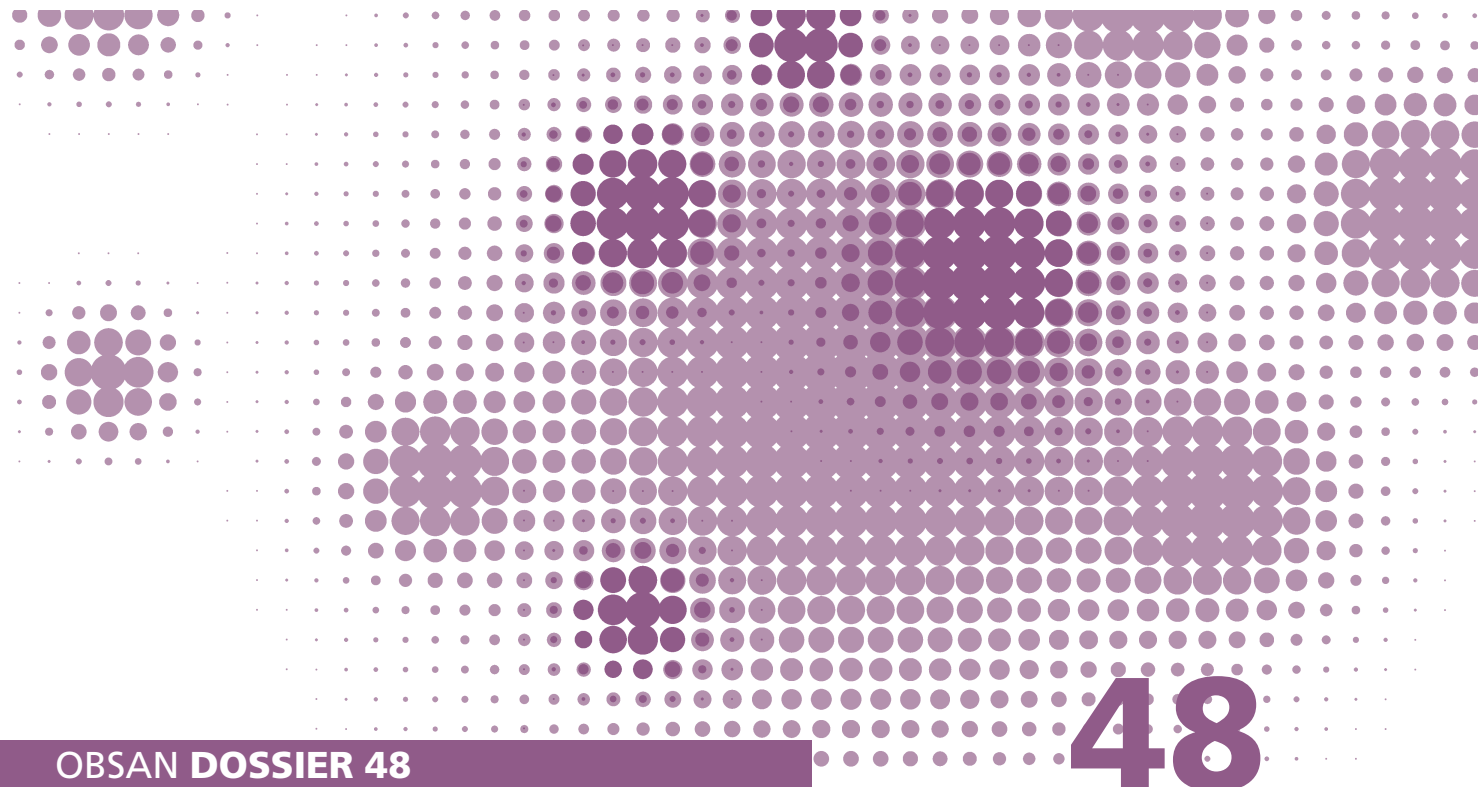




Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory



OBSAN DOSSIER 48

48

Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl

Analyse der stationären akutsomatischen
Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013

Kathrin Huber

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter www.obsan.ch.

In der Reihe «**Obsan Dossier**» erscheinen Forschungsberichte, welche Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen sollen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Der Inhalt der Obsan Dossiers unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Dossiers liegen in der Regel ausschliesslich in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorin

Kathrin Huber, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Begleitgruppe

Der Bericht wurde als Masterarbeit im Studiengang zum Master of Public Health der Swiss School of Public Health+ erstellt und begutachtet. Projektbegleitung: Monika Diebold (Obsan), Zweitgutachten: Matthias Schwenkglenks (Universitäten BS und ZH)

Projektleitung Obsan

Monika Diebold

Reihe und Nummer

Obsan Dossier 48

Zitierweise

Huber, K. (2015). *Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl. Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013* (Obsan Dossier 48). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tel. 058 463 60 45
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Grafik/Layout

DIAM, Prepress / Print, BFS

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen
(eine gedruckte Fassung ist nicht erhältlich)

Publikationsnummer

1037-1504-05

ISBN

978-2-940502-62-2

© Obsan 2015



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl

Analyse der stationären akutsomatischen
Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013

Kathrin Huber

Obsan Dossier 48

Neuchâtel, 2015

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	5
Zusammenfassung	7
Résumé	11
1 Einleitung.....	15
1.1 Hintergrund	15
1.1.1 Die Spitalversorgung in der Schweiz	15
1.1.2 Gesundheitspolitischer Kontext: Wechsel zur freien Spitalwahl	17
1.1.3 Definition der interkantonalen Patientenströme	18
1.1.4 Interkantonale Patientenströme und ihre Relevanz im Versorgungssystem	19
1.2 Ausgangslage / Stand der Forschung	21
1.2.1 Internationale Literatur	21
1.2.2 Studien aus der Schweiz	22
1.2.3 Forschungslücken	23
1.3 Projektziele.....	23
1.4 Forschungsfragen.....	24
2 Methoden	25
2.1 Datengrundlagen und statistische Methoden	25
2.1.1 Setting	25
2.1.2 Population	25
2.1.3 Variablen und Kennzahlen	26
2.1.4 Statistische Methoden	29
2.2 Analyse der Leistungsbereiche.....	30
2.3 Gesundheitspolitische Einbettung.....	31
3 Resultate.....	33
3.1 Zeitliche Entwicklung der ausserkantonalen Hospitalisationen	33
3.1.1 Schweizweite Betrachtung	33
3.1.2 Kantonale Perspektive	35
3.2 Import- und Exportkantone.....	39
3.2.1 Strukturelle und kulturelle Faktoren	40
3.2.2 Kantonal geprägte Spitalmärkte.....	43
3.3 Richtung der Patientenströme	45
3.3.1 Perspektive Abfluss.....	45
3.3.2 Perspektive Zustrom	48
3.4 Leistungsbezogene Charakteristika ausserkantonomer Hospitalisationen	52
3.4.1 Leistungsbereiche	52
3.4.2 Leistungsgruppen	54
3.4.3 Leistungen der stationären Grundversorgung	54
3.4.4 Eintrittsarten	56
3.4.5 Spitaltypen.....	57
3.5 Patientenbezogene Charakteristika ausserkantonomer Hospitalisationen.....	59
3.6 Gesundheitspolitischer Umgang mit interkantonalen Patientenströmen	63
3.6.1 Berücksichtigung interkantonomer Patientenströme in den Spitalplanungsgrundlagen.....	64
3.6.2 Strategien zur Steuerung der Patientenströme	64
3.6.3 Interkantonale Kooperationen, Vereinbarungen und Koordinationsbestrebungen	66

4	Diskussion	69
4.1	Tendenzen der Entwicklung der Patientenströme	69
4.2	Erklärungsansätze	70
4.3	Gesundheitspolitische Implikationen	71
4.4	Kritik	73
4.5	Ausblick auf weiteren Forschungsbedarf	73
5	Literaturverzeichnis	75
6	Anhang	79
Anhang 1	Detailtabellen Kennzahlen Patientenströme	79
Anhang 2	Detailtabellen Leistungsbereiche	85
Anhang 3	Ranglisten Leistungsgruppen (SPLG), 2010-2013	87
Anhang 4	Matrizen zu Patientenflüssen	89
Anhang 5	Übersicht kantonale Spitalplanungsgrundlagen	94
Anhang 6	Übersichtstabelle Leistungsgruppen und Leistungsbereiche	95

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1	Definition der Variablen	29
Tabelle 3.1	Hospitalisationen in Akutspitälern, gesamte Schweiz, 2010-2013	34
Tabelle 3.2	Ausserkantonale Hospitalisationen nach Sprachregion	43
Tabelle 3.3	Rangliste der Leistungsbereiche, 2010-2013	53
Tabelle 3.4	Entwicklung bei den Leistungen des Basispakets, gesamte Schweiz, 2010-2013	55
Tabelle 3.5	Ausserkantonale Hospitalisationen nach Eintrittsart, gesamte Schweiz, 2010-2013	57
Tabelle 3.6	Odds Ratios für die Eintrittsarten, 2013	57
Tabelle 3.7	Ausserkantonale Hospitalisationen nach Spitaltyp, gesamte Schweiz, 2010-2013	58
Tabelle 3.8	Odds Ratios für die Spitaltypen, 2013	59
Tabelle 3.9	Ausserkantonale Hospitalisationen nach Geschlecht	59
Tabelle 3.10	Ausserkantonale Hospitalisationen nach Alter	60
Tabelle 3.11	Ausserkantonale Hospitalisationen nach Nationalität (SchweizerIn / AusländerIn)	61
Tabelle 3.12	Ausserkantonale Hospitalisationen nach Versicherungsklasse	62
Tabelle 3.13	Odds Ratios für die Patientenmerkmale, 2013	63
Tabelle 3.14	Übersicht aktueller interkantonalen Koordinationen, Kooperationen und Vereinbarungen	67
Tabelle 6.1	Abfluss, alle Kantone, 2010-2013	79
Tabelle 6.2	Zustrom, alle Kantone, 2010-2013	80
Tabelle 6.3	Absolut-Saldo, alle Kantone, 2010-2013	81
Tabelle 6.4	Exportindex, alle Kantone, 2010-2013	82
Tabelle 6.5	Lokalisationsindex, alle Kantone, 2010-2013	83
Tabelle 6.6	Market Share Index, alle Kantone, 2010-2013	84
Tabelle 6.7	Abfluss bei Leistungen des Basispakets, alle Kantone, 2010-2013	85
Tabelle 6.8	Absolut-Saldo bei Leistungen des Basispakets, alle Kantone, 2010-2013	86
Tabelle 6.9	Rangliste Leistungsgruppen, 2013	87
Tabelle 6.10	Rangliste Leistungsgruppen, 2012	87
Tabelle 6.11	Rangliste Leistungsgruppen, 2011	87
Tabelle 6.12	Rangliste Leistungsgruppen, 2010	88
Tabelle 6.13	Matrix Patientenflüsse, 2013	89
Tabelle 6.14	Matrix Patientenflüsse, 2012	91
Tabelle 6.15	Matrix Patientenflüsse, 2011	92
Tabelle 6.16	Matrix Patientenflüsse, 2010	93
Tabelle 6.17	Kantonale Planungsgrundlagen	94
Tabelle 6.18	Leistungsbereiche und Leistungsgruppen (Liste gemäss SPLG-Version 2.2)	95

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1	Kantonale Unterschiede bei der Zahl der Spitalbetriebe, 2012.....	16
Abbildung 1.2	Kantonale Unterschiede bei der Angebotsdichte (Spitalbetten), 2012	16
Abbildung 3.1	Hospitalisationsrate in Akutspitälern, 2010-2013	33
Abbildung 3.2	Entwicklung ausserkantonaler Hospitalisationen, 2010-2013	34
Abbildung 3.3	Kantonale Unterschiede beim Abfluss, 2013	35
Abbildung 3.4	Kantonale Unterschiede beim Abfluss, 2010	36
Abbildung 3.5	Kantonale Unterschiede beim Zustrom, 2013	37
Abbildung 3.6	Kantonale Unterschiede beim Saldo (absolute Zahlen), 2010-2013	38
Abbildung 3.7	Kantonale Unterschiede beim Exportindex, 2010-2013	40
Abbildung 3.8	Abfluss und Bettendichte, 2010 und 2013 im Vergleich.....	41
Abbildung 3.9	Exportindex und Bettendichte, 2010 und 2013 im Vergleich	41
Abbildung 3.10	Abfluss und Einwohnerzahl, 2010 und 2013 im Vergleich.....	42
Abbildung 3.11	Exportindex und Einwohnerzahl, 2010 und 2013 im Vergleich	42
Abbildung 3.12	Kantonale Unterschiede beim Market Share Index, 2013.....	43
Abbildung 3.13	Anteil der in ihrem Wohnkanton hospitalisierten Fälle (Lokalisationsindex)	44
Abbildung 3.14	Chord-Diagramm für abfliessende Patientenströme (absolut), 2013	45
Abbildung 3.15	Chord-Diagramm für abfliessende Patientenströme (prozentual), 2013	46
Abbildung 3.16	Chord-Diagramm Kanton Luzern, abfliessende Ströme (in Prozenten), 2013	47
Abbildung 3.17	Chord-Diagramm Kanton Solothurn, abfliessende Ströme (absolut), 2013.....	48
Abbildung 3.18	Chord-Diagramm für zufließende Patientenströme (absolut), 2013	49
Abbildung 3.19	Chord-Diagramm für zufließende Patientenströme (prozentual), 2013	50
Abbildung 3.20	Chord-Diagramm Kanton Aargau, zufließende Ströme (in Prozenten), 2013	51
Abbildung 3.21	Chord-Diagramm Kanton St. Gallen, zufließende Ströme (absolut), 2013	52
Abbildung 3.22	Basispaket im Kontext aller Leistungen.....	54
Abbildung 3.23	Saldo (Import-Export) bei den Leistungen des Basispakets, 2010-2013.....	56
Abbildung 3.24	Entwicklung ausserkantonaler Hospitalisationen nach Spitaltyp, 2010-2013	58
Abbildung 3.25	Verteilung der ausserkantonalen Hospitalisationen auf Altersgruppen, 2013	61

Zusammenfassung

Ausgangslage und Erkenntnisinteresse

In der Schweiz ist die Spitalversorgung stark von der Politik der Kantone geprägt. Die verfassungsmässigen Grundsätze teilen den Kantonen die Hauptverantwortung für die Gesundheitsversorgung zu. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) verpflichtet die Kantone in Art. 39, eine bedarfsgerechte Spitalplanung vorzunehmen und dabei auch interkantonale Kooperationen einzugehen. Die Kantone sind durch die entsprechenden Bestimmungen der Verordnung verpflichtet, dabei auch die Patientenströme zu berücksichtigen. Aufgrund dieser kantonalen Zuständigkeit für die Spitalplanung und der Auswirkungen, die die Patientenflüsse zwischen den Kantonen auf die Planung, die Kosten (für Kantone, Krankenversicherer und Patientinnen und Patienten) und den Zugang zur Versorgung mit Spitalleistungen haben, waren und sind die interkantonalen Patientenströme von vielfältiger Relevanz.

Mit Inkrafttreten der KVG-Revision zur neuen Spitalfinanzierung wurde per 1.1.2012 nebst anderen Reformen auch die freie Spitalwahl eingeführt. Dies mit dem Ziel, den Wettbewerb zwischen den Spitälern durch den Abbau von Mobilitätsbeschränkungen zu stärken. Seit der Einführung der freien Spitalwahl können die Patientinnen und Patienten in der Schweiz grundsätzlich frei wählen, in welchem Spital sie sich behandeln lassen möchten, unabhängig davon, ob dieses Spital den Standort in ihrem Wohnkanton hat oder nicht. Die obligatorische Krankenversicherung und die Kantone übernehmen die Kosten für Behandlungen in jedem Spital, das von mindestens einem Kanton einen Leistungsauftrag für die benötigte Behandlung hat, allerdings höchstens zum Referenztarif des Wohnkantons. Eine allfällige Differenz zum fakturierten Tarif des behandelnden Spitals muss weiterhin von den Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Zusatzversicherung übernommen werden.

Wie sich die Reform des Spitalbereichs durch die Einführung der freien Spitalwahl auf die interkantonalen Patientenströme auswirkt, wurde bisher noch nicht wissenschaftlich untersucht. Der vorliegende Bericht will aufzeigen, wie sich im Kontext dieser Veränderung der regulatorischen Rahmenbedingungen die interkantonalen Patientenströme im Zeitraum von 2010 bis 2013 – im Vergleich der zwei Jahre vor mit den ersten zwei Jahren nach der Einführung der freien Spitalwahl – entwickelt haben und welche gesundheitspolitischen Implikationen sich daraus ergeben können.

Methode

Der vorliegende Bericht wurde als Masterarbeit im MPH-Studiengang der Swiss School of Public Health + vorgelegt. Er baut auf dem Obsan-Bericht 55 aus dem Jahr 2012 auf und knüpft bei den damals aufgezeigten Ergebnissen an, hat aber einen anderen Fokus, nämlich die zeitliche Entwicklung seit 2010 aufzuzeigen und dabei insbesondere die gesundheitspolitischen Aspekte miteinzubeziehen.

Die quantitative Analyse der Patientenströme zwischen den Kantonen erfolgte mit vorwiegend deskriptiven statistischen Auswertungen der Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, der Krankenhausstatistik sowie teilweise ergänzend aus der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte des Bundesamtes für Statistik (BFS). Die Analyse bezieht sich auf die gesamte Schweiz bzw. alle Kantone und umfasst die Erhebungsjahre 2010, 2011, 2012 und 2013.

Beobachtungseinheiten dieser Studie sind alle akutsomatischen stationären Fälle in allen Spitälern der Schweiz. Zum Zeitpunkt der Spitalbehandlung nicht in der Schweiz lebende Patientinnen und Patienten sind von der Analyse ausgeschlossen. Der Zustrom aus dem Ausland ist daher nicht berücksichtigt.

Im Zentrum steht die Analyse der Entwicklung der Stärke der Patientenströme durch verschiedene Kennzahlen, die für die ganze Schweiz und für die einzelnen Kantone berechnet wurden. Um die Kantone zu charakterisieren, wurden die Patientenströme ergänzend auch im Zusammenhang mit der Einwohnerzahl des Kantons, der Bettendichte im Kanton sowie der Sprachregion untersucht.

Vor dem Hintergrund, dass die Spitalplanungen nicht mehr kapazitäts-, sondern leistungsorientiert erfolgen müssen, ist ein weiterer Schwerpunkt der Untersuchung die leistungsbezogene Perspektive. Das heisst, dass

auch die Spitalleistungsgruppen (SLPG) sowie Eintrittsart und Spitaltyp als Variablen berücksichtigt wurden. Besondere Beachtung wurde den Leistungen der stationären Grundversorgung geschenkt.

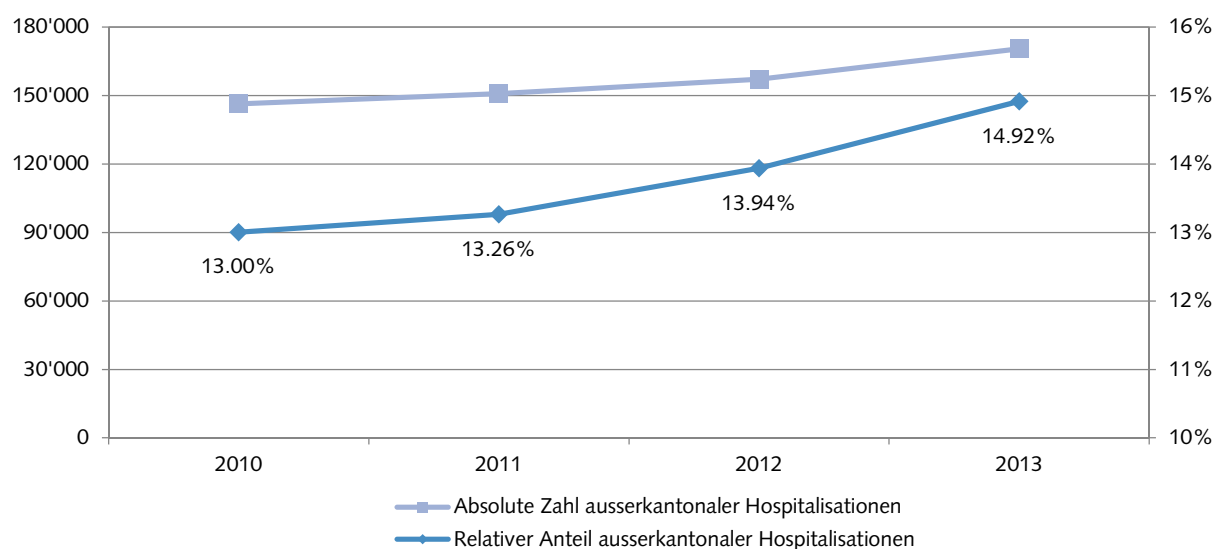
Um die ausserkantonalen Hospitalisationen in Bezug auf die betroffenen Patientinnen und Patienten näher zu charakterisieren, wurden als weitere Variablen auch das Geschlecht, das Alter, die Nationalität (SchweizerIn / AusländerIn) und die Versicherungsklasse in die Analyse einbezogen.

Um die quantitativen Ergebnisse im gesundheitspolitischen Kontext interpretieren zu können, wurde Datenmaterial aus den Spitalversorgungs- und Strukturberichten der Kantone herangezogen, die diese im Rahmen der Überarbeitung ihrer Spitalplanung nach Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung erstellt und veröffentlicht haben.

Resultate

Die Annahme, dass die interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl zunehmen müssten, hat sich bestätigt, wenn man die Ergebnisse für den Zeitraum von 2010 bis 2013 betrachtet. Im schweizweiten Mittel wuchs der Anteil ausserkantonomaler Hospitalisationen von 13% 2010 auf 13.26% 2011 und 13.94% 2012 und erreichte 2013 14.92%.

Entwicklung ausserkantonomaler Hospitalisationen, 2010-2013



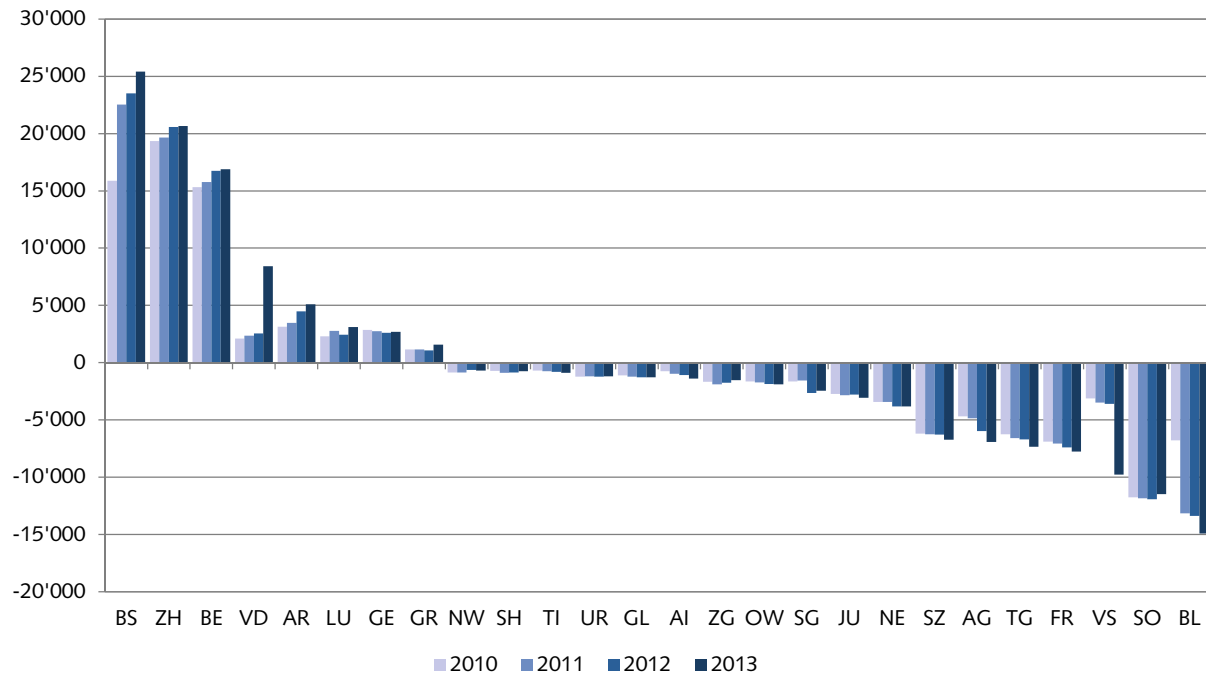
Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik, STATPOP; eigene Auswertung.

Die Ergebnisse, die Gültigkeit für die gesamte Schweiz haben, können nicht auf jeden einzelnen Kanton übertragen werden. Der Abfluss an Patientinnen und Patienten hat von 2010 bis 2013 nur in 23 Kantonen zugenommen. Die Heterogenität unter den Kantonen ist sowohl in Bezug auf die Veränderung über die Zeit wie auch in Bezug auf das Ausgangs- und Endniveau bei den Abflüssen und Zuströmen beträchtlich.

Ein Beispiel für die kantonalen Unterschiede ist die Kennzahl Absolut-Saldo, die zeigt, wie gross der Saldo ist, wenn man die aus dem Kanton hinausgehenden Fälle von den von ausserhalb des Kantons kommenden Fällen subtrahiert. Diejenigen Kantone mit einem Saldo, der grösser als 0 ist, haben absolut gesehen mehr Fälle, die von ausserhalb des Kantons kommen als im Kanton wohnende Fälle, die in ein Spital ausserhalb des Kantons gehen. In den Kantonen mit einem Saldo unter 0 ist es umgekehrt. Sie „verlieren“ mehr von in ihrem Kanton wohnenden Fällen, als sie an ausserkantonomalen Fällen „gewinnen“. Die Anordnung von links nach rechts in der nachfolgenden Grafik bildet die Rangliste aufgrund der Zahlen 2013 ab (dunkelster Balken). Für den zeitlichen Vergleich sind daneben zu jedem Kanton die Werte aus den Vorjahren 2010, 2011 und 2012 ergänzt (hellere Balken).¹

¹ Die Veränderung im Kanton VS (und VD) ist auf eine Änderung in der Betriebszählung des BFS beim Spital Riviera-Chablais, Waadt/Wallis zurückzuführen und muss daher vorsichtig interpretiert werden.

Kantonale Unterschiede beim Saldo (absolute Zahlen), 2010-2013



Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Die Analyse der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen hat die Annahme bestätigt, dass der Anteil ausserkantonomer Fälle in (hoch-)spezialisierten Leistungsbereichen besonders hoch ist. Aber auch bei den Leistungen der stationären akutsomatischen Grundversorgung, die immer auch im Wohnkanton angeboten würden, hat die ausserkantonale Inanspruchnahme zugenommen. Bei diesen Basisleistungen ist der Anteil von 10.29% 2010 auf 10.67% 2011, auf 10.74% 2012 und schliesslich auf 11.73% im Jahr 2013 angestiegen.

Die patientenbezogenen Ergebnisse zeigen, dass die Zunahme der ausserkantonomer Hospitalisationen alle Patientengruppen (differenziert nach Geschlecht, Alter, Nationalität und Versicherungsklasse) betrifft. Das unterstreicht, dass die tendenziell zunehmenden Patientenströme nicht nur auf einzelne Patientengruppen zurückzuführen sind.

Auch bei den Eintrittsarten zeigt sich, dass sowohl bei den geplanten Eintritten wie auch bei Notfällen und Geburten eine Zunahme zu verzeichnen ist, wobei der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen bei den angemeldeten, geplanten Eintritten am höchsten war (18.66% im Jahr 2013). Bei den Spitaltypen ist die Entwicklung schwieriger beurteilbar. Klar ist aber, dass die Universitätsspitäler in Bezug auf den Anteil ausserkantonomer Fälle auch 2013 noch an der Spitze lagen (mit 20.05%).

Der Blick in die aktuell zur Verfügung stehenden Spitalplanungsgrundlagen der Kantone zeigt, dass in der Folge der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung neue interkantonale Kooperationen eingegangen oder bestehende Vereinbarungen angepasst und verlängert wurden. Die zusammengetragene Übersicht illustriert, dass die interkantonale Zusammenarbeit im Bereich der Spitalplanung in unterschiedlicher Form erfolgen kann und von Absprachen und Austausch, gemeinsamer Bedarfsplanung und der Anwendung von gemeinsamen Empfehlungen bis hin zu formellen Verpflichtungen wie der interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) geht, mit deren Unterzeichnung die Kantone ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur gesamtschweizerischen Planung der hochspezialisierten Medizin nachgekommen sind.

Diskussion und Implikationen

Angesichts der Ergebnisse kann man nicht von einem sprunghaften, aber von einem kontinuierlichen und leichten Anstieg der interkantonalen Patientenströme sprechen. Es ist festzuhalten, dass der Beobachtungszeitraum von vier Jahren bzw. zwei Jahren nach der Veränderung der Rahmenbedingungen noch keine abschliessende Aussage über die Entwicklung zulässt und dass es nicht bezifferbar ist, wie stark die Einführung der freien Spitalwahl den Anstieg der ausserkantonalen Hospitalisationen beeinflusst hat. Der vorliegende Bericht diskutiert verschiedene Erklärungsansätze für die Veränderungen, die sich in den Ergebnissen abzeichnen.

Die freie Spitalwahl hat in erster Linie Hürden abgebaut, indem sie die komplett finanzierte Behandlung in einem ausserkantonalen Spital ermöglicht, wenn dieses auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist. Ein grosser Teil der Bevölkerung hatte schon vor der Einführung der freien Spitalwahl die Zusatzversicherung „allgemeine Abteilung ganze Schweiz“ oder (halb-)private Zusatzversicherungen abgeschlossen, die eine ausserkantonale Hospitalisation ohne Zusatzkosten für die Versicherten ermöglicht hat. Daher hat die freie Spitalwahl aus Sicht der meisten Patientinnen und Patienten – zumindest was die Vergütung betrifft – nicht viel an der Ausgangslage geändert. Die finanziellen Anreize durch die Tarife und Tarifunterschiede spielen also womöglich eine untergeordnete Rolle bzw. sind zu wenig stark, um die Mobilität der Patientinnen und Patienten massgeblich zu steigern.

Die Analyse der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen hat die Annahme bestätigt, dass der Anteil ausserkantonomer Fälle in (hoch-)spezialisierten Leistungsbereichen besonders hoch ist. Eher überraschend ist, dass dieser Anteil teilweise nicht noch höher ist. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass auch sehr spezialisierte Leistungen oft noch immer im eigenen Wohnkanton in Anspruch genommen werden. Bei den Leistungen der stationären akutsomatischen Grundversorgung, die ebenfalls zunehmend ausserkantonale in Anspruch genommen werden, ist die Entwicklung mit besonderer Aufmerksamkeit weiterzuverfolgen. Da diese Basisleistungen eigentlich immer auch im Wohnkanton angeboten würden zeigt sich bei ihnen besonders deutlich, inwiefern die Grenzen der kantonalen Spitallisten von den Patientinnen und Patienten überschritten werden.

Der in der Akutsomatik im schweizweiten Schnitt auf fast 15% angestiegene Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen, der 2013 über 170'000 Fälle ausmachte, verdeutlicht die Bedeutung der interkantonalen Koordination. Bei den kantonalen Spitalplanungen werden Leistungsaufträge an ausserkantonale Leistungserbringer immer wichtiger, wenn die Patientinnen und Patienten diese Leistungserbringer vermehrt aufsuchen. Gleichzeitig sollte der wachsende Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen zu vermehrten Absprachen zwischen den Kantonen führen, damit sich die Planungen der einzelnen Kantone nicht torpedieren. Die im KVG verankerte Verpflichtung zur Koordination der kantonalen Planungen hat im Licht, dass das KVG dem Grundsatz der Kostendämpfung verpflichtet ist, sicherlich auch das Ziel, ein Überangebot an Spitalleistungen zu verhindern. Es darf durch die zusätzlichen Kapazitäten, die für ausserkantonale Patientinnen und Patienten eingeplant werden, nicht zum Erhalt bzw. zur Schaffung von Überkapazitäten kommen, aber gleichzeitig muss der Zugang zur Spitalversorgung für die gesamte Bevölkerung gewährleistet werden.

Zusammengefasst implizieren die Ergebnisse der Analyse der interkantonalen Patientenströme auf gesundheitspolitischer Ebene eine zunehmende Bedeutung der interkantonalen Koordination und Kooperation bei den Spitalplanungen, um die Bereitstellung der erforderlichen Gesundheitsleistungen zu guter Qualität und tragbaren Kosten am richtigen Ort gewährleisten zu können.

Résumé

Contexte et problématique

En Suisse, les services hospitaliers sont fortement empreints des politiques cantonales. Les bases constitutionnelles attribuent en effet aux cantons la responsabilité principale des services de santé. La loi fédérale sur l'assurance-maladie (art. 39 LAMal) exige des cantons qu'ils coopèrent en vue d'établir une planification hospitalière adaptée aux besoins. Dans cette démarche, les cantons sont tenus de prendre en considération les flux intercantonaux de patients, conformément aux dispositions de l'ordonnance correspondante. Ces flux sont importants à plusieurs égards, et notamment en raison de leurs effets sur la planification hospitalière (du ressort des cantons), sur les coûts (pour les cantons, les assureurs et les patients) et sur l'accès aux prestations hospitalières.

L'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012 du nouveau financement hospitalier a donné lieu, entre autres réformes, à l'introduction du libre choix de l'hôpital. Le but était de renforcer la concurrence entre les hôpitaux en supprimant certains obstacles à la mobilité. Depuis l'introduction du libre choix de l'hôpital, les patients peuvent choisir librement dans quel hôpital ils souhaitent se faire soigner en Suisse, que l'hôpital se trouve ou non dans leur canton de domicile. L'assurance obligatoire des soins et les cantons prennent en charge les coûts des traitements dans tout hôpital ayant reçu, de la part d'un canton au moins, un mandat de prestations pour le traitement requis, cela dans les limites du tarif de référence du canton de domicile. La différence avec le tarif facturé par l'hôpital reste à la charge des patients ou de leur assurance complémentaire.

Aucune étude n'a été menée jusqu'ici sur les effets de l'introduction du libre choix de l'hôpital sur les flux intercantonaux de patients. Le présent rapport montre comment ces flux ont évolué dans le contexte de ce changement réglementaire entre 2010 et 2013 (comparaison entre les deux années précédant l'introduction du libre choix de l'hôpital et les deux années suivant cette dernière), et quelles en sont les conséquences en termes de politique de la santé.

Méthodologie

Ce rapport a été présenté comme travail de master en santé publique à la Swiss School of Public Health +. S'appuyant sur le rapport 55 de l'Obsan de l'année 2012 et sur ses résultats, il met l'accent sur l'évolution temporelle depuis 2010 en tenant compte notamment des aspects liés à la politique de la santé.

L'analyse quantitative des flux de patients entre les cantons se base sur des exploitations statistiques principalement descriptives des statistiques médicale et administrative des hôpitaux, complétées par des données de la statistique de la population et des ménages établie par l'Office fédéral de la statistique (OFS). L'analyse se réfère à l'ensemble de la Suisse, c'est-à-dire à tous les cantons, et porte sur les années 2010, 2011, 2012 et 2013.

Les unités d'observation dans cette étude sont les cas de soins somatiques aigus stationnaires recensés dans tous les hôpitaux de Suisse. Les patients non domiciliés en Suisse au moment de leur traitement à l'hôpital ont été exclus de l'analyse. Le flux des patients venant de l'étranger n'est donc pas pris en compte.

L'analyse décrit l'évolution des flux de patients à l'aide de plusieurs indicateurs établis pour la Suisse dans son ensemble et pour chaque canton. A titre complémentaire, les flux de patients sont par ailleurs mis en relation avec le nombre d'habitants des cantons, la densité de lits dans un canton et la région linguistique.

Etant donné que les planifications hospitalières sont basées non plus sur les capacités mais sur les prestations, ces dernières constituent un autre élément central de l'analyse. L'analyse porte par conséquent aussi sur les variables "groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH)", "type d'admissions" et "type d'hôpital". Une attention particulière est accordée aux soins stationnaires de base.

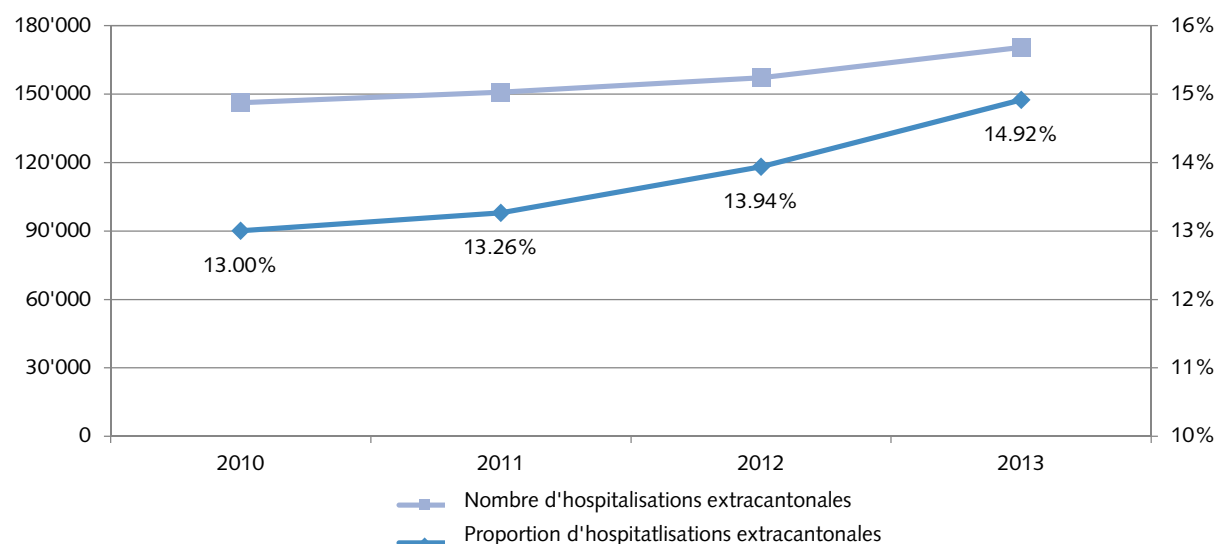
D'autres variables telles que le sexe, l'âge, la nationalité (suisse/étrangère) et la classe d'assurance sont considérées dans l'analyse pour permettre une description plus précise des patients hospitalisés hors de leur canton de domicile.

Des informations provenant de rapports cantonaux sur les soins et les structures hospitalières ont été utilisées pour l'interprétation des résultats quantitatifs dans le contexte de la politique de la santé. Ces rapports avaient été établis et publiés par les cantons eux-mêmes dans le cadre de la révision de leur planification hospitalière après l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier.

Résultats

Les résultats pour la période de 2010 à 2013 confirment l'hypothèse de l'augmentation des flux intercantonaux de patients liée à l'introduction du libre choix de l'hôpital. A l'échelle suisse, la part des hospitalisations hors canton s'est accrue de 13,00% en 2010 à 13,26% en 2011 et de 13,94% en 2012 à 14,92% en 2013.

Evolution des hospitalisations en soins aigus hors canton de 2010 à 2013



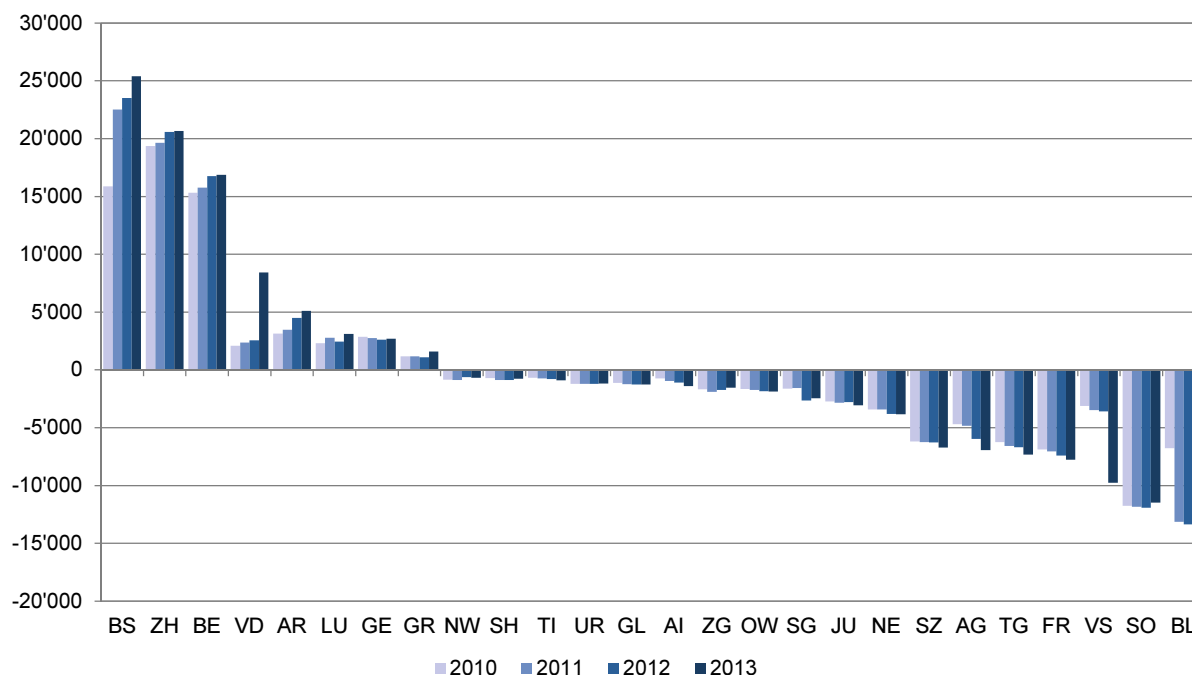
Sources: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, STATPOP; propre exploitation.

Les résultats sont valables pour l'ensemble de la Suisse, mais ne sont pas représentatifs de chaque canton individuellement. Le flux sortant de patients n'a augmenté que dans 23 cantons entre 2010 et 2013. L'hétérogénéité entre les cantons est considérable tant pour ce qui est de l'évolution au fil du temps que du niveau de départ et d'arrivée des flux entrants et des flux sortants.

Les indicateurs – par exemple celui du solde absolu – illustrent les différences entre les cantons. Le solde absolu s'obtient en soustrayant les cas qui sortent du canton de ceux qui y entrent en provenance d'un autre canton. Les cantons dont le solde absolu est supérieur à zéro comptent, en termes absolus, plus de cas qui viennent de l'extérieur que de résidents hospitalisés dans un autre canton. C'est l'opposé lorsque le solde absolu est inférieur à zéro. Dans ce cas, les cantons "perdent" plus de patients résidents qu'ils ne "gagnent" de patients intercantonaux. Le graphique ci-après présente, de gauche à droite, les chiffres de 2013 (barres foncées). Les valeurs des années précédentes (2010, 2011 et 2012; barres claires) viennent les compléter pour une comparaison dans le temps².

² L'évolution dans le canton du VS (et de VD) s'explique par une modification apportée au recensement des entreprises réalisé par l'OFS à l'hôpital Riviera-Chablais, Vaud/Valais; il convient donc d'interpréter les données correspondantes avec prudence.

Différences de solde entre les cantons (chiffres absolus), 2010-2013



Sources: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux; propre exploitation.

L'analyse des domaines de prestations et des groupes de prestations confirme l'hypothèse selon laquelle la part des cas extracantonaux est particulièrement importante dans les domaines des prestations (hautement) spécialisées. La part des cas extracantonaux a cependant aussi augmenté dans les prestations de base en soins somatiques aigus stationnaires, bien que cette offre soit disponible dans le canton de domicile. Cette part s'est accrue de 10,29% en 2010 à 10,67% en 2011, à 10,74% en 2012 et à 11,73% en 2013.

Les résultats montrent que le nombre d'hospitalisations hors canton a augmenté dans tous les groupes de patients (ventilation selon le sexe, l'âge, la nationalité et la classe d'assurance). Les flux de patients tendent donc à augmenter d'une manière générale et pas seulement pour certains groupes de patients.

La ventilation par type d'admission fait également ressortir une hausse du nombre des entrées annoncées et planifiées ainsi que des urgences et des naissances. La part des hospitalisations extracantonales est la plus élevée pour les admissions annoncées et planifiées (18,66% en 2013). L'évolution est moins flagrante par types d'hôpitaux. Il est toutefois clair que les hôpitaux universitaires occupent toujours le haut du classement en 2013 pour ce qui est de la proportion de cas extracantonaux (avec 20,05%).

Un regard sur les bases actuelles de la planification hospitalière des cantons montre que de nouvelles coopérations intercantionales ont été réalisées suite à la révision de la LAMal sur le financement des hôpitaux et que certaines conventions ont été adaptées ou prolongées. Globalement, l'analyse révèle que la collaboration intercantonale dans le domaine de la planification hospitalière peut prendre la forme d'accords ou d'échanges, d'une planification conjointe des besoins et de l'application de recommandations communes, voire d'engagements formels tels que la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) par laquelle les cantons signataires ont rempli leurs obligations légales en matière de contribution à la planification à l'échelle suisse de la médecine hautement spécialisée.

Discussion et implications

Compte tenu des résultats obtenus, on ne peut pas parler d'une hausse marquée mais d'une augmentation légère mais continue des flux intercantonaux de patients. La période d'observation de quatre ans, dont deux ans après la modification des conditions-cadre, ne permet pas de tirer de conclusions définitives sur l'évolution; il n'est de plus pas possible de déterminer quantitativement dans quelle mesure l'introduction

du libre choix de l'hôpital a influencé l'augmentation des hospitalisations extracantonales. Le présent rapport propose plusieurs explications aux changements observés.

Le libre choix de l'hôpital a tout d'abord supprimé des obstacles dans le sens où il garantit le financement complet des traitements dispensés hors du canton de domicile dans un établissement figurant sur la liste des hôpitaux de ce canton. Une grande partie des assurés avaient déjà conclu, avant l'introduction du libre choix de l'hôpital, une assurance complémentaire "hospitalisation en division commune dans toute la Suisse" ou une assurance complémentaire (semi-) privée leur permettant de se faire hospitaliser dans un autre canton sans frais supplémentaires. Pour la plupart des patients, le libre choix de l'hôpital ne change pas grand-chose, du moins du point de vue des frais pris en charge. L'incitation financière exercée par les tarifs et les différences tarifaires jouerait donc un rôle secondaire ou serait trop faible pour accroître considérablement la mobilité des patients.

L'analyse des domaines de prestations et des groupes de prestations confirme l'hypothèse selon laquelle la part des cas extracantonaux est particulièrement importante dans les domaines de prestations (hautement) spécialisés. Il est même étonnant dans certains cas que cette part ne soit pas plus élevée. Les résultats montrent que le recours aux prestations très spécialisées se fait encore très souvent dans le canton de domicile. Une attention particulière doit par ailleurs être portée à l'évolution dans les soins somatiques aigus stationnaires de base, où les séjours hors cantons sont également en croissance. Les prestations de base étant disponibles dans le canton de domicile, le nombre de séjours hors canton est révélateur de l'aisance avec laquelle les patients s'affranchissent des listes hospitalières cantonales.

La part des hospitalisations hors canton est montée à près de 15% à l'échelle suisse dans les soins somatiques aigus, représentant plus de 170'000 cas en 2013; cette hausse souligne la pertinence de la coordination intercantonale. Dans les planifications hospitalières cantonales, les mandats de prestations confiés à des prestataires extracantonaux ne cessent de gagner en importance lorsque les patients recourent à leurs services. Les cantons devraient davantage se concerter pour éviter que la part croissante des hospitalisations extracantonales ne mette à mal leurs planifications hospitalières. La LAMal comportant le principe de la maîtrise des coûts, l'obligation qu'elle prévoit pour les cantons de coordonner leurs planifications hospitalières vise certainement aussi à éviter les surcapacités hospitalières. Les capacités supplémentaires à prévoir pour la prise en charge des patients extracantonaux ne doivent pas créer ni maintenir des surcapacités, tout en garantissant à toute la population l'accès à la prise en charge hospitalière.

En résumé, l'analyse des flux intercantonaux de patients souligne l'importance croissante d'une coordination et d'une coopération entre les cantons en matière de planification hospitalière afin d'offrir les prestations de santé nécessaires, de qualité, à un prix raisonnable et au bon endroit.

1 Einleitung

Mehr Wettbewerb unter den Spitälern, Abbau von kantonalen Grenzen im Spitalmarkt und eine Zunahme des „Behandlungstourismus“³ sind Schlagworte, die zur Einführung der freien Spitalwahl im Zuge der KVG-Revision zur neuen Spitalfinanzierung gefallen sind. Es ist die Frage, inwiefern sich diese auch manifestieren werden. Drei Jahre nach Inkrafttreten der freien Spitalwahl ist der Moment da, um eine erste Analyse der Entwicklung der interkantonalen Patientenströme in der Schweiz zu unternehmen. Der Weg dazu und das Ergebnis sind im vorliegenden Bericht für die stationäre Akutsomatik dokumentiert.

Hintergründe und Relevanz des Themas werden in der Einleitung im Folgenden eingeführt. Ebenso werden in der Einleitung der aktuelle Forschungsstand, die noch bestehenden Lücken sowie die im Zentrum dieser Arbeit stehenden Forschungsfragen und -hypothesen erläutert. Die für die Analyse der interkantonalen Patientenströme herangezogenen Methoden, Kennzahlen, Variablen und Daten werden im zweiten Kapitel beschrieben.

Im dritten Kapitel werden die Resultate der Analyse dargestellt. Dabei steht die Entwicklung der interkantonalen Patientenströme auf gesamtschweizerischer und auf kantonaler Ebene im Zentrum. Es werden aber auch die Richtung der Patientenwanderungen sowie leistungsbezogene und patientenbezogene Charakteristika ausserkantonomer Hospitalisationen aufgezeigt. Schliesslich wird mit einem Blick auf die kantonalen Spitalplanungsgrundlagen eine Übersicht über die gesundheitspolitische Steuerung der Patientenströme und die interkantonalen Kooperationen gegeben, die dabei eingegangen werden.

Die Resultate werden im vierten Kapitel interpretiert und in einem breiteren gesundheitspolitischen Kontext diskutiert.

1.1 Hintergrund

1.1.1 Die Spitalversorgung in der Schweiz

Heute gibt es in der Schweiz alles in allem 297 Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser mit 492 Standorten (Stand 2012, vgl. Bundesamt für Statistik (BFS) 2014: 67). Dadurch ist die Versorgungsdichte relativ hoch: Gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) gab es im Jahr 2013 rund 3.6 Krankenhäuser pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner, oder 4.6 Spitalbetten pro 1'000 Personen.⁴ Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz damit auf den vorderen Plätzen, aber nahe beim Durchschnitt der OECD-Staaten.⁵ 2013 haben die Spitäler einen Gesamtertrag von über 26,4 Mia. Franken erwirtschaftet und 1'376'018 Hospitalisierungen verzeichnet (Bundesamt für Statistik (BFS) 2015). Das Spitalwesen ist also ein gewichtiger Bestandteil des Gesundheitswesens der Schweiz. Es ist nicht nur für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zentral, sondern auch als Kostenfaktor im Gesundheitsbudget und in volkswirtschaftlicher Hinsicht sehr relevant.

Bezeichnend für das schweizerische Spitalwesen ist, dass sowohl die Inanspruchnahme von Spitalleistungen wie auch die Versorgungsdichte je nach Kanton recht unterschiedlich sind. Beispielhaft zeigen dies die Anzahl Spitäler pro Kanton (Abbildung 1.1) sowie die Unterschiede bei den Spitalbetten, die pro Kopf im Kanton zur Verfügung stehen (Abbildung 1.2).

³ Kanton Glarus (2011: 12).

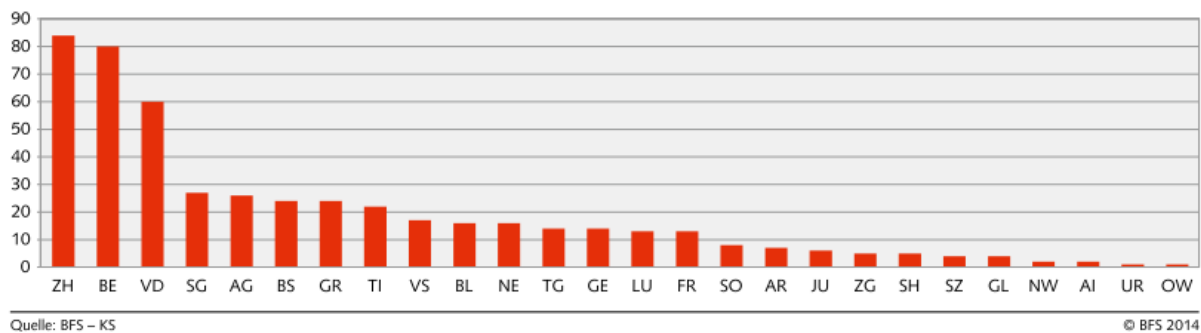
⁴ BFS, Krankenhausstatistik: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/key/01.html>, abgerufen am 13.7.2015.

⁵ Die Bettendichte pro 1'000 EinwohnerInnen lag in der Schweiz im Jahr 2011 bei 4.87 und im OECD-Durchschnitt bei 4.96 (vgl. OECD 2013: 89, Datengrundlagen online als Excel verfügbar: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, abgerufen am 12.7.2015).

Abbildung 1.1 Kantonale Unterschiede bei der Zahl der Spitalbetriebe, 2012

Spitalbetriebe nach Kanton, 2012

G 5.1

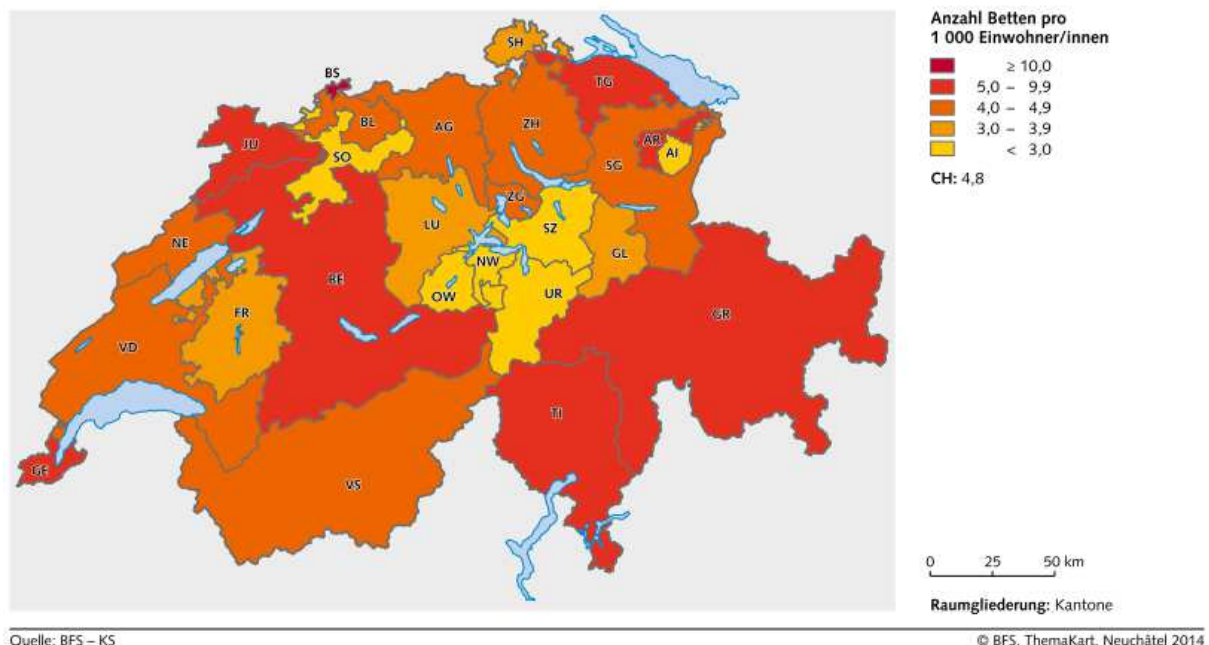


Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS) (2014: 67).

Abbildung 1.2 Kantonale Unterschiede bei der Angebotsdichte (Spitalbetten), 2012

Spitalbetten, 2012

K 5.1



Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS) (2014: 69).

Diese kantonalen Unterschiede sind u.a. dadurch begründet, dass die Spitalversorgung stark von der Politik der Kantone geprägt ist. Die verfassungsmässigen Grundsätze teilen den Kantonen die Hauptverantwortung für die Gesundheitsversorgung zu; überall dort, wo der Bund keinen subsidiären Auftrag hat. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) verpflichtet die Kantone in Art. 39, eine bedarfsgerechte Spitalplanung vorzunehmen und dabei auch interkantonale Kooperationen einzugehen. Aufgrund dieser Planung erteilt der Kanton die erforderlichen Leistungsaufträge an die Spitäler. Letztere sind in der Spitalliste zusammengefasst, auf der für jedes Spital auch das Leistungsspektrum, das im Leistungsauftrag enthalten ist, aufgeführt ist.⁶ Wenn ein Spital zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und des Wohnkantons der Patientinnen und Patienten abrechnen will, braucht es für die betreffende Leistung einen Leistungsauftrag von mindestens einem Kanton (nebst weiteren Voraussetzungen, die in Art. 39 Abs. 1 KVG aufgeführt sind). Spitäler, die von keinem Kanton einen Leistungsauftrag haben, können mit den Krankenversicherern Vereinbarungen abschliessen. Sie werden dann ausschliesslich durch die OKP und die Zusatzversicherung der Patientinnen und Patienten

⁶ Vgl. Art. 58e KVV.

vergütet (so genannte Vertragsspitäler). Alle Spitäler brauchen eine gesundheitspolizeiliche Betriebsbewilligung des Standortkantons (Vorgabe durch kantonale Gesetze).

Die Finanzierung der stationären Spitalleistungen erfolgt zu mindestens 55% durch die öffentliche Hand (Kanton) und zu maximal 45% durch den Krankenversicherer, wobei die Patientinnen und Patienten eine Kostenbeteiligung zu leisten haben.⁷ Wenn dem Spitalaufenthalt keine Krankheit oder Mutterschaft, sondern ein Unfall oder Invalidität zugrunde liegen, wird die Finanzierung durch die Unfallversicherung (UV) bzw. die Invalidenversicherung (IV) oder die Militärversicherung (MV) getragen. Bei stationären IV-Fällen finanzieren die Kantone seit 2013 einen Anteil von 20% mit.⁸ Die ambulanten Spitalleistungen werden über die OKP und die Kostenbeteiligung der Patienten finanziert.

1.1.2 Gesundheitspolitischer Kontext: Wechsel zur freien Spitalwahl

Aufgrund der verfassungsmässigen und seit 1996 im KVG verankerten Planungskompetenzen der Kantone ist das Spitalwesen in der Schweiz entsprechend stark kantonal segmentiert. Aus ökonomischer Sicht wird dies als wettbewerbshemmend und damit als ineffizient beurteilt. „Die meisten kantonalen Krankenhausmärkte sind zu klein, um einen wirksamen Wettbewerb entstehen zu lassen“, hat Crivelli (1998: 193) in seiner mikroökonomischen Analyse konstatiert. Ob der Wettbewerb im Gesundheitswesen durch ein stärkeres Zulassen ausserkantonaler Hospitalisationen gefördert würde, wurde 2006 mit verschiedenen Beiträgen u.a. aus Sicht der Juristen, der Krankenversicherer, der Spitäler und der Kantone in einem Tagungsband diskutiert (Gächter 2006).

Um den Wettbewerbsdruck zu erhöhen, wurde auf politischer Ebene im Rahmen der parlamentarischen Verhandlungen über die Teilrevision des KVG zur Spitalfinanzierung von 2005 bis 2007 nebst weiteren Reformen zur Spitalfinanzierung auch das Anliegen der freien Spitalwahl eingebracht. Dies geschah mit dem Ziel, dass „künftig schweizweit die freie Spitalwahl (innerhalb der Listenspitäler) gelten soll, auch ohne entsprechende Zusatzversicherung“.⁹

Die Botschaft des Bundesrates zu den vorgeschlagenen Revisionen sah keine freie Spitalwahl vor, sondern dass die Kosten bei einer Behandlung ausserhalb des Wohnkantons nur vom Patienten und der OKP, nicht aber vom Wohnkanton mitfinanziert werden. Der Bundesrat begründete seinen Vorschlag wie folgt: „Dies rechtfertigt sich dadurch, dass der Kanton mit der Spitalplanung und der Erteilung von Leistungsaufträgen dafür sorgt, dass genügend Kapazität zur Verfügung steht, damit sich die Kantonseinwohner und -einwohnerinnen in jedem Krankheitsfall behandeln lassen können. Wenn sich eine versicherte Person in einem nicht der Planung entsprechenden Spital behandeln lässt, während die Fixkosten für die bereitgestellten Kapazitäten trotzdem anfallen, soll sie selbst und nicht der Kanton die finanziellen Konsequenzen tragen“.¹⁰

Die Mehrheit des Nationalrats befürwortete jedoch eine freie Spitalwahl, welche die Mitfinanzierung ausserkantonaler Spitalaufenthalte durch die Kantone vorsieht. Die Gegner der Einführung der freien Spitalwahl argumentierten, dass diese Änderung zu erheblichen Mehrkosten führe, ohne einen grossen Zusatznutzen zu bringen. Ausserdem würden damit die kantonalen Spitalplanungen unterlaufen. Die Befürworter wiesen diese Argumente zurück, wollten den Kantonen aber mit der Regelung entgegenkommen, dass eine ausserkantonale Behandlung nur zum im Wohnkanton des Patienten geltenden Tarif abgegolten wird. Der damalige Bundesrat Pascal Couchepin hatte die Befürchtung der Kantone zurückgewiesen, dass ihre Planungen unterlaufen würden. Es werde sich kaum jemand ausserhalb

⁷ Im Übergang bis zum 1.1.2017 liegt der Beitrag der Kantone teilweise noch unter 55%, gemäss Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung).

⁸ Art. 14bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG).

⁹ Zusammenfassung des Geschäfts 04.061 „Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Spitalfinanzierung“ in der Curia Vista Geschäftsdatenbank: http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/legislaturrueckblick.aspx?rb_id=20040061, abgerufen am 1.5.2015.

¹⁰ 04.061. Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004, S. 5576: <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2004/5551.pdf>, abgerufen am 30.4.2015.

seines Wohnkantons behandeln lassen, wenn es nicht nötig sei. Er ging in seinem Votum im Ständerat von „1, 2 oder 3 Prozent“ aus, die ausserkantonale Patientinnen und Patienten ausmachen würden.¹¹

Nach dem Differenzbereinigungsverfahren haben beide Räte am 21.12.2007 der KVG-Revision über die neue Spitalfinanzierung zugestimmt, einschliesslich der freien Spitalwahl. Weitere wichtige Elemente der Revision waren unter anderem die Einführung der dual-fixen Spitalfinanzierung (Kantone und Versicherer), die leistungsorientierte Abgeltung mittels Fallpauschalen, die Vorgabe von Planungskriterien durch den Bundesrat sowie die Verpflichtung der Kantone zu einer gesamtschweizerischen Planung der hochspezialisierten Medizin.¹²

Seit dem Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung am 1.1.2012 können die Patientinnen und Patienten in der Schweiz also grundsätzlich frei wählen, in welchem Spital sie sich behandeln lassen möchten, unabhängig davon, ob dieses Spital den Standort in ihrem Wohnkanton hat oder nicht. Die OKP und die Kantone übernehmen die Kosten für Behandlungen in jedem Spital, das von mindestens einem Kanton einen Leistungsauftrag für die benötigte Behandlung hat. Der Kanton beteiligt sich an Behandlungen in einem Spital, das nicht auf seiner Spitalliste aufgeführt ist, mit seinem Anteil maximal bis zur Höhe des von ihm festgelegten Referenztarifs an den Behandlungskosten.¹³

Die mit der KVG-Revision über die neue Spitalfinanzierung beschlossenen, relativ einschneidenden Änderungen der Finanzierungsmechanismen haben im schweizerischen Gesundheits- und Spitalwesen einige Veränderungen mit sich gebracht, deren Ausmass im Voraus nur ungefähr abgeschätzt werden konnte. Was die ausserkantonalen Hospitalisationen betrifft, auf die die vorliegende Arbeit fokussiert, wurde angenommen, dass die freie Spitalwahl und die leistungsorientierte Finanzierung mit Fallpauschalen zu einer Zunahme der ausserkantonalen Behandlungen führen wird (vgl. Jordi 2006; Weaver et al. 2009).

1.1.3 Definition der interkantonalen Patientenströme

Einleitend ist zu definieren, was in diesem Bericht gemeint ist, wenn von ausserkantonalen Hospitalisationen oder interkantonalen Patientenströmen die Rede ist.

Eine **ausserkantonale Hospitalisation** ist definiert als stationäre Spitalbehandlung, die in einem Spital stattfindet, das sich nicht auf dem Territorium des Wohnkantons der Patientin bzw. des Patienten befindet. Wohnkanton und Standortkanton des Spitals sind also nicht identisch.

Der Grund für die Hospitalisation (z.B. Art der benötigten Behandlung, Unfall in den Skiferien oder geplanter Eingriff etc.) ist dabei nicht relevant.

Diese Definition dient vor allem der Vergleichbarkeit über die Jahre vor und nach der KVG-Revision mit Einführung der freien Spitalwahl. Seit 2012 gelten aber eigentlich die Grenzen der kantonalen Spitallisten: „Es wird nicht mehr unterschieden zwischen innerkantonalen und ausserkantonalen Spitälern im Sinne der Grenzen des Kantonsgebiets, sondern zwischen Spitälern, die auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind (Listenspital des Wohnkantons), Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital des Standortkantons) und Spitälern, die zwar zur Leistungserbringung nach KVG zugelassen sind, aber weder auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person noch auf

¹¹ Amtliches Bulletin: Wortprotokoll aus dem Ständerat - Herbstsession 2007 - Fünfte Sitzung - 24.09.07-16h30. http://www.parlament.ch/ab/frameset/d/s/4718/253117/d_s_4718_253117_253119.htm?DisplayTextOid=253120, abgerufen am 30.4.2015.

¹² Siehe Schlussabstimmungstext im Wortlaut: <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2008/9.pdf>, abgerufen am 1.5.2015.

¹³ Die Zulässigkeit der von den Kantonen festgesetzten, aber nicht im KVG erwähnten, Referenztarifen wurde vom Bundesverwaltungsgericht im Urteil C-617/2012 vom 13. Juni 2013 bestätigt und u.a. wie folgt begründet (Erwägung 2.4.4.): „Der angestrebte interkantonale Wettbewerb kann nur spielen, wenn die Versicherten von ihrer Wahlmöglichkeit auch Gebrauch machen. Insbesondere Versicherte ohne entsprechende Zusatzversicherung werden jedoch kaum ein ausserkantonales Spital wählen, wenn sie nicht dessen Tarif sowie den Referenztarif kennen. Sie müssen ein allfälliges Kostenrisiko abschätzen können, bevor sie ihre Wahl treffen. Wird erst im Leistungsfall festgelegt, welcher Referenztarif gilt, wird die Spitalwahlfreiheit faktisch erheblich eingeschränkt. Angesichts der erheblichen Bedeutung, welche das Parlament diesem Wettbewerbselement beigemessen hat, kann ausgeschlossen werden, dass der Gesetzgeber ein solches Ergebnis gewollt hätte.“

der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sind, also keinen kantonalen Leistungsauftrag haben“ (GDK 2011).

Mit dem Begriff interkantonale Patientenströme sind die Kollektive derjenigen Patientinnen und Patienten gemeint, die sich nicht in einem Spital in ihrem Wohnkanton behandeln lassen.

Die Kollektive können je nach Fragestellung nach Zielort und Herkunft wie auch nach Zeitraum unterschiedlich definiert werden. Beispielsweise kann das Total der interkantonalen Patientenströme angeschaut werden, also alle Personen, die sich während einem Jahr ausserhalb ihres Wohnkantons in Spitalbehandlung begeben haben.

1.1.4 Interkantonale Patientenströme und ihre Relevanz im Versorgungssystem

Durch die gesundheitspolitischen Veränderungen mit der Einführung der freien Spitalwahl haben die interkantonalen Patientenströme an Aufmerksamkeit und Bedeutung zugenommen. Die Relevanz ist aber je nach Perspektive und Aufgabe eines Akteurs im Gesundheitswesen verschieden.

Spitäler

Für die Spitäler ist seit der freien Spitalwahl der potentielle Kundenkreis grösser geworden, wobei die Patientenströme zwischen den Kantonen ein Anhaltspunkt dafür sind, inwiefern die Patientinnen und Patienten tatsächlich mobil und bereit sind, ihren Wohnkanton für die Spitalbehandlung zu verlassen. Grundsätzlich können in jedes Spital Patientinnen und Patienten aus der ganzen Schweiz kommen. Damit das Spital seine Aufnahmepflicht für Personen aus dem Standortkanton und aus den Kantonen, von denen es einen Leistungsauftrag hat, erfüllen kann (Art. 41a KVG), muss es bei der Planung seiner Kapazitäten, aber auch bei der Ausgestaltung des Leistungsangebots abschätzen können, wie viele Patientinnen und Patienten aus dem Standortkanton und von ausserhalb zu erwarten sind. Es ist spürbar, dass die Spitäler auch unter dem Aspekt des Spitalmarketings zunehmend an ausserkantonalen Patientinnen und Patienten interessiert sind.

Patientinnen und Patienten

Für die Patientinnen und Patienten sind durch die freie Spitalwahl vor allem administrative Hürden gesunken. Wenn sie sich in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons behandeln lassen wollen, ist grundsätzlich keine Kostengutsprache mehr nötig. Auch die Zusatzversicherung „Allgemeine Abteilung ganze Schweiz“, die viele Versicherte abgeschlossen haben, um die Deckungslücke bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt zu schliessen, ist heute nur noch nötig, wenn der Tarif des behandelnden Spitals höher ist als der Referenztarif des Wohnkantons. Die Patientenströme sind für die Patientinnen und Patienten ausserdem relevant, weil sie ab einem bestimmten Ausmass einen Einfluss auf das Leistungsangebot der Spitäler haben können.

Krankenversicherer

Für die Krankenversicherer sind die interkantonalen Patientenströme einerseits im Rahmen der Rechnungsprüfung relevant. Bei ausserkantonalen Spitalaufenthalten prüfen sie den Leistungsauftrag des Kantons. Bei allfälligen Differenzen zwischen dem in Rechnung gestellten Tarif und dem Referenztarif des Wohnkantons kommt ausserdem die Spitalzusatzversicherung zum Zug (falls eine solche vorhanden ist; ansonsten wird „out of pocket“ bezahlt).¹⁴ Andererseits ist für die Tarifverhandlungen mit den Spitälern das Volumen der von ausserhalb des Standortkantons kommenden Versicherten ein ausschlaggebender Faktor. Des Weiteren haben die Versicherer mit der freien Spitalwahl grössere Möglichkeiten, die Versicherten im Rahmen der Beratung in bestimmte Spitäler zu „lenken“, die sie aufgrund der Leistungsdaten und günstigerer Tarife als optimal erachten.

¹⁴ 2014 verfügten 84% der befragten Stimmberechtigten über eine Spital-Zusatzversicherung (http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten/h_spital_und_klinik_barometer/krankengeschichte/spital_zusatzversicherung/, gfs.bern, H+ Spital- und Klinik-Barometer, Juni / Juli 2014, abgerufen am 27.6.2015).

Kantone

Das revidierte KVG und insbesondere die vom Bundesrat erlassenen Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) haben von den Kantonen verlangt, ihre Spitalplanungen neu auszurichten.¹⁵ Die Patientenströme zwischen den Kantonen haben damit an Relevanz gewonnen.

Die Kantone müssen mittels Spitalliste die Versorgung bzw. das Leistungsangebot sichern, und dabei die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen berücksichtigen, soweit es für die Bedarfsicherung notwendig ist (Art. 58b KVV). Im Rahmen der Analyse des Bedarfs für die Versorgung der Wohnbevölkerung im eigenen Kanton (Art. 58a KVV), die der Erstellung der kantonalen Spitalliste vorausgeht, müssen die Kantone wissen, welcher Anteil der eigenen Bevölkerung Spitalbehandlungen ausserhalb des Kantons in Anspruch nehmen wird. Am wichtigsten ist es also, den Abfluss an Patienten zu kennen. Was den Zustrom von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten betrifft, muss der Kanton diese zwar nicht in seine Bedarfsanalyse einbeziehen, für die Auslastung der Kapazitäten der Spitäler auf seinem Gebiet sind die Zuströme aber relevant und sollten daher berücksichtigt werden. Die Patientenströme werden in Art. 58d KVV explizit erwähnt: „Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Artikel 39 Absatz 2 des Gesetzes müssen die Kantone insbesondere: a. die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen; b. [...].“

Eine weitere wichtige Vorgabe an die Kantone ist, dass die Spitalplanung im Bereich der Akutsomatik leistungsorientiert und nicht mehr kapazitätsbezogen erfolgen muss (Art. 58c KVV). Das heisst, dass auch bei der Bedarfsanalyse nach den von der Bevölkerung benötigten Spitalleistungen differenziert werden muss. Die Leistungsaufträge an die inner- und ausserkantonalen Spitäler erfolgen ebenfalls nicht mehr global, sondern beziehen sich immer auf gewisse Leistungsbereiche.

Wie die Patientenströme zwischen den Kantonen konkret in die kantonale Spitalplanung einbezogen werden können, ist im „Modell zur Prognose der Inanspruchnahme als Instrument für die Spitalplanung“ beschrieben (Weaver et al. 2009). Dass die Patientenströme in der Planung der Kantone berücksichtigt werden, ist nicht neu. Allerdings waren die Vorgehensweisen der Kantone vor der Gesetzesrevision sehr unterschiedlich und basierten oft auf normativen Annahmen (Biersack). Die 2007 beschlossene KVG-Revision und insbesondere die begleitenden Verordnungsänderungen von 2008 haben den Druck auf die Kantone erhöht, eine präzisere und nachvollziehbare Bedarfsermittlung – unter Berücksichtigung der interkantonalen Patientenströme – vorzunehmen.

Gesundheitswesen insgesamt

Aus Sicht des Gesundheitswesens als Ganzes sind die interkantonalen Patientenströme für die effiziente Allokation der Ressourcen im System von Relevanz. Die Spitallandschaft muss die Nachfrage der Patientinnen und Patienten und ihre Wanderung zwischen den Kantonen auffangen können, damit der Zugang zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung möglich ist. Gleichzeitig sollte die Berücksichtigung der ausserkantonalen Fälle nicht zu einem ineffizienten Aufbau von Kapazitäten an Infrastruktur und Personal führen. Gerade im Bereich des Gesundheitspersonals ist die Allokation der knapp verfügbaren Fachkräfte wichtig und sowohl Unter- wie auch Überversorgung sind zu vermeiden. Daher ist es zentral, die Patientenströme aufmerksam zu verfolgen und so gut wie möglich zu antizipieren.

Aufgrund der aufgezeigten Relevanz der interkantonalen Patientenströme vor dem Hintergrund der am 1.1.2012 in Kraft getretenen Neuregelung der politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, lohnt sich ein Blick auf die Entwicklung der ausserkantonalen Hospitalisationen in den zwei Jahren vor und den ersten zwei Jahren nach der Einführung der freien Spitalwahl.

¹⁵ Siehe Text der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV). Änderung vom 22. Oktober 2008: <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2008/5097.pdf>, abgerufen am 1.5.2015.

1.2 Ausgangslage / Stand der Forschung

In diesem Kapitel folgt ein Überblick über den Stand der Forschung und der wissenschaftlichen Publikationen zum Thema der Patientenströme im internationalen Kontext und in der Schweiz.

1.2.1 Internationale Literatur

Aufgrund der international unterschiedlichen Ausgestaltung der Gesundheitssysteme einschliesslich der Spitalversorgung erstaunt es wenig, dass dem schweizerischen System mit dem Föderalismus und den interkantonalen Patientenströmen keine ausländische Publikation direkt gewidmet ist. Der zunehmenden Patientenmobilität – auch über Landesgrenzen hinaus – sei aber vermehrt Aufmerksamkeit zu widmen, wie die WHO feststellt (Helble 2011). Eine international einheitliche Datenbasis und eine Konvention über die Methoden zur Quantifizierung internationaler Patientenströme gebe es aber noch nicht, was die genaue Abschätzung der Public Health-Relevanz erschwere. Das WHO-Papier diskutiert auch die Push- und Pull-Faktoren für die internationalen Patientenströme sowie deren Implikationen für Herkunfts- und Zielländer.

Die Bedeutung und Hintergründe der Patientenmobilität im Raum der Europäischen Union (EU) wurden im Rahmen eines Forschungsprogramms mit mehreren Fallstudien untersucht (Rosenmöller et al. 2006). Ein 2014 erschienenes Sammelwerk greift das Thema der grenzüberschreitenden Patientenmobilität in der EU erneut auf (Levaggi und Montefiori 2014). Unter den verschiedenen Beiträgen findet sich auch eine Fallstudie zur Schweiz, die die Auswirkungen des Föderalismus auf das Versorgungsangebot und die Kosten des Gesundheitswesens aufzeigt (Crivelli und Salari 2014).

Die internationalen Studien zu Patientenmobilität und Spitalwahl beziehen sich hauptsächlich auf die Frage, was die Einflussfaktoren dafür sind. Glinos et al. (2010) haben in einer systematischen Übersicht vier Beweggründe für grenzüberschreitende Inanspruchnahme typologisiert: Verfügbarkeit in geographischer, finanzieller und rechtlicher Hinsicht („availability“), Erschwinglichkeit („affordability“), Vertrautheit z.B. hinsichtlich der Sprache („familiarity“) sowie die wahrgenommene Qualität („perceived quality“).

Die Untersuchung von Jintanakul und Otto (2009) zeigt für den amerikanischen Staat Iowa, dass in ländlichen Gebieten das (junge) Alter der Personen, die Komplexität der Behandlung, das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung und die (grosse) Distanz vom Wohnort zum ländlichen Spital ausschlaggebend sind, ob die Behandlung im ländlichen Spital oder in einem weiter weg gelegenen Spital in Anspruch genommen wird. Eine weitere Studie aus den USA zeigt, dass die Wahrnehmung des Rufs und der medizinischen Leistung eines Spitals der stärkste Treiber für die Wahl eines Spitals ist. Weiter wurde ein Zusammenhang mit den klinischen Qualitätsoutcome-Daten festgestellt (allerdings unabhängig davon, ob diese bereits publiziert wurden) und schliesslich wurde eine vorangehende positive Erfahrung mit einem Spital als starken Ausschlaggeber für eine erneute Wahl eines Spitals eruiert (Jung et al. 2011).

Eine Studie aus Holland zeigt, dass die Wahl des Spitals massgeblich von der Beratung durch den Hausarzt abhängt, was angesichts der starken Rolle der Hausärzte als Gate-Keeper in Holland wenig überrascht (Lako und Rosenau 2009). Die Distanz vom Wohnort zum Spital und der Ruf des Spitals sind laut dieser Studie weitere Punkte, die die Spitalwahl beeinflussen. Kaum eine Rolle spielen aber Qualitätsinformationen über das Spital. Dass die Veröffentlichung qualitätsrelevanter Daten nicht den erwarteten Effekt auf die Patientenströme hat, stellen auch Romppel und Grande in einem Übersichtsaufsatz fest: „Einen grösseren Einfluss auf das Patientenverhalten haben dagegen qualitätsrelevante Informationen in Form anekdotischer Berichte in den Medien und Empfehlungen von bekannten und vertrauenswürdigen Personen wie vom behandelnden Arzt oder von Freunden und Familie“ (2014: 32.e1).

Zunehmendes Interesse kommt den Patientenströmen auch aus Sicht des Marketings zu – nicht zuletzt in Folge der wettbewerbsorientierteren Ausgestaltung des Spitalwesens in Deutschland. Dabei steht das so genannte „Zuweisermarketing“ im Vordergrund (vgl. Bienert 2012 und Elmhorst et al. 2011). Ebenfalls mit Blick auf die stationäre Versorgung in Deutschland stellt Schmid (2011: 69) fest, „dass auf Patientenströmen basierende Definitionen des räumlichen Marktes flexibler sind als geopolitische Grenzen oder fixe Radien“.

Eine nochmals andere Perspektive nimmt Glino (2012) ein, die statuiert, dass in der EU der grenzüberschreitenden Mobilität beim Gesundheitspersonal grössere Relevanz als den Patientenströmen eingeräumt werden sollte.

1.2.2 Studien aus der Schweiz

Für den Schweizer Kontext hat Crivelli (1998) mit seiner Dissertation eine wichtige Grundlagenarbeit vorgelegt. Er hat aus vorwiegend ökonomischer Perspektive aufbauend auf dem Begriff der transnationalen Patientenwanderungen innerhalb der EU die transkantonalen Patientenwanderungen sowie deren Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren beschrieben und analysiert. Crivelli hat für 1994 einen Anteil von 14.3%¹⁶ bzw. 15%¹⁷ ausserkantonaler Hospitalisationen (stationäre Akutbehandlungen) festgestellt. Ausserdem hat er die Exportquote und die Importquote der Kantone und Gemeinden berechnet, um die interkantonalen Patientenflüsse zu quantifizieren und zu charakterisieren. Ein weiterer Teil seiner Arbeit war die Analyse der „Bestimmungsfaktoren der transkantonalen Patientenwanderungen“ sowie die ökonomische Analyse der Rationierungseffekte, die durch die Entscheide der Kantonsärzte bei Kostengutsprachen für ausserkantonale Behandlungen eintreten können.

Erstmals nach Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 hat Zahnd (2003) – basierend auf der Krankenhausstatistik des BFS – eine Analyse der interkantonalen Patientenströme in der Schweiz vorgenommen und für 2001 einen Anteil von 12.8% errechnet (wobei hier auch Rehabilitation und Psychiatrie enthalten sind).

Aus dem Interesse heraus, „Rückschlüsse auf Über- und/oder Unterversorgung von Spitälern“ zu ziehen, haben Klauss et al. (2005a) die Patientenbewegungen durch die Bildung von über die Kantonsgrenzen hinausgehenden Versorgungsregionen bzw. Spitaleinzugsgebieten abgebildet. Mit dieser „Small Area Analysis“ genannten Methode haben Klauss et al. (2005b) und Matter-Walstra et al. (2006) am Beispiel der orthopädischen Leistungen Spitalversorgungsgebiete („hospital service areas“) und deren Auslastung mit aus dem Standortkanton und von ausserhalb kommenden Patientinnen und Patienten untersucht.

Später sind verschiedene Publikationen aus der Grauen Literatur dazugekommen: Moser (2006) hat in seiner Abschlussarbeit u.a. mittels Analyse der interkantonalen Patientenströme die Auswirkungen (Vorteile und Kosten) einer möglichen Einführung der interkantonalen Freizügigkeit im Leistungsbezug prognostiziert. In einer weiteren Masterarbeit über die Attraktivität und Anziehungsfaktoren von Spitälern hat Gaspoz (2008) basierend auf den Daten 2006 auch eine Analyse der Patientenströme vorgenommen. Ebenfalls im Rahmen einer Masterarbeit hat Martinuz (2012) die interkantonalen Patientenverlegungen anhand der Daten 1998 und 2008 nach Leistungsbereichen und auf verschiedene Einflussfaktoren hin untersucht. Einen Abschnitt über die interkantonalen Patientenströme enthält auch die Spitalmarkt-Analyse der Credit Suisse (2013).

Die jüngste Publikation, die die ausserkantonalen Hospitalisationen in der Schweiz quantifiziert hat und auf der die vorliegende Studie aufbaut, ist die Analyse der ausserkantonalen Patientenströme durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) (Pellegrini und Luyet 2012). Die Ergebnisse von Pellegrini und Luyet zeigen, dass 2010 im Schnitt 12.3% der akutsomatischen Hospitalisationen ausserhalb des Wohnkantons der Patientinnen und Patienten stattgefunden haben, wobei dieser Anteil zwischen den Kantonen erheblich variiert hat.

Pellegrini und Luyet (2012) haben erstmals im Schweizer Kontext die Frage der Einflussfaktoren für ausserkantonale Hospitalisationen in der Schweiz untersucht und anhand der Daten der Medizinischen Statistik des BFS für das Referenzjahr 2010 mit einem logistischen Modell den Einfluss von Patienten- und Spitalmerkmalen sowie des Spitalangebots in den Kantonen berechnet. Sie sind dabei zum Schluss gekommen, dass eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, in ein Spital ausserhalb des Wohnkantons zu gehen, wenn das Leistungsangebot im Wohnkanton beschränkt ist und spezialisierte Leistungen gar nicht

¹⁶ Mit Zahlen aus der Betriebsstatistik der Krankenhäuser der VESKA (früherer Name des Spitalverbands H+).

¹⁷ Mit Zahlen aus den Administrativdaten der Krankenversicherer des Bundesamts für Sozialversicherung (BSV), die dieses ab 1990 bei den schon vor dem Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 tätigen Krankenversicherern erhoben hat.

angeboten werden. Auch die Planbarkeit des Eingriffs erhöht die Chancen, in ein Spital ausserhalb des Wohnkantons zu gehen. Bei den Patientenmerkmalen sind gemäss Pellegrini und Luyet das Alter der Patientinnen und Patienten sowie deren sozioökonomischer Status ausschlaggebend. Je jünger die Patientinnen und Patienten und je besser zusatzversichert sie sind, desto eher gehen sie in ein Spital ausserhalb des Wohnkantons.

1.2.3 Forschungslücken

Der Überblick über den aktuellen Forschungsstand zeigt, dass bei der Untersuchung der Thematik der Patientenströme gerade auch in der Schweiz noch Lücken bestehen. Insbesondere fehlt im Moment eine Untersuchung der Frage, wie sich die Reform des Spitalbereichs durch die Einführung der freien Spitalwahl auf die interkantonalen Patientenströme auswirkt. Die vorliegende Arbeit will durch eine gesamtschweizerische Analyse der kantonsübergreifenden Patientenbewegungen im Vergleich von zwei Jahren vor und den ersten zwei Jahren nach der Einführung der freien Spitalwahl einen Beitrag zur Schliessung der bestehenden Forschungslücken leisten.

Die Entwicklung der interkantonalen Patientenströme und ihre Zusammenhänge mit verschiedenen Faktoren zu untersuchen, ist nicht ausschliesslich von akademischer Relevanz, sondern aufgrund von deren Implikationen für die gesamte Spitalversorgung und -finanzierung auch von praktischer und gesundheitspolitischer Bedeutung.

Der vorliegende Bericht baut auf dem Obsan-Bericht aus dem Jahr 2012 auf (Pellegrini und Luyet 2012) und knüpft bei den damals aufgezeigten Ergebnissen an, hat aber einen anderen Fokus, nämlich die zeitliche Entwicklung seit 2010 aufzuzeigen und dabei insbesondere die gesundheitspolitischen Aspekte miteinzubeziehen.

1.3 Projektziele

Der vorliegende Bericht hat zum Ziel, vor dem Hintergrund veränderter Rahmenbedingungen der Spitalversorgung in der Schweiz zu zeigen, wie sich die interkantonalen Patientenströme in der Akutsomatik im Zeitraum von 2010 bis 2013 verändert haben. Damit sollen erste Antworten auf die Frage angeboten werden, ob sich im Zeitraum des Übergangs zur freien Spitalwahl überhaupt Veränderungen gezeigt haben und falls ja, wie diese aussehen und welche gesundheitspolitischen Implikationen diese mit sich bringen können.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird in einem ersten Schritt anhand verschiedener Kennzahlen die Entwicklung der interkantonalen Patientenströme von 2010 (vorher) bis 2013 (nachher) beziffert und aufgezeigt, welche Patientengruppen, Spitäler, Leistungen und Aufenthalte wie stark betroffen sind.

Im Diskussionsteil sind in einem zweiten Schritt die Hintergründe für die beobachtbaren Veränderungen der interkantonalen Patientenströme und der Unterschiede zwischen den Kantonen vertiefter zu reflektieren. Den bisherigen Untersuchungen der ausserkantonalen Patientenströme in der Schweiz fehlt diese vertiefte Auseinandersetzung mit den von ihnen errechneten Ergebnissen. Die vorliegende Arbeit will diese Lücke schliessen und die möglichen Gründe für die beobachtbaren Entwicklungen diskutieren und die Implikationen für künftig zu beachtende Faktoren bei der Spitalplanung und der interkantonalen Koordination und Kooperation reflektieren.

1.4 Forschungsfragen

Zur Erreichung des Projektziels geht die in diesem Bericht zusammengefasste Studie folgenden Forschungsfragen nach:

- (1) Wie haben sich die interkantonalen Patientenströme von 2010 bis 2013 im Übergang zur freien Spitalwahl entwickelt?

Diese Frage fasst das allgemeine Erkenntnisinteresse zusammen, ob sich im Vorher-Nachher-Vergleich überhaupt Veränderungen im Ausmass der Patientenströme ergeben haben und wie diese Patientenströme allenfalls charakterisiert werden können.

- (2) Welche Leistungen, z.B. der akutsomatischen Grundversorgung, werden gehäuft in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons in Anspruch genommen?

Diese Frage ist (wie bereits in Kapitel 1.1.4 erläutert) vor dem Hintergrund relevant, dass die Spitalplanungen nicht mehr kapazitäts-, sondern leistungsorientiert erfolgen müssen (GDK 2005). Es ist also nicht nur von Interesse, wie viele Patientinnen und Patienten ausserkantonale hospitalisiert werden, sondern auch für welche Leistungen. Besonderes Augenmerk gilt der Frage, ob Leistungen der akutsomatischen stationären Grundversorgung (in Abgrenzung zur spezialisierten Versorgung) zunehmend ausserkantonale in Anspruch genommen werden. Denn diese Leistungen werden immer auch im Wohnkanton angeboten und müssten daher nicht aus medizinischen Gründen ausserkantonale in Anspruch genommen werden. Spezialisierte Behandlungen wurden schon vor der freien Spitalwahl bei Patientinnen und Patienten aus einem Kanton ohne Universitätsspital oder Zentrumsspital aus medizinischen Gründen ausserkantonale durchgeführt (und voll vergütet).

Die Hypothesen, die anhand der Forschungsfragen getestet werden, lauten wie folgt:

- (1) Im Übergang zur freien Spitalwahl haben die Patientenströme zwischen den Kantonen zugenommen.

Diese Hypothese leitet sich sowohl aus der in Kapitel 1.2 erwähnten wissenschaftlichen Literatur wie auch aus den Erwartungen ab, die von der Politik und von Fachkreisen an die Einführung der freien Spitalwahl geknüpft wurden.

- (2) Im Übergang zur freien Spitalwahl werden mehr Leistungen der akutsomatischen Grundversorgung in Spitälern ausserhalb des Wohnkantons in Anspruch genommen.

Medizinisch begründete ausserkantonale Spitalbehandlungen wurden schon vor der Einführung der freien Spitalwahl in vielen Fällen in Anspruch genommen, wenn im Wohnkanton kein entsprechendes Leistungsangebot zur Verfügung stand. Die Politik musste also davon ausgehen, dass mit der freien Spitalwahl andere, nicht-medizinische Gründe für eine ausserkantonale Hospitalisation bestehen und die Hindernisse für eine ausserkantonale Inanspruchnahme daher abgebaut werden sollten. Wenn diese Annahme stimmt, müsste sich das auch in einer Zunahme der ausserkantonalen Hospitalisationen bei nicht-spezialisierten Spitalleistungen zeigen.

2 Methoden

Die ganze Studie ist – wie in Public Health üblich – sowohl fachlich wie auch methodisch einem interdisziplinären Vorgehen verschrieben. Unter dem interdisziplinären Ansatz ist zu verstehen, dass die sozialwissenschaftliche Herangehensweise insbesondere in der Einleitung und in der Diskussion so breit wie möglich mit gesundheitswissenschaftlichen, ökonomischen, juristischen oder politikwissenschaftlichen Aspekten ergänzt wird.

Die Methoden werden in diesem Kapitel erläutert. Zuerst werden die Datengrundlagen, die statistischen Methoden sowie alle Variablen und Kennzahlen für die Analyse der zeitlichen Entwicklung der Patientenströme beschrieben. Ergänzt wird dies durch drei kurze Unterkapitel über die Vorgehensweise bei der leistungsbezogenen Perspektive, der Darstellung der Richtung der Patientenflüsse wie auch der gesundheitspolitischen Einbettung.

2.1 Datengrundlagen und statistische Methoden

2.1.1 Setting

Die quantitative Datenanalyse der Patientenströme zwischen den Kantonen bezieht sich auf die gesamte Schweiz bzw. alle Kantone. Sie umfasst den Zeitraum von 2010 bis 2013 und beinhaltet alle Hospitalisierungen im akutsomatischen stationären Bereich. Wie die Beobachtungseinheiten genau abgegrenzt werden, ist im folgenden Abschnitt erläutert.

2.1.2 Population

Als Datengrundlage für die quantitativen Analysen wurden die Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und teilweise ergänzend aus der Krankenhausstatistik und der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) des BFS herangezogen. Diese Daten werden flächendeckend erhoben und validiert. Die für die Auswertung benötigten Daten wurden vom Obsan extrahiert.

Bei der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser handelt es sich um eine obligatorische Vollerhebung aller Hospitalisierungen in der Schweiz, wobei nicht nur über die Krankenversicherung (KV) finanzierte Fälle, sondern auch über die Unfallversicherung (UV), die Invalidenversicherung (IV) und die Militärversicherung (MV) finanzierte Fälle eingeschlossen sind.

Die untersuchte Population unterliegt folgenden Ein- bzw. Ausschlusskriterien:

- Beobachtungszeitraum sind die Jahre 2010, 2011, 2012 und 2013 (neuste verfügbare Zahlen).¹⁸
- Beobachtungseinheiten sind alle akutsomatischen stationären Fälle in allen Spitälern der Schweiz.
- Eingeschlossen sind nur Statistikfälle A, die zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember des jeweiligen Datenjahres aus dem Spital ausgetreten sind. Nicht in der Analyse enthalten sind Fälle, die über den 31. Dezember hinaus im Spital geblieben sind, sowie Fälle, die länger als ein Jahr hospitalisiert waren.
- Als stationärer Fall gilt ein Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden.¹⁹
- Ambulante Behandlungsfälle sind nicht in der Auswertung enthalten.
- Jeder Spitalaufenthalt wird als neuer Fall gezählt, auch wenn die betroffene Person im gleichen Jahr schon einmal oder mehrmals hospitalisiert war. Seit 2012 werden allerdings bei Rehospitalisationen

¹⁸ Die politisch herbeigeführte Systemänderung im Übergang von 2011 zu 2012 macht die Betrachtung des ausgewählten Zeitraums interessant, auch wenn der vorliegende Beobachtungszeitraum noch eine relativ kurze Zeitspanne ist.

¹⁹ Es gilt die Definition des BFS: „Als stationäre Behandlung gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung.“ (Bundesamt für Statistik (BFS) 2015)

innerhalb von 18 Tagen mit derselben Hauptdiagnose die beiden Eintritte nur als ein Fall gezählt (vgl. SwissDRG AG 2014: 11).

- Zum Zeitpunkt der Spitalbehandlung nicht in der Schweiz lebende Patientinnen und Patienten wurden von der Analyse ausgeschlossen.
- Psychiatrische Kliniken (Spitaltypen K211 und K212), Rehabilitationskliniken (Spitaltyp K221) und Spezialkliniken der Geriatrie (Spitaltyp K234) und diverse Spezialkliniken (Spitaltyp K235) werden von der Analyse ausgenommen.
- Ausgeschlossen werden auch die Hauptkostenstellen Psychiatrie und Psychotherapie (M500), Physikalische Medizin und Rehabilitation (M950) und Geriatrie (M900).
- Ausgeschlossen sind die Leistungsgruppen Geburtshäuser (GEBH), Kindermedizin (KIN), Kinderchirurgie (KINC), Basis-Kinderchirurgie (KINB), Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (GER), Palliative Care Kompetenzzentrum (PAL) sowie die akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker (AVA).²⁰

Mit diesen Einschränkungen ergibt das eine Samplegrösse bzw. Population von insgesamt rund 5.8 Mio. Fällen.

2.1.3 Variablen und Kennzahlen

In diesem Abschnitt werden die Variablen und Kennzahlen aufgeführt, die für die Analyse verwendet bzw. gebildet wurden. Teilweise wurden die Variablen mit aggregiert exportierten Daten generiert und teilweise konnten Variablen aus Einzeldaten extrahiert werden. Am Schluss dieses Kapitels 2.1.3 werden alle Variablen und ihre Ausprägungen in einer Übersichtstabelle zusammengefasst.

Aggregierte Variablen und Kennzahlen

Um die Stärke der Patientenströme zu analysieren, wurden verschiedene Kennzahlen gebildet. Die Vielzahl der Kennzahlen ist dadurch begründet, dass ein ganzheitlicheres Bild entsteht, wenn die Patientenströme von verschiedenen Seiten betrachtet werden.

Alle Kennzahlen lassen sich auf Basis von drei aggregierten Variablen berechnen²¹:

- Variable "pop_d": im Kanton wohnhafte Fälle
- Variable "local_d": in ihrem Wohnkanton hospitalisierte Fälle
- Variable "hosp_d": in Spitälern des Kantons hospitalisierte Fälle

Folgendes Beispiel erklärt, wie die Variablen zu verstehen sind: 90 Fälle aus dem Kanton Luzern werden hospitalisiert (pop_d = 90). 70 davon werden in einem Luzerner Spital hospitalisiert (local_d = 70). 20 werden in Spitälern ausserhalb des Kantons Luzern hospitalisiert (pop_d – local_d = 20). In Luzerner Spitälern werden insgesamt 100 Fälle hospitalisiert (hosp_d = 100).

- Abfluss :

Der Abfluss steht für den Anteil der ausserkantonal hospitalisierten Fälle an allen im Kanton wohnhaften Fällen und wird wie folgt berechnet:

$$Abfluss = \frac{(pop_d - local_d)}{pop_d} * 100\%$$

²⁰ Diese Abgrenzung ist leicht abweichend von derjenigen im Bericht von Pellegrini und Luyet (2012).

²¹ In Analogie zu Matter-Walstra et al. (2006). Das _d steht für „discharged“ („abgerechnet“), das von Matter-Walstra et al. als Synonym für „Fall“ gebraucht wird.

- Zustrom :

Der Zustrom steht für den Anteil der von ausserhalb des Kantons kommenden Fälle an allen Hospitalisationen in Spitälern im Kanton. Die Formel für die Berechnung lautet:

$$\text{Zustrom} = \frac{(\text{hosp}_d - \text{local}_d)}{\text{hosp}_d} * 100\%$$

- Absolut-Saldo :

Der Absolut-Saldo zeigt, wie gross die Differenz zwischen den von ausserhalb des Kantons kommenden Fällen und den aus dem Kanton hinausgehenden Fällen ist. Die Prozentanteile werden damit durch absolute Zahlen ergänzt. Er wird so berechnet:

$$\text{Absolut - Saldo} = (\text{hosp}_d - \text{local}_d) - (\text{pop}_d - \text{local}_d)$$

Ein positiver Wert (>0) bedeutet, dass absolut gesehen mehr Fälle von ausserhalb des Kantons kommen als vom Wohnkanton aus in andere Kantone gehen. Wenn der Saldo nahe bei Null ist, lässt dies erkennen, dass sich die hineinkommenden und hinausgehenden Flüsse zahlenmässig ausgleichen. Der Saldo ist aus Sicht der Kantone vor allem im Hinblick auf die Bedarfsplanung aussagekräftig, die mit absoluten Zahlen arbeiten muss.

- Exportindex :

Der Exportindex bildet das Verhältnis der im Kanton wohnenden und ausserhalb hospitalisierten Fälle zu den im Kanton hospitalisierten von ausserhalb kommenden Fällen ab (Hinausgehende / Hineinkommende):

$$\text{Exportindex} = \frac{(\text{pop}_d - \text{local}_d)}{(\text{hosp}_d - \text{local}_d)}$$

Ein Wert >1 bedeutet, dass netto Fälle „exportiert“ werden. Ein Wert <1 hingegen bedeutet, dass netto Fälle „importiert“ werden. Diese Kennzahl zeigt, ob ein Kanton ein „Netto-Importeur“ oder ein „Netto-Exporteur“ ist.²²

- Lokalisationsindex :

Der Lokalisationsindex²³ ist das Gegenstück zum Abfluss und bedeutet den Anteil der im Kanton wohnhaften Fälle, die im Wohnkanton hospitalisiert werden, an allen im Kanton wohnhaften Fällen. Diese Kennzahl zeigt, welcher Anteil der hospitalisierten Bevölkerung im eigenen Wohnkanton hospitalisiert wird und somit im Kanton „bleibt“. Er wird wie folgt berechnet:

$$\text{Lokalisationsindex} = \frac{\text{local}_d}{\text{pop}_d} * 100\%$$

oder

$$\text{Lokalisationsindex} = 100\% - \text{Abfluss} = 100\% - \left[\frac{(\text{pop}_d - \text{local}_d)}{\text{pop}_d} * 100\% \right]$$

- Market Share Index :

Der Market Share Index²⁴ zeigt, wie viele der im Kanton hospitalisierten Fälle auch dort wohnhaft sind und bildet damit den prozentualen Anteil des Marktes ab, der durch innerkantonale Fälle abgedeckt wird.

²² Dieses Verhältnis der Zahl der ausserkantonale ins Spital gehenden Fälle zur Zahl der in den Kanton kommenden Fälle wurde auch von Pellegrini und Luyet (2012) berechnet.

²³ In Anlehnung an Matter-Walstra et al. (2006).

²⁴ In Anlehnung an Matter-Walstra et al. (2006).

Berechnet wird dabei der Anteil der im Kanton wohnhaften Fälle, die im Wohnkanton hospitalisiert werden, an allen Hospitalisationen in Spitälern im Kanton:

$$\text{Market Share Index} = \frac{\text{local}_d}{\text{hosp}_d} * 100\%$$

Um die Kantone zu charakterisieren, werden auf aggregierter Ebene weitere drei Variablen herangezogen:

- Einwohnerzahl des Kantons
- Bettendichte im Kanton
- Sprachregion²⁵

Variablen auf Basis von Einzeldaten

Um die Häufigkeit der ausserkantonalen Hospitalisationen in Bezug zu bestimmten Merkmalen zu untersuchen, wurden in dieser Arbeit verschiedene Variablen auf Basis von pro Fall extrahierten Einzeldaten in die Analyse mit einbezogen. Das erlaubt Aussagen darüber, wie gross der Anteil ausserkantonomaler Hospitalisationen z.B. bei Frauen oder Männern, bei bestimmten Altersgruppen oder bei verschiedenen Versorgungsstufen von Spitälern ist und wie sich dieser von 2010 bis 2013 entwickelt hat. Diese Variablen charakterisieren entweder die Patientinnen und Patienten oder sie beziehen sich auf die in Anspruch genommene Leistung oder das behandelnde Spital (Spitaltyp).

Von den patientenbezogenen Variablen wurden folgende in die Analyse einbezogen (vgl. Definitionen in der Tabelle 2.1):

- Geschlecht
- Alter
- Nationalität (Schweiz / Ausland)
- Versicherungsklasse

Dazu kommen folgende Variablen, die sich auf die Spitalbehandlung bzw. die in Anspruch genommene Leistung beziehen:

- Eintrittsart
- Spitaltyp
- Spitalleistungsgruppe:

Um die Spitalleistungen zu analysieren, wurde nicht wie bei Pellegrini und Luyet (2012) auf die Hauptkostenstellen der Medizinischen Statistik, sondern auf die Spitalleistungsgruppen (SPLG) gemäss Leistungsgruppenkonzept abgestützt.²⁶ Die SPLG sind heute aus Planungssicht relevanter. Sie werden seit 2010 vom BFS auf Basis der Medizinischen Statistik und des Groupers der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich gruppiert. Sie setzen sich aus bestimmten ICD-Codes (für Diagnosen) und CHOP-Codes (für Behandlungen) zusammen, die in der Medizinischen Statistik erfasst werden.

- Spitalleistungsbereich:

Die Leistungsbereiche sind gröbere Betrachtungseinheiten, da sie mehrere SPLG zusammenfassen. Die Variable hat 24 Ausprägungen (Leistungsbereiche) und wurde durch eine Gruppierung der SPLG gemäss Leistungsgruppenkonzept (Version 2.2) generiert.²⁷ Diese Version lässt sich auf alle vier

²⁵ Es wird nur zwischen der lateinischen Schweiz und der Deutschschweiz unterschieden. Mehrsprachige Kantone werden nicht speziell berücksichtigt. Bei der lateinischen Schweiz sind die sieben Kantone FR, GE, JU, NE, TI, VD und VS eingeschlossen, in der Sprachregion Deutschschweiz die übrigen Kantone.

²⁶ Das Leistungsgruppenkonzept ist beschrieben unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=623>, abgerufen am 13.7.2015.

²⁷ Die Leistungsbereiche und ihre Ausprägungen sind als zusammengefasste Übersicht in der Tabelle 6.18 im Anhang 6) aufgeführt. Die detaillierte Zusammenstellung der Leistungsgruppen und Anforderungen in der Version 2.2 ist zu finden unter http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Spitalplanung/Leistungsgruppen/Leistungsgruppen_V2.2_d.pdf, abgerufen am 13.7.2015.

Erhebungsjahre anwenden, da sich von 2010 bis 2013 keine Änderungen in der Struktur der Gruppen ergeben haben.

- Inner- oder ausserkantonale Hospitalisation:

Das ist die wichtigste Variable. Sie drückt aus, ob ein Spitalaufenthalt innerhalb oder ausserhalb des Wohnkantons der Patientin bzw. des Patienten stattgefunden hat. Sie ist binär mit den Ausprägungen „im Wohnkanton hospitalisiert“ und „nicht im Wohnkanton hospitalisiert“.

Definitionen der Variablen

In dieser Übersicht sind die Variablen und ihre Ausprägungen nochmals zusammengefasst:

Tabelle 2.1 Definition der Variablen

Variable	Ausprägungen
Geschlecht	Frau = 0; Mann = 1
Alter	0-17 = 1; 18-24 = 2; 25-34 = 3; 35-44 = 4; 45-54 = 5; 55-64 = 6; 65-74 = 7; 75-84 = 8; 85+ = 9
Nationalität	AusländerIn = 1; SchweizerIn = 2
Versicherungsklasse	allgemein = 2; halbprivat = 3; privat = 4; unbekannt = 1
Eintrittsart	Notfall = 4; Geburt (Kind in dieser Klinik geboren) = 3; Angemeldet, geplant = 2; Andere = 1
Spitalleistungsgruppe	118 SPLG, definiert nach Leistungsgruppenkonzept ²⁸
Spitalleistungsbereich	24 Leistungsbereiche, definiert nach Leistungsgruppenkonzept ²⁹
Spitaltyp	Andere = 1; Universitätsspital = 2; Zentrumsversorgung = 3
Sprachregion	D Wohnkanton = 1; F/I Wohnkanton = 2
Kantonsgrösse	Einwohnerzahl (numerisch)
Bettendichte	Betten = Anzahl Bettenbetriebstage / 365 (numerisch)
Ausserkantonale Hospitalisation	im Wohnkanton hospitalisiert = 0, nicht im Wohnkanton hospitalisiert = 1

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Bedeutung der einzelnen Variablen und ihrer Ausprägungen wird bei den entsprechenden Resultaten im Ergebniskapitel 3 noch näher erläutert.

2.1.4 Statistische Methoden

In diesem Abschnitt wird erläutert, welche statistischen Methoden und Instrumente für die Berechnungen zur Anwendung kamen. Die statistische Auswertung der Daten erfolgte hauptsächlich mit STATA 13.1.

Deskriptive Statistik und Teststatistik

Die Kennzahlen zur Abbildung der Stärke der Patientenströme wurden mit einfachen arithmetischen Berechnungen auf Basis aggregierter Variablen berechnet (vgl. Kapitel 2.1.3), und zwar für alle Datenjahre 2010, 2011, 2012 und 2013.

Die Entwicklung der Patientenströme im Zeitverlauf bzw. Längsschnitt wird deskriptiv dargestellt, indem die Kennzahlen für jedes Datenjahr berechnet und miteinander verglichen werden. Die Veränderungen der Kennzahl Abfluss wurden mit einem Test für den Vergleich von Proportionen getestet. Dies trotz dem Umstand, dass es sich bei der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser um eine Vollerhebung aller Fälle (und nicht um ein Sample aus der Gesamtpopulation) handelt.³⁰ Damit wird getestet, mit welcher

²⁸ Siehe Tabelle 6.18 im Anhang 6.

²⁹ Siehe Tabelle 6.18 im Anhang 6.

³⁰ Zur Diskussion um interferenzstatistische Tests bei Vollerhebungen vgl. Broscheid und Gschwend (2005).

Wahrscheinlichkeit die Entscheidung, die Nullhypothese(n) zu verwerfen, korrekt ist bzw. mit welcher Wahrscheinlichkeit der Effekt in der Stichprobe auch in der Grundgesamtheit auftritt.

Die relativen Häufigkeiten der ausserkantonalen Hospitalisationen wurden mit Kreuztabellen für jedes Datenjahr im Durchschnitt über alle Kantone hinweg in Bezug zu ausgewählten Kontextvariablen berechnet, die entweder die Patientinnen und Patienten, die Leistung, das Spital oder die Kantone betreffen (vgl. Kapitel 2.1.3). Diese Auswertungen wurden für die Datenjahre 2010, 2011, 2012 und 2013 vorgenommen.

Zusammenhangsmasse

Um den tendenziellen Zusammenhang der Kontextvariablen mit der Wahrscheinlichkeit einer ausserkantonalen Hospitalisation zu analysieren, wurde jeweils die Odds Ratio (OR) berechnet. Die OR ist als Chancenverhältnis zu verstehen, wobei „Odds“ das englische Wort für „Chance“ oder „geschätzte Wahrscheinlichkeit“ ist. Im vorliegenden Fall ist die OR als Chancenverhältnis einer ausserkantonalen Hospitalisation im Vergleich zu einer innerkantonalen Hospitalisation zu verstehen (Odds, dass das Merkmal auf eine Hospitalisation ausserhalb des Kantons zutrifft, im Verhältnis zur Odds, dass das Merkmal auf eine Hospitalisation im Wohnkanton zutrifft) (vgl. Kohler und Kreuter 2012: 329ff.). Als Zusammenhangsmass wird die OR gewählt, weil sie eine klare Bezugsreferenz aufweist (z.B. „Chancen“ der Frauen im Vergleich zu den Männern) und relativ einfach interpretierbar ist (vgl. Jann 2002: 67f.):

- Eine $OR = 1$ heisst, dass die bedingten Chancen für beide Ausprägungen (z.B. Frau und Mann) gleich sind.
- Eine $OR > 1$ heisst, dass die bedingten Chancen für die eine Ausprägung (z.B. Frau) grösser sind als für die Referenz (z.B. Mann).
- Eine $OR < 1$ heisst, dass die bedingten Chancen für die eine Ausprägung (z.B. Frau) kleiner sind als für die Referenz (z.B. Mann).

Ausgewiesen werden jeweils die OR sowie deren 95%-Konfidenzintervall und der p-Wert. Diese Berechnungen wurden für das Jahr 2013 vorgenommen.

2.2 Analyse der Leistungsbereiche

Um die zweite Forschungsfrage zu untersuchen wurden die Kennzahlen Zustrom, Abfluss, Lokalisationsindex und Market Share Index nach Spitalleistungsgruppe (SPLG) differenziert berechnet. Da die SPLG teilweise sehr spezifisch sind, wurden auch die Leistungsbereiche ausgewertet. Für jede Kennzahl wurden Ranglisten der zehn Leistungsbereiche bzw. -gruppen mit den grössten Häufigkeiten gebildet. Diese Auswertungen wurden für die Datenjahre 2010, 2011, 2012 und 2013 und jeweils über die ganze Schweiz betrachtet vorgenommen. Für die Leistungen der stationären Grundversorgung („Basispaket“ genannt) wurden der Abfluss und der Absolut-Saldo auch nach Kanton aufgeschlüsselt berechnet.

2.3 Gesundheitspolitische Einbettung

Um die quantitativen Ergebnisse im gesundheitspolitischen Kontext interpretieren zu können, wurde Datenmaterial aus amtlichen Dokumenten herangezogen, insbesondere aus den Spitalversorgungs- und Strukturberichten der Kantone. Es wurden diejenigen Berichte ausgewählt, die die Kantone im Rahmen der Überarbeitung ihrer Spitalplanung nach Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung erstellt und veröffentlicht haben. Eine Liste der einbezogenen Dokumente findet sich in Tabelle 6.17 im Anhang. Die Analyse der Berichte erfolgte nach folgenden Gesichtspunkten:

- Berücksichtigung interkantonalen Patientenströme in den Spitalplanungsgrundlagen
- Strategien zur Steuerung der Patientenströme
- Koordination, Kooperation und Vereinbarungen mit anderen Kantonen

Für den Einbezug dieser Dokumente wurde auf eine einfache Variante der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) abgestützt. Die Ergebnisse dieser Analyse fliessen in Kapitel 3.6 und bei der Interpretation im Diskussionsteil (Kapitel 4) ein.

3 Resultate

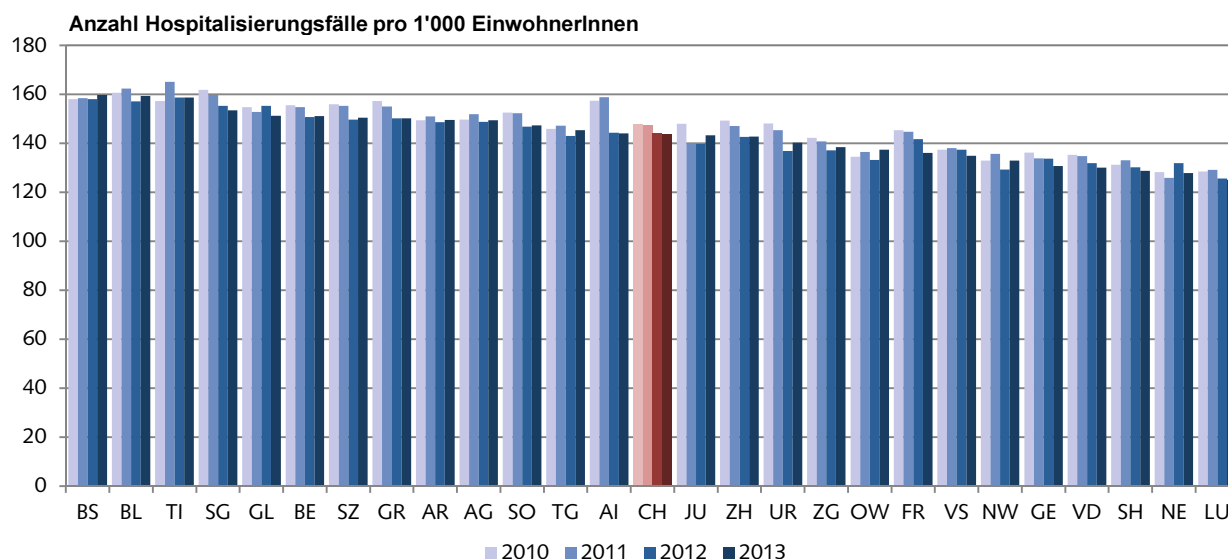
In diesem Kapitel werden die Ergebnisse dargestellt, angefangen mit der Beschreibung der zeitlichen Entwicklung der ausserkantonalen Hospitalisationen aus schweizerweiter und aus kantonaler Perspektive (Kapitel 3.1). Die kantonalen Unterschiede werden in Kapitel 3.2 mit der Darstellung der Export- und Import-Indizes vertieft. Von wo nach wo die Patientenströme fliessen, ist in Kapitel 3.3 das Thema. In Kapitel 3.4 wird aufgezeigt, wie sich die Anteile ausserkantonaler Hospitalisationen nach Leistungsbereichen, Eintrittsarten, Spitaltypen und kantonsbezogenen Kenngrössen entwickelt haben. Die Unterschiede in Bezug auf Patientenmerkmale sind in Kapitel 3.5 zu finden. In Kapitel 3.6 sind die wichtigsten Erkenntnisse aus den kantonalen Spitalplanungsgrundlagen zusammengefasst.

3.1 Zeitliche Entwicklung der ausserkantonalen Hospitalisationen

3.1.1 Schweizweite Betrachtung

Die Hospitalisationsraten in den Akutspitälern sind seit 2000 stetig angestiegen bis auf rund 148 Fälle pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2008. Seither sind die Raten bis 2013 im schweizerischen Schnitt wieder auf etwas mehr als 143 Fälle pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner zurückgegangen.³¹ Die Raten unterscheiden sich aber von Kanton zu Kanton, wie der Abbildung 3.1 zu entnehmen ist.³² Die Anordnung von links nach rechts erfolgt aufgrund der Raten 2013.

Abbildung 3.1 Hospitalisationsrate in Akutspitälern, 2010-2013



Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik, STATPOP; eigene Auswertung.

Wie sich die Hospitalisationen in den Akutspitälern bei der für diese Studie gewählten Population von 2010 bis 2013 entwickelt haben, ist in der Tabelle 3.1 dargestellt. Die Zahl der Hospitalisationen in den Schweizer Akutspitälern hat seit 2010 zugenommen und lag 2013 bei 1'143'161 Fällen. Die Hospitalisierungsrate pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner ist aber leicht zurückgegangen. Ein Anstieg ist auch bei der absoluten Zahl der ausserkantonal hospitalisierten Fälle zu verzeichnen. Dieser Anstieg ist stärker als die Zunahme bei den akutsomatischen Hospitalisationen insgesamt.

³¹ Die Auswertungen des Obsan sind zugänglich unter <http://www.obsan.admin.ch/>.

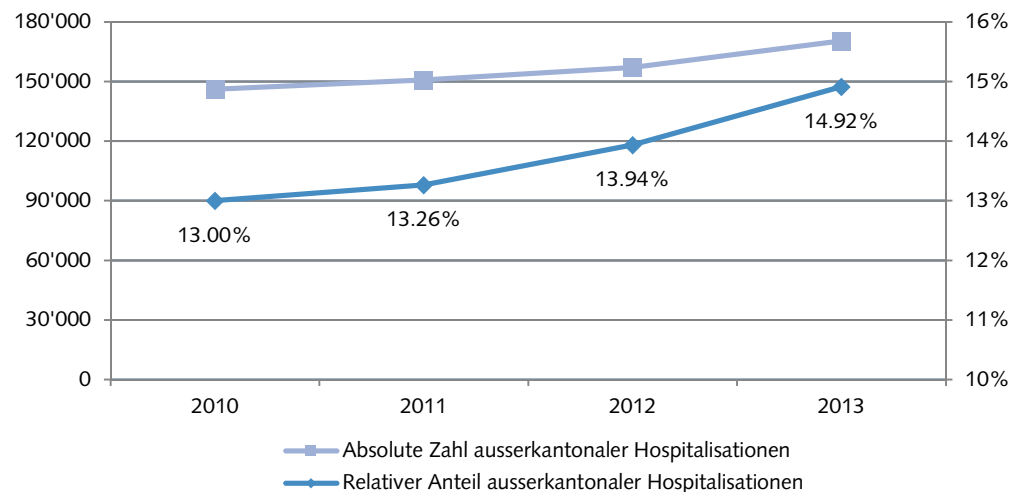
³² Ab 2012 sind die Raten etwas zurückgegangen, da die Fälle in der Medizinischen Statistik neu definiert wurden: Fälle, die innerhalb von 18 Tagen wieder hospitalisiert wurden, werden seit 2012 unter derselben Fallnummer registriert.

Tabelle 3.1 Hospitalisationen in Akutspitälern, gesamte Schweiz, 2010-2013

	2010	2011	2012	2013
Hospitalisationen insgesamt	1 124 814	1 137 057	1 127 295 ³³	1 143 161
Rate pro 1'000 EinwohnerInnen	142.92	142.94	140.23	140.44
Hospitalisationen ausserkantonale	146 278	150 813	157 113	170 509

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik, STATPOP; eigene Auswertung.

In relativen Anteilen zeigt sich die Entwicklung auf gesamtschweizerischer Ebene wie folgt: Der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen im akutsomatischen Bereich ist schweizweit von 2010 bis 2013 stetig angestiegen. Im Jahr 2010 betrug er noch 13.00%³⁴, 2011 dann 13.26% und 2012 13.94%. Im Jahr 2013 schliesslich hat der Anteil der Spitalbehandlungen, die ausserhalb des Wohnkantons der Patientinnen und Patienten stattgefunden haben, 14.92% betragen. Die Zunahme von 2010 bis 2013 belief sich damit auf 1.91 Prozentpunkte.³⁵ Der grösste Anstieg (0.98 Prozentpunkte) fand von 2012 zu 2013 statt – also erst ein Jahr nach Inkrafttreten der freien Spitalwahl. Die absolute Zahl ausserkantonomer Hospitalisationen und der relative Anteil ausserkantonomer Fälle sind in der Abbildung 3.2 im direkten Vergleich dargestellt.

Abbildung 3.2 Entwicklung ausserkantonomer Hospitalisationen, 2010-2013

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik, STATPOP; eigene Auswertung.

Als Antwort auf die erste Forschungsfrage, wie sich die interkantonalen Patientenströme von 2010 bis 2013 entwickelt haben, lässt sich also feststellen, dass der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen in Akutspitälern stetig zugenommen hat. Die Relevanz dieser prozentualen Zunahme zeigt sich, wenn man auch die absoluten Zahlen betrachtet. Im Jahr 2013 wurden 170'509 Fälle ausserhalb ihres Wohnkantons hospitalisiert. Diese Zahl steht für eine nicht unbedeutende Mobilität der Patientinnen und Patienten. Im Vergleich zu nur vier Jahren zuvor im Jahr 2010 sind es 24'231 Fälle mehr geworden, trotz stabiler Hospitalisationsrate.³⁶ Hinter dem prozentualen Zuwachs von plus 1.91 Prozentpunkten von 2010 bis 2013 und dem Anteil von 14.92% im Jahr 2013 stehen also beachtliche Fallzahlen.

Um in Bezug auf die Einführung der freien Spitalwahl mit einem Vorher/Nachher-Vergleich qualifizierte Aussagen über die beobachteten Veränderungen machen zu können, wurde ein Signifikanztest durchgeführt, der das Niveau vorher mit dem Niveau nachher vergleicht (Bussmann et al. 1997: 250). Der Test für den Vergleich zweier Proportionen zeigt, dass der Anstieg zwischen den einzelnen Jahren statistisch

³³ Der Rückgang von 2011 zu 2012 bei der Gesamtzahl der akutsomatischen Hospitalisationen ist darauf zurückzuführen, dass seit 2012 bei Rehospitalisationen innerhalb von 18 Tagen mit derselben Hauptdiagnose die beiden Eintritte nur als ein Fall gezählt werden (vgl. SwissDRG AG 2014).

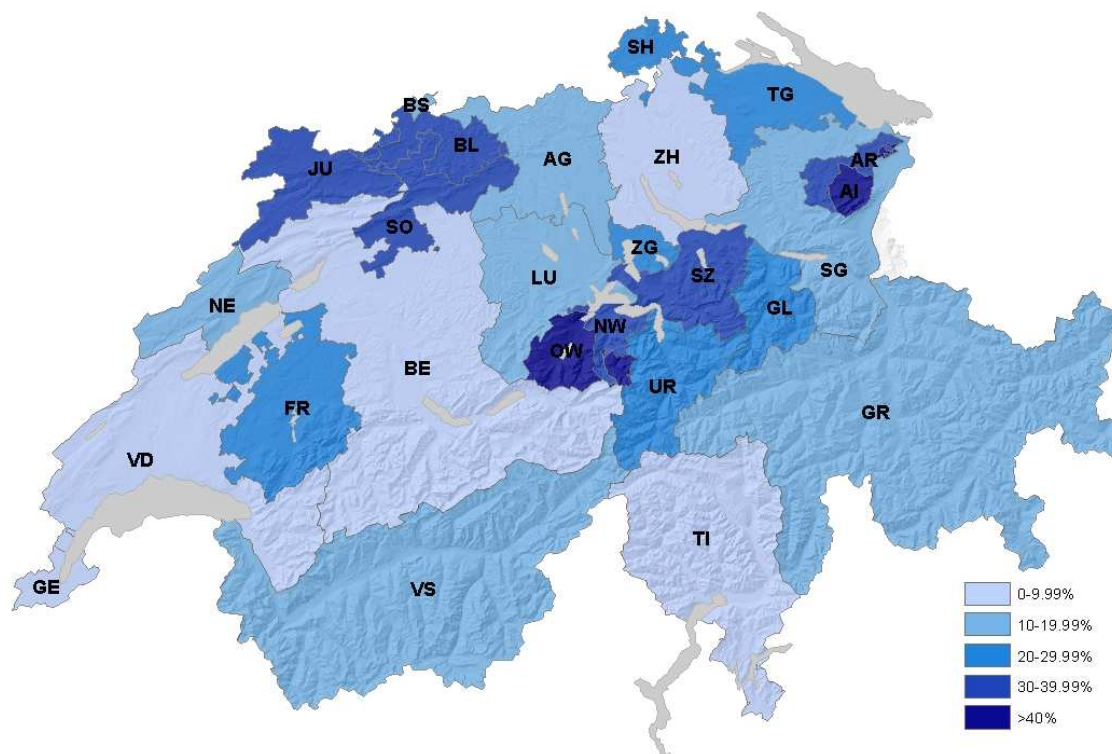
³⁴ Dass der Wert nicht mit den von Pellegrini und Luyet (2012) errechneten 12.3% übereinstimmt, liegt daran, dass für die vorliegende Studie eine andere Stichprobe gewählt wurde. Insbesondere wurde die Spitalkategorie „diverse Spezialkliniken“ (K235) hier nicht berücksichtigt.

³⁵ Berechnung aufgrund der nicht gerundeten Zahlen.

³⁶ Die Hospitalisierungsrate trägt auch dem Bevölkerungswachstum Rechnung.

Wenn diese Karte für das Jahr 2013 (Abbildung 3.3) mit der folgenden Karte zum Jahr 2010³⁹ in Abbildung 3.4 verglichen wird, zeigt sich, dass sich mit der gewählten Einteilung (siehe Legende) nur bei vier Kantonen eine Veränderung ergeben hat.

Abbildung 3.4 Kantonale Unterschiede beim Abfluss, 2010



Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung. © Obsan 2015

Die Kantone BL und SO sind 2013 in die Gruppe mit dem höchsten Abfluss gerutscht (BL: 48.57%, SO: 40.99%). 2010 lagen sie noch unter 40% (BL: 37.7%, SO: 39.85%). Auch bei den Kantonen NE und VS hat sich durch die Zunahme von 2010 zu 2013 ein „Kategorienwechsel“ ergeben. 2010 betrug der Abfluss in NE noch 19.14%, 2013 dann 21.01% und ist somit über die Schwelle von 20% gekommen. Im VS betrug der Abfluss 2010 noch 12.05% und 2013 bereits 26.66%.⁴⁰ Beide Beispiele zeigen, dass die alleinige Betrachtung der Karten nur beschränkt aufschlussreich ist. Es ist daher auf die Detailergebnisse der einzelnen Kantone zu verweisen, die in der Tabelle 6.1 im Anhang aufgeführt sind.

Zustrom

Ergänzend zum Abfluss sollte auch der Zustrom betrachtet werden. Der Zustrom zeigt, wie gross der Anteil der von ausserhalb des Kantons kommenden Fälle an allen Hospitalisationen in Spitälern im Kanton ist. In 23 Kantonen hat der Zustrom im direkten Vergleich der Jahre 2010 und 2013 zugenommen, wenn auch teilweise nur leicht.⁴¹ Die Zunahme bewegte sich zwischen +0.03 Prozentpunkten im Kanton AG und +6.11 Prozentpunkten im Kanton VD. Das heisst, dass der Anstieg beim Zustrom ausserkantonaler Fälle bei allen

³⁹ Die Karte ergibt dasselbe Bild wie im Bericht von Pellegrini und Luyet (2012: 36).

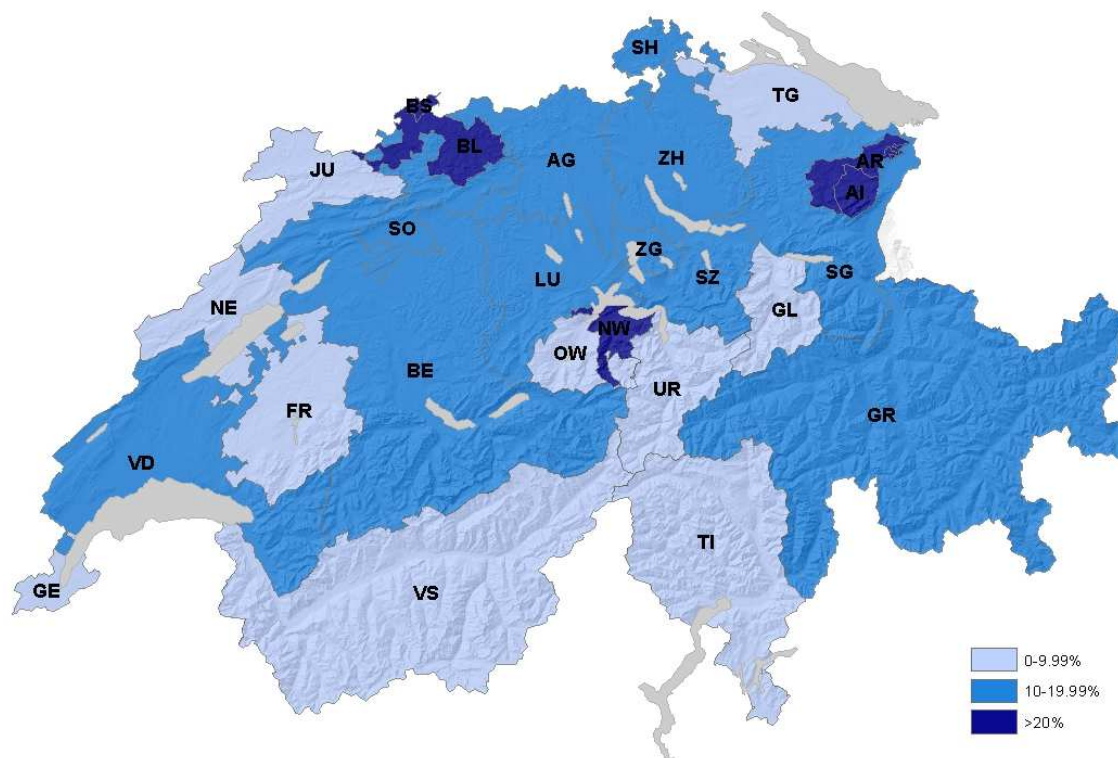
⁴⁰ Diese Veränderung im Kanton VS ist auf eine Änderung des BFS in der Betriebszählung zurückzuführen und muss daher vorsichtig interpretiert werden. Bis und mit dem Jahr 2012 gab es für die beiden Spitalstandorte des interkantonalen Spitals Riviera-Chablais Waadt/Wallis zwei verschiedene Betriebsnummern (einmal für den Standortkanton VS, einmal für den Standortkanton VD). 2013 wurden die Betriebsnummern zusammengelegt, was dazu geführt hat, dass jede Hospitalisation eines VS-Falls ab 2013 an allen Standorten (einschliesslich Monthey im Kanton VS) als ausserkantonale Hospitalisation im Kanton VD verzeichnet wurde.

⁴¹ Vgl. Detailergebnisse zu den einzelnen Kantonen in der Tabelle 6.2 im Anhang.

Kantonen unter 10 Prozentpunkten geblieben ist. Lediglich in den drei Kantonen BL (-3.22 Prozentpunkte), GE (-0.04 Prozentpunkte) und UR (-0.28 Prozentpunkte) hat der Zustrom abgenommen.

Bei der Höhe des Zustroms sind die Unterschiede zwischen den Kantonen teilweise beträchtlich. Die nachfolgende Karte (Abbildung 3.5) illustriert diese Unterschiede beim Zustrom für das neuste verfügbare Referenzjahr 2013. Je dunkler ein Kanton eingefärbt ist, desto höher ist sein Zustrom. Auf den ersten Blick stechen die Kantone AI, AR, BL, BS und NW in der Gruppe mit dem höchsten Zustrom (mindestens 20%) ins Auge. In der Gruppe mit einem Zustrom von unter 10% fallen die Kantone GE, GL, FR, JU, NE, OW, TG, TI und UR.

Abbildung 3.5 Kantonale Unterschiede beim Zustrom, 2013



Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

© Obsan 2015

Auch hier verbirgt die grobe Einteilung in drei Gruppen in der Karte die Unterschiede zwischen den Kantonen, die im Detail der Tabelle 6.2 im Anhang entnommen werden können. Dort ist ersichtlich, dass der Zustrom 2013 im Kanton TI mit 3.95% am tiefsten war und sich seit 2010 kaum verändert hat. Der höchste Zustrom fand sich 2013 im Kanton AR mit 61.82%. Dies ist als eigentlicher Extremfall zu bezeichnen, der aufgrund der kleinen Fallzahlen etwas relativiert werden muss. An zweiter Stelle steht der Universitätsspitalkanton BS mit einem Zustrom von 49.29%, gefolgt von AI (30.34%), NW (26.6%) und BL (23.12%), die alle über 20% liegen. Die übrigen Kantone verzeichnen einen Zustrom von unter 20%. Dies gilt auch für die anderen Kantone mit Universitätsspital (ZH: 13.89%, VD: 13.65%, BE: 13.35%, GE: 7.59%).

Vergleich von Zustrom und Abfluss

Im direkten Vergleich von Zustrom und Abfluss zeigt sich, dass diese beiden Kenngrößen nicht zwingend verknüpft sein müssen. Ein markantes Beispiel, das dies illustriert, ist der Kanton BS. Dort ist der Anteil ausserkantonaler Fälle, die in den Kanton kommen (Zustrom) mit 49.29% sehr hoch, der Anteil der Fälle aus dem Kanton BS, die sich ausserhalb des Kantons behandeln lassen (Abfluss) mit 8.21% aber vergleichsweise tief. Um weitere Beispiele herauszugreifen, die aber in die andere Richtung zeigen: In den Kantonen FR, JU und NE war der Zustrom 2013 gering (FR: 4.52%, JU: 6.56%, NE: 4.5%), der Abfluss hingegen vergleichsweise hoch (FR: 24.32%, JU: 34.5%, NE: 21.01%).

In gewissen Kantonen halten sich Zustrom und Abfluss in etwa die Waage. So zum Beispiel im Kanton SG (Zustrom: 16.29%; Abfluss: 19.09%), in GE (Zustrom: 7.59%; Abfluss: 3.36%), in SH (Zustrom: 16.93%; Abfluss: 22.97%) und auch im Kanton TI (Zustrom: 3.95%; Abfluss: 5.47%).

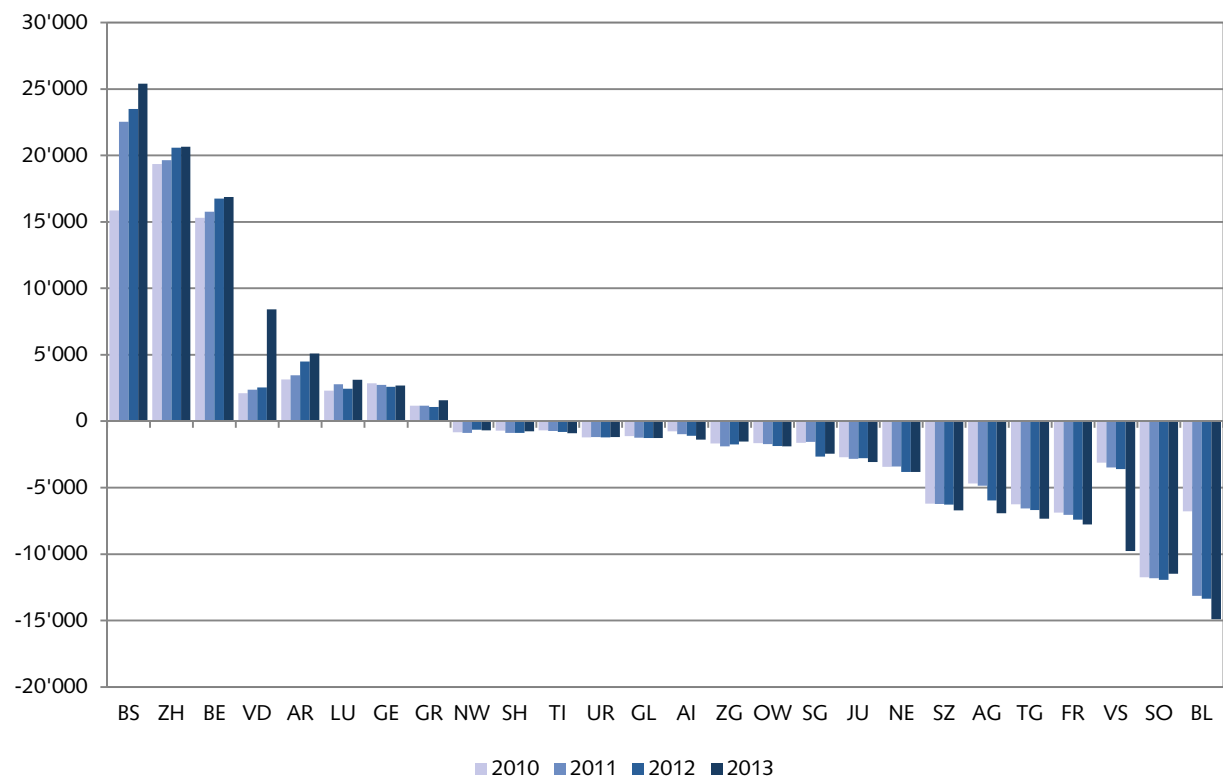
Bei der Interpretation der Zahlen der einzelnen Kantone muss daran gedacht werden, dass die dahinter liegenden absoluten Fallzahlen sehr unterschiedlich sind. Bei gewissen Kantonen können wenige Fälle zu einem hohen prozentualen Anstieg führen, wohingegen bei anderen Kantonen ein geringer prozentualer Anstieg mit vielen Fällen verbunden sein kann.

Absolut-Saldo

Um die Grössenordnung der Prozentanteile beim Abfluss und beim Zustrom beurteilen zu können, ist ein Blick auf die absolute Zahl von Fällen, die sich über die Kantonsgrenzen hinwegbewegen, angezeigt. Die zu diesem Zweck errechnete Kennzahl Absolut-Saldo zeigt, wie gross der Saldo ist, wenn man die aus dem Kanton hinausgehenden Fälle von den von ausserhalb des Kantons kommenden Fällen subtrahiert. Diejenigen Kantone mit einem Saldo, der grösser als 0 ist, haben absolut gesehen mehr Fälle, die von ausserhalb des Kantons kommen als im Kanton wohnende Fälle, die in ein Spital ausserhalb des Kantons gehen. In den Kantonen mit einem Saldo unter 0 ist es umgekehrt. Sie „verlieren“ mehr von in ihrem Kanton wohnenden Fällen, als sie an ausserkantonalen Fällen „gewinnen“. Der Saldo vermittelt einen Eindruck über die absoluten Zahlen, die sich für den zusätzlichen bzw. verminderten Bedarf an Kapazitäten aus Sicht des Kantons und auch der auf seinem Gebiet tätigen Spitäler ergibt.

Die Grafik in Abbildung 3.6 zeigt, wie gross die Unterschiede zwischen den Kantonen sind. Die Anordnung von links nach rechts bildet die Rangliste aufgrund der Zahlen 2013 ab (dunkelster Balken). Für den zeitlichen Vergleich sind daneben zu jedem Kanton die Werte aus den Vorjahren 2010, 2011 und 2012 ergänzt (hellere Balken).⁴²

Abbildung 3.6 Kantonale Unterschiede beim Saldo (absolute Zahlen), 2010-2013



Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

⁴² Die detaillierten Zahlen sind in der Tabelle 6.3 im Anhang zu finden.

In insgesamt acht Kantonen hat die Zahl der hineinkommenden die Zahl der hinausgehenden Fälle sowohl 2013 wie auch schon 2010 übertroffen. An erster Stelle steht der Universitätsspitalkanton BS, bei dem diese Differenz 2013 insgesamt 25'403 Fälle ausgemacht hat. Ihm folgen die Kantone ZH (20'663), BE (16'877) und auf etwas tieferem Niveau auch VD (8'415), alles ebenfalls Kantone mit Universitätsspital. Der Kanton GE als fünfter Kanton mit Universitätsspital hatte im Vergleich dazu einen relativ tiefen Saldo von 2'686. Die übrigen Kantone mit positivem Saldo waren AR (5'100), LU (3'119) und GR (1'588). Zwischen 2010 und 2013 verzeichneten BS und auch VD einen beträchtlichen Anstieg.

Auf der Seite der Kantone, die einen negativen Saldo aufwiesen, liegen neun Kantone bei mehr als -2'500 (JU, NE, SZ, AG, TG, FR, VS, SO, BL), wobei der Kanton BL mit -14'901 am untersten Ende steht, gefolgt von SO mit -11'485. Bei dieser Gruppe haben BL und VS zwischen 2010 und 2013 eine starke Abnahme beim Saldo erfahren.⁴³

Bei den übrigen neun Kantonen AI, GL, NW, OW, SG, SH, TI, UR, und ZG lag der Saldo nur wenig unter 0, das heisst, dass sich die Hineinkommenden und Hinausgehenden in etwa die Waage halten.

3.2 Import- und Exportkantone

Die im vorangegangenen Kapitel festgestellten kantonalen Unterschiede beim Abfluss, Zufluss und Saldo führen uns zur Frage, ob es ausgeprägte „Import-Kantone“ oder „Export-Kantone“ gibt. Ob ein Kanton ein „Netto-Importeur“ oder „Netto-Exporteur“ ist, lässt sich anhand des Exportindex feststellen. Der Exportindex stellt die im Kanton wohnenden und ausserhalb hospitalisierten Fälle in ein Verhältnis zu den im Kanton hospitalisierten von ausserhalb kommenden Fällen (Hinausgehende dividiert durch die Hineinkommenden) (vgl. Formel in Kapitel 2.1.3). Wenn ein Kanton über dem Wert von 1 liegt, heisst das, dass er netto Fälle „exportiert“. Wenn er unterhalb des Wertes von 1 liegt „importiert“ er netto Fälle.⁴⁴

Als Beispiel wie die Werte konkret zu verstehen sind: Im Kanton OW – im Jahr 2013 der stärkste Exporteur – betrug der Exportindex im Jahr 2013 7.7. Das heisst, dass 7.7 mal mehr Fälle den Kanton OW für eine Spitalbehandlung verlassen haben als dass in den Kanton OW für eine Spitalbehandlung hineingekommen sind. Am anderen Pol steht der Kanton BS – im Jahr 2013 der stärkste Importeur – mit einem Wert von 0.09. Dieser Wert bedeutet, dass die aus dem Kanton BS hinausgehenden Fälle nicht einmal einen Zehntel der in den Kanton hineinkommenden Fälle ausmachen.

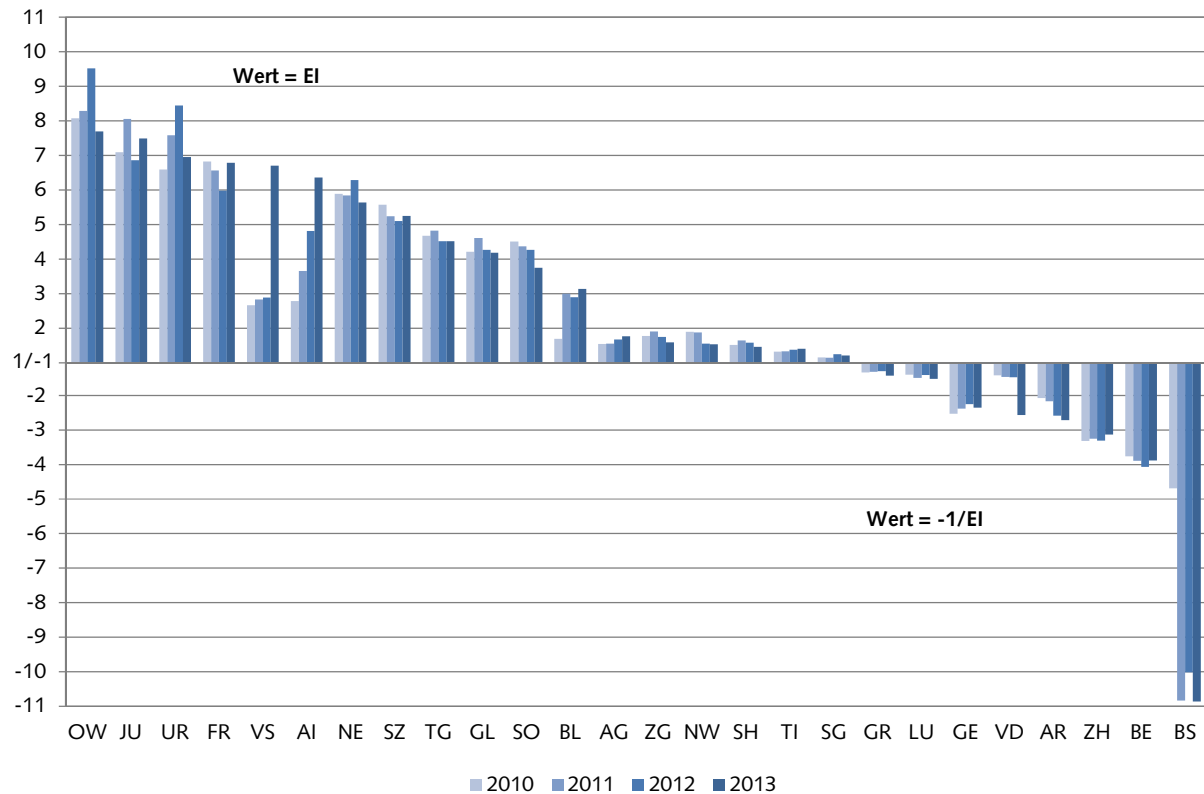
Der Exportindex der einzelnen Kantone ist in der Abbildung 3.7 illustriert. Die Anordnung von links nach rechts bildet die Rangliste aufgrund der Zahlen 2013 ab (dunklere Balken). Für den zeitlichen Vergleich sind daneben zu jedem Kanton die Werte aus den Vorjahren 2010, 2011 und 2012 ergänzt (hellere Balken). Die Kantone über dem Wert von 1 sind Netto-Exporteure. Der einfacheren Abbildung wegen wurde für die Netto-Importeure der Kehrwert des Exportindex abgebildet.⁴⁵

⁴³ Diese Veränderung im Kanton VS (und VD) ist auf eine Änderung in der Betriebszählung des BFS beim Spital Riviera-Chablais, Waadt/Wallis zurückzuführen und muss daher vorsichtig interpretiert werden.

⁴⁴ Die Detaillerggebnisse für den Exportindex für alle Kantone (2010-2013) sind in der Tabelle 6.4 im Anhang zu finden.

⁴⁵ Der Kehrwert ist gleich $-1/\text{Exportindex}$.

Abbildung 3.7 Kantonale Unterschiede beim Exportindex, 2010-2013



Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Es ist festzustellen, dass die Entwicklung von 2010 bis 2013 nicht über alle Kantone hinweg gleich verlaufen ist. Bei einigen Export-Kantonen ist der Exportindex über die Jahre leicht zurückgegangen und nahe um den gleichen Wert geblieben (z.B. SZ, TG, GL, SO, ZG, NW, SH). Bei anderen Exportkantonen blieb der Wert ebenfalls ähnlich, aber mit leicht ansteigender Tendenz (z.B. BL, AG, TI, SG). Bei anderen Export-Kantonen unterlag der Wert einigen Schwankungen (z.B. OW, JU, UR, FR).⁴⁶ Bei den Import-Kantonen (hier mit dem Kehrwert dargestellt) zeigt sich relativ grosse Stabilität von Jahr zu Jahr, aber mit verstärkender Tendenz hin zu stärkerem Import.

3.2.1 Strukturelle und kulturelle Faktoren

Es stellt sich grundsätzlich die Frage, wie die beobachteten Unterschiede von Kanton zu Kanton mit Merkmalen, die dem Kanton zuzuordnen sind, zusammenhängen. Für viele der denkbaren Faktoren (z.B. politische, kulturelle oder auf die Versorgungsstrukturen oder die Inanspruchnahme bezogene) gibt es keine quantifizierten Daten. Es gibt aber zwei strukturelle und eine kulturelle Variable, die im Zusammenhang mit dem Anteil der ausserkantonalen Hospitalisationen analysiert werden können.

Versorgungsdichte

Ein möglicher Ansatz ist die stationäre Versorgungsdichte im Kanton. Hier wird die Bettendichte als Surrogat für die Versorgungsdichte im Kanton im akutstationären Bereich herangezogen.⁴⁷

In der 3.8 werden der Abfluss und die Bettendichte im Vergleich zueinander dargestellt.⁴⁸ Das linke Diagramm bezieht sich auf das Jahr 2010, das rechte Diagramm auf 2013. Es sind bei der Position der

⁴⁶ Ein im Vergleich zu den Vorjahren auffälliger Anstieg im Jahr 2013 ist beim Kanton VS festzustellen. Dieser Sprung im Kanton VS ist auf eine Änderung in der Betriebszählung des BFS beim Spital Riviera-Chablais Waadt/Wallis zurückzuführen und muss daher vorsichtig interpretiert werden.

⁴⁷ Die Medizinische Statistik des BFS versteht unter einem Bett die Anzahl der Bettenbetriebstage dividiert durch 365 Tage.

⁴⁸ Der Abfluss ist auf der y-Achse ausnahmsweise nicht in Prozent, sondern als Dezimalzahl abgebildet.

einzelnen Kantone gewisse Veränderungen sichtbar, wobei sich das Gesamtbild über alle Kantone hinweg aber kaum unterscheidet von 2010 zu 2013.

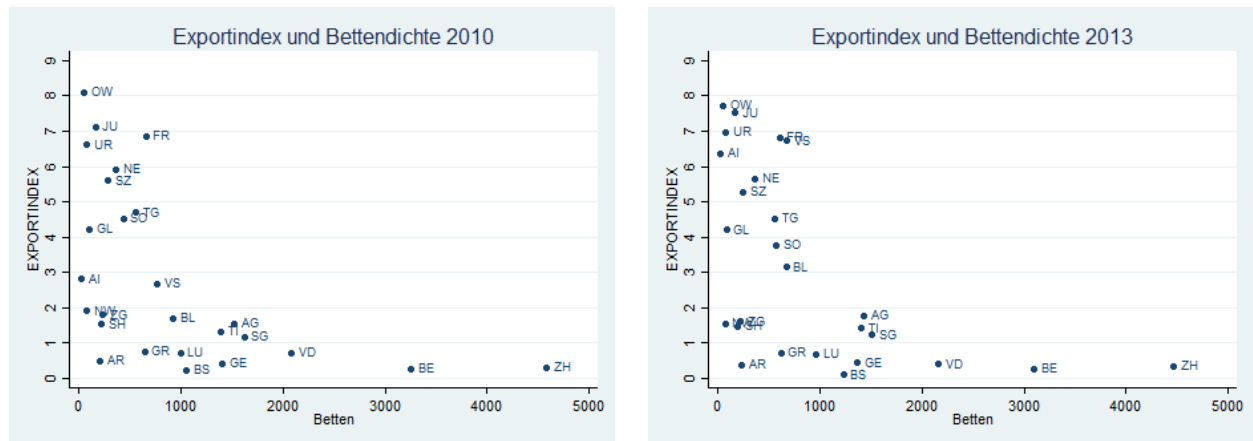
Abbildung 3.8 Abfluss und Bettendichte, 2010 und 2013 im Vergleich



Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn der Exportindex der Bettendichte gegenübergestellt wird (Abbildung 3.9). Hier liegen die Kantone etwas stärker auseinander.

Abbildung 3.9 Exportindex und Bettendichte, 2010 und 2013 im Vergleich



Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

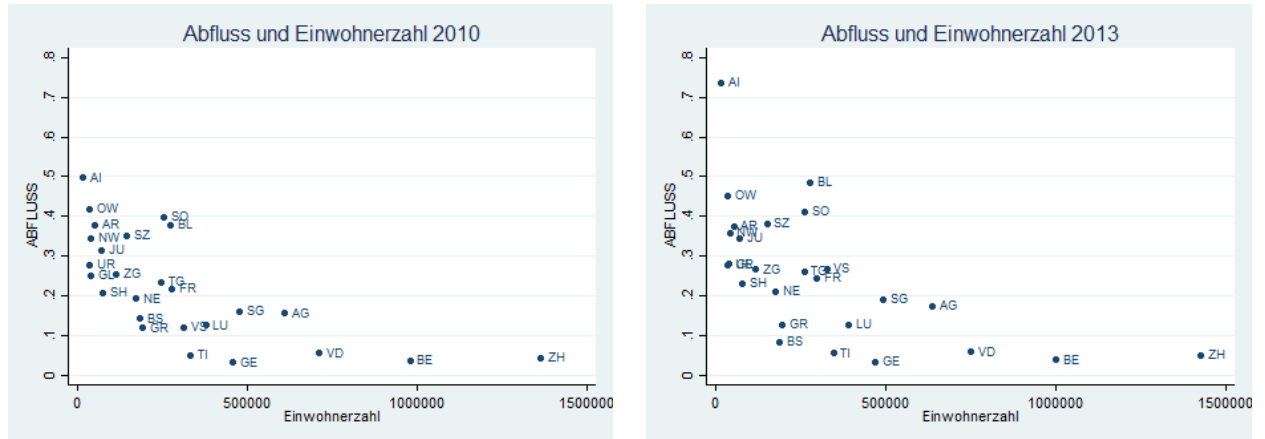
Es ist schwierig, aufgrund dieser Darstellung eine Aussage über mögliche Zusammenhänge zwischen der Bettendichte in einem Kanton und seinem Status als eher exportierendem oder eher importierendem Kanton zu machen. Es kann aber interessant sein, einzelne Kantone herauszugreifen und miteinander zu vergleichen. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die Importkantone (mit einem Exportindex zwischen 0 und 1) in der Tendenz auch eine höhere Bettendichte aufweisen. Die Streuung der Kantone ist aber relativ gross, weshalb bei der Interpretation Vorsicht angebracht ist. Von der Entwicklung her gesehen, bleibt das Bild für die beiden Jahre 2010 und 2013 in etwa gleich.

Einwohnerzahl

Ein weiterer struktureller Faktor ist die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner. Pellegrini und Luyet (2012: 60f.) haben anhand der Zahlen von 2010 in einem multivariaten Modell berechnet, dass die Einwohnerzahl eines Kantons einen Zusammenhang mit den Patientenströmen hat: Je bevölkerungsreicher der Kanton, desto geringer der Anteil der aus diesem Kanton in ein Spital ausserhalb des Kantons gehenden Fälle.

Ein solcher Zusammenhang ist in der Tendenz auch in den folgenden Scatterplots in der Abbildung 3.10 wieder zu erkennen. Sie bilden die Kennzahl Abfluss in Kombination mit der Einwohnerzahl ab; links für 2010, rechts für 2013.⁴⁹

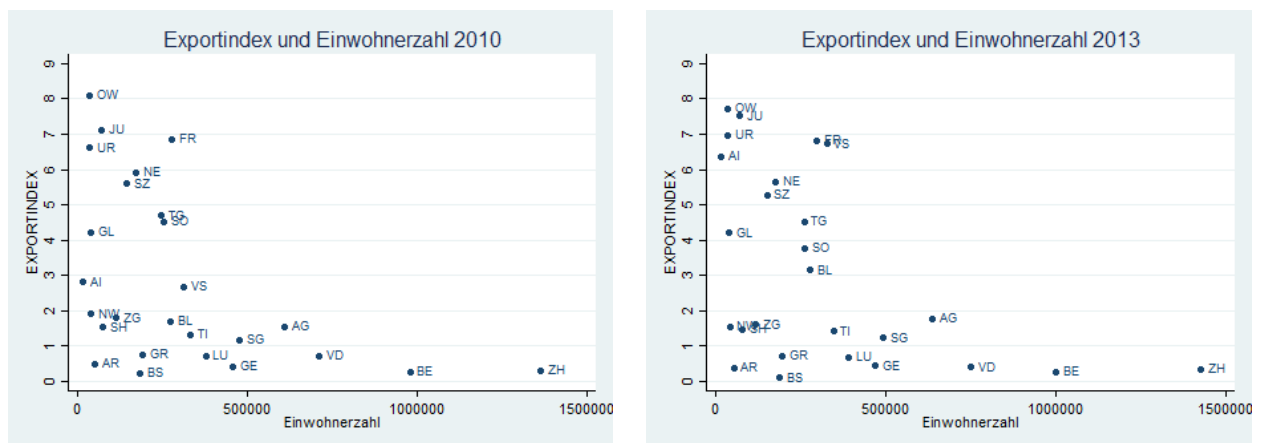
Abbildung 3.10 Abfluss und Einwohnerzahl, 2010 und 2013 im Vergleich



Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik und STATPOP; eigene Auswertung.

Der beschriebene Zusammenhang zwischen Einwohnerzahl und Patientenströmen lässt sich auch beim Gegenüberstellen von Exportindex und Einwohnerzahl feststellen. Diejenigen Kantone, für die wir in den vorangehenden Kapiteln schon eine grössere Veränderung bei den ausserkantonalen Hospitalisationen festgestellt haben, wechseln auch in dieser Darstellung von 2010 bis 2013 ihre Position. Das Gesamtbild über alle Kantone hinweg ändert sich aber in diesem Zeitraum nur leicht.

Abbildung 3.11 Exportindex und Einwohnerzahl, 2010 und 2013 im Vergleich



Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik und STATPOP; eigene Auswertung.

Sprachregion

Die Sprachregion ist ein Anhaltspunkt für die Sprache und Kultur eines Kantons und kann allenfalls helfen, die regionalen Unterschiede in der Schweiz besser zu erkennen. Hier wird nur zwischen der lateinischen Schweiz und der Deutschschweiz unterschieden. Bei der lateinischen Schweiz sind die sieben Kantone FR, GE, JU, NE, TI, VD und VS eingeschlossen, in der Sprachregion Deutschschweiz die übrigen Kantone. Die Ergebnisse wurden anhand der Herkunftskantone der einzelnen Fälle berechnet.

⁴⁹ Der Abfluss ist auf der y-Achse ausnahmsweise nicht in Prozent, sondern als Dezimalzahl ausgedrückt.

Der Blick auf die in der Tabelle 3.2 zusammengestellten Ergebnisse zeigt, dass der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen von 2010 bis 2013 bei den aus den Kantonen der Deutschschweiz kommenden Fällen höher war als bei denjenigen aus der lateinischen Schweiz. Die beiden Sprachregionen haben sich aber in der Entwicklung von 2010 bis 2013 etwas angenähert. 2010 betrug der Anteil in der Deutschschweiz noch 14.38%, 2013 dann 15.97% (131'286 von 822'253 Fällen). In der lateinischen Schweiz waren es 2010 noch 9.48%, und 2013 bereits 12.22% (39'223 von 320'908 Fällen). Die Tendenz ist somit in allen Landesteilen der Schweiz steigend.

Tabelle 3.2 Ausserkantonale Hospitalisationen nach Sprachregion

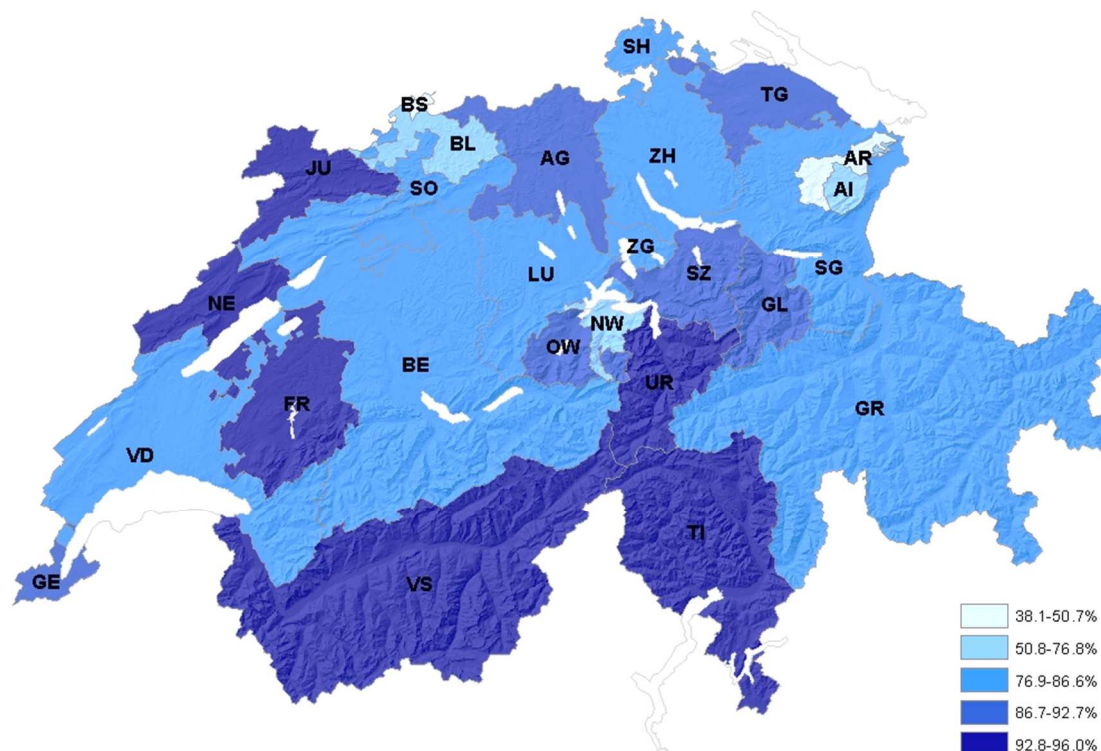
Sprachregion	2010	2011	2012	2013
Deutschschweiz	14.38% (116 294)	14.64% (119 768)	15.41% (124 529)	15.97% (131 286)
Lateinische Schweiz	9.48% (29 984)	9.73% (31 045)	10.21% (32 584)	12.22% (39 223)
Insgesamt	13.00%	13.26%	13.94%	14.92%

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

3.2.2 Kantonal geprägte Spitalmärkte

Eine weitere Perspektive auf die Entwicklung der Patientenströme sind die Auswirkungen auf die Spitalmärkte. Wenn die Patientenströme zwischen den Kantonen zunehmen, ist in der grundsätzlichen Tendenz folglich auch feststellbar, dass der Anteil des Spitalmarktes, der durch innerkantonale Fälle abgedeckt wird, abnimmt. Dies zeigen die Zahlen zum Market Share Index (MSI), der den Anteil der im Kanton wohnhaften Fälle, die in ihrem Wohnkanton hospitalisiert werden, an allen Hospitalisationen in Spitälern im Kanton abbildet. Bei der Mehrheit der Kantone ist dieser Index über die beobachteten vier Jahre leicht zurückgegangen. Die kantonalen Unterschiede 2013 sind in der Karte in der Abbildung 3.12 abgebildet. Die Detailtabellen zu allen Kantonen sind in der Tabelle 6.6 im Anhang zu finden.

Abbildung 3.12 Kantonale Unterschiede beim Market Share Index, 2013



Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

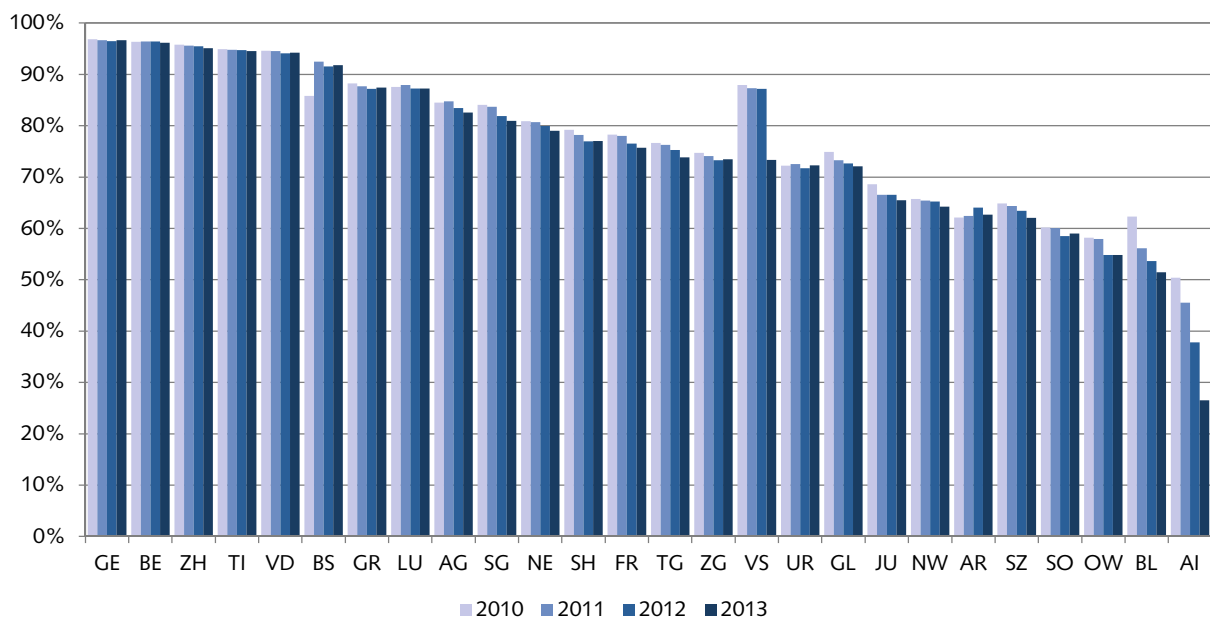
© Obsan 2015

2013 lag der MSI bei 21 Kantonen noch über 80%. Darunter lagen lediglich die Kantone BL (76.88%), NW (73.4%), AI (69.66%), BS (50.71%) und AR (38.18%). Das heisst, dass die Spitäler immer noch zu einem grossen Prozentanteil durch Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden, die in ihrem Standortkanton wohnhaft sind.

Unter dem Aspekt, dass die Kantone bei der Spitalplanung grundsätzlich den Bedarf für ihre eigene Wohnbevölkerung analysieren und das entsprechende Angebot sichern müssen, ist interessant, welcher Anteil der hospitalisierten Wohnbevölkerung überhaupt in ein Spital im Kanton selbst geht. Dieser Anteil der im Kanton wohnhaften Fälle, die auch im Wohnkanton hospitalisiert werden, an allen im Kanton wohnhaften Fällen wird durch den Lokalisationsindex (LI) ausgedrückt.

Die Entwicklung des LI ist im nachfolgenden Diagramm (Abbildung 3.13) abgebildet. Die Kantone sind im Diagramm nach ihrem Wert im Jahr 2013 sortiert (dunkelster Balken). Für den zeitlichen Vergleich mit den Vorjahren sind diese Werte in den helleren Balken daneben abgebildet. Dieser Index lag in den Kantonen GE, BE, ZH, TI, VD im Jahr 2013 um 95% herum und ist von 2010 bis 2013 auf stabilem Niveau geblieben.⁵⁰ In fast allen anderen Kantonen ist der LI von 2010 bis 2013 zurückgegangen. Im Kanton BL, wo der LI von 2010 bis 2013 von 62.3% auf 51.4% gefallen ist und im Kanton AI, wo der Rückgang noch grösser war, nämlich von 50.4% 2010 auf 26.5% 2013, war auch eine stärkere Abnahme der Abdeckung des Marktes mit „eigenen“ Fällen zu verzeichnen.

Abbildung 3.13 Anteil der in ihrem Wohnkanton hospitalisierten Fälle (Lokalisationsindex)



Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Der Spitalmarkt ist also relativ stark kantonal geprägt. In den meisten Kantonen lag der Anteil der eigenen Bevölkerung, die für Spitalbehandlungen innerhalb der Kantonsgrenzen bleibt, zwischen 50% und 80%.

⁵⁰ Die Zahlen 2010-2013 zu allen Kantonen sind im Detail der Tabelle 6.6 im Anhang zu entnehmen.

3.3 Richtung der Patientenströme

Nebst der bereits beschriebenen Entwicklung der Stärke der Patientenströme ist auch von Interesse, von wo nach wo sich die Patientenflüsse bewegen. Die Zahlen zu den Herkunfts- und Zielkantonen der ausserkantonale hospitalisierten Fälle können den Matrizen im Anhang 4 entnommen werden.⁵¹ In den folgenden Unterkapiteln werden die in den Matrizen enthaltenen Ströme im Jahr 2013 graphisch illustriert.⁵²

3.3.1 Perspektive Abfluss

Das erste Diagramm (Abbildung 3.14) stellt den Abfluss von Fällen 2013 in absoluten Zahlen dar. Die Kantone sind im Uhrzeigersinn in der Reihenfolge der Bundesverfassung aufgereiht und die Breite des Balkens veranschaulicht, wie viele Fälle (in absoluten Zahlen) den Kanton für einen Spitalaufenthalt verlassen haben.

Abbildung 3.14 Chord-Diagramm für abfliessende Patientenströme (absolut), 2013



Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser; eigene Auswertung; Darstellung mit D3.js.

⁵¹ Es resultiert ein Total von 1'143'158 ausserkantonalen Hospitalisationen, im Gegensatz zu 1'143'161 ausserkantonalen Hospitalisationen in allen anderen im vorliegenden Bericht präsentierten Analysen.

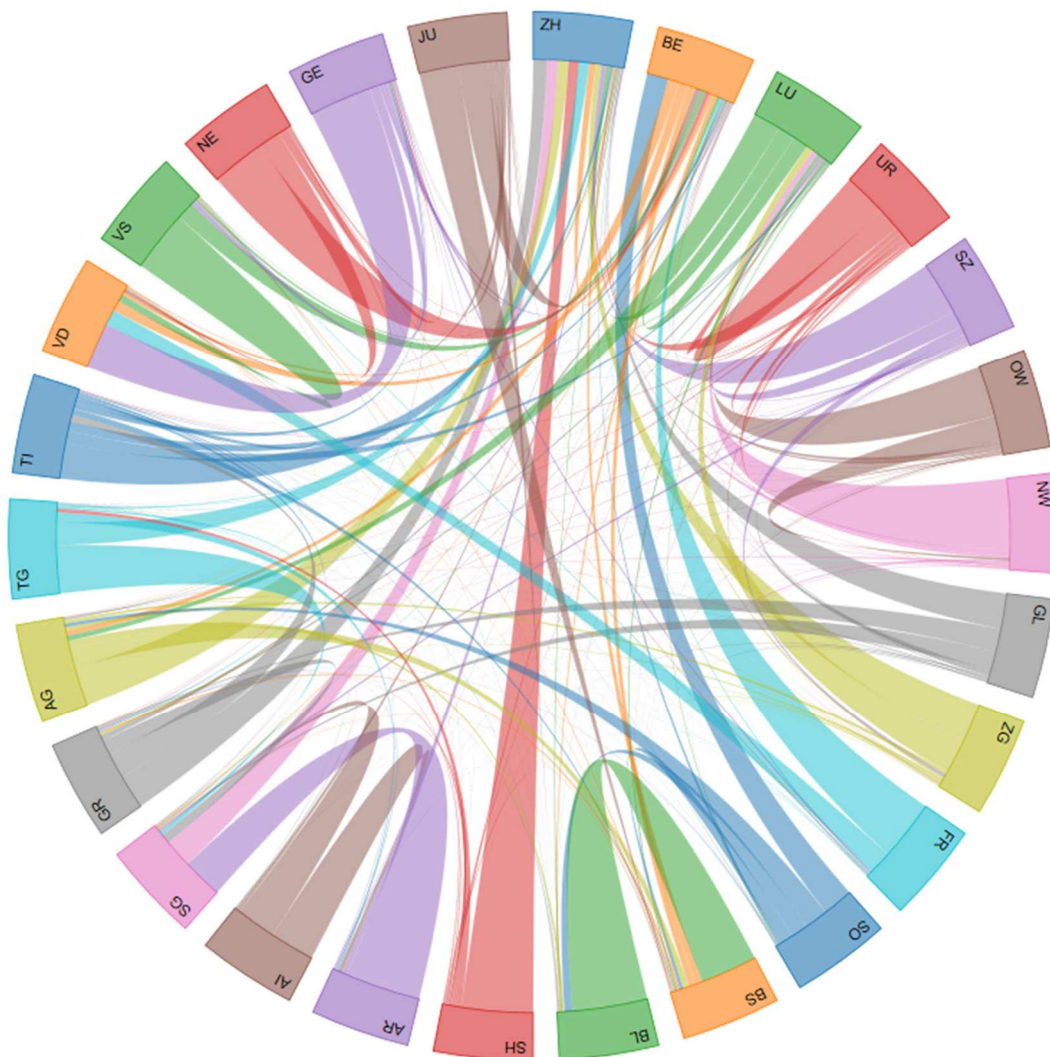
⁵² Auf Basis einer Vorlage der JavaScript-Library D3.js (<http://d3js.org/>).

Wohin die Fälle gegangen sind, zeigen die Verbindungen mit den Bögen. Die Perspektive ist immer beidseitig. Wenn man beispielsweise den Bogen bzw. Fluss zwischen dem Kanton SO und dem Kanton BE herausgreift, sieht man, dass aus der Perspektive des Kantons SO der Kanton BE ein wichtiger Empfängerkanton ist (über 33% oder 5'301 von 15'651 ausserkantonalen Fällen gingen in ein Spital im Kanton BE). Aus der Perspektive des Kantons BE empfängt der Kanton SO einen geringeren Teil der aus BE abströmenden Patienten (über 23% oder 1'384 von 5'867 ausserkantonalen Fällen), ist aber dennoch der absolut gesehen grösste Empfängerkanton von Patienten aus dem Kanton BE. Die Farbe des Bogens ist blau eingefärbt wie der Kanton SO, weil der Abfluss von SO nach BE höher ist als der Abfluss von BE nach SO.

Diese Darstellung zeigt, dass die abfliessenden Patientenströme 2013 in den Kantonen AG, BL, SO und SG am höchsten waren, wohingegen z.B. aus dem Kanton GE nur wenige Fälle aus dem Kanton hinausgegangen sind.

Eine andere Möglichkeit, die abfliessenden Patientenströme darzustellen, ist in der Abbildung 3.15 illustriert. In dieser Darstellung haben alle Kantone die gleiche Balkenlänge, da die Balken immer 100% der ausserkantonalen Fälle abbilden. Die Abflüsse sind also in prozentualen Anteilen dargestellt. Diese Perspektive hat den Vorteil, dass die Ströme aus den Kantonen mit geringeren Zahlen ausserkantonaler Hospitalisationen besser sichtbar sind.

Abbildung 3.15 Chord-Diagramm für abfliessende Patientenströme (prozentual), 2013

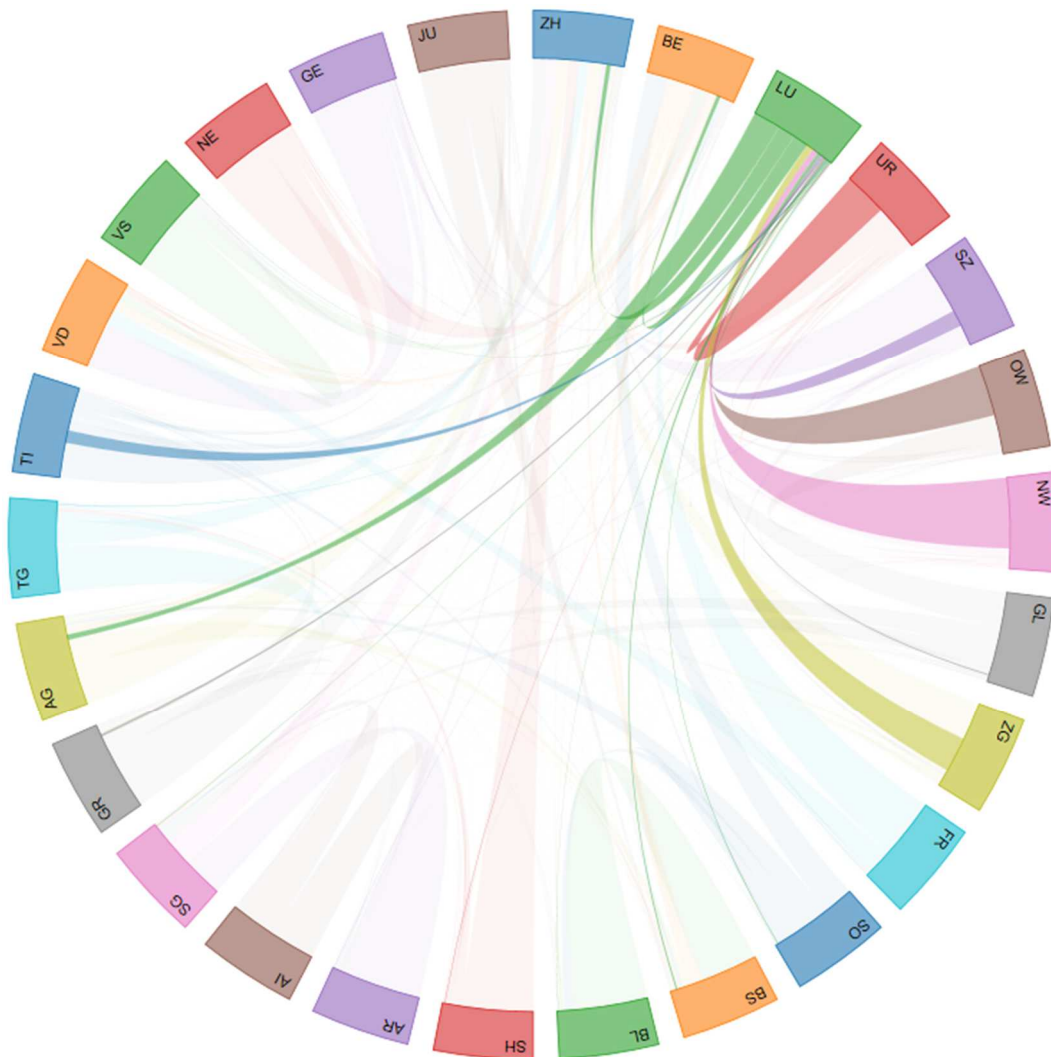


Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser; eigene Auswertung; Darstellung mit D3.js.

Beide Diagramme veranschaulichen, dass die Patientenströme die Kantone in einem dichten Netz verbinden. Da die alle Kantone umfassende Perspektive etwas unübersichtlich sein kann, bietet es sich an, einzelne Kantone als Beispiel herauszugreifen.

Für das Beispiel des Kantons LU (Abbildung 3.16) lässt sich herauslesen, dass anteilmässig von den ausserkantonal behandelten Fällen (6'000 im Jahr 2013) die meisten (gut 30%) in den Kanton AG gingen, gefolgt von ZH und BE mit etwas unter 20%. Die übrigen Fälle haben sich auf andere Kantone verteilt. Es wird in dieser Darstellung ausserdem ersichtlich, dass der Kanton LU ein Anziehungspunkt für die ausserkantonalen Fälle aus den Kantonen der Zentralschweiz ist: Aus NW gingen fast 80% der ausserkantonalen Fälle nach LU, aus OW etwas unter 60%, aus UR rund 50%, aus ZG fast 40% und aus SZ knapp 20%.

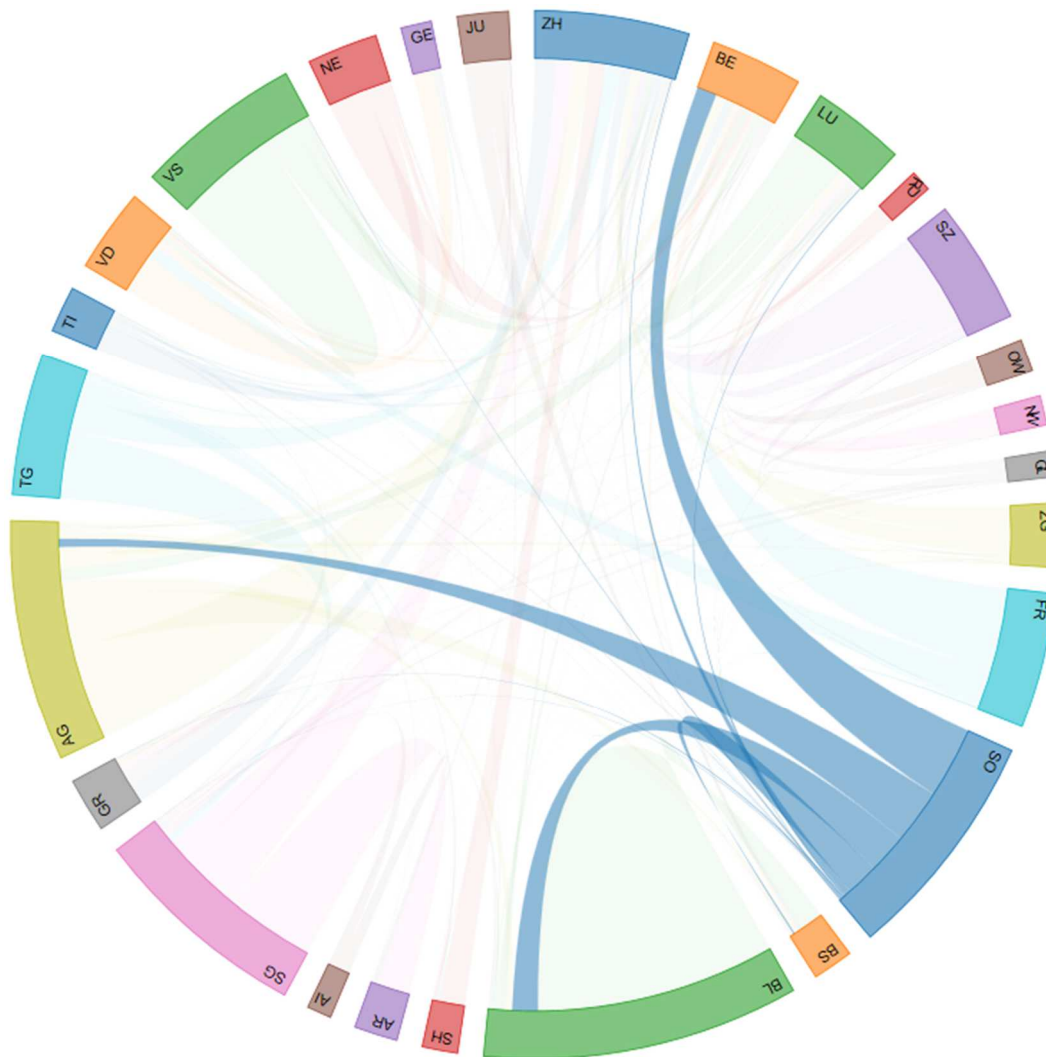
Abbildung 3.16 Chord-Diagramm Kanton Luzern, abfliessende Ströme (in Prozenten), 2013



Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser; eigene Auswertung; Darstellung mit D3.js.

Als weiteres Beispiel, aber mit absoluten Zahlen, ist in der Abbildung 3.17 für den Kanton SO ersichtlich, dass sich die 15'651 ausserkantonal behandelten Fälle vorwiegend auf die Kantone AG (3'915 Fälle), BE (5'301), BL (3'013) und BS (2'390) verteilen.

Abbildung 3.17 Chord-Diagramm Kanton Solothurn, abfliessende Ströme (absolut), 2013



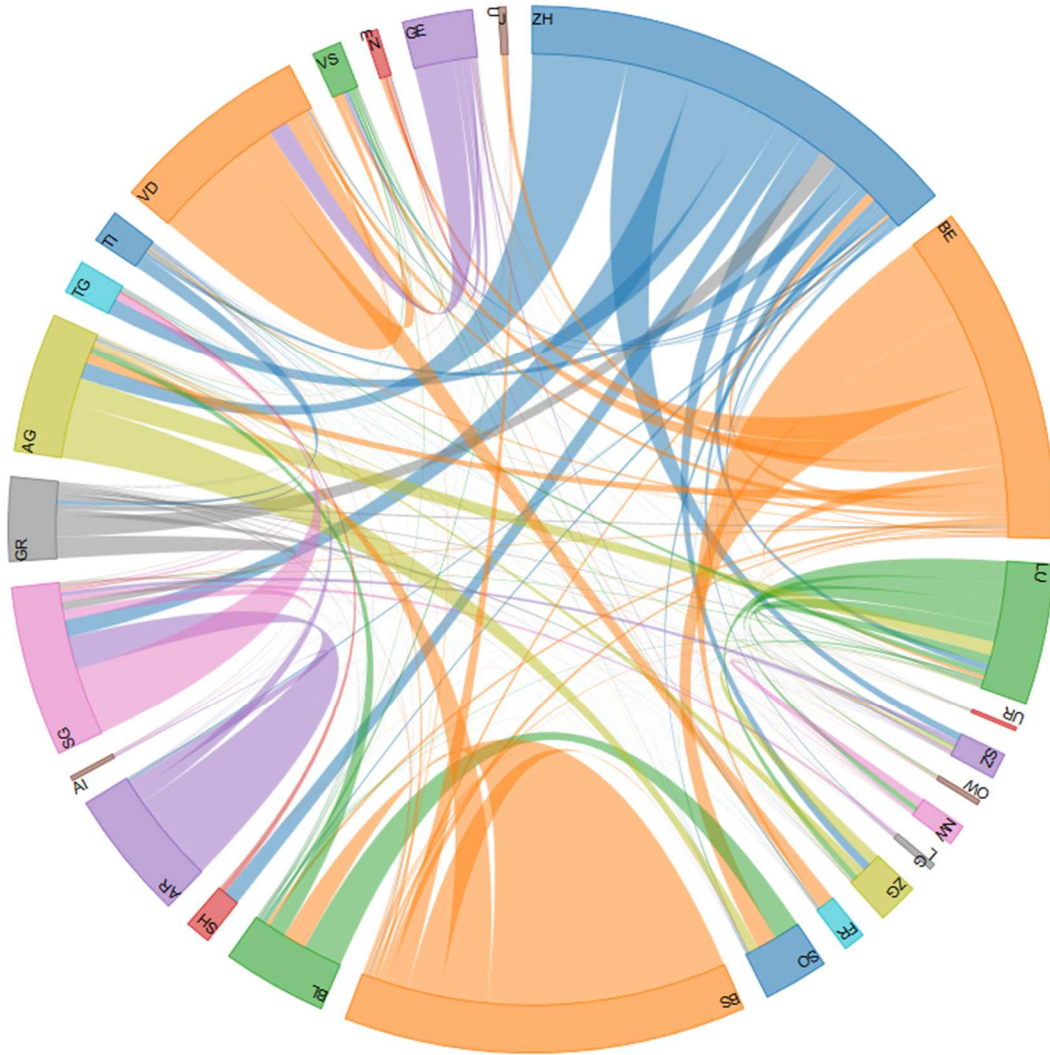
Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser; eigene Auswertung; Darstellung mit D3.js.

Beim Abfluss haben sich seit 2010 im gesamtschweizerischen Überblick keine einschneidenden Veränderungen ergeben, was die Patientenflüsse zwischen Sender- und Empfängerkantonen angeht. Es ist aber möglich, dass Verschiebungen stattgefunden haben, die aus der Perspektive einzelner Kantone oder Spitäler relevante Veränderungen bewirkt haben.

3.3.2 Perspektive Zustrom

Wenn man mehr über die importierenden Kantone wissen will, ist eine Darstellung aus der Perspektive des Zustroms angezeigt. Das Diagramm in der Abbildung 3.18 stellt den Zustrom 2013 in absoluten Zahlen dar. Die Kantone sind auch hier um den Kreis herum in der Reihenfolge der Bundesverfassung aufgereiht und die Breite des Balkens veranschaulicht, wie viele Fälle (in absoluten Zahlen) aus anderen Kantonen für einen Spitalaufenthalt in den Kanton hineingekommen sind. Die Verbindungen mit den Bögen zeigen an, woher die Patientinnen und Patienten gekommen sind. Die Perspektive ist auch hier immer beidseitig. Die Farbe des Bogens bestimmt sich jeweils nach dem Kanton, der den stärkeren Zustrom verzeichnet. Beispielsweise ist der Bogen zwischen ZH und GR grau, weil 2013 der Zustrom von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton ZH nach GR grösser war als der Zustrom von GR nach ZH.

Abbildung 3.18 Chord-Diagramm für zufließende Patientenströme (absolut), 2013

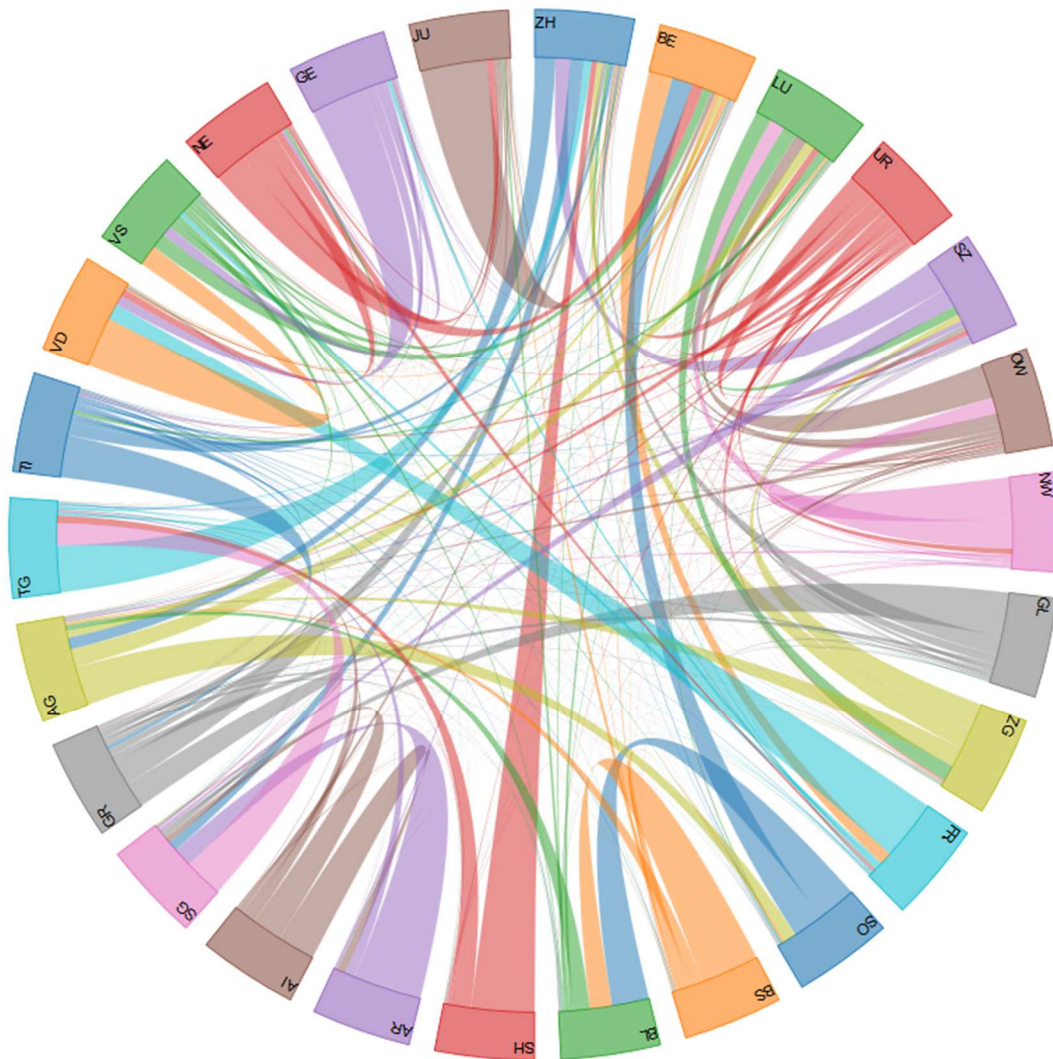


Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser; eigene Auswertung; Darstellung mit D3.js.

Auf den ersten Blick zeigt sich, dass die Spitäler mit Standort in den Kantonen BE, BS und ZH 2013 mit Abstand die höchste Zahl von ausserhalb des Kantons wohnhaften Fällen verzeichnet haben und Empfänger für Fälle aus verschiedensten Kantonen waren. Im Vergleich waren die Zuströme in die Kantone AI, GL, JU, NE, OW, und UR verschwindend klein.

Ergänzend zu den absoluten Zahlen ist auch für den Zustrom eine Darstellung der relativen Prozentanteile interessant. In dieser Darstellung haben wieder alle Kantone die gleiche Balkenlänge, da die Balken immer 100% der hineinströmenden ausserkantonalen Fälle abbilden.

Abbildung 3.19 Chord-Diagramm für zufließende Patientenströme (prozentual), 2013



Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser; eigene Auswertung; Darstellung mit D3.js.

Für einige Kantone wird sofort ersichtlich, woher sie die prozentual höchsten Patientenzuflüsse erhalten. Die in den Kanton GL hineinkommenden Fälle kommen z.B. zu gut 50% aus dem Kanton SG (208 von 400 ausserkantonalen Fällen). Die nach FR gehenden Fälle kommen zu 68% aus dem Kanton VD (910 von 1'341). Nach SH kommen 70% der Fälle aus dem Kanton ZH (1'141 von 1'630). AR „bezieht“ über 75% des Zustroms aus dem Kanton SG (6'075 von 8'069). Der Zustrom in den Kanton TG kommt zu 51% aus dem Kanton ZH (1'062 von 2'089) und im Kanton TI kommen die Fälle zu 51% aus dem Kanton GR (1'118 von 2'203). Im Kanton GE stammt 60% des Zustroms aus dem Kanton VD (2'797 von 4'663). Und im Kanton JU kommen 74% der ausserkantonalen Fälle aus dem Kanton BE (350 von 471).

Das in der Abbildung 3.20 dargestellte Beispiel des Kantons AG lässt erkennen, dass dieser aus vielen verschiedenen Kantonen Fälle anzieht. Am stärksten aber aus dem Kanton SO (43% oder 3'915 von 8'990). Ausserdem wird erkennbar, dass die entsendenden Kantone in unterschiedlichem Ausmass auch Fälle aus dem Kanton AG anziehen. Bei SO sind es beispielsweise 13% (555 von 4'167), bei ZH 23% (6'975 von 30'361). Dieses Beispiel zeigt, dass bei der relativen Betrachtung der Patientenflüsse berücksichtigt werden muss, dass die absoluten Fallzahlen von Kanton zu Kanton stark variieren.

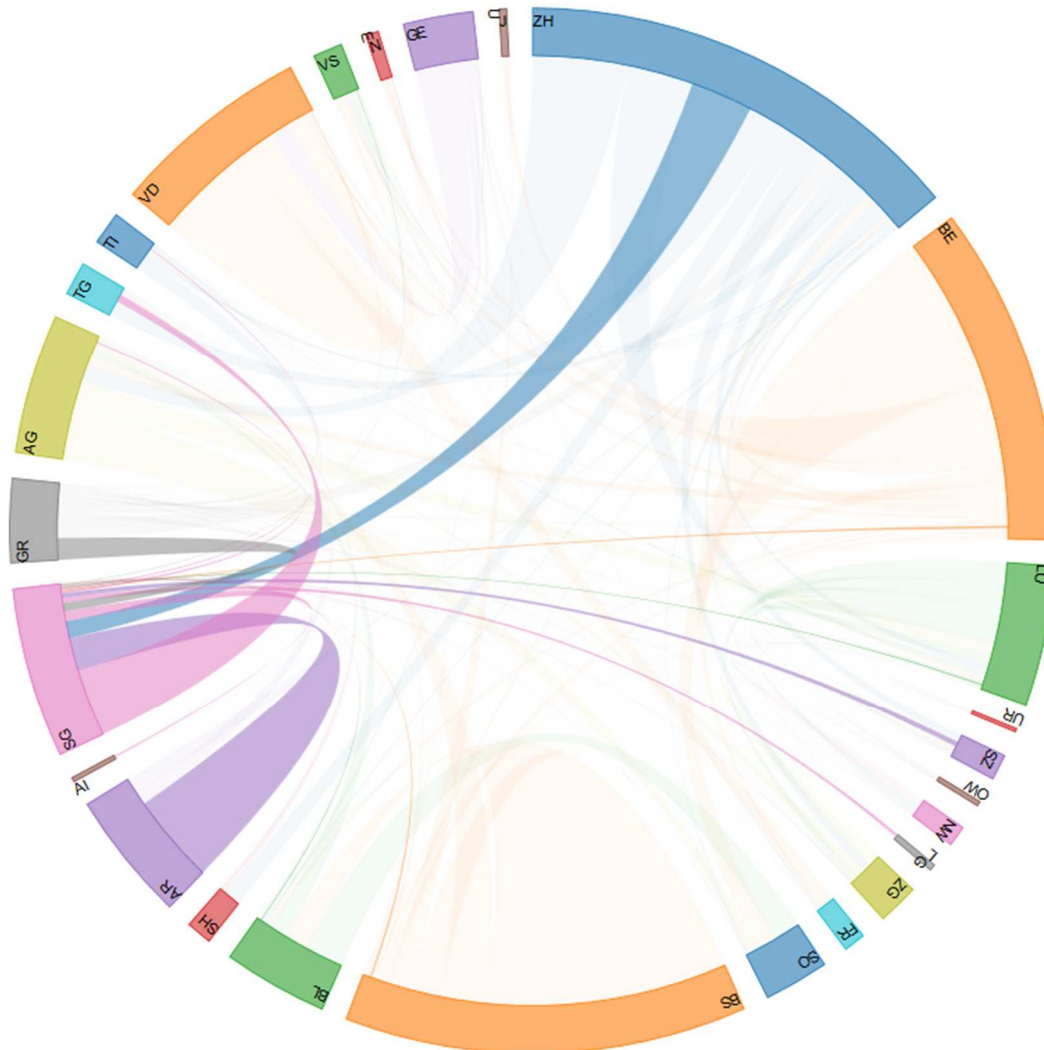
Abbildung 3.20 Chord-Diagramm Kanton Aargau, zuflussende Ströme (in Prozenten), 2013



Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser; eigene Auswertung; Darstellung mit D3.js.

Als letztes Beispiel ist in der Abbildung 3.21 auf der folgenden Seite dargestellt, aus welchen Kantonen die Fälle in den Kanton SG mit seinem Zentrumspital fließen. Der grösste Teil, also 5'111 von 11'547 ausserkantonalen Hospitalisationen kommen aus dem Kanton TG. Weitere grössere Prozentanteile kommen aus AR und ZH.

Abbildung 3.21 Chord-Diagramm Kanton St. Gallen, zuflussende Ströme (absolut), 2013



Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser; eigene Auswertung; Darstellung mit D3.js.

3.4 Leistungsbezogene Charakteristika ausserkantonaler Hospitalisationen

Welche Leistungen gehäuft in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons in Anspruch genommen werden, ist die zweite Forschungsfrage dieser Arbeit. Im Folgenden werden zunächst die Leistungsbereiche angeschaut, dann ein paar ausgewählte Spitalleistungsgruppen (SPLG) und schliesslich die Leistungen der akutsomatischen stationären Grundversorgung. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels wird dargestellt, wie sich die ausserkantonalen Hospitalisationen in Bezug auf Spitaltyp und Eintrittsart verhalten.

3.4.1 Leistungsbereiche

Die Leistungsbereiche fassen jeweils eine Gruppe von SPLG zusammen. Das hat den Vorteil, dass über 24 medizinische Bereiche ein gewisses Gesamtbild entsteht. Da die zusammengefassten SPLG einen sehr unterschiedlichen Spezialisierungsgrad haben und bedeutende Unterschiede in den Fallzahlen aufweisen, sind die Leistungsbereiche jedoch nur ein Anhaltspunkt für Veränderungen in Bezug auf die Anteile, die ausserkantonal in Anspruch genommen werden. Die Ranglisten mit den Top Ten der am häufigsten ausserkantonal in Anspruch genommenen Leistungen sind für die Jahre 2010 bis 2013 in der Tabelle 3.3 aufgeführt, ergänzt durch die jeweilige Fallzahl (inner- und ausserkantonal zusammengezählt).

Für den Abfluss (auf schweizweitem Niveau gleichbedeutend mit dem prozentualen Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen) zeigt sich für alle vier Referenzjahre, dass vor allem spezialisierte

Leistungsbereiche mit teilweise sehr geringen Fallzahlen häufig ausserkantonal in Anspruch genommen wurden. Eine Ausnahme davon ist der Bereich „Bewegungsapparat chirurgisch“, der vergleichsweise hohe Fallzahlen hat. 2013 lag der höchste Anteil ausserkantonomer Fälle bei den Transplantationen mit über 50% (von 1'417 Fällen). Die Transplantationen waren auch 2012 und 2011 schon an der Spitze. 2010 war die Thoraxchirurgie mit 42.97% von 1'487 Fällen der Leistungsbereich, der am häufigsten ausserkantonal in Anspruch genommen wurde.

Tabelle 3.3 Rangliste der Leistungsbereiche, 2010-2013

Jahr	Rang	Leistungsbereich	Abfluss	Fallzahl total
2010	1	Thoraxchirurgie	42.97%	1 487
	2	Transplantationen	38.04%	92
	3	Neurochirurgie	29.77%	4 894
	4	Pneumologie	25.37%	6 811
	5	Herz	24.57%	47 499
	6	Ophthalmologie	22.44%	11 071
	7	Nephrologie	21.00%	2 014
	8	Viszeralchirurgie	19.56%	3 113
	9	Bewegungsapparat chirurgisch	18.08%	162 194
	10	Hals-Nasen-Ohren	16.53%	37 589
2011	1	Transplantationen	51.17%	1 157
	2	Neurochirurgie	28.96%	5 373
	3	Schwere Verletzungen	28.93%	999
	4	Herz	25.03%	47 176
	5	Ophthalmologie	23.78%	10 573
	6	Thoraxchirurgie	18.92%	2 431
	7	Bewegungsapparat chirurgisch	18.55%	155 392
	8	(Radio-)Onkologie	17.00%	12 313
	9	Viszeralchirurgie	16.80%	12 947
	10	Gefässe	16.79%	16 223
2012	1	Transplantationen	52.05%	1 268
	2	Neurochirurgie	33.04%	3 369
	3	Schwere Verletzungen	27.87%	1 579
	4	Herz	25.49%	45 822
	5	Ophthalmologie	25.19%	10 068
	6	Bewegungsapparat chirurgisch	19.89%	165 801
	7	Thoraxchirurgie	19.10%	2 388
	8	(Radio-)Onkologie	18.47%	11 927
	9	Viszeralchirurgie	18.35%	15 413
	10	Gefässe	17.55%	16 812
2013	1	Transplantationen	55.54%	1 417
	2	Neurochirurgie	31.51%	4 506
	3	Schwere Verletzungen	28.58%	1 375
	4	Ophthalmologie	25.81%	9 879
	5	Herz	24.77%	46 794
	6	Bewegungsapparat chirurgisch	21.07%	171 496
	7	Thoraxchirurgie	20.54%	2 405
	8	Viszeralchirurgie	19.70%	17 038
	9	Hämatologie	19.16%	10 882
	10	(Radio-)Onkologie	18.36%	12 181

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Wenn man die Entwicklung der Rangierungen anhand der Tabelle nachverfolgt, ist erkennbar, dass sich die Top Ten der Leistungsbereiche von 2010 bis 2013 meist gleich geblieben sind. Veränderungen ergeben sich aber bei den Anteilswerten.

3.4.2 Leistungsgruppen

Mit den Leistungsgruppen (SPLG) lassen sich die Veränderungen der ausserkantonalen Hospitalisationen bei bestimmten medizinischen Leistungen auf einer detaillierteren Ebene betrachten. Unter den SPLG, die in den Jahren 2010 bis 2013 den höchsten Anteil ausserkantonomer Fälle verzeichnet haben, befinden sich sehr spezialisierte Leistungen. Darunter sind auch solche, die im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) wenigen Zentren zugeteilt wurden. Die meisten bis Ende 2013 getroffenen HSM-Zuteilungsentscheide waren allerdings bis 2013 im Leistungsgruppenkonzept noch nicht in eigenen SPLG abgebildet.

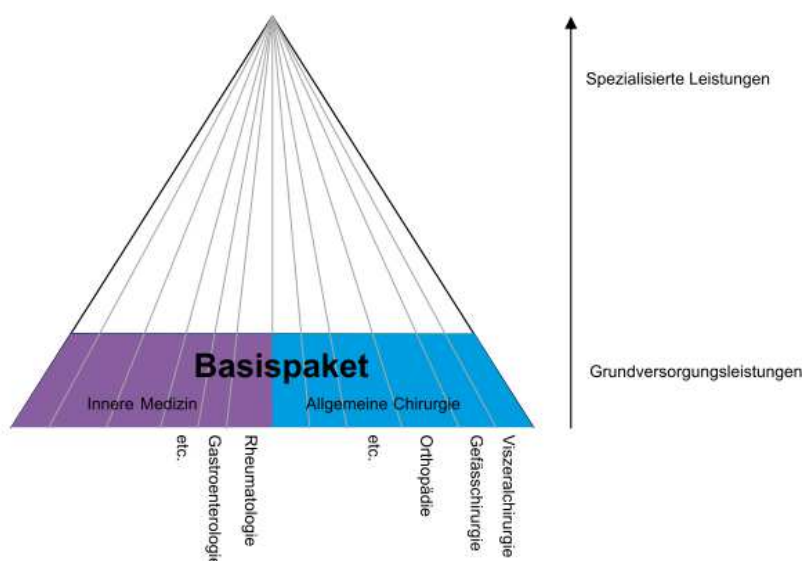
Für die Ergebnisse im Detail ist auf die Tabellen 6.9-6.12 im Anhang 3 zu verweisen, die jeweils die Top Ten der ausserkantonal erbrachten SPLG für die Jahre 2010 bis 2013 auflisten. 2013 lagen die Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität mit 76.92% auf Rang 1 (bei insgesamt 52 Fällen), 2012 und 2011 war es die komplexe kongenitale Herzchirurgie (68.13% von total 273 Fällen im Jahr 2012 und 69.2% von total 250 Fällen im Jahr 2011) und 2010 war es die allogene Blutstammzellentransplantation (IVHSM) mit 72.89% von insgesamt 166 Fällen. Über die Jahre 2010 bis 2013 haben sich die unter den Top Ten rangierenden SPLG in ihrer Zusammensetzung kaum verändert, sondern hauptsächlich den Rang gewechselt. Die Rangierungen sollten aufgrund der geringen Fallzahlen jedoch nicht überschätzt werden.

Es zeigt sich erwartungsgemäss, dass die hochspezialisierten Leistungen am häufigsten ausserkantonal in Anspruch genommen werden. In diesem Bereich ist das innerkantonal verfügbare Leistungsangebot beschränkt. Da nur wenige Spitäler einen Leistungsauftrag für diese Leistungen haben, ist ein Grossteil der betroffenen Patientinnen und Patienten also ohnehin gezwungen, ausserkantonal in Behandlung zu gehen.

3.4.3 Leistungen der stationären Grundversorgung

Die Leistungen der akutstationären Grundversorgung werden im Leistungsgruppenkonzept als Basispaket (BP) definiert (vgl. Abbildung 3.22).⁵³

Abbildung 3.22 Basispaket im Kontext aller Leistungen



Quelle: Kanton Zürich (2011: 26).

⁵³ Darin ist auch das Basispaket elektiv enthalten, das Kliniken erfüllen müssen, wenn sie nur einen bestimmten Leistungsbereich anbieten wollen.

Unter dem Basispaket sind im Sinn einer Negativliste alle medizinischen Leistungen zusammengefasst, die keiner anderen SPLG zugeteilt sind (Innere Medizin und allgemeine Chirurgie).⁵⁴ Der Grund für diese relativ grosse Restmenge (ca. ein Drittel aller Leistungen fällt in das Basispaket) ist, dass sich aus planerischer Sicht und in Bezug auf die mit den SPLG bei den Leistungsaufträgen verknüpften Anforderungen eine weitere Differenzierung nicht lohnt. Aus Sicht der Planung bildet das Basispaket diejenigen Leistungen ab, die alle Spitäler mit einem kantonalen Leistungsauftrag erbringen dürfen bzw. müssen. Diese Leistungen werden also immer auch innerkantonal angeboten.

Die Entwicklung der interkantonalen Patientenströme bei der Grundversorgung bzw. den Leistungen des Basispakets in der ganzen Schweiz ist in der Tabelle 3.4 anhand der Kennzahlen Zustrom, Abfluss, Lokalisationsindex und Market Share Index abgebildet. Auf gesamtschweizerischer Ebene sind Zustrom und Abfluss sowie Lokalisationsindex und Market Share Index identisch.

Über die ganze Schweiz gesehen hat der Abfluss bzw. Zustrom bei Leistungen des Basispakets zugenommen. Während 2010 noch 10.29% der Patientinnen und Patienten für eine medizinische Leistung der stationären Grundversorgung ausserhalb des Wohnkantons ins Spital gingen, waren es 2013 11.73%. Dies entspricht einem Anstieg von insgesamt 1.44 Prozentpunkten über die Zeitspanne von insgesamt vier Jahren. Der Test für den Vergleich zweier Proportionen zeigt, dass der Anstieg zwischen den einzelnen Jahren statistisch signifikant war, mit Ausnahme des Anstiegs um 0.07 Prozentpunkte von 2011 zu 2012.⁵⁵

Von den Einwohnerinnen und Einwohnern eines Kantons, die Leistungen der Grundversorgung benötigten, gingen 2013 immer noch 88.27% in ein Spital in ihrem Wohnkanton, wie der Lokalisationsindex zeigt. Der Anteil ist seit 2010 (89.71%) nur leicht zurückgegangen.

Das heisst, dass, gemessen am Market Share Index, auch 2013 noch 88.27% des Marktes im Bereich der akutstationären Grundversorgung durch Fälle abgedeckt wurde, die im selben Kanton wohnen, in dem das Spital steht.

Tabelle 3.4 Entwicklung bei den Leistungen des Basispakets, gesamte Schweiz, 2010-2013

Kennzahl	2010	2011	2012	2013
Abfluss / Zustrom	10.29%	10.67%	10.74%	11.73%
Lokalisationsindex / Market Share Index	89.71%	89.33%	89.26%	88.27%
Fallzahl Basispaket insgesamt	443 302	472 758	438 038 ⁵⁶	442 389

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Auf der Ebene der einzelnen Kantone bestätigt sich dieser schweizweite Trend. In 22 Kantonen hat der Abfluss zwischen 2010 und 2013 zumindest leicht zugenommen.⁵⁷ Einen Rückgang beim Anteil der im Kanton wohnhaften, aber in einen anderen Kanton für Basisleistungen ins Spital gehenden Fälle, verzeichneten einzig die Kantone AR (von 29.29% auf 27.08%), BE (von 3.67% auf 3.63%), BS (von 19.71% auf 7.78%) und VD (von 4.68% auf 4.49%). Sowohl das Niveau der Kennzahl Abfluss wie auch dessen Entwicklung differierten von Kanton zu Kanton stark.

In der Abbildung 3.23 ist illustriert, wie sich der Saldo darstellt, das heisst welche Kantone absolut gesehen mehr ausserkantonale Fälle bei der Grundversorgung importieren oder exportieren.⁵⁸ Die Anordnung von

⁵⁴ Vgl. GDK: Spitalplanungs – Leistungsgruppen (SPLG) Akutsomatik: <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=623>, abgerufen am 13.7.2015.

⁵⁵ Der Gesamtanstieg, also die Differenz der Anteile ausserkantonalen Hospitalisationen bei den Leistungen des Basispakets von 2010 und 2013 beträgt 1.44% (mit 95%-Konfidenzintervall [1.31%,1.57%] und $p=0.0000$). Die Differenz von 2010 und 2011 beträgt 0.38% (mit 95%-Konfidenzintervall [0.25%,0.50%] und $p=0.0000$). Die Differenz von 2011 und 2012 beträgt 0.07% (mit 95%-Konfidenzintervall [0.06%,0.20%] und $p=0.282$ und ist somit nicht signifikant). Die Differenz von 2012 und 2013 beträgt 0.99% (mit 95%-Konfidenzintervall [0.86%,1.12%] und $p=0.0000$).

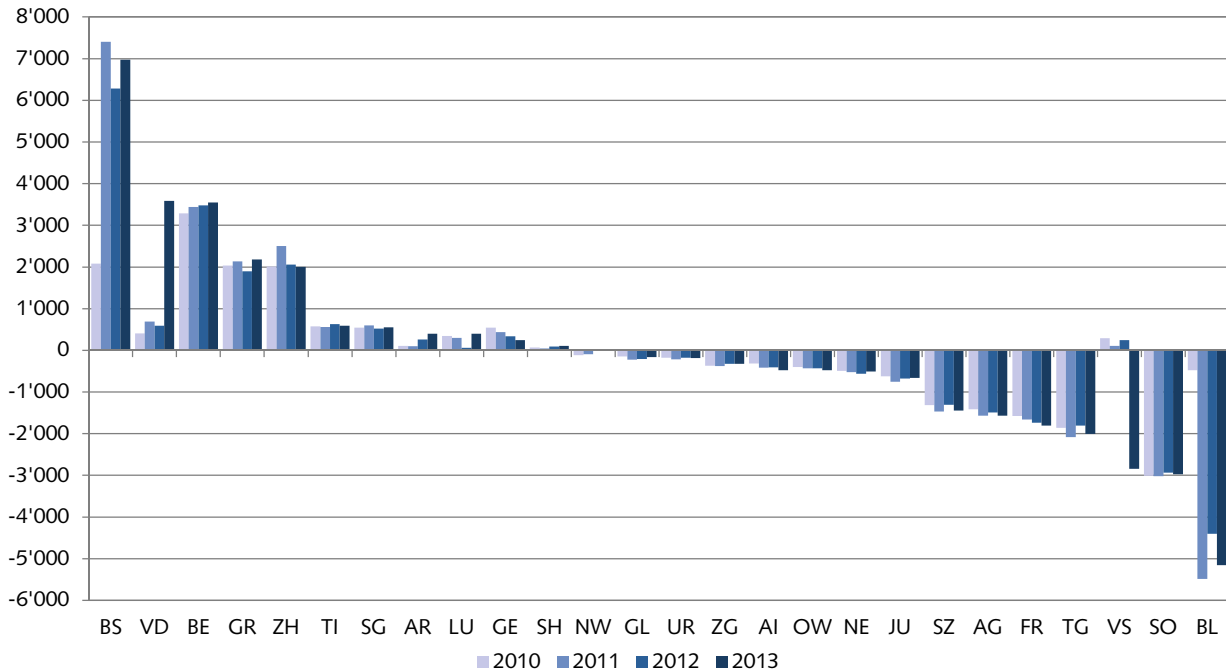
⁵⁶ Der Rückgang von 2011 zu 2012 bei der Gesamtzahl ist u.a. darauf zurückzuführen, dass seit 2012 bei Rehospitalisationen innerhalb von 18 Tagen mit derselben Hauptdiagnose die beiden Eintritte nur als ein Fall gezählt werden (vgl. SwissDRG AG 2014).

⁵⁷ Die Zahlen zum Abfluss bei Leistungen des Basispaktes sind der Tabelle 6.7 im Anhang zu entnehmen.

⁵⁸ Die Zahlen zum Saldo bei Leistungen des Basispaktes sind der Tabelle 6.8 im Anhang zu entnehmen.

links nach rechts bildet die Rangliste aufgrund der Zahlen 2013 ab (dunkelster Balken). Für den zeitlichen Vergleich sind daneben zu jedem Kanton die Werte aus den Vorjahren 2010, 2011 und 2012 ergänzt (hellere Balken).⁵⁹

Abbildung 3.23 Saldo (Import-Export) bei den Leistungen des Basispakets, 2010-2013



Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

3.4.4 Eintrittsarten

Der Blick auf die betroffenen Eintrittsarten ist eine weitere leistungsbezogene Perspektive auf die Patientenströme. Die Variable Eintrittsart ist relevant, weil sie einen Hinweis auf die Planbarkeit des Spitalaufenthalts gibt. Bei Notfällen wird meist in das nächstgelegene Spital verlegt, das die benötigten Leistungen erbringen kann und dafür einen Leistungsauftrag hat. Es ist davon auszugehen, dass bei geplanten Eintritten die Wahlmöglichkeiten des Patienten in Bezug auf das Spital grösser sind (vgl. auch Ergebnisse von Pellegrini und Luyet 2012: 60f.).

Die Entwicklung der ausserkantonalen Hospitalisationen verlief nicht bei allen Eintrittsarten gleich (siehe Tabelle 3.5). Konstant zugenommen hat der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen bei den geplanten Eintritten, nämlich von 16.06% 2010 auf 18.66% 2013. Bei den Notfällen stieg der Anteil von 10.19% 2010 auf 11.01% 2013, ist aber von 2011 auf 2012 vorübergehend zurückgegangen. Bei den Geburten (es ist das Kind, das hier als Fall gezählt wird) fand von Jahr zu Jahr ein Anstieg statt, von 9.85% 2010 bis auf 12.00% 2013. Der stärkste Anstieg fand bei den übrigen Eintritten statt, von 12.59% auf 27.75%. Diese Zahlen sind allerdings schwierig zu interpretieren, weil in dieser Restgruppe sehr unterschiedliche und nicht näher definierte Fälle zusammengefasst wurden. Ausserdem ist hier die Fallzahl im Vergleich zu den übrigen drei Eintrittsarten tiefer.

⁵⁹ Die Veränderung bei den Kantonen VD und VS ist auf eine Änderung in der Betriebszählung des BFS beim Spital Riviera-Chablais Waadt/Wallis zurückzuführen und muss daher vorsichtig interpretiert werden.

Tabelle 3.5 Ausserkantonale Hospitalisationen nach Eintrittsart, gesamte Schweiz, 2010-2013

Eintrittsart	2010	2011	2012	2013
Angemeldet, geplant	16.06% (87 126)	16.48% (89 498)	17.72% (93 333)	18.66% (99 322)
Notfall	10.19% (50 813)	10.32% (52 729)	10.01% (50 274)	11.01% (56 197)
Geburt (Kind in dieser Klinik geboren)	9.85% (7 821)	10.16% (8 077)	10.97% (8 880)	12.00% (9 824)
Andere	12.59% (518)	13.40% (509)	26.74% (4 626)	27.75% (5 166)
Insgesamt	13.00%	13.26%	13.94%	14.92%

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Es verzeichneten also alle Eintrittsarten einen Anstieg, aber die geplanten Spitalaufenthalte wurden auf einem höheren Niveau ausserkantonale in Anspruch genommen als Notfälle und Geburten. Dieser Zusammenhang zeichnet sich auch bei den Odds Ratios ab (vgl. Tabelle 3.6). Im Vergleich zur Referenzgruppe der Notfälle hatten Geburten 2013 eine 10% höhere „Chance“, ausserkantonale in Anspruch genommen zu werden und geplante Eingriffe eine 85% höhere „Chance“.

Tabelle 3.6 Odds Ratios für die Eintrittsarten, 2013

Eintrittsart	Odds Ratio	p>chi2	95%-Konfidenzintervall	
Notfall	1.000			
Geburt	1.102	0.0000	1.077	1.127
Angemeldet, geplant	1.853	0.0000	1.833	1.874
Andere	3.103	0.0000	3.002	3.208

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Die im Jahr 2013 ausserkantonale hospitalisierten Fälle (170'509 = 100%) haben sich zu 58.25% auf geplante Aufenthalte, zu 32.96% auf die Notfälle, zu 5.76% auf die Geburten und zu 3.03% auf andere Eintritte verteilt.

3.4.5 Spitaltypen

Der letzte leistungsbezogene Aspekt, der hier dargestellt wird, sind die Spitaltypen. Diese Variable beschreibt, welcher Versorgungsstufe die Spitäler entsprechen. Es wird dabei nach Universitätsspital, Zentrumsversorgung und Anderen unterschieden, wobei unter Letzteren vor allem Spitäler der akutstationären Grundversorgung zu verstehen sind.

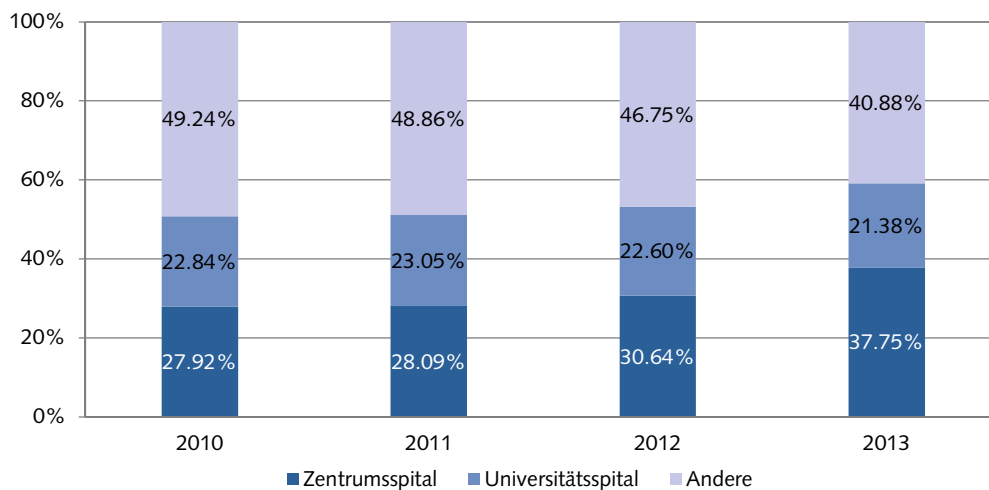
Die in der Tabelle 3.7 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen von 2010 bis 2013 bei allen Versorgungsstufen zugenommen hat. Bei den Universitätsspitalen ist der Anteil von 18.66% 2010 auf 20.05% 2013 angestiegen. Die Entwicklung bei den Zentrumsspitalen verlief von 9.01% 2010 auf 10.81% 2013. Der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen war also merklich tiefer als bei den Unispitalen. Bei den übrigen Spitalen fand ebenfalls ein Anstieg statt, nämlich von 14.62% auf 19.05%, wobei es den grössten Sprung von 2012 zu 2013 gab.

Tabelle 3.7 Ausserkantonale Hospitalisationen nach Spitaltyp, gesamte Schweiz, 2010-2013

Spitaltyp	2010	2011	2012	2013
Universitätsspital	18.66% (33 409)	19.13% (34 760)	19.86% (35 511)	20.05% (36 449)
Zentrumsspital	9.01% (40 839)	9.23% (42 369)	10.17% (48 144)	10.81% (64 361)
Andere	14.62% (72 030)	14.85% (73 684)	15.46% (73 458)	19.05% (69 699)
Insgesamt	13.00%	13.26%	13.94%	14.92%

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Eine andere Betrachtungsweise erlaubt zu sehen, wie sich die ausserkantonale hospitalisierten Fälle auf die verschiedenen Spitaltypen aufteilen (Abbildung 3.24). Dabei ist ersichtlich, dass sich die ausserkantonalen Fälle seit 2012, aber besonders 2013, zunehmend auf die Zentrumsspitäler verteilen. Der Anteil der auf die Universitätsspitäler fallenden ausserkantonalen Hospitalisationen blieb von 2010 bis 2013 relativ konstant, während der Anteil der bei den übrigen Spitälern verbleibenden Fälle von 2010 bis 2013 fast neun Prozentpunkte abgenommen hat. Im Jahr 2013 waren von den total 170'509 ausserkantonalen Fällen 37.75% in einem Zentrumsspital, 21.38% in einem Universitätsspital und 40.88% in einem anderen Spital hospitalisiert.

Abbildung 3.24 Entwicklung ausserkantonomer Hospitalisationen nach Spitaltyp, 2010-2013

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Diese Entwicklung ist schwer interpretierbar, da sie mit Spitalfusionen und damit zusammenhängenden Verschiebungen von Spitälern in andere Kategorien verbunden sein könnte. Eine verlässliche Aussage über die tatsächliche Entwicklung würde eine genauere Analyse der Entwicklung auf Ebene der einzelnen Spitäler erfordern.

Pellegrini und Luyet (2012: 60f.) haben in ihrem multivariaten Modell einen starken Zusammenhang zwischen dem Spitaltyp und der Wahrscheinlichkeit einer ausserkantonalen Hospitalisation festgestellt. Wie die Tabelle 3.8 zeigt, kann dieser Zusammenhang hier in der bivariaten Berechnung nicht unbedingt bestätigt werden. Im Vergleich zu den Spitälern der Grundversorgung („Andere“), die als Referenzgruppe dient, war die „Chance“ einer ausserkantonalen Hospitalisation nur bei den Universitätsspitalern höher, aber nur um 6.6%. Bei den Zentrumsversorgern hingegen war die „Chance“ im Vergleich zu den Grundversorgungs-Spitälern nur ca. 50%.

Tabelle 3.8 Odds Ratios für die Spitaltypen, 2013

		Odds Ratio	p>chi2	95%-Konfidenzintervall	
Spitaltyp	Andere	1.000			
	Unispital	1.066	0.0000	1.051	1.081
	Zentrumsversorgung	0.515	0.0000	0.509	0.521

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

3.5 Patientenbezogene Charakteristika ausserkantonaler Hospitalisationen

Schliesslich bleibt noch die Frage, wie sich die Patientenströme in Bezug auf die Eigenschaften der ausserkantonally hospitalisierten Patientinnen und Patienten charakterisieren lassen. Aufbauend auf der von Pellegrini und Luyet (2012) durchgeführten multivariaten Analyse mit den Zahlen aus dem Jahr 2010, die gezeigt hat, dass diese Merkmale einen Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit einer ausserkantonalen Hospitalisation haben, ist davon auszugehen, dass der Anteil ausserkantonomer Fälle in Bezug auf das Geschlecht, auf das Alter, die Nationalität und die Versicherungsklasse, nicht gleichmässig verteilt ist.

Um die Entwicklung von 2010 bis 2013 in Bezug auf die Patientengruppen aufzuzeigen, ist in den folgenden Abschnitten und den darin enthaltenen Tabellen für jedes Merkmal der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen herauslesbar.

Geschlecht

Es zeigt sich, dass der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen bei den Frauen in allen vier Jahren tiefer war als bei den Männern (vgl. Tabelle 3.9). Er ist aber von 2010 bis 2013 bei beiden Geschlechtern angestiegen. Im Jahr 2013 wurden von den 615'358 hospitalisierten Frauen 14.13% in einem Spital ausserhalb ihres Wohnkantons behandelt. 2010 waren es 12.17%, die ausserkantonally behandelt wurden. Bei den 2013 hospitalisierten Männern (527'803) wurde ein Anteil von 15.83% ausserhalb des Wohnkantons behandelt. 2010 lag der Anteil bei 13.98%.

Tabelle 3.9 Ausserkantonale Hospitalisationen nach Geschlecht

Geschlecht	2010	2011	2012	2013
Frauen	12.17% (73 695)	12.43% (75 910)	13.16% (79 943)	14.13% (86 970)
Männer	13.98% (72 583)	14.23% (74 903)	14.85% (77 170)	15.83% (83 539)
Insgesamt	13.00%	13.26%	13.94%	14.92%

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

2013 haben sich 51.01% aller ausserkantonomer Hospitalisationen auf Frauen und 48.99% auf die Männer verteilt.

Dass ein Einfluss vom Geschlecht auf die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person ausserkantonally hospitalisiert wird, besteht, zeigt die Berechnung der Odds Ratio. Die Männer hatten 2013 im Vergleich zu den Frauen eine über 14% höhere „Chance“ ausserkantonally hospitalisiert zu werden (vgl. Tabelle 3.13 am Ende des Kapitels).

Alter

Um erkennen zu können, ob sich die Mobilität der Patientinnen und Patienten im Lebensverlauf verändert, wurden neun Altersgruppen gebildet. Die Zahlen in der Tabelle 3.10 zeigen, dass es effektiv Unterschiede gibt: Bei der Altersgruppe der 18-24-Jährigen war der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen in allen vier Jahren am höchsten. 2013 lag er bei 18.26%.

Tabelle 3.10 Ausserkantonale Hospitalisationen nach Alter

Alter	2010	2011	2012	2013
0-17 Jahre	15.02% (23 613)	15.58% (24 425)	16.01% (25 253)	17.36% (27 473)
18-24 Jahre	15.67% (7 976)	15.88% (8 092)	16.91% (8 442)	18.26% (8 861)
25-34 Jahre	12.71% (14 932)	13.14% (15 544)	14.03% (16 696)	15.30% (18 464)
35-44 Jahre	14.26% (16 021)	14.42% (16 028)	15.27% (16 389)	15.96% (17 188)
45-54 Jahre	15.60% (19 712)	15.51% (19 913)	16.48% (20 870)	17.74% (22 882)
55-64 Jahre	14.94% (23 206)	15.51% (23 966)	16.08% (24 278)	17.07% (25 994)
65-74 Jahre	13.04% (22 098)	13.40% (23 356)	14.02% (24 465)	14.88% (26 740)
75-84 Jahre	9.16% (14 791)	9.28% (15 293)	9.84% (15 983)	10.59% (17 402)
85+ Jahre	5.30% (3 929)	5.39% (4 196)	6.01% (4 737)	6.66% (5 505)
Insgesamt	13.00%	13.26%	13.94%	14.92%

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Es zeigt sich, dass der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen bei den zwei Altersgruppen über 75 Jahren tiefer ist: 2013 lag er bei den 75-84-Jährigen noch bei 10.59% und bei den über 85-Jährigen nur noch bei 6.66%. Dieser Rückgang der Mobilität der Patientinnen und Patienten im fragileren Alter zeigte sich auch in den Vorjahren von 2010 bis 2012. Bei den Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre hingegen ist der Anteil nicht unbedingt tiefer als im mittleren Alter.⁶⁰

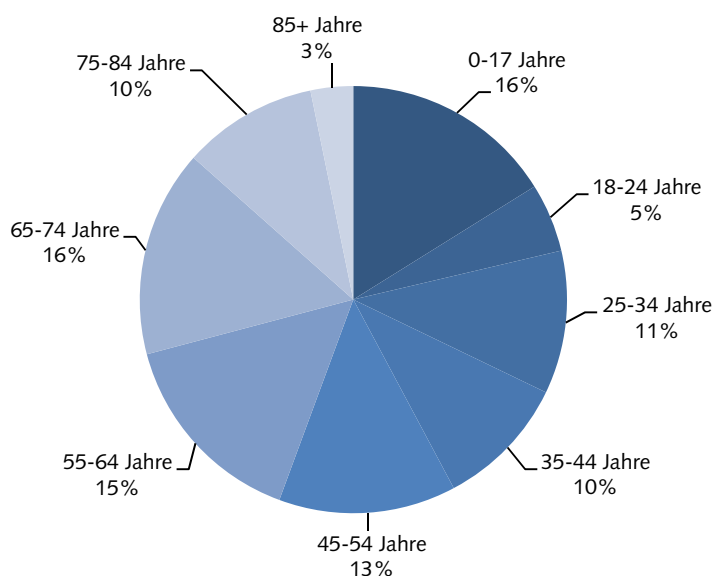
Die erwähnten Unterschiede zeigen sich auch bei den Odds Ratios. Im Vergleich zur mittleren Gruppe der 45-54-Jährigen, die hier als Referenz (OR = 1) gesetzt wurde, hatten die über 85-Jährigen nur eine „Chance“ von etwa 33%, ausserhalb des Wohnkantons hospitalisiert zu werden. Bei den 75-84-Jährigen war die „Chance“ im Vergleich zur Referenzgruppe bei knapp 55% (für die übrigen Altersgruppen siehe Tabelle 3.13 am Ende des Kapitels).

Bei allen Altersgruppen ist der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen von 2010 bis 2013 stetig angestiegen. Nur bei den 45-54-Jährigen ist der Anteil 2011 vorübergehend leicht zurückgegangen.

Wie sich die ausserkantonalen Hospitalisationen 2013 auf die Altersgruppen verteilt haben, ist in der folgenden Abbildung ersichtlich. Diese Verteilung war 2010, 2011 und 2012 praktisch identisch.

⁶⁰ Kinderspitäler wurden von der Analyse ausgenommen.

Abbildung 3.25 Verteilung der ausserkantonalen Hospitalisationen auf Altersgruppen, 2013



Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Nationalität (SchweizerIn / AusländerIn)

Die Variable Nationalität hat nur zwei Ausprägungen (SchweizerIn und AusländerIn) und geht von der Annahme aus, dass in der Gruppe der Ausländerinnen und Ausländer anteilmässig mehr Menschen mit Migrationshintergrund vertreten sind als in der Gruppe der Schweizerinnen und Schweizer. Die Nationalität ist in diesem Sinn ein Surrogat für die durch den Migrationshintergrund allenfalls anders ausgestalteten Muster der Inanspruchnahme von Spitalleistungen und der möglicherweise anderen gesellschaftlichen Schicht (sozioökonomischer Status).

Tabelle 3.11 Ausserkantonale Hospitalisationen nach Nationalität (SchweizerIn / AusländerIn)

Nationalität	2010	2011	2012	2013
SchweizerIn	13.84% (126 838)	14.14% (130 610)	14.82% (135 022)	15.74% (144 929)
AusländerIn	9.32% (19 440)	9.47% (20 203)	10.23% (22 091)	11.50% (25 580)
Insgesamt	13.00%	13.26%	13.94%	14.92%

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Sowohl bei den Schweizern wie auch bei den Ausländern ist der Anteil ausserkantonalen Hospitalisationen von 2010 bis 2013 angestiegen, wie die Ergebnisse in der Tabelle 3.11 zeigen.⁶¹ Bei den Schweizern war der Anteil aber höher als bei den Ausländern. Im Jahr 2013 wurden von den 920'806 hospitalisierten Schweizern 15.74% in einem Spital ausserhalb ihres Wohnkantons behandelt. 2010 waren es 13.84% von insgesamt 916'225 Fällen. Bei den 222'355 im Jahr 2013 hospitalisierten Ausländern wurde ein Anteil von 11.50% ausserhalb des Wohnkantons behandelt. 2010 lag der Anteil bei 9.32% der insgesamt 208'589 hospitalisierten Ausländer (19'440).

Die Unterschiede zeigen sich auch beim Chancenverhältnis: Die Fälle mit Schweizer Nationalität haben im Vergleich zur ausländischen Wohnbevölkerung eine 43.7% höhere Wahrscheinlichkeit, in ein Spital ausserhalb ihres Wohnkantons zu gehen (vgl. Tabelle 3.13 am Ende des Kapitels).

⁶¹ Zum Zeitpunkt der Spitalbehandlung nicht in der Schweiz wohnhafte Patientinnen und Patienten – unabhängig von ihrer Nationalität – wurden in der Auswertung generell nicht berücksichtigt.

Übrigens haben sich 2013 von den insgesamt 170'509 ausserkantonalen Fällen 15.00% auf die ausländische Wohnbevölkerung verteilt. 2010 waren es 13.30% der 146'278 ausserkantonalen Fälle.

Versicherungsklasse

Die Medizinische Statistik des BFS enthält keine Informationen darüber, wie die Patientinnen und Patienten versichert sind. Die Variable Versicherungsklasse bildet daher nicht direkt die Versicherungskategorie oder die Zusatzversicherung der Patientinnen und Patienten ab, sondern in welcher Klasse die Fälle während des Aufenthalts gelegen sind. Diese Variable mit den Ausprägungen allgemein, halbprivat und privat ist daher nur ein Anhaltspunkt für die Versicherungsklasse der Patientinnen und Patienten und damit auch für deren sozioökonomischen Status. Über das Vorliegen einer Zusatzversicherung „allgemeine Abteilung ganze Schweiz“ ist keine Aussage möglich.

Wie bereits erwähnt, hat der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen auch bei der Versicherungsklasse in allen drei Klassen von 2010 bis 2013 zugenommen (siehe Tabelle 3.12). Bei den Fällen auf der privaten Abteilung lag der Anteil schon 2010 mit 19.82% relativ hoch. 2013 lag er bei 20.76% und hat damit weniger stark zugenommen als bei denjenigen in der allgemeinen Abteilung, wo der Anteil von 11.47% im Jahr 2010 auf 13.78% im Jahr 2013 angestiegen ist. Bei den Personen auf der halbprivaten Abteilung war der Anteil ebenfalls deutlich höher als bei der allgemeinen Abteilung und ist von 16.56% im Jahr 2010 auf 17.60% im Jahr 2013 angestiegen.

Tabelle 3.12 Ausserkantonale Hospitalisationen nach Versicherungsklasse

Versicherungsklasse	2010	2011	2012	2013
Privat	19.82% (20 253)	20.20% (20 586)	20.66% (19 811)	20.76% (19 931)
Halbprivat	16.56% (28 389)	17.00% (29 109)	17.21% (28 219)	17.60% (29 118)
Allgemein	11.47% (97 625)	11.71% (101 107)	12.58% (109 077)	13.78% (121 455)
Insgesamt	13.00%	13.26%	13.94%	14.92%

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Im Vergleich zu den auf der allgemeinen Abteilung liegenden Fällen haben diejenigen auf der halbprivaten eine fast 34% höhere und diejenigen auf der privaten Abteilung eine fast 64% höhere „Chance“ auf eine ausserkantonale Hospitalisation (vgl. Tabelle 3.13).

Es ist darauf hinzuweisen, dass die ausserkantonomalen Fälle 2013 nur zu 11.69% auf die private Abteilung und zu 17.08% auf die halbprivate Abteilung gekommen sind. Der grösste Anteil von 71.23% entfiel auf die allgemeine Abteilung.

Die Odds Ratios für alle Patientenmerkmale sind in der folgenden Tabelle 3.13 zusammengestellt.

Tabelle 3.13 Odds Ratios für die Patientenmerkmale, 2013

		Odds Ratio	p>chi2	95%-Konfidenzintervall	
Geschlecht	Frauen	1.000			
	Männer	1.142	0.0000	1.131	1.154
Alter	0-17	0.974	0.008	0.956	09.993
	18-24	1.036	0.010	1.008	1.065
	25-34	0.838	0.000	0.820	0.855
	35-44	0.881	0.000	0.862	0.900
	45-54	1.000			
	55-64	0.955	0.000	0.936	0.974
	65-74	0.811	0.000	0.795	0.826
	75-84	0.549	0.000	0.538	0.561
85+	0.331	0.000	0.321	0.341	
Nationalität	Ausländer	1.000			
	Schweizer	1.437	0.0000	1.417	1.458
Versicherungs- klasse	Allgemein	1.000			
	Halbprivat	1.336	0.0000	1.318	1.355
	Privat	1.639	0.0000	1.612	1.667

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Zwischenfazit zu den patientenbezogenen Merkmalen

Die wichtigste Feststellung ist, dass der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen über alle Patientenmerkmale bzw. -gruppen hinweg von Jahr zu Jahr angestiegen ist. Das heisst, dass die in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigte Tendenz zur Zunahme ausserkantonaler Hospitalisationen nicht nur auf bestimmte Patientengruppen zutrifft.

Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Patientengruppen zeigen sich also nicht bei der zeitlichen Entwicklung, sondern bei der unterschiedlichen Höhe des Anteils ausserkantonaler Hospitalisationen und beim Zuwachs, den dieser Anteil von einem Jahr zum anderen verzeichnet hat.

3.6 Gesundheitspolitischer Umgang mit interkantonalen Patientenströmen

Die Kantone wurden in der Übergangsbestimmung zum per 1.1.2012 revidierten KVG verpflichtet, ihre kantonalen Spitalplanungen spätestens bis am 31.12.2014 gemäss neuen Vorgaben anzupassen. Sie orientierten sich dabei an den Empfehlungen der GDK über die Spitalplanung, die 2009 publiziert wurden (GDK 2009). Die Empfehlungen „sollen [...] eine gemeinsame Sicht auf die kantonale Aufgabe der Spitalplanung anregen und verstehen sich damit auch als einen Beitrag zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 3 KVG“ (GDK 2009: 2). Die Bedarfsanalysen und -prognosen der Kantone, die sie im Rahmen der Überarbeitung ihrer Planungen vorgenommen haben, mündeten jeweils in kantonalen Spitalversorgungsberichten, die begleitend zu den juristischen Erlassen veröffentlicht wurden. Diese Berichte ergeben ein aktuelles Bild über die Spitalversorgungssituation in der Schweiz.

In diesem Kapitel wird ein kurzer Überblick darüber gegeben, wie die Kantone die interkantonalen Patientenströme in den Spitalplanungsgrundlagen berücksichtigen und welche unterschiedlichen Strategien zur Steuerung der Patientenströme sowie welche interkantonale Kooperationen und Koordinationsbestrebungen bestehen. Dieser Überblick basiert auf den von den Kantonen publizierten Dokumenten. Diese sind in der Tabelle 6.17 im Anhang zusammengestellt und werden nur teilweise im Text zitiert.

3.6.1 Berücksichtigung interkantionaler Patientenströme in den Spitalplanungsgrundlagen

Der Blick in die kantonalen Versorgungs- und Strukturberichte der Kantone, die diese im Rahmen ihrer ab 2012 oder später gültigen Spitalplanungsprozesse erstellt haben, zeigt, dass alle Kantone die Patientenströme berücksichtigt haben, wie es Art. 58d KVV vorgibt.⁶²

- Vorrangig ist dies bei der Bedarfsanalyse der Fall (sowohl bei der Analyse des bisherigen Bedarfs wie auch bei der Bedarfsprognose). Viele Kantone stützen sich dabei auf das Planungsmodell des Obsan ab (Weaver et al. 2009: 15).
- Meist wird den abfliessenden Strömen bei der Bedarfsanalyse besonderes Gewicht gegeben, da sich der Bedarf bei der Planung gemäss Art. 58a Abs. 1 KVV an den „Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen“, auszurichten hat.
- Die Bedarfsanalyse unter Einbezug der ausserkantonalen Hospitalisationen wird von vielen Kantonen nach Leistungsbereichen differenziert vorgenommen.
- Bei einzelnen Kantonen ist bzw. war der bisherige Anteil, den ein Spital ausserhalb des Kantons an Einwohnerinnen und Einwohner des planenden Kantons aufgenommen hat, ausschlaggebend für die künftige Erteilung eines Leistungsauftrags (Stichwort „Versorgungsrelevanz“).
- Einige Kantone analysieren die Anteile an von ausserhalb des Kantons kommenden Fällen auch auf Ebene der einzelnen Spitäler in ihrem Kanton, um die Relevanz dieser Spitäler für die Versorgung von Einwohnerinnen und Einwohner aus anderen Kantonen zu kennen.

3.6.2 Strategien zur Steuerung der Patientenströme

Was die Eingriffsmöglichkeit der Kantone zur Steuerung der Patientenströme betrifft, ist mit der freien Spitalwahl das Instrument der Kostengutsprache grundsätzlich weggefallen. Spielraum zur Steuerung besteht aber bei der Spitalplanung. Dabei verfolgen die Kantone unterschiedliche Strategien, die in den Spitalplanungsgrundlagendokumenten meist nur implizit enthalten sind. Es können fünf Strategietypen unterschieden werden, die nachfolgend anhand ausgewählter Beispiele beschrieben werden:

- Priorität auf Lenkung der innerkantonalen Patientenströme
- Zurückhaltende Vergabe von Leistungsaufträgen an ausserkantonale Spitäler
- Freigiebige Vergabe von Leistungsaufträgen an ausserkantonale Spitäler
- Kantonsübergreifende Planung
- Förderung der Kooperation zwischen Spitalern mit unterschiedlichen Standortkantonen

Es ist möglich, dass ein Kanton Elemente von mehreren Strategietypen auf sich vereint.

Priorität auf Lenkung der innerkantonalen Patientenströme

Diese Kantone legen den strategischen Schwerpunkt tendenziell auf die Lenkung der Patientenströme innerhalb des Kantons. Ein Beispiel ist der Kanton GE, der aus seiner Bedarfsanalyse schliesst, dass seine Versorgungsstruktur bzw. das innerkantonal verfügbare Leistungsangebot im akutsomatischen Bereich dazu führt, dass ein geringer Anteil der Bevölkerung ausserkantonale in Behandlung geht (Kanton Genf Datum unbekannt). Entsprechend hat der Kanton GE in seiner Spitalliste⁶³ im akutsomatischen Bereich keinen Leistungsauftrag an ein ausserkantonales Spital vergeben.

⁶² Für die Kantone LU, NW und OW lagen bis zum 15.6.2015 noch keine über die Spitallisten hinausgehenden Grundlagen einer per 2012 oder später revidierten Spitalplanung vor.

⁶³ Version vom 23. November 2011.

Ein anderes Beispiel ist der Kanton VD, der im Spitalplanungsbericht die Bildung innerkantonaler Spitalversorgungsregionen ins Zentrum stellt, aber auch ausserkantonale Leistungserbringer der Kantone FR und VS auf seiner Spitalliste⁶⁴ aufführt (Kanton Waadt 2011).

Ein drittes Beispiel ist der Kanton TI, der aufgrund der sprachlichen Barrieren und seiner geographisch peripheren Lage vor allem auf die innerkantonale Versorgung fokussiert. Für Leistungen, die interdisziplinär und sehr spezialisiert sind und daher nicht im Kanton angeboten werden, erteilt der Kanton TI aber dennoch allen fünf Unispitälern einen Leistungsauftrag.

Zurückhaltende Vergabe von Leistungsaufträgen an ausserkantonale Spitäler

Bei einigen Kantonen ist spürbar, dass sie Leistungsaufträge an ausserkantonale Leistungserbringer eher restriktiv handhaben, bzw. deren Zahl möglichst tief halten. Das kann sich unter anderem darin ausdrücken, dass nur für spezialisierte Leistungen Leistungsaufträge an ausserkantonale Spitäler vergeben werden.

Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn das innerkantonale Angebot an akutstationären Leistungen so umfassend ist, dass der Bedarf grundsätzlich innerkantonale gedeckt werden könnte. So argumentiert beispielsweise der Kanton ZH: "Da in den qualitativ und wirtschaftlich genügenden Zürcher Spitälern zudem der gesamte medizinische Bedarf der Zürcher Bevölkerung gedeckt werden kann, werden grundsätzlich keine ausserkantonalen Leistungserbringer benötigt" (Kanton Zürich 2011: 97). Aus Gründen der Erreichbarkeit in Grenzgebieten des Kantons hat ZH aber dem ausserkantonale gelegenen Kantonsspital Schaffhausen einen Leistungsauftrag erteilt.

Ein anderes Argument für die zurückhaltende Vergabe von Leistungsaufträgen kann sein, dass das ausserkantonale in Anspruch genommene Angebot ohnehin zur Verfügung steht und daher keine expliziten Leistungsaufträge zur Versorgungssicherung nötig sind. Ein Beispiel ist der Kanton TG, der das in seinem Versorgungs- und Strukturbericht sinngemäss so formuliert hat (Kanton Thurgau 2011). Im Kanton TG schliesst das aber Leistungsaufträge an ausserkantonale Spitäler nicht aus: Mit bestimmten Spitälern geht der Kanton eine „strategische Partnerschaft“ ein und vergibt ihnen für bestimmte Leistungen Aufträge. Der Kanton NE kann ebenfalls diesem Strategietyp zugeordnet werden. Nur für diejenigen Leistungen, die im Kanton selbst nicht angeboten werden, wird ein Leistungsauftrag vergeben, insofern es für die minimale Bedarfsdeckung nötig ist (Kanton Neuenburg 2011: 17).

Einige der Kantone, die in der Tendenz diesem Strategietyp zugeordnet werden können, greifen ergänzend zur Steuerung über die Planung auch noch auf das Instrument der Kostengutsprache zurück. Wenn eine Kostengutsprache verlangt wird, heisst das, dass die Patientinnen und Patienten die Finanzierungsgarantie beim Kanton einholen müssen, bevor sie sich in einem Spital behandeln lassen, das nicht auf der Spitalliste ihres Wohnkantons aufgeführt ist. Die GDK bezeichnet es in ihren Empfehlungen so, dass „die Kostengutsprache nach Artikel 41.3 KVG [...] ein Verfahren zur Kontrolle der medizinischen Indikation durch den Kanton des zivilrechtlichen Wohnsitzes (Wohnkanton) [ist. ...]“ (GDK 2011: 4).

Freigiebige Vergabe von Leistungsaufträgen an ausserkantonale Spitäler

Zu den Kantonen, die in Ergänzung zu den Leistungsaufträgen an innerkantonale Spitäler auch stark auf ausserkantonale Spitäler setzen, gehören vor allem die kleineren Kantone mit limitiertem Leistungsangebot in den innerkantonalen Spitälern. Diese Kantone richten ihre Planungen bzw. Spitallisten auch stärker an den bisherigen und prognostizierten Patientenströmen aus. Ein Beispiel dafür ist der Kanton UR (vgl. Kanton Uri 2014). Auch der Kanton AI geht in diese Richtung und spricht auch das reduzierte innerkantonale Leistungsangebot an (vgl. Kanton Appenzell Innerrhoden 2014).

⁶⁴ Version vom 13. Februar 2013.

Kantonsübergreifende Planung

Die Kantone AG, BL, BS und SO haben bei der Spitalplanung bewusst ein überregionales Vorgehen gewählt, indem sie einerseits die Erarbeitung der Grundlagen für die leistungsorientierte Bedarfsplanung wie auch die Definition der Kriterien für die Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste gemeinsam an die Hand genommen haben. Im gemeinsamen Versorgungsbericht halten sie fest: "[...] manifestieren die vier Kantone damit ihre Absicht, die Gesundheitsversorgung nicht nur entlang der Kantons Grenzen, sondern in einer transkantonalen und überregionalen Perspektive zu betrachten" (Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn 2010: 8).

Förderung der Kooperation zwischen Spitälern mit unterschiedlichen Standortkantonen

Eine weitere Strategie kann sein, dass Kantone die kantonsübergreifende Zusammenarbeit von Spitälern fördern. Ein Beispiel dafür ist das Projekt LUNIS der Kantone LU und NW (bzw. des Kantonsspitals Luzern und des Kantonsspitals Nidwalden). Damit sollen eine bessere Auslastung der Spitalinfrastruktur und ein gegenseitiges Aushelfen mit Personal erreicht werden. Die beiden Kantone haben dafür das jeweilige Partnerspital für sämtliche Leistungen auf die eigene Spitalliste genommen.⁶⁵ In der Zwischenzeit gibt es auch interkantonale Spitäler (das Hôpital Intercantonal de la Broye mit Standorten in Estavayer-le-Lac (FR) und in Payerne (VD) und das Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais). Gar die Bildung einer gemeinsamen Spitalgruppe, die auch ein Universitätsspital umfassen würde, haben die Kantone BL und BS vorgesehen (Zusammenschluss des Universitätsspitals Basel mit dem Kantonsspital Baselland).⁶⁶

3.6.3 Interkantonale Kooperationen, Vereinbarungen und Koordinationsbestrebungen

Die Kantone sind durch Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV verpflichtet, ihre Planungen zu koordinieren. Den Spitalplanungsgrundlagen ist zu entnehmen, dass die meisten Kantone erwähnen, dass sie dieser Verpflichtung nachkommen, indem sie die Nachbarkantone oder die Standortkantone der berücksichtigten Listenspitäler zu einer Stellungnahme zu ihrer Planung und der beabsichtigten Vergabe von Leistungsaufträgen einladen. Weiter haben inzwischen fast alle Kantone ausser GE und OW ihre Planungen auf das bereits mehrfach erwähnte Leistungsgruppenkonzept ausgerichtet. Auch die Anlehnung an die Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung (GDK 2009) wie auch die Abstimmung in interkantonalen Gremien werden oft als Massnahmen zur Gewährleistung der interkantonalen Koordination genannt.

Über die Koordination hinausgehend sind auch weitergehende Kooperationen von zwei oder mehreren Kantonen möglich. Die Ergebnisse einer GDK-Umfrage im Jahr 2006 zeigen, dass die interkantonalen Kooperationen schon vor der KVG-Revision zur neuen Spitalfinanzierung zahlreich waren, wobei vertragliche Regelungen im Vordergrund standen.⁶⁷

Die Analyse der aktuell zur Verfügung stehenden Spitalplanungsgrundlagen der Kantone zeigt, dass in der Folge der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung neue interkantonale Kooperationen eingegangen oder bestehende Vereinbarungen angepasst und verlängert wurden. Die Kooperationen, Vereinbarungen und Koordinationsbestrebungen im Bereich der Akutsomatik sind in der folgenden Tabelle in einer Übersicht zusammengestellt (ohne Anspruch auf Vollständigkeit).

⁶⁵ Siehe Medienmitteilung (Datum unbekannt) unter http://www.lu.ch/-/media/Kanton/Dokumente/GSD/Projekte_und_Themen/Medienmitteilungen/mm_lunis.pdf, abgerufen am 8.6.2015.

⁶⁶ Siehe Medienmitteilung vom 29.6.2015 unter <http://www.gd.bs.ch/news/2015-06-29-mm-63564.html>, abgerufen am 29.6.2015.

⁶⁷ http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/themen/gesundheitsversorgung/versorgungsplanung/spitalplanung_und_spitallisten/resultate.pdf, abgerufen am 5.6.2015. Die Kommentierung der Ergebnisse wurde in der NZZ publiziert (vgl. Ayoubi 2006).

Tabelle 3.14 Übersicht aktueller interkantonalen Koordinationen, Kooperationen und Vereinbarungen

Kantone / Region	Art der Kooperation
GDK-Ost (AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH)	Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011 ⁶⁸ : <ul style="list-style-type: none"> - Koordination der Spitalplanung auf Basis einheitlicher medizinischer Leistungsgruppen und unter Einbezug ausserkantonalen Hospitalisationen - Koordination der Spitallisten nach dem Grundsatz, dass an ausserkantonale Leistungserbringer ein Leistungsauftrag erteilt wird wenn dieser mindestens 10% an ausserkantonalen Hospitalisationen aus GDK-Ost-Kantonen aufweist und mindestens 10% der Behandlungen des planenden Kantons erbringt - Weitere Regelungen
Alle Kantone (Vereinbarungskantone)	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM), gültig seit 2009 ⁶⁹
Alle Kantone (ausser GE und OW)	Spätestens ab 2015 Anwendung des Leistungsgruppenkonzepts zur Gruppierung der akutsomatischen Leistungen und zur Formulierung von leistungsspezifischen Anforderungen (mit Abweichungen in Einzelfällen)
Nordwestschweiz (AG, BS, BL, SO)	<ul style="list-style-type: none"> - gemeinsame Erarbeitung der Grundlagen für die leistungsorientierte Bedarfsplanung⁷⁰ - gemeinsamer Kriterienkatalog für die Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste
FR, VD	Interkantonales Spital Hôpital Intercantonal de la Broye mit Standorten in Estavayer-le-Lac (FR) und in Payerne (VD)
VD, VS	Interkantonales Spital Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais mit neuem Standort in Rennaz
LU, NW	Projekt LUNIS
BL, BS	Absicht für die Bildung einer gemeinsamen Spitalgruppe (Universitätsspital Basel und Kantonsspital Baselland)
Alle Kantone	Berücksichtigung der Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung von 2009 ⁷¹ (wobei nicht alle Kantone allen Empfehlungen folgen)
GDK und regionale Konferenzen	Austausch über inhaltliches und methodisches Vorgehen bei der Spitalplanung in verschiedenen Gremien (z.B. GDK-Kommission Vollzug KVG, GDK-Arbeitsgruppe Spitalplanung, Commission hôpitaux du GRSP, Arbeitsgruppe der GDK-Ost)

Quelle: eigene Zusammenstellung, Stichtag 5.6.2015.

Die Übersicht illustriert, dass die interkantonale Zusammenarbeit im Bereich der Spitalplanung in unterschiedlicher Form erfolgen kann und von Absprachen und Austausch, gemeinsamer Bedarfsplanung und der Anwendung von gemeinsamen Empfehlungen bis hin zu formellen Verpflichtungen wie der interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) geht, mit deren Unterzeichnung die Kantone ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur gesamtschweizerischen Planung der hochspezialisierten Medizin nachgekommen sind.

⁶⁸ www.rechtsbuch.tg.ch/frontend/versions/1131/download_pdf_file, abgerufen am 5.6.2015.

⁶⁹ http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_d.pdf, abgerufen am 5.6.2015.

⁷⁰ Vgl. Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn 2010.

⁷¹ http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/aktuelles/empfehlungen/em_spitalplanung_20090514-d.pdf, abgerufen am 5.6.2015.

4 Diskussion

4.1 Tendenzen der Entwicklung der Patientenströme

Die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Ergebnisse haben die einleitend formulierten Hypothesen bestätigt. Im Zeitraum von 2010 bis 2013 haben die interkantonalen Patientenströme in der Akutsomatik zugenommen. Im schweizweiten Mittel wuchs der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen von 13% 2010 auf 13.26% 2011 und 13.94% 2012 und erreichten 2013 14.92%. Die Annahme, dass nach dem Übergang zur freien Spitalwahl auch vermehrt Leistungen der akutsomatischen stationären Grundversorgung in Spitälern ausserhalb des Wohnkantons in Anspruch genommen werden, hat sich ebenfalls bestätigt. Bei den Basisleistungen ist der Anteil von 10.29% 2010 auf 10.67% 2011, auf 10.74% 2012 und schliesslich auf 11.73% im Jahr 2013 angestiegen.

Es stellt sich Frage, wie die beobachtete Entwicklung zu beurteilen ist. Sind im gesamtschweizerischen Schnitt 15% ausserkantonale Hospitalisationen ein hoher Wert? Wie ist der Anstieg seit 2010 zu bewerten? Es liegt auf der Hand, dass nicht von einem sprunghaften, sondern einem kontinuierlichen und leichten Anstieg der interkantonalen Patientenströme gesprochen werden muss. Ebenso wichtig ist, festzuhalten, dass der Beobachtungszeitraum von vier Jahren bzw. zwei Jahren nach der Veränderung der Rahmenbedingungen noch keine abschliessende Aussage über die Entwicklung zulässt und noch nicht absehbar ist, welche Veränderung die freie Spitalwahl für das Spitalwesen in der Schweiz bringen wird. Aus verschiedenen Gründen kann der Anteil von 15% im akutsomatischen Bereich als Ausdruck eher geringer Patientenmobilität in der Schweiz beurteilt werden:

- Die Spitäler liegen in der Schweiz geographisch so nahe beieinander, dass eine Überschreitung der Kantons Grenzen auch ohne das Zurücklegen grösserer Distanzen möglich wäre.
- Die Hürden für eine ausserkantonale Hospitalisation sind von der Vergütung her sehr tief geworden.
- Bei den 15% sind auch Personen eingeschlossen, die sich bereits ausserhalb des Wohnkantons aufgehalten haben, als sich die Notwendigkeit des Spitalaufenthalts ergab (z.B. Wochenaufenthalter oder Touristen).

Die Ergebnisse, die Gültigkeit für die gesamte Schweiz haben, können nicht auf jeden einzelnen Kanton übertragen werden. Der Abfluss an Patientinnen und Patienten hat von 2010 bis 2013 nur in 23 Kantonen zugenommen. Die Heterogenität unter den Kantonen ist sowohl in Bezug auf die Veränderung über die Zeit wie auch in Bezug auf das Ausgangs- und Endniveau bei den Abflüssen und Zuströmen beträchtlich. Bei der Interpretation der kantonalen Zahlen ist zu beachten, dass in der vorliegenden Studie im Ausland wohnhafte Patientinnen und Patienten nicht berücksichtigt wurden. Diese könnten beispielsweise bei den grenznahen Kantonen GE, BS aber auch SG oder TI das Bild etwas ändern. Um genauere Aussagen über die Entwicklungen auf Ebene einzelner Kantone, Spitaleinzugsgebiete oder Spitäler bzw. Spitalgruppen machen zu können, wären weitergehende Analysen nötig. Der vorliegende Überblick auf schweizweiter Ebene kann kantonale bzw. regionale Analysen nicht ersetzen.

Die Ergebnisse zu den einzelnen Kantonen und die Analyse der Kennzahlen im Zusammenhang mit Kantonsgrösse und Bettendichte erlauben es nicht, die Kantone in Bezug auf die Entwicklung und die Abflüsse und Zuströme in den beobachteten vier Jahren eindeutig zu gruppieren. Pellegrini und Luyet (2012: 38ff.) haben diesbezüglich einen Vorschlag gemacht. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie drängen eine solche Gruppierung aber nicht zwingend auf. Man kann zwar sagen, dass eine Mehrheit der Kantone tendenziell Patientinnen und Patienten exportiert und diese Tendenz sich von 2010 bis 2013 verstärkt hat. Einige wenige Kantone, vorwiegend mit Universitäts- oder Zentrumsspital, sind hingegen starke Anziehungspunkte für Patientinnen und Patienten von ausserhalb des Kantons. Es gibt aber auch hier Unterschiede. Während der Kanton BS ein immer stärkerer Importkanton wird, ist dieser Effekt für den Kanton GE kaum beobachtbar.

Es ist die Frage, inwiefern die beobachteten Kennzahlen zu den Patientenströmen auch den strategischen Zielen der einzelnen Kantone entsprechen. Beispielsweise ist fraglich, ob die „Exportkantone“ diesen Export mit Kooperationen mit anderen Kantonen explizit anstreben, oder ob sie mehr Patienten „verlieren“ als „gewinnen“ trotz der eigentlichen Absicht, dass sich möglichst viele innerhalb des Kantons behandeln lassen sollten. Der Blick auf die kantonalen Spitalplanungs- und Versorgungsberichte zeigt jedenfalls, dass zwar zahlreiche Koordinationsbestrebungen und auch Kooperationen unter den Kantonen bestehen. Es wird aber auch spürbar, dass die Kantone ihre Planung immer noch mehrheitlich auf die innerkantonalen Leistungserbringer konzentrieren.

Was die im Ergebniskapitel dargestellten Charakteristika ausserkantonomer Hospitalisationen betrifft, ermöglichen diese ein besseres Verständnis für die Entwicklung der Patientenströme. Beispielsweise zeigen die patientenbezogenen Ergebnisse, dass die Zunahme der ausserkantonomer Hospitalisationen alle Patientengruppen (differenziert nach Geschlecht, Alter, Nationalität und Versicherungsklasse) betrifft. Das unterstreicht, dass die tendenziell zunehmenden Patientenströme nicht nur auf einzelne Patientengruppen zurückzuführen sind. Auch bei den Eintrittsarten zeigt sich, dass in allen Kategorien eine Zunahme zu verzeichnen ist, wobei der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen bei den angemeldeten, geplanten Eintritten am höchsten ist. Bei den Spitaltypen ist die Entwicklung schwieriger beurteilbar. Klar ist aber, dass die Universitätsspitäler in Bezug auf den Anteil ausserkantonomer Fälle auch 2013 noch an der Spitze liegen.

Die Analyse der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen hat die Annahme bestätigt, dass der Anteil ausserkantonomer Fälle in (hoch-)spezialisierten Leistungsbereichen besonders hoch ist. Eher überraschend ist, dass dieser Anteil teilweise nicht noch höher ist. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass auch sehr spezialisierte Leistungen oft noch immer im eigenen Wohnkanton in Anspruch genommen werden. Bei den Leistungen der stationären akutsomatischen Grundversorgung – die eigentlich immer auch im Wohnkanton angeboten würden und ebenfalls zunehmend ausserkantonal in Anspruch genommen werden – ist die Entwicklung mit besonderer Aufmerksamkeit weiterzuverfolgen. Dort zeigt sich, inwiefern auch die Grenzen der kantonalen Spitalisten von den Patientinnen und Patienten überschritten werden.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Ergebnisse dieser Arbeit im Einklang mit den bisher für die Schweiz vorliegenden Zahlen stehen (vgl. Kapitel 1.2.2) und daher plausibel scheinen. Was die Charakteristika der ausserkantonomer Hospitalisationen und insbesondere die patientenbezogenen Merkmale betrifft, stimmen die berechneten Ergebnisse bzw. die ersichtlichen Zusammenhänge in der Tendenz mit den von Pellegrini und Luyet (2012: 59ff.) in einem multivariaten Modell berechneten Einflussfaktoren überein. Abweichungen sind einzig bei den Geburten (hier eher förderlich für eine ausserkantonale Hospitalisation) und bei der Unterscheidung nach Spitaltyp (Unispital, Zentrumsversorger, Andere) feststellbar, wobei letztere wohl grösstenteils auf eine andere Kategorisierung und auf Veränderungen in der Spitallandschaft zurückzuführen sind.

4.2 Erklärungsansätze

Die vorliegende Studie lässt von ihrer Anlage her und aufgrund der kurzen Zeitspanne nur beschränkt Aussagen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zur beobachteten Entwicklung der interkantonalen Patientenströme zu. Es ist festzuhalten, dass es nicht bezifferbar ist, wie stark die Einführung der freien Spitalwahl den Anstieg der ausserkantonomer Hospitalisationen beeinflusst hat. Die freie Spitalwahl hat in erster Linie Hürden für ausserkantonale Hospitalisationen abgebaut, indem sie die komplett finanzierte Behandlung in einem ausserkantonomer Spital ermöglicht, wenn dieses auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist. Wenn das Spital nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, bleibt eine allfällige Differenz zwischen Referenztarif des Wohnkantons und fakturiertem Tarif des behandelnden Spitals den Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Zusatzversicherung überlassen. Ein grosser Teil der Bevölkerung hatte schon vor der Einführung der freien Spitalwahl die Zusatzversicherung „allgemeine Abteilung ganze Schweiz“ oder (halb-)private Zusatzversicherungen abgeschlossen, die eine ausserkantonale Hospitalisation bereits vor Einführung der freien Spitalwahl ohne Zusatzkosten für die Versicherten ermöglicht hat. Daher hat die freie Spitalwahl aus Sicht der Patientinnen und Patienten – zumindest was die Vergütung betrifft –

nicht viel an der Ausgangslage geändert. Die finanziellen Anreize durch die Tarife und Tarifunterschiede spielen also womöglich noch eine untergeordnete Rolle bzw. sind zu wenig stark, um die Mobilität der Patientinnen und Patienten zu steigern.

Nebst den Finanzierungsaspekten ist davon auszugehen, dass die stetige Zunahme interkantonalen Patientenströme auch zu einem gewissen Grad ein Ergebnis gewollter Lenkung durch die Kantone ist. Der gesetzliche Rahmen erfordert, dass die Kantone auch ausserkantonale Leistungserbringer berücksichtigen und ihnen – wenn sie versorgungsrelevant sind und die notwendigen Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit erfüllen – Leistungsaufträge erteilen. Die „interkantonalen“ Spitalisten und konkrete interkantonale Zusammenarbeit dürften sicher einen Einfluss auf die Zunahme der ausserkantonalen Hospitalisationen haben.

Die Marketing-Aktivitäten der Spitäler dürften ebenfalls eine zunehmende Rolle spielen. Wenn die administrativen (bei Wegfallen der Kostengutsprache) und finanziellen Hürden für die Wahl eines ausserkantonalen Spitals gesenkt sind, besteht die Möglichkeit, das Patientengut weiträumiger zu bewerben. Weitere Faktoren für einen längerfristigen Anstieg der interkantonalen Patientenströme könnten die generell gestiegene gesellschaftliche Mobilität oder veränderte Muster der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sein.

Es gibt auch verschiedene mögliche Erklärungsfaktoren für die Feststellung, dass der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen trotz der erwähnten möglichen „Treiber“ nicht stärker angestiegen ist. Eher bremsend auf den Anstieg ausserkantonaler Hospitalisationen könnte das tendenzielle Überangebot in der Spitalversorgung in der Schweiz wirken (föderalismusbedingter Spillover, vgl. Crivelli und Salari 2014). Wenn die meisten Leistungen (auch spezialisierte) im Wohnkanton verfügbar sind, besteht wenig Anlass, diese ausserkantonale in Anspruch zu nehmen.

Ein weiterer Punkt ist die dem Gesundheitsmarkt inhärente Informationsasymmetrie zwischen den Spitalern als Anbietern und Patientinnen und Patienten als Nachfrager. Auch wenn in der Schweiz unterdessen zu einzelnen Behandlungen national vergleichende Indikatoren zur Outcome-Qualität der Spitäler etabliert wurden (durch den Bund und den ANQ⁷²) besteht nach wie vor ein Mangel an öffentlich und vergleichend verfügbaren und auf spezifische Leistungen bezogenen Informationen über die Qualität der Leistungserbringung der Spitäler, die als Basis für die Wahl eines Spitals ausserhalb des Wohnkantons herangezogen werden könnten.

Weitere hemmende Erklärungsfaktoren (für die Unterschiede von Kanton zu Kanton) sind die topographischen Voraussetzungen in der Schweiz, die die Erreichbarkeit bestimmter Spitäler bedeutend limitieren können. Am wichtigsten sind die Alpen, die vor allem die Mobilität aus den und in die Kantone GR, TI und VS stark einschränken. Generell ist die Nähe und Erreichbarkeit ein wichtiger Faktor, dem hier nicht Rechnung getragen werden konnte. Die Distanz zwischen Anbieter und Nachfrager ist gemäss der Literatur für kundenpräsenzbedingte Dienstleistungen, wie es Leistungen der Gesundheitsversorgung sind, ein zentraler Punkt (Flessa 2005: 7). Auch die sprachlichen Barrieren sind in der Schweiz sicherlich ein Faktor für die Einschränkung der Mobilität und die Bildung gewisser Versorgungsräume.

4.3 Gesundheitspolitische Implikationen

Der in der Akutsomatik schweizweit auf fast 15% angestiegene Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen, der 2013 über 170'000 Fälle ausmachte, zeigt die Bedeutung der interkantonalen Koordination. Bei den kantonalen Spitalplanungen werden Leistungsaufträge an ausserkantonale Leistungserbringer immer wichtiger, wenn die Patientinnen und Patienten diese Leistungserbringer vermehrt aufsuchen. Gleichzeitig sollte der wachsende Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen zu vermehrten Absprachen zwischen den Kantonen führen, damit sich die Planungen der einzelnen Kantone nicht torpedieren. Die im KVG

⁷² Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, www.anq.ch.

verankerte Verpflichtung zur Koordination der kantonalen Planungen hat im Licht, dass das KVG dem Grundsatz der Kostendämpfung verpflichtet ist, sicherlich auch das Ziel, ein Überangebot an Spitalleistungen zu verhindern. Es darf durch die zusätzlichen Kapazitäten, die für ausserkantonale Patientinnen und Patienten eingeplant werden, nicht zum Erhalt bzw. zur Schaffung von Überkapazität kommen.

Es ist bereits zu beobachten, dass sich die Kantone bei der Spitalplanung untereinander koordinieren und zusammenarbeiten, wie die Zusammenstellung in Kapitel 3.6.3 zeigt. Dies erfolgt bilateral, regional oder im Fall der hochspezialisierten Medizin auch national. Gleichzeitig sind dieser Zusammenarbeit auch Grenzen gesetzt. Das KVG gibt dem einzelnen Kanton nämlich eine hohe Autonomie und auch die Pflicht, die für den Bedarf und den Zugang seiner Bevölkerung zu allen Spitalleistungen notwendigen Leistungsaufträge zu vergeben (mit Ausnahme der hochspezialisierten Medizin, die gemäss KVG gesamtschweizerisch geplant werden muss). Das Spannungsverhältnis zwischen Planungsautonomie und -pflicht jedes einzelnen Kantons und gleichzeitiger interkantonaler Koordinationspflicht gehört zu den aktuellen Rahmenbedingungen.

Die relativ hohen absoluten Zahlen an ausserkantonalen Hospitalisationen haben nebst dem Koordinationsbedarf auch Implikationen für die Spitalplanungen der einzelnen Kantone. Insbesondere müssen Kantone mit einem positiven Saldo für von ausserhalb des Kantons kommende Patientinnen und Patienten zusätzliche Spitalkapazitäten bereitstellen können.

Dass die Kantone den interkantonalen Patientenströmen vermehrte Aufmerksamkeit schenken müssen, implizieren auch die vorliegenden Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Leistungen der stationären Grundversorgung. Dort zeigt sich, dass sich die Patientinnen und Patienten nicht zwingend an die Spitalliste des Wohnkantons halten. Denn zumeist werden für diese Leistungen nur an innerkantonale Spitäler Leistungsaufträge vergeben, da diese den Bedarf für die Bevölkerung des planenden Kantons abdecken können. Dass der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen bei diesen Leistungen schweizweit 2013 bei fast 12% und in einigen Kantonen noch höher ausgefallen ist, heisst, dass dieser Leistungsbereich bei der Spitalplanung allenfalls genauer zu analysieren ist.

Der konstante Anstieg der Patientenströme von 2010 bis 2013 hat auch Implikationen auf Seiten der Kosten. Der Kanton bezahlt bei KVG-Leistungen (ab 2017) mindestens 55% des Tarifs und seit 2013 bei IVG-Leistungen 20% des Tarifs mit. Je mehr Einwohnerinnen und Einwohner aus dem Kanton in ein Spital eines anderen Kantons gehen, desto mehr Finanzierungsbeiträge des Kantons fliessen in den Betrieb von Spitälern ausserhalb seines Territoriums. Diese Beiträge fehlen dann entsprechend in den Spitälern innerhalb des Kantons. Die Relevanz des Patientenabflusses ist insbesondere auch aus betriebsökonomischer Sicht der Spitäler hoch. Für gewisse Spitäler kann auch eine Abflusszunahme von relativ wenigen Fällen einen existentiellen Einbruch bedeuten. Umgekehrt kann der Standortkanton eines Spitals durch die Mitfinanzierung des Betriebs „seiner“ Spitäler durch die Herkunftskantone der Patientinnen und Patienten profitieren. Bei hochkomplexen, nicht kostendeckenden Fällen, die bei den Endversorgern (meist, aber nicht nur, Universitätsspitäler) anfallen, gilt das nicht. Der Kanton ZH hat für das Jahr 2013 berechnet, dass ihm durch die ausserkantonalen, komplexen und defizitären Fälle Mehrkosten von rund 30 Mio. Franken entstanden sind (Kanton Zürich 2014). In diesen Fällen profitiert eher der Wohnkanton der betroffenen Personen. Je grösser die Menge an ausserkantonal behandelten, nicht kostendeckenden Fällen wird, desto grösser dürfte der Druck werden, dass sich die Wohnkantone und die Standortkantone diesbezüglich koordinieren und gegebenenfalls gewisse Lasten ausgleichen.

Zusammengefasst implizieren die Ergebnisse der Analyse der interkantonalen Patientenströme auf politischer Ebene eine zunehmende Bedeutung der interkantonalen Koordination und Kooperation bei den Spitalplanungen, um die Bereitstellung der erforderlichen Gesundheitsleistungen zu guter Qualität und tragbaren Kosten am richtigen Ort gewährleisten zu können. Die dem dezentralen, föderalistischen Gesundheitssystem der Schweiz inhärenten Herausforderungen bei der Koordination mit dem Ziel der möglichst guten Gesundheit der Bevölkerung bei gleichzeitig effizienter Ressourcenallokation (Wyss und Lorenz 2000) sind und bleiben ein zentrales Thema.

4.4 Kritik

Die vorliegende Arbeit baut in vielen Punkten – wie einleitend schon erwähnt – auf dem Bericht von Pellegrini und Luyet (2012) auf, bietet aber viel Neues. Der wichtigste Mehrwert dieser Arbeit liegt in der erstmaligen Analyse der Entwicklung der Patientenströme in den zwei Jahren vor und den zwei Jahren nach dem Inkrafttreten der freien Spitalwahl. Auch wenn der kurze Zeitraum nach Einführung der freien Spitalwahl noch keine definitive Aussage über die mittelfristige Entwicklung der interkantonalen Patientenströme erlaubt, vermitteln die Ergebnisse einen ersten Eindruck, und zwar für die ganze Schweiz wie auch für die einzelnen Kantone. Die Auswertung der Entwicklung der Patientenströme über mehrere Jahre in Folge wurde für die Schweiz ebenfalls noch nie in dieser Art gemacht. Die in der vorliegenden Arbeit enthaltene leistungsbezogene Perspektive auf Basis der in der Zwischenzeit von fast allen Kantonen angewendeten Spitalleistungsgruppensystematik ist in dieser Art ebenfalls neu und für die im vorangegangenen Kapitel diskutierten Implikationen von grosser Relevanz.

Die Kontextualisierung der quantitativen Ergebnisse mit den Quellen, die den Umgang der Kantone mit den Patientenströmen dokumentieren, bietet einen weiteren Mehrwert der vorliegenden Arbeit. Dass dieser gesundheitspolitische Aspekt vorwiegend auf die Strategien und Versorgungsplanungen der Kantone beschränkt werden musste, ist aber gleichzeitig eine Limitation dieser Arbeit, da der Perspektive der Spitäler und ihrer Branche, der Krankenversicherer und der Patienten nur eingeschränkt Rechnung getragen wird.

Zu den weiteren Einschränkungen dieser Arbeit gehört, dass sie auf die Analyse von Versorgungsräumen im Sinn von Kantonsgrenzen limitiert ist. Dies ist für das Aufzeigen des interkantonalen Koordinationsbedarfs, um die Vergleichbarkeit von 2010 bis 2013 herzustellen und weil die einzelnen Kantone nach wie vor für ihre Wohnbevölkerung planen müssen, durchaus sinnvoll. Es wäre aber interessant, auch kleinräumigere Einheiten wie Spitaleinzugsgebiete (vgl. Klauss et al. 2005b) oder grössere Einheiten wie Versorgungsregionen genauer zu analysieren. Auch die Distanz vom Wohnort zum Spital wurde in dieser Arbeit ausgeklammert. Generell ersetzt die vorliegende Übersichtsarbeit über alle Kantone hinweg nicht die vertiefte Auseinandersetzung mit den Patientenströmen auf Ebene bestimmter Regionen, einzelner Kantone oder Spitäler.

Schliesslich kann die Arbeit auch keine quantifizierbaren Aussagen zu den Determinanten der Patientenströme und der Spitalwahl machen. Pellegrini und Luyet (2012) haben diesbezüglich ein erstes multivariates Modell erprobt und damit für die Schweiz Anhaltspunkte für mögliche Einflussfaktoren geliefert. Die vorliegende Studie hat mögliche Zusammenhänge mit bestimmten patienten-, leistungs- oder kantonsbezogenen Variablen nur deskriptiv erfasst.

4.5 Ausblick auf weiteren Forschungsbedarf

Nebst der vertieften Untersuchung der Determinanten der Patientenströme gibt es zahlreiche Fragestellungen, für die weiterer Forschungsbedarf besteht. Sicherlich sollten auch die stationären Bereiche der Psychiatrie und Rehabilitation noch analysiert werden, da sie ebenfalls von der KVG-Revision zur neuen Spitalfinanzierung betroffen sind.

Im Hinblick auf die optimale Bereitstellung der Spitalversorgung durch die Spitäler, im Rahmen der Spitalplanung durch die Kantone und dem zunehmenden Case Management der Versicherer sollten künftig vermehrt die Eigenschaften der Patientinnen und Patienten untersucht werden, die über die Kantons- bzw. die Spitalistengrenzen hinaus wandern. Beispielsweise könnte untersucht werden, welche Krankheitsbilder diese Patientinnen und Patienten haben, von wem sie weitergewiesen werden oder was ihre persönlichen Gründe für die Wahl eines bestimmten Spitals sind. Eine Untersuchung im Zusammenhang mit den Patientenpfaden wäre ebenfalls sehr interessant. Forschungsbedarf besteht auch bei der Frage, welche Rolle die Vor- und Nachversorgung durch andere Leistungserbringer, insbesondere die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte, spielen.

Auch die finanziellen Implikationen der Patientenwanderungen unter dem neuen System sind noch zu wenig untersucht. Die Zunahme der interkantonalen Patientenströme kann zusammen mit der Entwicklung der Tarife, der Behandlungskosten und der Fallschwere der betroffenen Personen einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Kosten zulasten der Patientinnen und Patienten, aber insbesondere auch der Kantone und Krankenversicherer haben.

In gesundheitspolitischer Hinsicht wären qualitative Studien angezeigt, die noch vermehrt die Strategien und Massnahmen aller Akteure im Gesundheitswesen untersuchen, mit denen diese die Patientenströme beeinflussen wollen bzw. könnten.

Aufgrund der beobachtbaren stetigen Zunahme der Patientenströme und der mit der hohen Zahl an Hospitalisationen verbundenen volkswirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Bedeutung des Spitalmarktes in der Schweiz wird dieser Teil der Versorgungsforschung seine Relevanz behalten und sollte daher weiterverfolgt werden. Die bestehenden wissenschaftlichen Lücken und die praktischen Herausforderungen, denen alle Akteure im Gesundheitswesen im Zusammenhang mit der Spitalversorgung gegenüberstehen, erfordern weitere Daten und Analysen zu diesen Fragestellungen.

5 Literaturverzeichnis

- Ayoubi, Semya (2006). Kooperation in der Spitalversorgung. Schon heute werden Kantonsgrenzen überschritten, in: *Neue Zürcher Zeitung*, 14.07.2006, S. 15.
- Bienert, Michael L. (2012). Professionelles Zuweisermarketing. In: Ulrich Korff (Hg.): Patient Krankenhaus. Wie Kliniken der Spagat zwischen Ökonomie und medizinischer Spitzenleistung gelingt. Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 161-175.
- Biersack, Ortrud. Evaluation Spitalplanung und Spitalisten nach Art. 39 KVG. Die Planungsmethoden der Kantone. Zuhanden des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK. Basel.
- Broscheid, Andreas; Gschwend, Thomas (2005). Zur statistischen Analyse von Vollerhebungen, in: *Politische Vierteljahresschrift* 46 (1), S. O-16-O-26.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2015). Krankenhausstatistik 2013 – Standardtabellen. Definitive Resultate. Neuchâtel.
- Bussmann, Werner; Klöti, Ulrich; Knoepfel, Peter (Hg.) (1997). Einführung in die Politikevaluation. 2004 redigitalisierte Fassung mit kleinen formalen Abweichungen. Basel, Frankfurt am Main: Helbing und Lichtenhahn.
- Credit Suisse (2013). Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel.
- Crivelli, Luca (1998). Grenzüberschreitende Patientenwanderungen. Eine mikroökonomische Analyse für die Schweiz. Bern [u.a.]: Haupt.
- Crivelli, Luca; Salari, Paola (2014). The Impact of Federalism on the Healthcare System in Terms of Efficiency, Equity, and Cost Containment: The Case of Switzerland. In: Rosella Levaggi und Marcello Montefiori (Hg.): Health Care Provision and Patient Mobility (Developments in Health Economics and Public Policy). Milano: Springer Milan, S. 155-178.
- Egger, Matthias; Razum, Oliver (2014). Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt. 2., überarbeitete Auflage. Berlin: De Gruyter.
- Elmhorst, Dirk; Fitterer, René; Lewerenz, Helge (2011). Erlössicherung durch Marktintelligenz und Zuweisermanagement, in: *Mark Rev St. Gallen* 28 (6), S. 34-41.
- Flessa, Steffen (2005). Gesundheitsökonomik. Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner (Springer-Lehrbuch). Berlin [u.a.]: Springer.
- Gächter, Thomas (Hg.) (2006). Ausserkantonale Hospitalisation. Eine Tür zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen? 4. Zentrumstag des Luzerner Zentrums für Sozialversicherungsrecht (LuZeSo): Tagungsband. Bern: Weblaw.
- Gaspoz, Albert (2008). *Mesure(s) d'attractivité des hôpitaux suisses*. Mémoire de D.E.A. Institut d'Economie et de Management de la Santé (IEMS), Université de Lausanne. Lausanne.
- GDK (2005). Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung. Bericht des Arbeitsausschusses "Leistungsorientierte Spitalplanung" zuhanden des Vorstandes der GDK. Bern.
- GDK (2009). Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007. Bern.
- GDK (2011). Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei ausserkantonalen Spitalbehandlungen nach Artikel 41.3 KVG. Revidierte Fassung vom 2.9.2011, gültig ab 1.1.2012. Bern.

- Glinos, Irene (2012). Worrying about the wrong thing: patient mobility versus mobility of health care professionals, in: *Journal of health services research & policy* 17 (4), S. 254-256.
- Glinos, Irene A.; Baeten, Rita; Helble, Matthias; Maarse, Hans (2010). A typology of cross-border patient mobility, in: *Health & place* 16 (6), S. 1145-1155.
- Helble, Matthias (2011). The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health, in: *Bull. World Health Organ.* 89 (1), S. 68-72.
- Jann, Ben (2002). Einführung in die Statistik (Hand- und Lehrbücher der Sozialwissenschaften). München: R. Oldenbourg.
- Jintanakul, Kanlaya; Otto, Daniel (2009). Factors Affecting Hospital Choice for Rural Iowa Residents, in: *The Review of Regional Studies* 39 (2), S. 171-187.
- Jordi, Michael (2006). Bedeutung der ausserkantonalen Hospitalisation für die Kantone. In: Thomas Gächter (Hg.): Ausserkantonale Hospitalisation. Eine Tür zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen? 4. Zentrumstag des Luzerner Zentrums für Sozialversicherungsrecht (LuZeSo): Tagungsband. Bern: Weblaw, S. 87-101.
- Jung, Kyoungrae; Feldman, Roger; Scanlon, Dennis (2011). Where would you go for your next hospitalization?, in: *J Health Econ* 30 (4), S. 832-841.
- Kanton Appenzell Innerrhoden (2014). Bericht zur Spitalplanung des Kantons Appenzell Innerrhoden.
- Kanton Genf (Datum unbekannt). Planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015.
- Kanton Glarus (2011). Versorgungsbericht zur Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012. Vom Regierungsrat mit Beschluss § 691 am 20. Dezember 2011 genehmigt.
- Kanton Neuenburg (2011). RAPPORT DU DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES SOCIALES AU CONSEIL D'ETAT CONCERNANT LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE NEUCHÂTELOISE 2012 – 2014.
- Kanton Thurgau (2011). Kanton Thurgau Spitalplanung 2012. Versorgungs- und Strukturbericht mit Spitallisten ab 1. Januar 2012.
- Kanton Uri (2014). Bericht zur Spitalplanung des Kantons Uri.
- Kanton Waadt (2011). Planification hospitalière vaudoise 2012. Adopté par le Conseil d'Etat lors de sa séance du 29 juin 2011 et modifié lors de sa séance du 7 décembre 2011.
- Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion (2011). Zürcher Spitalplanung 2012 Strukturbericht.
- Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion (2014). Gesundheitsversorgung 2014 Akutsomatik Rehabilitation Psychiatrie.
- Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn (2010). Spitalplanung 2012. Gemeinsamer VERSORGUNGSBERICHT der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn.
- Klauss, Gunnar; Busato, André; Zahnd, Daniel (2005a). Eine gesamtschweizerische Analyse der Versorgungsregionen im stationären Bereich, in: *Soziale Sicherheit CHSS* (2), S. 104-109.
- Klauss, Gunnar; Staub, Lukas; Widmer, Marcel; Busato, André (2005b). Hospital service areas - a new tool for health care planning in Switzerland, in: *BMC Health Services Research* 33 (5).
- Kohler, Ulrich; Kreuter, Frauke (2012). Datenanalyse mit Stata. Allgemeine Konzepte der Datenanalyse und ihre praktische Anwendung. 4., aktualisierte und überarbeitete Auflage. München: Oldenbourg.
- Lako, Christiaan J.; Rosenau, Pauline (2009). Demand-driven care and hospital choice. Dutch health policy toward demand-driven care: results from a survey into hospital choice, in: *Health Care Anal* 17 (1), S. 20-35.

- Levaggi, Rosella; Montefiori, Marcello (Hg.) (2014). *Health Care Provision and Patient Mobility (Developments in Health Economics and Public Policy)*. Milano: Springer Milan.
- Martinuz, Marco (2012). *Transferts inter-hospitaliers de patients entre cantons suisses. Mémoire réalisé dans le cadre du Master of Advanced Studies in Health Economics and Management (MASHEM)*.
- Matter-Walstra, Klazien; Widmer, Marcel; Busato, André (2006). Analysis of patient flows for orthopedic procedures using small area analysis in Switzerland, in: *BMC Health Serv Res* 6, S. 119.
- Mayring, Philipp (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (Beltz Pädagogik)*. 11., aktualisierte, überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Moser, Guy (2006). *Hospitalisation hors canton: avantages et coût du libre passage. Working paper de l'IDHEAP 11/2006. IDHEAP. Chavannes-près-Renens*.
- OECD (2013). *Health at a glance 2013. OECD Indicators*. Paris: OECD.
- Pellegrini, Sonia; Luyet, Stéphane (2012). *Séjours hospitaliers hors du canton de domicile. Description des flux de patients et analyse des déterminants. Obsan Rapport 55. Neuchâtel: Obsan*.
- Rechel, Bernd; Wright, Stephen; Barlow, James; McKee, Martin (2010). Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows, in: *Bulletin of the World Health Organization* 88 (8), S. 632-636.
- Rommel, Matthias; Grande, Gesine (2014). Qualität der Gesundheitsversorgung - Was wollen Patienten wissen?, in: *Public Health Forum* 22 (83), S. 32.e1-32.e4.
- Rosemann, Thomas (2012). Versorgungsforschung – braucht es das in der Schweiz?, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (12), S. 463-466.
- Rosenmöller, Magdalene; McKee, Martin; Baeten, Rita (Hg.) (2006). *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*. Kopenhagen: WHO.
- Schmid, Andreas (2011). Die stationäre Versorgung in Deutschland–Konzentration und Wettbewerb: Eine Forschungsagenda? In: Björn A. Kuchinke, Torsten Sundmacher und Jürgen Zerth (Hg.): *Marktstrukturen und Marktverhalten im deutschen Gesundheitswesen: Die Bereiche Pharma und stationäre Versorgung im Fokus gesundheitsökonomischer Forschung (DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik)*, Bd. 5. Ilmenau: Universitätsverlag Ilmenau, S. 59-80.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2014). *Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz (Swiss Academies Reports, 9 (1))*.
- SwissDRG AG (2014). *Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG. Version Mai 2014, Gültig ab 1.1.2015*.
- Weaver, France; Cerboni, Sacha; Oettli, Alexandre; Andenmatten, Patrick; Widmer, Marcel (2009). *Modell zur Prognose der Inanspruchnahme als Instrument für die Spitalplanung. Arbeitsdokument 32. Neuchâtel: Obsan*.
- WHO (2008). *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems. Background document for the WHO European Ministerial Conference on Health Systems: "Health Systems, Health and Wealth", held on 25-27 June 2008 in Tallinn, Estonia*. Kopenhagen.
- Wyss, Kaspar; Lorenz, Nicolaus (2000). Decentralization and central and regional coordination of health services: the case of Switzerland, in: *International Journal of Health Planning and Management* 15 (2), S. 103-114.
- Zahnd, Daniel (2003). Interkantonale Patientenwanderungen im Spitalbereich, in: *Soziale Sicherheit CHSS* (6), S. 355-358.

6 Anhang

Anhang 1 Detailtabellen Kennzahlen Patientenströme

Tabelle 6.1 Abfluss, alle Kantone, 2010-2013

Kanton	2010	2011	2012	2013
AG	15.48%	15.28%	16.59%	17.45%
AI	49.58%	54.47%	62.17%	73.48%
AR	37.86%	37.59%	35.93%	37.33%
BE	3.64%	3.57%	3.61%	3.82%
BL	37.70%	43.85%	46.39%	48.57%
BS	14.20%	7.50%	8.47%	8.21%
FR	21.72%	21.97%	23.50%	24.32%
GE	3.16%	3.37%	3.51%	3.36%
GL	25.13%	26.74%	27.36%	27.89%
GR	11.77%	12.30%	12.83%	12.59%
JU	31.39%	33.47%	33.44%	34.50%
LU	12.46%	12.09%	12.77%	12.74%
NE	19.14%	19.32%	20.06%	21.01%
NW	34.28%	34.59%	34.76%	35.77%
OW	41.80%	42.08%	45.20%	45.19%
SG	15.93%	16.30%	18.13%	19.09%
SH	20.78%	21.80%	23.03%	22.97%
SO	39.85%	39.94%	41.48%	40.99%
SZ	35.16%	35.67%	36.56%	37.96%
TG	23.37%	23.72%	24.72%	26.14%
TI	5.08%	5.21%	5.30%	5.47%
UR	27.76%	27.47%	28.28%	27.72%
VD	5.42%	5.47%	5.87%	5.80%
VS	12.05%	12.70%	12.83%	26.66%
ZG	25.29%	25.91%	26.71%	26.52%
ZH	4.24%	4.39%	4.56%	4.90%
CH ⁷³	13.00%	13.26%	13.94%	14.92%

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

⁷³ Der Wert für die ganze Schweiz ist ein auf Basis der Daten für die gesamte Schweiz errechneter gewichteter Mittelwert und somit nicht identisch mit dem arithmetischen Mittelwert der Ergebnisse der einzelnen Kantone.

Tabelle 6.2 Zustrom, alle Kantone, 2010-2013

Kanton	2010	2011	2012	2013
AG	10.63%	10.40%	10.61%	10.66%
AI	26.04%	24.61%	25.44%	30.34%
AR	55.79%	56.54%	59.23%	61.82%
BE	12.44%	12.57%	13.22%	13.35%
BL	26.34%	20.65%	22.97%	23.12%
BS	43.66%	46.77%	48.12%	49.29%
FR	3.90%	4.11%	4.88%	4.52%
GE	7.63%	7.69%	7.59%	7.59%
GL	7.38%	7.32%	8.11%	8.45%
GR	15.11%	15.61%	15.98%	17.09%
JU	6.06%	5.88%	6.82%	6.56%
LU	16.65%	17.01%	17.11%	18.15%
NE	3.86%	3.94%	3.84%	4.50%
NW	21.56%	21.96%	25.60%	26.60%
OW	8.17%	8.05%	7.97%	9.68%
SG	14.03%	14.50%	15.04%	16.29%
SH	14.75%	14.47%	15.95%	16.93%
SO	12.82%	13.20%	14.25%	15.61%
SZ	8.85%	9.57%	10.14%	10.43%
TG	6.11%	6.05%	6.78%	7.27%
TI	3.89%	3.95%	3.91%	3.95%
UR	5.50%	4.75%	4.46%	5.23%
VD	7.55%	7.83%	8.42%	13.65%
VS	4.89%	4.87%	4.85%	5.14%
ZG	15.94%	15.45%	17.19%	18.48%
ZH	12.80%	13.03%	13.68%	13.89%
CH⁷⁴	13.00%	13.26%	13.94%	14.92%

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

⁷⁴ Der Wert für die ganze Schweiz ist ein auf Basis der Daten für die gesamte Schweiz errechneter gewichteter Mittelwert und somit nicht identisch mit dem arithmetischen Mittelwert der Ergebnisse der einzelnen Kantone.

Tabelle 6.3 Absolut-Saldo, alle Kantone, 2010-2013

Kanton	2010	2011	2012	2013
AG	-4 694	-4 849	-5 961	-6 930
AI	-751	-965	-1 091	-1 394
AR	3 147	3 467	4 485	5 100
BE	15 312	15 774	16 747	16 877
BL	-6 782	-13 138	-13 371	-14 901
BS	15 867	22 530	23 506	25 403
FR	-6 888	-7 054	-7 406	-7 771
GE	2 855	2 743	2 600	2 686
GL	-1 115	-1 231	-1 270	-1 276
GR	1 163	1 162	1 082	1 588
JU	-2 719	-2 831	-2 782	-3 063
LU	2 306	2 787	2 435	3 119
NE	-3 428	-3 420	-3 811	-3 825
NW	-843	-869	-641	-682
OW	-1 642	-1 721	-1 859	-1 882
SG	-1 632	-1 556	-2 654	-2 449
SH	-709	-888	-869	-755
SO	-11 756	-11 828	-11 934	-11 485
SZ	-6 199	-6 240	-6 284	-6 712
TG	-6 244	-6 571	-6 685	-7 338
TI	-693	-745	-802	-897
UR	-1 209	-1 199	-1 215	-1 185
VD	2 097	2 367	2 544	8 415
VS	-3 119	-3 487	-3 600	-9 774
ZG	-1674	-1 887	-1 739	-1 532
ZH	19 350	19 649	20 575	20 663

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Tabelle 6.4 Exportindex, alle Kantone, 2010-2013

Kanton	2010	2011	2012	2013
AG	1.54	1.55	1.68	1.77
AI	2.79	3.67	4.81	6.36
AR	0.48	0.46	0.39	0.37
BE	0.27	0.26	0.25	0.26
BL	1.69	3.00	2.90	3.14
BS	0.21	0.09	0.10	0.09
FR	6.83	6.57	5.99	6.79
GE	0.39	0.42	0.44	0.42
GL	4.21	4.62	4.26	4.19
GR	0.75	0.76	0.77	0.70
JU	7.10	8.06	6.87	7.50
LU	0.71	0.67	0.71	0.66
NE	5.90	5.84	6.29	5.65
NW	1.90	1.88	1.55	1.54
OW	8.08	8.29	9.53	7.70
SG	1.16	1.15	1.25	1.21
SH	1.52	1.65	1.58	1.46
SO	4.51	4.37	4.27	3.76
SZ	5.59	5.24	5.10	5.25
TG	4.68	4.83	4.51	4.51
TI	1.32	1.34	1.38	1.41
UR	6.60	7.59	8.45	6.95
VD	0.70	0.68	0.68	0.39
VS	2.67	2.84	2.89	6.71
ZG	1.78	1.91	1.76	1.59
ZH	0.30	0.31	0.30	0.32
CH	1.00	1.00	1.00	1.00

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Tabelle 6.5 Lokalisationsindex, alle Kantone, 2010-2013

Kanton	2010	2011	2012	2013
AG	84.52%	84.72%	83.41%	82.55%
AI	50.42%	45.53%	37.83%	26.52%
AR	62.14%	62.41%	64.07%	62.67%
BE	96.36%	96.43%	96.39%	96.18%
BL	62.30%	56.15%	53.61%	51.43%
BS	85.80%	92.50%	91.53%	91.79%
FR	78.28%	78.03%	76.50%	75.68%
GE	96.84%	96.63%	96.49%	96.64%
GL	74.87%	73.26%	72.64%	72.11%
GR	88.23%	87.70%	87.17%	87.41%
JU	68.61%	66.53%	66.56%	65.50%
LU	87.54%	87.91%	87.23%	87.26%
NE	80.86%	80.68%	79.94%	78.99%
NW	65.72%	65.41%	65.24%	64.23%
OW	58.20%	57.92%	54.80%	54.81%
SG	84.07%	83.70%	81.87%	80.91%
SH	79.22%	78.20%	76.97%	77.03%
SO	60.15%	60.06%	58.52%	59.01%
SZ	64.84%	64.33%	63.44%	62.04%
TG	76.63%	76.28%	75.28%	73.86%
TI	94.92%	94.79%	94.70%	94.53%
UR	72.24%	72.53%	71.72%	72.28%
VD	94.58%	94.53%	94.13%	94.20%
VS	87.95%	87.30%	87.17%	73.34%
ZG	74.71%	74.09%	73.29%	73.48%
ZH	95.76%	95.61%	95.44%	95.10%
CH ⁷⁵	87.00%	86.74%	86.06%	85.08%

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

⁷⁵ Der Wert für die ganze Schweiz ist ein auf Basis der Daten für die gesamte Schweiz errechneter gewichteter Mittelwert und somit nicht identisch mit dem arithmetischen Mittelwert der Ergebnisse der einzelnen Kantone.

Tabelle 6.6 Market Share Index, alle Kantone, 2010-2013

Kanton	2010	2011	2012	2013
AG	89.37%	89.60%	89.39%	89.34%
AI	73.96%	75.39%	74.56%	69.66%
AR	44.21%	43.46%	40.77%	38.18%
BE	87.56%	87.43%	86.78%	86.65%
BL	73.66%	79.35%	77.03%	76.88%
BS	56.34%	53.23%	51.88%	50.71%
FR	96.10%	95.89%	95.12%	95.48%
GE	92.37%	92.31%	92.41%	92.41%
GL	92.62%	92.68%	91.89%	91.55%
GR	84.89%	84.39%	84.02%	82.91%
JU	93.94%	94.12%	93.18%	93.44%
LU	83.35%	82.99%	82.89%	81.85%
NE	96.14%	96.06%	96.16%	95.50%
NW	78.44%	78.04%	74.40%	73.40%
OW	91.83%	91.95%	92.03%	90.32%
SG	85.97%	85.50%	84.96%	83.71%
SH	85.25%	85.53%	84.05%	83.07%
SO	87.18%	86.80%	85.75%	84.39%
SZ	91.15%	90.43%	89.86%	89.57%
TG	93.89%	93.95%	93.22%	92.73%
TI	96.11%	96.05%	96.09%	96.05%
UR	94.50%	95.25%	95.54%	94.77%
VD	92.45%	92.17%	91.58%	86.35%
VS	95.11%	95.13%	95.15%	94.86%
ZG	84.06%	84.55%	82.81%	81.52%
ZH	87.20%	86.97%	86.32%	86.11%
CH ⁷⁶	87.00%	86.74%	86.06%	85.08%

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

⁷⁶ Der Wert für die ganze Schweiz ist ein auf Basis der Daten für die gesamte Schweiz errechneter gewichteter Mittelwert und somit nicht identisch mit dem arithmetischen Mittelwert der Ergebnisse der einzelnen Kantone.

Anhang 2 Detailtabellen Leistungsbereiche

Tabelle 6.7 Abfluss bei Leistungen des Basispakets, alle Kantone, 2010-2013

Kanton	2010	2011	2012	2013
AG	12.13%	12.11%	12.49%	12.54%
AI	47.05%	52.34%	59.09%	64.78%
AR	29.29%	29.51%	26.13%	27.08%
BE	3.67%	3.69%	3.56%	3.63%
BL	27.57%	41.01%	39.76%	42.34%
BS	19.71%	7.39%	8.48%	7.78%
FR	14.66%	14.07%	16.44%	16.81%
GE	3.73%	4.11%	4.16%	4.04%
GL	14.44%	16.94%	16.63%	15.76%
GR	7.92%	8.43%	8.58%	8.60%
JU	19.04%	21.54%	20.99%	19.71%
LU	11.09%	11.29%	12.02%	11.50%
NE	9.84%	9.96%	9.64%	10.13%
NW	21.78%	21.59%	20.79%	22.66%
OW	29.62%	29.05%	33.41%	34.30%
SG	10.93%	11.22%	11.02%	12.03%
SH	12.49%	12.19%	12.36%	13.63%
SO	31.21%	30.35%	33.65%	33.65%
SZ	24.44%	25.00%	25.34%	25.40%
TG	19.55%	19.66%	19.38%	20.49%
TI	2.48%	2.59%	2.46%	2.62%
UR	16.08%	16.29%	15.49%	16.22%
VD	4.68%	4.78%	4.88%	4.49%
VS	6.63%	7.34%	6.48%	23.20%
ZG	16.71%	16.91%	17.29%	17.68%
ZH	5.84%	5.56%	5.88%	6.14%
CH ⁷⁷	10.29%	10.67%	10.74%	11.73%

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

⁷⁷ Der Wert für die ganze Schweiz ist ein auf Basis der Daten für die gesamte Schweiz errechneter gewichteter Mittelwert und somit nicht identisch mit dem arithmetischen Mittelwert der Ergebnisse der einzelnen Kantone.

Tabelle 6.8 Absolut-Saldo bei Leistungen des Basispakets, alle Kantone, 2010-2013

Kanton	2010	2011	2012	2013
AG	-1 417	-1 571	-1 488	-1 565
AI	-318	-416	-408	-478
AR	110	97	261	401
BE	3 286	3 439	3 477	3 548
BL	-475	-5 488	-4 405	-5 154
BS	2 077	7 407	6 281	6 976
FR	-1 572	-1 663	-1 740	-1 802
GE	545	439	341	246
GL	-148	-225	-206	-160
GR	2 037	2 135	1 898	2 184
JU	-625	-755	-676	-658
LU	343	298	59	395
NE	-494	-520	-564	-505
NW	-116	-92	12	-3
OW	-400	-428	-430	-479
SG	545	598	523	553
SH	71	45	90	105
SO	-3 014	-3 017	-2 936	-2 975
SZ	-1 317	-1 471	-1 306	-1 448
TG	-1 860	-2 086	-1 802	-2 006
TI	577	562	627	589
UR	-176	-213	-178	-187
VD	405	693	587	3 585
VS	294	109	246	-2 842
ZG	-369	-377	-323	-325
ZH	2 011	2 500	2 060	2 005

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Anhang 3 Ranglisten Leistungsgruppen (SPLG), 2010-2013

In den Tabellen sind zusätzlich zu den Prozentanteilen auch die Fallzahlen total (innerkantonal und ausserkantonal zusammen) aufgeführt.

Tabelle 6.9 Rangliste Leistungsgruppen, 2013

Rang	Leistungsgruppe	SPLG	Abfluss	Fallzahl total
1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität	PLC1	76.92%	52
2	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)	HAE5	65.07%	272
3	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	HER1.1.2	64.94%	251
4	Orbitaprobleme	AUG1.2	61.90%	21
5	Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)	AUG1.4	59.07%	386
6	Transplantationen solider Organe (IVHSM)	TPL1	55.54%	1 417
7	Cochlea Implantate (IVHSM)	HNO1.3.2	54.24%	177
8	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	PNE1.2	53.08%	292
9	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)	UNF1.1	45.52%	145
10	Spezialisierte Neurochirurgie	NCH1.1	43.06%	353

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Tabelle 6.10 Rangliste Leistungsgruppen, 2012

Rang	Leistungsgruppe	SPLG	Abfluss	Fallzahl total
1	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	HER1.1.2	68.13%	273
2	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität	PLC1	66.67%	36
3	Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)	AUG1.4	60.61%	358
4	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)	HAE5	56.69%	254
5	Cochlea Implantate (IVHSM)	HNO1.3.2	55.78%	147
6	Transplantationen solider Organe (IVHSM)	TPL1	52.05%	1 268
7	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	PNE1.2	50.62%	322
8	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	HNO1.2.1	49.49%	198
9	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung	HNO1.3.1	48.28%	29
10	Spezialisierte Neurochirurgie	NCH1.1	46.79%	280

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Tabelle 6.11 Rangliste Leistungsgruppen, 2011

Rang	Leistungsgruppe	SPLG	Abfluss	Fallzahl total
1	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	HER1.1.2	69.20%	250
2	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)	HAE5	68.66%	217
3	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	PNE1.2	68.32%	382
4	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität	PLC1	65.00%	20
5	Cochlea Implantate (IVHSM)	HNO1.3.2	59.06%	149
6	Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)	AUG1.4	57.98%	326
7	Transplantationen solider Organe (IVHSM)	TPL1	51.17%	1 157
8	Orbitaprobleme	AUG1.2	48.15%	27
9	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	HNO1.2.1	46.45%	183
10	Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)	UNF2	43.16%	95

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Tabelle 6.12 Rangliste Leistungsgruppen, 2010

Rang	Leistungsgruppe	SPLG	Abfluss	Fallzahl total
1	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)	HAE5	72.89%	166
2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	HER1.1.2	66.23%	77
3	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität	PLC1	55.56%	27
4	Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)	AUG1.4	49.86%	355
5	Transplantationen solider Organe (IVHSM)	TPL1	48.83%	1 065
6	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	PNE1.2	48.30%	884
7	Cochlea Implantate (IVHSM)	HNO1.3.2	48.30%	147
8	Autologe Blutstammzelltransplantation	HAE4	45.27%	539
9	Replantationen	BEW11	42.20%	109
10	Spezialisierte Neurochirurgie	NCH1.1	41.51%	371

Quellen: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; eigene Auswertung.

Anhang 4 Matrizen zu Patientenflüssen

Tabelle 6.13 Matrix Patientenflüsse, 2013

Pflege anbie- tender Kanton	Herkunftskanton der Patienten																										
	Total	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU
Total	1 143 158	197 961	153 469	47 111	4 992	21 837	4 786	5 460	6 009	15 549	37 464	38 186	31 360	45 026	10 384	7 953	2 251	73 330	29 280	91 244	36 063	56 676	92 531	43 082	22 128	58 783	10 243
ZH	218 624	188 263	717	1 191	352	4 984	100	127	653	1 799	122	518	224	339	1 907	168	56	4 480	1 368	6 975	2 430	1 231	187	267	47	86	33
BE	170 344	770	147 602	1 083	27	112	73	55	18	102	6 115	5 301	193	308	43	16	6	156	131	929	117	335	653	2 167	2 786	86	1 160
LU	50 230	438	232	41 111	695	1 481	1 237	1 536	23	1 587	14	147	37	64	17	7	1	96	96	903	44	404	16	30	4	7	3
UR	3 807	27	9	19	3 608	38	6	12	0	18	3	3	3	6	2	0	0	6	4	17	3	12	1	7	0	3	0
SZ	15 125	510	41	165	84	13 547	7	7	90	115	8	22	3	14	7	5	2	340	15	94	20	11	9	7	0	1	1
OW	2 904	17	33	107	5	6	2 623	49	0	4	1	7	3	6	0	2	0	4	2	18	4	1	4	5	1	2	0
NW	4 778	31	19	384	75	24	620	3 507	0	15	3	10	5	10	0	4	1	12	2	41	4	6	2	0	2	1	0
GL	4 733	76	14	7	5	39	0	0	4 333	4	1	7	2	2	2	0	0	208	17	9	2	1	0	1	0	3	0
ZG	14 017	598	23	441	34	779	13	19	8	11 426	1	9	3	7	2	0	0	13	15	589	9	12	6	6	1	3	0
FR	29 693	21	178	8	0	1	0	0	0	3	28 352	6	3	8	1	0	0	5	4	8	6	8	910	68	35	57	11
SO	26 702	53	1 384	64	1	11	3	9	2	12	16	22 535	93	1 866	0	2	0	8	12	555	6	8	9	20	7	6	20
BS	56 763	299	521	222	20	70	29	45	15	62	53	2 390	28 785	18 362	21	14	0	104	70	3 608	48	246	58	135	28	19	1 539
BL	30 125	122	255	80	8	17	12	10	8	33	10	3 013	1 627	23 159	20	10	3	66	25	1 250	26	40	11	72	11	16	221
SH	9 629	1 141	17	3	1	6	0	0	1	11	2	4	3	2	7 999	4	1	14	7	21	383	2	2	3	2	0	0
AR	13 053	151	15	8	3	24	0	2	20	3	3	6	3	5	6	4 984	776	6 075	30	24	896	9	1	8	0	0	1
AI	857	11	2	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	2	0	109	597	87	15	0	29	0	2	0	0	0	0
SG	70 881	1 150	94	65	7	342	1	8	373	31	6	43	23	43	62	2 530	782	59 334	598	145	5 111	94	14	15	1	4	5
GR	30 868	1 438	172	129	22	120	12	12	427	81	21	89	72	154	61	36	17	1 574	25 593	381	181	207	30	9	7	20	3
AG	84 314	1 134	705	1 832	18	126	27	36	9	155	17	3 915	172	482	27	9	0	87	65	75 324	32	53	27	42	6	5	9
TG	28 725	1 062	35	18	2	15	2	2	20	14	4	11	7	20	175	42	4	525	40	59	26 636	17	5	4	1	2	3
TI	55 779	306	111	72	16	45	6	13	4	28	15	30	33	45	16	10	4	57	1 118	91	33	53 576	57	38	13	36	6
VD	100 946	106	266	15	0	11	4	3	1	15	2 350	21	17	25	7	1	0	22	13	46	14	166	87 164	7 922	1 157	1 383	217
VS	33 308	149	288	66	8	28	10	8	3	16	82	77	31	70	8	0	0	33	9	113	17	20	400	31 597	63	199	13
NE	18 303	20	280	3	0	1	1	0	0	3	72	4	2	2	0	0	1	7	0	6	2	3	151	25	17 480	26	214
GE	61 469	59	106	17	1	7	0	0	0	12	187	15	11	16	1	0	0	17	30	30	7	213	2 797	621	442	56 806	74
JU	7 181	9	350	1	0	2	0	0	0	0	6	2 5		9	0	0	0	0	1	8	3	1	15	13	34	12	6 710

Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser; eigene Auswertung.

Erklärende Erläuterungen:

- 1) Ab 2009 wurden nur die stationären Fälle berücksichtigt.
- 2) Die Anzahl entspricht jeweils den Austritten.

Ausgeschlossene Fälle:

- Psychiatrische Kliniken (Spitaltypen K211 und K212), Rehabilitationskliniken (Spitaltyp K221) und Spezialkliniken der Geriatrie (Spitaltyp K234) und diverse Spezialkliniken (Spitaltyp K235)
- Hauptkostenstellen Psychiatrie und Psychotherapie (M500), Physikalische Medizin und Rehabilitation (M950) und Geriatrie (M900).
- B und C-Fälle
- Zum Zeitpunkt der Spitalbehandlung nicht in der Schweiz wohnhaften Patientinnen und Patienten.

Tabelle 6.14 Matrix Patientenflüsse, 2012

Pflege anbie- tender Kanton	Herkunftskanton der Patienten																										
	Total	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU
Total	1 127 295	194 860	151 222	46 502	4 873	21 376	4 595	5 204	6 064	15 127	37 836	37 577	30 758	43 978	10 312	7 851	2 215	72 903	28 798	89 155	34 742	55 402	91 695	42 912	22 588	59 013	9 737
ZH	215 435	185 966	660	1 109	335	4 713	118	134	763	1 755	111	555	190	305	1 949	179	64	4 414	1 468	6 711	2 138	1 167	200	270	47	87	27
BE	167 969	747	145 763	1 102	39	113	59	51	24	126	5 806	5 412	176	343	32	20	6	155	143	881	132	330	620	2 116	2 570	113	1 090
LU	48 937	360	188	40 562	677	1 378	1 188	1 374	21	1 530	23	117	38	45	20	7	1	78	95	761	42	354	11	51	6	6	4
UR	3 658	19	7	27	3 495	45	3	7	1	9	2	2	5	3	0	0	0	2	2	17	1	5	1	2	0	3	0
SZ	15 092	476	29	142	89	13 561	7	14	85	114	7	21	9	20	6	2	0	348	18	98	25	14	2	5	0	0	0
OW	2 736	18	31	69	2	6	2 518	39	1	7	4	5	4	3	2	0	0	5	1	11	1	4	0	5	0	0	0
NW	4 563	29	20	331	81	30	574	3 395	0	17	3	6	9	6	0	1	0	8	5	31	6	3	2	4	1	1	0
GL	4 794	89	8	10	10	37	0	3	4 405	3	0	4	3	3	0	2	0	178	10	18	7	1	3	0	0	0	0
ZG	13 388	538	20	394	40	694	3	26	4	11 087	4	9	3	5	1	2	2	16	11	503	7	8	2	5	3	1	0
FR	30 430	22	180	7	1	7	2	0	2	3	28 945	7	7	10	0	3	0	6	5	10	5	17	987	102	50	36	16
SO	25 643	44	1 253	58	1	7	2	8	0	5	9	21 990	82	1 547	5	3	0	15	14	535	12	15	15	10	3	3	7
BS	54 264	298	454	230	23	68	46	41	5	40	69	2 312	28 152	17 363	21	17	3	109	58	3 109	48	221	44	100	34	23	1 376
BL	30 607	149	295	107	21	23	12	23	1	28	17	2 960	1 685	23 576	11	3	1	43	26	1 235	26	42	20	67	13	18	205
SH	9 443	1 061	8	5	1	10	1	0	2	8	3	3	2	5	7 937	1	0	24	9	18	335	5	1	2	0	2	0
AR	12 336	122	20	13	0	15	0	2	23	6	3	8	4	4	10	5 030	576	5 587	40	24	827	13	0	7	0	1	1
AI	1 124	11	3	3	0	6	0	0	3	1	0	0	0	1	0	120	838	96	15	3	22	1	1	0	0	0	0
SG	70 249	1 025	65	64	5	312	3	6	311	38	14	44	21	30	55	2 357	695	59 686	561	138	4 683	85	16	17	3	11	4
GR	29 880	1 318	185	135	12	122	8	15	366	88	18	73	86	107	59	29	12	1 396	25 104	359	137	177	31	15	8	20	0
AG	83 194	984	713	1 936	20	120	25	38	10	164	14	3 883	151	422	25	7	0	88	72	74 364	40	43	28	27	4	10	6
TG	28 057	894	30	26	3	26	4	0	27	19	3	15	7	26	157	55	9	504	22	39	26 154	14	8	9	2	2	2
TI	54 600	310	101	61	7	36	3	13	6	33	23	26	39	49	10	6	2	71	1 074	97	43	52 465	38	38	10	29	10
VD	94 239	95	241	29	4	11	14	6	1	13	2 388	17	18	16	1	2	2	21	14	31	14	192	86 308	1 919	1 272	1 429	181
VS	39 312	195	314	65	7	20	2	7	3	20	109	85	37	66	9	3	1	27	9	125	33	17	389	37 405	77	259	28
NE	18 777	11	226	2	0	2	1	0	0	1	52	1	4	3	0	0	0	4	0	8	0	4	146	26	18 056	12	218
GE	61 613	65	72	11	0	14	2	1	0	12	201	15	12	12	1	0	3	21	18	26	4	204	2 796	693	410	56 939	81
JU	6 955	14	336	4	0	0	0	1	0	0	8	7	14	8	1	2	0	1	4	3	0	1	26	17	19	8	6 481

Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser; eigene Auswertung.

Tabelle 6.15 Matrix Patientenflüsse, 2011

Pflege- anbie- tender Kanton	Herkunftskanton der Patienten																										
	Total	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU
Total	1 137 057	197 823	153 274	47 049	5 027	21 618	4 651	5 369	5 876	15 255	37 876	38 402	30 543	44 933	10 357	7 951	2 436	74 047	29 555	88 957	34 945	56 840	92 243	42 369	21 354	58 652	9 655
ZH	217 472	189 130	720	1 119	336	4 691	102	128	769	1 700	96	473	176	361	1 831	208	56	4 254	1 430	6 079	2 080	1 140	198	228	39	100	28
BE	169 048	706	147 806	975	33	103	83	56	18	114	5 558	5 269	186	338	25	16	2	174	106	899	102	355	614	2 074	2 249	115	1 072
LU	49 836	422	239	41 361	695	1 421	1 162	1 426	22	1 568	10	90	31	37	10	14	6	68	77	721	35	367	8	27	7	10	2
UR	3 828	31	13	25	3 646	32	6	12	2	7	1	4	6	4	1	0	0	3	4	18	4	5	2	2	0	0	0
SZ	15 378	468	40	127	91	13 907	5	13	66	104	8	15	8	15	5	1	1	323	21	95	31	18	5	6	4	1	0
OW	2 930	26	20	79	4	5	2 694	37	0	12	0	3	3	4	2	0	0	6	4	22	2	2	1	3	0	0	1
NW	4 500	33	11	292	81	14	475	3 512	0	12	2	2	7	5	2	0	0	4	1	33	1	8	3	1	0	0	1
GL	4 645	77	4	5	7	46	0	0	4 305	5	1	4	1	8	1	2	3	147	6	17	3	0	2	0	0	1	0
ZG	13 368	482	15	359	28	612	14	20	4	11 302	1	11	4	3	7	0	2	14	5	459	9	7	3	5	0	2	0
FR	30 822	30	174	3	0	0	1	0	0	3	29 556	12	9	10	1	1	0	10	2	15	1	18	821	59	34	55	7
SO	26 574	62	1 225	29	1	4	3	10	2	8	9	23 066	55	1 605	2	0	1	11	10	422	9	8	7	10	1	5	9
BS	53 073	233	423	208	23	52	33	49	7	56	60	2 213	28 253	16 589	18	10	3	118	86	2 851	45	241	38	105	18	20	1 321
BL	31 795	131	213	112	18	16	7	18	3	21	18	3 044	1 442	25 230	16	7	3	29	28	1 066	28	38	20	64	4	14	205
SH	9 469	936	5	5	0	5	2	1	0	3	2	2	3	2	8 099	3	0	19	18	16	341	4	0	0	1	2	0
AR	11 418	126	14	11	1	7	2	1	18	7	3	18	5	3	12	4 962	466	4 891	40	24	789	9	2	6	1	0	0
AI	1 471	25	2	2	1	0	1	1	2	0	1	1	0	0	0	165	1 109	111	22	0	27	0	1	0	0	0	0
SG	72 491	975	74	77	7	327	5	12	331	31	21	49	26	29	84	2 449	764	61 979	511	134	4 490	74	6	25	2	5	4
GR	30 717	1 363	199	137	14	139	5	13	274	90	22	95	85	128	54	52	13	1 285	25 921	367	177	203	29	21	10	19	2
AG	84 108	994	756	1 917	27	104	36	31	18	132	17	3 838	136	384	16	5	0	77	50	75 361	39	51	34	55	3	13	14
TG	28 374	848	40	21	0	35	0	1	21	11	7	19	13	20	144	32	4	367	31	59	26 657	15	12	9	3	4	1
TI	56 095	287	121	80	9	35	3	14	12	30	9	32	45	37	8	15	1	70	1 134	97	27	53 877	46	41	19	40	6
VD	94 610	111	261	16	1	17	2	6	0	7	2 122	22	11	31	5	4	1	27	20	33	14	149	87 199	1 890	1 172	1 283	206
VS	38 882	214	292	68	4	28	6	7	2	16	111	85	18	64	12	5	1	32	5	135	22	31	364	36 987	89	261	23
NE	17 934	17	206	0	0	2	0	0	0	0	47	3	3	3	0	0	0	1	0	2	0	12	119	29	17 228	23	239
GE	61 395	89	85	19	0	16	4	1	0	16	187	26	9	14	2	0	0	26	23	25	11	207	2 695	714	461	56 674	91
JU	6 824	7	316	2	0	0	0	0	0	0	7	6	8	9	0	0	0	1	0	7	1	1	14	8	9	5	6 423

Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser; eigene Auswertung.

Tabelle 6.16 Matrix Patientenflüsse, 2010

Pflege anbie- tender Kanton	Herkunftskanton der Patienten																										
	Total	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU
Total	1 124 814	196 993	152 308	45 930	5 133	21 478	4 483	5 198	5 817	15 054	37 150	37 916	30 345	152 308	10 028	7 762	2 360	73 861	29 559	86 491	33 982	55 797	91 063	41 438	21 567	59 026	10 082
ZH	216 343	188 641	698	1096	371	4 643	90	123	777	1 692	106	475	206	698	1 673	181	60	4 248	1 382	5 991	1 865	1 101	165	249	47	76	28
BE	167 620	710	146 764	917	14	96	63	48	18	126	5 396	5 396	192	146 764	35	20	6	164	116	830	104	377	595	1 858	2 266	87	1 102
LU	48 236	382	210	40 206	709	1 385	1 103	1 372	14	1 431	20	97	32	210	10	4	1	60	68	673	22	313	25	40	2	4	2
UR	3 924	28	8	29	3 708	39	3	19	1	12	2	8	1	8	1	1	2	8	3	22	4	18	0	2	0	0	0
SZ	15 279	389	42	131	99	13 927	4	5	73	102	4	10	12	42	1	4	0	286	27	107	15	19	3	6	1	0	0
OW	2 841	25	18	97	2	8	2 609	23	0	1	1	11	6	18	1	0	0	5	1	27	0	1	0	1	0	0	0
NW	4 355	28	18	222	95	11	478	3 416	1	14	1	8	2	18	3	0	0	4	1	37	1	3	3	0	0	2	0
GL	4 702	79	9	5	5	30	0	1	4 355	6	1	6	2	9	3	4	0	161	6	12	8	1	0	0	0	1	0
ZG	13 380	449	15	403	34	624	4	13	2	11 247	3	7	3	15	1	2	0	19	6	521	6	9	1	3	0	0	0
FR	30 262	34	201	10	0	2	1	2	1	2	29 081	11	6	201	1	1	0	6	1	15	7	6	711	72	36	32	12
SO	26 160	48	1210	52	0	6	5	3	1	3	16	22 807	68	1 210	4	2	1	16	10	423	6	11	10	9	3	3	15
BS	46 212	209	319	178	13	30	26	40	9	52	41	1 742	26 037	319	15	12	2	107	47	2 409	39	141	39	60	14	21	1 086
BL	37 211	170	297	165	16	35	18	23	6	19	31	3 302	3 443	297	7	4	0	76	45	1 452	28	109	19	140	9	18	370
SH	9 319	941	12	1	0	5	1	0	3	5	3	0	6	12	7 944	2	0	19	16	19	331	3	2	2	0	0	2
AR	10 909	127	12	10	1	8	0	2	21	3	0	20	6	12	11	4 823	440	4 651	36	19	695	7	6	3	0	3	0
AI	1 609	42	2	3	1	3	0	1	2	0	1	4	1	2	0	210	1 190	92	19	5	29	1	0	0	0	1	0
SG	72 229	890	102	52	6	284	3	8	273	43	15	52	26	102	68	2 380	638	62 094	500	134	4 506	74	19	16	4	8	2
GR	30 722	1389	198	119	15	125	8	6	206	98	20	74	66	198	52	55	13	1 233	26 079	341	172	245	33	16	9	18	6
AG	81 797	934	798	2 002	20	93	33	50	11	115	22	3 706	97	798	22	6	1	78	52	73 099	42	45	22	48	11	15	11
TG	27 738	766	45	22	2	35	4	3	36	9	5	24	9	45	144	41	2	399	28	62	26 042	10	11	9	3	7	0
TI	55 104	315	111	69	5	36	9	18	4	30	15	26	43	111	14	6	1	49	1 082	103	28	52 963	41	41	9	32	6
VD	93 160	111	258	31	3	16	1	7	2	8	1 993	14	18	258	4	0	1	26	17	45	10	133	86 131	1 730	1 170	1 239	174
VS	38 319	178	307	83	11	22	16	12	0	20	119	75	34	307	12	4	0	37	8	111	11	21	347	36 446	83	267	24
NE	18 139	15	215	1	0	2	1	1	0	2	49	3	4	215	1	0	2	0	0	4	0	4	107	16	17 439	25	247
GE	61 881	88	124	22	3	13	1	2	1	14	196	29	13	124	1	0	0	22	9	23	10	181	2 750	662	446	57 162	78
JU	7 363	5	315	4	0	0	2	0	0	0	9	9	12	315	0	0	0	1	0	7	1	1	23	9	15	5	6 917

Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser; eigene Auswertung.

Anhang 5 Übersicht kantonale Spitalplanungsgrundlagen

Tabelle 6.17 Kantonale Planungsgrundlagen

Kanton(e)	Dokument	Datum / Version
AG	Spitalplanung 2012. Versorgungsbericht	Oktober 2010 (1. Auflage)
AI	Bericht zur Spitalplanung des Kantons Appenzell Innerrhoden	November 2014
AR	Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012. Strukturbericht: Inner- und ausserkantonale Leistungserbringer	-
	Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012. Versorgungsbericht	September 2010
BE	Versorgungsplanung 2011–2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz. Somatische Akutversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettungswesen, Gesundheitsberufe	August 2011
	Rahmenkonzept Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz (SpVG)	Juni 2015
BL	Spitalplanung 2012 VERSORGUNGSBERICHT Kanton Basel-Landschaft	Oktober 2010
BL / BS	Gemeinsamer Bericht betreffend Prüfung einer vertieften Kooperation in der Gesundheitsversorgung zwischen Basel-Landschaft und Basel-Stadt in den drei Ebenen Versorgung, Aufsicht / Regulation sowie Beteiligungen	Juni 2015
BS	Spitalplanung 2012 VERSORGUNGSBERICHT Kanton Basel-Stadt	Oktober 2010
FR	Bedarfsanalyse für die Versorgungsplanung 2015	Juni 2014
	Spitalplanungsbericht 2015	März 2013
GE	Planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015	-
GL	Versorgungsbericht zur Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012	Dezember 2011
GR	Spitalplanung 2014. STRUKTURBERICHT Akutsomatik	März 2013 (Version 8)
JU	Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015	Mai 2014
LU	-	-
NE	Rapport du Département de la santé et des affaires sociales au Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière neuchâteloise 2012-2014	Dezember 2011
	Rapport au Conseil d'Etat concernant la liste hospitalière neuchâteloise 2015	Dezember 2014
NW	-	-
OW	-	-
SG	Spitalplanung Akutsomatik 2012 Versorgungsbericht	August 2011
	Spitalplanung Akutsomatik 2014 Strukturbericht	Juni 2014
SH	Planungsbericht Spitalversorgung 2012 / 2020	September 2012
SO	Spitalplanung 2012 VERSORGUNGSBERICHT Kanton Solothurn	Oktober 2010
SZ	Versorgungsbericht. Schwyzer Spitalplanung 2012	Dezember 2010
	Spitalstrategie 2020. Bericht an den Kantonsrat	Mai 2011
	Spitalstrukturbericht 2012. Schwyzer Spitalplanung 2012	März 2012
TG	Kanton Thurgau Spitalplanung 2012. Versorgungs- und Strukturbericht mit Spitallisten ab 1. Januar 2012	September 2011
TI	Rapporto sull'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 39 della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal)	Januar 2014
UR	Bericht zur Spitalplanung des Kantons Uri	August 2014
VD	Planification hospitalière vaudoise 2012	Juni 2011
VS	Bedarfsanalyse für die Spitalplanung 2015. Definitiver Bericht	Oktober 2013
	Spitalplanung 2015 – Akutsomatik. Definitiver Bericht	Oktober 2014
ZG	Zuger Spitalplanung 2012 Versorgungsbericht	Juni 2010
ZH	Zürcher Spitalplanung 2012 Strukturbericht	September 2011
	Gesundheitsversorgung 2014 Akutsomatik Rehabilitation Psychiatrie	Dezember 2014
NWCH	Spitalplanung 2012. Gemeinsamer VERSORGUNGSBERICHT der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn	Oktober 2010

Quelle: eigene Zusammenstellung, Stichtag 5.6.2015.

Für die Kantone LU, NW und OW lagen bis am 15.6.2015 noch keine über die Spitallisten hinausgehenden Grundlagen einer per 2012 oder später revidierten Spitalplanung vor.

Anhang 6 Übersichtstabelle Leistungsgruppen und Leistungsbereiche

Tabelle 6.18 Leistungsbereiche und Leistungsgruppen (Liste gemäss SPLG-Version 2.2)

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen Kürzel	Bezeichnung
Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
	BPE	Basispaket für elektive Leistungserbringer
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
	DER1.1	Dermatologische Onkologie
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen
	DER2	Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
	HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie
	HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
	HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympaanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)
	HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
	KIE1	Kieferchirurgie
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie
Neurologie	NEU1	Neurologie
	NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen (mit Stroke Unit, provisorisch)
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik
	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie
	AUG1.1	Strabologie
	AUG1.2	Orbitaprobleme
	AUG1.3	Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
	AUG1.4	Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)
	AUG1.5	Glaukom
	AUG1.6	Katarakt
	AUG1.7	Glaskörper/Netzhautprobleme
Endokrinologie	END1	Endokrinologie
Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie
Viszeralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe
	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe
	VIS1.3	Oesophaguschirurgie
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie
	VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen Kürzel	Bezeichnung
Hämatologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien
	HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation
	HAE5	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
	ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
	GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
	ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis
	ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
	GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe
	ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe
	RAD1	Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz	HER1	Einfache Herzchirurgie
	HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)
	HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie
	KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
	KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
	KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
	KAR1.2	Elektrophysiologie (Ablationen)
	KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nephrologie	NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie	URO1	Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
	URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
	URO1.1.1	Radikale Prostatektomie
	URO1.1.2	Radikale Zystektomie
	URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
	URO1.1.4	Isolierte Adrenalektomie
	URO1.1.5	Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
	URO1.1.6	Plastische Rekonstruktion der Urethra
	URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Hamblasensphinkters
URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial	
Pneumologie	PNE1	Pneumologie
	PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
	PNE1.3	Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie
	PNE2	Polysomnographie
Thoraxchirurgie	THO1	Thoraxchirurgie
	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
	THO1.2	Mediastinaleingriffe
Transplantationen	TPL1	Transplantationen solider Organe (IVHSM)

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen Kürzel	Bezeichnung
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat
	BEW2	Orthopädie
	BEW3	Handchirurgie
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
	BEW5	Arthroskopie des Knies
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
	BEW9	Knochentumore
	BEW10	Plexuschirurgie
BEW11	Replantationen	
Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie
	RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie
	GYN1.1	Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
	GYN1.2	Maligne Neoplasien der Zervix
	GYN1.3	Maligne Neoplasien des Corpus uteri
	GYN1.4	Maligne Neoplasien des Ovars
	GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma
	PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität
Geburtshilfe	GEBH	Geburtshäuser (ab 37. SSW)
	GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq 2000g$)
	GEB1.1	Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq 1250g$)
	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq 2000g$)
	NEO1.1	Neonatalogie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250g$)
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatalogie (Level III)
(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie
	RAO1	Radio-Onkologie
	NUK1	Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)
	UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)
	UNF2	Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)

Quelle: Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich; eigene Darstellung.



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.