

Departement des Innern des Kantons Solothurn

Bern, September 2015

Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für den Kanton Solothurn

Schlussbericht **Kanton Solothurn**



Alle Rechte vorbehalten

© Departement des Innern Kanton Solothurn

Herausgeber:

Departement des Innern Kanton Solothurn
Ambassadorshof
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 Rufflin, Dr. rer. publ., lic.phil. Sozialarbeit, socialdesign ag
Andreas Dvorak, MBA, socialdesign ag

Redaktionelle Mitarbeit:

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

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

Inhaltsverzeichnis

Glossar und Abkürzungen	1
Zusammenfassung.....	5
A. Einleitung.....	28
1 Ausgangslage	28
2 Gegenstand	29
3 Berichterstattung	30
4 Ziele und Fragestellungen	31
5 Datengrundlage und Methodik	33
6 Allgemeine Rahmenbedingungen	34
6.1 Bevölkerungswachstum.....	34
6.2 Demografische Alterung	36
6.3 Codierqualität und Codierpraxis	39
7 Aufbau des Berichts	41
B. Akutsomatik	42
1 Angebot	43
2 Nachfrage	46
3 Patientenströme	53
3.1 Abwanderung	54
3.2 Zuwanderung.....	60
3.3 Nettowanderung	61
4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage	65
4.1 Mindestfallzahlen	66
4.2 Erreichbarkeitsanalysen	68
4.3 Hospitalisationsraten	84
5 Fazit Akutsomatik	90
5.1 Steigende Fallzahlen bzgl. Angebot und Inanspruchnahme	90
5.2 Verschiebung innerhalb der Leistungserbringer.....	91
5.3 Analyse der Leistungen nach Leistungsbereichen	91
5.4 Zunahme der Patientenströme	92
5.5 Motive ausserkantonaler Hospitalisationen.....	93
5.6 Handlungsbedarf für konkrete Indikatoren zur Versorgungslage.....	93
C. Aarolfingen	96
1 Angebot	96
2 Nachfrage	98
3 Patientenströme	99
4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage	102
D. Psychiatrie.....	105
1 Angebot	106
2 Nachfrage	108
3 Patientenströme	110
3.1 Abwanderung	111
3.2 Zuwanderung.....	112
4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage	112
4.1 Erreichbarkeitsanalyse	112
5 Fazit Psychiatrie	115

5.1	Steigende Fallzahlen und Pflegetage bzgl. Angebot und Inanspruchnahme	115
5.2	Solothurner Spitäler AG als zentraler Leistungserbringer	115
5.3	Zunahme der Patientenströme	115
5.4	Gute Notfallversorgung.....	116
E.	Rehabilitation	117
1	Angebot	118
2	Nachfrage	121
3	Patientenströme	125
3.1	Abwanderung	126
3.2	Zuwanderung.....	127
4	Fazit Rehabilitation	127
4.1	Verschiebung zwischen den Versorgungsbereichen infolge der Schliessung der Klinik Allerheiligenberg	127
4.2	Ausserkantonale Versorgungsangebote von wesentlicher Relevanz	128
4.3	Mangelnde Abgrenzung der Leistungsgruppen in der Rehabilitation	128
F.	Ambulante Versorgung	129
1	Angebot	129
1.1	Leistungserbringer	129
1.2	Erbrachte Leistungen	132
2	Nachfrage	136
3	Patientenströme	141
3.1	Abwanderung	141
3.2	Zuwanderung.....	142
4	Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage	142
4.1	Geografische Verteilung und Dichte praxisambulanter Ärzte	143
4.2	Konsultationsquoten	147
5	Fazit Ambulante Versorgung	151
5.1	Erstmals detaillierte Auswertungen zur ambulanten Versorgung im Kanton Solothurn	151
5.2	Steigendes Angebot und Inanspruchnahme – insbesondere spitalambulant	151
5.3	Der Kanton Solothurn als Teil eines geschlossenen Versorgungssystems	151
5.4	Erprobung von Indikatoren zur Versorgungslage.....	152
G.	Substitution stationär - ambulant	153
1	Methode.....	153
2	Ergebnisse	156
3	Fazit zur Substitution stationär - ambulant	165
H.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	166
1	Entwicklung des Angebots, der Nachfrage und der Patientenströme.....	166
1.1	Verschiebung innerhalb der Versorgungsbereiche aufgrund der Schliessung der Klinik Allerheiligenberg	166
1.2	Anstieg der Inanspruchnahme	167
1.3	Verändertes Patientenverhalten infolge der Spitalwahlfreiheit innerhalb der akutstationären Versorgung	167
1.4	Vier Grundversorger in der Region Aarolfingen	168
1.5	Herausforderungen einer Leistungsgruppierung in der Rehabilitation und Psychiatrie	169
1.6	Erstmalige Darstellung der ambulanten Versorgung	170
1.7	Substituierbare Leistungen stationär – ambulant.....	171
2	Versorgungslage im Kanton Solothurn und in 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
I.	Anhang.....	176
1	Literatur- und Materialienverzeichnis	176
2	Spitallisten der Nordwestschweizer Kantone	179
3	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	180
3.1	Tabellenverzeichnis	180
3.2	Abbildungsverzeichnis	181

Glossar und Abkürzungen

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

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

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

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

Eintrittsart	Beschreibung der Umstände des Eintritts. In der Medizinischen Statistik wird dabei unterschieden zwischen: (1) Notfall (Behandlung innerhalb von 12 Stunden unabdingbar); (2) angemeldet, geplant, (3) Geburt (Kind in dieser Klinik geboren), (4) interner Übertritt, (5) Verlegung innerhalb 24 Stunden, (8) andere und (9) unbekannt. Im vorliegenden Monitoring werden teilweise die geplanten Eintritte (2) bzw. deren Anteil ausgewiesen.
Fälle	Anzahl Austritte im jeweiligen Berichtsjahr. Der Begriff <i>Fälle</i> wird gleichbedeutend mit den Begriffen <i>Hospitalisationen</i> und <i>Patienten</i> verwendet.
Fallpauschalen	vgl. DRG / SwissDRG
FMH-Titel	<p>Unterteilung der Ärztinnen und Ärzte nach dem zuletzt erworbenen und im Zahlstellenregister (ZSR) angegebenen Weiterbildungstitel der FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte). Im Datenpool wird zusätzlich die Kategorie „Gruppenpraxen“ ausgewiesen. Es ist jedoch nicht möglich, die Gruppenpraxen nach einzelnen Mitgliedern auszuwerten.</p> <p>Am 1. Januar 2011 ist das neue Weiterbildungsprogramm „Allgemeine innere Medizin“ in Kraft getreten und hat die Programme „Allgemeinmedizin“ und „Innere Medizin“ abgelöst. Im Datenpool existieren für 2011 bzw. 2012 immer noch Daten für diese zwei Kategorien. Für die Interpretation werden alle drei Kategorien aufsummiert werden.</p>
Grundleistungen	Mit Grundleistungen wird im ambulanten Bereich die Summe der Konsultationen und Hausbesuche bezeichnet. Die Anzahl der Grundleistungen dient im vorliegenden Monitoring als Analyseeinheit für ambulante Leistungen
HP/P, Liegeklasse	Fälle / Patienten der Liegeklasse privat oder halbprivat. Die Liegeklasse entspricht im Wesentlichen dem Versicherungsstatus, ist aber die real in Anspruch genommene Liegeklasse. Die Liegeklasse beschreibt, ob der Patient privat, halbprivat oder allgemein liegt, sei dies entsprechend seiner Zusatzversicherung oder eines Upgrades.
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten zur Codierung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung. Die "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10) wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt. In der Schweiz wird für die Codierung der Diagnosen die „German Modification“ (GM) verwendet. Diese basiert auf der WHO-Version und wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt.
Kostengewicht	Jeder Fallgruppe (DRG) wird ein empirisch ermitteltes, relatives Kostengewicht zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe beschreibt. Die Kostengewichte werden auf der Grundlage der Fallkostendaten ausgewählter Spitäler, den so genannten Netzwerkspitälern ermittelt. Hierzu werden die durchschnittlichen Kosten der Inlier (Normalfälle) einer DRG durch die durchschnittlichen Kosten sämtlicher Inlier aller Netzwerkspitäler dividiert, der so genannten Bezugsgrösse. Sind die durchschnittlichen Kosten einer DRG gleich der Bezugsgrösse, ergibt sich ein Kostengewicht von 1.0. Die Kostengewichte werden in der

Regel jährlich anhand von aktualisierten Daten neu berechnet. Die berechneten Kostengewichte pro DRG sind ersichtlich aus dem sogenannten Fallpauschalenkatalog.³

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

³ Vgl. dazu auch swissdrq.org.

SPLG	Spitalplanungs-Leistungsgruppen: Entwickelt wurden die SPLG durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich im Rahmen der Spitalplanung 2012 unter Beizug von über 100 Fachexperten. Jede SPLG ist anhand von Diagnose- (ICD) und Behandlungs-Codes (CHOP) eindeutig definiert. Ausserdem sind für jede SPLG jeweils die spezifischen Anforderungen an die Fachärzte und die Infrastruktur festgelegt, wodurch sie als Grundlage für die Vergabe von Leistungsaufträgen dienen können. Die SPLG wurden den Kantonen von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) zur Übernahme empfohlen und werden mittlerweile in vielen Kantonen - so auch in der Nordwestschweiz - als Basis für die Spitallisten verwendet. Infolgedessen basieren die Auswertungen zur stationären Versorgung in der Akutsomatik anhand der SPLG. Weitere Details zu den SPLG können im Methodenbericht nachgelesen werden.
Standortkanton	Standortkanton des Leistungserbringers.
Tg.	Tage
Wohnkanton	Kanton, in welchem die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Innerhalb der ambulanten Versorgung gilt für Gastarbeiter, Grenzgänger und Auswanderer jeweils der Firmenstandort des Arbeitgebers als Wohnkanton.
ZSR-Nr.	Das Zahlstellenregister (ZSR) der Schweizer Krankenversicherer. Das Register dient als offizielles «Kreditoren»-Verzeichnis zur Erfassung, Zahlung und Bearbeitung von Rechnungen der zugelassenen medizinischen Leistungserbringer. Für die Auswertungen zur ambulanten Versorgung werden die Grundleistungen anhand der ZSR-Nr. des Leistungserbringers den jeweiligen Fachbereichen nach FMH-Titeln zugeordnet.
Δ	Mit dem Buchstaben Delta (Δ) wird eine Veränderung bzw. Differenz bezeichnet.

Zusammenfassung

Ausgangslage, Fragestellungen und Datenquellen Monitoring

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

Zentrales Anliegen des vorliegenden Monitorings ist einerseits die Dokumentation der medizinischen Leistungserbringung und -anspruchnahme sowie der regionalen und überregionalen Patientenströme für den Zeitraum der Jahre 2011 bis 2013. Andererseits sollen basierend darauf Rückschlüsse auf die Versorgungslage der Nordwestschweiz im Allgemeinen und der einzelnen Kantone im Speziellen gezogen werden. Im Rahmen des vorliegenden Monitorings wurden diese Fragestellungen auf Ebene der Nordwestschweiz sowie bezüglich der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn und der Region nördlich des Juras untersucht. Der vorliegende Schlussbericht bezieht sich auf Auswertungen auf Ebene des Kantons Solothurn 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 Solothurner 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 Solothurner Bevölkerung nach stationären und ambulanten medizinischen Leistungen über die Jahre 2011 bis 2013 in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie? Können Veränderungen des Angebots beobachtet werden, die auf die Massnahmen der KVG-Revision zurückzuführen sind?
- Wie entwickeln sich die Patientenströme der stationären und ambulanten Versorgung über die Jahre 2011 bis 2013 in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie? Können Veränderungen der Patientenströme beobachtet werden, die auf die Massnahmen der KVG-Revision zurückzuführen sind?
- Können aus Angebot und Nachfrage Schlussfolgerungen für die Versorgungslage (Über-/Unterversorgung) im Kanton Solothurn gezogen werden? Anhand welcher Kriterien kann die Versorgungslage überhaupt beurteilt werden (Mindestfallzahlen, Erreichbarkeit, etc.)?

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

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

ABBILDUNG 1: DATENQUELLEN NACH VERSORGUNGSBEREICHEN

Ergebnisse Akutsomatik

Angebot

Die Zahl der Hospitalisationen in Solothurner Spitälern steigt von 26'982 Fällen im Jahr 2011 auf 28'437 Fälle im Jahr 2013. Dies entspricht einer Zunahme von durchschnittlich 2.7% pro Jahr. Der Anteil der Solothurner Patienten nimmt im selben Zeitraum leicht ab und beläuft sich im Jahr 2013 auf 82.1%.

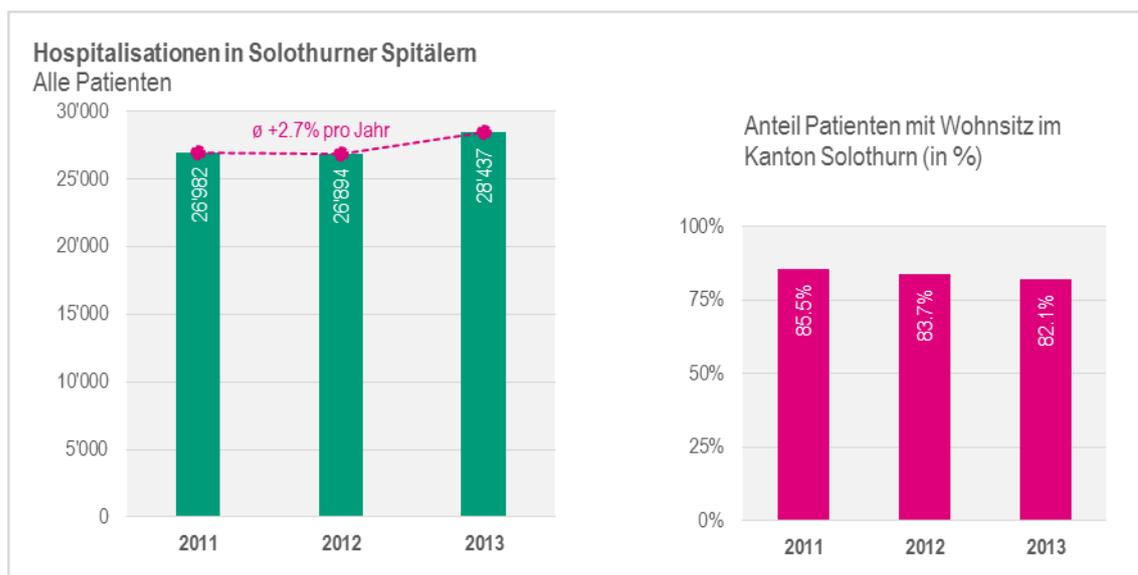


ABBILDUNG 2: AKUTSOMATIK ANGEBOT - FÄLLE IN SOLOTHURNER SPITÄLERN

Der Marktanteil der Solothurner Spitälern sinkt zwischen 2011 und 2013 leicht und beträgt im Jahr 2013 59.5%. Den ausserkantonalen Listenspitälern kommt im 2013 ein Marktanteil von 20.8% und den übrigen Spitälern von 19.8% zu. Die Solothurner Spitälern AG weist rund die Hälfte aller Hospitalisationen von Patienten aus dem Kanton Solothurn aus. Bei der Klinik Pallas ist eine bemerkenswerte Zunahme der Fälle um +70.6% in Relation zum Jahr 2011 feststellbar. Bei der Solothurner Spitälern AG beträgt diese Zunahme im selben Zeitraum +3.7%

Summa summarum kann festgehalten werden, dass aufgrund der vorliegenden Daten eine leichte Verschiebung zugunsten der übrigen Spitälern – d.h. der ausserkantonalen Spitälern, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind – verzeichnet werden kann, wenngleich mehr als die Hälfte der Solothurner Patienten unverändert durch Spitälern mit Standort im Kanton Solothurn behandelt wird.

Kanton Solothurn	2011			2012			2013		
	Fälle	Fälle _{So}	MA _{So}	Fälle	Fälle _{So}	MA _{So}	Fälle	Fälle _{So}	MA _{So}
	Anz.	%	%	Anz.	%	%	Anz.	%	%
Kantonale Listenspitäler	26'982	85.5%	60.4%	26'894	83.7%	58.7%	28'437	82.1%	59.5%
Solothurner Spitäler AG	22'854	86.6%	51.8%	22'418	85.3%	49.9%	23'703	83.8%	50.6%
Privatklinik Obach	3'222	84.6%	7.1%	3'362	85.2%	7.5%	3'189	83.5%	6.8%
Klinik Pallas	906	60.0%	1.4%	1'114	46.4%	1.3%	1'545	52.6%	2.1%
Ausserkantonale Listenspitäler	129'049	6.3%	21.4%	129'406	6.5%	21.9%	131'763	6.2%	20.8%
Kantonsspital Baselland	29'021	8.9%	6.8%	28'764	9.2%	6.9%	27'991	9.4%	6.7%
Inselspital Bern	37'348	6.7%	6.6%	37'690	6.7%	6.6%	39'419	5.8%	5.8%
Kantonsspital Aarau	25'969	6.7%	4.6%	25'651	7.1%	4.8%	26'072	6.9%	4.6%
Universitäts-Kinderspital Basel	31'074	3.1%	2.5%	31'696	3.3%	2.7%	32'296	3.3%	2.7%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	5'636	6.7%	1.0%	5'605	7.0%	1.0%	5'985	5.8%	0.9%
Übrige Spitäler			18.2%			19.4%			19.8%
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 Solothurner Wohnbevölkerung identifizierbar. Im Jahr 2011 verzeichnet die Medizinische Statistik des BFS 38'178 Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn, im Jahr 2013 sind es 39'270. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von +1.4%.

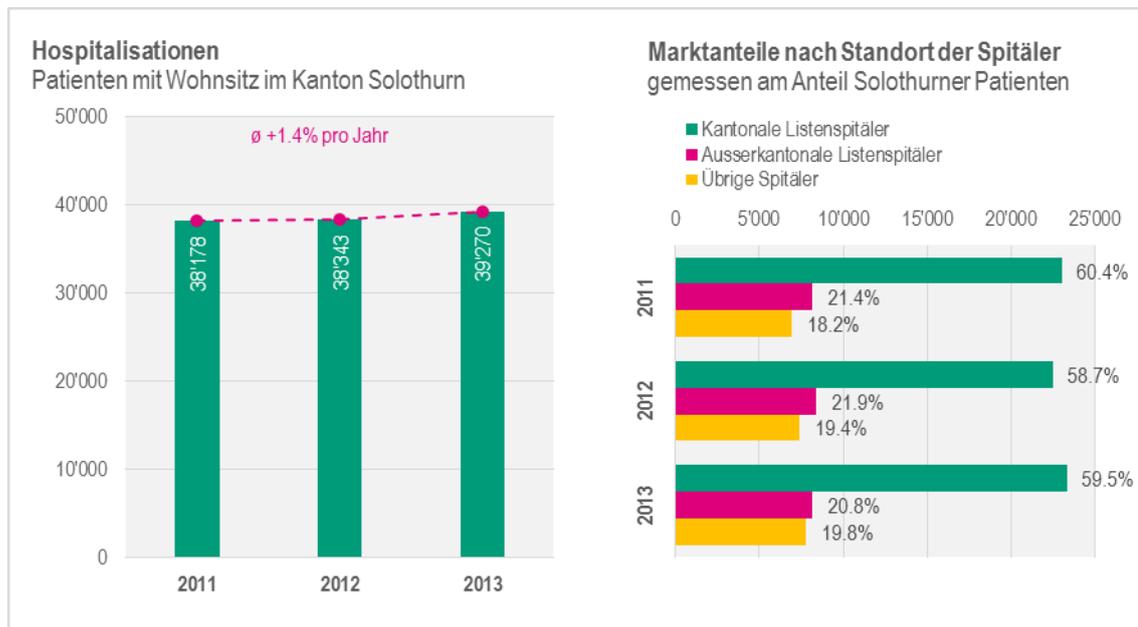


ABBILDUNG 3: AKUTSOMATIK NACHFRAGE - FALLZAHLEN UND VERTEILUNG NACH SPITALKATEGORIE 2011-13

Der grösste Teil der Hospitalisationen Solothurner Patienten erfolgt gemäss Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) innerhalb der Gruppe Basispaket, im Jahr 2011 sind es 43.4% im Jahr 2013 38.0% der Fälle.⁴ Dieser Rückgang des relativen Anteils deutet im ersten Moment auf eine Verlagerung von Grundversorgungsleistungen zu fachspezifischen Leistungen hin. Man muss diese Verschiebung jedoch mit Rücksicht auf die Einführung der Fallpauschalen per 1.1.2012

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

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).⁵ Davon ausgehend, dass die Präzision der Codierung von Diagnosen und Behandlungen durch die Einführung der Fallpauschalen gestiegen ist, wird die Zuordnung eines Falles in einen fachspezifischen Leistungsbereich wahrscheinlicher, weil die Klassifikation der Fälle gemäss SPLG-Systematik massgeblich auf den ICD- (Diagnosen) und CHOP-Codes (Prozeduren) beruht. Ohne dass es anhand der zugrunde liegenden Daten abschliessend beurteilt werden könnte, erscheint es plausibel, die Verschiebung zugunsten der fachspezifischen Leistungsbereiche primär als Folge der Einführung der Fallpauschalen und der damit einhergehenden Codierpraxis zu verstehen.

Kanton Solothurn Leistungsbereich	2011			2012			2013					
	Fälle		MAD	Fälle		MAD	Fälle		MAD			
SPLG	Anz.	%	Tg	Anz.	%	Tg	Anz.	%	Tg			
Grundversorgung												
Basispaket	16'557	43.4%	---	5.1	14'508	37.8%	---	5.2	14'908	38.0%	---	5.1
Nervensystem & Sinnesorgane												
Dermatologie	143	0.4%		6.6	287	0.7%		10.1	274	0.7%		9.8
Hals-Nasen-Ohren	1'503	3.9%		3.4	1'572	4.1%		3.3	1'701	4.3%		3.2
Neurochirurgie	198	0.5%		9.0	107	0.3%		8.9	146	0.4%		8.8
Neurologie	852	2.2%		7.0	892	2.3%		6.9	874	2.2%		6.9
Ophthalmologie	263	0.7%		2.8	282	0.7%		3.5	362	0.9%		2.8
Innere Organe												
Endokrinologie	108	0.3%		7.3	89	0.2%		8.7	127	0.3%		7.6
Gastroenterologie	1'198	3.1%		7.7	1'260	3.3%		7.9	1'251	3.2%		7.9
Viszeralchirurgie	445	1.2%		10.8	593	1.5%		9.8	648	1.7%		9.9
Hämatologie	374	1.0%		8.8	344	0.9%		9.3	338	0.9%		8.8
Gefässe	453	1.2%		7.4	570	1.5%		8.0	514	1.3%		8.1
Herz	1'728	4.5%		3.8	1'788	4.7%		4.9	1'740	4.4%		5.8
Nephrologie	99	0.3%		11.5	131	0.3%		10.2	165	0.4%		11.7
Urologie	1'573	4.1%		4.8	1'762	4.6%		4.8	1'941	4.9%		4.5
Pneumologie	683	1.8%		8.9	805	2.1%		8.6	571	1.5%		8.7
Thorax chirurgie	82	0.2%		10.2	70	0.2%		10.9	69	0.2%		11.4
Transplantationen	28	0.1%		7.0	35	0.1%		10.8	51	0.1%		6.5
Bewegungsapparat												
Bewegungsapparat chirurgisch	5'177	13.6%		6.2	6'081	15.9%		5.8	6'208	15.8%		5.8
Rheumatologie	281	0.7%		4.3	194	0.5%		6.3	173	0.4%		6.3
Gynäkologie & Geburtshilfe												
Gynäkologie	1'149	3.0%		3.8	1'315	3.4%		3.7	1'545	3.9%		3.1
Geburtshilfe	2'780	7.3%		4.4	2'803	7.3%		4.0	2'878	7.3%		3.8
Neugeborene	2'041	5.3%		4.5	2'406	6.3%		4.0	2'382	6.1%		3.9
Übrige												
(Radio-) Onkologie	427	1.1%		4.9	406	1.1%		5.6	351	0.9%		6.0
Schwere Verletzungen	35	0.1%		10.1	43	0.1%		10.1	53	0.1%		10.6
Total	38'178	100.0%		5.3	38'343	100.0%		5.4	39'270	100.0%		5.3

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

⁵ Vgl. dazu auch Kapitel A.6.3.

Ausserhalb der Grundversorgung (*Basispaket*) fallen die meisten Hospitalisationen innerhalb des Leistungsbereichs *Bewegungsapparat chirurgisch* an (15.8% im 2013). Darauf folgen die Leistungsbereiche *Geburtshilfe* (7.3%), *Neugeborene* (6.1%), *Urologie* (4.9%), *Herz* (4.4%) sowie *Hals-Nasen-Ohren* (4.3%). Die grössten absoluten Zunahmen akutstationärer Hospitalisationen sind in den Leistungsbereichen *Bewegungsapparat chirurgisch*, (+1'031), *Gynäkologie* (+396), *Urologie* (+368), *Neugeborene* (+341), *Viszeralchirurgie* (+203) sowie *Hals-Nasen-Ohren* (+198) zu verzeichnen. Betrachtet man ergänzend die relative Zunahme sind zusätzlich die *Dermatologie* (+91.0%), die *Transplantationen* (+80.2%), die *Nephrologie* (+67.4%) sowie *Schwere Verletzungen* (+50.8%) zu erwähnen.

Neben Anzahl und Art der Hospitalisation wurde auch die Entwicklung der Aufenthaltsdauer untersucht. Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAD)⁶ bei Hospitalisationen von Solothurner Patienten steigt von 5.3 Tagen im Jahr 2011 minim auf 5.4 Tage im Jahr 2012 und sinkt anschliessend wieder auf das Niveau von 2013. Diese Entwicklung steht im Gegensatz sowohl zur Entwicklung in den übrigen Nordwestschweizer Kantonen als auch zum langfristigen Trend, der seit vielen Jahren im internationalen Vergleich festzustellen ist.

Abwanderung

Im Jahr 2013 erfolgten 59.5% der Behandlungen zugunsten von Patienten aus dem Kanton Solothurn in Spitälern mit Standort im Kanton Solothurn. Dieser Anteil blieb über die Jahre hinweg weitgehend stabil. Die grössten Anteile ausserkantonaler Leistungen sind auf Hospitalisationen im Kanton Bern (13.5% im Jahr 2013), im Kanton Aargau (10.0%), im Kanton Basel-Landschaft (8.1%) und im Kanton Basel-Stadt (6.2%) auszumachen.

Für ausserkantonale hospitalisierte Patienten ist ein höherer Anteil der Liegeklasse privat bzw. halbprivat auszumachen als bei Patienten die in Spitälern mit Standort im Kanton Solothurn hospitalisiert sind. Im Laufe der Beobachtungsperiode ist eine Angleichungstendenz feststellbar. Diese Tendenz zur Angleichung ist jedoch für den Kanton Solothurn weniger ausgeprägt als in den übrigen Nordwestschweizer Kantonen.

⁶ Für die Berechnung der MAD vgl. Glossar bzw. den Methodenbericht zum Monitoring.

Kanton Solothurn		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Standortkanton des Spitals		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
Hospitalisationen im Kanton SO		23'056	60.4%	22'507	58.7%	23'348	59.5%	+292	-0.9%
Abwanderung		15'122	39.6%	15'836	41.3%	15'922	40.5%	+800	+0.9%
NWCH	AG	3'791	9.9%	3'920	10.2%	3'943	10.0%	+152	+0.1%
	BL	3'020	7.9%	3'102	8.1%	3'182	8.1%	+162	+0.2%
	BS	2'180	5.7%	2'338	6.1%	2'425	6.2%	+245	+0.5%
übrige Schweiz	AI	1	0.0%	0	0.0%	1	0.0%	+0	-0.0%
	AR	19	0.0%	8	0.0%	6	0.0%	-13	-0.0%
	BE	5'157	13.5%	5'428	14.2%	5'316	13.5%	+159	+0.0%
	FR	12	0.0%	7	0.0%	6	0.0%	-6	-0.0%
	GE	25	0.1%	15	0.0%	15	0.0%	-10	-0.0%
	GL	4	0.0%	4	0.0%	7	0.0%	+3	+0.0%
	GR	93	0.2%	73	0.2%	89	0.2%	-4	-0.0%
	JU	6	0.0%	7	0.0%	3	0.0%	-3	-0.0%
	LU	92	0.2%	124	0.3%	157	0.4%	+65	+0.2%
	NE	3	0.0%	1	0.0%	4	0.0%	+1	+0.0%
	NW	2	0.0%	6	0.0%	10	0.0%	+8	+0.0%
	OW	3	0.0%	5	0.0%	7	0.0%	+4	+0.0%
	SG	49	0.1%	44	0.1%	43	0.1%	-6	-0.0%
	SH	2	0.0%	3	0.0%	4	0.0%	+2	+0.0%
	SZ	15	0.0%	21	0.1%	22	0.1%	+7	+0.0%
	TG	19	0.0%	15	0.0%	11	0.0%	-8	-0.0%
	TI	32	0.1%	27	0.1%	31	0.1%	-1	-0.0%
	UR	4	0.0%	2	0.0%	3	0.0%	-1	-0.0%
	VD	27	0.1%	20	0.1%	23	0.1%	-4	-0.0%
	VS	83	0.2%	85	0.2%	77	0.2%	-6	-0.0%
ZG	11	0.0%	9	0.0%	9	0.0%	-2	-0.0%	
ZH	474	1.2%	572	1.5%	528	1.3%	+54	+0.1%	
Total		38'178	100%	38'343	100%	39'270	100%	+1'092	

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

Zuwanderung

Im Jahr 2013 beziehen sich 82.1% der Hospitalisationen in Solothurner Spitälern auf Patienten aus dem Kanton Solothurn. 17.9% der Hospitalisationen sind auf Patienten aus anderen Kantonen zurückzuführen, was einem Anstieg um +3.3 Prozentpunkte zwischen 2011 und 2013 entspricht. Die grösste Gruppe zugewanderter Patienten stammt aus dem Kanton Basel-Landschaft mit 6.6% der Hospitalisationen in Solothurner Spitälern im Jahr 2013. Darauf folgen Patienten aus den Kantonen Bern (5.5%) und Aargau (3.4%).

Kanton Solothurn		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
Wohnkanton des Patienten		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
SO		23'056	85.4%	22'507	83.7%	23'348	82.1%	+292	-3.3%
Zuwanderung		3'929	14.6%	4'387	16.3%	5'089	17.9%	+1'160	+3.3%
NWCH	AG	602	2.2%	879	3.3%	964	3.4%	+362	+1.2%
	BL	1'578	5.8%	1'561	5.8%	1'885	6.6%	+307	+0.8%
	BS	56	0.2%	85	0.3%	99	0.3%	+43	+0.1%
	AR	0	0.0%	4	0.0%	2	0.0%	+2	+0.0%
	AI	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	-1	-0.0%
	BE	1'262	4.7%	1'380	5.1%	1'567	5.5%	+305	+0.8%
	FR	11	0.0%	10	0.0%	16	0.1%	+5	+0.0%
	GE	5	0.0%	3	0.0%	6	0.0%	+1	+0.0%
	GL	2	0.0%	0	0.0%	3	0.0%	+1	+0.0%
	GR	12	0.0%	14	0.1%	14	0.0%	+2	+0.0%
	JU	9	0.0%	7	0.0%	20	0.1%	+11	+0.0%
übrige Schweiz	LU	65	0.2%	99	0.4%	96	0.3%	+31	+0.1%
	NE	1	0.0%	3	0.0%	8	0.0%	+7	+0.0%
	NW	12	0.0%	10	0.0%	14	0.0%	+2	+0.0%
	OW	9	0.0%	2	0.0%	4	0.0%	-5	-0.0%
	SG	14	0.1%	21	0.1%	10	0.0%	-4	-0.0%
	SH	3	0.0%	5	0.0%	2	0.0%	-1	-0.0%
	SZ	5	0.0%	10	0.0%	14	0.0%	+9	+0.0%
	TI	9	0.0%	18	0.1%	10	0.0%	+1	+0.0%
	TG	11	0.0%	13	0.0%	11	0.0%	+0	-0.0%
	UR	2	0.0%	3	0.0%	1	0.0%	-1	-0.0%
	VD	7	0.0%	15	0.1%	11	0.0%	+4	+0.0%
	VS	13	0.0%	15	0.1%	27	0.1%	+14	+0.0%
	ZH	88	0.3%	79	0.3%	92	0.3%	+4	-0.0%
	ZG	9	0.0%	9	0.0%	15	0.1%	+6	+0.0%
	Ausland	139	0.5%	135	0.5%	190	0.7%	+51	+0.2%
	unbekannt	4	0.0%	7	0.0%	8	0.0%	+4	+0.0%
Total		26'982	100%	26'894	100%	28'437	100%	+1'455	

TABELLE 4: ZUWANDERUNG AKUTSOMATIK – HOSPITALISATIONEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2011 UND 2012

Nettowanderung

Betrachtet man die absoluten Zahlen der Nettowanderung für das Jahr 2013, so ist die grösste Nettoabwanderung im Basispaket (-2'815 Fälle) sowie im Leistungsbereich *Bewegungsapparat chirurgisch* (-1'903) zu beobachten. Ferner zeichnen sich ebenfalls die Leistungsbereiche *Herz* (-953), *Geburtshilfe* (-939), und *Neugeborene* (-843) durch eine hohe Nettoabwanderung aus. Eine Nettozuwanderung ist einzig im Leistungsbereich *Ophthalmologie* (+100) zu verzeichnen. Dieser Umstand dürfte durch die Klinik Pallas begründet sein, die hauptsächlich auf ophthalmologische Behandlungen spezialisiert ist.

Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage

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

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

⁷ Vgl. Kapitel B.4.1.

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

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

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

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

TABELLE 5: ERREICHBARKEITSANALYSEN - ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

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

- Orthopädie (BEW2)
- Wirbelsäulen Chirurgie (BEW8)
- Spezialisierte Wirbelsäulen Chirurgie (BEW8.1)
- Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell) (GEF1)
- Gynäkologie (GYN1)
- Koronarchirurgie (CABG) (HER1.1.1)
- Hals- und Gesichtschirurgie (HNO1.1)
- Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen (HNO1.2)
- Kardiologie (inkl. Schrittmacher) (KAR1)
- Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) (KAR1.1)
- Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen) (NEP1)
- Urologie ohne Schwerpunktstitel Operative Urologie (URO1)
- Urologie mit Schwerpunktstitel Operative Urologie (URO1.1)

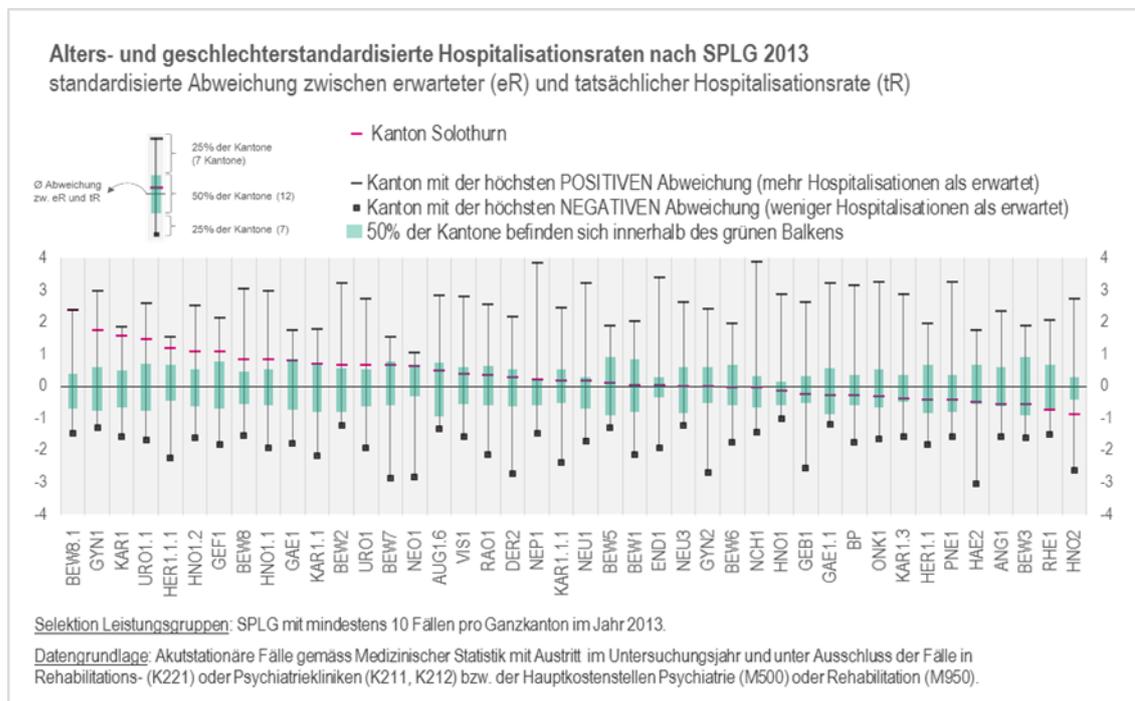


ABBILDUNG 4: ALTERS- UND GESCHLECHTERSTANDARDISIERTE ABWEICHUNGEN ZWISCHEN tR UND eR NACH SPLG 2013

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

Ergebnisse Psychiatrie

Angebot

Betrachtet man die Leistungserbringer der stationären psychiatrischen Versorgung mit Standort im Kanton Solothurn, so stellt man zwischen den Jahren 2011 bis 2013 einen Rückgang hinsichtlich der Gesamtzahl der Hospitalisationen fest. Im Jahr 2011 erfolgten 2'037 psychiatrische Hospitalisationen in Solothurner Spitälern, im Jahr 2013 waren es 1'866. Dieselbe Entwicklung zeigt sich bei den erbrachten Pflgetagen, welche zwischen 2011 und 2013 kontinuierlich sinken. Da die Solothurner Spitäler AG der einzige Leistungserbringer mit Standort im Kanton Solothurn auf der kantonalen Spitalliste zur stationären Psychiatrie ist, beziehen sich die erwähnten Kennzahlen auf ebendiese. Die Abnahme zwischen 2011 und 2012 ist dabei 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. Konkret betrifft dies im Jahr 2011 415 Fälle und 12'391 Pflgetage.

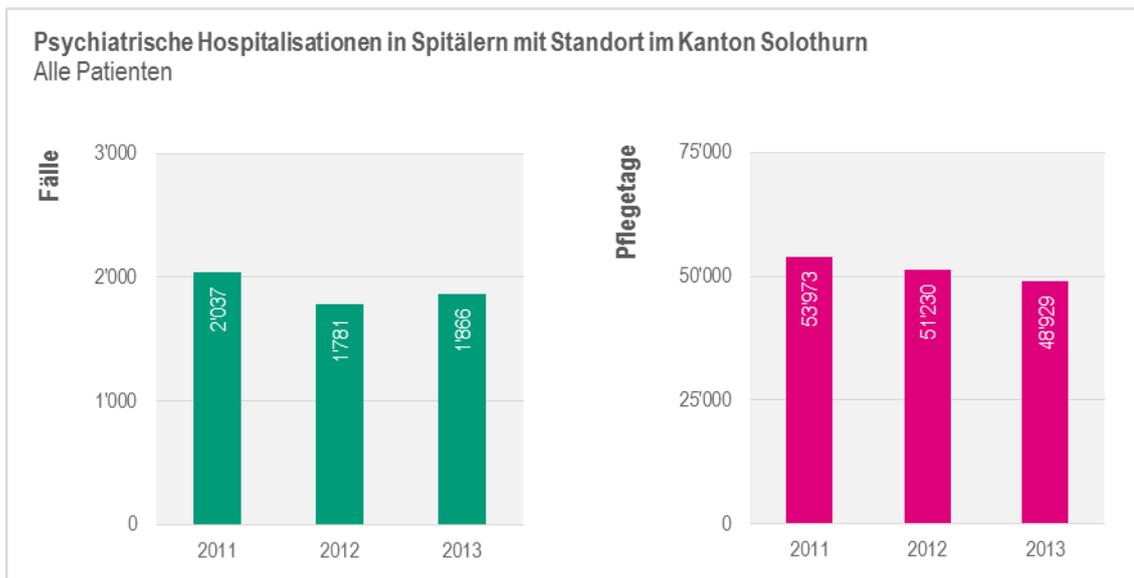


ABBILDUNG 5: ANGEBOT PSYCHIATRIE – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Die Solothurner Spitäler AG verfügt als einziges Listenspital mit Standort im Kanton Solothurn über den weitaus höchsten Marktanteil mit 52.1% der Pflegetage im Jahr 2013 zugunsten von Solothurner Patienten. Auf die zwei ausserkantonalen Listenspitäler entfallen im Jahr 2013 12.4% der Leistungen für Solothurner Patienten, auf die übrigen Spitäler 35.5%.

Die Solothurner Spitäler AG behandelte im Jahr 2013 im Vergleich zum Jahr 2011 insgesamt - 171 Fälle weniger. Im selben Zeitraum nahmen die Pflegetage ebenfalls um -5'044 Tage ab. Diese Abnahme wie auch die Zunahme hinsichtlich der Abwanderung von Solothurner Patienten in psychiatrische Einrichtungen ausserhalb des Kantons Solothurn⁸ führt denn zwischen 2011 und 2013 auch zu einem deutlichen Rückgang des Marktanteils der Solothurner Spitäler AG um -10.4%. Gleichzeitig nehmen die Marktanteile der ausserkantonalen Listenspitäler (+2.7%) sowie der übrigen Spitäler (+7.7%) zu. Wie bereits erwähnt, ist die Abnahme bei der Solothurner Spitäler AG auf eine angepasste Kategorisierung der tagesklinischen Angebote zurückzuführen.

Kanton Solothurn	2011			2012			2013		
	Fälle	PT	MA _{SO}	Fälle	PT	MA _{SO}	Fälle	PT	MA _{SO}
	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%
Kantonale Listenspitäler	2'037	53'973	62.5%	1'781	51'230	55.8%	1'866	48'929	52.1%
Solothurner Spitäler AG	2'037	53'973	62.5%	1'781	51'230	55.8%	1'866	48'929	52.1%
Ausserkantonale Listenspitäler	2'044	88'902	9.7%	2'158	98'479	11.5%	2'255	94'749	12.4%
Psychiatrie Baselland	1'707	67'566	6.9%	1'816	77'057	6.7%	1'899	72'917	7.6%
Klinik Südhang	337	21'336	2.8%	342	21'422	4.8%	356	21'832	4.8%
Übrige Spitäler			27.8%			32.7%			35.5%
			100.0%			100.0%			100.0%

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

Nachfrage

Zwischen 2011 und 2013 steigt die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen durch die Solothurner Bevölkerung leicht von 2'540 Fällen im Jahr 2011 auf 2'564 Fälle im Jahr 2013. Die beanspruchten Pflegetage steigen kontinuierlich an und betragen im 2013 87'415 Pflegetage.

⁸ Vgl. dazu den Abschnitt zur Abwanderung.

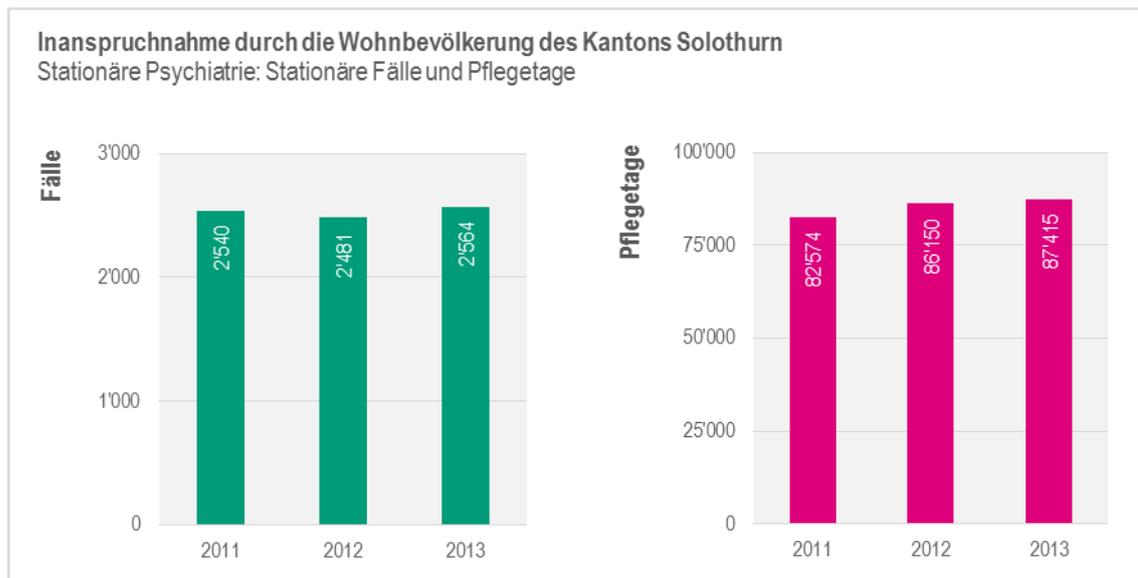


ABBILDUNG 6: NACHFRAGE PSYCHIATRIE – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Fast die Hälfte der Pflegetage im Jahr 2013 ist dem Leistungsbereich *Erwachsenenpsychiatrie* (47.8%) zuzuschreiben. Zunahmen der beanspruchten Leistungen zwischen 2011 und 2013 sind in den Leistungsbereichen *Erwachsenenpsychiatrie* und *Psychische Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeit* zu beobachten. Dabei ist insbesondere die Zunahme im Bereich *Psychische Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeit* von ausgeprägtem Ausmass (+59.5%). Ebenfalls deutlich ist der Rückgang an beanspruchten Leistungen im Leistungsbereich *Alterspsychiatrie* (-42.0%).

Kanton Solothurn Leistungsbereiche/-gruppen	2011		2012		2013		
	Fälle	PT	Fälle	PT	Fälle	PT	%
	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	
Erwachsenenpsychiatrie	1'529	35'502	1'345	35'431	1'394	41'816	47.8%
Grundversorgung und Akutbehandlung	1'185	26'718	1'172	27'771	952	26'698	30.5%
Stationäre Psychiatrie inkl. somato-psych. Behandl.	308	7'401	120	5'571	212	11'301	12.9%
Psychiatrische Rehabilitation	33	1'232	47	1'689	29	1'298	1.5%
Essstörungen	3	151	6	400	201	2'519	2.9%
Psych. Verhaltensstörungen infolge Abhängigk.	344	8'495	406	11'444	545	13'546	15.5%
Grundversorgung (v. a. Entzug, Krisenintervention)	309	5'761	359	6'877	494	9'523	10.9%
Entwöhnungstherapie	35	2'734	45	4'394	50	3'943	4.5%
Verhaltenssüchte	0	0	2	173	1	80	0.1%
Alterspsychiatrie	354	15'818	329	14'842	213	9'180	10.5%
Alterspsychiatrische Grundversorgung	259	9'204	273	9'181	161	4'968	5.7%
Spezialisierte Langzeitbehandlung	95	6'614	56	5'661	52	4'212	4.8%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	61	7'480	59	6'666	81	5'794	6.6%
Grundversorgung Kinderpsychiatrie (0-12 Jahre)	21	3'653	16	2'653	11	1'459	1.7%
Grundversorgung Jugendpsychiatrie (13-17 Jahre)	27	2'820	25	2'576	63	3'612	4.1%
Essstörungen	13	1'007	18	1'437	7	723	0.8%
Suchtbehandlungen	0	0	0	0	0	0	0.0%
Forensik	3	382	7	543	10	1'420	1.6%
Krisenintervention für Jugendliche und Erwachsene im Strafvolzug u. Vollzug von strafrechtl. Massn.	3	382	7	543	10	1'420	1.6%
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme^(a)	249	14'897	335	17'224	321	15'659	17.9%
Total	2'540	82'574	2'481	86'150	2'564	87'415	100.0%

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

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

Abwanderung

Der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn nimmt über die Jahre 2011 bis 2013 um +9.1 Prozentpunkte zu und beträgt im Jahr 2013 33.3%. Somit nimmt im Jahr 2013 ein Drittel der Solothurner Patienten, derselbe Anteil wie im Kanton Basel-Landschaft, stationäre psychiatrische Leistungen in anderen Kantonen in Anspruch.

Häufigster Zielkanton für Solothurner Patienten ist der Kanton Bern. Im Jahr 2013 erfolgten 10.8% der Hospitalisationen von Solothurner Patienten im Kanton Bern. Neben dem Kanton Bern sind die drei anderen Nordwestschweizer Kantone, der Kanton Basel-Landschaft (8.5%), der Kanton Aargau (5.7%) und der Kanton Basel-Stadt (4.3%) die häufigsten Zielkantone für Solothurner Patienten.

Kanton Solothurn		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Standortkantons des Spitals		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
SO		1'924	75.7%	1'706	68.8%	1'709	66.7%	-215	-9.1%
Abwanderung		616	24.3%	775	31.2%	855	33.3%	+239	+9.1%
NWCH	AG	83	3.3%	100	4.0%	146	5.7%	+63	+2.4%
	BL	164	6.5%	174	7.0%	219	8.5%	+55	+2.1%
	BS	83	3.3%	102	4.1%	109	4.3%	+26	+1.0%
übrige Schweiz	AI	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	AR	6	0.2%	10	0.4%	1	0.0%	-5	-0.2%
	BE	191	7.5%	254	10.2%	277	10.8%	+86	+3.3%
	FR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	GE	1	0.0%	3	0.1%	2	0.1%	+1	+0.0%
	GL	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	-1	-0.0%
	GR	2	0.1%	7	0.3%	14	0.5%	+12	+0.5%
	JU	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	-1	-0.0%
	LU	15	0.6%	17	0.7%	6	0.2%	-9	-0.4%
	NE	2	0.1%	1	0.0%	0	0.0%	-2	-0.1%
	NW	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	OW	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	-1	-0.0%
	SG	2	0.1%	6	0.2%	1	0.0%	-1	-0.0%
	SH	1	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	-1	-0.0%
	SZ	0	0.0%	1	0.0%	3	0.1%	+3	+0.1%
	TG	12	0.5%	28	1.1%	29	1.1%	+17	+0.7%
	TI	1	0.0%	1	0.0%	2	0.1%	+1	+0.0%
	UR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	VD	1	0.0%	1	0.0%	1	0.0%	+0	-0.0%
	VS	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
ZG	21	0.8%	22	0.9%	21	0.8%	+0	-0.0%	
ZH	28	1.1%	46	1.9%	24	0.9%	-4	-0.2%	
Total		2'540	100.0%	2'481	100.0%	2'564	100.0%	+24	

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

Zuwanderung

Die überwiegende Mehrheit der in der Solothurner Spitäler AG behandelten Patienten stammt aus dem Kanton Solothurn. Im Jahr 2013 sind es 91.6% der Fälle. Der Anteil ausserkantonaler Patienten beläuft sich im Jahr 2011 auf 5.5% und im Jahr 2013 auf 8.4%. Der Kanton Bern (2.6% der Hospitalisationen der Solothurner Spitäler AG im Jahr 2013) und der Kanton Aargau (0.9%) sind die bedeutendsten Zuwanderungskantone. Im Jahr 2013 finden zudem 3.4% der Hospitalisationen der Solothurner Spitäler AG für Patienten statt, die keinem der Kantone zugeordnet werden können.

Kanton Solothurn	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Wohnkanton Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
SO	1'924	94.5%	1'706	95.8%	1'709	91.6%	-215	-2.9%
Zuwanderung	113	5.5%	75	4.2%	157	8.4%	+44	+2.9%
AG	26	1.3%	19	1.1%	16	0.9%	-10	-0.4%
BS	6	0.3%	3	0.2%	4	0.2%	-2	-0.1%
BL	5	0.2%	7	0.4%	6	0.3%	+1	+0.1%
LU	3	0.1%	4	0.2%	2	0.1%	-1	-0.0%
ZH	3	0.1%	4	0.2%	11	0.6%	+8	+0.4%
BE	56	2.7%	23	1.3%	49	2.6%	-7	-0.1%
ZG	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	+0	+0.0%
übrige CH	5	0.2%	6	0.3%	3	0.2%	-2	-0.1%
Ausland	9	0.4%	7	0.4%	2	0.1%	-7	-0.3%
unbekannt	0	0.0%	0	0.0%	64	3.4%	+64	+3.4%
Total	2'037	100.0%	1'781	100.0%	1'866	100.0%	-171	

TABELLE 9: ZUWANDERUNG AUSSERREGIONALER PATIENTEN BEI PSYCHIATRISCHEN HOSPITALISATIONEN 2011-2013

Insgesamt ist in der Psychiatrie für den Kanton Solothurn eine hohe Nettoabwanderung zu verzeichnen. Im Jahr 2013 beläuft sich die Abwanderung von Solothurner Patienten auf 855 Fälle, währenddessen 157 ausserkantonale Patienten Leistungen in psychiatrischen Einrichtungen des Kantons Solothurn beanspruchten. Das Saldo aus Zu- und Abwanderung bzw. die Nettoabwanderung beträgt somit 698 Fälle.

Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage

Für die Psychiatrie wurde eine Erreichbarkeitsanalyse mit Fokus auf die Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung durchgeführt. Diese zeigt, dass 59% der Solothurner Bevölkerung eine psychiatrische Klinik mit 24-Stunden-Aufnahme innert 20 Minuten erreicht, 93.6% innert 30 Minuten. Die GDK definiert in ihrem Leitfaden zur Psychiatrieplanung⁹ 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 über aus gut einzustufen.

⁹ Vgl. GDK (2007).

Ergebnisse Rehabilitation

Angebot

Die Anzahl der Hospitalisationen innerhalb der stationären Rehabilitation bei Leistungserbringern mit Standort im Kanton Solothurn beläuft sich im Jahr 2011 auf 1'070 Fälle und sinkt im Jahr 2012 markant auf 324. Im Jahr 2013 sind es schliesslich 323 Hospitalisationen. Die Zahl geleisteter Pflergetage nimmt zwischen 2011 und 2013 ebenfalls stark ab, von 25'089 im Jahr 2011 auf 9'619 im Jahr 2013. Da die Solothurner Spitäler AG der einzige Leistungserbringer mit Standort im Kanton Solothurn auf der kantonalen Spitalliste zur stationären Rehabilitation ist, beziehen sich die erwähnten Kennzahlen auf ebendiese. Der beobachtete Rückgang der Fallzahlen und Pflergetage ist mitunter auf den Transfer der Leistungsangebote der Klinik Allerheiligenberg an andere Standorte und in andere Versorgungsbereiche der Solothurner Spitäler AG per Ende März 2011 zurückzuführen.

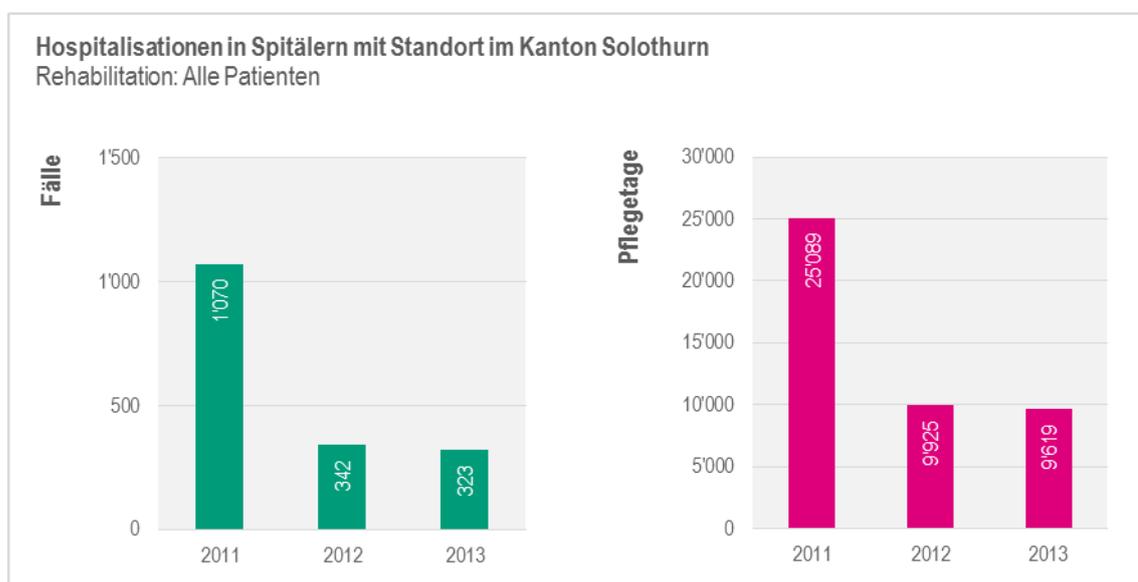


ABBILDUNG 7: ANGEBOT REHABILITATION – FÄLLE UND PFLERGETAGE 2011-2013

Der Marktanteil der Solothurner Spitäler AG sinkt entsprechend dem markanten Rückgang der Fallzahlen und Pflergetage von 40.8% im Jahr 2011 auf 17.1% im Jahr 2013. Die ausserkantonalen Listenspitäler verfügen über einen Marktanteil von 32.7% im Jahr 2013, jener der ausserkantonalen Leistungserbringer, die nicht auf der Spitalliste des Kantons Solothurn aufgeführt sind, beträgt im Jahr 2013 50.2%.

Kanton Solothurn	2011			2012			2013		
	Fälle	PT	MA _{So}	Fälle	PT	MA _{So}	Fälle	PT	MA _{So}
	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%
Kantonale Listenspitäler	1'070	25'089	40.8%	324	9'925	18.8%	323	9'619	17.1%
Solothurner Spitäler AG	1'070	25'089	40.8%	324	9'925	18.8%	323	9'619	17.1%
Ausserkantonale Listenkliniken	5'799	196'167	25.6%	5'956	199'954	34.3%	6'305	199'775	32.7%
Reha Rheinfelden	1'978	57'714	8.0%	1'921	59'986	11.6%	1'946	60'867	11.5%
Klinik Barmelweid	1'697	37'517	6.9%	1'687	37'590	9.8%	1'569	32'757	7.1%
Kantonsspital Baselland	1'035	26'699	4.4%	1'035	26'699	4.5%	1'297	29'624	6.0%
Schw eizer Paraplegiker-Zentrum	675	46'668	3.7%	893	47'943	5.5%	1'096	48'715	5.9%
REHAB Basel	414	27'569	2.8%	420	27'736	2.9%	397	27'812	2.2%
Übrige Spitäler			33.5%			46.9%			50.2%
			100.0%			100.0%			100.0%

TABELLE 10: ANGEBOT REHABILITATION – FÄLLE, PFLERGETAGE UND MARKANTEILE PRO SPITAL 2011-13

Nachfrage

Zwischen 2011 und 2013 sinkt die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen durch die Solothurner Bevölkerung von 2'434 Fällen im Jahr 2011 auf 2'072 im Jahr 2013. Die beanspruchten Pflagetage nehmen ebenfalls ab und belaufen sich im Jahr 2013 auf 53'148.

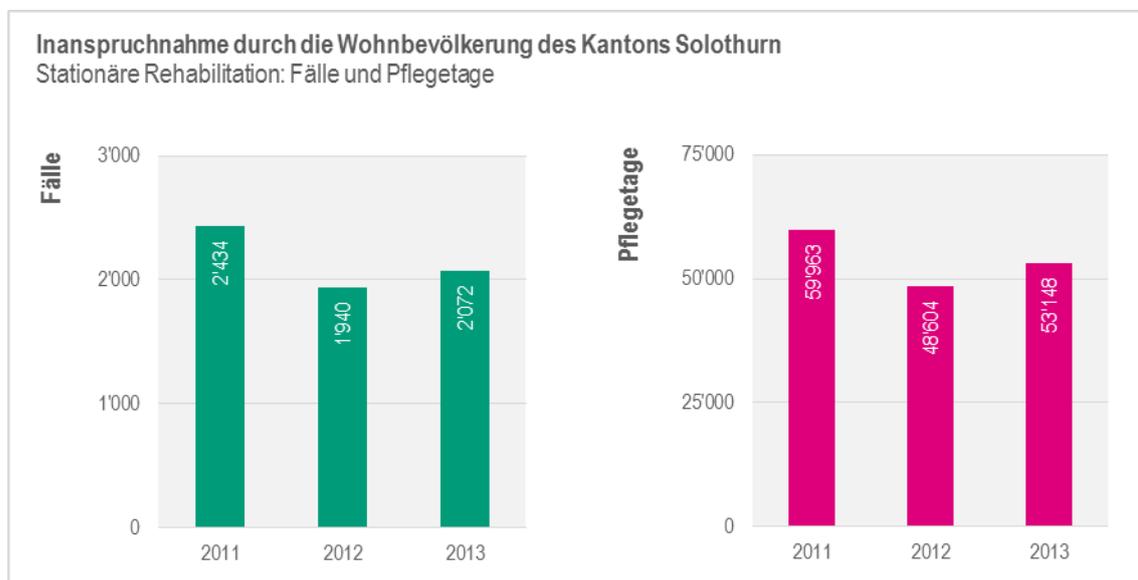


ABBILDUNG 8: NACHFRAGE REHABILITATION – FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Die höchsten Anteile bezüglich der Inanspruchnahme im Kanton Solothurn sind in den Leistungsgruppen der *Muskuloskelettalen Rehabilitation* (36.6%) und der *Neurologischen Rehabilitation* (19%) auszumachen. Die *Geriatrische Rehabilitation* betrifft nur 3.6% der Inanspruchnahme durch Solothurner Patienten.

Die relative Bedeutsamkeit der verschiedenen Leistungsgruppen unterscheidet sich je nach Kanton deutlich. So beziehen sich in den Kantonen Aargau, Basel-Landschaft und Solothurn die meisten Leistungen auf die Leistungsgruppen der *Muskuloskelettalen Rehabilitation* und der *Neurologischen Rehabilitation*, im Kanton Basel-Stadt steht die *Geriatrische Rehabilitation* an erster Stelle. Keine Fälle werden in der *Frührehabilitation* ausgewiesen. Eine mögliche Erklärung hierfür besteht darin, dass Fälle der Frührehabilitation oftmals den anderen Leistungsgruppen zugeordnet werden, wie es auch bei den Leistungsgruppen gemäss Definition von H+¹⁰ vorgesehen ist.

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

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

Kanton Solothurn Leistungsbereiche/-gruppen	2011		2012		2013		
	Fälle	PT	Fälle	PT	Fälle	PT	
	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	%
Rehabilitation Erwachsene	1'946	50'085	1'382	37'773	1'505	41'252	77.6%
Frührehabilitation	2	264	1	242	2	455	0.9%
Geriatrische Rehabilitation	23	551	40	919	84	1'923	3.6%
Muskuloskeletale Rehabilitation	1'471	34'760	829	21'070	772	19'445	36.6%
Neurologische Rehabilitation (ohne Paraplegie)	140	5'565	162	5'938	292	10'083	19.0%
Rehabilitation und Behandlung Querschnittgelähmter	50	3'374	59	3'231	75	3'539	6.7%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	137	2'773	145	3'048	165	3'361	6.3%
Pulmonale Rehabilitation	87	1'781	100	2'070	84	1'739	3.3%
Intermistisch-onkologische Rehabilitation	17	316	16	356	25	477	0.9%
Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	19	701	30	899	6	230	0.4%
Rehabilitation Kinder und Jugendliche	10	364	5	150	6	600	1.1%
Frührehabilitation	0	0	0	0	0	0	0.0%
Neurorehabilitation inkl. Neuroorthopädische Rehabilitation	10	364	5	150	6	600	1.1%
Allgemeine pädiatrische Rehabilitation	0	0	0	0	0	0	0.0%
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme (a)	478	9'514	553	10'681	561	11'296	21.3%
Total	2'434	59'963	1'940	48'604	2'072	53'148	100.0%

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

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

Abwanderung

Im Jahr 2011 sind 42.6% der Hospitalisationen von Solothurner Patienten in der stationären Rehabilitation auf Behandlungen innerhalb des Kantons zurückzuführen. Nach der Schliessung des Standorts Allerheiligenberg der Solothurner Spitäler AG waren es noch 16.3% im Jahr 2012 und 14.6% im Jahr 2013. Dies bedeutet, dass im Jahr 2013 85.4% der stationären Rehabilitationsleistungen für Solothurner Patienten ausserhalb des Kantons erfolgten.

Wichtigster Zielkanton für Solothurner Patienten ist der Kanton Aargau. Im Jahr 2013 erfolgten 38.8% Hospitalisationen von Solothurner Patienten in Spitälern mit Standort im Kanton Aargau. Mit einem Marktanteil von 22.4% im Jahr 2013 ist der Kanton Bern der zweitwichtigste Zielkanton für Solothurner Patienten. Weitere relevante Zielkantone sind der Kanton Basel-Landschaft (7.6% der Gesamtnachfrage), der Kanton Basel-Stadt (5.9%), der Kanton Luzern (3.4%) und der Kanton Jura (2.6%).

Kanton Solothurn		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
		Fälle	MA _{So}	Fälle	MA _{So}	Fälle	MA _{So}	Fälle	MA _{So}
Standortkantons des Spitals		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
SO		1'036	42.6%	317	16.3%	303	14.6%	-733	-27.9%
Abwanderung		1'398	57.4%	1'623	83.7%	1'769	85.4%	+371	+27.9%
NWCH	AG	618	25.4%	778	40.1%	804	38.8%	+186	+13.4%
	BL	87	3.6%	87	4.5%	158	7.6%	+71	+4.1%
	BS	115	4.7%	103	5.3%	123	5.9%	+8	+1.2%
übrige Schweiz	AI	0	0.0%	0	0.0%	2	0.1%	+2	+0.1%
	AR	11	0.5%	13	0.7%	10	0.5%	-1	+0.0%
	BE	371	15.2%	448	23.1%	464	22.4%	+93	+7.2%
	FR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	GE	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	GL	4	0.2%	1	0.1%	2	0.1%	-2	-0.1%
	GR	4	0.2%	9	0.5%	8	0.4%	+4	+0.2%
	JU	52	2.1%	54	2.8%	53	2.6%	+1	+0.4%
	LU	64	2.6%	67	3.5%	70	3.4%	+6	+0.7%
	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	8	0.3%	9	0.5%	18	0.9%	+10	+0.5%
	SH	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	SZ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	TG	19	0.8%	17	0.9%	23	1.1%	+4	+0.3%
	TI	2	0.1%	3	0.2%	0	0.0%	-2	-0.1%
	UR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	VD	0	0.0%	1	0.1%	1	0.0%	+1	+0.0%
	VS	15	0.6%	19	1.0%	12	0.6%	-3	-0.0%
ZG	3	0.1%	1	0.1%	10	0.5%	+7	+0.4%	
ZH	25	1.0%	13	0.7%	11	0.5%	-14	-0.5%	
Total		2'434	100.0%	1'940	100.0%	2'072	100.0%	-362	

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

Zuwanderung

Im Jahr 2011 wurden 34 und im Jahr 2013 noch 20 ausserkantonale Patienten durch Leistungserbringer mit Standort im Kanton Solothurn bzw. durch die Solothurner Spitäler AG behandelt. Somit sind im Jahr 2013 6.2% der Hospitalisationen im Bereich der Rehabilitation auf ausserkantonale Patienten zurückzuführen.

Kanton Solothurn		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
		Fälle	MA _{So}	Fälle	MA _{So}	Fälle	MA _{So}	Fälle	MA _{So}
Wohnkanton Patient		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
SO		1'036	96.8%	317	92.7%	303	93.8%	-733	-3.0%
Zuwanderung		34	3.2%	25	7.3%	20	6.2%	-14	+3.0%
AG		13	1.2%	1	0.3%	0	0.0%	-13	-1.2%
BS		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
BL		4	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	-4	-0.4%
LU		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
ZH		0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	+0	+0.0%
BE		15	1.4%	22	6.4%	17	5.3%	+2	+3.9%
ZG		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
übrige CH		1	0.1%	1	0.3%	0	0.0%	-1	-0.1%
Ausland		1	0.1%	0	0.0%	3	0.9%	+2	+0.8%
unbekannt		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
Total		1'070	100.0%	342	100.0%	323	100.0%	-747	

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

Innerhalb der stationären Rehabilitation ist für den Kanton Solothurn demgemäss eine sehr hohe Nettoabwanderung festzustellen. Im Jahr 2013 beläuft sich die Abwanderung von Solothurner Patienten auf 1'769 Fälle, währenddessen lediglich 20 stationäre Hospitalisationen ausserkantonaler Rehabilitationspatienten im Kanton Solothurn zu verzeichnen sind.

Ambulante Versorgung

Angebot

Insgesamt stieg die Zahl der erbrachten Grundleistungen (Summe der Konsultationen und Hausbesuche) durch ambulante Leistungserbringer zwischen 2011 und 2013 von 1.58 Mio. Grundleistungen auf 1.67 Mio. Dies entspricht einem Anstieg um +5.7%. Der relative Anstieg hinsichtlich der spitalambulant erbrachten Leistungen ist dabei deutlich höher (+15.5%) als für die praxisambulant erbrachten Leistungen (+3.3%), wodurch der Anteil der spitalambulant erbrachten Leistungen von 19.4% im Jahr 2011 auf 21.2% im Jahr 2013 zunimmt.

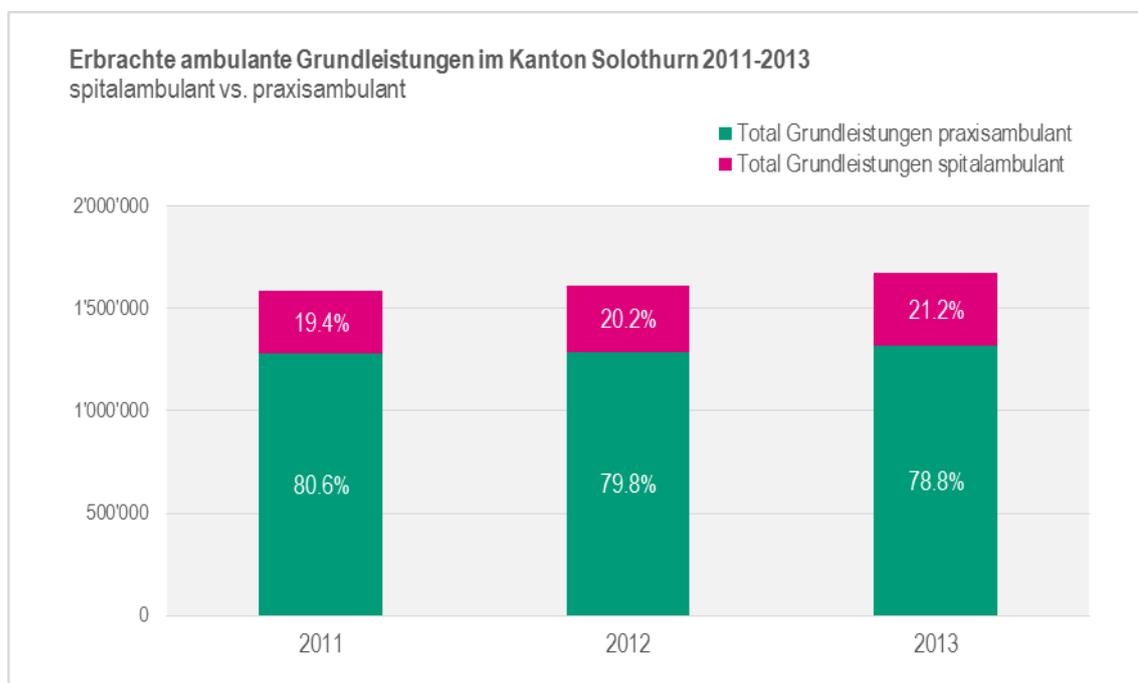


ABBILDUNG 9: AMBULANTES ANGEBOT – PRAXIS- UND SPITALAMBULANTE LEISTUNGEN 2011-2013

Über die Hälfte der praxisambulant erbrachten 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 Ärztespezialitäten die bedeutendsten Leistungserbringer im Kanton Solothurn:

- *Psychiatrie und Psychotherapie* mit 67'650 Grundleistungen im Jahr 2013
- *Ophthalmologie* mit 54'913 Grundleistungen im Jahr 2013
- *Gynäkologie und Geburtshilfe* mit 54'321 im Jahr 2013

Nachfrage

Im Jahr 2011 nahm die Solothurner Bevölkerung insgesamt 1.8 Mio. ambulante Grundleistungen in Anspruch, im Jahr 2013 waren es 1.9 Mio., was einem Anstieg um +7.5% entspricht und somit die Zunahme hinsichtlich des ambulanten Angebots übersteigt. 77.3% der nachgefragten praxisambulant erbrachten Leistungen und 63.9% der spitalambulant erbrachten Leistungen beziehen sich auf Leistungserbringer mit Standort im Kanton Solothurn.

Abwanderung

25.9% der ambulanten Grundleistungen von Solothurner Patienten im Jahr 2013 wurden ausserhalb des Kantons in Anspruch genommen. Zwischen 2011 und 2013 nimmt dieser Anteil von 24.5% auf 25.9% zu. Die wichtigsten Zielkantone von Solothurner Patienten sind die Kantone Basel-Landschaft mit 7.8% und Bern mit 6.5% der Gesamtnachfrage im Jahr 2013. Darauf folgen die Kantone der Kanton Aargau mit 5.3% und Basel-Stadt mit 3.4%.

Kanton Solothurn	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
Standortkanton	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
Leistungserbringer								
SO	1'361'312	75.5%	1'385'725	74.9%	1'433'718	74.1%	+72'406	-1.5%
Total Abwanderung	440'714	24.5%	464'922	25.1%	502'269	25.9%	+61'555	+1.5%
AG	91'689	5.1%	97'561	5.3%	111'794	5.8%	+20'105	+0.7%
BL	138'652	7.7%	145'434	7.9%	150'254	7.8%	+11'602	+0.1%
BS	61'668	3.4%	67'120	3.6%	72'350	3.7%	+10'682	+0.3%
LU	5'528	0.3%	5'607	0.3%	5'495	0.3%	-33	-0.0%
ZG	738	0.0%	727	0.0%	825	0.0%	+87	+0.0%
ZH	14'520	0.8%	15'981	0.9%	17'451	0.9%	+2'931	+0.1%
BE	115'152	6.4%	120'316	6.5%	131'921	6.8%	+16'769	+0.4%
Übrige Schweiz	12'751	0.7%	12'167	0.7%	12'176	0.6%	-575	-0.1%
Ausland	14	0.0%	10	0.0%	3	0.0%	-11	-0.0%
Total	1'802'026	100.0%	1'850'647	100.0%	1'935'987	100.0%	+133'961	

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

Zuwanderung

14.4% aller im Kanton Solothurn erbrachten ambulanten Grundleistungen im Jahr 2011 beziehen sich auf Patienten aus anderen Kantonen bzw. aus dem Ausland. Der Anteil der Zuwanderung bleibt zwischen 2011 und 2013 relativ stabil. Die meisten zugewanderten Patienten stammen aus den Kantonen Bern und Aargau, mit einem Anteil von 5.4% bzw. 4.1% der im Kanton Solothurn erbrachten Leistungen.

Kanton Solothurn	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
Wohnsitz Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
SO	1'361'312	85.9%	1'385'725	85.9%	1'433'718	85.6%	+72'406	-0.3%
Total Zuwanderung	223'643	14.1%	227'781	14.1%	240'754	14.4%	+17'111	+0.3%
AG	64'987	4.1%	65'822	4.1%	67'918	4.1%	+2'931	-0.0%
BL	47'273	3.0%	46'320	2.9%	50'734	3.0%	+3'461	+0.0%
BS	4'818	0.3%	4'989	0.3%	5'800	0.3%	+982	+0.0%
LU	5'391	0.3%	5'462	0.3%	5'716	0.3%	+325	+0.0%
ZG	836	0.1%	762	0.0%	809	0.0%	-27	-0.0%
ZH	5'245	0.3%	5'067	0.3%	5'419	0.3%	+174	-0.0%
BE	86'593	5.5%	87'758	5.4%	95'472	5.7%	+8'879	+0.2%
Übrige Schweiz	6'881	0.4%	6'565	0.4%	7'083	0.4%	+202	-0.0%
Ausland	520	0.0%	589	0.0%	1'385	0.1%	+865	+0.0%
Sonstige	1'098	0.1%	4'446	0.3%	418	0.0%	-680	-0.0%
Total	1'584'955	100.0%	1'613'506	100.0%	1'674'472	100.0%	+89'517	

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

Im Vergleich von Zu- und Abwanderung zeigt sich, dass mehr ambulante Leistungen für Solothurner Patienten ausserhalb des Wohnkantons erfolgen, als dass ausserkantonale Patienten im Kanton Solothurn ambulant behandelt werden (Nettoabwanderung). Ausserdem ist – sowohl für die Zu- als auch die Abwanderung – der Kanton Bern von relevanter Bedeutung, für die Abwanderung zusätzlich noch der Kanton Basel-Landschaft, für die Zuwanderung der Kanton Aargau. Insgesamt gilt für die ambulante Versorgung, was auch für die akutstationäre Versorgung sowie

für die stationäre Psychiatrie gilt: Die Gesamtregion der Nordwestschweiz stellt aufgrund der geringen Zu- und Abwanderung ein weitgehend geschlossenes Versorgungssystem dar.¹¹

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 beläuft sich die Dichte der praxisambulanten Ärzte im Kanton Solothurn auf 178 OPK-abrechnenden Ärzte pro 100'000 Versicherte. Damit liegt diese sowohl unter dem Durchschnitt der Nordwestschweiz (231) als auch 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 Analyseverfahrens nicht beurteilt werden kann. Bei den

¹¹ Lediglich 6.4% der ambulanten Grundleistungen für Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz beziehen sich auf Behandlungen bei Leistungserbringern mit Standort ausserhalb der Nordwestschweiz. Gleichzeitig sind nur 4.6% der ambulanten Leistungen in der Nordwestschweiz auf ausserregionale Patienten zurückzuführen (vgl. dazu auch Kapitel E.5.3 im Bericht auf Ebene der Gesamtnordwestschweiz).

übrigen, untersuchten Eingriffen und Behandlungen kann entweder keine eindeutige Tendenz oder aber ein Anstieg des Anteils stationärer Behandlungsformen ausgemacht werden. Das erarbeitete Substitutionsraster bildet eine Grundlage bzw. einen Ausgangspunkt, um allfällige Substitutionstendenzen auch in Zukunft nachvollziehen zu können und daraus Handlungswissen für eine leistungsorientierte Versorgungsplanung abzuleiten.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen für den Versorgungsraum Nordwestschweiz

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

- Für alle Versorgungsbereiche ist im Kanton Solothurn eine steigende Tendenz der Inanspruchnahme feststellbar. Teilweise kann diese Tendenz durch das Bevölkerungswachstum sowie durch die älter werdende Bevölkerung bzw. durch die Alterung der bevölkerungsreichen Kohorten erklärt werden.
- Die Region Nordwestschweiz ist ein weitgehend geschlossenes Versorgungssystem. Die Abwanderung aus der Nordwestschweiz bewegt sich für alle Versorgungsbereiche (Akutsumatik, Psychiatrie, Rehabilitation und innerhalb der ambulanten Versorgung) im einstelligen bzw. knapp zweistelligen Prozentbereich. Mit Ausnahme in der Rehabilitation trifft dasselbe auch auf die Zuwanderung in die Nordwestschweiz zu. 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 der Aufnahmepflicht für alle Listenspitäler lassen sich diverse Veränderungstendenzen feststellen. So lassen sich in der akutstationären Versorgung Veränderungen hinsichtlich 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 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.

- Im Rahmen des Monitorings wurden verschiedene Indikatoren zur Versorgungssituation untersucht. Diese umfassen 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 und deren regionale Verteilung. Teilweise fehlt es an geeigneten Richtwerten oder an ausreichend aussagekräftigen Zeitreihen, um gesicherte Schlussfolgerungen zuhanden der Versorgungsplanung abzuleiten. Im Hinblick auf die Fortführung der leistungsorientierten Versorgungsplanung sind aufbauend auf den vorliegenden Schlussbericht die wesentlichen Kennzahlen und Indikatoren für ein langfristiges und effizientes Versorgungsmonitoring zu definieren. Wo notwendig, sind die entsprechenden Richtwerte unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes sowie in Koordination mit den übrigen Kantonen bzw. der GDK herzuleiten. In diesem Zusammenhang ausserdem zu prüfen sind zusätzliche Indikatoren, um Veränderungen entlang der Versorgungskette abzubilden (z.B. Schweregrad bei Eintritt in Rehabilitationseinrichtungen).
- Die Prognosemodelle gemäss Versorgungsbericht sind ausgehend von den aktuell geltenden Leistungsgruppendifinitionen, 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 Bundesverfassung¹² bildet die Gesundheitsversorgung eine Aufgabe der Kantone. Ihnen obliegt die Sicherstellung der öffentlichen Gesundheitspflege und des gesundheitspolizeilichen Bereichs. Gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)¹³ muss jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz für Krankenpflege versichert sein. Die obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt die Kosten für Leistungen im Zusammenhang mit Diagnose und Behandlung von Krankheiten. Die Kantone erteilen insbesondere die gesundheitspolizeiliche Zulassung, als Voraussetzung für die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der OKP. In diesem Sinne sind im KVG die Spitalplanung und die daraus resultierende Erstellung einer Spitalliste als kantonale Aufgabe definiert.¹⁴ Die Entscheidung, ob die Spitalplanung durch einen einzelnen Kanton oder durch mehrere Kantone gemeinsam erfolgen soll, obliegt den Kantonen, wobei die Kantone in jedem Fall zur Koordination ihrer Planungen verpflichtet sind.¹⁵

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

In Erfüllung ihres gesundheitspolitischen und versorgungsplanerischen Auftrags und in Antizipation der per 1.1.2012 in Kraft tretenden massgeblichen Reformen der KVG-Revision liessen die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn einen gemeinsamen Versorgungsbericht basierend auf den Daten der Medizinischen Statistik 2008 (für die Akutsomatik und die Psychiatrie) sowie auf einer Erhebung der Fallzahlen der Rehabilitationskliniken und -spitäler erstellen.²⁰ Der Versorgungsbericht zeichnet ein umfassendes Bild der Inanspruchnahme stationärer, medizinischer Leistungen (Nachfrage) und skizziert den zukünftigen Versorgungsbedarf

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

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

¹⁴ Vgl. Art. 39 KVG.

¹⁵ Vgl. Art. 39 Absatz 2 KVG.

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

¹⁷ Vgl. AS 2008 2049.

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

¹⁹ Vgl. Bundesrat (2013, S.13-18).

²⁰ Analog zum vorliegenden Monitoring wurde im Rahmen der Spitalplanung 2012 jeweils ein Versorgungsbericht für die einzelnen Nordwestschweizer Kantone sowie auf Ebene der Nordwestschweiz und der Region nördlich des Juras erarbeitet (vgl. Gruber et al. 2010a bis f). Die Versorgungsberichte enthalten jeweils eine Ist-Analyse

der Nordwestschweizer Wohnbevölkerung unter Berücksichtigung der demografischen, medizintechnischen, epidemiologischen und ökonomischen Entwicklungen.

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

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

2 Gegenstand

Wie bereits erwähnt erstreckt sich das Monitoring 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.

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

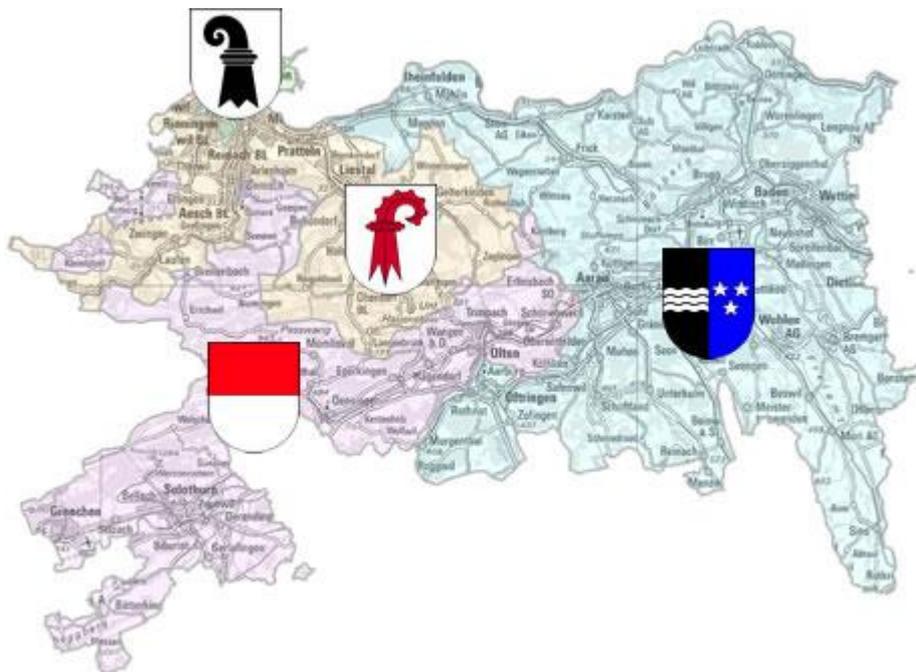


ABBILDUNG 10: NORDWESTSCHWEIZER KANTONE

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

3 Berichterstattung

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

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

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

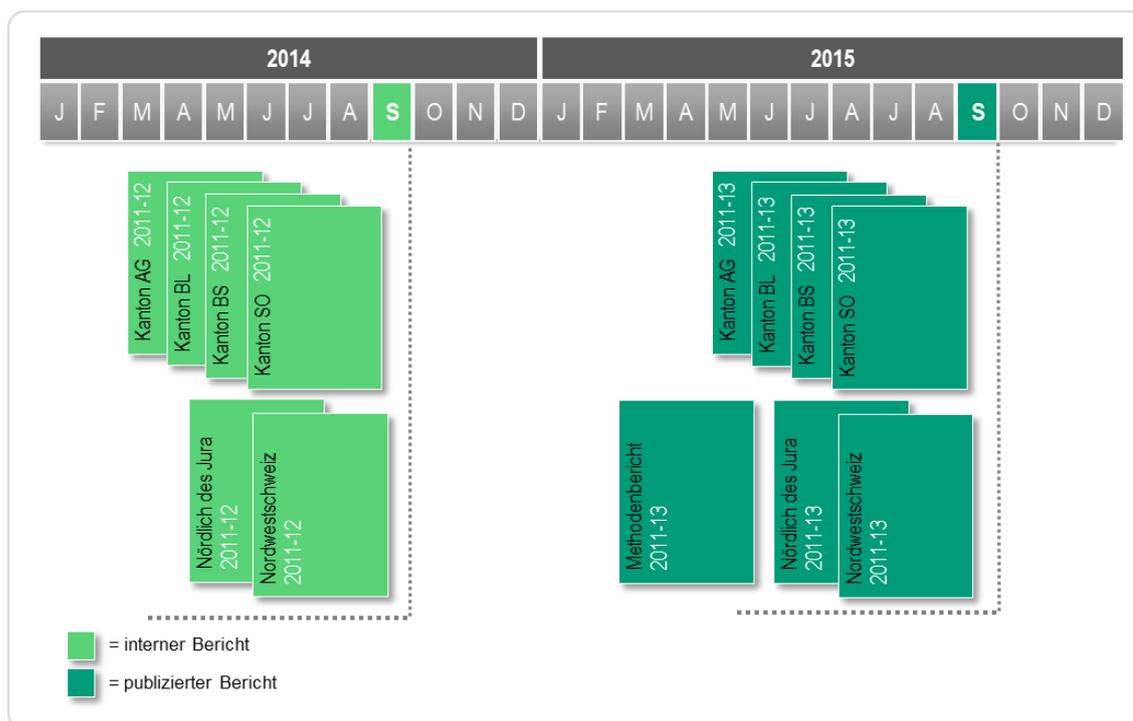


ABBILDUNG 11: ÜBERSICHT BERICHTERSTATTUNG

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

4 Ziele und Fragestellungen

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

Unter **Angebot** werden im vorliegenden Bericht stets die erbrachten Leistungen durch Leistungserbringer mit Standort im Kanton Solothurn verstanden. Die **Nachfrage** hingegen beschreibt die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Bevölkerung mit Wohnsitz im Kanton Solothurn. Das Ausmass der Leistungen wird jeweils gemessen anhand der Anzahl Hospitalisationen (akutstationäre Versorgung), Pflgetage (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 dabei im Vordergrund:

- Wie entwickelt sich das stationäre und ambulante Angebot der Solothurner Spitäler über die Jahre 2011 bis 2013 in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie? Können Veränderungen des Angebots beobachtet werden, die auf die Massnahmen der KVG-Revision zurückzuführen sind?

- Wie entwickelt die Nachfrage der Solothurner 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) im Kanton Solothurn gezogen werden? Anhand welcher Kriterien kann die Versorgungslage überhaupt beurteilt werden (Mindestfallzahlen, Erreichbarkeit, etc.)?
- Welche stationären Leistungen könnten gegebenenfalls durch ambulante Leistungen substituiert werden? Für welche Leistungen kann innerhalb des Beobachtungszeitraums eine Substitution stationärer durch ambulante Leistungen beobachtet werden?

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

1) Angebot

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

2) Nachfrage

Im Gegensatz zum Angebot stehen hier nicht die Leistungserbringer im Zentrum, sondern die Perspektive der Wohnbevölkerung. Demgemäss wird die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn 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.²³ Die Patientenströme werden soweit möglich jeweils nach Herkunfts- und Zielort (Region, Kanton, MedStat-Region), nach Leistungsbereichen und hinsichtlich des Schweregrads (Akutsomatik) analysiert. Die Patientenströme bilden mitunter eine wichtige Grundlage für die interkantonale Koordination der kantonalen Versorgungsplanungen.²⁴

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

²⁴ Vgl. Bundesrat (2013, S.14).

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 Zürich²⁵ basierend auf den Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)²⁶. Die Erreichbarkeit des Versorgungsangebots wird anhand einer Erreichbarkeitsanalyse für ausgewählte Fachbereiche bzw. Leistungsgruppen in der akutstationären und psychiatrischen Versorgung beschrieben. Dazu werden Informationen zum Leistungsangebot der Nordwestschweizer Spitäler mit demografischen Eigenschaften der Nordwestschweizer Bevölkerung sowie geografischen Parametern mithilfe eines Geoinformationssystems (GIS) verarbeitet. Die Analyse der Hospitalisationsraten bzw. Konsultationsquoten erfolgt innerhalb der akutstationären bzw. der ambulanten Versorgung anhand ausgewählter Leistungsgruppen.

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

5 Datengrundlage und Methodik

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

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

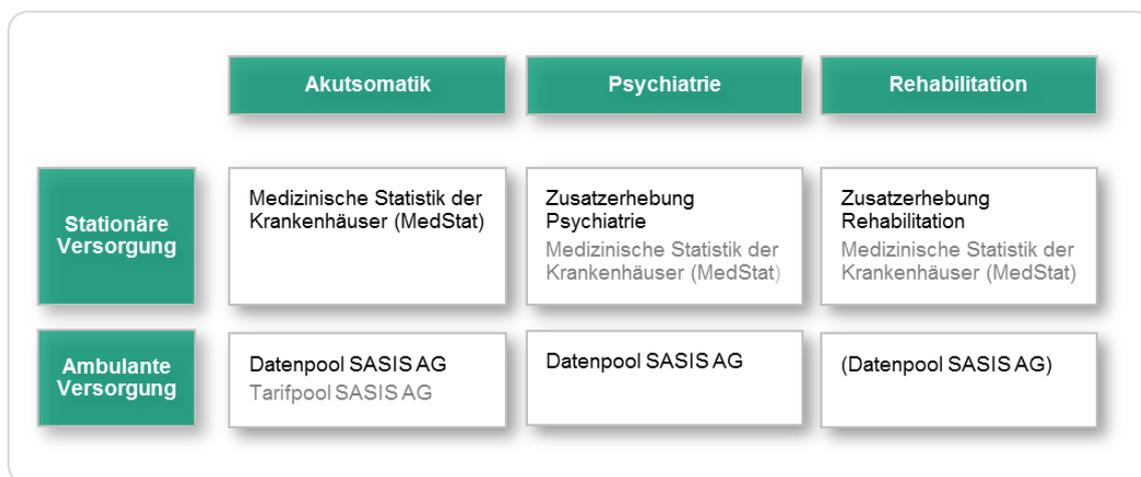


ABBILDUNG 12: DATENQUELLEN NACH VERSORGUNGSBEREICHEN

²⁵ Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013).

²⁶ Vgl. Methodenbericht.

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

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

Die Analyse der ambulanten Versorgung stützt sich weitgehend auf Daten des Datenpools der SASIS AG²⁷ und erfolgte in Zusammenarbeit mit dem 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 wachsenden Bevölkerungszahl steigt deren Versorgungsbedarf, infolgedessen ist eine dementsprechende Mehrinanspruchnahme zu erwarten.

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

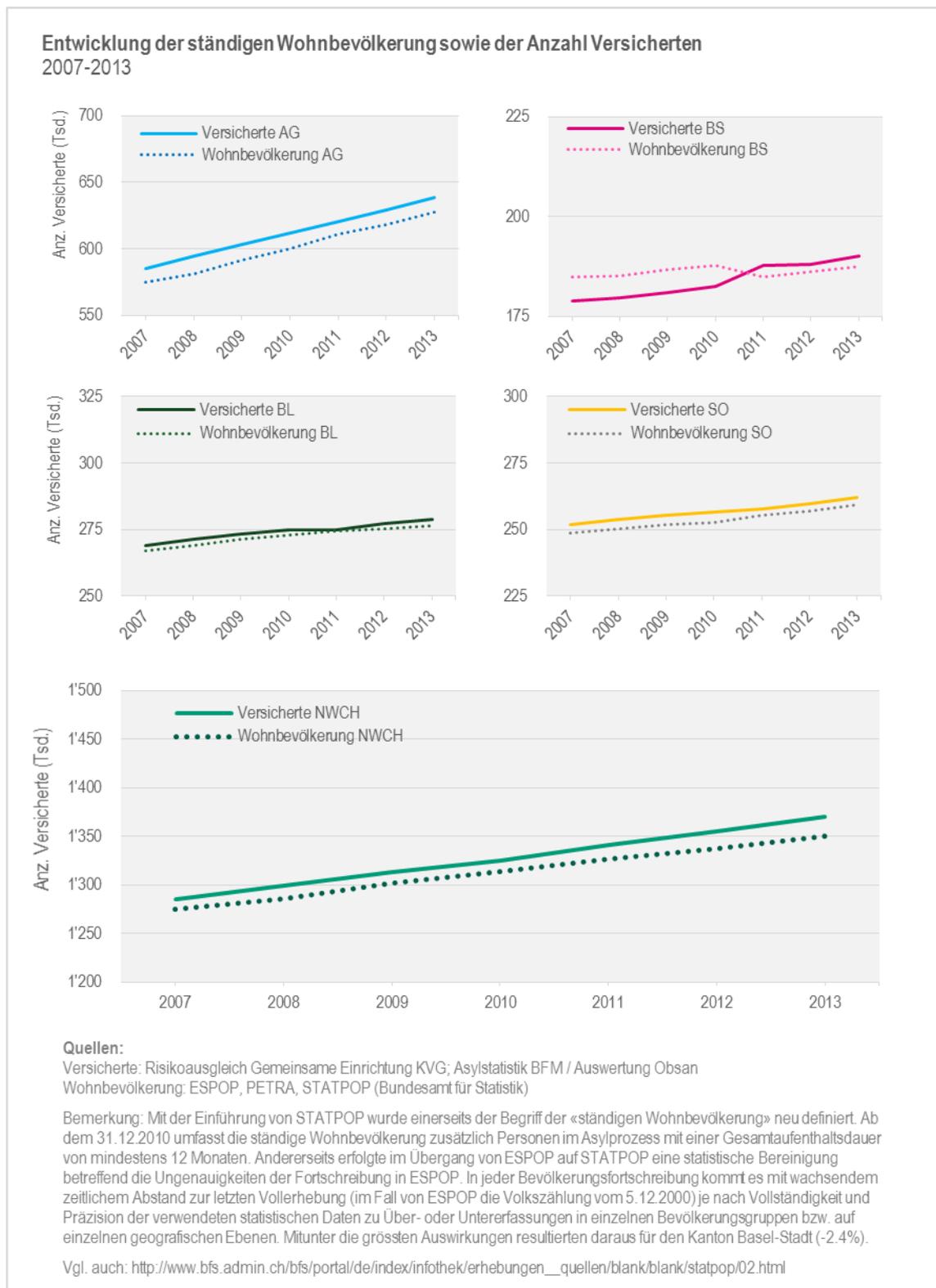


ABBILDUNG 13: STÄNDIGE WOHNBEVÖLKERUNG UND ANZAHL VERSICHETERTE 2007-2013

In **Abbildung 13** wird die Entwicklung der ständigen Wohnbevölkerung sowie der Zahl der versicherten Personen zwischen 2007 und 2013 für die Nordwestschweizer Kantone dargestellt. Grundsätzlich ist in allen Kantonen eine Zunahme sowohl der ständigen Wohnbevölkerung als

auch der Zahl der Versicherten festzustellen. Im Kanton Solothurn kann eine Zunahme der Wohnbevölkerung von 248'613 Einwohnern im Jahr 2007 auf 256'990 im Jahr 2013. Im Untersuchungszeitraum des Monitorings zwischen 2011 und 2013 beläuft sich der jährliche Bevölkerungszuwachs auf durchschnittlich +0.9%.²⁸

6.2 Demografische Alterung

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

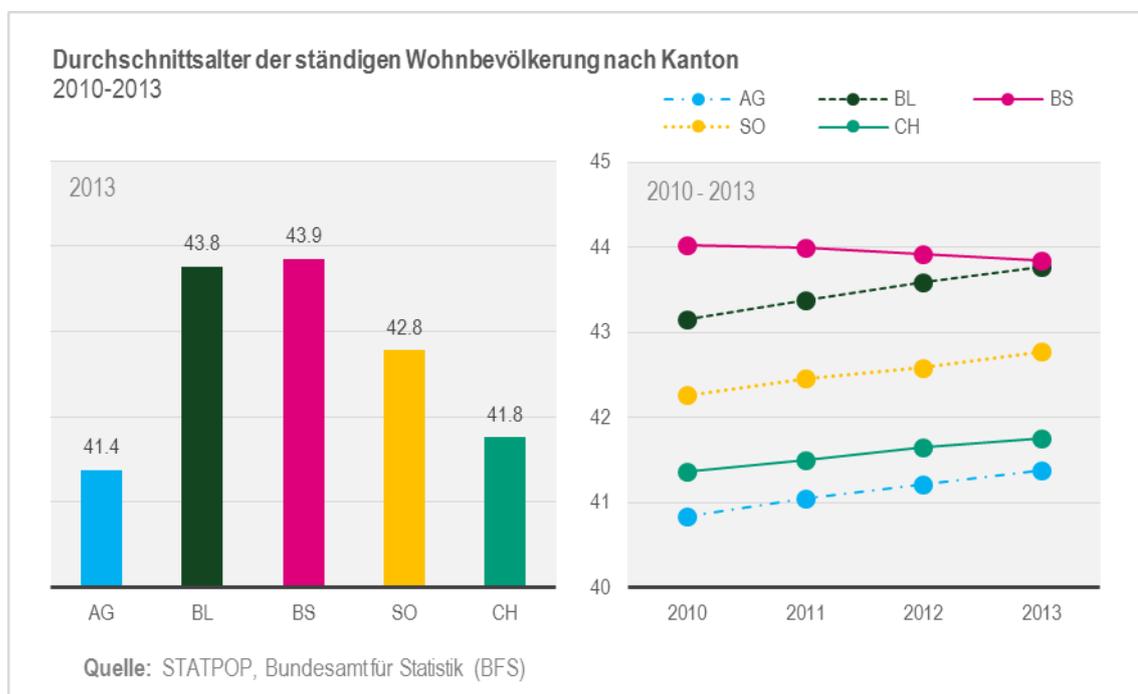


ABBILDUNG 14: DURCHSCHNITTSALTER NACH KANTON 2010-13

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

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

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

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

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

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

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

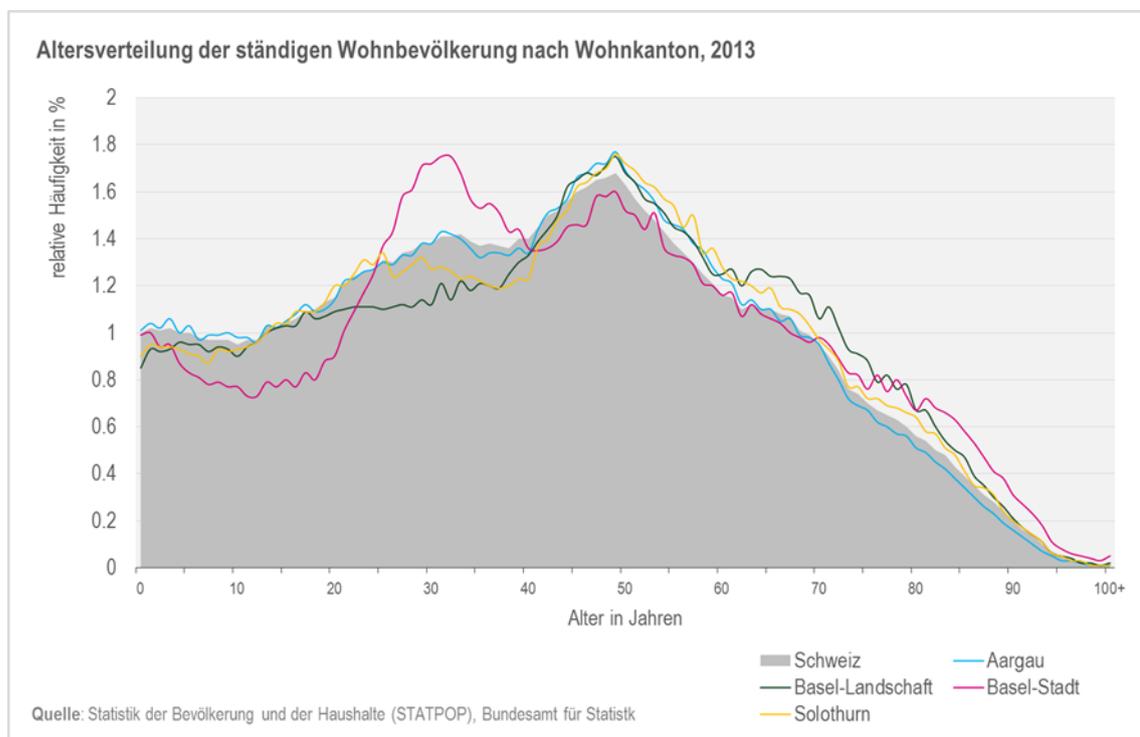


ABBILDUNG 15: ALTERSVERTEILUNG DER WOHNBEVÖLKERUNG NACH WOHNKANTON 2013

Aus der Bevölkerungspyramide in **Abbildung 16** wird die Bevölkerungsstruktur des Kantons Solothurn nach Alter und Geschlecht sowie deren Entwicklung im Zeitraum des Monitorings zwischen 2011 und 2013 deutlich. Erkennbar ist der insgesamt für die Schweiz typische Altersaufbau, bei welchem die «Baby-Boom»-Generation dominiert.³⁰ Ihr steht eine schwächer besetzte Jugendgeneration und eine wachsende Zahl älterer Menschen gegenüber. Die Alterung verläuft regional unterschiedlich, der zeitliche Verlauf hingegen ist in den meisten Regionen ähnlich und folgt den demografischen Wellen der geburtenstarken Jahrgänge.³¹

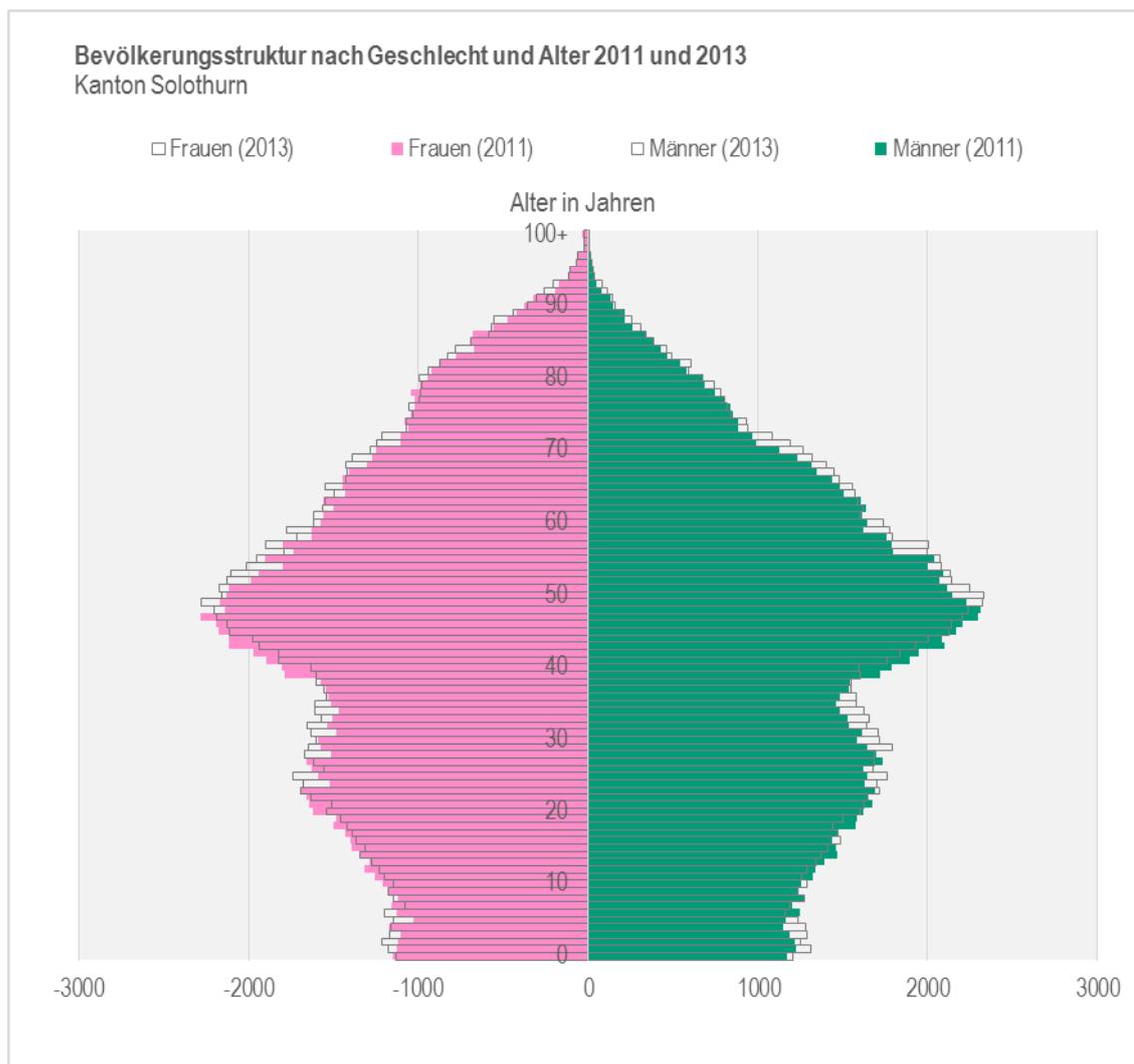


ABBILDUNG 16: BEVÖLKERUNGSPYRAMIDE - STRUKTUR NACH ALTER UND GESCHLECHT 2011 UND 2013

Aus der Entwicklung des Durchschnittsalters sowie der Bevölkerungsstruktur wird der Prozess der demografischen Alterung, von welchem die Schweiz – wie die meisten modernen Industrie- und Dienstleistungsstaaten – betroffen ist. Demografische Alterung wird als die Zunahme des Anteils älterer Menschen in einer Bevölkerung definiert. Sie ist Ausdruck von Veränderungen an der Spitze und an der Basis der Alterspyramide. Die demografische Alterung ist sowohl eine Folge der niedrigen Geburtenraten als auch der steigenden Lebenserwartung. Dadurch altert die Bevölkerung gewissermassen doppelt, zum einen an der Basis der Alterspyramide, zum anderen

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

³¹ Vgl. Bucher (2008).

auch an deren Spitze. Die Problematik der Überalterung ist – wie bereits erwähnt – massgeblich mit dem eingetretenen Geburtenrückgang der 70er Jahre („Pillenknicke“) in Verbindung zu setzen. 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 einerseits an einer höheren Sterblichkeit (Mortalität) in den ältesten Bevölkerungskohorten, weil besonders in den letzten Lebensjahren vor dem Tod die Gesundheitskosten – altersunabhängig – eindeutig ansteigen. Auf diese sogenannten Sterbekosten hat die demografische Alterung kaum kostentreibende Auswirkungen. Basierend auf diesen Erkenntnissen sind die Unterschiede hinsichtlich der Gesundheitsausgaben zwischen Jung und Alt nicht in erster Linie eine Ursache des Alters, sondern auf den grösseren Anteil von Personen in den letzten Lebensjahren zurückzuführen, in denen die Gesundheitsausgaben zur Vermeidung des nahenden Todes besonders hoch sind.³² Ungeachtet dessen, ob nun der Mehraufwand für die Gesundheitsversorgung dem Lebensalter oder der Nähe zum Tod zugeschrieben wird, lässt sich aufgrund der aktuellen Bevölkerungsentwicklung eine steigende Inanspruchnahme der medizinischen Versorgungsleistungen ableiten, sei es infolge der älterwerdenden Bevölkerung oder infolge der Tatsache, dass sich die bevölkerungsstarken Kohorten zunehmend in einem Alter mit erhöhter Sterbewahrscheinlichkeit befinden.³³

6.3 Codierqualität und Codierpraxis

Im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser werden sämtliche stationären Aufenthalte erfasst. Nebst soziodemografischen Informationen der Patienten und administrativen Angaben werden dabei ausserdem Diagnosen und Behandlungen erhoben. Um diese Informationen zu erfassen, werden zwei medizinische Klassifikationen verwendet. Es handelt sich aktuell um die ICD-10-GM für die Diagnosen und die CHOP für die Behandlungen. Die Verwendung dieser Codes unterliegt präzisen Richtlinien.³⁴ 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 Nordwestschweizer Kantonen durchgeführt und sind Bestandteil der Leistungsverträge mit den Spitälern der Spitalisten.

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

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

³³ Vgl. auch BFS (2006b, S.12).

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

welche mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Veränderungen in der Codierpraxis zurückzuführen sind, explizit 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.³⁵

³⁵ Vgl. dazu auch Kapitel B.2.

7 Aufbau des Berichts

Der vorliegende Schlussbericht ist anhand der in Kapitel 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 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 Ergebnisse zusammengefasst und Empfehlungen für die künftige Versorgungsplanung formuliert.

B. Akutsomatik

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

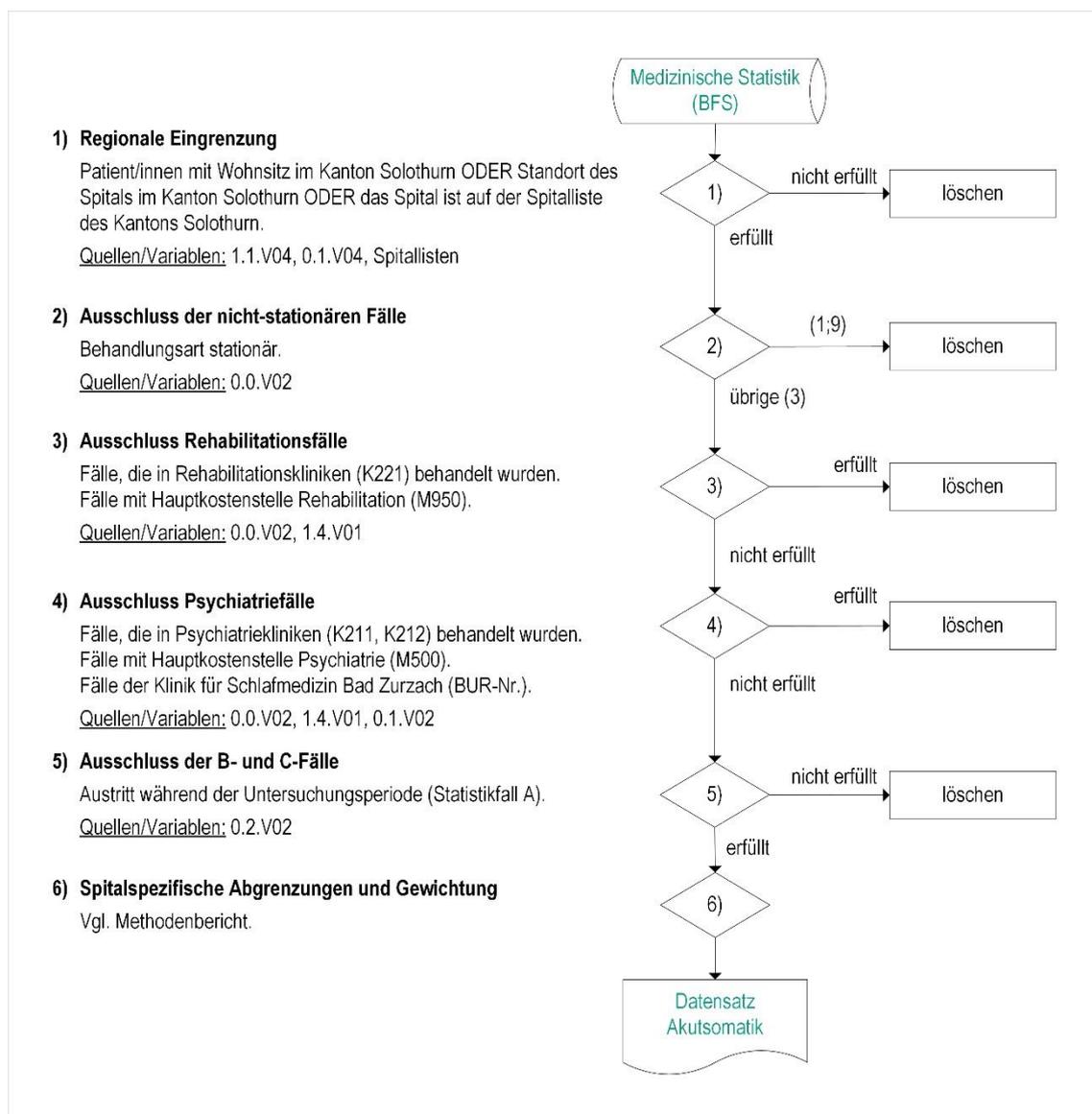


ABBILDUNG 18: GENERIERUNG DES DATENSATZES AKUTSOMATIK

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

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

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

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

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 bzw. die Zahl der Hospitalisationen in Spitälern mit Standort im Kanton Solothurn zwischen 2011 und 2013 ersichtlich. Die Fallzahl bezieht sich dabei auf die Zahl der akutstationären Hospitalisationen mit Austrittsdatum im betreffenden Auswertungsjahr.

³⁶ Vgl. BFS (2008).

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

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

³⁹ Konkret die Fallzahlen 2011 um 2.4% nach unten korrigiert (bzw. mit einem Faktor von 0.976 gewichtet). Der Gewichtungsfaktor basiert auf der Fallreduktion, die aus der Fallzusammenführung in Nordwestschweizer Spitälern in den Jahren 2012 und 2013 resultiert. 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.

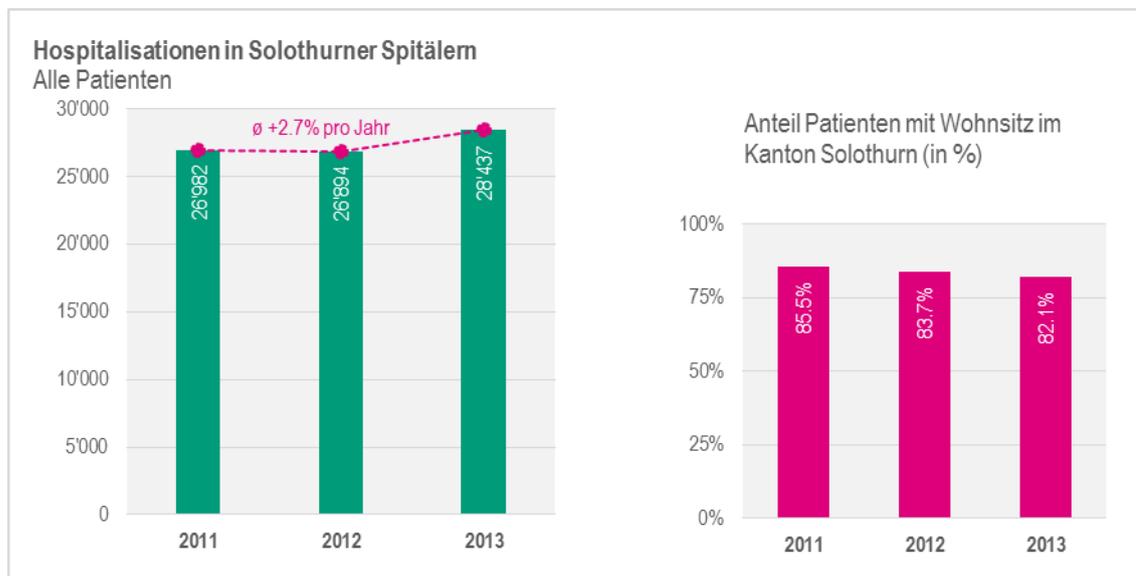


ABBILDUNG 19: AKUTSOMATIK ANGEBOT - FÄLLE IN SOLOTHURNER SPITÄLER

Die Zahl der Hospitalisationen in Solothurner Spitälern bleibt 2011 und 2012 stabil und steigt im Jahr 2013 auf 28'437. Dies entspricht einer Zunahme von durchschnittlich +2.7% pro Jahr, wobei der Anstieg, wie beschrieben, zwischen den Jahren 2012 und 2013 erfolgt. Der Anteil der Solothurner Patienten an den Hospitalisationen in Solothurner Spitälern sinkt im selben Zeitraum kontinuierlich und beläuft sich im Jahr 2013 auf 82.1%.

In **Abbildung 19** sind Fallzahlen für die Jahre 2011 bis 2013 nach Spitälern ausgewiesen. Nebst den Spitälern mit Standort im Kanton Solothurn werden ausserdem die ausserkantonalen Spitälern auf der Spitalliste des Kantons Solothurn dargestellt. Nebst der Gesamtfallzahl pro Spital sind aus der Tabelle der Anteil Solothurner Patienten (*Fälle_{so}*) sowie der Marktanteil (*MA_{so}*) für jedes Spital ersichtlich. Der Marktanteil berechnet sich aus dem Anteil des jeweiligen Spitals an der Gesamtzahl der Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn. In der Kategorie *Übrige Spitälern* werden schliesslich alle ausserkantonalen Spitälern zusammengefasst, die nicht auf der Spitalliste des Kantons Solothurn aufgeführt sind. Für die Interpretation des Marktanteils sind auch deren Leistungen zugunsten von Solothurner Patienten zu berücksichtigen.

Kanton Solothurn	2011			2012			2013		
	Fälle	Fälleso	MAso	Fälle	Fälleso	MAso	Fälle	Fälleso	MAso
	Anz.	%	%	Anz.	%	%	Anz.	%	%
Kantonale Listenspitälern	26'982	85.5%	60.4%	26'894	83.7%	58.7%	28'437	82.1%	59.5%
Solothurner Spitälern AG	22'854	86.6%	51.8%	22'418	85.3%	49.9%	23'703	83.8%	50.6%
Privatklinik Obach	3'222	84.6%	7.1%	3'362	85.2%	7.5%	3'189	83.5%	6.8%
Klinik Pallas	906	60.0%	1.4%	1'114	46.4%	1.3%	1'545	52.6%	2.1%
Ausserkantonale Listenspitälern	129'049	6.3%	21.4%	129'406	6.5%	21.9%	131'763	6.2%	20.8%
Kantonsspital Baselland	29'021	8.9%	6.8%	28'764	9.2%	6.9%	27'991	9.4%	6.7%
Inselspital Bern	37'348	6.7%	6.6%	37'690	6.7%	6.6%	39'419	5.8%	5.8%
Kantonsspital Aarau	25'969	6.7%	4.6%	25'651	7.1%	4.8%	26'072	6.9%	4.6%
Universitätsspital Basel	31'074	3.1%	2.5%	31'696	3.3%	2.7%	32'296	3.3%	2.7%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	5'636	6.7%	1.0%	5'605	7.0%	1.0%	5'985	5.8%	0.9%
Übrige Spitälern			18.2%			19.4%			19.8%
Total			100.0%			100.0%			100.0%

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

Der Marktanteil der Solothurner Spitälern belief sich im Jahr 2011 auf 60.4% und sank im Jahr 2013 auf 59.5%. Ein ähnlicher Rückgang des Marktanteils ist bei den ausserkantonalen Listenspitälern zu verzeichnen. Dagegen stieg der Marktanteil der übrigen Spitälern auf 19.8% im Jahr

2013. Mit Abstand die grössten Fallzahlen innerhalb der kantonalen Spitäler weisen die Solothurner Spitäler AG (23'703 im Jahr 2013) auf. Die Solothurner Spitäler AG deckt rund die Hälfte der Inanspruchnahme durch die kantonale Wohnbevölkerung ab.

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

Kanton Solothurn	Veränderung 2011-2013				
	Fälle				MA _{so}
	Anz.		%		pp
Kantonale Listenspitäler	+1455	---	+5.4%	---	-0.9%
Solothurner Spitäler AG	+849		+3.7%		-1.2%
Privatklinik Obach	-33		-1.0%		-0.4%
Klinik Pallas	+639		+70.6%		+0.6%
Ausserkantonale Listenspitäler					-0.7%
Kantonsspital Baselland					-0.1%
Inselspital Bern					-0.7%
Kantonsspital Aarau					+0.0%
Universitätsspital Basel					+0.2%
Universitäts-Kinderspital beider Basel					-0.1%
Ubriige Spitäler					+1.6%

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 Solothurner Spitäler AG (+849 Fälle) und bei der Klinik Pallas (+639 Fälle) festzustellen. Dabei ist die Zunahme der Fälle in Relation zum Jahr 2011 insbesondere bei der Klinik Pallas um +70.6% bemerkenswert, bei der Solothurner Spitäler AG beträgt diese +3.7%.

Die Veränderungen der Marktanteile zeigt, dass die Klinik Pallas ihren Marktanteil erhöhet, wogegen die Solothurner Spitäler AG, die Privatklinik Obach und die ausserkantonalen Listenkliniken ausser das Universitätsspital Basel einen Rückgang des Marktanteils verzeichnen.

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

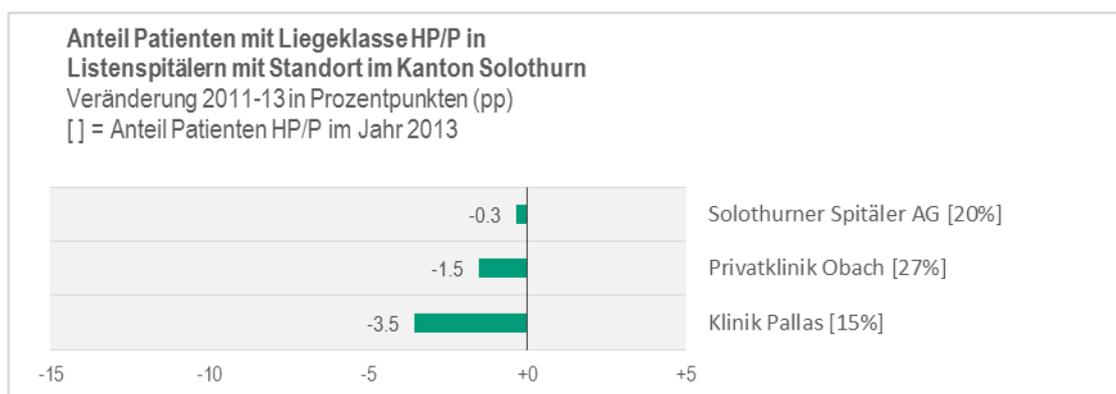


ABBILDUNG 20: PATIENTEN MIT LIEGEKASSE HP/P - VERÄNDERUNG 2011-13 NACH SPITAL

Bei allen Solothurner Spitälern ist eine Abnahme des Anteils der Patienten in den Liegeklassen HP/P wahrzunehmen. Am augenscheinlichsten ist der Rückgang bei der Klinik Pallas, in der sich der Anteil HP/P um -3.5 Prozentpunkte auf 15% im Jahr 2013 reduzierte. Somit ist in der Klinik Pallas mit der verhältnismässig bedeutendsten Zunahme hinsichtlich der Fallzahlen im Kanton Solothurn gleichzeitig die deutlichste Abnahme des Anteils der Patienten in den Liegeklassen halbprivat und privat festzustellen.

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 auf Ebene der Nordwestschweiz insgesamt⁴⁰ erscheint die Schlussfolgerung plausibel, dass im Zuge der KVG-Revision der Anteil grundversicherter Patienten in den betreffenden Spitälern sowie der Anteil grundversicherter Patienten, die sich ausserregional behandeln lassen,⁴¹ deutlich angestiegen ist. Somit würde von einer Verhaltensänderung der Patienten ausgegangen werden, aufgrund derer die beobachtete Entwicklung zustande kommt. Wie aber bereits erwähnt, handelt es sich bei der zugrundeliegenden Variable der Medizinischen Statistik um die real in Anspruch genommene Liegeklasse, welche durch das Spital codiert und mitunter durch das Bettenangebot des Spitals bestimmt wird. Infolgedessen ist zu berücksichtigen, dass die wahrgenommene Verschiebung auch auf eine Adaption des Angebots zurückführbar sein könnte, im Sinne dass die Spitälern die Aufteilung des Bettenangebots nach Liegeklassen infolge der KVG-Revision angepasst haben, welche mitunter auch die Aufnahmepflicht für alle Listenspitälern einschliesst. Vor diesem Hintergrund erscheint es durchaus plausibel, dass die beobachtete Verschiebung nicht (ausschliesslich) nachfragebedingt ist.

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

2 Nachfrage

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

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

⁴⁰ Vgl. Bericht zum Monitoring auf Ebene der Nordwestschweiz.

⁴¹ Vgl. dazu Kapitel B.3.1

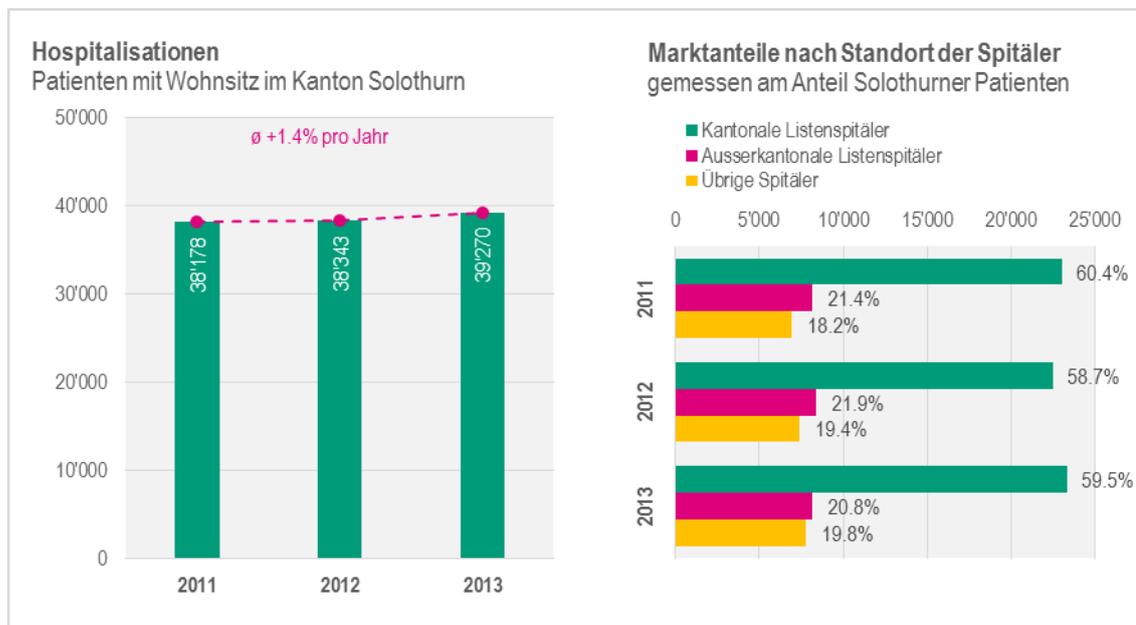


ABBILDUNG 21: AKUTSOMATIK NACHFRAGE - FALLZAHLEN UND VERTEILUNG NACH SPITALKATEGORIE 2011-13

Im Jahr 2011 verzeichnet die Medizinische Statistik des BFS 38'178 Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn, im Jahr 2012 sind es 38'343 und im Jahr 2013 39'270. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von +1.4% und übersteigt somit das Bevölkerungswachstum im selben Zeitraum geringfügig. Infolgedessen steigt die Hospitalisationsrate von 149 Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner im Jahr 2011 auf 150 im Jahr 2013. Der Anstieg der Inanspruchnahme ist dabei zwischen 2012 und 2013 deutlich grösser als zwischen 2011 und 2012. Wie bereits aus **Tabelle 17** ersichtlich wird, bezieht sich die Mehrheit der in Anspruch genommenen Leistungen auf Hospitalisationen in Listenspitälern mit Standort im Kanton Solothurn (59.5% im Jahr 2013). 20.8% der Hospitalisation erfolgten im Jahr 2013 in ausserkantonalen Listenspitälern, 19.8% in den übrigen Spitälern.

Tabelle 19 beschreibt die Inanspruchnahme durch die Solothurner 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.⁴²

⁴² 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 der *fachspezifischen* Leistungsbereiche.

Kanton Solothurn	2011				2012				2013			
Leistungsbereich	Fälle		MAD	Tg	Fälle		MAD	Tg	Fälle		MAD	Tg
	Anz.	%			Anz.	%			Anz.	%		
Grundversorgung												
Basispaket	16'557	43.4%	---	5.1	14'508	37.8%	---	5.2	14'908	38.0%	---	5.1
Nervensystem & Sinnesorgane												
Dermatologie	143	0.4%		6.6	287	0.7%		10.1	274	0.7%		9.8
Hals-Nasen-Ohren	1'503	3.9%		3.4	1'572	4.1%		3.3	1'701	4.3%		3.2
Neurochirurgie	198	0.5%		9.0	107	0.3%		8.9	146	0.4%		8.8
Neurologie	852	2.2%		7.0	892	2.3%		6.9	874	2.2%		6.9
Ophthalmologie	263	0.7%		2.8	282	0.7%		3.5	362	0.9%		2.8
Innere Organe												
Endokrinologie	108	0.3%		7.3	89	0.2%		8.7	127	0.3%		7.6
Gastroenterologie	1'198	3.1%		7.7	1'260	3.3%		7.9	1'251	3.2%		7.9
Viszeralchirurgie	445	1.2%		10.8	593	1.5%		9.8	648	1.7%		9.9
Hämatologie	374	1.0%		8.8	344	0.9%		9.3	338	0.9%		8.8
Gefässe	453	1.2%		7.4	570	1.5%		8.0	514	1.3%		8.1
Herz	1'728	4.5%		3.8	1'788	4.7%		4.9	1'740	4.4%		5.8
Nephrologie	99	0.3%		11.5	131	0.3%		10.2	165	0.4%		11.7
Urologie	1'573	4.1%		4.8	1'762	4.6%		4.8	1'941	4.9%		4.5
Pneumologie	683	1.8%		8.9	805	2.1%		8.6	571	1.5%		8.7
Thorax chirurgie	82	0.2%		10.2	70	0.2%		10.9	69	0.2%		11.4
Transplantationen	28	0.1%		7.0	35	0.1%		10.8	51	0.1%		6.5
Bewegungsapparat												
Bewegungsapparat chirurgisch	5'177	13.6%		6.2	6'081	15.9%		5.8	6'208	15.8%		5.8
Rheumatologie	281	0.7%		4.3	194	0.5%		6.3	173	0.4%		6.3
Gynäkologie & Geburtshilfe												
Gynäkologie	1'149	3.0%		3.8	1'315	3.4%		3.7	1'545	3.9%		3.1
Geburtshilfe	2'780	7.3%		4.4	2'803	7.3%		4.0	2'878	7.3%		3.8
Neugeborene	2'041	5.3%		4.5	2'406	6.3%		4.0	2'382	6.1%		3.9
Übrige												
(Radio-) Onkologie	427	1.1%		4.9	406	1.1%		5.6	351	0.9%		6.0
Schwere Verletzungen	35	0.1%		10.1	43	0.1%		10.1	53	0.1%		10.6
Total	38'178	100.0%		5.3	38'343	100.0%		5.4	39'270	100.0%		5.3

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

Der grösste Teil der Hospitalisationen Solothurner Patienten erfolgt gemäss SPLG innerhalb der Gruppe Basispaket, im Jahr 2011 sind es 43.4% im Jahr 2013 38.0% der Fälle.⁴³ 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).⁴⁴ 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-

⁴³ Das Basispaket umfasst alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, welche zur Grundversorgung gehören bzw. nicht einer anderen, fachspezifischen Leistungsgruppe zugewiesen werden können (Negativkatalog).

⁴⁴ 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 die meisten Hospitalisationen innerhalb des Leistungsbereichs *Bewegungsapparat chirurgisch* an (15.8% im 2013). Darauf folgen die Leistungsbereiche *Geburtshilfe* (7.3%), *Neugeborene* (6.1%), *Urologie* (4.9%), *Herz* (4.4%) sowie *Hals-Nasen-Ohren* (4.3%).

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

Konstatieren kann, dass die grösste absolute Zunahme akutstationärer Hospitalisationen in den Leistungsbereichen *Bewegungsapparat chirurgisch*, (+1'031), *Gynäkologie* (+396), *Urologie* (+368), *Neugeborene* (+341), *Viszeralchirurgie* (+203) sowie *Hals-Nasen-Ohren* (+198) zu verzeichnen sind. Betrachtet man ergänzend die relative Zunahme sind zusätzlich die *Dermatologie* (+91.0%), die *Transplantationen* (+80.2%), die *Nephrologie* (+67.4%) und *Schwere Verletzungen* (+50.8%) zu erwähnen. Nebst der *Onkologie* (-76) und der *Neurochirurgie* (-52) ist in den Leistungsbereichen *Pneumologie* (-112) und *Rheumatologie* (-108) ein wesentlicher Rückgang der Fallzahl auszumachen.

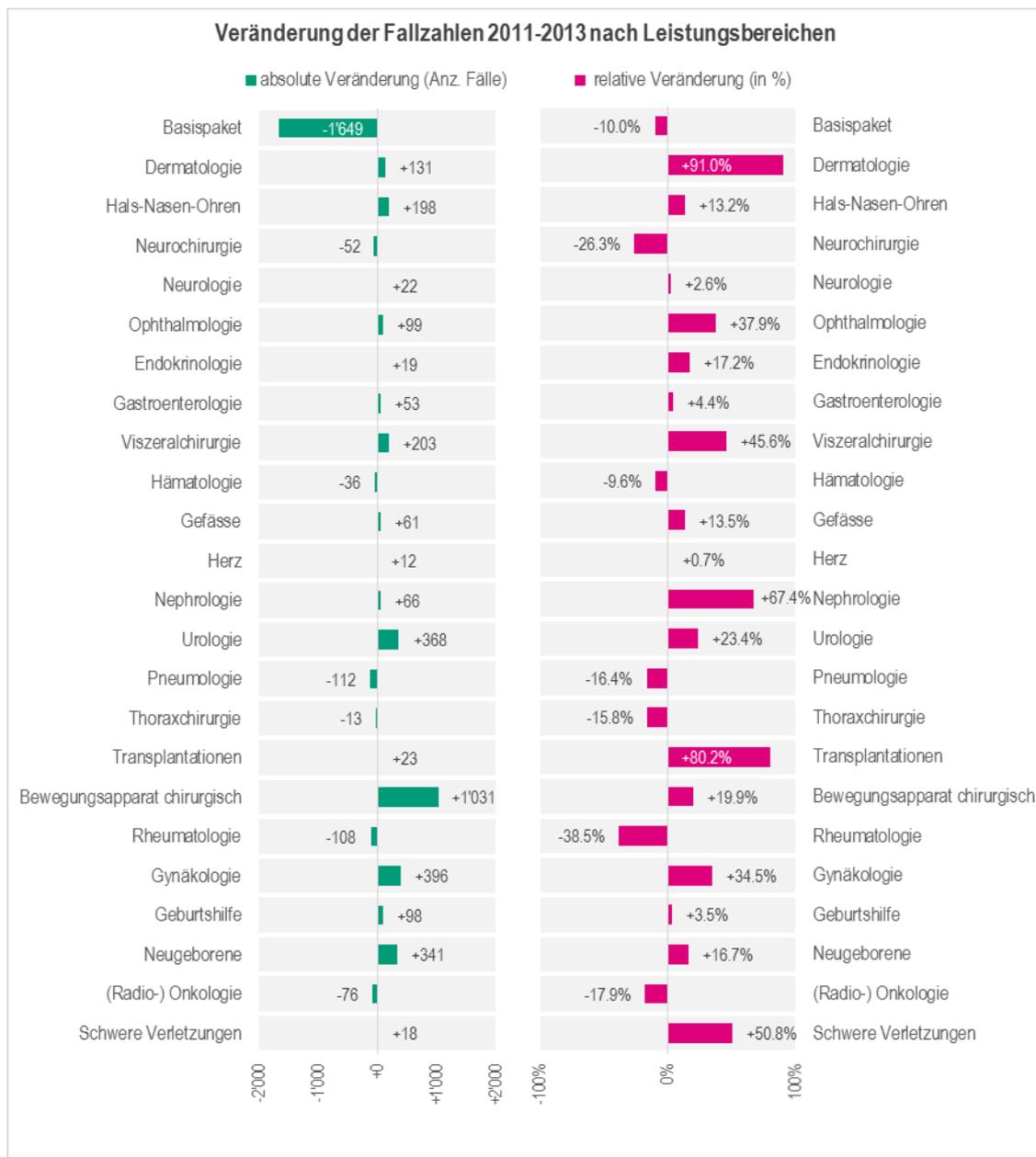


ABBILDUNG 22: AKUTSOMATIK NACHFRAGE - VERÄNDERUNG DER FALLZAHLEN NACH LEISTUNGSBEREICHEN 2011-13

Gemäss **Tabelle 19** steigt die mittlere Aufenthaltsdauer (MAD)⁴⁵ bei Hospitalisationen von Solothurner Patienten von 5.3 Tagen im Jahr 2011 minim auf 5.4 Tage im Jahr 2012 und sinkt anschliessend wieder auf das Niveau von 2013. Unterschieden nach Leistungsbereichen ist in folgenden Bereichen ein Anstieg der MAD festzustellen: Dermatologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Gefässe, Herz, Nephrologie, Thoraxchirurgie, Rheumatologie, Onkologie sowie für den Bereich Schwere Verletzungen. In den übrigen Leistungsbereichen sinkt die MAD oder bleibt zumindest stabil.

In **Abbildung 23** ist die Entwicklung der MAD für die Nordwestschweizer Kantone, unterschieden nach Wohnsitzkanton des Patienten, dargestellt. Die beobachtete Entwicklung der MAD für den

⁴⁵ Für die Berechnung der MAD vgl. Glossar bzw. den Methodenbericht zum Monitoring.

Kanton Solothurn steht in Widerspruch sowohl zur Entwicklung in den übrigen Nordwestschweizer Kantonen als auch zum langfristigen Trend, der seit vielen Jahren im internationalen Vergleich festzustellen ist.⁴⁶ Zum einen ist diesbezüglich zu erwähnen, dass die MAD für Solothurner Patienten bereits im Jahr 2011 unter dem Nordwestschweizer Mittel lagen. Andererseits kann ein möglicher Einflussfaktor im Rückgang des Rehabilitationsangebots im Kanton Solothurn im Zusammenhang mit dem Transfer der Leistungsangebote der Klinik Allerheiligenberg an andere Standorte der Solothurner Spitäler AG per Ende März 2011 ausgemacht werden,⁴⁷ wobei insbesondere durch die Integration geriatrischer Patienten ins Departement Innere Medizin am Kantonsspital Olten Auswirkungen auf die MAD plausibel erscheinen.⁴⁸ Die Hypothese würde demgemäss lauten, dass der Anstieg der MAD zwischen 2011 und 2012 auf die veränderte Patientenstruktur der Solothurner Spitäler AG innerhalb ihres somatischen Angebots infolge des Transfers von Leistungsangeboten aus der Klinik Allerheiligenberg hervorgerufen wird. Dementsprechend wäre zu erwarten, dass es sich um einen einmaligen Effekt handelt, was sich angesichts der sinkenden Tendenz zwischen 2012 und 2013 abzeichnet. Inwiefern diese anhalten wird, bleibt anhand der Daten zu den Folgejahren zu beobachten.

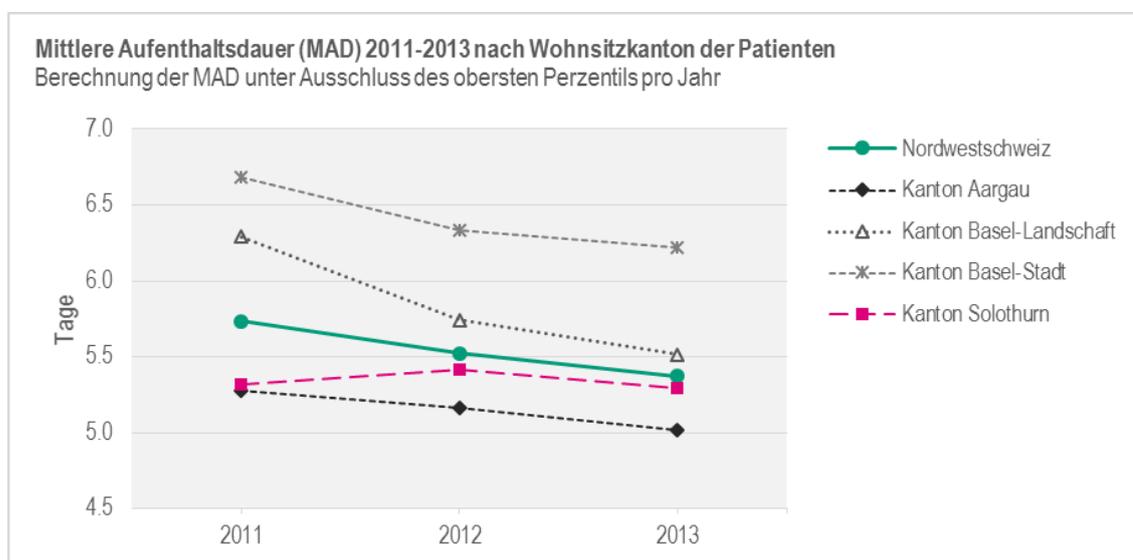


ABBILDUNG 23: VERÄNDERUNG DER MITTLEREN AUFENTHALTSDAUER (MAD) NACH WOHNKANTON DER PATIENTEN 2011-13

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

⁴⁶ Vgl. Gruber et al. (2010, S.117).

⁴⁷ Vgl. dazu Kapitel D.1.

⁴⁸ Vgl. dazu auch Geschäftsbericht 2011 der Solothurner Spitäler AG, www.so-h.ch (30.4.2015).

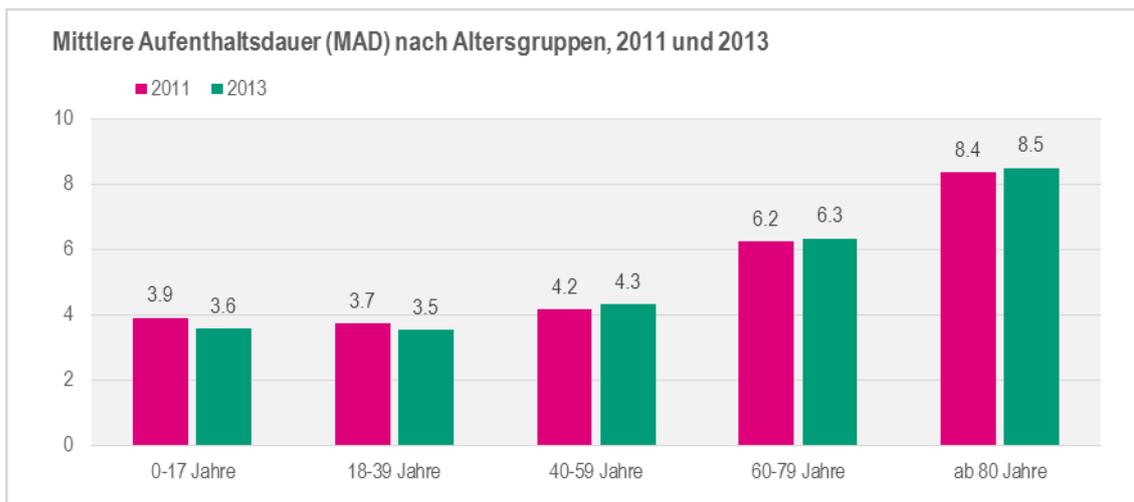


ABBILDUNG 24: MITTLERE AUFENTHALTSDAUER NACH ALTERSGRUPPEN, 2011 UND 2013

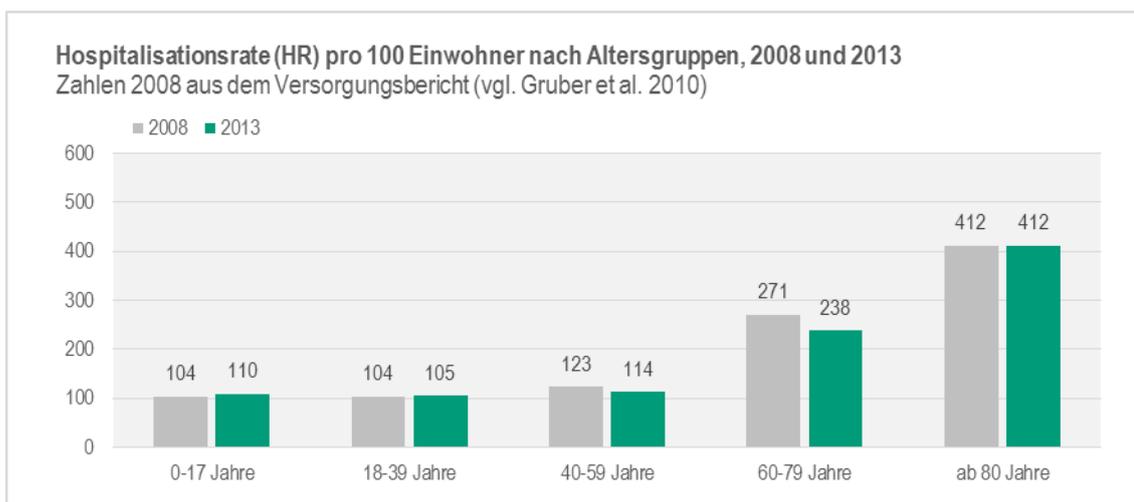


ABBILDUNG 25: HOSPITALISATIONSRATE (HR) NACH ALTERSGRUPPEN, 2008 UND 2013

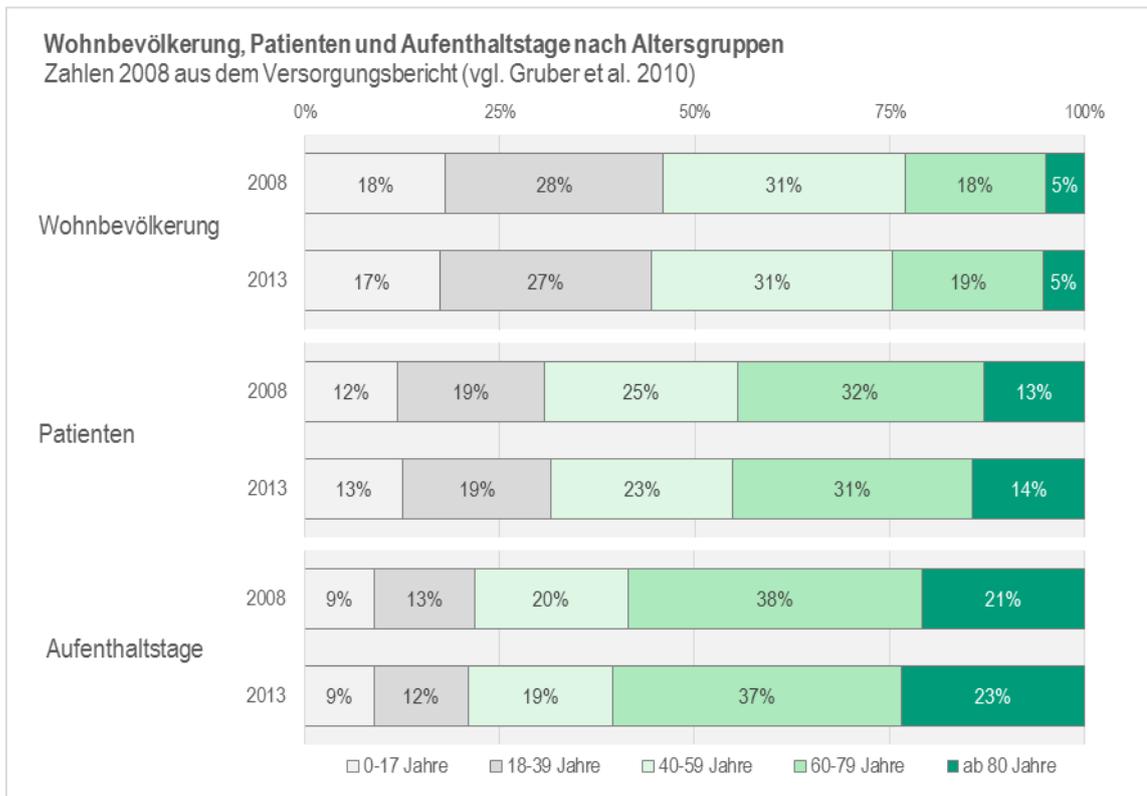


ABBILDUNG 26: WOHNBEVÖLKERUNG, PATIENTEN UND AUFENTHALTSTAGE NACH ALTERSGRUPPEN, 2008 UND 2013

Die Altersgruppe der 60-79jährigen macht im Jahr 2013 rund 19% der Solothurner Bevölkerung aus. Gleichzeitig sind jedoch 31% der Hospitalisationen und 37% der Aufenthaltstage dieser Altersgruppe zuzuschreiben, womit die 60-79jährigen die Gruppe mit der höchsten Inanspruchnahme stationärer Leistungen darstellen. Über die Zeit hinweg sind keine wesentlichen Veränderungen erkennbar.

Für die Versorgungsplanung gewinnen die vorangehend genannten demografisch bedingten Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vor dem Hintergrund der demografischen Alterung⁴⁹ an Bedeutsamkeit, und zwar im Sinne, dass durch die älter werdende Bevölkerung eine direkte Mehrbelastung des medizinischen Versorgungssystems impliziert wird.

3 Patientenströme

Das Kapitel zu den Patientenströmen betrachtet zuerst die Abwanderung von Solothurner Patienten anhand der ausserkantonale erfolgten Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn. In einem zweiten Schritt wird die Zuwanderung von ausserkantonalen Patienten in den Kanton Solothurn dargestellt.

⁴⁹ Vgl. dazu auch Kapitel A.6.2.

3.1 Abwanderung

Wie vorangehend erwähnt, werden im Zusammenhang mit der Abwanderung die Hospitalisationen von Solothurner Patienten in Spitälern ausserhalb des Kantons betrachtet. **Tabelle 20** zeigt die Abwanderung für die Jahre 2011 bis 2013 nach Zielkanton bzw. nach Standortkanton des Spitals, in welchem die Hospitalisation erfolgte. Die Veränderung zwischen den Jahren 2011 und 2013 wird anhand der absoluten Fallzahl sowie der Veränderung in Prozentpunkten dargestellt. Schliesslich wird die Differenz aus Zu- und Abwanderung pro SPLG-Leistungsbereich (Nettowanderung) analysiert.

Kanton Solothurn		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
Standortkanton des Spitals		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
Hospitalisationen im Kanton SO		23'056	60.4%	22'507	58.7%	23'348	59.5%	+292	-0.9%
Abwanderung		15'122	39.6%	15'836	41.3%	15'922	40.5%	+800	+0.9%
NWCH	AG	3'791	9.9%	3'920	10.2%	3'943	10.0%	+152	+0.1%
	BL	3'020	7.9%	3'102	8.1%	3'182	8.1%	+162	+0.2%
	BS	2'180	5.7%	2'338	6.1%	2'425	6.2%	+245	+0.5%
übrige Schweiz	AI	1	0.0%	0	0.0%	1	0.0%	+0	-0.0%
	AR	19	0.0%	8	0.0%	6	0.0%	-13	-0.0%
	BE	5'157	13.5%	5'428	14.2%	5'316	13.5%	+159	+0.0%
	FR	12	0.0%	7	0.0%	6	0.0%	-6	-0.0%
	GE	25	0.1%	15	0.0%	15	0.0%	-10	-0.0%
	GL	4	0.0%	4	0.0%	7	0.0%	+3	+0.0%
	GR	93	0.2%	73	0.2%	89	0.2%	-4	-0.0%
	JU	6	0.0%	7	0.0%	3	0.0%	-3	-0.0%
	LU	92	0.2%	124	0.3%	157	0.4%	+65	+0.2%
	NE	3	0.0%	1	0.0%	4	0.0%	+1	+0.0%
	NW	2	0.0%	6	0.0%	10	0.0%	+8	+0.0%
	OW	3	0.0%	5	0.0%	7	0.0%	+4	+0.0%
	SG	49	0.1%	44	0.1%	43	0.1%	-6	-0.0%
	SH	2	0.0%	3	0.0%	4	0.0%	+2	+0.0%
	SZ	15	0.0%	21	0.1%	22	0.1%	+7	+0.0%
	TG	19	0.0%	15	0.0%	11	0.0%	-8	-0.0%
	TI	32	0.1%	27	0.1%	31	0.1%	-1	-0.0%
	UR	4	0.0%	2	0.0%	3	0.0%	-1	-0.0%
VD	27	0.1%	20	0.1%	23	0.1%	-4	-0.0%	
VS	83	0.2%	85	0.2%	77	0.2%	-6	-0.0%	
ZG	11	0.0%	9	0.0%	9	0.0%	-2	-0.0%	
ZH	474	1.2%	572	1.5%	528	1.3%	+54	+0.1%	
Total		38'178	100%	38'343	100%	39'270	100%	+1'092	

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

Im Jahr 2013 erfolgten 59.5% der Behandlungen zugunsten von Patienten aus dem Kanton Solothurn in kantonalen Listenspitalern, was einem Rückgang innerkantonaler Hospitalisationen um -0.9 Prozentpunkten entspricht. Demgemäss erfolgten im Jahr 2013 40.5% der akutstationären Hospitalisationen von Solothurner Patienten in anderen Kantonen. Der grösste Anteil ausserkantonaler Leistungen ist auf Hospitalisationen im Kanton Bern auszumachen. Im Jahr 2013 liessen sich 5'316 Solothurner Patienten im Kanton Bern behandeln, was 13.5% aller Hospitalisationen von Solothurner Patienten entspricht. Es folgen darauf die Kantone Aargau (10.0%), Basel-Landschaft (8.1%), Basel-Stadt (6.2%) und Zürich (1.3%). Die übrigen Kantone spielen eine untergeordnete Rolle.

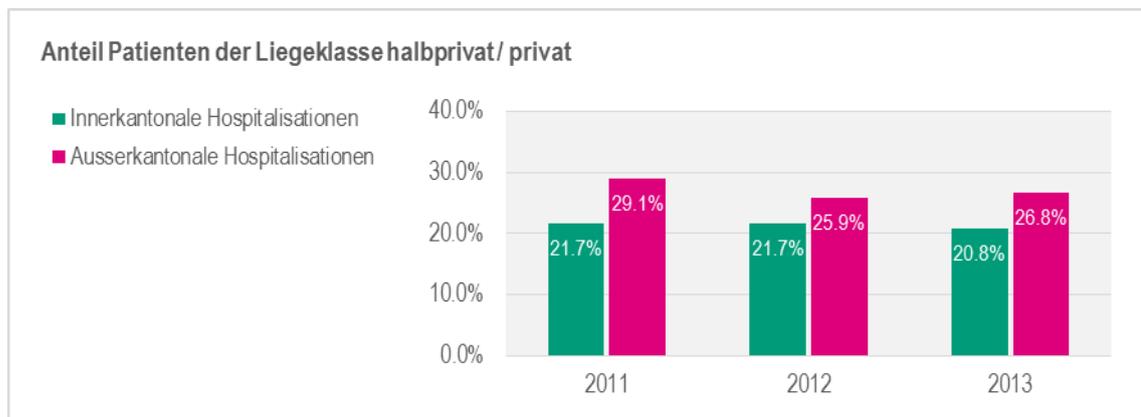


ABBILDUNG 27: ANTEIL DER LIEGEKLASSE HP/P BEI INNER- UND AUSSERKANTONALEN HOSPITALISATIONEN 2011-2013

Hinsichtlich der Liegeklasse halbprivat/privat (HP/P) unterscheiden sich Patienten, die sich innerhalb des Kantons behandeln lassen, und Patienten, die ausserkantonale hospitalisiert werden. Letztere Gruppe weist einen höheren Anteil Patienten der Liegeklasse HP/P aus, im Jahr 2011 sind es 29.1% im Vergleich zu einem Anteil von 21.7% bei den innerkantonalen hospitalisierten Patienten. Im Laufe der Beobachtungsperiode sinkt der Anteil Patienten der Liegeklasse HP/P bei den ausserkantonalen Hospitalisationen auf 26.8%. Diese Tendenz zur Angleichung ist jedoch für den Kanton Solothurn weniger ausgeprägt als in den übrigen Nordwestschweizer Kantonen.

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

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

Kanton Solothurn		Abwanderung - Ausserkantonale Hospitalisationen nach Leistungsbereich und Standortkanton der Hospitalisation 2013																									
Leistungsbereich (SPLG)	Eintrittsart	AG	BL	BS	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.	1310	1383	685			1249	2	9	5	62	2	52	3	10	5	19	4	6	3	24	2	10	61	3	115	
	% gepl.	24%	22%	40%			38%		78%	20%	8%		31%		10%	20%	16%	25%		33%	4%			3%		53%	
Nervensystem & Sinnesorga																											
Dermatologie	Anz.	22	32	25			49						1												1	11	
	% gepl.	45%	34%	68%			84%						100%														91%
Hals-Nasen-Ohren	Anz.	167	116	91			220				1		14				3		5					5		27	
	% gepl.	58%	88%	84%			71%						86%				100%		100%					100%		81%	
Neurochirurgie	Anz.	35		30			70																			4	
	% gepl.	54%		87%			67%																			75%	
Neurologie	Anz.	94	74	54			102						2				1			1	3		1	2		23	
	% gepl.	4%	9%	19%			20%																			83%	
Ophthalmologie	Anz.	21	27	21			49						13											2		12	
	% gepl.	10%	85%	86%			86%						85%											100%		83%	
Innere Organe																											
Endokrinologie	Anz.	9	10	5		4	20					1															1
	% gepl.	11%	10%	40%			35%					100%															100%
Gastroenterologie	Anz.	46	109	49		1	82		1		1		3				2				1				1	1	13
	% gepl.	17%	19%	63%		100%	29%		100%								50%				100%						77%
Viszeralchirurgie	Anz.	52	49	45			211						2				3		3					1		13	
	% gepl.	79%	76%	82%			91%						100%				67%		100%					100%		77%	
Hämатologie	Anz.	47	32	40			59																		1	1	
	% gepl.	49%	44%	65%			73%																			100%	
Gefässe	Anz.	57	52	27			224				1		1													8	
	% gepl.	54%	7%	44%			71%																			75%	
Herz	Anz.	96	76	221			608				1		3			1								3	1	26	
	% gepl.	65%	57%	75%			83%																	33%		81%	
Nephrologie	Anz.	13	11	9			10																			5	
	% gepl.	15%	36%	44%			60%																			60%	
Urologie	Anz.	153	155	111			261			1	1		6				3			5	1			1		15	
	% gepl.	84%	72%	95%			90%						67%				100%			80%	100%			100%		93%	
Pneumologie	Anz.	58	61	53			85		2				1													8	
	% gepl.	60%	48%	70%			53%		100%																	75%	
Thoraxchirurgie	Anz.	4	6	10			16																			1	
	% gepl.	100%	83%	60%			88%																			100%	
Transplantationen	Anz.		1	4			12		1																	33	
	% gepl.		100%	100%			50%		100%																	88%	
Bewegungsapparat																											
Bewegungsapparat chirurgisch	Anz.	597	572	421	1	1	964	3	2		19	1	29	1			1	8		1	1	1			5	4	171
	% gepl.	89%	90%	94%	100%	87%	67%	100%			42%		90%					100%			100%	100%	100%				100%
Rheumatologie	Anz.	8	23	17			19				2		1														2
	% gepl.	63%	43%	94%			74%						100%														100%
Gynäkologie & Geburtshilfe																											
Gynäkologie	Anz.	181	75	86			231	1					2								1				1	1	17
	% gepl.	98%	91%	98%			96%	100%					100%								100%				100%	100%	82%
Geburtshilfe	Anz.	487	174	189			340			1			15				2		2						4	12	
	% gepl.	74%	36%	73%			52%			100%			40%				50%		50%							67%	
Neugeborene	Anz.	417	126	180			291						12				1		1							8	
	% gepl.			1%			4%																			13%	
Übrige																											
Schwere Verletzungen	Anz.	11	7	5			14																				1
	% gepl.			20%																							
(Radio-) Onkologie	Anz.	58	11	47			130										1			4						1	
	% gepl.	84%	36%	79%			85%											100%		100%						100%	
Total	Anz.	3'943	3'162	2'425	1	6	5'316	6	15	7	89	3	157	4	10	7	43	4	22	11	31	3	23	77	9	528	
	% gepl.	48%	44%	63%	0%	33%	64%	50%	87%	29%	16%	0%	52%	0%	10%	14%	51%	25%	59%	64%	13%	33%	43%	4%	56%	78%	

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

Aus der Tabelle wird deutlich, dass die Hospitalisationen in Kantonen, in denen nur vereinzelte Fälle aus dem Kanton Solothurn auszumachen sind, mehrheitlich auf ungeplante Eintritte zurückzuführen sind. Gleichzeitig beziehen sich die Hospitalisationen in den übrigen Nordwestschweizer Kantonen sowie jene in den Kantonen Bern, Zürich und Genf in der Regel auf geplante Eintritte.

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

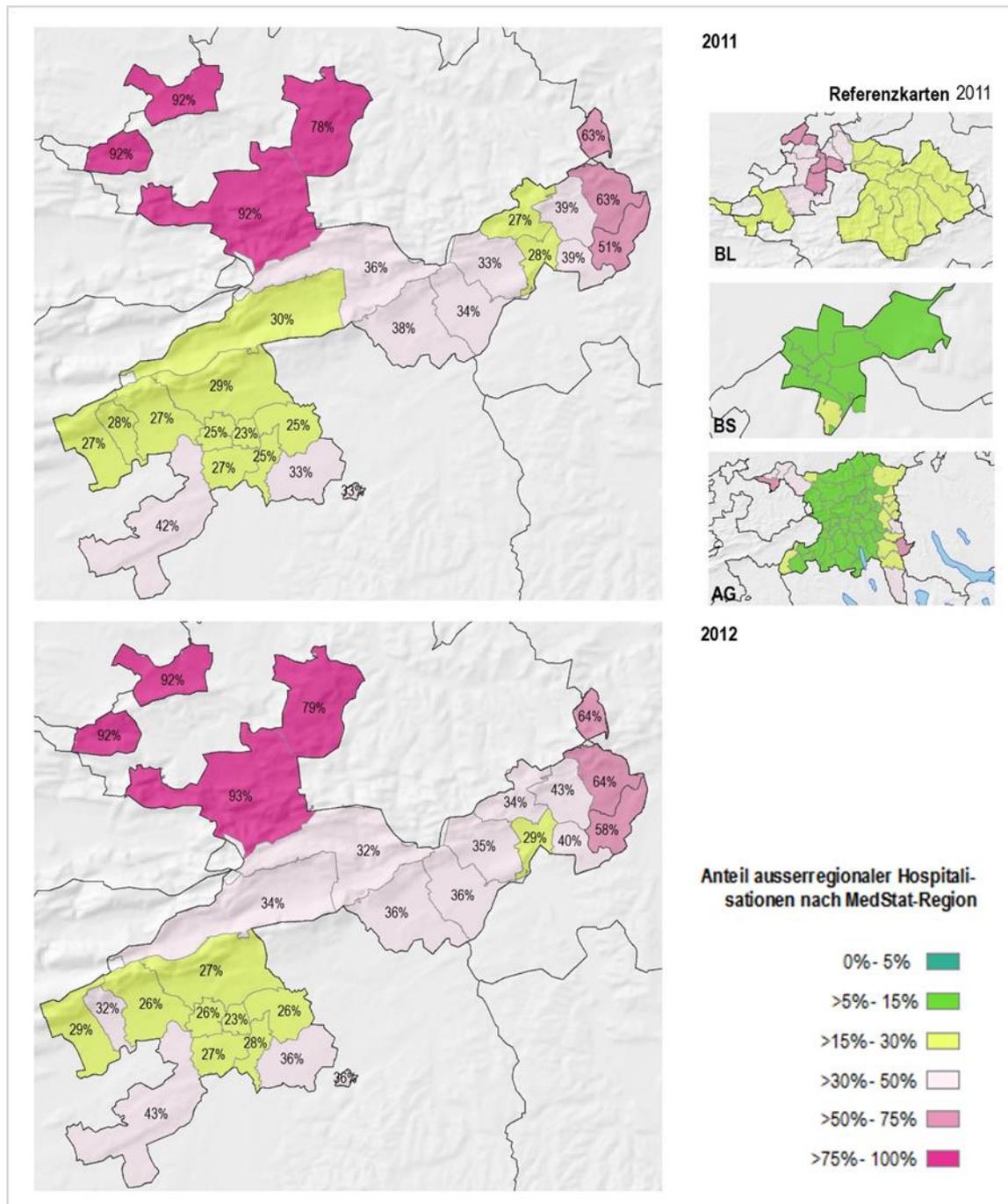


ABBILDUNG 28: ANTEIL AUSSERKANTONALER HOSPITALISATIONEN NACH WOHNREGION DES PATIENTEN 2011 UND 2012

Die Abbildung zeigt grosse Unterschiede je nach Wohnregion, der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen variiert zwischen 23% bis 93%. Am stärksten betroffen ist die Region nördlich des Juras inklusive den Exklaven Kleinlützel und Hofstetten/Mariastein mit einem Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen von 79% und mehr. Aufgrund der topografischen Absorbierung dieser Region durch den Jura ist die Erreichbarkeit der solothurnischen Versorgungsangebote für die Bevölkerung sehr eingeschränkt. Folglich orientiert sich die betreffende Bevölkerung insbesondere in Richtung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Eine Ausnahme diesbezüglich bildet der Standort Dornach der Solothurner Spitäler AG, weshalb der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen um die Gemeinde Dornach herum mit 79% doch deutlich tiefer ist als in den übrigen MedStat-Regionen nördlich des Juras, die einen Anteil von über 90% aufweisen. Auch die östlichen Grenzregionen weisen einen Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen von bis zu

64% auf. Für die Wohnbevölkerung der erwähnten Region liegen Spitäler des Kantons Aargau oftmals näher als kantonseigene.

Somit liegt der Schluss nahe, dass die Entscheidung pro oder contra einer ausserregionalen Leistungsanspruchnahme massgeblich durch den Wohnsitz und dessen geografische Lage bestimmt ist, so dass durch die veränderten Rahmenbedingungen aufgrund der in der KVG-Revision inhärenten freien Spitalwahl kaum ein unmittelbarer Einfluss auf das Patientenverhalten auszumachen 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 ausser- und innerkantonalen Hospitalisationen wiedergegeben. Der CMI berechnet sich als Mittelwert der Kostengewichte aller betreffenden Patient/innen. In der Tabelle werden die CMI pro Leistungsbereich dargestellt, wobei jeweils der höhere Wert pro Leistungsbereich hervorgehoben ist. Nebst dem Mittelwert der Kostengewichte ($\bar{\theta}$) werden in Tabelle 22 jeweils die dazugehörige Standardabweichung (σ) sowie die Fallzahl ausgewiesen. Die Tabelle soll Aufschluss über den Schweregrad der Fälle geben und zwar dahingehend, ob sich ausserkantonale Hospitalisationen hinsichtlich des Schweregrades systematisch von Hospitalisationen unterscheiden, die in Spitälern innerhalb des Kantons Solothurn erfolgen. Grundlage bilden die Daten zum Jahr 2012.⁵⁰

⁵⁰ Die Analyse beschränkt sich auf das Jahr 2012, weil erst per 1.1.2012 die SwissDRG eingeführt wurden, auf denen die Berechnung des CMI im vorliegenden Bericht beruht.

Kanton Solothurn	innerkantonale Hospitalisationen						ausserkantonale Hospitalisationen					
	2012			2013			2012			2013		
	Fälle	CMI		Fälle	CMI		Fälle	CMI		Fälle	CMI	
Leistungsbereiche (SPLG)	Anz.	Ø	σ	Anz.	Ø	σ	Anz.	Ø	σ	Anz.	Ø	σ
Grundversorgung												
Basispaket	9'601	0.76	0.5	9'884	0.76	0.5	4'907	0.75	0.5	5'024	0.78	0.6
Nervensystem & Sinnesorgane												
Dermatologie	149	1.54	1.3	133	1.83	2.7	138	1.45	1.3	141	1.22	0.6
Hals-Nasen-Ohren	946	0.71	0.4	1'052	0.73	0.7	626	0.99	1.1	649	1.02	2.0
Neurochirurgie	4	2.14	2.3	7	1.30	0.6	103	2.85	2.1	139	3.10	1.4
Neurologie	535	0.94	0.5	517	0.99	0.4	357	1.32	1.0	357	1.22	0.9
Ophthalmologie	159	0.83	0.1	217	0.83	0.1	123	1.03	1.1	145	1.30	2.2
Innere Organe												
Endokrinologie	48	0.84	0.4	77	0.93	0.6	41	0.87	0.6	50	0.96	0.5
Gastroenterologie	971	0.90	1.2	941	0.94	1.0	289	0.93	0.6	310	1.06	1.0
Viszeralchirurgie	258	2.72	2.6	269	2.63	1.8	335	2.93	3.3	379	2.72	3.0
Hämatologie	148	0.90	0.4	158	1.00	1.0	196	2.36	2.4	180	2.43	3.2
Gefässe	193	2.12	2.0	144	2.67	2.5	377	2.31	2.1	370	2.53	3.3
Herz	348	2.18	2.7	704	2.02	1.8	1'440	2.44	2.4	1'036	2.81	2.7
Nephrologie	87	2.18	3.0	117	2.40	3.0	44	2.29	2.2	48	2.78	3.8
Urologie	1'144	0.87	0.7	1'228	0.81	0.8	618	1.07	0.9	713	1.05	0.9
Pneumologie	430	1.45	1.7	302	1.34	1.5	375	1.25	1.6	269	1.44	2.0
Thoraxchirurgie	36	2.75	2.2	32	2.53	1.5	34	4.05	4.8	37	3.27	2.7
Transplantationen	1	1.37	.	0	.	.	34	3.98	4.4	51	2.63	4.1
Bewegungsapparat												
Bewegungsapparat chirurgisch	3'367	1.38	0.8	3'404	1.40	1.1	2'714	1.37	1.0	2'804	1.40	1.0
Rheumatologie	106	0.82	0.3	101	0.87	0.4	88	0.92	0.5	72	0.94	0.5
Gynäkologie & Geburtshilfe												
Gynäkologie	765	0.96	0.5	949	0.88	0.4	550	1.06	0.5	596	1.05	0.6
Geburtshilfe	1'677	0.70	0.2	1'652	0.68	0.2	1'126	0.74	0.4	1'226	0.73	0.3
Neugeborene	1'403	0.22	0.1	1'346	0.22	0.1	1'003	0.43	1.0	1'036	0.59	1.7
Übrige												
(Radio-) Onkologie	121	0.86	0.5	99	1.05	0.6	285	1.15	0.9	252	1.17	1.0
Schwere Verletzungen	10	2.61	2.8	15	4.06	3.5	33	4.43	3.0	38	3.49	3.4
Total	22'507	0.92	0.9	23'348	0.94	1.0	15'836	1.21	1.4	15'922	1.23	1.6

TABELLE 22: CMI BEI INNERKANTONALEN UND AUSSERKANTONALEN HOSPITALISATIONEN 2012

Die ausserhalb des Kantons Solothurn behandelten Patienten weisen im Jahr 2013 einen durchschnittlichen Schweregrad von 1.23 auf, wohingegen sich für die in Solothurner Spitälern behandelten Patienten ein durchschnittlicher CMI von 0.94 ergibt. Betrachtet man die CMI pro Leistungsbereich, so ist derselbe Umstand für die Mehrheit der Leistungsbereiche festzustellen. Mit anderen Worten handelt es sich bei den Solothurner Patienten, die sich in ausserkantonalen Spitälern behandeln lassen, eher um schwerere bzw. komplexere Fälle.

Analoge Auswertungen für die anderen Nordwestschweizer Kantone offenbaren Unterschiede hinsichtlich des Schweregrads inner- und ausserkantonaler Hospitalisationen.⁵¹ Für die Kantone Aargau und Basel-Land trifft es ebenso zu, dass ausserkantonal behandelte Patienten einen höheren CMI aufweisen, nicht so für den Kanton Basel-Stadt. Diese Tatsache ist nicht weiter überraschend, bedenkt man, dass durch das Universitätsspital Basel sowie das Universitäts-Kinderhospital beider Basel der Kanton Basel-Stadt das notwendige Angebot besitzt, um Patienten mit schweren und/oder komplexen Indikationen zu behandeln.

⁵¹ Vgl. dazu die Berichte auf Ebene der einzelnen Kantone.

3.2 Zuwanderung

Tabelle 23 stellt die Zuwanderung in den Kanton Solothurn nach Wohnkanton der Patienten dar, es sind demzufolge alle Hospitalisationen der Patienten mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons Solothurn in Spitälern mit Standort im Kanton 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.

Kanton Solothurn		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Wohnkanton des Patienten		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
SO		23'056	85.4%	22'507	83.7%	23'348	82.1%	+292	-3.3%
Zuwanderung		3'929	14.6%	4'387	16.3%	5'089	17.9%	+1'160	+3.3%
NWCH	AG	602	2.2%	879	3.3%	964	3.4%	+362	+1.2%
	BL	1'578	5.8%	1'561	5.8%	1'885	6.6%	+307	+0.8%
	BS	56	0.2%	85	0.3%	99	0.3%	+43	+0.1%
übrige Schweiz	AR	0	0.0%	4	0.0%	2	0.0%	+2	+0.0%
	AI	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	-1	-0.0%
	BE	1'262	4.7%	1'380	5.1%	1'567	5.5%	+305	+0.8%
	FR	11	0.0%	10	0.0%	16	0.1%	+5	+0.0%
	GE	5	0.0%	3	0.0%	6	0.0%	+1	+0.0%
	GL	2	0.0%	0	0.0%	3	0.0%	+1	+0.0%
	GR	12	0.0%	14	0.1%	14	0.0%	+2	+0.0%
	JU	9	0.0%	7	0.0%	20	0.1%	+11	+0.0%
	LU	65	0.2%	99	0.4%	96	0.3%	+31	+0.1%
	NE	1	0.0%	3	0.0%	8	0.0%	+7	+0.0%
	NW	12	0.0%	10	0.0%	14	0.0%	+2	+0.0%
	OW	9	0.0%	2	0.0%	4	0.0%	-5	-0.0%
	SG	14	0.1%	21	0.1%	10	0.0%	-4	-0.0%
	SH	3	0.0%	5	0.0%	2	0.0%	-1	-0.0%
	SZ	5	0.0%	10	0.0%	14	0.0%	+9	+0.0%
	TI	9	0.0%	18	0.1%	10	0.0%	+1	+0.0%
	TG	11	0.0%	13	0.0%	11	0.0%	+0	-0.0%
	UR	2	0.0%	3	0.0%	1	0.0%	-1	-0.0%
	VD	7	0.0%	15	0.1%	11	0.0%	+4	+0.0%
	VS	13	0.0%	15	0.1%	27	0.1%	+14	+0.0%
ZH	88	0.3%	79	0.3%	92	0.3%	+4	-0.0%	
ZG	9	0.0%	9	0.0%	15	0.1%	+6	+0.0%	
Ausland		139	0.5%	135	0.5%	190	0.7%	+51	+0.2%
unbekannt		4	0.0%	7	0.0%	8	0.0%	+4	+0.0%
Total		26'982	100%	26'894	100%	28'437	100%	+1'455	

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

Im Jahr 2013 beziehen sich 82.1% der Hospitalisationen im Kanton Solothurn auf innerkantonale Patienten, im Jahr 2011 waren es noch 85.4%. Infolgedessen sind im Jahr 2013 17.9% der Hospitalisationen auf Patienten aus anderen Kantonen zurückzuführen, während dies im Jahr 2011 noch auf 14.6% der Fälle zutraf. Die grösste Gruppe zugewanderter Patienten stammt aus dem Kanton Basel-Landschaft mit 1'885 Fällen im Jahr 2013, was 6.6% aller Hospitalisationen in Solothurner Spitälern entspricht. Es folgen darauf Patienten aus den Kantonen Bern (5.5%) und Aargau (3.4%), die übrigen Kantone sind von untergeordneter Bedeutung.

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

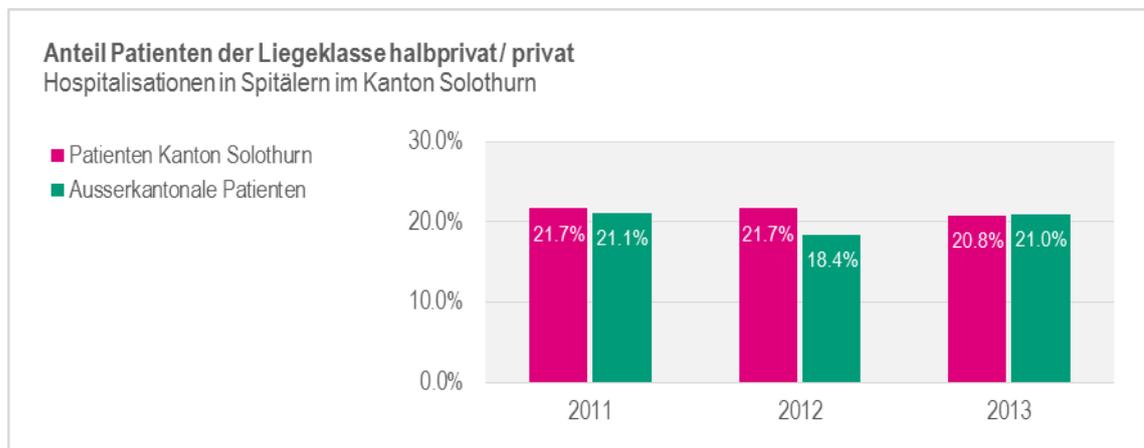


ABBILDUNG 29: ANTEIL DER LIEGEKLASSE HP/P BEI INNER- UND AUSSERREGIONALEN PATIENTEN 2011-13

Im Gegensatz zu den übrigen Nordwestschweizer Kantonen⁵² unterscheiden sich inner- und ausserkantonale Patienten, die in Spitälern im Kanton Solothurn hospitalisiert sind, nicht wesentlich was den Versicherungsstatus betrifft.

3.3 Nettowanderung

Gemäss Tabelle 17 zum Angebot der Spitälern mit Standort im Kanton Solothurn erfolgten im Jahr 2013 28'437 akutstationäre Hospitalisationen in kantonalen Spitälern, während sich gemäss Tabelle 19 die Inanspruchnahme durch die Solothurner Wohnbevölkerung im selben Jahr auf 39'270 Hospitalisationen belief. Dies bedeutet, dass durch die Solothurner Wohnbevölkerung rund 38% mehr Leistungen in Anspruch genommen werden als durch die kantonalen Leistungserbringer erbracht werden. Diese Leistungen werden in ausserkantonalen Spitälern nachgefragt, wodurch die Abwanderung von Solothurner Patienten die Zuwanderung ausserkantonaler Patienten im selben Ausmass übersteigt.

Mögliche Gründe für die Abwanderung von Solothurner Patienten wurden bereits in Kapitel B.3.1 skizziert. Zum einen ist der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen insbesondere bei Patienten in den Randgebieten des Kantons – wenn ggf. ausserkantonale Angebote näher gelegen sind – überdurchschnittlich hoch. Ausserdem erfolgt eine Hospitalisation auch in Fällen mit einem hohen Schweregrad häufiger ausserhalb des Kantons als bei Fällen mit geringerem Schweregrad.

Die Differenz aus Zu- und Abwanderung bzw. das Saldo der Patientenströme wird nachfolgend als Nettowanderung bezeichnet. In **Tabelle 24** wird die Nettowanderung auf Ebene der Leistungsbereiche analysiert. 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.

⁵² Vgl. dazu die übrigen Berichte im Rahmen des vorliegenden Monitorings.

Kanton Solothurn	2011			2012			2013			Anteil Nettowanderung
	Zuwanderung	Abwanderung	Nettowanderung	Zuwanderung	Abwanderung	Nettowanderung	Zuwanderung	Abwanderung	Nettowanderung	
Leistungsbereiche (SPLG)	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	% (a)
Grundversorgung										
Basispaket	2'210	5'003	-2'793	2'113	4'907	-2'794	2'209	5'024	-2'815	-19%
Nervensystem & Sinnesorgane										
Dermatologie	7	69	-62	17	138	-121	25	141	-116	-70%
Hals-Nasen-Ohren	151	613	-462	181	626	-445	266	649	-383	-42%
Neurochirurgie	10	186	-176	9	103	-94	7	139	-132	-90%
Neurologie	78	321	-243	73	357	-284	68	357	-289	-68%
Ophthalmologie	117	125	-8	179	123	+56	245	145	+100	+26%
Innere Organe										
Endokrinologie	4	54	-50	8	41	-33	13	50	-37	-29%
Gastroenterologie	127	274	-147	158	289	-131	157	310	-153	-12%
Viszeralchirurgie	34	218	-184	54	335	-281	51	379	-328	-51%
Hämatologie	24	174	-150	25	196	-171	38	180	-142	-42%
Gefässe	18	326	-308	12	377	-365	21	370	-349	-68%
Herz	6	1'565	-1'559	35	1'440	-1'405	83	1'036	-953	-55%
Nephrologie	5	31	-26	2	44	-42	7	48	-41	-25%
Urologie	159	543	-384	187	618	-431	198	713	-515	-27%
Pneumologie	43	346	-303	59	375	-316	54	269	-215	-38%
Thorax chirurgie	2	35	-33	4	34	-30	0	37	-37	-54%
Transplantationen	0	26	-26	1	34	-33	0	51	-51	-100%
Bewegungsapparat										
Bewegungsapparat chirurgisch	404	2'335	-1'931	584	2'714	-2'130	901	2'804	-1'903	-31%
Rheumatologie	20	93	-73	19	88	-69	24	72	-48	-28%
Gynäkologie & Geburtshilfe										
Gynäkologie	132	518	-386	211	550	-339	224	596	-372	-24%
Geburtshilfe	243	1'089	-846	262	1'126	-864	287	1'226	-939	-33%
Neugeborene	113	933	-820	182	1'003	-821	193	1'036	-843	-35%
Übrige										
(Radio-) Onkologie	19	221	-202	10	285	-275	14	252	-238	-68%
Schwere Verletzungen	1	24	-23	2	33	-31	4	38	-34	-64%
Total	3'925	15'122	-11'197	4'387	15'836	-11'449	5'089	15'922	-10'833	-28%

(a) in Prozent der Inanspruchnahme durch die Wohnbevölkerung mit Wohnsitz im Kanton Solothurn

> 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 Basispaket sowie im Leistungsbereich *Bewegungsapparat chirurgisch* zu beobachten mit -2'815 bzw. -1'903 Fällen. Ferner zeichnen sich ebenfalls die Leistungsbereiche *Herz* (-953), *Geburtshilfe* (-939), und *Neugeborene* (-843) durch eine hohe Nettoabwanderung aus. Ein steigender Trend der Nettoabwanderung ist für die Bereiche *Viszeralchirurgie* und *Urologie* festzustellen, während sich die Nettoabwanderung im Bereich Herz zwischen den Jahren 2011 und 2013 beträchtlich reduzierte.

Eine Nettozuwanderung ist einzig im Leistungsbereich *Ophthalmologie* (+100) zu verzeichnen. Dieser Umstand dürfte durch die Klinik Pallas begründet sein, die hauptsächlich auf ophthalmologische Behandlungen spezialisiert ist.

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

Beispiel:

Im Bereich *Bewegungsapparat chirurgisch* ist in absoluten Zahlen im Jahr 2013 eine Nettoabwanderung von -1'903 Fällen feststellbar. Betrachtet man jedoch die relative Bedeutung dieser Nettoabwanderung (Spalte *Anteil Nettowanderung*) sieht man, dass diese -1'903 Fälle nur 31% der Gesamtfallzahl der Solothurner Bevölkerung in diesem Leistungsbereich ausmachen, wohingegen z.B. die Nettoabwanderung von -116 Fällen im Bereich Dermatologie 70% der kantonalen Inanspruchnahme ausmachen. Die Bedeutsamkeit ausserkantonaler dermatologischer Angebote ist demnach – im Hinblick auf die Versorgungssicherheit über die verschiedenen Leistungsbereiche hinweg – grösser einzuschätzen

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.



ABBILDUNG 30: NETTOWANDERUNG NACH LEISTUNGSBEREICHEN 2011-13

In Relation zur kantonalen Inanspruchnahme ist die beträchtlichste Nettoabwanderung in den Bereichen *Transplantationen* (-100%) und *Neurochirurgie* (-90%) feststellbar. In den genannten Bereichen werden gar keine oder kaum Eingriffe innerhalb des Kantons durchgeführt, was nicht weiter überraschend ist, weil es sich dabei meist um hochspezialisierte Eingriffe handelt. Ein Grossteil der Eingriffe im Bereich Transplantationen dürfen basierend auf der *Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin* (IVHSM)⁵³ nur durch wenige Spitäler vollzogen werden. Innerhalb der Nordwestschweiz sind ausschliesslich das Universitätsspital Basel und das Universitäts-Kinderspital beider Basel zu gewissen Eingriffen innerhalb dieses Leistungsbereichs berechtigt.⁵⁴

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.⁵⁵ Die Einschätzung der Versorgungslage ist jedoch hochkomplex, weshalb eine abschliessende Beurteilung der Versorgungslage im Rahmen des Monitorings nicht möglich ist. Zwar sind Über- und Unterversorgung Themen, die sowohl in der Forschung wie auch in der Politik häufig diskutiert werden, nichtsdestotrotz fehlen aktuell die notwendigen Kriterien bzw. Definitionen bezüglich anzustrebender Soll-Zustände, um Tendenzen von Über- und Unterversorgung eindeutig bezeichnen zu können.⁵⁶ 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.⁵⁷ Des Weiteren verweist der Bundesrat auf die vom Vorstand der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) erarbeiteten Leitfäden und Empfehlungen.⁵⁸ In ihrem Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung⁵⁹ 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.⁶⁰ 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.⁶¹ Die Kompetenz für die Definition dieser normativen Vorgaben verortet die GDK bei den Kantonen. Die weiteren Kriterien, die

⁵³ Vgl. Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

⁵⁴ Vgl. Liste der Zuteilungsentscheide im Rahmen der Planung der hochspezialisierten Medizin (Version 1.7.2012), www.gdk-cds.ch.

⁵⁵ Vgl. Bundesrat (2013, S.13).

⁵⁶ Vgl. dazu Sager et al. (2010, S.34ff.)

⁵⁷ Vgl. Bundesrat (2013, S.13) bzw. Art. 58a-58e KVV.

⁵⁸ Vgl. GDK (2005, 2009).

⁵⁹ Vgl. GDK (2005).

⁶⁰ Vgl. GDK (2005, S.34f., 49f.).

⁶¹ Vgl. dazu GDK (2005, S.49f.) und (2009, S.16).

durch die GDK für den gesamten Planungsprozess skizziert werden, sind hier nicht im Detail aufgeführt, da sie im Kontext des Monitorings nicht von zentraler Relevanz.⁶²

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.⁶³ Hinsichtlich der Erreichbarkeit bestehen kaum definierte Soll-Werte für die verschiedenen Fachbereiche. Nichtsdestotrotz soll im Rahmen des Monitorings die Erreichbarkeit des Versorgungsangebots für bestimmte Fachbereiche beschrieben werden. Die Betonung liegt dabei auf der Beschreibung, weil ohne die normativen Vorgaben keine konkreten Schlussfolgerungen für die Versorgungslage bzw. für die Ausgestaltung der Versorgungsstruktur formuliert werden können.

4.1 Mindestfallzahlen

Für bestimmte, insbesondere komplexe Behandlungen ist der Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Ergebnisqualität in der wissenschaftlichen Literatur belegt.⁶⁴ Jedoch fehlen die wissenschaftlichen Grundlagen, damit exakte Schwellenwerte, ab welchen die Qualität deutlich besser wird, abgeleitet werden können. Ein Vergleich der Mindestfallzahlen in verschiedenen Ländern zeigt demnach auch, dass die postulierten Mindestfallzahlen bei gleichen Leistungen teilweise beträchtlich variieren. Infolgedessen hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vorerst eher niedrige Mindestfallzahlen für rund 30 SPLG definiert, welche die Grundlage für die nachfolgende Auswertung der Listenspitäler des Kantons Aargau darstellt.⁶⁵ Für die meisten der ausgewählten SPLG ist eine Mindestfallzahl von 10 Fällen pro Spital vorgeschrieben. Im Vordergrund stehen spezialisierte Behandlungen, die im Regelfall nicht ambulant, sondern stationär erbracht werden. Für die Leistungsgruppe *maligne Neoplasien der Lunge* (THO1.1) gilt eine Mindestfallzahl von 30, in der *bariatrischen Chirurgie* (VIS1.4) eine Mindestfallzahl von 50 und in der *Koronarchirurgie* (HER1.1.1) eine Mindestfallzahl von 100. Bei diesen Behandlungen ist die empirische Evidenz in wissenschaftlichen Studien ausreichend, so dass höhere Mindestfallzahlen definiert werden konnten.

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

⁶² Die weiteren Kriterien, die durch die GDK für den gesamten Planungsprozess skizziert werden, seien hier nicht im Detail aufgeführt, da sie im Kontext des Monitorings nicht von zentraler Relevanz sind. Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass die GDK mitunter explizit auf Substitutionspotentiale in Bezug auf Behandlungsanlässe (Therapien) und Therapiewege, die nicht zwingend eine akutstationäre Behandlung voraussetzen, eingeht (GDK 2055, S.38). Das Thema der Substitution akutstationärer Leistungen durch ambulante Leistungen wird im Rahmen des Monitorings in Kapitel G behandelt.

⁶³ Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013, S.36f.).

⁶⁴ Vgl. Frick et al. (2013).

⁶⁵ Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013, S.36).

SPLG	SPLG Bezeichnung	MFZ ⁽¹⁾	Klinik Fällas		Privatklinik Obach		Solothurner Spitäler AG		Inselspital Bern		Kantonsspital Aarau		Kantonsspital Baselland		Universitäts-Kinderspital beider Basel		Universitätsklinik Basel		
			2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	
ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe	10					10	16	448	311	84	51	88	43			128	112	
ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	10							124	169	33	35	1	2			18	40	
ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe	10					4	2	221	237	104	142			1	2	73	69	
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	10					115	82	176	150	69	58			23	29	53	90	
BEW9	Knochentumore	10			1	7	6	26	25	8	2	2	4	13	3	8	15		
BEW10	Plexuschirurgie	10					3	4	19	25	33	14	3	7	1		14	6	
DER1.1	Dermatologische Onkologie	10	3	6	2		10	19	145	145	103	104	24	21			158	191	
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	10					95	87	259	354	143	136	160	185	3	3	170	191	
GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	10					25	16	211	260	76	86	52	81	2		122	119	
GEF3	Gefässchirurgie Carotis	10	1	2			12	6	154	152	45	54	42	29	1	1	100	86	
GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe ⁽³⁾	10							46	31	62	57					2	24	31
HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome u. akute Leukämien	10							95	114	29	37			11	15	42	26	
HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation ⁽²⁾	10			1		1	1	111	117	29	100			2	4	28	260	
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	100							581	653							492	440	
HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	10							42	47									
KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	10					2	1	567	653	57	72		1			384	411	
NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	10					1	2	61	81	8	18			6	6	17	18	
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	10					6	4	151	138	65	63			4	1	10	43	
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung	10					1	4	22	10	9						10	28	
PNE1.3	Cystische Fibrose u. Primäre Pulmonale Hypertor ⁽⁴⁾	10						1	83	73	21	24	1	4	15	24	40	28	
THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems	30					13	13	62	67	48	46	26	27			66	62	
URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	10			10	3	22	14	46	36	130	138	38	34			57	49	
URO1.1.2	Radikale Zystektomie	10					9	9	88	98	19	22	13	18			19	19	
URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere	10			1		36	36	102	100	56	49	37	44	8	2	58	67	
VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe	10					12	15	77	75	14	15	16	29			1	23	23
VIS1.2	Grosse Lebereingriffe	10					9	5	89	133	22	16	27	29	1		38	27	
VIS1.3	Oesophaguschirurgie	10					2	7	29	34	14	10	11	18			11	12	
VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	50					64	68	132	111	69	142	53	25			7	28	
VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe	10			1		22	20	20	29	34	37	32	28			15	16	

Legende

- Spital verfügt über Leistungsauftrag des Standortkantons (ausschliesslich bei Spitälern mit Standort in der Nordwestschweiz)
- Spital verfügt über 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.
- # Fallzahl kleiner als MFZ
- (1) Die MFZ-Zählweise lässt Doppelzählungen zu, d.h. eine Hospitalisation kann in mehreren SPLG als MFZ-relevanter Fall gezählt werden.
- (2) Die SPLG HAE4 entspricht in der Version 1.0 der SPLG HAE5.
- (3) Die SPLG GEF4 (Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe) besteht erst seit SPLG-Version 2.0.
- (4) Die SPLG PNE1.3 entspricht in der Version 1.0 der SPLG PNE1.4.

TABELLE 25: MINDESTFALLZAHLEN DER LISTENSPITÄLER DES KANTONS SOLOTHURN 2012-13

Fallzahlen unterhalb der Mindestfallzahlen sind vor allem in Leistungsgruppen zu verzeichnen, in denen die betreffenden Spitäler keine Leistungsaufträge besitzen. Anhand der Tabelle nicht ersichtlich ist, inwiefern diese vereinzelt Fallzahlen auf Notfälle und Verlegungen zurückzuführen sind. Bei letzteren wird der Patient für einen spezifischen Eingriff in ein anderes Spital verlegt, wobei die Hospitalisation als Ganzes in der Medizinischen Statistik unter dem verlegenden Spital geführt ist. Auf Notfälle und Verlegungen zurückführbare Fallzahlen unterhalb der MFZ sind im Sinne kritischer Massen eher unproblematisch. Bei Verlegungen für spezialisierte Eingriffe kann davon ausgegangen werden, dass der MFZ-relevante Eingriff in einem spezialisierten Spital

durchgeführt wurde, welches seinerseits die entsprechenden Mindestfallzahlen erreicht. Bei welchen Fällen es sich um Verlegungen dieser Art handelt, kann in Rücksprache mit den betreffenden Spitälern abschliessend geklärt werden. In diesem Sinne bilden die Fallzahlen betreffend die MFZ-relevanten SPLG eine wichtige Grundlage für die periodisch stattfindenden Gespräche zwischen Kantonen und Spitälern sowie für die Überprüfung der bestehenden Spitallisten.

4.2 Erreichbarkeitsanalysen

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

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

Die einzelnen Unterkapitel folgen derselben Struktur. Zuerst wird die Erreichbarkeit der Versorgungsangebote für die 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 Fallzahlen⁶⁶ eingeschätzt werden kann.

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+.⁶⁷ Es handelt sich dabei um eine Bevölkerungsbefra-

⁶⁶ Noch adäquater wäre die Berücksichtigung der Kapazitäten (Betten, Fachpersonal) in den betreffenden Leistungsgruppen. Weil diese Information nicht ohne weiteres zur Verfügung steht, sei hier auf die Fallzahlen verwiesen.

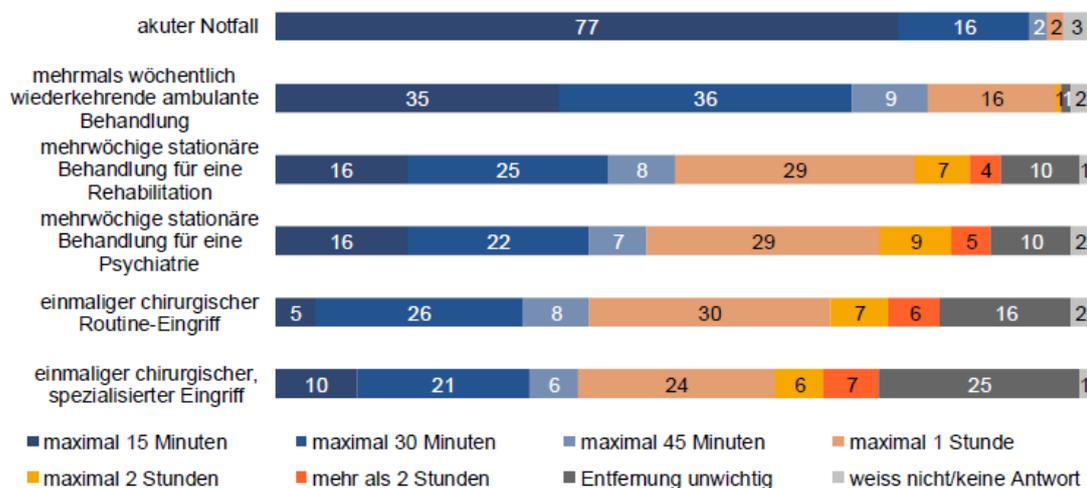
⁶⁷ Vgl. Longchamp et al. (2014).

gung zwecks Identifikation der Einstellungen, Bedürfnisse und Erwartungen der Bevölkerung betreffend das schweizerische Spitalwesen. Im Rahmen dieser Studie wurden die Befragungsteilnehmenden nach der akzeptablen Distanz für bestimmte medizinische Leistungen gefragt. Die Ergebnisse sind in **Abbildung 31** dargestellt und können für die Interpretation der Erreichbarkeitsanalysen als Orientierungshilfe berücksichtigt werden.

Entfernung medizinische Einrichtungen

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

in % Stimmberechtigter



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

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

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.⁶⁸

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.

⁶⁸ Eine detaillierte Darstellung des methodischen Vorgehens im Zusammenhang mit den Erreichbarkeitsanalysen befindet sich im Methodenbericht zum Monitoring.

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

TABELLE 26: ERREICHBARKEIT NOTFALLVERSORGUNG NACH FAHRZEITEN 2012

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

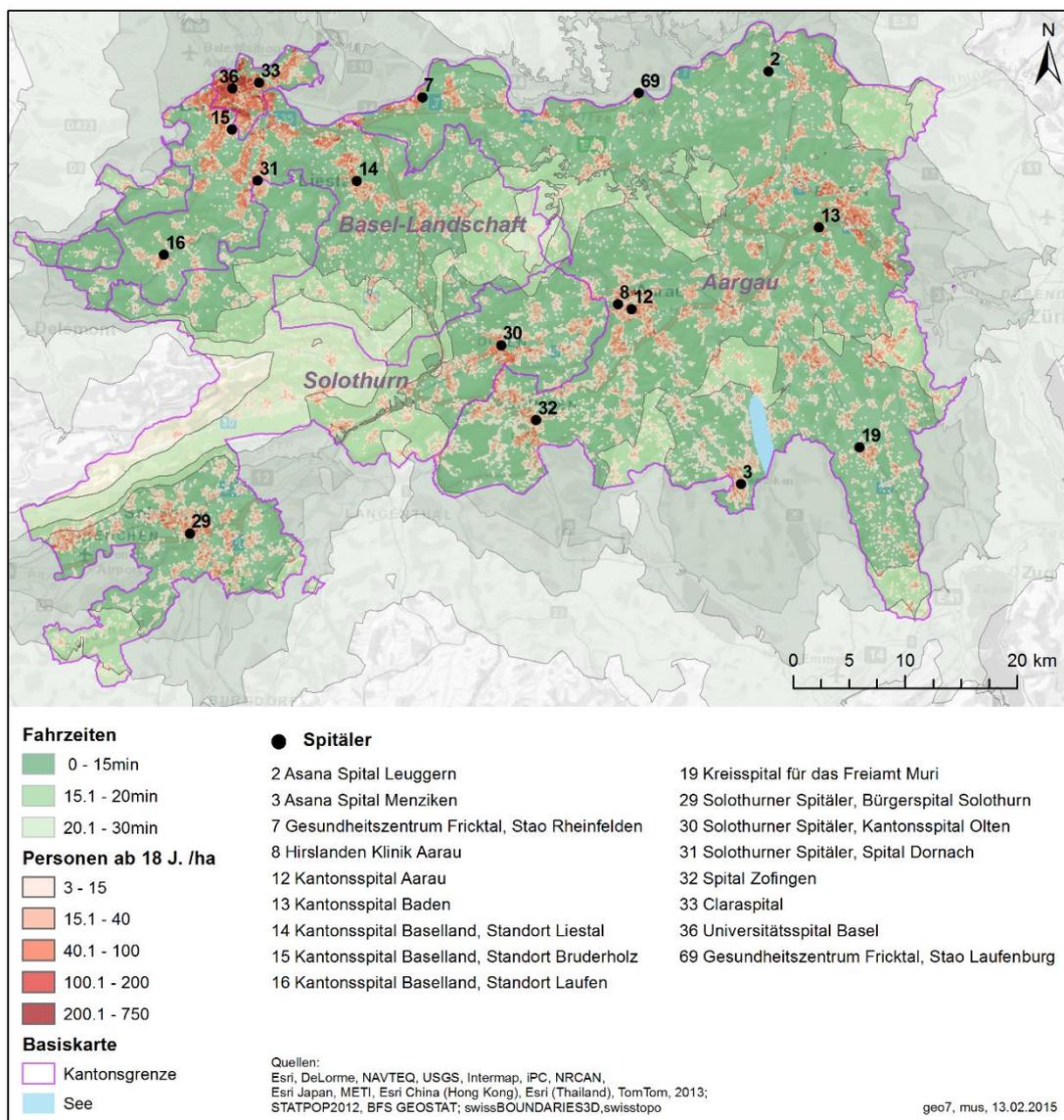


ABBILDUNG 32: ERREICHBARKEIT NOTFALLVERSORGUNG NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

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)⁶⁹ 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.

⁶⁹ Vgl. <http://www.ivr-ias.ch/cms/upload/imgfile1513.pdf>

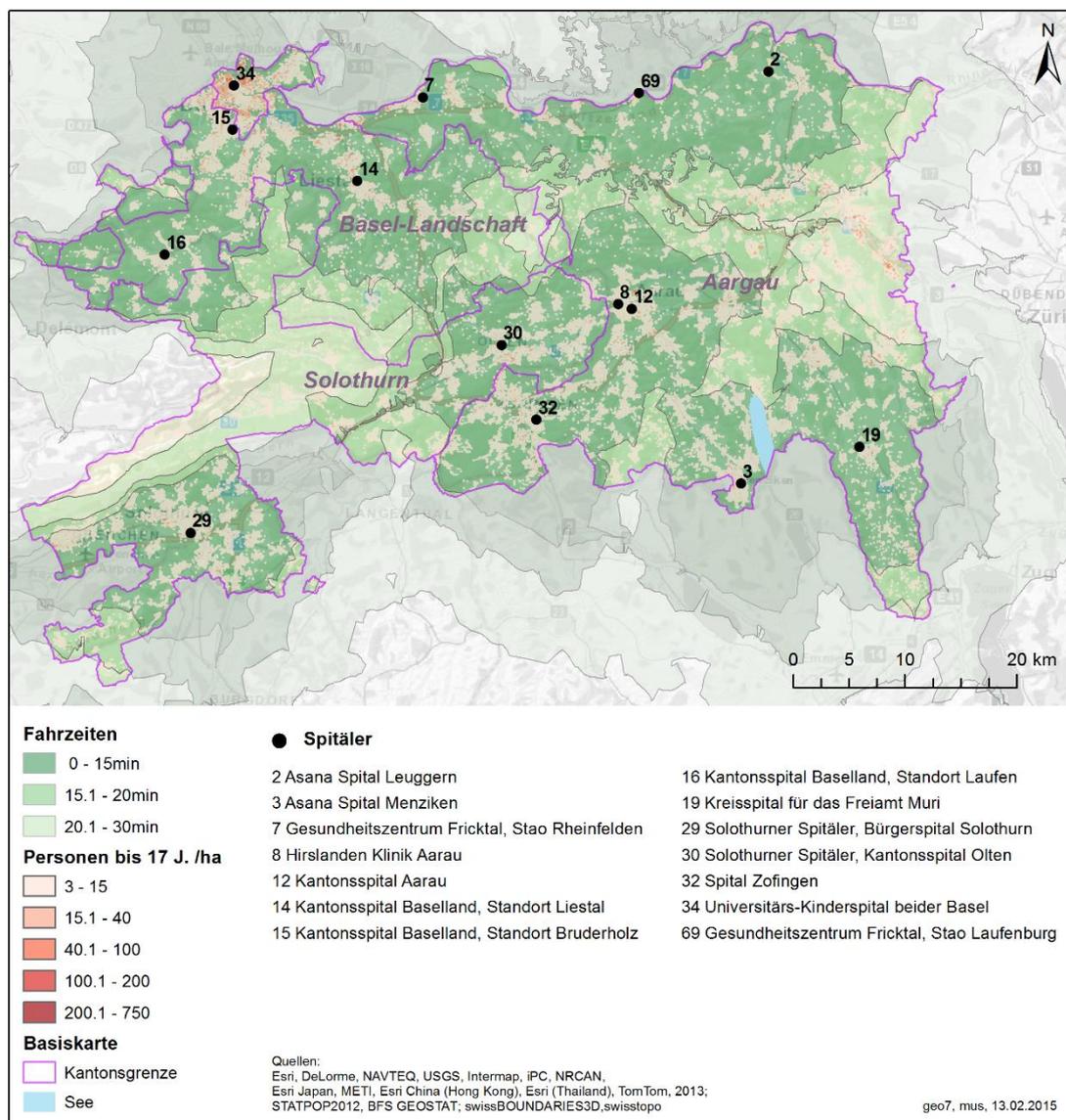


ABBILDUNG 33: ERREICHBARKEIT KINDERMEDIZIN (BASIS) NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

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.⁷⁰ 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.

⁷⁰ 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.

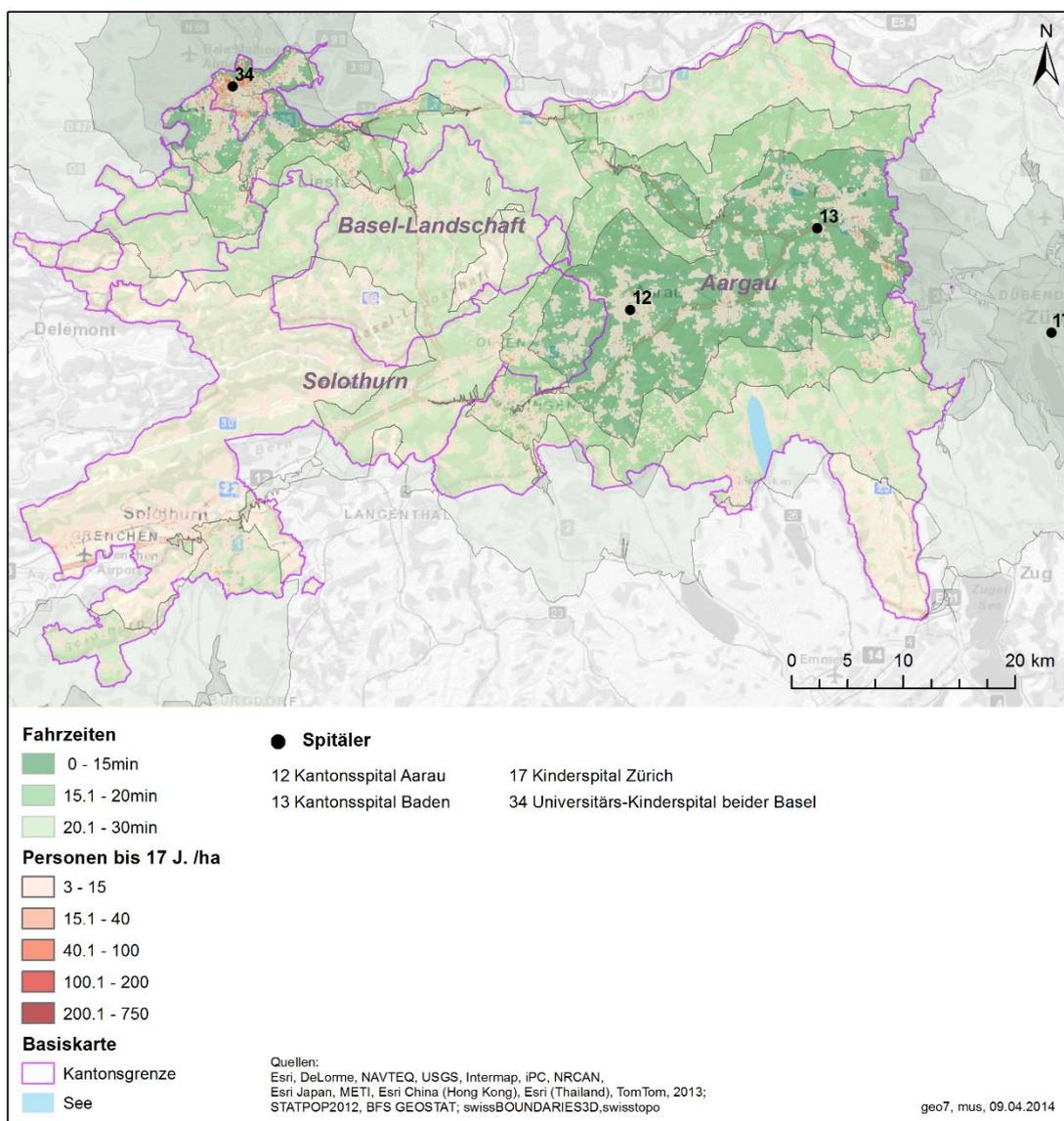


ABBILDUNG 34: ERREICHBARKEIT KINDERMEDIZIN (SPEZIALISIERT) NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

Aufgrund des gewählten Ausschnitts auf der Karte nicht ersichtlich ist das Inselehospital Bern, welches über die entsprechenden Leistungsaufträge *Kindermedizin (KINM)* und *Kinderchirurgie (KINC)* des Kantons Solothurn verfügt. Auch wenn das Inselehospital Bern auf dem gewählten Kartenausschnitt nicht sichtbar ist, wurde es im Rahmen der Erreichbarkeitsanalyse berücksichtigt. Dies ist darum relevant, als das Inselehospital Bern für die Region um Solothurn und Grenchen das nächstgelegene Angebot der pädiatrischen Spezialversorgung gemäss der Nordwestschweizer Spitalisten darstellt.

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

4.2.3 Akutgeriatrie

Tabelle 29 zeigt die Erreichbarkeit der Angebote im Bereich der Akutgeriatrie. Auf der Angebotsseite werden dabei alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag als akutgeriatriisches Kompetenzzentrum einbezogen. Die Leistungsgruppe *Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (GER)* stellt innerhalb der SPLG-Systematik einen Querschnittsbereich dar. Grundsätzlich gehört die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patienten zur Basisversorgung, die in sämtlichen Akutspitälern erfolgt. Lediglich Patienten, die auf eine spezifisch geriatrische Behandlung angewiesen sind, sollen gemäss Definition der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich an einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie medizinisch versorgt werden. Die Vergabe eines Leistungsauftrags als akutgeriatriisches Kompetenzzentrum ist an spezifische Anforderungen geknüpft, die insbesondere auf eine multidisziplinäre Betreuung und die Reintegration der Patienten in das eigene soziale Umfeld abzielen.⁷¹ Auf der Nachfrageseite wird ausschliesslich die Nordwestschweizer Wohnbevölkerung im Alter ab 65 Jahren berücksichtigt.

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

TABELLE 29: ERREICHBARKEIT AKUTGERIATRIE NACH FAHRZEITEN 2012

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

⁷¹ Vgl. Anforderungen an ein Kompetenzzentrum Akutgeriatrie (Version 2.0), www.gd.zh.ch.

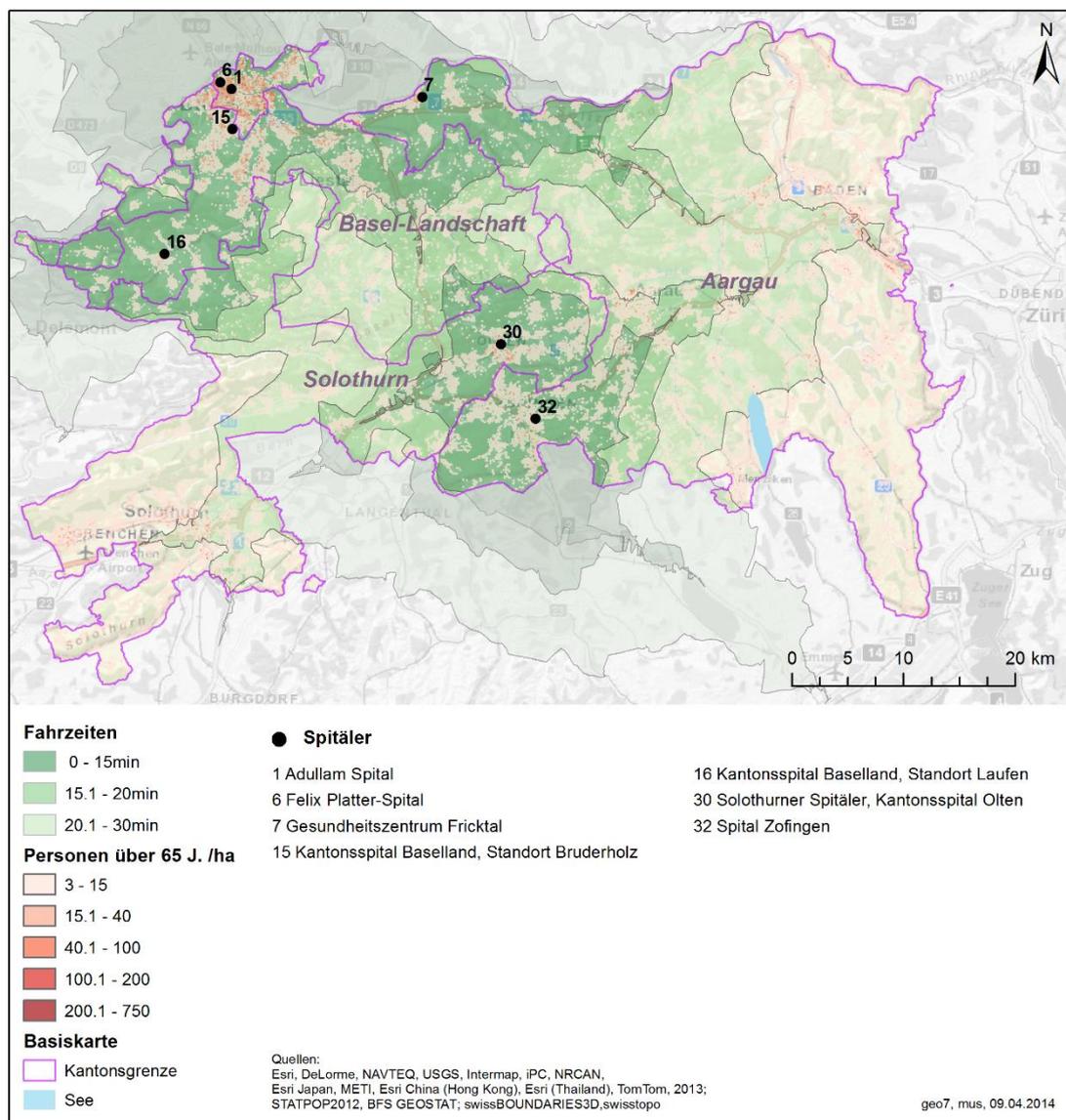


ABBILDUNG 35: ERREICHBARKEIT AKUTGERIATRIE NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

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 sowie der Alters- und Pflegeangebote sowie das Potential von Konsiliardiensten zu berücksichtigen. Infolgedessen kann alleine aufgrund der vorliegenden Erreichbarkeitsanalyse zur akutgeriatrischen Versorgung keine abschliessende Beurteilung des Zugangs zur geriatrischen Versorgung erfolgen.

4.2.4 Herz-/Kreislaufkrankungen

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

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

TABELLE 30: ERREICHBARKEIT HERZ-/KREISLAUFERKRANKUNGEN NACH FAHRZEITEN 2012

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

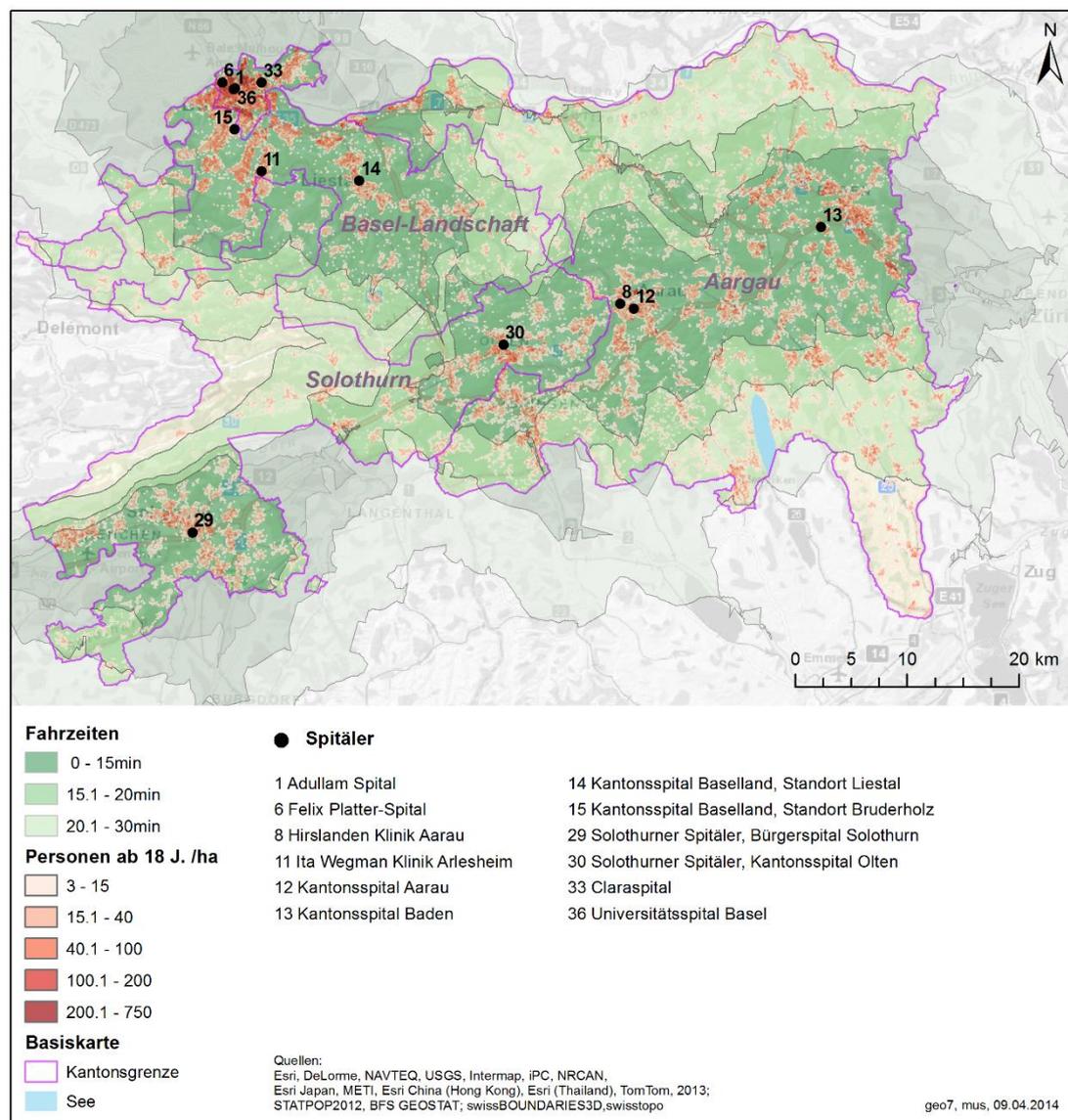


ABBILDUNG 36: ERREICHBARKEIT HERZ-/KREISLAUFERKRANKUNGEN NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

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

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

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

TABELLE 31: ERREICHBARKEIT INTERVENTIONELLE KARDIOLOGIE NACH FAHRZEITEN 2012

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

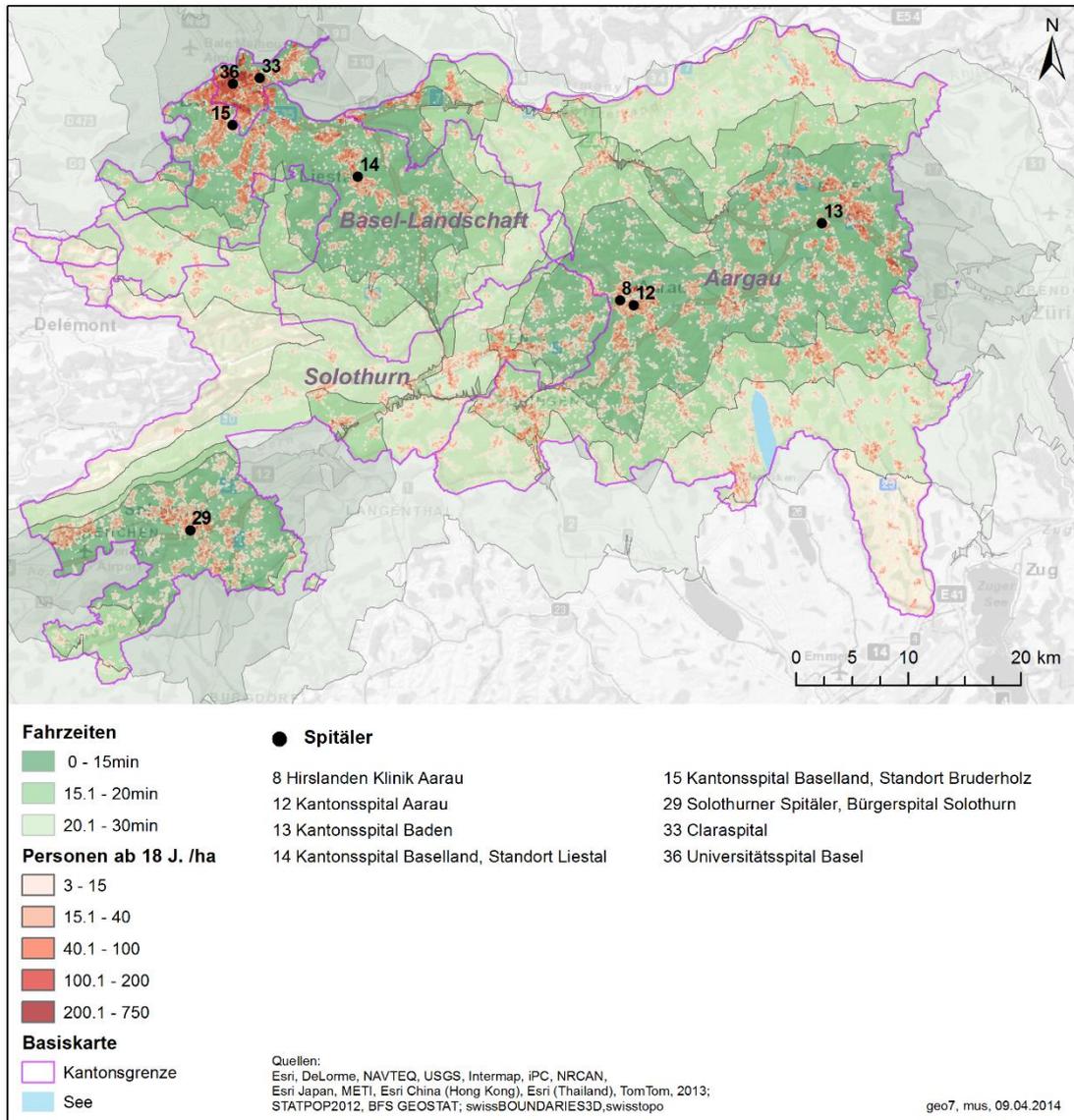


ABBILDUNG 37: ERREICHBARKEIT INTERVENTIONELLE KARDIOLOGIE NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

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

Wie bereits in Kapitel B.3.3 erwähnt, existieren für die einzelnen Fachbereiche keine allgemein akzeptierten Vorgaben betreffend die Erreichbarkeit der fachspezifischen Versorgungsangebote. Die Erreichbarkeit eines Versorgungsangebots kann unter Umständen in Konflikt stehen mit der Forderung nach ausreichend hohen Fallzahlen, die eine Voraussetzung für eine hohe Behandlungsqualität darstellt.⁷² 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

⁷² Vgl. Frick et al. (2013).

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

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

TABELLE 32: FALLZAHLEN 2012 UND 2013 IM LEISTUNGSBEREICH HERZ

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

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

Ausgenommen für die äusserst spezialisierten SPLG *HER1.1.1*, *HER1.1.2* und *KAR1.1.1* bestehen keine vorgegebenen Mindestfallzahlen.⁷³ 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

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.

⁷³ 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.

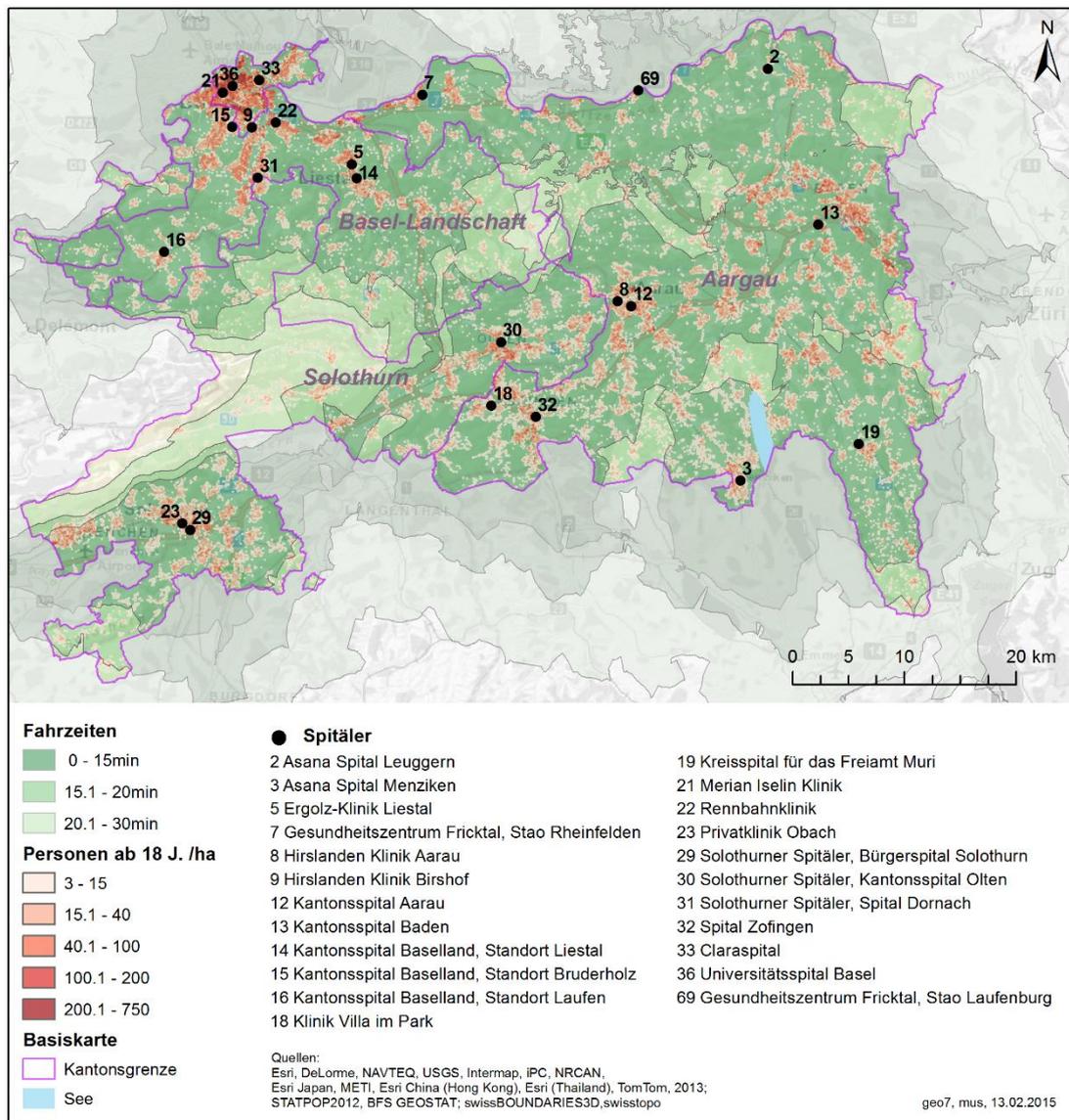


ABBILDUNG 38: ERREICHBARKEIT ORTHOPÄDIE NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

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.

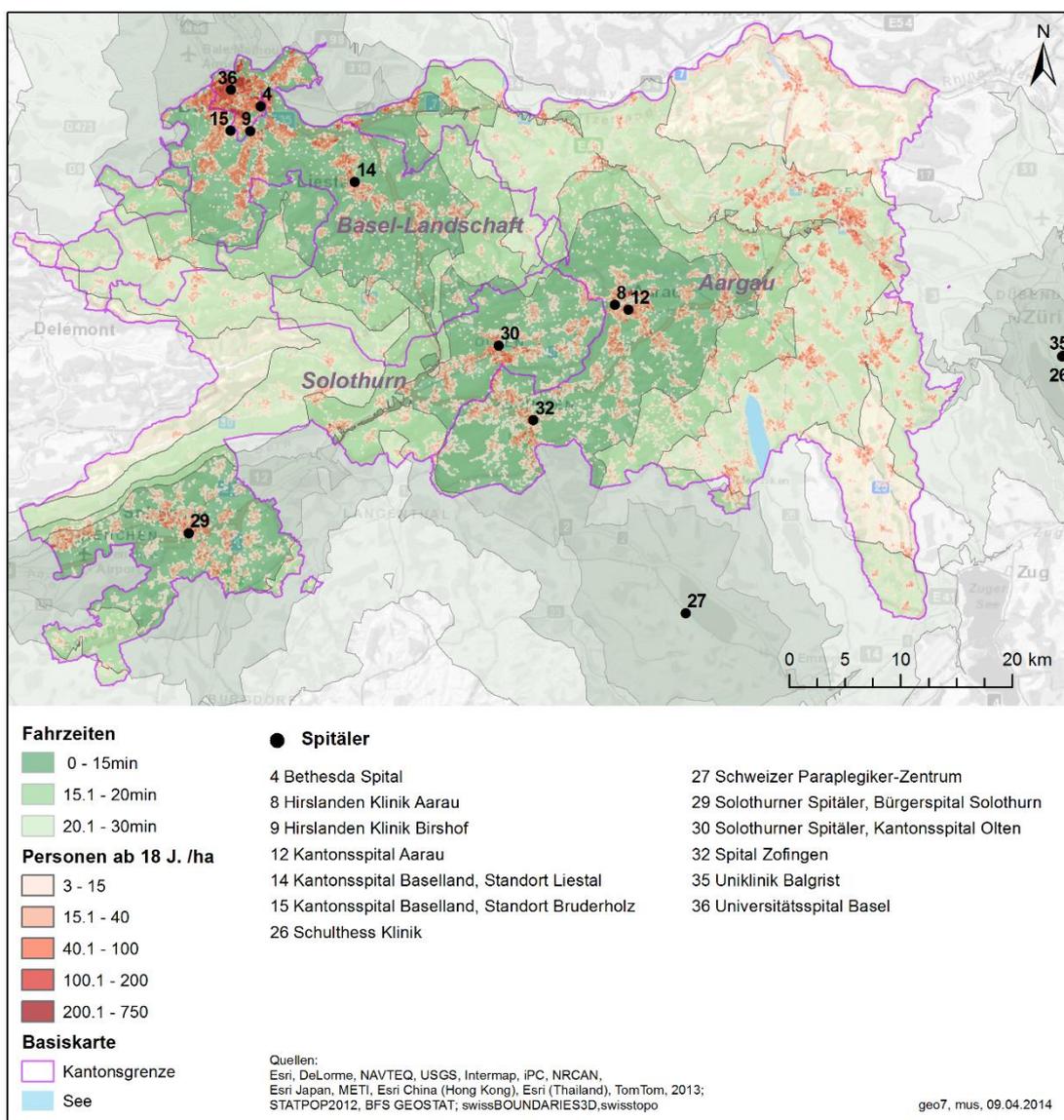


ABBILDUNG 39: ERREICHBARKEIT WIRBELSÄULENCHIRURGIE NACH FAHRZEITEN 2012, KARTE

Über 60% der Nordwestschweizer Bevölkerung erreichen das nächstgelegene Spital mit einem Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe *Wirbelsäulen Chirurgie* 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 *Wirbelsäulen Chirurgie* 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 *Wirbelsäulen Chirurgie* berücksichtigt wurden.⁷⁴

Die farblich hinterlegten Felder weisen jeweils daraufhin, in welchen Leistungsgruppen die entsprechenden Spitäler gemäss der per 1.1.2012 geltenden Spitalisten einen Leistungsauftrag ihres Standortkantons besitzen.⁷⁵

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	Wirbelsäulen Chirurgie	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

⁷⁴ Diese Leistungsgruppen sind Teil des Leistungsbereichs Bewegungsapparat chirurgisch, der ausserdem noch die spezialisierten Leistungsgruppen Spezialisierte Wirbelsäulen Chirurgie (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

⁷⁵ Die Leistungsaufträge der Ergolz-Klinik Liestal für die Orthopädie sind lediglich von provisorischem Status. Provisorische Leistungsaufträge wurden insbesondere aufgrund der mangelnden Erfahrung mit der SPLG-Systematik vergeben und sollen anhand der tatsächlichen Fallzahlen der laufenden Vertragsperiode überprüft werden.

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
Kantonsspital Baden	2012	389	69	23	15	301	208	318	1	1'324
	2013	422	57	29	19	243	215	351	4	1'340
Kantonsspital Baselland	2012	1'446	240	394	43	790	368	773	12	4'066
	2013	1'467	217	423	35	551	307	758	11	3'769
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.⁷⁶ 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 Versor-

⁷⁶ Vgl. dazu u.a. Cassel und Wilke (2001, S.332).

gungsleistungen der Bevölkerung aus den Nordwestschweizer Kantonen in Relation zur gesamtschweizerischen Nachfrage gestellt. Verglichen werden die alters- und geschlechtskorrigierten Hospitalisationsraten.⁷⁷ Es handelt sich dabei nicht um einen neuartigen Ansatz, die Analyse von 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 Spitalisten ebenfalls auf den SPLG beruhen.⁷⁸

4.3.1 Ergebnisse

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

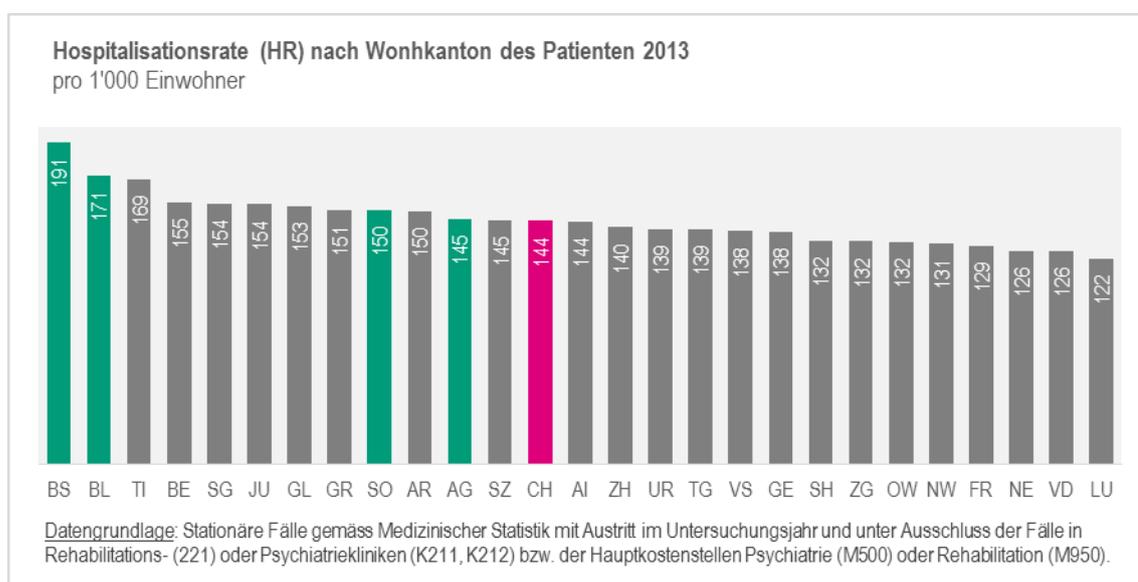


ABBILDUNG 40: HOSPITALISATIONS-RATEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2013

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

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

⁷⁷ Vgl. dazu u.a. Guggisberg und Spycher (2005).

⁷⁸ Für eine Beschreibung des methodischen Vorgehens vgl. Methodenbericht.

grenzung nicht erfasst, wodurch die die Zahl der akutstationären Hospitalisationen in diesen Spitälern überschätzt wird.⁷⁹ Infolgedessen sei in **Abbildung 41** die analoge Auswertung – inklusive der spitalspezifischen Abgrenzungen für die Nordwestschweizer Spitäler – dargestellt. Es wird sofort ersichtlich, dass sich dadurch die Hospitalisationsrate für den Kanton Basel-Stadt den übrigen Kantonen angleicht. Zwar weist die basel-städtische Wohnbevölkerung mit 182 Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner noch immer die höchste Rate im nationalen Vergleich auf, die Differenz ist jedoch deutlich geringer als noch in Abbildung 30. Für die übrigen Nordwestschweizer Kantone hat die Berücksichtigung der spitalspezifischen Abgrenzungen keine Auswirkungen auf die Hospitalisationsrate.

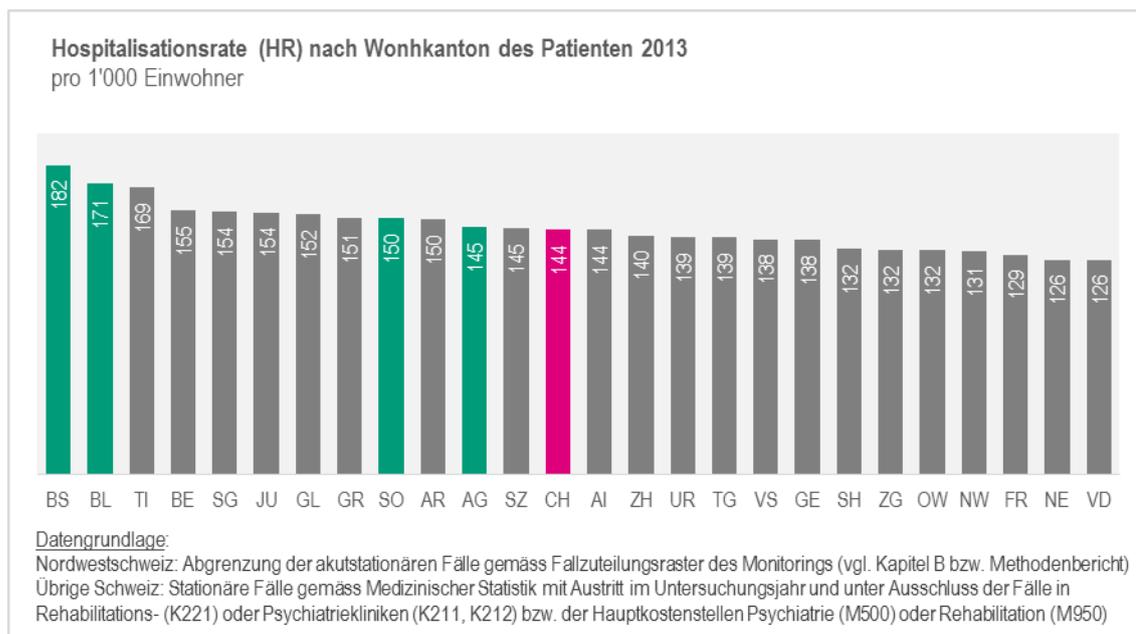


ABBILDUNG 41: HOSPITALISATIONS-RATEN NACH WOHNKANTON DER PATIENTEN 2013 (INKL. SPITALSPEZ. ABGRENZUNGEN)

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

Die Auswertungen 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 erwarteter (eR) und tatsächlicher Hospitalisationsrate (tR) abgebildet, wobei sich die erwartete Hospitalisationsrate ausgehend von der kantonalen Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht ergibt. Eine positive Abweichung bedeutet, dass im betreffenden Kanton mehr Hospitalisationen zu verzeichnen sind, als dass aufgrund der Bevölkerungsstruktur anzunehmen wären, während eine negative Abweichung resultiert, wenn weniger Hospitalisationen zu verzeichnen sind, als zu erwarten wären.

⁷⁹ 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.

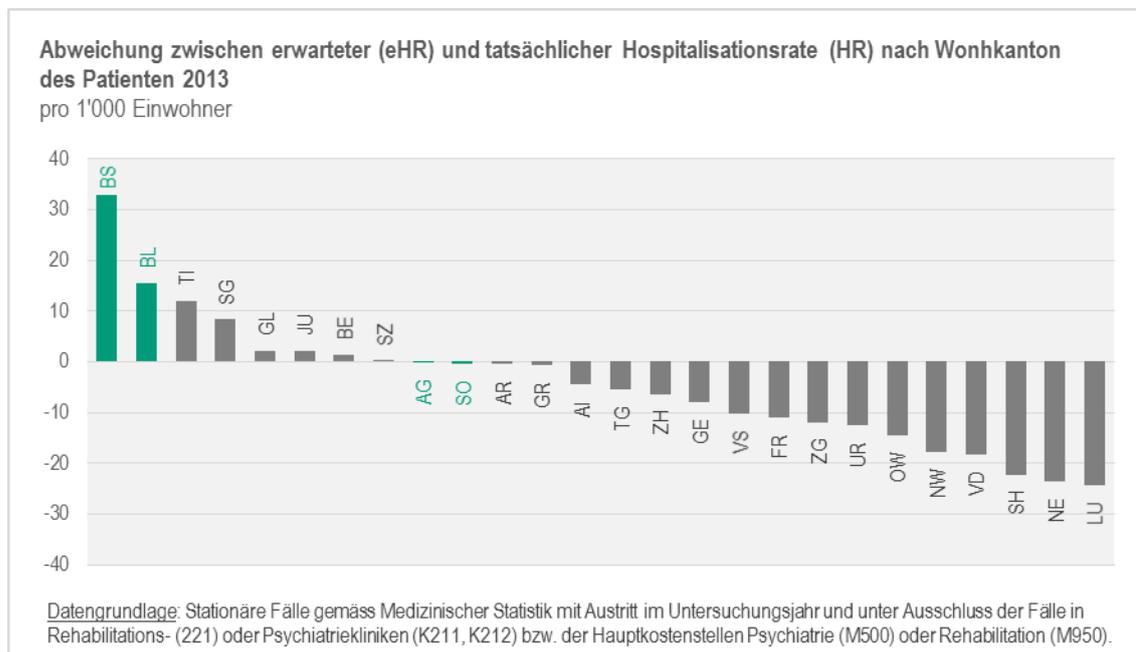


ABBILDUNG 42: ABWEICHUNGEN ZWISCHEN TATSÄCHLICHER UND ERWARTETER HR NACH WOHNKANTON 2013

Auch wenn für Alter und Geschlecht korrigiert wird, weisen die beiden Basler Halbkantone die höchsten Hospitalisationsraten auf. Aus Abbildung 42 lässt sich ablesen, dass im Kanton Basel-Stadt rund 33 Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner mehr erfolgen als aufgrund der demografischen Struktur zu erwarten wären. Im Kanton Basel-Landschaft sind es rund 15 mehr, währenddessen die Kantone Aargau und Solothurn eine unwesentlich geringere Hospitalisationsrate aufweisen als zu erwarten wären.

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

Alters- und geschlechterstandardisierte Hospitalisationsraten nach Leistungsgruppen (SPLG), 2013

SPLG		Kanton Solothurn					CH	
		Fälle	HR 2013		Abweichung		Referenzwerte	
Code	Bezeichnung	Anz.	tR	eR	abs.	standard.	Q0.25	Q0.75
ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)	138	0.5	0.8	-0.23	-0.56	-0.62	0.59
AUG1.6	Katarakt	215	0.8	0.8	0.05	0.50	-0.95	0.72
BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat	1'179	4.5	4.6	-0.06	0.05	-0.82	0.84
BEW2	Orthopädie	378	1.4	1.3	0.17	0.68	-0.79	0.55
BEW3	Handchirurgie	216	0.8	1.1	-0.26	-0.57	-0.90	0.91
BEW5	Arthroskopie des Knies	1'149	4.4	4.3	0.14	0.12	-0.90	0.92
BEW6	Rekonstruktion obere Extremität	678	2.6	2.6	0.03	-0.03	-0.60	0.65
BEW7	Rekonstruktion untere Extremität	1'471	5.6	5.2	0.45	0.65	-0.60	0.76
BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	891	3.4	3.0	0.43	0.85	-0.57	0.47
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	161	0.6	0.4	0.26	2.38	-0.71	0.39
BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	14'932	57.1	60.6	-3.46	-0.29	-0.59	0.36
DER2	Wundpatienten	140	0.5	0.5	0.02	0.28	-0.61	0.52
END1	Endokrinologie	128	0.5	0.5	-0.01	0.04	-0.36	0.28
GAE1	Gastroenterologie	1'091	4.2	3.6	0.57	0.80	-0.72	0.84
GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie	160	0.6	0.7	-0.04	-0.26	-0.87	0.55
GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)	2'827	10.8	11.2	-0.35	-0.23	-0.52	0.31
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	127	0.5	0.4	0.07	1.08	-0.71	0.78
GYN1	Gynäkologie	1'161	4.4	3.3	1.18	1.75	-0.76	0.59
GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma	312	1.2	1.2	-0.03	-0.01	-0.51	0.60
HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien	188	0.7	0.9	-0.15	-0.48	-0.57	0.68
HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)	99	0.4	0.4	-0.07	-0.40	-0.82	0.66
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	150	0.6	0.5	0.09	1.18	-0.44	0.66
HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	764	2.9	3.0	-0.12	-0.15	-0.60	0.15
HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie	207	0.8	0.7	0.12	0.84	-0.59	0.54
HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	477	1.8	1.2	0.58	1.10	-0.65	0.51
HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	107	0.4	0.5	-0.10	-0.86	-0.41	0.28
KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	193	0.7	0.5	0.20	1.56	-0.68	0.49
KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	1'054	4.0	3.8	0.22	0.71	-0.82	0.70
KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	120	0.5	0.5	-0.02	0.18	-0.54	0.52
KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	43	0.2	0.2	-0.04	-0.40	-0.48	0.34
NCH1	Neurochirurgie	134	0.5	0.5	-0.04	-0.04	-0.67	0.33
NEO1	Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und >= 2000g)	2'268	8.7	7.9	0.79	0.62	-0.33	0.68
NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	165	0.6	0.6	-0.01	0.21	-0.60	0.21
NEU1	Neurologie	224	0.9	0.8	0.03	0.18	-0.72	0.30
NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)	550	2.1	2.1	-0.03	0.02	-0.82	0.61
ONK1	Onkologie	202	0.8	1.0	-0.19	-0.31	-0.68	0.53
PNE1	Pneumologie	489	1.9	2.3	-0.42	-0.41	-0.82	0.34
RAO1	Radio-Onkologie	115	0.4	0.4	0.00	0.34	-0.60	0.64
RHE1	Rheumatologie	156	0.6	0.8	-0.18	-0.72	-0.70	0.68
URO1	Urologie ohne Schwerpunktstiel Operative Urologie	1'543	5.9	5.6	0.32	0.68	-0.62	0.53
URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstiel Operative Urologie	240	0.9	0.7	0.26	1.49	-0.77	0.70
VIS1	Viszeralchirurgie	356	1.4	1.4	0.00	0.39	-0.55	0.58

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

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

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

In **Abbildung 43** sind die standardisierten Abweichungen pro SPLG für den Kanton Aargau in Relation zur Verteilung sämtlicher Kantone dargestellt. Die horizontale Achse beschreibt die durchschnittliche Abweichung zwischen erwarteter und tatsächlicher Hospitalisationsrate. Pro SPLG wird durch den Boxplot jeweils die Verteilung aller Schweizer Kantone beschrieben.⁸⁰ Im Bereich des grünen Balkens befinden sich 50% der Schweizer Kantone, ober- und unterhalb jeweils 25%.

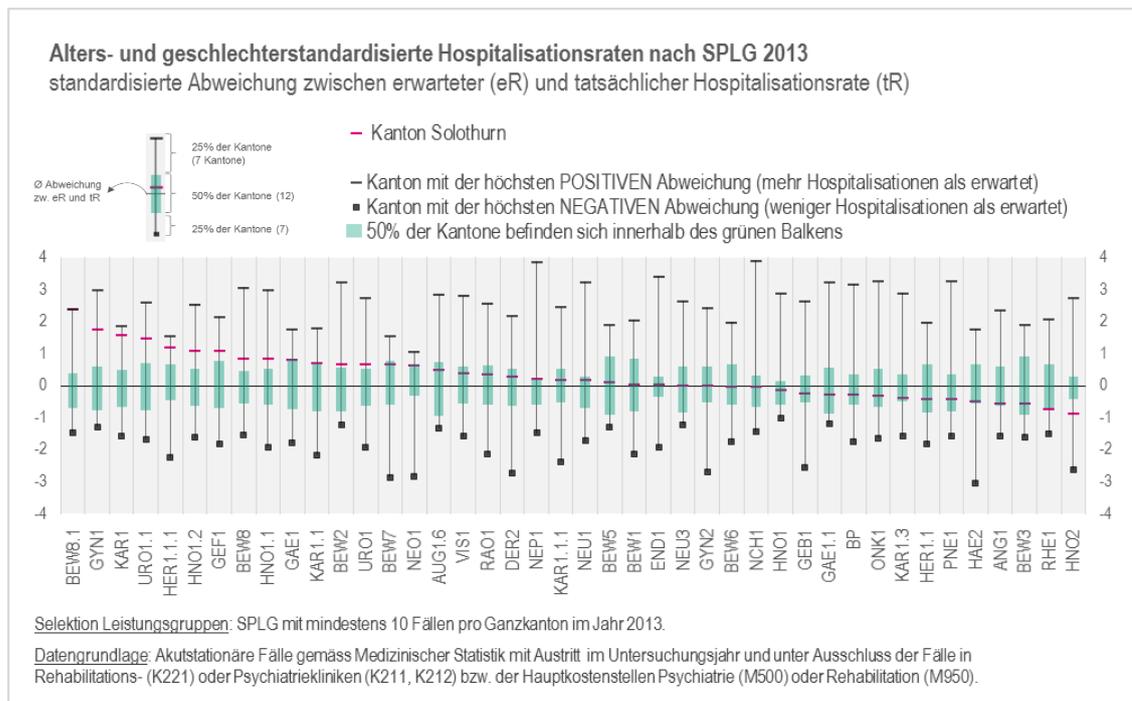


ABBILDUNG 43: ALTERS- UND GESCHLECHTERSTANDARDISIERTE ABWEICHUNGEN ZWISCHEN tR UND eR NACH SPLG 2013

Aus Tabelle 36 und Abbildung 43 wird ersichtlich, dass für die Solothurner Bevölkerung im Jahr 2013 in den nachfolgenden SPLG eine auffällig hohe Hospitalisationsrate festzustellen ist:⁸¹

- Orthopädie (BEW2)
- Wirbelsäulenchirurgie (BEW8)
- Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie (BEW8.1)
- Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell) (GEF1)
- Gynäkologie (GYN1)
- Koronarchirurgie (CABG) (HER1.1.1)
- Hals- und Gesichtschirurgie (HNO1.1)
- Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen (HNO1.2)
- Kardiologie (inkl. Schrittmacher) (KAR1)
- Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) (KAR1.1)
- Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen) (NEP1)
- Urologie ohne Schwerpunktstitel Operative Urologie (URO1)
- Urologie mit Schwerpunktstitel Operative Urologie (URO1.1)

⁸⁰ 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.

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

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

- Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie (HNO2)
- Rheumatologie (RHE1)

4.3.2 Interpretation

Aus dem nationalen Vergleich der Hospitalisationsraten lassen sich diverse SPLG ermitteln, innerhalb welcher für die Solothurner Bevölkerung auffällig hohe Hospitalisationsraten feststellbar sind. Wie eingangs erwähnt, stellt der Vergleich von Hospitalisationsraten eine gängige Methode zur Identifikation potentieller Angebotsinduzierung in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen dar. Auffällig hohe Hospitalisationsraten sind jedoch kein hinreichender Beleg für die Existenz angebotsinduzierter Nachfrage, zumal in den vorliegenden Auswertungen erstmals ein Vergleich der Hospitalisationsraten anhand der SPLG vorgenommen wurde und dabei im Sinne eines explorativen Ansatzes sämtliche SPLG einbezogen wurden,⁸² 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 Solothurn Wohnbevölkerung als Bereiche potentieller Angebotsinduzierung aufzufassen. Es wird empfohlen, die Resultate anhand analoger Auswertungen für die Folgejahre zu überprüfen. Leistungsgruppen, für welche sich die überdurchschnittliche Hospitalisationsraten anhand der Folgejahre bestätigen lassen sind anschliessend einer vertieften Analyse zu unterziehen, in welcher prüfen sein wird, inwiefern die überdurchschnittlichen Hospitalisationsraten infolge spezifischer kantonaler Angebotsstrukturen erklärbar sind oder welche anderen Einflussfaktoren dafür verantwortlich gemacht werden können.

5 Fazit Akutsomatik

5.1 Steigende Fallzahlen bzgl. Angebot und Inanspruchnahme

Die Zahl der Hospitalisationen in Solothurner Spitälern bleibt zwischen 2011 und 2012 stabil bei rund 26'900 Fällen und steigt zum Jahr 2013 auf 28'437. Dies entspricht einer Zunahme von durchschnittlich +3% pro Jahr, wobei der Anstieg, wie gesagt, zwischen den Jahren 2012 und 2013 erfolgt. Analog zum Angebot ist ebenso ein Anstieg der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Solothurner Wohnbevölkerung identifizierbar. Im Jahr 2011 verzeichnet die Medizinische Statistik 38'178 Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn, im Jahr 2012 sind es 38'343 und im Jahr 2013 39'270. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von +1.4%, wobei der Anstieg zwischen 2012 und 2013 deutlich grösser ist als zwischen 2011 und 2012.

Der Anstieg der Fallzahlen lässt sich teilweise anhand der Bevölkerungszahlen erklären. Zwischen 2011 und 2013 stieg die Wohnbevölkerung des Kantons Solothurn 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

⁸² Ausgenommen die SPLG mit zu geringen Fallzahlen pro Kanton.

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 mittlere Aufenthaltsdauer (MAD) bei Hospitalisationen von Solothurner Patienten steigt von 5.3 Tagen im Jahr 2011 minim auf 5.4 Tage im Jahr 2012 und sinkt anschliessend wieder auf das Niveau von 2013. Die beobachtete Entwicklung der MAD für den Kanton Solothurn steht in Widerspruch zur Entwicklung in den übrigen Nordwestschweizer Kantonen sowie zum langfristigen Trend, der seit vielen Jahren im internationalen Vergleich festzustellen ist.⁸³ Plausibel scheint die Annahme, diese Entwicklung als Folge des Transfers der Leistungsangebote der Klinik Allerheiligenberg an andere Standorte der Solothurner Spitäler AG zu verstehen. Dementsprechend wäre zu erwarten, dass es sich um einen einmaligen Effekt handelt, was sich angesichts der sinkenden Tendenz zwischen 2012 und 2013 abzeichnet. Inwiefern diese anhalten wird, bleibt anhand der Daten zu den Folgejahren zu beobachten.

5.2 Verschiebung innerhalb der Leistungserbringer

Im Bericht auf Ebene Nordwestschweiz wird aufgrund des rückläufigen Marktanteils der Kantonsspitäler eine Verschiebung zugunsten der Privatspitäler bzw. der kleineren, spezialisierten Leistungserbringer konstatiert. Ausgehend davon liegt der Schluss nahe, dass sich innerhalb der Periode zwischen 2011 und 2013 eine Tendenz von den Kantonsspitalern zu kleineren, spezialisierten Leistungserbringern eingestellt hat. Gestützt wird diese Interpretation durch die Entwicklung des Anteils zusatzversicherter Patienten. In Spitälern mit der bedeutendsten Zunahme hinsichtlich der Fallzahlen in der Nordwestschweiz ist gleichzeitig eine deutliche Abnahme des Anteils der Patienten in den Liegeklassen halbprivat und privat festzustellen (vgl. insbesondere Merian Iselin Klinik, Vista Klinik, Bethesda Spital, Ergolz-Klinik Liestal, Claraspital).

Mit Fokus auf den Kanton Solothurn ist diese Verschiebung zwar anhand des sinkenden Marktanteils der Solothurner Spitäler AG sowie dem Anstieg der ausserkantonalen Nicht-Listenspitälern ansatzweise erkennbar, drückt sich aber nicht in derselben Deutlichkeit wie auf Ebene der Nordwestschweiz aus. Ferner ist – analog zur Entwicklung auf Ebene der Gesamtnordwestschweiz – ein Anstieg in Bezug auf den Anteil Solothurner Patienten, die sich ausserhalb des Kantons behandeln lassen, von 39.6% auf 40.5% auszumachen.⁸⁴

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

5.3 Analyse der Leistungen nach Leistungsbereichen

Der grösste Teil der Hospitalisationen Solothurner Patienten erfolgt gemäss SPLG-Systematik innerhalb des Basispakets, im Jahr 2011 sind es 43.4% und im Jahr 2013 38.0%. 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

⁸³ Vgl. Gruber et al. (2010, S.117).

⁸⁴ Vgl. Tabelle 20.

(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 (15.8% im Jahr 2013). Darauf folgen die Leistungsbereiche *Geburtshilfe* (7.3%), *Neugeborene* (6.1%), *Urologie* (4.9%) sowie *Herz* (4.4%). Diese Verteilung zwischen den fachspezifischen Leistungsbereichen ist beinahe identisch mit jener auf Ebene Nordwestschweiz.

5.4 Zunahme der Patientenströme

Im Jahr 2013 erfolgten 59.5% der Behandlungen zugunsten von Patienten aus dem Kanton Solothurn in Spitälern mit Standort im Kanton Solothurn, im Jahr 2011 waren es noch 60.4%. Somit ist eine Zunahme der Abwanderung um +0.9 Prozentpunkte auf 40.5% im Jahr 2013 festzustellen. Der grösste Anteil ausserkantonalen Leistungen ist auf Hospitalisationen im Kanton Bern (13.5% aller Hospitalisationen von Solothurner Patienten im Jahr 2013) zurückzuführen. Es folgen darauf die Kantone Aargau (10.0%), Basel-Landschaft (8.1%), Basel-Stadt (6.2%) und Zürich (1.3%). Die übrigen Kantone spielen eine untergeordnete Rolle.

Auch hinsichtlich der Zuwanderung von ausserkantonalen Patienten in den Kanton Solothurn ist eine steigende Tendenz feststellbar. Im Jahr 2013 sind 17.9% der Hospitalisationen ins Spitälern mit Standort im Kanton Solothurn auf Patienten aus anderen Kantonen zurückzuführen, während dies im Jahr 2011 noch auf 14.6% der Fälle zutraf. Die grösste Gruppe zugewanderter Patienten stammt aus dem Kanton Basel-Landschaft (6.6%), es folgen darauf Patienten aus den Kantonen Bern (5.5%) und Aargau (3.4%). Die übrigen Kantone sind von untergeordneter Bedeutung.

Betrachtet man die Zu- und Abwanderung nach Leistungsgruppen ist die bedeutendste absolute Nettoabwanderung im Basispaket sowie im Leistungsbereich *Bewegungsapparat chirurgisch* feststellbar. Ferner zeichnen sich ebenfalls die Leistungsbereiche *Herz*, *Geburtshilfe* und *Neugeborene* durch eine hohe Nettoabwanderung aus. Eine Nettozuwanderung in den Kanton Solothurn ist einzig im Leistungsbereich *Ophthalmologie* zu verzeichnen.

Mit Bezug auf den Anstieg der überkantonalen Patientenströme ist ebenso die Entwicklung auf Ebene der Gesamtnordwestschweiz zu berücksichtigen. Grundsätzlich ist in allen Nordwestschweizer Kantonen ein Anstieg der Zu- und Abwanderung feststellbar. Weil sich die Zunahme ausserkantonalen 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.

5.5 Motive ausserkantonaler Hospitalisationen

Die Solothurner Patienten, die ausserkantonale hospitalisiert werden, weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Liegeklasse HP/P auf, im Jahr 2011 beläuft sich dieser auf 29.1%. Zum Jahr 2013 hin ist eine Angleichungstendenz feststellbar, wobei der Anteil HP/P bei ausserkantonalen Hospitalisationen mit 26.8% noch immer merklich höher ist als bei den innerkantonalen Hospitalisationen von Solothurner Patienten. Aufgrund der beobachteten Entwicklungen liegt der Schluss nahe, dass sich im Zuge der KVG-Revision mehr grundversicherte Patienten in Spitälern ausserhalb der Nordwestschweiz behandeln lassen. Diese Schlussfolgerung ist jedoch gemäss des in Kapitel B.1 formulierten Vorbehalts betreffend die Codierung der Variable Liegeklasse in der Medizinischen Statistik mit Vorsicht zu behandeln, da die erfasste Liegeklasse und der Versicherungsstatus des Patienten nicht gleichzusetzen sind.

Des Weiteren unterscheidet sich der Anteil ausserregionaler Hospitalisationen je nach Wohnregion der Patienten. Am stärksten betroffen ist die Region nördlich des Juras inklusive den Exklaven Kleinfelden/Lützel und Hofstetten/Mariastein mit einem Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen von 79% und mehr. Aufgrund der topografischen Absorbierung dieser Region durch den Jura ist die Erreichbarkeit der solothurnischen Versorgungsangebote für die Bevölkerung sehr eingeschränkt. Folglich orientiert sich die betreffende Bevölkerung insbesondere in Richtung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Eine Ausnahme diesbezüglich bildet der Standort Dornach der Solothurner Spitäler AG, weshalb der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen um die Gemeinde Dornach herum mit 79% doch deutlich tiefer ist als in den übrigen MedStat-Regionen nördlich des Juras, die einen Anteil von über 90% aufweisen. Auch die östlichen Grenzregionen weisen einen Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen von bis zu 64% auf. Für die Wohnbevölkerung der erwähnten Region liegen Spitäler des Kantons Aargau oftmals näher als kantonseigene.

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

5.6 Handlungsbedarf für konkrete Indikatoren zur Versorgungslage

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

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

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

Richtwerte sind abschliessende Aussagen zur Versorgungslage in der Nordwestschweiz zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich.

Bereich	Erreichbarkeit (% der Bevölkerung)					Bemerkungen
	Region/Kt.	0-15min	16-20min	21-30min	> 30min	
Notfallversorgung	NWCH	91.7%	7.1%	1.1%	0.1%	kantonale Unterschiede Ähnlich in allen Nordwestschweizer Kantonen.
	AG	91.6%	8.1%	0.2%	0.0%	
	BL	93.8%	5.3%	0.9%	0.0%	
	BS	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	SO	83.5%	11.5%	4.5%	0.6%	
Kindermedizin Basis	NWCH	77.4%	13.5%	9.1%	0.1%	Eine hohe Erreichbarkeit in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn. Im Kanton 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- /Kreislauf-erkrankungen	NWCH	73.7%	14.9%	10.3%	1.2%	In allen Kantonen erreicht über 50% der Wohnbevölkerung das nächstgelegene Angebot in bis zu 15 Minuten. In den Kantonen Aargau und Solothurn weisen rund 20% eine Fahrzeit von über 20min im Bereich der interventionellen Kardiologie auf.
	AG	57.4%	22.7%	17.7%	2.2%	
	BL	88.7%	8.8%	2.4%	0.1%	
	BS	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	SO	77.6%	13.5%	8.3%	0.6%	
Interventionelle Kardiologie	NWCH	67.6%	16.9%	14.1%	1.5%	
	AG	52.7%	25.6%	19.6%	2.2%	
	BL	86.0%	7.8%	5.7%	0.5%	
	BS	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	SO	60.2%	18.0%	20.1%	1.8%	

TABELLE 37: ERREICHBARKEITSANALYSEN - ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Schliesslich wurden die kantonalen Hospitalisationsraten pro Leistungsgruppe nach SPLG-Systematik vergleichend ausgewertet. Für die Solothurner Bevölkerung ist im Jahr 2013 in den nachfolgenden SPLG eine auffällig hohe Hospitalisationsrate festzustellen.⁸⁵

- Orthopädie (BEW2)
- Wirbelsäulenchirurgie (BEW8)
- Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie (BEW8.1)
- Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell) (GEF1)
- Gynäkologie (GYN1)
- Koronarchirurgie (CABG) (HER1.1.1)
- Hals- und Gesichtschirurgie (HNO1.1)
- Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen (HNO1.2)
- Kardiologie (inkl. Schrittmacher) (KAR1)
- Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) (KAR1.1)
- Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen) (NEP1)
- Urologie ohne Schwerpunktstiel Operative Urologie (URO1)

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

⁸⁵ Eine *auffällig hohe Hospitalisationsrate* wird konstatiert, wenn die standardisierte Abweichung zwischen erwarteter und tatsächlicher Hospitalisationsrate grösser als bei 75% der Schweizer Kantone ist. 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.

C. Aarolfingen

Die Region Aarolfingen beschreibt das Gebiet um die Städte Aarau, Olten und Zofingen und umfasst somit Teile der Kantone Aargau und Solothurn.⁸⁶ Für die Berichte auf Ebene des Kantons Solothurn und des Kantons Aargau wurden im Rahmen des Monitorings spezifische Auswertungen bezogen auf die akutstationäre Versorgung der Region Aarolfingen durchgeführt und sind im vorliegenden Kapitel präsentiert.

1 Angebot

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

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

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

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

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

Im Jahr 2011 bezogen sich 54.0% der erbrachten Leistungen durch die Spitalstandorte in Aarolfingen auf Patient/innen mit Wohnsitz in der Region Aarolfingen, im Jahr 2013 waren es 53.9%.

⁸⁶ Für eine Auflistung der MedStat-Regionen der Region Aarolfingen vgl. Methodenbericht.

Fokussiert man auf die Spitäler mit Grundversorgungsauftrag, stellt man wesentliche Unterschiede in Bezug auf deren Einzugsgebiet fest. Der Anteil der Patienten aus der Region Aarolfingen beträgt im Kantonsspital Aarau sowie in der Hirslandenklinik Aarau weniger als 50%. Bei beiden Spitälern stammt ein Grossteil der Patienten aus dem Rest des Kantons Aargau, im Jahr 2013 beläuft sich der Anteil der Patienten aus dem Kanton Aargau bei den erwähnten Spitälern auf 88.3% bzw. 81.8%. Währenddessen sind das Kantonsspital Olten sowie das Spital Zofingen vielmehr auf die Region Aarolfingen beschränkt, was anhand des Anteils Aarolfinger Patienten von 80.2 % bzw. 79.7% im Jahr 2013 deutlich wird. Genauer gesagt, begrenzt sich deren Einzugsgebiet zum grössten Teil auf den jeweils kantonseigenen Teil der Region Aarolfingen, was wiederum anhand des relativ geringen Anteils an Patienten aus dem jeweils anderen Kanton abzuleiten ist (4.8% bzw. 1.8% im Jahr 2013). Bei den Kliniken Pallas und Villa im Park handelt es sich um Leistungserbringer mit vergleichsweise spezialisiertem Angebot, das sich stärker über die spezifischen Indikationen der Patienten abgrenzen lässt als über deren Wohnkanton. Sowohl der Anteil der Patienten mit Wohnsitz in der Region Aarolfingen als auch der Anteil der Patienten mit Wohnsitz im jeweiligen Standortkanton belaufen sich bei diesen Kliniken auf jeweils weniger als zwei Drittel aller behandelten Fälle.

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

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

TABELLE 39: ANGEBOT AKUTSOMATIK AAROLFINGEN - VERÄNDERUNGEN 2011-2013

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

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

In Bezug auf das Kantonsspital Olten, die Hirslandenklinik Aarau und das Spital Zofingen sind die jeweiligen Spital- und Referenztarife⁸⁷ der Kantone Aargau und Solothurn ausschlaggebend dafür, inwiefern eine ausserkantonale Hospitalisation ohne zusätzliche Kostenfolgen für grundversicherte Patienten bleibt. Aufgrund des niedrigeren Referenztarifs des Kantons Solothurn ist für Solothurner Patienten, die ausschliesslich grundversichert sind, eine Hospitalisation in der Hirslanden Klinik Aarau grundsätzlich mit Mehrkosten verbunden; ausgenommen davon sind Notfälle. Folglich ist es wiederum nachvollziehbar, dass der Anteil der Solothurner Patienten in der Hirslandenklinik Aarau nicht steigt.

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

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

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

2 Nachfrage

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

⁸⁷ Vgl. dazu die Spital- und Referenztarife 2012 und 2013 der Kantone Aargau und Solothurn gemäss www.ag.ch bzw. www.so.ch.

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

TABELLE 40: LEISTUNGSINANSPRUCHNAHME WOHNBEVÖLKERUNG AAROLTINGEN 2011-2013

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

3 Patientenströme

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELLE 42: ABWANDERUNG AAROLFINGEN – AUSSERREGIONALE HOSPITALISATIONEN 2011-2013

Im Jahr 2011 erfolgten 4'158 Hospitalisationen von Patienten aus der Region Aarolfingen ausserhalb der Region, was 12,5% der Hospitalisationen von Patienten aus der Region Aarolfingen insgesamt ausmacht. Im Jahr 2013 waren es 4'653 Hospitalisationen bzw. 13,4%.

Am häufigsten sind dabei Hospitalisationen im Kanton Bern auszumachen (3,9% im Jahr 2013), gefolgt von Hospitalisationen im Kanton Zürich (2,3%). Erstere sind dabei vor allem auf Solothurner Patienten zurückzuführen, währenddessen sich die Hospitalisationen im Kanton Zürich insbesondere auf Aargauer Patienten beziehen.⁸⁸ Ansonsten lassen sich Aarolfinger Patienten insbesondere in den Kantonen Basel-Stadt sowie in den Spitälern der Kantone Aargau und Solothurn, die nicht der Region Aarolfingen zuzuordnen sind, behandeln.

⁸⁸ Vgl. dazu auch Tabelle 20.

4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage

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

Tabelle 43 beinhaltet eine Auflistung aller SPLG, in denen mindestens zwei der erwähnten Spitalstandorte über einen Leistungsauftrag ihres Standortkantons verfügen.⁸⁹ Gelb markiert sind jeweils jene SPLG, in denen das jeweilige Spital einen Leistungsauftrag des Standortkantons besitzt. In Tabelle 43 werden jeweils die Fallzahlen 2013 sowie der prozentuale Anteil des jeweiligen Spitalstandorts an der Gesamtfallzahl der Spitäler mit Standort in der Region Aarolfingen innerhalb einer SPLG ausgewiesen. Für SPLG, für welche die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich Mindestfallzahlen (MFZ) definiert hat, sind diese jeweils ebenso enthalten.⁹⁰

Es ist augenscheinlich, dass viele Leistungsgruppen durch mehrere Spitalstandorte innerhalb der Region Aarolfingen abgedeckt werden, wobei die Fallzahlen der einzelnen Standorte teilweise eher gering sind. Gemäss der wissenschaftlichen Literatur besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Fallzahlen und der Ergebnisqualität für bestimmte Behandlungen, wobei sich bisherige wissenschaftliche Studien hauptsächlich auf chirurgische und komplexe Eingriffe beschränken.⁹¹ Wann genau die Fallzahlen ausreichend hoch sind, dafür existieren nur für wenige Leistungsgruppen Richtwerte (MFZ). In einzelnen MFZ-relevanten SPLG liegen die Fallzahlen der Aarolfiger Spitäler teilweise unterhalb der entsprechenden MFZ.⁹² Die Entwicklung dieser Fallzahlen ist in den Folgejahren weiter zu beobachten und bei der Überprüfung der Leistungsaufträge zu berücksichtigen. Infolgedessen kann aus versorgungsplanerischer Sicht für die Region Aarolfingen insgesamt die Frage aufgeworfen werden, ob durch eine Spezialisierung bzw. Profilierung der einzelnen Spitalstandorte Effizienz- und Qualitätsvorteile nutzbar gemacht werden könnten.

⁸⁹ Die Spitalliste des Kantons Solothurn per 1.1.2012 war bereits nach der überarbeiteten Version der SPLG strukturiert, diejenige des Kantons Aargau noch gemäss Version 1.0. Es wurden lediglich diejenigen Leistungsgruppen betrachtet, welche in beiden Versionen in analoger Weise aufgeführt sind. Die folgenden Leistungsgruppen gemäss Version 1.0 wurden demzufolge nicht berücksichtigt: AUG1.5 Hornhauttransplantation, HER1.1.3 Definitive Herz- und Kreislaufunterstützende Systeme, KAR1.3.1 ICD / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT) und PNE1.2 Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie. Ausserdem ausgeschlossen wurden die Leistungsgruppen, welche über die IVHSM geregelt sind, sowie die Leistungsgruppe NEU3.1 Zerebrovaskuläre Störungen (mit Stroke Unit).

⁹⁰ Vgl. dazu auch Kapitel B.4.1 zu den Mindestfallzahlen, wobei sich die Fallzahlen in einzelnen Leistungsgruppen geringfügig unterscheiden können, da gemäss der MFZ-Zählweise in Kapitel B.4.1 Doppelzählungen zulässt, d.h. ein MFZ-relevanter Fall kann in verschiedenen Leistungsgruppen gezählt werden.

⁹¹ Für einen Überblick der relevanten wissenschaftlichen Studien vgl. Frick et al. (2013).

⁹² Zu beachten gilt es einerseits, dass in Tabelle 43 für die Solothurner Spitäler AG einzig die Fälle des Kantonsspitals Olten ausgewiesen sind, die Fälle der übrigen Standorte sind nicht berücksichtigt. In der Solothurner Spitäler AG werden teilweise Eingriffe an den Standorten Olten und Solothurn durch dieselben Teams durchgeführt – dies gilt insbesondere spezialisierte Eingriffe. Dies gilt es in Bezug auf die Beurteilung der Fallzahlen gerade bei Leistungsgruppen mit definierten Mindestfallzahlen zu berücksichtigen. Andererseits können Fälle bzw. Eingriffe teilweise auf Verlegungen zurückgeführt werden, wobei der Patient für einen spezifischen Eingriff in ein anderes Spital verlegt wird – die Hospitalisation als Ganzes jedoch in der Medizinischen Statistik unter dem verlegenden Spital geführt ist. Auf Verlegungen zurückführbare Fallzahlen unterhalb der MFZ sind im Sinne kritischer Massen tendenziell unproblematisch.

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

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

☐ = Leistungsauftrag des Standortkantons in der betreffenden Leistungsgruppe

☐ = Leistungsauftrag beider Kantone in der betreffenden Leistungsgruppe

= Fallzahl kleiner als MFZ

TABELLE 43: SPITALSTANDORTE MIT GRUNDVERSORGENGSAUFTRAG IN DER REGION AAROLFINGEN, FALLZAHLEN 2013

D. Psychiatrie

Die Auswertungen in Kapitel D zur stationären psychiatrischen Versorgung basieren auf einer eigens für das Monitoring der Patientenströme durchgeführten Erhebung.⁹³ Im Rahmen dieser Erhebung wurden sämtliche Spitäler befragt, die sich auf einer Spitalliste im Bereich Psychiatrie mindestens eines Nordwestschweizer Kantons befinden. Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten in Spitälern, die auf keiner der Nordwestschweizer Spitallisten figurieren, wurden anhand der Daten aus der Medizinischen Statistik des BFS erfasst (vgl. dazu auch **Abbildung 44**). Dies führt dazu, dass diese Hospitalisationen aufgrund der fehlenden Information nicht nach Leistungsgruppen ausgewiesen werden können.

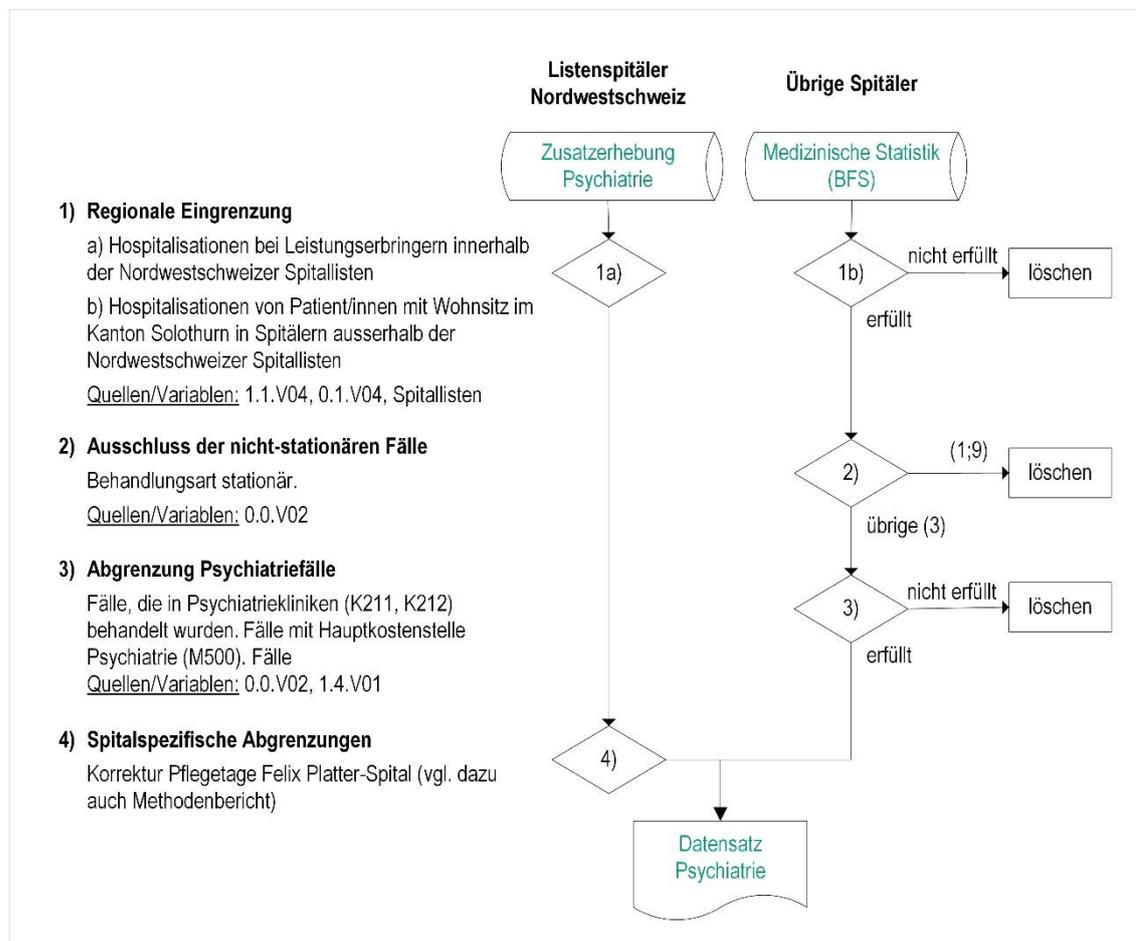


ABBILDUNG 44: GENERIERUNG DES DATENSATZES PSYCHIATRIE

Nachfolgend werden Angebot, Nachfrage und Patientenströme hinsichtlich der stationären, psychiatrischen Versorgung im Kanton Solothurn 2011 bis 2013 sowie die Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung in der Nordwestschweiz beschrieben.⁹⁴

⁹³ Vgl. Methodenbericht zum Monitoring.

⁹⁴ Nicht eingeschlossen sind die ambulanten Versorgungsangebote der Psychiatrie.

1 Angebot

Im vorliegenden Kapitel zum Angebot der stationären psychiatrischen Versorgung liegt der Fokus auf den Leistungserbringern, d.h. auf den Spitälern der Solothurner Spitallisten. **Abbildung 45** zeigt die durch Spitäler mit Standort im Kanton Solothurn erbrachten stationären, psychiatrischen Leistungen in den Jahren 2011 bis 2013. Diese werden zum einen anhand der Gesamtzahl behandelter Fälle und zum anderen anhand der Gesamtzahl an Pflēgetagen ausgewiesen. Als Fall gezählt wird dabei eine Hospitalisation mit Austrittsdatum im betreffenden Auswertungsjahr. Die Pflēgetage dagegen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Pflēgetage im jeweiligen Datenjahr, unabhängig vom Eintritts- bzw. Austrittsdatum der Patienten. Da die Solothurner Spitäler AG der einzige Leistungserbringer mit Standort im Kanton Solothurn auf der kantonalen Spitalliste zur stationären Psychiatrie ist, beziehen sich die nachfolgend ausgewiesenen Kennzahlen auf ebendiese.

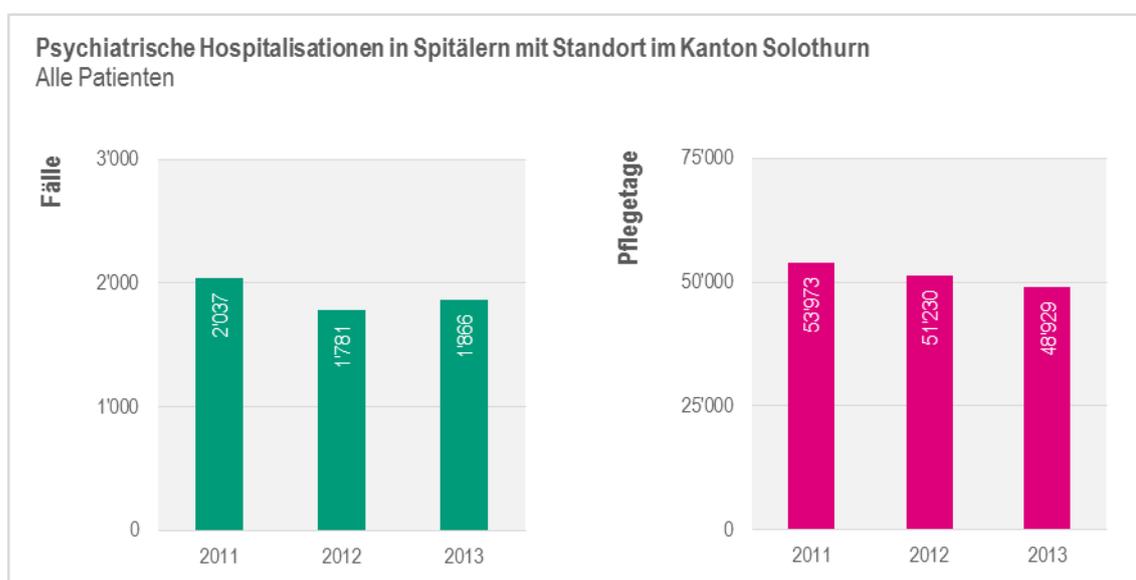


ABBILDUNG 45: ANGEBOT PSYCHIATRIE - FÄLLE UND PFLĒGETAGE 2011-2013

Wie aus Abbildung 45 ersichtlich wird, ist sowohl hinsichtlich der Gesamtzahl behandelter Fälle als auch in Bezug auf die Gesamtzahl der Pflēgetage in den Jahren 2011 bis 2013 eine Abnahme zu verzeichnen. Zwischen 2011 und 2012 zeigt sich eine deutliche Abnahme an Fällen, die in der Solothurner Spitäler AG hospitalisiert wurden. Im 2013 steigt diese Zahl wieder leicht auf 1'866 Fälle an. Die geleisteten Pflēgetage gehen kontinuierlich von 53'973 Tagen im Jahr 2011 auf 48'929 Tage im 2013 zurück. Die Abnahme zwischen 2011 und 2012 ist bedingt durch eine Anpassung der Zuordnung bzw. Zählweise der Leistungen bei der Solothurner Spitäler AG, wobei die Leistungen der tagesklinischen Angebote bis 2011 als stationäre Leistungen kategorisiert wurden und ab 2012 innerhalb der ambulanten Angebote berücksichtigt werden. Konkret betrifft dies im Jahr 2011 415 Fälle und 12'391 Pflēgetage.⁹⁵

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

⁹⁵ Vgl. Geschäftsbericht 2012 www.so-h.ch.

Kanton Solothurn	2011			2012			2013		
	Fälle	PT	MA _{So}	Fälle	PT	MA _{So}	Fälle	PT	MA _{So}
	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%
Kantonale Listenspitäler	2'037	53'973	62.5%	1'781	51'230	55.8%	1'866	48'929	52.1%
Solothurner Spitäler AG	2'037	53'973	62.5%	1'781	51'230	55.8%	1'866	48'929	52.1%
Ausserkantonale Listenspitäler	2'044	88'902	9.7%	2'158	98'479	11.5%	2'255	94'749	12.4%
Psychiatrie Baselland	1'707	67'566	6.9%	1'816	77'057	6.7%	1'899	72'917	7.6%
Klinik Südhang	337	21'336	2.8%	342	21'422	4.8%	356	21'832	4.8%
Übrige Spitäler			27.8%			32.7%			35.5%
			100.0%			100.0%			100.0%

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

Gemäss Tabelle 44 verfügt die Solothurner Spitäler AG als einziges Listenspital mit Standort im Kanton Solothurn über den weitaus höchsten Marktanteil mit 52.1% der Pflgetage im Jahr 2013 zugunsten von Solothurner Patienten. Auf die zwei ausserkantonalen Listenspitäler entfallen im Jahr 2013 12.4% der Leistungen. Gleichzeitig beziehen sich im Jahr 2013 über ein Drittel der Leistungen auf Leistungserbringer ausserhalb der Spitalliste des Kantons Solothurn. Rund die Hälfte dieser Leistungen verteilt sich auf Spitäler mit Standort in den übrigen Nordwestschweizer Kantonen, die andere Hälfte bezieht sich auf Leistungserbringer ausserhalb der Nordwestschweiz.

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

Kanton Solothurn	Veränderung 2011-2013					
	Fälle		PT		MA _{So}	
	Anz.	%	Anz.	%	pp	
Kantonale Listenspitäler	-171		-5'044		-10.4%	
Solothurner Spitäler AG	-171	-8.4%	-5'044	-9.3%	-10.4%	
Ausserkantonale Listenspitäler					+2.7%	
Psychiatrie Baselland					+0.7%	
Klinik Südhang					+2.0%	
Übrige Spitäler					+7.7%	

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

Tabelle 45 zeigt, dass bei der Solothurner Spitäler AG im Jahr 2013 im Vergleich zum Jahr 2011 insgesamt -171 Fälle weniger behandelt wurden. Im selben Zeitraum nahmen die Pflgetage ebenfalls um -5'044 Tage ab. Diese Abnahme führt denn zwischen 2011 und 2013 auch zu einem deutlichen Rückgang des Marktanteils der Solothurner Spitäler AG um -10.4%.⁹⁶ Gleichzeitig nehmen die Marktanteile der ausserkantonalen Listenspitäler (+2.7%) sowie der übrigen Spitäler (+7.7%) zu. Wie bereits erwähnt, ist die Abnahme bei der Solothurner Spitäler AG auf eine angepasste Kategorisierung der tagesklinischen Angebote zurückzuführen.

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

⁹⁶ Vgl. dazu Kapitel D.3.1 zur Abwanderung.

2 Nachfrage

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

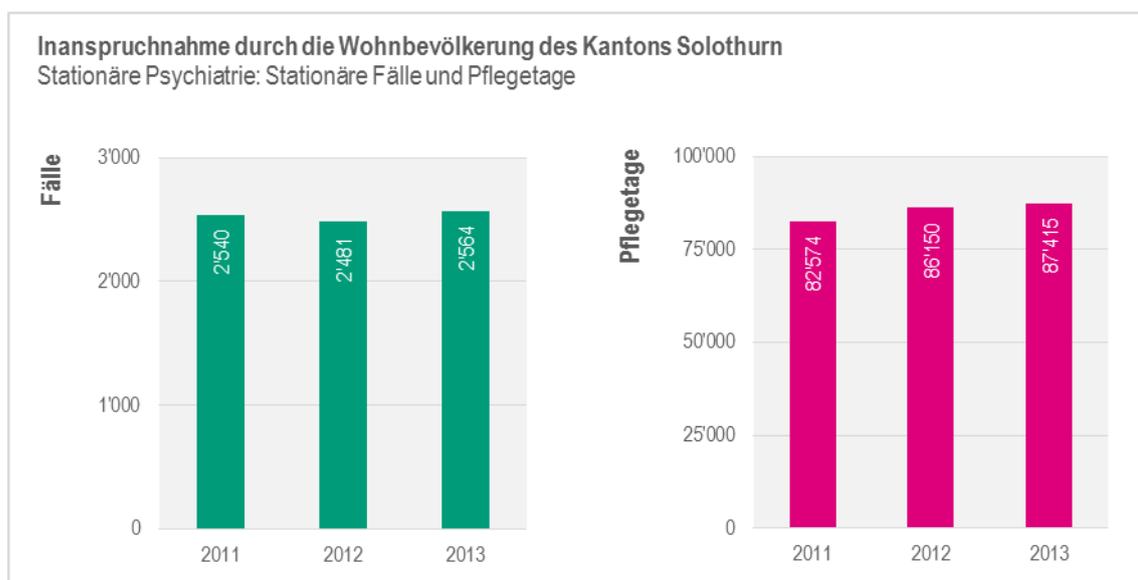


ABBILDUNG 46: NACHFRAGE PSYCHIATRIE - FÄLLE UND PFLERGETAGE 2011-2013

Betrachtet man die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen durch die Solothurner Bevölkerung anhand von Abbildung 46, so erweist sich die Zahl der Hospitalisationen als weitgehend stabil. Zwischen 2011 und 2012 ist ein Rückgang von 2'540 auf 2'481 Fälle festzustellen, zum Jahr 2013 ist wiederum ein Anstieg auf 2'564 Hospitalisationen zu verzeichnen. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von +0.5%. Die Hospitalisationsrate steigt infolgedessen zwischen 2012 von 9.6 Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner auf 9.8 im Jahr 2013 an.⁹⁷ Die beanspruchten Pflergetage steigen von 82'574 im Jahr 2011 auf 87'415 im Jahr 2013.

Tabelle 46 enthält die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen durch die Wohnbevölkerung des Kantons Solothurn für die Jahre 2011 bis 2013 nach Leistungsgruppen. Ausgewiesen werden die Zahl der Fälle sowie die Zahl der Pflergetage pro Leistungsgruppe. Ausserdem ist der Anteil der Pflergetage pro Leistungsgruppe an der Gesamtzahl der Pflergetage im Jahr 2013 in Form von Balken dargestellt, welche die relative Bedeutung der Leistungsbereiche und -gruppen visualisieren.⁹⁸

⁹⁷ Der Vergleich der Hospitalisationsraten ist infolge der angepassten Zuordnung tagesklinischer Leistungen innerhalb der Solothurner Spitäler AG erst ab 2012 sinnvoll möglich (vgl. vorangehendes Kapitel D.1).

⁹⁸ In Tabelle 46 nicht ausgewiesen sind die Leistungsgruppen des Leistungsbereichs *Spezialangebote Erwachsenenpsychiatrie*. Dieser Bereich umfasst Leistungsgruppen, die im Rahmen der Erhebung lediglich als Doppelzählung erhoben wurden. Der Grund dafür ist, dass die notwendigen Informationen zur Zuordnung in diese Leistungsgruppen nicht in jedem Fall aus den klinikspezifischen Controllingsystemen extrahiert werden können. Die Fallzahlen innerhalb der betreffenden Leistungsgruppen müssen demgemäss als unvollständig eingeschätzt werden. Die Gesamtzahl der Fälle bzw. Pflergetage wird jedoch dadurch nicht tangiert, da die Fälle und Pflergetage der betreffenden Leistungsgruppen bereits in einer der übrigen Leistungsgruppen enthalten sind.

Kanton Solothurn Leistungsbereiche/-gruppen	2011		2012		2013		
	Fälle Anz.	PT Anz.	Fälle Anz.	PT Anz.	Fälle Anz.	PT Anz.	%
Erwachsenenpsychiatrie	1'529	35'502	1'345	35'431	1'394	41'816	47.8%
Grundversorgung und Akutbehandlung	1'185	26'718	1'172	27'771	952	26'698	30.5%
Stationäre Psychiatrie inkl. somato-psych. Behandl.	308	7'401	120	5'571	212	11'301	12.9%
Psychiatrische Rehabilitation	33	1'232	47	1'689	29	1'298	1.5%
Essstörungen	3	151	6	400	201	2'519	2.9%
Psych.Verhaltensstörungen infolge Abhängigk.	344	8'495	406	11'444	545	13'546	15.5%
Grundversorgung (v. a. Entzug, Krisenintervention)	309	5'761	359	6'877	494	9'523	10.9%
Entwöhnungstherapie	35	2'734	45	4'394	50	3'943	4.5%
Verhaltenssüchte	0	0	2	173	1	80	0.1%
Alterspsychiatrie	354	15'818	329	14'842	213	9'180	10.5%
Alterspsychiatrische Grundversorgung	259	9'204	273	9'181	161	4'968	5.7%
Spezialisierte Langzeitbehandlung	95	6'614	56	5'661	52	4'212	4.8%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	61	7'480	59	6'666	81	5'794	6.6%
Grundversorgung Kinderpsychiatrie (0-12 Jahre)	21	3'653	16	2'653	11	1'459	1.7%
Grundversorgung Jugendpsychiatrie (13-17 Jahre)	27	2'820	25	2'576	63	3'612	4.1%
Essstörungen	13	1'007	18	1'437	7	723	0.8%
Suchtbehandlungen	0	0	0	0	0	0	0.0%
Forensik	3	382	7	543	10	1'420	1.6%
Krisenintervention für Jugendliche und Erwachsene im Strafvollzug u. Vollzug von strafrechtl. Massn.	3	382	7	543	10	1'420	1.6%
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme^(a)	249	14'897	335	17'224	321	15'659	17.9%
Total	2'540	82'574	2'481	86'150	2'564	87'415	100.0%

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

TABELLE 46: NACHFRAGE PSYCHIATRIE – FÄLLE UND PFLEGETAGE PRO LEISTUNGSGRUPPE 2011-13

Anhand des integrierten Balkendiagramms in Tabelle 46 wird die Verteilung der Pflgetage zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen bzw. -gruppen deutlich. Fast die Hälfte der Pflgetage im Jahr 2013 ist dem Leistungsbereich *Erwachsenenpsychiatrie* (47.8%) zuzuschreiben. Innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie werden durch die Solothurner Bevölkerung insbesondere Leistungen der *Grundversorgung und Akutbehandlung* (30.5%) sowie der *stationären Psychiatrie* (12.9%) in Anspruch genommen. Weitere wesentliche Anteile an Leistungen erfolgen in den Bereichen *Psychische Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten* (15.5%) und *Alterspsychiatrie* (10.5%). Einen Anteil von 6.6% weist die *Kinder- und Jugendpsychiatrie* auf. Schliesslich beziehen sich lediglich 1.6% der Pflgetage auf den Leistungsbereich *Forensik*, worin sowohl die Krisenintervention bei Jugendlichen und Erwachsenen im Strafvollzug als auch der Vollzug strafrechtlicher Massnahmen subsumiert sind.

Wie bereits erwähnt, umfasst die Datengrundlage für die vorliegenden Auswertungen sowohl die Ergebnisse aus den spezifisch für das Monitoring durchgeführten Erhebungen bei den Listenspitälern der Nordwestschweizer Kantone sowie Daten aus der Medizinischen Statistik. Letztere beziehen sich auf die Hospitalisationen von Nordwestschweizer Patienten bei Leistungserbringern, die nicht auf den Spitalisten der Nordwestschweizer Kantone figurieren. Aufgrund der Informationen aus der Medizinischen Statistik können diese nicht den Leistungsgruppen gemäss Tabelle 46 zugeordnet werden und sind deshalb in der Kategorie *nicht zuordenbare Inanspruchnahme* zusammengefasst. Im Jahr 2013 entfallen 17.9% der beanspruchten Pflgetage auf diese Kategorie.

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

Leistungsbereiche	Kanton Solothurn					
	Fälle			Veränderung 2011-2013		
	Anz.	PT	PT	Anz.	PT	% (b)
Erwachsenenpsychiatrie	-135		+6'314		+17.8%	
Psych.Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeit	+201		+5'051		+59.5%	
Alterspsychiatrie	-141		-6'638		-42.0%	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	+20		-1'686		-	-
Forensik	+7		+1'038		-	-
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme (a)	+72		+762		+5.1%	
Total	+24		+4'841		+5.9%	

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

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

TABELLE 47: NACHFRAGE PSYCHIATRIE – VERÄNDERUNG FALLZAHLEN UND PFLÉGETAGE PRO LEISTUNGSBEREICH 2011-13

Im Leistungsbereich *Erwachsenenpsychiatrie* zeigt sich eine Abnahme der Fallzahl (-135 Fälle) und eine Zunahme der Pflégetage (+6'314 PT). Eine gleichzeitige Zunahme der Fallzahl und der Pflégetage ist in den Leistungsbereichen *Psychische Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten* (+201 Fälle, +5'051 PT) und *Forensik* (+7 Fälle, +1'038 PT) zu beobachten. Auffallend ist dabei die markante Zunahme der Pflégetage bei den *Psychischen Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten* um +59.5% innerhalb von zwei Jahren. Die *Alterspsychiatrie* verzeichnet sowohl eine Abnahme der Fälle (-141 Fälle) als auch der Pflégetage (-6'638), wobei die Abnahme der Pflégetage einem prozentualen Rückgang von -42% entspricht. Der Rückgang innerhalb der Alterspsychiatrie lässt sich dabei auf die Solothurner Spitäler AG zurückführen. Die Abnahme der alterspsychiatrischen Fälle und Pflégetage 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.⁹⁹

Insgesamt ist im Kanton Solothurn ein Anstieg der psychiatrischen Inanspruchnahme um +5.9% – gemessen an den Pflégetagen – festzustellen.

3 Patientenströme

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

⁹⁹ Vgl. Geschäftsbericht 2012 www.so-h.ch.

3.1 Abwanderung

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

Kanton Solothurn		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Standortkanton des Spitals		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
SO		1'924	75.7%	1'706	68.8%	1'709	66.7%	-215	-9.1%
Abwanderung		616	24.3%	775	31.2%	855	33.3%	+239	+9.1%
NWCH	AG	83	3.3%	100	4.0%	146	5.7%	+63	+2.4%
	BL	164	6.5%	174	7.0%	219	8.5%	+55	+2.1%
	BS	83	3.3%	102	4.1%	109	4.3%	+26	+1.0%
übrige Schweiz	AI	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	AR	6	0.2%	10	0.4%	1	0.0%	-5	-0.2%
	BE	191	7.5%	254	10.2%	277	10.8%	+86	+3.3%
	FR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	GE	1	0.0%	3	0.1%	2	0.1%	+1	+0.0%
	GL	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	-1	-0.0%
	GR	2	0.1%	7	0.3%	14	0.5%	+12	+0.5%
	JU	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	-1	-0.0%
	LU	15	0.6%	17	0.7%	6	0.2%	-9	-0.4%
	NE	2	0.1%	1	0.0%	0	0.0%	-2	-0.1%
	NW	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	OW	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	-1	-0.0%
	SG	2	0.1%	6	0.2%	1	0.0%	-1	-0.0%
	SH	1	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	-1	-0.0%
	SZ	0	0.0%	1	0.0%	3	0.1%	+3	+0.1%
	TG	12	0.5%	28	1.1%	29	1.1%	+17	+0.7%
	TI	1	0.0%	1	0.0%	2	0.1%	+1	+0.0%
	UR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	VD	1	0.0%	1	0.0%	1	0.0%	+0	-0.0%
	VS	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
ZG	21	0.8%	22	0.9%	21	0.8%	+0	-0.0%	
ZH	28	1.1%	46	1.9%	24	0.9%	-4	-0.2%	
Total		2'540	100.0%	2'481	100.0%	2'564	100.0%	+24	

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

Der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn nimmt über die Jahre 2011 bis 2013 um +9.1 Prozentpunkte zu. Dies kann mit dem unter Kapitel D.1 aufgezeigten abnehmenden Angebot an psychiatrischen Hospitalisationen im Kanton Solothurn entgegen der allgemeinen Entwicklung eines Anstiegs an Fallzahlen und Pflgetagen in der Nordwestschweiz erklärt werden. Der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn beträgt sodann im Jahr 2013 33.3%. Somit nimmt im Jahr 2013 ein Drittel der Solothurner Patienten, derselbe Anteil wie im Kanton Basel-Landschaft, stationäre psychiatrische Leistungen in anderen Kantonen in Anspruch.

Häufigster Zielkanton für Solothurner Patienten ist der Kanton Bern mit 277 Hospitalisationen im Jahr 2013. Zwischen 2011 und 2013 nimmt der Anteil dieser Hospitalisationen um +3.3 Prozentpunkte zu oder mit anderen Worten: Erfolgten im Jahr 2011 7.5% der psychiatrischen Hospitalisationen von Solothurner Patienten in Einrichtungen mit Standort im Kanton Bern, so waren es im Jahr 2013 10.8%. Neben dem Kanton Bern sind die drei anderen Nordwestschweizer Kantone, der Kanton Basel-Landschaft (8.5% der Hospitalisationen von Solothurner Patienten im Jahr 2013), der Kanton Aargau (5.7%) und der Kanton Basel-Stadt (4.3%) die häufigsten Zielkantone.

Die Abwanderung in diese Kantone kann mit ihrer geografischen Nähe für die Wohnbevölkerung des Kantons Solothurns erklärt werden. Zudem figurieren die Psychiatrie Baselland und die Berner Klinik Südhang auf der Spitalliste des Kantons Solothurn.

3.2 Zuwanderung

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

Kanton Solothurn	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Wohnkanton Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
SO	1'924	94.5%	1'706	95.8%	1'709	91.6%	-215	-2.9%
Zuwanderung	113	5.5%	75	4.2%	157	8.4%	+44	+2.9%
AG	26	1.3%	19	1.1%	16	0.9%	-10	-0.4%
BS	6	0.3%	3	0.2%	4	0.2%	-2	-0.1%
BL	5	0.2%	7	0.4%	6	0.3%	+1	+0.1%
LU	3	0.1%	4	0.2%	2	0.1%	-1	-0.0%
ZH	3	0.1%	4	0.2%	11	0.6%	+8	+0.4%
BE	56	2.7%	23	1.3%	49	2.6%	-7	-0.1%
ZG	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	+0	+0.0%
übrige CH	5	0.2%	6	0.3%	3	0.2%	-2	-0.1%
Ausland	9	0.4%	7	0.4%	2	0.1%	-7	-0.3%
unbekannt	0	0.0%	0	0.0%	64	3.4%	+64	+3.4%
Total	2'037	100.0%	1'781	100.0%	1'866	100.0%	-171	

TABELLE 49: ZUWANDERUNG AUSSERREGIONALER PATIENTEN BEI PSYCHIATRISCHEN HOSPITALISATIONEN 2011-2013

Die überwiegende Mehrheit der in der Solothurner Spitäler AG behandelten Patienten stammt aus dem Kanton Solothurn, im Jahr 2013 sind es 91.6% der Fälle. Der Anteil ausserkantonaler Patienten beläuft sich im Jahr 2011 auf 113 Fälle (5.5%) und im Jahr 2013 auf 157 Fälle (8.4%).

Der Kanton Bern (2.6% der Hospitalisationen in der Solothurner Spitäler AG im Jahr 2013) und der Kanton Aargau (0.9%) sind die bedeutendsten Zuwanderungskantone. Im Jahr 2013 finden zudem 3.4% der Hospitalisationen in der Solothurner Spitäler AG für Patienten statt, die keinem der Kantone zugeordnet werden können. Auch wenn man diese Patienten ausschliessen würde, wäre zwischen 2012 und 2013 ein Anstieg der Zuwanderung bemerkbar.

4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage

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

4.1 Erreichbarkeitsanalyse

Die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)¹⁰⁰ formuliert in ihrem Leitfaden für die Psychiatrieplanung folgende Vorgabe betreffend die Erreichbarkeit psychiatrischer Dienste:

¹⁰⁰ Vgl. GDK (2008, S.23).

„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 in der Leistungsgruppe *Grundversorgung mit Akutbehandlung* eingeschlossen. Ein Leistungsauftrag *Grundversorgung mit Akutbehandlung* erfordert eine Notfallstation, die rund um die Uhr ärztlich besetzt ist.¹⁰¹ Der Fokus der Erreichbarkeitsanalyse liegt somit auf der psychiatrischen Notfallversorgung und weicht von der durch die GDK formulierten Zielvorgabe (psychiatrische Dienste) ab. Ambulante Angebote und Tageskliniken werden nicht berücksichtigt. Ausserdem werden nicht die Wegzeiten mit dem öffentlichen Verkehr berechnet, sondern, in Analogie zu den Auswertungen Akutsomatik, die Fahrzeiten mit dem Privatverkehr. Nichtsdestotrotz soll die Vorgabe der GDK als Leitlinie für die Erreichbarkeitsanalyse dienen.

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

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

TABELLE 50: ERREICHBARKEIT DER PSYCHIATRISCHEN NOTFALLVERSORGUNG, TABELLE

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

¹⁰¹ Vgl. Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau (2014).

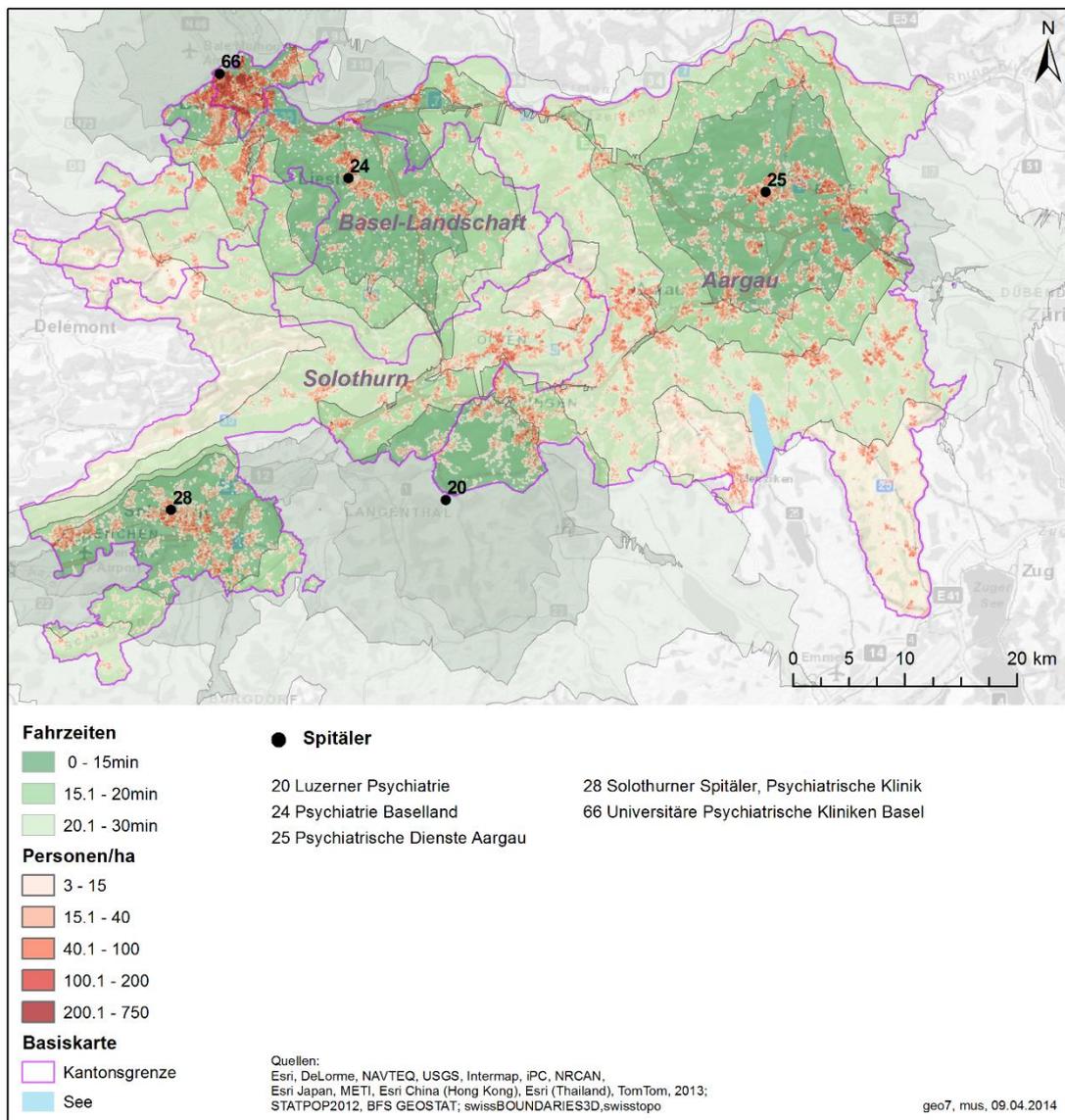


ABBILDUNG 47: ERREICHBARKEIT DER PSYCHIATRISCHEN NOTFALLVERSORGUNG, KARTE

Rund 50% der Nordwestschweizer Bevölkerung erreichen das nächstgelegene Angebot der psychiatrischen Notfallversorgung in bis zu 15 Minuten, weitere 20.7% liegen innerhalb eines Radius von 20 Minuten Fahrzeit. In 30 Minuten erreichen insgesamt 94% der Nordwestschweizer Bevölkerung das nächstgelegene Angebot der psychiatrischen Notfallversorgung. Für 6% liegt das nächstgelegene Angebot in einer Entfernung von über 30 Minuten. Betrachtet man die Solothurner Wohnbevölkerung, so erreichen 59% eine psychiatrische Klinik mit 24-Stunden-Aufnahme innert 20 Minuten und 93.6% innert 30 Minuten.

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

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

5 Fazit Psychiatrie

5.1 Steigende Fallzahlen und Pflegetage bzgl. Angebot und Inanspruchnahme

Für die Solothurner Spitäler AG ist ein Rückgang der Fallzahlen zwischen 2011 und 2012 sowie ein Anstieg zwischen 2012 und 2013 zu beobachten. Die auffällige Abnahme zwischen 2011 und 2012 lässt sich auf eine Anpassung der Fallzuordnung zurückzuführen, wobei die teilstationären Fälle bis 2011 innerhalb der stationären Leistungen gezählt wurden. Korrigiert man für diesen Umstand, kann für den Zeitraum zwischen 2011 und 2013 von einem kontinuierlichen Anstieg der psychiatrischen Hospitalisationen in der Solothurner Spitäler AG ausgegangen werden. Hinsichtlich der geleisteten Pflegetage ist zwischen 2012 und 2013 eine sinkende Tendenz feststellbar.

Der Effekt aufgrund der veränderten Zählweise macht sich folglich auch in Bezug auf die Nachfrage psychiatrischer Leistungen durch die Wohnbevölkerung des Kantons Solothurn bemerkbar, für welche sich ebenso ein Rückgang der Hospitalisationen zwischen 2011 und 2012 sowie ein Anstieg zwischen 2012 und 2013 bemerkbar machen. Ausgehend vom Anstieg von 2'481 Fällen im Jahr 2012 auf 2'564 im Jahr 2013 ist auch hinsichtlich der Inanspruchnahme von einem steigenden Trend auszugehen, was im Zusammenhang mit dem Bevölkerungswachstum plausibel ist.

Betrachtet man die Entwicklung der Inanspruchnahme nach Leistungsgruppen ist insbesondere für die psychischen Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten ein wesentlicher Anstieg festzustellen. Die geleisteten Pflegetage stiegen zwischen 2011 und 2013 um 59.5%.

5.2 Solothurner Spitäler AG als zentraler Leistungserbringer

Auf die Solothurner Spitäler AG als einziger Leistungserbringer mit Standort im Kanton Solothurn sind im Jahr 2013 über die Hälfte der stationären psychiatrischen Leistungen zugunsten der kantonalen Bevölkerung zurückzuführen (52.1%). Gleichzeitig beziehen sich im Jahr 2013 über ein Drittel der Leistungen auf Leistungserbringer ausserhalb der Spitalliste des Kantons Solothurn. Rund die Hälfte dieser Leistungen verteilt sich auf Spitäler mit Standort in den übrigen Nordwestschweizer Kantonen, die andere Hälfte bezieht sich auf Leistungserbringer ausserhalb der Nordwestschweiz.

5.3 Zunahme der Patientenströme

Sowohl für die Zuwanderung ausserkantonalen Patienten als auch für die Abwanderung von Solothurner Patienten kann anhand der Jahre 2012 und 2013 ein steigender Trend ausgemacht werden. So beziehen sich zum Beispiel im Jahr 2013 ein Drittel der psychiatrischen Hospitalisationen von Solothurner Patienten auf Behandlungen ausserhalb des Kantons, was einem Anstieg um +2.1 Prozentpunkte zwischen 2012 und 2013 gleichkommt.

Häufigster Zielkanton für Solothurner Patienten ist der Kanton Bern. 10.2% der Hospitalisationen von Solothurner Patienten erfolgten im Jahr 2013 in Berner Spitälern. Darüber hinaus sind im Zusammenhang mit der psychiatrischen Versorgung der Solothurner Wohnbevölkerung insbesondere die übrigen Nordwestschweizer Kantone von Bedeutung. Zusammengenommen erfolgten 18.5% der Hospitalisationen von Solothurner Patienten im Jahr 2013 in den übrigen Nordwestschweizer Kantonen.

5.4 Gute Notfallversorgung

Ausgehend vom Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK¹⁰² und der durchgeführten Erreichbarkeitsanalyse betreffend die psychiatrische Notfallversorgung kann die Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung im Kanton Aargau als überaus gut beurteilt werden. 59% der Solothurner Bevölkerung erreichen eine psychiatrische Klinik mit 24-Stunden-Aufnahme innert 20 Minuten erreicht, 93.6% innert 30 Minuten.

¹⁰² Vgl. GDK (2007).

E. Rehabilitation

Das vorliegende Kapitel zur Rehabilitation basiert auf den Auswertungen der Daten, die im Rahmen der Zusatzerhebung bei den Spitälern¹⁰³ mit einem Leistungsauftrag im Bereich Rehabilitation von mindestens einem der Nordwestschweizer Kantone erhoben wurden.^{104,105}

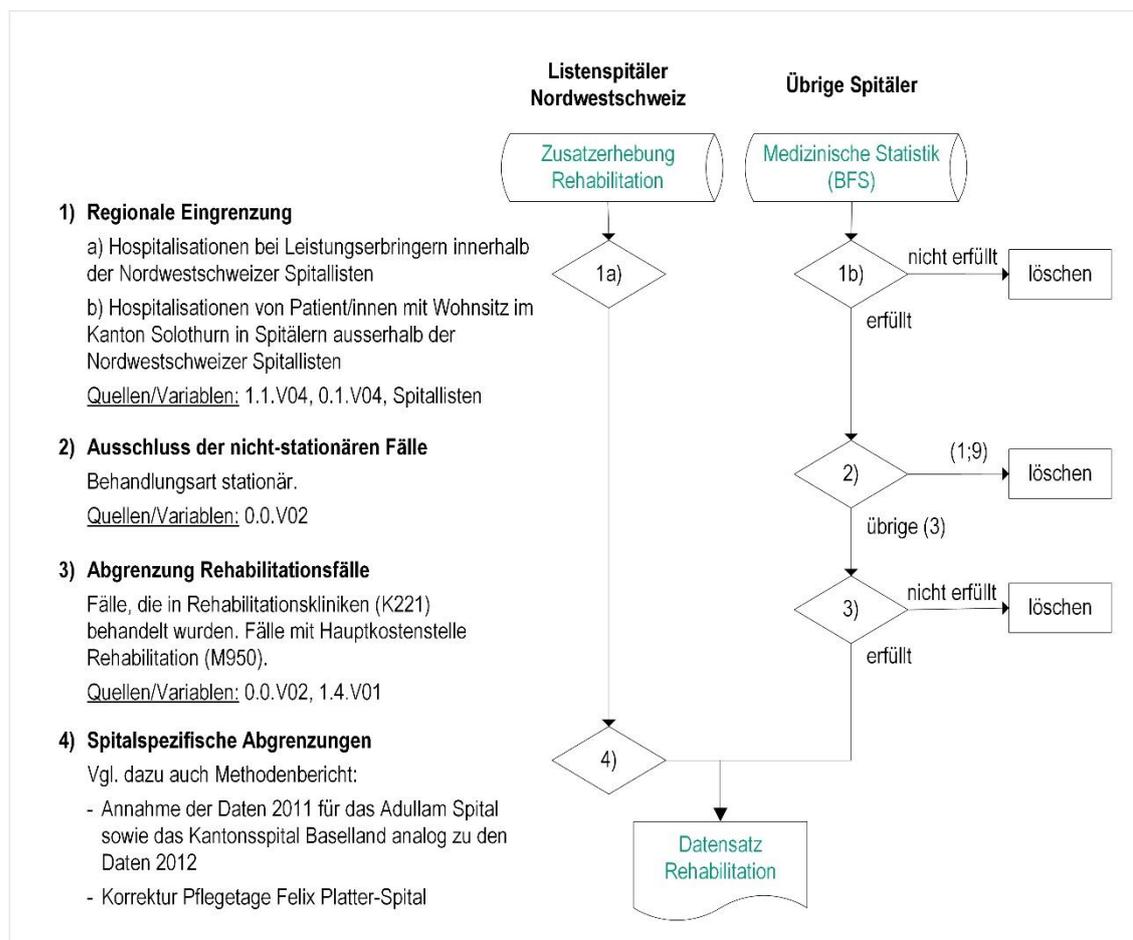


ABBILDUNG 48: GENERIERUNG DES DATENSATZES REHABILITATION

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

¹⁰³ 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.

¹⁰⁴ 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.

¹⁰⁵ Das Kantonsspital Baselland sowie das Adullam Spital konnten die Abgrenzung zwischen akutsomatischen und Rehabilitationsfällen für das Jahr 2011 nicht herstellen. Damit aber gleichwohl Vergleiche zwischen den Jahren 2011, 2012 und 2013 sinnvoll möglich sind, wurden diese Daten geschätzt. Dabei wurde angenommen, dass die Zahl der Fälle und Pflagetage sowie die weiteren Eigenschaften (Leistungsgruppen, Herkunftskanton, Liegeklasse) im Jahr 2011 identisch sind wie im Jahr 2012.

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

Nachfolgend werden Angebot, Nachfrage und Patientenströme hinsichtlich der stationären Versorgung in Bezug auf die Rehabilitation im Kanton Solothurn 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 Solothurner Spitalliste und ihrem Angebot. Einen Überblick zu den Fallzahlen und geleisteten Pflēgetagen 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 Pflēgetage aufgezeigt.

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

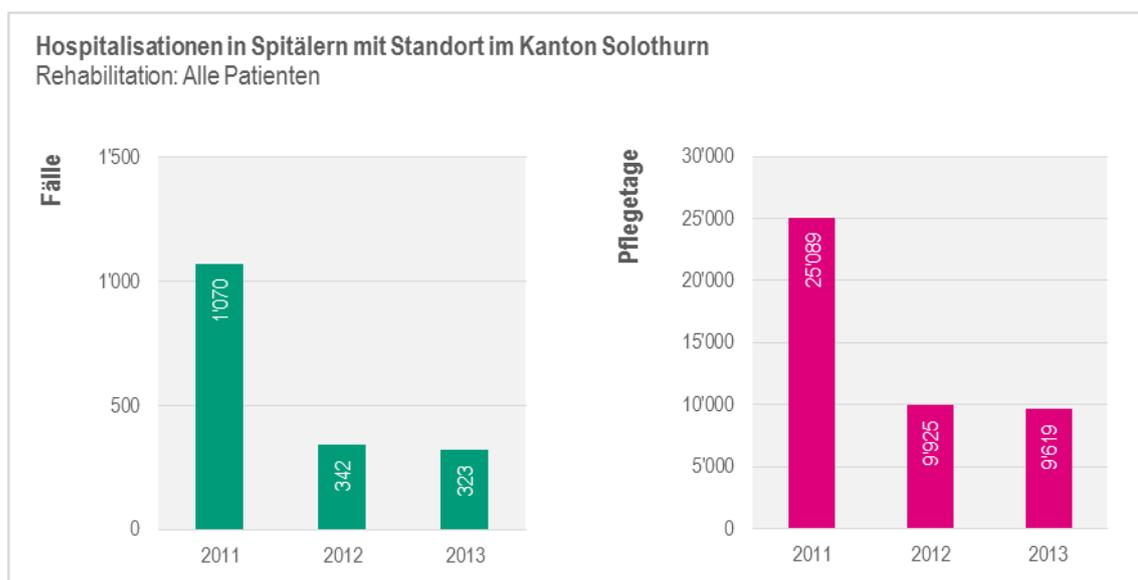


ABBILDUNG 49: ANGEBOT REHABILITATION - FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Wie aus Abbildung 49 ersichtlich wird, nimmt die Anzahl Hospitalisationen im Bereich der Rehabilitation in Solothurner Spitälern zwischen 2011 und 2013 von 1'070 auf 323 deutlich ab. Die Anzahl geleisteter Pflēgetage nimmt im gleichen Zeitraum ebenfalls stark ab, von 25'089 auf 9'619 im Jahr 2013 zu. Dieser Rückgang ist auf 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 zurückzuführen. 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 nachfolgende **Tabelle 51** weist die Fallzahlen und Pfl egetage (PT) pro Spital aus, wobei unterschieden wird zwischen Leistungserbringern mit Standort im Kanton Solothurn und ausserkantonalen Leistungserbringern, die auf der Spitalliste des Kantons Solothurn aufgeföhrt sind. Darüber hinaus beinhaltet Tabelle 51 Angaben zum prozentualen Marktanteil des jeweiligen Spitals an den gesamthaft für Solothurner Patienten geleisteten Pfl egetagen (MA_{SO}). Damit unterscheidet sich der prozentuale Marktanteil bezüglich des Patientenkreises von den Angaben zu den Fällen und Pfl egetagen, indem nicht alle geleisteten Pfl egetage, sondern nur diejenigen, die für Solothurner Patienten geleistet wurden, in die Berechnung einbezogen werden. Betreffend den Marktanteil werden ebenfalls die Spitäler einbezogen, die nicht auf der Solothurner Spitalliste aufgeföhrt sind. Diese sind in der Kategorie und als *übrige Spitäler* zusammengefasst.

Kanton Solothurn	2011			2012			2013		
	Fälle	PT	MA _{SO}	Fälle	PT	MA _{SO}	Fälle	PT	MA _{SO}
	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%	Anz.	Anz.	%
Kantonale Listenspitäler	1'070	25'089	40.8%	342	9'925	18.8%	323	9'619	17.1%
Solothurner Spitäler AG	1'070	25'089	40.8%	342	9'925	18.8%	323	9'619	17.1%
Ausserkantonale Listenkliniken	5'799	196'167	25.6%	5'956	199'954	34.3%	6'305	199'775	32.7%
Reha Rheinfelden	1'978	57'714	8.0%	1'921	59'986	11.6%	1'946	60'867	11.5%
Klinik Barmelweid	1'697	37'517	6.9%	1'687	37'590	9.8%	1'569	32'757	7.1%
Kantonsspital Baselland	1'035	26'699	4.4%	1'035	26'699	4.5%	1'297	29'624	6.0%
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	675	46'668	3.7%	893	47'943	5.5%	1'096	48'715	5.9%
REHAB Basel	414	27'569	2.8%	420	27'736	2.9%	397	27'812	2.2%
Übrige Spitäler			33.5%			46.9%			50.2%
			100.0%			100.0%			100.0%

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

Gemäss **Tabelle 51** ist die Solothurner Spitäler AG die einzige Institution, die rehabilitative Leistungen im Kanton Solothurn anbietet. Aus der Tabelle 51 wird ebenfalls ersichtlich, dass die Solothurner Spitäler AG einen markanten Rückgang an Fällen zwischen 2011 und 2012 verzeichnet. Wie bereits erwähnt kann dies auf den Transfer der Leistungsangebote der Klinik Allerheiligenberg an andere Standorte der Solothurner Spitäler AG per Ende März 2011 zurückgeföhrt werden. Im Jahr 2013 hat die Solothurner Spitäler AG noch 323 Patienten, mit 9'619 Pfl egetagen behandelt. Somit ist ihr Marktanteil von 40.8% auf 17.1% der Gesamtnachfrage der Solothurner Bevölkerung gesunken. Die ausserkantonalen Listenspitäler decken 32.7% der Solothurner Nachfrage ab, die übrigen Spitäler weisen einen Marktanteil von 50.2% auf.

Die nachfolgende **Abbildung 50** zeigt den Anteil Patienten der Liegeklasse halbprivat/privat für das Jahr 2013 für alle Spitäler mit Standort in der Nordwestschweiz.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Es wird auf eine Darstellung der Anzahl Patienten nach Liegeklasse für die Jahre 2011 und 2012 verzichtet, da aus den Veränderungen keine klaren Tendenzen feststellbar sind.

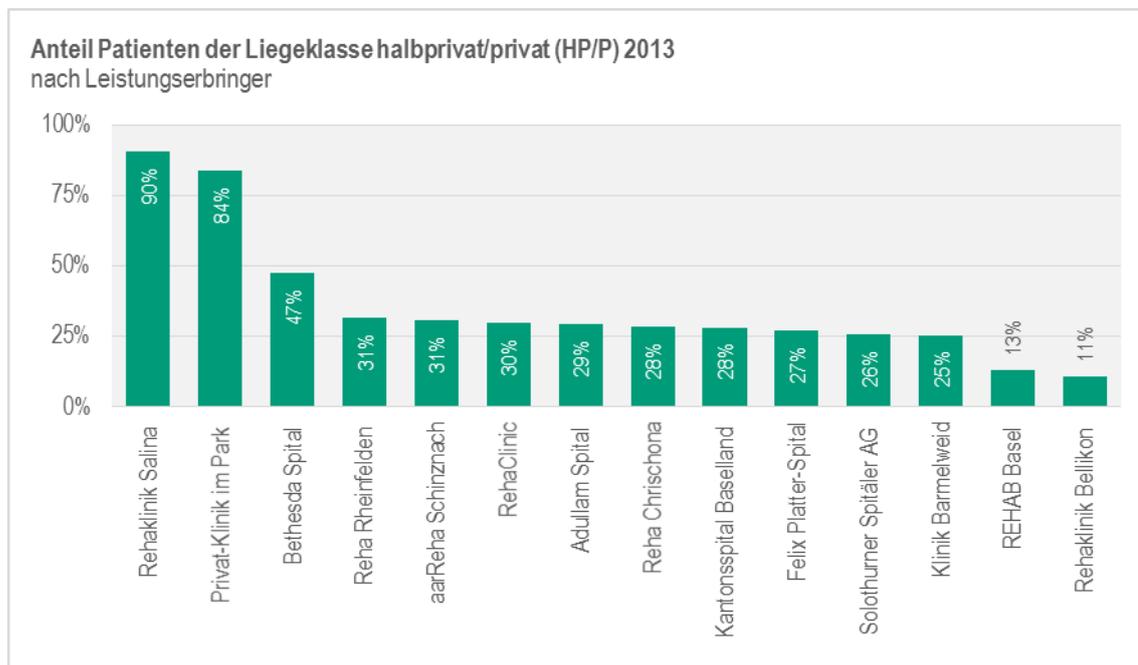


ABBILDUNG 50: ANTEIL PATIENTEN DER LIEGEKLASSE HALBPRIVAT/PRIVAT (HP/P) NACH SPITAL, 2013

Wie **Abbildung 50** zeigt, verfügt die Solothurner Spitäler AG über einen Anteil von 25% in Bezug auf die Patienten in der Liegeklasse halbprivat bzw. privat. Die restlichen Spitäler der Solothurner Spitalliste, mit Ausnahme der REHAB Basel (13%) verzeichnen zwischen 25-30% privat oder halbprivat liegende Patienten.

Die nachfolgende **Tabelle 52** weist die Veränderung der Fallzahlen, der Pfl egetage und des Marktanteils der verschiedenen Spitäler im Bereich der Rehabilitation aus. Für die ausserkantonalen Spitäler ist ausschliesslich die Veränderung des Marktanteils ausgewiesen, weil die Veränderungen der Gesamtfallzahlen und Pfl egetage in ausserkantonalen Spitälern aus der Perspektive des Kantons Solothurn von untergeordneter Relevanz sind.

Kanton Solothurn	Veränderung 2011-2013				
	Fälle		PT		MA _{SO}
	Anz.	%	Anz.	%	pp
Kantonale Listenspitäler	-747	---	-15470	---	-23.7%
Solothurner Spitäler AG	-747	-69.8%	-15470	-61.7%	-23.7%
Ausserkantonale Listenspitäler					+7.1%
Reha Rheinfelden					+3.5%
Klinik Barmelweid					+0.2%
Kantonsspital Baselland					+1.6%
Schweizer Paraplegiker-Zentrum					+2.2%
REHAB Basel					-0.6%
Übrige Spitäler					+16.7%

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

Aus Tabelle 52 wird wiederum der Rückgang des Marktanteils der Solothurner Spitäler AG ersichtlich. Infolgedessen vergrössert sich der Marktanteil der ausserkantonalen Listenspitäler um +7 Prozentpunkte und jener der übrigen Spitäler um +17 Prozentpunkte. Bei den ausserkantonalen Listenspitälern weist mit +3.5 Prozentpunkten die Reha Rheinfelden die grösste Zunahme des Marktanteils aus.

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

2 Nachfrage

In diesem Kapitel wird die Frage beantwortet, in welchen Leistungsgruppen die Solothurner Be-völkerung Leistungen der Rehabilitation in Anspruch nimmt. Einen Überblick zu den Fallzahlen und geleisteten Pflorgetagen der Solothurner Bevölkerung sowie eine detaillierte Analyse pro Lei-stungsgruppe werden nachfolgend dargelegt. Die Veränderung der Nachfrage wird schlussendlich anhand der Entwicklung der Fallzahlen und Pflorgetage aufgezeigt.

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

Wie bereits erwähnt, sind die Leistungen in Leistungsgruppen zusammengefasst. Die Leistungs-gruppen entsprechen jenen, die im Rahmen der Spitallisten der Nordwestschweizer Kantone de-finiert wurden und sind weitgehend mit den Leistungsgruppen gemäss Definition von H+ ver-gleichbar.¹⁰⁷ 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 überwachungspflich-tiger Rehabilitation (kann mit der Frührehabilitation gleichgesetzt werden) und stationärer Reha-bilitation in den verschiedenen Leistungsgruppen.¹⁰⁸ Innerhalb des Leistungsbereichs *Rehabilita-tion Kinder und Jugendliche* definiert H+ die Leistungsgruppen analog zur Erwachsenenrehabi-lation gemäss betroffener Organe und Organsysteme unter Einbezug spezialisierter kindes- und jugendgerechten Rehabilitationskonzepte.¹⁰⁹ Insgesamt resultieren daraus für die Rehabilitation Kinder und Jugendlicher sieben Leistungsgruppen gemäss H+, die Spitallisten der Nordwest-schweizer Kantone sehen jedoch nur drei Leistungsgruppen vor (Frührehabilitation, Neuroreha-bilitation inkl. Neuroorthopädische Rehabilitation und allgemeine pädiatrische Rehabilitation).

¹⁰⁷ Vgl. hierzu das Grundlagenpapier DefReha© Stationäre Rehabilitation (H+ Die Spitäler der Schweiz, 2013) sowie die Ausführungen im Methodenbericht des Monitorings.

¹⁰⁸ Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.11ff.).

¹⁰⁹ Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.38ff.).

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

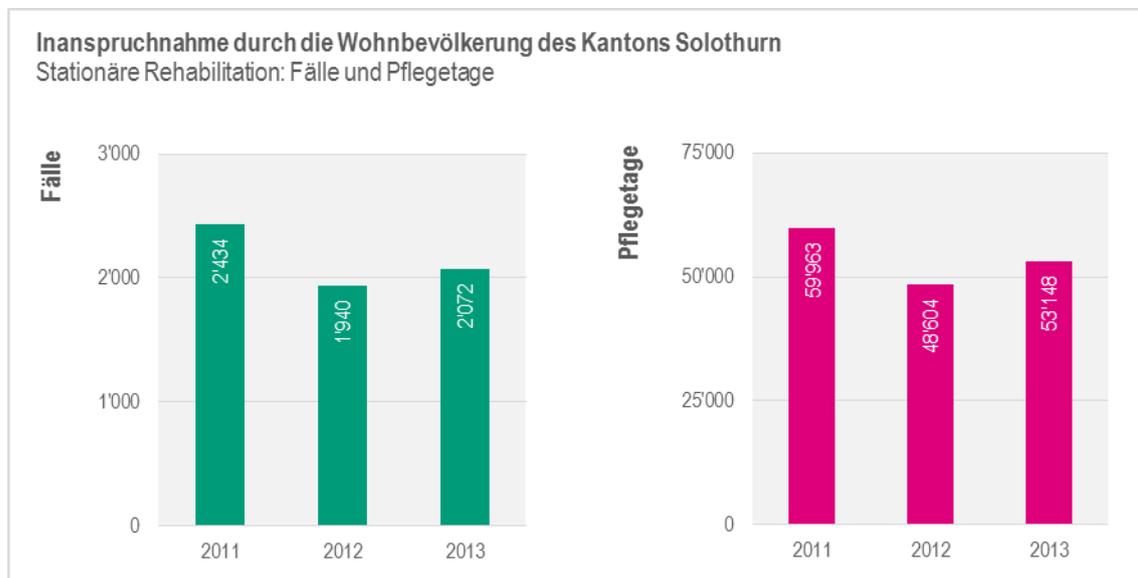


ABBILDUNG 51: NACHFRAGE REHABILITATION - FÄLLE UND PFLEGETAGE 2011-2013

Gemäss Abbildung 51, nimmt die Nachfrage der Solothurner Bevölkerung im Zeitraum zwischen 2011 und 2013 deutlich ab, was einer durchschnittlichen jährlichen Abnahme der Fallzahlen von -7.4 % entspricht. Dieser Effekt ist jedoch wiederum durch den Transfer der Leistungen der Klinik Allerheiligenberg in somatische und psychiatrische Angebote der Solothurner Spitäler AG bedingt. Demgemäss treten die Patienten der betroffenen Angebote nicht länger als Rehabilitationspatienten in Erscheinung, sondern sind hauptsächlich unter den Akutsomatischen Fällen subsumiert. Folglich erscheint es sinnvoll insbesondere auf die Entwicklungen zwischen den Jahren 2012 und 2013 zu fokussieren.

Im Jahr 2012 sind 1'940 Hospitalisationen von Patienten aus dem Kanton Solothurn im Bereich der Rehabilitation auszumachen. Gleichzeitig beziehen sich 48'604 Pflegetage auf rehabilitative Leistungen zugunsten von Solothurner Patienten. Im Jahr 2013 sind es 2'072 Hospitalisationen und 53'148 Pflegetage. Die Hospitalisationsrate steigt zwischen 2012 und 2013 von 7.5 auf 7.9 Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner.

Tabelle 53 stellt die Inanspruchnahme der Solothurner 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.

Kanton Solothurn Leistungsbereiche/-gruppen	2011		2012		2013		
	Fälle Anz.	PT Anz.	Fälle Anz.	PT Anz.	Fälle Anz.	PT Anz.	%
Rehabilitation Erwachsene	1'946	50'085	1'382	37'773	1'505	41'252	77.6%
Frührehabilitation	2	264	1	242	2	455	0.9%
Geriatrische Rehabilitation	23	551	40	919	84	1'923	3.6%
Muskuloskeletale Rehabilitation	1'471	34'760	829	21'070	772	19'445	36.6%
Neurologische Rehabilitation (ohne Paraplegie)	140	5'565	162	5'938	292	10'083	19.0%
Rehabilitation und Behandlung Querschnittgelähmter	50	3'374	59	3'231	75	3'539	6.7%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	137	2'773	145	3'048	165	3'361	6.3%
Pulmonale Rehabilitation	87	1'781	100	2'070	84	1'739	3.3%
Intermistisch-onkologische Rehabilitation	17	316	16	356	25	477	0.9%
Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	19	701	30	899	6	230	0.4%
Rehabilitation Kinder und Jugendliche	10	364	5	150	6	600	1.1%
Frührehabilitation	0	0	0	0	0	0	0.0%
Neurorehabilitation inkl. Neuroorthopädische Rehabilitation	10	364	5	150	6	600	1.1%
Allgemeine pädiatrische Rehabilitation	0	0	0	0	0	0	0.0%
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme (a)	478	9'514	553	10'681	561	11'296	21.3%
Total	2'434	59'963	1'940	48'604	2'072	53'148	100.0%

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

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

Gemäss Tabelle 53 wurden vor allem Leistungen im Bereich der Rehabilitation von Erwachsenen durch die Solothurner Bevölkerung in Anspruch genommen. Konkret wurden im Jahr 2013 1'505 Fälle Patienten hospitalisiert und 41'252 Pflegetage beansprucht. Dies entspricht einem Anteil von 77.6% der Pflegetage zugunsten von Solothurner Patienten. Da im Jahr 2013 21.3% der Pflegetage zugunsten der Solothurner Bevölkerung in Spitälern, die nicht auf einer Spitalliste der Nordwestschweizer Kantone sind, erbracht wurden, fehlen detaillierte Daten für einen Fünftel der Solothurner Nachfrage, die denn auch nicht nach Leistungsgruppen analysiert werden können.

Die meisten Leistungen innerhalb der Erwachsenenrehabilitation fallen in der Leistungsgruppe *Muskuloskeletalen Rehabilitation* (36.6% im Jahr 2013) an. Leistungen innerhalb der *Neurologischen Rehabilitation (ohne Paraplegie)* werden am zweithäufigsten beansprucht (19.0%).

Der Anteil der *Geriatrischen Rehabilitation* beträgt lediglich 3.6% und liegt damit deutlich tiefer als für die Gesamtnordwestschweiz (19%). Eine detaillierte Analyse der Nachfrage auf Kantons-ebene zeigt, dass vor allem die basel-städtische und basel-landschaftliche Bevölkerung eine hohe Nachfrage im Bereich der *Geriatrischen Rehabilitation* mit 47% bzw. 17% aufweist, die Kantone Aargau und Solothurn jedoch eine vergleichsweise tiefe Nachfrage mit 6% bzw. 4% verzeichnen.¹¹⁰ Ausschlaggebend dafür ist, dass der Kanton Basel-Stadt mit dem Adullam Spital und dem Felix Platter-Spital über zwei spezialisierte geriatrische Leistungserbringer aufweist, auf welche rund für zwei Drittel aller geriatrischen Fälle innerhalb der Nordwestschweiz entfallen. Im Gegenzug wird im Kanton Basel-Stadt ein deutlich kleinerer Anteil der Fälle der muskuloskeletalen Rehabilitation bzw. der neurologischen Rehabilitation zugeordnet. Ausgehend von der Annahme, dass sich der Bedarf hinsichtlich der Rehabilitationsleistungen nach Leistungsgruppen in den verschiedenen Kantonen nicht aufgrund etwaiger epidemiologischer Ursachen wesentlich unterscheidet, deutet dies darauf hin, dass die relative Bedeutung der genannten Leistungsgruppen insbesondere in Abhängigkeit der jeweiligen Angebote bzw. Leistungsaufträge der Leistungserbringer resultiert. Mitverantwortlich dafür ist ebenso die Tatsache, dass zumindest in Bezug auf die im Monitoring betrachteten Jahre keine präzise, allgemein anerkannte Definition der *Geriatrischen Rehabilitation* als Leistungsgruppe existierte. Inwiefern sich dies, ausgehend von der De-

¹¹⁰ Vgl. dazu die Berichte zum Monitoring auf Ebene der einzelnen Kantone.

definition und Abgrenzung der geriatrischen Rehabilitation gemäss Grundlagenpapier von H+ ändert,¹¹¹ wird sich noch erweisen müssen. Für den Kanton Solothurn ist davon auszugehen, dass geriatrische Patienten zu einem grossen Anteil innerhalb des akutgeriatrischen Angebots im Kantonssspital Olten behandelt werden, wodurch sie der akutstationären Versorgung zugeordnet sind.

Die sehr kleine Nachfrage (0.9%) 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.¹¹² Aufgrund dieser Überlegungen kann davon ausgegangen werden, dass jene Fälle, die zwar gemäss Leistungsgruppendefinition der vorliegenden Erhebung als Frührehabilitation gelten würden, innerhalb der übrigen Leistungsgruppen gezählt wurden. Präzise Fallzahlen zur Frührehabilitation wären von besonderem Interesse im Zusammenhang der neuen Spitalfinanzierung in der Akutsomatik ab 2012. Es besteht nämlich die Hypothese, dass Patienten vermehrt frühzeitig von Akutspitälern in die Rehabilitation überwiesen werden. Diese sind aufgrund des früheren Austritts aus dem Akutspital häufiger überwachungspflichtig, womit in der Frührehabilitation ein Anstieg der Fälle zu verzeichnen wäre. Solange keine einheitliche und klare Datenerfassung der Frührehabilitation besteht, kann diese Hypothese nicht über die Leistungsco-dierung überprüft werden. Allenfalls wäre es alternativ möglich, diese Hypothese anhand des Schweregrads (Grad der Erkrankung des Patienten) bei Eintritt in die Rehabilitation zu überprüfen. Im Rahmen des vorliegenden Monitorings standen die entsprechenden Datenquellen jedoch nicht zur Verfügung. Zwecks eines umfassenden Bildes bezüglich der Auswirkungen der KVG-Revision wären daher ergänzende Analysen in Bezug auf die Schnittstelle zwischen akutstationärer und Rehabilitationsversorgung von zentralem Interesse.

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

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

¹¹¹ Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.17ff.).

¹¹² Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.11ff.).

Kanton Solothurn		Veränderung 2011-2013		
Leistungsbereiche/-gruppen	Fälle	PT	PT	
	Anz.	Anz.	% (b)	
Rehabilitation Erwachsene	-441	-8'833	-17.6%	
Frührehabilitation	+0	+191	-	-
Geriatrische Rehabilitation	+61	+1'372	-	-
Muskuloskeletale Rehabilitation	-699	-15'315	-44.1%	
Neurologische Rehabilitation (ohne Paraplegie)	+152	+4'518	+81.2%	
Rehabilitation und Behandlung Querschnittgelähmter	+25	+165	-	-
Kardiovaskuläre Rehabilitation	+28	+588	+21.2%	
Pulmonale Rehabilitation	-3	-42	-	-
Internistisch-onkologische Rehabilitation	+8	+161	-	-
Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	-13	-471	-	-
Rehabilitation Kinder und Jugendliche	-4	+236	-	-
Frührehabilitation	+0	+0	-	-
Neurorehabilitation inkl. Neuroorthopädische Rehabilitation	-4	+236	-	-
Allgemeine pädiatrische Rehabilitation	+0	+0	-	-
Nicht zuordenbare Inanspruchnahme (a)	+83	+1'782	+18.7%	
Total	-362	-6'815	-11.4%	

(a) Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

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

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

Gemäss **Tabelle 54** nimmt die Solothurner Bevölkerung im Bereich der Rehabilitation für Erwachsene im Jahr 2013 weniger Leistungen in Anspruch, und zwar handelt es sich um -441 Fälle bzw. -8'833 Pflgetage, was eine Veränderung von -17.6% bedeutet. Die Nachfrage bei Leistungserbringern, die nicht auf einer der Spitalisten der Nordwestschweizer Kantone sind (*nicht zuordenbare Inanspruchnahme*), nimmt hingegen um +18.7% zu. Insgesamt besteht in der Rehabilitation einen Rückgang der Inanspruchnahme von -362 Fälle bzw. -6'815 Pflgetage. Dieser für die Nordwestschweizer Kantone einzigartige, rückläufige Trend ist – wie bereits verschiedentlich erwähnt – auf die Schliessung der Klinik Allerheiligenberg zurückzuführen, wobei deren Leistungsangebote teilweise in somatische und psychiatrische Abteilungen integriert wurden, der sich nach Leistungsgruppen hauptsächlich in der muskuloskelettalen Rehabilitation bemerkbar macht.

Gemessen an der absoluten Veränderung der Fallzahlen und Pflgetage ist die *Neurologischen Rehabilitation (ohne Paraplegie)* (+152 Fälle bzw. 4'518 Pflgetage) hervorzuheben.

3 Patientenströme

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

3.1 Abwanderung

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

Kanton Solothurn		2011		2012		2013		Δ 2011-13	
		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Standortkanton des Spitals		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
SO		1'036	42.6%	317	16.3%	303	14.6%	-733	-27.9%
Abwanderung		1'398	57.4%	1'623	83.7%	1'769	85.4%	+371	+27.9%
NWCH	AG	618	25.4%	778	40.1%	804	38.8%	+186	+13.4%
	BL	87	3.6%	87	4.5%	158	7.6%	+71	+4.1%
	BS	115	4.7%	103	5.3%	123	5.9%	+8	+1.2%
übrige Schweiz	AI	0	0.0%	0	0.0%	2	0.1%	+2	+0.1%
	AR	11	0.5%	13	0.7%	10	0.5%	-1	+0.0%
	BE	371	15.2%	448	23.1%	464	22.4%	+93	+7.2%
	FR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	GE	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	GL	4	0.2%	1	0.1%	2	0.1%	-2	-0.1%
	GR	4	0.2%	9	0.5%	8	0.4%	+4	+0.2%
	JU	52	2.1%	54	2.8%	53	2.6%	+1	+0.4%
	LU	64	2.6%	67	3.5%	70	3.4%	+6	+0.7%
	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	8	0.3%	9	0.5%	18	0.9%	+10	+0.5%
	SH	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	SZ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	TG	19	0.8%	17	0.9%	23	1.1%	+4	+0.3%
	TI	2	0.1%	3	0.2%	0	0.0%	-2	-0.1%
	UR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
	VD	0	0.0%	1	0.1%	1	0.0%	+1	+0.0%
	VS	15	0.6%	19	1.0%	12	0.6%	-3	-0.0%
ZG	3	0.1%	1	0.1%	10	0.5%	+7	+0.4%	
ZH	25	1.0%	13	0.7%	11	0.5%	-14	-0.5%	
Total		2'434	100.0%	1'940	100.0%	2'072	100.0%	-362	

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

Wie aus **Tabelle 55** ersichtlich wird, nahmen im Jahr 2011 42.6% der Patienten im Bereich der Rehabilitation Leistungen innerhalb des Kantons Solothurn in Anspruch. Nach der Schliessung des Standorts Allerheiligenberg der Solothurner Spitäler AG waren es noch 16.3% im Jahr 2012 und 14.6% im Jahr 2013. Folglich wurden im Jahr 2013 85.4% der stationären Rehabilitationsleistungen für Solothurner Patienten ausserhalb des Kantons Solothurn beansprucht.

Wichtigste Zielkantone sind der Kanton Aargau (38.8% der Hospitalisationen von Solothurner Patienten im Jahr 2013) und der Kanton Bern (22.4%). Die übrigen Schweizer Kantone sind für die Versorgung der Solothurner Bevölkerung von untergeordneter Bedeutung. Sowohl der Kanton Aargau als auch der Kanton Bern verzeichnen eine sprunghafte Zunahme der Solothurner Patienten im Jahr 2012, was in Zusammenhang mit der Schliessung des Standorts Allerheiligenberg der Solothurner Spitäler AG zu verstehen ist.

3.2 Zuwanderung

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

Kanton Solothurn	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
Wohnkanton Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
SO	1'036	96.8%	317	92.7%	303	93.8%	-733	-3.0%
Zuwanderung	34	3.2%	25	7.3%	20	6.2%	-14	+3.0%
AG	13	1.2%	1	0.3%	0	0.0%	-13	-1.2%
BS	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
BL	4	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	-4	-0.4%
LU	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
ZH	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	+0	+0.0%
BE	15	1.4%	22	6.4%	17	5.3%	+2	+3.9%
ZG	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	+0	+0.0%
übrige CH	1	0.1%	1	0.3%	0	0.0%	-1	-0.1%
Ausland	1	0.1%	0	0.0%	3	0.9%	+2	+0.8%
Total	1'070	100.0%	342	100.0%	323	100.0%	-747	

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

Tabelle 56 zeigt, im Jahr 2013 20 ausserkantonale Patienten in Spitälern mit Standort im Kanton Solothurn behandelt werden. Somit sind im Jahr 2013 6.2% der Hospitalisationen im Bereich der Rehabilitation auf ausserkantonale Patienten zurückzuführen. Im Gegensatz zu den Kantonen Aargau und Basel-Stadt, ist die Solothurner Spitäler AG der einzige kantonale Leistungserbringer im Bereich der stationären Rehabilitation, wodurch sich der vergleichsweise niedrige Anteil zuwandernder Patienten erklärt. Ausserkantonale Patienten stammen dabei hauptsächlich aus dem Kanton Bern.

Somit ist für den Kanton Solothurn in der stationären Rehabilitation insgesamt eine hohe Nettoabwanderung zu verzeichnen. Im Jahr 2013 beläuft sich die Abwanderung von Solothurner Patienten auf 1'769 Fälle, währenddessen lediglich 20 ausserkantonale Patienten Leistungen in der Solothurner Spitäler AG beanspruchten. Das Saldo aus Zu- und Abwanderung bzw. die Nettoabwanderung beläuft sich folglich auf 1'749 Fälle.

4 Fazit Rehabilitation

4.1 Verschiebung zwischen den Versorgungsbereichen infolge der Schliessung der Klinik Allerheiligenberg

Per Ende März 2011 wurde Klinik Allerheiligenberg geschlossen und die Angebote der Klinik Allerheiligenberg an andere Standorte der Solothurner Spitäler AG transferiert. 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 von den Psychiatrischen Diensten, gekoppelt mit einer Kriseninterventionsstation in Olten, angeboten. Dies führt dazu, dass einerseits in Bezug auf das Angebot der stationären Rehabilitation im Kanton Solothurn zwischen 2011 und 2012 ein wesentlicher Rückgang der Hospitalisationen und Pflégetage feststellbar ist. Dieser Effekt wirkt sich ebenfalls auf die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen durch Solothurner Patienten aus, weil ein Grossteil der Fälle aufgrund des Transfers der Leistungsangebote nicht länger in der stationären Rehabilitation in Erscheinung treten, sondern innerhalb der übrigen Versorgungsbereiche (Akutsomatik, Psychiatrie und ggf. in der

ambulanten Versorgung) subsumiert sind. Korrigiert man für diesen Effekt, ist sowohl hinsichtlich des Angebots in der stationären Rehabilitation als auch in Bezug auf die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen eine Zunahme feststellbar.

4.2 Ausserkantonale Versorgungsangebote von wesentlicher Relevanz

Im Jahr 2013 bezogen sich 85.4% der Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen durch Solothurner Patienten auf Hospitalisationen ausserhalb des Kantons. Von grosser Bedeutung für die Versorgung der Solothurner Bevölkerung sind hauptsächlich die Angebote in den übrigen Nordwestschweizer Kantonen sowie jene im Kanton Bern. Zusammengenommen sind rund 75% der stationären Rehabilitationsleistungen zugunsten von Solothurner Patienten auf Hospitalisationen in den genannten Kantonen zurückzuführen.

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 Solothurner Bevölkerung vornehmen.¹¹³ Dies umso mehr, wenn auch die kantonsspezifischen Auswertungen der anderen Nordwestschweizer Kantone betrachtet werden: Je nach Kanton unterscheidet sich die Inanspruchnahme nach Leistungsgruppen beträchtlich.¹¹⁴ Anhand der durchgeführten Erhebung sind zum Beispiel weder die Frührehabilitation noch die Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche adäquat abgebildet. Gleichzeitig sind für die basel-städtische Bevölkerung mehr als ein Drittel der Fälle der geriatrischen Rehabilitation zugeordnet, während dieselbe Leistungsgruppe in den Kantonen Aargau und Solothurn – anhand der ausgewiesenen Fallzahlen – lediglich eine marginale Bedeutung besitzt. In einem epidemiologischen Sinne ist diese beträchtliche Diskrepanz kaum nachvollziehbar. Daraus ist zu schliessen, dass die Abgrenzung zwischen bestimmten Leistungsgruppen der stationären Rehabilitation zum aktuellen Zeitpunkt unzureichend ist, so dass basierend auf den vorliegenden Ergebnissen zur Inanspruchnahme auf Leistungsebene keine direkten Rückschlüsse für die kantonalen Versorgungsplanungen abgeleitet werden können.

¹¹³ Vgl. dazu auch die Berichte zum vorliegenden Monitoring auf Ebene der übrigen Nordwestschweizer Kantone.

¹¹⁴ Vgl. dazu die weiteren Berichte im Rahmen des Monitorings.

F. Ambulante Versorgung

Das vorliegende Kapitel beinhaltet eine Zusammenstellung der durch das Obsan ausgewerteten Daten zur ambulanten Versorgung. Die Auswertungen der ambulanten Patientenströme basieren in erster Linie auf dem Datenpool der SASIS AG – einer Tochtergesellschaft der santésuisse, dem Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer. Im verwendeten Datensatz werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen¹¹⁵ 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)¹¹⁶ einerseits und von Spitälern (spitalambulant) andererseits¹¹⁷.

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

1 Angebot

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

1.1 Leistungserbringer

Das vorliegende Kapitel gibt einen Überblick über die niedergelassenen Ärzte nach Fachbereichen. Die Leistungserbringer sind nach FMH-Titel gruppiert und alphabetisch geordnet. Dabei ist zu beachten, dass die untenstehende Tabelle nicht alle existierenden FMH-Titel aufführt, sondern nur jene von Ärzten, die über die obligatorische Krankenversicherung (OKP) Leistungen abrechnen. Die FMH-Titel *Allgemeinmedizin*, *Innere Medizin* und *Allgemeine Innere Medizin* werden unter dem FMH-Titel *Allgemeine Innere Medizin* subsumiert. Dies, weil seit dem 1. Januar 2011 das neue Weiterbildungsprogramm „*Allgemeine innere Medizin*“ in Kraft getreten ist, welches die Programme „*Allgemeinmedizin*“ und „*Innere Medizin*“ abgelöst hat. Nebst den FMH-Titeln sind im Datenpool der SASIS AG weitere Kategorien erfasst, wie Gruppenpraxen, Ärzte im OKP-Aus-

¹¹⁵ 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.

¹¹⁶ 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.

¹¹⁷ Siehe auch den Methodenbericht zu den Auswertungen der ambulanten Patientenströme.

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

Wie Tabelle 57 verdeutlicht, nimmt die Anzahl niedergelassener Ärzte, die im Kanton Solothurn über die OKP abrechnen, stetig zu. Im Jahr 2011 waren es 423 niedergelassene Ärzte, im Jahr 2013 bereits 466 Ärzte. Die Anzahl Ärzte pro 100'000 Versicherte des Kantons Solothurn beträgt 177.7 Ärzte im Jahr 2013 und ist somit im Vergleich zur Nordwestschweiz (230.9 im Jahr 2013) und zur gesamten Schweiz (264.1 im Jahr 2013) deutlich tiefer.

Am häufigsten verfügen die im Kanton Solothurn tätigen Ärzte über einen FMH-Titel der *Allgemein Inneren Medizin* (197 im Jahr 2013), am zweithäufigsten über einen FMH-Titel der *Psychiatrie* (54 im Jahr 2013). Weitere wichtige Fachgebiete sind:

- Kinder- und Jugendmedizin (24),
- Gynäkologie/Geburtshilfe (20).

Ausserdem sind im Kanton Solothurn die Praktischen Ärzte, d.h. Ärzte ohne FMH-Titel aber Inhaber des eidgenössischen Weiterbildungstitels «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» von Bedeutung (41 im Jahr 2013)

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

Kanton Solothurn Anzahl OKP-abrechnender Leistungserbringer	Absolute Anzahl			Anzahl pro 100'000 Versicherte		
	SO	2012	2013	SO	NWCH	CH
FMH-Titel	2011	2012	2013	2013	2013	2013
Allergologie und klinische Immunologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Allgemeine Innere Medizin	193	193	197	75.1	72.1	78.9
Anästhesiologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Angiologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Arbeitsmedizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Ärzte mit OKP - Ausstand	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Ärzte ohne Praxistätigkeit	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Ärzte, Spezialfälle	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Chirurgie	9	12	12	4.6	5.8	7.8
Dermatologie und Venerologie	8	8	8	3.1	5.4	6.8
Endokrinologie und Diabetologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Gastroenterologie	9	11	12	4.6	3.2	3.5
Gruppenpraxen	≤ 5	≤ 5	6	2.3	2.4	2.6
Gynäkologie und Geburtshilfe	20	20	20	7.6	15.5	16.8
Hämatologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Handchirurgie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Infektiologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Intensivmedizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Kardiologie	7	7	8	3.1	4.6	5.8
Kiefer- und Gesichtschirurgie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Kinder- und Jugendmedizin	21	24	24	9.2	12.8	13.7
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	6	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Kinderchirurgie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Klinische Pharmakologie und Toxikologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Medizinische Genetik	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Medizinische Onkologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Nephrologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Neurochirurgie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Neurologie	≤ 5	6	6	2.3	4.2	4.1
Nuklearmedizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Ophthalmologie	13	14	14	5.3	11.4	12.2
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	12	14	16	6.1	7.5	8.8
Ob-Rhino-Laryngologie	7	8	8	3.1	4.4	5.0
Pathologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Pharmazeutische Medizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Physikalische Medizin und Rehabilitation	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Plastische, Rekonstruktive u. Ästhetische Chir.	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Pneumologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Praktische Arzt / Ärztin	34	39	41	15.6	13.3	17.6
Prävention und Gesundheitswesen	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	47	51	54	20.6	37.2	38.3
Radiologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Radio-Onkologie und Strahlentherapie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Rechtsmedizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Rheumatologie	6	6	7	2.7	4.7	4.7
Tropen- und Reisemedizin	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Urologie	≤ 5	≤ 5	≤ 5	*	*	*
Total praxisambulante Ärzte	423	445	466	177.7	233.3	265.2

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

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

Auf eine Unterscheidung der Spitäler nach der Krankenhaustypologie des BFS¹¹⁸ (z.B. Grundversorgung, Universitätsspital, Psychiatrische Klinik) muss verzichtet werden. Dies, weil für das Datenjahr 2013 die Zuweisung der Krankenhäuser zu den verschiedenen Krankhaustypen überarbeitet wurde. Bei Verschiebungen zwischen den Krankhaustypen über die Jahre hinweg könnte demzufolge nicht unterschieden werden, inwiefern diese aufgrund einer realen Veränderung resultieren oder lediglich eine Folge der veränderten Kategorisierung der Spitäler nach Krankhaustypen darstellen.

1.2 Erbrachte Leistungen

Tabelle 58 zeigt die Anzahl ambulanter Grundleistungen, die im Kanton Solothurn erbracht werden, wobei nebst der Gesamtzahl der Grundleistungen jeweils der prozentuale Anteil der Grundleistungen ausgewiesen ist, der für Patienten des Kantons Solothurn 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.

Kanton Solothurn		2011		2012		2013	
spital- / praxisambulant	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen		
FMH-Titel des behandelnden Arztes (praxisambulant)	Anz.	% SO	Anz.	% SO	Anz.	% SO	
Total Grundleistungen praxisambulant	1'277'004	86.6%	1'287'374	86.5%	1'318'865	86.5%	
L Innere Medizin - allgemein							
Allgemeine Innere Medizin	721'268	89.5%	717'984	89.5%	712'741	89.6%	
Praktischer Arzt / Ärztin	107'259	87.4%	110'496	86.3%	119'330	87.2%	
Gruppenpraxen	*	*	*	*	20'108	89.2%	
L Innere Medizin - Spezialdisziplinen							
Gastroenterologie	17'188	80.4%	17'929	79.6%	17'574	80.2%	
Kardiologie	11'972	83.8%	13'315	84.7%	13'564	84.0%	
Rheumatologie	7'394	87.0%	7'641	87.9%	8'374	88.5%	
Dermatologie und Venerologie	30'425	82.2%	28'256	83.1%	26'510	84.2%	
Ophthalmologie	57'083	78.3%	58'239	78.7%	54'913	79.9%	
L Chirurgie							
Chirurgie	9'089	82.8%	9'885	84.4%	10'960	82.5%	
Oto-Rhino-Laryngologie	23'176	87.1%	23'314	87.2%	25'666	86.7%	
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	19'244	78.5%	21'044	76.0%	22'042	71.0%	
L Gynäkologie und Geburtshilfe							
Gynäkologie und Geburtshilfe	55'988	83.9%	56'734	84.1%	54'321	83.8%	
L Pädiatrie							
Kinder- und Jugendmedizin	89'181	85.5%	*	*	*	*	
L Psychiatrie							
Psychiatrie und Psychotherapie	62'656	73.9%	63'971	74.5%	67'650	75.8%	
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	3'599	78.9%	3'690	73.6%	3'920	73.7%	
Total Grundleistungen spitalambulant	307'409	83.1%	325'796	83.5%	355'142	82.4%	
Total Grundleistungen	1'584'413	85.9%	1'613'170	85.9%	1'674'007	85.6%	

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

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

¹¹⁸ Vgl. BFS (2006).

Gemäss Tabelle 58 erbrachten die praxisambulanten Ärzte des Kantons Solothurn 1.3 Mio. Grundleistungen in den Jahren Jahr 2011 bis 2013. Die Spitäler rechneten 307'409 (Jahr 2011) bzw. 366'142 (Jahr 2013) ambulante Grundleistungen ab. Insgesamt stieg die Zahl der erbrachten Grundleistungen zwischen 2011 und 2013 von 1.58 Mio. Grundleistungen auf 1.67 Mio. 85.6% dieser Leistungen beziehen sich auf Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn.

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 Ärzteguppen die bedeutendsten Leistungserbringer im Kanton Solothurn:

- *Psychiatrie und Psychotherapie* mit 67'650 Grundleistungen im Jahr 2013
- *Ophthalmologie* mit 54'913 Grundleistungen im Jahr 2013
- *Gynäkologie und Geburtshilfe* mit 54'321 im Jahr 2013

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

Tabelle 59 zeigt die Entwicklungen zwischen 2011 und 2013 auf. Dargestellt sind sowohl die absolute Veränderung der erbrachten Grundleistungen als auch deren relative Veränderung in Prozent.

Kanton Solothurn	Δ Grundleistungen 2011-2013	
	absolute Veränderung	relative Veränderung
spital- / praxisambulant	Anz.	%
FMH-Titel des behandelnden Arztes (praxisambulant)		
Total Grundleistungen praxisambulant	+41'861	+3.3%
L Innere Medizin - allgemein		
Allgemeine Innere Medizin	-8'527	-1.2%
Praktischer Arzt / Ärztin	+12'071	+11.3%
Gruppenpraxen	*	*
L Innere Medizin - Spezialdisziplinen		
Gastroenterologie	+386	+2.2%
Kardiologie	+1'592	+13.3%
Rheumatologie	+980	+13.3%
Dermatologie und Venerologie	-3'915	-12.9%
Ophthalmologie	-2'170	-3.8%
L Chirurgie		
Chirurgie	+1'871	+20.6%
Oto-Rhino-Laryngologie	+2'490	+10.7%
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	+2'798	+14.5%
L Gynäkologie und Geburtshilfe		
Gynäkologie und Geburtshilfe	-1'667	-3.0%
L Pädiatrie		
Kinder- und Jugendmedizin	*	*
L Psychiatrie		
Psychiatrie und Psychotherapie	+4'994	+8.0%
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	+321	+8.9%
Total Grundleistungen spitalambulant	+47'733	+15.5%
Total Grundleistungen	+89'594	+5.7%

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

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

Tabelle 59 zeigt eine Zunahme der erbrachten, ambulanten Grundleistungen zwischen 2011 und 2013 um +5.7%. Der relative Anstieg hinsichtlich der spitalambulanten Leistungen ist dabei deutlich höher (+15.5%) als für die praxisambulanten Leistungen (+3.3%).

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

Wie Tabelle 59 verdeutlicht, steigt im Bereich der *Grundversorgung* bzw. der allgemeinen Inneren Medizin insbesondere die Zahl der erbrachten Leistungen der *praktischen Ärzte* um 11.3%. Da in den Jahren 2011 und 2012 weniger als sechs Gruppenpraxen im Kanton Solothurn existieren, kann ihr Leistungsangebot nicht ausgewiesen werden. In den anderen Nordwestschweizer Kantonen nimmt jedoch das Leistungsangebot der Gruppenpraxen stark zu. Anhand der zugrundeliegenden Daten aus dem Datenpool der SASIS AG kann jedoch nicht eruiert werden inwiefern und in welchem Ausmass es sich bei den Gruppenpraxen z.B. um Gemeinschaftspraxen oder HMO-Gesundheitszentren handelt. Somit bleibt die Art der in den Gruppenpraxen subsumierten Leistungen unklar. Festgestellt werden kann auf Nordwestschweizer Ebene ein deutlicher Anstieg der Anzahl Gruppenpraxen sowie der durch Gruppenpraxen erbrachten Leistungen. Im selben Zeitraum sinken innerhalb der Grundversorgung die erbrachten Leistungen der *Ärzte der Allgemeinen Inneren Medizin* um -1.2%.

Nebst der Grundversorgung ist der grösste absolute Anstieg in der *Psychiatrie und Psychotherapie* auszumachen. Fokussiert man auf die prozentuale Veränderung ist die Zunahme in der *Chirurgie* mit +20.6% deutlich auffälliger, es handelt sich dabei jedoch um +1'871 Grundleistungen.

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

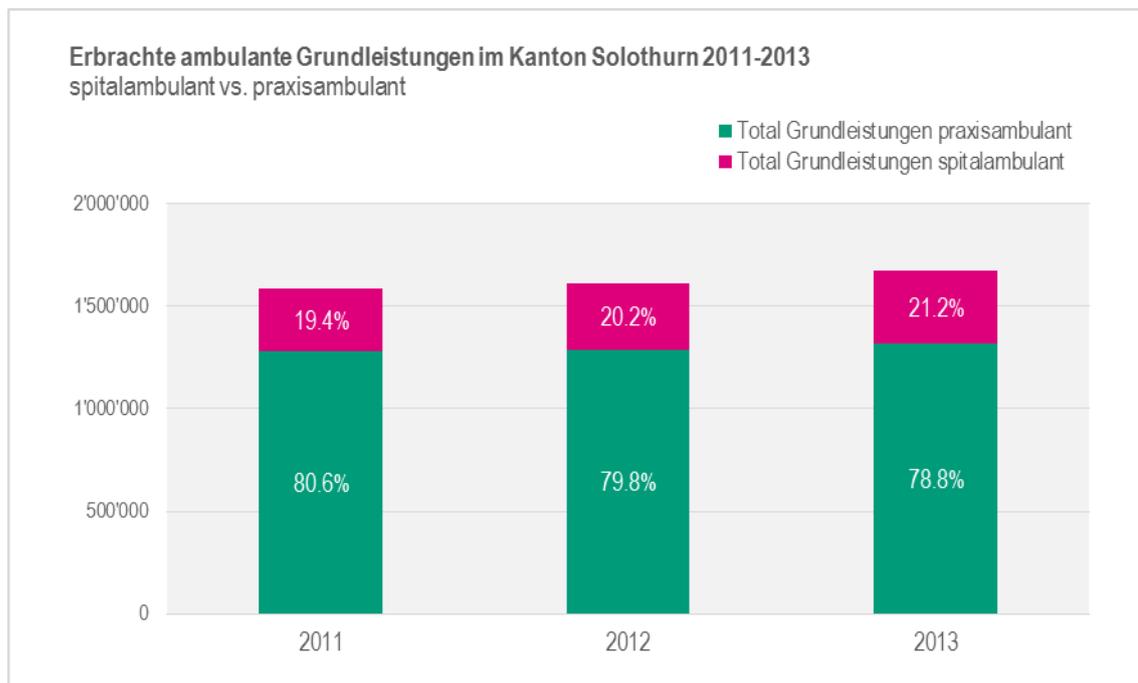


ABBILDUNG 52: AMBULANTES ANGEBOT – PRAXIS- UND SPITALAMBULANTE LEISTUNGEN 2011-2013

Gemäss Abbildung 52 wurden im Jahr 2011 80.6% der ambulanten Grundleistungen durch praxisambulante Ärzte erbracht, 19.4% beziehen sich auf spitalambulante Leistungen. Der Anteil der der spitalambulant erbrachten Leistungen nahm in den Jahren 2012 und 2013 bis auf 21.2% zu. Gemäss Expertengruppe ist dies einerseits grundsätzlich auf die Verkürzung von stationären Aufenthaltsdauern durch ambulante Vorabklärungen und Kontrolltermine zurückzuführen. Für den Kanton Solothurn ist jedoch zwischen 2011 und 2013 – im Gegensatz zu den übrigen Nordwestschweizer Kantonen – kein Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer im akutstationären Bereich festzustellen.¹¹⁹ Gleichzeitig ist im Kanton Solothurn aber auch der Anstieg der ambulant erbrachten Leistungen vergleichsweise geringer als in den übrigen Nordwestschweizer Kantonen

Andererseits wird im Allgemeinen von einer Substitution stationärer durch ambulante Leistungen ausgegangen, im Sinne dass ehemals stationär durchgeführte Behandlungen vollständig in ambulanten Settings erbracht werden. Schliesslich könnte die wachsende Rolle der spitalambulant Angebote ebenso als Folge eines Versorgungsengpasses in der praxisambulanten Versorgung interpretiert werden, im Sinne dass die bestehenden praxisambulant Angebote, den wachsenden Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung nicht abzudecken vermögen. Anhand der zugrundeliegenden Daten kann nicht beurteilt werden, auf welche Zusammenhänge der wachsende Anteil spitalambulant Leistungen zurückzuführen ist. Auf die Hypothese betreffen die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen wird in Kapitel G noch detailliert eingegangen.

¹¹⁹ Vgl. dazu auch Kapitel B.2.

2 Nachfrage

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

Gemäss Tabelle 60 nahm die Solothurner Bevölkerung im Jahr 2011 insgesamt 1.8 Mio. ambulante Grundleistungen in Anspruch, im Jahr 2013 waren es 1.9 Mio. 77.3% der nachgefragten praxisambulanten Leistungen und 63.9% der spitalambulanten Leistungen beziehen sich auf Leistungserbringer mit Standort im Kanton Solothurn.

Bereits im Kapitel zum Angebot wurde auf die relative Bedeutung der Bereiche *Allgemeinen Inneren Medizin, Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshilfe* sowie *Psychiatrie und Psychotherapie* hingewiesen. Betrachtet man für diese Bereiche den Anteil innerregional beanspruchter Leistungen, fällt auf, dass für die *Gynäkologie und Geburtshilfe* sowie für die *Psychiatrie* mehr Leistungen ausserhalb des Kantons Solothurn nachgefragt werden als in der *Ophthalmologie* und *Allgemeinen Inneren Medizin*. 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,¹²⁰ 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.

¹²⁰ Vgl. dazu auch Kapitel F.4.1.3.

Kanton Solothurn		2011		2012		2013	
spital- / praxisambulant		Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
FMH-Titel des behandelnden Arztes (praxisambulant)		Anz.	% SO	Anz.	% SO	Anz.	% SO
Total Grundleistungen praxisambulant		1'407'289	78.6%	1'425'705	78.1%	1'476'357	77.3%
L Innere Medizin - allgemein							
Allgemeine Innere Medizin		746'859	86.4%	743'623	86.4%	746'192	85.5%
Praktischer Arzt / Ärztin		101'939	92.0%	103'944	91.7%	113'837	91.4%
Gruppenpraxen		15'924	34.8%	22'598	34.2%	36'564	49.0%
L Innere Medizin - Spezialdisziplinen							
Endokrinologie und Diabetologie		4'042	54.8%	3'577	48.3%	3'950	46.4%
Gastroenterologie		17'006	81.3%	17'549	81.4%	17'624	79.9%
Hämatologie		252	0.0%	240	0.0%	297	0.0%
Nephrologie		2'892	78.0%	2'280	76.1%	1'979	78.8%
Kardiologie		15'784	63.6%	16'844	66.9%	15'445	73.8%
Neurologie		7'786	65.8%	8'268	66.1%	9'548	63.1%
Angiologie		1'362	0.0%	1'554	0.0%	1'790	0.0%
Medizinische Onkologie		5'421	73.3%	5'590	75.7%	7'189	82.2%
Pneumologie		9'447	74.6%	9'135	77.5%	9'433	75.1%
Rheumatologie		11'810	54.4%	11'964	56.1%	12'929	57.3%
Allergologie und klinische Immunologie		1'765	93.7%	1'945	94.8%	1'977	94.1%
Dermatologie und Venerologie		36'115	69.3%	35'446	66.2%	34'775	64.2%
Ophthalmologie		65'033	68.7%	66'903	68.5%	66'903	65.6%
Infektiologie		28	0.0%	67	0.0%	88	0.0%
Tropen- und Reisemedizin		21	0.0%	44	0.0%	19	0.0%
L Chirurgie							
Chirurgie		12'366	60.9%	12'924	64.6%	13'796	65.6%
Neurochirurgie		1'450	29.1%	2'073	26.9%	2'663	23.5%
Kiefer- und Gesichtschirurgie		252	0.0%	201	0.0%	269	0.0%
Oto-Rhino-Laryngologie		25'557	79.0%	25'825	78.8%	28'460	78.2%
Plastische, Rekonstruktive u. Ästhetische Chir.		2'401	48.7%	2'374	44.3%	2'445	33.5%
Urologie		11'333	79.1%	11'232	80.0%	11'230	78.7%
Herz- und thorakale Gefässchirurgie		10	0.0%	7	0.0%	5	0.0%
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.		21'407	70.5%	22'796	70.1%	23'036	68.0%
Handchirurgie		-	-	-	-	-	-
L Gynäkologie und Geburtshilfe							
Gynäkologie und Geburtshilfe		80'299	58.5%	82'785	57.7%	82'416	55.2%
L Pädiatrie							
Kinder- und Jugendmedizin		91'862	83.0%	94'472	83.5%	102'091	82.5%
Kinderchirurgie		311	0.0%	362	0.0%	298	0.0%
L Psychiatrie							
Psychiatrie und Psychotherapie		79'806	58.0%	81'333	58.6%	86'882	59.0%
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie		6'475	43.9%	6'272	43.3%	6'708	43.1%
L Übrige							
Anästhesiologie		1'146	0.0%	1'620	0.2%	1'657	0.0%
Radiologie		18'206	71.6%	17'406	67.6%	21'558	73.8%
Radio-Onkologie und Strahlentherapie		1'307	0.0%	1'603	0.0%	1'876	22.2%
Nuklearmedizin		81	0.0%	47	0.0%	44	0.0%
Pathologie		7'352	0.0%	8'255	0.0%	7'789	0.0%
Arbeitsmedizin		39	0.0%	8	0.0%	5	0.0%
Physikalische Medizin und Rehabilitation		960	0.0%	1'240	0.0%	1'246	0.0%
Sonstige		1'187	0.3%	1'296	0.7%	1'344	0.0%
Total Grundleistungen spitalambulant		393'089	65.0%	423'034	64.3%	458'187	63.9%
Total Grundleistungen		1'800'378	75.6%	1'848'739	74.9%	1'934'544	74.1%

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

Einen vergleichsweise hohen Anteil der ausserregionalen Inanspruchnahme ist in der *Neurochirurgie* auszumachen. Im Jahr 2011 bezogen sich 29.1% der Grundleistungen auf Leistungserbringer innerhalb des Kantons Solothurn. Zum Jahr 2013 hin fiel dieser Anteil auf 23.5%, somit werden 76.5% der Leistungen ausserhalb des Kantons Solothurn in Anspruch genommen. Der vergleichsweise hohe Anteil ausserregionaler Behandlungen ist gemäss Expertengruppe mitunter auf den starken Wettbewerb innerhalb der *Neurochirurgie* zurückzuführen, wobei die betreffenden Spezialisten in einem gesamtschweizerischen Markt konkurrieren.

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

Gemäss Tabelle 61 nimmt die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch die Solothurner Bevölkerung um +134'166 Grundleistungen zu, was einem Anstieg um +7.5% entspricht. Je die Hälfte dieser Zunahme entfällt auf die praxisambulanten Leistungen (+69'068) und die spitalambulanten Leistungen (+65'098). Dies bedeutet eine relative Veränderung von +4.9% für die Inanspruchnahme praxisambulanter Leistungen und +16.6% für den spitalambulantem Bereich, wodurch der relative Anteil der spitalambulantem Inanspruchnahme steigt.

Kanton Solothurn		Δ Grundleistungen 2011-2013	
spital- / praxisambulant	absolute Veränderung	relative Veränderung	
FMH-Titel des behandelnden Arztes (praxisambulant)	Anz.	%	
Total Grundleistungen praxisambulant	+69'068	+4.9%	
L Innere Medizin - allgemein			
Allgemeine Innere Medizin	-667		-0.1%
Praktischer Arzt / Ärztin	+11'898		+11.7%
Gruppenpraxen	+20'640		+129.6%
L Innere Medizin - Spezialdisziplinen			
Endokrinologie und Diabetologie	-92		-2.3%
Gastroenterologie	+618		+3.6%
Hämatologie	+45		+17.9%
Nephrologie	-913		-31.6%
Kardiologie	-339		-2.1%
Neurologie	+1'762		+22.6%
Angiologie	+428		+31.4%
Medizinische Onkologie	+1'768		+32.6%
Pneumologie	-14		-0.1%
Rheumatologie	+1'119		+9.5%
Allergologie und klinische Immunologie	+212		+12.0%
Dermatologie und Venerologie	-1'340		-3.7%
Ophthalmologie	+1'870		+2.9%
Infektiologie	+60		+214.3%
Tropen- und Reisemedizin	-2		-9.5%
L Chirurgie			
Chirurgie	+1'430		+11.6%
Neurochirurgie	+1'213		+83.7%
Kiefer- und Gesichtschirurgie	+17		+6.7%
Oto-Rhino-Laryngologie	+2'903		+11.4%
Plastische, Rekonstruktive u. Ästhetische Chir.	+44		+1.8%
Urologie	-103		-0.9%
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	-5		-50.0%
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	+1'629		+7.6%
Handchirurgie	+0		+ +
L Gynäkologie und Geburtshilfe			
Gynäkologie und Geburtshilfe	+2'117		+2.6%
L Pädiatrie			
Kinder- und Jugendmedizin	+10'229		11.14%
Kinderchirurgie	-13		-4.2%
L Psychiatrie			
Psychiatrie und Psychotherapie	+7'076		+8.9%
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	+233		+3.6%
L Übrige			
Anästhesiologie	+511		+44.6%
Radiologie	+3'352		+18.4%
Radio-Onkologie und Strahlentherapie	+569		+43.5%
Nuklearmedizin	-37		-45.7%
Pathologie	+437		+5.9%
Arbeitsmedizin	-34		-87.2%
Physikalische Medizin und Rehabilitation	+286		+29.8%
Sonstige	+157		+13.2%
Total Grundleistungen spitalambulant	+65'098	+16.6%	
Total Grundleistungen	+134'166	+7.5%	

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

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

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

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

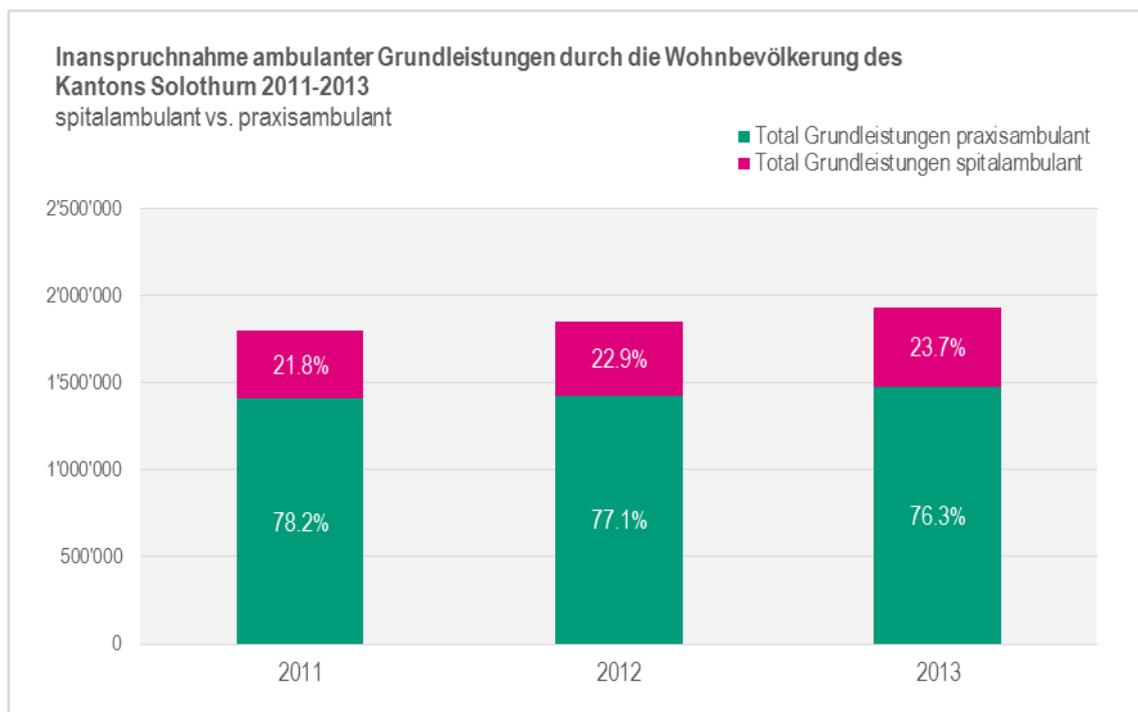


ABBILDUNG 53: AMBULANTE NACHFRAGE – PRAXIS- UND SPITALAMBULANTE LEISTUNGEN 2011-2013

Gemäss Abbildung 53 werden rund drei Viertel der ambulanten Leistungen bei praxisambulanten Ärzten und ein Viertel in Spitälern nachgefragt, wobei der Anteil der praxisambulanten Ärzte im Verhältnis zum Gesamtvolumen der Inanspruchnahme zwischen 2011 und 2013 von 78.2% auf 76.3% sinkt. Diese Veränderungen der relativen Anteile kommen nicht durch einen Rückgang der Inanspruchnahme praxisambulanter Leistungen zustande. Insgesamt ist sowohl für die praxis- als auch für die spitalambulante Inanspruchnahme durch die Solothurner Bevölkerung ein Anstieg festzustellen, nur dass die Zunahme der spitalambulant Inanspruchnahme deutlich grösser ist. Damit widerspiegelt sich in Bezug auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch die Solothurner Bevölkerung, dieselbe Entwicklung wie bereits aufgrund des Angebots durch Leistungserbringer mit Standort im Kanton Solothurn festgestellt werden konnte.¹²¹

3 Patientenströme

Das vorliegende Kapitel beschreibt die Zu- und Abwanderung von Patienten im Bereich der ambulanten Versorgung. Die Patientenströme aus und in die Nachbarkantone Luzern, Zug, Zürich und Bern¹²² werden jeweils explizit ausgewiesen. Die übrigen Patientenströme werden unterschieden zwischen *Übrige Schweiz* und *Ausland*.

3.1 Abwanderung

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

Kanton Solothurn	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
Standortkanton Leistungserbringer	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
SO	1'361'312	75.5%	1'385'725	74.9%	1'433'718	74.1%	+72'406	-1.5%
Total Abwanderung	440'714	24.5%	464'922	25.1%	502'269	25.9%	+61'555	+1.5%
AG	91'689	5.1%	97'561	5.3%	111'794	5.8%	+20'105	+0.7%
BL	138'652	7.7%	145'434	7.9%	150'254	7.8%	+11'602	+0.1%
BS	61'668	3.4%	67'120	3.6%	72'350	3.7%	+10'682	+0.3%
LU	5'528	0.3%	5'607	0.3%	5'495	0.3%	-33	-0.0%
ZG	738	0.0%	727	0.0%	825	0.0%	+87	+0.0%
ZH	14'520	0.8%	15'981	0.9%	17'451	0.9%	+2'931	+0.1%
BE	115'152	6.4%	120'316	6.5%	131'921	6.8%	+16'769	+0.4%
Übrige Schweiz	12'751	0.7%	12'167	0.7%	12'176	0.6%	-575	-0.1%
Ausland	14	0.0%	10	0.0%	3	0.0%	-11	-0.0%
Total	1'802'026	100.0%	1'850'647	100.0%	1'935'987	100.0%	+133'961	

TABELLE 62: ABWANDERUNG AMBULANT – GRUNDLEISTUNGEN NACH STANDORTKANTON DER BEHANDLUNG 2011-2013¹²³

Gemäss Tabelle 62 wurden im Jahr 2013 25.9% der ambulanten Grundleistungen von Solothurner Patienten ausserhalb des Kantons Solothurn in Anspruch genommen. Zwischen 2011 und 2013 nimmt dieser Anteil von 24.5% auf 25.9% zu. Die wichtigsten Zielkantone von Solothurner Patienten sind die Kantone Basel-Landschaft mit 7.8% und Bern mit 6.5% der Gesamtnachfrage im Jahr 2013. Darauf folgen die Kantone der Kanton Aargau mit 5.3% und der Kanton Basel-Stadt mit 3.4% der Gesamtnachfrage im Jahr 2013. Das Ausmass der Abwanderung in die übrigen Kantone sowie das Ausland betrifft jeweils weniger als 1% der durch die Solothurner Bevölkerung nachgefragten ambulanten Leistungen.

¹²² Die Patientenströme aus dem ebenfalls angrenzenden Kanton Jura sind nicht explizit ausgewiesen, weil sie aufgrund der Sprachdifferenzen von untergeordneter Bedeutung sind.

¹²³ 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 60 und Tabelle 62 ergeben.

3.2 Zuwanderung

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

Kanton Solothurn	2011		2012		2013		Δ 2011-13	
	Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen		Grundleistungen	
Wohnsitz Patient	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	pp
SO	1'361'312	85.9%	1'385'725	85.9%	1'433'718	85.6%	+72'406	-0.3%
Total Zuwanderung	223'643	14.1%	227'781	14.1%	240'754	14.4%	+17'111	+0.3%
AG	64'987	4.1%	65'822	4.1%	67'918	4.1%	+2'931	-0.0%
BL	47'273	3.0%	46'320	2.9%	50'734	3.0%	+3'461	+0.0%
BS	4'818	0.3%	4'989	0.3%	5'800	0.3%	+982	+0.0%
LU	5'391	0.3%	5'462	0.3%	5'716	0.3%	+325	+0.0%
ZG	836	0.1%	762	0.0%	809	0.0%	-27	-0.0%
ZH	5'245	0.3%	5'067	0.3%	5'419	0.3%	+174	-0.0%
BE	86'593	5.5%	87'758	5.4%	95'472	5.7%	+8'879	+0.2%
Übrige Schweiz	6'881	0.4%	6'565	0.4%	7'083	0.4%	+202	-0.0%
Ausland	520	0.0%	589	0.0%	1'385	0.1%	+865	+0.0%
Sonstige	1'098	0.1%	4'446	0.3%	418	0.0%	-680	-0.0%
Total	1'584'955	100.0%	1'613'506	100.0%	1'674'472	100.0%	+89'517	

TABELLE 63: ZUWANDERUNG AMBULANT – GRUNDLEISTUNGEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN 2011-2013¹²⁴

Gemäss Tabelle 63 beziehen sich im Jahr 2013 14.4% aller im Kanton Solothurn erbrachten Grundleistungen auf Patienten aus anderen Kantonen bzw. aus dem Ausland. Der Anteil der Zuwanderung bleibt zwischen 2011 und 2013 relativ stabil. Die meisten zugewanderten Patienten stammen aus den Kantonen Bern und Aargau, mit einem Anteil von 5.4% bzw. 4.1% der im Kanton Solothurn erbrachten Leistungen.

Im Vergleich von Zu- und Abwanderung zeigt sich, dass mehr ambulante Leistungen für Solothurner Patienten ausserhalb des Wohnkantons erfolgen, als dass ausserkantonale Patienten im Kanton Solothurn ambulant behandelt werden (Nettoabwanderung). Ausserdem ist – sowohl für die Zu- als auch die Abwanderung – der Kanton Bern von relevanter Bedeutung, für die Abwanderung zusätzlich noch der Kanton Basel-Landschaft, für die Zuwanderung der Kanton Aargau. 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.¹²⁵

4 Spezifische Indikatoren zur Versorgungslage

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

¹²⁴ 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 58 und Tabelle 63 ergeben.

¹²⁵ Lediglich 6.4% der ambulanten Grundleistungen für Patienten mit Wohnsitz in der Nordwestschweiz beziehen sich auf Behandlungen bei Leistungserbringern mit Standort ausserhalb der Nordwestschweiz. Gleichzeitig sind nur 4.6% der ambulanten Leistungen in der Nordwestschweiz auf ausserregionale Patienten zurückzuführen (vgl. dazu auch Kapitel E.5.3 im Bericht auf Ebene der Gesamtnordwestschweiz).

4.1 Geografische Verteilung und Dichte praxisambulanter Ärzte

Bereits in Tabelle 57 wurde die Ärztedichte im Kanton Solothurn nach FMH-Titeln ausgewiesen. Daraus wird ersichtlich, dass die Ärztedichte im Kanton Solothurn mit 177.7 ÖPK-abrechnenden Ärzten pro 100'000 Versicherte im Jahr 2013 unter dem Durchschnitt der Nordwestschweiz (230) und dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (265) liegt. Auf Ebene der verschiedenen FMH-Titel ist die Dichte im Kanton Solothurn in folgenden Fachbereichen erwähnenswert tiefer als im Durchschnitt der Nordwestschweiz:

- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Kinder- und Jugendmedizin
- Ophthalmologie
- Psychiatrie 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 wiedergeben. Die MedStat-Regionen sind hinsichtlich der Einwohnerzahlen zwar vergleichbar, jedoch nicht identisch. Sie wurden so konstituiert, dass durch eine ausreichend grosse Einwohnerzahl, die durch die Regionen eingeschlossen sind, die Anonymität innerhalb der Medizinischen Statistik gewährleistet ist. Dementsprechend umfassen die MedStat-Regionen jeweils ca. 10'000 Einwohner.¹²⁶ Die Karten im nachfolgenden Kapitel sind deshalb in erster Linie als Indikator für die geografische Verteilung der Leistungserbringer zu betrachten.

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

4.1.1 Grundversorgung

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

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

Eine Beurteilung der Versorgungslage ist aus der vorangehenden Beschreibung zur Verteilung der Grundversorger nicht möglich, dazu fehlen die notwendigen Referenzwerte (Vorgaben bzw. Vergleichswerte). In diesem Zusammenhang hat das Schweizer Stimmvolk am 18. Mai 2014 den Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung angenommen.¹²⁷ 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 Faktenblatt¹²⁸ 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*

¹²⁶ Vgl. BFS (2008, S.3).

¹²⁷ 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).

¹²⁸ Vgl. BAG (2014).

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.

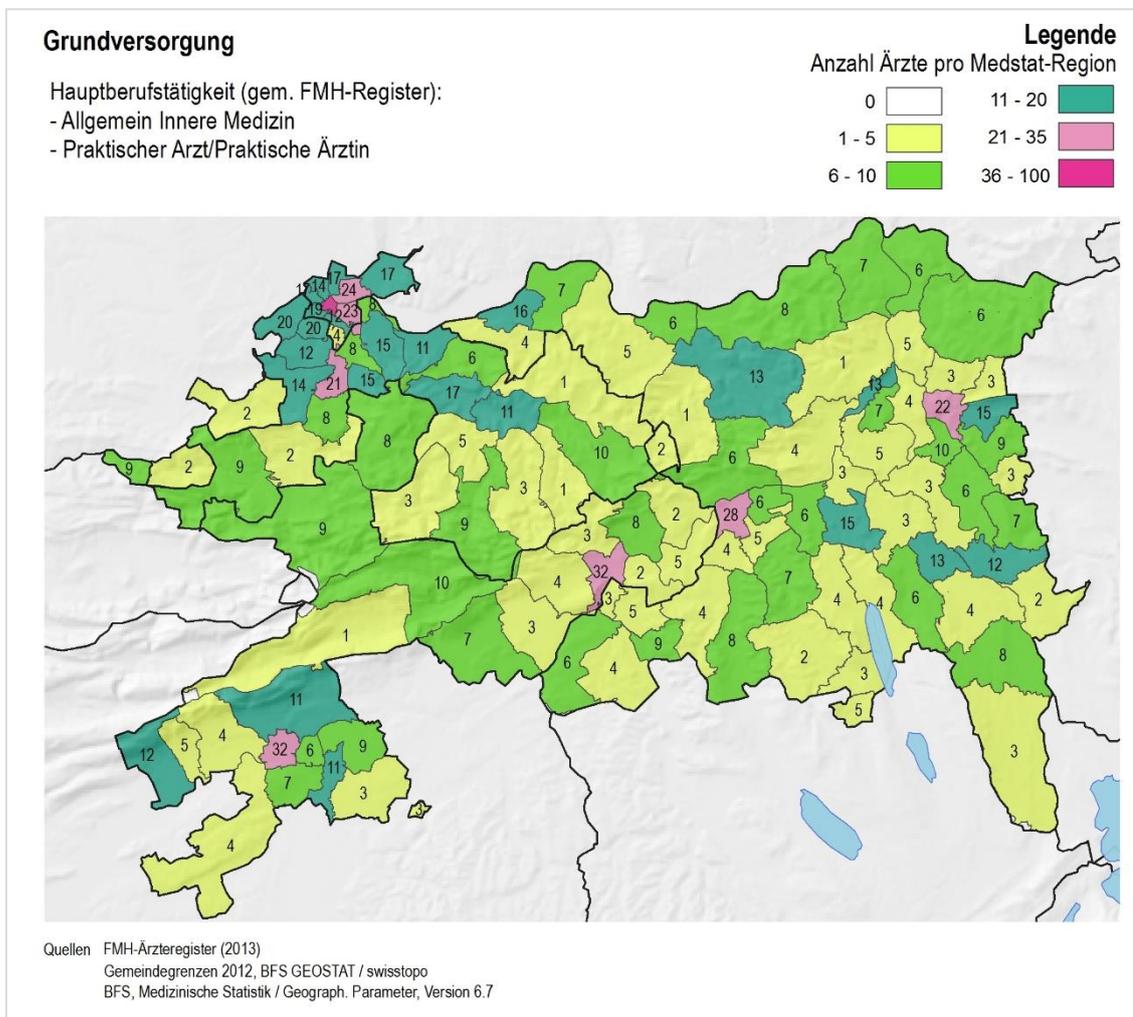


ABBILDUNG 54: GEOGRAPHISCHE VERTEILUNG DER PRAXISAMBULANTEN ÄRZTE IM BEREICH DER GRUNDVERSORGUNG 2013

Die von Obsan erstellten standardisierten Kennzahlen zur Workforce beschreiben die Entwicklung der Grundversorgung wie folgt: „Auf Landesebene erfolgte bis 2001 ein kontinuierlicher leichter Anstieg der Dichte an niedergelassenen Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern. Seit 2002 geht die Rate der allgemeinpraktisch tätigen Ärzte zurück.“¹²⁹ Insofern soll die beschriebene Verteilung der Ärzte eine Grundlage für die weiterführende Beobachtung dieser Tendenzen bilden.

¹²⁹ Vgl. Zitat gemäss BAG (2010, S.12).

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.

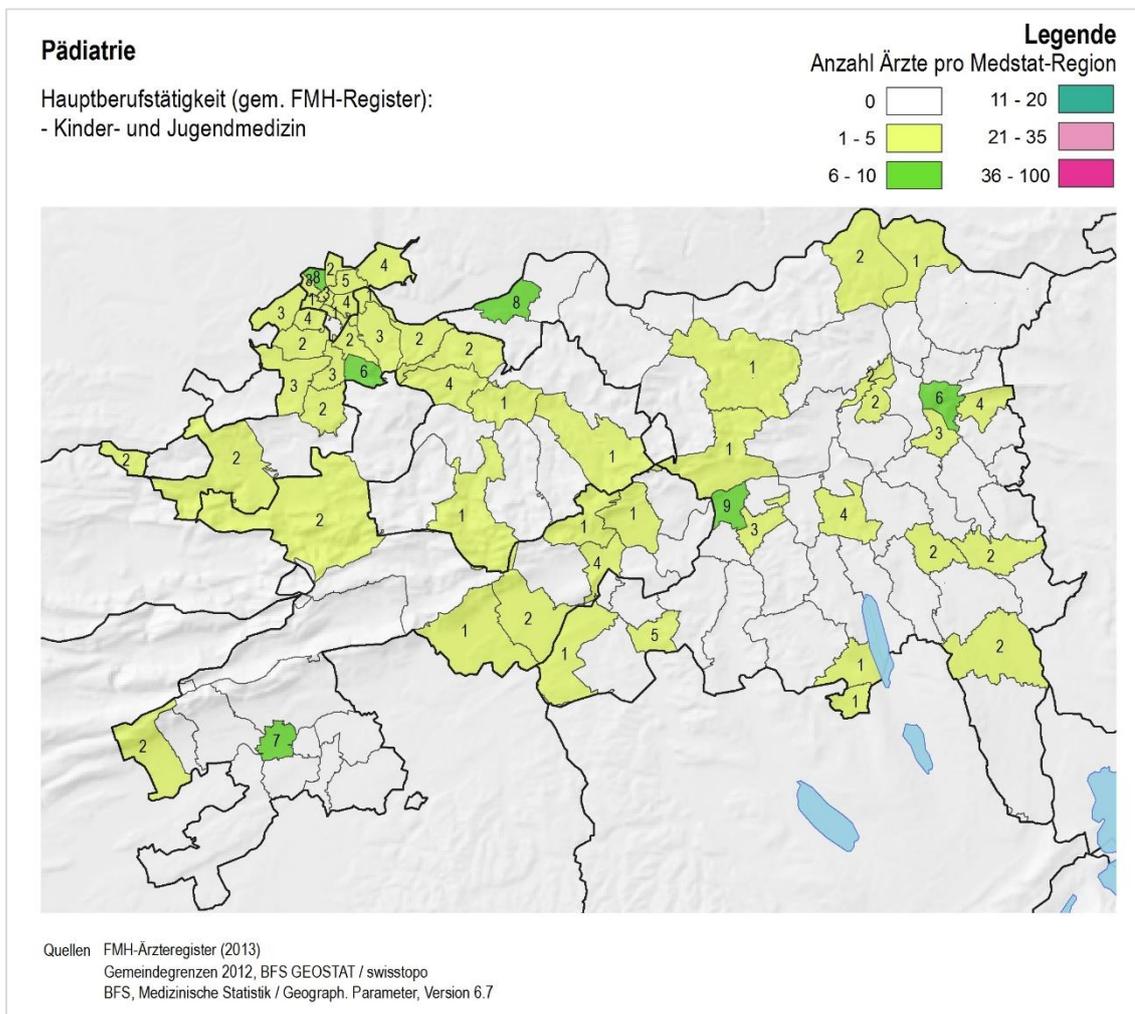


ABBILDUNG 55: GEOGRAPHISCHE VERTEILUNG DER PRAXISAMBULANTEN ÄRZTE IN DER PÄDIATRIE 2013

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.

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.

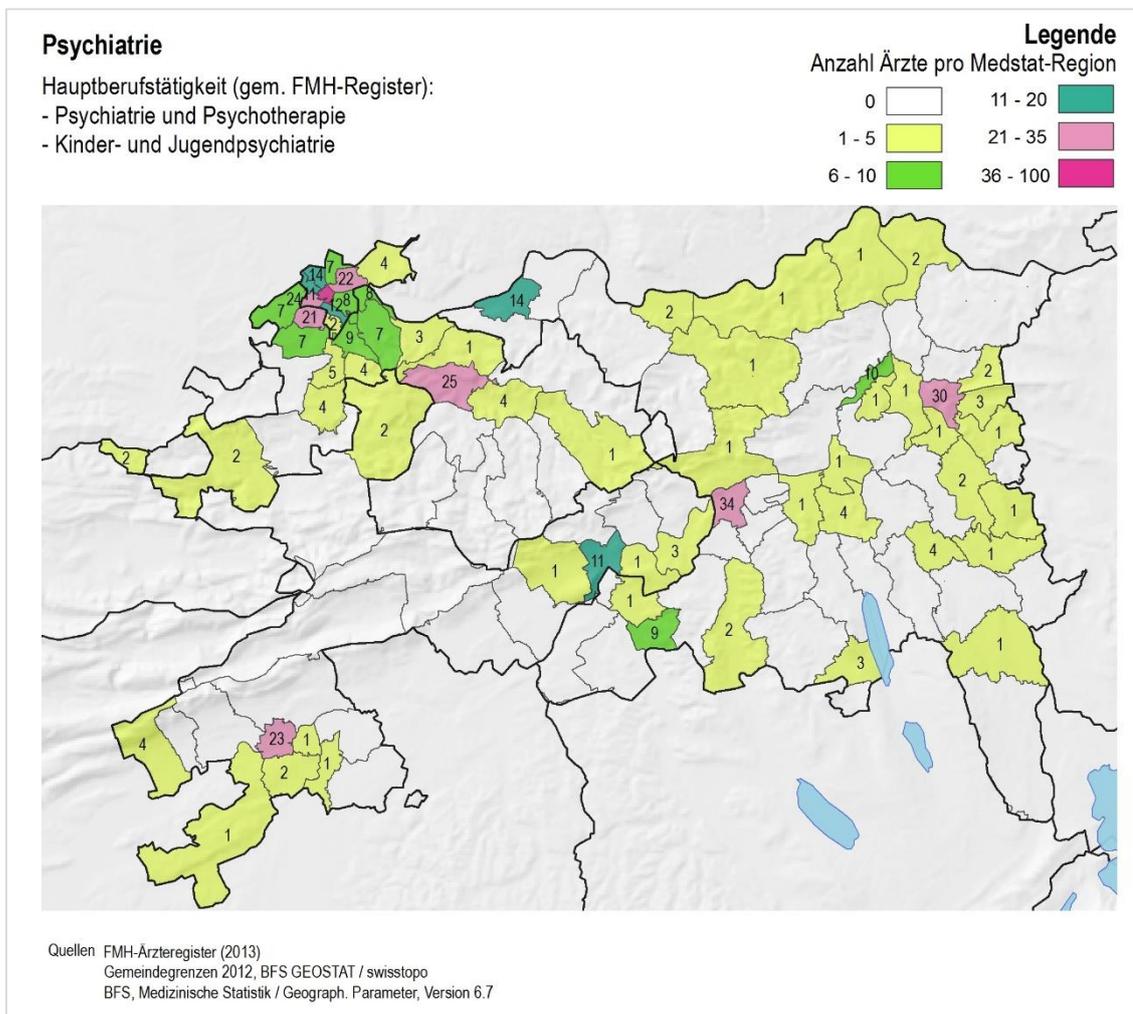


ABBILDUNG 56: GEOGRAPHISCHE VERTEILUNG DER PRAXISAMBULANTEN PSYCHIATER 2013

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 hingewiesen¹³⁰, insbesondere im Kontext eines stetig wachsenden Bedarfs¹³¹. 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.

¹³⁰ Vgl. Bielinski et al. (2010) und Giacometti-Bickel et al. (2013).

¹³¹ Vgl. Schuler, Daniela / Burla, Laila (2012, S.4).

4.2 Konsultationsquoten

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

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

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

In Tabelle 64 ist jeweils farblich hervorgehoben, in welchen Leistungsgruppen die einzelnen Kantone sowie die Nordwestschweiz insgesamt eine über- bzw. unterdurchschnittliche Konsultationsquote aufweisen. Für die Solothurner Bevölkerung ist insgesamt eine Konsultationsquote von 5'531 ambulanten Grundleistungen pro 1'000 Einwohner auszumachen. Damit ist die Konsultationsquote für den Kanton Solothurn mit -4% tiefer als im Deutschschweizer Durchschnitt. Eine höhere Konsultationsquote ist für die Solothurner Bevölkerung lediglich im Bereich der *Allgemeinen Inneren Medizin*, der *Gastroenterologie* und der *Kinder- und Jugendmedizin* auszumachen. In den übrigen Leistungsgruppen liegt die Konsultationsquote oberhalb des Referenzwerts für die Deutschschweiz.

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

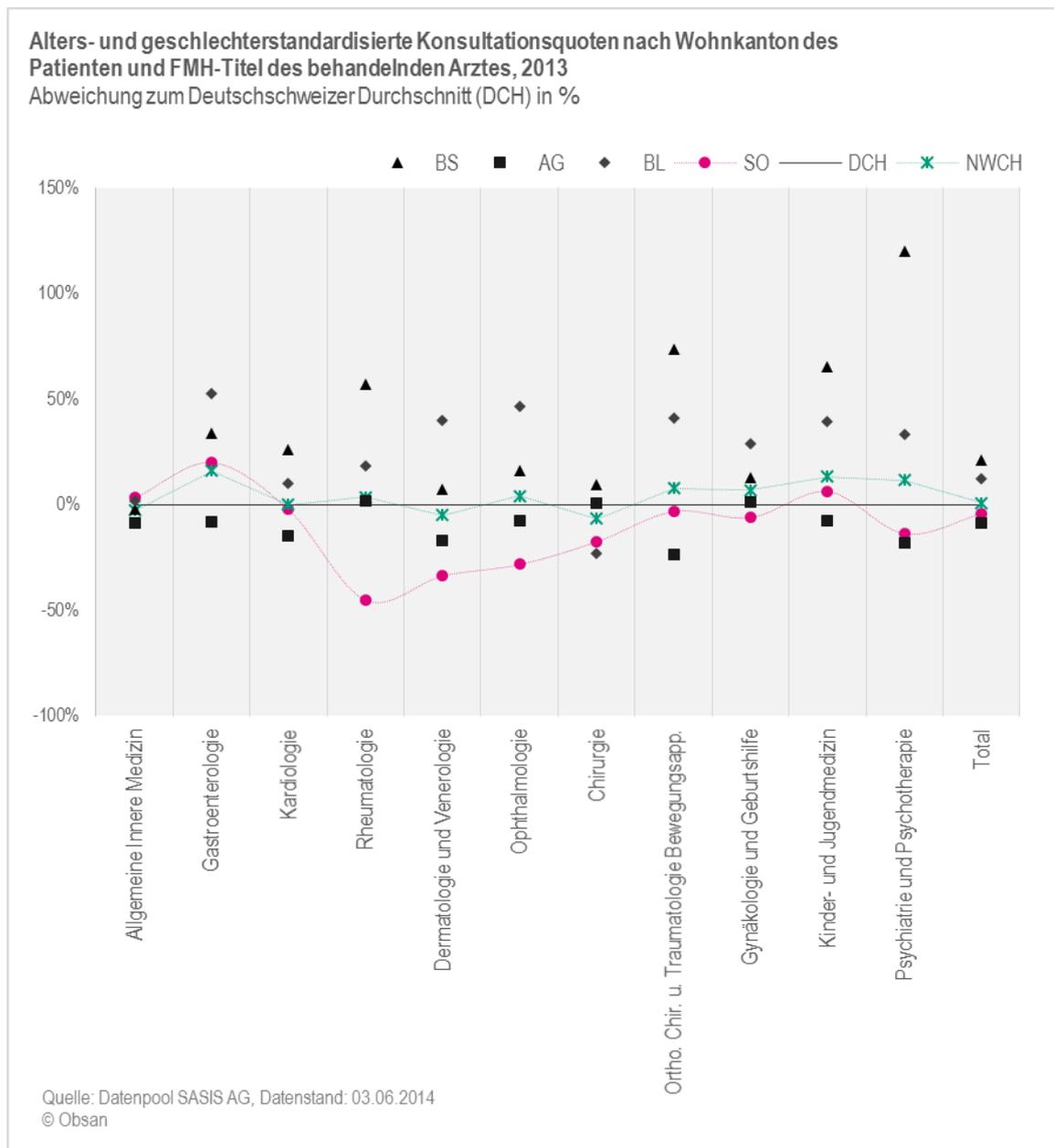


ABBILDUNG 57: KONSULTATIONSQUOTEN NACH WOHNKANTON DES PATIENTEN UND FMH-TITEL 2013

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

Die Unterschiede in den Konsultationsquoten sind hauptsächlich als Konsequenz der unterschiedlichen Angebotsstrukturen zu verstehen. In Bereichen, in welchen eine hohe Dichte an Leistungserbringern besteht, ist für die jeweilige Kantonsbevölkerung tendenziell auch eine hohe Konsultationsquote auszumachen. Konkrete Schlussfolgerungen für die Versorgungslage der jeweiligen Kantone sind daraus aus folgendem Grund nicht ableitbar. Es ist davon auszugehen,

dass das Ausmass der Inanspruchnahme innerhalb bestimmter FMH-Titel von der Anzahl Leistungserbringer in anderen Bereichen abhängt. So sind zum Beispiel für den Kanton Solothurn innerhalb der spezialärztlichen FMH-Titel mehrheitlich unterdurchschnittliche Konsultationsquoten feststellbar, in der Allgemein Inneren Medizin liegt die Konsultationsquote jedoch über dem 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 potentiell Interesse. In **Tabelle 65** bzw. **Abbildung 58** sind Konsultationsquoten sowie die Dichte der Leistungserbringer für den Kanton Solothurn dargestellt. Wiederum beschränkt sich die Darstellung auf die FMH-Titel mit mindestens fünf Leistungserbringern in der Nordwestschweiz sowie einer Inanspruchnahme von über 10'000 Grundleistungen pro Nordwestschweizer Kanton im Jahr 2013. Im Gegensatz zur vergleichenden Abbildung der Konsultationsquoten in Tabelle 64 werden hierbei die *nicht-standardisierten* Quoten *pro 100 Versicherte* ausgewiesen. Die Zahl der Leistungserbringer wird pro 100'000 Versicherte abgebildet.

Kanton Solothurn Leistungsgruppen	Konsultationsquoten				Anzahl Leistungserbringer			
	pro 100 Versicherte				pro 100'000 Versicherte			
FMH-Titel des behandelnden Arztes	2011	2012	2013	Δ	2011	2012	2013	Δ
Innere Medizin - allgemein								
Allgemeine Innere Medizin	289.7	286.1	284.5	-5.2	74.9	74.3	75.1	+0.2
Innere Medizin - Spezialdisziplinen								
Gastroenterologie	6.6	6.8	6.7	+0.1	3.5	4.2	4.6	+1.1
Kardiologie	6.1	6.5	5.9	-0.2	2.7	2.7	3.1	+0.3
Rheumatologie	4.6	4.6	4.9	+0.3	2.3	2.3	2.7	+0.3
Dermatologie und Venerologie	14.0	13.6	13.3	-0.8	3.1	3.1	3.1	-0.1
Ophthalmologie	25.2	25.7	25.5	+0.3	5.0	5.4	5.3	+0.3
Chirurgie								
Chirurgie	4.8	5.0	5.3	+0.5	3.5	4.6	4.6	+1.1
Ortho. Chir. u. Traumatologie Bewegungsapp.	8.3	8.8	8.8	+0.5	4.7	5.4	6.1	+1.4
Gynäkologie und Geburtshilfe								
Gynäkologie und Geburtshilfe	31.2	31.9	31.4	+0.3	7.8	7.7	7.6	-0.1
Pädiatrie								
Kinder- und Jugendmedizin	35.6	36.4	38.9	+3.3	8.1	9.2	9.2	+1.0
Psychiatrie								
Psychiatrie und Psychotherapie	31.0	31.3	33.1	+2.2	18.2	19.6	20.6	+2.4

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

Gemäss Tabelle 65 ist beispielsweise in der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Psychiatrie und Psychotherapie 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.

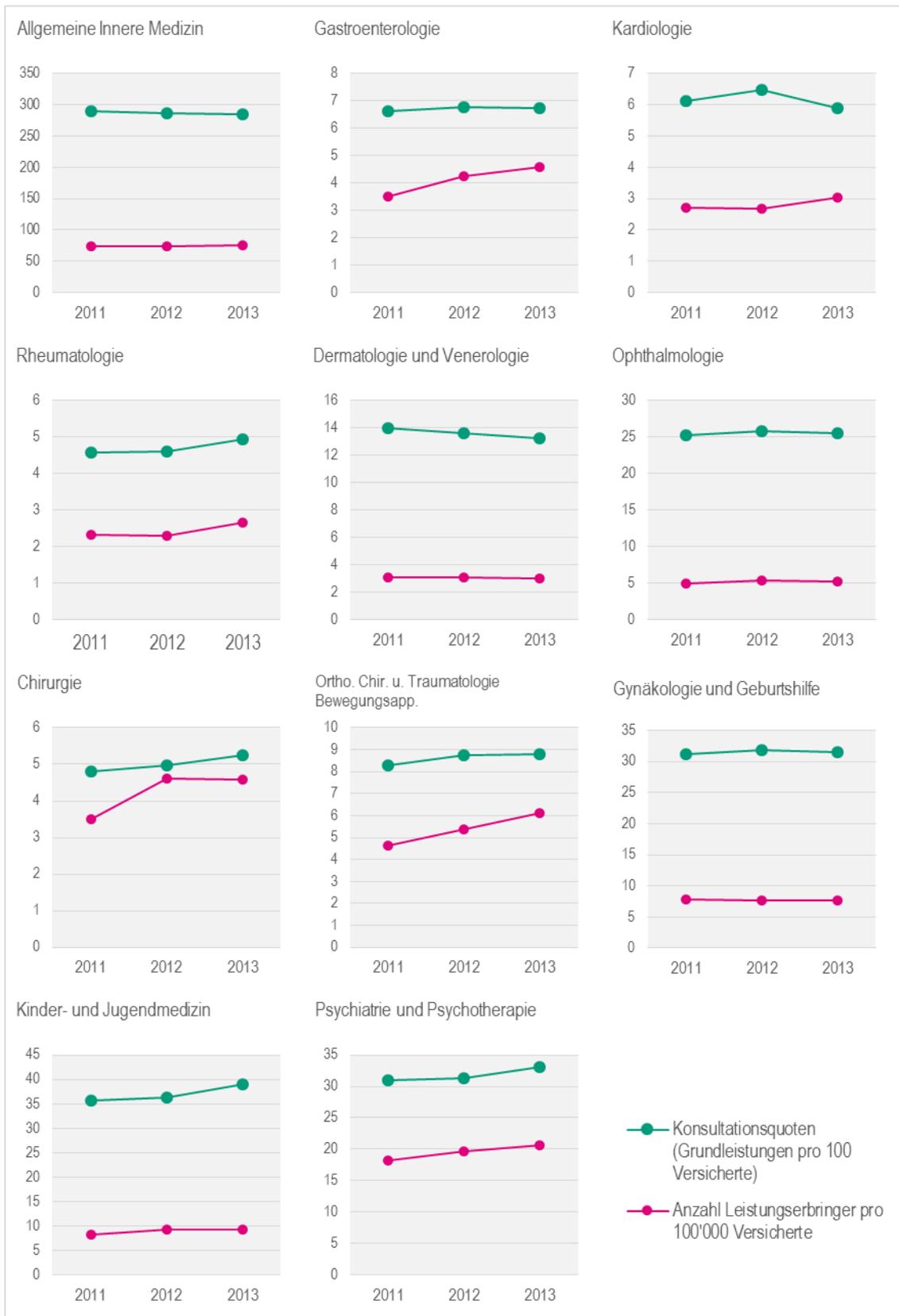


ABBILDUNG 58: KONSULTATIONSQUOTEN ANZAHL LEISTUNGSERBRINGER 2011-2013

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 im Kanton Solothurn

Im Rahmen des vorliegenden Monitorings wurde erstmals eine detaillierte Analyse der Versorgungssituation im ambulanten Sektor für den Kanton Solothurn durchgeführt. Das Angebot durch ambulante Leistungserbringer mit Standort im Kanton Solothurn sowie die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch Solothurner 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*, und *Psychiatrie* anhand deren Anteils erbrachter Grundleistungen. Zusammengenommen erbringen sie mehr als die Hälfte der ambulanten Leistungen zugunsten der Patienten aus dem Kanton Solothurn.

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

5.2 Steigendes Angebot und Inanspruchnahme – insbesondere spitalambulant

Das Angebot ambulanter Leistungen gemessen an den erbrachten Grundleistungen durch Leistungserbringer mit Standort Kanton Solothurn steigt im Zeitraum zwischen 2011 und 2013 um +5.7%. Analog gilt dies auch für die Nachfrage ambulanter Leistungen – die Inanspruchnahme ambulanter Grundleistungen durch Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft steigt um +7.5%. Sowohl für das Angebot als auch für die Nachfrage 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 analoge Entwicklungen für sämtliche Kantone beobachtbar, einzige Ausnahme bildet das Angebot ambulanter Leistungen im Kanton Basel-Landschaft. Zwar ist auch hier eine Zunahme sowohl der praxisambulanten als auch der spitalambulanten Leistungen auszumachen, im Gegensatz zum allgemein vorherrschenden Trend des starken Anstiegs spitalambulanter Leistungen, übertrifft im Kanton Basel-Landschaft allerdings die Zunahme im praxisambulanten Bereich den Anstieg der ambulant erbrachten Leistungen in Spitälern.

5.3 Der Kanton Solothurn als Teil eines geschlossenen Versorgungssystems

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

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

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

5.4 Erprobung von Indikatoren zur Versorgungslage

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

- Vergleich der Ärztedichte nach Standortkanton

Im Jahr 2013 liegt die Ärztedichte im Kanton Solothurn mit 177.7 OPK-abrechnenden Ärzten pro 100'000 Versicherte unter dem Durchschnitt der Nordwestschweiz (231) und dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (264).

- Geografische Verteilung praxisambulanter Leistungserbringer

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

- Vergleichende Analyse der Konsultationsquoten nach Wohnsitzkanton

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

G. Substitution stationär - ambulant

Aufgrund der medizintechnischen Entwicklung wurden in den letzten Jahren bei vielen Eingriffen die Voraussetzungen für eine ambulante anstelle einer stationären Behandlung geschaffen. Ob diese Behandlungen aber tatsächlich ambulant erbracht werden, hängt auch von ökonomischen Entwicklungen ab. Tarifliche Veränderungen und Anreize können den Verlagerungsprozess in den ambulanten Bereich beschleunigen oder verlangsamen. Grundsätzlich gilt: je unattraktiver die Vergütung nach SwissDRG gegenüber dem TARMED ist, desto mehr Leistungen werden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert.¹³²

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.¹³³ 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

¹³² Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2011, S.175ff.) und GDK (2005, S.38).

¹³³ 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 hat¹³⁴ und die ebenfalls Bestandteil des AOP-Katalogs¹³⁵ sind.
- Liste der potentiell substituierbaren DRG der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.¹³⁶
- 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.

¹³⁴ Vgl. BAO (2014).

¹³⁵ Gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V vereinbaren der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe sowie damit einhergehend einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Der sog. AOP-Vertrag (Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus) soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationärsersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen. Vgl. dazu KBV (2014).

¹³⁶ Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2009).

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

TABELLE 66: SUBSTITUTIONSRASTER

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

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

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

1.3 Datengrundlage und Analyseverfahren

Ziel der Auswertung der Substitutionstendenzen ist eine beschreibende Darstellung zur Entwicklung der stationären und ambulanten Fallzahlen in Bezug auf die ausgewählten Eingriffe in der Nordwestschweiz. Für die Analyse der stationären Fallzahlen wurde die Medizinische Statistik für die Jahre 2011 bis 2013 herangezogen. Dabei wurden in einem ersten Schritt die akutstationären Hospitalisationen gemäss Kapitel B extrahiert. Berücksichtigt wurden ausserdem lediglich Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz in einem der Nordwestschweizer Kantone sowie Hospitalisationen mit einer Aufenthaltsdauer von maximal 3 Tagen.¹³⁷ Anschliessend wurden jene Fälle extrahiert, für welche einer der in Tabelle 66 definierten CHOP-Codes innerhalb der ersten zehn Variablen zu den Prozeduren gemäss Medizinischer Statistik codiert waren.¹³⁸

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.¹³⁹

2.1 Leistenbruch

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

¹³⁷ 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.

¹³⁸ Vgl. dazu BFS (2008).

¹³⁹ Exklusive die Gewichtung für den Effekt der Fallzusammenführung infolge der SwissDRG-Einführung.

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

TABELLE 67: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - LEISTENBRUCH

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

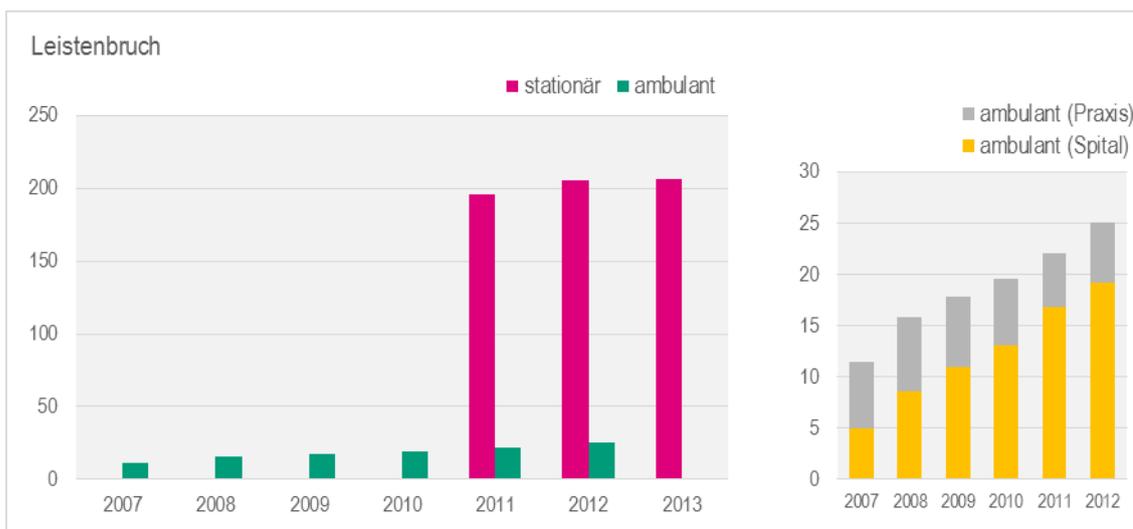


ABBILDUNG 59: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - LEISTENBRUCH

Eine Substitution stationärer durch ambulante Leistungen bildet sich anhand der vorliegenden Daten nur bedingt ab. Die Zunahme der stationären Hospitalisationen ist zwischen 2012 und 2013 gegenüber dem Vorjahr deutlich geringer und beträgt mit +1.6% weniger als die Zunahme der akutstationären Inanspruchnahme insgesamt (+2.5%).¹⁴⁰ 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)

¹⁴⁰ Vgl. Abbildung 21.

- Plastische Operation des Nasenseptums / Rhinoplastik

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

2.2 Krampfadern

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

Nordwestschweiz		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Krampfadern								
absolut	stationär					1'783	1'828	2'012
	ambulant	1'920	1'547	2'600	2'558	2'559	2'419	
	(Spital)	218	342	397	401	388	485	
	(Praxis)	1'702	1'206	2'203	2'157	2'171	1'934	
pro 100'000 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 68: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - KRAMPFADERN

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

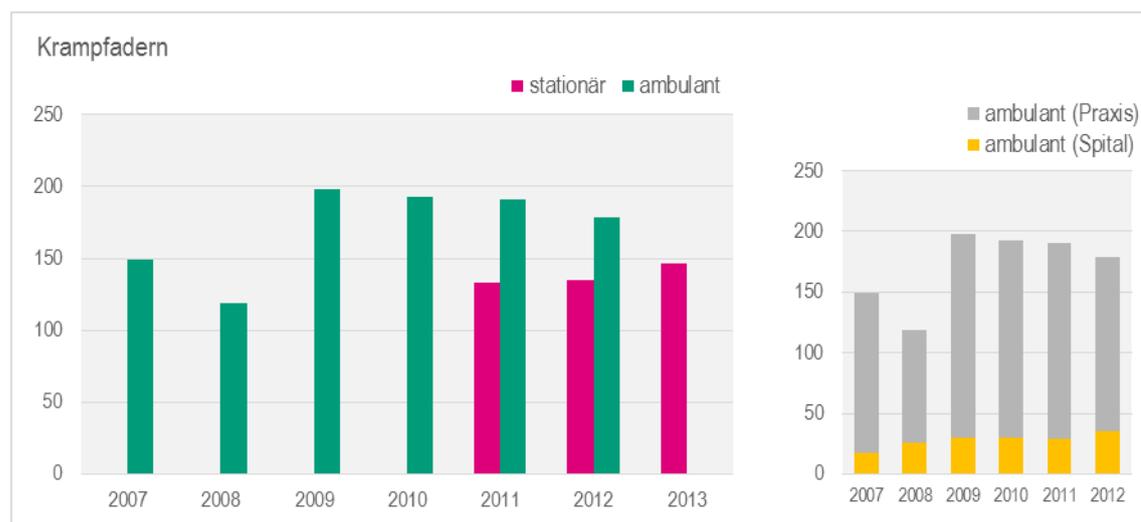


ABBILDUNG 60: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - KRAMPFADERN

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

2.3 Rachenmandeln

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

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

TABELLE 69: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - RACHENMANDELN

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

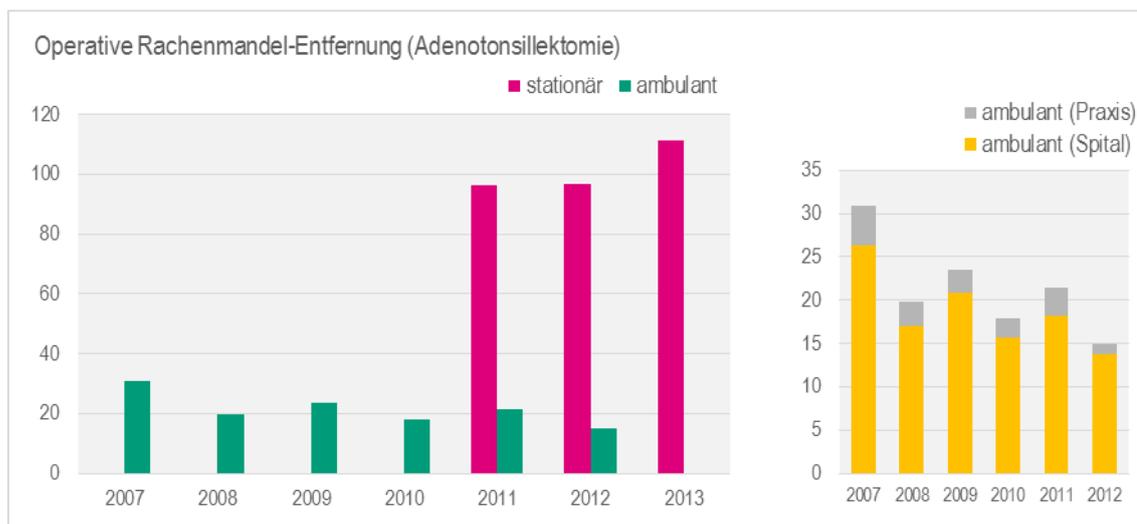


ABBILDUNG 61: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN – RACHENMANDELN

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

2.4 Hämorrhoiden

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

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

TABELLE 70: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - HÄMORRHOIDEN

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

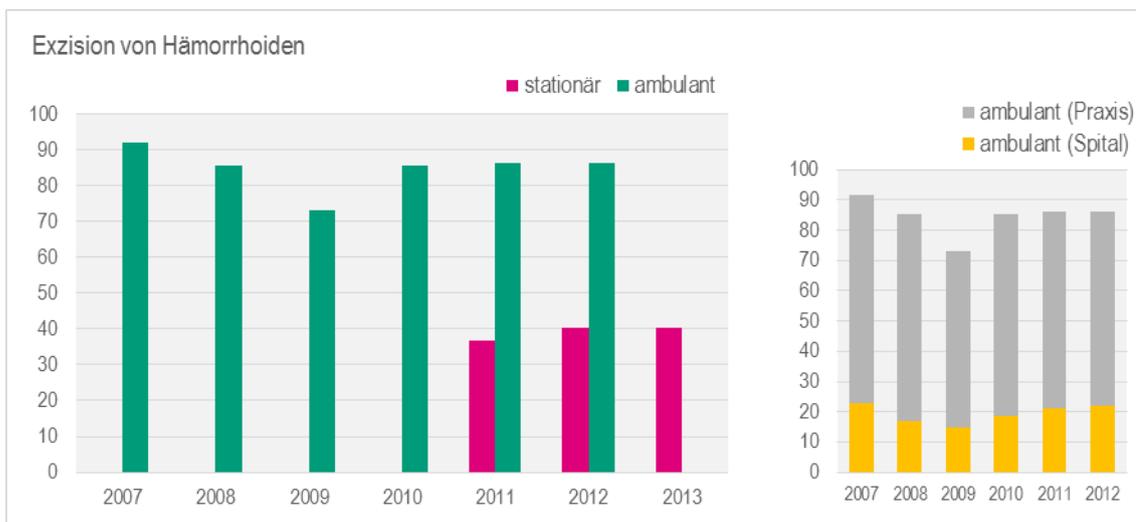


ABBILDUNG 62: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - HÄMORRHOIDEN

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

2.5 Grauer Star

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

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

TABELLE 71: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - GRAUER STAR

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

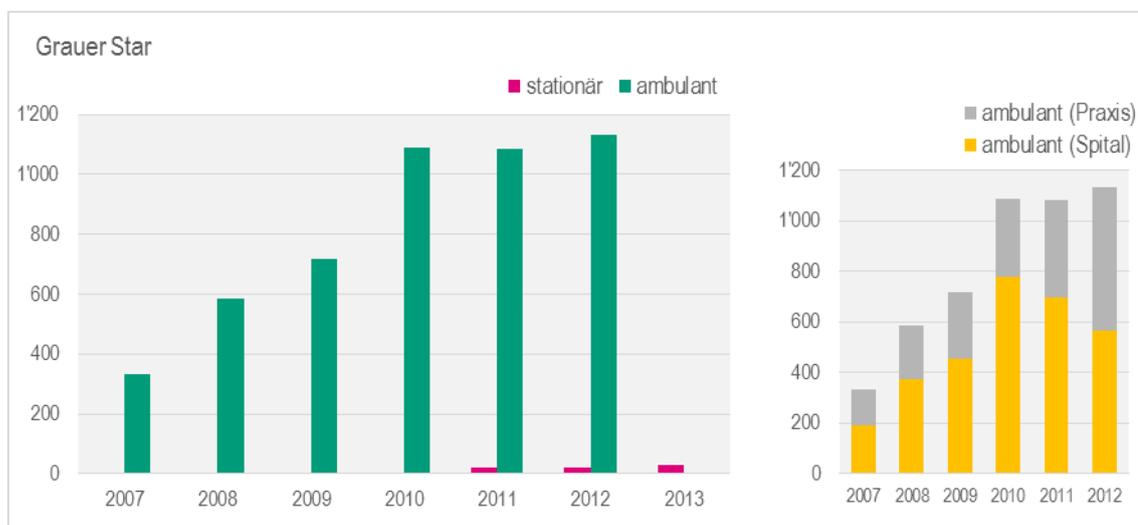


ABBILDUNG 63: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - GRAUER STAR

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

2.6 Arthroskopische Meniskusektomie

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

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

TABELLE 72: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - ARTHROSKOPISCHE MENISKUSEKTOMIE

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

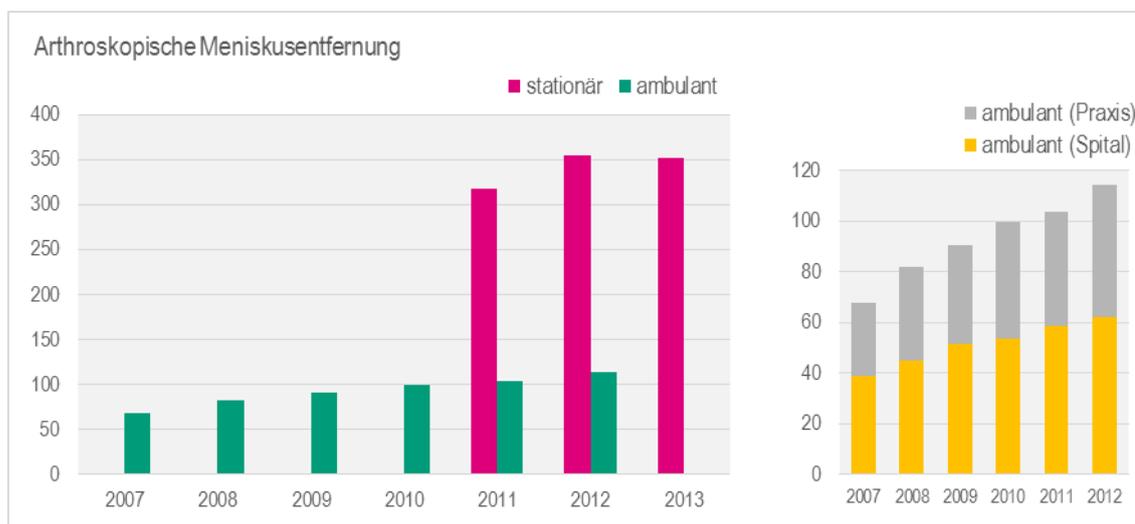


ABBILDUNG 64: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - ARTHROSKOPISCHE MENISKUSEKTOMIE

2.7 Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom

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

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

TABELLE 73: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - DEKOMPRESSION BEI KARPALTUNNELSYNDROM

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

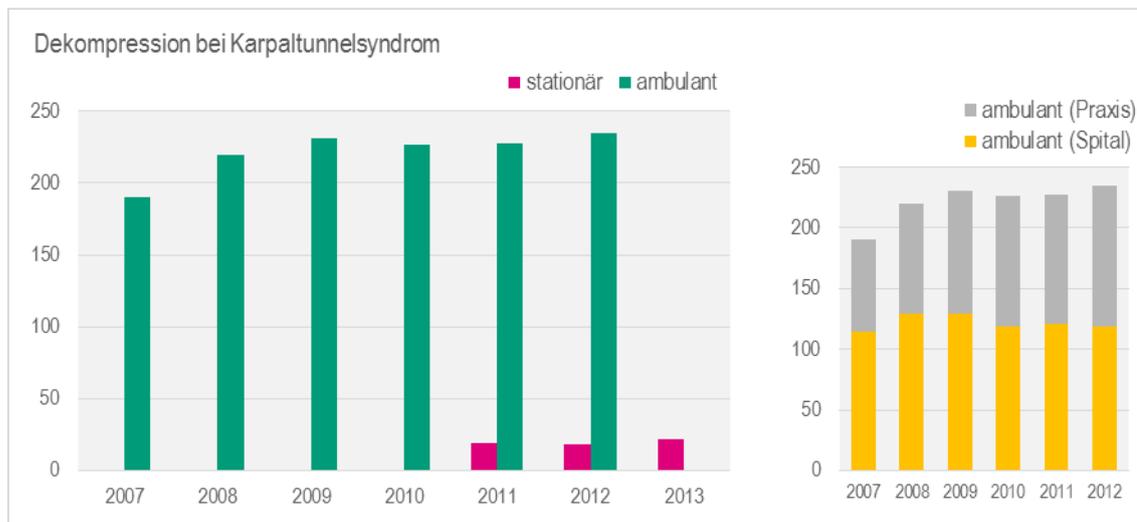


ABBILDUNG 65: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - DEKOMPRESSION BEI KARPALTUNNELSYNDROM

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

2.8 Zervixkonisation

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

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

TABELLE 74: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN - ZERVIXKONISATION

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

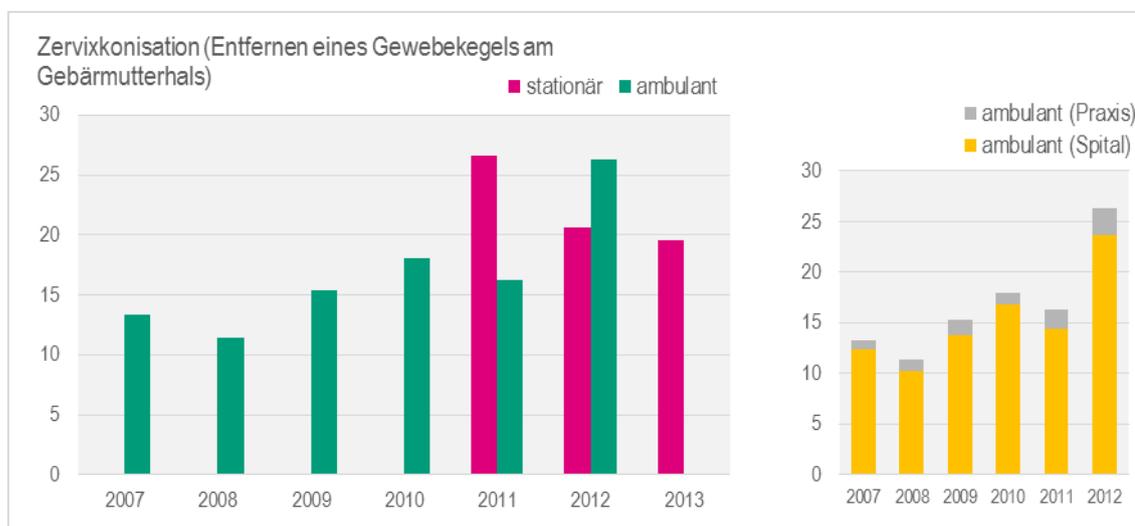


ABBILDUNG 66: ANALYSE VON SUBSTITUTIONSTENDENZEN – ZERVIXKONISATION

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

3 Fazit zur Substitution stationär - ambulant

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

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

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

H. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Zielsetzungen des vorliegenden Monitorings (vgl. Kapitel A.4) betreffen einerseits die Dokumentation und Analyse des Angebots von und der Nachfrage nach medizinischen Leistungen sowie 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 dargestellt. Im jeweiligen Fazit pro Versorgungsbereich sind ausserdem die jeweils daraus resultierenden Schlussfolgerungen dargestellt.

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

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

1 Entwicklung des Angebots, der Nachfrage und der Patientenströme

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

1.1 Verschiebung innerhalb der Versorgungsbereiche aufgrund der Schliessung der Klinik Allerheiligenberg

Per Ende März 2011 wurde die Klinik Allerheiligenberg geschlossen und deren Leistungsangebote an andere Standorte der Solothurner Spitäler AG transferiert. 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 von den Psychiatrischen Diensten, gekoppelt mit einer Kriseninterventionsstation in Olten, angeboten.

Für alle Versorgungsbereiche und insbesondere für die stationäre Rehabilitation gilt es die Auswirkungen aufgrund dieser Verschiebung bei der Interpretation von Entwicklungen zwischen den Jahren 2011 und 2012 zu berücksichtigen. In Bezug auf das Angebot der stationären Rehabilitation im Kanton Solothurn führt es zu einem wesentlichen Rückgang der Hospitalisationen und Pflegetage zwischen 2011 und 2012. Ebenso wirkt es sich auf die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen durch Solothurner Patienten aus, weil ein Grossteil der Fälle aufgrund des Transfers der Leistungsangebote nicht länger in der stationären Rehabilitation in Erscheinung

treten, sondern innerhalb den übrigen Versorgungsbereichen (Akutsomatik, Psychiatrie und ggf. in der ambulanten Versorgung) subsumiert sind. Korrigiert man für diesen Effekt ist hinsichtlich des Angebots in der stationären Rehabilitation eine steigende Tendenz der Fallzahlen feststellbar. Infolgedessen ist ebenso für die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen eine Zunahme feststellbar.

1.2 Anstieg der Inanspruchnahme

Unter Berücksichtigung der eben erwähnten Verschiebung aufgrund der Schliessung der Klinik Allerheiligenberg ist für den Kanton Solothurn in sämtlichen Versorgungsbereichen eine steigende Tendenz der Fallzahlen, Pflage tage bzw. Grundleistungen feststellbar. Analog gilt dies auch für die Mehrheit der Versorgungsbereiche in der Nordwestschweiz insgesamt.

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.¹⁴¹ 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.¹⁴²

1.3 Verändertes Patientenverhalten infolge der Spitalwahlfreiheit innerhalb der akutstationären Versorgung

Im Bericht auf Ebene Nordwestschweiz wird aufgrund des rückläufigen Marktanteils der Kantonsspitäler eine Verschiebung zugunsten der Privatspitäler bzw. der kleineren, spezialisierten Leistungserbringer konstatiert. Ausgehend davon liegt der Schluss nahe, dass sich innerhalb der Periode zwischen 2011 und 2013 eine Tendenz von den Kantonsspitalern zu kleineren, spezialisierten Leistungserbringern eingestellt hat. Es ist anzunehmen, dass diese Entwicklung in einem direkten Zusammenhang mit der KVG-Revision zu verstehen ist, mit welcher mitunter die freie Spitalwahl sowie damit einhergehend die Aufnahmepflicht für die ehemaligen Privatspitäler bzw. Spitäler ohne kantonalen Leistungsauftrag vor der Revision eingeführt wurde. Gestützt wird diese Interpretation durch die Entwicklung des Anteils zusatzversicherter Patienten. In Spitälern mit der bedeutendsten Zunahme hinsichtlich der Fallzahlen in der Nordwestschweiz ist gleichzeitig eine

¹⁴¹ Vgl. dazu u.a. B.S.S. (2014, S.55ff.).

¹⁴² Vgl. dazu BAG (2015b, S.49).

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).¹⁴³ Mit Fokus auf den Kanton Solothurn ist diese Verschiebung zwar anhand des sinkenden Marktanteils der Solothurner Spitäler AG sowie dem Anstieg der ausserkantonalen Nicht-Listenspitälern ansatzweise erkennbar, drückt sich aber nicht in derselben Deutlichkeit wie auf Ebene der Nordwestschweiz aus.

Augenscheinlich werden die Auswirkungen der Spitalwahlfreiheit ausserdem anhand des Anteils ausserkantonomaler Hospitalisationen – und zwar für sämtliche stationären Versorgungsbereiche. Auf Ebene der einzelnen Kantone ist mehrheitlich eine steigende Tendenz in Bezug auf den Anteil ausserkantonomaler Hospitalisationen zu beobachten. Ausnahmen bilden hierbei lediglich die Inanspruchnahme betreffend die stationäre Psychiatrie durch Aargauer Patienten sowie die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen durch Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft. Letzteres ist aufgrund der steigenden Fallzahlen des Kantonsspitals Baselland im Bereich der Rehabilitation erklärbar. Insbesondere in der Psychiatrie sowie weitgehend auch in der akutstationären Versorgung beschränkt sich die steigende Mobilität der Patienten auf Leistungserbringer in die jeweils anderen Nordwestschweizer Kantone.

Empfehlung

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

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

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

1.4 Vier Grundversorger in der Region Aarolfingen

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

¹⁴³ Vgl. Kapitel B.1 im Bericht auf Ebene der gesamten Nordwestschweiz.

Empfehlungen

Die Massnahmen KVG-Revision zielen mitunter auf eine über die Kantonsgrenzen reichende Spezialisierung bzw. Konzentration innerhalb der Spitallandschaft.¹⁴⁴ Vor diesem Hintergrund ist insbesondere das Potential innerhalb der Region Aarolingen zu prüfen, in welcher vier Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag ihren Standort haben. Dabei ist einerseits aus kantonaler Perspektive abzuwägen, inwiefern, in welchen Bereichen und mit welchen Mitteln (z.B. Ausweitung der Spitallisten auf ausserkantonale Leistungserbringer) eine Spezialisierung angestrebt werden soll. Allfällige Strategien und Massnahmen sind anschliessend zwischen den Kantonen zu koordinieren.

1.5 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 notwendigen 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“, andererseits bezüglich der Leistungsgruppe „geriatrische Rehabilitation“. Im Rahmen der durchgeführten Erhebung ist nur unzureichend gelungen, die Leistungen der Frührehabilitation abzubilden. Am besten ist die Frührehabilitation als Querschnittsgruppe aufzufassen, weshalb in der Leistungsgruppendefinition von H+ keine separate Leistungsgruppe Frührehabilitation vorgesehen ist, sondern innerhalb bestimmter Leistungsgruppen zwischen überwachungspflichtiger und stationärer Rehabilitation unterschieden wird.¹⁴⁵ Auch die Leistungsgruppe der Geriatrischen Rehabilitation beinhaltet Unsicherheiten. 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 Schlussfolgerungen hinsichtlich des Versorgungsbedarfs der Wohnbevölkerung abzuleiten.

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

Empfehlung

Mit den Projekten ST Reha und TARPSY werden aktuell neue Tarifsysteme für die stationäre Rehabilitation und Psychiatrie erarbeitet. Aus Sicht der Kantone muss dabei darauf geachtet werden, dass die den Tarifsystemen zugrundeliegenden Leistungsgruppen anhand der Medizinischen Statistik abbildbar sind. Die Medizinische Statistik stellt die zentrale Datenquelle für die kantonalen Versorgungsplanungen dar und muss die notwendigen Variablen enthalten.

¹⁴⁴ Vgl. dazu BAG (2015a, 2015b).

¹⁴⁵ Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz (2013, S.11ff.).

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 Spitalisten anhand der Medizinischen Statistik abbildbar sind, empfiehlt es sich, die Zusatzerhebungen für die stationäre Rehabilitation und die stationäre Psychiatrie in reduzierter Form weiterzuführen.

Im Hinblick auf die geplanten, einheitlichen Tarifstrukturen in der stationären Rehabilitation bzw. Psychiatrie ist die Kompatibilität zwischen der Leistungsgruppensystematik, welche den Spitalisten zugrunde liegt, mit jener der neuen Tarifsysteme sicherzustellen. Dazu sind die Entwicklungen im Rahmen der Projekte ST Reha und TARPSY zu berücksichtigen. Als Grundlage für die einheitliche Tarifstruktur in der stationären Rehabilitation wurde durch H+ eine Definition der stationären Rehabilitationsarten erarbeitet (DefReha), die als Grundlage einer Leistungsgruppensystematik in der Rehabilitation herangezogen werden kann. Gleichzeitig könnte damit in Bezug auf die Abgrenzung einzelner Leistungsgruppen mehr Klarheit geschaffen und somit ebenso die Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Nordwestschweizer Kantonen.

Ungeachtet der laufenden Tarifprojekte und der Frage, welche Leistungsgruppensystematik sich für die Abbildung von Angebot und Inanspruchnahme innerhalb der stationären Rehabilitation und Psychiatrie am besten eignet, begünstigt die Anwendung einer einheitlichen Systematik die Koordination der Versorgungsplanungen zwischen den Nordwestschweizer Kantonen.

1.6 Erstmalige Darstellung der ambulanten Versorgung

Im Rahmen des vorliegenden Monitorings wurde erstmals eine detaillierte Analyse der Versorgungssituation im ambulanten Sektor für die Nordwestschweiz durchgeführt. Daraus resultierte eine Übersicht der Inanspruchnahme und des Angebots ambulanter Versorgungsleistungen unterschieden nach praxis- und spitalambulanten Leistungen bzw. gruppiert nach FMH-Titeln der praxisambulanten Leistungserbringer. Die Auswertungen zeigen zum einen das überproportionale Wachstum im spitalambulanten Bereich, zum andern wird die zentrale Bedeutung der praxisambulanten Ärztinnen und Ärzte in den Bereichen der Grundversorgung, Psychiatrie, Pädiatrie und die Gynäkologie deutlich.

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

Empfehlung

Insofern Entwicklungen der ambulanten Versorgung im Rahmen der Versorgungsplanung weiterhin beobachtet werden sollen, empfiehlt sich, ein entsprechendes Konzept zu erarbeiten. Dies, damit insbesondere die spitalambulanten Leistungen präziser abgebildet werden können, zumal die in spitalambulanten Settings erbrachten Leistungen eine stark steigende Tendenz aufweisen. Das Obsan verfügt über einen privilegierten Zugriff auf den Datenpool der SASIS AG und ist mit der Datenstruktur des Datenpools vertraut. Somit ist das Obsan ein geeigneter Partner für die Kantone im Hinblick auf eine effiziente Beschaffung relevanten Handlungswissens zur ambulanten Versorgung zugunsten der kantonalen bzw. regionalen Versorgungsplanung.

1.7 Substituierbare Leistungen stationär – ambulant

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

2 Versorgungslage im Kanton Solothurn und in der Nordwestschweiz

Eine weitere Fragestellung des Monitorings betraf die Einschätzung der Versorgungslage in den Nordwestschweizer Kantonen. Aufgrund der Analyse von Angebot, Nachfrage und Patientenströmen sowie mittels spezifischer Indikatoren, die in Zusammenarbeit mit den auftraggebenden Kantonen für das vorliegende Monitoring hergeleitet wurden, konnten erste Einschätzungen zur Versorgungslage in den verschiedenen stationären und ambulanten Versorgungsbereichen erarbeitet werden. Die wichtigsten Ergebnisse, auch im Hinblick auf eine zukünftige leistungsorientierte Versorgungsplanung, werden im Folgenden dargelegt.

2.1 Die Nordwestschweiz als geschlossenes Versorgungssystem

Aus dem vorliegenden Monitoring wird deutlich, dass die Nordwestschweiz eine weitgehend geschlossene Versorgungsregion darstellt. Ein Grossteil der überkantonalen Patientenströme bezieht sich auf die jeweils anderen Nordwestschweizer Kantone. Die Abwanderung aus der Nordwestschweiz bewegt sich für alle Versorgungsbereiche (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und innerhalb der ambulanten Versorgung) im einstelligen bzw. knapp zweistelligen Prozentbereich. Mit Ausnahme der Rehabilitation trifft dasselbe auch auf die Zuwanderung in die Nordwestschweiz zu. Auf Ebene der einzelnen Kantone nehmen die Patientenströme hingegen teilweise weitaus grössere Ausmasse an. Beispielsweise sind rund 31% der ambulanten Leistungen zugunsten von basel-landschaftlichen Patientinnen und Patienten auf Behandlungen ausserhalb des Kantons zurückzuführen, wobei sich die überwiegende Mehrheit davon auf den Kanton Basel-Stadt bezieht.

Empfehlung

Mit der leistungsorientierten Bedarfsplanung im Rahmen des Versorgungsberichts und dem gemeinsamen Monitoring für den Zeitraum zwischen 2011 und 2013 wurde einerseits eine detaillierte Grundlage zur Versorgungssituation in der Nordwestschweiz geschaffen, die als Basis für das Monitoring der künftigen Entwicklungen zu nutzen ist. Andererseits wurde damit die Koordination und ein regelmässiger Austausch zwischen den kantonalen Gesundheitsämtern etabliert, was angesichts der Geschlossenheit der Nordwestschweiz als Versorgungsregion insgesamt und der teilweise bedeutenden Patientenströmen zwischen den Nordwestschweizer Kantonen sinnvoll ist. Damit auch künftig eine zweckmässige Koordination zwischen den Nordwestschweizer Kantonen erfolgen kann, braucht es klare politische Zielsetzungen, nach welchen diese auszurichten ist.

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)¹⁴⁶ 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.

¹⁴⁶ Vgl. <http://www.ivr-ias.ch/cms/upload/imgfile1513.pdf>

Empfehlungen

Zwecks einer transparenten Versorgungsplanung wären explizite fachlich bzw. politisch abgestützte Indikatoren und Richtwerte zu den Planungskriterien gemäss der Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung wünschenswert. Dies gilt nicht nur für die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten sondern auch in Bezug auf die weiteren Indikatoren zur Versorgungslage (Mindestfallzahlen (MFZ), Hospitalisationsraten und Konsultationsquoten, etc.). Diesbezügliche Bemühungen sind unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes sowie in Koordination mit der GDK aufzunehmen resp. zu stärken.

2.3 Auffällig hohe Hospitalisationsraten als Grundlage zur Überprüfung der Angebotsstrukturen

Die Auswertungen der Hospitalisationsraten im akutstationären Bereich und der Konsultationsquoten im ambulanten Bereich wurden erstmals im Rahmen des vorliegenden Monitorings durchgeführt. Ziel war zu prüfen, inwiefern die Nordwestschweizer Bevölkerung in gewissen Bereichen mehr oder weniger Leistungen als der Schweizer Durchschnitt in Anspruch nimmt. Damit bestand die Annahme, auch erste Hinweise auf Bereiche potentieller Angebotsinduzierung zu erhalten. Die Auswertungen zeigen, dass die Hospitalisationsraten und Konsultationsquoten in den verschiedenen Kantonen unterschiedlich ausfallen und mit dem aktuellen Wissensstand nur vorsichtig interpretiert werden dürfen.

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

- Orthopädie (BEW2)
- Wirbelsäulenchirurgie (BEW8)
- Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie (BEW8.1)
- Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell) (GEF1)
- Gynäkologie (GYN1)
- Koronarchirurgie (CABG) (HER1.1.1)
- Hals- und Gesichtschirurgie (HNO1.1)
- Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen (HNO1.2)
- Kardiologie (inkl. Schrittmacher) (KAR1)
- Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) (KAR1.1)
- Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen) (NEP1)
- Urologie ohne Schwerpunktstitel Operative Urologie (URO1)

Empfehlungen

Die identifizierten Leistungsgruppen in der akutstationären Versorgung sind als Bereiche potentieller Angebotsinduzierung aufzufassen. Es wird empfohlen, die Resultate anhand analoger Auswertungen für die Folgejahre zu überprüfen. Leistungsgruppen, für welche sich die überdurchschnittlichen Hospitalisationsraten anhand der Folgejahre bestätigen lassen sind anschliessend einer vertieften Analyse zu unterziehen, in welcher zu prüfen sein wird, inwiefern die überdurchschnittlichen Hospitalisationsraten infolge spezifischer 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 Rehabilitationsspitalern zu Pflegeheimen, sowie den Übergang von der stationären Behandlung zu ambulanten Leistungserbringung. Ausserdem ist auch die Rolle der intermediären Strukturen wie 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,¹⁴⁷ wäre eine detailliertere Darstellung der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Angebote empfehlenswert. Gerade um die Auswirkungen der KVG-Revision nachzuvollziehen, ist es von zentraler Bedeutung, die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen zu erfassen. Dahinter steht insbesondere die Frage, ob ein Rückgang in einem Bereich eine Ausweitung in einem anderen hervorruft, ungeachtet dessen, ob sich das Hauptinteresse dabei auf die monetären oder mengenbezogenen Verschiebungen bezieht.

Empfehlung

Wo dies mit einem verhältnismässigen Aufwand möglich ist, können alternative Datenquellen genutzt werden, um mehr Handlungswissen zu den Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen zu generieren. So könnten zum Beispiel zur Analyse des Schweregrades bei Eintritt in Rehabilitationsspitaler die Daten, die im Zusammenhang mit den Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) erhoben werden, genutzt werden.

¹⁴⁷ 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.

2.5 Aktualisierung des Prognosemodells

Im Rahmen des gemeinsamen Versorgungsberichts 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 eine Prognose des Leistungsbedarfs für die Bereiche der stationären Versorgung berechnet. Im Zuge des Monitorings wurden die interpolierten Prognosen für das Jahr 2013 mit der tatsächlich zu beobachtenden Inanspruchnahme verglichen und anhand dessen das Prognosemodell als Planungsinstrument validiert:¹⁴⁸

- 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.

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 Knowhow besitzt und damit Synergien genutzt werden können.

¹⁴⁸ Vgl. dazu Methodenbericht.

I. Anhang

1 Literatur- und Materialienverzeichnis

B,S,S. (2014). Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler – Erste Bestandesaufnahme und Konzeptstudie. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, im Auftrag von: Bundesamtes für Gesundheit (BAG), www.bss-basel.ch (14.06.2015).

BAG (2010). Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung. Bericht des Bundesrates, Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2014). Faktenblatt Medizinische Grundversorgung vom 24.2.2014, Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2014b). Statistiken zur Krankenversicherung: Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2012. Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2015a): Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung (Version vom April 2015). Verfasst von: Weber, Markus/Vogt, Christian. Bern. <http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>.

BAG (2015b): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung: Zwischenresultate. Bericht des BAG an den Bundesrat. Bern. <http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>.

BAO (2014). Übersicht ambulanter Eingriffe. Bundesverband für Ambulantes Operieren, www.operieren.de (22.04.2015).

BFS (1997). Medizinische Statistik der Krankenhäuser: Detailkonzept 1997 (Version: 12. Dezember 2005), Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Neuenburg: Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit.

BFS (2006). Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Krankenhaustypologie, Version 5.2, Neuchâtel.

BFS (2006). Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens: Krankenhaustypologie. Neuchâtel, November 2006, Version 5.2, Bundesamt für Statistik, www.bfs.admin.ch (8.6.2014).

BFS (2008). Variablen der Medizinischen Statistik Spezifikationen gültig ab 1.1.2012, Anhang D des Dokuments "Anpassungen der Medizinischen Statistik an die Bedürfnisse für eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung (SwissDRG). Änderungen im Detail", Bundesamt für Statistik (Letzte Aktualisierung: Juli 2011).

BFS (2013). Medizinische Statistik der Krankenhäuser: Geographische Parameter. Version 6.7, Bundesamt für Statistik.

Bielinski, Daniel; Akkus, Funda; Fels, Denise; Frauenfelder, Beat; Gitz, Christoph; Gysi, Jan; Krneta, Daniela; Meyer, Viktor; Seifritz, Erich und Werner Strik (2010). Schweizer Nachwuchs fehlt speziell in der Psychiatrie. Taskforce Nachwuchsmangel SGPP/SVPC, Schweizerische Ärztezeitung 2010; 91: 10.

Bucher, Hans-Peter (2008). Babyboomer kommen ins Rentenalter: Der Lebenszyklus der geburtenstarken Jahrgänge im Kanton Zürich 1970–2050. Statistisches Amt des Kantons Zürich, www.statistik.zh.ch.

Bundesrat (2013). Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung. Bericht des Bundesrates zu den Postulaten 09.4239 vom 11. Dezember 2009 und 10.3753 vom 29. September 2010, Bern, 18.12.2013.

Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau (2014). Spitalliste 2015 Psychiatrie: Anforderungen pro psychiatrischer Leistungsgruppe. Anhang 12, www.ag.ch (9.7.2014).

Felder Stefan, Kägi Wolfram et al. (2014). Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulantem Sektor. Begleitstudie im Auftrag von FMH und H+, www.fmh.ch.

Felder, S.; Meier, M.; Schmitt, H. (2000). Health care expenditure in last months of life. *Health Economics* 19: 679–695 2.

Felder, Stefan (2012): Gesundheitsausgaben und demografischer Wandel. In *Bundesgesundheitsblatt* 2012/5.

Frick, Ulrich; Krischker Stefan; Gmel, Gerhard (2013). Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär): Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität. Forschungsbericht No. 330 aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich.

GDK (2005). Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung: Bericht des Arbeitsausschusses „Leistungsorientierte Spitalplanung“ zuhanden des Vorstandes der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz. Bern, Juli 2005.

GDK (2008). Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“. Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, www.gdk-cds.ch (8.6.2014).

GDK (2009). Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007. Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, vom Vorstand der GDK verabschiedet am 14.5.2009.

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2013). Gesundheitsversorgungsbericht 2012 über die stationäre Spitalversorgung und die Langzeitpflege im Kanton Basel-Stadt, www.gesundheitsversorgung.bs.ch (8.7.2014).

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2009). Liste potentiell substituierbarer DRG, www.gd.zh.ch (22.04.2015).

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2011). Zürcher Spitalplanung 2012: Strukturbericht. September 2011, www.gd.zh.ch (5.4.2015).

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013). Gesundheitsversorgung 2013: Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie, www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion (12.6.2014).

Giacometti-Bickel, Graziella; Landolt, Karin; Bernath, Christian; Seifritz, Erich; Haug, Achim; Rössler, Wulf (2013). In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. *Schweizerische Ärztezeitung* 2013; 94: 8.

Gruber, Jörg; Knie, Bernd; Lippitsch, Stefan (2010a). Spitalplanung 2012: Gemeinsamer Versorgungsbericht der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn. LENZ Beratungen & Dienstleistungen AG, im Auftrag von: Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft, Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt und Departement des Innern des Kantons Solothurn. www.baselland.ch (4.5.2014).

Guggenbühl, Lisa; Ettlín Ricarda; Ruffin Regula (2012). Zukunft Psychiatrie: Kantonale Psychiatriekonzepte und ihre Umsetzung. Eine Bestandsaufnahme. Bern.

H+ Die Spitäler der Schweiz (2013). Grundlangpapier DefReha© Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche & Definitionen, Version 1.0.

Jaccard Ruedin, Hélène / Roth, Maik / Bétrisey, Carine / Marzo, Nicola / Busato, André (2007). Angebot und Inanspruchnahme an ambulanten medizinischen Leistungen in der Schweiz, Neuchâtel, OBSAN, S. 100

KBV (2014). Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand: 01.01.2014, www.kbv.de (22.04.2015).

Levinsky, NG.; Yu, W.; Ash, A. et al. (2001). Influence of age on Medicare expenditures and medical care in the last year of life. *JAMA* 286: 1349–1355 3.

Longchamp, Claude; Kocher, Jonas Philippe; Tschöpe, Stephan; Rochat, Philippe (2014). H+ Spital- und Klinik-Barometer. Studie von gfs.bern im Auftrag von H+ Die Spitäler der Schweiz, www.gfsbern.ch (22.04.2015).

Lubitz, J.; Beebe, J.; Baker, C. (1995). Longevity and Medicare expenditures. *N Engl J Med* 332: 999–1003

Sager, F., Ruffli, Ch. & Wälti, M. (2010). Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone (Obsan Dossier 10). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schuler, Daniela / Burla, Laila (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz, Monitoring 2012, Neuchâtel, OBSAN.

SwissDRG (2012). Dokumentation Grouper. 28. November 2012, webgrouper.swissdrg.org (8.6.2014).

SwissDRG (2013a). Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Version 2.0 vom 1.1.2013, www.swissdrg.org (8.6.2014).

SwissDRG (2013b). Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Version Mai 2013, Gültig ab 1.1.2014, www.swissdrg.org (8.6.2014).

2 Spitallisten der Nordwestschweizer Kantone

Nachfolgend sind die Links zu den kantonalen Spitallisten aufgeführt. Für das Monitoring massgebend waren jeweils die per 1.1.2012 gültigen Versionen der kantonalen Spitallisten.

- Kanton Aargau:
https://www.ag.ch/de/dgs/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaelerkliniken/spitallisten_2015/spitallisten.jsp
- Kanton Basel-Landschaft:
<http://www.baselland.ch/spitalliste>
- Kanton Basel-Stadt:
<http://www.gesetzessammlung.bs.ch/frontend/versions/3240>
- Kanton Solothurn:
<https://www.so.ch/verwaltung/departement-des-innern/gesundheitsamt/spitalversorgung/>

3 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

3.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Akutsomatik Angebot – Fallzahlen und Marktanteile nach Spital 2011-13	7
Tabelle 2: Akutsomatik Nachfrage – Fallzahlen und mittlere Aufenthaltsdauer (MAD) 2011-13.....	8
Tabelle 3: Akutsomatik Abwanderung - Fallzahlen nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-13.....	10
Tabelle 4: Zuwanderung Akutsomatik – Hospitalisationen nach Wohnkanton des Patienten 2011 und 2012	11
Tabelle 5: Erreichbarkeitsanalysen - Zusammenfassung der Ergebnisse.....	13
Tabelle 6: Angebot Psychiatrie – Fälle, Pflgegetage und Marktanteile pro Spital 2011-13.....	15
Tabelle 7: Nachfrage Psychiatrie – Fälle und Pflgegetage pro Leistungsgruppe 2011-13	16
Tabelle 8: Abwanderung Psychiatrie – Fälle nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-2013	17
Tabelle 9: Zuwanderung ausserregionaler Patienten bei psychiatrischen Hospitalisationen 2011-2013	18
Tabelle 10: Angebot Rehabilitation – Fälle, Pflgegetage und Marktanteile pro Spital 2011-13.....	19
Tabelle 11: Nachfrage Rehabilitation – Fälle und Pflgegetage pro Leistungsgruppe 2011-13	21
Tabelle 12: Abwanderung Rehabilitation – Fälle nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-2013	22
Tabelle 13: Zuwanderung Rehabilitation – Hospitalisationen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013	22
Tabelle 14: Abwanderung ambulant – Grundleistungen nach Standortkanton der Behandlung 2011-2013	24
Tabelle 15: Zuwanderung ambulant – Grundleistungen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013.....	24
Tabelle 16: Anteil der Wohnbevölkerung im Alter von 65 Jahren und höher nach Kanton, 2010-2013	37
Tabelle 17: Akutsomatik Angebot – Fallzahlen und Marktanteile nach Spital 2011-13	44
Tabelle 18: Akutsomatik Angebot – Veränderungen Fallzahlen und Marktanteile nach Spital 2011-13	45
Tabelle 19: Akutsomatik Nachfrage – Fallzahlen und mittlere Aufenthaltsdauer (MAD) 2011-13.....	48
Tabelle 20: Akutsomatik Abwanderung - Fallzahlen nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-13.....	54
Tabelle 21: Akutsomatik Abwanderung – nach Leistungsbereich, Eintrittsart und Zielkanton 2013	56
Tabelle 22: CMI bei innerkantonalen und ausserkantonalen Hospitalisationen 2012.....	59
Tabelle 23: Zuwanderung Akutsomatik – Hospitalisationen nach Wohnkanton des Patienten 2011 und 2012	60
Tabelle 24: Akutsomatik Nettowanderung – Zu- und Abwanderung nach Leistungsbereichen 2011-13	62
Tabelle 25: Mindestfallzahlen der Listenspitäler des Kantons Solothurn 2012-13	67
Tabelle 26: Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2012.....	70
Tabelle 27: Erreichbarkeit Kindermedizin (Basis) nach Fahrzeiten 2012	71
Tabelle 28: Erreichbarkeit Kindermedizin (spezialisiert) nach Fahrzeiten 2012	73
Tabelle 29: Erreichbarkeit Akutgeriatrie nach Fahrzeiten 2012	74
Tabelle 30: Erreichbarkeit Herz-/Kreislauferkrankungen nach Fahrzeiten 2012	76
Tabelle 31: Erreichbarkeit Interventionelle Kardiologie nach Fahrzeiten 2012.....	77
Tabelle 32: Fallzahlen 2012 und 2013 im Leistungsbereich Herz.....	79
Tabelle 33: Erreichbarkeit Orthopädie nach Fahrzeiten 2012.....	80
Tabelle 34: Erreichbarkeit Wirbelsäulen Chirurgie nach Fahrzeiten 2012	82
Tabelle 35: Fallzahlen 2012 und 2013 im Leistungsbereich Bewegungsapparat chirurgisch	84
Tabelle 36: Hospitalisationsraten (tR, eR), Abweichung und Referenzwerte nach SPLG 2013	88
Tabelle 37: Erreichbarkeitsanalysen - Zusammenfassung der Ergebnisse.....	94
Tabelle 38: Angebot Akutsomatik Aarolfingen – Fallzahlen und Marktanteile 2011-2013	96
Tabelle 39: Angebot Akutsomatik Aarolfingen - Veränderungen 2011-2013.....	97
Tabelle 40: Leistungsanspruchnahme Wohnbevölkerung Aarolfingen 2011-2013	99
Tabelle 41: Zuwanderung Aarolfingen - Hospitalisationen ausserregionaler Patienten 2011-2013	100
Tabelle 42: Abwanderung Aarolfingen – ausserregionale Hospitalisationen 2011-2013	101
Tabelle 43: Spitalstandorte mit Grundversorgungsauftrag in der Region Aarolfingen, Fallzahlen 2013	104
Tabelle 44: Angebot Psychiatrie – Fälle, Pflgegetage und Marktanteile pro Spital 2011-13.....	107
Tabelle 45: Angebot Psychiatrie – Veränderung Fallzahlen, Pflgegetage und Marktanteile pro Spital 2011-13.....	107
Tabelle 46: Nachfrage Psychiatrie – Fälle und Pflgegetage pro Leistungsgruppe 2011-13	109
Tabelle 47: Nachfrage Psychiatrie – Veränderung Fallzahlen und Pflgegetage pro Leistungsbereich 2011-13	110
Tabelle 48: Abwanderung Psychiatrie – Fälle nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-2013	111
Tabelle 49: Zuwanderung ausserregionaler Patienten bei psychiatrischen Hospitalisationen 2011-2013	112
Tabelle 50: Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung, Tabelle	113
Tabelle 51: Angebot Rehabilitation – Fälle, Pflgegetage und Marktanteile pro Spital 2011-13.....	119
Tabelle 52: Angebot Rehabilitation – Veränderung Fälle, Pflgegetage und Marktanteile pro Spital 2011-13	120
Tabelle 53: Nachfrage Rehabilitation – Fälle und Pflgegetage pro Leistungsgruppe 2011-13	123
Tabelle 54: Nachfrage Rehabilitation – Veränderung Fallzahlen und Pflgegetage pro Leistungsgruppe 2011-13.....	125
Tabelle 55: Abwanderung Rehabilitation – Fälle nach Standortkanton der Hospitalisation 2011-2013	126
Tabelle 56: Zuwanderung Rehabilitation – Hospitalisationen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013	127
Tabelle 57: Anzahl und Dichte der praxisambulanten Leistungserbringer nach FMH-Titel 2011-2013.....	131
Tabelle 58: Ambulantes Angebot – erbrachte Grundleistungen nach FMH-Titel 2011-2013.....	132
Tabelle 59: Ambulantes Angebot – Veränderungen absolut und in Prozent nach FMH-Titel 2011-2013	133
Tabelle 60: ambulante Nachfrage – beanspruchte Grundleistungen nach FMH-Titel 2011-2013.....	137
Tabelle 61: Ambulante Nachfrage – Veränderungen absolut und in Prozent nach FMH-Titel 2011-2013	139
Tabelle 62: Abwanderung ambulant – Grundleistungen nach Standortkanton der Behandlung 2011-2013	141
Tabelle 63: Zuwanderung ambulant – Grundleistungen nach Wohnkanton des Patienten 2011-2013.....	142
Tabelle 64: Konsultationsquoten nach Wohnkanton des Patienten und FMH-Titel 2013	147
Tabelle 65 : Konsultationsquoten und Anzahl Leistungserbringer nach FMH-Titel 2011-2013.....	149
Tabelle 66: Substitutionsraster.....	155
Tabelle 67: Analyse von Substitutionstendenzen - Leistenbruch.....	157

Tabelle 68: Analyse von Substitutionstendenzen - Krampfadern.....	158
Tabelle 69: Analyse von Substitutionstendenzen - Rachenmandeln	159
Tabelle 70: Analyse von Substitutionstendenzen - Hämorrhoiden.....	160
Tabelle 71: Analyse von Substitutionstendenzen - Grauer Star.....	161
Tabelle 72: Analyse von Substitutionstendenzen - Arthroskopische Meniskusentfernung	162
Tabelle 73: Analyse von Substitutionstendenzen - Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom	163
Tabelle 74: Analyse von Substitutionstendenzen - Zervixkonisation.....	164

3.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Datenquellen nach Versorgungsbereichen.....	6
Abbildung 2: Akutsomatik Angebot - Fälle in Solothurner Spitälern	6
Abbildung 3: Akutsomatik Nachfrage - Fallzahlen und Verteilung nach Spitalkategorie 2011-13.....	7
Abbildung 4: Alters- und geschlechterstandardisierte Abweichungen zwischen tR und eR nach SPLG 2013	14
Abbildung 5: Angebot Psychiatrie – Fälle und Pflgetage 2011-2013	15
Abbildung 6: Nachfrage Psychiatrie – Fälle und Pflgetage 2011-2013	16
Abbildung 7: Angebot Rehabilitation – Fälle und Pflgetage 2011-2013	19
Abbildung 8: Nachfrage Rehabilitation – Fälle und Pflgetage 2011-2013	20
Abbildung 9: Ambulantes Angebot – praxis- und spitalambulante Leistungen 2011-2013	23
Abbildung 10: Nordwestschweizer Kantone.....	30
Abbildung 11: Übersicht berichterstattung.....	31
Abbildung 12: Datenquellen nach Versorgungsbereichen	33
Abbildung 13: Ständige Wohnbevölkerung und Anzahl Versicherte 2007-2013	35
Abbildung 14: Durchschnittsalter nach Kanton 2010-13	36
Abbildung 15: Altersverteilung der Wohnbevölkerung nach Wohnkanton 2013	37
Abbildung 16: Bevölkerungspyramide - Struktur nach Alter und Geschlecht 2011 und 2013.....	38
Abbildung 17: Durchschnittliche Anzahl codierter ICD- und CHOP-Codes nach Kanton	40
Abbildung 18: Generierung des Datensatzes Akutsomatik.....	42
Abbildung 19: Akutsomatik Angebot - Fälle in Solothurner Spitälern	44
Abbildung 20: Patienten mit Liegeklasse HP/P - Veränderung 2011-13 nach Spital.....	45
Abbildung 21: Akutsomatik Nachfrage - Fallzahlen und Verteilung nach Spitalkategorie 2011-13.....	47
Abbildung 22: Akutsomatik Nachfrage - Veränderung der Fallzahlen nach Leistungsbereichen 2011-13.....	50
Abbildung 23: Veränderung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAD) nach Wohnkanton der Patienten 2011-13	51
Abbildung 24: Mittlere Aufenthaltsdauer nach Altersgruppen, 2011 und 2013.....	52
Abbildung 25: Hospitalisationsrate (HR) nach Altersgruppen, 2008 und 2013.....	52
Abbildung 26: Wohnbevölkerung, Patienten und Aufenthaltstage nach Altersgruppen, 2008 und 2013.....	53
Abbildung 27: Anteil der Liegeklasse HP/P bei inner- und ausserkantonalen Hospitalisationen 2011-2013	55
Abbildung 28: Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen nach Wohnregion des Patienten 2011 und 2012	57
Abbildung 29: Anteil der Liegeklasse HP/P bei inner- und ausserregionalen Patienten 2011-13.....	61
Abbildung 30: Nettowanderung nach Leistungsbereichen 2011-13	64
Abbildung 31: Einstellungen zur Distanz medizinischer Einrichtungen (GFS Bern)	69
Abbildung 32: Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2012, Karte	70
Abbildung 33: Erreichbarkeit Kindermedizin (Basis) nach Fahrzeiten 2012, Karte.....	72
Abbildung 34: Erreichbarkeit Kindermedizin (Spezialisiert) nach Fahrzeiten 2012, Karte	73
Abbildung 35: Erreichbarkeit akutgeriatrie nach Fahrzeiten 2012, Karte	75
Abbildung 36: Erreichbarkeit Herz-/Kreislaufkrankungen nach Fahrzeiten 2012, Karte	76
Abbildung 37: Erreichbarkeit interventionelle Kardiologie nach Fahrzeiten 2012, Karte.....	78
Abbildung 38: Erreichbarkeit Orthopädie nach Fahrzeiten 2012, Karte	81
Abbildung 39: Erreichbarkeit Wirbelsäulen Chirurgie nach Fahrzeiten 2012, Karte	82
Abbildung 40: Hospitalisationsraten nach Wohnkanton des Patienten 2013.....	85
Abbildung 41: Hospitalisationsraten nach Wohnkanton der Patienten 2013 (inkl. spitalspez. Abgrenzungen)	86
Abbildung 42: Abweichungen zwischen tatsächlicher und erwarteter HR nach Wohnkanton 2013	87
Abbildung 43: Alters- und geschlechterstandardisierte Abweichungen zwischen tR und eR nach SPLG 2013	89
Abbildung 44: Generierung des Datensatzes Psychiatrie.....	105
Abbildung 45: Angebot Psychiatrie - Fälle und Pflgetage 2011-2013	106
Abbildung 46: Nachfrage Psychiatrie - Fälle und Pflgetage 2011-2013	108
Abbildung 47: Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung, Karte.....	114
Abbildung 48: Generierung des Datensatzes Rehabilitation.....	117
Abbildung 49: Angebot Rehabilitation - Fälle und Pflgetage 2011-2013	118
Abbildung 50: Anteil Patienten der Liegeklasse Halbprivat/Privat (HP/P) nach Spital, 2013	120
Abbildung 51: Nachfrage Rehabilitation - Fälle und Pflgetage 2011-2013	122
Abbildung 52: Ambulantes Angebot – praxis- und spitalambulante Leistungen 2011-2013	135
Abbildung 53: ambulante Nachfrage – praxis- und spitalambulante Leistungen 2011-2013	140
Abbildung 54: Geographische Verteilung der praxisambulanten Ärzte im Bereich der Grundversorgung 2013	144
Abbildung 55: Geographische Verteilung der praxisambulanten Ärzte in der Pädiatrie 2013.....	145
Abbildung 56: Geographische Verteilung der praxisambulanten Psychiater 2013	146
Abbildung 57: Konsultationsquoten nach Wohnkanton des Patienten und FMH-Titel 2013	148
Abbildung 58: Konsultationsquoten Anzahl Leistungserbringer 2011-2013	150
Abbildung 59: Analyse von Substitutionstendenzen - Leistenbruch.....	157
Abbildung 60: Analyse von Substitutionstendenzen - Krampfadern.....	158

Abbildung 61: Analyse von Substitutionstendenzen – Rachenmandeln.....	159
Abbildung 62: Analyse von Substitutionstendenzen - Hämorrhoiden.....	160
Abbildung 63: Analyse von Substitutionstendenzen - Grauer Star.....	161
Abbildung 64: Analyse von Substitutionstendenzen - Arthroskopische Meniskusentfernung	162
Abbildung 65: Analyse von Substitutionstendenzen - Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom.....	163
Abbildung 66: Analyse von Substitutionstendenzen – Zervixkonisation.....	164