Notfallversorgung

Ausgehend vom Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK⁹⁶ und der durchgeführten Erreichbarkeitsanalyse betreffend die psychiatrische Notfallversorgung kann die Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung im Kanton Aargau als gut beurteilt werden. 90.9% der Aargauer Wohnbevölkerung erreichen eine psychiatrische Klinik mit 24-Stunden-Aufnahme innert 30 Minuten.

⁹⁶ Vgl. GDK (2007).

E. Rehabilitation

Das Kapitel E zur Rehabilitation basiert auf den Auswertungen der Daten, die im Rahmen der Zusatzerhebung bei den Spitälern⁹⁷ mit einem Leistungsauftrag im Bereich Rehabilitation von mindestens einem der Nordwestschweizer Kantone erhoben wurden.⁹⁸⁹⁹

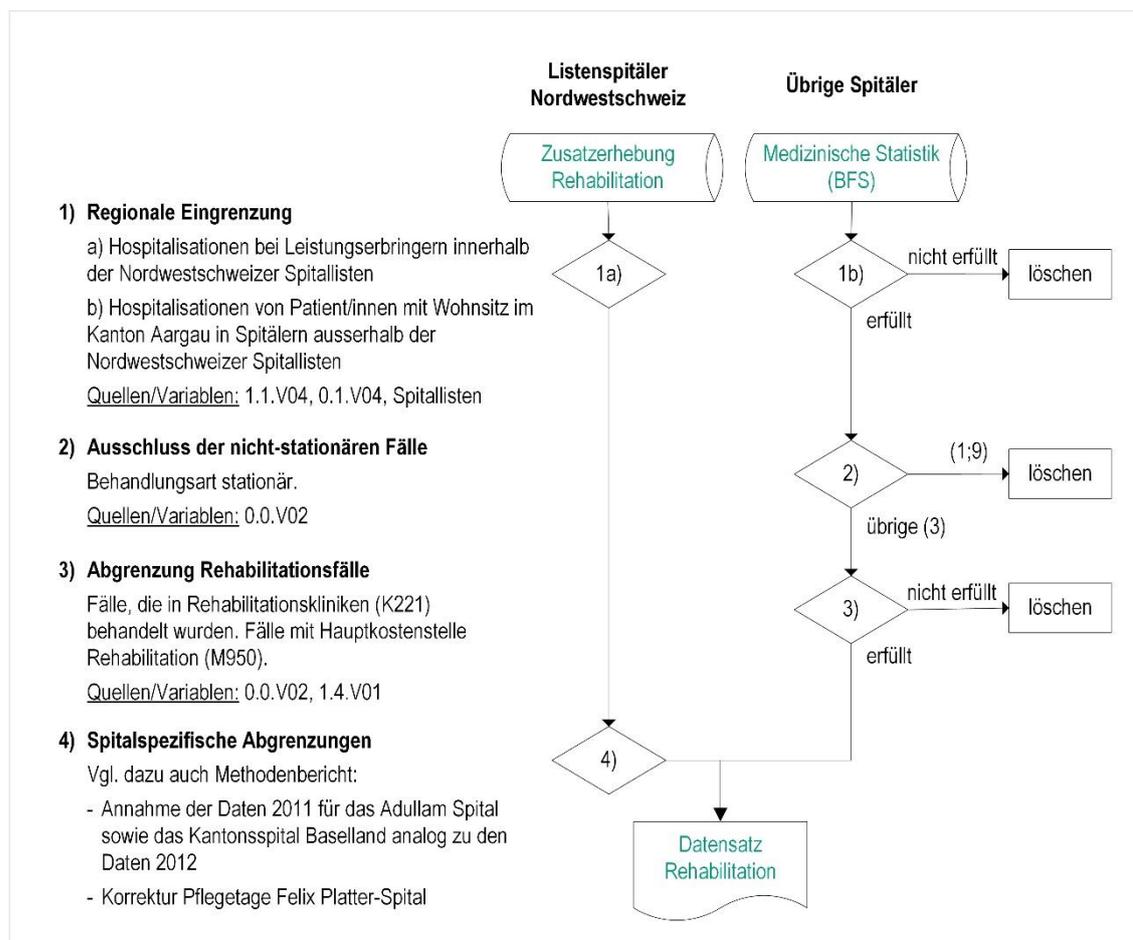


ABBILDUNG 48: GENERIERUNG DES DATENSATZES REHABILITATION

Hospitalisationen von Aargauer Patienten in Spitälern, die auf keiner der Nordwestschweizer Spitalisten figurieren, wurden mittels der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik BFS erfasst (vgl. dazu auch **Abbildung 48**). Dies führt dazu, dass diese

⁹⁷ Wie eingangs erwähnt, wird im vorliegenden Bericht in Anlehnung an das KVG ausschliesslich der Begriff *Spitäler* verwendet, wobei sämtliche stationären Leistungserbringer der Rehabilitation miteingeschlossen sind.

⁹⁸ L'Hôpital du Jura verfügt über einen Leistungsvertrag des Kantons Basel-Stadt im Bereich Rehabilitation, das entsprechende Rehabilitationsangebot wurde jedoch erst im Laufe des Jahres 2012 eröffnet und bis Ende 2013 wurden – gemäss Rücksprache mit der Klinik – keine Patienten aus den Nordwestschweizer Kantonen behandelt. Aus diesem Grund wird diese Klinik in den nachfolgenden Auswertungen nicht ausgewiesen. Auch wurden die Lukas-Klinik sowie das Universitäts-Kinderspital beider Basel aufgrund fehlender Daten in einem für das vorliegende Monitoring ausreichenden Detaillierungsgrad ausgeschlossen.

⁹⁹ Das Kantonsspital Baselland sowie das Adullam Spital konnten die Abgrenzung zwischen akutsomatischen und Rehabilitationsfällen für das Jahr 2011 nicht herstellen. Damit aber gleichwohl Vergleiche zwischen den Jahren 2011, 2012 und 2013 sinnvoll möglich sind, wurden diese Daten geschätzt. Dabei wurde angenommen, dass die Zahl der Fälle und Pflagetage sowie die weiteren Eigenschaften (Leistungsgruppen, Herkunftskanton, Liegeklasse) im Jahr 2011 identisch sind wie im Jahr 2012.

Hospitalisationen aufgrund der fehlenden Information nicht nach Leistungsgruppen ausgewiesen werden können.

In Kapitel E.1 wird das Angebot betrachtet, in Kapitel E.2 die Nachfrage und in Kapitel E.3 schliesslich die Patientenströme (Zu- und Abwanderung von Patienten).

1 Angebot

Im vorliegenden Kapitel zum Angebot der stationären Versorgung in der Rehabilitation liegt der Fokus auf den Leistungserbringern, d.h. auf den Spitälern der Aargauer Spitalliste und ihrem Angebot. Einen Überblick zu den Fallzahlen und geleisteten Pfl egetagen sowie eine detaillierte Analyse pro Spital werden nachfolgend dargelegt. Ausserdem wird der Anteil Patienten mit Liegекlasse halbprivat/privat in den verschiedenen Spitälern untersucht. Die Veränderung des Angebots wird schlussendlich anhand der Entwicklung der Fallzahlen und Pfl egetage aufgezeigt.

Abbildung 49 zeigt die stationären Hospitalisationen der Aargauer Spitälern im Bereich der Rehabilitation. Einerseits werden die Anzahl Fälle, andererseits die Anzahl Pfl egetage für die Jahre 2011, 2012 und 2013 dargelegt. Als Fall gezählt wird dabei eine Hospitalisation mit Austrittsdatum im betreffenden Auswertungsjahr. Die Pfl egetage dagegen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Pfl egetage im jeweiligen Datenjahr, unabhängig vom Eintritts- bzw. Austrittsdatum der Patienten. Diese Fall- und Pfl egetagedefinition gilt für alle nachfolgenden Auswertungen.

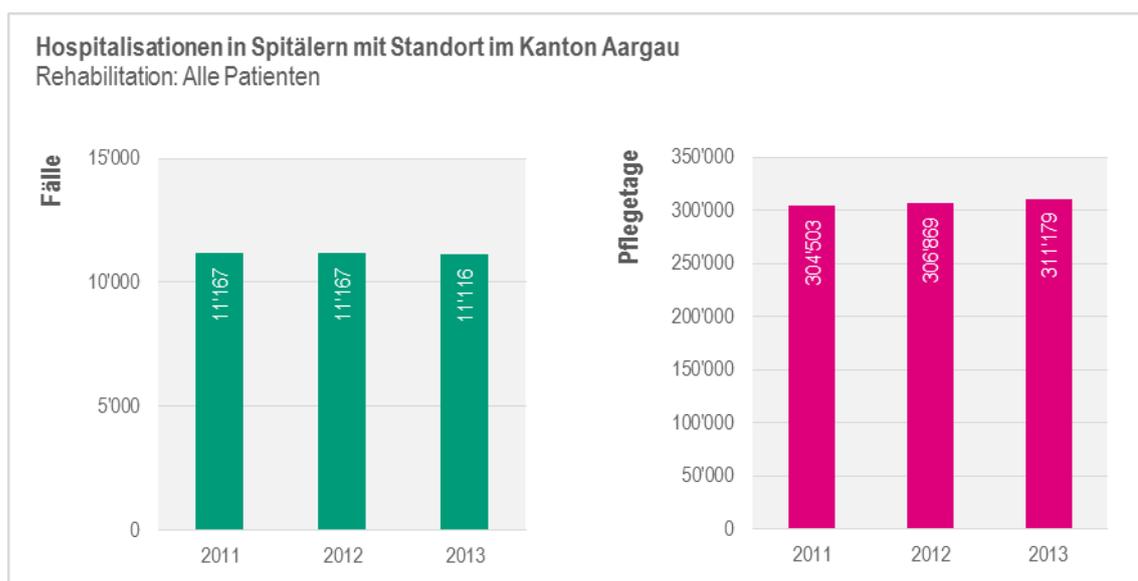


ABBILDUNG 49: ANGEBOT REHABILITATION – FÄLLE UND PFL EGETAGE 2011-2013

Wie aus Abbildung 49 ersichtlich wird, nimmt die Anzahl Hospitalisationen im Bereich der Rehabilitation in Aargauer Spitälern zwischen 2011 und 2013 von 11'167 auf 11'116 geringfügig ab. Die Anzahl geleisteter Pfl egetage nimmt im gleichen Zeitraum von 304'503 auf 311'179 im Jahr 2013 zu. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Fallzahlen und Pfl egetage der Aargauer Spitälern im Bereich der Rehabilitation relativ stabil bleiben.

Die nachfolgende **Tabelle 51** weist die Fallzahlen und Pfl egetage (PT) pro Spital aus, wobei unterschieden wird zwischen Leistungserbringern mit Standort im Kanton Aargau und ausserkantonalen Leistungserbringern, die auf der Spitalliste des Kantons Aargau aufgeföhrt sind. Darüber hinaus beinhaltet Tabelle 51 Angaben zum prozentualen Marktanteil des jeweiligen Spitals an den gesamthaft für Aargauer Patienten geleisteten Pfl egetagen (MA_{AG}). Damit unterscheidet sich der prozentuale Marktanteil bezüglich des Patientenkreises von den Angaben zu den Fällen und Pfl egetagen, indem nicht alle geleisteten Pfl egetage, sondern nur diejenigen, die für Aargauer Pa-

tienten geleistet wurden in die Berechnung einbezogen werden. In die Betrachtung des prozentualen Marktanteils Aargau einbezogen werden ebenfalls die Spitäler, die auf keiner der Nordwestschweizer Spitallisten aufgeführt sind. Diese sind in der Kategorie *übrige Spitäler* zusammengefasst.

Kanton Aargau	2011			2012			2013		
	Fälle	PT	MAAG	Fälle	PT	MAAG	Fälle	PT	MAAG
	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%
Kantonale Listenspitäler	11'167	304'503	83.4%	11'167	306'869	83.4%	11'116	311'179	83.3%
RehaClinic	3'283	79'857	15.5%	3'267	79'241	16.4%	3'345	83'203	19.3%
Reha Rheinfelden	1'978	57'714	19.7%	1'921	59'986	19.2%	1'946	60'867	18.8%
aarReha Schinznach	1'500	31'487	15.3%	1'464	31'793	15.1%	1'397	33'397	14.9%
Klinik Barmelweid	1'697	37'517	17.7%	1'687	37'590	16.0%	1'569	32'757	13.2%
Rehaklinik Bellikon	1'527	71'586	9.0%	1'591	71'629	10.6%	1'594	72'424	10.9%
Privat-Klinik im Park	763	18'487	5.4%	841	19'047	5.4%	825	19'605	5.3%
Rehaklinik Salina	419	7'855	0.8%	396	7'583	0.7%	440	8'926	0.9%
Ausserkantonale Listenkliniken	1'532	97'243	6.9%	1'840	99'527	6.1%	2'015	101'775	5.6%
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	675	46'668	4.4%	893	47'943	3.7%	1'096	48'715	3.5%
REHAB Basel	414	27'569	1.2%	420	27'736	1.1%	397	27'812	1.3%
Kinderspital Zürich	203	11'394	0.9%	190	11'015	1.1%	184	11'038	0.5%
Uni Klinik Balgrist	240	11'612	0.5%	337	12'833	0.2%	338	14'210	0.3%
übrige Spitäler			9.7%			10.5%			11.1%
			100.0%			100.0%			100.0%

TABELLE 51: ANGEBOT REHABILITATION – FÄLLE, PFLEGETAGE UND MARKTANTEILE PRO SPITAL 2011-13

Gemäss Tabelle 51 weisen die Aargauer Listenspitäler insgesamt einen Marktanteil von 83% auf, d.h. 83% der für Aargauer Patienten geleisteten Pfl egetage werden von Spitälern mit Standort im Kanton Aargau erbracht. Im Jahr 2013 verzeichnen die RehaClinic und die Reha Rheinfelden unter den Aargauer Spitälern die höchsten Marktanteile mit 19.3% bzw. 18.8%. Die ausserkantonalen Listenspitäler weisen im Jahr 2013 einen Marktanteil von 5.6% auf, jener der Spitäler, welche nicht auf der Spitalliste des Kantons Aargau sind, beträgt 11.1%. Bei den ausserkantonalen Spitälern weist das Schweizer Paraplegiker-Zentrum den höchsten Marktanteil mit 3.5% im Jahr 2013 auf.

Am meisten Fälle und Pfl egetage verzeichnet die RehaClinic mit 3'345 Fällen bzw. 83'203 Pfl egetagen im Jahr 2013, wobei sich ein Grossteil der Leistungen durch die RehaClinic auf ausserregionale Patienten bezieht. Konkret wurden in der RehaClinic in den Jahren 2011 und 2012 über die Hälfte der Pfl egetage zugunsten von Patienten aus dem Kanton Zürich erbracht. In Relation zur Anzahl der Fälle (1'594 im Jahr 2013) kennzeichnet die Rehaklinik Bellikon eine überdurchschnittlich hohe Anzahl Pfl egetage aus (72'424 im Jahr 2013).

Die nachfolgende **Abbildung 50** zeigt den Anteil Patienten der Liegeklasse halbprivat/privat für das Jahr 2013¹⁰⁰ für alle Spitäler mit Standort in der Nordwestschweiz.

¹⁰⁰ Es wird auf eine Darstellung der Anzahl Patienten nach Liegeklasse für die Jahre 2011 und 2012 verzichtet, da aus den Veränderungen keine klaren Tendenzen feststellbar sind.

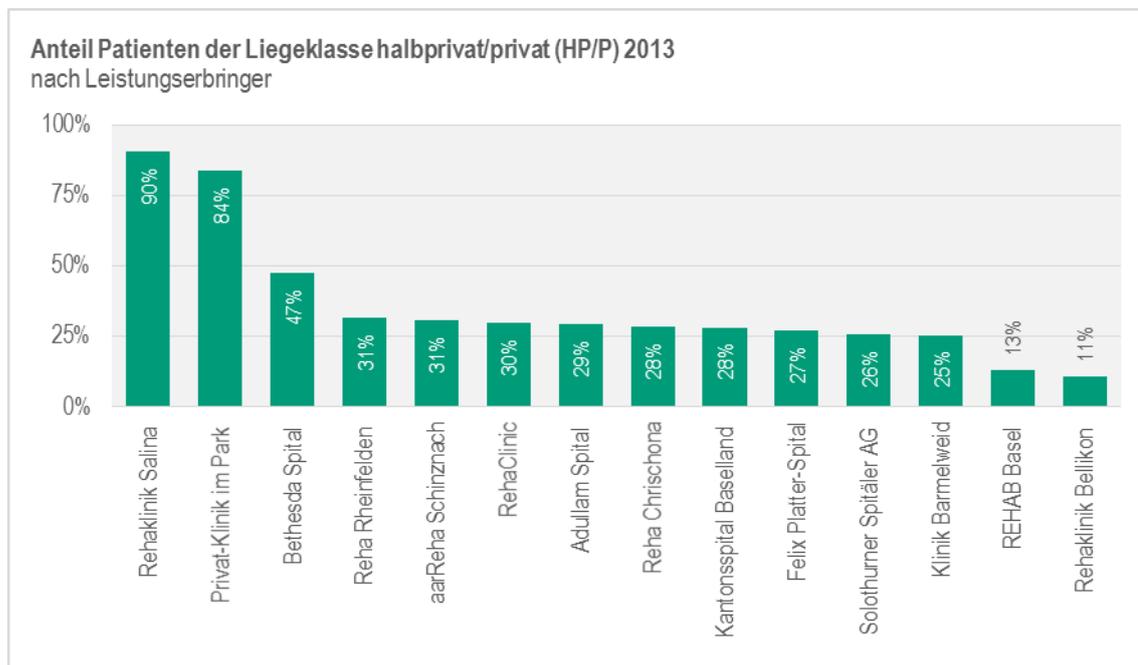


ABBILDUNG 50: ANTEIL PATIENTEN DER LIEGEKLASSE HALBPRIVAT/PRIVAT (HP/P) NACH SPITAL, 2013

Wie Abbildung 50 zeigt, verfügen 90% der Patienten der Rehaklinik Salina über eine halbprivate oder private Versicherung. Verhältnismässig viele Patienten mit Liegeklasse halbprivat/privat hat auch die Privat-Klinik im Park (84%). Diese beiden Spitäler sind gemessen am Marktanteil für den Kanton Aargau jedoch nur von geringer Bedeutung. Im Bethesda Spital sind es knapp die Hälfte (47%) der Patienten, die in der Liegeklasse halbprivat/privat einzuordnen sind. Die restlichen Kliniken, mit Ausnahme der REHAB Basel (13%) und der Rehaklinik Bellikon (11%), haben zwischen 25-30% privat oder halbprivat versicherte Patienten.

Die nachfolgende **Tabelle 52** weist die Veränderung der Fallzahlen, der Pflagetage und des Marktanteils der verschiedenen Spitäler im Bereich der Rehabilitation aus. Die Reihenfolge der Spitäler orientiert sich an deren Marktanteil. Für die ausserkantonalen Spitäler ist ausschliesslich die Veränderung des Marktanteils ausgewiesen, weil die Veränderungen der Gesamtfallzahlen und Pflagetage in ausserkantonalen Spitälern aus der Perspektive des Kantons Aargau von untergeordneter Relevanz sind.

Kanton Aargau	Veränderung 2011-2013		
	Fälle	PT	MAAG
	Anz.	Anz.	pp
Kantonale Listenspitäler	-51	+6'676	-0.1%
RehaClinic	+62	+3'346	+3.8%
Reha Rheinfelden	-32	+3'153	-0.9%
aarReha Schinznach	-103	+1'910	-0.4%
Klinik Barmelweid	-128	-4'760	-4.5%
Rehaklinik Bellikon	+67	+838	+1.9%
Privat-Klinik im Park	+62	+1'118	-0.1%
Rehaklinik Salina	+21	+1'071	+0.1%
Ausserkantonale Listenkliniken			-1.3%
Schweizer Paraplegiker-Zentrum			-0.9%
REHAB Basel			+0.1%
Kinderspital Zürich			-0.4%
Uni Klinik Balgrist			-0.2%
Übrige Spitäler			+1.4%

TABELLE 52: ANGEBOT REHABILITATION – VERÄNDERUNG FÄLLE, PFLAGEtage UND MARKTANTEILE PRO SPITAL 2011-13

Aus Tabelle 52 wird ersichtlich, dass die Spitäler mit Standort im Kanton Aargau bei den Fallzahlen einen minimalen Rückgang von -51 Fällen, jedoch eine Zunahme hinsichtlich der Pflēgetage von +6'676 verzeichnen. Der Marktanteil der Aargauer Spitäler, welcher sich gemäss Tabelle 52 anhand der Pflēgetage berechnet, bleibt zwischen 2011 und 2013 stabil.

Ein Rückgang der Fallzahl, der Pflēgetage sowie des Marktanteils für die Klinik Barmelweid auszumachen. Die grösste Zunahme hinsichtlich der Pflēgetage verzeichnen die RehaClinic (+ 3'346 PT) und die Reha Rheinfelden (+3'153 PT). Die RehaClinic gewinnt am meisten Marktanteil unter den Aargauer Spitälern, nämlich +3.8%, wohingegen die Reha Rheinfelden an Marktanteil verliert (-0.9 Prozentpunkte). In Anbetracht, dass bei beiden genannten Leistungserbringern ein Anstieg der geleisteten Pflēgetage verzeichnet wird, mag die gegensätzliche Entwicklung der jeweiligen Marktanteile im ersten Moment überraschend erscheinen. Zu erklären ist dies jedoch mit einer Veränderung in der Patientenstruktur bei der RehaClinic. Wie erwähnt, waren in den Jahren 2011 und 2012 über die Hälfte der Pflēgetage auf Patienten aus dem Kanton Zürich zurückzuführen. Im Jahr 2013 reduzierte sich die Zahl der Zürcher Patienten merklich, währenddessen deutlich mehr Aargauer Patienten in der RehaClinic behandelt wurden, wodurch sich der Anstieg hinsichtlich des Marktanteils erklärt. Der Rückgang der Zürcher Patienten ist mit der Eröffnung der Standorte Kilchberg und Zollikerberg der RehaClinic im Laufe des Jahres 2012 in Verbindung zu setzen.

Die ausserkantonalen Listenspitäler verlieren an Marktanteil (-1.3 Prozentpunkte). Dahingegen nimmt der Marktanteil der Spitäler, die nicht auf der Aargauer Spitalliste figurieren, um +1.4 Prozentpunkte zu.

Im Rahmen der eigens für das Monitoring durchgeführten Erhebungen bei den Rehabilitations-einrichtungen gemäss Spitalisten der Nordwestschweizer Kantone wurden detaillierte Leistungszahlen auf Ebene der Leistungsgruppen erhoben, welche hinsichtlich Detaillierungsgrad über die Auswertungen im vorliegenden Kapitel hinausreichen, jedoch nicht Bestandteil der Berichterstattung sind.

2 Nachfrage

In diesem Kapitel wird die Frage beantwortet, in welchen Leistungsgruppen die Aargauer Bevölkerung Leistungen der Rehabilitation in Anspruch nimmt. Einen Überblick zu den Fallzahlen und geleisteten Pflēgetagen der Aargauer Bevölkerung sowie eine detaillierte Analyse pro Leistungsgruppe werden nachfolgend dargelegt. Die Veränderung der Nachfrage wird schlussendlich anhand der Entwicklung der Fallzahlen und Pflēgetage aufgezeigt.

Die Daten für das vorliegende Kapitel beziehen sich auf die Spitäler auf den Spitalisten der Nordwestschweizer Kantone. Leistungen, die in Spitälern, die nicht auf den Spitalisten der Nordwestschweizer Kantone figurieren, erbracht wurden, sind in einer Sammelkategorie *nicht zuordenbare Inanspruchnahme* zusätzlich aufgeführt. Diese Leistungen wurden anhand der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik BFS eruiert, können jedoch aufgrund der Datenstruktur der Medizinischen Statistik nicht den Leistungsgruppen zugeordnet werden.

Die ausgewiesenen Leistungsgruppen entsprechen jenen, die im Rahmen der Spitalisten der Nordwestschweizer Kantone definiert wurden. Sie sind weitgehend mit den Leistungsgruppen gemäss Definition von H+ vergleichbar.¹⁰¹ Differenzen bestehen insbesondere bzgl. der Leistungsgruppe Frührehabilitation und in Bezug auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. H+ führt die Frührehabilitation nicht als separate Leistungsgruppe, sondern unterscheidet

¹⁰¹ Vgl. hierzu das Grundlagenpapier DefReha© Stationäre Rehabilitation (H+ Die Spitäler der Schweiz, 2013) sowie die Ausführungen im Methodenbericht des Monitorings.

jeweils zwischen überwachungspflichtiger Rehabilitation (kann mit der Frührehabilitation gleichgesetzt werden) und stationärer Rehabilitation in den verschiedenen Leistungsgruppen.¹⁰² Innerhalb des Leistungsbereichs *Rehabilitation Kinder und Jugendliche* definiert H+ die Leistungsgruppen analog zur Erwachsenenrehabilitation gemäss betroffener Organe und Organsysteme unter Einbezug spezialisierter kindes- und jugendgerechten Rehabilitationskonzepte.¹⁰³ Insgesamt resultieren daraus für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sieben Leistungsgruppen gemäss H+. Die Spitallisten der Nordwestschweizer Kantone sehen jedoch nur drei Leistungsgruppen vor: Frührehabilitation, Neurorehabilitation inkl. Neuroorthopädische Rehabilitation und allgemeine pädiatrische Rehabilitation.

Die nachfolgende **Abbildung 51** gibt einen Überblick zu den Fällen und Pflegetagen der Aargauer Bevölkerung in der stationären Rehabilitation für die Jahre 2011-2013.

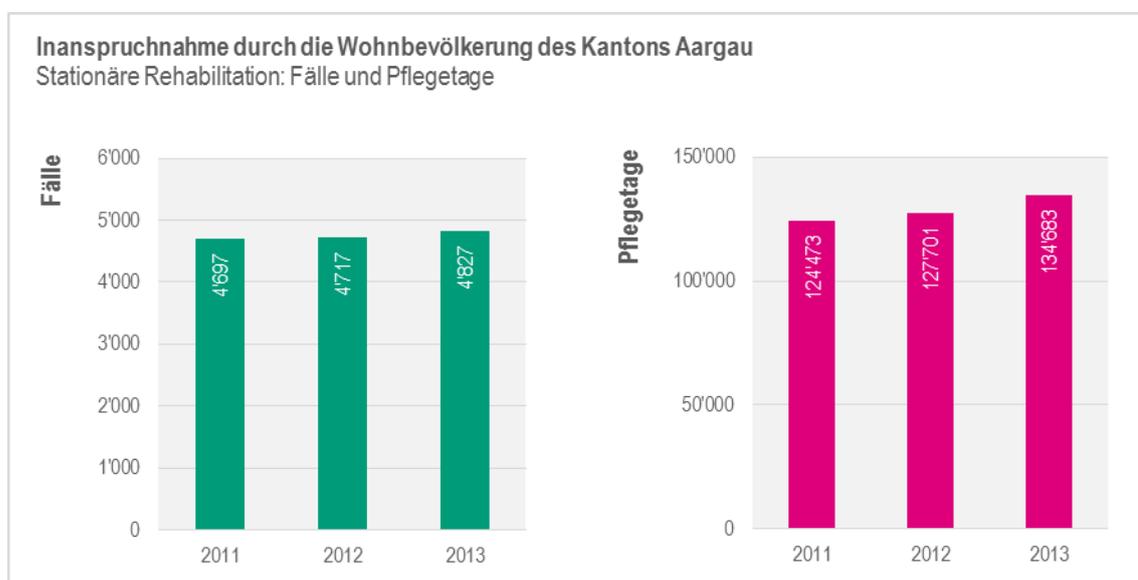


ABBILDUNG 51: NACHFRAGE REHABILITATION – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Wie Abbildung 51 zeigt, nahm die Nachfrage der Aargauer Bevölkerung im Zeitraum von 2011 bis 2013 kontinuierlich zu. Im Jahr 2011 wurden 4'697 Hospitalisationen von Patienten aus dem Kanton Aargau verzeichnet, im Jahr 2013 waren es 4'827. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von +1.4%. Die Hospitalisationsrate bleibt zwischen 2011 und 2013 stabil bei 7.6 Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner. Die Pfelegetage zugunsten von Aargauer Patienten beliefen sich im Jahr 2011 auf 124'473, im Jahr 2012 auf 127'701 und im Jahr 2013 auf 134'683 Pfelegetage.

Tabelle 53 stellt die Inanspruchnahme der Aargauer Wohnbevölkerung des stationären Angebotes im Bereich Rehabilitation nach Leistungsgruppen dar. Ausgewiesen werden wiederum die Anzahl Fälle und Pfelegetage. Ausserdem ist der Anteil der Pfelegetage pro Leistungsgruppe an der Gesamtzahl der Pfelegetage im Jahr 2013 in Form von Balken dargestellt, welche die relative Bedeutung der Leistungsbereiche und -gruppen visualisieren.

¹⁰² Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.11ff.).

¹⁰³ Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.38ff.).

Kanton Aargau Leistungsbereiche/-gruppen	2011		2012		2013		
	Fälle	PT	Fälle	PT	Fälle	PT	
	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	%
Rehabilitation Erwachsene	4'150	112'503	4'170	114'064	4'259	120'478	89.5%
Frührehabilitation	58	2'595	52	3'085	62	2'925	2.2%
Geriatrische Rehabilitation	165	4'136	253	6'361	298	7'618	5.7%
Muskuloskeletale Rehabilitation	1'915	44'798	1'858	45'816	1'877	47'972	35.6%
Neurologische Rehabilitation (ohne Paraplegie)	876	31'291	892	31'643	952	36'967	27.4%
Rehabilitation und Behandlung Querschnittgelähmter	92	6'532	131	5'625	147	5'474	4.1%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	533	11'018	522	10'391	539	11'095	8.2%
Pulmonale Rehabilitation	423	8'403	363	7'158	347	7'176	5.3%
Internistisch-onkologische Rehabilitation	6	99	6	136	8	154	0.1%
Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	82	3'631	93	3'849	29	1'097	0.8%
Rehabilitation Kinder und Jugendliche	23	1'110	21	1'395	12	624	0.5%
Frührehabilitation	0	0	0	0	0	0	0.0%
Neurorehabilitation inkl. Neuroorthopädische Rehabilitation	23	1'110	21	1'395	12	624	0.5%
Allgemeine pädiatrische Rehabilitation	0	0	0	0	0	0	0.0%
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme (a)	524	10'860	526	12'242	556	13'581	10.1%
Total	4'697	124'473	4'717	127'701	4'827	134'683	100.0%

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

TABELLE 53: NACHFRAGE REHABILITATION – FÄLLE UND PFLEGETAGE PRO LEISTUNGSGRUPPE 2011-13

Gemäss Tabelle 53 wurden vor allem Leistungen im Bereich der Rehabilitation von Erwachsenen durch die Aargauer Bevölkerung in Anspruch genommen. Es handelt sich um 4'259 Fälle im Jahr 2013. Die Pfl egetage in der Erwachsenenrehabilitation belaufen sich auf 112'503 im Jahr 2011, 114'064 im Jahr 2012 und 120'478 Pfl egetage im Jahr 2013.

Über ein Drittel und damit der grösste Anteil der Leistungen innerhalb der Rehabilitation von Erwachsenen fallen in der *Muskuloskeletalen Rehabilitation* mit 35.6% im Jahr 2013 an. Darüber hinaus ist die *Neurologischen Rehabilitation (ohne Paraplegie)* mit 27.4% von wesentlicher Bedeutung. Die *Geriatrische Rehabilitation* betrifft nur knapp 6% der Nachfrage der Aargauer Bevölkerung, was markant tiefer ist im Vergleich zu 19% der Nachfrage bei der Nordwestschweizer Bevölkerung insgesamt. Eine detaillierte Analyse der Nachfrage auf Kantonsebene zeigt, dass vor allem die basel-städtische und basel-landschaftliche Bevölkerung eine hohe Nachfrage im Bereich der *Geriatrischen Rehabilitation* mit 47% bzw. 17% aufweist, die Kantone Aargau und Solothurn jedoch eine vergleichsweise tiefe Nachfrage mit 6% bzw. 4% verzeichnen.¹⁰⁴ Ausschlaggebend dafür ist, dass der Kanton Basel-Stadt mit dem Adullam Spital und dem Felix Platter-Spital über zwei spezialisierte geriatrische Leistungserbringer aufweist, auf welche rund für zwei Drittel aller geriatrischen Fälle innerhalb der Nordwestschweiz entfallen. Im Gegenzug wird im Kanton Basel-Stadt ein deutlich kleinerer Anteil der Fälle der muskuloskeletalen Rehabilitation bzw. der neurologischen Rehabilitation zugeordnet. Ausgehend von der Annahme, dass sich der Bedarf hinsichtlich der Rehabilitationsleistungen nach Leistungsgruppen in den verschiedenen Kantonen nicht aufgrund etwaiger epidemiologischer Ursachen wesentlich unterscheidet, deutet dies darauf hin, dass die relative Bedeutung der genannten Leistungsgruppen insbesondere in Abhängigkeit der jeweiligen Angebote bzw. Leistungsaufträge der Leistungserbringer resultiert. Mitverantwortlich dafür ist ebenso die Tatsache, dass zumindest in Bezug auf die im Monitoring betrachteten Jahre keine präzise, allgemein anerkannte Definition der *Geriatrischen Rehabilitation* als Leistungsgruppe existierte. Inwiefern sich dies, ausgehend von der Definition und Abgrenzung der geriatrischen Rehabilitation gemäss Grundlagenpapier von H+ ändert,¹⁰⁵ wird sich noch erweisen müssen.

¹⁰⁴ Vgl. dazu die Berichte zum Monitoring auf Ebene der einzelnen Kantone.

¹⁰⁵ Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.17ff.).

Die sehr kleine Nachfrage (2.2%) der *Frührehabilitation* sollte gemäss Expertengruppe mit grösster Vorsicht interpretiert werden. Es ist davon auszugehen, dass es im Rahmen der durchgeführten Erhebung nur unzureichend gelungen ist, die Leistungen der Frührehabilitation abzugrenzen bzw. die Abgrenzung der Frührehabilitation je nach Datenlage in den Spitälern überhaupt nur schwer herzustellen ist. Für den Kanton Aargau gilt ausserdem, dass im Rahmen der Spitalliste per 1. Januar 2012 die Frührehabilitation beschränkt auf neurologische Frührehabilitation als Leistungsgruppe definiert war. Am besten ist die Frührehabilitation als Querschnittsgruppe aufzufassen, weshalb in der Leistungsgruppendefinition von H+, welche im Jahr 2013 erschien, keine separate Leistungsgruppe Frührehabilitation vorgesehen ist, sondern innerhalb der bestimmter Leistungsgruppen zwischen überwachungspflichtiger und stationärer Rehabilitation unterschieden wird.¹⁰⁶ Aufgrund dieser Überlegungen kann davon ausgegangen werden, dass jene Fälle, die zwar gemäss Leistungsgruppendefinition der vorliegenden Erhebung als Frührehabilitation gelten würden, innerhalb der übrigen Leistungsgruppen gezählt wurden. Präzise Fallzahlen zur Frührehabilitation wären von besonderem Interesse im Zusammenhang der neuen Spitalfinanzierung in der Akutsomatik ab 2012. Es besteht nämlich die Hypothese, dass Patienten vermehrt frühzeitig von Akutspitälern in die Rehabilitation überwiesen werden. Diese sind aufgrund des früheren Austritts aus dem Akutspital häufiger überwachungspflichtig, womit in der Frührehabilitation ein Anstieg der Fälle zu verzeichnen wäre. Solange keine einheitliche und klare Datenerfassung der Frührehabilitation besteht, kann diese Hypothese nicht über die Leistungsco-dierung überprüft werden. Allenfalls wäre es alternativ möglich, diese Hypothese anhand des Schweregrads (Grad der Erkrankung des Patienten) bei Eintritt in die Rehabilitation zu überprüfen. Im Rahmen des vorliegenden Monitorings standen die entsprechenden Datenquellen jedoch nicht zur Verfügung. Zwecks eines umfassenden Bildes bezüglich der Auswirkungen der KVG-Revision wären daher ergänzende Analysen in Bezug auf die Schnittstelle zwischen akutstationärer und Rehabilitationsversorgung von zentralem Interesse.

Nebst der Frührehabilitation sind auch die ausgewiesenen Fallzahlen und Pflergetage innerhalb der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sehr klein. Da die Fallzahlen des Universitäts-Kinderspital beider Basel in den vorliegenden Auswertungen nicht berücksichtigt werden konnten, sind diese Angaben nicht wirklich interpretierbar. Schätzungen des Universitäts-Kinderspitals beider Basel bezüglich der Anzahl behandelter Fälle in den Jahren 2011 und 2012 belaufen sich auf rund 35-70 Fälle pro Jahr. Nebst dem Universitäts-Kinderspital beider Basel war lediglich noch das Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche des Kinderspitals Zürich in Affoltern am Albis Teil der Erhebungen im Rahmen des Monitorings. Sämtliche in der Kinder- und Jugendrehabilitation ausgewiesenen Fälle gemäss **Tabelle 53** beziehen sich denn auch auf Fälle im Kinderspital Zürich. Diese Patienten stammen mehrheitlich aus dem Kanton Aargau.

Insgesamt sei festgehalten, dass anhand der zur Verfügung stehenden Datengrundlagen lediglich ein unvollständiges Bild der Rehabilitationsleistungen zugunsten von Kindern und Jugendlichen gezeichnet wird. Gemäss der diesbezüglichen Auseinandersetzung im Rahmen der Expertengruppe zum Monitoring liegt dies mitunter daran, dass aktuell kein spezialisiertes Angebot im Bereich Kinder- und Jugendrehabilitation in der Nordwestschweiz besteht. Unter Fachpersonen aus der Region bestehen seit längerem Bestrebungen, ein solches Angebot aufzubauen.

¹⁰⁶ Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.11ff.).

Kanton Aargau		Veränderung 2011-2013			
Leistungsbereiche/-gruppen	Fälle	PT		PT	
	Anz.	Anz.	Anz.	% (b)	
Rehabilitation Erwachsene	+109	+7'975		+7.1%	
Frührehabilitation	+4	+330		-	-
Geriatrische Rehabilitation	+133	+3'482		+84.2%	
Muskuloskeletale Rehabilitation	-38	+3'174		+7.1%	
Neurologische Rehabilitation (ohne Paraplegie)	+76	+5'676		+18.1%	
Rehabilitation und Behandlung Querschnittgelähmter	+55	-1'058		-16.2%	
Kardiovaskuläre Rehabilitation	+6	+77		+0.7%	
Pulmonale Rehabilitation	-76	-1'227		-14.6%	
Internistisch-onkologische Rehabilitation	+2	+55		-	-
Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	-53	-2'534		-	-
Rehabilitation Kinder und Jugendliche	-11	-486		-	-
Frührehabilitation	+0	+0		-	-
Neurorehabilitation inkl. Neuroorthopädische Rehabilitation	-11	-486		-	-
Allgemeine pädiatrische Rehabilitation	+0	+0		-	-
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme (a)	+32	+2'721		+25.1%	
Total	+130	+10'210		+8.2%	

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

(b) die relative Veränderung wird ausschliesslich in Leistungsgruppen mit mindestens 100 Fällen im Jahr 2013 ausgewiesen.

TABELLE 54: NACHFRAGE REHABILITATION – VERÄNDERUNG FALLZAHLEN UND PFLEGETAGE PRO LEISTUNGSGRUPPE 2011-13

Gemäss **Tabelle 54** kann für die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen durch Aargauer Patienten eine Zunahme – sowohl der Fallzahl als auch der Pflegetage – für die Leistungsgruppen *Geriatrische Rehabilitation* und *Neurologischen Rehabilitation (ohne Paraplegie)* ausgemacht werden. Ebenso gilt dies für die Inanspruchnahme bei Leistungserbringern, die nicht auf einer der Spitalisten der Nordwestschweizer Kantone figurieren und deswegen keiner der Leistungsgruppen zugeordnet werden können.

3 Patientenströme

Im Zusammenhang mit den Patientenströmen wird zum einen die **Zuwanderung** von ausserkantonalen Patienten im Kanton Aargau anhand der Hospitalisationen ausserkantonomer Patienten in Rehabilitationseinrichtungen mit Standort im Kanton Aargau dargestellt. Im Zusammenhang mit der **Abwanderung** werden die Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau in Rehabilitationseinrichtungen ausserhalb des Wohnkantons betrachtet.

3.1 Abwanderung

Die **Tabelle 55** zeigt, in welchen Kantonen die Aargauer Bevölkerung Leistungen der Rehabilitation in Anspruch nimmt. Ausgewiesen sind jeweils die Fallzahlen sowie deren prozentualer Anteil nach Standortkanton der Hospitalisation.

Kanton Aargau		2011		2012		2013		Δ 2011-13		
		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle		
Standortkanton des Spitals		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp	
AG		3'991	85.0%	3'975	84.3%	4'042	83.7%	+51	-1.2%	
Abwanderung		706	15.0%	742	15.7%	785	16.3%	+79	+1.2%	
NWCH	BL	3	0.1%	3	0.1%	5	0.1%	+2	+0.0%	
	BS	44	0.9%	45	1.0%	46	1.0%	+2	+0.0%	
	SO	13	0.3%	1	0.0%	0	0.0%	-13	-0.3%	
übrige Schweiz	AI	10	0.2%	8	0.2%	8	0.2%	-2	-0.0%	
	AR	108	2.3%	123	2.6%	126	2.6%	+18	+0.3%	
	BE	68	1.4%	73	1.5%	80	1.7%	+12	+0.2%	
	FR	0	0.0%	0	0.0%	1	0.0%	+1	+0.0%	
	GE	0	0.0%	2	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%	
	GL	21	0.4%	25	0.5%	37	0.8%	+16	+0.3%	
	GR	72	1.5%	50	1.1%	64	1.3%	-8	-0.2%	
	JU	18	0.4%	22	0.5%	28	0.6%	+10	+0.2%	
	LU	97	2.1%	145	3.1%	147	3.0%	+50	+1.0%	
	NE	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%	
	NW	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%	
	OW	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%	
	SG	29	0.6%	21	0.4%	30	0.6%	+1	+0.0%	
	SH	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%	
	SZ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%	
	TG	93	2.0%	97	2.1%	91	1.9%	-2	-0.1%	
	TI	1	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	-1	-0.0%	
	UR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%	
	VD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%	
	VS	8	0.2%	8	0.2%	8	0.2%	+0	-0.0%	
	ZG	9	0.2%	23	0.5%	36	0.7%	+27	+0.6%	
	ZH	112	2.4%	94	2.0%	78	1.6%	-34	-0.8%	
	Total		4'697	100.0%	4'717	100.0%	4'827	100.0%	+130	

TABELLE 55: ABWANDERUNG REHABILITATION – FÄLLE NACH STANDORTKANTON DER HOSPITALISATION 2011-2013

Wie aus Tabelle 55 ersichtlich wird, beziehen sich 83.7% (Jahr 2013) der Hospitalisationen von Aargauer Patienten auf Leistungen innerhalb des Kantons. D.h., dass 16.3% (Jahr 2013) der Aargauer Patienten Rehabilitationsleistungen ausserhalb des Kantons Aargau in Anspruch nehmen

Wichtigster Zielkanton ist der Kanton Luzern (3.0% der Gesamtnachfrage der Aargauer Bevölkerung im Jahr 2013). Darauf folgen die Kantone Appenzell Ausserrhodens (2.6% der Gesamtnachfrage), Thurgau (1.9%), Bern (1.7%), Zürich (1.6%) und Graubünden (1.3%). Die Abwanderung der Aargauer Bevölkerung ist somit heterogener als jene der übrigen Nordwestschweizer Kantone.

3.2 Zuwanderung

Tabelle 56 weist die Inanspruchnahme von Leistungen der Rehabilitation in stationären Einrichtungen mit Standort im Kanton Aargau nach Wohnsitzkanton der Patienten aus. Nebst der Fallzahl und der Pflage tage wird die Verteilung der Zuwanderung gemäss Wohnsitzkanton der Patienten dargestellt.

Kanton Aargau	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Wohnkanton Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
AG	3'991	35.7%	3'975	35.6%	4'042	36.4%	+51	+0.6%
Zuwanderung	7'176	64.3%	7'192	64.4%	7'074	63.6%	-102	-0.6%
BS	483	4.3%	521	4.7%	501	4.5%	+18	+0.2%
BL	1'006	9.0%	1'045	9.4%	1'056	9.5%	+50	+0.5%
SO	618	5.5%	778	7.0%	804	7.2%	+186	+1.7%
LU	426	3.8%	420	3.8%	484	4.4%	+58	+0.5%
ZH	3'358	30.1%	3'057	27.4%	2'836	25.5%	-522	-4.6%
BE	278	2.5%	306	2.7%	335	3.0%	+57	+0.5%
ZG	59	0.5%	80	0.7%	75	0.7%	+16	+0.1%
übrige CH	752	6.7%	793	7.1%	801	7.2%	+49	+0.5%
Ausland	196	1.8%	192	1.7%	182	1.6%	-14	-0.1%
Total	11'167	100.0%	11'167	100.0%	11'116	100.0%	-51	

TABELLE 56: ZUWANDERUNG REHABILITATION – HOSPITALISATIONEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2011-2013

Tabelle 56 zeigt, dass in den Jahren 2011 bis 2013 zwischen 7'074 und 7'129 ausserkantonale Patienten pro Jahr in Rehabilitationsspitalern mit Standort im Kanton Aargau behandelt wurden. Somit sind zwei Drittel der Hospitalisationen in der Rehabilitation auf ausserkantonale Patienten zurückzuführen. Im Vergleich zu den übrigen Nordwestschweizer Kantonen weist der Kanton Aargau damit die höchste Zuwanderung von ausserkantonalen Patienten aus.

Mit 25.5% im Jahr 2013 sind die Zürcher am stärksten unter den ausserkantonalen Patienten vertreten, wobei innerhalb der Beobachtungsperiode ein deutlicher Rückgang der Zuwanderung aus dem Kanton Zürich feststellbar ist. Der Rückgang der Zürcher Patienten ist – wie bereits erwähnt – mit der Eröffnung der Standorte Kilchberg und Zollikerberg der RehaClinic im Laufe des Jahres 2012 in Verbindung zu setzen, wodurch sich der Anteil der Zürcher Patienten an den Standorten der RehaClinic im Kanton Aargau merklich reduzierte. Ferner sind im Jahr 2013 ausserdem 9.5% der Hospitalisationen in Rehabilitationseinrichtungen mit Standort im Kanton Aargau auf Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft und 7.2% auf Patienten aus dem Kanton Solothurn zurückzuführen.

Insgesamt ist in Bezug auf die stationäre Rehabilitation für den Kanton Aargau eine hohe Nettozuwanderung zu verzeichnen. Im Jahr 2013 beläuft sich die Abwanderung von Aargauer Patienten auf 785 Fälle, währenddessen 7'074 ausserkantonale Patienten Leistungen in Aargauer Rehabilitationsspitalern beanspruchten. Das Saldo aus Zu- und Abwanderung bzw. die Nettozuwanderung beträgt somit 6'289 Fälle.

4 Fazit Rehabilitation

4.1 Tendenzieller Anstieg hinsichtlich der Fallzahlen und Pflegetage

In Bezug auf die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen durch die Wohnbevölkerung des Kantons Aargau ist sowohl hinsichtlich der Fallzahlen als auch der Pflegetage eine steigende Tendenz festzustellen. Ebenso ist ein Anstieg der geleisteten Pflegetage in Aargauer Rehabilitationseinrichtungen festzustellen, währenddessen die Zahl der Fälle weitgehend konstant bleibt.

4.2 Zuwanderungskanton Aargau

Rund zwei Drittel der stationären Rehabilitationsleistungen im Kanton Aargau sind aus ausserkantonale Patienten zurückzuführen. Massgeblich dafür verantwortlich ist die RehaClinic bzw. deren Standorte im Kanton Aargau. Zu einem grossen Anteil werden dort Patienten aus dem Kanton Zürich hospitalisiert, wodurch sich die hohe Nettozuwanderung in den Kanton Aargau

respektive in die Nordwestschweiz ergibt. Infolge der Eröffnung der neuen Standorte Kilchberg und Zollikerberg der RehaClinic zeigt sich jedoch ein merklicher Rückgang der Zürcher Patienten in der Nordwestschweiz bzw. im Kanton Aargau. Nichtsdestotrotz bleibt der Kanton Aargau ein Zuwanderungskanton in Bezug auf die stationäre Versorgung in der Rehabilitation.

4.3 Mangelnde Abgrenzung der Leistungsgruppen in der Rehabilitation

Anhand der Daten zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen nach Leistungsgruppen lassen sich nur bedingt Rückschlüsse auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Aargauer Bevölkerung vornehmen.¹⁰⁷ Dies umso mehr, wenn auch die kantonsspezifischen Auswertungen der anderen Nordwestschweizer Kantone betrachtet werden: Je nach Kanton unterscheidet sich die Inanspruchnahme nach Leistungsgruppen beträchtlich.¹⁰⁸ Anhand der durchgeführten Erhebung sind zum Beispiel weder die Frührehabilitation noch die Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche adäquat abgebildet. Gleichzeitig sind für die basel-städtische Bevölkerung mehr als ein Drittel der Fälle der geriatrischen Rehabilitation zugeordnet, während dieselbe Leistungsgruppe in den Kantonen Aargau und Solothurn – anhand der ausgewiesenen Fallzahlen – lediglich eine marginale Bedeutung besitzt. In einem epidemiologischen Sinne ist diese beträchtliche Diskrepanz kaum nachvollziehbar. Daraus ist zu schliessen, dass die Abgrenzung zwischen bestimmten Leistungsgruppen der stationären Rehabilitation zum aktuellen Zeitpunkt unzureichend ist, so dass basierend auf den vorliegenden Ergebnissen zur Inanspruchnahme auf Leistungsebene keine direkten Rückschlüsse für die kantonalen Versorgungsplanungen abgeleitet werden können.

¹⁰⁷ Vgl. dazu auch die Berichte zum vorliegenden Monitoring auf Ebene der übrigen Nordwestschweizer Kantone.

¹⁰⁸ Vgl. dazu die weiteren Berichte im Rahmen des Monitorings.

F. Ambulante Versorgung

Das vorliegende Kapitel beinhaltet eine Zusammenstellung der durch das Obsan ausgewerteten Daten zur ambulanten Versorgung. Die Auswertungen der ambulanten Patientenströme basieren in erster Linie auf dem Datenpool der SASIS AG – einer Tochtergesellschaft der santésuisse, dem Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer. Im verwendeten Datensatz werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen¹⁰⁹ bezüglich Leistungen der Obligatorischen Krankenversicherung (OKP) zusammengeführt. Dies ermöglicht, die Anzahl erbrachter Leistungen sowie den FMH-Titel des abrechnenden Arztes zu eruieren. Das Obsan hat Zugriff auf den Datenpool und führte im Auftrag der Nordwestschweizer Kantone Auswertungen mit diesen Daten durch. Untersucht werden ambulante Leistungen niedergelassener Ärzte (praxisambulant)¹¹⁰ einerseits und von Spitälern (spitalambulant) andererseits¹¹¹.

Das Kapitel F.1 beschreibt die erbrachten Leistungen im Kanton Aargau, wohingegen in Kapitel F.2 die Nachfrage an Leistungen durch die Aargauer Bevölkerung dargelegt wird. In Kapitel F.3 werden schliesslich die Patientenströme innerhalb der ambulanten Versorgung analysiert. Das Kapitel F.4 enthält Untersuchungen zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Versorgung und das Kapitel F.5 fasst die wichtigsten Ergebnisse des vorliegenden Kapitels zusammen.

1 Angebot

In der vorliegenden Studie wurden zwei Kategorien von Leistungserbringern im ambulanten Bereich berücksichtigt: die praxisambulanten Ärzte und die ambulanten Abteilungen in Spitälern des Kantons Aargau. Anschliessend werden einerseits die Dichte der praxisambulanten Ärzte nach FMH-Titel sowie andererseits die erbrachten – praxis- und spitalambulant – Grundleistungen dargestellt.

1.1 Leistungserbringer

Das vorliegende Kapitel gibt einen Überblick über die niedergelassenen Ärzte nach Fachbereichen. Die Leistungserbringer sind nach FMH-Titel gruppiert und alphabetisch geordnet. Dabei ist zu beachten, dass die untenstehende Tabelle nicht alle existierenden FMH-Titel aufführt, sondern nur jene von Ärzten, die über die obligatorische Krankenversicherung (OKP) Leistungen abrechnen. Die FMH-Titel *Allgemeinmedizin*, *Innere Medizin* und *Allgemeine Innere Medizin* werden unter dem FMH-Titel *Allgemeine Innere Medizin* subsumiert. Dies, weil seit dem 1. Januar 2011 das neue Weiterbildungsprogramm „*Allgemeine innere Medizin*“ in Kraft getreten ist, welches die Programme „*Allgemeinmedizin*“ und „*Innere Medizin*“ abgelöst hat. Nebst den FMH-Titeln sind im Datenpool der SASIS AG weitere Kategorien erfasst, wie Gruppenpraxen, Ärzte im OKP-Ausstand und „Ärzte, Spezialfälle“, die der Vollständigkeit halber in der nachfolgenden Tabelle ebenfalls ausgewiesen werden. Die Kategorie *Gruppenpraxen* umfasst Institutionen mit mehreren Leistungserbringern, die über verschiedene Facharzttitel verfügen und die über eine ZSR-Nummer (ZSR der Gruppenpraxis) auftreten und abrechnen. Es ist jedoch nicht bekannt, wie gross

¹⁰⁹ Berücksichtigt sind nur Leistungen, für welche den Krankenversicherern eine Rechnung eingereicht oder die den Versicherern direkt vom Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden. Rechnungen, welche von den Versicherten zurückbehalten werden (z.B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche nicht von den Versicherungen im Rahmen der OKP übernommen werden (z.B. Leistungen der Zusatzversicherungen VVG), sind nicht erfasst. Weitere Informationen zu den Eigenschaften des verwendeten Datensatzes finden sich im Methodenbericht.

¹¹⁰ Mit *niedergelassenen Ärzten* sind ambulant tätige Ärzte in Praxen inkl. Gruppenpraxen gemeint. Damit sollen diese von ambulant tätigen Ärzten in Spitälern abgegrenzt werden. Nicht ausgewertet wurden Leistungen anderer ambulanten Leistungserbringer wie Hebammen oder Physiotherapeuten. Mehr Information dazu finden sich im Methodenbericht.

¹¹¹ Siehe auch den Methodenbericht zu den Auswertungen der ambulanten Patientenströme.

diese Gruppenpraxen sind und ob es sich hierbei um kleinere Gemeinschaftspraxen oder eher grössere HMO-Gesundheitszentren handelt.

Kanton Aargau Anzahl OKP-abrechnender Leistungserbringer FMH-Titel	Absolute Anzahl			Anzahl pro 100'000 Versicherte		
	AG	AG	NWCH	AG	NWCH	CH
	2011	2012	2013	2013	2013	2013
Allergologie und klinische Immunologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Allgemeine Innere Medizin	336	338	346	54.2	72.1	78.9
Anästhesiologie	21	22	26	4.1	2.8	4.9
Angiologie	6	8	8	1.3	1.2	1.4
Arbeitsmedizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Ärzte mit OKP - Ausstand	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Ärzte ohne Praxistätigkeit	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Ärzte, Spezialfälle	≤ 5	≤ 5	6	0.9	1.5	1.5
Chirurgie	34	29	41	6.4	5.8	7.7
Dermatologie und Venerologie	22	23	24	3.8	5.3	6.8
Endokrinologie und Diabetologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Gastroenterologie	14	16	16	2.5	3.1	3.4
Gruppenpraxen	6	8	9	1.4	2.3	2.6
Gynäkologie und Geburtshilfe	73	76	83	13.0	15.3	16.7
Hämatologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Handchirurgie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Infektiologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Intensivmedizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Kardiologie	18	22	30	4.7	4.6	5.8
Kiefer- und Gesichtschirurgie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Kinder- und Jugendmedizin	64	66	62	9.7	12.6	13.6
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	19	21	21	3.3	5.7	5.9
Kinderchirurgie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Klinische Pharmakologie und Toxikologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Medizinische Genetik	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Medizinische Onkologie	11	11	10	1.6	1.3	2.0
Nephrologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Neurochirurgie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Neurologie	16	18	22	3.4	4.2	4.1
Nuklearmedizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Ophthalmologie	39	46	52	8.1	11.2	12.1
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	26	25	30	4.7	7.4	8.8
Oto-Rhino-Laryngologie	15	18	21	3.3	4.3	5.0
Pathologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Pharmazeutische Medizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Physikalische Medizin und Rehabilitation	7	7	8	1.3	0.9	1.1
Plastische, Rekonstruktive u. Ästhetische Chir.	6	8	8	1.3	1.5	2.2
Pneumologie	7	6	7	1.1	1.8	2.4
Praktische Arzt / Ärztin	64	68	74	11.6	13.1	17.6
Prävention und Gesundheitswesen	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	115	127	133	20.8	36.8	38.2
Radiologie	13	11	18	2.8	2.0	4.2
Radio-Onkologie und Strahlentherapie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Rechtsmedizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Rheumatologie	25	27	27	4.2	4.7	4.7
Tropen- und Reisemedizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Urologie	9	10	17	2.7	2.6	2.9
Total praxisambulante Ärzte	996	1'042	1'130	177.0	230.9	264.1

* Für Leistungsgruppen mit weniger als 6 Leistungserbringern (≤5) werden keine Werte ausgewiesen.

TABELLE 57: ANZAHL UND DICHTEN DER PRAXISAMBULANTEN LEISTUNGSERBRINGER NACH FMH-TITEL 2011-2013

Die **Tabelle 57** legt die Anzahl OKP-abrechnender Ärzte im Kanton Aargau für die Jahre 2011 bis 2013 dar. Berücksichtigt wurden dabei alle Leistungserbringer, welche mindestens einmal in der Geschäftsperiode über die OKP abgerechnet haben – unabhängig von der Anzahl bzw. der Höhe der fakturierten Rechnungen. Demzufolge kann daraus auch keine Aussage zum Beschäftigungsgrad der Leistungserbringer abgeleitet werden. Nebst der Anzahl wird die Dichte der Leistungserbringer, d.h. die Anzahl Leistungserbringer pro 100'000 Versicherte im Kanton Aargau sowie zwecks Vergleich die Dichte in der Nordwestschweiz (NWCH) und in der gesamten Schweiz (CH) für das Jahr 2013 gezeigt. In Fachbereichen mit fünf oder weniger Ärzten werden aus Datenschutzgründen die Anzahl und Dichte der Ärzte nicht ausgewiesen. Diese sind entsprechend in der Tabelle gekennzeichnet.

Wie Tabelle 57 verdeutlicht, nimmt die Anzahl niedergelassener Ärzte, die im Kanton Aargau über die OKP abrechnen, stetig zu. Im Jahr 2011 waren es 996 niedergelassene Ärzte, im Jahr 2013 bereits 1'130 Ärzte. Die Anzahl Ärzte pro 100'000 Versicherte des Kantons Aargau beträgt 177 Ärzte im Jahr 2013 und ist somit im Vergleich zur Nordwestschweiz (230.9 im Jahr 2013) und zur gesamten Schweiz (264.1 im Jahr 2013) deutlich tiefer.

Am häufigsten verfügen die im Kanton Aargau tätigen Ärzte über einen FMH-Titel der *Allgemein Inneren Medizin* (346 im Jahr 2013), am zweithäufigsten über einen FMH-Titel der *Psychiatrie* (133 im Jahr 2013). Weitere wichtige Fachgebiete sind:

- Gynäkologie/Geburtshilfe (83),
- Kinder- und Jugendmedizin (62),
- Ophthalmologie (52).

Kategorien, innerhalb derer keine Leistungserbringer in der Nordwestschweiz existieren, werden in den nachfolgenden Auswertungen nicht aufgeführt. Schliesslich wird zugunsten einer übersichtlichen Darstellung die Liste der FMH-Titel in 7 Hauptgruppen unterteilt: *Innere Medizin (allgemein)*, *Innere Medizin (Spezialdisziplinen)*, *Chirurgie*, *Gynäkologie und Geburtshilfe*, *Pädiatrie*, *Psychiatrie* sowie die Sammelkategorie *Übrige*. Letztere beinhaltet eine Gruppe *Sonstige*, welche die FMH-Titel *Pharmazeutische Medizin*, *Prävention und Gesundheitswesen*, *Medizinische Genetik*, *Klinische Pharmakologie und Toxikologie*, *Intensivmedizin*, *Ärzte*, *Spezialfälle* aufgrund ihrer tiefen Anzahl Grundleistungen zusammenfasst. Die Systematik der Hauptgruppen wurde in Zusammenarbeit mit der Expertengruppe und den Vertretenden der auftraggebenden Kantone in Anlehnung an die Hauptbereiche gemäss der SPLG-Systematik in der akutstationären Versorgung erarbeitet.

Auf eine Unterscheidung der Spitäler nach der Krankenhaustypologie des BFS¹¹² (z.B. Grundversorgung, Universitätsspital, Psychiatrische Klinik) muss verzichtet werden. Dies, weil für das Datenjahr 2013 die Zuweisung der Krankenhäuser zu den verschiedenen Krankenhaustypen überarbeitet wurde. Bei Verschiebungen zwischen den Krankenhaustypen über die Jahre hinweg könnte demzufolge nicht unterschieden werden, inwiefern diese aufgrund einer realen Veränderung resultieren oder lediglich eine Folge der veränderten Kategorisierung der Spitäler nach Krankenhaustypen darstellen.

1.2 Erbrachte Leistungen

Tabelle 58 zeigt die Anzahl ambulanter Grundleistungen, die im Kanton Aargau erbracht werden, wobei nebst der Gesamtzahl der Grundleistungen jeweils der prozentuale Anteil der Grundleistungen ausgewiesen ist, der für Patienten des Kantons Aargau erbracht wurde. Die Grundleistungen der praxisambulanten Ärzte werden jeweils nach FMH-Titel des behandelnden Arztes dargestellt. Für die Grundleistungen in ambulanten Abteilungen der Spitäler ist dies nicht möglich,

¹¹² Vgl. BFS (2006).

weil die ambulanten Leistungen in Spitälern im Datenpool der SASIS AG lediglich pro Spital erfasst sind. Die Grundleistungen in Kategorien mit weniger als 6 Leistungserbringern werden nicht ausgewiesen (mit * gekennzeichnete Zeilen). Im Total sind jedoch die erbrachten Grundleistungen der betreffenden Kategorien enthalten.

Kanton Aargau	2011		2012		2013	
spital- / praxisambulant	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
FMH-Titel des behandelnden Arztes (praxisambulant)	Anz.	% AG	Anz.	% AG	Anz.	% AG
Total Grundleistungen praxisambulant	2'868'509	92.5%	2'897'209	92.6%	3'061'658	92.8%
L Innere Medizin - allgemein						
Allgemeine Innere Medizin	1'447'105	94.8%	1'427'914	95.1%	1'462'354	95.2%
Praktischer Arzt / Ärztin	169'249	92.9%	188'637	92.9%	210'015	93.3%
Gruppenpraxen	46'934	87.8%	48'603	88.0%	58'917	90.1%
L Innere Medizin - Spezialdisziplinen						
Gastroenterologie	25'563	91.6%	26'620	92.4%	28'662	92.4%
Kardiologie	25'656	90.9%	25'836	90.7%	27'910	91.2%
Neurologie	17'064	88.5%	18'466	89.2%	20'213	88.8%
Angiologie	4'101	89.2%	7'041	92.2%	8'701	90.9%
Medizinische Onkologie	14'636	91.4%	13'955	93.6%	14'146	93.6%
Pneumologie	14'088	93.2%	14'920	93.6%	16'915	94.7%
Rheumatologie	50'497	90.9%	50'485	91.8%	52'570	92.1%
Dermatologie und Venerologie	92'884	89.8%	91'565	89.9%	93'165	90.7%
Ophthalmologie	145'144	93.3%	153'987	93.1%	170'211	93.2%
L Chirurgie						
Chirurgie	37'326	90.4%	36'352	90.7%	36'368	91.1%
Oto-Rhino-Laryngologie	46'615	91.8%	48'959	92.0%	53'539	92.4%
Plastische, Rekonstruktive u. Ästhetische Chir.	9'049	88.3%	9'813	89.1%	9'662	87.9%
Urologie	11'873	86.2%	12'274	88.6%	16'906	90.2%
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	33'365	91.6%	33'225	91.5%	33'025	92.0%
L Gynäkologie und Geburtshilfe						
Gynäkologie und Geburtshilfe	187'436	88.8%	188'369	88.7%	198'665	88.7%
L Pädiatrie						
Kinder- und Jugendmedizin	201'362	94.4%	197'916	94.4%	215'701	94.1%
Kinderchirurgie	*	*	*	*	*	*
L Psychiatrie						
Psychiatrie und Psychotherapie	162'700	83.4%	168'229	83.7%	175'309	84.9%
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	28'062	86.1%	28'685	87.2%	33'908	89.7%
L Übrige						
Anästhesiologie	8'450	82.2%	8'993	82.9%	10'563	80.6%
Radiologie	30'325	88.9%	32'474	88.8%	39'299	88.9%
Pathologie	8'845	60.1%	9'979	60.9%	8'647	60.5%
Physikalische Medizin und Rehabilitation	20'908	91.6%	20'553	91.8%	23'064	90.5%
Sonstige	*	*	*	*	525	91.2%
Total Grundleistungen spitalambulant	882'684	85.8%	946'947	86.2%	1'084'973	87.1%
Total Grundleistungen	3'751'193	90.9%	3'844'156	91.0%	4'146'631	91.3%

* Bei weniger als 6 Leistungserbringern pro FMH-Titel werden keine Werte ausgewiesen. In den (Zwischen-)Totalwerten sind diese jedoch stets enthalten.

TABELLE 58: AMBULANTES ANGEBOT – ERBRACHTE GRUNDLEISTUNGEN NACH FMH-TITEL 2011-2013

Gemäss Tabelle 58 erbrachten die praxisambulantenden Ärzte des Kantons Aargau zwischen 2.9 Mio. (Jahr 2011) und 3 Mio. Grundleistungen (Jahr 2013). Die Spitäler rechneten 882'684 (Jahr 2011) bzw. 1 Mio. (Jahr 2013) ambulante Grundleistungen ab. Insgesamt stieg die Zahl der erbrachten Grundleistungen zwischen 2011 und 2013 von 3.75 Mio. Grundleistungen auf 4.1 Mio. 91.3% dieser Leistungen beziehen sich auf Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau.

Rund die Hälfte der praxisambulanten Leistungen konzentriert sich auf die Grundversorgung, wobei damit die Leistungen der *Allgemeinen Inneren Medizin*, der *Praktischen Ärzte* und *Gruppenpraxen* gemeint sind. Gemessen an der Anzahl Grundleistungen sind nach der *Allgemein Inneren Medizin* die folgenden Ärzteguppen die bedeutendsten Leistungserbringer im Kanton Aargau:

- *Kinder- und Jugendmedizin* mit 215'701 Grundleistungen im Jahr 2013
- *Gynäkologie und Geburtshilfe* mit 198'665 im Jahr 2013
- *Psychiatrie und Psychotherapie* mit 175'309 Grundleistungen im Jahr 2013

Im Bereich der Spezialgebiete der Inneren Medizin sind am meisten ambulante Leistungen in der *Ophthalmologie* und der *Dermatologie* zu verzeichnen. Im Bereich der *Chirurgie* entfallen am meisten Leistungen auf Ärzte aus den Fachgebieten der *Oto-Rhino-Laryngologie*, der *Chirurgie* und der *Orthopädischen Chirurgie/Traumatologie des Bewegungsapparates*.

In **Tabelle 59** sind die Entwicklungen zwischen 2011 und 2013 dargestellt. Ausgewiesen werden sowohl die absolute Veränderung der erbrachten Grundleistungen als auch deren relative Veränderung in Prozent.

Tabelle 59 zeigt eine Zunahme der erbrachten, ambulanten Grundleistungen zwischen 2011 und 2013 um +10.5%. Der relative Anstieg hinsichtlich der spitalambulanten Leistungen ist dabei deutlich höher (+22%) als für die praxisambulanten Leistungen (+5.9%).

Im Folgenden werden die Veränderungen zwischen den Jahren 2011 und 2013 für einzelne praxisambulante Ärzteguppen bzw. Leistungsbereiche betrachtet. Bei der Interpretation von Entwicklungen in diesem Detaillierungsgrad ist jedoch höchste Vorsicht geboten. Zum einen weil die Zahl der Grundleistungen je nach FMH-Titel auf wenigen Leistungserbringern beruhen. Deshalb wird auch auf die Abbildung von Kategorien mit weniger als 6 Leistungserbringern gänzlich verzichtet. Zudem sind stets die absoluten und relativen Veränderungen pro Leistungsbereich zu berücksichtigen. Anhand der integrierten Datenbalken wird jeweils ersichtlich, in welchen Leistungsbereichen die grösste Zunahme der absoluten Zahl der erbrachten Grundleistungen (absolute Veränderung) bzw. in welchen Bereichen der höchste relative Anstieg im Vergleich zum Jahr 2011 (relative Veränderung) zu beobachten ist. Schliesslich ist zu beachten, dass die Veränderung zwischen den einzelnen Jahren nicht in jedem Fall linear verläuft. So kann z.B. in der *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* einen geringen Anstieg der Anzahl Grundleistungen zwischen den Jahren 2011 und 2012, jedoch eine grosse Zunahme der Leistungen zwischen den Jahren 2012 und 2013 festgestellt werden. Die Entwicklung des Angebots unterliegen somit Schwankungen, die anhand des untersuchten, relativ kurzen Zeitraums nur bedingt Aussagen ermöglichen.

Wie Tabelle 59 verdeutlicht, steigt im Bereich der *Grundversorgung* bzw. der *Allgemeinen Inneren Medizin* insbesondere die Zahl der erbrachten Leistungen der *praktischen Ärzte* um +24.1% und jene der *Gruppenpraxen* um 125.5%. Infolge des Anstiegs der Anzahl Gruppenpraxen von 6 im Jahr 2011 auf 9 im Jahr 2013 ist dies nicht weiter überraschend.¹¹³ Anhand der zugrundeliegenden Daten aus dem Datenpool der SASIS AG kann jedoch nicht eruiert werden inwiefern und in welchem Ausmass es sich bei den Gruppenpraxen z.B. um Gemeinschaftspraxen oder HMO-Gesundheitszentren handelt. Somit bleibt die Art der in den Gruppenpraxen subsumierten Leistungen unklar. Festgestellt werden kann auf Nordwestschweizer Ebene ein deutlicher Anstieg der Anzahl Gruppenpraxen sowie der durch Gruppenpraxen erbrachten Leistungen. Im selben Zeitraum steigen innerhalb der Grundversorgung die erbrachten Leistungen der *Ärzte der Allgemeinen Inneren Medizin* um lediglich +1.1%.

Kanton Aargau		Δ Grundleistungen 2011-2013	
spital- / praxisambulant	absolute Veränderung	relativ e Veränderung	
FMH-Titel des behandelnden Arztes (praxisambulant)	Anz.	%	
Total Grundleistungen praxisambulant	+193'149	+5.9%	
L Innere Medizin - allgemein			
Allgemeine Innere Medizin	+15'249	+1.1%	
Praktischer Arzt / Ärztin	+40'766	+24.1%	
Gruppenpraxen	+11'983	+25.5%	
L Innere Medizin - Spezialdisziplinen			
Gastroenterologie	+3'099	+12.1%	
Kardiologie	+2'254	+8.8%	
Neurologie	+3'149	+18.5%	
Angiologie	+4'600	+112.2%	
Medizinische Onkologie	-490	-3.3%	
Pneumologie	+2'827	+20.1%	
Rheumatologie	+2'073	+4.1%	
Dermatologie und Venerologie	+281	+0.3%	
Ophthalmologie	+25'067	+17.3%	
L Chirurgie			
Chirurgie	-958	-2.6%	
Oto-Rhino-Laryngologie	+6'924	+14.9%	
Plastische, Rekonstruktive u. Ästhetische Chir.	+613	+6.8%	
Urologie	+5'033	+42.4%	
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	-340	-1.0%	
L Gynäkologie und Geburtshilfe			
Gynäkologie und Geburtshilfe	+11'229	+6.0%	
L Pädiatrie			
Kinder- und Jugendmedizin	+14'339	+7.1%	
Kinderchirurgie	*	*	*
L Psychiatrie			
Psychiatrie und Psychotherapie	+12'609	+7.7%	
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	+5'846	+20.8%	
L Übrige			
Anästhesiologie	+2'113	+25.0%	
Radiologie	+8'974	+29.6%	
Pathologie	-198	-2.2%	
Physikalische Medizin und Rehabilitation	+2'156	+10.3%	
Sonstige	*	*	*
Total Grundleistungen spitalambulant	+202'289	+22.0%	
Total Grundleistungen	+395'438	+10.5%	

* Bei weniger als 6 Leistungserbringern pro FMH-Titel werden keine Werte ausgewiesen. In den (Zwischen-)Totalwerten sind diese jedoch stets enthalten.

TABELLE 59: AMBULANTES ANGEBOT – VERÄNDERUNGEN ABSOLUT UND IN PROZENT NACH FMH-TITEL 2011-2013

Nebst der Grundversorgung ist der grösste absolute Anstieg in der *Ophthalmologie* auszumachen. Gemäss Expertengruppe kann die Zunahme nachgefragten und erbrachten Leistungen im Bereich der Ophthalmologie mit der Alterung der Bevölkerung in Verbindung gebracht werden, nämlich weil bei Patienten ab 50 Jahren der Augendruck vermehrt routinemässig durch einen Augenarzt gemessen lassen wird. Der Anstieg um +25'067 Grundleistungen bedeutet jedoch in Relation zur Anzahl erbrachten Grundleistungen im Jahr 2011 lediglich einen relativen Anstieg von +17.3%. Fokussiert man auf die prozentuale Veränderung ist die Zunahme in anderen Leistungsbereichen innerhalb der Spezialdisziplinen der Inneren Medizin deutlich auffälliger. Zu nennen ist diesbezüglich zum Beispiel der Anstieg um +112.2% innerhalb der *Angiologie*. Zum einen ist dies bedingt durch die geringe Zahl an Grundleistungen insgesamt in der Angiologie. Zum andern bestätigte die Expertengruppe, dass Leistungen in der Angiologie vermehrt ambulant erbracht werden.

Die nachfolgende **Abbildung 52** stellt die praxis- und spitalambulanten Anteile an der Gesamtzahl erbrachter Grundleistungen für die Jahre 2011 bis 2013 einander gegenüber. Die ausgewiesenen Werte beziehen sich wiederum auf durch Aargauer Leistungserbringer erbrachten Leistungen.

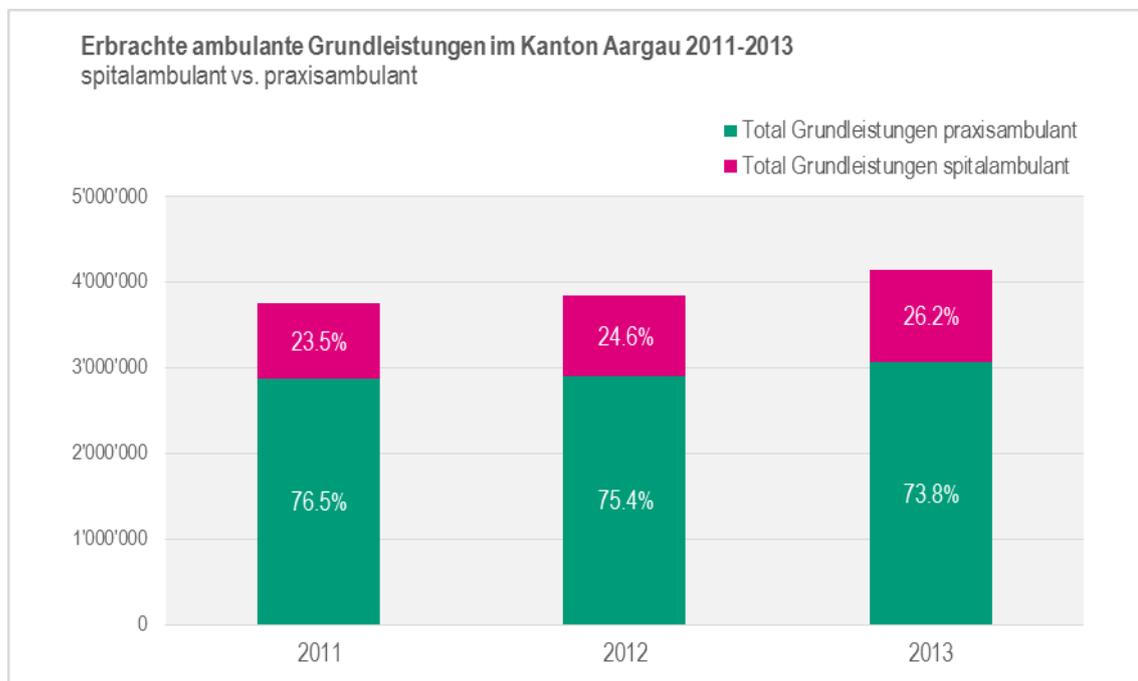


ABBILDUNG 52: AMBULANTES ANGEBOT – PRAXIS- UND SPITALAMBULANTE LEISTUNGEN 2011-2013

Gemäss Abbildung 52 wurden im Jahr 2011 76.5% der ambulanten Grundleistungen durch praxisambulante Ärzte erbracht, 23.5% beziehen sich auf spitalambulante Leistungen. Der Anteil der der spitalambulant erbrachten Leistungen steigt zum Jahr 2013 auf 26.2 %. Gemäss Experten-Gruppe ist dies einerseits auf die Verkürzung von stationären Aufenthaltsdauern durch ambulante Vorabklärungen und Kontrolltermine zurückzuführen. Inwiefern dieser Trend durch die Einführung der Fallpauschalen für die Vergütung akutstationärer Leistungen – und damit einhergehend dem Anreiz zur Verkürzung der Aufenthaltsdauern – ausgelöst bzw. gefördert wurde, kann nicht beantwortet werden. Des Weiteren wird im Allgemeinen von einer Substitution stationärer durch ambulante Leistungen ausgegangen, im Sinne dass ehemals stationär durchgeführte Behandlungen vollständig in ambulanten Settings erbracht werden. Schliesslich könnte die wachsende Rolle der spitalambulant Angebote ebenso als Folge eines Versorgungsengpasses in der praxisambulanten Versorgung interpretiert werden, im Sinne dass die bestehenden praxisambulanten Angebote, den wachsenden Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung nicht abzudecken vermögen. Anhand der zugrundeliegenden Daten kann nicht beurteilt werden, auf welche Zusammenhänge der wachsende Anteil spitalambulanter Leistungen zurückzuführen ist. Auf die Hypothese betreffen die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen wird in Kapitel G noch detailliert eingegangen.

2 Nachfrage

In diesem Kapitel wird die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch die Aargauer Wohnbevölkerung dargelegt. Analog zum Angebot wird dabei die Zahl der durch Aargauer Patienten beanspruchten Grundleistungen (d.h. Konsultationen und Hausbesuche) nach FMH-Titel des behandelnden Arztes ausgewiesen. Nebst der Gesamtzahl durch Aargauer Patienten beanspruchter Grundleistungen enthält **Tabelle 60** jeweils den Anteil der Grundleistungen, die innerhalb des Kantons Aargau in Anspruch genommen wurde.

Kanton Aargau	2011		2012		2013	
spital- / praxisambulant	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
FMH-Titel des behandelnden Arztes (praxisambulant)	Anz.	% AG	Anz.	% AG	Anz.	% AG
Total Grundleistungen praxisambulant	3'093'394	85.8%	3'138'580	85.5%	3'322'251	85.6%
L Innere Medizin - allgemein						
Allgemeine Innere Medizin	1'516'581	90.5%	1'501'118	90.4%	1'537'405	90.5%
Praktischer Arzt / Ärztin	175'437	89.7%	195'378	89.7%	216'854	90.3%
Gruppenpraxen	52'016	79.2%	58'711	72.8%	78'493	67.7%
L Innere Medizin - Spezialdisziplinen						
Endokrinologie und Diabetologie	18'835	86.5%	21'473	87.9%	30'291	91.4%
Gastroenterologie	28'171	83.1%	29'338	83.8%	31'608	83.8%
Hämatologie	3'923	74.0%	4'144	72.7%	4'782	74.5%
Nephrologie	940	32.3%	1'133	18.9%	1'427	16.5%
Kardiologie	27'935	83.5%	28'106	83.4%	30'531	83.4%
Neurologie	19'380	77.9%	20'968	78.5%	22'840	78.6%
Angiologie	4'983	73.4%	7'762	83.6%	9'304	85.0%
Medizinische Onkologie	15'875	84.3%	15'254	85.7%	15'366	86.1%
Pneumologie	15'459	85.0%	16'104	86.7%	18'298	87.6%
Rheumatologie	52'534	87.4%	52'870	87.7%	55'352	87.4%
Allergologie und klinische Immunologie	764	21.8%	561	2.5%	563	0.7%
Dermatologie und Venerologie	100'583	82.9%	99'794	82.5%	102'994	82.0%
Ophthalmologie	169'935	79.7%	179'339	80.0%	195'148	81.3%
Infektiologie	294	0.0%	244	5.0%	317	2.2%
Tropen- und Reisemedizin	3'848	94.3%	3'847	94.2%	2'077	89.2%
L Chirurgie						
Chirurgie	39'811	84.8%	39'314	83.9%	39'936	82.9%
Neurochirurgie	1'506	46.4%	2'459	62.3%	3'654	66.3%
Kiefer- und Gesichtschirurgie	1'581	80.7%	1'639	76.5%	1'667	78.9%
Oto-Rhino-Laryngologie	51'299	83.4%	53'432	84.3%	59'476	83.2%
Plastische, Rekonstruktive u. Ästhetische Chir.	9'101	87.8%	9'964	87.7%	9'894	85.8%
Urologie	16'526	61.9%	17'327	62.8%	21'871	69.7%
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	152	88.7%	162	89.4%	147	93.2%
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	41'534	73.6%	42'076	72.3%	42'211	72.0%
Handchirurgie	0	0.0%	0	0.0%	26	0.0%
L Gynäkologie und Geburtshilfe						
Gynäkologie und Geburtshilfe	212'440	78.4%	211'399	79.0%	220'447	79.9%
L Pädiatrie						
Kinder- und Jugendmedizin	212'871	89.3%	210'277	88.8%	228'252	88.9%
Kinderchirurgie	452	23.9%	294	0.3%	242	0.8%
L Psychiatrie						
Psychiatrie und Psychotherapie	186'279	72.8%	192'746	73.1%	203'474	73.2%
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	27'487	87.9%	29'682	84.3%	35'503	85.6%
L Übrige						
Anästhesiologie	9'145	75.9%	10'473	71.2%	11'722	72.6%
Radiologie	33'890	79.6%	36'100	79.9%	43'607	80.1%
Radio-Onkologie und Strahlentherapie	1'082	62.2%	1'704	59.9%	1'413	67.0%
Nuklearmedizin	300	0.0%	227	0.0%	233	0.0%
Pathologie	16'171	32.9%	18'672	32.6%	18'244	28.7%
Arbeitsmedizin	48	0.0%	38	0.0%	37	0.0%
Physikalische Medizin und Rehabilitation	20'869	91.8%	20'596	91.6%	22'645	92.1%
Sonstige	3'355	0.9%	3'853	0.6%	3'900	12.6%
Total Grundleistungen spitalambulant	921'345	82.2%	996'487	81.9%	1'150'277	82.2%
Total Grundleistungen	4'014'739	85.0%	4'135'067	84.6%	4'472'528	84.7%

TABELLE 60: AMBULANTE NACHFRAGE – BEANSPRUCHTE GRUNDLEISTUNGEN NACH FMH-TITEL 2011-2013

Gemäss Tabelle 60 nahm die Aargauer Bevölkerung insgesamt 4 Mio. ambulante Grundleistungen im Jahr 2011 in Anspruch, im Jahr 2013 waren es 4.5 Mio. 85.6% der nachgefragten praxisambulanten Leistungen und 82.2% der spitalambulanten Leistungen beziehen sich auf Leistungserbringer mit Standort im Kanton Aargau.

Bereits im Kapitel zum Angebot wurde auf die relative Bedeutung der Bereiche *Allgemeinen Inneren Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe* sowie *Psychiatrie und Psychotherapie* hingewiesen. Betrachtet man für diese Bereiche den Anteil innerregional beanspruchter Leistungen, fällt auf, dass für die *Gynäkologie und Geburtshilfe* sowie für die *Psychiatrie* mehr Leistungen ausserhalb des Kantons Aargau nachgefragt werden als in der *Allgemeinen Inneren Medizin* und der *Kinder- und Jugendmedizin*. Es scheint also eine höhere Mobilität für Leistungen der Gynäkologie und Psychiatrie zu bestehen. Eine zentrale Rolle spielt dabei sicherlich die Verfügbarkeit der entsprechenden Leistungserbringer. In der Psychiatrie konzentrieren sich die Leistungserbringer jeweils auf die Zentrumsregionen,¹¹⁴ so kann es durchaus sein, dass ausserregionale Leistungserbringer für einen Teil der Nordwestschweizer Bevölkerung näher gelegen oder beispielsweise in Zusammenhang mit dem Arbeitsort besser erreichbar sind. Wiederrum in Bezug auf die Psychiatrie ist denkbar, dass Patienten es vorziehen, entsprechende Leistungen ausserhalb des Wohnort bzw. dessen unmittelbarer Umgebung in Anspruch zu nehmen, damit ihre Anonymität gewahrt bleibt. Anhand der zugrundeliegenden Daten können die Motive für oder wider einer ausserregionalen Inanspruchnahme ambulanter Leistungen jedoch nicht abschliessend beurteilt werden.

Einen vergleichsweise hohen Anteil der ausserregionalen Inanspruchnahme ist in der Neurochirurgie auszumachen. Im Jahr 2011 bezogen sich 46.4% der Grundleistungen auf Leistungserbringer innerhalb des Aargau. Zum Jahr 2013 hin stieg dieser Anteil auf 66.3%, somit werden 33.7% der Leistungen ausserhalb des Kantons Aargau in Anspruch genommen. Der vergleichsweise hohe Anteil ausserregionaler Behandlungen ist gemäss Expertengruppe mitunter auf den starken Wettbewerb innerhalb der *Neurochirurgie* zurückzuführen, wobei die betreffenden Spezialisten in einem gesamtschweizerischen Markt konkurrieren.

Tabelle 61 zeigt die Entwicklung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch die Aargauer Bevölkerung für den Zeitraum zwischen 2011 und 2013. Dargestellt ist einerseits die absolute Veränderung der Zahl in Anspruch genommener Grundleistungen. Darüber hinaus enthält Tabelle 61 die prozentuale Veränderung in Relation zum Jahr 2011.

Gemäss Tabelle 61 nimmt die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch die Aargauer Bevölkerung um +457'789 Grundleistungen zu, was einem Anstieg um +11.4% entspricht. Jeweils rund die Hälfte dieser Zunahme entfallen auf die praxis- bzw. spitalambulanten Leistungen, wodurch der relative Anteil der spitalambulanten Inanspruchnahme steigt.

Die Veränderungen auf Ebene der einzelnen FMH-Titel entspricht weitgehend jenen, die bereits in Kapitel F.1.2 zum Angebot ambulanter Leistungen im Kanton Aargau beschrieben wurden. Infolgedessen werden diese Veränderungen nicht mehr im Detail beschrieben.

¹¹⁴ Vgl. dazu auch Kapitel F.4.1.3.

Kanton Aargau		Δ Grundleistungen 2011-2013	
spital- / praxisambulant	absolute Veränderung	relative Veränderung	
FMH-Titel des behandelnden Arztes (praxisambulant)	Anz.	%	
Total Grundleistungen praxisambulant	+228'857	+7.4%	
L Innere Medizin - allgemein			
Allgemeine Innere Medizin	+20'824	+1.4%	
Praktischer Arzt / Ärztin	+41'417	+23.6%	
Gruppenpraxen	+26'477	+50.9%	
L Innere Medizin - Spezialdisziplinen			
Endokrinologie und Diabetologie	+11'456	+60.8%	
Gastroenterologie	+3'437	+12.2%	
Hämatologie	+859	+21.9%	
Nephrologie	+487	+51.8%	
Kardiologie	+2'596	+9.3%	
Neurologie	+3'460	+17.9%	
Angiologie	+4'321	+86.7%	
Medizinische Onkologie	-509	-3.2%	
Pneumologie	+2'839	+18.4%	
Rheumatologie	+2'818	+5.4%	
Allergologie und klinische Immunologie	-201	-26.3%	
Dermatologie und Venerologie	+2'411	+2.4%	
Ophthalmologie	+25'213	+14.8%	
Infektiologie	+23	+7.8%	
Tropen- und Reisemedizin	-1'771	-46.0%	
L Chirurgie			
Chirurgie	+125	+0.3%	
Neurochirurgie	+2'148	+142.6%	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	+86	+5.4%	
Oto-Rhino-Laryngologie	+8'177	+15.9%	
Plastische, Rekonstruktive u. Ästhetische Chir.	+793	+8.7%	
Urologie	+5'345	+32.3%	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	-5	-3.3%	
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	+677	+1.6%	
Handchirurgie	+26	+	+
L Gynäkologie und Geburtshilfe			
Gynäkologie und Geburtshilfe	+8'007	+3.8%	
L Pädiatrie			
Kinder- und Jugendmedizin	+15'381	+7.2%	
Kinderchirurgie	-210	-46.5%	
L Psychiatrie			
Psychiatrie und Psychotherapie	+17'195	+9.2%	
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	+8'016	+29.2%	
L Übrige			
Anästhesiologie	+2'577	+28.2%	
Radiologie	+9'717	+28.7%	
Radio-Onkologie und Strahlentherapie	+331	+30.6%	
Nuklearmedizin	-67	-22.3%	
Pathologie	+2'073	+12.8%	
Arbeitsmedizin	-11	-22.9%	
Physikalische Medizin und Rehabilitation	+1'776	+8.5%	
Sonstige	+545	+16.2%	
Total Grundleistungen spitalambulant	+228'932	+24.8%	
Total Grundleistungen	+457'789	+11.4%	

+ Angabe der prozentualen Veränderung nicht möglich, weil im Jahr 2011 keine Leistungen in Anspruch genommen wurden.

TABELLE 61: AMBULANTE NACHFRAGE – VERÄNDERUNGEN ABSOLUT UND IN PROZENT NACH FMH-TITEL 2011-2013

Die nachfolgende **Abbildung 53** gibt eine Übersicht der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch Aargauer Patienten für den Zeitraum zwischen 2011 und 2013. Es wird dabei unterschieden nach dem Anteil praxisambulanter und spitalambulanter Leistungen.

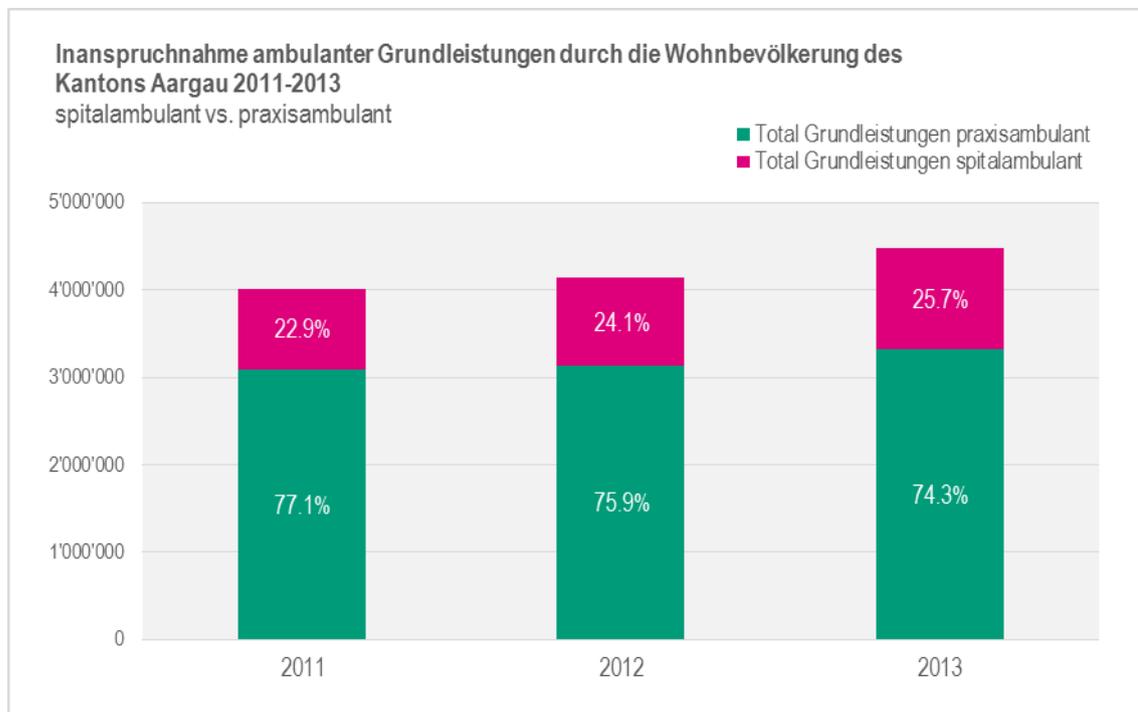


ABBILDUNG 53: AMBULANTE NACHFRAGE – PRAXIS- UND SPITALAMBULANTE LEISTUNGEN 2011-2013

Gemäss Abbildung 53 werden rund drei Viertel der ambulanten Leistungen bei praxisambulanten Ärzten und ein Viertel in Spitälern nachgefragt, wobei der Anteil der praxisambulanten Ärzte im Verhältnis zum Gesamtvolumen der Inanspruchnahme zwischen 2011 und 2013 von 77.1% auf 74.3% sinkt. Diese Veränderungen der relativen Anteile kommen nicht durch einen Rückgang der Inanspruchnahme praxisambulanter Leistungen zustande. Insgesamt ist sowohl für die praxis- als auch für die spitalambulante Inanspruchnahme durch die Aargauer Bevölkerung ein Anstieg festzustellen, nur dass die Zunahme der spitalambulant Inanspruchnahme deutlich grösser ist. Damit widerspiegelt sich in Bezug auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch die Aargauer Bevölkerung, dieselbe Entwicklung wie bereits aufgrund des Angebots durch Leistungserbringer mit Standort im Kanton Aargau festgestellt werden konnte.¹¹⁵

3 Patientenströme

Das vorliegende Kapitel beschreibt die Zu- und Abwanderung von Patienten im Bereich der ambulanten Versorgung. Die Patientenströme aus und in die Nachbarkantone Luzern, Zug, Zürich und Bern¹¹⁶ werden jeweils explizit ausgewiesen. Die übrigen Patientenströme werden unterschieden zwischen *Übrige Schweiz* und *Ausland*.

¹¹⁶ Die Patientenströme aus dem ebenfalls angrenzenden Kanton Jura sind nicht explizit ausgewiesen, weil sie aufgrund der Sprachdifferenzen von untergeordneter Bedeutung sind.

3.1 Abwanderung

Die **Tabelle 62** zeigt, wo die Aargauer Bevölkerung in den Jahren 2011, 2012 und 2013 ambulante Grundleistungen in Anspruch nimmt. Ausgewiesen sind jeweils die absolute Anzahl Grundleistungen nach Standortkanton des Leistungserbringers sowie deren prozentualer Anteil an der Gesamtnachfrage.

Kanton Aargau	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
Standortkanton Leistungserbringer	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
AG	3'411'692	84.9%	3'500'107	84.6%	3'787'868	84.6%	+376'176	-0.3%
Total Abwanderung	606'546	15.1%	638'313	15.4%	688'557	15.4%	+82'011	+0.3%
BL	58'499	1.5%	60'738	1.5%	65'267	1.5%	+6'768	+0.0%
BS	77'749	1.9%	82'330	2.0%	91'543	2.0%	+13'794	+0.1%
SO	64'987	1.6%	65'822	1.6%	67'918	1.5%	+2'931	-0.1%
LU	49'618	1.2%	52'527	1.3%	56'420	1.3%	+6'802	+0.0%
ZG	29'813	0.7%	31'182	0.8%	33'903	0.8%	+4'090	+0.0%
ZH	255'425	6.4%	273'501	6.6%	300'473	6.7%	+45'048	+0.4%
BE	33'046	0.8%	34'549	0.8%	35'981	0.8%	+2'935	-0.0%
Übrige Schweiz	37'367	0.9%	37'559	0.9%	36'968	0.8%	-399	-0.1%
Ausland	42	0.0%	105	0.0%	84	0.0%	+42	+0.0%
Total	4'018'238	100.0%	4'138'420	100.0%	4'476'425	100.0%	+458'187	

TABELLE 62: ABWANDERUNG AMBULANT – GRUNDLEISTUNGEN NACH STANDORTKANTON DER BEHANDLUNG 2011-2013¹¹⁷

Gemäss Tabelle 62 wurden im Jahr 2013 15.4% der ambulanten Grundleistungen von Aargauer Patienten ausserhalb des Kantons Aargau in Anspruch genommen. Zwischen 2011 und 2013 bleibt dieser Anteil weitgehend stabil. Der wichtigste Zielkanton von Aargauer Patienten ist der Kanton Zürich mit 6.7% der Gesamtnachfrage im Jahr 2013, darauf folgen die Kantone Basel-Stadt mit 2% sowie der Kanton Solothurn und der Kanton Basel-Landschaft mit je 1.5%. Das Ausmass der Abwanderung in die übrigen Kantone sowie das Ausland betrifft jeweils weniger als 1.5% der durch die aargauische Bevölkerung nachgefragten ambulanten Leistungen.

3.2 Zuwanderung

Analog zur Abwanderung ist in **Tabelle 63** die Zuwanderung nach Wohnkanton der Patienten dargestellt. Es wird einerseits die absolute Anzahl Grundleistungen und deren prozentualer Anteil am Gesamtangebot durch die Aargauer Leistungserbringer (praxis- und spitalambulant) dargelegt.

¹¹⁷ Im Gegensatz zum Vorgehen im Kapitel zum Angebot wurden in den Auswertungen zur Abwanderung die *Spezialfälle* und *Geburtshäuser* nicht ausgeschlossen, wodurch sich geringfügige Abweichungen in den ausgewiesenen Totalwerten zwischen Tabelle 58 und Tabelle 63 ergeben.

Kanton Aargau	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
Wohnsitz Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
AG	3'411'692	90.9%	3'500'107	91.0%	3'787'868	91.3%	+376'176	+0.4%
Total Zuwanderung	339'831	9.1%	344'221	9.0%	358'803	8.7%	+18'972	-0.4%
BL	36'195	1.0%	35'643	0.9%	39'816	1.0%	+3'621	-0.0%
BS	11'471	0.3%	11'305	0.3%	12'096	0.3%	+625	-0.0%
SO	91'689	2.4%	97'561	2.5%	111'794	2.7%	+20'105	+0.3%
LU	45'967	1.2%	47'319	1.2%	49'394	1.2%	+3'427	-0.0%
ZG	5'577	0.1%	5'194	0.1%	5'615	0.1%	+38	-0.0%
ZH	93'139	2.5%	90'477	2.4%	91'439	2.2%	-1'700	-0.3%
BE	13'230	0.4%	14'185	0.4%	14'468	0.3%	+1'238	-0.0%
Übrige Schweiz	22'953	0.6%	24'160	0.6%	23'589	0.6%	+636	-0.0%
Ausland	5'225	0.1%	5'536	0.1%	8'297	0.2%	+3'072	+0.1%
Sonstige	14'384	0.4%	12'840	0.3%	2'295	0.1%	-12'089	-0.3%
Total	3'751'523	100.0%	3'844'328	100.0%	4'146'671	100.0%	+395'148	

TABELLE 63: ZUWANDERUNG AMBULANT – GRUNDLEISTUNGEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2011-2013¹¹⁸

Gemäss Tabelle 63 beziehen sich im Jahr 2013 lediglich 8.7% aller im Kanton Aargau erbrachten Grundleistungen auf Patienten aus anderen Kantonen bzw. aus dem Ausland. Der Anteil der Zuwanderung bleibt zwischen 2011 und 2013 relativ stabil. Die meisten zugewanderten Patienten stammen aus den Kantonen Solothurn und Zürich, mit einem Anteil von 2.7% bzw. 2.2% der im Kanton Aargau erbrachten Leistungen.

Im Vergleich von Zu- und Abwanderung zeigt sich, dass mehr ambulante Leistungen für Aargauer Patienten ausserhalb des Wohnkantons erfolgen, als dass ausserkantonale Patienten im Kanton Aargau ambulant behandelt werden (Nettoabwanderung). Ausserdem ist – sowohl für die Zu- als auch die Abwanderung – der Kanton Zürich von relevanter Bedeutung. Insgesamt gilt für die ambulante Versorgung, was auch für die akutstationäre Versorgung sowie für die stationäre Psychiatrie gilt: Die Gesamtregion der Nordwestschweiz stellt aufgrund der geringen Zu- und Abwanderung ein weitgehend geschlossenes Versorgungssystem dar.

4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage

Im vorliegenden Kapitel werden spezifische Indikatoren zur ambulanten Versorgungslage abgebildet. In diesem Zusammenhang wird die geografische Verteilung der praxisambulanten Ärzte ausgewählter FMH-Titel näher untersucht. Des Weiteren werden Unterschiede in den kantonalen und regionalen Konsultationsquoten nach Wohnsitzkanton der Patienten beschrieben.

4.1 Geografische Verteilung und Dichte praxisambulanter Ärzte

Bereits in Tabelle 57 wurde die Ärztedichte im Kanton Aargau nach FMH-Titeln ausgewiesen. Daraus wird ersichtlich, dass die Ärztedichte im Kanton Aargau mit 177 OPK-abrechnenden Ärzten pro 100'000 Versicherte im Jahr 2013 unter dem Durchschnitt der Nordwestschweiz (230) und unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (265) liegt. Auf Ebene der verschiedenen FMH-Titel ist die Dichte im Kanton Aargau in folgenden Fachbereichen erwähnenswert tiefer als im Durchschnitt der Nordwestschweiz:

- Allgemein Innere Medizin
- Psychiatrie und Psychotherapie

¹¹⁸ Im Gegensatz zum Vorgehen im Kapitel zur Nachfrage wurden in den Auswertungen zur Zuwanderung die *Spezialfälle* und *Geburtshäuser* nicht ausgeschlossen, wodurch sich geringfügige Abweichungen in den ausgewiesenen Totalwerten zwischen Tabelle 60 und Tabelle 62 ergeben.

- Kinder- und Jugendmedizin
- Ophthalmologie
- Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates.

In den nachfolgenden Unterkapiteln wird die Verteilung von Ärzten aus ausgewählten Fachbereichen anhand der Daten aus dem FMH-Ärzteverzeichnis beschrieben. Für die Bereiche *Grundversorgung* (FMH-Titel Allgemeine Innere Medizin und Praktischer Arzt), *Pädiatrie* (FMH-Titel Kinder- und Jugendmedizin) sowie *Psychiatrie* (FMH-Titel Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) wird die Zahl der Leistungserbringer pro MedStat-Region kartographisch dargestellt. Es sei darauf hingewiesen, dass die nachfolgenden Karten nicht die Dichte, sondern die absolute Verteilung wiedergeben. Die MedStat-Regionen sind hinsichtlich der Einwohnerzahlen zwar vergleichbar, jedoch nicht identisch. Sie wurden so konstituiert, dass durch eine ausreichend grosse Einwohnerzahl, die durch die Regionen eingeschlossen sind, die Anonymität innerhalb der Medizinischen Statistik gewährleistet ist. Dementsprechend umfassen die MedStat-Regionen jeweils ca. 10'000 Einwohner.¹¹⁹ Die Karten im nachfolgenden Kapitel sind deshalb in erster Linie als Indikator für die geografische Verteilung der Leistungserbringer zu betrachten.

Die Auswahl der untersuchten Fachbereiche erfolgte in Zusammenarbeit mit den Vertretenden der auftraggebenden Kantone bzw. im Hinblick auf die zentrale Bedeutung der Grundversorgung, der Pädiatrie sowie der Psychiatrie innerhalb der ambulanten Versorgung.

4.1.1 Grundversorgung

Die Karte in **Abbildung 54** zeigt die Verteilung der Grundversorger. Rot eingefärbte MedStat-Regionen weisen die höchste absolute Zahl an Grundversorgern auf.

Erwartungsgemäss ist die Zahl der Grundversorger in den Zentren Aarau, Basel, Solothurn und Baden/Wettingen am höchsten. Etwas geringer ist die Zahl der Grundversorger in den Regionen Liestal und Grenchen. Schliesslich zeigt Abbildung 54, dass in sämtlichen MedStat-Regionen zumindest ein Grundversorger praktiziert.

Eine Beurteilung der Versorgungslage ist aus der vorangehenden Beschreibung zur Verteilung der Grundversorger nicht möglich, dazu fehlen die notwendigen Referenzwerte (Vorgaben bzw. Vergleichswerte). In diesem Zusammenhang hat das Schweizer Stimmvolk am 18. Mai 2014 den Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung angenommen.¹²⁰ Dieser verpflichtet Bund und Kantone für eine ausreichende, allen zugängliche, medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. In diesem Bundesbeschluss geht es unter anderem um die Stärkung der Hausarztmedizin, also der ambulanten Grundversorgung. Im Hinblick auf die Abstimmung wurde die Zugänglichkeit betreffend die Grundversorgung in einem Faktenblatt¹²¹ wie folgt beschrieben: „*Allen zugänglich ist die medizinische Grundversorgung, wenn sie für die gesamte Bevölkerung in allen Landesgegenden innert nützlicher Frist erbracht wird. Das heisst, dass auch zentrumsferne Regionen oder Bevölkerungsgruppen Zugang zur medizinischen Grundversorgung haben sollen, die aufgrund altersbedingter oder gesundheitlicher Einschränkungen auf Versorgung vor Ort angewiesen sind.*“ Der Begriff *nützliche Frist* wurde dabei nicht weiter definiert.

¹¹⁹ Vgl. BFS (2008, S.3).

¹²⁰ Vgl. Informationen des Bundes zur Abstimmung und zum Beschluss <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/13933/14680/index.html?lang=de> (24.07.2014).

¹²¹ Vgl. BAG (2014).

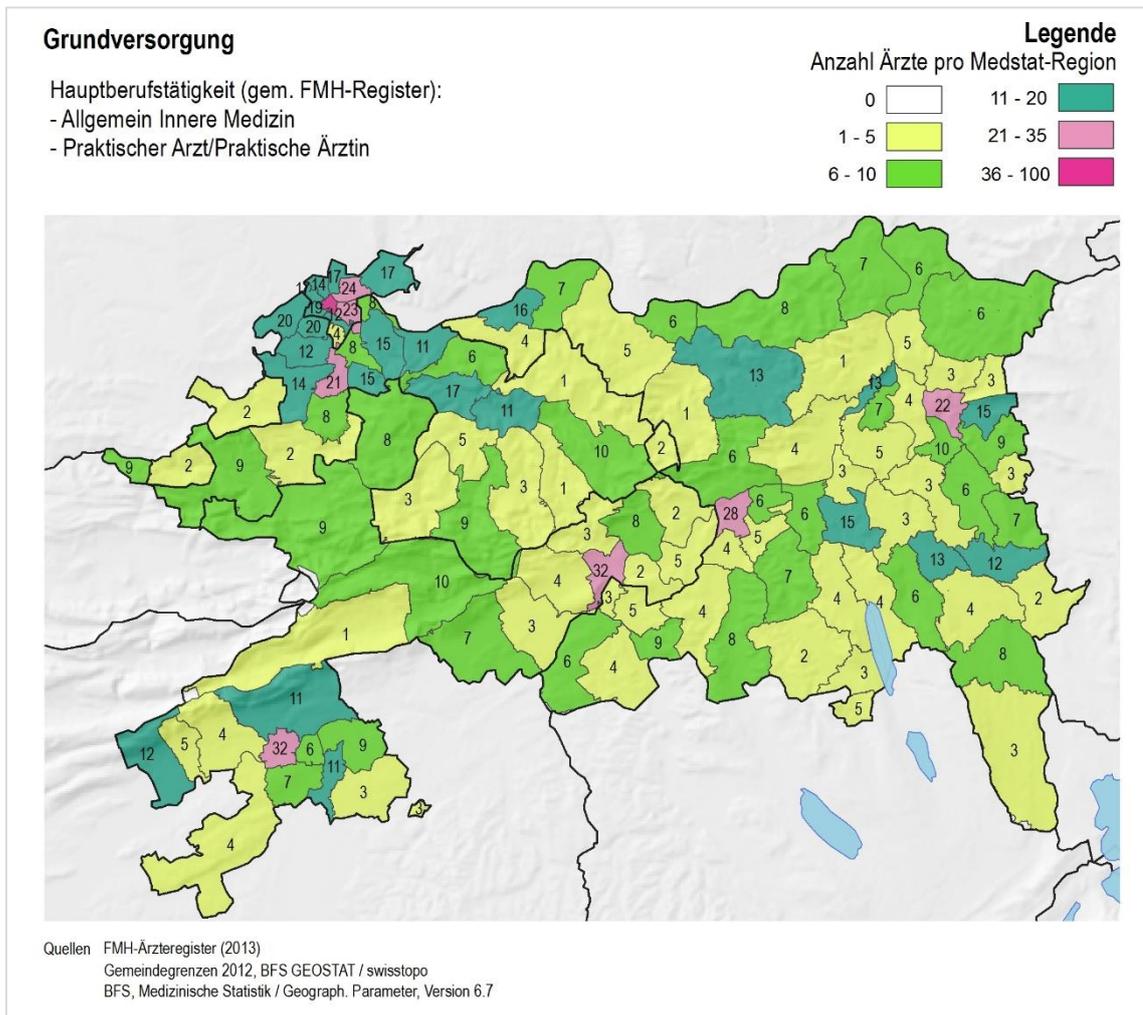


ABBILDUNG 54: GEOGRAPHISCHE VERTEILUNG DER PRAXISAMBULANTEN ÄRZTE IM BEREICH DER GRUNDVERSORGUNG 2013

Die von Obsan erstellten standardisierten Kennzahlen zur Workforce beschreiben die Entwicklung der Grundversorgung wie folgt: „Auf Landesebene erfolgte bis 2001 ein kontinuierlicher leichter Anstieg der Dichte an niedergelassenen Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern. Seit 2002 geht die Rate der allgemeinpraktisch tätigen Ärzte zurück.“¹²² Insofern soll die beschriebene Verteilung der Ärzte eine Grundlage für die weiterführende Beobachtung dieser Tendenzen bilden.

4.1.2 Pädiatrie

Die Karte in **Abbildung 55** zeigt die Verteilung der Pädiater (FMH-Titel Kinder- und Jugendmedizin) in der Nordwestschweiz. Gelb eingefärbte MedStat-Regionen weisen 1-5 Pädiater auf, die grün eingefärbten Regionen 6-10 Pädiater. Nicht eingefärbte Regionen bezeichnen Gebiete ohne Pädiater.

¹²² Vgl. Zitat gemäss BAG (2010, S.12).

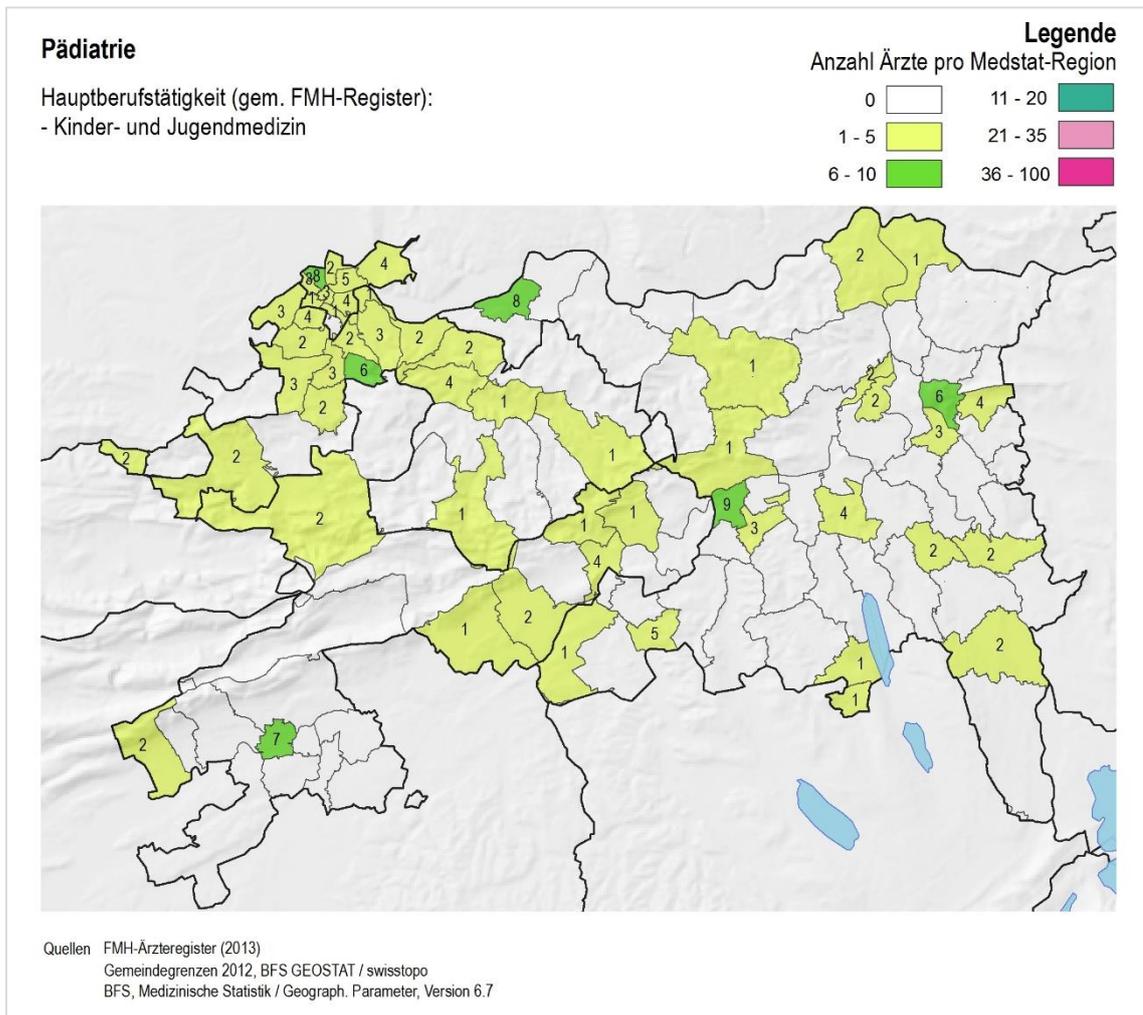


ABBILDUNG 55: GEOGRAPHISCHE VERTEILUNG DER PRAXISAMBULANTEN ÄRZTE IN DER PÄDIATRIE 2013

Nebst den Zentrumsregionen Aarau, Basel, Wettingen/Baden und Solothurn weist ausserdem die Region um Rheinfelden die höchste Zahl an Pädiater auf. Da davon ausgegangen werden kann, dass die pädiatrische Versorgung teilweise auch durch Grundversorger erfolgt, kann aufgrund des Fehlens von Pädiatern in einer Region nicht notwendigerweise auf Versorgungslücken geschlossen werden. Analog zur Grundversorgung dient die Beschreibung zur Verteilung der pädiatrischen Versorgung als Grundlage, um die Entwicklungen in Zukunft beobachten und einschätzen zu können.

4.1.3 Psychiatrie

Die Karte in **Abbildung 56** zeigt die Verteilung der ambulant tätigen Psychiater (FMH-Titel Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie). Rötlich eingefärbte MedStat-Regionen verweisen auf eine hohe Zahl an Leistungserbringern, nicht eingefärbte Regionen bezeichnen Gebiete ohne ambulant tätige Psychiater.

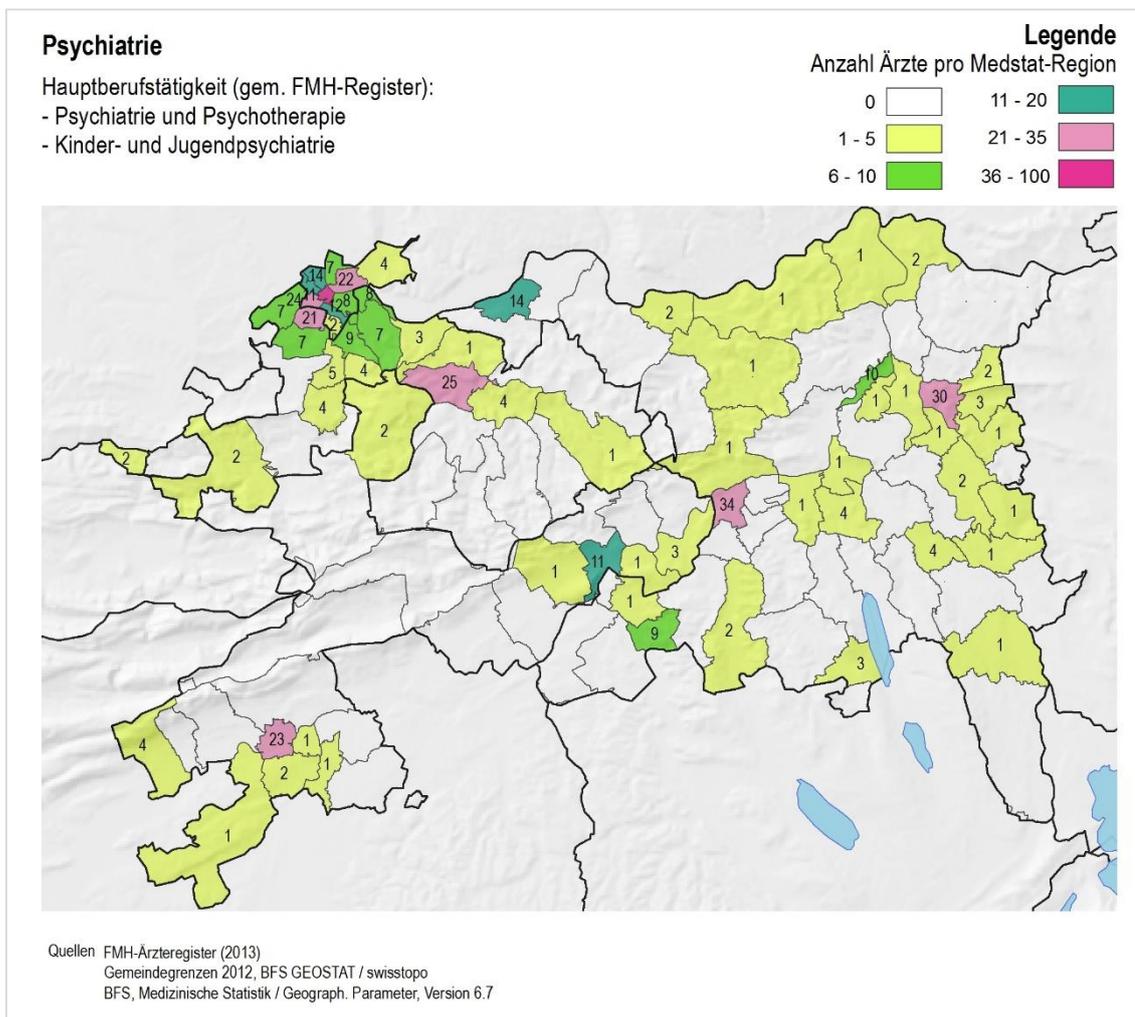


ABBILDUNG 56: GEOGRAPHISCHE VERTEILUNG DER PRAXISAMBULANTEN PSYCHIATER 2013

Nebst den Zentrumsregionen Aarau, Basel, Liestal, Wettingen/Baden und Solothurn weist ausserdem die Region um Rheinfelden eine vergleichsweise hohe Zahl an ambulant tätigen Psychiatern aus. Verschiedentlich wurde bereits auf einen Fachkräftemangel in der Psychiatrie hingewiesen¹²³, insbesondere im Kontext eines stetig wachsenden Bedarfs¹²⁴. Alleine anhand der beschriebenen Verteilung gemäss Abbildung 56 kann keine abschliessende Beurteilung der aktuellen psychiatrischen Versorgungssituation erfolgen. Wiederum soll damit die Grundlage geschaffen werden, um Entwicklungen in der Zukunft nachzuvollziehen.

4.2 Konsultationsquoten

Die Auswertungen der Konsultationsquoten betreffen die durch die Aargauer Wohnbevölkerung in Anspruch genommenen Grundleistungen in ausgewählten Leistungsgruppen der praxisambulanten Versorgung. Die Konsultationen beziehen sich dabei auf die Anzahl beanspruchter Grundleistungen. Für die Berechnungen wurden nur jene FMH-Titel bzw. Leistungsgruppen berücksichtigt mit:

¹²³ Vgl. Bielinski et al. (2010) und Giacometti-Bickel et al. (2013).

¹²⁴ Vgl. Schuler, Daniela / Burla, Laila (2012, S.4).

- mindestens fünf Leistungserbringer in der Nordwestschweiz im Jahr 2013
- einer Inanspruchnahme von über 10'000 Grundleistungen pro Wohnsitzkanton im Jahr 2013

Um die Vergleichbarkeit der Kantone und Regionen zu gewährleisten, wurden die Konsultationsquoten alters- und geschlechtsstandardisiert.

Die nachfolgende **Tabelle 64** zeigt die alters- und geschlechtsstandardisierten Konsultationsquoten pro 1'000 Versicherte sowie die Abweichung dieser Quoten zum Deutschschweizer Durchschnitt. Ausgewiesen sind jeweils die Konsultationsquoten für die Nordwestschweizer Kantone im Einzelnen, die Nordwestschweiz sowie jene der Deutschschweiz als Referenzwert.

Alters- und geschlechterstandardisierte Konsultationsquoten pro 1'000 Versicherte (KQ) und Abweichung zur durchschnittlichen Konsultationsquote der Deutschschweiz in Prozent (Δ DCH) nach Wohnkanton des Patienten, 2013											
FMH-Titel des behandelnden Arztes	AG		BL		BS		SO		NWCH		DCH
	KQ	Δ DCH									
Innere Medizin - allgemein											
Allgemeine Innere Medizin	2'453	-9%	2'727	+2%	2'622	-2%	2'767	+3%	2'605	-3%	2'682
Innere Medizin - Spezialdisziplinen											
Gastroenterologie	50	-8%	83	+53%	73	+34%	65	+20%	63	+16%	54
Kardiologie	49	-15%	63	+10%	72	+26%	56	-2%	57	+0%	57
Rheumatologie	88	+2%	103	+18%	136	+57%	48	-45%	90	+3%	87
Dermatologie und Venerologie	162	-17%	275	+40%	210	+7%	130	-34%	186	-5%	196
Ophthalmologie	316	-7%	500	+47%	397	+16%	245	-28%	355	+4%	341
Chirurgie											
Chirurgie	63	+1%	48	-23%	68	+9%	51	-17%	58	-7%	62
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	67	-24%	123	+41%	151	+73%	85	-3%	94	+8%	87
Gynäkologie und Geburtshilfe											
Gynäkologie und Geburtshilfe	346	+1%	441	+29%	387	+13%	322	-6%	367	+7%	343
Pädiatrie											
Kinder- und Jugendmedizin	354	-8%	535	+40%	634	+65%	408	+6%	434	+13%	383
Psychiatrie											
Psychiatrie und Psychotherapie	315	-18%	512	+33%	845	+120%	332	-14%	429	+12%	384
Total	5'265	-9%	6'485	+12%	6'975	+21%	5'531	-4%	5'811	+1%	5'766

TABELLE 64: KONSULTATIONSQUOTEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN UND FMH-TITEL 2013

In Tabelle 64 ist jeweils farblich hervorgehoben, in welchen Leistungsgruppen die einzelnen Kantone sowie die Nordwestschweiz insgesamt eine über- bzw. unterdurchschnittliche Konsultationsquote aufweisen. Für die Aargauer Bevölkerung ist insgesamt eine Konsultationsquote von 5'265 ambulanten Grundleistungen pro 1'000 Einwohner auszumachen. Damit ist die Konsultationsquote für den Kanton Aargau um -9% tiefer als im Deutschschweizer Durchschnitt. Eine höhere Konsultationsquote ist für die Aargauer Bevölkerung lediglich in den Bereichen der *Rheumatologie*, *Chirurgie* sowie *Gynäkologie und Geburtshilfe* auszumachen. In den übrigen Leistungsgruppen liegt die Konsultationsquote unterhalb des Referenzwerts für die Deutschschweiz.

Die nachfolgende **Abbildung 57** veranschaulicht die Konsultationsquoten der Nordwestschweiz insgesamt (grün hervorgehoben) sowie aller Nordwestschweizer Kantone. Die Konsultationsquote des Kantons Aargau ist rot hervorgehoben.

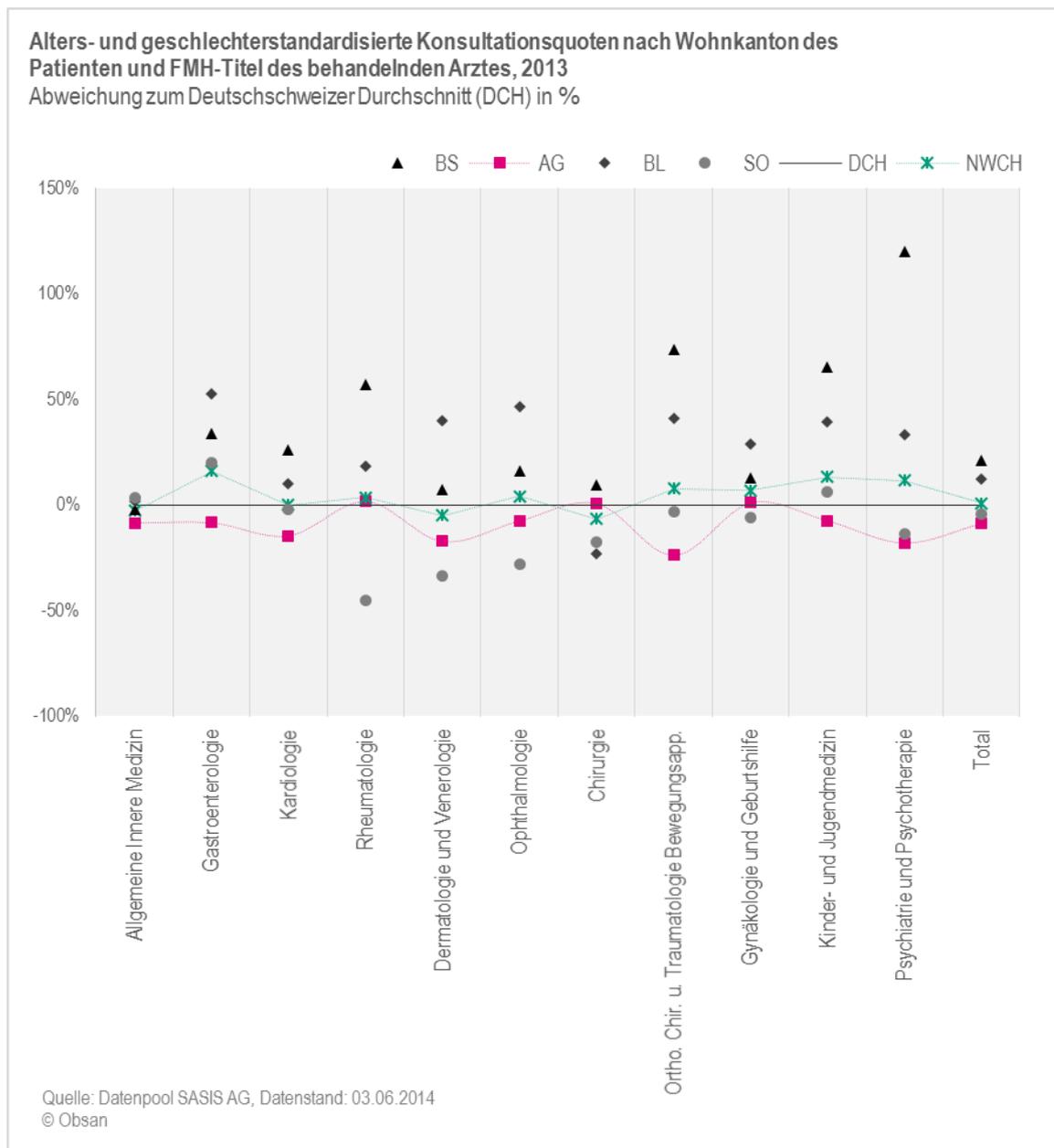


ABBILDUNG 57: KONSULTATIONSQUOTEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN UND FMH-TITEL 2013

Abbildung 57 zeigt, dass die Abweichungen der kantonalen Konsultationsquoten vom Deutschschweizer Durchschnitt relativ stark sind, jene der Nordwestschweiz hingegen relativ geringfügig. Für die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt sind die Konsultationsquoten insgesamt über dem Deutschschweizer Durchschnitt, für die Kantone Aargau und Solothurn tendenziell unterhalb des Deutschschweizer Durchschnitts.

Die Unterschiede in den Konsultationsquoten sind hauptsächlich als Konsequenz der unterschiedlichen Angebotsstrukturen zu verstehen. In Bereichen, in welchen eine hohe Dichte an Leistungserbringern besteht, ist für die jeweilige Kantonsbevölkerung tendenziell auch eine hohe Konsultationsquote auszumachen. Konkrete Schlussfolgerungen für die Versorgungslage der jeweiligen Kantone sind daraus aus folgendem Grund nicht ableitbar. Es ist davon auszugehen, dass das Ausmass der Inanspruchnahme innerhalb bestimmter FMH-Titel von der Anzahl Leistungserbringer in anderen Bereichen abhängt. So sind zum Beispiel für den Kanton Solothurn innerhalb der spezialärztlichen FMH-Titel mehrheitlich unterdurchschnittliche Konsultationsquoten feststellbar, in der Allgemein Inneren Medizin liegt die Konsultationsquote jedoch über dem

Deutscheschweizer Durchschnitt. Zu bedenken gilt es ausserdem, dass für die Berechnung der Konsultationsquoten lediglich die Inanspruchnahme bei praxisambulanten Leistungserbringern berücksichtigt werden konnte, weil die spitalambulanten Leistungen nicht nach FMH-Titel unterschieden werden können.

Nebst dem interkantonalen Vergleich der Konsultationsquoten ist aus versorgungsplanerischer Perspektive insbesondere deren Entwicklung in Abhängigkeit der Angebotsstrukturen von potentiell Interesse. In **Tabelle 65** bzw. **Abbildung 58** sind Konsultationsquoten sowie die Dichte der Leistungserbringer für den Kanton Aargau dargestellt. Wiederum beschränkt sich die Darstellung auf die FMH-Titel mit mindestens fünf Leistungserbringern in der Nordwestschweiz sowie einer Inanspruchnahme von über 10'000 Grundleistungen pro Nordwestschweizer Kanton im Jahr 2013. Im Gegensatz zur vergleichenden Abbildung der Konsultationsquoten in Tabelle 64 werden hierbei die *nicht-standardisierten* Quoten *pro 100 Versicherte* ausgewiesen. Die Zahl der Leistungserbringer wird pro 100'000 Versicherte abgebildet.

Kanton Aargau Leistungsgruppen	Konsultationsquoten				Anzahl Leistungserbringer			
	pro 100 Versicherte				pro 100'000 Versicherte			
FMH-Titel des behandelnden Arztes	2011	2012	2013	Δ	2011	2012	2013	Δ
Innere Medizin - allgemein								
Allgemeine Innere Medizin	244.5	238.5	240.8	-3.7	54.2	53.7	54.2	+0.0
Innere Medizin - Spezialdisziplinen								
Gastroenterologie	4.5	4.7	4.9	+0.4	2.3	2.5	2.5	+0.2
Kardiologie	4.5	4.5	4.8	+0.3	2.9	3.5	4.7	+1.8
Rheumatologie	8.5	8.4	8.7	+0.2	4.0	4.3	4.2	+0.2
Dermatologie und Venerologie	16.2	15.9	16.1	-0.1	3.5	3.7	3.8	+0.2
Ophthalmologie	27.4	28.5	30.6	+3.2	6.3	7.3	8.1	+1.9
Chirurgie								
Chirurgie	6.4	6.2	6.3	-0.2	5.5	4.6	6.4	+0.9
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	6.7	6.7	6.6	-0.1	4.2	4.0	4.7	+0.5
Gynäkologie und Geburtshilfe								
Gynäkologie und Geburtshilfe	34.2	33.6	34.5	+0.3	11.8	12.1	13.0	+1.2
Pädiatrie								
Kinder- und Jugendmedizin	34.3	33.4	35.7	+1.4	10.3	10.5	9.7	-0.6
Psychiatrie								
Psychiatrie und Psychotherapie	30.0	30.6	31.9	+1.8	18.5	20.2	20.8	+2.3

TABELLE 65 : KONSULTATIONSQUOTEN UND ANZAHL LEISTUNGSERBRINGER NACH FMH-TITEL 2011-2013

Gemäss Tabelle 65 ist beispielsweise in der Ophthalmologie und der Psychiatrie ein Anstieg der Konsultationsquoten festzustellen. Gleichzeitig steigt in diesen Bereichen auch die Dichte Leistungserbringer. In Bezug auf die Allgemeine Innere Medizin ist ein Rückgang der Konsultationsquoten feststellbar, während die Dichte der Leistungserbringer konstant bleibt. Ein möglicher Erklärungsgrund dafür könnte darin liegen, dass im Bereich der Allgemeinen Inneren Medizin vermehrt Ärzte im Teilzeitpensum tätig sind.

In **Abbildung 58** sind die unterschiedlichen Entwicklungen der Konsultationsquoten sowie hinsichtlich der Anzahl Leistungserbringer pro 100'000 Versicherte nach FMH-Titeln dargestellt. Von Interesse ist dabei insbesondere, inwiefern die Verläufe analog verlaufen oder nicht bzw. inwiefern das Angebot im Sinne der Anzahl Leistungserbringer sich in Abhängigkeit der Inanspruchnahme entwickelt oder umgekehrt. Abbildung 58 ist dabei beispielhaft zu verstehen, da aufgrund eines Beobachtungszeitraums von lediglich drei Jahren diese Entwicklungen kaum sinnvoll interpretiert werden können. Interessant wird diese Betrachtung erst über einen längeren Zeitraum im Sinne eines langfristigen Monitorings der ambulanten Versorgung.

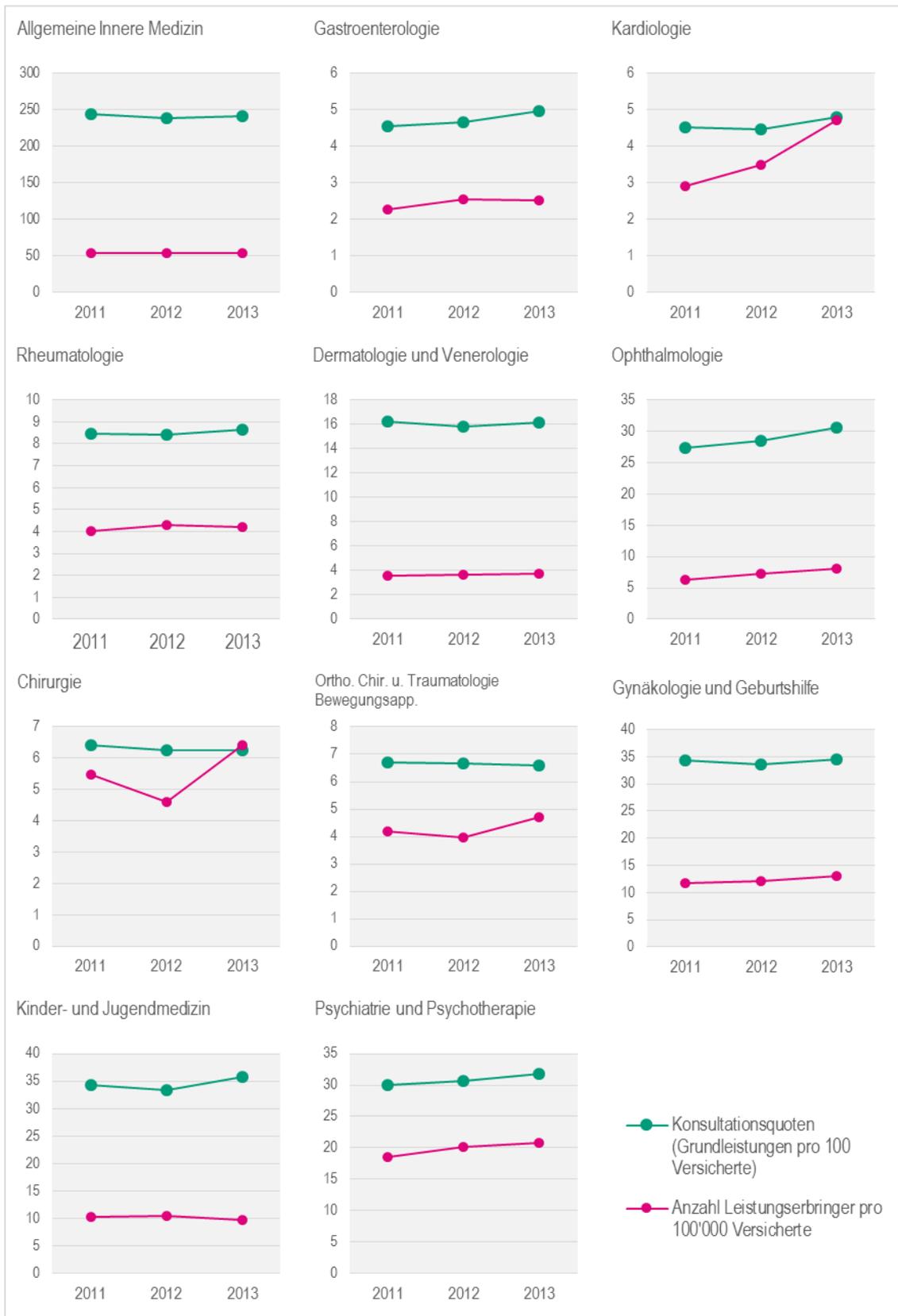


ABBILDUNG 58: KONSULTATIONSQUOTEN ANZAHL LEISTUNGSERBRINGER 2011-2013

Wichtig ist es zu beachten, dass die Höhe der abgebildeten Linien für die Konsultationsquoten und die Dichte der Leistungserbringer nicht im Verhältnis zueinander interpretiert werden können, d.h. ein gleich hohes Niveau ist nicht etwa im Sinne „einer ausgewogene Versorgungslage“ interpretierbar. Damit dies möglich wäre, müssten zusätzlich die durchschnittliche jährliche Anzahl Grundleistungen und das durchschnittliche Arbeitspensum jeweils pro FMH-Titel bekannt sein – Informationen, welche für die vorliegenden Auswertungen nicht zur Verfügung standen.

5 Fazit Ambulante Versorgung

5.1 Erstmals detaillierte Auswertungen zur ambulanten Versorgung im Kanton Aargau

Im Rahmen des vorliegenden Monitorings wurde erstmals eine detaillierte Analyse der Versorgungssituation im ambulanten Sektor für den Kanton Aargau durchgeführt. Das Angebot durch ambulante Leistungserbringer mit Standort im Kanton Aargau sowie die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch Aargauer Patienten wurde dabei jeweils kategorisiert nach praxis- und spitalambulanten Leistungen dargestellt. Die praxisambulanten Leistungen wurden in einem zweiten Schritt nach FMH-Titeln des behandelnden Arztes ausgewiesen. Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen die zentrale Bedeutung der praxisambulanten Ärzte in den Bereichen *Grundversorgung*, *Gynäkologie*, *Pädiatrie* und *Psychiatrie* anhand deren Anteils erbrachter Grundleistungen. Zusammengenommen erbringen sie mehr als die Hälfte der ambulanten Leistungen zugunsten der Patienten aus dem Kanton Aargau.

Die Auswertungen zur ambulanten Versorgung basieren auf den Daten des SASIS Datenpools und wurden in Zusammenarbeit mit dem Obsan bewerkstelligt. In der Interpretation dieser Daten sind diverse Unsicherheiten zu berücksichtigen, insbesondere, was die exakte Abgrenzung der Leistungen von Gruppenpraxen betrifft. Die Zuteilung erfolgt jeweils über die ZSR-Nummer, wobei für Gruppenpraxen nicht bekannt ist, ob es sich jeweils um eine Gemeinschaftspraxis oder z.B. um ein HMO-Gesundheitszentrum handelt. Unklar bleibt auch im spitalambulanten Bereich, inwiefern diese in der Datengrundlage als solche abgebildet sind oder ob gegebenenfalls über die individuellen ZSR-Nummern der Belegärzte abgerechnet wird.

5.2 Steigendes Angebot und Inanspruchnahme – insbesondere spitalambulant

Das Angebot ambulanter Leistungen gemessen an den erbrachten Grundleistungen durch Leistungserbringer mit Standort Kanton Aargau steigt im Zeitraum zwischen 2011 und 2013 um +10.5%. Analog gilt dies auch für die Nachfrage ambulanter Leistungen – die Inanspruchnahme ambulanter Grundleistungen durch Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau steigt um +11.4%. Sowohl für das Angebot als auch für die Nachfrage ist eine Zunahme der praxisambulanten sowie der spitalambulanten Leistungen festzustellen.

Auf Ebene der einzelnen Nordwestschweizer Kantone sind analoge Entwicklungen für sämtliche Kantone beobachtbar, einzige Ausnahme bildet das Angebot ambulanter Leistungen im Kanton Basel-Landschaft. Zwar ist auch hier eine Zunahme sowohl der praxisambulanten als auch der spitalambulanten Leistungen auszumachen, im Gegensatz zum allgemein vorherrschenden Trend des starken Anstiegs spitalambulanter Leistungen, übertrifft im Kanton Basel-Landschaft allerdings die Zunahme im praxisambulanten Bereich den Anstieg der ambulant erbrachten Leistungen in Spitälern, wobei jeweils der Anstieg hinsichtlich der spitalambulanten Leistungen deutlich höher ist.

5.3 Der Kanton Aargau als Teil eines geschlossenen Versorgungssystems

Die Nordwestschweizer Patienten nehmen im Jahr 2013 93.6% der ambulanten Leistungen innerhalb der Nordwestschweiz in Anspruch. Lediglich 6.4% der ambulanten Grundleistungen beziehen sich auf Behandlungen bei Leistungserbringern mit Standort ausserhalb der ausserhalb

der Nordwestschweiz. Noch etwas geringer ist das Ausmass der Zuwanderung ausserregionaler Patienten. Lediglich 4.6% der ambulanten Leistungen in der Nordwestschweiz sind auf ausserregionale Patienten zurückzuführen. Sowohl hinsichtlich der Zuwanderung als auch hinsichtlich der Abwanderung sind die jeweils die Kantone Zürich und Bern von relevanter Bedeutung für die ambulante Versorgung der Nordwestschweiz. Betrachtet man die ambulanten Patientenströme auf Ebene der einzelnen Nordwestschweizer Kantone, wird ersichtlich, dass der Kanton Bern hauptsächlich für den Kanton Solothurn und der Kanton Zürich für den Kanton Aargau eine bedeutsame Rolle spielen. Ansonsten beschränken sich die Patientenströme weitgehend auf die jeweils anderen Nordwestschweizer Kantone. Gemessen an der jeweiligen kantonalen Inanspruchnahme, sind die bedeutendsten Ströme zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft feststellbar. 26.4% der ambulanten Leistungen zugunsten von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft werden durch basel-städtische Leistungserbringer erbracht. Umgekehrt beziehen sich jedoch auch 10.8% der ambulanten Leistungen für basel-städtische Patienten auf Behandlungen im Kanton Basel-Landschaft.

Insgesamt stellt die Nordwestschweiz auch in Bezug auf die ambulante Versorgung eine weitgehend geschlossene Versorgungsregion dar.

5.4 Erprobung von Indikatoren zur Versorgungslage

Nebst der Dokumentation zu Angebot, Nachfrage und den Patientenströmen innerhalb der ambulanten Versorgung wurden im Rahmen des Monitorings auch diverse Indikatoren zur ambulanten Versorgung erprobt.

- Vergleich der Ärztedichte nach Standortkanton

Im Jahr 2013 liegt die Ärztedichte im Kanton Aargau mit 177 OPK-abrechnenden Ärzten pro 100'000 Versicherte unter dem Durchschnitt der Nordwestschweiz (231) und unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (264).

- Geografische Verteilung praxisambulanter Leistungserbringer

In Bezug auf die Verteilung der Leistungserbringer in der Nordwestschweiz zeigt sich, dass erwartungsgemäss die Zahl der Grundversorger in den Zentren Aarau, Basel, Solothurn und Baden/Wettingen am höchsten ist. Etwas geringer ist die Zahl der Grundversorger in den Regionen Liestal und Grenchen. Alle Regionen der Nordwestschweiz verfügen über zumindest einen Leistungserbringer der Grundversorgung. Die höchste Anzahl Pädiater und Psychiater weisen – nebst den Zentrumsregionen Aarau, Basel, Wettingen/Baden und Solothurn – die Region um Rheinfelden sowie für die Psychiatrie ebenfalls Liestal auf. Eine abschliessende Einschätzung potentieller Versorgungslücken ist anhand der Auswertungen zur geografischen Verteilung der erwähnten Grundversorger bzw. Fachärzte nicht möglich. Sie sollen jedoch die Grundlage schaffen, um die künftige Entwicklung hinsichtlich der geografischen Verteilung nachzuvollziehen.

- Vergleichende Analyse der Konsultationsquoten nach Wohnsitzkanton

Die Konsultationsquoten der Nordwestschweiz als Gesamtregion weichen innerhalb der ausgewählten Leistungsbereiche nur geringfügig von den Konsultationsquoten gemäss dem Deutschschweizer Durchschnitt ab. Auf kantonaler Ebene sind jedoch wesentliche Unterschiede erkennbar. Die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt weisen in den spezialärztlichen Leistungsbereichen tendenziell überdurchschnittliche Konsultationsquoten auf, wohingegen die Kantone Aargau und Solothurn in diesen Bereichen tendenziell unterhalb des Deutschschweizer Durchschnitts liegen.

G. Substitution stationär - ambulant

Aufgrund der medizintechnischen Entwicklung wurden in den letzten Jahren bei vielen Eingriffen die Voraussetzungen für eine ambulante anstelle einer stationären Behandlung geschaffen. Ob diese Behandlungen aber tatsächlich ambulant erbracht werden, hängt auch von ökonomischen Entwicklungen ab. Tarifliche Veränderungen und Anreize können den Verlagerungsprozess in den ambulanten Bereich beschleunigen oder verlangsamen. Grundsätzlich gilt: je unattraktiver die Vergütung nach SwissDRG gegenüber dem TARMED ist, desto mehr Leistungen werden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert.¹²⁵

Das Substitutionspotential in Bezug auf bestimmte Eingriffe und Behandlungen bildete dementsprechend einen zentralen Bestandteil des Prognosemodells der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, welches wiederum die Grundlage für die Bedarfsprognosen zuhanden der Nordwestschweizer Kantone im Zusammenhang mit dem Versorgungsbericht bildete.¹²⁶ Im Rahmen des vorliegenden Monitorings wurde das Ziel formuliert, ein Substitutionsraster – bestehend aus ambulanten Leistungen und Leistungskombinationen, welche als Substitution von stationären Leistungsgruppen in Frage kommen – zu erarbeiten, so dass allfällige Substitutionsprozesse nachvollziehbar werden. Zusätzlich zur Erarbeitung dieses Rasters sollen im vorliegenden Schlussbericht erste, darauf basierende Auswertungen präsentiert werden. Eine abschliessende Beurteilung der Substitutionstendenzen ist anhand dieser Auswertungen nicht möglich, da, zum einen, die zur Verfügung stehenden Daten lediglich einen beschränkten Zeitraum abdecken, und zum andern, die gewählte Methode nicht dazu geeignet ist, Kausalitäten festzustellen. Vielmehr soll damit eine Grundlage zuhanden der (auftraggebenden) Kantone geschaffen werden, so dass Substitutionstendenzen künftig nachvollzogen werden können – und zwar in einer Form, die konkrete Schlussfolgerungen für die kantonalen Versorgungsplanungen daraus ableiten lässt.

1 Methode

In der Studie betreffend potentieller Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor unterscheiden Felder et al. (2014, S. 23ff.) zwischen Teilverlagerungen und gesamthaften Verlagerungen von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Mit Teilverlagerung ist dabei gemeint, dass die Hauptbehandlung zwar nach wie vor stationär im Spital erfolgt, ein Teil der vor- und nachgelagerten Untersuchungen und Abklärungen jedoch in den ambulanten Bereich verlagert wird. Eine gesamthafte Verlagerung beschreibt hingegen den Fall, dass Operationen, welche sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden können, komplett in den ambulanten Bereich verschoben werden. Im Rahmen des vorliegenden Monitorings gilt der Fokus letzteren, also der gesamthaften Verschiebung von Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich. Teilverschiebungen können anhand der zugrundeliegenden Daten nicht adäquat untersucht werden, weil keine Verknüpfung der Patientendaten zwischen stationären und ambulanten Behandlungsepisoden basierend auf den Daten der Medizinischen Statistik und dem Tarifpool der SASIS AG möglich ist.

1.1 Hypothesen

Gemäss Felder et al. (2014, S.71ff.) ist im Zusammenhang mit der Einführung der Fallpauschalen im stationären Bereich von einer Verlagerung von Eingriffen in den ambulanten Behandlungen auszugehen, insofern sich die finanziellen Anreize durch die Fallpauschalen ausreichend zugunsten einer ambulanten Behandlung verschieben. Da im stationären Bereich Fallpauschalen gelten, im ambulanten Bereich jedoch eine Einzelleistungsvergütung zur Anwendung kommt, entstehen

¹²⁵ Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2011, S.175ff.) und GDK (2005, S.38).

¹²⁶ Vgl. Gruber et al. (2010a, S.48).

Anreize zur Verlagerung von Behandlungen, falls der ambulante Preis für den Leistungsanbieter interessant ist. Weil das finanzielle Risiko des Krankenhauses im TARMED-System mit Einzelleistungsvergütung geringer ist als unter SwissDRG – bei Einzelleistungsvergütung können Erlöse bei sehr intensivem Behandlungsbedarf erhöht werden, während sie bei pauschaler Vergütung mehr oder weniger feststehen –, könnten einfachere Operationen in Zukunft vermehrt ambulant durchgeführt werden. Anders ausgedrückt werden es letztlich Machbarkeitsüberlegungen und die finanziellen Anreize sein, die entscheiden werden, welche stationären Fälle in den ambulanten Bereich verschoben werden. Infolgedessen wäre ein Anstieg der ambulanten Behandlungen bei einem gleichzeitigen Rückgang der korrespondierenden stationären Eingriffe im Zeitraum der Einführung der Fallpauschalen zu erwarten. Nebst den Anreizen resultierend aus der Einführung der Fallpauschalen kann sich ein Substitutionspotential auch unabhängig davon, alleine aufgrund der medizintechnischen Entwicklung ergeben. Folglich sind Substitutionstendenzen, die nicht unmittelbar im Zeitraum der Einführung der Fallpauschalen auftreten, ebenso denkbar.

1.2 Erarbeitung des Substitutionsrasters

In Zusammenarbeit mit der kantonalen Arbeitsgruppe sowie unter Beizug von Experten aus der stationären und ambulanten Versorgung sowie aus dem Bereich der Datencodierung wurden in einem ersten Schritt jene Behandlungen identifiziert, die ein Verlagerungspotenzial aufweisen. Dabei wurden bestehende Studien und Wissensbestände als Ausgangslage genutzt:

- Liste von Behandlungen mit Verschiebungspotenzial gemäss Felder et al. (2014), welche mitunter auf den Behandlungen beruht, die der deutsche Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. als häufige ambulante Operationen beschrieben hat¹²⁷ und die ebenfalls Bestandteil des AOP-Katalogs¹²⁸ sind.
- Liste der potentiell substituierbaren DRG der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.¹²⁹
- Tabelle korrespondierender CHOP-Codes und TARMED-Tarifpositionen des Obsan

Aufbauend auf den genannten Grundlagen erfolgte die Auswahl zu untersuchender Behandlungen, welche schliesslich das Substitutionsraster bilden (vgl. nachfolgende **Tabelle 66**). Darin werden jeweils anhand des Oberbegriffs zur Behandlung die zugeordneten CHOP-Codes für die stationären Eingriffe sowie die korrespondierenden TARMED-Positionen ausgewiesen.

¹²⁷ Vgl. BAO (2014).

¹²⁸ Gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V vereinbaren der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe sowie damit einhergehend einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Der sog. AOP-Vertrag (Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus) soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationärsersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen. Vgl. dazu KBV (2014).

¹²⁹ Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2009).

Eingriff / Behandlung	TARMED-Tarifpositionen	CHOP-Codes
Leistenbruch (Inguinalhernie)	20.0180, 20.0220, 20.0250, 20.0260, 20.0280, 20.0290, 20.0300, 20.0310, 20.0320, 20.0330, 20.0340, 20.0350, 20.0360	Z53.00, Z53.01, Z53.02, Z53.03, Z53.04, Z53.05, Z53.10, Z53.11, Z53.12, Z53.13, Z53.14, Z53.15, Z53.16, Z53.17
Krampfadern (Varizen)	18.1550, 18.1560, 18.1590, 18.1620, 18.1640, 18.1660, 18.1670, 18.1680, 18.1690	Z38.59.99, Z38.59.59, Z38.59.52, Z38.59.51, Z38.59.50, Z38.59.40, Z38.59.33, Z38.59.32, Z38.59.31, Z38.59.30, Z38.59.23, Z38.59.22, Z38.59.21, Z38.59.20, Z38.59.10, Z38.59.00
Operative Rachenmandel-Entfernung (Adenotonsillektomie)	12.0140, 12.0160, 12.0170, 12.0180, 12.0190	Z28.6, Z28.2X.00, Z28.2X.10, Z28.2X.11, Z28.2X.12, Z28.2X.99, Z28.3, Z28.4
Exzision von Hämorrhoiden	20.2210, 20.2220, 20.2240, 20.2250	Z49.41, Z49.42, Z49.43, Z49.44, Z49.45, Z49.46.00, Z49.46.10, Z49.46.11, Z49.46.12, Z49.46.99, Z49.47, Z49.49.00, Z49.49.10, Z49.49.11, Z49.49.99
Grauer Star (Katarakt)	08.2760	Z13.11, Z13.19, Z13.2, Z13.3, Z13.41, Z13.42, Z13.43, Z13.51, Z13.59, Z13.64, Z13.65, Z13.66, Z13.69
Arthroskopische Meniskusentfernung	24.5710, 24.5720	Z80.6X.10, Z80.6X.11, Z80.6X.00
Hallux valgus (Schiefstand des Grosszehs)	24.8410, 24.8420, 24.8430, 24.8440, 24.8470, 24.8490, 24.8500	Z77.51, Z77.52, Z77.53, Z77.59
Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom	05.2410	Z04.43.00, Z04.43.10, Z04.43.99
Steißbeinfistel (Sakraldermoid)	20.2820, 20.2830	Z86.03, Z86.21, Bemerkung: Ausschluss Limberg-Lappen
Plastische Operation des Nasenseptums / Rhinoplastik	10.0250, 10.0310, 10.0510, 10.0540	Z21.5, Z21.88.00, Z21.88.10, Z21.88.11, Z21.88.12, Z21.88.13, Z21.88.14, Z21.88.15, Z21.88.99
Zervixkonisation (Entfernen eines Gewebekegels am Gebärmutterhals)	22.1030	Z67.2, Z67.32, Z67.33

TABELLE 66: SUBSTITUTIONSRASTER

Ob ein Eingriff schliesslich stationär oder ambulant erfolgt, kann in Ergänzung zu den finanziellen Anreizen von verschiedenen, weiteren Faktoren abhängig sein. Infolgedessen muss davon ausgegangen werden, dass ein wesentlicher Anteil der Fälle in Bezug auf die ausgewählten Behandlungen, ungeachtet der finanziellen und medizintechnologischen Rahmenbedingungen, gleichwohl eine stationäre Behandlung erfordert. Mögliche Einflussfaktoren werden nachfolgend erläutert:

- Bei manchen Eingriffen besteht kein umfassend akzeptierter Konsens (innerhalb der jeweiligen Facharztverbände), ob ein Eingriff ambulant oder stationär erfolgen soll. Ein Beispiel dafür ist die operative Entfernung der Rachenmandeln bei erwachsenen Patienten. Somit ist die Haltung des behandelnden Arztes mitunter ausschlaggebend für die Wahl des Behandlungssettings.
- Liegen neben einer definierten Grunderkrankung zusätzlich weitere Krankheits- oder Störungsbilder vor (Komorbidität), kann eine stationäre Hospitalisation angezeigt sein, auch wenn aufgrund der einzelnen Krankheits- oder Störungsbilder keine Notwendigkeit gegeben wäre.

- c) Des Weiteren können psychosoziale Umstände eine stationäre Behandlung bedingen, so zum Beispiel, wenn die notwendigen Betreuungsleistungen im Nachgang eines Eingriffs nicht durch das familiäre Umfeld gewährleistet werden können.

1.3 Datengrundlage und Analyseverfahren

Ziel der Auswertung der Substitutionstendenzen ist eine beschreibende Darstellung zur Entwicklung der stationären und ambulanten Fallzahlen in Bezug auf die ausgewählten Eingriffe in der Nordwestschweiz. Für die Analyse der stationären Fallzahlen wurde die Medizinische Statistik für die Jahre 2011 bis 2013 herangezogen. Dabei wurden in einem ersten Schritt die akutstationären Hospitalisationen gemäss Kapitel B extrahiert. Berücksichtigt wurden ausserdem lediglich Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz in einem der Nordwestschweizer Kantone sowie Hospitalisationen mit einer Aufenthaltsdauer von maximal 3 Tagen.¹³⁰ Anschliessend wurden jene Fälle extrahiert, für welche einer der in Tabelle 66 definierten CHOP-Codes innerhalb der ersten zehn Variablen zu den Prozeduren gemäss Medizinischer Statistik codiert waren.¹³¹

Die Analyse der ambulanten Fallzahlen basiert auf dem Tarifpool der Schweizer Krankenversicherer, welcher durch die SASIS AG bewirtschaftet wird. Die Daten beziehen sich dabei auf die Jahre 2007 bis 2012. Im Tarifpool werden die eingegangenen Rechnungen der einzelnen Leistungserbringer in verdichteter Form zusammengefasst, wobei mitunter auch die verrechneten Tarifpositionen erfasst werden. Der Tarifpool funktioniert auf freiwilliger Basis, im Jahr 2011 deckte der Tarifpool 61.9% der Versicherten ab. Damit Aussagen mit Bezug auf den gesamten Versichertenbestand möglich sind, werden die Daten anhand des Versichertenbestands aus dem Risikoausgleich hochgerechnet. Schliesslich wurden anhand der im Substitutionsraster definierten Tarifpositionen die Anzahl fakturierter Tarifpositionen für Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz ermittelt. Die Auswertungen des Tarifpools erfolgten durch das Obsan.

Die Auswertungen erfolgten jeweils ausschliesslich auf Ebene der Gesamtnordwestschweiz. Somit sind die jeweiligen Fallzahlen ausreichend gross, dass eindeutige Trends ableitbar sind.

2 Ergebnisse

Nachfolgend sind die Ergebnisse pro Behandlung jeweils zuerst in Tabellenform und anschliessend als Diagramm dargestellt. In den Tabellen sind jeweils die absolute Zahl der Fälle, für welche eine der entsprechenden CHOP-Codes codiert bzw. Tarifpositionen fakturiert wurden, sowie die Rate pro 100'000 Versicherte enthalten. In den Diagrammen wird jeweils die Rate pro 100'000 Versicherte für die stationären und ambulanten Eingriffe dargestellt. Für letztere wird jeweils zusätzlich noch nach praxisambulanten und spitalambulanten Leistungen unterschieden.¹³²

2.1 Leistenbruch

Tabelle 67 zeigt die Auswertungen in Bezug auf operative Eingriffe bei Leistenbrüchen. Die Zahl der stationären Fälle von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz steigt von 2'627 Fällen im Jahr 2011 auf 2'829 Fälle im Jahr 2013. Für den ambulanten Bereich ist ein Anstieg von 148 verrechneten Tarifpositionen im Jahr 2007 auf 339 im Jahr 2012 zu verzeichnen.

¹³⁰ Für Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von über 3 Tagen kann kaum ein Substitutionspotential im Hinblick auf eine ambulante Behandlung erwartet werden. Dadurch sollen insbesondere komorbide Patienten ausgeschlossen werden. Zur Kontrolle wurde die Auswertung ohne diese Einschränkung durchgeführt, wobei sich die Resultate kaum unterschieden.

¹³¹ Vgl. dazu BFS (2008).

¹³² Exklusive die Gewichtung für den Effekt der Fallzusammenführung infolge der SwissDRG-Einführung.

Nordwestschweiz		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Leistenbruch								
absolut	stationär					2'627	2'785	2'829
	ambulant	148	206	234	260	296	339	
	(Spital)	65	111	145	174	226	261	
	(Praxis)	83	94	89	86	70	78	
pro 100'000 Versicherte	stationär					196.0	205.6	206.5
	ambulant	11.5	15.8	17.8	19.6	22.1	25.0	
	(Spital)	5.0	8.6	11.0	13.1	16.9	19.3	
	(Praxis)	6.4	7.2	6.8	6.5	5.2	5.8	

TABELLE 67: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - LEISTENBRUCH

In **Abbildung 59** ist die Entwicklung der stationären und ambulanten Fallzahlen pro 100'000 Versicherte abgebildet. Hinsichtlich der ambulanten Fallzahlen ist ein relativ kontinuierlicher Anstieg festzustellen, wobei der Anstieg ausschliesslich auf eine Zunahme der spitalambulanten Eingriffe zurückzuführen ist. Ebenso steigt die Zahl der stationären Hospitalisationen, wobei der Anstieg zwischen 2012 und 2013 (+1.6%) deutlich geringer ist als zwischen 2011 und 2012 (+6.0%). Insgesamt entfällt die überwiegende Mehrheit der Behandlungen auf den stationären Bereich.

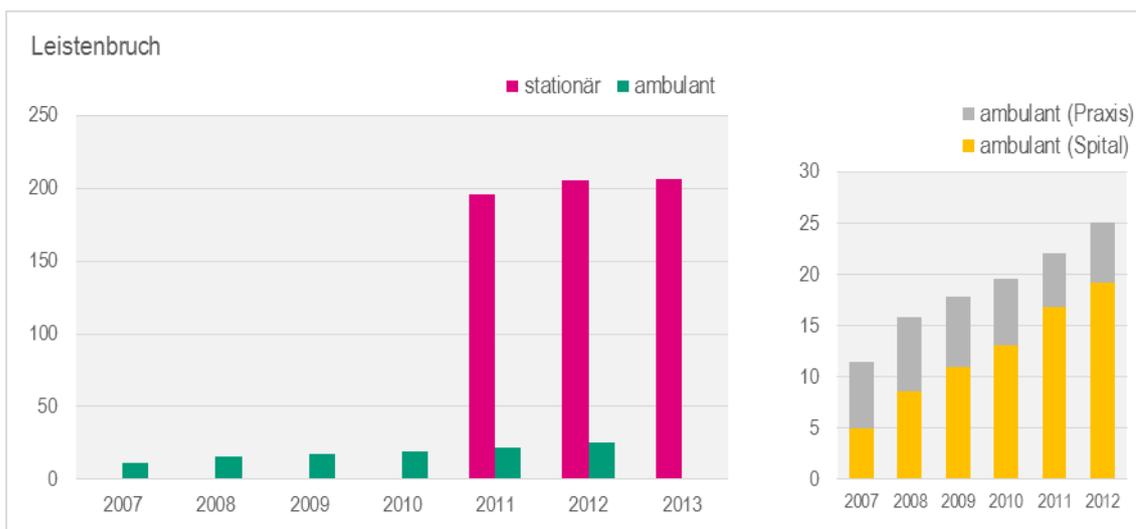


ABBILDUNG 59: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - LEISTENBRUCH

Eine Substitution stationärer durch ambulante Leistungen bildet sich anhand der vorliegenden Daten nur bedingt ab. Die Zunahme der stationären Hospitalisationen ist zwischen 2012 und 2013 gegenüber dem Vorjahr deutlich geringer und beträgt mit +1.6% weniger als die Zunahme der akutstationären Inanspruchnahme insgesamt (+2.5%).¹³³ Somit reduziert sich der Anteil stationär durchgeführter, operativer Eingriffe bei Leistenbrüchen an der Gesamtzahl durch die Nordwestschweiz in Anspruch genommener stationärer Leistungen. Inwiefern sich dieser Trend bestätigt, ist anhand der Folgejahre zu untersuchen. Eindeutig ist allerdings der wesentliche Anstieg spitalambulanten Eingriffe bei Leistenbrüchen.

Weitgehend analog zur Entwicklung betreffend die operativen Eingriffe bei Leistenbrüchen verhalten sich auch die beobachteten Fallzahlen für folgende Eingriffe bzw. Bereiche:

- Hallux Valgus
- Steissbeinfistel (exkl. Limberg-Lappen)

¹³³ Vgl. Abbildung 21.

- Plastische Operation des Nasenseptums / Rhinoplastik

Für alle diese Eingriffe ist anhand der zugrundeliegenden Daten ein Anstieg der stationären Eingriffe sowie deren Anteils festzustellen. Genauso erfolgt in sämtlichen Bereichen die überwiegende Mehrheit der Behandlungen stationär. Infolgedessen widersprechen die diesbezüglich beobachteten Tendenzen der Hypothese zugunsten einer Verschiebung stationärer Eingriffe in den ambulanten Sektor. Aus Platzgründen werden die diesbezüglichen Ergebnisse nicht explizit ausgewiesen und beschrieben.

2.2 Krampfadern

Tabelle 68 zeigt die Auswertungen in Bezug auf die Behandlung von Krampfadern. Die Zahl der stationären Fälle von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz steigt von 1'783 Fällen im Jahr 2011 auf 2'012 Fälle im Jahr 2013. Für den ambulanten Bereich ist ein Anstieg von 1'920 verrechneten Tarifpositionen im Jahr 2007 auf 2'419 im Jahr 2012 zu verzeichnen.

Nordwestschweiz		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Krampfadern								
absolut	stationär					1'783	1'828	2'012
	ambulant	1'920	1'547	2'600	2'558	2'559	2'419	
	(Spital)	218	342	397	401	388	485	
	(Praxis)	1'702	1'206	2'203	2'157	2'171	1'934	
pro 100'000	stationär					133.0	134.9	146.9
	ambulant	149.4	119.1	198.0	193.0	190.9	178.5	
Versicherte	(Spital)	16.9	26.3	30.2	30.3	28.9	35.8	
	(Praxis)	132.4	92.8	167.8	162.8	161.9	142.8	

TABELLE 68: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - KRAMPFADERN

In **Abbildung 60** ist die Entwicklung der stationären und ambulanten Fallzahlen pro 100'000 Versicherte abgebildet.

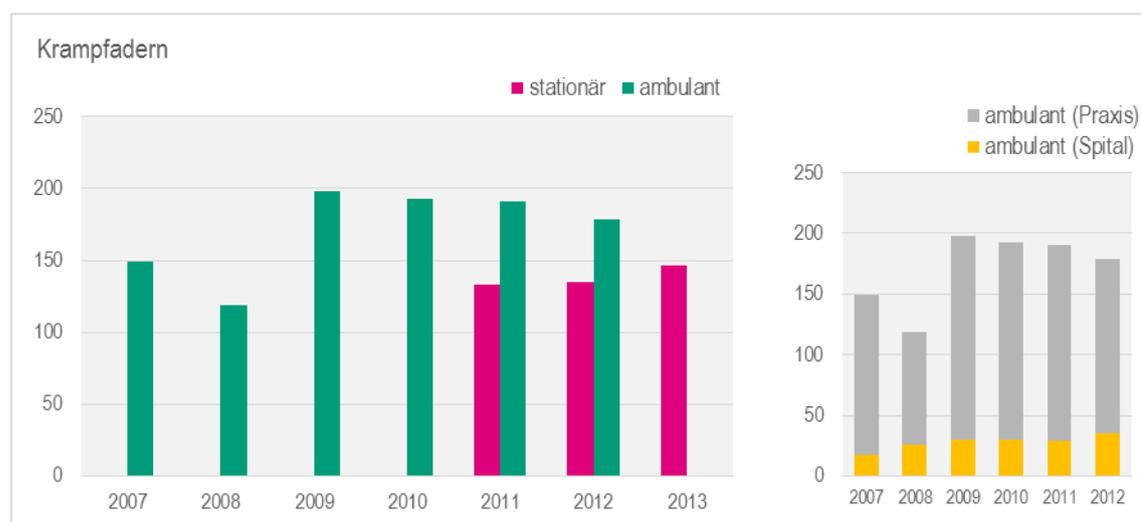


ABBILDUNG 60: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - KRAMPFADERN

Hinsichtlich der ambulanten Fallzahlen ist eine relativ kontinuierliche Abnahme zwischen 2009 und 2012 festzustellen. Die Zahl der stationären Hospitalisationen steigt hingegen im Zeitraum zwischen 2011 und 2013 an. Anhand der zugrundeliegenden Daten zeichnet sich also eine der Substitutionshypothese zuwiderlaufende Entwicklung ab.

2.3 Rachenmandeln

Tabelle 69 zeigt die Auswertungen in Bezug auf die operative Entfernung der Rachenmandeln. Die Zahl der stationären Fälle von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz steigt von 1'291 Fällen im Jahr 2011 auf 1'521 Fälle im Jahr 2013. Für den ambulanten Bereich ist ein Rückgang von 398 verrechneten Tarifpositionen im Jahr 2007 auf 202 im Jahr 2012 zu verzeichnen.

Nordwestschweiz		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Operative Rachenmandel-Entfernung (Adenotonsillektomie)								
absolut	stationär					1'291	1'311	1'521
	ambulant	398	257	309	238	288	202	
	(Spital)	338	220	274	207	244	187	
	(Praxis)	60	37	35	31	44	15	
pro 100'000	stationär					96.3	96.8	111.0
Versicherte	ambulant	30.9	19.8	23.5	17.9	21.5	14.9	
	(Spital)	26.3	17.0	20.9	15.6	18.2	13.8	
	(Praxis)	4.7	2.8	2.7	2.3	3.3	1.1	

TABELLE 69: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - RACHENMANDELN

In **Abbildung 61** ist die Entwicklung der stationären und ambulanten Fallzahlen pro 100'000 Versicherte abgebildet.

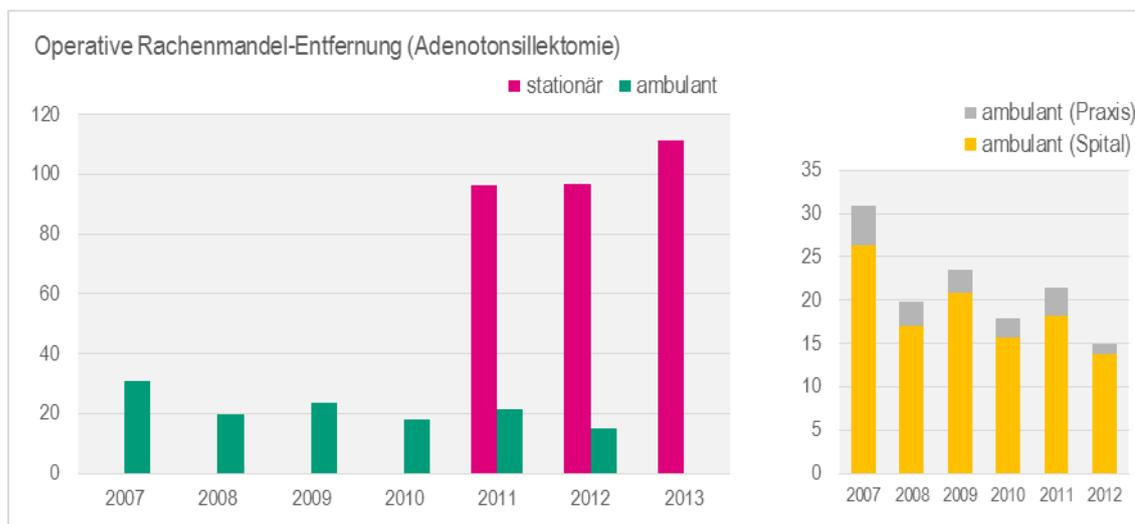


ABBILDUNG 61: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - RACHENMANDELN

Der Grossteil der Eingriffe erfolgt stationär, mit steigender Tendenz. Insofern widerspricht die beobachtete Entwicklung in Bezug auf die operative Entfernung der Rachenmandeln der Substitutionshypothese, gemäss welcher ein gegenläufiger Verlauf in Bezug auf die Zahl der stationär bzw. ambulant erfolgten Eingriffe erwartet würde.

2.4 Hämorrhoiden

In **Tabelle 70** sind die Ergebnisse hinsichtlich der Exzision von Hämorrhoiden dargestellt. Die Zahl der stationären Fälle von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz steigt von 493 Fällen im Jahr 2011 auf 552 Fälle im Jahr 2013. Für den ambulanten Bereich bleibt die Fallzahl weitgehend stabil und beläuft sich im Jahr 2012 auf 1'169 verrechnete Tarifpositionen.

Nordwestschweiz		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Exzision von Hämorrhoiden								
absolut	stationär					493	546	552
	ambulant	1'181	1'111	961	1'132	1'157	1'169	
	(Spital)	291	222	194	248	282	299	
	(Praxis)	889	889	767	884	875	870	
pro 100'000	stationär					36.8	40.3	40.3
	ambulant	91.9	85.5	73.2	85.4	86.3	86.3	
Versicherte	(Spital)	22.7	17.1	14.7	18.7	21.1	22.1	
	(Praxis)	69.2	68.4	58.4	66.7	65.3	64.2	

TABELLE 70: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - HÄMORRHOIDEN

In **Abbildung 62** ist die Entwicklung der stationären und ambulanten Fallzahlen pro 100'000 Versicherte abgebildet. Daraus wird ersichtlich, dass die stationären Fallzahlen in Relation zur Zahl der Versicherten zwischen 2011 und 2012 ansteigen und anschliessend zwischen 2012 und 2013 stabil bleiben. Die Mehrheit der Eingriffe bei Nordwestschweizer Patienten erfolgt zwischen 2011 und 2013 ambulant.

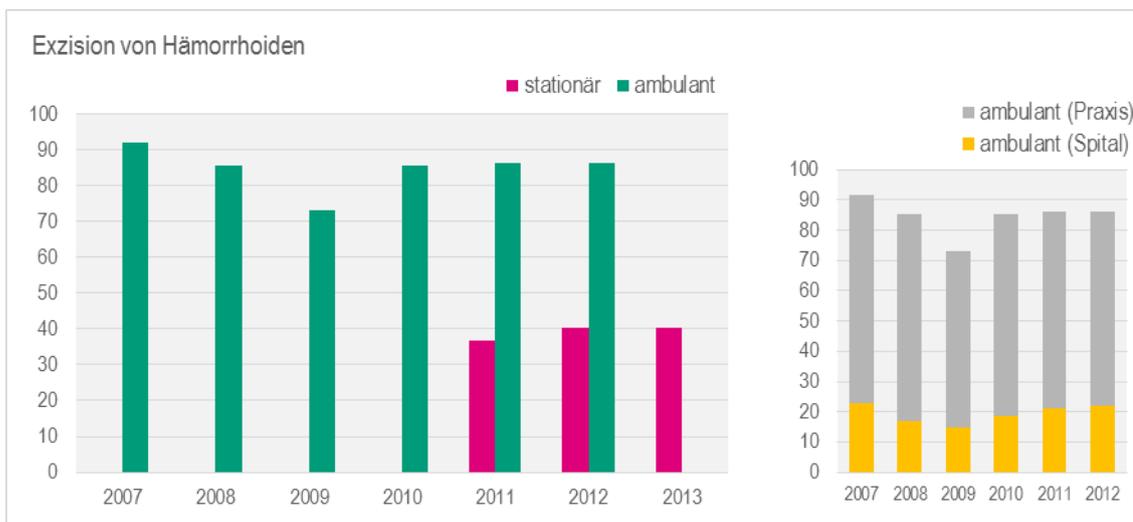


ABBILDUNG 62: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - HÄMORRHOIDEN

Auf eine Substitution stationärer durch ambulante Leistungen lässt sich anhand der Resultate zur Behandlung von Hämorrhoiden bei Nordwestschweizer Patienten nicht schliessen.

2.5 Grauer Star

Tabelle 71 zeigt die Resultate im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten mit Grauem Star, hauptsächlich per Phakoemulsifikation. Die Zahl der stationären Fälle von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz steigt von 285 Fällen im Jahr 2011 auf 413 Fälle im Jahr 2013. Für den ambulanten Bereich ist ein Anstieg von 4'274 verrechneten Tarifpositionen im Jahr 2007 auf 15'364 im Jahr 2012 zu verzeichnen.

Nordwestschweiz		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grauer Star								
absolut	stationär					285	284	413
	ambulant	4'274	7'589	9'434	14'442	14'552	15'364	
	(Spital)	2'471	4'852	5'979	10'301	9'352	7'699	
	(Praxis)	1'803	2'737	3'455	4'141	5'200	7'665	
pro 100'000	stationär					21.3	21.0	30.2
Versicherte	ambulant	332.5	584.1	718.3	1'089.6	1'085.5	1'134.1	
	(Spital)	192.2	373.5	455.2	777.2	697.6	568.3	
	(Praxis)	140.3	210.7	263.1	312.5	387.9	565.8	

TABELLE 71: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - GRAUER STAR

In **Abbildung 63** ist die Entwicklung der stationären und ambulanten Fallzahlen pro 100'000 Versicherte abgebildet. Augenscheinlich ist, dass die überwiegende Mehrheit der Eingriffe ambulant erfolgt. Insbesondere zwischen 2007 und 2010 ist ein massiver Anstieg der ambulanten Eingriffe zu verzeichnen, was auf das mittlerweile geringe Operationsrisiko zurückzuführen ist. Ebenso ist eine Zunahme des Anteils praxisambulanter Eingriffe festzustellen.

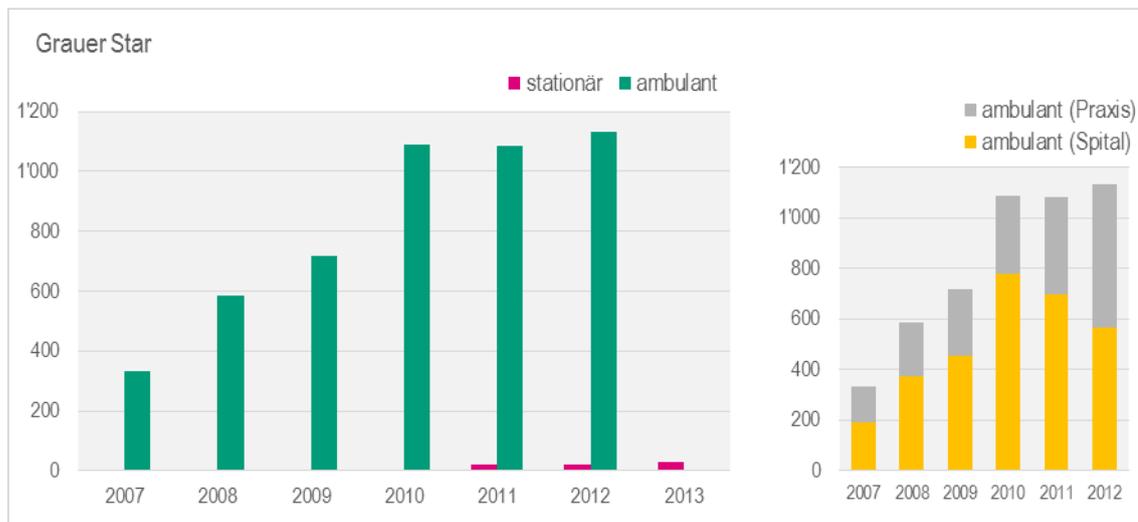


ABBILDUNG 63: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - GRAUER STAR

Die Daten deuten darauf hin, dass die Verschiebung zugunsten ambulanter Eingriffe bereits vor 2011 erfolgt ist und deshalb nicht als Folge der Fallpauschalen zu verstehen ist. Weil jedoch die stationären Daten für die Jahre 2007 bis 2010 zu den stationären Eingriffen für die vorliegenden Auswertungen nicht zur Verfügung standen, kann die unterstellte Verschiebung vor 2011 nicht gänzlich nachvollzogen werden.

2.6 Arthroskopische Meniskusektomie

Tabelle 72 zeigt die Auswertungen in Bezug auf die Arthroskopische Meniskusektomie. Die Zahl der stationären Fälle von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz steigt von 4'249 Fällen im Jahr 2011 auf 4'811 Fälle im Jahr 2013. Für den ambulanten Bereich ist ein Anstieg von 872 verrechneten Tarifpositionen im Jahr 2007 auf 1'548 im Jahr 2012 zu verzeichnen.

Nordwestschweiz		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Arthroskopische Meniskusektomie								
absolut	stationär					4'249	4'804	4'811
	ambulant	872	1'063	1'192	1'322	1'388	1'548	
	(Spital)	499	585	677	708	785	843	
	(Praxis)	373	478	515	614	602	705	
pro 100'000	stationär					316.9	354.6	351.2
	ambulant	67.9	81.8	90.8	99.7	103.5	114.2	
Versicherte	(Spital)	38.8	45.0	51.5	53.4	58.6	62.2	
	(Praxis)	29.0	36.8	39.2	46.3	44.9	52.0	

TABELLE 72: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - ARTHROSKOPISCHE MENISKUSEKTOMIE

In **Abbildung 64** ist die Entwicklung der stationären und ambulanten Fallzahlen pro 100'000 Versicherte abgebildet. In Relation zur Anzahl versicherten Personen in der Nordwestschweiz ist zwischen 2012 und 2013 ein Rückgang der stationären Eingriffe auszumachen, währenddessen die Zahl der ambulanten Eingriffe zwischen 2007 und 2012 relativ kontinuierlich steigt. Wenn auch die Mehrheit der mit der vorliegenden Auswertung erfassten Eingriffe noch immer stationär erfolgt, ist in Bezug auf den Anteil ambulanter Eingriffe ein wesentlicher Anstieg beobachtbar. Somit lässt sich daraus die Hypothese ableiten, dass im Kontext der Einführung der Fallpauschalen eine Verschiebung stationärer Eingriffe in den ambulanten Bereich eingestellt hat.

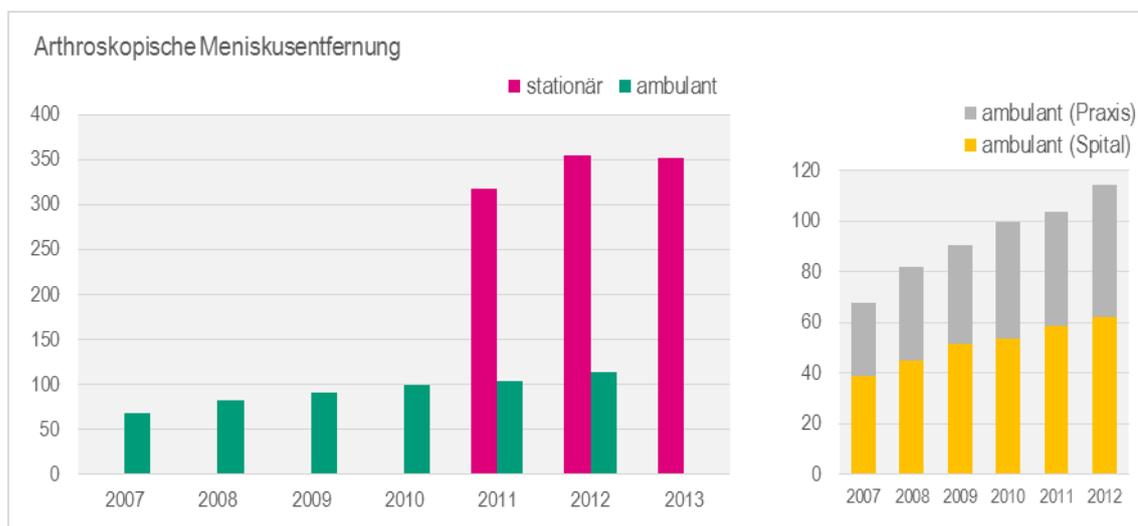


ABBILDUNG 64: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - ARTHROSKOPISCHE MENISKUSEKTOMIE

2.7 Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom

Tabelle 73 zeigt die Auswertungen in Bezug auf die Dekompression bei einem Karpaltunnelsyndrom. Die Zahl der stationären Fälle von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz steigt von 254 Fällen im Jahr 2011 auf 294 Fälle im Jahr 2013. Für den ambulanten Bereich ist ein Anstieg von 2'446 verrechneten Tarifpositionen im Jahr 2007 auf 3'182 im Jahr 2012 zu verzeichnen.

Nordwestschweiz		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom								
absolut	stationär					254	244	294
	ambulant	2'446	2'854	3'030	3'006	3'050	3'182	
	(Spital)	1'473	1'683	1'695	1'568	1'625	1'604	
	(Praxis)	972	1'172	1'335	1'438	1'425	1'578	
pro 100'000	stationär					18.9	18.0	21.5
Versicherte	ambulant	190.3	219.7	230.7	226.8	227.5	234.9	
	(Spital)	114.6	129.5	129.1	118.3	121.2	118.4	
	(Praxis)	75.6	90.2	101.7	108.5	106.3	116.5	

TABELLE 73: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - DEKOMPRESSION BEI KARPALTUNNELSYNDROM

In **Abbildung 65** ist die Entwicklung der stationären und ambulanten Fallzahlen pro 100'000 Versicherte abgebildet. Insbesondere für den Zeitraum zwischen den Jahren 2007 bis 2009 ist ein wesentlicher Anstieg der ambulanten Behandlungen feststellbar. Zwischen 2010 bzw. 2011 und 2013 sind sowohl die ambulanten als auch die stationären Fallzahlen weitgehend stabil. Die überwiegende Mehrheit der Eingriffe erfolgt ambulant.

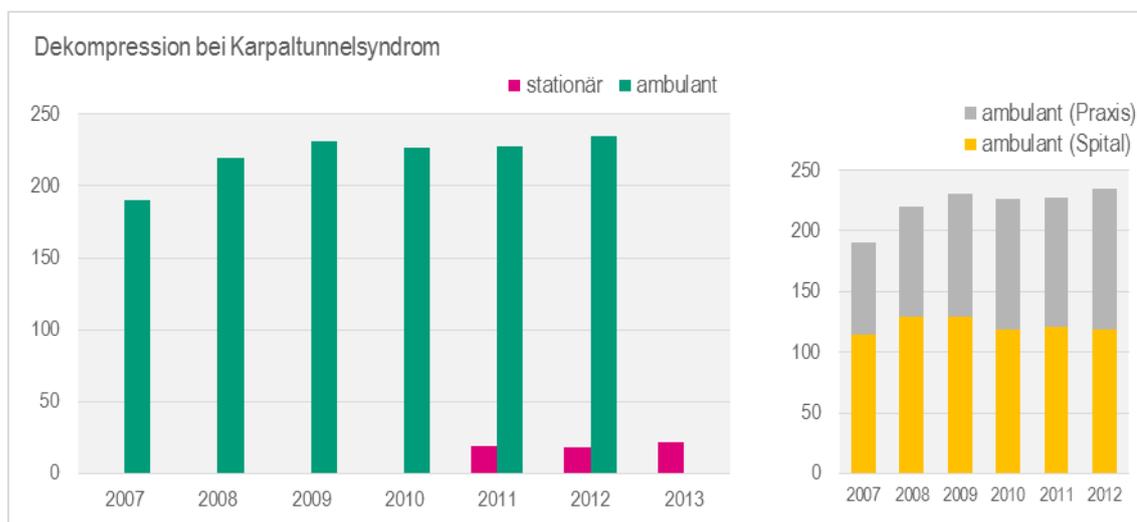


ABBILDUNG 65: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - DEKOMPRESSION BEI KARPALTUNNELSYNDROM

Die Daten deuten darauf hin, dass die Verschiebung zugunsten ambulanter Eingriffe gegebenenfalls bereits vor 2011 erfolgt ist und demzufolge nicht als Konsequenz der Einführung der Fallpauschalen zu verstehen ist. Weil jedoch die stationären Daten für die Jahre 2007 bis 2010 zu den stationären Eingriffen für die vorliegenden Auswertungen nicht zur Verfügung standen, kann der Verlauf der stationären Eingriffe nicht über den gesamten Zeitraum nachvollzogen werden.

2.8 Zervixkonisation

Tabelle 74 zeigt die Auswertungen in Bezug auf die Zervixkonisation (Entfernen eines Gewebekegels am Gebärmutterhals). Die Zahl der stationären Fälle von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz sinkt von 356 Fällen im Jahr 2011 auf 268 Fälle im Jahr 2013. Für den ambulanten Bereich ist ein Anstieg von 171 verrechneten Tarifpositionen im Jahr 2007 auf 357 im Jahr 2012 zu verzeichnen.

Nordwestschweiz		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Zervixkonisation (Entfernen eines Gewebekegels am Gebärmutterhals)								
absolut	stationär					356	279	268
	ambulant	171	148	202	239	218	357	
	(Spital)	159	133	181	223	193	321	
	(Praxis)	12	15	21	16	25	36	
pro 100'000	stationär					26.6	20.6	19.6
Versicherte	ambulant	13.3	11.4	15.4	18.0	16.3	26.3	
	(Spital)	12.4	10.3	13.8	16.8	14.4	23.7	
	(Praxis)	0.9	1.1	1.6	1.2	1.9	2.6	

TABELLE 74: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - ZERVIXKONISATION

In **Abbildung 66** ist die Entwicklung der stationären und ambulanten Fallzahlen pro 100'000 Versicherte abgebildet. Hinsichtlich der stationären Eingriffe ist ein wesentlicher Rückgang zwischen 2011 und 2013 zu verzeichnen. Für die Zahl der ambulant erfolgten Eingriffe ist zwischen 2007 und 2012 hingegen rund eine Verdoppelung auszumachen.

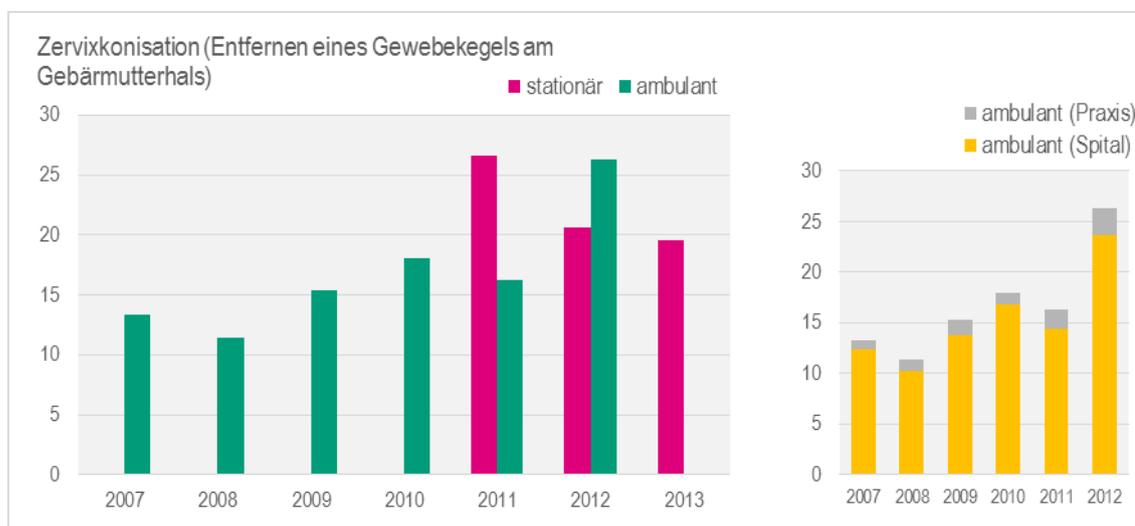


ABBILDUNG 66: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN – ZERVIXKONISATION

Auffällig ist dabei insbesondere der sprunghafte Anstieg der ambulanten Eingriffe zwischen 2011 und 2012, bei einem gleichzeitigen und ähnlich abrupten Rückgang der stationären Fallzahlen. Demgemäss erscheint es naheliegend diese Entwicklung in einem direkten Zusammenhang mit der Einführung der Fallpauschalen zu verstehen, wobei jedoch aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen eine gewisse Vorsicht geboten ist.

3 Fazit zur Substitution stationär - ambulant

Die Resultate zur Analyse potentieller Substitutionstendenzen zeigen ein unterschiedliches Bild je nach Eingriff bzw. Behandlungsgruppe. Bei gewissen Behandlungen (Grauer Star, Dekompression bei einem Karpaltunnelsyndrom) scheint die Verschiebung von stationären zu ambulanten Settings bereits vor der Einführung der Fallpauschalen im stationären Bereich weitgehend stattgefunden zu haben. Bei einigen Eingriffen (Zervixkonisation, operative Eingriffe bei Leistenbrüchen, Arthroskopische Meniskusentfernung) zeichnet sich zwischen 2011 und 2013 eine Verschiebung zugunsten der ambulanten Behandlung ab, wobei die Kausalität zwischen der Einführung der Fallpauschalen und den beobachteten Verschiebungen anhand des gewählten Analyseverfahrens nicht beurteilt werden kann. Bei den übrigen, untersuchten Eingriffen und Behandlungen kann entweder keine eindeutige Tendenz oder aber ein Anstieg des Anteils stationärer Behandlungsformen ausgemacht werden.

In Bezug auf Frage der Kausalität zwischen der Einführung der Fallpauschalen und Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Bereich sei auf die Studie von Felder et al. (2014) verwiesen. Darin weisen die Autoren eine geringe Evidenz für die gesamthafte Verschiebungen von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich aus. Der Effekt konzentriert sich dabei auf Kantone, in denen vor der Einführung der Fallpauschalen akutstationäre Leistungen in Form von Tagespauschalen vergütet wurden, was – mit Ausnahme des Kantons Aargau – die Nordwestschweizer Kantone miteinschliesst.

Das erarbeitete Substitutionsraster bildet eine Grundlage bzw. einen Ausgangspunkt um allfällige Substitutionstendenzen auch in Zukunft nachvollziehen zu können, so dass daraus Handlungswissen für eine leistungsorientierte Versorgungsplanung abgeleitet werden kann. Denkbar wäre mitunter ein interkantonaler Benchmark in Bezug auf den Anteil ambulanter Behandlungen innerhalb potentiell substituierbarer Leistungen. Anhand davon könnte konkretes Optimierungspotential sichtbar gemacht werden, indem bestimmte Eingriffe und Behandlungen identifiziert werden, in welchen der Anteil ambulanter Eingriffe unterdurchschnittlich tief ist.

H. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Zielsetzungen des vorliegenden Monitorings (vgl. Kapitel A.4) betreffen einerseits die Dokumentation und Analyse des Angebots, der Nachfrage und der Patientenströme. Andererseits sollen daraus Rückschlüsse auf die Versorgungslage bezüglich der stationären und ambulanten Versorgung abgeleitet werden. Die Entwicklungen von Angebot, Nachfrage und Patientenströmen sowie spezifische Indikatoren zur Versorgungslage wurden im Rahmen der vorhergehenden Kapitel jeweils pro Versorgungsbereich detailliert dargelegt. Im jeweiligen Fazit pro Versorgungsbereich sind ausserdem die jeweils daraus resultierenden Schlussfolgerungen dargestellt.

Das vorliegende Kapitel beinhaltet die bereichsübergreifenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen. Dabei werden bei Bedarf auch die Erkenntnisse aus den Schlussberichten auf Ebene der jeweils anderen Nordwestschweizer Kantone sowie auf Ebene der Gesamtnordwestschweiz einbezogen. Der Fokus gilt einerseits jenen Schlussfolgerungen, aus denen sich konkrete Empfehlungen zugunsten der leistungsorientierten Versorgungsplanung in der Nordwestschweiz bzw. in den einzelnen Kantonen ableiten lassen. Darüber hinaus werden an dieser Stelle auch Empfehlungen im Hinblick auf ein langfristiges Monitoring der medizinischen Versorgung in der Nordwestschweiz bzw. in den Nordwestschweizer Kantonen formuliert. Diese leiten sich weniger aus den konkreten Resultaten, sondern aus den im Rahmen des Projektes gewonnen Erkenntnissen ab. Dadurch soll eine nachhaltige, leistungsorientierte Versorgungsplanung unterstützt werden, die über das vorliegende Projekt zum Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme im Kontext der Einführung der massgeblichen Reformen gemäss KVG-Revision hinausreicht.

Im Kapitel H.1 werden die Schlussfolgerungen bezüglich der Entwicklung des Angebots, der Nachfrage sowie der Patientenströme dargelegt. Das Kapitel H.2 fokussiert anschliessend auf die Schlussfolgerungen, welche die Versorgungslage in der Nordwestschweiz bzw. in den einzelnen Nordwestschweizer Kantonen betreffen.

1 Entwicklung des Angebots, der Nachfrage und der Patientenströme

Im Zusammenhang mit der Entwicklung von Angebot, Nachfrage und Patientenströmen galt der besondere Fokus des vorliegenden Monitorings der Frage, inwiefern daraus Veränderungen aufgrund der KVG-Revision und der damit einhergehenden Reformen per 1.1.2012 festgestellt werden können.

1.1 Anstieg der Inanspruchnahme

Die Auswertungen des vorliegenden Monitorings zeigen, dass für den Kanton Aargau in sämtlichen Versorgungsbereichen eine steigende Tendenz der Fallzahlen, Pfl egetage bzw. Grundleistungen feststellbar ist. Analog gilt dies auch für die Mehrheit der Versorgungsbereiche in der Nordwestschweiz insgesamt.¹³⁴

Teilweise kann der Anstieg der Inanspruchnahme durch das Bevölkerungswachstum begründet werden. Angesichts dessen, dass innerhalb des Beobachtungszeitraums ebenso die Hospitalisationsraten – d.h. die Zahl der Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner – eine steigende Tendenz aufweisen, kann nicht das gesamte Ausmass der steigenden Inanspruchnahme als Folge des

¹³⁴ Einzige Ausnahme bildet diesbezüglich die Inanspruchnahme innerhalb der stationären Rehabilitation im Kanton Solothurn. Diese Abweichung lässt sich jedoch durch die Schliessung der Klinik Allerheiligenberg und dem damit verbundenen Transfer der Leistungsangebote in andere Versorgungsbereiche der Solothurner Spitäler AG (ausserhalb der Rehabilitation) erklären.

Bevölkerungswachstums ausgelegt werden. Wie in Kapitel A.6.2 dargelegt, wird die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen nebst dem Bevölkerungswachstum durch die demografische Alterung bzw. durch die Alterung der bevölkerungsreichen Kohorten stimuliert. Das Ausmass dieses Effekts kann jedoch anhand der vorliegenden Auswertungen nicht quantifiziert werden. Auch wenn der Einfluss der demografischen Alterung nicht genau bestimmt werden kann, erscheint es anhand der vorliegenden Resultate nicht plausibel, das gesamte Ausmass der steigenden Inanspruchnahme den demografischen Faktoren zuzuschreiben. Im Kanton Basel-Stadt beträgt das durchschnittliche jährliche Bevölkerungswachstum zwischen den Jahren 2011 und 2013 +0.7%. Gleichzeitig weisen die betrachteten Indikatoren zur demografischen Alterung (Durchschnittsalter, Anteil der ständigen Wohnbevölkerung im Alter über 65 Jahren) auf eine Verjüngung der kantonalen Bevölkerungsstruktur zwischen 2011 und 2013 hin. Nichtsdestotrotz ist hinsichtlich der akutstationären Inanspruchnahme durch basel-städtische Patienten ein Anstieg von durchschnittlich +2.9% pro Jahr zwischen 2011 und 2013 festzustellen. Im Zusammenhang mit der Einführung der Fallpauschalen im akutstationären Bereich wird die überproportionale Zunahme von Hospitalisationen häufig mit Mengenausweitungen seitens der Spitäler in Verbindung gebracht.¹³⁵ Ob und in welchem Ausmass eine solche Mengenausweitung tatsächlich erfolgt, kann anhand des Monitorings nicht eruiert werden. Die geplanten Studien im Themenbereich „Einfluss der KVG-Revision auf das Verhalten der Spitäler“ im Rahmen der zweiten Etappe der Begleitevaluation zur KVG-Revision im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit sollten in diesem Zusammenhang mehr Aufschluss geben.¹³⁶

1.2 Verändertes Patientenverhalten infolge der Spitalwahlfreiheit innerhalb der akutstationären Versorgung

Im Bericht auf Ebene Nordwestschweiz wird aufgrund des rückläufigen Marktanteils der Kantonsspitäler eine Verschiebung zugunsten der Privatspitäler bzw. der kleineren, spezialisierten Leistungserbringer konstatiert. Ausgehend davon liegt der Schluss nahe, dass sich innerhalb der Periode zwischen 2011 und 2013 eine Tendenz von den Kantonsspitalern zu kleineren, spezialisierten Leistungserbringern eingestellt hat. Es ist anzunehmen, dass diese Entwicklung in einem direkten Zusammenhang mit der KVG-Revision zu verstehen ist, mit welcher mitunter die freie Spitalwahl sowie damit einhergehend die Aufnahmepflicht für die ehemaligen Privatspitäler bzw. Spitäler ohne kantonalen Leistungsauftrag vor der Revision eingeführt wurde. Gestützt wird diese Interpretation durch die Entwicklung des Anteils zusatzversicherter Patienten. In Spitälern mit der bedeutendsten Zunahme hinsichtlich der Fallzahlen in der Nordwestschweiz ist gleichzeitig eine deutliche Abnahme des Anteils der Patienten in den Liegeklassen halbprivat und privat festzustellen (vgl. insbesondere Merian Iselin Klinik, Vista Klinik, Bethesda Spital, Ergolz-Klinik Liestal, Claraspital).¹³⁷ Mit Fokus auf den Kanton Aargau ist diese Verschiebung zwar anhand der sinkenden Marktanteile der Kantonsspitäler Aarau und Baden ansatzweise erkennbar, drückt sich aber nicht in derselben Deutlichkeit wie auf Ebene der Nordwestschweiz aus, weil der Rückgang der Kantonsspitäler nur teilweise durch die inner- und ausserkantonalen Listenspitäler aufgefangen wird bzw. sich auf viele verschiedene Leistungserbringer verteilt. Am deutlichsten steigt der Marktanteil der *übrigen Spitäler*, also der ausserkantonalen Spitäler, die nicht auf der Spitalliste des Kantons Aargau figurieren. Infolgedessen macht sich ebenso ein Anstieg der Abwanderung von 15.6% auf 18% bemerkbar.¹³⁸

Augenscheinlich werden die Auswirkungen der Spitalwahlfreiheit ausserdem anhand des Anteils ausserkantonomaler Hospitalisationen – und zwar für sämtliche stationären Versorgungsbereiche. Auf Ebene der einzelnen Kantone ist mehrheitlich eine steigende Tendenz in Bezug auf den Anteil ausserkantonomaler Hospitalisationen zu beobachten. Ausnahmen bilden hierbei lediglich die Inan-

¹³⁵ Vgl. dazu B.S.S. (2014, S.55ff.).

¹³⁶ Vgl. dazu BAG (2015b, S.49).

¹³⁷ Vgl. Kapitel B.1 im Bericht auf Ebene der gesamten Nordwestschweiz.

¹³⁸ Vgl. Tabelle 20.

spruchnahme betreffend die stationäre Psychiatrie durch Aargauer Patienten sowie die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen durch Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft. Letzteres ist aufgrund der steigenden Fallzahlen des Kantonsspitals Baselland im Bereich der Rehabilitation erklärbar. Insbesondere in der Psychiatrie sowie weitgehend auch in der akutstationären Versorgung beschränkt sich die steigende Mobilität der Patienten auf Leistungserbringer in die jeweils anderen Nordwestschweizer Kantone.

Empfehlung

Die beobachteten Tendenzen hinsichtlich der überkantonalen und -regionalen Patientenströme sowie der Verschiebungen der Marktanteile zwischen 2011 und 2013 sind weiterzuverfolgen, so dass die aktuell geltenden Spitallisten unter Berücksichtigung dieser Entwicklungen überprüft werden können. Im Rahmen des vorliegenden Monitorings wurden die dazu notwendigen Datengrundlagen geschaffen. Insbesondere wurde eine zuverlässige Abgrenzung der akutstationären Leistungen hergestellt, soweit dies anhand der Daten aus der Medizinischen Statistik möglich ist.

Im Zusammenhang mit der erwähnten Abgrenzung akutstationärer Leistungen wurde im Methodenbericht auf die Problematik der Variable DRG-Status in der Medizinischen Statistik hingewiesen. Damit künftig die Abgrenzung der akutstationären Hospitalisationen noch zuverlässiger erfolgen und so die Aussagekraft der darauf basierenden Auswertungen erhöht werden kann, sei den Kantonen empfohlen, im Rahmen der Plausibilisierung die korrekte Codierung der Variable DRG-Status zu überprüfen.

Im Hinblick auf die Fortführung der leistungsorientierten Versorgungsplanung wird empfohlen, anhand der Resultate aus dem vorliegenden Bericht sowie aufgrund der Erkenntnisse im Verlaufe des dazugehörigen Projekts, die wesentlichen Kennzahlen und Indikatoren zu definieren, um so ein langfristiges und effizientes Versorgungsmonitoring zu etablieren.

1.3 Vier Grundversorger in der Region Aarolfingen

Innerhalb der Berichte auf Ebene der Kantone Aargau und Solothurn erfolgte eine spezifische Analyse für die Region Aarolfingen im akutstationären Bereich. Die Region Aarolfingen beschreibt das Gebiet um die Städte Aarau, Olten und Zofingen und umfasst damit ebenso vier Spitalstandorte mit Grundversorgungsauftrag (Kantonsspital Aarau, Hirslanden Klinik Aarau, Spital Zofingen sowie der Standort Olten der Solothurner Spitäler AG). Anhand der Leistungsaufträge der erwähnten Spitalstandorte gemäss der Spitallisten ihrer Standortkantone überschneiden sich deren Leistungsangebote bezüglich einer Vielzahl von Leistungsgruppen. Gleichzeitig befindet sich ausschliesslich das Kantonsspital Aarau auf der Spitalliste des jeweils anderen Kantons, und zwar beschränkt auf ausgewählte Leistungsgruppen.

Empfehlungen

Die Massnahmen KVG-Revision zielen mitunter auf eine über die Kantongrenzen reichende Spezialisierung bzw. Konzentration innerhalb der Spitallandschaft.¹³⁹ Vor diesem Hintergrund ist insbesondere das Potential innerhalb der Region Aarolfingen zu prüfen, in welcher vier Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag ihren Standort haben. Dabei ist einerseits aus kantonaler Perspektive abzuwägen, inwiefern, in welchen Bereichen und mit welchen Mitteln (z.B. Ausweitung der Spitallisten auf ausserkantonale Leistungserbringer) eine Spezialisierung angestrebt werden soll. Allfällige Strategien und Massnahmen sind anschliessend zwischen den Kantonen zu koordinieren.

¹³⁹ Vgl. dazu BAG (2015a, 2015b).

1.4 Hohe Zuwanderung in den Kanton Aargau innerhalb der stationären Rehabilitation

Rund zwei Drittel der stationären Rehabilitationsleistungen im Kanton Aargau sind aus ausserkantonale Patienten zurückzuführen. Massgeblich dafür verantwortlich sind die RehaClinic bzw. deren Standorte im Kanton Aargau. Zu einem grossen Anteil werden dort Patienten aus dem Kanton Zürich hospitalisiert, wodurch sich die hohe Nettozuwanderung in den Kanton Aargau respektive in die Nordwestschweiz ergibt. Infolge der Eröffnung der neuen Standorte Kilchberg und Zollikerberg der RehaClinic zeigt sich jedoch ein merklicher Rückgang der Zürcher Patienten in der Nordwestschweiz bzw. in den Kanton Aargau. Nichtsdestotrotz bleibt der Kanton Aargau ein Zuwanderungskanton in Bezug auf die stationäre Versorgung in der Rehabilitation.

1.5 Herausforderungen einer Leistungsgruppierung in der Rehabilitation und Psychiatrie

Im Rahmen des vorliegenden Monitorings wurde eine Erhebung bei den Spitälern auf den Spitalisten der Nordwestschweizer Kantone in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt, um die notwendigen Datengrundlagen zu schaffen. Dabei wurden die Fallzahlen und Pflegetage nach den Leistungsgruppen gemäss der geltenden Spitalisten abgefragt. Bereits in der Vorbereitung der Erhebung zeigte sich, dass für die Spitäler die Zuordnung der Fälle zu den entsprechenden Leistungsgruppen anhand der zur Verfügung stehenden Routinedaten eine Herausforderung darstellt.

Die Auswertungen zum Versorgungsbereich der Rehabilitation verdeutlichen diese Schwierigkeit, einerseits mit Bezug auf die Leistungsgruppe „Frührehabilitation“, andererseits bezüglich der Leistungsgruppe „geriatrische Rehabilitation“. Im Rahmen der durchgeführten Erhebung ist nur unzureichend gelungen, die Leistungen der Frührehabilitation abzubilden. Am besten ist die Frührehabilitation als Querschnittsgruppe aufzufassen, weshalb in der Leistungsgruppendefinition von H+ keine separate Leistungsgruppe Frührehabilitation vorgesehen ist, sondern innerhalb bestimmter Leistungsgruppen zwischen überwachungspflichtiger und stationärer Rehabilitation unterschieden wird.¹⁴⁰ Auch die Leistungsgruppe der Geriatrischen Rehabilitation beinhaltet Unschärfen. Die Geriatrische Rehabilitation umfasst Leistungen für ältere und multimorbide Patienten in beinahe allen Bereichen der Rehabilitation. Das gleiche Krankheitsbild kann somit entweder der Geriatrischen Rehabilitation oder einer der anderen Leistungsgruppen zugeordnet werden. Diese definitorische Unsicherheit führt dazu, dass die gemäss der Spitalisten der Nordwestschweizer Kantone strukturierten Erhebungen und Auswertungen zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen massgeblich die jeweils kantonale spezifischen Angebotsstrukturen widerspiegeln. Aus diesem Grund ist es nur bedingt möglich, aus den Ergebnissen der Erhebung Schlussfolgerungen hinsichtlich des Versorgungsbedarfs der Wohnbevölkerung abzuleiten.

Die Zusatzerhebungen bedeuten sowohl für die Kantone als auch für die Leistungserbringer einen Zusatzaufwand. Weil sich die Zusatzerhebungen sinnvollerweise auf die Listenspitäler der Nordwestschweizer Kantone beschränkten, war darüber hinaus keine umfassende Analyse der überregionalen Patientenströme nach Leistungsgruppen möglich.

Empfehlung

Mit den Projekten ST Reha und TARPSY werden aktuell neue Tarifsysteme für die stationäre Rehabilitation und Psychiatrie erarbeitet. Aus Sicht der Kantone muss dabei darauf geachtet werden, dass die den Tarifsystemen zugrundeliegenden Leistungsgruppen anhand der Medizinischen Statistik abbildbar sind. Die Medizinische Statistik stellt die zentrale Datenquelle für die kantonalen Versorgungsplanungen dar und muss die notwendigen Variablen enthalten. Ansonsten ist eine leistungsorientierte Planung, wie sie das KVG verlangt, nicht oder nur durch

¹⁴⁰ Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.11ff.).

einen grossen Mehraufwand möglich (z.B. eben durch Zusatzerhebungen). Bis die Leistungsgruppen gemäss der Spitalisten anhand der Medizinischen Statistik abbildbar sind, empfiehlt es sich, die Zusatzerhebungen für die stationäre Rehabilitation und die stationäre Psychiatrie in reduzierter Form weiterzuführen.

Im Hinblick auf die geplanten, einheitlichen Tarifstrukturen in der stationären Rehabilitation bzw. Psychiatrie ist die Kompatibilität zwischen der Leistungsgruppensystematik, welche den Spitalisten zugrunde liegt, mit jener der neuen Tarifsysteme sicherzustellen. Dazu sind die Entwicklungen im Rahmen der Projekte ST Reha und TARPSY zu berücksichtigen. Als Grundlage für die einheitliche Tarifstruktur in der stationären Rehabilitation wurde durch H+ eine Definition der stationären Rehabilitationsarten erarbeitet (DefReha), die als Grundlage einer Leistungsgruppensystematik in der Rehabilitation herangezogen werden kann. Gleichzeitig könnte damit in Bezug auf die Abgrenzung einzelner Leistungsgruppen mehr Klarheit geschaffen und somit ebenso die Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Kantonen verbessert werden.

Ungeachtet der laufenden Tarifprojekte und der Frage, welche Leistungsgruppensystematik sich für die Abbildung von Angebot und Inanspruchnahme innerhalb der stationären Rehabilitation und Psychiatrie am besten eignet, begünstigt die Anwendung einer einheitlichen Systematik die Koordination der Versorgungsplanungen zwischen den Nordwestschweizer Kantonen.

1.6 Erstmalige Darstellung der ambulanten Versorgung

Im Rahmen des vorliegenden Monitorings wurde erstmals eine detaillierte Analyse der Versorgungssituation im ambulanten Sektor für die Nordwestschweiz durchgeführt. Daraus resultierte eine Übersicht der Inanspruchnahme und des Angebots ambulanter Versorgungsleistungen unterschieden nach praxis- und spitalambulanten Leistungen bzw. gruppiert nach FMH-Titeln der praxisambulanten Leistungserbringer. Die Auswertungen zeigen zum einen das überproportionale Wachstum im spitalambulanten Bereich, zum andern wird die zentrale Bedeutung der praxisambulanten Ärztinnen und Ärzte in den Bereichen der Grundversorgung, Psychiatrie, Pädiatrie und die Gynäkologie deutlich.

Die Auswertungen zur ambulanten Versorgung basieren auf den Daten des SASIS Datenpools und wurden in Zusammenarbeit mit dem Obsan bewerkstelligt. In der Interpretation dieser Daten sind diverse Unsicherheiten zu berücksichtigen, insbesondere, was die exakte Abgrenzung der Leistungen von Gruppenpraxen betrifft. Die Zuteilung erfolgt jeweils über die ZSR-Nummer, wobei für Gruppenpraxen nicht bekannt ist, ob es sich jeweils um eine Gemeinschaftspraxis oder z.B. um ein HMO-Gesundheitszentrum handelt. Unklar bleibt auch im spitalambulanten Bereich, inwiefern diese in der Datengrundlage als solche abgebildet sind oder ob gegebenenfalls über die individuellen ZSR-Nummern der Belegärzte abgerechnet wird.

Empfehlung

Insofern Entwicklungen der ambulanten Versorgung im Rahmen der Versorgungsplanung weiterhin beobachtet werden sollen, empfiehlt sich, ein entsprechendes Konzept zu erarbeiten. Dies, damit insbesondere die spitalambulanten Leistungen präziser abgebildet werden können, zumal die in spitalambulanten Settings erbrachten Leistungen eine stark steigende Tendenz aufweisen. Das Obsan verfügt über einen privilegierten Zugriff auf den Datenpool der SASIS AG und ist mit der Datenstruktur des Datenpools vertraut. Somit ist das Obsan ein geeigneter Partner für die Kantone im Hinblick auf eine effiziente Beschaffung relevanten Handlungswissens zur ambulanten Versorgung zugunsten der kantonalen bzw. regionalen Versorgungsplanung.

1.7 Substituierbare Leistungen stationär – ambulant

Die Zielsetzungen des vorliegenden Monitorings umfassten mitunter auch die Erarbeitung eines Rasters potentiell substituierbarer Leistungen, d.h. Leistungen, die sowohl stationär als auch ambulant erbracht werden können. Anhand der zur Verfügung stehenden Daten wurde versucht, allfällige Verschiebungen von stationären zur ambulanten Leistungserbringung zu identifizieren. Die Resultate zeigen ein unterschiedliches Bild je nach Eingriff bzw. Behandlungsgruppe. Bei gewissen Behandlungen (Grauer Star, Dekompression bei einem Karpaltunnelsyndrom) scheint die Verschiebung von stationären zu ambulanten Settings bereits vor der Einführung der Fallpauschalen im stationären Bereich weitgehend stattgefunden zu haben. Bei einigen Eingriffen (Zervixkonisation, operative Eingriffe bei Leistenbrüchen, Arthroskopische Meniskusentfernung) zeichnet sich zwischen 2011 und 2013 eine Verschiebung zugunsten der ambulanten Behandlung ab, wobei die Kausalität zwischen der Einführung der Fallpauschalen und den beobachteten Verschiebungen anhand des gewählten Analyseverfahrens nicht beurteilt werden kann. Bei den übrigen, untersuchten Eingriffen und Behandlungen kann entweder keine eindeutige Tendenz oder aber ein Anstieg des Anteils stationärer Behandlungsformen ausgemacht werden. Das erarbeitete Substitutionsraster bildet eine Grundlage bzw. einen Ausgangspunkt um allfällige Substitutionstendenzen auch in Zukunft nachvollziehen zu können, um daraus Handlungswissen für eine leistungsorientierte Versorgungsplanung abzuleiten.

2 Versorgungslage im Kanton Aargau und in der Nordwestschweiz

Eine weitere Fragestellung des Monitorings betraf die Einschätzung der Versorgungslage in den Nordwestschweizer Kantonen. Aufgrund der Analyse von Angebot, Nachfrage und Patientenströme sowie mittels spezifischer Indikatoren, die in Zusammenarbeit mit den auftraggebenden Kantonen für das vorliegende Monitoring hergeleitet wurden, konnten erste Einschätzungen zur Versorgungslage in den verschiedenen stationären und ambulanten Versorgungsbereichen erarbeitet werden. Die wichtigsten Ergebnisse, auch im Hinblick auf eine zukünftige leistungsorientierte Versorgungsplanung, werden im Folgenden dargelegt.

2.1 Die Nordwestschweiz als geschlossenes Versorgungssystem

Aus dem vorliegenden Monitoring wird deutlich, dass die Nordwestschweiz eine weitgehend geschlossene Versorgungsregion darstellt. Ein Grossteil der überkantonalen Patientenströme bezieht sich auf die jeweils anderen Nordwestschweizer Kantone. Die Abwanderung aus der Nordwestschweiz bewegt sich für alle Versorgungsbereiche (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und innerhalb der ambulanten Versorgung) im einstelligen bzw. knapp zweistelligen Prozentbereich. Mit Ausnahme der Rehabilitation trifft dasselbe auch auf die Zuwanderung in die Nordwestschweiz zu. Auf Ebene der einzelnen Kantone nehmen die Patientenströme hingegen teilweise weitaus grössere Ausmasse an. Beispielsweise sind rund 31% der ambulanten Leistungen zugunsten von basel-landschaftlichen Patientinnen und Patienten auf Behandlungen ausserhalb des Kantons zurückzuführen, wobei sich die überwiegende Mehrheit davon auf den Kanton Basel-Stadt bezieht.

Empfehlung

Mit der leistungsorientierten Bedarfsplanung im Rahmen des Versorgungsberichts und dem gemeinsamen Monitoring für den Zeitraum zwischen 2011 und 2013 wurde einerseits eine detaillierte Grundlage zur Versorgungssituation in der Nordwestschweiz geschaffen, die als Basis für das Monitoring der künftigen Entwicklungen zu nutzen ist. Andererseits wurde damit die Koordination und ein regelmässiger Austausch zwischen den kantonalen Gesundheitsämtern etabliert, was angesichts der Geschlossenheit der Nordwestschweiz als Versorgungsregion insgesamt und der teilweise bedeutenden Patientenströmen zwischen den Nordwestschweizer Kantonen sinnvoll ist. Damit auch künftig eine zweckmässige Koordination zwischen den Nordwestschweizer Kantonen erfolgen kann, braucht es klare politische Zielsetzungen, nach welchen diese auszurichten ist.

2.2 Erreichbarkeit ausgewählter Versorgungsangebote

Das vorliegende Monitoring untersuchte die Erreichbarkeit ausgewählter Versorgungsangebote (*Notfallversorgung, Kindermedizin, Geriatrie, Herz- und Kreislauferkrankungen* sowie *Orthopädie*). Die Bereiche *Notfallversorgung, Kindermedizin, Geriatrie* und *Psychiatrie* wurden insbesondere im Hinblick auf mögliche Versorgungslücken ausgewählt, die Bereiche *Herz- und Kreislauferkrankungen* sowie *Orthopädie* hingegen im Hinblick auf ein mögliches Überangebot in der Nordwestschweiz.

Aufgrund fehlender, wissenschaftlich fundierter und politisch akzeptierter Richtwerte ist es zurzeit nicht möglich, zu allen Versorgungsangeboten abschliessende Aussagen bezüglich Versorgungslücken und Überangebot zu machen. In zwei Bereichen bestehen jedoch Richtwerte, die zumindest als Bewertungshilfe herangezogen werden können:

- Der Interverband für das Rettungswesen (IVR)¹⁴¹ gibt als Sollvorgabe für die Zeit vom Aufbieten der Ambulanz bis zum Eintreffen derselben am Ereignisort eine maximale Zeit von 15 Minuten vor, welche in 90% der Fälle eingehalten werden soll. Die Erreichbarkeitsanalyse zur Notfallversorgung zeigen, dass 91.7 % der Nordwestschweizer Wohnbevölkerung innert 15 Minuten Fahrzeit mit dem Privatverkehr eine Notfallversorgung erreicht. Unter Berücksichtigung der Sollvorgabe gemäss IVR kann somit die Erreichbarkeit der Notfallversorgung in den Nordwestschweizer Kantonen als überdurchschnittlich gut beurteilt werden.
- Leistungen der psychiatrischen Versorgung sollen gemäss Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK innert 30 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sein. Die vorliegenden Auswertungen zeigen, dass insgesamt 94% der Nordwestschweizer Bevölkerung das nächstgelegene Angebot der psychiatrischen Notfallversorgung mit dem Privatverkehr in 30 Minuten erreichen. Auch wenn die öffentlichen Verkehrsmittel und der Privatverkehr nicht immer vergleichbar sind, kann doch davon ausgegangen werden, dass gemessen an der Richtlinie der GDK die psychiatrische Notfallversorgung in der Nordwestschweiz als gut einzustufen ist.

Empfehlungen

Zwecks einer transparenten Versorgungsplanung wären explizite fachlich bzw. politisch abgestützte Indikatoren und Richtwerte zu den Planungskriterien gemäss der Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung wünschenswert. Dies gilt nicht nur für die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten sondern auch in Bezug auf die weiteren Indikatoren zur Versorgungslage (Mindestfallzahlen (MFZ), Hospitalisationsraten und Konsultationsquoten, etc.). Diesbezügliche Bemühungen sind unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes sowie in Koordination mit der GDK aufzunehmen resp. zu stärken.

2.3 Auffällig hohe Hospitalisationsraten als Grundlage zur Überprüfung der Angebotsstrukturen

Die Auswertungen der Hospitalisationsraten im akutstationären Bereich und der Konsultationsquoten im ambulanten Bereich wurden erstmals im Rahmen des vorliegenden Monitorings durchgeführt. Ziel war zu prüfen, inwiefern die Nordwestschweizer Bevölkerung in gewissen Bereichen mehr oder weniger Leistungen als der Schweizer Durchschnitt in Anspruch nimmt. Damit bestand die Annahme, auch erste Hinweise auf Bereiche potentieller Angebotsinduzierung zu erhalten. Die Auswertungen zeigen, dass die Hospitalisationsraten und Konsultationsquoten in den verschiedenen Kantonen unterschiedlich ausfallen und mit dem aktuellen Wissensstand nur vorsichtig interpretiert werden dürfen.

¹⁴¹ Vgl. <http://www.ivr-ias.ch/cms/upload/imgfile1513.pdf>

In Bezug auf die Hospitalisationsraten innerhalb der akutstationären Versorgung konnte für die Aargauer Bevölkerung im Jahr 2013 in den nachfolgenden SPLG eine auffällig hohe Hospitalisationsrate festgestellt werden:

- Gynäkologie (GYN1)
- Hals- und Gesichtschirurgie (HNO1.1)
- Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie (HNO2)
- Kardiologie (inkl. Schrittmacher) (KAR1)
- Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) (KAR1.1)
- Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe) (KAR1.1.1)
- Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT) (KAR1.3)
- Neurochirurgie (NCH1)
- Neurologie (NEU1)
- Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit) (NEU3)
- Pneumologie (PNE1)
- Urologie ohne Schwerpunktstitel Operative Urologie (URO1)
- Viszeralchirurgie (VIS1)

Empfehlungen

Die identifizierten Leistungsgruppen mit überdurchschnittlichen, kantonalen Hospitalisationsraten sind als Bereiche potentieller Angebotsinduzierung aufzufassen. Es wird empfohlen, die Resultate anhand analoger Auswertungen für die Folgejahre zu überprüfen. Leistungsgruppen, für welche sich die überdurchschnittliche Hospitalisationsraten anhand der Folgejahre bestätigen lassen, sind anschliessend einer vertieften Analyse zu unterziehen, in welcher zu prüfen sein wird, inwiefern die überdurchschnittlichen Hospitalisationsraten infolge spezifischer regionaler bzw. kantonalen Angebotsstrukturen erklärbar sind, oder welche anderen Einflussfaktoren dafür verantwortlich gemacht werden können.

2.4 Fehlende Abbildung der Behandlungspfade und Schnittstellen der Versorgungsbereiche

Das vorliegende Monitoring analysiert die verschiedenen Versorgungsbereiche weitgehend separat, d.h. die stationären Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie sowie die ambulante Versorgung wurden je getrennt betrachtet. Dieses Vorgehen ergibt sich massgeblich aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen (Medizinische Statistik, Zusatzerhebungen stationäre Psychiatrie und Rehabilitation, SASIS-Datenpool). Eine gesonderte Betrachtung widerspricht jedoch der Logik der Patientenpfade. Eine Behandlung kann sich z.B. aus ambulanten Vorabklärungen, einer akutstationären Hospitalisation, einem stationären Rehabilitationsaufenthalt sowie ambulanten Nachkontrollen zusammensetzen. Durch die, aufgrund der Datenbasis bedingte, gesonderte Betrachtung der Bereiche, bleiben Zusammenhänge zwischen den einzelnen Bereichen bzw. deren Schnittstellen weitgehend unberücksichtigt.

Beispielhaft soll in diesem Zusammenhang die Schnittstelle zwischen akutstationärer Versorgung und der Rehabilitation erwähnt werden. Im Zusammenhang mit der Einführung der Fallpauschalen im akutstationären Bereich wurde kontrovers über die dadurch gesetzten Anreize zugunsten kürzerer Aufenthaltsdauer sowie die daraus resultierenden Implikationen an der Schnittstelle zwischen Akutsomatik und Rehabilitation diskutiert – hauptsächlich mit Bezug auf den Schweregrad der Patienten bei Eintritt in ein Rehabilitationsspital. Aufgrund des Designs kann das vorliegende Monitoring hierzu keinen Aufschluss geben, einerseits weil die Frührehabilitation, wie bereits erwähnt, nur lückenhaft abgebildet ist, und andererseits, weil der Schweregrad der Erkrankung bei

Eintritt in ein Rehabilitationsspital weder Bestandteil der Medizinischen Statistik ist, noch im Rahmen der Zusatzerhebung erhoben wurde.

Weitere Schnittstellen, die mit dem vorliegenden Monitoring nicht oder nur teilweise eingeschlossen sind, betreffen den Übergang von Rehabilitationsspitalern zu Pflegeheimen, sowie den Übergang von der stationären Behandlung zur ambulanten Leistungserbringung. Ausserdem ist auch die Rolle der intermediären Strukturen wie bspw. die ehemals „teilstationären“ Einrichtungen oder Angebote des begleiteten Wohnens im Alter ausgeklammert. Da diese im Bereich der Rehabilitation und der Psychiatrie ein wichtiger Bestandteil der Versorgung darstellen, und auch im Sinne des Leitsatzes „ambulant vor stationär“ politisch erwünscht sind,¹⁴² wäre eine detailliertere Darstellung der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Angebote empfehlenswert. Gerade um die Auswirkungen der KVG-Revision nachzuvollziehen, ist es von zentraler Bedeutung, die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen zu erfassen. Dahinter steht insbesondere die Frage, ob ein Rückgang in einem Bereich eine Ausweitung in einem anderen hervorruft, ungeachtet dessen, ob sich das Hauptinteresse dabei auf die monetären oder mengenbezogenen Verschiebungen bezieht.

Empfehlung

Wo dies mit einem verhältnismässigen Aufwand möglich ist, können alternative Datenquellen genutzt werden, um mehr Handlungswissen zu den Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen zu generieren. So könnten zum Beispiel zur Analyse des Schweregrades bei Eintritt in Rehabilitationsspitaler die Daten, die im Zusammenhang mit den Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) erhoben werden, gegebenenfalls nützlich sein.

2.5 Aktualisierung des Prognosemodells

Im Rahmen des gemeinsamen Versorgungsberichts der Nordwestschweizer Kantone wurde ein Prognosemodell in Anlehnung an die Arbeit der Gesundheitsdirektion Zürich erarbeitet. Anhand der Daten zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch die Nordwestschweizer Bevölkerung im Jahr 2008 wurde ausgehend von verschiedenen Hypothesen zur Entwicklung der Inanspruchnahme eine Prognose des Leistungsbedarfs für die Bereiche der stationären Versorgung berechnet. Im Zuge des Monitorings 2011-2013 wurden die auf Basis des Modells interpolierten Prognosen für das Jahr 2013 mit der tatsächlich zu beobachtenden Inanspruchnahme verglichen und anhand dessen das Prognosemodell als Planungsinstrument validiert:¹⁴³

- Akutsomatik: Basierend auf den interpolierten Prognosewerten wird der Anstieg der Inanspruchnahme akutstationärer Leistungen durch Nordwestschweizer Patienten zwischen 2011 und 2013 unterschätzt. Dies gilt ebenso auf Ebene der einzelnen Kantone mit Ausnahme des Kantons Solothurn. Ein Vergleich der prognostizierten und tatsächlichen Fallzahlen auf Ebene der einzelnen Leistungsbereiche ist nicht möglich, da in der Version der SPLG, auf welcher das Prognosemodell basierte, noch nicht zwischen Basispaket und den übrigen Leistungsgruppen unterschieden wurde.
- Psychiatrie: Basierend auf den interpolierten Prognosewerten wird der Anstieg der Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen durch Nordwestschweizer Patienten zwischen 2008 und 2013 deutlich unterschätzt. Währenddessen das Prognosemodell von einer weitgehend stabilen Nachfrage innerhalb der stationären Psychiatrie ausgeht, zeigt sich anhand der tatsächlichen Fallzahlen ein deutlicher Anstieg der psychiatrischen Hospitalisationen.

¹⁴² Vgl. hierzu für den Bereich Psychiatrie Guggenbühl et al. (2012) sowie das Postulat Stähelin (10.3255), welches am 20. September 2010 vom Ständerat an den Bundesrat überwiesen wurde.

¹⁴³ Vgl. dazu Methodenbericht.

- Rehabilitation: Basierend auf den interpolierten Prognosewerten wird der Anstieg der Inanspruchnahme durch Nordwestschweizer Patienten im Bereich der stationären Rehabilitation zwischen 2008 und 2013 deutlich unterschätzt. Ein Vergleich der prognostizierten und tatsächlichen Fallzahlen auf Ebene der einzelnen Leistungsgruppen ist nicht möglich, weil im Rahmen der Erhebungen für den Versorgungsbericht und das Monitoring unterschiedliche Kategorisierungen zugrunde lagen.

Der Vergleich zwischen prognostizierter und tatsächlicher Inanspruchnahme offenbart mitunter deutliche Abweichungen. Nebst den dem Prognosemodell zugrundeliegenden Annahmen betreffend die demografischen, medizintechnischen, epidemiologischen und ökonomischen Entwicklungen können ebenso definitorische Veränderungen – z.B. bzgl. der Abgrenzung akutsomatischer, rehabilitativer und psychiatrischer Fälle – dafür ursächlich sein. Auf eine detaillierte Überprüfung, welche Faktoren die Abweichungen zwischen Prognose und tatsächlicher Inanspruchnahme hervorrufen, wurde im Rahmen des Monitorings verzichtet, zumal beispielsweise die Version der SPLG, auf welcher die Prognose im akutstationären Bereich basierte, mittlerweile überholt ist. Einerseits lässt sich der Nutzen des Prognosemodells als Planungsinstrument mit Bezug auf die festgestellten Abweichungen hinterfragen. Andererseits stellt alleine die Auseinandersetzung mit den relevanten Einflussfaktoren, die im Zusammenhang mit der Bedarfsprognose erfolgt, eine zentrale Grundlage für eine leistungsorientierte Versorgungsplanung.

Empfehlungen

Zwecks Aktualisierung der Prognosen für die Akutsomatik bedarf es einer Anpassung des Prognosemodells an die aktuelle Version der SPLG. In diesem Zusammenhang sowie ebenso für die Aktualisierung der Prognosen in den Bereichen der stationären Rehabilitation und Psychiatrie empfiehlt es sich, eine Kooperation mit der Gesundheitsdirektion Zürich anzustreben, da die Gesundheitsdirektion Zürich als Urheber des zugrundeliegenden Prognosemodells das notwendige Know-how besitzt und damit Synergien genutzt werden können.

I. Anhang

1 Literatur- und Materialienverzeichnis

B,S,S. (2014). Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler – Erste Bestandesaufnahme und Konzeptstudie. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, im Auftrag von: Bundesamtes für Gesundheit (BAG), www.bss-basel.ch (14.06.2015).

BAG (2010). Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung. Bericht des Bundesrates, Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2014). Faktenblatt Medizinische Grundversorgung vom 24.2.2014, Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2014b). Statistiken zur Krankenversicherung: Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2012. Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2015a): Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung (Version vom April 2015). Verfasst von: Weber, Markus/Vogt, Christian. Bern. <http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>.

BAG (2015b): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung: Zwischenresultate. Bericht des BAG an den Bundesrat. Bern. <http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>.

BAO (2014). Übersicht ambulanter Eingriffe. Bundesverband für Ambulantes Operieren, www.operieren.de (22.04.2015).

BFS (1997). Medizinische Statistik der Krankenhäuser: Detailkonzept 1997 (Version: 12. Dezember 2005), Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Neuenburg: Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit.

BFS (2006). Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Krankenhaustypologie, Version 5.2, Neuchâtel.

BFS (2006). Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens: Krankenhaustypologie. Neuchâtel, November 2006, Version 5.2, Bundesamt für Statistik, www.bfs.admin.ch (8.6.2014).

BFS (2008). Variablen der Medizinischen Statistik Spezifikationen gültig ab 1.1.2012, Anhang D des Dokuments "Anpassungen der Medizinischen Statistik an die Bedürfnisse für eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung (SwissDRG). Änderungen im Detail", Bundesamt für Statistik (Letzte Aktualisierung: Juli 2011).

BFS (2013). Medizinische Statistik der Krankenhäuser: Geographische Parameter. Version 6.7, Bundesamt für Statistik.

Bielinski, Daniel; Akkus, Funda; Fels, Denise; Frauenfelder, Beat; Gitz, Christoph; Gysi, Jan; Krneta, Daniela; Meyer, Viktor; Seifritz, Erich und Werner Strik (2010). Schweizer Nachwuchs fehlt speziell in der Psychiatrie. Taskforce Nachwuchsmangel SGPP/SVPC, Schweizerische Ärztezeitung 2010; 91: 10.

Bucher, Hans-Peter (2008). Babyboomer kommen ins Rentenalter: Der Lebenszyklus der geburtenstarken Jahrgänge im Kanton Zürich 1970–2050. Statistisches Amt des Kantons Zürich, www.statistik.zh.ch.

Bundesrat (2013). Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung. Bericht des Bundesrates zu den Postulaten 09.4239 vom 11. Dezember 2009 und 10.3753 vom 29. September 2010, Bern, 18.12.2013.

Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau (2014). Spitalliste 2015 Psychiatrie: Anforderungen pro psychiatrischer Leistungsgruppe. Anhang 12, www.ag.ch (9.7.2014).

Felder Stefan, Kägi Wolfram et al. (2014). Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor. Begleitstudie im Auftrag von FMH und H+, www.fmh.ch.

Felder, S.; Meier, M.; Schmitt, H. (2000). Health care expenditure in last months of life. *Health Economics* 19: 679–695 2.

Felder, Stefan (2012): Gesundheitsausgaben und demografischer Wandel. In *Bundesgesundheitsblatt* 2012/5.

Frick, Ulrich; Krischker Stefan; Gmel, Gerhard (2013). Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär): Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität. Forschungsbericht No. 330 aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich.

GDK (2005). Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung: Bericht des Arbeitsausschusses „Leistungsorientierte Spitalplanung“ zuhanden des Vorstandes der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz. Bern, Juli 2005.

GDK (2008). Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“. Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, www.gdk-cds.ch (8.6.2014).

GDK (2009). Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007. Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, vom Vorstand der GDK verabschiedet am 14.5.2009.

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2013). Gesundheitsversorgungsbericht 2012 über die stationäre Spitalversorgung und die Langzeitpflege im Kanton Basel-Stadt, www.gesundheitsversorgung.bs.ch (8.7.2014).

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2009). Liste potentiell substituierbarer DRG, www.gd.zh.ch (22.04.2015).

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2011). Zürcher Spitalplanung 2012: Strukturbericht. September 2011, www.gd.zh.ch (5.4.2015).

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013). Gesundheitsversorgung 2013: Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie, www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion (12.6.2014).

Giacometti-Bickel, Graziella; Landolt, Karin; Bernath, Christian; Seifritz, Erich; Haug, Achim; Rössler, Wulf (2013). In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. *Schweizerische Ärztezeitung* 2013; 94: 8.

Gruber, Jörg; Knie, Bernd; Lippitsch, Stefan (2010a). Spitalplanung 2012: Gemeinsamer Versorgungsbericht der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn. LENZ Beratungen & Dienstleistungen AG, im Auftrag von: Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft, Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt und Departement des Innern des Kantons Solothurn. www.baselland.ch (4.5.2014).

Guggenbühl, Lisa; Ettlín Ricarda; Ruffin Regula (2012). Zukunft Psychiatrie: Kantonale Psychiatriekonzepte und ihre Umsetzung. Eine Bestandsaufnahme. Bern.

H+ Die Spitäler der Schweiz (2013). Grundlangpapier DefReha© Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche & Definitionen, Version 1.0.

Jaccard Ruedin, Hélène / Roth, Maik / Bétrisey, Carine / Marzo, Nicola / Busato, André (2007). Angebot und Inanspruchnahme an ambulanten medizinischen Leistungen in der Schweiz, Neuchâtel, OBSAN, S. 100

KBV (2014). Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand: 01.01.2014, www.kbv.de (22.04.2015).

Levinsky, NG.; Yu, W.; Ash, A. et al. (2001). Influence of age on Medicare expenditures and medical care in the last year of life. *JAMA* 286: 1349–1355 3.

Longchamp, Claude; Kocher, Jonas Philippe; Tschöpe, Stephan; Rochat, Philippe (2014). H+ Spital- und Klinik-Barometer. Studie von gfs.bern im Auftrag von H+ Die Spitäler der Schweiz, www.gfsbern.ch (22.04.2015).

Lubitz, J.; Beebe, J.; Baker, C. (1995). Longevity and Medicare expenditures. *N Engl J Med* 332: 999–1003

Sager, F., Ruffli, Ch. & Wälti, M. (2010). Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone (Obsan Dossier 10). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schuler, Daniela / Burla, Laila (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz, Monitoring 2012, Neuchâtel, OBSAN.

SwissDRG (2012). Dokumentation Grouper. 28. November 2012, webgrouper.swissdrg.org (8.6.2014).

SwissDRG (2013a). Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Version 2.0 vom 1.1.2013, www.swissdrg.org (8.6.2014).

SwissDRG (2013b). Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Version Mai 2013, Gültig ab 1.1.2014, www.swissdrg.org (8.6.2014).

2 Spitallisten der Nordwestschweizer Kantone

Nachfolgend sind die Links zu den kantonalen Spitallisten aufgeführt. Für das Monitoring massgebend waren jeweils die per 1.1.2012 gültigen Versionen der kantonalen Spitallisten.

- Kanton Aargau:
https://www.ag.ch/de/dgs/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaelerkliniken/spitallisten_2015/spitallisten.jsp
- Kanton Basel-Landschaft:
<http://www.baselland.ch/spitalliste>
- Kanton Basel-Stadt:
<http://www.gesetzessammlung.bs.ch/frontend/versions/3240>
- Kanton Solothurn:
<https://www.so.ch/verwaltung/departement-des-innern/gesundheitsamt/spitalversorgung/>

3 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

3.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Akutsomatik Angebot – Fallzahlen und Marktanteile nach Spital 2011-13	7
Tabelle 2: Akutsomatik Nachfrage – Fallzahlen und mittlere Aufenthaltsdauer (MAD) 2011-13.....	9
Tabelle 3: Akutsomatik Abwanderung - Fallzahlen nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-13.....	10
Tabelle 4: Akutsomatik Zuwanderung – Hospitalisationen ausserkantonaler Patienten 2011-13.....	11
Tabelle 5: Erreichbarkeitsanalysen - Zusammenfassung der Ergebnisse.....	13
Tabelle 6: Angebot Psychiatrie – Fälle, Pfl egetage und Marktanteile pro Spital 2011-13.....	15
Tabelle 7: Nachfrage Psychiatrie – Fälle und Pfl egetage pro Leistungsgruppe 2011-2013	16
Tabelle 8: Abwanderung Psychiatrie – Fälle nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-2013	17
Tabelle 9: Zuwanderung Psychiatrie – Hospitalisationen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013.....	18
Tabelle 10: Angebot Rehabilitation – Fälle, Pfl egetage und Marktanteile pro Spital 2011-13.....	19
Tabelle 11: Nachfrage Rehabilitation – Fälle und Pfl egetage pro Leistungsgruppe 2011-13	21
Tabelle 12: Abwanderung Rehabilitation – Fälle nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-2013	22
Tabelle 13: Zuwanderung Rehabilitation – Hospitalisationen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013	23
Tabelle 14: Abwanderung ambulant – Grundleistungen nach Standortkanton der Behandlung 2011-2013	25
Tabelle 15: Zuwanderung ambulant – Grundleistungen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013.....	25
Tabelle 16: Anteil der Wohnbevölkerung im Alter von 65 Jahren und höher nach Kanton, 2010-2013	39
Tabelle 17: Akutsomatik Angebot – Fallzahlen und Marktanteile nach Spital 2011-13	47
Tabelle 18: Akutsomatik Angebot – Veränderungen Fallzahlen und Marktanteile nach Spital 2011-13	47
Tabelle 19: Akutsomatik Nachfrage – Fallzahlen und mittlere Aufenthaltsdauer (MAD) 2011-13.....	51
Tabelle 20: Akutsomatik Abwanderung - Fallzahlen nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-13.....	56
Tabelle 21: Akutsomatik Abwanderung – nach Leistungsbereich, Eintrittsart und Zielkanton 2013	58
Tabelle 22: CMI bei innerkantonalen und ausserkantonalen Hospitalisationen 2012.....	60
Tabelle 23: Zuwanderung – Hospitalisationen ausserkantonaler Patienten 2011-13	61
Tabelle 24: Akutsomatik Nettowanderung – Zu- und Abwanderung nach Leistungsbereichen 2011-13	63
Tabelle 25: Mindestfallzahlen der Listenspitäler des Kantons Aargau 2012	69
Tabelle 26: Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2012.....	71
Tabelle 27: Erreichbarkeit Kindermedizin (Basis) nach Fahrzeiten 2012	73
Tabelle 28: Erreichbarkeit Kindermedizin (spezialisiert) nach Fahrzeiten 2012	75
Tabelle 29: Erreichbarkeit Geriatrie nach Fahrzeiten 2012.....	76
Tabelle 30: Erreichbarkeit Herz-/Kreislaufkrankungen nach Fahrzeiten 2012	78
Tabelle 31: Erreichbarkeit Interventionelle Kardiologie nach Fahrzeiten 2012.....	79
Tabelle 32: Fallzahlen 2012 und 2013 im Leistungsbereich Herz.....	81
Tabelle 33: Erreichbarkeit Orthopädie nach Fahrzeiten 2012.....	82
Tabelle 34: Erreichbarkeit Wirbelsäulenchirurgie nach Fahrzeiten 2012	84
Tabelle 35: Fallzahlen 2012 und 2013 im Leistungsbereich Bewegungsapparat chirurgisch	86
Tabelle 36: Hospitalisationsraten (tR, eR), Abweichung und Referenzwerte nach SPLG 2013	90
Tabelle 37: Erreichbarkeitsanalysen - Zusammenfassung der Ergebnisse.....	96
Tabelle 38: Angebot Akutsomatik Aarolfingen – Fallzahlen und Marktanteile 2011-2013	98
Tabelle 39: Angebot Akutsomatik Aarolfingen - Veränderungen 2011-2013.....	99
Tabelle 40: Leistungsanspruchnahme Wohnbevölkerung Aarolfingen 2011-2013	101
Tabelle 41: Zuwanderung Aarolfingen - Hospitalisationen ausserregionaler Patienten 2011-2013	102
Tabelle 42: Abwanderung Aarolfingen – ausserregionale Hospitalisationen 2011-2013	103
Tabelle 43: Spitalstandorte mit Grundversorgungsauftrag in der Region Aarolfingen, Fallzahlen 2013	106
Tabelle 44: Angebot Psychiatrie – Fälle, Pfl egetage und Marktanteile pro Spital 2011-13.....	109
Tabelle 45: Angebot Psychiatrie – Veränderung Fallzahlen, Pfl egetage und Marktanteile pro Spital 2011-13.....	109
Tabelle 46: Nachfrage Rehabilitation – Fälle und Pfl egetage pro Leistungsgruppe 2011-13	111
Tabelle 47: Nachfrage Psychiatrie – Veränderung Fallzahlen und Pfl egetage pro Leistungsbereich 2011-2013	112
Tabelle 48: Abwanderung Psychiatrie – Fälle nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-2013	113
Tabelle 49: Zuwanderung Rehabilitation – Hospitalisationen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013	114
Tabelle 50: Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung, Tabelle	115
Tabelle 51: Angebot Rehabilitation – Fälle, Pfl egetage und Marktanteile pro Spital 2011-13.....	121
Tabelle 52: Angebot Rehabilitation – Veränderung Fälle, Pfl egetage und Marktanteile pro Spital 2011-13	122
Tabelle 53: Nachfrage Rehabilitation – Fälle und Pfl egetage pro Leistungsgruppe 2011-13	125
Tabelle 54: Nachfrage Rehabilitation – Veränderung Fallzahlen und Pfl egetage pro Leistungsgruppe 2011-13.....	127
Tabelle 55: Abwanderung Rehabilitation – Fälle nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-2013	128
Tabelle 56: Zuwanderung Rehabilitation – Hospitalisationen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013	129
Tabelle 57: Anzahl und Dichte der praxisambulanten Leistungserbringer nach FMH-Titel 2011-2013.....	132
Tabelle 58: Ambulantes Angebot – erbrachte Grundleistungen nach FMH-Titel 2011-2013.....	134
Tabelle 59: Ambulantes Angebot – Veränderungen absolut und in Prozent nach FMH-Titel 2011-2013	136
Tabelle 60: ambulante Nachfrage – beanspruchte Grundleistungen nach FMH-Titel 2011-2013.....	138
Tabelle 61: Ambulante Nachfrage – Veränderungen absolut und in Prozent nach FMH-Titel 2011-2013	140
Tabelle 62: Abwanderung ambulant – Grundleistungen nach Standortkanton der Behandlung 2011-2013	142
Tabelle 63: Zuwanderung ambulant – Grundleistungen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013.....	143
Tabelle 64: Konsultationsquoten nach Wohnkanton des Patienten und FMH-Titel 2013	148
Tabelle 65 : Konsultationsquoten und Anzahl Leistungserbringer nach FMH-Titel 2011-2013.....	150
Tabelle 66: Substitutionsraster.....	156
Tabelle 67: Analyse von Substitutionstendenzen - Leistenbruch.....	158

Tabelle 68: Analyse von Substitutionstendenzen - Krampfadern.....	159
Tabelle 69: Analyse von Substitutionstendenzen - Rachenmandeln	160
Tabelle 70: Analyse von Substitutionstendenzen - Hämorrhoiden.....	161
Tabelle 71: Analyse von Substitutionstendenzen - Grauer Star.....	162
Tabelle 72: Analyse von Substitutionstendenzen - Arthroskopische Meniskusentfernung	163
Tabelle 73: Analyse von Substitutionstendenzen - Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom	164
Tabelle 74: Analyse von Substitutionstendenzen - Zervixkonisation.....	165

3.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Datenquellen nach Versorgungsbereichen	6
Abbildung 2: Akutsomatik Angebot - Fälle in Aargauer Spitälern.....	6
Abbildung 3: Akutsomatik Nachfrage - Fallzahlen und Verteilung nach Spitalkategorie 2011-13	8
Abbildung 4: Alters- und geschlechterstandardisierte Abweichungen zwischen tR und eR nach SPLG 2013	14
Abbildung 5: Angebot Psychiatrie – Fälle und Pfl egetage 2011-2013	15
Abbildung 6: Nachfrage Psychiatrie – Fälle und Pfl egetage 2011-2013	16
Abbildung 7: Angebot Rehabilitation – Fälle und Pfl egetage 2011-2013	19
Abbildung 8: Nachfrage Rehabilitation – Fälle und Pfl egetage 2011-2013	20
Abbildung 9: Ambulantes Angebot – praxis- und spitalambulante Leistungen 2011-2013	24
Abbildung 10: Nordwestschweizer Kantone	31
Abbildung 11: Übersicht Berichterstattung	32
Abbildung 12: Datenquellen nach Versorgungsbereichen.....	35
Abbildung 13: Ständige Wohnbevölkerung und Anzahl Versicherte 2007-2013	37
Abbildung 14: Durchschnittsalter nach Kanton 2010-13	38
Abbildung 15: Altersverteilung der Wohnbevölkerung nach Wohnkanton 2013	39
Abbildung 16: Bevölkerungspyramide - Struktur nach Alter und Geschlecht 2011 und 2013.....	40
Abbildung 17: Durchschnittliche Anzahl codierter ICD- und CHOP-Codes nach Kanton	42
Abbildung 18: Generierung des Datensatzes Akutsomatik.....	44
Abbildung 19: Akutsomatik Angebot - Fälle in Aargauer Spitälern.....	46
Abbildung 20: Patienten mit Liegeklasse HP/P - Veränderung 2011-13 nach Spital.....	48
Abbildung 21: Akutsomatik Nachfrage - Fallzahlen und Verteilung nach Spitalkategorie 2011-13	50
Abbildung 22: Akutsomatik Nachfrage - Veränderung der Fallzahlen nach Leistungsbereichen 2011-13	53
Abbildung 23: Veränderung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAD) nach Wohnkanton der Patienten 2011-13	54
Abbildung 24: Hospitalisationsrate (HR) nach Altersgruppen, 2008 und 2013.....	54
Abbildung 25: Mittlere Aufenthaltsdauer nach Altersgruppen, 2011 und 2013.....	55
Abbildung 26: Wohnbevölkerung, Patienten und Aufenthaltstage nach Altersgruppen, 2008 und 2013.....	55
Abbildung 27 Anteil der Liegeklasse HP/P bei inner- und ausserkantonalen Hospitalisationen 2011-13	57
Abbildung 28: Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen nach MedStat-Region des Patienten 2011 und 2012	59
Abbildung 29: Anteil Liegeklasse HP/P bei inner- und ausskantonomer Patienten 2011-13	62
Abbildung 30: Nettowanderung nach Leistungsbereichen 2011-13	65
Abbildung 31: Einstellungen zur Distanz medizinischer Einrichtungen (gfs.bern)	70
Abbildung 32: Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2012, Karte	72
Abbildung 33: Erreichbarkeit Kindermedizin (Basis) nach Fahrzeiten 2012, Karte.....	74
Abbildung 34 Erreichbarkeit Kindermedizin (spezialisiert) nach Fahrzeiten 2012, Karte.....	75
Abbildung 35: Erreichbarkeit Geriatrie nach Fahrzeiten 2012, Karte	77
Abbildung 36: Erreichbarkeit Herz-/Kreislaufkrankungen nach Fahrzeiten 2012, Karte	78
Abbildung 37: Erreichbarkeit Interventionelle Kardiologie nach Fahrzeiten 2012, Karte	80
Abbildung 38: Erreichbarkeit Orthopädie nach Fahrzeiten 2012, Karte	83
Abbildung 39: Erreichbarkeit Wirbelsäulen Chirurgie nach Fahrzeiten 2012, Karte	84
Abbildung 40: Hospitalisationsraten nach Wohnkanton des Patienten 2013.....	87
Abbildung 41: Hospitalisationsraten nach Wohnkanton der Patienten 2013 (inkl. spitalspez. Abgrenzungen)	88
Abbildung 42: Abweichungen zwischen tatsächlicher und erwarteter HR nach Wohnkanton 2013	89
Abbildung 43: Alters- und geschlechterstandardisierte Abweichungen zwischen tR und eR nach SPLG 2013	91
Abbildung 44: Generierung des Datensatzes Psychiatrie.....	107
Abbildung 45: Angebot Psychiatrie – Fälle und Pfl egetage 2011-2013.....	108
Abbildung 46: Nachfrage Psychiatrie – Fälle und Pfl egetage 2011-2013	110
Abbildung 47 Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung, Karte.....	116
Abbildung 48: Generierung des Datensatzes Rehabilitation.....	119
Abbildung 49: Angebot Rehabilitation – Fälle und Pfl egetage 2011-2013	120
Abbildung 50: Anteil Patienten der Liegeklasse halbprivat/privat (HP/P) nach Spital, 2013	122
Abbildung 51: Nachfrage Rehabilitation – Fälle und Pfl egetage 2011-2013	124
Abbildung 52: Ambulantes Angebot – praxis- und spitalambulante Leistungen 2011-2013	137
Abbildung 53: ambulante Nachfrage – praxis- und spitalambulante Leistungen 2011-2013	141
Abbildung 54: Geographische Verteilung der praxisambulanten Ärzte im Bereich der Grundversorgung 2013	145
Abbildung 55: Geographische Verteilung der praxisambulanten Ärzte in der Pädiatrie 2013.....	146
Abbildung 56: Geographische Verteilung der praxisambulanten Psychiater 2013	147
Abbildung 57: Konsultationsquoten nach Wohnkanton des Patienten und FMH-Titel 2013	149
Abbildung 58: Konsultationsquoten Anzahl Leistungserbringer 2011-2013	151
Abbildung 59: Analyse von Substitutionstendenzen - Leistenbruch.....	158
Abbildung 60: Analyse von Substitutionstendenzen - Krampfadern.....	159

Abbildung 61: Analyse von Substitutionstendenzen - Rachenmandeln	160
Abbildung 62: Analyse von Substitutionstendenzen - Hämorrhoiden.....	161
Abbildung 63: Analyse von Substitutionstendenzen - Grauer Star.....	162
Abbildung 64: Analyse von Substitutionstendenzen - Arthroskopische Meniskusentfernung	163
Abbildung 65: Analyse von Substitutionstendenzen - Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom.....	164
Abbildung 66: Analyse von Substitutionstendenzen – Zervixkonisation.....	165