Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau

Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Departement des Innern des Kantons Solothurn

Bern, September 2015

Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für die Region Nordwestschweiz

Schlussbericht
Nordwestschweiz

socialdesign ag · Thunstrasse 7 · ch-3005 Bern · Telefon +41 31 310 24 80 · Fax +41 31 310 24 81
admin@socialdesign.ch · www.socialdesign.ch

Alle Rechte vorbehalten
© Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau
Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft
Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
Departement des Innern Kanton Solothurn

Herausgeber:
Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau
Bachstrasse 15
5001 Aarau

Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft
Bahnhofstrasse 5
4410 Liestal

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
St. Alban-Vorstadt 25
4001 Basel

Departement des Innern Kanton Solothurn
Ambassadorenhof
4509 Solothurn

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 Ruflin, Dr. rer. publ., lic.phil. Sozialarbeit, socialdesign ag
Andreas Dvorak, MBA, socialdesign ag

Redaktionelle Mitarbeit:
Christine Huber, Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau
Giorgio Baumann, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft
Andrea Primosig, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft
Thomas von Allmen, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
Joëlle Stöckli Grolimund, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
Philipp Brugger, Departement des Innern Kanton Solothurn

Stephan Müller, geo7 ag
Eddy Meyer, geo7 ag

Isabelle Sturny, Obsan
Sacha Roth, Obsan

Expertengruppe:
Dr. phil. Bernhard Bührlen, 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-F 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 **4**

Zusammenfassung **8**

A. Einleitung **31**
1 Ausgangslage 31
2 Gegenstand 32
3 Berichterstattung 33
4 Ziele und Fragestellungen 34
5 Datengrundlage und Methodik 36
6 Allgemeine Rahmenbedingungen 37
6.1 Bevölkerungswachstum 37
6.2 Demografische Alterung 39
6.3 Codierqualität und Codierpraxis 42
7 Aufbau des Berichts 44

B. Akutsomatik **45**
1 Angebot 46
2 Nachfrage 52
3 Patientenströme 58
3.1 Abwanderung 59
3.2 Zuwanderung 64
3.3 Nettowanderung 66
4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage 69
4.1 Mindestfallzahlen 71
4.2 Erreichbarkeitsanalysen 74
4.3 Hospitalisationsraten 91
5 Fazit Akutsomatik 97
5.1 Steigende Fallzahlen bzgl. Angebot und Inanspruchnahme 97
5.2 Verschiebung innerhalb der Leistungserbringer 98
5.3 Analyse der Leistungen nach Leistungsbereichen 98
5.4 Nordwestschweiz ein geschlossenes Versorgungssystem 99
5.5 Motive ausserkantonaler Hospitalisationen 100
5.6 Handlungsbedarf für konkrete Indikatoren zur Versorgungslage 100

C. Psychiatrie **103**
1 Angebot 104
2 Nachfrage 107
3 Patientenströme 109
3.1 Abwanderung 109
3.2 Zuwanderung 111
4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage 111
4.1 Erreichbarkeitsanalyse 111
5 Fazit Psychiatrie 114
5.1 Steigende Fallzahlen und Pflegetage bzgl. Angebot und Inanspruchnahme 114
5.2 Wenige grosse Leistungserbringer 114
5.3 Nordwestschweiz ein geschlossenes Versorgungssystem 114
5.4 Gute Notfallversorgung 115

D. Rehabilitation **116**
1 Angebot 117

2 Nachfrage ... 121
3 Patientenströme ... 125
3.1 Abwanderung ... 125
3.2 Zuwanderung ... 126
4 Fazit Rehabilitation ... 127
4.1 Tendenzieller Anstieg hinsichtlich der Fallzahlen und Pflegetage ... 127
4.2 Zuwanderungskanton Aargau ... 128
4.3 Mangelnde Abgrenzung der Leistungsgruppen in der Rehabilitation ... 128

E. Ambulante Versorgung ... 129
1 Angebot ... 129
1.1 Leistungserbringer ... 129
1.2 Erbrachte Leistungen ... 132
2 Nachfrage ... 137
3 Patientenströme ... 142
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 ... 148
5 Fazit Ambulante Versorgung ... 152
5.1 Erstmals detaillierte Auswertungen zur ambulanten Versorgung in der Nordwestschweiz ... 152
5.2 Steigendes Angebot und Inanspruchnahme – insbesondere spitalambulant ... 152
5.3 Die Nordwestschweiz als geschlossenes Versorgungssystem ... 152
5.4 Erprobung von Indikatoren zur Versorgungslage ... 153

F. Substitution stationär - ambulant ... 154
1 Methode ... 154
1.1 Hypothesen ... 154
1.2 Erarbeitung des Substitutionsrasters ... 155
1.3 Datengrundlage und Analysevorgehen ... 157
2 Ergebnisse ... 157
2.1 Leistenbruch ... 157
2.2 Krampfadern ... 159
2.3 Rachenmandeln ... 160
2.4 Hämorrhoiden ... 161
2.5 Grauer Star ... 162
2.6 Arthroskopische Meniskusentfernung ... 163
2.7 Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom ... 164
2.8 Zervixkonisation ... 165
3 Fazit zur Substitution stationär - ambulant ... 166

G. 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 Herausforderungen einer Leistungsgruppierung in der Rehabilitation und Psychiatrie ... 169
1.4 Erstmalige Darstellung der ambulanten Versorgung ... 170
1.5 Substituierbare Leistungen stationär – ambulant ... 171
2 Versorgungslage der Nordwestschweiz ... 171
2.1 Die Nordwestschweiz als geschlossenes Versorgungssystem ... 171
2.2 Erreichbarkeit ausgewählter Versorgungsangebote ... 172

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

H. 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 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]

$$\left(\sum_{i=1}^{N}\begin{cases} AD_i - ED_i, & \text{wenn } ED_i \neq AD_i \\ 1, & \text{wenn } ED_i = AD_i \end{cases}\right) - AU$$

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.

Baserate / Basispreis 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.

Case Mix 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.

Case Mix Index (CMI) 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.

CHOP Die schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) bildet die Grundlage für die Erfassung/Codierung von Operationen und Behandlungen bei stationären Hospitalisationen.

---

[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).

DRG / SwissDRG	Diagnosis Related Groups sind diagnosebezogene Fallgruppen. Es handelt sich dabei um ein Patientenklassifikationssystem, das Patienten anhand von 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 *Fälle* wird gleichbedeutend mit den Begriffen *Hospitalisationen* und *Patienten* verwendet.
Fallpauschalen	vgl. DRG / SwissDRG
FMH-Titel	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. 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.
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, Pflegetage Die Pflegetage (PT) beziehen sich auf die erbrachten bzw. beanspruchten Pflegetage innerhalb eines Datenjahres, ungeachtet des Ein- und Austritts der Patienten. Demzufolge korrespondieren die Pflegetage 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.

Selbstdispensation 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 Regelun-

---

[3] Vgl. dazu auch swissdrg.org.

	gen ist den Kantonen überlassen, wobei diese verschiedene Systeme gewählt haben. Während in den meisten Deutschschweizer Kantonen die SD verbreitet 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 Arbeitsgebers 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 -inanspruchnahme 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 der Nordwestschweiz 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 Nordwestschweizer 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 Nordwestschweizer 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) der Nordwestschweiz 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 dienten 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 Spitallisten 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	▪ Medizinische Statistik ▪ STATPOP	▪ Medizinische Statistik ▪ Zusatzerhebung Psychiatrie ▪ STATPOP	▪ Medizinische Statistik ▪ Zusatzerhebung Rehabilitation
Ambulante Versorgung	▪ Datenpool SASIS AG ▪ Ärzteverzeichnis der FMH	▪ Datenpool SASIS AG ▪ Ärzteverzeichnis der FMH	▪ (Datenpool SASIS AG)

ABBILDUNG 1: DATENQUELLEN NACH VERSORGUNGSBEREICHEN

Ergebnisse Akutsomatik

Angebot

Die Zahl der Hospitalisationen in Nordwestschweizer Spitälern steigt von 202‘702 Fällen im Jahr 2011 auf 212‘387 im Jahr 2013. Dies entspricht einer kontinuierlichen Zunahme von durchschnittlich 2.4% pro Jahr. Der Anteil der Nordwestschweizer Patienten bleibt im selben Zeitraum konstant und beläuft sich im Jahr 2013 auf 91.7%.

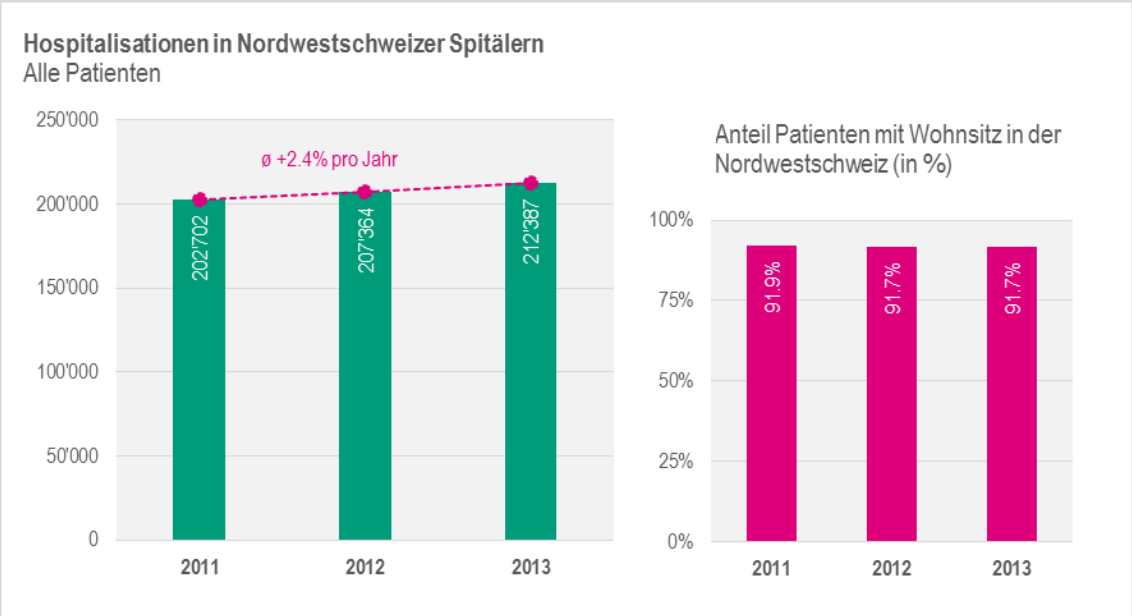


ABBILDUNG 2: AKUTSOMATIK ANGEBOT - FÄLLE IN NORDWESTSCHWEIZER SPITÄLERN

Aus den Veränderungen der Marktanteile wird ersichtlich, dass insbesondere die Kantonsspitäler einen Rückgang des Marktanteils verzeichnen, währenddessen vor allem die Privatspitäler bzw. die kleineren, spezialisierten Leistungserbringer einen Zuwachs verzeichnen. Ausgehend davon liegt der Schluss nahe, dass sich innerhalb der Periode zwischen 2011 und 2013 eine Tendenz von den Kantonsspitälern 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 eingeführt wurde. Gestützt wird diese Interpretation durch die Entwicklung des Anteils zusatzversicherter Patienten.

Nordwestschweiz	2011			2012			2013		
	Fälle	Fälle$_{NWCH}$	MA$_{NWCH}$	Fälle	Fälle$_{NWCH}$	MA$_{NWCH}$	Fälle	Fälle$_{NWCH}$	MA$_{NWCH}$
	Anz.	%	%	Anz.	%	%	Anz.	%	%
Listenspitäler NWCH	**202'702**	**91.9%**	**91.6%**	**207'364**	**91.7%**	**91.2%**	**212'387**	**91.7%**	**91.2%**
Universitätsspital Basel	31'074	86.0%	13.2%	31'696	85.9%	13.0%	32'296	85.8%	13.0%
Kantonsspital Baselland	29'021	95.3%	13.6%	28'764	94.9%	13.1%	27'991	95.4%	12.5%
Kantonsspital Aarau	25'969	96.1%	12.3%	25'651	95.6%	11.8%	26'072	95.6%	11.7%
Solothurner Spitäler AG	22'854	95.3%	10.7%	22'418	94.9%	10.2%	23'703	94.3%	10.5%
Kantonsspital Baden	18'001	95.9%	8.5%	18'406	95.4%	8.4%	18'567	95.5%	8.3%
Hirslanden Klinik Aarau	9'135	94.8%	4.3%	9'415	95.1%	4.3%	9'824	95.0%	4.4%
Claraspital	9'131	90.3%	4.1%	9'532	90.9%	4.2%	10'042	91.1%	4.3%
Kreisspital für das Freiamt Muri	6'959	95.0%	3.3%	7'415	94.8%	3.4%	7'716	94.2%	3.4%
Gesundheitszentrum Fricktal	7'322	94.7%	3.4%	7'530	92.9%	3.4%	7'755	92.1%	3.3%
Merian Iselin Klinik	5'697	88.6%	2.5%	6'562	89.1%	2.8%	6'921	89.5%	2.9%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	5'636	86.5%	2.4%	5'605	89.7%	2.4%	5'985	89.2%	2.5%
Bethesda Spital	4'534	93.5%	2.1%	5'178	93.7%	2.3%	5'421	92.9%	2.4%
Spital Zofingen	4'868	89.1%	2.1%	4'874	90.4%	2.1%	5'039	90.9%	2.1%
Asana Spital Menziken	3'580	94.8%	1.7%	3'801	94.7%	1.7%	3'501	95.2%	1.6%
Asana Spital Leuggern	3'724	92.1%	1.7%	3'637	91.7%	1.6%	3'561	89.3%	1.5%
Privatklinik Obach	3'222	85.5%	1.4%	3'362	85.7%	1.4%	3'189	84.4%	1.3%
Hirslanden Klinik Birshof	2'281	87.6%	1.0%	2'306	88.6%	1.0%	2'453	89.8%	1.0%
Klinik Villa im Park	3'177	62.7%	1.0%	3'257	65.2%	1.0%	3'275	67.3%	1.0%
Felix Platter-Spital	1'574	97.9%	0.8%	1'816	98.4%	0.9%	2'089	98.5%	1.0%
Klinik Pallas	906	82.5%	0.4%	1'114	78.8%	0.4%	1'545	80.7%	0.6%
Ita Wegman Klinik Arlesheim	739	85.1%	0.3%	801	79.3%	0.3%	801	84.0%	0.3%
Ergolz-Klinik Liestal	337	30.1%	0.1%	732	71.2%	0.2%	893	73.8%	0.3%
Rennbahnklinik	478	64.3%	0.2%	714	64.3%	0.2%	794	66.9%	0.2%
Adullam Spital	457	99.9%	0.2%	470	99.6%	0.2%	476	99.4%	0.2%
Klinik Barmelweid	427	90.3%	0.2%	452	95.1%	0.2%	489	94.7%	0.2%
Palliativzentrum Hildegard	228	97.0%	0.1%	225	98.7%	0.1%	276	98.2%	0.1%
Geburtshus Storchenäscht	242	96.8%	0.1%	281	96.1%	0.1%	279	95.7%	0.1%
Vista Klinik	115	50.8%	0.0%	187	69.0%	0.1%	305	79.7%	0.1%
Hospiz im Park	171	98.9%	0.1%	205	97.6%	0.1%	220	99.1%	0.1%
Lukas Klinik	526	36.0%	0.1%	600	40.2%	0.1%	477	40.7%	0.1%
Schmerzklinik Basel	228	66.2%	0.1%	192	71.9%	0.1%	200	76.0%	0.1%
Geburtshaus ambra	61	96.8%	0.0%	121	98.3%	0.1%	145	93.1%	0.1%
Ita Wegman Geburtshaus	8	87.5%	0.0%	23	100.0%	0.0%	44	100.0%	0.0%
Geburtshaus Basel	11	100.0%	0.0%	10	100.0%	0.0%	31	93.5%	0.0%
Geburtshaus Tagmond	8	75.0%	0.0%	12	100.0%	0.0%	12	100.0%	0.0%
Ausserregionale Listenspitäler	**93'095**	**6.7%**	**3.1%**	**94'345**	**7.0%**	**3.1%**	**96'792**	**6.7%**	**3.0%**
Inselspital Bern	37'348	7.9%	1.4%	37'690	7.9%	1.4%	39'419	7.2%	1.3%
Kinderspital Zürich	36'559	4.0%	0.7%	36'494	4.2%	0.7%	36'867	4.3%	0.7%
Schulthess Klinik	7'305	10.1%	0.4%	7'490	11.0%	0.4%	7'543	10.6%	0.4%
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	6'442	8.4%	0.3%	6'945	8.5%	0.3%	7'091	8.6%	0.3%
Schweizerisches Epilepsie-Zentrum	4'464	8.2%	0.2%	4'711	8.5%	0.2%	4'857	9.3%	0.2%
Uniklinik Balgrist	889	17.2%	0.1%	874	19.9%	0.1%	869	16.6%	0.1%
Universitätsspital Zürich	88	18.0%	0.0%	141	24.1%	0.0%	146	21.2%	0.0%
Übrige Spitäler			**5.3%**			**5.7%**			**5.8%**
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 Nordwestschweizer Wohnbevölkerung identifizierbar. Im Jahr 2011 verzeichnet die Medizinische Statistik des BFS 202‘696 Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz, im Jahr 2013 sind es 213‘665. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von +2.5%.

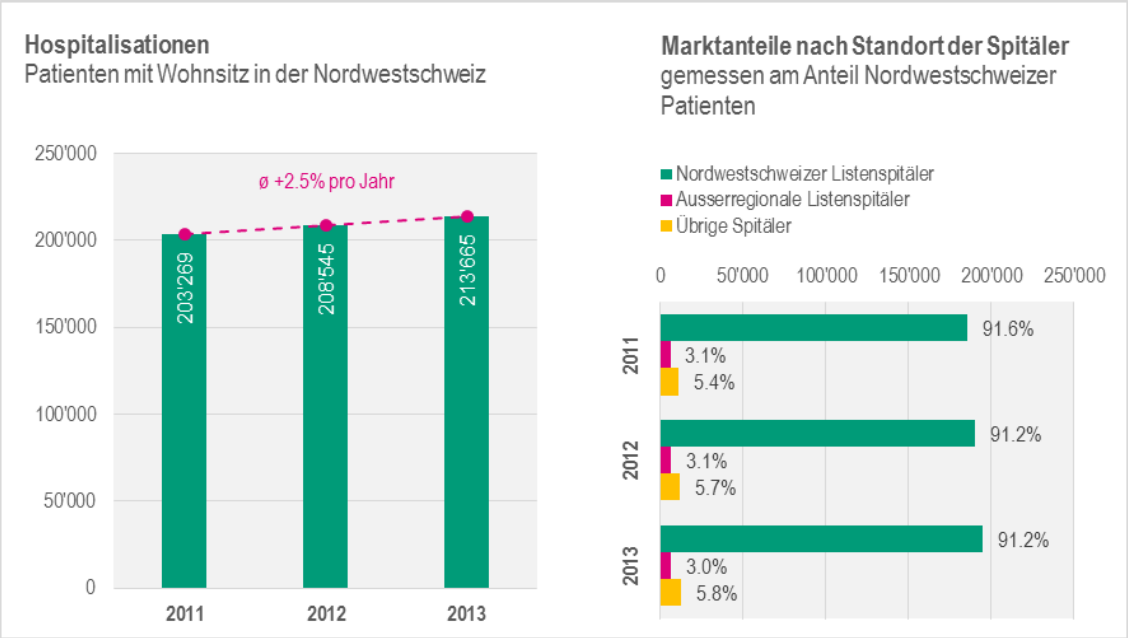


ABBILDUNG 3: AKUTSOMATIK NACHFRAGE - FALLZAHLEN UND VERTEILUNG NACH SPITALKATEGORIE 2011-13

Der grösste Teil der Hospitalisationen Nordwestschweizer Patienten erfolgt gemäss Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) innerhalb des Basispakets, im Jahr 2011 sind es 42.8%, im Jahr 2013 39.7%. 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-Codes (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.

Nordwestschweiz	2011			2012			2013		
Leistungsbereich	Fälle		MAD	Fälle		MAD	Fälle		MAD
SPLG	Anz.	%	Tg	Anz.	%	Tg	Anz.	%	Tg
Grundversorgung									
Basispaket	87'034	42.8%	5.5	82'503	39.6%	5.2	84'773	39.7%	5.1
Nervensystem & Sinnesorgane									
Dermatologie	915	0.5%	7.4	1'571	0.8%	9.6	1'471	0.7%	9.8
Hals-Nasen-Ohren	7'016	3.5%	4.2	7'664	3.7%	3.9	8'275	3.9%	3.5
Neurochirurgie	941	0.5%	10.6	613	0.3%	10.4	805	0.4%	10.8
Neurologie	4'285	2.1%	7.6	4'913	2.4%	7.1	5'045	2.4%	6.6
Ophthalmologie	1'350	0.7%	3.3	1'476	0.7%	3.3	1'719	0.8%	2.9
Innere Organe									
Endokrinologie	642	0.3%	8.8	558	0.3%	9.1	645	0.3%	8.0
Gastroenterologie	5'832	2.9%	8.3	5'893	2.8%	8.2	5'998	2.8%	8.1
Viszeralchirurgie	2'291	1.1%	12.2	3'136	1.5%	11.0	3'349	1.6%	10.6
Hämatologie	2'012	1.0%	8.8	1'832	0.9%	8.6	2'297	1.1%	7.4
Gefässe	2'928	1.4%	8.2	3'380	1.6%	7.9	3'363	1.6%	7.7
Herz	8'870	4.4%	5.0	9'149	4.4%	5.2	9'350	4.4%	5.3
Nephrologie	582	0.3%	9.9	651	0.3%	9.4	718	0.3%	9.7
Urologie	8'829	4.3%	5.4	9'425	4.5%	5.2	10'022	4.7%	4.9
Pneumologie	4'104	2.0%	9.3	4'934	2.4%	8.6	3'860	1.8%	8.2
Thoraxchirurgie	420	0.2%	11.9	389	0.2%	12.0	404	0.2%	11.6
Transplantationen	170	0.1%	11.1	163	0.1%	11.6	246	0.1%	8.8
Bewegungsapparat									
Bewegungsapparat chirurgisch	27'646	13.6%	6.2	30'886	14.8%	5.8	32'100	15.0%	5.8
Rheumatologie	1'335	0.7%	6.3	1'262	0.6%	6.6	1'129	0.5%	6.6
Gynäkologie & Geburtshilfe									
Gynäkologie	6'331	3.1%	4.2	6'674	3.2%	4.1	7'017	3.3%	3.8
Geburtshilfe	15'114	7.4%	4.5	15'563	7.5%	4.2	15'411	7.2%	4.0
Neugeborene	12'054	5.9%	4.4	13'199	6.3%	4.0	12'827	6.0%	4.0
Übrige									
(Radio-) Onkologie	2'414	1.2%	5.7	2'491	1.2%	5.6	2'612	1.2%	5.6
Schwere Verletzungen	153	0.1%	12.4	220	0.1%	12.2	229	0.1%	11.6
Total	203'269	100.0%	5.7	208'545	100.0%	5.5	213'665	100.0%	5.4

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 (15.0% im Jahr 2013). Darauf folgen die Leistungsbereiche *Geburtshilfe* (7.2%), *Neugeborene* (6.0%), *Urologie* (4.7%) sowie *Herz* (4.4%). Die grösste absolute Zunahme akutstationärer Hospitalisationen in den Leistungsbereichen *Bewegungsapparat chirurgisch*, (+4‘454), *Hals-Nasen-Ohren* (+1‘259), *Urologie* (1‘193) sowie *Viszeralchirurgie* (+1‘058) zu verzeichnen sind. Betrachtet man ergänzend die relative Zunahme ist zusätzlich die Dermatologie zu erwähnen. Im Jahr 2013 wurden 556 dermatologische Fälle mehr akutstationär hospitalisiert, was eine Zunahme um +60.7% bedeutet.

Neben Anzahl und Art der Hospitalisation wurde auch die Entwicklung der Aufenthaltsdauer untersucht. Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAD) bei Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten sank von 5.7 Tagen im Jahr 2011 auf 5.4 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 91.2% der Behandlungen zugunsten von Patienten aus der Nordwestschweiz in Spitälern der Nordwestschweiz. Dieser Anteil blieb über die Jahre hinweg weitgehend stabil. Nur gerade 8.8% der akutstationären Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten erfolgten im Jahr 2013 in anderen Kantonen. Die grössten Anteile ausserregionaler Leistungen sind auf Hospitalisationen in den Kantonen Zürich und Bern zurückzuführen.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Standortkanton des Spitals	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
Hospitalisationen in der NWCH	**186'195**	**91.6%**	**190'200**	**91.2%**	**194'758**	**91.2%**	**+8'563**	**-0.4%**
Abwanderung	**17'074**	**8.4%**	**18'345**	**8.8%**	**18'907**	**8.8%**	**+1'833**	**+0.4%**
AI	1	0.0%	4	0.0%	3	0.0%	+2	+0.0%
AR	50	0.0%	42	0.0%	39	0.0%	-11	-0.0%
BE	6'558	3.2%	6'836	3.3%	6'763	3.2%	+205	-0.1%
FR	45	0.0%	34	0.0%	27	0.0%	-18	-0.0%
GE	73	0.0%	66	0.0%	72	0.0%	-1	-0.0%
GL	29	0.0%	28	0.0%	20	0.0%	-9	-0.0%
GR	659	0.3%	625	0.3%	696	0.3%	+37	+0.0%
JU	29	0.0%	32	0.0%	25	0.0%	-4	-0.0%
LU	880	0.4%	995	0.5%	1'183	0.6%	+303	+0.1%
NE	11	0.0%	17	0.0%	14	0.0%	+3	+0.0%
NW	46	0.0%	52	0.0%	66	0.0%	+20	+0.0%
OW	31	0.0%	23	0.0%	34	0.0%	+3	+0.0%
SG	240	0.1%	233	0.1%	254	0.1%	+14	+0.0%
SH	22	0.0%	28	0.0%	30	0.0%	+8	+0.0%
SZ	130	0.1%	148	0.1%	133	0.1%	+3	-0.0%
TG	108	0.1%	87	0.0%	97	0.0%	-11	-0.0%
TI	215	0.1%	217	0.1%	209	0.1%	-6	-0.0%
UR	31	0.0%	27	0.0%	29	0.0%	-2	-0.0%
VD	112	0.1%	107	0.1%	127	0.1%	+15	+0.0%
VS	295	0.1%	314	0.2%	291	0.1%	-4	-0.0%
ZG	466	0.2%	520	0.2%	608	0.3%	+142	+0.1%
ZH	7'044	3.5%	7'910	3.8%	8'187	3.8%	+1'143	+0.4%
Total	**203'269**	**100%**	**208'545**	**100%**	**213'665**	**100%**	**+10'396**	

TABELLE 3: ABWANDERUNG AKUTSOMATIK - FÄLLE NACH STANDORTKANTON DER HOSPITALISATION 2011-2013

Für ausserregional hospitalisierte Patienten ist ein höherer Anteil der Liegeklasse privat bzw. halbprivat auszumachen als bei Patienten, die in Spitälern mit Standort in der Nordwestschweiz hospitalisiert sind. Zwischen 2011 und 2013 ist diesbezüglich jedoch eine Angleichungstendenz feststellbar. Ausserdem handelt es sich bei den Nordwestschweizer Patienten, die sich in Spitälern ausserhalb der Nordwestschweiz behandeln lassen, eher um schwerere bzw. komplexere Fälle. Schliesslich unterscheidet sich der Anteil ausserregionaler Hospitalisationen deutlich je nach Wohnregion. In der Region nördlich des Juras lassen sich kaum Patienten ausserhalb der Nordwestschweiz behandeln, was angesichts der geografischen Lage nachvollziehbar erscheint. Die höchsten Raten finden sich in den Grenzregionen der Kantone Aargau und Solothurn, wobei sich die Aargauer Patienten insbesondere nach Zürich orientieren und die Solothurner Patienten nach Bern.

Zuwanderung

Im Jahr 2013 beziehen sich 91.7% der Hospitalisationen in der Nordwestschweiz auf Patienten aus der Nordwestschweiz. Lediglich 8.3% sind auf Patienten aus anderen Kantonen zurückzuführen. Dieser Anteil blieb auch über die Jahre hinweg stabil. Die grösste Gruppe zugewanderter Patienten stammt aus dem Ausland mit 2.9% der Hospitalisationen in Nordwestschweizer Spitälern im Jahr 2013. Darauf folgen Patienten aus den Kantonen Bern (1.5%) und Luzern (1.1%).

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Wohnkanton des Patienten	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
NWCH	**186'195**	**91.9%**	**190'200**	**91.7%**	**194'758**	**91.7%**	**+8'563**	**-0.2%**
Zuwanderung	**16'508**	**8.1%**	**17'164**	**8.3%**	**17'629**	**8.3%**	**+1'121**	**+0.2%**
AR	25	0.0%	37	0.0%	45	0.0%	+20	+0.0%
AI	8	0.0%	4	0.0%	3	0.0%	-5	-0.0%
BE	2'697	1.3%	2'934	1.4%	3'130	1.5%	+433	+0.1%
FR	120	0.1%	123	0.1%	109	0.1%	-11	-0.0%
GE	59	0.0%	63	0.0%	58	0.0%	-1	-0.0%
GL	29	0.0%	16	0.0%	37	0.0%	+8	+0.0%
GR	177	0.1%	178	0.1%	180	0.1%	+3	-0.0%
JU	1'544	0.8%	1'626	0.8%	1'821	0.9%	+277	+0.1%
LU	2'292	1.1%	2'409	1.2%	2'261	1.1%	-31	-0.1%
NE	29	0.0%	56	0.0%	56	0.0%	+27	+0.0%
NW	110	0.1%	116	0.1%	105	0.0%	-5	-0.0%
OW	90	0.0%	91	0.0%	76	0.0%	-14	-0.0%
SG	253	0.1%	278	0.1%	277	0.1%	+24	+0.0%
SH	62	0.0%	66	0.0%	75	0.0%	+13	+0.0%
SZ	179	0.1%	223	0.1%	230	0.1%	+51	+0.0%
TI	345	0.2%	336	0.2%	362	0.2%	+17	+0.0%
TG	135	0.1%	138	0.1%	128	0.1%	-7	-0.0%
UR	70	0.0%	68	0.0%	48	0.0%	-22	-0.0%
VD	110	0.1%	135	0.1%	121	0.1%	+11	+0.0%
VS	243	0.1%	216	0.1%	287	0.1%	+44	+0.0%
ZH	1'472	0.7%	1'597	0.8%	1'695	0.8%	+223	+0.1%
ZG	220	0.1%	249	0.1%	267	0.1%	+47	+0.0%
Ausland	6'226	3.1%	6'186	3.0%	6'243	2.9%	+17	-0.1%
unbekannt	13	0.0%	19	0.0%	15	0.0%	+2	+0.0%
Total	**202'703**	**100%**	**207'364**	**100%**	**212'387**	**100%**	**+9'684**	

TABELLE 4: ZUWANDERUNG AKUTSOMATIK – HOSPITALISATIONEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2011-2013

Nettowanderung

Eine vergleichsweise hohe Nettoabwanderung ist für das Jahr 2013 im Leistungsbereich *Herz* zu beobachten mit -761 Fällen. Ferner zeichnen sich ebenfalls das *Basispaket* (-336 im Jahr 2013) und die Leistungsbereiche *Hals-Nasen-Ohren* (-335), und *Viszeralchirurgie* (-254) durch eine hohe Nettoabwanderung aus. Im Bereich *Hals-Nasen-Ohren* ist eine wesentliche Zunahme der Nettoabwanderung von 2011 (-90 Fälle) zum Jahr 2013 (-335) festzustellen. Eine beträchtliche Nettozuwanderung ist in den Bereichen *Bewegungsapparat chirurgisch* (+469) und in der *Radio-Onkologie* bemerkbar (+421).

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.[4] Fallzahlen unterhalb der Mindestfallzahlen (MFZ) sind 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 vereinzelten Fallzahlen auf Verlegungen zurückzuführen sind.

---

[4] Vgl. Kapitel B.4.1.

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%	
Herz- /Kreislauferkrankungen	**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
	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%	

Bereich	Erreichbarkeit (% der Bevölkerung)					Bemerkungen
	Region/Kt.	0-15min	16-20min	21-30min	> 30min	kantonale Unterschiede
Interventionelle Kardiologie	**NWCH**	**67.6%**	**16.9%**	**14.1%**	**1.5%**	im Bereich der interventionellen Kardiologie auf.
	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 Nordwestschweizer Bevölkerung ist im Jahr 2013 in den nachfolgenden SPLG eine auffällig hohe Hospitalisationsrate festzustellen (vgl. auch nachfolgende Abbildung):

- Basispaket Chirurgie und Innere Medizin (BP)
- Gynäkologie (GYN1)
- Hals- und Gesichtschirurgie (HNO1.1)
- Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen (HNO1.2)
- Kardiologie (inkl. Schrittmacher) (KAR1)
- Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) (KAR1.1)
- Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe) (KAR1.1.1)
- Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT) (KAR1.3)
- Neurologie (NEU1)
- Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit) (NEU3)
- Onkologie (ONK1)
- Pneumologie (PNE1)
- Radio-Onkologie (RAO1)
- Urologie ohne Schwerpunktstitel Operative Urologie (URO1)
- Viszeralchirurgie (VIS1)

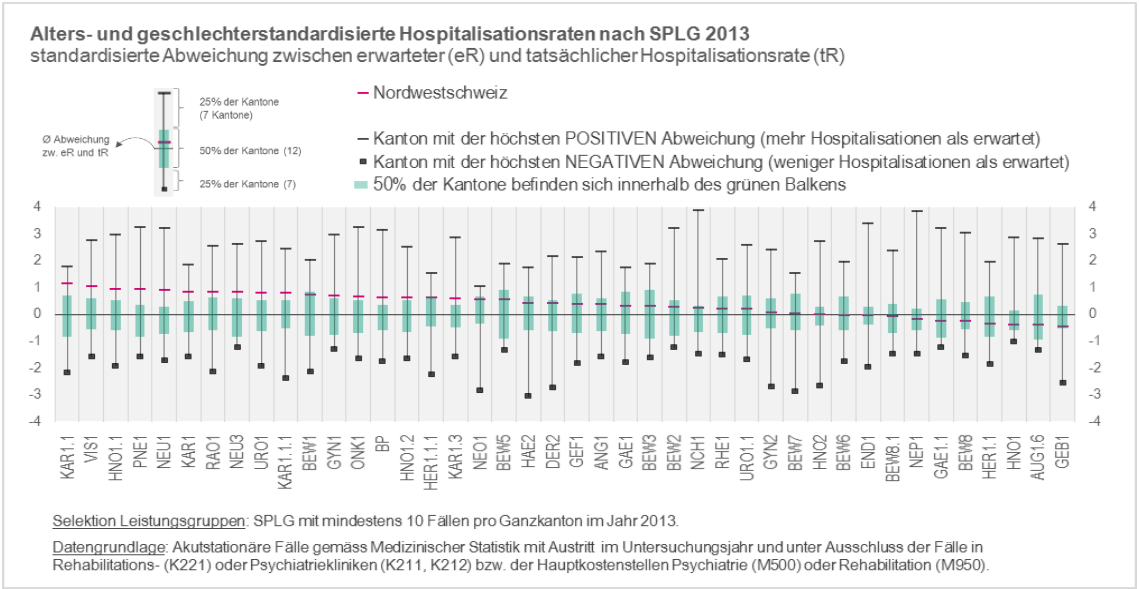


ABBILDUNG 4: ALTERS- UND GESCHLECHTERSTANDARDISIERTE ABWEICHUNGEN ZWISCHEN TR UND ER NACH SPLG 2013

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 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. kantonaler Angebotsstrukturen erklärbar sind, oder welche anderen Einflussfaktoren dafür verantwortlich gemacht werden können.

Ergebnisse Psychiatrie

Angebot

Betrachtet man die Nordwestschweizer 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 Pflegetage fest. Im Jahr 2011 erfolgten 11‘620 psychiatrische Hospitalisationen in Nordwestschweizer Spitälern, im Jahr 2013 waren es 12‘643.

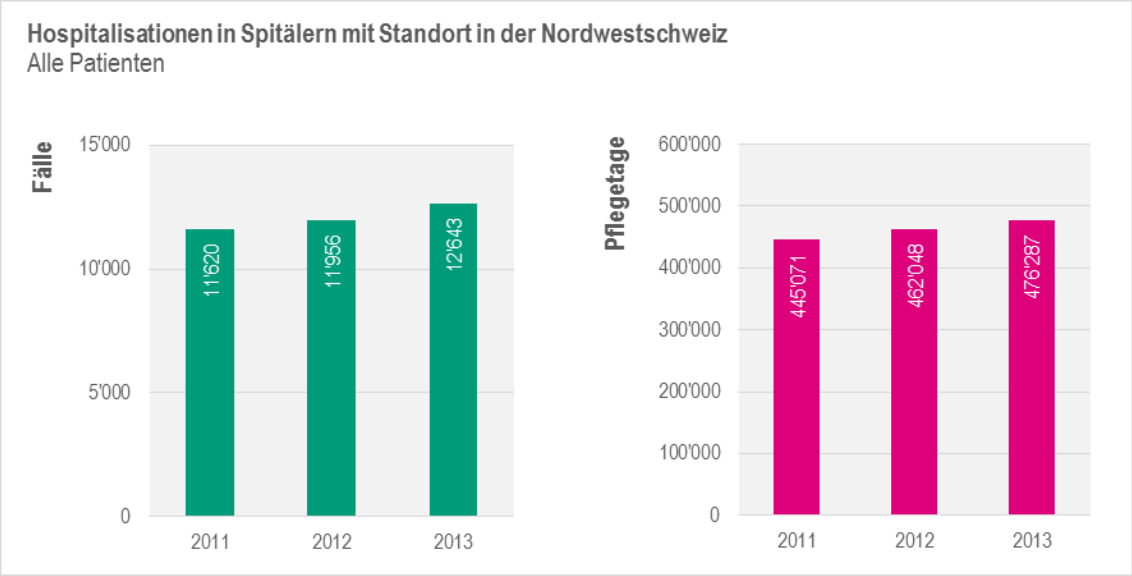


ABBILDUNG 5: ANGEBOT PSYCHIATRIE – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Insgesamt decken die Listenspitäler mit Standort in der Nordwestschweiz im Jahr 2013 85.1% der Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten ab, auf die ausserregionalen Listenspitäler entfallen im Jahr 2013 2.4%, auf die übrigen Spitäler 12.4%. Mit Abstand am meisten Hospitalisationen und Pflegetage weisen die Psychiatrischen Dienste Aargau, die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, die Psychiatrie Baselland sowie die Solothurner Spitäler AG aus. Zusammen erbringen sie rund zwei Drittel der stationären psychiatrischen Leistungen für Nordwestschweizer Patienten.

Nordwestschweiz	2011			2012			2013		
	Fälle	PT	MA_{NWCH}	Fälle	PT	MA_{NWCH}	Fälle	PT	MA_{NWCH}
	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%
Listenspitäler NWCH	**11'620**	**445'071**	**85.6%**	**11'956**	**462'048**	**83.6%**	**12'643**	**476'287**	**85.1%**
Psychiatrische Dienste Aargau	2'472	112'452	23.0%	2'774	115'750	22.2%	3'020	120'139	22.5%
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	3'045	102'932	19.9%	3'001	103'171	18.8%	3'141	113'038	20.4%
Psychiatrie Baselland	1'707	67'566	14.0%	1'816	77'057	15.1%	1'899	72'917	14.1%
Solothurner Spitäler AG	2'037	53'973	10.9%	1'781	51'230	9.6%	1'866	48'929	9.1%
Klinik Schützen Rheinfelden	672	30'598	4.5%	713	32'786	4.7%	729	32'627	4.7%
Klink Sonnenhalde	451	22'834	4.1%	501	23'412	4.1%	492	23'791	4.1%
Klinik Barmelweid	351	15'392	3.0%	395	15'878	2.9%	480	21'091	3.8%
Klinik Im Hasel	106	15'886	2.2%	146	16'807	2.4%	189	17'148	2.2%
Ita Wegman Klinik Arlesheim	254	9'541	1.4%	271	10'815	1.2%	280	11'419	1.5%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	133	4'538	0.9%	133	4'568	0.9%	146	4'843	0.9%
Klinik ESTA	125	4'676	1.0%	142	4'145	0.8%	134	4'326	0.8%
Klinik für Suchtmedizin	120	2'250	0.4%	142	4'037	0.6%	139	3'767	0.6%
Felix Platter-Spital	98	1'680	0.3%	93	1'560	0.3%	89	1'558	0.3%
Klinik für Schlafmedizin Bad Zurzach	49	753	0.0%	48	832	0.1%	39	694	0.0%
Ausserregionale Listenspitäler	**2'743**	**125'205**	**2.6%**	**2'815**	**129'773**	**2.8%**	**2'755**	**129'372**	**2.4%**
Klinik Südhang	337	21'336	1.2%	342	21'422	1.4%	356	21'832	1.5%
Luzerner Psychiatrie	2'406	103'869	1.4%	2'473	108'351	1.4%	2'399	107'540	0.9%
Übrige Spitäler			**11.8%**			**13.6%**			**12.4%**
			100.0%			**100.0%**			**100.0%**

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

Die Marktanteile der einzelnen Leistungserbringer sind weitgehend stabil. Mit +0.8 Prozentpunkten verzeichnet die Klinik Barmelweid den höchsten Anstieg. Ein wesentlicher Rückgang der Hospitalisationen, Pflegetage sowie des Marktanteils ist für die Solothurner Spitäler AG feststellbar, wobei der rückläufige Trend für die Solothurner Spitäler AG auf eine Anpassung der Zuordnung bzw. Zählweise der Leistungen bei der Solothurner Spitäler AG zurückzuführen ist, wobei die Leistungen der tagesklinischen Angebote bis 2011 als stationäre Leistungen kategorisiert wurden und ab 2012 innerhalb der ambulanten Angebote berücksichtigt werden.

Nachfrage

Betrachtet man die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen durch die Nordwestschweizer Bevölkerung, so zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten von 12‘169 Fällen im Jahr 2011 auf 13‘151 Fälle im Jahr 2013. Analog dazu nimmt auch die Zahl der beanspruchten Pflegetage zu, wobei der Anstieg der Pflegetage massgeblich zwischen den Jahren 2011 und 2012 erfolgte und sich anschliessend stabilisierte.

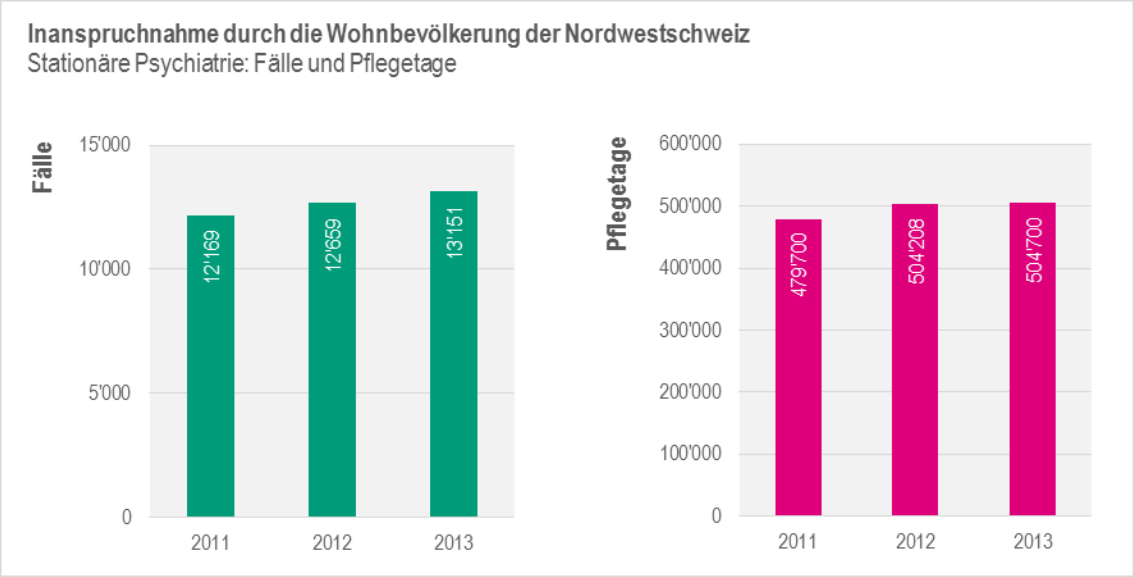


ABBILDUNG 6: NACHFRAGE PSYCHIATRIE – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Rund die Hälfte der Pflegetage von Nordwestschweizer Patienten im Jahr 2013 ist dem Leistungsbereich *Erwachsenenpsychiatrie* (49.2%) zuzuschreiben. Eine Zunahme der beanspruchten Leistungen zwischen 2011 und 2013 ist in den Leistungsbereichen *Psychische Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten* sowie in der *Forensik* zu beobachten, wobei insbesondere die Zunahme im Bereich der *Psychischen Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten* von ausgeprägtem Ausmass ist (+22.8%).

Nordwestschweiz	**2011**		**2012**		**2013**		
Leistungsbereiche/-gruppen	Fälle	PT	Fälle	PT	Fälle	PT	
	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	%
Erwachsenenpsychiatrie	**6'802**	**232'506**	**6'739**	**241'094**	**7'103**	**248'161**	**49.2%**
Grundversorgung und Akutbehandlung	4'308	125'967	4'273	128'592	3'862	118'462	23.5%
Stationäre Psychiatrie inkl. somato-psych. Behandl.	2'085	86'098	1'997	89'966	2'436	103'180	20.4%
Psychiatrische Rehabilitation	353	17'231	427	19'968	543	20'426	4.0%
Essstörungen	56	3'210	42	2'568	262	6'093	1.2%
Psych.Verhaltensstörungen infolge Abhängigk.	**2'093**	**64'372**	**2'387**	**75'225**	**2'687**	**79'077**	**15.7%**
Grundversorgung (v.a. Entzug, Kriseninterventionen)	1'896	45'836	2'144	54'349	2'267	50'493	10.0%
Entwöhnungstherapie	167	17'365	212	19'447	381	26'532	5.3%
Verhaltenssüchte	30	1'171	31	1'429	39	2'052	0.4%
Alterspsychiatrie	**1'623**	**78'790**	**1'630**	**73'538**	**1'512**	**68'737**	**13.6%**
Alterspsychiatrische Grundversorgung	1'379	58'608	1'444	55'942	1'192	38'210	7.6%
Spezialisierte Langzeitbehandlung	244	20'182	186	17'596	320	30'527	6.0%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	**462**	**29'230**	**497**	**26'701**	**496**	**27'818**	**5.5%**
Grundversorgung Kinderpsychiatrie (0-12 Jahre)	89	10'774	115	8'938	108	9'478	1.9%
Grundversorgung Jugendpsychiatrie (13-17 Jahre)	294	14'371	322	14'313	324	14'914	3.0%
Essstörungen	74	4'060	56	3'393	58	3'333	0.7%
Suchtbehandlungen	5	25	4	57	6	93	0.0%
Forensik	**83**	**18'022**	**121**	**18'863**	**115**	**18'229**	**3.6%**
Kriseninterventionen für Jugendliche und Erwachsene im Strafvollzug u. Vollzug von strafrechtl. Massn.	83	18'022	121	18'863	115	18'229	3.6%
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme [(a)]	**1'106**	**56'780**	**1'285**	**68'787**	**1'238**	**62'678**	**12.4%**
Total	12'169	479'700	12'659	504'208	13'151	504'700	100.0%

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

TABELLE 7: NACHFRAGE PSYCHIATRIE – FÄLLE UND PFLEGETAGE PRO LEISTUNGSGRUPPE 2011-13

Abwanderung

Der Anteil ausserregionaler Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz bleibt über die Jahre 2011 bis 2013 weitgehend konstant und beläuft sich im Jahr 2013 auf 11.2%. Häufigster Zielkanton für Nordwestschweizer Patienten ist der Kanton Bern, 4.2% der Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten im Jahr 2013 erfolgten in Spitälern im Kanton Bern. Darüber hinaus sind insbesondere die Kantone Zürich (2.4%), Zug (1.4%), Thurgau (1.1%) und Luzern (1.1%) von erwähnenswerter Bedeutung.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Standortkantons des Spitals	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
NWCH	**10'825**	**89.0%**	**11'133**	**87.9%**	**11'676**	**88.8%**	**+851**	**-0.2%**
Abwanderung	**1'344**	**11.0%**	**1'526**	**12.1%**	**1'475**	**11.2%**	**+131**	**+0.2%**
AI	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
AR	93	0.8%	117	0.9%	2	0.0%	-91	-0.7%
BE	421	3.5%	474	3.7%	546	4.2%	+125	+0.7%
FR	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
GE	2	0.0%	4	0.0%	3	0.0%	+1	+0.0%
GL	1	0.0%	1	0.0%	2	0.0%	+1	+0.0%
GR	10	0.1%	75	0.6%	92	0.7%	+82	+0.6%
JU	2	0.0%	3	0.0%	5	0.0%	+3	+0.0%
LU	178	1.5%	170	1.3%	140	1.1%	-38	-0.4%
NE	2	0.0%	1	0.0%	1	0.0%	-1	-0.0%
NW	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
OW	3	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	-3	-0.0%
SG	12	0.1%	16	0.1%	7	0.1%	-5	-0.0%
SH	8	0.1%	7	0.1%	3	0.0%	-5	-0.0%
SZ	6	0.0%	9	0.1%	12	0.1%	+6	+0.0%
TG	95	0.8%	120	0.9%	150	1.1%	+55	+0.4%
TI	7	0.1%	7	0.1%	7	0.1%	+0	-0.0%
UR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
VD	7	0.1%	3	0.0%	4	0.0%	-3	-0.0%
VS	5	0.0%	4	0.0%	1	0.0%	-4	-0.0%
ZG	134	1.1%	164	1.3%	181	1.4%	+47	+0.3%
ZH	358	2.9%	349	2.8%	319	2.4%	-39	-0.5%
Total	12'169	100.0%	12'659	100.0%	13'151	100.0%	+982	

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

Zuwanderung

Die überwiegende Mehrheit der in Nordwestschweizer Spitälern behandelten Patienten stammt aus der Nordwestschweiz, im Jahr 2013 sind es 92.4% der Fälle. Der Anteil ausserregionaler Patienten beläuft sich im Jahr 2011 auf 6.8% und steigt zum Jahr 2013 auf 7.6%. Abgesehen von der Sammelkategorie *Übrige Schweiz* sind die Kantone Zürich und Bern die bedeutendsten Zuwanderungskantone mit einem Anteil von 1.9% bzw. 1.4% der Hospitalisationen in Nordwestschweizer Spitälern im Jahr 2013.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Wohnkanton Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
NWCH	**10'825**	**93.2%**	**11'133**	**93.1%**	**11'676**	**92.4%**	**+851**	**-0.8%**
Zuwanderung	**795**	**6.8%**	**823**	**6.9%**	**967**	**7.6%**	**+172**	**+0.8%**
LU	67	0.6%	103	0.9%	92	0.7%	+25	+0.2%
ZH	187	1.6%	211	1.8%	246	1.9%	+59	+0.3%
BE	135	1.2%	118	1.0%	171	1.4%	+36	+0.2%
ZG	25	0.2%	17	0.1%	25	0.2%	+0	-0.0%
übrige CH	220	1.9%	242	2.0%	248	2.0%	+28	+0.1%
Ausland	156	1.3%	125	1.0%	115	0.9%	-41	-0.4%
unbekannt	5	0.0%	7	0.1%	70	0.6%	+65	+0.5%
Total	11'620	100.0%	11'956	100.0%	12'643	100.0%	+1'023	

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

Betrachtet man die Ergebnisse zu den Patientenströmen auf Ebene der einzelnen Nordwestschweizer Kantone so ist – mit Ausnahme des Kantons Aargau – für alle Kantone ein anteilsmässiger Anstieg der Zu- und Abwanderung festzustellen. Im Kanton Aargau nimmt zwar die Zuwanderung, nicht aber die Abwanderung zu. Grundsätzlich lässt sich daraus ein Trend zu einer höheren Mobilität der Patienten hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung deuten. Unter Berücksichtigung des weitgehend stabil bleibenden Anteils abwandernder Patienten auf Ebene der Nordwestschweiz, lässt sich ableiten, dass sich die gewonnene Mobilität der Nordwestschweizer Patienten weitgehend auf Leistungserbringer innerhalb der jeweils anderen Nordwestschweizer beschränkt.

Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage

Für die Psychiatrie wurde eine Erreichbarkeitsanalyse mit Fokus auf die Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung durchgeführt. Diese zeigt, dass 70.5% der Nordwestschweizer Bevölkerung eine psychiatrische Klinik mit 24-Stunden-Aufnahme innert 20 Minuten erreicht, 94% innert 30 Minuten. Die GDK definiert in ihrem Leitfaden zur Psychiatrieplanung[5] 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 Leistungserbringer der stationären Rehabilitation mit Standort in der Nordwestschweiz verzeichnen im Jahr 2013 17‘427 Fälle bzw. 482‘134 Pflegetage. Während des Untersuchungszeitraums zwischen 2011 und 2013 erweist sich die Zahl der hospitalisierten Patienten in Rehabilitationseinrichtungen mit Standort in der Nordwestschweiz sowie die erbrachten Pflegetage als relativ stabil.

[5] Vgl. GDK (2007).

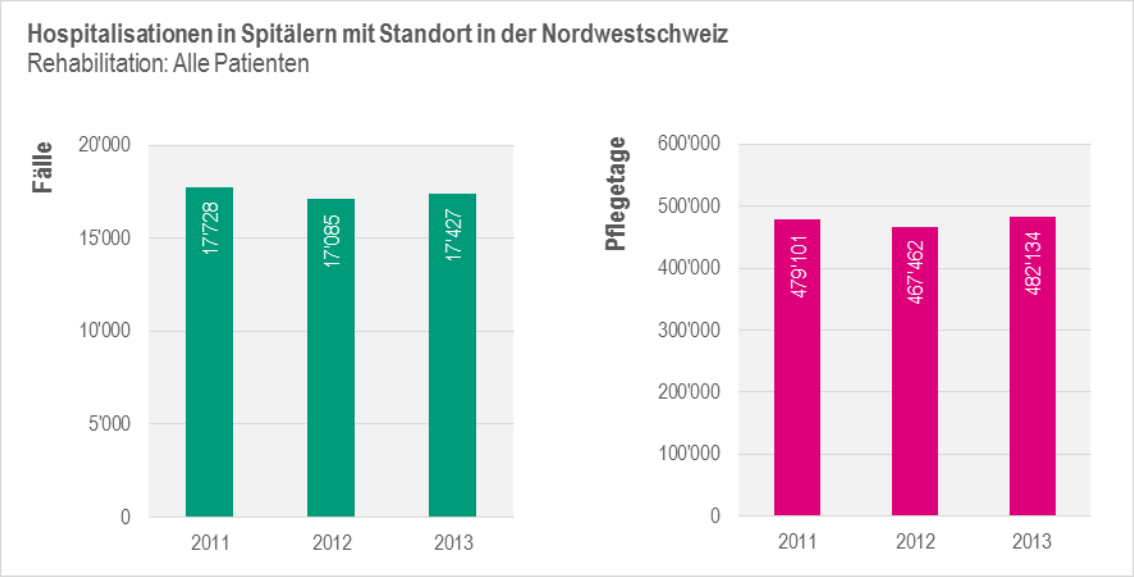


ABBILDUNG 7: ANGEBOT REHABILITATION – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Gemessen an der Anzahl Fälle und Pflegetage, ist die RehaClinic der grösste Leistungserbringer mit Standort in der Nordwestschweiz. Betrachtet man den Marktanteil, d.h. die Anzahl der geleisteten Pflegetage für Nordwestschweizer Patienten, sind jedoch die Reha Rheinfelden und das Felix Platter-Spital die wichtigsten Pfeiler der Versorgung für die Nordwestschweizer Bevölkerung im Bereich der Rehabilitation (13.7% bzw. 12.2% Marktanteil im Jahr 2013). Insgesamt verfügten Spitäler der Nordwestschweiz im Jahr 2013 über einen Marktanteil von 87.5%, die ausserregionalen Listenspitäler einen Marktanteil von 4.1% und die Spitäler, die auf keiner Spitalliste der Nordwestschweizer Kantone sind, einen Marktanteil von 8.4%.

Nordwestschweiz	2011			2012			2013		
	Fälle	PT	MANWCH	Fälle	PT	MANWCH	Fälle	PT	MANWCH
	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%
Listenspitäler NWCH	**17'728**	**479'101**	**88.2%**	**17'085**	**467'462**	**87.7%**	**17'427**	**482'134**	**87.5%**
Reha Rheinfelden	1'978	57'714	13.4%	1'921	59'986	14.2%	1'946	60'867	13.7%
Felix Platter-Spital	1'830	42'115	11.6%	1'895	42'820	11.8%	1'979	46'726	12.2%
RehaClinic	3'283	79'857	5.8%	3'267	79'241	6.7%	3'345	83'203	7.9%
Klinik Barmelweid	1'697	37'517	9.3%	1'687	37'590	9.5%	1'569	32'757	7.9%
Kantonsspital Baselland	*1'035*	*26'699*	7.4%	1'035	26'699	7.5%	1'297	29'624	7.8%
Reha Chrischona	1'101	25'948	7.2%	1'040	24'632	6.9%	1'134	25'772	6.7%
aarReha Schinznach	1'500	31'487	5.9%	1'464	31'793	6.5%	1'397	33'397	6.4%
Adullam Spital	*595*	*18'050*	5.0%	595	18'050	5.1%	678	21'794	5.8%
Rehaklinik Bellikon	1'527	71'586	4.4%	1'591	71'629	5.2%	1'594	72'424	5.5%
REHAB Basel	414	27'569	4.2%	420	27'736	4.2%	397	27'812	4.2%
Solothurner Spitäler AG	1'070	25'089	6.9%	342	9'925	2.6%	323	9'619	2.4%
Bethesda Spital	516	9'128	2.5%	591	10'731	2.9%	503	9'608	2.4%
Privat-Klinik im Park	763	18'487	2.4%	841	19'047	2.5%	825	19'605	2.4%
Rehaklinik Salina	419	7'855	2.0%	396	7'583	2.0%	440	8'926	2.1%
Ausserregionale Listenspitäler	**2'044**	**91'477**	**4.3%**	**2'409**	**93'538**	**4.0%**	**2'669**	**96'033**	**4.1%**
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	675	46'668	2.5%	893	47'943	2.4%	1'096	48'715	2.3%
Clinique Le Noirmont	926	21'803	1.1%	989	21'747	1.0%	1'051	22'070	1.3%
Kinderspital Zürich	203	11'394	0.5%	190	11'015	0.6%	184	11'038	0.4%
Uni Klinik Balgrist	240	11'612	0.2%	337	12'833	0.1%	338	14'210	0.1%
Übrige Spitäler			**7.5%**			**8.3%**			**8.4%**
			100.0%			**100.0%**			**100.0%**

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

Die Angebotsstruktur auf kantonaler Ebene gestaltet sich sehr unterschiedlich. Der Kanton Aargau verfügt über die beiden grössten Rehabilitationsspitäler (RehaClinic und Reha Rheinfelden) der Nordwestschweiz und zählt insgesamt sieben Leistungserbringer auf seinem Kantonsgebiet. Auch im Kanton Basel-Stadt gibt es fünf Leistungserbringer innerhalb der stationären Rehabilitation, wobei mit dem Felix Platter-Spital und dem Adullam Spital zwei davon auf die *Geriatrische Rehabilitation* spezialisiert sind. In den Kantonen Basel-Landschaft und Solothurn erbringen lediglich das Kantonsspital Baselland bzw. die Solothurner Spitäler AG rehabilitative Leistungen.

Nachfrage

Im Jahr 2013 werden für die Nordwestschweizer Bevölkerung betreffend die stationäre Rehabilitation insgesamt 14‘275 Fälle bzw. 374‘665 Pflegetage verzeichnet. Im Vergleich mit dem Jahr 2011 stellt dies einen geringfügigen Anstieg dar, wobei analog zum Angebot kein linearer Trend auszumachen ist.

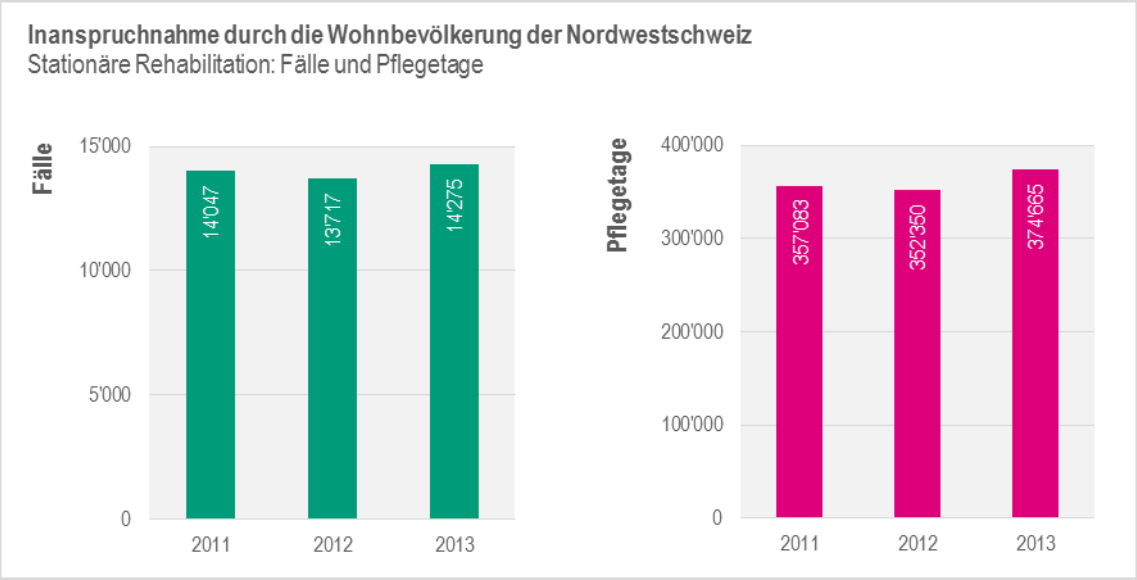


ABBILDUNG 8: NACHFRAGE REHABILITATION – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Die Nordwestschweizer Bevölkerung nimmt hauptsächlich Leistungen in den Bereichen der *Muskuloskelettalen Rehabilitation* (34% der Gesamtnachfrage), der *Neurologischen Rehabilitation (ohne Paraplegie)* (20%) und der *Geriatrischen Rehabilitation* (19%) in Anspruch. Die relative Bedeutsamkeit der verschiedenen Leistungsgruppen unterscheidet sich je nach Kanton deutlich. So werden in den Kantonen Aargau, Basel-Landschaft und Solothurn an erster Stelle die *Muskuloskelettale Rehabilitation* und die *Neurologische Rehabilitation (ohne Paraplegie)* nachgefragt, im Kanton Basel-Stadt steht die *Geriatrische Rehabilitation* an erster Stelle. Sowohl auf Ebene Nordwestschweiz als auch auf kantonaler Ebene werden ausgesprochen wenige Fälle in der *Frührehabilitation* ausgewiesen. Eine mögliche Erklärung hierfür besteht darin, dass Fälle der Frührehabilitation oftmals den anderen Leistungsgruppen zugeordnet werden, wie es auch das Leistungsgruppenkonzept gemäss Definition von H+[6] vorsieht.

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

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		
Leistungsbereiche/-gruppen	Fälle	PT	Fälle	PT	Fälle	PT	
	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	%
Rehabilitation Erwachsene	**12'713**	**328'667**	**12'318**	**321'182**	**12'843**	**341'576**	**91.2%**
Frührehabilitation	62	3'099	56	3'431	70	4'053	1.1%
Geriatrische Rehabilitation	2'220	55'635	2'413	59'725	2'816	71'259	19.0%
Muskuloskelettale Rehabilitation	6'164	138'565	5'388	125'062	5'328	125'398	33.5%
Neurologische Rehabilitation (ohne Paraplegie)	1'727	65'017	1'812	66'818	1'996	76'350	20.4%
Rehabilitation und Behandlung Querschnittgelähmter	281	16'854	347	16'260	357	15'833	4.2%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	942	19'392	970	19'536	1'120	23'377	6.2%
Pulmonale Rehabilitation	692	13'730	649	13'225	674	13'982	3.7%
Internistisch-onkologische Rehabilitation	509	11'394	549	12'000	435	9'475	2.5%
Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	116	4'981	134	5'125	47	1'849	0.5%
Rehabilitation Kinder und Jugendliche	**36**	**1'668**	**29**	**1'963**	**23**	**1'554**	**0.4%**
Frührehabilitation	0	0	0	0	0	0	0.0%
Neurorehabilitation inkl. Neuroorthopädische Rehabilitation	36	1'668	29	1'963	23	1'554	0.4%
Allgemeine pädiatrische Rehabilitation	0	0	0	0	0	0	0.0%
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme (a)	**1'298**	**26'748**	**1'370**	**29'205**	**1'409**	**31'535**	**8.4%**
Total	14'047	357'083	13'717	352'350	14'275	374'665	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 zum einen, weil das Universitäts-Kinderspital beider Basel in den vorliegenden Auswertungen nicht berücksichtigt werden konnte, und zum andern, weil innerhalb der Nordwestschweiz keine spezialisierten Angebote betreffend die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bestehen. Es ist deshalb anzunehmen, dass teilweise Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche nicht explizit als solche ausgewiesen sind. Ausgehend von den zugrundeliegenden Daten werden insgesamt lediglich 0.4% der gesamten stationären Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche erbracht.

Abwanderung

Im Jahr 2013 sind 13.2% Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten in Spitälern mit Standort ausserhalb der Nordwestschweiz erfolgt. Zwischen 2011 und 2013 stieg der Anteil der ausserregionalen Inanspruchnahme durch Nordwestschweizer Patienten um +1.4 Prozentpunkte.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Standortkantons des Spitals	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
NWCH	**12'392**	**88.2%**	**11'961**	**87.2%**	**12'395**	**86.8%**	**+3**	**-1.4%**
Abwanderung	**1'655**	**11.8%**	**1'756**	**12.8%**	**1'880**	**13.2%**	**+225**	**+1.4%**
AI	12	0.1%	14	0.1%	14	0.1%	+2	+0.0%
AR	169	1.2%	180	1.3%	192	1.3%	+23	+0.1%
BE	504	3.6%	599	4.4%	621	4.4%	+117	+0.8%
FR	0	0.0%	1	0.0%	3	0.0%	+3	+0.0%
GE	0	0.0%	2	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
GL	40	0.3%	32	0.2%	51	0.4%	+11	+0.1%
GR	98	0.7%	73	0.5%	86	0.6%	-12	-0.1%
JU	186	1.3%	163	1.2%	224	1.6%	+38	+0.2%
LU	207	1.5%	261	1.9%	244	1.7%	+37	+0.2%
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	60	0.4%	55	0.4%	75	0.5%	+15	+0.1%
SH	0	0.0%	2	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
SZ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
TG	169	1.2%	176	1.3%	176	1.2%	+7	+0.0%
TI	8	0.1%	5	0.0%	1	0.0%	-7	-0.0%
UR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
VD	3	0.0%	2	0.0%	3	0.0%	+0	-0.0%
VS	36	0.3%	38	0.3%	28	0.2%	-8	-0.1%
ZG	13	0.1%	27	0.2%	47	0.3%	+34	+0.2%
ZH	150	1.1%	126	0.9%	115	0.8%	-35	-0.3%
Total	14'047	100.0%	13'717	100.0%	14'275	100.0%	+228	

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

Wichtigster Zielkanton für Nordwestschweizer Patienten ist der Kanton Bern. Im Jahr 2013 erfolgten 4.4% der Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten in Spitälern mit Standort im Kanton Bern, wobei zwischen 2011 und 2013 eine Zunahme um +0.8 Prozentpunkte beobachtbar ist. Weitere relevante Zielkantone für die Nordwestschweizer Bevölkerung sind die Kantone Luzern (1.7% im Jahr 2013), Jura (1.6%), Appenzell Ausserrhoden (1.3%) sowie Thurgau (1.2%). Die übrigen Kantone sind von untergeordneter Bedeutung.

Zuwanderung

Die Zahl der Hospitalisationen ausserregionaler Patienten in Spitälern mit Standort in der Nordwestschweiz sinkt zwischen 2011 und 2013 von 5‘336 auf 5‘032. Analog sinkt der Anteil ausserregionaler Patienten von 30.1% auf 28.9%.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Wohnkanton Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
NWCH	**12'392**	**69.9%**	**11'961**	**70.0%**	**12'395**	**71.1%**	**+3**	**+1.2%**
Zuwanderung	**5'336**	**30.1%**	**5'124**	**30.0%**	**5'032**	**28.9%**	**-304**	**-1.2%**
LU	431	2.4%	428	2.5%	491	2.8%	+60	+0.4%
ZH	3'370	19.0%	3'073	18.0%	2'853	16.4%	-517	-2.6%
BE	332	1.9%	366	2.1%	398	2.3%	+66	+0.4%
ZG	60	0.3%	83	0.5%	80	0.5%	+20	+0.1%
übrige CH	858	4.8%	905	5.3%	934	5.4%	+76	+0.5%
Ausland	285	1.6%	269	1.6%	276	1.6%	-9	-0.0%
unbekannt	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
Total	17'728	100.0%	17'085	100.0%	17'427	100.0%	-301	

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

Mit 19.0% 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 in der Nordwestschweiz um -517, wodurch eine Reduktion ihres Anteils auf 16.4% resultiert. Des Weiteren stammen 2.8% der in der Nordwestschweiz hospitalisierten Patienten im Jahr 2013 aus dem Kanton Luzern, 2.3% aus dem Kanton Bern und 1.6% aus dem Ausland. 5.4% 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 die Region Nordwestschweiz eine Nettozuwanderung zu verzeichnen. Im Jahr 2013 beläuft sich die Abwanderung von Nordwestschweizer Patienten auf 1‘880 Fälle, währenddessen 5‘032 ausserregionale Patienten Leistungen in Nordwestschweizer Rehabilitationsspitälern beanspruchten. Das Saldo aus Zu- und Abwanderung bzw. die Nettozuwanderung beträgt somit 3‘152 Fälle. Auf Ebene der einzelnen Kantone zeigt sich, dass vor allem die Kantone Aargau und Basel-Stadt eine hohe Zuwanderung ausweisen (64% bzw. 31% im Jahr 2013). Die Zuwanderung in den Kanton Basel-Stadt ist auf Patienten aus den anderen Nordwestschweizer Kantonen (Basel-Landschaft und Solothurn) zurückzuführen. Der Kanton Aargau hingegen verzeichnet die grösste Zuwanderung aus dem Kanton Zürich, im Jahr 2013 wurden gut ein Viertel der rehabilitativen Leistungen im Kanton Aargau für Zürcher Patienten erbracht. 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.

Ergebnisse Ambulante Versorgung

Angebot

Insgesamt stieg die Zahl der erbrachten Leistungen durch ambulante Leistungserbringer mit Standort in der Nordwestschweiz zwischen 2011 und 2013 von 9.9 Mio. Grundleistungen (Summe der Konsultationen und Hausbesuche) auf 10.7 Mio., was Zunahme um +8.2% entspricht. Im Jahr 2011 sind 76.0% der ambulanten Grundleistungen auf praxisambulante Ärzte zurückzuführen, 24.0% beziehen sich auf spitalambulante Leistungen. Zum Jahr 2013 steigt Anteil der der spitalambulant erbrachten Leistungen auf 25.9%.

Über 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 *Allgemein Inneren Medizin* die folgenden Ärztegruppen die bedeutendsten Leistungserbringer in der Nordwestschweiz:

- *Psychiatrie und Psychotherapie* mit 566‘404 Grundleistungen im Jahr 2013
- *Kinder- und Jugendmedizin* mit 570‘683 Grundleistungen im Jahr 2013
- *Gynäkologie und Geburtshilfe* mit 479'327 im Jahr 2013

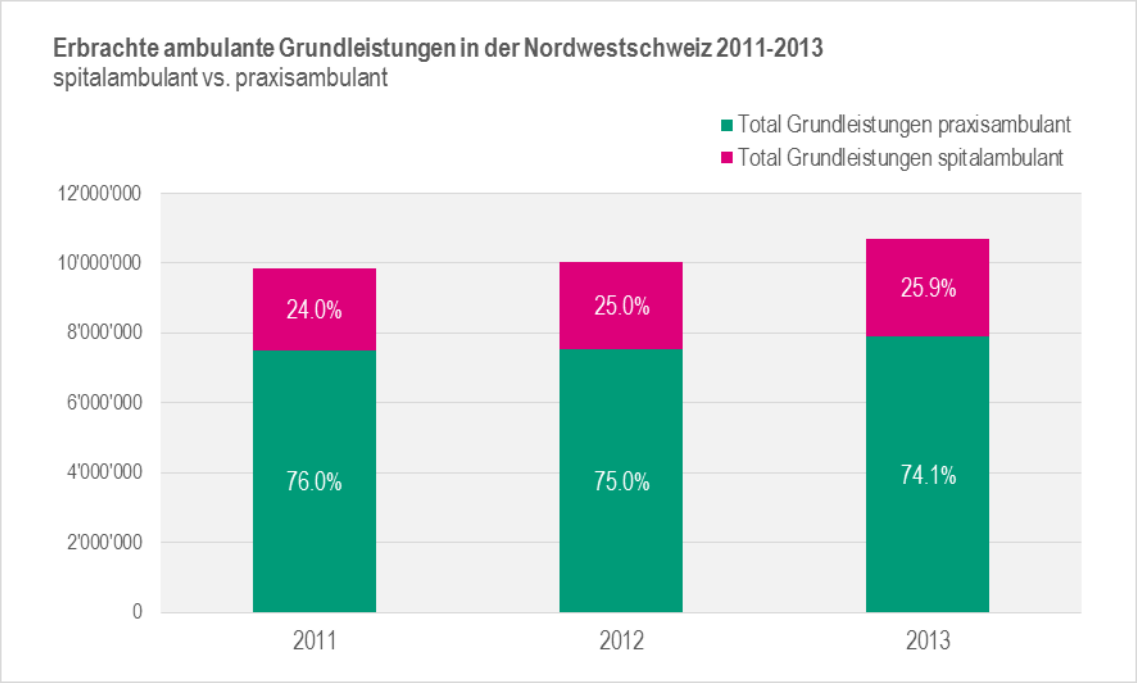


ABBILDUNG 9: AMBULANTES ANGEBOT – PRAXIS- UND SPITALAMBULANTE LEISTUNGEN 2011-2013

Zwischen 2011 und 2013 ist ein wesentlicher Anstieg der *Gruppenpraxen* mit Standort in der Nordwestschweiz von 19 im Jahr 2011 auf 32 im Jahr 2013 festzustellen. Infolgedessen steigt ebenso die in *Gruppenpraxen* Zahl der erbrachten Leistungen um 72.8%.

Nachfrage

Beinahe identisch mit dem Angebot stieg die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz um +8.6% von 10.0 Mio. ambulanten Grundleistungen im Jahr 2011 auf 10.9 Mio. im Jahr 2013. Sowohl in Bezug auf die praxisambulante Inanspruchnahme als auch was die spitalambulante Nachfrage anbelangt, beziehen sich über 92% der Leistungen auf Leistungserbringer mit Standort in der Nordwestschweiz.

Abwanderung

Im Jahr 2013 wurden 6.4% der ambulanten Grundleistungen von Nordwestschweizer Patienten ausserhalb der Nordwestschweiz in Anspruch genommen. Zwischen 2011 und 2013 bleibt dieser Anteil weitgehend stabil. Am häufigsten sind dabei ambulante Behandlungen in den Kantonen Zürich und Bern mit Anteil 3.1% respektive 1.7% der Gesamtnachfrage im Jahr 2013.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
Standortkanton Leistungserbringer	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
NWCH	**9'419'492**	**93.8%**	**9'579'962**	**93.6%**	**10'207'004**	**93.6%**	**+787'512**	**-0.2%**
Total Abwanderung	**619'784**	**6.2%**	**649'728**	**6.4%**	**698'459**	**6.4%**	**+78'675**	**+0.2%**
LU	58'670	0.6%	61'607	0.6%	65'543	0.6%	+6'873	+0.0%
ZG	31'585	0.3%	32'885	0.3%	35'556	0.3%	+3'971	+0.0%
ZH	290'276	2.9%	309'672	3.0%	339'525	3.1%	+49'249	+0.2%
BE	164'546	1.6%	171'493	1.7%	184'539	1.7%	+19'993	+0.1%
Übrige Schweiz	74'631	0.7%	73'935	0.7%	73'196	0.7%	-1'435	-0.1%
Ausland	75	0.0%	137	0.0%	100	0.0%	+25	+0.0%
Total	10'039'276	100.0%	10'229'690	100.0%	10'905'463	100.0%	+866'187	

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

Zuwanderung

Im Jahr 2013 beziehen sich lediglich 4.6% aller in der Nordwestschweiz erbrachten Grundleistungen auf Patienten aus anderen Kantonen bzw. aus dem Ausland. Der Anteil der Zuwanderung bleibt zwischen 2011 und 2013 stabil. Die meisten zugewanderten Patienten stammen aus den Kantonen Bern und Zürich, mit einem Anteil von 1.3% bzw. 1.1% der in der Nordwestschweiz erbrachten Leistungen.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
Wohnsitz Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
NWCH	**9'419'492**	**95.4%**	**9'579'961**	**95.3%**	**10'207'004**	**95.4%**	**+787'512**	**+0.1%**
Total Zuwanderung	**458'434**	**4.6%**	**473'883**	**4.7%**	**489'980**	**4.6%**	**+31'546**	**-0.1%**
LU	61'523	0.6%	63'706	0.6%	66'593	0.6%	5'070	-0.0%
ZG	9'065	0.1%	8'522	0.1%	9'745	0.1%	680	-0.0%
ZH	120'942	1.2%	118'377	1.2%	121'445	1.1%	503	-0.1%
BE	123'919	1.3%	127'279	1.3%	136'979	1.3%	13'060	+0.0%
Übrige Schweiz	101'039	1.0%	110'188	1.1%	120'194	1.1%	19'155	+0.1%
Ausland	24'762	0.3%	26'129	0.3%	31'436	0.3%	6'674	+0.0%
Sonstige	17'181	0.2%	19'677	0.2%	3'588	0.0%	-13'593	-0.1%
Total	9'877'926	100.0%	10'053'844	100.0%	10'696'984	100.0%	+819'058	

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

Im Vergleich von Zu- und Abwanderung zeigt sich, dass mehr ambulante Leistungen für Nordwestschweizer Patienten ausserhalb der Nordwestschweiz erfolgen, als dass ausserregionale Patienten in der Nordwestschweiz ambulant behandelt werden (Nettoabwanderung). 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.

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

  Im Jahr 2013 liegt die Ärztedichte in der Nordwestschweiz mit 231 OPK-abrechnenden Ärzten pro 100‘000 Versicherte unter dem Durchschnitt der Deutschschweiz (241) und noch deutlicher 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.

- 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 Analysevorgehens 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.

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

- Grundsätzlich kann für alle Versorgungsbereiche in der Nordwestschweiz eine steigende Tendenz der Inanspruchnahme festgestellt werden. 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 (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. In diesem Sinne stellt die Nordwestschweiz eine sinnvolle Planungsregion dar. Die koordinierte Versorgungsplanung zwischen den Kantonen Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn ist deshalb weiterzuverfolgen bzw. zu stärken.
- 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. Einzige Ausnahme bildet hierbei die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen durch die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft. 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 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.

- Im Rahmen des Monitorings wurden verschiedene Indikatoren zur Versorgungssituation untersucht. Dies umfasst die Erreichbarkeitsanalysen zu spezifischen Versorgungsangeboten in der Akutsomatik 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 sowie 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 sind ausserdem zusätzliche Indikatoren zu prüfen, um Veränderungen entlang der Versorgungskette abzubilden (z.B. Schweregrad bei Eintritt in Rehabilitationseinrichtungen).
- 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 Leistungsgruppendefinitionen, 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.

A. Einleitung

1 Ausgangslage

Basierend auf der Kompetenzausscheidung gemäss Art. 3 der Schweizerischen Bundesverfassung[7] 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)[8] 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.[9] 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.[10]

Am 21. Dezember 2007 haben die Eidgenössischen Räte die Revision des KVG[11] im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen.[12] 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.[13] 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.[14]

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 erstellen.[15] Der Versorgungsbericht zeichnet ein umfassendes Bild der Inanspruchnahme stationärer, medizinischer Leistungen (Nachfrage) und skizziert den zukünftigen Versorgungsbedarf

---

7 Vgl. Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft BV vom 18. April 1999 (Stand am 18. Mai 2014), SR 101.

8 Vgl. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2015), SR 832.10.

9 Vgl. Art. 39 KVG.

10 Vgl. Art. 39 Absatz 2 KVG.

11 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.

12 Vgl. AS 2008 2049.

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

14 Vgl. Bundesrat (2013, S.13-18).

15 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

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 Schlussberichts erfolgte massgeblich in Zusammenarbeit mit den Vertreter/innen der auftraggebenden Kantone, der für das Monitoring beigezogenen Expertengruppe,[16] dem Obsan im Zusammenhang mit den Analysen zur ambulanten Versorgung und der geo7 AG in Bezug auf die Erreichbarkeitsanalysen.

2 Gegenstand

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

---

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.

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

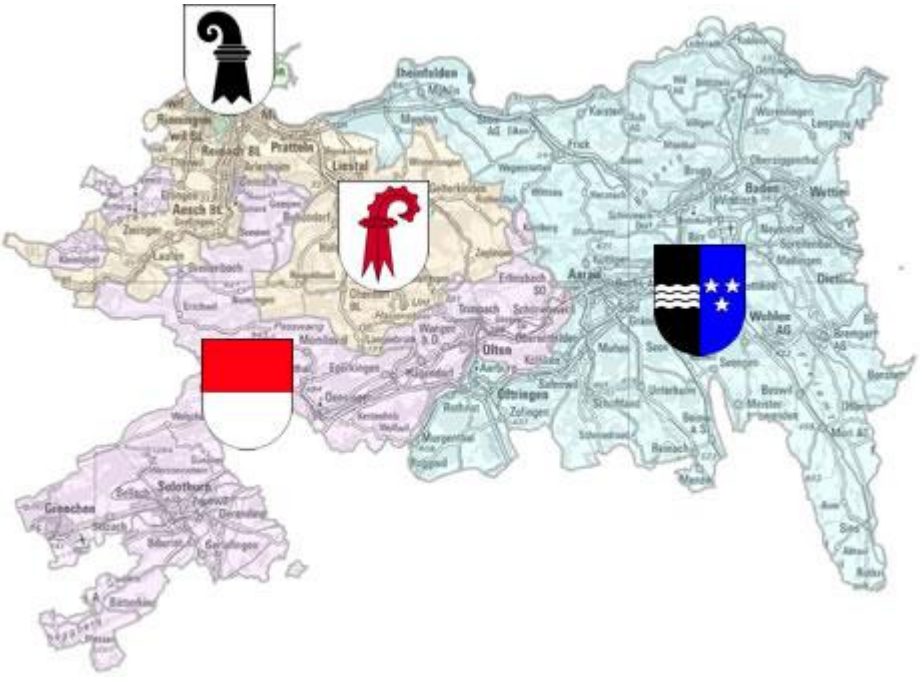


ABBILDUNG 10: NORDWESTSCHWEIZER KANTONE

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 sind die Kantone zur gemeinsamen Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) verpflichtet. Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages 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, September 2014 (interner Bericht) und Hebst 2015 (publizierter Bericht).

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 Aarolfingen betrachten.[17] 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**).

[17] Zur Definition der Regionen nördlich des Juras und die Region Aarolfingen vgl. Methodenbericht.

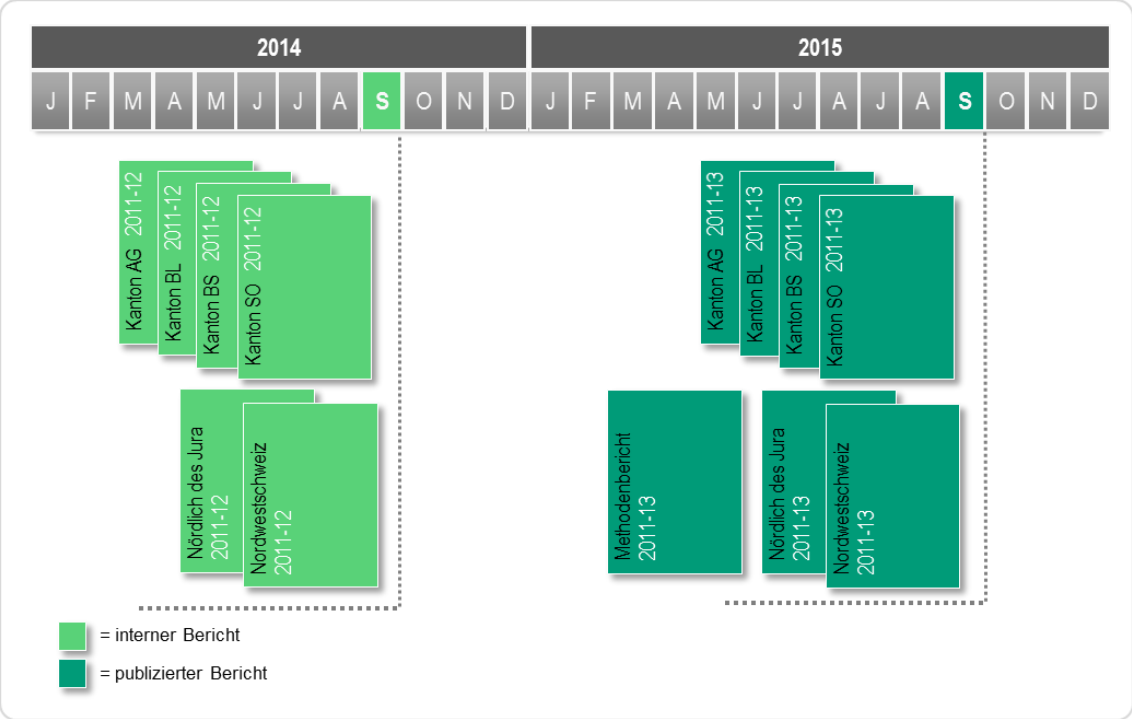


ABBILDUNG 11: ÜBERSICHT BERICHTERSTATTUNG

Beim vorliegenden Bericht handelt es sich um den Schlussbericht auf Ebene der Nordwestschweiz, also der Gesamtregion der auftraggebenden Kantone.

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 von 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 in der Nordwestschweiz verstanden. Die **Nachfrage** hingegen beschreibt die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Bevölkerung mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz. Das Ausmass der Leistungen wird jeweils gemessen anhand der Anzahl Hospitalisationen (akutstationäre Versorgung), Pflegetage (stationäre Psychiatrie und Rehabilitation) bzw. anhand der Anzahl Grundleistungen (ambulante Versorgung).

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 im Rahmen des Monitorings im Vordergrund:

- Wie entwickelt sich das stationäre und ambulante Angebot der Nordwestschweizer 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 Nordwestschweizer 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) der Nordwestschweiz 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 in der Nordwestschweiz. Innerhalb der akutstationären Versorgung werden ausserdem die ausserregionalen Spitäler betrachtet, die auf mindestens einer der Spitallisten 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 in der Nordwestschweiz 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 medizinischer Leistungen die kantonalen und regionalen Grenzen überqueren und welche Veränderungen diesbezüglich innerhalb des Beobachtungszeitraums festzustellen sind.[18] 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.[19]

---

[18] 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.

[19] Vgl. Bundesrat (2013, S.14).

4) Versorgungslage

Nebst der Dokumentation von Angebot, Nachfrage und Patientenströmen soll das Monitoring auch Hinweise zur Versorgungslage in der Nordwestschweiz bzw. in den betreffenden Kantonen 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 Zürich,[20] basierend auf den Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)[21]. 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 ist zuhanden der interessierten Leserschaft im 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.

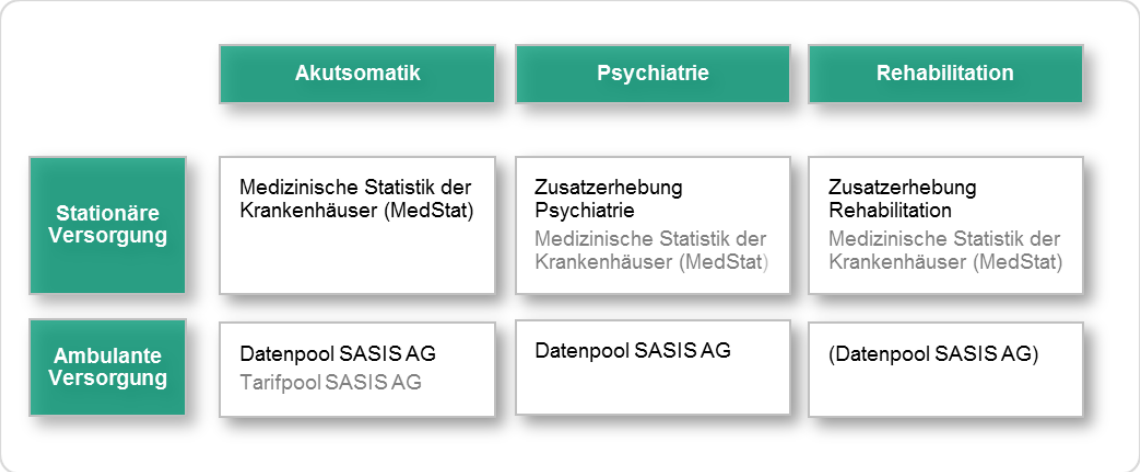


ABBILDUNG 12: DATENQUELLEN NACH VERSORGUNGSBEREICHEN

[20] Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013).
[21] Vgl. Methodenbericht.

Zentrale Grundlage in Bezug auf die stationäre Versorgung bilden 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 Spitälern, Kliniken und Geburtshäusern 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 Pflegetage 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 AG[22] 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.

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.

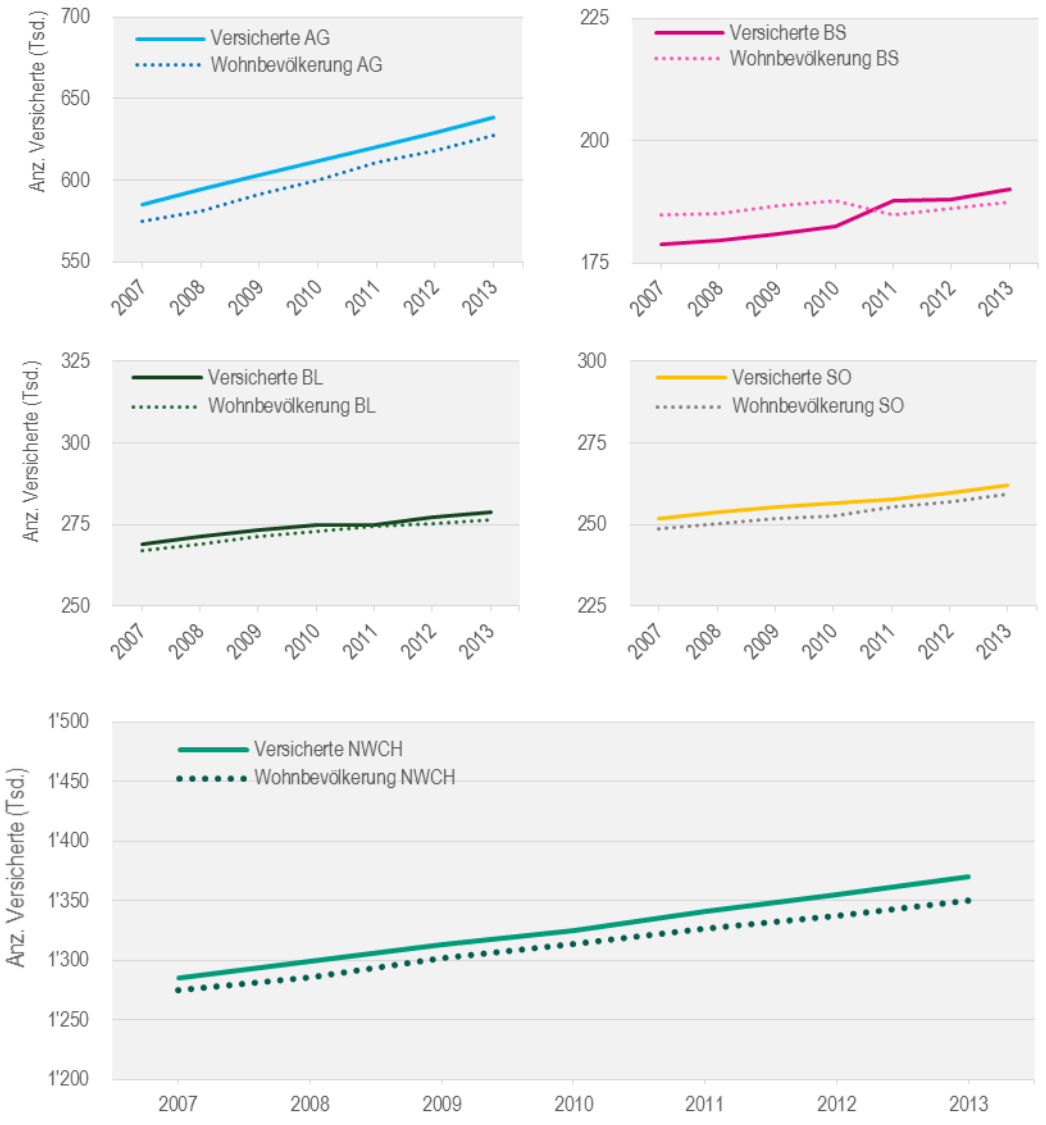
6.1 Bevölkerungswachstum

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

---

[22] 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.

Entwicklung der ständigen Wohnbevölkerung sowie der Anzahl Versicherten
2007-2013



Quellen:
Versicherte: Risikoausgleich Gemeinsame Einrichtung KVG; Asylstatistik BFM / Auswertung Obsan
Wohnbevölkerung: ESPOP, PETRA, STATPOP (Bundesamt für Statistik)

Bemerkung: Mit der Einführung von STATPOP wurde einerseits der Begriff der «ständigen Wohnbevölkerung» neu definiert. Ab dem 31.12.2010 umfasst die ständige Wohnbevölkerung zusätzlich Personen im Asylprozess mit einer Gesamtaufenthaltsdauer von mindestens 12 Monaten. Andererseits erfolgte im Übergang von ESPOP auf STATPOP eine statistische Bereinigung betreffend die Ungenauigkeiten der Fortschreibung in ESPOP. In jeder Bevölkerungsfortschreibung kommt es mit wachsendem zeitlichem Abstand zur letzten Vollerhebung (im Fall von ESPOP die Volkszählung vom 5.12.2000) je nach Vollständigkeit und Präzision der verwendeten statistischen Daten zu Über- oder Untererfassungen in einzelnen Bevölkerungsgruppen bzw. auf einzelnen geografischen Ebenen. Mitunter die grössten Auswirkungen resultierten daraus für den Kanton Basel-Stadt (-2.4%).

Vgl. auch: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/statpop/02.html

ABBILDUNG 13: STÄNDIGE WOHNBEVÖLKERUNG UND ANZAHL VERSICHERTE 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. Die ständige Wohnbevölkerung in der Nordwestschweiz steigt von 1'275'414 Einwohnern im Jahr 2007 auf 1'350'585 im Jahr 2013. Im Untersuchungszeitraum des Monitorings zwischen 2011 und 2013 beläuft sich der jährliche Bevölkerungszuwachs auf durchschnittlich +0.9%.[23]

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.[24] Von den Nordwestschweizer Kantonen liegt einzig die Wohnbevölkerung des Kantons Aargau unterhalb des gesamtschweizerischen Altersdurchschnitts.

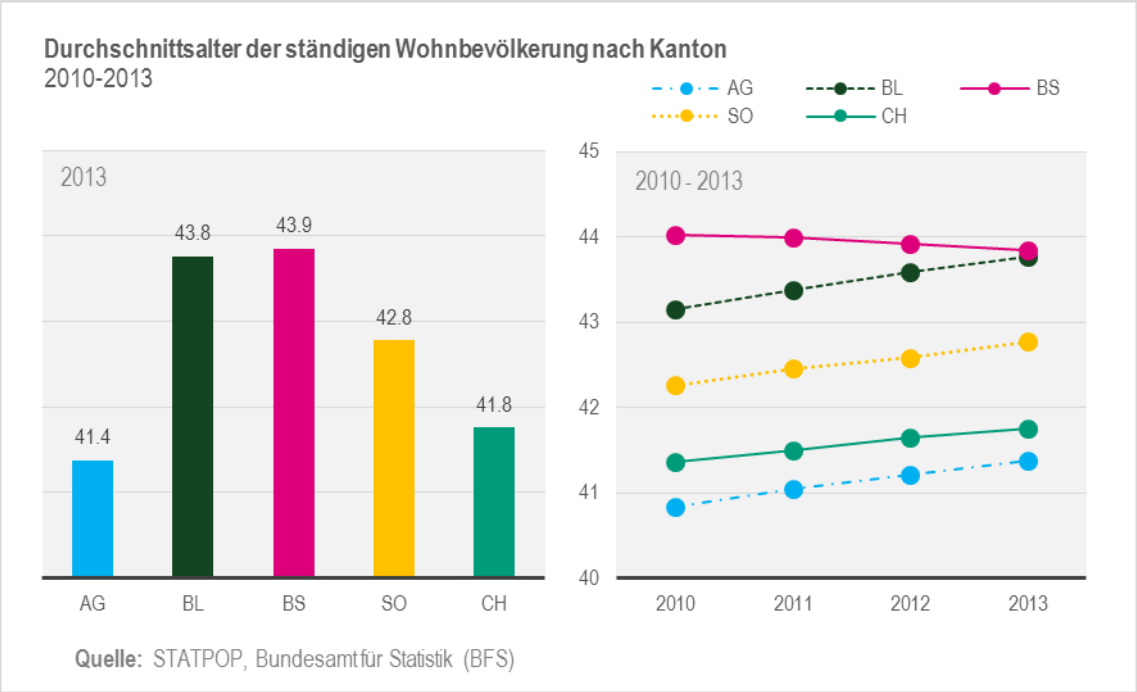


ABBILDUNG 14: DURCHSCHNITTSALTER NACH KANTON 2010-13

[23] 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.

[24] Vgl. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html.

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.

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 Statistk

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

In **Abbildung 15** 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.

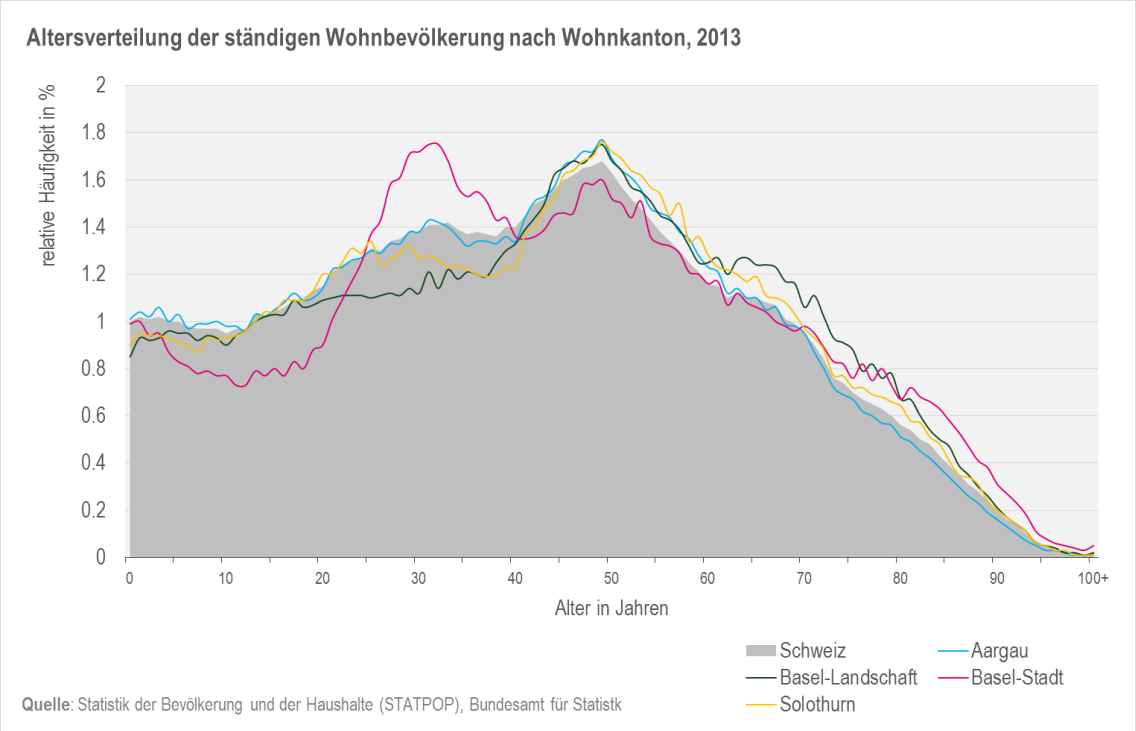


ABBILDUNG 15: ALTERSVERTEILUNG DER WOHNBEVÖLKERUNG NACH WOHNKANTON 2013

Aus der Bevölkerungspyramide in **Abbildung 16** wird die Bevölkerungsstruktur der Nordwestschweiz 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.[25] 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.[26]

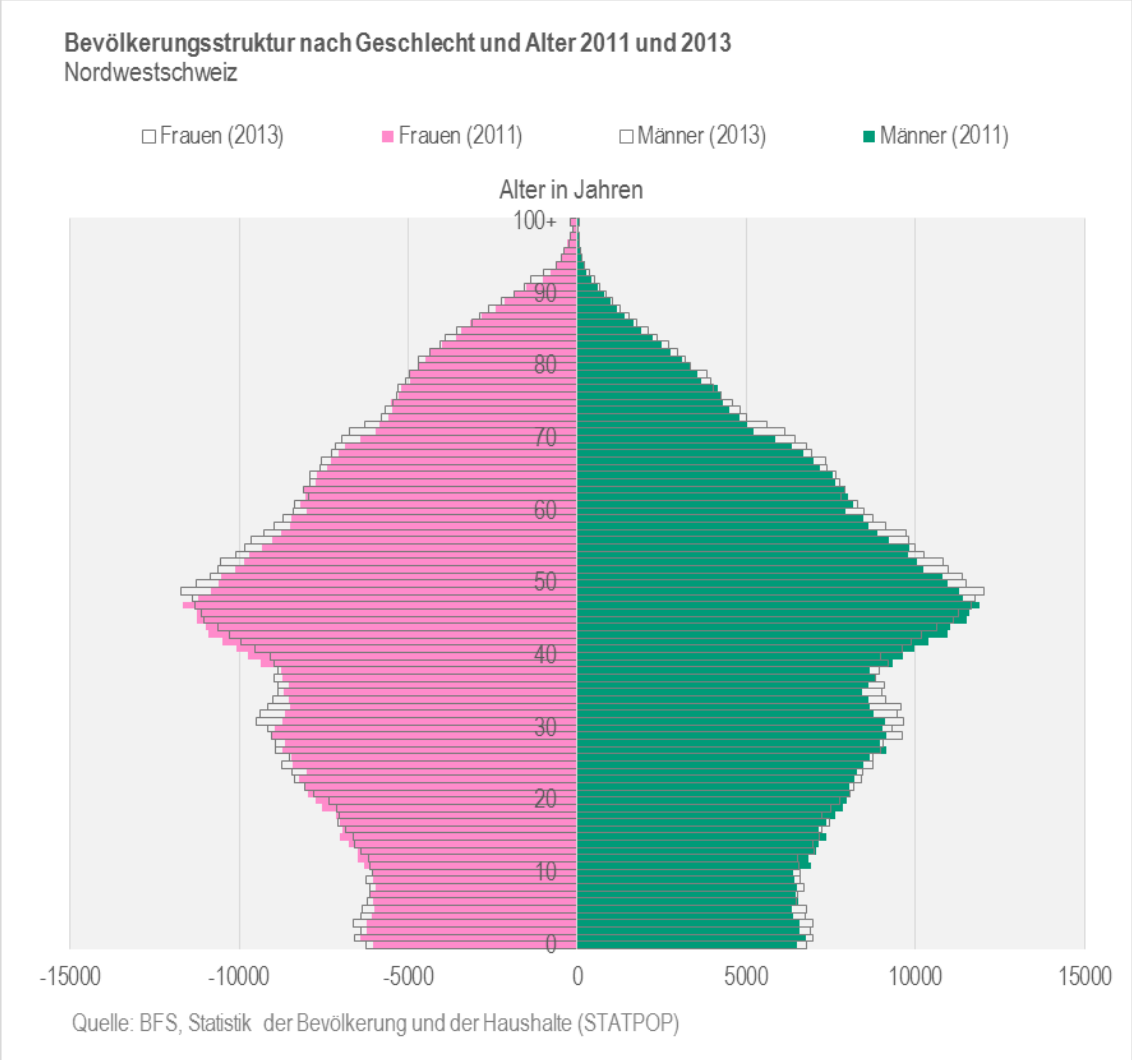


ABBILDUNG 16: BEVÖLKERUNGSPYRAMIDE - STRUKTUR NACH ALTER UND GESCHLECHT 2011 UND 2013

Aus der Entwicklung des Durchschnittsalters sowie der Bevölkerungsstruktur wird der Prozess der demografischen Alterung offensichtlich, 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 niedrigeren Geburtenraten als auch der steigenden Lebenserwartung.

---

25 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.

26 Vgl. Bucher (2008).

Dadurch altert die Bevölkerung gewissermassen doppelt, zum einen an der Basis der Alterspyramide, zum anderen auch an deren Spitze. Insgesamt resultieren aus der demografischen Alterung weitreichende gesellschaftliche Folgen, 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 jedoch hauptsächlich 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 des Umgangs mit einer möglichen Vermeidung des nahe stehenden Todes.[27] 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 medizinischer 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.[28]

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 Richtlinien.[29] 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 ICD und der Prozeduren gemäss CHOP für die Abrechnung gemäss Fallpauschalen an Bedeutung gewinnen. Dadurch erhöht sich die Sensibilität hinsichtlich einer korrekten Erfassung, wie auch die Übung in eben dieser Erfassung. Die im Monitoring untersuchte Zeitreihe 2011-2013 beinhaltet just den diesbezüglichen Paradigmenwechsel, weshalb die Vergleichbarkeit der Daten über diesen Zeitraum hinweg aus Codiergründen beeinträchtigt sein kann. Wann immer möglich werden Auffälligkeiten, welche mit

---

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

[28] Vgl. auch BFS (2006b, S.12).

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

hoher Wahrscheinlichkeit auf Veränderungen in der Codierpraxis zurückzuführen sind, explizit im Bericht dargelegt.

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.

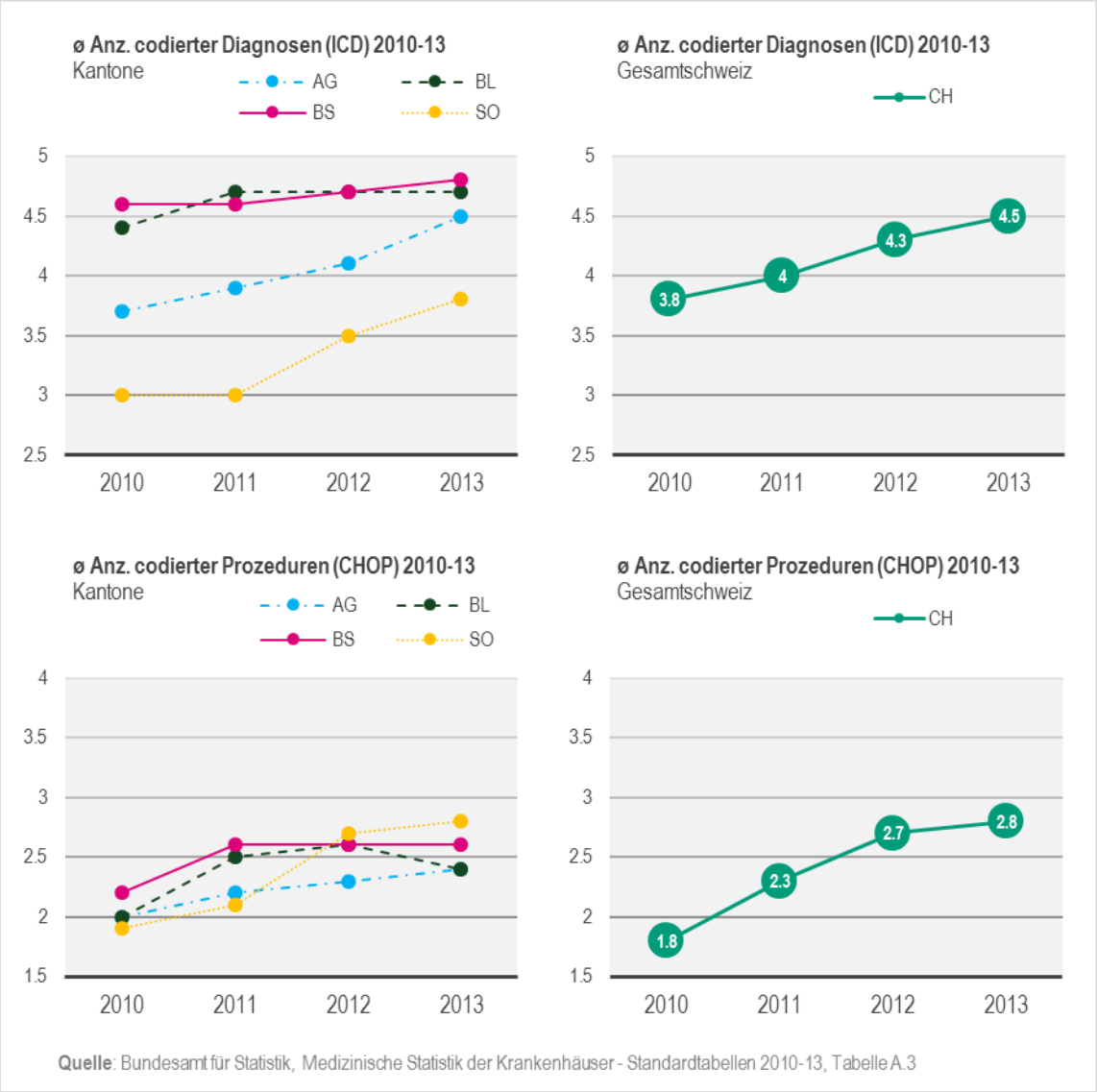


ABBILDUNG 17: DURCHSCHNITTLICHE ANZAHL CODIERTER ICD- UND CHOP-CODES NACH KANTON

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.[30]

[30] 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 in der Nordwestschweiz 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.[31]

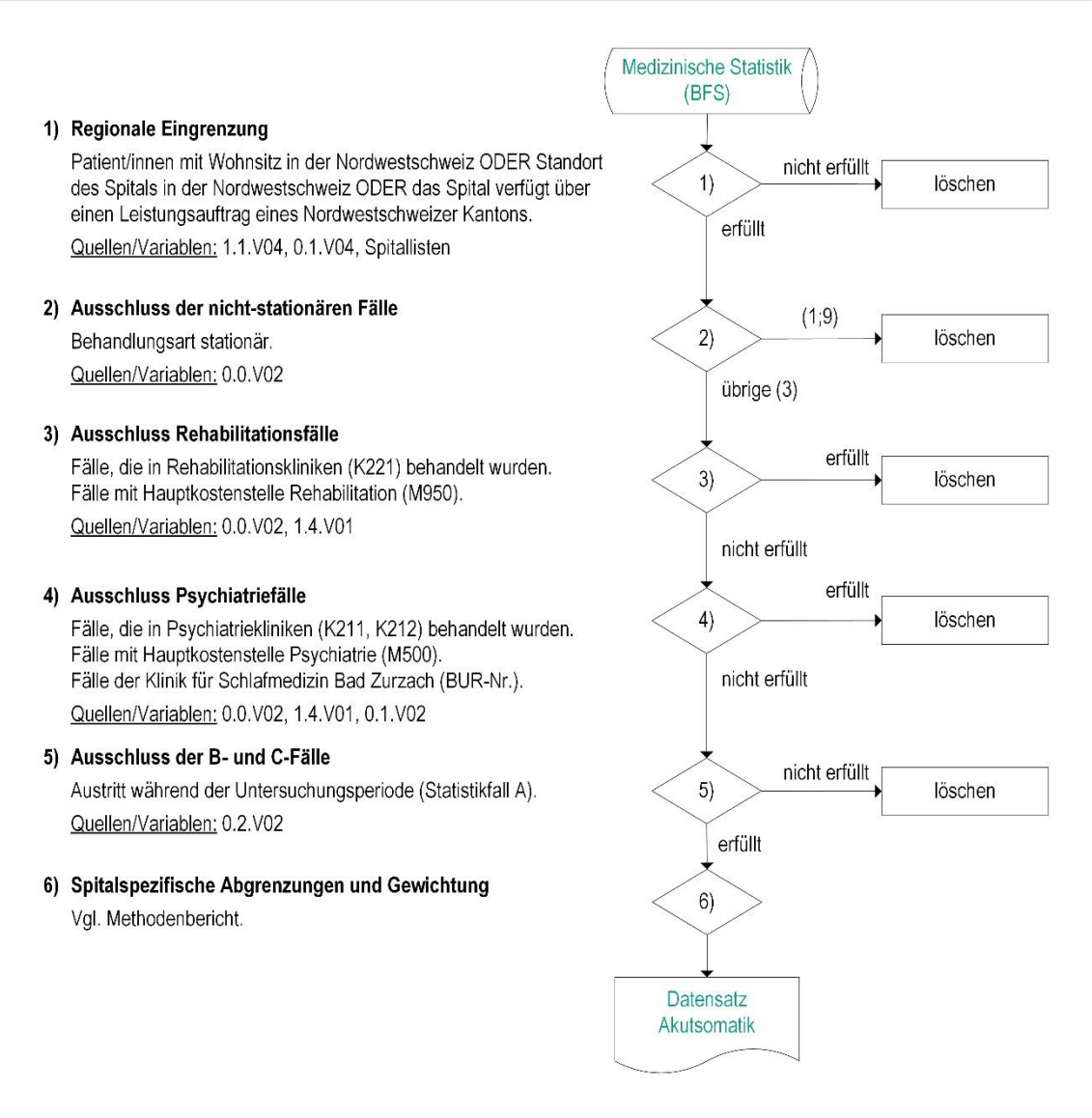


ABBILDUNG 18: GENERIERUNG DES DATENSATZES AKUTSOMATIK

[31] Das Vorgehen unterscheidet sich im Vergleich zum Versorgungsbericht (vgl. dazu auch Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** bzw. Gruber et al. 2010, S.34ff.).

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 Medizinischen Statistik an die Bedürfnisse für eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung.[32] 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.[33]

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.[34] Bis 2011 wurden Wiedereintritte und Verlegungen innerhalb eines Spitals als neuer Fall gezählt. Seit dem 1. Januar 2012 bzw. 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.[35]

Nachfolgend werden Angebot, Nachfrage, Patientenströme sowie spezifische Indikatoren zur Versorgungslage hinsichtlich der akutstationären Versorgung in der Nordwestschweiz 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 in der Nordwestschweiz zwischen 2011 und 2013 ersichtlich. Die Fallzahl bezieht sich dabei auf die Zahl der akutstationären Hospitalisationen mit Austrittsdatum im betreffenden Auswertungsjahr.

---

32 Vgl. BFS (2008).

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

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

35 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 den Fallzusammenführungen 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.

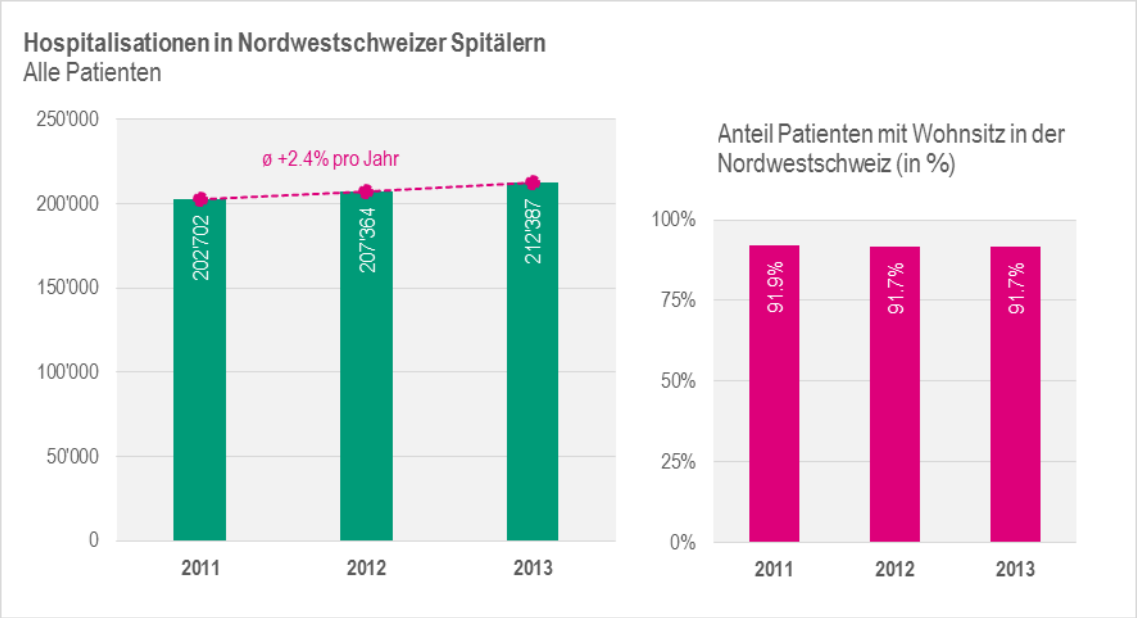


ABBILDUNG 19: AKUTSOMATIK ANGEBOT - FÄLLE IN NORDWESTSCHWEIZER SPITÄLERN

Die Zahl der Hospitalisationen in Nordwestschweizer Spitälern steigt von 202‘702 Fällen im Jahr 2011 auf 212‘387 im Jahr 2013. Dies entspricht einer kontinuierlichen Zunahme von durchschnittlich 2.4% pro Jahr. Der Anteil der Nordwestschweizer Patienten bleibt währenddessen konstant und beläuft sich im Jahr 2013 auf 91.7%.

In **Tabelle 17** sind Fallzahlen für die Jahre 2011 bis 2013 nach Spitälern ausgewiesen. Nebst den Spitälern mit Standort in der Region Nordwestschweiz werden ausserdem die ausserregionalen Listenspitäler, d.h. alle Spitäler, die auf mindestens einer der kantonalen Spitallisten der Nordwestschweizer Kantone im Bereich Akutsomatik aufgeführt sind, dargestellt. Nebst der Gesamtfallzahl pro Spital sind aus der Tabelle ausserdem der Anteil Nordwestschweizer Patienten (*Fälle*$_{NWCH}$) sowie der Marktanteil (*MA*$_{NWCH}$) für jedes Spital ersichtlich. Der Marktanteil berechnet sich aus dem Anteil des jeweiligen Spitals an der Gesamtzahl sämtlicher Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz. In der Kategorie *Übrige Spitäler* werden schliesslich alle ausserregionalen Spitäler zusammengefasst, die sich auf keiner der Nordwestschweizer Spitallisten befinden, da deren Anteil für die Interpretation des Marktanteils von Belang ist.

Nordwestschweiz	2011			2012			2013		
	Fälle	Fälle$_{NWCH}$	MA$_{NWCH}$	Fälle	Fälle$_{NWCH}$	MA$_{NWCH}$	Fälle	Fälle$_{NWCH}$	MA$_{NWCH}$
	Anz.	%	%	Anz.	%	%	Anz.	%	%
Listenspitäler NWCH	**202'702**	**91.9%**	**91.6%**	**207'364**	**91.7%**	**91.2%**	**212'387**	**91.7%**	**91.2%**
Universitätsspital Basel	31'074	86.0%	13.2%	31'696	85.9%	13.0%	32'296	85.8%	13.0%
Kantonsspital Baselland	29'021	95.3%	13.6%	28'764	94.9%	13.1%	27'991	95.4%	12.5%
Kantonsspital Aarau	25'969	96.1%	12.3%	25'651	95.6%	11.8%	26'072	95.6%	11.7%
Solothurner Spitäler AG	22'854	95.3%	10.7%	22'418	94.9%	10.2%	23'703	94.3%	10.5%
Kantonsspital Baden	18'001	95.9%	8.5%	18'406	95.4%	8.4%	18'567	95.5%	8.3%
Hirslanden Klinik Aarau	9'135	94.8%	4.3%	9'415	95.1%	4.3%	9'824	95.0%	4.4%
Claraspital	9'131	90.3%	4.1%	9'532	90.9%	4.2%	10'042	91.1%	4.3%
Kreisspital für das Freiamt Muri	6'959	95.0%	3.3%	7'415	94.8%	3.4%	7'716	94.2%	3.4%
Gesundheitszentrum Fricktal	7'322	94.7%	3.4%	7'530	92.9%	3.4%	7'755	92.1%	3.3%
Merian Iselin Klinik	5'697	88.6%	2.5%	6'562	89.1%	2.8%	6'921	89.5%	2.9%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	5'636	86.5%	2.4%	5'605	89.7%	2.4%	5'985	89.2%	2.5%
Bethesda Spital	4'534	93.5%	2.1%	5'178	93.7%	2.3%	5'421	92.9%	2.4%
Spital Zofingen	4'868	89.1%	2.1%	4'874	90.4%	2.1%	5'039	90.9%	2.1%
Asana Spital Menziken	3'580	94.8%	1.7%	3'801	94.7%	1.7%	3'501	95.2%	1.6%

Nordwestschweiz	2011			2012			2013		
	Fälle	Fälle$_{NWCH}$	MA$_{NWCH}$	Fälle	Fälle$_{NWCH}$	MA$_{NWCH}$	Fälle	Fälle$_{NWCH}$	MA$_{NWCH}$
	Anz.	%	%	Anz.	%	%	Anz.	%	%
Asana Spital Leuggern	3'724	92.1%	1.7%	3'637	91.7%	1.6%	3'561	89.3%	1.5%
Privatklinik Obach	3'222	85.5%	1.4%	3'362	85.7%	1.4%	3'189	84.4%	1.3%
Hirslanden Klinik Birshof	2'281	87.6%	1.0%	2'306	88.6%	1.0%	2'453	89.8%	1.0%
Klinik Villa im Park	3'177	62.7%	1.0%	3'257	65.2%	1.0%	3'275	67.3%	1.0%
Felix Platter-Spital	1'574	97.9%	0.8%	1'816	98.4%	0.9%	2'089	98.5%	1.0%
Klinik Pallas	906	82.5%	0.4%	1'114	78.8%	0.4%	1'545	80.7%	0.6%
Ita Wegman Klinik Arlesheim	739	85.1%	0.3%	801	79.3%	0.3%	801	84.0%	0.3%
Ergolz-Klinik Liestal	337	30.1%	0.1%	732	71.2%	0.2%	893	73.8%	0.3%
Rennbahnklinik	478	64.3%	0.2%	714	64.3%	0.2%	794	66.9%	0.2%
Adullam Spital	457	99.9%	0.2%	470	99.6%	0.2%	476	99.4%	0.2%
Klinik Barmelweid	427	90.3%	0.2%	452	95.1%	0.2%	489	94.7%	0.2%
Palliativzentrum Hildegard	228	97.0%	0.1%	225	98.7%	0.1%	276	98.2%	0.1%
Geburtshus Storchenäscht	242	96.8%	0.1%	281	96.1%	0.1%	279	95.7%	0.1%
Vista Klinik	115	50.8%	0.0%	187	69.0%	0.1%	305	79.7%	0.1%
Hospiz im Park	171	98.9%	0.1%	205	97.6%	0.1%	220	99.1%	0.1%
Lukas Klinik	526	36.0%	0.1%	600	40.2%	0.1%	477	40.7%	0.1%
Schmerzklinik Basel	228	66.2%	0.1%	192	71.9%	0.1%	200	76.0%	0.1%
Geburtshaus ambra	61	96.8%	0.0%	121	98.3%	0.1%	145	93.1%	0.1%
Ita Wegman Geburtshaus	8	87.5%	0.0%	23	100.0%	0.0%	44	100.0%	0.0%
Geburtshaus Basel	11	100.0%	0.0%	10	100.0%	0.0%	31	93.5%	0.0%
Geburtshaus Tagmond	8	75.0%	0.0%	12	100.0%	0.0%	12	100.0%	0.0%
Ausserregionale Listenspitäler	**93'095**	**6.7%**	**3.1%**	**94'345**	**7.0%**	**3.1%**	**96'792**	**6.7%**	**3.0%**
Inselspital Bern	37'348	7.9%	1.4%	37'690	7.9%	1.4%	39'419	7.2%	1.3%
Universitätsspital Zürich	36'559	4.0%	0.7%	36'494	4.2%	0.7%	36'867	4.3%	0.7%
Schulthess Klinik	7'305	10.1%	0.4%	7'490	11.0%	0.4%	7'543	10.6%	0.4%
Kinderspital Zürich	6'442	8.4%	0.3%	6'945	8.5%	0.3%	7'091	8.6%	0.3%
Uniklinik Balgrist	4'464	8.2%	0.2%	4'711	8.5%	0.2%	4'857	9.3%	0.2%
Schweizerisches Epilepsie-Zentrum	889	17.2%	0.1%	874	19.9%	0.1%	869	16.6%	0.1%
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	88	18.0%	0.0%	141	24.1%	0.0%	146	21.2%	0.0%
Übrige Spitäler			**5.3%**			**5.7%**			**5.8%**
Total			100.0%			100.0%			100.0%

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

Der Marktanteil der Nordwestschweizer Spitäler bleibt über die Jahre hinweg weitgehend stabil und beläuft sich im Jahr 2013 auf 91.2%. Das heisst, nur rund einer von zehn Nordwestschweizer Patienten wird ausserhalb der Nordwestschweiz hospitalisiert. Ebenfalls stabil sind die Marktanteile der ausserregionalen Listenspitäler (3.0% im Jahr 2013) sowie der übrigen Spitäler (5.8%). Demzufolge stellt die Nordwestschweiz ein weitgehend geschlossenes System dar, über 90% der Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz erfolgen auch innerhalb der Nordwestschweiz. Die grössten Fallzahlen weisen das Universitätsspital Basel (32'296 Fälle im Jahr 2013), das Kantonsspital Baselland (27'991), das Kantonsspital Aarau (26'072), die Solothurner Spitäler AG (23'703) und das Kantonsspital Baden (18'567) auf. Zusammen verzeichnen die genannten Leistungserbringer einen Marktanteil von über 50%. Die Zahl der Hospitalisationen wie auch der Anteil innerregionaler Patienten unterscheiden sich stark je nach Ausrichtung bzw. Auftrag der Spitäler.

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 auf, in welchen Spitälern die grösste Zu- bzw. Abnahme im Verhältnis zu den Fallzahlen 2011 des betreffenden Spitals zu

beobachten sind. In der Spalte MA_{NWCH} wird schliesslich die Veränderung des Marktanteils in Prozentpunkten ausgewiesen. Für die ausserregionalen Spitäler ist ausschliesslich die Veränderung des Marktanteils ausgewiesen, weil die Veränderungen der Gesamtfallzahlen in ausserregionalen Spitälern aus der Perspektive der Nordwestschweizer Kantone von untergeordneter Relevanz sind.

Nordwestschweiz	Veränderung 2011-2013					
	Fälle				MA_{NWCH}	
	Anz.		% (a)		pp	
Listenspitäler NWCH	**+9685**	**- - -**	**+4.8%**	**- - -**	**-0.4%**	
Universitätsspital Basel	+1222		+3.9%		-0.2%	
Kantonsspital Baselland	-1030		-3.6%		-1.1%	
Kantonsspital Aarau	+103		+0.4%		-0.6%	
Solothurner Spitäler AG	+849		+3.7%		-0.3%	
Kantonsspital Baden	+566		+3.1%		-0.2%	
Hirslanden Klinik Aarau	+689		+7.5%		+0.1%	
Claraspital	+911		+10.0%		+0.2%	
Kreisspital für das Freiamt Muri	+757		+10.9%		+0.1%	
Gesundheitszentrum Fricktal	+433		+5.9%		-0.1%	
Merian Iselin Klinik	+1224		+21.5%		+0.4%	
Universitäts-Kinderspital beider Basel	+349		+6.2%		+0.1%	
Bethesda Spital	+887		+19.6%		+0.3%	
Spital Zofingen	+171		+3.5%		+0.0%	
Asana Spital Menziken	-79		-2.2%		-0.1%	
Asana Spital Leuggern	-163		-4.4%		-0.2%	
Privatklinik Obach	-33		-1.0%		-0.1%	
Hirslanden Klinik Birshof	+172		+7.5%		+0.0%	
Klinik Villa im Park	+98		+3.1%		+0.1%	
Felix Platter-Spital	+515		+32.7%		+0.2%	
Klinik Pallas	+639		+70.6%		+0.2%	
Ita Wegman Klinik Arlesheim	+62		+8.4%		+0.0%	
Ergolz-Klinik Liestal	+556		+165.2%		+0.3%	
Rennbahnklinik	+316		+66.0%		+0.1%	
Adullam Spital	+19		+4.2%		-0.0%	
Klinik Barmelweid	+62		+14.7%		+0.0%	
Palliativzentrum Hildegard	+48		+20.8%		+0.0%	
Geburtshus Storchenäscht	+37		+15.3%		+0.0%	
Vista Klinik	+190		+164.8%		+0.1%	
Hospiz im Park	+49		+28.8%		+0.0%	
Lukas Klinik	-49		-9.3%		-0.0%	
Schmerzklinik Basel	-28		-12.4%		-0.0%	
Geburtshaus ambra	+84		-	-	+0.0%	
Ita Wegman Geburtshaus	+36		-	-	+0.0%	
Geburtshaus Basel	+20		-	-	+0.0%	
Geburtshaus Tagmond	+4		-	-	+0.0%	
Ausserregionale Listenspitäler					**-0.0%**	
Inselspital Bern					-0.1%	
Universitätsspital Zürich					+0.0%	
Schulthess Klinik					+0.0%	
Kinderspital Zürich					+0.0%	
Uniklinik Balgrist					+0.0%	
Schweizerisches Epilepsie-Zentrum					+0.0%	
Schweizer Paraplegiker-Zentrum					+0.0%	
Übrige Spitäler					**+0.5%**	

(a) die relative Veränderung wird ausschliesslich bei Spitälern mit über 100 Fällen pro Jahr ausgewiesen.

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

Betrachtet man die Fallzahlen in den einzelnen Spitälern, sind die grössten Veränderungen bei der Merian Iselin Klinik (+1‘224), beim Universitätsspital Basel (+1‘222) sowie beim Kantonsspital Baselland (-1‘030 Fälle) festzustellen. In Relation zum Jahr 2011 sind insbesondere die Zunahmen der Fälle bei der Ergolz-Klinik Liestal (+165.2%), der Vista Klinik (+164.8%), der Klinik Pallas (+70.6%) sowie der Rennbahnklinik (+66.0%) bemerkenswert.

Aus den Veränderungen der Marktanteile wird ersichtlich, dass insbesondere die Kantonsspitäler einen Rückgang des Marktanteils verzeichnen, währenddessen vor allem die Privatspitäler bzw. die kleineren, spezialisierten Leistungserbringer zulegen. Ausgehend davon liegt der Schluss nahe, dass sich innerhalb der Periode zwischen 2011 und 2013 eine Tendenz von den Kantonsspitälern 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 eingeführt wurde.

Augenscheinlich wird diese Entwicklung auch, wenn man den Anteil der zusatzversicherten Patienten betrachtet. In **Abbildung 20** wird die Veränderung des Anteils der Patienten in der Liegeklasse halbprivat bzw. privat in Prozentpunkten dargestellt.

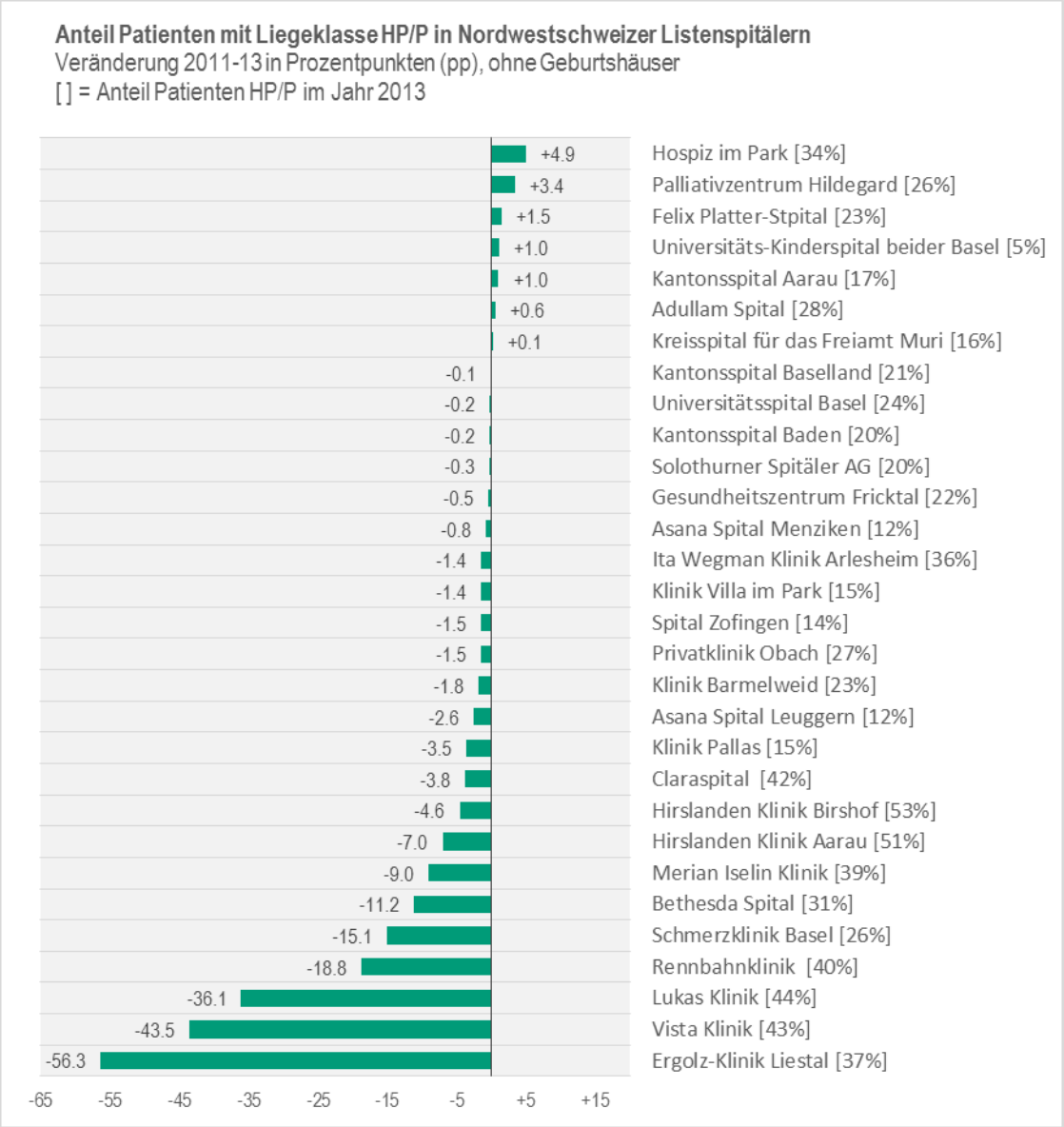


ABBILDUNG 20: PATIENTEN MIT LIEGEKLASSE HP/P - VERÄNDERUNG 2011-13 NACH SPITAL

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). So ist der Anteil in der Ergolz-Klinik Liestal von 93.6% im Jahr 2011 um 56.3 Prozentpunkte auf 37.3% gefallen.[36] Diese Entwicklung ist kohärent mit den Beobachtungen, die auch im Kanton Zürich gemacht wurden.[37]

---

36 Vgl. dazu auch die Diskussion in Kapitel B.3.1.

37 Für die Hirslanden Klinik Zürich wurde zwischen 2011 und 2012 ein Rückgang des Anteils zusatzversicherter Patienten von 97% auf 85% konstatiert. 2012 war die Klinik Hirslanden erstmals auf der Zürcher Spitalliste (vgl. dazu Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2013, S.32).

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 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,[38] deutlich angestiegen sind. 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 mindestens 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 der Nordwestschweiz bzw. die Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz, ungeachtet des Standorts des Spitals, in welchem die Hospitalisation erfolgt.

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

---

[38] Vgl. dazu Kapitel B.3.1.

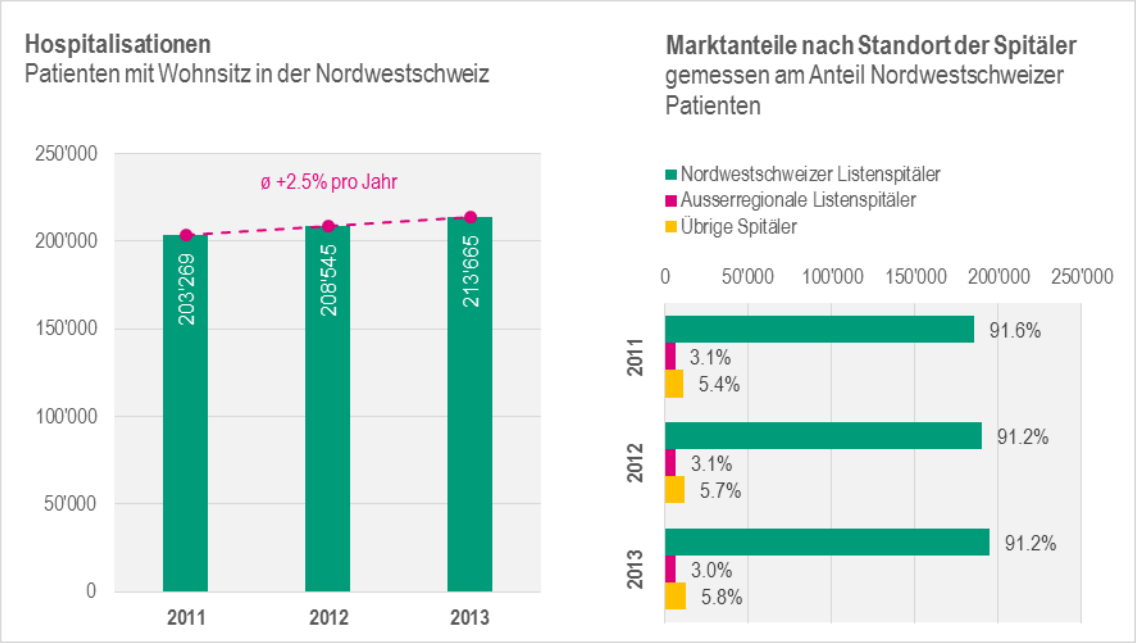


ABBILDUNG 21: AKUTSOMATIK NACHFRAGE - FALLZAHLEN UND VERTEILUNG NACH SPITALKATEGORIE 2011-13

Im Jahr 2011 verzeichnet die Medizinische Statistik des BFS 202‘696 Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz, im Jahr 2012 sind es 208‘545 und im Jahr 2013 213‘665. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von +2.5% und übersteigt somit das Bevölkerungswachstum im selben Zeitraum. Infolgedessen steigt die Hospitalisationsrate von 152 Hospitalisationen pro 1‘000 Einwohner im Jahr 2011 auf 156 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 in der Nordwestschweiz (91.2% im Jahr 2013).

Tabelle 19 beschreibt die Inanspruchnahme durch die Nordwestschweizer Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen gemäss der 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.[39]

[39] 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.

Nordwestschweiz	2011			2012			2013		
Leistungsbereich	Fälle		MAD	Fälle		MAD	Fälle		MAD
SPLG	Anz.	%	Tg	Anz.	%	Tg	Anz.	%	Tg
Grundversorgung									
Basispaket	87'034	42.8%	5.5	82'503	39.6%	5.2	84'773	39.7%	5.1
Nervensystem & Sinnesorgane									
Dermatologie	915	0.5%	7.4	1'571	0.8%	9.6	1'471	0.7%	9.8
Hals-Nasen-Ohren	7'016	3.5%	4.2	7'664	3.7%	3.9	8'275	3.9%	3.5
Neurochirurgie	941	0.5%	10.6	613	0.3%	10.4	805	0.4%	10.8
Neurologie	4'285	2.1%	7.6	4'913	2.4%	7.1	5'045	2.4%	6.6
Ophthalmologie	1'350	0.7%	3.3	1'476	0.7%	3.3	1'719	0.8%	2.9
Innere Organe									
Endokrinologie	642	0.3%	8.8	558	0.3%	9.1	645	0.3%	8.0
Gastroenterologie	5'832	2.9%	8.3	5'893	2.8%	8.2	5'998	2.8%	8.1
Viszeralchirurgie	2'291	1.1%	12.2	3'136	1.5%	11.0	3'349	1.6%	10.6
Hämatologie	2'012	1.0%	8.8	1'832	0.9%	8.6	2'297	1.1%	7.4
Gefässe	2'928	1.4%	8.2	3'380	1.6%	7.9	3'363	1.6%	7.7
Herz	8'870	4.4%	5.0	9'149	4.4%	5.2	9'350	4.4%	5.3
Nephrologie	582	0.3%	9.9	651	0.3%	9.4	718	0.3%	9.7
Urologie	8'829	4.3%	5.4	9'425	4.5%	5.2	10'022	4.7%	4.9
Pneumologie	4'104	2.0%	9.3	4'934	2.4%	8.6	3'860	1.8%	8.2
Thoraxchirurgie	420	0.2%	11.9	389	0.2%	12.0	404	0.2%	11.6
Transplantationen	170	0.1%	11.1	163	0.1%	11.6	246	0.1%	8.8
Bewegungsapparat									
Bewegungsapparat chirurgisch	27'646	13.6%	6.2	30'886	14.8%	5.8	32'100	15.0%	5.8
Rheumatologie	1'335	0.7%	6.3	1'262	0.6%	6.6	1'129	0.5%	6.6
Gynäkologie & Geburtshilfe									
Gynäkologie	6'331	3.1%	4.2	6'674	3.2%	4.1	7'017	3.3%	3.8
Geburtshilfe	15'114	7.4%	4.5	15'563	7.5%	4.2	15'411	7.2%	4.0
Neugeborene	12'054	5.9%	4.4	13'199	6.3%	4.0	12'827	6.0%	4.0
Übrige									
(Radio-) Onkologie	2'414	1.2%	5.7	2'491	1.2%	5.6	2'612	1.2%	5.6
Schwere Verletzungen	153	0.1%	12.4	220	0.1%	12.2	229	0.1%	11.6
Total	203'269	100.0%	5.7	208'545	100.0%	5.5	213'665	100.0%	5.4

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

Der grösste Teil der Hospitalisationen Nordwestschweizer Patienten erfolgt gemäss SPLG innerhalb der Gruppe Basispaket, im Jahr 2011 sind es 42.7% im Jahr 2013 39.7%.[40] 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).[41] 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-

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

[41] Vgl. dazu auch Kapitel A.6.3.

(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 prozentual zur Anzahl an Gesamthospitalisationen die meisten Hospitalisationen innerhalb des Leistungsbereichs *Bewegungsapparat chirurgisch* an (15.0% im Jahr 2013). Darauf folgen die Leistungsbereiche *Geburtshilfe* (7.2%), *Neugeborene* (6.0%), *Urologie* (4.7%) sowie *Herz* (4.4%).

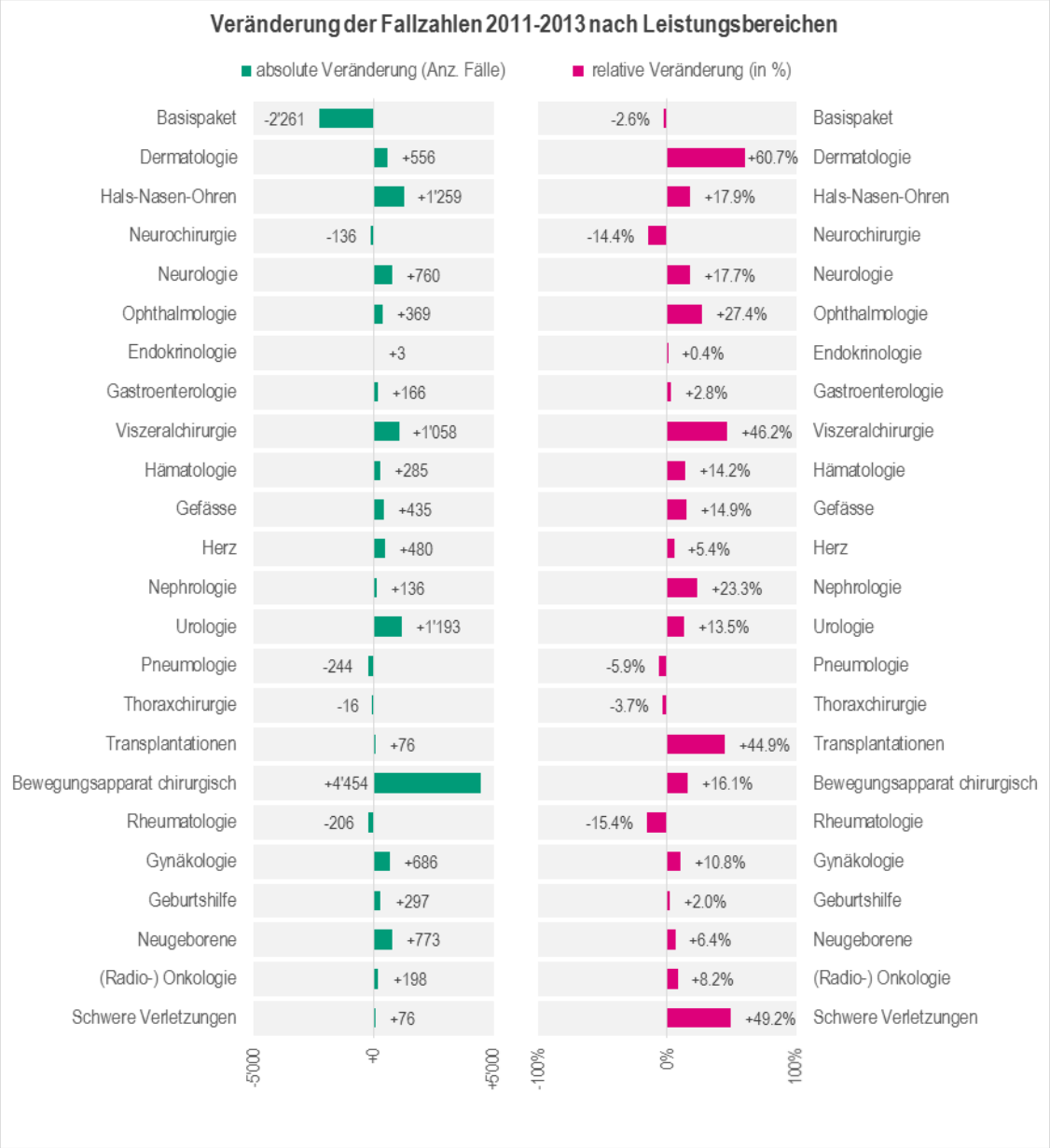


ABBILDUNG 22: AKUTSOMATIK NACHFRAGE - VERÄNDERUNG DER FALLZAHLEN NACH LEISTUNGSBEREICHEN 2011-13

Die Veränderungen pro Leistungsbereich zwischen den Jahren 2011 und 2013 sind in **Abbildung 22** dargestellt, wobei jeweils die absolute und relative Veränderung 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 zweitens 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*, (+4‘454), *Hals-Nasen-Ohren* (+1‘259), *Urologie* (1‘193) sowie *Viszeralchirurgie* (+1‘058) zu verzeichnen sind. Betrachtet man ergänzend die relative Zunahme ist zusätzlich die Dermatologie zu erwähnen. Im Jahr 2013 wurden 556 dermatologische Fälle mehr akutstationär hospitalisiert, was eine Zunahme um +60.7% bedeutet. Ein wesentlicher Rückgang der Fallzahlen ist lediglich in der *Pneumologie* (-244), der *Rheumatologie* (-206) und der Neurochirurgie (-136) auszumachen.

Gemäss Tabelle 19 sinkt die mittlere Aufenthaltsdauer (MAD)[42] bei Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten von 5.7 Tagen im Jahr 2011 auf 5.4 Tage im Jahr 2013. Diese Entwicklung ist kohärent mit einem rückläufigen Trend hinsichtlich Aufenthaltsdauer, der bereits seit vielen Jahren auch im internationalen Vergleich festzustellen ist.[43] In **Abbildung 23** ist die Entwicklung der MAD, unterschieden nach Wohnsitzkanton, dargestellt. Ausgenommen für den Kanton Solothurn kann für alle Kantone eine sinkende Tendenz festgestellt werden, im Kanton Solothurn bleibt die MAD stabil. Unterschieden nach Leistungsbereichen ist für die Dermatologie, die Neurochirurgie sowie für den Bereich Herz ein Anstieg der MAD festzustellen, in den übrigen Leistungsbereichen sinkt die MAD oder bleibt zumindest stabil.

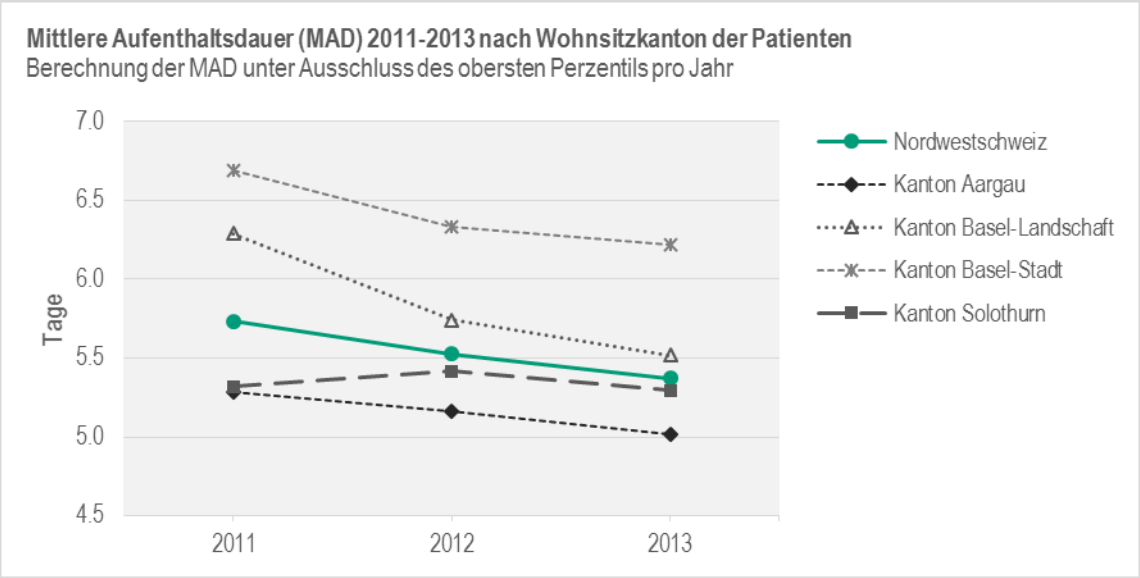


ABBILDUNG 23: VERÄNDERUNG DER MITTLEREN AUFENTHALTSDAUER (MAD) NACH WOHNKANTON DER PATIENTEN 2011-13

[42] Für die Berechnung der MAD vgl. Glossar bzw. den Methodenbericht zum Monitoring.
[43] Vgl. OECD Health Statistics 2014, http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm.

In **Abbildung 24** und **Abbildung 25** werden die Hospitalisationsraten bzw. die MAD nach Altersgruppen für Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz 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.

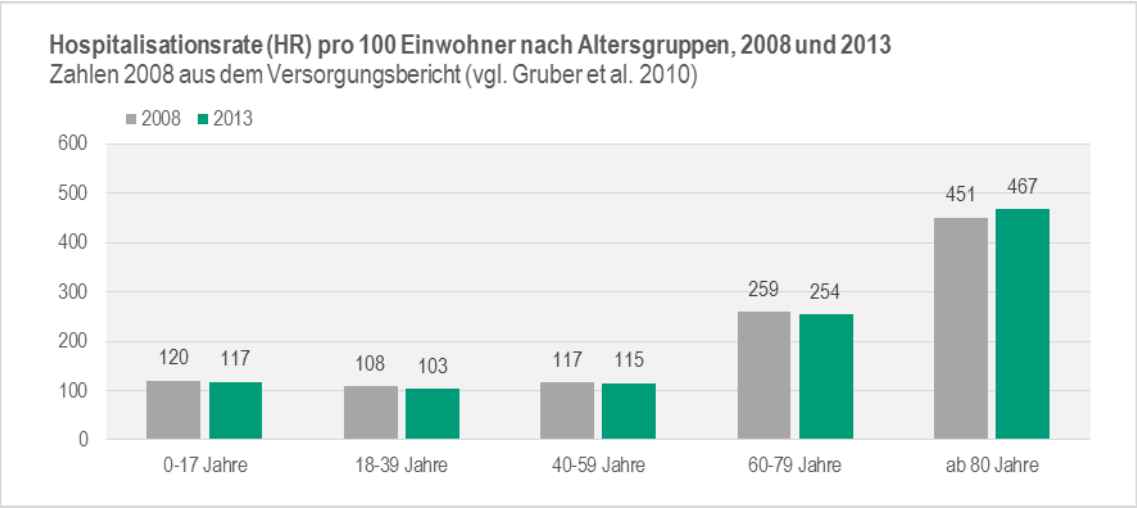


ABBILDUNG 24: HOSPITALISATIONSRATE (HR) NACH ALTERSGRUPPEN, 2008 UND 2013

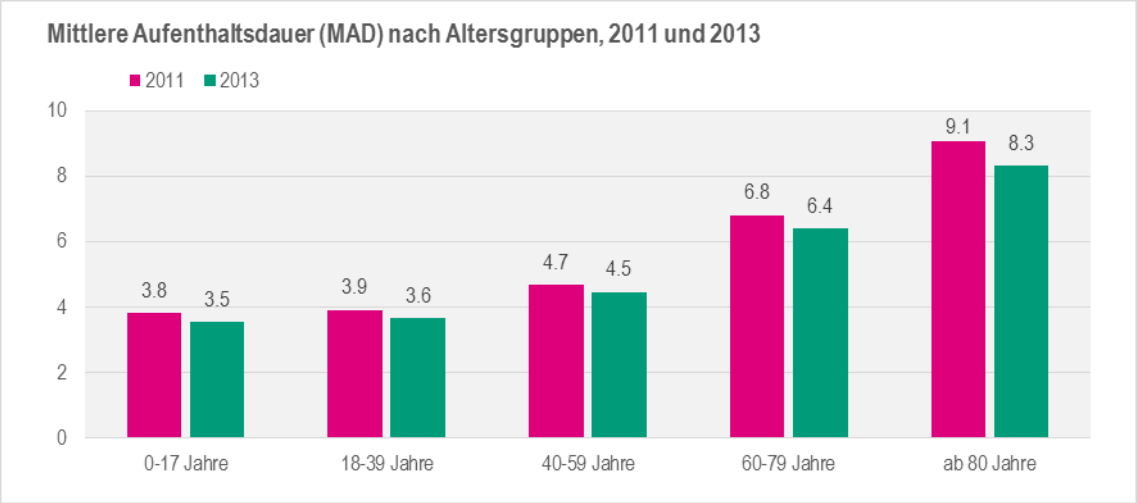


ABBILDUNG 25: MITTLERE AUFENTHALTSDAUER NACH ALTERSGRUPPEN, 2011 UND 2013

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.

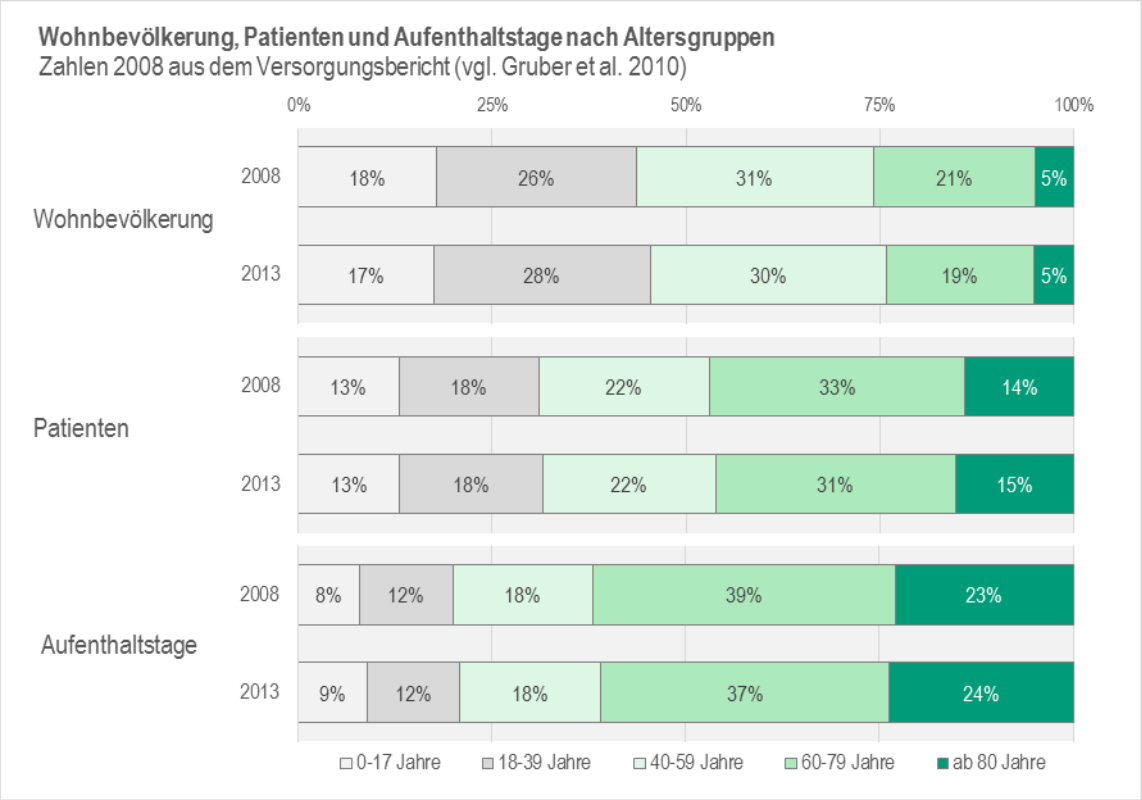


ABBILDUNG 26: WOHNBEVÖLKERUNG, PATIENTEN UND AUFENTHALTSTAGE NACH ALTERSGRUPPEN, 2008 UND 2013

Die Altersgruppe der 60-79-Jährigen macht im Jahr 2013 rund 19% der Nordwestschweizer Bevölkerung aus. Gleichzeitig sind jedoch 31% der Hospitalisationen und gar 37% 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 demografischen Alterung[44] an Bedeutsamkeit. Dies im Sinne, dass durch die älter werdende Bevölkerung bzw. durch die Alterung der bevölkerungsreichen Kohorten eine direkte Mehrbelastung des medizinischen Versorgungssystems impliziert ist.

3 Patientenströme

Das Kapitel zu den Patientenströmen betrachtet zuerst die **Abwanderung** von Nordwestschweizer Patienten anhand der ausserregional erfolgten Hospitalisationen von Patienten aus der Nordwestschweiz. In einem zweiten Schritt wird die **Zuwanderung** von ausserregionalen Patienten in die Nordwestschweiz dargestellt. Schliesslich wird die Differenz aus Zu- und Abwanderung pro SPLG-Leistungsbereich (**Nettowanderung**) analysiert.

[44] Vgl. dazu auch Kapitel A.6.2.

3.1 Abwanderung

Wie vorangehend erwähnt, werden im Zusammenhang mit der Abwanderung die Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten in Spitälern ausserhalb der Region Nordwestschweiz 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. Der prozentuale Anteil ist überdies mittels eines relationalen Balkens dargestellt.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Standortkanton des Spitals	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
Hospitalisationen in der NWCH	**186'195**	**91.6%**	**190'200**	**91.2%**	**194'758**	**91.2%**	**+8'563**	**-0.4%**
Abwanderung	**17'074**	**8.4%**	**18'345**	**8.8%**	**18'907**	**8.8%**	**+1'833**	**+0.4%**
AI	1	0.0%	4	0.0%	3	0.0%	+2	+0.0%
AR	50	0.0%	42	0.0%	39	0.0%	-11	-0.0%
BE	6'558	3.2%	6'836	3.3%	6'763	3.2%	+205	-0.1%
FR	45	0.0%	34	0.0%	27	0.0%	-18	-0.0%
GE	73	0.0%	66	0.0%	72	0.0%	-1	-0.0%
GL	29	0.0%	28	0.0%	20	0.0%	-9	-0.0%
GR	659	0.3%	625	0.3%	696	0.3%	+37	+0.0%
JU	29	0.0%	32	0.0%	25	0.0%	-4	-0.0%
LU	880	0.4%	995	0.5%	1'183	0.6%	+303	+0.1%
NE	11	0.0%	17	0.0%	14	0.0%	+3	+0.0%
NW	46	0.0%	52	0.0%	66	0.0%	+20	+0.0%
OW	31	0.0%	23	0.0%	34	0.0%	+3	+0.0%
SG	240	0.1%	233	0.1%	254	0.1%	+14	+0.0%
SH	22	0.0%	28	0.0%	30	0.0%	+8	+0.0%
SZ	130	0.1%	148	0.1%	133	0.1%	+3	-0.0%
TG	108	0.1%	87	0.0%	97	0.0%	-11	-0.0%
TI	215	0.1%	217	0.1%	209	0.1%	-6	-0.0%
UR	31	0.0%	27	0.0%	29	0.0%	-2	-0.0%
VD	112	0.1%	107	0.1%	127	0.1%	+15	+0.0%
VS	295	0.1%	314	0.2%	291	0.1%	-4	-0.0%
ZG	466	0.2%	520	0.2%	608	0.3%	+142	+0.1%
ZH	7'044	3.5%	7'910	3.8%	8'187	3.8%	+1'143	+0.4%
Total	**203'269**	**100%**	**208'545**	**100%**	**213'665**	**100%**	**+10'396**	

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

Im Jahr 2013 erfolgten 91.2% der Behandlungen zugunsten von Patienten aus der Nordwestschweiz in Spitälern der Nordwestschweiz. Dieser Anteil ist über die Jahre hinweg weitgehend stabil. Nur gerade 8.8% der akutstationären Hospitalisationen Nordwestschweizer Patienten erfolgten im Jahr 2013 in anderen Kantonen. Der grösste Anteil ausserregionaler Leistungen ist auf Hospitalisationen in den Kantonen Zürich und Bern zurückzuführen. Im Jahr 2013 liessen sich 8‘187 Nordwestschweizer Patienten im Kanton Zürich behandeln, was 3.8% aller Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten entspricht. Im Kanton Bern waren es im Jahr 2013 6‘763 Patienten (3.2%). Die übrigen Kantone spielen eine untergeordnete Rolle.

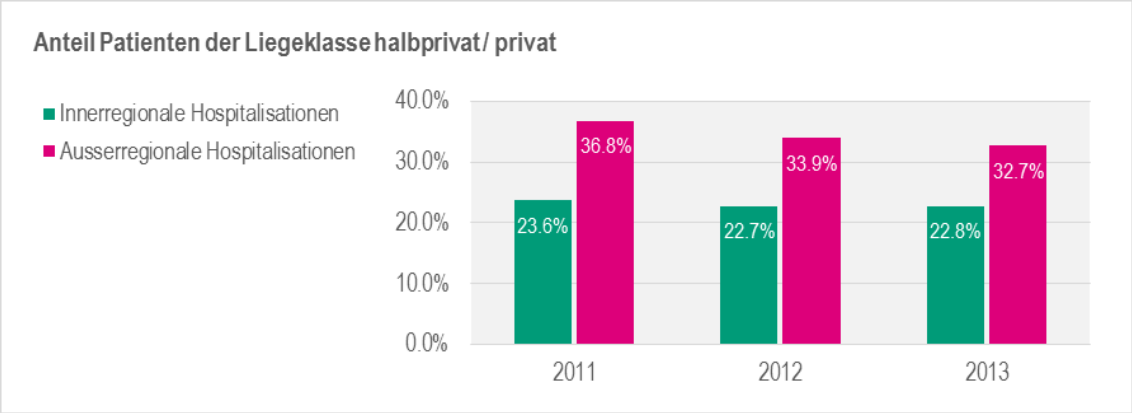


ABBILDUNG 27: ANTEIL DER LIEGEKLASSE HP/P BEI INNER- UND AUSSERREGIONALEN HOSPITALISATIONEN 2011-13

Hinsichtlich der Liegeklasse halbprivat/privat (HP/P) zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Patienten, die sich innerhalb der Nordwestschweiz behandeln lassen, und Patienten, die ausserregional hospitalisiert werden. Letztere Gruppe weist einen deutlich höheren Anteil Patienten der Liegeklasse HP/P aus, im Jahr 2011 sind es 36.8% im Vergleich zu einem Anteil von 23.6% bei den innerregionalen hospitalisierten Patienten. Im Laufe der Beobachtungsperiode ist jedoch eine Angleichungstendenz bemerkbar, so sind im Jahr 2013 nur noch 32.7% der ausserregionalen Hospitalisationen auf Patienten der Liegeklasse HP/P zurückzuführen, während der Anteil bei den innerregionalen Hospitalisationen eher unwesentlich auf 22.8% sinkt.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Nordwestschweizer 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 kann, wie die Abnahme hinsichtlich des Anteils der Liegeklasse HP/P bei ausserkantonalen Hospitalisationen einzuordnen ist bzw. in welchem Ausmass sie auf eine Verhaltensänderung seitens der Patienten zurückführbar ist.

In **Tabelle 21** sind die ausserregionalen 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 ausserregionalen 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 ausserregionalen Hospitalisationen überproportional auf notfallmässige Eintritte zurückzuführen.

Nordwestschweiz		Abwanderung - Ausserregionale Hospitalisationen nach Leistungsbereich und Standortkanton der Hospitalisation 2013																					
Leistungsbereich (SPLG)	Eintritts-art	AI	AR	BE	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH
Grundversorgung																							
Basispaket	Anz.	2	13	1'770	15	26	17	517	19	354	10	50	24	129	18	65	46	149	22	50	248	156	1'926
	% gepl.		31%	36%	7%	69%	12%	8%	16%	27%	10%	10%	4%	13%	28%	18%	41%	9%	9%	22%	1%	35%	44%
Nervensystem & Sinnesorg.a																							
Dermatologie	Anz.			52				3		9							1	1		1	1	1	73
	% gepl.			81%				67%		56%												100%	75%
Hals-Nasen-Ohren	Anz.			265	1	1		2		127		1		19	1	17	5	2	1	7	1	25	478
	% gepl.			72%	100%	100%		50%		66%				95%	100%	94%	60%	100%		86%		96%	66%
Neurochirurgie	Anz.			96		1				5				1						1		1	71
	% gepl.			71%						20%				100%								100%	70%
Neurologie	Anz.			159	3	2		19	2	14		3	1	6		2	3	12		7	10	3	235
	% gepl.			25%		50%												8%		14%			63%
Ophthalmologie	Anz.		1	60						91							1	2		18			190
	% gepl.		100%	85%						86%										83%			77%
Innere Organe																							
Endokrinologie	Anz.		4	22				3		1						1				2		1	23
	% gepl.			36%				33%								100%				100%			39%
Gastroenterologie	Anz.		1	110	1	2		7		25		3		5		4	2	6	1		2	3	149
	% gepl.		100%	35%		100%				28%		33%		40%				17%					51%
Viszeralchirurgie	Anz.			287		3				15			1	9	3	7	1	1		2		5	172
	% gepl.			92%		100%				93%				78%	100%	100%	100%	100%		100%		80%	83%
Hämatologie	Anz.			69			1			14	1			6		1		1			1	3	94
	% gepl.			70%						79%				83%				100%					73%
Gefässe	Anz.			269		6		2		9				2			2	1				10	137
	% gepl.			69%		67%				78%				50%								70%	77%
Herz	Anz.			727	1			17		39		1	2	3			4	9		7	7		521
	% gepl.			80%				29%		36%				33%			25%	11%		43%	14%		80%
Nephrologie	Anz.			13						1				2			1	2		1			18
	% gepl.			46%										50%									39%
Urologie	Anz.			310		5	1	7		41				12	4	4	19	6		1		36	388
	% gepl.			89%		100%		14%		76%				100%	100%	50%	89%	33%		100%		78%	84%
Pneumologie	Anz.			101		4		2		11								5			1	1	159
	% gepl.			51%		100%				18%													62%
Thoraxchirurgie	Anz.			19						3				1									25
	% gepl.			84%						100%				100%									84%
Transplantationen	Anz.			25		10														9			118
	% gepl.			64%		60%														78%			75%
Bewegungsapparat																							
Bewegungsapparat	Anz.	1	19	1'206	3	7		103	2	209	1	5	5	34	1	18	7	7	2	6	9	188	2'090
chirurgisch	% gepl.		95%	87%	67%	86%		40%	50%	88%		40%	60%	82%	100%	78%	71%	43%	50%	83%		95%	94%
Rheumatologie	Anz.			26				3		6			1	1		1		2			1	2	58
	% gepl.			77%						67%												100%	83%
Gynäkologie & Geburtshilfe																							
Gynäkologie	Anz.		1	260	2	2		4		23				9	3	2	3	1		3	1	25	276
	% gepl.		100%	96%	100%	50%		50%		91%				78%	100%	100%	67%	100%		100%	100%	96%	95%
Geburtshilfe	Anz.			409	1	1	1	3	1	111	1	2		8		4	2	1	2	3	7	78	560
	% gepl.			56%			100%		100%	64%		100%		75%		50%	100%			67%		58%	62%
Neugeborene	Anz.			337		1		1	1	63	1	1		5		2		1	1	3	1	68	357
	% gepl.			4%						3%													3%
Übrige																							
Schwere Verletzungen	Anz.			26				3		6											1	1	15
	% gepl.			4%																			
(Radio-) Onkologie	Anz.			145		1				6				2		5				6		1	54
	% gepl.			87%		100%				50%				100%		100%				100%		100%	78%
Total	Anz.	3	39	6'763	27	72	20	696	25	1'183	14	66	34	254	30	133	97	209	29	127	291	608	8'137
	% gepl.	0%	64%	62%	22%	72%	15%	13%	20%	54%	7%	15%	12%	43%	57%	46%	52%	13%	10%	50%	1%	61%	68%

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

Es wird deutlich, dass die ausserregionalen Hospitalisationen in Kantonen mit geringen Fallzahlen häufig auf notfallmässige Hospitalisationen zurückzuführen sind. Bei den Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten in Spitälern in den Kantonen Bern, Zürich und Genf handelt es sich jedoch überproportional häufig um geplante Eintritte. Unter Berücksichtigung der Fallzahlen nach Leistungsbereichen betreffen die Hospitalisationen in den Kantonen Bern, Zürich und Genf oftmals spezialisierte Eingriffe, wodurch der überdurchschnittlich hohe Anteil geplanter Eintritte nachvollziehbar ist.

Die Karte in **Abbildung 28** stellt die Abwanderung aus der Nordwestschweiz nach MedStat-Regionen dar. Ausgewiesen wird jeweils der Anteil der ausserkantonalen Hospitalisationen pro MedStat-Region, also jener Anteil der Patienten welcher akutstationär ausserhalb der Nordwestschweizer Grenzen hospitalisiert war.

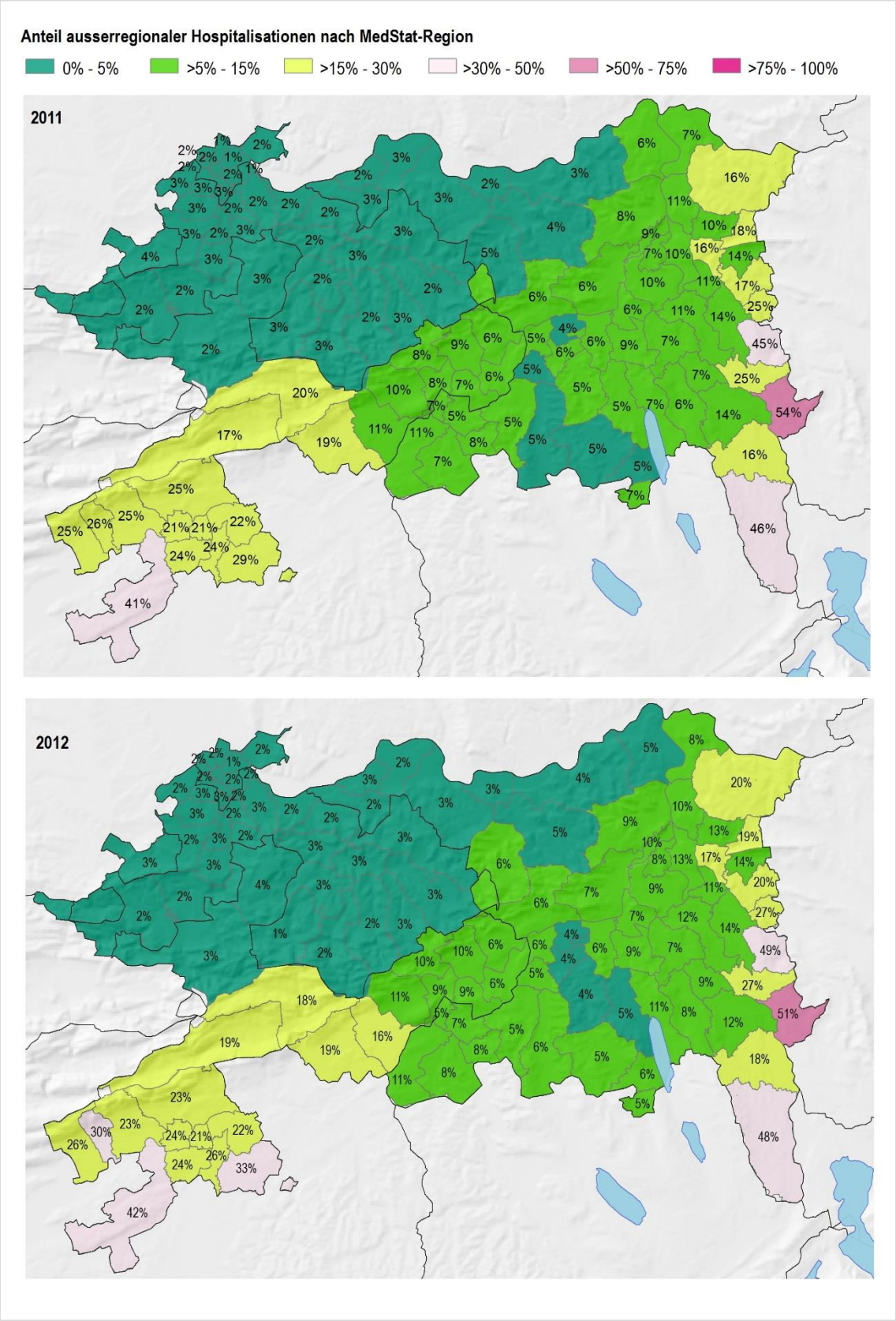


ABBILDUNG 28: ANTEIL AUSSERREGIONALER HOSPITALISATIONEN NACH WOHNREGION DES PATIENTEN 2011 UND 2012

Die Abbildung zeigt grosse Unterschiede je nach Wohnregion. In der Region nördlich des Juras lassen sich kaum Patienten ausserhalb der Nordwestschweiz behandeln, was angesichts der geografischen Lage nachvollziehbar erscheint. Die höchsten Raten finden sich in den Grenzregionen der Kantone Aargau und Solothurn, wobei sich die Aargauer Patienten insbesondere nach Zürich orientieren und die Solothurner Patienten nach Bern. Somit liegt der Schluss nahe, dass die Entscheidung pro oder contra einer ausserregionalen Leistungsinanspruchnahme 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 generelle Patientenverhalten auszumachen zu sein scheint. Im zeitlichen Verlauf zeigen sich zwar Veränderungen in den einzelnen Regionen, es ist jedoch nicht so, dass 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 ausserregionalen und innerregionalen Hospitalisationen widergegeben. Der CMI berechnet sich als Mittelwert der Kostengewichte aller betreffenden Patienten. In der Tabelle werden die CMI pro Leistungsbereich jeweils für die ausser- und innerregionalen Hospitalisationen dargestellt, wobei jeweils der höhere Wert pro Leistungsbereich hervorgehoben ist. Nebst dem Mittelwert der Kostengewichte (ø) 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 ausserregionale Hospitalisationen hinsichtlich des Schweregrades systematisch von Hospitalisationen unterscheiden, die in Spitälern innerhalb der Nordwestschweiz erfolgen. Grundlage bilden die Daten zu den Jahren 2012 und 2013.

Nordwestschweiz	innerregionale Hospitalisationen						ausserregionale Hospitalisationen					
	2012			2013			2012			2013		
Leistungsbereiche (SPLG)	Fälle	CMI		Fälle	CMI		Fälle	CMI		Fälle	CMI	
	Anz.	ø	σ	Anz.	ø	σ	Anz.	ø	σ	Anz.	ø	σ
Grundversorgung												
Basispaket	76'977	0.76	0.5	79'147	0.77	0.5	5'526	**0.77**	0.6	5'626	**0.78**	0.6
Nervensystem & Sinnesorgane												
Dermatologie	1'415	**1.38**	1.2	1'329	**1.53**	1.8	156	1.16	0.8	142	1.17	0.6
Hals-Nasen-Ohren	6'813	0.91	1.2	7'322	0.81	0.7	851	**0.99**	1.0	953	**1.00**	2.1
Neurochirurgie	495	2.86	1.9	629	3.05	2.0	118	**3.17**	2.3	176	**3.55**	2.4
Neurologie	4'424	1.10	0.7	4'564	1.09	0.8	489	**1.21**	0.9	481	**1.24**	0.8
Ophthalmologie	1'132	**1.04**	1.5	1'356	**1.09**	1.7	344	0.84	0.2	363	0.83	0.2
Innere Organe												
Endokrinologie	518	**0.94**	0.6	588	**0.96**	0.7	40	0.90	0.6	57	0.91	0.5
Gastroenterologie	5'610	**0.96**	0.9	5'677	1.01	0.9	283	0.90	0.5	321	1.01	0.8
Viszeralchirurgie	2'678	**2.90**	2.9	2'843	**2.87**	3.0	458	2.69	2.8	506	2.54	2.5
Hämatologie	1'656	1.70	2.4	2'106	1.39	2.0	176	**2.16**	2.7	191	**2.13**	2.4
Gefässe	2'990	2.13	2.5	2'925	2.28	2.5	390	**2.14**	1.7	438	**2.51**	3.2
Herz	7'385	2.26	2.4	8'012	2.30	2.5	1'764	**2.79**	2.9	1'338	**3.40**	3.4
Nephrologie	623	2.08	2.8	680	2.08	2.7	28	**4.47**	7.0	38	**2.58**	2.6
Urologie	8'753	0.93	0.9	9'188	0.93	0.9	672	**1.08**	1.0	834	**1.06**	1.1
Pneumologie	4'582	1.37	1.9	3'576	1.32	1.8	352	**1.70**	2.2	284	**1.85**	2.4
Thoraxchirurgie	342	3.09	3.7	356	**3.02**	2.4	47	**4.58**	5.6	48	2.79	3.0
Transplantationen	55	3.55	2.2	84	3.48	2.3	108	**4.66**	6.0	162	**4.39**	7.7
Bewegungsapparat												
Bewegungsapparat chirurgisch	27'115	1.31	1.0	28'177	1.33	1.0	3'771	**1.40**	0.9	3'923	**1.43**	1.0
Rheumatologie	1'147	**0.90**	0.5	1'028	**0.91**	0.5	115	0.89	0.5	101	0.89	0.4
Gynäkologie & Geburtshilfe												
Gynäkologie	6'113	1.02	0.6	6'402	1.02	0.7	561	**1.05**	0.5	615	**1.09**	0.6
Geburtshilfe	14'519	0.71	0.2	14'216	0.71	0.2	1'044	**0.74**	0.4	1'195	**0.73**	0.3
Neugeborene	12'455	0.28	0.5	11'984	0.33	0.8	744	**0.67**	1.8	843	**0.79**	2.0

Nordwestschweiz	innerregionale Hospitalisationen						ausserregionale Hospitalisationen					
	2012			2013			2012			2013		
Leistungsbereiche (SPLG)	Fälle	CMI		Fälle	CMI		Fälle	CMI		Fälle	CMI	
	Anz.	ø	σ	Anz.	ø	σ	Anz.	ø	σ	Anz.	ø	σ
Übrige												
(Radio-) Onkologie	2'238	1.01	0.7	2'392	1.04	0.7	253	**1.12**	0.7	220	**1.16**	0.8
Schwere Verletzungen	165	4.19	3.5	177	3.74	3.1	55	**4.32**	3.6	52	**5.79**	6.5
Total	190'200	1.00	1.1	194'758	1.02	1.2	18'345	**1.31**	1.7	18'907	**1.35**	1.9

TABELLE 22: CMI BEI INNERREGIONALEN UND AUSSERREGIONALEN HOSPITALISATIONEN 2012 UND 2013

Die ausserhalb der Nordwestschweiz behandelten Patienten weisen im Jahr 2013 einen durchschnittlichen Schweregrad von 1.35 auf, wohingegen sich für die in Nordwestschweizer Spitälern behandelten Patienten ein durchschnittlicher Schweregrad von 1.02 ergibt. Betrachtet man die CMI pro Leistungsbereich, so ist derselbe Umstand für die Mehrheit der Leistungsbereiche festzustellen. Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass sich die ausserregional behandelten Patienten grundsätzlich durch einen eher höheren Schweregrad kennzeichnen. Es handelt sich bei den Nordwestschweizer Patienten, die sich in Spitälern ausserhalb der Nordwestschweiz behandeln lassen, also eher um schwerere bzw. komplexere Fälle.

Analoge Auswertungen für die einzelnen Nordwestschweizer Kantone offenbaren Unterschiede hinsichtlich des Schweregrads inner- und ausserkantonaler Hospitalisationen.[45] Für die Kantone Aargau, Basel-Landschaft und Solothurn trifft es 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 in die Nordwestschweiz nach Wohnkanton der Patienten dar. Es sind demzufolge alle Hospitalisationen in Spitälern mit Standort in der Nordwestschweiz der Patienten mit Wohnsitz ausserhalb der Kantone Aargau, Basel-Stand, Basel-Landschaft und Solothurn abgebildet. 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. Der prozentuale Anteil ist überdies mittels eines relationalen Balkens dargestellt.

[45] Vgl. dazu die Berichte auf Ebene der einzelnen Kantone.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Wohnkanton des Patienten	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
NWCH	**186'195**	**91.9%**	**190'200**	**91.7%**	**194'758**	**91.7%**	**+8'563**	**-0.2%**
Zuwanderung	**16'508**	**8.1%**	**17'164**	**8.3%**	**17'629**	**8.3%**	**+1'121**	**+0.2%**
AR	25	0.0%	37	0.0%	45	0.0%	+20	+0.0%
AI	8	0.0%	4	0.0%	3	0.0%	-5	-0.0%
BE	2'697	1.3%	2'934	1.4%	3'130	1.5%	+433	+0.1%
FR	120	0.1%	123	0.1%	109	0.1%	-11	-0.0%
GE	59	0.0%	63	0.0%	58	0.0%	-1	-0.0%
GL	29	0.0%	16	0.0%	37	0.0%	+8	+0.0%
GR	177	0.1%	178	0.1%	180	0.1%	+3	-0.0%
JU	1'544	0.8%	1'626	0.8%	1'821	0.9%	+277	+0.1%
LU	2'292	1.1%	2'409	1.2%	2'261	1.1%	-31	-0.1%
NE	29	0.0%	56	0.0%	56	0.0%	+27	+0.0%
NW	110	0.1%	116	0.1%	105	0.0%	-5	-0.0%
OW	90	0.0%	91	0.0%	76	0.0%	-14	-0.0%
SG	253	0.1%	278	0.1%	277	0.1%	+24	+0.0%
SH	62	0.0%	66	0.0%	75	0.0%	+13	+0.0%
SZ	179	0.1%	223	0.1%	230	0.1%	+51	+0.0%
TI	345	0.2%	336	0.2%	362	0.2%	+17	+0.0%
TG	135	0.1%	138	0.1%	128	0.1%	-7	-0.0%
UR	70	0.0%	68	0.0%	48	0.0%	-22	-0.0%
VD	110	0.1%	135	0.1%	121	0.1%	+11	+0.0%
VS	243	0.1%	216	0.1%	287	0.1%	+44	+0.0%
ZH	1'472	0.7%	1'597	0.8%	1'695	0.8%	+223	+0.1%
ZG	220	0.1%	249	0.1%	267	0.1%	+47	+0.0%
Ausland	6'226	3.1%	6'186	3.0%	6'243	2.9%	+17	-0.1%
unbekannt	13	0.0%	19	0.0%	15	0.0%	+2	+0.0%
Total	**202'703**	**100%**	**207'364**	**100%**	**212'387**	**100%**	**+9'684**	

TABELLE 23: ZUWANDERUNG AKUTSOMATIK – HOSPITALISATIONEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2011 UND 2012

Im Jahr 2013 beziehen sich 91.7% der Hospitalisationen in der Nordwestschweiz auf Patienten aus der Nordwestschweiz. Lediglich 8.3% sind auf Patienten aus anderen Kantonen zurückzuführen. Dieser Anteil ist auch über die Jahre hinweg stabil. Die grösste Gruppe zugewanderter Patienten stammt aus dem Ausland mit 2.9% der Hospitalisationen in Nordwestschweizer Spitälern im Jahr 2013. Darauf folgen Patienten aus den Kantonen Bern (1.5%), Luzern (1.1%), Jura (0.9%) und Zürich (0.8%). Auch die Verteilung zwischen den Herkunftskantonen bleibt in den Jahren zwischen 2011 und 2013 stabil.

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

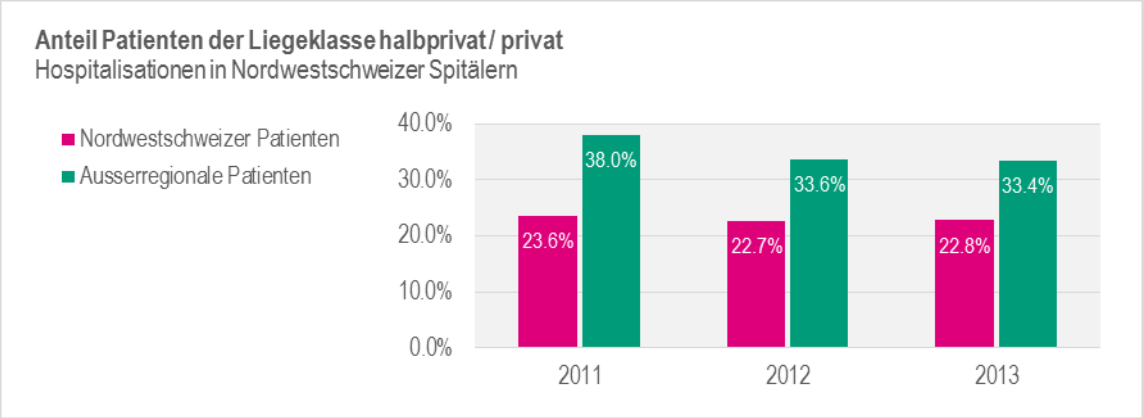


ABBILDUNG 29: ANTEIL LIEGEKLASSE HP/P VON INNER- UND AUSSERREGIONALEN PATIENTEN 2011-13

Die Hospitalisationen ausserregionaler Patienten in der Nordwestschweiz weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Liegeklasse HP/P auf, im Jahr 2011 sind es 38.0%. Zum Jahr 2013 hin ist eine Angleichungstendenz feststellbar, wobei der Anteil HP/P bei ausserregionalen Patienten mit 33.4% noch immer deutlich höher ist als bei den innerregionalen Patienten (22.8%). Anhand dieser Ergebnisse bestätigt sich das Bild aus dem Kapitel B.3.1, dass Patienten, die sich ausserhalb ihre Wohnkantons behandeln lassen, überproportional häufig der Liegeklasse HP/P zugeordnet sind. Für die Diskussion, inwiefern die Angleichungstendenz zwischen 2011 und 2013 als Reaktion im Patientenverhalten infolge der KVG-Revision zu deuten ist, sei auf Kapitel B.1 verwiesen.

3.3 Nettowanderung

Der Vergleich zwischen Tabelle 17 zum Angebot der Nordwestschweizer Spitäler und Tabelle 19 zur Inanspruchnahme durch die Nordwestschweizer Wohnbevölkerung zeigt, dass sich Angebot und Nachfrage angesichts der Zahl der Hospitalisationen weitgehend die Waage halten. Im Jahr 2013 beläuft sich die Zahl der akutstationären Hospitalisationen in Nordwestschweizer Spitälern auf 212‘387 Fälle und die Zahl der Hospitalisationen von Patienten aus der Nordwestschweiz auf 213‘665 Fälle.

Die Auswertungen zur Zu- und Abwanderung zeigen aber gleichzeitig, dass der Anteil ausserregional erfolgter Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten bzw. der Anteil der Hospitalisationen von ausserregionalen Patienten in Nordwestschweizer Spitälern jeweils knapp über 8% beträgt. Auch wenn – gemessen an den absoluten Hospitalisationszahlen – die Nachfrage der Nordwestschweizer Bevölkerung durch das Angebot der Nordwestschweizer Spitäler abgedeckt werden könnte, existieren demnach überregionale Patientenströme. Mögliche Gründe für die Abwanderung von Nordwestschweizer Patienten wurden bereits in Kapitel B.3.1 skizziert. Zum einen ist der Anteil ausserregionaler Hospitalisationen insbesondere bei Patienten in den Randgebieten der Nordwestschweiz überdurchschnittlich hoch, wenn ausserregionale Angebote näher gelegen sind–. Ausserdem erfolgt eine Hospitalisation auch in Fällen mit einem hohen Schweregrad häufiger ausserhalb der Nordwestschweiz als bei Fällen mit geringerem Schweregrad.

Nachfolgend wird auf Ebene der Leistungsbereiche untersucht, in welchem Fachbereichen eine hohe Zu- bzw. Abwanderung feststellbar ist. Anhand der Zu- und Abwanderung wird in Tabelle 24 das Saldo der Patientenströme (Nettowanderung) pro Leistungsbereich ermitteltet. Eine hohe Nettozuwanderung kann dabei zum Beispiel aufgrund fehlender Versorgungsangebote ausserhalb der Nordwestschweiz oder als Folge eines Wettbewerbsvorteils der Nordwestschweizer 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.

Nordwestschweiz	2011			2012			2013			
	Zuwanderung	Abwanderung	Nettowanderung	Zuwanderung	Abwanderung	Nettowanderung	Zuwanderung	Abwanderung	Nettowanderung	Anteil Nettowanderung
Leistungsbereiche (SPLG)	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	% (a)
Grundversorgung										
Basispaket	5'596	5'618	-22	5'363	5'526	-163	5'290	5'626	-336	-0%
Nervensystem & Sinnesorgane										
Dermatologie	77	81	-4	117	156	-39	135	142	-7	-0%
Hals-Nasen-Ohren	566	656	-90	580	851	-271	618	953	-335	-4%
Neurochirurgie	204	161	+43	158	118	+40	171	176	-5	-1%
Neurologie	387	408	-21	381	489	-108	464	481	-17	-0%
Ophthalmologie	301	323	-22	308	344	-36	314	363	-49	-3%
Innere Organe										
Endokrinologie	39	37	+2	38	40	-2	40	57	-17	-3%
Gastroenterologie	353	228	+125	367	283	+84	337	321	+16	+0%
Viszeralchirurgie	183	274	-91	215	458	-243	252	506	-254	-8%
Hämatologie	192	117	+75	169	176	-7	225	191	+34	+1%
Gefässe	251	367	-116	299	390	-91	334	438	-104	-3%
Herz	530	1'913	-1'383	538	1'764	-1'226	577	1'338	-761	-8%
Nephrologie	23	38	-15	36	28	+8	40	38	+2	+0%
Urologie	630	536	+94	746	672	+74	741	834	-93	-1%
Pneumologie	282	367	-85	358	352	+6	289	284	+5	+0%
Thoraxchirurgie	54	66	-13	52	47	+5	66	48	+18	+4%
Transplantationen	21	106	-85	16	108	-92	34	162	-128	-52%
Bewegungsapparat										
Bewegungsapparat chirurgisch	3'635	3'236	+398	4'161	3'771	+390	4'392	3'923	+469	+1%
Rheumatologie	176	124	+52	141	115	+26	109	101	+8	+1%
Gynäkologie & Geburtshilfe										
Gynäkologie	532	491	+41	636	561	+75	616	615	+1	+0%
Geburtshilfe	942	957	-16	943	1'044	-101	1'021	1'195	-174	-1%
Neugeborene	710	765	-56	827	744	+83	892	843	+49	+0%
Übrige										
(Radio-) Onkologie	795	164	+631	657	253	+404	641	220	+421	+16%
Schwere Verletzungen	27	38	-11	58	55	+3	31	52	-21	-9%
Total	16'507	17'074	-567	17'164	18'345	-1'181	17'629	18'907	-1'278	-1%
(a) in Prozent der Inanspruchnahme der Nordwestschweizer Bevölkerung									> 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 *Herz* zu beobachten mit -761 Fällen. Aufgrund der konstant bleibenden Zuwanderung und der gleichzeitig sinkenden Abwanderung ist jedoch eine sinkende Tendenz der Nettoabwanderung im Verlauf zwischen 2011 und 2013 festzustellen. Ferner zeichnen sich ebenfalls das *Basispaket* (-336 im Jahr 2013) und die Leistungsbereiche *Hals-Nasen-Ohren* (-335), und *Viszeralchirurgie* (-254) durch eine hohe Nettoabwanderung aus. Im Bereich *Hals-Nasen-Ohren* ist ausserdem eine beträchtliche Zunahme der Nettoabwanderung von 2011 (-90 Fälle) zum Jahr 2013 (-335) festzustellen. Eine beträchtliche Nettozuwanderung ist in den Bereichen *Bewegungsapparat chirurgisch* (+469) und in der *Radio-Onkologie* bemerkbar (+421).

Die Spalte *Anteil Nettowanderung* dient als Indikator für die Bedeutsamkeit der Nettowanderung im Verhältnis zur Inanspruchnahme der Nordwestschweizer Bevölkerung.

Beispiel:
Zuvor wurde die Nettoabwanderung im *Basispaket* (-336 Fälle im Jahr 2013) erwähnt. Anhand der absoluten Fallzahl erscheint diese Abwanderung bedeutsam, es ist immerhin derjenige Leistungsbereich mit der zweithöchsten Nettoabwanderung. Betrachtet man jedoch die Spalte *Anteil Nettowanderung* erkennt man, dass diese -336 Fälle nicht einmal 1% der Gesamtfallzahl der Nordwestschweizer Bevölkerung in diesem Leistungsbereich ausmachen. Das liegt darin begründet, dass rund 40% aller Hospitalisationen dem *Basispaket* zuzuschreiben sind. Infolgedessen ist die Nettoabwanderung von -336 Fällen innerhalb des *Basispakets* von untergeordneter Bedeutung. Analog gilt dies ebenfalls für die Nettozuwanderung im Bereich *Bewegungsapparat chirurgisch*.

In Relation zur Nordwestschweizer Inanspruchnahme ist eine hohe Nettoabwanderung bezüglich der *Transplantationen* festzustellen (-52%). Dieser hohe Anteil der Nettoabwanderung 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)[46] nur durch wenige Spitäler vollzogen werden dürfen. Innerhalb der Nordwestschweiz sind ausschliesslich das Universitätsspital Basel (Nieren und Stammzellentransplantationen) und das Universitäts-Kinderspital beider Basel (Nieren-Lebendspende bei älteren Kindern) zu gewissen Eingriffen innerhalb dieses Leistungsbereichs berechtigt.[47] Eine beträchtliche Nettozuwanderung ist innerhalb des Leistungsbereichs (*Radio-)Onkologie* (+16%) auszumachen.

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.

---

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

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

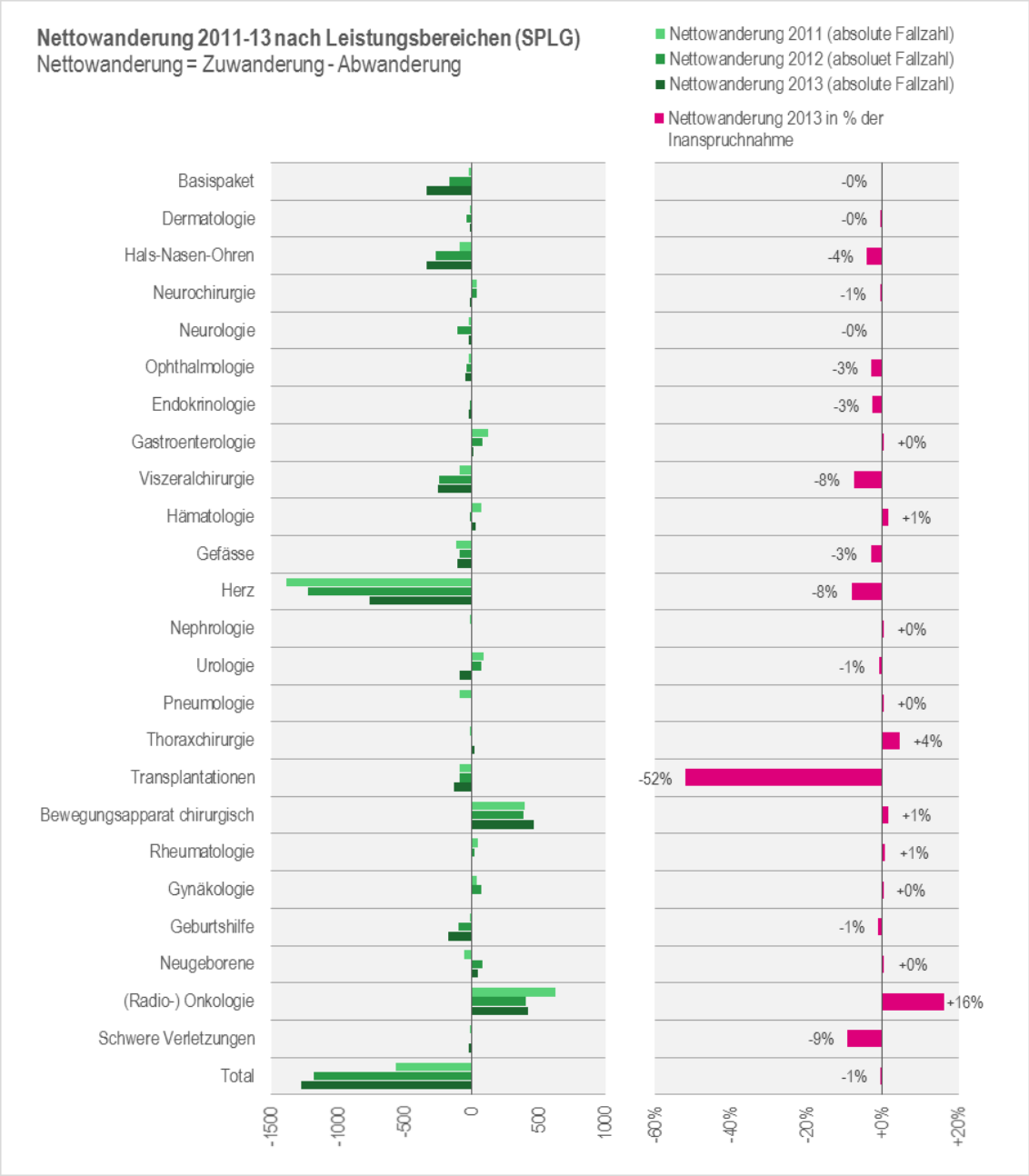


ABBILDUNG 30: NETTOWANDERUNG NACH LEISTUNGSBEREICHEN 2011-13

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.[48] Die Einschätzung der Versorgungslage ist jedoch hochkomplex, weshalb eine abschliessende Beurteilung der Versorgungslage im Rahmen des Monitorings nicht

[48] Vgl. Bundesrat (2013, S.13).

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.[49] 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.[50] Des Weiteren verweist der Bundesrat auf die vom Vorstand der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) erarbeiteten Leitfäden und Empfehlungen.[51] In ihrem Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung[52] 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.[53] 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.[54] Die Kompetenz für die Definition dieser normativen Vorgaben verortet die GDK bei den Kantonen.[55]

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.[56] 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.

---

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

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

51 Vgl. GDK (2005, 2009).

52 Vgl. GDK (2005).

53 Vgl. GDK (2005, S.34f., 49f.).

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

55 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 F behandelt.

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

4.1 Mindestfallzahlen

Für bestimmte, insbesondere komplexe Behandlungen, ist der Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Ergebnisqualität in der wissenschaftlichen Literatur belegt.[57] Jedoch fehlen die wissenschaftlichen Grundlagen, damit exakte Schwellenwerte 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 Nordwestschweizer Listenspitäler darstellt. Im Vordergrund stehen dabei spezialisierte Behandlungen, die im Regelfall nicht ambulant, sondern stationär erbracht werden.[58] Für die meisten der ausgewählten SPLG ist eine Mindestfallzahl von zehn Fällen pro Spital definiert. 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 Nordwestschweizer Spitallisten 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).

---

[57] Vgl. Frick et al. (2013).

[58] Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013, S.36).

SPLG	SPLG Bezeichnung	MFZ [1]	Asana Spital Leuggern 2012	Asana Spital Leuggern 2013	Asana Spital Menziken 2012	Asana Spital Menziken 2013	Bethesda Spital 2012	Bethesda Spital 2013	Clarastpital 2012	Clarastpital 2013	Gesundheitszentrum Fricktal 2012	Gesundheitszentrum Fricktal 2013	Ergolz-Klinik Liestal 2012	Ergolz-Klinik Liestal 2013	Felix Platter-Spital 2012	Felix Platter-Spital 2013	Hirslanden Klinik Aarau 2012	Hirslanden Klinik Aarau 2013	Hirslanden Klinik Birshof 2012	Hirslanden Klinik Birshof 2013	Ita Wegman Klinik Arlesheim 2012	Ita Wegman Klinik Arlesheim 2013	Kantonsspital Aarau 2012	Kantonsspital Aarau 2013	Kantonsspital Baden 2012	Kantonsspital Baden 2013	Kantonsspital Baselland 2012	Kantonsspital Baselland 2013	Klinik Barmelweid 2012	Klinik Barmelweid 2013	Klinik Pallas 2012	Klinik Pallas 2013	Kreisspital für das Freiamt Muri 2012	Kreisspital für das Freiamt Muri 2013	Lukas Klinik 2012	Lukas Klinik 2013	Merian Iselin Klinik 2012	Merian Iselin Klinik 2013
ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe	10							15	14							40	29					84	51	54	51	88	43									44	
ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	10															3	7					33	35			1	2										
ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe	10							1								3	3					104	142														
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	10					39	55									11	21	4	5			69	58														
BEW9	Knochentumore	10							1			1						1					8	2	1	4	2	4								1	4
BEW10	Plexuschirurgie	10	1	3		1	3		1	1	1	1					42	95	3	1			33	14		1	3	7									1	1
DER1.1	Dermatologische Onkologie	10			4	2	7	11	16	7	6	1	3	5			22	9	2	2		2	103	104	6	3	24	21			3	6			29	13	19	7
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	10	1		1	1	1				1	1			1		27	28					143	136	76	82	160	185					1				14	6
GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	10		1		1	4		1	3	10	4	1				22	28					76	86	34	37	52	81										2
GEF3	Gefässchirurgie Carotis	10				1					1		4				13	11	1				45	54	36	30	42	29			1	2					3	
GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe [3]	10															1	4					62	57														
HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome u. akute Leukämien	10								8													29	37														
HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation [2]	10										3											29	100														
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	100															121	116																				
HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	10																																				
KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	10							9	1							70	108					57	72	2			1										
NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	10							5	4						1	10	9					8	18														
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	10																				4	65	63					7	8								
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung	10																					10	9					12	5								
PNE1.3	Cystische Fibrose u. Primäre Pulmonale Hypertor [4]	10																					21	24	2	1	1	4										
THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems	30							18	25							6	8					48	46	3	7	26	27										
URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	10	6	13			18	12	53	45	10	9	14	13			42	42					130	138	25	25	38	34									47	36
URO1.1.2	Radikale Zystektomie	10					1		8	11							13	15					19	22	8	7	13	18									2	1
URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere	10	2	1					26	30	1	1		1			22	22					56	49	26	32	37	44									4	6
VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe	10							30	28		1					6	8					14	15	15	16	16	29					1					
VIS1.2	Grosse Lebereingriffe	10	1			3			10	10	1	2					20	17					22	16	15	14	27	29					2	1				
VIS1.3	Oesophaguschirurgie	10							17	22			1	1			1						14	10	10	13	11	18										
VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	50					1		182	181													69	142	57	29	53	25					70	63				
VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe	10							35	47	7	2					14	17					34	37	33	27	32	28					1	2				

SPLG	SPLG Bezeichnung	MFZ [1]	Privatklinik Obach		Rennbahnklinik		Solothurner Spitäler AG		Spital Zofingen		Universitäts-Kinderspital beider Basel		Universitätsspital Basel		Inselspital Bern		Kinderspital Zürich		Schulthess Klinik		Schweizerisches Epilepsie-Zentrum		Schweizer Paraplegiker-Zentrum		Unikliniik Balgrist		Universitätsspital Zürich	
			2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe	10					10	16		1			128	112	448	311	8	10									439	367
ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	10											18	40	124	169											131	151
ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe	10					4	2	2		1	2	73	69	221	237	1	5									188	165
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	10					115	82	7	3	23	29	53	90	176	150	16	14	147	201			25	19	86	111	56	69
BEW9	Knochentumore	10		1			7	6			13	3	8	15	26	25	3	5	10	4					26	17	3	4
BEW10	Plexuschirurgie	10			2		3	4			1		14	6	19	25	2	1	3	2					14	17	22	21
DER1.1	Dermatologische Onkologie	10	2				10	19	8	1			158	191	145	145	1									1	493	535
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	10					95	87		1	3	3	170	191	259	354	7	3							8	8	208	245
GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	10					25	16	2	1	2		122	119	211	260	28	14							1	2	122	119
GEF3	Gefässchirurgie Carotis	10					12	6	1		1	1	100	86	154	152	2	4									83	98
GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe [3]	10										2	24	31	46	31	7	11									48	72
HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome u. akute Leukämien	10									11	15	42	26	95	114	32	35									141	134
HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation [2]	10		1				1			2	4	28	260	111	117	2	4	1								70	77
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	100											492	440	581	653	1	1									438	415
HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	10													42	47	142	100										
KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	10					2	1					384	411	567	653	144	118									458	404
NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	10					1	2			6	6	17	18	61	81	2	5		1							65	64
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	10					6	4			4	1	10	43	151	138	79	59			605	649			1		19	21
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung	10						1					10	28	4	22	2	1			229	235					13	29
PNE1.3	Cystische Fibrose u. Primäre Pulmonale Hypertor [4]	10						1	1	1	15	24	40	28	83	73	23	30									134	188
THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems	30					13	13					66	62	62	67		1									120	130
URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	10	10	3			22	14					57	49	46	36											109	106
URO1.1.2	Radikale Zystektomie	10					9	9					19	19	88	98	4										42	38
URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere	10	1				36	36	1	1	8	2	58	67	102	100	15	14									62	79
VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe	10					12	15	1			1	23	23	77	75		1									44	31
VIS1.2	Grosse Lebereingriffe	10					9	5	3	4	1		38	27	89	133		1									113	98
VIS1.3	Oesophaguschirurgie	10					2	7					11	12	29	34	5	5									42	59
VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	50					64	68	1				7	28	132	111											128	118
VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe	10		1			22	20	8	4			15	16	20	29	4	5									32	35

Legende

- Spital verfügt über Leistungsauftrag des Standortkantons (ausschliesslich bei Spitälern mit Standort in der Nordwestschweiz)
- Spital verfügt über provisorischen/befristeten Leistungsauftrag des Standortkantons (ausschl. bei Spitälern mit Standort in der Nordwestschweiz)
- Es besteht ein eingeschränkter Leistungsauftrag für die konservative Behandlung älterer Patienten, deshalb werden keine MFZ vorgegeben.
- 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.

Falllzahl 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 NORDWESTSCHWEIZER LISTENSPITÄLER 2012 UND 2013

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 vereinzelten 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 Nordwestschweizer Wohnbevölkerung in tabellarischer Form ausgewiesen. Aus den Tabellen kann entnommen werden, wie schnell die Nordwestschweizer 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 Nordwestschweizer 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 Fallzahlen[59] eingeschätzt werden kann.

---

[59] Noch adäquater wäre die Berücksichtigung der Kapazitäten (Betten, Fachpersonal) in den betreffenden Leis-

Wie bereits in Kapitel B.3.3 erwähnt, existieren in Bezug auf die Erreichbarkeit weder wissenschaftlich 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+.[60] 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.

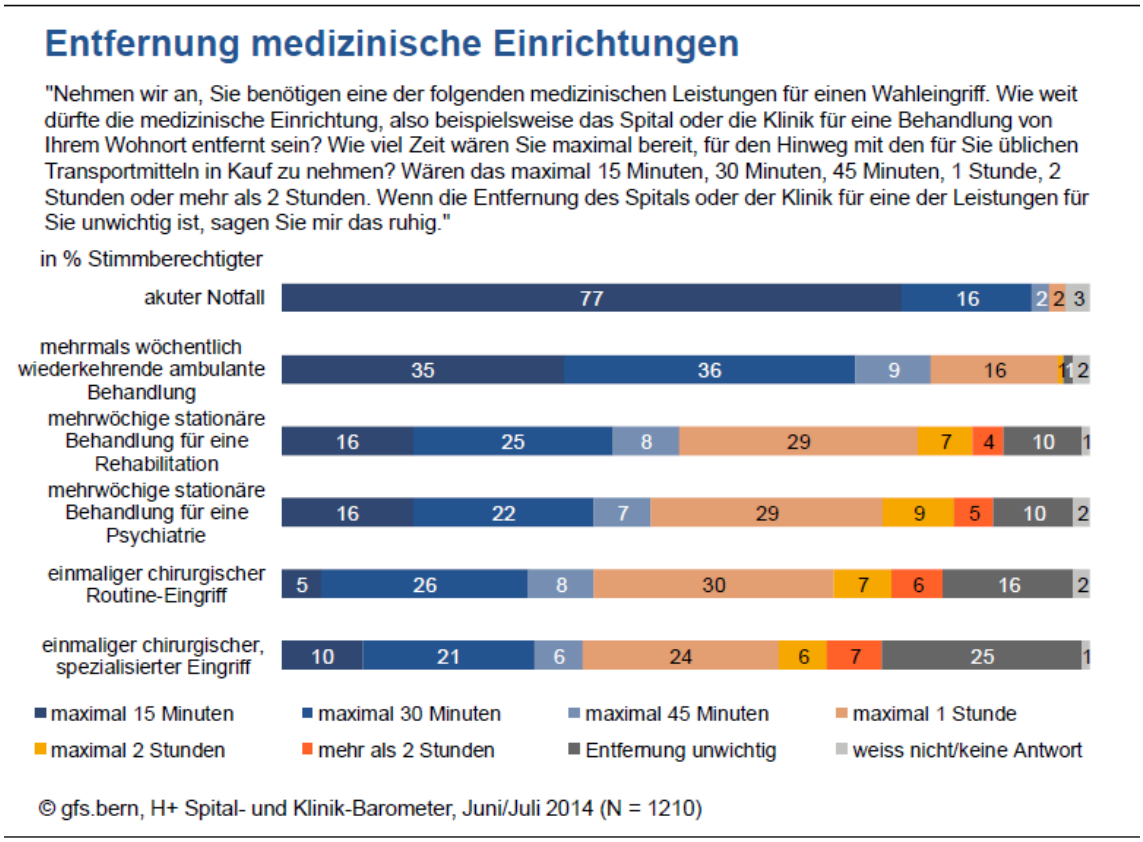


ABBILDUNG 31: EINSTELLUNGEN ZUR DISTANZ MEDIZINISCHER EINRICHTUNGEN (GFS.BERN)

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.[61]

tungsgruppen. Weil diese Information nicht ohne weiteres zur Verfügung steht, sei hier auf die Fallzahlen verwiesen.

60 Vgl. Longchamp et al. (2014).

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

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 jene in der Nordwestschweiz jeweils einzeln abgebildet.

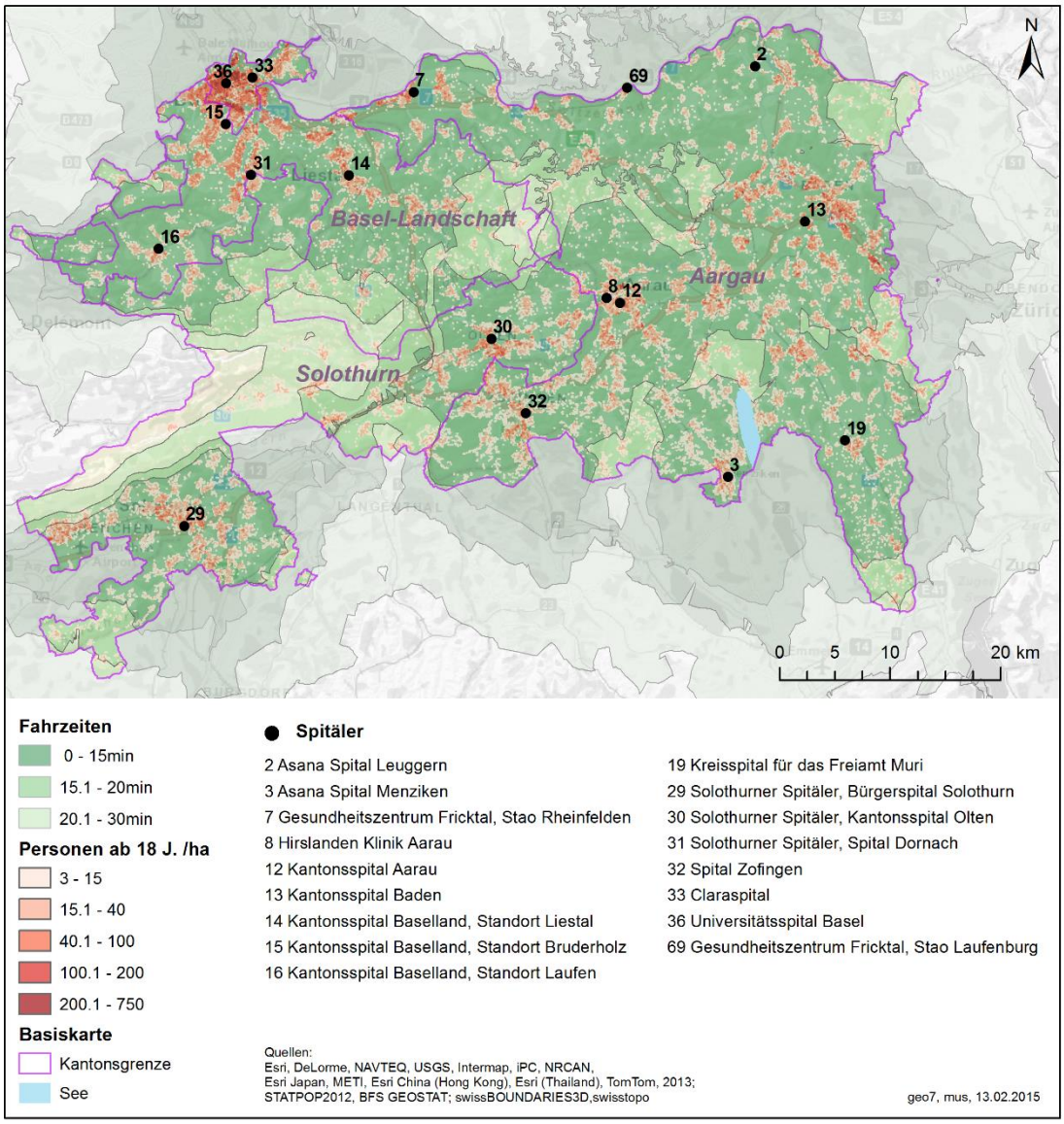


ABBILDUNG 32: ERREICHBARKEIT NOTFALLVERSORGUNG NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

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)[62] 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 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.

[62] Vgl. http://www.ivr-ias.ch/cms/upload/imgfile1513.pdf.

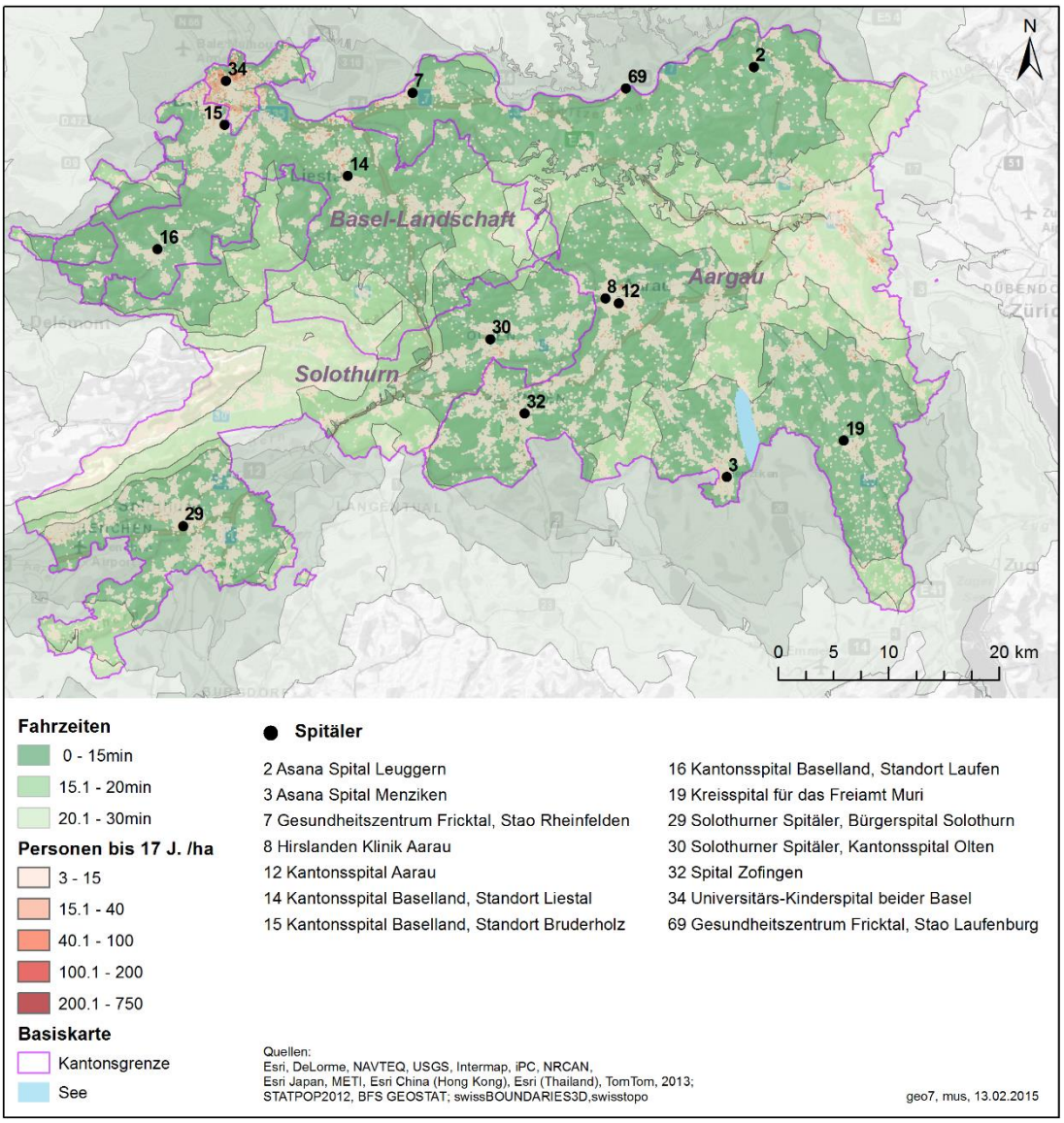


ABBILDUNG 33: ERREICHBARKEIT KINDERMEDIZIN (BASIS) NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

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.[63] 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.

[63] 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.

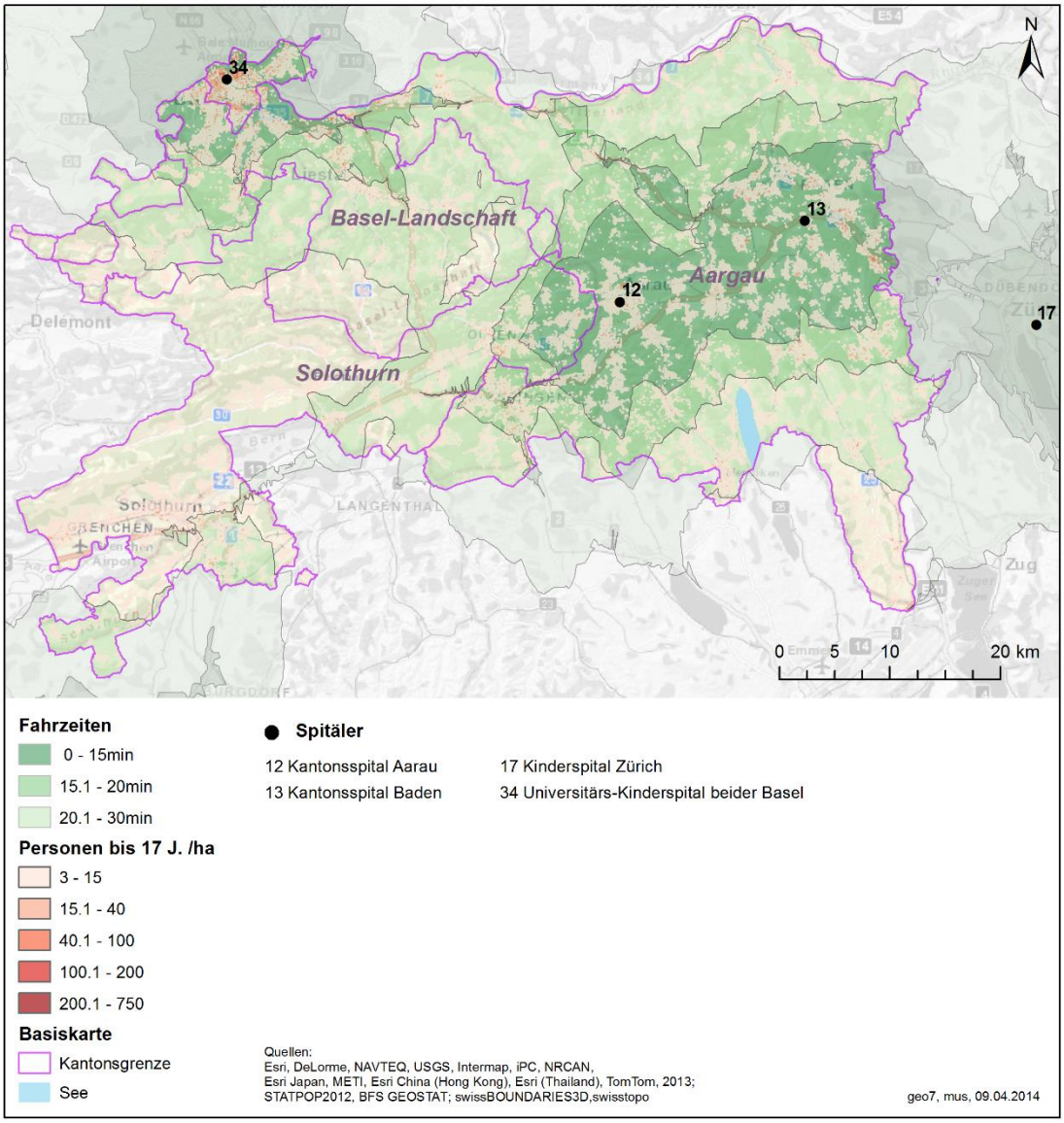


ABBILDUNG 34: ERREICHBARKEIT KINDERMEDIZIN (SPEZIALISIERT) NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

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 Inselspital Bern auf dem gewählten Kartenausschnitt nicht sichtbar ist, wurde es im Rahmen der Erreichbarkeitsanalyse berücksichtigt. Dies ist darum relevant, als das Inselspital Bern für die Region um Solothurn und Grenchen das nächstgelegene Angebot der pädiatrischen Spezialversorgung gemäss der Nordwestschweizer Spitallisten 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 Akutgeriatrie. Auf der Angebotsseite werden dabei alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag als akutgeriatrisches 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 akutgeriatrisches Kompetenzzentrum ist an spezifische Anforderungen geknüpft, die insbesondere auf eine multidisziplinäre Betreuung und die Reintegration der Patienten in das eigene soziale Umfeld abzielen.[64] Auf der Nachfrageseite wird ausschliesslich die Nordwestschweizer Wohnbevölkerung im Alter ab 65 Jahren berücksichtigt.

Akutgeriaterie (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

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

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.

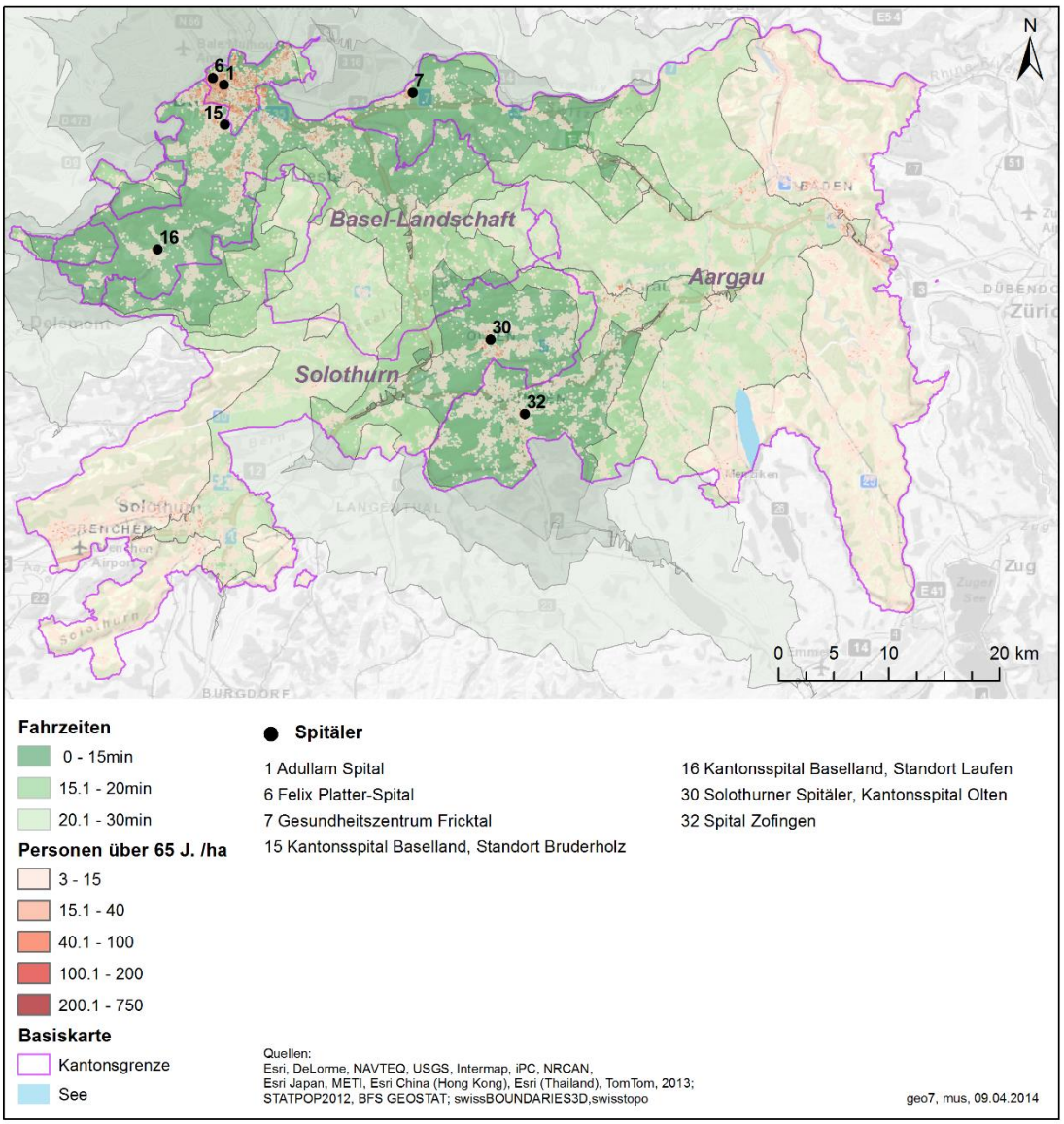


ABBILDUNG 35: ERREICHBARKEIT GERIATRIE NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

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-/Kreislauferkrankungen

Tabelle 30 zeigt die Erreichbarkeit der Angebote im Bereich der Herz-/Kreislauferkrankungen. 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/Kreislauferkrankungen (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.

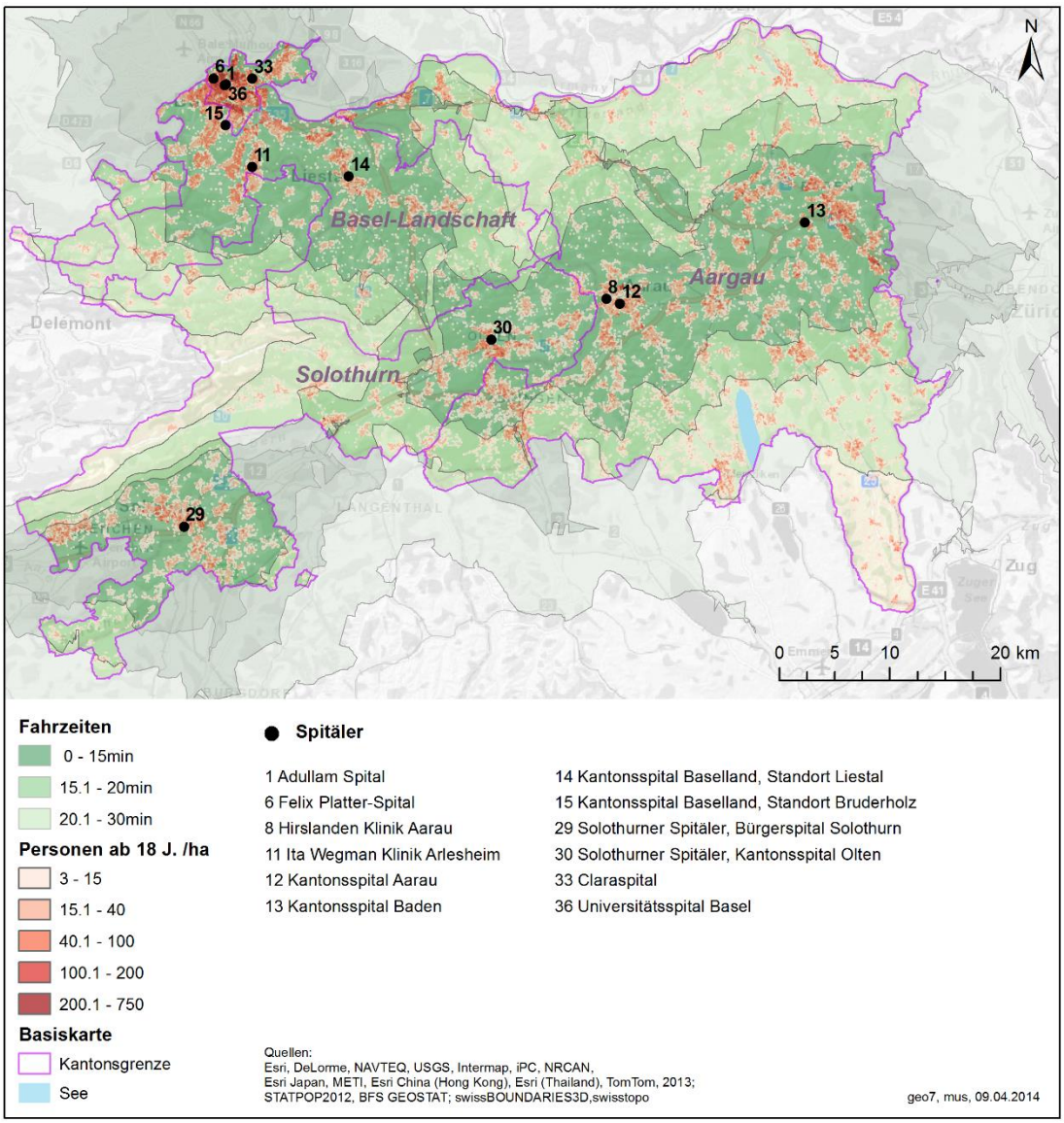


ABBILDUNG 36: ERREICHBARKEIT HERZ-/KREISLAUFERKRANKUNGEN NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

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.

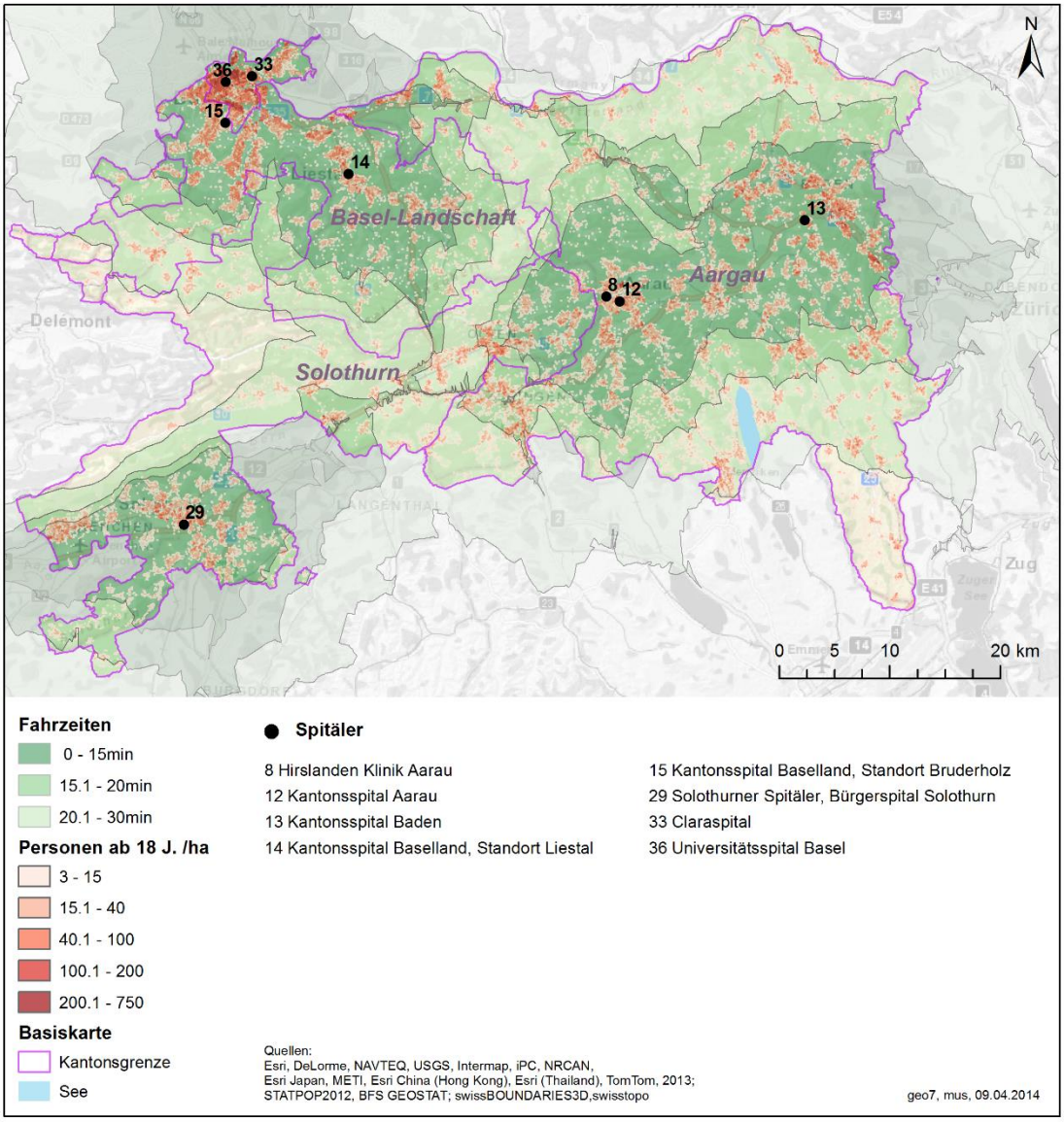


ABBILDUNG 37: ERREICHBARKEIT INTERVENTIONELLE KARDIOLOGIE NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

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.[65] 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 aller Spitäler mit Leistungsauftrag in der Leistungsgruppe *Kardiologie (inkl. Schrittmacher)* dargelegt. 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 (Koronarein-griffe)	Interventionelle Kardiologie (Spezialein-griffe)	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

[65] Vgl. Frick et al. (2013).

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.[66] Bereits aus Tabelle 25 in Kapitel B.4.1 wird ersichtlich, dass verschiedene Spitäler die Mindestfallzahl innerhalb der Leistungsgruppe Interventionelle 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

[66] Vgl. die Mindestfallzahlen in Tabelle 25. Zu beachten ist, dass sich die Zählweise in Tabelle 25 von jener in Tabelle 32 unterscheidet. Bei der Mindestfallzahlanalyse in Tabelle 25 können Fälle in mehreren SPLG als „mindestfall-relevant“ gezählt werden. Infolgedessen können sich die Fallzahlen pro Spital in den einzelnen Leistungsgruppen unterscheiden.

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.

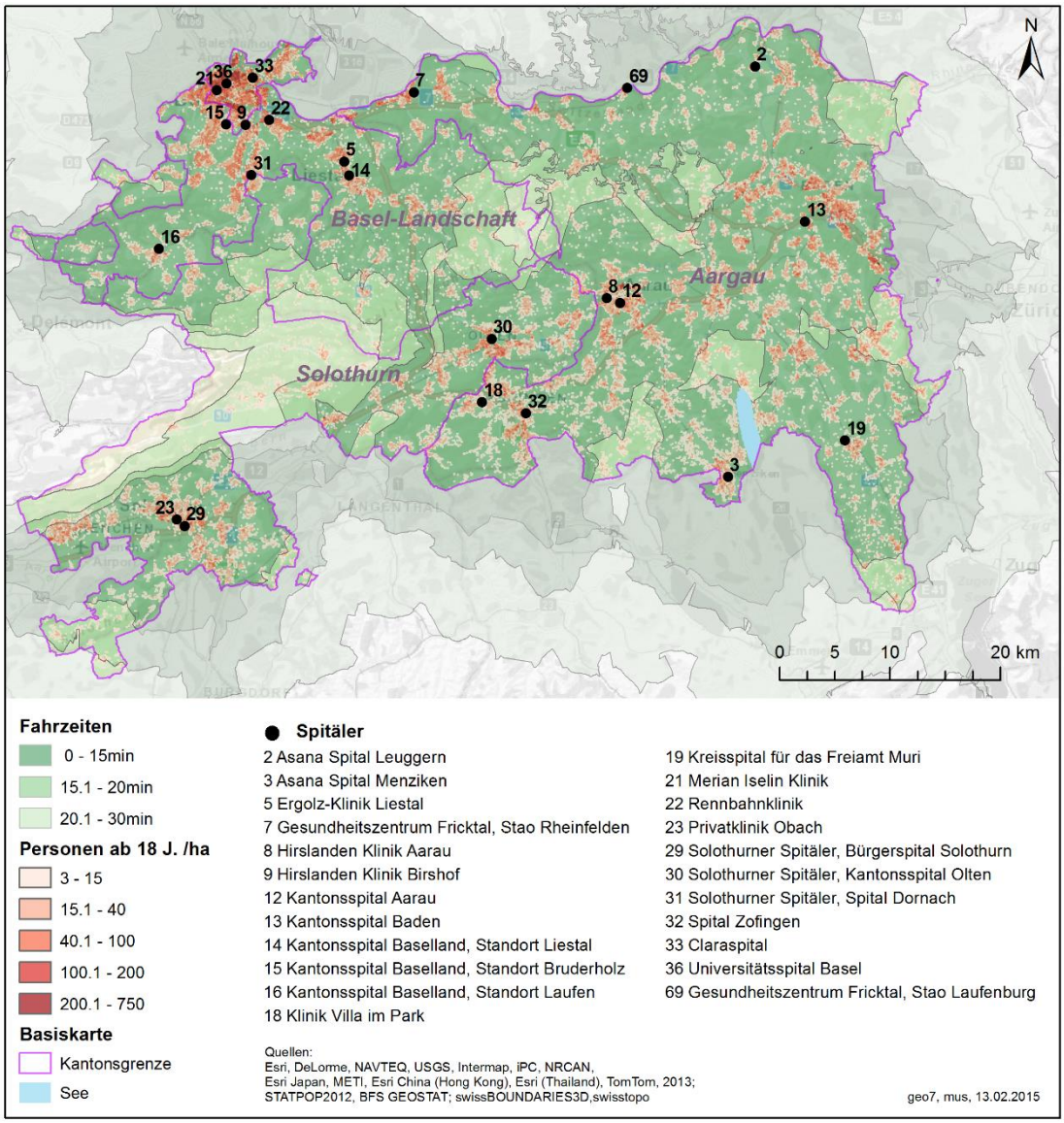


ABBILDUNG 38: ERREICHBARKEIT ORTHOPÄDIE NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

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 nebst 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.

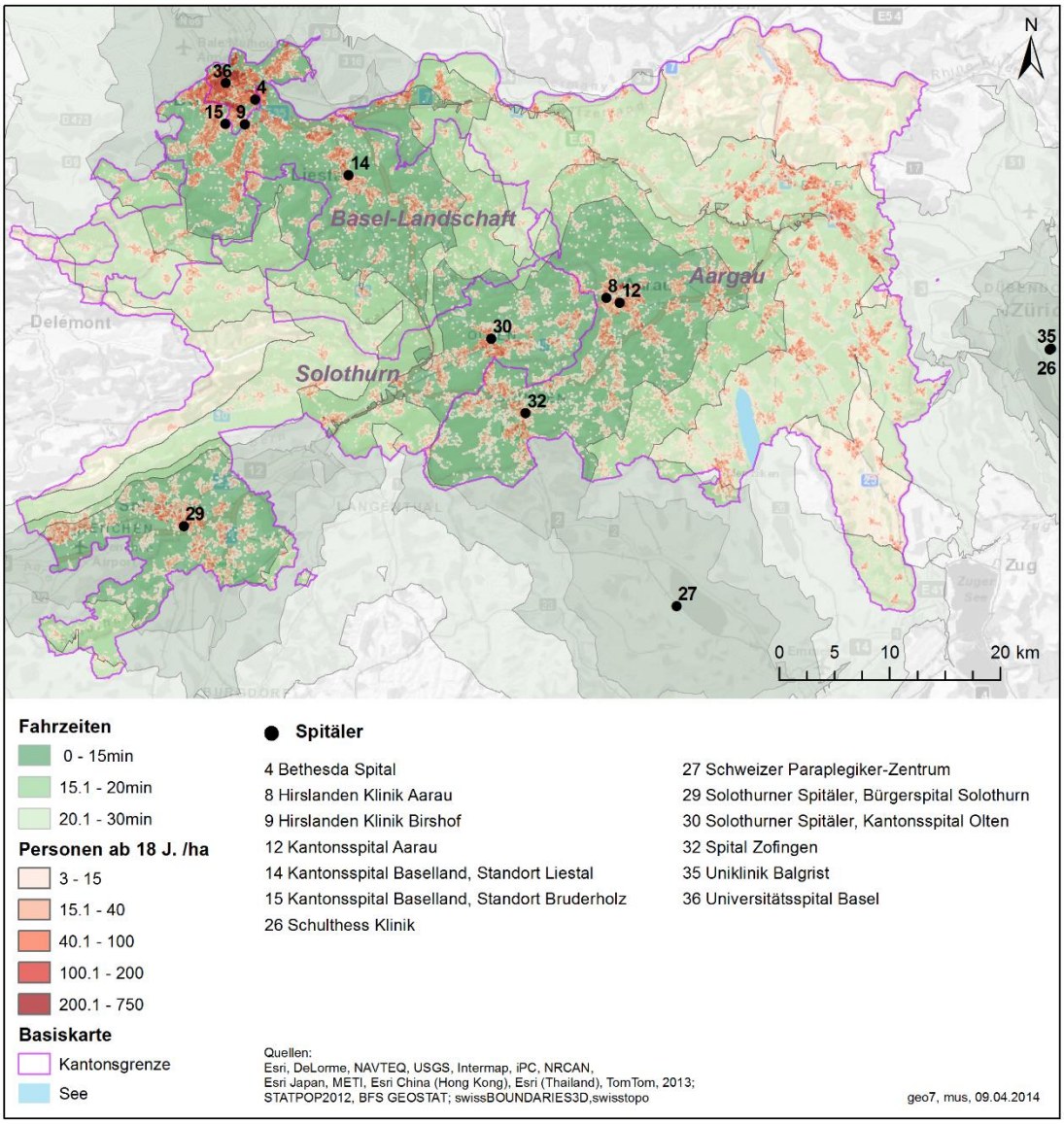


ABBILDUNG 39: ERREICHBARKEIT WIRBELSÄULENCHIRURGIE NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

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.[67]

Die farblich hinterlegten Felder weisen jeweils daraufhin, in welchen Leistungsgruppen die entsprechenden Spitäler gemäss der per 1.1.2012 geltenden Spitallisten 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**

67 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 (vgl. Tabelle 25. 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**
	2013	1'467	217	423	35	551	307	758	11	**3'769**
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.[68] 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.[69] Es handelt sich dabei nicht um einen neuartigen Ansatz. Die Analyse von

[68] Vgl. dazu u.a. Cassel und Wilke (2001, S.332).
[69] Vgl. dazu u.a. Guggisberg und Spycher (2005).

Variationen der Hospitalisationsraten wird häufig verwendet, um auffällige Nachfragemuster zu 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 Spitallisten ebenfalls auf den SPLG beruhen.[70]

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.

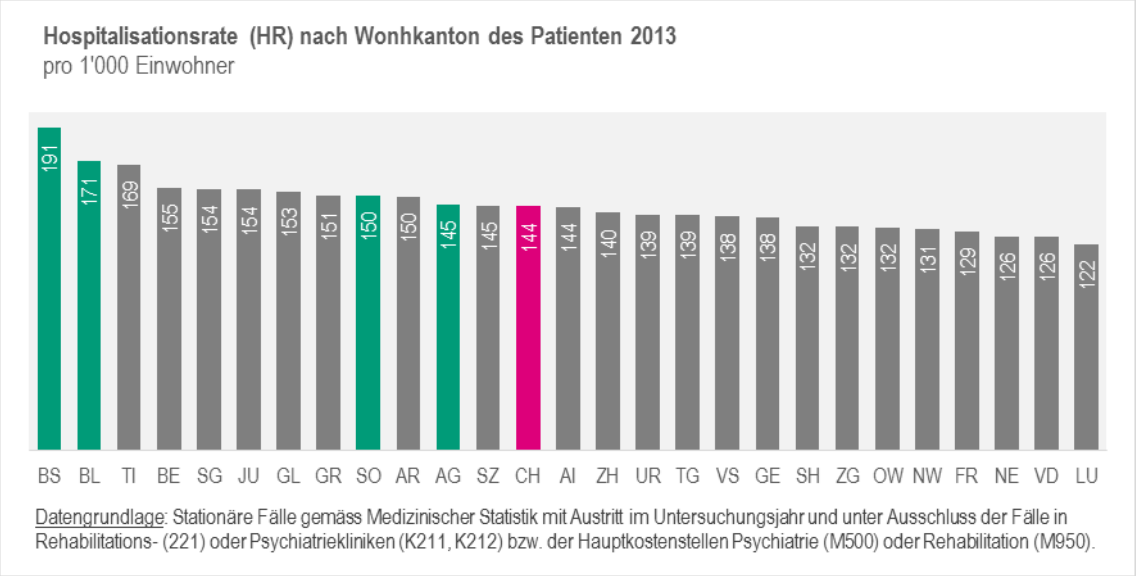


ABBILDUNG 40: HOSPITALISATIONSRATEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2013

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.[71] Infolgedessen sei in **Abbildung 41** die analoge Auswertung – inklusive der spitalspezifischen Abgrenzungen für die Nordwestschweizer Spitäler – dargestellt. Es wird

[70] Für eine Beschreibung des methodischen Vorgehens vgl. Methodenbericht.

[71] 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.

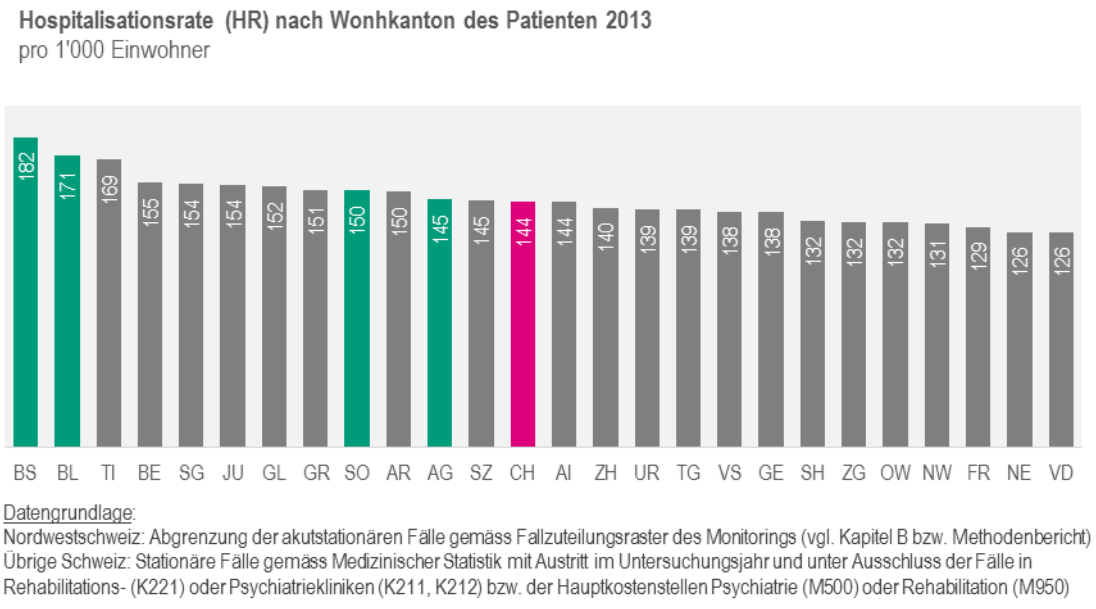


ABBILDUNG 41: HOSPITALISATIONSRATEN NACH WOHNKANTON DER PATIENTEN 2013 (INKL. SPITALSPEZ. ABGRENZUNGEN)

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 in 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 tatsächlicher (tR) und erwarteter Hospitalisationsrate (eR) 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.

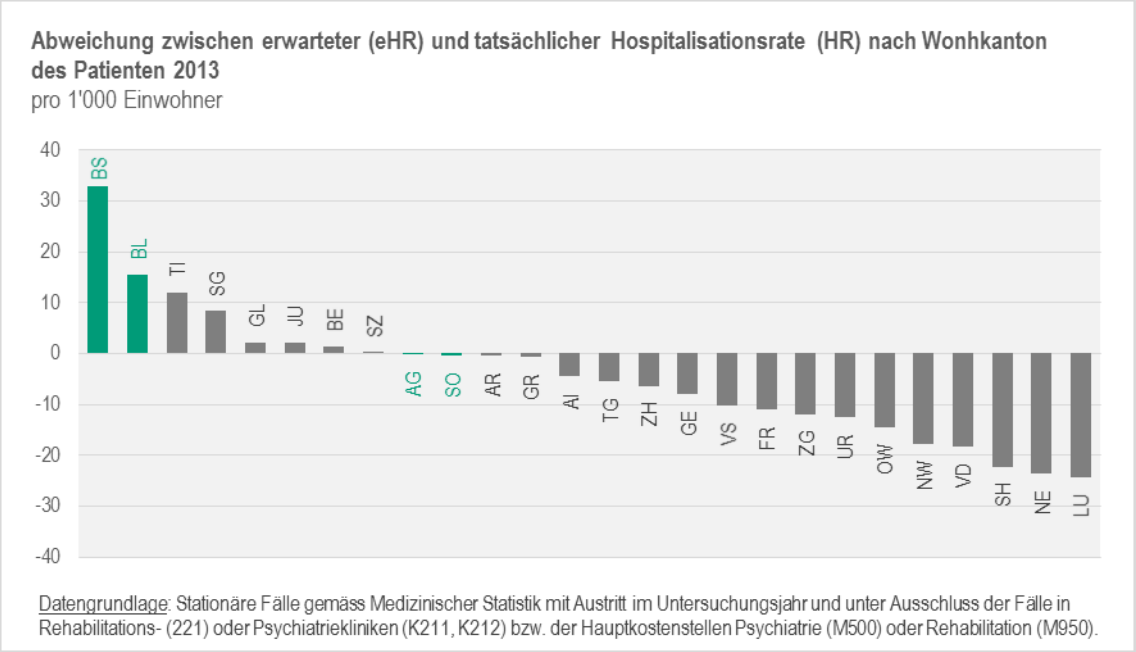


ABBILDUNG 42: ABWEICHUNGEN ZWISCHEN TATSÄCHLICHER UND ERWARTETER HR NACH WOHNKANTON 2013

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 in der Nordwestschweiz, 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 (die untersten sieben 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 (HR) nach Leistungsgruppen (SPLG), 2013

		Nordwestschweiz					CH	
SPLG		Fälle	HR 2013		Abweichung		Referenzwerte	
Code	Bezeichnung	Anz.	tR	eR	abs.	standard.	$Q_{0.25}$	$Q_{0.75}$
ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)	1'041	0.8	0.7	0.02	0.39	-0.62	0.59
AUG1.6	Katarakt	743	0.5	0.8	-0.21	-0.39	-0.95	0.72
BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat	6'798	5.0	4.5	0.45	0.73	-0.82	0.84
BEW2	Orthopädie	1'837	1.3	1.3	0.08	0.30	-0.79	0.55
BEW3	Handchirurgie	1'535	1.1	1.1	0.05	0.31	-0.90	0.91
BEW5	Arthroskopie des Knies	6'795	5.0	4.2	0.75	0.55	-0.90	0.92
BEW6	Rekonstruktion obere Extremität	3'491	2.6	2.5	0.04	-0.03	-0.60	0.65
BEW7	Rekonstruktion untere Extremität	6'986	5.1	5.1	0.03	0.05	-0.60	0.76
BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	3'768	2.8	2.9	-0.19	-0.25	-0.57	0.47
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	433	0.3	0.4	-0.04	-0.06	-0.71	0.39
BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	86'368	63.2	60.0	3.28	0.65	-0.59	0.36
DER2	Wundpatienten	740	0.5	0.5	0.03	0.43	-0.61	0.52
END1	Endokrinologie	646	0.5	0.5	-0.02	-0.03	-0.36	0.28
GAE1	Gastroenterologie	5'171	3.8	3.5	0.24	0.34	-0.72	0.84
GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie	827	0.6	0.6	-0.04	-0.24	-0.87	0.55
GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)	15'165	11.1	11.7	-0.55	-0.47	-0.52	0.31
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	581	0.4	0.4	0.02	0.41	-0.71	0.78
GYN1	Gynäkologie	4'940	3.6	3.3	0.33	0.70	-0.76	0.59
GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma	1'646	1.2	1.2	-0.01	0.09	-0.51	0.60
HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien	1'235	0.9	0.9	0.05	0.43	-0.57	0.68
HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)	514	0.4	0.4	-0.06	-0.36	-0.82	0.66
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	684	0.5	0.5	0.02	0.62	-0.44	0.66
HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	3'462	2.5	3.1	-0.58	-0.38	-0.60	0.15
HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie	1'103	0.8	0.7	0.14	0.94	-0.59	0.54
HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	2'159	1.6	1.3	0.33	0.62	-0.65	0.51
HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	652	0.5	0.5	-0.03	0.00	-0.41	0.28
KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	858	0.6	0.5	0.10	0.85	-0.68	0.49
KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	5'786	4.2	3.7	0.50	1.17	-0.82	0.70
KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	720	0.5	0.5	0.06	0.79	-0.54	0.52
KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	336	0.2	0.2	0.05	0.60	-0.48	0.34
NCH1	Neurochirurgie	744	0.5	0.5	0.00	0.25	-0.67	0.33
NEO1	Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und >= 2000g)	12'173	8.9	8.2	0.69	0.57	-0.33	0.68
NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	719	0.5	0.6	-0.10	-0.16	-0.60	0.21
NEU1	Neurologie	1'411	1.0	0.8	0.21	0.90	-0.72	0.30
NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)	3'200	2.3	2.1	0.25	0.83	-0.82	0.61
ONK1	Onkologie	1'574	1.2	0.9	0.21	0.66	-0.68	0.53
PNE1	Pneumologie	3'546	2.6	2.3	0.34	0.93	-0.82	0.34
RAO1	Radio-Onkologie	686	0.5	0.4	0.07	0.84	-0.60	0.64
RHE1	Rheumatologie	1'029	0.8	0.8	-0.02	0.21	-0.70	0.68
URO1	Urologie ohne Schwerpunktstitel Operative	8'112	5.9	5.5	0.44	0.82	-0.62	0.53
URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstitel Operative Urologie	895	0.7	0.7	0.00	0.21	-0.77	0.70
VIS1	Viszeralchirurgie	2'049	1.5	1.3	0.15	1.04	-0.55	0.58

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

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

TABELLE 36: HOSPITALISATIONSRATEN (TR, ER), ABWEICHUNG UND REFERENZWERTE NACH SPLG 2013

In **Abbildung 43** sind die standardisierten Abweichungen pro SPLG für die Nordwestschweiz 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.[72] Im Bereich des grünen Balkens befinden sich 50% der Schweizer Kantone, ober- und unterhalb jeweils 25%.

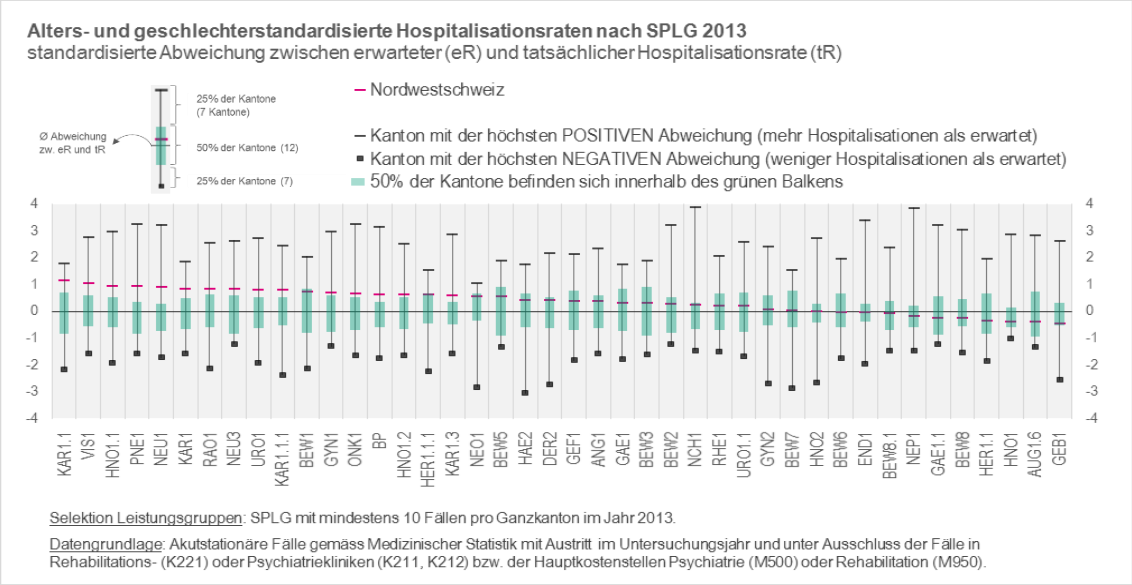


ABBILDUNG 43: ALTERS- UND GESCHLECHTERSTANDARDISIERTE ABWEICHUNGEN ZWISCHEN TR UND ER NACH SPLG 2013

Aus Tabelle 20 und Abbildung 32 wird ersichtlich, dass für die Nordwestschweizer Bevölkerung im Jahr 2013 in den nachfolgenden 15 SPLG eine auffällig hohe Hospitalisationsrate festzustellen ist:[73]

- Basispaket Chirurgie und Innere Medizin (BP)
- Gynäkologie (GYN1)
- Hals- und Gesichtschirurgie (HNO1.1)
- Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen (HNO1.2)
- Kardiologie (inkl. Schrittmacher) (KAR1)
- Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) (KAR1.1)
- Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe) (KAR1.1.1)
- Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT) (KAR1.3)
- Neurologie (NEU1)
- Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit) (NEU3)
- Onkologie (ONK1)
- Pneumologie (PNE1)
- Radio-Onkologie (RAO1)

---

72 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.

73 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 Nordwestschweizer Wohnbevölkerung in keiner der untersuchten SPLG auszumachen. Insgesamt sind für die Nordwestschweizer Wohnbevölkerung demzufolge vergleichsweise eher höhere Hospitalisationsraten feststellbar.

4.3.2 Interpretation

Aus dem nationalen Vergleich der Hospitalisationsraten lassen sich diverse SPLG ermitteln, innerhalb welcher für die Nordwestschweizer 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. Dies insbesondere dann, wenn 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.[74] Dies erfolgt 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 Nordwestschweizer 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 dieser wird zu prüfen sein, inwiefern die überdurchschnittlichen Hospitalisationsraten infolge spezifischer regionaler bzw. 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 Nordwestschweizer Spitälern steigt von 202‘702 Fällen im Jahr 2011 auf 212‘387 im Jahr 2013. Dies entspricht einer kontinuierlichen Zunahme von durchschnittlich 2.4% pro Jahr. Der Anteil der Nordwestschweizer Patienten bleibt im selben Zeitraum konstant und beläuft sich im Jahr 2013 auf 91.2%. Analog zum Angebot ist ebenso ein Anstieg der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Nordwestschweizer Wohnbevölkerung identifizierbar. Im Jahr 2011 verzeichnet die Medizinische Statistik des BFS 202‘696 Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz, im Jahr 2013 sind es 213‘665. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von +2.6%.

---

[74] Ausgenommen die SPLG mit zu geringen Fallzahlen pro Kanton.

Insofern für den Effekt aufgrund der Fallzusammenführungen korrigiert wird, kann sowohl hinsichtlich des Angebots als auch in Bezug auf die Nachfrage ein kontinuierlicher Anstieg beobachtet werden. Berücksichtigt man zusätzlich die Daten zum Jahr 2008 aus dem Versorgungsbericht, scheint sich das Ausmass des jährlichen Anstiegs der Fallzahlen tendenziell zu vergrössern. Der durchschnittliche jährliche Anstieg zwischen 2011 und 2013 beläuft sich auf +1.9% für das Angebot und +2.0% für die Inanspruchnahme, währenddessen für den Zeitraum zwischen 2008 und 2011 ein durchschnittlicher jährlicher Anstieg von +1.4% für das Angebot und +1.3% für die Inanspruchnahme auszumachen sind. Es wird sich mit den Daten der Folgejahre erweisen müssen, inwiefern sich diese Tendenz bestätigen lässt.

Der Anstieg der Fallzahlen lässt sich teilweise anhand der Bevölkerungszahlen erklären. Zwischen 2011 und 2013 stieg die Wohnbevölkerung der Nordwestschweiz jährlich durchschnittlich um +0.9%. 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 Nordwestschweizer Patienten reduzierte sich innerhalb des Untersuchungszeitraums von 5.7 Tagen im Jahr 2011 auf 5.4 Tage im Jahr 2013. Diese Entwicklung ist kohärent mit rückläufigen Trend, der bereits seit vielen Jahren auch im internationalen Vergleich festzustellen ist.

5.2 Verschiebung innerhalb der Leistungserbringer

Aus den Veränderungen der Marktanteile wird ersichtlich, dass insbesondere für die Kantonsspitäler ein Rückgang bzgl. ihres relativen Marktanteils zu verzeichnen ist, währenddessen vor allem bei den Privatspitälern bzw. den kleineren, spezialisierten Leistungserbringern ein Zunahme des relativen Marktanteils feststellbar ist. Ausgehend davon liegt der Schluss nahe, dass sich innerhalb der Periode zwischen 2011 und 2013 eine Tendenz von den Kantonsspitälern 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 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).

5.3 Analyse der Leistungen nach Leistungsbereichen

Der grösste Teil der Hospitalisationen Nordwestschweizer Patienten erfolgt gemäss SPLG-Systematik innerhalb des Basispakets, im Jahr 2011 sind es 42.7% im Jahr 2013 39.7%. 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 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 (15.0% im Jahr 2013). Darauf folgen die Leistungsbereiche *Geburtshilfe* (7.2%), *Neugeborene* (6.0%), *Urologie* (4.7%) sowie *Herz* (4.4%).

5.4 Nordwestschweiz ein geschlossenes Versorgungssystem

Im Jahr 2013 beziehen sich 91.7% der Hospitalisationen in der Nordwestschweiz auf Patienten aus der Nordwestschweiz. Lediglich 8.3% sind auf Patienten aus anderen Kantonen zurückzuführen. Dieser Anteil ist auch über die Jahre hinweg stabil. Dir grösste Gruppe zugewanderter Patienten stammt aus dem Ausland mit 2.9% der Hospitalisationen in Nordwestschweizer Spitälern im Jahr 2013. Darauf folgen Patienten aus den Kantonen Bern (1.5%) und Luzern (1.1%).

Aus Nachfrageperspektive zeichnet sich ein ähnliches Bild. Im Jahr 2013 erfolgten 91.2% der Hospitalisationen zugunsten von Patienten aus der Nordwestschweiz in Spitälern der Nordwestschweiz. Dieser Anteil ist über die Jahre hinweg weitgehend stabil. Nur gerade 8.8% der akutstationären Hospitalisationen Nordwestschweizer Patienten erfolgten im Jahr 2013 in anderen Kantonen. Der grösste Anteil ausserregionaler Leistungen ist auf Hospitalisationen in den Kantonen Zürich und Bern zurückzuführen.

Innerhalb der einzelnen Kantone stellt man tendenziell einen Anstieg der ausserkantonalen Hospitalisationen fest.[75] Weil sich die Zunahme ausserkantonaler 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 ausserkantonalen 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 ausserkantonalen 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.

Betrachtet man die Nettowanderung (Zuwanderung minus Abwanderung) nach Leistungsbereichen für das Jahr 2013, so ist die grösste Nettoabwanderung im Leistungsbereich *Herz* zu beobachten mit -761 Fällen. Ferner zeichnen sich ebenfalls das *Basispaket* (-336 im Jahr 2013) und die Leistungsbereiche *Hals-Nasen-Ohren* (-335), und *Viszeralchirurgie* (-254) durch eine hohe Nettoabwanderung aus. Im Bereich *Hals-Nasen-Ohren* ist eine beträchtliche Zunahme der Nettoabwanderung von 2011 (-90 Fälle) zum Jahr 2013 (-335) festzustellen. Eine beträchtliche Nettozuwanderung ist in den Bereichen *Bewegungsapparat chirurgisch* (+469) und in der *Radio-Onkologie* bemerkbar (+421).

---

[75] Vgl. Berichte zum Monitoring auf Ebene der einzelnen Kantone.

5.5 Motive ausserkantonaler Hospitalisationen

Die Nordwestschweizer Patienten, die ausserregional hospitalisiert werden, weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Liegeklasse HP/P auf, im Jahr 2011 beläuft sich dieser auf 36.8%. Zum Jahr 2013 hin ist eine Angleichungstendenz feststellbar, wobei der Anteil HP/P bei ausserregionalen Hospitalisationen mit 32.7% noch immer deutlich höher ist als bei den innerregionalen Hospitalisationen von Nordwestschweizer 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 Abschnitt 5.2 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 der Region nördlich des Juras lassen sich kaum Patienten ausserhalb der Nordwestschweiz behandeln, was angesichts der geografischen Lage nachvollziehbar ist. Die höchsten Raten finden sich in den Grenzregionen der Kantone Aargau und Solothurn, wobei sich die Aargauer Patienten insbesondere nach Zürich orientieren und die Solothurner Patienten nach Bern. Schliesslich ist auch der durchschnittliche Schweregrad (CMI) bei ausserregionalen Hospitalisationen höher – oder mit anderen Worten ausgedrückt – bei den Nordwestschweizer Patienten, die sich in Spitälern ausserhalb der Nordwestschweiz behandeln lassen, handelt es sich eher um schwerere bzw. komplexere Fälle.

5.6 Handlungsbedarf für konkrete Indikatoren zur Versorgungslage

Um eine besseres Bild hinsichtlich der akutstationären Versorgung in der Nordwestschweiz 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 vereinzelten 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 Spitallisten.

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	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%	
Herz- /Kreislauferkrankungen	**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 Nordwestschweizer Bevölkerung ist im Jahr 2013 in den nachfolgenden 15 SPLG eine auffällig hohe Hospitalisationsrate festzustellen:[76]

- Basispaket Chirurgie und Innere Medizin (BP)
- Gynäkologie (GYN1)
- Hals- und Gesichtschirurgie (HNO1.1)
- Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen (HNO1.2)
- Kardiologie (inkl. Schrittmacher) (KAR1)
- Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) (KAR1.1)
- Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe) (KAR1.1.1)
- Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT) (KAR1.3)
- Neurologie (NEU1)
- Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit) (NEU3)
- Onkologie (ONK1)
- Pneumologie (PNE1)
- Radio-Onkologie (RAO1)
- Urologie ohne Schwerpunktstitel Operative Urologie (URO1)
- Viszeralchirurgie (VIS1).

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 regionaler bzw. kantonaler 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.

---

[76] 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. Psychiatrie

Die Auswertungen im vorliegenden Kapitel zur stationären psychiatrischen Versorgung basieren hauptsächlich auf einer eigens für das Monitoring der Patientenströme durchgeführten Erhebung.[77] Im Rahmen dieser Erhebung wurden sämtliche Spitäler[78] 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.

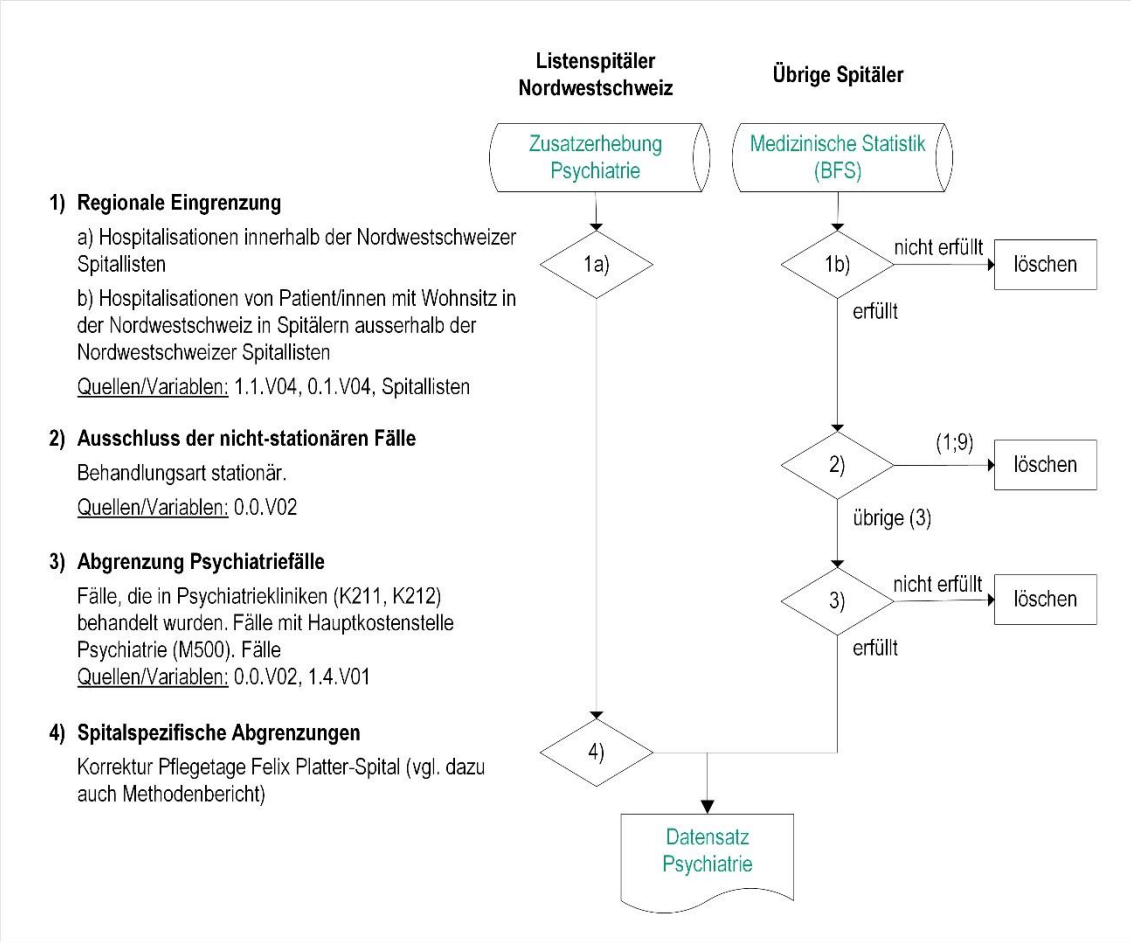


ABBILDUNG 44: GENERIERUNG DES DATENSATZES PSYCHIATRIE

Nachfolgend werden Angebot, Nachfrage, Patientenströme sowie die Erreichbarkeit der Notfallversorgung hinsichtlich der stationären, psychiatrischen Versorgung in der Nordwestschweiz für die Jahre 2011 bis 2013 beschrieben.[79]

---

[77] Vgl. Methodenbericht zum Monitoring.

[78] 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.

[79] Nicht eingeschlossen sind die ambulanten Versorgungsangebote der Psychiatrie (vgl. Kapitel E).

1 Angebot

Im vorliegenden Kapitel zum Angebot der stationären psychiatrischen Versorgung liegt der Fokus auf den Leistungserbringern, d.h. auf den Spitälern der Nordwestschweizer Spitallisten. **Abbildung 45** zeigt die bei Spitälern mit Standort in der Nordwestschweiz 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.

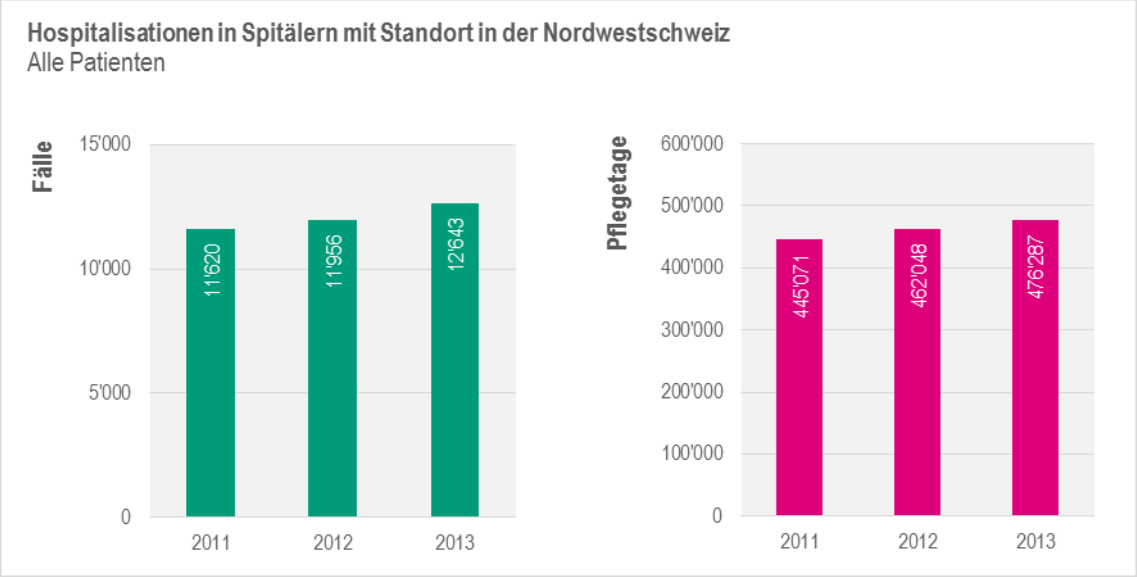


ABBILDUNG 45: ANGEBOT PSYCHIATRIE – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

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 11‘620 Fälle in Nordwestschweizer Spitälern hospitalisiert, im Jahr 2013 waren es 12‘643 Fälle. Diese Entwicklung widerspiegelt sich ebenfalls in den geleisteten Pflegetagen, die von 445‘071 im Jahr 2011 auf 476‘287 im Jahr 2013 anstiegen.

In **Tabelle 38** werden die psychiatrischen Hospitalisationen in Nordwestschweizer und ausserregionalen 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 38 den Marktanteil pro Spital (MA_{NWCH}). Der Marktanteil berechnet sich aus dem prozentualen Anteil des jeweiligen Spitals an sämtlichen für Nordwestschweizer Patienten geleisteten Pflegetagen. Der Marktanteil wird ebenfalls für die Kategorie *übrige Spitäler* ausgewiesen. In dieser Kategorie sind sämtliche Leistungserbringer zusammengefasst, die auf keiner der Nordwestschweizer Spitallisten aufgeführt sind.

Nordwestschweiz	2011			2012			2013		
	Fälle	PT	MANWCH	Fälle	PT	MANWCH	Fälle	PT	MANWCH
	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%
Listenspitäler NWCH	**11'620**	**445'071**	**85.6%**	**11'956**	**462'048**	**83.6%**	**12'643**	**476'287**	**85.1%**
Psychiatrische Dienste Aargau	2'472	112'452	23.0%	2'774	115'750	22.2%	3'020	120'139	22.5%
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	3'045	102'932	19.9%	3'001	103'171	18.8%	3'141	113'038	20.4%
Psychiatrie Baselland	1'707	67'566	14.0%	1'816	77'057	15.1%	1'899	72'917	14.1%
Solothurner Spitäler AG	2'037	53'973	10.9%	1'781	51'230	9.6%	1'866	48'929	9.1%
Klinik Schützen Rheinfelden	672	30'598	4.5%	713	32'786	4.7%	729	32'627	4.7%
Klink Sonnenhalde	451	22'834	4.1%	501	23'412	4.1%	492	23'791	4.1%
Klinik Barmelweid	351	15'392	3.0%	395	15'878	2.9%	480	21'091	3.8%
Klinik Im Hasel	106	15'886	2.2%	146	16'807	2.4%	189	17'148	2.2%
Ita Wegman Klinik Arlesheim	254	9'541	1.4%	271	10'815	1.2%	280	11'419	1.5%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	133	4'538	0.9%	133	4'568	0.9%	146	4'843	0.9%
Klinik ESTA	125	4'676	1.0%	142	4'145	0.8%	134	4'326	0.8%
Klinik für Suchtmedizin	120	2'250	0.4%	142	4'037	0.6%	139	3'767	0.6%
Felix Platter-Spital	98	1'680	0.3%	93	1'560	0.3%	89	1'558	0.3%
Klinik für Schlafmedizin Bad Zurzach	49	753	0.0%	48	832	0.1%	39	694	0.0%
Ausserregionale Listenspitäler	**2'743**	**125'205**	**2.6%**	**2'815**	**129'773**	**2.8%**	**2'755**	**129'372**	**2.4%**
Klinik Südhang	337	21'336	1.2%	342	21'422	1.4%	356	21'832	1.5%
Luzerner Psychiatrie	2'406	103'869	1.4%	2'473	108'351	1.4%	2'399	107'540	0.9%
Übrige Spitäler			**11.8%**			**13.6%**			**12.4%**
			100.0%			**100.0%**			**100.0%**

TABELLE 38: ANGEBOT PSYCHIATRIE – FÄLLE, PFLEGETAGE UND MARKTANTEILE PRO SPITAL 2011-13

Gemäss Tabelle 38 verfügen die Psychiatrischen Dienste Aargau den höchsten Marktanteil mit 22.5% der Pflegetage zugunsten von Nordwestschweizer Patienten. Die grössten Fallzahlen sind jedoch bei den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel mit 3‘141 im Jahr 2013 festzustellen. Ausser den bereits genannten Leistungserbringern verzeichnen noch die Psychiatrie Baselland sowie die Solothurner Spitäler AG Fallzahlen im vierstelligen Bereich. Allesamt sind ehemals öffentliche Spitäler der Nordwestschweizer Kantone. Zusammen erbringen sie rund zwei Drittel der stationären psychiatrischen Leistungen für Nordwestschweizer Patienten.

Der Grossteil der Leistungen zugunsten der Nordwestschweizer Patienten wird durch die Listenspitäler mit Standort in der Nordwestschweiz erbracht, im Jahr 2013 weisen sie einen Marktanteil von 85.1% auf. Auf die ausserregionalen Listenspitäler entfallen im Jahr 2013 2.4% der Leistungen für Nordwestschweizer Patienten, auf die übrigen Spitäler 12.4%. Auf den Spitallisten im Bereich Psychiatrie der Nordwestschweizer Kantone befinden sich lediglich zwei ausserregionale Institutionen, die Klinik Südhang mit Standort im Kanton Bern einerseits und die Luzerner Psychiatrie andererseits. Die auf Suchtkrankheiten spezialisierte Klinik Südhang verfügt über ein deutlich eingeschränkteres Angebot als die Luzerner Psychiatrie, was sich in einer entsprechend tieferen Fallzahl widerspiegelt.

In **Tabelle 39** sind die Veränderungen zwischen 2011 und 2013 der in Tabelle 38 dargestellten Fälle und Pflegetage ersichtlich. Darüber hinaus werden die Veränderungen des Marktanteils in Prozentpunkten aufgezeigt. Für die ausserregionalen Spitäler ist ausschliesslich die Veränderung des Marktanteils ausgewiesen, weil die Veränderungen der Gesamtfallzahlen und Pflegetage in ausserregionalen Spitälern aus der Perspektive der Nordwestschweizer Kantone von untergeordneter Relevanz sind.

Nordwestschweiz	Veränderung 2011-2013					
	Fälle		PT		MA_{NWCH}	
	Anz.		Anz.		pp	
Listenspitäler NWCH	**+1'023**	**- - -**	**+31'216**	**- - -**	**-0.4%**	
Psychiatrische Dienste Aargau	+548		+7'687		-0.5%	
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	+96		+10'106		+0.5%	
Psychiatrie Baselland	+192		+5'351		+0.1%	
Solothurner Spitäler AG	-171		-5'044		-1.8%	
Klinik Schützen Rheinfelden	+57		+2'029		+0.1%	
Klink Sonnenhalde	+41		+957		-0.0%	
Klinik Barmelweid	+129		+5'699		+0.8%	
Klinik Im Hasel	+83		+1'262		+0.0%	
Ita Wegman Klinik Arlesheim	+26		+1'878		+0.1%	
Universitäts-Kinderspital beider Basel	+13		+305		-0.0%	
Klinik ESTA	+9		-350		-0.1%	
Klinik für Suchtmedizin	+19		+1'517		+0.2%	
Felix Platter-Spital	-9		-122		+0.0%	
Klinik für Schlafmedizin Bad Zurzach	-10		-59		-0.0%	
Ausserregionale Listenspitäler					**-0.2%**	
Klinik Südhang					+0.3%	
Luzerner Psychiatrie					-0.5%	
Übrige Spitäler					**+0.6%**	

TABELLE 39: ANGEBOT PSYCHIATRIE – VERÄNDERUNG FALLZAHLEN, PFLEGETAGE UND MARKTANTEILE PRO SPITAL 2011-13

Tabelle 39 zeigt, dass in den Spitälern mit Standort in der Nordwestschweiz im Jahr 2013 im Vergleich zum Jahr 2011 insgesamt 1‘023 Fälle mehr behandelt wurden. Im selben Zeitraum stiegen die Pflegetage um 31‘216 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 Pflegetage auf. Hervorzuheben sind dabei die Psychiatrischen Diensten Aargau, welche den grössten Anstieg bezüglich der Fallzahl (+548) aufweisen, sowie die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel mit dem stärksten Anstieg der Pflegetage (+10‘106). Der Anstieg der Fälle und Pflegetage bei den Psychiatrischen Diensten Aargau ist teilweise auf die Eröffnung bzw. Reorganisation des Kriseninterventions- und Triagezentrums im November 2013 zurückzuführen. Die Marktanteile sind über die drei untersuchten Jahre hinweg sowohl zwischen Nordwestschweizer Listenspitälern, ausserregionalen Listenspitälern und den übrigen Spitälern als auch für die einzelnen Leistungserbringer weitgehend stabil. Mit +0.8 Prozentpunkten ist der grössten Anstieg für die Klinik Barmelweid auszumachen. Ein wesentlicher Rückgang der Fallzahlen (-171), Pflegetage (-5‘044) sowie des Marktanteils (-1.8 Prozentpunkte) ist für die Solothurner Spitäler AG feststellbar. Diese Abnahme ist bedingt durch eine Anpassung der Zuordnung bzw. Zählweise der Leistungen, wobei die Leistungen der tagesklinischen Angebote bis 2011 als stationäre Leistungen kategorisiert wurden und ab 2012 innerhalb der ambulanten Angebote berücksichtigt werden.[80]

Im Rahmen der eigens für das Monitoring durchgeführten Erhebungen bei den Leistungserbringern der stationären Psychiatrie gemäss Spitallisten 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.

[80] Vgl. Geschäftsbericht 2012 www.so-h.ch.

2 Nachfrage

Im vorliegenden Kapitel zur Nachfrage von stationären psychiatrischen Leistungen werden die Leistungsempfänger, d.h. die Wohnbevölkerung der Nordwestschweiz betrachtet. **Abbildung 46** zeigt die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen durch die Wohnbevölkerung der Nordwestschweiz in den Jahren 2011 bis 2013. Als Fall werden wiederum Hospitalisationen mit Austrittsdatum im betreffenden Auswertungsjahr gezählt. Die Pflegetage beziehen sich auf die Gesamtzahl der Pflegetage im jeweiligen Datenjahr, unabhängig vom Eintritts- bzw. Austrittsdatum der Patienten.

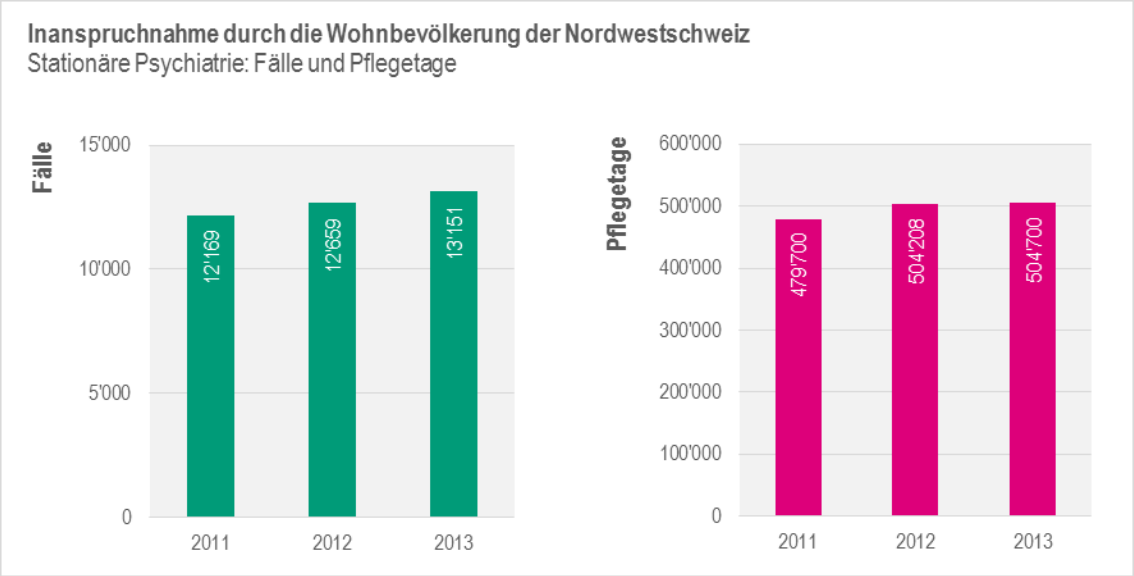


ABBILDUNG 46. NACHFRAGE PSYCHIATRIE – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Anhand von Abbildung 46 wird ersichtlich, dass die Gesamtzahl der Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten kontinuierlich von 12‘169 Fällen im Jahr 2011 auf 13‘151 Fälle im Jahr 2013 angestiegen ist. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von +4.0% und übersteigt somit das Bevölkerungswachstum im selben Zeitraum. Infolgedessen steigt die Hospitalisationsrate von 9.1 Hospitalisationen pro 1‘000 Einwohner im Jahr 2011 auf 9.6 im Jahr 2013. Auch hinsichtlich der Pflegetage ist ein Anstieg von 479‘700 Pflegetagen im Jahr 2011 auf 504‘700 im Jahr 2013 zu verzeichnen, wobei die Zunahme der Pflegetage massgeblich zwischen den Jahren 2011 und 2012 erfolgte und sich anschliessend stabilisierte.

Tabelle 40 enthält die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen durch die Wohnbevölkerung der Nordwestschweiz für die Jahre 2011 bis 2013 nach Leistungsgruppen. Ausgewiesen werden die Zahl der Fälle sowie die Zahl der Pflegetage pro Leistungsgruppe. Ausserdem ist der Anteil der Pflegetage pro Leistungsgruppe an der Gesamtzahl der Pflegetage im Jahr 2013 in Form von Balken dargestellt, welche die relative Bedeutung der Leistungsbereiche und -gruppen visualisieren.[81]

---

[81] In Tabelle 40 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. Pflegetage wird jedoch dadurch nicht tangiert, da die Fälle und Pflegetage der betreffenden Leistungsgruppen bereits in einer der übrigen Leistungsgruppen enthalten sind.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		
Leistungsbereiche/-gruppen	Fälle	PT	Fälle	PT	Fälle	PT	
	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	%
Erwachsenenpsychiatrie	**6'802**	**232'506**	**6'739**	**241'094**	**7'103**	**248'161**	**49.2%**
Grundversorgung und Akutbehandlung	4'308	125'967	4'273	128'592	3'862	118'462	23.5%
Stationäre Psychiatrie inkl. somato-psych. Behandl.	2'085	86'098	1'997	89'966	2'436	103'180	20.4%
Psychiatrische Rehabilitation	353	17'231	427	19'968	543	20'426	4.0%
Essstörungen	56	3'210	42	2'568	262	6'093	1.2%
Psych.Verhaltensstörungen infolge Abhängigk.	**2'093**	**64'372**	**2'387**	**75'225**	**2'687**	**79'077**	**15.7%**
Grundversorgung (v.a. Entzug, Kriseninterventi on)	1'896	45'836	2'144	54'349	2'267	50'493	10.0%
Entwöhnungstherapie	167	17'365	212	19'447	381	26'532	5.3%
Verhaltenssüchte	30	1'171	31	1'429	39	2'052	0.4%
Alterspsychiatrie	**1'623**	**78'790**	**1'630**	**73'538**	**1'512**	**68'737**	**13.6%**
Alterspsychiatrische Grundversorgung	1'379	58'608	1'444	55'942	1'192	38'210	7.6%
Spezialisierte Langzeitbehandlung	244	20'182	186	17'596	320	30'527	6.0%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	**462**	**29'230**	**497**	**26'701**	**496**	**27'818**	**5.5%**
Grundversorgung Kinderpsychiatrie (0-12 Jahre)	89	10'774	115	8'938	108	9'478	1.9%
Grundversorgung Jugendpsychiatrie (13-17 Jahre)	294	14'371	322	14'313	324	14'914	3.0%
Essstörungen	74	4'060	56	3'393	58	3'333	0.7%
Suchtbehandlungen	5	25	4	57	6	93	0.0%
Forensik	**83**	**18'022**	**121**	**18'863**	**115**	**18'229**	**3.6%**
Kriseninterventi on für Jugendliche und Erwachsene im Strafvollzug u. Vollzug von strafrechtl. Massn.	83	18'022	121	18'863	115	18'229	3.6%
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme [(a)]	**1'106**	**56'780**	**1'285**	**68'787**	**1'238**	**62'678**	**12.4%**
Total	12'169	479'700	12'659	504'208	13'151	504'700	100.0%

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

TABELLE 40. NACHFRAGE PSYCHIATRIE – FÄLLE UND PFLEGETAGE PRO LEISTUNGSGRUPPE 2011-13

Anhand des integrierten Balkendiagramms in Tabelle 40 wird die Verteilung der Pflegetage zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen bzw. -gruppen deutlich. Beinahe die Hälfte der Pflegetage im Jahr 2013 ist dem Leistungsbereich *Erwachsenenpsychiatrie* (49.2%) zuzuschreiben. Innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie werden durch die Nordwestschweizer Bevölkerung insbesondere Leistungen der *Grundversorgung und Akutbehandlung* (23.5%) sowie der *stationären Psychiatrie* (20.4%) in Anspruch genommen. Vergleichbar viele Leistungen erfolgen in den Bereichen *Psychische Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten* (15.7%) und *Alterspsychiatrie* (13.6%). Mit einem Anteil von lediglich 5.5% sind deutlich weniger Pflegetage der *Kinder- und Jugendpsychiatrie* zuzuordnen. Schliesslich beziehen sich 3.6% der Pflegetage 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 Spitallisten der Nordwestschweizer Kantone figurieren. Aufgrund der Informationen aus der Medizinischen Statistik können diese nicht den Leistungsgruppen gemäss **Tabelle 40** zugeordnet werden und sind deshalb in der Kategorie *nicht zuordenbare Inanspruchnahme* zusammengefasst. Im Jahr 2013 entfallen 12.4% der beanspruchten Pflegetage auf diese Kategorie.

In Tabelle 41 sind die Veränderungen zwischen 2011 und 2013 auf Ebene der Leistungsbereiche dargestellt. Die Tabelle enthält die absolute Veränderung der Fallzahlen und Pflegetage sowie die relative Veränderung der Pflegetage in Prozent.

Nordwestschweiz	Veränderung 2011-2013		
Leistungsbereiche	Fälle	PT	PT
	Anz.	Anz.	% (b)
Erwachsenenpsychiatrie	+301	+15'655	+6.7%
Psych.Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeit	+594	+14'705	+22.8%
Alterspsychiatrie	-111	-10'053	-12.8%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	+34	-1'412	-4.8%
Forensik	+32	+207	-
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme (a)	**+132**	**+5'898**	**+10.4%**
Total	+982	+25'000	+5.2%

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

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

TABELLE 41. NACHFRAGE PSYCHIATRIE – VERÄNDERUNG FALLZAHLEN UND PFLEGETAGE PRO LEISTUNGSBEREICH 2011-13

Eine gleichzeitige Zunahme der Fallzahl und der Pflegetage ist in den Leistungsbereichen *Erwachsenenpsychiatrie* (+301 Fälle, +15‘655 PT), *Psychische Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten* (+594 Fälle, +14‘705 PT) sowie in geringfügigem Ausmass in der *Forensik* zu beobachten. Bezogen auf die *Psychischen Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten* hingegen besteht ein Anstieg um +22.8% innerhalb von zwei Jahren. Eine Abnahme sowohl der Anzahl Fälle als auch der Pflegetage ist in der *Alterspsychiatrie* zu beobachten, prozentual beläuft sich die Reduktion der Pflegetage auf -12.8%. Der Rückgang innerhalb der Alterspsychiatrie lässt sich dabei auf die Solothurner Spitäler AG zurückführen. Die Abnahme der alterspsychiatrischen Fälle und Pflegetage in der Solothurner Spitäler AG wird bedingt durch die bereits im vorangehenden Kapitel erwähnte Anpassung der Fallzuordnung, wobei die Leistungen der tagesklinischen Angebote bis 2011 als stationäre Leistungen kategorisiert wurden und ab 2012 innerhalb der ambulanten Angebote berücksichtigt werden.[82]

Insgesamt ist in der Nordwestschweiz zwischen 2011 und 2013 – gemessen an den Pflegetagen – ein Anstieg der psychiatrischen Inanspruchnahme um 5.2% festzustellen.

3 Patientenströme

Im Zusammenhang mit den Patientenströmen wird zum einen die **Zuwanderung** von ausserregionalen Patienten in psychiatrische Einrichtungen innerhalb der Nordwestschweiz und zum anderen die **Abwanderung** von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz in psychiatrische Einrichtungen ausserhalb der Nordwestschweiz dargestellt.

3.1 Abwanderung

Tabelle 42 zeigt die Abwanderung in psychiatrische Einrichtungen ausserhalb der Nordwestschweiz durch Nordwestschweizer 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.

[82] Vgl. Geschäftsbericht 2012 www.so-h.ch.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Standortkanton des Spitals	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
NWCH	**10'825**	**89.0%**	**11'133**	**87.9%**	**11'676**	**88.8%**	**+851**	**-0.2%**
Abwanderung	**1'344**	**11.0%**	**1'526**	**12.1%**	**1'475**	**11.2%**	**+131**	**+0.2%**
AI	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
AR	93	0.8%	117	0.9%	2	0.0%	-91	-0.7%
BE	421	3.5%	474	3.7%	546	4.2%	+125	+0.7%
FR	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
GE	2	0.0%	4	0.0%	3	0.0%	+1	+0.0%
GL	1	0.0%	1	0.0%	2	0.0%	+1	+0.0%
GR	10	0.1%	75	0.6%	92	0.7%	+82	+0.6%
JU	2	0.0%	3	0.0%	5	0.0%	+3	+0.0%
LU	178	1.5%	170	1.3%	140	1.1%	-38	-0.4%
NE	2	0.0%	1	0.0%	1	0.0%	-1	-0.0%
NW	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
OW	3	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	-3	-0.0%
SG	12	0.1%	16	0.1%	7	0.1%	-5	-0.0%
SH	8	0.1%	7	0.1%	3	0.0%	-5	-0.0%
SZ	6	0.0%	9	0.1%	12	0.1%	+6	+0.0%
TG	95	0.8%	120	0.9%	150	1.1%	+55	+0.4%
TI	7	0.1%	7	0.1%	7	0.1%	+0	-0.0%
UR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
VD	7	0.1%	3	0.0%	4	0.0%	-3	-0.0%
VS	5	0.0%	4	0.0%	1	0.0%	-4	-0.0%
ZG	134	1.1%	164	1.3%	181	1.4%	+47	+0.3%
ZH	358	2.9%	349	2.8%	319	2.4%	-39	-0.5%
Total	12'169	100.0%	12'659	100.0%	13'151	100.0%	+982	

TABELLE 42. ABWANDERUNG PSYCHIATRIE – FÄLLE NACH STANDORTKANTON DER HOSPITALISATION 2011-2013

Der Anteil ausserregionaler Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz bleibt über die Jahre 2011 bis 2013 weitgehend konstant und beläuft sich im Jahr 2013 auf 1‘475 Fälle bzw. 11.2%.

Häufigster Zielkanton für Nordwestschweizer Patienten ist der Kanton Bern mit 546 Hospitalisationen im Jahr 2013. Zwischen 2011 und 2013 ist für den Kanton Bern ein Anstieg um +125 Hospitalisationen festzustellen. Dies entspricht einer Zunahme um +0.7 Prozentpunkte oder mit anderen Worten: Erfolgten im Jahr 2011 3.5% der psychiatrischen Hospitalisationen vom Nordwestschweizer Patienten in Einrichtungen mit Standort im Kanton Bern, so waren es im Jahr 2013 4.2%. Darüber hinaus sind insbesondere die Kantone Zürich (2.4% der Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten im Jahr 2013), Zug (1.4%), Thurgau (1.1%) und Luzern (1.1%) von erwähnenswerter Bedeutung. Die psychiatrischen Versorgungsangebote des Kantons Bern sind aufgrund ihrer geografischen Nähe insbesondere für die Wohnbevölkerung des Kantons Solothurn von Bedeutung. Nebst den Solothurner Patienten bezieht sich ein wesentlicher Anteil der Abwanderung in den Kanton Bern auf Patienten aus dem Kanton Aargau, wobei letztere noch häufiger Versorgungsangebote im Kanton Zürich in Anspruch nehmen.[83]

[83] Vgl. dazu auch die Berichte zum Monitoring auf Ebene der einzelnen Kantone.

3.2 Zuwanderung

Tabelle 43 zeigt die Zuwanderung ausserregionaler Patienten in psychiatrische Einrichtungen der Nordwestschweiz 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.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Wohnkanton Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
NWCH	**10'825**	**93.2%**	**11'133**	**93.1%**	**11'676**	**92.4%**	**+851**	**-0.8%**
Zuwanderung	**795**	**6.8%**	**823**	**6.9%**	**967**	**7.6%**	**+172**	**+0.8%**
LU	67	0.6%	103	0.9%	92	0.7%	+25	+0.2%
ZH	187	1.6%	211	1.8%	246	1.9%	+59	+0.3%
BE	135	1.2%	118	1.0%	171	1.4%	+36	+0.2%
ZG	25	0.2%	17	0.1%	25	0.2%	+0	-0.0%
übrige CH	220	1.9%	242	2.0%	248	2.0%	+28	+0.1%
Ausland	156	1.3%	125	1.0%	115	0.9%	-41	-0.4%
unbekannt	5	0.0%	7	0.1%	70	0.6%	+65	+0.5%
Total	11'620	100.0%	11'956	100.0%	12'643	100.0%	+1'023	

TABELLE 43: ZUWANDERUNG PSYCHIATRIE - HOSPITALISATIONEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2011-2013

Die überwiegende Mehrheit der in Nordwestschweizer Spitälern behandelten Patienten stammt aus der Nordwestschweiz, im Jahr 2013 sind es 92.4% der Fälle. Der Anteil ausserregionaler Patienten beläuft sich im Jahr 2011 auf 795 Fälle (6.8%) und im Jahr 2013 auf 967 Fälle (7.6 %).

Abgesehen von der Sammelkategorie *Übrige Schweiz* sind die Kantone Zürich und Bern die bedeutendsten Zuwanderungskantone mit einem Anteil von 1.9% bzw. 1.4% der Hospitalisationen in Nordwestschweizer Spitälern im Jahr 2013.

4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage

Analog zur angewendeten Methodik für die Erreichbarkeitsanalysen im Kapitel zur Akutsomatik[84] wurde für die Psychiatrie die Erreichbarkeit der stationären, psychiatrischen Notfallversorgung untersucht.

4.1 Erreichbarkeitsanalyse

Die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)[85] 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 Therapieabbrecher 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

---

84 Vgl. Kapitel B.4.2.
85 Vgl. GDK (2008, S.23).

in der Leistungsgruppe *Grundversorgung mit Akutbehandlung* eingeschlossen. Ein Leistungsauftrag *Grundversorgung mit Akutbehandlung* erfordert eine Notfallstation, die rund um die Uhr ärztlich besetzt ist.[86] 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 44 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 Personenwagen 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 44: ERREICHBARKEIT DER PSYCHIATRISCHEN NOTFALLVERSORGUNG, TABELLE

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

[86] Vgl. Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau (2014).

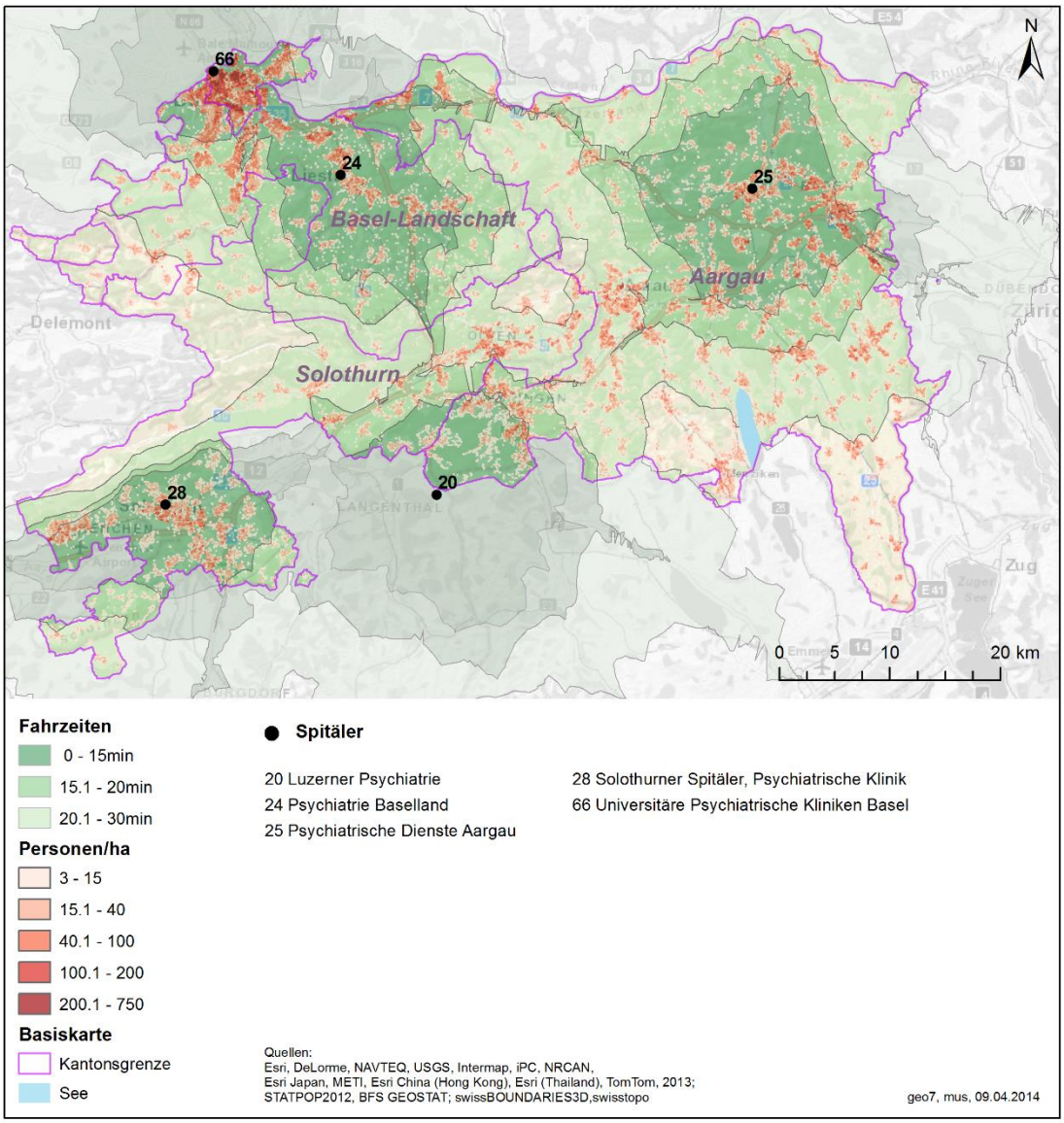


ABBILDUNG 47: ERREICHBARKEIT DER PSYCHIATRISCHEN NOTFALLVERSORGUNG, KARTE

Rund 50% der Nordwestschweizer Bevölkerung erreichen das nächstgelegene Angebot der psychiatrischen Notfallversorgung in bis zu 15 Minuten. Je nach Kanton variiert der Anteil von 33.4% (Aargau) bis 98.1% (Basel-Stadt). 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. Je nach Kanton variiert der Anteil von 0% (Basel-Stadt) bis 9.1% (Aargau).

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 in der Nordwestschweiz als überaus 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 betrachtet, 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 in Notfallsituationen oftmals private Verkehrsmittel eingesetzt werden.

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

Betrachtet man die Hospitalisationen in Nordwestschweizer Spitälern 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 Pflegetage fest. Im Jahr 2011 erfolgten 11‘620 psychiatrische Hospitalisationen in Nordwestschweizer Spitälern, im Jahr 2013 waren es 12‘643.

Analog dazu ist ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen bzgl. der Inanspruchnahme stationärer Psychiatrieleistungen durch Nordwestschweizer Patienten von 12‘169 Fällen im Jahr 2011 auf 13‘151 Fälle im Jahr 2013 zu beobachten. Ebenfalls zugenommen haben die durch die Nordwestschweizer Bevölkerung in Anspruch genommenen Pflegetage, wobei der Anstieg der Pflegetage massgeblich zwischen den Jahren 2011 und 2012 erfolgte und sich anschliessend stabilisierte.

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 in der *Erwachsenenpsychiatrie* sowie im Bereich der *Psychischen Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten* beschreiben. In letzterem ist die Zahl der beanspruchten Pflegetage zwischen 2011 und 2013 um +22.8% gestiegen.

5.2 Wenige grosse Leistungserbringer

Mit Abstand am meisten Hospitalisationen und Pflegetage verzeichnen die Psychiatrischen Dienste Aargau, die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, die Psychiatrie Baselland sowie die Solothurner Spitäler AG. Zusammen erbringen sie rund zwei Drittel der stationären psychiatrischen Leistungen für Nordwestschweizer Patienten. Die Marktanteile dieser Leistungserbringer sind mit Ausnahme der Solothurner Spitäler AG weitgehend stabil. Für die Solothurner Spitäler AG ist ein wesentlicher Rückgang der Hospitalisationen, Pflegetage sowie des Marktanteils feststellbar, der jedoch auf eine Anpassung der Fallzuordnung zurückzuführen ist, wobei die tagesklinischen Leistungen bis 2011 noch als stationäre Leistungen gezählt wurden..

5.3 Nordwestschweiz ein geschlossenes Versorgungssystem

Die überwiegende Mehrheit der in Nordwestschweizer Spitälern behandelten Patienten stammt aus der Nordwestschweiz, im Jahr 2013 sind es 92.4% der Fälle. Der Anteil ausserregionaler Patienten beläuft sich im Jahr 2011 auf 6.8% und steigt zum Jahr 2013 auf 7.6 %. Abgesehen von der Sammelkategorie *Übrige Schweiz* sind die Kantone Zürich und Bern die bedeutendsten Zuwanderungskantone mit einem Anteil von 1.9% bzw. 1.4% der Hospitalisationen in Nordwestschweizer Spitälern im Jahr 2013.

Der Anteil ausserregionaler Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz bleibt über die Jahre 2011 bis 2013 weitgehend konstant und beläuft sich im Jahr 2013 auf 11.2%. Häufigster Zielkanton für Nordwestschweizer Patienten ist der Kanton Bern, 4.2% der

Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten im Jahr 2013 erfolgten in Spitälern im Kanton Bern. Darüber hinaus sind insbesondere die Kantone Zürich (2.4%), Zug (1.4%), Thurgau (1.1%) und Luzern (1.1%) von erwähnenswerter Bedeutung.

Betrachtet man die Ergebnisse zu den Patientenströmen auf Ebene der einzelnen Nordwestschweizer Kantone so ist – mit Ausnahme des Kantons Aargau – für alle Kantone ein anteilsmässiger Anstieg der Zu- *und* Abwanderung festzustellen. Im Kanton Aargau hingegen nimmt zwar die Zuwanderung, nicht aber die Abwanderung zu. Grundsätzlich lässt sich daraus ein Trend zu einer höheren Mobilität der Patienten hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung deuten. Unter Berücksichtigung des weitgehend stabil bleibenden Anteils abwandernder Patienten auf Ebene der Nordwestschweiz, lässt sich ableiten, dass sich die gewonnene Mobilität der Nordwestschweizer Patienten weitgehend auf Leistungserbringer innerhalb der jeweils anderen Nordwestschweizer Kantone beschränkt.

5.4 Gute Notfallversorgung

Ausgehend vom Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK[87] und der durchgeführten Erreichbarkeitsanalyse betreffend die psychiatrische Notfallversorgung kann die Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung in der Nordwestschweiz als gut beurteilt werden. 70.5% der Nordwestschweizer Bevölkerung erreichen eine psychiatrische Klinik mit 24-Stunden-Aufnahme innert 20 Minuten, 94% innert 30 Minuten.

[87] Vgl. GDK (2007).

D. Rehabilitation

Das vorliegende Kapitel zur Rehabilitation basiert auf den Auswertungen der Daten, die im Rahmen der Zusatzerhebung bei den Spitälern[88] mit einem Leistungsauftrag im Bereich Rehabilitation von mindestens einem der Nordwestschweizer Kantone erhoben wurden.[89,90] Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten in Spitälern, die auf keiner der Nordwestschweizer Spitallisten figurieren, wurden mittels der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik BFS erfasst (vgl. dazu auch Abbildung 48). Dies führt dazu, dass diese Hospitalisationen aufgrund der fehlenden Information nicht nach Leistungsgruppen ausgewiesen werden können.

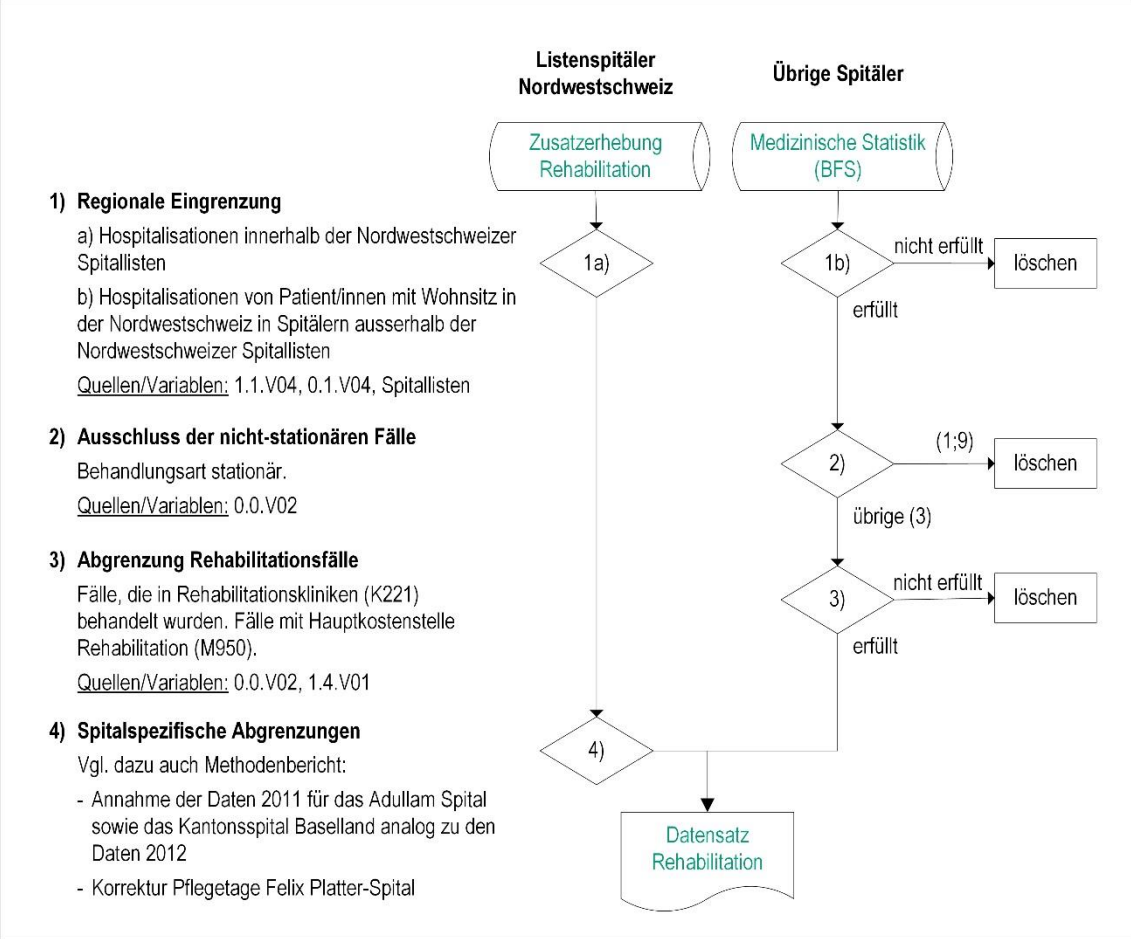


ABBILDUNG 48: GENERIERUNG DES DATENSATZES REHABILITATION

---

88 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.

89 Das 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.

90 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 Pflegetage sowie die weiteren Eigenschaften (Leistungsgruppen, Herkunftskanton, Liegeklasse) im Jahr 2011 identisch sind wie im Jahr 2012.

Nachfolgend werden Angebot, Nachfrage und Patientenströme hinsichtlich der stationären Versorgung in Bezug auf die Rehabilitation in der Nordwestschweiz für die Jahre 2011 bis 2013 beschrieben.

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 Nordwestschweizer Spitallisten und ihrem Angebot. Einen Überblick zu den Fallzahlen und geleisteten Pflegetagen sowie eine detaillierte Analyse pro Spital werden nachfolgend dargelegt. Ausserdem wird der Anteil Patienten mit Liegeklasse halbprivat/privat in den verschiedenen Spitälern untersucht. Die Veränderung des Angebots wird schlussendlich anhand der Entwicklung der Fallzahlen und Pflegetage aufgezeigt.

Abbildung 49 zeigt die stationären Hospitalisationen der Nordwestschweizer Spitäler im Bereich der Rehabilitation. Einerseits werden die Anzahl Fälle, anderseits die Anzahl Pflegetage für die Jahre 2011, 2012 und 2013 dargelegt. 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. Diese Fall- und Pflegetagedefinition gilt für alle nachfolgenden Auswertungen.

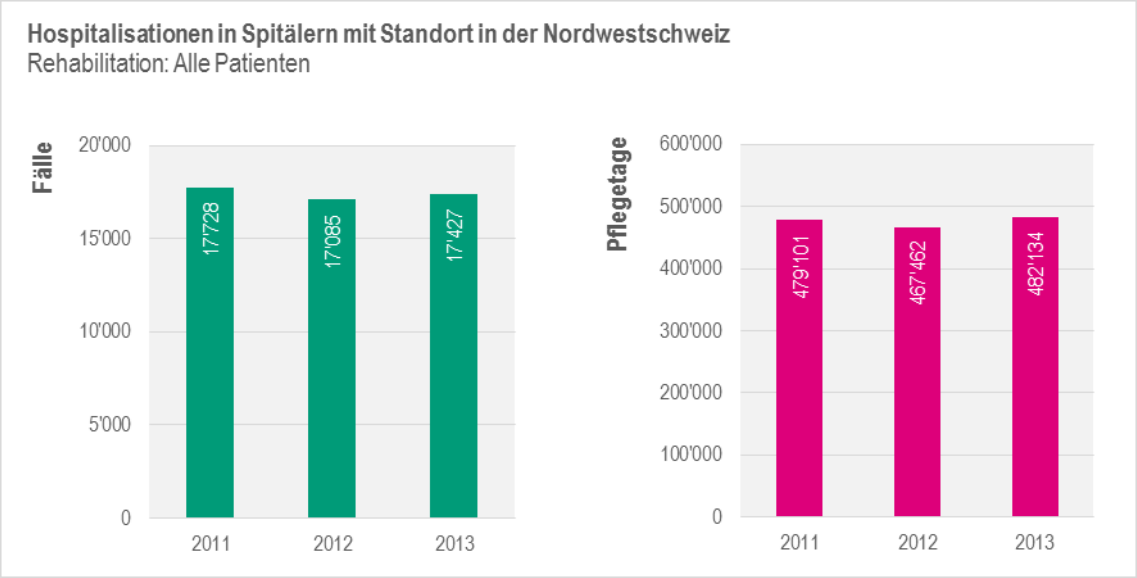


ABBILDUNG 49: ANGEBOT REHABILITATION – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Wie aus Abbildung 49 ersichtlich wird, entwickelt sich die Anzahl Fälle und Pflegetage nicht linear, da im Jahr 2012 weniger Leistungen der Rehabilitation in Nordwestschweizer Spitälern erbracht wurden als in den Jahren 2011 und 2013. Im Jahr 2011 waren es 17‘728 Fälle, im Jahr 2012 noch 17‘085 Fälle und im Jahr 2013 wiederum 17‘427 Fälle. Bei den Pflegetagen verhält es sich ähnlich. Im Jahr 2011 sind 479‘101 Pflegetage zu verzeichnen, im Jahr 2012 noch 467‘462 und im Jahr 2013 482‘134 Pflegetage. Das Niveau der Fallzahlen und Pflegetage in den Nordwestschweizer Spitälern im Bereich der Rehabilitation ist somit über den Untersuchungszeitraum 2011 bis 2013 relativ stabil.

Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang die Schliessung der Klinik Allerheiligenberg und den damit einhergehenden Transfer der Leistungsangebote der Klinik Allerheiligenberg an andere Standorte der Solothurner Spitäler AG per Ende März 2011. Hauptsächlich erfolgte der Transfer an den Standort des Kantonsspitals Olten sowie in die Psychiatrische Klinik nach Solothurn. Einerseits wurde Anfang 2012 die geriatrische Rehabilitation zur Akutgeriatrie ausgebaut bzw. als Teil davon in die Abteilung des Departements Innere Medizin am Kantonsspital Olten

integriert. Andererseits wird das vormalige psychosomatische Angebot infolge der Schliessung des Allerheiligenbergs von den Psychiatrischen Diensten, gekoppelt mit einer Kriseninterventionsstation in Olten, angeboten. Die betreffenden Leistungsangebote sowie die damit verbundenen Leistungen treten demnach nicht länger in der stationären Rehabilitation in Erscheinung, sondern sind innerhalb der übrigen Versorgungsbereiche (Akutsomatik, Psychiatrie und ggf. in der ambulanten Versorgung) subsumiert. Schliesst man die Auswirkungen dieses Transfers auf die Fallzahlen 2011 und 2012 aus (schätzungsweise rund 700 Fälle und 15‘000 PT), so kann von einem weitgehend stabilen Leistungsangebot zwischen 2011 und 2012 ausgegangen werden.

Die nachfolgende **Tabelle 45** weist die Fallzahlen und Pflegetage (PT) pro Spital aus, wobei unterschieden wird zwischen Leistungserbringern mit Standort in der Nordwestschweiz und ausserregionalen Leistungserbringern, die auf der Spitalliste mindestens eines Nordwestschweizer Kantons aufgeführt sind. Darüber hinaus beinhaltet Tabelle 45 Angaben zum prozentualen Marktanteil des jeweiligen Spitals an den gesamthaft für Nordwestschweizer Patienten geleisteten Pflegetagen (MA_{NWCH}). Damit unterscheidet sich der prozentuale Marktanteil bezüglich des Patientenkreises von den Angaben zu den Fällen und Pflegtagen, indem nicht alle geleisteten Pflegetage, sondern nur diejenigen für Nordwestschweizer Patienten in die Berechnung einbezogen werden. In die Betrachtung des prozentualen Marktanteils Nordwestschweiz einbezogen werden ebenfalls die Spitäler, die auf keiner der Nordwestschweizer Spitallisten aufgeführt sind. Diese sind in der Kategorie *übrige Spitäler* zusammengefasst.

Nordwestschweiz	2011			2012			2013		
	Fälle	PT	MA_{NWCH}	Fälle	PT	MA_{NWCH}	Fälle	PT	MA_{NWCH}
	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%
Listenspitäler NWCH	**17'728**	**479'101**	**88.2%**	**17'085**	**467'462**	**87.7%**	**17'427**	**482'134**	**87.5%**
Reha Rheinfelden	1'978	57'714	13.4%	1'921	59'986	14.2%	1'946	60'867	13.7%
Felix Platter-Spital	1'830	42'115	11.6%	1'895	42'820	11.8%	1'979	46'726	12.2%
RehaClinic	3'283	79'857	5.8%	3'267	79'241	6.7%	3'345	83'203	7.9%
Klinik Barmelweid	1'697	37'517	9.3%	1'687	37'590	9.5%	1'569	32'757	7.9%
Kantonsspital Baselland	*1'035*	*26'699*	7.4%	1'035	26'699	7.5%	1'297	29'624	7.8%
Reha Chrischona	1'101	25'948	7.2%	1'040	24'632	6.9%	1'134	25'772	6.7%
aarReha Schinznach	1'500	31'487	5.9%	1'464	31'793	6.5%	1'397	33'397	6.4%
Adullam Spital	*595*	*18'050*	5.0%	595	18'050	5.1%	678	21'794	5.8%
Rehaklinik Bellikon	1'527	71'586	4.4%	1'591	71'629	5.2%	1'594	72'424	5.5%
REHAB Basel	414	27'569	4.2%	420	27'736	4.2%	397	27'812	4.2%
Solothurner Spitäler AG	1'070	25'089	6.9%	342	9'925	2.6%	323	9'619	2.4%
Bethesda Spital	516	9'128	2.5%	591	10'731	2.9%	503	9'608	2.4%
Privat-Klinik im Park	763	18'487	2.4%	841	19'047	2.5%	825	19'605	2.4%
Rehaklinik Salina	419	7'855	2.0%	396	7'583	2.0%	440	8'926	2.1%
Ausserregionale Listenspitäler	**2'044**	**91'477**	**4.3%**	**2'409**	**93'538**	**4.0%**	**2'669**	**96'033**	**4.1%**
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	675	46'668	2.5%	893	47'943	2.4%	1'096	48'715	2.3%
Clinique Le Noirmont	926	21'803	1.1%	989	21'747	1.0%	1'051	22'070	1.3%
Kinderspital Zürich	203	11'394	0.5%	190	11'015	0.6%	184	11'038	0.4%
Uni Klinik Balgrist	240	11'612	0.2%	337	12'833	0.1%	338	14'210	0.1%
Übrige Spitäler			**7.5%**			**8.3%**			**8.4%**
			100.0%			**100.0%**			**100.0%**

TABELLE 45: ANGEBOT REHABILITATION – FÄLLE, PFLEGETAGE UND MARKTANTEILE PRO SPITAL 2011-13

Gemäss Tabelle 45 verfügen die Spitäler der Nordwestschweiz insgesamt über einen Marktanteil von 88%, d.h. 88% der für Nordwestschweizer Patienten geleisteten Pflegetage werden von Spitälern mit Standort in der Nordwestschweiz erbracht. Die Reha Rheinfelden und das Felix Platter-Spital weisen die höchsten Marktanteile mit 14% bzw. 12% im Jahr 2013 aus. Die ausserregionalen Listenspitäler haben einen Marktanteil von 4%, auf die übrigen Spitäler entfallen 8% im Jahr 2013. Unter den ausserregionalen Spitälern verzeichnet das Schweizer Paraplegiker-Zentrum mit 2.3% im Jahr 2013 den höchsten Marktanteil.

Am meisten Fälle und Pflegetage verzeichnet die RehaClinic, im Jahr 2013 sind es 3‘345 Fälle und 83‘203 Pflegetage, wobei sich ein Grossteil der Fälle und erbrachten Pflegetage auf ausserregionale Patienten bezieht, wodurch sich der vergleichsweise geringe Marktanteil innerhalb der Nordwestschweiz erklärt. Konkret wurden in der RehaClinic in den Jahren 2011 und 2012 über die Hälfte der Pflegetage zugunsten von Patienten aus dem Kanton Zürich erbracht. Die Rehaklinik Bellikon weist eine hohe Anzahl Pflegetage (72‘424 im Jahr 2013) bei vergleichsweise geringeren Fallzahlen (1‘594) auf, was auf überdurchschnittliche lange Aufenthaltsdauern hinweist. Den höchsten Marktanteil weist die Reha Rheinfelden auf, im Jahr 2013 erbringt sie 13.7% der Pflegetage zugunsten von Nordwestschweizer Patienten.

Die nachfolgende **Abbildung 50** zeigt den Anteil Patienten der Liegeklasse halbprivat/privat für das Jahr 2013[91] für alle Spitäler mit Standort in der Nordwestschweiz.

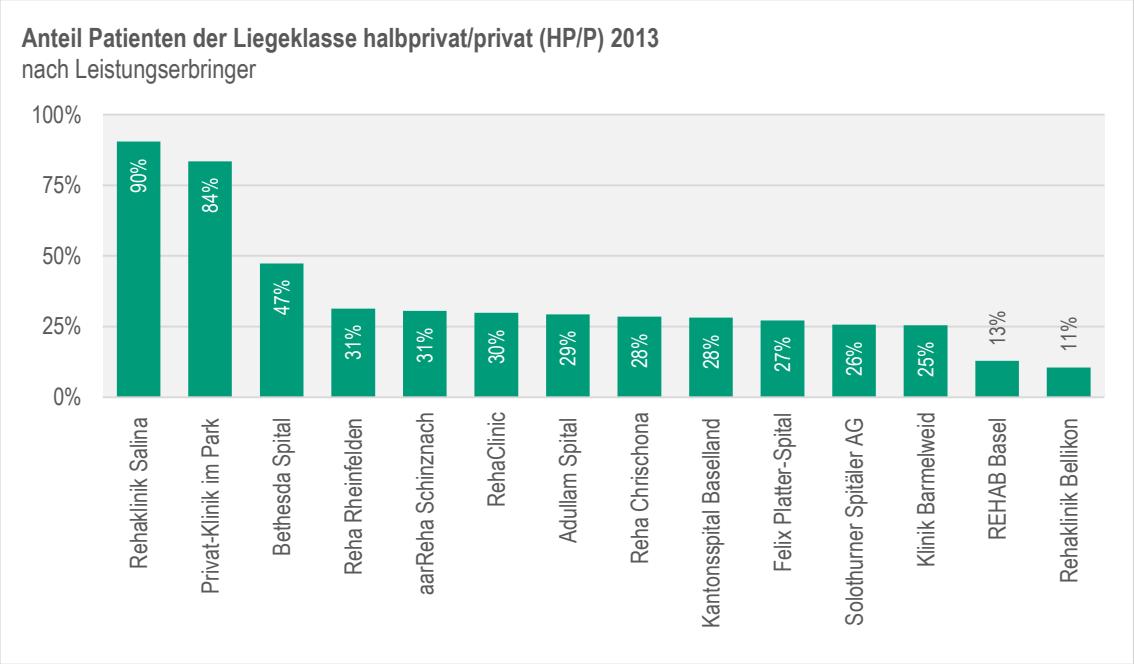


ABBILDUNG 50: ANTEIL PATIENTEN DER LIEGEKLASSE HALBPRIVAT/PRIVAT (HP/P) NACH SPITAL, 2013

Wie Abbildung 50 zeigt, sind 90% der Patienten der Rehaklinik Salina der Liegeklasse halbprivat bzw. privat zuzuschreiben. Verhältnismässig viele Patienten mit Liegeklasse halbprivat/privat hat auch die Privat-Klinik im Park (84%). Im Bethesda Spital (47%) sind es knapp die Hälfte der Patienten. Mit Ausnahme der REHAB Basel (13%) und der Rehaklinik Bellikon (11%) verzeichnen die übrigen Leistungserbringer einen Anteil zwischen 25-30%.

Die nachfolgende **Tabelle 46** weist die Veränderung der Fallzahlen, der Pflegetage und des Marktanteils der verschiedenen Leistungserbringer in der Rehabilitation aus. Die Reihenfolge der Spitäler orientiert sich an deren Marktanteil. Für die ausserregionalen Spitäler ist ausschliesslich die Veränderung des Marktanteils ausgewiesen, weil die Veränderungen der Gesamtfallzahlen und Pflegetage in ausserregionalen Spitälern aus der Perspektive der Nordwestschweizer Kantone von untergeordneter Relevanz sind.

[91] 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.

Nordwestschweiz	Veränderung 2011-2013		
	Fälle	PT	MANWCH
	Anz.	Anz.	pp
Listenspitäler NWCH	**-301**	**+3 033**	**-0,7%**
Reha Rheinfelden	-32	+3 153	+0,3%
Felix Platter-Spital	+149	+4 611	+0,6%
RehaClinic	+62	+3 346	+2,1%
Klinik Barmelweid	-128	-4 760	-1,5%
Kantonsspital Baselland	+262	+2 925	+0,3%
Reha Chrischona	+33	-176	-0,5%
aarReha Schinznach	-103	+1 910	+0,5%
Adullam Spital	+83	+3 744	+0,8%
Rehaklinik Bellikon	+67	+838	+1,1%
REHAB Basel	-17	+243	+0,0%
Solothurner Spitäler AG	-747	-15 470	-4,5%
Bethesda Spital	-13	+480	-0,1%
Privat-Klinik im Park	+62	+1 118	+0,0%
Rehaklinik Salina	+21	+1 071	+0,1%
Ausserregionale Listenspitäler			**-0,2%**
Schweizer Paraplegiker-Zentrum			-0,2%
Clinique Le Noirmont			+0,2%
Kinderspital Zürich			-0,1%
Uni Klinik Balgrist			-0,1%
Übrige Spitäler			**+0,9%**

TABELLE 46: ANGEBOT REHABILITATION – VERÄNDERUNG FÄLLE, PFLEGETAGE UND MARKTANTEILE PRO SPITAL 2011-13

Aus Tabelle 46 wird ersichtlich, dass die Spitäler mit Standort in der Nordwestschweiz insgesamt sowohl in Bezug auf die Fallzahlen (-300 Fälle) als auch bei den Pflegetagen (-3‘000 PT) einen leichten Rückgang zwischen den Jahren 2011 und 2013 verzeichnen. Demgemäss sinkt ebenso der Marktanteil der Spitäler mit Standort in der Nordwestschweiz um -0.7 Prozentpunkte.

Markant ist vor allem der Rückgang betreffend die Solothurner Spitäler AG. Dieser Rückgang ist auf den Transfer der Leistungsangebote der Klinik Allerheiligenberg in andere Versorgungsbereiche und an andere Standorte der Solothurner Spitäler AG per Ende März 2011 zurückzuführen. Ebenfalls einen Rückgang sowohl hinsichtlich der Fälle und Pflegetage als auch in Bezug auf den Marktanteil verzeichnet die Klinik Barmelweid.

Den grössten Anstieg des Marktanteils weist die RehaClinic mit +2.1 Prozentpunkten auf. Im Verhältnis zur vergleichsweise bescheidenen Zunahme hinsichtlich der Fallzahlen und Pflegetage überrascht dieser deutliche Anstieg des Marktanteils für die RehaClinic im ersten Moment. Zu erklären ist dies jedoch mit einer Veränderung in der Patientenstruktur. Wie erwähnt, waren in den Jahren 2011 und 2012 über die Hälfte der Pflegetage auf Patienten aus dem Kanton Zürich zurückzuführen. Im Jahr 2013 reduzierte sich die Zahl der Zürcher Patienten merklich, währenddessen deutlich mehr Nordwestschweizer 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.

Das Spital mit dem höchsten Marktanteil, die Reha Rheinfelden, erhöht ihren Marktanteil um 0.3 Prozentpunkte, hervorgerufen durch eine Zunahme geleisteten Pflegetage für Nordwestschweizer Patienten, bei weitgehend konstanten Fallzahlen.

Die ausserregionalen Listenspitäler der Rehabilitation verlieren, ähnlich wie die Spitäler mit Standort in der Nordwestschweiz, geringfügig an Marktanteil, und zwar um -0.2 Prozentpunkte. Die Spitäler, die auf keiner Spitalliste der Nordwestschweizer Kantone sind, gewinnen im Gegenzug leicht an Marktanteil, und zwar um +0.9 Prozentpunkt.

Im Rahmen der eigens für das Monitoring durchgeführten Erhebungen bei den Rehabilitationseinrichtungen gemäss Spitallisten 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 Nordwestschweizer Bevölkerung Leistungen der Rehabilitation in Anspruch nimmt. Einen Überblick zu den Fallzahlen und geleisteten Pflegetagen der Nordwestschweizer Bevölkerung sowie eine detaillierte Analyse pro Leistungsgruppe werden nachfolgend dargelegt. Die Veränderung der Nachfrage wird schlussendlich anhand der Entwicklung der Fallzahlen und Pflegetage aufgezeigt.

Die Daten für das vorliegende Kapitel beziehen sich auf die Spitäler auf den Spitallisten der Nordwestschweizer Kantone. Leistungen, die in Spitälern, die nicht auf den Spitallisten 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 den Leistungsgruppen nicht zugeordnet werden.

Die ausgewiesenen Leistungsgruppen entsprechen jenen, die im Rahmen der Spitallisten der Nordwestschweizer Kantone definiert wurden. Sie sind weitgehend mit den Leistungsgruppen gemäss Definition von H+ vergleichbar.[92] 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 jeweils zwischen überwachungspflichtiger Rehabilitation (kann mit der Frührehabilitation gleichgesetzt werden) und stationärer Rehabilitation in den verschiedenen Leistungsgruppen.[93] 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.[94] 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.

---

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

[93] Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.11ff.).

[94] Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.38ff.).

Die nachfolgende **Abbildung 51** gibt einen Überblick über die Fälle und Pflegetage der Nordwestschweizer Bevölkerung in der stationären Rehabilitation für die Jahre 2011-2013.

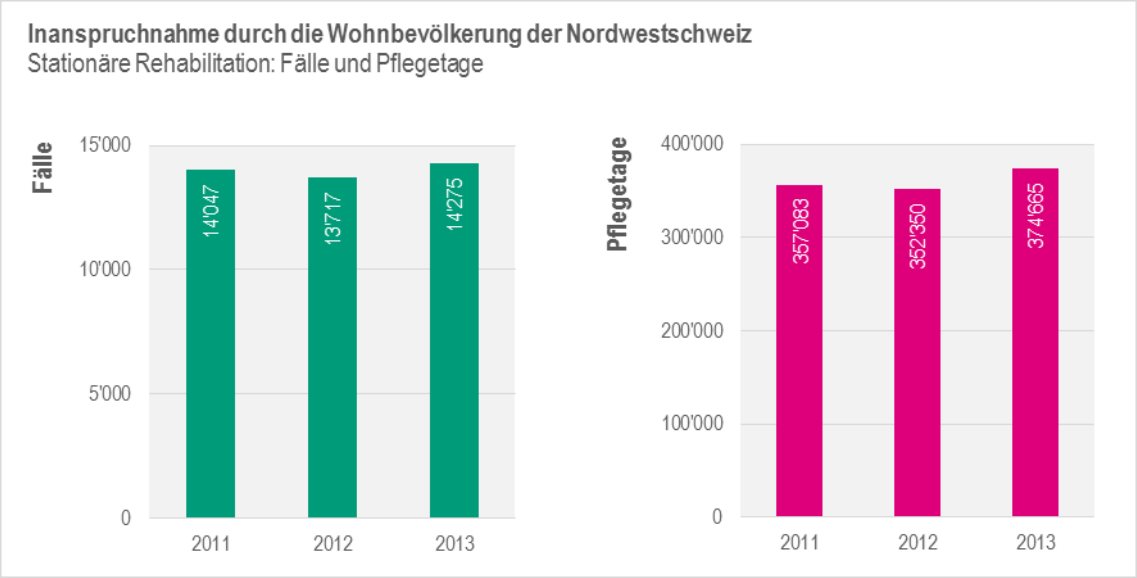


ABBILDUNG 51: NACHFRAGE REHABILITATION – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Wie Abbildung 51 zeigt, nahmen im Jahr 2011 14‘047 Nordwestschweizer Patienten Leistungen der Rehabilitation in Anspruch, im Jahr 2012 waren es etwas weniger (13‘717 Fälle) und im Jahr 2013 dann wieder etwas mehr Fälle, nämlich 14‘275 Fälle. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von +0.8%. Die Hospitalisationsrate bleibt zwischen 2011 und 2013 stabil bei 10.5 Hospitalisationen pro 1‘000 Einwohner. Die Pflegetage zugunsten von Nordwestschweizer Patienten beliefen sich im Jahr 2011 auf 357‘083, im Jahr 2012 auf 352‘350 und im Jahr 2013 auf 374‘665. Somit ist sowohl anhand der Fallzahlen als auch der Pflegetage im Jahr 2013 ein geringfügiger Anstieg in Relation zum Jahr 2011 auszumachen.

Auch in diesem Zusammenhang ist die Schliessung der Klinik Allerheiligenberg zu bedenken. Berücksichtigt man den damit einhergehenden Transfer der Leistungen in andere Versorgungsbereiche kann von einem weitgehend kontinuierlichen Anstieg der Fallzahlen und einer steigenden Tendenz hinsichtlich der Hospitalisationsraten[95] ausgegangen werden.

Tabelle 47 stellt die Inanspruchnahme der Nordwestschweizer Wohnbevölkerung des stationären Angebotes im Bereich Rehabilitation nach Leistungsgruppen dar. Ausgewiesen werden wiederum die Anzahl Fälle und Pflegetage. Ausserdem ist der Anteil der Pflegetage pro Leistungsgruppe an der Gesamtzahl der Pflegetage im Jahr 2013 in Form von Balken dargestellt, welche die relative Bedeutung der Leistungsbereiche und -gruppen visualisieren.

[95] In den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft ist jeweils ein Anstieg der Hospitalisationsraten in der stationären Rehabilitation festzustellen, während die Rate im Kanton Aargau stabil bleibt (vgl. dazu die Berichte zum Monitoring auf Ebene der einzelnen Kantone).

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		
Leistungsbereiche/-gruppen	Fälle	PT	Fälle	PT	Fälle	PT	
	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	%
Rehabilitation Erwachsene	**12'713**	**328'667**	**12'318**	**321'182**	**12'843**	**341'576**	**91.2%**
Frührehabilitation	62	3'099	56	3'431	70	4'053	1.1%
Geriatrische Rehabilitation	2'220	55'635	2'413	59'725	2'816	71'259	19.0%
Muskuloskelettale Rehabilitation	6'164	138'565	5'388	125'062	5'328	125'398	33.5%
Neurologische Rehabilitation (ohne Paraplegie)	1'727	65'017	1'812	66'818	1'996	76'350	20.4%
Rehabilitation und Behandlung Querschnittgelähmter	281	16'854	347	16'260	357	15'833	4.2%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	942	19'392	970	19'536	1'120	23'377	6.2%
Pulmonale Rehabilitation	692	13'730	649	13'225	674	13'982	3.7%
Internistisch-onkologische Rehabilitation	509	11'394	549	12'000	435	9'475	2.5%
Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	116	4'981	134	5'125	47	1'849	0.5%
Rehabilitation Kinder und Jugendliche	**36**	**1'668**	**29**	**1'963**	**23**	**1'554**	**0.4%**
Frührehabilitation	0	0	0	0	0	0	0.0%
Neurorehabilitation inkl. Neuroorthopädische Rehabilitation	36	1'668	29	1'963	23	1'554	0.4%
Allgemeine pädiatrische Rehabilitation	0	0	0	0	0	0	0.0%
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme (a)	**1'298**	**26'748**	**1'370**	**29'205**	**1'409**	**31'535**	**8.4%**
Total	14'047	357'083	13'717	352'350	14'275	374'665	100.0%

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

TABELLE 47: NACHFRAGE REHABILITATION – FÄLLE UND PFLEGETAGE PRO LEISTUNGSGRUPPE 2011-13

Gemäss Tabelle 47 wurden vor allem Leistungen im Bereich der Rehabilitation von Erwachsenen durch die Nordwestschweizer Bevölkerung in Anspruch genommen. Im Jahr 2013 sind es 12‘843 Fälle und 341‘576 Pflegetage, was 91.2% aller Pflegetage zugunsten von Nordwestschweizer Patienten entspricht.

Ein Drittel und damit der grösste Anteil der Leistungen innerhalb der Rehabilitation von Erwachsenen fallen in der *Muskuloskelettalen Rehabilitation* mit 33.5% im Jahr 2013 an. Darüber hinaus sind die *Neurologischen Rehabilitation (ohne Paraplegie)* mit 20.4% sowie die *Geriatrische Rehabilitation* mit 19% von wesentlicher Bedeutung. Betrachtet man die Zahlen auf Kantonsebene, zeigt sich, dass insbesondere innerhalb der basel-städtischen Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen mit rund 47% ein äusserst hoher Anteil der *Geriatrischen Rehabilitation* zuzuschreiben ist. Im Gegensatz dazu ist für die Wohnbevölkerungen der Kantone Aargau und Solothurn mit rund 6% bzw. 4% nur ein geringfügiger Anteil der Rehabilitationsleistungen im Bereich der Geriatrischen Rehabilitation verordnet.[96] 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 muskuloskelettalen 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, [97] wird sich noch erweisen müssen.

[96] Vgl. dazu die Berichte zum Monitoring auf Ebene der einzelnen Kantone.

[97] Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.17ff.).

Die sehr kleine Nachfrage (1.1%) 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.[98] 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 Leistungscodierung 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 Pflegetage 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 47** 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.

---

[98] Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.11ff.).

Nordwestschweiz	Veränderung 2011-2013		
Leistungsbereiche/-gruppen	Fälle	PT	PT
	Anz.	Anz.	% (b)
Rehabilitation Erwachsene	**+130**	**+12'909**	**+3.9%**
Frührehabilitation	+8	+954	-
Geriatrische Rehabilitation	+596	+15'624	+28.1%
Muskuloskelettale Rehabilitation	-836	-13'167	-9.5%
Neurologische Rehabilitation (ohne Paraplegie)	+269	+11'333	+17.4%
Rehabilitation und Behandlung Querschnittgelähmter	+76	-1'021	-6.1%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	+178	+3'985	+20.5%
Pulmonale Rehabilitation	-18	+252	+1.8%
Internistisch-onkologische Rehabilitation	-74	-1'919	-16.8%
Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	-69	-3'132	-
Rehabilitation Kinder und Jugendliche	**-13**	**-114**	**-**
Frührehabilitation	+0	+0	-
Neurorehabilitation inkl. Neuroorthopädische Rehabilitation	-13	-114	-
Allgemeine pädiatrische Rehabilitation	+0	+0	-
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme (a)	**+111**	**+4'787**	**+17.9%**
Total	+228	+17'582	+4.9%

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

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

TABELLE 48: NACHFRAGE REHABILITATION – VERÄNDERUNG FALLZAHLEN UND PFLEGETAGE PRO LEISTUNGSGRUPPE 2011-13

Gemäss **Tabelle 48** ist zwischen 2011 und 2013 im Bereich der Rehabilitation für Erwachsene ein Anstieg der Inanspruchnahme durch die Nordwestschweizer Bevölkerung von +3.9% hinsichtlich der Pflegetage festzustellen. Innerhalb der Rehabilitation für Erwachsene ist der wesentliche Rückgang innerhalb der *Muskuloskelettalen Rehabilitation* augenfällig, wobei davon auszugehen ist, dass dieser Rückgang zumindest teilweise mit dem Anstieg innerhalb der *Geriatrischen Rehabilitation* in Verbindung zu bringen ist. Des Weiteren ist die Zunahme der Leistungen in der geriatrischen Rehabilitation mit der Alterung der Bevölkerung zu erklären sowie aufgrund der Tatsache, dass durch den medizintechnologischen Fortschritt vermehrt Operationen auch bei älteren Patienten durchgeführt werden.

3 Patientenströme

Im Zusammenhang mit den Patientenströmen wird zum einen die **Zuwanderung** von ausserregionalen Patienten in die Nordwestschweiz anhand der Hospitalisationen ausserregionaler Patienten in Rehabilitationseinrichtungen mit Standort in der Nordwestschweiz dargestellt. Im Zusammenhang mit der **Abwanderung** werden die Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz in Rehabilitationseinrichtungen ausserhalb der Nordwestschweiz betrachtet.

3.1 Abwanderung

Die **Tabelle 49** zeigt, in welchen Kantonen die Nordwestschweizer Bevölkerung Leistungen der Rehabilitation in Anspruch nimmt. Ausgewiesen sind jeweils die Fallzahlen sowie deren prozentualer Anteil nach Standortkanton der Hospitalisation.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Standortkanton des Spitals	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
NWCH	**12'392**	**88.2%**	**11'961**	**87.2%**	**12'395**	**86.8%**	**+3**	**-1.4%**
Abwanderung	**1'655**	**11.8%**	**1'756**	**12.8%**	**1'880**	**13.2%**	**+225**	**+1.4%**
AI	12	0.1%	14	0.1%	14	0.1%	+2	+0.0%
AR	169	1.2%	180	1.3%	192	1.3%	+23	+0.1%
BE	504	3.6%	599	4.4%	621	4.4%	+117	+0.8%
FR	0	0.0%	1	0.0%	3	0.0%	+3	+0.0%
GE	0	0.0%	2	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
GL	40	0.3%	32	0.2%	51	0.4%	+11	+0.1%
GR	98	0.7%	73	0.5%	86	0.6%	-12	-0.1%
JU	186	1.3%	163	1.2%	224	1.6%	+38	+0.2%
LU	207	1.5%	261	1.9%	244	1.7%	+37	+0.2%
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	60	0.4%	55	0.4%	75	0.5%	+15	+0.1%
SH	0	0.0%	2	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
SZ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
TG	169	1.2%	176	1.3%	176	1.2%	+7	+0.0%
TI	8	0.1%	5	0.0%	1	0.0%	-7	-0.0%
UR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
VD	3	0.0%	2	0.0%	3	0.0%	+0	-0.0%
VS	36	0.3%	38	0.3%	28	0.2%	-8	-0.1%
ZG	13	0.1%	27	0.2%	47	0.3%	+34	+0.2%
ZH	150	1.1%	126	0.9%	115	0.8%	-35	-0.3%
Total	14'047	100.0%	13'717	100.0%	14'275	100.0%	+228	

TABELLE 49: ABWANDERUNG REHABILITATION – FÄLLE NACH STANDORTKANTON DER HOSPITALISATION 2011-2013

Wie aus Tabelle 49 ersichtlich wird, sind im Jahr 2013 86.8% der Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten in innerregionalen Spitälern erfolgt. Im Gegenzug sind 13.2% der Hospitalisationen in Spitälern mit Standort ausserhalb der Nordwestschweiz erfolgt. Zwischen 2011 und 2013 stieg der Anteil der ausserregionalen Inanspruchnahme durch Nordwestschweizer Patienten um +1.4%.

Wichtigster Zielkanton für Nordwestschweizer Patienten ist der Kanton Bern. Im Jahr 2013 erfolgten 4.4% der Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten in Spitälern mit Standort im Kanton Bern, wobei zwischen 2011 und 2013 eine Zunahme um +0.8 Prozentpunkte beobachtbar ist. Weitere relevante Zielkantone für die Nordwestschweizer Bevölkerung sind die Kantone Luzern (1.7% im Jahr 2013), Jura (1.6%), Appenzell Ausserrhoden (1.3%) sowie Thurgau (1.2%). Die übrigen Schweizer Kantone sind von untergeordneter Bedeutung.

3.2 Zuwanderung

Tabelle 50 weist die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen in stationären Einrichtungen mit Standort in der Nordwestschweiz nach Wohnsitzkanton der Patienten aus. Dargestellt wird jeweils die absolute Zahl der Hospitalisationen, deren relative Verteilung sowie die Veränderung zwischen 2011 und 2013.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Wohnkanton Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
NWCH	**12'392**	**69.9%**	**11'961**	**70.0%**	**12'395**	**71.1%**	**+3**	**+1.2%**
Zuwanderung	**5'336**	**30.1%**	**5'124**	**30.0%**	**5'032**	**28.9%**	**-304**	**-1.2%**
LU	431	2.4%	428	2.5%	491	2.8%	+60	+0.4%
ZH	3'370	19.0%	3'073	18.0%	2'853	16.4%	-517	-2.6%
BE	332	1.9%	366	2.1%	398	2.3%	+66	+0.4%
ZG	60	0.3%	83	0.5%	80	0.5%	+20	+0.1%
übrige CH	858	4.8%	905	5.3%	934	5.4%	+76	+0.5%
Ausland	285	1.6%	269	1.6%	276	1.6%	-9	-0.0%
Total	17'728	100.0%	17'085	100.0%	17'427	100.0%	-301	

TABELLE 50: ZUWANDERUNG REHABILITATION – HOSPITALISATIONEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2011-2013

Die Zahl der Hospitalisationen ausserregionaler Patienten sinkt zwischen 2011 und 2013 von 5‘336 auf 5‘032. Analog sinkt der Anteil ausserregionaler Patienten in Spitälern mit Standort in der Nordwestschweiz geringfügig von 30.1% auf 28.9%.

Mit 19.0% 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 in der Nordwestschweiz um -517, wodurch eine Reduktion ihres Anteils auf 16.4% resultiert. Des Weiteren stammen 2.8% der in der Nordwestschweiz hospitalisierten Patienten im Jahr 2013 aus dem Kanton Luzern, 2.3% aus dem Kanton Bern und 1.6% aus dem Ausland. 5.4% entfallen auf die Sammelkategorie *übrige Schweiz*.

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.

Insgesamt ist in der Rehabilitation für die Region Nordwestschweiz eine Nettozuwanderung zu verzeichnen. Im Jahr 2013 beläuft sich die Abwanderung von Nordwestschweizer Patienten auf 1‘880 Fälle, währenddessen 5‘032 ausserregionale Patienten Leistungen in Nordwestschweizer Rehabilitationsspitälern beanspruchten. Das Saldo aus Zu- und Abwanderung bzw. die Nettozuwanderung beträgt somit 3‘152 Fälle. Auf Ebene der einzelnen Kantone zeigt sich, dass vor allem die Kantone Aargau und Basel-Stadt eine hohe Zuwanderung ausweisen (64% bzw. 31% im Jahr 2013). Die Zuwanderung in den Kanton Basel-Stadt ist auf Patienten aus den anderen Nordwestschweizer Kantonen (Basel-Landschaft und Solothurn) zurückzuführen. Der Kanton Aargau hingegen verzeichnet die grösste Zuwanderung aus dem Kanton Zürich, im Jahr 2013 wurden gut ein Viertel der rehabilitativen Leistungen im Kanton Aargau für Zürcher Patienten erbracht. Zurückzuführen ist dies hauptsächlich – wie bereits erwähnt – auf die RehaClinic, innerhalb welcher die Zürcher Patienten – trotz des erwähnten Rückgangs – auch im Jahr 2013 noch immer die grösste Patientengruppe darstellen.

4 Fazit Rehabilitation

4.1 Tendenzieller Anstieg hinsichtlich der Fallzahlen und Pflegetage

Weder für das Angebot noch für die Nachfrage von Rehabilitationsleistungen kann anhand der Daten für die Jahre 2011 bis 2013 eine eindeutige Tendenz hinsichtlich der Entwicklung der Fallzahlen und der Pflegetage abgeleitet werden. Zwischen 2011 und 2012 ist je jeweils eine Reduktion und zwischen 2012 und 2013 wiederum ein Anstieg feststellbar. Berücksichtigt man die Schliessung der Klinik Allerheiligenberg der Solothurner Spitäler AG und den damit einhergehenden Transfer der Leistungsangebote in andere Versorgungsbereiche kann grundsätzlich von einer steigenden Tendenz hinsichtlich des Angebots als auch der Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen ausgegangen werden.

4.2 Zuwanderungskanton Aargau

Insgesamt decken die Nordwestschweizer Rehabilitationseinrichtungen 87.5% der Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten ab, auf die ausserregionalen Leistungserbringer und die übrigen Spitäler entfallen zusammengefasst rund 12.5%. Im Gegensatz dazu beträgt der Anteil ausserregionaler Patienten in Nordwestschweizer Spitälern im Jahr 2013 rund 37%. Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass die RehaClinic bzw. deren Standorte im Kanton Aargau massgeblich für den hohen Anteil ausserregionaler Patienten ausschlaggebend sind. 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. Nichtsdestotrotz bleibt die Nordwestschweiz nach wie vor eine Zuwanderungsregion in Sachen Rehabilitation. Die Abnahme der Zuwanderung um -1.2 Prozentpunkte bei gleichbleibendem innerregionalem Rehabilitationsangebot führt wiederum dazu, dass die steigende Zahl der Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten durch die innerregionalen Versorgungsangebote aufgefangen wird.

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 Nordwestschweizer Bevölkerung vornehmen. Dies umso mehr, wenn auch die kantonsspezifischen Auswertungen betrachtet werden: Je nach Kanton unterscheidet sich die Inanspruchnahme nach Leistungsgruppen beträchtlich.[99] 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 Leistungsgruppenebene keine direkten Rückschlüsse für die kantonalen Versorgungsplanungen abgeleitet werden können.

---

[99] Vgl. dazu die weiteren Berichte im Rahmen des Monitorings.

E. 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 Rechnungen[100] 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)[101] einerseits und von Spitälern (spitalambulant) andererseits[102]. In den nachfolgenden Auswertungen werden die durch niedergelassene Ärzte sowie Spitäler abgerechneten ambulanten Leistungen beschrieben. Dabei wird jeweils die Zahl der Grundleistungen ausgewiesen. Unter den Grundleistungen sind Konsultationen und Hausbesuche zusammengefasst.[103]

Das Kapitel E.1 beschreibt die erbrachten Leistungen in der Nordwestschweiz, wohingegen in Kapitel E.2 die Nachfrage an Leistungen durch die Nordwestschweizer Bevölkerung dargelegt wird. In Kapitel E.3 werden schliesslich die Patientenströme innerhalb der ambulanten Versorgung analysiert.

1 Angebot

In der vorliegenden Studie wurden zwei Kategorien von Leistungserbringern im ambulanten Bereich berücksichtigt: die praxisambulanten Ärzte und die ambulanten Abteilungen in Spitälern der Nordwestschweiz. Anschliessend werden einerseits die Dichte der praxisambulanten Ärzte nach FMH-Titel sowie andererseits die erbrachten – praxis- und spitalambulanten – 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-Aus-

---

[100] 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.

[101] 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.

[102] Siehe auch den Methodenbericht zu den Auswertungen der ambulanten Patientenströme.

[103] Siehe hierzu auch die Erläuterungen im Methodenbericht.

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

Die **Tabelle 51** legt die Anzahl OKP-abrechnender Ärzte in der Nordwestschweiz 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 in der Nordwestschweiz (NWCH) sowie zwecks Vergleich die Dichte in der Deutschschweiz (DCH) 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.

Nordwestschweiz	Absolute Anzahl			Anzahl pro 100'000 Versicherte		
Anzahl OKP-abrechnender Leistungserbringer	NWCH			NWCH	DCH	CH
FMH-Titel	2011	2012	2013	2013	2013	2013
Allergologie und klinische Immunologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	0.4	1.0
Allgemeine Innere Medizin	962	974	987	72.1	77.4	78.9
Anästhesiologie	34	36	38	2.8	3.6	4.9
Angiologie	13	14	17	1.2	1.2	1.4
Arbeitsmedizin	8	6	9	0.7	0.2	0.2
Ärzte mit OKP - Ausstand	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Ärzte ohne Praxistätigkeit	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Ärzte, Spezialfälle	≤ 5	12	20	1.5	0.0	1.5
Chirurgie	64	63	79	5.8	7.2	7.7
Dermatologie und Venerologie	69	70	73	5.3	6.0	6.8
Endokrinologie und Diabetologie	19	20	23	1.7	1.1	1.7
Gastroenterologie	38	41	43	3.1	3.3	3.4
Gruppenpraxen	19	26	32	2.3	1.4	2.6
Gynäkologie und Geburtshilfe	189	194	210	15.3	15.6	16.7
Hämatologie	≤ 5	6	7	0.5	0.7	0.8
Handchirurgie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Infektiologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Intensivmedizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Kardiologie	47	53	63	4.6	4.9	5.8
Kiefer- und Gesichtschirurgie	9	9	9	0.7	0.9	0.9
Kinder- und Jugendmedizin	164	176	173	12.6	10.9	13.6
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	67	73	78	5.7	4.9	5.9
Kinderchirurgie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Klinische Pharmakologie und Toxikologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Medizinische Genetik	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Medizinische Onkologie	20	20	18	1.3	1.7	2.0
Nephrologie	8	9	8	0.6	0.9	1.0
Neurochirurgie	8	8	11	0.8	1.1	1.2
Neurologie	41	47	57	4.2	4.1	4.1
Nuklearmedizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Ophthalmologie	125	138	154	11.2	11.3	12.1
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	84	89	101	7.4	8.0	8.8
Oto-Rhino-Laryngologie	46	51	59	4.3	5.0	5.0
Pathologie	≤ 5	6	≤ 5	*	*	*
Pharmazeutische Medizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Physikalische Medizin und Rehabilitation	12	14	13	0.9	0.9	1.1
Plastische, Rekonstruktive u. Ästhetische Chir.	17	20	20	1.5	1.7	2.2
Pneumologie	22	22	25	1.8	2.0	2.4
Praktische Arzt / Ärztin	158	169	180	13.1	13.8	17.6
Prävention und Gesundheitswesen	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	433	457	504	36.8	35.7	38.2
Radiologie	25	24	28	2.0	3.1	4.2
Radio-Onkologie und Strahlentherapie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Rechtsmedizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Rheumatologie	59	62	64	4.7	4.5	4.7
Tropen- und Reisemedizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Urologie	24	23	36	2.6	2.7	2.9
Total praxisambulante Ärzte	2'817	2'950	3'162	230.9	240.8	264.1

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

TABELLE 51: ANZAHL UND DICHTE DER PRAXISAMBULANTEN LEISTUNGSERBRINGER NACH FMH-TITEL 2011-2013

Wie Tabelle 51 zeigt, nimmt die Anzahl niedergelassener Ärzte, die in der Nordwestschweiz über die OKP abrechnen, stetig zu. Im Jahr 2011 waren es 2‘817 niedergelassene Ärzte, im Jahr 2013 bereits 3‘162 Ärzte. Die Anzahl Ärzte pro 100‘000 Versicherte der Nordwestschweiz beträgt 230.9 Ärzte im Jahr 2013 und ist somit im Vergleich zur Deutschschweiz (240.8 im Jahr 2013) und zur gesamten Schweiz (264.1 im Jahr 2013).

Am häufigsten verfügen in der Nordwestschweiz tätige Ärzte über einen FMH-Titel der *Allgemein Inneren Medizin* (987 im Jahr 2013), am zweithäufigsten über einen FMH-Titel der *Psychiatrie* (504 im Jahr 2013). Weitere wichtige Fachgebiete sind:

- Gynäkologie/Geburtshilfe (210),
- Kinder- und Jugendmedizin (173),
- Ophthalmologie (154).

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 Vertreter/innen 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 BFS [104] (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 reellen Veränderung resultieren oder lediglich eine Folge der veränderten Kategorisierung der Spitäler nach Krankenhaustypen darstellen.

1.2 Erbrachte Leistungen

Tabelle 52 zeigt die Anzahl ambulanter Grundleistungen, die in der Nordwestschweiz erbracht werden, wobei nebst der Gesamtzahl der Grundleistungen jeweils der prozentuale Anteil der Grundleistungen ausgewiesen ist, der für Patienten der Nordwestschweiz 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, 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.

[104] Vgl. BFS (2006).

Nordwestschweiz	2011		2012		2013	
spital- / praxisambulant	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
FMH-Titel des behandelnden Arztes (praxisambulant)	Anz.	% NWCH	Anz.	% NWCH	Anz.	% NWCH
Total Grundleistungen praxisambulant	**7'506'906**	**95.8%**	**7'536'687**	**95.7%**	**7'919'210**	**95.9%**
└ **Innere Medizin - allgemein**						
Allgemeine Innere Medizin	3'612'288	97.2%	3'555'360	97.2%	3'582'632	97.3%
Praktischer Arzt / Praktische Ärztin	356'912	95.2%	387'711	95.3%	426'145	95.7%
Gruppenpraxen	141'330	88.3%	181'042	87.9%	243'521	88.3%
└ **Innere Medizin - Spezialdisziplinen**						
Endokrinologie und Diabetologie	44'916	95.7%	46'339	95.4%	56'001	95.7%
Gastroenterologie	84'459	95.6%	84'647	95.8%	87'745	96.0%
Hämatologie	*	*	11'246	97.3%	11'609	98.2%
Nephrologie	7'528	97.7%	6'974	97.9%	6'870	96.9%
Kardiologie	77'455	96.2%	77'706	96.1%	79'846	96.0%
Neurologie	50'534	93.4%	51'352	93.0%	58'317	92.8%
Angiologie	17'555	96.3%	21'299	96.0%	24'406	96.3%
Medizinische Onkologie	38'656	97.4%	37'046	97.8%	39'773	97.5%
Pneumologie	57'761	96.8%	54'128	96.9%	56'777	97.0%
Rheumatologie	123'943	96.0%	121'959	96.2%	125'436	96.3%
Dermatologie und Venerologie	243'996	95.0%	242'938	95.1%	251939	95.5%
Ophthalmologie	450'595	93.9%	466'207	93.7%	507'824	93.9%
└ **Chirurgie**						
Chirurgie	73'514	95.1%	72'923	95.2%	76'655	95.3%
Neurochirurgie	3'777	84.7%	5'634	88.9%	6'802	89.8%
Kiefer- und Gesichtschirurgie	2'881	88.6%	2'710	87.3%	3'012	87.2%
Oto-Rhino-Laryngologie	136'956	96.2%	140'393	96.2%	155282	96.3%
Plastische, Rekonstruktive u. Ästhetische Chir.	21'501	94.5%	24'368	94.9%	25'725	95.1%
Urologie	53'339	93.6%	51'985	93.8%	59740	93.9%
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	111'367	95.3%	118'160	94.7%	128381	95.0%
└ **Gynäkologie und Geburtshilfe**						
Gynäkologie und Geburtshilfe	458'884	94.9%	456'585	94.8%	479'327	94.9%
└ **Pädiatrie**						
Kinder- und Jugendmedizin	541'111	96.9%	526'362	97.0%	570'683	97.1%
└ **Psychiatrie**						
Psychiatrie und Psychotherapie	522'872	93.1%	525'693	92.9%	566'404	93.7%
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	63'543	94.2%	65'709	94.2%	75'493	94.9%
└ **Übrige**						
Anästhesiologie	12'545	92.1%	13'251	92.6%	15'103	91.6%
Radiologie	97'244	95.0%	101'256	94.9%	115'036	95.1%
Pathologie	*	*	17'483	77.9%	*	*
Arbeitsmedizin	5'878	99.5%	4'840	99.3%	4'162	99.0%
Physikalische Medizin und Rehabilitation	31'377	94.5%	32'180	94.8%	36'172	95.0%
Sonstige	*	*	16'861	60.1%	17'865	61.7%
Total Grundleistungen spitalambulant	**2'359'462**	**93.9%**	**2'505'605**	**93.9%**	**2'770'038**	**94.1%**
Total Grundleistungen	9'877'926	95.3%	10'053'844	95.2%	10'689'248	95.4%

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

TABELLE 52: AMBULANTES ANGEBOT – ERBRACHTE GRUNDLEISTUNGEN NACH FMH-TITEL 2011-2013

Gemäss Tabelle 52 erbrachten die praxisambulanten Ärzte der Nordwestschweiz zwischen 7.5 Mio. (Jahr 2011) und 7.9 Mio. Grundleistungen (Jahr 2013). Die Spitäler rechneten 2.4 Mio. (Jahr 2011) bzw. 2.8 Mio. (Jahr 2013) ambulante Grundleistungen ab. Insgesamt stieg die Zahl der erbrachten Grundleistungen zwischen 2011 und 2013 von 9.9 Mio. Grundleistungen auf 10.7 Mio. 95.4% dieser Leistungen beziehen sich auf Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz.

Über 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 Ärztegruppen die bedeutendsten Leistungserbringer in der Nordwestschweiz:

- *Psychiatrie und Psychotherapie* mit 566‘404 Grundleistungen im Jahr 2013
- *Kinder- und Jugendmedizin* mit 570‘683 Grundleistungen im Jahr 2013
- *Gynäkologie und Geburtshilfe* mit 479'327 im Jahr 2013

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

Tabelle 53 zeigt die Entwicklungen zwischen 2011 und 2013 auf. Dargestellt sind sowohl die absolute Veränderung der erbrachten Grundleistungen als auch deren relative Veränderung in Prozent.

Nordwestschweiz	Δ Grundleistungen 2011-2013	
spital- / praxisambulant	absolute Veränderung	relative Veränderung
FMH-Titel des behandelnden Arztes (praxisambulant)	Anz.	%
Total Grundleistungen praxisambulant	**+412'304**	**+5.5%**
└ **Innere Medizin - allgemein**		
Allgemeine Innere Medizin	-29'656	-0.8%
Praktischer Arzt / Praktische Ärztin	+69'233	+19.4%
Gruppenpraxen	+102'191	+72.3%
└ **Innere Medizin - Spezialdisziplinen**		
Endokrinologie und Diabetologie	+11'085	+24.7%
Gastroenterologie	+3'286	+3.9%
Hämatologie	*	*
Nephrologie	-658	-8.7%
Kardiologie	+2'391	+3.1%
Neurologie	+7'783	+15.4%
Angiologie	+6'851	+39.0%
Medizinische Onkologie	+1'117	+2.9%
Pneumologie	-984	-1.7%
Rheumatologie	+1'493	+1.2%
Dermatologie und Venerologie	+7'943	+3.3%
Ophthalmologie	+57'229	+12.7%
└ **Chirurgie**		
Chirurgie	+3'141	+4.3%
Neurochirurgie	+3'025	+80.1%
Kiefer- und Gesichtschirurgie	+131	+4.5%
Oto-Rhino-Laryngologie	+18'326	+13.4%
Plastische, Rekonstruktive u. Ästhetische Chir.	+4'224	+19.6%
Urologie	+6'401	+12.0%
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	+17'014	+15.3%
└ **Gynäkologie und Geburtshilfe**		
Gynäkologie und Geburtshilfe	+20'443	+4.5%
└ **Pädiatrie**		
Kinder- und Jugendmedizin	+29'572	+5.5%
└ **Psychiatrie**		
Psychiatrie und Psychotherapie	+43'532	+8.3%
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	+11'950	+18.8%
└ **Übrige**		
Anästhesiologie	+2'558	+20.4%
Radiologie	+17'792	+18.3%
Pathologie	*	*
Arbeitsmedizin	-1'716	-29.2%
Physikalische Medizin und Rehabilitation	+4'795	+15.3%
Sonstige	*	*
Total Grundleistungen spitalambulant	**+410'576**	**+17.4%**
Total Grundleistungen	+811'322	+8.2%

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

TABELLE 53: AMBULANTES ANGEBOT – VERÄNDERUNGEN ABSOLUT UND IN PROZENT NACH FMH-TITEL 2011-2013

Tabelle 53 zeigt eine Zunahme der erbrachten, ambulanten Grundleistungen zwischen 2011 und 2013 um +8.2%. Der relative Anstieg hinsichtlich der spitalambulanten Leistungen ist dabei deutlich höher (+17.4%) als für die praxisambulanten Leistungen (+5.5%).

Im Folgenden werden die Veränderungen zwischen den Jahren 2011 und 2013 für einzelne praxisambulanten Ärztegruppen 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 ist z.B. der Anstieg in Bezug auf den Leistungsbereich *Endokrinologie und Diabetologie* auf einen überproportionalen Anstieg zwischen den Jahren 2012 und 2013 zurückzuführen.[105] Die Entwicklung des Angebots unterliegen somit Schwankungen, die anhand des untersuchten, relativ kurzen Zeitraums nur bedingt Aussagen ermöglichen.

Wie Tabelle 53 verdeutlicht, steigt im Bereich der *Grundversorgung* insbesondere die Zahl der erbrachten Leistungen in *Gruppenpraxen* um 72.8%. Infolge des Anstiegs der Anzahl Gruppenpraxen von 19 im Jahr 2011 auf 32 im Jahr 2013 ist dies nicht weiter überraschend.[106] Im selben Zeitraum steigen innerhalb der Grundversorgung ebenfalls die erbrachten Leistungen der *Praktischen Ärzte*, lediglich in Bezug auf die *Allgemein Innere Medizin* ist ein geringfügiger Rückgang festzustellen. Dies deutet darauf hin, dass innerhalb der Gruppenpraxen nicht ausschliesslich Leistungen der Grundversorgung erbracht werden. 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 ein deutlicher Anstieg der Anzahl Gruppenpraxen sowie der durch Gruppenpraxen erbrachten Leistungen.

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 +57‘229 Grundleistungen bedeutet jedoch in Relation zur Anzahl erbrachten Grundleistungen im Jahr 2011 lediglich einen relativen Anstieg von +12.7%. 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 +24.7% innerhalb der *Endokrinologie und Diabetologie.* Gemäss Expertengruppe kann diese Entwicklung mitunter auf vermehrt spezialärztliche Konsultationen in Bezug auf Diabetes des Typ 1 zurückgeführt werden, wohingegen früher vielmehr noch der Hausarzt als Ansprechperson konsultiert wurde. Mit +39.0% ist ebenfalls in Bezug auf die *Angiologie* ein hoher relativer Anstieg bemerkbar. 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.

Innerhalb der Chirurgie fällt insbesondere der bedeutsame relative Anstieg in der Neurochirurgie auf. Ausschlaggebend ist in erster Linie die geringe Anzahl ambulant erbrachter Grundleistungen im Jahr 2011, wodurch aus der Zunahme um +3‘025 Grundleistungen eine prozentualer Anstieg um +80.1% resultiert. Infolgedessen ist der Anstieg nicht überzubewerten. Gemäss Expertengruppe erfolgen spezialärztliche Abklärungen im Bereich der *Neurochirurgie* vermehrt ambulant (z.B. bei Diskushernien).

---

[105] Vgl. dazu Tabelle 52.

[106] Vgl. dazu Tabelle 51.

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

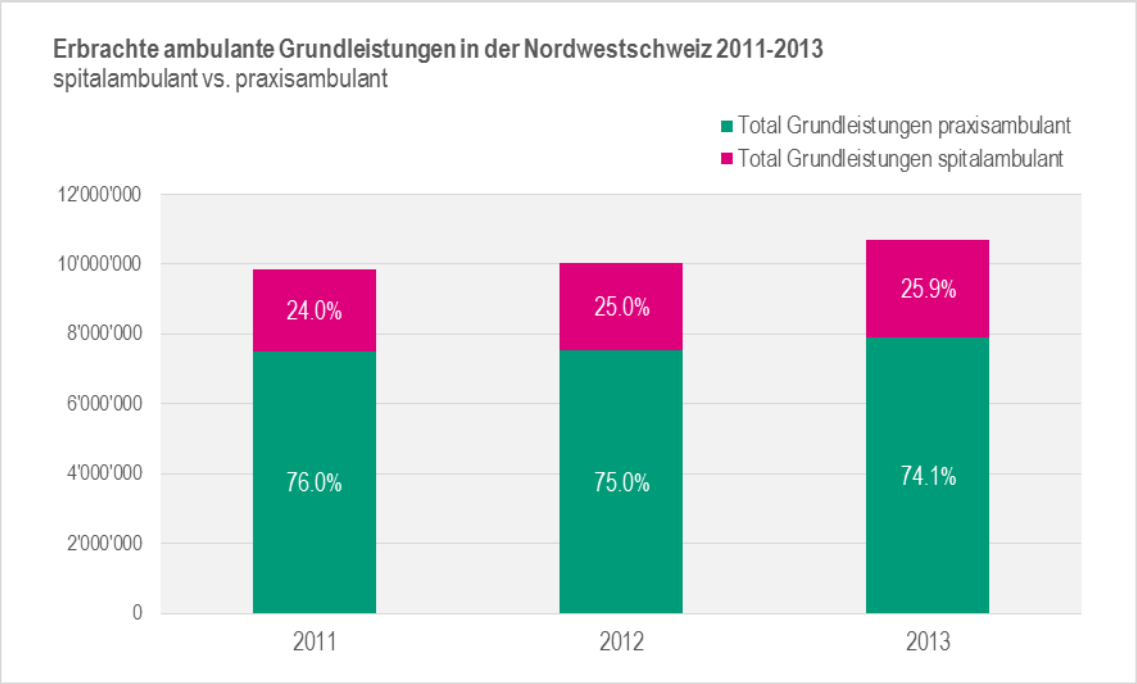


ABBILDUNG 52: AMBULANTES ANGEBOT – PRAXIS- UND SPITALAMBULANTE LEISTUNGEN 2011-2013

Gemäss Abbildung 52 wurden im Jahr 2011 76.0% der ambulanten Grundleistungen durch praxisambulante Ärzte erbracht, 24.0% beziehen sich auf spitalambulante Leistungen. Der Anteil der der spitalambulant erbrachten Leistungen steigt zum Jahr 2013 auf 25.9%. Gemäss Expertengruppe 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 spitalambulanten 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 F noch detailliert eingegangen.

2 Nachfrage

In diesem Kapitel wird die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch die Nordwestschweizer Wohnbevölkerung dargelegt. Analog zum Angebot wird dabei die Zahl der durch Nordwestschweizer Patienten beanspruchten Grundleistungen (d.h. Konsultationen und Hausbesuche) nach FMH-Titel des behandelnden Arztes ausgewiesen. Nebst der Gesamtzahl durch Nordwestschweizer Patienten beanspruchter Grundleistungen enthält **Tabelle 54** jeweils den Anteil der Grundleistungen, die innerhalb der Nordwestschweiz in Anspruch genommen wurde.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013	
spital- / praxisambulant	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
FMH-Titel des behandelnden Arztes (praxisambulant)	Anz.	% NWCH	Anz.	% NWCH	Anz.	% NWCH
Total Grundleistungen praxisambulant	**7'647'226**	**94.1%**	**7'684'145**	**93.9%**	**8'084'542**	**93.9%**
└ **Innere Medizin - allgemein**						
Allgemeine Innere Medizin	3'671'839	95.6%	3'615'721	95.6%	3'647'167	95.6%
Praktischer Arzt / Ärztin	359'845	94.4%	390'977	94.5%	430'950	94.7%
Gruppenpraxen	132'890	93.9%	171'563	92.8%	236'039	91.1%
└ **Innere Medizin - Spezialdisziplinen**						
Endokrinologie und Diabetologie	44'971	95.6%	46'221	95.7%	55'726	96.2%
Gastroenterologie	84'403	95.7%	84'615	95.9%	88'259	95.5%
Hämatologie	12'500	90.8%	12'238	89.4%	12'815	88.9%
Nephrologie	8'036	91.5%	7'702	88.7%	7'631	87.2%
Kardiologie	79'046	94.2%	79'207	94.3%	81'539	94.0%
Neurologie	51'313	92.0%	52'180	91.5%	59'120	91.6%
Angiologie	18'473	91.5%	22'066	92.7%	25'260	93.0%
Medizinische Onkologie	40'462	93.1%	38'808	93.4%	41'205	94.1%
Pneumologie	58'157	96.2%	54'539	96.2%	57'342	96.1%
Rheumatologie	125'144	95.0%	123'381	95.1%	127'087	95.0%
Allergologie und klinische Immunologie	5'311	91.8%	5'114	94.3%	5'222	94.1%
Dermatologie und Venerologie	248'428	93.3%	248'356	93.0%	258'861	93.0%
Ophthalmologie	446'997	94.7%	461'469	94.7%	502'157	95.0%
Infektiologie	645	47.5%	919	68.1%	835	49.5%
Tropen- und Reisemedizin	3'929	92.6%	3'930	93.1%	2'132	87.9%
└ **Chirurgie**						
Chirurgie	78'123	89.5%	77'644	89.4%	81'327	89.8%
Neurochirurgie	4'667	68.6%	6'626	75.6%	8'366	73.0%
Kiefer- und Gesichtschirurgie	2'824	90.4%	2'760	85.7%	2'976	88.2%
Oto-Rhino-Laryngologie	139'802	94.2%	142'859	94.5%	158'575	94.3%
Plastische, Rekonstruktive u. Ästhetische Chir.	21'477	94.6%	24'387	94.8%	25'992	94.1%
Urologie	53'301	93.7%	52'262	93.3%	59'525	94.3%
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	164	86.5%	170	89.3%	155	89.7%
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	116'790	90.8%	123'151	90.9%	132'844	91.8%
Handchirurgie	0	0.0%	0	0.0%	31	0.0%
└ **Gynäkologie und Geburtshilfe**						
Gynäkologie und Geburtshilfe	480'322	90.6%	477'536	90.6%	499'684	91.1%
└ **Pädiatrie**						
Kinder- und Jugendmedizin	542'758	96.6%	529'250	96.5%	574'379	96.5%
Kinderchirurgie	3'940	92.1%	3'564	91.2%	3'485	93.5%
└ **Psychiatrie**						
Psychiatrie und Psychotherapie	545'109	89.3%	547'506	89.2%	593'023	89.5%
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	63'449	94.4%	66'885	92.6%	76'710	93.4%
└ **Übrige**						
Anästhesiologie	15'183	76.1%	17'416	70.5%	18'888	73.3%
Radiologie	97'748	94.6%	101'715	94.4%	116'637	93.8%
Radio-Onkologie und Strahlentherapie	3'602	61.2%	3'314	37.1%	3'300	46.7%
Nuklearmedizin	392	0.0%	289	0.0%	290	0.0%
Pathologie	37'851	36.4%	40'256	33.8%	37'357	25.0%
Arbeitsmedizin	5'850	100.0%	4'810	99.9%	4'121	100.0%
Physikalische Medizin und Rehabilitation	31'305	94.7%	32'261	94.5%	36'129	95.1%
Sonstige	10'180	97.3%	10'479	96.7%	11'401	0.4%
Total Grundleistungen spitalambulant	**2'378'142**	**93.2%**	**2'531'059**	**93.0%**	**2'809'040**	**92.8%**
Total Grundleistungen	10'025'368	93.9%	10'215'204	93.7%	10'893'582	93.6%

TABELLE 54: AMBULANTE NACHFRAGE – BEANSPRUCHTE GRUNDLEISTUNGEN NACH FMH-TITEL 2011-2013

Gemäss Tabelle 54 nahm die Nordwestschweizer Bevölkerung insgesamt 10.0 Mio. ambulante Grundleistungen im Jahr 2011 in Anspruch, im Jahr 2013 waren es 10.9 Mio. Sowohl was die praxisambulanten als auch was die spitalambulanten Leistungen anbelangt beziehen sich über 92% davon auf Leistungserbringer mit Standort in der Nordwestschweiz.

Bereits im Kapitel zum Angebot wurde auf die relative Bedeutung der Bereiche *Allgemeinen Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe* sowie *Psychiatrie und Psychotherapie*. Betrachtet man für diese Bereiche den Anteil innerregional beanspruchter Leistungen, dass für die *Gynäkologie und Geburtshilfe* sowie für die *Psychiatrie* mehr Leistungen ausserhalb der Nordwestschweiz 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,[107] 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. Wiederum 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 ausserregionaler Inanspruchnahme ist in der *Neurochirurgie* auszumachen. Im Jahr 2011 bezogen sich 68.6% der Grundleistungen auf Leistungserbringer innerhalb der Nordwestschweiz. Zum Jahr 2013 hin steigt dieser Anteil auf 73.0%. 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 55 zeigt die Entwicklung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch die Nordwestschweizer Bevölkerung für den Zeitraum zwischen 2011 und 2013. Dargestellt ist einerseits die absolute Veränderung der Zahl in Anspruch genommener Grundleistungen. Darüber hinaus enthält Tabelle 55 die prozentuale Veränderung in Relation zum Jahr 2011.

---

[107] Vgl. dazu auch Kapitel E.4.1.3.

Nordwestschweiz	Δ Grundleistungen 2011-2013	
spital- / praxisambulant	absolute Veränderung	relative Veränderung
FMH-Titel des behandelnden Arztes (praxisambulant)	Anz.	%
Total Grundleistungen praxisambulant	**+437'316**	**+5.7%**
└ **Innere Medizin - allgemein**		
Allgemeine Innere Medizin	-24'672	-0.7%
Praktischer Arzt / Ärztin	+71'105	+19.8%
Gruppenpraxen	+103'149	+77.6%
└ **Innere Medizin - Spezialdisziplinen**		
Endokrinologie und Diabetologie	+10'755	+23.9%
Gastroenterologie	+3'856	+4.6%
Hämatologie	+315	+2.5%
Nephrologie	-405	-5.0%
Kardiologie	+2'493	+3.2%
Neurologie	+7'807	+15.2%
Angiologie	+6'787	+36.7%
Medizinische Onkologie	+743	+1.8%
Pneumologie	-815	-1.4%
Rheumatologie	+1'943	+1.6%
Allergologie und klinische Immunologie	-89	-1.7%
Dermatologie und Venerologie	+10'433	+4.2%
Ophthalmologie	+55'160	+12.3%
Infektiologie	+190	+29.5%
Tropen- und Reisemedizin	-1'797	-45.7%
└ **Chirurgie**		
Chirurgie	+3'204	+4.1%
Neurochirurgie	+3'699	+79.3%
Kiefer- und Gesichtschirurgie	+152	+5.4%
Oto-Rhino-Laryngologie	+18'773	+13.4%
Plastische, Rekonstruktive u. Ästhetische Chir.	+4'515	+21.0%
Urologie	+6'224	+11.7%
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	-9	-5.5%
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	+16'054	+13.7%
Handchirurgie	+31	+
└ **Gynäkologie und Geburtshilfe**		
Gynäkologie und Geburtshilfe	+19'362	+4.0%
└ **Pädiatrie**		
Kinder- und Jugendmedizin	+31'621	+5.8%
Kinderchirurgie	-455	-11.5%
└ **Psychiatrie**		
Psychiatrie und Psychotherapie	+47'914	+8.8%
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	+13'261	+20.9%
└ **Übrige**		
Anästhesiologie	+3'705	+24.4%
Radiologie	+18'889	+19.3%
Radio-Onkologie und Strahlentherapie	-302	-8.4%
Nuklearmedizin	-102	-26.0%
Pathologie	-494	-1.3%
Arbeitsmedizin	-1'729	-29.6%
Physikalische Medizin und Rehabilitation	+4'824	+15.4%
Sonstige	+1'221	+12.0%
Total Grundleistungen spitalambulant	**+430'898**	**+18.1%**
Total Grundleistungen	+868'214	+8.7%

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

TABELLE 55: AMBULANTE NACHFRAGE – VERÄNDERUNGEN ABSOLUT UND IN PROZENT NACH FMH-TITEL 2011-2013

Gemäss Tabelle 55 nimmt die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch die Nordwestschweizer Bevölkerung um +868‘214 Grundleistungen zu, was einem Anstieg um +8.7% 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 E.1.2 zum Angebot ambulanter Leistungen in der Nordwestschweiz beschrieben wurden. Infolgedessen werden diese Veränderungen nicht mehr im Detail beschrieben.

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

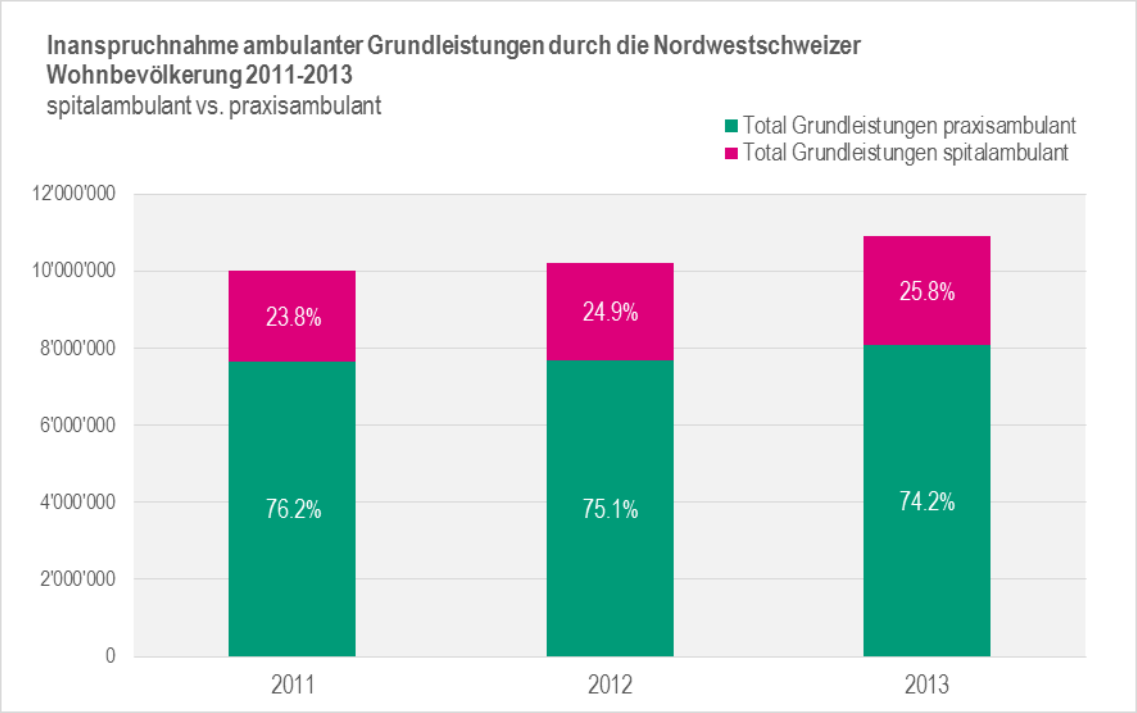


ABBILDUNG 53: AMBULANTE NACHFRAGE – PRAXIS- UND SPITALAMBULANTE LEISTUNGEN 2011-2013

Gemäss Abbildung 53 werden rund drei Viertel der ambulanten Leistungen bei praxisambulanten Ärzten und ein Viertel in Spitälern nachgefragt, wobei Anteil der praxisambulanten Ärzte im Verhältnis zum Gesamtvolumen der Inanspruchnahme zwischen 2011 und 2013 von 76.2% auf 74.2% 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 Nordwestschweizer Bevölkerung ein Anstieg festzustellen,[108] nur dass die Zunahme der spitalambulanten Inanspruchnahme deutlich grösser ist. Damit widerspiegelt sich in Bezug auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch die Nordwestschweizer Bevölkerung, dieselbe Entwicklung wie bereits aufgrund des Angebots durch Leistungserbringer mit Standort in der Nordwestschweiz festgestellt werden konnte.[109]

[108] Vgl. Tabelle 55.
[109] Vgl. Kapitel E.1.2.

3 Patientenströme

Das Kapitel E.3 beschreibt die Zu- und Abwanderung von Patienten im Bereich der ambulanten Versorgung. Die Patientenströme aus und in die Nachbarkantone Luzern, Zug, Zürich und Bern[110] werden jeweils explizit ausgewiesen. Die übrigen Patientenströme werden unterschieden zwischen *Übrige Schweiz* und *Ausland*.

3.1 Abwanderung

Die **Tabelle 56** zeigt, wo die Nordwestschweizer 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.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
Standortkanton Leistungserbringer	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
NWCH	**9'419'492**	**93.8%**	**9'579'962**	**93.6%**	**10'207'004**	**93.6%**	**+787'512**	**-0.2%**
Total Abwanderung	**619'784**	**6.2%**	**649'728**	**6.4%**	**698'459**	**6.4%**	**+78'675**	**+0.2%**
LU	58'670	0.6%	61'607	0.6%	65'543	0.6%	+6'873	+0.0%
ZG	31'585	0.3%	32'885	0.3%	35'556	0.3%	+3'971	+0.0%
ZH	290'276	2.9%	309'672	3.0%	339'525	3.1%	+49'249	+0.2%
BE	164'546	1.6%	171'493	1.7%	184'539	1.7%	+19'993	+0.1%
Übrige Schweiz	74'631	0.7%	73'935	0.7%	73'196	0.7%	-1'435	-0.1%
Ausland	75	0.0%	137	0.0%	100	0.0%	+25	+0.0%
Total	10'039'276	100.0%	10'229'690	100.0%	10'905'463	100.0%	+866'187	

TABELLE 56: ABWANDERUNG AMBULANT – GRUNDLEISTUNGEN NACH STANDORTKANTON DER BEHANDLUNG 2011-2013[111]

Gemäss Tabelle 56 wurden im Jahr 2013 6.4% der ambulanten Grundleistungen von Nordwestschweizer Patienten ausserhalb der Nordwestschweiz in Anspruch genommen. Zwischen 2011 und 2013 bleibt dieser Anteil weitgehend stabil. Der wichtigste Zielkanton von Nordwestschweizer Patienten ist der Kanton Zürich mit 3.1% der Gesamtnachfrage im Jahr 2013, darauf folgt der Kanton Bern mit 1.7%. Das Ausmass der Abwanderung in die übrigen Kantone sowie das Ausland betrifft jeweils weniger als 1% der durch die Nordwestschweizer Bevölkerung nachgefragten ambulanten Leistungen.

3.2 Zuwanderung

Analog zur Abwanderung ist in **Tabelle 57** die Zuwanderung nach Wohnkanton der Patienten dargestellt. Es wird einerseits die absolute Anzahl Grundleistungen und deren prozentualer Anteil am Gesamtangebot durch die Nordwestschweizer Leistungserbringer (praxis- und spitalambulant) dargelegt.

---

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

[111] 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 54 und Tabelle 56 ergeben.

Nordwestschweiz	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
Wohnsitz Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
NWCH	**9'419'492**	**95.4%**	**9'579'961**	**95.3%**	**10'207'004**	**95.4%**	**+787'512**	**+0.1%**
Total Zuwanderung	**458'434**	**4.6%**	**473'883**	**4.7%**	**489'980**	**4.6%**	**+31'546**	**-0.1%**
LU	61'523	0.6%	63'706	0.6%	66'593	0.6%	5'070	-0.0%
ZG	9'065	0.1%	8'522	0.1%	9'745	0.1%	680	-0.0%
ZH	120'942	1.2%	118'377	1.2%	121'445	1.1%	503	-0.1%
BE	123'919	1.3%	127'279	1.3%	136'979	1.3%	13'060	+0.0%
Übrige Schweiz	101'039	1.0%	110'188	1.1%	120'194	1.1%	19'155	+0.1%
Ausland	24'762	0.3%	26'129	0.3%	31'436	0.3%	6'674	+0.0%
Sonstige	17'181	0.2%	19'677	0.2%	3'588	0.0%	-13'593	-0.1%
Total	9'877'926	100.0%	10'053'844	100.0%	10'696'984	100.0%	+819'058	

TABELLE 57: ZUWANDERUNG AMBULANT – GRUNDLEISTUNGEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2011-2013[112]

Gemäss Tabelle 57 beziehen sich im Jahr 2013 lediglich 4.6% aller in der Nordwestschweiz erbrachten Grundleistungen auf Patienten aus anderen Kantonen bzw. aus dem Ausland. Der Anteil der Zuwanderung bleibt zwischen 2011 und 2013 stabil. Die meisten zugewanderten Patienten stammen aus den Kantonen Bern und Zürich, mit einem Anteil von 1.3% bzw. 1.1% der in der Nordwestschweiz erbrachten Leistungen.

Im Vergleich von Zu- und Abwanderung zeigt sich, dass mehr ambulante Leistungen für Nordwestschweizer Patienten ausserhalb der Nordwestschweiz erfolgen, als dass ausserregionale Patienten in der Nordwestschweiz ambulant behandelt werden (Nettoabwanderung). Ausserdem sind – sowohl für die Zu- als auch die Abwanderung – jeweils die Kantone Zürich und Bern 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 Kapitel E.4 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 51 wurde die Ärztedichte in der Nordwestschweiz nach FMH-Titeln ausgewiesen. Daraus wird ersichtlich, dass die Ärztedichte in der Nordwestschweiz mit 233 OPK-abrechnenden Ärzten pro 100‘000 Versicherte im Jahr 2013 geringfügig unter dem Durchschnitt der Deutschschweiz (242) und deutlich unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (265) liegt. Auf Ebene der verschiedenen FMH-Titel ist die Dichte in der Nordwestschweiz in folgenden Fachbereichen tiefer als im Durchschnitt der Deutschschweiz:

[112] 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 52 und Tabelle 57 ergeben.

- Allgemein Innere Medizin
- Anästhesiologie
- Chirurgie
- Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
- Oto-Rhino-Laryngologie
- Praktische Ärzte
- Radiologie

Eine höhere Dichte weist die Nordwestschweiz in Bezug auf folgende Kategorien auf:

- Gruppenpraxen
- Kinder- und Jugendmedizin
- Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie.

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 widergeben. 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.[113] 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 Vertreter/innen 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.

---

[113] Vgl. BFS (2008, S.3).

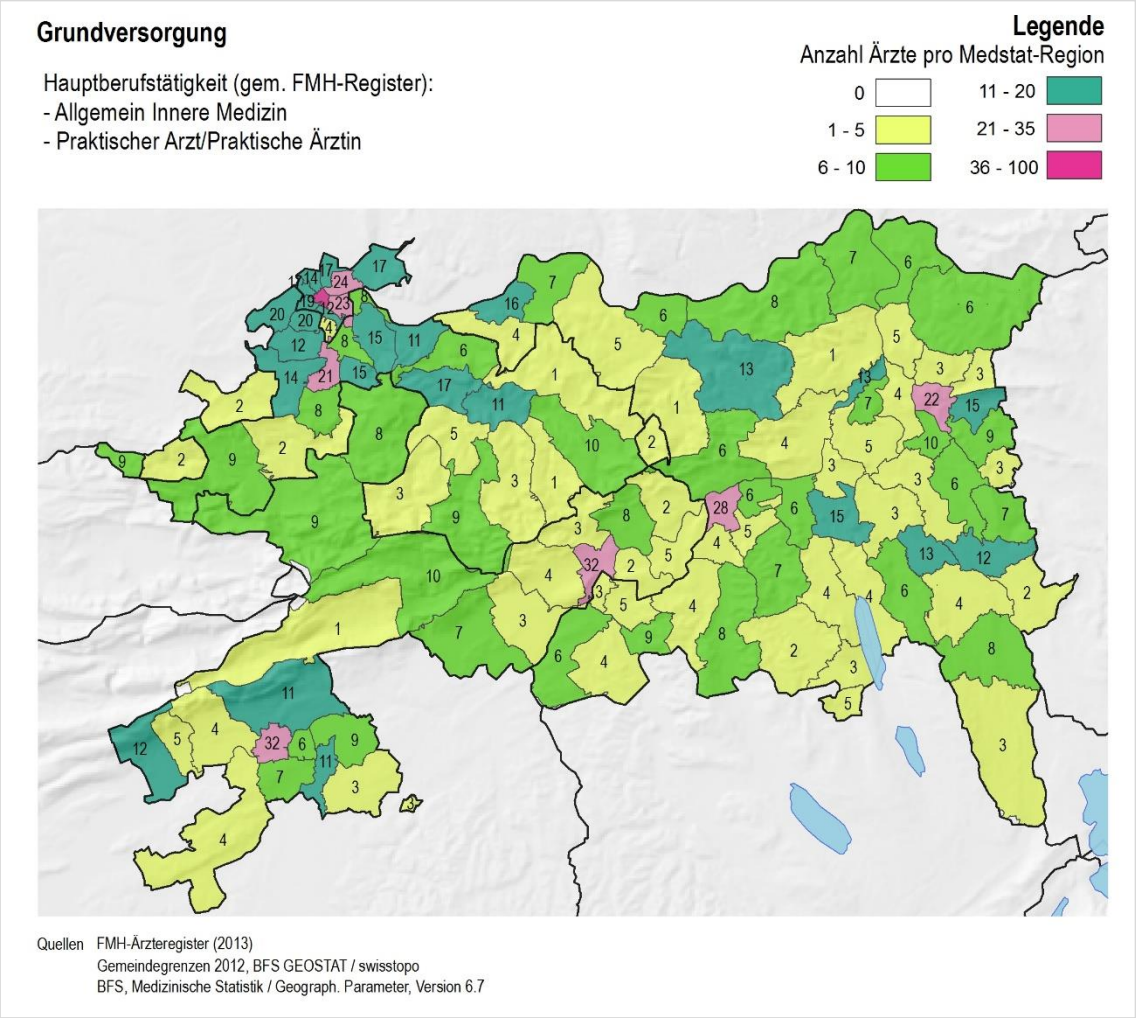


ABBILDUNG 54: GEOGRAPHISCHE VERTEILUNG DER PRAXISAMBULANTEN ÄRZTE IM BEREICH DER GRUNDVERSORGUNG 2013

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.[114] 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 Faktenblatt[115] 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.

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.

[114] 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).

[115] Vgl. BAG (2014).

Seit 2002 geht die Rate der allgemeinpraktisch tätigen Ärzte zurück".[116] 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.

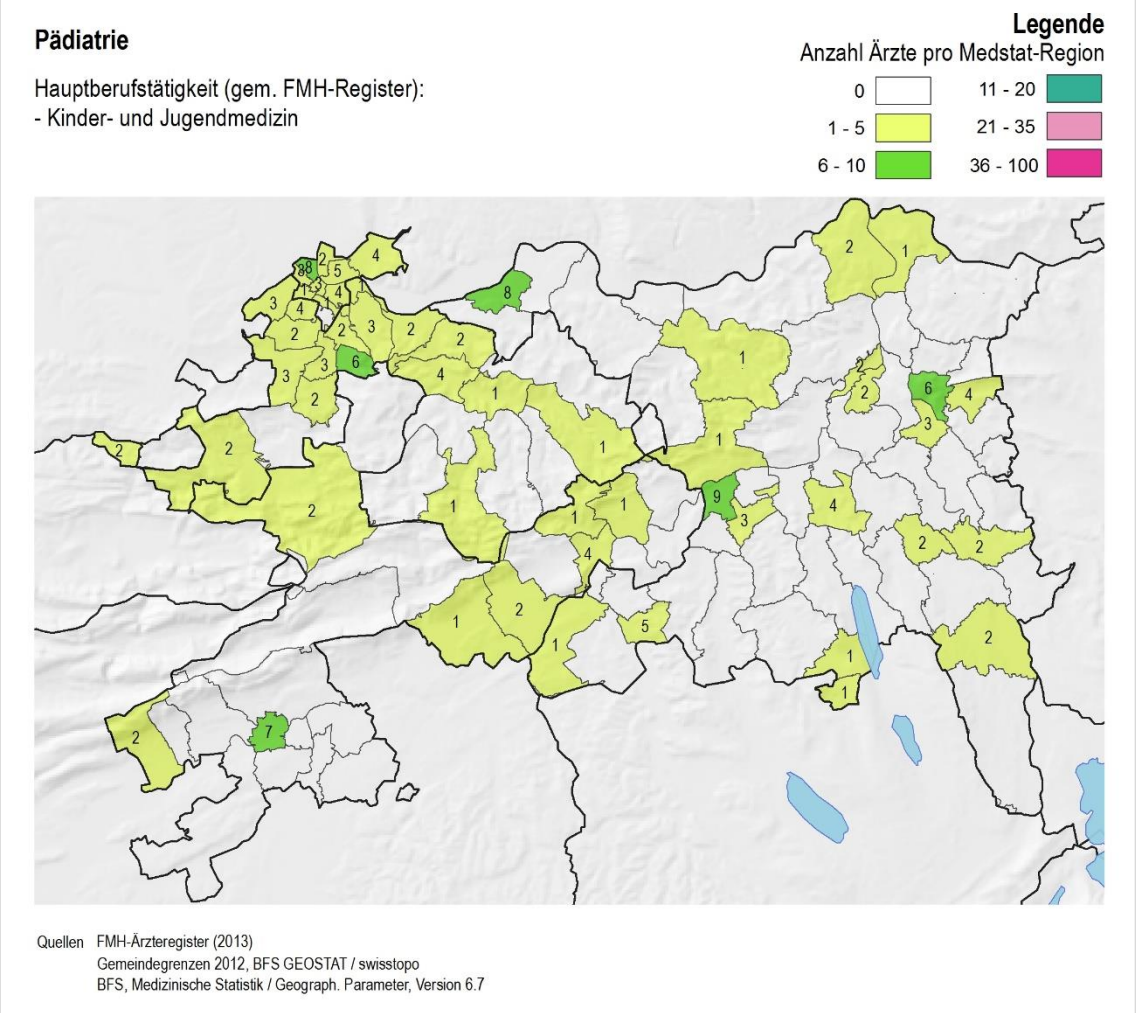


ABBILDUNG 55: GEOGRAPHISCHE VERTEILUNG DER PRAXISAMBULANTEN ÄRZTE IN DER PÄDIATRIE 2013

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.

---

[116] Vgl. Zitat gemäss BAG (2010, S.12).

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.

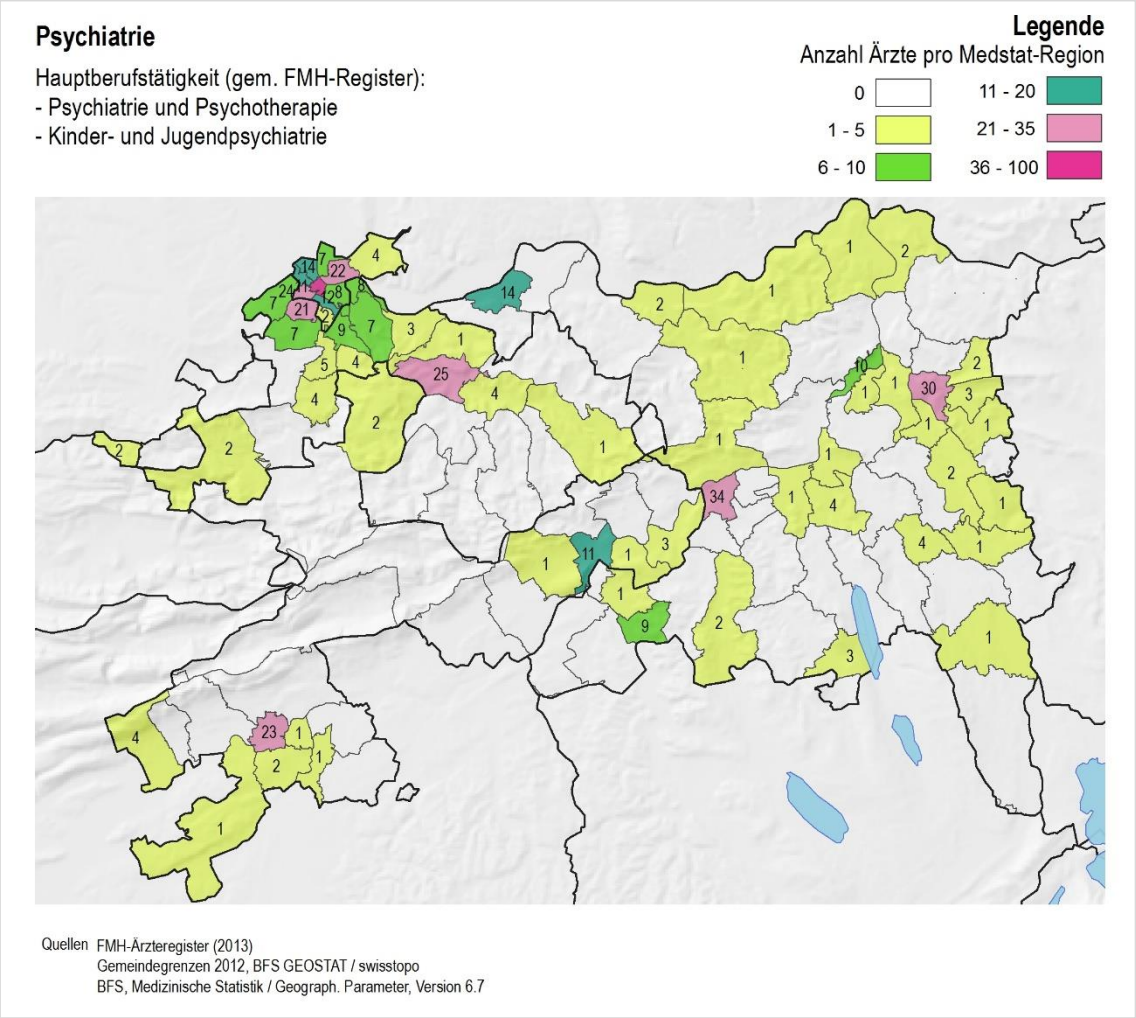


ABBILDUNG 56: GEOGRAPHISCHE VERTEILUNG DER PRAXISAMBULANTEN PSYCHIATER 2013

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 hingewiesen [117], insbesondere im Kontext eines stetig wachsenden Bedarfs[118]. 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.

---

[117] Vgl. Bielinski et al. (2010) und Giacometti-Bickel et al. (2013).
[118] Vgl. Schuler, Daniela / Burla, Laila (2012, S.4).

4.2 Konsultationsquoten

Die Auswertungen der Konsultationsquoten betreffen die durch die Nordwestschweizer 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:

- 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 58** 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	KQ	Δ DCH	KQ	Δ DCH	KQ	Δ DCH	KQ	Δ DCH	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 58: KONSULTATIONSQUOTEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN UND FMH-TITEL 2013

In Tabelle 58 ist jeweils farblich hervorgehoben, in welchen Leistungsgruppen die einzelnen Kantone sowie die Nordwestschweiz insgesamt eine über- bzw. unterdurchschnittliche Konsultationsquote aufweisen. Für die Nordwestschweizer Bevölkerung ist insgesamt eine Konsultationsquote von 5‘811 ambulanten Grundleistungen pro 1‘000 Einwohner auszumachen. Damit ist die Konsultationsquote für die Nordwestschweiz um 1% höher als im Deutschschweizer Durchschnitt. Eine tiefere Konsultationsquote ist für die Nordwestschweiz in den Bereichen *Allgemein Innere Medizin*, *Chirurgie*, *Dermatologie und Venerologie* auszumachen. In den übrigen Leistungsgruppen liegt die Konsultationsquote oberhalb des Referenzwerts für die Deutschschweiz.

Die nachfolgende **Abbildung 57** veranschaulicht die Konsultationsquoten der Nordwestschweizer Kantone und der Nordwestschweiz (grün hervorgehoben) insgesamt.

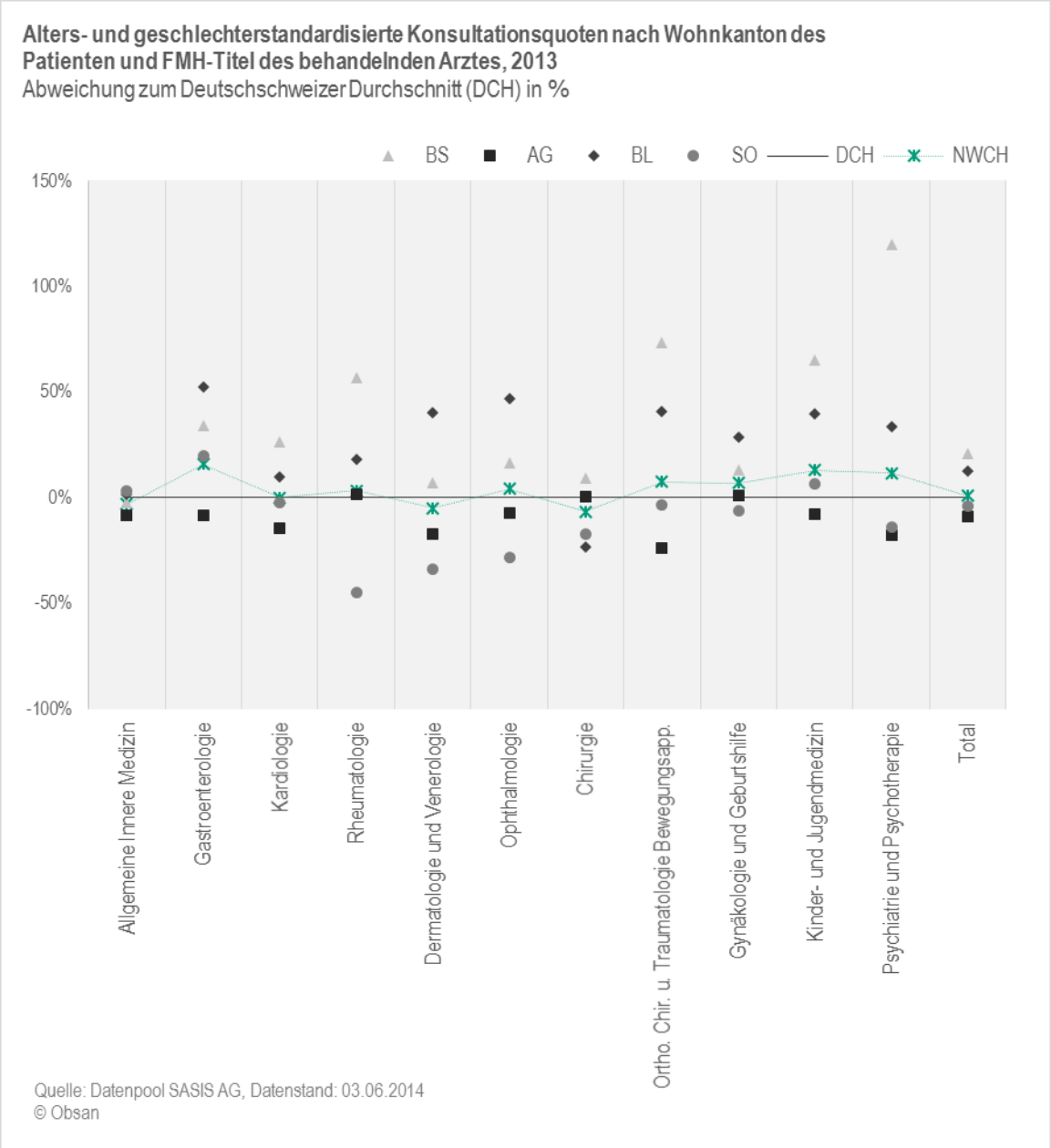


ABBILDUNG 57: KONSULTATIONSQUOTEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN UND FMH-TITEL 2013

Abbildung 57 zeigt, dass die Abweichungen der Konsultationsquote der Nordwestschweiz vom Deutschschweizer Durchschnitt relativ geringfügig sind. Die kantonalen Konsultationsquoten weisen hingegen stärkere Abweichungen auf. 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

Deutschschweizer 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 potentiellem Interesse. In **Tabelle 59** bzw. **Abbildung 58** sind Konsultationsquoten sowie die Dichte der Leistungserbringer für die Nordwestschweiz 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 58 werden hierbei die *nicht-standardisierten* Quoten *pro 100 Versicherte* ausgewiesen. Die Zahl der Leistungserbringer wird pro 100‘000 Versicherte abgebildet.

Nordwestschweiz	Konsultationsquoten				Anzahl Leistungserbringer			
Leistungsgruppen	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	273.9	266.9	266.3	-7.6	71.8	71.9	72.1	+0.3
Innere Medizin - Spezialdisziplinen								
Gastroenterologie	6.3	6.2	6.4	+0.1	2.8	3.0	3.1	+0.3
Kardiologie	5.9	5.8	6.0	+0.1	3.5	3.9	4.6	+1.1
Rheumatologie	9.3	9.1	9.3	-0.1	4.4	4.6	4.7	+0.3
Dermatologie und Venerologie	18.5	18.3	18.9	+0.4	5.1	5.2	5.3	+0.2
Ophthalmologie	33.3	34.1	36.7	+3.3	9.3	10.2	11.2	+1.9
Chirurgie								
Chirurgie	5.8	5.7	5.9	+0.1	4.8	4.7	5.8	+1.0
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	8.7	9.1	9.7	+1.0	6.3	6.6	7.4	+1.1
Gynäkologie und Geburtshilfe								
Gynäkologie und Geburtshilfe	35.8	35.2	36.5	+0.7	14.1	14.3	15.3	+1.2
Pädiatrie								
Kinder- und Jugendmedizin	40.5	39.1	41.9	+1.4	12.2	13.0	12.6	+0.4
Psychiatrie								
Psychiatrie und Psychotherapie	40.7	40.4	43.3	+2.6	32.3	33.7	36.8	+4.5

TABELLE 59 : KONSULTATIONSQUOTEN UND ANZAHL LEISTUNGSERBRINGER NACH FMH-TITEL 2011-2013

Gemäss Tabelle 44 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 geringfügig steigt. 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.

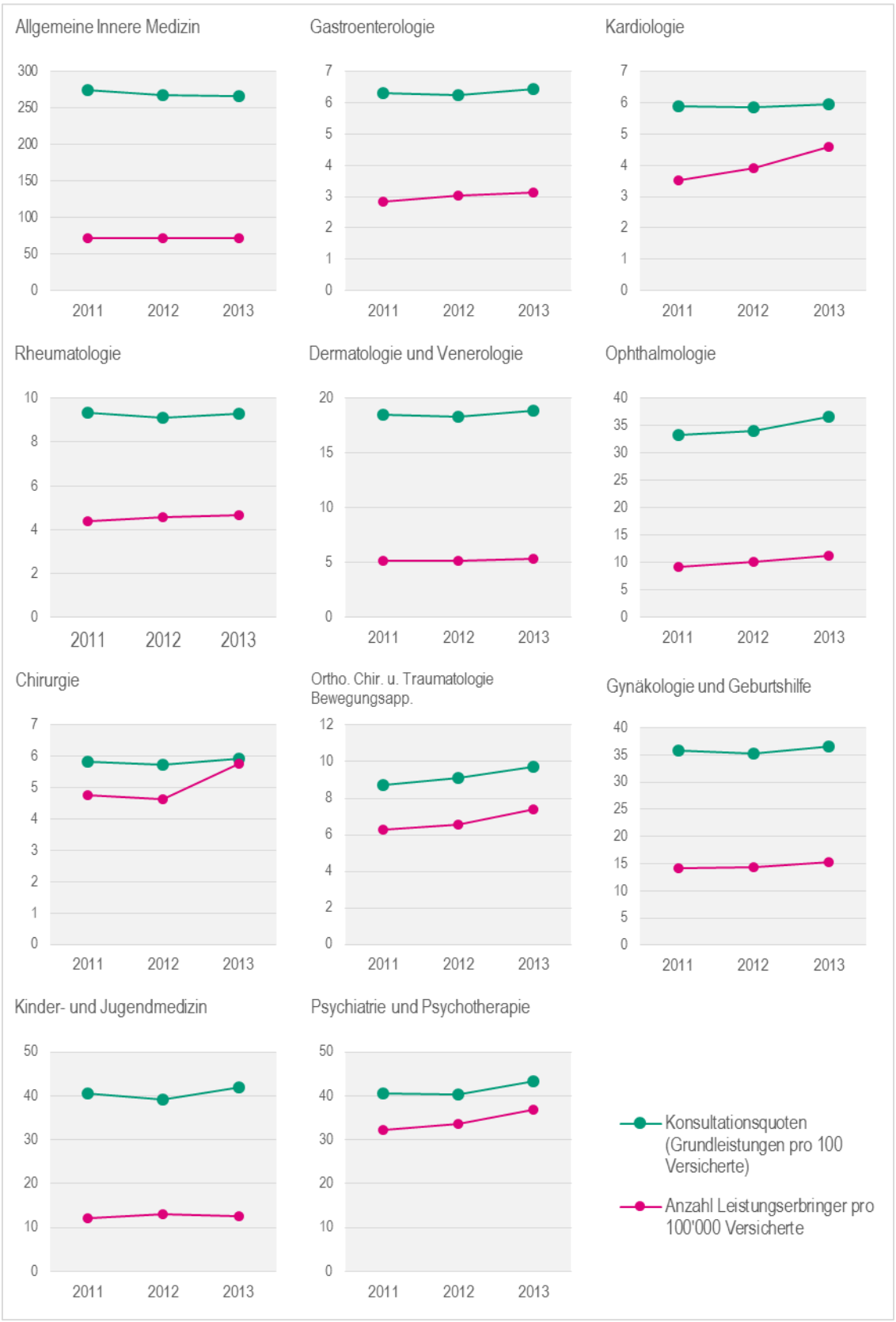


ABBILDUNG 58: KONSULTATIONSQUOTEN ANZAHL LEISTUNGSERBRINGER 2011-2013

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 in der Nordwestschweiz

Im Rahmen des vorliegenden Monitorings wurde erstmals eine detaillierte Analyse der Versorgungssituation im ambulanten Sektor für die Nordwestschweiz durchgeführt. Das Angebot durch ambulante Leistungserbringer mit Standort in der Nordwestschweiz sowie die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch Nordwestschweizer 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 der Nordwestschweiz.

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 in der Nordwestschweiz steigt im Zeitraum zwischen 2011 und 2013 um +8.2%. Analog gilt dies auch für die Nachfrage ambulanter Leistungen – die Inanspruchnahme ambulanter Grundleistungen durch Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz steigt um +8.4%. Sowohl für das Angebot als auch für die Nachfrage in der Nordwestschweiz ist eine Zunahme der praxisambulanten sowie der spitalambulanten Leistungen festzustellen, wobei jeweils der Anstieg hinsichtlich der spitalambulanten Leistungen deutlich höher ist.

Auf Ebene der einzelnen Nordwestschweizer Kantone sind die analogen 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, übertrifft im Kanton Basel-Landschaft allerdings die Zunahme im praxisambulanten Bereich den Anstieg der ambulant erbrachten Leistungen in Spitälern.

5.3 Die Nordwestschweiz als geschlossenes Versorgungssystem

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 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 in der Nordwestschweiz mit 231 OPK-abrechnenden Ärzten pro 100‘000 Versicherte unter dem Durchschnitt der Deutschschweiz (241) und noch deutlicher 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.

F. 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.[119]

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.[120] 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

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

[120] 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 hat[121] und die ebenfalls Bestandteil des AOP-Katalogs[122] sind.
- Liste der potentiell substituierbaren DRG der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.[123]
- 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). Darin werden jeweils anhand des Oberbegriffs zur Behandlung die zugeordneten CHOP-Codes für die stationären Eingriffe sowie die korrespondierenden TARMED-Positionen ausgewiesen.

---

[121] Vgl. BAO (2014).

[122] 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 stationsersetzender 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 stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus) soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen. Vgl. dazu KBV (2014).

[123] 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 60: 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:

a) 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.

b) 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 Analysevorgehen

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.[124] Anschliessend wurden jene Fälle extrahiert, für welche einer der in Tabelle 60 definierten CHOP-Codes innerhalb der ersten zehn Variablen zu den Prozeduren gemäss Medizinischer Statistik codiert waren.[125]

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.[126]

2.1 Leistenbruch

Tabelle 61 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.

---

[124] 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.

[125] Vgl. dazu BFS (2008).

[126] 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	stationär					196.0	205.6	206.5
Versicherte	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 61: 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.

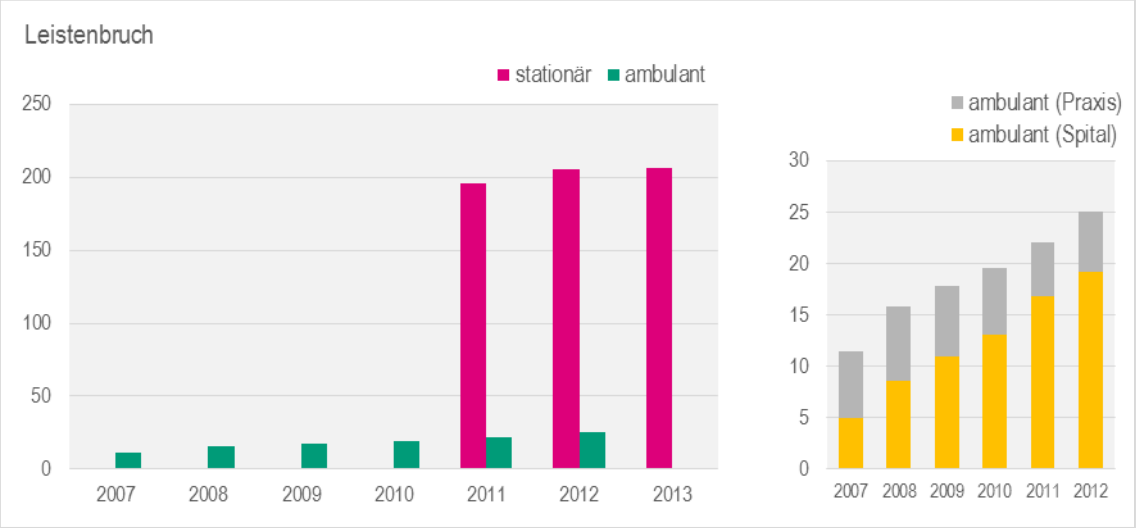


ABBILDUNG 59: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - LEISTENBRUCH

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%).[127] 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 spitalambulanter 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)

[127] 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 62 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 Versicherte	stationär					133.0	134.9	146.9
	ambulant	149.4	119.1	198.0	193.0	190.9	178.5	
	(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 62: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - KRAMPFADERN

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

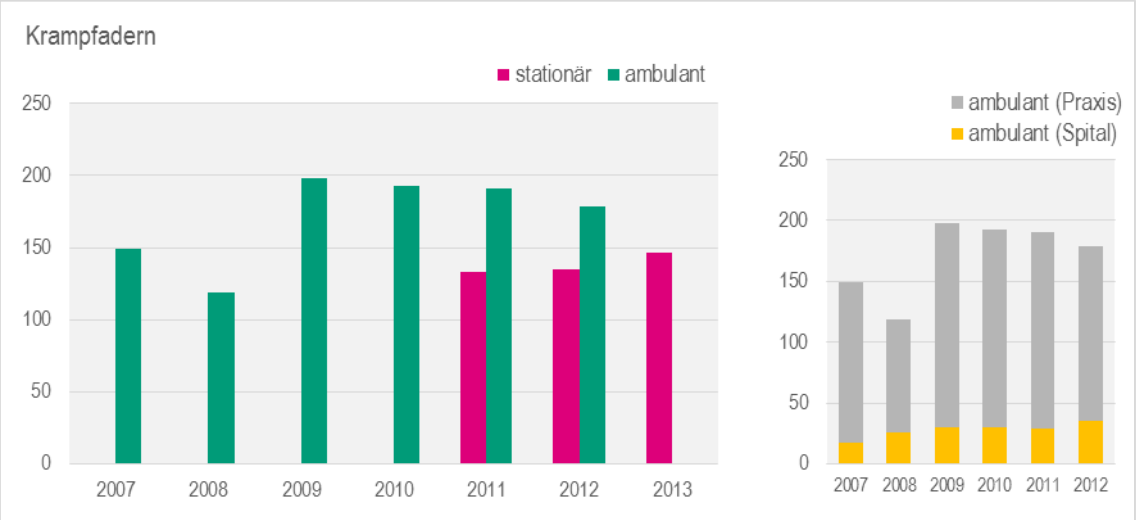


ABBILDUNG 60: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN – KRAMPFADERN

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 63 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 63: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - RACHENMANDELN

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

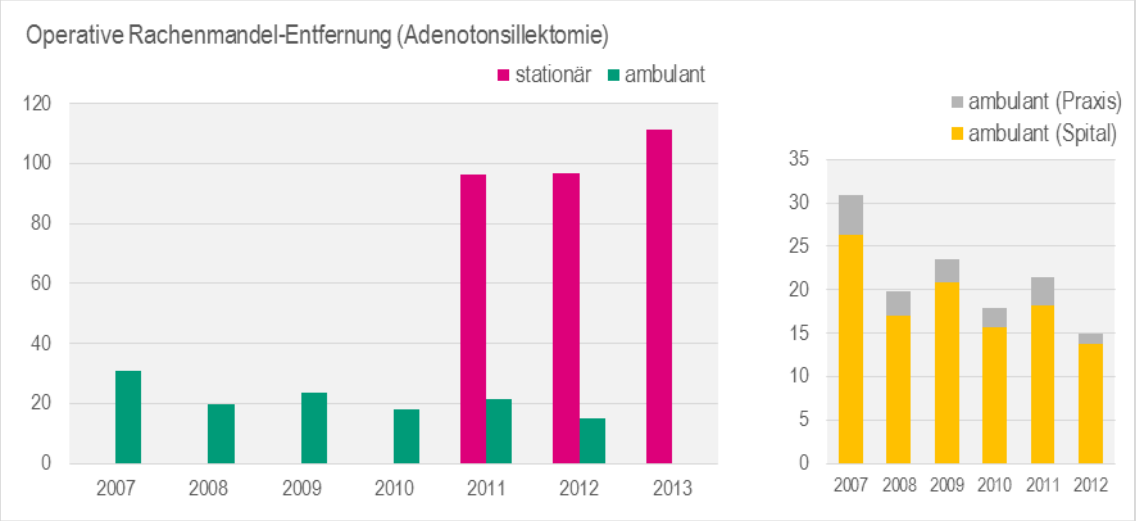


ABBILDUNG 61: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - RACHENMANDELN

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 64** 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 Versicherte	stationär					36.8	40.3	40.3
	ambulant	91.9	85.5	73.2	85.4	86.3	86.3	
	(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 64: 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.

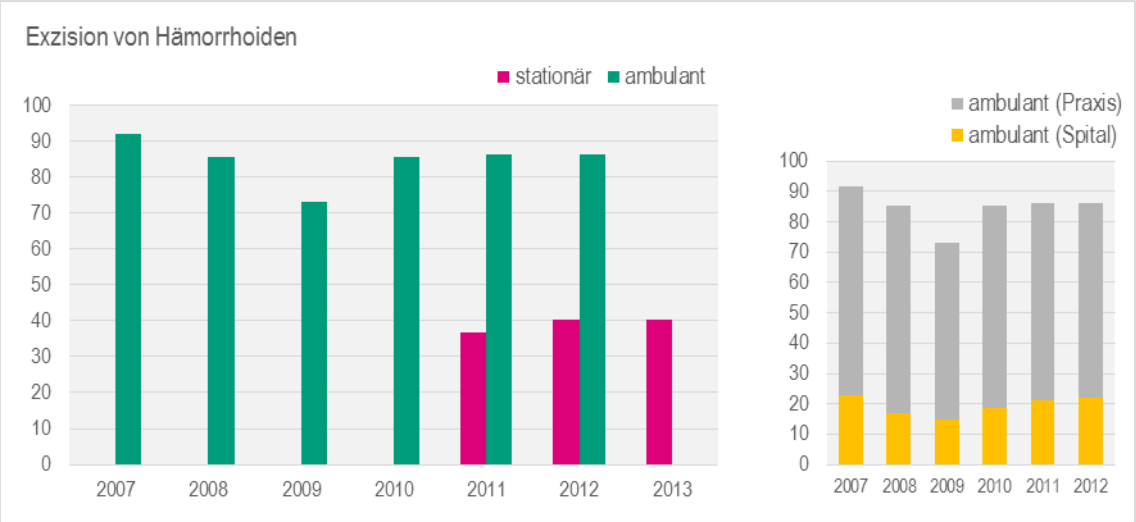


ABBILDUNG 62: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - HÄMORRHOIDEN

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 65 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 65: 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.

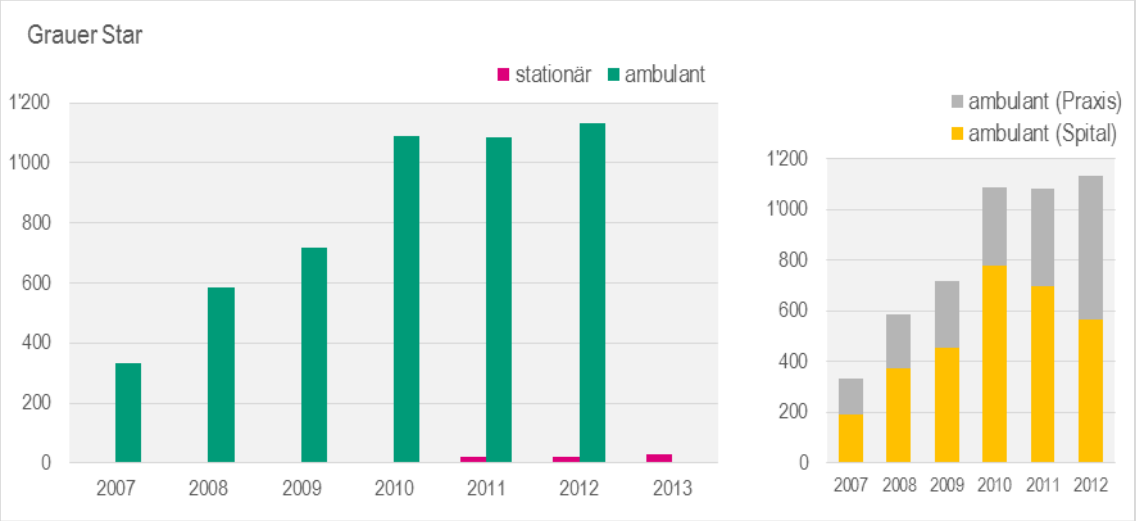


ABBILDUNG 63: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - GRAUER STAR

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 Meniskusentfernung

Tabelle 66 zeigt die Auswertungen in Bezug auf die Arthroskopische Meniskusentfernung. 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 Meniskusentfernung								
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
Versicherte	ambulant	67.9	81.8	90.8	99.7	103.5	114.2	
	(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 66: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - ARTHROSKOPISCHE MENISKUSENTFERNUNG

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.

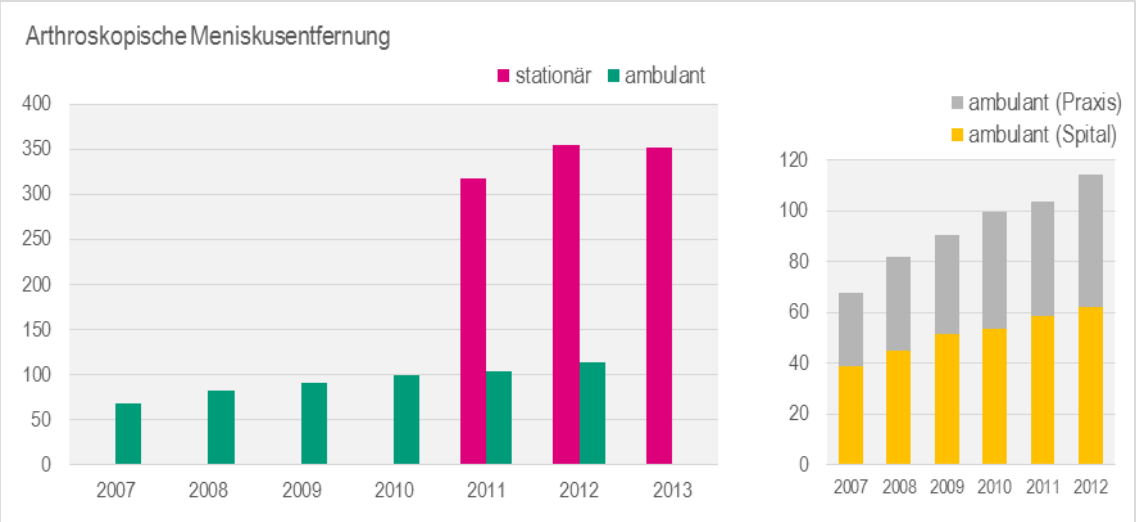


ABBILDUNG 64: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - ARTHROSKOPISCHE MENISKUSENTFERNUNG

2.7 Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom

Tabelle 67 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 Versicherte	stationär					18.9	18.0	21.5
	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 67: 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.

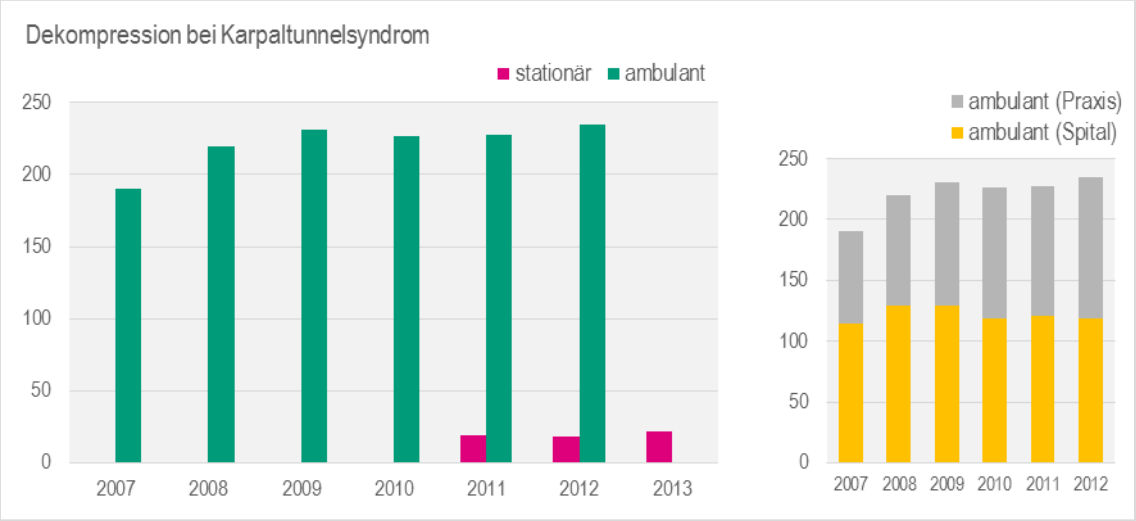


ABBILDUNG 65: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - DEKOMPRESSION BEI KARPALTUNNELSYNDROM

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 68 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 68: 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.

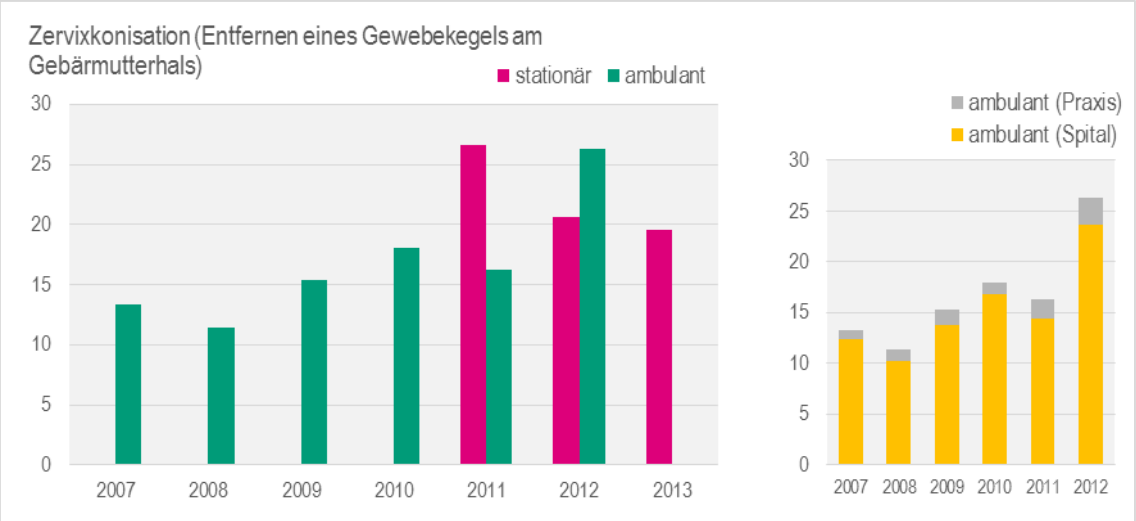


ABBILDUNG 66: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN – ZERVIXKONISATION

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 Analysevorgehens 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.

G. 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 G.1 werden die Schlussfolgerungen bezüglich der Entwicklung des Angebots, der Nachfrage sowie der Patientenströme dargelegt. Das Kapitel G.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 die Nordwestschweiz in der Mehrheit der Versorgungsbereiche eine steigende Tendenz der Fallzahlen, Pflegetage bzw. Grundleistungen feststellbar ist. 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.

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 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.[128] 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.[129]

1.2 Verändertes Patientenverhalten infolge der Spitalwahlfreiheit innerhalb der akutstationären Versorgung

Aus den Verschiebungen der Marktanteile zwischen den Leistungserbringern in der akutstationären Versorgung wird ersichtlich, dass insbesondere für die Kantonsspitäler ein Rückgang in Bezug auf ihren relativen Marktanteil zu verzeichnen ist, währenddessen vor allem die Privatspitäler bzw. die kleineren, spezialisierten Leistungserbringer einen Anstieg des relativen Marktanteils verzeichnen. Gleichzeitig ist in Spitälern mit hoher Zunahme hinsichtlich der Fallzahlen eine deutliche Abnahme des Anteils der Patienten in den Liegeklassen halbprivat und privat festzustellen. Trotz der dargelegten Vorbehalte betreffend die Aussagekraft der Variable zur Liegeklasse ist es plausibel, diese Entwicklungen 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. die Spitäler ohne kantonalen Leistungsauftrag vor der KVG-Revision eingeführt wurde. [130]

Augenscheinlich werden die Auswirkungen der Spitalwahlfreiheit ausserdem anhand des Anteils ausserkantonaler Hospitalisationen – und zwar für sämtliche stationären Versorgungsbereiche. Auf Ebene der einzelnen Kantone ist mehrheitlich eine steigende Tendenz in Bezug auf den Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen zu beobachten. Ausnahmen bilden hierbei lediglich die Inanspruchnahme betreffend die stationäre Psychiatrie durch Aargauer Patienten sowie die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen durch Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft. Letztere 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, während für die Rehabilitation auch eine wesentliche Zunahme der Hospitalisationen ausserhalb der Nordwestschweiz beobachtbar ist.

---

[128] Vgl. dazu u.a. B.S.S. (2014, S.55ff.).
[129] Vgl. dazu BAG (2015b, S.49).
[130] Vgl. Kapitel B.1.

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 Herausforderungen einer Leistungsgruppierung in der Rehabilitation und Psychiatrie

Im Rahmen des vorliegenden Monitorings wurde eine Erhebung bei den Spitälern auf den Spitallisten der Nordwestschweizer Kantone in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt, um die notwendige Datengrundlagen zu schaffen. Dabei wurden die Fallzahlen und Pflegetage nach den Leistungsgruppen gemäss der geltenden Spitallisten 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“, anderseits 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.[131] 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 Spitallisten der Nordwestschweizer Kantone strukturierten Erhebungen und Auswertungen zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen massgeblich die jeweils kantonal spezifischen Angebotsstrukturen widerspiegeln. Aus diesem Grund ist es nur bedingt möglich, aus den Ergebnissen der Erhebung Schlussfolgerung 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.

---

[131] Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.11ff.).

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 einen grossen Mehraufwand möglich (z.B. eben durch Zusatzerhebungen). Bis die Leistungsgruppen gemäss der Spitallisten 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 Spitallisten 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.

1.4 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.

1.5 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 Analysevorgehens 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 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.

In Anbetracht der bedeutenden Patientenströme zwischen Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie im Sinne der Stärkung des gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraumes, wurde die freie Spitalwahl für die Wohnbevölkerungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft auf die Spitäler der Spitallisten des jeweils anderen Kantons erweitert. Das hat zur Folge, dass für alle Einwohnerinnen und Einwohner beider Kantone sämtliche Spitäler in Basel-Stadt und Basel-Landschaft, die sich auf der Spitalliste befinden, auch bei einer ausserkantonalen Wahlbehandlung ohne zusätzliche Kostenfolge zur Verfügung stehen. Die Regierungen haben die Anpassung der jeweiligen Spitalliste für die somatische Akutmedizin, die Rehabilitation und die Psychiatrie per 1. Januar 2014 verabschiedet.

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.

Vor dem Hintergrund der erweiterten Patientenfreizügigkeit zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft wird empfohlen, den Fokus in einem nächsten Schritt auf deren Auswirkungen zu richten. Im Vordergrund stehen dabei einerseits die Auswirkungen der erweiterten Freizügigkeit auf die regionale Spitallandschaft sowie auf die Entwicklung der Inanspruchnahme durch die jeweiligen Kantonsbevölkerungen insgesamt. Zum andern sind ebenso die finanziellen Konsequenzen aufgrund sich allfällig wandelnder Patientenströme anhand der geltenden Baserates miteinzubeziehen. Folgende Fragestellungen sind in diesem Zusammenhang von Interesse: Führt die erweiterte Patientenfreizügigkeit zu einer Veränderung des Patientenverhaltens? Inwiefern wirkt sich dies auf die Fallzahlen der einzelnen Spitäler aus (inkl. Analyse allfälliger Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen)? Welche finanziellen Konsequenzen resultieren aus der erweiterten Patientenfreizügigkeit für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft ausgehend von den aktuell geltenden Baserates? Welche Implikationen ergeben sich daraus für die Nordwestschweizer Kantone bzw. die Koordination der kantonalen Versorgungsplanungen?

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)[132] 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 zeigt, 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 Forschungstandes 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.

In Bezug auf die Hospitalisationsraten innerhalb der akutstationären Versorgung konnte für die Nordwestschweizer Bevölkerung im Jahr 2013 in den nachfolgenden SPLG eine auffällig hohe Hospitalisationsrate festgestellt werden:

- Basispaket Chirurgie und Innere Medizin (BP)
- Gynäkologie (GYN1)
- Hals- und Gesichtschirurgie (HNO1.1)
- Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen (HNO1.2)
- Kardiologie (inkl. Schrittmacher) (KAR1)
- Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) (KAR1.1)
- Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe) (KAR1.1.1)
- Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT) (KAR1.3)

---

[132] Vgl. http://www.ivr-ias.ch/cms/upload/imgfile1513.pdf.

- Neurologie (NEU1)
- Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit) (NEU3)
- Onkologie (ONK1)
- Pneumologie (PNE1)
- Radio-Onkologie (RAO1)
- Urologie ohne Schwerpunktstitel Operative Urologie (URO1)
- Viszeralchirurgie (VIS1)

Empfehlungen

Die identifizierten Leistungsgruppen (GYN1, HNO1.1, HNO2, KAR1, KAR1.1, KAR1.1.1, KAR1.3, NCH1, NEU1, NEU3, PNE1, URO1, VIS1) 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. kantonaler 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 Rehabilitationsspitälern 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,[133] 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 Rehabilitationsspitäler 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:[134]

- 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
- 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.

---

[133] 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.

[134] Vgl. dazu Methodenbericht.

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.

H. 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.

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; Ettlin Ricarda; Ruflin Regula (2012). Zukunft Psychiatrie: Kantonale Psychiatriekonzepte und ihre Umsetzung. Eine Bestandsaufnahme. Bern.

H+ Die Spitäler der Schweiz (2013). Grundlangenpapier 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 stationsersetzender 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., Rüfli, 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 10
Tabelle 2: Akutsomatik Nachfrage – Fallzahlen und mittlere Aufenthaltsdauer (MAD) 2011-13....12
Tabelle 3: Abwanderung Akutsomatik - Fälle nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-2013 13
Tabelle 4: Zuwanderung Akutsomatik – Hospitalisationen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013 14
Tabelle 5: Erreichbarkeitsanalysen - Zusammenfassung der Ergebnisse....16
Tabelle 6: Angebot Psychiatrie – Fälle, Pflegetage und Marktanteile pro Spital 2011-13....18
Tabelle 7: Nachfrage Psychiatrie – Fälle und Pflegetage pro Leistungsgruppe 2011-13 19
Tabelle 8: Abwanderung Psychiatrie – Fälle nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-2013 20
Tabelle 9: Zuwanderung Psychiatrie - Hospitalisationen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013....21
Tabelle 10: Angebot Rehabilitation – Fälle, Pflegetage und Marktanteile pro Spital 2011-13....22
Tabelle 11: Nachfrage Rehabilitation – Fälle und Pflegetage pro Leistungsgruppe 2011-13 24
Tabelle 12: Abwanderung Rehabilitation – Fälle nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-2013 25
Tabelle 13: Zuwanderung Rehabilitation – Hospitalisationen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013....25
Tabelle 14: Abwanderung ambulant – Grundleistungen nach Standortkanton der Behandlung 2011-2013 27
Tabelle 15: Zuwanderung ambulant – Grundleistungen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013....28
Tabelle 16: Anteil der Wohnbevölkerung im Alter von 65 Jahren und höher nach Kanton, 2010-2013 40
Tabelle 17: Akutsomatik Angebot – Fallzahlen und Marktanteile nach Spital 2011-13 48
Tabelle 18: Akutsomatik Angebot – Veränderungen Fallzahlen und Marktanteile nach Spital 2011-13 49
Tabelle 19: Akutsomatik Nachfrage – Fallzahlen und mittlere Aufenthaltsdauer (MAD) 2011-13....54
Tabelle 20: Abwanderung Akutsomatik - Fälle nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-13 59
Tabelle 21: Akutsomatik Abwanderung – nach Leistungsbereich, Eintrittsart und Zielkanton 2013 61
Tabelle 22: CMI bei innerregionalen und ausserregionalen Hospitalisationen 2012 und 2013....64
Tabelle 23: Zuwanderung Akutsomatik – Hospitalisationen nach Wohnkanton des Patienten 2011 und 2012 65
Tabelle 24: Akutsomatik Nettowanderung – Zu- und Abwanderung nach Leistungsbereichen 2011-13 67
Tabelle 25: Mindestfallzahlen Nordwestschweizer Listenspitäler 2012 und 2013 73
Tabelle 26: Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2012....76
Tabelle 27: Erreichbarkeit Kindermedizin (Basis) nach Fahrzeiten 2012 78
Tabelle 28: Erreichbarkeit Kindermedizin (spezialisiert) nach Fahrzeiten 2012 80
Tabelle 29: Erreichbarkeit Geriatrie nach Fahrzeiten 2012....81
Tabelle 30: Erreichbarkeit Herz-/Kreislauferkrankungen nach Fahrzeiten 2012 83
Tabelle 31: Erreichbarkeit Interventionelle Kardiologie nach Fahrzeiten 2012....85
Tabelle 32: Fallzahlen 2012 und 2013 im Leistungsbereich Herz....86
Tabelle 33: Erreichbarkeit Orthopädie nach Fahrzeiten 2012....87
Tabelle 34: Erreichbarkeit Wirbelsäulenchirurgie nach Fahrzeiten 2012 89
Tabelle 35: Fallzahlen 2012 und 2013 im Leistungsbereich Bewegungsapparat chirurgisch....91
Tabelle 36: Hospitalisationsraten (tR, eR), Abweichung und Referenzwerte nach SPLG 2013 95
Tabelle 37: Erreichbarkeitsanalysen - Zusammenfassung der Ergebnisse....101
Tabelle 38: Angebot Psychiatrie – Fälle, Pflegetage und Marktanteile pro Spital 2011-13....105
Tabelle 39: Angebot Psychiatrie – Veränderung Fallzahlen, Pflegetage und Marktanteile pro Spital 2011-13....106
Tabelle 40. Nachfrage Psychiatrie – Fälle und Pflegetage pro Leistungsgruppe 2011-13 108
Tabelle 41. Nachfrage Psychiatrie – Veränderung Fallzahlen und Pflegetage pro Leistungsbereich 2011-13 109
Tabelle 42. Abwanderung Psychiatrie – Fälle nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-2013 110
Tabelle 43: Zuwanderung Psychiatrie - Hospitalisationen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013....111
Tabelle 44: Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung, Tabelle 112
Tabelle 45: Angebot Rehabilitation – Fälle, Pflegetage und Marktanteile pro Spital 2011-13....118
Tabelle 46: Angebot Rehabilitation – Veränderung Fälle, Pflegetage und Marktanteile pro Spital 2011-13 120
Tabelle 47: Nachfrage Rehabilitation – Fälle und Pflegetage pro Leistungsgruppe 2011-13 123
Tabelle 48: Nachfrage Rehabilitation – Veränderung Fallzahlen und Pflegetage pro Leistungsgruppe 2011-13....125
Tabelle 49: Abwanderung Rehabilitation – Fälle nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-2013 126
Tabelle 50: Zuwanderung Rehabilitation – Hospitalisationen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013....127
Tabelle 51: Anzahl und Dichte der praxisambulanten Leistungserbringer nach FMH-Titel 2011-2013....131
Tabelle 52: Ambulantes Angebot – erbrachte Grundleistungen nach FMH-Titel 2011-2013....133
Tabelle 53: Ambulantes Angebot – Veränderungen absolut und in Prozent nach FMH-Titel 2011-2013 135
Tabelle 54: ambulante Nachfrage – beanspruchte Grundleistungen nach FMH-Titel 2011-2013....138
Tabelle 55: Ambulante Nachfrage – Veränderungen absolut und in Prozent nach FMH-Titel 2011-2013....140
Tabelle 56: Abwanderung ambulant – Grundleistungen nach Standortkanton der Behandlung 2011-2013 142
Tabelle 57: Zuwanderung ambulant – Grundleistungen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013....143
Tabelle 58: Konsultationsquoten nach Wohnkanton des Patienten und FMH-Titel 2013 148
Tabelle 59 : Konsultationsquoten und Anzahl Leistungserbringer nach FMH-Titel 2011-2013....150
Tabelle 60: Substitutionsraster....156
Tabelle 61: Analyse von Substitutionstendenzen - Leistenbruch....158
Tabelle 62: Analyse von Substitutionstendenzen - Krampfadern....159
Tabelle 63: Analyse von Substitutionstendenzen - Rachenmandeln 160
Tabelle 64: Analyse von Substitutionstendenzen - Hämorrhoiden....161
Tabelle 65: Analyse von Substitutionstendenzen - Grauer Star....162
Tabelle 66: Analyse von Substitutionstendenzen - Arthroskopische Meniskusentfernung 163
Tabelle 67: Analyse von Substitutionstendenzen - Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom....164
Tabelle 68: Analyse von Substitutionstendenzen - Zervixkonisation....165

3.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Datenquellen nach Versorgungsbereichen 9
Abbildung 2: Akutsomatik Angebot - Fälle in Nordwestschweizer Spitälern 9
Abbildung 3: Akutsomatik Nachfrage - Fallzahlen und Verteilung nach Spitalkategorie 2011-13 11
Abbildung 4: Alters- und geschlechterstandardisierte Abweichungen zwischen tR und eR nach SPLG 2013 16
Abbildung 5: Angebot Psychiatrie – Fälle und Pflegetage 2011-2013 17
Abbildung 6: Nachfrage Psychiatrie – Fälle und Pflegetage 2011-2013 19
Abbildung 7: Angebot Rehabilitation – Fälle und Pflegetage 2011-2013 22
Abbildung 8: Nachfrage Rehabilitation – Fälle und Pflegetage 2011-2013 23
Abbildung 9: Ambulantes Angebot – praxis- und spitalambulante Leistungen 2011-2013 27
Abbildung 10: Nordwestschweizer Kantone 33
Abbildung 11: Übersicht Berichterstattung 34
Abbildung 12: Datenquellen nach Versorgungsbereichen 36
Abbildung 13: Ständige Wohnbevölkerung und Anzahl Versicherte 2007-2013 38
Abbildung 14: Durchschnittsalter nach Kanton 2010-13 39
Abbildung 15: Altersverteilung der Wohnbevölkerung nach Wohnkanton 2013 40
Abbildung 16: Bevölkerungspyramide - Struktur nach Alter und Geschlecht 2011 und 2013 41
Abbildung 17: Durchschnittliche Anzahl codierter ICD- und CHOP-Codes nach Kanton 43
Abbildung 18: Generierung des Datensatzes Akutsomatik 45
Abbildung 19: Akutsomatik Angebot - Fälle in Nordwestschweizer Spitälern 47
Abbildung 20: Patienten mit Liegeklasse HP/P - Veränderung 2011-13 nach Spital 51
Abbildung 21: Akutsomatik Nachfrage - Fallzahlen und Verteilung nach Spitalkategorie 2011-13 53
Abbildung 22: Akutsomatik Nachfrage - Veränderung der Fallzahlen nach Leistungsbereichen 2011-13 55
Abbildung 23: Veränderung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAD) nach Wohnkanton der Patienten 2011-13 56
Abbildung 24: Hospitalisationsrate (HR) nach Altersgruppen, 2008 und 2013 57
Abbildung 25: Mittlere Aufenthaltsdauer nach Altersgruppen, 2011 und 2013 57
Abbildung 26: Wohnbevölkerung, Patienten und Aufenthaltstage nach Altersgruppen, 2008 und 2013 58
Abbildung 27: Anteil der Liegeklasse HP/P bei inner- und ausserregionalen Hospitalisationen 2011-13 60
Abbildung 28: Anteil ausserregionaler Hospitalisationen nach Wohnregion des Patienten 2011 und 2012 62
Abbildung 29: Anteil Liegeklasse HP/P von inner- und ausserregionalen Patienten 2011-13 66
Abbildung 30: Nettowanderung nach Leistungsbereichen 2011-13 69
Abbildung 31: Einstellungen zur Distanz medizinischer Einrichtungen (gfs.bern) 75
Abbildung 32: Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2012, Karte 77
Abbildung 33: Erreichbarkeit Kindermedizin (Basis) nach Fahrzeiten 2012, Karte 79
Abbildung 34: Erreichbarkeit Kindermedizin (spezialisiert) nach Fahrzeiten 2012, Karte 80
Abbildung 35: Erreichbarkeit Geriatrie nach Fahrzeiten 2012, Karte 82
Abbildung 36: Erreichbarkeit Herz-/Kreislauferkrankungen nach Fahrzeiten 2012, Karte 84
Abbildung 37: Erreichbarkeit Interventionelle Kardiologie nach Fahrzeiten 2012, Karte 85
Abbildung 38: Erreichbarkeit Orthopädie nach Fahrzeiten 2012, Karte 88
Abbildung 39: Erreichbarkeit Wirbelsäulenchirurgie nach Fahrzeiten 2012, Karte 89
Abbildung 40: Hospitalisationsraten nach Wohnkanton des Patienten 2013 92
Abbildung 41: Hospitalisationsraten nach Wohnkanton der Patienten 2013 (inkl. spitalspez. Abgrenzungen) 93
Abbildung 42: Abweichungen zwischen tatsächlicher und erwarteter HR nach Wohnkanton 2013 94
Abbildung 43: Alters- und geschlechterstandardisierte Abweichungen zwischen tR und eR nach SPLG 2013 96
Abbildung 44: Generierung des Datensatzes Psychiatrie 103
Abbildung 45: Angebot Psychiatrie – Fälle und Pflegetage 2011-2013 104
Abbildung 46. Nachfrage Psychiatrie – Fälle und Pflegetage 2011-2013 107
Abbildung 47: Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung, Karte 113
Abbildung 48: Generierung des Datensatzes Rehabilitation 116
Abbildung 49: Angebot Rehabilitation – Fälle und Pflegetage 2011-2013 117
Abbildung 50: Anteil Patienten der Liegeklasse halbprivat/privat (HP/P) nach Spital, 2013 119
Abbildung 51: Nachfrage Rehabilitation – Fälle und Pflegetage 2011-2013 122
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