

Spitalplanung 2012

VERSORGUNGSBERICHT Kanton Basel-Landschaft



1. Auflage Oktober 2010

Alle Rechte vorbehalten

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

Herausgeber:

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

Produktion:

LENZ Beratungen & Dienstleistungen AG, Asylstrasse 41, 8032 Zürich

Autorenschaft:

Gruber Jörg, lic. phil., LENZ Beratungen & Dienstleistungen AG

Bernd Knie, Dr. med., LENZ Beratungen & Dienstleistungen AG

Lippitsch Stefan, lic. psych., LENZ Beratungen & Dienstleistungen AG

Redaktionelle Mitarbeit:

Baumann Giorgio, VGD, Kanton Basel-Landschaft

Sacher Raphael, Dr. sc., LENZ Beratungen & Dienstleistungen AG

Lektorat:

TRADUCTA Zürich, Seefeldstrasse 69, 8008 Zürich

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser

Der eidgenössische Gesetzgeber verpflichtet die Kantone mit dem revidierten Krankenversicherungsgesetz, ihre stationäre Versorgung ab 2012 leistungsorientiert zu planen. Jeder Kanton ermittelt das Angebot von innerkantonalen und ausserkantonalen Spitälern, Rehakliniken und anderen Einrichtungen, welches für die Versorgung der eigenen Bevölkerung nötig ist. Gleichzeitig sind die Kantone aufgefordert, ihre Spitalplanung untereinander zu koordinieren.

Der Kanton Basel-Landschaft hat sich mit seinen Nachbarkantonen Basel-Stadt, Aargau und Solothurn im Februar 2010 darauf verständigt, die Bedarfplanung gemeinsam anzugehen. Baselland begründet zusammen mit diesen Kantonen nördlich des Juras schon heute gesundheitspolitisch einen Versorgungsraum, der durch ein umfassendes Angebot an medizinischen Leistungen und unterschiedlich starken Patientenströmen zwischen den Kantonen gekennzeichnet ist.

Diese Verflechtung in der stationären Versorgung legt es nahe, dass diese vier Kantone ihre Planung und Entscheide mit Blick auf die neue Spitalfinanzierung miteinander besprechen und die Informationen über die zu erwartenden Patientenströme austauschen. Das Resultat dieser Überlegungen ist der vorliegende Versorgungsbericht. Er ist eine umfassende Analyse von Fallzahlen, Patientenbewegungen, Aufenthaltsdauern, medizinische Leistungsangebote und anderen Parametern unseres Kantons.

Der Bericht zeigt, welche Leistungen (Art und Menge) die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Landschaft in der Spitalversorgung künftig benötigen. Dazu haben die Autoren die bisherige Nachfrage der Bevölkerung abgebildet und den Leistungsbedarf bis ins Jahr 2020 ermittelt. Dabei sind Einflussfaktoren wie demografische, medizinische, epidemiologische und ökonomische Entwicklungen berücksichtigt worden.

Für jeden der vier Kantone ist ein Bericht zur Bedarfsplanung in der stationären Versorgung erarbeitet worden. Ergänzt werden diese Versorgungsberichte mit weiteren Analysen, die ähnlich aufgebaut und mit der gleichen Methodik erstellt worden sind, jedoch das gesamte Versorgungsgebiet der vier Kantone beleuchten sowie den Versorgungsraum nördlich des Juras. Mit dem vorliegenden Versorgungsbericht des Kantons Basel-Landschaft ist eine erste Etappe in der Spitalplanung abgeschlossen. Er ist zusammen mit den anderen Untersuchungen eine fundierte Grundlage für die spätere Auswahl der Listenspitäler.

Regierungsrat Peter Zwick

Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion
Kanton Basel-Landschaft

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
A Zusammenfassung.....	8
B. Einleitung.....	13
B.1. KVG-Revision 2007.....	13
B.2. Kantonale Spitalplanung 2012.....	14
B.3. Koordination mit anderen Kantonen	16
B.4. Das aktuelle Versorgungssystem des Kantons Basel-Landschaft	17
B.4.1. Versorgungsstruktur	17
B.4.2. Angebotsstruktur	20
B.4.3. Finanzierungssystem	21
B.5. Struktur des Versorgungsberichts	21
C. Datengrundlagen	22
C.1. Datenquellen	22
C.2. Generierung der Datensätze	23
C.3. Verwendete Variablen	25
C.4. Darstellungsebenen	26
C.5. Datenqualität und -konsistenz	27
D. Akutsomatik	29
D.1. Methodik Akutsomatik	29
D.1.1. Leistungsbereiche Akutsomatik	29
D.1.2. Prognose Akutsomatik	30
D.2. Leistungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung	37
D.2.1. Nachfragestruktur 2008.....	37

D.2.2.	Prognose der akutsomatischen Behandlungen 2020.....	42
D.2.2.a.	Auswirkungen der Einflussfaktoren.....	42
D.3.	Leistungsangebot der Baselbieter Akutspitäler.....	50
D.3.1.	Erbrachte Leistungen 2008	50
D.3.2.	Marktanteile der Baselbieter Akutspitäler	51
D.4.	Zu- und Abwanderungen in den und aus dem Kanton Basel-Landschaft.....	53
E.	Rehabilitation.....	58
E.1.	Methodik Rehabilitation	58
E.1.1.	Leistungsbereiche Rehabilitation.....	59
E.1.2.	Prognose Rehabilitation	62
E.2.	Leistungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung	65
E.2.1.	Nachfragestruktur 2008.....	65
E.2.2.	Prognose der rehabilitativen Behandlungen 2020	67
E.3.	Leistungsangebot der innerkantonalen Rehabilitationskliniken.....	68
E.3.1.	Erbrachte Leistungen 2008	68
E.3.2.	Zu- und Abwanderungen in den Kanton Basel-Landschaft.....	69
F.	Psychiatrie.....	71
F.1.	Methodik Psychiatrie	71
F.1.1.	Diagnosenbereiche Psychiatrie	71
F.1.2.	Prognose Psychiatrie	72
F.2.	Leistungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung	72
F.2.1.	Nachfragestruktur 2008.....	72
F.2.2.	Prognose der Psychiatrie 2020.....	74
F.3.	Leistungsangebot Psychiatrie.....	76
F.3.1.	Erbrachte Leistungen 2008	76
F.4.	Zu- und Abwanderungen in den und dem Kanton Basel-Landschaft	78

G.	Spezialbereiche	81
G.1.	Pädiatrie	81
G.1.1.	Methodik	81
G.1.2.	Leistungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung	81
G.1.3.	Prognose 2020 für die Pädiatrie	83
G.1.4.	Leistungsangebot Pädiatrie	84
G.1.5.	Zu- und Abwanderungen in den und aus dem Kanton Basel-Landschaft.....	86
G.2.	Akutgeriatrie	88
H.	Anhang	89
H.1.	Methodik Prognose Einflussfaktoren	89
H.1.1.	Demografie.....	89
H.1.2.	Medizintechnische Entwicklung	89
H.1.3.	Epidemiologische Entwicklung	89
H.1.4.	Ökonomische Entwicklung	90
H.1.4.a.	Substitutionspotenzial.....	90
H.1.4.b.	Verkürzung der Aufenthaltsdauer	91
H.2.	Glossar und Verzeichnisse.....	94
H.2.1.	Glossar und Abkürzungsverzeichnis	94
H.2.2.	Abkürzungen und Symbole in Tabellen	103
H.2.3.	Definition der einzelnen Rehabilitations-Leistungsbereiche	104
H.3.	Tabellenanhang	105
H.3.1.	105
H.3.2.	Tabellenverzeichnis.....	107
H.3.3.	Abbildungsverzeichnis.....	109
H.3.4.	Verzeichnis der Verweise aufs Internet	110

Redaktionelle Hinweise

Aus Gründen der besseren Verständlichkeit wird im nachfolgenden Text die männliche Form im geschlechtsneutralen Sinn verwendet.

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

Wir bitten die Leserinnen und Leser für dieses Vorgehen um Verständnis.

A Zusammenfassung

Die Kantone Aargau, Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn haben sich auf eine gemeinsame Erarbeitung der Grundlagen für die leistungsorientierte Bedarfsplanung der stationären Versorgung ihrer Bevölkerung verständigt. Zu diesem Zweck wurden ein gemeinsamer Versorgungsbericht unter Berücksichtigung der Patientenströme und ein gemeinsamer Kriterienkatalog zur Aufnahme von Spitälern auf die Spitallisten erarbeitet. Diese vier Nordwestschweizer Kantone folgen damit einerseits dem Ansinnen der Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV, die eine Koordination der Planung mit den anderen Kantonen verlangen. Andererseits manifestieren die vier Kantone damit ihre Absicht, die Gesundheitsversorgung nicht nur entlang der Kantons Grenzen, sondern in einer transkantonalen und überregionalen Perspektive zu betrachten.

Der vorliegende Versorgungsbericht des Kantons Basel-Landschaft stellt die Resultate der ersten Planungsetappe zur Spitalplanung 2012 vor. Der Bericht zeichnet ein umfassendes Bild der heutigen Nachfrage und skizziert den zukünftigen Versorgungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung. Das Kernstück des Berichtes bilden die Analysen zu Nachfrage und Leistungsangebot 2008 sowie die Ermittlung des zukünftigen Leistungsbedarfes mit dem Prognosehorizont bis ins Jahr 2020, wobei Einflussfaktoren wie die demografische, medizintechnische, epidemiologische und ökonomische Entwicklung sektoriell Berücksichtigung fanden.

Während sich die Nachfrage und die Prognosen stets auf die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft beziehen (unabhängig davon, ob sie innerhalb oder ausserhalb dieses Versorgungsraumes behandelt wurden), stehen bei der Darstellung des aktuellen Leistungsangebots immer die im Kanton ansässigen Institutionen im Blickpunkt des Interessens (unabhängig davon, ob die behandelten Patienten ihren Wohnsitz innerhalb oder ausserhalb des Versorgungsraumes haben).

Der Versorgungsbericht nimmt noch keine Entscheide zur Vergabe der Listenplätze und der Leistungsaufträge vorweg. Er bildet den ersten Schritt auf dem Weg zur Spitalplanung 2012 und es werden die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie sowie in einem speziellen Abschnitt die Pädiatrie und Akutgeriatrie betrachtet. Diesbezüglich bildet der Kriterienkatalog eine weitergehende Grundlage. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst:

1. Akutsomatik

Im Jahr 2008 beanspruchten die Baselbieter in über 43'400 Fällen einen stationären Spitalaufenthalt, 37 Prozent aller Behandlungen wurden in Kantonen ausserhalb des Kantons Basel-Landschaft durchgeführt. Im Schnitt waren die Patienten 54 Jahre alt, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller stationären Fälle betrug 8.4 Tage.

Mit einem Anteil von 47 Prozent an den Patienten und 62 Prozent an den Pflegetagen präsentieren sich die über 59-Jährigen als die Altersgruppe mit der grössten Nachfrage bei stationären Leistungen.

Anstieg der Fallzahlen und Abnahme der Pflage tage bis 2020

Insgesamt wird bis 2020 eine Zunahme der stationären Patienten um 8 Prozent prognostiziert. Diese Zunahme ist primär eine Folge der erwarteten demografischen Entwicklung. Dabei führen sowohl die Bevölkerungszunahme des Kantons Basel-Landschaft von 3 Prozent als auch die zunehmende Alterung der Bevölkerung zu mehr Spitaleintritten. Neben dem demografischen Faktor hat auch die erwartete medizintechnische Entwicklung einen steigernden Einfluss auf die Fallzahlen. Hingegen wird von der Substitution bisher stationär erbrachter durch zukünftig ambulante Behandlungen eine Abnahme der Spitalaufenthalte um 3 Prozent erwartet.

Eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung der Pflage tage spielen neben den Patientenzahlen die zukünftigen Aufenthaltsdauern. Als Folge des medizintechnischen Fortschritts und der flächendeckenden Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems in der Akutsomatik (SwissDRG) wird in den nächsten 10 Jahren eine **Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer von 8.4 auf 7.1 Tage** erwartet. Aus diesem Grund wird eine **Abnahme der Pflage tagen um 8.6 Prozent** prognostiziert.

Unterschiedliche Entwicklung nach Leistungsbereich, Region und Altersgruppe

Hinter den oben genannten Entwicklungen innerhalb der Fallzahlen, Aufenthaltsdauern und Pflage tage bis 2020 stecken wesentliche Veränderungen der medizinischen Leistungsbereiche, der regionalen Verteilung und des Alters der Patienten.

Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die erwarteten Entwicklungen je Leistungsbereich.

Prognostizierter Bedarf 2020 nach Leistungsbereich

Prognostizierter Bedarf 2020	Fälle			MAD			Pflegetage		
	2008	2020		2008	2020		2008	2020	
Nervensystem & Sinnesorgane									
Dermatologie	1288	1416	10%	8.3	6.4	-23%	10'673	9059	-15%
Hals-Nasen-Ohren	2002	2065	3%	5.8	4.3	-26%	11'576	8799	-24%
Neurochirurgie	397	430	8%	12.7	9.6	-24%	5'031	4132	-18%
Neurologie	2223	2484	12%	9.0	7.2	-20%	20'084	18003	-10%
Ophthalmologie	451	452	0%	4.4	3.8	-15%	2'002	1696	-15%
Innere Organe									
Endokrinologie	465	523	12%	10.6	8.0	-25%	4'948	4160	-16%
Gastroenterologie	2783	3090	11%	8.0	6.5	-19%	22'386	20063	-10%
Viszeralchirurgie	3204	3442	7%	8.8	7.4	-16%	28'148	25387	-10%
Hämatologie	570	655	15%	11.6	8.6	-26%	6'592	5629	-15%
Herz- & Gefässchirurgie	1510	2274	51%	9.6	7.3	-24%	14'421	16538	15%
Kardiologie & Angiologie	3199	3567	12%	7.8	6.5	-17%	25'077	23212	-7%
Infektiologie	696	776	12%	11.4	9.7	-14%	7'911	7564	-4%
Nephrologie	432	503	17%	9.6	8.0	-17%	4'162	4004	-4%
Urologie	2033	2155	6%	6.7	6.0	-10%	13'525	12848	-5%
Pneumologie	1861	2131	15%	11.9	8.9	-25%	22'153	18925	-15%
Thoraxchirurgie	448	506	13%	15.1	12.8	-16%	6'780	6476	-4%
Bewegungsapparat									
Orthopädie	8285	8695	5%	8.6	7.3	-15%	71'598	63596	-11%
Rheumatologie	1198	1392	16%	12.9	9.3	-28%	15'442	12878	-17%
Gynäkologie & Geburtshilfe									
Gynäkologie	1936	1880	-3%	6.2	5.4	-12%	11'954	10187	-15%
Geburtshilfe	2846	2838	0%	6.3	5.7	-9%	17'799	16077	-10%
Neugeborene	2629	2481	-6%	6.3	5.7	-10%	16'483	14041	-15%
Übrige									
(Radio-) Onkologie	654	571	-13%	4.0	3.9	-1%	2'587	2236	-14%
Psychiatrie & Toxikologie	15	17	12%	14.7	6.9	-53%	221	115	-48%
Schwere Verletzungen	397	419	6%	8.7	7.0	-20%	3'473	2947	-15%
Transplantationen	36	37	3%	27.3	19.4	-29%	984	720	-27%
Sonstige Behandlung	1105	1257	14%	18.0	19.8	10%	19'913	24938	25%
Verlegungen & Todesfälle	791	877	11%	1.3	1.3	0%	1'044	1159	11%
Total	43'454	46'936	8%	8.4	7.1	-15%	366'967	335'388	-9%

In der *Herz- & Gefässchirurgie* wird die deutliche Zunahme von 15 Prozent der Pflegetage primär durch die demografische Alterung (Anstieg der Fallzahlen um 51 Prozent erwartet) und durch die medizintechnische Entwicklung verursacht.

In der *Kardiologie & Angiologie* wird eine Abnahme der Pflegetage um 7 Prozent erwartet, die prognostizierte Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer um 1.3 Tage macht sich hier stärker bemerkbar als die zukünftig zu erwartende Zunahme an Herzinsuffizienzpatienten oder die vorhergesagte Verdoppelung der Implantationen von Defibrillatoren und Herzschrittmachern.

Auch für den derzeit grössten Leistungsbereich, die *Orthopädie*, wird wegen der angenommenen deutlichen Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer um 15 Prozent eine Abnahme der Pflegetage um 11 Prozent erwartet.

Der in der *Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde* und der *Ophthalmologie* prognostizierte starke Rückgang der Pflegetage um 24 bzw. 15 Prozent ist in erster Linie ebenfalls auf die deutliche Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer zurückzuführen, so dass der demographisch bedingte Zuwachs an Patienten sich nicht auf die Zahl der Pflegetage auswirkt, zumal in der Ophthalmologie eine hohe Substitution stationärer durch ambulanter Behandlungen besteht.

Schliesslich werden infolge der zunehmenden Alterung der Bevölkerung deutlich mehr ältere Patienten prognostiziert. Bei den 60 – 79-jährigen Patienten wird eine Zunahme von 15 Prozent und bei den Patienten ab 80 Jahren sogar eine Zunahme von 40 Prozent erwartet.

Patientenströme im Jahr 2008

Den etwas über 16'000 Abwanderungen (37 Prozent) stehen 11'700 Zuwanderungen (30 Prozent) gegenüber. Die Baselbieter gehen für ausserkantonale Behandlungen am häufigsten in die Kantone Basel-Stadt und Solothurn, 19 Prozent aller Abwanderungen wurden im Leistungsbereich *Orthopädie* beobachtet und 9.5 Prozent in der *Kardiologie & Angiologie*.

Die meisten Zuwanderer kamen aus den Kantonen Basel-Stadt und Solothurn sowie aus dem Ausland zur Behandlung in den Kanton Basel-Landschaft, hauptsächlich in den Bereichen *Orthopädie* (30 Prozent) und *Gastroenterologie* (6.4 Prozent).

2. Rehabilitation

Im Jahr 2008 beanspruchten die Baselbieter in 2'628 Fällen einen stationären Rehabilitationaufenthalt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 27 Tage.

Alterung der Bevölkerung führt zu steigenden Patientenzahlen

Wie in der Akutsomatik ist auch in der Rehabilitation die demografische Entwicklung die Hauptursache für die prognostizierte Zunahme der Patientenzahlen bis ins Jahr 2020. Da vor allem Personen über 60 Jahren rehabilitativ behandelt werden, wirkt sich die erwartete Alterung der Bevölkerung in der Rehabilitation stärker aus als in der Akutsomatik.

Insgesamt wird eine **Zunahme der Patientenzahl um 11.8 Prozent** erwartet. Da in der Rehabilitation ebenfalls von einer Verkürzung der Aufenthaltsdauern auszugehen ist, fällt die **Steigerung der prognostizierten Pflage tage mit 3.5 Prozent** geringer aus. In allen Leistungsbereichen der Rehabilitation wird infolge der alternden Bevölkerung eine Zunahme der Patientenzahl und der Pflage tage erwartet.

Patientenströme: Netto-Zuwanderung in den Kanton Basel-Landschaft

Nur 22.1 Prozent der Baselbieter Wohnbevölkerung nutzten die im Kanton Basel-Landschaft vorhandenen Rehaeinrichtungen, während 2'046 Patienten (77.9 Prozent) in andere Kantone zur Rehabilitation eingewiesen wurden. Die Baselbieter gingen für ausserkantonale Rehabilitation am häufigsten in die Kantone Aargau, Basel-Stadt, Jura und Bern.

3. Psychiatrie

In den nächsten zehn Jahren wird in der Psychiatrie eine moderate **Zunahme der stationären Patienten und der Pflage tage von jeweils rund 4 Prozent** erwartet. Veränderungen in beide Richtungen werden dagegen bei den einzelnen psychiatrischen Diagnosegruppen und dem Alter der Patienten prognostiziert.

Demografische Alterung führt zu steigenden Patientenzahlen

Hinter dem prägnanten Anstieg der für das Jahr 2020 prognostizierten Fallzahlen bei den über 59-Jährigen verbirgt sich, wie in der Akutsomatik und der Rehabilitation, die demografi-

sche Entwicklung, die ebenfalls verantwortlich ist für die angenommene Abnahme der Fallzahlen innerhalb der Altersgruppen 0 – 17, 18 – 39 und 40 – 59 Jahre.

Unterschiedliche Entwicklung der Leistungsbereiche

Die oben genannten Entwicklungen bis 2020 verdeutlichen sich innerhalb der psychiatrischen Leistungsbereiche in unterschiedlicher Ausprägung. Die Prognose innerhalb der Diagnosegruppen rechnet mit einem Anstieg in den meisten Diagnosegruppen; bei den Demenzerkrankungen wird gar ein Anstieg der Fälle um 29 Prozent und der Pfl egetage um 30 Prozent erwartet. Die Ursache liegt in der demografischen Alterung, mit einer Zunahme der Fälle und Pfl egetage speziell bei den über 59-Jährigen.

4. Spezialbereich Pädiatrie

Diverse Spezialbereiche sind mit der verfügbaren Datenbasis nicht klar abgrenzbar und bedürfen einer gesonderten Definition, mit deren Hilfe man die Interessengruppe eingrenzen kann. Diese Spezialbereiche sind erforderlich, um eine vollständige Versorgung der Nordwestschweizer Wohnbevölkerung zu gewährleisten. Im Folgenden wird der Spezialbereich Pädiatrie kurz dargestellt.

Die pädiatrischen Fälle wurden wie folgt definiert: Patienten auf der Kostenstelle M400 (Pädiatrie) und Patienten auf allen anderen Kostenstellen im Alter zwischen 0 – 17 Jahren. Ausgenommen wurden die gesunden Neugeborenen.

Für die Pädiatrie wird im Kanton Basel-Landschaft mit einer **Abnahme der Fallzahlen (4.9 Prozent), der mittleren Aufenthaltsdauer (20.2 Prozent) und der Pfl egetage (24.1 Prozent)** gerechnet.

Bis auf zwei Leistungsbereiche wird ein Rückgang der Fallzahlen in einer Grössenordnung von 5 – 6 Prozent gesehen. Ausnahmen sind die *Herz & Gefässchirurgie* und die *Kardiologie & Angiologie*, hier wird mit einem Anstieg der Fallzahlen von 82 bzw. 3 Prozent gerechnet. Bei der Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer wird einheitlich mit einer Verkürzung gerechnet, bezüglich des Ausmasses ergibt sich ein sehr indifferentes Bild. Die stärkste Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer wird in den Bereichen *Transplantationen, Herz & Gefässchirurgie, Neurochirurgie* und *Rheumatologie* erwartet, selbst in der *Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde*, in der es zu einer grösseren Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen kommt, wird ein Rückgang der Verweildauer prognostiziert. Lediglich in den Bereichen *Psychiatrie & Toxikologie, (Radio-)Onkologie* und *Schwere Verletzungen* wird mit einem Gleichstand gerechnet. Die Zahl der Pfl egetage wird insgesamt um 24 Prozent abnehmen, aber auch hier ergibt sich hinsichtlich der Quantität in den einzelnen Leistungsbereichen ein sehr unterschiedliches Bild.

Die Baselbieter Wohnbevölkerung im Alter von 0 – 17 Jahren liess sich hauptsächlich im Kanton Basel-Landschaft behandeln, allerdings liessen sich 14 Prozent (531 Patienten) in anderen Kantonen behandeln, am häufigsten in Basel-Stadt, Zürich und Solothurn. Im Jahr 2008 betrug die Zahl der pädiatrischen Zuwanderer in den Kanton Basel-Landschaft 3'678 Patienten, das entspricht einer Quote von 53 Prozent aller in Basel-Landschaft behandelte Patienten dieser Altersgruppe. Die meisten Zuwanderer kamen aus den Kantonen Basel-Stadt und Solothurn sowie aus dem Ausland.

B. Einleitung

Die eidgenössischen Räte verabschiedeten am 21. Dezember 2007 eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung und -planung mit dem Ziel, die Kostenentwicklung zu bremsen. Damit wurde der Kanton Basel-Landschaft vor die Aufgabe gestellt, die den geltenden Spitallisten zugrunde liegenden Spitalplanungen zu überarbeiten.

Im vorliegenden Versorgungsbericht geht es um die Frage, welche Leistungen (Art und Menge) die Baselbieter Wohnbevölkerung im stationären Spitalbereich in Zukunft benötigt. Dazu wurde die bisherige Nachfrageentwicklung der Baselbieter Wohnbevölkerung abgebildet und der zukünftige Leistungsbedarf mit Prognosehorizont bis ins Jahr 2020 ermittelt. Es wurden Einflussfaktoren wie die demografische, medizintechnische, epidemiologische und ökonomische Entwicklung berücksichtigt. Der Versorgungsbericht bildet die Grundlage für die spätere Auswahl der Listenspitäler.

Nachfolgend werden die KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 sowie die Umsetzung der Spitalplanung im Kanton Basel-Landschaft beschrieben. Ausserdem wird die Koordination mit den Spitalplanungen anderer Kantone beschrieben. Schliesslich wird ein kurzer Überblick zur Struktur des vorliegenden Berichtes gegeben.

B.1. KVG-Revision 2007

Das zentrale Element der Teilrevision des KVG vom 21. Dezember 2007 ist die Umstellung von der bisherigen Objektfinanzierung auf eine leistungsorientierte Subjektfinanzierung beziehungsweise ein Wechsel vom Prinzip der Kostenerstattung zu einem Preissystem: Ab 2012 müssen alle auf den Spitallisten geführten somatischen Akutspitäler mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach dem DRG-System¹ entschädigt werden. Nach dem bisherigen System konnten – je nach kantonalem Finanzierungssystem – die Spitäler jeden Eingriff und Aufenthaltstag einzeln verrechnen, nun werden sie pauschal pro standardisiertem Fall bezahlt. Zudem werden mit der Revision die inner- und ausserkantonale, freie Spitalwahl² garantiert und die Listenspitäler verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton aufzunehmen.

Da bis jetzt nur im akutsomatischen Bereich validierte Fallpauschalensysteme erarbeitet wurden, ist die Finanzierung über Fallpauschalen vorderhand nur für diesen Bereich obligatorisch. Die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie können weiterhin aufgrund von Tagespauschalen abgerechnet werden. Jedoch ist auch in diesen Bereichen die Umstellung auf Fallpauschalen vorgesehen, sobald entsprechende Fallpauschalensysteme entwickelt werden konnten.

¹ DRG steht für Diagnosis Related Groups.

² Das heisst gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG, dass die versicherte Person unter denjenigen Spitälern wählen kann, die mit einem entsprechenden Leistungsauftrag auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG aber höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.

Als Folge dieser Revision müssen die kantonale Spitalplanung und die Spitallisten überarbeitet werden. Wie bisher verpflichtet auch das revidierte KVG die Kantone, für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu sorgen und mittels Spitalplanung die Kosten zu dämpfen. Neu hat die Spitalplanung im akutsomatischen Bereich leistungsorientiert zu erfolgen.³ Für die Planung stehen nicht mehr Bettenkapazitäten, sondern medizinische Leistungen im Vordergrund. Zusätzlich zur bisherigen Zulassungspraxis muss sich die Evaluation der Listenspitäler auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit stützen.

Die kantonale Spitalliste hat diejenigen Leistungen sicherzustellen, die für die stationäre Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung erforderlich sind. Dabei wird zukünftig unter den folgenden zwei Typen von Spitälern unterschieden:

- a) Listenspitäler mit staatlichem Leistungsauftrag und gesetzlichem Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie zum Beispiel der Aufnahmepflicht etc.)
- b) Vertragsspitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag aber mit vertraglichem Anspruch gegenüber dem Versicherer auf Vergütung gemäss KVG

Spitäler, die weder auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind noch einen Vertrag mit einem Versicherer haben, haben keinen Anspruch auf Vergütung gemäss KVG.

Der Kanton wird die Kosten der stationären Behandlung, einschliesslich Aufenthalt in einem Spital oder Geburtshaus, eines kantonsansässigen Patienten nur in einem Listenspital anteilmässig entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung übernehmen. Dabei hat der kantonale Kostenanteil ab 2012 mindestens 45 und ab 2017 mindestens 55 Prozent zu betragen.⁴

B.2. Kantonale Spitalplanung 2012

Nach den Übergangsbestimmungen des KVG haben die kantonalen Spitalplanungen spätestens drei Jahre nach der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen, das heisst spätestens am 1. Januar 2015, den revidierten KVG-Bestimmungen zu entsprechen. Auch der Kanton Zürich steht vor der Aufgabe, die der geltenden Zürcher Akutspitalliste zugrunde liegende Spitalplanung anzupassen.

Der Kanton Basel-Landschaft plant, die Übergangsfrist nicht auszuschöpfen, sondern die Spitalliste per 31.12.2011 festgesetzt zu haben.

Ausgangslage

Vor dem Hintergrund der neuen Spitalfinanzierung per 2012 wird es notwendig sein, mit Spitälern und Kliniken mit Standort Kanton Basel-Landschaft Leistungsaufträge auf der Basis

³ Gemäss Art. 58c lit. b KVV kann die Planung in der Rehabilitation und der Psychiatrie leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen.

⁴ Die Kantone setzen ihren Finanzierungsanteil nach Artikel 49a Absatz 2 spätestens per 1. Januar 2012 fest. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen.

von diagnosebezogenen Leistungsgruppen zu vereinbaren. Der Leistungsauftrag dient den Spitalern und Kliniken als Verhandlungsgrundlage zur Aushandlung des Fallpreises respektive der Baserate mit den Versicherern. Mit ausserkantonalen Spitalern und Kliniken werden Leistungsaufträge und Leistungsvereinbarungen getroffen, sofern diese für die Versorgung der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft von Bedeutung sind. Dies kann aufgrund eines spezialisierten Angebots oder aufgrund eines bedeutenden Versorgungsanteils zutreffen.

Auswertung auf Basis DRG-bezogenen Leistungs-/Prognosegruppen

Sobald die erste Auswertung bezüglich DRG-bezogenen Leistungs-/Prognosegruppen je Spital und Klinik mit Standort Kanton Basel-Landschaft sowie die Auswertung der zur Versorgung der Bevölkerung notwendigen ausserkantonalen Spitalern und Kliniken vorliegt, wird ein provisorischer Leistungsauftrag je Spital oder Klinik formuliert.

Vergabe Leistungsauftrag und Verhandlung Leistungsvereinbarung

Die provisorischen Leistungsaufträge werden mit den betroffenen Spitalern und Kliniken besprochen, nach Bedarf angepasst und genehmigt. Die aus der Spitalplanung Nordwestschweiz hervorgehenden Kriterien werden ebenso verankert wie die empfohlene Mitfinanzierungsart für die von der GDK bezeichneten gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Bei den zur Versorgungssicherung der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft notwendigen ausserkantonalen Leistungserbringer wird beim jeweiligen Standortkanton nachgefragt, ob die Leistungsgruppe oder die spezifischen DRGs im Leistungsauftrag des jeweiligen ausserkantonalen Leistungserbringers figuriert und die vorgesehene Leistungsmenge für das Folgejahr reserviert werden kann. Bei der Bestätigung des vorhandenen Potentials durch den Standortkanton wird zusammen mit dem ausgewählten Leistungserbringer ein entsprechender Leistungsauftrag vereinbart.

Die auslaufenden Spitalabkommen und Leistungsverträge mit Spitalern und Kliniken werden bis spätestens Anfang Dezember 2010 gekündigt.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Vornehmlich aufgrund der allgemeinen Unsicherheit bei den öffentlich-rechtlichen Leistungserbringern wird es unumgänglich sein, das Thema der gemeinwirtschaftlichen Leistungen bei der Vergabe der Leistungsaufträge im Ansatz zu regeln. Gemäss Art. 49¹⁰³ Abs. 3 sind dies insbesondere die Forschung und universitäre Lehre sowie die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen. Die universitäre Lehre wird aktuell in den Kantonen beider Basel nur zum Teil über die Universität finanziert.

Rollende Anpassung der Updates bezüglich Leistungs-/Prognosegruppen

Das statistische Amt wird die Leistungsgruppensystematik des Kantons Zürich für ihre Auswertungen auf DRG-Basis übernehmen und entsprechend programmieren. Allfällige Updates und Verfeinerungen werden laufend durch das statistische Amt nachgeführt und der GD Basel-Landschaft sowie der GD Basel-Stadt zur Verfügung gestellt. Falls die Anpassungen einen oder mehrere Leistungsaufträge beeinträchtigen, werden die Leistungserbringer und allenfalls die Standortkantone informiert.

Übersetzung der definitiven Version SwissDRG auf Leistungsgruppensystematik

Die allfällig notwendige Anpassung der Leistungsgruppensystematik auf SwissDRG wird vom statistischen Amt vorgenommen, sobald der definitive Grouper verfügbar ist. Falls nötig, wird das statistische Amt Unterstützung durch Dritte in Anspruch nehmen können.

Im Anschluss werden Spitäler und Kliniken, welche einen Leistungsauftrag und eine Leistungsvereinbarung für die Jahre 2012ff. vom Kanton Basel-Landschaft vereinbart haben, bezüglich der Änderungen informiert. Falls notwendig wird in abschliessenden Gesprächen der Leistungsauftrag auf die Basis der letzten Version (1.0) angepasst, um sie vom Regierungsrat genehmigen zu lassen.

B.3. Koordination mit anderen Kantonen

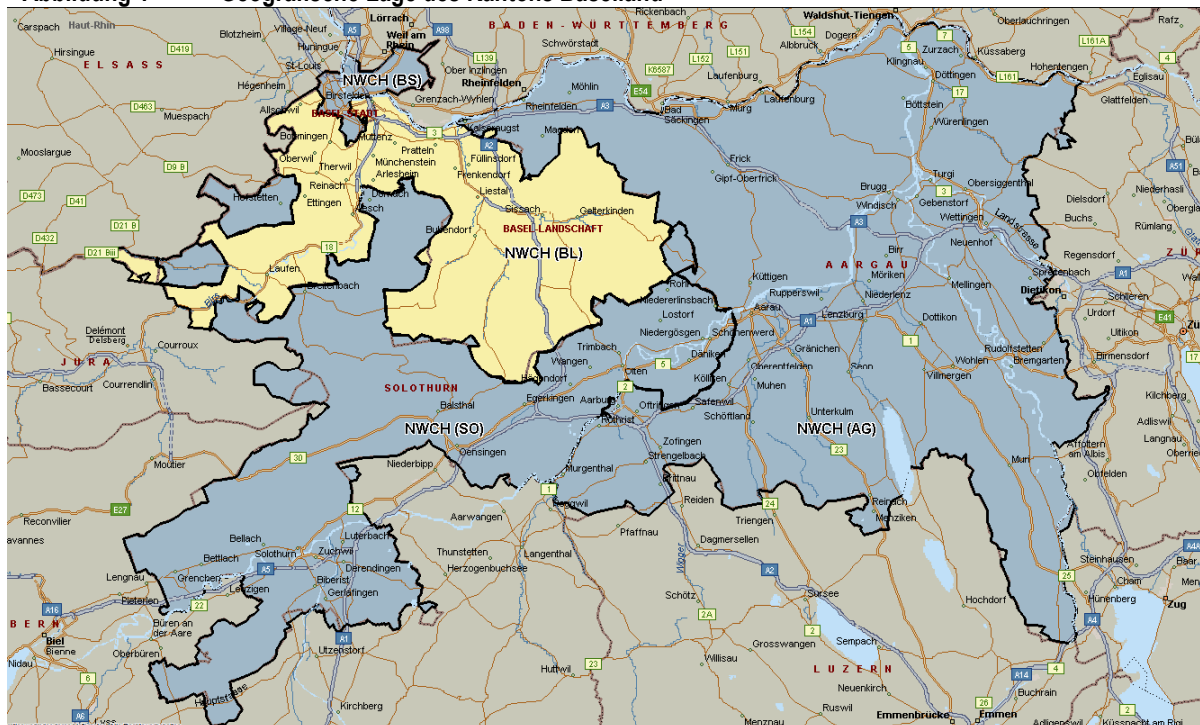
Die Spitalplanung des Kantons Basel-Landschaft erfolgt primär aus der Perspektive der kantonalen Wohnbevölkerungen, da die kantonalen Spitalplanungen gemäss Art. 58a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) für die Einwohner des planenden Kantons zu erfolgen haben.

Gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV werden die Kantone verpflichtet, ihre Planung zu koordinieren. Es sind insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auszuwerten und diese mit den betroffenen Kantonen auszutauschen sowie geeignete Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen zu koordinieren.

Die Kantone Aargau, Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn haben sich im Sinne von Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV auf eine gemeinsame Erarbeitung der Grundlagen für die leistungsorientierte Bedarfsplanung der stationären Versorgung ihrer Bevölkerung verständigt. Zu diesem Zweck wurde die Firma LENZ Beratungen & Dienstleitungen von den vier Kantonen beauftragt, in Zusammenarbeit mit den zuständigen Departementen einen gemeinsamen Versorgungsbericht unter Berücksichtigung der Patientenströme (Import/Export) und einen gemeinsamen Kriterienkatalog zur Aufnahme von Spitälern auf die Spitallisten zu erarbeiten. Der Auftrag beinhaltete zudem die Erarbeitung von vier kantonalen Versorgungsberichten sowie eines Berichtes für die Region Nordwestschweiz nördlich des Juras. Überdies wird die zukünftige Zusammenarbeit im Bereich der Hochspezialisierten Medizin (HSM) beleuchtet.

Im Rahmen der Spitalplanung 2012 findet zudem ein reger Austausch mit weiteren Kantonen statt. Zum einen ist die Gesundheitsdirektionen der Baselbieter Kantone in verschiedenen Arbeitsgruppen der Gesundheitsdirektorenkonferenz tätig. Ferner orientieren sich die Versorgungsberichte der Baselbieter Kantone inhaltlich und methodisch am Versorgungsbericht der Gesundheitsdirektion Zürich (GD ZH). Damit soll eine Koordination, Vergleichbarkeit und Einheitlichkeit der Spitalplanungen zwischen mehreren Kantone ermöglicht werden.

Abbildung 1 Geografische Lage des Kantons Baselland



B.4. Das aktuelle Versorgungssystem des Kantons Basel-Landschaft

Dieses Kapitel dient dazu, einen kurzen Überblick über das Gesundheits- und Versorgungssystem sowie über die Angebotsstruktur und das Finanzierungssystem des Kantons Basel-Landschaft zu geben.

B.4.1. Versorgungsstruktur

Der Kanton Basel-Landschaft besteht aus 3 MS-Regionen (Régions de Mobilité Spatiale), welche aber alle demselben Regionstyp angehören:

MS-Region	Regionstyp
Laufental	Metropolraum
Unteres Baselbiet	Metropolraum
Oberes Baselbiet	Metropolraum

Während sich die MS-Region Unteres Baselbiet im Wesentlichen am Zentrum Basel-Stadt orientiert, identifizieren sich die beiden ländlichen Regionen auch an ihren Zentren Liestal und Laufen. Dementsprechend weisen die Regionen unterschiedliche Versorgungsgrade unter anderem auch im Gesundheitswesen auf. Während mit Einbezug des Angebotes von Basel-Stadt in der Region Unteres Baselbiet tendenziell ein Überangebot an frei praktizierenden Ärzten sowie Spitäler und Kliniken vorherrscht, liegt in Teilgebieten der beiden ländlichen MS-Regionen eher ein knappes Angebot vor.

B.4.1.a. Stationärer Sektor⁵

Der Kanton Basel-Landschaft verfügt über 13 Spitäler mit insgesamt 1'376 Planbetten im stationären Sektor. Davon entfallen 932 auf den akut-somatischen Bereich, 211 auf den Psychatriebereich und 233 auf andere Spezialkliniken. Unter den 932 akut-somatischen Betten werden auch die 41 Betten der Akut-Geriatrie und die 46 Betten der Rehabilitation im Kantonsspital Bruderholz geführt. Unter den Betten der anderen Spezialkliniken befinden sich 9 Betten für Palliativ-Care (Hospiz im Park), 15 Betten für Suchtkranke (ESTA-Klinik), 63 + 43 Betten der Anthroposophische Medizin (Ita-Wegmann und Lukas Klinik).

Die Hospitalisierungsrate pro 10'000 Kantonseinwohner beträgt im akut-somatischen Bereich 1'602 (NWCH-Durchschnitt: 1'499), im Psychatriebereich 105 (NWCH-Durchschnitt 92) und im Rehabilitationsbereich 21.5 (NWCH-Durchschnitt 66).

Die etwas höhere Hospitalisierungsrate im akut-somatischen Bereich lässt sich durch die demografischen Besonderheiten im untern Kantonsteil erklären. Das im Vergleich höhere Durchschnittsalter der Bevölkerung wirkt sich auf die Anzahl der Hospitalisierungen aus.

B.4.1.b. Ambulanter Sektor⁶

Im Kanton Basel-Landschaft betätigen sich 549 Ärzte im ambulanten Sektor, davon 130 Allgemeinpraktiker (23.7%). Die daraus resultierende Ärztedichte von 202 Ärzten pro 100'000 Einwohner liegt ca. im Schweizer Mittel von 196 Ärzten pro 100'000 Einwohner. Der Anteil der Allgemeinpraktiker liegt ebenfalls im Schweizer Mittel von 23.2%.

Eine Analyse der ärztlichen Tätigkeit durch das OBSAN (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium) aus dem Jahre 2006 zeigt folgende regionale Unterschiede:

Allgemeinmedizin: Angebotsdichte

In der MS-Region Laufental liegt die Ärztedichte unter dem regionalen Durchschnittswert (6.1 vs. 8.5 Ärzte/10'000 Einwohner); dasselbe gilt auch für die VZA-Dichte⁷ (4.2 vs. 5.8 VZA/10'000 Einwohner). Die höchste Dichte an Allgemeinärzten weist das Untere Baselbiet auf (10.6 Ärzte/10'000 Einwohner). Allerdings ist dort auch die VZA/Ärzte-Abweichung deutlich grösser als sonst bei diesem Regionstyp üblich. Trotzdem liegt die VZA-Dichte im Unteren Baselbiet noch über dem regionalen Mittelwert (6.6 vs. 5.8 VZA/10'000 Einwohner).

In der MS-Region Oberes Baselbiet liegt sowohl die Ärztedichte als auch die VZA-Dichte im Bereich des entsprechenden regionalen Mittelwerts der Metropolraum-Regionen. Bei geringerer Ärzte-Dichte rechnen also die Allgemeinärzte des Oberen Baselbiets fast gleich viele Leistungen ab wie ihre Kollegen des Unteren Baselbiet. Dies kann unterschiedliche Gründe haben:

- entweder sind die Allgemeinpraktiker des Oberen Baselbiets mehr Vollzeit tätig,

⁵ BFS-Krankenhausstatistik – Standardtabellen 2008.

⁶ Statistik T14.3.4.2 „Bestand und Dichte der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker nach Kanton“ des Bundesamts für Statistik, 2008.

⁷ VZA = Vollzeit-Aktivität

- oder sie arbeiten weniger im Rahmen anderer Versicherungen,
- oder sie haben mehr Konsultationen, die dafür kürzer dauern.

Allgemeinmedizin Plus (inkl. Gynäkologie und Pädiatrie): Angebotsdichte

Eine im Vergleich zum regionalen Mittelwert überdurchschnittliche Ärztedichte weist nur das Untere Baselbiet auf (22.9 vs. 16.5 Ärzte/10'000 Einwohner). Obwohl dort die VZA/Ärzte-Abweichung grösser ist als durchschnittlich in den Metropolraum-Regionen, liegt die VZA-Dichte noch über dem regionalen Mittelwert (15.4 vs. 11.2 VZA/10'000 Einwohner).

In den beiden anderen Regionen Laufental und Oberes Baselbiet liegt die Ärztedichte unter dem Mittelwert der Metropolraum-Regionen (12.1 bzw. 13.9 vs. 16.5 Ärzte/10'000 Einwohner). Die VZA/Ärzte-Abweichung ist in beiden Regionen ungefähr gleich gross. Die tiefste VZA-Dichte weist das Laufental auf (8.2 VZA/10'000 Einwohner).

Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit: Angebotsdichte

Die Ärztedichten des Unteren Baselbiets und des Oberen Baselbiets liegen über dem regionalen Mittelwert (2.3 bzw. 2.2 vs. 2.1 Ärzte/10'000 Einwohner). Auch die VZA-Dichten sind höher als der Durchschnitt der Metropolraum-Regionen (2.0 bzw. 1.9 vs. 1.6 VZA/10'000 Einwohner).

Auffallend ist die umgekehrte VZA/Ärzte-Abweichung mit VZA-Überhang im Laufental: während die Ärztedichte deutlich unter dem regionalen Mittelwert liegt (1.4 vs. 2.1 Ärzte/10'000 Einwohner), ist die VZA-Dichte gleich hoch wie im regionalen Durchschnitt. Man kann vermuten, dass dort vermehrt Gruppenpraxen existieren.

Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit: Angebotsdichte

Die Dichte an Spezialärzten mit chirurgischer Tätigkeit ist im Unteren Baselbiet am höchsten und entspricht dem regionalen Durchschnittswert (2.4 Ärzte/10'000 Einwohner). Wie auf kantonaler Ebene ist die VZA/Ärzte-Abweichung auch in dieser Region null. Damit erreicht die VZA-Dichte einen Wert, der noch über dem regionalen Mittelwert liegt (2.4 vs. 1.9 VZA/10'000 Einwohner).

Eine besonders geringe Ärztedichte weist das Laufental auf (1.2 Ärzte/10'000 Einwohner) und auch die VZA-Dichte ist tief (0.9 VZA/10'000 Einwohner); beide Werte unterschreiten die nationalen, kantonalen und regionalen Durchschnittswerte deutlich.

Das Obere Baselbiet weist eine umgekehrte VZA/Ärzte-Abweichung mit VZA-Überhang auf. Es ist anzunehmen, dass die hohe Aktivität dort mitunter aufgrund von Gruppenpraxen zustande kommt. Obwohl die Ärztedichte unter dem regionalen Mittelwert liegt, ist die VZA-Dichte dieser Region überdurchschnittlich (2.1 vs. 2.4 Ärzte/10'000 Einwohner; 2.1 vs. 1.9 VZA/10'000 Einwohner).

B.4.1.c. Langzeitpflege⁸

In den Pflegeheimen des Kantons stehen 2'488 (*gemäss aktueller Statistik der Baukoordination Pflegeheime 2'857 ohne Spitäler und Kliniken*) Plätze für betagte Menschen zur Verfügung, was 49.7 Plätzen pro 1000 der über 64-jährigen Kantonseinwohner entspricht. Diese Kennzahl liegt unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 69.1.

B.4.2. Angebotsstruktur

B.4.2.a. Universitäre Versorgung

Das innerkantonale Angebot beschränkt sich auf die sogenannte erweiterte Grundversorgung, womit auch spezialisierte Medizin in den Kantonsspitalern Liestal und Bruderholz angeboten werden kann. Im Kantonsspital Laufen wird ausschließlich die Grundversorgung angeboten. Die Behandlungen der Hochspezialisierten Medizin werden vornehmlich über die Universitätskliniken im Kanton Basel mittels Spitalabkommen gesichert. Bei einzelnen Disziplinen (z. B. Urologie Liestal) kann der universitäre Status durch die Universität Basel auch auf die Spitäler Liestal oder Bruderholz erweitert werden.

Auf die Behandlung einzelner Spezialitäten nicht hochspezialisierter Natur wird traditionell verzichtet. Diese Versorgung wird ebenfalls vornehmlich über das Spitalabkommen mit dem Kanton Basel-Stadt gesichert. Die Eigenversorgung der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft in den Spitälern des Kantons beläuft sich auf ca. 60% der Behandlungen. Das heisst, dass auch ein bedeutender Anteil der Versorgung über die Privatspitaler des Kantons Basel-Stadt erfolgt.

B.4.2.b. Akutgeriatrie

Das Kantonsspital Bruderholz unterhält als einziges Spital im Kanton eine Abteilung für Geriatrie und Rehabilitation. Der Leistungsauftrag der Spitäler Liestal und Laufen umfasst ebenfalls Geriatrie und Rehabilitation, ohne dass sie eine eigene Abteilung dafür unterhalten. Die Fälle der Akutgeriatrie werden daher bei diesen Spitälern in der Hauptsache vom Team der medizinischen Abteilung behandelt. Pflegebetten (Langzeitbehandlung) werden den Kantonsspitalern im Leistungsauftrag sehr beschränkt zugewiesen, je 4 Betten für die Kantonsspitäler Bruderholz und Laufen und 13 Betten für das Kantonsspital Liestal. Dadurch werden Pflegepatienten rasch in die dafür vorgesehenen Institutionen überwiesen (Pflegeheime).

B.4.2.c. Ausserkantonale Leistungserbringer

Die ausserkantonalen Leistungserbringer, welche die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft bevorzugt, befinden sich aufgrund der Angebotsstruktur hauptsächlich im Kanton Basel-Stadt. Einerseits wird durch die Universitätskliniken die Hochspezialisierte Versorgung gesichert und andererseits üben die Privatspitaler des Kantons Basel-Stadt durch ihre Attraktivität eine Anziehung für privatversicherte Personen aus.

Die Behandlungen im Bereich der Rehabilitation werden überwiegend ausserkantonale abgedeckt. Diese Leistungen werden v. a. in der Klinik Chrischona (muskuloskelettale Reha), der

⁸ BFS-Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2008 - Standardtabellen.

Rehaklinik Rheinfelden (muskuloskelettale, Neuro-Reha) sowie der CJRC Le Noirmont und der Klinik Barmelweid (kardiale und pulmonale Reha) bezogen.

Das Spital Dornach der Solothurner Spital AG übernimmt ebenfalls einen beachtlichen Teil der Spitalversorgung des Laufentals und des unteren Kantonsteils. Im Bereich der operativen Fächer besteht auch eine Zusammenarbeitsvereinbarung mit dem Kantonsspital Bruderholz für die Nutzung der Operationssaalkapazitäten.

B.4.3. Finanzierungssystem

Die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Landschaft werden von Kantonsseite mittels Globalbudget finanziert. Sofern ein Spital einen Überschuss erzielt, wird dieser zu einem Viertel einem Fonds für allfällige zukünftige Unterdeckungen zugewiesen, ein Viertel steht dem Spital für Investitionsvorhaben zur freien Verfügung und zwei Viertel werden zur Verbesserung der Staatsrechnung dem Kanton zurückgegeben. Per 2012 wird ein allfälliger Gewinn gänzlich dem Spital verbleiben. Mit zwei ausserkantonalen Privatspitälern (Klinik Chrischona und Klinik Sonnenhalde) bestehen Versorgungsverträge mit kantonalen Beiträgen zur Restdefizitdeckung bei stationären Aufenthalten.

Weiter zeigt die aktuelle Situation auch, dass die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft die Möglichkeit der Versicherungsdeckung „Allgemein ganze Schweiz“ rege nutzt und sich vornehmlich in den Privatspitälern des Kantons Basel-Stadt behandeln lässt.

B.5. Struktur des Versorgungsberichts

Nachfolgend wird zuerst das methodische Vorgehen in der Datenaufbereitung beschrieben (Kapitel C). In den folgenden Kapiteln (D bis G) werden die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie sowie die Spezialbereiche Pädiatrie und Akutgeriatrie behandelt. Dabei werden je Bereich jeweils die Methodik, die bisherige Nachfrage, der prognostizierte Bedarf sowie das Leistungsangebot der im Kanton Basel-Landschaft ansässigen Institutionen dargestellt. Vervollständigt wird der Bericht durch den Anhang, der unter anderem ein Glossar, Details des methodischen Vorgehens und weitere ergänzende Tabellen enthält (Kapitel H).

C. Datengrundlagen

Grundsätzlich hat die Spitalplanung die stationäre Behandlung akuter Krankheiten im Spital und Geburtshaus sowie die stationäre Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation sicherzustellen. Durch die Ausrichtung dieses Dokuments am Versorgungsbericht der Gesundheitsdirektion Zürich werden auch die Falldefinitionen und Datenquellen weitgehend analog verwendet.

Da die vorliegende Planung leistungsorientiert sein soll, wurden detaillierte medizinische Daten auf Einzelfallebene benötigt. Während die Planung in der Akutsomatik gemäss Art. 58c KVV zwingend leistungsorientiert erfolgen muss, kann im Rehabilitations- und Psychiatriebereich entweder eine leistungs- oder eine kapazitätsorientierte Planung gewählt werden. Überdies kommen in der Leistungsplanung der verschiedenen Bereiche unterschiedliche Klassifikationssysteme zur Anwendung. Während der akutsomatische Fall anhand einer DRG-basierten Klassifikation abgebildet wird, muss die Rehabilitations- und Psychiatrieplanung näherungsweise auf die ICD-Hauptdiagnose der behandlungsrelevanten Grunderkrankungen abstellen.⁹

In den nachfolgenden Abschnitten werden die für den vorliegenden Versorgungsbericht verwendeten Daten ausführlich beschrieben.

C.1. Datenquellen

Für die Analyse der demografischen Daten wurde die Bevölkerungsstatistik und -prognose des statistischen Amtes des Kantons Basel-Landschaft verwendet.

Für die Analyse der stationären Behandlungen in der Akutsomatik und grösstenteils auch der Rehabilitation wurde die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik verwendet. Mit den darin erhobenen anonymisierten Daten stehen soziodemografische, administrative und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen zu jedem stationären Spitalaufenthalt zur Verfügung.

Die Medizinische Statistik wurde zwar bereits seit 1998 erhoben, als Grundlage für eine seriöse Planung genügte sie aber erst einige Jahre später. Um die aktuellsten verfügbaren Daten zu verwenden, wurden diejenigen Fälle in die Analyse eingeschlossen, die im Jahr 2008 ausgetreten sind. Eingeschlossen wurden solche Fälle, die in 2008 innerhalb des Kantons Basel-Landschaft gewohnt haben und in irgendeinem Spital der Schweiz hospitalisiert wurden oder (unabhängig vom Wohnort) innerhalb der Institutionen mit Standort im Kanton Basel-Landschaft stationär behandelt wurden.

⁹ Im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG muss die Leistungsvergütung künftig auch im Bereiche der Rehabilitation anhand leistungsbezogener, auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhenden Pauschalen erfolgen. Die konkrete Ausgestaltung und terminliche Inkraftsetzung der künftig im Bereich der Rehabilitation anzuwendenden Tarifstrukturen ist derzeit aber noch offen, weshalb die rehabilitativen Leistungen in der vorliegenden Planung wie in der Akutsomatik sowohl fall- als auch pfegetagsbezogen ermittelt werden.

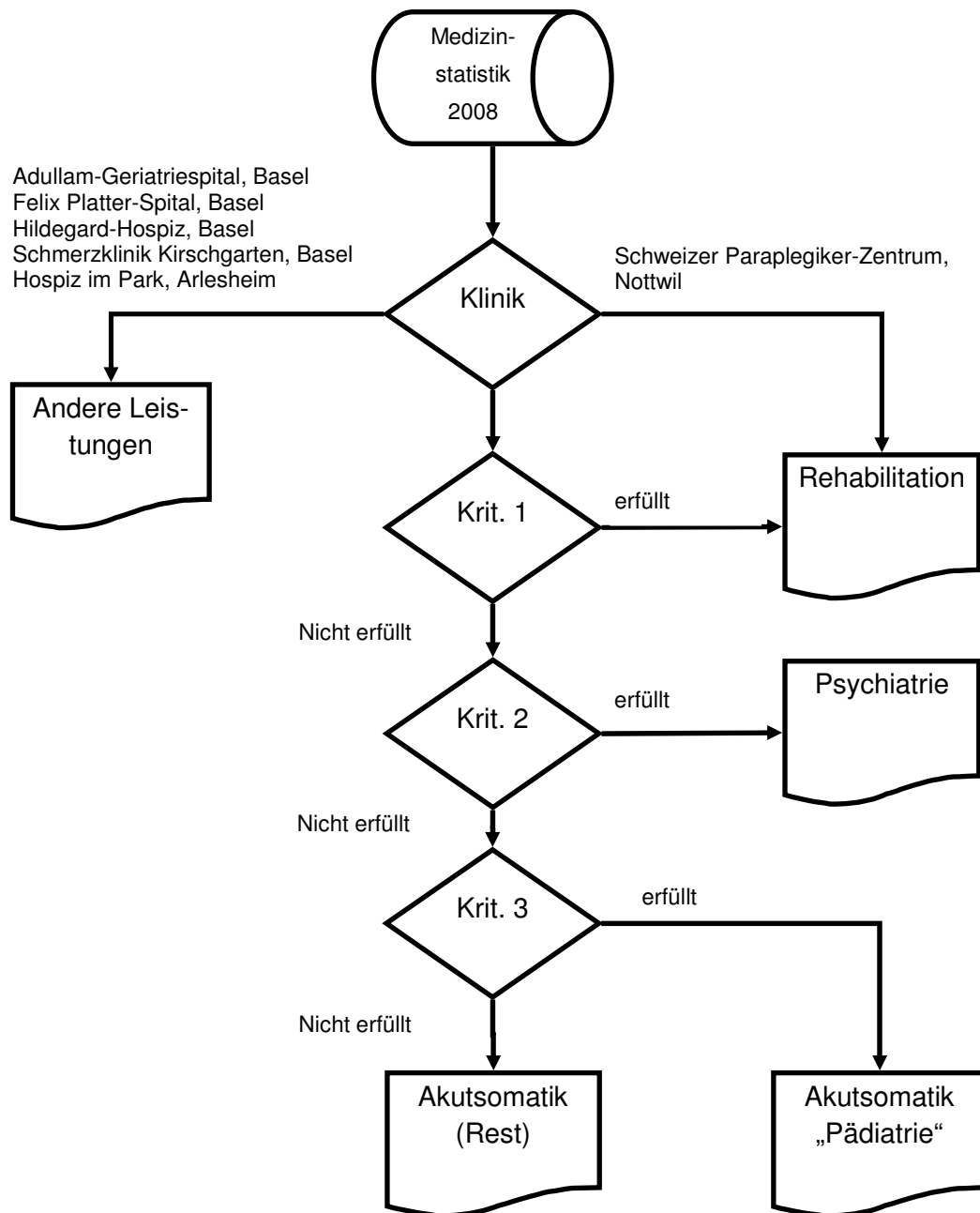
C.2. Generierung der Datensätze

Die stationären Fälle aus der Medizinischen Statistik¹⁰ wurden in die Datensätze *Akutsomatik*, *Psychiatrie* und *Rehabilitation* aufgeteilt (vgl. Abbildung 2). Für die Selektion wurden sowohl strukturelle Angaben, wie die Spitaltypologie (BFS 0.0.v11), Klinik (BUR-Nummer¹¹) und Hauptkostenstelle (BFS 1.3.v04), als auch medizinische Variablen, wie Hauptdiagnose (BFS 1.6.v01) und Diagnosis Related Group (DRG), verwendet.

¹⁰ Voraus werden „nicht-stationäre“ Fälle gelöscht. Die Fälle der Medizinischen Statistik müssen folgende Kriterien erfüllen, um berücksichtigt zu werden: Behandlungsart (1.2.V03) = 3, Statistikfall (0.1.V011) = A.

¹¹ Das Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) beinhaltet u. a. alle Institutionen im Gesundheitswesen. Die BUR-Nummer ist eine eindeutige, anonymisierte Identifikationsnummer.

Abbildung 2 Zuteilung der Fälle in die Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation



- Krit. 1:
- Spitaltyp 221 (Rehabilitation)
 - oder Hauptkostenstelle 950 (Rehabilitation)
 - oder DRG 984 oder 462 (Rehabilitation mit oder ohne Komplikationen)
 - oder Hauptdiagnose Z50.2 oder Z50.3 (Rehabilitation bei Alkohol oder Drogen)

- Krit. 2:
- Hauptdiagnose Fx.x
 - oder Hauptkostenstelle 500 (Psychiatrie)
 - oder Spitaltyp 211 oder 212 (Psychiatrie)

- Krit. 3:
- Alter bis einschliesslich 17 J. (ohne gesunde Neugeborene nach DRG 620 und 629)

Die Zuteilung der Fälle in den Datensatz Akutsomatik erfolgte nach dem Ausschlussprinzip. Als Erstes wurden die folgenden Kliniken von der Auswertung ausgeschlossen, weil ihre Leistungen nach der DRG-Systematik nicht adäquat abgebildet werden können: Hildegard-Hospiz (Basel), Hospiz im Park (Arlesheim), Schmerzklinik Kirschgarten (Basel), Adullam-Geriatriespital (Basel) und das Felix Platter-Spital (Basel).

Die Geburtshäuser Tagmond GmbH, Pratteln, Rundum GmbH, Laufen und Ambra, Wittingsburg wurden aufgrund fehlender Angaben in der Krankenhausstatistik und der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik BFS in den Auswertungen nicht berücksichtigt.

Ebenso soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass Neugeborene (sowohl gesunde als auch pathologische) als eigener Fall in der DRG-Systematik gezählt werden und dementsprechend auch in der Statistik berücksichtigt werden. Jedoch wurden jeweils für die Berechnung des Durchschnittsalters die gesunden Neugeborenen (DRG 620 „Neugeborenes, Geburtsgewicht 2000 – 2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler Neugeborenen-Diagnose“ und 629 „Neugeborenes, Geburtsgewicht >2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler Neugeborenen-Diagnose“) herausgefiltert.

Anschliessend wurden die Fälle der Rehabilitation herausgefiltert. Dabei wurden alle Fälle selektiert, die in Rehabilitationskliniken (Spitaltypologie K221) oder im Schweizer Paraplegikerzentrum Nottwil¹² behandelt wurden, auf einer Abteilung mit der Hauptkostenstelle Rehabilitation (M950) behandelt wurden oder eine spezielle Rehabilitations-Hauptdiagnose (Z50.2 oder Z50.3) aufwiesen. Die Darstellung der so extrahierten Fälle der Rehabilitation erfolgt in einem gesonderten Kapitel. Danach wurden die Psychriefälle separiert und dem Datensatz *Psychiatrie* zugewiesen. Dafür wurden alle Fälle selektiert, die in einer Psychiatrischen Klinik (Spitaltypologie K221) oder einer Abteilung der Psychiatrie-Hauptkostenstelle (M500) behandelt wurden. Ausserdem wurden alle Fälle, die eine Hauptdiagnose aus dem psychiatrischen Bereich (Fx.x) aufwiesen, ebenfalls der Psychiatrie zugewiesen. Die verbleibenden Fälle bilden den Datensatz *Akutsomatik*.

Innerhalb der Akutsomatik wurde für die Spezialbetrachtungen noch einmal differenziert. So wurden anhand des Alters (alle Fälle mit einem geringeren Eintrittsalter als 18 Jahre) ein Teil der Fälle als pädiatrisch angesehen und der Subgruppe *Pädiatrie* zugewiesen. Jedoch erfolgte ein Ausschluss der gesunden Neugeborenen (DRG 620 „Neugeborenes, Geburtsgewicht 2000 – 2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler Neugeborenen-Diagnose“ und 629 „Neugeborenes, Geburtsgewicht >2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler Neugeborenen-Diagnose“), die nicht mit ausgewertet wurden.

C.3. Verwendete Variablen

In der Tabelle 1 sind die im Versorgungsbericht verwendeten Variablen aufgeführt. In der Spalte *Kurzbeschreibung* wird erläutert, aus welchem BFS-Merkmal die Variable abgeleitet wurde. Die Spalte ganz rechts zeigt, ob die Variable in der Akutsomatik (A) oder der Rehabilitation (R) verwendet wurde.

¹² Der Hauptgrund für einen Aufenthalt von Patienten am Schweizer Paraplegikerzentrum Nottwil ist die Rehabilitation.

Tabelle 1 **Verwendete Variablen der Medizinischen Statistik**

Variable	Kurzbeschreibung	Datensatz
JAHR	Aus der BFS-Variable Austrittsdatum (1.5.V01) wird das Jahr des Patientenaustritts bestimmt.	A+R+P
SPITALKANTON	Standortkanton der Institution (0.1.V04) (26 Ausprägungen)	A+R+P
WOHNKANTON	Wohnkanton des Patienten (1.1.V04) (26 Ausprägungen, plus Ausland)	A+R+P
ALTER	Alter bei Eintritt (1.1.V03)	A+R+P
HPP	Liegeklasse des Patienten (1.3.V02), binäre Ausprägung 1 = halbprivat oder privat (Ausprägung 2 oder 3 nach BFS) 0 = sonst	A+R+P
KVG	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen (1.4.V02), binäre Ausprägung 1 = Abrechnung nach Krankenversicherung (Ausprägung 1) 0 = sonst (Ausprägung null, 2, 3, 4, 8, 9)	A+R+P
GEPLANT	Eintrittsart (1.2.V03) ins Spital, binäre Ausprägung 1 = geplant/angemeldet (Ausprägung 2) 0 = sonst	A
ICD	ICD-Hauptdiagnose (1.6.V01)	A+R+P
DRG	Durch neue Gruppierung der Fälle nach den Regeln der Kostengewichte 6.0 gebildet (nicht direkt in BFS-Datensatz enthalten)	A+R
VD	Effektive Aufenthaltsdauer in Tagen. Hierbei wird die Anzahl der Urlaubstage üblicherweise abgezogen. Falls die Urlaubstage für spezielle Betrachtungen nicht abgezogen werden, wird dies speziell vermerkt.	A+R+P

A: Akutsomatik, R: Rehabilitation, P: Psychiatrie

C.4. Darstellungsebenen

Die medizinischen Leistungen wurden in diesem Bericht in den folgenden Ebenen dargestellt:

- *Leistungsbereiche:* In der Akutsomatik wurden die DRG zu 27 medizinisch sinnvollen Leistungsbereichen aggregiert (analog der Systematik der GD ZH). In der Rehabilitation wurden die ICD zu acht medizinisch sinnvollen Bereichen zusammengefasst. Details dazu sind in den Kapiteln D.1.1 (Seite 29) und E.1.1 (Seite 59) beschrieben. Die psychiatrischen Fälle wurden anhand der ersten beiden Stellen der Hauptdiagnose in 12 verschiedene Gruppen eingeteilt.
- *Altersgruppen:* Die Variable ALTER wurde (analog der Systematik der GD ZH) zu fünf Gruppen aggregiert: 0 – 17, 18 – 39, 40 – 59, 60 – 79, 80+ Jahren. Da es gewisse DRG nur für Kinder- und Jugendliche bis und mit 17 Jahren gibt, wurde die Altersgruppe 0 – 17 Jahre gewählt. Die Altersgruppen spielen in der Gesamtbetrachtung der Akutsomatik und der Psychiatrie eine Rolle.
- *Wohnregionen:* Aus den Daten des BFS können die Wohnkantone und innerhalb der Kantone die Wohnregionen nach Systematik der Medizinischen Spitalregionen ausgelesen werden. Innerhalb des Kantons Basel-Landschaft werden keine ergänzenden Subregionen gebildet.

C.5. Datenqualität und -konsistenz

Jede Institution erhebt die Daten der Medizinischen Statistik eigenständig. Damit ist die Datenqualität grundsätzlich von den einzelnen Spitalern abhängig. Die Daten aller Institutionen werden im Rahmen der Leistungsvereinbarung im Bereich der Gesundheitsstatistiken der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt vom statistischen Amt Basel-Landschaft plausibilisiert und anschliessend an das Bundesamt für Statistik weitergeleitet, wo die Daten einer weiteren Plausibilisierung unterzogen werden.

Kodierrevisionen

Hinsichtlich der medizinischen Daten finden in der Regel Überprüfungen mit folgenden Zielen statt:

- Überprüfung der Richtigkeit der vom Spital ermittelten DRG
- Sicherstellung und Förderung einer einheitlichen Kodierpraxis gemäss den vom Bundesamt für Statistik erlassenen Richtlinien zur Kodierung
- Verbesserung der Kodierqualität in den Spitalern
- Schaffung von Voraussetzungen für die Vergleichbarkeit der Spitäler

Eine Möglichkeit zur Überprüfung der medizinischen Datenqualität besteht in einer sogenannten Kodierrevision. Im Kanton Basel-Landschaft fanden bis zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Revisionen statt. Es werden bezüglich der Kodierung jedoch regelmässig Workshops mit dem statistischen Amt veranstaltet.

Hinweise zur Datenqualität

Um einen Anhaltspunkt darüber zu haben, wie die Datenqualität der verfügbaren aktuellsten Daten einzuschätzen ist, wurden verschiedene Indikatoren ermittelt, die Aufschluss über verschiedene Aspekte der Datenqualität geben sollen. Diese Indikatoren umfassen folgende Analysen:

- Einhaltung elementarer Regeln der Kodierung (Kodierqualität):
 - Keine Hauptdiagnosen aus den Bereichen Sx.x oder Tx.x, Vx.x, Wx.x, Xx.x oder Yx.x
 - Keine pathologische Nebendiagnosen bei als gesund angegebenen Neugeborenen
 - Eine zu kodierende Prozedur bei einer Sectio-Diagnose fehlt
 - Keine Gruppierung in eine „Müll-DRG“ laut Original APDRG-Grupper ohne Anwendung der korrigierenden Regeln der Kostengewichte 6.0
 - Keine doppelte Kodierung einer Diagnose
 - Keine Kodierung der undifferenzierten Prozedur 99.99 („sonstige diverse Massnahmen“)

- Einhaltung des vom BFS definierten Wertebereichs in 15 administrativen Variablen¹³

Die summarische Auswertung dieser Indikatoren ergab, dass in 94.6% aller eingeschlossenen akutsomatischen Fälle, die im Untersuchungszeitraum in einer Einrichtung des untersuchten Kantons behandelt wurden, keiner der obigen Fehler auftrat. Dieses Ergebnis bezeugt eine hinreichend gute Datenqualität, sodass eine Spitalplanung auf Fallebene erfolgen kann.

Die Konsistenz der Daten hängt primär davon ab, ob die Datenerhebung und die Definitionen über die Jahre unverändert bleiben. In den letzten Jahren veränderte sich die medizinische Statistik von Jahr zu Jahr, sei es durch spitalinterne Optimierungen in der Datenerfassung oder durch externe Richtlinien der Gesundheitsdirektion oder des Bundesamts für Statistik. Einen besonders grossen Einfluss hatten dabei die Änderungen in den folgenden beiden Bereichen:

Stationäre Falldefinition

Bei der Definition eines stationären Falls wurden seit dem Jahr 2003 folgende Richtlinien verändert: Bis Ende 2005 galten Aufenthalte von mehr als 24 Stunden oder Todesfälle bei einem Aufenthalt von weniger als 24 Stunden als stationär. Seit 2006 gelten in allen Spitälern auch Aufenthalte von weniger als 24 Stunden als stationär, sofern über Mitternacht ein Bett belegt (Mitternachtszensus), der Patient in ein anderes Spital überwiesen wird oder wenn es sich um einen Todesfall innerhalb der ersten 24 Stunden handelt. Ab 2007 kamen weitere Regelungen im Bereich Verlegungen, Rückverlegungen sowie interne Verlegungen hinzu.

Kodierrichtlinien und DRG-Grouperversionen

Die Konsistenz der Daten im Zeitvergleich ist durch die Veränderungen in den Falldefinitionen und die verschiedenen Kodier- und Grouperversionen in Frage gestellt. Je detaillierter die Daten verglichen werden, desto grösser wird das Konsistenzproblem. Es empfiehlt sich deshalb, die medizinischen Leistungen über die Jahre nur auf hoher Aggregationsstufe zu vergleichen und allfällige Trends vorsichtig zu interpretieren, beziehungsweise kritisch zu hinterfragen. Auch um diese Problematik zu vermeiden, werden für die hier dargestellten Auswertungen lediglich die Daten des aktuellsten verfügbaren Austrittszeitraums (2008) verwendet.

¹³ 0.2.V02 „Kennzeichnung des Statistikfalls“ / 1.1.V01 „Geschlecht“ / 1.1.V03 „Alter bei Eintritt“ / 1.1.V04 „Wohnort (Region)“ / 1.1.V05 „Nationalität“ / 1.2.V02 „Aufenthaltsort vor dem Eintritt“ / 1.2.V03 „Eintrittsart“ / 1.2.V04 „Einweisende Instanz“ / 1.3.V01 „Behandlungsart“ / 1.3.V02 „Klasse“ / 1.4.V01 „Hauptkostenstelle“ / 1.4.V02 „Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen“ / 1.5.V02 „Entscheid für Austritt“ / 1.5.V03 „Aufenthalt nach Austritt“ / 1.5.V04 „Behandlung nach Austritt“

D. Akutsomatik

Im Kapitel Akutsomatik wird zunächst die Methodik der Datenauswertung dargelegt. Anschliessend werden der Leistungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung für das Jahr 2008 und die Prognose für das Jahr 2020 dargestellt. Danach wird auf das Leistungsangebot der Baselbieter Akutspitäler im Jahr 2008 eingegangen und im letzten Teilkapitel werden die Zu- und Abwanderungen von Patienten in den Kanton Aargau thematisiert.

D.1. Methodik Akutsomatik

Im Teilkapitel Methodik Akutsomatik wird zuerst die Bildung der Leistungsbereiche der Akutsomatik erläutert. Im zweiten Teil wird das Vorgehen für die Prognose des Leistungsbedarfs der untersuchten Bevölkerung beschrieben.

Der Begriff „Akutsomatik“ ist inhaltlich im KVG nicht definiert. Aufgrund der Spitalplanungspflicht gemäss KVG wird im vorliegenden Bericht darunter die stationäre Behandlung akuter Krankheiten oder Unfälle verstanden, die aufgrund einer medizinischen Indikation einer Behandlung und Pflege in einem Spital bedürfen. Die Akutphase der stationären Behandlung einer Krankheit oder eines Unfalls verbunden mit einer medizinischen Indikation ist zeitlich begrenzt und dauert nur so lange, als eine ärztliche Diagnose und eine medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung erforderlich ist.

Unter die vorliegende Planung der Akutsomatik fallen jedoch weder die psychischen Krankheiten noch Massnahmen der medizinischen Rehabilitation, denen innerhalb dieses Berichts ein jeweils eigenes Kapitel gewidmet wurde.

D.1.1. Leistungsbereiche Akutsomatik

Die Berechnungen in der Akutsomatik basieren auf den DRG (APDRG, Fallgewichtsversion 6.0). Da es in der verwendeten Version rund 800 DRG gibt, wäre eine Darstellung auf dieser Leistungsebene unübersichtlich. Deshalb wurden die DRG für die Darstellung im vorliegenden Versorgungsbericht nach der Systematik der Gesundheitsdirektion Zürich (GD ZH) zusammengefasst.

Die GD ZH hat auf Basis der GAA-Systematik¹⁴ die DRG in 27 Leistungsbereiche gruppiert. Diese Leistungsbereiche orientieren sich an der gängigen Spitalorganisation beziehungsweise den klinischen Fachgebieten und sind im Wesentlichen durch die gewählten Namen selbsterklärend.

Auf einer weiteren Aggregationsebene wurden die Leistungsbereiche organspezifisch zu fünf Hauptbereichen zusammengefasst. Die folgende Tabelle zeigt die Struktur der Haupt- und Leistungsbereiche:

¹⁴ Chale, Jean-Jacques et al. Les GAA/APDRG-CH – Groupes pour l'Analyse de l'Activité – Proposition de regroupement d'APDRG en Suisse, Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne, juin 2005.

Tabelle 2 Darstellungsebenen der Leistungen

Hauptbereiche	Leistungsbereiche
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie
	Hals-Nasen-Ohren
	Neurochirurgie
	Neurologie
	Ophthalmologie
Innere Organe	Endokrinologie
	Gastroenterologie
	Viszeralchirurgie
	Hämatologie
	Herz- & Gefässchirurgie
	Kardiologie & Angiologie
	Infektiologie
	Nephrologie
	Urologie
	Pneumologie
	Thoraxchirurgie
Bewegungsapparat	Orthopädie
	Rheumatologie
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie
	Geburtshilfe
Übrige	Neugeborene
	(Radio-)Onkologie
	Psychiatrie & Toxikologie
	Schwere Verletzungen
	Transplantationen
	Sonstige Behandlungen
	Verlegungen & Todesfälle

Nachfolgend werden die Leistungsbereiche teilweise nach den organspezifischen Hauptbereichen und teilweise alphabetisch sortiert.

D.1.2. Prognose Akutsomatik

Im folgenden Teilkapitel wird einleitend die Wahl der Prognosetechnik und des Prognosezeitraums diskutiert. In den anschliessenden Teilkapiteln werden das Prognosemodell und die Einflussfaktoren auf den Leistungsbedarf 2020 beschrieben sowie die Entwicklung der Einflussfaktoren thematisiert. Im Gegensatz zum Vorgehen der GD ZH wurde hier jedoch nur ein Szenario („Hauptszenario“) verwendet.

D.1.2.a. Prognosetechnik und Prognosezeitraum

Häufig wird eine Prognoserechnung mit einer Trendfortschreibung anhand der bisherigen Entwicklung berechnet. Dieses Vorgehen erscheint relativ einfach, setzt aber voraus, dass eine längere Datenreihe ohne grössere Änderungen in der Datenerhebung und -definition vorliegt. Ausserdem wird davon ausgegangen, dass alle bisherigen Einflussfaktoren auch in Zukunft konstant bleiben. Beide Bedingungen sind bei den stationären Spitalleistungen nicht erfüllt. Zum einen steht die Medizinische Statistik erst seit wenigen Jahren zur Verfügung und wurde durch mehrere Änderungen, unter anderem durch die verschiedenen DRG-Versionen, merklich geprägt. Zum anderen steht 2012 mit der Einführung von SwissDRG ein grosser Systemwechsel in der Spitalfinanzierung bevor, der in einer Trendfortschreibung nicht berücksichtigt würde.

Aus diesem Grund wurde für die Prognose der stationären Spitalleistungen ein alternatives Verfahren mit expliziter Berücksichtigung der Einflussfaktoren gewählt. Dieses Verfahren wurde nicht neu erfunden, sondern ist an das Vorgehen und die Teilergebnisse der GD ZH angelehnt, nicht zuletzt deshalb, um die Ergebnisse der verschiedenen Prognosen vergleichbar zu machen. In einem ersten Schritt wurde dabei die aktuelle Leistungsnachfrage in der Region NWCH analysiert. In einem zweiten Schritt wurden die von der GD ZH ermittelten und quantifizierten den medizinischen Leistungsbedarf beeinflussenden Faktoren in die Prognose einbezogen. Schliesslich wurde in einem dritten Schritt der zukünftige Leistungsbedarf der untersuchten Wohnbevölkerung, basierend auf der aktuellen Nachfrage unter Berücksichtigung der künftigen Entwicklung der zuvor untersuchten Einflussfaktoren, prognostiziert.

Analog zum Vorgehen der GD ZH wurde als Prognosehorizont das Jahr 2020 und damit ein Prognosezeitraum von rund zehn Jahren gewählt. Die Beschreibungen der Ermittlung der Prognose sind dem Bericht der GD ZH entnommen und wurden bei Abweichungen des Vorgehens ergänzt.

D.1.2.b. Prognosemodell und Einflussfaktoren

Im Vordergrund der Prognose stehen in erster Linie die Patientenzahlen und in zweiter Linie die Pfl egetage pro medizinischer Leistung im Jahr 2020. Dabei gelten folgende Zusammenhänge:

Die Patientenzahlen im Jahr 2020 hängen davon ab, wie sich die Einwohnerzahl bis 2020 entwickelt und wie häufig die Einwohner im Spital behandelt werden (Hospitalisationsrate). Die Pfl egetage werden zusätzlich durch die zukünftigen Aufenthaltsdauern beeinflusst. Für die Ermittlung der Patientenzahlen im Jahr 2020 müssen somit die Einwohnerzahl und die Hospitalisationsrate im Jahr 2020 und für die Ermittlung der Pfl egetage zusätzlich die zukünftigen Aufenthaltsdauern prognostiziert werden (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3 Herleitung der Patientenzahlen und Pfl egetage 2020

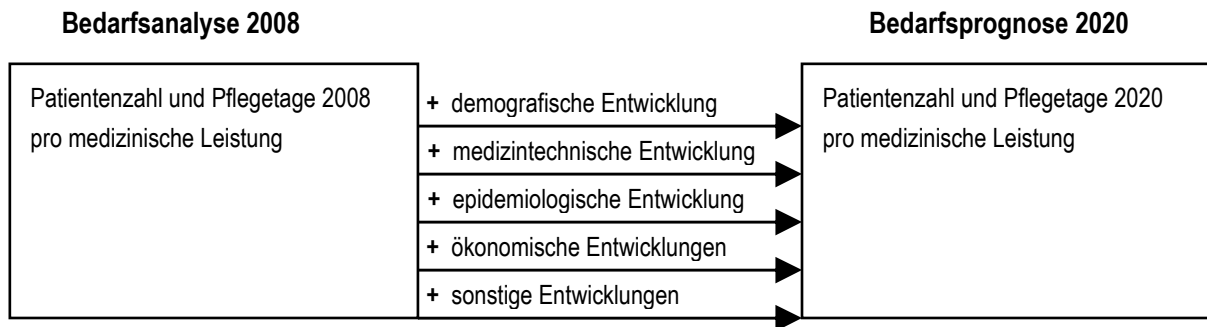
$\text{Einwohnerzahl}_{2020} \times \text{Hospitalisationsrate}_{2020} = \text{Patientenzahl}_{2020}$ $\text{Patientenzahl}_{2020} \times \text{Aufenthaltsdauer}_{2020} = \text{Pfl egetage}_{2020}$

Die Einwohnerzahl wird primär durch Faktoren ausserhalb des Gesundheitswesens beeinflusst und kann mittels statistischer Modelle relativ gut prognostiziert werden (vgl. Anhang H.1.1). Die Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern werden dagegen massgeblich durch Faktoren innerhalb des Gesundheitswesens beeinflusst:

- Die Hospitalisationsrate wird primär durch die demografische, die medizintechnische und die epidemiologische Entwicklung beeinflusst. Daneben spielen auch ökonomische Entwicklungen eine Rolle. Ob beispielsweise eine Behandlung ambulant oder stationär erbracht wird, kann auch davon beeinflusst sein, ob der ambulante oder der stationäre Tarif günstiger ist.
- Die Aufenthaltsdauer wird neben der medizintechnischen Entwicklung auch von ökonomischen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise der Einführung von Fallpauschalen, beeinflusst.

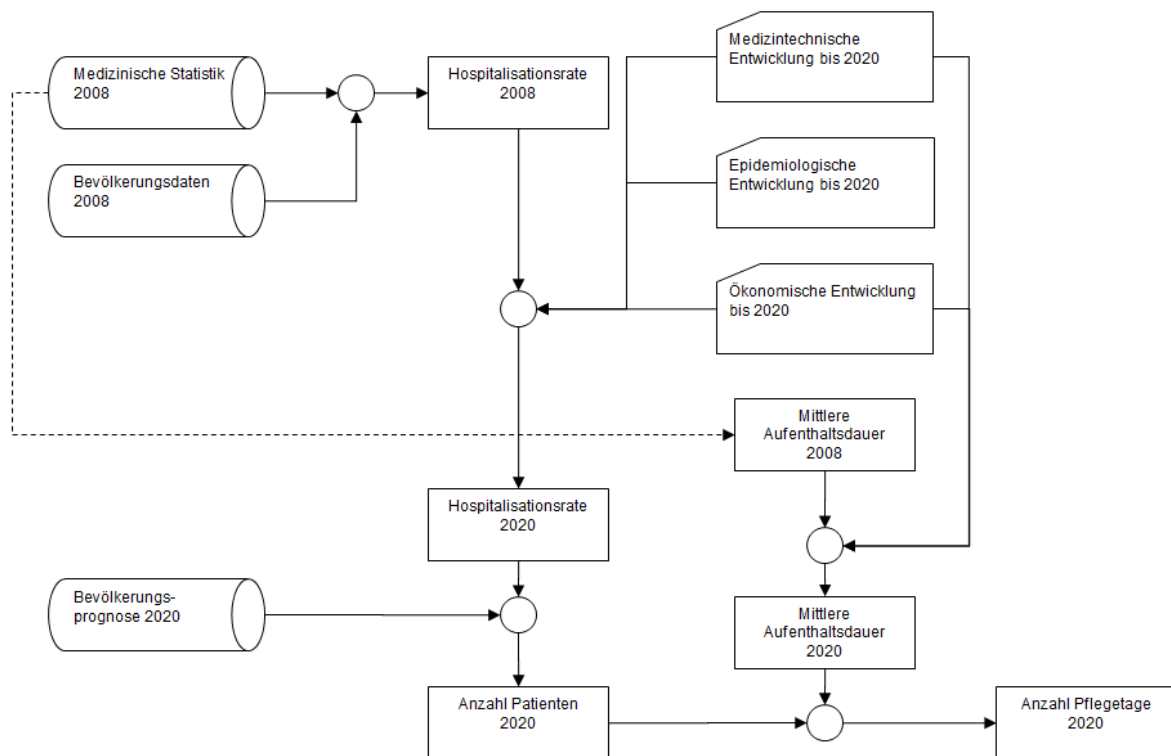
Im Übrigen üben verschiedene weitere gesellschaftliche Entwicklungen einen Einfluss auf den Bedarf im Jahr 2020 aus (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4 Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen



Der Einfluss der verschiedenen Faktoren auf den zukünftigen Leistungsbedarf wurde im von der GD ZH übernommenen Prognosemodell folgendermassen berücksichtigt (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5 Prognosemodell Akutsomatik



Die Prognose der Patientenzahlen und Pflergetage 2020 erfolgte in den folgenden fünf Schritten:

(1) Die Hospitalisationsraten des Jahres 2008 wurden aus den Daten der Medizinischen Statistik des Kantons Basel-Landschaft und der Bevölkerungsstatistik berechnet. Da sich die Hospitalisationsraten je nach Behandlung stark unterscheiden, wurden die Hospitalisations-

raten pro DRG berechnet. Ebenso wurden zusätzlich die fünf Altersgruppen der GD ZH (vgl. Kapitel C.4, Seite 26) berücksichtigt.¹⁵

(2) Basierend auf diesen DRG- und altersspezifischen Hospitalisationsraten 2008 wurden die Hospitalisationsraten 2020 unter Berücksichtigung der erwarteten medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung (von der GD ZH übernommen) sowie der erwarteten Substitution von bisher stationär erbrachten durch ambulante Behandlungen prognostiziert.

(3) Für die Prognose der Patientenzahlen im Jahr 2020 wurden die alters- und DRG-spezifischen Hospitalisationsraten 2020 mit der erwarteten Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft multipliziert. Die Patientenzahl wird dabei nicht nur durch Veränderungen der Bevölkerungsgrösse, sondern auch durch Verschiebungen zwischen den Altersgruppen beeinflusst.

(4) Basierend auf den Aufenthaltsdauern des Jahres 2008 wurden die mittleren Aufenthaltsdauern im Jahr 2020 unter Berücksichtigung der erwarteten medizintechnischen und ökonomischen Entwicklungen geschätzt. Da die Aufenthaltsdauer je nach Behandlung und Alter des Patienten stark variiert, wurden die Aufenthaltsdauern pro DRG und mit Berücksichtigung des Alters prognostiziert.

(5) Für die Berechnung der Pflage tage im Jahr 2020 wurden die alters- und DRG-spezifischen Patientenzahlen 2020 mit den entsprechenden Aufenthaltsdauern im Jahr 2020 multipliziert.

Drei zentrale Annahmen des Prognosemodells

1. Die Prognose der Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern hängen vom Alter und der Behandlung, jedoch nicht von der Wohnregion ab. Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern wurden alters- und behandlungsspezifisch prognostiziert. Hingegen wurde auf eine regionale Unterscheidung verzichtet, da sich die regionalen Unterschiede als gering erwiesen. Es wurden somit für den ganzen Kanton Basel-Landschaft identische Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern (pro DRG und Altersgruppe) prognostiziert.
2. Die demografische Entwicklung wurde auf Ebene des Gesamtkantons prognostiziert. Innerkantonale Unterschiede haben keinen Einfluss auf die Bedarfsprognose.
3. Die Nachfrage im Referenzjahr 2008 wurde mit dem Bedarf der Wohnbevölkerung gleichgesetzt.

D.1.2.c. Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2020

Für die demografische, die medizintechnische und die epidemiologische Entwicklung wurden durch die GD ZH externe Expertengutachten in Arbeit gegeben. Bezüglich der ökonomischen Entwicklungen führte die GD ZH eigene Analysen durch. Weitere Einflussfaktoren wurden hier und auch durch die GD ZH nicht berücksichtigt.

¹⁵ Insgesamt resultieren daraus rund 4'000 Gruppen. Es gibt ca. 800 verschiedene Fallgruppen (APDRG, Fallversion 6.0) und pro Fallgruppe wurden fünf Altersgruppen berücksichtigt.

Nachfolgend werden das durch die GD ZH gewählte methodische Vorgehen zur Bestimmung des Einflusses der einzelnen Faktoren sowie die erwartete Entwicklung der einzelnen Faktoren kurz beschrieben. Der Einfluss der Faktoren auf den Leistungsbedarf der Bevölkerung 2020 wird im Kapitel D.2.2.a (Seite 42) detailliert dargestellt.

D.1.2.c.a. Demografie

Die Bevölkerungsstatistik und -prognose beruhen auf den Bevölkerungserhebungen 2008 und den mittleren Bevölkerungsszenarien 2020 des Bundesamts für Statistik (BFS) für den Kanton Basel-Landschaft. Es wurden die per 01.05.2010 aktuellsten Bevölkerungsprognosen verwendet.

Demografische Prognose

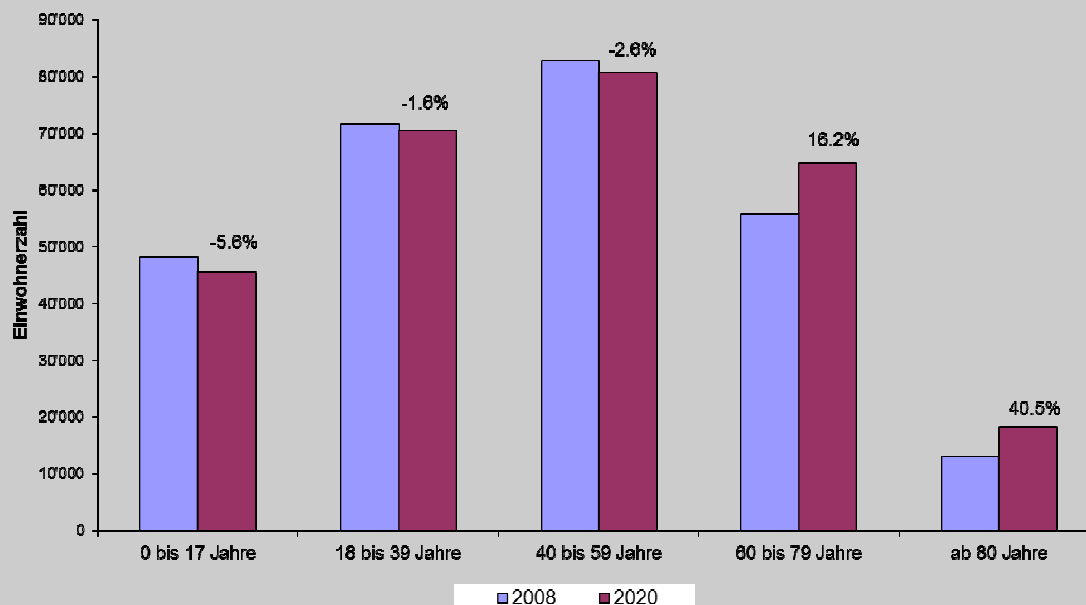
Gemäss Prognose wird die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft zwischen 2008 und 2020 von 271'214 auf 279'564 anwachsen, also um rund drei Prozent.

Eine Erläuterung, welche Bevölkerungsprognosen verwendet wurden, erfolgt unter Kapitel H.1.1 (Seite 89).

Der Kanton Basel-Landschaft liegt mit dem geschätzten Bevölkerungswachstum von rund drei Prozent zwischen 2008 und 2020 etwa im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Die Entwicklungsprognose des Bundesamtes für Statistik geht für den gleichen Zeitraum von einem schweizweiten Bevölkerungswachstum von vier Prozent aus, nämlich von 7.7 Mio. Einwohner auf 8.1 Mio.

Betrachtet man die Prognose der Wohnbevölkerung gegliedert nach den einzelnen Altersgruppen, sieht man eine Zunahme von älteren Einwohnern. Die Altersgruppe der 60 – 79-Jährigen sowie die Altersgruppe 80+ wird in den nächsten Jahren überdurchschnittlich wachsen.

**Bevölkerungsentwicklung unter Berücksichtigung der Altersgruppen
(Kanton Basel Landschaft)**



Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass neben einer generellen Bevölkerungszunahme zusätzlich erhebliche Verschiebungen im Altersaufbau zu erwarten sind.

D.1.2.c.b. Medizintechnologie¹⁶

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften führte im Auftrag der GD ZH eine breite Literatursuche in Datenbanken wissenschaftlicher Publikationen und in Berichten von Health-Technology-Assessment-Agenturen und Netzwerken zur Technologiebewertung durch. Ergänzend dazu wurde von der GD ZH eine strukturierte schriftliche Expertenbefragung durchgeführt. Ein ausführlicher Beschrieb des methodischen Vorgehens ist im Anhang H.1.2 (Seite 89) zu finden.

D.1.2.c.c. Epidemiologie¹⁷

Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern führte im Auftrag der GD ZH eine breite Literatursuche über die Trend-Informationen zu Interventionen, Krankheiten und gut etablierten Risikofaktoren bestimmter Krankheiten für die Schweiz durch. Zusätzlich wurden durch die GD ZH spezifische Informationen des Bundesamts für Statistik und des Gesundheitsobservatoriums berücksichtigt (Statistisches Jahrbuch, Nationaler Gesundheitsbericht usw.). Ein ausführlicher Beschrieb des methodischen Vorgehens ist im Anhang H.1.3 (Seite 89) zu finden.

D.1.2.c.d. Ökonomische Einflussfaktoren

Für den vorliegenden Bericht wurden in Anlehnung an den Bericht der GD ZH die beiden wichtigsten ökonomischen Einflüsse auf den zukünftigen Leistungsbedarf berücksichtigt: (1) Substitution von bisher stationär erbrachten durch ambulante Behandlungen infolge tariflicher Anpassungen und (2) Verkürzung der Aufenthaltsdauer infolge der Einführung von SwissDRG. Ein ausführlicher Beschrieb des methodischen Vorgehens ist im Anhang H.1.4 (Seite 90) zu finden.

(1) Substitution

Inwieweit gewisse Behandlungen in Zukunft ambulant oder stationär erbracht werden, hängt neben der medizinischen Beurteilung auch von den zukünftigen ökonomischen Anreizen ab. Eine entscheidende Rolle spielt dabei das zukünftige Verhältnis zwischen der Vergütung stationärer (SwissDRG) und ambulanter (TarMed¹⁸) Leistungen. Je unattraktiver die Vergütung nach SwissDRG gegenüber dem TarMed sein wird, desto mehr Leistungen werden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert.

¹⁶ Als Medizintechnik wurden bestehende oder neue Technologien zur Diagnostik (zum Beispiel bildgebende Verfahren), zur Therapie (zum Beispiel minimal-invasive Operationsmethoden) oder zur Prävention (zum Beispiel Sekundärprophylaxe) bei Patienten im Bereich der Akutsomatik definiert.

¹⁷ Epidemiologie wurde in Anlehnung bereits von der GD ZH definiert als Krankheitshäufigkeit. Ausgeklammert wurden hier allfällige Veränderungen des Bedarfs (als Anzahl Behandlungen) allein auf Grund der sich verändernden Altersstruktur (zum Beispiel Zunahme der Personen im Alter von 70 bis 80 Jahren).

¹⁸ TarMed steht für Tarif Medizin. Der Katalog mit medizinischen Einzelleistungen regelt die Abrechnung von ambulanten Leistungen.

Analyse des Substitutionspotenzials

Für die Beurteilung des Substitutionspotenzials wurde ein zweistufiges Verfahren gewählt. In einem ersten Schritt wurde geprüft, welche Behandlungen aus medizinischer Sicht im Regelfall ambulant erbracht werden können. In einem zweiten Schritt wurde angenommen, dass die ambulanten Behandlungen finanziell attraktiver werden gegenüber den stationären Behandlungen und deshalb bei den zuvor identifizierten „potenziell ambulanten Behandlungen“ ein gewisser Prozentsatz der bisher stationären Patienten zukünftig ambulant behandelt wird.

Vor allem die Leistungsbereiche *Ophthalmologie*, *(Radio-)Onkologie* und *Herz- & Gefässchirurgie* weisen laut GD ZH ein grosses Substitutionspotenzial auf. Bei der *Ophthalmologie* stehen vor allem intraokuläre Eingriffe wie zum Beispiel Katarakt-Operationen und in der *Herz- & Gefässchirurgie* insbesondere die Eingriffe Venenligatur und Stripping im Zentrum. Die von der GD ZH entwickelte Tabelle des Prozentsatzes potentiell ambulant ersetzbarer Leistungen wurde direkt übernommen.

(2) Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Neben dem medizintechnischen Fortschritt führen auch veränderte finanzielle Anreize zu einer Reduktion der Aufenthaltsdauern. Insbesondere die Einführung der Fallpauschalen im Rahmen von SwissDRG im Jahr 2012 wird wahrscheinlich weiter sinkende Aufenthaltsdauern zur Folge haben. Wie stark die Aufenthaltsdauern sinken werden, lässt sich nicht genau bestimmen, dies muss geschätzt werden. Dazu wurde durch die GD ZH die Entwicklung der Aufenthaltsdauern im Kanton Zürich, der gesamten Schweiz und in anderen Ländern über die letzten Jahre analysiert.

Analyse potenzieller Aufenthaltsverkürzungen

Im Zentrum stand ein Vergleich zwischen den Zürcher Aufenthaltsdauern und den Aufenthaltsdauern in der gesamten Schweiz pro DRG.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Aufenthaltsdauer von Behandlungen, die bei Baselbieter Patienten bisher deutlich länger war als im schweizerischen Vergleich, in den nächsten Jahren besonders stark sinken wird. Aus diesem Grund wurden die Aufenthaltsdauern von Behandlungen, die bei Baselbieter Patienten besonders lang waren, auf die niedrigeren Werte der übrigen Schweizer Patienten gesetzt. Da die gesamtschweizerischen Aufenthaltsdauern über die nächsten zehn Jahre auch sinken werden, wurden als Vergleichswert nicht der heutige Durchschnitt oder der Median, sondern das 40. Perzentile herangezogen. Bei Behandlungen mit Aufenthaltsdauern, die bei Baselbieter Patienten bereits heute unterhalb des jeweiligen Perzentils der Schweizer Aufenthaltsdauern lagen, wurden dennoch die Verweildauern auf dem 40. Perzentil der schweizweiten Verteilung prognostiziert.

D.1.2.d. Prognose mit einem Szenario

Entgegen dem Verfahren der GD ZH wurden Prognosen lediglich für ein Szenario erstellt. Bei den Bevölkerungsprognosen wurde hierfür das Hauptszenario verwendet.

D.2. Leistungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung

Dieses Kapitel bildet den Kern des Versorgungsberichts. Zuerst wird die aktuelle Nachfrage der Baselbieter Wohnbevölkerung nach akutsomatischen Spitalleistungen aufgezeigt, in einem zweiten Schritt wird der akutsomatische Leistungsbedarf für das Jahr 2020 prognostiziert.

D.2.1. Nachfragestruktur 2008

In diesem Teilkapitel wird anhand der Zahlen von 2008 die bisherige Nachfrage nach stationären Leistungen der Baselbieter Wohnbevölkerung aufgezeigt, unabhängig vom Ort der Behandlungseinrichtung. Um ein genaueres Bild zu zeigen, werden die Zahlen aus dem Jahr 2008 nach medizinischen Leistungsbereichen, Altersgruppen und Wohnregionen analysiert.

Die Nachfrage nach stationären Leistungen wird im Wesentlichen beeinflusst von:

- der Einwohnerzahl;
- der Hospitalisationsrate;
- der Aufenthaltsdauer der stationären Behandlung.

Aufgrund der Einwohnerzahl und der Hospitalisationsrate ergibt sich die Zahl der hospitalisierten Patienten. Diese Zahl wiederum multipliziert mit der Aufenthaltsdauer pro Patient ergibt die Anzahl der Pflage tage (vgl. Abbildung 3, Seite 31).

D.2.1.a. Analyse nach Leistungsbereichen

Die Tabelle 3 zeigt die stationären Leistungen der Baselbieter Wohnbevölkerung im Jahr 2008 und charakterisiert diese anhand ausgewählter Merkmale:

Tabelle 3 Patienten nach Leistungsbereichen 2008

Patienten 2008 nach Leistungsbereichen	Fälle		Ø-Alter ¹⁾	MAD	Liege- klasse	Behand- lungsort
	absolut	in %	Jahre	Tage	Anteil ZV	%AK
Nervensystem & Sinnesorgane						
Dermatologie	1'288	3.0%	50.9	8.3	23.9%	26.2%
Hals-Nasen-Ohren	2'002	4.6%	38.8	5.8	21.4%	28.4%
Neurochirurgie	397	0.9%	56.4	12.7	34.0%	65.0%
Neurologie	2'223	5.1%	53.7	9.0	23.7%	29.7%
Ophthalmologie	451	1.0%	66.2	4.4	37.0%	58.3%
Innere Organe						
Endokrinologie	465	1.1%	56.9	10.6	26.5%	29.7%
Gastroenterologie	2'783	6.4%	56.2	8.0	26.0%	25.4%
Viszeralchirurgie	3'204	7.4%	52.8	8.8	29.6%	38.5%
Hämatologie	570	1.3%	62.5	11.6	28.9%	34.0%
Herz- & Gefässchirurgie	1'510	3.5%	64.3	9.6	34.0%	49.0%
Kardiologie & Angiologie	3'199	7.4%	68.3	7.8	31.5%	47.8%
Infektiologie	696	1.6%	54.7	11.4	26.3%	27.4%
Nephrologie	432	1.0%	61.4	9.6	23.4%	18.5%
Urologie	2'033	4.7%	62.3	6.7	35.3%	40.7%
Pneumologie	1'861	4.3%	59.0	11.9	22.9%	22.5%
Thoraxchirurgie	448	1.0%	63.2	15.1	33.5%	38.2%
Bewegungsapparat						
Orthopädie	8'285	19.1%	56.3	8.6	38.2%	37.0%
Rheumatologie	1'198	2.8%	64.0	12.9	25.1%	32.1%
Gynäkologie & Geburtshilfe						
Geburtshilfe	2'846	6.5%	30.9	6.3	15.6%	40.3%
Gynäkologie	1'936	4.5%	50.7	6.2	33.5%	54.0%
Neugeborene	2'629	6.1%	0.0	6.3	14.3%	41.0%
Übrige						
(Radio-) Onkologie	654	1.5%	60.6	4.0	42.5%	58.6%
Psychiatrie & Toxikologie	15	0.0%	52.1	14.7	26.7%	40.0%
Schwere Verletzungen	397	0.9%	42.2	8.7	16.6%	22.9%
Transplantationen	36	0.1%	46.4	27.3	0.0%	94.4%
Sonstige Behandlung	1'105	2.5%	54.7	18.0	17.7%	29.2%
Verlegungen & Todesfälle	791	1.8%	56.3	1.3	12.6%	35.7%
Total	43'454	100%	54.0	8.4	28.1%	37.2%

¹⁾ ohne gesunde Säuglinge

Im Jahr 2008 beanspruchten die Baselbieter in über 43'400 Fällen einen stationären Spitalaufenthalt. Mit 19.1 Prozent aller Fälle waren *orthopädische* Behandlungen am häufigsten, 12.6 Prozent entfielen gemeinsam auf die Bereiche *Geburtshilfe und Neugeborene*.

Im Durchschnitt waren die Patienten 54 Jahre alt, am ältesten mit 68.3 Jahren im Leistungsbereich *Kardiologie & Angiologie* und in der *Ophthalmologie* mit 66.2 Jahren.

Die durchschnittliche Verweildauer aller stationären Aufenthalte betrug 8.4 Tage. Lässt man die Verweildauern im Leistungsbereich *Übrige* mal ausser Betracht (interdisziplinäre Fallgruppe), dann finden sich die längsten Verweildauern mit 15.1 Tagen in der *Thoraxchirurgie* und mit 12.9 Tagen in der *Rheumatologie*, und kurze Verweildauern mit 4.3 bzw. 5.0 Tagen in der *Ophthalmologie* und in der *Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde*.

Der Anteil zusatzversicherter Patienten betrug durchschnittlich 28.1 Prozent, deutlich geringer ist die Quote bei den *Neugeborenen* (14.3 Prozent) und den Patientinnen der *Geburtshilfe* (15.6 Prozent), in der *Ophthalmologie* und der *Orthopädie* betrug der Anteil Zusatzversicherter dagegen deutlich mehr als 30 Prozent.

37 Prozent aller Behandlungen wurden in einem anderen Kanton durchgeführt, die Tabelle 4 zeigt die ausserkantonalen Behandlungen der Baselbieter Wohnbevölkerung anhand ausgewählter Merkmale:

Tabelle 4 Ausserkantonale Behandlungen nach Leistungsbereichen

Ausserkantonale Behandlungen 2008 nach Leistungsbereichen	Fälle		Liege- klasse Anteil ZV	MAD Tage	Hospitalisationen	
	absolut	in %			direkte Aufnahmen ^{a)}	Verle- gungen ^{b)}
Nervensystem & Sinnesorgane						
Dermatologie	338	2.1%	37.3%	7.3	88.8%	11.2%
Hals-Nasen-Ohren	568	3.5%	29.4%	5.7	91.5%	8.5%
Neurochirurgie	258	1.6%	38.4%	13.9	81.0%	19.0%
Neurologie	661	4.1%	33.4%	7.9	80.8%	19.2%
Ophthalmologie	263	1.6%	38.0%	4.2	97.7%	2.3%
Innere Organe						
Endokrinologie	138	0.9%	34.1%	9.9	86.2%	13.8%
Gastroenterologie	707	4.4%	44.8%	7.7	90.4%	9.6%
Viszeralchirurgie	1'234	7.6%	46.2%	8.7	91.7%	8.3%
Hämatologie	194	1.2%	43.8%	12.3	89.7%	10.3%
Herz- & Gefässchirurgie	740	4.6%	43.4%	8.7	89.6%	10.4%
Kardiologie & Angiologie	1'530	9.5%	38.1%	4.8	82.0%	18.0%
Infektiologie	191	1.2%	40.8%	13.3	89.0%	11.0%
Nephrologie	80	0.5%	36.3%	9.0	88.8%	11.3%
Urologie	827	5.1%	51.1%	6.3	98.4%	1.6%
Pneumologie	419	2.6%	36.0%	12.2	81.6%	18.4%
Thoraxchirurgie	171	1.1%	39.2%	12.6	89.5%	10.5%
Bewegungsapparat						
Orthopädie	3'069	19.0%	46.9%	9.0	93.3%	6.7%
Rheumatologie	384	2.4%	38.5%	10.1	86.2%	13.8%
Gynäkologie & Geburtshilfe						
Geburtshilfe	1'146	7.1%	30.5%	6.0	97.2%	2.8%
Gynäkologie	1'045	6.5%	45.4%	5.2	99.1%	0.9%
Neugeborene	1'079	6.7%	29.2%	5.2	92.8%	7.2%
Übrige						
(Radio-) Onkologie	383	2.4%	57.4%	3.9	100.0%	0.0%
Psychiatrie & Toxikologie	6	0.0%	66.7%	8.3	83.3%	16.7%
Schwere Verletzungen	91	0.6%	30.8%	9.9	70.3%	29.7%
Transplantationen	34	0.2%	0.0%	19.3	97.1%	2.9%
Sonstige Behandlung	323	2.0%	36.5%	5.7	88.2%	11.8%
Verlegungen & Todesfälle	282	1.7%	20.9%	1.4	81.6%	18.4%
Total	16'161	100%	40.4%	7.4	90.9%	9.1%

a) direkte Aufnahmen = Aufnahmen von Zuhause (mit und ohne Spitex), aus einem Altersheim, einem Pflegeheim, einer anderen sozialmedizinischen Einrichtung, aus der Justizvollzugsanstalt

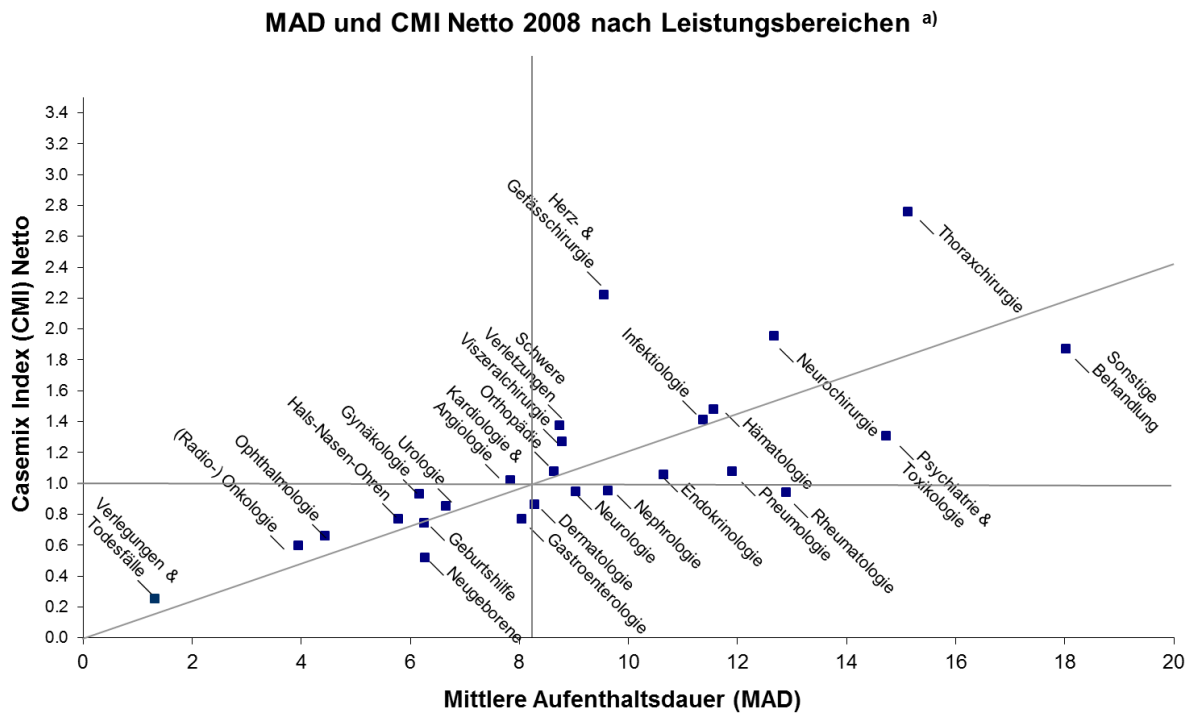
b) Verlegungen = Aufnahmen aus anderem Spital oder einer psychiatrischen Klinik (zusätzlich wurden diejenigen Angaben als nicht direkt angesehen, die "unbekannte" oder "andere" Aufenthaltsorte vor Eintritt aufwiesen)

Von den über 16'000 Baselbietern, die in anderen Kantonen behandelt wurden, fanden Behandlungen zu 19 Prozent im Bereich der *Orthopädie* statt. In 91 Prozent der Fälle wurden

die Patienten direkt aufgenommen, nur 9 Prozent aller Fälle verlegt. Mehr als 40 Prozent der ausserkantonalen Patienten waren zusatzversichert, besonders hoch der Anteil mit 57.4 Prozent in der (Radio-)Onkologie und mit 51.1 Prozent in der Urologie.

Die Abbildung 6 beschreibt den Zusammenhang zwischen der mittleren Aufenthaltsdauer (vertikale Linie) und dem Fallschwere-Index (CMI, horizontale Linie) pro Leistungsbereich.

Abbildung 6 Mittlerer Aufenthaltsdauer (MAD) und Fallschwere (Netto CMI) nach Leistungsbereichen

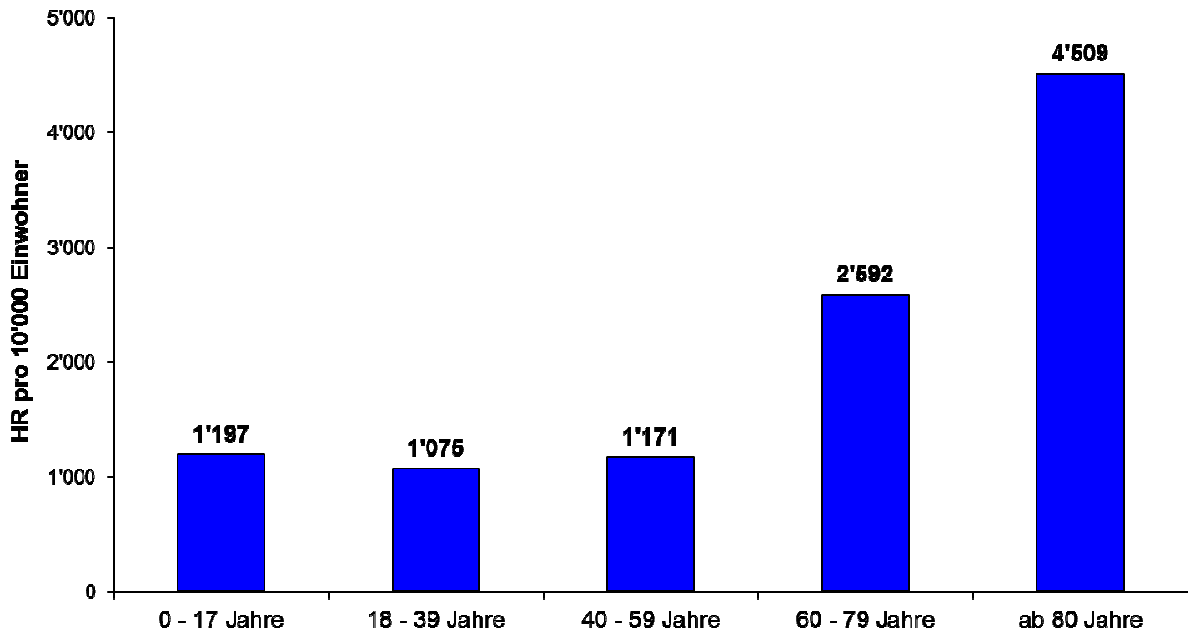


Zwischen der mittleren Aufenthaltsdauer und der durchschnittlichen Fallschwere besteht eine enge Korrelation, die Diagonale zeigt dies deutlich. Generell gilt, dass bei kurzen/langen Spitalaufenthalten auch die Fallschwere niedrig/hoch ist. Unterhalb der Diagonalen sind eher die Leistungsbereiche angesiedelt, die für ihr Fallgewicht eine relativ lange Aufenthaltsdauer aufweisen (beispielhaft seien hier die *sonstigen Behandlungen* und die *Psychiatrie & Toxikologie* erwähnt). Oberhalb der Diagonalen sind eher die „kapitalintensiveren“ Leistungsbereiche zu finden. Letztere benötigen überproportional viel teure Medizintechnik (zum Beispiel Operationssäle, Spezialgeräte) und/oder kostenintensive Implantate und Medikamente. Bei einer mittleren Aufenthaltsdauer von 9.6 Tagen hat der Bereich *Herz- & Gefässchirurgie* einen überdurchschnittlich hohen Schweregrad.

D.2.1.b. Analyse nach Altersgruppen

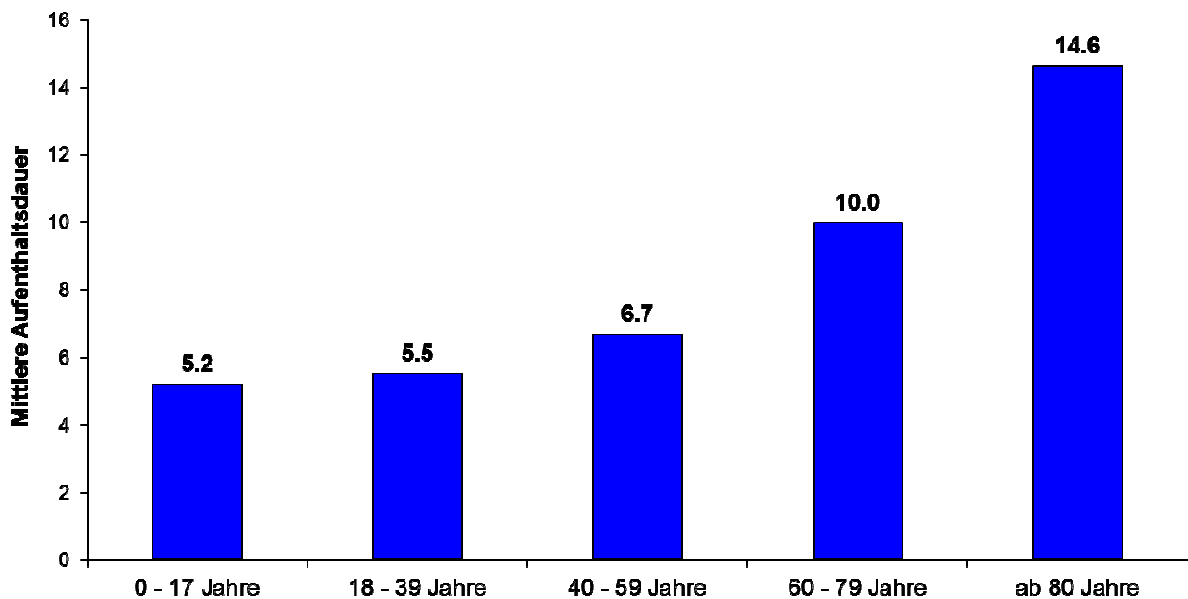
Die Abbildung 7 zeigt, dass nahezu jeder Vierte der 60 – 79-Jährigen einmal jährlich im Spital behandelt wird, in der Altersgruppe über 80 Jahre ist es beinahe jeder Zweite. Von den jüngeren Altersgruppen muss jährlich nur jeder Zehnte stationär behandelt werden.

Abbildung 7 Hospitalisationsrate (HR) nach Altersgruppen



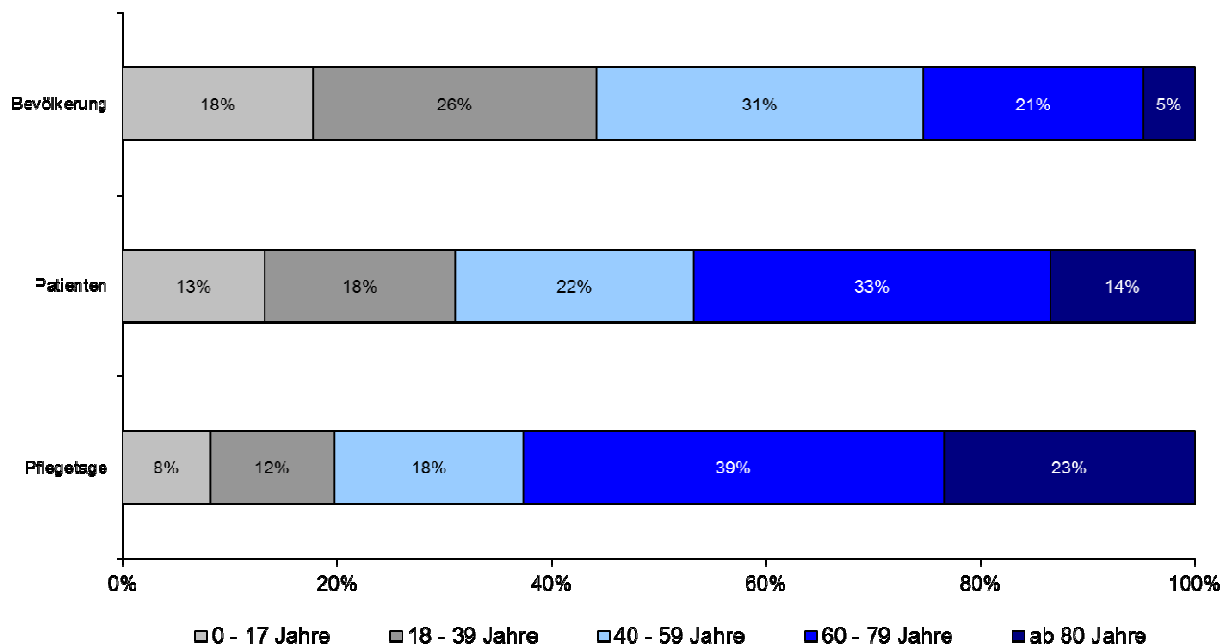
Mit steigendem Alter nimmt die Zahl der chronischen Krankheiten und die Zahl der Krankheiten pro Patient zu, ausserdem reagiert der Körper langsamer auf pathologische Veränderungen und weist deshalb eine längere Regenerationsphase auf. Dies wirkt sich auf die mittlere Aufenthaltsdauer im Spital aus und zeigt sich in der nächsten Abbildung.

Abbildung 8 Mittlere Aufenthaltsdauer (MAD) nach Altersgruppen



Durch die höhere Hospitalisationsrate und die höhere mittlere Aufenthaltsdauer der älteren Generationen nimmt auch die Anzahl der Pflgetage entsprechend zu, Abbildung 9 veranschaulicht diesen Sachverhalt:

Abbildung 9 Altersverteilung der Wohnbevölkerung, Anzahl Patienten und Anzahl Pflgetage nach Altersgruppen



Mit einem Anteil von 44 Prozent an der Zahl der Patienten und mit 57 Prozent an den Pflgetagen zeigt sich die Altersgruppe der über 59-Jährigen (Addition der Altergruppen 60 – 79 und ab 80 Jahre) als diejenige mit der grössten Nachfrage nach stationären Leistungen. Diese überproportionale Inanspruchnahme an Spitalleistungen von Personen ab 60 Jahren ist schweizweit zu beobachten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bei den Spitalbehandlungen Personen ab dem 60. Lebensjahr dominieren. Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung werden sich in den kommenden Jahren die Proportionen weiter zu den älteren Generationen verschieben, das heisst der Anteil der über 59-jährigen Patienten an den Behandlungen und Pflgetagen wird sich weiter erhöhen.

D.2.2. Prognose der akutsomatischen Behandlungen 2020

Basierend auf der Nachfrage im Jahr 2008 wurde unter Berücksichtigung der demografischen, medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung sowie von Änderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen der Bedarf für das Jahr 2020 prognostiziert (vgl. Kapitel D.1.2.c, Seite 33). In den folgenden Darstellungen werden das Ausgangsjahr 2008 und das Prognosejahr 2020 gezeigt. Auf eine detaillierte Darstellung der Entwicklung zwischen diesen beiden Zeitpunkten wird hingegen verzichtet.

Im folgenden Teilkapitel wird die Auswirkung der verschiedenen Einflussfaktoren auf den Leistungsbedarf im Jahr 2020 beschrieben. Anschliessend wird der prognostizierte Leistungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung dargestellt.

D.2.2.a. Auswirkungen der Einflussfaktoren

Nachfolgend wird der Einfluss der verschiedenen Faktoren auf den Leistungsbedarf im Jahr 2020 einzeln dargestellt.

D.2.2.a.a. Demografie

Die demografische Entwicklung wirkt sich weniger durch eine Zunahme der Bevölkerung, als vielmehr durch die zunehmende Alterung der Baselbieter Bevölkerung auf den zukünftigen Leistungsbedarf aus. Deshalb hat die demografische Entwicklung vor allem einen Einfluss auf Leistungsbereiche mit vorwiegend älteren Patienten wie beispielsweise *Kardiologie & Angiologie*, *Pneumologie* oder *Ophthalmologie*. Leistungsbereiche mit jüngeren Patienten wie die *Geburtshilfe* oder *Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde* weisen demgegenüber niedrigere oder negative Veränderungsraten auf. Wenn nur die Demografie berücksichtigt werden würde, wäre von einer Zunahme der Patientenzahl um 9.3 Prozent und der Pflgetage um 14.8 Prozent auszugehen (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5 Einfluss der demographischen Entwicklung

	2008			2020			Veränderung	
	2008	PT	MAD	Fälle	PT	MAD	Fälle	PT
Nervensystem & Sinnesorgane								
Dermatologie	1'288	10'673	8.3	1'422	12'651	8.9	10.4%	18.5%
Hals-Nasen-Ohren	2'002	11'576	5.8	2'065	12'197	5.9	3.2%	5.4%
Neurochirurgie	397	5'031	12.7	430	5'548	12.9	8.4%	10.3%
Neurologie	2'223	20'084	9.0	2'479	24'108	9.7	11.5%	20.0%
Ophthalmologie	451	2'002	4.4	532	2'403	4.5	18.0%	20.0%
Innere Organe								
Endokrinologie	465	4'948	10.6	523	5'719	10.9	12.4%	15.6%
Gastroenterologie	2'783	22'386	8.0	3'117	26'236	8.4	12.0%	17.2%
Viszeralchirurgie	3'204	28'148	8.8	3'447	31'652	9.2	7.6%	12.4%
Hämatologie	570	6'592	11.6	660	7'753	11.8	15.7%	17.6%
Herz- & Gefässchirurgie	1'510	14'421	9.6	1'719	16'926	9.8	13.8%	17.4%
Kardiologie & Angiologie	3'199	25'077	7.8	3'763	30'853	8.2	17.6%	23.0%
Infektiologie	696	7'911	11.4	776	9'129	11.8	11.5%	15.4%
Nephrologie	432	4'162	9.6	503	5'072	10.1	16.5%	21.9%
Urologie	2'033	13'525	6.7	2'304	15'728	6.8	13.3%	16.3%
Pneumologie	1'861	22'153	11.9	2'145	26'565	12.4	15.3%	19.9%
Thoraxchirurgie	448	6'780	15.1	506	7'721	15.2	13.0%	13.9%
Bewegungsapparat								
Orthopädie	8'285	71'598	8.6	9'062	81'710	9.0	9.4%	14.1%
Rheumatologie	1'198	15'442	12.9	1'392	18'732	13.5	16.2%	21.3%
Gynäkologie & Geburtshilfe								
Gynäkologie	1'936	11'954	6.2	2'031	12'901	6.4	4.9%	7.9%
Geburtshilfe	2'846	17'799	6.3	2'800	17'507	6.3	-1.6%	-1.6%
Neugeborene	2'629	16'483	6.3	2'481	15'557	6.3	-5.6%	-5.6%
Übrige								
(Radio-) Onkologie	654	2'587	4.0	716	2'872	4.0	9.5%	11.0%
Psychiatrie & Toxikologie	15	221	14.7	17	241	14.3	11.9%	8.9%
Schwere Verletzungen	397	3'473	8.7	419	3'921	9.4	5.5%	12.9%
Transplantationen	36	984	27.3	37	983	26.5	2.9%	-0.1%
Sonstige Behandlung	1'105	19'913	18.0	1'257	25'261	20.1	13.8%	26.9%
Verlegungen & Todesfälle	791	1'044	1.3	877	1'159	1.3	10.9%	11.0%
Total	43'454	366'967	8.4	47'481	421'103	8.9	9.3%	14.8%

D.2.2.a.b. Medizintechnologie

Die prognostizierte medizintechnische Entwicklung wirkt sich in erster Linie auf die Leistungsbereiche *Herz- & Gefässchirurgie*, *Kardiologie & Angiologie* und *Orthopädie* aus (vgl. Tabelle 6). In der *Herz- & Gefässchirurgie* wird insbesondere wegen der Implantation von

ICDs (Intraventrikulärer Cardioverter Defibrillator) und der Kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) bei Herzinsuffizienz sowie des perkutanen Herzklappenersatzes mittels Katheter mit einer Zunahme der Fallzahlen von 39.6 Prozent gerechnet. In der *Kardiologie & Angiologie* werden die Fallzahlen aufgrund der Katheterablationen bei paroxysmalem Vorhofflimmern um 9.4 Prozent zunehmen. In der *Orthopädie* wird die Fallzahl vor allem infolge einer erwarteten Zunahme von Revisionsoperationen bei totalen Hüft- und Knieprothesen um bis zu 2.4 Prozent zunehmen.

Tabelle 6 Einfluss medizintechnischer Entwicklungen auf die Fallzahl 2020

	Fallzahl 2008	Fallzahl 2020	Veränderung (in %)
Herz- & Gefässchirurgie	1'510	2'107	39.6%
Kardiologie & Angiologie	3'199	3'499	9.4%
Orthopädie	8'285	8'487	2.4%
...			
Total ^{a)}	43'454	44'554	2.5%

^{a)} Dargestellt sind nur die Leistungsbereiche, bei welchen durch die medizintechnische Entwicklung eine Veränderung erwartet wird. Das Total jedoch zeigt die Veränderung auf die Gesamtzahl der Behandlungen.

Insgesamt wird aufgrund der Entwicklung der Medizintechnik eine Fallzunahme von 2.5 Prozent bis 2020 prognostiziert.

In Anlehnung an den Versorgungsbericht der GD Zürich wurde die vorliegende medizintechnische Prognose auf die ausgewählten Fachbereiche beschränkt, da für die diversen anderen Leistungsbereiche lt. GD Zürich keine quantitativen medizintechnischen Studien existieren.

D.2.2.a.c. Epidemiologie

Die prognostizierten epidemiologischen Entwicklungen wirken sich vor allem auf die Leistungsbereiche (*Radio-)Onkologie, Geburtshilfe, Herz- & Gefässchirurgie* und *Pneumologie* aus (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7 Einfluss epidemiologischer Entwicklungen auf die Fallzahl 2020

	Fallzahl 2008	Fallzahl 2020	Veränderung (in %)
(Radio-) Onkologie	654	665	1.7%
Geburtshilfe	2'846	2'885	1.4%
Herz- & Gefässchirurgie	1'510	1'517	0.5%
Kardiologie & Angiologie	3'199	3'210	0.4%
Neurologie	2'223	2'227	0.2%
Viszeralchirurgie	3'204	3'200	-0.1%
Gynäkologie	1'936	1'932	-0.2%
Orthopädie	8'285	8'260	-0.3%
Pneumologie	1'861	1'849	-0.6%
...			
Total ^{a)}	43'454	43'481	0.1%

^{a)} Dargestellt sind nur die Leistungsbereiche, bei welchen durch epidemiologische Entwicklungen eine Veränderung erwartet wird. Das Total jedoch zeigt die Veränderung auf die Gesamtzahl der Behandlungen.

In der *(Radio-)Onkologie* wird vor allem eine Zunahme bei solchen Krebspatienten erwartet, die eine Chemotherapie benötigen. In der *Geburtshilfe* wird eine Zunahme der Geburtenzahl um 1.4 Prozent erwartet. In der *Kardiologie & Angiologie* wirkt sich primär die erwartete Zunahme der kardiovaskulären Risikofaktoren aus. In der *Pneumologie* wird eine Senkung der Fallzahl um 0.6 Prozent erwartet, da bis 2020 weniger Patienten mit Lungenkrebs prognostiziert werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die prognostizierten Veränderungsraten in der Epidemiologie einen geringen Einfluss auf den zukünftigen Leistungsbedarf ausüben. Im durchgeführten Szenario wird nur eine Fallzunahme von 0.1 Prozent bis 2020 prognostiziert.

D.2.2.a.d. **Ökonomische Einflussfaktoren**

(1) **Substitution**

Die prognostizierte Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen wirkt sich vor allem auf die Leistungsbereiche *Ophthalmologie*, *(Radio-)Onkologie*, *Kardiologie & Angiologie* und *Herz- & Gefässchirurgie* aus (vgl. Tabelle 8).

Insgesamt führt die prognostizierte Substitution im angenommenen Szenario zu einer Abnahme der Fallzahl von 3 Prozent.

Im hier verwendeten Szenario wird unterstellt, dass 50 Prozent der Kurzlieger (maximal zwei Übernachtungen) von „potenziell ambulanten Behandlungen“ zukünftig nicht mehr stationär, sondern ambulant behandelt werden. (vgl. Anhang H.1.4.a, Seite 90).

Tabelle 8 Einfluss der prognostizierten Substitution auf die Fallzahl 2020 ^{a)}

	Fallzahl 2008	Fallzahl 2020	Veränderung (in %)
(Radio-) Onkologie	654	521	-20.4%
Ophthalmologie	451	387	-14.2%
Kardiologie & Angiologie	3'199	2'852	-10.8%
Herz- & Gefässchirurgie	1'510	1'395	-7.6%
Gynäkologie	1'936	1'796	-7.3%
Urologie	2'033	1'892	-6.9%
Orthopädie	8'285	7'766	-6.3%
Gastroenterologie	2'783	2'759	-0.9%
Hämatologie	570	566	-0.7%
Dermatologie	1'288	1'283	-0.4%
Hals-Nasen-Ohren	2'002	2'001	-0.03%
...			
Total ^{b)}	43'454	41'960	-3.4%

^{a)} Die hier gezeigten Werte sind als Prognose und nicht als Zielvorgabe zu verstehen.

^{b)} Dargestellt sind nur die Leistungsbereiche, bei welchen durch die Substitution eine Veränderung erwartet wird. Das Total jedoch zeigt die Veränderung auf die Gesamtzahl der Behandlungen.

In der *Ophthalmologie* stehen vor allem intraokuläre Eingriffe wie zum Beispiel Katarakt-Operationen im Mittelpunkt des Interesses, in der *Herz- & Gefässchirurgie* sind es die Eingriffe Venenligatur und Stripping. Weiterhin geht man davon aus, dass ein Teil der Chemotherapien, innerhalb des Leistungsbereiches *(Radio-)Onkologie* enthalten, zukünftig ambulant erbracht werden.

(2) Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Die prognostizierte Verkürzung der Aufenthaltsdauer wirkt sich vor allem auf die Pflage tage der Leistungsbereiche *Psychiatrie & Toxikologie*, *Rheumatologie* und *Pneumologie* aus, in den Bereichen *(Radio-)Onkologie*, *Geburtshilfe* und *sonstige Behandlungen* werden die Veränderungen eher als gering eingeschätzt (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9 Einfluss der prognostizierten Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer 2020

	2008			2020			Veränderung	
	Fälle	PT	MAD	Fälle	PT	MAD	Fälle	PT
Nervensystem & Sinnesorgane								
Dermatologie	1'288	10'673	8.3	1'288	7'760	6.0	0.0%	-27.3%
Hals-Nasen-Ohren	2'002	11'576	5.8	2'002	8'304	4.1	0.0%	-28.3%
Neurochirurgie	397	5'031	12.7	397	3'772	9.5	0.0%	-25.0%
Neurologie	2'223	20'084	9.0	2'223	15'021	6.8	0.0%	-25.2%
Ophthalmologie	451	2'002	4.4	451	1'668	3.7	0.0%	-16.7%
Innere Organe								
Endokrinologie	465	4'948	10.6	465	3'607	7.8	0.0%	-27.1%
Gastroenterologie	2'783	22'386	8.0	2'783	17'341	6.2	0.0%	-22.5%
Viszeralchirurgie	3'204	28'148	8.8	3'204	22'762	7.1	0.0%	-19.1%
Hämatologie	570	6'592	11.6	570	4'809	8.4	0.0%	-27.0%
Herz- & Gefässchirurgie	1'510	14'421	9.6	1'510	11'088	7.3	0.0%	-23.1%
Kardiologie & Angiologie	3'199	25'077	7.8	3'199	19'542	6.1	0.0%	-22.1%
Infektiologie	696	7'911	11.4	696	6'569	9.4	0.0%	-17.0%
Nephrologie	432	4'162	9.6	432	3'315	7.7	0.0%	-20.3%
Urologie	2'033	13'525	6.7	2'033	11'541	5.7	0.0%	-14.7%
Pneumologie	1'861	22'153	11.9	1'861	15'980	8.6	0.0%	-27.9%
Thoraxchirurgie	448	6'780	15.1	448	5'698	12.7	0.0%	-16.0%
Bewegungsapparat								
Orthopädie	8'285	71'598	8.6	8'285	56'135	6.8	0.0%	-21.6%
Rheumatologie	1'198	15'442	12.9	1'198	10'677	8.9	0.0%	-30.9%
Gynäkologie & Geburtshilfe								
Gynäkologie	1'936	11'954	6.2	1'936	9'844	5.1	0.0%	-17.7%
Geburtshilfe	2'846	17'799	6.3	2'846	16'115	5.7	0.0%	-9.5%
Neugeborene	2'629	16'483	6.3	2'629	14'877	5.7	0.0%	-9.7%
Übrige								
(Radio-) Onkologie	654	2'587	4.0	654	2'499	3.8	0.0%	-3.4%
Psychiatrie & Toxikologie	15	221	14.7	15	95	6.4	0.0%	-56.9%
Schwere Verletzungen	397	3'473	8.7	397	2'658	6.7	0.0%	-23.5%
Transplantationen	36	984	27.3	36	709	19.7	0.0%	-27.9%
Sonstige Behandlung	1'105	19'913	18.0	1'105	19'623	17.8	0.0%	-1.5%
Verlegungen & Todesfälle	791	1'044	1.3	791	1'044	1.3	0.0%	0.0%
Total	43'454	366'967	8.4	43'454	293'058	6.7	0.0%	-20.1%

Insgesamt wird im Szenario eine Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer um 1.7 Tage erwartet. Dies entspricht einer Aufenthaltsverkürzung von gut 20 Prozent über einen Zeitraum von mehr als zehn Jahren. Diese starke Abnahme resultiert nicht zuletzt aus der verhältnismässig langen mittleren Aufenthaltsdauer 2008.

Im Szenario wurde postuliert, dass Behandlungen von Baselbieter Patienten bis 2020 nur mehr so lange dauern, wie es der Aufenthaltsdauer auf dem 40. Perzentil aller Schweizer Patienten entspricht (vgl. Anhang H.1.4.b, Seite 91).

D.2.2.b. Akutsomatischer Bedarf 2020

Der prognostizierte Bedarf wird aus der Perspektive der Baselbieter Wohnbevölkerung gezeigt. Dabei werden die Prognosen nach den Merkmalen Leistungsbereich und Alter analysiert.

D.2.2.b.a. Übersicht prognostizierter Bedarf 2020

Die Tabelle 10 gibt einen Überblick über die prognostizierte Entwicklung hinsichtlich Hospitalisationsrate, Patientenzahl, mittlerer Aufenthaltsdauer und der Pfl egetage bis 2020.

Tabelle 10 Prognostizierter Bedarf der Baselbieter Wohnbevölkerung 2020

	2008	2020	Veränderung (in %)
Hospitalisationen/10'000 EW	1'602	1'679	4.8%
Fälle	43'454	46'936	8.0%
Mittlere Aufenthaltsdauer	8.4	7.1	-15.4%
Pfl egetage	366'967	335'388	-8.6%
Pfl egetage/10'000 EW	13'531	11'997	-11.3%

Bis zum Jahr 2020 ist mit einer Zunahme der Hospitalisationsrate von 4.8 Prozent zu rechnen. Während die Alterung der Baselbieter Wohnbevölkerung die Hospitalisationsrate eher erhöht, dämpft die erwartete Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen diese Entwicklung. Insgesamt wird im Szenario eine deutliche Zunahme von stationären Patienten um 8 Prozent prognostiziert.

Bei der mittleren Aufenthaltsdauer wird eine Verkürzung von heute 8.4 auf 7.1 Tage erwartet. Die Einführung von SwissDRG wird das Behandlungsmanagement in den nächsten Jahren voraussichtlich stark beeinflussen und die Aufenthaltsdauer weiter verkürzen (vgl. Kapitel H.1.4.b, Seite 91). Durch den starken Rückgang der Verweildauer wird für die Pfl egetage pro Kopf ein Rückgang von 11.3 Prozent prognostiziert, insgesamt wird eine Abnahme der Pfl egetage um 8.6 Prozent erwartet.

D.2.2.b.b. Prognose nach Leistungsbereichen

Die Tabelle 11 zeigt die prognostizierte Entwicklung der Fälle, Pfl egetage und mittleren Aufenthaltsdauern je Leistungsbereich. Es wird mit einer Abnahme der Pfl egetage bis ins Jahr 2020 um insgesamt 8.6 Prozent gerechnet.

Die Prognosen für die einzelnen Leistungsbereiche differieren zwar im Ausmass der Entwicklung der Pfl egetage sehr, jedoch wird in allen Leistungsbereichen, mit Ausnahme der Leistungsbereiche *sonstige Behandlungen* und *Herz & Gefässchirurgie*, ein Rückgang an Pfl egetagen prognostiziert.

Tabelle 11 Prognostizierter Bedarf 2020 nach Leistungsbereich

Prognostizierter Bedarf 2020	Fälle			MAD			Pflegetage		
	2008	2020		2008	2020		2008	2020	
Nervensystem & Sinnesorgane									
Dermatologie	1288	1416	10.0%	8.3	6.4	-22.8%	10'673	9059	-15.1%
Hals-Nasen-Ohren	2002	2065	3.1%	5.8	4.3	-26.3%	11'576	8799	-24.0%
Neurochirurgie	397	430	8.4%	12.7	9.6	-24.3%	5'031	4132	-17.9%
Neurologie	2223	2484	11.8%	9.0	7.2	-19.8%	20'084	18003	-10.4%
Ophthalmologie	451	452	0.2%	4.4	3.8	-15.5%	2'002	1696	-15.3%
Innere Organe									
Endokrinologie	465	523	12.4%	10.6	8.0	-25.2%	4'948	4160	-15.9%
Gastroenterologie	2783	3090	11.0%	8.0	6.5	-19.3%	22'386	20063	-10.4%
Viszeralchirurgie	3204	3442	7.4%	8.8	7.4	-16.1%	28'148	25387	-9.8%
Hämatologie	570	655	15.0%	11.6	8.6	-25.7%	6'592	5629	-14.6%
Herz- & Gefässchirurgie	1510	2274	50.6%	9.6	7.3	-23.9%	14'421	16538	14.7%
Kardiologie & Angiologie	3199	3567	11.5%	7.8	6.5	-17.0%	25'077	23212	-7.4%
Infektiologie	696	776	11.5%	11.4	9.7	-14.3%	7'911	7564	-4.4%
Nephrologie	432	503	16.5%	9.6	8.0	-17.4%	4'162	4004	-3.8%
Urologie	2033	2155	6.0%	6.7	6.0	-10.4%	13'525	12848	-5.0%
Pneumologie	1861	2131	14.5%	11.9	8.9	-25.4%	22'153	18925	-14.6%
Thoraxchirurgie	448	506	13.0%	15.1	12.8	-15.5%	6'780	6476	-4.5%
Bewegungsapparat									
Orthopädie	8285	8695	4.9%	8.6	7.3	-15.4%	71'598	63596	-11.2%
Rheumatologie	1198	1392	16.2%	12.9	9.3	-28.2%	15'442	12878	-16.6%
Gynäkologie & Geburtshilfe									
Gynäkologie	1936	1880	-2.9%	6.2	5.4	-12.3%	11'954	10187	-14.8%
Geburtshilfe	2846	2838	-0.3%	6.3	5.7	-9.4%	17'799	16077	-9.7%
Neugeborene	2629	2481	-5.6%	6.3	5.7	-9.7%	16'483	14041	-14.8%
Übrige									
(Radio-) Onkologie	654	571	-12.7%	4.0	3.9	-1.0%	2'587	2236	-13.6%
Psychiatrie & Toxikologie	15	17	11.9%	14.7	6.9	-53.4%	221	115	-47.8%
Schwere Verletzungen	397	419	5.5%	8.7	7.0	-19.6%	3'473	2947	-15.1%
Transplantationen	36	37	2.9%	27.3	19.4	-28.9%	984	720	-26.8%
Sonstige Behandlung	1105	1257	13.8%	18.0	19.8	10.1%	19'913	24938	25.2%
Verlegungen & Todesfälle	791	877	10.9%	1.3	1.3	0.1%	1'044	1159	11.0%
Total	43'454	46'936	8.0%	8.4	7.1	-15.4%	366'967	335'388	-8.6%

Je nach Leistungsbereich wird die Entwicklung von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, zusammen mit der Darstellung in Tabelle 11 ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

In der *Herz- & Gefässchirurgie* wird die deutliche Zunahme von knapp 15 Prozent der Pflegetage primär durch die demografische Alterung (Anstieg der Fallzahlen um 50.6 Prozent erwartet) und durch die medizintechnische Entwicklung verursacht.

In der *Kardiologie & Angiologie* wird eine Abnahme der Pflegetage um 7.4 Prozent erwartet, die prognostizierte Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer um 1.3 Tage macht sich hier stärker bemerkbar als die zukünftig zu erwartende Zunahme an Herzinsuffizienzpatienten oder die vorhergesagte Verdoppelung der Implantationen von Defibrillatoren und Herzschrittmachern.

Auch für den derzeit grössten Leistungsbereich, die *Orthopädie*, wird wegen der angenommenen deutlichen Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer um 15.4 Prozent eine Abnahme der Pflegetage um 11.2 Prozent erwartet.

D.2.2.b.c. Prognose nach Altersgruppen

Der Anteil der Patienten ab 60 Jahren steigt von 47 Prozent im Jahr 2008 auf 53 Prozent im Jahr 2020 und der entsprechende Anteil der Pfl egetage von 63 auf 67 Prozent.

Aus Tabelle 12 geht direkt hervor, dass in den Altersgruppen bis 59 Jahre mit einer Abnahme der Fallzahlen, bei den Patienten ab dem 60. Lebensjahr, ganz ausgeprägt bei den Patienten 80+, hingegen mit einer Zunahme gerechnet wird.

Die über alle Altersgruppen prognostizierte mehr oder weniger starke Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer bis ins Jahr 2020 führt bei den Pfl egetagen der Altersgruppen bis 79 Jahre zu einem Rückgang, bei den Patienten ab dem 80. Lebensjahr wird, durch die starke Zunahme der Fallzahlen, mit einem Anstieg zu rechnen sein. Der Gesamtbedarf an Pfl egetagen wird um 8.6 Prozent zurückgehen.

Tabelle 12 Prognostizierter Bedarf 2020 nach Altersgruppen

	Fälle			MAD			Pfl egetage		
	2008	2020		2008	2020		2008	2020	
0-17	5'771	5'473	-5.2%	5.2	4.7	-10.6%	30'083	25'494	-15.3%
18-39	7'696	7'452	-3.2%	5.5	4.9	-11.1%	42'376	36'484	-13.9%
40-59	9'687	9'159	-5.5%	6.7	5.3	-21.2%	64'700	48'216	-25.5%
60-79	14'422	16'630	15.3%	10.0	8.0	-19.6%	143'829	133'294	-7.3%
80+	5'878	8'222	39.9%	14.6	11.2	-23.6%	85'979	91'900	6.9%
Total	43'454	46'936	8.0%	8.4	7.1	-15.4%	366'967	335'388	-8.6%

D.3. Leistungsangebot der Baselbieter Akutspitäler

Im Teilkapitel Leistungsangebot der Baselbieter Akutspitäler werden zuerst die erbrachten Leistungen, im Anschluss die Marktanteile aller Akutspitäler im Kanton Basel-Landschaft im Jahr 2008, unabhängig von der Trägerschaft, dargestellt.

D.3.1. Erbrachte Leistungen 2008

In diesem Abschnitt ist der Fokus auf die Baselbieter Spitäler gelegt, das heisst es werden alle an einer akutsomatischen Institution im Kanton Basel-Landschaft behandelten, stationären Patienten betrachtet, unabhängig von ihrem Wohnort.

Das Hospiz im Park Arlesheim wurde von der Betrachtung innerhalb dieses Berichtes ausgeschlossen, weil die dortigen Behandlungen keine entsprechende Abbildung im jetzigen und künftigen DRG-System finden.

Die Tabelle 13 zeigt, dass im Jahr 2008 rund 39'000 Fälle im Kanton Basel-Landschaft behandelt wurden. Den grössten Anteil an den Behandlungen hatten die beiden Kantonsspitäler Liestal und Bruderholz mit insgesamt 66.7 Prozent, gefolgt vom Universitäts-Kinderspital beider Basel mit 15.3 Prozent. Das Durchschnittsalter aller Patienten betrug 48.5 Jahre, die ältesten Patienten behandelte die Vista Klinik Binningen (Durchschnittsalter 72.3 Jahre), die jüngsten Patienten erwartungsgemäss das Universitäts-Kinderspital.

Tabelle 13 Stationäre Leistungen pro Spital im Kanton Basel-Landschaft 2008 (Teil 1)

	Fälle		ø-Alter ¹⁾ Jahre	Kosten- träger % KVG	Anteil ZV % HPP	Fall- herkunft % AK
	absolut	in %				
Kantonsspital Liestal [BL]	14'258	36.5%	57.1	90.9%	21.2%	16.4%
Kantonsspital Bruderholz [BL]	11'796	30.2%	56.7	90.9%	24.0%	18.7%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	5'981	15.3%	6.3	77.3%	4.2%	58.6%
Hirslanden Klinik Birshof Münchenstein [BL]	2'333	6.0%	52.1	28.3%	61.4%	40.9%
Kantonsspital Laufen [BL]	2'168	5.6%	59.8	87.4%	13.5%	44.7%
Ita Wegman Klinik Arlesheim [BL]	976	2.5%	54.9	99.7%	28.1%	58.6%
Praxisklinik Rennbahn Muttenz [BL]	535	1.4%	40.6	46.0%	63.0%	74.2%
Lukas Klinik Arlesheim [BL]	519	1.3%	61.4	100.0%	77.6%	85.2%
Ergolz-Klinik Liestal [BL]	371	1.0%	50.9	99.5%	99.2%	75.5%
Vista Klinik Binningen [BL]	84	0.2%	72.3	42.9%	79.8%	83.3%
Total	39'021	100.0%	48.5	84.6%	23.8%	30.1%

¹⁾ ohne gesunde Säuglinge

Das Merkmal Fallherkunft zeigt den Anteil an Patienten aus anderen Kantonen und dem Ausland. Insbesondere Spitäler mit spezialisierten und komplexen Bereichen weisen einen höheren Anteil an ausserkantonalen Patienten aus.

Tabelle 14 Stationäre Leistungen pro Spital im Kanton Basel-Landschaft 2008 (Teil 2)

	Pflegetage		MAD Tage	Kosten- träger % KVG	Anteil ZV % HPP	Fall- herkunft % AK
	absolut	in %				
Kantonsspital Liestal [BL]	122'940	36.0%	8.6	94.2%	19.6%	14.6%
Kantonsspital Bruderholz [BL]	117'205	34.3%	9.9	94.8%	25.6%	15.8%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	35'905	10.5%	6.0	58.5%	4.8%	61.9%
Hirslanden Klinik Birshof Münchenstein [BL]	14'091	4.1%	6.0	30.2%	60.8%	40.2%
Kantonsspital Laufen [BL]	24'347	7.1%	11.2	92.6%	14.9%	43.0%
Ita Wegman Klinik Arlesheim [BL]	12'077	3.5%	12.4	99.4%	36.9%	59.9%
Praxisklinik Rennbahn Muttenz [BL]	2'703	0.8%	5.1	46.7%	63.1%	75.5%
Lukas Klinik Arlesheim [BL]	10'256	3.0%	19.8	100.0%	80.1%	85.6%
Ergolz-Klinik Liestal [BL]	1'640	0.5%	4.4	99.7%	99.3%	71.3%
Vista Klinik Binningen [BL]	159	0.0%	1.9	40.3%	79.9%	83.0%
Total	341'323	100.0%	8.7	87.8%	24.6%	27.6%

Mit 36 Prozent hatte das Kantonsspital Liestal den grössten Anteil an Pflegetagen, das Kantonsspital Bruderholz folgte mit 34.3 Prozent. Hinsichtlich der mittleren Aufenthaltsdauer zeigt sich mit Werten zwischen 19.8 in der Lukas Klinik Arlesheim und 1.9 Tagen in der Vista Klinik Binningen ein sehr inhomogenes Bild. Die mittlere Aufenthaltsdauer im gesamten Kanton betrug 8.7 Tage (vgl. Tabelle 14).

D.3.2. Marktanteile der Baselbieter Akutspitäler

Nachfolgende Tabellen zeigen den Marktanteil der einzelnen Institutionen an den verschiedenen Leistungsbereichen. Eine vollständige Übersicht über die Marktanteile aller Leistungsbereiche findet sich im Anhang zu diesem Versorgungsbericht.

Tabelle 15 Marktanteil der Baselbieter Akutspitäler pro Leistungsbereich

Marktanteile (Fälle) je Hauptbereich, Angabe in Prozent je Hauptbereich	Nervensystem & Sinnesorgane	Innere Organe	Bewegungsapparat	Gynäkologie & Geburtshilfe	übrige	Total
Kantonsspital Liestal [BL]	39.8	41.4	30.4	31.6	34.5	36.5
Kantonsspital Bruderholz [BL]	19.1	30.8	28.0	46.0	30.3	30.2
Universitäts-Kinderspital beider Basel	26.1	14.3	10.7	11.4	19.7	15.3
Hirslanden Klinik Birshof Münchenstein [BL]	6.0	0.9	17.9	0.7	0.8	6.0
Kantonsspital Laufen [BL]	4.1	6.5	5.4	5.1	5.4	5.6
Ita Wegman Klinik Arlesheim [BL]	2.0	2.9	1.0	4.4	3.5	2.5
Praxisklinik Rennbahn Muttenz [BL]	0.3	<0.1	5.1		0.3	1.4
Lukas Klinik Arlesheim [BL]	0.3	1.8	0.5	0.5	5.4	1.3
Ergolz-Klinik Liestal [BL]	1.0	1.3	1.1	0.2	<0.1	1.0
Vista Klinik Binningen [BL]	1.3					0.2
Total	100	100	100	100	100	100

Der Tabelle 15 ist zu entnehmen, wie relevant ein Spital für die Versorgung im Kanton Basel-Landschaft und innerhalb der Leistungsbereiche ist. Das Kantonsspital Bruderholz hat einen Marktanteil innerhalb des Bereiches *Gynäkologie & Geburtshilfe* von 46 Prozent, bei einem Anteil am gesamten Behandlungsspektrum von „nur“ 30 Prozent (Spalte **Total**). Die Hirslanden Klinik Birshof Münchenstein hat, bei einem Anteil an den Gesamtfällen von 6 Prozent, einen überdurchschnittlich hohen Marktanteil im Bereich Erkrankungen am *Bewegungsapparat* mit 17.9 Prozent. Der Tabelle ist auch zu entnehmen, dass die Vielzahl der Einrichtungen ein relativ breites Spektrum an Erkrankungen behandelt, es den reinen „Spezialisten“ nur mit der Vista Klinik Binningen gibt.

Die Tabelle 16 zeigt hingegen die Anteile der einzelnen akutsomatischen Leistungshauptbereiche in den einzelnen Spitälern des Kantons Basel-Landschaft. Den grössten Anteil der Behandlungen haben demnach die Erkrankungen der *Innere Organe*, gefolgt von den Erkrankungen am *Bewegungsapparat* und dem Bereich *Nervensystem & Sinnesorgane*. Im Behandlungsspektrum der Hirslanden Klinik Birshof Münchenstein spielen die Erkrankungen am *Bewegungsapparat* die grösste Rolle, in der Vista Klinik Binningen werden nur Behandlungen im Bereich *Nervensystem & Sinnesorgane* vorgenommen.

Tabelle 16 Anteile der Leistungsbereiche am Behandlungsspektrum der Baselbieter Akutspitäler

Marktanteile (Fälle) je Hauptbereich, Angabe in Prozent je Einrichtung	Nervensystem & Sinnesorgane	Innere Organe	Bewegungsapparat	Gynäkologie & Geburtshilfe	übrige	Total
Kantonsspital Liestal [BL]	17.8	42.4	21.0	11.9	6.9	100
Kantonsspital Bruderholz [BL]	10.4	38.1	23.3	20.9	7.3	100
Universitäts-Kinderspital beider Basel	27.8	35.0	17.6	10.2	9.4	100
Hirslanden Klinik Birshof Münchenstein [BL]	16.4	5.5	75.7	1.5	0.9	100
Kantonsspital Laufen [BL]	12.0	43.9	24.3	12.7	7.1	100
Ita Wegman Klinik Arlesheim [BL]	13.0	42.7	9.8	24.2	10.2	100
Praxisklinik Rennbahn Muttenz [BL]	3.2	1.3	93.8		1.7	100
Lukas Klinik Arlesheim [BL]	4.0	51.8	8.9	5.6	29.7	100
Ergolz-Klinik Liestal [BL]	17.3	50.9	28.6	3.0	0.3	100
Vista Klinik Binningen [BL]	100.0					100
Total	16.3	37.4	25.2	13.7	7.3	100

D.4. Zu- und Abwanderungen in den und aus dem Kanton Basel-Landschaft

In Kapitel D.2, Leistungsbedarf (Seite 37), wurde der Leistungsbedarf der spitalbedürftigen Baselbieter Bevölkerung dargestellt. Dieser setzt sich aus allen Behandlungen von Baselbieter Patienten im Kanton Basel-Landschaft sowie von Baselbieter Kantoneinwohnern, die sich ausserkantonale behandeln liessen, zusammen (Abwanderer).

Demgegenüber standen in Kapitel D.3, Leistungsangebot (Seite 50), die akutsomatischen Institutionen im Kanton Basel-Landschaft im Vordergrund und damit die Baselbieter, die sich im Kanton Basel-Landschaft behandeln liessen, sowie die Patienten aus anderen Kantonen (Zuwanderer).

Die folgenden Tabellen zeigen, in welchen Kantonen sich die Baselbieter behandeln liessen und aus welchen Kantonen die ausserkantonalen Patienten in den Kanton Basel-Landschaft kommen sowie die betreffenden Leistungsbereiche.

Abwanderungen

Tabelle 17 zeigt zunächst, dass sich die Baselbieter Wohnbevölkerung überwiegend im Kanton Basel-Landschaft behandeln liess.

Tabelle 17 Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft (Übersicht)

Abwanderungen	Absolut	in %	Ziel-Kanton						
			BS	SO	AG	ZH	BE	GR	andere
Total akutsomatische Fälle der Wohnbevölkerung	43'454	100%							
Anteil Fälle in innerkantonalen Institutionen erbracht	27'293	62.8%							
Anteil Fälle in ausserkantonalen Institutionen erbracht	16'161	37.2%	79.9%	9.3%	3.1%	2.5%	1.9%	0.7%	2.5%
<i>davon geplant</i>	10'523	65.1%							
<i>davon HPP-Fälle</i>	6'537	40.4%							

Allerdings wurden 16'161 Baselbieter Patienten in anderen Kantonen behandelt, das entspricht einer Quote von 37.2 Prozent der Behandlungen. Die Baselbieter gingen für ausser-

kantonale Behandlungen am häufigsten in die Kantone Basel-Stadt, Solothurn, Aargau und Zürich.

Tabelle 18 zeigt, dass die ausserkantonalen Behandlungen zum grossen Teil (insgesamt 65.1 Prozent) geplant waren. Bei nahezu der Hälfte aller geplanten Behandlungen bestand eine halbprivate oder private Versicherungsklasse.

Tabelle 18 Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft (Detail)

Ziel-Kanton	Fälle		geplant		an geplanten Fällen	
	abs.	in %	abs.	in%	HPP abs.	HPP in %
BS	12'917	79.9%	8'823	68.3%	4'025	45.6%
SO	1'503	9.3%	730	48.6%	181	24.8%
AG	495	3.1%	336	67.9%	89	26.5%
ZH	407	2.5%	305	74.9%	175	57.4%
BE	313	1.9%	190	60.7%	99	52.1%
GR	119	0.7%	20	16.8%	8	40.0%
VS	86	0.5%	1	1.2%	0	0.0%
SG	61	0.4%	23	37.7%	12	52.2%
LU	58	0.4%	27	46.6%	17	63.0%
TI	42	0.3%	7	16.7%	3	42.9%
GE	31	0.2%	23	74.2%	2	8.7%
FR	18	0.1%	5	27.8%	3	60.0%
TG	18	0.1%	11	61.1%	7	63.6%
VD	18	0.1%	6	33.3%	5	83.3%
JU	16	0.1%	8	50.0%	0	0.0%
NW	16	0.1%	0	0.0%	0	0.0%
SZ	13	0.08%	2	15.4%	1	50.0%
GL	7	0.04%	0	0.0%	0	0.0%
ZG	5	0.03%	2	40.0%	1	50.0%
OW	4	0.02%	0	0.0%	0	0.0%
AI	3	0.02%	3	100.0%	1	33.3%
AR	3	0.02%	0	0.0%	0	0.0%
SH	3	0.02%	1	33.3%	0	0.0%
UR	3	0.02%	0	0.0%	0	0.0%
NE	2	0.01%	0	0.0%	0	0.0%
Total	16'161	100%	10'523	65.1%	4'629	44.0%

Tabelle 19 zeigt die Leistungsbereiche auf, in denen die ausserkantonale Behandlung stattfand. 19 Prozent aller Abwanderungen wurden im Leistungsbereich *Orthopädie* behandelt, mehr als 9 Prozent in der *Kardiologie & Angiologie*.

Tabelle 19 Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft (Leistungsbereiche)

Abwanderungen je Leistungsbereich	Fälle		HPP		geplante Fälle		HPP an	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Nervensystem & Sinnesorgane								
Dermatologie	338	2.1%	126	37.3%	191	56.5%	79	41.4%
Hals-Nasen-Ohren	568	3.5%	167	29.4%	405	71.3%	127	31.4%
Neurochirurgie	258	1.6%	99	38.4%	178	69.0%	69	38.8%
Neurologie	661	4.1%	221	33.4%	187	28.3%	77	41.2%
Ophthalmologie	263	1.6%	100	38.0%	201	76.4%	78	38.8%
Innere Organe								
Endokrinologie	138	0.9%	47	34.1%	85	61.6%	33	38.8%
Gastroenterologie	707	4.4%	317	44.8%	228	32.2%	114	50.0%
Viszeralchirurgie	1'234	7.6%	570	46.2%	999	81.0%	468	46.8%
Hämatologie	194	1.2%	85	43.8%	103	53.1%	48	46.6%
Herz- & Gefässchirurgie	740	4.6%	321	43.4%	610	82.4%	265	43.4%
Kardiologie & Angiologie	1'530	9.5%	583	38.1%	849	55.5%	346	40.8%
Infektiologie	191	1.2%	78	40.8%	45	23.6%	20	44.4%
Nephrologie	80	0.5%	29	36.3%	26	32.5%	9	34.6%
Urologie	827	5.1%	423	51.1%	746	90.2%	380	50.9%
Pneumologie	419	2.6%	151	36.0%	161	38.4%	34	21.1%
Thoraxchirurgie	171	1.1%	67	39.2%	105	61.4%	41	39.0%
Bewegungsapparat								
Orthopädie	3'069	19.0%	1'438	46.9%	2'647	86.2%	1'277	48.2%
Rheumatologie	384	2.4%	148	38.5%	229	59.6%	96	41.9%
Gynäkologie & Geburtshilfe								
Gynäkologie	1'045	6.5%	474	45.4%	1'003	96.0%	466	46.5%
Geburtshilfe	1'146	7.1%	349	30.5%	773	67.5%	265	34.3%
Neugeborene	1'079	6.7%	315	29.2%	31	2.9%	2	6.5%
Übrige								
(Radio-) Onkologie	383	2.4%	220	57.4%	374	97.7%	215	57.5%
Psychiatrie & Toxikologie	6	0.0%	4	66.7%	4	66.7%	2	50.0%
Schwere Verletzungen	91	0.6%	28	30.8%	21	23.1%	6	28.6%
Transplantationen	34	0.2%	0	0.0%	23	67.6%	0	0.0%
Sonstige Behandlung	323	2.0%	118	36.5%	260	80.5%	94	36.2%
Verlegungen & Todesfälle	282	1.7%	59	20.9%	39	13.8%	18	46.2%
Total	16'161	100%	6'537	40.4%	10'523	65.1%	4'629	44.0%

Zuwanderungen

Im Jahr 2008 betrug der Anteil der Zuwanderer an den akutsomatischen Institutionen im Kanton Basel-Landschaft 30.1 Prozent aller in Basel-Landschaft behandelte Fälle. Die meisten Patienten kamen aus den Kantonen Basel-Stadt, Solothurn und Aargau sowie aus dem Ausland.

Tabelle 20 Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft (Übersicht)

Zuwanderungen	Absolut	in %	Herkunft							
			BS	SO	Ausland	AG	BE	JU	andere	
Total Fälle in innerkantonalen Institutionen erbracht	39'021	100%								
Anteil Fälle Wohnbevölkerung	27'293	69.9%								
Anteil ausserkantonale Fälle	11'728	30.1%	29.1%	28.7%	15.4%	12.7%	2.9%	2.4%	9.0%	
davon geplant	6'384	54.4%								
davon HPP-Fälle	3'612	30.8%								

Tabelle 21 zeigt, dass es sich bei den Zuwanderungen zu 54.4 Prozent um geplante Behandlungen handelte, bei über 40 Prozent dieser Aufnahmen bestand eine halbprivate oder private Versicherungsklasse. 1'804 Patienten hatten ihren Wohnsitz im Ausland, bei 8 Patienten ist der Herkunftsort leider unbekannt.

Tabelle 21 Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft (Detail)

Herkunft	Fälle		geplant		an geplanten Fällen	
	abs.	in %	abs.	in%	HPP	HPP
					abs.	in %
BS	3'408	29.1%	1'371	40.2%	502	36.6%
SO	3'362	28.7%	1'537	45.7%	446	29.0%
Ausland	1'804	15.4%	1'269	70.3%	945	74.5%
AG	1'485	12.7%	889	59.9%	334	37.6%
BE	337	2.9%	271	80.4%	121	44.6%
JU	279	2.4%	202	72.4%	43	21.3%
ZH	237	2.0%	174	73.4%	93	53.4%
LU	198	1.7%	170	85.9%	50	29.4%
VS	100	0.9%	88	88.0%	20	22.7%
TI	74	0.6%	71	95.9%	20	28.2%
SG	71	0.6%	58	81.7%	27	46.6%
TG	49	0.4%	35	71.4%	18	51.4%
GR	38	0.3%	32	84.2%	10	31.3%
FR	34	0.3%	29	85.3%	11	37.9%
ZG	33	0.3%	25	75.8%	15	60.0%
NW	30	0.3%	23	76.7%	12	52.2%
SZ	28	0.2%	23	82.1%	11	47.8%
VD	28	0.2%	18	64.3%	9	50.0%
NE	26	0.2%	21	80.8%	9	42.9%
GE	23	0.2%	18	78.3%	13	72.2%
OW	21	0.2%	19	90.5%	7	36.8%
SH	18	0.2%	8	44.4%	4	50.0%
UR	18	0.2%	17	94.4%	8	47.1%
AR	11	0.1%	8	72.7%	4	50.0%
unbekannt	8	0.1%	4	50.0%	3	75.0%
GL	7	0.1%	3	42.9%	0	0.0%
AI	1	0.01%	1	100.0%	0	0.0%
Total	11'728	100%	6'384	54.4%	2'735	42.8%

Die Auswertung zu den Leistungsbereichen zeigt (vgl. Tabelle 22), dass die meisten Zuwanderer in den Bereichen *Orthopädie* (29.9 Prozent), *Gastroenterologie* (6.5 Prozent) und *Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde* (6.4 Prozent) behandelt wurden.

Tabelle 22 Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft (Leistungsbereiche)

Zuwanderungen je Leistungsbereich	Fälle		HPP		geplante Fälle		HPP an	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Nervensystem & Sinnesorgane								
Dermatologie	402	3.4%	57	14.2%	64	15.9%	21	32.8%
Hals-Nasen-Ohren	755	6.4%	176	23.3%	500	66.2%	148	29.6%
Neurochirurgie	74	0.6%	29	39.2%	59	79.7%	29	49.2%
Neurologie	706	6.0%	123	17.4%	182	25.8%	68	37.4%
Ophthalmologie	168	1.4%	86	51.2%	97	57.7%	48	49.5%
Innere Organe								
Endokrinologie	117	1.0%	29	24.8%	46	39.3%	14	30.4%
Gastroenterologie	765	6.5%	165	21.6%	146	19.1%	71	48.6%
Viszeralchirurgie	492	4.2%	136	27.6%	238	48.4%	94	39.5%
Hämatologie	230	2.0%	87	37.8%	147	63.9%	67	45.6%
Herz- & Gefässchirurgie	193	1.6%	97	50.3%	155	80.3%	92	59.4%
Kardiologie & Angiologie	340	2.9%	100	29.4%	64	18.8%	23	35.9%
Infektiologie	243	2.1%	41	16.9%	48	19.8%	13	27.1%
Nephrologie	123	1.0%	30	24.4%	21	17.1%	9	42.9%
Urologie	427	3.6%	199	46.6%	304	71.2%	165	54.3%
Pneumologie	588	5.0%	82	13.9%	37	6.3%	12	32.4%
Thoraxchirurgie	107	0.9%	65	60.7%	86	80.4%	52	60.5%
Bewegungsapparat								
Orthopädie	3'501	29.9%	1'565	44.7%	3'033	86.6%	1'450	47.8%
Rheumatologie	313	2.7%	122	39.0%	135	43.1%	70	51.9%
Gynäkologie & Geburtshilfe								
Gynäkologie	213	1.8%	81	38.0%	165	77.5%	70	42.4%
Geburtshilfe	393	3.4%	69	17.6%	208	52.9%	37	17.8%
Neugeborene	603	5.1%	50	8.3%	36	6.0%	0	0.0%
Übrige								
(Radio-) Onkologie	80	0.7%	19	23.8%	78	97.5%	19	24.4%
Psychiatrie & Toxikologie	9	0.1%	1	11.1%	5	55.6%	1	20.0%
Schwere Verletzungen	122	1.0%	13	10.7%	7	5.7%	0	0.0%
Transplantationen	11	0.1%	0	0.0%	10	90.9%	0	0.0%
Sonstige Behandlung	603	5.1%	178	29.5%	499	82.8%	160	32.1%
Verlegungen & Todesfälle	150	1.3%	12	8.0%	14	9.3%	3	21.4%
Total	11'728	100%	3'612	30.8%	6'384	54.4%	2'736	42.9%

E. Rehabilitation

Nachfolgend wird die Rehabilitation analog der Akutsomatik dargestellt. Zunächst wird die Methodik zur Datenauswertung dargelegt und danach der Leistungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung thematisiert. Dabei werden zuerst die bisherige Nachfrage und danach der prognostizierte Bedarf im Jahr 2020 dargestellt. Im letzten Abschnitt werden die Rehabilitationskliniken thematisiert, die für die Versorgung der Baselbieter Bevölkerung derzeit relevant sind.

E.1. Methodik Rehabilitation

Analog dem Kapitel Akutsomatik Methodik wird im Folgenden die Methodik der Rehabilitation beschrieben. Zuerst wird das methodische Vorgehen bezüglich der Bildung der Leistungsbe- reiche erläutert. Im zweiten Teil wird das Vorgehen für die Prognose des Leistungsbedarfs der Baselbieter Bevölkerung beschrieben.

Der Begriff „Rehabilitation“ ist inhaltlich im KVG ebenfalls nicht definiert. Gemäss WHO wird Rehabilitation wie folgt umfassend beschrieben: Koordinierter Einsatz medizinischer, sozia- ler, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktions-Verbesserung, Schulung und Umschulung sowie zur Anpassung des Betroffenen und seines Umfeldes im Hinblick auf die Wiedererlangung der bestmöglichen Funktionstüchtigkeit und eines ange- messenen Platzes in der Gesellschaft.

Die vorliegende Rehabilitationsplanung beschränkt sich jedoch auf die Planung der medizini- schen Rehabilitation als Teil eines umfassenden Rehabilitationskonzeptes. Die Aspekte der schulisch/beruflichen sowie sozialen Rehabilitation sollen deshalb bei der Erarbeitung der Bedarfsplanung – nur soweit unbedingt erforderlich – mit einbezogen werden. Die medizini- sche Rehabilitation bezweckt eine möglichst frühzeitige Ergreifung von Massnahmen, welche erforderlich sind, um die Teilnahme am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu ermögli- chen. Dabei müssen für die Durchführung einer ambulanten oder stationären Rehabilitati- onsmassnahme durch den Rehabilitanden stets kumulativ die Voraussetzungen der Rehabi- litationsbedürftigkeit¹⁹, der Rehabilitationsfähigkeit²⁰ sowie des Rehabilitationspotenzials²¹ erfüllt sein.

¹⁹ Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn die Funktionsfähigkeit als Folge einer Schädigung über die kura- tive Versorgung hinaus bedroht, eingeschränkt oder gar inexistent ist und mittels Rehabilitation die Fähigkeits- störungen oder Beeinträchtigungen vermieden, beseitigt, verbessert oder eine Verschlimmerung verhütet wer- den kann.

²⁰ Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulässt.

²¹ Rehabilitationspotenzial ist gegeben, wenn eine erfolgversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Das heisst es müssen plausible Gründe vorliegen, dass der betreffende Patient spezifische und realisti- sche Therapieziele voraussichtlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabi- litationspotenzials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaf- tigkeit.

E.1.1. Leistungsbereiche Rehabilitation

Ein Gesamtbedarf an Rehabilitation ist aus der Summe des Leistungsbedarfes für die einzelnen rehabilitativen Leistungsbereiche abzuleiten.

Im Zentrum der Rehabilitation steht nicht die kurative Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen, sondern die Behandlung der von diesen verursachten Folgen. Sie manifestieren sich in Form von Gesundheitsschädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipation an der Gesellschaft. Während die Leistungserbringer im Bereich der akuten Krankheiten und Verletzungen gesetzlich zur Erhebung der kurativen Leistungen mittels Diagnose- (ICD) und Operationsstatistik (CHOP) verpflichtet sind, besteht derzeit in der Schweiz keine Pflicht zur Erhebung der für die Abbildung der rehabilitativen Leistung zentralen Folgeerscheinungen von Erkrankungen (ICF). Eine gesamtschweizerische, den funktionellen und kognitiven Zustand des Rehabilitationspatienten abbildende ICF-Statistik fehlt. Damit können derzeit der erforderliche rehabilitative Behandlungsbedarf und die rehabilitative Leistung der einzelnen Betriebe statistisch nicht adäquat abgebildet werden.

Als Alternative werden die rehabilitativen Leistungen mittels der in der Medizinischen Statistik kodierten rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung (ICD-Hauptdiagnose) abgebildet und anschliessend schwergewichtig organspezifisch den entsprechenden Leistungsbereichen der Rehabilitation zugeteilt. Allerdings wird aufgrund der vom BFS erlassenen Kodierrichtlinien für die Rehabilitation von einem Teil der Leistungserbringer lediglich die allgemeine Diagnose „Rehabilitationsmassnahmen (Z50)“ und nicht die Hauptdiagnose der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung angegeben.

Innerkantonale rehabilitative Leistungen

Da die derartig kodierten Leistungen oftmals nicht eindeutig einem bestimmten rehabilitativen Leistungsbereich zugewiesen werden konnten, wurde in einem ersten Schritt von der Verwendung der Medizinischen Statistik als Datengrundlage zur Erhebung der rehabilitativen Leistungen abgesehen.

Anstelle dessen wurde als Basis der Datenerhebung der Fragebogen verwendet, welcher bereits als Grundlage zur Rehabilitationskonzeption des Kantons Aargau²² diente. Der Fragebogen beinhaltet folgende Leistungsbereiche:

- Muskuloskelettale Rehabilitation
- Kardiale Rehabilitation
- Neuro-Rehabilitation
- Neuro-Frührehabilitation
- Psychosomatische Rehabilitation
- Pulmonale Rehabilitation
- Internistische Rehabilitation²³

²² Vgl. Rehabilitationskonzeption des Kantons Aargau, Entwurf vom 10.03.2010.

Der genannte Fragebogen wurde von allen Rehabilitationskliniken mit Sitz im Kanton Basel-Landschaft beantwortet. Damit kann das Leistungsangebot im Bereich der Rehabilitation innerhalb des Kantons Basel-Landschaft abgebildet werden. Daraus ableitbar ist zudem die Nachfrage nach rehabilitativen Leistungen der Baselbieter Wohnbevölkerungen.

Der Fragebogen erfasst jedoch nicht die rehabilitativen Leistungen, welche die Bewohner ausserhalb ihres Wohnkantons beanspruchten.

Ausserkantonale Beanspruchung rehabilitativer Leistungen

Da eine schweizweite Datenerhebung der rehabilitativen Leistungen von Baselbieter Bewohnern über Fragebogen nicht praktikierbar war, wurde zur Erhebung dieser Leistungen die Medizinische Statistik beigezogen. Folgende Definition lag den ausserkantonalen Rehabilitationsleistungen, welche aus der Medizinischen Statistik entnommen wurden, zugrunde:

- Wohnsitz des Patienten innerkantonal
- Ort der Leistungserbringung ausserkantonal
- Der Patient wurde in einer Rehabilitationsklinik (Krankenhaustyp K221) behandelt oder wurde in einem akutsomatischen Spital der Hauptkostenstelle M950 (physikalische Medizin/Rehabilitation) zugeteilt oder der entsprechende Fall generierte die DRG 462 (Rehabilitation) oder DRG 984 (Rehabilitation mit Komplikationen) oder weist die Hauptdiagnose Z50.2 oder Z50.3 (Rehabilitationsmassnahmen wegen Abhängigkeiten) auf.

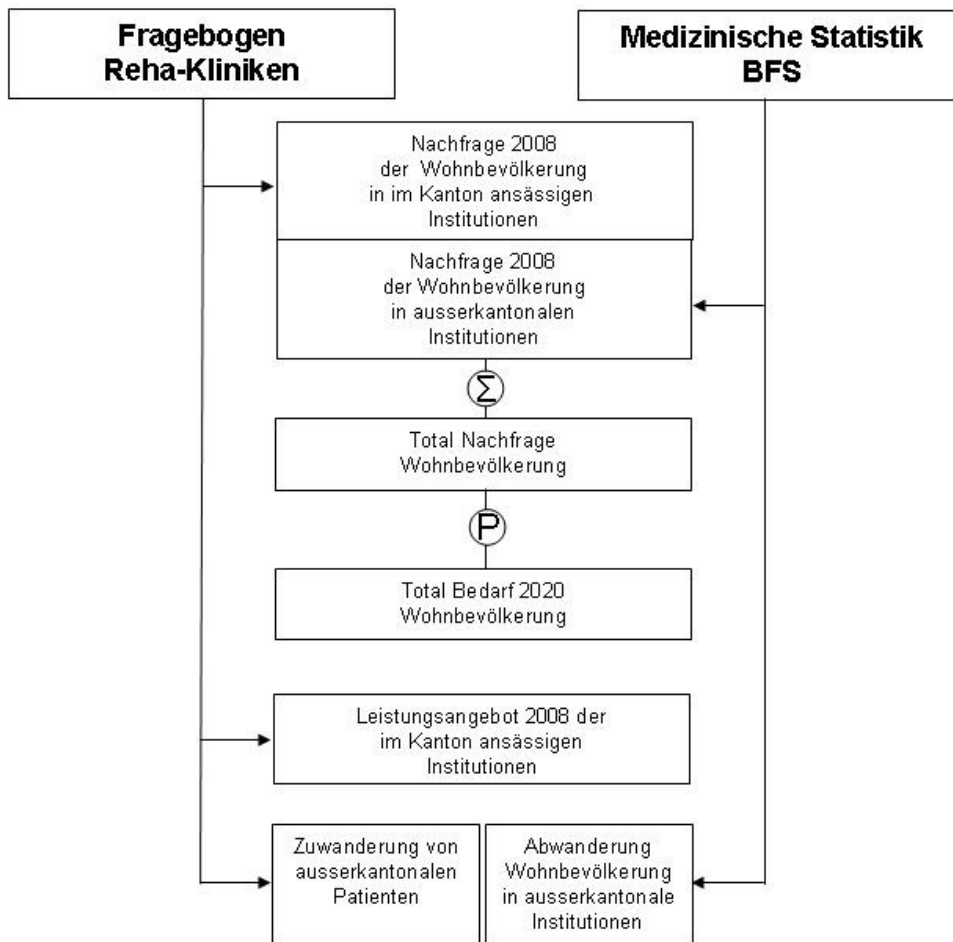
Gesamte Nachfrage nach rehabilitativen Leistungen der Baselbieter Wohnbevölkerung

Da – wie vorgängig erläutert – die aus der Medizinischen Statistik abgeleiteten in ausserkantonalen Rehabilitationskliniken beanspruchten Leistungen der Baselbieter Wohnbevölkerung nur in ungenügender Masse den einzelnen Leistungsbereichen zugeordnet werden konnten, wurde für die Leistungsbereichszuteilung folgendes Vorgehen gewählt: Die ausserkantonal erbrachten Rehabilitationsfälle wurden analog der Verteilung resultierend aus einer regionalen²⁴ Befragung den verschiedenen Leistungsbereichen zugeteilt. Die Summe der beiden mit verschiedenen Methoden erhobenen Fälle (innerkantonal & ausserkantonal) ergibt die approximative Nachfrage rehabilitativer Leistungen im Jahr 2008.

Die nachstehende Abbildung zeigt einen Überblick über die verwendeten Daten:

²³ Die internistische Rehabilitation ist die Rehabilitation von Patienten mit Funktions- und Partizipationsstörungen aufgrund mehrerer internmedizinischer Krankheitsbildern, die den kombinierten, multidisziplinären Rehabilitationsansatz benötigen und durch Spezialprogramme nicht ausreichend abgedeckt werden (vgl. Karrer, W, SÄZ 2007; 88:40). Die internistische Rehabilitation war im ursprünglich versandten Fragebogen nicht enthalten. Da eine Klinik eine nicht zu vernachlässigbare Anzahl multimorbider Patienten keinem spezifischen Leistungsbe-
reich zuteilen konnte, wurde die internistische Rehabilitation für diese Klinik nachträglich noch eingeführt.

²⁴ Daten aus den Kantonen AG, BL, BS und SO.

Abbildung 10 **Verwendete Daten Rehabilitation**

Σ = Summe (der innerkantonalen und ausserkantonalen Nachfrage ergibt Total Nachfrage)

P = Prognose (des Bedarfs 2020 aufgrund der Total Nachfrage 2008)

E.1.1.a. **Abgrenzung der Rehabilitation**

Neben der spezialisierten organspezifischen Rehabilitation und der internistischen sowie geriatrischen Rehabilitation bestehen weitere Rehabilitationsarten und -formen wie die pädiatrische und die ambulante Rehabilitation sowie andere medizinische Formen der Pflege und Behandlung wie z. B. die Kurzbehandlung. Sie sind von der spezialisierten organspezifischen, internistischen und geriatrischen stationären Rehabilitation abzugrenzen. Die ambulante und geriatrische Rehabilitation werden als Einflussfaktoren im Prognosemodell berücksichtigt. Die anderen Rehabilitationsarten und -formen werden im Prognosemodell nicht weiter berücksichtigt.

Ambulante Rehabilitation

Im Fachgebiet der Rehabilitation ist eine stärkere wechselseitige Substituierbarkeit von Behandlungsmassnahmen in unterschiedlichen institutionellen Settings möglich als in der somatischen Akutmedizin. Dies spiegelt sich auch in den unterschiedlichen Rehabilitationssystemen verschiedener Länder. Während die angelsächsischen Länder fast nur die ambulante

Rehabilitation kennen, ist die stationäre Rehabilitation eine Besonderheit der deutschsprachigen Länder (Entwicklung aus der traditionellen Kur- und Höhenklinikbehandlung).

Grundsätzlich kommen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Rehabilitation die gleichen Ziele und Behandlungsmethoden zur Anwendung. Zudem muss die häusliche Versorgung sichergestellt sein. Wichtigste Vorteile der ambulanten Rehabilitation sind die grössere Flexibilität hinsichtlich der individuellen Berücksichtigung von Krankheitsbild, Wohnort und sozialer Situation eines Patienten bei grundsätzlich gleicher Versorgungsqualität sowie die Möglichkeit gleitender, an die individuelle Situation eines Patienten angepasster Übergänge zwischen den Rehabilitationsformen.

Pädiatrische Rehabilitation

Die pädiatrische Rehabilitation ist vorwiegend bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Atemwegserkrankungen (Asthma), Fettleibigkeit, Hauterkrankungen (Neurodermitis) sowie psychischen Störungen indiziert. Sie ist schwergewichtig auf die Förderung einer angemessenen Krankheitsbewältigung sowie auf die Prävention möglicher Entwicklungs- und sekundärer Krankheitsrisiken ausgerichtet und unterscheidet sich hinsichtlich ihrer Rahmenbedingungen, Aufgabenfelder, Indikationen, Inhalte und Ziele in wesentlichen Punkten von der Rehabilitation im Erwachsenenbereich.

Kurbehandlung

Eine Kurbehandlung liegt vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht nach einem in der Art und Anzahl weitgehend vordefinierten Behandlungsplan (Kurpaket) aufgrund gemachter Erfahrungen natürliche, ortsgebundene Heilfaktoren (Wasser, Wärme, Luft, Klima) wohnortfern angewendet werden. Die Kur dient schwergewichtig der Festigung des Gesundheitszustandes und nicht der Heilung.

E.1.2. Prognose Rehabilitation

Im Teilkapitel Prognose Rehabilitation wird einleitend die Wahl der Prognosetechnik sowie des Prognosezeitraums diskutiert. In den anschliessenden Teilkapiteln werden das Prognosemodell sowie die Einflussfaktoren auf den Leistungsbedarf 2020 beschrieben und die Entwicklung der Einflussfaktoren aufgezeigt. Zum Abschluss wird dargestellt, wie der prognostizierte Leistungsbedarf unter Berücksichtigung des gewählten Szenarios berechnet wird.

E.1.2.a. Prognosetechnik und Prognosezeitraum

Grundsätzlich ist bei der Bedarfsermittlung auf den epidemiologischen Rehabilitationsbedarf abzustellen. Er basiert auf einer objektivierbaren, therapeutischen Indikation. Danach ist ein Rehabilitationsbedarf ausgewiesen, wenn eine Krankheit oder Behinderung besteht, diese die Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden erheblich einschränkt und eine konkrete medizinische Intervention (Rehabilitationsmassnahme) im Einzelfall zweckmässig und wirksam zu sein verspricht.

Für die Bedarfsplanung wären deshalb von der Epidemiologie entsprechende Bedarfsrichtwerte in Form indikationsspezifischer Rehabilitationshäufigkeiten (spezifische Massnahmen je 10'000 Einwohner gleichen Alters und Geschlechts) bereitzustellen. Angesichts des geringen Ausbaugrades der versorgungsepidemiologischen Forschung in der Schweiz stehen die

zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes erforderlichen Bedarfsrichtwerte derzeit aber nicht zur Verfügung.

Mangels objektiverer, auf einer therapeutischen Indikation basierter Bedarfsrichtwerte für die einzelnen rehabilitativen Grunderkrankungen muss die Planung von der effektiven leistungsbereichsspezifischen Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen (Ist-Inanspruchnahme) ausgehen. Die erhobene Nachfrage stimmt aber mit dem epidemiologischen Rehabilitationsbedarf nicht überein. Sie kann sowohl Elemente der Über- als auch Unterversorgung beinhalten.

Aus diesem Grund wurde ein mehrseitiges Verfahren zur Prognostizierung der Rehabilitationsbedarfes im Jahre 2020 gewählt.

E.1.2.a.a. Einflussfaktoren und Prognose der Anzahl Hospitalisationen

Für die Prognose der Hospitalisationen wurde einerseits die Veränderung der Hospitalisationsraten gemäss den Berechnungen der GD Zürich verwendet²⁵, andererseits die auf Expertenmeinungen basierenden Wachstumstrends der Rehabilitationskonzeption²⁶ des Kantons Aargau beigezogen. Eine grosse Herausforderung der Gesundheitspolitik und -planung ist die Feststellung des Bedarfs, weil die Anbieter von Gesundheitsgütern gleichzeitig die Nachfrage nach ihren Leistungen selbst stark beeinflussen können. Da die verwendeten Methoden miteinander verglichen zu unterschiedlichen Resultaten führten, wurde im vorliegenden Bericht der Mittelwert beider Methoden ermittelt und als Bedarfsprognose 2020 verwendet.

²⁵ Vgl. Gesundheitsdirektion Zürich, Zürcher Spitalplanung 2012, Teil 1 Versorgungsbericht, Vernehmlassungsversion Dezember 2009, S. 44ff.

²⁶ Vgl. Rehabilitationskonzeption des Kantons Aargau, Entwurf vom 10.03.2010, S. 24ff.

Die gewählten Prognosemodelle berücksichtigen hierbei folgende Einflussfaktoren:

Gesundheitsdirektion Zürich	Departement für Gesundheit und Soziales Kanton Aargau
Medizintechnik und Epidemiologie	Demographische Veränderungen
Zuweisungspraxis	Einflüsse der Pflegefinanzierung und der Zusatzversicherungen
Kostengutsprachepraxis	Substitutionsmöglichkeiten der stationären durch ambulante Rehabilitation
Finanzierungsstrukturen	Wohnortsnahe Angebote
Ambulante Rehabilitation	Interkantonale Zusammenarbeit
Geriatrische Rehabilitation	Einführung von SwissDRG und Konsequenzen für die Rehabilitation

Da der verwendete Fragebogen keine Altersangaben zu den Rehabilitationspatienten beinhaltet, wurde die prognostizierte Hospitalisationsrate nicht nach Altersgruppen, sondern anhand der gesamten Bevölkerungsprognose 2020 hochgerechnet.

E.1.2.a.b. Einflussfaktoren und Prognose der Aufenthaltsdauer

Für die Prognose der Aufenthaltsdauern wurden die Prognosen der GD Zürich verwendet.²⁷ Im Prognosezeitraum 2008 bis 2020 werden sich die Einflussfaktoren auf die mittlere Aufenthaltsdauer zur stationären Rehabilitation im Einzelnen wie folgt auswirken:

Medizintechnik und Epidemiologie

Die Entwicklung neuer Behandlungsverfahren sowie neue Heilmittel können zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer beitragen. Mittelfristig ist in allen rehabilitativen Leistungsgruppen mit keinen wesentlichen Neuerungen im therapeutischen Angebot zu rechnen. Neben einer steigenden Morbidität ist bei Patienten ab 60 Jahren zusätzlich eine verminderte Belastbarkeit und eine Zunahme der behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen zu erwarten.

Zuweisungspraxis

Ohne ein einheitliches Übertrittsmanagement mit entsprechender vorgängiger Abklärung der Rehabilitationsfähigkeit anhand vordefinierter Kriterien wird die für das Jahr 2012 geplante Einführung der SwissDRG den bestehenden Trend zur früheren Verlegung in die stationäre Rehabilitation weiter verstärken. Die Patienten würden demzufolge beim Eintritt in die Rehabilitation einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und einen höheren Behandlungsaufwand erfordern.

²⁷ Vgl. Gesundheitsdirektion Zürich, Zürcher Spitalplanung 2012, Teil 1 Versorgungsbericht, Vernehmlassungsversion Dezember 2009, S. 45ff.

Kostengutsprachepraxis

Die restriktivere Kostengutsprachepraxis der Versicherer wird sich auch in einer Verkürzung der Dauer des bewilligten stationären Rehabilitationsaufenthaltes auswirken.

Finanzierungsstrukturen

Analog zur Akutsomatik sieht das KVG auch im Bereiche der medizinischen Rehabilitation die Einführung eines leistungsbezogenen, auf gesamtschweizerischen Strukturen basierten Vergütungssystems vor. Dessen konkrete Ausgestaltung und terminliche Inkraftsetzung ist derzeit aber noch offen. Die vorliegende Rehabilitationsplanung geht davon aus, dass die von den künftigen Tarifstrukturen gesetzten finanziellen Anreize generell eine Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauern bewirken werden.

Ambulante Rehabilitation

Als Folge des fortgesetzten Ausbaus ambulanter Rehabilitationsangebote werden von den stationären Rehabilitationseinrichtungen ein steigender Anteil an höheren Altersgruppen und vermehrt schwierigere Fälle zu übernehmen sein. Dagegen kann der Aufenthalt in stationären Rehabilitationszentren auf das medizinisch notwendige Mass verkürzt und die Rehabilitation wohnortnah im ambulanten Rahmen in enger Koordination mit der vorgängigen stationären Rehabilitationsphase weitergeführt und abgeschlossen werden. Insgesamt ist von einer weiteren Verkürzung der Aufenthaltsdauer auszugehen.

Geriatrische Rehabilitation

Eine Verschiebung aus den Kliniken der spezialisierten organspezifischen Rehabilitation in ein geriatrisches Rehabilitationsangebot beziehungsweise die Akutgeriatrie würde sich je nach zukünftiger Entwicklung verkürzend auf die Rehabilitationsdauer der Einrichtungen mit spezialisiertem organspezifischem Rehabilitationsangebot auswirken.

E.2. Leistungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung

Die Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen wird im Wesentlichen beeinflusst von der Einwohnerzahl, der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation (Hospitalisationsrate) sowie der mittleren Aufenthaltsdauer der stationären Rehabilitation. Aus der Einwohnerzahl und der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation ergibt sich die Zahl der hospitalisierten Rehabilitationspatienten und die wiederum multipliziert mit der mittleren Aufenthaltsdauer ergibt die Zahl der für die rehabilitative Versorgung notwendigen Pflegetage.

E.2.1. Nachfragestruktur 2008

In diesem Teilkapitel wird anhand der Zahlen von 2008 die bisherige Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen der Baselbieter Wohnbevölkerung aufgezeigt, unabhängig vom Ort der Rehabilitationseinrichtung. Um ein genaueres Bild zu zeigen, werden die Zahlen aus dem Jahr 2008 nach medizinischen Leistungsbereichen analysiert.

E.2.1.a. Analyse nach Leistungsbereichen

Im Jahre 2008 wurden 2'628 stationäre Rehabilitationsaufenthalte (inner- und ausserkantonale) in den Leistungsbereichen *muskuloskelettale* und *neurologische Rehabilitation* gezählt,

66.5 Prozent der Fälle und 50.8 Prozent der Pfl egetage entfielen dabei auf den Bereich *muskuloskelettale Rehabilitation*.

Tabelle 23 Inner- und ausserkantonale Rehabilitationsleistungen 2008 nach Leistungsbereichen

	Patienten BL		Liege- klasse	HR	MAD	Pfl egetage	
	abs.	in %				abs.	in %
			%HPP	pro 10'000 EW	Tage		
Kardial	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Muskuloskelettal	1'747	66.5%	30.8%	64.4	24	35'589	50.8%
Neurologisch	881	33.5%	28.3%	32.5	46	34'506	49.2%
Frühneurologisch	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Psychosomatisch	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Pulmonal	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Internistisch	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Total	2'628	100.0%	30.0%	96.9	27	70'095	100.0%

Bei einer durchschnittlichen mittleren Aufenthaltsdauer von 27 Tagen beanspruchten die Patienten rund 70'000 Pfl egetage. Bei 30 Prozent der Patienten bestand eine halbprivate beziehungsweise private Versicherungsklasse.

Tabelle 24 zeigt den Anteil der innerkantonalen rehabilitativen Behandlungen, Tabelle 25 den ausserkantonalen Anteil.

Tabelle 24 Innerkantonale Rehabilitationsleistungen 2008 nach Leistungsbereichen

	Patienten BL		Liege- klasse	HR	MAD	Pfl egetage	
	abs.	in %				abs.	in %
			%HPP	pro 10'000 EW	Tage		
Kardial	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Muskuloskelettal	387	66.5%	24.5%	14.3	24	9'166	50.8%
Neurologisch	195	33.5%	22.6%	7.2	46	8'887	49.2%
Frühneurologisch	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Psychosomatisch	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Pulmonal	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Internistisch	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Total	582	100.0%	23.9%	21.5	31	18'053	100.0%

Der innerkantonale Anteil betrug bei den Fallzahlen 22 und bei den Pfl egetagen 26 Prozent. Innerhalb der innerkantonalen Rehabilitationen blieben die Anteile der Leistungsbereiche konstant.

Tabelle 25 Ausserkantonale Rehabilitationsleistungen 2008 nach Leistungsbereichen

	Patienten BL		Liege- klasse	HR	MAD	Pflegetage	
	abs.	in %				abs.	in %
			%HPP	pro 10'000 EW	Tage		
Kardial	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Muskuloskelettal	1360	66.5%	32.6%	50.2	19	26'423	50.8%
Neurologisch	686	33.5%	30.0%	25.3	37	25'619	49.2%
Frühneurologisch	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Psychosomatisch	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Pulmonal	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Internistisch	0	0.0%	0.0%	0.0	0	0	0.0%
Total	2046	100.0%	31.7%	75.4	25	52'042	100.0%

E.2.2. Prognose der rehabilitativen Behandlungen 2020

Basierend auf der Nachfrage im Jahr 2008 wurde unter Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren die künftige Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen prognostiziert. Dabei spielten neben der demografischen Entwicklung erwartete Veränderungen der Hospitalisationsrate und der mittleren Aufenthaltsdauer eine wesentliche Rolle.

E.2.2.a. Bedarf an Rehabilitationsleistungen 2020

Bei der Prognose der Fallzahlen wurde zunächst auf zwei verschiedene Szenarien zugegriffen (Berechnung analog der GDZH und eigene Berechnung der DGS AG). Da keine gravierenden Unterschiede zwischen beiden Modellen bestanden, wurde letztlich der Mittelwert aus beiden Berechnungen zur Ermittlung der Bedarfsprognose herangezogen. Für 2020 wird insgesamt von einer Steigerung der Fallzahlen um 11.8 Prozent ausgegangen, die Steigerungsraten innerhalb der zwei Leistungsbereiche *muskuloskelettale* und *neurologische Rehabilitation* werden ebenfalls mit rund 12 Prozent prognostiziert (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26 Entwicklung der Patientenzahlen nach Leistungsbereichen

Prognose Fallzahlen	HR pro 10'000 EW		Fälle				Bedarfsprognose		
	2008	2020	2008	2020		2020			
		nach GDZH	abs.	GDZH abs.	in %	DGS AG abs.	in %	abs.	Δ in %
Kardial	0.0	9%	0	0	0.0%	0	10.0%	0	0.0%
Muskuloskelettal	64.4	10%	1'747	1'981	13.4%	1'922	10.0%	1'952	11.7%
Neurologisch	32.5	6%	881	962	9.3%	1'013	15.0%	987	12.1%
Frühneurologisch	0.0		0	0	0.0%	0	15.0%	0	0.0%
Psychosomatisch	0.0	-2%	0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Pulmonal	0.0	4%	0	0	0.0%	0	10.0%	0	0.0%
Internistisch	0.0	10%	0	0	0.0%	0	10.0%	0	0.0%
Total	96.9		2'628	2'943	12.0%	2'935	11.7%	2'939	11.8%

Anhand der muskuloskelettalen Rehabilitation soll erklärt werden, wie die Bedarfsprognose berechnet wird. Im Jahr 2008 wurden insgesamt 1'747 muskuloskelettale Fälle für die Baselbieter Bevölkerung gezählt. Dies entspricht gemessen am Baselbieter Bevölkerungsstand von 2008 einer Rate von 64.4 Hospitalisationen pro 10'000 Einwohner. Die GD Zürich geht nun davon aus, dass sich die Hospitalisationsrate in der muskuloskelettalen Rehabilitation bis ins Jahr 2020 um zehn Prozent erhöhen wird. Die somit prognostizierten 1'981 Fälle im Jahr 2020 ergeben sich aus der um zehn Prozent erhöhten Hospitalisationsrate berechnet

aufgrund der für das Jahr 2020 verwendeten Bevölkerungsprognosen. Die Aargauer Rehabilitationskonzeption geht von einer Fallzahlsteigerung in der muskuloskelettalen Rehabilitation bis ins Jahr 2020 von zehn Prozent aus, was 1'922 muskuloskelettalen Rehabilitationsfällen entspricht. Der Mittelwert beider Berechnungsmethoden ergibt schliesslich eine Fallzahlsteigerung um 11.7 Prozent auf 1'952 muskuloskelettale Rehabilitationsfälle im Jahr 2020.

Die prognostizierten mittleren Aufenthaltsdauern richten sich nach den erwarteten Entwicklungen je Leistungsbereich des Kantons Zürich²⁸. Da von einer Abnahme der mittleren Aufenthaltsdauer auszugehen ist, wird die Pflage tagezunahme nicht in gleichem Ausmass erfolgen wie jene der Fallzahlen. Bei einer Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauern um 7.4 Prozent ist insgesamt mit einer Pflage tagesteigerung von 3.5 Prozent zu rechnen (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27 Entwicklung der Pflage tage nach Leistungsbereichen

Prognose Pflage tage	Fälle			Pflage tage			MAD		
	2008	2020	Δ in %	2008	2020	Δ in %	2008	2020	Δ in %
Kardial	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0.0	0.0	0.0%
Muskuloskelettal	1'747	1'952	11.7%	35'589	36'571	2.8%	20.4	18.7	-8.0%
Neurologisch	881	987	12.1%	34'506	35'984	4.3%	39.2	36.4	-7.0%
Frühneurologisch	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0.0	0.0	0.0%
Psychosomatisch	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0.0	0.0	0.0%
Pulmonal	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0.0	0.0	0.0%
Internistisch	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0.0	0.0	0.0%
Total	2'628	2'939	11.8%	70'095	72'554	3.5%	26.7	24.7	-7.4%

E.3. Leistungsangebot der innerkantonalen Rehabilitationskliniken

In diesem Kapitel werden nur innerkantonale Einrichtungen hinsichtlich ihres Leistungsangebotes analysiert, ohne die Herkunft der Patienten zu berücksichtigen.

E.3.1. Erbrachte Leistungen 2008

Im Kanton Basel-Landschaft liegen zur Rehabilitation lediglich Leistungszahlen aus dem Kantonsspital Bruderholz vor.

Tabelle 28 Fallzahlen der Rehabilitationskliniken 2008

KS Bruderholz	Kardial	Muskulo- skelettal	Neuro- logisch	Früh- neurologisch	Psycho- somatisch	Pulmonal	Internistisch	Total
Anzahl Fälle	0	456	214	0	0	0	0	670
Anzahl Pflage tage	0	10'676	9'849	0	0	0	0	20'525

Im Bereich der *muskuloskelettalen Rehabilitation* wurden mit 456 Fällen fast 2/3 aller Fälle behandelt, bei den Pflage tagen war die Verteilung innerhalb der beiden Leistungsbereiche nahezu ausgeglichen, das bedeutet für den Bereich *neurologische Rehabilitation* eine deutlich längere Verweildauer.

²⁸ Vgl. Gesundheitsdirektion Zürich, Zürcher Spitalplanung 2012, Teil 1 Versorgungsbericht, Vernehmlassungsversion Dezember 2009, S. 84, Tabelle 28.

E.3.2. Zu- und Abwanderungen in den Kanton Basel-Landschaft

In Kapitel E.2 wurde der Leistungsbedarf der reha-bedürftigen Baselbieter Bevölkerung dargestellt. Dieser setzt sich aus allen rehabilitativen Behandlungen von Baselbieter Patienten in Baselbieter Institutionen sowie von Baselbütern, die sich in einer ausserkantonalen Institution behandeln liessen, zusammen (Abwanderer).

Demgegenüber standen in Kapitel E.3.2 die Rehabilitationskliniken des Kantons Basel-Landschaft im Vordergrund und damit die Baselbieter, die sich innerhalb des Kantons Basel-Landschaft behandeln liessen, sowie die Patienten aus anderen Kantonen (Zuwanderer).

Die folgenden Tabellen zeigen, in welchen Kantonen sich die Baselbieter behandeln liessen und aus welchen Kantonen die ausserkantonalen Patienten der Baselbieter Rehabilitationskliniken kamen.

Abwanderungen

Die folgenden Tabellen zeigen, in welche Kantone die Baselbieter zur stationären Rehabilitation eingewiesen wurden.

Tabelle 29 Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft

Abwanderung	abs.	in%	Kantone					
			AG	BS	JU	BE	AR	andere
Total Rehabilitationsfälle BL	2'628	100%						
<i>Anteil Fälle ausserkantonal erbracht</i>	2'046	77.9%	45.7%	37.8%	4.9%	3.1%	1.9%	6.5%
<i>Anteil ausserkantonale Fälle HPP</i>	649	31.7%						

Die Tabelle 29 lässt erkennen, dass nur 22.1 Prozent die Baselbieter Wohnbevölkerung die im Kanton Basel-Landschaft vorhandenen Rehaeinrichtungen nutzten, während 2'046 Patienten (79.1 Prozent) in andere Kantone zur Rehabilitation eingewiesen wurden. Die Baselbieter gingen für ausserkantonale Rehabilitation am häufigsten in die Kantone Aargau, Basel-Stadt, Jura und Bern.

Der Tabelle 30 sind neben der vollständigen Übersicht über die Kantone, in die die Baselbieter Wohnbevölkerung zur Rehabilitation zugewiesen wurden, die ausserkantonalen Fallzahlen sowie die in den jeweiligen Kantonen erbrachten Pflgetage und die Anteile an der halb-privaten oder privaten Versicherungsklasse zu entnehmen.

Tabelle 30 Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft

	Fälle		HPP		Pflegetage	
	abs.	in%	abs.	in%	abs.	in%
AG	936	45.7%	258	27.6%	21'559	41.4%
AI	4	0.2%	4	100.0%	60	0.1%
AR	39	1.9%	11	28.2%	957	1.8%
BE	63	3.1%	24	38.1%	1'440	2.8%
BS	774	37.8%	224	28.9%	21'397	41.1%
GR	19	0.9%	6	31.6%	471	0.9%
JU	100	4.9%	50	50.0%	2'456	4.7%
LU	33	1.6%	21	63.6%	1'761	3.4%
NE	1	0.0%	0	0.0%	1	0.0%
SG	17	0.8%	7	41.2%	449	0.9%
SO	7	0.3%	2	28.6%	130	0.2%
TG	31	1.5%	30	96.8%	709	1.4%
TI	5	0.2%	3	60.0%	99	0.2%
VD	2	0.1%	2	100.0%	55	0.1%
VS	14	0.7%	6	42.9%	323	0.6%
ZH	1	0.05%	1	100.0%	175	0.3%
Total	2'046	100.0%	649	31.7%	52'042	100.0%

Zuwanderungen

Im Jahr 2008 betrug die Zahl der Zuwanderer an den Rehabilitationseinrichtungen im Kanton Basel-Landschaft 88 Patienten, das entspricht einer Quote von 13.1 Prozent aller in Basel-Landschaft behandelte Rehabpatienten.

Tabelle 31 Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft

Zuwanderung	abs.	in%	Kantone					
			SO	BS	JU	ZH	AG	andere
Total Rehabilitationsfälle (alle KSB)	670	100%						
<i>Anteil Fälle ausserkantonale Patienten</i>	88	13.1%	55.7%	21.6%	4.5%	2.3%	1.1%	14.8%
<i>Anteil ausserkantonale Fälle HPP</i>	27	30.7%						

Die meisten Zuwanderer kamen aus den Kantonen Solothurn, Basel-Stadt und Jura.

Tabelle 32 Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft

	Fälle		HPP		Pflegetage	
	abs.	in%	abs.	in%	abs.	in%
SO	49	55.7%	12	24.5%	1'387	56.1%
BS	19	21.6%	13	68.4%	509	20.6%
JU	4	4.5%	0	0.0%	113	4.6%
ZH	2	2.3%	2	100.0%	63	2.5%
AG	1	1.1%	0	0.0%	22	0.9%
BE	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LU	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
übrige	13	14.8%	0	0.0%	378	15.3%
Total	88	100.0%	27	30.7%	2'472	100.0%

F. Psychiatrie

Nachfolgend wird die psychiatrische Versorgung im Kanton Basel-Landschaft analog dem Kapitel Akutsomatik dargestellt. Zunächst wird die Methodik zur Datenauswertung dargelegt und anschliessend wird der Leistungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung thematisiert. Dabei werden zuerst die bisherige Nachfrage und danach der prognostizierte Bedarf im Jahr 2020 dargestellt. Im letzten Abschnitt werden die Einrichtungen thematisiert, die für die Versorgung psychiatrischer Erkrankungen der Baselbieter Bevölkerung derzeit relevant sind.

F.1. Methodik Psychiatrie

F.1.1. Diagnosenbereiche Psychiatrie

Um innerhalb der als psychiatrisch angesehenen Fälle und Leistungen inhaltlich unterscheiden zu können, wurde die Hauptdiagnose als Differenzierungsmerkmal verwendet. Dabei wurde sich an bestehenden inhaltlichen Differenzierungen in Konzepten der Psychiatrie-Planung und der Kategorisierung des ICD orientiert. Das Ergebnis waren die hier aufgeführten Diagnosegruppen:

- F0x.x ausser die unter dem folgenden Punkt aufgeführten Diagnosen (organische Störungen ausser Demenz)
- F00.x, F01.x, F02.x, F03.x, F05.0 (Demenz)
- F1x.x (Störungen durch schädlichen Gebrauch)
- F2x.x (Schizophrenien)
- F3x.x (affektive Störungen)
- F4x.x (Angst- und Anpassungsstörungen)
- F5x.x („neurotische“ Störungen)
- F6x.x (Persönlichkeitsstörungen)
- F7x.x (Intelligenzminderungen)
- F8x.x (Entwicklungsstörungen)
- F9x.x (Verhaltensstörungen)
- Sonst (keine psychiatrische Hauptdiagnose aus dem Fx.x-Formenkreis)

Die letzte Kategorie tritt auf, wenn Patienten nicht aufgrund einer psychiatrischen Diagnose behandelt werden, sondern z. B. wegen einer anderen Problematik. In diese Kategorie fallen z. B. Patienten, die in einer psychiatrischen Klinik aufgenommen wurden, jedoch ein Anfallsleiden aufweisen, das eher neurologisch bezeichnet werden könnte. Diese Fälle wurden dennoch (z. B. bei einer Behandlung in einer psychiatrischen Spezialklinik) als psychiatrisch gezählt.

F.1.2. Prognose Psychiatrie

Das Prognosemodell für die Psychiatrie sieht die Berücksichtigung eines einzigen Faktors vor statt fünf wie in der Akutsomatik. In der Psychiatrie wird nur der Faktor der Demografie als Prognose verwendet. Die Faktoren Epidemiologie, Medizintechnik, Substitution oder mittlere Aufenthaltsdauer werden nicht berücksichtigt, da es zu unsicher wäre, diese Faktoren zu prognostizieren. Es kann zudem davon ausgegangen werden, dass sich verschiedene Einflussfaktoren zumindest teilweise gegenseitig aufheben werden. So könnte die zunehmende Akzeptanz psychiatrischer Erkrankungen in der Bevölkerung einen Anstieg der Fallzahlen verursachen, wobei zunehmende ambulante Behandlungen dieser Entwicklung entgegenstehen könnten und sich ihr Einfluss summarisch möglicherweise aufhebt.

F.2. Leistungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung

Der Bedarf an stationären psychiatrischen Leistungen wird ebenfalls zu wesentlichen Teilen von der Einwohnerzahl, der Hospitalisationsrate sowie der mittleren Aufenthaltsdauer beeinflusst. Aus der Einwohnerzahl und der Hospitalisationsrate ergibt sich die Zahl der hospitalisierten psychiatrischen Patienten, diese Zahl multipliziert mit der mittleren Aufenthaltsdauer ergibt die Anzahl der Pflage tage.

F.2.1. Nachfragestruktur 2008

In diesem Teilkapitel wird anhand der Zahlen von 2008 die bisherige Nachfrage nach stationären psychiatrischen Leistungen der Baselbieter Wohnbevölkerung aufgezeigt. Um ein genaueres Bild zu zeigen, wurden die Zahlen aus dem Jahr 2008 nach medizinischen Leistungsbereichen analysiert. Um die verschiedenen Leistungsbereiche innerhalb der Psychiatrie beschreiben zu können, wurde die Strukturierung der psychiatrischen Fälle unter Zuhilfenahme von Diagnosegruppen aus der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems = ICD) vorgenommen.

F.2.1.a. Analyse nach Leistungsbereichen (Diagnosegruppen)

Im Jahre 2008 wurden 2'837 Baselbieter Patienten in psychiatrischen und akutsomatischen Einrichtungen mit einer mittleren Aufenthaltsdauer von 37.2 Tagen an rund 105'500 Pflage tagen behandelt. Die Aufenthaltsdauern schwankten mit Werten zwischen 22.5 und 74.1 Tagen sehr stark. Diese Spannbreite stellt eine der Schwierigkeiten bei der Integration der Psychiatrie in das DRG-System dar. Nur bei 13.6 Prozent der Fälle bestand eine halbprivate oder private Versicherungsklasse.

Tabelle 33 Psychiatrie 2008 nach Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Fälle		MAD	HPP		PT	
	abs.	in%		abs.	in%	abs.	in %
keine psychiatrische Hauptdiagnose	44	1.6%	46.5	12	27.3%	2'048	1.9%
HD= F0.x (organische Störungen, ausser Demenz)	100	3.5%	25.0	27	27.0%	2'496	2.4%
HD= F00.x, F01.x, F02.x, F03.x; F05.0 (Demenz)	115	4.1%	30.9	24	20.9%	3'554	3.4%
HD= F1x.x (Störungen durch schädlichen Gebrauch)	726	25.6%	22.5	41	5.6%	16'311	15.4%
HD= F2x.x (Schizophrenien)	349	12.3%	74.1	26	7.4%	25'869	24.5%
HD= F3x.x (affektive Störungen)	764	26.9%	39.5	185	24.2%	30'140	28.5%
HD= F4x.x (Angst- und Anpassungsstörungen)	378	13.3%	27.2	50	13.2%	10'300	9.8%
HD= F5x.x ('Neurotische' Störungen)	77	2.7%	46.2	12	15.6%	3'554	3.4%
HD= F6x.x (Persönlichkeitsstörungen)	206	7.3%	40.6	17	8.3%	8'361	7.9%
HD= F7x.x (Intelligenzminderungen)	10	0.4%	50.9	0	0.0%	509	0.5%
HD= F8x.x (Entwicklungsstörungen)	6	0.2%	64.2	1	16.7%	385	0.4%
HD= F9x.x (Verhaltensstörungen)	62	2.2%	33.1	3	4.8%	2'051	1.9%
Total	2'837	100%	37.2	386	13.6%	105'578	100%

In der Tabelle 33 sind die einzelnen Diagnosegruppen aufgeführt. Da es auch psychiatrische Patienten gab, die mit einem somatischen Problem behandelt wurden, finden sich in der obersten Zeile 44 Fälle ohne psychiatrische Hauptdiagnose (aber mit psychiatrischer Nebendiagnose). Am häufigsten behandelt wurden Erkrankungen aus der Gruppe der *affektiven Störungen* (u. a. depressive Störungen) und *Störungen durch schädlichen Gebrauch* (Abhängigkeitserkrankungen) gefolgt von den *Angst- und Anpassungsstörungen* (u. a. akute Belastungsreaktionen und somatoforme Störungen).

Exkurs: Ausreisserbereinigung Psychiatrie

Die in Tabelle 33 ausgewiesene mittlere Aufenthaltsdauer für psychiatrische Fälle widerspiegelt auf den ersten Blick nicht die Verweildauer eines typischen Psychiatricafalles. Eine Extremwertanalyse zeigte auf, dass 0.2 Prozent der Fälle einen Anteil von 11% an den geleisteten Pflegetagen beanspruchen. Mittels statistischem Verfahren (Mittelwert \pm 3 Standardabweichungen) wurden die Extremausreisser (Fälle mit extrem langen Aufenthaltsdauern) ausgeschlossen. Ausreisserbereinigt zeigt sich folgendes Bild der psychiatrischen Nachfrage 2008:

Diagnosegruppe	Fälle		MAD	HPP		PT	
	abs.	in%		abs.	in%	abs.	in %
keine psychiatrische Hauptdiagnose	44	1.6%	46.5	12	27.3%	2'048	2.2%
HD= F0.x (organische Störungen, ausser Demenz)	100	3.5%	25.0	27	27.0%	2'496	2.7%
HD= F00.x, F01.x, F02.x, F03.x; F05.0 (Demenz)	115	4.1%	30.9	24	20.9%	3'554	3.8%
HD= F1x.x (Störungen durch schädlichen Gebrauch)	725	25.6%	20.2	41	5.7%	14'612	15.6%
HD= F2x.x (Schizophrenien)	343	12.1%	46.5	25	7.3%	15'948	17.0%
HD= F3x.x (affektive Störungen)	764	27.0%	39.5	185	24.2%	30'140	32.1%
HD= F4x.x (Angst- und Anpassungsstörungen)	378	13.4%	27.2	50	13.2%	10'300	11.0%
HD= F5x.x ('Neurotische' Störungen)	77	2.7%	46.2	12	15.6%	3'554	3.8%
HD= F6x.x (Persönlichkeitsstörungen)	206	7.3%	40.6	17	8.3%	8'361	8.9%
HD= F7x.x (Intelligenzminderungen)	10	0.4%	50.9	0	0.0%	509	0.5%
HD= F8x.x (Entwicklungsstörungen)	6	0.2%	64.2	1	16.7%	385	0.4%
HD= F9x.x (Verhaltensstörungen)	62	2.2%	33.1	3	4.8%	2'051	2.2%
Total	2'830	100%	33.2	385	13.6%	93'958	100%

Das statistische Verfahren schliesst im Kanton Basel-Landschaft insgesamt sieben Fälle mit insgesamt 11'620 Pflegetagen aus (MAD 1'660 Tage). Dabei handelt es sich um sechs Fälle aus der Diagnosegruppe *Schizophrenie* und um einen Fall mit Störungen durch schädlichen Gebrauch. Die mittlere Aufenthaltsdauer über alle Leistungsbereiche beträgt ausreisserbereinigt 33.2 Tage.

Die folgenden Auswertungen basieren auf der ursprünglich gewählten Methodik, da diese das tatsächliche Datenaufkommen widerspiegelt. Die Bedarfsprognosen werden jedoch sowohl in der herkömmlichen wie auch in der bereinigten Form berechnet und dargestellt.

F.2.2. Prognose der Psychiatrie 2020

Basierend auf der Nachfrage im Jahr 2008 wurde lediglich unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung die künftige Nachfrage nach stationären psychiatrischen Leistungen prognostiziert.

An dieser Stelle wird auf die Ausführungen innerhalb der kantonalen Psychiatrieplanung hingewiesen.

F.2.2.a. Leistungsbedarf in der Psychiatrie 2020

Die Tabelle 34 gibt einen Überblick über die prognostizierte Entwicklung hinsichtlich Hospitalisationsrate, Patientenzahl, mittlerer Aufenthaltsdauer und der Pflage tage bis 2020.

Die erwarteten Zunahmen bei den Fallzahlen und Pflage tagen fallen eher moderat aus, bei der mittleren Aufenthaltsdauer ist kein Anstieg zu erwarten.

Tabelle 34 Prognostizierter Bedarf der Baselbieter Wohnbevölkerung 2020

	2008	2020	Veränderung (in %)
Hospitalisationen/10'000 EW	105	106	0.9%
Fälle	2'837	2'950	4.0%
Mittlere Aufenthaltsdauer	37.2	37.2	-0.1%
Pflage tage	105'578	109'623	3.8%
Pflage tage/10'000 EW	3'893	3'921	0.7%

Die Prognose innerhalb der Diagnosegruppen (vgl. Tabelle 35) rechnet mit einer Zunahme in den meisten Leistungsbereichen. Bei den *Demenzerkrankungen* wird ein Anstieg der Fälle um 29.3 Prozent und der Pflage tage um 29.7 Prozent prognostiziert. Die Ursache ist in der demografischen Alterung, mit Zunahme der Fälle und Pflage tage speziell bei den über 60-Jährigen, begründet (vgl. Tabelle 36). Insgesamt wird ein Anstieg der Fallzahlen und der Pflage tage um jeweils rund 4 Prozent prognostiziert.

Tabelle 35 Prognostizierter Bedarf Psychiatrie 2020 nach Leistungsbereichen (Diagnosegruppen)

Prognostizierter Bedarf 2020 je Diagnosegruppe	Fälle			Pflegetage		
	2008	2020		2008	2020	
keine psychiatrische Hauptdiagnose	44	55	24.3%	2'048	2'564	25.2%
HD= F0.x (organische Störungen, ausser Demenz)	100	124	23.7%	2'496	3'092	23.9%
HD= F00.x, F01.x, F02.x, F03.x; F05.0 (Demenz)	115	149	29.3%	3'554	4'608	29.7%
HD= F1x.x (Störungen durch schädlichen Gebrauch)	726	730	0.5%	16'311	16'731	2.6%
HD= F2x.x (Schizophrenien)	349	354	1.5%	25'869	25'772	-0.4%
HD= F3x.x (affektive Störungen)	764	800	4.7%	30'140	31'758	5.4%
HD= F4x.x (Angst- und Anpassungsstörungen)	378	385	1.7%	10'300	10'451	1.5%
HD= F5x.x ('Neurotische' Störungen)	77	75	-2.4%	3'554	3'482	-2.0%
HD= F6x.x (Persönlichkeitsstörungen)	206	203	-1.4%	8'361	8'247	-1.4%
HD= F7x.x (Intelligenzminderungen)	10	10	-0.4%	509	518	1.8%
HD= F8x.x (Entwicklungsstörungen)	6	7	13.7%	385	447	16.1%
HD= F9x.x (Verhaltensstörungen)	62	59	-4.8%	2'051	1'954	-4.7%
Total	2'837	2'950	4.0%	105'578	109'623	3.8%

Ein besonders starker Zuwachs an Fällen und Pflegetagen wird innerhalb der *Demenzkrankungen* (Fallzahlen plus 29.3 Prozent, Pflegetage plus 29.7 Prozent) sowie bei den *organischen Störungen* (plus rund 24 Prozent) erwartet.

F.2.2.b. Prognose nach Altersgruppen

In der Tabelle 36 wird ersichtlich, dass in den beiden höchsten Altersgruppen mit einer Zunahme der Behandlungen sowie der Pflegetage gerechnet wird, besonders prägnant zeigt sich dieser Anstieg in der Altersgruppe 80+.

Tabelle 36 Prognostizierter Bedarf Psychiatrie 2020 nach Altersgruppen

Prognostizierter Bedarf 2020 je Altersgruppe	Fälle			Pflegetage		
	2008	2020		2008	2020	
0-17	163	154	-5.6%	4'133	3'901	-5.6%
18-39	906	892	-1.6%	34'154	33'620	-1.6%
40-59	1'086	1'058	-2.6%	41'160	40'136	-2.5%
60-79	462	537	16.2%	19'943	23'274	16.7%
80+	220	309	40.5%	6'188	8'692	40.5%
Total	2'837	2'950	4.0%	105'578	109'623	3.8%

Ausreisserbereinigte Bedarfsprognose Psychiatrie

Verwendet man wiederum lediglich die psychiatrischen Fälle 2008, welche eine Aufenthaltsdauer aufweisen, die nicht über dem Mittelwert ± 3 Standardabweichungen liegen, ergibt sich folgende Bedarfsprognose für das Jahr 2020:

Tabelle 37 Prognostizierter Bedarf der Baselbieter Wohnbevölkerung 2020 (ausreisserbereinigt)

	2008	2020	Veränderung (in %)
Hospitalisationen/10'000 EW	104	105	0.9%
Fälle	2'830	2'943	4.0%
Mittlere Aufenthaltsdauer	33.2	33.3	0.2%
Pflegetage	93'958	97'931	4.2%
Pflegetage/10'000 EW	3'464	3'503	1.1%

Die Zunahme der Anzahl der Fälle bleibt gegenüber der unbereinigten Prognoseversion praktisch unverändert bei 13 Prozent. Die für das Jahr 2020 prognostizierte mittlere Aufenthaltsdauer bleibt mit 33.2 Tagen praktisch unverändert

Die nachfolgende Tabelle 38 zeigt die bereinigten Bedarfsprognosen je Diagnosegruppe

Tabelle 38 Prognostizierter Bedarf Psychiatrie 2020 nach Diagnosegruppen (ausreisserbereinigt)

Prognostizierter Bedarf 2020 je Diagnosegruppe	Fälle			Pflegetage		
	2008	2020		2008	2020	
keine psychiatrische Hauptdiagnose	44	55	24.3%	2'048	2'564	25.2%
HD= F0.x (organische Störungen, ausser Demenz)	100	124	23.7%	2'496	3'092	23.9%
HD= F00.x, F01.x, F02.x, F03.x; F05.0 (Demenz)	115	149	29.3%	3'554	4'608	29.7%
HD= F1x.x (Störungen durch schädlichen Gebrauch)	725	728	0.5%	14'612	14'756	1.0%
HD= F2x.x (Schizophrenien)	343	348	1.6%	15'948	16'055	0.7%
HD= F3x.x (affektive Störungen)	764	800	4.7%	30'140	31'758	5.4%
HD= F4x.x (Angst- und Anpassungsstörungen)	378	385	1.7%	10'300	10'451	1.5%
HD= F5x.x ('Neurotische' Störungen)	77	75	-2.4%	3'554	3'482	-2.0%
HD= F6x.x (Persönlichkeitsstörungen)	206	203	-1.4%	8'361	8'247	-1.4%
HD= F7x.x (Intelligenzminderungen)	10	10	-0.4%	509	518	1.8%
HD= F8x.x (Entwicklungsstörungen)	6	7	13.7%	385	447	16.1%
HD= F9x.x (Verhaltensstörungen)	62	59	-4.8%	2'051	1'954	-4.7%
Total	2'830	2'943	4.0%	93'958	97'931	4.2%

F.3. Leistungsangebot Psychiatrie

In diesem Teilkapitel ist der Fokus auf die Baselbieter Einrichtungen gelegt, das heisst es werden alle in einer entsprechenden Institution im Kanton Basel-Landschaft behandelten stationären psychiatrischen Patienten betrachtet, unabhängig von ihrem Wohnort.

F.3.1. Erbrachte Leistungen 2008

Zwischen den einzelnen Einrichtungen bestehen teilweise beträchtliche Unterschiede hinsichtlich ihrer Betriebsgrösse und ihres Beitrags zur Deckung des gegenwärtigen Versorgungsbedarfs. Wir betrachten hier neben speziellen psychiatrischen Einrichtungen auch akutsomatische Kliniken, die Patienten mit einer *psychiatrischen* beziehungsweise *psychosomatischen* Grunderkrankung wegen eines somatischen Problems behandeln. Hinsichtlich der erbrachten Fallzahlen ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 39 Fallzahlen Psychiatrie 2008 (absolut)

Anzahl Fälle	keine psychiatrische Hauptdiagnose	HD= F0.x (organische Störungen, ausser Demenz)	HD= F00.x, F01.x, F02.x, F03.x; F05.0 (Demenz)	HD= F1.x (Störungen durch schädlichen Gebrauch)	HD= F2.x (Schizophrenien)	HD= F3.x (affektive Störungen)	HD= F4.x (Angst- und Anpassungsstörungen)	HD= F5.x ('Neurotische' Störungen)	HD= F6.x (Persönlichkeitsstörungen)	HD= F7.x (Intelligenzminderungen)	HD= F8.x (Entwicklungsstörungen)	HD= F9.x (Verhaltensstörungen)	Total
Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal [BL]	37	39	47	384	303	413	173	28	183	12	7	18	1'644
Kantonsspital Bruderholz [BL]		31	30	93	16	32	42	3	2				250
Ita Wegman Klinik Arlesheim [BL]	9	1	6	10	110	85	16	5					242
Kantonsspital Liestal [BL]		19	23	113	15	32	24	5					232
Universitäts-Kinderspital beider Basel		3		20	9	15	59	34	3		2	51	196
Klinik ESTA Reinach [BL]				97									97
Kantonsspital Laufen [BL]		2	10	41	4	3	5						65
Lukas Klinik Arlesheim [BL]						3	3						6
Total	46	95	116	748	357	608	391	86	193	12	9	71	2'732

Insgesamt wurden von den Kliniken 2'732 Fälle behandelt, davon in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal allein über 1'600 Patienten.

Die Betrachtung nach Diagnosegruppen zeigt folgendes Bild: Mit knapp 750 Fällen wurden Erkrankungen aus der Gruppe der *Störungen durch schädlichen Gebrauch* am häufigsten behandelt, gefolgt von den *affektiven Störungen* und an dritter Stelle folgen die *Angst- und Anpassungsstörungen*.

Tabelle 40 zeigt die prozentuale Verteilung der oben genannten Fallzahlen.

Tabelle 40 Fallzahlen Psychiatrie 2008 (Prozentanteile)

Anteile Fälle je Diagnosegruppe in %	keine psychiatrische Hauptdiagnose	HD= F0.x (organische Störungen, ausser Demenz)	HD= F00.x, F01.x, F02.x, F03.x; F05.0 (Demenz)	HD= F1.x (Störungen durch schädlichen Gebrauch)	HD= F2.x (Schizophrenien)	HD= F3.x (affektive Störungen)	HD= F4.x (Angst- und Anpassungsstörungen)	HD= F5.x ('Neurotische' Störungen)	HD= F6.x (Persönlichkeitsstörungen)	HD= F7.x (Intelligenzminderungen)	HD= F8.x (Entwicklungsstörungen)	HD= F9.x (Verhaltensstörungen)	Total
Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal [BL]	80.4	41.1	40.5	51.3	84.9	67.9	44.2	32.6	94.8	100.0	77.8	25.4	60.2
Kantonsspital Bruderholz [BL]		32.6	25.9	12.4	4.5	5.3	10.7	3.5	1.0				9.2
Ita Wegman Klinik Arlesheim [BL]	19.6	1.1	5.2	2.8	18.1	21.7	18.6	2.6					8.9
Kantonsspital Liestal [BL]		20.0	19.8	15.1	4.2	5.3	6.1	5.8					8.5
Universitäts-Kinderspital beider Basel		3.2		2.7	2.5	2.5	15.1	39.5	1.6		22.2		7.2
Klinik ESTA Reinach [BL]				13.0									3.6
Kantonsspital Laufen [BL]		2.1	8.6	5.5	1.1	0.5	1.3						2.4
Lukas Klinik Arlesheim [BL]						0.5	0.8						0.2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

In der Tabelle 41 wird die Verteilung der Pflegetage nach Einrichtung und Diagnosegruppe im Jahre 2008 aufgezeigt. Den Hauptanteil an den insgesamt knapp 96'000 erbrachten Pflegetagen hatten mit rund 25'360 Tagen die *Schizophrenien*, hier macht sich die lange Aufenthaltsdauer stark bemerkbar. Erst an zweiter Stelle folgten mit 23'754 Pflegetagen die Erkrankungen aus der Gruppe der *affektiven Störungen*.

Tabelle 41 Pflorgetage Psychiatrie 2008 (absolut)

Anzahl Pflorgetage	keine psychiatrische Hauptdiagnose												Total
	HD= F0.x (organische Störungen, ausser Demenz)	HD= F00.x, F01.x, F02.x, F03.x; F05.0 (Demenz)	HD= F1x.x (Störungen durch schädlichen Gebrauch)	HD= F2x.x (Schizophrenien)	HD= F3x.x (affektive Störungen)	HD= F4x.x (Angst- und Anpassungsstörungen)	HD= F5x.x ('Neurotische' Störungen)	HD= F6x.x (Persönlichkeitsstörungen)	HD= F7x.x (Intelligenzminderungen)	HD= F8x.x (Entwicklungsstörungen)	HD= F9x.x (Verhaltensstörungen)		
Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal [BL]	1'930	1'391	2'157	10'414	24'622	18'393	5'826	1'748	7'658	530	425	619	75'713
Ita Wegman Klinik Arlesheim [BL]	205	9	156		330	4'271	2'278	637	265				8'151
Universitäts-Kinderspital beider Basel		16		40	252	463	1'202	1'109	9		25	844	3'960
Kantonsspital Bruderholz [BL]		606	688	638	87	302	390	67	13			1	2'792
Klinik ESTA Reinach [BL]				2'579									2'579
Kantonsspital Liestal [BL]		319	420	597	54	227	216	72				4	1'909
Kantonsspital Laufen [BL]		22	252	372	12	22	34						714
Lukas Klinik Arlesheim [BL]						76	41						117
Total	2'135	2'363	3'673	14'640	25'357	23'754	9'987	3'633	7'945	530	450	1'468	95'935

Tabelle 42 zeigt die prozentuale Verteilung der oben genannten Pflorgetage, die Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal hatte hier mit 79 Prozent den grössten Anteil.

Tabelle 42 Pflorgetage Psychiatrie 2008 (Prozentanteile)

Anteil Pflorgetage je Diagnosegruppe in %	keine psychiatrische Hauptdiagnose												Total
	HD= F0.x (organische Störungen, ausser Demenz)	HD= F00.x, F01.x, F02.x, F03.x; F05.0 (Demenz)	HD= F1x.x (Störungen durch schädlichen Gebrauch)	HD= F2x.x (Schizophrenien)	HD= F3x.x (affektive Störungen)	HD= F4x.x (Angst- und Anpassungsstörungen)	HD= F5x.x ('Neurotische' Störungen)	HD= F6x.x (Persönlichkeitsstörungen)	HD= F7x.x (Intelligenzminderungen)	HD= F8x.x (Entwicklungsstörungen)	HD= F9x.x (Verhaltensstörungen)		
Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal [BL]	90.4	58.9	58.7	71.1	97.1	77.4	58.3	48.1	96.4	100.0	94.4	42.2	78.9
Ita Wegman Klinik Arlesheim [BL]	9.6	0.4	4.2		1.3	18.0	22.8	17.5	3.3				8.5
Universitäts-Kinderspital beider Basel		0.7		0.3	1.0	1.9	12.0	30.5	0.1		5.6	57.5	4.1
Kantonsspital Bruderholz [BL]		25.6	18.7	4.4	0.3	1.3	3.9	1.8	0.2			<0.1	2.9
Klinik ESTA Reinach [BL]				17.6									2.7
Kantonsspital Liestal [BL]		13.5	11.4	4.1	0.2	1.0	2.2	2.0				0.3	2.0
Kantonsspital Laufen [BL]		0.9	6.9	2.5	<0.1	<0.1	0.3						0.7
Lukas Klinik Arlesheim [BL]						0.3	0.4						0.1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

F.4. Zu- und Abwanderungen in den und dem Kanton Basel-Landschaft

Analog den vorausgegangenen Kapiteln werden in diesem Abschnitt die Zu- und Abwanderungen betrachtet. Bezüglich der Definition sei hier auf das Kapitel in der Akutsomatik verwiesen.

Abwanderungen

Die folgenden Tabellen zeigen, in welche Kantone die Baselbieter zur psychiatrischen Behandlung eingewiesen wurden.

Tabelle 43 Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft (Übersicht)

Abwanderung	Absolut	in %	Kantone			
			BS	AG	SO	andere
Psychiatrie-Fälle Wohnbevölkerung	2'837	100.0%				
<i>davon in ausserkantonalen Institutionen erbracht</i>	670	23.6%	58.7%	15.8%	7.6%	17.9%
<i>davon HPP-Fälle</i>	398	14.0%				

Die Tabelle 43 zeigt zunächst, dass die Baselbieter Wohnbevölkerung hauptsächlich die im Kanton Basel-Landschaft vorhandenen Möglichkeiten zur Behandlung psychiatrischer Erkrankungen nutzte. Allerdings wurden 670 Baselbieter Patienten in andere Kantone zur Behandlung eingewiesen, das entspricht einer Quote von knapp 24 Prozent der psychiatrischen Fälle. Die Baselbieter gingen für die ausserkantonale Behandlung am häufigsten in die Kantone Basel-Stadt, Aargau und Solothurn.

Der Tabelle 44 sind neben der vollständigen Übersicht über die Kantone, in die die Baselbieter Wohnbevölkerung zur psychiatrischen Behandlung zugewiesen wurden, die ausserkantonalen Fallzahlen sowie die in den jeweiligen Kantonen erbrachten Pfl egetage und die Anteile der Patienten mit halbprivater oder privater Versichertenklasse zu entnehmen.

Tabelle 44 Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft (Details, Pfl egetage)

	Fälle		HPP		PT	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
BS	393	58.7%	85	21.6%	16'130	57.7%
AG	106	15.8%	49	46.2%	4'656	16.7%
SO	51	7.6%	8	15.7%	2'042	7.3%
ZH	33	4.9%	4	12.1%	1'141	4.1%
BE	31	4.6%	7	22.6%	1'463	5.2%
TG	14	2.1%	3	21.4%	820	2.9%
ZG	14	2.1%	4	28.6%	836	3.0%
GR	10	1.5%	2	20.0%	183	0.7%
LU	6	0.9%	0	0.0%	448	1.6%
TI	4	0.6%	1	25.0%	124	0.4%
AR	1	0.1%	0	0.0%	2	0.0%
GE	1	0.1%	0	0.0%	2	0.0%
JU	1	0.1%	0	0.0%	2	0.0%
NE	1	0.1%	0	0.0%	55	0.2%
SG	1	0.1%	0	0.0%	3	0.0%
SZ	1	0.1%	0	0.0%	21	0.1%
VD	1	0.1%	0	0.0%	1	0.0%
VS	1	0.1%	0	0.0%	2	0.0%
Total	670	100%	163	24.3%	27'931	100%

Zuwanderungen

Im Jahr 2008 betrug der Anteil Zuwanderer an den psychiatrischen Behandlungen im Kanton Basel-Landschaft 20.7 Prozent aller im Kanton behandelte psychiatrischer Fälle. Die meisten Zuwanderer kamen aus den Kantonen Solothurn, Basel-Stadt und Aargau.

Tabelle 45 Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft

Zuwanderung	Absolut	in %	Herkunft			
			SO	BS	AG	andere
Psychiatrie -Fälle in innerkantonalen Institutionen erbracht	2'732	100.0%				
<i>davon ausserkantonale Fälle</i>	<i>565</i>	<i>20.7%</i>	<i>38.9%</i>	<i>30.1%</i>	<i>8.5%</i>	<i>22.5%</i>
<i>davon HPP-Fälle</i>	<i>301</i>	<i>11.0%</i>				

Der Tabelle 46 können neben der vollständigen Übersicht über die Kantone, aus denen die Patienten zur psychiatrischen Behandlung in den Kanton Basel-Landschaft zuwanderten, die ausserkantonalen Fallzahlen sowie die an Zuwanderern in den Baselbieter Einrichtungen erbrachten Pflegetage und die Anteile der Patienten mit halbprivater oder privater Versichertenklasse entnommen werden.

Tabelle 46 Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft

	Fälle		HPP		PT	
	abs.	in %	abs.	in%	abs.	in %
SO	220	38.9%	18	8.2%	8'559	46.8%
BS	170	30.1%	13	7.6%	4'310	23.6%
AG	48	8.5%	7	14.6%	1'649	9.0%
BE	29	5.1%	6	20.7%	937	5.1%
Ausland	24	4.2%	7	29.2%	341	1.9%
ZH	14	2.5%	4	28.6%	453	2.5%
VD	9	1.6%	4	44.4%	344	1.9%
unbekannt	8	1.4%	1	12.5%	453	2.5%
SG	8	1.4%	0	0.0%	176	1.0%
FR	6	1.1%	2	33.3%	161	0.9%
JU	5	0.9%	1	20.0%	112	0.6%
LU	4	0.7%	1	25.0%	93	0.5%
NW	3	0.5%	1	33.3%	86	0.5%
TG	3	0.5%	0	0.0%	55	0.3%
AR	2	0.4%	0	0.0%	111	0.6%
GR	2	0.4%	0	0.0%	173	0.9%
SH	2	0.4%	1	50.0%	66	0.4%
SZ	2	0.4%	0	0.0%	87	0.5%
TI	2	0.4%	0	0.0%	58	0.3%
GE	1	0.2%	0	0.0%	5	0.0%
GL	1	0.2%	0	0.0%	19	0.1%
OW	1	0.2%	0	0.0%	7	0.0%
VS	1	0.2%	0	0.0%	33	0.2%
Total	565	100.0%	66	11.7%	18'288	100.0%

G. Spezialbereiche

Diverse Spezialbereiche sind mit der verfügbaren Datenbasis nicht klar abgrenzbar und bedürfen einer gesonderten Definition, mit deren Hilfe man die Interessengruppe eingrenzen kann. Diese Spezialbereiche sind erforderlich, um eine vollständige Versorgung der Baselbieter Wohnbevölkerung zu gewährleisten. Im Folgenden werden die Spezialbereiche Pädiatrie und Geriatrie kurz dargestellt.

G.1. Pädiatrie

G.1.1. Methodik

Die Pädiatrie wird, wie in Abbildung 2 beschrieben, als Teil der Akutsomatik verstanden und ausgewertet. Das einzige Kriterium, anhand dessen ein akutsomatischer Fall als ein pädiatrischer akutsomatischer Fall gezählt wird, ist das Eintrittsalter des Patienten: Sobald ein Patient jünger als 18 Jahre ist, wird er als pädiatrischer akutsomatischer Fall gezählt (unabhängig von der Art der Erkrankung oder dem Ort der Behandlung). Allerdings werden gesunde Neugeborene aus dieser Betrachtung für den Bereich der Pädiatrie ausgeschlossen. Gesunde Neugeborene werden über die folgenden DRG definiert: DRG 620 „Neugeborenes, Geburtsgewicht 2000 – 2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler Neugeborenen-Diagnose“ und DRG 629 „Neugeborenes, Geburtsgewicht >2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler Neugeborenen-Diagnose“. Fälle in diesen beiden DRG zählen zu den gesunden Neugeborenen und werden daher nicht berücksichtigt.

Da im Bereich der Pädiatrie durchaus diverse Krankheitsbilder vorkommen können, wird hier für die Darstellung der Fälle dieselbe Unterscheidung der Leistungsbereiche angestellt wie in der allgemeinen Akutsomatik.

Die Prognose des Leistungsbedarfs in der Pädiatrie verwendet dieselbe Methodik wie die der gesamten Akutsomatik. Innerhalb der Pädiatrie werden jedoch keine verschiedenen Unterteilungen nach Eintrittsalter mehr vorgenommen. Daher wird auf eine nach Alter differenzierende Darstellung verzichtet.

G.1.2. Leistungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung

Die pädiatrischen Fälle wurden wie folgt definiert: Patienten auf der Kostenstelle M400 (Pädiatrie) und Patienten auf allen anderen Kostenstellen im Alter zwischen 0 – 17 Jahren.

Diese Fälle sollen hier in einem eigenen Kapitel betrachtet werden, ausgenommen wurden die gesunden Neugeborenen.

G.1.2.a. Nachfrage 2008 für die Pädiatrie

Den nachfolgenden Tabellen sind die „per definitionem“ ermittelten Werte für die entsprechende Altersgruppe innerhalb der Baselbieter Wohnbevölkerung zu entnehmen, der Behandlungsort bleibt in dieser Auswertung unberücksichtigt. Tabelle 47 zeigt die stationären Leistungen der Altersgruppe der 0 – 17-Jährigen, zunächst nach Leistungsbereichen ausgewertet.

Tabelle 47 Stationäre Leistungen 2008 Pädiatrie (Übersicht)

Hauptbereich	Fälle		geplant		HPP		MAD	PT	
	abs.	in%	abs.	in%	abs.	in%		abs.	in%
Nervensystem & Sinnesorgane	1'147	30.3%	399	34.8%	29	2.5%	3.4	3'953	20.9%
Innere Organe	1'133	29.9%	167	14.7%	21	1.9%	5.0	5'609	29.7%
Bewegungsapparat	473	12.5%	241	51.0%	22	4.7%	4.8	2'293	12.1%
Gynäkologie & Geburtshilfe	685	18.1%	128	18.7%	38	5.5%	8.1	5'532	29.2%
übrige	350	9.2%	133	38.0%	4	1.1%	4.4	1'527	8.1%
Total	3'788	100%	1'068	28.2%	114	3.0%	5.0	18'914	100.0%

Die insgesamt 3'788 Fälle wurden mit einer mittleren Aufenthaltsdauer von 5 Tagen an 19'000 Pflgetagen behandelt. 30.3 Prozent der Behandlungen entfielen auf die Erkrankungen der *Innern Organe*. Die mittlere Verweildauer im Bereich *Gynäkologie & Geburtshilfe* war mit 8.1 Tagen besonders lang.

In der nächsten Tabelle sind die Leistungsbereiche einzeln dargestellt (Tabelle 48)

Tabelle 48 Stationäre Leistungen 2008 Pädiatrie (Einzeldarstellung)

Leistungsbereich	Fälle		geplant		HPP		MAD	PT	
	abs.	in%	abs.	in%	abs.	in%		abs.	in%
Nervensystem & Sinnesorgane									
Dermatologie	232	6.1%	10	4.3%	4	1.7%	3.0	686	3.6%
Hals-Nasen-Ohren	519	13.7%	361	69.6%	21	4.0%	4.1	2'117	11.2%
Neurochirurgie	9	0.2%	5	55.6%	0	0.0%	13.3	120	0.6%
Neurologie	363	9.6%	13	3.6%	4	1.1%	2.6	943	5.0%
Ophthalmologie	24	0.6%	10	41.7%	0	0.0%	3.6	87	0.5%
Innere Organe									
Endokrinologie	47	1.2%	14	29.8%	0	0.0%	10.0	471	2.5%
Gastroenterologie	317	8.4%	12	3.8%	6	1.9%	3.4	1'091	5.8%
Viszeralchirurgie	176	4.6%	36	20.5%	3	1.7%	4.5	796	4.2%
Hämatologie	49	1.3%	11	22.4%	1	2.0%	7.0	341	1.8%
Herz- & Gefässchirurgie	26	0.7%	24	92.3%	3	11.5%	9.2	239	1.3%
Kardiologie & Angiologie	25	0.7%	7	28.0%	1	4.0%	3.6	90	0.5%
Infektiologie	98	2.6%	7	7.1%	2	2.0%	4.9	485	2.6%
Nephrologie	45	1.2%	2	4.4%	0	0.0%	5.1	230	1.2%
Urologie	69	1.8%	45	65.2%	1	1.4%	5.1	351	1.9%
Pneumologie	279	7.4%	9	3.2%	3	1.1%	5.4	1'500	7.9%
Thoraxchirurgie	2	0.1%	0	0.0%	1	50.0%	7.5	15	0.1%
Bewegungsapparat									
Orthopädie	434	11.5%	232	53.5%	21	4.8%	4.7	2'059	10.9%
Rheumatologie	39	1.0%	9	23.1%	1	2.6%	6.0	234	1.2%
Gynäkologie & Geburtshilfe									
Gynäkologie	27	0.7%	12	44.4%	0	0.0%	5.8	156	0.8%
Geburtshilfe	12	0.3%	8	66.7%	1	8.3%	5.2	62	0.3%
Neugeborene	646	17.1%	108	16.7%	37	5.7%	8.2	5'314	28.1%
Übrige									
(Radio-) Onkologie	7	0.2%	6	85.7%	0	0.0%	3.1	22	0.1%
Psychiatrie & Toxikologie	4	0.1%	4	100.0%	0	0.0%	2.3	9	0.0%
Schwere Verletzungen	93	2.5%	4	4.3%	0	0.0%	3.6	331	1.8%
Transplantationen	4	0.1%	4	100.0%	0	0.0%	94.8	379	2.0%
Sonstige Behandlung	188	5.0%	114	60.6%	2	1.1%	3.8	712	3.8%
Verlegungen & Todesfälle	54	1.4%	1	1.9%	2	3.7%	1.4	74	0.4%
Total	3'788	100%	1'068	28.2%	114	3.0%	5.0	18'914	100.0%

Von den insgesamt 3'788 Fällen wurden nur 28.2 Prozent elektiv aufgenommen, d. h. knapp 72 Prozent der pädiatrischen Fälle kamen akut ins Spital, besonders viele Akutaufnahmen fanden in der *Dermatologie*, der *Gastroenterologie*, der *Neurologie* und natürlich bei *schweren Verletzungen* statt, jedoch nicht in der *Orthopädie*. Die meisten Behandlungen waren in

den Leistungsbereichen *Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde*, *Orthopädie* und *Neugeborene* zu verzeichnen, die längsten Aufenthaltsdauern gab es bei den *Transplantationen*, der *Neurochirurgie* und der *Endokrinologie*. Der Anteil mit halbprivater oder privater Versicherungsklasse betrug nur 3 Prozent.

G.1.3. Prognose 2020 für die Pädiatrie

Basierend auf der Nachfrage im Jahr 2008 wurde unter Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren die künftige Nachfrage nach stationären Leistungen für die pädiatrischen Fälle prognostiziert.

G.1.3.a. Leistungsbedarf 2020 für Pädiatrie

Die Tabelle 49 gibt einen Überblick über die prognostizierte Entwicklung hinsichtlich Hospitalisationsrate, Patientenzahl, mittlerer Aufenthaltsdauer und der Pflage tage bis 2020.

Tabelle 49 Prognostizierter Bedarf Pädiatrie 2020

	2008	2020	Veränderung (in %)
Hospitalisationen/10'000 EW	786	792	0.7%
Fälle	3'788	3'602	-4.9%
Mittlere Aufenthaltsdauer	5.0	4.0	-20.2%
Pflegetage	18'914	14'355	-24.1%
Pflegetage/10'000 EW	3'923	3'155	-19.6%

Für die Pädiatrie wird im Kanton Basel-Landschaft mit einer Abnahme der Fallzahlen (4.9 Prozent), der mittleren Aufenthaltsdauer (20.2 Prozent) und der Pflage tage (24.1 Prozent) gerechnet.

Für die Prognosen der einzelnen Leistungsbereiche ergibt sich ein sehr differenziertes Bild (vgl. Tabelle 50).

Tabelle 50 Prognostizierter Bedarf Pädiatrie 2020 nach Leistungsbereichen

Prognostizierter Bedarf 2020	Fälle			MAD			Pflegetage		
	2008	2020		2008	2020		2008	2020	
Nervensystem & Sinnesorgane									
Dermatologie	232	219	-5.6%	3.0	2.6	-12.4%	686	567	-17.3%
Hals-Nasen-Ohren	519	490	-5.6%	4.1	3.3	-19.3%	2'117	1612	-23.9%
Neurochirurgie	9	8	-5.6%	13.3	7.6	-42.9%	120	65	-46.1%
Neurologie	363	343	-5.6%	2.6	2.5	-3.0%	943	864	-8.4%
Ophthalmologie	24	23	-5.6%	3.6	3.2	-11.8%	87	72	-16.8%
Innere Organe									
Endokrinologie	47	44	-5.6%	10.0	6.6	-34.3%	471	292	-38.0%
Gastroenterologie	317	299	-5.6%	3.4	3.3	-3.3%	1'091	996	-8.7%
Viszeralchirurgie	176	166	-5.6%	4.5	3.7	-17.9%	796	616	-22.6%
Hämatologie	49	46	-5.6%	7.0	4.9	-29.0%	341	229	-33.0%
Herz- & Gefässchirurgie	26	47	81.5%	9.2	5.2	-43.4%	239	246	2.8%
Kardiologie & Angiologie	25	26	2.6%	3.6	3.0	-16.0%	90	78	-13.9%
Infektiologie	98	92	-5.6%	4.9	4.5	-9.8%	485	413	-14.8%
Nephrologie	45	42	-5.6%	5.1	4.2	-18.5%	230	177	-23.0%
Urologie	69	65	-5.6%	5.1	3.8	-25.7%	351	246	-29.8%
Pneumologie	279	263	-5.7%	5.4	4.4	-18.9%	1'500	1'148	-23.5%
Thoraxchirurgie	2	2	-5.6%	7.5	6.7	-11.0%	15	13	-16.0%
Bewegungsapparat									
Orthopädie	434	412	-5.2%	4.7	3.9	-18.4%	2'059	1592	-22.7%
Rheumatologie	39	37	-5.6%	6.0	3.9	-34.3%	234	145	-38.0%
Gynäkologie & Geburtshilfe									
Neugeborene	646	610	-5.6%	8.2	6.0	-26.9%	5'314	3664	-31.0%
Geburtshilfe	12	11	-4.8%	5.2	3.9	-24.9%	62	44	-28.5%
Gynäkologie	27	25	-5.7%	5.8	3.8	-34.1%	156	97	-37.8%
Übrige									
(Radio-) Onkologie	7	7	-5.6%	3.1	3.1	0.0%	22	21	-5.6%
Psychiatrie & Toxikologie	4	4	-5.6%	2.3	2.3	0.0%	9	8	-5.6%
Schwere Verletzungen	93	88	-5.6%	3.6	3.4	-3.2%	331	303	-8.6%
Transplantationen	4	4	-5.6%	94.8	34.0	-64.1%	379	128	-66.1%
Sonstige Behandlung	188	177	-5.6%	3.8	3.7	-3.5%	712	649	-8.9%
Verlegungen & Todesfälle	54	51	-5.6%	1.4	1.4	0.0%	74	70	-5.6%
Total	3'788	3'602	-4.9%	5.0	4.0	-20.2%	18'914	14'355	-24.1%

Bis auf zwei Leistungsbereiche wird ein Rückgang der Fallzahlen in einer Grössenordnung von 5 – 6 Prozent gesehen. Ausnahmen sind die *Herz & Gefässchirurgie* und die *Kardiologie & Angiologie*, hier wird mit einem Anstieg der Fallzahlen von 81.5 bzw. 2.6 Prozent gerechnet. Bei der Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer wird einheitlich mit einer Verkürzung gerechnet, bezüglich des Ausmasses ergibt sich ein sehr indifferentes Bild. Die stärkste Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer wird in den Bereichen *Transplantationen*, *Herz & Gefässchirurgie*, *Neurochirurgie* und *Rheumatologie* erwartet, selbst in der *Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde*, in der es zu einer grösseren Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen kommt, wird ein Rückgang der Verweildauer prognostiziert. Lediglich in den Bereichen *Psychiatrie & Toxikologie*, *(Radio-)Onkologie* und *Schwere Verletzungen* wird mit einem Gleichstand gerechnet. Die Zahl der Pflegetage wird insgesamt um 24.1 Prozent abnehmen, aber auch hier ergibt sich hinsichtlich der Quantität in den einzelnen Leistungsbereichen ein sehr unterschiedliches Bild.

G.1.4. Leistungsangebot Pädiatrie

Der Fokus der Betrachtung ist auf die Baselbieter Einrichtungen gerichtet, das heisst, es werden alle stationären pädiatrischen Patienten, die in einer entsprechenden Institution im Kanton Basel-Landschaft behandelt wurden, unabhängig von ihrem Wohnort betrachtet. Er-

gänzende Abbildungen zum Leistungsangebot Pädiatrie innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche finden sich im Anhang H.3.

G.1.4.a. Erbrachte Leistungen 2008 Pädiatrie

Hinsichtlich der erbrachten Pflgetage je Leistungsbereich ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 51 Pflgetage 2008 Pädiatrie (Absolut)

Marktanteile (Pflgetage) je Hauptbereich, absolute Angaben	Nervensystem & Sinnesorgane	Innere Organe	Bewegungsapparat	Gynäkologie & Geburtshilfe	übrige	Total
Universitäts-Kinderspital beider Basel	5'563	9'898	6'348	9'706	2'843	34'358
Kantonsspital Liestal [BL]	829	304	290	348	170	1'941
Kantonsspital Bruderholz [BL]	76	202	303	605	99	1'285
Kantonsspital Laufen [BL]	72	59	126	50	12	319
Ita Wegman Klinik Arlesheim [BL]	29	184		70	9	292
Hirslanden Klinik Birshof Münchenstein [BL]	109	6	177			292
Ergolz-Klinik Liestal [BL]	22	36	23		8	89
Praxisklinik Rennbahn Muttenz [BL]			144			144
Vista Klinik Binningen [BL]	1					1
Total	6'701	10'689	7'411	10'779	3'141	38'721

Insgesamt wurden in den Baselbieter Kliniken rund 38'700 Pflgetage erbracht, davon allein im Universitäts-Kinderspital über 83 Prozent. Der grösste Teil an Pflgetagen entfiel auf den Bereich *Gynäkologie & Geburtshilfe*, gefolgt von dem Bereich der *Innere Organe* (Tabelle 51, Tabelle 52).

Tabelle 52 Pflgetage 2008 Pädiatrie (%-Anteile)

Marktanteile (Pflgetage) je Hauptbereich, Angabe in Prozent je Hauptbereich	Nervensystem & Sinnesorgane	Innere Organe	Bewegungsapparat	Gynäkologie & Geburtshilfe	übrige	Total
Universitäts-Kinderspital beider Basel	84.9	91.2	80.9	66.5	82.9	83.6
Kantonsspital Liestal [BL]	10.2	3.4	5.8	8.8	10.3	7.1
Kantonsspital Bruderholz [BL]	1.5	2.2	5.7	22.3	4.5	5.5
Kantonsspital Laufen [BL]	1.4	0.6	2.0	1.1	1.5	1.2
Ita Wegman Klinik Arlesheim [BL]	0.5	1.9		1.3	0.6	1.0
Hirslanden Klinik Birshof Münchenstein [BL]	1.1	<0.1	2.9			0.8
Ergolz-Klinik Liestal [BL]	0.4	0.7	0.7		0.2	0.5
Praxisklinik Rennbahn Muttenz [BL]			2.0			0.3
Vista Klinik Binningen [BL]	<0.1					<0.1
Total	100	100	100	100	100	100

In fast allen Kliniken wurden Erkrankungen in den Gruppen *Nervensystem & Sinnesorgane*, Erkrankungen am *Bewegungsapparat* und *Innere Organe* behandelt, nur zwei Kliniken zeigten ein ausgesprochen schmales Behandlungsspektrum.

G.1.5. Zu- und Abwanderungen in den und aus dem Kanton Basel-Landschaft

Abwanderungen

Die folgenden Tabellen zeigen, in welche Kantone die Baselbieter Patienten der Pädiatrie zur stationären Behandlung abwanderten.

Tabelle 53 Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft (Übersicht)

Abwanderung	Absolut	in %	Kantone			
			BS	ZH	SO	andere
Total Akutsomatik-Fälle Wohnbevölkerung	43'454	100%				
Anteil Pädiatrie-Fälle Wohnbevölkerung	3'788	8.7%				
davon in ausserkantonalen Institutionen erbracht	531	14.0%	50.7%	9.8%	9.4%	30.1%
davon geplant	1'068	28.2%				
davon HPP-Fälle	114	3.0%				

Die Tabelle 53 zeigt zunächst, dass die Baselbieter Wohnbevölkerung im Alter von 0 – 17 Jahren hauptsächlich im Kanton Basel-Landschaft behandelt wurde, allerdings liessen sich 14 Prozent (531 Patienten) in anderen Kantonen behandeln, am häufigsten in Basel-Stadt, Solothurn und Zürich.

Der Tabelle 54 sind neben der vollständigen Übersicht über die Kantone, in die die Baselbieter pädiatrische Wohnbevölkerung zur stationären Behandlung zugewiesen wurden, die ausserkantonalen Fallzahlen sowie die in den jeweiligen Kantonen erbrachten Pflorgetage und die Anteile an der halbprivaten oder privaten Versicherungsklasse zu entnehmen.

Tabelle 54 Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft (Details, Pflorgetage)

	Fälle		geplant		HPP		PT	
	abs.	in %	abs.	in%	abs.	in%	abs.	in %
BS	269	50.7%	133	49.4%	41	15.2%	1'029	42.5%
ZH	52	9.8%	38	73.1%	7	13.5%	425	17.6%
SO	50	9.4%	23	46.0%	0	0.0%	157	6.5%
BE	42	7.9%	12	28.6%	5	11.9%	243	10.0%
VS	27	5.1%	0	0.0%	0	0.0%	65	2.7%
AG	19	3.6%	8	42.1%	0	0.0%	49	2.0%
GR	19	3.6%	5	26.3%	1	5.3%	250	10.3%
SG	13	2.4%	1	7.7%	1	7.7%	36	1.5%
GE	10	1.9%	9	90.0%	0	0.0%	69	2.9%
LU	9	1.7%	3	33.3%	0	0.0%	29	1.2%
TI	6	1.1%	0	0.0%	1	16.7%	27	1.1%
VD	5	0.9%	1	20.0%	0	0.0%	13	0.5%
JU	4	0.8%	3	75.0%	0	0.0%	12	0.5%
FR	2	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.1%
GL	2	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	5	0.2%
OW	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	4	0.2%
SZ	1	0.2%	0	0.0%	1	100.0%	3	0.1%
Total	531	100%	236	44.4%	57	10.7%	2'419	100%

Zuwanderungen

Im Jahr 2008 betrug die Zahl der pädiatrischen Zuwanderer in den Kanton Basel-Landschaft 3'678 Patienten, das entspricht einer Quote von 53 Prozent aller in Basel-Landschaft behandelten Patienten dieser Altersgruppe. Die meisten Zuwanderer kamen aus den Kantonen Basel-Stadt und Solothurn sowie aus dem Ausland.

Tabelle 55 Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft

Zuwanderung	Absolut	in %	Kantone			
			BS	SO	Ausland	andere
Total Fälle in innerkantonalen Institutionen erbracht	39'021	100%				
Anteil Pädiatrie	6'935	17.8%				
<i>davon ausserkantonale Fälle</i>	<i>3'678</i>	<i>53.0%</i>	<i>49.5%</i>	<i>13.8%</i>	<i>13.0%</i>	<i>23.7%</i>
<i>davon geplant</i>	<i>2'057</i>	<i>29.7%</i>				
<i>davon HPP-Fälle</i>	<i>347</i>	<i>5.0%</i>				

Der Tabelle 56 können neben der vollständigen Übersicht über die Kantone, aus denen die pädiatrischen Patienten zur stationären Behandlung in den Kanton Basel-Landschaft zuwanderten, die ausserkantonalen Fallzahlen sowie die an Zuwanderern in den Baselbieter Einrichtungen erbrachten Pflgetage und die Anteile der Patienten in der halbprivaten oder privaten Versicherungsklasse entnommen werden.

Tabelle 56 Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft

	Fälle		geplant		HPP		PT	
	abs.	in %	abs.	in%	abs.	in%	abs.	in %
BS	1821	49.5%	366	20.1%	18	1.0%	9'921	44.6%
SO	508	13.8%	151	29.7%	15	3.0%	2'662	12.0%
Ausland	477	13.0%	234	49.1%	240	50.3%	3'056	13.7%
AG	432	11.7%	151	35.0%	8	1.9%	2'728	12.3%
JU	104	2.8%	64	61.5%	1	1.0%	885	4.0%
BE	88	2.4%	74	84.1%	2	2.3%	987	4.4%
LU	56	1.5%	46	82.1%	1	1.8%	409	1.8%
VS	49	1.3%	42	85.7%	1	2.0%	348	1.6%
TI	34	0.9%	34	100.0%	3	8.8%	275	1.2%
ZH	34	0.9%	16	47.1%	0	0.0%	349	1.6%
SG	10	0.3%	6	60.0%	0	0.0%	58	0.3%
FR	9	0.2%	6	66.7%	0	0.0%	45	0.2%
GR	9	0.2%	7	77.8%	0	0.0%	69	0.3%
ZG	8	0.2%	7	87.5%	0	0.0%	50	0.2%
SZ	6	0.2%	5	83.3%	0	0.0%	43	0.2%
TG	6	0.2%	2	33.3%	1	16.7%	61	0.3%
VD	6	0.2%	1	16.7%	0	0.0%	63	0.3%
NW	5	0.1%	3	60.0%	0	0.0%	78	0.4%
OW	5	0.1%	5	100.0%	0	0.0%	19	0.1%
NE	4	0.1%	4	100.0%	0	0.0%	60	0.3%
SH	3	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	7	0.0%
AR	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	41	0.2%
GE	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.0%
UR	1	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	9	0.0%
Total	3'678	100%	1'225	33.3%	290	7.9%	22'226	100%

G.2. Akutgeriatrie

Grundsätzlich gehören die Diagnostik und Behandlung alter Patienten zum Grundauftrag aller Baselbieter Akutspitäler. Weil hochbetagte Menschen nicht selten auch an einer demenziellen Entwicklung leiden, benötigen sie eine angemessene interdisziplinäre geriatrisch geleitete Behandlung. Viele dieser Patienten werden meist in der Abteilung Innere Medizin ohne ausgewiesene Geriatrie behandelt.

Akutgeriatrie im Besonderen bezeichnet die akutmedizinische Dienstleistung an hochbetagten Patienten im Akutspital. Aufgabe der stationären Akutgeriatrie ist die Diagnostik und Behandlung von spitalbedürftigen akut erkrankten alten und meist multimorbiden Menschen mit dem Ziel der Reintegration in das eigene soziale Umfeld.

Die Selektion akutgeriatrischer Patienten aus der Medizinischen Statistik ist schwierig, weil diese keiner spezifischen DRG zugeordnet sind, mit den in der Medizinischen Statistik erhobenen Merkmalen nur ungenügend abgebildet und nicht separat ausgewiesen werden können. Zudem ist die Abgrenzung der Akutgeriatrie zur geriatrischen Rehabilitation nicht immer eindeutig. Deshalb wurden die geriatrischen Patienten zunächst im akutsomatischen Datensatz belassen und im Rahmen der Akutsomatik mitbetrachtet.

Um das zukünftige Potential bestmöglich abzuschätzen, wurden folgende Definitionen und Lösungsansätze berücksichtigt²⁹:

1. Modifiziertes Aargauer Modell: Patienten ab dem 80. Lebensjahr und mit mindestens acht Nebendiagnosen = total mindestens neun Diagnosen (damit Multimorbidität einberechnet ist): Dies ergibt auf den Kanton Basel-Landschaft umgelegt 2'000 akutgeriatrische Patienten und entspricht 4.1 Prozent aller Baselbieter Patienten.
2. Versorgungsplanung des Kantons Bern (2007 – 2010): Patienten älter als 75 Jahre und mit einer Aufenthaltsdauer länger als 20 Tage: Dies ergibt auf den Kanton Basel-Landschaft umgelegt 2'500 akutgeriatrische Patienten und entspricht 5 Prozent aller Baselbieter Patienten.
3. In Deutschland wurden im Jahr 2007 1.3 Prozent aller stationären Patienten in geriatrischen Abteilungen behandelt³⁰. Dies ergibt auf den Kanton Basel-Landschaft umgelegt 600 akutgeriatrische Patienten und entspricht 1.3 Prozent aller Baselbieter Patienten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass heute zwischen 600 und 2'500 Patienten eine akutgeriatrische Behandlung benötigen würden.

Die Versorgung und Behandlung geriatrischer Patienten wird aufgrund der demografischen Alterung zunehmend wichtiger. Bei den Patienten ab 80 Jahren ist eine Zunahme von 40.5 Prozent bis ins Jahr 2020 zu erwarten. Wird mit einer ähnlichen Zunahme der akutgeriatrischen Patienten gerechnet, ergeben sich im Jahr 2020 zwischen 800 und 3'500 geriatrische Patienten.

²⁹ Unter SwissDRG wird es Geriatrie-spezifische DRG geben. Damit sind die geriatrischen Patienten in Zukunft einfach zu eruieren.

³⁰ Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) 2007

H. Anhang

H.1. Methodik Prognose Einflussfaktoren

Wie bereits im Kapitel D.1.2.c (Seite 33) erwähnt, wird nachfolgend das methodische Vorgehen von den einzelnen Einflussfaktoren detailliert erläutert. Ziel ist es, einen vertieften Einblick in die Vorgehensweise zu geben und diese argumentativ zu begründen.

H.1.1. Demografie

Die Bevölkerungsstatistik und -prognose beruhen auf den Bevölkerungserhebungen 2008 und den mittleren Bevölkerungsszenarien 2020 des kantonalen Statistischen Amtes des Kantons Basel-Landschaft. Es wurden die per 01.05.2010 aktuellsten Bevölkerungsprognosen verwendet.

H.1.2. Medizintechnische Entwicklung

Die medizintechnische Entwicklung hat einen wesentlichen Einfluss auf die Hospitalisationsrate und auf die Hospitalisationsdauer. Als Medizintechnik wurden bestehende oder neue Technologien zur Diagnostik (zum Beispiel bildgebende Verfahren), zur Therapie (zum Beispiel minimal-invasive Operationsmethoden) oder zur Prävention (zum Beispiel Sekundärprophylaxe) bei Patienten im Bereich der Akutsomatik definiert.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF BE) und die Gesundheitsdirektion Zürich (GD ZH) haben das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften gemeinsam beauftragt, den Einfluss der Entwicklung der Medizintechnik für die Bedarfsprognose im Hinblick auf die stationäre Spitalplanung der somatischen Akutversorgung für die Kantone Bern und Zürich in einem Gutachten zu erarbeiten. Die Beschreibung des Vorgehens kann im Versorgungsbericht der Gesundheitsdirektion Zürich nachgelesen werden.

Die Literatur- und Expertenangaben wurden von der GD ZH zusammen mit dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie interpretiert und als Prognosefaktor für die Fallzahlen einzelner DRG berechnet. Diese Berechnungen können auch für andere Bereiche der Schweiz verwendet werden, da die medizintechnischen Entwicklungen nicht auf bestimmte Regionen der Schweiz beschränkt sind. Schliesslich wurden die Prognosefaktoren für die medizintechnische Entwicklung ins Prognosemodell einberechnet (vgl. Kapitel D.1.2.b, Seite 31).

Die Prognosefaktoren der Medizintechnik sind im Kapitel D.2.2.a.b (Seite 43) dargestellt.

H.1.3. Epidemiologische Entwicklung

Auch die Epidemiologie wird sich bis zum Jahr 2020 verändern und die Hospitalisationsrate beeinflussen. Es ist deshalb zu klären, welche epidemiologischen Entwicklungen bis zum Jahr 2020 für die akutsomatische Spitalplanung relevant sind. Hierfür wurde ebenfalls auf die Ergebnisse der GD ZH zurückgegriffen. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens kann im Versorgungsbericht der Gesundheitsdirektion Zürich nachgelesen werden.

Die Gesundheitsdirektion Zürich (GD ZH) hat zusammen mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF BE) das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM Bern) beauftragt, ein Gutachten betreffend mögliche epidemiologischer Veränderungsrate der Inanspruchnahme von stationären Spitalleistungen (somatische Versorgung und Rehabilitation) bis 2020 zu erstellen.

Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM Bern) wählte ein mehrstufiges Vorgehen. Zu Beginn wurde eine Literatursuche zu Trend-Informationen bezüglich Interventionen, Krankheiten und gut etablierten Risikofaktoren gewisser Krankheiten für die Schweiz durchgeführt. Zusätzlich wurden spezifische Informationen des Bundesamts für Statistik und des Gesundheitsobservatoriums konsultiert (Statistisches Jahrbuch, Nationaler Gesundheitsbericht etc.).

Die prognostizierten Veränderungsrate in der Epidemiologie bewegen sich alle im tiefen einstelligen Prozentbereich. Insgesamt sind keine grossen Veränderungen zu erwarten. Die Prognose der Entwicklung der Epidemiologie beruht wie die Medizintechnik auf Ergebnissen aus punktuellen Bereichen sowie diversen Annahmen.

Die Prognosefaktoren der Epidemiologie sind im Kapitel D.2.2.a.c (Seite 44) dargestellt.

H.1.4. Ökonomische Entwicklung

In der Prognose wurden die beiden wichtigsten ökonomischen Einflüsse auf den zukünftigen Leistungsbedarf berücksichtigt: (1) *Substitution* von bisher stationär erbrachten durch ambulante Behandlungen infolge tariflicher Anpassungen und (2) *Verkürzung der Aufenthaltsdauer* infolge der Einführung von SwissDRG.

H.1.4.a. Substitutionspotenzial

Im Zentrum steht die Frage, welche bisherigen stationären Leistungen im Jahr 2020 ambulant erbracht werden. Aufgrund der medizintechnischen Entwicklung wurden in den letzten Jahren bei vielen Eingriffen die Voraussetzungen für eine ambulante anstelle einer stationären Behandlungen 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. Auch Rückverlagerungen vom ambulanten in den stationären Bereich sind grundsätzlich möglich. Allerdings wurde in der vorliegenden Planung angenommen (analog zum Vorgehen der GD ZH), dass sich das Verhältnis zwischen den ambulanten und stationären Tarifen eher zugunsten der ambulanten Behandlungen verändern wird und deshalb keine Rückverlagerungen vom ambulanten in den stationären Bereich stattfinden werden.

Dazu wurde auf Ergebnisse der GD ZH zurückgegriffen: Für die von der GD ZH ermittelten 48 DRG wurde das Vorgehen des mittleren Szenarios der GD ZH gewählt, das eine Substitution von 50% der potentiell ambulant behandelbaren Fälle vorsieht. Diejenigen Fälle, die zwei oder drei Tage stationär im Spital verbrachten (Kurzlieger), wurden als potentiell ambulant behandelbar eingestuft. Die Verweildauer von zwei bzw. drei Tagen wurde als relativ homogen angesehen, sodass keine weitere Gewichtung der zu substituierenden Fälle innerhalb dieser Gruppe vorgenommen wurde.

Als stationäre Behandlungen nach Art. 3 der VKL³¹ gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während der Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisungen in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung. Demzufolge gelten heute Leistungen als stationär, auch wenn die Patienten weniger als 24 Stunden, jedoch über Nacht, betreut werden. Für den Versorgungsbericht wurden alle jene Fälle als stationär berücksichtigt, die von den Spitälern als stationär angegeben wurden.

H.1.4.b. Verkürzung der Aufenthaltsdauer

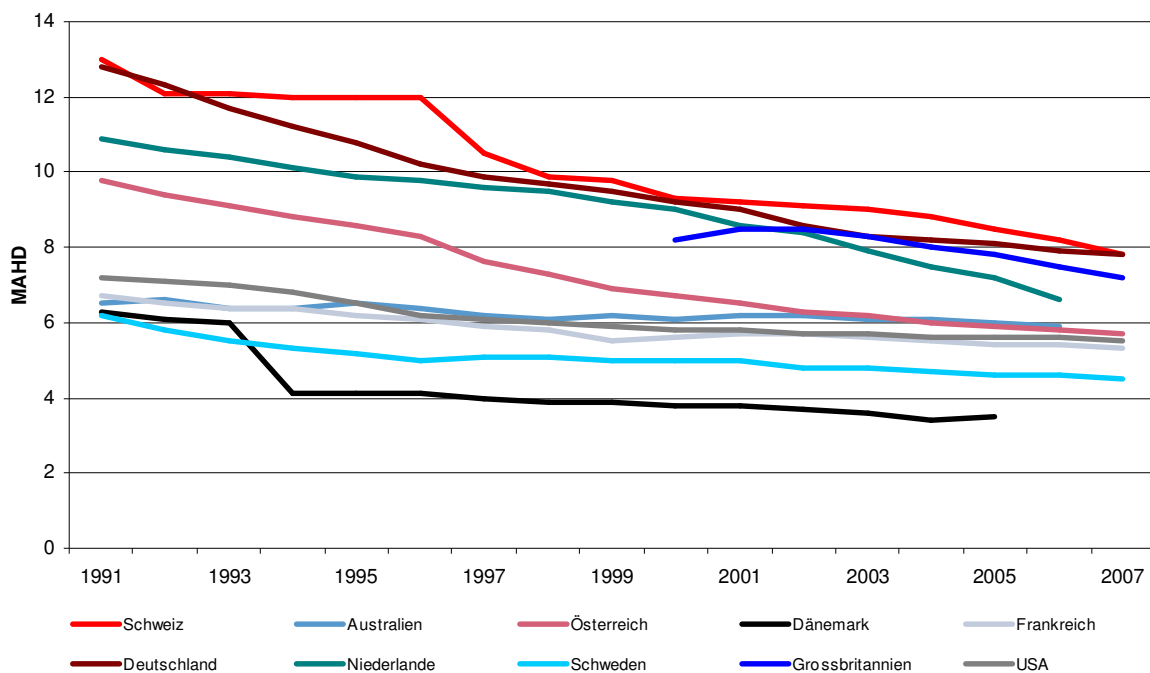
Wesentliche Voraussetzungen für eine Verkürzung der Aufenthaltsdauern sind der medizinische Fortschritt, verbesserte Prozesse innerhalb des Spitals oder ein Ausbau der Nachversorgung. Welche Anstrengungen für eine Reduktion der Aufenthaltsdauern tatsächlich unternommen werden, hängt auch von den finanziellen Anreizen ab. Wird beispielsweise nicht jeder Aufenthaltstag einzeln, sondern jeder Fall pauschal (Fallpauschalen) vergütet, profitiert das Spital von kurzen Aufenthaltsdauern seiner Patienten. Insofern wird die Einführung der Fallpauschalen in den Schweizer Spitälern im Rahmen von SwissDRG im Jahr 2012 wahrscheinlich weiter sinkende Aufenthaltsdauern zur Folge haben. Wie stark die Aufenthaltsdauern sinken werden, lässt sich nicht genau bestimmen, sondern muss geschätzt werden. Dazu wurde die Entwicklung der Aufenthaltsdauern im Kanton Zürich, der gesamten Schweiz und in anderen Ländern über die letzten Jahre analysiert. Die Ergebnisse dieser Analysen werden übernommen und fliessen in diesen Bericht ein.

Vergleich international

Bereits seit vielen Jahren ist in den Industrieländern ein Trend zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauern festzustellen (vgl. Abbildung 11). Betrachtet man die Entwicklung in der Schweiz, fällt auf, dass die Aufenthaltsdauern in den letzten Jahren ebenfalls stark abgenommen haben, im Vergleich zu anderen Industriestaaten aber nach wie vor relativ hoch sind. Dabei gilt es zu beachten, dass Unterschiede zwischen den Aufenthaltsdauern verschiedener Länder vorsichtig zu interpretieren sind. Zum einen wird der Bereich Akutsomatik nicht überall gleich definiert und abgegrenzt. Zum anderen spielt die Struktur des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle, beispielsweise welche Nachversorgung nach dem Aufenthalt im Akutspital zur Verfügung steht. Insofern ist es unplausibel, dass die Aufenthaltsdauern in der Schweiz bald auf dem Niveau Dänemarks oder Schwedens sein werden, da die Nachversorgung in diesen Ländern viel stärker ausgebaut ist. Allerdings sind die Schweizer Aufenthaltsdauern im internationalen Vergleich, auch unter Berücksichtigung unterschiedlicher Nachversorgungsstrukturen, nach wie vor als lang zu beurteilen. Eine weitere Verkürzung in den nächsten Jahren ist dementsprechend wahrscheinlich.

³¹ Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitälern, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung.

Abbildung 11 Mittlere Aufenthaltsdauer von akutsomatischen Fällen im Ländervergleich



Quelle: OECD Health Data 2009

Es ist davon auszugehen, dass die Baselbieter Aufenthaltsdauern in den nächsten Jahren ebenfalls sinken werden.

Vorgehen für die Prognose der Aufenthaltsdauern 2020

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Aufenthaltsdauer insbesondere bei denjenigen Behandlungen, die bei Baselbieter Patienten bisher deutlich länger waren als im schweizerischen Vergleich, in den nächsten Jahren besonders stark sinken wird. Aus diesem Grund wurden die Baselbieter Aufenthaltsdauern mit den Aufenthaltsdauern in der gesamten Schweiz pro DRG und Altersgruppe verglichen und auf den Schweizer Vergleichswert gesetzt. Hierbei konnte auf Berechnungen der GD ZH zurückgegriffen werden.

Da die gesamtschweizerischen Aufenthaltsdauern über die nächsten zehn Jahre voraussichtlich sinken werden, wurden als Vergleichswert nicht der heutige Durchschnitt oder der Median, sondern niedrigere Perzentile herangezogen. Es wird somit postuliert, dass die durchschnittlichen Baselbieter Aufenthaltsdauern (je DRG und Altersgruppe) in zehn Jahren gleich lang sind, wie dies bereits heute in den 40 Prozent der Schweizer Patienten mit den kürzesten Aufenthaltsdauern der Fall ist. Die angenommene Verkürzung der Aufenthaltsdauern auf das 40. Perzentil wird von der GD ZH als eher konservativ eingeschätzt, sei aber auch im Einklang mit den Erfahrungen in Deutschland.

Für den Vergleich der Aufenthaltsdauern pro DRG wurde die Kategorisierung nach Alter übernommen, die von der GD ZH verwendet wurde. Dabei wurden die bestehenden fünf Alterskategorien zu maximal drei Alterskategorien zusammengefasst. Somit wurde die Kategorisierung in die Gruppen 0 bis 59, 60 bis 79 und 80+ übernommen.

Patienten mit besonders langen Aufenthaltsdauern (Langlieger) wurden bereits in den Berechnungen der GD ZH berücksichtigt, sodass bei der Übernahme der von der GD ZH zur Verfügung gestellten Tabelle der Aufenthaltsdauern keine Anpassungen erforderlich waren. Der von der GD ZH verwendete Korrekturfaktor für die prognostizierte Aufenthaltsdauer war bereits eingearbeitet.

Falls anhand der vorgegebenen Tabelle der GD ZH keine Aufenthaltsdauer verfügbar war, wurde die derzeit vorhandene Aufenthaltsdauer verwendet und direkt in die Prognose eingearbeitet. Für diese Fälle wurde demnach keine Veränderung der Aufenthaltsdauer vorhergesagt. Auf Basis des Vorgehens der GD ZH wurde die für die Verwendbarkeit mit der Kostengewichtsversion 6.0 bearbeitete Tabelle der Aufenthaltsdauern je DRG auf die vorgefundene Tabelle der DRGs im Kanton Aargau angewendet.

H.2. Glossar und Verzeichnisse

H.2.1. Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
abs.	Absatz
ADMIN	Administrative Datenbank in der Gesundheitsdirektion Zürich
AK	Ausserkantonale (zum Beispiel Patienten, Fälle, Behandlungen)
Akutsomatik	Schliesst alle Patienten mit ein, die aufgrund einer somatischen Erkrankung im Spital stationär behandelt werden.
Akutversorgung	Versorgung von Personen, die einer kurzfristigen, intensiven ärztlichen und pflegerischen Betreuung bedürfen.
Angiologie	Die Angiologie beschäftigt sich mit Gefässerkrankungen (Arterien, Venen und Lymphbahnen.)
APDRG	APDRG steht für All Patient Diagnosis Related Groups. Es ist ein auf Diagnosen basiertes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle nach dem derzeit in den Zürcher Spitälern kodiert wird. Die Einteilung erfolgt in der aktuellen Version (6.0) in 878 Fallgruppen (DRG und SPG) sowie 25 medizinischen Hauptkategorien (MDC) plus vier Pseudo-MDC. Ziel des Klassifikationssystems ist es, Patienten nach klinischen Kriterien in Gruppen mit ähnlichem Ressourcenverbrauch zusammenzufassen. ³²
AR	Ausserregionale (zum Beispiel Patienten, Fälle, Behandlungen)
Assessment	Umfassende Bestimmung über die Situation und das Rehabilitationspotenzial/-prognose des Patienten mit spezifischen standardisierten Testverfahren. Durch ein interdisziplinäres Team wird eine vollständige Abklärung der körperlichen, psychischen, sozialen, ökonomischen und funktionellen Ressourcen vorgenommen, ein Plan für die Therapie und Nachbetreuung des Patienten erstellt und sein Erfüllungsgrad in regelmässigen Abständen gemessen.

³² vgl. Kenndatenbuch Somatische Akutversorgung 2008 der Gesundheitsdirektion Zürich

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Aufenthaltsdauer (AHD)	<p>Die Aufenthaltsdauer gibt die Zeit in Tagen an, die ein Patient in einem Spital stationär behandelt wird.</p> <p>Die Aufenthaltstage werden derzeit folgendermassen berechnet: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum abzüglich Urlaubstage zuzüglich ein Tag.</p>
Auslandsspitäler	Auslandsspitäler haben keinen Anspruch auf Vergütung gemäss Krankenversicherungsgesetz.
BFS	Bundesamt für Statistik
CHOP	Schweizerischer Operationskatalog. Der CHOP beinhaltet über 4'000 medizinische Prozeduren.
Case Mix (Index) (CMI)	Fallschwere-Index, d. h. durchschnittliche Fallschwere einer definierten Patientengruppe (Summe der Relativgewichte aller Behandlungsfälle, dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle).
CRT	Steht für Cardiale Resynchronisationstherapie bei Herzinsuffizienz
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallpauschalen) sind ein auf Diagnosen basiertes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle, die länderspezifisch angepasst werden (vgl. SwissDRG, APDRG, G-DRG). Durch DRG können Behandlungsfälle von Akutspitalern in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten eingeteilt werden.
Endokrinologie	Die Endokrinologie ist die Lehre von den Hormonen und den hormonbildenden Organen.
Epidemiologie	Lehre von der Untersuchung der Verteilung von Krankheiten, physiologischen Variablen und sozialen Krankheitsfolgen in menschlichen Bevölkerungsgruppen, sowie der Faktoren, die diese Verteilung beeinflussen (WHO-Definition).
EW	Einwohner (in der Regel wird die jeweilige Variable pro 10'000 Einwohner ausgewiesen).

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
(Stationärer) Fall	<p>Patienten, die stationär behandelt werden, werden für die Dauer ihres Aufenthalts – ohne Unterbrechung – als ein Fall gezählt. Sofern ein Patient innerhalb eines Kalenderjahres mehrmals einen Spitalaufenthalt hat, wird pro Aufenthalt ein Fall gezählt. Die Zählweise erfolgt anhand der Spitalaustritte. Im Text wird die Anzahl Fälle teilweise auch als „Patienten“ und „Behandlungen“ bezeichnet.</p> <p>Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, von weniger als 24 Stunden, bei denen während Mitternacht ein Bett belegt wird (Mitternachtszensus) sowie bei Überweisung in ein anderes Spital und bei Todesfällen.</p>
Fallgewicht	<p>Jede DRG-Fallgruppe hat ein eigenes Fallgewicht (=cost weight (CW)). Es gibt verschiedene Fallgewichts-Versionen. Im Jahr 2008 war im Kanton Zürich die Fallgewichts-Version 6.0 relevant. Die Fallgewichte entsprechen den relativen Kosten der Behandlungen und haben einen Einfluss auf die Höhe der Vergütung (Fallpauschale).</p>
GAA	<p>Abkürzung für Groupes pour l'Analyse de l'Activité. Ist eine Möglichkeit, DRG zu gruppieren.³³</p>
Gastroenterologie	<p>Die Gastroenterologie befasst sich mit Diagnostik, Therapie und Prävention von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts sowie der Organe Leber, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse.</p>
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
GD Zürich / GD ZH	Gesundheitsdirektion Zürich
GEF Bern	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
G-DRG	Die Bezeichnung steht für das deutsche DRG-System (G-DRG) (vgl. DRG)
GIS	Geografisches Informationssystem
Grouper	Der DRG-Grouper ist ein Algorithmus, der jedem Fall (Diagnose und Behandlung) eine DRG mit dazugehörigem Fallgewicht zuweist.

³³ vgl. Chale, Jean-Jacques et al., Les GAA/APDRG-CH – Groupes pour l'Analyse de l'Activité – Proposition de regroupement d'APDRG en Suisse, Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne, juin 2005.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Hauptbereiche	<p>Die 27 Leistungsbereiche in der Akutsomatik werden zu fünf Hauptgruppen zusammengefasst. Die fünf Hauptgruppen sind gegliedert in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nervensystem & Sinnesorgane • Innere Organe • Bewegungsapparat • Gynäkologie & Geburtshilfe • Übrige
Hauptszenario (Hauptsz.)	<p>Hauptszenario, das heisst das Szenario mit der wahrscheinlichsten Entwicklung.</p>
Hospitalisationsrate (HR)	<p>Sie bezeichnet die Zahl der Einwohner einer Region, die sich einer stationären Spitalbehandlung unterziehen, bezogen auf die Wohnbevölkerung dieser Region. Synonyme sind auch Hospitalisationsquote, Spitalhäufigkeit, Hospitalisationshäufigkeit.</p> <p>Im Bericht wird die Hospitalisationsrate pro 10'000 Einwohner ausgewiesen.</p>
HPP	<p>Zusatzversicherte (halbprivat und privatversicherte) Patienten</p>
HTP (1 oder 2)	<p>High Trim Point (1 oder 2) steht für obere Grenzverweildauer (oGVWD), welche pro DRG statistisch im jeweiligen länderspezifischen Grouper festgelegt/definiert wird.</p>
ICD-10	<p>Internationale Kodier-Diagnosen beziehungsweise Diagnosegruppen (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision)</p> <p>Die ICD-10-Codes sind eine Kodierung gemäss der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, die von (Fach-)Ärzten angewendet werden muss.</p> <p>ICD-10-Kodierungen sind notwendig für die DRG-Gruppierung.</p>
ICD	<p>Intraventrikularer Cardioverter Defibrillator beziehungsweise implantierbarer Cardioverter/Defibrillator</p>

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
ICF	<p>International Classification of Functioning, Disability and Health beziehungsweise Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit</p> <p>Sie dient zur Klassifizierung der Folgeerscheinungen von Behandlungen und beschreibt Phänomene wie „Funktionsfähigkeit und Behinderung“. Das ICF-Modell bietet die Möglichkeit, deren verschiedene Dimensionen und Bereiche sowie ihre Zusammenhänge abzubilden. So werden „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ als eine komplexe Beziehung zwischen der körperlichen und geistig/seelischen Verfassung einerseits und den Kontextfaktoren andererseits angesehen.</p>
Indikation	<p>Grund oder Umstand, eine bestimmte (ärztliche) Massnahme in einem Krankheitsfall durchzuführen, die nach Abschätzen des möglichen Nutzens und Risikos (für den Patienten) sinnvoll ist.</p>
Integrierte Versorgung	<p>Die Integrierte Versorgung ist eine sektorenübergreifende Versorgungsform im Gesundheitswesen. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Spitäler), um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken.</p>
k. A.	Keine Angaben
Kostenträger	<p>Angabe desjenigen, der die Kosten der stationären Krankenversorgung im Wesentlichen übernimmt. Dies kann die Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung etc. sein.</p>
Kurhaus/Kuranstalt	<p>Als Kuranstalten gelten Bäder-, Klima-, Diät- und andere Kuranstalten sowie Anstalten für Genesungs- und Erholungsbedürftige (Rekonvaleszenzzentren). Eine Kuranstalt ist keine Heilanstalt im Sinne des KVG.</p>
Kurzlieger	<p>Fälle wurden als Kurzlieger definiert, sofern die Aufenthaltsdauer kleiner als vier Tage ist (vgl. Aufenthaltsdauer).</p>
KVG	<p>Bundesgesetz vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)</p>
KVV	<p>Verordnung vom 27.06.1995 über die Krankenversicherung (SR 832.102)</p>

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Langlieger	<p>Fälle mit einer Aufenthaltsdauer, die über den festgelegten/definierten Tagen der DRG-Kalkulation liegen, werden als Langlieger bezeichnet. Das heisst, Langlieger haben eine Aufenthaltsdauer über dem HTP (vgl. HTP).</p> <p>Häufig werden solche Patienten auch als Outlier bezeichnet.</p>
Laparoskopische Chirurgie	<p>Die laparoskopische Chirurgie ist ein Teilgebiet der Chirurgie, bei der mit Hilfe eines optischen Instruments Eingriffe innerhalb der Bauchhöhle vorgenommen werden. Sie wird dem Komplex minimal-invasive Chirurgie (MIC) zugeordnet.³⁴</p>
Leistungsbereiche	<p>Die Gesundheitsdirektion hat die DRG, angelehnt an die GAA-Systematik (vgl. GAA), in 27 Leistungsbereiche gruppiert. Diese Leistungsbereiche orientieren sich an der gängigen Spitalorganisation beziehungsweise den Fachgebieten.</p> <p>Im Rehabilitationsbereich wurden die den rehabilitationsrelevanten Grunderkrankungen zugrunde liegenden ICD-Hauptdiagnosen sieben Leistungsbereiche zugewiesen.</p>
Liegeklasse	<p>Beschreibt, ob der Patient privat, halbprivat oder allgemein liegt, sei dies entsprechend seiner Zusatzversicherung oder eines Upgrades.</p>
Listenspitäler	<p>Listenspitäler haben einen staatlichen Leistungsauftrag und gesetzlichen Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie zum Beispiel der Aufnahmepflicht etc.).</p>
MDC	<p>Major Diagnostic Category/Hauptkategorien im DRG-System</p>
Minimalszenario (Min.)	<p>Im Minimalszenario werden diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zu einem niedrigen bzw. minimalen Leistungsbedarf 2020 führen.</p>
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAD)	<p>Berechnet sich aus allen Pflagetagen dividiert durch die entsprechende Anzahl Fälle bzw. Austritte.</p>
Mitternachtszensus	<p>Der Mitternachtszensus betrifft die Definition der stationären Fälle (vgl. Fall).</p>

³⁴ vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Laparoskopische_Chirurgie

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Nephrologie	Die Nephrologie befasst sich mit den Erkrankungen der Niere sowie deren konservativer (nicht-operativer) Therapie. Darüber hinaus gehören der Bluthochdruck, die Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie Störungen des Säure-Basen-Gleichgewichtes zum Fachgebiet.
Notfall	Ein Patient, der unangemeldet und ungeplant im Spital eintritt und sofort Hilfe/Behandlung benötigt bzw. für den Erste-Hilfe-Massnahmen innerhalb von zwölf Stunden unabdingbar sind.
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Ophthalmologie	Beinhaltet die Erkrankungen und Funktionsstörungen des Sehorgans und des Sehsinnes und deren medizinische Behandlung.
Perzentil (prc)	Während bei einem Durchschnittswert alle Werte berücksichtigt werden und somit wenige Extremwerte den Durchschnitt erheblich anheben können, wird bei Perzentilen die Verteilung in 100 gleich grosse Teile unterteilt. Bei einem 35. Perzentil heisst das, dass unterhalb dieses Wertes 35 Prozent aller Fälle der Verteilung liegen.
Pneumologie	Die Pneumologie (Synonyme: Pneumonologie, Pulmonologie, Pulmologie) ist die Lehre, welche sich mit Lungenerkrankungen beschäftigt.
Pflegetage (PT)	Die Summe der in einem Spital während eines Jahres verrechneten Aufenthaltstage. Derzeitig werden die Ein- und Austrittstage mitgezählt.
Radioonkologie	Der Begriff steht für Strahlentherapie, Strahlenheilkunde und ist das medizinische Fachgebiet, das sich mit der medizinischen Anwendung von ionisierender Strahlung auf den Menschen beschäftigt.
Reha	Steht für Rehabilitation und umfasst medizinische, erzieherische, schulische und fürsorgliche Massnahmen, welche der Selbständigkeit und (Wieder-) Eingliederung jener Personen dienen, die in ihrer Gesundheit von Geburt auf oder durch die Folgen eines Unfalls oder einer Krankheit beeinträchtigt sind. Je nach Art der Krankheit oder Behinderung sind spezialisierte Reha-Massnahmen erforderlich.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Rehabilitationsbedürftigkeit	Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn – als Folge einer Schädigung – bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen oder drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist, um Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
Rehabilitationsfähigkeit	Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmassnahme erforderliche somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (intellektuelle Aufnahmefähigkeit, Motivation und Belastbarkeit).
Rehabilitationspotenzial/ -prognose	Grundsätzlich besteht ein Rehabilitationspotenzial immer dann, wenn eine erfolgversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann, das heisst es müssen plausible Gründe vorliegen, dass der betreffende Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich tatsächlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabilitationspotenzials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit. Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Rehabilitationsmassnahme in einem notwendigen Zeitraum auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials (Rückbildungsfähigkeit) unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschliesslich psychosozialer Faktoren).
rev.	revidiert
SPG	Steht für Swiss Payment Group und ist eine schweizspezifische Erweiterung der APDRG (vgl. APDRG), um den Eigenheiten der Spitalvergütung in der Schweiz besser Rechnung tragen zu können, wurden die APDRG um spezielle Fallgruppen (SPG) ergänzt.
Sonstige Behandlungen	Unter sonstige Behandlungen fallen vor allem nachfolgende Behandlungsfälle: Überwachungen aufgrund eines Eingriffes, Verletzungen, Allergische Reaktionen, Vergiftungen, Behandlungskomplikationen, Kongenitale Anomalien, die den Gesundheitszustand beeinflussen.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Sozialmed.	Sozialmedizinisch
ISPM Bern	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
SwissDRG	Ab 2012 müssen alle somatischen Akutspitäler auf einer Spitalliste mit Fallpauschalen abgegolten werden. Auf diesen Zeitpunkt hin wird ein auf die Schweiz angepasstes DRG-System (SwissDRG) entwickelt.
TarMed	Tarif Medizin. Der Katalog mit medizinischen Einzelleistungen regelt die Abrechnung von ambulanten Leistungen.
Thoraxchirurgie	Als Thoraxchirurgie werden die operativen Eingriffe im Brustkorb, insbesondere an der Lunge, bezeichnet.
Verlegungen und Todesfälle	Im Leistungsbereich Verlegungen und Todesfälle werden die Fälle zusammengefasst, die innerhalb von 24 Stunden nach Spitaleintritt verlegt wurden, verstorben sind oder nicht im DRG-System klassierbar waren.
Vertragsspitäler	Vertragsspitäler sind Spitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag, aber mit vertraglichem Anspruch gegenüber dem Versicherer auf Vergütung gemäss KVG.
Viszeralchirurgie	Die Viszeralchirurgie umfasst die operative Behandlung der Bauch-Organen, das heisst des gesamten Verdauungstraktes. Weiterhin zählen die operative Behandlung der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse und die Behandlung des Leistenbruchs zur Viszeralchirurgie.
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 03.07.2002.
WHO	World Health Organisation beziehungsweise Weltgesundheitsorganisation
WIG	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
Wohnbevölkerung	Der Begriff „Wohnbevölkerung“ steht dafür, dass alle Einwohner innerhalb eines definierten Versorgungsraumes (Kanton, Region) berücksichtigt sind. Demzufolge wird der Bedarf beziehungsweise die Nachfrage anhand der Einwohner, deren zivilstandsmässiger Wohnort sich in diesem Versorgungsraum befindet, ausgewiesen. Unabhängig wo (inner- oder ausserkantonally/-regional) eine stationäre Behandlung stattfindet. Die im Versorgungsraum behandelten ausserkantonalen/ausserregionalen Patienten werden nicht berücksichtigt.

H.2.2. Abkürzungen und Symbole in Tabellen

Zeichen	Bedeutung
abs.	absolut
AK	Ausserkantonale (zum Beispiel Patienten, Fälle, Behandlungen)
CMI	Case Mix Index
Δ	Delta steht für Abweichung bzw. Veränderungsrate
\bar{x} -Alter	Durchschnittliches Alter
EW	Einwohner
>	grösser als ...
HPP	Zusatzversicherte (halbprivat und privatversicherte) Patienten
HR	Hospitalisationsrate
in Mio.	In Millionen steht für eine Einheit, zum Beispiel Pflage tage
in T	In Tausend steht für eine Einheit, zum Beispiel Fallzahlen
k. A.	Keine Angaben
KVG	Bundesgesetz vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
<	kleiner als ...
Max.	Maximalszenario
Min.	Minimalszenario
MAHD	Mittlere Aufenthaltsdauer
§	Paragraph
p.a.	per anno beziehungsweise pro Jahr
PT	Pflage tage
%	Prozent
Σ	Summe

H.2.3. Definition der einzelnen Rehabilitations-Leistungsbereiche

Begriffe	Erläuterungen
Kardiale Rehabilitation	Kardiale Rehabilitation ist ein Prozess, der bei Patienten mit kardialen Krankheiten mithelfen soll, den für sie optimalen Zustand in Bezug auf das physische, psychische, emotionale und soziale Wohlbefinden wieder zu erlangen.
Muskuloskelettale Rehabilitation	Muskuloskelettale Rehabilitation ist eine interdisziplinäre/interprofessionelle Behandlungsform teils chronischer degenerativer, teils entzündlicher, teils postoperativer muskuloskelettaler Erkrankungen.
Neurologische Rehabilitation	Bei der Neurorehabilitation handelt es sich um die Rehabilitation – gemäss WHO-Definition – der Folgen von Erkrankungen und Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie der Behandlung der Folgen von neuromuskulären Erkrankungen.
Frühneurologische Rehabilitation	Die Zielsetzung der neurologischen Frührehabilitation ist die Unterstützung und Förderung der spontanen Genesung unter Nutzung der Regenerationsfähigkeit des Nervensystems. Dabei gilt es auch Früh- und Spätkomplikationen zu verhindern bzw. in ihren Auswirkungen möglichst gering zu halten. Dies setzt einen frühestmöglichen Beginn der Behandlung voraus. Im Idealfall werden die Patienten von den Intensivstationen der zuweisenden Krankenhäuser auf die hiesige Station für neurologische Frührehabilitation verlegt.
Psychosomatische Rehabilitation	Die konzeptionelle Basis der psychosomatischen Rehabilitation stellt das psychosoziale Model der Komponenten der Gesundheit entsprechend der ICF-Definition dar. Demnach ist eine Multidisziplinarität, eine Komplexität und Multiprofessionalität der Leistungserbringung vorgesehen, um die Selbstmanagementfähigkeiten zu fördern, die Eigenressourcen zu nutzen und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen.
Pulmonale Rehabilitation	Die pulmonale Rehabilitation ist eine moderne multidisziplinäre Behandlungsform chronischer Lungenkrankheiten.
Internistische Rehabilitation	Die internistische Rehabilitation ist eine Rehabilitation von Patienten mit Funktions- und Partizipationsstörungen wegen mehrerer internmedizinischer Krankheitsbilder, die den kombinierten, multidisziplinären Rehabilitationsansatz benötigen und durch Spezialprogramme nicht ausreichend abgedeckt werden.

H.3. Tabellenanhang

H.3.1.

Marktanteile pro Leistungsbereich

Akutsomatik, zum Kapitel D.3.2

Marktanteile (Fälle) je Leistungsbereich, Angabe in Prozent je Leistungsbereich	Nervensystem & Sinnesorgane					Innere Organe										Bewegungsapparat		Gynäkologie & Geburtshilfe			übrige					Total			
	Dermatologie	Hals-Nasen-Ohren	Neurochirurgie	Neurologie	Ophthalmologie	Endokrinologie	Gastroenterologie	Viszeralchirurgie	Hämatologie	Herz- & Gefässchirurgie	Kardiologie & Angiologie	Infektologie	Nephrologie	Urologie	Pneumologie	Thoraxchirurgie	Orthopädie	Rheumatologie	Gynäkologie	Geburtshilfe	Neugeborene	Radio-) Onkologie	Psychiatrie & Toxikologie	Schwere Verletzungen	Transplantationen		Sonstige Behandlung	Verlegungen & Todesfälle	
Kantonsspital Liestal [BL]	29.1	45.4	37.1	37.5	62.4	35.4	33.2	47.9	30.0	41.5	39.5	37.0	45.3	72.9	27.8	37.8	29.2	39.9	40.2	33.6	25.2	59.0	16.7	25.7		28.4	41.4	36.5	
Kantonsspital Bruderholz [BL]	26.4	6.4	34.7	28.0	4.5	25.9	30.9	33.6	24.4	40.2	45.0	27.0	24.8	11.0	29.3	36.5	28.0	27.5	44.2	54.5	38.7	28.8	16.7	32.2		25.6	40.8	30.2	
Universitäts-Kinderspital beider Basel	30.5	26.7	8.0	27.6	5.6	21.2	20.7	10.2	22.4	0.6	1.7	25.8	15.4	6.7	29.0	4.2	11.0	8.3	1.6		27.6	10.5	50.0	34.6	100.0		25.1	1.2	15.3
Hirslanden Klinik Birshof Münchenstein [BL]	2.1	15.3	6.6	<0.1	0.8	0.2	<0.1	1.3		9.3		0.4				0.3	20.0	2.0	3.2					0.2		1.4	0.2	6.0	
Kantonsspital Laufen [BL]	8.9	1.5		4.5	2.0	8.3	8.4	5.5	4.5	2.5	9.8	5.1	7.8	2.5	8.2	2.9	4.8	9.6	7.0	5.2	4.2	0.9	5.6	7.0		2.0	14.0	5.6	
Ita Wegman Klinik Arlesheim [BL]	2.4	1.8	0.9	2.3	0.3	6.8	3.7		2.8	1.0	3.7	4.0	6.3	0.4	5.3	1.3	<0.1	8.3	0.6	6.5	4.3		11.1	0.2		6.2	1.7	2.5	
PraxisKlinik Rennbahn Muttenz [BL]	0.2		6.6								<0.1	0.4				0.8	5.7	0.3								0.6		1.4	
Lukas Klinik Arlesheim [BL]	0.1	0.2	6.1	<0.1	0.3	0.7	3.0		15.5		0.1	0.3	0.4	0.7	0.3	16.4			2.6			0.9				10.6	0.6	1.3	
Ergolz-Klinik Liestal [BL]	0.1	2.7			0.6	1.6	<0.1	1.5	0.3	4.8	<0.1			5.8			1.2		0.5	0.2							0.2	1.0	
Vista Klinik Binningen [BL]					23.6																							0.2	
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Akutsomatik, Kapitel D.3.2

Marktanteile (Fälle) je Leistungsbereich, Angabe in Prozent je Einrichtung	Nervensystem & Sinnesorgane					Innere Organe										Bewegungsapparat		Gynäkologie & Geburtshilfe			übrige					Total		
	Dermatologie	Hals-Nasen-Ohren	Neurochirurgie	Neurologie	Ophthalmologie	Endokrinologie	Gastroenterologie	Viszeralchirurgie	Hämatologie	Herz- & Gefässchirurgie	Kardiologie & Angiologie	Infektologie	Nephrologie	Urologie	Pneumologie	Thoraxchirurgie	Orthopädie	Rheumatologie	Gynäkologie	Geburtshilfe	Neugeborene	Radio-) Onkologie	Psychiatrie & Toxikologie	Schwere Verletzungen	Transplantationen		Sonstige Behandlung	Verlegungen & Todesfälle
Kantonsspital Liestal [BL]	2.8	7.0	0.6	6.0	1.6	1.1	6.6	8.3	1.3	2.8	5.6	1.9	1.5	8.4	4.0	1.0	17.9	3.2	3.1	4.9	3.8	1.5	<0.1	0.8		2.8	1.9	100
Kantonsspital Bruderholz [BL]	3.0	1.2	0.6	5.4	0.1	1.0	7.5	7.0	1.3	3.3	7.7	1.7	1.0	1.5	5.0	1.2	20.7	2.6	4.1	9.7	7.1	0.9	<0.1	1.2		3.0	2.3	100
Universitäts-Kinderspital beider Basel	6.9	9.8	0.3	10.5	0.3	1.6	9.8	4.2	2.3	0.1	0.6	3.2	1.2	1.8	9.8	0.3	16.1	1.6	0.3		9.9	0.6	0.2	2.5	0.2	5.8	0.1	100
Hirslanden Klinik Birshof Münchenstein [BL]	1.2	14.4	0.6	<0.1	0.1	<0.1	<0.1	1.4		3.9		0.1				<0.1	74.7	1.0	1.5					<0.1		0.9	<0.1	100
Kantonsspital Laufen [BL]	5.6	1.5		4.7	0.3	1.7	11.0	6.2	1.2	1.1	9.0	1.8	1.7	1.9	7.7	0.5	19.3	5.0	3.6	5.0	4.2	0.1	<0.1	1.4		1.3	4.2	100
Ita Wegman Klinik Arlesheim [BL]	3.3	4.0	0.2	5.4	0.1	3.1	10.8		1.7	1.0	7.7	3.1	3.1	0.7	11.1	0.5	0.2	9.6	0.7	13.9	9.5		0.2	0.1		8.8	1.1	100
PraxisKlinik Rennbahn Muttenz [BL]	0.6		2.6								0.2	0.6				0.6	93.3	0.6								1.7		100
Lukas Klinik Arlesheim [BL]	0.4	0.8	2.5	0.2	0.2	0.6	16.4		18.1		0.6	0.4	0.4	2.1	1.2	12.1		8.9	5.6			0.6				28.3	0.8	100
Ergolz-Klinik Liestal [BL]	0.5	16.2			0.5	1.9	0.3	10.0	0.5	12.4	0.5			25.3			28.6		1.6	1.3							0.3	100
Vista Klinik Binningen [BL]					100.0																							100
Total	3.5	5.6	0.5	5.8	0.9	1.1	7.3	6.3	1.6	2.5	5.1	1.9	1.2	4.2	5.2	1.0	22.3	2.9	2.8	5.4	5.5	0.9	<0.1	1.1	<0.1	3.5	1.7	100

Marktanteile pro Leistungsbereich

Pädiatrie, Kapitel G.1.4

Marktanteile (Pflegetage) je Leistungsbereich, Angabe in Prozent je Leistungsbereich	Nervensystem & Sinnesorgane					Innere Organe										Bewegungsapparat		Gynäkologie & Geburtshilfe			übrige					Total		
	Dermatologie	Hals-Nasen-Ohren	Neurochirurgie	Neurologie	Ophthalmologie	Endokrinologie	Gastroenterologie	Viszeralchirurgie	Hämatologie	Herz- & Gefässchirurgie	Kardiologie & Angiologie	Infektiologie	Nephrologie	Urologie	Pneumologie	Thoraxchirurgie	Orthopädie	Rheumatologie	Gynäkologie	Geburtshilfe	Neugeborene	(Radio-) Onkologie	Psychiatrie & Toxikologie	Schwere Verletzungen	Transplantationen		Sonstige Behandlung	Verlegungen & Todesfälle
Universitäts-Kinderspital beider Basel	93.6	72.8	100.0	93.1	90.9	97.9	91.1	79.5	100.0	66.7	89.7	91.0	94.8	83.1	95.9	93.3	79.6	95.7	64.3	67.7	100.0	90.0	91.9	100.0	86.0	15.1	83.6	
Kantonsspital Liestal [BL]	3.4	21.1		2.2			4.0	10.3			2.6	3.8	2.6	6.2			6.0	3.2	17.9	20.0	8.3			4.4	8.5	52.8	7.1	
Kantonsspital Bruderholz [BL]	1.6	0.6		2.5			1.7	8.3		33.3	7.7	1.4	1.3	0.8	0.2	6.7	6.1	1.1	17.9	66.7	21.7			3.1	5.2	9.4	5.5	
Kantonsspital Laufen [BL]	1.4	1.0		1.8	4.5		1.4	0.6			0.9				0.2		2.2		13.3	0.9			0.6	0.3	15.1	1.2		
Ita Wegman Klinik Arlesheim [BL]		0.9		0.3		2.1	1.7				2.8	1.3			3.8						1.4	10.0				5.7	1.0	
Hirslanden Klinik Birshof Münchenstein [BL]		2.7						0.3									3.2										0.8	
Ergolz-Klinik Liestal [BL]		0.9						1.0						10.0			0.8										1.9	0.5
Praxisklinik Rennbahn Muttenz [BL]																	2.2										0.3	
Vista Klinik Binningen [BL]					4.5																						<0.1	
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Pädiatrie, Kapitel G.1.4

Marktanteile (Pflegetage) je Leistungsbereich, absolute Angaben	Nervensystem & Sinnesorgane					Innere Organe										Bewegungsapparat		Gynäkologie & Geburtshilfe			übrige					Total		
	Dermatologie	Hals-Nasen-Ohren	Neurochirurgie	Neurologie	Ophthalmologie	Endokrinologie	Gastroenterologie	Viszeralchirurgie	Hämatologie	Herz- & Gefässchirurgie	Kardiologie & Angiologie	Infektiologie	Nephrologie	Urologie	Pneumologie	Thoraxchirurgie	Orthopädie	Rheumatologie	Gynäkologie	Geburtshilfe	Neugeborene	(Radio-) Onkologie	Psychiatrie & Toxikologie	Schwere Verletzungen	Transplantationen		Sonstige Behandlung	Verlegungen & Todesfälle
Universitäts-Kinderspital beider Basel	1'162	2'184	235	1'911	71	519	2'096	1'192	907	22	99	1'012	370	542	2'908	231	5'676	672	130	9'576	134	95	619	751	1'228	16	34'358	
Kantonsspital Liestal [BL]	77	719		33			77	135			9	43	10	30			278	12	32	15	301			15	126	29	1'941	
Kantonsspital Bruderholz [BL]	21	13		42			29	120		6	11	14	3	2	5	12	301	2	18	48	539			10	84	5	1'285	
Kantonsspital Laufen [BL]	16	27		26	3		24	15				16			4		126		13	37			2	2	8	319		
Ita Wegman Klinik Arlesheim [BL]		23		6		10	31				21	4		118						70		5				4	292	
Hirslanden Klinik Birshof Münchenstein [BL]		109						6									177										292	
Ergolz-Klinik Liestal [BL]		22						7						29			23									8	89	
Praxisklinik Rennbahn Muttenz [BL]																	144										144	
Vista Klinik Binningen [BL]					1																						1	
Total	1'276	3'097	235	2'018	75	529	2'257	1'475	907	28	119	1'106	387	603	3'035	243	6'725	686	180	76	10'523	134	100	646	751	1'440	70	38'721

H.3.2. Tabellenverzeichnis

Prognostizierter Bedarf 2020 nach Leistungsbereich.....	10
Tabelle 1 Verwendete Variablen der Medizinischen Statistik	26
Tabelle 2 Darstellungsebenen der Leistungen	30
Tabelle 3 Patienten nach Leistungsbereichen 2008.....	38
Tabelle 4 Ausserkantonale Behandlungen nach Leistungsbereichen	39
Tabelle 5 Einfluss der demographischen Entwicklung	43
Tabelle 6 Einfluss medizintechnischer Entwicklungen auf die Fallzahl 2020.....	44
Tabelle 7 Einfluss epidemiologischer Entwicklungen auf die Fallzahl 2020.....	45
Tabelle 8 Einfluss der prognostizierten Substitution auf die Fallzahl 2020 ^{a)}	46
Tabelle 9 Einfluss der prognostizierten Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer 2020	47
Tabelle 10 Prognostizierter Bedarf der Baselbieter Wohnbevölkerung 2020.....	48
Tabelle 11 Prognostizierter Bedarf 2020 nach Leistungsbereich.....	49
Tabelle 12 Prognostizierter Bedarf 2020 nach Altersgruppen	50
Tabelle 13 Stationäre Leistungen pro Spital im Kanton Basel-Landschaft 2008 (Teil 1)..	51
Tabelle 14 Stationäre Leistungen pro Spital im Kanton Basel-Landschaft 2008 (Teil 2)..	51
Tabelle 15 Marktanteil der Baselbieter Akutspitäler pro Leistungsbereich.....	52
Tabelle 16 Anteile der Leistungsbereiche am Behandlungsspektrum der Baselbieter Akutspitäler.....	53
Tabelle 17 Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft (Übersicht)	53
Tabelle 18 Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft (Detail)	54
Tabelle 19 Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft (Leistungsbereiche)	55
Tabelle 20 Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft (Übersicht)	56
Tabelle 21 Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft (Detail)	56
Tabelle 22 Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft (Leistungsbereiche)	57
Tabelle 23 Inner- und ausserkantonale Rehabilitationsleistungen 2008 nach Leistungsbereichen.....	66
Tabelle 24 Innerkantonale Rehabilitationsleistungen 2008 nach Leistungsbereichen	66
Tabelle 25 Ausserkantonale Rehabilitationsleistungen 2008 nach Leistungsbereichen ..	67

Tabelle 26	Entwicklung der Patientenzahlen nach Leistungsbereichen	67
Tabelle 27	Entwicklung der Pfl egetage nach Leistungsbereichen.....	68
Tabelle 28	Fallzahlen der Rehabilitationskliniken 2008.....	68
Tabelle 29	Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft.....	69
Tabelle 30	Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft.....	70
Tabelle 31	Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft.....	70
Tabelle 32	Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft.....	70
Tabelle 33	Psychiatrie 2008 nach Diagnosegruppen	73
Tabelle 34	Prognostizierter Bedarf der Baselbieter Wohnbevölkerung 2020.....	74
Tabelle 35	Prognostizierter Bedarf Psychiatrie 2020 nach Leistungsbereichen (Diagnosegruppen)	75
Tabelle 36	Prognostizierter Bedarf Psychiatrie 2020 nach Altersgruppen	75
Tabelle 37	Prognostizierter Bedarf der Baselbieter Wohnbevölkerung 2020 (ausreisserbereinigt)	75
Tabelle 38	Prognostizierter Bedarf Psychiatrie 2020 nach Diagnosegruppen (ausreisserbereinigt)	76
Tabelle 39	Fallzahlen Psychiatrie 2008 (absolut)	77
Tabelle 40	Fallzahlen Psychiatrie 2008 (Prozentanteile).....	77
Tabelle 41	Pfl egetage Psychiatrie 2008 (absolut)	78
Tabelle 42	Pfl egetage Psychiatrie 2008 (Prozentanteile)	78
Tabelle 43	Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft (Übersicht) 79	
Tabelle 44	Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft (Details, Pfl egetage)	79
Tabelle 45	Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft.....	80
Tabelle 46	Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft.....	80
Tabelle 47	Stationäre Leistungen 2008 Pädiatrie (Übersicht).....	82
Tabelle 48	Stationäre Leistungen 2008 Pädiatrie (Einzeldarstellung).....	82
Tabelle 49	Prognostizierter Bedarf Pädiatrie 2020	83
Tabelle 50	Prognostizierter Bedarf Pädiatrie 2020 nach Leistungsbereichen.....	84
Tabelle 51	Pfl egetage 2008 Pädiatrie (Absolut)	85
Tabelle 52	Pfl egetage 2008 Pädiatrie (%-Anteile).....	85

Tabelle 53	Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft (Übersicht)	86
Tabelle 54	Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft (Details, Pflage tage)	86
Tabelle 55	Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft	87
Tabelle 56	Zuwanderung von Patienten in den Kanton Basel-Landschaft	87

H.3.3. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Geografische Lage des Kantons Baselland	17
Abbildung 2	Zuteilung der Fälle in die Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation	24
Abbildung 3	Herleitung der Patientenzahlen und Pflage tage 2020	31
Abbildung 4	Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen	32
Abbildung 5	Prognosemodell Akutsomatik	32
Abbildung 6	Mittlerer Aufenthaltsdauer (MAD) und Fallschwere (Netto CMI) nach Leistungsbereichen	40
Abbildung 7	Hospitalisationsrate (HR) nach Altersgruppen	41
Abbildung 8	Mittlere Aufenthaltsdauer (MAD) nach Altersgruppen	41
Abbildung 9	Altersverteilung der Wohnbevölkerung, Anzahl Patienten und Anzahl Pflage tage nach Altersgruppen	42
Abbildung 10	Verwendete Daten Rehabilitation	61
Abbildung 11	Mittlere Aufenthaltsdauer von akutsomatischen Fällen im Ländervergleich ..	92

H.3.4. Verzeichnis der Verweise aufs Internet

Leistungsbereiche Akutsomatik: Zuordnungstabelle der DRG zu den Leistungsbereichen:

<http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/Spital2012/aktuell.html>

Medizintechnische Entwicklung: Gutachten des Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie:

<http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/Spital2012/aktuell.html>

Epidemiologische Entwicklung: Gutachten des Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern:

<http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/Spital2012/aktuell.html>

Substitutionspotential: vollständige Liste der in der Prognose substituierten DRG:

<http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/Spital2012/aktuell.html>